

Problém užívania drog vo vybraných európskych krajinách a na Slovensku a jeho riešenie

Katarína Rajňáková

UPJŠ Košice, Fakulta verejnej správy, Katedra verejnej politiky a teórie
verejnej správy

Peter Čisárik

UPJŠ Košice, Fakulta verejnej správy, Katedra ekonomiky a riadenia verejnej
správy

Abstrakt

Príspevok je orientovaný na analýzu problematiky drog a ich dopadov vo vybraných európskych krajinách a Slovenskej republike, s vymedzením štatistických zistení ich rozsahu a užívania v daných podmienkach. Analýza je orientovaná smerom od teoretickej všeobecnej konceptualizácie problematiky týkajúcej sa vymedzenia vybraných drog, problematiky liečby psychických porúch spojených s ich užívaním, až po samotnú analýzu užívania drog vybranými cieľovými skupinami vo vybraných krajinách Európskej únie.

Kľúčové slová: fajčenie, alkohol, drogy, liečba psychických porúch, užívanie drog

Úvod

Užívanie drog je jedným zo závažných celosvetových problémov našej doby. Tomuto problému sa však nedá vždy čeliť prostriedkami, ktoré má k dispozícii medicína, pretože drogy sa stali súčasťou životného štýlu takmer polovice obyvateľstva technicky vyspelých zemí na celom svete.

Príspevok poukazuje na tento problém nielen zo zdravotného hľadiska, ale aj na jeho následky a spôsoby liečby s orientáciou na graficky znázornenú analýzu užívania jednotlivých drog vybranými cieľovými skupinami vo vybraných krajinách Európskej únie.

1. Teoretické chápanie užívania marihuany, nikotínu a alkoholu

Fajčenie tabaku sa v dnešnej dobe dostalo až k hraniciam užívania drog, ktoré sa premieta do podoby fajčenia marihuany, alebo týmto spôsobom využívaného konope a konopných drog.

Využívanie konope ako psychoaktívnej látky je zrejmé už v šamanských rituáloch, kedy bolo možné navodiť zmenený stav vedomia. Dokonca Miovský a kol. (2008, s. 24) tvrdia, že užívanie tejto psychoaktívnej látky je viditeľné už u paleolitického a neolitického človeka, dôkazom čoho sú podľa nich ornamenty vyskytujúce sa v tomto období, kde je viditeľné akési prepojenie medzi vznikom prvých umeleckých diel a užívaním psychoaktívnych látok. Dôkazom sú aj takzvané entoptické fenomény, teda javy, ktoré vznikajú vo vlastnom zrakovom orgáne alebo v rámci neurofyziologických a neuropsychologických štruktúr a vôbec ide o činnosti, ktoré vznikajú v zrakovom centre a následne sa premietajú do obrazov a kresieb. Miovský a kol. (2008, s. 27) uvádzajú, že neolitické kresby sa veľmi podobajú na kresby tváří nakreslených v rámci intoxikácie vysokými dávkami LSD. Dôkazom užívania psychoaktívnych látok sú aj mnohé nálezy zvláštnych umeleckých predmetov, ktoré sa niekedy nazývajú aj „stojany na vázy,“ dokonca aj sošky „venúš“ sú takýmto dôkazom (Miovský a kol., 2008, s. 27). Každopádne tento kolektív autorov tvrdí, že najstarší, no priamy, aj keď sporný nález o užívaní konope človekom pochádza práve z Českej republiky, kde sa našli odtlačky tejto látky, pochádzajúcimi spred 25 až 27 000 rokov.

Užívanie konopných drog tvorí napríklad v Českej republike najväčšiu časť zo všetkých užívaní drog (Miovský a kol., 2008, s. 125). Samotné konopné drogy sa využívajú v rôznych modifikovaných podobách.

Jednou z týchto podôb je využívanie konopnej látky vo forme marihuany. „Marihuana je kvet s okvetnými lístkami, usušené samičie rastliny konope, ktoré sú

popřípade zmiešané s väčšími listami“ (Miovský a kol., 2008, s. 126.). Marihuana obsahuje až 2 - 8% tetrahydrokanabinolu (ďalej len THC), avšak závisí od pomeru kvetov a listov.

Ďalšou podobou využitia konopnej látky je hašiš. Získava sa spracovaním zrelých kvetov samičej konopnej rastliny. Koncentrácia THC je až päťkrát vyššia ako u marihuany a získava sa najmä z kvetov tejto rastliny, ktoré túto vysokú dávku v sebe obsahujú. Za najvyšších producentov hašišu sú v súčasnej dobe považované krajiny Maroko, Pakistan, Afganistan a donedávna aj Libanon, keďže produkcia hašišu sa v tejto krajine rapídne znížila (Miovský a kol., 2008, s. 128).

Ďalšou podobou konopnej látky je konopný alebo hašišový olej. Ide o konopný extrakt, ktorý sa vyrába extrakciou z hašiša. Tieto oleje obsahujú až 15% – 50% THC, aj keď v určitých prípadoch môžu dosahovať až 70% psychoaktívnej látky THC. Psychoaktívne látky sa dosahujú už po jednej či dvoch kvapkách tohto oleja, ktoré sa umiestňujú na tabak alebo na cigaretový filter, prípadne dokonca ako prísada do jedla (Miovský a kol., 2008, s. 130).

Okrem týchto foriem využitia konope existujú aj podoby, ktoré sú málo známe. Medzi ne patria napríklad konopné mlieko, himka, shit a syntetické a farmaceutické konopné drogy (Miovský a kol., 2008, s. 131). Konopné mlieko je extraktom konope v smotane alebo v mlieku. Takéto mlieko sa ďalej využíva najmä na prípravu potravín a obsahuje iba cca 0,0050% THC. Himka je domácky pripravený hašišom namorený tabak, ktorý sa využíva najmä na Ukrajine a v iných krajinách bývalého Sovietskeho zväzu. Shit sa získava napríklad pri čistení fajky a prejavuje sa najmä ako fajčenie usadenín. Napriek tomu, že ide o prepálenú hmotu, zadržiava v sebe ešte značnú časť THC. Syntetické a farmaceutické konopné drogy sa využívajú najmä za účelom preskúmania a popísania mechanizmu účinku drogy na centrálny nervový systém (Miovský a kol., 2008, s. 131).

Tabak je tiež spúšťač ďalších zdravotných problémov, ktoré sa však zriedkavo dávajú do súvislosti s jeho konzumáciou, čo nakoniec v mnohých prípadoch predlžuje liečebný proces (Belgische Föderation gegen Krebs, 2003, s. 20):

- zredukovania čuchových a chuťových zmyslov, sluchu a tvorby slín,
- zachrípnutého hlasu, purulentného zapálenia ďasien,
- žalúdočných vredov,
- nervového zrútenia,
- obmedzenia fyzickej kondície,
- impotencie, neplodnosti.

„Návyková droga, čiže chemická látka, má schopnosť v živých organizmoch, a predovšetkým u človeka, vyvolávať návyk, psychickú a fyzickú závislosť“ (Olha, 1984, s. 34). Fajčenie tabaku či konope nie je životnou nutnosťou. Na začiatku cesty k návyku býva radosť z novej skúsenosti, opojenia. Po výnimočnom výlete nasleduje návrat do skutočného života. Ale každé opojenie v sebe skrýva nebezpečenstvo. Fajčiar začne mať svoju cigaretu

rád. Ale tieto emócie pochopiteľne začínajú ovplyvňovať jeho voľné chovanie. Stálym opakovaním tejto, na začiatku voľnej činnosti, vzniká proces, ktorý fajčiar potrebuje automaticky opakovať. Jeho podkladom je podmienený reflex, na vytvorení ktorého fajčiar pracuje rôzne dlhú dobu – od šesť mesiacov po osem rokov. Vznik návyku, závislosti od tabaku či konopnej látky je zložitý proces. Najprv sú fajčiari, takzvanými príležitostnými fajčiarmi, ktorí fajčia výhradne pri určitých príležitostiach. Potom sú to návykovi fajčiari, ktorí nie sú od nikotínu či konope úplne závislí. Cigareta má pre nich hlavne psychostimulačný (naučený ukľudňujúci) účinok. A nakoniec sú to toxikomani. Najťažší fajčiari, u ktorých vznikla závislosť na nikotín alebo konope. Návyk teda vzniká dlhšiu dobu, ale u každého je to individuálne. Okrem fajčenia nikotínu či konopných látok sa problémom modernej doby stal aj alkoholizmus.

Problém alkoholizmu je veľmi starý. Boj proti nemu začal v Európe ešte v 15. storočí, keď sa zistilo, že škodí zdraviu človeka a jeho organizmu. Prvými formami združovacej iniciatívy boli neformálne stretnutia abstinujúcich mužov z radov vyššej šľachty. Na území Slovenska sa počiatky boja proti alkoholu rozprúdili v 16. storočí. V tomto storočí vychádzajú prvé texty kritizujúce alkoholizmus, ktoré spisovali najmä vzdelaní muži, v 17. a v 18. storočí takéto texty spisujú a alkoholizmus kritizujú najmä kňazi a označujú ho tak za hriech (Tokárová, 2008). Dnes je alkoholizmus považovaný skôr za chorobu, ktorú si však každý jednotlivec privedie v najväčšej miere sám. Treba si uvedomiť, že alkohol je škodlivý iba pre alkoholikov. Dôraz sa kladie na osobnú, nie na sociálnu kontrolu. Alkoholizmus je teda choroba postihujúca akýmsi spôsobom predisponovanú časť populácie a dôraz sa kladie až na liečbu a doliečovanie, v tomto zmysle nie je dôležitá prevencia. Alkoholik je potom obeť tejto choroby, ktorá musí prestať piť. Abstinantom je abstinujúci alkoholik, ktorý dosiahol osobnú zrelosť. Má neutrálny postoj k nealkoholickej abstinencii (Nociar, 2001, s. 29). Tabuľka č. 1 poukazuje na bilančnú tabuľku, ktorá znázorňuje, ako sa ťažkí užívatelia alkoholu rozhodujú pre alebo proti abstinencii.

Na druhej strane, tabuľka č. 2 poukazuje na rozhodovanie o ďalšom užívaní alkoholu – pre a proti.

Uvedené údaje v tabuľke č. 1 a v tabuľke č. 2 možno analogicky použiť nielen pri úvahách o alkohole, ale aj o úvahách spojených s užívaním akejkoľvek drogy.

Užívanie týchto drog, opiátov, alkoholu či nikotínu je vždy spojené s mierou ich užívania. Na tomto základe je možné hovoriť o rôznych typoch a typológiách jednotlivých užívateľov.

Miovský a kol (2008, s. 163 – 164) uvádzajú typológiu užívateľov týchto drog, ktorého autorom je Simon. Ide najmä o:

- časť populácie so skúsenosťami s nelegálnou drogu – aspoň raz v živote mali skúsenosť,
- aktuálni užívatelia,

- problémoví užívatelia – boli nútení v súvislosti s drogou vyhľadať pomoc,
- závislí užívatelia – ak spĺňa kritéria pre diagnostikovanie závislosti,
- ťažkí dlhodobí užívatelia – ide o ťažký stupeň závislosti, kde je prevaha intravenózneho podania drogy.

Tabuľka č. 1: Jimova rozhodovacia bilančná tabuľka abstinencie

ABSTINENCIA – PRE A PROTI		
Pre abstinenciu	Proti abstinencii	Vyrovňavanie sa s problémami abstinencie a prvé obdobia
1. cítiť sa lepšie fyzicky, 2. zlepšenie vzťahu s manželkou, 3. zlepšenie vzťahu s deťmi, 4. bude viac peňazi, 5. menej nervozity, strachu a pocitu viny, 6. sebazdokonalenie	1. nervozita a nepríjemný pocit v spoločnosti, 2. strach, že spolupracovníci to budú sťažovať, 3. strata priateľov, 4. život bude fádny a nevďačný, 5. nutnosť čeliť realite 6. zmena je veľmi práca	1. zvládanie stresu, relaxačné cvičenia, 2. nácvik asertivity a odmietanie alkoholu, 3. účasť v svojpomocných skupinách, 4. kognitívna reštrukturalizácia, zoznam príjemných činností, 5. asertivita, zvládnutie stresu, nácvik komunikačných schopností, 6. kognitívna reštrukturalizácia

Zdroj: Rotgers, 1999, s. 187.

Tabuľka č. 2: Jimova rozhodovacia bilančná tabuľka ďalšieho užívania alkoholu

ĎALŠIE UŽÍVANIE ALKOHOĽU – PRE A PROTI		
Nevýhody užívania alkoholu	Výhody užívania alkoholu	Dosiahnutie rovnakých výhod bez alkoholu
1. finančné straty a problémy so zákonom, 2. problémy s manželkou/manželom – riziko rozvodu, 3. zdravotné a telesné problémy, 4. odcudzenie detí, 5. zlý pocit zo seba, 6. stagnácia v zamestnaní.	1. priateľstvo so spolupracovníkmi, 2. uvoľnenie a príjemný pocit v spoločenských situáciách, 3. oslava dobre vykonanej práce, 4. predchádzanie nepríjemným pocitom, ako zlosť a bolesť, 5. pomoc so zaspávaním v dobe stresu.	1. vytváranie sociálnej siete ľudí, ktorí nepijú, 2. zvládanie stresu, nácvik relaxácie, schopností odmietania alkoholu, 3. kognitívna reštrukturalizácia, odmeňovanie činností, ktoré nie sú spojené s pitím, 4. kognitívna reštrukturalizácia, nácvik komunikačných schopností, 5. nácvik relaxácie.

Zdroj: Rotgers, 1999, s. 187.

Toto Simonovo členenie bolo doplnené ešte o tzv. skrytú populáciu užívateľov drog, teda tých, ktorí nikdy v súvislosti s užívaním drogy nevyhľadali žiadnu pomoc a nie sú teda ako užívatelia drogy vedení. Ide najmä o (Miovský a kol., 2008, s. 163):

- experimentátorov – majú viac ako jednu skúsenosť s nelegálnou drogou a túto skúsenosť opakujú,
- rekreačných užívateľov – ktorých cieľom je najmä pobaviť sa a upokojiť sa,
- závislých užívateľov – majú stabilizované sociálne zázemie, ale napriek tomu nie sú v konflikte so zákonom a ostávajú v skrytej populácii.

O typológiu užívateľov sa pokúsili aj Kandel a Chen (In: Miovský a kol., 2008, s. 163) a pomocou zhlukovej analýzy identifikovali štyri typy užívateľov:

- ťažkí užívatelia so skorým začiatkom užívania,
- ľahkí užívatelia so skorým začiatkom užívania,
- ťažkí užívatelia s neskorším začiatkom užívania,
- ľahkí užívatelia s neskorším začiatkom užívania.

Aj Miovský (2008, s. 163) sa pokúsil typologizovať užívateľov drog z hľadiska frekvencie užívania a to:

- ľahký (1 – 2x týždenne),
- stredneťažký (2 – 4x týždenne),
- ťažký užívateľ (5x týždenne a viac).

Podľa frekvencie užívania rozčlenil tento autor užívateľov aj na:

- krátkodobého užívateľa (0 – 4 mesiace),
- strednodobého užívateľa (4 mesiace – 2 roky),
- dlhodobého užívateľa (dlhšie ako 2 roky.)

1. 2. Spôsoby liečby psychických porúch spojených s užívaním alkoholu, kanabinoïdov a nikotínu

„Môžeme určiť tri cesty v boji s drogami: prevencia, represia, obnova. Najdôležitejšia je prvá, teda prevencia, spojená s primeraným výchovným pôsobením, ktoré ponúka pravý zmysel života a určité prvoradé hodnoty“ (Karlíková, 2004, s. 29).

Samotná liečba je komplikovaným a v mnohých prípadoch ťažko dosiahnuteľným procesom, ktorý sa nie vždy končí úspechom. Kolibáš a Novotný (2007) veľmi detailne rozpracovali psychické poruchy spojené s užívaním jednotlivých návykových látok a upravili aj liečbu týchto psychických porúch.

Podľa nich liečba psychických porúch spojených s užívaním alkoholu znamená liečbu závislosti od alkoholu (2007, s. 79). Tvrdia, že liečba musí podchytiť viacero príčin a preto pri nej treba podchytiť niekoľko zvláštností, najmä štádiá závislosti a postoj

samotného pacienta k liečbe. Každopádne je nevyhnutné stanoviť si v liečbe cieľ, avšak Kolibáš a Novotný (2007) tvrdia, že stanoviť si za cieľ trvalú abstinenciu je nerealistické a preto je lepšie stanoviť si tzv. behavioral self-control training, teda behaviorálny tréning sebakontroly, ktorý spočíva v „sebamonitorovaní konzumu, na stanovení postupných cieľov, vo vytvorení parciálnych kontraktov a podobne“ (2007, s. 80). Tabuľka č. 3 poukazuje na fázy tejto terapie.

Tabuľka č. 3: Fázy terapie pri liečbe závislosti do alkoholu

Fáza	Hlavná úloha	Trvanie	Intervencia
Kontaktačná	Motivácia na liečbu	Hodiny až týždne	Individuálna psychoterapia
Detoxikačná	Odňatie alkoholu, kupírovanie abstinenčných syndrémov	Dni až 2- 3 týždne	Farmakoterapia
Odvykacia	Averzia voči alkoholu, senzitivácia na alkohol, potlačenie cravingu	6 týždňov až 3 mesiace	Averzívna a senzitivujúca terapia a individuálna a skupinová psychoterapia či akamprosát
Rehabilitačná	Rehabilitácia, kluby pacientov	roky	Rehabilitácia, resocializácia

Zdroj: Kolibáš - Novotný, 2007, s. 81.

Okrem liečby psychických porúch spojených so závislosťou na alkohole, upravujú Kolibáš a Novotný (2007) aj liečbu psychických porúch spojených s užívaním kanabinoidov. Uvádzajú, že štartovacou drogou pre začatie užívania opioidov je marihuana a hašiš. Pri liečbe týchto problémov neexistuje špecifický postup, či špecifická liečba. Intoxikácia odoznejie bez väčších problémov a abstinenčné stavy sa riešia anxiolytikami (2007, s. 120).

Pokiaľ ide o liečbu psychických porúch spojených s užívaním nikotínu, Kolibáš a Novotný (2007) podotýkajú, že takáto liečba je zdĺhavá a náročná. Niekedy postačuje chvíľkové poradenstvo u praktického lekára, ktoré donúti fajčiara dobrovoľne sa pokúsiť vzdať sa fajčenia a nikotínu. Okrem tohto poradenstva existujú aj behaviorálne orientované postupy, ktoré sú o niečo efektívnejšie ako stručné poradenstvo a dokonca aj hypnoterapia a akupunktúra, ktoré však majú minimálny úspech. Využívajú sa aj substitučné metódy, ako napríklad užívanie žuvačiek s obsahom nikotínu, či nikotínové náplaste. Efekt v týchto prípadoch tkvie až v takmer 40% úspešnosti (2007, s. 188). Pentel (1999) hovorí tiež

o novom prístupe, ktorý spočíva v snahe vyvinúť nikotínovú vakcínu. Takáto prognóza však ukazuje, že až 50% vyliečených fajčiarov sa do jedného roka vracia späť k fajčeniu.

2. Užívanie drog medzi žiakmi vo vybraných európskych krajinách

V roku 2007 bol realizovaný prieskum, ktorého sa zúčastnili študenti 35 európskych krajín. Jeho zámerom bolo zistenie užívania cigariet, alkoholu a drog v skúmanej populácii. Tab. č.1 (1. a 2. časť) dokumentuje získané výsledky (EMCCDA, 2009).

Cigarety

V prieskume uviedlo v priemere 58% dopytovaných žiakov zúčastnených krajín, že fajčili cigarety aspoň raz a 29% počas posledného mesiaca. Aspoň balíček cigariet za deň počas posledných 30 dní vyfajčili 2% všetkých zúčastnených študentov. Medzi krajiny s vysokou prevalenciou fajčenia cigariet nad 40% patria Rakúsko, Česká republika, Lotyšsko a Bulharsko. Na posledných priečkach, teda s nízkou prevalenciou pod 20% sa umiestnili Portugalsko, Nórsko, Island a Arménsko ako jediná krajina pod 10%.

Denné fajčenie v ranom detstve (od 13 rokov alebo aj skôr súvisí s ľahkou dostupnosťou k tabakovým výrobkom v danej krajine) uviedlo až 7% žiakov z Čiech, Estónska, Lotyšska a Slovenska. Najzriedkavejší zaznamenaný výskyt (asi 3%) bol medzi Grékmi a Rumunmi. Nezanedbateľný je rozdiel medzi pohlaviami konzumentov, zatiaľ čo v Arménsku fajčí o 16% viac chlapcov, v Monaku je to o 19% v prospech dievčat. Celkový obraz trendu vo fajčení za posledný mesiac v skúmaných krajinách je odrazom zníženej alebo aspoň stabilizovanej situácie (EMCCDA, 2009).

Alkohol

V skúmanej vzorke uviedli viac ako 2/3 žiakov požitie alkoholu aspoň raz počas svojho života, za posledný rok to bolo v 80% a za posledný mesiac v 61% prípadov. Pitie alkoholických nápojov je rozdielne aj v jednotlivých európskych krajinách, kým v Rakúsku a Dánsku je to na hranici 80% maloletých, v Arménsku to predstavuje 35% a na Islande 31%.

Celkový objem skonzumovaného destilátu počas posledného dňa pitia je zvyčajne nízke v krajinách, v ktorých študenti konzumujú alkohol často (napr. v Grécku) a vysoké je v krajinách s nízkou frekvenciou konzumácie, kde môžeme zaradiť škandinávске krajiny. No, v Dánsku okrem veľkého skonzumovaného množstva alkoholu, ktoré je na priemerného žiaka vyššie o 3 – 4 litre ako v krajinách s najnižšou priemernou spotrebou (Arménsko a Cyprus), sa uvádza aj vysoká frekvencia konzumácie. V posledných rokoch sa zvýšila aj konzumácia piva a vína za uplynulých 30 dní. Takmer vo všetkých európskych krajinách konzumujú chlapci väčšie množstvá alkoholu ako dievčatá. Výnimku predstavuje Island.

Tabuľka č. 4: Prehľad užívania alkoholu a drog medzi európskymi žiakmi vo veku 15 – 16 rokov v %. (1. časť).

Krajina	Fajčenie cigariet za minulých 30 dní	Pitie alkoholu za minulých 12 mesiacov	Opitost' za minulých 12 mesiacov	Množstvo alkoholu (v cl 100%) za ostatný deň pitia	Užitie kanabisu počas života
Arménsko	7	66	8	1,6	3
Belgicko (Flámska časť)	23	83	29	4,3	24
Bulharsko	40	83	45	3,5	22
Cyprus	23	79	18	2,1	5
Česká republika	41	93	48	4,5	45
Dánsko (obmedzená porovnateľnosť)	32	94	73	7,5	25
Estónsko	29	87	42	5,1	26
Faerské ostrovy	33	..	41	..	6
Fínsko	30	77	45	5,7	8
Francúzsko	30	81	36	3,6	31
Grécko	22	87	26	3,1	6
Holandsko	30	84	36	4,9	28
Chorvátsko	38	84	43	5,2	18
Island	16	56	..	4,1	9
Írsko	23	78	47	..	20
Litva	34	87	43	4,0	18
Lotyšsko	41	89	45	..	18
Maďarsko	33	84	42	4,0	13
Malta	26	87	38	3,9	13
Monako	25	87	35	2,5	28
Nemecko (7 spolkových krajín)	33	91	50	5,1	20
Nórsko	19	66	40	5,9	6
Ostrov Man	24	93	61	7,3	34
Poľsko	21	78	31	3,9	16
Portugalsko	19	79	26	..	13
Rakúsko	45	92	56	5,5	17
Rumunsko	25	74	26	2,5	4
Rusko	35	77	40	2,8	19
Slovenská republika	37	88	50	4,2	32
Slovinsko	29	87	43	4,5	22
Spojené kráľovstvo	22	88	57	6,2	29
Švajčiarsko	29	85	41	3,9	33
Švédsko	21	71	37	5,2	7
Taliansko	37	81	27	3,6	23
Ukrajina	31	83	32	2,8	14
Priemer (nevážený)	29	82	39	4,2	19

Zdroj: EMCCDA, 2009.

Mužské pohlavie uprednostňuje z nápojov pivo, ktoré tvorí približne 50% spotrebovaného alkoholu, nasledujú s 30% liehoviny a 13% víno. Vo väčšine európskych krajín ženské pohlavie zase uprednostňuje liehoviny, ktoré tvoria asi 1/3 celkovej spotreby (EMCCDA, 2009).

Aspoň raz počas svojho života bola polovica dopytovaných respondentov intoxikovaná do takej miery, že sa pri chôdzi potácali, nezrozumiteľne rozprávali alebo vracali. Za posledný rok to bolo v 39% prípadov a počas posledného mesiaca v 18%. V niektorých krajinách (Malta, Portugalsko, Estónsko a Lotyšsko) aj napriek vysokej frekvencii príležitostnej konzumácie alkoholu je pomerne nízky výskyt opitosti za dané obdobie. Celkovo udáva príležitostne nadmerné pitie alkoholických nápojov za posledný mesiac 47% chlapcov a 39% dievčat. Jedine v Nórsku príležitostne konzumuje alkohol o 7% viac žiakov ako žiakov. Od roku 2003 do roku 2007 najvýraznejší nárast bol zaznamenaný v Portugalsku z 25% na 56%, teda o 31%, v Poľsku o 16%, Francúzsku o 15%, Chorvátsku o 14% a v Bulharsku o 12% (EMCCDA, 2009).

Medzi uvádzané problémy spájajúce sa so spotrebou alkoholu počas uplynulých 12 mesiacov sa najčastejšie uvádzajú vážne problémy s rodičmi, dosahovanie slabých výsledkov v škole a práci, vážne problémy s priateľmi, fyzické konflikty či problémy s políciou.

Drogy

V prieskume uviedlo 23% chlapcov a 17% dievčat, že aspoň raz počas svojho života vyskúšalo nelegálnu drogu, pod ktorou myslíme kanabis, amfetamíny, kokain, crack, extázu, LSD alebo heroín. Medzi krajiny s najvyšším počtom užívateľov patria Česká republika (45%), Ostrov Man (34%), Švajčiarsko (33%), Slovenská republika (32%) a Francúzsko (31%). Nižšie miery prevalencie sa vyskytujú v škandinávskych krajinách a vo východnej Európe. Medzi najčastejšie užívanú nelegálnu látku patrí kanabis, pravdepodobne to súvisí aj s jednoduchšou dostupnosťou k tejto droge v porovnaní s ostatnými. Počas posledného roka uviedlo 14% žiakov konzumáciu kanabisu, za posledný mesiac 9% chlapcov a 6% dievčat. Pravidelná spotreba s najvyššou prevalenciou bola evidovaná v Českej republike a na Ostrove Man. V súčasnosti iba 1 – 2% populácie maloletých konzumentov je v Arménsku, na Faerských ostrovoch, vo Fínsku, v Nórsku, Rumunsku a vo Švédsku. Celoživotné užívanie kanabisu uviedlo 19% študentov (EMCCDA, 2009).

Z ostatných nelegálnych látok sa najčastejšie spotrebovávajú rovnako na úrovni 3% extáza, kokain a amfetamíny, v menšom množstve (1 – 2%) crack a heroín. Medzi prvých päť krajín s celoživotným užívaním extázy s mierou prevalencie okolo 6 – 7% je možné zaradiť Bulharsko, Estónsko, Ostrov Man, Lotyšsko a Slovensko.

Iné látky

Približne 15% žiakov Poľska, Litvy, Francúzska a Monaka má problém s celoživotným užívaním uspokojujúcich prostriedkov alebo sedatív, ktoré nie sú na lekársky predpis. Pod 2% konzumentov je z Rakúska, Ruska, Spojeného kráľovstva a Arménska. V ôsmich najvyššie umiestnených krajinách užíva 8% dievčat a 5% chlapcov lieky na voľný výdaj.

Tabuľka č. 5: Prehľad užívania alkoholu a drog medzi európskymi žiakmi vo veku 15 – 16 rokov v %. (2. časť).

Krajina	Akákoľvek nelegálna droga okrem kanabisu počas života ^{a)}	Užitie inhalátov počas života ^{b)}	Trankvilizéry (sedatíva, bez lekárskeho predpisu) počas života	Alkohol spolu s tabletkami počas života ^{c)}
Arménsko	2	5	0	1
Belgicko (Flámska časť)	9	8	9	4
Bulharsko	9	3	3	3
Cyprus	5	16	7	3
Česká republika	9	7	9	18
Dánsko (obmedzená porovnateľnosť)	7	9	6	6
Estónsko	9	9	7	5
Faerské ostrovy	1	8	3	6
Fínsko	3	10	7	9
Francúzsko	11	12	15	6
Grécko	5	9	4	3
Holandsko	7	6	7	4
Chorvátsko	4	11	5	8
Island	5	4	7	4
Írsko	10	15	3	7
Litva	7	3	16	5
Lotyšsko	11	13	4	8
Maďarsko	7	8	9	12
Malta	9	16	5	11
Monako	10	8	12	5
Nemecko (7 spolkových krajín)	8	11	3	7
Nórsko	3	7	4	4
Ostrov Man	16	17	7	12
Poľsko	7	6	18	5
Portugalsko	6	4	6	3
Rakúsko	11	14	2	12
Rumunsko	3	4	4	4
Rusko	5	7	2	4
Slovenská republika	9	13	5	12
Slovinsko	8	16	5	4
Spojené kráľovstvo	9	9	2	7
Švajčiarsko	7	9	8	6
Švédsko	4	9	7	7
Taliansko	9	5	10	4
Ukrajina	4	3	4	1
Priemer (nevážený)	10	6	5	6

a) „Akákoľvek nelegálna droga okrem kanabisu“: extáza, amfetamíny, LSD alebo iné halucinogény, crack, kokain a heroín

b) Inhaláty: „glej, lepidlá, rozpúšťadlá, atď. na navodenie nálady“

c) „Dostať sa do nálady“ okrem Cypru („cítiť sa inakšie“) a Rumunska („cítiť sa lepšie“)

Zdroj: EMCCDA, 2009.

Celkový trend za posledné roky je takmer stabilizovaný nielen v jednotlivých krajinách ale aj rodoch (EMCCDA, 2009).

Priemer celoživotného užívania inhalátorov vo vybraných európskych krajinách je 9%, najväčšie poklesy za posledné desaťročie nastali v Litve a Spojenom kráľovstve asi o 12%, naopak, najvyšší nárast o 6% bol vo Fínsku a na Slovensku. Najvýznamnejšími maloletými spotrebiteľmi inhalátorov sú zo 16% žiaci z Cypru, Ostrova Man, Malty a Slovinska. Najmenšie zastúpenie konzumentov má z krajín Bulharsko, Litva a Ukrajina.

Užívanie alkoholu s tabletkami s cieľom dostať sa do nálady sa v roku 2007 registrovalo u 8% európskych dievčat a 5% chlapcov. Česká republika s prevalenciou celoživotného užívania tejto kombinácie na úrovni 18% má prvenstvo. Na opačnej strane rebríčka sa umiestnili Arménsko a Ukrajina, v ktorých sa zaznamenalo 1% maloletej populácie (EMCCDA, 2009).

Skôr stúpajúce ako klesajúce trendy okrem Českej republiky zaznamenáva v sledovaných parametroch aj Slovensko. V nasledujúcej časti príspevku sa preto budeme venovať drogovej problematike v našej krajine.

3. Užívanie drog na Slovensku

V súčasnej dobe je pomerne komplikované u užívateľov identifikovať tých, ktorí sa špecializujú len na jednu drogu, skôr sa u nich vyskytuje polyúzus, t.j. Užívanie viacerých drog súčasne aj s protichodnými (stimulačnými verzus tlmivými) účinkami.

Tab. č.2 nám zachytáva nahlásených užívateľov na liečbu podľa jednotlivých skupín primárnej drogy. Ako je možné sledovať aj zo získaných údajov, užívanie opiátov, najmä heroínu, ktoré bolo v predchádzajúcej dekáde hlavným problémom, pokleslo.

Aj samotný graf č.1 prezrádza, že kým v roku 1995 bolo medzi prvoliečenými viac ako 85% pre užívanie heroínu, v roku 2006 to bolo už o 20% menej. Odvtedy ale narástol podiel prvoliečených na amfetamíny (pervitín) až na 36%, kým v rokoch 1994 – 1995 to boli necelé 2%. (Šteliar, 2009). Až v 25% všetkých žiadostí o liečbu drogovej závislosti na Slovensku sa uvádza metamfetamín ako primárna droga najčastejšie uvádzaná užívateľmi žiadajúcimi o liečbu prvýkrát, z ktorých 50% uviedlo injekčné užívanie drogy. V Českej republike je stav ešte kritickejší, predstavuje až 59 % všetkých žiadostí, v ktorých až 80% priznalo injekčné užívanie drogy (EMCDDA, 2008). Nebezpečenstvom spojeným s užívaním pervitínu je jeho injekčné užívanie, medzi liečenými sa niekoľko rokov drží na úrovni okolo 40%.

Ako uvádza ďalej Šteliar (2009) zvýšená pozornosť zo strany spotrebiteľov je venovaná prírodným psychotropickým látkam, v rómskych komunitách predovšetkým prchavým inhalátom.

Tabuľka č. 6: Hlásenie liečby užívateľa drog podľa skupín primárnej drogy.¹

Ro k	Spolu	Podľa skupín užívanej drogy									
		heroín ¹⁾	ostatné druhy opiát. drog	kokaín ²⁾	amfet a-mín a ostatné stimul .	hypno -tíká a sedatív va	haculi - nogén y	prcha vé látky	kanab is	iné drog y	kombináci a psycho- aktívnych látok ³⁾
19 97	2074	1157	100	2	37	109	10	165	76	18	--
19 98	2199	1584	81	4	42	134	9	215	114	16	--
19 99	2236	1691	62	5	47	82	5	190	145	9	--
20 00	2619	1878	151	5	93	106	13	210	151	12	--
20 01	2559	1871	73	8	144	89	7	175	184	8	--
20 02	2111	1288	84	12	199	120	9	167	221	11	--
20 03	2136	1050	57	16	379	122	11	183	299	19	--
20 04	2315	936	51	14	579	107	18	194	398	18	--
20 05	2078	857	45	11	501	84	6	161	400	13	--
20 06	1927	755	61	20	435	43	1	110	312	--	190
20 07	1985	694	131	9	480	57	6	102	323	--	183

1) Heroín – 111 (heroín, diamorfín získaný na ulici / nelekárske užívanie), 164 (heroín ako náhradný opiát / opioid užívaný ako súčasť protidrogovej liečby)

2) Kokaín – 210 (nešpecifický kokaín), 211 (kokaín hydrochlorid), 212 krak (voľná báza kokaínu zahrňujúca „crack“), 213 (iná špecifikovaná forma kokaínu, napr. coca paste)

3) Kombinácia psychoaktívnych látok vykazovaná samostatne diagnózou F19

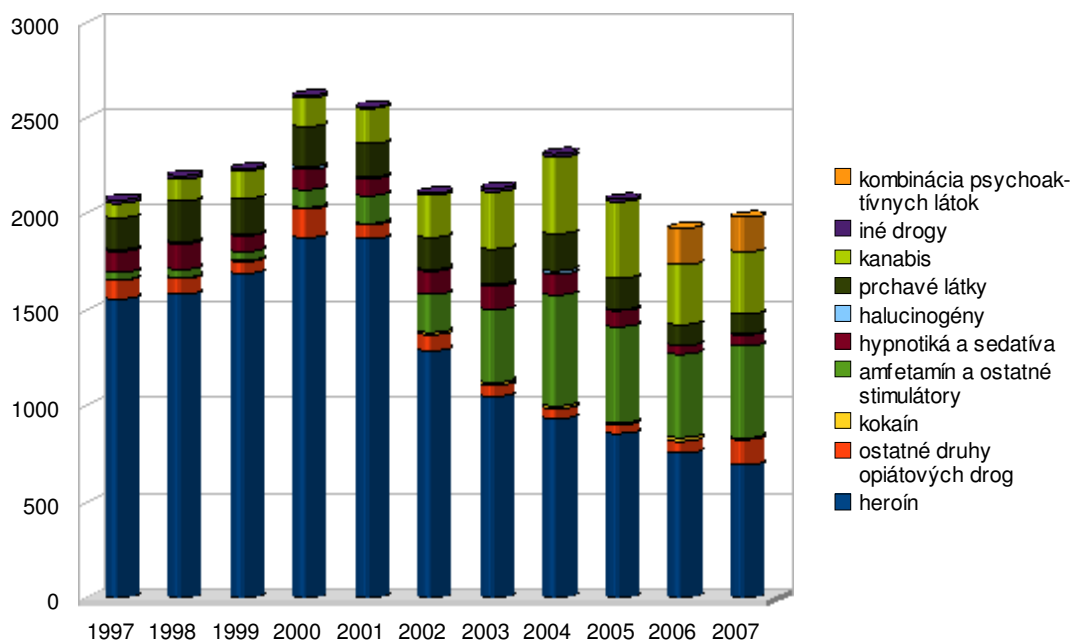
Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií. Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2005 a 2007.

Mladí ľudia, ktorí patria k najpočetnejšej skupine užívateľov ako to uvádza tab. č.3, pri kontakte s drogou odmietajú akékoľvek sociálne štandardy a životné skúsenosti dospelých. Začínajú legálnymi drogami, ako sú alkohol, cigarety a prechádzajú na tie nelegálne od kanabisu až ku heroínu, kokaínu a ku kombinácií viacerých z nich. Prvé kontakty s alkoholom má 8% detí v 11 rokoch, 24% v 13 rokoch, 50% v 15 rokoch. U mladých teenagerov sú 4% závislých od alkoholu. V roku 2006 bolo z celkového počtu

¹ V rokoch 1997 – 2005 prehľad obsahuje počet hlásených drogových závislých pacientov vrátane cudzích štátnych príslušníkov a pacientov s neznámou štátnou príslušnosťou.

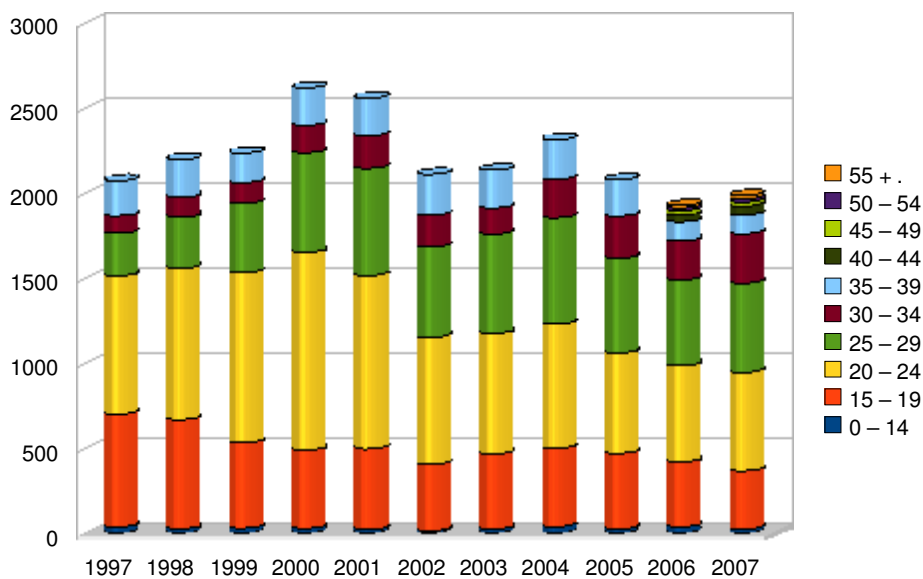
klientov, ktorí začali resocializáciu 4,5% maloletých, konkrétne 18 chlapcov a 5 dievčat (Škodáček ,2009).

Graf č. 1: Hlásenie liečby užívateľa drog podľa skupín užívanej primárnej drogy



Zdroj: Spracované z Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2005 a 2007.

Graf č. 2: Hlásenie liečby užívateľa drog podľa vekových skupín.



Zdroj: Spracované z Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2007.

Z dlhodobého hľadiska, ktoré zachytáva graf č.2, najrizikovejšími skupinami konzumentov drog sú mladí ľudia vo veku od 15 do 29 rokov.

Tabuľka č. 7: Hlásenie liečby užívateľa drog podľa vekových skupín

Ro k	Spolu	Podľa vekovej skupine									
		0 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55+
19 97	2074	38	664	812	252	101	207	--	--	--	--
19 98	2199	26	642	892	299	116	224	--	--	--	--
19 99	2236	30	501	1003	405	123	174	--	--	--	--
20 00	2619	28	460	1163	587	161	220	--	--	--	--
20 01	2559	21	475	1020	630	193	220	--	--	--	--
20 02	2111	15	390	748	530	188	240	--	--	--	--
20 03	2136	24	442	708	586	152	224	--	--	--	--
20 04	2315	39	461	731	625	226	233	--	--	--	--
20 05	2078	24	446	592	556	248	212	--	--	--	--
20 06	1927	37	381	569	502	230	113	38	27	15	15
20 07	1985	24	343	579	525	291	110	51	25	18	19

Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií. Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2007.

Kým koncom 90tych rokov tvorili viac ako 80% spotrebiteľov, tak v posledných rokoch sa ich počet trochu znižuje, čo je možné vysvetliť aj starnutím danej skupiny užívateľov presúvajúcich sa do staršej vekovej skupiny.

Takmer ½ chlapcov a 1/3 dievčat má skúsenosti s drogami, ktorá rastie s pribúdajúcim vekom. Najviac sa respondenti s nimi dostávajú do kontaktu vo veľkých mestách, čo nám vystihuje aj tab. č.4. Najvyšší podiel tých, ktorí vyskúšali drogu raz a aj opakovane sú spoločenský, komunikatívni jedinci, ktorí trávajú voľný čas v rôznych partiách. Menej spoločenské osoby, ale aj športovci a respondenti so širokými záujmami, s menej silnými sociálnymi kontaktmi sa najčastejšie vracajú k droge vtedy, ak majú príležitosť.

Tabuľka č. 8: Hlásenie liečby užívateľa drog podľa krajov trvalého bydliska v roku 2007

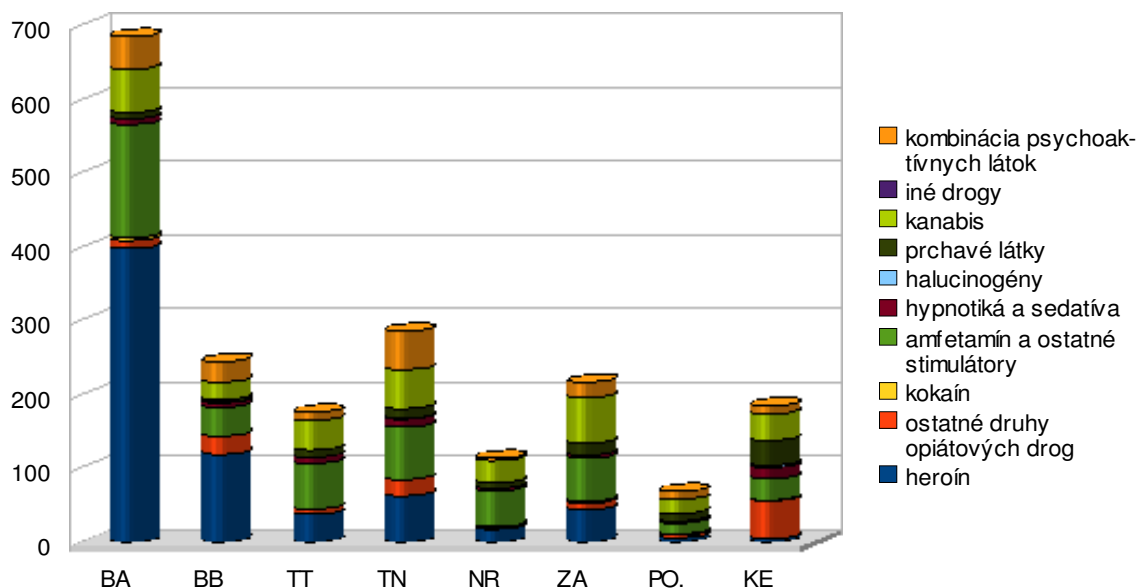
Úze- mie	Spolu	Podľa skupín užívanej drogy									
		heroín	ostat- né druh y opiát. drog	kokaín	amfet- a-mín a ostatn é stimul .	hypno- tiká a sedatí va	haculi- - nogén y	prcha- vé látky	kanab- is	iné drog y	kombináci a psycho- aktívnych látok
SR	1977	691	131	9	477	57	6	102	323	--	137
BA	685	398	11	4	153	8	--	8	59	--	26
TT	245	119	25	--	39	6	1	3	24	--	21
TN	176	38	7	--	62	8	ze--	10	40	--	9
NR	286	63	22	--	71	11	1	13	53	--	44
ZA	114	18	2	1	49	3	--	8	30	--	3
BB	217	44	9	2	59	4	--	16	62	--	17
PO	69	6	4	1	15	2	1	10	19	--	6
KE	185	5	51	1	29	15	3	34	36	--	11

Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií. Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2007.

Bratislavský samosprávny kraj s počtom 685 hlásení, ako to znázorňuje aj graf č.3, stojí na čele všetkých sledovaných indikátorov, aj v trestno-právnej oblasti. Problémoví užívatelia drog tu prevyšujú ostatné regióny približne o 20%. V roku 2007 sa takmer 2/5 po prvýkrát liečených pacientov a 50,2% opakovaných liečilo v zdravotníckych zariadeniach v tomto regióne. Poskytujú sa tu súčasne najdostupnejšie a vysoko rozšírené pomáhajúce služby pre ľudí, ktorí majú problémy s drogami. Bratislava je rovnako aj centrom drogovej kriminality z pohľadu záchytov a počtov drogových trestných činov a páchatelov týchto činov.

Na Slovensku má systém liečby pacientov so závislosťou psychoaktívnych látok ťažisko v dobrovoľnej forme liečby s dôrazom na ambulantnú starostlivosť. Nezanedbateľnú zložku tohto systému predstavujú aj ústavná liečba a nedobrovoľná forma liečby nariadená súdom.

Graf č. 3: Hlásenie liečby užívateľa drog podľa krajov trvalého bydliska v roku 2007.



Zdroj: Spracované z Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2007.

Na Slovensku nie je špecializované zdravotnícke zariadenie na liečbu drogových závislostí detí a mládeže. Tie supľujú pedopsychiatrické zariadenia, ARO, JIS a pediatrické oddelenia nemocníc. Cieľom terapie je zlepšiť celkový somatický stav a postihnuté funkcie pacienta v dôsledku psychoaktívnych látok s pokusom o reštrukturalizáciu osobnosti. Ako uvádza Škodáček (2009), liečba pozostáva zo 4 fáz:

1. *kontaktačná fáza* – pacient sa má stotožniť s nutnosťou liečby a absencie po spresnení jeho diagnózy a liečby prípadných komplikácií pri závislosti,
2. *detoxikačná fáza* – uplatňuje farmakologickú terapiu na zmiernenie abstinčných príznakov, trvá niekoľko dní až týždňov pri odobraní látkovej ale aj psychologickej drogy,
3. *odvykacia fáza* – počas niekoľkých týždňov až mesiacov sa vytvárajú nové behaviorálne reakcie formou individuálnej a skupinovej psychoterapie
4. *rehabilitačná fáza* – trvajúca niekoľko mesiacov až rokov, súčasťou ktorej sú športy, rekreačné aktivity, závisí od motivácie, osobnosti pacienta a kvality liečby, ktorá ho má socializovať, čiže po rehabilitácii habilitovať v novom postavení rozvoja života v súkromí, škole a profesii.

Záver

V Európe sa v súčasnosti rozrastá poskytovanie protidrogovej liečby, no napriek tomu medzi krajinami pretrvávajú veľké rozdiely hlavne v oblasti dostupnosti starostlivosti a v miere, do akej sa služby zaoberajú rôznymi druhmi problémov s drogami. Široké sociálne dopady ich užívania sa odrážajú v živote jednotlivcov, v strate zamestnania, rodiny, priateľov, či v strate istých sociálnych istôt. Jedným zo sociálnych dôsledkov užívania drog je napríklad aj páchanie trestnej činnosti (Národná správa pre EMCDDA, [17.10.2009]) Ak takýmto jednotlivcom nepomôže rodina, na rade je štát. zvyšujú sa tak jeho výdavky na zdravotnú starostlivosť pre týchto jednotlivcov za predpokladu, že sa danej zdravotnej starostlivosti podrobia a budú sa liečiť. V opačnom prípade sa sociálne, ale aj ekonomické dopady spôsobené užívaním drog budú naďalej prehĺbovať. Následne budú sociálne dôsledky užívania drog narastať a ovplyvňovať ďalšie faktory sociálneho života, súvisiace nielen s finančným zabezpečením jednotlivcov, ale aj v súvislosti s rôznymi dohrami v právnej oblasti, politickej oblasti či dokonca v oblasti etickej. Všetky dopady súvisiace s činnosťou jednotlivcov tak budú v značnej miere ovplyvňovať celú spoločnosť a tak sa problém jednotlivca stáva celospoločenským problémom, riešením ktorého by sa mala zaoberať celá spoločnosť.

Užívanie drog sa stalo jedným z vážnych celospoločenských problémov. Napriek všetkým doposiaľ prijatým a realizovaným opatreniam neustále narastá počet osôb, ktorých priemerný vek sa znižuje, ktoré experimentujú s drogami, zneužívajú ich, alebo sú od nich závislé. Preto je potrebné sa tejto problematike stále venovať aj vo forme prevencie. V konečnom dôsledku môžeme povedať, že drogy nielen negatívne ovplyvňujú život ľudí, ničia zdravie a imunitný systém, ale narušajú aj sociálne vzťahy a väzby.

Literatúra:

1. BELGISCHE FÖDERATION GEGEN KREBS. (2003): Abhängigkeiten verstehen und besser überwinden. Brüssel : Belgische Föderation gegen Krebs
2. EURÓPSKE MONITOROVACIE CENTRUM PRE DROGY A DROGOVÚ ZÁVISLOSŤ. (2009): Správa ESPAD za rok 2007. Užívanie drog medzi žiakmi v 35 európskych krajinách. Luxemburg: EMCDDA
3. EURÓPSKE MONITOROVACIE CENTRUM PRE DROGY A DROGOVÚ ZÁVISLOSŤ. (2008): Stav drogovej problematiky v Európe. Výročná správa 2008. Lisabon: EMCDDA

4. EURÓPSKE MONITOROVACIE CENTRUM PRE DROGY A DROGOVÚ ZÁVISLOSŤ. (2008): Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku za rok 2007. Bratislava: EMCDDA
5. KARLÍKOVÁ, E. (2004): Cirkev, drogy a toxikománia. Trnava: Dobrá kniha
6. KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V. (2007): Alkohol, drogy, závislosti. Bratislava: Univerzita Komenského
7. MIOVSKÝ, M. a kol. (2008): Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. Praha: Grada Publishing
8. NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. (2006): Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2005. Bratislava.
www.uzis.sk/nczisk/2005/zs0644.pdf [17.10.2009].
9. NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. (2008): Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2007. Bratislava .
10. NOCIAR, A. (2001): Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava: Asklepios
11. OLHA, Š. (1984): Drsný diktát drogy. Bratislava: Smena.
12. PENTEL,P.R., MALIN,D.H., ENNIFAR, S. (1999): A nicotine conjugate vaccine reduces nicotine distribution to brain and attenuates its behavioral a cardiovascular effects in rats. In: Pharm. Biochem. Behav., roč. 65, 1999, č. 1, s. 191 – 198.
13. ROTGERS,F. a kol. (1999): Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing
14. ŠKODÁČEK, I. (2009): Liečba závislostí od legálnych drog u detí a mládeže. In: *Sociálna prevencia*. č. 3, 2009. s. 16 – 17
15. ŠTELIAR,I. (2009): Drogová problematika na Slovensku vo svetle štatistických údajov. In: *Sociálna prevencia*. č. 3, 2009. s. 12 – 13
16. TOKÁROVÁ,A. (2008): Boj proti alkoholizmu a ženy. In: Paľa, G. – Čusová, A.: Alkohol, drogy, závislosti – čo s nimi? Prešovská univezita. Gréckokatolícka teologická fakulta: Prešov. s. 33 – 41
17. Národná správa pre EMCDDA. Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike,
<http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/index.cfm?module=ActiveWeb&page=Webpage&s=PartA8>, [17.10.2009].

The Usage of Drugs in Chosen European Countries and in Slovak Republic

Abstract

The paper is oriented to analyses of problematic of drugs and their impacts in specification of European Union, with the statistics determination of their extension and their usage in these impacts. Analyses are oriented from the theoretic generic conceptualization of chosen drug problematic, of therapy problematic of psychical defects joined with using of drugs, to analyze of usage of drugs by the chosen goal groups in chosen countries of European Union.

Key words: smoking, alcohol, drugs, therapy of psychical defect, usage of drugs