

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

**Srovnání názorů studentů vysokých škol zdravotnického a  
ekonomického zaměření na problematiku závislostí**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:  
MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.

Vypracovala:  
Bc. Ilona Křížková

23. 5. 2011

## **Abstrakt**

### **Comparison of Opinions of University Students of Medical and Economic Specializations of the Issue of Addiction**

The thesis deals with the issue of addiction. The objective of the paper is to compare opinions and experience of university students of medical and economic specializations regarding narcotics and psychotropic substances. The issue of addictions is a frequently discussed and up-to-date subject that has big impact not only on health service and economics.

The Annual Report of the Public Health Authority of the capital city of Prague in 2009 provides information about frequency of drug use among population. The first place belongs to methamphetamine (pervitin) which is mostly used by clients of K - centres and also by clients demanding treatment for the first time. The second place belongs to cannabis. The third place belongs to clients using opiates and demand treatment for the first time. (56)

The theoretical part focuses on the issue of drug, alcohol and cigarettes addictions. The history and the development of every single type of addiction are mentioned here together with present knowledge and information. In the practical part of the thesis the method of quantitative research was applied. The data were obtained by means of a questionnaire. Students of the Third Faculty of Medicine of Charles University and students of the University of Economics were a quota for the selection.

The objective of the research was to map and compare opinions of students of above mentioned specializations of the issue of addiction and also to find out what is the personal experience of these students with narcotics.

The research shows that the first personal experience of students of medical specializations with narcotics and psychotropic substances is similar to experience of students of economic specialization. Over 60 % of respondents answered that they have already had experience with a narcotic and psychotropic substance. There is also the similarity of age. Both groups most frequently

mentioned the age of 16 as the age of the first experience with narcotic and psychotropic substances. Marijuana was the drug that was most frequently mentioned and used by students.

97 % of the students of the third Faculty of Medicine and 100 % of the students of the University of Economics answered no to the question whether they use narcotics or psychotropic substances regularly. They have had experimental experience with narcotics or psychotropic substances, however are not regular consumers. The students of the University of Economics show bigger tolerance to the use of psychotropic substances than the students of the Faculty of Medicine, these students mostly condemn such an activity.

The students of the Faculty of Economics distinguish soft and hard drugs more than the students of the Faculty of Medicine, these students mostly answered that all drugs are dangerous.

One of the questions focused on a total ban of smoking in restaurants and on the attitude of the students to the ban. 78 % of all students think it is a good thing. They mind passive smoking above all.

Respondents from both universities agreed that they would not establish a partnership with an addict. Most students would even not tolerate a partnership with a person who was once an addict and now abstains since they are afraid that he/she could return to the addiction. The hard drug addiction is found by the students the most serious. On the other hand, marijuana addiction is extremely underestimated.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 23. 5. 2011

.....  
Bc. Ilona Křížková

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí diplomové práce - paní MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, Ph.D., za cenné rady, připomínky a odborné vedení, které mi poskytla při zpracování zadaného úkolu.

## Obsah

Úvod .....	8
1. Současný stav .....	10
1.1. Historický vývoj protidrogové politiky .....	10
1.1.1. Historie protidrogové politiky v první polovině 20. století .....	10
1.1.2. Historie drogové politiky v komunistickém Československu .....	11
1.1.3. Historie protidrogové politiky po roce 1989 .....	12
1.2. Současná protidrogová politika .....	13
1.2.1. Národní protidrogová politika a výdaje s ní spojené .....	13
1.3. Incidence a prevalence léčených uživatelů drog .....	16
1.4. Injekční uživatelé drog .....	17
1.5. Zdravotní důsledky užívání drog .....	18
1.6. Historie drog .....	21
1.6.1. Opiový omyl .....	22
1.7. Závislost a mezinárodní klasifikace nemocí .....	24
1.8. Diagnostika syndromu závislosti .....	25
1.9. Návykové látky .....	26
1.10. Vznik a vývoj drogové závislosti .....	28
1.10.1. Vznik .....	28
1.10.2. Vývoj .....	29
1.11. Psychická a fyzická závislost .....	30
1.12. Léčba a prevence drogových závislostí .....	31
1.13. Prevence rizikového chování .....	33
1.13.1. Všeobecná prevence .....	33
1.13.2. Selektivní prevence .....	34
1.13.3. Indikovaná prevence .....	35
1.14. Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog .....	35
1.15. Výměnný program injekčního materiálu .....	37
1.16. Legislativní rámec služeb pro uživatele drog .....	38
1.17. Sociální dopady užívání drog .....	40
1.18. Drogová kriminalita .....	41
1.19. Drogové trhy a dostupnost drog .....	42
1.20. Historie alkoholu .....	44
1.21. Závislost na alkoholu .....	45
1.22. Čtyři stádia na cestě k alkoholismu .....	49
1.23. Historie kouření .....	50
1.24. Cigarety a nikotin .....	51
1.25. Fáze vývoje kuřáctví .....	52
1.26. Kouření a jeho zdravotní důsledky .....	53
2. Cíl práce a hypotézy .....	55
2.1. Cíl práce .....	55
2.2. Hypotézy .....	55
3. Metodika .....	56

3.1. Metodika.....	56
3.2. Charakteristika výzkumného souboru .....	57
4. Výsledky.....	58
4.1. Testování hypotéz pomocí Testu o hodnotě parametru $\pi$ alternativního rozdělení .....	108
5. Diskuze.....	110
6. Závěr.....	120
7. Klíčová slova.....	122
8. Seznam použitých zdrojů .....	123
9. Přílohy .....	130

## Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala záměrně téma, které se týká závislostí. Toto téma je celosvětově diskutované a týká se každého z nás. Nikdy si nemůžeme být jisti, zda nepostihne někoho z našich blízkých, přátel či dokonce nás samotné. Chtěla jsem zjistit názory svých vrstevníků, jak se staví k zneužívání návykových látek, jaké pocity v nich vyvolávají lidé, kteří se již dostali do problémů s nějakým typem závislosti, a porovnat mezi sebou názory studentů, kteří mají odlišné typy zaměření studia. Zda je toto zaměření bude nějakým způsobem ovlivňovat v názorech.

Změna společenského řádu po roce 1989 přinesla liberalizaci společnosti a větší otevřenost. Distribuce drog se rozšířila z uzavřených skupin na komerčně fungující černý trh, který byl obohacen o spektrum dosud nedostupných látek (např. LSD, heroin, hašiš, kokain). Tato situace vyžadovala reakci. Po rozdělení ČSFR na Českou a Slovenskou republiku, odsouhlasila česká vláda zřízení Meziresortní protidrogové komise (MPK). Prvním výstupem MPK byla Koncepce a program drogové politiky 1993 – 96. (7)

Tato koncepce odstartovala tvorbu dalších koncepcí a národních strategií drogové politiky. V reakci na přibývání drogově závislých vznikaly po roce 1993 K - centra, která zajišťují služby pro závislé, rodinné příslušníky závislých osob, ale i širší veřejnost. Důležitou činností K – center je provádění výměnných programů injekčního materiálu. Hlavním přínosem je zabránění šíření infekčních nemocí (VHA, VHB, VHC, HIV), které se díky injekčním uživatelům šíří. Nesmíme opomenout i edukační a poradenskou činnost center. Drogová závislost s sebou nese mnoho negativních dopadů, psychických, sociálních i zdravotních, které ohrožují celou společnost. Tento fakt je důvodem, proč léčba závislostí by měla být cílená a strukturovaná práce odborníků. V České republice je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb a je podporována i zákonnými normami.

Ještě větší důraz by ale měl být kladen na prevenci než na léčbu závislostí. Prevence je méně finančně náročnější než léčba, a proto je pro stát výhodnější.



Prevence v oblasti závislostí by měla být praktikována již od raného školního věku, a proto není divu, že hlavním koordinátorem v oblasti prevence je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT).

Statistiky jsou bohužel neúprosné a mají zvyšující se tendenci v oblasti zneužívání návykových látek, především marihuany, alkoholu i cigaret. Znepokojující je i klesající věk uživatelů. Zvýšil se i počet problémových uživatelů drog v populaci. (34)

Cílem mé diplomové práce bylo především srovnání názorů studentů na problematiku závislostí, kteří studují dva rozdílné obory (ekonomický a zdravotnický). Snažila jsem se zmapovat zkušenosti studentů vysokých škol s omamnými a psychotropními látkami. Dále jsem zjišťovala názory studentů na problematiku omamných a psychotropních látek.

## **1. Současný stav**

### ***1.1. Historický vývoj protidrogové politiky***

#### ***1.1.1. Historie protidrogové politiky v první polovině 20. století***

Moderní protidrogová politika se začala formovat v České republice v 90. letech minulého století. Avšak problematika drog, regulace jejich zneužívání či obchodování, byla upravována již o mnoho let dříve formou různých právních norem. Fenoménu drog se začíná věnovat významná pozornost počátkem 20. století, kdy docházelo k nárůstu užívání drog a rozšíření se ilegálního obchodu s nimi. Počátkem dvacátého století se začaly vyvíjet iniciativy, které by zavedly adekvátní protiopatření, formovaly se základy celosvětové spolupráce v oblasti kontroly drog. V roce 1909 proběhla v Šanghaji první mezinárodní konference, která byla věnovaná problematice omamných látek, tzv. Opiová komise. V roce 1915 vstoupila do platnosti první Mezinárodní úmluva o opiu. (36)

V Československu se ilegální obchod s drogami rozvinul především po první světové válce, v letech 1920–1925, kdy Československo bylo vzhledem ke své centrální poloze v Evropě významnou tranzitní a cílovou zemí. Hlavní roli v tom hrál fakt, že zde byly nízké sazby pro překupníky i distributory drog. V té době platil zákon, který právně upravoval nedovolenou výrobu a držení omamných a psychotropních látek, č. 128/1923 Sb. z. a n. Tento zákon totiž považoval ilegální obchod pouze za přestupek a podle toho jej i trestal. (36)

Velký význam z hlediska právní úpravy a regulace psychoaktivních látek mělo přijetí tzv. opiového zákona č. 29/1938 Sb. z. a n. Opiovým zákonem bylo definitivně dokončeno zavádění mezinárodních úmluv do československého právního řádu. Opiový zákon je považován za první právní akt, který celkově upravoval trestně - právní postih nakládání s omamnými látkami v Československu. (36)

### ***1.1.2. Historie drogové politiky v komunistickém Československu***

Po komunistickém převratu v únoru 1948 byly uzavřeny hranice vůči západu a ČSSR se dostalo mimo ústřední zájem drogových mafií. Drogy stále přes hranice putovaly, v drtivé většině však šlo o tranzitní zásilky určené do třetích zemí. Tehdejší socialistické Československo především zdůrazňovalo problémy spojené s nadužíváním alkoholu a absenci komplexních opatření v oblasti nealkoholových drog. V roce 1948 byl vypracován „zákon o potírání alkoholizmu č. 87/1948 Sb.“, který zdůrazňoval, že potíráním alkoholizmu se rozumějí všechna potřebná opatření zařízení směřující k ochraně lidského zdraví před následky alkoholizmu. Ustanovení, která by se týkala nealkoholových drog, nebyla ani součástí „zákona o boji proti alkoholizmu“ z roku 1962 (č. 120/1962 Sb.). (36)

Před rokem 1989 bylo v komunistickém Československu užívání drog bráno jako jeden ze znaků úpadku kapitalistické společnosti, a proto také tabuizováno. Toto chování se neslučovalo s ideologií harmonické beztrždní společnosti bez vážných nemocí či protispolečenského chování. Ve skutečnosti nejen třídy, ale i užívání drog existovalo. Uživatelé drog se soustřeďovali především do malých uzavřených skupin, které byly schopny z dostupných léků vyrábět drogy. Nejčastěji byla užívána podomácku pěstovaná marihuana, dále těkavé látky a pervitin. Protialkoholní a protitoxikomanická oddělení psychiatrických ambulancí a léčeben se zabývala převážně nucenou léčbou uživatelů drog. Informace o užívání drog se tedy nedostaly do obecného povědomí jen díky tabuizaci. To mělo za následek, že si společnost nevytvořila znalosti a mechanismy, jak užívání drog přijímat, monitorovat, analyzovat a reagovat na ně. (7)

V roce 1989 nabyl účinnosti zákon č. 37/1989 Sb. „o ochraně před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi“. Tehdy vznikla tedy první právní úprava společně zahrnující opatření vůči alkoholu a ostatním psychoaktivním látkám. (36)

Totalitní Československo nepodporovalo rozvoj občanské společnosti, a proto téměř neexistovaly občanské či nestátní aktivity a organizace. Všechna zařízení zdravotní péče, sociálních služeb či zařízení výchovy a vzdělávání byly vlastnictvím státu, a tedy pod jeho kontrolou.(7)

### ***1.1.3. Historie protidrogové politiky po roce 1989***

Změna společenského řádu po roce 1989 přinesla liberalizaci společnosti. Velký důraz se kladl na osobní svobodu a lidská práva, podstatné snížení sociální kontroly, volný pohyb přes hranice a svobodu slova a projevu, což samozřejmě přispělo k odtabuizování drogových témat. Současně v důsledku minulých let neměla společnost objektivní informace o drogách a možných rizicích jejich užívání. Společnost po roce 1989 nebyla připravena na přechod od nabídky a distribuce drog v uzavřených skupinách ke komerčně fungujícímu černému trhu, který byl obohacen o spektrum dosud téměř nedostupných látek (např. heroin, LSD, hašiš, kokain). Již existující skupiny výrobců a uživatelů „domácích“ drog byly ideálním základem pro vybudování ilegálního trhu. (7)

Tehdejší vláda Československé federativní republiky založila Federální komisi pro narkotika (1990–1992), předsedou komise byl vicepremiér vlády. Činnost této komise se v protidrogové politice nijak výrazněji nepromítla. Krátce po rozdělení ČSFR na Českou a Slovenskou republiku, odsouhlasila česká vláda zřízení Meziresortní protidrogové komise v reakci na iniciativu nestátních organizací a uložila ministrům zpracovat návrh programu opatření v oblasti drog a omamných prostředků (usnesení vlády č. 22/93 ze dne 20. 01. 1993). Již v březnu v roce 1993 byla podepsána Dohoda o spolupráci ve věcech ochrany před omamnými a psychotropními látkami. MPK byla zřízena jako iniciační, poradní a koordinační orgán vlády. Prvním výstupem MPK byla Koncepce a program drogové politiky 1993–96. Její naplnění bylo delegováno na příslušné členy vlády, primátory měst a přednosty okresních úřadů vytipované MPK. Následovaly další dva strategické materiály (Koncepce a program drogové politiky vlády na období 1998-2000 a Národní strategie drogové politiky na období 2001-2004), jež vlády České republiky schválily v letech 1998 a 2000. (7)

## ***1.2. Současná protidrogová politika***

Pod pojmem protidrogové politiky rozumíme komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a místní úrovni. Konečným cílem je snížení užívání drog, snížení možného rizika a škod plynoucích z užívání drog jednotlivcům či celé společnosti. Po společenských změnách, které proběhly v roce 1989, a rozpadu Československa v roce 1993, vyzvalo několik nestátních organizací vládu, aby reagovala na zrychlující se společenský fenomén užívání drog a vytvořila systém účinné protidrogové politiky. Současná podoba protidrogové politiky odpovídá evropskému kontextu a aktuálnímu stavu a míře poznání o problému užívání drog. (8)

Tato politika je vystavěna na principech tzv. středního proudu drogových politik. Staví především na pragmatickém a racionálním přístupu, který si stanovuje realistické a dosažitelné cíle (nikoli „společnost bez drog“). Staví na komplexních a dlouhodobých opatřeních, snaží se usilovat o vyváženost. V uplatňování prevence a represe vychází ze současných a ověřených poznatků o drogách a jejich užívání, staví na koordinovaném, interdisciplinárním a mezisektorovém přístupu k užívání drog. Opírá se o čtyři základní pilíře (o primární prevenci, harm reduction, léčbu s resocializací a o represí). (9)

### ***1.2.1. Národní protidrogová politika a výdaje s ní spojené***

Protidrogovou politiku řídí na národní úrovni Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Tato rada diskutuje, projednává a předkládá vládě ČR základní dokumenty protidrogové politiky (Národní strategii protidrogové politiky a Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky). (52)

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 je již pátou protidrogovou strategií za dobu existence České republiky. Navazuje na předchozí strategii z období 2005 – 2009. Dá se říci, že byla zpracována na základě závěrů

předchozí strategie a je do značné míry aktualizací protidrogové politiky z let 2005 - 2009. Rozdílné je, že tato nová strategie je pojata jako dlouhodobý dokument oproti střednědobé předcházející strategii. Národní strategie 2010-2018 obdobně jako předchozí strategie stanovuje základní východiska protidrogové politiky vlády, přístupy k řešení problému užívání drog, principy protidrogové politiky České republiky, priority protidrogové politiky, řeší role a odpovědnost klíčových subjektů protidrogové politiky. (37; 38)

V souladu se svým dlouhodobým charakterem definuje Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 v obecné rovině 4 základní cíle:

1. Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi.
2. Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog.
3. Snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost.
4. Snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi. (39)

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 je založena na vyváženém uplatňování intervencí v oblasti primární prevence, léčby a sociálního začleňování, snižování rizik spojených s užíváním drog a snižování dostupnosti drog. Hlavním nástrojem pro realizaci Národní strategie protidrogové politiky je Akční plán. Pro období platnosti Národní strategie budou vládou České republiky zpracovány tři akční plány:

- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 - 2012
- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky období 2013 – 2015
- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky období 2016 - 2018

Plnění každého Akčního plánu je zpracováváno a vyhodnoceno. Zpráva o plnění se předkládá vládě. (39)

Národní protidrogová politika je realizována mezi zástupci orgánů veřejné správy na všech úrovních (centrální, krajské, obecní) a ve spolupráci se členy odborných společností a zástupců občanské společnosti. Kraje a obce jsou tedy hlavními partnery centrálních institucí při přípravě a realizaci Národní strategie protidrogové politiky a při její implementaci do praxe na příslušných úrovních veřejné správy. Kraje a obce uskutečňují opatření a intervence protidrogové politiky v souladu s hlavními cíli, principy, prioritami a postupy, které jsou doporučeny Národní strategií, samozřejmě jsou zohledňována přitom místní podmínky a potřeby. Není vyloučeno, že kraje a obce přijímají i vlastní protidrogové strategie a plány. (39)

V roce 2009 se RVKPP sešla třikrát při řešení otázek týkajících se protidrogové politiky. Všechny čtrnáct krajů mělo v roce 2009 vypracované krajské strategické dokumenty protidrogové politiky, které vycházejí především z národní strategie a národních akčních plánů. Celková částka výdajů v roce 2009 na protidrogovou politiku byla 607,5 milionů Kč, což je ve srovnání s rokem 2008 o 1,7 % více. Ze státního rozpočtu bylo vydáno 375,4 milionů Kč. Kraje s obcemi přispěly částkou 172,6 a 59,4 milionů Kč. Využití peněz ze státního rozpočtu a místních rozpočtů bylo takové:

- 177,2 mil. Kč bylo použito na léčbu drogových závislostí, což je o 4,0 % méně než v roce 2008.
- 175,0 mil. Kč bylo určeno na služby harm reduction, což je o 9,8 % více než v roce 2008.
- 154,7 mil. Kč bylo využito na prosazování práva, což je o 1,7 % více než v roce 2008.
- 54,0 mil. Kč bylo dáno na primární prevenci, což je o 5,8 % méně než v roce 2008.
- 31,8 mil. Kč bylo použito na následnou péči, což je o 27,5 % více než v roce 2008. (35)

### ***1.3. Incidence a prevalence léčených uživatelů drog***

Na prvním místě v počtu nově evidovaných uživatelů drog jsou uživatelé stimulancií 2 945 osob, tj. 67,5 % ze všech nově evidovaných klientů. Samotný pervitin uvedlo jako základní drogu 2 933 osob, zbylých 12 klientů je uživateli extáze, efedrinu a amfetaminu. Druhou nejčastěji zaznamenanou skupinou drog jsou kanabinoidy. Celkový počet nově registrovaných uživatelů marihuany je 695 osob, tj. 15,9 %. Na třetím místě jsou registrovaní žadatelé o prvoléčbu ze skupiny uživatelů opiátů. Celkový počet uživatelů opiátů je 606 osob, což je 13,9 %. Prvenství mezi opiáty jako základní droga drží heroin – 402 uživatelů, na druhém místě je subutex s 130 uživateli. (57)

Mezi všemi klienty léčenými v L/K centrech v průběhu roku 2010 jsou také jako u prvožadatelů o léčbu nejčastěji užívanou skupinou drog stimulancia (5 662 osob, tj. 62,9 %). Samotný pervitin pak užívá 5 632 osob, což je o 423 osob více než v roce 2009. Na druhém místě jsou nejvíce rozšířeny mezi všemi klienty léčenými v L/K centrech v roce 2010 opiáty. Celkem 2 084 osob, tj. 23,1 %. Opět nejužívanější drogou z opiátů je heroin. Heroin užívá 1436 osob, tj. 15,9 %, což je o 114 osob méně než v roce 2009. Do třetí nejčastější frekvence užívání drog všech léčených klientů L/K center spadají kanabinoidy – především marihuana. Marihuanu užívá celkem 1 050 klientů, tj. 11,7 %. (57)

Průměrný věk všech klientů L/K center v roce 2010 je 27,3 let. Jak u mužů, tak i u žen je průměrný věk u uživatelů pervitinu 26,7 let, u heroinu je průměrný věk uživatelů 30,3 let. Nižší průměrná věková hranice se pak vyskytuje u uživatelů kanabinoidů a halucinogenů (22,4 a 19,6 let). (57)

Poměr mužů a žen u léčených uživatelů drog převažuje téměř vždy ve prospěch mužů. Pouze ve skupině všech léčených uživatelů pervitinu je poměr mužů a žen 0,2:1 ve prospěch žen ve věkové skupině do 15 let a 0,8:1 ve prospěch žen ve věkové skupině 15 – 19 let. Obecně se dá říci, že u všech léčených klientů i u prvožadatelů o léčbu L/K center je se stoupajícím věkem uživatelů drog také výrazně zvyšující se poměr postižených mužů oproti ženám. (56)



#### **1.4. Injekční uživatelé drog**

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů nebo drog amfetaminového typu anebo kokainu. V České republice je užívání kokainu na velmi nízké úrovni. V České republice je tedy problémové užívání drog spojeno především s pervitinem (metamfetaminem) a opiáty/opioidy (heroinem, sezonně se objevuje také užívání opia). (34)

Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se v roce 2010 mírně zvýšil oproti roku 2009. Celkový evidovaný počet všech problémových uživatelů drog je 8 233 osob, tj. 91,4 %. Mezi všemi klienty je 6 284 injekčních uživatelů drog, což představuje 76,3 % ze všech problémových uživatelů drog. 1 949 osob připadá na neinjekční uživatelé drog (23,7 %). Mezi žadatele o prvoléčbu spadá celkem 3 827 lidí, z nichž je 2 695 injekčních uživatelů drog. Mezi nově evidovanými problémovými uživateli drog se zvýšil podíl nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících na 55,9 %, což je mírný nárůst oproti letům minulým. 45,4 % prvožadatelů z řad problémových uživatelů drog má pouze základní či nedokončené základní vzdělání, mezi všemi problémovými uživateli drog má tento typ vzdělání 44,6 % klientů. Nejvyšší procento problémových uživatelů drog mají v Ústeckém a Pardubickém kraji (96,8 %) následované Olomouckým krajem (94,7 %) a Jihomoravským krajem s 94,1 %. Nejnižší podíl problémových uživatelů drog naopak vykázal kraj Vysočina (82,4 %), Plzeňský (84,2 %) a Moravskoslezský (84,6 %). (57)

Specifická situace se týká zneužívání preparátu Subutexu (obsahuje buprenorfin), což je substituční látka pro léčbu závislosti na heroinu. Od února 2008 byl na trh uveden nový kombinovaný preparát Suboxone (obsahuje buprenorfin a naloxon), který není zneužíván injekčně oproti Subutexu. Pokud je v rámci substituční léčby nabízen pouze preparát Suboxone a nikoli Subutex, snižuje se zájem o substituční léčbu. O Suboxone není zájem ani na černém trhu a snižuje se i výskyt Subutexu na černém trhu. (34) Přesto v roce 2009 byl počet

nově evidovaných uživatelů subutexu 92 osob, což je po uživatelích heroinu druhý nejvyšší počet uživatelů opiátů. Celkový počet léčených uživatelů subutexu je 341 osob. (56) Léky s obsahem buprenorfinu může předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci od února roku 2008. Substituční přípravky jsou v podmínkách léčby v České republice podávány výhradně orální formou. K zavedení metadonu ve formě sirupu jako hromadně vyráběného léčivého přípravku dostupného na předpis v lékárnách ještě nedošlo. Předepisování metadonu je stále dosti kontroverzní téma. (49)

### ***1.5. Zdravotní důsledky užívání drog***

Drogy jako skupina chemických látek mají většinou mnoho negativních důsledků na zdraví jedince v dlouhodobém působení či v předávkování, kde hrozí bezprostředně smrt. V přímém působení drogy ničí játra, ledviny, srdce, mozek, pokud to shrneme, celé tělo. Významné negativní důsledky jsou způsobené injekčními aplikacemi drog. Všechny injekčně vpravované drogy nesou velké riziko šíření infekcí, především hepatitid, přenosu HIV a dalších pohlavních nemocí. (26)

V roce 2009 přetrvávala celkem příznivá situace ve výskytu infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog. Promořenost virem HIV je stále pod hranicí 1 %. (35)

Ke dni 31. 12. 2010 bylo v České republice evidováno celkem 1522 HIV pozitivních osob, rozvinutou nemocí AIDS trpí 321 osob. U 70 osob s infekcí HIV bylo prokázáno, že jsou injekční uživatelé drog, dalších 27 osob je homosexuálních a zároveň injekční uživatelé drog, proto u nich nelze jednoznačně určit souvislost přenosu infekce s injekčním užíváním drog. U 25 osob trpících nemocí AIDS bylo prokázáno injekční užívání drog. (57)

Rizikem pro subpopulaci injekčních uživatelů drog je vysoké procento netestovaných injekčních uživatelů drog, popřípadě neznámý či zastaralý

výsledek testu. V roce 2009 mírně stoupl zájem injekčních uživatelů drog o toto testování oproti letům minulým. Vyšší podíl testovaných je u injekčních uživatelů heroinu než u injekčních uživatelů pervitinu. (56)

Dalšími významnými infekcemi spojenými s injekčním užíváním drog jsou virové hepatitidy. Pro virové hepatitidy typu B a C je typický parenterální přenos. Pro virovou hepatitidu typu A je typický orofekální přenos, přesto není vyloučen ani parenterální přenos, pokud je injekční stříkačka sdílena s někým, kdo je ve stádiu virémie. (28)

*Virová hepatitida typu A* - po epidemii virové hepatitidy typu A, která probíhala od konce května roku 2008 zejména v Praze a poté ve středních Čechách (počátek měla mezi injekčními uživateli drog), se v roce 2009 a 2010 snížil počet případů. Celkem bylo evidováno v roce 2010 - 862 případů, z nichž 74 případů spadalo do osob s rizikovým chováním a 57 osob do injekčních narkomanů. (57)

V roce 2010 byl nejvyšší počet případů zaznamenán v Ústeckém kraji (261 osob, ale z toho injekčních uživatelů drog bylo pouze 42 osob). V Praze bylo evidováno 20 osob, což je markantní pokles oproti roku 2008 (887 nemocných osob), ale i roku 2009 (229 nemocných). Z 20 evidovaných osob byly 2 případy injekčních uživatelů drog. (56; 57)

*Virová hepatitida typu B* - injekční uživatelé drog tvoří jednu čtvrtinu nemocných v absolutním počtu virových hepatitid typu B v České republice. V roce 2010 bylo evidováno 244 akutních virových hepatitid typu B, z nichž 113 osob bylo s rizikovým chováním a 70 osob injekčních narkomanů. Počet chronických onemocnění se v celkovém počtu osob snížil na 130 osob, u injekčních uživatelů drog došlo k poklesu na 9 osob oproti roku 2009, kdy bylo evidováno 20 osob. 19 osob spadá do skupiny s rizikovým chováním. Nejvíce případů akutního onemocnění mezi injekčními uživateli drog hlásil kraj Jihomoravský, Středočeský a Olomoucký. V kraji Plzeňském, Vysočina a Praha byl naopak evidován nejvyšší počet chronického onemocnění mezi injekčními

uživateli drog. Výskyt tohoto onemocnění by se mohl v budoucnosti snížit z důvodu zavedení povinného očkování dětí od roku 2001. (57)

*Virová hepatitida typu C* - nejnebezpečnější z virových hepatitid. Tato hepatitida je nejnebezpečnější díky svým následkům a také rizikem šíření. Ohrožuje nejen komunitu injekčních uživatelů drog, jejich partnery a blízké, ale i pacienty a personál ve zdravotnických zařízeních při potřebě případné péče o tuto subpopulaci. Tato vysoká společenská nebezpečnost je dána tím, že neexistuje očkování proti této nemoci. V České republice tvoří 2/3 všech nemocných injekční uživatelé drog. (56) V roce 2010 byl zaznamenán pokles případů oproti roku 2008 i 2009, jak u akutní tak i chronické formy, v celkovém počtu onemocnění i u nemocných injekčních uživatelů drog. Nejvyšší počty nemocných jsou v Praze a Ústeckém kraji. Akutní virovou hepatitidou typu C v roce 2010 trpělo celkem 114 osob, z nichž 75 se zařadilo do skupiny s rizikovým chováním, 67 osob byli injekční narkomani. Chronickou virovou hepatitidou typu C trpělo v roce 2010 celkem 595 osob, 399 osob patřilo do skupiny s rizikovým chováním a 372 osob bylo injekčních narkomanů. (57)

Další pohlavní nemoc, jako je syfilis, podléhá povinnému hlášení do Národního registru pohlavních nemocí. Od roku 2006 je patrný zejména nárůst případů syfilis, který se týká injekčních uživatelů drog. V roce 2006 bylo zaznamenáno 20 případů, v roce 2009 to bylo již 103 případů. V roce 2009 injekční uživatelé drog tvořili 10,3 % případů syfilis z celkového počtu 997 nemocných. Zajímavé je, že v této subpopulaci je vyšší počet nakažených žen (o 14 %) než mužů. (35)

Akutní předávkování drogami je nepřímým indikátorem závažnosti užívání drog. V roce 2010 bylo nahlášeno 849 případů akutní intoxikace drogami, což je ve srovnání s rokem 2009 o 16,6 % nižší počet intoxikací. Tato situace je ale nejspíše dána tím, že se v Praze v roce 2008 omezil sběr těchto dat a stále ještě nebyl obnoven do původního rozsahu. Tato situace se netýká jenom Prahy, ale i dalších krajů (Moravskoslezského, Plzeňského, Karlovarského a Středočeského). V roce 2010 bylo nejvíce případů akutního předávkování v Moravskoslezském a

Ústeckém kraji. Tyto dva kraje nahlásily dohromady 65 % všech evidovaných případů. Plzeňský, Karlovarský, Středočeský a Olomoucký kraj pak nahlásily dohromady 21,9 % všech evidovaných případů. Nejčastější skupinou drog, kterou se uživatelé předávkovali, jsou sedativa a hypnotika (248 postižených – 29,2 %). (57)

## ***1.6. Historie drog***

Pěstování máku se zřejmě rozšířilo z Evropy a Malé Asie do celého světa. Naproti tomu první zmínky o pěstování konopí pochází z Číny, nejstarší nálezy jsou datované až do roku 4000 př. n. l. Odpradávná se konopí vyskytuje také v Indii. V Mezopotámii se první zmínka objevuje v souvislosti s konopím až v 9. stol. př. n. l. Také v západní Evropě má pěstování konopí dlouhou tradici, už v 7. stol. př. n. l. vyváží Keltové konopí do celého Středomoří. (11)

Konopí patřilo k prvním rostlinám pěstovaným člověkem, a tak mohou současná místa výskytu představovat jen enklávy, kde je ponechal prehistorický zemědělec. (3)

Nejstarší důkazy o používání lilkovitých halucinogenů (blínu, rulíku a durmanu) se objevují na Středním a Dálném východě, odkud se postupně šířily do Evropy a Ameriky. Také stimulační drogy založené na bázi kofeinu a kokainu mají svůj počátek v dávných dobách. Kokový keř pochází z And a první zmínky o žvýkání kokových listů pochází z 3. stol. př. n. l. Z Ameriky také pochází guarana a maté, obsahující kofein. V Indii a Indonésii se obdobných účinků dosahuje pomocí betelu, ač je tato droga na Západě téměř neznámá, žvýká ji asi desetina světové populace. Dávná historie výroby alkoholu, především piva a vína, je dána tím, že alkohol lze vyrobit prakticky z každé rostliny. (11)

### **1.6.1. Opiový omyl**

Jméno máku setého, *Papaver somniferum*, pochází z latinského slova *somnis*, spánek. Nikdo nemůže přesně odhadnout, kdy byly poprvé pozoruhodné účinky sušené šťávy z makovice zaznamenány, ale můžeme odhadnout, že to bylo již kdysi dávno v rané historii lidstva.

Sumerské záznamy o využívání opia jsou staré 7000 let. Homér popsal jeho účinky v Odysseji, Hippokratés a Galén je také používali. Pěstování máku kvůli získávání opia začalo v Řecku a v Mezopotámii, odkud se dále šířilo.

V mnoha zemích světa se stále získává surové opium z makovic máku setého. Obsahuje okolo 25 alkaloidů, z nichž některé jsou léčivé (morfin, kodein, papaverin). Právě morfin je složkou, která opium zvýraznila a to jak po stránce lékařské, tak po stránce sociologické. Morfin je účinný tlumič bolesti, působí na stav duševního klidu a vyvolává až euforii. Tělo si však na morfin rychle zvyká a pak nastává fyziologická závislost na droze. Opium se hojně používá jako „rekreační“ droga, dokonce v Británii se obvykle míchá s tabákem ke kouření. Fyziologický návyk na surové opium trvá déle než například na heroin, ale i opium při opakovaném použití vede k závislosti. Použití morfinu je spojeno s toxicitou a má řadu nežádoucích vedlejších účinků. Jedním z nejzávažnějších je, že potlačuje dýchání, dále vyvolává nevolnost, zvracení, zácpu, poruchy rovnováhy atd.

Opium bylo jednou z mála účinných a užitečných látek, které se používaly od časných dob lékařské praxe. Bylo přítomno v řadě „lékařských“ přípravků, z nichž nejznámější bylo laudanum. Laudanum byla tinktura surového opia v alkoholu. Název „laudanum“ byl zaveden jedním z největších šarlatánů a podvodníků v lékařství, Theofrastem Bombastem von Hohenheim (1493 - 1541), známým jako Paracelsus. Laudanum a jiné formy opia byly od 16. století v Evropě běžně dostupné a považovány za suverénní lék na všechny nemoci a poruchy až do 20. století. Nejen Paracelsus považoval opium za všelék, ale i velký anglický lékař Thomas Sydenham (1624 - 1689) a doktor Thomas Dover (1660 -

1742). Čeho si ovšem Dover ani jiní opioví nadšenci nevšimli, byla vysoká tolerance tohoto léku u lidí, kteří jej brali pravidelně. Zda si tito raní zastánci opia byli vědomi jeho návykových vlastností, není dodnes jasné a prokazatelné.

V 19. století se pomalu začaly ukazovat negativní vlastnosti opia a závislosti na něm, přes závažnost dokladů o nebezpečí opia lékaři jej nadále doporučovali a opium bylo volně prodejné v drogeriích a lékárnách. Kdokoliv si mohl koupit laudanum, opiové pilulky, paregoric nebo chlorodyn. Paregorický elixír byla opiová tinktura smíchaná s kafrem, dochucená kafrem a kyselinou benzoovou. Chlorodynu bylo několik druhů, jedna oblíbená směs obsahovala opium, chloroform, tinkturu z marihuany, kyanovodík a další složky. Chlorodin byl velmi populární, a proto ho brali lidé ze všech sociálních vrstev. Chlorodyn vynalezl lékař Collis Brown a jeho „lék“ byl rozsáhle inzerován v novinách a časopisech až do poloviny 20. století.

Nezapomínalo se ani na děti, Dalbyho „směs proti nadýmání“ obsahovala opium, taktéž jako Godfreyův dětský Cordial.

Uprostřed 19. století byla vynalezena injekční stříkačka s jehlou, a tak se mohlo opium podávat injekčně. V té době vznikla nesmyslná pověst, že pokud se opium neužívá ústy, nevzniká na něj závislost. Injekční podávání opia získalo oblibu zejména při mírnění následků válečných zranění u vojáků. V průběhu americké občanské války si na opium vypěstovalo závislost asi 400 000 vojáků.

Na začátku 19. století měly drogerie na skladě mnoho přípravků na bázi opia. Každý drogista měl ve svém krámku pult na přípravu pilulek. Opium se prodávalo jako prášky, cucací pastilky, náplasti a nejrůznější mazání. Tyto „léky“ se volně prodávaly pod mnoha různými názvy a vůbec není jasné, zda si zákazníci uvědomovali, co berou. Droga se však nacházela všude a byla velmi snadno dostupná pod svým vlastním jménem a to ne jen v krámech drogistů či na lékárenských pultech. Toto vše mělo za následek, že braní drog na konci 19. století bylo pevně zakotveno v sociálním životě všech vrstev lidí.

Pro mnohé bylo opium už velmi slabé, a tak se doktoři a vědci usilovně snažili tento stav zlepšit. 3. prosince 1898 vyšla zpráva, že v Berlíně na lékařské

klinice profesora Gerharda bylo vyzkoušeno nové hypnotikum, které dostalo jméno heroin. Každý nový lék byl prohlašován za velmi účinný a zcela bezpečný. Zpočátku se heroinu přisuzovala i vlastnost léčby závislosti na morfinu. Ovšem nic se neuvádělo o tom, kolik pacientů se ve skutečnosti ve svém návyku po této metodě léčby na závislosti utvrdilo. Heroin byl určen také k tlumení kašle u nemocných plicní tuberkulózou. Heroin se po vstřebání mění v těle na morfin, afinita heroinu k mozku je větší než u morfinu. Pro velkou rychlost vstřebávání a tím i rychlý účinek heroin vyvolává návyk ještě více než prostý morfin. Proto byl heroin ve všech zemích rozvinutého světa kromě Británie vyřazen z léčebného použití. Britští lékaři trvali na tom, že jeho zvýšená rozpustnost opravňuje použití heroinu pro tlumení bolestí u nemocných v konečném stádiu života.

Proč bylo opium tak velkým vědeckým a lékařským omylem, má dvojí odůvodnění. První je opomenutí protestu proti nadbytečnému zneužívání opia pro zisk a opomenutí varovat důvěřivé občany před opiovým nebezpečím. Druhé je opomenutí a zanedbání skutečnosti, že mnozí lidé touží po smyslovém uspokojení. (62)

### ***1.7. Závislost a mezinárodní klasifikace nemocí***

V Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou uvedeny nejrůznější závislosti způsobené užíváním psychoaktivních látek. Závislosti spadají do páté kapitoly: „Poruchy duševní a poruchy chování“. Zde nalezneme oddíl F10 až F19, kde jsou popsány duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním konkrétních psychoaktivních látek. (viz příloha)

Tento oddíl obsahuje široké spektrum nemocí různé závažnosti a různých klinických forem, které však všechny mají společný jmenovatel, kterým je užívání psychoaktivních substancí, které mohou, ale nemusejí být předepsány lékařem. Identifikace psychoaktivní látky by měla být založena na co nejvíce informačních zdrojích, jak je to jen možné. To znamená údaje získané od pacienta, analýza krve, moči či slin, charakteristické somatické a psychické



příznaky, klinické znaky nemoci a v neposlední řadě jeho chování. Další důkazy mohou být drogy v pacientově vlastnictví nebo zprávy od informovaných třetích osob. Mnoho uživatelů drog bere více než jeden typ psychoaktivní látky. Hlavní diagnóza by měla být klasifikována pokud možno podle látky nebo třídy látky, která způsobila nebo se podílela nejvíce na současném klinickém syndromu. (32)

Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje syndrom závislosti jako skupinu behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvíjejí po opakovaném užití nějaké látky anebo třídy látek. Zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání sama sebe při jejím užívání, přetrvávající užívání drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy i somatický odvykací stav. (43)

Syndrom závislosti vzniká pro specifickou psychoaktivní látku (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí. (32)

### ***1.8. Diagnostika syndromu závislosti***

Návrat k užívání látky po abstinenčním období vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedince, u něhož se závislost nikdy nevyskytovala. Definitivní diagnóza syndromu závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více následujících jevů:

- silná touha či pocit užívat látku (craving)
- obtížná kontrola užívání látky, a to pokud jde o začátek i ukončení nebo o množství látky
- somatický odvykací stav, pokud je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmě z typického odvykacího syndromu pro tu danou látku nebo z užívání stejné, popřípadě velmi příbuzné látky se záměrem zmenšit či odstranit odvykací příznaky
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby bylo dosaženo

účinku, který byl původně vyvolán nižšími dávkami (konkrétní příklady lze nalézt u jedinců, závislých na opiátech a alkoholu, kteří mohou brát denně tak velké množství látky, které by zneschopnilo nebo dokonce i usmrtilo uživatele bez tolerance)

- postupné zanedbávání jiných povinností a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání a užívání této látky
- pokračování v užívání látky přes jasný a konkrétní důkaz o zjevně škodlivých následcích (46)

Závislost znamená úplnou ztrátu svobody, ztrátu kontroly nad svým vlastním životem. Závislý člověk si není schopen přiznat pravdu. Je hnán touhou navodit příjemný stav, který zaznamenal na začátku užívání drogy. Zvyšuje dávky, protože původní dávka mu už nic nového nedává. Je pohlcen sebeklamem, nevnímá realitu, která je okolo něho. Je ochoten opatřit si drogu za každou cenu, nevyhýbá se přitom trestné činnosti. Závislost na návykových látkách můžeme tedy popsat jako chorobný stav spojený s neovladatelnou touhou po opakování prožitku, tj. nekontrolovatelnou potřebou po dalším užití drogy, často s tendencí zvyšovat dávky. Jde o psychický a někdy i fyzický stav, který je charakterizovaný specifickými změnami chování. (29)

### ***1.9. Návykové látky***

Nebezpečné drogy provázejí lidstvo již od nepaměti. Dříve v souvislosti s hledáním rostlinných zdrojů potravy člověk poznával i rostliny, jejichž požití vyvolávalo neobvyklé stavy mysli (veselou náladu, spánek, otupělost, euforii). Některé z rostlin měly léčivé účinky a byla jim přisuzována zázračná moc, jiné přinášely smrt. Tyto zkušenosti byly předávány z pokolení na pokolení. (29)

Látky vyvolávající povznesenou náladu, radost, euforii, povzbuzení či zapomnění se staly pro člověka čímsi tajemným a lákavým. Pokud je začal užívat i tehdy, kdy jejich účinek tělo nepotřebovalo, stal se postupně na nich závislým.

Pocity opojení pak byly vystřídány nepříjemnými stavy a dostavily se i zdravotní komplikace. Přesto stále více a více lidí bylo ochotno zaplatit za falešné štěstí mnoho peněz.

S rostoucí poptávkou byla produkce a distribuce přírodních drog zvyšována. Některé návykové látky se lidem podařilo připravit umělou cestou. S postupným rozvojem průmyslu a obchodu pak drogy postupně zaplavovaly svět. Jejich zneužívání se všemi negativními důsledky na lidské zdraví se stalo celosvětovým problémem. (29)

Nedávné odhady ukázaly, že nelegální trh s drogami vynáší v USA 400 miliard dolarů ročně. Tato cifra představuje 8 % celosvětového objemu obchodu. Pro srovnání stejné procento zaujímá například turismus a těžba ropy. (10)

Návykovými látkami, drogami v obecném slova smyslu označujeme látky přírodní (části rostlin) i uměle (chemickou cestou) připravené, které ovlivňují na naši psychiku, prožívání i chování. (54)

Drogu můžeme považovat za jed i lék. V západní kultuře není slovo droga obvykle spojováno s tzv. společensky akceptovatelnými drogami (legální návykové látky), mezi něž se řadí alkohol a tabák. (27)

Návykové látky mohou vyvolat závislost (konzument pocítuje nezvladatelnou touhu drogu užívat, zvyšovat její dávky, i když ví, že je to pro něj nebezpečné). Někdy si ani neuvědomujeme, že takovýchto látek se vyskytuje okolo nás velké množství. Některé z nich, přestože zdraví neprospívají, ba mu škodí, naše společnost nejen toleruje, ale občanům přímo nabízí. V mnoha obchodech nalezneme bohatý výběr alkoholických nápojů, kávy a cigaret. Dalším faktorem je reklama, která tyto výrobky přímo podporuje.

Popsané vlastnosti má i velká řada léků. Při léčbě určitých nemocí se využívají látky, které však při nesprávném dávkování a dlouhodobém užívání mohou vyvolat také závislost. Často slyšíme o návykovém sledování televize. Barevně blikající automaty v hernách lákají a slibují rychlé zbohatnutí. Hraní na hracích automatech (tzv. gambling) se často stává velmi nebezpečným návykem.

Většině občanů se ale zřejmě v souvislosti se slovem droga vybaví

zneužívání návykových látek nelegálních, tedy těch, jejichž výroba a distribuce jsou zakázány a podle zákona také postihovány. (29)

Závislost na návykových látkách má dopady zejména na člověka, který zneužívá návykové látky, dále na jeho rodinu, přátele, spolupracovníky a na neposledním místě na celou společnost - v důsledku dopravních nehod, úrazů na pracovišti, vysokých nákladů na zdravotní péči, kterou tito lidé potřebují, a problémů s kriminalitou. (45)

Lidé, kteří jsou pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek, se často stávají oběťmi trestných činů a také se častěji trestných činů dopouštějí. Společným rizikem je i předávkování. To se může objevit i u lidí, kteří nejsou na látku závislí. Předávkování nastává, je-li užita silnější droga, než dotyčný předpokládal. Intoxikace může nastat i v důsledku příměsí, které se tam dostanou při výrobě drogy (např. fosfor v pervitinu). Mladí lidé dlouhodobě zneužívající drogy zaostávají za svými vrstevníky ve vzdělání, sociálních dovednostech a pracovních návycích. (45)

## ***1.10. Vznik a vývoj drogové závislosti***

### ***1.10.1. Vznik***

Je velké množství důvodů, proč závislost vzniká. Hlavní vliv mají především rodiče, kteří ovlivňují to, zda jejich děti budou zneužívat návykové látky. Především nedostatečně silná vazba dítěte na rodinu, nedůsledně prosazovaná rodinná pravidla, nekázeň a neschopnost konstruktivně řešit rodinné problémy, zvyšuje pravděpodobnost vzniku drogové závislosti. (41)

Neexistují konkrétně prokázané geny, které by jednoznačně předurčily závislost. Geny rodičů spíše přispívají k vytvoření určitého typu osobnosti, která má pak vyšší riziko vzniku závislosti na drogách. (51)

### 1.10.2. Vývoj

- *První kontakt s návykovou látkou:*

K první zkušenosti s ilegální drogou dochází většinou již v období dospívání a velmi často ve skupině. Dá se říci, že pro většinu dětí a mladistvých osobní zkušenost

s touto drogou po prvním experimentu skončí a další kontakt se již nekoná. (29)

- *Experimentování s návykovými látkami:*

Pro určitou část dětí první zkušenosti zejména s dostupnými legálními návykovými látkami jsou spojeny s kladnými prožitky, které jsou důvodem, proč vyzkoušet jinou drogu nebo tu samou při jiné příležitosti. Experimentování s různými drogami vede k prožitku sounáležitosti s určitou skupinou či kulturou života a tím ověření výhod drogy, které droga nabízí ve spojení s určitou situací. Droga je dočasný a příjemný únik z reality, škola a jiné povinnosti se jim zvládají lépe než dříve. Většinou se před rodiči a blízkými daří občasný experiment utajit, neboť jejich okolí vnímá určité pozitivní změny nálad a projevů chování za kladný jev, aniž by získali nějaké podezření. (29)

- *Užívání:*

Má dvě fáze, v první jde o tzv. *rekreační užívání*. Stává se, že dospívající, který má opakované zkušenosti s drogou, většinou ve stavu emocionální krize sáhne po určité „jistotě“, kterou pro něho momentálně droga představuje. Zprostředkuje mu pozitivní pocity a to je důvodem, proč se k ní začíná stále pravidelněji vracet (droga vlastně supluje to, čeho se mu od jeho blízkého okolí nedostává). Dotyčný je spokojený, cítí se sám lépe a tím je paradoxně svým okolím vnímán jako pohodový a úspěšný člověk. Tento stav může trvat různě dlouhou dobu. U jedince, který pravidelně užívá návykovou látku, se však začnou časem vyskytovat somatická onemocnění. Přibývá neplnění úkolů, nedodržování slibů, zvyšuje se potřeba peněz a zhoršují se vztahy s okolím. (29)

Druhá fáze je *problémové užívání*, kdy období rekreačního užívání plíživě přechází do této fáze. Dospívající začíná vnímat, že v souvislosti s užíváním drog

se objevují první problémy a tuší, že se pravděpodobně někde stala chyba. Hromadí se dlouhodobě neřešené problémy, konflikty ve škole a v rodině se výrazně prohlubují. Aby se člověk s takovým problémem ujistil, že nespadol do závislosti, která pro něj představuje černou můru, rozhodne se abstinovat. Obvykle vydrží několik dní i déle a tím se utvrdí v tom, že má vše pod kontrolou, ale opak je pravdou. (29)

### ***1.11. Psychická a fyzická závislost***

Psychická závislost je duševním stavem, který se projevuje trvalou touhou různé intenzity drogu dále užívat, přivodit si příjemné pocity, vzniká podáváním drogy. Je daleko hůře ovlivnitelná, než fyzická závislost, vyžaduje více než pevnou vůli. K jejímu zvládnutí je potřeba někdy i desítky let. Psychická závislost je příčinou recidiv i po několikaleté abstinenci. (30)

Fyzická závislost je samotným stavem organismu, vznikajícím dlouhodobějším a častějším užíváním drogy. Fyzická závislost má složku zvyku a tolerance. Organismus se časem droze přizpůsobí a zahrne ji do svého metabolismu. (12)

Pokud dojde k zastavení přísunu drogy zvenčí, organismus reaguje odvykacími příznaky, které vznikají po přerušení přísunu drogy, která je již delší dobu užívána. Mají velmi různorodý obraz a liší se podle typu užívané látky. Každopádně jejich projevy jsou velmi nepříjemné. Například se mohou projevat jako bolest hlavy, nespavost, roztěkanost, neklid, nechutenství, apatie, halucinace, bludy, deprese; atd. Fyzická závislost je v porovnání s psychickou závislostí krátkodobá a příznaky odvykacího stavu během několika dní odezní. (30)

## ***1.12. Léčba a prevence drogových závislostí***

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob, které trpí nějakým druhem závislosti, představuje velice široké spektrum nejrůznějších metod a přístupů. Některé lze vzájemně kombinovat, jiné ne. Často lze pouze s velkými obtížemi rozeznávat a odlišovat, které z nich jsou pro určitou skupinu vhodnější, a které méně. (22)

Léčba závislosti na psychoaktivních látkách by měla být odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, jejímž cílem je dosáhnout nejlépe abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty zpět do produktivního života v rodině, v práci a celkově ve společnosti. V České republice je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb, které můžeme podle typu rozdělit na ambulantní (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny). Další rozdělení může být podle délky na léčbu krátkodobou (4 - 8 týdnů), střednědobou (3 - 6 měsíců) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců). Zákonným rámcem pro léčbu závislostí je především zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zákon také vymezuje typy služeb poskytované uživatelům drog a osobám závislým na návykových látkách. (29)

Jako „Harm Reduction“ (HR) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození způsobeného drogami u lidí, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou schopni či motivováni k tomu, aby užívání zanechali. Přístup harm reduction akceptuje skutečnost, že pro určitou část populace uživatelů drog jsou, v určité fázi jejich užívání, nepřijatelné aktivity směřované k úplné abstinenci od drog. HR je pragmatický přístup, který umožňuje předcházet zdravotním komplikacím. Snaží se minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří rukou v ruce sdílením injekčních jehel při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem. Typickými nákazami je

HIV/AIDS, hepatitidy typu B a C. Riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního vyloučení a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejdůležitější postupy patří výměna použitého, nesterilního injekčního náčiní, poskytování nejrůznějších informací o možnostech léčby či jiné odborné pomoci, kontaktní poradenství a edukace o možných rizicích. Důležité je také zaměření se na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. (29)

Během HR se vytváří časový prostor, během něhož má uživatel možnost postupně změnit svůj postoj k užívání drog. Aktivita HR mohou být nejen faktorem motivujícím, ale i vedoucím ke spolupráci klienta se zařízením a v ideálním případě přímo k léčbě klienta. (56)

V širším pohledu lze do Harm Reduction zahrnout i substituční léčbu. Poradenství a edukace v rámci HR zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, aby nedocházelo k sebepoškozování, jak používat a dezinfikovat použité náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na úzký okruh klientů, kterým jsou určeny. HR se uskutečňuje buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Vzdělávání zaměřené na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž nedílnou součástí léčebných programů. (29)

Léčba spojená s odvykáním je nikdy nekončící etapou, je to boj s drogami na celý další život. Úspěšnost léčby je založena na otázce motivace, ochoty osobního nasazení a uvědomění si omylu, kterým droga na samém začátku byla. Vyžaduje velmi silnou sociální podporu. (28)

Jedním z dobrých nástrojů, kterak toho dosáhnout, je pomoc od výše zmíněné terapeutické komunity. V tomto prostředí je klient odnaučován závislému chování a učí se jinému. Členové komunity se navzájem pozitivně motivují, pomáhají si, budují si pozitivní vzory. Terapeutická komunita je systémem primární péče, může představovat náhradní rodinu pro lidi, co mají za sebou život v drogové závislosti. (23)



### ***1.13. Prevence rizikového chování***

Prevence rizikového chování je daleko významnější než léčba dané závislosti a měli bychom na ni klást velký důraz. Prevence je finančně méně náročná, a tedy pro stát výhodnější. Primární prevenci včetně prevence v oblasti užívání drog koordinuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Hlavní cíle a aktivity v oblasti prevence jsou uvedeny ve Strategii prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012.

MŠMT odpovídá především za následující činnosti:

- Zpracovávání metodických, koncepčních a dalších materiálů, které souvisejí s problematikou specifické primární prevence rizikového chování.
- Příprava legislativy v dané problematice.
- Plnění úkolů vyplývajících z vládních usnesení, strategií a koncepcí.
- V oblasti dotační politiky zpracovává veškerou přípravu, vyhlášení, administraci dotačních programů v oblasti specifické primární prevence rizikového chování, provádí průběžné kontroly, následné kontroly, vyhodnocení, kontrolu činnosti dotovaných subjektů a administraci žádostí o úpravu v čerpání položek.
- Participace na pracovních skupinách a poradních výborech resortů. (50)

#### ***1.13.1. Všeobecná prevence***

Škola je institucí, která udržuje kontakt s dítětem po mnoho let a mnoho hodin denně, proto má jednu z hlavních úloh v oblasti primární prevence. (15)

Školní drogová prevence zahrnuje aktivity a strategie určené k tomu, aby se zamezilo vzniku negativních následků spojených se zneužíváním legálních i nelegálních drog. Spadají sem jak možná zdravotní poškození, tak i právní, sociální a jiné důsledky uživatelů drog. Cíl těchto aktivit je především předejít

prvnímu užití drogy. Školní prevence se zaměřuje jak na legální, tak i nelegální drogy, které mohou vést k návyku a závislosti. Škody spojené se zneužíváním nelegálních drog jsou v mnoha jiných státech nižší, než škody způsobené pitím alkoholu a kouřením cigaret. (13)

Základním nástrojem primární prevence ve školství je minimální preventivní program (MPP) zaměřený na podporu zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování. Tento preventivní program musí být realizován na všech základních a středních školách v České republice, podléhá kontrole České školní inspekce. Realizaci na škole zajišťuje školní metodik prevence ve spolupráci s ostatními pedagogy. Součástí MPP může být i práce s rodiči a další vzdělávání pedagogů. Školy mohou realizovat program samy nebo ho doplnit o programy externích subjektů včetně nestátních neziskových organizací. Nejčastěji jsou využívány kontaktní centra a terénní pracovníci. Nejobvyklejším typem programů jsou adaptační kurzy (48 %), zážitkové programy tvoří 10 %, jednorázové přednášky, besedy a semináře tvoří 4 %. V roce 2008 šlo ve 43 % případů o programy realizované v rámci školní výuky, ve 45 % o programy realizované mimo školu. (34)

Pro děti je lepší aktivní účast v těchto programech než pouhá pasivní přítomnost. Jedním z dobrých příkladů jsou peer programy, kde se edukace účastní předem připravené skupiny vrstevníků. (42)

### ***1.13.2. Selektivní prevence***

Selektivní prevence má za cílovou populaci děti a dospívající se zvýšeným rizikem, kteří ještě návykové látky neužívají. Nejčastěji se jedná o děti žijící v rodinách ze sociálně znevýhodněného či kulturně odlišného prostředí, příslušníky národnostních menšin, děti vyrůstající mimo vlastní rodinu a děti, které žijí v rodinách uživatelů alkoholu a drog. (53)

Mezi efektivní programy selektivní prevence patří programy založené právě na spolupráci s rodinou, na poradenství, psychoterapii a na nácviu různých

sociálních dovedností. (34)

Konkrétní programy prevence jsou poskytovány nestátními organizacemi nebo specializovanými institucemi. Tyto programy se orientují především na práci s ohroženými skupinami, jednotlivci a rodinami, nejsou už tak obecně zaměřeny jako programy na školách. (34)

Jedním z příkladů selektivně-preventivního programu byl projekt Safer Party Tour 2008. Tento program realizovalo o. s. Chilli. Org. ve spolupráci s dalšími neziskovými organizacemi. V projektu šlo o zaměření se na prevenci užívání drog na tanečních akcích během letní sezony. Na osmi největších hudebních festivalech byla zřízena tzv. chill-outová zóna, kde se prováděly testy na alkohol, byla poskytována krizová intervence a jiná vyšetření (např. měření krevního tlaku) u 1529 kontaktovaných osob. Klienti obdrželi letáčky s informacemi o drogách a jejich možných rizicích, špunty do uší, kondomy a další zdravotnický materiál. Tento projekt měl takovou úspěšnost, že pokračoval na letních festivalech i v roce 2009. (34)

### ***1.13.3. Indikovaná prevence***

Programy indikované primární prevence jsou zaměřeny přímo na ohrožené jedince. Tito jedinci již vykazují známky rizikového chování ve spojení s užíváním návykových látek. Cílem indikované prevence je snížit frekvenci užívání drog, rizika a následky s tím spojené. Indikovanou prevenci realizují specializované státní i nestátní instituce. Programy indikované prevence jsou většinou orientované na práci s jednotlivcem a jeho rodinou. (34)

### ***1.14. Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog***

Síť nízkoprahových zařízení tvoří kontaktní centra a terénní programy, opatření směřující ke snižování zdravotních rizik, které jdou ruku v ruce s užíváním drog. Navštívit takovéto zařízení mohou ale i rodiče, partneři či blízcí

příbuzní jedince, který má problém se zneužíváním drog. Jejich dostupnost je v České republice stabilní a dobrá. Pozitivem těchto center je, že dochází k dalšímu nárůstu počtu distribuovaných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech. Od roku 2008 mají nízkoprahová zařízení certifikovaný test na virovou hepatitidu typu C z krevního séra s příslušným vybavením. Testy na přítomnost viru HIV byly v roce 2008 dostupné, jednalo se o testy z kapilární krve a o testy ze slin. Od začátku roku 2009 bohužel nejsou slinné testy, které byly prováděny v nízkoprahových zařízeních a vyhodnocovány ve Státním zdravotním ústavu v Praze, k dispozici. V souvislosti s epidemií virové hepatitidy typu A v roce 2008 probíhalo bezplatné očkování uživatelů drog za spolupráce s nízkoprahovými zařízeními. (34)

Prevence předávkování patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými zařízeními. Je prováděna prostřednictvím poradenství a tréninku uživatelů drog v rámci služeb poskytovaných v nízkoprahových a léčebných zařízeních. Hlavními tématy vzdělávání jsou první pomoc při předávkování, rizika kombinování různých druhů drog a zásady bezpečnějšího užívání. Většina nízkoprahových zařízení poskytuje dnes již anonymně poradenství v těchto oblastech i prostřednictvím e-mailu či telefonu. K dispozici je celá řada informačních letáků a brožur zpracovávaných samotnými zařízeními, některé z nich jsou i v cizích jazycích. Pracovníci nízkoprahových zařízení, především terénních programů, jsou proškoleni v poskytování první pomoci v případě předávkování klienta. (34)

Prevence infekcí je také v České republice poskytována nízkoprahovými zařízeními. Zaměřuje se především na předávání informací, distribuci letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů plynoucích ze zneužívání drog, na vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog. Dále poskytují informace ohledně bezpečného sexu, distribuují kondomy. Druhy a objem poskytovaných služeb se v jednotlivých nízkoprahových programech navzájem od sebe liší. (34)

### ***1.15. Výměnný program injekčního materiálu***

Je to služba, kterou nabízí K – centra v rámci harm reduction. Injekční uživatel drog má možnost si vyměnit použité injekční náčiní za sterilní. Argumentem pro výměnu injekčního náčiní je prevence šíření již výše zmíněných infekčních onemocnění. Výměna použitých jehel a stříkaček probíhá denně vždy v určitém čase v K – centrech. Všichni injekční uživatelé musí být poučeni o rizicích intravenózní aplikace drog a i o možnostech aplikace těchto drog méně nebezpečnou cestou. Klient dostává tolik sterilních stříkaček a jehel, kolik donese použitých. Pokud se stane, že klient nedonese žádné použité náčiní, má nárok na maximálně dvě stříkačky a jehly, které musí po použití odevzdat. Pokud se tak nestane, nemá již nárok na další jehly a stříkačky. Další součástí výměnného programu je stejné množství desinfekčních alkoholových polštářků jako jehel. Pro zájemce je připravena ampulka sterilní vody pro zdravotnické účely, uživatelé heroinu mohou dostat kyselinu askorbovou v jednorázových balíčcích potřebnou pro přípravu dávky k aplikaci drogy. Součástí standardní nabídky pro klienty výměnného injekčního programu jsou také bavlněné filtry používané pro natahování látky do stříkačky. (33)

V roce 2010 bylo vydáno přes 4 715 882 injekčních stříkaček a jehel v rámci výměnného programu v celé České republice. Výměny probíhaly nejen v K – centrech, ale také v terénních programech, které působí pod záštitou některého nízkoprahového centra či samostatně. Výměnný program je uskutečňován celkem v 57 bývalých okresech a pražských obvodech z možných 86. Tuto službu poskytuje celkem 71 zařízení. V roce 2010 byl počet injekčních setů vydaných přímo v K – centrech 3 064 121 kusů, což je o 10 % méně než v roce 2009. Počet setů nahlášených z terénních programů byl 1 651 761. Celkem klesl v roce 2010 vyměněný počet kusů injekčních stříkaček a jehel o 5,5 % oproti roku 2009. (57)

## ***1.16. Legislativní rámec služeb pro uživatele drog***

Léčba uživatelů drog a závislých je v České republice poskytována sítí služeb různých typů, které mají relativně široké spektrum a dobrou dostupnost. Legislativně je léčba závislých na návykových látkách regulována jak zdravotnickou, tak sociální legislativou. Ve středu tohoto legislativního rámce stojí stále platný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který vznikl ještě v období socialismu a přetrval až do roku 1990 beze změny. Poté byl mnohokrát novelizován, jeho nahrazení novým zákonem o zdravotní péči neprošlo doposud úspěšně legislativním procesem. Pro oblast léčby uživatelů drog je nejdůležitější zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zákon deklaruje základní zásady a principy, které byly součástí všech dosavadních národních protidrogových strategií od 90. let minulého století. Pojem „protidrogová politika“ se pro tento zákon vztahuje nejen na nelegální drogy, ale i na tabákové výrobky a alkohol. (34)

Zákon poprvé za existence České republiky definoval typy služeb určené výhradně uživatelům drog, alkoholu a tabákových výrobků v § 20 následovně:

- akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu
- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé
- kontaktní a poradenské služby
- ambulantní léčba závislosti na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných

návykových látkách

- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 – 14 týdnů
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 – 15 měsíců
- programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení, obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence
- substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře (63)

V roce 2006 byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanovuje zejména typy sociálních služeb, systém jejich financování, zajištění jejich dostupnosti a kvality. Sociální služby můžeme definovat jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje 31 typů sociálních služeb, které rozděluje na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství. Uživatelé drog jsou v zákoně vymezeni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence. (34)

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy. Důvodem jsou krizové sociální situace, životní návyky, způsob životního stylu těchto lidí vede ke konfliktu se společností, vyskytují se v sociálně znevýhodněném prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je pomoci

osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit celou společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Pro oblast léčby a péče o uživatele drog mají rozhodující význam zejména následující typy sociálních služeb:

- terénní programy
- kontaktní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- sociální poradenství a telefonická krizová pomoc
- sociální rehabilitace
- terapeutické komunity
- služby následné péče a chráněné bydlení
- domovy se speciálním režimem (zahrnující zejména pobytovou péči pro starší klienty závislé na alkoholu). (64)

Opatření a cíle v oblasti léčby uživatelů drog jsou součástí národních protidrogových strategií od roku 1993. Systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog funguje již od roku 2005. (34)

### ***1.17. Sociální dopady užívání drog***

K nejvýraznějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nízké vzdělání, špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. Tyto uvedené problémy jsou nahromaděny především mezi uživateli drog z řad etnických menšin a přistěhovalců. V České republice je to zejména mezi Romy, Vietnamci a uživateli původem ze zemí bývalého Sovětského svazu, také mezi staršími uživateli drog, kde je vyšší výskyt bezdomovectví a nezaměstnanosti. Bezdomovectví je v České republice více spojováno s užíváním zejména legálních drog (alkohol, tabák), nicméně uživatelé nelegálních drog z řad bezdomovců jsou méně v kontaktu s institucemi, které se této problematice věnují, a užívání nelegálních drog tak může být podhodnoceno. Výskyt užívání drog mezi Romy v České republice je v posledních letech stabilní,



jedná se zejména o legální alkohol a tabák, z nelegálních drog jsou nejvíce v této populaci rozšířeny marihuana a pervitin. Dle dostupných informací klesá mezi Romy užívání toluenu. (34)

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální reintegrace je poskytována prostřednictvím ambulantních doléčovacích programů a strukturovaných intenzivních ambulantních programů. Jejich součástí mohou být také programy chráněného bydlení a chráněné pracovní programy, kam spadá chráněná dílna, chráněné zaměstnání a podporované zaměstnání. Cílovou skupinou následné péče jsou abstinující jedinci s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce.

V roce 2008 poskytovalo následnou péči osmnáct zařízení v dvaceti sedmi programech, které dotovala Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Celkem třináct zařízení umožňovalo svým klientům chráněné bydlení a čtyři také chráněné zaměstnání. (34)

### ***1.18. Drogová kriminalita***

Počet lidí, kteří byli zadrženi nebo stíháni za držení drog, je v posledních letech relativně stabilní. Přesto jsou počty obžalovaných vykazované státním zastupitelstvím ve všech sledovaných letech významně vyšší než počty obžalovaných, jejichž trestní stíhání v daném roce podle údajů soudů pravomocně skončilo. (31)

V r. 2009 bylo Národní protidrogovou centrálou evidováno celkem 2 340 osob zadržovaných, kteří měli nějakou spojitost s drogovou kriminalitou. Ministerstvo vnitra evidovalo 2 415 a Ministerstvo spravedlnosti 2 553 osob stíhaných za drogové trestné činy. Nejvyšší počet stíhaných je v krajích Moravskoslezském, Ústeckém a v Praze.

Přibližně 90 % osob zadržovaných a stíhaných za drogové trestné činy je následně obžalováno z trestné činnosti. Narůstá počet osob stíhaných a obžalovaných za držení drog podle § 187a trestního zákona, který byl v platnosti do 31. 12. 2009.

Naopak u šíření toxikomanie podle § 188a trestního zákona dochází k poklesu. Pachatelé jsou stíháni nejčastěji v souvislosti s pervitinem, dále s konopnými drogami a heroinem. Za drogové trestné činy bylo v r. 2009 odsouzeno 1535 osob. V roce 2009 bylo uloženo ochranné léčení v ústavní formě 55 osobám, v ambulantní formě 68 osobám. Nejvyšší počet trestů je ukládán v souvislosti s výrobou a distribucí drog § 187 starého trestního zákona, konkrétně ve spojení s pervitinem. Nepodmíněné tresty odnětí svobody stále převažují nad podmíněnými tresty. (35)

### ***1.19. Drogové trhy a dostupnost drog***

Nejdostupnější nelegální drogou se v České republice stala marihuana, dlouhodobě je vysoká i dostupnost pervitinu. Počet záchytů marihuany se v předchozích 4 letech pohyboval v rozmezí 550 až 600 záchytů ročně. V roce 2009 bylo evidováno 384 záchytů, což odpovídalo 172 kg marihuany. Dále bylo při 117 záchytech zabaveno 33 427 rostlin konopí. Počet záchytů je nižší než v minulých letech, přesto se objem zachycené marihuany zvětšil. Roste počet odhalených pěstíren konopí (rok 2008 – 79 pěstíren), (rok 2009 – 84 pěstíren). Domácí produkce marihuany roste, díky pěstování v umělých podmínkách má tato marihuana i vyšší obsah THC. (35)

Ve 2. polovině 20. století se v České republice konopí objevovalo především v rámci uzavřených skupin. Komerční trh s konopnými drogami (marihuanou, hašišem) se plně otevřel v 90. letech 20. století. Většina dospělé populace považuje získání konopné drogy za obtížné, avšak tři čtvrtiny dotázaných ve věku 15 – 24 let to považují za snadné. Nejobvyklejší místo pro získání konopných drog jsou bary, restaurace nebo diskotéky. Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedly, že měly možnost konopnou drogu naposledy získat zdarma, a to od kamaráda, příbuzného nebo partnera. Prodejci těchto drog bývají často také konzumenty a obvykle neprodávají jiné drogy. Maloobchodní ceny marihuany a hašiše zůstávají stabilní, marihuanu lze sehnat cca za 200 Kč za gram, hašiš za

250 Kč za gram. Tři ze čtyř dotázaných v rámci poslední obchodní transakce nakoupili konopnou drogu v množství do 2 gramů. Dá se říci, že průměrná potence marihuany mírně narůstá a hašiše klesá. Největší podíl konopných drog, včetně těch, které se vyskytují na komerčním trhu, představuje v České republice indoor vypěstovaná marihuana, následuje poté outdoor marihuana. Většina držitelů konopných drog označila Českou republiku jako zemi původu naposledy získané marihuany. Neblaze se na tom podílí „grow shopy“, kterých se v České republice nachází několik desítek a které prodávají techniku pro pěstování marihuany. Sehnat semena pro pěstování konopných rostlin není také vůbec těžké, snadno je lze získat v rámci sociálních sítí nebo prostřednictvím internetu z tuzemska i ze zahraničí. (34)

80 % odhalených pěstíren bylo v r. 2009 provozováno osobami vietnamské národnosti. Většina jejich produkce směřovala do zahraničí, konkrétně do Německa, Nizozemska a Velké Británie, menší část zůstávala na tuzemském trhu. (35)

Dominantní postavení má také v České republice metamfetamin, jenž je na našem území tradičně označován jako pervitin. Je to druhá nejčastěji zachycená droga (326 záchytů v roce 2009). V posledních 4 letech se ustálil počet záchytů na 300 – 400 ročně. Během roku 2009 bylo zachyceno 3,6 kg pervitinu, 96 % záchytů bylo v množství do 50 g. Počet odhalených nelegálních výroben pervitinu stoupl ze 188 v roce 2003 na 434 v roce 2008. Naopak v roce 2009 bylo odhaleno nejméně varen pervitinu za poslední 3 roky (342). K výrobě pervitinu se používá efedrin a především pseudoefedrin, jenž je extrahován z léků „volně prodejných s omezením“, tedy je množství omezeno počtem vydávaných balení a kupující musí prokázat svou totožnost. Toto opatření, které bylo v lékárnách zavedeno od května 2009 Státním ústavem pro kontrolu léčiv, vedlo ke snížení prodeje těchto léků v České republice. Nicméně byl zaznamenán zvýšený nezákonný dovoz těchto léků zejména z Polska. Pervitin vyrábějí především tuzemští výrobci, kteří jsou zpravidla rovněž uživateli pervitinu. Vyrobený pervitin je určen hlavně pro domácí trh, menší část produkce pervitinu je vyvážena do zahraničí, nejčastěji na

Slovensko a do Německa. Cena pervitinu je dlouhodobě stabilní na 1000 Kč za 1 gram a jeho čistota se dlouhodobě pohybuje přibližně kolem 60 - 70 %. (34; 35)

Kokain je zavedenou stimulační drogou zejména v prostředí zábavy a nočního života, není již doménou jen vyšších sociálních vrstev. Tuto skutečnost je třeba vnímat v kontextu rostoucí nabídky a poptávky po kokainu v celé Evropě. V roce 2009 bylo zaznamenáno 26 záchytů kokainu o celkovém objemu 12,9 kg. Dovoz a distribuce kokainu organizují především osoby původem ze západní Afriky, zejména Nigérie. Kokain je do České republiky dovážen ze zemí západní Evropy - Nizozemska, Velké Británie, Španělska a Francie. (35)

Extáze se v České republice podle dostupných údajů nevyrábí ve velkém. Dovážena je především z Nizozemska, Polska a ze Slovenska. Jedná se o individuální dovoz desítek až stovek tablet. Největší odběr extáze je na open-air festivalech, v hudebních klubech a na koncertech rockové a elektronické taneční hudby. (35)

## ***1.20. Historie alkoholu***

Alkohol a jeho účinky poznali lidé zřejmě již ve starověku. Ve formě vína z vinné révy je znám lidstvu více než osm tisíc let, kdy se poprvé začal vyrábět v oblasti Blízkého východu. Řekové víno dováželi, často pro čistě lékařské účely. V Římské říši bylo pití vína velmi rozšířené a vinařské umění velmi dokonalé. Kolem 5. století se začala pěstovat vinná réva v dnešních známých vinařských oblastech Francie a Porýní. Po staletí znají Japonci víno z rýže, mexičtí Indiáni z agave a Inkové z kukuřice. Staří Vikingové, ale i Slované znali medovinu z kvašeného medu. Pivo vařili již staří Babylóňané před sedmi až osmi tisíci lety. Postupně se velmi rozšířilo v Egyptě a západních částech římského impéria. Také staří Čechové znali pivo velmi dobře. (16)

Alkohol je sloučenina, kterou získáme zkvašením cukrů. Alkohol se zdá být méně nebezpečnou látkou, než ve skutečnosti je. Problémem je, že je společností obecně tolerován, jeho užívání je sice omezeno některými zákonnými úpravami,

avšak je v našich zemích pro většinu populace legálně dostupný. Tento přístup má mnoho příčin. Ty se týkají i historie požívání alkoholu, kdy lze prohlásit, že alkohol tu byl odjakživa. Dějiny pití alkoholu jsou neodmyslitelně spojeny s dějinami lidstva, typické je spojení užívání alkoholu se společenskými událostmi, v minulých dobách i v těch současných. Od pradávna existují popisy užívání alkoholu jak při náboženských obřadech, tak pití tohoto nápoje pro pobavení. Stejně staré jsou zmínky o použití alkoholu v léčebných postupech. Alkohol je odedávna pevně zakotven ve společnosti a nelze ho jednoduše vykázat. (30)

Co se týká návykového potenciálu a rizik, pohybuje se alkohol v rovině tvrdých drog a je o to nebezpečnější, že jeho užívání je všeobecně tolerováno. Užívání alkoholu s sebou nese a vždy neslo mnoho problémů, proto bylo v minulosti učiněno několik pokusů o zákaz nebo omezení jeho užívání. Z nedávné minulosti lze připomenout pokus o prohibici ve Spojených státech ve třicátých letech minulého století. Podobný pokus byl i v osmdesátých letech v bývalém Sovětském svazu. Bohužel ani jeden z těchto pokusů nebyl nikterak úspěšný. (30)

### ***1.21. Závislost na alkoholu***

Termín alkoholismus je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v roce 1849. V té době byl alkoholismus považován za nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů. Teprve o sto let později v roce 1951 Světová zdravotnická organizace zavedla tento termín jako medicínský problém oficiálně. Další desetiletí poté byl alkoholismus chápán naopak jako velmi úzký pojem, a to jen jako zdravotnický. Až v roce 1974 byl Světovou zdravotnickou organizací zaveden termín „problémy související s alkoholem“. V tomto případě jde o souhrnný název, který zahrnuje celou škálu negativních nejen zdravotních, ale i sociálních důsledků konzumace alkoholu. Přitom první návrh definice pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784. Autorem byl americký lékař

Benjamin Rush, považovaný za otce americké psychiatrie, protože sepsal také první učebnici psychiatrie ve Spojených státech amerických. (48)

Alkoholismus je tedy závislost na alkoholu, jedná se o psychickou nemoc, která postupně přerůstá ve fyzické onemocnění, což se projeví v konkrétních zdravotních následcích. (55)

Toto onemocnění narušuje sociální vztahy postiženého s nejbližším okolím, ale i s celou společností. Následky alkoholismu nenesou jen sám alkoholik, ale také jeho nejbližší. O závislosti na alkoholu se dá hovořit ve chvíli, kdy dotyčný musí konzumovat alkohol, aby mu bylo po psychické i fyzické stránce lépe. V pozdějších fázích se už jedinec vůbec bez alkoholu neobejde, aby mohl „normálně“ žít a fungovat. V České republice podle statistik trpí touto nemocí zhruba 25 % mužů a 10 % žen, ve skutečnosti však mohou být tato čísla mnohem vyšší. (14)

Vliv na vznik závislosti na alkoholu má mnoho faktorů. Může to být prostředí, v němž člověk vyrůstá anebo se v něm pohybuje. Jde o vliv nejbližší rodiny, kamarádů ve škole, vliv známých. Problémové pití se často týká celých generací, dětem alkoholiků hrozí mnohem větší riziko vzniku závislosti než dětem, jejichž rodiče s alkoholem neměli nikdy problém. (14)

Stres je také jedním z významných faktorů. Jedná se o nemoc, kterou nelze nikdy úplně vyléčit. Alkoholik, který chce skoncovat se svou závislostí, je odsouzen k doživotní abstinenci a kázni. (1)

Alkohol je návyková chemická látka, která je obsažena v mnoha pro lidi atraktivních nápojích, podobně jako u jiných návykových látek, pokud jich zkonsumujeme větší množství v častých frekvencích, hrozí stav závislosti. (2)

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu za rok. V přepočtu na 100% alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu přes deset litrů na jednoho obyvatele za rok. V konzumaci piva jsme se spotřebou 157 litrů na jednoho obyvatele za rok

dokonce na prvním místě celosvětových tabulek. Cena alkoholu je u nás ve srovnání se západní Evropou velmi nízká, v dané situaci je to jeden z klíčových faktorů ovlivňujících dostupnost, a tudíž i velikou spotřebu alkoholu. Konzumace alkoholu je u nás historicky zakotvena, sociální složka pití hraje značnou roli. Předčasný začátek pití u dětí a mladistvých je závažným rizikovým faktorem pro vznik závislosti na alkoholu a také pro vznik závislosti na jiných drogách. Zahraniční studie čím dál tím více poukazují na souvislost mezi užíváním nelegálních drog, antisociálním chováním v dospívání a raným začátkem konzumu alkoholu. Navíc výsledky longitudinálních studií potvrdily, že existují typická vývojová stadia, která předcházejí a podmiňují stádium následující v oblasti užívání návykových látek. Ve vztahu k pěti skupinám návykových látek (alkohol, tabák, marihuana, jiné nelegální drogy a psychofarmaka předepisovaná lékařem) se rozlišují čtyři různá stadia. V prvním stádiu je zkušenost buď s alkoholem, nebo s tabákem, dále následuje stádium zkušenosti s užíváním marihuany, na ně navazuje užívání jiných nelegálních drog a posledním je užívání předepsaných psychofarmak (např. stimulancií, sedativ a hypnotik). Alkohol a tabák tedy zvyšují riziko problémů působených jinými návykovými látkami a řadí se k tzv. „průchozím drogám“. (48)

Alkoholické nápoje obsahují etanol, marihuana obsahuje THC. Účinky těchto látek jsou si podobné, vyvolávají určitou míru vzrušení, která poté přechází do sedativní fáze. Lze těžko říct, která z těchto látek je nebezpečnější. (5)

Skutečností je, že při pravidelné konzumaci vyšších dávek alkoholu, 20 až 40 gramů (nižší dávky platí pro ženy, vyšší pro muže), dochází k řadě závažných zdravotních komplikací. Například riziko kardiomyopatie je výrazně zvýšeno při pravidelné konzumaci 60 gramů alkoholu denně. Pokud pacient konzumuje více než 90 gramů alkoholu denně, zvyšuje se toto riziko sedmkrát. Kromě různých morbidit ve spojení s konzumací alkoholu stoupá i mortalita. Pravidelná denní konzumace alkoholu v dávkách (přepočteno na 100% alkohol) vyšších než 18 gramů u žen a 20 gramů u mužů, nese s sebou riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu. Akutní otravu alkoholem můžeme často pozorovat jak u nezralých

jedinců, kteří s alkoholem experimentují, tak u „zkušených“, kteří jsou na tom po letitěm nadměrném užívání špatně fyzicky i psychicky a jejichž organizmus prakticky vyčerpal svou detoxikační kapacitu. Následky nadužívání alkoholu jsou častým důvodem hospitalizace jak při akutní intoxikaci, tak celkově. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu 30 – 40 % z celkového počtu pacientů, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrických lůžkových zařízeních. V naší zemi jsou tato čísla ve vybraných psychiatrických léčebnách ještě vyšší. Současný výskyt závislosti na psychoaktivní látce anebo alkoholu a jiné duševní poruchy nebo poruchy chování komplikují léčbu obou poruch a zhoršují tak prognózu. Mezi pacienty s úzkostnou poruchou je téměř 18 % takových, kteří mají rovněž problémy s vysokými dávkami alkoholu. Totéž se týká 16,5 % pacientů trpících depresemi, 33 % pacientů se schizofrenií a 43 % pacientů s poruchou osobnosti má sklon k nadužívání alkoholu. Pacienti, kteří trpí závislostí na alkoholu, mají často tendenci ke škodlivému užívání dalších psychoaktivních látek, respektive jsou na nich rovněž závislí. Somatická poškození zapříčiněná nadměrnou konzumací alkoholu se mohou prakticky týkat všech částí lidského organismu. Co se týká syndromu závislosti na alkoholu, je možné diagnostikovat tuto duševní poruchu, jestliže se u pacienta vyskytují v průběhu roku, souvisle alespoň jeden měsíc, minimálně tři ze šesti diagnostických znaků syndromu závislosti. Diagnostické znaky syndromu závislosti – viz. dříve. (48)

Jednou z hlavních popisných charakteristik syndromu závislosti je craving. Ústřední význam cravingu v rámci syndromu závislosti vyplývá z toho, že jeho součástí není jen samotná touha po alkoholu, ale i některé další projevy závislosti, jako jsou zhoršené sebeovládání či neschopnost poučit se z negativní zkušenosti a neschopnost upravit podle ní své chování. Craving je na biologické úrovni vysvětlován jako převaha aktivity některých podkorových struktur, zodpovědných za emoční odpověď (limbický systém) nad kontrolní činností kůry. Při chronickém nadužívání alkoholu dochází k reaktivní zvýšené vzrušivosti neuronů. Při náhlém vysazení alkoholu dochází k jejich následnému nadměrnému



vzrušení, což se klinicky projevuje jako „syndrom z odnětí“, jehož součástí je craving - touha po alkoholu. Adaptačním mechanismem, navozujícím hyperexcitaci, je snížení inhibičního působení kyseliny gama-aminomáselné – GABA a současné zesílení excitačního působení glutamátu a zvýšení aktivity kalciových kanálů. (48)

## **1.22. Čtyři stádia na cestě k alkoholismu**

Odborníci v oblasti boje s alkoholem rozlišují čtyři stádia pro vznik alkoholismu:

*První fáze (počáteční)* – člověk prožívá pouze příjemné účinky jako je uvolnění, potlačení problémů a starostí, alkohol pomáhá odstranit obavy a dodává dotyčnému sebedůvěru. Zároveň se objevuje tendence přivodit si tento stav znovu, zvyká si na něj, přestávky mezi jednotlivým pitím se zkracují, potřeba dávky alkoholu se pomalu zvyšuje. (47)

*Druhá fáze (varovná)* – požívání alkoholu se stává nutkavým, nezávislý již na vnějším podnětu. Dotyčný snáší stále větší dávky alkoholu a také větší dávky potřebuje, aby dosáhl žádoucí nálady. Pití je stále častější a ve větším množství. Častěji můžeme pozorovat opilost. (47)

*Třetí fáze (rozhodná)* – vyznačuje se bezmezným pitím, jakmile začne pít, nepřestane až do doby, kdy už pít vůbec nemůže. Piják se stává na alkoholu závislým. Neumí se ovládnout, nedovede přestat. Stává se, že pije i několik dní po sobě. Ke stavům opilosti dochází velmi často. Objevují se mezery ve vzpomínkách na to, co se událo předchozí den v době opilosti. Vznikají problémy s okolím, lidé, kteří kritizují alkoholikovo pití, se s ním dostávají do konfliktu, ten to cítí jako křivdu a další důvod k napití. Často se též sám od sebe rozhoduje nebo slibuje, že přestane pít či bude pít méně, ale tento slib nedokáže dodržet. (47)

*Čtvrtá fáze (konečná)* – tato fáze končí těžkými duševními a tělesnými poruchami a trvalým poškozením zdraví. Jedinec je plně závislý na alkoholu a už

bez něj nedokáže žít. Bez alkoholu se cítí špatně, nesoustředí se, třesou se mu ruce a bolí ho hlava. Pracovní a společenský sestup je patrný na první pohled, psychické a morální zhroucení je nezadržitelné. Většinou nelze zabránit ani rozpadu rodiny. Pak mluvíme o alkoholismu jako o nemoci, která vyžaduje ústavní léčbu. (47)

### **1.23. Historie kouření**

Počátky kouření tabáku se datují se vznikem civilizace Mayů v Mexiku okolo roku 500 před naším letopočtem. První zmínky o kouření jiných druhů rostlin můžeme nalézt ve vědeckých památkách v Indii, v době několik tisíc let před Kristem. Můžeme předpokládat, že jednou z rostlin byl i tabák. (17)

Druhů rostlin tabáku je velké množství, nejznámějším je *Nicotiana tabacum*, tato rostlina je příbuzná s durmanem či blínem, patří do řádu lilkovitých. (58)

Obchodní využití tabáku v mezinárodním měřítku začalo s příchodem objevitelů Nového světa. Původní obyvatelé Ameriky tabák kouřili, žvýkali, šňupali, tabákové listy dokonce i pojídali. Portugalci, kteří ovládali mezinárodní obchod před příchodem Holanďanů a Angličanů, jako první kultivovali tabák mimo americký kontinent a mají největší podíl na rozšíření tabáku do světa. Zpočátku se tabákem zabývali botanici a lékaři, kteří se ho snažili využívat k léčebným účelům. V šestnáctém století se v Evropě tabák začal objevovat více a kouření se začalo stávat společenským rituálem. Tabák se začal pěstovat po celém světě. Zprvu bylo kouření výsadou bohatých lidí, protože k jeho užívání bylo potřeba drahých dýmek a dalšího náčiní. S výrobou dýmek hliněných a dřevěných se tato činnost stala dostupnou i pro obyčejný lid. Nový zvyk samozřejmě vyvolal i negativní odezvy a v mnoha zemích, jako například ve Švýcarsku, Persii, Turecku či Rusku, byly za užívání tabáku stanoveny kruté tresty až po trest smrti. Například papež Urban VIII. vydal bulu, která odsuzovala tabák v jakékoli formě. Kuřáci byli vyloučeni z církve. Lékaři začali upozorňovat na negativní projevy

užívání tabáku především v oblasti zažívacího traktu. V roce 1857 uveřejnil Dr. Hodgkin v lékařském časopise Lancet zprávu, že tabák způsobuje demenci. V devatenáctém století bylo šňupání tabáku považováno za zlovyk nižších společenských vrstev a mezi vyššími kruhy se začaly ujímat doutníky a cigarety. Na počátku se tabák do cigaret balil do jakéhokoli papíru, nebyla žádná oficiální výroba. Ale podnikatelské vrstvy se rychle přizpůsobily, takže od druhé poloviny devatenáctého století začaly výrobci chrlit ručně vyráběné cigarety. Od přelomu devatenáctého a dvacátého století získaly dominantní postavení na trhu průmyslově balené cigarety. Při dnešním větším výběru chutí cigarety obsahují poloviční množství tabáku než ve třicátých letech minulého století. To je výsledek požadavku mít užší a delší cigarety s delšími filtry. (17)

#### ***1.24. Cigarety a nikotin***

Kouření cigaret je chápáno především jako projev závislosti na nikotinu. Kuřáci a především hlavně výrobci tabákových výrobků proti tomuto tvrzení hlasitě protestují, ale na této skutečnosti to nic nemění: nikotin vede k závislosti. Nejnovější studie dokonce ukazují na to, že nikotin je stejně návykový jako "tvrdé" drogy, například heroin nebo kokain. Kuřáci si tuto závislost osvojí zpravidla v dětském věku a v dospělosti jsou již na nikotinu plně závislí. Představa, že se v této době mohou svobodně rozhodnout přestat kouřit, je zcela iluzorní. S tímto faktem souvisí, že i když dvě třetiny kuřáků chtějí přestat kouřit a asi jedna třetina to zkouší každý rok, podaří se to pouze dvěma procentům. (43)

Kouření je naučené chování, toto chování si člověk osvojuje většinou několik měsíců nebo spíš let. Proto ani zbavit se tohoto návyku nejde rychle, trvá to opět několik let. (24)

Nikotin je silná účinná látka, která je v tabáku obsažena. Je to jeden z nejtoxičtějších jedů. Při kouření se uvolňuje z tabáku do kouře a dostává se do organismu s kapičkami dehtu. Nikotin vyplavuje dopamin v mozku, v tzv. centrech odměny, což odpovídá za příjemný pocit, který se dostaví při

kouření cigarety. (20)

Během kouření se většina nikotinu naštěstí spálí a do těla se dostane jen velmi malé množství. Celkem jsou obsaženy v cigaretě 2 mg nikotinu. Letální dávka čistého nikotinu je cca 60 mg. V koncentracích, ve kterých se nikotin vyskytuje v cigaretách, působí jako mírné stimulant, zvyšuje krevní tlak a srdeční tep. Obsah nikotinu je po dlouhých výzkumech považován za příčinu závislosti na tabáku. Jeho účinek na psychiku je popisován různě, pocit uvolnění, povzbuzení, odstranění nervozity a napětí. (25)

Ač má nikotin prokazatelně mírně stimulační účinky, podle posledních studií jsou stavy povzbuzení, uvolnění, pocíťované jako účinek nikotinu, zčásti subjektivního rázu. Kouření je spojeno samozřejmě i s jistým rituálem, který sám o sobě slouží k uvolnění a navození dobré pohody. Například kuřáci, kteří byli fotografováni a poté měli říct, na kterých fotografiích se vidí obzvlášť atraktivně, zvolili vždy tu, na níž jsou vyobrazeni s cigaretou. Nikotin má různorodé účinky a navíc záleží i na dávce, kterou kuřák organismu poskytuje. Negativní účinky, které zná každý začínající kuřák nebo ten, kdo vykouřil více cigaret, jsou bledost, studený pot, nevolnost, závrať, bolesti hlavy. (6)

### ***1.25. Fáze vývoje kuřáctví***

Vývoj pravidelného kuřáctví trvá obvykle okolo 2 let a probíhá stejně jako u jiných typů závislostí v několika stupních:

*První fáze* - na počátku bývá psychosociální motivace, která vyvolá první kuřácké pokusy. Ty jsou považovány za významný rizikový faktor pro vývoj budoucího kuřáctví.

*Druhá fáze* - v dalším stupni si kuřák již zapaluje cigaretu kvůli pozitivním účinkům nikotinu, které na sobě pocítil.

*Třetí fáze* – vyvíjí se konečná závislost na nikotinu, projevuje se vznikem tolerance nikotinu a potřebou zvyšovat dávky, typickými abstinenčními příznaky z nedostatku nikotinu při pokusech o odvykání kouření. (21)

K fyzické závislosti patří i závislost psychická. Vlastní akt kouření je rituál, který napomáhá kuřákovi zvládnout nudu, upoutat pozornost, maskovat nerozhodnost nebo projevy emocí, nervozity. Tyto aspekty je třeba brát na zřetel a uplatňovat při odvykání kouření. (40)

Experimentující kuřáci často pocítují nepříjemné příznaky s kouřením spojené. Aby je tyto symptomy neodradily od dalšího kouření, vyvíjí tabákový průmysl různé druhy cigaret se sníženým obsahem nikotinu, obohacují se cigarety různými přísadami, které maskují zápach, tlumí dráždění sliznic. Abstinenční příznaky se ale objevují již za 2 hodiny po posledním kouření, nejintenzivnější jsou za 24 až 48 hodin a trvají několik dní až týdnů. Projevují se nejčastěji podrážděností, frustrací, zlostí, úzkostí a depresí. Častá je též obtížná koncentrace, únava, poruchy spánku, snížení tepové frekvence a zvýšení chuti k jídlu, která vede ke zvýšení tělesné hmotnosti. (21)

### ***1.26. Kouření a jeho zdravotní důsledky***

Tabák je považován v mnoha zemích za nejdůležitější odvrátitelnou příčinu předčasné smrti. Kouření tabáku odpovídá za srdeční onemocnění, maligní nádory plic, hrtanu, dutiny ústní, jícnu a močového měchýře, dále za cévní mozkové příhody a chronickou obstrukční plicní nemoc. (59)

Dlouhodobé kouření tabáku způsobuje mnoho již zmíněných zdravotních potíží. Nejzávažnější choroba, u které existuje souvislost s kouřením, je rakovina plic. Ze studií vyplývá, že kuřák, který vykouří čtrnáct cigaret denně, má osmkrát větší pravděpodobnost výskytu rakoviny plic než nekuřák. U kuřáka, který vykouří 25 cigaret denně, je riziko pětadvacetkrát vyšší. Vzhledem k tomu, že rakovina plic může přebývat v organismu již mnoho let předtím, než se projeví její příznaky, nemůže se vyloučit riziko jejího vzniku, ani když kuřák přestane kouřit. (21)

Zvýšení rizika nemocí se vyskytuje i se snižujícím se věkem začátku kouření. Nízký věk prvního kontaktu s cigaretou zvyšuje pravděpodobnost

častějších respiračních infekcí, zhoršení astmatu, častější chronické nachlazení, sníženou odolnost organismu atd. (18)

Kuřákovi žlutnou účinkem dehtu prsty, zuby, rty. Periferní vazokonstrikce, která způsobí snížené okysličování krve, má za následek zhoršenou výživu škáry a epidermu. (4)

V poslední řadě má kouření také velmi znepokojující účinky na plod v průběhu těhotenství. Kouření je odpovědné za 15 - 25 % dětí s nízkou porodní hmotností, 10 - 15 % za předčasný porod a 5 % za intrauterinní úmrtí. (61)

Nekouřit je zdravější, nekuřák si ušetří všechny tyto nepříjemnosti, prodlouží si proti silnému kuřákovi život asi v průměru o osm let. (44)

V roce 2006 kouřilo denně, dle vlastní výpovědi, 26,8 % populace ve věku 18 až 64 let, 22,8 % jsou kuřáci, kteří vykouří do dvaceti cigaret denně, a 4,0 % vykouří více než 20 cigaret denně. Dalších 8,8 % populace kouří příležitostně a 1,7 % kouří pouze doutníky a dýmku. (59)

Prevalence kuřáctví stoupá u populace žen a mladistvých, zatímco počty kouřících mužů se mírně snižují. Lze i vysledovat trend vyšší prevalence kuřáků v sociálně nižších skupinách. (53)

Kouření je návyk se závažnými následky, ale přestat s kouřením není nikdy pozdě, jde jen o to vyhledat odbornou a cílenou pomoc. (19)

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### ***2.1. Cíl práce***

Cíl 1: Zmapovat názory studentů vysokých škol se zaměřením zdravotnickým a ekonomickým na problematiku závislostí.

Cíl 2: Zmapovat zkušenost studentů vysokých škol s omamnými a psychotropními látkami.

Cíl 3: Srovnání názorů studentů zdravotnického a ekonomického zaměření na problematiku závislostí.

### ***2.2. Hypotézy***

Hypotéza 1: Studenti souhlasí se zákazem kouření v restauracích.

Hypotéza 2: Studenti nemají obavy navázat partnerský vztah s abstinující osobou.

Hypotéza 3: Studenti souhlasí s prováděním výměnných programů injekčního materiálu.

### **3. Metodika**

#### ***3.1. Metodika***

V diplomové práci byl použit kvantitativní výzkum. Sběr dat byl proveden formou dotazníku, kde kvótou pro výběr byli studenti 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a studenti Vysoké školy ekonomické v Praze. Po sestavení dotazníku, kde jsem se v hlavičce dotazníku představila a uvedla účel mého výzkumu, byly tyto dotazníky vytištěny. Dotazníky jsem jezdila sbírat osobně na obě fakulty. Na 3. lékařské fakultě mi se sběrem dotazníků pomáhala paní docentka Provazníková, díky níž byl sběr dat jednodušší, protože studenti byli ochotnější na její přímluvu dotazníky vyplnit. Na Vysoké škole ekonomické jsem žádnou záštitu pro sběr dotazníků nenašla a oporou mi byli přátelé, kteří tam studují. Sběr dotazníků probíhal vždy po přednáškách, studenti, kteří byli ochotní, mi dotazníky vyplnili. Někteří studenti samozřejmě tak ochotní nebyli z mnoha různých důvodů. Studenti byli poučeni o tom, že je dotazník anonymní a že data budou použita pouze pro účel diplomové práce.

Pro výzkumnou práci bylo použito celkem 257 dotazníků. 108 dotazníků od studentů 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a 149 dotazníků od studentů Vysoké školy ekonomické v Praze. Dotazník obsahoval celkem 38 otázek, které byly zaměřeny na osobní zkušenosti a vyjádření názorů studentů k dané problematice. Data byla zpracovávána v programu MS Excel. Hypotézy byly testovány pomocí Testu o hodnotě parametru  $\pi$  alternativního rozdělení. Tento test mi byl doporučen po konzultaci panem Ing. Adamem Čablou, který je zaměstnancem katedry statistiky a pravděpodobnosti na Vysoké škole ekonomické v Praze.



### ***3.2. Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkum byl proveden na dvou vysokých školách v Praze (3. lékařská fakulta a Vysoká škola ekonomická). V úvodní části dotazníku byly zjišťovány základní identifikační údaje respondentů: pohlaví, věk a dosažené odborné vzdělání.

Na 3. lékařské fakultě vyplnilo dotazník 98 žen a 10 mužů.

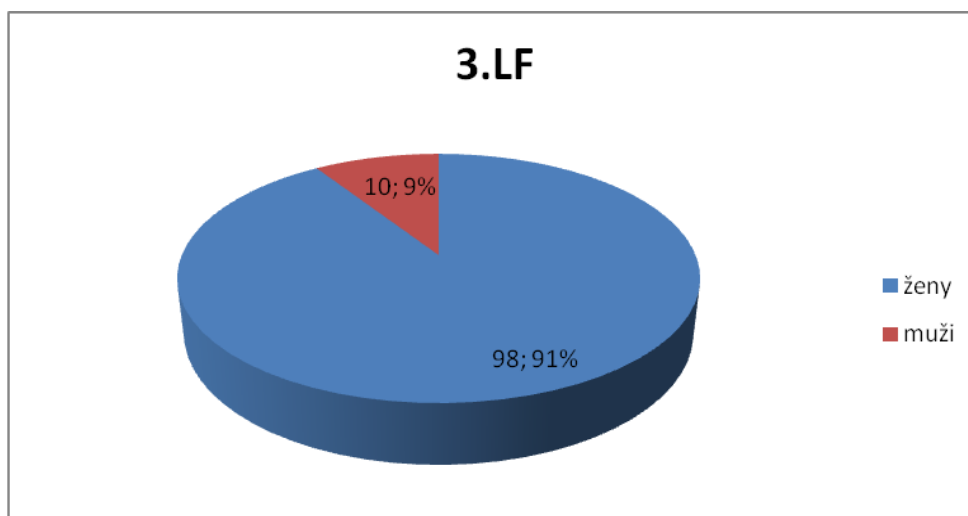
Na Vysoké škole ekonomické vyplnilo dotazník 93 žen a 56 mužů.

Průměrný věk je u studentů 3. lékařské fakulty 22 let, nejčastěji uváděný věk byl 21 let.

Průměrný věk u studentů Vysoké školy ekonomické je 24 let, nejčastěji uváděný věk byl 24 let.

#### 4. Výsledky

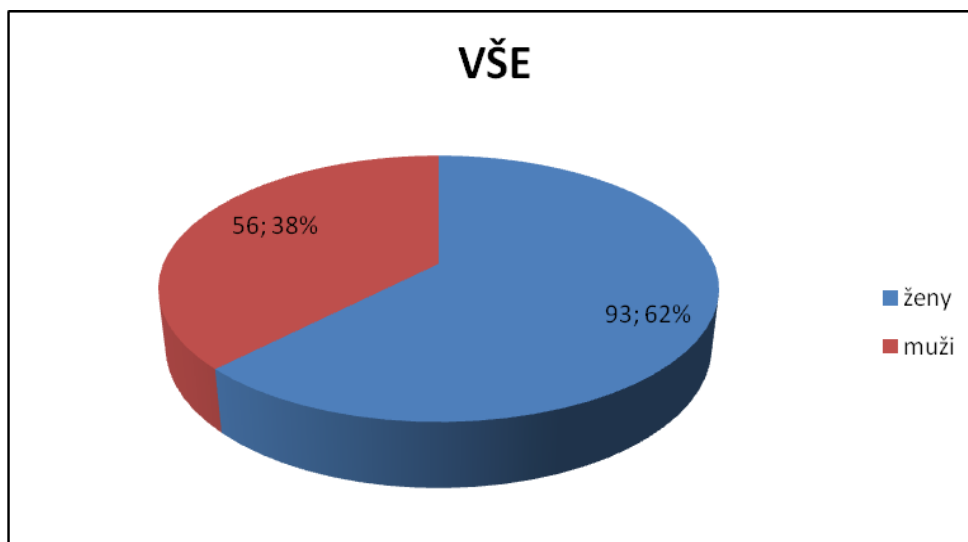
*Graf 1: Rozložení mužů a žen na 3. lékařské fakultě*



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF odpovídalo 98 žen (91 %) a 10 mužů (9 %).

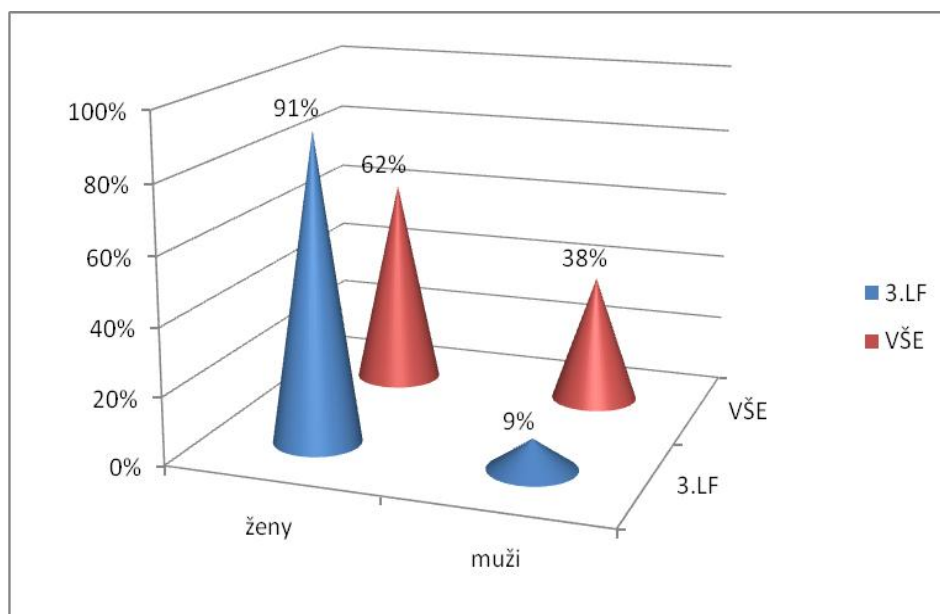
*Graf 2: Rozložení mužů a žen na Vysoké škole ekonomické*



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE odpovídalo 93 žen (62 %) a 56 mužů (38 %).

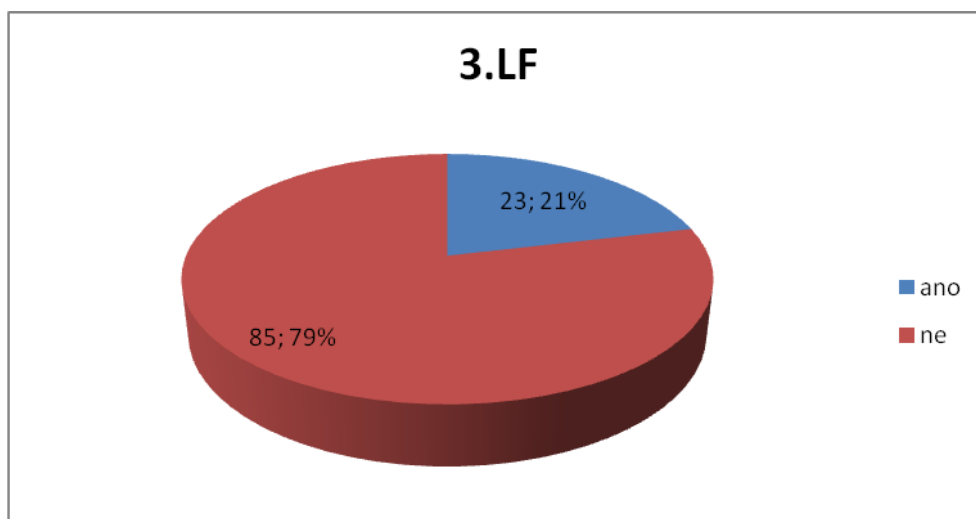
**Graf 3: Srovnání poměrů mužů a žen na obou fakultách**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF odpovídalo 91 % žen a 9 % mužů, na VŠE odpovídalo 62 % žen a 38 % mužů.

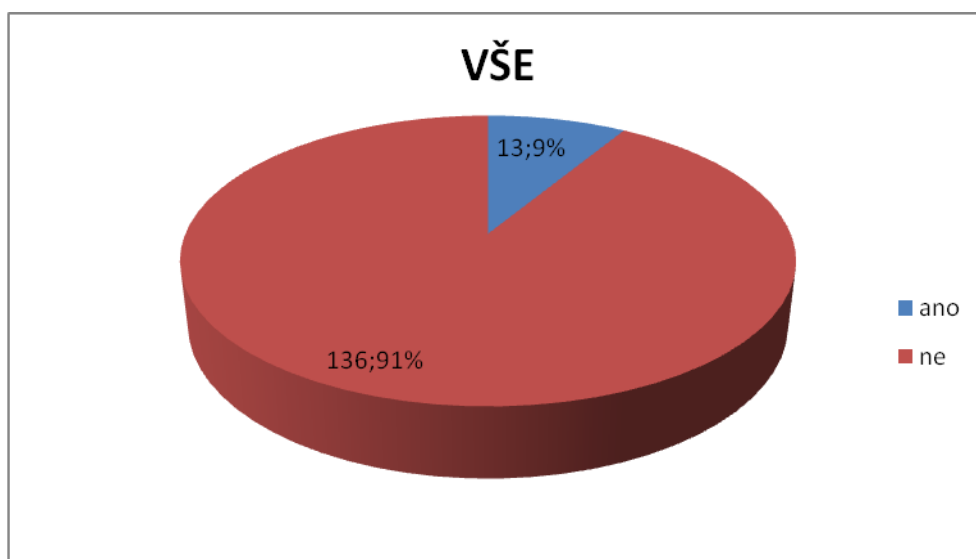
**Graf 4: Rozložení kuřáků na 3. lékařské fakultě**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF je 23 kuřáků (21 %) a 85 nekuřáků (79 %) z výzkumného souboru 108 studentů.

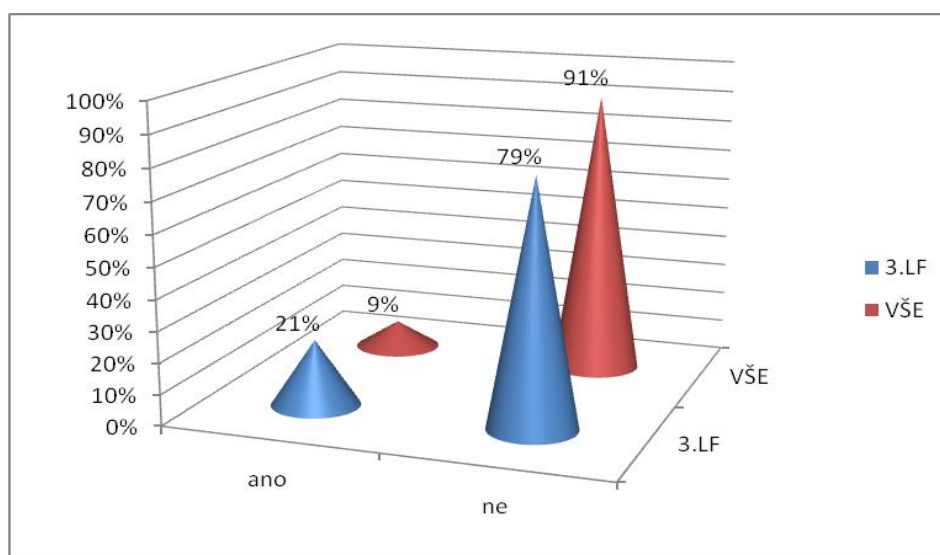
**Graf 5: Rozložení kuřáků na Vysoké škole ekonomické**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE je 13 kuřáků (9 %) a 136 nekuřáků (91 %) z výzkumného souboru 149 studentů.

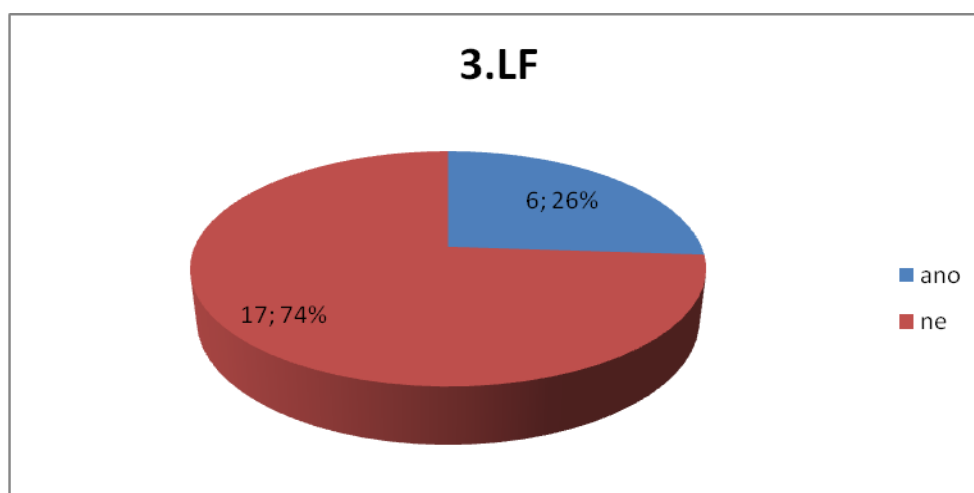
**Graf 6: Srovnání poměrů kuřáků na obou fakultách**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF je 21 % kuřáků a 79 % nekuřáků z výzkumného souboru, na VŠE je 9 % kuřáků a 91 % nekuřáků.

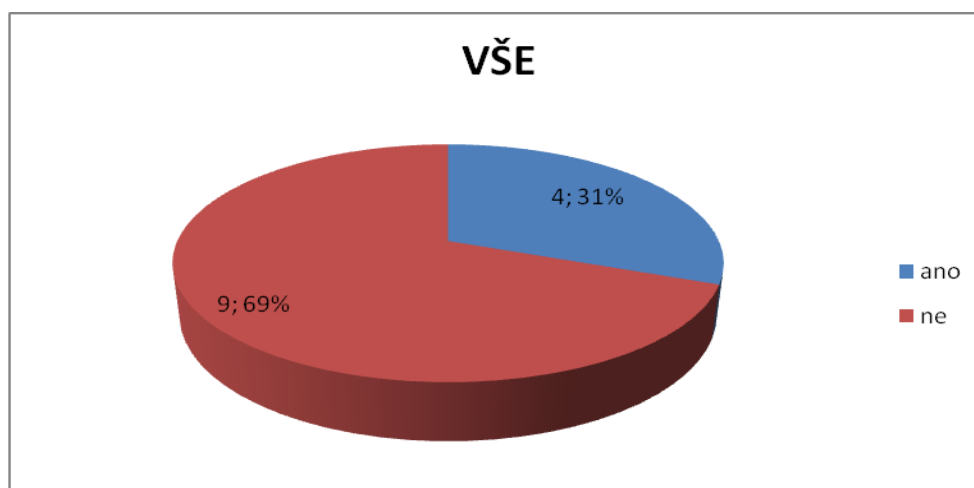
**Graf 7: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda u sebe považují kouření za závislost na nikotinu**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF považuje 6 kuřáků (26 %) kouření za závislost na nikotinu a 17 kuřáků (74 %) nepovažuje u sebe kouření za závislost na nikotinu.

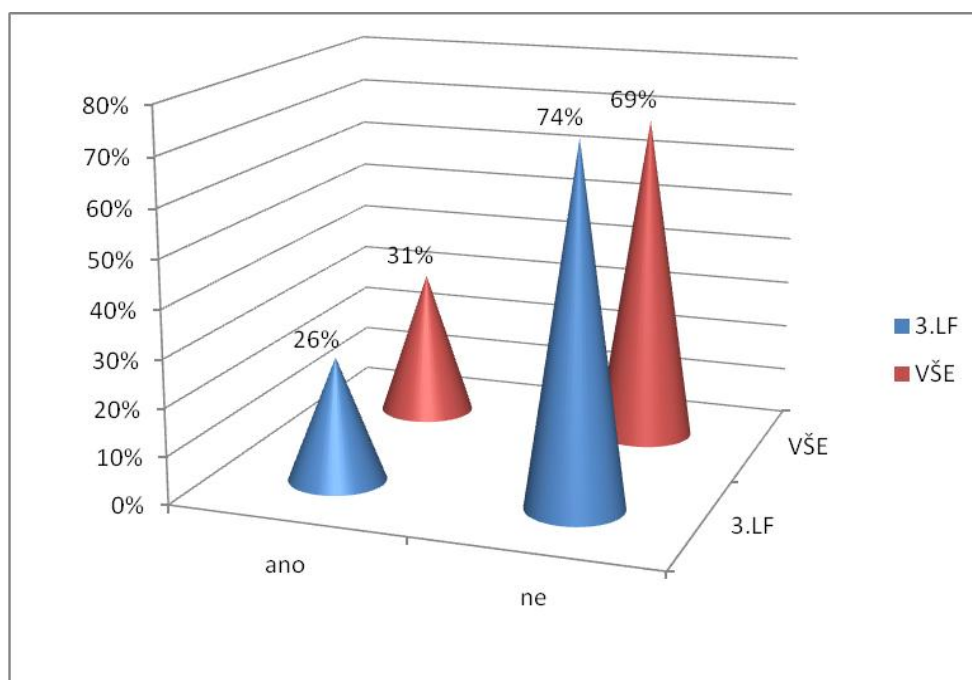
**Graf 8: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda u sebe považují kouření za závislost na nikotinu**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE považují 4 kuřáci (31 %) kouření za závislost na nikotinu a 9 kuřáků (69 %) nepovažuje u sebe kouření za závislost na nikotinu.

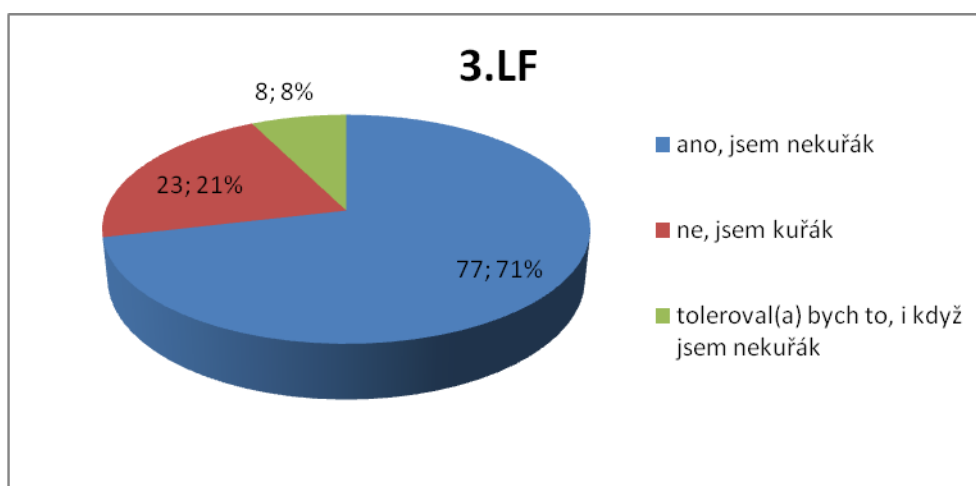
**Graf 9: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda u sebe považují kouření za závislost na nikotinu**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF považuje kouření u sebe za závislost na nikotinu 26 % kuřáků a 74 % kuřáků se nedomnívá, že jde o závislost na nikotinu. Na VŠE považuje závislost na nikotinu u sebe 31 % kuřáků a 69 % se domnívá, že nejde o závislost na nikotinu.

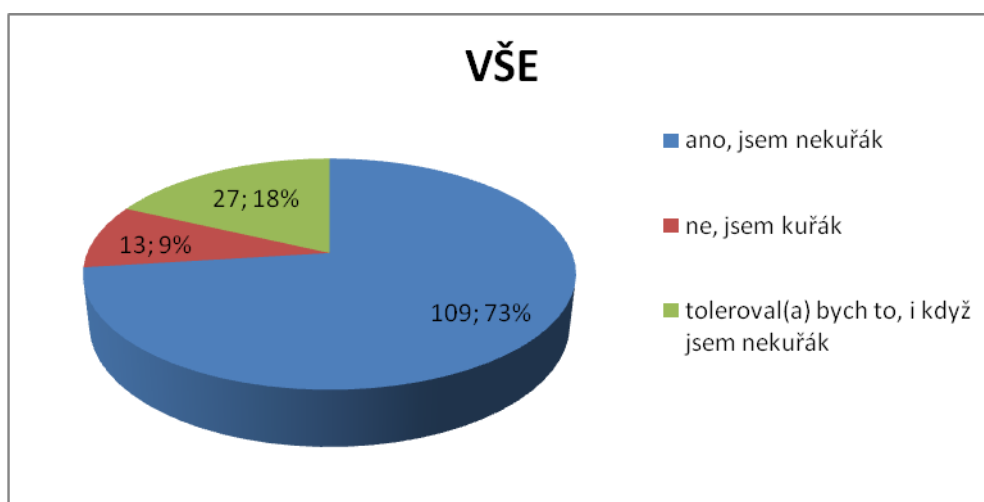
**Graf 10: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda by jim vadilo, že partner(ka) kouří cigarety**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda by vadilo, že partner(ka) kouří cigarety, odpovědělo 77 studentů (71 %) ano, jsem nekuřák, 23 studentů (21 %) ne, jsem kuřák a 8 studentů (8 %) toleroval(a) bych to, i když jsem nekuřák.

**Graf 11: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda by jim vadilo, že partner(ka) kouří cigarety**

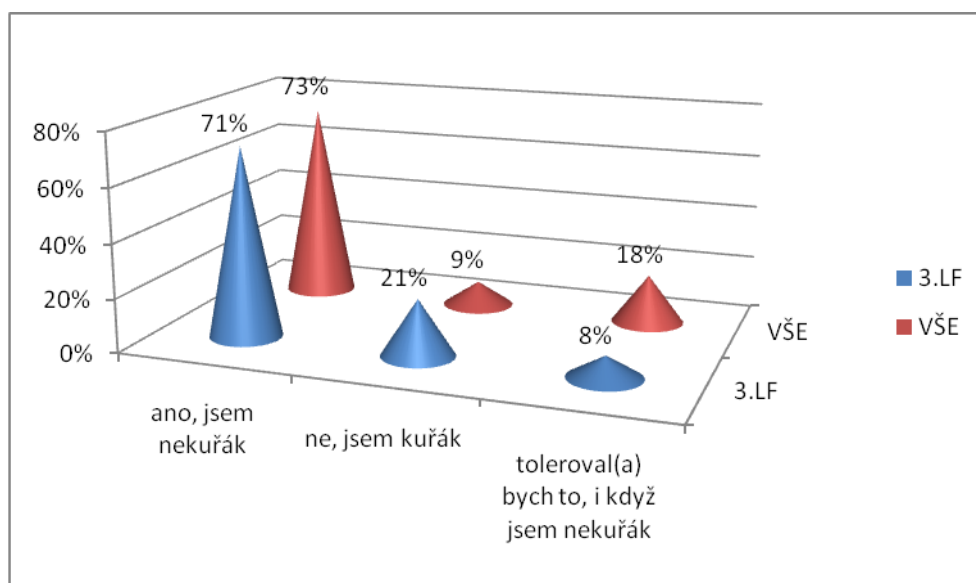


Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda by vadilo, že partner(ka) kouří cigarety, odpovědělo 109 studentů (73 %) ano, jsem nekuřák, 13 studentů (9 %) ne, jsem kuřák a 27 studentů (18 %) toleroval(a) bych to, i když jsem nekuřák.



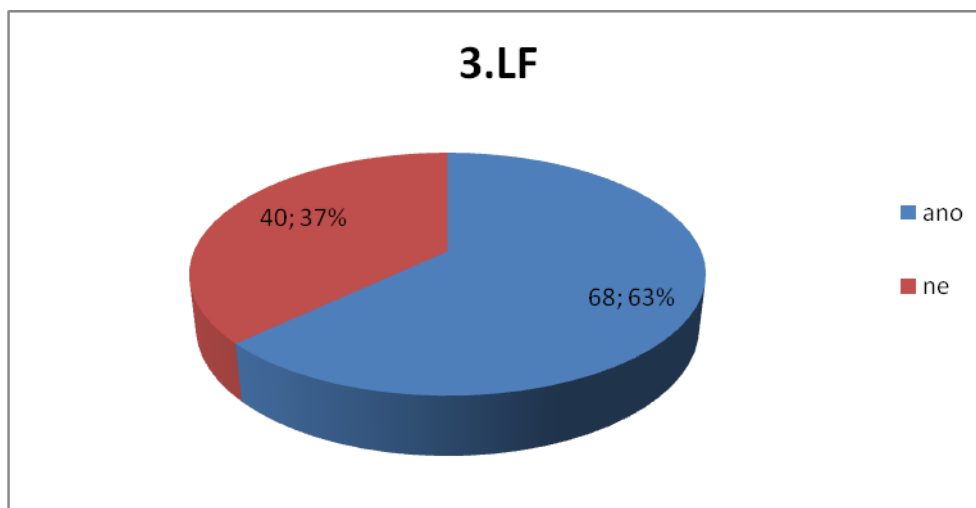
**Graf 12: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda by jim vadilo, že partner(ka) kouří cigarety**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda by vadilo, že partner(ka) kouří cigarety, odpovědělo 71 % respondentů ano, jsem nekuřák, 21 % ne, jsem kuřák a 8 % toleroval(a) bych to, i když jsem nekuřák. Na VŠE odpovědělo 73 % respondentů ano, jsem nekuřák, 9 % ne, jsem kuřák a 18 % toleroval(a) bych to, i když jsem nekuřák.

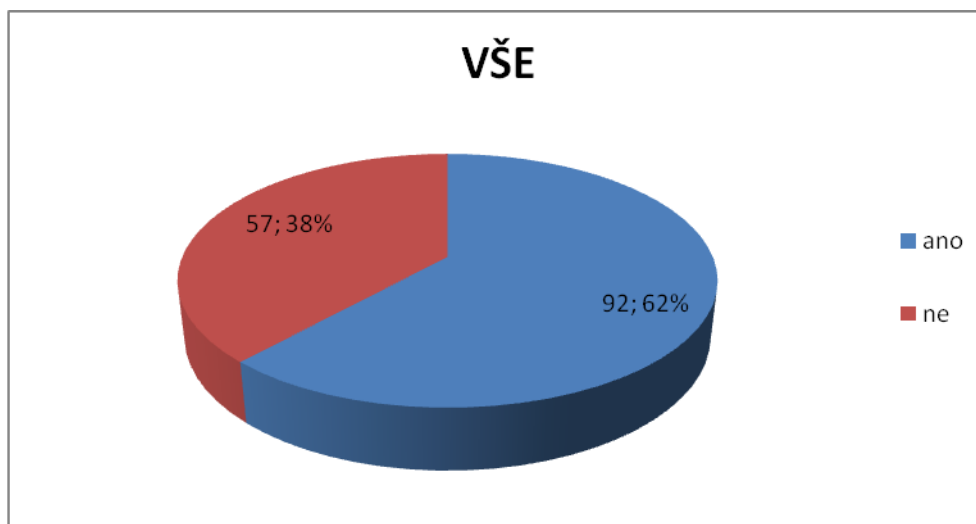
**Graf 13: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda už měli alespoň 1x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF mělo alespoň 1 x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou 68 studentů (63 %) a 40 studentů (37 %) nikdy nemělo zkušenost s omamnou a psychotropní látkou.

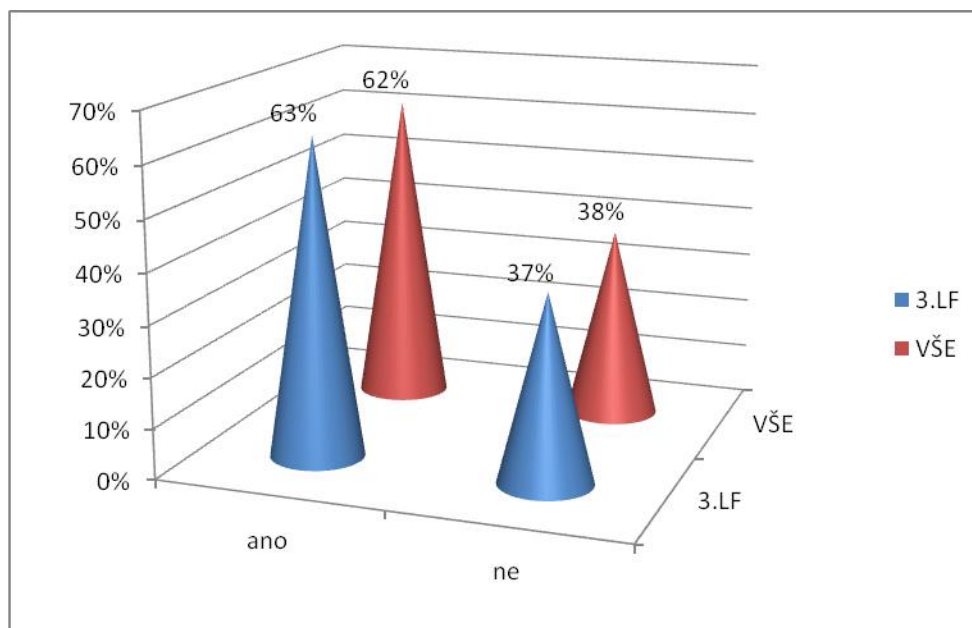
**Graf 14: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda už měli alespoň 1x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE mělo alespoň 1 x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou 92 studentů (62 %) a 57 studentů (38 %) nikdy nemělo zkušenost s omamnou a psychotropní látkou.

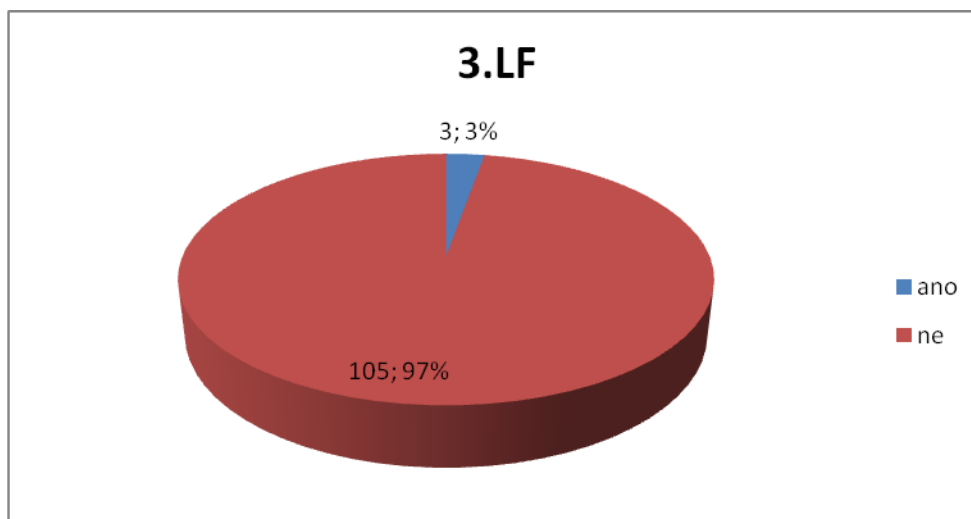
**Graf 15: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda už měli alespoň 1x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou**



Zdroj: vlastní výzkum

63 % respondentů z 3. LF mělo alespoň 1x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou, 37 % respondentů nemělo ještě nikdy zkušenost s omamnou a psychotropní látkou. Na VŠE mělo alespoň 1x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou 62 % respondentů, 38 % respondentů nemělo ještě nikdy zkušenost s omamnou a psychotropní látkou.

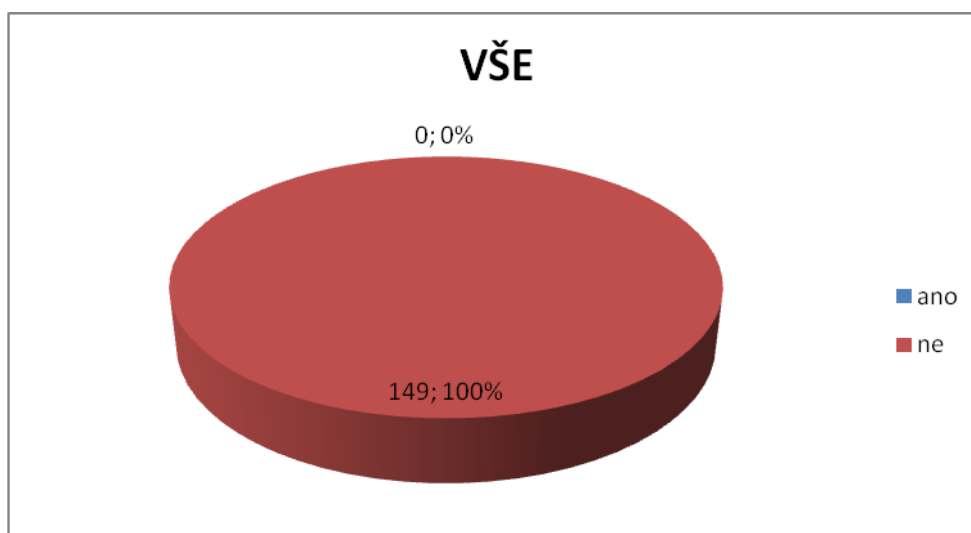
**Graf 16: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda užívají pravidelně nějakou omamnou a psychotropní látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF 3 studenti (3 %) užívají pravidelně nějakou omamnou a psychotropní látku, 105 studentů (97 %) neužívá pravidelně žádnou omamnou a psychotropní látku.

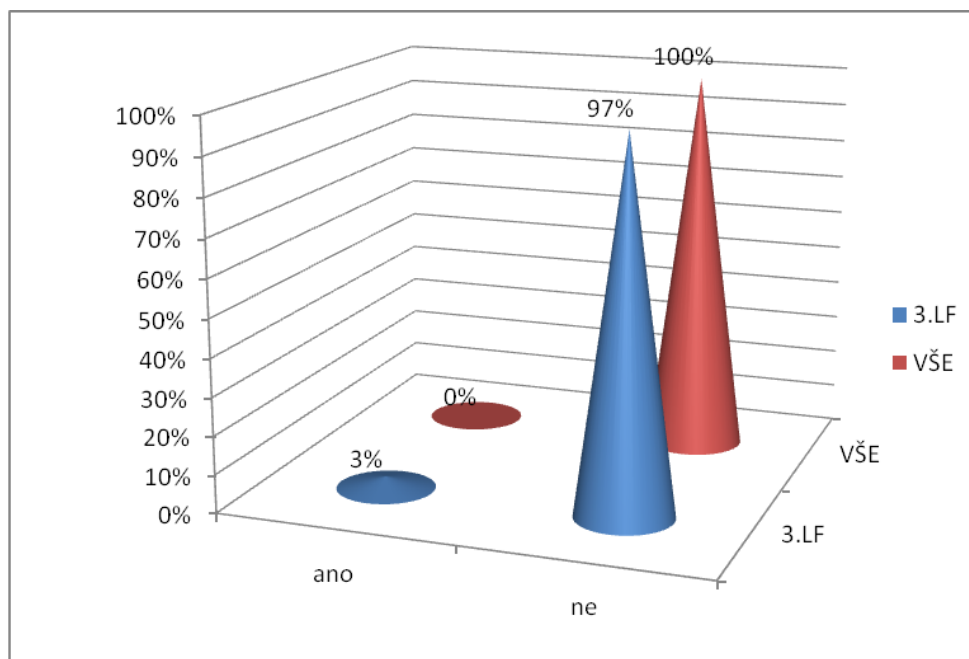
**Graf 17: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda užívají pravidelně nějakou omamnou a psychotropní látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE 149 studentů (100 %) neužívá pravidelně žádnou omamnou a psychotropní látku.

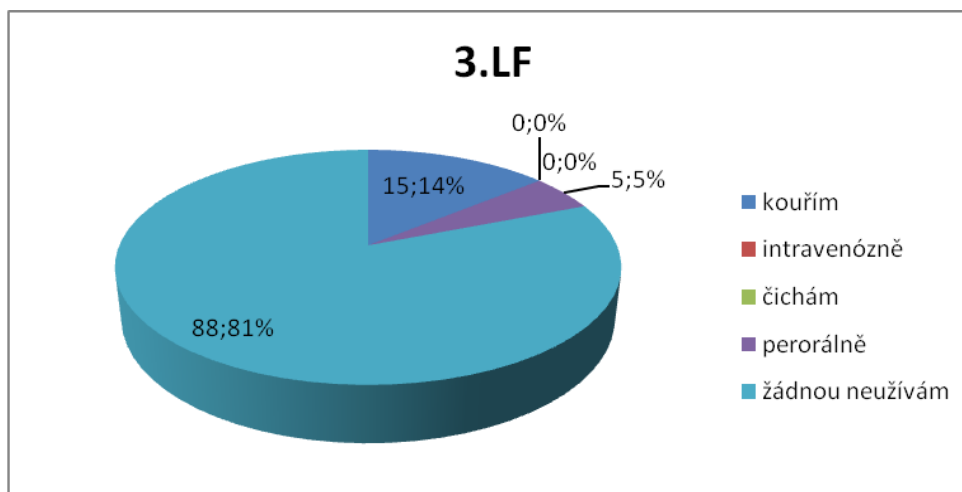
**Graf 18: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda užívají pravidelně nějakou omamnou a psychotropní látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF 97 % respondentů neužívá pravidelně žádnou omamnou a psychotropní látku, 3 % respondentů pravidelně užívají nějakou omamnou a psychotropní látku. Na VŠE 100 % respondentů neužívá pravidelně žádnou omamnou a psychotropní látku.

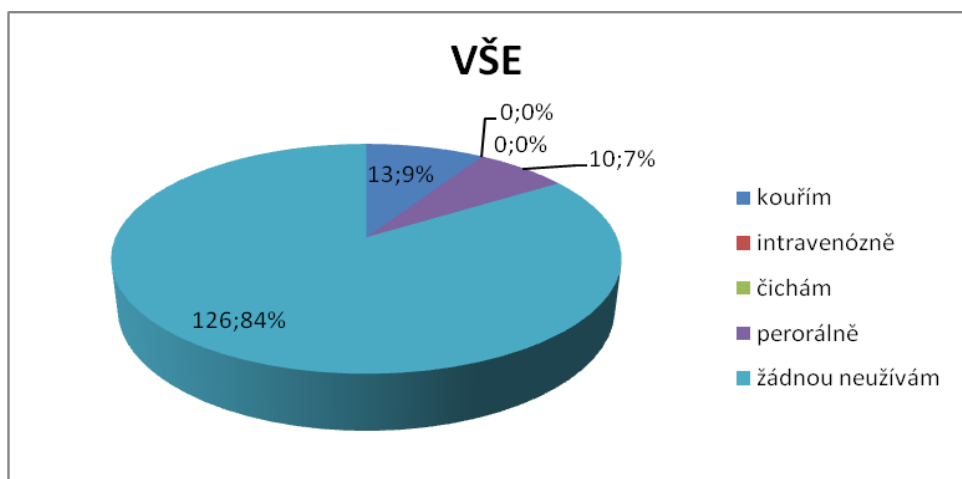
**Graf 19: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, jakým způsobem užívají psychotropní či omamnou látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jakým způsobem užívají omamnou a psychotropní látku, odpovědělo 15 studentů (14 %) kouří, 5 studentů (5 %) perorálně a 88 studentů (81 %) žádnou neužívám, nikdo ze studentů nevedl odpověď intravenózně a ani odpověď čichám.

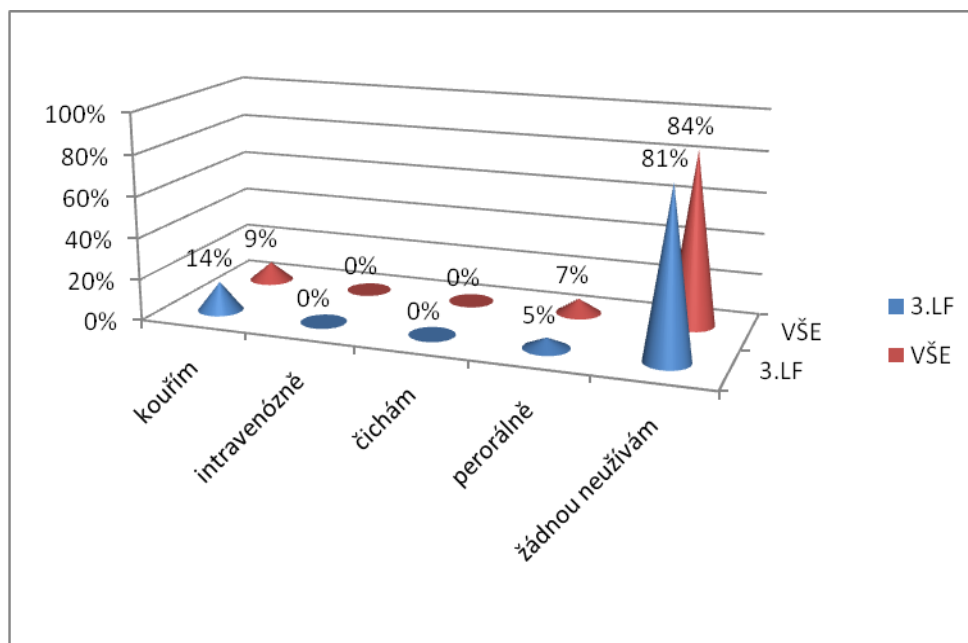
**Graf 20: Rozložení odpovědí studentů VŠE, jakým způsobem užívají psychotropní či omamnou látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, jakým způsobem užívají omamnou a psychotropní látku, odpovědělo 13 studentů (9 %) kouří, 10 studentů (7 %) perorálně a 126 studentů (84 %) žádnou neužívám, nikdo ze studentů nevedl odpověď intravenózně a ani odpověď čichám.

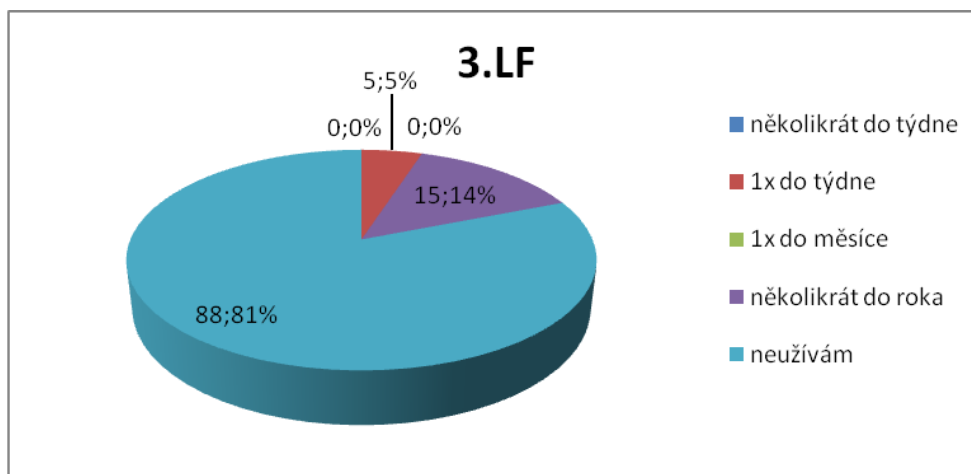
**Graf 21: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, jakým způsobem užívají psychotropní či omamnou látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jakým způsobem užíváš omamnou a psychotropní látku, odpovědělo 14 % respondentů kouřím, 0 % intravenózně, 0 % čichám, 5 % perorálně a 81 % žádnou neužívám. Na VŠE odpovědělo 9 % respondentů kouřím, 0 % intravenózně, 0 % čichám, 7 % perorálně a 84 % žádnou neužívám.

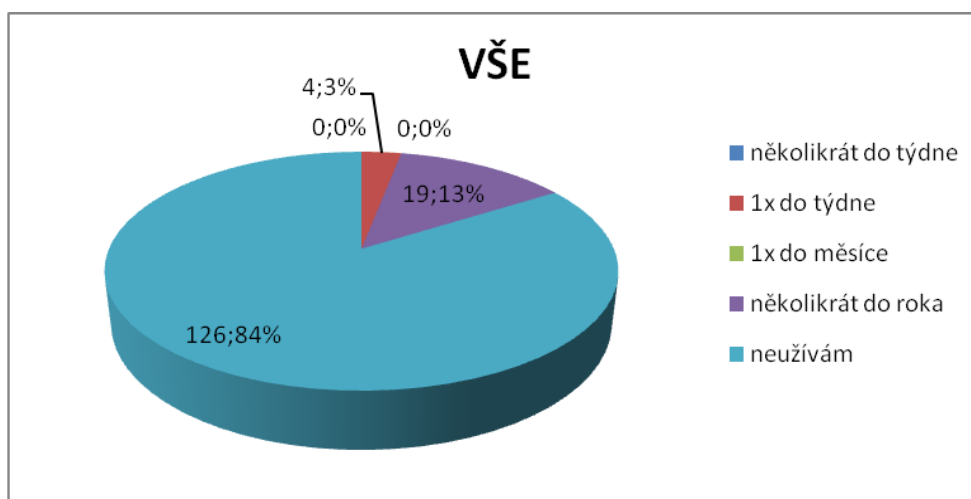
**Graf 22: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, jak často užívají psychotropní či omamnou látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jak často užíváš omamnou a psychotropní látku, odpovědělo 5 studentů (5 %) 1x do týdne, 15 studentů (14 %) několikrát do roka a 88 studentů (81 %) neužívám. Nikdo ze studentů nevedl odpověď několikrát do týdne a ani odpověď 1x do měsíce.

**Graf 23: Rozložení odpovědí studentů VŠE, jak často užívají psychotropní či omamnou látku**

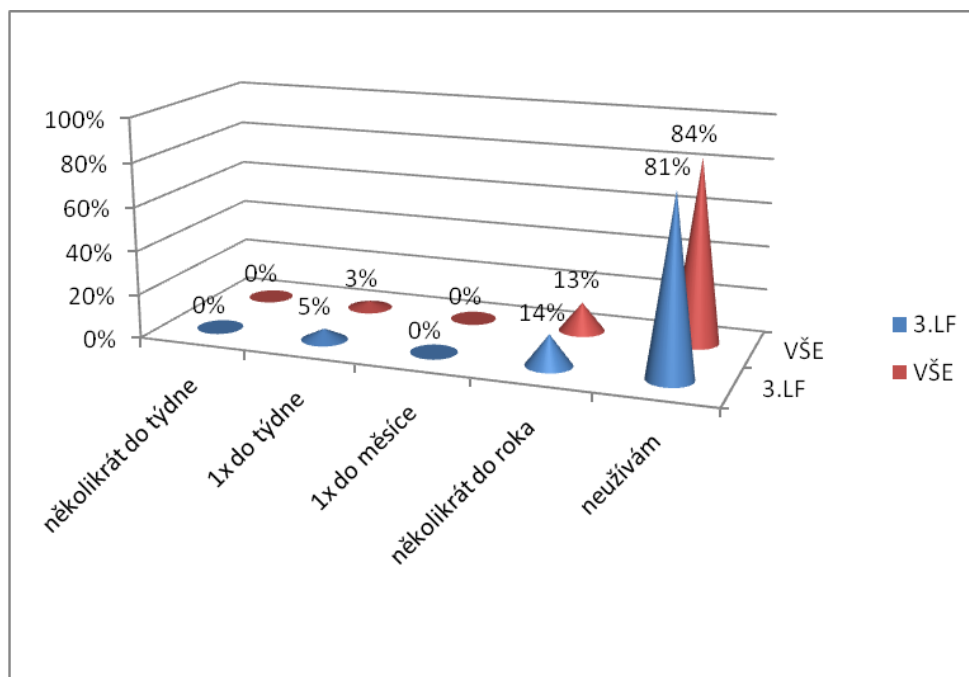


Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, jak často užíváš omamnou a psychotropní látku, odpověděli 4 studenti (3 %) 1x do týdne, 19 studentů (13 %) několikrát do roka a 126 studentů (84 %) neužívám. Nikdo ze studentů nevedl odpověď několikrát do týdne a ani odpověď 1x do měsíce.



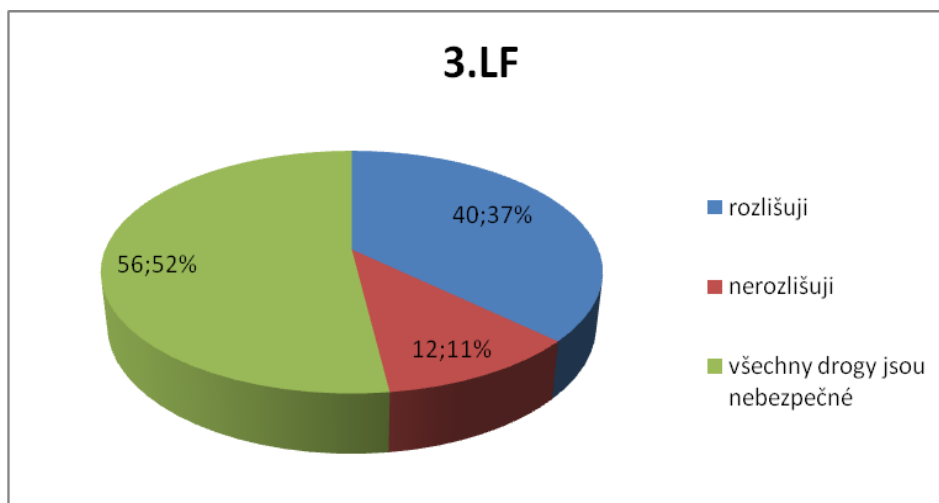
**Graf 24: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, jak často užívají psychotropní či omamnou látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jak často užíváš omamnou a psychotropní látku, odpovědělo 0 % respondentů několikrát do týdne, 5 % 1x do týdne, 0 % 1x do měsíce, 14 % několikrát do roka a 81 % neužívám. Na VŠE odpovědělo 0 % respondentů několikrát do týdne, 3 % 1x do týdne, 0 % 1x do měsíce, 13 % několikrát do roka a 84 % neužívám.

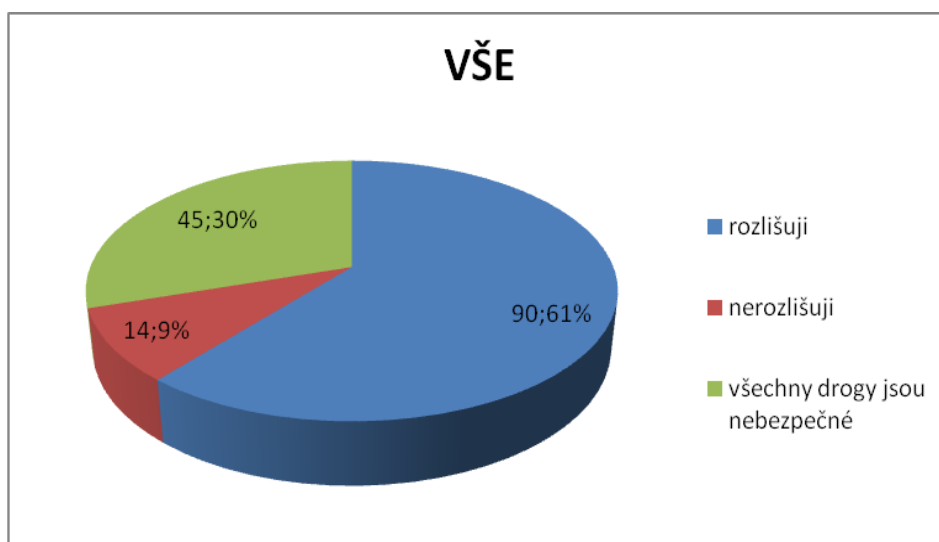
**Graf 25: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda rozlišují mezi měkkými a tvrdými drogami**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF 40 studentů (37 %) rozlišuje mezi měkkými a tvrdými drogami, 12 studentů (11 %) nerozlišuje a 56 studentů (52 %) se domnívá, že všechny drogy jsou nebezpečné.

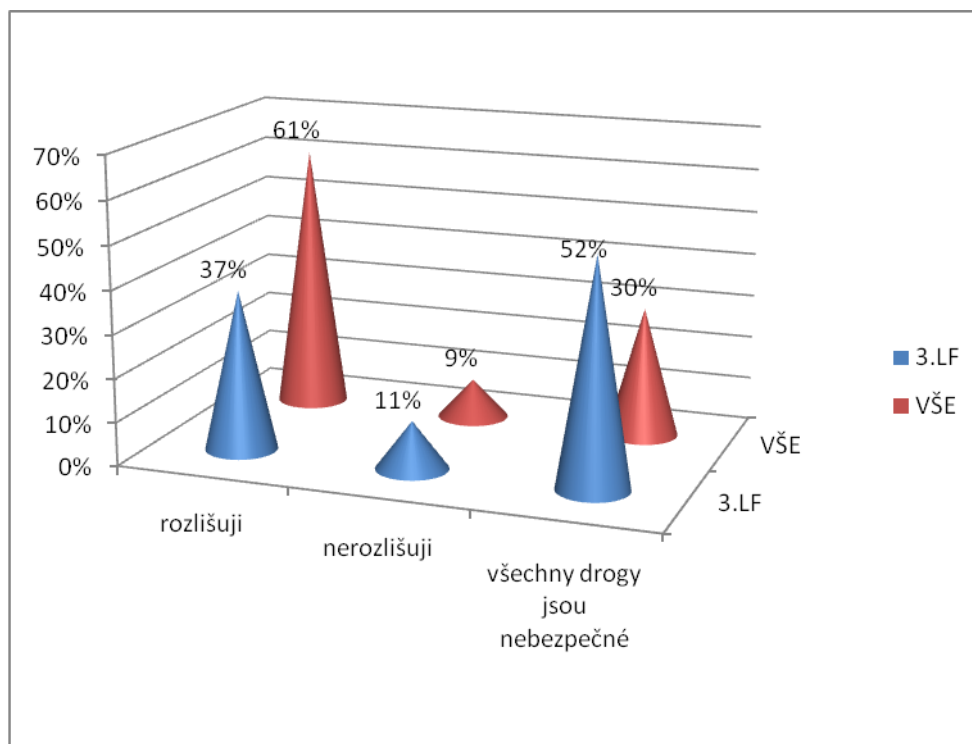
**Graf 26: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda rozlišují mezi měkkými a tvrdými drogami**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE 90 studentů (61 %) rozlišuje mezi měkkými a tvrdými drogami, 14 studentů (9 %) nerozlišuje a 45 studentů (30 %) se domnívá, že všechny drogy jsou nebezpečné.

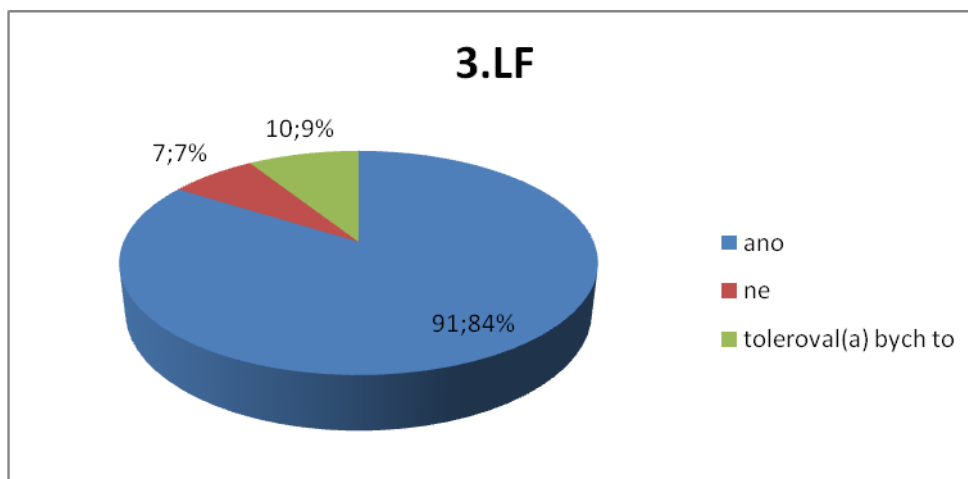
**Graf 27: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda rozlišují mezi měkkými a tvrdými drogami**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF odpovědělo 37 % respondentů, že rozlišuje mezi měkkými a tvrdými drogami, 11 % nerozlišuje a 52 % považuje všechny drogy za nebezpečné. Na VŠE rozlišuje mezi drogami 61 % respondentů, 9 % nerozlišuje a 30 % považuje všechny drogy za nebezpečné.

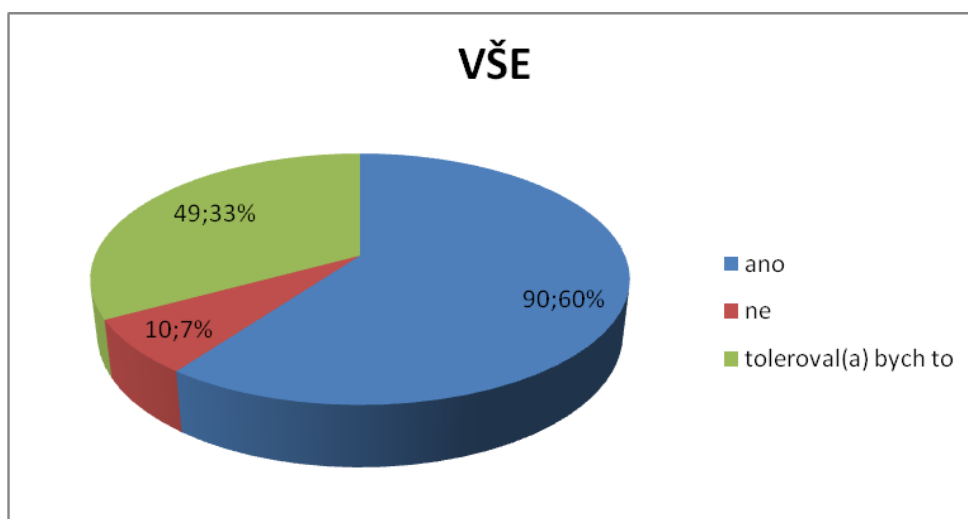
**Graf 28: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda by jim vadilo, že jejich partner(ka) kouří marihuanu**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda by jim vadilo, že jejich partner(ka) kouří marihuanu, odpovědělo 91 studentů (84 %) ano, 7 studentů (7 %) ne, 10 studentů (9 %) toleroval(a) bych to.

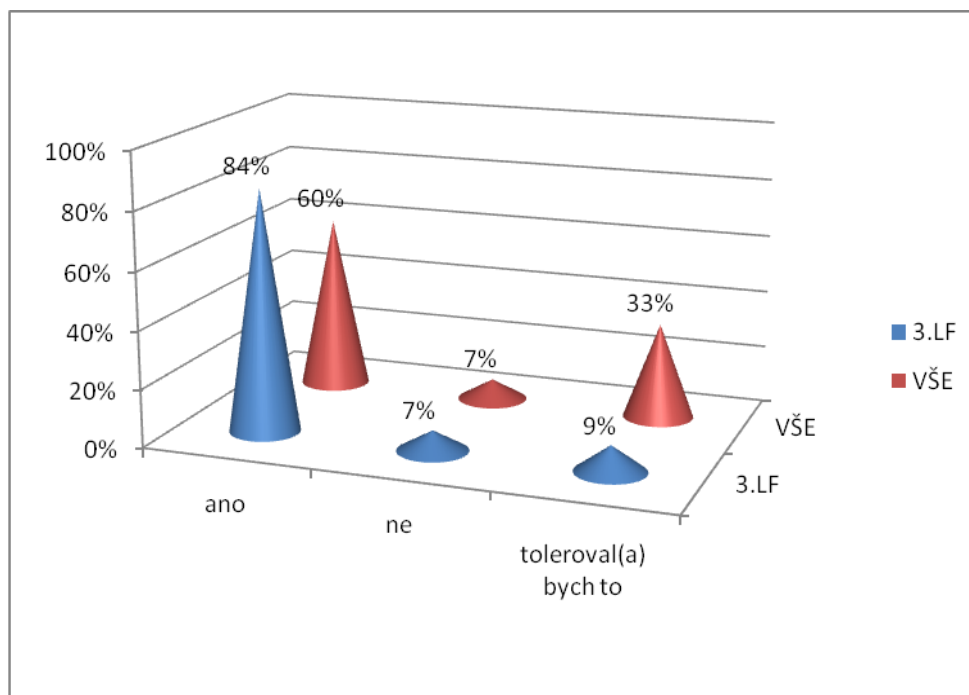
**Graf 29: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda by jim vadilo, že jejich partner(ka) kouří marihuanu**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda by jim vadilo, že jejich partner(ka) kouří marihuanu, odpovědělo 90 studentů (60 %) ano, 10 studentů (7 %) ne, 49 studentů (33 %) toleroval(a) bych to.

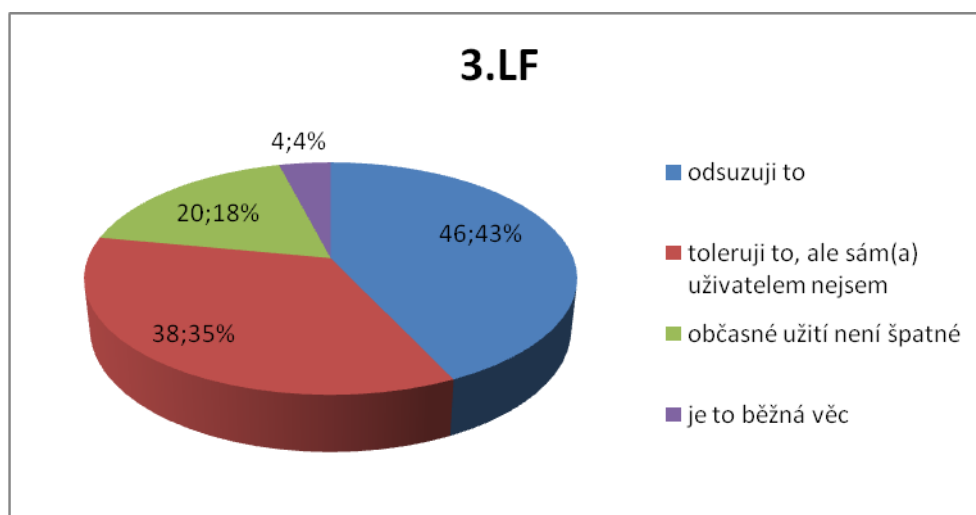
**Graf 30: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda by jim vadilo, že jejich partner(ka) kouří marihuanu**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda by respondentům vadilo, že jejich partner(ka) kouří marihuanu, odpovědělo 84 % ano, 7 % ne, 9 % toleroval(a) bych to. Na VŠE odpovědělo 60 % ano, 7 % ne, 33 % tolerovala bych to.

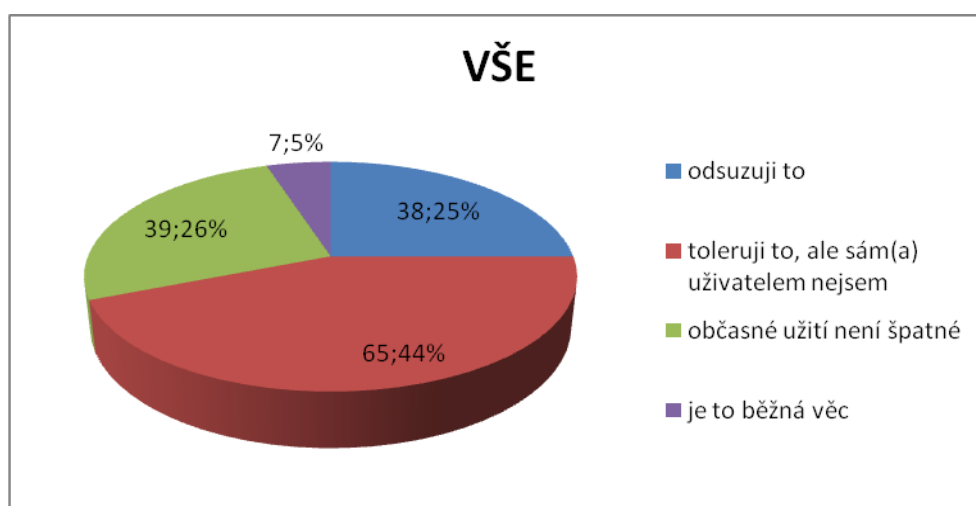
**Graf 31: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, jaký mají postoj k užívání omamných a psychotropních látek**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF 46 studentů (43 %) odsuzuje užívání omamných a psychotropních látek, 38 studentů (35 %) to toleruje, ale sami uživateli nejsou, 20 studentů (18 %) uvedlo, že občasné užití není špatné a 4 studenti (4 %) odpověděli, že je to běžná věc.

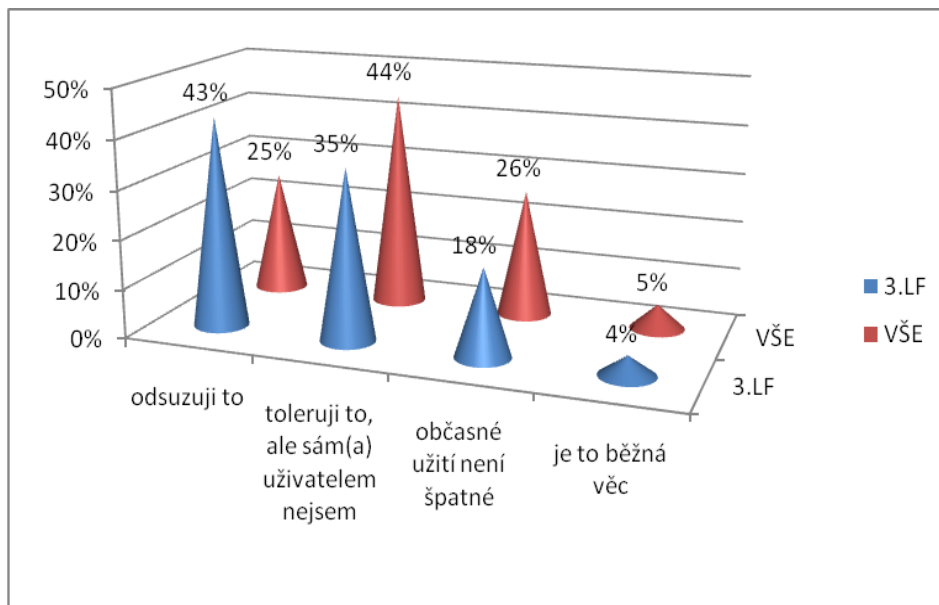
**Graf 32: Rozložení odpovědí studentů VŠE, jaký mají postoj k užívání omamných a psychotropních látek**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE 38 studentů (25 %) odsuzuje užívání omamných a psychotropních látek, 65 studentů (44 %) to toleruje, ale sami uživateli nejsou, 39 studentů (26 %) uvedlo, že občasné užití není špatné a 7 studentů (5 %) odpovědělo, že je to běžná věc.

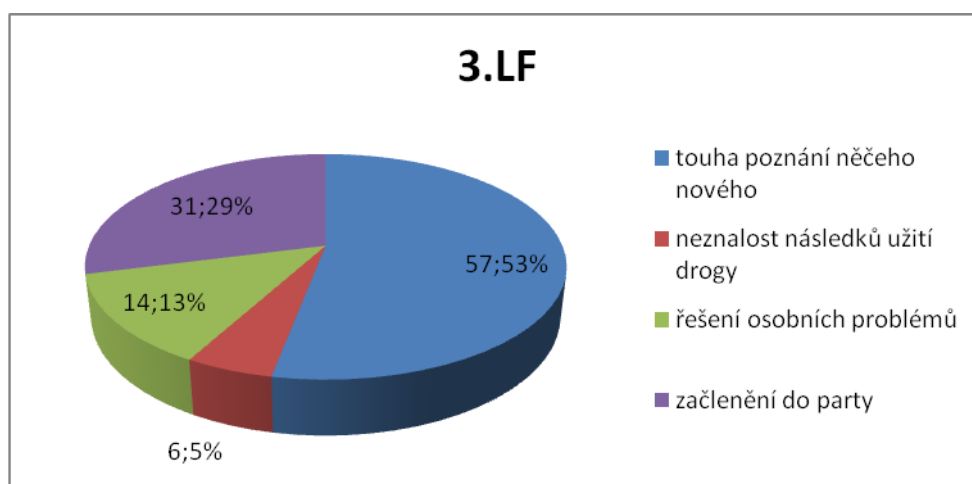
**Graf 33: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, jaký mají postoj k užívání omamných a psychotropních látek**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF 43 % respondentů odsuzuje užívání omamných a psychotropních látek, 35 % to toleruje, ale sami uživateli nejsou, 18 % se domnívá, že občasné užití není špatné a 4 % odpověděla, že je to běžná věc. Na VŠE 25 % respondentů odsuzuje užívání omamných a psychotropních látek, 44 % to toleruje, ale sami uživateli nejsou, 26 % se domnívá, že občasné užití není špatné a 5 % odpovědělo, že je to běžná věc.

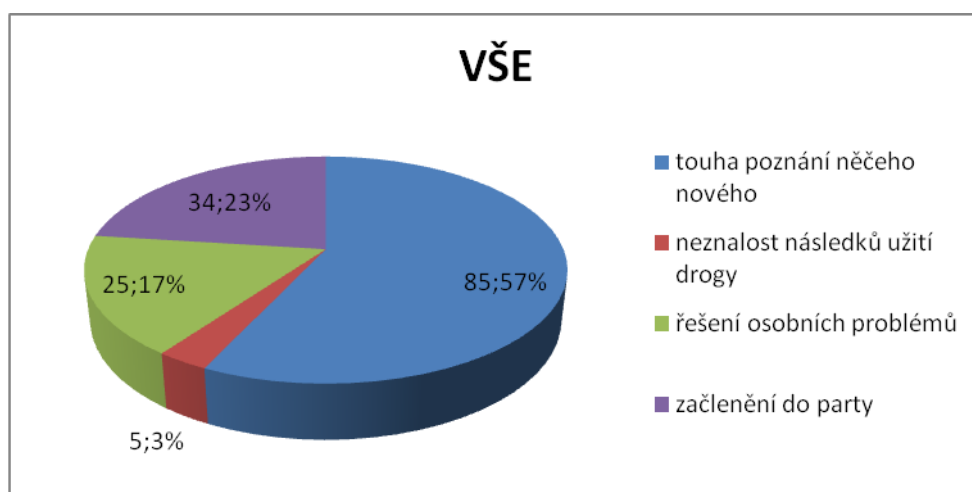
**Graf 34: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, co si myslí, že motivuje člověka užít omamnou a psychotropní látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, co si myslí, že motivuje člověka užít omamnou a psychotropní látku, odpovědělo 57 studentů (53 %) touha poznání něčeho nového, 6 studentů (5 %) neznalost následků užití drogy, 14 studentů (13 %) řešení osobních problémů a 31 studentů (29 %) začlenění do party.

**Graf 35: Rozložení odpovědí studentů VŠE, co si myslí, že motivuje člověka užít omamnou a psychotropní látku**

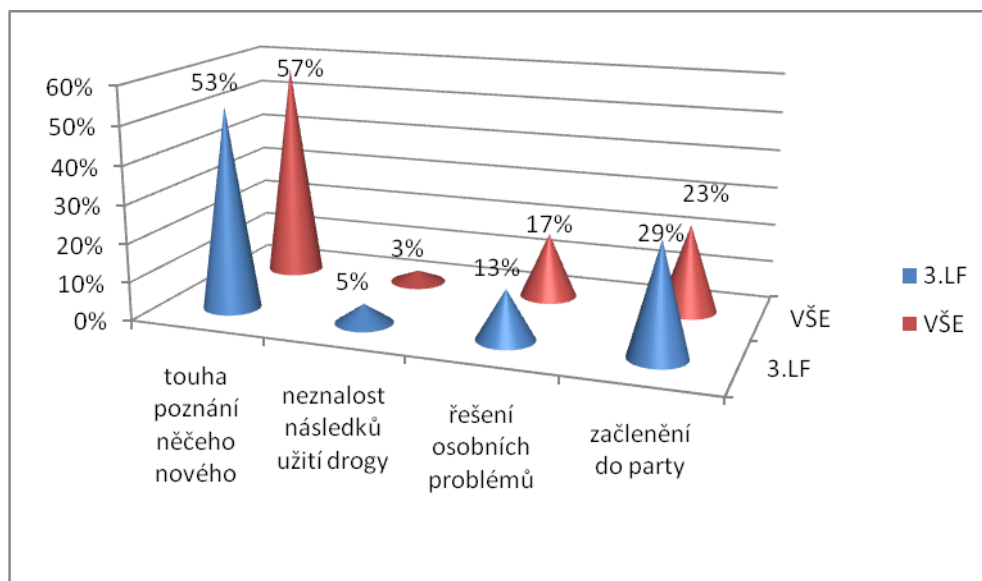


Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, co si myslí, že motivuje člověka užít omamnou a psychotropní látku, odpovědělo 85 studentů (57 %) touha poznání něčeho nového, 5 studentů (3 %) neznalost následků užití drogy, 25 studentů (17 %) řešení osobních problémů a 34 studentů (23 %) začlenění do party.



**Graf 36: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, co si myslí, že motivuje člověka užít omamnou a psychotropní látku**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, co si myslí, že motivuje člověka užít omamnou a psychotropní látku, odpovědělo 53 % touha poznání něčeho nového, 5 % neznalost následků užití drogy, 13 % řešení osobních problémů, 29 % začlenění do party. Na VŠE odpovědělo 57 % touha poznání něčeho nového, 3 % neznalost následků užití drogy, 17 % řešení osobních problémů a 23 % začlenění do party.

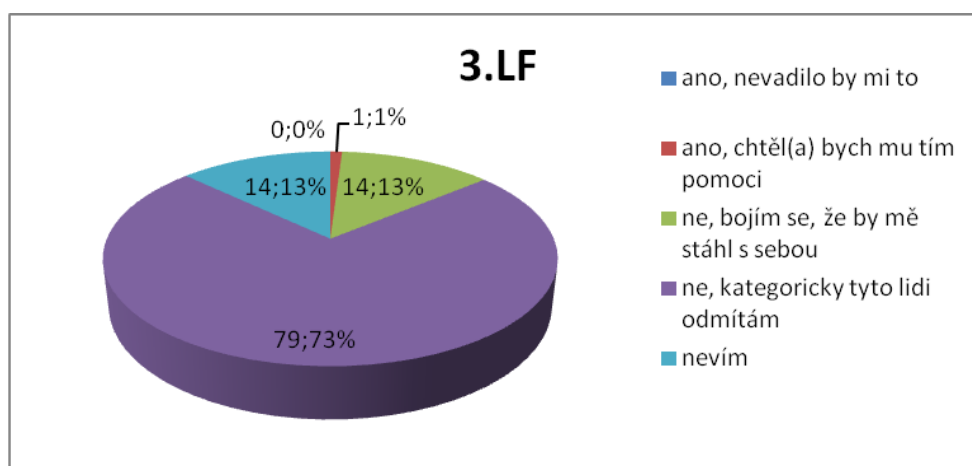
**Tabulka 37: Rozložení odpovědí studentů 3. LF a VŠE, zda znají ve svém okolí někoho, kdo je závislý**

	závislost na alkoholu	závislost na cigaretách	závislost na marihuaně	jiný typ závislosti	nikoho neznám
3.LF	53 (49%)	90 (83%)	54 (50%)	4 (4%)	12 (11%)
VŠE	46 (31%)	142 (95%)	46 (31%)	13 (9%)	17 (11%)

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda znají ve svém okolí někoho, kdo je závislý, odpověděli studenti 3. LF v 49 % závislost na alkoholu, 83 % závislost na cigaretách, 50 % závislost na marihuaně, 4 % jiný typ závislosti a 11 % nikoho takového neznám. Studenti VŠE odpověděli v 31 % závislost na alkoholu, 95 % závislost na cigaretách, 31 % závislost na marihuaně, 9 % jiný typ závislosti a 11 % nikoho takového neznám. U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí, proto součty procent nedávají dohromady celek 100 %.

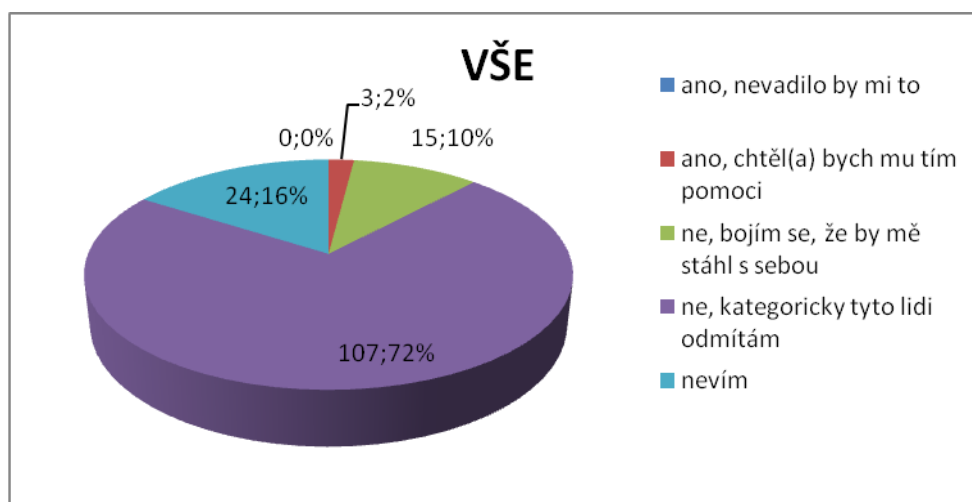
**Graf 38: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který je závislý na drogách**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který je závislý na drogách, odpověděl 1 student (1 %) ano, chtěl(a) bych mu tím pomoci, 14 studentů (13 %) ne, bojím se, že by mě stáhl s sebou, 79 studentů (73 %) ne, kategoricky tyto lidi odmítám a 14 studentů (13 %) nevím, nikdo neodpověděl ano, nevadilo by mi to.

**Graf 39: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který je závislý na drogách**

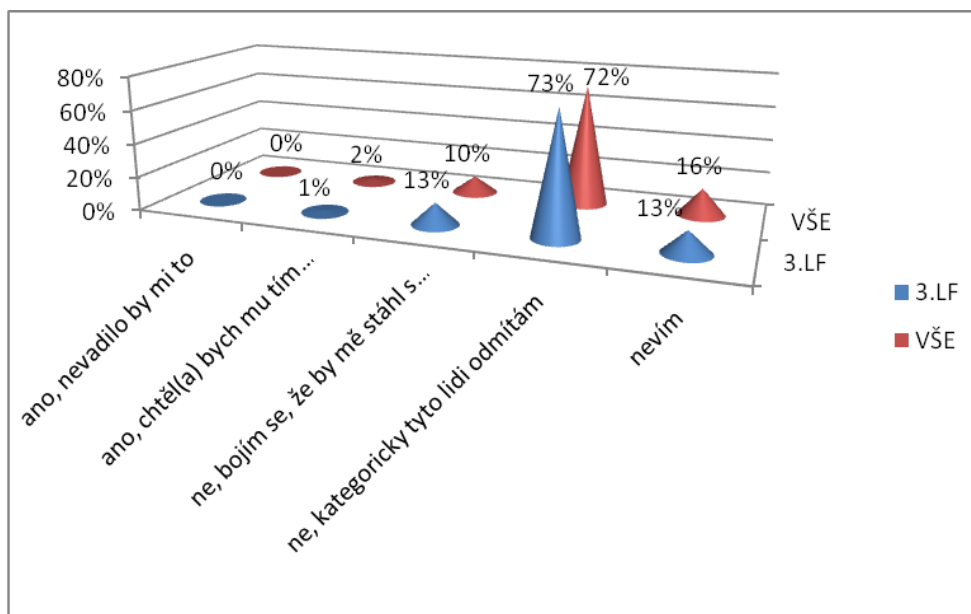


Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který je závislý na drogách, odpověděli 3 studenti (2 %) ano, chtěl(a) bych mu tím pomoci, 15 studentů (10 %) ne, bojím se, že by mě stáhl s sebou, 107 studentů (72 %) ne, kategoricky tyto lidi odmítám a 24 studentů (16 %) nevím, nikdo neodpověděl ano, nevadilo by mi to.

kategoricky tyto lidi odmítám a 24 studentů (16 %) nevím, nikdo neodpověděl ano, nevadilo by mi to.

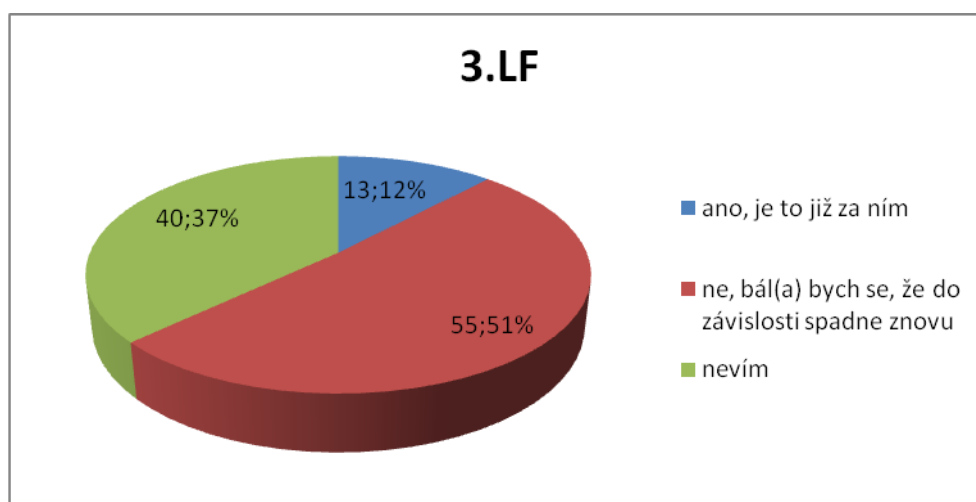
**Graf 40: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který je závislý na drogách**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který je závislý, odpovědělo 0 % respondentů ano, nevadilo by mi to, 1 % ano, chtěl(a) bych mu tím pomoci, 13 % ne, bojím se, že by mě stáhl s sebou, 73 % ne, kategoricky tyto lidi odmítám, 13 % nevím. Na VŠE odpovědělo 0 % respondentů ano, nevadilo by mi to, 2 % ano, chtěl(a) bych mu tím pomoci, 10 % ne, bojím se, že by mě stáhl s sebou, 72 % ne, kategoricky tyto lidi odmítám, 16 % nevím.

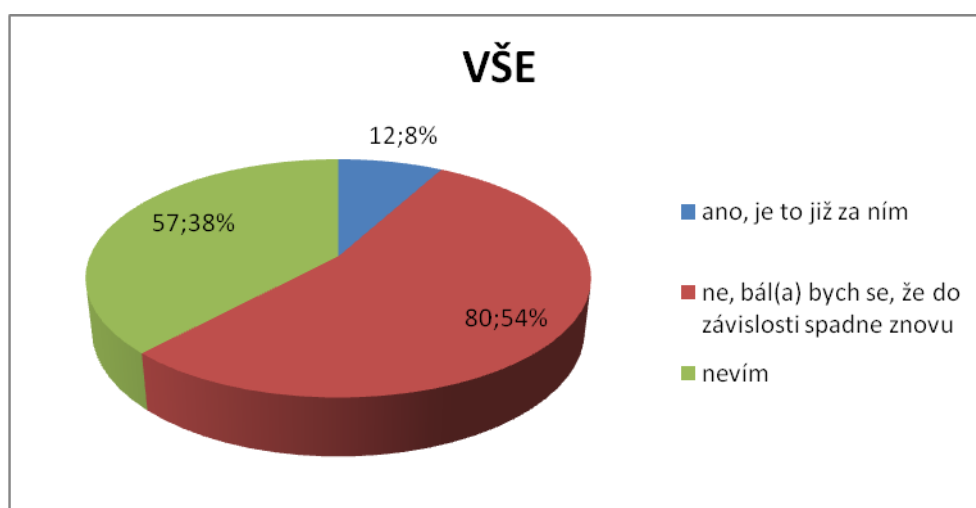
**Graf 41: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který byl závislý na drogách a aktuálně abstinuje**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který byl závislý a aktuálně abstinuje, odpovědělo 13 studentů (12 %) ano, je to již za ním, 55 studentů (51 %) ne, bál(a) bych se, že do závislosti spadne znovu a 40 studentů (37 %) nevím.

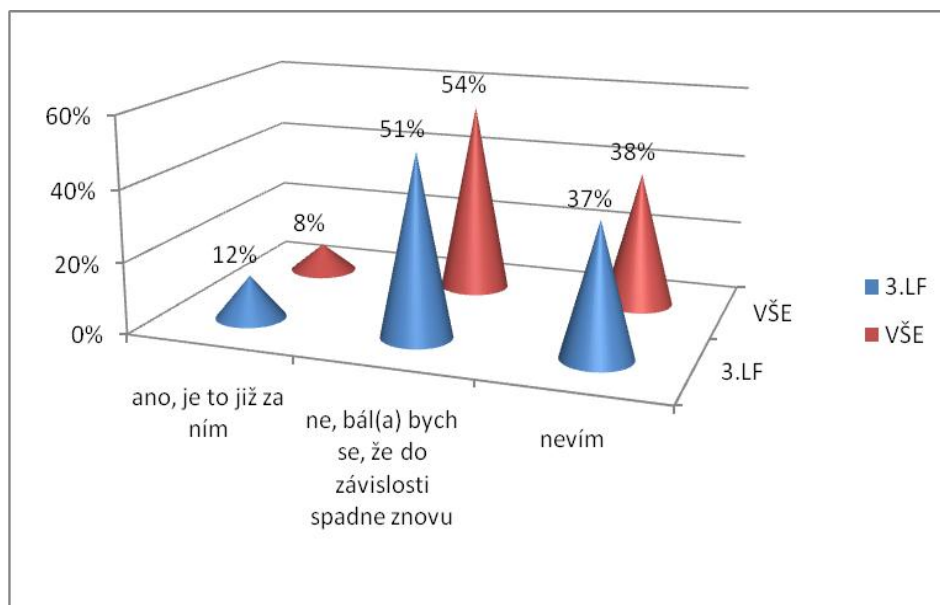
**Graf 42: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který byl závislý na drogách a aktuálně abstinuje**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který byl závislý a aktuálně abstinuje, odpovědělo 12 studentů (8 %) ano, je to již za ním, 80 studentů (54 %) ne, bál(a) bych se, že do závislosti spadne znovu a 57 studentů (38 %) nevím.

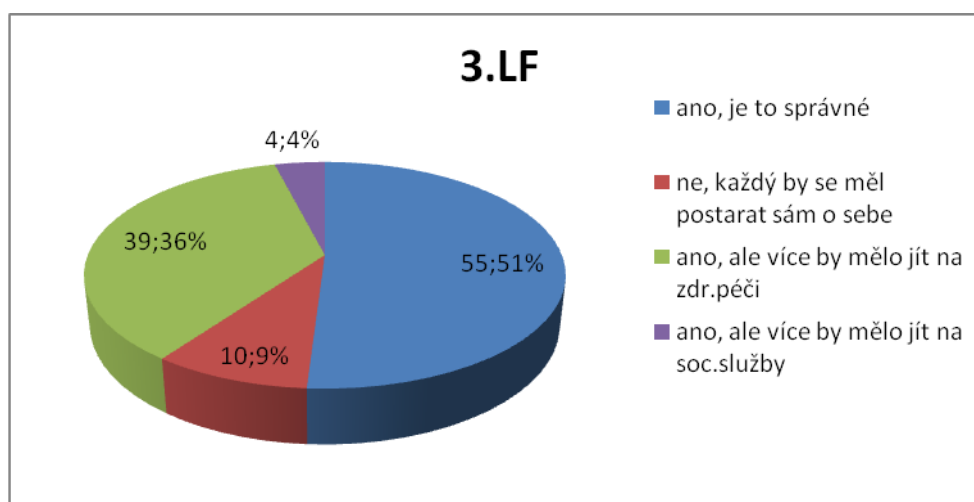
**Graf 43: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který byl závislý na drogách a aktuálně abstinuje**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který byl závislý na drogách a aktuálně abstinuje, odpovědělo 12 % respondentů ano, je to již za ním, 51 % ne, bál(a) bych se, že do závislosti spadne znovu, 37 % nevím. Na VŠE odpovědělo 8 % respondentů ano, je to již za ním, 54 % ne, bál(a) bych se, že do závislosti spadne znovu a 38 % nevím.

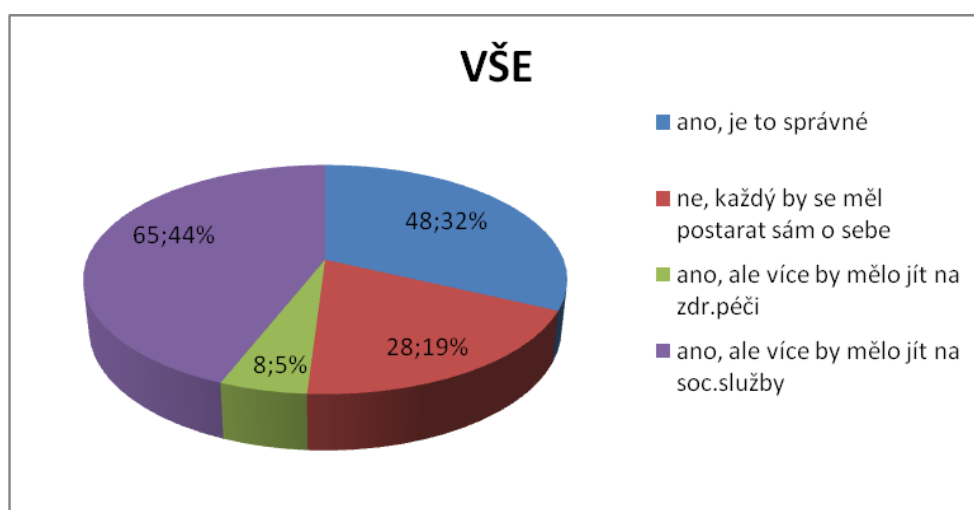
**Graf 44: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda souhlasí s financováním zdravotních a sociálních služeb státem**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda souhlasí s financováním zdravotních a sociálních služeb státem, odpovědělo 55 studentů (51 %) ano, je to správná věc, 10 studentů (9 %) ne, každý by se měl postarat sám o sebe, 39 studentů (36 %) ano, ale více by mělo jít na zdravotní péči a 4 studenti (4 %) ano, ale více by mělo jít na sociální služby.

**Graf 45: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda souhlasí s financováním zdravotních a sociálních služeb státem**

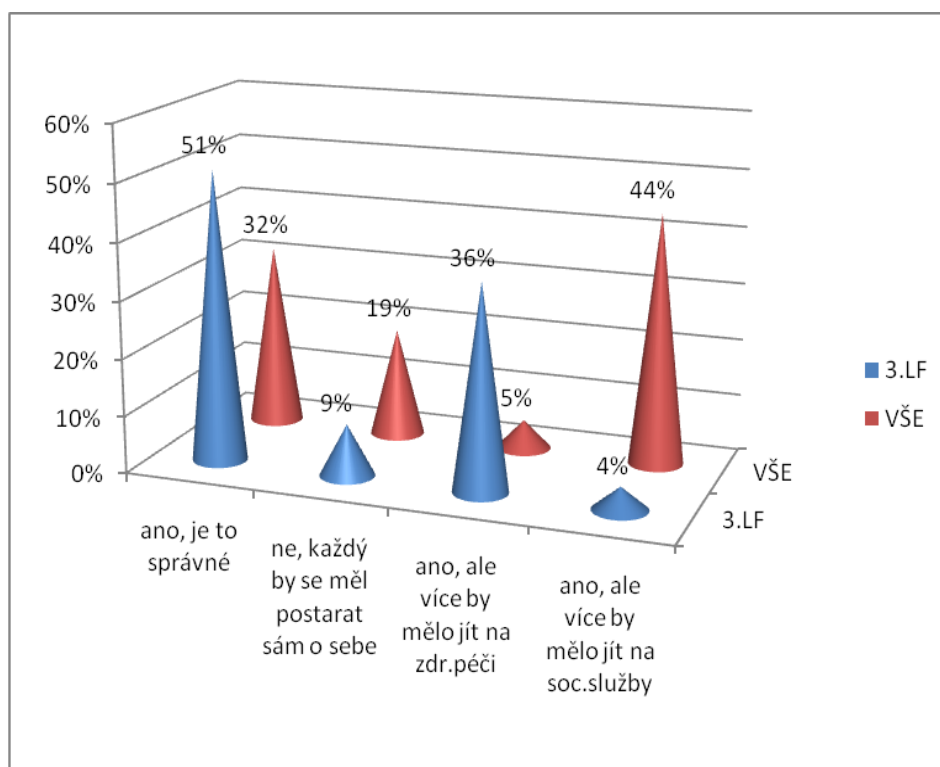


Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda souhlasí s financováním zdravotních a sociálních služeb státem, odpovědělo 48 studentů (32 %) ano, je to správná věc, 28 studentů (19 %) ne, každý by se měl postarat sám o sebe, 8 studentů (5 %) ano, ale více by mělo jít

na zdravotní péči a 65 studentů (44 %) ano, ale více by mělo jít na sociální služby.

**Graf 46: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda souhlasí s financováním zdravotních a sociálních služeb státem**

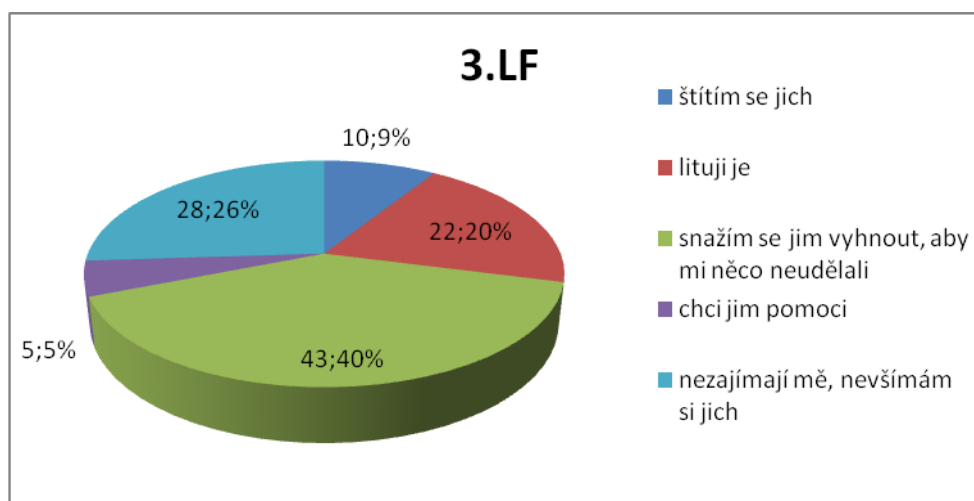


Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda souhlasí s financováním zdravotních a sociálních služeb státem, odpovědělo 51 % respondentů ano, je to správná věc, 9 % ne, každý by se měl postarat sám o sebe, 36 % ano, ale více by mělo jít na zdravotní péči a 4 % ano, ale více by mělo jít na sociální služby. Na VŠE odpovědělo 32 % respondentů ano, je to správná věc, 19 % ne, každý by se měl postarat sám o sebe, 5 % ano, ale více by mělo jít na zdravotní péči a 44 % ano, ale více by mělo jít na sociální služby.



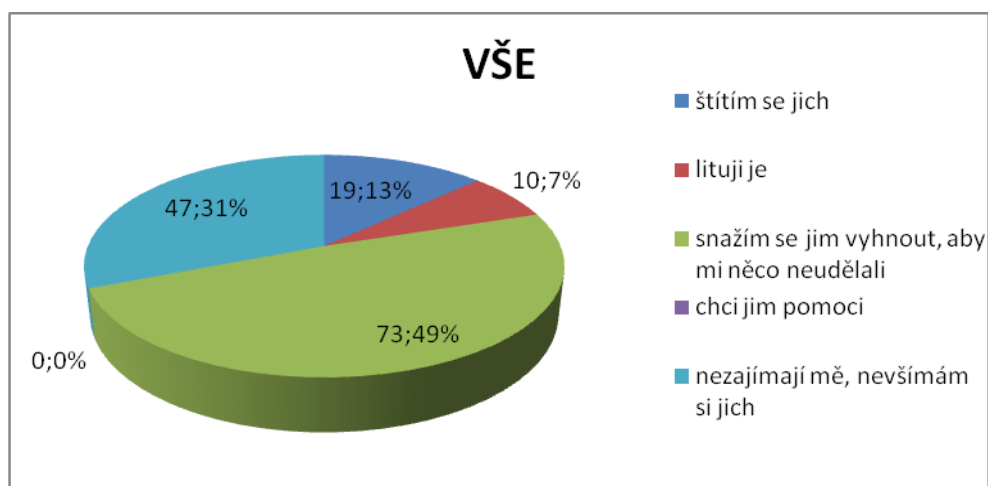
**Graf 47: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, jak se staví k narkomanům, pokud je někde potkají**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jak se staví k narkomanům, pokud je někde potkají, odpovědělo 10 studentů (9 %) štítím se jich, 22 studentů (20 %) lituji je, 43 studentů (40 %) snažím se jim vyhnout, aby mi něco neudělali, 5 studentů (5 %) chci jim pomoci a 28 studentů (26 %) nezajímají mě, nevšímám si jich.

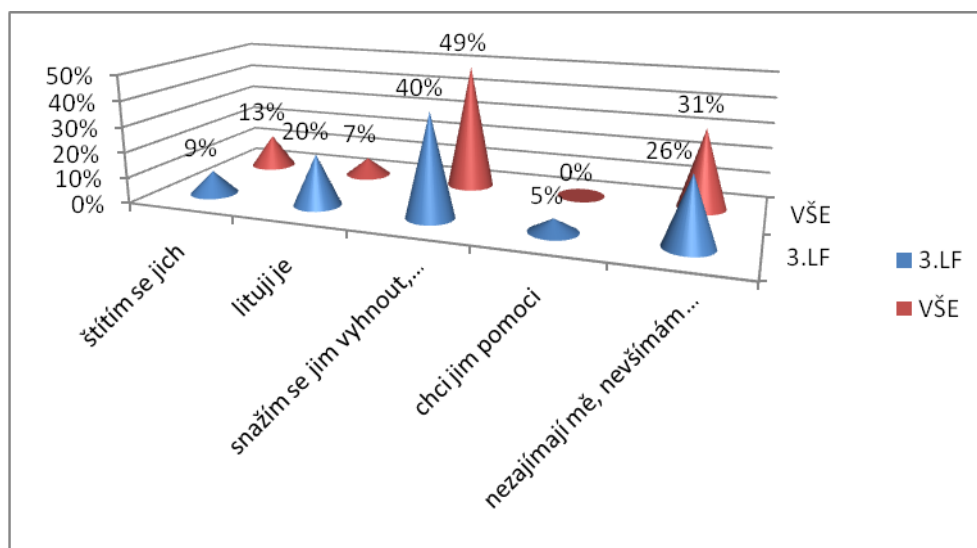
**Graf 48: Rozložení odpovědí studentů VŠE, jak se staví k narkomanům, pokud je někde potkají**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, jak se staví k narkomanům, pokud je někde potkají, odpovědělo 19 studentů (13 %) štítím se jich, 10 studentů (7 %) lituji je, 73 studentů (49 %) snažím se jim vyhnout, aby mi něco neudělali, 47 studentů (31 %) nezajímají mě, nevšímám si jich a nikdo ze studentů neodpověděl, chci jim pomoci.

**Graf 49: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, jak se staví k narkomanům, pokud je někde potkají**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF odpovědělo na otázku, jak se staví k narkomanům, pokud je někde potkají, 9 % respondentů štítím se jich, 20 % lituji je, 40 % snažím se jim vyhnout, aby mi něco neudělali, 5 % chci jim pomoci a 26 % nezajímají mě, nevšímám si jich. Na VŠE odpovědělo 13 % respondentů, štítím se jich, 7 % lituji je, 49 % snažím se jim vyhnout, aby mi něco neudělali, 31 % nezajímají mě, nevšímám si jich a nikdo z respondentů VŠE nevedl, chci jim pomoci.

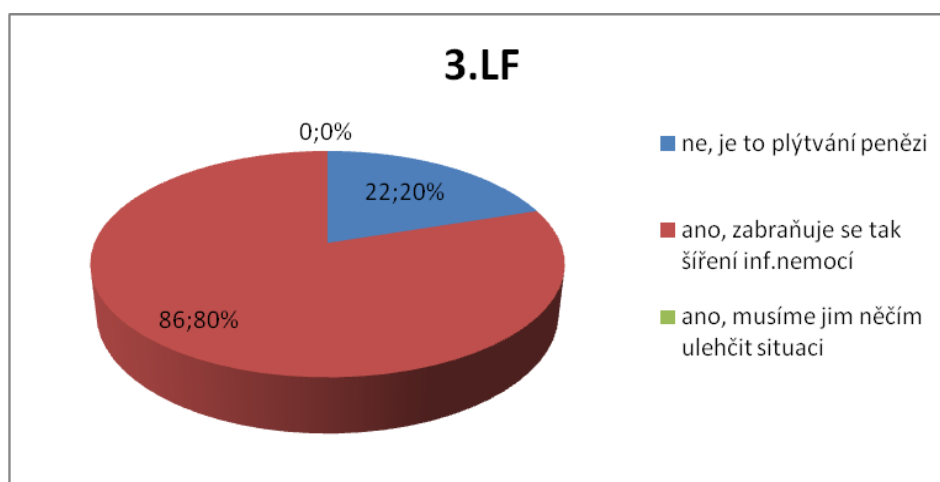
**Tabulka 50: Rozložení odpovědí studentů 3. LF a VŠE, jaká rizika přenosu infekčních nemocí hrozí, pokud se poraní o použitou injekční jehlu**

	žádná	VHA	VHB	VHC	respirační infekce	HIV	nevím
3.LF	0 (0%)	17 (16%)	83 (77%)	98 (91%)	0 (0%)	104 (96%)	0 (0%)
VŠE	2 (1%)	76 (51%)	91 (61%)	138 (93%)	0 (0%)	137 (92%)	0 (0%)

Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jaká rizika přenosu infekčních nemocí hrozí, pokud se poraníš o použitou injekční jehlu, odpovědělo 0 % respondentů žádná, 16 % VHA, 77 % VHB, 91 % VHC, 0 % respirační infekce, 96 % HIV, 0 % nevím. Na VŠE odpovědělo 1 % respondentů žádná, 51 % VHA, 61 % VHB, 93 % VHC, 0 % respirační infekce, 92 % HIV, 0 % nevím. U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí, proto součty procent nedávají dohromady celek 100 %.

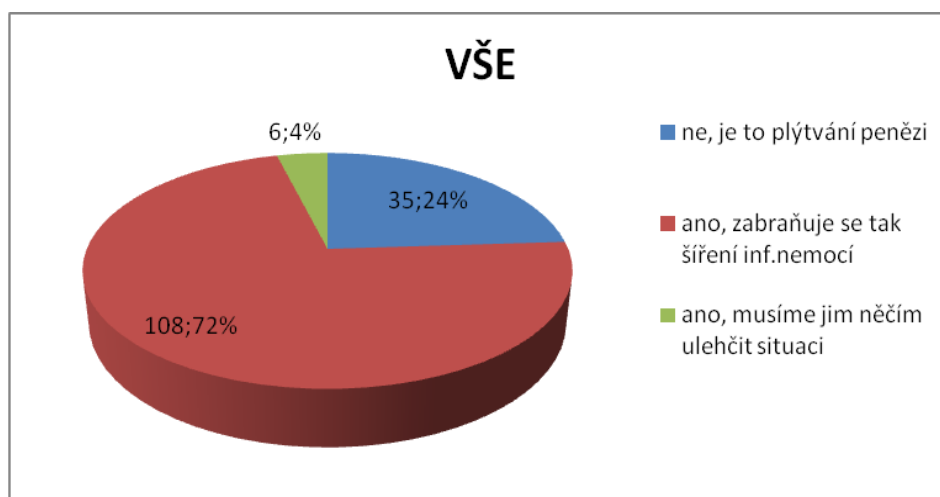
**Graf 51: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda souhlasí s bezplatnou výměnou jehel narkomanům**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda souhlasí s bezplatnou výměnou jehel narkomanům, odpovědělo 22 studentů (20 %) ne, je to plýtvání penězi, 86 studentů (80 %) ano, zabraňuje se tak šíření infekčních nemocí. Nikdo nevedl odpověď ano, musíme jim něčím ulehčit situaci.

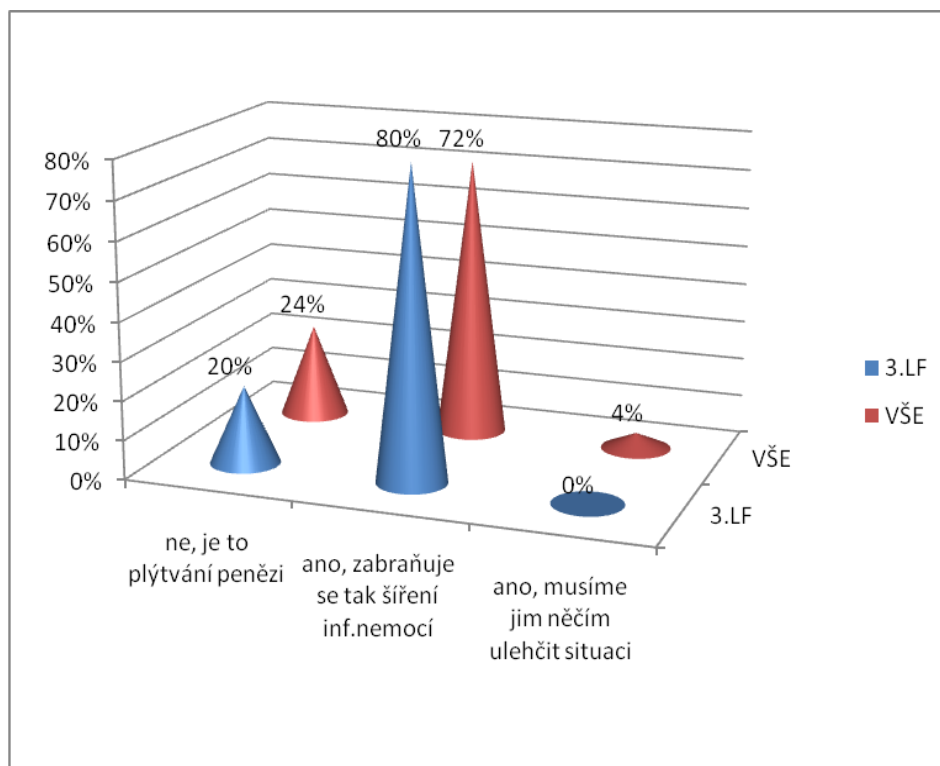
**Graf 52: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda souhlasí s bezplatnou výměnou jehel narkomanům**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda souhlasí s bezplatnou výměnou jehel narkomanům, odpovědělo 35 studentů (24 %) ne, je to plýtvání penězi, 108 studentů (72 %) ano, zabraňuje se tak šíření infekčních nemocí, 6 studentů (4 %) ano, musíme jim něčím ulehčit situaci.

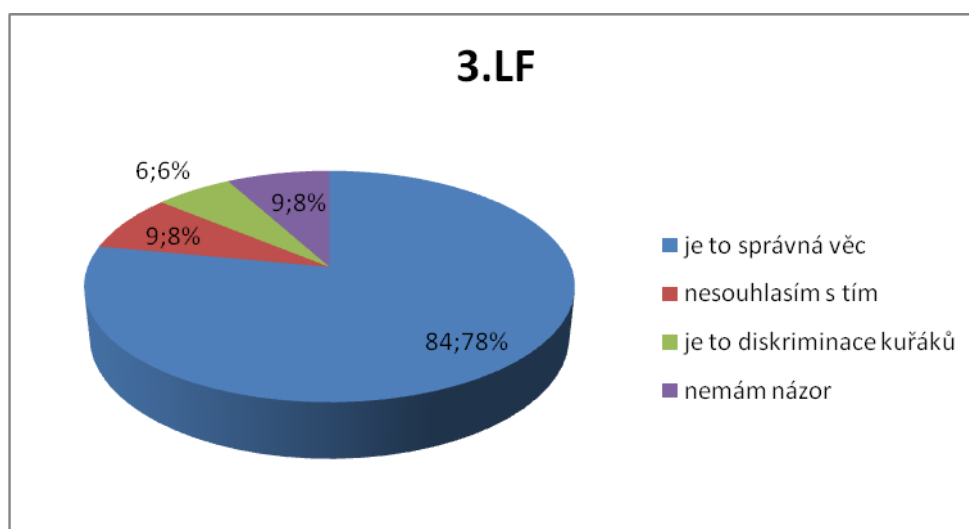
**Graf 53: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda souhlasí s bezplatnou výměnou jehel narkomanům**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda souhlasí s bezplatnou výměnou jehel narkomanům, odpovědělo 20 % respondentů ne, je to plýtvání penězi, 80 % ano, zabraňuje se tak šíření infekčních nemocí, 0 % ano, musíme jim alespoň něčím ulehčit situaci. Na VŠE odpovědělo 24 % respondentů ne, je to plýtvání penězi, 72 % ano, zabraňuje se tak šíření infekčních nemocí a 4 % ano, musíme jim alespoň něčím ulehčit situaci.

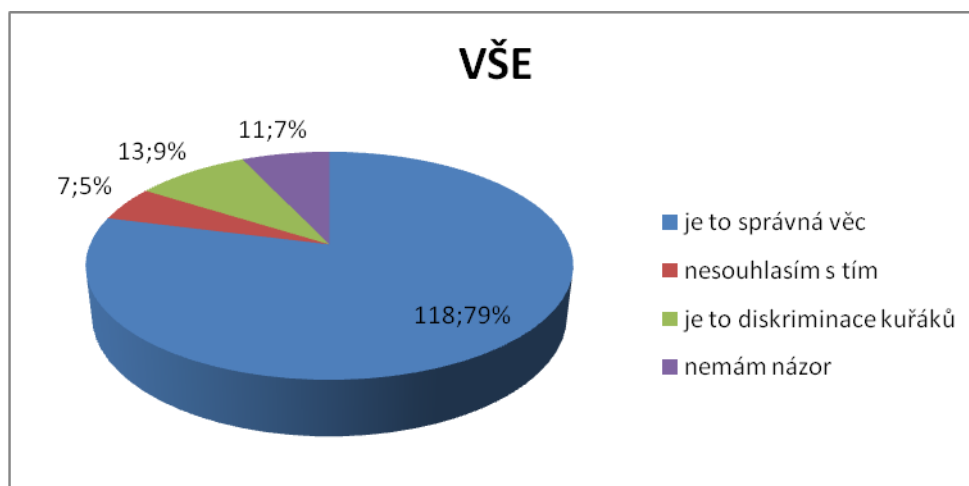
**Graf 54: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, jak se staví k úplnému zákazu kouření v restauracích**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jak se staví k úplnému zákazu kouření v restauracích, odpovědělo 84 studentů (78 %) je to správná věc, 9 studentů (8 %) nesouhlasím s tím, 6 studentů (6 %) je to diskriminace kuřáků a 9 studentů (8 %) nemám názor.

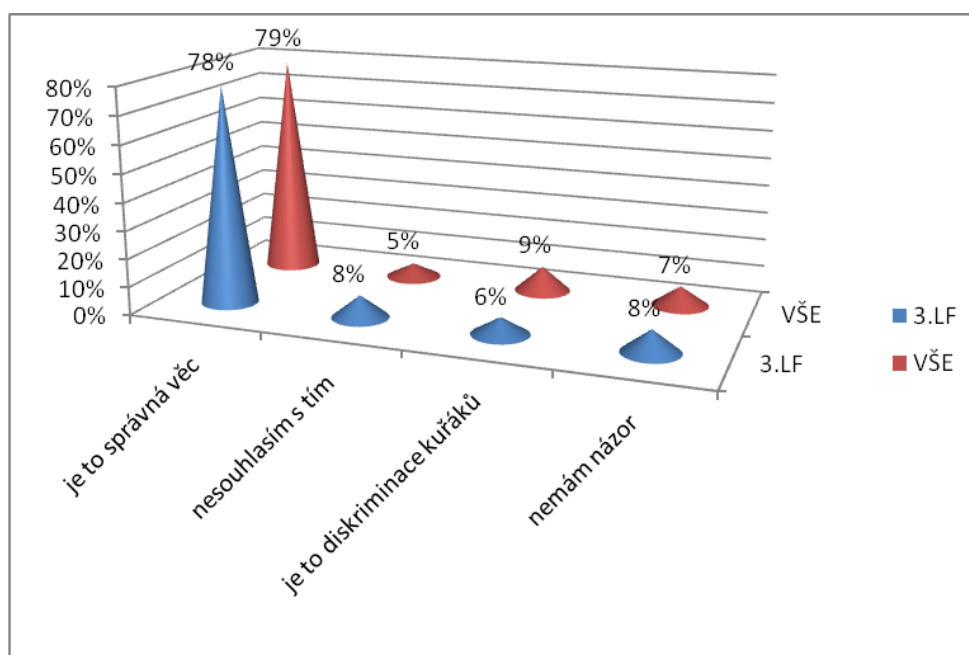
**Graf 55: Rozložení odpovědí studentů VŠE, jak se staví k úplnému zákazu kouření v restauracích**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, jak se staví k úplnému zákazu kouření v restauracích, odpovědělo 118 studentů (79 %) je to správná věc, 7 studentů (5 %) nesouhlasím s tím, 13 studentů (9 %) je to diskriminace kuřáků a 11 studentů (7 %) nemám názor.

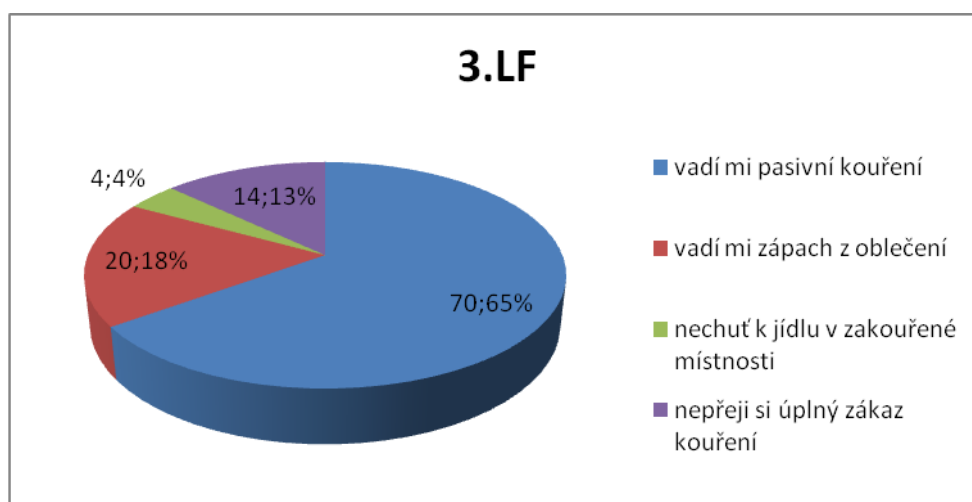
**Graf 56: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, jak se staví k úplnému zákazu kouření v restauracích**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jak se staví k úplnému zákazu kouření v restauracích, odpovědělo 78 % respondentů, je to správná věc, 8 % nesouhlasím s tím, 6 % je to diskriminace kuřáků, 8 % nemám názor. Na VŠE odpovědělo 79 % respondentů je to správná věc, 5 % nesouhlasím s tím, 9 % je to diskriminace kuřáků, 7 % nemám názor.

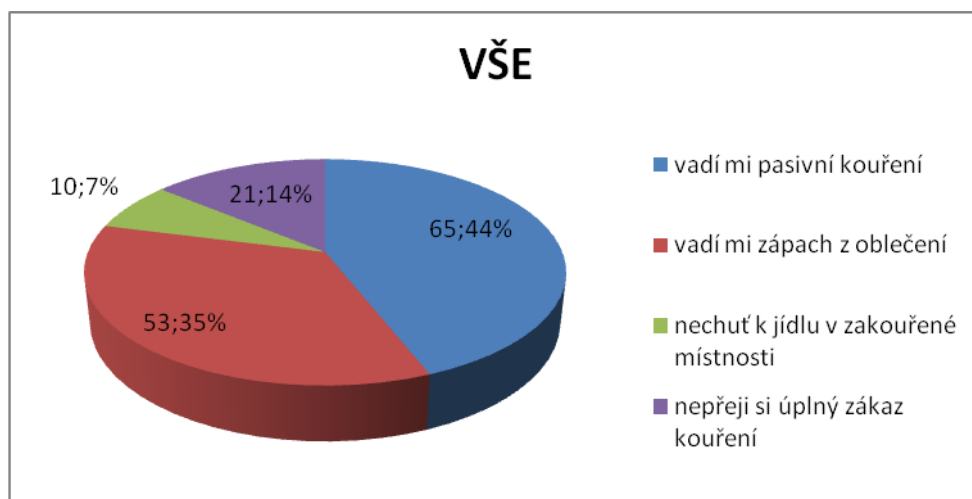
**Graf 57: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, z jakého důvodu by si přáli úplný zákaz kouření v restauracích**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, z jakého důvodu by si přáli úplný zákaz kouření v restauracích, odpovědělo 70 studentů (65 %) vadí mi pasivní kouření, 20 studentů (18 %) vadí mi druhý den zápach z oblečení, 4 studenti (4 %) nechutí k jídlu v zakouřené místnosti a 14 studentů (13 %) nepřeji si úplný zákaz kouření.

**Graf 58: Rozložení odpovědí studentů VŠE, z jakého důvodu by si přáli úplný zákaz kouření v restauracích**

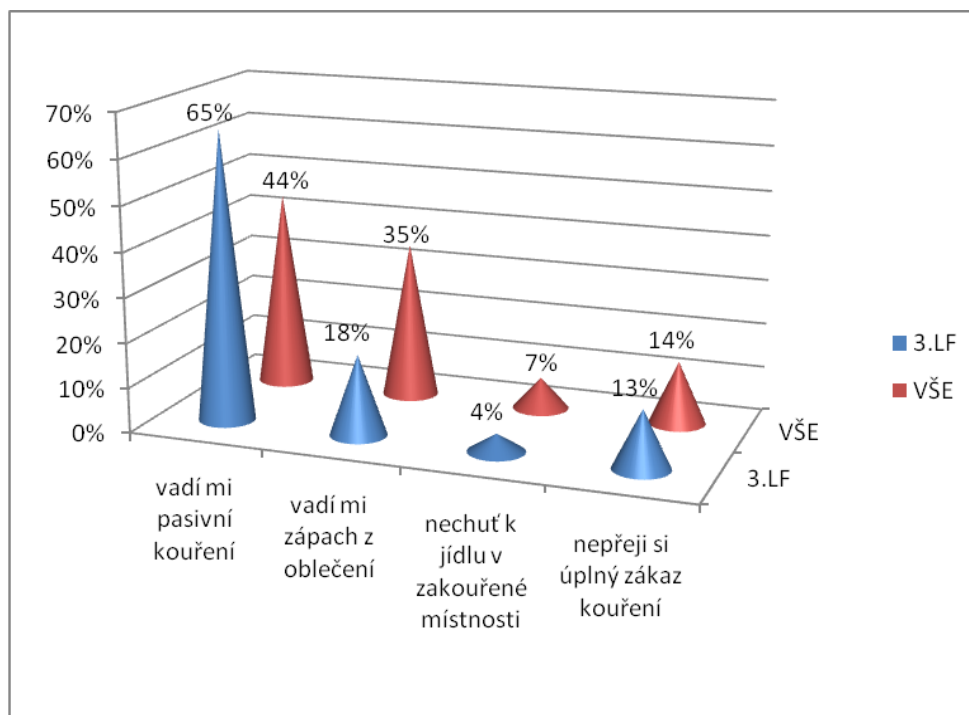


Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, z jakého důvodu by si přáli úplný zákaz kouření v restauracích, odpovědělo 65 studentů (44 %) vadí mi pasivní kouření, 53 studentů (35 %) vadí mi druhý den zápach z oblečení, 10 studentů (7 %) nechutí k jídlu v zakouřené místnosti a 21 studentů (14 %) nepřeji si úplný zákaz kouření.



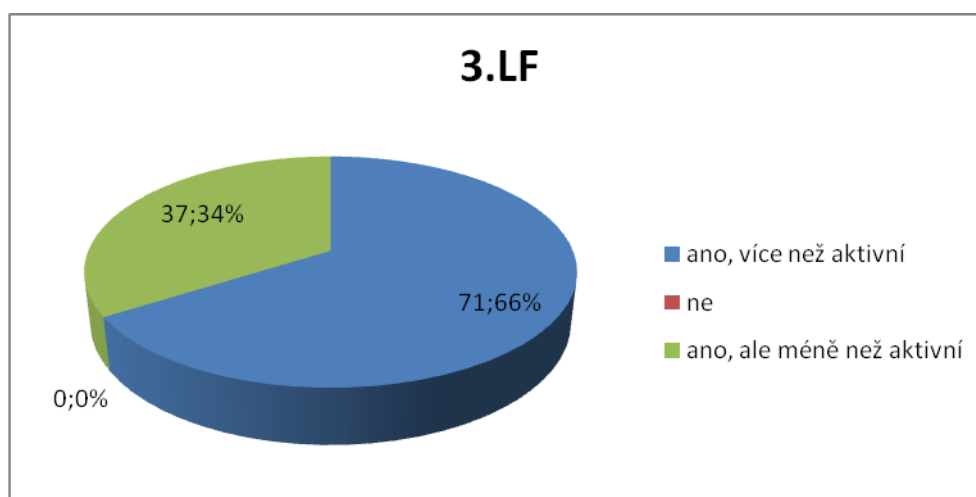
**Graf 59: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, z jakého důvodu by si přáli úplný zákaz kouření v restauracích**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, z jakého důvodu si přejí úplný zákaz kouření v restauracích, odpovědělo 65 % respondentů vadí mi pasivní kouření, 18 % vadí mi druhý den zápach z oblečení, 4 % nechutí k jídlu v zakouřené místnosti, 13 % nepřeji si úplný zákaz kouření. Na VŠE odpovědělo 44 % respondentů vadí mi pasivní kouření, 35 % vadí mi druhý den zápach z oblečení, 7 % nechutí k jídlu v zakouřené místnosti, 14 % nepřeji si úplný zákaz kouření.

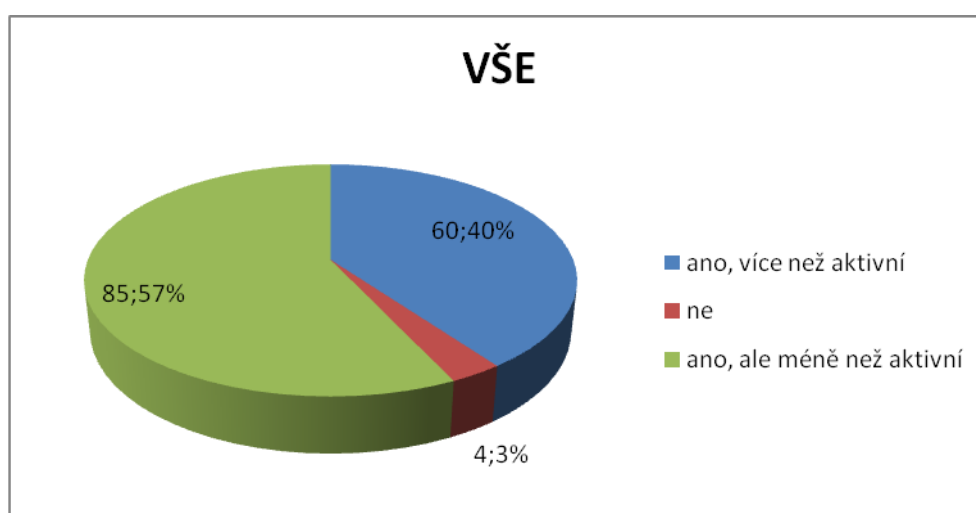
**Graf 60: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda považují pasivní kouření za škodlivé**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda považují pasivní kouření za škodlivé, odpovědělo 71 studentů (66 %) ano, více než aktivní, 37 studentů (34 %) ano, ale méně než aktivní. Nikdo ze studentů neuvedl odpověď ne.

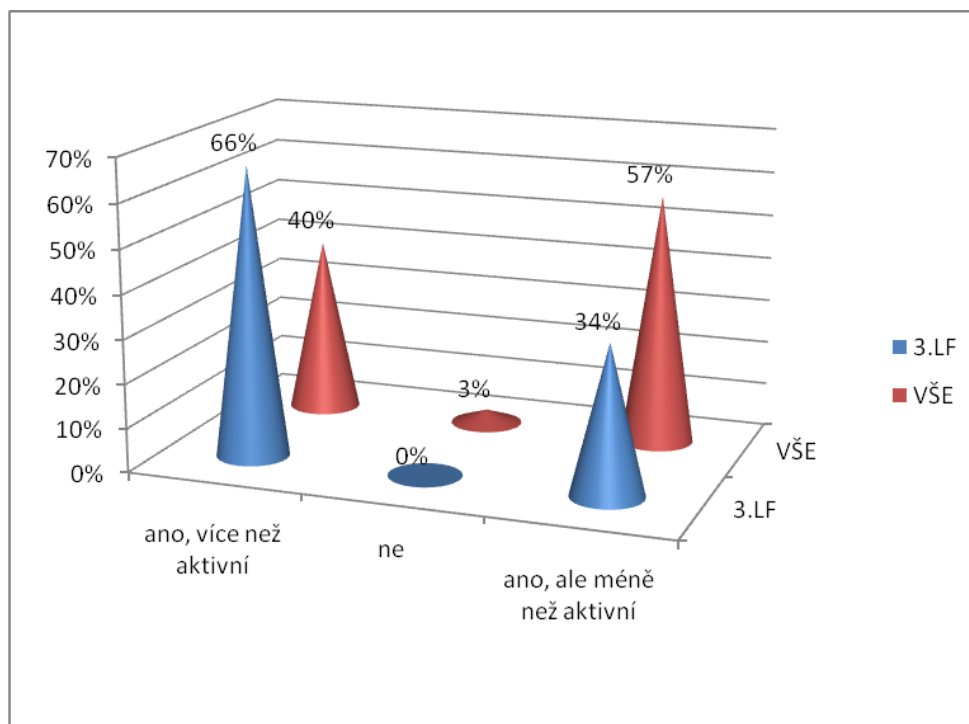
**Graf 61: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda považují pasivní kouření za škodlivé**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda považují pasivní kouření za škodlivé, odpovědělo 60 studentů (40 %) ano, více než aktivní, 4 studenti (3 %) ne a 85 studentů (57 %) ano, ale méně než aktivní.

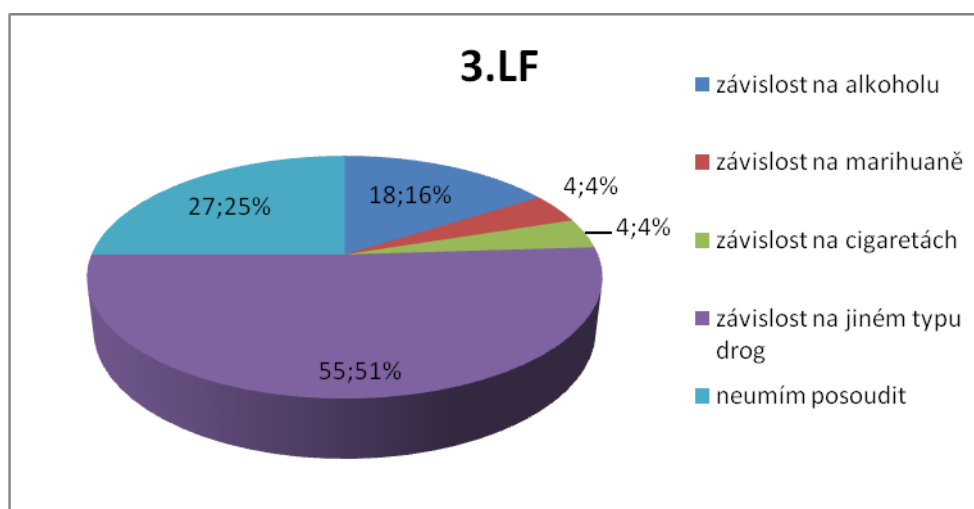
**Graf 62: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda považují pasivní kouření za škodlivé**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda považují pasivní kouření za škodlivé, odpovědělo 66 % respondentů ano, více než aktivní, 0 % ne a 34 % ano, ale méně než aktivní. Na VŠE odpovědělo 40 % respondentů ano, více než aktivní, 3 % ne a 57 % ano, ale méně než aktivní.

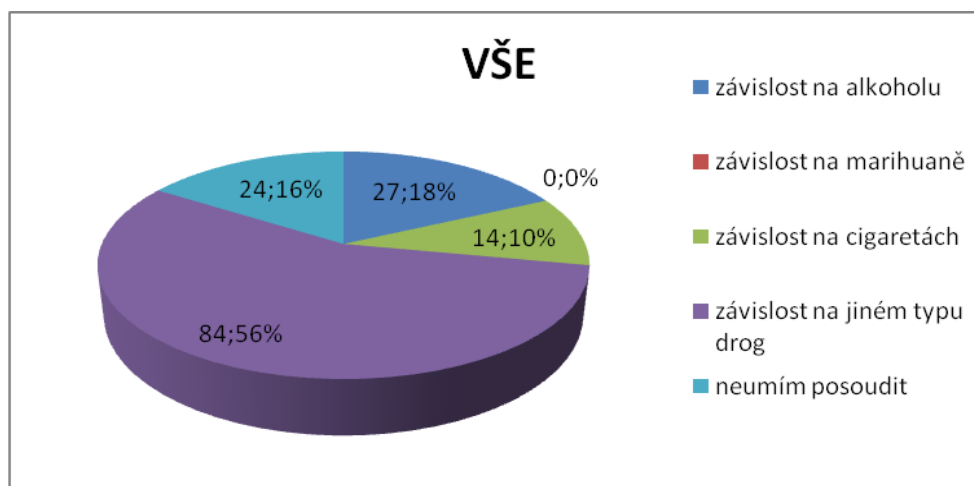
**Graf 63: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, jaký je dle jejich názoru nejzávažnější typ závislosti**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jaký je dle tvého názoru nejzávažnější typ závislosti, odpovědělo 18 studentů (16 %) závislost na alkoholu, 4 studenti (4 %) závislost na marihuaně, 4 studenti (4 %) závislost na cigaretách, 55 studentů (51 %) závislost na jiném typu drog, 27 studentů (25 %) neumím posoudit.

**Graf 64: Rozložení odpovědí studentů VŠE, jaký je dle jejich názoru nejzávažnější typ závislosti**

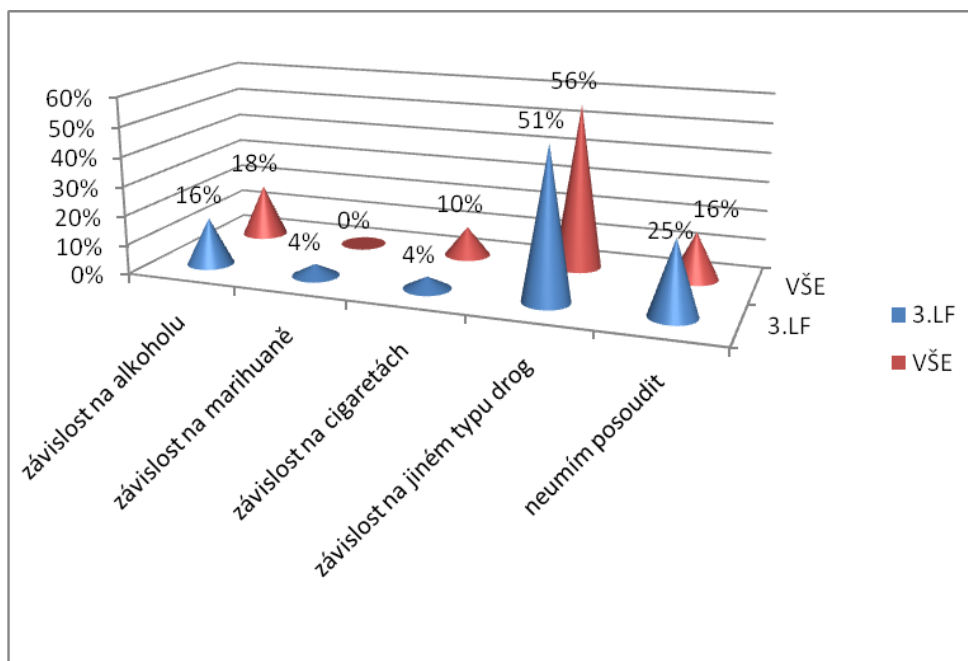


Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, jaký je dle tvého názoru nejzávažnější typ závislosti, odpovědělo 27 studentů (18 %) závislost na alkoholu, 14 studentů (10 %) závislost na cigaretách, 84 studentů (56 %) závislost na jiném typu drog, 24

studentů (16 %) neumím posoudit, nikdo ze studentů neuvedl závislost na marihuaně.

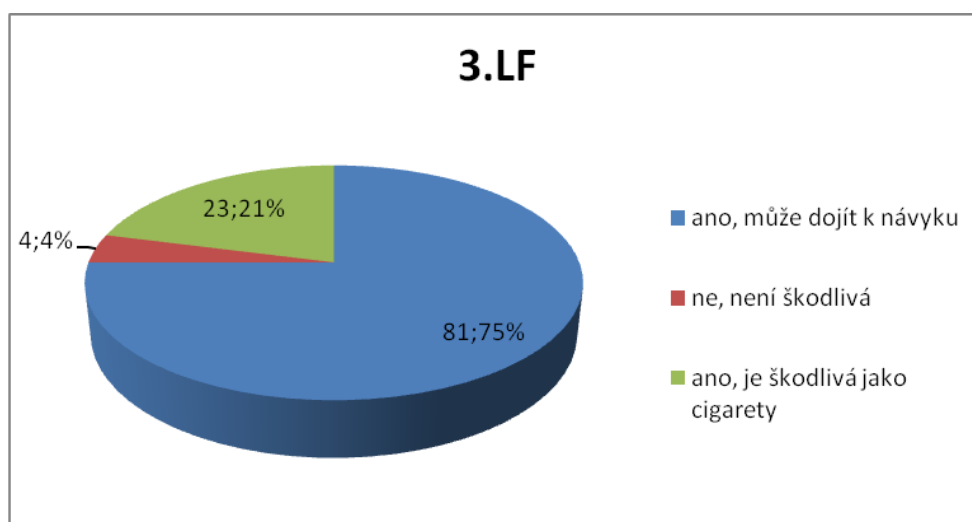
**Graf 65: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, jaký je dle jejich názoru nejzávažnější typ závislosti**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jaký je dle tvého názoru nejzávažnější typ závislosti, odpovědělo 16 % respondentů závislost na alkoholu, 4 % závislost na marihuaně, 4 % závislost na cigaretách, 51 % závislost na jiném typu drog, 25 % neumím posoudit. Na VŠE odpovědělo 18 % respondentů závislost na alkoholu, 0 % závislost na marihuaně, 10 % závislost na cigaretách, 56 % závislost na jiném typu drog, 16 % neumím posoudit.

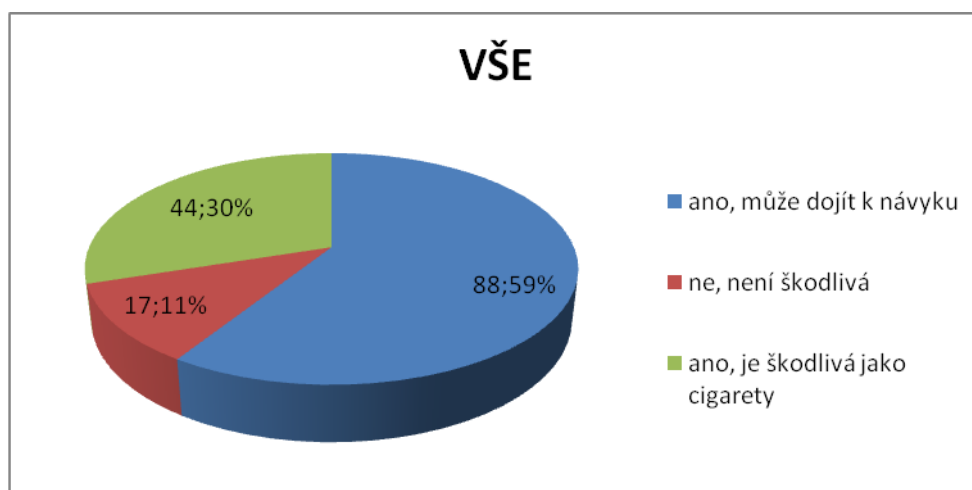
**Graf 66: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda považují kouření marihuany za škodlivé**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda považují kouření marihuany za škodlivé, odpovědělo 81 studentů (75 %) ano, může dojít k návyku, 4 studenti (4 %) ne, není škodlivá a 23 studentů (21 %) ano, je škodlivá jako cigarety.

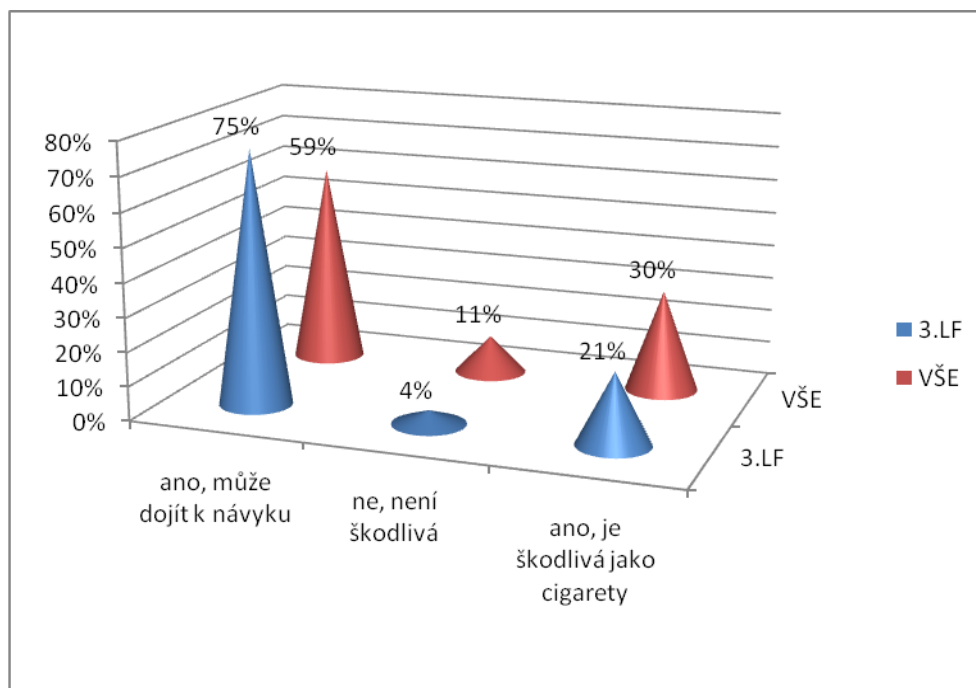
**Graf 67: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda považují kouření marihuany za škodlivé**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda považují kouření marihuany za škodlivé, odpovědělo 88 studentů (59 %) ano, může dojít k návyku, 17 studentů (11 %) ne, není škodlivá a 44 studentů (30 %) ano, je škodlivá jako cigarety.

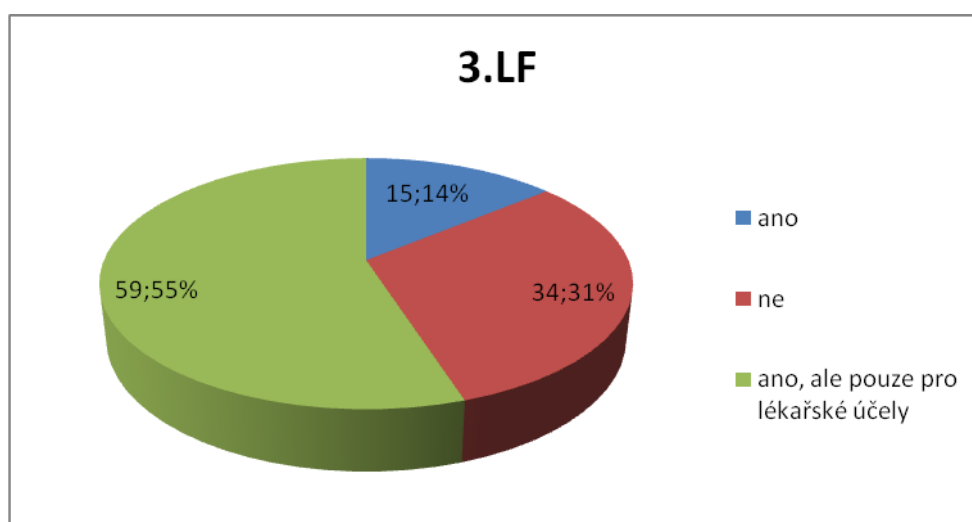
**Graf 68: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda považují kouření marihuany za škodlivé**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda považují kouření marihuany za škodlivé, odpovědělo 75 % respondentů ano, může dojít k návyku, 4 % ne, není škodlivá, 21 % ano, je škodlivá jako cigarety. Na VŠE odpovědělo 59 % respondentů ano, může dojít k návyku, 11 % ne, není škodlivá, 30 % ano, je škodlivá jako cigarety.

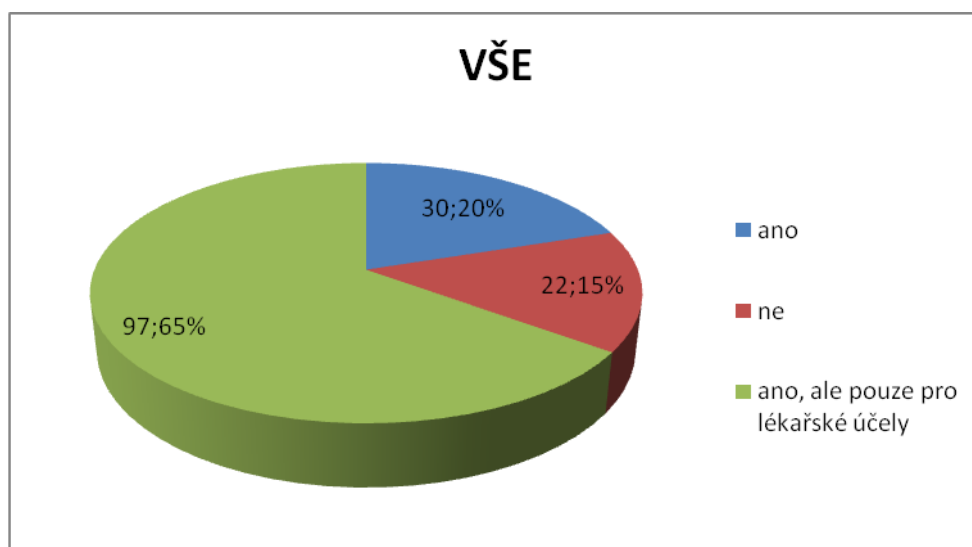
**Graf 69: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, zda souhlasí s legalizací marihuany**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda souhlasí s legalizací marihuany, odpovědělo 15 studentů (14 %) ano, 34 studentů (31 %) ne a 59 studentů (55 %) ano, ale pouze pro lékařské účely.

**Graf 70: Rozložení odpovědí studentů VŠE, zda souhlasí s legalizací marihuany**

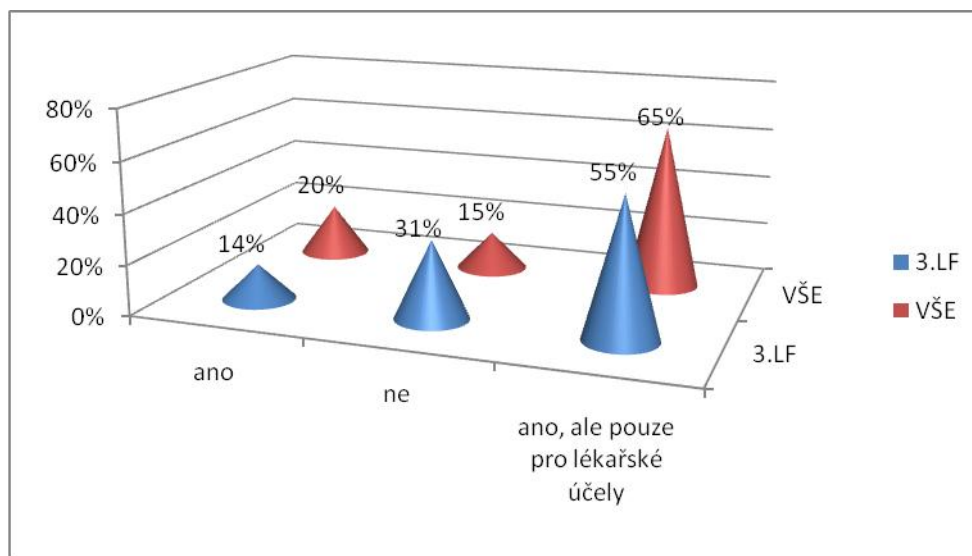


Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, zda souhlasí s legalizací marihuany, odpovědělo 30 studentů (20 %) ano, 22 studentů (15 %) ne a 97 studentů (65 %) ano, ale pouze pro lékařské účely.



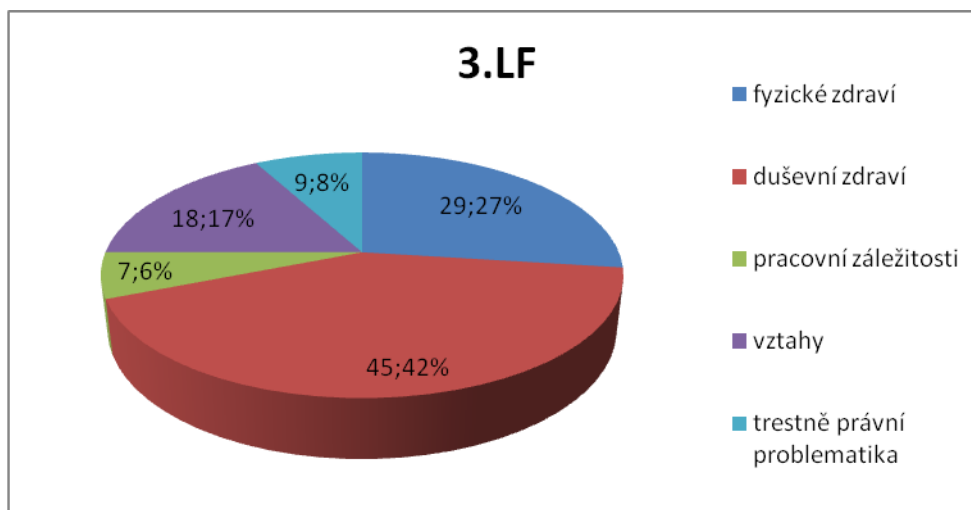
**Graf 71: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, zda souhlasí s legalizací marihuany**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, zda souhlasí s legalizací marihuany, odpovědělo 14 % respondentů ano, 31 % ne a 55 % ano, ale pouze pro lékařské účely. Na VŠE odpovědělo 20 % respondentů ano, 15 % ne a 65 % ano, ale pouze pro lékařské účely.

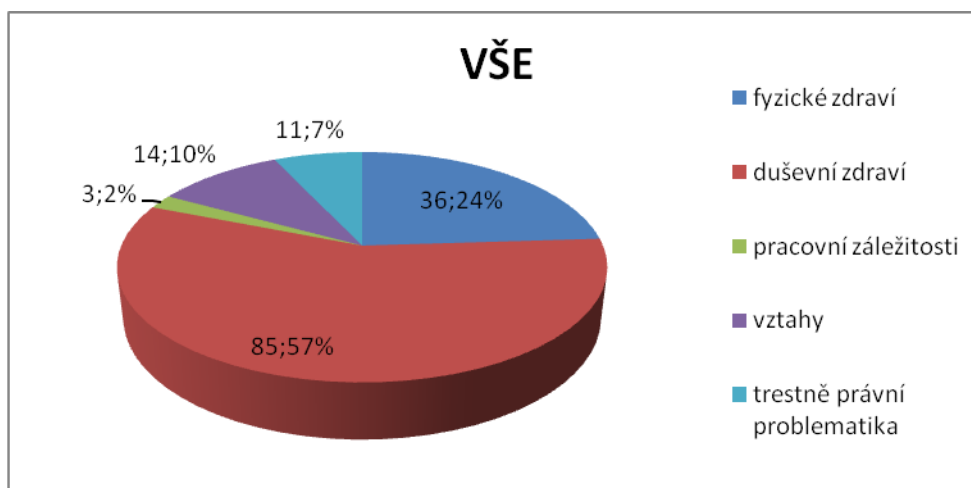
**Graf 72: Rozložení odpovědí studentů 3. LF, na co především má dopad problematika závislostí**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, jaký především má dopad problematika závislostí, odpovědělo 29 studentů (27 %) fyzické zdraví, 45 studentů (42 %) duševní zdraví, 7 studentů (6 %) pracovní záležitosti, 18 studentů (17 %) vztahy a 9 studentů (8 %) trestně právní problematika.

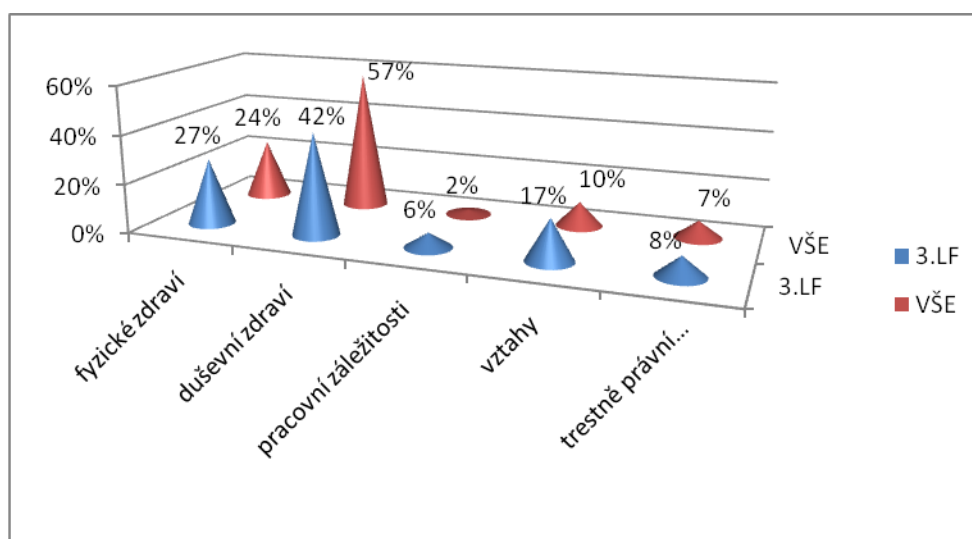
**Graf 73: Rozložení odpovědí studentů VŠE, na co především má dopad problematika závislostí**



Zdroj: vlastní výzkum

Na VŠE na otázku, jaký především má dopad problematika závislostí, odpovědělo 36 studentů (24 %) fyzické zdraví, 85 studentů (57 %) duševní zdraví, 3 studenti (2 %) pracovní záležitosti, 14 studentů (10 %) vztahy a 11 studentů (7 %) trestně právní problematika.

**Graf 74: Srovnání odpovědí studentů obou fakult, na co především má dopad problematika závislostí**



Zdroj: vlastní výzkum

Na 3. LF na otázku, na co především má dopad problematika závislostí, odpovědělo 27 % respondentů na fyzické zdraví, 42 % duševní zdraví, 6 % pracovní záležitosti, 17 % vztahy, 8 % trestně právní problematiku. Na VŠE odpovědělo 24 % respondentů fyzické zdraví, 57 % duševní zdraví, 2 % pracovní záležitosti, 10 % vztahy a 7 % trestně právní problematika.

#### 4.1. Testování hypotéz pomocí Testu o hodnotě parametru $\pi$ alternativního rozdělení

1. Hypotézy

$$H_0: \bar{d} = 0,5$$

$$H_{1,2,3}: \bar{d} > 0,5$$

2. Kritický obor

$$U \geq 1,645 - \text{hypotéza bude potvrzena}$$

3. Testované kritérium

$$U = \frac{p - \pi}{\sqrt{\pi * (1 - \pi)}} * \sqrt{n}$$

**Test hypotézy č. 1 u 3. lékařské fakulty:**

$$p = 0,78$$

$$n = 108$$

$$U = \frac{0,78 - 0,5}{\sqrt{0,5 * (1 - 0,5)}} * \sqrt{108}$$

$$U = 5,818 - \text{hypotéza je potvrzena}$$

**Test hypotézy č. 1 u Vysoké školy ekonomické:**

$$p = 0,79$$

$$n = 149$$

$$U = \frac{0,79 - 0,5}{\sqrt{0,5 * (1 - 0,5)}} * \sqrt{149}$$

$$U = 7,076 - \text{hypotéza je potvrzena}$$

**Test hypotézy č. 2 u 3. lékařské fakulty:**

$$p = 0,12$$

$$n = 108$$

$$U = \frac{0,12 - 0,5}{\sqrt{0,5 * (1 - 0,5)}} * \sqrt{108}$$

$U = -7,896$  – hypotéza je zamítnuta

**Test hypotézy č. 2 u Vysoké školy ekonomické:**

$$p = 0,08$$

$$n = 149$$

$$U = \frac{0,08-0,5}{\sqrt{0,5*(1-0,5)}}*\sqrt{149}$$

$U = -10,248$  – hypotéza je zamítnuta

**Test hypotéza č. 3 u 3. lékařské fakulty:**

$$p = 0,8$$

$$n = 108$$

$$U = \frac{0,8-0,5}{\sqrt{0,5*(1-0,5)}}*\sqrt{108}$$

$U = 6,234$  – hypotéza je potvrzena

**Test hypotéza č. 3 u Vysoké školy ekonomické:**

$$p = 0,76$$

$$n = 149$$

$$U = \frac{0,76-0,5}{\sqrt{0,5*(1-0,5)}}*\sqrt{149}$$

$U = 6,344$  – hypotéza je potvrzena

## 5. Diskuze

Cílem práce bylo zmapování a srovnání názorů studentů 3. lékařské fakulty a Vysoké školy ekonomické na problematiku závislosti.

Úvodní dvě otázky zjišťovaly pohlaví a věk respondentů. U dvou fakult bylo procentuální zastoupení žen vyšší než mužů. Především na 3. lékařské fakultě je převaha žen zřejmá. Tento jev je dán opravdu vyšším procentem studujících žen dané obory na 3. lékařské fakultě.

Průměrný věk respondentů 3. lékařské fakulty je 22 let, průměrný věk studentů Vysoké školy ekonomické je 24 let.

Dalšími otázkami dotazníku byly již zjišťovány osobní zkušenosti s omamnými a psychotropními látkami, názory na problematiku závislosti a informovanost studentů ohledně této problematiky.

4. až 8. otázka se věnovala problematice kouření. Pravidelnými kuřáky je 21 % studentů 3. lékařské fakulty a 9 % studentů Vysoké školy ekonomické. Přesto, že studenti 3. LF jsou díky svému zaměření studia daleko více obeznámeni s negativními zdravotními dopady kouření, je v jejich řadách o 12 % kuřáků více.

Nejčastěji zmiňovaný věk, v kolika letech začali studenti kouřit, je u studentů 3. lékařské fakulty 15 let a u studentů Vysoké školy ekonomické 18 let. 26 % kuřáků se zdravotnickým zaměřením již považuje kuřáctví u sebe za závislost na nikotinu. Studenti s ekonomickým vzděláním, kteří kouří, jsou k sobě kritičtější více než studenti 3. LF a považují u sebe kuřáctví již za závislost na nikotinu v 31 %. V průměru vykouří studenti 3. LF 5 cigaret denně a studenti VŠE 3 cigarety denně.

Studentům, kteří sami kouří, by nevadil partner kuřák. Nekuřáci si přejí, aby jejich partner byl nekuřák. Přesto se vyskytlo 8 % nekuřáků z 3. lékařské fakulty a 18 % nekuřáků z Vysoké školy ekonomické, kteří by tolerovali partnerovi kouření.

U otázky „měl jsi už alespoň 1x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou“, odpověděli studenti z obou fakult téměř shodně. 63 % studentů 3. LF

odpovědělo ano a stejná odpověď zazněla i u studentů VŠE v 62 %. Domnívám se, že je to trend dnešní doby, kdy drogy a především marihuana jsou snadno dostupné. Studenti drogu vyzkoušejí, ale pravidelnými uživateli nejsou.

Nejčastěji uváděný věk prvního kontaktu s omamnou a psychotropní látkou je na obou fakultách 16 let. Toto je období, kdy se studenti pohybovali na středních školách. Střední škola se dá považovat za rizikové prostředí, kde dochází ke kontaktu s omamnými a psychotropními látkami.

Dle výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008 stoupá počet lidí, kteří mají alespoň jedenkrát za život zkušenost s konopnými látkami. (34) Nejčastěji zmiňovanou omamnou a psychotropní látkou, se kterou měli respondenti alespoň jedenkrát zkušenost, byla právě marihuana, po které následoval hašiš. Na obou stranách byly ještě shodně zmiňovány stimulační drogy - LSD a extáze, halucinogenní houby – lysohlávkvy a v jednom případě se vyskytla i zmínka o pervitinu, a to u studenta 3. LF, a kokainu u studenta VŠE.

Na otázku, zda pravidelně užívají nějakou omamnou a psychotropní látku, odpověděli studenti 3. lékařské fakulty v 97 % ne a studenti Vysoké školy ekonomické dokonce ve 100 % ne. 3% respondentů z 3. LF, kteří uvedli, že pravidelně užívají omamnou a psychotropní látku, označili za tuto látku alkohol.

Užívání drog je nepřímo úměrné dosaženému vzdělání. Počet léčených uživatelů drog je v populaci vysokoškoláků zanedbatelný. (56)

U otázky č. 12 „jakým způsobem užíváš omamnou a psychotropní látku“, uvedli respondenti z 3. lékařské fakulty v 81 %, že žádnou neužívají, 14 % uvedlo, že kouří a 5 % ji užívá perorálně. 84 % studentů z Vysoké školy ekonomické uvedlo, že žádnou neužívá, 9 % ji kouří a 7 % ji užívá perorálně.

Pokud jde o to, jak často užívají respondenti omamnou a psychotropní látku, nejčastěji zazněla odpověď „žádnou neužívám“ u studentů obou fakult. Dále následovala odpověď „několikrát do roka“ a „jedenkrát do týdne.“

V odpovědích na otázku, zda rozlišují mezi měkkými a tvrdými drogami, se respondenti lišili. Studenti VŠE více rozlišují mezi drogami než studenti 3. LF (61 % oproti 37 %). Naopak 52 % studentů 3. LF považuje všechny drogy za

nebezpečné, tuto odpověď uvedlo na VŠE 30 % studentů. Domnívám se, že studenti 3. lékařské fakulty uvedli častěji odpověď, že všechny drogy jsou nebezpečné, protože si více než studenti Vysoké školy ekonomické uvědomují negativní dopady tzv. „měkkých“ drog a jejich nebezpečnost, která bývá často společností podceňována.

U otázky, zda by studentům vadilo, že jejich partner kouří marihuanu, se nejčastěji objevila odpověď ano, a to u 84 % studentů z 3. lékařské fakulty a 60 % studentů z Vysoké školy ekonomické. Shodně v 7 % odpověděli respondenti, že by jim to nevadilo. A pokud jde o toleranci, větší projevíli studenti VŠE – v 33 % oproti 9 % u studentů 3. LF. Větší tolerance u studentů s ekonomickým zaměřením je možná dána tím, že si studenti s ekonomickým zaměřením tolik neuvědomují, že negativní dopady kouření marihuany jsou značné.

Šestnáctou otázkou byl zjišťován postoj k problematice užívání omamných a psychotropních látek. Větší tolerance k užívání omamných a psychotropních látek je ze strany studentů ekonomického zaměření, studenti zdravotnického zaměření tuto činnost ve vyšším procentu odsuzují. Nezanedbatelné procento studentů z obou skupin odpovědělo, že si myslí, že občasné užití není špatné. 4 % studentů z 3. LF si myslí, že je to běžná věc, a stejnou odpověď zvolilo i 5 % studentů z VŠE. Pokud jde o motivaci, proč člověk začne užívat omamné a psychotropní látky, respondenti se shodují, že je to především touha po poznání něčeho nového, dále začlenění do party, řešení osobního problému a až na konci je neznalost následků užití omamné a psychotropní látky. Podle Vaníčkové děti a mladiství, kteří již nezůstali u jedné aplikace drogy a zkoušejí různé typy drog, byli zasaženi sociálními toxiny. (60)

Na otázku č. osmnáct měli respondenti uvést vlastní názor, jaké zdravotní dopady má užívání drog. U studentů zdravotnického zaměření byla největší skupina respondentů, kteří konkrétně vypisovali jednotlivé dopady na lidské orgány, především poškození jater, plic, ledvin, mozku a také neopomněli riziko přenosu infekcí. Pak se dala ještě v odpovědích vysledovat druhá skupina respondentů, která již byla menší. Ti pojali tuto otázku více globálněji, jejich



odpovědi vyzněly ve smyslu celkové destrukce organismu a rozkladu psychiky. U studentů s ekonomickým zaměřením byl způsob zodpovězení této otázky spíše opačný. Bylo zde více respondentů, kteří odpovídali obecně, že dochází k poškození organismu, a především kladli důraz na psychiku a její rozklad. Menší počet studentů byl přesnější ve vyjádření poškození konkrétních orgánů, například jater, ledvin, plic. Velmi malý počet studentů s ekonomickým zaměřením se zmínil i o riziku přenosu infekčních chorob.

Volné odpovědi byly i u otázky č. 19 „jaké sociální dopady má dle tvého názoru užívání drog.“ Studenti 3. lékařské fakulty nejčastěji uváděli vyčlenění ze společnosti, především ztráta přátel, rodiny a práce, na druhém místě byla zmiňována kriminalita a degradace společnosti. V malé skupině odpovědí byly uvedeny negativní ekonomické dopady na celou společnost. U studentů Vysoké školy ekonomické také převážily odpovědi typu vyloučení z „běžné“ společnosti, ztráta přátel, blízkých a rodiny. Ve větší míře se ale soustředily na vznik nových „sociálních“ vztahů v nově vzniklé komunitě. Kriminalita a ekonomické dopady tvořily velice úzkou skupinu odpovědí u malého množství respondentů. Celkově se dá říci, že i u této otázky měli studenti VŠE více obecné odpovědi než studenti 3. LF. Domnívám se, že i zde je to je v důsledku zaměření studia. Studenti 3. lékařské fakulty jsou více orientováni a zaměřeni na tuto problematiku v rámci výuky na škole než studenti Vysoké školy ekonomické. Podle Studničkové žije jedna třetina nově i všech evidovaných léčených uživatelů drog s rodiči. Mezi všemi i nově evidovanými uživateli drog má stálé bydliště jen 45,3 % lidí. Od roku 2006 se zvyšuje každoročně podíl bezdomovců mezi uživateli drog. Stálé zaměstnání má pouze 16 % všech léčených uživatelů drog. 47,8 % všech klientů má pouze základní či nedokončené základní vzdělání. (57)

V otázce číslo dvacet jsem se ptala, zda respondenti znají někoho ve svém okolí, kdo je závislý, možnost zde byla vybrat i více odpovědí. Nejčtenější odpovědi na obou fakultách byla odpověď – závislost na cigaretách. Závislost na alkoholu a marihuaně byla shodně na obou fakultách označena na druhém místě, ani jedna z těchto závislostí nezaznamenala větší rozdíl oproti druhé. Pokud jde o

jiný druh závislosti, byla uváděna především závislost na pervitinu. Objevila se i zmínka o závislosti na práci a počítačích. Přesto, že to byly ojedinělé odpovědi, je vidět, že se objevuje nový fenomén, který studenti vnímají. Dříve neexistovala závislost na počítačích, protože jednoduše počítače nebyly. Workoholismus je také poměrně nový pojem posledních 20 let.

V další otázce jsem se ptala, kam by se respondenti obrátili, pokud by potřebovali vyhledat poradenství ohledně zneužívání omamných a psychotropních látek. Studenti 3. lékařské fakulty nejčastěji zmiňovali K – centrum a nadaci Drop In. Hojně byly i odpovědi - vyhledal(a) bych si to na internetu podle situace, lékař či nějaká léčebna (nejčastěji vzpomínaná byla léčebna v Bohnicích). U několika studentů jsem zaznamenala i odpověď, že nemají představu, a tedy neví. Studenti Vysoké školy ekonomické pojali odpovědi opět zjednodušeněji, odpovídali nejčastěji pouze ano či ne, kdy odpověď ano měla převahu nad odpovědí ne. Třetí nejčastější odpovědí bylo vyhledání kontaktu na internetu. Pouze patnáct studentů s ekonomickým zaměřením jmenovalo konkrétní poradnu (opět zmiňovali nadaci Drop In a K – centrum). Domnívám se, že tyto rozdíly v odpovědích jsou dány typem studia a blízkostí tohoto tématu spíše studentům zaměřením zdravotnickým, než s ekonomickým.

Otázky č. 22 a č. 23 si byly podobné, první otázkou jsem zjišťovala, zda by studenti navázali partnerský vztah s člověkem, který je závislý na drogách. Druhou jsem se ptala, zda by navázali partnerský vztah s osobou, která byla závislá na drogách a aktuálně abstínuje. Odpovědi studentů se v tomto případě od sebe příliš nelišily. Na otázku č. 22 odpovědělo 73 % respondentů z 3. LF a 72 % z VŠE, že ne, protože tyto lidi kategoricky odmítají. Odpověď „ano, nevadilo by mi to“, nebyla zmíněna ani jedním respondentem. V otázce č. 23 také nezazněla často odpověď „ano, je to již za ním.“ Pouze v 12 % na 3. LF a v 8 % na VŠE. Více převažovaly obavy, že do závislosti spadne ten dotyčný znovu, tuto odpověď uvedlo 51 % studentů 3. LF a 54 % studentů VŠE. Nerozhodných v odpovědi bylo 37 % studentů z 3. lékařské fakulty a 38 % respondentů z Vysoké školy ekonomické. Z odpovědí vyplývá, že si studenti uvědomují, že závislost je nemoc

a nese s sebou komplikace po celý život.

Dvacátou čtvrtou otázkou jsem se ptala, zda dotazovaní souhlasí s financováním zdravotních a sociálních služeb. Zde se názory respondentů se zdravotním a ekonomickým zaměřením rozcházel. 51 % studentů 3. lékařské fakulty si myslí, že je to správná věc, 9 % odpovědělo, že nesouhlasí, že by se každý měl postarat sám o sebe, 36 % souhlasí, ale zároveň si myslí, že více peněz by mělo připadnout na zdravotní péči a 4 % souhlasí, ale myslí si, že více financí by mělo jít na sociální služby. Studenti Vysoké školy ekonomické odpovídali v 32 %, že je to správná věc, 19 % nesouhlasí, 5% souhlasí a domnívá se, že by mělo jít více peněz na zdravotní péči a 44 % souhlasí, ale myslí si, že by mělo více financí připadnout na sociální služby. Myslím si, že studenti 3. LF považují za důležité, aby více financí šlo na zdravotní péči z důvodů toho, že se sami v prostředí zdravotnictví pohybují a mohou tak snáze vidět nedostatky ve zdravotní péči v důsledku chybějících peněz. Samozřejmě ani jim by neměla být cizí oblast sociálních služeb.

Otázka č. 25 byla zaměřena na znalost studentů, co je výměnný injekční program. Respondenti měli odpovědět vlastními slovy. I zde jsem předpokládala rozdíly ve znalosti studentů, které se potvrdily. Studenti se zdravotnickým zaměřením odpověděli v 98 případech ze 108 správně. Popis výměnného injekčního programu se od sebe lišil podle individuálního přístupu každého z respondentů, ale podstata odpovědí byla správná. Studenti s ekonomickým zaměřením dokázali na tuto otázku odpovědět ve správném znění jen v 50 %. Zbytek napsal, že neví, co to je za program, že nemají tušení a nikdy to neslyšeli.

Výměnný program stříkaček a jehel je jednou ze služeb, které nabízejí K - centra v rámci harm reduction. Injekční uživatel drog má možnost si vyměnit použité jehly za sterilní. Argumentem pro výměnu injekčního náčiní je prevence šíření infekčních onemocnění. (33) Podle Studničkové bylo v roce 2010 vydáno přes 4 715 882 nových stříkaček a jehel v rámci výměnného programu v celé České republice. Odhad roční prevalence problémových uživatelů drog je asi 30 300 injekčních uživatelů drog. Pokud by každý z injekčních uživatelů drog

teoreticky potřeboval jednu sterilní stříkačku denně, uvedený počet 4 715 882 kusů by nestačil ani pro polovinu všech injekčních uživatelů drog. (57)

Pokud jde o postoj k narkomanům, studenti 3. LF odpověděli v 9 %, že se jich štítí a raději se otočí, 20 % je lituje, 40 % se jim snaží vyhnout, 5 % by jim chtělo nějakým způsobem pomoci a 26 % se k nim chová nevšímavě. U studentů Vysoké školy ekonomické byly odpovědi rozvrženy takto: 13 % se jich štítí a raději se otočí, 7 % je lituje, 49 % se jim snaží vyhnout, nikdo ze studentů VŠE nemá potřebu pomoci a 31 % se o ně nezajímá, nevšímá si jich. Nejvyšší procento studentů uvedlo odpověď, že se snaží narkomanům vyhnout, aby jim nic neudělali. Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 se uživatelé drog podílejí na 74 000 trestných činů za rok (což je asi pětina všech zjištěných trestných činů v České republice). Nejčastějšími trestnými činy uživatelů drog jsou krádeže. (35)

Dvacátou sedmou otázkou jsem chtěla otestovat dotazované, zda znají, jaké potencionální infekční nemoci hrozí, pokud se poraní o použitou injekční jehlu. Nejvíce byla uváděna oběma skupinami studentů virová hepatitida typu C, dále následovalo HIV a virová hepatitida B. Virová hepatitida typu A byla studenty VŠE zmíněna častěji než studenty 3. LF.

Otázka č. 28 byla opět na respondentech, aby vypsali, koho kontaktují, pokud se poraní o použitou injekční jehlu. Zde byly odpovědi také velice jednoznačné u obou skupin. Téměř všichni uvedli, že by kontaktovali lékaře, popřípadě infekční oddělení v nemocnici. U poloviny všech dotazovaných byla na druhém místě uvedena policie. Poranění se o použitou injekční jehlu nese riziko přenosu infekčních nemocí.

Podle výroční zprávy Hygienické stanice hlavního města Prahy v roce 2010 bylo evidováno 862 případů VHA, z nichž 74 připadlo na osoby s rizikovým chováním a 57 na injekční narkomany. Injekční uživatelé drog tvoří jednu čtvrtinu nemocných v absolutním počtu virových hepatitid typu B v České republice. V roce 2010 bylo evidováno 244 akutních virových hepatitid typu B, z nichž 113 osob bylo s rizikovým chováním a 70 osob injekčních narkomanů. Počet

chronických onemocnění se v celkovém počtu osob snížil na 130, u injekčních uživatelů drog došlo k poklesu na 9 osob oproti roku 2009, kdy bylo evidováno 20 osob. 19 osob spadá do skupiny s rizikovým chováním. VHC v České republice tvoří 2/3 všech nemocných injekčních uživatelů drog. V roce 2010 byl zaznamenán pokles případů oproti roku 2008 i 2009, jak u akutní tak i chronické formy, v celkovém počtu onemocnění i u nemocných injekčních uživatelů drog. Akutní virovou hepatitidou typu C v roce 2010 trpělo celkem 114 osob, z nichž 75 se zařadilo do skupiny s rizikovým chováním, 67 osob byli injekční narkomani. Chronickou virovou hepatitidou typu C trpělo v roce 2010 celkem 595 osob, 399 osob patřilo do skupiny s rizikovým chováním a 372 osob bylo injekčních narkomanů. Ke dni 31. 12. 2010 bylo v České republice evidováno celkem 1 522 HIV pozitivních osob. U 70 osob s infekcí HIV bylo prokázáno, že jsou injekční uživatelé drog. (57)

K předchozím otázkám ohledně poranění o použitou injekční jehlu a o riziku přenosu infekčních nemocí se nabízela položit respondentům otázka č. 29, zda souhlasí s výměnným programem injekčního materiálu. Vysoké procento odpovědí ano, zabráníme tak šíření infekčních nemocí, ukazuje na uvědomělost studentů z obou vysokých škol (80 % u studentů 3. LF a 72 % u studentů VŠE). Přesto 20 % respondentů 3. LF si myslí, že je to plýtvání penězi, které by se daly využít jiným způsobem. Stejnou odpověď zvolilo i 24 % respondentů VŠE.

Otázky č. 30 a č. 31 byly zaměřeny na kuřáctví a postoj k němu. Zjišťovala jsem, zda by si respondenti přáli úplný zákaz kouření v restauracích a proč. Studenti mají téměř totožný názor na úplný zákaz kouření v restauracích, 78 % respondentů 3. LF se domnívá, že je to správná věc, stejnou odpověď uvedlo i 79 % studentů VŠE. Nesouhlasilo by s tím 8 % studentů z 3. LF a 6 % si dokonce myslí, že je to diskriminace kuřáků. Na Vysoké škole ekonomické projevilo nesouhlas 5 % studentů, 9 % si myslí, že je to diskriminace kuřáků. V České republice přesto stále neplatí úplný zákaz kouření v restauracích, častým argumentem je, že by lidé ve velké míře přestali navštěvovat veřejná stravovací zařízení. Domnívám se, že by se měl Protikuřácký zákon č. 305/2009 Sb. doplnit

o úplný zákaz kouření v restauracích.

Jako důvod, proč by se měl zavést úplný zákaz kouření v pohostinství, uvedli studenti 3. LF v 65 %, že jim vadí pasivní kouření, 18 % vadí druhý den zápach z oblečení a 4 % mají v zakouřené místnosti nechut k jídlu. Studentům Vysoké školy ekonomické vadí v 44 % pasivní kouření, 35 % vadí druhý den zápach z oblečení a 7 % uvedlo důvod, že v zakouřené místnosti mají nechut k jídlu.

Otázka č. 32 byla opět otevřená a respondenti odpovídali vlastními slovy. Ptala jsem se, zda vědí, co je to pasivní kouření. Tato otázka mě přesvědčila o rozšířenosti tohoto pojmu v celé populaci, protože ani v jedné skupině respondentů se nenašel nikdo, kdo by nevěděl, co znamená pasivní kouření. Rozdílné odpovědi ale následovaly v otázce, zda dotazovaní považují pasivní kouření za škodlivé. Studenti se zdravotním zaměřením považují pasivní kouření za škodlivé více než aktivní v 66 %, 34 % se domnívá, že pasivní kouření škodí, ale méně než aktivní. Studenti s ekonomickým zaměřením si myslí, že pasivní kouření je škodlivější než aktivní v 40 %, 3 % nepovažují pasivní kouření za škodlivé a 57 % studentů uvádí, že pasivní kouření je škodlivé, ale méně než aktivní.

Otevřenou otázkou jsem se ptala, jaké zdravotní dopady má pasivní kouření. I v této otázce lze vysledovat větší konkrétnost u studentů 3. lékařské fakulty, kteří odpovídali většinou karcinom plic, respirační obtíže, hypertenze. Studenti z Vysoké školy ekonomické omezili svou odpověď na – „má stejné dopady, jako aktivní kouření.“ Jen velmi malé množství studentů bylo konkrétnější a napsalo rakovinu plic a dýchací obtíže. Nejenom v této otázce se plně projevil zdravotnické vzdělání studentů 3. LF, kteří neměli problém uvést jednotlivé zdravotní dopady pasivního kouření.

Relativní shoda v odpovědích panovala u otázky č. 35, kde jsem se ptala respondentů, jaký typ závislosti považují za nejzávažnější. 51 % studentů 3. LF odpovědělo, že jiný typ závislosti než jsou zmíněny v dotazníku, především tvrdé drogy (heroin, pervitin, kokain), 25 % neumí posoudit, 16 % se domnívá, že

závislost na alkoholu. Závislost na cigaretách a marihuaně měla shodně po 4 %. Také na VŠE se studenti shodli, že nejzávažnějším typem závislosti je jiný typ závislosti, než je uvedený v dotazníku – závislost na tvrdých drogách. 18 % se domnívá, že je to závislost na alkoholu, 16 % to neumí posoudit, 10 % uvádí závislost na cigaretách. Nikdo z respondentů ekonomického zaměření nezmínil závislost na marihuaně. Studenti tuto závislost podceňují. Je vidět, že marihuana se stala běžným trendem ve společnosti.

Otázky č. 36 a č. 37 byly zaměřeny na škodlivost kouření marihuany a její legalizaci. Respondenti se zdravotnickým zaměřením považují v 75 % kouření marihuany za škodlivé, protože může dojít k návyku. 21 % dává na stejnou úroveň kouření marihuany a cigaret a 4 % neuvádí tento návyk za škodlivý. Respondenti s ekonomickým zaměřením považují v 59 % kouření marihuany za škodlivé, protože by mohlo dojít k návyku. 30 % studentů si myslí, že je škodlivé stejně jako kouření cigaret. 11 % neuznává škodlivost kouření marihuany. Pokud jde o legalizaci marihuany, 55 % studentů 3. LF souhlasí s legalizací pro lékařské účely, 31 % nesouhlasí vůbec, 14 % je pro úplnou legalizaci bez omezení. Studenti VŠE v 65 % souhlasí s legalizací marihuany pro lékařské účely, 20 % navrhuje úplnou legalizaci bez omezení a 15 % studentů je absolutně proti legalizaci. O 10 % méně studentů s lékařským vzděláním souhlasí s legalizací marihuany pro zdravotnické účely než respondentů VŠE. Je pravděpodobné, že studenti lékařské fakulty vidí více negativních dopadů závislosti na marihuaně, a proto jsou v tomto postoji opatrnější.

Třicátou osmou otázkou jsem zjišťovala názor studentů, na jakou oblast především má dopad problematika závislostí. Studenti z 3. lékařské fakulty si v 42 % myslí, že na duševní zdraví, 27 % odpovědělo na fyzické zdraví, 17 % uvádí vztahy mezi lidmi. 8 % hodnotí dopad především na trestně právní problematiku a 6 % na pracovní záležitosti. Studenti Vysoké školy ekonomické odpovídali v 57 % na duševní zdraví, 24 % na fyzické zdraví, 10 % na vztahy, 7 % na trestně právní problematiku a 2 % na pracovní záležitosti.

## 6. Závěr

Prvním cílem této diplomové práce je pomocí kvantitativního výzkumu zmapovat názory studentů vysokých škol se zaměřením zdravotnickým a ekonomickým na problematiku závislostí. První cíl diplomové práce byl splněn, názory byly zmapovány.

Druhým cílem této diplomové práce je pomocí kvantitativního výzkumu zmapovat zkušenost studentů vysokých škol s omamnými a psychotropními látkami. Druhý cíl diplomové práce byl splněn, zkušenost s omamnými a psychotropními látkami byla zmapována.

Třetím cílem této diplomové práce je pomocí kvantitativního výzkumu srovnání názorů studentů zdravotnického a ekonomického zaměření na problematiku závislostí. Třetí cíl diplomové práce byl splněn, názory na problematiku omamných a psychotropních látek byly porovnány.

První stanovená hypotéza, že studenti souhlasí se zákazem kouření v restauracích, byla potvrzena. Studenti 3. lékařské fakulty se vyjádřili kladně k zákazu kouření v restauracích v 78 % ze 100 % dotazovaných. Studenti Vysoké školy ekonomické se také vyjádřili k zákazu kouření v restauracích kladně v 79 % ze 100 % dotazovaných. Hypotéza byla statisticky potvrzena pomocí Testu o hodnotě parametru  $\pi$  alternativního rozdělení.

Druhá stanovená hypotéza, že studenti nemají obavy navázat partnerský vztah s abstinující osobou se nepotvrdila. Studenti 3. lékařské fakulty odpověděli na otázku, zda by navázali partnerský vztah s člověkem, který byl závislý na drogách a aktuálně abstinuje, pouze v 12 % ano, je to již za ním. U stejné otázky mělo stejnou odpověď 8 % studentů Vysoké školy ekonomické. Hypotéza byla statisticky zamítnuta pomocí Testu o hodnotě parametru  $\pi$  alternativního rozdělení.

Třetí stanovená hypotéza, že studenti souhlasí s prováděním výměnných programů injekčního materiálu, byla potvrzena. Studenti 3. lékařské fakulty odpověděli v 80 %, že souhlasí s výměnnými programy injekčního materiálu,



protože se tak předchází šíření infekčních nemocí. Studenti Vysoké školy ekonomické se vyjádřili ve stejném smyslu v 72 % a ještě 4 % z nich souhlasí s prováděním výměnných programů injekčního materiálu z důvodu ulehčení situace narkomanům. Hypotéza byla statisticky potvrzena pomocí Testu o hodnotě parametru  $\pi$  alternativního rozdělení.

Získaná data (názory studentů na problematiku závislosti a jejich osobní zkušenosti s omamnými a psychotropními látkami) mohou být využita jako podkladový materiál pro vedení obou vysokých škol a ostatní pracovníky na těchto školách, kteří by se chtěli hlouběji zajímat o danou problematiku.

## **7. Klíčová slova**

Alkohol

Drogy

Kouření

Léčba

Návykové látky

Prevence

Závislost

## 8. Seznam použitých zdrojů

1. *Alkoholismus*, [online]. [cit. 2011-02-27]. Dostupné z:  
<http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/alkoholismus/?gclid=CNDM0IqU-p8CFQIUzAodHSrFcA>
2. ARTERBURN S., *Drogy klepou na dveře*, Nová naděje, Brno 2001, ISBN 80-86077-03-9
3. BOOTH M., *Konopí*, BB/art, Praha 2004, ISBN 80-7341-348-5
4. COMBY B., *Jak se zbavit závislosti na tabáku*, Pragma, Praha 2007, ISBN 978-80-7349-077-5
5. CONRAD CH., *Konopí pro zdraví*, Pragma, Praha 2001, ISBN 80-7205-834-7
6. CORA BESSER S., *Jak skončit s návykem*, Empatie, Praha 1998, ISBN 80-85953-06-4
7. *Česká drogová politika 1993 – 2003* [online]. [cit. 2011-02-11]. Dostupné z:  
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/90/Drogova-politika>
8. *Česká protidrogová politika* [online]. [cit. 2011-02-10]. Dostupné z:  
<http://www.adiktologie.cz/publications/cz/150/339/Ceska-protidrogova-politika-pro-a-proti.html?acc=enb>
9. *Česká protidrogová politika a její koordinace* [online]. [cit. 2011-02-10]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/publikace/ceska-protidrogova-politika-a-jeji-koordinace---historie-a-soucasnost-55983/>

10. DAVENPORT - HINES R., *Honba za zapomněním*, BB/art, Praha 2004, ISBN 80-7341-202-0
11. ESCOHOTADO A., *Stručné dějiny drog*, Volvox Globator, Praha 2003, ISBN 80-7207-512-8
12. EVANS K., *Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*, Volvox Globator, Praha 2003, ISBN 80-7207-508-X
13. GALLÁ M. a kol., *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*, Úřad vlády České republiky 2005, ISBN 80-86734-38-2
14. GRIFFITH E., *Záhadná molekula*, NLN, Praha 2004, ISBN 80-7106-696-6
15. HAJNÝ M., *Akta Y*, Votobia, Praha 1999, ISBN 80-7220-022-4
16. *Historie alkoholu* [online]. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://dejinyalkoholu.blogspot.com/2007/10/historie-alkoholu.html>
17. *Historie kouření tabáku*, [online]. [cit. 2011-01-05]. Dostupné z: [.http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/fakta-o-koureni/25-historie-koureni-tabaku-a-jine-zajimave-informace.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/fakta-o-koureni/25-historie-koureni-tabaku-a-jine-zajimave-informace.html)
18. INTERNATIONAL DIRECT MARKETING a kol., *Jak přestat kouřit snadno, rychle a navždy*, Guliver, Praha 2004
19. *Jak přestat kouřit* [online]. [cit. 2011-01-06]. Dostupné z: <http://drogy.abecedazdravi.cz/jak-prestat-kourit>

20. *Jak vzniká závislost* [online]. [cit. 2011-01-06]. Dostupné z:  
<http://www.odvykani-koureni.cz/jak-vznika-zavislost>
21. KACHLÍK P., *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence*, [online]. [cit. 2011-02-15]. Dostupné z:  
<http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/zavislosti/zavislostobecne/15020.aspx>
22. KALINA K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2*, Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha 2003, ISBN 80–86734–05–6
23. KOOYMAN M., *Terapeutická komunita pro závislé*, NLN, Praha 2004, ISBN 80–7106–876-4
24. KRÁLÍKOVÁ E., *Jak přestat kouřit*, Maxdorf, Praha 1997, ISBN 80–85800–62–4
25. KRÁLÍKOVÁ E., *Nová léčba závislosti na tabáku*, [online]. [cit. 2011-01-13]. Dostupné z:  
[http://www.dokurte.cz/?stranka=Fakta\\_o\\_tabaku&typ=clanky&vypsat=1621](http://www.dokurte.cz/?stranka=Fakta_o_tabaku&typ=clanky&vypsat=1621) .
26. *Které drogy nejvíc škodí* [online]. [cit. 2011-03-12]. Dostupné z:  
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/60/994/>
27. LAUNER A., *Slangové výrazy pro drogy*, Levné knihy, Jihlava 2009, ISBN 978-80–7309–770–7
28. *Léčba závislosti* [online]. [cit. 2011-01-16]. Dostupné z:  
[http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/lecba/lecba\\_zavislosti](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/lecba_zavislosti)

29. MARÁDOVÁ E., *Prevence závislostí*, Vzdělávací institut ochrany dětí, Praha 2006, ISBN 80-86991-70-9
30. MAREČKOVÁ J. a kol., *Drogy: otázky a odpovědi*, Portál, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-223-2
31. MAREŠOVÁ A., *Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy*, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha 2003, ISBN 80-7338-018-8
32. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. [cit. 2011-01-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
33. *Minimalizace rizik v kontaktním centru pro uživatele drog* [online]. [cit. 2011-03-03]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/197/Minimalizace-rizik-harm-reduction-v-kontaktnim-centru-pro-uzivatele-drog>
34. MRAVČÍK V. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha 2009, ISBN 978-80-87041-99-4
35. MRAVČÍK V. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha 2010, ISBN 978-80-7440-034-6
36. MRAVČÍK V. a kol., *Zaostřeno na drogy*, Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha, ISSN 1214–1089

37. *Národní strategie* [online]. [cit. 2011-03-23]. Dostupné z:  
<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2005-2009-7114/>
38. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018* [online]. [cit. 2011-01-24]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010-az-2018-71880/>
39. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018* [online]. [cit. 2011-01-24]. Dostupné z: [http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/Narodni\\_strategie\\_protidrogove\\_politiky\\_2010\\_2018\\_pro\\_jednani\\_vlady.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/Narodni_strategie_protidrogove_politiky_2010_2018_pro_jednani_vlady.pdf)
40. NAUMANN F., *Kouřit a zůstat zdravý*, Moba, Brno 2002, ISBN 80–243–0743–X
41. NEŠPOR K., *Alkohol a jiné návykové látky u dětí*, Státní zdravotní ústav, Praha 2004
42. NEŠPOR K., *Alkohol, drogy a vaše děti*, Besip, Praha 1997
43. NEŠPOR K., *Návykové chování a závislosti*, Portál, Praha 2000, ISBN 80-7178-831-7
44. NEŠPOR K., *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*, Portál, Praha 1995, ISBN 80–7178–086–3

45. NEŠPOR K., PERNICOVÁ H., CSÉMY L., *Jak zůstat fit a předejít Závislostem*, Portál, Praha 1999, ISBN 80-7178-299-8
46. NEŠPOR K., PROVAZNÍKOVÁ H., *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*, SZÚ, Praha 1999, ISBN 80-7071-123-X
47. ODERICH P., *Žiji správně?*, Avicenum, Praha 1988, ISBN 08-026-88
48. POPOV P., *Psychiatrie pro praxi*, Solen, Praha 2003
49. PRESTON A., *Drogy na předpis II*, Votobia, Olomouc 1999, ISBN 80-7198-383-7
50. *Prevence rizikového chování* [online]. [cit. 2011-02-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/search.php?action=results&query=prevence+rizikov%C3%A9ho+chov%C3%A1n%C3%AD&x=0&y=0>
51. *Proč vzniká závislost* [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/proc-zavislost-vznika>
52. *Protidrogová politika v ČR* [online]. [cit. 2011-01-24]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746>
53. PROVAZNÍK K. a kol., *Manuál prevence v lékařské praxi*, 3. LF UK, Fortuna 2004, ISBN 80-7168-942-4
54. REISEL P., *Lesk a bída drog*, Votobia, Olomouc 1999, ISBN 80-7198-348-9
55. ROTGER F. a kol., *Léčba drogových závislostí*, Grada, Praha 1999, ISBN 80-7169-836-9



56. STUDNIČKOVÁ B., *Výroční zpráva ČR – 2009*, Hygienická stanice hl. m. Prahy, Praha 2010, ISBN 978-80-254-6750-3
57. STUDNIČKOVÁ B., *Výroční zpráva ČR – 2010*, Hygienická stanice hl. m. Prahy, Praha 2011, ISBN 978-80-254-9321-2
58. ŠTVERÁK D., *Přírodoskum požitkářství*, Clinamen, Praha 2002
59. ÚZIS ČR, *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog*, Praha 2006, ISBN 80-7280-636-X
60. VANÍČKOVÁ, *Sociální toxiny*, Česká společnost na ochranu dětí, Praha 2003, ISBN 80 – 239 – 1557 – 6)
61. VAVŘÍNKOVÁ B., BINDER T., *Návykové látky v těhotenství*, Triton, Praha 2006, ISBN: 80-7254-829-8
62. YOUNGSONG R., *Vědecké omyly a bludy*, H+H, Praha 1998, ISBN 80-86022-84-6
63. *Zákon č. 379/2005 o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů*
64. *Zákon č. 108/2006 o sociálních službách*

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Přehled poruch duševních a poruch chování dle MKN

Příloha č. 1: Dotazník

## DOTAZNÍK

Ahoj, jmenuji se Ilona Křížková, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích. Zpracovávám diplomovou práci na téma „Srovnání názorů studentů vysokých škol zdravotnického a ekonomického zaměření na problematiku závislostí.“ Vyplněním tohoto dotazníku mi pomůžete získat poznatky, které bych do této práce chtěla zahrnout. Samozřejmě, že tento dotazník je anonymní a prosím Vás o pravdivé vyplnění.

**(správnou odpověď zakroužkujte, doplňte či zvýrazněte )**

**1. Pohlaví:** muž / žena

**2. Věk:** .....

**3. Zaměření tvého studia:**

- A. zdravotnické
- B. ekonomické

**4. Jsi kuřákem cigaret:**

- A. ano
- B. ne

**5. Pokud ano od kolika let kouříš:**

.....

**6. Pokud kouříš, považuješ to u sebe již za závislost na nikotinu:**

- A. ano
- B. ne

**7. Kolik cigaret denně vykouříš:**

.....

**8. Vadilo by ti, že tvůj partner(ka) kouří cigarety:**

- A. ano, sám(a) jsem nekuřák
- B. ne, sám(a) jsem kuřák
- C. toleroval(a) bych to i když jsem nekuřák

**9. Měl jsi už alespoň 1x zkušenost s omamnou a psychotropní látkou:**

(pokud ano, dopiš s jakou)

- Ano .....
- Ne

**10. V kolika letech jsi měl první osobní zkušenost s drogou: (doplň)**

.....

**11. Užíváš pravidelně nějakou psychotropní či omamnou látku:**

(pokud ano, dopiš jakou)

Ano .....

Ne

**12. Jakým způsobem užíváš psychotropní či omamnou látku:**

A. kouřím

B. intravenózně

C. čichám

D. perorálně

E. žádnou neužívám

**13. Jak často užíváš psychotropní či omamnou látku:**

A. několikrát do týdne

B. jedenkrát do týdne

C. jedenkrát do měsíce

D. několikrát do roka

F. neužívám

**14. Rozlišuješ mezi měkkými a tvrdými drogami:**

A. rozlišuji

B. nerozlišuji

C. všechny drogy jsou nebezpečné

**15. Vadilo by ti, že tvůj partner(ka) kouří marihuanu:**

A. ano

B. ne

C. toleroval(a) bych to

**16. Jak se stavíš k užívání omamných a psychotropních látek:**

A. odsuzuji to

B. toleruji to, ale sám uživatelem nejsem

C. občasné užití není špatné

D. je to běžná věc

**17. Co si myslíš, že motivuje člověka užít omamnou a psychotropní látku:**

A. touha po poznání něčeho nového

B. neznalost následků užití omamné a psychotropní látky

C. řešení jejich osobních problémů

D. začlenění do party

**18. Jaké zdravotní dopady má užívání drog dle tvého názoru (doplň):**

.....  
.....  
.....

**19. Jaké sociální dopady má užívání drog dle tvého názoru (doplň):**

.....  
.....  
.....

**20. Znáš ve svém okolí někoho, kdo je závislý:**

- A. ano, závislost na alkoholu
- B. ano, závislost na cigaretách
- C. ano, závislost na marihuaně
- D. jiný druh závislosti .....(doplň)
- E. nikoho takového neznám

**21. Kdyby jsi potřeboval(a) poradenství ohledně zneužívání omamných a psychotropních látek, věděl(a) by jsi, kam se obrátit: (doplň)**

.....  
.....

**22. Navázal(a) by si partnerský vztah s člověkem, který je závislý na drogách:**

- A. ano, nevadilo by mi to
- B. ano, chtěl(a) bych mu tím pomoci se dostat ze závislosti
- C. ne, bojím se, že by mě stáhl s sebou
- D. ne, kategoricky tyto lidi odmítám
- E. nevím

**23. Navázal(a) by si partnerský vztah s člověkem, který byl závislý na drogách a aktuálně abstinuje:**

- A. ano, je to již za ním
- B. ne, bál(a) bych se, že do závislosti spadne znovu
- C. nevím

**24. Stát velkým podílem financuje zdravotní a sociální služby, souhlasíš s tím:**

- A. ano, je to správné
- B. ne, každý by se měl postarat sám o sebe
- C. ano, ale více by mělo jít na zdravotní péči
- D. ano, ale více by mělo jít na sociální služby

**25. Co je výměnný injekční program (doplň):**

.....  
.....  
.....

**26. Jak se stavíš k narkomanům, pokud je někde potkáš:**

- A. štítím se jich a raději se otočím
- B. lituji je
- C. snažím se jim velkým obloukem vyhnout, aby mi něco neudělali
- D. chtěl(a) bych jim pomoci
- E. nezajímají mě, nevšímám si jich

**27. Jaká rizika přenosu infekčních nemocí hrozí, pokud se poraníš o použitou injekční jehlu:**

- A. žádná
- B. virová hepatitida typu A
- C. virová hepatitida typu B
- D. virová hepatitida typu C
- E. respirační infekce
- F. HIV
- G. nevím

**28. Pokud se poraníš o použitou injekční jehlu, koho kontaktuješ (doplň):**

.....  
.....

**29. Souhlasíš s bezplatnou výměnou jehel narkomanům (výměnný program injekčního materiálu):**

- A. ne, je to plýtvání penězi, které by se daly využít jiným způsobem
- B. ano, zabraňuje se tak šíření infekčních chorob
- C. ano, alespoň něčím jim musíme ulehčit situaci

**30. Jak se stavíš k úplnému zákazu kouření v restauracích:**

- A. je to správná věc
- B. nesouhlasím s tím
- C. je to diskriminace kuřáků
- D. nemám názor

**31. Úplný zákaz kouření v restauracích bych si přál(a) z důvodu:**

- A. vadí mi pasivní kouření
- B. druhý den mi vadí zápach z oblečení
- C. nechutí k jídlu pokud jsem v zakouřené místnosti
- D. nepřejí si úplný zákaz kouření v restauracích

**32. Co je pasivní kouření (doplň):**

.....  
.....

**33. Považuješ pasivní kouření za škodlivé:**

- A. ano, více než aktivní
- B. ne
- C. ano, ale méně než aktivní

**34. Jaké má zdravotní dopady pasivní kouření (doplň):**

.....  
.....  
.....

**35. Jaký je dle tvého názoru nejzávažnější typ závislosti:**

- A. závislost na alkoholu
- B. závislost na marihuaně
- C. závislost na cigaretách
- D. závislost na jiném typu drog .....(doplň)
- E. neumím posoudit

**36. Považuješ kouření marihuany za škodlivé:**

- A. ano, může dojít k návyku
- B. ne, není škodlivá
- C. ano, je škodlivá jako cigarety

**37. Souhlasíš s legalizací marihuany:**

- A. ano
- B. ne
- C. ano, ale pouze pro lékařské účely

**38. Problematika závislostí má dopad především na:**

- A. fyzické zdraví
- B. duševní zdraví
- C. pracovní záležitosti
- D. vztahy
- E. trestně právní problematiku

## **Příloha č. 2: Přehled poruch duševních a poruch chování dle MKN**

Nejrůznější závislosti způsobené užíváním psychoaktivních látek spadají do páté kapitoly Mezinárodní klasifikace nemocí, „Poruchy duševní a poruchy chování“. Zde je oddíl F10 až F19, kde jsou popsány duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním konkrétních psychoaktivních látek:

F10 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F11 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

F12 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů

F13 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

F15 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu

F16 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů

F17 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

F18 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel

F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek