

---

**Univerzita Karlova v Praze**  
**Farmaceutická fakulta v Hradci Králové**

**Katedra biologických a lékařských věd**

**Postoje a zkušenosti zlínských vysokoškolských studentů  
s návykovými látkami**

**The Attitudes towards and Experience with Addictive Drugs  
of University Students in Zlín**

**Diplomová práce**

---

Chtěla bych poděkovat svým školitelkám RNDr. Haně Klusoňové, Ph.D. a Mgr. Lence Spáčilové za pomoc a odborné vedení při vypracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Barbaře Benické, PhDr. Magdě Gregarové a Ing. Vlastimilu Taťákovi, DiS. za pomoc při uskutečnění průzkumu na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

---

---

# Obsah:

	Seznam
zkratk	5
1. Úvod.....	7
2. Obecná část.....	9
2.1. Základní pojmy.....	10
2.2. Látková závislost.....	14
2.2.1. Vývoj látkové závislosti.....	14
2.2.2. Faktory ovlivňující vznik závislosti.....	16
2.2.3. Rizika a důsledky závislosti.....	16
2.3. Rozdělení návykových látek.....	18
2.3.1. Legální návykové látky.....	19
2.3.1.1. Alkohol.....	19
2.3.1.2. Nikotin.....	20
2.3.1.3. Kofein.....	22
2.3.2. Nelegální návykové látky .....	23
2.3.2.1. Kanabinoidy.....	23
2.3.2.2. Halucinogeny.....	24
2.3.2.3. Stimulancia.....	28
2.3.2.4. Opiáty a opioidy.....	30
2.3.2.5. Sedativa a hypnotika.....	34
2.3.2.6. Organická rozpouštědla.....	35
2.4. Protidrogová politika.....	37
2.4.1. Právní úprava problematiky návykových látek.....	37
2.4.2. Prevence.....	39
2.5. Dotazníkové šetření: charakteristika.....	41
3. Experimentální část.....	43
3.1. Metodika výzkumu.....	44

---

---

3.2. Výsledky šetření.....	45
3.2.1. Sociodemografická charakteristika souboru.....	45
3.2.2. Informovanost a postoje vysokoškolských studentů k návykovým látkám.....	3 52
3.2.3. Zkušenosti vysokoškolských studentů s návykovými látkami.....	61
3.2.3.1. Legální látky.....	61
3.2.3.2. Nelegální látky .....	64
3.2.4. Problematika infekčních chorob.....	76
4. Diskuze.....	77
5. Závěr.....	84
6. Souhrn.....	86
7. Summary.....	88
Použitá literatura.....	91
Příloha.....	99

---

# Seznam zkratk

---

AD	Addictive drugs
CBD	Cannabidiol
CBN	Cannabinol
CNS	Centrální nervový systém
DSM – III	3. revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace
DSM – IV	4. revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace
FMK	Fakulta multimediálních komunikací
GABA	γ-aminomáselná kyselina
HIV	Virus přenášeující AIDS (Human Immunodeficiency Virus)
ICD – 10	10. revize diagnostického a statistického manuálu WHO (International Classification of Diseases)
LSD	Dietylamid kyseliny d-lysergové
MDMA	Extáze
MKN – 10	10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (česká verze ICD – 10)
NIDA	National Institute of Drug Abuse (USA)
NL	Návyková látka(y)
OSN	Organizace spojených národů
PCP	Fencyklidin
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
THC	Delta-9-trans-tetrahydrocannabinol
UTB	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace

---

# 1. Úvod

Návykové látky (NL) provází život člověka od nepaměti. V současné době se problematika NL resp. závislosti na NL dotýká více či méně každého člověka.

Během 20. století došlo k rozmachu v užívání drog. Šířilo se jako reakce na neutěšenou sociální situaci, jindy naopak bylo známkou vysokého životního standardu. Velmi často, při požadavku na vysoké pracovní, sportovní i společenské „nasazení“, je snadným východiskem k udržení a zvýšení výkonu podpůrné užití NL. Stejně tak lehce se NL mohou stát prostředkem úniku z pracovního přetížení a stresů. Nezanedbatelným faktorem šíření NL ve světě je ohromný finanční kapitál obchodu s legálními i nelegálními NL, který ovlivňuje ekonomiku mnoha zemí.

Naše práce je součástí dlouhodobého monitoringu užívání NL ve zlínském regionu, navazuje na výsledky získané z průzkumů na univerzitě i v kontaktních centrech. Shromažďuje informace o postojích a zkušenostech studentů 1. a 3. ročníků bakalářských, prezenčních, studijních programů Fakulty multimediálních komunikací (FMK) Univerzity Tomáše Bati (UTB) ve Zlíně s návykovými látkami.

Cílem práce je zachování kontinuity získávání a doplňování informací o problematice NL ve skupině vysokoškolských studentů, a tím vytvoření materiálu, který bude možné použít při formování preventivních opatření v rámci protidrogové politiky.

---



## **2. Obecná část**

---

## 2.1. Základní pojmy

9

### Droga

Pojem droga má ve spisovné češtině význam omamujícího prostředku, dráždivého přípravku. Lékopisný termín droga znamená upravenou surovinu nerostného, rostlinného či živočišného původu.

V roce 1969 komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) označila za drogu jakoukoli látku, která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí a vyvolat závislost. Od roku 1971 jsou drogy v odborné terminologii označovány jako omamné a psychotropní látky.

Drogu lze tedy chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- má psychotropní účinek,
- může vyvolat závislost. (Dědina, 2002b)

### Návyková látka (NL)

NL je pojem definovaný trestním zákonem č. 140/1991 Sb. ve znění pozdějších právních předpisů. NL se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti či sociální chování. (Štáblová, 2005)

Jedná se o látky s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání. Běžné synonymum rovněž pro látky, které mají schopnost vyvolávat závislost. (Kalina, 2001)

Souvislost s užíváním NL mají i některé pojmy vyplývající z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), ve které jsou přiřazeny kódy F10 – F19 duševním poruchám a poruchám chování, které jsou způsobeny užíváním psychoaktivních látek. Za těmito kódy následuje na desetinném místě kód příslušející klinickému obrazu poruchy. (Klenerová, 2002b)

### **Akutní intoxikace**

Je termín pro intoxikaci klinického významu, označovanou kódem 0. Intoxikace je stav, který následuje po aplikaci psychotropní látky a vede k poruchám na úrovni vědomí, úsudku, afektu nebo chování nebo jiných psychofyziologických funkcí a odpovědí. Poruchy se vztahují k akutním farmakologickým účinkům látky a naučeným reakcím na ni a časem odeznívají do úplné údravy, pokud nedošlo k poškození tkání nebo jiným komplikacím. Jako komplikace se mohou vyskytnout např. trauma, vdechnutí zvratků, delirium, křeče. (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000)

### **Škodlivé užívání**

Způsob užívání psychotropních látek, jež vede k poškození zdraví. Poškození může být buď somatické nebo psychické. Nejbližším ekvivalentem v jiných klasifikačních systémech je abúzus látky. (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000)

### **Abúzus**

Abúzus je soubor termínů široce užívaných, ale různého významu. Ve třetí revizi diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM – III) je abúzus psychoaktivních látek definován jako způsob maladaptivního užívání, projevující se pokračující konzumací, přestože si konzument uvědomuje, že vyvolává trvalé anebo opakované problémy sociální, pracovní, psychologické nebo zdravotní, které jsou působeny a nebo obnoveny požíváním v situacích, kdy ohrožují tělesné zdraví. Někdy je užíván nepřesně k označení jakéhokoli požívání drog, zvláště drog nelegálních.

V jiné souvislosti se termín abúzus užívá k označení případů nemedicínského a neoprávněného užívání bez ohledu na následky.

S ohledem na mnohovýznamnost není tento termín užíván v MKN – 10. (Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, 2000)

### **Syndrom závislosti, závislost**

Syndrom závislosti je definován v desáté revizi diagnostického a statistického manuálu Světové zdravotnické organizace (ICD – 10) jako soubor

behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky, a který typicky zahrnuje následující projevy:

- silné přání, nutková potřeba užít drogu,
- porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly,
- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím,
- prioritace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku,
- zvýšená nebo snižená tolerance,
- odvykací stav při nedostatku či vymezení drogy.

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií. Syndrom závislosti může být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

Termíny závislost a syndrom závislosti mají podporu WHO, která doporučuje jejich používání místo termínu toxikománie. (Kalina, 2001)

Podle DSM – IV se závislost na NL popisuje jako maladaptivní model užívání NL, prokázaný výskytem minimálně tří z následujících příznaků během jednoho dvanáctiměsíčního období.

1) Tolerance, projevující se jedním z následujících úkazů:

- potřeba nápadně zvýšených dávek k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku,
- nápadně snížený účinek při užívání stejného množství NL.

2) Příznaky z vysazení drogy, projevující se jedním z následujících úkazů:

- abstinenční příznaky typické pro danou NL,
- užití stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků.

3) NL je často užitá ve větším množství, než bylo zamýšleno.

4) Je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání.

5) Mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k získání nebo užívání NL nebo ke vzpamatování se z jejích účinků.

6) Důležité společenské, profesní nebo rekreační aktivity nejsou vůbec

provozovány nebo jsou omezeny kvůli užívání NL.

- 7) Užívání NL nepřestává, přestože je známa existence trvalých nebo vracejících se fyzických a psychologických problémů, pravděpodobně působených nebo eskalovaných užitou NL. (Kalina, 2001)

### **Odvykací stav, odvykací syndrom, abstinenční syndrom**

Odvykací stav je soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky, která byla užívána opakovaně, dlouhodobě a nebo ve vysokých dávkách. Příznaky odvykacího stavu nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Přítomnost odvykacího syndromu je jedním z kritérií pro diagnózu závislosti. Odvykací syndrom se u různých látek liší, velmi zjednodušeně lze ale říci, že řada příznaků má opačný charakter než účinek dané látky. (Kalina, 2001)

## 2.2. Látková závislost

Z farmakologického hlediska vzniká závislost jedinců na působení látek, některé z těchto látek jsou užívané i jako léky. Proto je vhodné používat pojmů látková, ev. léková závislost a nikoliv drogová závislost. (Klenerová, 2002b)

### 2.2.1. Vývoj látkové závislosti

Vznik závislosti na NL bychom mohli postihnout jako proces komplexních změn v somatické, psychické a sociální oblasti.

Při vzniku závislosti se nejprve rozvíjí psychické změny (dříve označované jako psychická závislost) – nutkavost, náruživost po další dávce. Následně také často dochází k rozvoji somatických změn (dříve označované jako fyzická závislost). Znakem navozených somatických změn jsou výrazné fyzické abstinenci příznaky. Od dělení závislostí na psychickou a fyzickou se v poslední době ustupuje, závislost bývá nyní označována většinou prostě jako závislost bez rozlišení. (Fišerová, 2003)

Závislost na NL nevzniká náhle, ve většině případů tento proces probíhá v několika po sobě jdoucích fázích.

#### Fáze vývoje závislosti na nealkoholových NL

##### 1) Experimentální stádium

Občasné užití NL přináší pro jedince příjemné, dosud nepoznané prožitky. Negativní účinky látky nejsou patrné, proto je dotýčný k případnému varování okolí lhostejný. Pokud se v této fázi podaří jedince „podchytit“, bývá šance na zanechání konzumace poměrně vysoká. Mnoho jedinců v této fázi vývoje od konzumace drog odstupuje (najdou si jiné způsoby uspokojování potřeb).

##### 2) Stádium příležitostného užívání

Jedinec zjišťuje, že mu NL pomáhá v situaci osobní a sociální nouze, a při této příležitosti a za tímto účelem ji užívá. Jedinec si vědom nesprávnosti svého jednání, v této fázi na látce není zatím závislý. Zatím mu záleží na společenském okolí, na profesní roli, na svých blízkých.

### 3) Stádium pravidelného užívání

V této fázi již dotyčný bere drogu čím dál častěji, stále ještě popírá rizika spojená s jeho chováním. Začíná se objevovat a postupně prohlubovat lhostejnost k tomu, co se netýká NL.

### 4) Stádium závislosti

Jiná motivace než směrem k droze neexistuje, sociální vazby kromě případné party narkomanů neexistují. Změny v oblasti somatické, psychické a sociální jsou velmi závažné a jsou patrné na první pohled. Často dochází k poškození zdraví. (Fischer, 2006)

## **Fáze vývoje závislosti na alkoholu podle Jellineka**

### 1. Stádium: iniciální, počáteční

Během tohoto stádia se budoucí pacient navenek neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. V intoxikaci dokáže překonávat situace, které pro něj dosud byly bolestné nebo neřešitelné. Pije stále častěji, jeho tolerance roste. V tomto období se neobjevují zřetelné opilosti.

### 2. Stádium: prodromální, varovné

Rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání příjemného pocitu je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, jež je stále blíže k hladině, která se již projevuje zřetelnou opilostí. Ta se však zatím objevuje jen občas. Jedinec si uvědomuje, že jeho pití může být nápadné a začíná se za své počínání stydět. Také se i po menší dávce etanolu může dostat do okénka (palimpsestu), kdy si nepamatuje průběh intoxikace.

1. a 2. stádium závislosti řadíme ještě do předchorobí, nejedná se ještě o chorobu v pravém smyslu slova. Ve chvíli, kdy se k příznakům druhého stadia přidruží okénka, je to neklamná známka toho, že končí 2. stadium a začíná 3. stadium – tedy vlastní nemoc

### 3. Stádium: kruciální, rozhodné

V tomto stadiu ještě roste tolerance. Pacient se stále častěji opíjí v marné snaze se napít a přitom se neopít, přestat včas. To je však již nemožné, neboť došlo k jevu, který nazýváme změna kontroly v pití. Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede k narůstání konfliktů s okolím. Postižený na ně reaguje budováním racionalizačního systému – systému zdůvodnění, jímž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. Získávání alkoholu, jeho ukrývání a systém

výmluv, proč ho potřebuje, postupně vyžaduje stále více jeho času a schopností a stává se středem jeho zájmu – mluvíme o alkoholocentrickém chování.

#### 4. Stádium: terminální, konečné

Charakteristickým znakem 4. stádia je nepříjemný stav po vystřízlivění, dochází ke konzumaci alkoholu v kteroukoliv denní dobu. Pacient nyní již nezůstává jen u pití alkoholických nápojů, ale z nouze konzumuje i technické prostředky obsahující alkohol. V důsledku vyčerpání rezerv organismu a poškození jater klesá tolerance, tzn. pacient se opije menší dávkou alkoholu než dříve. Objevují se nejrůznější orgánová poškození a také duševní poruchy. (Heller, 1996)

### 2.2.2. Faktory ovlivňující vznik závislosti

K základním faktorům ovlivňujícím vznik závislosti na NL jsou nejčastěji řazeny:

- 1) Faktory farmakologické – návyková látka.
- 2) Faktory somatické a psychické – osobnost, tj. člověk a jeho jedinečné fyzické i psychické vybavení. Za rizikové jsou považovány především osoby nevyrovnané, neúspěšné, psychicky labilní apod.
- 3) Faktory enviromentální – prostředí, tj. společenské podmínky i socializační proces.
- 4) Faktory precipitující – podnět, tj. okolnosti a situace, které urychlují nebo vedou ke zneužívání drog. (Trávníčková, 1999)

### 2.2.3. Rizika a důsledky závislosti

Systematizace škodlivých důsledků užívání NL je poměrně komplikované, proto uvádíme pouze jednu variantu možného způsobu klasifikace.

#### 1) Zdravotní rizika

Zdravotní rizika lze dělit buď podle nositele škody nebo podle mechanismu vzniku škody na:

- individuální (interní, nese je uživatel NL)
  - přímá – která vznikají přímo v důsledku interakce NL



s organizmem, tato rizika lze dále rozdělit na:

- somatické škody (např. předávkování, poškození CNS)
- psychická poškození (např. toxická psychóza)
- nepřímá – která nevyplývají z chemické podstaty NL, jsou způsobeny jinými faktory, tato rizika lze dále dělit na:
  - důsledky nezamýšlených látek v dávkách drog (např. příměsí, které slouží k naředění drogy)
  - důsledky způsobu aplikace (např. poškození nosní přepážky, povrchová poškození kůže)

■ populační (externí)

Nesou je i jiné osoby než sám uživatel, představují tedy riziko pro populaci jako celek (např. dopravní nehody, šíření krevně přenosných nemocí).

## 2) Rizika kriminální povahy

V drogové epidemiologii se rozlišují dva typy trestných činů:

- primární drogové trestné činy (např. držení, výroba a prodej)
- sekundární drogové trestné činy, které lze dále rozdělit na:
  - páchání trestných činů pod vlivem NL
  - páchání trestných činů za pomoci drog (tzv. znásilňovací drogy)
  - páchání trestných činů za účelem obstarávání prostředků na drogy (především drobná majetková kriminalita)
  - násilné, zastrašující a korumpující chování obchodníků s NL
  - hospodářská kriminalita a korupce (tzv. praní špinavých peněz)

## 3) Ekonomické škody

Ekonomické škody jsou považovány za nejuniverzálnější ukazatel zátěže, které společnosti vznikají v důsledku užívání NL. Principiálně vzato lze ekonomické škody považovat za peněžní vyjádření všech předchozích škod. (Zábranský, 2003)

## 2.3 Rozdělení návykových látek

Návykové látky lze dělit podle různých kritérií:

1) dle jejich vzniku (Štáblová, 2005)

- přírodní – do této skupiny se řadí např. kanabis, listy keře koka, různé druhy kaktusů a hub, což jsou všechno „drogy“, které se vyskytují přirozeně ve formě rostlinné. K jejich „výrobě“ nejsou nutné žádné chemikálie, jsou užívány ve své původní rostlinné podobě;

- polosyntetické – do této skupiny jsou zařazeny látky, jejichž výchozí surovina je rostlinného původu, účinné látky jsou z rostlinného materiálu extrahovány a dále zpracovávány chemickou cestou na finální drogu. Jedná se např. o heroin, LSD, kokain;

- syntetické – tyto drogy jsou vyráběny pouze chemickou cestou. K jejich výrobě jsou nutné prekurzory a pomocné chemické látky. Příkladem jsou např. stimulanty amfetaminového typu.

2) dle typu psychoaktivního působení (Zábranský, 2003)

- tlumivé látky – např. opioidy
- stimulanty – např. kokain, pervitin
- halucinogeny – např. konopné drogy, LSD

3) dle míry rizika vzniku závislosti (Nožina, 1997)

- měkké
- tvrdé

Tento způsob dělení je značně nepřesný, i když běžně rozšířený. Dělení na „měkké“ a „tvrdé“ se vztahuje k riziku, které se pojí s jejich užíváním, jedná se tedy o drogy „s akceptovatelným“ a „neakceptovatelným“ rizikem. (Minařík, 2007d) Podle farmakologické definice lze tyto látky charakterizovat také podle jejich metabolismu – s předvídatelným a nepředvídatelným metabolismem. „Měkké“ drogy vyvolávají jen mírnou nebo žádnou psychickou závislost (Višňovský, 2002)

#### 4) dle legislativní povahy

- legální
- nelegální

### 2.3.1. Legální návykové látky

#### 2.3.1.1. Alkohol

Alkohol (etanol) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů (buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci, nebo z polysacharidů z obilných zrn či brambor). Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholismus“. (Popov, 2003)

Etanol se z 20% resorbuje již v žaludku, zbytek se vstřebává v tenkém střevě. Po resorpci se etanol rozděluje rovnoměrně ve veškeré tělesné vodě. Koncentrace etanolu v krvi závisí na několika faktorech:

- na množství přijatého etanolu,
- na rychlosti resorpce, tu spoluurčuje koncentrace etanolu v nápoji (pivo 2-5%, víno 7-10%, destiláty 35-40%) a náplň zažívacího traktu,
- na tělesné hmotnosti, případně na množství tělesné vody a tělesného tuku,
- na rychlosti eliminace etanolu. (Lüllmann, 2004)

Alkohol je v 5-10% vylučován v nezměněné podobě a zbytek je metabolizován. Na metabolizaci se v lidském organismu podílejí tři biochemické pochody:

- alkohol-dehydrogenáza (hlavní enzym odbourávající alkohol),
- mikrozomální systém (zapojuje se při chronickém abúzu alkoholu),
- systém katalázy (aktivuje se při stoupající hladině alkoholu).

(Zášková, 2004)

Rychlost biotransformace není úměrná jeho koncentraci v krvi, za časovou jednotku se destruuje stále stejné množství alkoholu (jedná se tedy o farmakokinetiku 0. řádu). Množství metabolizovaného alkoholu je za jednotku času na jednotku hmotnosti u mužů 0,1 g/kg/h a u žen 0,085 g/kg/h. Příklad

od případu kolísají tyto hodnoty o  $\pm 30\%$ , pro stejnou osobu však zůstávají dosti konstantní. (Lüllmann, 2004)

Alkohol po požití zpočátku působí jako stimulant, zatímco později jako sedativum. Předpokládá se, že tato látka v mozku působí na dva klíčové systémy předávání nervových signálů:

- podporuje aktivitu hlavního inhibičního neurotransmiteru  $\gamma$ -aminomáselné kyseliny (GABA) a zároveň blokuje hlavní excitační neurotransmiter L-glutamát,
- stimuluje opioidní receptory (tomuto působení se patrně zčásti dá přiznat pocit příjemné intoxikace). (Iversen, 2006)

Alkohol působí zejména na centrální nervový systém (CNS). Už v malém množství účinkuje na řeč, rovnováhu a úsudek. Snižuje schopnost rychle reagovat na měnící se situace, tlumí vnímání bolesti, povzbuzuje sebevědomí, snižuje však sebekontrolu. Vysoké koncentrace alkoholu v organismu tlumí i životně důležitá centra regulace dýchání a krevního oběhu, což může být příčinou smrti. Z účinku na ostatní funkce organismu je nutno uvést zvýšené prokrvení kůže a pocit tepla, ale též jeho ztráty, které mohou být nebezpečné. Malé dávky mohou povzbudit chuť k jídlu. (Bečková, 1999)

Z psychiatrického hlediska lze poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu rozčlenit do dvou základních skupin:

- poruchy, které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na CNS, ať již bezprostředně (intoxikace alkoholem), či jako následek chronického abúzu alkoholu (např. odvykací stav),
- poruchy, které se projevují návykovým chováním, souvisejícím s abúzem alkoholu (narušená kontrola užívání) a které mohou vyústit v závislost. (Popov, 2003)

Zneužívání alkoholu se projevuje širokou škálou orgánových poškození (např. alkoholická hepatitida, ciróza jater, kardiomyopatie, fetální alkoholový syndrom) a psychických poruch (např. alkoholická halucinóza, alkoholická Korsakovova psychóza). (Kmoníčková, 2002)

### 2.3.1.2. Nikotin

Je jedinou NL tabáku. Jedná se o toxický rostlinný alkaloid, smrtelná dávka pro člověka je kolem 80 mg. (Králíková, 2003)

K získání suroviny pro tabákové výrobky se pěstují především dva druhy: *Nicotiana tabacum* (tabák obecný) a *Nicotiana rustica* (tabák selský) z čeledi Solanaceae. Jedná se o statné jednoleté mělce kořenící byliny s jedinou přímou, až 2 m vysokou žláznatě chlupatou lodyhou. Na ní postupně dorůstají jednoduché, velké a celokrajné listy, které jsou hlavním zpracovatelským produktem. (Valíček, 2003)

V ČR jsou běžné v zásadě dvě následující formy aplikace: bezdýmý tabák a tabák, který hoří. Bezdýmý tabák můžeme dále rozdělit na šňupací (aplikace vdech do nosních dutin) a orální (aplikace do úst). Orální tabák je žvýkací a „moist snuff“ (jsou to papírové pytlíčky, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin). Tabák, který hoří, známe především ve formě doutníku, dýmky nebo cigarety. (Králíková, 2003)

Nikotin nacházející se v cigaretovém kouři má kyselý charakter, proto je jeho absorpce sliznicí dutiny ústní nízká. (Martínková, 1998) To je příčina, proč kuřáci cigaret musí inhalovat, aby zvětšením resorpční plochy dosáhli požadovaného množství nikotinu. Množství nikotinu, jaké při kouření vstoupí do organismu záleží na řadě faktorů např.:

- na obsahu nikotinu v tabáku,
- na způsobu kouření (na frekvenci vdechů, na hloubce inhalace).

Přibližně 10% nikotinu se v nezměněné formě vylučuje ledvinami, 80% podléhá biotransformaci převážně v játrech. Hlavními produkty metabolismu jsou kotinin a 3-hydroxykotinin, které se dají prokázat v krvi a v moči. (Lüllmann, 2004)

Farmakologické účinky nikotinu se odvozují od stimulace nikotinových receptorů v gangliích a také od zvýšené aktivity mezolimbických dopaminergních neuronů.

Nikotin zvyšuje bdělost, schopnost soustředit se a zlepšuje paměť. Potlačuje podrážděnost a agresivitu, snižuje chuť k jídlu a tím brání přírůstkům tělesné hmotnosti. (Chládková, 1998)

Prudká otrava nikotinem se v důsledku narušení funkce vegetativního nervového systému projevuje: bledostí a pocením, pocitem nevolnosti, závratěmi, skleslostí, bolestí hlavy a průjmem. (Pokorný, 2002)

K somatickým důsledkům chronického přívodu nikotinu patří chronická onemocnění dýchacích cest a zažívacího traktu, stahování průsvitu cév a zvýšení četnosti chorob oběhového systému, potíže smyslového ústrojí, omezení potence a plodnosti. Tabák zvyšuje nebezpečí vzniku rakoviny nejen dýchacích orgánů, ale i tlustého střeva, konečníku a močového měchýře.

Po psychické stránce se závislost na tabáku projevuje poruchami pozornosti a sníženou výkonností, což je zapříčiněno oxidem uhelnatým, který je součástí cigaretového kouře a tlumí transport kyslíku tkáním. (Zášková, 2004)

### 2.3.1.3. Kofein

Kofein je purinový alkaloid vyskytující se v semenech kávovníku, listech čajovníku, v listech maté, v semenech koly, v guaraně a v kakaových semenech. (Bečková, 1999)

Přehled drog, matečných rostlin a obsahu kofeinu:

Semen coffeae (*Coffea arabica*, *C. liberica*, Rubiaceae): 0,5-2,5% kofeinu

Folium theae (*Thea sinensis*, Theaceae): 1,5-4,5% kofeinu

Folium maté (*Ilex paraguariensis*, event. další druhy *Ilex*, Aquifoliaceae): 1-2% kofeinu

Semen colae (*Cola vera*, *C. acuminata* a jiné druhy, Sterculiaceae): 1-3% kofeinu

Guarana (*Paullinia cupana*, Sapindaceae): 3-6% kofeinu

Semen Macao (*Theobroma Macao*, Sterculiaceae): 0,1-0,3% kofeinu

Kofein konzumovaný nejčastěji v podobě nealkoholických nápojů patří mezi nejrozšířenější NL. Z trávicího ústrojí se vstřebává nepravidelně a distribuuje se do všech tkání. Metabolismus v organismu probíhá procesem demetylace a oxidace.

Kofein je antagonistou adenosinových receptorů, adenosin je druhým hlavním inhibičním neurotransmiterem. Kofein má tedy naopak účinek stimulační: stimuluje CNS, má anxiogenní účinky, snižuje průtok krve mozkem, zvyšuje uvolňování reninu, podporuje diurézu, v žaludku podporuje sekreci kyseliny chlorovodíkové, stimuluje respirační a vazomotorické centrum, má pozitivně inotropní vliv na myokard. (Dědina, 2002a)

Nadměrné množství kofeinu vyvolává neklid, podrážděnost a deprese. (Zášková, 2004)

## 2.3.2. Nelegální návykové látky

### 2.3.2.1. Kanabinoidy

Základním přírodním zdrojem drog kanabisového typu, který byl cíleně vyšlechtěn na vysoký obsah omamných látek, je *Cannabis sativa* var. *indica* (Lamiaceae). Je to jednoletá rostlina, která se pěstuje téměř výhradně ze semen. (Bečková, 1999)

Kanabinoidy jsou látky obsažené v užívaných produktech konopí. Mezi hlavní látky této skupiny patří:

1) Delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (tetrahydrocannabinol - THC) - hlavní psychoaktivní složka.

2) Cannabidiol (CBD) – látka bez psychoaktivního účinku, ačkoliv projevuje jisté sedativní, analgetické a také antibiotické vlastnosti. Ukazuje se, že CBD má tlumivé účinky a působí proti povzbudivým efektům THC. Posouvá také počátek působení drogy, naproti tomu může její vliv až dvakrát prodloužit.

3) Cannabinol (CBN) – je degradačním produktem THC a není produkován rostlinou. Čisté formy CBN mají nanejvýše 10% psychoaktivity THC. Pravděpodobně však jeho působení souvisí s účinky na ztrátu orientace. Vyvolává tak pocit závratě a vnitřní rozpolcenosti. (Dupal, 2004)

Kanabinoidy ovlivňují v těle specifické receptory: CB1 v mozku a CB2 ve slezině. První jmenované receptory jsou zodpovědné za typické efekty konopí, receptory CB2 mají mírný imunosupresivní efekt. (Minařík, 2007a)

Účinky THC závisí na množství, způsobu a frekvenci užívání, a také na fyzických a psychických dispozicích uživatele. Jestliže je kanabis kouřena, účinkuje daleko rychleji než v případě perorálního užití. Při kouření se účinky projevují již v několika minutách po užití a přetrvávají 3-8 hodin, v případě perorálního užití látky se její účinek projevuje až po několika hodinách a dlouhodobě přetrvává. (Nožina, 1997)

Mírné dávky vyvolávají u nenavyklých osob somatické příznaky (vzestup tepové frekvence a krevního tlaku, rozšíření bronchů, zčervenání spojivek, sucho v ústech) a psychické symptomy, které velmi silně závisí na již zmíněném charakteru osoby a na jejím okolí, zda je sama, nebo ve společnosti. Především se vyvinou změny stavu vědomí, svět je vnímán jako sen, mění se vnímání času a prostoru. Základní nálada je většinou zlepšená (euforie), mimika a jiné projevy se vnějšmu pozorovateli jeví jako neadekvátní. Mohou se vyskytnout i výpadky paměti. Dodatečně se může projevit depresivní nálada. Při vyšších dávkách se dostavují příznaky podobné psychóze paranoidně depresivního charakteru. (Lüllmann, 2004)

Obecně se předpokládá, že konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost. Psychická závislost se dostavuje asi u 8-10% dlouhodobých uživatelů. Není popisován ani vzestup tolerance, který by vedl ke vzrůstajícím potřebným dávkám, ani odvykací příznaky při užívání těchto drog. (Miovský, 2003b)

Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy drogy:

Marihuana – představuje název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Marihuana domácí produkce se pohybuje v mezích 2-8% obsahu aktivních látek. Zahraniční pak někde v rozmezí 6-14% (speciálně upravená až 18% a ve výjimečných případech i více).

Hašiš – je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Obsah aktivních látek může být až okolo 40%. (Miovský, 2003b)

### **2.3.2.2. Halucinogeny (psychedelika, delirogeny)**

Halucinogeny jsou látky, které u zdravého člověka vyvolávají zmatenost, bludy a halucinace. (Pokorný, 2002)



V naprosté většině se jedná o látky s nevyzpytatelným účinkem, a to zejména na osoby, které s nimi neumějí správně zacházet. V psychické rovině může jejich efekt zahrnovat změněné vnímání, jež může obsáhnout všechny smyslové orgány. Ve většině případů se nejedná o skutečné halucinace, ale spíše o zkreslené vnímání a iluze. Může docházet ke změně vnímání času a prostoru. Zkreslené vnímání reality může následně vyvolat nebezpečné chování, jako například pokusy létat.

Po fyzické stránce mohou způsobit zvýšení krevního tlaku a jeho následný prudký pokles, pocit svalového napětí, chvění, problémy s koordinací pohybů, závratě, zrychlené dýchání. (Nožina, 1997)

Neurobiologické mechanismy účinku halucinogenních látek v mozku souvisejí s jejich vlivem na specifické serotonergní receptory.

Halucinogeny můžeme dle původu rozdělit do tří základních skupin:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, psilocybin),
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufotenin),
- semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD a fencyklidin). (Miovský, 2003a)

Dle chemické struktury lze halucinogenní látky rozdělit na:

- indolové deriváty (LSD, psilocybin),
- deriváty piperidinu a tropanových alkaloidů (atropin, skopolamin),
- deriváty fenyletylaminu (mezkalin). (Petr, 2005)

## **Přírodní halucinogeny**

### **Psilocybin a psilocin**

Psilocybin a psilocin jsou látky, které se vyskytují v některých druzích hub rodu *Stropharia*, *Psilocybe*, *Panaeolus* a *Conocybe*. Mezi nejvýznamnější halucinogenní houby patří druhy rodu *Psilocybe* (lysohlávka, *Strophariaceae*). Na našem území roste:

*Psilocybe semilanceata* (lysohlávka kopinatá) – je to drobná houba dorůstající 6-10 cm, s kloboukem různé barvy (od hnědé, přes žlutavou,

zelenou až olivově šedohnědou), o průměru většinou 1-1,5 cm. Jeho tvar je ostře kuželovitý s malým hrbolkem na vrcholu.

*Psilocybe bohemica* – je typicky českou lysohlávkou. Její klobouk je až 3 cm široký, v mládí bývá tupě kuželovitý, později sklenutý s hrbatým středem.

*Psilocybe cyanescens* (lysohlávka modrající) – obsahuje nejvíce psychoaktivních látek, ale u nás roste vzácně. (Valíček, 2003)

Houby se užívají syrové nebo sušené. Jsou-li dobře rozžvýkány a nějakou dobu ponechány v ústech, objevují se první účinky již za 8-10 minut. Jsou-li ihned polykány, brání žaludeční stěna úplné absorpci látek v nich obsažených a současně je nástup jejich účinku pomalejší. (Pokorný, 2002)

U psilocybinu dochází k rozvoji tolerance při užívání více než jedenkrát týdně. Jedná se o zkříženou toleranci s halucinogeny indolového typu. Nedochozí ke vzniku ani fyzické závislosti, ani abstinenčního syndromu. Je zde však vysoké riziko vzniku psychické závislosti. (Bečková, 1999)

## Mezkalin

Mezkalin je halucinogen získávaný z kaktusu *Lophophora williamsii* (syn. *Anhalonium williamsii*, *Echinocactus williamsii*, Cactaceae), tzv. peyotlu.

Drogu tvoří pouze nadzemní část kaktusu obsahující chlorofyl, zatímco hlavní kořen se ponechává nedotčen, aby z něho mohla vyrůst nová rostlina. Nasbíraná droga se řeže na části silné asi 1-1,5 cm a většinou se následně suší. Takto upravená droga se nazývá „mezkalové knoflíky“ či „koláčky“. Jejich chuť je nasládlá a mírně pálivá. Jindy se čerstvé kaktusy melou a zachycují se kapky šťávy, z které se připravuje nápoj. (Valíček, 2003)

Při opakované aplikaci mezkalinu dochází ke vzniku tolerance na jeho účinky. Existuje zkřížená tolerance s LSD a psilocybinem. Na tuto látku nebyla pozorována fyzická závislost, ale dochází k rozvoji psychické závislosti. (Bečková, 1999)

Halucinogenně působí i další látky obsažené v houbách, např. kyselina ibotenová, muscimol, ale jejich zneužívání není časté.

## Semisyntetické a syntetické halucinogeny

### LSD (dietylamid kyseliny d-lysergové)

Kyselina lysergová tvoří součást molekuly všech alkaloidů obsažených v námelu (*Secale cornutum*), nemá však farmakologické účinky. Naproti tomu LSD, z ní syntetizovaný, vyvolává účinky v dávkách 0,02-0,4 mg. (Lüllmann, 2004)

LSD se na našem současném černém trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem zobrazujícím různé symboly. Ve druhém případě pak jde o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy. Oba přípravky se užívají perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem. (Miovský, 2003a)

Specifickým rizikem intoxikace LSD jsou tzv. flashbacky – návraty k prožitým zážitkům, s časovým odstupem a v období abstinence. (Bouček, 2006)

Tolerance se u jedince zneužívajícího LSD rozvíjí poměrně rychle. Avšak 3 až 4 dny po vysazení drogy se počet receptorů vrací k normálu. Byla popsána zkřížená tolerance s mezkalinem a psilocybinem. Po podání LSD se nevyskytuje ani syndrom z vysazení, ani fyzická závislost. U stálých konzumentů se může vyvinout psychická závislost, v závislosti na výši dávek a osobnosti uživatele. (Bečková, 1999)

### Fencyklidin (PCP, „andělský prach“)

PCP je fenylocyklohexylaminový derivát. Tato látka byla původně zavedena jako disociativní anestetikum. Halucinogenní účinky se objevily u pacientů při odeznívání anestezie. Fencyklidin se může kouřit (po smísení s tabákem), šňupat, užívat perorálně anebo aplikovat intravenózně. (Katzung, 2006)

PCP obsazuje specifické receptory v mozku, které jsou lokalizovány v iontovém kanálu patřícím ke komplexu excitační kyseliny N-metyl-D-aspartátu (NDMA). (Dědina, 2002a)

### 2.3.2.3. Stimulancia

Psychostimulancia jsou látky stimulující psychické funkce (odstraňují pocit únavy, snižují potřebu spánku, zvyšují duševní aktivitu a urychlují myšlení). Vyvolávají pocit nejen duševní svěžesti, nýbrž i zvýšené tělesné výkonnosti. Také dochází ke ztrátě rozumové kontroly v posuzování reálných hranic psychických i fyzických možností. Psychostimulancia mohou mít i paradoxní efekt, kdy zvyšují a stupňují úzkost a psychické napětí a zhoršují psychický výkon, zvláště v době odeznívání působení látky. (Hynie, 2001)

Neurobiologický mechanismus působení na synapsích spočívá ve vzestupu koncentrace monoaminů (dopamin, noradrenalin, serotonin) v synaptické štěrbině. Dochází k jejich zvýšenému vylučování (ovlivnění presynaptických receptorů), dále pak ke snížení zpětného vychytávání monoaminů (reuptake). Stimulancia také blokují biotransformaci monoaminů a podílí se na vytváření p-hydroxynorefedrinu, který funguje jako falešný mediátor (přímá stimulace postsynaptického receptoru). (Minařík, 2003b)

### Přírodní stimulační látky

#### Kokain

Kokain je alkaloid získávaný ze sušených listů jihoamerického stromu *Erythroxylon coca* (Erythroxylaceae). (Smolík, 2002)

Kokain se na černém trhu vyskytuje ve dvou formách jako:

- prášek chloridu kokainu pro aplikaci nosní sliznicí nebo po rozpuštění k injekcím,
- tzv. crack (volná báze kokainu), který se inhaluje kouřením a působí obzvláště rychle.

Protože se sůl kokainu z nosní sliznice dobře resorbuje, může se aplikovat šňupáním, při dlouhodobém používání však následkem vazokonstrikčního a lokálně anestetického účinku poškozují nosní sliznici a pod ní ležící tkáň (hrozí až perforace nosního septa). (Lüllmann, 2004) Místně anestetické účinky se projevují již při užití minimálních dávek, naproti tomu k vyvolání psychoaktivního efektu jsou potřeba vyšší dávky. (Nožina, 1997)

Užívání kokainu představuje ohromnou zátěž pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Při těžké akutní otravě se objevují záškuby a křeče, stoupá teplota a slábne krevní oběh. Otrávený nakonec kolabuje a umírá v důsledku ochrnutí dýchacího centra.

Kokain nevyvolává somatickou závislost, o to mocnější je závislost psychická. Chronická otrava vede k vzestupu tolerance k účinkům euforizujícím, současně se projevují stavy úzkosti, panické ataky a psychotonické epizody. (Minařík, 2003b)

## **Syntetické stimulační látky**

### **Amfetaminy**

Amfetaminy (2-amino-1-fenylpropany) jsou prototypem syntetických stimulačních látek. Jedná se o jednoduché sloučeniny známé též jako „budivé aminy“. Z této široké skupiny látek byl jako první syntetizován amfetamin v roce 1887. Mezi další zástupce této skupiny látek patří např. pervitin a extáze. (Nožina, 1997)

Poměrně výrazná tolerance se rozvíjí na euforické účinky amfetaminů, avšak vzniká malá tolerance na kardiovaskulární a anorektické účinky. Rozvíjí se poměrně vysoký stupeň psychické závislosti, vznik fyzické závislosti je stále otázkou. (Bečková, 1999)

### **Pervitin (metamfetamin)**

Tato droga byla poprvé syntetizována v Japonsku v roce 1888. Jako vstupní produkt pro výrobu pervitinu slouží stimulační látka, efedrin, který lze získat z různých kompozitních léků nebo z chvojníku (*Ephedra vulgaris*, *Ephedraceae*). Po extrakci lze efedrin za pomoci louhu, červeného fosforu a dalších chemikálií změnit na metamfetamin. (Nožina, 1997)

Pervitin se aplikuje ústy, šňupáním nebo nitrožilně, což je v ČR nejčastější způsob aplikace. Běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg. (Minařík, 2003b)

Metamfetamin se metabolizuje na amfetamin a 4-hydroxymetamfetamin, které se objevují v moči během 20 minut, poločas eliminace je 12-34 hodin. (Dědina, 2002a)

Jako „Ice“ jsou označovány krystaly hydrochloridu d-metamfetaminu se stupněm čistoty 90-100%. (Bečková, 1999) „Speed“ je pak málo čistý metamfetamin v prášku. (Svoboda, 2006)

Z nelegálních drog z vysokým potenciálem pro závislost je pervitin v ČR nejrozšířenější. Pervitin zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce, užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování, působí nechutenství. Uvolňuje v těle zásoby energie. Zvyšuje výkonnost celého organismu. (Minařík, 2003b)

### Extáze

Chemicky je látka odvozena od amfetaminu, patří mezi fenyletylaminy a chemický název je 3,4-metylendioxy-N-methylmetamfetamin (odtud její zkratka MDMA). (Minařík, 2003c) Extáze byla syntetizována v roce 1912 a použita firmou Merck k léčbě obezity.

Rozšíření extáze je úzce spojeno s určitým druhem společenských příležitostí (např. diskotéky), při nichž ji zneužívá zejména mládež.

Extáze kromě stimulačního účinku má i účinek psychedelický. Lidé po požití extáze jsou empatičtí, plní lásky, po počáteční nepohodě po užití u nich dochází k navození klidu. (Bouček, 2006)

Na ilegálním trhu se vyskytuje nejčastěji ve formě tabletek různé barvy a velikosti s vylisovaným obrázkem. V tabletkách se extáze vyskytuje v různých dávkách, obvykle mezi 50-150 mg. Výjimkou nebývají ani kapsle naplněné práškem. (Fišerová, 2001)

Mezi nejvážnější komplikace užití MDMA patří přehřátí organismu, které se může vyskytnout zvláště při užití na celonočních párty. Pravděpodobnost vzrůstá při nadměrné tělesné aktivitě, vyšší teplotě okolí, opakovaném užití v průběhu párty a nedostatečné konzumaci tekutin s minerály. Následkem hypertermie může dojít ke spuštění kaskády dějů, která může vést k úmrtí. (Minařík, 2003c)

### 2.3.2.4. Opiáty a opioidy

Termín opiáty je všeobecně užíván v užším smyslu slova pro morfin, heroin, kodein a látky izolované z opia. Pojem opioidy se pak vztahuje ke všem

přírodním a syntetickým substancím, které mají účinky podobné morfinu. (Bečková, 1999)

Účinky opioidů jsou zprostředkovány působením na větší počet receptorů, které jsou běžně označovány řeckými písmeny  $\mu$  (mí),  $\delta$  (delta) a  $\kappa$  (kappa). Přirozenými ligandy opioidních receptorů jsou endogenní opioidy:  $\beta$ -endorfin, dynorfiny a enkefaliny. (Mikešová, 2002) Podle afinity a vnitřní aktivity na specifických receptorech se rozlišují:

- agonisté (např. morfin),
- agonisté/antagonisté (např. nalorfin nebo pentazocin působí jako agonisté na jedněch a antagonisté nebo slabí agonisté na druhých receptorech),
- parciální agonisté (např. buprenorfin s významně nižší vnitřní aktivitou v tomto případě na  $\mu$  receptorech),
- antagonisté (např. naloxon). (Martínková, 1998)

Účinek užívání opiátů se u různých lidí často liší. Závisí na typu užití látky, jejím množství, koncentraci, způsobu, jakým byla požitá, a individuálních charakteristikách uživatele včetně jeho fyzické kondice, věku apod.. (Nožina, 1997) Opioidy obecně vyvolávají útlum celého CNS, nejvýznamnější je útlum dechového centra. Opioidy dále mají silný analgetický účinek, dráždí centrum pro zvracení. Centrálním účinkem je také mióza. Vazba v určitých oblastech mozku vyvolává euforii, která pak motivuje uživatele k dalšímu užití. Dále opioidy tlumí aktivitu hladkého svalstva. (Minařík, 2007b)

Opioidy a opiáty, zejména heroin, mají vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu, která se odvíjí z kombinace mechanismů na buněčné a nitrobuněčné úrovni, na úrovni cílových orgánů a poklesu produkce endogenních opiátů. Součástí somatické závislosti je vzestup tolerance. (Minařík, 2003a) Ačkoli vývoj tolerance začíná již prvním podáním opioidu, klinicky se tolerance obvykle manifestuje až po 2-3 týdnech častého podávání. Výrazná tolerance se obvykle vyvíjí na analgetické, euforizující, emetické, hypotenzivní účinky a na útlum dýchání, ale nevzniká u miózy, křečových účinků a zácpy. (Bečková, 1999) Psychická složka závislosti se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným dychtěním po droze. (Minařík, 2003a)

## **Přírodní opioidy**

Zdrojem přírodních opioidů je opium. Opium je získáváno z máku odrůdy *Papaver somniferum album* (Papaveraceae). Jedná se o původně bílou šťávu, která prýští z nařezaných nezralých makových hlavic. Na vzduchu houstne a tmavne. V této podobě je sbírána a dále zpracovávána ať už k přímé konzumaci, nebo k dalšímu zpracování. Mezi přírodní deriváty opia patří morfin a kodein. (Nožina, 1997)

### **Morfin**

Morfin je hlavním přirozeným alkaloidem opia, tvoří asi 10% jeho obsahu. Byl izolován v roce 1803. Od té doby vznikl velký počet nových opioidních analgetik, která však nevytlačila morfin z jeho širokého použití. Je nejznámějším představitelem selektivních agonistů  $\mu$ -opioidních receptorů. (Mikešová, 2002)

Morfin se může podávat perorálně, parenterálně, ale také epidurálně ke spinální míše. Při zneužívání se podává injekčně, aby se dosáhlo co nejrychlejšího zvýšení koncentrace v mozku, protože jen při rychlém zvýšení koncentrace v mozku se dostaví pocit euforie. (Lüllmann, 2007)

### **Kodein (metylmorfin)**

Kodein se v surovém opiu nachází v koncentracích od 0,7 do 2,5%. Přestože se vyskytuje v přírodním stavu, většinou se získává z morfinu. (Nožina, 1997)

Kodein se užívá jako antitusikum a jako součást analgetik. Jeho psychotropní efekt je podobný účinkům morfinu, k dosažení tohoto účinku je však třeba výrazně vyšších dávek. (Vokurka, 2004)

Jeho předností je snadnější dostupnost. Bývá získáván z léků a nelegální cestou je zpracováván na hydrokodon („braun“, „český heroin“). (Martínková, 1998)

## **Semisyntetické opioidy**

### **Heroin**

Heroin byl syntetizován v roce 1874, v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat pod jménem heroisch, což znamená „silný“. Po léta byl



heroin považován za účinný lék pro závislost na morfinu. Chemicky jde o diacetylmorfin. Dvě acetylové skupiny mají za následek lepší rozpustnost v tucích a tím i snadnější průnik hematoencefalickou bariérou, což vede k silnějšímu „orgastickému“ pocitu na začátku intoxikace oproti morfinu. Acetylové skupiny jsou v organismu rychle odštěpeny a vlastní účinek je zprostředkován morfinem. (Minařík, 2003a)

Heroin je distribuován v psaníčkách (v malých obálcích připomínajících miniaturní dopis nebo obal na žiletku). Převážně bývá aplikován intravenózně, méně často subkutánně, šňupáním nebo inhalací par. (Martínková, 1998).

Heroin se na nezákonném trhu s drogami objevuje ve dvou hlavních formách jako:

- „bílý prášek“ (white dust), který se vzhledem podobá hladké mouce a je získáván diacetylací morfinu,
- „hnědý cukr“ (brown sugar) v podobě malých rudohnědých granulí, získává se diacetylací morfinu s přísadami kofeinu a dalších ředících substancí. (Nožina, 1997)

Závislost na heroinu patří k nejzávažnějším a nejúpornějším. Rozlišujeme léčbu vedoucí k abstinenci a léčbu substituční. V druhém případě se jako léčebná metoda uplatňuje substituce buprenorfinem nebo metadonem. (Minařík, 2003a)

## Buprenorfin

Buprenorfin byl objeven v roce 1960 a v roce 1978 se začal používat jako analgetikum a později k detoxifikační kůře a substituční léčbě při závislosti na opioidech. Je to polosyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia – thebainu.

Buprenorfin je NL s podobnými účinky jako heroin, morfin či jiná látka ze skupiny opioidů, ale jeho užívání je mnohem méně rizikové než užívání heroinu, a to z důvodů, že:

- se jedná o čistou látku, proto je mnohem menší riziko vzniku komplikací vlivem příměsí,
- je jeho účinek slabší, proto i dopady na psychiku při dlouhodobém užívání jsou menší,
- užívání buprenorfinu s sebou nese mnohem menší riziko předávkování, protože jeho akutní toxicita je mnohem nižší. (NN, 2007)

---

Buprenorfin (Subutex, Temgesic) je dostupný v sublinguálních tabletách nebo v intramuskulárních injekcích. (Dvořáček, 2003)

### **Syntetické opioidy**

#### Metadon

Metadon je známý především jako substituční opioid, předepisovaný osobám se závislostí na heroinu na podporu detoxifikace. (Shapiro, 2005) Smyslem detoxifikace je učinit odvykací stav lépe zvládnutelný a zahájit posilování motivace k dlouhodobější léčbě. Užívání metadonu má několik výhod. Metadon se podává ústy, má delší biologický poločas – postačí ho podávat jednou denně a neprodukuje tak silnou euforii jako např. heroin. (Dvořáček, 2003)

### **2.3.2.5. Sedativa a hypnotika**

Sedativa a hypnotika jsou nejčastěji předepisovanými psychoaktivními látkami. Vzhledem k legální možnosti užívání těchto látek a jejich četné lékařské preskripci zdomácněly tyto látky v běžné populaci podobně jako jiné psychoaktivní látky v subkulturách problémových uživatelů NL. K rozvoji závislosti (psychické i fyzické) je obvykle zapotřebí nejméně několika měsíců denního užívání, ale existují velmi široké interindividuální rozdíly. (Smolík, 2002) Mezi sedativa, hypnotika patří látky různé struktury např. benzodiazepiny a barbituráty.

#### Benzodiazepiny

Benzodiazepiny jsou početnou skupinou příbuzných léků. Farmakologicky jde o skupinu molekul společného základu, jejichž účinnost je zprostředkována zejména ovlivněním neurotransmiterového systému  $\gamma$ -aminomáselné kyseliny (GABA) v mozku. Popisují se u nich, kromě účinku sedativně-hypnotického, účinky anxiolytické, myorelaxační, antikonvulzivní a amnestické. Tyto účinky jsou u jednotlivých benzodiazepinů různě vyjádřené. (Vokurka, 2004)

Benzodiazepiny převládly nad barbituráty ze dvou důvodů:

- mají podstatně širší terapeutický index,
- barbituráty rychle indukují činnost jaterních mikrozomálních enzymů a způsobují tak vznik tolerance, benzodiazepiny indukčně nepůsobí. (Smolík, 2002)

### Barbituráty

Barbituráty jsou deriváty kyseliny barbiturové. Mají hypnosedativní účinky, malé dávky působí sedativně, větší sedativně až narkoticky. (Hynie, 2001) Stejně jako benzodiazepiny, i barbituráty se váží na receptorová místa spojená s GABA-chloridovým kanálem. (Bečková, 1999)

### 2.3.2.6. Organická rozpouštědla

Organická rozpouštědla jsou vesměs inhalační látky. Někdy bývají rozděleny do čtyř kategorií podle National Institute of Drug Abuse (NIDA):

- prchavá rozpouštědla – vypařují se při pokojové teplotě,
- adheziva, korekční tekutiny, pohonné látky, odstraňovače barev, nitrity,
- plyny (propan, lékařská anestetika),
- aerosoly (vlasové spreje, deodoranty). (Svoboda, 2006)

Některé látky lze čichat přímo z obalů, jiné se vylévají na kousek látky. Často dochází k inhalaci látky pod přikrývkou nebo z igelitového pytlíku, aby nedocházelo k úniku těkavé látky do okolního prostoru. Tímto způsobem dochází v omezeném prostoru k rychlému nárůstu koncentrace molekul těkavé látky. (Bečková, 1999)

Inhalanty po vdechnutí pronikají do plic. Odtud se rychle dostávají do krevního oběhu a poté do různých tělesných orgánů. Mezi prvními je zasažen CNS. Dále bývají inhalanty nejvíce zasaženy játra, srdce, plíce a ledviny. Těkavé látky mohou způsobit jejich vážné poškození. (Nožina, 1997)

Organická rozpouštědla vyvolávají pocity dobré nálady, závratě, zastřené vidění, nevolnost a ospalost. Výsledné chování může být nezvykle bouřlivé nebo nevázané, zčásti pod vlivem předchozí nálady, okolností a ostatních osob. Mnozí „čičači“ prožívají halucinace, které zpravidla mohou ovlivnit. (Shapiro, 2005)

Zneužívání těchto látek je velmi nebezpečné díky relativně snadné dostupnosti, nízké ceně a hlavně pro neschopnost odhadnout dávku. (Bečková, 1999) K úmrtí dochází pro obrnu dýchacího centra a zástavu dechu, nebo pro poruchu srdeční akce a krevního oběhu. (Minařík, 2007c)

## 2.4. Protidrogová politika

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání všech typů drog a/nebo potencionální rizika a škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku jejich užívání nastat. (Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009, 2005)

Komplexní preventivní opatření v oblasti protidrogové politiky provádějí zejména:

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

Vláda dle zákona č. 379/2005 Sb. „může za účelem koordinace protidrogové politiky zřídit zvláštní poradní orgán a případně ho pověřit přímým výkonem některých činností“. Tímto orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006a)

### 2.4.1. Právní úprava problematiky NL

Produkce, obchod i zneužívání NL nabývá stále více globální charakter, proto se snaží mezinárodní společenství a instituce přijímat vhodná opatření. Klíčový význam v celosvětovém měřítku i z hlediska České republiky přitom má Organizace spojených národů (OSN) a na její půdě uzavřené tři nejvýznamnější mezinárodní dohody týkající se omamných a psychotropních látek:

1) Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách (vyhláška č. 47/1965 Sb., ve znění sdělení č. 458/1991).

2) Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.).

3) Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.).

Základním účelem uvedených úmluv je vytvořit vhodné legislativní prostředí pro boj proti zneužívání drog v celosvětovém měřítku. (Sotolář, 2003)

Závazky z mezinárodních úmluv se staly základem pro legislativní opatření na vnitrostátní úrovni. Konkrétně zejména:

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a změně některých dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů,
- trestní zákon č. 140/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- zákon o přestupcích č. 200/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů.

V Jednotné úmluvě o omamných látkách z roku 1961 se smluvní strany zavazují učinit opatření nutná k tomu, aby za trestný čin byla považována rovněž držba drogy. V souladu s požadavky OSN toto bylo upraveno novelou trestního zákona č. 112/1998 Sb. § 187 - přechovávání omamné nebo psychotropní látky nebo jedu v množství větším než malém, kdy se toto nedovolené jednání sankcionuje. Orientační hodnoty množství omamných a psychotropních látek stanoví interní předpisy policejního prezidenta a nejvyššího státního zástupce. Např. u heroinu se za množství větší než malé považuje 0,15 g, u kokainu 0,25 g, u konopí 15 g (uvedené hodnoty vyplývají ze Závazného pokynu policejního prezidenta č. 102/2003 Sb.). (Štáblová, 2005).

## 2.4.2. Prevence

WHO definuje prevenci jako soubor intervencí s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog. WHO rozlišuje tři druhy prevence: primární, sekundární a terciární. (Trápková, 2007).

### 1. Primární prevence

Primární prevence se snaží v rámci zdravé populace zabraňovat kontaktu a experimentaci s NL. Usiluje proto o:

- snižování dostupnosti a posléze nabídky NL,
- celkové snižování poptávky.

V rámci snížení poptávky je cílem přesvědčit dospívající mládež o škodlivosti užívání těchto látek. Toto je v praxi realizováno přednáškami odborníků, besedami, vytvářením „Peer programů” apod.. (Pavlas, 2001)

### 2. Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život.

Léčebné a resocializační programy jsou v zásadě dvou typů:

1) Nízkoprahové programy, které na klientech nevyžadují bezpodmínečnou abstinenci jako podmínku vstupu do programu. Nabízejí např. léčbu somatických škod, psychologické a sociální poradenství, léčbu k abstinenci.

2) Programy vysokoprahové, jež podmiňují účast v programu abstinencí. Nabízejí psychiatrickou nebo psychologickou pomoc a v některých případech sociální servis s cílem vytvořit nebo posílit abstinenci chování a návyky. (Zábranský, 2003)

### 3. Terciární prevence – minimalizace rizik (Harm reduction)

Cílovou skupinou terciární prevence jsou problémoví nebo injekční uživatelé NL, kteří představují největší hrozbu pro veřejné zdraví. Intervence se zaměřují na způsoby, jak jsou drogy užívány. Zahrnují např. výměnu injekčních jehel, poskytování nutriční a vitaminové podpory.

Termín Harm reduction byl původně používán výhradně ve vztahu k opatřením a programům zaměřeným na snižování nepříznivých zdravotních důsledků užívání omamných a psychotropních látek. V současné době je však tento pojem stále častěji používán ve vztahu ke všem strategiím, jež přispívají ke snižování potencionálních zdravotních a sociálních rizik a poškození plynoucích z užívání všech typů NL. (Radimecký, 2006)



## 2.5. Dotazníkové šetření: charakteristika

Dotazník je základní a nejrozšířenější výzkumná metoda, sloužící ke sběru dat. Vhodný je zvláště tam, kde jde o kvantitativní shromáždění relativně jednoduchých údajů. (Vokurka, 2004)

Podstata dotazníkové techniky spočívá v tom, že potřebné informace získáme prostřednictvím písemného dotazu. Respondent vyplňuje dotazník sám. Znamená to, že komunikační tok mezi badateli a respondentem je zprostředkován jen sériemi písemných otázek, které pokrývají zkoumanou oblast problému. (Zich, 2004)

Sestavení dotazníku je jednou z nejnáročnějších prací celého poznávacího procesu výzkumu. Nelze dát všeobecný recept na to, jak má být dlouhý, kolik má obsahovat otázek. Prvním předpokladem pro sestavení dotazníku je důkladná analýza výzkumného tématu. (Lamser, 1966)

Hlavní zásady formulace otázek

1) Otázky musí být obsahově srozumitelné. Hlavní je, aby dotazovaný i tazatel rozuměli znění otázky stejně, aby nedošlo k chybné interpretaci dat.

2) Otázky musí být jazykově srozumitelné. Je například vhodné vyvarovat se nadměrnému a neuváženému používání cizích a abstraktních slov.

3) Otázky mají být přiměřeně dlouhé. (Zich, 2004)

Základní typy otázek

a) Uzavřené

Odpovědi na tyto otázky jsou předem formulovány a respondent vybírá takovou odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru, nebo se s ním přímo shoduje.

Rozlišujeme několik podtypů těchto otázek :

- alternativní – ve kterých má dotazovaný na výběr pouze dvě možnosti
- výběrové – tyto otázky umožňují respondentovi volit odpověď z většího počtu nabízených odpovědí. Pokud jsou v nabídce všechny alternativy odpovědí, pak mluvíme o otázce s úplným výběrem. Polootevřené otázky nenabízejí všechny alternativy odpovědí, ale respondent má možnost případně

doplnit svůj názor. Výhodou tohoto typu otázek je snadné zpracování. Nevýhoda spočívá v určitém zjednodušení a omezení názorového spektra.

b) Otevřené

Tento typ otázek nechává zcela na dotazovaném, jakým způsobem bude odpovídat a jakou zvolí formulaci odpovědi. Otevřené otázky poskytují podrobnější data k danému tématu, ale jejich zpracování je poměrně náročné.

Významný vliv na kvalitu informace má anonymita. Výhodou anonymního dotazníku je větší otevřenost odpovědí, dotazovaní se mnohem méně kontrolují a stylizují. Na druhou stranu je však zpravidla menší návratnost.

Mezi výhody dotazníkové metody patří možnost získat velké množství informací, snadnost provedení a finanční dostupnost. Získané informace však jsou dosti popisné a hrubé. Nemáme k dispozici postřehy tazatelů a jejich reakce na jednotlivé otázky i na celý průzkum. (Zich, 2004)

---

## **3. Experimentální část**

### 3.1. Metodika výzkumu

Pro sběr dat byli vybráni studenti prezenčních bakalářských studijních programů Fakulty multimediálních komunikací Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, a to 1. a 3. ročníku. Průzkum byl proveden v akademickém roce 2005/2006, v průběhu zápisu a v prvních týdnech výuky. Celkem bylo vyplněno 231 dotazníků, z toho 159 vyplnili studenti prvního ročníku a 72 studenti třetího ročníku. Průzkumu se zúčastnilo 101 mužů a 130 žen, o průměrném věku  $20,7 \pm 1,9$  let.

Data byla získána pomocí dotazníků, které studenti samostatně vyplňovali. Dotazník byl vypracován pro účely monitorování postojů a zkušeností s legálními i nelegálními NL v roce 1995 na FaF UK. V průběhu let byl upravován a doplňován do současné podoby.

Dotazník obsahuje 58 otázek, které mapují sociodemografické faktory, informovanost a postoje studentů k problematice NL, stejně tak i jejich zkušenosti s těmito látkami. Závěrečné otázky dotazníku se věnují problematice přenosu infekčních chorob často souvisejících s užíváním NL. Ke zpracování dat byl použit program Microsoft® Excel. Kopie dotazníku je součástí přílohy.

## 3.2. Výsledky šetření

V této části diplomové práce jsou uvedena data získaná pomocí provedeného dotazníkového průzkumu. Výsledky jsou rozděleny do několika částí podle oblastí problematiky NL, které zkoumají.

### 3.2.1. Sociodemografická charakteristika souboru

Sledovaná skupina byla tvořena 231 respondenty, 101 muži a 130 ženami. Procentuální zastoupení mužů a žen v jednotlivých ročnících se liší jen nepatrně; protože se však jedná o základní charakteristiku sledovaného souboru, jsou v tabulce č. 1 uvedena data jednotlivých ročníků zvlášť.

Tabulka č. 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví

	1.ročník		3. ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
muži	70	44,0	31	43,1	101	43,7
ženy	89	56,0	41	56,9	130	56,3

Průměrný věk studentů 1. ročníku je  $20,1 \pm 1,8$  let a u studentů 3. ročníku  $22,0 \pm 1,3$  let.

Většina studentů je národnosti české (89,6%). V 1. ročníku se nachází větší národnostní rozmanitost oproti 3. ročníku, viz tabulka č. 2. Státní příslušnost odpovídajících studentů koresponduje s jejich národností.

Tabulka č. 2 Národnostní složení studentů

	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
česká	137	86,2	70	97,2	207	89,6
slovenská	19	11,9	1	1,4	20	8,7
německá	1	0,6	0	0,0	1	0,4
bulharská	1	0,6	0	0,0	1	0,4
ruská	1	0,6	0	0,0	1	0,4
jiná	0	0,0	1	1,4	1	0,4

### Počet obyvatel v místě, kde respondenti vyrůstali, a v místě současného bydliště

Při porovnání počtu obyvatel obce, ve které student vyrůstal (označena jako „rodná obec“), s počtem obyvatel obce, ve které student žije nyní, jsme zjistili u všech velikostí obcí pokles počtu trvale žijících studentů a nárůst počtu studentů, kteří se nezdržují trvale. Jedná se tedy pravděpodobně o studenty, kteří nepocházejí přímo ze Zlína a do školy dojíždějí. V tabulce č. 3 jsou data uvedena v průměru obou ročníků.

Tabulka č. 3 Počet obyvatel v rodné obci a v místě současného bydliště

	rodná obec		obec současná	
	počet	%	počet	%
do 500 obyvatel	10	4,3	4	1,7
500-1000 obyvatel	14	6,1	11	4,8
1000-5000 obyvatel	42	18,2	33	14,3
5000-10000 obyvatel	28	12,1	23	10,0
nad 10000 obyvatel	137	59,3	136	58,9
nezdržují se trvale	0	0,0	24	10,4

### Složení domácnosti

Většina posluchačů žije s rodiči, přibližně dvě třetiny. Mezi čtenější odpovědi dále patří sdílení domácnosti s přáteli (14,3%) a s partnerem (6,5%). Kompletní přehled výsledků je uveden v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 Složení domácností studentů

v současné době žiji	1. ročník		3. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
s rodiči	115	72,3	42	58,3	157	68,0
s partnerem	7	4,4	8	11,1	15	6,5
s přáteli	25	15,7	8	11,1	33	14,3
sám	5	3,1	2	2,8	7	3,0
pouze s dítětem	0	0,0	0	0,0	0	0,0
jsem bezdomovec	0	0,0	0	0,0	0	0,0
s rodiči, partnerem	3	1,9	3	4,2	6	2,6
s rodiči, přáteli	4	2,5	3	4,2	7	3,0
s rodiči, sám	0	0,0	1	1,4	1	0,4
s partnerem, přáteli	0	0,0	1	1,4	1	0,4
s přáteli, sám	0	0,0	1	1,4	1	0,4
neodpověděl	0	0,0	3	4,2	3	1,3

### Sdílení domácnosti s osobou užívající NL

13,9% dotázaných uvádí, že nyní žije s osobou užívající drogy. 84,0% žije v domácnosti bez osob užívajících NL. Poprvé jsme museli do výsledků zahrnout i 2,1% studentů, kteří na otázku neodpověděli.

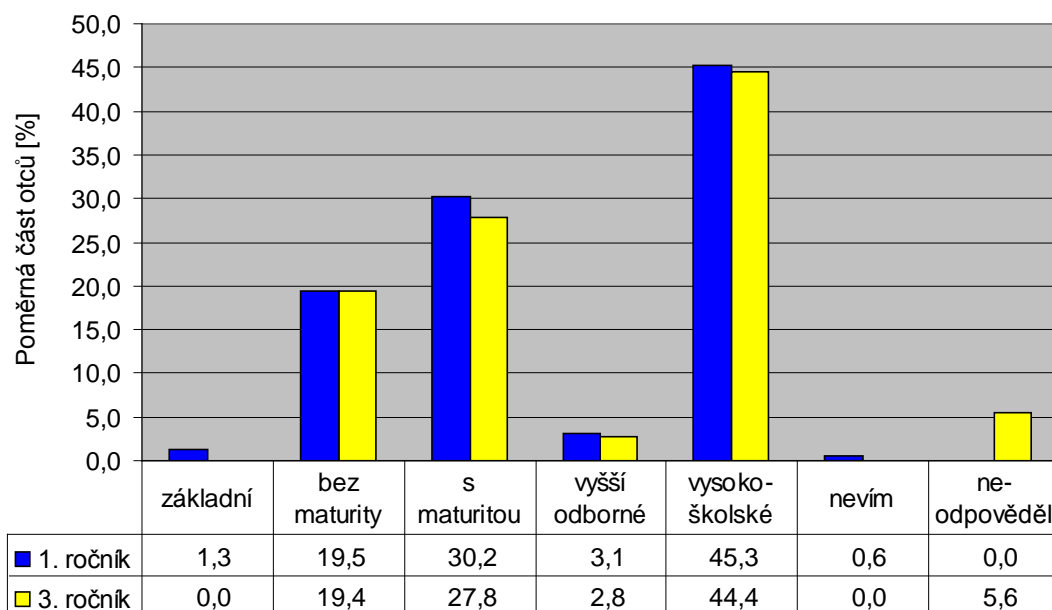
### Dosažené vzdělání dotazovaných studentů

Nejvyšší dosažené vzdělání je u 90,5% respondentů úplné střední s maturitou, 6,9% úspěšně ukončilo vyšší odborné vzdělání a 1,3% vysokoškolské studium, u těchto studentů můžeme s ohledem na jejich věk předpokládat získání bakalářského titulu. 1,3% studentů na otázku neodpovědělo.

### Vzdělání rodičů

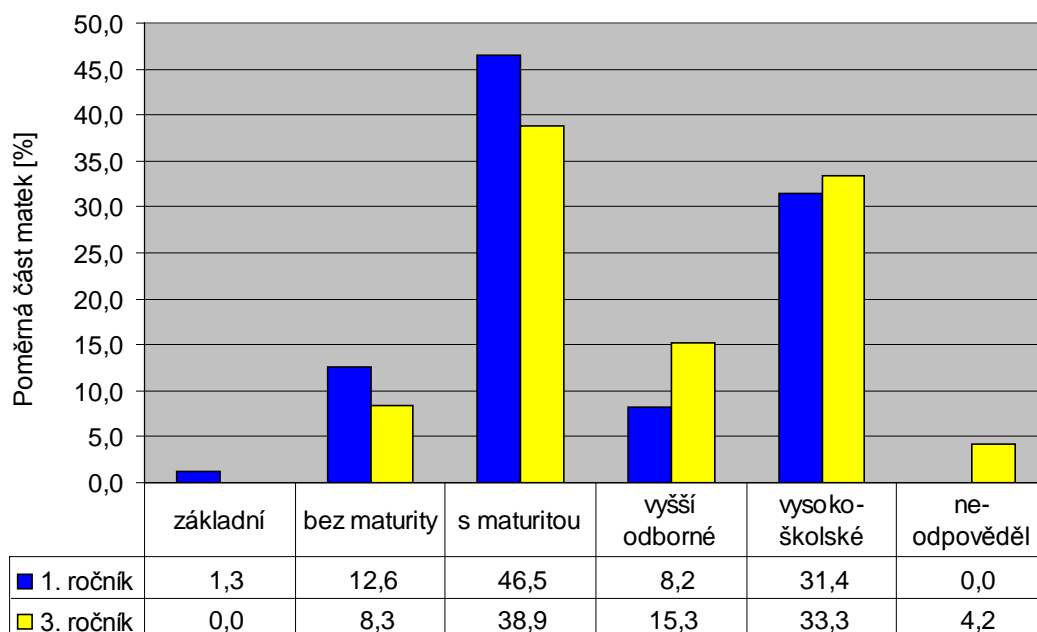
Dosažené vzdělání otců je v obou ročnících poměrně vyrovnané. Více jak tři čtvrtiny otců dosáhly vzdělání s maturitou, z této skupiny 3,0% pokračovala ve vyšší odborném studiu a 45,0% studiu vysokoškolském. 19,5% se vyučilo svému povolání, základním stupněm vzdělání ukončilo studium 0,9% otců. 0,4% studentů o dosaženém stupni vzdělání otce neví. Zbývá necelá 2% dotaz nezodpověděla. Rozdělení dosaženého vzdělání podle ročníků poskytuje graf č. 1.

Graf č. 1 Dosažené vzdělání otců



Matky studentů prvního ročníku častěji dosáhly vzdělání středoškolského než matky studentů třetího ročníku. Naopak matky studentů třetího ročníku dosáhly vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání častěji než matky studentů prvního ročníku. Podrobnější údaje viz graf č. 2.

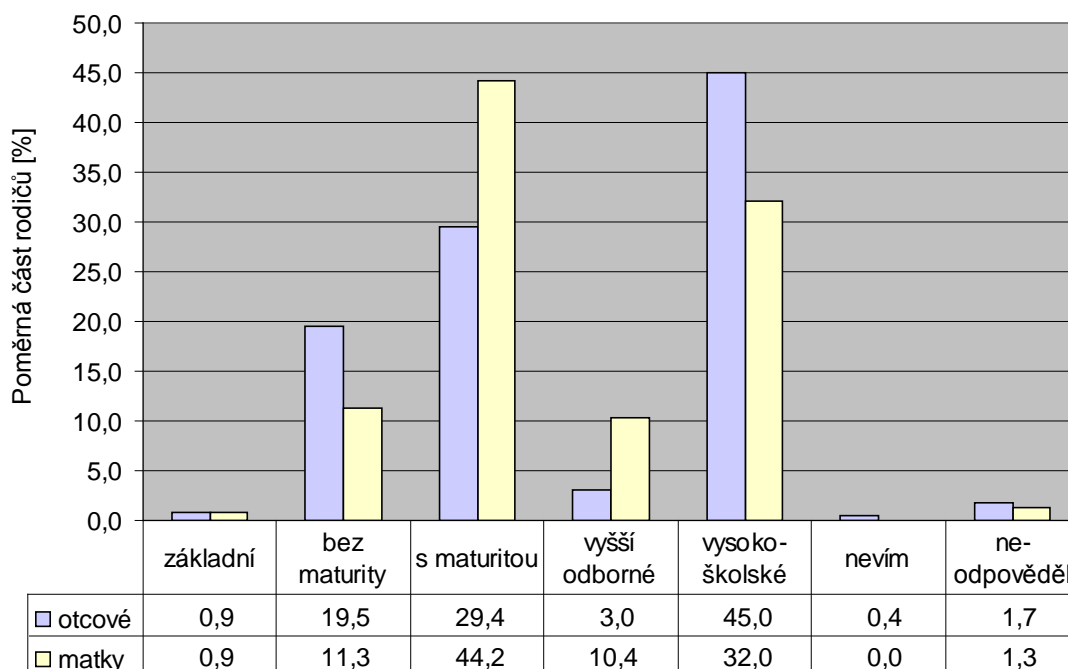
Graf č. 2 Dosažené vzdělání matek





Vzájemné porovnání dosaženého stupně vzdělání rodičů v obou ročnících umožňuje graf č. 3.

Graf č. 3 Dosažené vzdělání rodičů



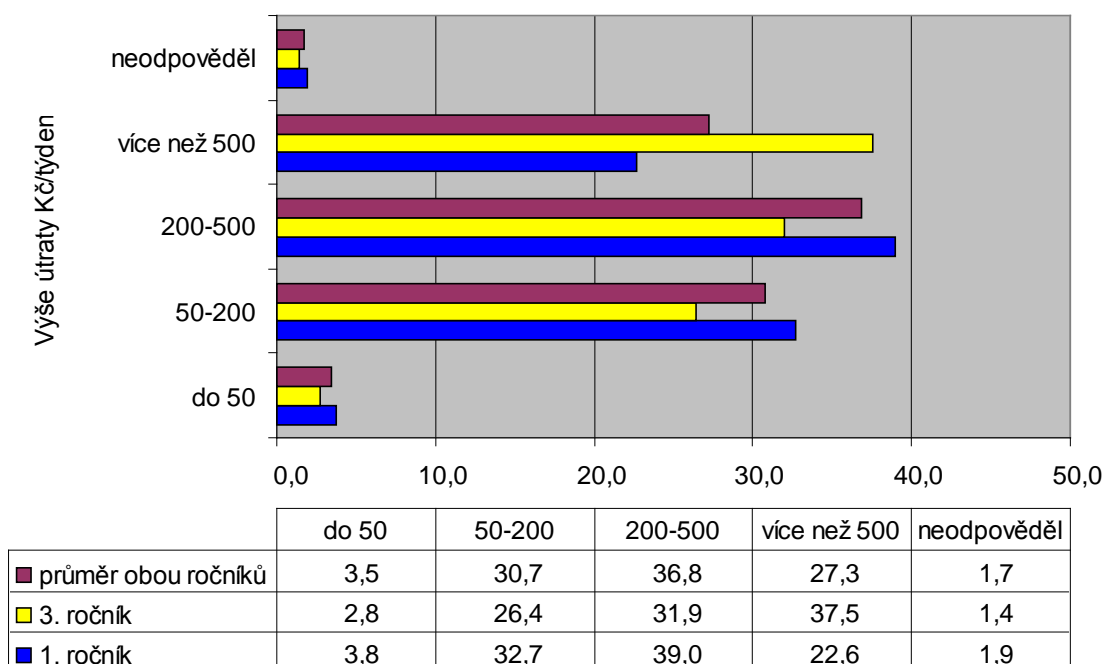
### Vztahy s rodiči

95,3% (95,6% 1. r., 94,4% 3. r.) studentů má se svými rodiči dobré nebo spíše dobré vztahy, 2,2% vychází s rodiči špatně nebo spíše špatně, shodný procentuální počet (0,4%) má s jedním z rodičů dobré vztahy a s druhým rodičem jsou buď vztahy špatné a nebo se s ním nestýká. 1,7% (0,6% 1. r., 4,2% 3. r.) respondentů neodpovědělo.

### Finanční situace studentů

Z odpovědí na otázku ohledně možné týdenní útraty vyplývá, že studenti 3. ročníku mají na své potřeby během týdne větší finanční obnos. Možnost utratit libovolně za týden částku vyšší než 200 Kč má 61,6% studentů 1. ročníku a 69,4% studentů 3. ročníku. Volně může disponovat částkou menší než 200 Kč 58 studentů (36,5%) studujících prvním rokem a 21 (29,3%) studujících rokem třetím. Část studentů, 1,7% z celkového počtu, na otázku neodpověděla. Podrobnější rozdělení nabízí graf č. 4.

Graf č. 4 Možnost výše útraty za týden



Poměrná část studentů

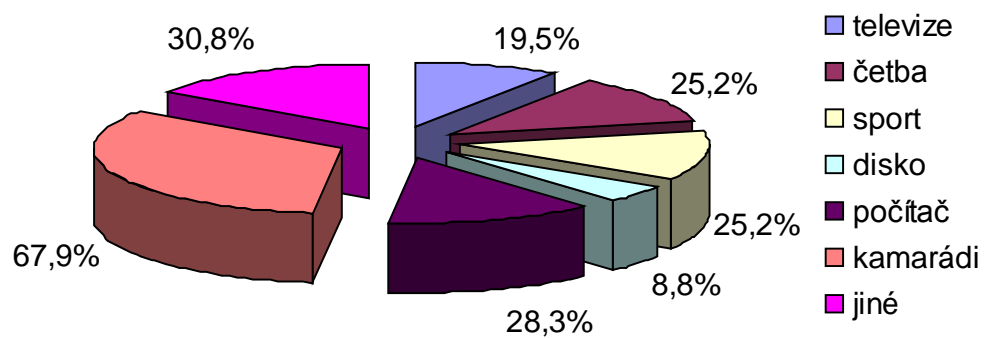
### Volný čas

V oblasti volného času studenti vybírali jednu či více odpovědí z nabízených možností, případně doplnili další aktivity. Nejvíce studentů nejčastěji tráví svůj volný čas s kamarády (1. r. 67,9%, 3. r. 63,9%).

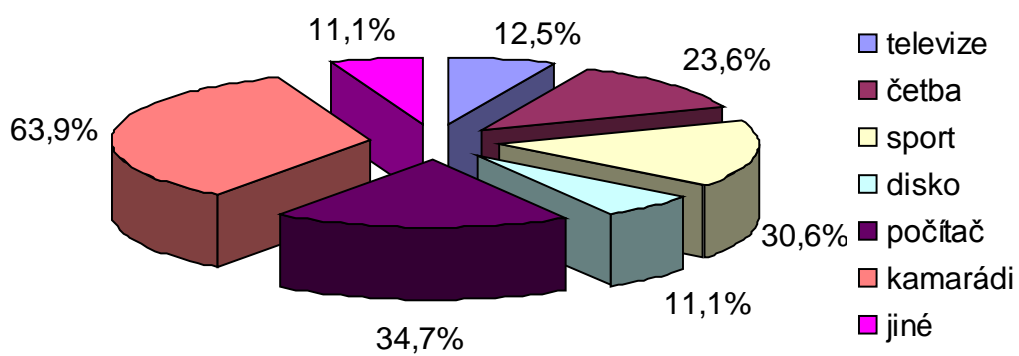
V kategorii „jiné“ studenti uvedli např. přátele/přítelkyni (7,5% 1. r., 1,4% 3. r.), práci (4,4% 1. r., 4,2% 3. r.), školu (3,1% 1. r., 0,0% 3. r.)

Podrobnější informace poskytují grafy č. 5 a 6.

Graf č. 5 Trávení volného času – studenti 1. ročníku



Graf č. 6 Trávení volného času – studenti 3. ročníku

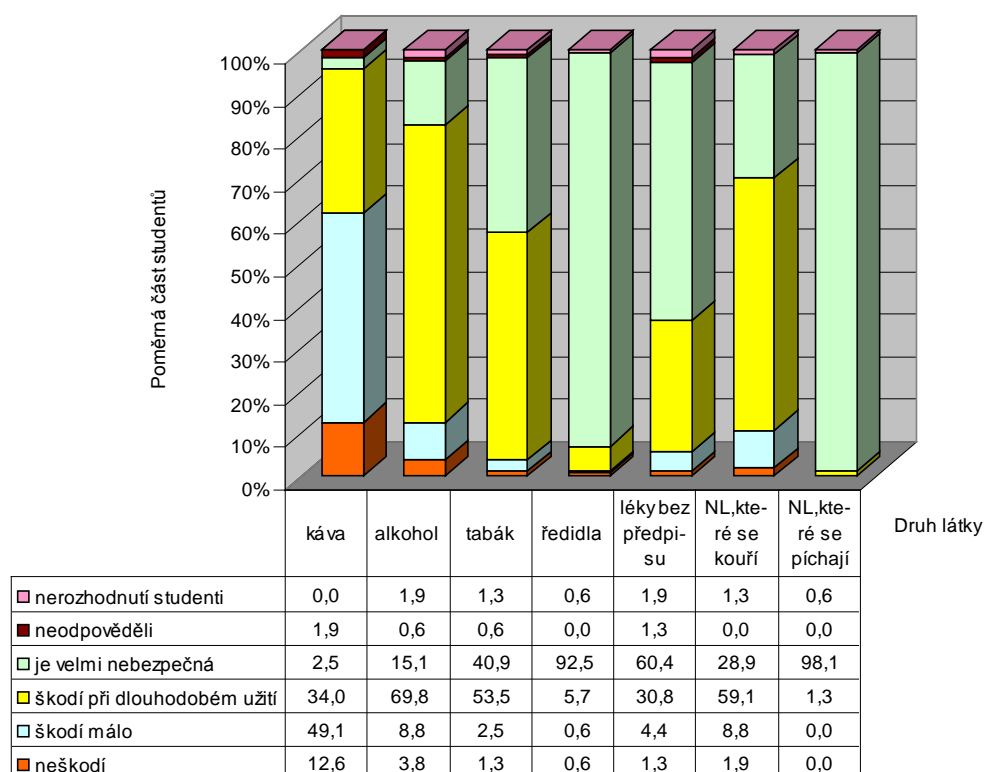


## 3.2.2. Informovanost a postoje vysokoškolských studentů k NL

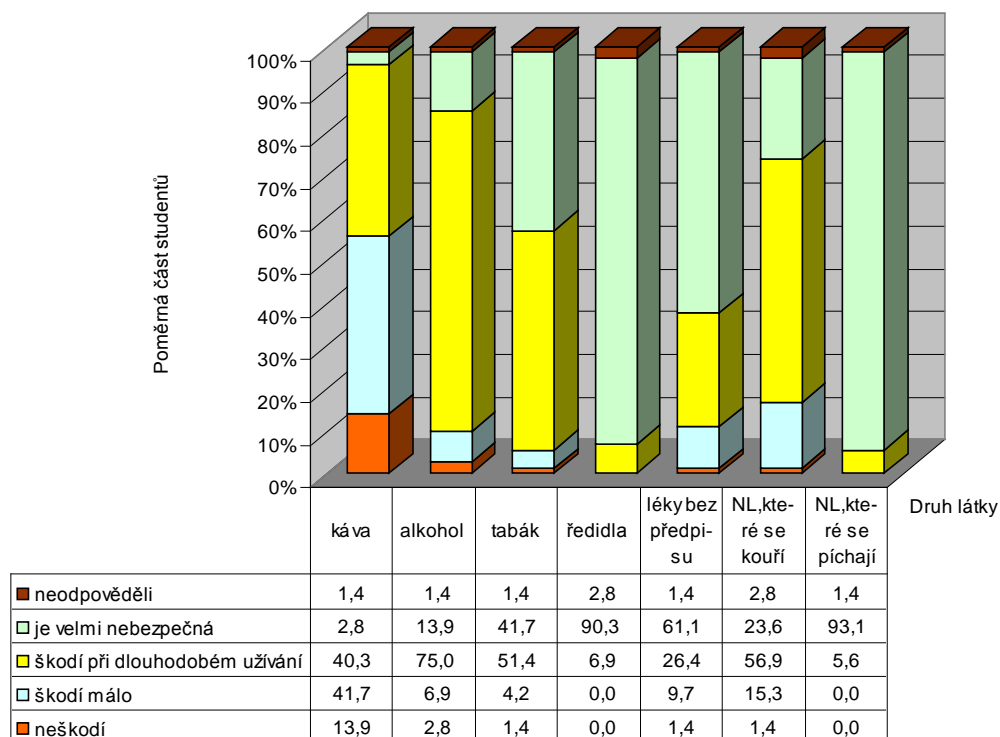
### Škodlivost látek

Studenty nejčastěji vybraný stupeň škodlivosti jednotlivých uvedených NL se u respondentů z obou ročníků shoduje. Mezi velmi nebezpečné zařadila převažující část studentů ředidla, léky a NL aplikované intravenózně. Za NL škodící při dlouhodobém užívání považuje více jak polovina studentů alkohol, tabák a drogy, které se kouří. Podrobný přehled dat zaznamenávají grafy č. 7 a 8.

Graf č. 7 Hodnocení škodlivosti jednotlivých NL studenty 1. ročníku



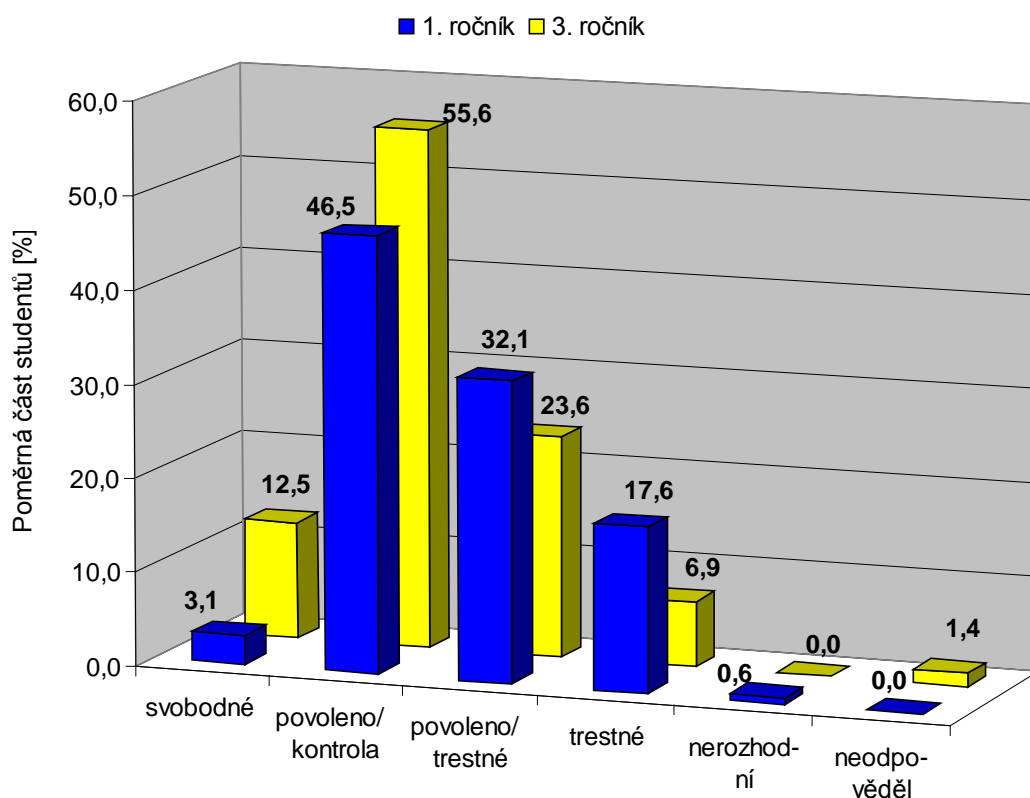
Graf č. 8 Hodnocení škodlivosti jednotlivých NL studenty 3.ročníku



### Postoj studentů k legalizaci „měkkých“ drog, názory na jejich užívání a distribuci

Z odpovědí k tomuto tématu je patrný značný rozdíl v názorech studentů 1. a 3. ročníku. Posluchači z vyššího ročníku jsou daleko více liberálnější. Pro zcela svobodné používání i distribuci je 12,5% studentů 3. ročníku oproti 3,1% studentů 1. ročníku. Pro povolené užívání, ale kontrolovanou distribuci „měkkých“ drog je 55,6% studujících třetím rokem a 46,5% osob prvního ročníku. Podle 23,6 % studentů 3. ročníku by používání „měkkých“ NL mělo být legalizováno, ale jejich distribuce by měla být trestná, stejný názor má 32,1% „prváků“. Trestné užívání i distribuci preferuje 6,9% studentů ze 3. ročníku a 17,6% z ročníku prvního. Jeden student 1. r. si z nabízených variant nedokázal vybrat a jeden 3. r. na otázku neodpověděl. Náznornější data nabízí graf č. 9.

Graf č. 9 Postoj studentů k legalizaci „měkkých“ drog



### Informace o ilegálních drogách

Více jak polovina (50,7%) dotazovaných studentů si myslí, že je o ilegálních NL dobře informována. Dalších 41,1% studentů soudí, že informace, které mají o těchto látkách, jsou částečné. Za málo informované se považuje 7,4% respondentů. Za neinformovaného se označil jeden student z 231 a jeden na dotaz neodpověděl. Detailní procentuální rozdělení mezi ročníky poskytuje následující tabulka č. 5.

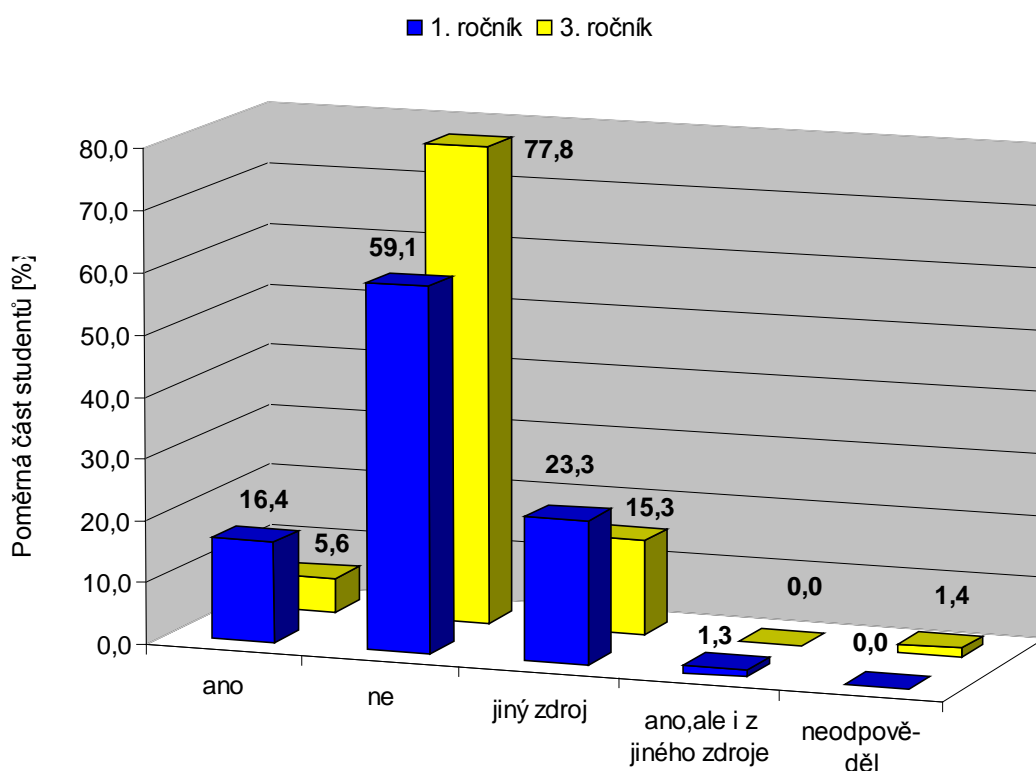
Tabulka č. 5 Informovanost studentů o drogách podle ročníků

	1.ročník		3.ročník	
	počet	%	počet	%
dobře	83	52,2	34	47,2
částečně	67	42,1	28	38,9
málo	9	5,7	8	11,1
neinformován	0	0,0	1	1,4
neodpověděl	0	0,0	1	1,4

## Zisk informací o ilegálních NL od učitelů

V dotazníku jsme se též ptali na zisk informací od učitelů o jiných NL než je tabák, alkohol a káva v průběhu tohoto školního roku. Od učitelů získalo informaci o ilegálních NL jen 16,4% a 5,6% studentů 1. a 3. ročníku. Záporné odpovědi se nám dostalo v 59,1% a v 77,8%. Další studenti hledali informace v jiných zdrojích, konkrétní procentuální vyjádření počtu těchto studentů je patrné z grafu č.10.

Graf č. 10 Získávání informací o ilegálních NL od učitelů



## Dostupnost drog v místě bydliště

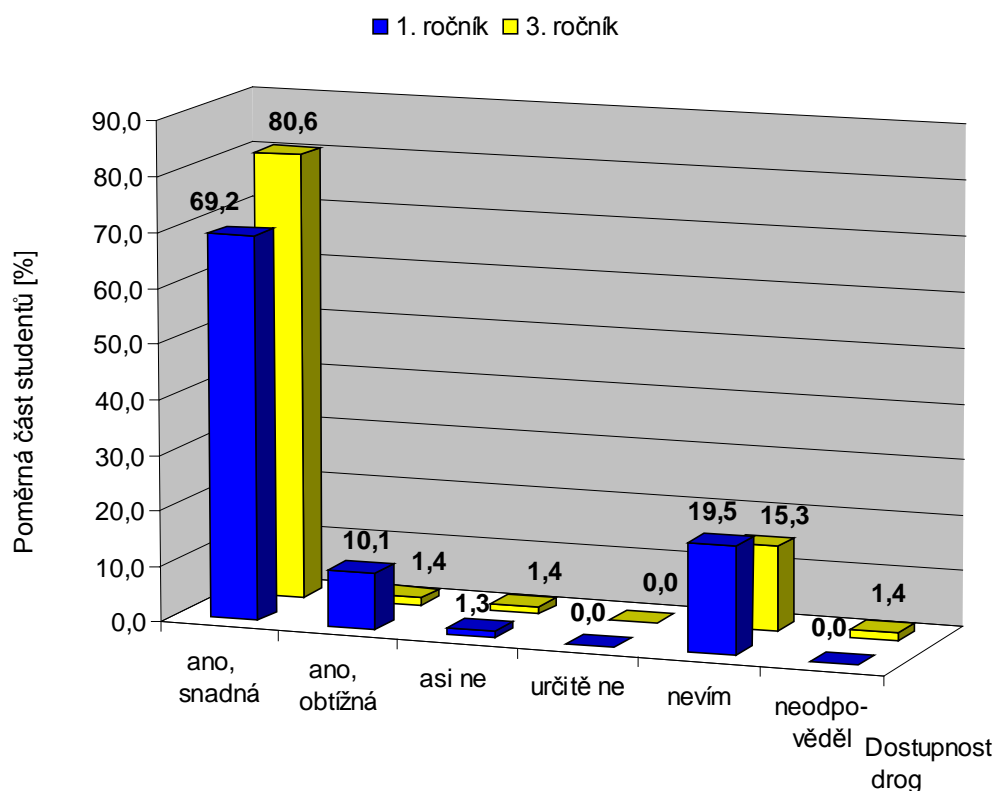
69,2% posluchačů 1. ročníku vnímá dostupnost NL jako snadnou a z těchto studentů má nějakou zkušenost s užitím drogy 88,2%. Za obtížně dostupné považuje tyto látky více než 10% dotazovaných „prváků“, z takto odpovídajících 16 studentů byl pouze jeden, který žádnou drogu neokusil. 1,3% se domnívá, že drogu ve svém městě nebo obci nezíská. 19,5% si stavem dostupnosti není jistá.

Většina studentů třetího ročníku (80,6%) je přesvědčena o snadné dostupnosti drog v jejich městě nebo obci, z těchto 80,6% mělo více než 86%

zkušenost s ilegální NL. 15,3% o dostupnosti nemá představu, z této skupiny mělo zkušenost s drogou více než 36% studentů. Zbýlých 2,8% odpovědí je rovnoměrně rozloženo mezi možnost „drogy jsou obtížně dostupné“ a variantu „drogy jsou nejspíš nedostupné“. Jeden student neodpověděl.

Žádný student neoznačil drogy za zcela nedostupné. Srovnání odpovědí obou ročníků nabízí graf č. 11.

Graf č. 11 Dostupnost drog v obci, kde studenti žijí

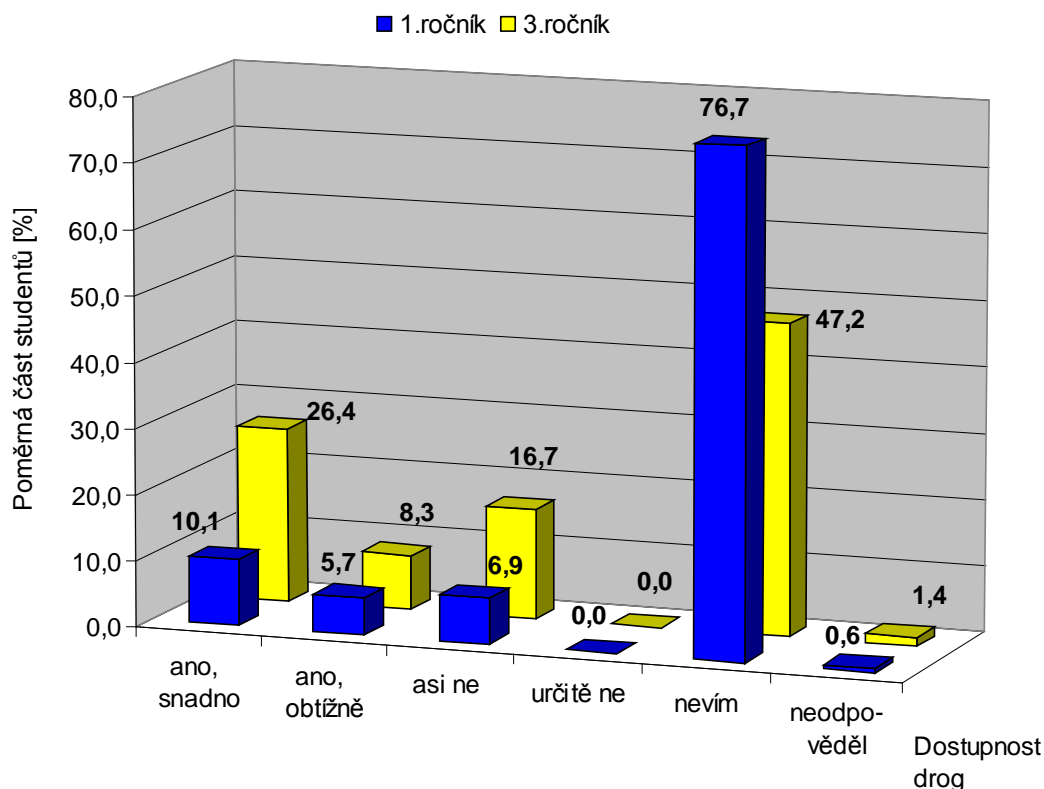


### Dostupnost NL ve škole

Největší procento studentů o dostupnosti NL ve škole neví, u prvního ročníku může být výše zastoupení této odpovědi ovlivněna i krátkou dobou studia na této škole. Kompletní data zobrazuje graf č.12.



Graf č. 12 Dostupnost drog ve škole



### Přátelé a jejich zkušenost s drogou

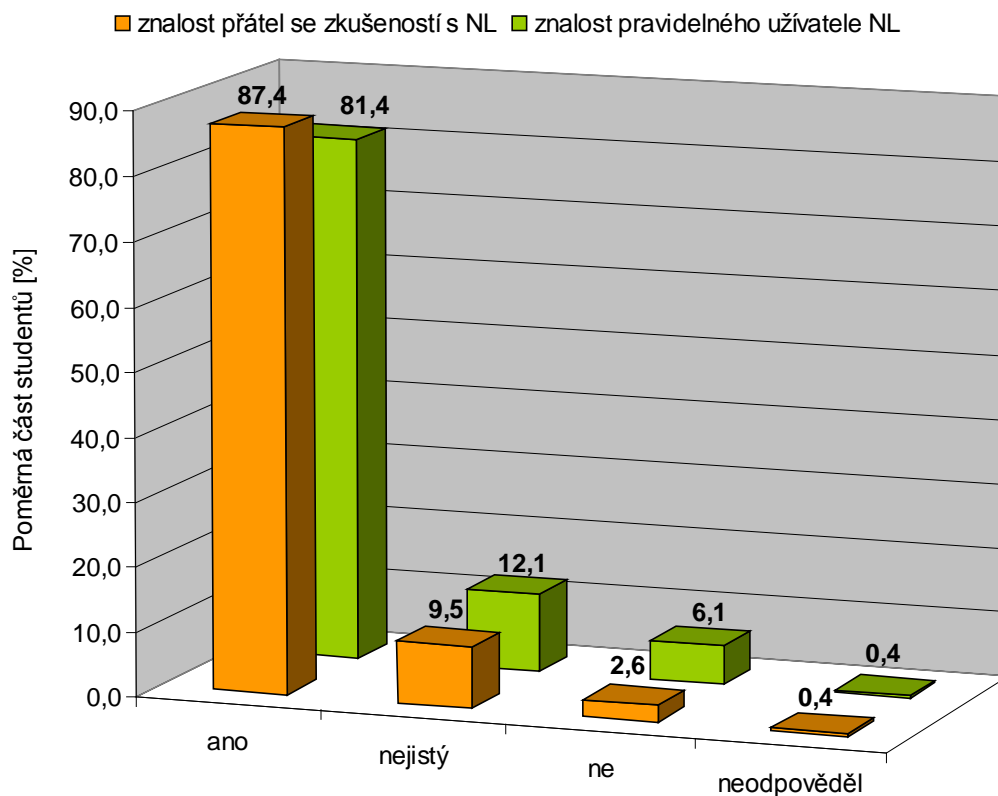
Názor studentů na zkušenost jejich přátel s nějakou NL je poměrně vyrovnaný, proto je procentuální vyjádření jednotlivých odpovědí uvedeno v průměru obou ročníků. 87,5% studentů si myslí, že někdo z přátel má zkušenost s drogami. Pouze 2,6% respondentů je naopak přesvědčeno, že přátelé do kontaktu s drogami nepřišli. 9,5% dotazovaných si zkušeností svých přátel není jistých. Jeden student neodpověděl.

### Pravidelné užívání NL v okolí studentů

Více než 81% studentů zná někoho, kdo pravidelně užívá ilegální NL. Záporně odpovědělo 6,1% studentů (7,6% z 1. r., 2,8% ze 3. r.). 10,7% „prváků“ a 15,3% „třetáků“ si pravidelným užíváním drog ve svém okolí není jistých.

Vzájemné porovnání výsledků otázek týkajících se osob užívajících NL v okolí studentů umožňuje graf č. 13.

Graf č. 13 Znalost přátel se zkušeností s NL a znalost pravidelného uživatele NL



### Znalost institucí zabývajících se problematikou NL

Název jedné instituce uvedlo 42,8% studentů prvního ročníku a 47,2% studentů třetího ročníku. Více institucí uvedlo 15,1% „prváků“ a 8,3% „třetřáků“. 42,1% studentů 1. r. a 44,4% studentů 3. r. nevedli název žádné instituce (instituci neznají, nevzpomínají si na název nebo neodpověděli).

Studenti nejčastěji uvedli Drop-in (viz. tabulka č. 6), v kategorii „ostatní“ jsou zahrnuty instituce jmenované jen v několika málo případech. Studenti uváděli instituce jak obecně (např. léčebny, poradny), tak konkrétně (např. Sdružení Podané ruce, Renarkon).

Tabulka č. 6 Instituce zabývající se problematikou NL

	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
Drop-in	55	34,6	33	45,8	88	38,1
K-centrum	14	8,8	1	1,4	15	6,5
Help	8	5,0	1	1,4	9	3,9
ostatní	33	20,8	12	16,7	45	19,5
nevzpomenou si	5	3,1	4	5,6	9	3,9
neznám	10	6,3	6	8,3	16	6,9
neodpověděl	52	32,7	22	30,6	74	32,0

### Záměr studentů experimentovat s drogami

Na otázku, zda student chce užít/užil NL mimo alkoholu, nikotinu a kofeinu, jsme získali data shrnutá v tabulce č.7.

Tabulka č. 7 Experimentování s drogou

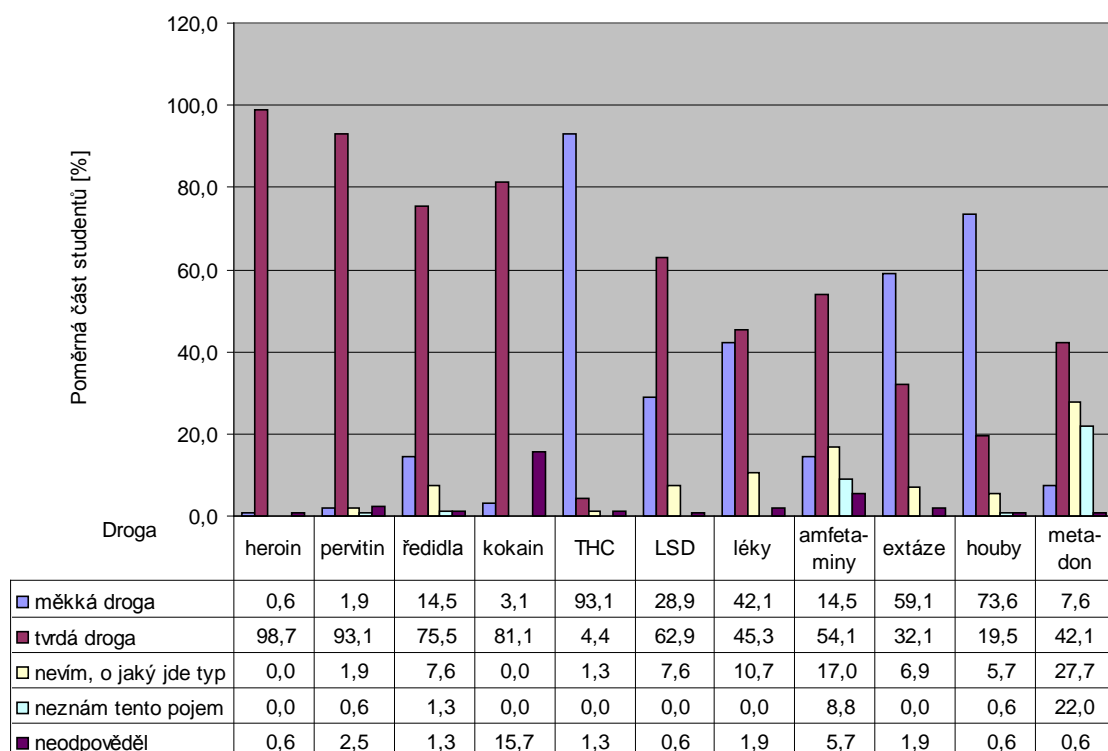
	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
určitě ano	15	9,4	13	18,1	28	12,1
spíše ano	26	16,4	11	15,3	37	16,0
nevím,ale asi ne	36	22,6	22	30,6	58	25,1
určitě ne	32	20,1	8	11,1	40	17,3
zkusil, už to neudělá	37	23,3	8	11,1	45	19,5
zkusil, zkusí opět	13	8,2	8	11,1	21	9,1
neodpověděl	0	0,0	2	2,8	2	0,9

### Zařazení NL mezi „měkké“ a „tvrdé“ drogy

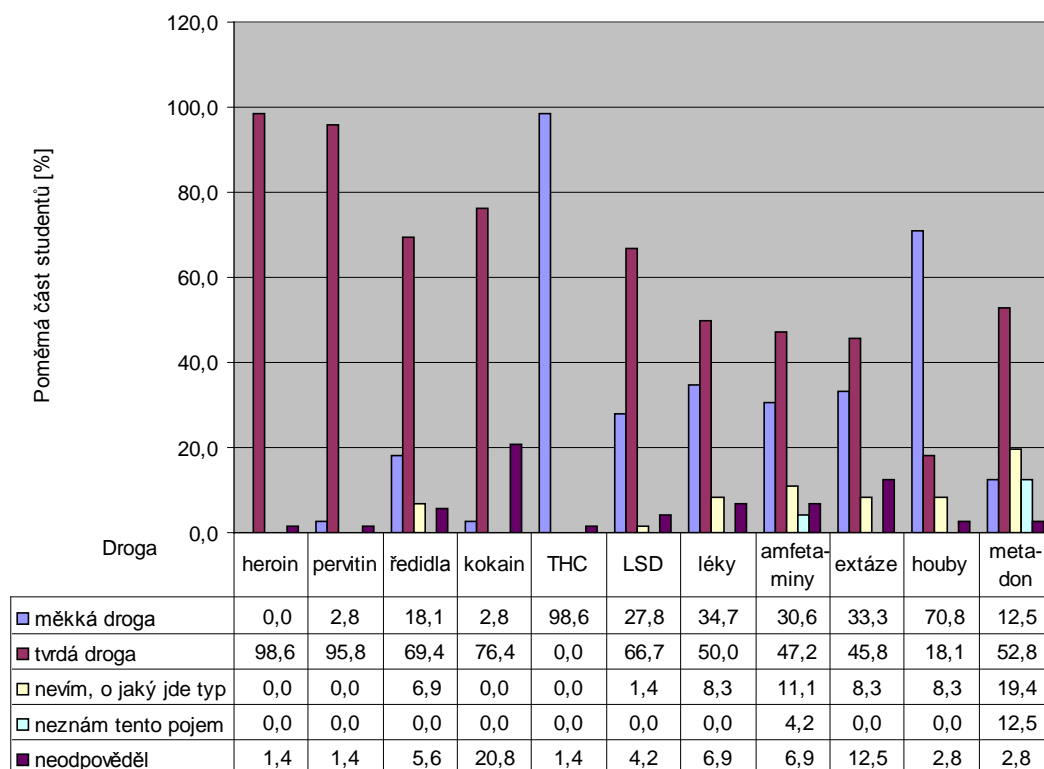
V dotazníku byly pro srozumitelnost mezi studenty použity termíny „měkké“ a „tvrdé“ drogy, přestože od tohoto termínu už se v odborných kruzích ustupuje. Pomocí tohoto dělení můžeme vyhodnotit, jak studenti vnímají riziko spojené s jejich užitím. V následujícím odstavci jsou tedy látky hodnoceny podle dříve užívaného dělení na „měkké“ a „tvrdé“.

Zařazení uvedených NL studenty do kategorií „měkkých“ a „tvrdých“ drog svědčí o jejich dobrém přehledu v této problematice. Více než 90% studentů zařadilo „správně“ heroin, pervitin a marihuanu. Zarážející je poměrně velké procento studentů, kteří si myslí, že ředidla patří mezi „měkké“ drogy. O metadonu mají studenti nejméně informací. Souhrn výsledků zobrazují následující grafy č. 14 a 15.

Graf č. 14 Zařazení NL studenty 1. ročníku



Graf č. 15 Zařazení NL studenty 3. ročníku



### 3.2.3. Zkušenosti vysokoškolských studentů s NL

#### 3.2.3.1. Legální látky

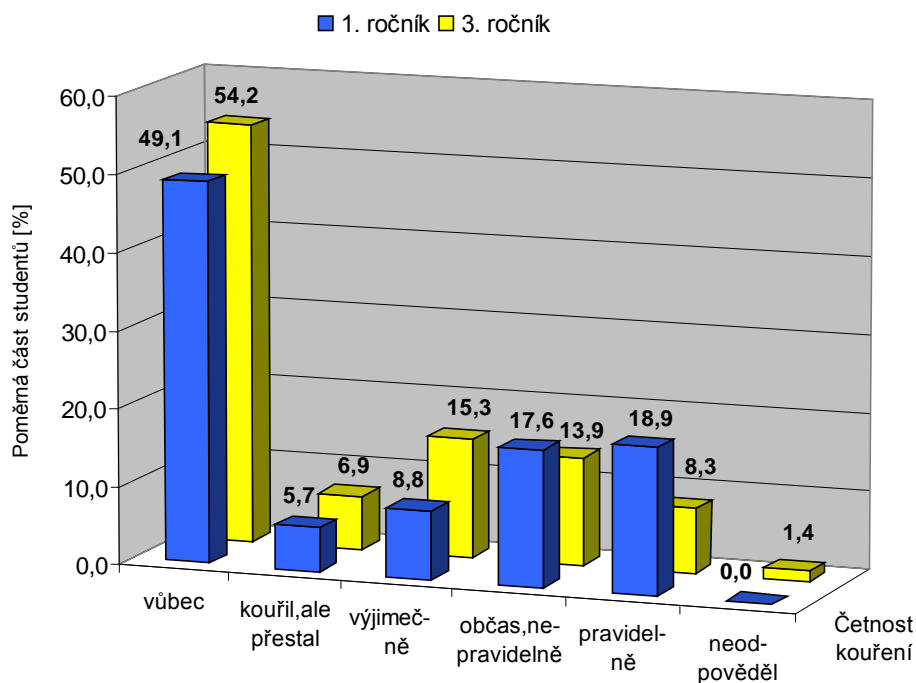
##### Kouření

Na otázku, zda-li studenti kouří, jsme získali tyto výsledky: 50,7% posluchačů z obou ročníků nekouří vůbec, 6,1% kouřilo, ale přestalo. 10,8% si cigaretu zapálí jen výjimečně a 16,5% občas nebo nepravidelně. Pravidelně kouří 15,6% studentů. Jeden z 231 studentů tuto otázku nezodpověděl. 37 respondentů, tj. 16,0% (14,5% 1. ročníku, 19,4% 3. ročníku) cigaretu nikdy neokusilo.

Průměrný věk, ve kterém studenti poprvé ochutnali cigaretu, je  $13,4 \pm 2,8$  let ( $13,3 \pm 2,8$  let v 1. r. vs.  $13,7 \pm 2,8$  let ve 3. r.); věkové rozmezí je 5-26 let.

Pravidelně kouřící studenti v průměru vykouří  $68,1 \pm 55,1$  (1. r.  $70,7 \pm 58,2$ ; 3. r.  $53,0 \pm 24,8$ ) cigaret týdně.

Graf č. 16 Četnost kouření

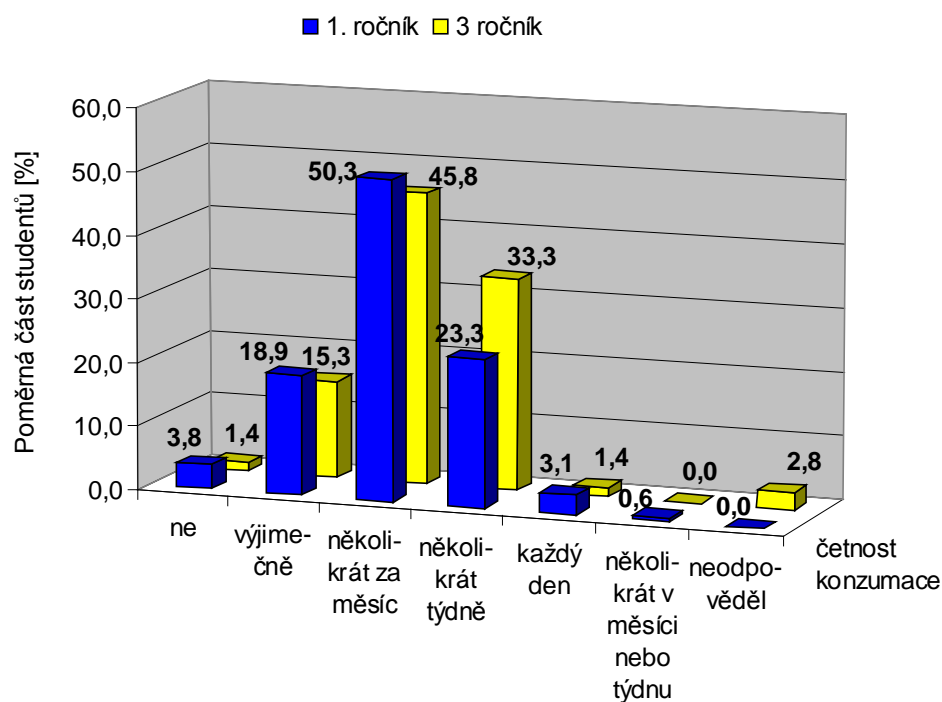


## Alkohol

99,1% studentů poprvé okusilo alkoholický nápoj v průměru ve  $12,3 \pm 3,5$  letech (ve  $12,0 \pm 3,5$  letech studenti 1. r., ve  $13,1 \pm 3,2$  studenti 3. r.). Věkové rozmezí je 2-18 let. Vlastní zkušenost s pitím alkoholu nemá 0,9% respondentů.

Nejvyšší procento studentů, necelých 49%, konzumuje alkohol několikrát za měsíc. Několikrát týdně si „dá skleničku“ 26,4%, výjimečně pije alkohol 17,8% studentů. Mezi abstinenty se řadí 3,0% studentů. Jeden student (0,4%) uvedl, že se napije alkoholu několikrát v měsíci nebo týdně. Dva studenti (0,9%) neodpověděli. Podrobnější rozpracování je uvedeno v grafu č. 17.

Graf č. 17 Četnost konzumace alkoholu



### Délka pravidelného užívání legálních NL (tzn. alkoholu, nikotinu a kofeinu)

V délce pravidelného užívání legálních návykových látek lze pozorovat u studentů třetího ročníku postupný nárůst procentuálního zastoupení od 1 do 10 let délky užívání. U studentů prvního ročníku pozorujeme nárůst pouze do 5letého pravidelného užívání kofeinu, tabáku nebo alkoholu. Vzhledem k věku respondentů 1. ročníku dochází v časovém období užívání 5-10 let k výraznému procentuálnímu poklesu počtu uživatelů.

Necelých 30% studentů prvního ročníku a 24% osob z 3. ročníku užívá legální NL nepravidelně nebo vůbec. Podrobnosti zaznamenává tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 Délka pravidelného užívání legálních NL

	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
0	47	29,6	17	23,6	64	27,7
měsíce	2	1,3	0	0,0	2	0,9
1- 3 roky	37	23,3	11	15,3	48	20,8
víc jak 3 - 5 let	44	27,7	14	19,4	58	25,1
víc jak 5 -10 let	24	15,1	24	33,3	48	20,8
víc než 10 let	3	1,9	1	1,4	4	1,7
nevím	1	0,6	2	2,8	3	1,3
neodpověděl	1	0,6	3	4,2	4	1,7

### 3.2.3.2. Nelegální látky

Podle odpovědí studentů na otázku, zda užili některou z uvedených ilegálních NL, je můžeme rozdělit na skupinu drogově „zkušených“ a „nezkušených“. Do skupiny zkušených řadíme studenty, kteří užili nějakou z uvedených NL alespoň jednou. Podrobněji jsou zkušenosti studentů popsány níže. Rozdělení studentů uvádí tabulka č. 9.

Tabulka č. 9 Rozdělení studentů dle zkušenosti s NL

	1.ročník		3. ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
zkušení	128	80,5	54	75,0	182	78,8
nezkušení	31	19,5	18	25,0	49	21,2

#### Heroin

Ve všech případech, kdy studenti odpověděli na otázku, zda zkusili heroin, byla odpověď zamítavá. Pouze jeden student třetího ročníku neodpověděl.

#### Pervitin

Většina studentů obou ročníků (94,3% vs. 86,1%) pervitin nikdy nezkusila. Minimálně jednorázovou zkušenost s pervitinem má 5,7% studentů prvního a 11,1% studentů třetího ročníku. Podrobnější rozdělení počtu užití je zobrazeno v tabulce č. 10.



Tabulka č. 10 Četnost užití pervitinu

	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
nikdy	151	95,0	67	93,1	218	94,4
1x	6	3,8	4	5,6	10	4,3
2-5x	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6-20x	0	0,0	0	0,0	0	0,0
více než 20x	1	0,6	0	0,0	1	0,4
neodpověděl	1	0,6	1	1,4	2	0,9

## Toluen

Zkušenost s toluenem nemá 95% „prváků“ a 93,1% „třetáků“. Jedenkrát toluen „čichalo“ 6 studentů (3,8%) nižšího ročníku a 4 studenti (5,6%) ročníku třetího. Jedna studentka prvního ročníku se minimálně 20x k toluenu vrátila. Další studentka tohoto ročníku a jeden student z 3. ročníku neodpověděli.

## Kokain

S kokainem nemá zkušenost v průměru 81,8% studentů. Jedenkrát s kokainem experimentovalo 2,6% a nejvíce 5x ho užilo 1,3% studentů. Častěji užili tuto NL jen studenti prvního ročníku, ve dvou případech maximálně 20x a jedna studentka uvedla více než 20 užití. Tabulka č. 11 zobrazuje rozdíly v četnosti užití kokainu mezi studenty 1. a 3. ročníku.

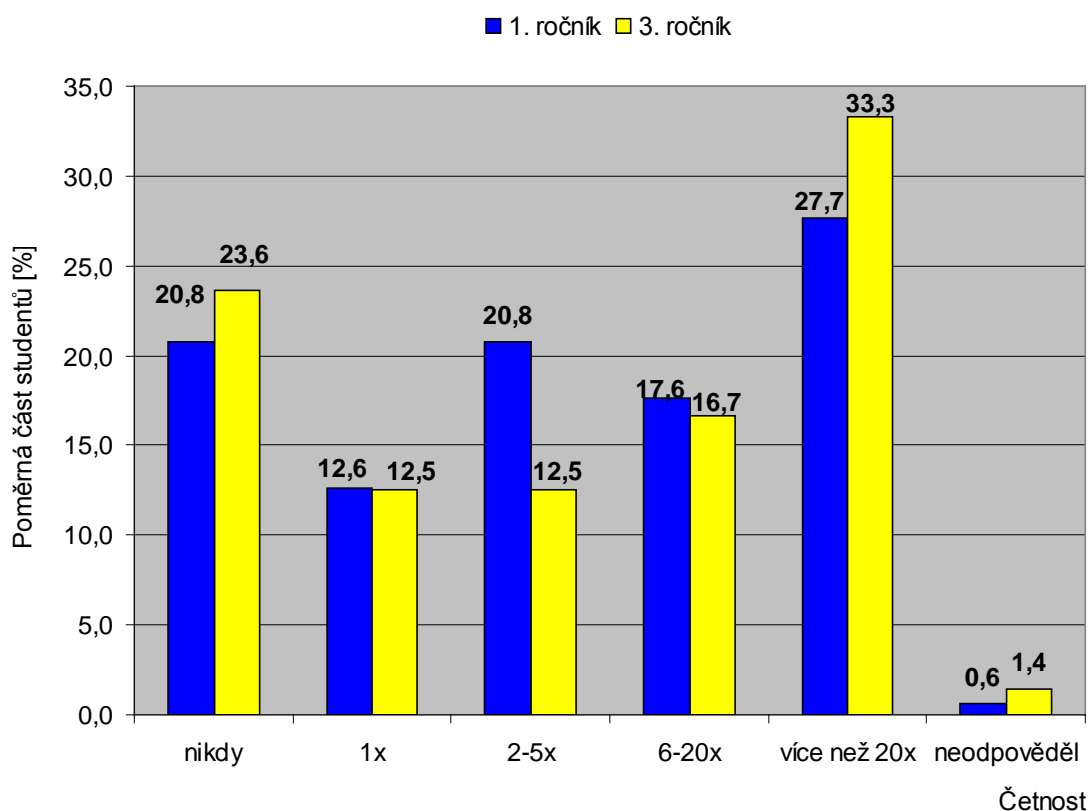
Tabulka č. 11 Četnost užití kokainu

	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
nikdy	132	83,0	57	79,2	189	81,8
1x	3	1,9	3	4,2	6	2,6
2-5x	2	1,3	1	1,4	3	1,3
6-20x	2	1,3	0	0,0	2	0,9
více než 20x	1	0,6	0	0,0	1	0,4
neodpověděl	19	11,9	11	15,3	30	13,0

## Marihuana a hašiš

Více než tři čtvrtiny dotazovaných studentů mají zkušenost s konopnými drogami. Nejvyšší procentuální část studentů (27,7% 1. r. vs. 33,3% 3. r.) užila tyto NL více než 20x. Kompletní data shrnuje graf č. 18.

Graf č. 18 Četnost užití marihuany a hašiše



## LSD

Nulovou zkušenost s LSD má 86,8% „prváků“ a 81,9% „třetáků“, jednu zkusilo tuto NL 7,5% a 6,9% studentů. Opakovaně a maximálně pětkrát LSD užilo 3,1% studentů prvního ročníku a 6,9% studentů ročníku třetího. 1,3% a 1,4% studentů se pohybuje v rozmezí 6 až 20 užití. Zbývá procenta studentů neodpověděla, viz. tabulka č. 12.

Tabulka č. 12 Četnost užití LSD

	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
nikdy	138	86,8	59	81,9	197	85,3
1x	12	7,5	5	6,9	17	7,4
2-5x	5	3,1	5	6,9	10	4,3
6-20x	2	1,3	1	1,4	3	1,3
více než 20x	0	0,0	0	0,0	0	0,0
neodpověděl	2	1,3	2	2,8	4	1,7

## Léky

92,5% a 88,9% studentů nemají se zneužíváním léků zkušenost. Zkušenosti studentů se zneužíváním léků zachycuje následující tabulka č. 13.

Tabulka č. 13 Četnost užití léků

	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
nikdy	147	92,5	64	88,9	211	91,3
1x	7	4,4	6	8,3	13	5,6
2-5x	3	1,9	1	1,4	4	1,7
6-20x	1	0,6	0	0,0	1	0,4
více než 20x	1	0,6	0	0,0	1	0,4
neodpověděl	0	0,0	1	1,4	1	0,4

## Speed, fenmetrazin

Zkušenost s těmito látkami nemá 92,5% a 88,9% studentů. Jednorázově tyto látky zkusilo 3,1% a 5,6% respondentů. Odpovědi o častějším užití označili studenti pouze prvního ročníku, viz tabulka č. 14.

Tabulka č. 14 Četnost užití speedu a fenmetrazinu

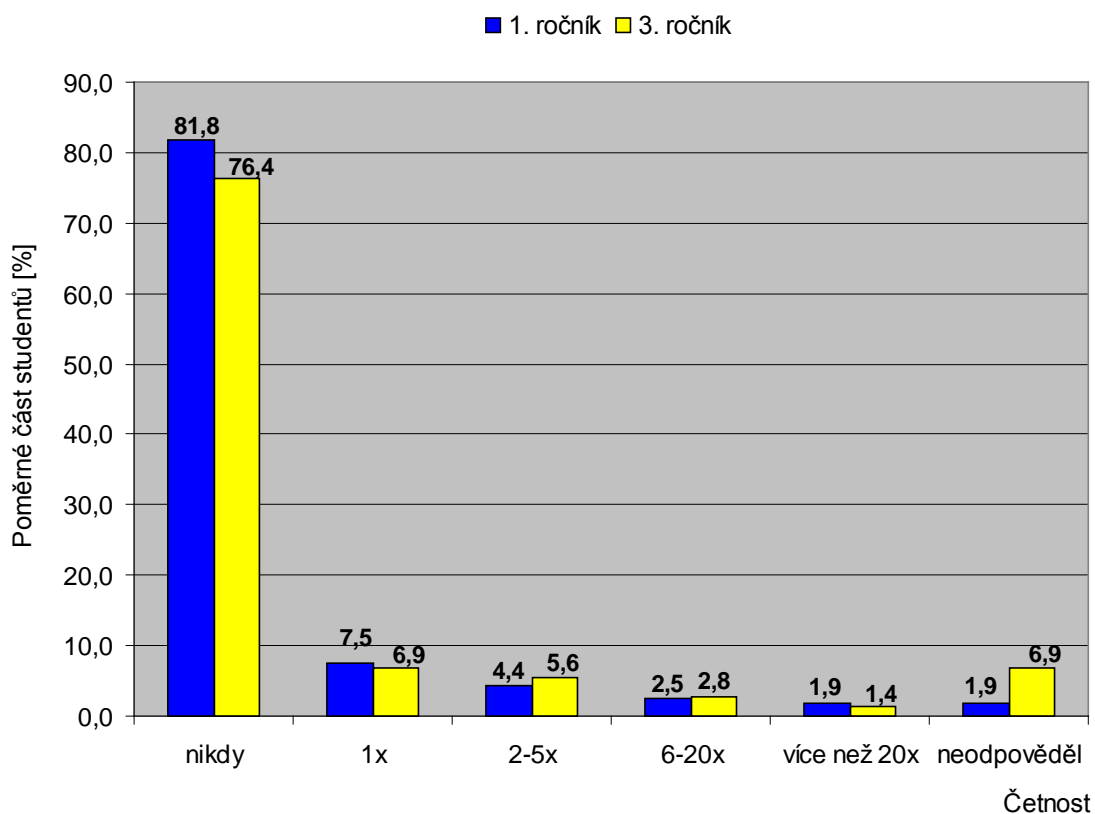
	1. ročník		3.ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
nikdy	147	92,5	64	88,9	211	91,3
1x	5	3,1	4	5,6	9	3,9
2-5x	3	1,9	0	0,0	3	1,3
6-20x	1	0,6	0	0,0	0	0,0
více než 20x	0	0,0	0	0,0	1	0,4
neodpověděl	3	1,9	4	5,6	7	3,0

## Extáze

80,1% studentů s touto látkou zkušenost nemá. Minimálně jednou tuto drogu zkusilo 16,5% studentů, přičemž z těchto osob necelých 5% ji zkusilo maximálně 5x, přibližně 2,5% 6-20x a 1,7% ji užilo více jak 20x.

Podrobnější informace o užití extáze zobrazuje graf č. 19.

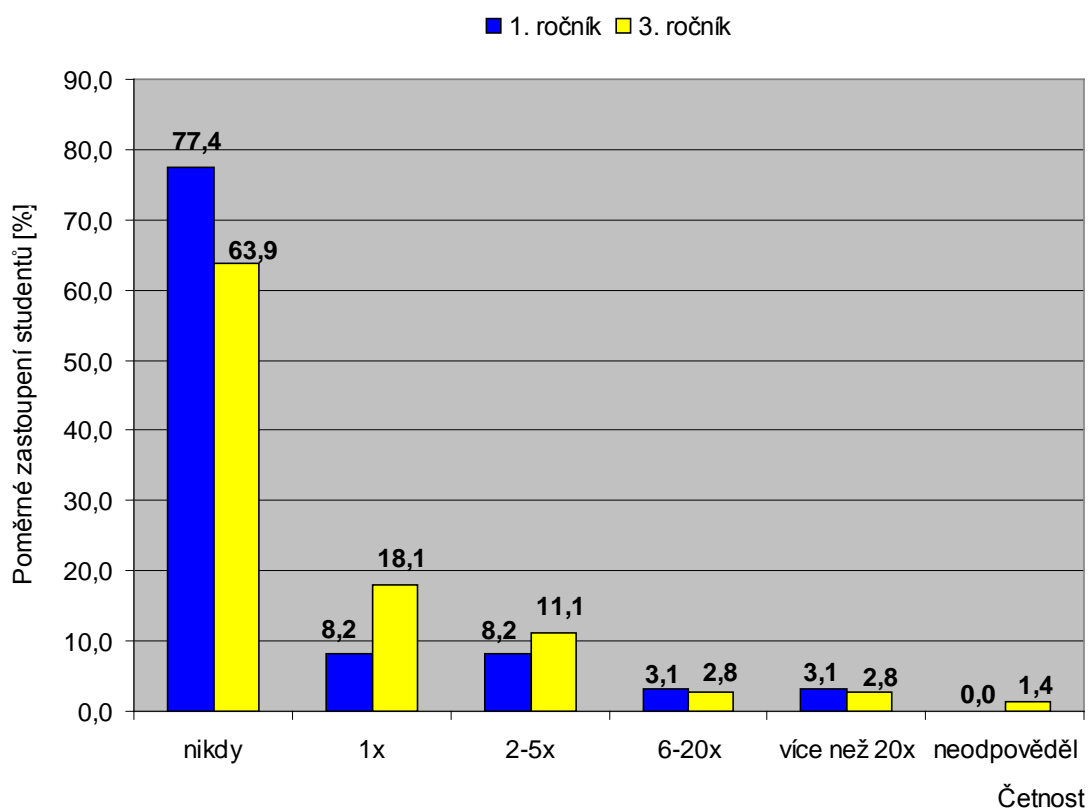
Graf č. 19 Četnost užití extáze



### Houby

Lze pozorovat rozdíly mezi zkušeností studentů prvního a třetího ročníku s halucinogenními houbami. Tyto rozdíly jsou patrné z grafu č. 20. Jedná se hlavně o drogu „vyhledávanou“ studenty třetího ročníku.

Graf č. 20 Četnost užití halucinogenních hub



### Metadon

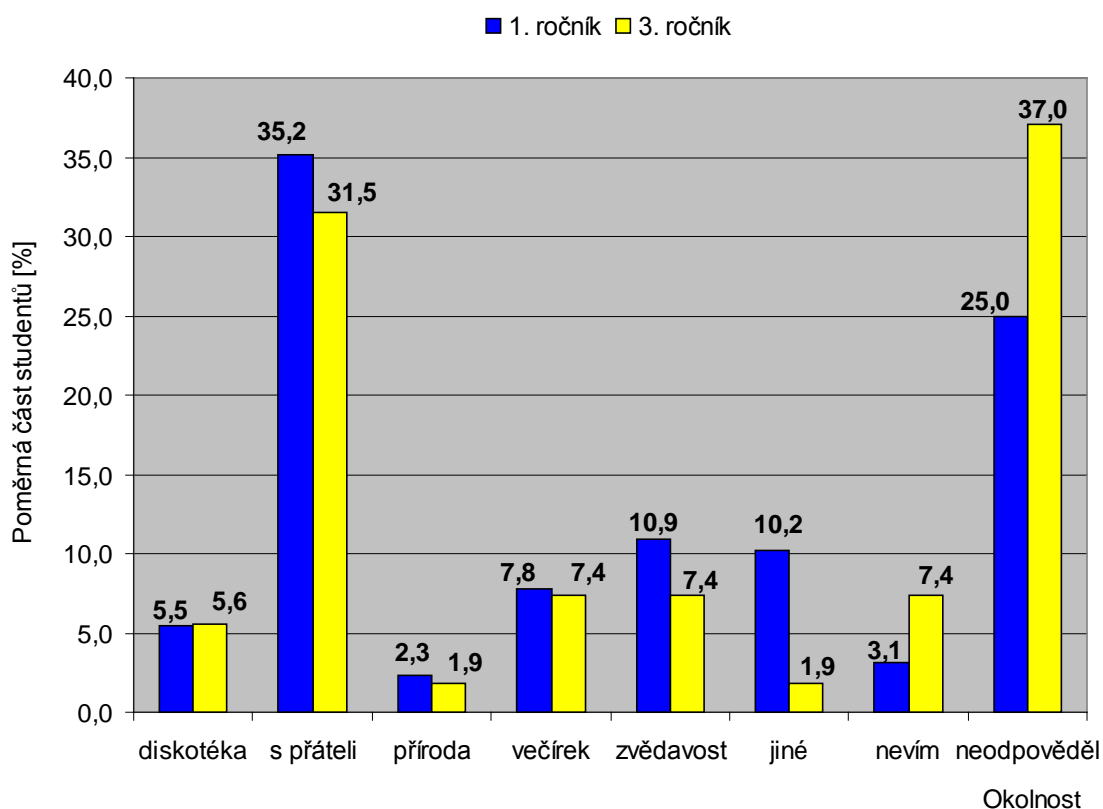
Vlastní zkušenost s metadonem nemá žádný student, který na tuto otázku odpověděl, tzn. bez zkušenosti je 229 z 231 studentů.

### První užití NL

Průměrný věk, kdy studenti zkusili poprvé ilegální drogu, je  $16,3 \pm 2,1$  let ( $16,4 \pm 2,1$  1. r. vs.  $15,9 \pm 1,8$  3. r.). Věkové rozmezí je 9-24 let.

Okolnosti, za kterých studenti obou ročníků poprvé zkusili drogu, jsou znázorněny grafem č. 21. Mezi nejčastější patří zkušenost spolu s kamarády. U studentů prvního ročníku se vyskytuje větší rozmanitost těchto okolností. Do kategorie „jiné“ jsou zahrnuty např. dovolená, opilost, ve škole, ale i varianta „donucen situací“.

Graf č. 21 Okolnosti, za kterých poprvé studenti zkusili drogu



První nejčastěji užitou ilegální NL je marihuana (82,0% v 1. r., 77,8% ve 3. r.). Extázi jako první drogu vyzkoušelo 2,3% studentů prvního ročníku a 1,9% studentů ročníku třetího. Jedna studentka ze 3. ročníku si není jistá, zda jako první užila marihuanu nebo extázi. Studenti prvního ročníku dále jako první vyzkoušeli pervitin (ve třech případech), houby (ve dvou případech), LSD a hašiš vždy jeden student.

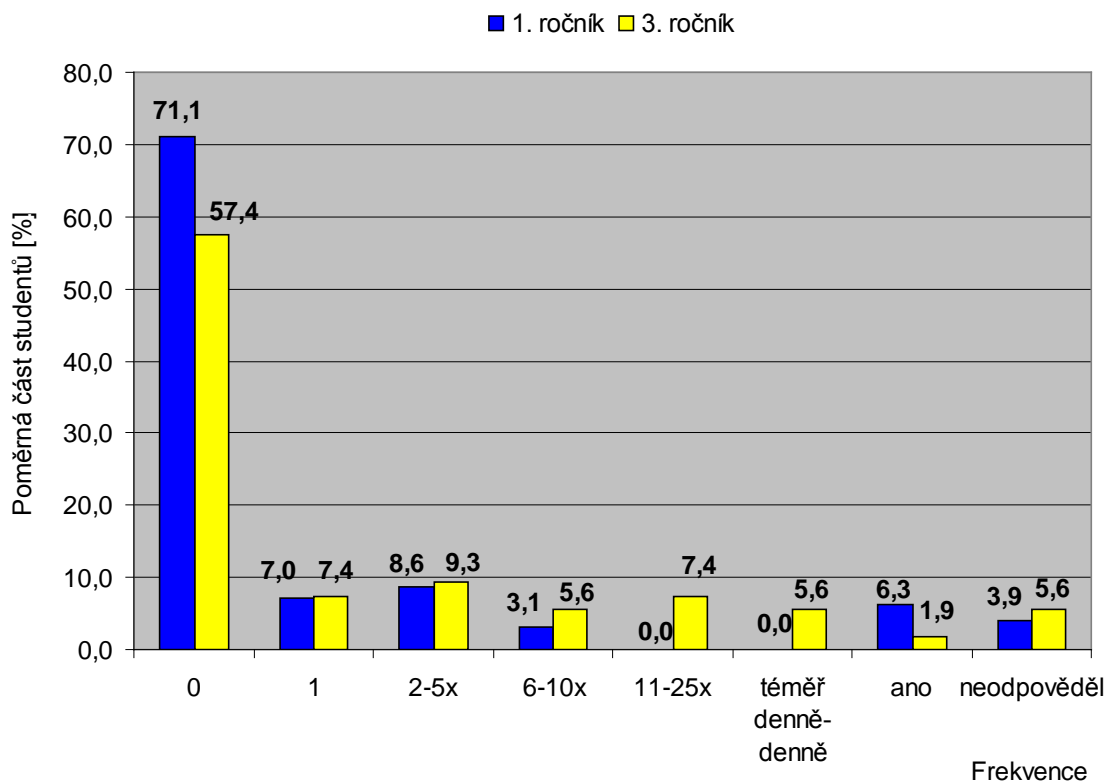
I když otázka nebyla zcela konkrétně formulována, očekávali jsme, že studenti uvedou první ilegální NL, přesto v prvním ročníku 2,3% uvedlo cigaretu a v ročníku třetím 5,6% studentů uvedlo alkohol.

### Užití NL v minulém měsíci

V posledním měsíci ze 128 osob prvního ročníku, které již mají zkušenosti s NL, užila drogu jedna čtvrtina těchto studentů (32 studentů). 81,3% konzumovalo marihuanu, z nichž 9,4% kromě marihuany užilo i některou s dalších drog – hašiš, LSD, houby. 3,1% užilo extázi a 15,6% studentů neodpovědělo.

Ze studentů třetího ročníku, kteří mají vlastní zkušenost s drogou, ji v minulém měsíci užilo 37%, tzn. 20 studentů. 65,0% studentů užilo marihuanu, 5,0% marihuanu i hašiš a 5,0% užilo pouze hašiš. 25,0% studentů nevedlo, kterou drogu v minulém měsíci užili. Frekvenci užití drog v minulém měsíci zobrazuje graf č. 22.

Graf č. 22 Frekvence užití drog v minulém měsíci



### Injekční aplikace

Dvě studentky třetího ročníku uvedly, že si aplikovaly drogu injekčně, poprvé v 16 vs. v 19 letech. Jedna ze studentek odpověděla, že při aplikaci nesdílela jehly s další osobou, druhá na tuto otázku neodpověděla. Ohledně délky užívání drogy injekčně se můžeme z jejich odpovědí domnívat, že buď šlo o jednorázovou aplikaci nebo dívky s tímto typem užití již skončily.

### Základní a náhradní NL

36,7% a 22,5% studentů nepovažují žádnou z drog za svoji základní. Jako základní drogu uvedlo legální návykové látky 7,8% studentů prvního ročníku a 3,7% ze třetího ročníku. Další NL, kterou studenti uvedli za svoji

základní, je marihuana, a to v nižším ročníku v 9,4% a ve vyšším ve 22,2%. Velká část studentů na otázku neodpověděla, konkrétně 46,1% a 40,7%. O volbě náhradní drogy v závislosti na uvedené základní NL informují tabulky č. 15. a 16.

Tabulka č.15 Volba náhradní drogy studenty 1. ročníku

základní NL 1.r.	počet studentů	náhradní droga 1.r.	počet studentů
legální(kofein, nikotin, alkohol)	10	jiná legální	1
		sex	3
		žádná	4
		neodpověděl	2
marihuana	12	hašiš	2
		pervitin	1
		legální	1
		televize	1
		jóga	1
		žádná	5
		neodpověděl	1
žádnou	47	extáze	1
		žádná	44
		neodpověděl	2
neodpověděl	59	neodpověděl	59

Tabulka č. 16 Volba náhradní drogy studentů 3. ročníku

základní NL 3.r.	počet studentů	náhradní droga 3.r.	počet studentů
legální(kofein, nikotin, alkohol)	2	žádná	1
		neodpověděl	1
marihuana	12	legální NL	3
		žádná	9
žádnou	5	žádnou	5
neodpověděl	35	neodpověděl	35



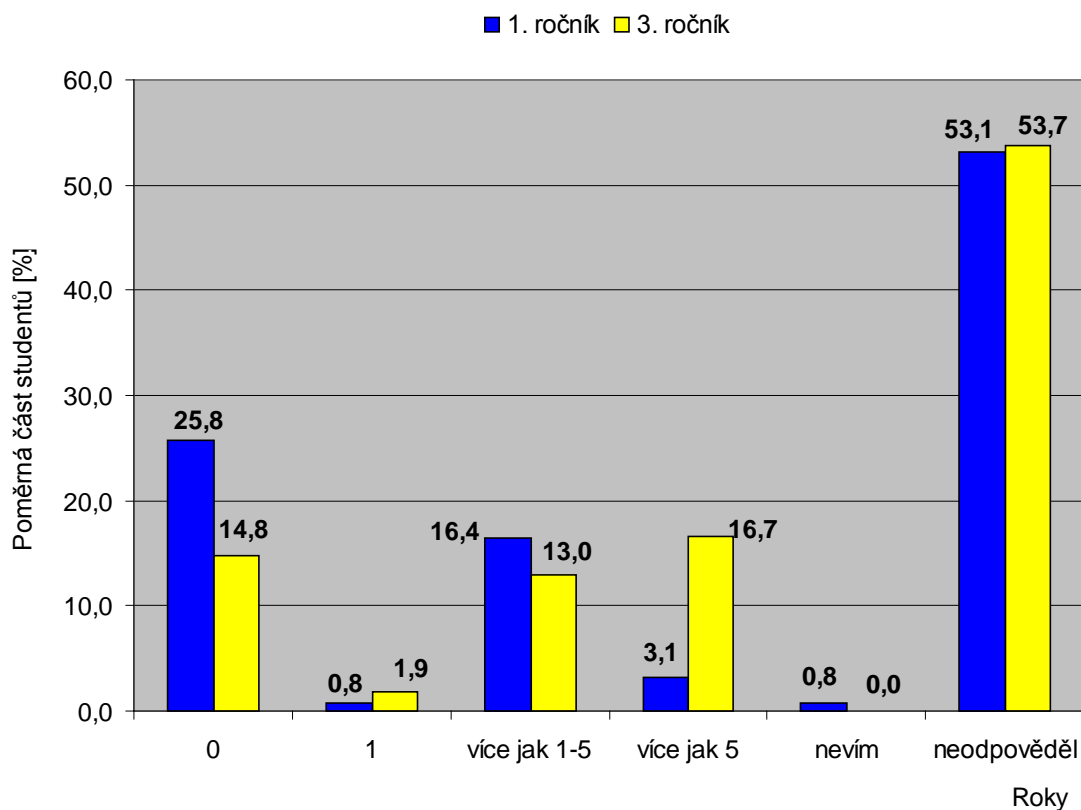
### Počet aplikací během jednoho týdne

Více než polovina studentů prvního ročníku vs. necelé tři čtvrtiny studentů třetího ročníku na tuto otázku neodpověděli. Ze studentů, kteří odpověděli, 37,5% vs. 9,3% NL neuvádí nebo má interval mezi jednotlivými aplikacemi delší než týden. Jedenkrát týdně užije drogu 2,3% „prváků“; tato varianta se u studentů třetího ročníku v odpovědích nevyskytovala. Vícekrát během týdne pak 6,2% studentů 1. ročníku a 16,7% studentů ze 3. ročníku. 3,1% studentů prvního ročníku neví konkrétní počet aplikací za týden.

### Délka pravidelného užívání „měkkých“ drog

Nejčastější odpověď studentů prvního ročníku je nulová délka pravidelného užívání. Můžeme se tedy domnívat, že s užíváním přestali nebo užívají tyto NL nepravidelně. U studentů třetího ročníku jsou odpovědi poměrně vyrovnané v kategoriích pravidelného užívání v délce 0, více než 1-5 let a déle než 5 let. Konkrétní číselné hodnoty zobrazuje graf č. 23.

Graf č. 23 Délka pravidelného užívání „měkkých“ drog



### **Délka pravidelného užívání „tvrdých“ drog**

V prvním ročníku studují dvě studentky užívající pravidelně „tvrdé“ drogy, ve třetím ročníku se nikdo takový nenachází. Přibližně stejné procento studentů (v průměru 42,0%) v obou ročnících uvedlo, že „tvrdé“ drogy pravidelně neužívá a 57,2% studentů na tento dotaz neodpovědělo.

### **Obtížnost obstarávání NL**

Nejvíce studentů hodnotí obstarávání drogy jako snadné (28,9% 1. r., 33,3% 3. r.). Středně těžce si obstarává drogy 3,1% vs. 5,6% dotazovaných. Odpověď „drogy si neobstarávám“ v nabídce nebyla, přesto ji ze studentů prvního ročníku uvedlo 0,8% a ze třetího dokonce 9,3%. Zbylá procenta studentů neodpověděla.

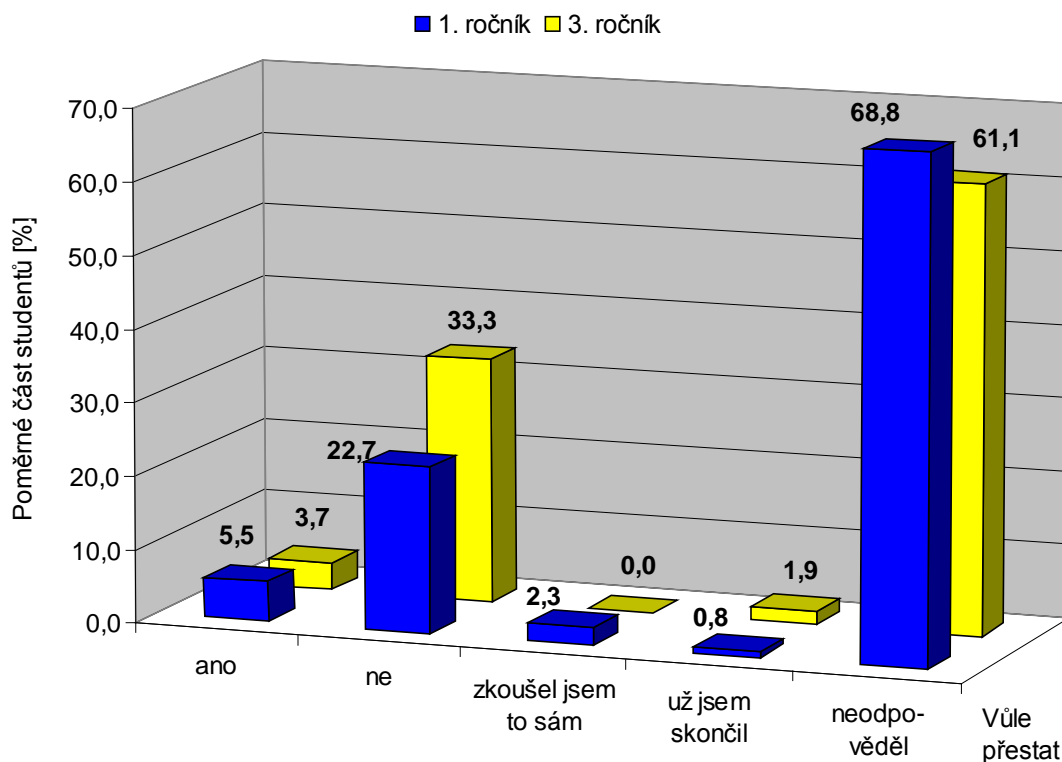
### **Vliv NL na život v rodině a s přáteli**

U 30,5% studentů 1. ročníku a u 40,7% studentů 3. ročníku NL život v rodině a s přáteli neovlivnilo. Pozitivní vliv vnímalo 5,5% „prváků“ a 9,3% „třetáků“. Negativní vliv pozorovalo 3,9% a 3,7% studentů. Jedna studentka prvního ročníku uvedla zlepšení vztahu s přáteli a zhoršení s rodiči v souvislosti s užíváním NL. Jeden student téhož ročníku napsal, že vlivem NL došlo k pozitivnímu vlivu na život s přáteli a život s rodiči zůstal beze změny.

### **Záměry studentů s užíváním NL**

Značné procento studentů nemá v úmyslu ukončit užívání drog, naopak jen malé procento studentů doplnilo variantu odpovědi „s užíváním drog jsem skončil“. Přesné rozložení odpovědí na tuto otázku znázorňuje graf.č. 24.

Graf č. 24 Vůle studentů skončit s užíváním NL



### Konflikty s policií spojené s NL

Studenti měli maximálně malé potíže s policií v souvislosti s drogami. Konflikty s policií přiznalo 5 studentů prvního ročníku a 4 studenti třetího ročníku. Další studenti, kteří odpověděli, žádné problémy s policií neměli (40,6% 1. r., 46,3% 3. r.). Zbylí studenti neodpověděli.

### Léčba závislosti na NL

Svoji závislost na drogách neléčil žádný student, který na tuto otázku odpověděl, tzn. 82 studentů ze 182 studentů, kteří mají zkušenost s drogou.

### Léčba nemoci spojené s užíváním NL

Jeden student prvního ročníku uvedl, že v souvislosti s užíváním NL u něj byla léčena schizofrenie.

### 3.2.4. Problematika infekčních chorob

#### Hepatitidy

7,5% studentů prvního ročníku bylo vyšetřeno na virové hepatitidy. U všech vyšetřených 12 studentů 1. r. byly výsledky negativní. Ze třetího ročníku bylo vyšetřeno 13,9%, tj. 10 studentů. Devět těchto studentů mělo výsledky negativní a jeden student na otázku ohledně výsledků vyšetření neodpověděl. 79,9% a 77,8% studentů vyšetření na virové hepatitidy nepodstoupilo. Zbylá procenta studentů otázku nezodpověděla.

#### HIV

Vyšetření na HIV podstoupilo 6,3% a 20,8% studentů, u všech vyšetřených studentů byly výsledky negativní. Vyšetření naopak nebylo provedeno u 79,9% a 68,1% studentů. Na otázku neodpovědělo 13,8% a 11,1% studentů.

---

## **4. Diskuze**

Zaměříme se na porovnání námi zjištěných dat s výsledky obdobných studií. Ne vždy se nám podařilo dohledat srovnatelné výsledky v jiných studiích, vzhledem k rozdílnosti formulování otázek a odpovědí. Pokusíme se podtrhnout nejzajímavější výsledky.

Sledovaný soubor je tvořen 159 studenty prvního ročníku a 72 studenty třetího ročníku. Studijní obor Marketingové a sociální komunikace studuje 88 studentů, obor Multimedia a design 143 studentů.

Ve sledovaných skupinách respondentů je poměrné zastoupení mužů a žen prakticky shodné. Průměrné procento žen z prvního a třetího ročníku je 56,3% a mužů 43,7%. Celouniverzitní zastoupení žen v akademickém roce 2003/2004 bylo 49,8% a mužů 50,2%. Tzn. ve sledované skupině je poměr zastoupení mužů a žen oproti zastoupení na celé univerzitě opačný. (Český statistický úřad, 2007) Průměrný věk studentů 1. r. je  $20,1 \pm 1,8$  let a u studentů 3. r.  $22,0 \pm 1,3$  let.

Podle odpovědí studentů na otázku, zda užili některou z uvedených NL (tj. heroin, pervitin, těkavé látky, marihuanu a hašiš, LSD, léky, speed a fenmetrazin, extázi, houby, metadon), je můžeme rozdělit na skupinu drogově „zkušených“ a „nezkušených“. Do skupiny zkušených řadíme studenty, kteří užili nějakou z uvedených NL alespoň jednou. Rozdělení studentů uvádí tabulka č.17.

Tabulka č. 17 Rozdělení studentů dle zkušenosti s NL

	1.ročník		3. ročník		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
zkušení	128	80,5	54	75,0	182	78,8
nezkušení	31	19,5	18	25,0	49	21,2

Při porovnání s výsledky celoživotní prevalence užití nelegálních NL mezi studenty vysokých škol (51,9%), které vyplývají z průzkumu realizovaného Filozofickou fakultou UK v akademickém roce 2004/2005, jsme v našem průzkumu zjistili významné procentuální navýšení celoživotní prevalence u sledované skupiny studentů (o 26,9%). (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006b)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) uvádí prevalenci užití NL v minulém měsíci ve věkové skupině 18-24 let 16,7%. V našem sledovaném vzorku studentů byla tato prevalence 28,6%, tzn. také výrazně vyšší.

Jednorázovou zkušenost s NL má 17 (10,7%) studentů prvního ročníku a 5 (6,9%) studentů třetího ročníku. Pro doplnění uvádíme v tabulce č. 18 procenta studentů s jednorázovou zkušeností (% z počtu zkušených studentů).

Tabulka č. 18 Studenti s jednorázovou zkušeností s NL

	1.ročník		3. ročník		celkem	
	počet	% ze z	počet	% ze z	počet	% ze z
jednorázová zkušenost	17	13,3	5	9,3	22	12,1

Ptali jsem se studentů na získání informací o drogách v průběhu letošního akademického roku. Vzhledem k tomu, že průzkum byl prováděn při zápisu, předpokládáme, že se studenti vyjadřovali k minulému akademickému roku nebo ke stávajícímu kalendářnímu roku. Studenti prvního ročníku přecházeli ze studia středoškolského na vysokoškolské a zřejmě komentují informace získané během studia na střední škole. Nicméně z této skupiny bylo informováno učiteli pouze 16,4%. Studenti třetího ročníku kalkulovali pouze s informacemi získanými během VŠ studia a tedy i informovanost od učitelů je výrazně nižší (5,6%).

V současné době je v oblasti problematiky NL a v oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu věnováno daleko více péče a pozornosti základnímu a střednímu stupni vzdělávání než vzdělávání na vysokých školách. Vysokoškoláci by měli mít během svého studia dostatek aktuálních informací o všech aspektech NL, a tím získat podklady pro vytvoření vlastního stanoviska k této problematice. (Klenerová, 2002a) Domníváme se, že procento osob, které získaly tyto informace je velmi nízké, a budeme proto intervenovat pro rozvoj preventivních aktivit na středních i vysokých školách.

Studenti 1. i 3. ročníku považují za „velmi nebezpečné“ ředidla, léky bez předpisu a NL aplikované intravenózně. Jako škodlivé při dlouhodobém užívání považují alkohol, tabák a drogy, které se kouří. Zajímavý je rozdíl v názoru na škodlivost tabáku a NL, které se kouří. Tabák je považován

za velmi nebezpečný studenty ve 40,9% (1. r.) a 41,7% (3. r.). Oproti tomu u drog, které se kouří (tj. marihuana a hašiš, popř. kokain-crack), je to pouze 28,9% (1. r.) a u studentů 3. r. je procento ještě nižší (23,6%). Toto je varující zjištění, které svědčí o podceňování konopných drog. Je otázkou, zda k tomu vedly předchozí represivní politické přístupy a zastrašující názory některých politiků a „expertů“ v médiích, které mohly mít opačný vliv: Mladí experimentátoři si uvědomili, že užívání THC nenesení deklarované zhoubné následky a mohou tedy veškerá varování týkající se konopných drog brát na lehkou váhu.

Pokud se týká dostupnosti NL, lze konstatovat v souladu s údajem uvedeným v časopisu „Závislosti a my“, že jejich dostupnost v univerzitním zařízení je nižší a obtížnější než v běžných rezidenčních čtvrtích (v místě bydliště). (Klenerová, 2002a) O snadné dostupnosti NL v místě bydliště je přesvědčeno 69,2% a 80,6% (1. r. vs. 3. r.) studentů. Zatímco ve škole jsou NL snadno dostupné pro 10,1% a 26,4% studentů. Ve skupinách studentů přesvědčených o snadné dostupnosti NL v místě bydliště je vysoké procento studentů, kteří mají zkušenost s užíváním NL, 88,2% (1. r.) a 86,0% (3. r.). Lze se tedy domnívat, že jejich odpovědi o dostupnosti NL jsou založené na jejich osobní zkušenosti.

Dle „Závislosti a my“ (Klenerová, 2002a) jsou názory na legalizaci užívání a distribuce NL závislé na typu vysokoškolského studia. Charakter studia sledovaných skupin je humanitní, bez návaznosti na dlouhodobou informovanost o NL během studia. Názory na legalizaci a distribuci „měkkých“ NL jsou odlišné mezi studenty 1. a 3. ročníku. Liberálnější postoje zaujali studenti 3. ročníku, kdy souhlasí se zcela svobodným používáním „měkkých drog“ 12,5% (3,1% 1. r.), jako trestné by mělo být užívání měkkých drog podle 6,9% (3. r.) a 17,6% (1. r.). Největší část studentů se přiklání k povolenému užívání a kontrolované distribuci (46,5% 1. r. a 55,6% 3. r.)

### Látky legální

První zkušenost s legálně užívanými látkami (nikotin, alkohol) uvádějí studenti ve 12,0 vs. 13,1 letech.

Na délce pravidelného užívání legálních NL je patrný vliv věkového rozdílu mezi studenty prvního a třetího ročníku. Ze studentů 1. r., kteří



---

pravidelně konzumují tyto látky, je nejčastěji užívají 3-5 let (27,7%). Studenti 3. r. nejčastěji tyto látky konzumují v délce 5-10 let (33,3%).

### Alkohol

Výsledky našeho průzkumu se s ostatními studii neporovnávají snadno, protože ve většině dalších studií je konzumace alkoholu sledována dle typu alkoholického nápoje a množství konzumovaného za časovou jednotku. Ze studií, které se nám podařilo získat, je nejbližší našemu zpracování práce Csémyho, která uvádí pravidelnou konzumaci alkoholu 1x týdně a častěji u více než poloviny sledovaných vysokoškoláků. Konkrétně v nižších ročnících, které zahrnují studenty prvních a druhých ročníků, 49,1% a studentů ročníků vyšších 54,7%. Naši sledovaní studenti prvního ročníku uvedli, že konzumují alkohol několikrát v měsíci a častěji v 77,3 %, studenti třetího ročníku v 80,5%.

### Tabák

Srovnáním s prací Csémyho byla opět zjištěna vyšší konzumace tabáku námi sledovanými studenty. Bez ohledu na frekvenci kouří 22% studentů (z výše uvedené práce), tomuto výsledku je blízký i celorepublikový průměr kuřáků – 25%. (Sovinová, 2006) Naši studenti kouří ve 42,9%.

Vzhledem k výrazně vyššímu zastoupení celkového počtu kuřáků je velmi zajímavé porovnání zastoupení kuřáků denních resp. pravidelných, kdy toto zastoupení je v podstatě totožné. V nižších ročnících studuje podle srovnávané studie 18,2% denních kuřáků, ve vyšších ročnících 9,2%. V naší práci lze za denní kuřáky považovat studenty kouřící pravidelně – 18,9% vs. 8,3%.

Nepříznivě pro naši sledovanou skupinu studentů vychází i porovnání se zastoupením nekuřáků, tzn. osob, které nikdy v životě nevykouřily cigaretu resp. nikdy cigaretu neokusily. Celorepublikový průměr nekuřáků je 43,7%, naši studenti neokusili cigaretu v 16,0%.

### Látky nelegální

Průměrný věk, kdy studenti zkusili poprvé ilegální drogu, je  $16,3 \pm 2,1$  let. Někteří autoři dokládají (Tot, 2004; Oksuz, 2005), že výrazný vliv na užití NL mají přátelé s drogovou zkušeností; v našem souboru žije s osobou užívající ilegální NL 13,9% z celkového počtu respondentů, tj. 32 studentů, z nichž 90,6% má zkušenost s nelegální NL, což tento názor potvrzuje. Vliv přátel je rovněž patrný na okolnostech první konzumaci nelegální NL. Studenti poprvé užili tyto NL nejčastěji právě ve společnosti přátel (34,1%).

Z NL s neakceptovatelným rizikem jsou nejužívanější konopné drogy. Toto je potvrzeno i dalšími studii např. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2005, stejně tak i pořadí oblíbenosti dalších NL (houby, extáze, LSD).

### Konopné drogy

Konopné drogy patří mezi nejčastěji užívané NL, ale oproti jiným studiím je užívá daleko větší procento našich studentů (78,7% vs. 75,0%, tzn. v průměru 77,5%).

Ve věkové kategorii 18-24 let má zkušenost s užitím konopných látek 44,0% dotázaných (Vaněček, 2007). Při rozšíření věkové kategorie na 18-34 let klesne procento zkušených s konopnými drogami na 38,3%. (EMCDDA, 2007)

### Halucinogenní houby

U zkušenosti studentů s halucinogenními houbami je patrný nárůst užití těchto drog u studentů třetího ročníku (22,6 % 1. r. vs. 34,7% 3. r., tzn. v průměru 26,4%). Námi nalezená informace o zkušenosti lidí ve věku 18-24 let s halucinogenními houbami udává tuto zkušenost u 8,0% respondentů. (Vaněček, 2007)

### Extáze

Data o zkušenosti s užitím extáze se dle různých zdrojů liší, od 8,5% (Csémy, 2004) přes 14,6% (Úzis ČR, 2005) až po 19% (Vaněček, 2007). Naši studenti mají s touto látkou zkušenost v 16,5%.

## LSD

Stejně tak jako u extáze se informace, získané z dalších zdrojů, o zkušenosti s užitím LSD liší. Procentuální zastoupení „zkušených“ s touto látkou se pohybuje od 2,5% (EMCDDA, 2007) přes 4,0% (Vaněček, 2007) a 5,1% (Klenerová, 2002a) až po 9,0% (Csémy, 2004). Naši studenti všechna tato data svojí zkušeností převyšují (11,9% vs. 15,3%).

## Pervitin

Při srovnání našich výsledků o zkušenosti s pervitinem jsme zjistili opačný „trend“ v užívání této látky, než který uvádí Csémy (nižší ročníky 6,2%, vyšší ročníky 4,9%). Naši studenti mají zkušenost s pervitinem v 5,7% vs. 11,1%.

## Heroin

Csémy uvádí zkušenost s užitím heroinu u 2,3% respondentů. V naší sledované skupině žádný student nemá s heroinem osobní zkušenost.

## Kokain

U kokainu, ze všech látek uvedených v našem dotazníku, neodpovědělo nejvíc studentů (v průměru 13,0%).

Ve srovnání s jinými průzkumy jsme zjistili u legálních NL nárůst užívání jak u alkoholu, tak u tabáku. Námi sledovaní studenti užívají ve větším rozsahu i některé nelegální NL (konopné látky, halucinogenní houby, LSD). Zkušenost s pervitinem je výrazně vyšší u studentů třetího ročníku. U užití extáze se v jednotlivých studiích procenta uživatelů výrazně liší. Námi sledovaná skupina studentů se pohybuje při horní hranici tohoto rozpětí. Heroin jako jediný srovnávaný s jinými studii je méně užívaný resp. neužívaný v naší skupině studentů. Předpokládáme, že tyto odlišnosti mohou být ovlivněny částečně rozdílnou metodikou, regionálním zaměřením naší studie, typem školy (umělecká) a menším vzorkem než u některých jiných studií (celorepublikových).

---

## **5. Závěr**

Výsledky dotazníkového šetření v naší práci ukazují opodstatnění epidemiologických výzkumů mezi vysokoškolskými studenty, jak v oblasti postojů a zkušeností s legálními a nelegálními NL, tak v oblasti sociodemografické. Získané informace je možné použít při formování preventivních opatření v rámci protidrogové politiky.

Do studijních plánů vysokých škol není obecně zařazeno poskytování relevantních informací k problematice užívání NL. V prostředí vysokých škol jsou tyto informace vázané na specializované typy studia, např. pedagogické a lékařské fakulty. Pro ostatní studenty zůstávají zdroji informací vlastní zkušenost s NL, případně zkušenost přátel, a informace získávané prostřednictvím médií.

Probíhající rozsáhlý monitoring této problematiky je základním předpokladem pro vypracování systematického přístupu ke vzdělávání vysokoškolských studentů zaměřeného na okruh rizik spojených s užíváním NL. Získané informace by měly studenty prioritně demotivovat k opakování experimentu s NL. Ovlivnění jejich první zkušenosti s užitím NL je v současnosti na vysoké škole minimální, protože většina studentů tuto zkušenost získá již v průběhu středoškolského studia, což ostatně dokazuje i náš výzkum.

Ve srovnání s jinými studii jsme zjistili u sledované skupiny nárůst užívání legálních i nelegálních NL. Naše výsledky jsou od jiných natolik odlišné, že by bylo vhodné pokračovat ve sledování skupin studentů v obdobných studijních oborech i nadále, případně pak vyvodit souvislosti mezi studijním zaměřením a zkušeností studentů s NL, a nebo potvrdit či vyvrátit možné ovlivnění průzkumu částečně rozdílnou metodikou, regionálním zaměřením naší studie nebo menším vzorkem než u některých jiných studií.

Zajímavé by bylo i sledování změny postojů a užití NL v souvislosti se specifiky vysokoškolského studia např. v souvislosti s „životem na koleji“, zkouškovým obdobím nebo studijními pobyty v zahraničí.

---

## **6. Souhrn**

Cílem práce bylo zjistit a vyhodnotit míru a okolnosti užívání návykových látek mezi vysokoškolskými studenty pomocí dotazníků. Dotazník byl vypracován pro účely monitorování postojů a zkušeností s legálními i nelegálními NL a byl vytvořen v roce 1995 na FaF UK. V průběhu let byl upravován a doplňován do současné podoby. Otázky jsou směřovány do oblasti sociodemografické, sledují postoje, informovanost a zkušenosti studentů s legálními i nelegálními NL a jsou zaměřeny i na problematiku přenosu infekčních chorob souvisejících s užíváním NL. Průzkum byl proveden v akademickém roce 2005/2006. Zúčastnilo se ho 231 studentů 1. a 3. ročníku prezenčních bakalářských studijních programů Fakulty multimediálních komunikací Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Bylo zjištěno, že studenti začínají experimentovat s kouřením cigaret v průměru ve věku  $13,6 \pm 2,8$  let. V současné době kouří s různou frekvencí 42,9% studentů. Mezi pravidelné kuřáky se řadí 18,9% studentů 1. ročníku a 8,3% studentů třetího ročníku; tito studenti vykouří v průměru za týden  $68,1 \pm 55,1$  cigaret.

Experimentovat s alkoholem začali studenti ještě dříve, ve věku  $12,3 \pm 3,5$  let. Několikrát v měsíci a častěji nyní konzumuje alkohol 78,4% studentů.

Ve sledované skupině studentů má zkušenost s nelegální NL 78,8% studentů, z toho jednorázovou zkušenost uvedlo 12,1% studentů. Průměrný věk, kdy studenti zkusili poprvé ilegální drogu, je  $16,3 \pm 2,1$  let. Nejčastěji studenti poprvé užíli nelegální návykovou látku ve společnosti přátel (34,1%). Více než polovina (50,7%) se považuje za dobře informované o ilegálních NL. Z oblasti nelegálních NL byla nejčastěji užívaná marihuana, a to 77,5% studenty, halucinogenní houby užilo 26,4% studentů. S extází má zkušenost 16,5% studentů, s LSD 13,0%, s pervitinem 7,4%, s kokainem 5,2% a s heroinem 0,0%. V minulém měsíci užilo NL 25,0% „drogově zkušených“ studentů, nejčastěji užívanou NL byla marihuana. Dvě studentky třetího ročníku uvedly, že si aplikovaly NL injekčně. Studenti se domnívají, že dostupnost NL je snazší mimo prostory školy: o snadné dostupnosti NL v místě bydliště je přesvědčeno 69,2% a 80,6% (1. r. vs. 3. r.) studentů, zatímco ve škole jsou NL snadno dostupné pro 10,1% a 26,4% studentů. Ve skupinách studentů přesvědčených o snadné dostupnosti NL v místě bydliště je vysoké procento studentů, kteří mají zkušenost s užíváním NL, 88,2% (1. r.) a 86,0% (3. r.).

---

## **7. Summary**



The aim of this thesis “The Attitudes towards and Experience with Addictive Drugs of University Students in Zlín” was to figure out and analyse the amount and circumstances of drug taking among university students via questionnaires. The questionnaire was developed to monitor the attitudes and experience with legal and illegal addictive drugs (AD) and it was created in 1995 at the Faculty of Pharmacy of Charles University, then it has been modified up to its current form. The questions are of socio-demographic character, they monitor the students’ attitudes, awareness, and experience with legal and illegal AD and they also focus on the problems of infectious disease transmission related to the AD taking. The research was carried out in the academic year of 2005/2006, 231 participants have taken a share in it, all of them were 1st or 3rd grade full time undergraduate students of the Faculty of Multimedia Communications at the Tomas Bata University in Zlín.

According to the research, the students started to experiment with cigarette smoking at the average age of  $13.6 \pm 2.8$  years. Today, 42.9% of the students smoke to a varying extent. 18.9% of the first year students and 8.3% of the third year students consider themselves regular smokers. These students smoke  $68.1 \pm 55.1$  cigarettes a week on average.

The students begun to drink alcohol even earlier: at the age of  $12.3 \pm 3.5$  years. Alcohol is now being consumed by 78.4% of the students several or more times a month.

There have been 78.8% of the students admitting an experience with an illegal AD; 12.1% of those have stated a nonrecurring experience. The average age at which the students tried an illegal drug for the first time was  $16.3 \pm 2.1$  years. The first time the students tried an illegal AD was most frequently in the company of their friends (34.1%). More than half of the students regard themselves to be well informed about the illegal AD. Marijuana has been the most frequent used illegal substance (77.5%); 26.4% of all the students have tried hallucinogenic mushrooms. 16.5% of them have experimented with ecstasy, 13.0% with LSD, 7.4% with methamphetamine, 5.2% with cocaine, and none with heroin. During the last month, 25.0% of the “drug experienced” students have taken an AD; the most frequent AD was marijuana. Two of the third-grade-students have stated an intravenous abuse of the AD. The students believe that drug availability is higher outside the college premise: 69.2% and

80.6% (1<sup>st</sup> vs. 3<sup>rd</sup> y.) students have been convinced of the easy access to AD at their place of residence, while 10.1% and 26.4% students have found it easy at college. Among the students that have found the AD availability at their place of residence easy there have been high percentages - 88.2% (1<sup>st</sup> y.) and 86.0% (3<sup>rd</sup> y) - of students that with an AD experience.

---

# **Použitá literatura**

Bečková, I., Višňovský, P. (1999) Farmakologie drogových závislostí. Karolinum, Praha.

Bouček, J. et al. (2006) Speciální psychiatrie. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc; s. 44-45.

Csémy, L. et al. (2004) Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci: rozsah, kontext, rizika. In Adiktologie 2004/4/2, Scan, Tišnov; s. 124-133.

Český statistický úřad. Školní statistická ročenka. Staženo z [www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/skolstvi/\\$File/08\\_skolstvi.pdf](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/skolstvi/$File/08_skolstvi.pdf), 13.4.2007 14:10.

Dědina, M. (2002a) Psychostimulancia, anorektika, halucinogeny a delirogeny. In Lincová, D., Farghali, H. et al. - Základní a aplikovaná farmakologie. Galén: Karolinum, Praha; s. 186-188.

Dědina, M. (2002b) Závislost na psychotropních látkách (drogová závislost). In Lincová, D., Farghali, H. et al. - Základní a aplikovaná farmakologie. Galén: Karolinum, Praha; s. 189, 190.

Dupal, L. (2004) Kniha o marihuaně. Maťa, Praha; s. 21-22.

Dvořáček, J. (2003) Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. In Kalina, K. et al. - Drogy a drogové závislosti<sup>1</sup>: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 306.

EMCDDA. Lifetime prevalence of drug use among young adults (aged 15 to 34) in nationwide surveys among the general population. Staženo z <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/elements/gpstab03-en.html>, 13.4.2007 17:23.

Fischer, S. (2006) Sociální patologie: propedeutika. Univerzita J.E. Purkyně, Ústí nad Labem; s. 60-61.

Fišerová, M., Páleníček, T. (2001) MDMA (3,4-methylendioxyamfetamin) - „Extáze“. In Adiktologie 2001/I/II, Scan, Tišnov; s. 62.

Fišerová, M. (2003) Neurobiologie závislostí. In: Kalina, K. et al. – Drogy a drogové závislosti<sup>1</sup>: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 98-99.

Heller, J., Pecinová, O. et al. (1996) Závislost známá neznámá. Grada, Praha; s. 16-18.

Hynie, S. (2001) Farmakologie v kostce. Triton, Praha; s.139, 180.

Iversen, L. (2006) Léky a drogy: průvodce pro každého. Dokořán, Praha; s. 85.

Kalina, K. et al. (2001) Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia nova, Praha.

Katzung, B. G. (2006) Základní a klinická farmakologie. H & H, Jinočany; s. 516.

Klenerová, V. et al. (2002a) Systém pregraduálního vzdělání na vysokých školách v oblasti prevence, užívání OPL a výchovy ke zdravému životnímu stylu . In Závislost a my odborný časopis pro sociálně patologické jevy. Staženo z [http://www2.webpark.cz/kverek/zavislost\\_2.htm](http://www2.webpark.cz/kverek/zavislost_2.htm), 13.4.2007 20:29

Klenerová, V., Hynie, S. (2002b) Závislost na návykových látkách. MŠMT ČR: 1.LF UK, Praha; s. 14-15, 18.

Kmoníčková, E. (2002) Alkoholy. In Lincová, D., Farghali, H. et al. - Základní a aplikovaná farmakologie. Galén: Karolinum, Praha; s. 182-183.

Králíková, E. (2003) Tabák a závislost na tabáku. In Kalina, K. et al. – Drogy a drogové závislosti<sup>1</sup>: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 205.

Lamser, V. (1966) Základy sociologického výzkumu. Svoboda, Praha; s. 102-103.

Lüllmann, H., Mohr, K., Hein, L. (2007) Barevný atlas farmakologie. Grada, Praha; s. 212.

Lüllmann, H., Mohr, K., Wehling, M. (2004) Farmakologie a toxikologie. Grada, Praha; s. 620-630.

Martínková, J., Chládková, J. (1998) Léková závislost. In Solutio: příruční kniha pro lékárny. Medon, Praha; s. 156, 158, 162.

Mikešová, D. (2002) Opioidní analgetika a jejich antagonisté. In Lincová, D., Farghali, H. et al. - Základní a aplikovaná farmakologie. Galén : Karolinum, Praha; s. 263, 266.

Minařík, J. (a) Konopí. Staženo z

<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100049>, 3.4.2007 20:04

Minařík, J. (b) Opiáty a opioidy. Staženo z

<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100050>, 3.4.2007 20:06

Minařík, J. (c) Organická rozpouštědla, resp. těkavé látky. Staženo z

[http://www.odrogach.cz/upl/texty/100039s\\_Tekavelatky.doc](http://www.odrogach.cz/upl/texty/100039s_Tekavelatky.doc), 24.4.2007 19:07

Minařík, J. (d) Rozdělení drog. Staženo z

[http://www.odrogach.cz/upl/texty/100005s\\_Rozdelenidrog.doc](http://www.odrogach.cz/upl/texty/100005s_Rozdelenidrog.doc), 31.3.2007 13:50

Minařík, J. (2003a) Opioidy a opiáty. In Kalina, K. et al. – Drogy a drogové závislosti1: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 160-161.

Minařík, J. (2003b). Stimulancia. In Kalina, K. et al. – Drogy a drogové závislosti1 : mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 164-166.

Minařík, J., Páleníček, T. (2003c) MDMA a jiné drogy „technoscény“. In Kalina, K. et al. – Drogy a drogové závislosti1: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 200, 202.

Miovský, M. (2003a) Halucinogenní drogy. In Kalina, K. et al. – Drogy a drogové závislosti1: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 169-170.

Miovský, M. (2003b). Konopné drogy. In Kalina, K. et al. – Drogy a drogové závislosti1: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 175-176.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (publikováno 15.9.2006a) Koordinace protidrogové politiky. Staženo z [http://www.drogy-info.cz/index.php/layout/set/print/pomoc\\_a\\_podpora/kraje\\_a\\_obce/koordinace\\_protidrogove\\_politiky](http://www.drogy-info.cz/index.php/layout/set/print/pomoc_a_podpora/kraje_a_obce/koordinace_protidrogove_politiky), 13.4.2007 12:00

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006b) Výroční zpráva ve věcech drog v ČR v roce 2005. Úřad vlády ČR, Praha; s. 13.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009 (2005). Úřad vlády České republiky, Praha; s. 13.

NN. Subutex® (buprenorfin). Staženo z <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=58>, 26.4.2007 14:26.

Nožina, M. (1997) Svět drog v Čechách. KLP, Praha; s. 10-49.

[Oksuz, E.](#), [Malhan, S.](#) (2005) Socioeconomic factors and health risk behaviors among university students in Turkey: questionnaire study. *Croat Med J.* 2005 Feb;46(1):66-73.

Pavlas, I. (2001) *Člověk a drogové závislosti*. Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, Ostrava; s. 88-89.

Petr, P., Kalová, H., Chmelařová, V. (2005) *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí: studijní text*. Vysoká škola evropských a regionálních studií, České Budějovice; s. 5.

Pokorný, V., Telcová, J., Tomko, A. (2002) *Patologické závislosti*. Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, Brno; s. 26, 49, 53.

Popov, P. (2003) Alkohol. In Kalina, K. et al. – *Drogy a drogové závislosti1: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 151.

Radimecký, J. (poslední úprava 1.8.2006) *Drogová politika – teoretický úvod*. Staženo z

<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=90&iid=200&acc=enb>,

13.4.2007 10:53.

Shapiro, H. (2005) *Drogy: Obrazový průvodce*. Svojtka & Co., Praha; s. 102, 150-152.

Smolík, P. (2002) *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Maxdorf, Praha; s. 138, 140.

Sotolář, A. (2003) Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách. In Kalina, K. et al. – *Drogy a drogové závislosti1: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Praha; s. 54, 56.



Sovinová, H., Csémy, L. (vloženo 28.8.2006) Kouření cigaret a pití alkoholu v ČR. Staženo z

<http://www.szu.cz/Menu1/publikace/Koureni%20a%20Alkohol.pdf>, 13.4.2007 12:40

Svoboda, M. (ed.), Češková, E., Kučerová, H. (2006) Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Portál, Praha; s. 166, 169.

Štáblová, R., Brejcha, B. et al. (2005) Drogy: vybrané kapitoly. Vydavatelství PA ČR, Praha; s. 38, 41-42, 49.

Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog (2000) Psychiatrické centrum, Praha; s. 12, 39, 73.

[Tot, S.](#), [Yazici, K.](#), [Yazici, A.](#), [Metin, O.](#), [Bal, N.](#), [Erdem, P.](#) (2004) Psychosocial correlates of substance use among adolescents in Mersin, Turkey. Public Health. 2004 Dec;118(8):588-93.

Trápková, B. Co je primární prevence. Staženo z <http://odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=101&list=101&shw=100002>, 11.4.2007 10:05

Trávníčková, I. (1999) Základní model vzniku drogové závislosti. Staženo z [http://www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog\\_zav.html](http://www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog_zav.html), 11.4.2007 10:53

Úzis ČR (2005) Aktuální informace č. 46/2005. Staženo z [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&year=2005&mnu\\_id=6220&mnu\\_action=select](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&year=2005&mnu_id=6220&mnu_action=select), 15.4.2007 9:15

Valíček, P. (2003) Léčivé rostliny a omamné drogy. Mendelova zemědělská a lesnická univerzita, Brno; s. 76-78, 88.

Vaněček, M.. Současná drogová scéna a užívání drog v populaci. Staženo z [http://www.mvcr.cz/souteze/2006/sod/navykove/2\\_scena.pdf](http://www.mvcr.cz/souteze/2006/sod/navykove/2_scena.pdf), 15.4.2007 8:20

Višňovský, P., Bečková, I. (2002) Farmakologie psychoaktivních látek vyvolávajících závislost. In Fendrich, Z. et al. - Farmakologie pro farmaceuty I. Karolinum, Praha; s.156-207.

Vokurka, M., Hugo, J. et al. (2004) Velký lékařský slovník. Maxdorf, Praha; s. 100, 196, 446.

Zábranský, T. (2003) Drogová epidemiologie. Univerzita Palackého, Olomouc.

Zášková, H. (2004) Závislost na drogách. Filozofická fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava; s. 20, 27.

Zich, F. (2004) Úvod do sociologického výzkumu. Eupress, Praha; s. 44-47.

---

# Příloha

---

## DOTAZNÍK PRO STUDENTY

Vážená kolegyně, vážený kolego!

Prosím o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, který se týká mé diplomové práce „Postoje a zkušenosti vysokoškolských studentů s návykovými látkami“, která je součástí rozsáhlejšího výzkumného projektu “Sledování užívání návykových látek u vysokoškoláků a klientů kontaktních center”, realizovaného ve Zlínském kraji. Vaše odpovědi nám pomohou v hodnocení situace v této důležité oblasti života vysokoškolských studentů. Získané informace budou použity pouze pro zpracování našeho projektu. Důvěrnost informací je naprosto zaručena. Děkuji Vám za spolupráci.

Eva Málková  
Univerzita Karlova v Praze  
Farmaceutická fakulta v Hradci Králové

1. Vaše pohlaví je
  - a) mužské
  - b) ženské
  
2. Uveďte, prosím, svůj věk (počet dosažených let): ..... let
  
3. Vaše národnost je
  - a) česká
  - b) jiná - která: .....
  
4. Vaše státní příslušnost je
  - a) Česká republika
  - b) jiná - která: .....
  
5. Kolik obyvatel měla přibližně obec, ve které jste vyrůstal(a)?
  - a) do 500
  - b) 500 - 1000
  - c) 1000 - 5000
  - d) 5000 - 10 000
  - e) nad 10 000
  
6. Kolik obyvatel má přibližně obec, ve které žijete nyní?
  - a) do 500
  - b) 500 - 1000
  - c) 1000 - 5000
  - d) 5000 - 10 000
  - e) nad 10 000
  - f) nezdržuji se trvale

- 
7. V současné době žijete
- a) s rodiči
  - b) s partnerem
  - c) s přáteli
  - d) sám
  - e) pouze s dítětem
  - f) jsem bezdomovec
8. Žijete nyní s osobou užívající drogy?
- a) ano
  - b) ne
9. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je
- a) nedokončené základní
  - b) základní
  - c) odborné bez maturity
  - d) úplné střední s maturitou
  - e) vyšší odborné
  - f) vysokoškolské
10. Jaké je vzdělání Vašeho otce
- a) nedokončené základní
  - b) základní
  - c) odborné bez maturity
  - d) úplné střední s maturitou
  - e) vyšší odborné
  - f) vysokoškolské
11. Jaké je vzdělání Vaší matky
- a) nedokončené základní
  - b) základní
  - c) odborné bez maturity
  - d) úplné střední s maturitou
  - e) vyšší odborné
  - f) vysokoškolské
12. Vztahy s Vašimi rodiči jsou
- a) dobré/spíše dobré
  - b) špatné/spíše špatné
  - c) nestýkáme se
13. Vztahy s lidmi, se kterými nyní žijete, jsou
- a) dobré/spíše dobré
  - b) špatné/ spíše špatné

14. Kouříte?

- a) nekouřím vůbec
- b) kouřil(a) jsem, ale už jsem přestal(a)
- c) kouřím, ale jen výjimečně
- d) kouřím občas, nepravidelně
- e) kouřím pravidelně

15. Poprvé jsem zkusil(a) cigaretu v.....letech.

16. Kolik cigaret přibližně vykouříte za týden? ..... kusů cigaret.

17. Pijete alkohol?

- a) ne, jsem abstinent
- b) jen zcela výjimečně
- c) několikrát za měsíc
- d) několikrát týdně
- e) pravidelně každý den

18. V kolika letech jste se poprvé napil(a) nějakého alkoholu?

Bylo to asi v ..... letech.

19. Co soudíte o škodlivosti těchto látek?

černá káva	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
Alkohol	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
tabák (kouření)	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
ředitla a rozpouštědla (čichání)	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
léky používané bez lékařského předpisu	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
drogy, které se kouří	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
drogy, které se píchají	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné

20. Množí se hlasy, že alespoň měkké drogy by měly být legalizovány, že jejich používání

a rozšiřování by nemělo být trestné. Co o tom soudíte Vy?

- a) používání a distribuce těchto drog by mělo být zcela svobodné
- b) používání těchto drog by mělo být povoleno, ale distribuce by měla být kontrolována
- c) používání by mělo být povoleno, ale distribuce by měla být v každém případě trestná
- d) jak užívání, tak distribuce by měly být přísně trestány

- 
21. Kolik asi tak můžete utratit za týden „za co chcete“ ?
- a) do 50 Kč
  - b) 50–200 Kč
  - c) 200–500 Kč
  - d) více než 500 Kč
22. Jak trávíte nejčastěji svůj volný čas?
- a) sledováním televize
  - b) četbou
  - c) sportem
  - d) na diskotékách, zábavách apod.
  - e) u počítače
  - f) s kamarády
  - g) jinak – uveďte \_\_\_\_\_
23. Řekl(a) by jste, že o ilegálních drogách jste:
- a) dobře informován(a)
  - b) částečně informován(a)
  - c) jen málo informován(a)
  - d) zcela neinformován(a)
24. Získal jste od učitelů ve škole v průběhu tohoto školního roku nějaké informace o jiných drogách než jsou tabák, alkohol a káva?
- a) ano
  - b) ne
  - c) ano, ale z jiného zdroje (ne od učitelů)
25. Lze drogy získat ve Vašem městě, Vaší obci či nejbližším městě?
- a) ano, poměrně snadno
  - b) ano, ale je to dost obtížné
  - c) asi ne
  - d) určitě ne
  - e) nevím
26. Ve Vaší škole je možné obstarat drogy?
- a) ano, poměrně snadno
  - b) ano, ale je to dost obtížné
  - c) asi ne
  - d) určitě ne
  - e) nevím
27. Je mezi Vašimi přáteli někdo, o kom se domníváte, že má nějakou zkušenost s drogami?
- a) ano
  - b) nejsem si jist(a)
  - c) ne
- 28.

---

Znáte někoho, kdo pravidelně používá drogy (fetuje, kouří marihuanu)?

- a) ano
- b) nejsem si jist(a)
- c) ne

29. Znáte nějaké instituce, které mohou poskytnout pomoc těm mladým lidem, kteří mají problémy s drogami? Pokud ano, napište je:

.....

30. Často lze slyšet názor, že mladý člověk by měl zkusit všechno. Myslíte si, že i Vy vyzkoušíte někdy nějakou drogu kromě alkoholu, kouření cigaret a kávy?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím, ale asi ne
- d) určitě ne
- e) už jsem to zkusil, vícekrát to neudělám
- f) už jsem to zkusil a zkusím opět

31. Následující tabulka uvádí přehled některých často užívaných nelegálních návykových látek. Označte u každé, zda ji považujete za měkkou nebo za tvrdou :

heroin	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
pervitin	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
toluen (a jiná ředidla)	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
kokain	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
marihuana a hašiš	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
LSD	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
léky ( např. Rohypnol)	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
speed, fenmetrazin	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
extáze	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
houby	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
metadon	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem



32. Kterou z těchto látek jste zkoušel(a)?

heroin	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
pervitin	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
toluen (a jiná ředidla)	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
kokain	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
marihuana a hašiš	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
LSD	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
léky ( např. Rohypnol)	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
speed, fenmetrazin	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
extáze	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
houby	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
metadon	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x

33. Užil (a) jste během posledního měsíce některou z jmenovaných látek? A kolikrát?  
.....

34. Pokud užíváte legální návykové látky (kofein, tabák, alkohol) pravidelně, jak dlouho již (měsíců, let)?.....

Pokud nemáte zkušenosti s žádnou z ilegálních drog, přeskočte otázky č .35 – 52.

35. Pokud jste některou z jmenovaných látek zkoušel(a), za jakých okolností jste ji zkoušel(a) poprvé?  
.....

36. V kolika letech jste poprvé zkoušel(a) drogu? Bylo to v .....letech.

37. Která droga to byla? .....

38. Užil(a) jste někdy drogu injekčně?

a) ano

b) ne

39. Pokud ano, v kolika letech to bylo? Bylo to v .....letech.

40. Kterou drogu užíváte nyní jako základní? .....  
Jak si ji aplikujete? .....

41. Jaké drogy volíte jako náhradní? .....  
Jak si je aplikujete? .....

- 
42. Kolikrát si aplikujete drogu během jednoho týdne? .....
43. V případě injekční aplikace sdílíte jehly
- a) pravidelně
  - b) není - li jiná možnost
  - c) nesdílím a nikdy jsem nesdílel(a)
  - d) nesdílím, ale v minulosti ano - orientačně - týdny, měsíce nebo roky?
44. Jak dlouho (kolik měsíců, let) užíváte pravidelně měkké drogy?.....
45. Jak dlouho (kolik měsíců, let) užíváte pravidelně tvrdé drogy?.....
46. Jak dlouho (kolik měsíců, let) užíváte drogy injekčně?.....
47. Drogy si obstarávám
- a) snadno
  - b) středně těžce
  - c) těžce
48. Myslíte si, že braní drog ovlivnilo Váš život v rodině, s přáteli
- a) pozitivně
  - b) negativně
  - c) vůbec
49. Chtěl(a) byste s užíváním drog skončit
- a) ano
  - b) ne
  - c) zkoušel(a) jsem to sám(a)
  - d) zkoušel(a) jsem to s pomocí lékařů
50. Měl(a) jste někdy potíže s policií ve spojení s užíváním drog?
- a) žádné
  - b) občas malé
  - c) střední
  - d) velké - byl(a) jsem již ve vězení
51. Léčil(a) jste se kvůli své závislosti na drogách?
- a) ano, již dříve - kolikrát .....
  - b) neléčil(a)
  - c) léčba probíhá v současnosti
52. Byl(a) jste léčen(a) kvůli nemoci spojené s užíváním drog?
- a) ano, konkrétně.....
  - b) ne, nikdy

- 
53. Byl(a) jste vyšetřen(a) na virové hepatitidy?  
a) ano  
b) ne  
c) vyšetření absolvuji pravidelně - jak často? .....
54. Pokud jste byl(a) vyšetřen(a), výsledky vyšetření ukázaly pozitivitu na  
a) virová hepatitida A  
b) virová hepatitida B  
c) virová hepatitida C  
d) žádná pozitivita  
e) výsledky jsem si nevyzvedl(a)
55. Pokud byly Vaše výsledky pozitivní, ovlivnilo to, že máte tuto infekci, Vaše chování  
a) ne  
b) ano, snažím se chovat tak, abych nenakazil(a) ostatní - hygiena, nesdílení stříkaček  
c) důsledně dbám na to, abych infekci nešířil(a) dál  
d) neléčím se  
e) léčím se
56. Byl(a) jste vyšetřen(a) na HIV?  
a) ano  
b) ne  
c) vyšetření absolvuji pravidelně - jak často? .....
57. Pokud jste byl(a) vyšetřen(a), výsledky vyšetření ukázaly  
a) pozitivitu  
b) byly negativní
58. Pokud byly Vaše výsledky pozitivní, ovlivnilo to, že máte HIV, Vaše chování?  
a) ne  
b) ano, snažím se chovat tak, abych nenakazil(a) ostatní - hygiena, nesdílení stříkaček  
c) důsledně dbám na to, abych infekci nešířil(a) dál  
d) neléčím se  
e) léčím se

Děkuji Vám za laskavé vyplnění dotazníku.