



**Srovnání užívání drog a jeho dopadů
v krajích České republiky v roce 2002**
Situační analýza v širším demografickém
a socioekonomickém kontextu

Pavla Lejčková, Viktor Mravčík a Josef Radimecký



Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002

Situační analýza v širším demografickém
a socioekonomickém kontextu

Pavla Lejčková, Viktor Mravčík a Josef Radimecký

Srovnání užívání drog

Pro bibliografické citace /

Lejčková, P., Mravčík, V., Radimecký, J. (2004)

Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu.

Praha: Úřad vlády ČR.

a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002

Autoři /

Mgr. Pavla Lejčková

MUDr. Viktor Mravčík

Mgr. Josef Radimecký, MSc.

Oponenti /

RNDr. Dagmar Dzúrová, CSc.

MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

Obsah

1 ABSTRAKT	8
2 SOUHRN	10
3 ÚVOD	12
SITUAČNÍ ANALÝZA UŽÍVÁNÍ DROG V ŠIRŠÍM KONTEXTU	17
4 SOCIODEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA	18
4/1 Demografický vývoj a věková struktura	19
4/2 Porodnost a plodnost	21
4/3 Potratovost, sňatečnost a rozvodovost	22
4/4 Vzdělanost a náboženské vyznání obyvatelstva	24
4/5 Pořadí krajů z hlediska sociodemografických ukazatelů	26
5 ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA	28
5/1 Úmrtnost	29
5/2 Nemocnost	31
5/3 Pořadí krajů z hlediska zdravotního stavu populace	33
6 SOCIOEKONOMICKÁ CHARAKTERISTIKA	34
6/1 Struktura zaměstnanosti	35
6/2 Nezaměstnanost	36
6/3 Průměrná mzda	37
6/4 Pořadí krajů z hlediska socioekonomického prostředí	38
7 TRESTNÁ ČINNOST	40
7/1 Celková kriminalita	41
7/2 Drogová kriminalita	43
7/3 Pořadí krajů z hlediska kriminality	44
8 INSTITUCIONÁLNÍ KONTEXT SLUŽEB PRO UŽIVATELE DROG	46
8/1 Zařízení a služby pro uživatele drog	47
8/2 Výměnné programy	48
8/3 Žádosti uživatelů drog o léčbu	50
8/4 Financování protidrogové politiky	52
8/5 Pořadí krajů z hlediska institucionálního kontextu drogových služeb	54
9 UŽÍVÁNÍ DROG A JEHO NÁSLEDKY	56
9/1 Užívání drog v populaci	57
9/1/1 Celopopulační průzkumy	57
9/1/2 Školské průzkumy	57
9/2 Problémové užívání drog	60
9/2/1 Odhady počtu problémových uživatelů drog	60
9/2/2 Problémoví uživatelé drog v kontaktu se zařízeními	61
9/3 Žádosti o léčbu	62
9/3/1 První žádosti o léčbu	62
9/3/2 Základní (primární) užívaná droga	62

9/3/3 Sekundární užívaná droga	64
9/3/4 Užívání alkoholu versus užívání nelegálních drog	64
9/4 Zdravotní dopady	66
9/4/1 Virové hepatitidy	66
9/4/2 HIV/AIDS	68
9/4/3 Úmrtí (mortalita)	68
9/5 Pořadí krajů z hlediska užívání drog a jeho následků	69
ANALÝZA SROVNÁNÍ KRAJŮ Z HLEDISKA UŽÍVÁNÍ DROG	71
10 ANALÝZA VZTAHU VYBRANÝCH UKAZATELŮ	72
11 FAKTOROVÁ ANALÝZA	76
12 SHLUKOVÁ ANALÝZA	80
13 ZÁVĚR	84
TABULKY	86
OBRÁZKY	88
ZKRATKY	90
POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE DAT	92



ABSTRAKT

Rostoucí počet zahraničních výzkumů upozorňuje na souvislosti mezi výskytem nepříznivých demografických a socioekonomických podmínek (tzv. environmentálních rizikových faktorů), výskytem nepříznivých institucionálních podmínek a výskytem problémových nebo rizikových forem chování, např. páčání trestné činnosti nebo užívání návykových látek (ilegálních i legálních) a problémů spojených s jejich užíváním. Tuto hypotézu podporují i závěry analýzy situace a srovnání environmentálních podmínek a charakteru užívání návykových látek v jednotlivých krajích České republiky.

Byla identifikována a shromážděna vybraná dostupná demografická a socioekonomická data, dále data o trestné činnosti, o nabídce služeb pro uživatele drog, o jejich finančním zabezpečení a o rozsahu, charakteru a dopadech užívání návykových látek. Hodnoty sledovaných ukazatelů byly porovnány mezi kraji. Byla

provedena korelační analýza vztahu mezi ukazateli, dále faktorová analýza pro zjednodušení jejich počtu a shluková analýza pro zhodnocení vzájemné podobnosti mezi jednotlivými kraji ČR.

Bylo identifikováno pět skupin krajů, které se liší co do srovnávaných demografických, socioekonomických a institucionálních ukazatelů i ukazatelů vztahujících se k užívání návykových látek. Závěry analýzy naznačují, že v krajích se zvýšenou mírou výskytu rizikových environmentálních faktorů se ve zvýšené míře vyskytují problémové formy chování – např. užívání návykových látek a s nimi související zdravotní a sociální problémy nebo kriminalita. Získané informace jsou významné pro tvorbu národní i krajských sociálních politik, včetně protidrogové politiky. Pro vytváření a zavádění efektivních opatření a intervencí v sociální a protidrogové politice je třeba realizovat další výzkumy.



SOUHRN

- Výzkum potvrzuje souvislosti mezi výskytem rizikových environmentálních faktorů a výskytem užívání drog a jeho nepříznivých důsledků.
- Analýza vybraných demografických a socioekonomických ukazatelů a dat o rozsahu a dopadech užívání drog a jejich srovnání podle krajů tuto hypotézu potvrzuje.
- Užívání drog a kriminalita se soustřeďují do krajů s vyšší průměrnou mzdou, zejména do velkých měst a/nebo urbanizovaných oblastí, jež nabízejí větší anonymitu, resp. nižší míru sociální kontroly.
- V krajích významně korelují ukazatele zkušeností mládeže s užitím jakékoli drogy (včetně legálního alkoholu) s ukazateli prevalence problémových uživatelů drog a žádostí o léčbu.
- V krajích, kde jsou drogy více vyhledávané a dostupné, je vyšší koncentrace služeb pro uživatele drog, jež odpovídá zvýšené poptávce po těchto službách.
- Finanční prostředky na služby prevence a léčby uživatelů drog jsou vydávány diferencovaně a přiměřeně různým potřebám a podmínkám krajů ČR.
- Podle situace z hlediska výskytu demografických a socioekonomických rizikových faktorů a užívání návykových látek lze rozdělit 14 krajů České republiky do pěti skupin:
 - Příznivé sociodemografické prostředí a relativně příznivou situaci v užívání drog vykazují kraje Vysočina, Jihomoravský a Zlínský.
 - Relativně příznivý stav demografických a zdravotních ukazatelů a příznivou situaci v užívání drog vykazují kraje Středočeský, Jihočeský, Královéhradecký, Pardubický a Moravskoslezský, obdobně i Plzeňský a Olomoucký kraj.
 - V Karlovarském a Libereckém kraji je velmi nepříznivé demografické prostředí, koncentrují se v nich problémové sociální jevy, ale situace v užívání drog je průměrná.
 - Ústecký kraj se vyznačuje velmi nepříznivou demografickou situací i velmi nepříznivou situací v užívání drog.
 - Hlavní město Prahu charakterizuje horší sociální prostředí, koncentrace kriminality a „drogových“ trestných činů a velmi nepříznivá situace v užívání drog.
- Identifikované rozdíly mezi jednotlivými kraji by měly být zohledňovány při plánování a realizaci opatření sociální a protidrogové politiky ze strany krajů i vlády.

3 ÚVOD

Užívání návykových látek, jeho rozšíření v populaci a rizikové formy jejich užívání je všeobecně pokládáno za jeden z globálních problémů současné společnosti (EMCDDA, 2003b). Není divu, protože užívání a především nadměrné užívání legálních (tabák, alkohol, léky) a ilegálních drog (heroin, kokain, pervitin, marihuana a hašiš, extáze atd.) představuje pro jednotlivce, komunity, regiony i národy řadu výrazných rizik – zdravotních, sociálních, ekonomických či trestně právních.

Mezi nejznámější zdravotní rizika patří např. možnost předávkování či vytvoření závislosti na užívané látce, injekční užívání drog představuje závažná rizika šíření krví přenosných infekcí (HIV/AIDS, virové hepatitidy typu B, C), méně obecně známá rizika představuje vznik tzv. duálních psychiatrických poruch vyvolaných v souvislosti s užíváním alkoholu nebo ilegálních drog. Sociální rizika spojená s užíváním návykových látek bez ohledu na jejich zákonný status jsou obecně označovaná jako sociální vyloučení neboli exkluze (EMCDDA, 2003a). Pod tento pojem jsou zahrnovány např. vyloučení uživatelů drog ze studia a nízká pracovní kvalifikace, propuštění ze zaměstnání, život na ulici (bezdomovecství) a problémy najít si po léčbě závislosti odpovídající pracovní příležitost. Ekonomická rizika představují zejména náklady společnosti vydávané na užívání návykových látek. Jde na jedné straně o tzv. přímé náklady – jako jsou výdaje na prevenci, na léčbu, na trestní postih nebo na vyplácení dávek v nemoci respektive sociálních dávek a podpory v nezaměstnanosti. Nepřímé náklady pak tvoří výdaje společnosti v souvislosti se ztrátou produktivity uživatelů drog či alkoholu v důsledku jejich úrazů, nemoci či předčasných úmrtí (Rice, 1999), a to nejen v souvislosti s nelegálními drogami a alkoholem, ale také v souvislosti s kouřením tabáku. Mezi nejznámější trestně právní postihy patří tresty za řízení pod vlivem návykových látek (v ČR nejčastěji pod vlivem alkoholu (Mravčík et al. 2003)) nebo, v případě ilegálních drog za jejich výrobu, distribuci a/nebo držení pro vlastní potřebu. Podstatné jsou také náklady na trestní postihy za sekundární drogovou kriminalitu (tj. trestnou činnost páchanou za účelem obstarání si prostředků na drogu nebo pod vlivem drogy) a ušlá produktivita v důsledku kriminálních kariér.

Problémy spojenými s užíváním návykových látek se zabývá protidrogová politika, jež je z definice součástí širší sociální politiky státu (MacGregor, 1998). Protidrogová politika je komplexní soubor preventivních, léčebných a sociálních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální (makro), komunitní

(mezzo) a individuální (mikro) úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog a/nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat (Radimecký, 2003; Stimson, 2003). V České republice je systematická protidrogová politika realizována od roku 1993, kdy byla vládou jako její poradní, iniciační a koordinující orgán zřízena Meziresortní protidrogová komise a byla schválena Koncepce a program protidrogové politiky vlády na období 1993 – 1996 (Kalina, 1993). V témže roce se problém užívání návykových látek poprvé objevil jako nové téma na politické agendě Evropské unie (Boekhout van Solinge, 2002). Současná česká protidrogová politika je ve všech hlavních parametrech srovnatelná a kompatibilní s tou, kterou realizuje Evropská unie (Radimecký, 2001); protidrogová politika ČR pro období 2001 – 2004 byla obdobně jako evropská založena na čtyřech základních pilířích: represi, (primární) prevenci, léčbě a resocializaci (Sekretariát Meziresortní protidrogové komise, 2000). Připravovaná strategie české protidrogové politiky na období 2005 – 2009 bude zohledňovat problematiku všech návykových látek bez ohledu na jejich legální status, tedy i problematiku užívání alkoholu a tabáku.

Charakter protidrogových politik je do značné míry determinován používaným paradigmatem, což je termín odvozený z historie vědy používaný pro popis souboru přesvědčení, který určuje, co má být v té které vědní disciplíně studováno, jakými postupy a jak mají být výsledky interpretovány (Bryman, 2001). V případě užívání drog je tedy základním paradigmatem soubor přesvědčení o fenoménu užívání drog a jak by toto chování a s ním související jevy měly být zkoumány a chápány. Zjednodušeně lze říci, že protidrogová politika v dané společnosti je konstruována podle toho

- (1) jak je užívání drog definováno (např. jako zdravotní, sociální, sociálně-patologický, kriminální problém),
 - (2) jak jsou definováni uživatelé drog (jako lidé se zdravotními nebo se sociálními problémy vs. jako zločinci),
 - (3) která profesní skupina je určena jako odborník na problém užívání drog (např. lékaři-psychiatři, multidisciplinární týmy, kriminalisté apod.) a
 - (4) jaká opatření jsou ve vztahu k tomuto typu chování navrhována a uskutečňována (např. prevence, léčba, trestní stíhání nebo kombinace těchto přístupů).
- (Stimson, 1987; MacGregor, 1998).

Jedním ze stěžejních principů uplatňovaných v české, ale i v evropské protidrogové politice je uplatňování výzkumem ověřených strategií a intervencí (tzv. evidence-based approach). Přesto, že je tento princip citován, jeho

význam se často zdá nejasný. Hartnoll (2003) argumentuje, že v protidrogové politice neexistuje jakýsi statický a definitivní stav vědeckého poznání. Jako případnější přístup pro formulaci a zavádění výzkumem ověřených strategií a intervencí navrhuje postupný (krok za krokem) proces budování vědeckého poznání, němuž lze dospět přes pozorování, formulování teorii, testování hypotéz a porovnávání informací z různých zdrojů.

Skutečně, Česká republika i Evropská unie disponují v současné době relativně dobrým popisem situace ve věcech drog (Mravčík et al. 2003; EMCDDA, 2003b; EMCDDA, 2003a). Máme poměrně přesné (vzhledem ke skryté povaze užívání ilegálních drog) informace o počtech uživatelů drog (prevalence) a o jeho distribuci v populaci. Známe základní charakteristiky, postoje a chování různých skupin jejich uživatelů stejně jako rozsah užívání všech typů návykových látek, jakož i rizika a důsledky problémového užívání drog. Pro vytváření takového popisu máme k dispozici nástroje – tzv. klíčové indikátory pro sledování a analýzu návykového chování (EMCDDA). Přesto nám pro lepší pochopení situace v užívání drog, jejího vývoje a pro zodpovězení otázek „proč?“ a „jak?“ chybí systematický popis a analýza souvisejících – demografických, sociálních, ekonomických či kulturních faktorů, jež by nám pomohly porozumět trendům v užívání drog, jeho důsledkům nebo rozdílnému vývoji mezi jednotlivými zeměmi, kraji či městy. Současný výzkum nám pomohl identifikovat rizikové (ale i protektivní – ochranné) faktory na úrovni jedinců. Mnohem méně ale víme o možných rizikových faktorech na úrovni společnosti a „životního“ prostředí – tj. o environmentálních rizikových faktorech (Hartnoll, 2003; Rhodes, 1999).

Jistě si lze položit otázku, zda skutečně prostředí – tj. demografické, sociální, kulturní a ekonomické podmínky v nichž lidé žijí – má nebo může mít vliv na charakter a rozsah takového sociálního problému, jakým je užívání návykových látek. Odpověď nám poskytuje rostoucí počet zahraničních výzkumů, které potvrzují, že užívání drog, stejně jako jiné formy rizikového či problémového chování, jsou sice volbou jedince, ale jedná se o výběr z nabídky možností, jež je zásadně limitována kvalitou prostředí, v němž daný člověk žije (Douglas and Wildavsky, 1982; Douglas, 1992). Palm (2001) dokonce argumentuje, že problém užívání návykových látek má svoji „sociální diagnózu“. Tak např. užívání alkoholu a jiných drog ve zvýšené míře je spojováno s nerovnými životními podmínkami (např. v přístupu ke vzdělání či zaměstnání) v sociálně deprivovaných oblastech

(Marmot, 1997). Enormní výskyt a nárůst rizikového injekčního užívání ilegálních drog a s ním související přenos infekčních onemocnění HIV/AIDS nebo virových hepatitid typu B a C je asociováno s rizikovým environmentálním prostředím (Rhodes, 1999), (UN AIDS, 2003). Souvislosti byly dokumentovány i mezi nízkým socio-ekonomickým statutem, nezdravým životním stylem a psychosociálními charakteristikami obyvatel (Lynch, 1997). Rozdílný rozsah a charakteristiky užívání drog byly zaznamenány mezi městskými celky a vesnickými oblastmi (Forsyth and Barnard, 1999). Stejně tak lze nalézt důkazy o tom, že některé demografické charakteristiky korelují s kvalitou životního prostředí – např. vyšší úmrtnost byla dokumentována v ekonomicky a sociálně slabších oblastech (Law, 1999).

Nepříznivé životní podmínky a vnější prostředí tedy významně přispívají k výskytu a šíření rizikových a problémových forem chování, jako jsou např. užívání návykových látek, páchání trestné činnosti či prostituce. Tyto závěry potvrzuje i tato analýza Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS), jež porovnává některé významné demografické, sociální a ekonomické ukazatele v krajích České republiky ve vztahu k ukazatelům spojeným s užíváním zejména ilegálních návykových látek.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje ve svém plánu Zdraví pro všechny v 21. století přístup ochrany veřejného zdraví (WHO, 1986; 2001). V tomto konceptu determinuje (určuje) "zdravý" vývoj jednotlivců i společnosti kvalita prostředí, v němž lidé žijí. Jinými slovy, podle WHO přispívá nezdravé (nepříznivé) prostředí k rozvoji „nezdravých“ forem chování, jejichž zvýšený výskyt zpětně ovlivňuje kvalitu prostředí. Protidrogová politika je součástí širší zdravotní a sociální politiky, a proto má smysl zabývat se sledováním a studiem životních podmínek v různých krajích ČR či v jejich částech a snažit se porozumět mechanismům a procesům změn, vzájemným vztahům mezi jednotlivými demografickými, ekonomickými a sociálními ukazateli a jejich potencionálním dopadům. Poznáním významu a vztahů mezi těmito faktory a jejich vztahu s užíváním drog a s ním souvisejícími problémy nám může pomoci nejenom pochopit „proč“ a „jak“ k užívání návykových látek dochází, ale umožní nám i identifikovat a předvídat jednotlivé trendy a účinně je ovlivňovat.

Předkládaná studie by měla přispět k objasnění vzájemných vztahů mezi charakterem prostředí a situací v oblasti užívání drog. Pozorný čtenář může být

překvapen, jak spolu vybraná analyzovaná demografická, ekonomická a sociální data a data o rozsahu a charakteru užívání drog a o jeho dopadech korespondují a dávají za pravdu zahraničním výzkumům. Ti, kteří se zajímají o poskytování státních dotací na programy drogové politiky, si možná všimnou, že finanční prostředky ze státního rozpočtu určené na předcházení a snižování problémů spojených s užíváním drog – jež poskytuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky – jsou rozdělovány diferencovaně se zohledněním různé míry výskytu rizikových faktorů prostředí mezi jednotlivými kraji. Nám všem ale poskytuje tato analýza jasnou informaci, že pouhá opatření prevence, léčby uživatelů drog či zákonného postihu jejich výrobců a distributorů nemohou samy o sobě problém užívání návykových látek vyřešit. Pro dosažení příznivějšího stavu ve vztahu k užívání návykových látek je třeba, vedle specifických preventivních, léčebných a trestně-právních opatření, kontinuálně přispívat ke zlepšování kvality prostředí a životních podmínek obyvatel jednotlivých krajů i prostřednictvím ekonomických, environmentálních opatření a opatření sociální a zdravotní politiky státu a krajských samospráv.





SITUAČNÍ ANALÝZA UŽÍVÁNÍ DROG V ŠIRŠÍM KONTEXTU



SOCIODEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA

K základním demografickým jevům, které se používají pro srovnání územních jednotek, patří porodnost, plodnost a úmrtnost, ta však bude diskutována až v části týkající se zdravotního stavu obyvatelstva. Dalšími sledovanými jevy jsou potratovost, sňatečnost a rozvodovost. Celkový demografický vývoj se hodnotí na základě přirozeného přírůstku obyvatelstva.

4/1

Demografický vývoj a věková struktura

Demografický vývoj v jednotlivých krajích odráží celkový demografický vývoj České republiky. V průběhu 90. let se trendy v oblasti porodnosti a plodnosti začaly přibližovat zemím západní Evropy. Od počátku 90. let u nás dochází k poklesu počtu narozených dětí, a to takovou měrou, že i přes klesající úmrtnost dochází k poklesu celkového počtu obyvatel. V roce 2002 bylo v ČR 10 200 774 obyvatel¹, v tomto roce se narodilo 92 786 dětí a zemřelo 108 243 osob (ČSÚ, 2003b). Úbytek obyvatelstva přirozenou měnou činil -1,52 ‰. Střední stav obyvatelstva jednotlivých krajů, počty narozených a zemřelých a hrubou míru přirozeného přírůstku² shrnuje Tabulka 4-1.

Při regionálním pohledu je vidět, že největší úbytek přirozenou měnou zaznamenaly v roce 2002 kraje Praha, Plzeňský a Středočeský, nejmenší naopak kraje Jihočeský, Liberecký a Vysočina. Jediný kraj České republiky, Karlovarský, vykazoval v tomto roce kladný přírůstek obyvatelstva.

Srovnání věkové struktury obyvatelstva jednotlivých krajů ukazuje Tabulka 4-2. V roce 2002 bylo v ČR 15,7 % obyvatelstva ve věku do 15-ti let, 70,4 % ve věku 15–64 let a 13,9 % obyvatelstva ve věku nad 65 let (ČSÚ, 2003b). Obdobnou věkovou strukturu mají všechny kraje s výjimkou Prahy. V Praze je nadprůměrné

Tabulka 4-1: Střední stav obyvatelstva, narození, zemřelí a přirozený přírůstek podle krajů (ČSÚ, 2003b)

Kraj	Střední stav obyvatelstva	Živě narození	Zemřelí	Přirozený přírůstek	Hrubá míra přirozeného přírůstku (v ‰)
Hl.m. Praha	1 158 800	9 690	13 333	-3 643	-3,14
Středočeský	1 125 735	10 483	12 401	-1 918	-1,70
Jihočeský	624 778	5 733	6 228	-495	-0,79
Plzeňský	549 369	4 886	5 944	-1 058	-1,93
Karlovarský	303 761	2 949	2 851	98	0,32
Ústecký	819 442	8 186	9 289	-1 103	-1,35
Liberecký	427 418	4 132	4 473	-341	-0,79
Královéhradecký	548 698	4 946	5 713	-767	-1,39
Pardubický	506 849	4 653	5 230	-577	-1,14
Vysočina	517 959	4 755	5 218	-463	-0,89
Jihomoravský	1 122 759	10 067	11 937	-1 870	-1,67
Olomoucký	637 401	5 667	6 680	-1 013	-1,59
Zlínský	593 458	5 195	5 855	-660	-1,11
Moravskoslezský	1 264 347	11 444	13 091	-1 647	-1,30
Česká republika	10 200 774	92 786	108 243	-15 457	-1,52

¹ Jedná se o střední stav obyvatelstva, tj. počet obyvatel k 1.7. sledovaného roku.

² Hrubá míra přirozeného přírůstku vztahuje rozdíl narozených a zemřelých osob v daném roce k 1 000 obyvatelům středního stavu.

zastoupení osob ve věku nad 65 let, které dokonce převyšuje zastoupení dětské složky v populaci (16,2 % seniorů ku 13,1 % dětí). V ostatních krajích stále převažuje dětská populace nad seniory.

Tabulka 4-2: Věková struktura obyvatelstva v jednotlivých krajích (ČSÚ, 2003b):

Kraj	Obyvatelstvo ve věku 0–14 let (v %)	Obyvatelstvo ve věku 15–64 let (v %)	Obyvatelstvo ve věku nad 65 let (v %)
Hl.m. Praha	13,1	70,7	16,2
Středočeský	15,6	70,1	14,3
Jihočeský	16,1	70,2	13,8
Plzeňský	15,2	70,3	14,4
Karlovarský	16,4	71,5	12,1
Ústecký	16,5	71,4	12,2
Liberecký	16,5	70,8	12,8
Královéhradecký	15,9	69,5	14,6
Pardubický	16,3	69,5	14,2
Vysočina	16,7	69,4	13,9
Jihomoravský	15,4	70,2	14,4
Olomoucký	15,9	70,4	13,7
Zlínský	15,9	70,2	13,9
Moravskoslezský	16,4	71,1	12,5
Česká republika	15,7	70,4	13,9

V roce 2002 dosahovala hrubá míra porodnosti³ v ČR hodnoty 9,10 ‰. Nejvyšší úroveň porodnosti vykazovaly Ústecký, Karlovarský a Liberecký kraj, nejnižší porodnost pak Praha, Zlínský, Plzeňský a Olomoucký kraj (Obrázek 4-1). Ukazuje se, že v krajích s mladší věkovou strukturou obyvatelstva je zároveň vyšší míra porodnosti a naopak, protože oba tyto ukazatele jsou vzájemně provázané. Ukazatel úhrnné plodnosti⁴, který v ČR dlouhodobě klesá, dosahoval v roce 2002 hodnoty jen 1,17. Tento ukazatel nevykazuje příliš velké rozdíly mezi jednotlivými kraji – velmi nízké hodnoty dosahuje opět v Praze, mírně nad průměrem ČR je v Ústeckém, Karlovarském a Libereckém kraji. Srovnání relativních ukazatelů porodnosti obsahuje Tabulka 4-3.

Tabulka 4-3: Ukazatele porodnosti podle krajů (ČSÚ, 2003b)

Kraj	Hrubá míra porodnosti (v ‰)	Úhrnná plodnost
Hl.m. Praha	8,36	1,08
Středočeský	9,31	1,20
Jihočeský	9,18	1,18
Plzeňský	8,89	1,15
Karlovarský	9,71	1,23
Ústecký	9,99	1,27
Liberecký	9,67	1,22
Královéhradecký	9,01	1,18
Pardubický	9,18	1,18
Vysočina	9,18	1,18
Jihomoravský	8,97	1,15
Olomoucký	8,89	1,13
Zlínský	8,75	1,12
Moravskoslezský	9,05	1,18
Česká republika	9,10	1,17

Obrázek 4-1: Hrubá míra porodnosti (v ‰) podle krajů (ČSÚ, 2003b)



³Hrubá míra porodnosti vztahuje počet živě narozených dětí k 1 000 obyvatelům středního stavu dané oblasti. Obdobně i hrubá míra potratovosti, sňatečnosti a rozvodovosti.

⁴Ukazatel úhrnné plodnosti vyjadřuje počet dětí připadajících na 1 ženu ve věku 15–49 let; aby bylo v populaci dosaženo prosté reprodukce, měl by ukazatel dosahovat hodnoty 2,1.

K demografickým ukazatelům charakterizujícím situaci v jednotlivých krajích můžeme přiřadit také ukazatele potratovosti, sňatečnosti a rozvodovosti. Tyto ukazatele však spíše než přirozený pohyb obyvatelstva charakterizují celkové sociální prostředí v jednotlivých oblastech. Rozdíly, které mezi hodnotami těchto ukazatelů existují v rámci ČR, shrnuje Tabulka 4-4.

republiky 5,17 ‰ (ČSÚ, 2003b). Vyšší míru sňatečnosti vykazovaly v roce 2002 kraje Karlovarský, Praha a Liberecký, nejnižší byla zaznamenána v Moravskoslezském, Olomouckém a Zlínském kraji. Také úroveň rozvodovosti vykazuje v rámci ČR určité rozdíly (Obrázek 4-3). Vysokou rozvodovost najdeme opět v Ústeckém a Karlovarském kraji, v Moravskoslezském kraji a v Praze. V České repub-

Tabulka 4-4: Ukazatele potratovosti, sňatečnosti a rozvodovosti podle krajů (ČSÚ, 2003b)

Kraj	Hrubá míra potratovosti ⁵ (v ‰)	Uměle ukončená těhotenství na 100 narozených dětí	Hrubá míra sňatečnosti (v ‰)	Hrubá míra rozvodovosti (v ‰)	Počet rozvodů na 100 sňatků
Hl.m. Praha	4,25	50,87	5,74	3,33	57,98
Středočeský	4,16	44,67	5,22	3,13	60,10
Jihočeský	4,38	47,78	5,18	3,19	61,48
Plzeňský	4,74	53,32	5,32	3,08	57,96
Karlovarský	5,85	60,26	6,02	3,79	62,99
Ústecký	5,80	58,04	5,43	3,82	70,36
Liberecký	5,19	53,65	5,67	3,43	60,45
Královéhradecký	4,29	47,63	4,98	3,28	65,95
Pardubický	3,71	40,45	5,05	2,74	54,31
Vysočina	3,61	39,35	5,02	2,29	45,58
Jihomoravský	3,68	41,04	5,01	2,77	55,26
Olomoucký	3,87	43,48	4,72	2,93	62,01
Zlínský	3,58	40,89	4,85	2,42	49,88
Moravskoslezský	4,12	45,56	4,70	3,29	69,89
Česká republika	4,29	47,14	5,17	3,11	60,23

Na 100 narozených dětí v České republice připadalo v roce 2002 téměř 48 uměle ukončených těhotenství, hrubá míra potratovosti činila 4,29 ‰ (ČSÚ, 2003b). V rámci ČR jsou patrné určité rozdíly v úrovni potratovosti. Regionální rozdíly v úrovni potratovosti sleduje Obrázek 4-2.

Vysokou úroveň potratovosti vykazují kraje Karlovarský, Ústecký, Liberecký a Plzeňský, za nimi následuje Praha. Naopak nízkou úroveň potratovosti zaznamenaly kraje Zlínský, Vysočina a Jihomoravský.

Hrubá míra sňatečnosti dosahovala v roce 2002 v České

lice připadalo na 100 sňatků 60 rozvodů – v Ústeckém kraji však 70, zatímco na Vysočině „jen“ 45 rozvodů (ČSÚ, 2003b).

Geografické rozložení rozvodovosti a potratovosti, které je možné označit také jako tzv. rizikové environmentální faktory, odpovídá dlouhodobě určitému vzorci. Již tradičně (Hápl et al. 1996) je úroveň těchto demografických jevů vyšší v průmyslových regionech severozápadních Čech a severní Moravy a v určitém směru také v Praze a dalších velkých městech ČR, zatímco v převážně venkovských regionech východních Čech a jižní Moravy je výskyt těchto jevů mnohem nižší. Nižší úroveň těchto

⁵ Hrubá míra potratovosti vztahuje počet potratů (uměle ukončených těhotenství) k 1 000 obyvatelům středního stavu dané oblasti, obdobně hrubá míra sňatečnosti a rozvodovosti vztahuje počet sňatků, resp. rozvodů ke střednímu stavu obyvatelstva.

jevů do značné míry souvisí se stabilní sociální strukturou obyvatelstva některých krajů, tedy např. s náboženským založením obyvatelstva, vyšší dosaženou úrovní vzdělanosti, homogenním národnostním složením a nízkou migrací obyvatelstva (Hampel et al. 1996). Koncentrace rizikových environmentálních faktorů v severozápadních

Čechách a severní Moravě souvisí do velké míry s heterogenní strukturou obyvatelstva, nižší úrovní vzdělanosti a nižším zastoupením věřícího obyvatelstva. Regionální rozložení vzdělanosti a náboženského vyznání obyvatelstva je blíže diskutováno také v následující části.

Obrázek 4-2: Hrubá míra potratovosti (v ‰) podle krajů (ČSÚ, 2003b)



Obrázek 4-3: Hrubá míra rozvodovosti (v ‰) podle krajů (ČSÚ, 2003b)



Vzdělanost obyvatelstva byla hodnocena na základě podílu osob s ukončeným vysokoškolským vzděláním v populaci starší 15 let, výsledky pocházejí ze Sčítání lidu, domů a bytů a vztahují se tedy k roku 2001. V České republice bylo k 1. 3. 2001 necelých 9 % populace s dokončeným vysokoškolským vzděláním (ČSÚ, 2003c). Nejvyšší podíl vysokoškoláků byl v Praze a Jihomoravském kraji, nejnižší naopak v krajích Ústeckém a Karlovarském. Regionální rozdíly ve vzdělanosti obyvatelstva shrnují Tabulka 4-5 a Obrázek 4-4.

Při posledním Sčítání lidu, domů a bytů v roce 2001 se k náboženskému vyznání (tj. Římskokatolické, Českobratrské evangelické nebo Československé husitské církvi) přihlásilo celkem 32 % obyvatel (ČSÚ, 2003c). Nejvyšší podíl osob s náboženským vyznáním byl ve Zlínském kraji, Vysočině a Jihomoravském kraji. Naopak nejnižší zastoupení věřících bylo v Ústeckém, Libereckém a Středočeském kraji. Regionální rozložení obyvatelstva z hlediska náboženského vyznání poskytuje Obrázek 4-5.

Tabulka 4-5: Vzdělanost a náboženské vyznání obyvatelstva podle krajů v roce 2001 (ČSÚ, 2003c)

Kraj	Vysokoškolsky vzdělané obyvatelstvo (v %)	Obyvatelstvo s náboženským vyznáním (v %)
Hl.m. Praha	18,80	24,51
Středočeský	7,01	23,38
Jihočeský	7,76	34,67
Plzeňský	7,77	24,25
Karlovarský	5,55	20,53
Ústecký	5,36	15,83
Liberecký	7,03	18,41
Královéhradecký	7,49	26,64
Pardubický	7,02	32,01
Vysočina	6,71	46,35
Jihomoravský	10,32	43,66
Olomoucký	8,12	36,98
Zlínský	7,67	55,21
Moravskoslezský	7,75	40,20
Česká republika	8,89	32,14

Obrázek 4-4: Podíl obyvatelstva s vysokoškolským vzděláním (v %) podle krajů v roce 2001 (ČSÚ, 2003c)



Obrázek 4–5: Obyvatelstvo hlásící se k náboženskému vyznání v roce 2001 (v %) (ČSÚ, 2003c)



Ze sociodemografického prostředí byly pro analýzu pořadí použity následující ukazatele: hrubá míra potratovosti a rozvodovosti, podíl obyvatelstva s vysokoškolským vzděláním a podíl obyvatelstva hlásící se k náboženskému vyznání. Pořadí krajů z hlediska jednotlivých ukazatelů shrnuje Tabulka 4-6.

Z hlediska rizikových environmentálních faktorů mají po sociodemografické stránce příznivé postavení kraje Zlínský, Jihomoravský a Vysočina, následované krajem Olomouckým a Pardubickým. Naopak nejméně příznivou sociodemografickou situaci najdeme v Ústeckém, Karlovarském a Libereckém kraji.

Tabulka 4-6: Pořadí krajů podle vybraných demografických ukazatelů

Kraj	Hrubá míra potratovosti	Hrubá míra rozvodovosti	Obyvatelstvo s VŠ vzděláním	Obyvatelstvo s náboženským vyznáním	Celkové pořadí
Hl.m. Praha	8	11	1	9	8
Středočeský	7	7	11	11	11
Jihočeský	10	8	5	6	7
Plzeňský	11	6	4	10	9
Karlovarský	14	13	13	12	13
Ústecký	13	14	14	14	14
Liberecký	12	12	9	13	12
Královéhradecký	9	9	8	8	10
Pardubický	4	3	10	7	5
Vysočina	2	1	12	2	3
Jihomoravský	3	4	2	3	2
Olomoucký	5	5	3	5	4
Zlínský	1	2	7	1	1
Moravskoslezský	6	10	6	4	6

⁶ Pro každou ze sledovaných oblastí bylo na základě vybraných ukazatelů určeno pořadí krajů v rámci České republiky. Podle součtu pořadí ukazatelů bylo určeno výsledné pořadí krajů v dané oblasti.



ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA

Vzhledem k tomu, že dosud neexistuje jediný ukazatel zdraví, hodnotí se zdravotní stav obyvatelstva na základě různých charakteristik úmrtnosti a nemocnosti. K hodnocení zdravotního stavu se používají především ukazatele naděje dožití při narození a kojenecská úmrtnost, z oblasti nemocnosti pak míra hospitalizace v nemocnicích a procento pracovní neschopnosti.

5/1 Úmrtnost

Od počátku 90. let dochází v České republice k postupnému poklesu míry úmrtnosti. Úrovní vybraných ukazatelů úmrtnosti (např. naděje dožití při narození nebo kojenecské úmrtnosti) se ČR začala pomalu přibližovat úrovni západoevropských zemí. V roce 2001 dosahovala naděje dožití při narození⁷ hodnot 71,7 let pro muže a 78,4 let pro ženy (ČSÚ, 2002). Hodnoty naděje dožití pro jednotlivé kraje shrnují Tabulka 5-1 a Obrázek 5-1.

Z tabulky i obrázku je patrné, že vyšší naději dožití při narození vykazuje Praha, Jihomoravský, Královéhradecký kraj a Vysočina. Jedná se o kraje s vyšší kvalitou sociálního prostředí, tedy o kraje s nižším výskytem rizikových

faktorů jako jsou rozvodovost nebo potratovost, do určité míry zde hraje roli i kvalita přírodního prostředí a dostupnost zdravotní péče. Podprůměrných hodnot dosahuje naděje dožití při narození naopak v Karlovarském, Ústeckém a Moravskoslezském kraji, kde dochází ke koncentraci již zmiňovaných rizikových environmentálních faktorů.

Dalším ze základních ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva je kojenecská úmrtnost⁸. Vzhledem k nízkým počtům zemřelých dětí v jednotlivých krajích je vhodné vycházet z nejméně dvouletých průměrů, neboť hodnoty mohou rok od roku silně kolísat. Intenzita kojenecské

Tabulka 5-1: Naděje dožití při narození v letech (v r. 2001) a kojenecská úmrtnost (průměr let 1998–2002) (ÚZIS, 2003b, ČSÚ, 2002)

Kraj	Naděje dožití – muži (v letech)	Naděje dožití – ženy (v letech)	Kojenecská úmrtnost (v ‰)
Hl.m. Praha	73,6	79,0	3,4
Středočeský	71,7	78,0	4,0
Jihočeský	72,4	78,5	4,6
Plzeňský	72,2	78,1	4,2
Karlovarský	70,7	77,0	4,6
Ústecký	70,2	76,6	6,3
Liberecký	71,3	77,9	4,5
Královéhradecký	72,6	79,0	3,9
Pardubický	72,7	78,6	4,3
Vysočina	72,7	78,7	4,9
Jihomoravský	72,3	79,0	3,6
Olomoucký	71,5	78,6	4,4
Zlínský	71,4	78,8	3,5
Moravskoslezský	70,4	77,9	5,4
Česká republika	71,7	78,4	4,4

⁷ Naděje dožití při narození, neboli střední délka života při narození, vyjadřuje, kolika let by se dožila právě narozená osoba za stávajících úmrtnostních poměrů.

⁸ Ukazatel kojenecské úmrtnosti vyjadřuje počet zemřelých dětí do 1 roku věku na 1 000 živě narozených dětí v daném roce.

úmrtnosti dosahovala v České republice 4,4 ‰, hodnoty za jednotlivé kraje shrnuje Tabulka 5-1 a Obrázek 5-2.

I přes to, že byl hodnocen průměr ukazatele za pět po sobě jdoucích let, dosahovala kojenecká úmrtnost

výrazně vyšších hodnot v Ústeckém a Moravskoslezském kraji – zde bylo možné zároveň sledovat nižší hodnotu naděje dožití při narození. Velice nízkých hodnot dosahovala kojenecká úmrtnost v Praze, Zlínském a Jihomoravském kraji.

Obrázek 5-1: Naděje dožití při narození pro ženy (v letech) (ČSÚ, 2002)



Obrázek 5-2: Kojenecká úmrtnost (v ‰) podle krajů (průměr za období 1998–2002) (ÚZIS, 2003b)



5/2

Nemocnost

K základním charakteristikám nemocnosti u populace v aktivním věku (tj. ve věku 15–64 let) patří průměrné procento pracovní neschopnosti⁹. V České republice dosahovala v roce 2002 pracovní neschopnost 6,8 % z celkového počtu kalendářních dnů (ÚZIS, 2003b). Nadprůměrné procento pracovní neschopnosti najdeme ve Zlínském, Moravskoslezském a Libereckém kraji, hluboko pod průměrem je Praha a Středočeský kraj. Nejčastějším důvodem pracovní neschopnosti je nemoc, pracovní i ostatní úrazy tvoří necelé 1 % pracovní neschopnosti obyvatelstva. Průměrné procento pracovní

neschopnosti podle krajů ČR ukazuje Tabulka 5–2. V krajích s vyšším procentem pracovní neschopnosti najdeme často také delší průměrnou dobu pracovní neschopnosti.

Dalším ukazatelem používaným k hodnocení zdravotního stavu populace je míra hospitalizace pacientů v nemocnicích a délka ošetrovací doby. V roce 2001 bylo celkem hlášeno 2 167 090 případů hospitalizace (ÚZIS, 2002), což odpovídá 21 196 pacientům na 100 000 obyvatel; průměrná ošetrovací doba v nemocnici činila necelých

Tabulka 5–2: Průměrné procento pracovní neschopnosti podle krajů v roce 2001 (ÚZIS, 2003b)

Kraj	Průměrné procento pracovní neschopnosti		
	Celkem	Nemoc	Úrazy
Hl.m. Praha	5,31	4,95	0,36
Středočeský	6,17	5,57	0,61
Jihočeský	6,86	6,12	0,72
Plzeňský	6,83	6,05	0,77
Karlovarský	6,72	6,11	0,61
Ústecký	6,79	6,21	0,59
Liberecký	7,72	7,03	0,69
Královéhradecký	7,03	6,34	0,69
Pardubický	6,89	6,23	0,67
Vysočina	6,93	6,19	0,73
Jihomoravský	7,22	6,64	0,57
Olomoucký	7,43	6,69	0,69
Zlínský	8,02	7,16	0,86
Moravskoslezský	7,86	6,97	0,89
Česká republika	6,77	6,13	0,64

⁹ Průměrné procento pracovní neschopnosti vyjadřuje podíl kalendářních dnů pracovní neschopnosti na celkovém počtu kalendářních dní daného období.

8 dní. Regionální rozdíly v počtu hospitalizovaných ukazuje Tabulka 5-3.

Nadprůměrný počet hospitalizovaných osob (v přepočtu na 100 000 obyvatel daného kraje) byl sledován v roce 2001 na Vysočině, v Ústeckém a Karlovarském kraji. Nízký počet hospitalizovaných zaznamenaly Praha a Královéhradecký kraj, tyto kraje však spolu s krajem Jihomoravským vykazovaly zároveň nejdelší průměrnou ošetrovací dobu. Tento fakt může souviset s tím, že v těchto krajích jsou soustředěna zařízení pro komplikovanější případy a pacienti jsou hospitalizováni delší dobu.

Tabulka 5-3: Počet případů hospitalizace podle krajů (r. 2001) (ÚZIS, 2002)

Kraj	Případy hospitalizace	
	absolutně	na 100 000 obyvatel
Hl.m. Praha	228 293	19 601
Středočeský	236 624	21 046
Jihočeský	128 647	20 570
Plzeňský	115 350	20 954
Karlovarský	67 575	22 237
Ústecký	190 864	23 269
Liberecký	94 828	22 151
Královéhradecký	108 480	19 704
Pardubický	101 653	20 011
Vysočina	123 756	23 847
Jihomoravský	247 023	21 919
Olomoucký	129 291	20 228
Zlínský	126 904	21 333
Moravskoslezský	267 802	21 110
Česká republika	2 167 090	21 196

5/3

Pořadí krajů z hlediska zdravotního stavu populace

Pro hodnocení zdravotního stavu populace byly použity tyto ukazatele: naděje dožití při narození pro ženy a kojenecké úmrtnosti. Pořadí krajů podle jednotlivých ukazatelů sleduje Tabulka 5-4.

Dobrý zdravotní stav obyvatelstva vykazují Praha, následovaná Jihočeským, Královéhradeckým a Zlínským krajem, naopak horší zdravotní stav z hlediska vybraných ukazatelů lze sledovat v Ústeckém, Moravskoslezském, Karlovarském a Libereckém kraji.

Ukazuje se, že regionální rozložení demografických ukazatelů a ukazatelů zdravotního stavu je do značné míry podobné. Příznivé demografické poměry a dobrý zdravotní stav populace vykazují kraje východních Čech a jižní Moravy, zatímco nepříznivý demografický vývoj a horší zdravotní stav můžeme sledovat v urbanizovaných oblastech severozápadních Čech a severní Moravy.

Tabulka 5-4: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů zdravotního stavu.

Kraj	Naděje dožití – ženy	Kojenecká úmrtnost	Celkové pořadí
Hl.m. Praha	1	1	1
Středočeský	10	5	6–8
Jihočeský	8	10–11	10
Plzeňský	9	6	6–8
Karlovarský	13	10–11	12
Ústecký	14	14	14
Liberecký	11	9	11
Královéhradecký	2	4	2–4
Pardubický	6	7	5
Vysočina	5	12	9
Jihočeský	3	3	2–4
Olomoucký	7	8	6–8
Zlínský	4	2	2–4
Moravskoslezský	12	13	13



SOCIOEKONOMICKÁ CHARAKTERISTIKA

Od počátku 90. let dochází v České republice k významným společenským změnám, které se odrážejí nejen v politickém, kulturním, ale také v socioekonomickém vývoji ČR i jednotlivých krajů. Spolu s těmito změnami dochází k prohlubování diferenciací v ekonomickém postavení jednotlivých krajů. Regionální rozdíly jsou patrné nejen v oblasti zaměstnanosti obyvatelstva – ať již co se týče sektorových změn nebo nezaměstnanosti, ale především v rozdílech průměrné mzdy.

6/1

Struktura zaměstnanosti

V roce 2002 pracovalo v České republice 5 % obyvatel v zemědělství, 40 % obyvatel v průmyslu a 55 % obyvatel ve službách (ČSÚ, 2003e). Mezi jednotlivými krají vřak existují významné rozdíly v sektorové struktuře zaměstnanosti. Výjimečné postavení má Praha, kde téměř 80 % obyvatel pracuje ve službách, relativně vysoké procento zaměstnanosti ve službách je také v Jihomo-

ravském kraji. Některé kraje se naopak vyznačují vysokou zaměstnaností v průmyslu, např. kraje Zlínský a Liberecký. Nadprůměrnou zaměstnanost obyvatelstva v zemědělství vykazují tradiční zemědělské oblasti, tedy především kraje Vysočina, Jihočeský a Plzeňský. Regionální rozdíly ve struktuře zaměstnanosti ukazuje Tabulka 6-1.

Tabulka 6-1: Zaměstnanost obyvatelstva podle sektorů a krajů (ČSÚ, 2003e)

Kraj	Zaměstnanost v zemědělství (v %)	Zaměstnanost v průmyslu (v %)	Zaměstnanost ve službách (v %)
Hl.m. Praha	0,5	21,3	78,2
Středočeský	5,1	38,8	56,1
Jihočeský	9,1	41,4	49,5
Plzeňský	7,0	42,2	50,7
Karlovarský	3,6	40,7	55,7
Ústecký	3,5	41,7	54,8
Liberecký	2,8	49,7	47,4
Královéhradecký	5,6	43,5	50,9
Pardubický	6,2	46,2	47,7
Vysočina	12,7	46,4	40,9
Jihomoravský	5,1	37,5	57,4
Olomoucký	6,5	42,5	50,9
Zlínský	3,4	50,6	46,0
Moravskoslezský	2,8	43,8	53,4
Česká republika	4,8	39,9	55,2

V 90. letech se v České republice znovu objevil po čtyřicet let v podstatě neznámý jev: nezaměstnanost. V souvislosti s ekonomickou transformací začalo docházet k nárůstu míry nezaměstnanosti především v tradičních průmyslových oblastech. V roce 2002 dosahovala průměrná míra nezaměstnanosti 7,3 % a na jedno volné pracovní místo připadalo 9 uchazečů o práci (ČSÚ, 2003d). Extrémně vysokých hodnot dosahovala míra nezaměstnanosti v Ústeckém a Moravskoslezském kraji (Tabulka 6-2 a Obrázek 6-1). Ukazuje se, že v těchto krajích je nejen vysoký počet nezaměstnaných osob, ale zároveň zde vzniká jen velmi málo nových pracovních příležitostí. Dalším problémem je také kvalifikace uchazečů o práci. Výrazně podprůměrná míra nezaměstnanosti byla naopak v Praze.

Tabulka 6-2: Míra nezaměstnanosti podle krajů (ČSÚ, 2003d)

Kraj	Míra registrované nezaměstnanosti (v %)
Hl.m. Praha	3,7
Středočeský	7,2
Jihočeský	6,7
Plzeňský	7,1
Karlovarský	10,1
Ústecký	17,1
Liberecký	8,7
Královéhradecký	7,3
Pardubický	8,7
Vysočina	8,3
Jihomoravský	11,2
Olomoucký	12,2
Zlínský	10,2
Moravskoslezský	15,9
Česká republika	7,3

Obrázek 6-1: Míra registrované nezaměstnanosti (v %) (ČSÚ, 2003d)



6/3

Průměrná mzda

Průměrná hrubá měsíční mzda činila ke konci roku 2002 v České republice 19 081 Kč. Nad průměr ČR vystupuje pouze Praha s hodnotou téměř 25 000 Kč (Tabulka 6-3). Naopak nejnižší průměrná mzda je na Vysočině a v Pardubickém kraji (Obrázek 6-2). Průměrná mzda do značné míry souvisí se strukturou zaměstnanosti obyvatelstva – nejvyšší mzdy jsou v sektoru služeb, nejnižší v zemědělství. V rámci sektoru průmyslu však existují velké vnitřní rozdíly – některá průmyslová odvětví dosahují téměř srovnatelné úrovně průměrné mzdy jako sektor služeb, proto mají vybrané průmyslové oblasti (např. Plzeň) vyšší průměrnou mzdu ve srovnání s ostatními převážně průmyslovými regiony.

Tabulka 6-3: Průměrná měsíční mzda podle krajů (k 31. 12. 2002) (ČSÚ, 2003d)

Kraj	Průměrná mzda (v Kč)
Hl.m. Praha	24 833
Středočeský	18 075
Jihočeský	16 764
Plzeňský	17 707
Karlovarský	16 791
Ústecký	16 874
Liberecký	16 895
Královéhradecký	16 575
Pardubický	15 885
Vysočina	15 571
Jihomoravský	16 486
Olomoucký	16 470
Zlínský	16 431
Moravskoslezský	16 772
Česká republika	19 081

Obrázek 6-2: Průměrná hrubá mzda (v Kč) podle krajů (ČSÚ, 2003d)



Pořadí krajů z hlediska socioekonomického prostředí bylo určeno na základě registrované míry nezaměstnanosti a průměrné hrubé mzdy. Jejich pořadí ukazuje Tabulka 6–4.

Nejlepší ekonomické postavení v rámci České republiky má Praha, za ní následuje Středočeský s Plzeňským krajem a kraj Jihočeský. Naopak vysokou mírou nezaměstnanosti a nízkou průměrnou mzdou se vyznačuje Olomoucký, ale i Jihomoravský a Zlínský kraj, následované shodně kraji Pardubickým, Moravskoslezským a Vysočinou.

Zatímco z hlediska demografické situace a zdravotního stavu obyvatelstva zaznamenávají všechny kraje České

republiky shodný vývoj, ekonomická situace v jednotlivých krajích se diferencuje. Na jedné straně jsou v republice oblasti, které mají dobré ekonomické postavení (např. Praha a s ní většina velkých měst republiky s vyšším zastoupením služeb, vyšší průměrnou mzdou a nízkou nezaměstnaností), na druhé straně jsou oblasti, které zaznamenávají spíše stagnující ekonomický vývoj a s ním spojené další problémy, jako jsou vyšší míra nezaměstnanosti nebo nízká průměrná mzda. Mezi tyto oblasti patří převážně venkovské (např. Pardubický kraj a Vysočina) a tradiční průmyslové regiony, které procházejí náročnou transformací s mnoha jejími dopady (např. Ústecký a Moravskoslezský kraj).

Tabulka 6–4: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů socioekonomického prostředí

Kraj	Registrovaná míra nezaměstnanosti	Průměrná měsíční mzda	Celkové pořadí
Hl.m. Praha	1	1	1
Středočeský	4	2	2–3
Jihočeský	2	8	4
Plzeňský	3	3	2–3
Karlovarský	10	6	7
Ústecký	14	5	8
Liberecký	8	4	5
Královéhradecký	5	9	6
Pardubický	7	13	9–11
Vysočina	6	14	9–11
Jihomoravský	11	10	12–13
Olomoucký	12	11	14
Zlínský	9	12	12–13
Moravskoslezský	13	7	9–11



TRESTNÁ ČINNOST

Jedním z jevů, který charakterizuje kvalitu, nebo spíše nekvalitu sociálního prostředí, je úroveň kriminality. Kromě celkového počtu zjištěných trestných činů a jeho přepočtu na 10 000 obyvatel jednotlivých krajů se zaměříme především na trestné činy související s ilegálními drogami, tzv. „drogové“ trestné činy. Sledují se konkrétně trestné činy spadající pod § 187, tj. nedovolené nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL) a přechovávání pro jiného, § 187a, tj. přechovávání OPL pro sebe, § 188, tj. výroba a předměty k výrobě OPL, a § 188a, tj. šíření toxikomanie. Kromě počtu zjištěných trestných činů se eviduje také počet osob stíhaných pro dané trestné činy, počet obžalovaných a odsouzených osob.

Sekundární drogová kriminalita, tedy trestné činy páchané uživateli drog (např. majetkové trestné činy páchané za účelem získání prostředků na užívání drog, násilné a ohrožující trestné činy pod jejich vlivem, legalizace výnosů z drogové trestné činnosti, korupce), není v ČR na centrální ani regionální úrovni sledována.

7/1

Celková kriminalita

V roce 2002 bylo celkem v ČR zaznamenáno 372 341 trestných činů, na 10 000 obyvatel připadalo 365 trestných činů (ČSÚ, 2003a). Srovnání kriminality v jednotlivých krajích ukazuje Tabulka 7-1 a Obrázek 7-1.

Extrémní počet zjištěných trestných činů (v přepočtu na 10 000 obyvatel) zaznamenala Praha, nad průměrem ČR jsou také Ústecký a Liberecký kraj následované kraji Středočeským a Karlovarským. Naopak velmi nízký počet trestných činů byl sledován na Vysočině, ve Zlínském, Pardubickém a Královéhradeckém kraji.

Tabulka 7-1: Počet zjištěných trestných činů podle krajů (ČSÚ, 2003a)

Kraj	Zjištěné trestné činy	Trestné činy na 10 000 obyvatel
Hl.m. Praha	102 873	887,75
Středočeský	42 149	374,41
Jihočeský	16 304	260,96
Plzeňský	16 076	292,63
Karlovarský	11 154	367,20
Ústecký	31 492	384,31
Liberecký	16 422	384,21
Královéhradecký	13 345	243,21
Pardubický	11 285	222,65
Vysočina	8 971	173,20
Jihomoravský	35 496	316,15
Olomoucký	16 535	259,41
Zlínský	12 507	210,75
Moravskoslezský	37 732	298,43
Česká republika	372 341	365,01

Obrázek 7-1: Zjištěné trestné činy (na 10 000 obyvatel) podle krajů (ČSÚ, 2003a)



V roce 2002 bylo v České republice zjištěno celkem 4 330 „drogových“ trestných činů, pro které bylo stíháno 2 204 osob (Policejní Prezidium ČR, 2003). Z toho bylo 3 359 trestných činů podle § 187 (stíháno 1 757 osob), 285 trestných činů podle § 187a (stíháno 178 osob), 216 trestných činů podle § 188 (stíháno 120 osob) a 470 trestných činů podle § 188a (stíháno 149 osob). Počty zjištěných drogových trestných činů v jednotlivých krajích shrnují Tabulka 7-2 a Obrázek 7-2.

Nejvyšší počet drogových trestných činů přepočtených na 100 000 obyvatel byl zjištěn v Praze, následují kraje Karlovarský, Liberecký a Ústecký. Naopak nejméně drogových trestných činů bylo zjištěno v Pardubickém a Olomouckém kraji a na Vysočině.

Drogová kriminalita má stejné geografické rozložení jako kriminalita obecně – nejvíce zjištěných trestných činů je v urbanizovaných oblastech, např. Praze, Karlovarském, Libereckém a Ústeckém kraji, Jihomoravském a ve Středočeském kraji. Příznivá situace je v Pardubickém a Olomouckém kraji, na Vysočině a v Královéhradeckém kraji.

Tabulka 7-2: Zjištěné drogové trestné činy podle krajů v roce 2002 (Policejní Prezidium ČR, 2003)

Kraj	Zjištěné drogové trestné činy	Drogové trestné činy v přepočtu na 100 000 obyvatel
Hl.m. Praha	1 762	152,05
Středočeský	390	34,64
Jihočeský	146	23,37
Plzeňský	155	28,21
Karlovarský	116	38,19
Ústecký	299	36,49
Liberecký	158	36,97
Královéhradecký	107	19,50
Pardubický	62	12,23
Vysočina	97	18,73
Jihomoravský	396	35,27
Olomoucký	118	18,51
Zlínský	163	27,47
Moravskoslezský	361	28,55
Česká republika	4 330	42,45

Obrázek 7-2: Zjištěné drogové trestné činy (na 100 000 obyvatel) podle krajů (Policejní Prezidium ČR, 2003)



Z oblasti kriminality byly pro hodnocení pořadí krajů použity následující ukazatele: zjištěné trestné činy v přepočtu na 10 000 obyvatel a zjištěné drogové trestné činy na 100 000 obyvatel. Jejich pořadí shrnuje Tabulka 7–3.

Nejnižší kriminalitou se vyznačují Vysočina, Pardubický kraj a Olomoucký kraj, tedy kraje s příznivou demografickou a zdravotní situací, tj. nízkým výskytem rizikových environ-

mentálních faktorů (viz dříve). Naopak v krajích s vyšším výskytem sledovaných rizikových environmentálních faktorů je vyšší i kriminalita. Sem patří především Ústecký, Liberecký a Karlovarský kraj. Výjimečné postavení má Praha, která se vyznačuje nejvyšší úrovní kriminality z celé ČR, vysokou koncentrací negativních sociálních jevů a zároveň příznivou situací v oblasti zdravotního stavu obyvatelstva a nadprůměrnou ekonomickou situací.

Tabulka 7–3: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů kriminality

Kraj	Zjištěné trestné činy (na 10 000 obyvatel)	Drogové trestné činy (na 100 000 obyvatel)	Celkové pořadí
Hl.m. Praha	14	14	14
Středočeský	11	9	10
Jihočeský	6	5	6
Plzeňský	7	7	7
Karlovarský	10	13	11
Ústecký	13	11	12–13
Liberecký	12	12	12–13
Královéhradecký	4	4	4–5
Pardubický	3	1	1–2
Vysočina	1	3	1–2
Jihomoravský	9	10	9
Olomoucký	5	2	3
Zlínský	2	6	4–5
Moravskoslezský	8	8	8



INSTITUCIONÁLNÍ KONTEXT SLUŽEB PRO UŽIVATELE DROG



Tato kapitola se zabývá rozložením služeb a zařízení pro uživatele drog a jejich vybraným charakteristikám a zároveň se zaměřuje na financování těchto služeb v jednotlivých krajích, tedy na objem dotací vynaložených na projekty drogové politiky ze státního rozpočtu a rozpočtů krajů. Výkonnost jednotlivých druhů modalit lze z důvodu absence jednotného systému výkaznictví ztěžít hodnotit a tím méně srovnávat mezi kraji – až na jednu službu, kterou jsou výměnné programy. Počty vyměněných jehel a stříkaček dobře charakterizují výkonnost této modalit a srovnatelná data jsou dostupná za všechny kraje ČR. Pro hodnocení využití služeb byl také použit indikátor prvních žádostí o léčbu.

8/1

Zařízení a služby pro uživatele drog

Ke konci roku 2002 fungovalo v ČR celkem 95 nízkoprahových zařízení, 24 terapeutických komunit a jiných pobytových zařízení, 19 psychiatrických léčeben, 9 center poskytujících metadonovou substituci a 19 detoxifikačních jednotek (Tabulka 8-1). Kromě těchto zařízení existuje v ČR také síť ambulantních zdravotnických zařízení (např. AT poradny) a psychiatrických oddělení nemocnic poskytujících služby uživatelům drog. Buprenorfinovou substituci (lék Subutex) mohou předepisovat všichni praktičtí lékaři. Data za předepisovanou substituci však nejsou k dispozici podle krajů ČR.

Nízkoprahovými zařízeními prošlo v roce 2002 více než

33 000 klientů, terapeutickými komunitami a pobytovými zařízeními více než 500 osob, psychiatrické léčebny zaznamenaly více než 2500 hospitalizací. Substitučními centry prošlo 463 uživatelů drog (Mravčík et al. 2003).

Z hlediska poskytovaných služeb a léčby pro uživatele drog zaujímá nejvyšší pozice Praha, Moravskoslezský, Jiho-moravský a Ústecký kraj, které nabízejí celé spektrum sledovaných služeb. Naopak omezenou nabídku služeb pro uživatele drog má Karlovarský, Liberecký, Královéhradecký a Pardubický kraj. V Karlovarském a Pardubickém kraji jsou jedinou službou, která je uživatelům drog k dispozici, nízkoprahová zařízení.

Tabulka 8-1: Vybrané služby uživatelům drog podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003)

Kraj	Nízkoprahová zařízení	Terapeutické komunity a pobytová zařízení	Psychiatrické léčebny	Substituční léčba	Detoxifikační jednotky
Hl.m. Praha	5	2	1	3	3
Středočeský	11	4	2	1	2
Jihočeský	7	3	3	0	0
Plzeňský	7	3	1	0	1
Karlovarský	7	0	0	0	0
Ústecký	13	2	3	1	2
Liberecký	3	1	0	0	1
Královéhradecký	2	1	0	1	0
Pardubický	3	0	0	0	0
Vysočina	6	1	3	0	2
Jihomoravský	7	1	1	1	2
Olomoucký	7	2	2	1	3
Zlínský	6	0	2	0	1
Moravskoslezský	11	4	1	1	2
Česká republika	95	24	19	9	19

Data o výměnných programech injekčních stříkaček a jehel sbírají nezávisle na sobě dvě instituce. Podle údajů Hygienické stanice hlavního města Prahy se výměnnému programu stříkaček a jehel věnovalo v roce 2002 celkem 69 zařízení a 48 terénních programů. Celkem bylo za tento rok vyměněno 1 410 057 stříkaček a jehel (Polanecký et al. 2003).

Podle závěrečných zpráv projektů nízkoprahových zařízení podpořených Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP, dříve Meziřesortní protidrogová komise, MPK) za rok 2002 se do výměnného projektu zapojilo celkem 88 zařízení a programů a bylo vyměněno celkem 1 469 224 stříkaček a jehel. Srovnání počtu výměnných

programů a vyměněných stříkaček a jehel v jednotlivých krajích umožňuje Tabulka 8-2. Regionální počty vyměněných stříkaček a jehel sleduje na základě údajů ze závěrečných zpráv dotovaných projektů také Obrázek 8-1.

Nejvíce výměnných programů bylo v roce 2002 v Ústeckém, Moravskoslezském kraji a Praze, největší počet kusů vyměněných stříkaček a jehel byl v přepočtu na 1 000 obyvatel v Praze, Ústeckém a Jihomoravském kraji. Nejméně výměnných programů je v Pardubickém, Královéhradeckém, Plzeňském a Libereckém kraji. Nejméně vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na 1 000 obyvatel bylo ve Středočeském kraji, Vysočině, Jihočeském a Libereckém kraji.

Tabulka 8-2: Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b)

Kraj	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel	Počet vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na 1 000 obyvatel
Hl.m. Praha	10	858 507	741
Středočeský	9	12 561	11
Jihočeský	7	14 883	24
Plzeňský	3	23 221	42
Karlovarský	5	16 608	55
Ústecký	15	256 071	312
Liberecký	3	12 273	29
Královéhradecký	3	22 250	41
Pardubický	2	23 622	47
Vysočina	5	11 254	22
Jihomoravský	7	134 285	120
Olomoucký	5	21 809	34
Zlínský	4	19 973	34
Moravskoslezský	10	41 907	33
Česká republika	88	1 469 224	144

Obrázek 8-1: Počet vyměněných stříkaček a jehel (na 1 000 obyvatel) podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b)



Využití nabízených služeb hodnotí také indikátor prvních žádostí o léčbu. O léčbu poprvé požádalo v roce 2002 celkem 4 719 osob, regionální rozložení počtu žadatelů, i v přepočtu na 100 000 obyvatel, poskytuje Tabulka 8-3 a Obrázek 8-2. Vyšší počty žadatelů o léčbu odrážejí kromě prevalence uživatelů drog také vyšší nabídku služeb a do značné míry i jejich větší dostupnost.

Nejvíce žádostí o léčbu bylo v přepočtu na 100 000 obyvatel v Ústeckém kraji, Jihomoravském a Praze, kde je

zároveň nejvyšší počet zařízení poskytujících služby uživatelům drog a také nejvyšší počty vyměněných stříkaček a jehel. V těchto krajích je tedy nejvyšší využití služeb. Nejnižší využití služeb, tedy nejméně žádostí, zaznamenaly Pardubický a Královéhradecký kraj. V těchto krajích je zároveň omezená nabídka služeb pro uživatele drog, včetně omezeného počtu výměnných programů.

Podrobněji jsou žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním nelegálních drog diskutovány v kapitole 9.3.

Tabulka 8-3: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním nelegálních drog podle krajů (Polanecký et al. 2003)

Kraj	Počet prvních žádostí o léčbu	První žádosti o léčbu (na 100 000 obyvatel)
Hl.m. Praha	572	49,36
Středočeský	441	39,17
Jihočeský	239	38,25
Plzeňský	215	39,14
Karlovarský	98	32,26
Ústecký	741	90,43
Liberecký	169	39,54
Královéhradecký	148	26,97
Pardubický	125	24,66
Vysočina	251	48,46
Jihomoravský	677	60,30
Olomoucký	314	49,26
Zlínský	279	47,01
Moravskoslezský	450	35,59
Česká republika	4 719	46,26

Obrázek 8-2: První žádosti o léčbu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2003)



Vláda ČR schválila usnesením č. 1045 ze dne 23. října 2000 Národní strategii protidrogové politiky na období 2001–2004, ve které bylo stanoveno, že financování protidrogové politiky bude realizováno ve dvou úrovních – centrální a místní. Stejným usnesením pověřila vláda ČR Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) rozdělováním finančních prostředků z rozpočtové kapitoly Všeobecná pokladní správa – výdaje na protidrogovou politiku (Mravčík et al. 2003).

V roce 2002 byla v dotačním řízení RVKPP poskytnuta dotace 152 protidrogovým projektům v celkové výši 88 173 000 Kč. Na 100 000 obyvatel ČR tak připadalo 864 376 Kč. Dotace v přepočtu na 100 000 obyvatel podle krajů ČR uvádí Tabulka 8–4. Regionální rozdíly v dotacích na obyvatele přibližuje Obrázek 8–3.

Projekty protidrogové politiky byly financovány také z rozpočtů krajů. Z údajů jednotlivých krajů vyplývá, že přispěly na protidrogové projekty dohromady více než 27 milionů Kč. Nejvíce finančních prostředků na drogovou problematiku uvolnila Praha, Jihomoravský a Jihočeský kraj. Naopak Plzeňský a Liberecký kraj a Vysočina na drogovou problematiku finanční prostředky neuvolnily.

Nejvyšší dotace RVKPP na předložené projekty získala v přepočtu na 100 000 obyvatel Praha. Za ní následují Ústecký, Plzeňský a Jihomoravský kraj. Nejméně peněz získaly na předložené projekty Královéhradecký, Pardubický, Liberecký a Středočeský kraj. V některých regionech souvisí tento fakt s počtem předložených projektů.

Tabulka 8–4: Dotace protidrogovým projektům v roce 2002 podle krajů (Mravčík et al. 2003, informace dodané KPK)

Kraj	Dotace z rozpočtu kraje	Dotace RVKPP	Dotace RVKPP v přepočtu na 100 000 obyvatel
Hl.m. Praha	12 700 000	31 251 000	2 696 842
Středočeský	2 210 000	3 684 000	327 253
Jihočeský	2 912 521	3 581 000	573 164
Plzeňský	—	5 292 000	963 287
Karlovarský	96 148	2 529 000	832 562
Ústecký	535 000 ^a	8 254 000	1 007 271
Liberecký	—	1 197 000	280 054
Královéhradecký	738 000 ^b	1 238 000	225 625
Pardubický	1 500 000	1 351 000	266 549
Vysočina	—	3 435 000	663 180
Jihomoravský	3 000 000	10 388 000	925 221
Olomoucký	80 000	5 432 000	852 211
Zlínský	1 096 000	2 546 000	429 011
Moravskoslezský	2 268 558	7 995 000	632 342
Česká republika	27 136 227	88 173 000	864 376

Pozn.:

^a...údaj nezahrnuje příspěvek kraje na detoxifikační jednotku v Mostě a Ústí n.L.,

^b...včetně dotace MŠMT ve výši 138 000 Kč (informace dodané KPK).

Obrázek 8-3: Dotace protidrogovým projektům (na 100 000 obyvatel) v tis. Kč podle krajů (Mravčík et al. 2003)



Pořadí krajů z hlediska institucionálního kontextu drogových služeb

Pořadí krajů bylo v této části hodnoceno na základě výše přidělených dotací na předložené projekty, počtu prvních žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním drog (oboje v přepočtu na 100 000 obyvatel) a počtu vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na 1 000 obyvatel, který alespoň do určité míry charakterizuje jeden z významných projektů v ČR. Výsledné pořadí krajů ukazuje Tabulka 8-5.

Z hlediska institucionálního kontextu služeb pro uživatele drog má v rámci České republiky dobré postavení Praha a Ústecký kraj, následované Jihomoravským, Olomouckým a Plzeňským krajem. Naopak méně příznivé postavení mají Královéhradecký kraj, Středočeský, Pardubický a Jihočeský kraj.

Tabulka 8-5: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů kontextu protidrogové politiky

Kraj	Počet vyměněných stříkaček a jehel (na 1 000 obyvatel)	První žádosti o léčbu (na 100 000 obyvatel)	Dotace projektům (na 100 000 obyvatel)	Celkové pořadí
Hl.m. Praha	1	3	1	1–2
Středočeský	14	8	11	13
Jihočeský	12	10	9	11
Plzeňský	6	9	3	5
Karlovarský	4	11	6	6
Ústecký	2	1	2	1–2
Liberecký	11	7	12	9
Královéhradecký	7	13	14	14
Pardubický	5	14	13	12
Vysočina	13	5	7	8
Jihomoravský	3	2	4	3
Olomoucký	8–9	4	5	4
Zlínský	8–9	6	10	7
Moravskoslezský	10	12	8	9



UŽÍVÁNÍ DROG A JEHO NÁSLEDKY

Od počátku 90. let se situace v České republice v oblasti drog začíná přibližovat situaci v Evropě. Dochází k šíření nelegálních drog a jejich užívání a ve větším rozsahu se objevují zdravotní i jiné následky užívání drog. Poslední roky jsou charakteristické vzestupem experimentální a rekreační konzumace konopných látek mezi mládeží a mladými dospělými a vzestupem pravidelného užívání konopných látek. Zároveň roste také obliba tanečních drog, především extáze. Příznivým trendem v posledních letech je pokles zkušenosti s užíváním heroinu a pervitinu – ukazuje se tedy, že mladí lidé rozlišují mezi drogami s různým zdravotním rizikem; zároveň dochází i ke stabilizaci až poklesu problémového užívání heroinu a pervitinu (Mravčík et al. 2003).

9/1

Užívání drog v populaci

9/1/1 Celopopulační průzkumy

Celopopulační průzkumy ukazují, že alespoň jednu zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou má 16–20 % obyvatel České republiky ve věku nad 15 let, tedy asi 1,4–1,7 milionu osob. V posledním roce užilo nelegální drogu 8–10 % obyvatel (tj. přibližně 900 000 osob). Ve většině případů je užívanou drogou marihuana a hašiš. Taneční drogu (extázi) užila alespoň jednou v životě 4 % obyvatel ve věku nad 15 let, tedy asi 350 000 osob. Zkušenosti s jinými drogami (heroinem, pervitinem, kokainem nebo LSD) má méně než 2 % obyvatel, tedy přibližně 170 000 osob (Mravčík et al. 2003, Psychiatrické centrum Praha, 2003). Celopopulační průzkumy realizované v roce 2002 v ČR neumožňují regionální srovnání zkušeností s užíváním drog v obecné populaci.

9/1/2 Školské průzkumy

Průzkumy zaměřené na užívání drog u školní mládeže, např. ESPAD¹⁰, ukazují, že ve věku 16 let mělo v roce 1999 v ČR zkušenosti s jakoukoliv ilegální drogou téměř 35 % této populace, opakovaně (tedy více než 5krát) užilo nějakou nelegální drogu více než 17 %. Stejně jako u celé populace bylo u šestnáctiletých nejčastěji užívanou látkou konopí (téměř 35 %). Opakované užívání konopí uvádělo 16 % a jeho užití v posledním měsíci také 16 % této skupiny. Zkušenosti s opiáty měla 4 %, s amfetaminy (pervitinem) 5 %, s extází 3 %, s LSD nebo jinými halucinogeny 5 % a s rozpouštědly 7 % populace této věkové skupiny. Vysoké bylo také zastoupení šestnáctiletých, kteří měli zkušenosti se zneužíváním léků – téměř 18 %.

Prezentované výsledky se vztahují k roku 1999, kdy proběhla v ČR druhá vlna tohoto mezinárodního průzkumu (první vlna proběhla v roce 1995). Regionální srovnání zkušeností s užíváním jednotlivých drog podle studie ESPAD (z roku 1999) je možné jen v rámci bývalých 8 krajů ČR (Tabulka 9–1). Rozdíly v užívání drog mezi středoškolskou mládeží z hlediska nového krajského uspořádání přinesou až výsledky studie ESPAD z roku 2003, kdy byla realizována třetí vlna této studie. Výsledky za jednotlivé kraje budou k dispozici v druhé polovině roku 2004.

Značné zkušenosti s užíváním jakýchkoliv nelegálních drog měla mládež v Praze, Severočeském a Jihomoravském kraji. Toto rozložení do velké míry odpovídalo výskytu rizikových environmentálních faktorů v České republice. Zde se ukázalo, že výskyt těchto jevů je obecně vyšší ve velkoměstech a urbanizovaných oblastech. Naopak nejméně zkušeností s drogami měla mládež v méně urbanizovaném Východočeském, Jihočeském a Středočeském kraji. Nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi středoškolskou mládeží byly konopné látky. Regionální rozdíly v užívání konopných látek sleduje Obrázek 9–1.

Obdobnou diferenciaci jako konopné látky měla i stimulancia. Oproti tomu situace v užívání rozpouštědel byla zcela odlišná – nejvíce zkušeností uváděla mládež z Východočeského a Jihočeského kraje, nejnižší zkušenosti měla mládež v Západočeském kraji. Srovnání zkušeností mládeže s konopnými a nekonopnými drogami (tj. nelegálními drogami bez konopných látek) umožňují Obrázek 9–1 a Obrázek 9–2.

¹⁰ Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

Oproti zkušenostem s konopnými látkami měly méně příznivé postavení ve vztahu k nekonopným drogám Západočeský a Jihočeský kraj. Příznivá situace v užívání nekonopných látek byla v krajích Středočeském a Východočeském.

Údaje ze studie ESPAD z roku 1999 v porovnání s rokem 1995, kdy byla tato studie provedena v ČR poprvé, ukazovaly nárůst zkušeností s užíváním drog u mládeže a zároveň také potvrzovaly zvyšující se dostupnost jednotlivých drog ve všech našich regionech.

Tabulka 9-1: Zkušenosti s drogami u populace ve věku 16-ti let (v %) podle krajů v roce 1999 (Psychiatrické centrum Praha, 1999)

Kraj	Všechny nelegální drogy	Konopné látky	Nelegální drogy bez konopí	Stimulancia	Rozpouštědla
Hl.m. Praha	47	46	14	9	8
Středočeský	30	29	6	3	6
Jihočeský	28	27	8	4	9
Západočeský	36	36	11	8	4
Severočeský	39	39	14	7	5
Východočeský	24	24	6	5	10
Jihomoravský	37	36	8	5	8
Severomoravský	34	34	7	4	7
Česká republika	35	35	9	5	7

Obrázek 9-1: Zkušenosti mládeže s konopnými drogami (v %) podle krajů (Psychiatrické centrum Praha, 1999)



Obrázek 9-2: Zkušenosti mládeže s nekonopnými drogami (v %) podle krajů (Psychiatrické centrum Praha, 1999)



Podle EMCDDA¹¹ je problémové užívání drog definované jako injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo amfetaminových drog; jedná se tedy o takové užívání drog, které v sobě nese značné riziko závislosti nebo poškození zdraví konzumenta. Vzhledem k tomu, že v ČR je počet uživatelů kokainu velmi nízký, jedná se především o dlouhodobé/injekční uživatele heroinu a pervitinu. Počet problémových uživatelů drog není možné zjistit v rámci populačních nebo školních průzkumů, je proto nutné jej odhadovat pomocí různých matematických metod.

9/2/1 Odhady počtu problémových uživatelů drog

Počet problémových uživatelů drog v ČR se dlouhodobě pohybuje kolem 35 – 37 000, jde především o uživatele pervitinu a heroinu. Injekčních uživatelů je v ČR asi 30 000. Počet problémových uživatelů pervitinu se odhaduje na 22 000, heroinu na 13 – 15 000. V posledních letech dochází k růstu užívání heroinu, a to na úkor pervitinu. V roce 2003 byl poprvé proveden odhad počtu problémových uživatelů drog podle krajů (Mravčík et al. 2003), srovnání regionálních počtů ukazují Tabulka 9-2 a Obrázek 9-3.

Největší odhadovaný počet problémových uživatelů drog v přepočtu na 1 000 obyvatel je v Praze, následují kraje Ústecký a Karlovarský. Velmi nízké počty jsou naopak odhadovány v Pardubickém, Libereckém kraji a Vysočině.

Tabulka 9-2: Prevalence problémových uživatelů drog v roce 2002 podle krajů (Mravčík et al. 2003)

Kraj	Počet problémových uživatelů drog	Přepočet na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let
Hl.m. Praha	10 950	13,3
Středočeský	3 350	4,2
Jihočeský	1 550	3,6
Plzeňský	1 850	4,8
Karlovarský	1 150	5,3
Ústecký	4 200	7,2
Liberecký	550	1,8
Královéhradecký	1 050	2,8
Pardubický	600	1,7
Vysočina	700	1,9
Jihomoravský	3 350	4,3
Olomoucký	1 450	3,2
Zlínský	1 550	3,7
Moravskoslezský	2 800	3,1
Česká republika	35 100	4,9

¹¹ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

Obrázek 9-3: Prevalenční odhad problémového užívání podle krajů (na 1 000 obyvatel ve věku 15 – 64 let) (Mravčík et al. 2003)



9/2/2 Problémoví uživatelé drog v kontaktu se zařízeními

Odhaduje se, že v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními je cca 60 % problémových uživatelů drog a ukazuje se, že tento podíl postupně vzrůstá. Takový trend souvisí patrně s velkou dostupností výměnných programů. Ambulantní nebo ústavní či pobytovou léčbu využije každoročně kolem 8 000 problémových uživatelů drog. Nízká je však účast uživatelů opiátů v substituční léčbě – v roce 2002 se do tohoto programu zapojilo přibližně 1 000 osob (substituční léčba metadonem i buprenorfinem), tedy asi 7 % uživatelů opiátů (Mravčík et al. 2003). Roli zde jistě hraje dostupnost substituční léčby pro uživatele opiátů.

9/3 Žádosti o léčbu

Počet žadatelů o první léčbu v souvislosti s užíváním drog každým rokem vzrůstá. Tento růst je ovlivněn především zvýšenou ochotou uživatelů podrobit se léčbě; do určité míry může souviset také s počtem problémových uživatelů drog. Od roku 2002 se kromě prvních žádostí sledují i všechny žádosti o léčbu.

9/3/1 První žádosti o léčbu

O léčbu poprvé požádalo v ČR v roce 2002 celkem 4 719 osob, z toho 3 173 mužů a 1 524 žen (Polanecký et al. 2003). Průměrný věk prvožadatelů byl 21,8 let a v posledních letech se postupně zvyšuje. U 16 % žadatelů o léčbu byly základní užívanou drogou opiáty (788 osob), u 55 % stimulancia (2 598 osob, u 51 % se jednalo o pervitin), 23 % kanabinoidy (1 070 osob) a necelých 4 % rozpouštědla. Nejvyšší absolutní počet žadatelů o první léčbu v roce 2002 byl v Ústeckém kraji, v Jihomoravském a v Praze, nejnižší v Karlovarském, v Pardubickém a v Královéhradeckém. Mezi kraji existovaly velké rozdíly z hlediska základní drogy, v souvislosti s níž uživatel vyhledal léčbu.

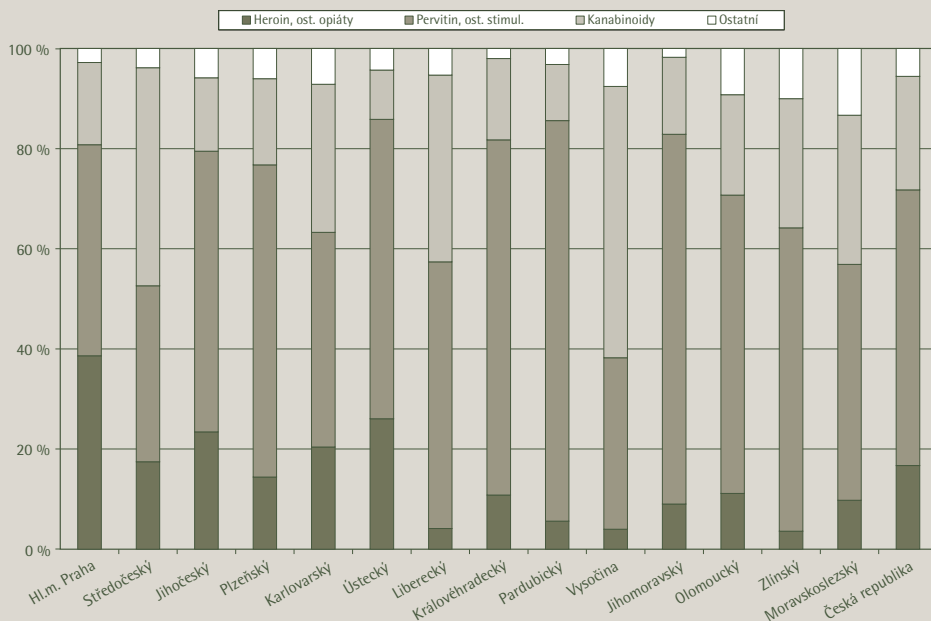
9/3/2 Základní (primární) užívaná droga

Ve všech krajích České republiky uvedl největší podíl žadatelů o první léčbu jako základní drogu pervitin, v Praze se tomuto podílu téměř vyrovnal počet osob žádajících o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. Obrázek 9-5. Přes 20 % uživatelů v Jihočeském a Ústeckém kraji vyhledalo léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. Regionální srovnání počtu žadatelů o první léčbu v přepočtu na 100 000 obyvatel podle základní užívané drogy v krajích poskytuje Tabulka 9-3.

Nejvyšší podíl žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu byl v přepočtu na 100 000 obyvatel v Ústeckém kraji a Praze, s velkým odstupem následoval kraj Jihočeský (Obrázek 9-4). Nejméně žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu bylo v roce 2002 v Pardubickém, Libereckém a Zlínském kraji.

V souvislosti s užíváním pervitinu bylo nejvíce žádostí (na 100 000 obyvatel) opět v Ústeckém kraji, následují kraje Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský (Obrázek 9-6). Nejméně žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním

Obrázek 9-4: Procentuální rozložení žadatelů o první léčbu podle vybraných drog a krajů (Polanecký et al. 2003)



pervitinu bylo ve Středočeském a Karlovarském kraji. V souvislosti s užíváním kanabinoidů bylo nejvíce žádostí na Vysočině, ve Středočeském a Libereckém kraji, tedy

v krajích, v nichž bylo relativně málo žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu.

Tabulka 9-3: Žadatelé o první léčbu v souvislosti s užíváním vybraných drog na 100 000 obyvatel (Polanecký et al. 2003)

Kraj	Všechny drogy	Heroin, ostatní opiáty	Pervitin, ostatní stimulantia	Kanabinoidy
Hl.m. Praha	49,36	19,07	20,80	8,11
Středočeský	39,17	6,84	13,77	17,06
Jihočeský	38,25	8,96	21,45	5,60
Plzeňský	39,14	5,64	24,39	6,73
Karlovarský	32,26	6,58	13,83	9,55
Ústecký	90,43	23,55	54,06	8,91
Liberecký	39,54	1,64	21,06	14,74
Královéhradecký	26,97	2,92	19,14	4,37
Pardubický	24,66	1,38	19,73	2,76
Vysočina	48,46	1,93	16,60	26,26
Jihomoravský	60,30	5,43	44,53	9,26
Olomoucký	49,26	5,49	29,34	9,88
Zlínský	47,01	1,69	28,48	12,13
Moravskoslezský	35,59	3,48	16,77	10,60
Česká republika	46,26	7,72	25,47	10,49

Obrázek 9-5: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2003)



Obrázek 9-6: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním pervitinu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2003)



9/3/3 Sekundární užívaná droga

Nejčastější sekundární užívanou drogou¹² uváděnou žadateli o léčbu je marihuana. Z celkového počtu evidovaných 4 719 prvožadatelů o léčbu užívalo nějakou další drogu 2 427 osob (tj. více než 50 % prvožadatelů), z toho kanabinoidy 1 278 osob (tj. téměř 30 % z nich).

9/3/4 Užívání alkoholu versus užívání nelegálních drog

V roce 2002 byla v psychiatrických ambulancích evidována také incidence¹³ a prevalence¹⁴ diagnóz týkajících se užívání alkoholu a jiných psychoaktivních látek v populaci. Na 10 000 obyvatel připadalo v ČR 23 sledovaných psychiatrických poruch v souvislosti s užíváním alkoholu (diagnóza F10 podle MKN) a 10 po-

ruh v souvislosti s užíváním drog (diagnózy F11–F19 podle MKN). Nově bylo v přepočtu na 10 000 obyvatel evidováno 6 osob s psychiatrickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu a 3 v souvislosti s užíváním drog (incidence). Ukazuje se tedy, že výskyt psychiatrických poruch v souvislosti s užíváním alkoholu je v ČR výrazně vyšší než výskyt poruch v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek. Regionální srovnání poskytuje Tabulka 9-4.

Nejvyšší výskyt všech sledovaných poruch (prevalence) v souvislosti s užíváním alkoholu bylo zaznamenáno v Olomouckém, Moravskoslezském a Zlínském kraji, na čtvrtém místě následuje Praha. Prevalence psychiatrických diagnóz v souvislosti s užíváním nealkoholových drog byla naopak nejvyšší v Praze, Plzeňském a Jihomoravském kraji, relativně vysoká také v Ústeckém a Královéhradeckém kraji.

¹² Sekundární užívaná droga je další (nelegální) psychotropní látka, kterou uživatel konzumuje v kombinaci se základní drogou; dosavadní metodika Hygienické stanice hl. m. Prahy, která za sběr těchto dat odpovídá, nezahrnuje užívání alkoholu.

¹³ Incidence je míra frekvence výskytu nových onemocnění v populaci; jedná se o počet nových (nově hlášených) onemocnění (sledovaných psychiatrických poruch v souvislosti s alkoholem nebo drogami) vztahených ke střednímu stavu obyvatelstva.

¹⁴ Prevalence je míra frekvence všech sledovaných onemocnění v populaci; jedná se o počet všech existujících onemocnění (psychiatrických poruch v souvislosti s alkoholem nebo drogami) vztahených ke střednímu stavu obyvatelstva.

Tabulka 9-4: Incidence a prevalence vybraných psychiatrických diagnóz podle krajů (na 10 000 obyvatel) (ÚZIS, 2003a)

Kraj	dg. F10 (alkohol)		dg. F11-19 (ostatní psychoaktivní látky)	
	Incidence ¹³	Prevalence ¹⁴	Incidence	Prevalence
Hl.m. Praha	8,3	29,6	9,4	27,1
Středočeský	3,5	13,5	1,5	7,8
Jihočeský	4,8	17,0	1,8	6,0
Plzeňský	7,5	23,6	5,2	18,0
Karlovarský	2,0	16,8	1,0	4,5
Ústecký	2,7	10,5	3,2	10,6
Liberecký	4,6	16,5	1,3	3,9
Královéhradecký	4,9	23,5	3,6	10,0
Pardubický	3,3	14,9	0,5	3,3
Vysočina	2,2	13,2	0,7	2,0
Jihomoravský	5,4	18,9	2,4	5,7
Olomoucký	15,6	46,1	5,9	13,1
Zlínský	8,8	30,1	1,0	3,7
Moravskoslezský	8,2	35,2	1,6	9,2
Česká republika	6,1	22,9	3,1	10,0

Užívání drog a především injekční užívání drog s sebou přináší různé zdravotní dopady, především výskyt infekčních nemocí; sleduje se virová hepatitida, především typu C a B, a výskyt HIV/AIDS. Nejzávažnějším negativním následkem užívání nelegálních drog je úmrtí.

9/4/1 Virové hepatitidy

O výskytu virových hepatitid (VH) u injekčních uživatelů drog existují dostupná data z hlášení akutní virové hepatitidy typu B a C a výsledky seroprevalečních studií. Celkový výskyt virových hepatitid v poslední době v České republice klesá. V roce 2002 bylo celkem hlášeno 127 nových případů VH typu A, z toho 6 případů u injekčních uživatelů drog, 413 případů VH typu B, z toho 112 u injekčních uživatelů drog, a 213 případů akutní VH typu C, z toho 127 u injekčních uživatelů drog (Polanecký et al. 2003). Výskyt VH v jednotlivých regionech sleduje Tabulka 9-5.

Nejvyšší výskyt nových případů (incidence) akutní virové hepatitidy typu C byl zaznamenán v Ústeckém kraji, za ním následuje Praha a Středočeský kraj. V regionech

Moravy a východních Čech je naopak incidence akutní VHC velmi nízká. Téměř 60 % nakažených osob akutní VH typu C v České republice jsou injekční uživatelé drog, v případě VH typu B se jedná o 27 % a u VH typu A o necelých 5 % osob. Vysoký počet injekčních uživatelů nakažených VHB a VHC je opět v Ústeckém kraji, Praze a Středočeském kraji.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) zahájilo v roce 2002 multicentrickou studii „Seroprevallence VHC u injekčních uživatelů drog“. Cílem je zhodnotit výskyt protilátek u uživatelů drog a identifikovat rizikové faktory, které prevalence ovlivňují. Do studie se zapojilo 12 nízkoprahových zařízení v celé ČR. Výsledky seroprevaleční studie VHC ukazují, že třetina injekčních uživatelů drog byla infikována virovou hepatitidou typu C (Tabulka 9-6). Regionální rozdíly ukazuje Obrázek 9-7.

Nejvyšší podíl pozitivně testovaných uživatelů drog na VHC byl sledován v Ústí nad Labem a v Praze, za nimi následují České Budějovice. Naopak nejméně VHC pozitivních v celkovém počtu testovaných osob bylo v Jihlavě, Opavě a Liberci.

Tabulka 9-5: Hlášení virové hepatitidy v celé populaci a u injekčních uživatelů drog podle krajů (Polanecký et al. 2003)

Kraj	VHA celkem	injekční uživatelé		VHB celkem	injekční uživatelé		VHC celkem	injekční uživatelé	
		počet	%		počet	%		počet	%
Hl.m. Praha	16	0	0,0	109	45	41,3	42	23	54,8
Středočeský	7	1	14,3	57	13	22,8	32	19	59,4
Jihočeský	1	0	0,0	16	3	18,8	15	6	40,0
Plzeňský	2	0	0,0	14	4	28,6	5	2	40,0
Karlovarský	3	0	0,0	15	6	40,0	7	6	85,7
Ústecký	55	5	9,1	71	27	38,0	74	53	71,6
Liberecký	6	0	0,0	11	1	9,1	11	5	45,5
Královéhradecký	5	0	0,0	21	3	14,3	5	2	40,0
Pardubický	13	0	0,0	8	1	12,5	0	0	0,0
Vysočina	2	0	0,0	6	0	0,0	3	1	33,3
Jihomoravský	7	0	0,0	15	3	20	11	4	36,4
Olomoucký	5	0	0,0	30	3	10	2	2	100,0
Zlínský	4	0	0,0	5	0	0,0	1	1	100,0
Moravskoslezský	1	0	0,0	35	3	8,6	5	3	60,0
Česká republika	127	6	4,7	413	112	27,1	213	127	59,6

Tabulka 9-6: Průběžné výsledky seroprevalenční studie VHC ve vybraných zařízeních (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

Zařízení	Počet otestovaných respondentů	Počet testů s pozitivním výsledkem	
		Počet	%
Drop in Praha	90	46	51,1
KC SANANIM Praha	55	23	41,8
KC České Budějovice	28	13	46,4
KC Tábor	36	6	16,7
KC Plzeň	59	9	15,3
KC Ústí nad Labem	91	50	54,9
KC Děčín	33	12	36,4
KC Liberec	36	5	13,9
KC Hradec Králové	64	10	15,6
KC Jihlava	18	1	5,6
KC Brno	65	14	21,5
KC Opava	28	2	7,1
Celkem	619	193	31,2

Obrázek 9-7: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ (% pozitivních testů) podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)



9/4/2 HIV/AIDS

K 31. 12. 2002 bylo v ČR evidováno 601 HIV pozitivních osob, z toho 163 případů AIDS. Z HIV pozitivních osob bylo 22 injekčních uživatelů drog (Mravčík et al. 2003). Dalších 7 osob jsou současně injekčními uživateli drog a homo/bisexuály, u nichž není možné určit způsob přenosu infekce. Výskyt nových případů HIV/AIDS v ČR je stabilní, každoročně je hlášeno asi 50 nových případů, z toho se jedná o 1 až 4 injekční uživatele drog. Vzhledem k nízkému počtu HIV pozitivních uživatelů drog není možné hodnotit rozdíly mezi regiony.

9/4/3 Úmrtí (mortalita)

Od roku 2001 funguje jednotný systém pro poskytování a vyhodnocování dat o drogové úmrtnosti v ČR. V roce 2002 bylo zaznamenáno celkem 115 případů smrtelného předávkování drogami, z toho bylo 21 případů úmrtí v souvislosti s užíváním opiátů, 72 případů úmrtí v souvislosti s užitím psychotropních léčiv, 14 případů užívání rozpouštědel a 8 případů v souvislosti s užíváním pervitinu (Mravčík et al. 2003). Ostatní případy úmrtí nastaly v souvislosti s užíváním jiných látek. Ukazuje se tedy významné postavení hypnotik, často v kombinaci s alkoholem, jako nástroje předávkování.

Pro srovnání užívání drog a jeho následků byly použity zkušenosti mládeže ve věku 16-ti let s drogami, odděleně s konopnými a nekonopnými drogami, odhad prevalence problémových uživatelů drog (v přepočtu na 1 000 osob ve věku 15–64 let), první žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu (v přepočtu na 100 000 obyvatel), incidence vybraných psychiatrických diagnóz (F11–F19 podle MKN) v populaci (v přepočtu na 100 000 osob). Pořadí krajů z hlediska jednotlivých ukazatelů i celkové pořadí krajů shrnuje Tabulka 9–7.

Situace v užívání drog a jeho následků je nejméně příznivá v Ústeckém kraji, Praze, Plzeňském a Jihomoravském kraji. V těchto regionech najdeme u populace, především u školní, vyšší výskyt zkušeností s užíváním nelegálních drog, vyšší počet problémových uživatelů drog a vyšší relativní počet žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu. V těchto krajích je však většinou dostatečný počet zařízení zabývajících se léčbou a prevencí drogových závislostí, které nabízejí dostatečné spektrum služeb v této oblasti. Tyto kraje získaly také v přepočtu na 100 000 obyvatel nejvíce dotací na protidrogové programy a projekty.

Nejpříznivější „drogová“ situace je v Pardubickém kraji, Vysočině, Královéhradeckém a Moravskoslezském kraji. Zmíněné kraje jsou charakteristické nižšími zkušenostmi obyvatelstva, především mládeže, s užíváním drog a je zde relativně méně žadatelů o léčbu. Ukázalo se, že v některých z těchto krajů je nižší počet léčebných a kontaktních zařízení a omezené spektrum služeb, které tato zařízení poskytují (konkrétně v Pardubickém kraji). Zároveň byl v některých z nich předložen malý počet projektů a kraje získaly v přepočtu na 100 000 obyvatel nejméně dotací (Královéhradecký a Pardubický kraj).

Opět se tedy do určité míry ukazuje obdobné regionální rozložení ukazatelů užívání drog a jeho následků, které bylo možné sledovat u demografických jevů, zdravotního stavu a kriminality, stejně jako i dalších rizikových environmentálních faktorů. Největší koncentrace problémů spojených s užíváním drog je v urbanizovaných oblastech a průmyslových regionech – především tedy v Praze a severozápadních Čechách, zatímco situace v méně urbanizovaných oblastech východních Čech je ve vztahu k užívání drog a jeho následkům mnohem příznivější.

Tabulka 9–7: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů užívání drog a jeho následků

Kraj	Zkušenosti s konop. látkami (v %)	Zkušenosti s nekonop. látkami (v %)	Odhad prevalence problémových uživatelů*	Žádosti o léčbu – heroin**	Žádosti o léčbu – pervitin**	Incidence psych. diagnóz F11–19***	Celkové pořadí
Hl.m. Praha	14	12–14	14	13	7	14	13
Středočeský	4	1–3	9	11	1	6	5
Jihočeský	3	6–9	7	12	9	8	8
Plzeňský	7–11	10–11	11	9	10	12	12
Karlovarský	7–11	10–11	12	10	2	3–4	9
Ústecký	12–13	12–14	13	14	14	10	14
Liberecký	12–13	12–14	3	2	8	5	7
Královéhradecký	1–2	1–3	4	5	5	11	3
Pardubický	1–2	1–3	1	1	6	1	1
Vysočina	7–11	6–9	2	4	3	2	2
Jihomoravský	7–11	6–9	10	7	13	9	11
Olomoucký	5–6	4–5	6	8	12	13	10
Zlínský	7–11	6–9	8	3	11	3–4	6
Moravskoslezský	5–6	4–5	5	6	4	7	4

Pozn.: * na 1 000 osob ve věku 15 – 64 let, ** v přepočtu na 100 000 obyvatel, *** v přepočtu na 10 000 obyvatel





ANALÝZA SROVNÁNÍ KRAJŮ Z HLEDISKA UŽÍVÁNÍ DROG

V této části je zaměřena pozornost na podrobnější analýzu vztahu mezi jednotlivými ukazateli (metodou korelační analýzy). V dalším kroku je použita faktorová analýza, která redukuje počet sledovaných ukazatelů na několik základních faktorů, jež nejlépe vystihují jednotlivé sledované oblasti. Na výstupech faktorové analýzy je pak založena shluková analýza, která hodnotí vzájemnou podobnost jednotlivých krajů České republiky.



ANALÝZA VZTAHU VYBRANÝCH UKAZATELŮ

Jak vyplývá již z deskriptivní části a do značné míry i z analýzy pořadí krajů, jednotlivé ukazatele spolu navzájem souvisejí a určují tak i charakter jednotlivých krajů České republiky. V některých oblastech dochází ke koncentraci některých rizikových sociálních jevů, v jiných oblastech se naopak určité jevy vyskytují výrazně méně.

V této části bude proto věnována pozornost vztahu mezi jednotlivými sledovanými ukazateli. Pro hodnocení tohoto vztahu byla použita metoda korelační analýzy. Vzájemný vztah ukazatelů je hodnocen na základě Pearsonova korelačního koeficientu na hladině významnosti 0,05. Analýza byla provedena za použití statistického programu SPSS (verze 11.5).

Do korelační analýzy vstoupily všechny sledované proměnné vybrané pro analýzu pořadí krajů. Z oblasti demografie se tedy jednalo o ukazatele hrubé míry potratovosti a rozvodovosti, podíl obyvatelstva s vysokoškolským vzděláním a podíl obyvatelstva s náboženským vyznáním, z oblasti zdravotního stavu populace se jednalo o naději dožití při narození pro ženy a kojeneckou úmrtnost, za oblast socioekonomického vývoje byla hodnocena průměrná hrubá měsíční mzda. V oblasti kriminality se jednalo o zjištěné trestné činy v přepočtu na 10 000 obyvatel a drogové trestné činy na 100 000 obyvatel. Z oblasti protidrogové politiky byly vybrány výše dotací na projekty v přepočtu na 100 000 obyvatel a počet vyměněných injekčních stříkaček a jehel na 1 000 obyvatel daného kraje. Z oblasti užívání drog a jeho následků šlo o následující ukazatele: zkušenosti mládeže s konopnými a nekonopnými drogami, odhad prevalence problémových uživatelů drog (v přepočtu na 1 000 osob ve věku 15 – 64 let), první žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním heroínu (v přepočtu na 100 000 obyvatel),

incidence vybraných psychiatrických diagnóz (F11–F19 podle MKN) v populaci (v přepočtu na 100 000 osob). Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu, který sleduje vzájemný vztah jednotlivých ukazatelů, shrnuje Tabulka 10-1.

Z tabulky vyplývá, že ve sledovaných oblastech existují statisticky významné vztahy mezi jednotlivými ukazateli. Navzájem spolu velmi silně korelují demografické ukazatele spolu s ukazateli zdravotního stavu populace. Zároveň spolu korelují vybrané ukazatele socioekonomického prostředí a ukazatele hodnotící institucionální kontext protidrogové politiky. Ukázalo se, že kriminalita se koncentruje do oblastí s vyšší průměrnou mzdou, do těchto oblastí se zároveň soustřeďuje i užívání drog (viz korelace kriminality a užívání drog). Vzhledem k tomu, že se většinou jedná o velká města nebo urbanizované oblasti, dá se předpokládat, že se do těchto oblastí soustřeďují také osoby vyhledávající snazší dostupnost drog a anonymitu, resp. sníženou úroveň sociální kontroly (Crum et al. 1996).

Statisticky významný vztah se projevil vzájemně mezi jednotlivými ukazateli z oblasti užívání drog a jeho následků. Korelace je především mezi zkušenostmi mládeže s nelegálními drogami – konopnými i nekonopnými látkami – a žádostmi o léčbu. Prevalence problémových uživatelů drog také koreluje se zkušenostmi mládeže s užíváním drog. Se zkušenostmi s užíváním a žádostmi o léčbu korespondují také výše dotací na projekty protidrogové politiky a počet vyměněných stříkaček ve výměnných programech. Ukazuje se tedy, že v těch oblastech, kde jsou drogy vyhledávané a dostupné, je protidrogovým projektům věnována zároveň také větší pozornost.

Tabulka 10-1: Pearsonův korelační koeficient pro sledované ukazatele

	hrubá míra rozvodovosti	hrubá míra potratovosti	VŠ vzdělání	náboženské vyznání	naděje dožití – ženy	kojenecká úmrtnost	nezařazenost	průměrná mzda	trestné činy	drogové trestné činy	vyměňované stříkačky	dotace drog. projektům	užití konopných drog	užití nekonopných drog	prevalence problémových uživ.	první žádosti o léčbu – heroin	incidence diagnóz F11-19
hrubá míra rozvodovosti	1	0,8827	-0,0414	-0,8377	-0,7135	0,4245	0,2177	0,2723	0,4432	0,2750	0,2999	0,2130	0,1882	0,5526	0,3984	0,5672	0,2155
hrubá míra potratovosti		1	-0,2789	-0,8025	-0,8551	0,5153	0,2321	0,0664	0,2508	0,1063	0,1459	0,0935	0,2871	0,6909	0,2606	0,4805	0,0215
VŠ vzdělání			1	0,0319	0,5212	-0,5465	-0,4822	0,8917	0,8216	0,8942	0,8216	0,8462	0,4945	0,2875	0,7595	0,7638	
náboženské vyznání				1	0,5969	-0,2836	0,0956	-0,3164	-0,4482	-0,2668	-0,2894	-0,1698	-0,1083	-0,5602	-0,3365	-0,4892	-0,2624
naděje dožití – ženy					1	-0,7517	-0,5541	0,1718	-0,0139	0,1341	0,0544	0,0928	-0,2003	-0,4632	-0,0718	-0,4039	0,2414
kojenecká úmrtnost						1	0,7149	-0,3696	-0,2302	-0,3240	-0,1256	-0,1751	0,0355	0,2263	-0,1526	0,3289	-0,2746
nezařazenost							1	-0,4805	-0,3321	-0,3966	-0,2041	-0,2308	0,0844	0,0035	-0,2107	0,1439	-0,2852
průměrná mzda								1	0,9573	0,9711	0,8858	0,8715	0,5586	0,4906	0,8990	0,5809	0,7822
trestné činy									1	0,9737	0,9737	0,9737	0,9737	0,9737	0,9737	0,9737	0,7091
drogové trestné činy										1	0,9297	0,9046	0,6718	0,5792	0,6065	0,6013	0,7172
vyměňované stříkačky											1	0,9171	0,6399	0,6065	0,9379	0,7774	0,7414
dotace drogovým projektům												1	0,7250	0,5656	0,9267	0,6851	0,8161
užití konopných drog													1	0,7960	0,6471	0,4869	0,4726
užití nekonopných drog														1	0,5980	0,6169	0,3855
prevalence problémových uživ.															1	0,8166	0,7541
první žádosti o léčbu – heroin																1	0,5526
incidence diagnóz F11-19																	1

Pozn.: tučně zvýrazněné hodnoty jsou signifikantní na hladině významnosti 0,05



FAKTOROVÁ ANALÝZA

Vzhledem k relativně velkému počtu sledovaných ukazatelů z různých oblastí (16) byla před dalším srovnáváním a hledáním vzájemné podobnosti mezi jednotlivými kraji použita metoda faktorové analýzy, která redukuje počet ukazatelů na několik obecnějších faktorů. Výstupem analýzy byly dva faktory, které dohromady vysvětlují 82 % variance původních sledovaných ukazatelů.

Výsledné faktory byly pojmenovány na základě faktorových zátěží původních sledovaných ukazatelů (Tabulka 11-1), tedy na základě toho, jak která proměnná sytí daný faktor:

a) **Užívání drog a jeho sociální kontext** – tento faktor nejvíce sytí proměnné podíl vysokoškoláků v populaci, průměrná měsíční mzda, zjištěné trestné činy celkem a drogové trestné činy vztažené k počtu obyvatel, počet vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na obyvatele a výše dotací protidrogovým projektům, z oblasti užívání drog pak celoživotní prevalence užívání konopných a nekonopných drog mezi mládeží, prevalence problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel, žádosti o léčbu v souvislosti s heroinem a incidence psychiatrických diagnóz v souvislosti s užíváním drog v populaci. Tento faktor vysvětluje 55 % původní variance souboru.

b) **Nepříznivé demografické prostředí**, neboli demografická situace a zdravotní stav obyvatelstva – faktor je nejvíce sytěn ukazateli hrubé míry potratovosti, hrubé míry rozvodovosti a porodnosti, podílem věřících osob, ukazatelem naděje dožití při narození a kojeneckou úmrtností. Faktor vysvětluje více než 27 % variance původního souboru.

Podle faktorového skóre výsledných faktorů pro jednotlivé kraje republiky bylo analyzováno jejich postavení vzhledem k průměru České republiky. Jednotlivé kraje také mohou být na základě výsledných faktorů celkem jednoduše charakterizovány. Rozdíl faktorového skóre krajů od průměru znázorňuje Obrázek 11-1.

Z hlediska výsledných faktorů mají dobré postavení v rámci ČR kraje Královéhradecký, Pardubický a Vysočina, které se vyznačují příznivou charakteristikou demografického prostředí i příznivou situací v oblasti užívání drog. Do určité míry jim jsou podobné také kraje Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský.

Příznivou situaci v oblasti užívání drog vykazují kraje Středočeský a Jihočeský. Zároveň se tyto kraje vyznačují průměrným stavem demografického prostředí a zdra-

Tabulka 11-1: Hodnoty faktorových zátěží na základě sledovaných ukazatelů

	Faktor 1 – Užívání drog a jeho sociální kontext	Faktor 2 – Nepříznivé demografické prostředí
hrubá míra rozvodovosti	0,2437	0,8591
hrubá míra potratovosti	0,0773	0,9547
podíl vysokoškoláků	0,9128	-0,3649
podíl věřících	-0,2470	-0,7764
naděje dožití - ženy	0,1701	-0,9372
kojenecká úmrtnost	-0,3202	0,7152
průměrná mzda	0,9614	-0,0130
trestné činy	0,9470	0,1835
drogové trestné činy	0,9760	0,0224
vyměněné stříkačky	0,9502	0,1208
dotace	0,9530	0,0390
konopné látky	0,6821	0,2454
nekonopné látky	0,5762	0,6258
prevalence PDU	0,9407	0,2042
první žádosti - heroin	0,6592	0,5407
incidence F11-19	0,8311	-0,0448

Pozn.: tučně jsou zvýrazněny ukazatele, které významně sytí daný faktor

votního stavu obyvatelstva. Do určité míry vykazuje podobné charakteristiky také kraj Plzeňský.

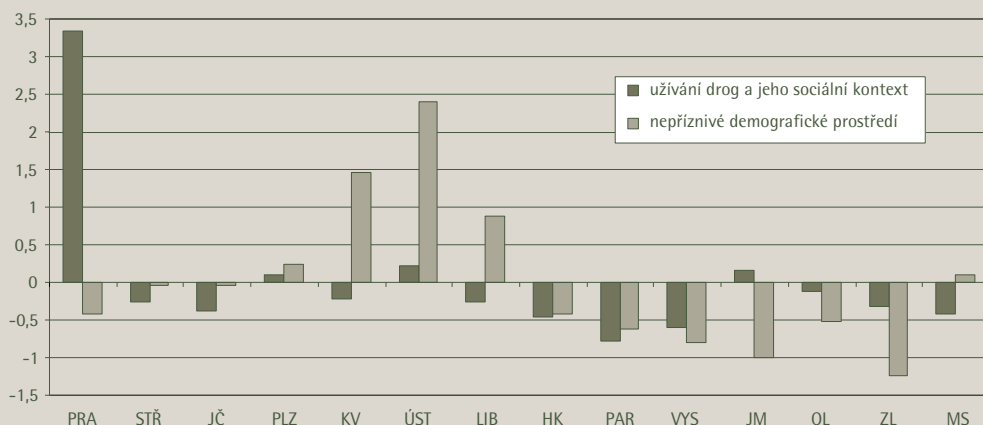
Odlíšnými znaky se vyznačují kraje Karlovarský a Liberecký – ty jsou charakteristické velmi nepříznivým demografickým prostředím, koncentrací vybraných rizikových sociálních jevů a průměrnou situací v oblasti užívání drog. Do určité míry jim je podobný i kraj Moravskoslezský.

Samostatně stojí Ústecký kraj, který se vyznačuje nepříznivou situací v oblasti užívání drog a zároveň velmi nepříznivou demografickou situací.

Samostatnou kategorií tvoří také Praha, která je charakteristická velmi nepříznivou situací v oblasti užívání drog a relativně horším sociálním prostředím, kam se koncentrují problémové jevy jako jsou kriminalita, včetně drogových trestných činů.

Vzájemnou podobnost jednotlivých krajů se blíže zabývá následující kapitola.

Obrazek 11–1: Charakteristika krajů¹⁵ na základě faktorového skóre výsledných faktorů



¹⁵ Použité zkratky pro kraje: PRA...Hl. m. Praha, STŘ...Středočeský, JČ...Jihočeský, PLZ...Plzeňský, KV...Karlovarský, ÚST...Ústecký, LIB...Liberecký, HK...Královéhradecký, PAR...Pardubický, VYS...Vysočina, JM...Jihomoravský, OL...Olomoucký, ZL...Zlínský, MS...Moravskoslezský.



SHLUKOVÁ ANALÝZA

Na základě výsledných faktorů použité analýzy bylo již v předchozí části ukázáno, že některé kraje jsou si navzájem velmi podobné. Pro přesnější statistické sledování vzájemné podobnosti jednotlivých krajů proto byla použita metoda shlukové analýzy, jejímž výsledkem je typologie krajů České republiky z hlediska demografického prostředí a situace v oblasti užívání drog.

Shluková analýza rozdělila sledovaných 14 krajů České republiky do pěti typů podle toho, které kraje si byly vzájemně nejvíce podobné. Jedním z výstupů analýzy je dendrogram (Obrázek 12-1), který ukazuje vzájemnou podobnost jednotlivých krajů i podobnost výsledných shluků (typů).

Vzájemně nejvíce podobné si jsou kraje Středočeský, Jihočeský, Královéhradecký, Pardubický a Moravskoslezský (výsledný typ 2). V dalším kroku jsou patrné shodné znaky s Plzeňským a Olomouckým krajem. Další typ krajů zahrnuje kraje Jihomoravský, Zlínský a Vysočinu (výsledný typ 5). Vzájemnou podobnost vykazují také kraje Karlovarský a Liberecký (výsledný typ 3). Samostatný typ tvoří Ústecký kraj (výsledný typ 4) a Praha (výsledný typ 1). Praha má v rámci České republiky poněkud specifické postavení; to ukazuje

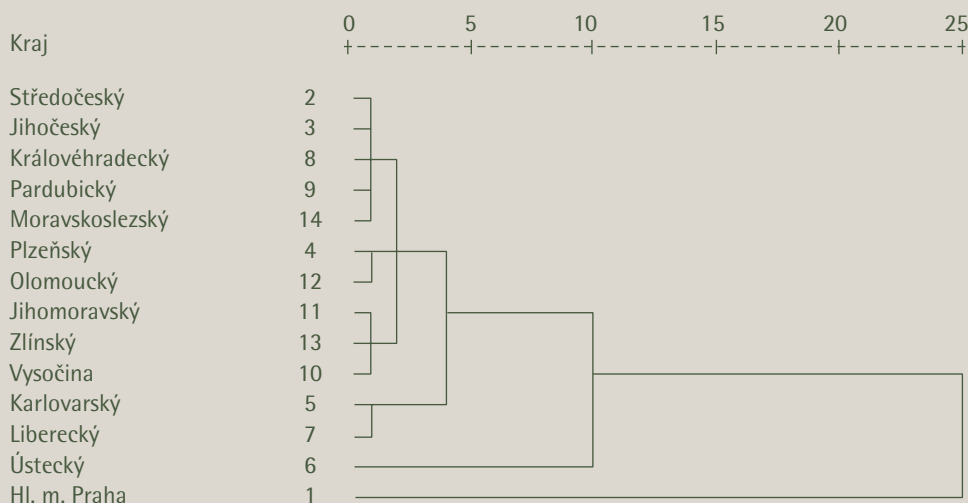
i Obrázek 12-2, neboť se ukázalo, že se neliší od žádného z ostatních krajů republiky.

Jednotlivé typy krajů mohou být na základě průměrné hodnoty faktorového skóre daného typu charakterizovány vzhledem k průměru České republiky obdobně jako samostatné kraje v předchozí části. Výslednou charakteristiku těchto typů umožňuje Obrázek 12-3.

Typ 1 (Praha) je charakteristický výrazně nepříznivou charakteristikou sociálního prostředí; ukazuje se, že zde dochází k určité koncentraci kriminality včetně drogové a jak bylo řečeno již v předchozí části, koncentruje se sem časté experimentování s nelegálními drogami (nadprůměrné zkušenosti mládeže s drogami), je zde vysoká prevalence problémových uživatelů drog a vyšší počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. Zároveň je zde ale také vyšší vzdělanost obyvatelstva, nadprůměrně vysoká mzda a vysoké celkové dotace na drogovou politiku. Na druhé straně má relativně příznivou demografickou strukturu a vyznačuje se dobrým zdravotním stavem obyvatelstva.

Typ 2 je tvořen sedmi kraji – spadají sem kraje Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Královéhradecký,

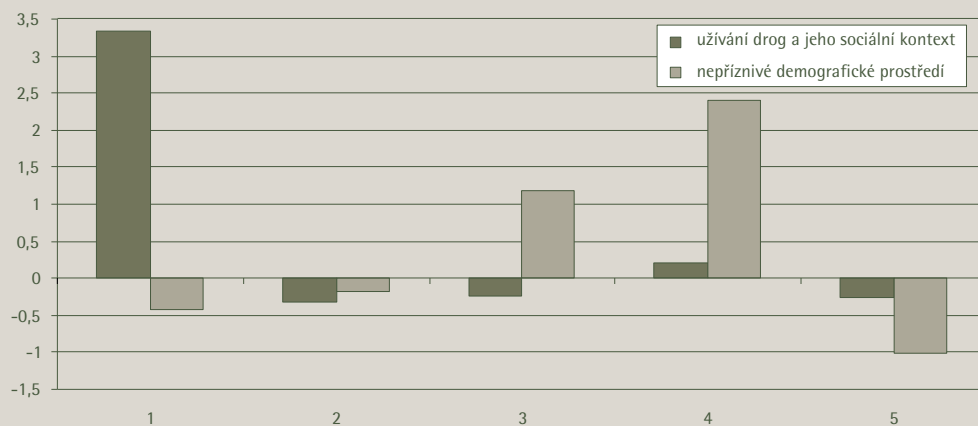
Obrázek 12-1: Dendrogram – vzájemná podobnost jednotlivých krajů



Obrázek 12-2: Typologie krajů z hlediska sledovaných faktorů



Obrázek 12-3: Charakteristika typů na základě faktorového skóre sledovaných faktorů



Pardubický, Olomoucký a Moravskoslezský. Tento typ je charakteristický relativně příznivou situací v oblasti užívání drog. Typ 2 se oproti průměru ČR vyznačuje nižším výskytem experimentálního i problémového užívání nelegálních drog, nižším počtem žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a zároveň průměrnou sociodemografickou strukturou a zdravotním stavem populace. Jedná se o méně urbanizované kraje s výrazným centrem s celoregionální působností, kam se spíše mohou koncentrovat rizikové sociální jevy, a zázemím s příznivější situací v oblasti sociální, demografické i oblasti užívání drog (do Moravskoslezského kraje např. spadá méně urbanizovaná oblast Bruntálska).

Typ 3 (Karlovarský a Liberecký kraj) se vyznačuje především nepříznivou charakteristikou demografického prostředí a zdravotního stavu obyvatelstva; situace v oblasti užívání drog se výrazně neliší od celorepublikového průměru.

Ústecký kraj tvoří samostatně **typ 4**. Je charakteristický nepříznivým sociálním prostředím, tedy koncentrací problémových sociálních jevů, především v oblasti užívání drog nebo kriminality. Tento typ se vyznačuje stejně jako Praha vyšší celoživotní prevalencí s užíváním

drog, vyšším počtem problémových uživatelů a žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. Zároveň se tento kraj vyznačuje nepříznivým demografickým prostředím a horším zdravotním stavem obyvatelstva, nižší vzdělaností a nízkým podílem věřícího obyvatelstva.

Vysočina, Jihomoravský a Zlínský kraj tvoří podle předpokladů jeden typ. **Typ 5** je charakteristický příznivým sociálním prostředím včetně příznivé situace v oblasti užívání drog – tedy nižším výskytem experimentálního i problémového užívání, nižšími počty žádostí o léčbu v souvislosti s heroinem, a zároveň zde nedochází ke koncentraci kriminality. Typ 5 se vyznačuje také příznivou sociodemografickou situací a zdravotním stavem populace.

Výsledná typologie krajů a jejich charakteristika může být do určité míry ovlivněna použitou metodou faktorové analýzy, která zvyšuje vliv některých ukazatelů na úkor jiných a kdy dochází k redukcí variance původního souboru. Vliv zde do jisté míry má i fakt, že některé sledované jevy a ukazatele nejsou k dispozici za nové kraje a pro provedení analýzy byly odhadnuty na základě dostupných údajů z bývalých 8 krajů (např. výsledky studie ESPAD z roku 1999).

13 ZÁVĚR

Při hodnocení situace v oblasti užívání drog a jeho následků v jednotlivých krajích se ukázalo, že v rámci České republiky existují výrazné regionální rozdíly, které do značné míry odrážejí celkovou demografickou, socioekonomickou a institucionální strukturu jednotlivých krajů. Analýza potvrdila, že do některých oblastí se kromě užívání drog koncentrují i další vybrané rizikové jevy z oblasti demografie, sociální nebo ekonomické oblasti. Do míst s horším demografickým vývojem, horším zdravotním stavem obyvatelstva a méně příznivou socioekonomickou situací se ve zvýšené míře soustřeďují i další problémové sociální jevy, jako jsou např. kriminalita nebo užívání drog.

Zároveň se také ukázalo, že některé kraje vykazují v jednotlivých sledovaných oblastech obdobné charakteristiky a tvoří tak v rámci republiky vzájemně si podobné regiony. Významný vnitřně si podobný region tvoří kraje Vysočina spolu s Jihomoravským a Zlínským krajem, které jsou charakteristické příznivou situací ve všech sledovaných oblastech. Relativně příznivou demografickou i sociální situací se vyznačují kraje Středočeský, Jihočeský, Královéhradecký, Pardubický a Moravskoslezský a spolu s nimi kraje Plzeňský a Olomoucký. Horší situaci v oblasti užívání drog vykazují kraje Karlovarský, Liberecký, stejně jako Ústecký, který také tvoří samostatný typ regionu. Samostatně stojí také Praha, která má specifické postavení vzhledem k příznivé demografické situaci, dobrému zdravotnímu

stavu, a zároveň horší kvalitě sociálního prostředí – dochází zde ke koncentraci problémových sociálních jevů včetně kriminality a užívání drog.

Uvnitř jednotlivých krajů, a tedy i uvnitř výsledných oblastí, však mohou existovat významné lokální rozdíly, které nebyly a vzhledem k úrovni poskytovaných dat ani nemohly být analyzovány. Lze předpokládat především rozdíly mezi městy a méně urbanizovanými částmi krajů a roli může hrát i dostupnost hlavního města nebo jiných velkých měst ČR. Vliv mohou mít i další faktory, které se v průběhu analýzy neobjevily – výběr ukazatelů zejména z oblasti užívání drog a institucionálního kontextu byl závislý na jejich dostupnosti podle krajů.

Získané informace o vzájemné souvislosti mezi faktory prostředí, především mezi výskytem tzv. rizikových environmentálních faktorů a problémových forem chování, jsou přínosné pro tvorbu národní i krajských sociálních politik, včetně protidrogové politiky. Při plánování a realizaci navrhovaných opatření zdravotní, sociální, resp. protidrogové politiky na různých úrovních by měly být rozdíly mezi kraji zohledňovány a jednotlivé politiky a strategie by měly reflektovat specifika daného regionu. Pro formulaci efektivních opatření a intervencí ve zdravotní, sociální a protidrogové politice s cílem snižovat zdravotní, sociální i jiná rizika spojená s užíváním legálních i ilegálních drog je však třeba realizovat ještě další výzkumy.

TABULKY

tabulka 4-1: Střední stav obyvatelstva, narození, zemřelí a přirozený přírůstek podle krajů (ČSÚ, 2003b)	19
tabulka 4-2: Věková struktura obyvatelstva v jednotlivých krajích (ČSÚ, 2003b)	20
tabulka 4-3: Ukazatele porodnosti podle krajů (ČSÚ, 2003b)	21
tabulka 4-4: Ukazatele potratovosti, sňatečnosti a rozvodovosti podle krajů (ČSÚ, 2003b)	22
tabulka 4-5: Vzdělanost a náboženské vyznání obyvatelstva podle krajů v roce 2001 (ČSÚ, 2003c)	24
tabulka 4-6: Pořadí krajů podle vybraných demografických ukazatelů	26
tabulka 5-1: Naděje dožití při narození v letech (v r. 2001) a kojenecká úmrtnost (průměr let 1998–2002) (ÚZIS, 2003b, ČSÚ, 2002)	29
tabulka 5-2: Průměrné procento pracovní neschopnosti podle krajů v roce 2001 (ÚZIS, 2003b)	31
tabulka 5-3: Počet případů hospitalizace podle krajů (r. 2001) (ÚZIS, 2002)	31
tabulka 5-4: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů zdravotního stavu	33
tabulka 6-1: Zaměstnanost obyvatelstva podle sektorů a krajů (ČSÚ, 2003e)	35
tabulka 6-2: Míra nezaměstnanosti podle krajů (ČSÚ, 2003d)	36
tabulka 6-3: Průměrná měsíční mzda podle krajů (k 31.12.2002) (ČSÚ, 2003d)	37
tabulka 6-4: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů socioekonomického prostředí	38
tabulka 7-1: Počet zjištěných trestných činů podle krajů (ČSÚ, 2003a)	41
tabulka 7-2: Zjištěné drogové trestné činy podle krajů v roce 2002 (Policejní Prezidium ČR, 2003)	43
tabulka 7-3: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů kriminality	44
tabulka 8-1: Výbrané služby uživatelům drog podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003)	47
tabulka 8-2: Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b)	48
tabulka 8-3: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním nelegálních drog podle krajů (Poslanecký et al. 2003)	50
tabulka 8-4: Dotace protidrogovým projektům v roce 2002 podle krajů (Mravčík et al. 2003, informace dodané KPK)	52
tabulka 8-5: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů kontextu protidrogové politiky	54
tabulka 9-1: Zkušenosti s drogami u populace ve věku 16-ti let (v %) podle krajů v roce 1999 (Psychiatrické centrum Praha, 1999)	58
tabulka 9-2: Prevalence problémových uživatelů drog v roce 2002 podle krajů (Mravčík et al. 2003)	60
tabulka 9-3: Žadatelé o první léčbu v souvislosti s užíváním vybraných drog na 100 000 obyvatel (Polanecký et al. 2003)	63
tabulka 9-4: Incidence a prevalence vybraných psychiatrických diagnóz podle krajů (na 10 000 obyvatel) (ÚZIS, 2003a)	65
tabulka 9-5: Hlášení virové hepatitidy v celé populaci a u injekčních uživatelů drog podle krajů (Polanecký et al. 2003)	66
tabulka 9-6: Průběžné výsledky seroprevalenční studie VHC ve vybraných zařízeních (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)	67
tabulka 9-7: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů užívání drog a jeho následků	69
tabulka 10-1: Pearsonův korelační koeficient pro sledované ukazatele	74/75
tabulka 11-1: Hodnoty faktorových zátěží na základě sledovaných ukazatelů	77

OBRÁZKY

obrázek 4-1: Hrubá míra porodnosti (v ‰) podle krajů (ČSÚ, 2003b)	21
obrázek 4-2: Hrubá míra potratovosti (v ‰) podle krajů (ČSÚ, 2003b)	23
obrázek 4-3: Hrubá míra rozvodovosti (v ‰) podle krajů (ČSÚ, 2003b)	23
obrázek 4-4: Podíl obyvatelstva s vysokoškolským vzděláním (v %) podle krajů v roce 2001 (ČSÚ, 2003c)	24
obrázek 4-5: Obyvatelstvo hlásící se k náboženskému vyznání v roce 2001 (v %) (ČSÚ, 2003c)	25
obrázek 5-1: Naděje dožití při narození pro ženy (v letech) (ČSÚ, 2002)	30
obrázek 5-2: Kojenecká úmrtnost (v ‰) podle krajů (průměr za období 1998 – 2002) (ÚZIS, 2003b)	30
obrázek 6-1: Míra registrované nezaměstnanosti (v %) (ČSÚ, 2003d)	36
obrázek 6-2: Průměrná hrubá mzda (v Kč) podle krajů (ČSÚ, 2003d)	37
obrázek 7-1: Zjištěné trestné činy (na 10 000 obyvatel) podle krajů (ČSÚ, 2003a)	42
obrázek 7-2: Zjištěné drogové trestné činy (na 100 000 obyvatel) podle krajů (Policejní Prezidium ČR, 2003)	43
obrázek 8-1: Počet vyměněných stříkaček a jehel (na 1 000 obyvatel) podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b)	49
obrázek 8-2: První žádosti o léčbu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Poslanecký et al. 2003)	51
obrázek 8-3: Dotace protidrogovým projektům (na 100 000 obyvatel) v tis. Kč podle krajů (Mravčík et al. 2003)	53
obrázek 9-1: Zkušenosti mládeže s konopnými drogami (v %) podle krajů (Psychiatrické centrum Praha, 1999)	58
obrázek 9-2: Zkušenosti mládeže s nekonopnými drogami (v %) podle krajů (Psychiatrické centrum Praha, 1999)	59
obrázek 9-3: Prevalenční odhad problémového užívání podle krajů (na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let) (Mravčík et al. 2003)	61
obrázek 9-4: Procentuální rozložení žadatelů o první léčbu podle vybraných drog a krajů (Polanecký et al. 2003)	62
obrázek 9-5: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2003)	63
obrázek 9-6: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním pervitinu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2003)	64
obrázek 9-7: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ (% pozitivních testů) podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)	67
obrázek 11-1: Charakteristika krajů na základě faktorového skóre výsledných faktorů	78
obrázek 12-1: Dendrogram – vzájemná podobnost jednotlivých krajů	81
obrázek 12-2: Typologie krajů z hlediska sledovaných faktorů	82
obrázek 12-3: Charakteristika typů na základě faktorového skóre sledovaných faktorů	82

ZKRATKY

ČSÚ / Český statistický úřad

EMCDDA / Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

ESPAD / Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

HS hl.m. Prahy / Hygienická stanice hlavního města Prahy

KC / Kontaktní centrum

KPK / Krajští protidrogoví koordinátoři

MKN / Mezinárodní klasifikace nemocí a příčin úmrtí

MŠMT / Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

MZ / Ministerstvo zdravotnictví ČR

NMS / Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

OPL / Omamné a psychotropní látky

RVKPP / Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SPSS / Statistický program (Statistical Programme for Social Sciences)

ÚZIS / Ústav zdravotnických informací a statistiky

UN AIDS / Program boje proti AIDS Organizace spojených národů

VH / Virová hepatitida (VHA, VHB, VHC = virová hepatitida typu A, B, C)

WHO / Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE DAT

- Boekhout van Solinge, T. (2002) Drugs and Decision-making in the European Union. Amsterdam: Cedro/Mets en Schilt
- Bryman, A. (2001) Social Research Methods, London: Oxford University press
- Crum, R. M., Lilie-Blanton, M., Anthony, J. C. (1996) Neighbourhood Environment and Opportunity to Use Cocaine and Other Drugs in Late Childhood and Early Adolescence. Drug and Alcohol Dependence 43, pp. 155–161
- Český statistický úřad (2003a) Okresy České republiky za rok 2002. Praha: Český statistický úřad. On-line publikace, www.czso.cz
- Český statistický úřad (2003b) Pohyb obyvatelstva v ČR za rok 2002. Praha: Český statistický úřad. On-line publikace, www.czso.cz
- Český statistický úřad (2003c) Sčítání lidu, domů a bytů 2001. Praha: Český statistický úřad. On-line publikace, www.czso.cz
- Český statistický úřad (2003d) Statistická ročenka České republiky 2003. Praha: Český statistický úřad. On-line publikace, www.czso.cz
- Český statistický úřad (2003e) Zaměstnanost a nezaměstnanost v ČR podle výsledků výběrového šetření pracovních sil 2002. Praha: Český statistický úřad. On-line publikace, www.czso.cz
- Český statistický úřad (2002) Pohyb obyvatelstva v ČR za rok 2001. Praha: Český statistický úřad. On-line publikace, www.czso.cz
- Douglas, M., Wildavsky, A. (1982) Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers. Berkeley: University of California Press
- Douglas, M. (1992) Risk and Blame: Essay in Cultural Tudory. London: Routledge
- EMCDDA (2003a) Annual Report 2003: The State of the Drugs Problem in the European Union and Norway. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- EMCDDA (2003b) Annual Report 2003: The State of the Drugs Problem in the Accessing and Candidate Countries to the European Union. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- Forsyth, A.J.M., Barnard, M. (1999) Contrasting Levels of Adolescent Drug Use between Adjacent Urban and Rural Communities in Scotland
- Hartnoll, R. (2003) Connecting Research, Policy and Practice: Lessons Learned, Challenges Ahead. Background Paper, Strasbourg: Pompidou Group
- Hampl, M. et al. (1996) Geografická organizace společnosti a transformační procesy v České republice. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Miovský, M., Nešpor, K. (2001) Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: FILIA NOVA
- Kalina, K. (1993) Koncepce a program protidrogové politiky 1993–1996. Praha: Ministerstvo vnitra ČR
- Law, M.R., Morris, J.K. (1999) Why Is Mortality Higher in Poorer Areas and in More Northern Areas of England and Wales? Journal of Epidemiology and Community Health, pp. 344–352
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Salonen, J.T. (1997) Why Do Poorer People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychological Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse. Social Science and Medicine, pp. 809–819
- MacGregor, S. (1998) Pragmatism or Principle? Continuity and Change in the British Approach to Treatment and Control: Analysing Drugs Policy. In: Coomber, R. et al. The Control of Drugs and Drug Users – Reason or Reaction?, pp. 131–154. Amsterdam: Harwood Academic Publisher
- Marmot, M. (1997) Inequality, Deprivation and Alcohol Use. Addiction 91, pp. S13–S20
- Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002. Praha: Úřad vlády ČR
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2003a) Průběžné výsledky studie „Seroprevallence VHC u injekčních uživatelů drog“. Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2003b) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP 2002. Nepublikováno.
- Palm, R., Zábranský, T. (2001) Basics of Social Diagnosis of the Drugs Problem. Practical Outcomes, Part I. Copernicus Project "Global Approach on Drugs".
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J. and Bártů, I. (2003) Výroční zpráva ČR 2002, incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: HS hl. m. Prahy.
- Policejní prezidium ČR (2003) Statistický výkaz kriminality za rok 2002. Praha: Policejní prezidium ČR.
- Psychiatrické centrum Praha (2003) GENACIS (Gender and Alcohol Comparative International Study). Nepublikované výsledky průzkumu realizovaného v roce 2002.
- Psychiatrické centrum Praha (1999) ESPAD 99 (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Praha: Psychiatrické centrum Praha. Přehled hlavních výsledků pro Meziresortní protidrogovou komisi.
- Radimecký, J. (2001) Česká protidrogová politika – pro a proti. Adiktologie 1, pp. 28–37.

- Radimecký, J. (2003) Rhetoric Versus Practice in the European Union and the Czech Republic. Stimson, G., et al. Dissertation, London: Imperial College.
- Rhodes, T., Stimson, G.V., Crofts, N., Ball, A., Dehne, K., Khodakevich, L. (1999) Drug Injecting, Rapid HIV Spread and the 'Risk Environment'. AIDS 13 Suppl. A, pp. S259–S269.
- Rice, D.P. (1999) Economic Costs of Substance Abuse. Proceedings of the Association of American Physicians III, pp. 119–125.
- Sekretariát Meziřesortní protidrogové komise (2000) Národní strategie protidrogové politiky na období 2001–2004. Praha: Vláda ČR. Usnesení vlády ČR č. 1045/2000.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2003) Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializace. Praha: Úřad vlády ČR.
- Stimson, G.V. (1987) British Drug Policies in the 1980s: A Preliminary Analysis and Suggestions for Research. British Journal of Addiction 82, pp. 477–488.
- Stimson, G. V. (2003) Imperial College Course: Drug Use – Evidence Based Drug Policy and Intervention. London: Imperial College.
- UN AIDS (2003) Internetové stránky Programu UN AIDS www.unaids.org.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003a) Činnost oboru psychiatrie. Aktuální informace 21. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. On-line publikace, www.uzis.cz.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003b) Zdravotnictví ČR 2002 ve statistických údajích. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. On-line publikace, www.uzis.cz.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2002) Zdravotnická ročenka ČR 2001. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. On-line publikace, www.uzis.cz.
- WHO – World Health Organization and Canadian Public Health Association (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Internetové stránky Světové zdravotnické organizace (WHO) www.who.int.
- WHO – World Health Organization (2001) A Public Health Approach. Internetové stránky Světové zdravotnické organizace (WHO) www.who.int/violence_injury_prevention/injury/public_health/approach/en

Pavla Lejčková, Viktor Mravčík a Josef Radimecký

**Srovnání užívání drog a jeho dopadů
v krajích České republiky v roce 2002**

**Situační analýza v širším demografickém
a socioekonomickém kontextu**

Vydal © Úřad vlády České republiky, 2004

Národní monitorovací středisko pro drogy
a drogové závislosti

1. vydání

Redakčně uzavřeno 30. 4. 2004

Design: Missing-Element

Sazba: Michal KORECKÝ - TAG reklama & propagace

Tisk: PBTisk

ISBN 80-86734-14-5

SROVNÁNÍ UŽÍVÁNÍ DROG A JEHO DOPADŮ V KRAJÍCH ČESKÉ REPUBLIKY V ROCE 2002

■ Česká republika disponuje relativně dobrým popisem situace ve věcech drog – známe základní charakteristiky, postoje a chování různých skupin uživatelů drog, rozsah užívání všech typů návykových látek i rizika a důsledky problémového užívání drog. Přesto nám pro lepší pochopení situace v užívání drog, jejího vývoje a pro zodpovězení otázek „proč?“ a „jak?“ chybí systematický popis a analýza souvisejících – demografických, sociálních, ekonomických či kulturních faktorů, jež by nám pomohly porozumět trendům v užívání drog, jeho důsledkům nebo rozdílnému vývoji mezi jednotlivými zeměmi, kraji či městy.

■ Předkládaná monografie Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti „Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002“ shrnuje dostupná demografická a socioekonomická data, data o trestné činnosti, o nabídce služeb pro uživatele drog a jejich finančním zabezpečení a data o rozsahu, charakteru a dopadech užívání drog na úrovni jednotlivých krajů České republiky. Publikace by měla přispět k objasnění vzájemných vztahů mezi charakterem prostředí a situací v oblasti užívání drog a k identifikaci rizikových faktorů na úrovni společnosti a prostředí.

neprodejné