

ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ, 2011

**MAPOVÁNÍ DROGOVÉ SCÉNY,
AKTIVIT A ÚROVNĚ
PROTIDROGOVÉ PREVENCE
NA MASARYKOVĚ UNIVERZITĚ**

Petr Kachlík



Brno 2011

ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ

Publikace vychází v rámci výzkumného záměru (MSM0021622421).

Vědecká redakční rada

ve spolupráci s Pedagogickou fakultou
Masarykovy univerzity v rámci
výzkumného záměru „Škola a zdraví pro 21. století“.

prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.
Pedagogická fakulta, Univerzita Hradec Králové, ČR

prof. RNDr. Vratislav Kapička, DrSc.
Přírodovědecká fakulta
Masarykova univerzita, Brno, ČR

prof. PhDr. Josef Maňák, CSc.
Pedagogická fakulta
Masarykova univerzita, Brno, ČR

prof. PhDr. Vladimír Směkal, CSc.
Fakulta sociálních studií
Masarykova univerzita, Brno, ČR

prof. PhDr. Eva Sollárová, CSc.
Fakulta sociálních věd a zdravotnictva
Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra, SR

prof. PhDr. Ing. Josef Šmajš, CSc.
Filozofická fakulta
Masarykova univerzita, Brno, ČR

prof. PhDr. Hana Válková, CSc.
Fakulta tělesné kultury
Univerzita Palackého, Olomouc, ČR

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno, ČR

Vědecká redakce MU

prof. PhDr. Petr Fiala, Ph.D., LL.M.

Mgr. Iva Zlatušková

prof. RNDr. Zuzana Došlá, DrSc.

Ing. Radmila Droběnová, Ph.D.

Mgr. Michaela Hanousková

doc. PhDr. Jana Chamonikolasová, Ph.D.

doc. JUDr. Josef Kotásek, Ph.D.

Mgr. et Mgr. Oldřich Krpec, Ph.D.

doc. PhDr. Růžena Lukášová, CSc.

prof. PhDr. Petr Macek, CSc.

Mgr. Petra Polčáková

doc. RNDr. Lubomír Popelínský, Ph.D.

Mgr. Kateřina Sedláčková, Ph.D.

prof. MUDr. Anna Vašků, CSc.

prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

Mgr. Martin Zvonař, Ph.D.

PhDr. Alena Mizerová

Zveřejněné studie byly podpořeny těmito prostředky interního grantového výzkumu Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity (vedoucí řešitel MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.):

- „*Deskripce drogové scény na MU v Brně a návrh preventivních opatření. Etapa 1: Příprava dotazníkového šetření a pilotní studie.*“ Id.č. Aa 2/05.
- „*Deskripce drogové scény na MU v Brně a návrh preventivních opatření. Etapa 2: Realizace deskriptivní studie na MU a její vyhodnocení.*“ Id.č. Aa 1/06.
- „*Deskripce drogové scény na MU v Brně a návrh preventivních opatření. Etapa 3: Zmapování preventivních aktivit na MU a jejich podpora.*“ Id.č. V 05/07 (Ab).
- „*Problematika virtuálních drog ve vzorku studentů Masarykovy univerzity.*“ Id.č. MUNI/41/012/2009.

Recenzenti:

prof. MUDr. Drahošlava Hrubá, CSc.

prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

© 2011 Masarykova univerzita

© 2011 Petr Kachlík

© 2011 MSD

ISBN 978-80-210-5724-1 (Masarykova univerzita. Brno)

ISBN 978-80-7392-187-3 (MSD. Brno)

Úvod	9
1 Teoretická východiska.....	13
1.1 Vybrané pojmy z oblasti adiktologie.....	13
1.1.1 Droga	13
1.1.2 Potenciál drogy	14
1.1.3 Závislost.....	15
1.2 Vznik a rozvoj drogové závislosti.....	17
1.2.1 Návyk	20
1.2.2 Tolerance	20
1.2.3 Abstinenční příznaky	21
1.2.4 Termíny související se vztahem osoby k droze.....	22
1.2.4.1 Drogová scéna	22
1.2.4.2 Rizikové skupiny	22
1.2.4.3 Rizika užívání	22
1.2.4.4 Rizikové chování, rizikové užívání	23
1.2.4.5 Abstinence	23
1.2.4.6 Experimentování.....	23
1.2.4.7 Rekreační užívání	23
1.2.4.8 Příležitostné užívání	24
1.2.4.9 Pravidelné užívání	24
1.2.4.10 Úzus.....	24
1.2.4.11 Misúzus.....	24
1.2.4.12 Abúzus	24
1.2.4.13 Ex-user (bývalý uživatel).....	25
1.2.4.14 Zneužívání drog	25
1.2.4.15 Škodlivé užívání návykových látek	25
1.2.4.16 Problémové užívání drog.....	25
1.2.4.17 Toxikomanie	25
1.2.4.18 Narkomanie	26
1.2.4.19 Intoxikace	26
1.2.4.20 Předávkování	26
1.2.4.21 Současné užívání několika drog	27
1.2.5 Klasifikace drog.....	27
1.3 Stručná charakteristika drog charakteru substancí nejčastěji užívaných v ČR.....	29
1.3.1 Alkohol.....	29
1.3.2 Tabák	31
1.3.3 Těkavé látky.....	33
1.3.4 Léky	34

1.3.5 Konopné drogy	35
1.3.6 Halucinogeny	37
1.3.6.1 Psilocybin	38
1.3.6.2 LSD.....	38
1.3.7 Stimulační drogy.....	39
1.3.7.1 Amfetaminy	40
1.3.7.2 Kokain a crack	40
1.3.8 Opioidy	41
1.3.8.1 Heroin	42
1.3.9 Taneční drogy.....	43
1.4 Patologické hráčství a jeho charakteristika	44
1.4.1 Rozdělení her	44
1.4.1.1 Nehazardní hry	44
1.4.1.2 Počítačové hry	45
1.4.1.3 Hazardní hry	46
1.4.2 Přejchod od zábavné hry ke hře hazardní	47
1.4.3 Projevy patologického hráčství	48
1.4.4 Patologické hráčství jako nemoc.....	49
1.5 Virtuální drogy a jejich stručná charakteristika	51
1.5.1 Osobní počítač	53
1.5.2 Internet	55
1.5.3 Další ICT, na nichž se uživatel potenciálně může stát závislým.....	57
1.5.3.1 Mobilní telefon	57
1.5.3.2 Televizor	58
1.5.3.3 Multimediální přehrávač.....	58
1.5.3.4 Video.....	58
1.5.3.5 DVD přehrávač	59
1.5.4 Rizika související s moderními informačními a komunikačními technologiemi (ICT).....	59
1.5.5 Rizikové populační segmenty ohrožené závislostí na virtuálních drogách	62
1.5.6 Poruchy duševního a tělesného zdraví vyvolané působením virtuálních drog.....	66
2 Prevence rizikového chování s rysy závislosti	72
2.1 Obecná charakteristika prevence.....	72
2.2 Komunitní prevence	79
2.2.1 Prevence závislosti ve školním prostředí.....	81
2.2.2 Školní preventivní program, Minimální preventivní program, školní metodik prevence	83
2.2.3 Modelový projekt školní prevence drog.....	93
2.3 Primární prevence	96
2.3.1 Strategie a efektivita primární prevence.....	97

2.3.1.1	Techniky odmítání	98
2.3.1.2	Peer programy	100
2.3.2	Příklady preventivních projektů	103
2.4	Sekundární prevence	108
2.5	Terciární prevence	114
3	Mapování situace v užívání návykových látek	117
3.1	Sledování užívání drog ve světě	117
3.2	Sledování užívání drog v Evropě	126
3.3	Sledování užívání drog v České republice	135
3.4	Sledování užívání drog v populačním segmentu vysokoškolských studentů	141
3.5	Metodologická východiska	143
3.5.1	Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – návykové látky charakteru substancí	144
3.5.2	Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – další druhy rizikového chování závislostního typu včetně tzv. virtuálních drog	145
3.5.3	Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě	147
4	Výskyt rizikového chování ve vzorku studentů Masarykovy univerzity a možnosti jeho prevence	148
4.1	Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – návykové látky charakteru substancí	149
4.1.1	Bližší charakteristiky sledovaného souboru	149
4.1.2	Přehled odpovědí z vlastního dotazování	152
4.1.2.1	Tabák	152
4.1.2.2	Alkoholické nápoje	153
4.1.2.3	Černá káva	155
4.1.2.4	Kokain	157
4.1.2.5	Konopné produkty	158
4.1.2.6	Halucinogeny	162
4.1.2.7	Pervitin	166
4.1.2.8	Užití dalších látek	168
4.1.2.9	Gambling	170
4.1.2.10	Osoba, která motivovala k užití drog	172
4.1.2.11	Setkání s drogovými překupníky	172
4.1.2.12	Setkání se zfalšovanou či „nastavovanou“ drogou	174
4.1.2.13	Důvody, které vedly k užití drog	174
4.1.2.14	Dostupnost vybraných látek	175

4.1.2.15 Užívání vybraných látek v okruhu známých	176
4.1.2.16 Postoje respondentů k některým rizikovým aktivitám	177
4.1.2.17 Názory na legalizaci drog	182
4.2 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – další druhy rizikového chování včetně tzv. virtuálních drog	183
4.2.1 Bližší charakteristiky sledovaného souboru	183
4.2.2 Přehled odpovědí z vlastního dotazování	186
4.2.2.1 Hra na hracím automatu	186
4.2.2.2 Hra na výherním automatu	189
4.2.2.3 Hra na počítači, herní konzoli	191
4.2.2.4 Používání mobilního zařízení	195
4.2.2.5 Používání internetu	197
4.2.2.6 Sázky	200
4.2.2.7 Poruchy příjmu potravy	202
4.2.2.8 Půjčky kvůli hře, sázce	204
4.2.2.9 Internetové bankovníctví	205
4.2.2.10 Nákup dražšího spotřebního zboží	206
4.2.2.11 Osoba, která přivedla respondenta ke hraní na automatech, počítači či k sázení	207
4.2.2.12 Důvody, které vedly respondenta ke hraní na automatech, počítači či k sázení	208
4.2.2.13 Velmi snadná a snadná dostupnost různých aktivit a předmětů spojených s gamblingem, informačními a komunikačními technologiemi pro respondenta	212
4.2.2.14 Postoje respondentů k vybraným aktivitám plnoletých osob	213
4.2.2.15 Postoje respondentů k legalizaci sázení po internetu	218
4.2.2.16 Využití poradenských služeb zaměřených na patologické závislosti během respondentova života	219
4.2.2.17 Využití terapeutických služeb zaměřených na patologické závislosti během respondentova života	219
4.2.2.18 Názory respondentů na důležitost zařazení problematiky virtuálních drog do výuky studentů na MU	220
4.2.2.19 Názory respondentů na dotaz, zda je na MU problematice virtuálních drog věnována dostatečná pozornost	220
4.3 Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě	221
4.3.1 Bližší charakteristiky sledovaného souboru	221
4.3.2 Přehled odpovědí z vlastního dotazování	223
4.3.2.1 Setkání respondentů s aktivitami prevence závislosti na střední škole	223
4.3.2.2 Hovory středoškolských učitelů s respondenty o prevenci závislosti	223
4.3.2.3 Formy realizace protidrogové prevence na úrovni střední školy	224
4.3.2.4 Typy závislostí, jichž se týkaly středoškolské preventivní aktivity	225

4.3.2.5	Systematičnost středoškolských preventivních aktivit.....	225
4.3.2.6	Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie) na střední škole	226
4.3.2.7	Hodnocení úrovně prevence na střední škole.....	226
4.3.2.8	Setkání respondentů s aktivitami prevence závislostí na Masarykově univerzitě	227
4.3.2.9	Možnosti setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci Masarykovy univerzity	227
4.3.2.10	Typy předmětů, v nichž došlo k setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci výuky na Masarykově univerzitě	228
4.3.2.11	Typy činností, které podle respondentů přímo souvisely s realizací protidrogové prevence na Masarykově univerzitě	229
4.3.2.12	Typy závislostí, jichž se preventivní aktivity na Masarykově univerzitě týkaly	231
4.3.2.13	Systematičnost univerzitních preventivních aktivit	232
4.3.2.14	Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie) v rámci prevence na Masarykově univerzitě	233
4.3.2.15	Hodnocení úrovně prevence na Masarykově univerzitě	234
4.3.2.16	Názor respondentů na dostatek času věnovaný primární prevenci závislostí na Masarykově univerzitě	235
4.3.2.17	Názor respondentů na dostatečnou pestrost nabídky aktivit primární prevence závislostí na Masarykově univerzitě	235
4.3.2.18	Typy protidrogových preventivních aktivit , které by měly být posíleny/zavedeny dle názoru respondentů na Masarykově univerzitě	236
4.3.2.19	Využití služeb Poradenského centra při rektorátu Masarykovy univerzity během studia respondentů	238
4.3.2.20	Souhlas respondentů s rozšířením nabídky poradenských služeb o poradenství při problémech s drogami a návykovým chováním pro studenty Masarykovy univerzity	239
4.3.2.21	Názor respondentů na umístění uvažovaného protidrogového poradenského centra	239

5 Diskuse 241

5.1 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – návykové látky charakteru substancí 241

5.1.1	Alkohol v ČR.....	241
5.1.2	Alkohol v zahraničí.....	242
5.1.3	Tabák v ČR	243
5.1.4	Tabák v zahraničí	244
5.1.5	Nelegální návykové látky v ČR	245
5.1.6	Nelegální návykové látky v zahraničí.....	247

5.1.7 Návykové látky u osob se zdravotním postižením	249
5.2 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – další druhy rizikového chování včetně tzv. virtuálních drog.....	251
5.2.1 Virtuální drogy v ČR.....	251
5.2.2 Virtuální drogy v zahraničí	253
5.3 Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě.....	254
5.3.1 Prevence v ČR.....	254
5.3.2 Prevence v zahraničí	255
Závěr	259
Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – návykové látky charakteru substancí.....	259
Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – další druhy rizikového chování včetně tzv. virtuálních drog	260
Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě	261
Shrnutí	264
Summary.....	266
Seznam obrázků a tabulek	268
Seznam literatury.....	277

MOTTO

*Nesmíme se zlobit
a trpět kvůli tomu,
že nejsme známi,
spíše musíme usilovat o to,
abychom stáli za poznání.*

Konfucius

Změny politických a ekonomických poměrů, rozvoj moderních informačních a komunikačních technologií, jejich miniaturizace a portabilita, zrychlení životního tempa, zvýšený tlak na výkon v zaměstnání, častý výskyt zátěžových situací i nutnost rychlé relaxace s sebou přináší řadu problémů, které mohou být řešeny zkratkovitým způsobem, např. užíváním návykových látek či činnostmi s rysy návykového chování (Kachlík a Klech in Řehulka, 2010).

Od poloviny 90. let 20. století, kdy v České republice vznikla jasná a účinná koncepce protidrogové politiky, je věnována značná pozornost epidemiologicky rizikovým skupinám, zejména dětem a dospívajícím. V centru zájmu se rovněž ocitly osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, sociálně znevýhodněné, pocházející z disharmonického rodinného prostředí, rasově a etnicky odlišné (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008b; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c).

Společnost doposud neměla potřebu, aby se věnovala „bezproblémovým“ dospělým, kteří studují na vysokých školách a z pohledu drogové epidemiologie nepředstavují ohroženou populační skupinu (Csémy et al., 2004).

K zátěžovým momentům studia na vysoké škole náleží problémy s adaptací na jiný životní stereotyp, jenž klade vysoké nároky na samostatnost, zodpovědnost, účelné plánování a využívání času, schopnost koncentrace i relaxace mladého člověka. Po absolutoriu si mladí odborníci hledají práci a stále více jejich potenciálních zaměstnavatelů přihlíží kromě kvality dosaženého vzdělání a osobnostních charakteristik i k možným problémům uchazeče s návykovými látkami, a to včetně alkoholu a tabáku (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c; Vondráčková et al., 2009).

Model vysokoškolsky vzdělaného odborníka tvoří součást normy hodnotového žebříčku, názorů a postojů veřejnosti. Vysokoškoláci po absolutoriu ve svých profesích působí na děti a mládež, pacienty, klienty, jednají se sdělovacími prostředky, představují autority. Jejich osobnostní image se stává součástí názoru společnosti na úroveň zdravotnictví, školství, vědy, právního systému, ekonomiky a podnikání. Důležitý je individuální osobní příklad každého jedince, poněvadž se tak zviditelňují jeho vlastní kvality i nedostatky. Proto je velmi žádoucí, aby tento vzor byl co nejvíce pozitivní, aby jeho nositel preferoval zásady zdravého životního stylu bez sociálně patologických prvků,

tedy i bez závislostí na substancích či tzv. závislostního chování (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c).

Těžiště primární prevence patologických závislostí u dětí a dospívajících spočívá kromě rodiny především na bedrech základní a střední školy. Mladí dospělí, k nimž patří i vysokoškolští studenti, jsou pokládáni za dostatečně zralé osobnosti, aby dokázali účinně odolávat nabídce různých návykových látek a závislostnímu chování, a nestali se tak obětmi patologických závislostí (Kachlík, 2005b; Kachlík, 2005c).

Studium na vysoké škole nejčastěji spadá do věkového období 18–25 let, a právě tento interval je považován za specifické vývojové období, naplněné dynamikou a nestabilitami, kvalitativně odlišné od adolescence a časně dospělosti. K typickým rysům vysokoškolských studentů a osob těsně po ukončení studia patří experimentování a zkoumání vlastní identity, a to zejména v oblasti zaměstnání a partnerských vztahů. Hledají si vlastní cestu, zvažují různé možnosti bydlení a zaměstnání, navazují nové mezilidské vztahy (Arnett, 2000; Arnett, 2005).

V období mezi adolescencí a dospělostí se vyskytuje vyšší prevalence užívání návykových látek a závislostního chování, lidé chtějí zkusit nové a dosud nepoznané věci, testují vlastní limity (SAMHSA, 2007).

Po přijetí na vysokou školu a započetí studia se mladí lidé většinou dostávají z přímého vlivu rodičů, nejsou ještě začleněni do vazeb vlastní rodiny a zaměstnání, disponují zvýšeným syndromem osobní imunity a sebevědomím, takže si nemusejí uvědomit negativní následky vlastního počínání, ev. si je neuvědomí plně a včas. Experimenty s návykovými látkami jsou v tomto období obecně tolerovány, proto je značně nesnadné odlišit jedince, pro něž jde o přechodnou záležitost, od těch, kteří v nich budou pokračovat a u nichž se vyvine škodlivé užívání v dospělosti (Arnett, 2000; Arnett, 2005).

Systematické sledování segmentu vysokoškolských studentů zprvu nebylo v ČR prováděno, v zahraničí mu však byla věnována pozornost v podobě celé řady výzkumných studií. Problematika návykových látek byla rozšířena o závislosti na informačních a komunikačních technologiích a o patologické hráčství (Csémy et al., 2004; Vondráčková et al., 2009).

Někteří slovenští autoři (např. Kolibáš a Novotný, 1998; Kolibáš et al., 2003; Novotný a Kolibáš, 1997; Novotný a Kolibáš, 2003; Novotný a Kolibáš, 2004) od 90. let 20. stol. varovně poukazovali na fakt, že lze pozorovat silné rozpory mezi faktografickými znalostmi vysokoškoláků o omamných a psychotropních látkách a mezi jejich postoji ke drogovým experimentům (týkalo se zejména konopí, halucinogenů, extáze, tlumivých léků) včetně tzv. látek legálních (alkoholu a nikotinu).

Mezi lety 1993–1995 byla na MU provedena pilotní sonda, která mapovala konzumaci návykových látek charakteru substancí a postoje k nim (Kachlík a Šimůnek, 1995). Později (1997) byla realizována deskriptivní epidemiologická studie na vzorku téměř 1600 respondentů-studentů 6 fakult MU (Kachlík a Šimůnek, 1998). Výsledky korespondovaly se zjištěními slovenských kolegů. V ČR se doposud této populační skupině věnovala menší pozornost než dětem a mladistvým, proto lze tvrdit, že MU sehrála průkopnickou roli (Csémy et al., 2004; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008b). Tím MU podpořila své zařazení k univerzitám, které analyzují míru rizikového chování svých posluchačů, zajímají se o jejich adaptaci na studium a pobyt ve

velkoměstském prostředí, o trávení volného času a život na kolejích, snaží se o radu a pomoc v případech problémů (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c).

V období 2005–2007 byl uskutečněn tříletý projekt s názvem „*Deskripce drogové scény na MU a návrh preventivních opatření*“. V první etapě byla realizována sonda do drogové scény na 2 fakultách MU (více než 200 respondentů z pedagogické a lékařské fakulty) k ověření metodiky studie (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007).

Ve druhé etapě byl pomocí anonymního dotazníku umístěného na webu informačního systému Univerzity proveden výzkum na vzorku téměř 10000 prezenčních studentů všech 9 fakult MU. Frekvence zneužívání tzv. „těžkých“ drog se statisticky významně nelišila od údajů platných pro českou populaci mladých dospělých. Převážně u tzv. „lehkých“ drog (konopí, halucinogenů a extáze) však byl zaznamenán neuspokojivý stav, svědčící o jejich častější konzumaci mezi respondenty. Za velmi alarmující bylo možno považovat smířlivé postoje studentů ke drogovému experimentu a u některých látek (zvl. konopí a halucinogenů) i k jejich dlouhodobému užívání, výskyt překupníků drog na fakultách a podceňování nadměrného a chronického pití alkoholických nápojů a kouření tabáku i jejich společenské nebezpečnosti (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008b).

Třetí, závěrečná etapa byla věnována mapování preventivních aktivit na Univerzitě. Obdobnou formou jako v předchozí etapě bylo osloveno více než 2200 studentů všech fakult MU, otázky byly zaměřeny na jejich zkušenosti, názory a postoje k prevenci. Ze šetření vyplynulo, že primární prevence závislosti na MU je na rozdíl od středoškolských aktivit nesystematická, formální, většinou nedostatečná a nezáživná. Studenti by se místo pouhého pasivního přenosu informací chtěli aktivně zapojit do diskusí a besed, navštívit zařízení, kde se pracuje se závislými klienty (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c).

V r. 2009 byl uskutečněn projekt „*Problematika virtuálních drog ve vzorku studentů Masarykovy univerzity*“. Anonymní dotazník dostupný na webu a cílený na používání informačních a komunikačních technologií, další potenciálně rizikové chování a trávení volného času vyplnilo téměř 2500 studentů prezenční formy ze všech devíti fakult MU. Ze šetření vyplynulo, že velmi snadná dostupnost výtvarných moderní techniky může být pro studenty ve vztahu k závislostnímu chování přitěžujícím faktorem. Řada respondentů zaujala k potenciálně rizikovým aktivitám smířlivé postoje (Kachlík a Havelková in Linhartová et al., 2010).

Odborná kniha „*Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě*“ sestává z teoretické a empirické části. Teoretická část přináší základní pojmy z oblasti adiktologie, zaměřuje se na vznik a vývoj drogové závislosti, na stručnou charakteristiku běžnějších návykových látek substančního charakteru, patologické hráčství a tzv. virtuální drogy (závislostní chování). Další oddíl teoretické části je věnován prevenci rizikového chování s rysy závislosti, je zmíněna obecná charakteristika prevence, její členění a typy. Následující oddíl obsahuje metodologická východiska vztahující se k jednotlivým partiím výzkumu. Empirická část je složena z prezentace výsledků tří projektů, které uceleně mapovaly drogovou scénu na MU (substanční drogy, virtuální drogy, prevence), formou tabulek a textového komentáře. Explicitně uvedené diskuse dokladuje tuzemské i zahraniční výzkumy zaměřené na návykové látky, závislostí chování a prevenci u vysokoškolských studentů. Závěr stručně shrnuje dosažené poznatky.

Práce přináší souborný pohled na drogovou scénu na Masarykově univerzitě, je doplněna o zkušenosti a pohledy studentů na preventivní aktivity. Po ukončení jednotlivých etap výzkumu byly dílčí výsledky zveřejňovány a diskutovány na odborném fóru, jejich podstatná část v ucelené podobě je publikována poprvé. Výstupy z uvedených studií úzce souvisejí s náplní výzkumného záměru fakulty na období 2005–2010 „*Škola a zdraví pro 21. století*“, id.č. MSM0021622421, vedoucího řešitele prof. PhDr. Evžena Řehulky, CSc.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Vybrané pojmy z oblasti adiktologie

Pojmy „droga“ a „závislost“ mohou mít podle okolností různý význam. Veřejnost je často vnímá pejorativně, poněvadž jsou mnohdy spojeny s obrazem sociální a zdravotní devastace člověka. V odborném prostředí je patrná jejich souvislost zejména s medicínou, farmakologií a psychologií (Nešpor a Provazníková, 1999).

1.1.1 Droga

Pohled autorů na etymologický původ slova „droga“ není jednotný. Podle Záborského (2003) pochází z francouzštiny, v níž označovalo léčivou látku v obecném smyslu, ev. sušené či jinak konzervované části rostlin a živočichů užívané k léčení. Urban (1973) připomíná souvislost s nizozemským výrazem „droog“, čili suchý. Jeho zkrácený tvar se dostal do angličtiny, kde znamená mj. léčivo, lék (Nožina, 1997).

Podle definice expertní komise Světové zdravotnické organizace (WHO) z r. 1969 je za drogu označována „*jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí*“. Vymezení se vztahuje na látky přírodní i umělé, na léčiva i substance jako léčiva obvykle neužívané, všímá si působení na jakoukoli soustavu organismu, tedy nejen na centrální nervstvo (Nožina, 1997, s. 12).

Presl (1995, s. 9) definici zužuje a uvádí, že jako drogu můžeme chápat „*každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky*“:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – působí na psychiku,
2. může vyvolat závislost, má tzv. „*potenciál závislosti*“.

Riesel (1999) uvažuje o droze v obecném i užším smyslu slova. Jeho obecná definice se prakticky kryje s vymezením dle WHO, užší pohled pojednává o drogách jako o látkách, které v případě užívání či zneužívání vedou ke změně duševního stavu (nálady, bdělosti, útlumu) a chování. Zasahují tedy významně do funkce centrálního nervového systému.

Ganeri (2001) shrnuje, že drogou je obvykle chápána chemická substance, která působí na lidský organismus a může změnit naši náladu, chování, citění, smyslové vnímání. Presl (1995) připomíná, že drogami jsme obklopeni doslova na každém kroku, ať jde o léčiva, nebo o součásti našeho jídelníčku. Jde však o látky zákonem povolené a společností tolerované, tzv. drogy legální. Podle Nožiny (1997) se význam pojmu „droga“ v současné české společnosti posouvá, jsou jím označovány zejména látky přímo zákonem zakázané, resp. související se zákazem jejich výroby a šíření, tzv. ilegální drogy.

Drogy jako skupina mohou být nazývány různým způsobem, záleží na oboru, okolnostech, zvyklostech, regionu. Kalina et al. (2001) upozorňují, že drogy mohou být

označovány také termínem „návykové látky“. Jde o látky s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání. Označení se také užívá jako běžné synonymum pro látky, jež mají schopnost vyvolávat závislost.

Pojednáváme-li o omamných látkách či narkotících, míníme tím chemické substance vyvolávající útlum, poruchu vědomí a necitlivost k bolesti (analgesii). Pojem je většinou vyhrazen pro opioidy, avšak v běžné řeči a právním prostředí se jím poněkud nepřesně míní všechny ilegální drogy bez ohledu na jejich farmakologické vlastnosti. V oblasti Severní Ameriky se za narkotika považují silné stimulanty kokainového typu, opioidy i konopné drogy. Česká legislativa obsahuje termín „omamné a psychotropní látky“, ve zkratce OPL, který byl rovněž uveden v Jednotné úmluvě OSN o narkotících z r. 1961 (Kalina et al., 2001).

Jiným termínem pro drogy je sousloví „psychotropní látky“, též „psychoaktivní látky“, které používá Úmluva o psychotropních látkách od r. 1971. Rozumí se jím látky, které dokáží ovlivňovat psychiku a duševní procesy, v širším slova smyslu jde o jakoukoli substanci, která primárně či sekundárně působí na centrální nervový systém. Mohli bychom sem zařadit látky užívané při léčbě duševních onemocnění, ale rovněž látky s razantními účinky na psychiku a z toho pramenícím vysokým rizikem návyku nebo závislosti-legální i nelegální drogy (Kalina et al., 2001).

Mühlpachr (2002) připomíná, že problematika závislosti na návykových látkách substančního i nesubstančního charakteru spadá pod širší pojem „sociální patologie“. Jedná se o analogii mezi chorobou sociální a biologickou, mezi organismem společenským a biologickým. Mühlpachr (2002, s. 7) dále uvádí, že „*sociální patologie je shrnující pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společnosti nebezpečné, negativně sankcionované formy deviantního chování, ale hlavně označení pro studium příčin jejich vzniku a existence*“.

1.1.2 Potenciál drogy

Podle Rudgleyho (1996) a Kaliny et al. (2001) je možné u drog rozeznávat tzv. potenciál drogy pro závislost a potenciál drogy pro zneužívání.

Potenciálem drogy pro závislost, ev. rizikem závislosti se rozumí rychlost a snadnost, s níž se při opakovaném užívání určité drogy rozvíjí závislost. Podílejí se na něm následující faktory (Rudgley, 1996; Kalina et al., 2001):

- atraktivita užití drogy (subjektivní přínos pro uživatele), vlastnosti drogy způsobující požitok, schopnost tlumit nepříjemné psychické stavy, ev. jim zabránovat;
- rychlost účinku následující po užití drogy;
- spolehlivost nebo jistota, že se tyto účinky po užití dostaví;
- rychlost, s níž se rozvine tolerance ke droze;
- rychlost, s níž se objeví odvykací syndrom nebo efekty následující po opakovaném užití, rychlost vyloučení drogy z organismu.

Potenciálem drogy pro zneužívání, ev. rizikem zneužívání míníme pravděpodobnost, že určitá droga bude zneužívána pro svou atraktivnost ve větší míře, než jaká je vymezená medicínsky a (nebo) právně. V odhadu rizika zneužívání drogy hraje roli řada faktorů, např. rychlost a vlastnosti účinku drogy, dostupnost drogy a její aplikace, interakce s jinými psychoaktivními látkami, sociální status drogy (Kalina et al., 2001).

1.1.3 Závislost

Výskyt závislosti (přesněji drogové závislosti, ev. syndromu závislosti) je úzce spojen s užíváním různých typů drog.

Nešpor a Csémy (1997, [on-line], 2003) vycházejí z definice APA (Americké psychiatrické asociace) a doporučují hovořit o závislosti v případě, že jedinec užívání určité látky nebo skupiny látek dává přednost před jednáním, kterého si dříve cenil více. Vedoucí charakteristikou závislosti je silná, těžko odolatelná touha brát psychoaktivní látky vč. alkoholu a tabáku. Aby bylo možné zodpovědně stanovit diagnózu závislosti, obvykle se vyžaduje, aby se u sledovaného jedince vyskytly během posledního roku tři nebo více následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- potíže v sebeovládání ve vztahu k látce, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky;
- tělesný odvykací stav, postižený užívá stejnou nebo příbuznou látku s úmyslem zmenšit odvykací příznaky;
- růst tolerance, což se projevuje vyžadováním vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch návykové látky;
- zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Kalina et al. (2001) zpřesňují, že podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti souborem behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a typicky zahrnuje projevy popsané výše. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

Stručnější a srozumitelnější vymezení závislosti podávají Stone a Darlingtonová (2003). Charakterizují závislost pomocí 3 základních kritérií:

- nutkání drogu brát,
- ztráta sebekontroly při užívání drogy,
- abstinenní projevy po odebrání drogy, které spočívají v psychologické touze po droze a ve fyzických potížích, jako např. bolestech hlavy, pocení, halucinacích a křečích.

Kalina et al. (2001) zmiňuje i jiný diagnostický systém, Diagnostický a statistický manuál, revizi IV, který popisuje závislost na návykových látkách jako maladaptivní model užívání návykové látky, prokázaný výskytem minimálně tří z následujících příznaků během jednoho dvanáctiměsíčního období:

- tolerance, projevující se jedním z následujících úkazů:
 - potřeba nápadně zvýšených dávek k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku,
 - nápadně snížený účinek při užívání stejného množství návykové látky.
- příznaky z vysazení drogy, projevující se jedním z následujících úkazů:
 - abstinenní příznaky typické pro danou návykovou látku,

- užití stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků.
- návyková látka je často užitá ve větším množství, než bylo zamýšleno,
- je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání,
- mnoho času je věnováno aktivitám nutným k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpomínání se z jejích účinků,
- kvůli užívání návykové látky nejsou vůbec nebo jen velmi omezeně provozovány důležité společenské, profesní nebo rekreační aktivity,
- užívání návykové látky nepřestává, i když je znám výskyt trvalých nebo opakujících se fyzických, psychických a sociálních problémů, pravděpodobně působených nebo zhoršovaných užitou návykovou látkou.

Kachlík ([on-line], 2003) zdůrazňuje, že závislost je důsledkem periodického nebo déletrvajícího soustavného užívání drogy.

Kromě rozlišení závislosti na jednotlivých substancích nebo jejich skupinách, ev. na chování s návykovými rysy, lze také hovořit o základních typech závislosti z pohledu ovlivnění psychických a fyzických funkcí organismu.

Nožina (1997) zmiňuje 2 základní typy závislosti: psychickou a fyzickou.

Psychickou závislost popisuje jako duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje patologickým puzením drogu znovu požívat. Toto puzení – označované také jako bažení či craving (Kalina et al., 2001) – bývá spojeno s neodolatelnou a velmi intenzivní nutkavou touhou opakovat užití drogy, a to i přesto, že si jedinec uvědomuje nebezpečnost svého počínání a nechce je uskutečnit. Psychická závislost se může pojít s některými okolnostmi doprovázejícími užívání drog, např. s prostředím, společností, rituály.

V případě fyzické závislosti jde o stav organismu, který vzniká většinou dlouhodobějším a častějším užíváním drogy (záleží na povaze drogy, např. u opiátů se může jednat o kratší období v řádu týdnů, výjimečně i dnů). Organismus fyzicky závislého člověka se doze přizpůsobí, zahrne ji do svého metabolismu, potlačí vlastní regulační mechanismy, přestaví jemnou fyziologicky danou rovnováhu. Na odnětí drogy reaguje výpadovými jevy, které se projevují jako abstinenční příznaky.

Hajný (2001) k uvedeným 2 typům závislosti přidává ještě třetí: sociální závislost. Podle něj jde o závislost na skupině lidí, v níž se droga obstarává, šíří a užívá. Důležitá je rovněž izolace od osob, který by mohly uživateli drog pomoci, což riziko závislosti zvyšuje.

Janík, Dušek (1988) a Mečír (1989) zmiňují pojem „psychologická závislost“. Podle nich jde o stav, jenž vznikne i na látce, která nemusí mít psychotropní účinky. Např. pacient si vsugeruje, že mu pomáhá jen lék v určité formě nebo pouze zahraniční provenience. Podáme-li lék domácího výrobce nebo v jiném balení, pacient má pocit, že je jeho efekt menší nebo téměř žádný, i když účinná látka zůstala stejná. Z lékařské praxe je známá i závislost na placebo.

Presl (1995) připomíná, že je problematické přesné vyjádření míry vzniku závislosti u jednotlivých drog. U některých není patrná tendence ke zvyšování dávek, je těžké hovořit o modelu závislosti klasického typu, ev. některý typ závislosti nebyl dosud popsán (zástupci skupiny halucinogenů). Na druhé straně u látek s velmi silným budivým či tlumivým účinkem může závislost u exponovaných jedinců vzniknout již po několika dávkách drogy.

Ve farmakologii se používá termín „zkřížená závislost“. Jde o schopnost jedné látky (nebo skupiny látek) potlačit zjevné odvykácí příznaky po vysazení látky jiné. Je-li již jedinec závislý na určité substanci, rozvine se rychleji jeho závislost na substanci (nebo skupině substancí) příbuzné. Jako příklad lze uvést osobu závislou na alkoholu či barbiturátech, u níž se rychleji rozvine závislost v případě užití benzodiazepinů. Platí rovněž případ, kdy příznaky z odnětí je možné potlačit jinou látkou, která nahrazuje vysazenou či nedostupnou primární drogu. Tedy např. osoby závislé na heroinu mírní své abstinenci příznaky konzumací alkoholu a (nebo) benzodiazepinů. Jedinec, u něhož je pozorována zkřížená závislost mezi dvěma typy drog, bude také vykazovat fenomén zkřížené tolerance (Kalina et al., 2001).

1.2 Vznik a rozvoj drogové závislosti

Vznik a vývoj drogové závislosti se pokouší vysvětlit řada teorií. Jde o komplexní problém, a proto je obtížné nalézt jeho univerzální vysvětlení. Obecně se vždy jedná o souhrn řady faktorů působících na daného jedince v určité době a prostředí (Presl, 1995).

Kalina et al. (2001) prezentují následující modely, které se snaží ozřejmit etiologii závislosti a adekvátní reakce na ni:

- deficitní model (existuje porucha, kterou není možné napravit, pouze lze řešit její sociální důsledky na komunitní úrovni);
- starý medicínský model (existuje vrozená vada, jejíž řešení se děje na úrovni symptomatické či krizové péče);
- nový medicínský model (předpokládá poruchu, která zatím nebyla prozkoumána, abstinence pomáhá jejímu zakonzervování, řešení spočívá v psychotherapeutických postupech při přechodu osoby k dlouhodobé abstinenci);
- psychodynamický model (předpokládá vazbu závislosti s dosud neprokázanou psychickou poruchou na intrapersonální či interpersonální úrovni, individuální či partnerská psychotherapie může odstranit poruchu, a tím i závislost);
- humanistický model (vychází z psychodynamického modelu, obohacuje jej o respektování svobody volby jedince, který může žít svůj život i s drogou, pokud si nepřeje žádnou změnu, což se často pojí s moderním životním stylem);
- rodinný model (závislost je příznakem špatné funkce rodinného systému, má souvislost s jeho zásadními změnami, intervencí je rodinná terapie, jíž se ideálně účastní všichni členové, dále snaha o úpravu intrapsychických problémů);
- behaviorální model (vychází z teorie naučeného špatného chování, snaží se v terapii toto chování přeučit);
- sociální model (závislost je brána jako projev sociální či komunitní poruchy, její řešení se děje pomocí sociálních intervencí, záleží na postoji společnosti k droze);
- morální model (na závislého je nahlíženo jako na „hříšníka“, jehož může „napravit“ pobyt v nápravném zařízení);
- bio-psycho-sociální model (sjednocuje faktory individuální – somatické i psychické, sociální a specifické faktory potencující závislost).

Kachlík ([on-line], 2003) zmiňuje, že kariéra narkomana je proces složený z několika kroků. Abstinencí nemá potřebu drogu užívat, v průběhu života s ní nezáskal

žádnou zkušenost. Důvody, proč nehodlá drogy zkoušet, jsou různé: např. filosofické, náboženské, zdravotní, profesní. Experimentátor hledá vhodnou látku, která by mu pomohla zahnat nudu, zpestřit šed' všedních dnů, vyvolala příjemné a neobvyklé zážitky, ulevila od stresu, úkolů a povinností. Obecně jde v populaci o třetinu až polovinu mladistvých. Následuje přechod k občasnému užívání (někdy nepřesně označovanému jako „víkendové užívání“), kdy se droga bere kvůli navození libých pocitů, ale jsou ještě zachována určitá pravidla (střízlivost doma, ve škole či zaměstnání, dočasná kontrola nad dávkou a situací). Pravidelné užívání zpočátku nepůsobí závažnější problémy, poněvadž přetrvává iluze kontroly. Za určitou dobu se ale objeví problémy sociálního charakteru spojené s drobnou trestnou činností, prokrastinací, absencemi, nespolehlivostí. Uživatel si neuvědomuje závažnost situace. Ze segmentu mladistvých experimentátorů se rekrutuje přibližně 5 % drogově závislých, kteří ke droze sahají kvůli potlačení syndromu z odnětí (abstinenčních příznaků), překonání fyzických a psychických potíží. U nich se již vyskytuje závažnější trestná činnost zaměřená zejména majetkově, ale též ohrožující zdraví či život, dále těžší poruchy zdravotní. Takový jedinec je nebezpečný pro společnost, ale ohrožuje i sám sebe. Kariéra závislého (narkomana) může skončit v krajním případě buď selháním základních životních funkcí, nebo trestním postihem a společenským úpadkem.

Ke specifickým znakům trestné činnosti mládeže řadíme zejména (Mühlpachr, 2002; Štablová in Černíková et al., 2002; Zoubková in Černíková et al., 2002):

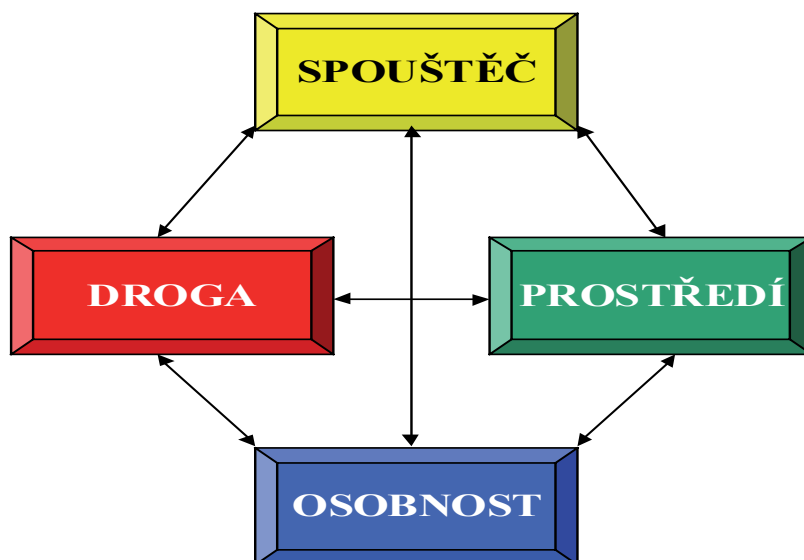
- výběr předmětu trestné činnosti je určován jiným hodnotovým systémem než u dospělých;
- trestná činnost je častěji páchána ve skupině (partě);
- plánování a příprava trestné činnosti jsou nedokonalé;
- chování mladistvých pachatelů není úměrné zisku z trestné činnosti, často bývá použito nadměrné tvrdosti, brutality, která neodpovídá situaci;
- pachatelům scházejí vědomosti a dovednosti nutné k účelnému překonání překážek;
- intoxikace návykovými látkami má značný vliv na agresivitu, psychomotorickou koordinaci, reakce na vnější podněty;
- trestná činnost bývá většinou páchána pod vlivem momentálního nápadu, emotivně;
- o přípravě trestné činnosti i o její úspěšné realizaci se pachatelé rádi svěřují partě;
- pachatelé často odcizují předměty, které potřebují, líbí se jim, ev. je lze snadno zpeněžit;
- výtěžek z trestné činnosti je dělen ve skupině dle hierarchie a zásluh, finance se utrácejí kolektivně.

Zoubková (in Černíková et al., 2002) dodává, že trestná činnost související s návykovými látkami a chováním nemá pouze majetkový charakter, ale jedná se rovněž o loupeže, ublížení na zdraví, výtržnictví, znásilnění, pohlavní zneužívání.

Kachlík ([on-line], 2003) si všímá tzv. bio-psycho-sociálního modelu vzniku závislosti, který prezentuje 4 základní faktory, jež jsou vzájemně provázány:

- spouštěč (událost pozitivního či negativního ladění, která vyprovokuje drogový experiment),

- droga (tento faktor býval značně démonizován a jeho vliv nadhodnocován, mimo lidskou společnost se jedná o chemickou látku, která je přesně daná, ale není ani dobrá, ani špatná),
- osobnost (její vliv byl opět nadhodnocován, spekulovalo se, že existují vyhraněné osobnostní typy s vysokou predispozicí k závislosti, což se kromě těžkých a většinou vrozených poruch neprokázalo; je však možné popsat systém rizikových a protektivních faktorů, který je individuálně složen u každého jedince a ve výsledku osobnost oslabuje, zcitlivuje vůči drogovému riziku, nebo ji naopak posiluje a chrání),
- prostředí (rodina, škola, vrstevníci).



Obr. 1: Bio-psycho-sociální model drogové závislosti (Kachlík [on-line], 2003)

Riesel (1999, s 18) shrnuje, že „závislost je výsledkem vzájemného působení vlivu drogy na osobnost v čase za přispění zpomalovacích či urychlovacích prvků ze strany společnosti a prostředí, životních podmínek a spouštěcích mechanismů“.

Dáme-li do souvislosti účinky drog a faktory podílející se na vzniku a rozvoji závislosti, lze uvést několik základních nabídek, jimiž různé návykové látky disponují (Frouzová, 2003):

- dosažení větší kontroly, moci nad sebou nebo nad druhými;
- urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje, prožití zvláštního poznání, hlubší uvědomění si sebe sama, smyslu svého života;
- zbavení nepříjemného stavu, ať už akutního nebo chronického, např. pocitů neschopnosti, méněcennosti, nebo stavů, jež doprovázejí fyzické nemoci nebo jiné duševní poruchy;
- vyvolání slasti, příjemných stavů, zintenzivnění smyslových vjemů;
- usnadnění přizpůsobení, snazší začlenění do určité zájmové skupiny;

- posílení agresivity, které se pojí zejm. s asociačním životním stylem, posílení sebestřednosti, oslabení empatie, sebezpytování a výčitek svědomí.

Fišerová (in Kalina et al., 2003) a Hynie (1995) připomínají, že osoba závislá na drogách může mít ve svém organismu (především v centrální nervové soustavě) nevratně fixovány určité změny na úrovni nervových přenašečů a receptorů, což i po vysazení návykové látky a abstinenci představuje riziko rychlejšího a silnějšího nástupu účinků v případě opětovného setkání s drogou. Zřejmě je to také jeden z podstatných důvodů, proč je možné závislé lidi léčit, ale nikoli zcela vyléčit.

1.2.1 Návyk

Jedná se o starší, avšak široce užívaný termín, a to jak v odborných kruzích, tak i mezi veřejností. Nejde přímo o termín diagnostický, není již součástí diagnostických manuálů. WHO v r. 1960 doporučila užívat pojem „závislost“ (Kalina et al., 2001).

Návykem rozumíme opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v takovém množství, že se uživatel přivádí do stavu periodické nebo chronické intoxikace, pocituje puzení k opakovanému užívání, má potíže užívání přerušit nebo ovlivnit (snížit dávku, prodloužit časové intervaly), projevuje snahu získat psychoaktivní látku téměř jakýmkoliv způsobem. Vyskytuje se tolerance, často též abstinenční příznaky (Kalina et al., 2001). Podle jiných pramenů (Nešpor a Provazníková, 1999) je význam pojmu „návyk“ obdobný jako v případě závislosti, ale chybí výrazný abstinenční syndrom.

Kalina et al. (2001) upřesňuje, že jako „návyk“ je možné označovat dlouhodobé pravidelné i nepravidelné užívání, které má škodlivý vliv pro jedince i společnost.

1.2.2 Tolerance

Janík a Dušek (1988), Mečíř (1989), Heller a Pecinovská (1996) hovoří o toleranci jako o postupném poklesu původní účinnosti látky. Během procesu vzniku závislosti dochází k interakci drogy a organismu. V organismu probíhá řada metabolických pochodů, jejichž cílem je mj. udržení stálosti vnitřního prostředí, získávání, uvolňování, ukládání, přeměna a využívání energie, likvidace zplodin a toxických látek. Návyková látka indukují metabolické systémy, které ji rychleji a masivněji z organismu odstraňují, což vede k vzestupu tolerance. V praxi se tento efekt projevuje jako potřeba zvyšovat dávky drogy v průběhu jejího užívání k dosažení stejného účinku jako na počátku. Např. jedinci závislí na opiátech „snesou“ dávku, která by byla smrtelná pro osobu nenavýklou, ev. i pro ně, kdyby abstinovali.

Tolerance nevzniká vždy, u některých látek uživatel tedy nemusí masivně zvyšovat dávkování v průběhu času. Při užívání látek ze stejné skupiny se může objevit zkřížená tolerance, při vzniku tolerance na jednu látku pozorujeme stejnou odezvu i na látku obdobnou (patrně např. u morfinu a heroinu či u těžkých alkoholiků a užití anestetik v chirurgii) (Heller a Pecinovská, 1996; Kalina et al., 2001).

Nešpor a Provazníková (1999) vymezují toleranci jako pokles účinku některých návykových látek po delším užívání a nutnost zvyšování jejich dávek. Dodávají, že toleranci můžeme zaznamenat i na alkohol nebo většinu léků s tlumivým účinkem.

Pro vytvoření obecné představy o rizikovosti vybraných návykových látek je uvedena tab. 1.

Typ látky	Fyzická závislost	Psychická závislost	Tolerance
Alkohol	+	+	+
Opioidy	++	++	++
Kanabinoidy	-/+	++	-/+
Tlumivé léky	+	+	+
Kokain	-	++	-
Efedrin, pervitin	-	++	+
Halucinogeny	-/+	++	+
Tabák	+	++	++
Inhalanty	-	+	++

Tab. 1: Vlastnosti vybraných typů návykových látek (podle Novotné, 1997)

Legenda k tabulce:

(-) znamená, že sledovaný znak není přítomen, nebo nebyl doposud popsán

(-/+) znamená, že znak byl popsán, ale není vždy jasně vyjádřen

(+) znamená, že znak byl popsán a je silně vyjádřen

(++) znamená, že znak byl popsán a je velmi silně vyjádřen

1.2.3 Abstinenční příznaky

Janík a Dušek (1988), Mečíř (1989), Nešpor a Provazníková (1999) uvádějí, že jde o celou řadu různě vyjádřených příznaků (somatických a psychických) spojených s látkou, která vytvořila závislost, záleží též na síle závislosti a aktuálním psychickém stavu jedince. Abstinenční příznaky (též abstinenční syndrom, syndrom z odnětí, odvykací syndrom, odvykací stav, slangově „abst'ák“) se objevují při náhlém vynechání drogy, jestliže již byla vytvořena závislost. Tyto fenomény jsou dokladovány nejen u drog charakteru substancí, ale rovněž u tzv. virtuálních drog a dalších typů chování s návykovými rysy. Abstinenční příznaky mohou nastupovat velmi rychle, nebo naopak pozvolna, jejich obraz může být velmi bouřlivý, pestrý a proměnlivý, jindy pomalý, s potížemi určitého typu.

K nejčastějším abstinenčním příznakům řadíme bolesti hlavy, potíže s usínáním a spánkové poruchy. Objevují se pestré vegetativní projevy, jako např. nechutenství, nevolnost až zvracení. Častý je neklid, pocity úzkosti a strachu, nesoustředěnost, sklony k agresivitě. Závažné jsou poruchy vědomí, depresivní nálady se sebevražednou aktivitou, halucinatorní stavy, mohou se vyskytovat epileptické záchvaty. Celý obraz trvá buď krátkodobě (typicky několik hodin), nebo je dlouhodobý (dny, týdny) (Janík a Dušek, 1988; Nešpor a Provazníková, 1999).

Janík a Dušek (1988) a Novotná (1997) připomínají, že u osob užívajících návykové látky může dojít k projevům akutní intoxikace, výrazným zejména v případě předávkování. Při neodhadnutí správné dávky se kromě psychických vyskytují též somatické projevy intoxikace, osoba je ohrožena těžkou poruchou zdraví až úmrtím. Psychické příznaky mohou gradovat až v kvalitativní poruchy vědomí, deprese se sebevražedným chováním. Velmi obtížné dávkování látek a jeho kontrola jsou typické zejména v případě čichání těkavých organických rozpouštědel. Chronická intoxikace spojená s dlouhodobým užíváním drog se projevuje rovněž řadou psychických i somatických příznaků. Vyskytují se změny typu neurotických poruch a ovlivnění struktury osobnosti.

Kalina et al. (2001) vymezení abstinčních příznaků zpřesňují. Jedná se o soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které přicházejí po vysazení nebo snížení množství drogy, která byla užívána opakovaně, dlouhodobě a (nebo) ve vysokých dávkách. Abstinční příznaky nelze vysvětlit somatickým či psychickým onemocněním, jsou jedním z kritérií pro diagnózu závislosti. Syndrom z odnětí se u různých látek liší, velmi obecně (a nikoli absolutně) lze říci, že mnohé příznaky mají opačný charakter než účinek dané látky.

1.2.4 Termíny související se vztahem osoby k droze

Některé termíny uvedené v tomto oddíle jsou sice běžné v obecné mluvě, populární i vědecké literatuře, nejsou však jasně vymezené, ev. se v praxi široce používají, ale je doporučeno je postupně opouštět a nahrazovat přesnějšími výrazy. Autor vycházel z české adiktologické (oboru zabývajícího se problematikou závislosti) terminologie, čerpal především ze zdrojů Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003, z důvodu dokreslení a lepšího porozumění připojuje i označení a zdroje jiné či starší.

1.2.4.1 Drogová scéna

Označuje se tak místo (místa), kde se shromažďují uživatelé ilegálních drog a kde obvykle probíhá konečný článek nezákonného obchodu a distribuce (dealing). Rozeznáváme drogovou scénu otevřenou (veřejné či veřejně dostupné prostory, např. parky, ulice, náměstí, nádraží, průchody), polootevřenou (restaurace, kluby a jiné zábavní místnosti) a uzavřenou (byty, soukromé kluby a akce) (Kalina et al., 2001).

Termín se rovněž užívá v širších souvislostech a v obecnější rovině k charakteristice prostředí, kde se může vyskytovat konzumace ilegálních drog (škola, firma, odvětví, akce), ev. k popisu situace ve výskytu, typu a frekvenci chování s rysy závislosti (Kachlík [on-line], 2003).

1.2.4.2 Rizikové skupiny

Takto se označují určité skupiny osob (podle pohlaví, stáří, profese, zájmů), jež jsou negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohroženy více než zbytek populace. Ve vztahu k užívání drog je přirozeně rizikovou skupina „náctiletých“, tedy osob mezi 13.–18. rokem věku (Nešpor et al., 1994a).

Skupinová rizika mohou být definována profesně (např. umělci, pracovníci v pohostinských službách, zdravotníci), sociálně (např. nezaměstnaní, osoby ve výkonu trestu, osoby zabývající se prostitucí, návštěvníci hudebních akcí, členové sídlištních part) či etnicky. Individuální riziko zvyšují především psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, poškozené funkce primární rodiny. Také děti, sourozence a partnery uživatelů lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem (Nešpor a Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001).

1.2.4.3 Rizika užívání

Rizika užívání drog můžeme vnímat v několika úrovních, obvykle rozeznáváme psychická, somatická a sociální. Psychická rizika se pojí se vznikem a upevňováním závislosti, poruchami osobnosti, vnímání, paměti, úsudku, vůle, pudů, atp. Somatická rizika ohrožují uživatele infekcemi, rozmanitými problémy pramenícími z působení, typu

a čistoty drogy, z jejího způsobu aplikace do organismu. Sociální rizika se týkají postižení vztahů na úrovni partnerské, rodiny, vrstevníků, osobnostní deklasace, ztráty bydlení, školy, zaměstnání, kriminálního chování (Nešpor a Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001).

1.2.4.4 Rizikové chování, rizikové užívání

Jde o chování nebo typ užívání, kdy hrozí vyšší pravděpodobnost zdravotního a sociálního poškození v důsledku užívání drogy. V užším slova smyslu se pojí se sdílením aplikačních pomůcek, jímž nitrožilní uživatel drog riskuje možnost nákazy krví přenosných chorob (AIDS, virový zánět jater typu B a C). V širším slova smyslu je možné tento termín použít v souvislosti s jakoukoli drogou a jakýmkoli rizikem poškození zdraví, vztahů nebo sociálních poměrů (práce, bydlení, škola) (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003).

Někdy se rozlišuje tzv. „risk pro sebe“ a „risk pro druhé“. Pojmem „hazardní chování (užívání)“ se označuje chování uživatele drog, jímž ohrožuje okolí, i když k poškození jeho zdraví nedochází či prozatím nedošlo (Kalina et al., 2001).

1.2.4.5 Abstinence

Označuje se tak jednání, které vede ke zdržení se užívání jakékoli drogy včetně legálních. Abonentem je tedy osoba, která se v současné době vystříhá užívání drog. Může tak činit z různých pohnutek, např. zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, filosofických, morálních, právních. V některých výzkumných studiích je používán termín „současný abonent“, což je člověk, který neužívá žádnou látku během určitého období, např. 3, 6 nebo 12 měsíců. Jiné vymezení považuje za abstinenta osobu, která užila alkohol či jakoukoli jinou drogu 1–2krát během roku. Epidemiologické studie rozlišují mezi celoživotním abstinentem a bývalým uživatelem (ex-userem) (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003).

1.2.4.6 Experimentování

Jde o výraz nepřesně ohraničený, který slangově znamená zkoušení různých typů drog. Nejasné vymezení se projevuje mj. i v tom, že osoba závislá na jednom typu drog může experimentovat s jiným typem návykových látek, rozhodně se nejedná o pokusy ve vědeckém pojetí. Experimentátorem je pak člověk, který občasně a nepravidelně užívá různé drogy, a může, ale nemusí mít problémy v oblasti zdravotní a sociální. V klinické praxi je doporučeno přesnější uvádění situace v užívání drog, které popisuje počet a opakování epizod užívání drog v anamnéze, přítomnost či absenci závislosti (Nešpor a Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001).

1.2.4.7 Rekreační užívání

Forma užívání drog, která může svádět k názoru, že jde o aktivitu pro zábavu, která je relativně bezpečná, s minimálními riziky, což je mylné. Jedná se o neodborně a nepřesně vymezené užívání obvykle nelegálních drog (především konopí, halucinogenů, tanečních drog) za určitých „rekreačních“ situací (večírky, diskotéky, hudební festivaly, sportovní akce), kdy konzumentovi akutně nehrozí vznik závislosti a dalších potíží. Pojem „rekreační užívání“ odmítají skupiny osob, které považují za problém jakékoli užívání nelegálních látek (Nešpor a Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001).

1.2.4.8 Příležitostné užívání

Obvykle se jím míní užívání drog, které nenaplnuje kritéria závislosti a není častější než jednou týdně. Pojem se upřednostňuje před výrazem „rekreační užívání“ (Kalina et al., 2001).

1.2.4.9 Pravidelné užívání

Pravidelné užívání je vymezeno jako užívání určité drogy s předem danou minimální frekvencí, která závisí na způsobu života sledované komunity. Ve vyspělých zemích jde obvykle o frekvenci alespoň jednou týdně, může být stanovena i jiná, např. alespoň jednou za 14 dní či alespoň jednou měsíčně (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003).

1.2.4.10 Úzus

Janík, Dušek (1988) a Mečír (1989) hovoří o úzu (užívání, běžné spotřebě) v případě, že je droga konzumována v takové formě a množství, jež nemají podstatnější vliv na fyzickou a psychickou činnost člověka. Pijeme-li v běžné míře např. čaj, kávu, kakao, jíme-li čokoládu, jedná se o úzus. V případě tzv. legálních drog jde o jejich společensky přijatelnou konzumaci, tzn., že si např. dospělý člověk dá po masném jídle jedno pivo, vypije při posezení s přáteli dva decilitry vína, ale nevykonává pak žádnou činnost, u níž platí zákaz konzumace alkoholu. Kuřák si může zapálit, avšak musí respektovat legislativní zákazy a etická omezení platná pro prostředí, kde se nachází.

1.2.4.11 Misúzus

Termín lze přeložit jako nenáležité či nepřiměřené užívání. Obvykle je vyhrazen pro samoléčitelství, zneužívání léků. Pokud si osoba bez vědomí a doporučení odborníka (lékaře, lékárníka) vezme lék, jehož účinná látka, forma a dávka neodpovídají situaci a charakteru onemocnění, nebo použije lék záměrně za účelem změnit svůj psychický stav (nabuzení, uklidnění), jedná se o misúzus (Janík a Dušek, 1988; Mečír, 1989).

1.2.4.12 Abúzus

Nešpor a Provasníková (1999) uvádějí, že abúzem rozumíme zneužívání návykových látek, ve starší terminologii tak bylo označováno škodlivé užívání.

Kalina et al. (2001) podávají širší charakteristiku pojmu „abúzus“. Upozorňují, že v souvislosti s dokumenty Organizace spojených národů se abúzus týká jakékoli spotřeby kontrolované látky bez ohledu na frekvenci jejího užití. Diagnostický a statistický manuál, IV. revize (DSM-IV), pojednává o abúzu psychoaktivních látek jako o maladaptivním vzorci užívání látky vedoucímu ke klinicky významnému poškození nebo psychické úzkosti, jež se objevují jednou či vícekrát během následujících 12 měsíců, a majícím tyto charakteristiky:

- opakované užití látky vede k neplnění zásadních povinností v rodině, škole, zaměstnání;
- opakované užití látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné;
- opakované právní problémy spojené s užíváním látky;
- pokračující užívání i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobené nebo obnovené efektem dané látky.

Obecně se termín „abúzus“ týká jakéhokoli užití především ilegálních látek. V Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi (MKN-10 či ICD-10) se abúzus týká pouze látek, které nevyvolávají závislost. U látek vyvolávajících závislost je doporučován termín „škodlivé užívání“. V odborných kruzích i mezi veřejností je široce rozšířen pojem „látkové zneužívání“ (substance abuse). Jde o užívání psychoaktivních látek následně spojené s různými problémy (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003).

1.2.4.13 Ex-user (bývalý uživatel)

Pojem označuje bývalého uživatele drog, který dlouhodobě (měsíce, léta) abstinguje spontánně či po léčbě. Ani v odborném světě, ani mezi laiky není jasně vymezená hranice, kdy už můžeme osobu pokládat za bývalého uživatele drog a kdy ještě za uživatele, který v přítomné době abstinguje (současného abstinenta). Obdobně se liší názory na čas, který musí uplynout, abychom mohli člověka přestat klasifikovat jako bývalého uživatele. Někteří lékaři a epidemiologové namítají, že jde o označení celoživotní, jiní odborníci preferují možnost zbavit se této „nálepky“ v anamnéze vývojovým překonáním období užívání drogy a změnou životního stylu. Shodnost nepanuje ani v názorech na roli bývalých uživatelů v preventivním působení, jeden směr s nimi zásadně počítá (dokáží se vžít do pocitů, myšlení a stavů uživatele), druhý pouze částečně, třetí jejich účast zcela zavrhuje (Nešpor a Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003).

1.2.4.14 Zneužívání drog

Podle mezinárodních dokumentů o kontrole drog se za zneužívání drog pokládá užívání každé položky ze seznamu kontrolovaných látek pro účely jiné než lékařské a vědecké. Je možné též hovořit o nezákonném užívání. Pojem je možno aplikovat rovněž na užívání léků bez medicínského opodstatnění, ale i na užívání předepsaných léčiv v nevhodné situaci, dávce a frekvenci (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003).

1.2.4.15 Škodlivé užívání návykových látek

V dřívější terminologii tak bylo označováno zneužívání drog. Podle MKN-10 jde o takový vzorec užívání návykových látek, který poškozuje zdraví. Poškození se může týkat tělesného zdraví (infekce po nitrožilní aplikaci drog, plicní embolie) či psychického zdraví (psychické poruchy, změny osobnosti). Diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního nebo somatického zdraví uživatele. Škodlivé užívání se nediagnostikuje tam, kde je již prokázána závislost (Nešpor a Provazníková, 1999).

1.2.4.16 Problémové užívání drog

Pojem podle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) znamená injekční užívání drog a (nebo) dlouhodobě či pravidelně užívání opiátů a (nebo) drog amfetaminového typu a (nebo) kokainu (Kalina in Kalina et al., 2003).

1.2.4.17 Toxikomanie

Janík, Dušek (1988) a Mečír (1989) vysvětlují toxikomanii jako chorobnou touhu užívat jedy, jež je doprovázena ztrátou kontroly, euforií, zvýšeným sebevědomím.

Kalina et al. (2001) zmiňují, že jde o jeden z nejstarších a nejběžnějších termínů k označení a vysvětlení dlouhodobého zneužívání drog. I když není uveden v MKN-10 (ICD-10), je stále často používán odborníky i širokou veřejností. Kalina et al. (2001) dále připomínají, že toxikomanii můžeme definovat jako opakované užívání látky (látek) s psychoaktivními účinky v míře, kdy se uživatel dostává opakovaně nebo dlouhodobě do stavu intoxikace, má silné puzení látku užívat, činí mu velké problémy záměrně zastavit nebo změnit její přívod, má snahu získat látku téměř jakýmkoli způsobem.

K indikátorům toxikomanie obvykle patřil nárůst tolerance a výskyt abstinence-ních příznaků, které rovněž skládají diagnózu závislosti. Světová zdravotnická organizace v r. 1960 doporučila opuštění termínu „*toxikomanie*“ a zavedení termínu „*závislost*“ (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003).

Podle Bergereta (1995) Světová zdravotnická organizace vymezila, že jako „*toxikomana*“ označuje každou oběť závislosti na lécích nebo psychické závislosti, ev. obou těchto formách současně.

1.2.4.18 Narkomanie

Janík, Dušek (1988) a Mečír (1989) uvádějí, že narkomanie je narkotickým stavem, do něhož se osoby úmyslně dostávají užitím látky s narkotickým účinkem. Bývají přítomny poruchy řeči, pozornosti, paměti, halucinace.

Narkotický stav se vyskytuje ve formě afektivní (je doprovázen pláčem, křikem, motorickým neklidem, agresivitou) a stuporózní (projevuje se netečností, utlumenou mimikou, strnulostí, areaktivitou) (Fišar a Jiráček, 2001).

V odborné i laické praxi se termíny „*toxikomanie*“ a „*narkomanie*“ běžně směšují a oběma se označuje drogová závislost (Bergeret, 1995; Nešpor a Provazníková, 1999).

1.2.4.19 Intoxikace

Takto je označován stav nastupující po aplikaci dostatečného množství psychoaktivní látky. Projevuje se porušeným vědomím, změnami rozpoznávacích schopností, vnímání, úsudku, emocí, chování a dalších psychických parametrů. Efekty mj. závisejí na farmakologickém účinku látky (typu, dávce, aplikační cestě drogy), naučené reakci organismu (citlivosti receptorů, toleranci, metabolismu), za určitou dobu odeznívají, mohou zanechat tkáňová poškození a další komplikace. Uživatelé hrozí poranění, aspirace zvratků, komatosní a křečové stavy, celkové selhání organismu, smrt. Droga se většinou užívá k dosažení určité míry intoxikace, její projevy výrazně souvisejí s osobnostními charakteristikami jedince, s jeho očekáváními, s kulturním prostředím, v němž se nalézá (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003).

1.2.4.20 Předávkování

Termín znamená užití jakékoli drogy v množství, které vyvolá akutní somatické nebo psychické nežádoucí účinky. Může mít přechodné či trvalé následky, způsobit smrt. Smrtelná dávka pro konkrétní osobu je závislá na řadě faktorů (např. na podobě a koncentraci drogy, aplikační cestě, úrovni tolerance, nastavení metabolismu a stavu vnitřních orgánů, dalších přítomných onemocněních). Sebevražedné pokusy či dokonané sebevraždy jsou často spojeny se záměrným předávkováním, což se týká zejména

předepsaných léků. Byla zaznamenána též úmrtí v důsledku sebevražd, kdy si uživatelé vědomě aplikovali drogu o vysoké čistotě (koncentraci), pak se slangově hovoří o tzv. „zlaté dávce“. V tomto smyslu je velmi nebezpečný heroin a kombinace různých drog s tlumivými účinky (léků a alkoholu). Neúmyslná předávkování většinou vznikají, když uživatel dobře neodhadne čistotu drogy, která se v pouliční distribuci často mění, nebo když jeho organismus po určité době abstinence nesnese takovou dávku, na niž byl dříve zvyklý (Nešpor a Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001).

1.2.4.21 Současné užívání několika drog

Vyskytují se synonyma, jako např. „*polymorfní užívání*“, „*polydrug use*“, „*poly-substance dependence*“. Jedná se o současné užívání více než jedné psychoaktivní substance, a to buď zároveň, nebo v různých časových odstupech, týká se drog ilegálních i legálních (alkoholu a tabáku). Při bližší specifikaci je třeba exaktně vyjádřit, o jaké typy drog jde, v jaké časové souslednosti jsou užívány, zda je některá látka preferována. Poněkud odlišný pohled je uveden v DSM-IV, kde je vymezeno, že polymorfnímu užívání odpovídá opakované užívání alespoň tří skupin látek (kromě alkoholu a nikotinu), kde užívání žádné z nich není dominantní (Bergeret, 1995; Kalina et al., 2001).

1.2.5 Klasifikace drog

V názorech na třídění látek s možným návykovým potenciálem existuje rozdíl mezi pohledem laické veřejnosti a odborníků zaměřených na adiktologickou problematiku. Veřejnost touží po jednoznačném a snadno zapamatovatelném systému s jasně vymezenými hranicemi mezi „bezpečím“ a „nebezpečím“. Tento požadavek však nelze jednoduše realizovat, poněvadž řada drog stojí na pomezí obou skupin, navíc záleží na chemické struktuře substancí, jejich interakci s organismem a na mnoha dalších parametrech (Kachlík [on-line], 2004).

Běžně se lze v praxi setkat s dělením drog na tzv. „měkké“ a „tvrdé“, příp. „lehké“ a „těžké“. Podle něj se mezi „měkké“ drogy řadí především kofein a jeho deriváty, nápoje, v nichž je obsažen, tabákové výrobky, alkoholické nápoje, konopné produkty. Ke klasickým „tvrdým“ drogám podle tohoto systému patří např. heroin, kokain, pervitin. Z výčtu je patrná vysoká společenská tolerance alkoholu, v menší míře i tabáku. S tímto tříděním lze z adiktologického pohledu silně polemizovat, poněvadž nikotin se riziky a typem závislosti blíží heroinu, jde o „tvrdou“ drogu, alkohol by stál na pomezí obou skupin jako látka jednoznačně návyková a ohrožující, i když relativně méně než tabák. Podle tohoto problematického a neúplného systému je konzumace látek z první skupiny většinou možná, aniž by bylo riziko závislosti neúnosně vysoké, z druhé právě naopak (Nožina, 1997).

Presl (1995) uvádí, že na základě zkušeností z Holandska je lépe chápán způsob dělení drog na skupinu s akceptovatelným (přijatelným) rizikem a na skupinu s neakceptovatelným (nepřijatelným) rizikem, který je přesnější. Do první skupiny jsou zahrnuty látky, které při přijatelném způsobu konzumace (interval, množství) nevyvolávají neúnosnou míru rizika závislosti, sociálních a zdravotních problémů. U části uživatelů je sice možné výskyt závislosti a zdravotního poškození očekávat, nejsou ale natolik alarmující, aby byly důvodem ke tvrdým restriktivním opatřením. Druhá skupina má charakteristiky právě opačné.

Řada autorů (např. Presl, 1995; Nožina, 1997; Nešpor, Csémy, 1997) popisuje další z možných dělení drog, a to na látky legální a nelegální. Legální drogy je možno obstarat v obchodní síti od určitého věkového limitu (v ČR od 18 let, v jiných státech se může lišit, zejména v zámorí je posunut až na 21 let) a konzumovat v souladu s danými společenskými konvencemi. Především se jedná o alkoholické nápoje a tabákové výrobky, rovněž o léky, které jsou v případě choroby užívány podle doporučení odborníka (lékaře, lékárníka). Výroba, vlastnictví a distribuce druhé skupiny – nelegálních drog – je pro veřejnost obecně zakázána a sankcionována, je vymezeno, které látky sem spadají, jak, kdo a za jakých okolností s nimi může a nesmí nakládat, jaké postihy hrozí v případě porušení zákonných norem.

Heller, Pecinová (1996) a Kachlík ([on-line], 2004) uvádějí dělení drog podle schopnosti vyvolávat závislost a toleranci:

- látky vyvolávající především psychickou závislost (např. kokain, konopné produkty, efedrinové a amfetaminové deriváty, LSD a jiné halucinogeny);
- látky vyvolávající psychickou i fyzickou závislost (např. alkohol, nikotin, opioidy, barbituráty).

V odborných kruzích se užívají klasifikační systémy, které přesněji vypovídají o rizicích. Látky se tedy rozdělují např. podle WHO dle typu závislosti na (Kachlík [on-line], 2004):

- alkoholovo-barbiturátový typ (ethanol, barbituráty);
- amfetaminový typ (amfetamin, metamfetamin, diskotékové drogy typu extáze);
- halucinogenový typ (LSD, halucinogenní houby);
- cannabisový typ (marihuana, hašiš);
- opiátový typ (opium, morfin, dolsin, kodein, heroin);
- inhalační typ (toluen, chlorované uhlovodíky);
- khatový typ (khat);
- kokainový typ (kokain, crack).

Jiné dělení návykových látek do poněkud upravených skupin je publikováno v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (Kachlík [on-line], 2004; Mann, 1996):

- látky typu morfinu (některé alkaloidy opia, syntetické a polosyntetické deriváty morfinu a kodeinu), jedná se o silná analgetika, působí narkoticky, vyvolávají silnou psychickou závislost, rychlý vývoj fyzické závislosti a nárůst tolerance;
- sedativa (látky typu barbiturátů, anxiolytika s hypnotickým účinkem ve vyšších dávkách), psychická závislost má nerovnoměrnou intenzitu, fyzická časově omezené abstinenci příznaky, které jsou u barbiturátů tlumitelné alkoholem, a naopak, tolerance je různě intenzivní;
- kokain (kokové listy a hydrochlorid kokainu – crack), vyvolávají silný povzbudivý účinek a velmi silnou psychickou závislost;
- kanabis (hašiš, marihuana), vyvolávají psychickou závislost, fyzická závislost a tolerance byly popsány, nemusejí být ale výrazné;
- psychostimulancia, zvl. typu amfetaminu a efedrinu, léčiva tyto látky obsahující (např. anorektika, antihypotenziva) a látky typu tanečních drog (extáze a podobné),

silně stimulují CNS, vzniká výrazná psychická závislost, tolerance se projevuje formou častější aplikace;

- halucinogeny (např. LSD a jeho deriváty, meskalin, psilocybin a přírodní produkty psilocybin obsahující – houby rodu lysohlávka, halucinogenní rostliny – durman), psychická závislost je rozdílná podle druhu, fyzická závislost byla u některých zjištěna, tolerance se postupně vyvíjí;
- prchavé syntetické látky (např. inhalace výparů z organických rozpouštědel, lepidel a čisticích prostředků), vyvolávají psychickou závislost, mají narkotické účinky;
- alkohol;
- kombinace různých látek a kombinace látek s alkoholem (polydrug use);
- anabolika (látky typu pohlavních hormonů vedoucí k růstu svalové hmoty).

1.3 Stručná charakteristika drog charakteru substancí nejčastěji užívaných v ČR

1.3.1 Alkohol

Jde o návykovou látku v ČR běžnou, legální drogu velmi snadno dostupnou a nejčastěji konzumovanou v podobě alkoholických nápojů. Ze statistik vyplývá, že se Češi v r. 2003 stali po Portugalcích a Irech třetími největšími konzumenty alkoholických nápojů na světě v přepočtu na hlavu (Mlčoch [on-line], 2007). Podle Petrášové et al. ([on-line], 2006) Češi v pití alkoholu skončili v r. 2006 na druhém místě v Evropě v závěsu za Lucemburskem, každý obyvatel ČR tak vypil 10,2 l čistého ethanolu. Alkohol požitý před jízdou nebo v jejím průběhu se vážným způsobem podepisuje na dopravní nehodovosti. Např. v r. 2003 se v souvislosti s řízením pod vlivem alkoholu stalo 9500 dopravních nehod, při nichž zahynulo 136 osob (Mlčoch [on-line], 2007).

Chemicky se jedná o ethylalkohol (ethanol) vznikající při kvasném procesu z jednoduchých cukrů přítomných v ovoci, nebo z polysacharidů obsažených v obilných zrnech a bramborách. Takto se získává koncentrace alkoholu 12–14 %, při vyšší kvasinky hynou (Popov in Kalina et al., 2003). Vyšších koncentrací alkoholu se dosahuje destilací. Její nedokonalé provedení může konzumenta vážně ohrozit-kromě podílu vyšších alkoholů měnících chuť výsledného produktu se do něj dostává i methanol, což je pro člověka silný jed poškozující nervovou soustavu, zejména zrakový nerv, kdy hrozí oslepnutí (Minařík [on-line], 2004a).

Psychoaktivní působení alkoholu na organismus závisí na množství požitého alkoholického nápoje, návyku osoby na alkohol, věku, hmotnosti, pohlaví, rase, zdravotním stavu a genetické predispozici jedince (Nešpor a Csémy, 2003, Kachlík [on-line], 2003).

Nižší dávky alkoholu (hladina v krvi kolem 1 ‰) účinkují mírně stimulačně, objevuje se veselá nálada a zvyšuje sebevědomí, uvolňují se sociální a sexuální zábrany, ulehčuje komunikace. Člověk se cítí „velký, silný a chytrý“, rád se předvádí a riskuje. Vyšší dávky (hladina v krvi okolo 2 ‰) již způsobují těžkopádnost, otupení, zpomalení psychomotorického tempa, člověk je „společensky unaven“, může budit veřejné pohoršení a chovat se hlučně a agresivně. Pokračující konzumace alkoholu vede při hladině

v krvi okolo 3 ‰ k silnému útlumu s usínáním, v případě ještě vyšší hladiny hrozí výpadek obranných reflexů, komatosní stav, zástava dechu a oběhu, příp. smrt (Minařík [on-line], 2004a).

Souvislost hladiny alkoholu v krvi, změny pocitů a chování je možné vyjádřit takto (Nešpor a Csémy, 2003, Kachlík [on-line], 2003):

- 0,4 ‰: pocit uvolnění, vyšší riziko úrazů;
- 0,6 ‰: změny nálad, zhoršený úsudek a schopnost se rozhodovat;
- 0,8 ‰: pocity tepla a euforie, oslabení zábran, zhoršený postřeh a sebeovládání, riziko úrazů;
- 1,2 ‰: vzrušení, emotivnost, povídavost, impulzivita a riziko ukvapeného jednání;
- 1,5 ‰: zpomalenost, otupělost, sklon k násilnému jednání a setřelá řeč;
- 2,0 ‰: výrazná opilost, dvojité vidění, poruchy paměti, obtížná řeč, útlum, spánek;
- 3,0 ‰: možnost bezvědomí, osoba nereaguje na vnější podněty, nebezpečí vdechnutí zvratků;
- 4,0 ‰ a více: hluboké bezvědomí, riziko zástavy dechového centra v mozku a zadušení, smrtelné ohrožení.

Nešpor a Csémy (2003) rozlišují z hlediska dlouhodobého vztahu ke konzumaci alkoholu čtyři typy osob:

- abstinent – nepožívá žádné alkoholické nápoje;
- konzument – požívá alkohol v souladu se společenskými zvyklostmi (pivo po masném jídle, oslavy), pije pro chuť a osvěžení;
- piják – aktivně vyhledává společensky přijatelné příčiny k požívání alkoholických nápojů, pije, aby se dostal „do nálady“ a vyvolal příjemný pocit;
- alkoholik – je již na alkoholu zcela závislý, pije, aby zahnal abstinenci příznaky a nebylo mu zle.

Alkohol je návykovou látkou s relativně vysokým potenciálem psychické i fyzické závislosti. Platí, že čím dříve začne jedinec alkohol konzumovat, tím snáze může vzniknout závislost (Minařík [on-line], 2004a).

Jednotlivá stádia kariéry alkoholika probíhají většinou postupně a poměrně nenápadně, s časem se mění tolerance vůči alkoholu a ztráta kontroly nad jeho užíváním. U osoby s rozvinutou závislostí nalezneme výrazně změněnou toleranci vůči alkoholu, výskyt abstinenciálních příznaků mírněných tzv. „ranními doušky“, výpadky paměti, tzv. „okénka“ s amnézií na dobu intoxikace (Popov in Kalina et al., 2003).

Příznaky syndromu z odnětí se začnou ohlašovat již několik hodin po ukončení konzumace, vrcholu dosahují druhý až třetí den a odeznívají přibližně do týdne. Je pozorován třes, u těžkých případů i křečové stavy, dále vážná porucha vědomí doprovázená halucinacemi (delirium tremens). Bez léčby hrozí pětina pacientů smrt, ale i při vhodné terapii jde o velmi vážný stav doprovázený řadou komorbidit (přidružených onemocnění) (Minařík [on-line], 2004a).

Děletrvající a nadměrná konzumace alkoholických nápojů vede k řadě somatických i psychických potíží. Typická je jaterní cirhóza s možným vyústěním v jaterní

selhání, dále poškození oběhového systému a trávicí trubice (žaludku, střev) ve formě chronických zánětů s poruchami trávení a malabsorpcí živin. Nelze pominout negativní vliv na mužskou plodnost a riziko poškození vyvíjejícího se plodu v těle ženy-alkoholičky – fetální alkoholový syndrom. Ušetřena nezůstává ani nervová soustava, alkohol působí a urychluje zánik neuronů, vyvolává záněty nervů, poruchy citlivosti, třes. Psychickými komplikacemi bývají halucinace, psychotické poruchy, následkem alkoholové demence s obtížným terapeutickým ovlivněním a špatnou prognózou do budoucna (Minařík [on-line], 2004a).

1.3.2 Tabák

V ČR, ale i v Evropě jde o druhou nejčastěji užívanou legální a snadno dostupnou návykovou látku hned po alkoholu. I když postupně dochází k různým restriktivním a ekonomickým opatřením, která si kladou za cíl omezení epidemie kuřáctví, přesto je toto chování ještě vysoce společensky tolerováno, a to především v postkomunistických státech. Výskyt kuřáctví v české dospělé i dětské populaci je stále vysoký. (NMSDDZ [on-line], 2005c) Nešpor a Csémy ([on-line], 2003) uvádějí, že v ČR umírá na choroby spojené s následky kouření tabáku 60 lidí denně.

Tabák je alkaloidem obsaženým v listech rostliny *Nicotiana tabacum*, která původně pochází z oblasti Jižní Ameriky. Zde domorodci kouřili její sušené a svinuté listy, které nazývali „tobago“ (Tyler, 2000; Stone a Darlingtonová, 2003).

Snaha o rychlou, masovou a levnou výrobu kuřiva způsobila, že se v současnosti tabák nejvíce konzumuje ve formě průmyslově produkováných cigaret. Méně časté je kouření dýmek a doutníků. Surové kuřivo je sofistikovanými postupy za přídavku různých chemikálií dále upravováno, aby bylo dosaženo požadovaného vzhledu, chuti, vůně, hoření, charakteristik kouře. Kromě tabáku určeného ke kouření existuje forma tzv. „bezdýmého“ tabáku, který je možné šňupat (sušený a rozemletý na prášek se vdechuje do nosní dutiny) nebo žvýkat (tabáková hmota se vkládá do úst a žvýká, nebo se cucají papírové pytlíčky s tabákem) (Kachlík [on-line], 2003; Králíková in Kalina et al., 2003; Krmenčík [on-line], 2007b).

Podle různých autorů a studií je v tabákovém kouři obsaženo 4–5 tisíc substancí, jediná z nich je ale návyková-nikotin. Jedná se o bezbarvou kapalinu bez zápachu. (NMSDDZ [on-line], 2005g). Riesel (1999) a Tyler (2000) připomínají, že nikotin patří k nejtoxičtějším známým látkám, dokáže způsobit smrt člověka v dávce asi 50 mg během několika minut. Z dalších jedovatých složek přítomných v tabákovém kouři lze zmínit např. kyanovodík, amoniak, oxid uhelnatý a uhlíčitý, arsen, polyaromatické uhlovodíky, formaldehyd, metan a sirovodík (Hrubá a Kachlík, 2000; Hrubá a Kyasová, 2001).

Cigaretový kouř se hluboce vdechuje (šlukuje) a jeho součásti přicházejí mj. do kontaktu s plicními sklípky, odkud se velmi rychle vstřebávají do krve a jsou rozváděny do celého organismu (již za několik sekund se dostanou do mozku, takže se účinek podobá nitrožilní injekci). Kouř z doutníků nebo dýmky se nešlukuje, vstřebávání probíhá zejména v horních partiích dýchací a trávicí soustavy, tedy v oblasti dutiny ústní a nosohltanu. Začínající a nezkušení kuřáci prožívají intoxikaci nikotinem jako nepříjemný stav doprovázený celkovou zemdleností, zúžením zornic, spojený s pocením, nevolností, zvracením, bolestmi hlavy, závratěmi. Vysoké dávky nikotinu ovlivňují úroveň vědomí

a vyvolávají poruchy prokrvení periferních částí těla, objevuje se tachykardie, silné pocení, křečové stavy. U pravidelných kuřáků se zmíněné příznaky prakticky nevyskytují, ev. jsou jen mírné (Minařík [on-line], 2004c).

Tabák užívaný v běžných dávkách působí zlepšení koncentrace, kreativity, mírně stimuluje, ale nevyvolává silné euforické stavy, navozuje relaxaci zejména při duševní práci. Podporuje defekaci, tlumí či odstraňuje spastické stavy trávicí trubice. Za zmínku stojí, že za požitkem z kouření tabáku nestojí jen jeho chemické působení na organismus, ale též pozorování kouře (Tyler, 2000; Krmenčík [on-line], 2007b).

Konzument tabáku je návykem ohrožen relativně brzy. Zprvu převládá jeho složka psychosociální, fyzická (toxikomanická) se objevuje a zesiluje až v pozdějších fázích kuřácké kariéry. Psychosociální závislost se manifestuje potřebou manipulace s cigaretou a dalšími kuřáckými potřebami, tedy zaměstnáním rukou, sledováním kouře, jde o určitou formu rituálu. (Králíková in Kalina et al., 2003; Krmenčík [on-line], 2007b). Fyzická závislost na nikotinu bývá pozorována při dlouhodobém užívání, vyskytuje se u dvou třetin až tří čtvrtin kuřáků. Její výskyt a kvality jsou spojeny s genetickými predispozicemi, souvisejí mj. se stavbou a počtem mozkových receptorů (Kachlík [on-line], 2003; Krmenčík [on-line], 2007b).

Syndrom z odnětí se dostavuje za několik hodin po poslední konzumaci nikotinu. Projevuje se nevladatelnou touhou (bažením) po cigaretě, neklidem, nesoustředěností, podrážděností až agresivitou, únavou, změnami nálad, depresivitou, poruchami spánku (NMSDDZ [on-line], 2005g).

Králíková in Kalina et al.(2003) upozorňuje na posouzení závislosti na nikotinu pomocí tzv. Fagerströмова testu (dotazníku). Rychle a orientačně se dá určit podle odpovědí na dvě podstatné otázky: kolik cigaret denně kuřák kouří (15 a více již většinou znamená závislost na nikotinu) a jak brzy po probuzení si musí zapálit první cigaretu (závislý si většinou zapaluje do jedné hodiny po probuzení).

Pokud kuřák uvažuje o řešení své závislosti, musí si uvědomit, že jde o postupný a dlouhodobý proces trvající měsíce až léta, v němž hraje podstatnou roli jeho vlastní rozhodnutí a motivace. Je třeba počítat s komplikacemi, kritické bývají první 3 měsíce, a učit se novému životnímu stylu bez tabáku (Hrubá a Kyasová, 2001; Krmenčík [on-line], 2007b).

Následky dlouhodobého kouření jsou velmi závažné. Řadíme k nim zejména poškození až zástavu samočisticího mechanismu dýchacích cest doprovázené vleklými záněty průdušnice, průdušek a plic, nádorová onemocnění (karcinom plic a průdušek). Rizikem vzniku nádorů jsou ohroženy i jiné orgánové soustavy, poněvadž se k nim krví dostávají vstřebané zplodiny a jsou ve tkáních metabolizovány, dochází rovněž k poklesu imunitních funkcí. Vážná jsou také onemocnění srdečně cévní soustavy (srdce, mozku, končetin). Kouření snižuje lidskou plodnost, jeho produkty mají negativní vliv na pohlavní buňky, proces oplození i vývoj plodu. Děti narozené silným kuřáčkám trpí vývojovou a růstovou retardací, po narození mívají abstinenční příznaky (Hrubá a Kachlík, 1999; Hrubá a Kachlík, 2000; Hrubá a Kyasová, 2001; Minařík [on-line], 2004c).

1.3.3 Těkavé látky

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMSDDZ) označuje tuto skupinu látek za velmi nebezpečnou, snadno dostupnou, s podceňovaným nebezpečím zneužívání (NMSDDZ [on-line], 2007b). Primárně se nejedná o „pravé“ drogy, ale o látky náhražkové. Účel jejich původního použití je zcela jiný, slouží jako průmyslová organická rozpouštědla, odmašťovadla, čističe v domácnosti a paliva. Minařík ([on-line], 2004e) varuje, že nebezpečnost zneužívání těkavých látek může přesahovat „klasické tvrdé“ drogy, jakými jsou např. kokain, pervitin a heroin. Riziko je spojeno se změnami vědomí během inhalace a ztrátou kontroly nad dávkováním, které mohou skončit úmrtím. Tento fakt dokladuje i Presl (1995), uvádí, že většina úmrtí na předávkování drogami v ČR je zaviněna toluenem.

Těkavé látky jsou také označovány jako inhalační drogy či inhalanty, v literatuře se můžeme setkat s termínem „sniffing“ (čichání), jejich uživateli jsou čichači (snifferi). Jde o substance, které se při pokojové teplotě volně odpařují, jejich výpary uživatelé inhalují ústy nebo nosem. Řadíme k nim organická rozpouštědla jako taková, těkavé součásti ředidel, lepidel, čisticích prostředků, ale i některé látky plynné povahy (Tyler, 2000).

Hampl in Kalina et al. (2003b) a Minařík ([on-line], 2004e) uvádějí následující přehled běžnějších inhalantů:

- toluen (slangově těčko, tuleň, vitamin T): prakticky nejčastěji zneužívaná látka u nás, donedávna snadno dostupný jako rozpouštědlo lepidel, ředidlo barev a laků, jeho lehká obstaratelnost pro malospotřebitele byla znesnadněna od poloviny r. 2007, kdy jej v obchodní síti nelze nakoupit bez firemní licence (NMSDDZ [on-line], 2007c);
- trichlorethylen: univerzální organické rozpouštědlo, byl součástí čističe pro domácnost Čikuli, díky nevhodně koncipované prevenci s nežádoucím návodným efektem došlo u školní mládeže k masovému rozšíření jeho čichání;
- aceton: běžně dostupný v drogeriích jako ředidlo;
- Chemopren: běžně dostupné a často zneužívané lepidlo;
- éter (diethylether): výborné rozpouštědlo tuků a olejů, dříve používané a zneužívané inhalační anestetikum;
- benzin;
- rajský plyn (oxid dusný): jeho směs s kyslíkem působí jako krátkodobé anestetikum, vyvolává po vdechnutí opojné stavy, mezi mládeží je oblíbená inhalace z tlakových bombiček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků.

Těkavé látky vyvolávají narkotický stav a celkový útlum. Uživatelé je vdechují přímo z obalu (lahve), nebo inhalují jejich výpary z nasáklé tkaniny, smotku vaty. Pro zesílení účinku se tak děje pod oděvem, dekou nebo plastickým sáčkem (Minařík [on-line], 2004e; NMSDDZ [on-line], 2007b).

Po inhalaci rychle přichází intoxikace, která je doprovázena vzrušením, euforií, změněným stavem vědomí, živými barevnými vizemi. Čichač se nachází v jakémsi „polosnění“. Jsou pozorovány poruchy neuromotorické koordinace a rovnováhy, potíže s řečí (blábolení), dobrá nálada bez zjevné příčiny, nevolnost. Čichač je schopen na jedno „sezení“ spotřebovat i půl litru rozpouštědla, účinek přetrvává několik hodin (Presl 1995; Nožina 1997). Uživatelé inhalantů hrozí silná psychická závislost. Nezřídka je

nucen číchat denně, což vede k destrukci osobnosti, ke společenské deklasaci, k nezáměru o okolí, zejména o školní a domácí povinnosti, o udržení a výkon v zaměstnání. Závislost na inhalantech je terapeuticky obtížně ovlivnitelná, může skončit úmrtím na předávkování nebo selháním některého orgánového systému. Čičači trpí vážným a chronickým poškozením výstelky dýchacích cest, poruchami ledvin, jater, mozkové kůry. Změny jsou v pozdějších stádiích viditelné i makroskopicky při pitvě. Ke smrti dochází neschopností obluženého toxikomana zabránit dalšímu přívodu látky, nastává komatosní stav, zástava dechu a oběhu. Osoby jsou často nalézány na odlehlých či obtížně přístupných místech (opuštěné objekty, sklepy, půdy, kolektory energetických rozvodů). Těkávé látky bývají nazývány „drogami hloupých“, poněvadž si za chvilku slasti vybírají velmi krutou a nejvyšší daň (Presl, 1995; Nožina, 1997).

1.3.4 Léky

Díky vědeckým objevům v chemii a farmakologii vznikla řada účinných látek využitelných jako léčiva, v medicíně se podařilo dostat pod kontrolu mnoho vážných onemocnění. Bohužel, některé léky obsahují návykové složky, které mohou v případě nevhodné ordinace preparátu, nevhodného dávkování nebo doby užívání způsobit významné ovlivnění psychiky a závislost (Nožina, 1997). Je třeba neustále a pečlivě monitorovat trh s léky a upozorňovat na potenciálně rizikové výrobky s možností vzniku závislosti (Hampl in Kalina et al., 2003a).

Kachlík ([on-line], 2004) připomíná, že léková závislost nemusí zejména v počátcích vzbuzovat nežádoucí pozornost okolí, je někdy označována jako „narkomanie všedního dne“. Užívání léků, ať už na předpis, nebo volně dostupných, připadá společnosti normální, jde o běžné chování člověka v případě zdravotních obtíží, málokdy zjevně prezentované na veřejnosti. Proto je tento typ závislosti obtížně a pozdě odhalitelný. Šanci na dřívější odhalení má uživatel v případě, že mu jeho nevhodné samoléčitelství působí výraznější potíže ve zdravotní nebo sociální oblasti, což se týká rodiny, výkonu ve škole, v zaměstnání, řízení vozidel, vážného zhoršení úrovně zdraví. Výsledná léková závislost není jen „čistou“ závislostí na farmakologicky účinné látce (léčivu), ale modifikují ji i okolnosti, za nichž je lék užíván (jeho forma, vzhled, situace, rituál). Poněvadž se ne vždy musejí vyskytovat abstinenční příznaky, pohybuje se uživatel mezi návykem a klasickou formou drogové závislosti.

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a Hampla je možné léky s rizikem vzniku závislosti rozdělit na (Hampl in Kalina et al., 2003a; NMSDDZ [on-line], 2005d):

- Analgetika: dostupná volně i na předpis, široce užívaná v medicínské praxi, slouží k tlumení a odstraňování bolesti. Mimo běžných derivátů salicylátů a léků brufenové řady patří z hlediska rizika závislosti k nejvýznamnějším tzv. opioidní analgetika (např. morfin, dolsin, kodein). Jejich zneužívání může vést k závislosti morfinového typu, po užití se objevují euforické účinky. Některé preparáty (Methadon, Subutex) se lege artis užívají k substituční terapii opiátové závislosti, mohou se ale stát předmětem krádeží, černém trhu a zneužívání.
- Sedativa a hypnotika: v praxi se ordinují jako léky ke zklidnění a navození spánku. Významným zástupcem této skupiny je zejména Rohypnol, který byl zneužíván k prodloužení stavu intoxikace heroinem, na „dojezd“ po aplikaci efedrinových

a amfetaminových stimulantů. Obecně se většinou jedná o deriváty barbiturátů s delší nebo dlouhou dobou účinku a o modernější a bezpečnější benzodiazepiny.

- Anxiolytika: jsou lege artis podávána k odstranění úzkosti, psychického napětí a strachu. Jejich preskripce se značně rozšířila, často bez jasného opodstatnění, což také přispělo ke snadnější dostupnosti a možnému zneužívání. Z konkrétních výrobků stojí za zmínku Neurol, Xanax, Radepur, Elenium, Diazepam, Meprobamat.
- Ostatní léky: do této skupiny můžeme zařadit stimulanty k ovlivnění chorobně sníženého krevního tlaku, narkolepsie, psychomotorického útlumu, léky užívané jako anorektika k potlačení patologicky zvýšené chuti k jídlu a jako pomocné prostředky ke zhubnutí při morbidní obezitě. V poslední době se na české drogové scéně vyskytl trend k obstarání velkého množství léků tlumících příznaky nachlazení a obsahujících efedrinové deriváty, z nichž je možné připravit pervitin. Po zákonném ošetření je narkomanská komunita získává ze zemí, kde jsou ještě volně v prodeji. Zájmu narkomanů nezůstaly ušetřeny ani léky, které podporují vykašlávání a tlumí kašel, také ony obsahují léčiva s návykovým potenciálem.

Společným rysem zmíněných léků je ovlivnění bdělosti, navození spánku, euforie, zklidnění, potlačení strachu, bolesti, křečí a uvolnění svalového napětí. Jiné preparáty mohou naopak zvyšovat psychomotorické tempo a mírnit depresivní nálady. V každém případě se podílejí na změnách psychického stavu způsobem, který uživatel považuje za „žádoucí“ (vylepšení nálady), proto si je bere dle vlastního uvážení, nikoli dle rady odborníka. Konzumenti silných stimulačních drog po prožitě „jízdě“ vyhledávají zklidnění, k čemuž si dopomáhají léky z uvedených skupin. K dispozici je řada lékových forem (tablety, kapsle, injekce, čípky, kapky, sirupy), k nejoblíbenějším patří perorální konzumace tablet či kapslí (Hampl in Kalina et al., 2003a; Kachlík [on-line], 2003).

Uživatelům hrozí závislost psychického a somatického charakteru. Velmi nebezpečná je vzájemná kombinace léků, často s protichůdnými účinky, což může pro organismus představovat smrtící „koktejl“. Dalším velmi riskantním počínáním je současné užívání léků a alkoholických nápojů kvůli vzniku zkřížené závislosti a potenciaci účinků (výrazné zejm. u sedativ, hypnotik, anxiolytik). K dalším příznakům lékové závislosti patří strach z nedostatku léků a hromadění jejich velkých zásob získaných pod různými záminkami. Chronické zneužívání negativně ovlivňuje nejen psychiku, ale též orgány trávicího a vylučovacího ústrojí, v těhotenství může opozdit vývoj a růst plodu, vést k malformacím. Vysazování léků je nutné provádět postupně a kontrolovaně, jinak hrozí epileptické záchvaty, psychická destabilizace, poruchy vitálních funkcí (Heřmanová [on-line], 1999b; Kachlík [on-line], 2003).

1.3.5 Konopné drogy

Drogy získané z konopí se v ČR řadí k nejvíce rozšířeným nelegálním psychoaktivním látkám. Společnost je v názoru na tyto substance a na jejich uživatele značně polarizována: jedna její část je vášnivě obhájuje, požaduje legalizaci a dekriminizaci, glorifikuje životní styl a kulturu s tím spojenou, druhá je naopak plamenně pronásleduje, odsuzuje a považuje za původce zla (Presl, 1995).

Výchozí surovinou pro získávání konopných drog je konopí seté (*Cannabis sativa*). Jde o jednoletou dvoudomou bylinu původem zřejmě ze Střední Asie. Naši

předkové konopí využívali především jako technickou plodinu, dnes z tohoto pohledu nastává jeho renesance: může být zužitkováno např. k výrobě oděvů, papíru, oleje, lan, potravy, energie z biomasy. Nejstarší doklady o pěstování konopí sahají více než 5000 let do minulosti. Užívání konopí bylo silně spojeno s náboženskými obřady, v hinduismu a islámu konopné produkty zcela nahradily alkohol (Nožina, 1997). Konopí je pěstitelsky nenáročné, proto doznalo prakticky celosvětového rozšíření. V ČR se s ním setkáme zejména na severní a jižní Moravě (Miovský in Kalina et al., 2003b).

Ke zneužíváním produktům z konopí především patří:

- Marihuana (slangově tráva, gras, seno, zeli, ganja, brko, joint). Takto se označují sušená květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Výsledná směs je tmavě zelené až hnědé barvy, hrudkovité, jemně lepidivé konzistence, výrazného aromatu. Typicky se kouří buď samotná v dýmkách, nebo se v různém poměru míchá s tabákem a plní do ručně stočených cigaret, tzv. jointů. Lze ji konzumovat i perorálně přidanou do mléka, másla, cukrovinek, pečiva, zavařenin, ev. v odvarech a čajích (Nožina, 1997; Miovský in Kalina et al., 2003b; Krmenčík [on-line], 2007a).
- Hašiš (slangově haš, shit, čokoláda, černý afghán, maroko). Konopí pěstované zejména v horkých podmínkách vylučuje pryskyřici, která prosakuje z květů a listů v horních částech rostliny. Po ztuhnutí je hnědé barvy, obsahuje proměnlivé množství organických nečistot a více účinných látek oproti marihuaně. Hašiš může být kouřen samotný, nejčastěji se ale užívá ve směsi s tabákem. (Nožina, 1997; Miovský in Kalina et al., 2003b; Krmenčík [on-line], 2007a)
- Hašišový olej (hash oil). Získává se při destilaci listů konopí, jde o hustou lepkavou kapalinu tmavohnědé až černé barvy s vysokým obsah účinných látek (20 % a více). Neužívá se přímo, většinou se přidává do pokrmů nebo k materiálu, z něhož se pak ubalí joint (Nožina, 1997; Krmenčík [on-line], 2007a).

Konopí obsahuje tzv. cannabinoidy, k nejdůležitějším psychoaktivním látkám v něm patří THC (tetrahydrocannabinoly). Prožitek intoxikace THC může být silně ovlivněn předchozí zkušeností, osobností jedince, jeho fyzickým a psychickým rozpoložením, prostředím (Presl, 1995; NMSDDZ [on-line], 2006a). Intoxikovaná osoba může pociťovat velmi příjemné pocity, pohodu, mít dobrou náladu, smát se, uvolnit se, snáze komunikovat, výrazněji smyslově vnímat. Někdy je ale efekt právě opačný, s velmi negativními psychickými a fyzickými fenomény, je pociťován strach, úzkost, agresivita, poruchy nervosvalové koordinace, nevolnost, poruchy vědomí (Presl, 1995).

Záleží rovněž na způsobu aplikace-po kouření přicházejí účinky řádově za desítky sekund až minuty, trvají několik (3–6) hodin, po perorálním užití nastupují pomaleji a později, trvají déle. Obecně se za charakteristický efekt považuje pocit štěstí, rozjařenost, příjemná nálada, přetrvávající smích („vysmátost“) bez zjevné příčiny, zpomalené vnímání času, zostření smyslového vnímání, suchost sliznic v ústech, zvýšená chuť na jídlo (pocit hladu) (Nožina, 1997; Miovský in Kalina et al., 2003b; Stone a Darlingtonová, 2003).

Konopí se stalo předmětem intenzivních medicínských a farmakologických studií. Ukazuje se, že kromě psychotropního efektu dokáží účinné látky z něj potlačovat nevolnost a zvracení u onkologických pacientů s nasazenou chemoterapií a u pacientů

s AIDS, dále jich lze využít v očním lékařství (antiglaukomatikum) a u pacientů trpících některými degenerativními chorobami centrální nervové soustavy (Miovský in Kalina et al., 2003b; Krmenčík [on-line], 2007a).

I když byl již popsán fenomén fyzické závislosti, občasné užívání konopí k němu většinou nevede, obdobně není uživatel akutně ohrožen předávkováním s následkem úmrtí (Nožina, 1997). Podle Miovského (in Kalina et al., 2003b) se psychická závislost projevuje u 8–10 % dlouhodobých uživatelů, není popisován vzestup tolerance ani odvykací příznaky.

Intenzivní dlouhodobá konzumace konopných drog vede k poruchám paměti, apatii, poruchám vůle a motivace (Nožina, 1997; Minařík [on-line], 2004b). Dokumentován je též negativní vliv na plodnost, u žen jsou zmiňovány poruchy menstruačního cyklu, u mužů snížení pohyblivosti spermií a snížení množství ejakulátu. Kouření ohrožuje uživatele chronickými záněty a karcinomy dýchacího traktu. Dochází k oslabení imunitního systému (Presl, 1995).

Mezi odbornou i laickou veřejností se delší dobu vedou diskuse, zda jsou produkty konopí tzv. průchozími drogami. Jejich konzumenti se pohybují v prostředí, kde je možné obstat i jiné látky se silnějším potenciálem závislosti, více rizikové, navíc hraje roli i odlišný životní styl uživatelů a jeho působení na dosud nerozhodnuté experimentátory. Ukazuje se, že v českých podmínkách jsou nejvýznamnějšími průchozími drogami alkohol a tabák. Konopné produkty a další látky ze skupiny tzv. „měkkých drog“ se jimi také mohou stát, ovšem v menší míře (Hrubá a Kachlík, 2000; Miovský in Kalina et al., 2003b; Popov in Kalina et al., 2003; Presl, 1995).

1.3.6 Halucinogeny

V odborné literatuře se můžeme setkat s různým označením této skupiny látek: halucinogenní drogy, delirogeny, fantastika, psychedelika. Halucinogeny jsou úzce svázány s lidskou kulturou a užívány pokoleními řádově tisíce let ve všech významných civilizačních centrech Země. Přírodní národy dodnes věří, že halucinogeny dokáží zprostředkovat spojení mezi lidskou bytostí a vnějším světem, umožnit kontakt se zemřelými předky, nahlédnout do minulosti i do budoucnosti, komunikovat s celosvětovým vědomím (Stafford, 1997; NMSDDZ [on-line], 2005a; Hagenbach a Werthmüller [on-line], 2007).

Řada předních československých psychologů a psychiatrů se ve druhé polovině minulého století podílela na intenzivním výzkumu působení halucinogenů na lidský organismus. Předmětem jejich zájmu se staly zejména účinky na psychiku, možnost získání náhledu duševního onemocnění, změny vnímání času a prostoru, smyslového vnímání (Miovský in Kalina et al., 2003a; Nožina, 1997).

Skupina halucinogenů je velmi rozsáhlá, podle Nožiny (1997) v ní lze vymezit dvě základní kategorie:

- látky přírodního původu: k běžnějším zástupcům řadíme psilocin a psilocybin (obsažen např. v houbách), meskalin (obsažen v kaktusech), hyoscyamin, atropin a scopolamin (alkaloidy z durmanu, rulíku a blínu),
- látky syntetického původu: LSD, PCP (fencyklidin, slangově „andělský prach“).

V ČR se nejčastěji zneužívají následující halucinogenní látky:

1.3.6.1 Psilocybin

Psilocybin je psychoaktivní substance obsažená v některých houbách rodu lysohlávek (*Psilocybe*), na našem území především v lysohlávce kopinaté, tajemné a české. V literatuře bývá často popisován velmi starý indiánský kult užívání mexického druhu lysohlávky *Psilocybe mexicana* Heim (Presl, 1995; Miovský, 1996; Borovička [on-line], 2005).

Lysohlávky jsou v českém prostředí poměrně snadno dostupné. Pro uživatele je zajímavý zejména klobouk houby, který je možno pojídat syrový, sušit, přidávat do pokrmů, připravovat z něj odvar, máčet v medu. Kontrola intoxikace je nesnadná, poněvadž konzument nedokáže přesně odhadnout „sílu“, tedy množství účinné látky v houbě obsažené a její dávku. Užívání lysohlávek je jako doplňková droga rozšířeno především v řadách mládeže a mladých dospělých osob, které mají blízko k alternativnímu a nekonvenčnímu životnímu stylu, pocházejí z filosofických a uměleckých kruhů, hledají možnost sebevyjádření, sebepoznání, smysl života (Miovský, 1996; Miovský in Kalina et al., 2003a).

1.3.6.2 LSD

LSD (diethylamid kyseliny lysergové) patří k nejznámějším halucinogenům a nejučinnějším substancím (psychiku po podání ovlivňují již desítky mikrogramů). Připraveno bylo ve 30. letech 20. stol., účinky byly popsány r. 1943 jeho objevitelem, švýcarským chemikem Albertem Hofmannem. LSD se stalo předmětem intenzivního výzkumu v psychiatrii, psychologii a vojenství. Byla provedena řada experimentů s cílem pomoci duševně nemocným pacientům získat náhled na svoji chorobu, pochopit nutnost terapie a podrobit se jí. V armádě se očekávalo, že nasazení LSD učiní protivníkovy jednotky neschopnými boje „humánním“ způsobem, tedy bez masivních ztrát na životech. Kariéra aplikace LSD vyvrcholila v 60. a 70. letech 20. stol. hnutím hippies, v jejichž komunitách bylo masivně zneužíváno. Jeho další osud byl spojen s negativní armádní propagandou a zařazením látky k nejtvrdějším drogám (Miovský, 1996; Stafford, 1997; OS Podané ruce [on-line], 2007).

LSD lze na nelegálním trhu získat ve formě tzv. „tripů“, papírových čtverečků velkých asi jako poštovní známka, s různými motivy potisku, nasáklých roztokem LSD a vysušených (slangově jsou mimo trip označovány též jako acid, kyselinka, papírek, nebo podle natištěných motivů – např. Bart Simpson, Jahůdka, Batman, Zodiak, Unicorn, Penguin, Psychedelic). LSD se vyskytuje i jako krystaly (malé granulky většinou tmavomodré nebo zelené barvy) a želatina (malé tenké průhledné čtverečky). Všechny formy LSD se užívají rozpuštěním v ústech pod jazykem (Miovský in Kalina et al., 2003a; Nožina, 1997).

Účinky psilocybinu a LSD se vzájemně dosti podobají. Jejich nástup začíná za 30–60 min. po konzumaci, trvají řádově 4–12 hod. v závislosti na dávce. Je u nich klíčový tzv. „set“ a „setting“, kdy je průběh intoxikace velmi výrazně ovlivněn osobností, náladou, motivací, postoji a očekáváními jedince (set), dále vnějšími podmínkami užití, k nimž patří okolní prostředí a ostatní přítomní lidé (setting) (Nožina, 1997; Miovský in Kalina et al., 2003a; OS Podané ruce [on-line], 2007).

Nástup účinku je doprovázen pocitem chvění, žaludeční nevolností, pocením, rozšířením zorniček, zrychlením dechové frekvence. Nižší dávky podané látky vedou

k euforizaci, stimulaci, dobré náladě vrcholící v podobě extatických stavů, mírnějším poruchám smyslového vnímání – zostření zrakových a sluchových vjemů, iluzím a pseudohalucinacím. Vyšší dávky provokují intenzivní halucinatorní stavy bez možnosti kontroly doprovázené hlubokým narušením psychiky, celkovým odosobněním (depersonalizací), izolací od okolí, obíráním se pouze vlastními prožitky (Presl, 1995; Miovsý in Kalina et al., 2003a).

Halucinogeny jsou mezi narkomany oblíbenou skupinou pro svoji snadnou dostupnost, početnost zástupců, pestrost účinků, relativně nízkou míru rizika. V odborných kruzích se ve vztahu k halucinogenům diskutuje o závislosti a jejích formách, obdobně o abstinčním syndromu. Obecně lze shrnout, že zejména fyzická závislost v podobě typické pro jiné („klasické“) drogy dosud nebyla popsána, je proto problematické hovořit zde o syndromu z odnětí. Další vědecké teorie se týkají fyzického poškození organismu, o němž se uvažuje zejména u mozku v případech masivního chronického užívání (Fišar a Jiráček, 2001; Jellinek [on-line], 2003; Kukleta a Šulcová [on-line], 2003).

Prokazatelným rizikem zůstává nevypočitatelnost účinků a prožití tzv. „bad tripu“, typického velmi nepříjemnými zážitky, výskytem strachu, pocitu ohrožení, paniky, někdy agresivitou, dezorientací a zmateností, kdy je uživatel vážně atakován poruchami fyzického i psychického zdraví, celkovým rozvratem duševní rovnováhy a vznikem tzv. latentní psychózy. K dalším možným rizikům typickým především pro halucinogeny řadíme tzv. „flashbacky“, útržkovité zpětné návraty nyní střízlivého jedince ke stavům, kdy byl pod vlivem drogy. Zřejmě jsou způsobeny metabolity, které i po dlouhé době od posledního užívání přetrvávají v mozkové tkáni a dokáží ovlivňovat její chemismus (Presl, 1995; Nožina, 1997; Jellinek [on-line], 2003; Kukleta a Šulcová [on-line], 2003).

1.3.7 Stimulační drogy

Stimulační drogy (též označované jako psychostimulancia, stimulanty, uppers) patří mezi uživateli kvůli svým silně povzbuzujícím účinkům k velmi oblíbené skupině (Presl, 1995). V ČR se tradičně těší přízni konzumentů „klasická“ látka pervitin, v posledních letech silně vzrůstá zájem o kokain (NMSDDZ [on-line], 2005b; Koukal, 2008).

Po chemické stránce jde o skupinu různorodých látek, které působí psychickou a fyzickou aktivací organismu („nakopnutí“), jsou proto někdy nazývány „životabudiči“. Uživatel pocítuje pozitivní změny nálady, euforii, urychlení psychomotorického tempa (vyšší výkon na úkor přesnosti), posílení sebevědomí a empatie, odbrždění zábran, potlačení nepříjemných pocitů (hladu, chladu, únavy). Objevuje se motorický neklid (potřeba neustále něco dělat, subjektivní přesvědčení, že aktivita hodnocená okolím jako bezúčelná je velmi cílevědomá a důležitá), nárůst krevního tlaku, tepové a dechové frekvence, výrazné rozšíření zornic (Kachlík [on-line], 2003; Minařík in Kalina et al., 2003b; Minařík [on-line], 2004f; NMSDDZ [on-line], 2005f).

K typickým zástupcům stimulačních drog řadíme amfetaminy a jejich deriváty, např. pervitin (metamfetamin); efedrin (stimulans jako takové a výchozí látka pro výrobu pervitinu), kokainové drogy (koka, kokain, crack) (Nožina 1997; NMSDDZ [on-line], 2005f). Některé literární zdroje (např. Nožina, 1997) do skupiny stimulantů zařazují i tzv. taneční (dancing, diskotékové) drogy (typicky extázi, Ecstasy, MDMA).

Jiní autoři (např. Kachlík [on-line], 2003; Zábranský, 2003) však poznamenávají, že taneční drogy je vhodnější uvádět v rámci zvláštní skupiny, jejíž účinky stojí na pomezí stimulantů a halucinogenů, spíše blíže stimulantům.

1.3.7.1 Amfetaminy

V českém prostředí je z nelegálních stimulantů nejvíce rozšířen a zneužíván pervitin, amfetaminy obecně mají účinek kratší a o něco slabší (EMCDDA [on-line], 2008a; Minařík in Kalina et al., 2003b; Presl, 1995).

Pervitin (slangově péčko, piko, perník, peří, pedro, čeko) je znám jako tradiční česká syntetická droga, která byla poprvé připravena r. 1888 v Japonsku a na Západ se rozšířila až ve 20. letech 20. stol. Ve vojenství byl zejména ve 2. světové válce pervitin podáván stíhačům, sebevražedným japonským pilotům kamikadze, parašutistům a příslušníkům dalších speciálních jednotek, jimž umožňoval oslabit strach, pud sebezáchovy, hlad, žízeň, únavu, posiloval bdělost, sebevědomí a výkonnost v bojovém nasazení. V československém prostředí zažil pervitin renesanci, zprvu byl připravován narkomanskými komunitami v domácích laboratořích pro vlastní spotřebu, po změně politických a ekonomických poměrů se stal žádaným vývozním artiklem černého trhu (Nožina, 1997; Heřmanová [on-line], 1999a).

Pervitin je vyráběn z jiných látek stimulační povahy, např. z efedrinu nebo pseudoefedrinu. Nelegální producenti jej získávají z preparátů vázaných na předpis i volně prodejných. Stát se distribuci těchto potenciálně rizikových léků snaží hlídat a omezovat, dokladem je neustále narůstající délka seznamu kontrolovaných látek. Nelegální varny pervitinu jsou zásobovány surovinami získanými trestnou činností nebo nakupovanými ve velkém v zemích, kde prozatím neplatí přísnější restriktivní opatření (Zábranský, 2003).

Čistý pervitin má podobu mikrokrystallického bílého prášku hořké chuti a bez zápachu, nečistý obsahuje řadu meziproductů a je různě zabarven použitými chemikáliemi, mnohdy silně toxickými. Nejčastější aplikační cestou v ČR je nitrožilní injekce, lze jej přijímat též perorálně nebo šňupáním (Minařík in Kalina et al., 2003b).

1.3.7.2 Kokain a crack

Kokain (přesněji benzoylekgoninmethylester, slangově koks, pudr, cukr, sníh, kokeš) pochází ze surových lístků keře kokainovníku pravého, rudodřevu koky (*Erythroxylon coca*), který se pěstuje v jihoamerických Andách, na území států Peru, Bolívie, Kolumbie a Ekvádoru. Izolace chemicky čistého kokainu proběhla poprvé v Německu v r. 1860. Kokain byl medicínsky využíván jako lokální anestetikum, zejména v ORL a očním lékařství. Jeho zneužívání se rozšířilo zejména v 80. letech 20. stol. v USA mezi tzv. „high society“ (yuppies), tedy mezi bohatými, vlivnými a úspěšnými lidmi, především z podnikatelských, politických a uměleckých kruhů (Presl, 1995).

Psychotropní efekt kokainu je dosti krátký, trvá 20–30 min. na rozdíl od amfetaminů. Závislé osoby jsou nuceny brát dávku několikrát denně, pocítují zvýšení sexuální apetence, avšak oslabení skutečné potence. Kokainisté trpí výraznou nechutí k jídlu a nápadnou vyhublostí. Čistý kokain má vzhled bílého krystalického prášku, užívá se nejčastěji šňupáním, i když jsou možné i jiné aplikační cesty (injekce, kouření) (Presl, 1995; NMSDDZ [on-line], 2005b; OS Podané ruce [on-line], 2008c).

Crack je slangové označení pro hydrochlorid kokainu, který je přeměněn zpět na tzv. volnou bázi, jde vlastně o variantu kokainu. Uživatelé si jej opatřují ve formě bělavých krystalků, které se kouří ve speciálních malých dýmkách nebo cigaretách ve směsi s tabákem či marihuanou. Rovněž je možné vdechování kouře, který se uvolňuje spalováním cracku na kovové fólii. Při užívání cracku dochází velmi rychle k záplavě mozku náloží kokainu. Účinek cracku vrcholí za 30–60 min. po aplikaci, zhruba po hodině odeznívá. Zatímco čistý kokain je drahý a dostupný především movitějším společenským vrstvám, crack se díky relativně nízké ceně rozšířil mezi sociálně slabými skupinami, kde představuje stále narůstající problém jeho extrémní návykovost spojená s trestnou činností a dlouhodobou nezaměstnaností (Nožina, 1997; NMSDDZ [on-line], 2005b).

Stimulancia obecně působí silnou psychickou závislost (vystupňovanou především u kokainu). Uživatel je nucen rychle zvyšovat dávky drogy (stoupá tolerance) až k výskytu psychotických příznaků, při chronickém zneužívání je ohrožen toxickou psychózou projevující se paranoidně-halucinatorním syndromem, tzv. „stíhou“. Postižený má pocit, že je manipulován, pronásledován, monitorován, což může vyvrcholit agresivními projevy, sebevražedným pokusem nebo dokonanou sebevraždou. Stimulancia nadměrně zatěžuje srdečně cévní soustavu, může dojít k vážnému ohrožení zdraví či života důsledkem srdečních a mozkových příhod. Šňupání kokainu s sebou často nese masivní poškození nosní sliznice až proděravění nosní přepážky díky chronické ischemizaci. Nitrožilní aplikaci stimulantů může doprovázet vážná otrava z příměsí v nečisté droze, místní infekce, septické stavy a poškození cévního systému z nesterilního podání, riziko nákazy virovou hepatitidou a HIV (Minařík in Kalina et al., 2003b; Minařík [on-line], 2004f).

1.3.8 Opioidy

Podle Evropského a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti lze opioidy považovat společně s těkavými látkami za nejnebezpečnější skupinu drog, s níž je spojena nejrizikovější a společensky nejškodlivější závislost (EMCDDA [on-line], 2007; NMSDDZ [on-line], 2006b). Po počátečním opioidovém boomu z 90. let 20. stol. se situace pomalu zklidňovala, epidemiologická data z let 2002–2003 svědčila pro postupné vyhasínání „heroinové epidemie“ (Zábranský, 2003). Světová zpráva o drogách z r. 2008 však varovala před prudkým vzestupem nabídky opioidů v poslední době (Informační centrum OSN v Praze [on-line], 2008).

V odborné praxi se lze setkat s termíny „opioidy“ a „opiáty“. Opioidy představují skupinu nadřazenou opiátům. V obou případech jde o látky, které ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů (Kalina et al., 2001; Minařík in Kalina et al., 2003a).

Označení „opioidy“ se používá pro alkaloidy z máku *setého* (*Papaver somniferum*), jejich semi-syntetická či plně syntetická analoga i látky produkované v lidském organismu, které interagují se stejnými specifickými receptory. Tyto látky mají schopnost tlumit bolest, vyvolávají pocit pohody. Alkaloidy opia a jejich syntetické obdoby působí ve vyšších dávkách útlum vědomí až bezvědomí, útlum dýchání (Kalina et al., 2001).

Termín „opiáty“ je generickým názvem užívaným pro alkaloidy z rostlin máku *setého* se schopností tlumit bolest, vyvolat euforii, ve vyšších dávkách poruchy vědomí, útlum dechového centra. Jedná se o látky ryze přírodní, nezařazujeme k nim tedy syntetické opioidy (Kalina et al., 2001).

Skupina opiátů je odvozena od opia, zaslhlé šťávy nezralých makovic (máku setého, *Papaver somniferum*). Šťáva na vzduchu a světle postupně tmavne a houstne. Opium může být přímo konzumováno kouřením, představuje jak cennou farmakologickou surovinu k výrobě řady léčiv, tak významnou komoditu nelegálního trhu a neoficiální „platidlo“ ve směnném obchodě. Z opia lze izolovat řadu přírodních látek, např. morfin a kodein, či vyrobit polosyntetické deriváty (heroin). Opioidy obecně patří mezi tzv. analgetika-anodyna, tedy léky se silným psychotropním a protibolestivým účinkem, vč. ordinace u onkologických pacientů v pokročilých stádiích. Kontrolovaně se využívají též k tlumení prudkého a obtěžujícího kašle, průjmů, v chirurgii a medicíně akutních stavů. Medicínské aplikace si vyžádaly i produkci opioidů, jež představují ryze syntetické látky. Očekávalo se, že nové preparáty budou mít intenzivní žádoucí účinky (zejm. tlumení bolesti), a minimální nebo žádné účinky nežádoucí (závislost). Bohužel, návykovou složku se nikdy nepodařilo zcela odstranit. Dalšími zástupci skupiny opioidů jsou methadon a buprenorfin (Subutex), které jsou primárně určeny k substituční a detoxifikační léčbě závislých na opioidech, samy mohou být též užity jako drogy a nelegálně se s nimi obchoduje. Velmi diskutabilní (medicínsky, právně, eticky, nábožensky) je využití opioidů v některých státech světa k eutanázii v případě výslovného přání nevyléčitelně nemocného a značně trpícího pacienta. Tento postup není v ČR povolen, vyvolává silně rozporuplné a emotivní reakce jak mezi odborníky, tak i laickou veřejností. Za zmínku stojí ještě braun (brown), který byl dříve (do 90. let 20. stol.) často pokoutně vyráběn a nitrožilně zneužíván. Jde o tekutou směs různých látek, především morfinových derivátů, vzhledu hnědavého roztoku. Dnes se s ním setkáme řídce, zejm. v metropoli a jejím okolí a ve starších narkomanských komunitách, jejichž členové dosud nepřešli k heroinu (Nožina, 1997; Minařík [on-line], 2004d).

1.3.8.1 Heroin

Heroin (diacetylmorfin, slangově háčko, hero, herák, ejč) patří ze skupiny opioidů k nevýznamnějším (Minařík, [on-line], 2004d; OS Podané ruce [on-line], 2008b).

Poprvé byl syntetizován v r. 1874 a paradoxně podáván jako protilék při symptomech morfinové závislosti. Rovněž do něj byly vkládány velké naděje v chirurgii, měl sloužit jako anestetikum. Pro svou vysokou nebezpečnost však nenalezl uplatnění ani v humánní, ani ve veterinární medicíně. Na černém trhu jej lze obstarat ve dvou hlavních formách: hnědý heroin („brown sugar“) a bílý heroin („white dust“). Heroin se nejčastěji aplikuje nitrožilní injekcí (vysoce rizikové), méně frekventovaná je nitrokožní nebo nitrosvalová injekce. Relativně „bezpečnějším“ způsobem užívání je inhalace kouře vzniklého zahříváním látky na kovové fólii nebo šňupání. Účinek se dostavuje velmi rychle po podání (za 4–10 sekund), trvá několik hodin (6–8). K typickým účinkům opioidů vč. heroinu obecně patří celkový útlum (úleva od bolesti, mělké a pomalejší dýchání), relaxace, oproštění od starostí. Ihned po aplikaci jsou vyvolány slastné pocity, euforie (tichá nirvána). Uživatel je ospalý, strnulý, nereaguje na okolí. Bývá snížena tělesná teplota, zúžené zornice až na velikost špendlíkové hlavičky, svědění, nevolnost, poruchy vyprazdňování – chronická zácpa (Minařík in Kalina et al., 2003a; NMSDDZ [on-line], 2005e; OS Podané ruce [on-line], 2008b).

Opioidy působí velmi silnou psychickou a fyzickou závislost, mají z dostupných látek nejvyšší „závislostní potenciál“. U konzumentů se zpočátku objevuje rychlý nárůst

tolerance, takže berou mnohonásobek obvyklé dávky, což představuje pro nenaviklého člověka nebo pro osobu déle abstijnující dávku smrtelnou. Tolerance v průběhu abstinence rychle klesá, následné užití dávky, na niž byl narkoman dříve zvyklý, může snadno vést k předávkování a k úmrtí. Dalším zdrojem vážných zdravotních komplikací bývá značně rozdílná kvalita a koncentrace (5–90 %) drogy v pouličním prodeji. Opiátový typ závislosti vede k těžké sociální deklasaci (ztráta zaměstnání, kriminalita, prostituce, bezdomovectví). Nitrožilní aplikace s sebou nese riziko poškození oběhové soustavy, sepse, nákazy a šíření závažných infekcí (virové hepatitidy, AIDS). Závislost je třeba řešit pod odborným vedením (Minařík in Kalina et al., 2003a; NMSDDZ [on-line], 2005e; OS Podané ruce [on-line], 2008b).

1.3.9 Taneční drogy

Je možné se setkat i s označením „diskotékové drogy“ či „designer drugs“. Do této skupiny typicky řadíme extázi (Ecstasy), což je slangové označení pro MDMA (3,4-methylen-dioxy-N-methyl-metamfetamin) a v širším pojetí se také vztahuje na příbuzné sloučeniny, jako jsou MDA (3,4-methylen-dioxyamfetamin, „droga lásky“), MDEA (N-ethyl-methylen-dioxyamfetamin, „Eva“), MMDA (3-methoxy-4,5-methylen-dioxyamfetamin) (EMCDDA [on-line], 2008b; NMSDDZ [on-line], 2005h; Saunders, 1996).

Extáze se svými účinky pohybuje na pomezí stimulantů a halucinogenů. Kromě aktivizace organismu obvykle vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací, pocity štěstí a blaha, někdy doprovázené halucinacemi (Minařík a Páleníček in Kalina et al., 2003).

Byla objevena r. 1912 německou společností Merk, která ji hodlala nasadit jako anorektikum. V 60. letech 20. stol. se extáze znovu stala objektem zájmu, probíhaly pokusy o její využití v psychoterapii. Později se v USA začala užívat jako rekreační droga na večírech, následně se přes Velkou Británii rozšířila do ostatních zemí kontinentální Evropy. V současnosti je velmi vyhledávanou a oblíbenou drogou v tanečních klubech i na masových akcích, kde se hraje hudba ve stylu techno, house, apod. (odtud pochází označení „taneční droga“) (Minařík a Páleníček in Kalina et al., 2003; Saunders, 1996).

Nelegální distribuce nabízí extázi většinou ve formě tablet různého tvaru a barvy, na jedné straně opatřených ražbou (např. symbolem holubice, delfína, „hipíka“), nebo prášku v kapslích. Dávka se užívá nejčastěji ústy, její účinek nastupuje do 30 minut a trvá několik hodin (6–8). Osoba pocítuje celkovou psychickou i fyzickou stimulaci, odplavení stresu, vylepšení nálady. Přistupují pocity empatie, lásky, sounáležitosti, potřeba dotýkat se, je usnadněná komunikace. Efekty jsou zesíleny přítomností dalších lidí (skupiny, davu). Psychické změny jsou doprovázeny zrychlením tepové frekvence, vzestupem teploty, pocením, rozšířením zornic a napětím žvýkacích svalů. Po odeznění žádaných účinků se osoba cítí unavená, stěžuje si na svalové a kloubní bolesti, je mrzutá až depresivní (Minařík a Páleníček in Kalina et al., 2003; Minařík [on-line], 2004g).

Při pravidelném užívání extáze nebyla popsána fyzická závislost. Psychická závislost se vyskytuje, ale je mnohem slabší než u amfetaminových stimulantů. Problémy může uživatelům činit návyk na určitý životní styl spojený s braním drogy. Fyzická námaha (intenzivní a dlouhotrvající tanec), vyšší teplota prostředí, blokování signálů žízně (slabá potřeba pít tekutiny) a únavy ohrožují konzumenty vážnými

komplikacemi, jakými je např. oběhový kolaps s rychlým úmrtím. Taneční drogy se často falšují, vydávají se za ně jiné látky (např. pervitin), objevují se nové syntetické deriváty, s nimiž dosud uživatelé nemají zkušenosti. Problematická bývá i nepředvídatelná kvalita tablet a příměsí, které mají za úkol zesílit účinek drogy, jsou však při špatném dávkování značně toxické. Aby si příležitostní konzumenti (zejména na hudebních akcích) mohli ověřit, zda je jimi získaná látka „pravá“ a „bezpečná“, byly jim k dispozici programy testovacích služeb v terénu. Dosavadní zkušenosti hovořily pro užitečnost a zájem veřejnosti o tyto projekty, v současné době se názory odborníků na tyto aktivity různí, proto se testování neprovádí (Minařík a Páleníček in Kalina et al., 2003; NMSDDZ [on-line], 2005h; OS Podané ruce [on-line], 2008a).

1.4 Patologické hráčství a jeho charakteristika

Hra vychází z přirozené lidské potřeby, patří k základním činnostem člověka. Je důležitou průpravou na budoucí „skutečný“ život po opuštění dětství, slouží k dobremu zvládnutí různých rolí a situací, rozvíjí obratnost, vytrvalost, sílu, logiku, týmovou spolupráci, strategii, poučení z neúspěchů. Později umožňuje kvalitní přípravu na budoucí povolání, trénuje a testuje nabyté znalosti před jejich reálným zúročením v praxi. Přirozené vzrušení a uspokojení doprovází touha hru opakovat. V případě patologického hráče nabývají tyto pocity ničující intenzity, je oslabena schopnost jeho sebeovládání a otevírá se cesta k závislosti (Nešpor, 2006).

Podle Nešpora (2006) lze o patologickém hráčství hovořit v případě, když se u člověka objevují časté a opakované epizody hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků.

K významným rizikovým skupinám patří zejména děti, mládež a mladí dospělí, poněvadž touží po rychlém odreagování, vyniknutí, ocenění, chtějí zaujmout druhé pohlaví nebo kamarády, riskují, hledají své limity, v případě dospělých se ještě přidává snaha o návrat do dětských let. Hráčská kariéra je obvykle odstartována náhodnou výhrou (Nešpor, 2006).

1.4.1 Rozdělení her

Nešpor (1994, 2000) uvádí rozdělení her na ne hazardní, počítačové a hazardní. Každou skupinu níže stručně popisujeme.

1.4.1.1 Nehazardní hry

- Stolní společenské hry (pexeso, Člověče, nezlob se, karty, domino, šachy, dáma, go, Monopoly). Věnují se jim už děti od útlého věku, většinou společně s rodiči či vrstevníky. Umožňují zábavu, vzdělávají, napomáhají vychovávat. Rozvíjejí logiku a matematickou představivost, předvídavost, fantazii, úsudek, procvičují paměť, učí pravidlům, trpělivosti, cílevědomosti, komunikaci, respektu a úctě ke spoluhráčům. Fyzické projevy (pohyb) jsou však při hře omezené.
- Aktivní společenské hry (hry s míčem, házení předmětů, švihadlo, prolézačky, „opíčí“ dráha, kuželky). Umožňují vytížení a posilování pohybového aparátu, poskytují zábavu, komunikaci se spoluhráči, učí pravidlům, trpělivosti, zvládnutí neúspěchů, pomáhají vychovávat.

- Vzdělávací společenské hry a programy (kvízy, otázky a odpovědi, Milionář). Jsou velmi přínosné pro rozvoj znalostí a trpělivosti, mohou dobře vyplnit volný čas, bohužel jsou relativně málo využívány.
- Elektronické hry. Pro děti a mladistvé jsou velmi atraktivní, patří k nejrozšířenější formě her, čehož pružně využívají jejich výrobci a prodejci. Z výchovného hlediska mohou obsahovat nevhodné prvky pro děti a mládež, narušují hráči jsou ohroženi statickou zátěží tělesných partií, nedostatkem pohybu, poruchami zraku.
- Sportovní hry. Jde o nejvíce organizovanou skupinu her. Důraz je kladen na zvládnutí pohybu, na tělesnou zdatnost, obratnost, vytrvalost, cílevědomost. Je možné je dělit na mnohá sportovní odvětví, jejichž počet neustále narůstá. Sportovní hry posilují především fyzické schopnosti, odvahu, soupeření, spolehlivost, týmovost, spolupráci, překonávání překážek, zvládání prohry. Jsou organizovány na různých úrovních, k nejvyšším patří světová mistrovství a olympijské hry. Vyšší úrovně sportovních her atakují meze lidských možností, objevuje se nezdravé soupeření, honba za rekordy, užívání dopingu, deklasace sportovních ideálů, velmi výrazná je finanční motivace sportovců a jejich týmů.

V případě, že se u ne hazardní hry objeví element sázky („o co“) a do hry dobrovolně vstoupí dva či více účastníků, mění se hra na hazardní (Nešpor, 2000).

1.4.1.2 Počítačové hry

Počítačové hry jsou známy téměř padesát let. Většina příslušníků mladší generace si některou z počítačových her alespoň jednou v životě zkusila, prakticky všichni tento pojem znají. Jednou z výhod počítačových her je, že pokud nejsou k dispozici spoluhráči, osoba hraje sama proti počítači. Trénuje se postřeh, rozvíjí přesnost, logika, paměť, vyhodnocování situací, prostorová orientace, aplikace naučených informací a počítačová gramotnost. Nevýhodou je společenská izolovanost hráčů, jejich ohrožení možnou závislostí, jednostranná zátěž pohybové soustavy většinou statického charakteru, namáhání očí, psychiky. U disponovaných jedinců může intenzivní hra na počítači vyprovokovat epileptický záchvat. Vztah mezi hraním počítačových her a závislostí na hazardní hře dosud nebyl prokázán. Tento populační segment však může být více ohrožen, poněvadž se často pohybuje v prostředí internetu, kde na něj působí on-line reklamy vyzývající k hazardním hrám a sázkám (Nešpor, 2000; Nešpor, 2006).

K nejdůležitějším typům počítačových her patří (Nešpor, 2000; Wikipedia [online], 2005):

- Logické hry. Hráč řeší různé úkoly za pomoci logicky promyšleného postupu, vztahů a zákonitostí.
- Arkády. Typ dříve častý na herních videoautomatech, dnes běžný v oblasti počítačových her. Jde o zvládnutí jednoduchého úkolu, který s každou další úrovní nabývá na obtížnosti.
- Plošinové hry, plošinovky. v hantýrce označované též jako „skákačky“ nebo „hopsačky“. Dvojrozměrný typ arkád, v nichž postava ve hře překonává nástrahy, skáče přes překážky, zabíjí nepřátele, sbírá hodnotné předměty, apod.
- RPG hry (Role Playing Games, hraní role). Postava ve hře je nadána určitými fyzickými a psychickými schopnostmi. Její vlastnosti se během hry neustále

vyvíjejí, hráč plní úkoly, ničí nepřátele, spolupracuje s dalšími postavami, obstarává si různé užitečné předměty.

- Simulátory. Hry realisticky napodobující určité prostředí, co nejvěrnější model části okolního skutečného světa. Do této skupiny řadíme sportovní hry, bojové simulátory, profesní simulátory (např. řízení techniky, dopravních prostředků).
- Strategické hry. Hráč na začátku dostane finanční a hmotné zdroje, pomocí nichž má za úkol vybudovat základnu, město, hotel, restauraci, zábavní park, farmu, apod. Postupně vyvíjí nové technologie, obchoduje, ničí nepřátele, bojuje s konkurencí.
- Akční hry. Nejrozšířenější typ her v prostorové (3D) podobě, existuje i starší varianta dvojrozměrná (2D). Hlavním cílem je likvidace nepřátel za využití mnohdy značně brutálních prostředků.

1.4.1.3 Hazardní hry

Nešpor (1994) připomíná, že pro hazardní hru je typická koupě možnosti vyhrát, může jít o finanční hotovost nebo jakoukoli hmotnou věc či službu.

Nešpor (1994; 1996; 2006) uvádí tyto typy hazardních her:

- Kostky. Hra pochází již z pravěku, označení „kostka“ je odvozeno od výrazu „kost“, což byl dostupný a snadno opracovatelný materiál. Ke hře či sázkám lze využít jedné či více (nejčastěji dvou) kostek. Symboly na stranách kostky se mohou lišit, užívají se barvy, tečky, čísla, obrázky.
- Karetní hry (mariáš, kanasta, poker, taroky, žolíky, black jack). Rozšířily se z Číny, kde vznikly ve 12. století. Mohou být společenskou hrou i hrou pro děti, karty využívají věštcí a astrologové. Zábavná karetní hra se stává hazardní, když se hráči dohodnou, že budou hrát o hmotný či nehmotný majetek. Hazardní karetní hry je v současnosti možné provozovat v kamenných i on-line hernách. Vlnu silného zájmu zažívá zejména poker, který ale není ryze karetní hrou, jde o hru sázkovou, poněvadž hráči neovlivňují tažení jednotlivých karet.
- Skořápky, kelímky a obdobné hry. Jednalo se o podvodné aktivity, které se nabízely na ulici, jejich stanoviště se rychle měnilo. Náhodný kolemjdoucí byl přemluven a vtažen do hry. Podvodníci předvedli trik s předmětem (kuličkou) přikrytým např. ořechovou skořápkou, kelímkem. Předmět se umístil pod jednu krytku tak, aby si hráč zapamatoval jeho polohu. Poté se krytkami zamíchalo, hráč měl uhodnout, pod kterou předmět je. Poprvé ho podvodníci vždy nechali vyhrát, po uzavření sázky a dalším pokračování hry již nikoli. Závislost prakticky neměla šanci vzniknout, oběť podvodu se většinou rychle poučila. Obdobný ráz mají sázky na soupeřící zvířata a jakékoli další konání, v němž se účastníci vsázejí „o něco“.
- Sportovní sázky. Doprovázejí organizovaný sport, dokladovány jsou již od starověku, kdy se kromě majetku a peněz hrálo o svobodu a o život (gladiátorské hry). Především v aristokratických kruzích jsou oblíbenou kratochvílí sázky „na koničky“, tedy dostihové. Tipy na sportovní výsledky se přijímají v řadě sázkových společností. Tato forma sázení je stále dostupnější, může vést k závislosti a k osobním tragédiím. Sázet je možno téměř na cokoli (výsledky voleb, soutěží, přírodních procesů), na co je vypsán kurz.

- Automaty a kasina. Do r. 1989 byla dostupná velmi omezeně a většinou jen pro cizince, s nástupem soukromého podnikání se rychle rozšířila. Česká společnost tento trend nezachytila včas, nevytvořila zákonné mechanismy účinné obrany (prevence, restrikce, represe), což vedlo k mnoha osobním tragédiím postižených hráčů a jejich rodin, ke kritice zaznívající z odborných kruhů, z řad orgánů Evropské unie, příslušníků policie i místních samospráv. Daně a další poplatky z provozování heren, automatů a kasin nepokrývají náklady na léčbu závislých osob, řešení kriminality a dalších sociálních škod. Bém (2009) varuje, že současný stav ve výskytu hracích automatů, videoloterijních terminálů a kasin na území ČR nemá obdoby ve vyspělých státech západní Evropy, konkurovat naší republice může snad jen Las Vegas.
- Elektronické, internetové, telefonické sázení a hry, interaktivní digitální televizní vysílání. Jde o nové formy her, které oslovují hráče obrovskou nabídkou a možností hrát v pohodlí domova. Využívají nových informačních a komunikačních technologií, problematika závislosti a následných osobních a společenských škod zůstává obdobná jako u klasické formy her.

1.4.2 Přejchod od zábavné hry ke hře hazardní

Hra je u dětí (ale též u zvířat) přípravou na budoucí životní role, tréninkem síly, kooperace, komunikace, trpělivosti, vytrvalosti, logiky, úsudku, bystřením smyslů, zvládáním proher a ztrát. Zejména mladí lidé jsou přirozeně zvědaví, co mohou očekávat od nového, dosud nepoznaného, atakují hranice svých možností, rádi se předvádějí v partě nebo před partnerem. Společenské hry přinášejí zábavu, poučení, kontakt s vrstevníky, uvolňují napětí. Jakmile se však objeví potřeba hrát „o něco“ (hmotný či nehmotný majetek – peníze, věci, služby, výhody), stává se hra hazardní (Nešpor, 1994).

Nezkušenost a nevyzrállost mladých lidí způsobuje, že nedokáží včas rozpoznat a odmítnout nebezpečnou příležitost, která se zdála být pouhou zábavou. Neuvědomují si, že hrát neznamená vždy vyhrát. V ČR se etablovaly zločinecké struktury, které prostřednictvím zábavního průmyslu „čistí“ zisky z trestné činnosti (obchodu s lidmi, s drogami, krádeží velkého rozsahu). Hazardní hry jsou nabízeny školeným personálem, který ovládá umění získat a udržet klienta, přesvědčit ho a motivovat ke hře prvotní výhrou nebo záminkou jejího „nezávazného“ vyzkoušení (Nešpor, 1994).

Výhra představuje pro potenciálního hráče velké riziko. Je materializací vložené investice (zdánlivě velký efekt za malé peníze), odměnou za dlouhodobé snažení, doprovázejí ji příjemné pocity, které člověk touží co nejčastěji zažívat znovu. Objevuje se bažení (craving), touha po hře a výhře. Svět hráče se redukuje na okolnosti spojené s hraním, na komunikaci s dalšími hráči, rozvolňují se rodinné vazby, dochází k zanedbávání školy, zaměstnání, přátel, volnočasových aktivit. Hráč se dostává do izolace, dlouhodobě postrádá finanční prostředky, zadluhuje se, ztrácí nad sebou kontrolu. Gambling, neboli hráčství, je tedy podíl na jakékoli aktivitě, v níž osoba riskuje peníze, cenný předmět nebo nehmotný majetek za účelem výhry (Nešpor, 1994).

Podle Gamcare ([on-line], 2010) můžeme o gamblingu hovořit v případě, když:

- dvě a více osob dává souhlas ke hře;
- poražený obvykle dává vítězi peníze;
- výsledek hry je vždy nejistý;
- výsledek hry je do značné míry ovlivněn náhodou;
- účast na hře je aktivním zážitkem.

1.4.3 Projevy patologického hráčství

Marhounová a Nešpor (1995) připomínají, že se v češtině *pojem „patologické hráčství“* kryje a výrazem „*hráčská vášeň*“, hovoří se rovněž o *hazardním hráčství*, *náruživém hráčství* či *sociálním hráčství*.

Nešpor (2006) zmiňuje, že projevy a důsledky patologického hráčství byly zprvu zaznamenány v USA, od r. 1980 je tam bráno jako diagnóza (podle APA, Americké psychiatrické asociace). V ČR se patologické hráčství před r. 1989 téměř nevyskytovalo, během dvou let se ale tento problém ve společnosti rozmohl, psychiatrická pracoviště začali navštěvovat pacienti s rozvinutou závislostí. Od počátku r. 1994 byla diagnóza patologického hráčství oficiálně uznána i v ČR.

Podle Marhounové a Nešpora (1995) je diagnóza „patologické hráčství“ zakotvena v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, ev. ICD – International Classification of Diseases), její projevy jsou následující:

- časté opakované epizody hráčství dominující v životě osoby na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků;
- riskování zaměstnání, zadlužování, lhaní, porušování zákona směřující k zisku finančních prostředků nebo úniku od placení dluhů;
- intenzivní puzení ke hře, které je obtížně zvladatelné, myšlenky a představy spojené s hraním a okolnostmi doprovázejícími hru;
- zaujetí a puzení se obvykle zvyšují v dobách, které jsou pro osobu stresující.

Ve IV. revizi Diagnostického a statistického manuálu se o patologickém hráčství podle kritérií APA hovoří, když osoba vykazuje trvalý a opakující se maladaptivní chování ve vztahu k hazardní hře a je u ní přítomno 5 nebo více následujících indikátorů (Nešpor, 1996):

- zaměstnává se hazardní hrou (znovu prožívá minulé zážitky související s hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o obstarání dalších financí ke hře);
- aby docílila žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry;
- opakovaně a neúspěšně se pokouší hazardní hru zvládat, omezovat ji nebo s ní přestat;
- v případě omezování hry nebo snahy o její ukončení cítí neklid a podrážděnost;
- hazardní hru používá jako prostředek k úniku před problémy a ke zlepšení nálad;
- v případě prohry peněz při hazardní hře se k ní co nejdříve vrací a snaží se vyhrát finance zpět;
- lže svým blízkým, terapeutovi, okolí, aby zakryla rozsah svého zaujetí hazardní hrou;

- dopouští se ilegálních činů, např. padělání, podvodů, krádeží, zpronevěry kvůli hazardní hře;
- ohrozila nebo ztratila kvůli hazardní hře důležité sociální vazby, zaměstnání, vzdělání, kariéru;
- spoléhá na okolí, aby jí poskytovalo finance a mírnilo zoufalou situaci, do níž se dostala kvůli hazardní hře;
- hazardní hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou.

Diagnostická kritéria závislosti u patologických hráčů a u osob závislých na drogách charakteru substancí jsou shodná či velmi podobná. Rozdílný je typ závislosti: u závislostního hraní nevzniká závislost fyzická, ale pouze závislost psychická (ev. psycho-sociální), což je způsobeno faktem, že do organismu hráče z vnějšího prostředí primárně neproniká žádná „toxická“ látka (Nešpor, 1996).

Podobně jako u jiných závislostí, i patologické hráčství vytváří závislost do konce života. Úplné vyléčení není prakticky možné, pouze částečná úzdrava, a to za předpokladu dlouhodobé abstinence. Nedodržení této podmínky vrací pacienta do stádia před léčbou (Nešpor, 1995).

1.4.4 Patologické hráčství jako nemoc

Patologičtí hráči zažívají při hře uvolnění a pocit štěstí. Hra může být též způsobem ventilace napětí při úzkostných stavech (Nešpor, 1994).

Kromě výše zmíněných hledisek diagnostiky patologického hráčství vztahujících se k ICD a DSM-IV můžeme hovořit o kvalitativních a kvantitativních kritériích (Marhounová a Nešpor, 1995):

- Kvalitativní kritéria prezentují schopnost jedince rozpoznat smysl, princip a systém dané hry, pochopit neblahé důsledky hraní a vnímat hrozící nebezpečí, z něhož vyvodí správné ochranné závěry. Běžný „normální“ hráč beru hru jako způsob zábavy a vzrušení, kdy si za finanční obnos kupuje šanci na výhru. Pravděpodobnost výhry lze u jednotlivých her statisticky vyjádřit, v případě jejich elektronické formy je naprogramována. Vždy platí, že případná výhra je menší než dosavadní ztráty, jinak řečeno – čím déle a častěji hráč hraje, tím více prohraje. Fungují-li u hráče regulační mechanismy, má své rozhodování pod kontrolou, dokáže hru včas ukončit. V případě patologického hráče kontrolní mechanismy selhávají. K významným kvalitativním kritériím patří:
 - progresivita (ojedinělý počáteční kontakt s hrou a hernou se neustále stupňuje);
 - nerespektování meze přijatelných ztrát (dluhy, krach vztahů, kariéry, sociální izolace);
 - impulzivita (reakce hráče na určitý podnět, např. zvukový, světelný, jenž mu navodí impulzivní touhu po hře);
 - ambivalence k penězům (hráč je vázán na hru jako děj, nikoliv na touhu po penězích);
 - dluhy a krádeže (patologický hráč získává finance většinou nenásilným způsobem, násilí však může uplatňovat vůči blízkým příbuzným);
 - závislí hráči bývají většinou muži, ženy se vyskytují v menšině;
 - závislý hráč bývá obvykle inteligentní, narcistický, vychloubačný, bezohledný, uzavřený, neklidný, podrážděný;

- závislý hráč okolí tvrdí, že hraje kvůli šanci na výhru, neguje závislost jako kardinální důvod hraní, je přesvědčen, že má nad hraním kontrolu, nepřipouští si problémy, k léčbě se uchyluje pod tlakem dluhů a rodiny.
- Kvantitativní kritéria se vztahují k vyhrané a prohrané částce peněz, k četnosti hraní, četnosti bažení, snění a přemýšlení nad hrou. Rozdílem mezi „normálním“ a patologickým hráčem je, že běžný hráč hraje a má peníze, patologický hraje i tehdy, když už žádné prostředky nemá, nedokáže hře odolat.

Podle Marhounové a Nešpora (1995) rozeznáváme 3 fáze vzniku patologického hráčství:

- fázi výher – osoba hraje občasně, sama, častěji vyhrává, zažívá stavy vzrušení před hrou a při ní, má tendenci ke zvyšování sázek, sní o velké výhře, v případě úspěchu se jím dlouho opájí a chlubí;
- fázi prohrávání – osoba myslí především na hru, chronicky prohrává, přesto nedokáže s hrou přestat, skrývá ji a lže, legálně, později ilegálně si půjčuje finance, zanedbává rodinu, školu a zaměstnání, posouvá termíny splátek dluhů, je podrážděná, neklidná, uzavřená, nestará se o své zdraví a zevnějšek;
- fázi zoufalství – hra zabírá podstatnou část dne, roste suma prohraných peněz, výčitky svědomí, panika, osoba má abstinenci příznaky, poškozenou pověst, odcizuje se od rodiny a přátel, obviňuje ze své situace okolí, páchá přestupky a trestné činy, je souzena, ev. ve výkonu trestu, přidává se konzumace návykových látek, rozpad rodiny, hrozí sebevraždě jednání a psychické zhroucení.

U chorobného hráčství většinou není pouze jedna samostatná příčina, spíše jde (obdobně jako u jiných závislostí) o komplex 4 základních skupin faktorů (Marhounová, 1995; Kachlík [on-line], 2003):

1. Faktory psychické (rizikové povahové rysy, zranitelnější osobnostní typ, maladaptace na stresovou zátěž).
2. Faktory fyzické (jde o formu závislosti, která narušuje holistický model zdraví, i když fyzické důsledky nemusejí být tak drastické, jako v případě závislosti na substancích).
3. Faktory rodinné (rodina může člověka před vlivem chorobného hráčství chránit, ale může také usnadňovat jeho vznik a život jeho průběh).
4. Faktory sociální (společenské klima, které povoluje a podporuje hazardní hry, ev. závažnou situaci v této oblasti řeší jen pomalu a vlažně).

Nešpor ([on-line], 2009) shrnuje možné signály hazardního hraní:

- žádosti o vyplacení zálohy;
- neochota hovořit o finančních záležitostech;
- vybírání neplánovaných dnů dovolené;
- kolísání nálad a podrážděnost;
- půjčování si peněz na pracovišti a konflikty se spolupracovníky ohledně dluhů;
- ekonomická situace dotyčného je horší, než by odpovídalo jeho výdělků;
- exekuce na plat;
- návštěvy věřitelů na pracovišti nebo telefonáty s nimi;

- během pracovní doby návštěva webových stránek, které souvisejí s hazardní hrou;
- organizace sázek na pracovišti.

1.5 Virtuální drogy a jejich stručná charakteristika

Jako virtuální drogy můžeme označit činnosti, na nichž vzniká především psychická závislost. Vymezení závislosti na virtuálních drogách se poněkud odlišuje od závislosti na drogách charakteru substancí, je ale možné najít řadu shodných znaků, např. bažení (nezvládnutelné puzení, craving), porušené sebeovládání, abstinenční příznaky. K nejčastějším virtuálním drogám patří patologické hráčství (gambling) vč. počítačových her (je mu věnována vlastní kapitola), náruživé využívání internetu (surfování, sociální sítě, chat) a přístrojů typu mobilního komunikátoru. Do kategorie virtuálních drog spadá též řada dalších činností, jež lidé v běžném životě „umírněně“ provádějí, ale jejich náruživé opakování již nese rysy závislosti (např. sledování televize, poslech hudby, elektronické bankovníctví) (Nešpor, 2000; Strach in Řehulka et al., 2008).

Vacek ([on-line], 2011) uvádí pro závislostní chování nového typu termíny „*behaviorální závislosti*“, „*nelátkové závislosti*“ či „*závislosti bez substancí*“. Upozorňuje, že mezi odborníky v oblasti psychiatrie, psychologie a adiktologie panuje dosud značná terminologická nejednotnost, poněvadž jde o relativně novou problematiku, kam spadají zejména technologické závislosti (počítače, hry, internet, mobilní telefony, televize, hudba, aj.), závislost na nakupování (oniomanie, ev. shopholismus) a závislost na práci (workholismus). Může se však jednat o mnohem širší paletu aktivit, poněvadž závislost si lze vypěstovat prakticky na jakémkoli chování, jež přináší uspokojení.

Vacek ([on-line], 2011) dále zmiňuje, že nadměrné či nevhodné užívání internetu může být označováno pojmy „*závislost na internetu*“, „*problémové používání internetu*“, „*porucha závislosti na internetu*“ či „*závislostní chování na internetu*“.

Youngová (2004) prezentuje 5 základních kategorií závislostního chování na internetu:

1. závislost na virtuální sexualitě (prohlížení webových stránek pornografického zaměření);
2. závislost na virtuálních vztazích (nadměrné užívání sociálních sítí, chatu, e-mailu);
3. internetové kompulze (hraní počítačových her po síti, nakupování po internetu);
4. přetížení informacemi (nadměrné surfování na internetu nebo vyhledávání v databázích);
5. závislost na počítači (nadměrné hraní počítačových her).

Griffiths (1996; 2003) zařazuje závislost na internetu mezi skupinu behaviorálních závislostí, které obsahují 6 základních složek:

1. význačnost (určitá aktivita se stane v životě člověka nejdůležitější, začne ovládat jeho myšlení, citění a chování);
2. změny nálady v důsledku zapojení se do určité aktivity (mohou být vnímány jako kompenzační strategie sloužící k uklidnění);

3. tolerance (k dosažení míry uspokojení jako na počátku je nutná stále vyšší „dávka“ aktivity v průběhu času);
4. odvykací příznaky v důsledku ukončení či omezení aktivity;
5. konflikt mezi jedinci se závislostním chováním a ostatními osobami (v rodině, ve škole, na pracovišti), ale v důsledku problematické aktivity též vnitřní konflikt;
6. relaps (potřeba opakovat dřívější epizody závislostního chování).

Nejpoužívanějšími diagnostickými kritérii závislosti na internetu (Beard a Wolf, 2001; Vacek [on-line], 2011) jsou následující (musí být současně přítomno všech 5 příznaků):

1. zaujetí internetem (přemýšlení o předchozích činnostech na internetu nebo o budoucích plánech);
2. potřeba používat internet ve stále delších časových úsecích, aby bylo dosaženo uspokojení;
3. opakovaná neúspěšná snaha kontrolovat, přerušit nebo zastavit používání internetu;
4. neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo se vzdát používání internetu;
5. překračování původně plánovaného času připojení k internetu.

Současně s nimi musí být přítomen alespoň jeden z následujících příznaků:

1. v důsledku používání internetu ohrožení nebo riskování ztráty důležitého vztahu, zaměstnání nebo příležitosti v kariéře;
2. lhaní členům rodiny, terapeutům nebo dalším osobám kvůli zastírání nadměrného používání internetu;
3. používání internetu jako způsobu útěku od problémů nebo snahy zbavit se pocitů bezmoci, viny, úzkosti a deprese.

Strach (in Řehulka et al., 2008) připomíná, že bouřlivý rozmach moderních informačních a komunikačních technologií (ICT) zasahuje především mladé lidi. Smazává se rozdíl mezi mobilním telefonem, fotoaparátem (kamerou), multimediálním přehrávačem a osobním počítačem, vznikají nejrůznější typy přenosných zařízení (komunikátorů), které sdružují více funkcí. Strach (in Řehulka et al., 2008) varuje, že internet neslouží pouze poučení a zábavě, ale je rovněž prostředím, v němž se uživatel může setkat s nejrůznějšími riziky (šíření škodlivých kódů, hazardní hry, neoprávněná manipulace s identitou, zneužití dat, propagace nevhodných ideologií a drog, pornografie, kyberšikana, špehování, aj.). Učitelé a rodiče jsou většinou o těchto problémech informováni nedostatečně, zatímco povědomost dětí o službách internetu (ale ne vždy o jeho rizicích) je obecně vysoká.

Informační a komunikační technologie (ICT) se velmi rychle rozšířily z vojenského a akademického prostředí mezi běžné uživatele, získaly si obrovskou oblibu, slouží nejen při výkonu zaměstnání, ale i v domácnosti a při trávení volného času (Procházka, 2010).

1.5.1 Osobní počítač

Za počítač lze považovat elektronické zařízení, které dokáže data zadaná uživatelem na vstupu zpracovat pomocí předem vytvořeného programu a výsledky prezentovat pomocí výstupních zařízení. Je složen z tzv. hardware (fyzických součástí nezbytných pro vykonání zadaných úkolů, slangově „železa“: běžné zdroje, základní desky, procesoru, operační paměti, pevného disku, optické mechaniky, přídatných karet; k sestavě dále patří vstupní zařízení, jako např. klávesnice, myš, z výstupních zařízení monitor, tiskárna) a software o více vrstvách, z nichž jsou pro uživatele nejdůležitější operační systém a aplikace (např. kancelářský balík, internetový prohlížeč, přehrávač multimédií, grafický a zvukový editor, aj.) (Kmoč, 1997).

Myšlenka ulehčit si počítání je velmi stará. Ke sčítání a odečítání lidé zprvu využívali vlastní prsty, později (před cca 5000 lety v Malé Asii) byl vynalezen abakus. Abakus vypadal různě, obecně se jednalo o jakousi početní tabulku, předměty seřazené do sloupců, jež bylo možné přeskupovat. Tento model znali Číňané, Japonci, Řekové, Římané. Abakus byl neustále zdokonalován, v Rusku je dodnes používán jako sčít. Vzhledem mu přibližně odpovídá běžné dětské počítadlo (Filípek [on-line], 2000).

V r. 1614 zveřejnil anglický matematik a filosof John Napier logaritmické tabulky, čímž umožnil převedení do té doby komplikovaných matematických operací (násobení, dělení) na elementární (sčítání a odečítání). Leonardo da Vinci se mj. zabýval projektem mechanické kalkulačky. Byly nalezeny jeho náčrtky a podle nich v současnosti vyroben funkční vzorek. V 17. století realizovali konstrukci mechanického počítacího stroje nezávisle Wilhelm Schickard a Blaise Pascal. Převratné zdokonalení mechanické konstrukce učinil ke konci 17. století Gottfried Wilhelm von Leibniz, použil místo tehdy běžných ozubených kol ozubený válec, šlo vlastně o pevný program. Přístroj dokázal kromě sčítání a odečítání i dělit, násobit a odmocňovat dvěma. V r. 1805 Hermann Hollerith v USA vymyslel princip děrných štítků, tedy způsob, jak programovat nějaké zařízení a uchovávat informace. Poprvé byl princip zúročen při řízení tkalcovských stávů, bylo tak možno vytvářet i jemné a složité vzory. Dalšího využití se dočkal při sčítání lidu a v téměř nezměněné podobě přetrval až do 50. let 20. století. V r. 1820 Thomas de Colmar sestrojil a do sériové výroby zavedl mechanický kalkulátor Aritmometr, který zvládal základní početní operace a jehož princip byl využíván dalších sto let. V r. 1848 Charles Babbage, profesor matematiky v Oxfordu, začal pracovat na sestrojení mechanického analytického stroje. Počítal s tím, že bude programovatelný děrnými štítky, zvládne i komplikované vědecké výpočty, bude umět tisknout výsledky, bude univerzálně využitelný. Do vývoje mechanismu výrazně zasáhla nadaná matematická Augusta Ada, kněžna z Lovelace. Analytický stroj měl obsahovat kolem 50000 součástí, nikdy ale nebyl v plném rozsahu realizován (Veřtát et al., 1993; Filípek [on-line], 2000).

Moderní počítače v sobě obsahují stovky dílčích vynálezů a patentů. Jejich vývojové předstupy – tzv. 0. generace – byly založeny na elektromagnetických spínacích prvcích – reléové logice. Významných úspěchů dosáhli v předválečném Německu Konrad Zuse a Helmut Schreyer. V období druhé světové války Němci zdokonalovali reléové počítače, které potřebovali k raketovému výzkumu, pro šifrování a dešifrování dat. Zuse později v poválečném období sestavil jeden z prvních programovacích jazyků. Ani Spojenci nezůstávali pozadu, v r. 1943 na Harvardské univerzitě za podpory IBM uvedli do provozu první programovatelný elektromechanický kalkulátor – Harvard Mark

I, jehož obecný koncept byl téměř shodný s dnešními počítači. V anglickém Bletchly sestrojili reléový počítač k dešifrování německých a japonských kódů – Heath Robinson (Veřtát et al., 1993; Filípek [on-line], 2000).

Ještě v průběhu druhé světové války se zásadně mění koncept i výkon počítačů: relé jsou nahrazena elektronkami, jde o tzv. 1. generaci. Těsně po válce navrhl maďarsko-americký matematik a chemik John von Neumann koncepci prvního počítače s uloženým programem, čímž dal základ dnes běžně používanému pojmu „*počítač s von Neumannovou architekturou*“, ev. tzv. „*von Neumannovo schéma*“. U tohoto přístroje jsou postup programu, stejně jako data, která mají být zpracována, kódovány a uloženy do paměti počítače. Program sestává ze sledu jednotlivých instrukcí, kroků, může být složitě větven. Každý programový příkaz může být strojem změněn, stejně jako každý jiný parametr. Typický počítač 1. generace tvořilo mj. několik tisíc elektronek, zabíral plochu několika místností, omezeně se vyráběl sériově, mohl si jej dovolit pouze velký podnik či státní instituce (Kmoch, 1997; Filípek [on-line], 2000).

Ve druhé polovině 50. let 20. stol. se počítače začínají osazovat tranzistory, vzniká jejich tzv. 2. generace. Roste spolehlivost a odolnost, významně klesají rozměry a spotřeba energie, vyrábějí se sériově. Byly vyvinuty nové typy paměti (magnetická jádra a bubny), na počítači již mohlo současně pracovat více uživatelů, obchodní transakce bylo možné provádět bez čekání. Vznikly nové programovací jazyky – Cobol, Algol, Fortran, Basic, Lisp, objevila se potřeba harmonizovat do té doby roztržité normy (Veřtát et al., 1993; Kmoch, 1997; Filípek [on-line], 2000).

Počátkem 60. let 20. stol. je ve vyspělých zemích zahájena sériová velkovýroba integrovaných obvodů, což opět dovoluje snížit rozměry, cenu, spotřebu energie, zvýšit výkon a spolehlivost zařízení. Nastupuje 3. generace počítačů charakteristická paměťovými disky, obrazovkami a LED diodami. Začíná „honba za integrací“ – snaha vtěsnat co nejvíce elektronických součástek na jednotku plochy integrovaného obvodu. V r. 1964 Gordon Moore formuloval myšlenku, že se kapacita integrovaných obvodů každých 12–18 měsíců zdvojnásobí. Tento postulát vešel ve známost jako tzv. *Mooreův zákon* a zatím platí. Moore se v r. 1968 stává spoluzakladatelem Intel Corporation. Vyrábějí se sálové počítače (mainframy) určené pro komplikované výpočty a simulace, počítače k řízení průmyslových procesů, na konci 60. let 20. stol. je v Anglii sestrojen předchůdce moderního osobního počítače (Veřtát et al., 1993; Kmoch, 1997; Zlatuška, 1997; Filípek [on-line], 2000).

Od počátku 70. let 20. stol. lze datovat 4. generaci počítačů typickou využitím mikroprocesorů – programovatelných integrovaných obvodů o velmi vysoké hustotě integrace. Rodí se první počítačové hry, počítač se stává protihráčem člověka. Je zvládnuta levná sériová výroba mikroprocesorů, které dokáží řídit jak spotřební elektroniku a hračky, tak i různé výrobní procesy, stroje vč. automobilů, prakticky cokoli, co je třeba. Integrované obvody je možné využít jako paměti, od r. 1980 se pracuje na laserovém holografickém záznamu dat, jsou vyvinuty vyšší programovací jazyky. Počítače v „krabicovém“ provedení se stávají běžnou součástí kanceláří, roste snaha o jejich miniaturizaci a pokusy o „kapesní“ provedení. Data se zprvu ukládají na magnetofonové pásky, později na diskety a pevné disky. Do domácností se cenově dostupná výpočetní technika dostává v podobě 8bitových mikropočítačů v 80. letech 20. stol. (ze zahraničních např. Sinclair ZX Spectrum, Atari, Commodore, Sord, z tuzemských IQ 151, PMD 85, Didaktik Gama).

Od 90. let 20. stol. přijímá osobní počítač podobu, v jaké jej uživatelé znají do současnosti. Dnes je vybaven rychlými čipy (procesor, operační paměť), optickými mechanikami, vysokokapacitními pevnými disky, výkonnými grafickými i zvukovými funkcemi, síťovým připojením, novými typy rozhraní. Diskety nahradily flash paměti a paměťové karty, CD mechaniku DVD či BlueRay, obraz a zvuk vyhovují požadavkům na domácí kino, počítač dostal multimediální charakter, přesouvá se z pracovních stolů do obývacích pokojů jako centrum domácí zábavy a poučení. Stírá se rozdíl mezi televizorem, audiosoustavou a počítačem. Místo kovových vodičů se začíná prosazovat rychlá světelná komunikace mezi základními moduly, výzkum pracuje na kvantovém počítači a umělé inteligenci. Trendem současnosti je přenosné, ev. kapesní zařízení, které v jednom přístroji spojuje schopnosti a výhody několika dílčích (počítač, mobilní telefon, radiopřijímač, televizor, fotoaparát, kamera, multimediální přehrávač, čtečka textů), je neustále po ruce, připojeno k internetu, přes malé rozměry výkonově nezaostává za „klasickým“ provedením stolního počítače. Počítače dnes dokáží simulovat vznik, vývoj a zánik vesmíru, životní děje, zasahují prakticky do všech oborů lidské činnosti (Veřtát et al., 1993; Kmoch, 1997; Zlatuška, 1997; Filípek [on-line], 2000; Sak [on-line], 2005).

1.5.2 Internet

Přínosem internetu pro komunikační možnosti je umožnění informační dostupnosti a prostupnosti, interaktivnost při výměně zpráv a rychlost při zprostředkování kontaktu (Vybíral, 2000).

Historie celosvětové počítačové sítě započala v 50. letech 20. stol., kdy bylo snahou Američanů držet krok se Sovětským svazem, který v té době již získal vojensky využitelné kosmické technologie. Panovala obava zejména z jaderného napadení, které by mohlo ohrozit velkou část území Ameriky a jejích spojenců, vyřadit z provozu obranné a komunikační systémy, jež byly centralizované. Pracovníci společnosti RAND (*Research AND Development*) přišli tehdy s unikátním řešením – vybudováním sítě, která nebude mít centrální uzel a v případě zničení některých linek může dopravit informace k příjemci jinými trasami (Kras, 2001).

V USA vnikla speciální vládní agentura ARPA (*Advanced Research Projects Agency*), která se zabývala pokročilými výzkumnými projekty a v r. 1969 spustila experimentální síť s názvem ARPANET. Síť se z původních 20 uzlů ryze vojenského a vládního typu (r. 1971) rozrostla na více než 200 uzlů (r. 1981) zahrnujících též akademické prostředí. Výpočetní technika té doby byla dostupná pouze velkým institucím, byla značně rozměrná, drahá a z dnešního pohledu málo výkonná, vyžadovala kvalifikovanou obsluhu. Poprvé se objevuje pojem „internet“, k síti se mohou připojit a využívat ji i komerční uživatelé. Od 80. let 20. století se počítač zmenšuje, roste jeho výkon a dostupnost pro veřejnost, je koncipován jako osobní, tedy jedinouživatelský (Blábolil, 1997). Od 90. let 20. století množství uživatelů internetu geometricky vzrůstá, každý rok se více jak zdvojnásobuje, nastává doba, která zásadním způsobem ovlivňuje chování lidstva – doba internetová. Dnešní celosvětová počítačová síť představuje globální kyberprostor – nepřeborný zdroj informací a myšlenek, do něhož může vstoupit několik miliard účastníků (Kras, 2001).

Dalším klíčovým mezníkem ve vývoji internetu je vznik celosvětové pavučiny stránek označované jako World Wide Web (WWW). Jde o způsob komunikace pomocí

multimediálních a hypertextových odkazů, což učinilo webové prezentace uživatelsky i komerčně atraktivními. Dnes může prakticky každý uživatel na internetu publikovat své myšlenky (Blábolil, 1997). V r. 1992 byl nastartován projekt Mosaic, šlo o vývoj grafického webového prohlížeče (Kodýtek [on-line], 2006). Česká republika byla k internetu oficiálně připojena 13. 2. 1992. Zprvu disponovala dvěma uzly (Praha, Brno) propojenými pevnou linkou, časem byla tato páteř rozšířena o další města, vznikly konkurenční projekty. Kapacita sítě nejdříve sloužila pouze akademickým a nevýdělečným organizacím, od r. 1995 i komerční sféře, která poskytuje finance k dalšímu rozvoji a provozu (Zemánek, 2004).

V rámci internetové sítě mohou uživatelé využívat několika standardních služeb, nejčastěji jde o **World Wide Web (WWW)** – soustavu propojených hypertextových dokumentů, která poskytuje rozsáhlý informační virtuální prostor (Broža, 2004). Z dalších stojí za zmínku **HTTP (Hyper Text Transfer Protocol)** – strukturovaný text s odkazy na jiné stránky, texty, obrázky, zvuky, animace a jiné soubory (Říha, 1996), **FTP (File Transfer Protocol)** – nástroj k hromadnému přesouvání souborů, umístování grafiky, hudby a videa na webové stránky (Musil [on-line], 2003a). V případě elektronické pošty (e-mailu) se jedná o rychlou komunikaci mezi institucemi, podniky i soukromými osobami. Zprávy mohou obsahovat text, zvuky, obrázky, videa. Odesílatel a příjemce nemusejí být současně on-line, pošta se ukládá do elektronické schránky, kde je připravena k vybrání, až se její příjemce přihlásí (Říha, 1996). E-banking (elektronické bankovníctví) nabízejí v současné době všechny banky. Prostřednictvím klientského čísla a hesla je možné okamžitě zjistit stav svého účtu a provádět různé bankovní operace v kteroukoliv hodinu a z jakékoliv vzdálenosti (Ceed. cz [on-line], 2010). **IM (Instant Messaging)** dovoluje přímou komunikaci uživatelů na síti v reálném čase, **News (UseNet, NetNews, NewsGroup)** jsou tématicky zaměřené diskusní skupiny, kde je možné pročitat si příspěvky, reagovat na ně a zveřejňovat vlastní. Veškerý obsah je přístupný všem (Musil [on-line], 2003b). Služba **Noviny** urychluje přístup k informacím, které jsou přehledně tříděné do rubrik. Prakticky každý významnější tištěný titul má elektronickou mutaci, existují i tituly šířené výlučně elektronickou cestou. Na příspěvky je možné reagovat, diskutovat k nim (Kras, 2001). Obchodování a nákupy (e-business, e-commerce, e-shop) představují rostoucí segment služeb internetu. V současnosti je možné nakupovat nepřebernou paletu zboží a služeb a platit přes internet nebo pomocí SMS zpráv. Zboží je většinou posíláno kurýrní službou nebo poštou na dobírku (Vitovský, 2006). **WAP (Wireless Application Protocol)** zajišťuje provoz elektronických služeb optimalizovaných pro mobilní telefony, které pak umožňují na displeji totéž, co internetový prohlížeč. Televizní a rozhlasové vysílání šířené po internetu dovoluje zhlédnout většinu pořadů v přímém přenosu nebo po premiérovém odvysílání (Kras, 2001).

Novým fenoménem internetu se staly **P2P sítě**, internetová telefonie, blogy a sociální sítě, jež využívají především mladí uživatelé ICT, ale není to vždy pravidlem. **P2P (peer-to-peer)** sítě jsou výměnné sítě ke sdílení dat v rámci určité komunity, kdy příjemce souboru je současně jeho poskytovatelem pro další účastníky provozu. **P2P sítě** jsou výhodné zejména k získávání velkých porcí dat, bohužel představují také prostředí, v němž je velmi často páchána počítačová kriminalita (porušování autorských práv k počítačovým programům, filmům a audionahrávkám) (Jirovský, 2007).

Internetová telefonie, slangově „skajpování“, si získala velkou oblibu uživatelů, kteří se v síti mezi sebou mohli kontaktovat zdarma, za určitý poplatek bylo možno volat i do sítí jiných telefonních operátorů, a to na mobilní přístroje i na pevné linky. Prvním poskytovatelem těchto služeb byla firma Skype, dnes se rodí i konkurenční projekty. Kromě hlasu je možné v případě dostatečně stabilního a rychlého připojení přenášet i video. Na obdobném principu lze efektivně pořádat videokonference, pracovní porady vzdálených poboček firem, vyměňovat si specializované profesní informace (Kuneš, 2006).

Blog je jakýmsi elektronickým zápisníkem, který je vystaven on-line. Umožňuje, aby si ostatní uživatelé přečetli aktuální reakce jeho autora (blogera) na různé věci a události a do blogu také sami aktivně přispívali, diskutovali, komentovali jeho obsah a události. Nemusí jít jen o text, v blogu mohou být začleněna i multimédia (Procházka, 2010).

Sociální sítě mají primárně sdružovat lidi podle různých kritérií, např. věku, okruhu zájmů, problémů, oblíbených a neoblíbených událostí nebo činností, atp. Kromě hledání přátel je možné založit si vlastní skupinu a do ní přizvat ostatní uživatele, komentovat, diskutovat, dělit se o své pocity a zážitky, v rámci svého profilu vystavit prakticky jakékoli informace (text, obrázky, videa, zvuky), jež provozovatel dovolí publikovat. Sociální sítě mohou být užitečné pro osoby, které se chtějí setkávat, ale fyzicky jim to nedovoluje nějaká překážka (např. vzdálenost, ostych, choroba či vada, vězení) (Dědiček, 2010).

Přínosem rozlehlých počítačových sítí je sdílení informací bez ohledu na geografickou vzdálenost, informace jsou během vteřin k dispozici prakticky kterémukoliv účastníkovi sítě (Veřtát et al., 1993).

1.5.3 Další ICT, na nichž se uživatel potenciálně může stát závislým

1.5.3.1 Mobilní telefon (zkráceně mobil)

Jde o přístroj, který funguje jako běžný telefon, ale jeho použití je možné ve velkém prostoru (sídla, krajina) bez napojení na drátovou telefonní linku. Telefon je vybaven řídicím mikroprocesorem a dalšími obvody zabezpečujícími udržení komunikace i v nepříznivých podmínkách. Pracuje ve spojení s tzv. SIM kartou (Subscriber Identity Module), což je modul otevírající přístup k uživatelským funkcím telefonu na základě jednoznačné identifikace účastníka. Operátoři poskytují služby hrazené buď formou předplaceného kreditu na SIM kartě, nebo uživatel platí paušální poplatky a vyúčtování. Mobilní telefon potřebuje ke spojení mobilní síť. Ta je konstruována jako systém buněk (vysokofrekvenčních vysílačů a přijímačů), které si telefon účastníka „předávají“ při jeho pohybu v terénu tak, aby bylo zaručeno co nejlepší spojení. Z mobilního přístroje je možné volání do vlastní i cizích mobilních sítí, rovněž do sítí pevných telefonních linek. Zavádění mobilních telefonů započalo v 70. letech 20. stol., první sítě byly analogové, dnes jsou nahrazeny digitálními. Velký rozmach mobilních technologií vytlačil telefonování přes pevné linky. Kromě běžných hlasových služeb nabízí mobilní telefon posílání krátkých textových (SMS) či multimediálních (MMS) zpráv, přístup k internetu, správu kontaktů, tzv. time-managing (nástroje k organizaci času: diář, budík, textový, audio- či videozázpisník), řadu pomůcek a nástrojů (stopky, kalkulačka). Uživatel může rovněž hrát hry, spouštět různé aplikace, přehrávat a nahrávat multimédia, sledovat rozhlasové a televizní vysílání. Vybavení přístrojů se značně liší, původní mobilní telefon

se proměnil v multifunkční komunikátor s dotykovou obrazovkou, relativně velkou a rozšiřitelnou pamětí a v některých ohledech konkuruje přenosným počítačům, zejména v případě telefonů vybavených vlastním operačním systémem. Řada telefonů dnes obsahuje přijímač GPS informací, takže je možné přesně určit polohu uživatele, sledovat jeho pohyb, čehož lze využít při osobní navigaci, v bezpečnostních aplikacích, ve službách záchraného systému, apod. Téměř každý mladý člověk a každý druhý senior v ČR vlastní alespoň jeden mobilní přístroj. Mobilní telefon Češi obměňují nejčastěji za 2 roky, tři čtvrtiny uživatelů si nepamatují ani 5 uložených čísel, polovina z nich má v přístroji více než 150 kontaktů, třetina telefon někdy ztratila. Průměrně zaplatí Češi za služby mobilních operátorů 800 Kč měsíčně (Pužmanová, 2006).

1.5.3.2 Televizor

Televizor je elektronický přístroj pro příjem televizního vysílání nebo vysílání průmyslové televize. Dřívější typy televizorů byly vybavené skleněnou obrazovkou na principu katodové trubice (Cathode Ray Tube, CRT), byly těžké a rozměrné, dokázaly přijímat jen analogový signál. Průnik moderních technologií umožnil vyšší komfort diváka, obrazovka CRT byla nahrazena obrazovkou plasmovou nebo na bázi tekutých krystalů. Televizní přijímače dneška vynikají vysokým rozlišením a stálostí obrazu, dovolují přijímat analogový i digitální signál, divák je může pověsit na zeď nebo použít jako součást domácího kina. Řada z nich je připojena k počítači, k internetu nebo domácí síti, slouží jako multimediální centra zábavy. Vyvíjí se interaktivní televizní vysílání. Má-li divák potřebu sledovat rozměrný obraz, může televizor nahradit dataprojektorem. K televizoru je možné připojit zařízení pro záznam obrazu a zvuku, např. videomagnetofon, BlueRay/DVD rekordér, videokameru, digitální fotoaparát, aj. V určitém směru může televizor nahradit přídatná karta do počítače pro příjem televizního signálu nebo internetové vysílání, obraz a zvuk pak obvykle zprostředkovávají monitor a reprosoustava počítače (Řezníková, 2008; Sak a Saková [on-line], 2010).

1.5.3.3 Multimediální přehrávač

Typicky jde o tzv. „empétrojeku“, tedy přehrávač ztrátově komprimovaných zvukových souborů ve formátu mp3 (velikost hudebních stop z CD nosiče je ve formátu mp3 přibližně desetinová). Úložištěm dat bývá flash paměť, miniaturní pevný disk nebo externí paměťová karta. Komfortnější přehrávače (např. mp4) si dokáží poradit i s fotografiemi a videem, příp. rozhlasovými a televizními proudy. Přístroje jsou lehké, snadno přenosné, vybavené řadou funkcí, mezi mládeží značně oblíbené, lze je využívat při sportu i zábavě. Často jsou multimediální přehrávače součástí mobilního telefonu nebo „křížence“ mobilního telefonu a přenosného počítače (Řezníková, 2008; Sak a Saková [on-line], 2010).

1.5.3.4 Video

Video je označení pro technologii, která se zabývá zachycováním, zaznamenáváním, přehráváním, přenosem a obnovou pohyblivých obrázků, využívá elektrických signálů a různých nosičů dat, je spojena zejména s televizní produkcí. Pojem „video“ společně označuje digitální a analogové způsoby ukládání obrazových záznamů. Video může být nahráváno a přenášeno v různých formách, např. jako záznam na BlueRay,

CD či DVD médiích, videokazetách, jako soubory na pevném disku nebo jako přímé vysílání (do éteru, přes internet) (Řezníková, 2008; Sak a Saková [on-line], 2010).

1.5.3.5 DVD přehrávač (*Digital Video Disc, též Digital Versatile Disc*)

Po vynálezu optického bezkontaktního snímání a záznamu informací se masově začala vyrábět CD média vhodná mj. pro uložení hudby a mluveného slova. Trh si však stále důrazněji žádal médium o vyšší kapacitě vhodné pro uchování filmových snímků. Ty bylo možné uložit i na CD, ale za cenu ztráty řady informací, a tím podstatného zhoršení kvality. DVD-Video je speciálně uspořádaný a kódovaný DVD disk se zaznamenaným filmem. Pro jeho přehrávání je potřebný DVD přehrávač a televizor nebo osobní počítač s DVD mechanikou, příslušným softwarovým dekodérem, a monitor. DVD-Video většinou obsahuje menu, jednotlivé kapitoly filmu, soubory hlavního filmu, několik zvukových stop v různých jazycích a kvalitě (dvoukanálový a vícekanálový-prostorový zvuk), soubory s titulky ve více jazycích. Je možné přidat i bonusy, titulky a popisy zvuků pro osoby se sluchovým postižením, jiné úhly pohledu filmové kamery, galerie fotografií, zvuků a mnoho dalšího. DVD záznam je možné různými způsoby chránit před pořízováním pirátských kopií. Divák si přehrávaný film může vychutnat na kvalitní sestavě domácího kina, existují i formáty DVD s vysokým rozlišením, jemuž dnes vyhovují moderní televizory, a nový formát BR (BlueRay), poskytující velmi věrné obrazové a zvukové zážitky. Zvuk je u DVD a BR filmů zaznamenan vícekanálově, takže divák získává prostorovou představu o rozložení scény, obraz však donedávna poskytoval pouze dvojrozměrnou (2D) informaci. V poslední době je možné se setkat s komerčně vyráběnými produkty pro domácí použití, ať již jde o videokamery, nebo o fotoaparáty či televizory, pracující se třemi dimenzemi (3D) (Řezníková, 2008; Sak a Saková [on-line], 2010).

1.5.4 Rizika související s moderními informačními a komunikačními technologiemi (ICT)

Převratný rozvoj ICT ovlivňuje množství stránek lidského života: z jedné strany racionalizuje a usnadňuje nepřehlednou řadu činností, ze strany druhé poskytuje prostor pro páčání trestných činů. Dnešní děti a mládež tráví u počítače stále více času, fenoménem internetu bývají doslova pohlceny. Surfování (brouzdání) po internetu se v celosvětovém měřítku věnují děti již od 2 let věku. Odhaduje se, že v současnosti je v ČR k internetu připojeno více než 90 % domácností, nejvíce bezdrátově, následuje telefonní linka a kabelová televize, řídce jiné způsoby, např. pomocí elektrovodné sítě nebo mobilu. Více jak čtvrtina české dětské internetové populace je mladší 18 let. Téměř všechny děti mají v současné době přístup k internetu, část jejich života se tak odehrává ve virtuálním prostředí, a ony tento fakt považují za přirozený a běžný (Procházka, 2010).

Při práci s počítačem a při pohybu na internetu se uživatel může setkat s řadou rizik. K nejvýznamnějším z nich patří:

- neopatrné a bezmyšlenkovité sdělování citlivých informací, kdy hrozí jejich zneužití, při propojení stop zanechaných v kyberprostoru lze i bez speciálních znalostí pomocí vyhledávačů sestavit profil konkrétního uživatele (Dočekal [on-line], 2010);

- komerční využití a zneužití dat především dětí a mladých lidí získaných ze sociálních sítí, sestavení komplexního profilu osobnosti i její rodiny, tipování budoucích obětí trestné činnosti (Procházka [on-line], 2010);
- publikace a zneužití nevhodného obsahu na sociálních sítích, celosvětovou doménou je Facebook, který během několika let získal v prostředí českého internetu více jak dva milióny uživatelů (Dědiček, 2010);
- flaming, tedy útočné, urážlivé, nepřátelské jednání vedené prostřednictvím internetu, kdy lze využít e-mailu, diskusních fór i chatu, vést plamennou diskusi bez logické argumentace s cílem urážet, zesměšňovat, útočit, dochází k porušování základních pravidel komunikace na internetu, tzv. netikety (Wikipedia [on-line], 2010b);
- hacking: průnik do informačních systémů s cílem jejich prozkoumání a poznání funkce, obvykle beze změn jejich činnosti a dalších škod (Jirovský, 2007);
- cracking: průnik do informačních systémů s cílem získání dat, změny jejich obsahu, funkce, obohacení se, páchání další trestné činnosti, speciálním případem jsou tzv. script-kiddies, dospívající s minimálními technickými znalostmi, kteří se zviditelňují prostřednictvím poškozování ICT. Je třeba také připomenout porušování autorských práv a práv k duševnímu vlastnictví, jichž se uživatelé dopouštějí nelegální nabídkou počítačových programů a multimediálních souborů, odstraňováním či obcházením ochranných prvků v nich (Rychnovský, 2005);
- phishing (slangově „rhybaření“): forma podvodu na internetu, která spočívá v získání a zneužití důvěry nezkušeného, naivního uživatele, jde o vylákání a neoprávněné užití osobních dat, např. přihlašovacích jmen, hesel, čísel účtů, PIN kódů, apod (Wikipedia [on-line], 2010c);
- cybergrooming: záměrné a manipulativní jednání s dětmi a mladistvými prostřednictvím internetu, nejčastěji chatu, e-mailu, seznamek a ICQ, které má v oběti vyvolat falešnou důvěru. Manipulátor (groomer) budí zdání, že dítěti naslouchá a rozumí, zároveň o něm sbírá co nejvíce informací, které pak užívá k vydírání, ubližování, při osobním setkání může dítě zneužít k pedofilním nebo teroristickým aktivitám (Wikipedia [on-line], 2010a);
- kybersex: hanlivá, vulgární internetová komunikace (slovo, text, fotografie, video) sexuálního charakteru, má různý rozsah a formy – např. flirtování, pornografické materiály, intimní návrhy, spycams, což je voyerismus nebo exhibicionismus přes webkameru (Procházka [on-line], 2010);
- pedofilie, dětská pornografie, prostituce, komerční sexuální zneužívání dětí, obchod s lidmi: jejich propagace i obstarání jsou v prostředí internetu mnohem snazší (Weiss, 2002). Dětská pornografie představuje nejziskovější odvětví filmového průmyslu (Milfiát, 2008; Vaníčková, 2009). V řadě zemí není šíření pornografie ani trestným činem, ale díky nadnárodní povaze internetu jsou stánky s nelegálním obsahem viditelné i v zemích, kde šíření pornografie trestnou činností je (Matějka, 2002). Děti nejsou jen v pozici obětí, ale i vědomých či nevědomých dodavatelů citlivých materiálů a sexuálních služeb (Milfiát, 2008; Viktora a Vokáč, 2010);
- SMS spoofing: všichni mobilní operátoři poskytují služby propojené s internetem, mj. lze posílat SMS zprávy, e-mail, prohlížet WWW stránky. Osoba, kterou

většinou nenapadne ověřovat odesilatele přijaté SMS zprávy (může být anonymní a podvržená), se tak může dostat do nebezpečné situace (Klíma, 2005);

- malware: souhrnné označení pro šíření škodlivých kódů (např. viry, červi, trojské koně), které mohou proniknout do počítačových systémů a poškodit je, distribuovat nevyžádanou reklamu, vykrádat nebo zpřístupnit citlivá data (Hlavenka a Samšuk, 1996; Kocman a Lohniský, 2005; Kuneš, 2006);
- spamming: nevyžádaná sdělení většinou reklamního charakteru, která jsou masově rozesílána především e-mailem, ale zaplevelují i diskusní fóra a sociální sítě, otevření spamu ohrožuje uživatele např. zavirováním počítače, přesunem na závadové stránky (Matějka, 2002);
- hoax (výmysl, podvod, mystifikace, novinářská kachna): jde o řetězové e-maily, které mají většinou charakter poplašných zpráv, obsahují např. varování před neexistujícími hrozbami, vyzývají příjemce k dalšímu masovému rozesílání (Matějka, 2002);
- cyberbullying (kyberšikana): jde o násilné a ponižující aktivity jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout, není schopen se účinně bránit (Vágnerová, 2004), v tomto případě se většinou jedná o nahrávání a publikaci videozáznamů nebo fotografií dětí a učitelů v diskreditujících situacích, je použito počítače, internetu (chat, blog, instant messaging, e-mail, portály s videem, napadené systémy virtuálního vzdělávacího prostředí) či mobilního telefonu (Doubava, 2010);
- cyberstalking: pronásledování, slídění s následným útočným chováním prostřednictvím internetu a mobilních telefonů, vedoucí k poškození oběti a demonstraci moci a síly útočníka (Fischer a Škoda, 2009);
- kyberterorismus, propagace násilí a agresivity: násilí se postupně stává součástí běžné zkušenosti, dokonce i tehdy, jde-li o násilí symbolické, prezentované v médiích, začíná být považováno společností za normální jev (Vágnerová, 1997). Podle Jirovského (2006) je kyberterorismus spojení kyberprostoru s terorismem, jde o aktuální globální hrozby, nezákonné aktivity namířené proti počítačům, počítačovým sítím a v nich uloženým informacím s cílem zastrážit nebo donutit k podpoře sociálních či politických cílů.
- propagace náboženských sekt a extrémistických hnutí: velmi ohroženou a vysoce ovlivnitelnou skupinou jsou především děti a mladí lidé, vysoká anonymita internetového prostředí umožňuje prezentaci aktivit těchto skupin, nábor nových členů, mobilizaci jejich sponzorů (Šmahel, 2003);
- šíření ideologie čistě konzumního způsobu života, preference financí, úspěchu, egoismu a moci na úkor klasického hodnotového žebříčku (zdraví, rodina, vztahy, záliby) (Říčan, 2007);
- závislost na virtuálních drogách (netolismus či netomanie) a ICT, např. mobilu, chatu, sociálních sítích, internetu, počítači: u dětí a dospívajících vzniká závislost rychleji než u dospělých, zasahuje všechny atributy zdraví (Strach in Řehulka, 2008), u závislosti dominuje psychická složka (Pokorný et al., 2002), jejímu vzniku napomáhá nejistá osobnost s nízkým sebevědomím, sebehodnocením a ztrátou reálných sociálních vazeb, může se objevit i tolerance (Nešpor, 2000; Vágnerová, 2004).

Každý má právo internet využívat k dobrým věcem, jinou věcí je, že jej někteří jedinci zneužívají ve svůj prospěch a potěchu. Základní informovanost o prevenci a bezpečnosti by mělo dítě dostat především v rodině (Fischer a Škoda, 2009).

Rodina dítěte je klíčovým faktorem pro predikci rizikového chování, jako prevence rizikového vývoje se zdůrazňuje otevřená komunikace, význam pozitivních emočních vztahů v rodině, existence a kvalita vztahů mezi rodiči a školou (Macek, 1999).

Elliottová (2000) a Bednář (2006) uvádějí několik základních pravidel dodržení počítačové bezpečnosti:

- nestahovat žádné ilegální programy;
- používat legální a aktualizovaný operační systém, oficiální webové prohlížeče;
- neotevírat e-maily a přílohy, které nebyly vyžádány, pocházejí z neznámých adres;
- řádně prostudovat výstrahy a další zprávy, které souvisejí s činností počítače;
- nenavštěvovat problematické stránky, zejména s nabídkou pornografie, nelegálních programů a médií, jsou nejčastějšími nositeli virů;
- pro různé služby používat různá hesla, která budou delší (kombinace písmen, číslic, speciálních znaků);
- po skončení práce s webovými aplikacemi se řádně odhlásit a uzavřít všechna okna prohlížeče, zabránit se tak možnému vykrádání informací;
- do registračních formulářů zadávat minimum osobních informací;
- nikomu, jehož identitou si nejsme jisti, nesdělovat žádné osobní informace.

1.5.5 Rizikové populační segmenty ohrožené závislostí na virtuálních drogách

Nešpor (1996) připomíná, že se „rizikové hráčství“ v populaci české dospívající mládeže vyskytuje přibližně u desetiny chlapců ve věku 15–19 let a u 1 % dívek v téže věkové skupině. Drtivá většina studií je zaměřena na problematiku substančních drog, virtuálním drogám je prozatím věnována menší pozornost. Problémy se závislostí na virtuálních drogách se netýkají pouze dětí a mládeže, mohou postihnout osoby prakticky v jakémkoli věku, tedy i v produktivním či důchodovém. Chybějí systematické analýzy patologického hraní a obdobných typů závislostí na celonárodní úrovni, k dispozici jsou jen menší a specifické výzkumy, které však varují před nárůstem výskytu fenoménu závislosti na virtuálních drogách, zejména u dětí a dospívajících.

Z výsledků zámořských výzkumů realizovaných v USA, zemi s multikulturním prostředím a vysokou rasovou variabilitou, vyplývá, že fenomén patologického hraní je nejvíce rozšířen mezi rasovými a etnickými menšinami a mezi ekonomicky slabšími vrstvami. Doklady o podobné situaci nalézáme i v evropském prostoru (Grusser et al., 2005; Bushman a Huesmann, 2006; Carnegey et al. [on-line], 2006).

Z dosavadních sond a kvalifikovaných odhadů lze odvodit, že se s obdobným stavem setkáváme i v ČR. Osoby silně ohrožené závislostí (včetně patologického hraní) v naprosté většině patří mezi sociálně slabší vrstvy, mají v anamnéze specifický typ trestné činnosti (násilná trestná činnost, výroba a dealerství drog, kuplířství, krádeže) (Nešpor [on-line], 2009).

U dětí do 15 let věku je hra z psychologického pohledu významným socializačním činitelem a důležitou potřebou, která rozvíjí a posiluje kognitivní procesy a osobní

vlastnosti člověka. Dítě se pomocí herních aktivit učí novému a nabyté zkušenosti mu pomáhají v reálném životě. Příslušníci této věkové kategorie jsou více ohroženi závislostí, jež má tendenci rychleji se rozvíjet. Uspokojování hráčské vášně mnohdy vede k trestné činnosti nezletilých, drasticky zasahuje do plnění školních povinností a trávení volného času. Prvky násilí běžné v určitých kategoriích televizních programů a počítačových her svědčí k názoru, že násilí bere společnost jako běžnou normu, což se může negativně odrazit v psychickém vývoji dětí a mládeže i v jejich chování. Z výsledků studie Mládež a zdraví realizované v r. 2006 je patrné, že existuje významná závislost mezi častým hraním počítačových her a častějším konzumací alkoholických nápojů (piva, destilátů, míchaných nápojů), častějším kouřením tabáku a marihuany. Byla také zaznamenána souvislost s častějšími rvačkami, projevy šikany a sníženou známkou z chování, což znamená, že děti, které se nadměrně věnují hraní počítačových her, dokáží hůře kontrolovat své projevy (Nešpor a Csémy, 2007).

Nové ICT přináší dříve netušené možnosti, ale i hrozby, jimž je nutné čelit. V ČR vznikl projekt Bezpečný internet, primárně určený žákům základních škol. Jeho součástí je i Desatero pro školáky (Nadace Naše dítě [on-line], 2009):

1. Nezapomeň: opatrný internetový surfař je inteligentní surfař.
2. Nedávej nikomu adresu ani telefon! Nevíš, kdo se skrývá za obrazovkou.
3. Neposílej nikomu po internetu svoji fotografii, nesděluj svůj věk.
4. Udržuj heslo své internetové schránky v tajnosti, nesděluj ho ani kamarádovi.
5. Nikdy neodpovídej na neslušné, hrubé nebo vulgární e-maily.
6. Nedomlouvej si schůzku po internetu, aniž bys o tom řekl alespoň jednomu z rodičů.
7. Pokud Tě nějaký obrázek nebo e-mail šokuje, okamžitě opusť webovou stránku.
8. Svěř se dospělému, pokud Tě internet vyděsí nebo přivede do rozpaků.
9. Nedej šanci virům. Neotevírej přílohu zprávy, která přišla z neznámé adresy.
10. Nevěř každé informaci, kterou na internetu získáš.

Evropský projekt pro bezpečný kyberprostor nese označení SAFT. Zkratka pochází ze slov **S**afety (bezpečnost), **A**wareness (uvědomění), **F**acts (skutečnosti), **T**ools (nástroje). Jde o projekt, který je cílen na bezpečné užívání internetu dětmi a mladými lidmi, hodlá je naučit redukcí potenciálně rizikového chování na internetu. Počítá se zapojením rodičů, pedagogů a internetového průmyslu. SAFT uvádí některé poznatky o chování dětí na webu (Saftonline [on-line], 2009):

- děti jsou si vědomy, že o internetu vědí víc než jejich rodiče;
- většina dětí ví, že nemá poskytovat osobní údaje, ale přesto je ochotna uvádět víc informací, než by povolili rodiče;
- 14 % dětí se osobně setkalo s někým, koho poznaly prostřednictvím internetu, ale jen 4 % rodičů připouští, že k tomu mohlo dojít;
- 44 % dětí, které surfují internetem, navštívilo pornografické stránky;
- 30 % dětí vidělo webové stránky obsahující násilí, zatímco tuto možnost připouští jen 15 % rodičů;
- děti i rodiče se shodují na skutečnosti, že internet je užitečným zdrojem informací a zábavy.

Nešpor (2000), Nešpor a Csémy (2007) připomínají, že předcházení závislosti na ICT se do značné míry kryje s prevencí škod působených substančními drogami a patologickým hraním. Kromě otevřenosti, laskavosti a zájmu je třeba prosazovat jasná pravidla, rodičovský dohled a pevnost. Důležitá je i nabídka lepších alternativ. Doporučuje se (Nešpor a Csémy, 2007):

- Vhodně motivovat dítě ke zdravému životnímu stylu.
- Dbát, aby dítě mělo dostatek kvalitního spánku, vhodný a pravidelný stravovací a pitný režim.
- Pomáhat rozvíjet dobré zájmy dítěte.
- Zabezpečit dostatek přiměřeného pohybu.
- Posilovat sebeovládání, např. pomocí vhodné relaxační techniky.
- Mírnit stresové momenty a posilovat vztahy společnými příjemnými zážitky v rodině.
- Uplatňovat tzv. tough love, tedy „tvrdou lásku“: dávat najevo zájem a pochopení, ale umět upozornit na problémy a trvat na změně.
- Pomáhat dítěti při hledání vhodné společnosti.
- S dítětem v nesnázích včas vyhledat odbornou pomoc.

U studentů na středních školách byla zaznamenána souvislost problémového hraní s konzumací alkoholu, tabáku a některých nelegálních drog, zejm. konopných (Bushman a Huesmann, 2006; Carnegey et al. [on-line], 2006). Podobně také Leung (2004) upozorňuje, že mladí lidé, kteří mají problémy s hraním, často pijí alkohol, kouří, užívají další návykové látky, nefunguje u nich rodinné zázemí, někdo z jejich rodiny též hraje nebo sází, nejsou úspěšní ve škole.

Kromě surfování je velmi častou činností dětí a mladistvých na internetu chatování a psaní e-mailů. Internetová komunikace (v případech tzv. instant messagingu – „kecálek“ typu ICQ či telefonie po síti v reálném čase) dovoluje oslovení velkého okruhu vrstevníků, rychlé navazování kontaktů, nese však s sebou i závažná a dosti podceňovaná rizika, s nimiž by měli být seznámeni zvláště mladí uživatelé internetu (Young, 1998; Nešpor, 2000):

- nadávky a urážky (mnozí uživatelé díky pocitu anonymity na internetu ztrácejí zábrany, původně nevinné vtipkování může snadno přerůst do hrubých urážek vč. rasových a sexistických, objevuje se kyberšikana);
- prezentace nevhodného obsahu (na něj může uživatel narazit při prohlížení webových stránek, ale i při chatování, zejm. se jedná o stránky propagující neetické či zakázané ideologické směry, vulgarismy, pornografii);
- virtuální sexuální obtěžování (zejm. děti a mladiství mohou být ohroženi osobami s pedofilními rysy, polovina již pokus o sexuální obtěžování zažila), vyžadování sexuálně laděných fotografií nebo komunikace (sex po telefonu, kybernetický sex, virtuální schůzky na internetu s využitím webové kamery), kromě veřejného chatu může tato forma obtěžování probíhat též prostřednictvím soukromého chatu, e-mailu, mobilního telefonu, kam je pachatelem často převedena po „odlovení“ vhodné oběti na otevřeném fóru, přibližně třetina dospívajících se setkala s žádostí o poskytnutí důvěrných údajů;

- přímé sexuální zneužití (děti a mladiství touží kromě virtuálního setkání i po osobní schůzce, což může být velmi nebezpečné, poněvadž pachatel dokáže svoji skutečnou identitu skrývat a na schůzce může zaútočit).

V případě nezaměstnaných osob je ztráta práce častěji důsledkem hazardní hry, může být ale i příčinou. Nezaměstnaní hrou vyplňují čas a snaží se získat finance na své potřeby. Časté a opakované hráčské epizody zatlačují do pozadí sociální, rodinné, pracovní a materiální hodnoty. Propadnutí hře a závislost na ní vedou k zadlužování, lichvě, lhaní, trestné činnosti. Závislost na hře nebo obdobném typu návykového chování nutí osobu, aby v nich pokračovala i přes škody ve zdravotní a sociální oblasti (Kachlík a Šmajsová-Buchtová, in Sborník z mezinárodní konference Firma a konkurenční prostředí-Sekce 8, 2002; Nešpor [on-line], 2009).

Ocitne-li se člověk v partnerské nebo životní krizi (např. rozpad rodiny, problémy zdravotní, ve škole, v zaměstnání, ve vztazích s rodiči, partnerem, vrstevníky, zajištění bydlení, těhotenství, zneužívání), pak jsou virtuální drogy obdobně nebezpečné jako drogy hmotné povahy. Mylný názor, že hra a podobné chování pomůže k úlevě, dostává postiženého do bludného kruhu, kdy se jeho potíže stupňují a již před nimi není úniku, situace vyžaduje včasnou a odbornou pomoc. Velkou chybou je posilování konfliktu, stažení se do sebe, vyhýbání se okolí, nedostatek komunikace. Důležité je klidné rozebrání tíživé situace, pozitivních i negativních momentů dne, umění sebeovládání, zdravého sebeprosazení, nalezení kompromisu, tolerance. Ve vztazích hraje také silnou úlohu schopnost odpouštět, empatie, rozvaha, odpovědnost. Pro zachování vztahu je třeba přiznat svůj podíl na problémech rodiny a nabídnout řešení, které dává perspektivu. Prvním krokem je převzetí odpovědnosti, druhým pak změna chování (Nešpor, 1996; Nešpor, 2000).

Pokud se člověk rozhodne a začne řešit závislost na hře a jiných způsobech návykového chování, může získat (Nešpor, 1996):

- domácí pohodu, vnitřní pohodu, sebedůvěru, lepší pocit ze sebe sama, schopnost vážit si sebe sama, pocit prospěšnosti;
- odstranění lhaní, normální život, uspokojení z práce;
- vybudování zázemí, pozitivní příklad pro děti,
- větší míru nezávislosti, možnost kupovat dárky, udržet finanční prostředky;
- možnost realizovat své koníčky, kulturní aktivity, setkání s rodinou a přáteli;
- zlepšení životního stylu a svého zdraví;
- větší chuť na sex, možnost navazovat kvalitní a nové vztahy.

V běžné populaci se herním aktivitám věnují častěji muži, a to prakticky s dvojnásobnou intenzitou. Nelze však jednoduše říci, že by se problematika virtuálních drog ženám zcela vyhýbala. Společenské trendy prosazující jejich emancipaci a rovnost mužům za všech okolností způsobily, že se zvýšilo množství příležitostí k setkání s návykovým chováním a nebezpečí závislosti na virtuálních drogách. V budoucnu může rozdíl ve výskytu herních a podobných aktivit mezi muži a ženami zcela vymizet, navíc jsou důsledky závislosti ženy na rodinu zhoubnější, než tomu bývá v případě závislého otce-gamblera. Kromě pohlaví lze pozorovat spojitost osob potenciálně ohrožených závislostí s jejich věkem. Neprokázalo se, že se mezi seniory vyskytuje více osob, které mají problémy s hrou a obdobnými typy návykového chování, a to přesto, že disponují množstvím volného času a jsou vůči těmto vlivům citlivější. Vysvětlení zřejmě souvisí

s vyšší konzervativností a fixovanými stereotypy životního stylu, jež starší lidé nejsou příliš ochotni měnit (Lo et al., 2005; Carnegey et al. [on-line], 2006).

Nešpor ([on-line], 2009) zmiňuje, že i když výběr hráčských aktivit záleží na jejich dostupnosti, ženy upřednostňují „nestrategické“ hry (bingo, hrací automaty), naopak muži hry „strategické“, jež bývají více orientované na akci. Inklinaci k návykovému chování může podněcovat i typ profese, stres v zaměstnání, režim a charakter mezilidských vztahů na pracovišti, manipulace s vyššími objemy snadno dostupných hotových peněz, směnný provoz, pocity odcizení a ohrožení, výskyt drog (vč. alkoholu a tabáku) v pracovním prostředí.

1.5.6 Poruchy duševního a tělesného zdraví vyvolané působením virtuálních drog

Na rozdíl od závislosti na substancích má závislost na virtuálních drogách psychický, ev. psycho-sociální ráz. Doprovázejí ji obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy nálad, celková devastace jedince spojená s nízkým sebehodnocením, závislostí na substančních drogách, problémy ve vztazích, finančními těžkostmi, úvahami o sebevraždě či pokusy o ni. Závislostní hraní působí jak na psychický, tak i na somatický stav postiženého člověka, přidávají se psychosomatické obtíže, rodinné a partnerské konflikty, selhávání ve škole a v zaměstnání, syndrom vyhoření (Nešpor a Csémy, 2007; Strach in Řehulka et al., 2008; Řehulka in Řehulka, 2010).

U závislosti na virtuálních drogách jsou v případě jejich nedostatku či nedostupnosti popsány obdobné příznaky, jako „pravý“ abstinenční syndrom u substančních drog. Zejména se jedná o výkyvy nálad, snadnou vznětlivost, nevolnost, křeče hladkého svalstva trávicí trubice, bolesti hlavy, stavy úzkosti, deprese, halucinace a pocení. Podle neurobiochemických studií se v mozku gamblera a člověka závislého na substančních drogách odehrávají podobné pochody. Cílem je podráždění center slasti a uvolnění nervových přenašečů, především dopaminu, vyvolávajících příjemné pocity, uvolnění. U osoby s rozvinutou závislostí lze jen velmi obtížně či prakticky vůbec ne vyvolat radost a spokojenost přirozenými podněty kromě drogy substanční či virtuální povahy (Fišerová in Kalina et al., 2003; Hynie, 1995; Vacek [on-line], 2009).

Nešpor a Csémy (2007) dodávají, že je možné zaznamenat častý souběh patologického hráčství a závislosti na droze substanční povahy (alkoholu, nikotinu, marihuaně, pervitinu), ev. jejich škodlivé užívání. Poruchy se vzájemně potencují, musejí se řešit společně. I malé dávky drog, které nemusejí vést ke zjevné intoxikaci, dokáží ovlivnit sebeovládání a puzení ke hře.

Na základě vymezení závislosti a patologického hráčství dle ICD-10 a DSM-IV byla Grusserem et al. (2005) vytvořena nová diagnostická kategorie označená jako „*excesivní hraní počítačových her a videoher*“. Leung (2004) zdůrazňuje rozdíl mezi osobami manipulujícími s ICT: na ICT závislí jedinci jich využívají k navození libosti či útěku před nepříjemnými duševními stavy, jedinci bez závislosti na virtuálních drogách ICT používají k racionální práci s informacemi.

U osob závislých na virtuálních drogách se často setkáváme s těmito jevy (Nešpor a Csémy, 2007; Strach in Řehulka et al., 2008):

- problémy s pozorností,
- problémy schopnosti vcítění se (empatie),

- problémy schopnosti rozpoznat riziko,
- záškoláctví,
- šikana (kyberšikana),
- krádeže,
- půjčky a dluhy.

Podle Vágnerové (2004) hovoříme o pozornosti jako o schopnosti zaměřit psychickou aktivitu na určitou činnost, předměty nebo děj. Jde o psychickou funkci podmíněnou bdělostí a jasným vědomím, která má za úkol vybírat ze spektra podnětů obklopujících organismus ty pro něj důležité. K parametrům pozornosti řadíme vytrvalost, soustředění, rozsah, selektivitu, stabilitu. Poruchy pozornosti mohou mít kvantitativní a kvalitativní charakter.

V souvislosti s virtuálními drogami se můžeme setkat s formou nadměrné pozornosti, kdy je osoba přecitlivělá na veškeré podněty, nedokáže selektivně utlumit málo podstatné a soustředit se na pro ni důležité. Důsledkem je celková nesoustředěnost a roztržitost. V opačném případě osoba cíleně nedokáže zaměřit a udržet pozornost, soustředit se, je zvýšeně unavitelná, nevykonná. Z pozorování vyplynulo, že zatímco děti s poruchami pozornosti spojenými s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) jsou ve vyučování roztěkané a neklidné, při hře u automatu dokáží trávit mnoho hodin (Vacek [on-line], 2009).

Psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze praktikuje metodu léčby pomocí tzv. virtuální reality. Tato forma terapie byla zprvu určena válečným veteránům a lidem trpícím posttraumatickým syndromem či fobií, kterým byla předváděna simulace reality a postupně navozováno trauma, jež způsobilo onemocnění. Léčba se podobá hře, která věrně napodobuje skutečné prostředí, působí simultánně na smysly včetně čichu a hmatu, pacienta zapojuje do děje, má za cíl postupně „odbourat“ jeho problém. Léčbu pomocí virtuální reality je možno úspěšně aplikovat i u dětí s ADHD, kdy zlepšuje jejich chování (Švrčková [on-line], 2009).

Opakované hraní her s prvky násilí spojené s pozitivním emočním nábojem, hudbou, humorem, odměna za násilné chování, rostoucí intenzita násilných podnětů představují zásah do lidské schopnosti vcítění se (empatie). Důsledkem může být podceňování závažnosti poranění či ohrožení života v reálných situacích, menší pozornost věnovaná násilí až vyhasnutí strachu z něj, nižší nebo téměř žádný soucit s oběťmi, nižší ochota jim pomoci, společenská necitlivost k násilí, přesvědčení, že jde o běžný jev, který není třeba explicitně odsuzovat. Hrozí vyšší pravděpodobnost zahájení agresivního chování, jeho závažnější formy a delší trvání (Nešpor a Csémy, 2007).

Strach (in Řehulka et al., 2008) a Nešpor ([on-line], 2009) připojují poznámku o on-line gamingu. Jedná se o herní síť, do níž se hráči zapojují prostřednictvím internetu. Hry jsou často bojového zaměření, s výraznými prvky agresivity a násilí, velmi věrně provedené. Účastníci hry mnohdy ztrácejí schopnost rozlišovat mezi reálným světem a virtuální realitou kyberprostoru, jsou hrou zcela pohlceni, jsou výrazně ovlivněni jejich životy. Lo et al. (2005) dodávají, že u dospívajících, kteří se věnují on-line hrám, dochází ke zhoršení kvality interpersonálních vztahů a k úzkosti v sociálních vztazích, a to úměrně času, který takto trávili.

Carnagey et al. (2007) upozorňují, že více než 85 % videoher obsahuje nějakou formu násilí, přibližně polovina z nich pak závažnou formu násilného chování (brutální násilí). Lemmens et al. (2006) zjistili, že násilné videohry preferují spíše hoši s menší mírou empatie, sklonem k násilí a s nižší inteligencí. Videohry s prvky násilí působí negativně na schopnost empatie.

Bushman a Huesmann (2006) zkoumali vztah výskytu prvků násilí a agresivního chování ve veřejných sdělovacích prostředcích a počítačových hrách. Ukázalo se, že prezentace násilí v těchto způsobech komunikace s konzumenty/uživateli krátkodobě zvyšuje agresivitu u dospělých více než u dětí, z hlediska dlouhodobého efektu naopak roste agresivita u dětí více než u dospělých. Za velmi nebezpečné jsou považovány takové formy násilí, jež může dospívající v reálném životě snadno napodobit. K dalším zajímavým poznatkům patří, že násilně se chovající kladní hrdinové jsou z hlediska nápodoby násilí nebezpečnější, než násilně se projevující záporné postavy. Nešpor a Csémy (2007) uvádějí, že po hraní závodivé hry měly osoby tendenci více riskovat, než když hrály neutrální hry.

Vyrůstá-li dítě v harmonické rodině a mezi vrstevníky, kde se běžně nesetkává s projevy fyzického násilí, je pravděpodobné, že hry ovlivní jeho chování ve smyslu agresivních projevů podstatně méně než v opačném případě. Důležitou úlohu rovněž hraje inteligence, věk a morální hodnoty dítěte (Nešpor a Csémy, 2007).

Moderní ICT rozšiřují obzory, nabízejí dříve netušené možnosti, ulehčují člověku život. Přinášejí ale s sebou také četná rizika, jež byla podrobně uvedena výše. Zejména děti a dospívající mnohdy nemyslí na svoji bezpečnost, což dokládají průzkumy realizované v prostředí českého internetu (projekt Bezpečnější internet) a mapující opatrnost jeho uživatelů. Vyplynulo z nich, že polovina dětí ve věku 12–17 let, které se na síti potkaly s neznámým komunikačním partnerem, byla ochotna prozradit o sobě důvěrné údaje. Nejčastěji šlo o e-mailovou adresu, poskytnutí fotografie a telefonního čísla (Saferinternet [on-line], 2009, E-bezpečí [on-line], 2009).

Se závislostí na moderních ICT je u dětí často spojeno záškoláctví. Jde o úmyslné zanedbávání školního vyučování, kdy žák (většinou z vlastního rozhodnutí a bez vědomí rodičů) nechodí do školy, neplní školní docházku. Záškoláctví je projevem odporu ke škole, únikovým typem chování s cílem vyhnout se nepříjemnostem prožívaným ve škole. Jeho důvody jsou různé, např. strach ze zkoušení, písemek, šikany, disharmonické rodinné prostředí, existují i žáci, které „škola nebaví“ (Vágnerová, 2004).

Podle Vágnerové (2005) můžeme rozlišit záškoláctví, které má impulzivní charakter, a záškoláctví účelové:

- záškoláctví impulzivního charakteru můžeme charakterizovat jako náhlou a nepromyšlenou reakci, kterou dítě předem neplánuje, do školy vůbec nejde, nebo ji opouští v průběhu vyučování, stav může trvat několik dnů, dítě pokračuje v záškoláctví ze strachu z následků;
- záškoláctví účelové, promyšlené, je předem plánované, dítě nejde do školy, nebo se z ní vzdaluje pod nejrůznějšími záminkami, aby se vyhnulo zkoušení, neoblíbenému předmětu či učiteli.

Strach in Řehulka et al. (2008) popisuje, že ICT lze rovněž zneužít k demonstraci síly a moci nad vybranou obětí. Zejména děti a dospívající rádi zveřejňují videozázna-

my, které jsou někdy vtipné, většinou však obsahují vulgarismy, prvky psychického či fyzického násilí a šikany. Myslí si, že násilí je součástí dospívání a cestou ke zbavení se slabosti. Běžně se lze na internetu setkat s těmito formami zneužití ICT:

- slovní zastrašování (urážky, pomluvy, diskreditace dobrého jména);
- negativní působení na psychiku (vzbuzování hrůzy, obav, strachu o život, zdraví, rodinu, majetek);
- výhrůžky fyzickou agresí (napadení, fyzická likvidace oběti, jejích blízkých);
- dehonestace osoby pomocí audio- či videonahrávek, fotografií v choullostivých situacích;
- sociální izolace osoby (zábrana její účasti na různých aktivitách, ignorování její přítomnosti);
- zastrašování určité etnické skupiny nebo minority (projevy rasismu, xenofobie);
- sociální inženýrství (manipulace obětí a identitou útočníka, vylákání citlivých dat, zneužití důvěry).

Závislí na ICT, především patologičtí hráči, potřebují k uspokojení své vášně značné sumy peněz. Poté, co vyčerpali své i rodinné úspory, rozprodali majetek, vypůjčili si a nadělali dluhy, které nezvládají umořovat, často sahají k obstarávání dalších prostředků formou přestupků i trestných činů (krádež, podvod, padělání, zpronevěra). Původně dobré vztahy v rodině, mezi přáteli, známými a kolegy v zaměstnání se výrazně zhoršují. I když převažují nenásilné způsoby získávání financí, násilí jsou vystaveni blízcí příbuzní závislého jedince (křik, agresivita, vyhrožování, vydírání) (Nešpor a Csémy, 2007; Nešpor, 2009).

Půjčky a dluhy se závislí na ICT zpočátku snaží utajit, lžou svému okolí o závislosti, získávání peněz i neschopnosti dostát závazkům. Spoléhají se nerealisticky na druhé, že jim vždy poskytnou prostředky k řešení jejich zoufalé finanční situace. Věřitelé vymáhají půjčené peníze nejen na dlužníkovi, ale též na jeho rodině, a to velmi nevybíravými způsoby. Půjčí-li blízcí závislému peníze, musejí si uvědomit, že jde o mimořádnou výpomoc, kterou nelze libovolně opakovat, dluh je třeba čestně vrátit, poskytnuté peníze nejsou v žádném případě darem. Narůstající výskyt a obliba on-line sázení představují velké nebezpečí pro hráče, kteří disponují bankovním kontem. Po závislého hráče není problémem vyprázdnit svůj účet během jediné seance (Nešpor, 2009).

Při řešení vznikajících problémů je klíčový vliv rodiny, rodinné zázemí. Důležitá je otevřenost, možnost vyjádřit své emoce, i když může hrozit hádka. Po uvolnění psychického napětí lze racionálně volit další postupy. Rodiče jsou pro děti vzorem při zvládání krizových situací, překonávání životních obtíží. Riziko vzniku závislosti stoupá v rodinách, které se snaží negativní pocity místo jejich přirozeného řešení „přebíjet“ náhradními způsoby uspokojení, k extrémům patří rodiny osob zneužívajících návykové látky nebo osob s výskytem jiného typu návykového chování. Rovněž rodiny, kde panují příliš liberální vztahy hraničící až s chaosem či lhostejností, nebo rodiny, kde schází osobní prostor a soukromí pro každého člena, představují potenciálně nebezpečné prostředí. Z ochranných rodinných faktorů patří k nejdůležitějším vztah důvěry, opory, lásky a bezpečí, rodičovský dohled, jasná pravidla a disciplína, sociální interakce (Young, 1998; Nešpor, 2000; Nešpor, 2006).

Nešpor a Csémy (2003) nabízejí několik pravidel, která by měla být uplatňována v rodině jako prevence k předcházení závislosti na ICT:

- rodiče hazardně nehrají, svými financemi na hru nepřispívají (utváření postoje dětí a jejich hodnotový žebříček, učí je o hodnotě peněz a o hospodaření v rodině);
- posilování zdravého sebevědomí dítěte;
- rodiče se snaží o získání důvěry dítěte, empatii, věnují se mu, posilují rodinné vazby;
- předcházení nudě, podpora kvalitních způsobů trávení volného času;
- rodiče si opatřují dostatek informací a o problému s dítětem zasvěceně hovoří, jasně vyjádří své postoje;
- stanovení a důsledné prosazování pravidel, za jejich porušení udělení úměrných a předem dohodnutých sankcí;
- vnesení řádu do finančního hospodaření dítěte, neposkytování vyšších finančních částek;
- vyhledání odborné pomoci v případě narůstání problémů.

ICT stále důrazněji zasahuje do života celé společnosti i jejích jednotlivých členů. Lidé využívají ICT nejen k osobním cílům, ale pro mnohé jde o prostředek obživy, což představuje neustále rostoucí podíl času, který u ICT trávíme. Dochází k ovlivnění zdravotního stavu a životního stylu lidí, a to mnohdy negativně. K nejvýznamnějším problémům řadíme poruchy pitného a stravovacího režimu, poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku, sluchu a spánku. Stranou nezůstávají ani důsledky působení na srdečně cévní soustavu (arytmie, ischemie, hypertenze), trávicí systém (vředová choroba), endokrinní aparát (diabetes) (Nešpor, 1994; Nešpor a Csémy, 2007).

Jedinci, kteří se věnují nadměrně sledování televize nebo činnosti na počítači, trpí často nesprávnými jídelními návyky, mají porušen pitný a stravovací režim. Zejména děti v pubertálním věku si berou buď velké porce vysoce energetických potravin a nápojů (např. brambůrky, čokoládu, popcorn, sladké limonády), nebo při své zaujatosti činností jídlo a pití zcela vynechají. Za současného nedostatku pohybu se převaha příjmu energie nad jejím výdejem projevuje nadváhou a později prostým typem obezity, trpí pravidelnost v příjmu potravy a dostatečné zásobení organismu vhodným typem tekutin, což má negativní vliv na tělesný vývoj. Hráči a náruživí diváci nepovažují jídlo a pití za podstatné, soustředí se jen na oblast svého zájmu (Nešpor, 1994; Young, 1998; Nešpor a Csémy, 2007).

Dlouhodobá práce na počítači představuje značnou statickou zátěž pro řadu svalových skupin. Objevují se bolesti v oblasti krční páteře a bolesti zad v oblasti lopatek. K nejznámějším potížím spojeným s dlouhodobým používáním výpočetní techniky patří tzv. syndrom RSI (**R**epetitive **S**train **I**njury), poranění způsobená opakovaným napětím. Postižení nastává v důsledku intenzivního stisku nástroje při práci, která vyžaduje opakované drobné pohyby, jež nemusejí být silově náročné, ale chybí v nich relaxační moment. Může dojít k zánětu šlachových obalů, což zasahuje zápěstí, ruce, též lokty a části ramen. Pacient si stěžuje na necitlivost, pálení a pulzování příslušné oblasti, bolesti, ztuhnutí, zablokování zejm. krční páteře, svalovou slabost a zvýšenou únavnost. S postupujícím onemocněním se tyto příznaky neobjevují jen při práci, ale též v klidu během dne nebo v noci. Řešení spočívá ve vhodném ergonomickém uspořádání praco-

višťe, zařazení přestávek a relaxačních cviků, vhodné pohybové aktivity. Onemocnění je třeba včas začít léčit protizánětlivými preparáty, těžké případy operativně, změnit nevhodné umístění techniky, nábytek. Celkově je osoba pracující s počítačem vystavena nedostatku pohybu, což postupně vede k ochabování svalové soustavy. Zhoršený žilní návrat a statické zatížení pánve a dolních končetin mohou vyústit ve vznik křečových žil (varixů, městků) (Nešpor, 1999; Hrubá, 2005).

Déletrvající sledování monitoru, neustálá akomodace na obrazovku a na klávesnici (ev. psaný či tištěný text na stole), rychlé střídání jasu a kontrastu, ostré barvy – to vše značně namáhá oči. Po několika hodinách práce se objevují první známky zrakové únavy, které jsou doprovázeny slzením, pálením či řezáním očí, bolestí hlavy. Dále dochází ke zčervenání očí, pocitu napětí v nich, rozmazanému nebo dvojitému vidění, kolem světlých partií jsou patrné duhové okraje (irizace), osoba je nevrlá, zvýšeně unavitelná. Opakovaná, chronická a neřešená zraková zátěž ohrožuje zrakovou ostrost, schopnost akomodace, oči jsou náchylnější ke vzniku zákalů (Nešpor, 1999; Hrubá, 2005).

Počítačové hry jsou pro zvýšení účinku na hráče programovány tak, aby akční děj doprovázely silné zvukové efekty. Rovněž hlasitý poslech hudby nebo zvukového doprovodu k videu není bez rizika. Chronická expozice hluku, náhlé změny intenzity zvuku, na něž se ucho nemá možnost rychle adaptovat, nadlimitní hodnoty akustického tlaku představují faktory značně ohrožující sluch. Při poslechu z reproduktorů ve větší místnosti se hlasité zvuky většinou mohou rozptýlit, horší je situace v případě používání sluchátek, jež se zasouvají do uší (slangově označovaných jako tzv. „špunty“). Těsné vyplnění zevního zvukovodu při jejich aplikaci směřuje prakticky veškerý akustický tlak na bubínek, přes středoušní převodní systém pak dále do vnitřního ucha, kde jsou poškozovány vláskové buňky, což se projeví sluchovou ztrátou na různých kmitočtech a nutností vyšší hlasitosti zvuku k dosažení subjektivně stejného sluchového počítka jako před poškozením. Rovněž mobilní telefony sloužící mj. jako hudební přehrávače či radiopřijímače a hlasité hands-free sady mohou poškozovat sluch. Uživateli sluchátek se doporučuje nevyužívat maximální úroveň hlasitosti zdrojů zvuku, pravidelně čistit nebo vyměňovat měkké kryty sluchátek kvůli riziku infekce, nedopustit, aby v reprodukováných zvucích zanikly varovné signály z okolí (klakson, zvonek, siréna), což je velmi důležité pro osobní bezpečnost i pro bezpečnost ostatních účastníků provozu na komunikacích (Young, 1998; Nešpor, 1999; Hrubá, 2005).

Náruživí hráči a osoby na hře závislé trpí často nedostatkem spánku. Nejde pouze o obavy a strach z následků prohry. Hra dokáže velmi rychle vtáhnout do děje, vysoká věrnost zobrazení a podobnost s realitou způsobují, že se od ní jen obtížně odpoutává. Riziko se ještě stupňuje v případě tzv. MMORPG her (**M**assively **M**ultiplayer **O**n-line **R**ole **P**laying **G**ame). Hráči se při nich vžívají do rozmanitých (většinou hrdinských – rytířských, legionářských, žoldnéřských) rolí, vytvářejí rozvětvenou síť propojenou technologií internetu. Herní prostředí se neustále mění, podobně i počet a aktivity hráčů, takže hra stále pokračuje. Stírá se hranice mezi virtuální realitou a skutečným světem, hráč silně touží být připojen co nejdéle, aby mu něco neuniklo. Během relativně krátké doby lze ve hře dosáhnout výrazných úspěchů, jimiž si její účastníci mohou kompenzovat selhání ve skutečném životě (Nešpor a Csémy, 2007; Strach in Řehulka et al., 2008).

2 PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ S RYSY ZÁVISLOSTI

2.1 Obecná charakteristika prevence

Nevhodná a nadměrná konzumace legálních drog, zneužívání zakázaných látek, závislost na nich, jejich nezákonná výroba a manipulace s nimi jsou aktivity, které ohrožují základní hodnoty jednotlivce, rodiny, komunity i občanské společnosti. Problémy spojené s drogami ovlivňují mnoho oblastí života, proto se musejí řešit aktivně, komplexně a koordinovaně, důležitou roli zde hraje široce zaměřená prevence (Heller a Pecinovská, 1996).

Termín „*prevence*“ pochází z latiny (*praeventia*) a znamená opatření učiněné předem, včasnou ochranu nebo obranu (Nešpor a Csémy, 1996).

Nešpor (1999) nepovažuje za prevenci pouhé samoúčelné poskytování informací o návykových látkách, ale upozorňuje, že jejím cílem by mělo být zejména předcházení zneužívání těchto látek mladistvými, nebo alespoň posun setkání s drogami do pozdějšího věku. Heller a Pecinovská (1996) dodávají, že za preventivní lze považovat aktivity, které vedou k posilování a ochraně zdraví, výchově ke zdravému životnímu stylu. Kromě poskytnutí relevantních informací patří k dalším cílům prevence též omezení dostupnosti návykových látek.

Podle Kaliny et al. (2001) a Kachlíka ([on-line], 2003) je prevenci možno rozdělit do tří stupňů: na prevenci primární, sekundární a terciární. Stručně řečeno-primární prevence je orientována na opatření, která je možné učinit předem, aby populace dokázala riziku čelit. Sekundární prevence se zaměřuje na detekci populačních skupin a jedinců ohrožených rizikem, na řešení jejich problémů, terciární prevence pak na předcházení komplikacím. Hranice mezi těmito stupni není vždy ostrá, zejména pokud se jedná o prevenci sekundární a terciární. Kvapilík (1985) zmiňuje, že dělení prevence může být prováděno podle nejrůznějších kritérií, např. podle negativního jevu, kterému chceme předcházet, podle strategie, kterou využijeme, podle skupiny, na niž působíme.

V odborné literatuře, zejména západoevropské a severoamerické provenience, se můžeme setkat s poněkud odlišným způsobem klasifikace (Nešpor et al., 1998):

1. Prevence

- všeobecná (určená celé populaci, zejména na úrovni školy a komunity). Jejím úkolem je odvrácení nebo opoždění nástupu užívání návykových látek (jiného návykového chování) a problémů s ním spojených tím, že celé populaci, ev. zájmovému populačnímu segmentu poskytuje dovednosti chránící je před užíváním drog (jiným návykovým chováním). Vhodně koncipovaná intervence a všeobecná prevence (např. kombinovaný program pro děti a rodiče) mohou být efektivní. Naopak, málo důkazů existuje v případech velkých kampaní prezentovaných ve veřejných sdělovacích prostředcích, dokonce se vyskytl nežádoucí návodný efekt prevence, kdy se zvedla vlna zájmu o návykové látky a činnosti dříve se v populaci řídce vyskytující (Nešpor et al., 1998).

Přesto má většina evropských zemí vyhrazeny zdroje na varovné kampaně. Všeobecná školní prevence je v Evropě realizována s různou mírou pokrytí a s různým obsahem, k jejím důležitým rysům patří poskytování informací a nácvik životních dovedností. Strukturované preventivní programy jsou relativně řídké. Členské státy Evropské unie se snaží o standardizaci a koordinaci protidrogové politiky a prevence, o širší zavedení a podporu školních programů (RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b).

- selektivní (působí na konkrétní skupiny, rodiny nebo komunity, kde kvůli nedostatečným sociálním vazbám a prostředkům reálně existuje vyšší pravděpodobnost užívání drog /jiného návykového chování/ a rozvoje závislosti na substančních i nesubstančních drogách). Důkazy o účinnosti selektivní prevence jsou z hlediska experimentálního hodnocení obtížněji získatelné. O významu fungující selektivní prevence v prostředí ohrožených rodin však není pochyb. Došlo k poklesu rizik pro děti, hlášených případů antisociálního chování, problémů s prospěchem, kriminality mladistvých, domácího násilí, problémů v oblasti duševního a tělesného zdraví a zneužívání návykových látek (Nešpor et al., 1998).

Evropské země poskytují selektivní prevenci převážně v omezeném rozsahu, většina intervencí je cílena na mladistvé pachatele, zranitelné rodiny a etnické skupiny. Evropská unie usiluje o silnější pokrytí regionu selektivním typem prevence (RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b).

- indikovaná (snaží se rozpoznat jedince s problémy chování nebo psychickými problémy, které mohou upozorňovat na rozvoj problémového užívání návykových látek /jiného návykového chování/ v pozdějším věku, a zaměřit se na ně jednotlivě speciálními intervencemi) (Nešpor et al., 1998)

V Evropě jsou programy indikované prevence většinou pečlivě vyhodnocovány, mnohdy vykazují vysokou účinnost. Celkově ale zůstávají intervence v této oblasti omezené. Jde např. o intervenční projekty určené dětem s poruchami pozornosti a chování, časnou intervencí a poradenství pro osoby, které začaly užívat drogy, zábavné vzdělávání mezi vrstevníky realizované ve školách vzdělávajících mladé lidi s problémovým chováním (RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b).

2. Léčba (určena těm, kteří návykové látky škodlivě užívají, nebo jsou na nich závislí, což se v současnosti týká i jiného chování s návykovými rysy, např. gamblingu, závislosti na ICT, apod.) (Nešpor et al., 1998).
3. Udržování stavu a prevence recidiv (např. podpůrné programy pro bývalé uživatele drog, resocializace, chráněné bydlení a zaměstnání) (Nešpor et al., 1998).

Drogovou prevenci lze rovněž rozdělit do několika úrovní nebo strategií v širším rozpětí – od těch, které se zaměřují na společnost jako celek (prevence prostředí), až po ty, které se soustřeďují na ohrožené jedince (indikovaná prevence). V optimálním případě mezi sebou různé strategie nesoutěží, ale vzájemně se doplňují. K nejobtížnějším úkolům protidrogové politiky patří, aby různé úrovně prevence odpovídaly stupni zranitelnosti cílových skupin, aby intervence byly založeny na důkazech a měly dostatečné pokrytí. Strategie prevence zaměřené na prostředí usilují o změnu

bezprostředního kulturního, sociálního, fyzického a ekonomického prostředí, v němž se lidé rozhodují o užívání drog. Typicky zahrnují např. zákaz kouření, stanovování cen alkoholu nebo propagaci zdravého způsobu života ve školách. Důkazy svědčí o tom, že opatření prevence prostředí na úrovni společnosti a zaměření na sociální klima ve školách a komunitách jsou efektivními způsoby, jak změnit vnímání norem, a v důsledku toho užívání návykových látek (návykové chování). Téměř ve všech evropských zemích je dnes zaveden částečný nebo úplný zákaz kouření, reklama na tabák je zakázána směrnicí EU z r. 2003, debatuje se rovněž o návrzích minimálních cen a omezení propagace alkoholu. Deset členských států EU uvádělo v r. 2009 snahu vytvořit ve školách pozitivní a chráněné klima včetně přísných pravidel ohledně držení a užívání drog, země na severu Evropy také vytvořily koncept pozitivních chráněných prostředí na komunitní úrovni, například prostřednictvím obecních akčních plánů v oblasti alkoholu (RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b).

Štablová (1998) podává přehled typů prevence dle vztahu mezi předmětem a etiologickou orientací (proces a vývoj jevu):

- praktický typ (otázka předmětu jevu není nastolena, není pro jeho řešení důležitá);
- empirický typ (o předmětu se hovoří, ale východiska, pojetí a přístup nejsou kategoriálně vymezeny);
- popisný typ (je vymezen předmět, popsán stav a výsledek, je stanovena organizace a metodika přístupu, chybí však etiologie);
- systémový (vysvětlující) typ (obsahuje etiologii, předmět, organizaci, metodiku, která vychází se zákonitostí vývoje);
- systematický typ (k systémovému typu prevence se připojí systémové řešení a vytýčení strategie).

Kvapilík (1985), Nešpor a Csémy (1996) zmiňují třídění prevence podle orientace na prevenci nespecifickou a specifickou. Nespecifická prevence není explicitně zaměřena na jasně vymezená rizika, ale je snahou o zachovávání pravidel zdravého životního stylu. Typicky je aplikována v rodině (jsou uspokojovány potřeby dítěte, vytvořeno podnětné a harmonické prostředí pro jeho zdravý růst a vývoj, předávány znalosti a dovednosti nezbytné ke zvládnutí hygienického, bezpečnostního a sociálního minima), pokračuje přechodem dítěte do předškolního zařízení a nástupem do školy, v různých zájmových organizacích. Cílem je, aby byly preventivní aktivity lehce zvládnutelné, technické nenáročné, byly vykonávány automaticky v příslušných situacích (např. umývání rukou po toaletě a před jídlem, ranní hygiena, rozhlédnutí před přecházením ulice, větrání, opatrnost při setkání s cizími lidmi). Specifickou prevenci lze aplikovat tehdy, kdy již dítě dokáže vstřebat faktografické znalosti o rizicích a konkrétní opatření k jejich předcházení, typicky na počátku druhého stupně základní školy. Specifická prevence je zaměřena na určité druhy rizik a možnosti, jak jim čelit (dopravní úrazy, závislosti, šikana, prostituce, rasismus, kriminalita, týrání, zanedbávání a zneužívání dětí, infekční choroby, neinfekční onemocnění hromadného výskytu, apod.).

Prevence by měla být vždy úměrná věku a znalostem cílové populační skupiny. Prioritou u malých dětí do 3 let věku je přiměřená a komplexní uspokojování jejich

potřeb. Posiluje se všeobecná odolnost vůči vzniku závislostního chování. V předškolním věku (přibližně mezi 3.–6. rokem) je třeba dítěti zdůrazňovat, že zdraví je hodnotou, o kterou je nezbytné pečovat, chránit ji a podporovat. Dítě si postupně uvědomuje rizika, která jsou svázána s reálným životem a světem, učí se jim vyhýbat a čelit. V období mezi 7.–12. rokem je vhodné preferovat konkrétní informace a dovednosti před abstraktními koncepty, pokračovat v osvojování a posilování návyků souvisejících se zdravým způsobem života, prosazovat holistický model zdraví jako zásadní životní hodnotu. V tomto věku nabývá na významu specifická prevence zaměřená na odmítání tabáku, alkoholu, jiných drog a návykového chování. Období od 12 let (počátek adolescence) klade velké nároky na mladého člověka, rodinu i školu. Objevuje se negativismus, časté diskuse a zpochybňování autorit, zvýšené sklony k riskování, odmítání doporučení, hledání vlastních možností a limitů, adolescent je konfrontován s vrstevníky, kteří na něj silně působí. Dospívající patří z pohledu drogové epidemiologie k významným rizikovým skupinám, vhodná prevence je u nich velmi důležitá (Nešpor a Csémy, 2003).

Účinnost prevence se obecně zvýší při respektování cílových skupin, se zaměřením na skupiny rozdělené podle věku (děti, mládež, dospělí), na profesní skupiny, na rizikové skupiny (učňovská mládež, studenti, zdravotnický personál, nezaměstnaní, atd.) (Kvapilík, 1985; Nešpor, 1999).

Jádrem každého preventivního působení zůstává rodina, jejíž posílení má v současné době prvořadou důležitost pro udržení celé naší kultury. Rodina může usilovat o to, aby děti nepodlehly rizikovému chování s rysy závislosti. Funkční drogová prevence začíná již v dětství, a to rozvíjením pocitu sebeocenění, sebevědomí, zprostředkováním pozitivních lidských a etických hodnot v průběhu výchovy, jako je soucit, schopnost spolupráce, radost z učení, společenská odpovědnost a tolerance. Mladý člověk se tak postupně stane pevnou lidskou osobností, schopnou vybudovat trvalé vztahy a nalézt správný postup při konstruktivním řešení, vyskytnou-li se životní potíže (Ondrejko, 1999; Nešpor, 2000).

Nešpor a Csémy (1997) připomínají, že prevence v rodině má mít vřelý a laskavý, ale zároveň do určité míry omezující styl. Dítě se v takové rodině cítí přijímáno a respektováno, zároveň ale jasně ví, kde jsou hranice toho, co ještě smí. Presl (1995) dodává, že riziko k braní drog snižujeme dobrou výchovou a účinnou prevencí.

Nešpor et al. (1994b) přidávají další rady a upozornění důležité při aplikaci prevence v rodině:

- Blízcí dítěte by si měli umět získat důvěru dítěte a naslouchat mu.
- Před diskusí s dětmi o problematice závislosti by si dospělí měli opatřit spolehlivé a aktuální informace, hovořit otevřeně.
- Důležité je rovněž vyvarovat se nudy a vhodně vyplnit volný čas. Buď je možné posílit vazbu dítěte na rodinu, nebo mu pomoci najít vhodné zájmy formou kroužků a dobrou společnost přátel mimo rodinu.
- Předcházení problémům se závislostmi podporují jasně formulovaná a dodržovaná pravidla rodinného soužití.
- Výhodné je předávání zásad zdravého životního stylu pomocí pozitivních vzorů (rodiče neberou návykové látky, preferují tradiční hodnotový systém, v němž má důležité místo zdraví a péče o jeho udržení, rodičovská láska a dobré rodinné klima).

- Dítě je třeba chránit před nevhodnou společností, mj. zvládnutím dovedností odmítání. Dobrou možností ochrany je naopak společnost pro dítě vhodná.
- Ochrana a posilování zdravého sebevědomí dítěte.
- Spolupráce členů rodiny, spolupráce s rodiči vrstevníků, se školou a jinými dospělými. V zahraničí jsou velmi aktivní a užitečné organizace rodičů.

Každou volnočasovou aktivitu u dětí a mládeže nelze automaticky považovat za prevenci, je třeba vybírat a podporovat takové programy a koncepce, které budou plnit funkce regenerační, relaxační, výchovné, sociálně preventivní a kompenzační. Volným časem je myšlen čas, v němž si dítě může svobodně, na základě své nálady, zájmu a pocitu volit činnost, jakou samo chce (Pávková et al., 2001).

Začlenění dítěte do volnočasové aktivity je poměrně složitým procesem, u něhož je nezbytné, aby obsahoval faktory informační, motivační, ekonomické i sociální. Řada sportovních a kulturních aktivit se zkomercializovala, děti tráví svůj volný čas mnohdy pasivním způsobem – u počítače, na internetu, sledováním televize, poslechem reprodukováné hudby. Schází-li dětem jasná představa o smysluplném využití svého volného času, hrozí, že podlehnou nudě (Viehoffová a Reuysová, 2000).

Důležitým aspektem je výchova k rozvoji osobnosti dětí, osvojení si pozitivního sociálního chování, zdravého životního stylu a přirozeného odmítání všech forem porušování zákona. Nejzdravějšími volnočasovými aktivitami jsou sportovní a pohybové, které naplňují v mnoha oblastech zdravý životní styl, rozvíjejí socializaci a celou osobnost mladých lidí. Kvalitně vyplněný volný čas zmenšuje pravděpodobnost výskytu nežádoucích jevů spojených se sociálními patologiemi, zároveň zvyšuje šanci, že dítě bude v něčem úspěšné. Při vytváření volnočasových aktivit není důležité množství, ale jejich skladba a kvalita (Hájek et al., 2008).

Bém a Kalina (in Kalina et al, 2003) uvádějí, že prevence ve společnosti by měla být dána:

- podporou zdravého životního stylu;
- včasným začátkem preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku;
- cíleností a adekvátností informací i forem působení vzhledem k cílové populaci a jejím demografickým a sociokulturním charakteristikám;
- kontinuitou působení a systematičností plánování;
- kombinací mnohočetných strategií působících na určitou cílovou skupinu;
- propojeností prevence zneužívání nelegálních drog a těkavých látek s prevencí problémů působených alkoholem a tabákem.

Nešpor a Csémy (1996) se zabývají strategiemi drogové prevence a jejich účinností. Připomínají, že některé z nich jsou velmi vhodné zejména pro děti a dospívající, jiné naopak selhávají. Běžně jsou k dispozici následující možnosti:

- emoční apely (obecně nevhodné, pouze u sociálně citlivého jedince dosud nezávislého na drogách mohou být částečně úspěšné);
- zastrašování (obecně nevhodné, obdobně jako u předchozí položky může být částečně úspěšné u sociálně citlivého jedince bez drogové závislosti, v ostatních případech hrozí blok komunikace, odcizení);

- prostá informace (obecně nevhodná, sdělení o typech, působení a rizicích drog musí být správné z pohledu soudobých odborných znalostí a stavu vědy, samo o sobě však není dostačující, je třeba začlenit zpětnou vazbu, aktivizaci posluchačů, diskusi, dávat pozor na návodný efekt-o čem se hovoří, může být impulzem k vyzkoušení);
- nabídka lepších alternativ, než jsou drogy (obecně vhodné, výběr přiměřených zájmových volnočasových aktivit pomáhá rozvíjet znalosti a schopnosti člověka, jeho odolnost vůči sociálním patologiím včetně závislosti);
- prevence založená na společnosti (komunitní prevence je velmi dobrou alternativou, snaží se o spolupráci různých pater společnosti a prosazování hodnot zdravého způsobu života);
- peer-programy (tzv. vrstevnické programy představují dobrou možnost, jak působit nejen na děti a dospívající, ale i na dospělé osoby, principem je prezentace „čistého“, tedy bezdrogového životního stylu jako hodnoty a normy, kterou provádějí vyškolení vrstevníci zhruba stejného stáří jako jejich cílová populační skupina);
- snižování dostupnosti drog (dobrá volba za určitých podmínek, je třeba ji propojit se systémem účinné prevence, navázat na represivní opatření vůči výrobcům a prodejcům drog);
- léčba a omezení komplikací (nezbytné v preventivním systému vyspělého státu, stojí na pomezí sekundární a terciární prevence, značně nákladné, výsledek záleží mj. na spolupráci pacienta/klienta).

Podle Nešpora a Provazníkové (1999) je třeba před výběrem vhodné preventivní strategie analyzovat situaci a zaměřit se na rizikové činitele, k nimž patří např. užívání drog v rodině, dysfunkční rodina, dlouhodobá nezaměstnanost, porušené mezilidské vztahy, časté konflikty, domácí násilí, nevhodný styl výchovy (tvrdý nebo značně liberální), absence povinností a trestů nebo jejich neúměrné využívání, přetěžování dítěte, nevhodné trávení volného času, sklony k násilí, záškoláctví, lhaní, útěkům. Při realizaci prevence je možné s výhodou využít protektivních činitelů, jako např. fungující rodiny s harmonickými vztahy a klimatem, preference bezdrogového životního stylu jako normy, demokratického typu výchovy (přiměřené povinnosti, odměny a tresty), zábavných a obohacujících způsobů trávení volného času, dobrých vztahů s vrstevníky, kteří neužívají drogy, působení školy či zaměstnání.

K rizikovým vlastnostem, které se uplatňují při ohrožení osoby závislostí, patří zejména (Nešpor et al., 1994b; Nešpor, 2000):

- nezdrženlivost (malá frustrační odolnost, oddálení potřeb a přání činí osobě velké potíže, ihned vyžaduje jejich splnění);
- impulzivní jednání (osoba jedná pod vlivem okamžitého nápadu, je velmi aktivní, zábrany a korektivní mechanismy buď absentují, nebo jsou vyjádřeny jen chabě);
- zvýšená emoční labilita (rychlé střídání nálad neadekvátní situaci);
- hysteroidní rysy osobnosti (sebestřednost, sebeláska);
- psychická nestálost (osobou lze snadno manipulovat, chybí jí jasný vlastní názor, přejímá cizí a neustále je mění);

- psychopatické rysy osobnosti (negativně působící faktory v období prenatalního vývoje způsobily těžkou patologii osobnosti);
- snížené rozpoznávací schopnosti (osoby s mentálním postižením, osoby pocházející z nepodnětného prostředí, deprivované).

Řada těchto rysů může být psychiatrickými a neurologickými příznaky a souviset s organickým postižením centrálního nervového systému, proto je třeba pečlivého vyšetření pacienta a jejich vyloučení (Nešpor, 2000).

Rizikovými skupinami podle Nešpora et al. (1994) a Nešpora (2000) jsou zejména:

- děti a mládež (žáci základních škol, studenti středních škol a učni);
- osoby, které se díky své profesi častěji setkávají s drogami (např. humánní a veterinární lékaři, farmaceuti, laboranti, barmani, číšníci);
- pacienti (hrozí jim iatrogenizace – obecně jde o neúmyslné poškození nevhodným diagnostickým či terapeutickým postupem, např. dlouhodobé podávání léku obsahujícího návykovou složku i poté, co pominuly důvody k jeho indikaci);
- osoby promiskuitní a věnující se prostituci;
- osoby pocházející z disharmonického rodinného prostředí;
- příslušníci minorit s odlišným životním stylem, běženci;
- lidé s disharmonickou strukturou osobnosti (zejména s poruchami emotivity);
- lidé s nižšími intelektovými schopnostmi.

K experimentům s návykovými látkami (chováním návykového typu) se nejčastěji sahá (Presl, 1995; Nešpor, 2000):

- ze zvědavosti (velmi častý důvod, touha zjistit, jaká je realita ve srovnání s informacemi od vrstevníků, z tištěných a elektronických zdrojů);
- kvůli navození příjemných pocitů (hledání náhradního zdroje uspokojení, když je obtížné či nemožné vyvolat slast v běžném životě přirozenými způsoby);
- z touhy po úniku z reality, z „šedi všedního dne“ (důvod bývá často uváděn v případě partnerské nebo rodinné krize, dlouhodobé nezaměstnanosti, dluhů a jejich vymáhání);
- kvůli relaxaci po náročném výkonu duševního nebo fyzického charakteru;
- z potřeby utlumit nepříjemné pocity a zdravotní obtíže (např. bolest, hlad, chlad, únavu);
- kvůli zásahu do přirozeného rytmu střídání aktivity a útlumu, k navození bdělosti a pozornosti nebo zklidnění a spánku;
- kvůli vztahu k sexu (řídce zmiňovaný důvod, většinou spojen s užitím alkoholu, nikotinu, pervitinu, kokainu);
- z potřeby družnosti (lidé podobných zájmů a „ladění“ si lépe rozumějí, dokáží snadněji sdílet své pocity a názory a chápat je);
- kvůli tlaku party, vrstevníků (vstupenkou do některých vrstevnických skupin je podstoupení rituálu, jímž může být užití drogy);
- z nudy (zejména ve velkých městských aglomeracích a nových satelitních sídlech, kde často chybí občanská vybavenost, existuje velká anonymita a odtrženost obyvatel, absentuje potřeba setkávat se na úrovni komunity);

- kvůli hrdinství (má ráz předvádění se před vrstevníky, souvisí s tzv. syndromem osobní imunity, kdy si experimentátor myslí, že se mu nemůže nic přihodit a že má situaci plně pod kontrolou);
- kvůli dobrodružství (očekávání a touha po neobvyklých zážitcích s příchutí nebezpečí);
- kvůli potřebě ztotožnit se nebo podobat se vzoru (snaha o identifikaci s osobností z oblasti hudby, filmu, sportu);
- z podlehnutí tlaku reklamy, médií (velmi silný vliv médií lze zaznamenat již u dětí předškolního věku, což se týká i reklamy a výchovy budoucích konzumentů).

Nešpor a Csémy (1996) uvádějí subjekty, které se účastní preventivních aktivit v ČR:

- jednotlivé školy a pracoviště,
- školské a sociální instituce,
- poradenský systém (pracovní, výchovné a rodinné poradenství),
- vyškolení vrstevníci v rámci vrstevnických (peer) programů,
- nestátní a neziskové organizace,
- Policie ČR a Městská policie,
- zdravotní ústavy,
- rodina,
- dětské, mládežnické, zájmové a sportovní organizace,
- praktičtí lékaři pro děti a dorost,
- sdělovací prostředky.

2.2 Komunitní prevence

K neúčinnějším strategiím preventivních programů patří komunitní prevence. Jedná se o vhodné oslovení, motivování a zapojení co nejširšího spektra jednotlivců a organizací v komunitě (např. vesnici, městě, regionu), z níž pochází populační skupina, na kterou bude program působit (RADA EU, 2005b; Flaks a Trapková in Kalina et al., 2003).

Ze zkušeností různých komunit vyplývá, že na začátku řady preventivních iniciativ stojí nepříjemnost, která se přihodila v okolí, např. problémy s drogami u žáků, otrava nebo úmrtí dospívajícího pod vlivem alkoholu při dopravní nehodě, nebo stížnosti rodičů. Samozřejmě je vždy lepší, když se podobným tragédiím podaří předejít. Když už se ale přihodí, lze pomocí silných osobních příběhů lidi oslovit. Na počátku úspěšných programů také často stojí jedna osoba nebo skupina lidí, kteří nelitují námahy ani času pro dobrou věc, v projektu zdokonalují své sebevědomí a službu pro společnost. Šance na úspěch vzrůstá, podaří-li se zapojit do přípravy a uskutečňování programu co nejvíce oslovených členů cílové populační skupiny. Pokračování programu napomáhají pravidelné schůzky zapojených pracovníků a průběžná výchova nových pomocníků. Začleňují se drobnější akce během všedních dnů a akce mimořádné – např. výlety, výstavy, slavnosti, víkendová nebo prázdninová soustředění. O přijímání programu jeho účastníky vypovídá mj. zpětná vazba (dotazníky, ankety, rozhovory), která rovněž pomáhá program rozšiřovat a zdokonalovat (Nešpor et al., 1994b).

K hlavním cílům prevence v komunitě patří (Flaks a Trapková in Kalina et al., 2003; Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- aktivizovat potenciál a schopnosti komunity;
- vytvářet specifické programy pro osoby v rizikových situacích, resp. ohrožené drogovou závislostí;
- podporovat zdravý životní styl komunity a vytvářet pro něj vhodné podmínky;
- poskytovat objektivní informace o drogové problematice a průběžně informovat o aktivitách zaměřených na prevenci v dané lokalitě;
- podporovat a budovat kvalitní spolupráci různých institucí, ale i jednotlivců v komunitě s důrazem na vytváření vhodných podmínek k řešení drogové problematiky;
- vytvořit funkční systém umožňující co nejsnadnější komunikaci a spolupráci institucí a organizací na různé úrovni.

Realizace prevence v komunitě probíhá v 5 krocích (Flaks a Trapková in Kalina et al., 2003; Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- 1) mapování potřeb (provede se inventarizace stávajících aktivit specifické i nespecifické primární prevence, tj. zdrojů v komunitě týkajících se přímo prevence, zjistí se míra informovanosti o drogové problematice, míra uvědomění závažnosti drogového problému a jeho rozšíření v komunitě, naléhavost a ochota tento problém řešit v rámci primární prevence);
- 2) vytváření sítě, tzv. networking (kontaktují a propojují se organizace, které se přímo zabývají programy primární prevence v komunitě – občanská sdružení, organizace a iniciativy různého typu, i když jejich program se problematiky přímo netýká, místní politiky a politické formace, důležité osobnosti – lékaři, spisovatelé, duchovní, podnikatelé, sportovci, hudebníci, důležité instituce a organizace na daném území – úřady, velké podniky, školy, univerzity, nemocnice, galerie, divadla);
- 3) plánování (shromažďování informací, vytváření databáze – adresáře jednotlivců, organizací, jejich zaměření a příspěvky k chodu projektu, zformulování problémů a cílů, možností řešení a zdrojů, seznámení zastupitelů místní správy a obyvatel komunity s výsledky mapování potřeb a s vlastním projektem, realizace pilotního projektu ve vybraných cílových skupinách, jeho průběžné vyhodnocování, sledování efektivity a cílů, reakce na podněty vzešlé ze zpětné vazby, úpravy a zpřesňování projektu, návrh rozšíření programu do celé komunity dle jejích potřeb);
- 4) vlastní realizace (uskutečňování a koordinace jednotlivých aktivit preventivního projektu, průhlednost a kontrolovatelnost financování, cílenost jednotlivých podprogramů, vhodná mediální prezentace, měřitelnost efektivity jednotlivých aktivit, vytváření podmínek pro nové aktivity a programy, které v komunitě scházejí, podpora programů, které jsou již v chodu, respektování povahy již probíhajících projektů vzhledem ke specifickému či nespecifickému typu prevence, průběžné vyhodnocování, sledování efektivity a naplňování cílů, na jejichž základě se uskutečňuje postupné šíření projektu do celé komunity);
- 5) vyhodnocení (provádí realizační tým, mohou do něj vstupovat všichni zúčastnění či zainteresované cílové skupiny, hodnotí se přínos projektu pro celou komunitu,

jeho prezentace v médiích, cíle projektu musejí být jasně definované a srozumitelné již na začátku tak, aby byly výsledky dobře měřitelné a doložitelné, je nezbytné a užitečné, aby v rámci rozsáhlejšího projektu působil tzv. nezávislý evaluátor zvenčí, tedy hodnotitel nespojený s řešiteli projektu i s ovlivňovanou komunitou).

Základní rysy účinného programu komunitní prevence (RADA EU, 2005b; Flaks a Trapková in Kalina et al., 2003):

- Vychází ze znalosti prostředí (demografická, kulturní a sociálně-ekonomická hlediska, nejčastěji užívané návykové látky či chování s rysy závislosti, problémy etnických skupin, zdroje a možnosti na místní úrovni).
- Vytváří místní síť (místní osobnosti, instituce a organizace, oslovuje více generací, kombinuje „sváteční události“ a „činnosti všedního dne“).
- Stimuluje občanskou morálku (morální hodnoty, aktivní účast místních obyvatel v pomoci při řešení problémů).
- Obsahuje srozumitelné poselství, využívá účinných faktorů specifické i nespecifické prevence.
- Neobsahuje zjevné či skryté podněty, které posilují předsudky vůči uživatelům drog a brání zavádění a rozvoji prevence, léčby a sociálních služeb.

2.2.1 Prevence závislosti ve školním prostředí

Ondrejkovič et al. (1999) označují školu za prostředí nadějně pro zdraví. Na světě prakticky neexistuje místo, kde by byl člověk chráněn před drogami, snahy o vytvoření bezdrogového území na Zemi selhaly. Stále ale mohou vznikat malé „ostrůvky zdraví“ ve školách, a to s lidmi, kteří ještě nemají vlastní zkušenosti s drogami a jsou názorově čistí – s našimi dětmi.

Obecně lze drogovou prevenci charakterizovat jako iniciativy, aktivity a strategie určené k zamezení negativních následků spojených s legálním a nelegálním užíváním drog a jinými typy návykového chování. Uvažujeme jak zdravotní poškození, tak právní, sociální a další důsledky pro uživatele drog a jejich okolí. Cílem těchto snah může být předcházení prvnímu užití drogy či jinému návykovému chování, prevence zneužívání drog a závislosti na nich i snížení míry nepříjemností pro uživatelské okolí, nebo opatření mohou být zaměřena na předcházení konfliktům včetně problémů se zákonem (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Školní prevence drog sice obsahuje všechna uvedená hlediska, omezuje se však jen na specifické školní prostředí. Zahrnuje jak prevenci zneužívání drog či jiných typů návykového chování, tak i pravidla a předpisy ohledně návykových látek a návykového chování, předávání ohrožených studentů do péče profesionálních zdravotnických služeb či jakékoli další postupy ohledně užívání drog ve školách (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Obvykle se pod pojmem *primární prevence* rozumějí strategie a aktivity určené k předcházení prvnímu užití drogy (či výskytu jiného návykového chování) a vlastnímu začátku užívání drog (jinému návykovému chování), pod pojmem *sekundární prevence* pak programy, strategie a aktivity zaměřené na prevenci vlastního zneužívání drog (jiného návykového chování), včasnou identifikaci a léčbu zneužívatelů drog (nositelů

jiného návykového chování) s cílem zabránit vzniku závislosti. Školní prevence by se měla zaměřovat na všechny legální i nelegální drogy (substanční i virtuální), které mohou vést k návyku či závislosti (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Skácelová (in Kalina et al., 2003b) připomíná, že školní prostředí vytváří pro prevenci zcela specifický charakter. Škola může svým plánovitým přístupem a vlivem na žáka zajistit, že preventivní programy budou do činnosti zařazovány a žáci se jich zúčastní.

Ve všech členských státech Evropské unie jsou školy považovány za nejdůležitější zařízení pro všeobecnou prevenci. Z tohoto důvodu významně vzrostl důraz kladený na prevenci ve školách v národních strategiích a při strukturovaném uplatňování tohoto přístupu, což se odráží v rozšiřování školní protidrogové politiky, rozvoji specifických modulových programů protidrogové prevence pro školy a s tím souvisejícím zkvalitňováním pedagogického vzdělávání (RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b).

Škola a rodina jsou v oblasti prevence problémů s návykovými látkami a jiným návykovým chováním partnery (Nešpor a Csémy, 2003).

Očekávání školy od rodičů jsou následující (Nešpor a Csémy, 2003):

Realistická očekávání

- Spolupráce rodičů se školou, zejména v případě výskytu komplikací.
- Vytvoření podmínek pro náležitou přípravu dítěte do školy a uspokojování jeho potřeb.
- Vedení dítěte k dobrým způsobům trávení volného času a zdravému způsobu života.
- Přehled o tom, s kým se dítě stýká ve volném čase.
- Zajištění přiměřené lékařské a psychologické pomoci pro dítě.
- Budou mít pochopení pro mnohdy nelehkou práci pedagoga, nebudou bezdůvodně oslabovat jeho autoritu u dětí. Své případné výhrady dokáží sdělit škole přímo.

Nerealistická očekávání

- Rodiče nějak zařídí, aby se z problémového žáka stal žák bezproblémový.
- O prevenci se postarají sami (ignorování faktu, že dítě ve škole, kde není pod dohledem rodičů, tráví značnou část svého času).
- Mají při prevenci u dětí neomezené časové i materiální možnosti.
- Budou automaticky souhlasit se vším, co škola v prevenci i v jiných oblastech dětem nabízí.
- Dokáží sami i bez odborné pomoci včas rozpoznat a zvládat problémy s návykovými látkami u dítěte.
- Nebudou mluvit do aktivit, které se ve škole odehrávají.

Očekávání rodičů od školy jsou tato (Nešpor a Csémy, 2003):

Realistická očekávání

- Škola bude bezpečným místem, kde nebudou dostupné návykové látky a činnosti.
- Bude používat postupy, které jsou smysluplné a účinné.
- Zprostředkuje rodičům informace, které jim pomohou při prevenci. Může rovněž doporučit, kde hledat pomoc pro různé problémy jejich dětí.

- Bude povzbuzovat žáky ke kvalitním způsobům trávení volného času a ke zdravému způsobu života.
- Bude s rodiči v soustavném kontaktu i za normálních okolností, a tím spíše v případě problémů nebo komplikací.

Nerealistická očekávání

- Škola se o prevenci v oblasti drog a jiného návykového chování postará sama, rodiče se tím nemusejí zabývat.
- Do školy budou chodit pouze ideální děti, které nemají problémy s návykovými látkami a činnostmi.
- Nebude nutit rodiče, aby i jen uvažovali o tak nepříjemných záležitostech, jako jsou návykové látky a činnosti u dětí.
- Převzme odpovědnost i za trávení volného času dětí.
- Nebude rodiče zdržovat tím, že by je zvala k osobnímu jednání, své případné problémy s dětmi si vyřeší sama.

2.2.2 Školní preventivní program, Minimální preventivní program, školní metodik prevence

Nováková (in Kalina et al., 2003b) a Skácelová (in Kalina et al., 2003b) zdůrazňují, že základním článkem projektů prevence drog se stává škola, s čímž souvisí i požadavek na vzdělávání pedagogických pracovníků, zejména školních metodiků prevence, v problematice závislosti na drogách a jiném návykovém chování, později v celé šíři sociálně patologických jevů.

Skácelová (in Kalina et al., 2003b) a Mužíková (2010) charakterizují školní preventivní strategii (školní preventivní program) takto:

- je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení;
- je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného Rámcového vzdělávacího programu, popř. je přílohou dosud platných osnov a učebních plánů;
- vychází z omezených časových, personálních a finančních investic se zaměřením na nejvyšší efektivitu;
- jasně definuje dlouhodobé a krátkodobé cíle;
- je naplánována tak, aby mohla být řádně uskutečňována;
- přizpůsobuje se kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v rámci školy, tak v jejím okolí, respektuje rozdíly ve školním prostředí;
- oddaluje, brání nebo snižuje výskyt sociálně patologických jevů;
- zvyšuje schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí;
- má dlouhotrvající výsledky;
- pojmenovává problémy z oblasti sociálně patologických jevů a případných dalších závislostí (anabolika, virtuální drogy, poruchy příjmu potravy);
- pomáhá zejména těm jedincům, kteří pocházejí z nejvíce ohrožených skupin (minoritám, cizincům, pacientům či dětem) při ochraně jejich lidských práv;

- podporuje zdravý životní styl, tj. harmonickou rovnováhu tělesných a duševních funkcí s pocitem spokojenosti, chuti do života, tělesného i duševního blaha (výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybové aktivity);
- poskytuje podněty ke zpracování Minimálního preventivního programu.

Minimální preventivní program (MPP) je konkrétním dokumentem školy zaměřeným na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. MPP je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce se žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků. MPP je zpracován školním metodikem prevence na jeden školní rok. Podléhá kontrole České školní inspekce, je průběžně vyhodnocován, písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy. Na tvorbě a realizaci MPP se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Koordinace tvorby a kontrola realizace patří ke standardním činnostem školního metodika prevence. Při tvorbě a vyhodnocování MPP školní metodik prevence spolupracuje dle potřeby s dalšími odborníky (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003c; Skalík in Kalina et al., 2003b; Mužíková, 2010).

Při tvorbě a uplatňování MPP jsou využívány dokumenty platné školské legislativy pro oblast primární prevence, standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, koncepce primární prevence na různých úrovních (národní, krajské, obecní), dlouhodobá preventivní strategie školy, školní řád, krizový plán a postup školy při výskytu rizikových forem chování dětí a mládeže, sankční řád, přehled nabídky volnočasových aktivit (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a).

Efektivní program vyžaduje spolupráci a odpovědnost na několika úrovních (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a):

- ředitel školy má odpovědnost za podporu, vytváření a realizaci programu;
- školní metodik prevence koordinuje přípravu a realizaci programu;
- členové pedagogického sboru začleňují preventivní témata do výuky „svých“ předmětů v souladu s Rámcovými vzdělávacími programy;
- třídní učitelé hrají při naplňování MPP klíčovou roli;
- žáci se aktivně podílejí na přípravě a realizaci programu;
- dohlížející metodik prevence (např. z regionálního poradenského centra pro problematiku závislostí) zajišťuje odbornou a metodickou pomoc, je garantem kvality programů;
- škola spolupracuje s jinými organizacemi v regionu (v komunitě).

Vedení škol a školských zařízení (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a):

- vytváří podmínky pro realizaci prevence v oblasti sociálně patologických jevů;
- zajišťuje spolupráci s rodiči (zákonnými zástupci) v oblasti prevence;
- zajistí zakotvení preventivních opatření proti sociálně patologickým jevům v řádu školy nebo školského zařízení;

- pověřuje vhodného pracovníka funkcí školního metodika prevence;
- zodpovídá za soustavné vzdělávání pracovníků školy nebo školského zařízení v oblasti prevence;
- provádí opatření při výskytu sociálně patologických jevů ve škole nebo školském zařízení;
- sleduje efektivitu jednotlivých preventivních aktivit.

V rámci MPP mají pedagogové plnit především následující úkoly (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a; Mužíková, 2010):

- věnovat pozornost chování žáků, zajímat se o jejich problémy;
- podle oboru, jemuž vyučují, vhodně začlenit problematiku drogové prevence do příslušných oblastí Rámcových vzdělávacích programů na školách a školských zařízeních, v nichž působí;
- podílet se na pořádání komponovaných pořadů, diskusí, přednášek, filmových představení s tematikou návykových látek, návykového chování, nebezpečí s nimi spojených;
- účastnit se akcí, jež jsou ve škole věnovány prevenci sociálních patologií a závislostí;
- probírat s rodiči výchovné problémy žáků;
- podávat návrhy a pomoci realizovat volnočasové aktivity žáků.

Vedení škol (školských zařízení), školní metodici prevence i další pedagogové považují v souvislosti s drogovou problematikou za nejpřínosnější následující aktivity (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b; Mužíková, 2010):

- mít znalosti o příznacích drogové závislosti i závislosti vyvolané jinými formami návykového chování, ovládat jednoduché techniky k diagnostice stavu drogové scény na škole;
- osvojit si dovednosti, umožňující použití moderních výchovných metod, které spočívají v poznání osobnosti žáka a přeměně její hodnotové orientace;
- využívat vrstevnických (peer) programů v oblasti prevence závislostí, podobně též metod sociálního učení;
- disponovat jednoznačným výkladem legislativy (doplnění a upřesnění tezí, jež se zabývají závislostmi a dalšími sociálními patologiemi, do školního řádu, zdůvodnění sankcí pro žáky, cesty spolupráce s rodiči, poradenskými organizacemi, policií, atd.).

Zpracování MPP probíhá ve čtyřech krocích, jedná se o přípravnou fázi, stanovení cílů, naplánování vhodných aktivit z oblasti primární a sekundární prevence pro cílové skupiny, evaluaci, dokumentaci a prezentaci výsledků (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a).

1. Přípravná fáze tvorby zpracování MPP vychází z vnitřních a vnějších zdrojů školy (školského zařízení) (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b).

K vnitřním zdrojům pro tvorbu MPP řadíme (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a):

- stručný popis specifik a charakteristiky školy (např. velikost a typ sídla a školy, její umístění, počet žáků, rizikové faktory);
- popis rizikových míst ve škole důležitých pro výskyt nežádoucího chování žáků (toalety, šatny, jídelna, učebny, chodby);
- zmapování situace v jednotlivých třídách v souvislosti s rizikovými formami chování žáků (např. formou ankety, dotazníkového šetření, analýza pozitivních a negativních momentů – zodpovídají za ni třídní učitelé);
- podporu postavení pedagoga ve funkci školního metodika prevence vůči ostatním pedagogickým pracovníkům školy, jeho kompetenci, standardních činností, místa a spolupráce jednotlivých členů ve školním poradenském pracovišti ze strany vedení školy;
- představení školního metodika prevence, oznámení jeho konzultačních hodin i místa pro konzultační a poradenskou činnost žákům školy a jejich rodičům;
- vnitřní informační zdroje (např. odborná literatura, videotéka, webová stránka školy, schránka důvěry (je-li zavedena), e-mailová adresa školního metodika prevence pro podněty pocházející od žáků a rodičů, školní časopis, školní rozhlas, nástěnky, aj.).

K vnějším zdrojům pro tvorbu MPP řadíme (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b):

- vnější informační zdroje (oficiální webové stránky MŠMT ČR, stránky internetových portálů s informacemi o drogách, prevenci a poradenství, webové stránky odborných zařízení);
- metodickou pomoc z řad nadřazených metodiků prevence a poradenských zařízení;
- odbornou pomoc (internetové poradenství pro školní metodiky prevence v oblasti primární prevence, síť odborných zařízení na celostátní, a zejména regionální úrovni);
- přehled vzdělávacích programů pro školní metodiky prevence a ostatní pedagogické pracovníky;
- přehled volnočasových aktivit v regionu.

2. Stanovení cílů Minimálního preventivního programu školy

V této fázi tvorby MPP je třeba si uvědomit, jaké negativní jevy ve škole hodláme ovlivňovat a jakými metodami budeme působit na zájmovou populační skupinu. Vymezíme tedy konkrétní cíle školního MPP pro daný školní rok. Cíle lze dělit na dlouhodobé a krátkodobé. Dlouhodobé (vize) mají spíše obecnější charakter, jsou časově náročné a uvedené především v preventivní strategii školy nadřazené MPP. Příkladem dlouhodobého cíle může být trénink sociálních dovedností žáků nebo snížení výskytu rizikového chování ve škole v horizontu několika let. Krátkodobé cíle jsou konkrétní, vztahují se k určité cílové skupině (žáci, rodiče, pedagogičtí pracovníci), jsou časově termínované (omezené). Příkladem může být zmapování situace ve výskytu rizikového chování ve třídě v pololetí a ke konci školního roku nebo vypracování komunikačního

systému nutného pro práci školního metodika prevence (e-mail, webové stránky, schůzky s ostatními pedagogy a s rodiči, konzultace) (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a; Mužíková, 2010).

3. Plánování aktivit MPP pro jednotlivé cílové skupiny

Je třeba zajistit, aby pedagogičtí pracovníci i nepedagogický personál školy byli informováni o skladbě MPP a nastavených pravidlech (školní řád, krizový plán, zdroje odborné pomoci, požadavky na práci třídních učitelů, kompetence členů školního poradenského pracoviště, vedení dokumentace, výměna informací), byl dodržován plán vzdělávání školních metodiků prevence a ostatních pedagogických pracovníků v problematice primární prevence různých forem rizikového chování žáků (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003a; Skalík in Kalina et al., 2003a).

Cílovou skupinou MPP jsou žáci školy, společně s učiteli se účastní preventivní strategie zakomponované v Rámcovém vzdělávacím programu školy (příslušná témata jsou probírána v jednotlivých předmětech a ročnících). Do MPP školy mohou být začleněny též programy primární prevence sociálních patologií poskytované nestátními či neziskovými organizacemi, je však vhodné ověřit, zda mají udělenou akreditaci, poté z nich pečlivě vybírat. Obecně se může jednat o komplexní dlouhodobý program, jednorázové programy primární prevence, hromadné akce v oblasti primární prevence, programy indikované a selektivní primární prevence. Posuzujeme, zda konkrétní typ programu zapadá do školní strategie, zda a jak navazuje na Rámcový vzdělávací program, zda existuje prostor pro vzájemnou informovanost a spolupráci pro další období, jaká je jeho finanční náročnost. Poté školní metodik prevence zpracuje časový harmonogram programů a akcí MPP ve školním prostředí, mimo školu, v komunitě, přehled nabídky mimoškolních aktivit pro žáky a rodičovskou veřejnost (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003a; Skalík in Kalina et al., 2003a).

Preventivní aktivity a cíle programu „*Zdraví 21*“ jsou implementovány v Rámcovém vzdělávacím programu na různých úrovních (předškolní, základní, gymnaziální, odborné, speciální) vzdělávání. Školy a školská zařízení se mohou zapojit do projektů „*Zdravá mateřská škola*“ a „*Zdravá škola*“ (Havlinová et al., 2006; Havlinová et al., 2008; Mužíková, 2010).

Do výchovně vzdělávacího procesu na školách a ve školských zařízeních je nutné přizvat také rodiče, zabezpečit jejich informovanost o postojích školy nebo školského zařízení k preventivní strategii a o možnostech intervence v případě selhání jejich dítěte. Vzdělávání rodičů v problematice sociálních patologií pomocí tradičních aktivit nabízených školou se z dlouhodobého pohledu ukazuje jako málo účinné, proto je nutné hledat nové formy a metody k jejich zapojení do výchovně vzdělávacího procesu (využívat nových médií, profesionálně připravených kampaní, aktivního zapojení celých rodin) (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003a; Skalík in Kalina et al., 2003a).

V oblasti primární prevence lze realizovat informační servis pro rodiče (seznámení s preventivní strategií školy, se školním řádem, nabídka adresáře poskytovatelů služeb v oblasti zvládání sociálně nežádoucího chování dětí), aktivní formy spolupráce s rodiči (jejich přímá účast na preventivní strategii školy, komunikace s třídními učiteli, školní akce určené pro rodiče s dětmi, funkčnost poradenského systému školy,

přednášková činnost), pasivní formy spolupráce s rodiči (pisemná sdělení, distribuce informačních materiálů). V oblasti sekundární prevence se jedná o odbornou pomoc rodičům mimo rámec školy, besedy s rodiči žáků o určitém problému, poradenství (práce s jednotlivcem, rodinná terapie, zprostředkování léčby) (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b).

4. Evaluace, dokumentace a prezentace výsledků MPP

Evaluace představuje vyhodnocení vlastního realizovaného programu, výsledků procesu změn, dopadu na účastníky programu a dosaženého efektu v porovnávání se záměrem. Týká se podstaty realizace jednotlivých fází a aktivit, informuje o počtech účastníků, finančních nákladech, schopnosti realizovat jednotlivé programy. Proces změn musí být vyhodnocován průběžně a trvale pomocí prostředků poskytujících zpětnou vazbu (rozhovorů, e-mailů, dotazníků, anket), na jejímž základě se korigují cíle, metodika, obsah a forma programu. Evaluací lze zjistit, jak konkrétní preventivní program funguje, co komplikuje jeho realizaci, co vše ovlivnilo program mimo předpokládaných faktorů, čeho se při realizaci vyvarovat a na co se připravit. Evaluace a metodika včasného odhalování rizik patří mezi základní kritéria vypracování preventivních programů či vzdělávacích akcí v oblasti sociálně patologických jevů, zejména pak při udělování akreditací či výběru projektů ve výběrových řízeních. Hodnotitele preventivních projektů zajímá evaluace plánování, evaluace průběhu preventivní intervence a evaluace výsledku preventivní intervence. K důležitým otázkám, na něž by měla evaluace dát odpověď, patří, zda bylo skutečně dosaženo stanovených cílů, zda je možné použít přístupy či postupy opakovat a na co se zaměřit v dalším roce běhu preventivního projektu. Hodnocení se účastní třídní učitelé, rodiče i další členové komunity, vedení školy, podílejí se na něm všichni pedagogičtí a nepedagogičtí pracovníci školy či školského zařízení, ev. též nadřazení metodici prevence, pracovníci poradenských a jiných odborných center, příp. i nezávislí hodnotitelé mimo školský systém (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a).

Školní metodik prevence shromažďuje veškeré informace a zpětné vazby získané v průběhu MPP v daném období, eviduje výskyt rizikových forem chování u jednotlivých žáků školy. Je výhodné si tyto informace průběžně poznamenávat do deníku. Do dokumentace patří i záznamy o rozhovorech se žáky a s rodiči. V závěru školního roku školní metodik prevence vypracovává na základě dokumentace a podkladů od třídních učitelů hodnocení MPP, které je součástí závěrečné zprávy školy (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Mužiková, 2010).

Výsledky realizace MPP je vhodné prezentovat na různých úrovních (místní, regionální, celostátní), a to i v případě, že program nebyl úspěšný, aby se ostatním participantům ukázala východiska, upozornilo se na řešení, která nevedou k cíli, na možná úskalí. Pozitivní výsledky je možné publikovat v odborném tisku, na konferencích, seminářích, v regionálních médiích, na webu, atp. (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a).

Na základních školách, středních školách, středních odborných učilištích a vyšších odborných školách jsou preventivní metody nejúčinnější, jsou-li programy zaměřeny tak, aby co nejlépe odpovídaly charakteristikám cílové skupiny populace školních

děti (Ondrejko et al., 1999; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003c).

V oblasti speciálního školství jsou strategie, metody a přístupy v rámci MPP modifikovány se zaměřením na jedince s výchovnými problémy a jedince se sociálním znevýhodněním, včetně mládeže umístěné v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Základní principy vytváření předpokladů pro zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti negativním sociálním jevům (sociálním patologiím) jsou obdobné jako v případě běžných základních a středních škol. Především se jedná o formování pozitivních postojů, posilování schopností zvládat životní problémy a konflikty, zvyšování odolnosti vůči stresu a dlouhodobým frustracím, motivaci k plnohodnotnému a smysluplnému prožití života. Dobré výsledky přinášejí zejména metody aktivního sociálního učení. Pro práci s dětmi a mládeží s určitým typem postižení je v oblasti prevence negativních sociálních jevů nutné vypracovat a realizovat alternativní preventivní strategie respektující jejich specifika (druh postižení), včetně speciálních potřeb a zájmů (Richter et al., 2005; Vítková in Vítková et al., 2007; Vojtová, 2010; Vojtová in Bartoňová a Vítková, 2010).

V segmentu vysokého školství se systematicky vzdělávají pedagogičtí a ostatní pracovníci v problematice prevence především na pedagogických fakultách. Jde o vzdělávání odborně erudovaných, komunikativně a psychologicky vybavených učitelů, kteří již působí na školách, a také studentů všech učitelských oborů pedagogických fakult. Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti sociálně patologickým jevům vyžaduje systematickou a koordinovanou přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních. Vzdělávací projekty jsou podporovány MŠMT ČR a určeny zejména pro vzdělávání metodiků prevence na jednotlivých školách, případně další zájemce z řad učitelů na základních a středních školách (Mužík a Mužíková in Řehulka, 2003; Mužíková, 2010).

Pokud se jedná o prevenci závislosti na tzv. virtuálních drogách, je třeba si uvědomit, že jsme se stali součástí informační společnosti, jejímž prostřednictvím se proměňuje prostředí, v němž se vzdělávání uskutečňuje. Značnou část znalostí v oblasti moderních ICT získávají děti ve škole. Mění se výukové cíle, přizpůsobují se Školní vzdělávací programy a v konečném důsledku i celkové úlohy škol. Orientovat se ve světě informací, získat elementární dovednosti v ovládání výpočetní techniky a dosáhnout základní úrovně gramotnosti v užívání moderních ICT dokáží děti již od základní školy prostřednictvím vzdělávací oblasti Informační a komunikační technologie, která je povinnou součástí Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Nabyté dovednosti jsou v informační společnosti nezbytným předpokladem dobrého uplatnění na trhu práce i podmínkou k efektivnímu rozvíjení profesní i zájmové činnosti. Cílové zaměření směřuje k poznávání, porozumění digitálním médiím a všem tokům informací od jejich vzniku, přenosu, zpracování až po praktické využití. Žáci se učí tvořivě myslet, porovnávat a třídit více informačních zdrojů, respektovat práva k duševnímu vlastnictví. Stěžejním cílem je zaujetí odpovědného, etického přístupu k nevhodným obsahům vyskytujícím se na internetu či v jiných médiích (Vítková et al., 2004; MŠMT ČR [on-line], 2009).

Hra je z psychologického hlediska jedním z nejvýznamnějších socializačních činitelů v procesu záměrného učení, vychází z přirozené lidské potřeby. Uplatňuje se

při ní řada kognitivních procesů (představitivost, fantazie, hráčská inteligence, schopnost anticipace, pozornost, paměť), projevují se osobní vlastnosti (hravost, soutěživost, rozhodnost, míra dominance, kooperativnost, míra riskovat). V herních aktivitách se dítě učí novým dovednostem a získává řadu praktických zkušeností (Lokšová a Lokša, 2003; Vágnerová, 2005).

Zařazení problematiky gamblingu a závislostí na moderních ICT včetně jejich prevence do MPP je velmi potřebné a nanejvýš žádoucí, poněvadž děti jsou ohroženy zejména náruživým hraním videoher a počítačových her. V životě dětí a mládeže hrají digitální média důležitou roli a bylo by špatné jim je zakazovat či jiným způsobem zatracovat. Je třeba mít na paměti, že čím jsou děti mladší a nevyzrálejší, tím větší mají média vliv na utváření jejich názorů a postojů. Děti v současnosti nelze od vlivu ICT izolovat, je třeba je naučit s nimi žít v realitě (Nešpor, 2006; Vítková in Vítková et al., 2007).

Děti by měly být vedeny k tzv. „zdravému hraní“, které nekončí závislostí, ale při němž se posilují (Lokšová a Lokša, 2003; Nešpor, 2000; Nešpor, 2006):

- sociální dovednosti (začleňování a pozice ve skupině),
- zdravá soutěživost (hledání vlastních mezí, srovnávání předpokladů a výsledků s ostatními v kolektivu, motivace k lepším výkonům; přetrvávají i v období dospělosti),
- schopnost relaxace (uvolnění vnitřní tenze, redukce stresu, úzkosti, deprese),
- kognitivní procesy (trénink paměti, řešení taktických situací, využívání matematických znalostí, koncentrace, motorické koordinace).

Školní metodik prevence je osobou, která vypracovává MPP ve spolupráci se všemi pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky. Respektuje specifika školského zařízení a regionu, míru problémů ve vztahu ke drogám mezi dětmi a mládeží. Zpracovává řád školy, ve kterém je jasně vyjádřen postoj zařízení ke drogám legálním i nelegálním a následné kroky a opatření při jeho porušení. Rovněž spolupracuje s rodiči, jinými institucemi a organizacemi (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Mužíková, 2010).

Pedagogicko-psychologická poradna Brno prezentovala Desatero školního metodika prevence, které se vztahuje k úspěšné realizaci MPP (PPP BRNO [on-line], 2011):

1. Odpovědný výběr garanta programu (garantem programu je pedagogický pracovník – učitel nebo vychovatel, jeho výběr je ovlivněn velikostí školy a podmínkami v ní, aktivním zájmem kandidáta o práci garanta, jeho osobnostními a odbornými předpoklady, důvěrou dětí, přirozenou autoritou u žáků a kolegů, časovými hledisky, vzděláním, ochotou pracovat na sobě, finančním ohodnocením, atp.).
2. Získání podpory řídících pracovníků (seznámit vedení školy s programem, získat je pro jeho realizaci, preferovat dlouhodobost, komplexnost, koordinovanost, východiska výchovy ke zdravému životnímu stylu, změnu postojů a chování, vybudovat si pozici odborníka na prevenci, dále se v tomto směru vzdělávat, zajistit finanční a materiální zabezpečení programu, dohodnout pravidla realizace programu ve škole).

3. Vybudování týmu spolupracovníků (seznámit kolegy s filosofií programu, zapojit je do jeho uskutečňování, zajistit průběžnou spolupráci s vedením školy, výchovným poradcem, mezipředmětovou spolupráci, spolupráci úplných základních škol se spádovými malotřídkami a mateřskými školami, otevřít prostor pro sdílení vzájemných očekávání a diskusi, na poradě technického personálu školy informovat ostatní zaměstnance o programu, sdělit jim svá očekávání).
4. Příprava aktivit pro žáky (vytvořit prostor v jednotlivých vyučovacích předmětech i v celkovém působení školy; při koncipování tematických bloků s dětmi je nezbytná znalost vlastností cílových skupin – např. jejich jazyka, hodnot, vzorů; příprava zásobníku her, vhodného místa pro realizaci aktivit – pokud možno jinde než v klasické třídě; důležitá je vlastní odborná připravenost, vhodný výběr informací s ohledem na nežádoucí návodný efekt, materiálové zajištění, atmosféra důvěry, stanovení konzultačních hodin pro setkání dětí se školním metodikem prevence, školním poradenským pracovištěm; nabídka volnočasových aktivit, víkendových a prázdninových akcí, využití možnosti peer programu, ev. klubová činnost).
5. Zajištění metodických pomůcek, informací, kontaktů (vytvoření knihovny, videotéky, fonotéky pro potřeby školního metodika prevence a ostatních pedagogů, shromáždění všech dostupných informací o institucích, organizacích a odbornících, kteří v oblasti prevence působí v regionu – např. pedagogicko-psychologická poradna, krajská hygienická stanice, nízkoprahová zařízení, zřízení stálého informačního panelu, kde budou důležité informace zpřístupněny žákům a rodičům v odpovídající a přitažlivé formě).
6. Pořádání aktivit pro rodiče (informovat Radu školy a Sdružení rodičů a přátel školy, získat jejich podporu a pomoc, oslovovat rodiče, seznamovat je se záměry a způsoby realizace programu, nejlépe na třídních schůzkách, příp. prostřednictvím regionálních médií, zapojit je do uskutečňování projektu).
7. Spolupráce s ostatními odborníky (středisko výchovné péče, pedagogicko-psychologická poradna, nízkoprahová zařízení, lékaři, krajské hygienické stanice, oddělení péče o dítě a rodinu, sociální kurátoři, oddělení sociální prevence, probační pracovníci soudu, Městská policie, Policie ČR, nadřízený protidrogový koordinátor, protidrogová komise), vždy je nutný osobní kontakt.
8. Pomoc při organizování volnočasových aktivit dětí a mládeže, oslovení státní správy a místní samosprávy – zastupitelstev (spolupráce s dalšími orgány státní správy a místní samosprávy, např. s obecními úřady všech úrovní, úřady práce, centry volného času, sportovními a zájmovými organizacemi, nadacemi), opět je vždy nutný osobní kontakt.
9. Vhodná propagace programu (využití veřejných sdělovacích prostředků, např. místního a regionálního tisku, rozhlasu, televize, webových prezentací, školního časopisu, školního rozhlasu, oslovení laické i odborné veřejnosti a všech pater komunity s informacemi o existenci, průběhu, aktivitách, výsledcích a možnostech zapojení dalších zájemců do projektu).
10. Evidence a efektivita (vedení záznamů o přehledu realizovaných kroků a aktivit, plnění časového harmonogramu v průběhu školního roku, podnětech získaných ze zpětné vazby). Při hodnocení efektivit lze využít anket, dotazníků,

rozhovorů, slohových prací, schránek důvěry, e-mailových schránek. Měřítkem efektivity může být ohlas u školních metodiků prevence, vedení škol, dalších členů pedagogického sboru, žáků, rodičů.

Strategie a programy snižování poptávky usilují především o snížení zájmu o užívání drog, ev. o jiné typy návykového chování (virtuálních drog). Poptávka může být snižována prostřednictvím preventivních programů, které mají odvracet uživatele nebo potencionálního uživatele od experimentování s ilegálními drogami (jinými typy návykového chování) nebo od jejich následného užívání (provozování) (Vodičková, 1998; Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b).

Příklad kurzu primární prevence pro pedagogy obsahuje soubor přednášek cílených na základní témata preventivní problematiky. Zejména je zaměřen na koncepci prevence a preventivní programy, sociálně právní propedeutiku, zdravý životní styl jako trvalou součást výchovného procesu, duševní hygienu jako prostředek prevence a zvládání stresových situací v práci učitele, ověřené metodiky preventivních programů, charakteristiku sociálně patologických jevů, úvod do teoretických základů speciální pedagogiky, chování osobnosti v zátěžových situacích, poruchy chování a jejich zvládání (Dvořák, 1995; Nováková, 1995; MŠMT ČR, 1999; Cymbalová et al., 2003).

Prakticky se jedná o nácvik různých komunikačních metod, psychoterapeutických technik, aktivního sociálního učení, relaxačních metod, přípravu a uplatňování peer programů, apod. Osvojení metod a dovedností umožní pedagogům mj. efektivně komunikovat jak s jedinci bezproblémovými, tak s jedinci s výchovnými problémy (Dvořák, 1995; Nováková, 1995; MŠMT ČR, 1999; Cymbalová et al., 2003).

Mezi klíčová témata dalšího vzdělávání pedagogů v prevenci sociálních patologií a závislosti patří (Nováková in Kalina et al., 2003b; Mužíková, 2010):

- tvorba MPP pro konkrétní školu účastníka kurzu, práce na projektech;
- arteterapeutické techniky (motivace žáků ke tvořivé činnosti);
- aktivní sociální učení (zlepšení sociálních vztahů a dovedností, efektivní orientace v mezilidských vztazích, porozumění skupinovým procesům, kooperativní řešení interpersonálních problémů a konfliktů, apod.);
- relaxace, prevence stresu, duševní zdraví;
- posouzení vývoje zdravého jedince;
- komunikační metody (nonverbální komunikace, rétorická cvičení);
- zdravý životní styl a rozvoj osobnosti.

V případě dobře fungujícího programu předcházení závislostem a jiným sociálním patologiím školy provádějí prevenci problémů působených návykovými látkami (jiným návykovým chováním) soustavně a využívají účinných postupů, např. programů za aktivní účasti předem připravených vrstevníků nebo pozitivních alternativ. Při realizaci prevence existuje výborná spolupráce s rodiči, efektivní komunikace s dalšími relevantními organizacemi a institucemi v komunitě, v níž škola sídlí. Ve škole se prosazují rozumná a přiměřená pravidla týkající se návykových látek (jiných typů návykového chování), alkohol, tabák a jiné drogy (vč. virtuálních) jsou ve škole a v jejím okolí žákům nebo studentům málo dostupné. Učitelé jsou vnímáni jako pomáhající, dávající, pečující. Podporují rozvoj žáků, dobře s nimi komunikují a spolupracují, dokáží

rozpoznat jejich možnosti. Pro selhávající a problémové žáky hledají pozitivní možnosti a cesty, jak chránit jejich sebevědomí. Vedou k formování prosociálního chování, pomoci druhým, pozitivním hodnotám. Poskytují možnosti pro rozhodování, výchovu a vzdělávání druhých. Existuje dobrá návaznost na kvalitní způsoby trávení volného času, také zaměření na mimoškolní aktivity (Nováková, 1995; Dvořák, 1995; MŠMT ČR, 1999; Cymbalová et al., 2003).

V případě selhávající nebo zcela nefunkční prevence neexistuje systematický program, školy se spoléhají nejvýše na jednorázové akce bez zpětné vazby a aktivního zapojení žáků (studentů). S rodiči nespolupracují a nekomunikují, rovněž absentuje komunikace s relevantními organizacemi a institucemi v komunitě. Jsou prosazována nepřiměřená pravidla, příp. pravidla týkající se závislosti a dalších sociálních patologií neexistují vůbec. Alkohol, tabák, jiné návykové látky a další typy návykového chování jsou na školách i v jejich okolí žákům nebo studentům snadno dostupné. Učitelé jsou vnímáni jako nepřátelští a lhostejní, se žáky nespolupracují, pouze poukazují na jejich nedostatky a zdůrazňují je. Selhávající a problémoví žáci se stávají objekty zesměšňování a ponižování. Školní atmosféra je cynická, odcizená, postrádá nabídku pozitivních hodnot. Neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času (Nováková, 1995; Dvořák, 1995; MŠMT ČR, 1999; Cymbalová et al., 2003).

2.2.3 Modelový projekt školní prevence drog

Nizozemský Trimbos-Instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) vypracoval modelový projekt školní prevence užívání drog (zkráceně školní drogové prevence) s názvem SMART (Galla et al., 2002). V české mutaci byl prezentován pod hlavičkou Úřadu vlády ČR a sdružení SANANIM (Richter et al., 2005).

Projekt je zaměřen na žáky 2. stupně základní školy, název pochází z počátečních písmen anglických slov, označujících jeho hlavní charakteristiky, a sice (Richter et al., 2005):

Specific (specifický, jasně zaměřený),

Measurable (měřitelný, kontrolovatelný),

Acceptable (přijatelný),

Realistic (dosažitelný, v souladu se současnou situací a podmínkami),

Time-bound (časově vymezený, ohraničený).

Specifita programu spočívá v jasném definování krátkodobých cílů a aktivit, poněvadž velmi obecné vymezení vede k nejistým výsledkům. Ke specifickým krátkodobým cílům počítáme zvýšení znalosti studentů o drogách, oslovení všech studentů v dané věkové skupině relevantními informacemi, vyhrazení určitého počtu hodin v týdnu (obvykle dvou) v každé třídě pro školní prevenci drog. Ke specifickým aktivitám řadíme implementaci a dodržování nařízení ohledně drog a užívání drog na školních prostranstvích, výběr a vymezení předávaných informací, určení cílové skupiny a látek (aktivit), na něž by se měla zaměřit pozornost (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Měřitelnost a kontrolovatelnost spočívá v nezbytném definování hmatatelných a jasných výstupů školního programu, posuzování aktivit, které jsou součástí projektu, komplexním hodnocení (evaluaci). Naplňování krátkodobých cílů je možné posuzovat

podle konkrétních výstupů projektu, realizaci a úroveň aktivit v rámci projektu stanovením hodnotitelných ukazatelů (znaků). Výsledky je možné měřit pomocí monitorovacích nástrojů, např. sledovat, kolik žáků (studentů) jisté věkové skupiny bylo v určitém počtu hodin osloveno specifickými informacemi a s jakým výsledkem (znalosti, postoje) (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Krátkodobé cíle anebo metody školního protidrogového preventivního programu se ne vždy setkají s příznivým ohlasem, pochopením či přijetím u všech zúčastněných přímo ve škole nebo v její blízkosti. Tento případ může nastat, není-li iniciátorem programu ředitel nebo vedení školy a pedagogický sbor nemá zájem investovat do programu energii ani čas. Někdy je k započetí účelné spolupráce nezbytné přijetí rozhodnutí v rámci hierarchie organizace. V rámci realizace preventivního programu je potřebné, aby spolu osazenstvo školy komunikovalo a podle svých možností se snažilo o dosažení jeho cílů. Personál školy, který není přesvědčen o přínosu školního programu prevence užívání drog, jej nemusí akceptovat, poněvadž pochybuje o jeho účinnosti a obává se práce navíc. Žáci mohou mít pocit, že pro ně zamýšlený program není vhodný, zaměřuje se na špatná témata, narušuje ochranu jejich soukromí (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Základem kvalitního projektu je spoluúčast žáků (studentů) na stanovování krátkodobých cílů i na jeho implementaci. Míra přijetí obsahu programu se zvýší, pokud žáci (studenti) podporují jak přístup, tak vhodné začlenění daného programu do života školy. Rodiče (zákonní zástupci) se mohou zajímat o to, jaký typ prevence se provádí, někteří se dokonce mohou obávat, že preventivní aktivity podporují užívání drog. Je proto důležité informovat je o skutečnosti, že ve škole bude probíhat školní program protidrogové prevence a jak bude implementován do školního života. Poskytnutí relevantních informací, otevřený přístup a nabídka zodpovězení dotazů souvisejících s preventivním programem pomáhají nastolit vztah důvěry mezi školou a rodiči (zákonnými zástupci dítěte). Zároveň je velmi vhodné a důležité nabídnout rodičům (zákonným zástupcům) možnost podílet se na programu (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Dobře koncipovaný projekt školní prevence užívání drog by měl být přijatelný pro všechny následující skupiny (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- žáci (studenti),
- vedení školy,
- učitelský sbor,
- personál školy,
- rodiče a zákonní zástupci dětí,
- komunita.

Z hlediska dosažitelnosti, pozitivní podpory a účasti na školním protidrogovém preventivním programu je nutné stanovení realistických a splnitelných cílů. Vedou-li aktivity a intervence k nulovým nebo jen nepodstatným výsledkům, začne podpora chodu programu ochabovat (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Řešitelé projektu by měli zvládat následující úkoly (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- stanovení dlouhodobých vizí (zejména se jedná o pozitivní změny postojů a chování cílové populační skupiny směrem ke zdravému životnímu stylu bez drog);

- střizlivá očekávání ohledně dosažení změn v chování žáků či studentů ve vztahu ke drogám (uvažované změny mohou nastat v menším měřítku a s delší časovou prodlevou, než tvůrci projektu původně plánovali, na názory a postoje cílové skupiny je třeba působit soustavně, což vyžaduje koncepci, systematickost, trpělivost, mohou být opomenuty faktory, jež preventivní působení komplikují);
- kritičnost (v případě potíží hledat chyby nejdříve ve vlastních řadách, nejprve realizovat projekt v menší skupině osob jako pilotní studii, v případě úspěchu působení rozšiřovat, těžit z podnětů, které řešitelé projektu obdrží cestou zpětné vazby);
- využití podpory všech zúčastněných včetně personálu školy, žáků (studentů), rodičů či zákonných zástupců dětí (kvalitní školní preventivní projekt vyžaduje, aby se neopomnělo nejen oslovení a angažování dětí a pedagogů, ale též zbylého osazenstva školy, rodin a dalších součástí komunity, jimž je třeba srozumitelně sdělit poselství programu a požádat je dle jejich možností o spolupráci);
- šetrné hospodaření s finančními prostředky (poskytovatel finančních prostředků má právo kontrolovat, jak je s nimi nakládáno, řešitelé projektu by s nimi měli zacházet účelně a hospodárně);
- respektování typu a polohy školy (strategie preventivního projektu může být modifikována podle okolností, zda se škola nachází ve starší nebo nové zástavbě, jaká je její velikost a struktura žáků či studentů tak, aby byla mj. zohledněna rasová, etnická a náboženská práva cílové skupiny);
- rozhodování (včasné a správné rozhodování pevně souvisí se správným chodem a důvěryhodností projektu, každý projekt může narazit na problémy, jež je nutné včas a vhodně řešit, dodržovat časový harmonogram, kontrolovat využívání financí, lidských a materiálních zdrojů; řízení menších projektů zvládne řešitelský tým přímo, ve větších je zapotřebí pomoci koordinátorů a dalších odborníků);
- očekávání změn, důsledky programu (je nutné kontrolovat plnění krátkodobých cílů dle časového harmonogramu, dlouhodobých vizí dle změn chování, názorů a postojů cílové populační skupiny, akceptovat informace ze zpětné vazby, uvažovat o působení programu na celou komunitu, její život a zvyklosti);
- kritické přebírání zkušeností odjinud (při realizaci prevence se nebráníme zkušenostem z ciziny, ale bereme je vždy s rezervou – co funguje v zámoří, nemusí fungovat (nebo jen omezeně) v českém prostředí, a naopak; vždy je potřebné zohlednit vlastnosti cílové populační skupiny a celé komunity a správně je zasadit do socioekonomického rámce příslušného regionu, znát problematické body a konflikty, které by dobrý program neměl jítřit, ale oslabovat);
- přijatelnost změn, limity intervence (řešitelé by měli uvažovat o dopadu změn působených preventivním projektem na komunitu, snažit se, aby byly v souladu s uznávanými společenskými, etickými a vědeckými normami; sebelepší projekt nemůže obsáhnout všechna rizika, je proto třeba zohlednit, že se chování a postoje zájmové populační skupiny i celé komunity mohou měnit pomaleji a v menším rozsahu, než se původně očekávalo).

Časová přiměřenost a vymezenost preventivního projektu souvisí s faktem, že se postoje a chování cílové populační skupiny nedají změnit okamžitě, ale vyžadují určitý

čas. Obvykle lze první pozitivní signály zachytit za několik měsíců, za 2–3 roky by měly již být jasně patrné, ale jejich zesílení a fixace trvají několik let. Podpora účastníků projektu je svázána mj. s jeho časovou náročností (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005).

Časová vymezenost projektu představuje (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- stanovení jasného časového rozvrhu,
- splnění úkolů v určitém a jasně definovaném časovém rámci,
- čas pro aplikaci prevence, čas pro působení prevence v populaci (změny chování, postojů),
- zahrnutí jak aktivit, které probíhají dlouhodobě (např. u obecného cíle snížit míru užívání drog), tak aktivit, které probíhají krátkodoběji (např. stanovení školních pravidel a nařízení ohledně drog, provedení monitorování, atd.).

2.3 Primární prevence

Jde o opatření, kterými lze měnit způsoby jednání, chování a uvažování člověka, aby se rozhodl pro zdravý, „čistý“, bezdrogový životní styl, tedy o veškeré aktivity realizované s cílem předejít problémům spojeným s užíváním návykových látek, případně oddálit první kontakt s drogou. Primární prevenci lze členit na nespecifickou (veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek – protektivní faktory vzniku závislosti) a specifickou (aktivity zaměřené přímo na prevenci užívání návykových látek, tzn. programy cílené na určitou formu sociálně-patologického chování) (Nešpor et al., 1998).

Ondrejkovič et al. (1999) dodávají, že se primární prevence týká nejvšeobecnějších podmínek předcházení vzniku závislosti, i když neznáme přesná data o její účinnosti, neboť je určena všem – ohroženým a nehroženým, mladým i starým, chlapcům i děvčatům bez rozdílu.

Aktivity primární prevence jsou cíleny na vybrané populační skupiny (či celou populaci) doposud zdravou, která nemá zkušenosti s rizikovým chováním závislostního typu, ev. má jen ojedinělou zkušenost, která ji negativně nepoznamenala. Výstupem je ovlivnění mechanismů vzniku a vývoje závislosti, „přeladění“ ovlivňované skupiny směrem k žádoucím návykům a zdravému způsobu života (Heller a Pecinová, 1996; Kachlík [on-line], 2003).

Do oblasti primární prevence můžeme zařadit všechny činnosti směřující k tomu, aby drogový problém vůbec nevznikl. Drogová prevence se postupně stává běžnou součástí výuky na všech dostupných školách, setkáváme se s ní i při nejrozličnějších mimoškolních akcích. Otázkou zůstává, zda se její uskutečňování děje vhodnou formou spojenou s realistickým očekáváním. Základním motorem primární prevence byla, je a bude rodina. Je dobré vést dítě ke schopnosti umět se prosadit a být zodpovědný za svoje chování. (Presl, 1995)

Bém a Kalina (in Kalina et al., 2003) charakterizují smysl primární prevence takto:

- Užívání drog by nemělo být společensky tolerovanou formou chování mladých lidí.
- Život bez drog a s tím související zdravý životní styl by se měl stát atraktivním pro mládež.

Primární prevence se snaží ovlivnit populaci jako celek, nebo působí na tzv. cílové skupiny vybrané uvnitř populace. V souvislosti s rizikem vzniku drogové závislosti můžeme jako o cílových skupinách v české populaci hovořit o dětech a mládeži, zejména ve věkovém rozmezí 13–18 let (Nováková, 1995; Heller a Pecinová, 1996; Bém a Kalina in Kalina et al., 2003).

Těžištěm a klíčovým objektem zájmu primární prevence je rodina a dále škola, především základní a střední. Smysluplná protidrogová výchova má být komplexní, systematická, s jasným harmonogramem a dlouhodobou vizí, nízkoprahová, s interaktivitou a minimálními bariérami v komunikaci. Proto je zcela nezbytné, aby byla problematika rizikového chování závislostního typu vhodně začleněna do procesu výchovy a vzdělávání. K tomu lze využít různých postupů a výchovných programů, v ČR např. „Minimálního preventivního programu“ vedeného Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (Heller a Pecinová, 1996; Kachlík [on-line], 2003; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007).

2.3.1 Strategie a efektivita primární prevence

Nešpor (2000) uvádí stručný přehled preventivní účinnosti různých strategií, jež se v praxi používají:

- zastrašování (nadávky, hrozby fyzickými a psychickými tresty, jejich vykonání) – neúčinné;
- citové apely (citové vydírání, prosby, pláč, výčitky) – neúčinné;
- prosté informování (sdělení bez zpětné vazby, nepřizpůsobení posluchačům) – neúčinné;
- nabízení lepších alternativ, než je alkohol nebo jiné návykové látky (činnosti, které lze vykonávat např. ve volném čase místo konzumace drog) – účinné u skupin se zvýšeným rizikem;
- peer programy (programy s aktivním zapojením připravených vrstevníků) – účinné u skupin se středním rizikem;
- prevence založená na spolupráci různých složek společnosti (např. rodina, škola, zdravotnické služby, zájmové organizace, městská a republiková policie, průmyslové podniky, osobnosti komunity, politici) – účinná;
- snižování dostupnosti návykových látek včetně alkoholu – účinné, je-li je provázeno též snižováním poptávky po nich;
- léčba anebo mírnění následků – relativně účinné, záleží na jejich včasném poskytnutí.

Za efektivní primární prevenci lze podle Nešpora et al. (1998) považovat programy, které:

- odpovídají věku (jejich poselství dokáže cílová skupina dobře vstřebat, poněvadž je vybavena znalostmi a dovednostmi, na nichž lze stavět);
- jsou malé a interaktivní (zejména v počátku většího projektu je vhodné oslovit menší cílovou skupinu osob, program se lépe sleduje, řídí a upravuje, jeho poskytovatelé dostávají rychlou zpětnou vazbu);
- zahrnují podstatnou část cílové populační skupiny (dobrý preventivní projekt se snaží vhodně oslovit prakticky všechny členy cílové skupiny, oslabit „třetí plochy“ mezi jednotlivými frakcemi v komunitě);

- zahrnují získání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život (účastníci si osvojí nezbytné minimum potřebné k předcházení obecným rizikům, ochraně svého zdraví a preferenci zdravého způsobu života, navazování vztahů, úspěšnému řešení konfliktů, mezilidské komunikaci);
- berou v úvahu místní specifika (je nutné zohlednit etnické, příp. rasové či náboženské zastoupení zájmové populační skupiny, velikost a typ školy a sídla, místní zvyklosti, v případě konfliktů poznat situaci, vyvarovat se zjevných i skrytých nárazek, nejitřit rozdíly, snažit se o stmelení a prosazení dobré věci);
- využívají pozitivní modely (rodiče, další blízcí dítěte, vrstevníci, osobnosti komunity z umělecké, sportovní, vědecké, politické oblasti žijící v souladu s holistickým pohledem na zdraví a bez užívání drog či jiného návykového chování, bez skandálů, představují kvalitní vzory);
- zahrnují legální i ilegální návykové látky (jsou využívány obdobné strategie, v českých podmínkách patří k nejčastěji zneužívaným látkám alkohol a tabák, dále konopí a jiné nelegální drogy, dnes je třeba brát v úvahu i tzv. virtuální drogy a jiné druhy chování s návykovými rysy);
- zahrnují i snižování dostupnosti návykových rizik (důležitou roli hraje komunita, Policie ČR i Městská policie, jež netolerují výrobu, pouliční prodej a konzumaci drog na veřejných místech, dohled nad hazardními hrami, hracími automaty; preventivní opatření sama o sobě nemohou pokrýt veškeré kanály, jimiž se drogy dostávají od producenta ke spotřebiteli, je třeba jejich vhodné návaznosti na opatření represivní);
- jsou soustavné a dlouhodobé (ke změně postojů a vstřebání znalostí a dovedností potřebných k odolání rizikům je třeba určitého času, posilování a opakování, jednorázové akce bez aktivní zpětné vazby oslovené populační skupiny mají jen krátkodobou a minimální účinnost);
- jsou prezentovány kvalifikovaně a důvěryhodně (i když v současnosti jde především o pozitivní posun postojů a názorů populace směrem k uznávání zdraví jako klíčové hodnoty, k jeho ochraně a posilování, přesto jsou aktuální a vhodně prezentované informace podstatnou součástí prevence, tištěných a elektronických informačních zdrojů je dostatek, důležité je umět s nimi pracovat);
- jsou komplexní a využívají více strategií (programy současně oslovují žáky, pedagogy, rodiče, příp. další členy komunity, posilují občanskou morálku a odpovědnost, holisticky laděný hodnotový žebříček, vzájemnou spolupráci a provázanost jednotlivých pater komunity);
- počítají s komplikacemi a nabízejí možnosti, jak je zvládat (ani kvalitní a na menším vzorku odzkoušený projekt se nevyhne komplikacím, důležité je si problémy přiznat, projevit ochotu je řešit, zajistit zpětnou vazbu z řad zástupců zájmové populační skupiny, tak řešitelský tým preventivního projektu neztratí důvěru komunity).

2.3.1.1 Techniky odmítání

V náplni prevence užívání drog a návykového chování je užitečné nacvičovat vhodné techniky odmítání. Jde o způsoby chování, které se učí v primární prevenci

a v rámci prevence relapsu. Jejich účelem je společensky přijatelné vyhnutí se droze či jiné potenciálně návykové aktivitě ve chvíli, když ji někdo nabízí. K základním metodám účinného odmítání patří rozpoznání rizikových situací a včasné vyvarování se jich (Nešpor, 2000; Nešpor, 2006).

Lze použít (Nešpor, 2000; Nešpor, 2006):

- rychlá odmítnutí (technika „nevidím, neslyším“, čili ignorování nabídky, dále odmítnutí gestem nebo slovem „Ne!“, příp. „Nechci!“);
- zdvořilá odmítnutí (s vysvětlením, nabídkou lepší možnosti, převedením řeči jinam, odmítnutí s odložením);
- důrazná odmítnutí (technika porouchané gramofonové desky či odmítnutí protiútokem, kdy dotyčného upozorníme na nesouhlas s jeho chováním, příp. nabídneme radu);
- královská odmítnutí (vyjádříme jednoznačně negativní postoj k droze, nabídneme druhému pomoc).

Bližší charakteristika jednotlivých technik odmítnutí (Nešpor, 2000; Nešpor, 2006):

- Odmítnutí vyhnutím se (zvážení situace, kdy by mohlo dojít k nabídce drogy nebo jiné návykové aktivity, vyhnutí se jí).
- Ignorování – technika „Nevidím, neslyším“ (běžně se užívá, ideální při kontaktu s prodejci drog nebo lidmi, s nimiž nechceme mít nic společného, znamená zcela ignorovat nabízejícího).
- Odmítnutí gestem (velmi častá možnost k rychlému vyřešení potenciálně rizikové situace, nejspíše jde o zavrtění hlavou či odmítavý pohyb rukou).
- Jasné „Ne!“, event. poněkud zdvořilejší „Nechci!“ (opět běžná možnost hodící se k rychlému odvrácení nebezpečí, základní lidské právo odmítnout některé věci bez povinnosti vysvětlovat důvody).
- Odmítnutí s vysvětlením (používáme, když chceme nabízejícímu vysvětlit, že neodmítáme jeho osobu, ale drogy, event. jiný předmět či službu, kterou nemíníme přijmout).
- Nabídka lepší možnosti (použijeme, pokud nám na nabízejícím záleží, snažíme se místo rizikové situace navrhnout její bezpečnější alternativu, např. místo trávení volného času pitím alkoholu návštěvu kina, výstavy, procházku v přírodě, atp.).
- Převedení řeči na něco jiného (nabídka se přeslechne či odmítne, téma rozhovoru se převede do jiné oblasti).
- Odmítnutí s odložením (většinou jde o mírnější vyjádření jasného odmítnutí formou odpovědi „jindy“, „později“).
- Přeskakující, poškozené médium – gramofonová deska/CD (hodí se, pokud se nabízející nenechá snadno odbýt, snaží se vyvolat pocit viny, slibuje, argumentuje, přemlouvá, lichotí; jde o stereotypní opakování jednoho vhodného slova či věty stále dokola).
- Odmítnutí protiútokem (používáme uváženě, poněvadž může u osob pod vlivem drog vyvolat agresivní či paranoidní stavy; nabízející může urážet či vzbuzovat pocity méněcennosti, nenecháme se vyprovokovat, ale asertivně označíme, co se

nám na chování druhého nelíbí, kritizujeme spíše v soukromí a konkrétní situaci, ne osobnost, cílem není zranit, ale pomoci změnit nevhodné chování).

- Odmítnutí jednou provždy (vhodné, chceme-li předejít rizikové nabídce v budoucnu, velmi užitečné u osob, s nimiž se často stýkáme v místě bydliště, v zaměstnání, ve škole – např. „jsem nekuřák/nekuřačka, abstinents/abstinentka“).
- Odmítnutí jako pomoc (na nabízejícím záleží, odmítneme jeho rizikovou nabídku, vysvětlíme důvody a nabídneme svoji pomoc; cílem je sebeanalýza a poučení z vlastních chyb, ochota k řešení obtížných životních situací, efekt se může dostavit až za delší dobu).

2.3.1.2 Peer programy

Za důležitý prvek školní drogové primární prevence jsou považovány tzv. „peer programy“ (vrstevnické programy). Principem je výběr žáků, kteří nemají potíže s prospěchem a se závislostním chováním, jsou přirozenými autoritami třídy a dokáží dobře komunikovat s pedagogy. Věk žáků je stejný nebo mírně vyšší (o 2–3 roky) než věk skupiny, na niž mají působit (spolužáci ve třídě, ve škole). Vrstevníci jsou vyškoleni, aby dokázali přenést pozitivní modely chování, názory a postoje, model bezdrogového („čistého“) životního stylu jako standard. Za pomoci dospělých pak mohou pořádát večírky bez drog, vést diskusní skupiny, poskytovat rady a oporu v obtížných situacích (Kalina et al., 2001; Nešpor a Csémy, 2003).

Skácelová (in Kalina et al., 2003c) upozorňuje, že význam slova „peer“ je mnohem širší, prakticky se jedná o někoho, s kým se může cílová skupina ztotožnit, nemusí se vztahovat pouze k dětskému věku, ale i pozdějším životním obdobím. V případě „klasických“ peer programů vrstevníci výrazně působí na formování postojů jedince, a proto mohou účinně zasáhnout do žádoucí změny jeho rizikového chování. Jsou vybráni jedinci, kteří projdou výcvikem, a poté působí na rizikovou skupinu (tzv. peer efekt).

Bém a Kalina (in Kalina et al., 2003) shrnují, že principem peer programů je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků pro formování postojů mladých lidí s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování.

Podle Nešpora et al. (1994a; 1994b) sehrává ve vrstevnických programech úlohu nejen věk, ale i sociální situace a zaměstnání cílové populační skupiny. Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu ztotožní, může relativně snadno uplatnit získané dovednosti a postoje v praxi, poněvadž se v reálném životě dostává do podobných situací jako nositelé programu. Znalosti o návykových látkách a chování ve vztahu k nim nekoreluje, účinné preventivní programy proto nemohou spoléhat na pouhé předávání znalostí.

Nešpor et al. (1998) uvádějí následující způsoby realizace peer programů:

- Vytvoření organizace, jejíž členové působí na své vrstevníky (v rámci organizovaného projektu na školách, nebo i neformálně, připravení vrstevníci organizují pro své spolužáky komponované pořady, diskuse, klubová setkání).
- Školy si vychovávají své peer vedoucí samy, příp. škola slouží jako metodické středisko k přípravě peer instruktorů pro další zařízení.
- Školení malých týmů – např. pedagoga a několika žáků z jeho školy, které pak zavádějí program na své škole. Výhodou této možnosti je poskytování tréninku i školám ze vzdálenějších regionů.

Při realizaci vrstevnických programů na školách se nejprve kontaktuje vedení školy, seznámí se s programem a zjišťuje se, zda a jaký má zájem o spolupráci. Následuje informace o programu pro učitelský sbor, výběr spolupracovníků z řad učitelů. Úvodní sdělení má pedagogy motivovat ke spolupráci a poskytnout základní údaje. Cílem programu je zejména soběstačnost školy v primární prevenci, což ale v případě potřeby nevylučuje spolupráci s jinými institucemi. Všichni pedagogičtí pracovníci školy by měli být alespoň obecně informováni o krátké intervenci a preventivních aktivitách na školách, měli by znát pravidla týkající se návykových látek ve školním prostředí a postupy v případě jejich porušení. Základní informace o krátké intervenci by tedy měla být poskytnuta i těm pedagogům, kteří ji obvykle neprovádějí (Nešpor et al., 1994a; Nešpor et al., 1994b).

Dalším krokem při uskutečňování peer programu je nábor dobrovolníků (aktivistů) z řad žáků. Učitelé stručně vysvětlí žákům principy a požádají zájemce, aby se předběžně přihlásili do programu prevence. Kritériem pro budoucí peer aktivisty je, že nebudou konzumovat žádné návykové látky ani provozovat rizikové chování s návykovými rysy do konce školního roku, dále by neměli mít čtyřku nebo horší známku z některého z hlavních předmětů (Nešpor et al., 1994a; Brichtín et al., 1997).

Motivací k účasti aktivistů ve vrstevnickém programu je získání dovedností v mezilidských vztazích a při práci s lidmi, což bývá potvrzeno osvědčením o absolvování. Peer program obvykle probíhá během výuky i po jejím skončení. Aktivita uskutečňovaná v rámci peer programu by neměla být náročná na materiální vybavení, je vhodné volit rozšířené a snadno dostupné pomůcky (volné listy papíru, kreslicí čtvrtky, balicí papír, tužky, fixy, křídly, atp.). K obvyklému vybavení učeben patří i tabule, užitečná je příručka pro peer aktivity. Práce s dětmi probíhá v běžných třídách, lze rovněž využít místností s kobercem a s minimem (nebo bez) školního nábytku (Nešpor et al., 1994a; Nešpor et al., 1994b).

Výcvik peer aktivistů je cíleně připravuje na jejich budoucí práci a roli ve vrstevnickém programu. Výcvik je rozdělen do čtyř jednohodinových bloků: motivačního, hledání lepších alternativ, sociálních dovedností a utvrzení. V jeho průběhu školitelé přihlášených aktivistů mohou dojít ke zjištění, že se na tuto práci někdo z nich nehodí. Nižší úroveň komunikativnosti či horší vyjadřovací schopnosti nejsou kritické, aktivista se může dobře zapojit do skupinových aktivit a pracovat se staršími dětmi. Závažnějším problémem jsou zájemci, kteří se nedokáží ztotožnit s cíli programu, nebo je vysloveně odmítají. U nich lze uvažovat o diskrétním způsobu, jak je z výcviku vyřadit ještě před jeho ukončením. Při uskutečňování programu vždy připravujeme více žáků, než je třeba. K lepšímu udržení pozornosti ve skupinách se hodí zvukově výrazné signály (zvoněk, triangel) a přecházení pedagoga mezi skupinami místo jeho sezení či stání u tabule, dospělý získá navíc dobrý přehled o dění. Jinou osvědčenou možností k udržení pozornosti je svižnější tempo a rychlejší střídání úloh, též referování skupin nikoli po řadě, ale nepravidelně (Nešpor et al., 1998).

Zájem a vhodná motivace účastníků jsou klíčovými faktory pro kvalitní přípravu peer aktivistů. Pedagog by měl chránit zdravé sebevědomí dětí, dávat jim prostor, preferovat jejich ochotu a snahu plnit zadané úkoly, i když dělají chyby, nechat je nejprve vyjádřit, teprve pak opravovat či doplňovat, nedopustit zbytečnou konfrontaci a znejist'ování (Nešpor et al., 1994a; Nešpor et al., 1994b; Skácelová in Kalina et al., 2003c).

V prvním – motivačním – bloku jsou vysvětleny základní cíle a principy programu, aktivisté jsou představeni a rozděleni do 3–4 skupin se 4–8 členy. Proběhne brainstorming (tzv. bouře či gejzír nápadů) na témata týkající se zdraví jako hodnoty, životního stylu bez drog a jiného návykového chování. Po každém tématu referují mluvčí skupiny o výsledcích skupinové práce, v závěru bloku aktivisté reagují na dotazy, které dostali na začátku a mohli si odpovědi na ně připravit, příp. konzultovat s dospělou osobou (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998).

Druhý blok je věnován skupinové práci a je zaměřen na hledání lepších možností místo konzumace drog a holdování jiným návykovým aktivitám, na zahánění nudy, překonávání osobních strastí. Kromě vyjmenování možných způsobů řešení je užitečné diskutovat o jejich schůdnosti, kriticky je posuzovat. V další části bloku je vhodné vysvětlení a zařazení kratšího cvičení nebo jiné formy relaxace, které napomohou přechodu od teorie zdravého způsobu života k praxi. Postupně se zvyšuje náročnost na formální stránku projevu mluvčích skupin (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998).

Třetí blok je zaměřen na sociální dovednosti a způsoby odmítání. V jeho úvodu je potřebné zdůraznit, že umění odmítání je využitelné i v jiných situacích, než je nabídka drog, více způsobů odmítání existuje proto, aby z nich bylo možné vybrat přiměřeně okolnostem. Různé možnosti odmítání je velmi účelné prakticky procvičovat, po skupinách předvádět ostatním, diskutovat o jejich přijatelnosti a navrhnout lepší řešení (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998).

Jako sociální dovednosti (social skills) je označován soubor řady společensky i kulturně podmíněných dovedností, které si člověk osvojuje v průběhu vývoje. Jde např. o dovednosti potřebné k přijetí člověka do sociálních skupin, sloužící navázání a udržení kontaktu, o komunikační dovednosti, jako jsou sebevyjádření a naslouchání druhým, porozumění mezilidským vztahům, apod. Určité sociální role (rodič, vedoucí pracovník, poradce) vyžadují příslušné sociální dovednosti, jež získáváme nápodobou, identifikací a různými formami sociálního učení, stejně jako vzděláváním ve specializovaných kurzech nebo terapeutických programech. U drogově závislých je nedostatečnost určitých sociálních dovedností ovlivněna osobnostní a psychickou výbavou předčasně v důsledku užívání drog a způsobem života „na okraji společnosti“. Negativně působí absence dovedností získávaných v období adolescence a rané dospělosti (kdy obvykle nejčastěji začíná drogová kariéra) v drogami neovlivněných vztazích. Důsledkem bývají porušené odpoutání se od rodiny, partnerské vztahy, profesionální orientace, apod. (Dvořák in Kalina et al., 2003; Skácelová in Kalina et al., 2003c).

Čtvrtý blok se týká utvrzení nabytých znalostí a dovedností. Je možné zařadit brainstorming zaměřený na výhody společnosti, jejíž členové užívají umírněně legální drogy a nelegální mají pod kontrolou, na reklamní triky a propagaci zdravého životního stylu. Lze využít společné práce ve skupinách a prezentace jejich výsledků před ostatními. Blok i celé školení jsou ukončeny poděkováním peer aktivistům a předáním potvrzení o účasti v programu (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998).

Další šíření programu již záleží na žácích – vyškolených peer aktivistech, kteří na základě svého zájmu, nabytých znalostí a dovedností mohou oslovovat své vrstevníky a pomáhat jim, pokud bude potřeba. Vzdělávání aktivistů může být doplněno exkurzí do léčebny pro osoby závislé na návykových látkách či jiném návykovém chování. Kromě problematiky návykových látek charakteru substancí lze zařadit i další témata

– virtuální drogy, bezpečnost v dopravě, šíření závažných infekčních chorob, prevenci šikany, kriminality, komunikační a sociální dovednosti, relaxační techniky, zdravou výživu. Program může být modifikován podle zájmu jeho účastníků i podle orientace pedagoga (např. ekologie, umělecké či technické aktivity) (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998).

2.3.2 Příklady preventivních projektů

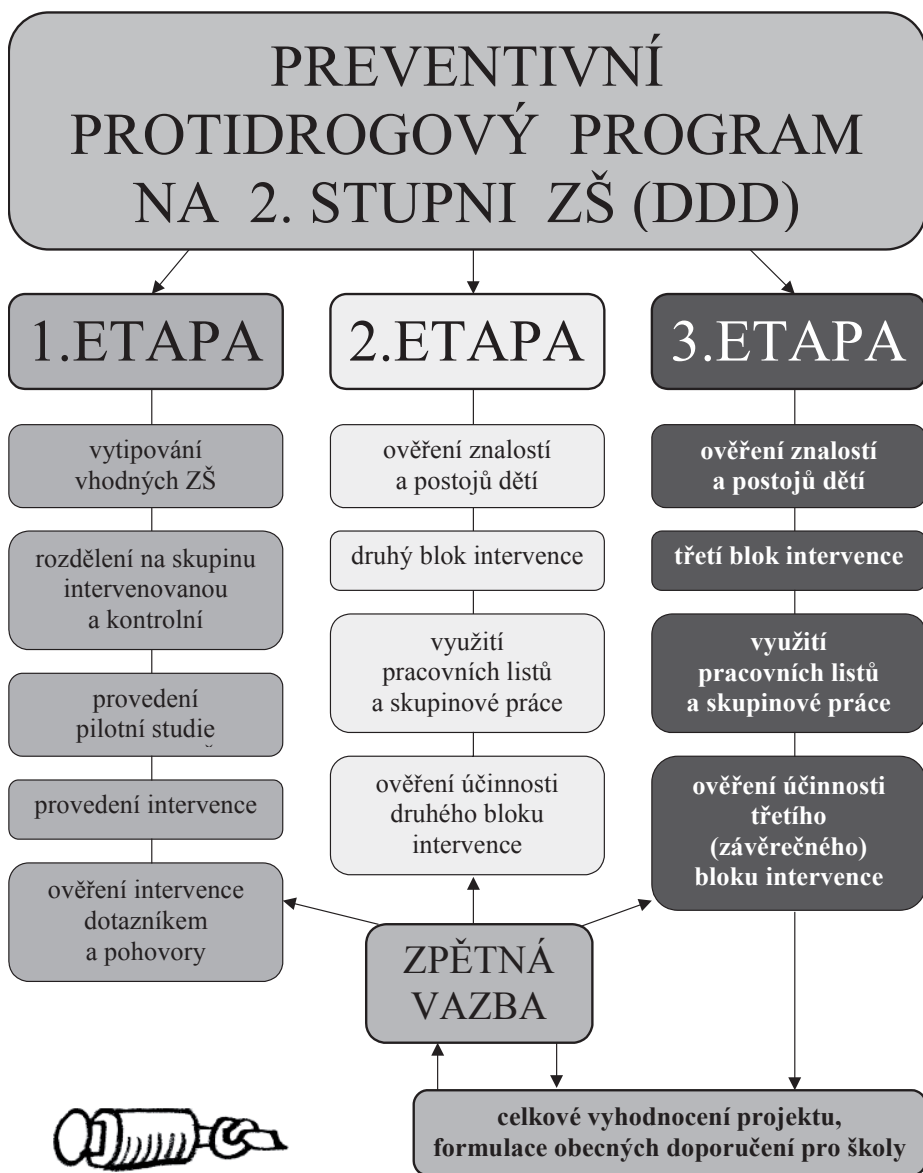
Příkladem aktivit školní prevence drog realizované na 2. stupni ZŠ může být Projekt DDD (**D**rogy-**D**ůvod-**D**opad), schéma viz obr. 2. Jednalo se o pilotní projekt uskutečněný na 10 školách v okresech Brno-město a Blansko, celkem do něj bylo zapojeno více než 300 dětí. Školy byly rozděleny na intervenované (5) a kontrolní (5). Před jeho započítím byly navázány kontakty s vedením škol, s pedagogickým sborem a s rodiči žáků, design byl pojat jako kohortová studie, tedy sledování stejných skupin dětí po 3 roky trvání projektu. Výchozí stav užívání návykových látek a postojů k nim byl zjištěn anonymním dotazováním, poté byla jedna skupina škol oslovena pomocí série 20 metodických a pracovních listů, druhá nikoli (Kachlík a Matějová, 2006a; Kachlík a Matějová, 2006b)

Materiály byly orientovány na (Kachlík a Matějová, 2006a; Kachlík a Matějová, 2006b):

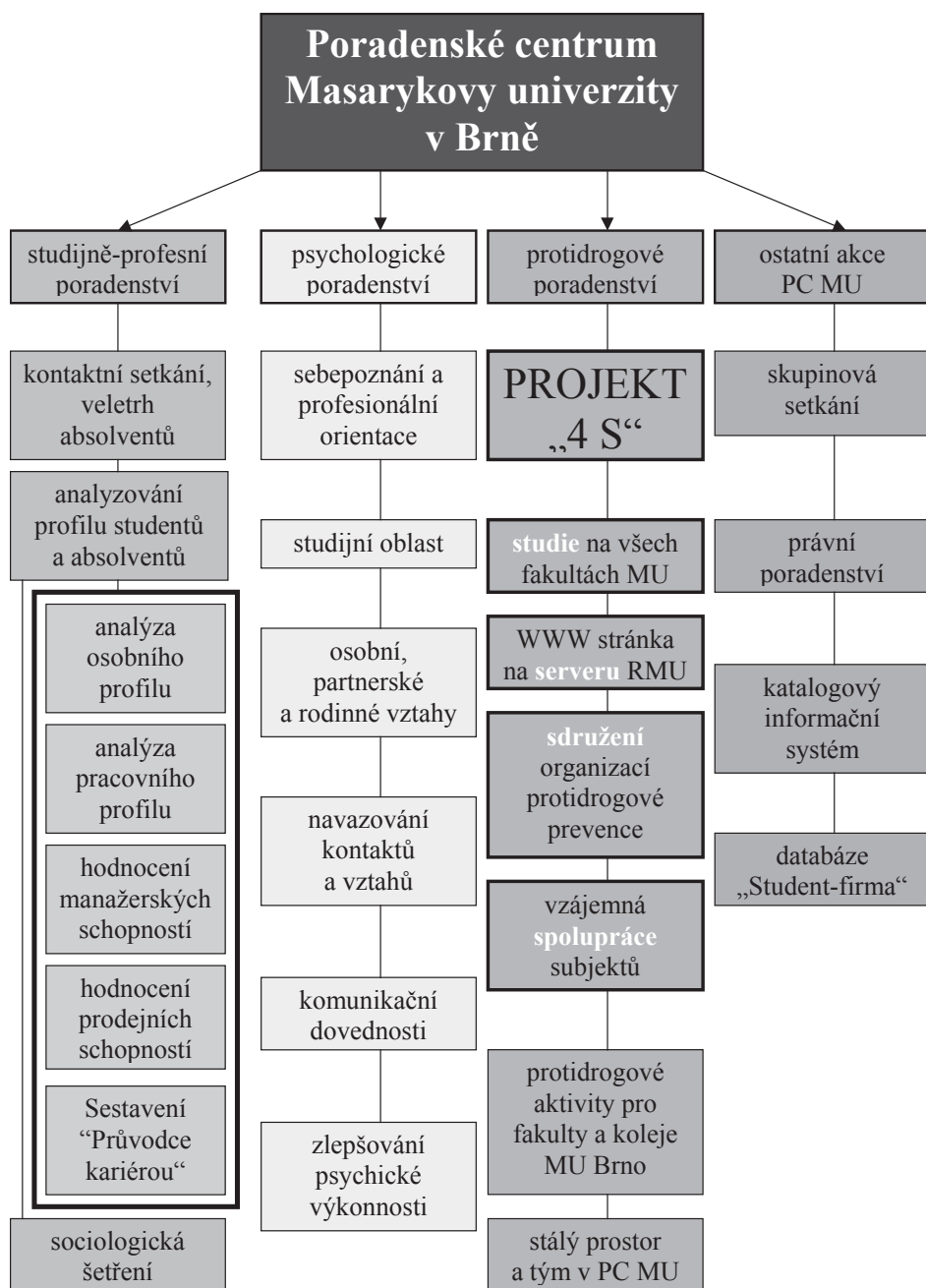
- postoje a hodnoty,
- dosažení dobré nálady bez nutnosti užívat návykové látky,
- zdravý životní styl,
- komunikaci s okolím,
- vývoj drogové závislosti,
- reklamu a reklamní triky,
- historický, kulturní a medicínský pohled na drogy,
- přehled běžných návykových látek a jejich účinků,
- umění odmítání,
- trávení volného času,
- náklady, které stojí uživatele drogová závislost,
- drogy v silničním provozu,
- první pomoc,
- zajištění úspěchu bez užívání drog,
- vlastní sny, plány a cíle dětí.

Po každé etapě projektu byly hodnoceny znalosti, názory a postoje respondentů, též připomínky a podněty z řad pedagogů a rodičů. Po 3 letech se v závěru ukázalo, že projekt sice výrazně nesnížil frekvenci užívání drog, ale dokázal oddálit nástup experimentů s nimi o 1–2 roky, tedy lze shrnout, že i tato relativně krátkodobá intervence byla efektivní. Po skončení projektu samozřejmě dostaly všechny materiály i školy v kontrolní skupině (Kachlík a Matějová, 2006a; Kachlík a Matějová, 2006b).

Jako další příklad preventivního projektu napojeného na poradenský systém a určeného pro vysokoškolské studenty slouží projekt „4 S“ (Studie-Server-Sdružení-Spolupráce), schéma viz obr. 3. Jednalo se o projekt, který probíhal ve 4 krocích: zmapování drogové scény na Masarykově univerzitě, zřízení webové prezentace, vytvoření sdružení



Obr. 2: Schéma pilotního projektu školní prevence drog DDD (Drogy-Důvod-Dopad)
(Kachlík a Matějová, 2006a; Kachlík a Matějová, 2006b)



Obr. 3: Schéma projektu „4 S“ (Studie-Server-Sdružení-Spolupráce), který počítal se zapojením Poradenského centra MU do preventivního systému Univerzity (Kachlík a Šimůnek, 1998)

nestátních a neziskových organizací, pedagogické a lékařské fakulty MU a Poradenského centra MU, vzájemná spolupráce těchto institucí (Kachlík a Šimůnek, 1998).

Zmapování drogové scény na MU bylo realizováno pomocí anonymního dotazování, následovalo vytvoření webové stránky včetně e-mailového poradenského servisu, navázání kontaktů a osobní jednání s příslušnými subjekty. Těžiště činnosti Poradenského centra MU spočívá v provozování studijního, profesního a psychologického poradenství, do jeho služeb nebyla problematika závislosti explicitně zařazena, projekt „4 S“ se pokusil o její začlenění. V průběhu projektu se ukázalo, že by studenti spíše uvítali, kdyby poradna zaměřená na drogové a jiné závislosti byla umístěna na kolejích, ev. zcela mimo objekty Univerzity, poněvadž by se cítili více „anonymní“ a mohli by otevřeněji hovořit o svých citlivých problémech z oblasti drog a návykového chování. Po ukončení projektu se činnost Poradenského centra vrátila k původnímu modelu, poněvadž počet studentů, kteří vyhledali jeho služby kvůli závislostem, nebyl vysoký. Nemusely být vyčleňovány nové kapacity centra, postačovaly stávající. Řešitelé projektu získali cenné zkušenosti, které mohou zúročit při preventivním působení na vysokoškolské studenty v budoucnu (Kachlík a Šimůnek, 1998).

Jinou možností je návrh, jak využít stávajícího Informačního systému MU k prezentaci a organizaci aktivit drogové prevence na Univerzitě a provázat jeho obsah s brněnským informačním systémem protidrogových aktivit (viz obr. 4) (Kachlík, 2005a).

Uvažovaný informační systém má veřejnou a neveřejnou část, sestává z propojení jednotlivých účastníků pomocí internetu i ze spojů uvnitř subjektů (intranetu).

V jeho rámci spolu komunikují (Kachlík, 2005a):

- akademické instituce (vysoké školy, výzkumná pracoviště);
- sektor školství (řízení, projekty, studie, potřeby škol, Minimální preventivní programy prevence sociálních patologií, volnočasové aktivity);
- sektor zdravotnictví (teoretická pracoviště, pracoviště hygieny a epidemiologie, v rozšířené verzi i klinika – projekty, studie, prevence, terapie, resocializace);
- další organizace státní správy (projekty, politika zaměstnanosti, podněty, legislativa, kontrola na krajské a městské úrovni);
- knihovny, studovny (literární fond v digitální i klasické podobě, poskytování a výměna informací, odkazy na další zdroje);
- republiková a městská policie (projekty, preventivní a represivní opatření, předpisy, volnočasové aktivity);
- mediální služby (sbírání a třídění informací z médií, poskytování tiskových zpráv, prohlášení);
- soudnictví, vězeňství (platná legislativa, zařízení s bezdrogovými zónami, alternativní tresty, probační a mediační služba, integrace po odpykání trestu);
- centra volného času (volnočasové aktivity, projekty, návrhy);
- nestátní a neziskové organizace, občanská sdružení (nabídka, služby, podpora komunitních aktivit včetně prevence);
- ostatní uživatelé (jistá část systému zůstane otevřená a veřejně přístupná všem zájemcům „zvenčí“).

Informační systém protidrogových aktivit v Brně

Datové centrum a páteř IS



Obr. 4: Schéma možného využití Informačního systému MU v projektech protidrogové prevence v Brně (Kachlík, 2005a)

Velká část systému je již vybudována a provozována, těžiště jejího využití však představují informace po odbornou veřejnost, ev. neveřejné údaje v uzavřeném kyberprostoru. Univerzitní informační systém by mohl důležité a dostupné zdroje integrovat, a tak jednoduše nabízet všem zájemcům z řad studentů i pedagogů. Navíc existuje možnost zřídit oddíl věnovaný prevenci sociálních patologií na MU, anonymní poradenský servis, vyměňovat si poznatky a zkušenosti s jinými vysokými školami v ČR (Kachlík, 2005a).

2.4 Sekundární prevence

Presl (1995) poznamenává, že pokud se u člověka objeví rizikový vzorec chování (pravidelné užívání drog), postupně je doprovázen sledovatelnými příznaky. Z hlediska možného působení je tuto fázi „kariéry“ narkomana možné zařadit do oblasti označované jako sekundární prevence (včasné vyhledání problému a jeho léčba).

Sekundární prevence je tedy určena osobám, u nichž se již vyskytuje rizikový typ chování, který může vyústit v závislost. Je třeba co nejdříve detekovat příznaky možné závislosti, co nejrychleji omezit a zmírnit škody v oblasti osobní a sociální. Osoby je třeba „přeprogramovat“ tak, aby se dokázaly oprostit od situací, v nichž dochází ke zneužívání drog, a našly v životě své nové místo a smysl bez návykových látek (Heller a Pecinovská, 1996).

Ondrejkovič et al. (1999) uvádějí, že sekundární prevence je cílena na ohrožené skupiny obyvatelstva, když už víme, na jaký typ rizika se zaměřit a zjistíme jeho průnik do populace. Některé populační segmenty jsou v závislosti na různých faktorech (prostředí, rodina, problémy a neúspěchy ve škole a v zaměstnání, způsob života, osobnostní předpoklady) ohrožené více, jiné méně, bezprostředně či zprostředkovaně. Úlohou sekundární prevence je tedy zabránit drogové závislosti ohroženého jedince.

Bém a Kalina (in Kalina et al., 2003) vymezují sekundární prevenci stručně jako souborný pojem pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu. Pro včasné vyhledání pomoci, podání informací či péče slouží linky důvěry, poradny, sociální pracovníci, výchovní poradci na školách, protidrogoví koordinátoři a další.

Rozeznat příznaky po užití návykových látek bývá někdy značně složité, zejména jedná-li se o mírnou intoxikaci, nebo je-li u uživatele rozvinutá vyšší míra tolerance. Těžká intoxikace, porušená míra tolerance a snížení individuální odolnosti již vyvolávají stavy, které dokáže rozeznat i laik. Včasné zachycení důležitých příznaků a počátečních projevů závislosti je klíčové pro zahájení včasné a úspěšné léčby (Kvapilík, 1985; Novotná, 1997).

V případě, že osoba užívá některou z návykových látek, nebo inklinuje k chování s rysy závislosti, je možné zaznamenat (Novotná, 1997):

- podrážděnost (osoba je citlivá i na podněty, které u ní dříve nevyvolávaly viditelnou reakci);
- úbytek zájmů (mimo běžného přechodu od pestré palety aktivit na základní škole k jejich výběru a profilaci později může souviset se změnou hodnot v případě užívání drog);
- změny nálady (nálada se mění bez zjevné příčiny, vyskytují se epizody depresivního a manického ladění);

- ztrátu přátel (prostředí, v němž se jedinec užívající drogy pohybuje, vede k setkávání s jiným okruhem osob, často dochází ke ztrátě a zpřetrhání dřívějších přátelských svazků);
- zanedbávání základních hygienických návyků (touha po uvedení do stavu intoxikace, jeho prožívání, obstarávání drog a financí vedou ke změně hodnotového žebříčku a životního stylu, na zachovávání běžného hygienického minima nezbyvá čas, nebo není považováno za důležité);
- nápadné změny osobního vzhledu a odívání (bývají běžné v dospívání, také jako výraz revolty vůči společnosti a u zastánců určitých názorových směrů, aby se odlišili od ostatních a dokázali se vzájemně identifikovat, rovněž souvisejí s chováním, které má charakter závislosti, s užíváním návykových látek);
- vyhledávání samoty (opouštění domova, pozdní příchody, víkendová nepřítomnost);
- odmítání autority (je prakticky normální v období dospívání a jako součást protestu proti hodnotovému systému dospělých, může vygradovat u uživatelů drog);
- absence ve škole, lhaní, tajné telefonáty (účelové chování, které je záměrně prováděno s jasným cílem);
- ztráty peněz a cenností z domova (účelové chování, drobná trestná činnost, kterou většinou rodiče a další blízké osoby neohlásí policii z důvodů studu a krytí člena rodiny);
- zhoršení školního prospěchu nebo jeho znatelné kolísání (může být zaviněno delší či chronickou chorobou, hospitalizací, rekonvalescencí, je též pozorované v případě užívání drog a jiného chování s návykovými rysy);
- odsouvání povinností (prokrastinace), zapomnitelivost (do jisté míry bývají u dětí obvyklé, přesáhnou-li únosnou mez, může se jednat např. o psychické onemocnění či problematiku drog a jiného chování s návykovými rysy);
- zvýšení zájmu o diskotéky, kluby, party, srazy (běžně přichází v období dospívání, v případě užívání drog či jiného chování s návykovými rysy značně posiluje, poněvadž se uživatel potřebuje a chce dostat do prostředí, kde se vyskytují drogy i společnost, která je konzumuje);
- častější přespávání v bytech kamarádů;
- vyhledávání literatury s drogovou tematikou.

Uvedené změny nejsou typické pouze pro uživatele drog či nositele jiného návykového chování, ale řada z nich běžně doprovází období dospívání, hledání vlastní identity, místa ve společnosti. Jejich zjištění tedy ještě nemusí nutně znamenat, že osoba užívá návykové látky, nebo je postižena nesubstančním typem návykového chování (Novotná, 1997; Nešpor, 2000).

Podezření na užívání návykových látek či jiné chování s rysy závislosti nabývá na důležitosti, pokud si okolí osoby všímá (Novotná, 1997; Nešpor, 2000):

- nápadného vyčerpání (není vysvětlitelné fyzickou či psychickou únavou po náročném výkonu, stavem před a po nemoci či jinými zdravotními důvody);
- nespavosti s nočním neklidem, rozrušením, podrážděností, nebo naopak zvýšené potřeby spánku (osoba je místo spánku v noci aktivní, naopak ve dne obvykle utlumená a spí, je narušen rytmus práce a odpočinku);

- třesů, jež není možné vysvětlit onemocněním či rozrušením;
- pocitů pronásledování (jde o tzv. stihomam, slangově „stihu“, kdy je postižený nevývratně přesvědčen, že ho někdo sleduje, odposlouchává, manipuluje jeho tělem a myšlenkami, usiluje mu o život);
- oslabení až ztráty chuti k jídlu nebo zvýšené chuti k jídlu, hmotnostního úbytku či přírůstku (zvýšení zájmu o návykové látky či jiné předměty vedoucí k chování s rysy závislosti může vést až k ignorování potřeby jídla, dlouhodobě pak k úbytku tělesné hmotnosti, někdy je ale situace právě opačná-osoba jeví zvýšenou chuť k jídlu, např. na sladké a energeticky bohaté potraviny a nápoje, díky ní a nedostatku pohybu přibírá);
- nevolnosti, zvracení, žaludečních potíží (doprovázejí nepravidelný či nevhodný stravovací a pitný režim);
- překrvení spojivek (zejména po konzumaci nikotinu a konopných drog);
- rozšíření či zúžení zorniček (drogy stimulační povahy většinou působí rozšíření zornic, drogy tlumivé povahy vedou k jejich zúžení);
- sucha v ústech, okorálých rtů, zvýšeného pocení (návykové látky působí na tělesné projevy ovládané vegetativním nervovým systémem, zejm. na žláзовou sekreci);
- rýmy, kašle, vlekklých zánětů průdušek (vyskytují se bez zjevné souvislosti s epidemiologickou situací a mimo sezónu, kdy se v populaci udržuje nízká četnost případů respiračních onemocnění).

Téměř jistým se podezření na užívání drog či aktivity spojené s jiným návykovým chováním stává v případě, že (Novotná, 1997; Nešpor, 2000):

- se osoba přiznává k užívání drog či preferenci chování s návykovými rysy;
- se drogy prokáží v biologickém vzorku (v moči, ve slinách, krvi, stolici, atd.), v dechu;
- dojde k nálezu drog a prostředků k jejich aplikaci (jehly, stříkačky, speciální dýmky, cigaretové papírky, jointy, obaly od léků, prázdné lahve od alkoholu, miniaturní obálky pro zabalení drog – „psanička“ – zvl. u heroinu, pervitinu);
- se vyskytne akutní intoxikace drogou (opilost, opojení – rauš);
- je osoba bez zjevné příčiny nezvykle činorodá, mnohomluvná, euforická, špatně artikuluje;
- osoba intenzivně prožívá strach, depresi, sebedoceňování, útlum, jež nejsou jasně vysvětlitelné;
- se bez příčiny střídají záchvaty smíchu nebo pláče;
- je osoba dezorientovaná, má potíže s poznáváním blízkých a okolí;
- je zjištěna porucha vědomí;
- jsou patrné stopy vpichů se změnami na kůži a cévách, hlavně v oblasti předloktí, lokte, zápěstí, paže, stehna, bérce, krku, podbřišku, hýždí (mnozí uživatelé drog, kteří chtějí zpočátku aplikaci utajit, nebo již mají poškozené cévy, si píchají mezi prsty rukou či nohou, do kštiny, pubického ochlupení, pod jazyk);
- je cítit zápach organických rozpouštědel (z úst, oděvu);
- se v anamnéze osoby vyskytují konflikty se zákonem, zejm. krádeže, podvody, přestupky a trestné činy související se zvýšenou agresivitou pachatele.

U řady výše uvedených bodů je třeba nejdříve vyloučit organické a funkční poruchy centrálního nervového systému, emoční hnutí a další zdravotní či sociální důvody vedoucí k popisovaným projevům, poté brát v úvahu návykové chování, užívání drog. Uživatele drog se obvykle málokdy podaří odhalit přímo při aplikaci drog venku nebo v bytě. Pravděpodobnější je nález zbytků drog, stop po jejich výrobě a užívání, např. ožehnuté kousky Alobalu, plechu, lžičky, injekční stříkačky, zvláštní zápach bytu, zbytky marihuany nebo její přímé pěstování doma, prázdné krabičky, obaly od neobvyklých chemikálií (Novotná, 1997; Nešpor, 2000).

Žít s dospívajícím dítětem či partnerem, který má problém se závislostí na návykových látkách či jiném návykovém chování, je velmi náročné. Droga vnáší do života rodiny starosti, nestabilitu, zmatek a hádky. Proto se vyplatí myslet nejen na druhé, ale také na sebe (Müllerová a Nešpor, 1997).

Jedním z typických rysů v rodinách problematických dětí a toxikomanů je chudý a nepružný výběr výchovných přístupů. Mezi ně např. patří (Hajný, 2001):

- mlčení, jímž dávají rodiče nebo partner najevo hněv nebo rezignaci;
- jednorázové a nedůsledné prosazování sankcí;
- oznámení penalizace, na kterou se pak zapomene, nebo se o ní vzápětí rodiče (partneři) pohádají;
- vymáhání slibů;
- nekonečné domlouvání formou výčitek, výhrůžek, příslibů, manipulací, apelování na logiku a zdravý rozum.

Vyskytne-li se v rodině problém se závislostí, jsou doporučeny následující postupy (Borník, 2001):

- Je-li osoba pod vlivem drog a hrozí otrava, neváhat a okamžitě volat na tísňovou linku, do příjezdu rychlé zdravotnické pomoci kontrolovat, ev. resuscitovat vitální funkce.
- S člověkem pod vlivem drog nemá smysl polemizovat a hádat se, rozhovor je třeba odložit na pozdější dobu, až vystřízliví.
- Získávat důvěru dítěte (partnera), projevit trpělivost a empatii, naslouchat mu.
- Naučit se s dítětem (partnerem) otevřeně mluvit o jeho problémech, a to včetně alkoholu, tabáku, jiných návykových látek a jiných typů návykového chování (např. hraní na počítači, automatech, sázení, záchvatovitěho nakupování).
- Cílem je, aby osoba pochopila, že skutečná samostatnost spočívá ve schopnosti se o sebe postarat, nezneužívat důvěry, času a peněz ostatních.
- Vytvořit zdravá rodinná pravidla.
- Posilovat přiměřené sebevědomí dítěte (partnera).
- Rodiče by se měli při výchově problémového dítěte umět dohodnout.
- Odmítá-li dítě (partner) spolupracovat, nebýt se vyhledat odbornou pomoc.

Pouhé sliby v takových případech nepatří mezi dobrá a trvalá řešení. Člověk pod vlivem drogy či již závislý uvažuje jinak, má změněný hodnotový systém, cítí malou nebo žádnou zodpovědnost. Slíbí prakticky cokoli, splní málo nebo nic. Existuje sice hrozba sankcí, která však není důsledně realizována, nebo je na ni zapomenuto. Rodiče či jiné blízké osoby často projevují nekonečnou trpělivost, důvěru, jsou pevně přesvědčeni

o budoucí změně poměrů. Necháávají se okrást, oklamat, podvést, a zásadní obrat nepřichází. Objektivně se jedná spíše o zaslepenost včetně přání, že se člověk ohrožený nebo postižený závislostí dokáže sám změnit. Rodiče, kteří mají problém zaujmout pevný výchovný postoj kvůli vlastnímu založení, partnerskému konfliktu nebo nadměrnému vytížení v práci, se snaží nevidět a neslyšet. Když zjistí, že se dítě chová nesprávně, domnívají se, že s ním stačí vše podstatné jednorázově probrat, logicky argumentovat a věci se dají do pořádku. Když si po čase všimnou, že to nepomohlo, cítí se podvedeni. Opakují pohovor s větší naléhavostí a s výčitkami, nebo rezignují, urazí se, ev. přenesou tíhu řešení na někoho jiného (Nešpor, 2000; Hajný, 2001).

Přístup k osobě (dítěti, partnerovi, příteli), která má problémy s návykovými látkami či jiným typem návykového chování, shrnujeme souslovím „tvrdá láska“ (tough love). Myslíme tím dobrý vztah k blízkému člověku, snahu mu pomoci, ale zároveň cílevědomost a pevnost (netolerujeme výmluvy, lhaní, krádeže, podvody, apod.) (Nešpor, 2000).

Dostanou-li se do života člověka návykové látky (či jiné chování s rizikem vzniku závislosti), je pravděpodobné, že se bude snažit jejich užívání (provozování) utajit a pokračovat v něm. V rodině i ve škole lze doporučit následující postupy (Hajný, 2001; Nešpor a Csémy [on-line], 2003; Skalík in Kalina et al., 2003):

- Nepopírat problém (hrozí ztráta času, další rozvoj závislosti), je třeba o něm hovořit, hledat spojence a pomoc odborníka.
- Neobviňovat partnera (otevírání starých sporů nemá cenu, změna současného nepříznivého stavu ano).
- Nehledat v dítěti zneužívajícím návykové látky (jiné návykové chování) spojence proti druhému rodiči.
- Nezanedbávat sourozence dítěte zneužívajícího návykové látky (jiné návykové chování). Sourozenci jsou více ohroženi, problémem v rodině trpí, péči a zájem nutně potřebují.
- Nefinancovat zneužívání drog či jiné návykové chování (zabezpečit cennosti a zabránit okrádání v rodině, a to nejen dítětem, ale i jeho vrstevníky).
- Nenechat se vydírat (ustupováním pod nátlakem se riziko výhrůžek útekem, fetováním, prostitucí, sebevraždou u dítěte zvyšuje).
- Nevyhrožovat něčím, co nelze reálně splnit, hrozí ztráta důvěryhodnosti.
- Netrestat fyzicky intoxikovaného, nesnažit se v době, kdy je pod vlivem drogy, něco řešit. Fyzické násilí většinou nevede k cíli, naopak jej oddaluje. Často jen živí pocit ukřivdnosti, dochází k sabotování snah rodičů a dalších blízkých osob a k útěkům. Nejednat impulzivně a chaoticky.
- Donekonečna neustupovat (nelze tolerovat večírky v rodinném bytě, kde se schází toxikomanická společnost, nenechat se „tlačit do kouta“).
- Politika „tvrdé lásky“ (emoční apely mohou vyvolat ještě větší přitažlivost nevhodné party nebo způsobu chování, nabídnout pomoc, ale stanovit jasná a přiměřená pravidla, neustupovat od nich, netolerovat jejich porušování, neztrácet naději, řešení problémů napomáhá přirozený proces zrání dítěte).

Závislý člověk si svým chováním mění život (mnohdy nevratně) a obvykle přináší potíže i svým blízkým. Postupně začíná mít problémy v rodině, ve škole, v zaměst-

nání. Pociťuje nedostatek prostředků, zaznamenává i nechtěnou změnu přátel, mohou se též vyskytovat zdravotní důsledky. V případě, kdy osoba ještě není na drogách nebo jiném návykovém chování závislá, může bilancovat a zjistit, že ztratila víc, než původně zamýšlela. Uvědomí si hrozící nebezpečí zničených vztahů, vlastní existence a hodnot, dokáže ještě v sobě najít sílu (často za pomoci okolí) odepřít si příjemné stránky života s drogou (Hajný, 2001, Nešpor a Csémy (on-line), 2003).

Při řešení problémů ve školním prostředí je klíčovým předpokladem navození důvěry mezi pedagogem a žákem či studentem. Mnohdy pedagog zjistí zhoršení prospěchu, ale neví přesně, co je jeho příčinou. Může se jednat o citový problém, vleklý rodinný konflikt, problémy s návykovým chováním nebo návykovými látkami, nebo mnoho dalšího (Nešpor et al., 1998).

Prvním a nejjednodušším, co může udělat, je s žákem nebo studentem o samotě pohovořit, jedná se o připravený rozhovor. Zpočátku se pedagog vyhýbá tématům, jež by se mohla žáka (studenta) dotknout, postupně dospívá k jádru problému. Celý rozhovor by měl vyústit v prohloubení kontaktu. Pedagog má zachovat diskretnost, žák nebo student by měl odcházet s pocitem, že pedagogovi na něm záleží. O řadě problémů lze hovořit raději v soukromí než před celou třídou. Dále je na školách běžné pozvat rodiče a problém s nimi probrat. Jejich návštěva ve škole by neměla být automaticky chápána jako stížnost nebo projev nespokojenosti, ale slouží k poznání okolností dané situace a hledání vhodného řešení. Není-li možné situaci vyřešit zmíněným způsobem, budou pedagog a rodina patrně hledat další spojení. Je třeba, aby se škola zorientovala ve svém okolí a zjistila, s kým je možné dobře a účinně spolupracovat. Adresář akreditovaných organizací by měl školnímu metodikovi prevence poskytnout příslušný protidrogový koordinátor (Nešpor et al., 1998; Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b).

Z dalších kroků je třeba uvést kontaktování výchovného poradce nebo školního metodika prevence. Velmi záleží na způsobu, jakým pověřené osoby vykonávají svoji funkci, jaké mají odborné předpoklady, důvěru, uznání v komunitě. Lze se rovněž obrátit na pedagogicko-psychologickou poradnu nebo na středisko výchovné péče. Výhodou je, že vyšetření a případná další péče probíhají mimo školu, což může být prospěšné, pokud žák nemá z nějakého důvodu ke škole velkou důvěru. Nevýhodou mohou být u některých zařízení delší objednací doby, což komplikuje řešení náhle vzniklých krizí a problémů. U nich by bylo vhodné zprostředkovat kontakt s linkou důvěry. Existují i specializované linky důvěry a zařízení krizové pomoci (krizová centra) pro mládež i dospělé, které nabízejí okamžitou pomoc. Jejich pracovníci mají navíc přehled o dalších možnostech v dané oblasti, přesahuje-li problém jejich kompetence. Dále lze ve spolupráci s rodinou požádat o vyšetření dětským nebo dorostovým psychiatrem, zejména při podezření na duševní poruchu (Nešpor et al., 1998; Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b).

Jedná-li se o problém související s návykovými látkami či chováním, existuje zde více cest. Ve většině okresů fungují ordinace AT (alkohol-toxikomanie), zaměřené na léčbu závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Jejich úroveň je různá, od vynikajících až po průměrné. V řadě velkých sídel pracují netradiční zařízení (většinou charakteru nadací, občanských sdružení, obecně prospěšných společností), např. v Brně Podané ruce, v Praze Sananim, DropIn. Jsou zpravidla specializována na pomoc

mladým lidem, kteří mají potíže s návykovými látkami (návykovým chováním). Omezením některých zařízení poskytujících ambulantní péči může být vnitřní diferenciacce, tedy zajištění, aby klienti s počínajícími problémy nepřicházeli do styku s osobami, u nichž se již vyskytují pokročilé formy závislosti (Nešpor et al., 1998; Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b).

Ambulantní zařízení bývají rovněž schopna zprostředkovat ústavní léčbu, ukážete-li se jako potřebná a jsou-li k dispozici volná lůžka. Ústavní léčba může rámcově mít následující charakter (Nešpor et al., 1998; Skalík in Kalina et al., 2003b):

- Detoxikace a krátkodobá léčba, umožňující organismu zbavit se drogy, překonat případné odvykací příznaky, dovolující posoudit stav a navrhnout další postupy. Trvá přibližně 3–4 týdny.
- Středně dlouhá léčba, umožňující stabilizaci stavu a vytváření lepších předpokladů pro následnou ambulantní péči. Trvá přibližně 3 týdny až 6 měsíců.
- Dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě, trvající často i déle než jeden rok. Je vhodná u pokročilejších forem závislosti, tam, kde předchází formy ústavní léčby nestačily, u pacientů v těžké životní situaci s rozbitou sítí sociálních vztahů.

O novodobých nelátkových závislostech se stále diskutuje. Léčení jimi postižených pacientů je problematické, poněvadž práce s počítačem, internetem, nakupování, telefonování z mobilního přístroje, posílání SMS jsou na rozdíl od látkových závislostí a gamblingu nevyhnutelnou součástí běžného života člověka v rozvinuté informační společnosti. Léčba spočívá v tom, aby pacienti tyto činnosti dostali pod kontrolu, dokázali tedy kontrolovaným způsobem, nikoli záchvatovitě, nakupovat, pohybovat se v prostředí internetu, telefonovat, apod. (Benkovič, 2007a; Benkovič, 2007b).

Youngová (1998) zmiňuje, že strategie, které se používají při léčbě nelátkových závislostí, zahrnují především práci s motivací, změnu životního stylu, využívání vlivu širšího okolí, rozpoznávání spouštěčů a vyhýbání se jim nebo jejich lepší zvládnání, prohlubování sebeuvědomění, udržování dobrého stavu a prevenci relapsů. Rovněž upozorňuje na skutečnost, že návykové chování ve vztahu k internetu může být formou úniku před jiným duševním problémem, které je třeba také léčit. Jedná se o postupy, které se používají i při léčbě jiných návykových nemocí.

2.5 Terciární prevence

Terciární prevence v užším slova smyslu může pomoci uživatelům drog, kteří se již potýkají se závislostí, vyskytují se u nich různé zdravotní a sociální problémy. Brání drog a okolnosti s ním spojené (obstarávání financí, dávky, intoxikace, střizlivění, abstinční příznaky) někteří považují za svůj životní styl, který buď momentálně nechtějí měnit, nebo v důsledku své závislosti ani nemohou (Kachlík [on-line], 2003).

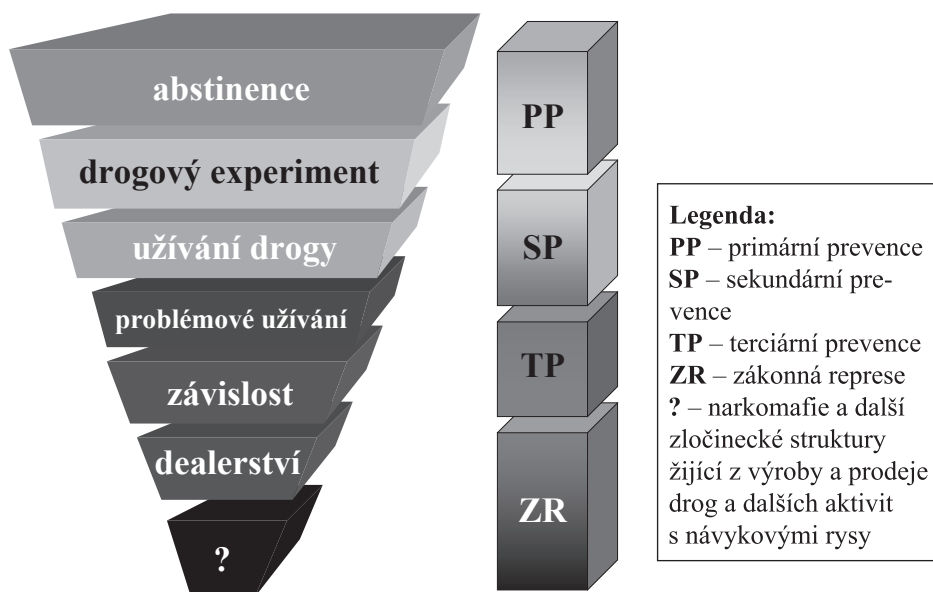
Kalina et al. (2001) v souvislosti s terciární prevencí hovoří o aktivitách, které mají předejít vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V širším smyslu můžeme do této kategorie zařadit resocializaci u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci, nebo se zapojili do programu substituční léčby a abstinují od nelegálních drog.

Za terciární prevenci můžeme rovněž považovat program „**Harm Reduction**“ (ve zkratce HR, snižování rizika). Jedná se o přístupy užívané ke snižování nebo mírnění škod u osob, které v současnosti drogy užívají, a nejsou motivovány tohoto rizikového chování zanechat. Cílem HR je především omezení přenosu vážných infekcí (AIDS, virových hepatitid), které souvisejí s nitrožilní aplikací drog a životním stylem uživatelů, nechráněného pohlavního styku, omezení dalších somatických komplikací, sociální deklasace. Mezi nejznámější postupy HR patří výměnné programy použitých injekčních jehel a stříkaček za sterilní, rozdávání kondomů, poskytování informací, edukace a poradenství o rizicích, základní sociální servis. HR se realizuje buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork), nebo v nízkoprahových kontaktních centrech (Kalina et al., 2001; Kachlík [on-line], 2003).

Heller a Pecinová (1996) uvádějí, že do oblasti sekundární a terciární prevence je rovněž možné zařadit služby prvního kontaktu, umožňující dosažení pomoci v krizových situacích:

- poradny poskytující kvalifikovanou pomoc a terapii s pomocí terapeutických programů;
- krizová centra poskytující ambulantní, popřípadě i lůžkovou psychoterapii, farmakoterapii či socioterapii;
- linky telefonické pomoci;
- detoxikační centra umožňující speciální krátkodobou medicínskou a psychologickou pomoc při vysazení návykové látky.

Graficky lze poskytování preventivních služeb v různých fázích vztahu k návykové látce či chování vyjádřit následovně:



Obr. 5: Preventivní působení podle vztahu osoby k návykové látce či chování s návykovými rysy (upraveno podle Nešpora, 2000)

Z obr. 5 je patrné, že hranice preventivního působení jsou neostré, přesahují z jedné kategorie vztahu člověka k substančním drogám nebo dalšímu chování s návykovými rysy do druhé. Pro osoby, které nemají žádnou celoživotní zkušenost s rizikovým chováním závislostního typu (abstinenty), jsou určeny aktivity primární prevence. Obdobně je možné působit na drogové experimentátory, kteří sice několik zkušeností v životě získali, ale nebyli jimi osloveni natolik, aby v nich pokračovali. Sekundární prevenci je možno aplikovat u osob, které občasné návykové látky užívají, nebo provozují jiné aktivity s návykovými rysy. Nevyskytují se u nich prozatím typické znaky závislosti, mají dočasnou iluzi nad kontrolou svého chování (látko, příp. činnost, dávka, situace, střídavost) a pocit, že problémy se jim vyhýbají. Droga nebo jiné návykové chování jim přináší příjemné pocity a úlevu. Postupně se mohou přesunout do kategorie, v níž se objevuje častější užívání a potíže sociálního a zdravotního charakteru, křehká kontrola nad drogou nebo návykovou činností se vytrácí. Podle okolností je této skupině možné nabídnout též aktivity terciární prevence, obdobně i osobám na návykových látkách nebo činnostech závislým. Droga nebo návykové chování je dostávají z hlubokého psychomotorického propadu do stavu, kdy jsou ještě schopné omezeně „normálně“ fungovat, v pozdějších fázích již ani to ne. Závislí jedinci si často vydělávají na dávku dealováním (nelegálním prodejem návykových látek), kdy jsou odměňováni finančně nebo „naturálně“ (přímo dávkou). Podílejí se na trestné činnosti, které může být velkého rozsahu, organizovaná, často se jejími oběťmi stávají děti a mladiství. Na špičce systému stojí drogová mafie, jejíž představitelé vůbec nemusejí být závislí na drogách nebo jiných návykových aktivitách v užším slova smyslu, ale jsou závislí na výnosech z jejich nelegální výroby a distribuce ve velkém měřítku, často mezinárodním a výborně organizovaném. Výnosy z této činnosti („špinavé“ peníze) se pak legalizují („perou“) zejména formou investic do nemovitostí a průmyslového podnikání. Preventivní působení zde již postrádá smysl, musí nastoupit zákonná represe prezentovaná policií, soudním a vězeňským systémem, dalšími úřady, příp. zapojením armády (Nešpor, 2000; Kachlík [on-line], 2004).

3 MAPOVÁNÍ SITUACE V UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

3.1 Sledování užívání drog ve světě

Kalina (in Kalina et al., 2003) připomíná, že problematika drog má v nynějším světě ráz globální epidemie. Rozlišuje 3 zásadní období: první je vymezeno do r. 1960, kdy se na drogy většinou pohlíželo jako na odborný problém a zabývala se jím úzká skupina kvalifikovaných vědeckých pracovníků. Druhé období se týká let 1960–1990, kdy se především ve vyspělých státech drogy staly vážným společenským problémem, který postihl různé vrstvy sociálního spektra. Od r. 1990 je počítáno třetí období, v němž je již rozsah drogových problémů jasně globální.

V 90. letech 20. stol. se zneužívání návykových látek týkalo prakticky všech států světa, dosáhlo nevídaných rozměrů a bylo možné hovořit o globální epidemii. Zneužívání drog je doprovázeno nárůstem kriminality, dopravní nehodovosti, zhoršováním všech kvalit zdraví populace podle holistické koncepce, negativními zásahy do procesu reprodukce a rozvoje (Holčík, 2009; Řehulka in Řehulka, 2010; Kalina in Kalina et al., 2003; Nožina, 1997). Odhady OSN hovoří o 100 miliónech osob závislých na drogách (Nožina, 1997).

Ze Světové zprávy o drogách 2008 (zprávy každoročně vydává UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime) vyplynulo, že užívání drog populací ve věku 15–64 let bylo během několika posledních let relativně stabilní. V r. 2007 během posledního roku užilo některou nelegální látku 208 miliónů lidí, tj. 4,9 % světové populace. Problémoví uživatelé drog tvořili 0,6 % světové populace, tj. 26 miliónů lidí. K nejoblíbenějším návykovým látkám patřilo konopí (během posledního roku bylo užito 3,9 % světové populace) a stimulanty amfetaminového typu (během posledního roku byly užity 0,6 % světové populace). Pro srovnání je třeba doplnit, že tabák v celosvětovém měřítku každoročně zabije 5 miliónů lidí, alkohol přibližně 2,5 miliónu a nelegální drogy kolem 200 tisíc osob. Zpráva varuje před prudkým vzestupem produkce opia a koky, z čehož vyplývá možné riziko vyššího užívání heroinu a kokainu (NMSDDZ [on-line], 2008; UNODC [on-line], 2008).

Světová zpráva o drogách 2009 připomíná, že v r. 2009 uběhlo jedno století od zavedení systémové kontroly návykových látek. Na základě úvah o protidrogové politice je možné tvrdit, že nelegální drogy pro lidstvo stále představují nebezpečí a měly by zůstat pod dohledem. Celý kontrolní systém je však třeba reformovat, aby byla zajištěna jeho účinnost. V rámci mezinárodní diskuse se objevuje silný tlak prodrogové lobby na kontrolní orgány, aby byl černý trh s drogami (v rozšířené verzi též se zbraněmi) legalizován, což by ovšem vedlo k řadě problémů ekonomického, zdravotního a bezpečnostního charakteru. Zájem na tom mají i subjekty, pro něž je léčba závislosti výdělečným podnikem. Kontrola nelegálního trhu s drogami sice působí mnoho potíží, na druhé straně zachránila milióny životů především v rozvojových zemích (UNODC [on-line], 2009).

Kontrolní činnost přináší výsledky. Drogová krize z 90. let 20. stol. se zdá být překonána, pěstování opia a koky se udržuje na stejné úrovni nebo klesá. Hlavní trhy pro opiáty (Evropa a jihovýchodní Asie), kokain (Severní Amerika) a konopí (Severní Amerika, Oceánie a Evropa) se zmenšují. Zvýšení spotřeby syntetických stimulantů, a to zejména ve východní Asii a na Středním východě, je důvodem ke znepokojení, ale jejich užívání ve vyspělých zemích klesá. Velmi vážnou hrozbu představují organizovaný zločin a nadnárodní drogové mafie. Neštítí se průniku do vysokých ekonomických a politických sfér, využívají korupce a násilí, zasahují do makroekonomiky. Při řešení trestné činnosti spojené s drogami by se pozornost měla přesunout od uživatelů drog k obchodníkům. Závislým osobám je třeba poskytnout lékařskou pomoc, zaměřit se na problémové uživatele drog. Kriminální živly se sdružují do větších zločineckých struktur (gangů) zejména v prostředí velkých městských sídel, tento trend s rostoucí urbanizací planety v budoucnosti získá na důležitosti. Je třeba investovat do práce s lidmi – věnovat se sociální politice, vzdělání, nezaměstnanosti, trávení volného času, což se především týká mladých osob v chudinských čtvrtích. Sestěhovávat problémové jedince a vylučovat je z veřejného života není dlouhodobé řešení, vytvářejí se tak ghettá, v nichž nachází živnou půdu narkomafie, navíc hrozí nekontrolovatelná eskalace násilí. Na mezinárodní úrovni je třeba využívat prostředků k boji proti organizovanému zločinu a korupci, bránit obchodování s lidmi, zbraněmi a nelegální migraci (UNODC [on-line], 2009).

V r. 2008 bylo zaznamenáno snížení produkce kokainu a heroinu, např. pěstování koky v Kolumbii pokleslo o 18 %, pěstování opiového máku v Afghánistánu o 19 %. Trendy v jiných produkčních zemích nebyly jednoznačné. Průzkumy uživatelů ve světě, sledování největších trhů s konopím, kokainem a opiáty naznačují, že dochází k jejich zmenšování. Podle průzkumů zaměřených na mladé lidi v západní Evropě, Severní Americe a Oceánii užívání konopí v těchto regionech klesá. Největší kokainový trh – Severní Amerika – vykazuje rovněž pokles, evropské země stagnaci. V tradičních produkčních oblastech opia v jihovýchodní Asii byl zaznamenán pokles užívání, v Evropě stagnuje užívání heroinu. Zhoršuje se však globální problém se stimulanty na bázi amfetaminu, nelegální trh s prekurzory metamfetaminu v oblasti Střední a Jižní Ameriky je na vzestupu, hotové drogy jsou dodávány ke spotřebě do Severní Ameriky, další velký potenciál představuje východní Asie (UNODC [on-line], 2009).

Celková výměra plochy pěstování opiového máku v hlavních produkčních zemích se v r. 2008 snížila na 189 000 ha, na čemž se zásadně podílel Afghánistán (střed a sever země byl „vyčištěn“ od opiového máku). Úroveň pěstování v Myanmaru (býv. Barmě) a Laoské lidově demokratické republice zůstala zhruba stejná jako v předchozím roce. V Pákistánu se opiový mák pěstoval v příhraniční oblasti s Afghánistánem. Potenciální produkce opia byla odhadnuta na 7 700 tun. Přibližně 60 % tohoto množství bylo přeměněno na morfin a heroin. Odhadem Afghánistán exportoval 630 tun morfinu a heroinu. V r. 2007 bylo zabaveno o 33 % více opia a o 14 % více heroinu. Nárůst odráží trvale vysokou úroveň produkce opia v Afghánistánu, může také zahrnovat některé nashromážděné zásoby z r. 2005, kdy celosvětové produkce opia přesáhla jeho celosvětovou spotřebu. Záchyty morfinu poklesly o 41 %. Celkově se záchyty opioidů v období let 1998–2007 zdvojnásobily. Celoživotní prevalence uživatelů opioidů byla na globální úrovni v r. 2007 odhadnuta na 15–21 miliónů osob. Více než polovina

světové populace uživatelů opia pochází z Asie. Nejvyšší úroveň užívání (z hlediska podílu v populačním segmentu 15–64 let) se vyskytuje podél hlavních tras obchodu s drogami v blízkosti Afghánistánu. Opioidy jsou hlavním světovým problémem, pokud jde o léčbu závislosti. Evropa má z ekonomického hlediska největší trh s opioidy, který je relativně stabilní v oblasti západní Evropy, ale byl hlášen jeho růst ve východní Evropě (UNODC [on-line], 2009).

Celková výměra plochy osázené kokou (jde o 167 600 ha) se v r. 2008 snížila o 8 %, na čemž se výrazně podílela především Kolumbie, která přesto zůstává největším světovým pěstitelem koky (81 000 ha), následuje Peru (56 100 ha) a Bolívie (30 500 ha). Odhadovaná světová produkce kokainu klesla o 15 % – z 994 tun v r. 2007 na 845 tun v r. 2008. Po pěti letech expanze množství kokainu zachyceného v r. 2006 pokleslo a zůstalo na nižší úrovni i v r. 2007 (5 % za období 2005–2007), což je v souladu se stabilizací jeho výroby. V r. 2008 byl zaznamenán výrazný pokles obchodování v Severní Americe, největším světovém spotřebiteli kokainu. Situace se odrazila v rychle rostoucích cenách a klesající úrovni čistoty. Spojené království v r. 2008 rovněž hlásilo klesající úroveň čistoty kokainu. Globální celoživotní prevalence užívání kokainu v r. 2007 se odhadovala v rozmezí 16–21 miliónů osob. Největším trhem zůstala Severní Amerika, následovaná západní a střední Evropou a Jižní Amerikou. Významný pokles užívání kokainu byl hlášen ze Severní Ameriky, a to zejména z USA. Kokain byl alespoň jednou v posledním roce užit 5,7 miliónu osob v USA. Užívání kokainu v západní Evropě se po několika letech růstu stabilizovalo, v Jižní Americe zřejmě narůstá. Země západní a jižní Afriky vykazují známky rostoucího užívání kokainu, data však nejsou příliš spolehlivá (UNODC [on-line], 2009).

Odhad celkové plochy oseté konopím je komplikovanější, poněvadž se pěstuje ve většině zemí na světě a lze jej produkovat jak v budovách, tak venku. Celková výměra plochy pro venkovní pěstování konopí se v r. 2008 pohybovala v rozmezí 200 000 až 642 000 ha. Celková produkce konopných rostlin byla odhadnuta v rozmezí 13 300 až 66 100 tun, hašiše (konopné pryskyřice) 2 200–9 900 tun. Celkový záchyt rostlin konopí v r. 2007 činil 5 557 tun, což představuje nárůst o cca 7 % oproti předchozímu roku. Záchyt konopné pryskyřice se zvýšil přibližně o 29 % na 1 300 tun. Kromě toho bylo zabaveno malé množství hašišového oleje (odpovídá 418 kg). Většina záchytů rostlin konopí byla hlášena z Mexika (39 % z celosvětového množství) a z USA (26 %). Nárůst záchytů hašiše souvisel s intenzivní produkcí konopí v západní a střední Evropě. Globální celoživotní prevalence uživatelů konopí v r. 2007 byla odhadnuta v rozpětí 143–190 miliónů osob. Nejvyšší úroveň užívání zůstává v zavedených trzích v Severní Americe a západní Evropě, ačkoli existují náznaky, že míra užívání ve vyspělých zemích klesá, a to zejména mezi mladými lidmi (UNODC [on-line], 2009).

Obdobně jako konopí je možné i amfetaminové stimulanty vyrábět kdekoli na světě a za relativně nízkou cenu. Od r. 1990 byla jejich výroba hlášena ve více než 60 zemích světa, jejich počet každoročně narůstá. V r. 2007 byla produkce odhadnuta na 230–640 tun amfetaminů, extáze bylo vyrobeno odhadem 72–137 tun. Výroba se přesouvá z rozvinutých do rozvojových zemí, což dokazuje, že zločinecké organizace zneužívají snadno zranitelné státy. Globální záchyt amfetaminových stimulantů nadále rostl, v r. 2007 se jednalo o téměř 52 tun, což překonalo poslední vrchol z r. 2000 o více než 3 tuny. Skupině dominoval záchyt stimulantů na bázi amfetaminů (84 %

všech případů). V r. 2007 dramaticky narostl podíl zachycené extáze, který činil 16 % všech zabavených stimulantů. Ilegální obchod se stimulanty na bázi amfetaminu se většinou odehrává uvnitř regionů, příliš nepřekračuje státní hranice. Opakem je obchod s prekurzory, který dosahuje mezinárodních rozměrů. Globální celoživotní prevalence užívání stimulantů na bázi amfetaminu UNODC v r. 2007 odhadl mezi 16–51 milióny osob ve věku 15–64 let, odhad celoživotní prevalence uživatelů extáze činil 12–24 miliónů. Skupiny uživatelů ve východní a jihovýchodní Asii konzumují především pervitin, uživatelé z oblasti Blízkého a Středního východu amfetamin. V Evropě se konzumuje zejména amfetamin, zatímco zhruba polovina uživatelů stimulantů v Severní Americe užívá metamfetamin (UNODC [on-line], 2009).

UNODC odhaduje, že nelegální drogy v r. 2007 užilo alespoň jednou 172–250 miliónů osob (celoživotní prevalence). Velmi důležité jsou odhady, které se týkají problémových uživatelů drog, poněvadž tato skupina každoročně spotřebovává nejvíce návykových látek a je velmi pravděpodobně na drogách závislá. V r. 2007 se mohlo jednat podle UNODC o 18–38 miliónů problémových uživatelů drog ve věku 15–64 let. V rámci světa lidé vyhledali odbornou pomoc kvůli problémům s konopím nejčastěji v Africe a v Oceánii (63 % v Africe, 47 % v Austrálii a na Novém Zélandu). Opioidy byly primárním důvodem léčby v Asii u 65 % případů, v Evropě u 60 %, kokain v Severní Americe u 34 % případů, v Jižní Americe u 52 %, amfetaminové stimulanty v Asii u 18 % případů, v Severní Americe u 18 % a v Oceánii u 20 %. Konopí hraje stále velkou roli jako primární droga u léčby drogové závislosti v Evropě, Jižní Americe a Oceánii, a to od r. 1990. V Severní a Jižní Americe narůstá podíl osob léčených kvůli závislosti na amfetaminových stimulantech. Injekční užívání drog je doloženo ve 148 zemích světa, které představují 95 % světové populace, ale výskyt tohoto chování se výrazně liší. Odhaduje se, že takto konzumuje drogy 11–21 miliónů lidí, nejvíce v Číně, USA, Ruské federaci a Brazílii. Segment injekčních uživatelů drog v těchto státech tvoří přibližně 45 % celosvětové populace injekčních uživatelů návykových látek. Injekční užívání drog je zodpovědné za zvyšující se podíl osob nakažených virem HIV v mnoha částech světa, včetně zemí východní Evropy, Jižní Ameriky a východní a jihovýchodní Asie. Odhaduje se, že 0,8–6,6 miliónu lidí ve světě, kteří drogy užívají injekčně, je nakaženo virem HIV. K regionům s největším počtem a největší koncentrací HIV pozitivních injekčních uživatelů drog patří východní Evropa, východní a jihovýchodní Asie a Latinská Amerika (UNODC [on-line], 2009).

Ze shrnutí Světové zprávy o drogách z r. 2010 vyplývá, že rozloha produkčních oblastí opiového máku poklesla v r. 2009 na 181 400 ha (tj. o 15 % oproti r. 2008 nebo o 23 % od r. 2007). V souladu s tímto zjištěním klesla celosvětová produkce opia z 8 890 tun v r. 2007 na 7 754 tun v r. 2009 (o 13 %) a potenciální produkce heroinu ze 757 tun v r. 2007 na 657 tun v r. 2009. Během období 1998–2009 však celosvětová produkce vzrostla o 78 % (z 4 346 tun na 7 754 tun), což však naštěstí nebylo doprovázeno rostoucí spotřebou, šlo zřejmě o starší skladované a dosud neudané zásoby. V globálním měřítku se snížila výměra produkčních oblastí pěstování koky v r. 2009 na 158 800 ha (o 5 % od r. 2008, o 13 % od r. 2007 nebo o 28 % od r. 2000). Celosvětová produkce kokainu poklesla z 1 024 tun v r. 2007 na 865 tun v r. 2008 (o 16 %), produkce čerstvých kokových rostlin se snížila v r. 2009 o 4 %. Globálně se produkce kokainu v období 1998–2008 zvýšila jen mírně – z 825 tun na 865 tun, tedy o 5 %, v intervalu let 2004–2009

naopak nastal její pokles. Trendy u stimulantů na bázi amfetaminu lze vzhledem k decentralizaci výroby stanovit jen obtížně. Různé regiony mají tradičně problémy s různými látkami z této skupiny. Extáze je spojena s taneční scénou v klubech a na festivalech, zpočátku především v anglosaských zemích, později došlo k jejímu rozšíření po celé Evropě, Severní a Jižní Americe, oblasti Oceánie a mnoha částech východní a jihovýchodní Asie. Metamfetamin působí během posledního desetiletí problémy ve východní a jihovýchodní Asii, obdobně v Severní Americe a Oceánii. Amfetamin byl zjištěn především v Evropě, nový důležitý trh se objevil na Středním východě, stimulanty farmaceutické provenience jsou hojně zneužívány v Jižní Americe a Africe. Amfetaminových derivátů bylo v r. 2008 vyrobeno 131–588 tun, extáze 55–133 tun. Rostlin konopí bylo v r. 2008 vypěstováno 13 000–66 100 tun, hašiše 2 200–9 900 tun (UNODC [on-line], 2010).

Nejrozsáhlejší a nejvážnější problém soudobé mezinárodní kriminality představuje globální nelegální trh s opioidy a s kokainem. Dominantní význam pro trh s heroinem má západní Evropa a Ruská federace. Z opia, které není přeměněno na heroin, se dvě třetiny spotřebují v pouhých pěti zemích: Íránské islámské republiky (42 %), Afghánistánu (7 %), Pákistánu (7 %), Indii (6 %) a Ruské federaci (5 %). Hodnota celosvětového trhu s kokainem se odhaduje na 88 miliard dolarů, největšími podílíky jsou Severní Amerika a Evropa. V posledních dvou desetiletích si stále větší segment černého trhu nárokuje amfetaminové stimulanty. Nelegální mezinárodní obchod s narkotiky se týká především kokainu a heroinu, řídce hašiše a extáze. Rostliny konopí, metamfetamin a amfetamin jsou většinou produkovány blízko míst své spotřeby. Záchyty kokainu poklesly v Severní Americe a Evropě, ale vzrostly v Jižní a Střední Americe. Obchodování přes západní Afriku, které prudce vzrostlo v letech 2004 a 2007, se v r. 2008 a 2009 omezilo, ale tato situace se může změnit, oblast je třeba pečlivě sledovat. Záchyty opioidů nadále rostou, především opia a heroinu, v případě morfinu byl hlášen pokles. Největší zachycená množství pocházela z Íránu a Pákistánu. Záchyty amfetaminových stimulantů po počátečním trojnásobném nárůstu v prvních letech 21. stol. zůstávají sice stále vysoké, ale od r. 2006 stabilní, v případě extáze byl zaznamenán výrazný pokles. Globální záchyty rostlin konopí v období 2006–2008 vzrostly o 23 %, a to zejména v Jižní Americe, dosahují úrovně naposledy zaznamenané v r. 2004. Globální záchyty hašiše se výrazně zvýšily v období 2006–2008 (o 62 %) a jasně překonaly předchozí maximum z r. 2004. Značná množství zabaveného hašiše pocházela z Blízkého a Středního východu, a také z Evropy a Afriky (UNODC [on-line], 2010).

Podle odhadů UNODC činila globální celoživotní prevalence užívání návykových látek v r. 2008 155–250 miliónů lidí (3,5–5,7 % populace ve věku 15–64 let). Převahu tvořili uživatelé konopí (129–190 miliónů osob, tj. 2,9–4,3 % světové populace ve věku 15–64 let), z dalších nejčastěji uváděných drog následovaly deriváty amfetaminu, kokain a opioidy. Mezi osobami užívajícími ve světě konopí, opioidy, kokain a amfetaminové stimulanty bylo v r. 2008 odhadem 16–38 miliónů problémových uživatelů drog, což je 10–15 % ze všech uživatelů drog. Do léčebných programů se přihlásilo 12–30 % problémových uživatelů, v Evropě a v Asii šlo většinou o závislé na opioidech, v Americe na kokainu, v Africe a v Oceánii na konopí. Konopí je stále nejvíce konzumovanou drogou ve světě. Celková roční prevalence užívání konopí je odhadována na 2,9–4,3 % populace ve věku 15–64 let, nejvyššího nárůstu doznala v Oceánii a v Americe. Odhaduje se, že 15–19,3 miliónu osob užilo během roku kokain, roční prevalence jeho

užívání ve světě vzrostla na 0,4 %, z regionů dosahují nejvyšší míry prevalence zejména Severní Amerika (2 %), Oceánie (1,4–1,7 %) a západní Evropa (1,5 %). Opioidy užilo v r. 2008 12,8–21,8 miliónu osob (0,3–0,5 % světové populace ve věku 15–64 let), více než polovina světových uživatelů pochází z Asie. Podle odhadů UNODC během roku užilo látky typu amfetaminu 13,7–52,9 miliónu osob ve věku 15–64 let, což je 0,3–1,2 % populace, včetně 10,5–25,8 miliónu uživatelů extáze (0,2–0,6 % populace). Největší míra prevalence byla hlášena z Oceánie, východní a jihovýchodní Asie, Severní Ameriky, západní a střední Evropy. Kromě výše uvedených drog představuje závažný celosvětový problém zneužívání léků vázaných na předpis (syntetických opioidů, benzodiazepinů, syntetických stimulantů) (UNODC [on-line], 2010).

Drogy a obchod s nimi mohou znamenat dvě vážné hrozby pro politickou stabilitu ve světě. První nastává v případech zemí, kde povstalci s ilegálními ozbrojenými skupinami čerpají finanční prostředky ze zdanění drog, nebo dokonce z řízení nelegální výroby a obchodu s nimi. Druhá se týká zemí, kde jsou velmi silné prodrogové lobby, které ovlivňují stát prostřednictvím násilné konfrontace a korupce dosahující k nejvyšším místům. K nejhůře postiženým státům patří Guatemala, Honduras a El Salvador, v centru pozornosti stojí též Kolumbie a Mexiko. Míra kriminality je nejvyšší nikoli v největších městech, ale v centrech ilegálního obchodu s drogami, včetně některých přístavů a příhraničních oblastí (UNODC [on-line], 2010).

Podle Světové zprávy o drogách za r. 2011, kterou každoročně vydává UNODC, byla odhadnuta globální roční prevalence užívání návykových látek v r. 2009 mezi 149–272 milióny osob, jde tedy o 3,3–6,1 % celosvětové populace ve věku 15–64 let, která užila nedovolené drogy alespoň jednou během předchozího roku. Přibližně polovina z tohoto počtu je tvořena stávajícími uživateli drog, kteří konzumovali nelegální látky alespoň jednou v posledním měsíci před hodnocením. Výskyt problémových uživatelů drog odhadem činil 15–39 miliónů. V r. 2009 zůstalo nejrozšířenější nezákonnou drogou konopí, které na světě užívalo 125–203 miliónů lidí, což odpovídá roční prevalenci 2,8–4,5 %. Z hlediska roční prevalence následují stimulanty na bázi amfetaminu (zejména pervitin, amfetamin a extáze), opioidy (opium, heroin, syntetické opioidy na předpis) a kokain. Odhad globálních trendů je v případě amfetaminových stimulantů značně nejistý, poněvadž neexistuje dostatek informací z lidnatých zemí, jako jsou Čína a Indie, obdobně z rozvojových států Afriky. V hlavních oblastech spotřeby byl zaznamenán stagnující či sestupný trend u heroinu a kokainu, což bylo kompenzováno nárůstem užívání nových syntetických drog a léků na předpis non-lege artis. Nové syntetické drogy jsou uváděny na trh jako náhražky ilegálních stimulantů typu kokainu a extáze, jde o látky, které dosud nespádají pod mezinárodní kontrolu, i když je drogová legislativa průběžně aktualizována. Obdobný příklad je možno uvést u syntetických kanabinoidů. Tyto látky se prodávají na internetu a ve specializovaných kamenných obchodech, kde se jim přezdívá „sběratelské předměty“. Tolerance prodeje syntetických drog se v jednotlivých státech světa významně liší (UNODC [on-line], 2011).

Za primární drogu, kvůli jejímuž užívání se nastupuje léčba, můžeme označit v Africe a v Oceánii konopí, v Evropě a v Asii opioidy, v Jižní Americe kokain. V Severní Americe se konopí, kokain a opioidy podílejí na žádostech o léčbu obdobnými četnostmi. Amfetaminové stimulanty tvoří značnou část žádostí o léčbu závislosti v Asii a Oceánii, též v Evropě a Severní Americe. Z hlediska zdravotních důsledků se celosvě-

tový průměr prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog odhaduje na 17,9 %, což znamená, že 2,8 miliónů uživatelů drog je HIV pozitivních, jinak řečeno – téměř jeden z pěti injekčních uživatelů drog žije s HIV. Prevalence virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog se na globální úrovni odhaduje na 50 % (v rozmezí 45,2–55,3 %), z čehož vyplývá, že 8,0 miliónů (v rozmezí 7,2–8,8 miliónu) injekčních uživatelů drog na světě je infikováno. Počet úmrtí souvisejících nebo spojených s užíváním nelegálních drog je odhadován na 104 000–263 000 úmrtí ročně, což odpovídá 23,1–58,7 úmrtí na jeden milión obyvatel ve věku 15–64 let. Více než polovina úmrtí byla zaviněna smrtelným předávkováním (UNODC [on-line], 2011).

Výměra, na níž se v r. 2010 pěstoval opiový mák, činila přibližně 195 700 ha, což představovalo oproti r. 2009 mírný nárůst. Převážná část máku na asi 123 000 ha byla produkována v Afghánistánu, kde je trend pěstování stabilní. Globální zvýšení bylo způsobeno zejména podílem Myanmaru (býv. Barmy), kde produkce meziročně narostla o 20 %. Ve světovém měřítku byla produkce opia oslabena, a to v důsledku výskytu chorob rostlin opiového máku v Afghánistánu. Globálně dále klesala výměra plochy osázené keři koky – v r. 2010 na 149 100 ha, což představuje v období 2007–2010 snížení o 18 %. Došlo také k výraznému poklesu potenciálu výroby kokainu, což odráží klesající produkci kokainu v Kolumbii, kterou kompenzují zdroje z oblasti Peru a Bolívie. Celosvětovou výrobu nelegálních amfetaminových stimulantů je velmi těžké odhadnout. Výroba amfetaminu převažuje nad výrobou extáze, zejména ve Spojených státech bylo zjištěno množství nelegálních laboratoří produkujících metamfetamin. Rostliny konopí se pěstují ve většině zemí světa. Sebrané údaje svědčí pro stabilizaci produkce. Vnitřní pěstování konopí (skleníky, haly) je omezeno především na oblast Severní Ameriky, Evropy a Oceánie. K důležitým producentům hašiše se řadí zejména Afghánistán a Maroko (UNODC [on-line], 2011).

Nelegální obchod s drogami se liší podle jejich druhu. Nejčastější zadrženou látkou jsou rostliny konopí, které pocházejí často z místní produkce, mezinárodní obchod s nimi je omezen. Kokain a heroin jsou obchodované jak na intra-, tak i na interregionální úrovni. Jejich značná množství se konzumují relativně daleko od produkčních zemí. V případě amfetaminových stimulantů se obchod odehrává v místech jejich výroby, zatímco u prekurzorů se posunuje na mezistátní až mezinárodní úroveň. Dlouhodobé trendy ukazují na zvýšené záchyty všech hlavních typů drog. Mezi lety 1998–2009 se množství zabaveného kokainu, heroinu, morfinu a konopí téměř zdvojnásobilo, v případě amfetaminových stimulantů více než ztrojnásobilo. K nejčastěji zadrženým látkám ještě stále patří konopí, ale na významu nabývá zejména skupina stimulačních drog na bázi amfetaminu. Globální záchyt amfetaminových stimulantů byl rekordní v r. 2009 (hlavně metamfetaminu v Oceánii, Africe, Severní Americe, Asii), u extáze došlo k poklesu. Záchyt opioidů v r. 2009 zůstal stabilní, v zabaveném množství dominovaly Írán a Turecko. Obdobně je stabilní i záchyt kokainu. Záchyty rostlin konopí se zvýšily, u hašiše naopak klesly. Je pozorováno, že se záchyty kokainu a hašiše přesouvají od hlavních spotřebitelských trhů k regionům. Severní Amerika, západní a střední Evropa se na globálních záchytech kokainu podílejí méně, Jižní Amerika více. V období 2008–2009 se významně snížily záchyty hašiše v Evropě, ale narostly v severní Africe (UNODC [on-line], 2011).

Podle odhadů UNODC užívalo opioidy v r. 2009 12–21 miliónů lidí ve světě, z nich zhruba tři čtvrtiny heroin. Jednalo se o 12–14 miliónů uživatelů, kteří spotřebovali

375 tun heroinu. Klíčovou roli ve spotřebě hrají Evropa a Asie, které jsou z velké části saturovány afghánským opiem. V posledních letech působí velké problémy syntetické opioidy, které jsou užívány non-lege artis, a to především v Severní Americe, kde také často představují primární drogu, kvůli níž závislí nastupují léčbu. Afghánistán pokrývá 63 % celkové světové plochy pěstování opiového máku, jeho produkce zůstala v r. 2010 stabilní. Produkce v r. 2010 vzrostla v Myanmaru (býv. Barmě), což se odrazilo v globálním zvýšení o 5 %. V Myanmaru rovněž o 75 % vzrostly výnosy opia. Globálně ovšem produkce opia v r. 2010 poklesla na 4 860 tun oproti 7 853 tunám v r. 2009. Tento drastický propad byl zaviněn onemocněním rostlin opiového máku v Afghánistánu. UNODC předpovídá, že se v r. 2011 bude výpadek v produkci opia postupně snižovat. Záchyty opia a heroinu se v r. 2009 stabilizovaly, u opia činily 653 tuny, u heroinu 76 tun. Odhaduje se, že ve světě bylo v r. 2009 obchodováno 460–480 tun heroinu (včetně záchytů), z toho 375 tun dosáhlo spotřebitele. Za hrozby je třeba považovat využívání převaděčů, námořní dopravy a přístavů. Globální trh s opioidy byl oceněn na 68 miliard dolarů, z toho trh s heroinem na 61 miliard dolarů. Ceny heroinu se velmi liší. I když v r. 2010 v Afghánistánu jeho ceny vzrostly, stál 1 gram méně než 4 americké dolary. V západní a střední Evropě platí někteří uživatelé 40–100 dolarů za gram, ve Spojených státech a severní Evropě 170–200 dolarů, v Austrálii cena dosahuje 230–370 dolarů. Zatímco afghánští zemědělci na máku vydělali v r. 2010 440 miliónů amerických dolarů, největší zisky sklízely organizované zločinecké skupiny v hlavních spotřebitelských zemích (UNODC [on-line], 2011).

Roční prevalence užívání kokainu se v r. 2009 pohybovala v odhadované mezi 0,3–0,5 % světové populace ve věku 15–64 let, tzn. 14,2–20,5 miliónů osob. Ačkoli se dolní a horní hranice počtu uživatelů kokainu v r. 2009 poněkud rozšířily, spotřeba zůstává v zásadě stabilní. Skutečný počet uživatelů kokainu se pravděpodobně pohybuje kolem spodní hranice odhadovaného intervalu. I když byl v posledních letech zaznamenán výrazný pokles, největší trh s kokainem se nadále nachází ve Spojených státech, kde se spotřeba kokainu odhaduje na 157 tun, což odpovídá 36 % celosvětového objemu. Druhý velký trh představuje evropská oblast, zejména západní a střední Evropa, kde se spotřeba odhaduje na 123 tuny. Za posledních deset let se objem kokainu zkonsumovaného v Evropě zdvojnásobil, během několika posledních let se objevují náznaky stabilizace. Užívání kokainu ve východní Evropě je omezené. Výměra obdělávané plochy osázené keři koky poklesla v období 2007–2010 o 18 %, v posledním desetiletí (2000–2010) byl zaznamenán ještě větší pokles – 33 %. Globální záchyty kokainu byly v období 2006–2009 relativně stabilní, v r. 2009 dosáhly přibližně 732 tun. Od r. 2006 se záchyty posunuly směrem ke zdrojům v oblasti Jižní Ameriky a od spotřebitelských trhů v Severní Americe a západní a střední Evropě. Role západní Afriky v pašování kokainu z Jižní Ameriky do Evropy byla na základě vykázaných záchytů oslabena, ale existují náznaky, že překupníci mohli jen změnit taktiku, proto jde o oblast z hlediska oživení obchodu s kokainem stále velmi citlivou. Některé země asijsko-pacifického regionu, s potenciálně velkými spotřebitelskými trhy, hlásily v r. 2008 a 2009 rostoucí registrované záchyty kokainu. Hodnota celosvětového trhu s kokainem je nižší, než tomu bylo v polovině r. 1990, kdy ceny byly mnohem vyšší a trh ve Spojených státech silný. V r. 1995 činila hodnota globálního trhu s kokainem přibližně 165 miliard dolarů, zatímco v r. 2009 jen něco více než polovinu (85 miliard dolarů, rozpětí se odhadovalo

na 75–100 miliard amerických dolarů). Stejně jako u heroinu téměř všechny zisky připadly narkomafii (UNODC [on-line], 2011).

Globální úroveň užívání stimulantů na bázi amfetaminu zůstala v r. 2009 téměř neměnná. Stimulanty tohoto typu je možné rozdělit do 2 skupin: amfetaminovou skupinu (sem řadíme především amfetamin a metamfetamin) a skupinu extáze (MDMA a jeho analoga). UNODC odhaduje, že roční prevalence užívání látek ze skupiny amfetaminů se v r. 2009 pohybovala mezi 0,3–1,3 %, což představovalo 14–57 miliónů osob ve věku 15–64 let, které tyto látky užily nejméně jednou během posledního roku před šetřením. U skupiny extáze byla odhadnuta celková roční prevalence v rozmezí 0,2–0,6 % populace ve věku 15–64 let, šlo tedy o 11–28 miliónů uživatelů. Typy užívaných látek se liší podle jednotlivých regionů. Amfetaminová skupina převládá v Africe, Americe a Asii, zatímco v Evropě a Oceánii dominují látky ze skupiny extáze. V Severní Americe je podíl obou skupin téměř stejný. Souhrnně lze říci, že užívání látek ze skupiny amfetaminů je stabilní nebo narůstá, zatímco u extáze byl nejčastěji zaznamenán stabilní trend (ev. klesající v Asii). Výroba amfetaminových stimulantů není geograficky vázána, laboratoře se často vyskytují v blízkosti nedovolených trhů s těmito drogami. V jednotlivých regionech se často obchoduje s chemikáliemi potřebnými při nelegální produkci. Některé z 10 600 ilegálních laboratoří byly v r. 2009 zkonfiskovány. Naprostá většina vyráběla metamfetamin a většina z nich se nacházela ve Spojených státech. Pervitin se nelegálně vyrábí celosvětově. Četnost ilegálních výroben amfetaminu a extáze se sice poněkud snížila, na druhé straně tyto laboratoře vyžadují lepší úroveň dovedností a vybavení, čistší chemikálie, specializovaná zařízení. V r. 2009 významně vzrostly celosvětové záchyty amfetaminových stimulantů, byly o něco vyšší než v r. 2007. Nárůst byl způsoben především záchyty metamfetaminu (zvýšily se o více než 40 % na 31 tun). Záchyt amfetaminu se zvýšil přibližně o 10 % na 33 tun, záchyty extáze se mírně snížily a činily 5,4 tuny. Došlo k významnému rozšíření trhů ve východní a jiho-východní Asii, což souvisí především s nárůstem užívání metamfetaminu. Situace se mj. týká Číny, Japonska a Indonésie. Afrika představuje z hlediska nelegálního obchodu s metamfetaminem zájmovou oblast. Tento poznatek byl poprvé zaznamenán r. 2008, platí dodnes. Západní Afrika se stala novým zdrojem metamfetaminu pro východní Asii, tranzitními oblastmi bývají Evropa, západní Asie a východní Afrika. Těmito cestami se rovněž pašují prekurzory. V Indii byly první tajné ilegální laboratoře zjištěny v květnu 2003. Od té doby byla odhalena další zařízení vyrábějící stimulanty amfetaminové řady. Pokusy o nedovolenou výrobu těchto drog byly hlášeny také z Bangladěše a Srí Lanky. Jižní Asie se stala jednou z hlavních oblastí, kde se získává efedrin a pseudoefedrin k nelegální výrobě metamfetaminu. Indie je jedním z největších světových výrobců chemických prekurzorů, Bangladěš také disponuje rozvíjejícím se chemickým průmyslem. V jižní Asii jsou v posledních pěti letech pravidelně zabavovány amfetamin, metamfetamin a extáze (UNODC [on-line], 2011).

Zdaleka nejvíce rozšířenou a konzumovanou nelegální drogou na světě zůstává konopí. V r. 2009 užilo konopí alespoň jednou během roku před sledováním 2,8–4,5 % světové populace ve věku 15–64 let, tedy 125–203 milióny lidí, odhady pro r. 2010 byly podobné. Rostliny konopí jsou nejčastěji pěstovány, užívány a zabavovány. Nárůst užívání konopí byl v r. 2009 hlášen z Ameriky, Afriky a Asie, zatímco spotřeba v západní Evropě a Oceánii byla stabilní nebo klesala. I když byly během posledních 10 let pozor-

rovány stabilní trendy užívání konopí, konopí se objevuje jako primární droga u většiny žádostí o léčbu v Africe a Oceánii. Nedávné studie prokázaly, že intenzivní (dlouhodobé a pravidelné) užívání vysokých dávek, expozice konopným produktům s vysokou koncentrací účinných látek mohou zvýšit riziko psychotických poruch. Průměrná koncentrace hlavních psychoaktivních látek v konopí (THC) se zdá být vyšší, než tomu bylo před 10–15 roky, ačkoli údaje za posledních pět let ukazují na relativně stabilní trend, který však neplatí pro všechny produkty a státy. Pěstování konopí je velmi rozšířené, většina produkce je určena pro domácí či regionální trhy, její celkový světový odhad je proto značně obtížný. Produkce konopné pryskyřice (hašiše) je více lokalizována, obchoduje se s ní na větší vzdálenosti. Nejčastěji ji dodávají na trh Maroko, Afghánistán, Libanon a Nepál, ev. Indie. V Afghánistánu, který patří mezi významné produkční země, se konopí stalo konkurentem opiového máku jako plodina lukrativní pro zemědělce. Záchyty konopných rostlin byly v r. 2009 poněkud vyšší – po poklesu v r. 2008 došlo k návratu na úroveň z let 2006 a 2007, činily přibližně 6 000 tun, největší podíl na nich měly Severní Amerika a Mexiko. Globálně záchyty hašiše v r. 2009 oproti jejich nejvyšší úrovni z r. 2008 poklesly, došlo k odklonu od zemí západní a střední Evropy (nejnižší úroveň záchytů za posledních 10 let) směrem k prominentnímu zdrojovému regionu severní Afriky, kde záchyty naopak vzrostly (UNODC [on-line], 2011).

3.2 Sledování užívání drog v Evropě

Sledování a vyhodnocování různých ukazatelů drogové epidemiologie je v Evropě na vysoké úrovni. V r. 1995 vzniklo Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, **European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)**, které provádí pravidelný sběr dat ze 34 států. Výsledky ukazují, jak jednotlivé členské státy Evropské unie zavádějí a uplatňují principy protidrogové politiky a jak přispívají ke globální diskusi o drogách (Hartnoll, 2005; EMCDDA [on-line], 2008c).

Periodické mapování užívání návykových látek mezi mládeží (vzorek 15–16letých) je součástí tzv. projektu **ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)**. Sledování se zabývá širokým spektrem návykových látek vč. tzv. legálních drog (alkoholu a tabáku) (NMSDDZ [on-line], 2003; Csémy et al. [on-line], 2006).

Šířeji zaměřenou studií je **HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children)**. Je postavena na předpokladu, že chování a životní styl významně ovlivňují zdraví. ČR se poprvé účastnila tohoto výzkumu s dalšími 24 převážně evropskými zeměmi v r. 1995, sledování se opakuje každé 4 roky. Je osloven reprezentativní vzorek dětí ve věku 11–15 let, dotazování mapuje 5 tematických okruhů z oblastí chování: návyková rizika (alkohol a tabák), výživové zvyklosti, tělesné a další volnočasové aktivity, psychosociální adaptaci a duševní zdraví, úrazy (Csémy et al., 2005).

Evropa dominuje světovým statistikám ve spotřebě alkoholu. Alkohol je silně zakotven v kulturách většiny evropských zemí (Anderson a Baumberg, 2006).

Z užívání nelegálních látek v Evropě jasně vede konopí (v segmentu dospělých osob ve věku 15–64 let je celoživotní prevalence 22 %), následuje skupina stimulancií (v segmentu dospělých osob je celoživotní prevalence užití kokainu 3,6 %, amfetaminů 3,3 %, extáze 2,8 %) a opioidů, v níž se vyskytuje nejvíce problémových uživatelů.

Užívání konopí vykazuje poměrně stabilní trend, byl pozorován mírný nárůst užívání kokainu. Celkově trend užívání drog v Evropě inklinuje ke stabilizaci, bylo dosaženo pokroku v řešení drogových problémů zeměmi Evropské unie (EMCDDA [on-line], 2008d).

EMCDDA pravidelně publikuje studie, které se zabývají různými aspekty drogové problematiky, např. drogovými trasami, užíváním drog ve starších věkových kategoriích, rozdíly v užívání drog mezi muži a ženami (NMSDDZ [on-line], 2007a; EMCDDA [on-line], 2008d).

Z výstupů studie EMCDDA vyplynulo, že ženy užívají léky s tlumivým účinkem bez lékařského předpisu nebo doporučení odborníka výrazně více než muži. Hoši-středškoláci konzumují častěji nadměrné dávky alkoholu oproti dívkám, uvádějí také častěji celoživotní zkušenost s užitím konopných látek. V celé populaci muži udávají vyšší prevalenci nedávného, současného a častého užívání konopných látek. Rozdíl mezi pohlavími je silnější v případě celoživotní prevalence užití extáze (vyšší u mužů), což platí jak pro studenty (věková kategorie 15–16 let), tak pro obecnou populaci (věková kategorie 15–64 let). Výsledky ukazují, že užívání drog je více rozšířené mezi muži (NMSDDZ [on-line], 2007a).

Prozatím poslední studie ESPAD 2007 prezentuje kromě výsledků specifických pro vzorek z ČR také souhrn mezinárodního srovnání, z něhož vybíráme podstatné partie.

Užívání návykových látek (s výjimkou konzumace nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti) vykazuje mezi studenty v Evropě ustálený nebo mírně klesající trend. Nejvyšší prevalence ve většině podstatných ukazatelů užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog má ostrov Man, nejnižší naopak Arménie. V průměru 58 % studentů v Evropě uvedlo, že alespoň jednou v životě zkoušeli kouřit cigarety, 29 % kouřilo cigarety během posledního měsíce. Zeměmi s vysokou prevalencí kouření tabáku v posledním měsíci jsou Rakousko, Bulharsko, ČR a Lotyšsko (40–45 %), zeměmi s nízkou prevalencí jsou Arménie, Island, Norsko a Portugalsko (7–19 %). Denně kouří v Evropě v průměru 19 % studentů (Csémy et al. [on-line], 2008).

Alkohol pily alespoň jednou v životě dvě třetiny studentů, průměr se v rámci všech zemí blíží 90 %. Průměrné hodnoty za poslední rok činí 82 % a za poslední měsíc 61 %. Kromě Islandu pijí ve všech zemích více chlapci než dívky. V průměru polovina studentů byla alespoň jednou v životě opilá, u 39 % studentů k tomu došlo v posledním roce a u 18 % v posledním měsíci. Průměrně 43 % dotazovaných uvádělo konzumaci nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) v posledním měsíci, a to častěji hoši (47 %) než dívky (39 %). Průběžně rostoucí trend byl zaznamenán v Chorvatsku, ČR, na Maltě, v Portugalsku a Slovensku (Csémy et al. [on-line], 2008).

Jakoukoliv nelegální drogu alespoň jednou v životě užilo průměrně 23 % chlapců a 17 % dívek. Nejvíce (46 %) studentů tuto skutečnost zmiňuje v ČR, přibližně třetina ve Francii, na ostrově Man, na Slovensku a ve Švýcarsku. V naprosté většině se jednalo o zkušenosti s konopnými látkami (Csémy et al. [on-line], 2008).

Nejčastěji byla hlášena celoživotní zkušenost s konopím (zmínilo ji 19 % studentů), 7 % studentů vyzkoušelo jednu nebo více jiných nelegálních látek. V průměru se jednalo o 3 % v případě extáze, kokainu a amfetaminů, o 1–2 % v případě LSD, cracku a heroinu. Nejvyšší úroveň užívání nekonopných drog během života vykazovali studenti na ostrově Man, v Rakousku, Francii a Lotyšsku; Bulharsko, Estonsko, ostrov

Man, Lotyšsko a Slovenská republika se řadily mezi prvních pět zemí v případě extáze (prevalence 6–7 %), Rakousko, Bulharsko a Lotyšsko v případě amfetaminů (7–8 %) (Csémy et al. [on-line], 2008).

Užití konopných drog během posledního roku přiznalo 14 % všech studentů, jejich užití v posledním měsíci uvedlo 9 % chlapců a 6 % dívek (7 % v průměru). Ve dvou zemích s nejvyšší prevalencí (ČR a ostrov Man) se vyskytlo užití konopných látek během posledního měsíce u každého šestého studenta. Každý sedmý student, který užil konopné látky během posledního roku (14 %), byl klasifikován jako jedinec, u něhož existuje vysoké riziko vzniku problémů souvisejících s konopnými látkami (Csémy et al. [on-line], 2008).

Výroční zpráva Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti za r. 2009 (EMCDDA [on-line], 2009c) uvádí, že jádrem evropského drogového problému zůstává kokain a heroin. Obavy vzbuzuje i souběžné užívání více drog, poněvadž se škála dostupných látek neustále rozrůstá, a způsoby, jak užívat drogy, jsou stále komplexnější. Byl potvrzen klesající trend užívání konopí, zejména mezi mladými lidmi.

Přibližně 13 miliónů dospělých Evropanů (věková kategorie 15–64 let) vyzkoušelo za svůj život kokain. Mezi nimi je 7,5 miliónu mladých dospělých (věková kategorie 15–34 let), z nichž 3 milióny jej užily v posledním roce. Konzumace kokainu se soustředí zejména v západních zemích Unie, zatímco v jiných zemích Evropy zůstává jeho spotřeba nízká. Ke státům s nejvyšší prevalencí se řadí Dánsko, Španělsko, Irsko, Itálie a Spojené království, užívání kokainu v posledním roce se tam mezi mladými dospělými pohybovalo v rozmezí 3,1–5,5 %. Užití kokainu v posledním roce ve věkové skupině 15–34 let vykazuje ve většině sledovaných zemí stabilní nebo rostoucí trend. V r. 2007 se počet záchytů kokainu v Evropě zvýšil na 92 000 (oproti 84 000 v r. 2006), i když poklesl celkový zadržený objem na 77 tun (oproti 121 tunám v r. 2006). Mezi osobami, které poprvé vstupují do léčby závislosti, uvedlo kokain jako primární problémovou drogu 22 %. V r. 2007 bylo zaznamenáno přibližně 500 úmrtí spojených s užíváním kokainu (EMCDDA [on-line], 2009c).

Po překonání „heroinového boomu“, který v Evropě trval od 80. let do konce 20. stol., čemuž původně nasvědčoval pokles některých ukazatelů (nových žádostí o léčbu, úmrtí, záchytů), zůstává situace v užívání opioidů nadále znepokojivá, zejména se na ní podílejí zdravotní a sociální problémy závislých. Odhaduje se, že v Evropské unii a v Norsku je 1,2–1,5 miliónu problémových uživatelů opioidů, většinou heroinu. Jeho noví uživatelé neustále, i když pomalu, přibývají, což je možné dokladovat nárůstem nových žádostí o léčbu závislosti osob, u nichž je primární drogou heroin (v r. 2007 jich bylo o 6 % více než v r. 2002). V období 1990–2006 bylo v Evropě každý rok uváděno 6 400–8 500 úmrtí vyvolaných drogami, přičemž většina byla spojena s užíváním opioidů (obvykle více než 85 %), novější údaje ukazují stoupající trend. V období 2002–2007 narůstal počet hlášených záchytů heroinu v Evropské unii a v Norsku v průměru asi o 4 % ročně. V r. 2007 bylo ohlášeno přibližně 56 000 záchytů (v porovnání s 51 000 záchytů v r. 2006), nejvyšší počet vykázalo Spojené království. Celkový objem heroinu zadrženého v Evropské unii a v Norsku vzrostl v r. 2007 na 8,8 tuny z 8,1 tuny v r. 2006. Rekordní zadržené množství ohlásilo v r. 2007 Turecko (významná tranzitní země pro heroin proudící na území Evropské unie), a to 13,2 tuny (EMCDDA [on-line], 2009c).

Přibližně 74 milióny Evropanů (věková kategorie 15–64 let) někdy vyzkoušely konopí a asi 22,5 miliónu jej užilo v posledním roce, což znamená, že konopí je stále nejběžněji užívanou nelegální drogou v Evropě. Po výrazném nárůstu užívání v 90. letech 20. stol. a počátkem 21. stol. potvrzují evropské údaje klesající popularitu této drogy, zejména mezi mladými lidmi (EMCDDA [on-line], 2009c).

Ze studií ESPAD vyplynulo, že tento trend je obzvláště patrný mezi dětmi školního věku ve věkové skupině 15–16letých. Celoživotní prevalence užívání konopí po vysokých hodnotách či vzestupném trendu v průzkumu ESPAD z r. 2003 zaznamenala v řadě západoevropských zemí a též v Chorvatsku a Slovinsku stabilizaci či pokles. V zemích střední a východní Evropy se rostoucí trend do r. 2003 nyní zpomaluje (pouze Slovinsko a Litva vykázaly nárůst o více než 3 %). Státy severní a jižní Evropy si udržují od 90. let 20. stol. do současnosti relativně stabilní a nízkou celoživotní prevalence užívání konopí. Sestupný trend byl podle údajů ze školních průzkumů pozorován i v zámoří (USA a Austrálie) (Hibell et al. [on-line], 2009).

Užívání konopí mezi mladými dospělými (věková kategorie 15–34 let) v posledním roce rovněž vykazuje v období let 2002–2007 vyrovnaný nebo sestupný trend. Počet pravidelných a intenzivních uživatelů konopí v Evropě je již méně povzbudivý, až 2,5 % všech mladých Evropanů by mohlo užívat konopí každý den, což znamená, že v riziku se nachází velká část populace (EMCDDA [on-line], 2009c).

Podle Výroční zprávy EMCDDA za r. 2009 (EMCDDA [on-line], 2009c) jsou v současné době v Evropě rozšířeny vzorce souběžného užívání více drog (polyvalentního užívání) a kombinované užívání různých látek je příčinou nebo komplikací většiny problémů, jimž je Evropa nucena čelit.

Podrobněji tyto jevy rozebírá publikace Souběžné užívání více drog: vzorce a trendy (EMCDDA [on-line], 2009b). Nabízí souhrn tohoto způsobu užívání mezi dětmi školního věku (věková kategorie 15–16 let), mladými dospělými (věková kategorie 15–34 let) a problémovými uživateli drog. Z dětí školního věku, které se zúčastnily průzkumu ve 22 zemích, 20 % uvedlo v posledním měsíci konzumaci alkoholu s cigaretami, 6 % konopí s alkoholem a/nebo cigaretami a 1 % konopí s alkoholem a/nebo s cigaretami a s některou z dalších drog (extáze, kokain, amfetaminy, LSD nebo heroin). Výzkum ukazuje, že mezi dětmi školního věku může polyvalentní užívání drog zvýšit riziko toxických účinků a chronických zdravotních problémů v pozdějších letech. Strategie, které jsou zaměřeny na prostředí, v němž mladí lidé konzumují drogy i alkohol (např. vymáhání právních předpisů v oblasti drog a alkoholu, pokyny pro bezpečnější prostředí v zábavních podnicích), mohou chránit zdraví v situacích spojených s nočním životem.

Pro mladé dospělé je souběžné užívání více drog zavedeným vzorcem užívání návykových látek, může být spojeno s vyššími riziky. U častých nebo těžkých uživatelů alkoholu byla v tomto populačním segmentu zaznamenána 2–6krát vyšší pravděpodobnost užití konopí v posledním roce než v běžné populaci a 2–9krát vyšší pravděpodobnost užití kokainu v daném období. Polyvalentní užívání drog se vyskytuje především mezi problémovými uživateli drog, může zhoršit již přítomné zdravotní problémy, vést k vyšší míře rizikového chování a zvýšit pravděpodobnost vážných důsledků (např. smrtelného předávkování). Toxikologické nálezy při smrtelných předávkováních (většinou zaviněných heroinem) často ukazují na přítomnost více než jedné látky, takže

podstatná část těchto úmrtí by mohla souviset s polyvalentním užíváním drog. Z analýzy dat ze 14 evropských zemí vyplynulo, že více než polovina (57 %) osob nastupujících léčbu uvedla nejméně jednu problémovou drogu navíc k primární návykové látce, kvůli níž byla vyhledána pomoc. Řešení problému souběžného užívání drog je značně náročné, specifické programy jsou vzácné, do určité míry poskytuje pozitivní výsledky např. substituční léčba závislosti na opiátech a motivační terapie založená na odměnách (EMCDDA [on-line], 2009a).

Dominantním faktorem evropského problému s užíváním návykových látek je souběžné užívání alkoholu, které je přítomno téměř ve všech případech polyvalentního užívání drog (EMCDDA [on-line], 2009a; EMCDDA [on-line], 2009b).

V rámci studie ESPAD uskutečněné v r. 2007 bylo zjištěno, že 43 % vzorku studentů uvedlo „občasné silné pití“ (5 či více alkoholických nápojů zkonsumovaných při jedné příležitosti) v posledních 30 dnech. Nárůst výskytu této rizikové formy chování byl patrný především mezi dívkami v průzkumech v letech 2003–2007, prevalence vzrostla z 35 % na 42 %. Nárazová nadměrná konzumace alkoholu často souvisí s příležitostným užíváním drog a zvyšuje tak riziko negativních dopadů mezi mladými lidmi. Osoba, která má problémy s jednou návykovou látkou, se stává spíše výjimkou než pravidlem (Hibell et al. [on-line], 2009).

Evropa se v rostoucí míře potýká s kombinovaným užíváním různých psychoaktivních látek, a to legálního i ilegálního typu. Vytváří se tak složitější soubor potřeb, jež je třeba uspokojovat z medicínského i sociálního hlediska, musí se odrazit i v politických perspektivách Evropské unie (EMCDDA [on-line], 2009a; EMCDDA [on-line], 2009b).

Z výroční zprávy Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti za r. 2010 (EMCDDA [on-line], 2010) vyplývá, že konopí stále zůstává v Evropě nejoblíbenější ilegální látkou s velkými rozdíly v prevalenci jeho užívání mezi státy. Celkově vykazuje trend jeho konzumace stabilní nebo sestupnou tendenci, odchylná je však situace v některých zemích východní Evropy, kde míra konzumace konopí neustále roste. Vysoká obliba konopí v Evropě se odráží v jeho ročních záchytech – představují zhruba 1 000 tun, dostupnost konopných drog se zvyšuje. Údaje o záchytech konopí nemusejí být zcela směrodatné, poněvadž se stále častěji produkuje ve velkém, v rámci organizované trestné činnosti a co nejbližší potenciálním konzumentům, aby byl tento ilegální sektor maximálně chráněn před odhalením. Pěstování konopí v domácím prostředí uvedlo téměř 30 evropských zemí, významná část se dostává na trh z oblasti Afriky (Nigérie, Kapverdy, Jihoafrická republika), méně často pochází z Karibiku, Blízkého východu (Libanon) a z Asie (Thajsko).

Zpráva INCB – International Narcotics Control Board (INCB [on-line], 2010) zmiňuje, že konopí může rovněž pocházet z Albánie, Moldávie a zemí bývalé Jugoslávie (Makedonie, Černé Hory, Srbska). Hasiš prodávány v Evropě většinou pochází z Maroka a Afghánistánu, pašuje se přes Iberský poloostrov a Nizozemsko.

Celoživotní prevalence užití konopí představuje 75,5 miliónu Evropanů, tzn., že více než každá pátá osoba ve věku 15–64 let užila konopí alespoň jednou v životě. Mezi zeměmi existují značné rozdíly (1,5–38,6 %), odhady prevalence kolísají mezi 10–30 %. Konopí užilo v posledním roce odhadem 23 miliónů Evropanů (v průměru 6,8 % všech osob ve věkové kategorii 15–64 let). Prevalence užití v poslední měsíci se

pohybuje kolem 12,5 miliónu Evropanů (v průměru 3,7 % všech osob ve věkové kategorii 15–64 let) (EMCDDA [on-line], 2010).

Konzumace konopí je rozšířena zejména mezi mladými lidmi (věková kategorie 15–34 let). Celoživotní prevalence užívání konopí představuje v průměru 31,6 % mladých dospělých v Evropě, 12,6 % drogu užilo v posledním roce a 6,9 % v posledním měsíci. Ještě masivnější je podle odhadů podíl Evropanů ve věkové skupině 15–24 let, kteří užili konopí v posledním roce (16 %) nebo v posledním měsíci (8,4 %). Užívání konopí je obecně vyšší u mužů než u žen, poměr mezi počtem mužů a počtem žen se mezi osobami, které uvedly, že v posledním roce užily konopí, pohyboval v rozmezí od 6,4:1 v Portugalsku až po 1,4:1 v Bulharsku. Užívání konopí je zvláště rozšířené mezi osobami, které často navštěvují noční kluby, hospody a hudební akce (Hoare, 2009; EMCDDA [on-line], 2010).

V ČR, Rakousku a Spojeném království byly realizovány studie zaměřené na užívání drog v prostředí elektronické taneční hudby. Ukázalo se, že přes 80 % respondentů někdy v životě užilo konopí, což je mnohem více, než činí evropský průměr mezi mladými dospělými (Measham, Moore, 2009). Konzumace konopných drog je mnohdy spojena s příslušností ke zranitelným nebo sociálně znevýhodněným skupinám, např. se jedná o žáky předčasně ukončující školní docházku, záškoláky, děti v ústavní péči, mladistvé pachatele a mladé lidi žijící v ekonomicky oslabených regionech (EMCDD [on-line], 2008).

Užívání konopí též často souvisí s užíváním jiných návykových látek, např. alkoholu a tabáku. Mladí dospělí (osoby ve věku 15–34 let), kteří zmínili časté nebo intenzivní pití alkoholu v posledním roce, měli ve srovnání s běžnou populací 2–6krát vyšší pravděpodobnost užívání konopí. I když konzumenti konopí příliš často užívají jiných ilegálních drog neuvádějí, přesto u nich hrozí přechod k jinému typu návykových látek více než u běžné populace (EMCDDA [on-line], 2010).

Někteří uživatelé konopí přistupují k rizikovějším vzorcům konzumace, např. k užívání konopí ve velkém množství a frekvenci, s velmi vysokým obsahem THC, k inhalaci z vodní dýmky („bong“) místo cigarety („jointu“). Příznávají více zdravotních problémů vč. závislosti (Chabrol et al., 2003; Swift et al., 1998).

Druhou v Evropě nejčastěji užívanou drogu představuje kokain, opět se značně liší prevalence i trendy mezi jednotlivými zeměmi. Užívání kokainu a jeho záchyty během posledních deseti let vzrostly. Zvyšování spotřeby kokainu se týká především některých států západní a jižní Evropy, východní oblasti patří spíše k tranzitnímu prostoru, a spekuluje se o tom, zda i v nich užívání kokainu poroste. Kokain se do Evropy dostává po různých leteckých a námořních trasách. Předtím, než dorazí do Evropy, procházejí zásilky kokainu různými zeměmi, jako jsou např. Argentina, Brazílie, Ekvádor, Venezuela a Mexiko. Pro překládku při dopravě drogy do Evropy se často využívají i karibské země. V posledních letech byly zaznamenány alternativní trasy přes západní Afriku. Vstupními body při pašování kokainu do Evropy jsou Iberský poloostrov (zejm. Španělsko) a přímořské země severu kontinentální Evropy (zejm. Nizozemsko). Za důležité tranzitní nebo cílové země jsou považovány Francie, Itálie a Spojené království, pašování kokainu se zřejmě posouvá i na východ. Znepokojivé jsou zprávy o pašování kokainových derivátů ve zboží (textil, byliny, vosky, plasty, hnojiva), jež je využíváno jako transportní materiál, z něhož se droga dá zpětně uvolnit extrakcí. Ve

spektu osob nastupujících léčbu závislosti se zvyšuje podíl uživatelů kokainu, zejména ve Španělsku, Itálii a Spojeném království. Jedna část pacientů pochází z movitých sociálních vrstev, jde hlavně o muže, kteří kokain šňupají. Druhou část tvoří zástupci sociálně slabých skupin, jež si kokain injikují, nebo kouří crack. Rovněž narůstají případy úmrtnosti související s kokainem (EMCDDA [on-line], 2010).

Průměrná čistota testovaných vzorků kokainu se ve většině sledovaných evropských zemí pohybovala v rozmezí 25–55 %. Průměrná spotřebitelská cena kokainu ve více než polovině z 18 sledovaných zemí kolísala mezi 50–70 eury za gram. Nižší ceny uvádělo Polsko a Portugalsko, vyšší ČR, Itálie, Lotyšsko a Švédsko. V období 2003–2008 došlo v Evropě globálně k poklesu spotřebitelské ceny kokainu (EMCDDA [on-line], 2010).

I když se míra užívání kokainu mezi evropskými zeměmi značně liší, alespoň jednou za život jej užilo přibližně 14 miliónů Evropanů, tj. v průměru 4,1 % dospělých osob ve věku 15–64 let. Národní údaje kolísají v rozpětí 0,1–9,4 %, polovina ze 24 sledovaných států, včetně většiny středo- a východoevropského regionu, uvádí mezi dospělými nízkou celoživotní prevalenci užívání (0,5–2 %). V posledním roce užily kokain asi 4 milióny Evropanů (průměrně 1,3 %), národní rozdíly v odhadech roční prevalence užití se pohybují v rozmezí 0,0–3,1 %. Prevalence užití kokainu v posledním měsíci se odhaduje na 0,5 % dospělé populace, tedy asi 2 milióny osob. Míra užívání kokainu vyšší než evropský průměr byla hlášena z Dánska, Španělska, Irska, Itálie a Spojeného království. Podle odhadů užilo kokain alespoň jednou v životě 8 miliónů mladých dospělých Evropanů (věková kategorie 15–34 let), v průměru 5,9 %, národní údaje kolísají v mezích 0,1–14,9 %. Užití kokainu v posledním roce u tohoto populačního segmentu v průměru dosahuje 2,3 % (tzn. asi 3 milióny osob), užití v posledním měsíci 0,9 % (asi 1,5 miliónu osob). Zejména se jedná o mladé muže, poměr mezi počtem mužů a žen v prevalenci užití kokainu v posledním roce u mladých dospělých činí nejméně 2:1 (EMCDDA [on-line], 2010).

Užívání kokainu je spojeno se specifickým životním stylem a prostředím. Z analýzy údajů o kriminalitě ve Velké Británii za období let 2008–2009 vyplynulo, že užití kokainu v posledním roce uvedlo 14,2 % 16–24letých, kteří v posledním měsíci navštívili noční podnik nejméně čtyřikrát, v porovnání s 4,0 % u těch, kteří noční podnik nenavštívili (Hoare, 2009).

V ČR, Nizozemsku, Rakousku a Spojeném království byly provedeny průzkumy zaměřené na prostředí elektronické taneční hudby, u návštěvníků akcí byla zjištěna velmi vysoká celoživotní prevalence užívání kokainu (17,6–86,0 %). Z dotazování mezi 646 návštěvníky amsterodamských klubů v r. 2008 vyplynulo, že 4,6 % z nich během večera, kdy probíhal průzkum, užilo kokain, zatímco v průzkumu mezi 323 návštěvníky klubů ve Spojeném království jich 22 % přiznalo, že kokain během večera užilo nebo hodlalo užít (Hoare, 2009; EMCDDA [on-line], 2010).

Údaje z průzkumů v běžné populaci rovněž ukazují, že prevalence intenzivního epizodického pití alkoholických nápojů je mnohem vyšší mezi uživateli kokainu než v běžné populaci. Podle nizozemských zjištění uživatelé také mohou brát kokain, aby vystřízlivěli po nadměrném pití (EMCDDA [on-line], 2009b).

Amfetaminové deriváty se v Evropě užívají méně než kokain, v řadě zemí však představují nejčastěji konzumované stimulační látky. S problémovými uživateli

se lze často setkat v severovýchodních zemích Evropy, v případě metamfetaminu (pervitinu) jde zejména o ČR a Slovensko, v poslední době též Litvu a Polsko. Na nemocnosti a úmrtnosti spojené s užíváním drog v Evropské unii má největší podíl užívání heroinu, především pak jeho injekční aplikace. Odhaduje se, že počet problémových uživatelů opioidů v Evropě činí 1,35 miliónu (celkově 750 tisíc–1 milión), opioidy uvádí jako primární drogu většina osob léčících se kvůli závislosti. Injekční podání opioidů zůstává nejobvyklejší aplikační cestou v mnoha východoevropských zemích, značný problém představuje v Rusku a na Ukrajině. S touto cestou konzumace opioidů je spojen vysoký výskyt HIV pozitivitu, úmrtí vyvolaných předávkováním nebo v souvislosti s užitím drog (EMCDDA [on-line], 2010).

Těžště celosvětové amfetaminové produkce i spotřeby nadále představuje Evropa, kde se nachází 80 % ilegálních laboratoří. V západní a střední Evropě bylo zachyceno více než 8 tun amfetaminu. Většina amfetaminu se vyrábí v Nizozemsku, Polsku a Belgii, v menší míře v Estonsku, Litvě a Spojeném království. Čistota zachycených vzorků značně kolísala: od méně než 10 % (Dánsko, Rakousko, Portugalsko, Slovensko, Spojené království, Chorvatsko a Turecko) až po více než 25 % (Lotyšsko, Nizozemsko, Polsko, Norsko). Spotřebitelská cena amfetaminu se pohybovala mezi 9–20 eury za gram. Nezákonná výroba metamfetaminu v Evropě je do značné míry omezena na ČR (probíhá v menším měřítku i v Litvě, Polsku, na Slovensku), kde bylo zjištěno více než 450 výroben, bylo zachyceno kolem 300 kg metamfetaminu (EMCDDA [on-line], 2010).

Odhaduje se, že amfetaminy vyzkoušelo asi 12 miliónů Evropanů, přibližně 2 milióny drogu zkusily v posledním roce. Celoživotní prevalence užívání amfetaminů mladými dospělými (osobami ve věku 15–34 let) mezi zeměmi značně varíruje (0,1–15,4 %), evropský průměr činí 5,2 %. Užití amfetaminů v tomto populačním segmentu v posledním roce se pohybuje od 0,1 % do 3,2 %, což představuje asi 1,5 miliónu (1,2 %) mladých Evropanů. Celoživotní prevalence užívání amfetaminů se mezi studenty ve věku 15–16 let pohybuje v rozmezí 1–8 % v 26 členských státech Evropské unie, Norsku a Chorvatsku, kde proběhl průzkum v r. 2007. Prevalenci vyšší než 5 % hlásily Bulharsko, Lotyšsko (obě 6 %) a Rakousko (8 %). Pět států, kde byly v r. 2008 realizovány školní průzkumy (Belgie, Španělsko, Itálie, Švédsko, Spojené království), uvádělo celoživotní prevalenci užívání amfetaminů 3 % nebo méně (EMCDDA [on-line], 2010).

Západní a střední Evropa zůstávají hlavními místy výroby extáze, která se koncentruje v Nizozemsku a v Belgii. Záchyty extáze poklesly na celkové množství asi 0,5 tuny, droga bývá často falšována (tablety neobsahují „typickou“ extázi – MDMA, ale jiné látky, které doposud nejsou na seznamu kontrolovaných položek). Typická spotřebitelská cena činí 4–10 euro za tabletu a nadále klesá (EMCDDA [on-line], 2010).

Užívání extáze bylo zaznamenáno především u mladších dospělých osob, muži udávají výrazně vyšší míru konzumace než ženy ve všech zemích s výjimkou Švédska a Finska. Uživatelé extáze, kteří svůj problém chtějí řešit léčbou, často uvádějí souběžnou konzumaci dalších látek, především alkoholu, kokainu, v menší míře konopí a amfetaminů. Z přibližně 2,5 miliónu (0,8 %) dospělých Evropanů, kteří extázi užili v posledním roce, patří prakticky všichni do věkové skupiny 15–34 let. Ještě vyšší míra užívání extáze byla nalezena ve věkové skupině 15–24 let, kde se celoživotní prevalence pohybuje v rozmezí od méně než 1 % v Řecku a Rumunsku po 20,8 % v ČR, za ní následuje Slovensko

a Spojené království (obě 9,9 %) a Lotyšsko (9,4 %), i když většina zemí hlásí odhady v rozmezí 2,1–6,8 %. Celoživotní prevalence užívání extáze mezi 15–16letými studenty kolísá ve většině sledovaných zemí v rozmezí 1–5 %, vyšší prevalence udávalo Bulharsko, Estonsko, Slovensko (všechny 6 %) a Lotyšsko (7 %). V r. 2008 byly realizovány školní studie v Belgii, Španělsku, Itálii, Švédsku a Spojeném království, celoživotní prevalence užívání extáze dosahovala 4 % nebo méně (EMCDDA [on-line], 2010).

Užívání LSD a dalších halucinogenních látek a obchodování s LSD je v Evropě nadále považováno za okrajové. Počet záchytů LSD v období let 2003–2008 vzrostl, zatímco množství se po dosažení maxima v r. 2005 (rekordní záchyty ve Spojeném království) pohybují na mnohem nižších úrovních. Běžné spotřebitelské ceny LSD kolísaly v rozmezí 5–12 euro za dávku. Celoživotní prevalence užívání LSD v populaci mladých dospělých (věková kategorie 15–34 let) varíruje v rozmezí od 0 % po 6,1 %, s výjimkou ČR, kde byla zaznamenána prevalence 10,3 %. Pro užití v posledním roce se uvádí mnohem nižší rozmezí prevalence. V zemích poskytujících srovnatelné údaje je míra užívání halucinogenních hub obvykle vyšší než míra užívání LSD. Odhady celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub mezi mladými dospělými se uvádějí od 0,3 % až po 14,1 %, odhady prevalence užití v posledním roce 0,2–5,9 %. V populačním segmentu 15–16letých studentů jsou odhady prevalence užívání halucinogenních hub vyšší než u LSD a ostatních halucinogenů, většina zemí zmiňuje údaje v rozmezí 1–4 %, Slovensko (5 %) a ČR (7 %) hlásí hodnoty vyšší (EMCDDA [on-line], 2010).

Snaha ilegálních výrobců, prodejců a dalších struktur spojených s drogovou kriminalitou se v posledních letech vedle „klasických“ drog soustřeďuje na oblast drog syntetických, zejména syntetických katinonů, syntetických kanabinoidů i nových syntetických derivátů podobných kokainu a amfetaminu. Zákonodárci a represivní aparát reagují aktualizací seznamů zakázaných a kontrolovaných látek, aktivním vyhledáváním výroben a destrukcí distribuční sítě syntetických drog. V r. 2010 bylo v Evropě zjištěno více než 20 nových syntetických drog, které jsou na trh uváděny jako „legální“ alternativa zakázaných návykových látek (konopí a stimulantů) (EMCDDA [on-line], 2010).

Orientačně lze uvést následující přehled odhadů užívání vybraných drog v Evropě (týká se dospělé populace ve věkové kategorii 15–64 let, data vycházejí z dostupných studií z let 2004–2008) (EMCDDA [on-line], 2010):

- Konopí
 - celoživotní prevalence užívání činí nejméně 75,5 miliónu evropských dospělých (22,5 %),
 - v posledním roce jej užilo přibližně 23 miliónů evropských dospělých (6,8 %), resp. jedna třetina celoživotních uživatelů,
 - v posledním měsíci jej užilo přibližně 12,5 miliónu dospělých Evropanů (3,7 %),
 - rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce kolísají v rozmezí 0,4–15,2 %.
- Kokain
 - celoživotní prevalence užívání činí přibližně 14 miliónů evropských dospělých (4,1 %),
 - v posledním roce jej užily 4 milióny evropských dospělých (1,3 %), resp. jedna třetina celoživotních uživatelů,

- v posledním měsíci jej užily přibližně 2 milióny dospělých Evropanů (0,5 %),
 - rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce kolísají v rozmezí 0,0–3,1 %.
- Extáze
 - celoživotní prevalence užívání činí přibližně 11 miliónů evropských dospělých (3,3 %),
 - v posledním roce ji užilo přibližně 2,5 miliónu evropských dospělých (0,8 %), resp. jedna čtvrtina celoživotních uživatelů,
 - rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce kolísají mezi 0,1–3,7 %.
 - Amfetaminy
 - celoživotní prevalence užívání činí přibližně 12 miliónů evropských dospělých (3,7 %),
 - v posledním roce je užily přibližně 2 milióny evropských dospělých (0,6 %), resp. jedna šestina celoživotních uživatelů,
 - rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce kolísají mezi 0,0–1,7 %.
 - Opioidy
 - k problémovým uživatelům opioidů patří dle odhadu 1,2–1,5 miliónu Evropanů,
 - úmrtí vyvolaná drogami činila 4 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let, u asi tří čtvrtin z nich byly zjištěny opioidy,
 - jde o hlavní skupinu drog u více než 50 % všech žádostí o léčbu drogové závislosti,
 - přibližně 670 000 uživatelů opioidů podstoupilo v r. 2008 substituční léčbu.

3.3 Sledování užívání drog v České republice

Zábranský (2003) uvádí, že se studie mapující drogovou situaci dají rozdělit na dvě skupiny: deskriptivní studie a specifické výzkumy.

Deskriptivní studie využívají většinou anonymního dotazování a zaměřují se na popis užívání návykových látek a chování, postoje a názory respondentů k nim. Typicky jde o větší vzorky oslovených osob (stovky až tisíce). Důležitou součástí skupiny deskriptivních studií je také mapování situace na základních a středních školách (Zábranský, 2003).

Druhá skupina – specifické výzkumy – se používá v případě, že je třeba zjistit podrobné informace o typech, kvalitě, ředění, aplikačních cestách drog, problémech po užití dávce, situaci v nelegální distribuci (spektrum nabídky, ceny), dále o možnostech služeb pro uživatele drog, jejich struktuře, dostupnosti, využívání, hodnocení. Při specifických výzkumech jsou víceméně adresně oslovovány mnohem menší vzorky osob, k nimž by tazatelé v rámci deskriptivních studií jinak běžně neměli přístup, ev. by jejich data byla „rozpuštěna“ v početných vzorcích a jejich extrakce by byla velmi obtížná nebo prakticky nemožná (Zábranský, 2003).

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMSDDZ) se česká drogová scéna svým charakterem blíží zemím severní či severozápadní Evropy. Obdobně jako v Anglii, Německu, Polsku a Skandinávii představují jeden z hlavních drogových problémů u nás amfetaminy a látky od nich odvozené. Směrem k jihoevropským (Slovinsko, Itálie, Španělsko) a východoevropským státům (Slovensko, Ukrajina, Rusko) přibývá ve spektru zneužívaných návykových látek opioidů, především heroinu (NMSDDZ [on-line], 2005e).

Výsledky posledních realizovaných výzkumů ukazují na stabilizaci drogové scény v ČR. Výskyt užívání některých návykových látek oproti minulému desetiletí dokonce poklesl, což by mohlo signalizovat zastavení dalšího nárůstu drogové zkušenosti s výjimkou konopných drog. Mění se také spektrum užívaných návykových látek (Mravčík et al. [on-line], 2007; Csémy et al. [on-line], 2008).

Podle výstupů studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) a zpráv Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) ČR stále vysoce převyšuje evropský průměr v užívání některých drog, zejména alkoholu, tabáku, konopí, amfetaminových derivátů zastoupených pervitinem a extází (Hibell et al. [on-line], 2004; EMCDDA [on-line], 2008d; EMCDDA [on-line], 2009c).

Zprávy EMCDDA (EMCDDA [on-line], 2008d; EMCDDA [on-line], 2009c) dokládají, že Češi v evropském měřítku atakují vrchol prevalence užívání konopí v běžné populaci, 28 % jich ve věku 15–24 let užilo konopí v posledním roce (evropský průměr je 17 %). Výskyt užívání konopí během života u této věkové kategorie dosáhl 44 %, zatímco evropský průměr je 31 %. ČR vede v užívání extáze v běžné populaci, v posledním roce ji užilo téměř 8 % Čechů ve věkové kategorii 15–34 let, což je čtyřikrát více než evropský průměr. Hladina užívání extáze během života u stejného populačního segmentu dosáhla 15 %, evropský průměr se pohyboval pod 6 %.

K evropské špičce patří ČR též v užívání pervitinu. Podle odhadů z roku 2008 bylo v České republice přibližně 25 000 uživatelů pervitinu ve věku 15–64 let (EMCDDA [on-line], 2008d; Mravčík et al. [on-line], 2010).

Studie ESPAD je zaměřena na vzorek 16letých, který je v evropských zemích více-méně periodicky mapován každé 3 roky. Z výsledků sledování realizovaného v r. 2003 bylo jasně patrné, že téměř všichni studenti (95 %) ve věku 15–16 let užili alkohol během posledního roku před dotazováním. Evropský průměr též vysoce převyšuje i celoživotní prevalence kouření cigaret (80 % v ČR vs. průměr 63 %), a rovněž celoživotní prevalence užití konopí, která je více než dvakrát vyšší než evropský průměr (44 % v ČR vs. průměr 20 %). Užití jiné nelegální drogy než konopí zmínilo 12 % vzorku, což je opět dvojnásobek evropského průměru (12 % v ČR vs. průměr 6 %) (Hibell et al. [on-line], 2004; Csémy et al. [on-line], 2006).

Prozatím poslední „velkou“ reprezentativní školní studií, která byla v ČR realizována, je ESPAD 2007. Poněvadž jde o důležité a rozsáhlé evropské šetření s komparací dat, zaslouží si podrobnější prezentaci výstupů.

V r. 2007 byla ve srovnání s předchozím obdobím zaznamenána stabilizace situace v oblasti zkušeností mládeže s nelegálními drogami, došlo k poklesu zkušeností se všemi sledovanými drogami s výjimkou konopných látek. U konopných látek je situace srovnatelná s r. 2003, došlo k zastavení nárůstu zkušeností pozorovaného od poloviny

90. let 20. stol. Rovněž byl pozorován pokles subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog (s výjimkou konopí) a nárůst subjektivně vnímaných rizik spojených s jejich užitím (Csémy et al. [on-line], 2008).

V případech nelegálních drog byla respondenty v r. 2007 zmíněna nejčastěji zkušenost s užíváním konopných látek (45 %). Na dalších místech figurují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (9 %), s užitím halucinogenních hub (7 %) a s čicháním rozpouštědel (7 %). Zkušenosti s LSD (5 %), extází (5 %) a amfetaminy (4 %) jsou méně časté, zkušenosti s drogami typu heroinu a kokainu jsou v populaci šestnáctiletých minimální (1–2 %). Užívání nelegálních drog v posledním roce se vzhledem k věku respondentů významně neliší od celoživotní prevalence. Během posledního měsíce užilo marihuanu 18 % vzorku, těžké látky téměř 2 %, užití ostatních drog se pohybuje do 1 %. Ve věku 15–19 let má v ČR alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou (konopnými látkami) odhadem necelých 300 000 osob, v posledním měsíci asi 120 000 osob. Studie opětovně potvrdila rozdíly v užívání drog mezi pohlavími: chlapci uváděli vyšší četnost zkušenosti s nelegálními drogami než dívky. Projevily se významné rozdíly mezi kraji ČR. Zkušenosti s drogami mají nejvíce dotazovaní v Ústeckém a Karlovarském kraji, následují Liberecký a Olomoucký kraj. Regionální rozdíly jsou patrné i co do typu užívaných drog a jejich dostupnosti. Denně kouří čtvrtina šestnáctiletých, z nich je téměř 8 % silných kuřáků (vykouří denně více než 11 cigaret). Podíl denních kuřáků mezi r. 2003 a 2007 mírně poklesl, a to především u chlapců, zatímco u dívek byl zaznamenán mírný nárůst. V užívání alkoholických nápojů se situace od 90. let 20. stol. významně nezměnila, což je vzhledem k relativně vysoké spotřebě alkoholu mezi mladými lidmi v ČR varující údaj. Alkohol užilo v posledních 30 dnech 76 % českých studentů. Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci konzumovala pětina studentů. Oproti r. 2003 došlo k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti cigaret a alkoholu, zároveň také k poklesu subjektivně vnímaných rizik spojených s kouřením a častým pitím alkoholu. ČR zůstává jednou ze zemí, kde je výskyt klíčových ukazatelů spojených s užíváním tabáku, alkoholu a nelegálních drog mezi šestnáctiletými nad evropským průměrem. I přes relativní stabilizaci rostoucích trendů z minulých let je v ČR úroveň užívání konopných drog zatím nejvyšší v Evropě. Naopak, v užívání nekonopných drog, zejména extáze, se čeští šestnáctiletí propadli z čelního místa pomyslného evropského žebříčku blíž k průměru (Andersson et al. [on-line], 2007; Csémy et al. [on-line], 2008).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007 (Mravčík et al. [on-line], 2008) zmiňovala, že ve 13 ze 14 krajů byli do funkcí jmenováni krajští protidrogoví koordinátoři (kromě kraje Moravskoslezského, jenž ji nezřizuje), byla též vypracována krajská strategie protidrogové politiky. Ve společnosti se zvýšila tolerance vůči uživatelům drog a podpora preventivních opatření. Kouření marihuany je stále považováno za obecně nepřijatelné chování, na druhé straně se za posledních 10 let zdvojnásobil počet osob, které podporují její legalizaci. V dospělé populaci měla alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou přibližně pětina osob, mezi mládeží byla prevalence drogové zkušenosti vyšší (přibližně 35 % žáků posledních ročníků základních škol a 45 % studentů prvních ročníků středních škol).

K nejčastěji užívaným nelegálním návykovým látkám patřily produkty konopí, mezi žáky ZŠ byl zaznamenán relativně vysoký výskyt zkušeností s inhalanty, zatímco

zkušenosti dospělé populace, žáků i studentů s opioidy a kokainem se dlouhodobě udržují na velmi nízké úrovni. Mezi návštěvníky tanečních akcí byl zaznamenán významný nárůst užívání kokainu a mírný nárůst u pervitinu, aktuální prevalence užívání extáze poklesla. Odhadovaný počet problémových uživatelů v r. 2007 mírně stoupl na cca 30 900, z čehož bylo přibližně 20 900 uživatelů pervitinu a 10 000 uživatelů opioidů (z toho 5 750 heroinu, 4 250 preparátu Subutex). Injekčně drogy užívá asi 29 500 osob, tedy většina uživatelů opioidů i pervitinu, nejvíce v Praze a Ústeckém kraji (Mravčík et al. [on-line], 2008).

Promořenost HIV u injekčních uživatelů se pohybovala pod 1 %, vzrostl však počet nově infikovaných virem HIV, a to až trojnásobně. Prevalence virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů testovaných v r. 2007 v nízkoprahových programech byla menší než 20 %. Z dílčích studií uskutečněných mezi ruskými hovořícími injekčními uživateli drog v Praze vyplynulo, že výskyt závažných infekcí u nich výrazně přesahuje úroveň zjištěnou v obdobném českém populačním segmentu: HIV infekce byla zaznamenána u 3,5 %, virová hepatitida typu C u 83,1 % a typu B u 53,3 % vyšetřených. V r. 2007 klesl počet testů provedených uživateli drog na HIV a výrazně na virovou hepatitidu typu C (Mravčík et al. [on-line], 2008).

V r. 2007 bylo hlášeno 14 smrtelných případů předávkování opioidy, 11 pervitinem, 14 těkavými látkami, celkově byl stav v rámci ČR velmi nízký. Ojedinelá předávkování se týkala kokainu a extáze. Při úmrtích v důsledku dopravních nehod bylo přibližně 5 % zemřelých řidičů pozitivních na bezodiazepiny, pervitin nebo konopné látky (Mravčík et al. [on-line], 2008).

Snižování rizik, léčba a resocializace uživatelů drog jsou v ČR zajišťovány širokým spektrem služeb s poměrně solidní dostupností. Během posledních 5 let vzrostl podíl problémových uživatelů, kteří přišli do kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, z 60 % na cca 70 %. Došlo k nárůstu počtu injekčních jehel a stříkaček, který byly vydány ve výměnných programech – v r. 2007 činil 4,5 miliónu kusů. Přibližně dalších 1,5 miliónu kusů bylo prodáno injekčním uživatelům v lékárnách. Pro substituční léčbu závislosti na opioidech jsou v ČR k dispozici 3 preparáty: methadon (dostupný v substitučních centrech), Subutex a Suboxone (dostupné v lékárnách). Byla uvedena do provozu elektronická internetová aplikace registru substituce (Mravčík et al. [on-line], 2008).

Z drogových trestných činů bylo v r. 2007 obžalováno více než 2 000 osob, pravomocně bylo odsouzeno téměř 1 400 osob. Drogová kriminalita byla páchána nejčastěji v souvislosti s pervitinem (50–70 %), následovaly konopné látky (20 až 30 %); v posledních letech roste význam kokainu, i když jeho podíl zůstává stále pod 3 % (Mravčík et al. [on-line], 2008).

Nejdostupnější drogou v ČR nadále zůstává marihuana, stále je vysoká i dostupnost pervitinu, u obou drog byl také zaznamenán nejvyšší počet záchytů. Zvyšuje se domácí produkce marihuany s vyšším obsahem THC pěstované v umělých podmínkách a stále častěji ve velkém měřítku. Pervitin se v posledních několika letech zvýšeně vyrábí z pseudoefedrinu obsaženého ve volně prodejných lécích pro léčbu nachlazení. Je produkován výhradně v ČR, zčásti vyvážen i do zahraničí, zejména do Německa. Roste dostupnost a čistota kokainu, jeho cena mírně poklesla. Heroin se do republiky dostává především tzv. balkánskou cestou, extázi lze běžně obstarat v prostředí zábavních podniků, podobně i jiné návykové látky (Mravčík et al. [on-line], 2008).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008 (Mravčík et al. [on-line], 2009) v souhrnu uvádí, že užívání drog v dospělé populaci vzrostlo, zjištění se týkalo především užívání konopných drog ve skupině mladých mužů. ČR patří v Evropě mezi země s vysokou prevalencí užívání většiny drog ve školní populaci (nejvyšší prevalence byla vykázána u konopných drog, a to i přes stabilizaci jejich užívání mezi 16letými). Přetrvával vysoký podíl problémových uživatelů drog, kteří si je aplikují injekčně, mírně vzrostl výskyt problémových uživatelů opioidů a pervitinu oproti stavu v r. 2007. Dlouhodobě se zvyšuje průměrný věk uživatelů drog, kteří navštíví kontaktní zařízení, nebo jsou zařazeni do léčebných programů. Přetrvával vysoký podíl problémových uživatelů drog, kteří se dostali do kontaktu s nízkoprahovými programy, dlouhodobě roste počet distribuovaných injekčních jehel a stříkaček. Výskyt infekce HIV a virové hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli drog byl stále relativně nízký, obdobně i počet testů provedených na tato onemocnění. Nízký byl rovněž počet smrtelných předávkování drogami, narostl však počet úmrtí za přítomnosti drog (pervitinu, konopí) z jiných příčin (nehod, úrazů, sebevražd). Zvýšil se počet odhalených varen pervitinu, pěstíren konopí a zachycených rostlin konopí. Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR byl schválen návrh nového trestního zákoníku s platností od 1.1.2010. Dochází k významným změnám v drogové legislativě, především v oblasti nakládání s nelegálními drogami. K přechovávání konopných látek v nadlimitním množství se váží nižší postihy, změkčení doznala i ustanovení týkající se pěstování rostlin a hub obsahujících omamné a psychotropní látky pro vlastní potřebu. Byla zpřísněna pravidla nakládání s léčivy obsahujícími pseudoefedrin často zneužívaný k nelegální výrobě pervitinu.

Z dalších aktuálních dokumentů popisuje obšírně situaci v ČR Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 (Mravčík et al. [on-line], 2010). Dokument prezentuje řadu pohledů na problematiku drog, všímá si užívání, škodlivého užívání, závislosti, přenosu infekčních chorob a dalších nemocí, kriminality, policejních statistik, sociálních služeb, financování protidrogové politiky, léčby, resocializace, různých úrovní prevence. Pro představu o české drogové scéně jsou uvedeny vybrané partie vztahující se ke konzumaci návykových látek a k okolnostem s ní svázaným.

Užívání drog v dospělé populaci je na vysoké úrovni. Celoživotní prevalence užívání konopných drog dosahuje mezi dospělými v ČR okolo 30 %, extáze 5–10 %, pervitinu přibližně 4 %. Prevalence užití konopných drog v posledním roce mezi českými dospělými dosahuje 11–15 %, extáze 3–4 %, pervitinu do 1,5 %. Mezi mladými dospělými (věková kategorie 15–34 let) činí míra prevalence užití konopných drog v posledním roce kolem 25 %, extáze 5 % a pervitinu do 3 %. Česká mládež vykazuje nadprůměrné hodnoty ve všech klíčových ukazatelích týkajících se užívání prakticky všech návykových látek kromě inhalantů. Mimořádně vysoké míry prevalence ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi dosahuje zejména užívání konopných drog (Mravčík et al. [on-line], 2010).

Výzkumy provedené v období 2008–2009 ukazují, že míra celoživotní prevalence užívání konopných drog v české dospělé populaci dosahuje cca 30 %, extáze 5–10 %, pervitinu přibližně 4 % a kokainu 2 %. Prevalence užití konopných drog v posledním roce v témž segmentu dosahuje hodnot 11–15 %, extáze 3–4 %, pervitinu do cca 1,5 % a kokainu cca 0,5 %. Mezi mladými dospělými (věková skupina

15–34 let) dosahuje míra prevalence užívání konopných drog v posledním roce 22–28 %, extáze 3–8 %, pervitinu do 3 % a kokainu přibližně 0,5–1,5 %. Průzkumy provedené v prostředí tanečních akcí a (noční) zábavy ukazují na výrazně vyšší míru prevalence užívání nelegálních drog v této specifické subpopulaci mladých dospělých – vedle konopných látek se jedná především o extázi a dále o pervitin, kokain a halucinogeny (Mravčík et al. [on-line], 2010).

V r. 2009 výrazně vzrostla hodnota odhadovaného počtu problémových uživatelů drog na 37 400 osob. Na nárůstu se nejvíce podíleli uživatelé pervitinu (více než 25 000), rovněž se zvýšil počet injekčních uživatelů drog (na více než 35 000). Mírně vzrostl i počet uživatelů opioidů (12 000, z nichž odhadem 7 000 bralo heroin a 5 000 preparát Subutex). Regiony s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opioidů jsou Hl. m. Praha a Ústecký kraj. Ústecký kraj má zároveň ze všech krajů nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu (Mravčík et al. [on-line], 2010).

Marihuana představuje nejdostupnější nelegální drogu. Konopí je často pěstováno v umělých podmínkách, kdy je možné dosáhnout obsahu až 20 % účinných látek (THC), v r. 2009 se průměrně jednalo o 8 %. Na základě odhadů se v ČR v r. 2009 spotřebovalo téměř 19 tun konopných drog. Cena gramu marihuany se na černém trhu pohybuje mezi 200 až 250 Kč. Ročně bývá dokladováno kolem 500 záchytů, v r. 2009 bylo zabaveno 172 kg marihuany a více než 33 000 rostlin konopí (nejvíce od r. 2006). Roste počet odhalených pěstíren konopí (v r. 2009 jich bylo 84). V případě hašiše je uváděno 30–40 záchytů ročně (Mravčík et al. [on-line], 2010).

Druhou nejdostupnější nelegální drogou v ČR zůstává pervitin. V r. 2009 bylo zachyceno 3,6 kg pervitinu, drtivá většina záchytů se pohybovala v množství do 50 g. Bylo odhaleno 342 varen. Pervitin bývá téměř výhradně prodáván na maloobchodní úrovni a v množstvích do 50 g. Jeho čistota se za poslední 3 roky pohybuje kolem 70 %, cena činí 1 000 Kč za gram. Podle expertních odhadů se v r. 2009 vyrobily 4,2 tuny pervitinu o průměrné čistotě 80 %, která se při prodeji na ulici nebo při vývozu snižuje na cca 70 %, v ČR byly odhadem spotřebovány 4,4 tuny pervitinu. Výrobci pervitinu si obstarávali suroviny nákupem volně prodejných léků s obsahem pseudoefedrinu ve velkém. Tyto aktivity byly v ČR omezeny od května 2009, léky se začaly nezákonně dovážet z okolních zemí, především z Polska (Mravčík et al. [on-line], 2010).

Na české drogové scéně se lze dále setkat s kokainem, který našel své místo především v prostředí zábavy, nočního života, movitější klientely. V r. 2009 bylo zaznamenáno 26 záchytů o celkovém objemu 12,9 kg a čistotě 15–35 %. Cena kokainu oproti minulým letům poklesla, nyní činí 1 500–2 500 Kč za gram. Rozdíly v čistotě mezi pouličním prodejem a prodejem ve velkém množství jsou malé, kokain je zřejmě ředěn již před průnikem do ČR. Do ČR bylo dovezeno 550 kg kokainu o průměrné čistotě 70 %, ke konečnému uživateli se tato droga dostala v množství téměř 1 tuny o průměrné koncentraci 45 % (Mravčík et al. [on-line], 2010).

Heroin se do ČR nadále dostává především balkánskou trasou, je ředěn a jeho čistota se při prodeji na ulici snižuje. Na velkoobchodní úrovni dosahuje heroin čistoty 20–30 %, ceny 200–800 Kč za gram. Na maloobchodní úrovni se jeho čistota pohybuje kolem 10–15 %, cena mezi 1000–1400 Kč za gram. Počet a objem záchytů heroinu zůstává relativně stabilní; ročně proběhne asi o 100 záchytů v celkovém objemu

20–40 kg. Heroin se v r. 2009 dovezl do ČR v množství 330 kg o průměrné koncentraci 40 %, na černém trhu se prodával v koncentraci cca 10 % a v ČR se jej spotřebovaly 1,3 tuny (Mravčík et al. [on-line], 2010).

Extáze se do ČR dostává především z Nizozemska, Polska a ze Slovenska. V r. 2009 bylo evidováno 13 záchytů v celkovém množství 198 tablet. Cena extáze se pohybuje mezi 200 až 250 Kč za tabletu. V ČR bylo v r. 2009 spotřebováno 4,7 miliónu tablet extáze. Výrobci se snaží hledat látky, které doposud nepatří mezi kontrolované, proto se stále častěji nalézá změněné složení extáze, které může být více rizikové (Mravčík et al. [on-line], 2010).

3.4 Sledování užívání drog v populačním segmentu vysokoškolských studentů

V oboru drogové epidemiologie existuje řada popisných a srovnávacích studií, které se zabývají užíváním legálních a nelegálních drog a dalšími formami návykového chování u nejvíce ohrožených populačních skupin – např. žáků základních a středních škol, dětí z problematického sociokulturního prostředí, osob pocházejících z etnických minorit, injekčních uživatelů návykových látek, závislých ve výkonu trestu. Vysokoškolští studenti patří mezi osoby dospělé, u nichž se předpokládá určitá úroveň znalostí a postojů, které dokáží včas varovat před možným rizikem a měly by podporovat zdravý životní styl bez drog. Proto tento populační segment (18–35 let) nepatří ke „klasickým“ rizikovým skupinám a nebyla mu věnována systematická pozornost (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007).

Většího zájmu doznala skupina vysokoškolských studentů nejprve v zahraničí. Uvádíme stručné příklady některých realizovaných výzkumů, další a obšírnější jsou čtenáři k dispozici v diskusi.

V USA byla provedena reprezentativní studie sledující užívání marihuany ve vzorku více než 17 500 studentů (Bell et al., 1997). Téměř čtvrtina z nich uvedla, že konzumovala marihuanu během posledního roku před dotazováním. Webb et al. (1996) mapovali užívání drog ve vzorku více než 3 000 vysokoškolských studentů. Téměř dvě třetiny mužů a polovina žen pily pravidelně alkohol, pětina vzorku užívala konopí alespoň jednou týdně, třetina přiznala zkušenosti s jinými nelegálními návykovými látkami, zejména ze skupiny halucinogenů (LSD) a tanečních drog (extáze).

Ve Slovenské republice se výsledky systematictějšího sledování vybraných skupin vysokoškolských studentů objevují od druhé poloviny 90. let 20. století. Zejména je třeba připomenout práce Novotného a Kolibáše (1997 a novější), popisující situaci na Univerzitě Komenského v Bratislavě. Výsledky z r. 2003 poukazovaly na desetinu pravidelných kuřáků a konzumentů alkoholu mezi respondenty, pětina žen měla zkušenost s konopím, mužů pak dvojnásobek. Oproti předchozímu sledování významně vzrostl počet konzumentů tabáku, počet pravidelných a občasných konzumentů alkoholu se významně nezměnil. Významně se zvýšila četnost zkušenosti s konopím.

Pavúk a Koščo (1997) se zabývali sledováním kuřáckých návyků a prevalencí kuřáků mezi studenty Pedagogické fakulty v Prešově v období 1982–1995, oslovili více než 1 900 respondentů. V r. 1982 v celém souboru kouřila asi třetina posluchačů, z toho čtyři desetiny mužů a čtvrtina žen. V r. 1991 byl zaznamenán nárůst četnosti kuřáků

v souboru za výrazného přispění studentů nově nastupující do prvního ročníku, a žen obecně. V r. 1995 byl sice zachycen pokles kuřáků oproti r. 1991, avšak oproti r. 1982 jejich nárůst, i když bez statistické signifikance.

V r. 1993 byly v ČR realizovány první sondy a pokusy o mapování drogové scény (užívání drog a postoje k nim) na Masarykově univerzitě (Kachlík a Šimůnek, 1995).

Výchozí data pro systematický monitoring byla získána pomocí anonymního dotazníku, jímž bylo v r. 1997 osloveno 1 567 studentů 6 fakult MU (Kachlík, 2005b; Kachlík, 2005c). Z výzkumu vyplynulo, že 75 % respondentů pilo alkohol alespoň jednou týdně, 30 % alespoň jednou týdně kouřilo tabák. Ze zakázaných látek bylo nejčastěji konzumováno konopí, následovaly halucinogeny, diskotékové drogy, pervitin, kokain a opioidy. V 80 % šlo o 1–2 pokusy, méně často 3–5, výjimečně i více. K první drogové zkušenosti nejčastěji vedla zvědavost, touha po příjemných pocitech, potřeba psychické relaxace a družnosti. U respondentů existoval silný rozpor mezi znalostmi, vnímáním rizika a následným chováním.

V období 2005–2007 byl Kachlíkem a Havelkovou uskutečněn tříletý projekt „*Deskripce drogové scény na MU a návrh preventivních opatření*“. V jeho první fázi byla realizována pilotní studie mezi studenty Lékařské a Pedagogické fakulty MU. Následně proběhla druhá fáze, při níž byla získána data od téměř 10 000 studentů všech fakult MU (Kachlík a Havelková, 2007). Z výsledků bylo patrné, že téměř 40 % respondentů kouřilo během posledního týdne před dotazováním tabák, 99 % pilo někdy během života alkohol (ženy spíše příležitostně, muži pravidelně). Z nelegálních látek patřila k nejčastěji užívaným marihuana (během posledního měsíce ji konzumovalo 16 % respondentů, více než desetkrát v životě 45 % oslovených). Z dalších látek byly častěji zmiňovány halucinogenní houby (celoživotní zkušenost u 15 % dotázaných) a taneční drogy (celoživotní zkušenost u 9 % respondentů) (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007).

V Praze byla Csémym et al. (2004) provedena studie, při níž byl osloven vzorek 904 studentů 5 vysokých škol. Nadměrnou konzumaci alkoholu uvedla pětina dotázaných mužů a téměř desetina žen, pravidelné (denní) kouření cigaret bylo zjištěno u sedminy mužů a žen, užívání kterékoli ze sledovaných nelegálních látek (marihuana, pervitin, heroin, LSD, extáze) přiznala čtvrtina mužů a více než desetina žen. Prakticky každý třetí z dotázaných vysokoškoláků užíval návykové látky zdravotně či společensky rizikovým způsobem.

Csémy et al. (2004) také připomněli, že vysokoškolští studenti návykové látky užívají, u některých z nich v rozsahu, který již není zanedbatelný a přesahuje běžné populační pozadí.

Kachlík a Klech (in Řehulka, 2010) publikovali výsledky mapování drogové scény na Univerzitě v Lublani (ULJ, Slovinsko, sonda, vzorek 262 respondentů) a její srovnání se situací na brněnské Masarykově univerzitě (MU, deskriptivní studie, vzorek 9 993 respondentů). Bylo verifikováno tvrzení, že opioidy (především heroin) jsou dostupnější pro studenty ULJ než pro studenty MU. Dále bylo možné konstatovat, že užití konopných drog studenty MU během posledního půlroku před dotazováním nebylo významně vyšší než užití konopí studenty ULJ. Nebyla zaznamenána vyšší prevalence užívání pervitinu studenty MU ve všech sledovaných obdobích oproti studentům ULJ.

Nepotvrdilo se, že studenti ULJ užívali extázi během posledního půlroku před dotazováním méně než studenti MU.

Z výsledků vyplynulo, že existují statisticky významné rozdíly ($p < 0,05$ a lepší) v rozsahu užívání návykových látek mezi studenty jednotlivých univerzit. Oproti studentům MU studenti ULJ jednoznačně dominují ve všech zkoumaných časových horizontech užití hašiše nebo hašišového oleje. Studenti ULJ taktéž převyšují studenty MU v rozsahu užívání všech stimulačních látek (kokain, budivé aminy) kromě pervitinu. Další rozdíl byl nalezen u rozsahu užití těkavých látek, jejichž užívání je opět více rozšířeno mezi studenty ULJ. Naopak, halucinogenní houby a jiné halucinogeny byly více užívány studenty MU. Při celkovém pohledu na drogovou scénu obou univerzit můžeme konstatovat, že téměř všichni studenti někdy v životě pili alkohol. Nejoblíbenějšími ilegálními drogami studentů obou univerzit se staly konopné drogy, z nichž nejužívanější byla marihuana, kterou alespoň jedenkrát v životě shodně zkusily necelé dvě třetiny respondentů obou univerzit a v posledním půlroce zhruba jedna třetina respondentů obou univerzit.

Výsledky výzkumů, které byly provedeny na obou univerzitách, jednoznačně prokázaly, že užívání návykových látek je aktuálně přítomné ve vysokoškolské populaci, a to v rozsahu, který není zanedbatelný. V řadě případů byla u vysokoškolských studentů dokonce nalezena vyšší prevalence užívání návykových látek než v obecné populaci nebo mezi mládeží. Pokud si uvědomíme, že mnozí vysokoškolští studenti po absolutoriu ve svých profesích působí na mládež, na pacienty a že pro veřejnost představují autority, pak jsou tato zjištění obzvláště alarmující. Práce se v českém prostředí stala jedním z prvních pokusů o srovnání rozsahu užívání návykových látek ve vysokoškolské populaci dvou různých států Evropské unie. Z tohoto důvodu lze doporučit pokračování v dalších výzkumech stejného charakteru prováděných pravidelně na celoevropské úrovni tak, jak je tomu např. u studie ESPAD zmíněné výše.

3.5 Metodologická východiska

Hlavním výzkumným problémem práce bylo zmapování a analýza drogové scény na Masarykově univerzitě, tedy zjištění zkušeností studentů s návykovými látkami a dalšími typy závislostního chování v průběhu jejich života, v posledním půlroce, měsíci a týdnu před dotazováním, věku a okolností prvního užití, frekvence a motivace k užívání, dostupnosti psychoaktivních látek a podnětů vedoucích k závislostnímu chování. Dále bylo sledováno, jaké jsou názory studentů na preventivní aktivity na Univerzitě, na jejich nabídku a úroveň. Jednalo se o 3 studie realizované v rámci výzkumného záměru Pedagogické fakulty MU na období 2005–2010 „*Škola a zdraví pro 21. století*“, id. č. MSM0021622421, vedoucího řešitele prof. PhDr. Evžena Řehulky, CSc.

Výzkum byl zaměřen na 3 okruhy:

- zkušenosti a postoje vzorku studentů MU k návykovým látkám charakteru substancí;
- zkušenosti a postoje vzorku studentů MU k dalším druhům závislostního chování včetně tzv. virtuálních drog;
- zkušenosti a postoje vzorku studentů MU k aktivitám a úrovni protidrogové prevence na Masarykově univerzitě.

3.5.1 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – návykové látky charakteru substancí

Zprvu (od r. 1992) byly na MU realizovány kratší dotazníkové sondy do vysokoškolského prostředí, cílené zejména na budoucí lékaře a pedagogy, později (v r. 1997) byli kontaktováni studenti 6 fakult MU (Kachlík a Šimůnek, 1995; Kachlík a Šimůnek, 1998).

V r. 2005 byla provedena pilotní sonda ve vzorku studentů 2 fakult (pedagogické a lékařské) MU, celkem šlo o 222 osob, z toho 43 mužů a 179 žen. Výběr respondentů byl prováděn náhodně ve spolupráci se studijními odděleními jednotlivých fakult. Získávání informací proběhlo anonymně dotazníkovou metodou. Sonda sloužila k ověření použitelnosti navrženého dotazníku a k naplánování vlastního rozsáhlejšího dotazování (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007).

Prozatím poslední deskripce drogové scény na MU zaměřená na návykové látky charakteru substancí proběhla v r. 2006. K jejím hlavním cílům patřila možnost navázat na podobný výzkum z r. 1997, oslovit studenty všech 9 fakult MU, aktualizovat anonymní dotazník, zmapovat zkušenosti a postoje respondentů k návykovým látkám substančního charakteru, analyzovat rozdíly v jednotlivých znacích při třídění souboru dle pohlaví a fakulty. Jednalo se o kvantitativně zaměřený výzkum pomocí anonymního dotazníku, jenž byl vytvořen na základě standardizovaného dotazníku ESPAD 2003.

Hibell et al. ([on-line], 2004) a Šťastná ([on-line], 2010) informují, že dotazník ESPAD distribuovaný v rámci Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) zjišťuje postoje a zkušenosti 16letých a 18letých studentů s tabákem, alkoholem a nelegálními návykovými látkami. Je sledována prevalence celoživotní zkušenosti, dále užití psychoaktivních látek v posledním měsíci a roce. Získaná data lze třídit dle pohlaví. Dotazník je anonymní, primárně se využívá zejména u studentů středních škol, je možno jím oslovit i jiné populační segmenty. Otázky dotazníku ESPAD jsou cíleny na základní sociodemografické údaje, užívání legálních (tabák, alkohol) a nelegálních návykových látek, názory a postoje k užívání návykových látek, způsob trávení volného času, sociální kontakty respondentů, názory na dostupnost nelegálních drog. Délka administrace činí 45–55 minut.

Dotazník slouží ke screeningovému testování ve vybrané zkoumané populaci, je mezinárodně standardizován a dovoluje porovnání výsledků jak v čase, tak mezi evropskými zeměmi. Jeho jistým omezením je použitelnost ve školním prostředí, ne v klinické praxi, dále časová náročnost a nutnost vytvoření důvěryhodné atmosféry v místě administrace (Hibell et al. [on-line], 2004; Csémy et al. [on-line], 2006; Hibell et al. [on-line], 2009).

Projekt ESPAD vznikl, aby bylo možné porovnat data mapující zkušenosti s alkoholem a drogami u školní mládeže napříč evropskými školami. Dosavadní výzkumy takové srovnání kvůli nejednotné metodice nedovolovaly, nebo jen částečně. První vlna projektu ESPAD proběhla v r. 1995, zapojilo se do ní 26 evropských států, druhá vlna v r. 1999 se zúčastnilo 30 zemí. Třetí vlna se uskutečnila v r. 2003, kdy přistoupila i ČR, prozatím poslední – čtvrtá – byla realizována v r. 2007 v 35 zemích (Csémy et al. [on-line], 2006; Hibell et al. [on-line], 2009; Šťastná ([on-line], 2010).

Získávání informací o návykových látkách charakteru substancí na MU proběhlo anonymně, dotazníkovou metodou. Dotazník obsahoval základní identifikátory (věk

respondenta při posledních narozeninách, pohlaví, studovanou fakultu a ročník) a 21 otázek, z toho 18 s uzavřenou, 1 s polouzavřenou a 2 s otevřenou volbou odpovědi. Otázky byly zaměřeny na vlastní celoživotní zkušenosti studentů s alkoholem, tabákem, černou kávou a nelegálními psychotropními látkami (kokain, crack, marihuana, hašiš, hašišový olej, halucinogeny, speciálně lysohlávky, pervitin a další stimulanty efedrinové a amfetaminové řady užívané bez lékařského předpisu, inhalace těkavých látek, heroin, další opioidy a tlumivé léky užívané bez lékařského předpisu, taneční drogy), jejich užití v posledních 6 měsících a 30 dnech, věk prvního kontaktu, frekvenci užívání. Součástí dotazníku byly i položky vztahující se ke hře na automatech, k okolnostem užití drog, postojům k nim a jejich dostupnosti. Další otázky se týkaly základních socioekonomických ukazatelů. K formuláři byl připojen krátký motivační a vysvětlující text s kontakty na tazatele.

Při sběru dat bylo po schválení vedením Univerzity využito Informačního systému MU, v němž byl umístěn webový formulář. Zjednodušila se tak administrace dotazníku, poněvadž každý posluchač prezenční formy studia obdržel ve své elektronické agendě na internetových stránkách <http://www.is.muni.cz> odkaz vedoucí k formuláři. Respondenti nemuseli zodpovídat všechny předkládané položky, mohli se sami rozhodnout, zda a jak dotazník vyplní. Možnost účastnit se dotazování byla nabídnuta všem prezenčním studentům Masarykovy univerzity, účast v něm byla dobrovolná. Respondentům byla zaručena ochrana jejich údajů důvěrného charakteru, s nimiž mohly manipulovat pouze proškolené osoby zapojené do projektu.

Celkem byla prostřednictvím elektronického formuláře sebrána data od 9 993 respondentů, 4 039 mužů (40,4 %) a 5 954 žen (59,6 %). Nejvíce respondentů pocházelo z filosofické (22,1 %), pedagogické (13,1 %) a přírodovědecké fakulty (12,7 %), v souboru byl nejvíce zastoupen první (28,8 %), druhý (23,7 %) a třetí (20,6 %) ročník studia. Studenti nejčastěji bydleli v podnájmu (42,9 %), u rodičů (28,5 %) a na kolejkách (17,4 %). Svě osobní volno trávili nejčastěji ve společnosti přátel (74,5 %), s partnerem/partnerkou (56,9 %) a sportovními aktivitami (49,2 %). Bližší charakteristika vyšetřovaného souboru je k dispozici v kap. 4.1.1.

Údaje byly elektronicky zaznamenány, anonymizovány (odtrženy všechny položky z IS MU, které by mohly jednoznačně identifikovat odpovídajícího), převedeny z formátu xml do dbf a následně statisticky vyhodnoceny počítačovými programy EpiInfo, v. 6en (Dean et al., 1994) a Statistica for Windows v. 7cz (StatSoft Inc., 2004). Výsledky jsou prezentovány četnostmi odpovědi za celý soubor, dále při třídění dle pohlaví a dle fakulty. Třídění dle ročníků bylo sice provedeno, avšak četnosti respondentů v jednotlivých ročnících byly značně nevyrovnané, ve vyšších nízké, proto bylo od prezentace upuštěno. Statistické významnosti rozdílů mezi skupinami byly zhodnoceny pomocí statistických testů χ^2 , Fisher exact, Kruskal-Wallis (Hendl, 2004; Spousta, 2009).

3.5.2 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – další druhy rizikového chování závislostního typu včetně tzv. virtuálních drog

Předchozí studie (Kachlík a Šimůnek, 1998; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007) realizované na MU nebyly na další druhy rizikového chování závislostního typu (zejm. nesubstanční či virtuální drogy) speciálně zaměřeny, obsahovaly pouze izolované dotazy na hru na automatech.

V r. 2009 byla uskutečněna studie, která si kladla za cíl sestavení anonymního dotazníku, zmapování problematiky virtuálních drog ve vzorku prezenčních studentů všech 9 fakult MU pomocí elektronického webového formuláře, statistickou analýzu získaných dat.

Na základě literárních zdrojů (Davis et al., 2002; Beard, 2005; Aboujaoude et al., 2006; Meerkkerk et al., 2009) a dosavadních zkušeností autora byl sestaven anonymní dotazník pro vysokoškolské studenty zaměřený na sledování prevalence závislostního chování v oblasti nesubstančních drog. Byla provedena jeho interní oponentura v rámci PdF MU a ověření pomocí pilotního šetření. Obsahem dotazníku byly základní identifikátory (pohlaví, věk, ročník studia, fakulta) a 21 hlavních položek. Většina otázek (13) měla uzavřenou nabídku odpovědí, 6 bylo polouzavřeného charakteru, 2 s přiřazením. Položky byly zaměřeny na rizikové chování v oblasti nelátkových závislostí, na plánování a využití volného času studentů, výskyt problémů ve studijní, zdravotní a sociální oblasti.

Byl sestaven elektronický dotazníkový formulář v prostředí Flash, který byl odladen a umístěn na adrese <http://boss.ped.muni.cz/drogy>. Data byla zpracovávána hromadně, o jednotlivcích řešitelé neshromažďovali žádné informace, které by je dovolily zpětně v souboru identifikovat. Data byla ukládána do databáze ve formátu MS-Access. Po vhodné konverzi byla zahájena vlastní analýza dat.

Předmětem výzkumu se stal vzorek vysokoškolských studentů prezenční formy studia, posluchačů všech 9 fakult MU. Bylo osloveno 2 475 respondentů, nábor byl prováděn pomocí metody „sněhové koule“. Studenti obdrželi odkaz na dotazník pomocí aplikace Vývěska v Informačním systému MU, bylo žádoucí, aby informaci dále šířili mezi své spolužáky.

Snowballing, metaforicky metoda „nabalující se sněhové koule“, je metoda výběru buď pro výzkumné účely, nebo pro potřeby peer programů. Vychází z oslovení malého množství osob, které jsou vybrány, aby kontaktovaly několik dalších jedinců mezi svými známými. V některých případech je první skupina (startující) rovněž vyškolená v provádění výzkumných rozhovorů nebo v poskytování intervencí (Rada Evropy, 2003).

Soubor prezenčních studentů MU se skládal ze 650 mužů (26,3 %) a 1 825 žen (73,7 %). Věkový průměr respondentů činil 21,2 roku, SD 2,5 roku. Nejvíce byli ve vzorku zastoupeni respondenti z pedagogické fakulty (44,4 %), z fakulty sportovních studií (15,2 %), z lékařské (14,8 %) a filosofické fakulty (11,5 %), podíl respondentů ze zbylých fakult byl u každé z nich menší než 10 %. Z ročníků studia byl v souboru nejvíce zastoupen první (47,3 %), následoval druhý (28,9 %) a třetí (11,7 %), zbylé vykazovaly relativní četnost menší než 10 %. Svůj volný čas respondenti nejčastěji trávili ve společnosti přátel (73,5 %), s partnerem/ partnerkou (62,4 %), s rodinou (58,4 %). Bližší charakteristika vyšetřovaného souboru je k dispozici v kap. 4.2.1.

Jednotlivé znaky dotazníku byly podrobeny statistické analýze s využitím statistických balíků EpiInfo, v. 6en (Dean et al., 1994) a Statistica for Windows, v. 7cz (StatSoft Inc., 2004). Vzorek byl tříděn dle fakulty a pohlaví, charakterizován metodami popisné statistiky. Významnost rozdílů mezi skupinami po třídění byla u dat kategoriálního typu ověřována statistickými testy: χ^2 a jeho modifikacemi dle Yatese a Kruskala-Wallis, Fisherovým exaktním testem (Hendl, 2004; Spousta, 2009).

3.5.3 Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapování aktivit a úrovně primární prevence patologických závislostí ve vzorku prezenčních studentů MU. K dalším vytýčeným úkolům patřilo sestavení originálního dotazníku, určeného k deskripci volnočasových a preventivních aktivit na MU i mimo ni, zaměřeného též na zkušenosti a potřeby studentů v oblasti prevence sociálních patologií s důrazem na závislostní chování. Za další cíl lze považovat posílení realizace preventivních aktivit na fakultách.

Autor se snažil obstarat standardizovaný dotazník, cílený na primární prevenci závislostí, ale i přes oslovení řady institucí (Lékařská fakulta MU, Státní zdravotní ústav Praha, krajské hygienické stanice) nebyl takový dokument k dispozici. Proto byl sestaven vlastní nestandardizovaný formulář.

Získávání informací proběhlo v r. 2007 anonymně pomocí dotazníku, který obsahoval základní identifikátory (věk, pohlaví, fakulta, ročník studia) a 21 otázek, z toho 16 s uzavřenou, a 5 s polouzavřenou volbou odpovědi. Otázky byly cíleny na dosavadní zkušenosti respondentů s primární prevencí závislostí na střední škole a na Univerzitě, na systematičnost a nabídku prevence, typy preventivních aktivit a jejich subjektivní hodnocení, potřeby a přání studentů. Elektronická verze dotazníku byla transformována do podoby interaktivní grafiky (flashové aplikace) a umístěna na veřejně přístupné webové adrese <http://boss.ped.muni.cz/drogy>. Současně byla vytvořena a ověřena sběrná databáze, kam se ukládaly odpovědi respondentů.

Ve formuláři byla před vlastními otázkami zařazena stručná informace o řešeném projektu, jeho záměru a o řešitelích spolu s jejich kontaktními adresami. Zájemci o studii se mohli svobodně rozhodnout, zda se dotazování zúčastní či nikoli. O zamýšlené akci bylo uvedeno vedení Univerzity, které ji na poradě schválilo. Studenti byli osloveni pomocí zvýrazněného sdělení v aplikaci Vývěska v Informačním systému MU. Nábor respondentů byl prováděn pomocí metody „nabalující se sněhové koule“ (Rada Evropy, 2003).

Předmětem výzkumu se stal vzorek posluchačů všech 9 fakult Masarykovy univerzity. Celkem šlo o 2 176 respondentů – prezenčních studentů, z toho 592 mužů (27,2 %) a 1 584 žen (72,8 %). Průměrný věk respondentů v celém souboru činil 21,6 roku, SD 2,8 roku. V souboru byli nejvíce zastoupeni respondenti z filosofické (23,5 %), pedagogické (21,3 %) a přírodovědecké fakulty (15,4 %), podíl posluchačů z jiných fakult se pohyboval okolo 10 % a méně. Nejvíce oslovených studentů pocházelo z prvního ročníku (45,6 %), následovaly druhý a třetí, oba s četností 16,2 %. Bližší charakteristika vyšetřovaného souboru je k dispozici v kap. 4.3.1.

Získané údaje byly elektronicky zaznamenávány do připravené databáze na serveru. Po skončení dotazování byly převedeny do formátu použitelného pro přenos dat do statistického software (dbf v. 4), následně statisticky zpracovány programy EpiInfo v. 6en (Dean et al., 1994) a Statistica for Windows v. 7 cz (StatSoft Inc., 2004). Pomocí statistických testů (χ^2 , Fisher exact) byly zhodnoceny statistické významnosti rozdílů mezi znaky při třídění souboru dle pohlaví a dle fakult (Hendl, 2004; Spousta, 2009).

4. VÝSKYT RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ VE VZORKU STUDENTŮ MASARYKOVY UNIVERZITY A MOŽNOSTI JEHO PREVENCE

Legenda ke statistickému hodnocení

$p < 0,05$	hladina významnosti rozdílu mezi skupinami 5 %
$p < 0,01$	hladina významnosti rozdílu mezi skupinami 1 %
$p < 0,001$	hladina významnosti rozdílu mezi skupinami 0,1 %
-	četnost znaku nebyla hodnocena
χ^2	chí-kvadrát test dobré shody
SD	směrodatná odchylka
abs	absolutní četnost (n)
%	relativní četnost (v procentech)

Zkratky použité pro fakulty Masarykovy univerzity

ESP	ekonomicko-správní fakulta
FIL	filosofická fakulta
INF	fakulta informatiky
LEK	lékařská fakulta
PED	pedagogická fakulta
PRA	právnícká fakulta
PRI	přírodovědecká fakulta
SOC	fakulta sociálních studií
SPO	fakulta sportovních studií

4.1 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – návykové látky charakteru substancí

4.1.1 Bližší charakteristiky sledovaného souboru

Fakulta	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ekonomicko-správní	762	7,6
Filosofická	2211	22,1
Informatiky	1142	11,4
Lékařská	815	8,2
Pedagogická	1310	13,1
Právnická	1156	11,6
Přírodovědecká	1274	12,7
Sociálních studií	1095	11,0
Sportovních studií	228	2,3
Celkem	9993	100,0

Tab. 2: Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých fakult MU v celém souboru

Ročník studia	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
První	2873	28,8
Druhý	2377	23,7
Třetí	2057	20,6
Čtvrtý	1351	13,5
Pátý	1288	12,9
Šestý	47	0,5
Celkem	9993	100,0

Tab. 3: Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých ročníků studia v celém souboru

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muži	4039	40,4
Ženy	5954	59,6
Celkem	9993	100,0

Tab. 4: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v celém souboru

Fakulta	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ekonomicko-správní	342	8,5	420	7,1
Filosofická	552	13,7	1659	27,9
Informatiky	1053	26,1	89	1,5
Lékařská	218	5,4	597	10,0
Pedagogická	238	5,9	1072	18,0
Právnícká	621	15,4	538	9,0
Přírodovědecká	510	12,6	764	12,8
Sociálních studií	380	9,4	715	12,0
Sportovních studií	125	3,1	103	1,7
Celkem	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 5: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví na jednotlivých fakultách MU

Fakulta	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
První	1223	30,3	1650	27,7
Druhý	946	23,4	1431	24,0
Třetí	833	20,6	1224	20,6
Čtvrtý	535	13,2	816	13,7
Pátý	499	12,4	789	13,2
Šestý	3	0,1	44	0,8
Celkem	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 6: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v jednotlivých ročnících studia

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Ročník studia					
První	24,9	27,9	36,2	29,3	32,3
Druhý	24,3	25,5	23,3	23,7	21,5
Třetí	21,3	21,6	18,2	22,0	18,3
Čtvrtý	13,4	12,8	11,4	12,0	12,6
Pátý	16,1	12,2	10,9	7,4	15,3
Šestý	-	-	-	5,6	-
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228
Ročník studia				
První	20,5	30,9	28,5	21,1
Druhý	22,0	22,1	26,6	25,9
Třetí	23,8	18,3	18,6	34,6
Čtvrtý	18,6	14,5	14,4	7,0
Pátý	15,1	14,2	11,9	11,4
Šestý	-	-	-	-
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 7: Přehled zastoupení respondentů dle ročníků studia na jednotlivých fakultách MU

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
U rodičů	2819	28,5	1103	27,7	1716	29,1
U příbuzných	92	0,9	42	1,1	50	0,8
V koleji	1722	17,4	772	19,4	950	16,1
V podnájmu (privát)	4239	42,9	1708	42,9	2531	42,9
Ve vlastním bytě/domě	851	8,6	309	7,8	542	9,2
Jinak	152	1,5	48	1,2	104	1,8
Celkem	9875	100,0	3982	100,0	5893	100,0

Tab. 8: Převažující způsob bydlení respondentů během školního roku v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
S vlastní rodinou	2879	38,8	1223	30,3	2656	44,6
S partnerem (partnerkou)	5685	56,9	1984	49,1	3701	62,2
Dalším sebevzděláváním (kromě studia)	3275	32,8	1415	35,0	1860	31,2
Výdělečnou činností	4238	42,4	1642	40,7	2596	43,6
Sportovními aktivitami	4912	49,2	2163	53,6	2749	46,2
Uměleckými aktivitami	2415	24,2	858	21,2	1557	26,2
Ve společnosti přátel	7440	74,5	2988	74,0	4452	74,8
Jinak	1412	14,1	806	20,0	606	10,2

Tab. 9: Převažující způsob trávení volného času v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen kladné odpovědi)

4.1.2 Přehled odpovědí z vlastního dotazování

4.1.2.1 Tabák

Minimálně jednu celoživotní zkušenost s kouřením tabáku přiznaly více než tři čtvrtiny dotazovaných s mírnou převahou mužů.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2128	21,4	784	19,5	1344	22,7
Ano	7825	78,6	3241	80,5	4584	77,3
Celkem	9953	100,0	4025	100,0	5928	100,0

Tab. 10: Kouření tabáku během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Nejvíce kuřáckých pokusů se uskutečnilo mezi 15.–18. (více než 40 %) a 10.–14. (37 %) rokem věku dotazovaných. Po 18. roce věku šlo o desetinu respondentů. V dětském věku do 10 let experimentovalo s kouřením tabáku asi 5 % oslovených, mužů dvakrát více než žen.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	433	5,5	269	8,2	164	3,6
10–14 let	2943	37,4	1241	37,8	1702	37,2
15–18 let	3576	45,5	1392	42,4	2184	47,7
Více než 18 let	909	11,6	378	11,5	531	11,6
Celkem	7861	100,0	3280	3280	4581	100,0

Tab. 11: Věk první konzumace tabáku v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě kouřili tabák)

Při analýze období poslední konzumace tabáku (jen u těch, kteří jej někdy v životě kouřili) asi pětina respondentů kouřila v době dotazování, 17 % v posledním týdnu,

12 % v posledním měsíci, 15 % v posledním půlroce, ve třetině případů se jednalo o bývalé kuřáky. Mezi četností mužů a žen, kteří kouřili v době dotazování, byl nalezen statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$, χ^2), obdobná situace byla zachycena i u ex-kuřáků ($p < 0,01$, χ^2).

Při třídění respondentů dle fakult se ukázalo, že ve dni dotazování kouřila téměř pětina vzorku studentů fakulty ekonomicko-správní, pedagogické, právnické a sociálních studií, čtvrtina vzorku z fakulty filosofické, šestina z fakulty informatiky a přírodovědecké, desetina z fakulty lékařské a sportovních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Dnes	1530	19,5	724	22,2	806	17,7
V posledních týdnu	1307	16,7	542	16,6	765	16,8
V posledním měsíci	949	12,1	394	12,1	555	12,2
V posledním půlroce	1183	15,1	478	14,6	705	15,4
Dříve	2865	36,6	1130	34,6	1735	38,0
Celkem	7834	100,0	3268	100,0	4566	100,0

Tab. 12: Období poslední konzumace tabáku v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě kouřili tabák)

Skupina	ESP (%)	FIL (%)	INF (%)	LEK (%)	PED (%)
	n=614	n=1759	n=870	n=608	n=1039
Dnes	18,4	25,4	17,5	12,2	20,1
V posledních týdnu	14,3	19,4	12,5	13,4	17,9
V posledním měsíci	12,9	11,5	14,4	12,0	10,2
V posledním půlroce	17,1	13,0	15,4	18,3	13,4
Dříve	37,3	30,7	40,2	44,1	38,4
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%)	PRI (%)	SOC (%)	SPO (%)
	n=930	n=936	n=894	n=184
Dnes	19,4	16,5	19,9	12,5
V posledních týdnu	15,3	15,0	21,5	14,7
V posledním měsíci	11,8	13,5	12,2	10,3
V posledním půlroce	15,5	17,4	13,5	19,6
Dříve	38,0	37,6	32,9	42,9
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 13: Období poslední konzumace tabáku při třídění dle fakult (jen u těch, kteří někdy v životě kouřili tabák)

4.1.2.2 Alkoholické nápoje

Pití alkoholu v životě vyzkoušelo 99 % dotazovaných. K jeho výjimečné konzumaci (Silvestr, narozeniny) se přiznalo 14 % souboru (žen více, $p < 0,001$, χ^2), k víceméně pravidelné konzumaci více než 80 % souboru (mužů více, $p < 0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	89	0,9	46	1,1	43	0,7
Ano, výjimečně	1364	13,7	417	10,4	947	16,0
Ano	8498	85,4	3562	88,5	1936	83,3
Celkem	9951	100,0	4025	100,0	5926	100,0

Tab. 14: Pití alkoholických nápojů během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Maxima prvního kontaktu s alkoholem byla pozorována mezi 10.–14. a mezi 15.–18. rokem věku, a to bez větších rozdílů mezi pohlavími. Více než desetina souboru okusila alkoholický nápoj ještě před 10. rokem věku, přibližně 3 % po 18. roce věku.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	1175	11,9	504	12,7	671	11,4
10–14 let	4217	42,8	1727	43,5	2490	42,3
15–18 let	4188	42,5	1633	41,1	2555	43,4
Více než 18 let	280	2,8	110	2,8	170	2,9
Celkem	9860	100,0	3974	100,0	5886	100,0

Tab. 15: Věk prvního pití alkoholického nápoje v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě pili alkohol)

U desetiny souboru došlo k poslední konzumaci alkoholického nápoje v době dotazování (reagovalo dvakrát více mužů než žen, $p < 0,001$, χ^2), 60 % přiznalo pití alkoholu v posledním týdnu, pětina v posledním měsíci (15 % mužů, 24 % žen, $p < 0,001$, χ^2), 5 % v posledním půlroce a 2 % ještě dříve.

Při třídění respondentů dle fakult pilo alkohol v den dotazování 7–14 % ze vzorku studentů jednotlivých fakult, v posledním týdnu pak 57–64 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Dnes	1042	10,5	617	15,5	425	7,2
V posledních týdnu	6030	61,0	2492	62,6	3538	60,0
V posledním měsíci	2014	20,4	600	15,1	1414	24,0
V posledním půlroce	557	5,6	181	4,5	376	6,4
Dříve	237	2,4	93	2,3	144	2,4
Celkem	9880	100,0	3983	100,0	5897	100,0

Tab. 16: Období poslední konzumace alkoholického nápoje v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě pili alkohol)

Skupina	ESP (%) n=757	FIL (%) n=2190	INF (%) n=1121	LEK (%) n=807	PED (%) n=1294
Odpověď					
Dnes	12,9	10,3	14,5	7,1	8,0
V posledních týdnu	64,5	62,1	58,2	56,9	58,4
V posledním měsíci	18,0	19,6	18,6	27,3	23,8
V posledním půlroce	3,6	5,3	6,1	6,9	7,4
Dříve	1,1	2,7	2,6	1,8	2,4
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=1145	PRI (%) n=1258	SOC (%) n=1084	SPO (%) n=224
Odpověď				
Dnes	10,4	9,0	12,6	11,6
V posledních týdnu	62,3	61,2	63,6	63,8
V posledním měsíci	19,5	20,7	17,3	18,8
V posledním půlroce	4,6	6,4	4,7	4,0
Dříve	3,2	2,7	1,8	1,8
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 17: Období poslední konzumace alkoholického nápoje při třídění dle fakult (jen u těch, kteří někdy v životě pili alkohol)

4.1.2.3 Černá káva

Černou kávu někdy okusilo 84 % oslovených, z toho třetina výjimečně (převažovali muži, $p < 0,001$, χ^2) a více než polovina více-méně pravidelně (více ženy, $p < 0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1589	16,0	789	19,6	800	13,5
Ano, výjimečně	3072	30,9	1327	33,0	1745	29,5
Ano	5287	53,1	1908	47,4	3379	57,0
Celkem	9948	100,0	4024	100,0	5924	100,0

Tab. 18: Pití černé kávy během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Polovina souboru poprvé okusila černou kávu mezi 15.–18. rokem, pětina mezi 10.–14. rokem a v brzké dospělosti. Kolem 4 % dotazovaných přiznalo pití černé kávy v době, kdy jim bylo méně než 10 let.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	315	3,8	148	4,6	167	3,3
10–14 let	1903	22,7	719	22,2	1184	23,1
15–18 let	4549	54,4	1709	52,8	2840	55,3
Více než 18 let	1598	19,1	658	20,3	940	18,3
Celkem	8398	100,0	3234	100,0	5131	100,0

Tab. 19: Věk prvního pití černé kávy v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě pili černou kávu)

Více než čtvrtina oslovených pila černou kávu v době dotazování či v posledním týdnu před studií, pětina v posledním měsíci, 15 % v posledním půlroce, stejně tolik respondentů již dříve. Pokud jde o konzumaci černé kávy ve dni dotazování, byly nalezeny významné rozdíly mezi četností mužů a žen ($p < 0,001$, χ^2), obdobně i v případě pití kávy v posledním týdnu ($p < 0,01$, χ^2).

Na jednotlivých fakultách byla zaznamenána konzumace černé kávy ve dni dotazování u pětiny až třetiny vzorku, obdobně v posledním týdnu.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Dnes	2282	27,3	803	24,8	1479	28,8
V posledních týdnu	2248	26,8	809	25,0	1439	28,0
V posledním měsíci	1415	16,9	586	18,2	829	16,1
V posledním půlroce	1265	15,1	549	17,0	716	13,9
Dříve	1163	13,9	486	15,0	677	13,2
Celkem	8373	100,0	3233	100,0	5140	100,0

Tab. 20: Období poslední konzumace černé kávy v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě pili černou kávu)

Skupina	ESP (%) n=641	FIL (%) n=1933	INF (%) n=845	LEK (%) n=707	PED (%) n=1110
Odpověď					
Dnes	26,2	29,4	18,1	29,7	28,0
V posledních týdnu	29,6	27,1	22,1	28,3	25,0
V posledním měsíci	16,5	16,5	20,1	15,7	17,7
V posledním půlroce	14,2	14,5	19,4	14,7	14,3
Dříve	13,4	12,5	20,3	11,6	15,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=973	PRI (%) n=1052	SOC (%) n=934	SPO (%) n=178
Odpověď				
Dnes	30,8	23,7	30,3	22,5
V posledních týdnu	27,1	28,2	29,6	18,5
V posledním měsíci	14,9	16,8	16,3	21,9
V posledním půlroce	14,3	16,2	12,8	20,8
Dříve	12,9	15,1	11,0	16,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 21: Období poslední konzumace černé kávy při třídění dle fakult (jen u těch, kteří někdy v životě pili černou kávu)

4.1.2.4 Kokain

S kokainem přišla během života do kontaktu asi 3 % souboru, muži více ($p < 0,001$, χ^2) než ženy.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9734	97,4	3899	96,5	5835	98,0
Ano	259	2,6	140	3,5	119	2,0
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 22: Užití kokainu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V posledním půlroce užilo kokain 0,8 % dotazovaných bez významného rozdílu mezi pohlavími, v posledním měsíci 0,2 %, opět bez rozdílů mezi pohlavími. Nejčastěji byl kokain užit po 18. roce věku, dále mezi 15.–18. rokem. Ojedinele (u mužů) byl zaznamenán experiment ve věku pod 10 let. Prakticky v 70 % šlo o max. 3 opakované pokusy, ve 20 % byl kokain užit 4–10krát, v desetině případů pak více než 10krát, vše bez výrazných rozdílů mezi pohlavími. Při třídění souboru podle fakult bylo zaznamenáno užití kokainu v posledním měsíci s četností 0,0–0,5 %.

S crackem měla někdy v životě zkušenost 0,3 % dotazovaných, během posledního půlroku jej užily pouze 4 osoby z celého soboru (0,04 %), během posledního měsíce 3 osoby (0,03 %). Obdobně jako u kokainu bylo maximum experimentů s crackem zaznamenáno mezi 15.–18. rokem a v časně dospělosti. Ojedinele se vyskytly případy prvního užití ve věku pod 10 let. 40 % uživatelů, kteří zkusili crack, s ním experimentovalo max. 3krát, pětina 4–10krát, dalších 40 % více než 10krát.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9914	99,2	4001	99,1	5913	99,3
Ano	79	0,8	38	0,9	41	0,7
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 23: Užití kokainu v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9972	99,8	4030	99,8	5942	99,8
Ano	21	0,2	9	0,2	12	0,2
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 24: Užití kokainu v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Odpověď					
Ne	99,5	99,8	99,6	99,9	100,0
Ano	0,5	0,2	0,4	0,1	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228	
Odpověď					
Ne	99,7	100,0	99,7	100,0	
Ano	0,3	0,0	0,3	0,0	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 25: Užití kokainu v posledních 30 dnech při třídění dle fakult

4.1.2.5 Konopné produkty

Marihuanu alespoň jedenkrát v životě okusilo 60 % oslovených, 66 % mužů a 55 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	4043	40,5	1386	34,3	2657	44,6
Ano	5950	59,5	2653	65,7	3297	55,4
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 26: Užití marihuany během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V posledním půlroce marihuanu užilo 28 % z celého souboru, 36 % mužů a 23 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	7150	71,6	2563	63,5	4587	77,0
Ano	2843	28,4	1476	36,5	1367	23,0
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 27: Užití marihuany v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V posledním měsíci marihuanu užilo 16 % z celého souboru, 23 % mužů a 11 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Při třídění souboru podle fakult se pohybovala četnost uživatelů marihuany v posledním měsíci v rozmezí 7,4–21,8 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	7371	83,8	3095	76,6	5276	88,6
Ano	1622	16,2	944	23,4	678	11,4
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 28: Užití marihuany v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Odpověď					
Ne	82,5	81,3	81,4	92,6	88,3
Ano	17,5	18,7	18,6	7,4	11,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228	
Odpověď					
Ne	84,5	85,2	78,2	80,3	
Ano	15,5	14,8	21,8	19,7	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 29: Užití marihuany v posledních 30 dnech při třídění dle fakult

Maxima dosáhlo první užití marihuany ve věkové kategorii 15–18 let (více než 60 % v celém souboru i u obou pohlaví), následovala časná dospělost (čtvrtina). Asi desetina marihuanu okusila mezi 10.–14. rokem, jednotlivci (3, vše muži) dokonce před 10. rokem věku.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	3	0,05	3	0,10	0	0,00
10–14 let	491	8,39	218	8,30	273	8,40
15–18 let	3734	63,81	1706	65,30	2028	62,60
Více než 18 let	1624	27,75	684	26,30	940	29,00
Celkem	5852	100,00	2611	100,00	3241	100,00

Tab. 30: Věk prvního užití marihuany v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě brali marihuanu)

Více než 10krát marihuanu užívalo 45 % vzorku, 54 % mužů a 38 % žen ($p<0,001$, χ^2). V kategorii „4–10krát“ šlo přibližně o čtvrtinu všech oslovených, v kategorii „1–3krát“ o 29 % vzorku, 22 % mužů a 34 % žen ($p<0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3 x	1681	28,7	578	22,1	1103	33,9
4–10 x	1538	26,2	634	24,3	904	27,8
Více než 10 x	2649	45,1	1401	53,6	1248	38,3
Celkem	5868	100,0	2613	100,0	3255	100,0

Tab. 31: Frekvence užití marihuany během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě brali marihuanu)

Hašiš nebo hašišový olej během svého života alespoň jednou užila čtvrtina respondentů, 31 % mužů a 19 % žen ($p<0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	7625	76,3	2805	69,4	4820	81,0
Ano	2368	23,7	1234	30,6	1134	19,0
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 32: Užití hašišu nebo hašišového oleje během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V posledním půlroce je konzumovalo 8 % souboru, 11 % mužů a 5 % žen ($p<0,001$, χ^2), v posledním měsíci 4 % (6 % mužů a 2 % žen, $p<0,001$, χ^2). Při třídění souboru podle fakult se pohybovala četnost uživatelů hašišu a hašišového oleje v posledním měsíci v rozmezí 1,3–5,6 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9226	92,3	3578	88,6	5648	94,9
Ano	767	7,7	461	11,4	306	5,1
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 33: Užití hašišu nebo hašišového oleje v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9645	96,5	3807	94,3	5838	98,1
Ano	348	3,5	232	5,7	116	1,9
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 34: Užití hašišu nebo hašišového oleje v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Odpověď					
Ne	95,4	95,6	96,8	98,7	97,7
Ano	4,6	4,4	3,2	1,3	2,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228	
Odpověď					
Ne	96,6	97,3	94,4	98,7	
Ano	3,4	2,7	5,6	1,3	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 35: Užití hašišu nebo hašišového oleje v posledních 30 dnech při třídění dle fakult

Nejvyšší četnost první zkušenosti s hašišem či hašišovým olejem se vyskytla mezi 15.–18. rokem věku (60 %) a v rané dospělosti (35 %). V případě jejich užívání šlo nejčastěji o 1–3 experimenty (43 % celý soubor, 37 % mužů, 50 % žen, $p<0,001$, χ^2), čtvrtina konzumentů je brala 4–10krát, třetina více než 10krát v životě (39 % mužů, 24 % žen, $p<0,001$, χ^2).

4.1.2.6 Halucinogeny

Halucinogeny (podle odpovědí na obecně položenou otázku) byly alespoň jednou v životě užity 7 % souboru, u mužů se vyskytla dvakrát čtenější zkušenost (10 %) oproti ženám (5 %), $p < 0,001$, χ^2 .

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9286	92,9	3619	89,6	5667	95,2
Ano	707	7,1	420	10,4	287	4,8
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 36: Užití halucinogenů během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Konkrétnější dotaz směřovaný na užití hub s halucinogenním účinkem (zejména lysohlávek) ukazuje vyšší úroveň relativních četností: 13 % v celém souboru, 17 % u mužů a 10 % u žen ($p < 0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	8702	87,1	3341	82,7	5361	90,0
Ano	1291	12,9	698	17,3	593	10,0
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 37: Užití halucinogenních hub během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V posledním půlroce před dotazováním přiznalo užití halucinogenů 1,5 % respondentů, 2,8 % mužů a 0,7 % žen ($p < 0,001$, χ^2). V posledním měsíci se konzumace halucinogenů vyskytla u 0,5 % všech oslovených, 0,9 % mužů a 0,2 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Při třídění souboru podle fakult se pohybovala četnost uživatelů halucinogenů v posledním měsíci v rozmezí 0,0–0,8 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9841	98,5	3927	97,2	5914	99,3
Ano	152	1,5	112	2,8	40	0,7
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 38: Užití halucinogenů v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9942	99,5	4002	99,1	5940	99,8
Ano	51	0,5	37	0,9	14	0,2
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 39: Užití halucinogenů v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Odpověď					
Ne	99,6	99,2	99,5	99,9	99,8
Ano	0,4	0,8	0,5	0,1	0,2
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228
Odpověď				
Ne	99,3	99,5	99,4	100,0
Ano	0,7	0,5	0,6	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 40: Užití halucinogenů v posledních 30 dnech při třídění dle fakult

V posledním půlroce před studií byly halucinogenní houby konzumovány 2,1 % celého vzorku, 3,6 % mužů a 1,0 % žen ($p < 0,001$, χ^2). V posledním měsíci před dotazováním byly halucinogenní houby užívány 0,8 % celého souboru, 1,6 % mužů a 0,2 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Při třídění souboru podle fakult četnost uživatelů hub s halucinogenním účinkem v posledním měsíci varírovala v rozmezí 0,1–1,1 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9787	97,9	3892	96,4	5895	99,0
Ano	206	2,1	147	3,6	59	1,0
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 41: Užití halucinogenních hub v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9915	99,2	3974	98,4	5941	99,8
Ano	78	0,8	65	1,6	13	0,2
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 42: Užití halucinogenních hub v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Odpověď					
Ne	99,2	99,1	99,0	99,9	99,5
Ano	0,8	0,9	1,0	0,1	0,5
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228	
Odpověď					
Ne	99,0	99,3	98,9	99,6	
Ano	1,0	0,7	1,1	0,4	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 43: Užití halucinogenních hub v posledních 30 dnech při třídění dle fakult

První kontakty s halucinogeny nejčastěji spadaly do věkového intervalu 15–18 let (57 % dotazovaných, kteří je užívali, 50 % mužů, 66 % žen: $p<0,001$, χ^2) a do období rané dospělosti (41 % uživatelů z celého souboru, 47 % mužů, 32 % žen: $p<0,001$, χ^2). Ojediněle se vyskytlo užití halucinogenů ještě v době návštěvy základní školy.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	3	0,4	3	0,7	0	0,0
10–14 let	13	1,8	7	1,7	6	2,0
15–18 let	410	56,8	213	50,2	197	66,1
Více než 18 let	296	41,0	201	47,4	95	31,9
Celkem	722	100,0	424	100,0	298	100,0

Tab. 44: Věk prvního užití halucinogenů v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří je někdy v životě brali)

Věkové období prvního užití halucinogenních hub kopíruje období prvního užití halucinogenních látek obecně. První experimenty s halucinogenními houbami byly zaznamenány nejčastěji ve věkové skupině 14–15 let (49 % dotazovaných, kteří je užívali, 46 % mužů, 53 % žen: $p<0,01$, χ^2) a v období rané dospělosti (49 % respondentů, kteří tyto látky užívali, 53 % mužů, 44 % žen: $p<0,01$, χ^2). Ojediněle se vyskytlo užití halucinogenních hub ještě v době návštěvy základní školy.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	4	0,3	3	0,5	1	0,2
10–14 let	20	1,6	7	1,1	13	2,3
15–18 let	604	49,4	299	45,8	305	53,4
Více než 18 let	596	48,7	344	52,7	252	44,1
Celkem	1224	100,0	653	100,0	571	100,0

Tab. 45: Věk prvního užití halucinogenních hub v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří je někdy v životě brali)

Experimenty s halucinogeny (užití 1–3krát) zmínilo 58 % souboru (55 % mužů, 63 % žen, $p<0,05$, χ^2), 4–10 pokusů se vyskytlo u 27 % oslovených (bez podstatných rozdílů mezi pohlavími), více než 10 užití u 15 % respondentů (18 % mužů, 11 % žen, $p<0,05$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3 x	408	58,3	227	55,1	181	62,8
4–10 x	186	26,6	111	26,9	75	26,0
Více než 10 x	106	15,1	74	18,0	32	11,1
Celkem	700	100,0	412	100,0	288	100,0

Tab. 46: Frekvence užití halucinogenů během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří je někdy v životě brali)

Houby s halucinogenními účinky byly nejčastěji požitý 1–3krát (62 % všech, kteří je někdy konzumovali, 54 % mužů, 73 % žen, $p<0,001$, χ^2), následovaly intervaly 4–10krát (26 % všech konzumentů, 30 % mužů, 21 % žen, $p<0,001$, χ^2) a více než 10krát (11 % všech konzumentů, 16 % mužů, 6 % žen, $p<0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3 x	777	62,5	360	53,8	417	72,6
4–10 x	324	26,1	204	30,5	120	20,9
Více než 10 x	142	11,4	105	15,7	37	6,4
Celkem	1243	100,0	669	100,0	574	100,0

Tab. 47: Frekvence užití halucinogenních hub během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří je někdy v životě brali)

4.1.2.7 Pervitin

S pervitinem mělo alespoň jednu celoživotní zkušenost okolo 4 % dotazovaných (5,4 % mužů, 3,8 % žen, $p < 0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9551	95,6	3821	94,6	5730	96,2
Ano	442	4,4	218	5,4	224	3,8
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 48: Užití pervitinu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V posledním půlroce před studií byl užit 1 %, v posledním měsíci 0,5 % respondentů, rozdíl mezi konzumenty dle pohlaví není statisticky významný. Při třídění respondentů podle fakult bylo zaznamenáno užití pervitinu v posledních 30 dnech s četností 0,0–0,8 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9890	99,0	3990	98,8	5900	99,1
Ano	103	1,0	49	1,2	54	0,9
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 49: Užití pervitinu v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	9946	99,5	4014	99,4	5932	99,6
Ano	47	0,5	25	0,6	22	0,4
Celkem	9993	100,0	4039	100,0	5954	100,0

Tab. 50: Užití pervitinu v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Odpověď					
Ne	99,2	99,3	99,5	100,0	99,7
Ano	0,8	0,7	0,5	0,0	0,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228	
Odpověď					
Ne	99,4	99,8	99,5	99,6	
Ano	0,6	0,2	0,5	0,4	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 51: Užití pervitinu v posledních 30 dnech při třídění dle fakult

První kontakty s pervitinem spadaly nejčastěji do věkových období 15–18 let a do časné dospělosti, u jednotlivců byly zaznamenány experimenty i v mladším věku, zvláště u mužů.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	3	0,7	3	1,4	0	0,0
10–14 let	7	1,6	4	1,9	3	1,4
15–18 let	212	48,7	89	41,8	123	55,4
Více než 18 let	213	49,0	117	54,9	96	43,2
Celkem	435	100,0	213	100,0	222	100,0

Tab. 52: Věk prvního užití pervitinu v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří jej někdy v životě brali)

Mezi uživateli pervitinu se jednalo u poloviny z nich o experiment (1–3krát), u pětiny byl užit 4–10krát, u třetiny častěji než 10krát bez statisticky výrazných rozdílů mezi pohlavími.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3 x	202	47,3	105	50,0	97	44,7
4–10 x	89	20,8	45	21,4	44	20,3
Více než 10 x	136	31,9	60	28,6	76	35,0
Celkem	427	100,0	210	100,0	217	100,0

Tab. 53: Frekvence užití pervitinu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří jej někdy v životě brali)

4.1.2.8 Užití dalších látek

K nejvýznamnějším návykovým látkám, které byly mimo zmíněných ve studii ještě sledovány, patřily jiné látky budivého charakteru mimo pervitinu (např. eferdrin a jemu podobné), těkavé látky (organická rozpouštědla a jejich aplikace ve formě pohonných hmot, ředidel, lepidel, odmašťovacích a čistících prostředků), heroin a další látky obdobné povahy (přírodní, semisyntetické, plně syntetické), tlumivé léky užitá bez lékařského předpisu, doporučení lékárníka či jiného odborníka k záměrnému ovlivnění psychického stavu a diskotékové (taneční) drogy, jejichž nejznámějším zástupcem je extáze.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Látka	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Jiné budivé aminy	207	2,1	120	3,0	87	1,5
Těkavé látky	150	1,5	77	1,9	73	1,2
Heroin	43	0,4	27	0,7	16	0,3
Jiné opioidy	195	2,0	93	2,3	102	1,7
Tlumivé léky	756	7,6	237	5,9	519	8,7
Diskotékové drogy	902	9,0	414	10,3	488	8,2

Tab. 54: Užití dalších drog během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (prezentovány pouze kladné odpovědi)

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Látka					
Jiné budivé aminy	1,3	2,8	2,0	0,7	1,6
Těkavé látky	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
Heroin	0,3	0,9	0,2	0,1	0,6
Jiné opioidy	2,1	2,5	1,3	1,5	1,7
Tlumivé léky	7,3	10,0	4,6	6,9	7,4
Diskotékové drogy	9,1	10,6	8,1	6,6	9,2

Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228
Látka				
Jiné budivé aminy	2,0	1,2	3,7	2,6
Těkavé látky	1,6	0,9	2,2	0,0
Heroin	0,3	0,3	0,2	0,0
Jiné opioidy	1,7	1,5	3,1	0,9
Tlumivé léky	7,4	5,6	9,8	3,9
Diskotékové drogy	7,9	5,0	13,1	14,5

Tab. 55: Užití dalších drog během života při třídění dle fakult (prezentovány pouze kladné odpovědi)

Jiné budivé aminy kromě pervitinu užilo během svého života kolem 2 % souboru (3 % mužů, 1,5 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Při třídění dle fakult byla zaznamenána četnost

kontaktů s těmito látkami během života v rozmezí 0,7–3,7 %. V posledním půlroce byly budivé aminy užity 0,5 % souboru, v posledním měsíci 0,2 % (zde byl nalezen rozdíl mezi pohlavími, $p < 0,05$, χ^2). První experimenty s látkami charakteru budivých aminů spadaly obdobně jako u pervitinu do věkové kategorie 15–18 let a do časné dospělosti. 56 % dotazovaných bylo budivé aminy užity 1–3krát, čtvrtinou souboru 4–10krát a pětinou častěji než 10krát. Rozdíly mezi pohlavím nebyly statisticky významné.

Tělkavé organické látky k záměrné inhalaci byly během života užity 1,5 % celého souboru (1,9 % mužů, 1,2 % žen, $p < 0,01$, χ^2). Při třídění dle fakult byla zaznamenána četnost kontaktu s těmito látkami během života v rozmezí 0,0–2,2 %. Během posledního půlroku před dotazováním přiznaly jejich vdechování 0,2 % souboru (0,3 mužů, 0,2 % žen, $p < 0,05$, χ^2), během posledního měsíce 0,1 % souboru bez rozdílu mezi pohlavími. Polovina uživatelů tělkavé látky zkusila ve věku 15–18 let, třetina (poněkud více mužů) po 18. roce věku, sedmina v období 10–14 let (poněkud více ženy). Několik mužů (4) uvedlo první čichání tělkavých organických látek ve věku mladším než 10 let. Mezi čicháči se vyskytly dvě třetiny osob, které pouze experimentovaly (1–3krát), pětina těch, kteří tělkavé látky vdechovali 4–10krát a 15 % častěji než 10krát v životě.

Heroin byl alespoň jednou v životě užit 0,4 % souboru (0,7 % mužů, 0,3 % žen, $p < 0,01$, χ^2). Při třídění dle fakult byla zaznamenána četnost kontaktu s heroinem během života v rozmezí 0,0–0,9 %. Během posledních 6 měsíců jej bralo 0,06 % souboru, téměř výlučně šlo o muže ($p < 0,05$, Fisher exact). V posledních 30 dnech přiznalo konzumaci heroinu 5 osob (0,05 %), všechno muži ($p < 0,05$, Fisher exact). První kontakty s heroinem nejvíce spadají do období 15–18 let (40 % celého souboru, 23 % mužů, 69 % žen, $p < 0,01$, χ^2), dále do časné dospělosti (52 % celého souboru, 65 % mužů, 31 % žen, $p < 0,05$, χ^2). U mužů byly zaznamenány pokusy s heroinem ve věku pod 10 let. Ve frekvenci celoživotního užití heroinu nebyly nalezeny významné rozdíly mezi pohlavími. 60 % souboru vyzkoušelo heroin 1–3krát, pětina 4–10krát a pětina více než 10krát.

Jiné opioidy mimo heroinu byly alespoň jednou během života užity 2 % dotazovaných (2,3 % mužů, 1,7 % žen, $p < 0,05$, χ^2). Při třídění dle fakult byla zaznamenána četnost kontaktu s těmito látkami během života v rozmezí 0,9–3,1 %. Užití jiných opioidů v posledních 6 měsících přiznaly 0,3 % souboru, v posledních 30 dnech 0,14 % bez podstatných rozdílů mezi pohlavími. Mezi uživateli jiných opioidů bylo více než 60 % (58 % mužů, 68 % žen, bez signifikance) těch, kteří je poprvé zkusili mezi 15.–18. rokem věku, třetina (37 % mužů, 22 % žen, $p < 0,05$, χ^2) v období rané dospělosti, cca 6 % (1 % mužů, 10 % žen, $p < 0,05$, χ^2) mezi 10.–14. rokem věku a 2 % v méně než 10 letech (pouze muži, $p < 0,05$, Fisher exact). Mezi uživateli jiných opioidů šlo ponejvíce o experimenty (1–3krát, 54 % celý soubor, 60 % muži, 50 % ženy, bez signifikace). Třetina souboru je užila 4–10krát, 14 % více než 10krát, bez významných rozdílů mezi pohlavími.

Léky s tlumivým účinkem (k navození spánku, uklidnění, potlačení bolesti, strachu) bez lékařského předpisu či odborného doporučení během svého života alespoň jednou užilo 8 % respondentů (6 % mužů, 9 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Při třídění dle fakult byla zaznamenána četnost kontaktu s těmito látkami během života v rozmezí 3,9–10,0 %. V posledním půlroce před studií byly tyto prostředky užity 2,6 % souboru (1,9 % mužů a 3,1 % žen, $p < 0,001$, χ^2), v posledním měsíci 0,9 % souboru (0,6 % mužů, 1,1 % žen, $p < 0,05$, χ^2). Přibližně polovina uživatelů si tlumivé léky o své vůli poprvé vzala v době

časné dospělosti, 40 % mezi 15.–18. rokem, 7 % ve věku 10–14 let, 1 % ve věku pod 10 let. Tlumivé prostředky byly užity 1–3krát 44 % respondentů (bez významných rozdílů mezi pohlavími), 4–10krát 35 % souboru (29 % mužů, 37 % žen, $p<0,05$, χ^2), více než 10krát 22 % konzumentů (25 % mužů, 20 % žen, bez signifikance).

Diskotékové (taneční, designer) drogy, zvláště extázi, alespoň jednou během svého života užilo 9 % dotazovaných (10 % mužů, 8 % žen, $p<0,001$, χ^2). Při třídění dle fakult byla zaznamenána četnost kontaktu s těmito látkami během života v rozmezí 5,0–14,5 %. V posledních 6 měsících byly taneční drogy konzumovány 2,1 % souboru (2,5 % mužů, 1,9 % žen, bez signifikance), v posledních 30 dnech 0,7 % souboru (1 % mužů, 0,5 % žen, $p<0,01$, χ^2). Věk první zkušenosti s diskotékovými drogami byl u jedné poloviny jejich uživatelů vyšší než 18 let, u druhé se pohyboval mezi 15–18 lety, bez významných rozdílů mezi pohlavími. Ojedinele byly zmíněny případy první konzumace v období 10–14 let, u 1 muže dokonce do 10 let věku. U 59 % souboru byly diskotékové drogy užity pokusně 1–3krát, u čtvrtiny 4–10krát, u méně než pětiny častěji než 10krát.

4.1.2.9 Gambling

K doplnění otázek zaměřených na problematiku návykových látek charakteru substancí byla ještě přiřazena sada dotazů mapujících patologické hráčství (gambling). Na automatech (hracích i výherních) alespoň jednou během života hrálo 38 % dotazovaných (51 % mužů a 29 % žen, $p<0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	6162	62,0	1975	49,3	4187	70,7
Ano	3771	38,0	2035	50,7	1736	29,3
Celkem	9933	100,0	4010	100,0	5923	100,0

Tab. 56: Hraní na automatech během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V posledním půlroce před dotazováním bylo hraní na automatech zaznamenáno u 16 % souboru (20 % mužů, 11 % žen, $p<0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	3388	84,3	1726	80,3	1662	89,0
Ano	630	15,7	424	19,7	206	11,0
Celkem	4018	100,0	2150	100,0	1868	100,0

Tab. 57: Hraní na automatech v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)

V posledním měsíci před dotazováním přiznalo hru na automatech 6 % souboru (9 % mužů, 3 % žen, $p<0,001$, χ^2). Při třídění vzorku dle fakult byla zaznamenána četnost hry na automatech v posledním měsíci před studií v rozmezí 3,8–13,8 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	3662	94,0	1917	91,4	1745	97,0
Ano	235	6,0	181	8,6	54	3,0
Celkem	3897	100,0	2098	100,0	1799	100,0

Tab. 58: Hraní na automatech v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)

Skupina	ESP (%) n=332	FIL (%) n=747	INF (%) n=540	LEK (%) n=266	PED (%) n=487
Odpověď					
Ne	92,5	95,2	93,3	96,2	95,7
Ano	7,5	4,8	6,7	3,8	4,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=530	PRI (%) n=456	SOC (%) n=423	SPO (%) n=116
Odpověď				
Ne	92,5	93,6	94,8	86,2
Ano	7,5	6,4	5,2	13,8
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 59: Hraní na automatech v posledních 30 dnech při třídění dle fakult (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)

Nejvíce hráčů (36 % celého souboru, 38 % mužů, 33 % žen, $p<0,01$, χ^2) se poprvé setkalo s automatem ve věku 15–18 let, třetina (28 % mužů, 34 % žen, $p<0,001$, χ^2) po svém 18. roce, čtvrtina ve věku 10–14 let, desetina v méně než 10 letech věku (oba dvě bez signifikance mezi pohlavími).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	352	9,5	180	8,9	172	10,2
10–14 let	900	24,3	511	25,2	389	23,1
15–18 let	1331	35,9	773	38,2	558	33,1
Více než 18 let	1126	30,3	560	27,7	566	33,6
Celkem	3709	100,0	2024	100,0	1685	100,0

Tab. 60: Věk prvního hraní na automatech v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)

Jedno až tři setkání s gamblingem přiznalo 66 % osob, které někde hrály na automatech (55 % mužů, 80 % žen, $p<0,001$, χ^2), 4–10krát hrálo 22 % (28 % mužů, 17 % žen, $p<0,001$, χ^2), více než 10krát 11 % (17 % mužů, 4 % žen, $p<0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3 x	2461	66,3	1122	55,4	1339	79,4
4–10 x	837	22,5	556	27,5	281	16,7
Více než 10 x	414	11,2	347	17,1	69	4,0
Celkem	3712	100,0	2025	100,0	1687	100,0

Tab. 61: Frekvence hraní na automatech během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)

4.1.2.10 Osoba, která motivovala k užití drog

Nejčastěji motivovali respondenty k užití drog jejich přátelé (51 % odpovědí v celém souboru, 58 % mužů, 47 % žen), následoval vliv partnera (partnerky) – 6 % ze všech odpovědí, 2 % u mužů, 8 % u žen. Náhodní známí se podíleli na motivaci k užití drog v 5 % u celého souboru, v 6 % u mužů a v 5 % u žen. Relativní četnost vlivu dalších osob nepřesáhla 3 % (jiná osoba – 2,7 %, sourozenci – 2,1 %, rodiče – 1,7 %, lékař či farmaceut – 1,1 %, drogový překupník – 0,3 %).

Skupina	Všichni (n=9993)		Muži (n=4039)		Ženy (n=5954)	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Rodiče	166	1,7	45	1,1	121	2,0
Sourozenci	209	2,1	76	1,9	133	2,2
Partner(ka)	558	5,6	89	2,2	469	7,9
Přátelé	5102	51,1	2326	57,6	2776	46,6
Náhodní známí	528	5,3	227	5,6	301	5,1
Drogový překupník	28	0,3	20	0,5	8	0,1
Lékař/farmaceut	109	1,1	25	0,6	84	1,4
Jiná osoba	273	2,7	164	4,1	109	1,8

Tab. 62: Osoba, která respondenta motivovala k užití drog v celém souboru a při třídění dle pohlaví (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis, uvedeny pouze pozitivní odpovědi)

4.1.2.11 Setkání s drogovými překupníky

V případě setkání studentů s drogovými překupníky nikdo neuvedl, že by šlo o pouličního dealera. V případě 12 % respondentů (16 % mužů, 9 % žen) je oslovil překupník – vysokoškolák, u 4 % souboru (6 % mužů, 3 % žen) to byla osoba, která studovala na některé fakultě Masarykovy univerzity, u 2 % souboru (4 % mužů, 1 % žen) pak student fakulty, z níž pocházel dotazovaný.

Skupina	Všichni (n=9993)		Muži (n=4039)		Ženy (n=5954)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Dealer z ulice	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dealer studentem VŠ	1198	12,0	637	15,8	561	9,4
Dealer studentem MU	409	4,1	249	6,2	160	2,7
Dealer studentem fakulty, z níž pochází respondent	212	2,1	147	3,6	65	1,1

Tab. 63: Setkání s drogovými překupníky v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvezeny pouze pozitivní odpovědi)

Při třídění souboru podle jednotlivých fakult bylo opět patrné, že se žádní respondenti nesetkali s pouličním prodávacem drog. V rozmezí 8,8–14,5 % (nejvíce na fakultě sportovních studií, nejméně na lékařské fakultě) respondenti uváděli, že drogový dealer byl studentem vysoké školy, od 2,0 do 6,1 % oslovených přiznalo, že šlo o studenta Masarykovy univerzity (nejvíce na fakultě sociálních studií, nejméně na lékařské fakultě), od 0,7 do 3,4 % pak udalo, že dealer byl studentem téže fakulty, na níž studují i respondenti (nejvíce na právnické, nejméně na lékařské fakultě).

Skupina	ESP (%) n=762	FIL (%) n=2211	INF (%) n=1142	LEK (%) n=815	PED (%) n=1310
Odpověď					
Dealer z ulice	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dealer studentem VŠ	14,4	11,4	13,3	8,8	9,5
Dealer studentem MU	5,5	3,1	3,9	2,0	3,2
Dealer studentem fakulty, z níž pochází respondent	3,1	1,4	3,2	0,7	1,1
Skupina	PRA (%) n=1156	PRI (%) n=1274	SOC (%) n=1095	SPO (%) n=228	
Odpověď					
Dealer z ulice	0,0	0,0	0,0	0,0	
Dealer studentem VŠ	13,3	11,5	14,2	14,5	
Dealer studentem MU	5,9	3,9	6,1	4,8	
Dealer studentem fakulty, z níž pochází respondent	3,4	1,9	2,7	2,2	

Tab. 64: Setkání s drogovými překupníky při třídění dle fakult (uvezeny pouze pozitivní odpovědi)

4.1.2.12 Setkání se zfalšovanou či „nastavovanou“ drogou

Jedno či dvě setkání se zfalšovanou či ředěnou drogou přiznalo 9 % oslovených, 12 % mužů a 8 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Tři a více setkání s „nepravými“ či „ředěnými“ drogami byla zaznamenána u 3 % souboru (5 % mužů a 2 % žen, $p < 0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne, nikdy	8069	87,6	3075	83,2	4994	90,6
Ano, 1–2x	857	9,3	438	11,8	419	7,6
Ano 3x a vícekrát	283	3,1	184	5,0	99	1,8
Celkem	9209	100,0	3697	100,0	5512	100,0

Tab. 65: Setkání se zfalšovanou či „nastavovanou“ drogou v celém souboru a při třídění dle pohlaví (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis)

Při třídění vzorku podle jednotlivých fakult se ukázalo, že jedno či dvě setkání se zfalšovanou nebo „nastavovanou“ drogou zaznamenalo 5,9–10,8 % studentů (nejvíce na filosofické, nejméně na lékařské fakultě). Trojnásobný a čtenější kontakt s takovou substancí byl přiznán 1,3–4,5 % studentů (nejvíce na fakultě sociálních studií, nejméně na lékařské fakultě).

Skupina	ESP (%) n=693	FIL (%) n=2053	INF (%) n=1045	LEK (%) n=757	PED (%) n=1216
Odpověď					
Ne, nikdy	88,5	84,9	88,4	92,8	88,7
Ano, 1–2x	9,3	10,8	8,4	5,9	8,8
Ano 3x a vícekrát	2,2	4,3	3,2	1,3	2,5
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=1062	PRI (%) n=1153	SOC (%) n=1016	SPO (%) n=214
Odpověď				
Ne, nikdy	86,8	89,7	85,2	86,9
Ano, 1–2x	10,0	8,6	10,3	9,8
Ano 3x a vícekrát	3,2	1,7	4,5	3,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 66: Setkání se zfalšovanou či „nastavovanou“ drogou při třídění dle fakult (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis)

4.1.2.13 Důvody, které vedly k užití drog

K dominantním důvodům užití drog patřilo v souboru uznání ostatních (uvedlo 44 % respondentů), zvědavost (27 %), méně navození příjemných pocitů (15 %), uvolnění psychického stresu (6 %) a spiritualita (5 %). Relativní četnost výskytu dalších důvodů nepřesáhla 5 %. U mužů zůstaly pozice uspořádání důvodů dle četnosti v podstatě stejné jako v celém souboru s důrazem na navození příjemných pocitů, u následujících možností byly zjištěny mírně vyšší preference spirituality, pochopení sebe sama a vztahu k sexu. U žen kopírují první čtyři místa rozložení důvodů v celém souboru

s důrazem na uznání ostatních a s mírně vyšší preferencí potlačení nepříjemných pocitů a zdravotních obtíží.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Důvod	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Uznání ostatních	4359	43,5	1312	32,5	3047	51,2
Zvědavost	2743	27,4	1195	29,6	1548	26,0
Navození příjemných pocitů	1521	15,2	748	18,5	773	13,0
Uvolnění psychologického stresu	580	5,8	201	5,0	379	6,4
Spiritualita	507	5,1	310	7,7	197	3,3
Potlačení nepříjemných pocitů	328	3,3	119	2,9	209	3,5
Pochopení světa a sebe sama	296	3,0	150	3,7	146	2,5
Potlačení zdravotních obtíží	249	2,5	79	2,0	170	2,9
Zlepšení výkonnosti	181	1,8	89	2,2	92	1,5
Potřeba družnosti	170	1,7	73	1,8	97	1,6
Začlenění do skupiny	153	1,5	64	1,6	89	1,5
Vztah k sexu	131	1,3	71	1,8	60	1,0

Tab. 67: Důvody užití drog v celém souboru a při třídění dle pohlaví (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis; uvedeny respondenty jako nejvíce důležité s klesající četností výskytu)

4.1.2.14 Dostupnost vybraných látek

Za velmi snadno obstaratelnou označili dotazovaní nejčastěji marihuanu (58 %), následují taneční drogy (10 %) a halucinogeny (9 %). Další látky byly k sehnání již hůře (pervitin a další budivé aminy jsou velmi snadno dostupné pro 4 % vzorku, opioidy mimo heroinu pro 3 %, kokain a crack pro 2 %, heroin pro 1 %). Obdobné názory byly zaznamenány též při třídění dle pohlaví s poněkud nižšími relativními četnostmi odpovědí u žen.

Při hodnocení dostupnosti substančních drog ve vzorku studentů jednotlivých fakult obdobně patří k velmi snadno získatelným marihuana (uvedlo 46–61 %), s nižší četností následují diskotékové drogy (6,6–10,3 %) a halucinogeny (5,2–8,6 %). Další návykové látky jsou velmi snadno obstaratelné pro méně než 5 % vzorku z jednotlivých fakult: budivé aminy pro 2,9–4,7 %, kokain a crack pro 0,4–2,2 %, heroin pro 0,2–1,2 %, jiné opioidy pro 1,4–2,5 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Látka	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Marihuana	5088	58,1	2137	59,4	2951	57,3
Budivé aminy	326	4,3	153	4,9	173	3,9
Kokain, crack	117	1,6	58	1,9	59	1,4
Halucinogeny	680	9,0	300	9,6	380	8,5
Diskotékové drogy	788	10,3	348	11,1	440	9,7
Heroin	84	1,1	46	1,5	38	0,9
Jiné opioidy	206	2,9	96	3,3	110	2,6

Tab. 68: Velmi snadná dostupnost vybraných drog v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=693	FIL (%) n=2053	INF (%) n=1045	LEK (%) n=757	PED (%) n=1216
Látka					
Marihuana	48,3	57,9	51,0	45,7	58,0
Budivé aminy	3,3	4,6	3,3	3,2	3,0
Kokain, crack	2,2	1,4	1,3	1,1	1,4
Halucinogeny	5,6	8,4	6,9	5,2	7,7
Diskotékové drogy	7,4	9,6	7,8	6,6	9,2
Heroin	1,2	1,0	1,2	1,1	0,8
Jiné opioidy	2,5	2,4	2,5	2,0	2,5

Skupina	PRA (%) n=1062	PRI (%) n=1153	SOC (%) n=1016	SPO (%) n=214
Látka				
Marihuana	59,0	53,0	61,4	54,7
Budivé aminy	3,4	2,9	3,1	4,7
Kokain, crack	1,5	1,0	0,4	1,4
Halucinogeny	6,4	8,4	8,6	5,6
Diskotékové drogy	9,9	6,6	9,3	10,3
Heroin	1,0	0,9	0,2	0,5
Jiné opioidy	2,0	2,5	1,4	1,9

Tab. 69: Velmi snadná dostupnost vybraných drog při třídění dle fakult

4.1.2.15 Užívání vybraných látek v okruhu známých

Při mapování užívání drog v okruhu známých byla respondenty na prvním místě označena marihuana (uvedlo 65 %), následovaly taneční drogy (17 %), halucinogeny (16 %) a budivé aminy (pervitin aj. – 8 %). Relativní četnost užívání dalších substancí v okruhu známých nepřesáhla 5 % (jiné opioidy mimo heroinu – 4 %, kokain a crack – 3 %, heroin – 1 %). Obdobné pořadí bylo zachováno i při třídění dle pohlaví s poněkud nižšími relativními četnostmi některých odpovědí žen.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Marihuana	6517	65,2	2694	66,7	3823	64,2
Budivé aminy	814	8,1	330	8,2	484	8,1
Kokain, crack	311	3,1	125	3,1	186	3,1
Halucinogeny	1580	15,8	695	17,2	885	14,9
Diskotékové drogy	1702	17,0	700	17,3	1002	16,8
Heroin	104	1,0	49	1,2	55	0,9
Jiné opioidy	416	4,2	174	4,3	242	4,1

Tab. 70: Užívání vybraných drog v okruhu známých v celém souboru a při třídění dle pohlaví (pouze kladné odpovědi)

4.1.2.16 Postoje respondentů k některým rizikovým aktivitám

Postoje k pravidelné denní konzumaci 20 a více tabákových cigaret se liší dle pohlaví. V rámci celého souboru s kouřením souhlasí 6 % dotazovaných, při třídění dle pohlaví jde o 9 % mužů a 4,5 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Relativně málo respondentů (5 %) neumí zaujmout stanovisko, zbytek kouření odsuzuje.

Při třídění vzorku dle jednotlivých fakult se ukázalo, že tuto formu rizikového chování by schvalovalo nejméně studentů z lékařské fakulty a fakulty sportovních studií, nejvíce by k němu inklinovali studenti fakulty právnické a filosofické, i když jich byla méně než desetina.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	626	6,3	363	9,1	263	4,5
Nesouhlasím	8724	88,4	3397	85,2	5327	90,5
Nevím	519	5,3	225	5,6	294	5,0
Celkem	9869	100,0	3985	100,0	5884	100,0

Tab. 71: Postoje k pravidelnému kouření 20 a více cigaret denně v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=756	FIL (%) n=2183	INF (%) n=1129	LEK (%) n=807	PED (%) n=1296
Odpověď					
Souhlasím	5,7	7,9	7,5	2,6	4,2
Nesouhlasím	89,7	85,5	87,7	94,7	91,2
Nevím	4,6	6,6	4,8	2,7	4,6
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=1145	PRI (%) n=1254	SOC (%) n=1073	SPO (%) n=226
Odpověď				
Souhlasím	8,1	4,7	8,5	3,1
Nesouhlasím	87,8	89,6	84,3	92,5
Nevím	4,1	5,7	7,2	4,4
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 72: Postoje k pravidelnému kouření 20 a více cigaret denně při třídění dle fakult

O něco méně „tvrdé“ reakce se vyskytly při hodnocení názorů na pravidelnou konzumaci marihuany. Souhlasí s ní desetina celého souboru, 16 % mužů a 6 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Oproti pohledu na tabák vzrostl počet osob, které se neumějí jednoznačně rozhodnout (z 5 % na 10 %).

Ze třídění vzorku podle jednotlivých fakult vyplynulo, že tuto formu rizikového chování by schvalovalo nejméně studentů z lékařské a pedagogické fakulty, nejvíce by k němu inklinovali studenti fakulty informatiky a sociálních studií, jichž byla více než desetina.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	995	10,1	620	15,6	375	6,4
Nesouhlasím	7881	79,9	2933	73,7	4948	84,1
Nevím	984	10,0	426	10,7	558	9,5
Celkem	9860	100,0	3979	100,0	5881	100,0

Tab. 73: Postoje k pravidelnému kouření marihuany v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=754	FIL (%) n=2178	INF (%) n=1126	LEK (%) n=806	PED (%) n=1297
Odpověď					
Souhlasím	8,2	12,0	13,3	2,8	5,2
Nesouhlasím	82,4	76,7	76,5	90,4	86,8
Nevím	9,4	11,3	10,2	6,8	8,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1145	PRI (%) n=1254	SOC (%) n=1074	SPO (%) n=226	
Odpověď					
Souhlasím	11,0	9,1	15,8	9,7	
Nesouhlasím	80,5	80,1	71,2	81,5	
Nevím	8,5	10,8	13,0	8,8	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 74: Postoje k pravidelnému kouření marihuany při třídění dle fakult

Pohled oslovených studentů na experimentální užití drog s neakceptovatelným rizikem (tzv. „tvrdých“ či „těžkých“) se podobá názorům na pravidelnou konzumaci tabáku. V rámci celého souboru s ním 5 % souhlasí (8 % mužů, 3 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Poněkud více osob neumí riziko posoudit (6,5 % souboru, mužů více), zbytek experimenty odmítá.

Ze třídění vzorku dle jednotlivých fakult vyplynulo, že s experimentem s „těžkými“ drogami by souhlasilo nejméně studentů z lékařské a pedagogické fakulty. Nejvíce souhlasných odpovědí pocházelo z fakulty filosofické a sociálních studií, i když jich bylo méně než desetina.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	530	5,4	329	8,3	201	3,4
Nesouhlasím	8676	88,1	3334	83,8	5342	91,1
Nevím	638	6,5	317	8,0	321	5,5
Celkem	9844	100,0	3980	100,0	5864	100,0

Tab. 75: Postoje k experimentu s „těžkými“ drogami v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=756	FIL (%) n=2171	INF (%) n=1127	LEK (%) n=807	PED (%) n=1288
Odpověď					
Souhlasím	4,9	7,0	6,3	2,5	3,2
Nesouhlasím	89,9	85,6	86,2	94,5	91,5
Nevím	5,2	7,4	7,5	3,0	5,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1142	PRI (%) n=1256	SOC (%) n=1072	SPO (%) n=225	
Odpověď					
Souhlasím	5,1	4,3	7,7	6,7	
Nesouhlasím	88,9	89,7	82,2	88,4	
Nevím	6,0	6,0	10,1	4,9	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 76: Postoje k experimentu s „těžkými“ drogami při třídění dle fakult

Oproti předchozímu jsou respondenti mnohem více benevolentní k pokusnému užití látek s akceptovatelným rizikem (tzv. „měkkých“ či „lehkých“ drog). Souhlasí s ním 24 % všech dotazovaných, 31 % mužů a 19 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Přibližně 14 % vzorku neumí zaujmout jasné stanovisko, zbytek s experimenty jednoznačně nesouhlasí.

Při třídění vzorku dle jednotlivých fakult se ukázalo, že tuto formu experimentu by schvalovalo nejméně studentů z lékařské a pedagogické fakulty, nejvíce by k němu inklinovali studenti fakulty sociálních studií a sportovních studií, jichž je třetina.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	2384	24,2	1247	31,4	1137	19,4
Nesouhlasím	6112	62,1	2206	55,5	3906	66,7
Nevím	1340	13,6	524	13,2	816	13,9
Celkem	9836	100,0	3977	100,0	5859	100,0

Tab. 77: Postoje k experimentu s hašišem, halucinogeny, diskotékovými drogami v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=754	FIL (%) n=2174	INF (%) n=1129	LEK (%) n=803	PED (%) n=1289
Odpověď					
Souhlasím	20,7	28,5	25,1	14,6	17,8
Nesouhlasím	66,3	56,9	60,2	74,7	69,5
Nevím	13,0	14,6	14,7	10,7	12,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1144	PRI (%) n=1251	SOC (%) n=1068	SPO (%) n=224	
Odpověď					
Souhlasím	23,1	21,5	35,4	30,8	
Nesouhlasím	64,2	64,8	49,0	58,0	
Nevím	12,7	13,7	15,6	11,2	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 78: Postoje k experimentu s hašišem, halucinogeny, diskotékovými drogami při třídění dle fakult

Situace se dramaticky mění při posuzování názorů respondentů na experimenty s marihuanou. Schvaluje je 60 % souboru (66 % mužů, 56 % žen, $p < 0,001$, χ^2), 14 % se nedovede rozhodnout (ženy více), zbytek s aktivitou nesouhlasí.

Ve vzorku studentů tříděném podle jednotlivých fakult by experimenty s marihuanou schvalovalo nejméně osob z pedagogické a lékařské fakulty (přibližně polovina). Na zbylých fakultách by vyzkoušení marihuany schvalovaly dvě třetiny oslovených, nejvíce z fakulty sociálních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	5932	60,2	2642	66,4	3290	56,0
Nesouhlasím	2487	25,2	894	22,5	1593	27,1
Nevím	1432	14,5	442	11,1	990	16,9
Celkem	9851	100,0	3978	100,0	5873	100,0

Tab. 79: Postoje k experimentu s marihuanou v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=756	FIL (%) n=2178	INF (%) n=1126	LEK (%) n=807	PED (%) n=1294
Odpověď					
Souhlasím	63,4	62,6	63,0	52,4	50,5
Nesouhlasím	22,9	22,5	24,0	33,1	32,8
Nevím	13,8	14,9	13,0	14,5	16,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=1145	PRI (%) n=1251	SOC (%) n=1068	SPO (%) n=226	
Odpověď					
Souhlasím	60,8	57,3	69,8	65,0	
Nesouhlasím	25,9	26,6	16,5	24,4	
Nevím	13,3	16,1	13,7	10,6	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 80: Postoje k experimentu s marihuanou při třídění dle fakulty

4.1.2.17 Názory na legalizaci drog

Proti legalizaci jakékoli dnes zakázané drogy se rozhodně staví 13 % souboru (15 % mužů, 12 % žen, $p < 0,01$, χ^2). Legalizaci vybraných látek k využití např. v medicíně a farmakologii by podpořilo 53 % dotazovaných (40 % mužů, 62 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Legalizaci tzv. „lehkých“ (zvláště konopných) drog by schvalovala čtvrtina respondentů (33 % mužů, 20 % žen, $p < 0,01$, χ^2), legalizaci všech drog necelá 2 % souboru (3,3 % mužů, 0,8 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Jiné názory (ponejvíce se týkající změn v pohledu společnosti na drogy a na drogovou legislativu) zastává 6 % oslovených (9,5 % mužů, 4,3 % žen, $p < 0,001$, χ^2).

Při třídění osloveného vzorku dle fakult se proti legalizaci jakékoli dnes zakázané látky staví 10–18 % respondentů, s legalizací některých drog využitelných na doporučení a za dohledu odborníků by souhlasilo 42–64 %. Legalizaci zejména tzv. „lehkých“ drog by schvalovalo 13–33 %, legalizaci všech druhů nyní zakázaných látek pak 0,8–2,9 %. Jiný názor než v předchozím prezentovaný zastávalo 3–9 % dotazovaných.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Proti legalizaci jakékoli drogy	1303	13,3	577	14,6	726	12,4
Pro legalizaci některých drog k využití lege artis	5219	53,3	1584	40,1	3635	62,2
Pro legalizaci některých drog, zvl. tzv. „lehkých“	2472	25,2	1288	32,6	1184	20,3
Pro legalizaci všech drog	173	1,8	129	3,3	44	0,8
Jiný názor	626	6,4	374	9,5	252	4,3
Celkem	9793	100,0	3952	100,0	5841	100,0

Tab. 81: Názory na legalizaci drog v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Skupina	ESP (%) n=748	FIL (%) n=2168	INF (%) n=1123	LEK (%) n=794	PED (%) n=1285
Odpověď					
Proti legalizaci jakékoli drogy	13,8	12,0	15,2	17,5	14,4
Pro legalizaci některých drog k využití lege artis	54,8	52,5	41,5	64,5	61,6
Pro legalizaci některých drog, zvl. tzv. „lehkých“	25,5	27,1	32,3	12,8	18,8
Pro legalizaci všech drog	1,9	1,8	2,1	0,8	0,5
Jiný názor	4,0	6,6	8,9	4,4	4,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=1134	PRI (%) n=1247	SOC (%) n=1071	SPO (%) n=223
Odpověď				
Proti legalizaci jakékoli drogy	13,1	12,6	9,7	16,2
Pro legalizaci některých drog k využití lege artis	48,9	58,3	46,8	52,9
Pro legalizaci některých drog, zvl. tzv. „lehkých“	27,7	21,0	32,6	27,4
Pro legalizaci všech drog	2,9	1,9	2,6	0,4
Jiný názor	7,4	6,2	8,3	3,1
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 82: Názory na legalizaci drog při třídění dle fakulty

4.2 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – další druhy rizikového chování včetně tzv. virtuálních drog

4.2.1 Bližší charakteristiky sledovaného souboru

Byly sebrány odpovědi 2 475 studentů prezenční formy studia všech 9 fakult Masarykovy univerzity, z toho 650 mužů (26,3 %) a 1 825 žen (73,7 %). Věkový průměr respondentů činil 21,21 roku, SD 2,50 roku. Nejvíce byli ve vzorku zastoupeni respondenti z pedagogické fakulty (44,4 %), fakulty sportovních studií (15,2 %), lékařské (14,8 %) a filosofické (11,5 %), zastoupení respondentů ze zbylých fakult bylo u každé z nich menší než 10 %. Z ročníků studia byl v souboru nejvíce zastoupen první (47,3 %), následoval druhý (28,9 %) a třetí (11,7 %), zbylé vykazovaly relativní četnost menší než 10 %.

Fakulta MU	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ekonomicko-správní	30	1,2
Filosofická	285	11,5
Informatiky	50	2,0
Lékařská	365	14,8
Pedagogická	1100	44,4
Právnícká	155	6,3
Přírodovědecká	85	3,4
Sociálních studií	30	1,2
Sportovních studií	375	15,2
Celkem	2475	100,0

Tab. 83: Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých fakult MU v celém souboru

Ročník studia	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
První	1170	47,3
Druhý	715	28,9
Třetí	290	11,7
Čtvrtý	160	6,5
Pátý	120	4,8
Šestý	20	0,8
Celkem	2475	100,0

Tab. 84: Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých ročníků studia v celém souboru

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muži	650	26,3
Ženy	1825	73,7
Celkem	2475	100,0

Tab. 85: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v celém souboru

Ročník studia	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
První	410	35,0	760	65,0
Druhý	145	20,3	570	79,7
Třetí	50	17,2	240	82,8
Čtvrtý	20	12,5	140	87,5
Pátý	25	20,8	95	79,2
Šestý	0	0,0	20	100,0

Tab. 86: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v jednotlivých ročnících studia

Fakulta MU	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ekonomicko-správní	10	1,5	20	1,1
Filosofická	50	7,7	235	12,9
Informatiky	45	6,9	5	0,3
Lékařská	25	3,8	340	18,6
Pedagogická	200	30,8	900	49,3
Právnická	85	13,1	70	3,8
Přírodovědecká	10	1,5	75	4,1
Sociálních studií	10	1,5	20	1,1
Sportovních studií	215	33,2	160	8,8
Celkem	650	100,0	1825	100,0

Tab. 87: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví na jednotlivých fakultách MU

Skupina	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Ročník studia					
První	50,0	26,3	40,0	23,3	47,7
Druhý	50,0	15,8	20,0	31,5	35,0
Třetí	0,0	12,3	30,0	38,3	6,4
Čtvrtý	0,0	19,3	0,0	1,4	7,7
Pátý	0,0	26,3	10,0	0,0	3,2
Šestý	-	-	-	5,5	-
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skupina	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375	
Ročník studia					
První	87,1	23,5	33,3	76,0	
Druhý	9,7	58,8	16,7	20,0	
Třetí	3,2	0,0	16,7	2,7	
Čtvrtý	0,0	0,0	33,3	1,3	
Pátý	0,0	17,7	0,0	0,0	
Šestý	-	-	-	-	
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tab. 88: Přehled zastoupení respondentů dle ročníků studia na jednotlivých fakultách MU

Svůj volný čas respondenti nejčastěji tráví ve společnosti přátel (73,5 %), s partnerem/partnerkou (62,4 %), s rodinou (58,4 %). Sportovním aktivitám se věnuje 55,6 % souboru, přivýdělkem 38,8 %, dalšímu sebevzdělávání mimo běžného studia 32,3 %, uměleckým aktivitám 27,1 %, jiným typům trávení osobního volna 5,5 %. V případě kategorie „jiné možnosti“ byly nejčastěji uváděny: odpočinek, péče o domácí zvíře, zábava na počítači, příprava do školy.

U obou pohlaví dominuje volný čas trávený ve společnosti přátel, u mužů dále s klesající relativní četností sportovní aktivity, partnerka, rodina, přivýdělek, další sebevzdělávání, umělecké aktivity a jinak, u žen dále s klesající relativní četností partner, rodina, sportovní aktivity, přivýdělek, další sebevzdělávání, umělecké aktivity a jinak. Kromě kategorie „přivýdělek“ a „jinak“ byly mezi odpověďmi obou pohlaví zaznamenány statisticky významné rozdíly na hladině 1 % a lepší (χ^2).

Při třídění vzorku dle fakult se ukázalo, že polovina a více respondentů s výjimkou vzorku studentů z fakulty informatiky tráví čas s rodinou. Více než polovina respondentů ze všech fakult s výjimkou ekonomicko-správní tráví své osobní volno s partnerem (partnerkou). Mimo studia se dalšímu sebevzdělávání věnují nejvíce posluchači z fakulty filosofické a sociálních studií. Přivýdělkem se zabývají nejvíce respondenti z fakulty filosofické, pedagogické a sportovních studií. Sportovní aktivity ve svém volném čase pěstuje více než polovina dotazovaných z téměř všech fakult s výjimkou filosofické a pedagogické, z fakulty sportovních studií pak téměř všichni oslovení vzhledem k souvislosti s jejich budoucím profesním zaměřením. Výraznější četnost (třetina a více) vyžití prostřednictvím uměleckých aktivit byla zaznamenána u vzorku z fakulty ekonomicko-správní, filosofické, informatiky, pedagogické, přírodovědecké a sociálních studií. Ve společnosti přátel rádo setrvává 60–100 % respondentů prakticky ze všech fakult MU (nejméně z fakulty informatiky, nejvíce z fakulty sociálních studií).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
S rodinou	1445	58,4	245	37,7	1200	65,8
S partnerem (partnerkou)	1545	62,4	290	44,6	1255	68,8
Další sebevzdělávání (kromě studia)	800	32,3	180	27,7	620	34,0
Přivýdělek	960	38,8	235	36,2	725	39,7
Sportovní aktivity	1375	55,6	405	62,3	970	53,2
Umělecké aktivity	670	27,1	80	12,3	590	32,3
Ve společnosti přátel	1820	73,5	405	62,3	1415	77,5
Jinak	135	5,5	30	4,6	105	5,8

Tab. 89: Převažující způsob trávení volného času, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny kladné odpovědi)

4.2.2 Přehled odpovědí z vlastního dotazování

4.2.2.1 Hra na hracím automatu

V celém souboru hrála někdy v životě na hracím automatu třetina respondentů, převažovali muži (47,7 % vs. 26,0 % u žen, $p < 0,001$, χ^2). Při třídění respondentů dle fakult bylo patrné, že celoživotní zkušenost s hrou na hracím automatu získala čtvrtina až dvě třetiny souboru, nejméně na fakultě přírodovědecké, nejvíce na fakultě sportovních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1690	68,3	340	52,3	1350	74,0
Ano	785	31,7	310	47,7	475	26,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 90: Hra na hracím automatu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Více než 13 % osob z celého souboru poprvé hrálo na hracím automatu ve věku 15–18 let, desetina byla starší 18 let. Mezi 10.–14. rokem poprvé hrálo 7,5 % respondentů, ve věku pod 10 let 1 % souboru. U mužů bylo nejvíce hráčských experimentů zaznamenáno ve věkové kategorii 15–18 let (23,8 %), u žen shodně (9,6 %) mezi 15.–18. rokem a po 18. roce věku. Ženy zkoušely hrát poprvé na automatech dokonce ve věku pod 10 let. Rozdíly mezi pohlavími byly statisticky významné ($p < 0,01$ a lepší, χ^2) ve všech věkových kategoriích s výjimkou „více než 18 let“.

Šestina respondentů z fakulty sociálních studií a desetina z fakulty informatiky vyzkoušela hru na hracím automatu ve věku pod 10 let, na ostatních fakultách méně (s četností 5 % a nižší). Nejvíce prvních hráčských pokusů bylo při třídění dle fakult situováno do věkových kategorií 10–14 a 15–18 let.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	25	1,0	0	0,0	25	1,3
10–14 let	185	7,5	85	13,1	100	5,5
15–18 let	330	13,3	155	23,8	175	9,6
Více než 18 let	245	9,9	70	10,8	175	9,6
Nehráli + neuvedli	1690	68,3	340	52,3	1350	74,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 91: Věk první hry na hracím automatu v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Během posledního půlroku před dotazováním respondenti na automatech hráli nejčastěji 1–3krát (7,7 %), s klesající relativní četností následovaly možnosti „4–10krát“ (1,0 %) a „více než 10krát“ (0,4 %). Devět desetin souboru v posledním půlroce na automatech nehrálo, nebo svoji odpověď neuvedlo. Pořadí kategorií kopíruje i třídění souboru dle pohlaví. U mužů jsou relativní četnosti všech položek minimálně dvojnásobně vyšší ($p < 0,001$ v kategorii „1–3krát“, χ^2).

Třetina respondentů z fakulty informatiky hrála v posledním půlroce 1–3krát, z ostatních fakult maximálně 15 %. Mnohem méně častější hráčské pokusy (do max. 2 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	190	7,7	95	14,6	95	5,2
4–10krát	25	1,0	10	1,5	15	0,8
Více než 10krát	10	0,4	5	0,8	5	0,3
Nehráli + neuvedli	2250	90,9	540	83,1	1710	93,7
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 92: Frekvence hry na hracím automatu v posledním půlroce v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Během posledního měsíce před dotazováním hrálo 1–3krát na hracích automatech 1,8 % souboru, 4–10krát a více než 10krát shodně 0,2 %. Muži hráli na hracích automatech v posledním měsíci častěji než ženy ($p < 0,01$, χ^2) s výjimkou kategorie „více než 10krát“, kde je situace obrácená.

V posledním měsíci hrála 1–3krát cca 2 % respondentů z filosofické a pedagogické fakulty, dvojnásobek z fakulty sportovních studií, 4–10krát 1,3 % z fakulty sportovních studií, více než 10krát 0,5 % dotazovaných z pedagogické fakulty.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	45	1,8	20	3,1	25	1,4
4–10krát	5	0,2	5	0,8	0	0,0
Více než 10krát	5	0,2	0	0,0	5	0,3
Nehráli + neuvedli	2420	97,8	625	96,1	1795	98,4
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 93: Frekvence hry na hracím automatu v posledním měsíci v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Během posledního týdne před studií hrálo na hracích automatech shodně po 0,2 % souboru v kategoriích „1–3krát“ a „více než 10krát“. V prvním případě šlo pouze o muže (0,8 %, $p < 0,01$, χ^2), ve druhém jen o ženy (0,3 %).

V posledním týdnu před dotazováním hrály 1–3krát 1,3 % vzorku studentů fakulty sportovních studií, více než 10krát 0,5 % respondentů z pedagogické fakulty, jiné aktivity při třídění dle fakult nebyly u této položky zaznamenány.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	5	0,2	5	0,8	0	0,0
4–10krát	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Více než 10krát	5	0,2	0	0,0	5	0,3
Nehráli + neuvedli	2465	99,6	645	99,2	1820	99,7
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 94: Frekvence hry na hracím automatu v posledním týdnu v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.2 Hra na výherním automatu

Na výherním automatu během života hrála pětina souboru, třetina (33,8 %) mužů a 15,3 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Na výherním automatu při třídění dle fakulty někdy v životě hrála desetina až polovina dotazovaných – nejméně na fakultě přírodovědecké, právnické a informatiky, nejvíce na fakultě ekonomicko-správní a sportovních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1975	79,8	430	66,1	1545	84,7
Ano	500	20,2	220	33,8	280	15,3
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 95: Hra na výherním automatu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

První experimenty s hrou na hracích automatech byly v celém souboru nejčastěji zaznamenány ve věkových kategoriích 15–18 let (8,7 %) a více než 18 let (7,3 %). Ve věku 10–14 let poprvé hrálo 3,6 % souboru, pod 10 let 0,6 %. Tuto situaci kopíruje věk první hry na výherních automatech u mužů, u žen dominuje kategorie „více než 18 let“, další následují s klesající relativní četností. Rozdíly mezi pohlavími byly statisticky významné ($p < 0,01$ a lepší, χ^2) kromě kategorie „více než 18 let“.

Brzké kontakty (pod 10 let věku) s výherními automaty byly zaznamenány zejména na fakultě přírodovědecké, právnické a sportovních studií (s četností 3–6 %). Vyšší četnost setkání s výherními automaty byla situována ve věkových kategoriích 10–14 a 15–18 let. Po 18. roce hráli poprvé zejména respondenti z pedagogické fakulty a fakulty sportovních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	15	0,6	10	1,5	5	0,3
10–14 let	90	3,6	45	6,9	45	2,4
15–18 let	215	8,7	115	17,8	100	5,5
Více než 18 let	180	7,3	50	7,7	130	7,1
Nehráli + neuvedli	1975	79,8	430	66,1	1545	84,7
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 96: Věk první hry na výherním automatu v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Hra na výherním automatu během posledního půlroku před dotazováním se v celém souboru vyskytovala s klesající frekvencí relativních četností v případě kategorie „1–3krát“ (4,6 %), „4–10krát“ (1,0 %) a „více než 10krát“ (0,2 %). Na automatech nehrálo či odpověď neuvedlo 94 % souboru. Obdobný trend je možné pozorovat i při třídění dle pohlaví, u mužů jsou však relativní četnosti vyšší než u žen (statistická významnost $p < 0,01$ a lepší, χ^2 , kromě kategorie „4–10krát“).

V posledním půlroce při třídění souboru dle fakult byly nejčastěji udány frekvence hry na výherních automatech 1–3krát, zejména na fakultě ekonomicko-správní (16,7 %) a sportovních studií (12,0 %). Kolem 2 % vzorku z fakulty filosofické a pedagogické uvedlo frekvenci hry 4–10krát, 1,3 % respondentů z fakulty sportovních studií častěji než 10krát.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	115	4,6	60	9,2	55	3,0
4–10krát	25	1,0	10	1,5	15	0,8
Více než 10krát	5	0,2	5	0,8	0	0,0
Nehráli + neuvedli	2330	94,2	575	88,5	1755	96,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 97: Frekvence hry na výherním automatu v posledním půlroce v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Relativní četnost hry na výherních automatech během posledního měsíce před studií klesá nepřímo úměrně její frekvenci (u kategorie „1–3krát“ 1,2 %, u kategorie „4–10krát“ 0,2 %, u kategorie „více než 10krát“ 0,0 %). Téměř 99 % souboru v tomto období na výherních automatech nehrálo či údaj neuvedlo. Tento trend kopíruje i třídění dle pohlaví, jen četnosti hry u mužů jsou vyšší (statistická významnost $p < 0,01$, χ^2 , s výjimkou kategorie „více než 10krát“).

V posledním měsíci hrála na výherním automatu 2,3 % dotazovaných z pedagogické fakulty a 1,3 % z fakulty sportovních studií, a to 1–3krát, dále 1,3 % respondentů z fakulty sportovních studií 4–10krát, nikdo z oslovených častěji než 10krát.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	30	1,2	15	2,3	15	0,8
4–10krát	5	0,2	5	0,8	0	0,0
Více než 10krát	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nehráli + neuvedli	2440	98,6	630	96,9	1810	99,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 98: Frekvence hry na výherním automatu v posledním měsíci v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Během posledního týdne před studií hrály na výherních automatech 0,2 % souboru, a to 1–3krát. Jednalo se pouze o muže ($p < 0,01$, χ^2). Při třídění dle fakulty hru na výherním automatu v posledním týdnu uvedlo pouze 1,3 % respondentů z fakulty sportovních studií, vyšší četnosti nebyly zaznamenány.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	5	0,2	5	0,8	0	0,0
4–10krát	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Více než 10krát	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nehráli + neuvedli	2470	99,8	645	99,2	1825	100,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 99: Frekvence hry na výherním automatu v posledním týdnu v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.3 Hra na počítači, herní konzoli

Hře na počítači nebo herní konzoli se během života věnovalo více než 80 % celého souboru, muži poněkud více (83,1 % vs. 79,2 % u žen, $p < 0,05$, χ^2).

Na počítači někdy v životě již hrály minimálně tři čtvrtiny až 100 % dotazovaných při třídění dle fakult-nejvíce z fakulty ekonomicko-správní, informatiky a právnické, nejméně z fakulty lékařské a pedagogické.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	490	19,8	110	16,9	380	20,8
Ano	1985	80,2	540	83,1	1445	79,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 100: Hra na počítači, herní konzoli během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Věk první hry na počítači nebo herní konzoli v celém souboru spadá nejčastěji do kategorie „10–14 let“ (43,4 %), následuje kategorie „méně než 10 let“ (26,5 %), „15–18 let“ (9,1 %) a „více než 18 let“ (1,2 %). Obdobné věkové rozčlenění první hry na počítači či konzoli zaznamenáváme i u žen. Muži poprvé hráli počítačové hry ve věku pod 10 let (43,1 %), následují další věkové kategorie s klesající relativní četností. Rozdíly mezi pohlavími jsou statisticky významné na hladině 5 % a lepší (χ^2), a to u všech věkových kategorií.

Při třídění dle fakult je věk první hry na počítači či herní konzoli nejčastěji situován do období pod 10 let (fakulta informatiky, ekonomicko-správní, právnická: polovina až dvě třetiny respondentů), dále do doby mezi 10.–14. rokem (patrně na všech sledovaných fakultách s četností 30–50 % dotazovaných). První herní zkušenost v pozdějším věku respondentů je již daleko méně zastoupená, což platí zejména po 18. roce.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 10 let	655	26,5	280	43,1	375	20,6
10–14 let	1075	43,4	255	39,2	820	44,9
15–18 let	225	9,1	5	0,8	220	12,1
Více než 18 let	30	1,2	0	0,0	30	1,6
Nehráli + neuvedli	490	19,8	110	16,9	380	20,8
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 101: Věk první hry na počítači, herní konzoli v celém souboru a při třídění dle pohlaví

U frekvence počítačových her během posledního půlroku před studií v celém souboru dominuje kategorie „více než 10krát“ s relativní četností 33,5 %, následují kategorie „1–3krát“ (17,8 %) a „4–10krát“ (10,7 %), 38 % souboru na počítači nebo konzoli nehrálo nebo údaj neuvedlo. Při třídění dle pohlaví se objevuje analogická situace, relativní četnosti hry jsou u mužů vyšší v kategorii „více než 10krát“, u žen v kategoriích ostatních, svědčících pro méně časté hraní. Rozdíly mezi pohlavími jsou ve všech případech statisticky významné ($p < 0,001$, χ^2)

Při třídění dle fakult hrálo 1–3krát v posledním půlroce na počítači či herní konzoli 16–24 % oslovených, zejména z fakulty informatiky, přírodovědecké a filosofické. V kategorii „4–10krát“ dominují studenti fakulty informatiky (80 %), u zbylých fakult se relativní četnost hry pohybuje mezi 7–17 %. Více než 10krát hrály dvě třetiny respondentů z fakulty ekonomicko-správní a sociálních studií, polovina z právnické a sportovních studií, třetina z přírodovědecké, pedagogické a filosofické, desetina z lékařské.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	440	17,8	65	10,0	375	20,5
4–10krát	265	10,7	40	6,2	225	12,3
Více než 10krát	830	33,5	390	60,0	440	24,2
Nehráli + neuvedli	940	38,0	155	23,8	785	43,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 102: Frekvence hry na počítači, herní konzoli v posledním půlroce v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Během posledního měsíce před studií se hraní počítačových her více než 10krát věnovalo 20,8 % souboru, 15,2 % hrály 1–3krát, 9,1 % 4–10krát. Více než polovina souboru hry v posledním měsíci nehrála nebo údaj neuvedla. U mužů s klesající frekvencí hry v posledním měsíci klesá i její relativní četnost (40,8 %–14,6 %–12,3 %), u žen byl nejvyšší výskyt hry v poslední měsíci pozorován u kategorie „1–3krát“ (16,2 %), následovaly kategorie „více než 10krát“ (13,7 %) a „4–10krát“ (7,1 %). U všech kategorií byl zaznamenán významný rozdíl v odpovědích mužů a žen ($p < 0,05$ a lepší, χ^2).

Při třídění dle fakult patřily k nejčtenějším odpovědím možnosti „1–3krát“ a „více než 10krát“, u respondentů z většiny fakult druhá převažovala (zejména z fakulty informatiky, sociálních a sportovních studií). Nízká úroveň hraní v tomto období byla pozorována u dotazovaných z lékařské fakulty.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	375	15,2	80	12,3	295	16,2
4–10krát	225	9,1	95	14,6	130	7,1
Více než 10krát	515	20,8	265	40,8	250	13,7
Nehráli + neuvedli	1360	54,9	210	32,3	1150	63,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 103: Frekvence hry na počítači, herní konzoli v posledním měsíci v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Odpověď					
1–3krát	33,3	21,1	10,0	5,5	16,3
4–10krát	33,3	10,5	0,0	5,5	6,4
Více než 10krát	16,7	21,1	80,0	6,8	16,8
Nehráli + neuvedli	16,7	47,3	10,0	82,2	60,5
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375
Odpověď				
1–3krát	25,8	17,7	16,7	10,7
4–10krát	16,2	11,8	0,0	16,0
Více než 10krát	29,0	17,6	50,0	33,3
Nehráli + neuvedli	29,0	52,9	33,3	40,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 104: Frekvence hry na počítači, herní konzoli v posledním měsíci při třídění dle fakult

V celém souboru byla nejčastěji zaznamenána frekvence počítačové hry během posledního týdne před dotazováním 1–3krát (14,9 %), další kategorie následují s klesající relativní četností (9,3 % a 6,1 %). Tento trend je patrný i při třídění dle pohlaví, relativní četnosti hry u mužů jsou ovšem vyšší, zvl. u kategorií „4–10krát“ a „více než 10krát“. Kromě kategorie „1–3krát“ byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi mužů a žen ($p < 0,001$, χ^2).

Při třídění odpovědí dle fakult se nejčastěji vyskytovala odpověď „1–3krát“ s výjimkou 80 % respondentů z fakulty informatiky, kteří hráli na počítači nebo herní konzoli během posledního týdne častěji. Častěji než 10krát v posledním týdnu hrála také desetina respondentů z fakulty sportovních studií a téměř 17 % z fakulty ekonomicko-správní.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	370	14,9	110	16,9	260	14,2
4–10krát	230	9,3	140	21,5	90	4,9
Více než 10krát	150	6,1	80	12,3	70	3,8
Nehráli + neuvedli	1725	69,7	320	49,2	1405	77,1
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 105: Frekvence hry na počítači, herní konzoli v posledním týdnu v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V celém souboru respondenti trávili hrou na počítači nebo herní konzoli ponejvíce 1 hodinu času denně (11,3 %), následovaly možnosti „1–3 hodiny“ (7,3 %) a „3–5 hodin“ (1,8 %), 79,6 % osob počítačové hry nehrálo, nebo údaj neuvedlo. Muži nejčastěji hrají počítačové hry 1–3 hodiny denně (20,0 %), ženy méně než 1 hodinu denně

(9,6 %). Mezi odpověďmi mužů a žen byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p < 0,001$, χ^2) s výjimkou kategorie „více než 5 hodin“.

Relativně málo času tráví hraním na počítači nebo herní konzoli studenti lékařské, filosofické, pedagogické a přírodovědecké fakulty, nejvíce posluchači fakulty informatiky (třetina z nich více než 5 hodin denně). S menší intenzitou je hraní oblíbeno u studentů zbývajících fakult.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Méně než 1 hodinu	280	11,3	105	16,2	175	9,6
1 – 3 hodiny	180	7,3	130	20,0	50	2,7
3 – 5 hodin	45	1,8	30	4,6	15	0,8
Více než 5 hodin	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nehráli + neuvedli	1970	79,6	385	59,2	1585	86,8
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 106: Čas strávený denně hraním her na počítači, herní konzoli v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.4 Používání mobilního zařízení

V celém souboru 4,6 % osob mobilní zařízení (telefon či osobní komunikátor) nevlastní, ev. neuvedlo jeho hlavní využití. U zbytku vzorku dominuje posílání SMS a MMS (56,6 %), telefonování (36,0 %). Zbylé možnosti jsou zastoupeny řídce, za zmínku stojí ještě práce s multimédií (zvuk, obraz, video) – označily ji 2,4 % souboru.

Popsaná situace je patrná i při třídění souboru dle pohlaví. U mužů je poměr mezi posíláním zpráv a telefonováním vyrovnanější (poměr 1,3:1), více využívají práci s multimédií, u žen převažuje posílání zpráv nad telefonováním (poměr 1,7:1). Statisticky významné rozdíly mezi odpověďmi tříděnými dle pohlaví byly zaznamenány v případech posílání SMS, ev. MMS ($p < 0,001$, χ^2), wapu ($p < 0,01$, χ^2) a práce s multimédií ($p < 0,001$, χ^2).

Dotazovaní z ekonomicko-správní fakulty svá mobilní zařízení používají zejména k telefonování (polovina), méně jiným způsobem (psaní SMS zpráv, práce s multimédií, apod.). U oslovených z filosofické fakulty, fakulty sociálních studií a fakulty sportovních studií je poměr zhruba vyvážený, u zbytku převažuje psaní SMS (na fakultě informatiky 80 % respondentů, na fakultě lékařské, pedagogické a přírodovědecké dvě třetiny, na právnické 55 %) nad jinými způsoby užívání mobilního zařízení.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Telefonování	890	36,0	230	35,3	660	36,2
Posílání SMS, MMS	1400	56,6	290	44,6	1110	60,8
Chatování	5	0,2	0	0,0	5	0,3
Prohlížení webu (wap)	5	0,2	5	0,8	0	0,0
Hraní her	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Multimédia	60	2,4	40	6,2	20	1,1
Nevlastní + neuvedli	115	4,6	85	13,1	30	1,6
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 107: Převažující možnost používání mobilního telefonu (komunikátoru) v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Nejčastější doba denního používání činí méně než hodinu (66,9 %), následují možnosti „1–3 hodiny“ (19,0 %) a „3–5 hodin“ (2,2 %). Více než 5 hodin denně pracují se svým mobilním zařízením 3,4 % osob v souboru, denně mobilní zařízení neužívá 8,5 % souboru. Trend je zachován i při třídění souboru dle pohlaví – mobilní zařízení využívají dvě třetiny mužů a téměř 69 % žen méně než hodinu denně, 15,4 % mužů a 20,3 % žen 1–3 hodiny denně. V těchto kategoriích byla rovněž zaznamenána statistická významnost rozdílů mezi odpověďmi ($p < 0,01$ a lepší, χ^2).

Své mobilní zařízení používají respondenti ze všech fakult nejčastěji méně než 1 hodinu denně (60–83 %). Řidší frekvenci užívání udala desetina oslovených z filosofické, pedagogické a právnické fakulty, pětina vzorku z fakulty informatiky a šestina z fakulty sociálních studií. Užití 1–3 hodiny denně bylo zaznamenáno u desetiny dotazovaných z filosofické fakulty, pětiny z fakulty pedagogické a informatiky, šestiny z fakulty lékařské, právnické a sociálních studií, čtvrtiny z fakulty přírodovědecké a sportovních studií. Tři a více hodin denně mobilní zařízení užívá šestina vzorku studentů z ekonomicko-správní fakulty, ve zbylých případech jde o relativní četnost od 0 % (fakulta informatiky, přírodovědecká a sociálních studií) do 5,3 % (fakulta sportovních studií).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Denně jej neužívám	210	8,5	120	18,5	90	4,9
Méně než 1 hodinu	1655	66,9	400	61,5	1255	68,8
1 – 3 hodiny	570	19,0	100	15,4	370	20,3
3 – 5 hodin	55	2,2	10	1,5	45	2,5
Více než 5 hodin	85	3,4	20	3,1	65	3,5
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 108: Čas strávený denně používáním mobilního telefonu (komunikátoru) v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.5 Používání internetu

V rámci celého souboru dominuje surfování na webu (40,6 %), s téměř obdobnými relativními četnostmi následuje využívání e-mailu (16,4 %) a webových aplikací (16,2 %), dále pohyb v sociálních sítích (13,7 %) a chatování (7,9 %). Jiné nabízené možnosti jsou uváděny řídce. V případě třídění dle pohlaví opět stojí na prvním místě procházení internetu – surfování (57,7 %), u mužů následuje pohyb v sociální síti (13,8 %), využívání e-mailu (10,8 %) a chatování (7,9 %). U žen stojí za surfováním (34,5 %) práce s webovými aplikacemi (19,5 %), e-mailem (18,4 %), pohyb v sociální síti (13,7 %) a chatování (8,8 %). Mezi odpověďmi respondentů tříděnými dle pohlaví byly u všech možností práce s internetem nalezeny statisticky významné rozdíly na hladině 5 % a lepší (χ^2) kromě kategorií „pohyb v sociální síti“, „pohyb ve výměnné síti“ a „jiná možnost“.

U respondentů z většiny fakult MU vede surfování po webu (filosofická, lékařská, pedagogická, právnická, přírodovědecká fakulta a fakulta sportovních studií). Práci s webovými aplikacemi se zabývá desetina až čtvrtina respondentů z různých fakult s výjimkou informatiky, elektronickou poštu využívá desetina až pětina dotazovaných s výjimkou vzorku studentů fakulty ekonomicko-správní, sociálních studií a přírodovědecké. Chatování je velmi oblíbeno u posluchačů fakulty ekonomicko-správní a sportovních studií, pohyb v sociálních sítích přiznali studenti všech fakult, nejvíce sociálních studií, informatiky, ekonomicko-správní a právnické.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Surfování na webu	1005	40,6	375	57,7	630	34,5
Webové aplikace	400	16,2	45	6,9	355	19,5
Elektronická pošta	405	16,4	70	10,8	335	18,4
Chatování	195	7,9	35	5,4	160	8,8
Blogování	10	0,4	0	0,0	10	0,5
Internetová telefonie	10	0,4	0	0,0	10	0,5
Pohyb v sociální síti	340	13,7	90	13,8	250	13,7
Pohyb ve výměnné síti	10	0,4	5	0,8	5	0,3
Jiná možnost	100	4,0	30	4,6	70	3,8
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 109: Převažující možnost používání internetu v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Respondenti nejčastěji tráví prací či zábavou na síti 1–3 hodiny denně (45,5 %), následují možnosti „3–5 hodin“ (18,4 %), „méně než 1 hodinu“ (11,5 %) a „více než 5 hodin“ (10,7 %). Denně není on-line 13,9 % souboru. Obdobně muži tráví na síti denně nejčastěji 1–3 hodiny (36,1 %), stejně tak i ženy (48,8 %, zde je rozdíl mezi pohlavími statisticky významný na hladině 0,1 %, χ^2), následuje možnost „3–5 hodin“ (19,2 % u mužů a 18,1 % u žen). Muži se vyskytují na síti více než 5 hodin denně v 16,2 % případů, méně než 1 hodinu je jich připojena 13,1 %. Obrácené pořadí zaznamenáváme u žen: denně je jich on-line 11 % méně než 1 hodinu a 8,8 % více než 5 hodin (u této kategorie je rozdíl mezi pohlavími statisticky významný na hladině 0,1 %, χ^2).

Nejčastější odpovědi při třídění dle fakult na otázku délky doby strávené on-line byly 1–3 hodiny (uviedla třetina až dvě třetiny dotazovaných) s výjimkou ekonomicko-správní fakulty, kdy je více než 80 % vzorku jejích studentů denně on-line 3–5 hodin. Denní připojení k síti nemělo 6–17 % posluchačů s výjimkou fakulty ekonomicko-správní, informatiky a sociálních studií. Více než 5 hodin denně stráví na síti třetina dotazovaných z fakulty informatiky a sociálních studií, u zástupců z ostatních fakult jde o nižší četnosti (desetinu až šestinu).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Denně nejsem on-line	345	13,9	100	15,4	245	13,4
Méně než 1 hodinu	285	11,5	85	13,1	200	11,0
1 – 3 hodiny	1125	45,5	235	36,1	890	48,8
3 – 5 hodin	455	18,4	125	19,2	330	18,1
Více než 5 hodin	265	10,7	105	16,2	160	8,8
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 110: Čas strávený denně prací či zábavou on-line v celém souboru a při třídění dle pohlaví

S bezprostředním ohrožením se při své práci či zábavě na internetu setkalo 80,8 % celého souboru, 73,2 % mužů a 82,5 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Při třídění dle fakult se 67–94 % respondentů s nějakým typem rizika při práci na internetu již setkalo.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	475	19,2	155	23,8	320	17,5
Ano	2000	80,8	495	76,2	1505	82,5
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 111: Setkání s bezprostředním ohrožením při práci na internetu v celém souboru a při třídění dle pohlaví

K hlavním typům rizik při práci či zábavě na internetu patřily nevyžádané e-mailové zprávy – spamy (83,6 % v celém souboru, 82,3 % u mužů, 84,1 % u žen), infekce viry, červy či trojskými koni (79,0 % v celém souboru, 80,8 % u mužů, 78,4 % u žen), nabídka a stahování pirátského softwaru (cracky, generátory licenčních údajů, patchované aplikace, programy s „nekonečnou“ dobou používání bez potřeby zadávání licenčních údajů) – 33,3 % v celém souboru, 49,2 % u mužů, 27,7 % u žen, statisticky významný rozdíl mezi pohlavími, $p < 0,001$, χ^2 . Následuje problematika vylákání citlivých dat (osobních údajů, hesel, bankovních identifikátorů, tzv. phishing) – 25,7 % v celém souboru, 35,4 % u mužů, 22,2 % u žen, $p < 0,001$, χ^2 . Za zmínku dále stojí riziko hazardních her a sázek, zejména u mužů (celý soubor 18,2 %, muži 35,4 %, ženy 12,1 %, $p < 0,001$, χ^2), prezentace rasismu a xenofobie (celý soubor 13,5 %, muži 23,1 %, ženy 10,1 %, $p < 0,001$, χ^2). S dalšími riziky se osoby ve vzorku setkaly méně často. Na

pedofilně orientované materiály na internetu narazila 3,4 % souboru (10,0 % mužů, 1,1 % žen, $p < 0,001$, χ^2), na glorifikaci užívání drog a drogové subkultury 6,3 % souboru (11,5 % mužů, 4,4 % žen, $p < 0,001$, χ^2), na sebevražedné návody 7,3 % souboru (8,5 % mužů, 6,8 % žen), s propagací terorismu a postupy k výrobě zařízení, která mohou být takto zneužita, se setkala 2,8 % souboru (7,7 % mužů, 1,1 % žen, $p < 0,001$, χ^2), se šikanou, vulgarismy a urážkami 7,7 % souboru (13,1 % mužů a 5,8 % žen, $p < 0,001$, χ^2) a s prvky pronásledování a slídění – stalkingu 3,4 % souboru (4,9 % mužů a 2,2 % žen, $p < 0,001$, χ^2).

Při třídění sledovaného vzorku dle fakult se nejčastěji s počítačovými viry a dalšími škodlivými programy setkali posluchači fakulty informatiky (90 %), obdobně s nevyžádanými e-maily-spamy (100 %) a hazardem on-line (40 %). S pokusy vylákat z uživatelů citlivá data měly svou zkušenost dvě třetiny posluchačů fakulty sociálních studií, polovina vzorku z fakulty právnické a informatiky. U respondentů z ostatních fakult byly rovněž zaznamenány vysoké relativní četnosti setkání s počítačovou infekcí a nevyžádanými e-maily.

Na pedofilně orientované materiály nejčastěji narazili studenti fakulty právnické, sportovních studií a filosofické (četnost 5–10 %). Glorifikaci drogové subkultury a užívání návykových látek častěji zaznamenali zejména posluchači fakulty filosofické, informatiky, přírodovědecké a sportovních studií (12–20 %).

Webové stránky obsahující rasisticky a xenofobně zaměřené materiály zaznamenala třetina uživatelů z fakulty filosofické a informatiky, čtvrtina z právnické fakulty. Stránky s obsahem, který poskytuje rady a návody k sebevražednému jednání, zachytili nejčastěji uživatelé na fakultě filosofické a sociálních studií (17 %).

Na pirátský software a rizika s ním související narazilo nejvíce studentů fakulty informatiky, právnické, filosofické a přírodovědecké (41–70 %). Tento problém byl uveden respondenty všech fakult MU, u ostatních však s nižší četností (18–33 %).

Stránky s návody na nástražné a výbušné systémy a s obsahem propagujícím myšlenky terorismu byly uvedeny s podstatně nižší četností, zmiňovali je zejména posluchači fakulty informatiky, filosofické a sportovních studií (7–10 %). Šikánování a urážky na internetu zaznamenali především posluchači fakulty informatiky, filosofické a přírodovědecké (12–30 %). Aktivitu s prvky pronásledování a slídění na webu zaznamenalo nejvíce posluchačů z fakulty sociálních studií a filosofické (10–17 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Víry, červi, trojany	1955	79,0	525	80,8	1430	78,4
Nevyžádané e-maily	2070	83,6	535	82,3	1535	84,1
Vylákání citlivých dat	635	25,7	230	35,4	405	22,2
Hazardní hry a sázky	450	18,2	230	35,4	220	12,1
Prezentace pedofilie	85	3,4	65	10,0	20	1,1
Glorifikace drog	155	6,3	75	11,5	80	4,4
Rasismus, xenofobie	335	13,5	150	23,1	185	10,1
Sebevražedné návody	180	7,3	55	8,5	125	6,8
Pirátský software	825	33,3	320	49,2	505	27,7
Propagace terorismu	70	2,8	50	7,7	20	1,1
Šikana, urážky	190	7,7	85	13,1	105	5,8
Pronásledování, slídění	85	3,4	45	6,9	40	2,2

Tab. 112: Typ rizik, s nimiž se uživatelé setkali na internetu v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny pozitivní odpovědi)

4.2.2.6 Sázky

V celém souboru si sázení během života vyzkoušelo 44,0 % respondentů. Při třídění dle pohlaví šlo o 64,6 % mužů a 36,7 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Pozitivní odpovědi při třídění dle fakult se pohybují mezi 33–67 % (nejméně u zástupců z fakulty sociálních studií, nejvíce u respondentů z fakulty ekonomicko-správní a sportovních studií).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1385	56,0	230	35,4	1155	63,3
Ano	1090	44,0	420	64,6	670	36,7
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 113: Sázení během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V rámci celého souboru první sázka nejčastěji proběhla mezi 15.–18. rokem (20,2 %), následovaly kategorie „více než 18 let“ (15,7 %), „10–14 let“ (6,9 %) a „méně než 10 let“ (1,2 %). Nesázelo či odpověď neuvedlo 56,0 % souboru. Při třídění dle pohlaví sázeli muži poprvé nejčastěji ve věku 15–18 let (36,2 %), ženy ve věku více než 18 let (16,4 %). Statisticky významné rozdíly mezi odpověďmi mužů a žen na hladině 0,1 % (χ^2) byly pozorovány u kategorií „10–14 let“ a „15–18 let“.

Dle údajů z jednotlivých fakult se první sázka nejčastěji uskutečnila ve věkových kategoriích „15–18 let“ a „více než 18 let“.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Méně než 10 let	30	1,2	10	1,5	20	1,1
10–14 let	170	6,9	85	13,1	85	4,7
15–18 let	500	20,2	235	36,2	265	14,5
Více než 18 let	390	15,7	90	13,8	300	16,4
Nesázeli + neuvedli	1385	56,0	230	35,4	1155	63,3
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 114: Věk respondenta, v němž se uskutečnila první sázka v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Během posledního půlroku před studií byla zaznamenána nejčastější frekvence sázek v celém souboru 1–3krát (12,1 %), s klesající tendencí následovaly kategorie „4–10krát“ (2,6 %) a „více než 10krát“ (2,4 %). Téměř 83 % v posledním půlroce nesázela, nebo svoji odpověď neuvedla.

Při třídění dle pohlaví je obdobně jako výše na prvním místě kategorie „1–3krát“ (muži 19,2 %, ženy 9,6 %). U mužů následuje možnost „více než 10krát“ (8,5 %) a „4–10krát“ (4,6 %), u žen je pořadí obrácené (1,9 % a 0,3 %). Četnosti všech kategorií sázek mezi oběma pohlavími byly statisticky významně rozdílné na hladině 0,1 % (χ^2).

V posledním půlroce byla frekvence sázek při třídění dle fakult nejčastěji 1–3krát (nejméně u dotazovaných z filosofické fakulty – 3,5 %, u zbylých zástupců pak s četností mezi 10–22 %). Vyšší frekvence sázení (více než 10krát) byla zaznamenána u studentů fakulty ekonomicko-správní, právnické a sportovních studií (7–17 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
1–3krát	300	12,1	125	19,2	175	9,6
4–10krát	65	2,6	30	4,6	35	1,9
Více než 10krát	60	2,4	55	8,5	5	0,3
Nesázeli + neuvedli	2050	82,9	440	67,7	1610	88,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 115: Frekvence sázení v posledním půlroce v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Během posledního měsíce před dotazováním činil výskyt sázení v celém souboru 6,1 % u možnosti „1–3krát“. Další kategorie byly zastoupeny s relativní četností kolem 1 %, 92,1 % souboru nesázela či údaj neuvedla. Muži sázeli v posledním měsíci nejčastěji 1–3krát (12,3 %), možnost „4–10krát“ jich uvedla 3,1 % a „více než 10krát“ 3,8 %. Ženy vybraly ve 3,8 % pouze možnost „1–3krát“. Četnosti všech kategorií sázek mezi oběma pohlavími byly statisticky významně rozdílné na hladině 0,1 % (χ^2).

Při třídění dle fakult činila frekvence sázení v posledním měsíci většinou 1–3 pokusy, zejména u studentů fakulty právnické, informatiky a sportovních studií se četnost výskytu pohybovala mezi 10–16 %. Četnější epizody sázení se vyskytly u posluchačů fakulty ekonomicko-správní (v kategorii „více než 10krát“ s četností 17 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	150	6,1	80	12,3	70	3,8
4–10krát	20	0,8	20	3,1	0	0,0
Více než 10krát	25	1,0	25	3,8	0	0,0
Nesázeli + neuvedli	2280	92,1	525	80,8	1755	96,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 116: Frekvence sázení v posledním měsíci v celém souboru a při třídění dle pohlaví

V posledním týdnu sázelo 2,8 % z celého souboru 1–3krát, 0,2 % 4–10krát a 0,4 % více než 10krát. Nesázelo nebo údaj neuvedlo 96,6 % respondentů. Obdobný trend se vyskytuje u mužů, ale s vyššími relativními četnostmi (8,5 %, 0,8 % a 1,5 %). Ženy sázely 1–3krát s relativní četností 0,8 %. Četnosti všech kategorií sázek mezi oběma pohlavími byly statisticky významně rozdílné na hladině 1 % a lepší (χ^2).

Při třídění dle fakult 1–3 sázkařské pokusy v posledním týdnu přiznali zejména studenti fakulty informatiky, právnické a sportovních studií (6–10 % z tohoto vzorku). Četnější frekvence sázení se vyskytla u posluchačů ekonomicko-správní fakulty (v kategorii „více než 10krát“ s četností 17 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	70	2,8	55	8,5	15	0,8
4–10krát	5	0,2	5	0,8	0	0,0
Více než 10krát	10	0,4	10	1,5	0	0,0
Nesázeli + neuvedli	2390	96,6	580	89,2	1810	99,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 117: Frekvence sázení v posledním týdnu v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Sázky byly v celém souboru zaměřeny ve 25,9 % na číselné loterie a v 18,6 % na tipy na výsledky sportovních utkání. U mužů jasně dominovaly sázky na sportovní utkání (45,4 %) nad číselnými loteriemi (20,0 %), u žen tomu bylo právě opačně (9,0 % sázky na sport, 27,9 % číselné loterie). Rozdíly v zaměření sázek dle pohlaví byly statisticky významné ($p < 0,001$ u číselných loterií i sportovních tipů, χ^2).

Při třídění dle fakult se ukazuje, že číselné loterie mají oblibu u posluchačů fakulty ekonomicko-správní, filosofické, lékařské, pedagogické a přírodovědecké, u zástupců z fakulty sociálních studií jsou pak ve stejném poměru k sázkám na sportovní výsledky. Sázky na sportovní výsledky dominují u studentů fakulty informatiky, právnické a sportovních studií.

4.2.2.7 Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie se během života vyskytla u 6,5 % respondentů, prakticky se jednalo pouze o ženy (8,8 % z nich, $p < 0,001$, χ^2). Kromě fakulty informatiky, právnické, přírodovědecké a sportovních studií se ve vzorku osob z ostatních fakult mentální

anorexie vyskytla s četností 5–34 % (nejméně na pedagogické, nejvíce na ekonomicko-správní fakultě).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2315	93,5	650	100,0	1665	91,2
Ano	160	6,5	0	0,0	160	8,8
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 118: Výskyt mentální anorexie během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Odbornou pomoc z důvodu mentální anorexie vyhledalo 1,2 % z celého souboru. Opět šlo pouze o ženy (1,6 % z nich, $p < 0,01$, χ^2). Při třídění dle fakult se jednalo o respondenty z fakulty lékařské, filosofické a pedagogické.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2445	98,8	650	100,0	1795	98,4
Ano	30	1,2	0	0,0	30	1,6
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 119: Vyhledání odborné pomoci kvůli mentální anorexii v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Mentální bulimie se během života vyskytla u 4,4 % respondentů, prakticky se jednalo pouze o ženy (6,0 % z nich, $p < 0,001$, χ^2). Kromě fakulty informatiky, přírodovědecké a sociálních studií byla ve vzorku osob z ostatních fakult mentální bulimie zaznamenána s četností 1–34 % (nejméně na fakultě sportovních studií, nejvíce na ekonomicko-správní fakultě).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2365	95,6	650	100,0	1715	94,0
Ano	110	4,4	0	0,0	110	6,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 120: Výskyt mentální bulimie během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Odbornou pomoc z důvodu mentální bulimie vyhledala 2,0 % z celého souboru. Opět šlo pouze o ženy (2,7 % z nich, $p < 0,001$, χ^2). Při třídění dle fakult respondenti pocházeli z fakulty ekonomicko-správní, filosofické, lékařské a pedagogické.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2425	98,0	650	100,0	1775	97,3
Ano	50	2,0	0	0,0	50	2,7
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 121: Vyhledání odborné pomoci kvůli mentální bulimii v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.8 Půjčky kvůli hře, sázce

Během života si kvůli hře či sázce byla nucena vypůjčit 2,4 % oslovených. Jednalo se o 5,4 % mužů a 1,4 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Kromě respondentů z fakulty ekonomicko-správní, sociálních studií a sportovních studií si ostatní již někdy v životě kvůli hře či sázce vypůjčili peníze.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2415	97,6	615	94,6	1800	98,6
Ano	60	2,4	35	5,4	25	1,4
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 122: Výskyt půjčky kvůli hře či sázce během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Nejčastěji si respondenti vypůjčili kvůli hře či sázce 1–3krát (1,6 %), následuje možnost „více než 10krát“ (0,6 %) a „4–10krát“ (0,2 %). Obdobnou tendenci relativních četností můžeme pozorovat u mužů (3,1 %, 2,3 % a 0,0 %), u žen má s rostoucí frekvencí výpůjček relativní četnost sestupný trend (1,1 %, 0,3 % a 0,0 %). Rozdíl mezi odpověďmi dle pohlaví je statisticky významný na hladině 0,1 % (χ^2) s výjimkou kategorie „4–10krát“.

Při třídění dle fakult se nejčastěji jednalo o 1–3 výpůjčky, poněkud více v případě zástupců z fakulty informatiky, méně z fakulty lékařské a pedagogické, s četností do 10 %. Vyšší frekvence výpůjček (4–10krát) byla zaznamenána u některých respondentů z fakulty informatiky a pedagogické fakulty.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1–3krát	40	1,6	20	3,1	20	1,1
4–10krát	5	0,2	0	0,0	5	0,3
Více než 10krát	15	0,6	15	2,3	0	0,0
Nepůjčili si + neuvedli	2415	97,6	615	94,6	1800	98,6
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 123: Frekvence půjčky kvůli hře či sázce během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Včasné splacení dluhu kvůli hře či sázce zvládla vždy či téměř vždy 2,0 % dotazovaných, 0,4 % měly se splácením potíže, 97,6 % souboru si nepůjčilo, nebo neuvedlo požadovaný údaj. Těch, kteří dluh splatili včas či většinou včas, bylo mezi muži 4,6 %, mezi ženami 1,1 % ($p < 0,001$, χ^2). Problémy se splácením mělo 0,8 % mužů a 0,3 % žen.

Při třídění dle fakult dokázali včas splatit své dluhy téměř všichni respondenti, menší problémy se vyskytly u studentů pedagogické a přírodovědecké fakulty.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Ano, vždy	40	1,6	25	3,8	15	0,8
Spíše ano	10	0,4	5	0,8	5	0,3
Spíše ne	10	0,4	5	0,8	5	0,3
Ne, nikdy	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Nepůjčili si + neuvedli	2415	97,6	615	94,6	1800	98,6
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 124: Včasné splacení dluhu kvůli hře či sázce v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.9 Internetové bankovníctví

Během svého života využilo služeb internetového bankovníctví 70,7 % souboru, v 67,7 % šlo o muže, v 71,8 % o ženy ($p < 0,05$, χ^2). Při třídění souboru dle fakult se využití služeb internetového bankovníctví během života pohybovalo mezi 67–100 %.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	725	29,3	210	32,3	515	28,2
Ano	1750	70,7	440	67,7	1310	71,8
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 125: Využití služeb internetového bankovníctví během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Internetové bankovníctví je respondenty nejčastěji využíváno několikrát měsíčně (43,8 % souboru), následuje kategorie „několikrát ročně“ (22,2 %), přibližně třetina tento typ bankovníctví nevyužívá, nebo neuvedla požadované údaje. Podobný charakter má využívání internetového bankovníctví při třídění souboru dle pohlaví, kdy se jím zabývá 44,6 % mužů a 43,6 % žen několikrát měsíčně, 19,2 % mužů a 23,3 % žen několikrát ročně ($p < 0,05$, χ^2).

Při třídění dle fakult respondenti nejčastěji využívají služeb internetového bankovníctví několikrát ročně (35–83 %, nejméně na fakultě sportovních studií, nejvíce na fakultě sociálních studií). Jednou ročně a méně využívá těchto služeb 10–33 % dotázaných (s nejmenší četností na fakultě informatiky, s nejvyšší na fakultě ekonomicko-správní a sportovních studií). Studenti některých fakult (pedagogické a sportovních

studií) uvedli využití internetového bankovníctví několikrát měsíčně (okolo 1 % dotazovaných).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Jednou ročně a méně	95	3,8	20	3,1	75	4,1
Několikrát ročně	550	22,2	125	19,2	425	23,3
Několikrát měsíčně	1085	43,8	290	44,6	795	43,6
Několikrát denně	20	0,8	5	0,8	15	0,8
Nevyužívají+neuvedli	725	29,4	210	32,3	515	28,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 126: Frekvence využití služeb internetového bankovníctví v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%)	FIL (%)	INF (%)	LEK (%)	PED (%)
Odpověď	n=30	n=285	n=50	n=365	n=1100
Jednou ročně a méně	33,3	12,3	10,0	23,3	21,8
Několikrát ročně	50,0	49,1	60,0	49,3	39,1
Několikrát měsíčně	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Několikrát denně	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nevyužívají+neuvedli	16,7	38,6	30,0	27,4	37,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%)	PRI (%)	SOC (%)	SPO (%)
Odpověď	n=155	n=85	n=30	n=375
Jednou ročně a méně	16,1	29,4	16,7	32,0
Několikrát ročně	64,5	41,2	83,3	34,7
Několikrát měsíčně	0,0	0,0	0,0	1,3
Několikrát denně	0,0	0,0	0,0	0,0
Nevyužívají+neuvedli	19,4	29,4	0,0	32,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 127: Frekvence využití služeb internetového bankovníctví při třídění dle fakult

4.2.2.10 Nákup dražšího spotřebního zboží

Přibližně třetina celého souboru (27,7 %, 26,2 % mužů a 28,2 % žen) si někdy v životě pořídila dražší spotřební zboží, které nutně nepotřebovala. Při třídění souboru dle fakult se ukázalo, že si dražší spotřební zboží, které respondenti nutně nepotřebovali, pořídila desetina (na fakultě informatiky a přírodovědecké) až třetina (na fakultě ekonomicko-správní, filosofické, lékařské, právnické a sportovních studií) vzorku.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1790	72,3	480	73,8	1310	71,8
Ano	685	27,7	170	26,2	515	28,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 128: Nákup dražšího spotřebního zboží, které respondent nutně nepotřeboval, v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Z celého souboru si 3,0 % respondentů vzala k nákupu dražšího spotřebního zboží, které nutně nepotřebovala, finanční půjčku. Ve 3,8 % se jednalo o muže, ve 2,7 % o ženy. Kromě respondentů z fakulty přírodovědecké a sociálních studií si dotazovaní z ostatních fakult na zboží půjčili finanční prostředky-nejvíce z fakulty ekonomicko-správní (17 %) a informatiky (10 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2400	97,0	625	96,2	1775	97,3
Ano	75	3,0	25	3,8	50	2,7
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 129: Finanční půjčka k nákupu dražšího spotřebního zboží, které respondent nutně nepotřeboval, v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Asi 5 % respondentů z celého souboru dokázalo finanční půjčky ke koupi dražšího spotřebního zboží splatit včas, tedy prakticky všichni, kteří si půjčku vzali. Relativní četnost včasného splacení půjčky u mužů činila 5,4 %, u žen 4,9 %. Určitá diskrepance vůči předchozí položce ukazuje, že ve skutečnosti si půjčku vzalo více respondentů (tedy 5,1 %) oproti 3,0 % uvedeným výše. Vyšší relativní četnosti zde mohou být způsobeny určitou neochotou či studem respondentů přiznat půjčení peněz. Splacení dluhu, který vznikl studentům kvůli nákupu dražšího spotřebního zboží, bylo při třídění souboru dle fakult vždy včasné.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Nepůjčili si	2350	94,9	615	94,6	1735	95,1
Včas nesplatili	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Včas splatili	125	5,1	35	5,4	90	4,9
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 130: Včasné splacení finanční půjčky k nákupu dražšího spotřebního zboží, které respondent nutně nepotřeboval, v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.11 Osoba, která přivedla respondenta ke hraní na automatech, počítači či k sázení

V celém souboru se jednalo zejména o vliv náhodných známých (43,2 %) a přátel (16,4 %), další podněty byly zastoupeny s nižší četností (rodiče 8,5 %, sourozenci

8,5 %, partner/ka 5,5 %, jiné 4,6 %). V kategorii „jiné“ nejčastěji figurovaly odpovědi: sám/sama, příbuzní, děti, spolužáci, vliv sázkových serverů. U mužů měli zásadní vliv náhodní známí (61,5 %), v desetině případů i rodiče nebo přátelé. U žen opět převažoval vliv náhodných známých (36,7 %), přátel (18,6 %) a sourozenců (11,5 %). Významné rozdíly ($p < 0,001$, χ^2) mezi odpověďmi mužů a žen byly pozorovány u kategorií „sourozenci“, „přátelé“ a „náhodní známí“.

Při třídění dle fakult se rovněž ukázalo, že dominantní vliv na studenty měli náhodní známí (32–70 %) a přátelé (12–50 %). Za zmínku stojí i vliv rodičů (zejména u vzorku z fakulty filosofické, informatiky, sociálních studií a sportovních studií, četnost 11–21 %) a sourozenců (studenti fakulty filosofické, informatiky, pedagogické a sociálních studií, četnost 10–17 %). Nejčtenější vliv partnera (partnerky) byl zaznamenán na fakultě informatiky (10 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Rodiče	210	8,5	65	10,0	145	7,9
Sourozenci	210	8,5	0	0,0	210	11,5
Partner(ka)	135	5,5	45	6,9	90	4,9
Přátelé	405	16,4	65	10,0	340	18,6
Náhodní známí	1070	43,2	400	61,5	670	36,7
Jiná osoba (podnět)	115	4,6	35	5,4	95	5,2

Tab. 131: Osoba, která přivedla respondenta ke hraní na automatech, počítači či k sázení v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny pozitivní odpovědi)

4.2.2.12 Důvody, které vedly respondenta ke hraní na automatech, počítači či k sázení

Každý důvod bylo možné ohodnotit na stupnici 1–5, kdy s vyšší „známkou“ klesala důležitost důvodu.

Uznání považuje za důležitý důvod polovina souboru, ze skupiny mužů jde o 37,7 %, ze skupiny žen o 55,0 %, $p < 0,001$, χ^2 . Respondenti z fakulty ekonomicko-správní nejčastěji volili hodnocení 1 a 4, z jiných fakult 1 a 5.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1205	48,7	230	35,4	975	53,4
2	45	1,8	15	2,3	30	1,6
3	40	1,6	20	3,1	20	1,1
4	160	6,5	75	11,5	85	4,7
5	1025	41,4	310	47,7	715	39,2
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 132: Gambling a sázky: uznání ostatními jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Družnost považuje za důležitý důvod polovina souboru, ze skupiny mužů jde o 40,0 %, ze skupiny žen o 54,8 %, $p < 0,001$, χ^2 . Respondenti z fakulty ekonomicko-správní a sociálních studií nejčastěji volili hodnocení 1,3 a 4, z jiných fakult 1 a 5.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1210	48,9	230	35,4	980	53,7
2	50	2,0	30	4,6	20	1,1
3	155	6,3	60	9,2	95	5,2
4	145	5,9	55	8,5	90	4,9
5	915	37,0	275	42,3	640	35,1
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 133: Gambling a sázky: družnost jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Konformitu považuje za důležitý důvod více než polovina souboru (51,7 %), ze skupiny mužů jde o 42,3 %, ze skupiny žen o 55,1 %, $p < 0,001$, χ^2 . Respondenti z fakulty ekonomicko-správní nejčastěji volili hodnocení 1 a 4, z fakulty informatiky 1, 2 a 5, z jiných fakult 1 a 5.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1225	49,5	255	39,2	970	53,2
2	55	2,2	20	3,1	35	1,9
3	225	9,1	115	17,7	110	6,0
4	230	9,3	90	10,8	160	8,8
5	740	29,9	190	29,2	550	30,1
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 134: Gambling a sázky: přijetí skupinou, konformita jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Navození příjemných pocitů považují za důležitý důvod 65,2 % souboru, ze skupiny mužů jde o 66,1 %, ze skupiny žen o 64,9 % ($p < 0,001$, χ^2 při separátním hodnocení známkou 1 i 2). Respondenti z fakulty ekonomicko-správní nejčastěji volili hodnocení 1 a 2, z fakulty informatiky, přírodovědecké a sociálních studií 1 a 3, z jiných fakult 1 a 5.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1360	54,9	320	49,2	1040	57,0
2	255	10,3	110	16,9	145	7,9
3	285	11,5	85	13,1	200	11,0
4	135	5,5	50	7,7	85	4,7
5	440	17,8	85	13,1	355	19,4
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 135: Gambling a sázky: navození příjemných pocitů jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Zvědavost považuje za důležitý důvod 78,4 % souboru, ze skupiny mužů jde o 73,2 %, ze skupiny žen o 80,6 % ($p < 0,001$, χ^2). Respondenti z fakulty ekonomicko-správní, pedagogické, právnické a přírodovědecké nejčastěji volili hodnocení 1–3, z filosofické a lékařské 1 a 3, z fakulty informatiky a sociálních studií 1, 2 a 4, z fakulty sportovních studií 1, 2 a 5.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1590	64,3	365	56,1	1225	67,2
2	350	14,1	105	16,2	245	13,4
3	295	11,9	65	10,0	230	12,6
4	55	2,2	40	6,2	15	0,8
5	185	7,5	75	11,5	110	6,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 136: Gambling a sázky: zvědavost jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Uvolnění psychického stresu považuje za důležitý důvod 68,4 % souboru, ze skupiny mužů jde o 60,7 %, ze skupiny žen o 71,3 % ($p < 0,001$, χ^2). Respondenti z fakulty ekonomicko-správní, filosofické a sociálních studií nejčastěji volili hodnocení 1 a 2, z fakulty informatiky a právnické 1 a 3, z fakulty lékařské, pedagogické, přírodovědecké a sportovních studií 1 a 5.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1480	59,7	335	51,5	1145	62,8
2	215	8,7	60	9,2	155	8,5
3	200	8,1	85	13,1	115	6,3
4	180	7,3	50	7,7	130	7,1
5	400	16,2	120	18,5	280	15,3
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 137: Gambling a sázky: uvolnění psychického stresu jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Potlačení nepříjemných pocitů považuje za důležitý důvod 57,4 % souboru, ze skupiny mužů jde o 48,4 %, ze skupiny žen o 60,5 % ($p < 0,001$, χ^2). Respondenti z fakulty ekonomicko-správní nejčastěji volili hodnocení 1 a 3, z fakulty informatiky 3–5, z jiných fakult 1 a 5.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1275	51,5	260	40,0	1015	55,6
2	145	5,9	55	8,4	90	4,9
3	205	8,3	65	10,0	140	7,7
4	170	6,9	70	10,8	100	5,5
5	680	27,4	200	30,8	480	26,3
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 138: Gambling a sázky: potlačení nepříjemných pocitů jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Jiné důvody považuje za důležité 67,0 % souboru, ze skupiny mužů jde o 60,8 %, ze skupiny žen o 69,3 % ($p < 0,01$, χ^2). Jde především o filosofické, spirituální, sexuální pohnutky. Respondenti z fakulty ekonomicko-správní nejčastěji volili hodnocení 1, 2, 4 a 5, z fakulty informatiky 1, 3 a 5, z fakulty sociálních studií 1, 3 a 4, z jiných fakult 1 a 5.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1570	63,4	385	59,3	1185	64,9
2	90	3,6	10	1,5	80	4,4
3	160	6,6	60	9,2	100	5,5
4	75	3,0	10	1,5	65	3,6
5	580	23,4	185	28,5	395	21,6
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 139: Gambling a sázky: jiné důvody, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.13 Velmi snadná a snadná dostupnost různých aktivit a předmětů spojených s gamblingem, informačními a komunikačními technologiemi pro respondenta

Skupina	Všichni (n=2475)		Muži (n=650)		Ženy (n=1825)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Hra na hracím automatu	1485	59,9	480	73,8	1005	55,1
Hra na výherním automatu	1465	59,2	500	77,0	965	52,9
Hra na počítači, herní konzoli	2150	86,9	615	94,6	1535	84,1
Mobilní telefon, komunikátor	2395	96,8	625	96,2	1770	97,0
Připojení k internetu	2360	95,4	625	96,2	1735	95,1
Sázení	1525	61,6	540	83,1	985	53,9
On-line bankovníctví	2045	82,6	565	87,0	1480	81,1

Tab. 140: Velmi snadná a snadná dostupnost vybraných aktivit a předmětů, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Aktivita (předmět)					
Hra na hracím automatu	50,0	54,4	50,0	56,2	62,3
Hra na výherním automatu	50,0	57,9	50,0	49,4	60,0
Hra na počítači, herní konzoli	100,0	82,4	100,0	82,3	89,1
Mobilní telefon, komunikátor	100,0	92,9	80,0	98,6	97,8
Připojení k internetu	100,0	94,8	90,0	93,1	96,3
Sázení	66,6	50,8	60,0	52,1	64,1
On-line bankovníctví	100,0	75,5	90,0	78,1	84,1

Fakulta	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375
Aktivita (předmět)				
Hra na hracím automatu	64,5	58,8	49,9	62,6
Hra na výherním automatu	64,5	58,8	49,9	70,0
Hra na počítači, herní konzoli	90,4	88,2	83,3	84,0
Mobilní telefon, komunikátor	96,8	94,1	100,0	97,3
Připojení k internetu	96,8	94,1	100,0	94,6
Sázení	70,9	64,7	50,0	68,0
On-line bankovníctví	93,5	88,2	83,3	80,0

Tab. 141: Velmi snadná a snadná dostupnost vybraných aktivit a předmětů, situace při třídění dle fakult

Velmi snadnou a snadnou dostupnost hracích automatů přiznává 59,9 % souboru, 73,8 % mužů a 55,1 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Dostupnost hracích automatů je pro polovinu až dvě třetiny vzorku studentů všech fakult MU velmi snadná až snadná.

Velmi snadnou a snadnou dostupnost výherních automatů přiznává 59,2 % souboru, 77,0 % mužů a 52,9 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Dostupnost výherních automatů je pro 49–70 % vzorku studentů všech fakult MU velmi snadná až snadná.

Velmi snadnou a snadnou dostupnost hry na počítači nebo herní konzoli přiznává 86,9 % souboru, 94,6 % mužů a 84,1 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Dostupnost hry na počítači nebo herní konzoli je pro 82–100 % vzorku studentů všech fakult MU velmi snadná až snadná.

Velmi snadnou a snadnou dostupnost mobilního telefonu nebo komunikátoru přiznává 96,8 % souboru, 96,2 % mužů a 97,0 % žen. Dostupnost mobilního telefonu nebo komunikátoru je pro 80–100 % vzorku studentů všech fakult MU velmi snadná až snadná.

Velmi snadnou a snadnou dostupnost připojení k internetu přiznává 95,4 % souboru, 96,2 % mužů a 95,1 % žen. Při třídění dle fakult je dostupnost síťového připojení pro 90–100 % vzorku studentů všech fakult MU velmi snadná až snadná.

Velmi snadnou a snadnou dostupnost sázení přiznává 61,6 % souboru, 83,1 % mužů a 53,9 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Dostupnost sázení je pro 50–71 % vzorku studentů všech fakult MU velmi snadná až snadná.

Velmi snadnou a snadnou dostupnost on-line bankovníctví přiznává 82,6 % souboru, 87,0 % mužů a 81,1 % žen ($p < 0,01$, χ^2). Dostupnost bankovních služeb realizovaných prostřednictvím síťového přístupu je pro 76–100 % vzorku studentů všech fakult MU velmi snadná až snadná.

4.2.2.14 Postoje respondentů k vybraným aktivitám plnoletých osob

S pravidelným používáním mobilního zařízení více než 1 hodinu denně souhlasí 65,7 % souboru, nesouhlasí 19,4 %, aktivitu nedovede posoudit 14,9 % osob. S touto aktivitou souhlasí 66,9 % mužů a 65,2 % žen, nesouhlasí 14,6 % mužů a 21,1 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Při třídění dle fakult 50–83 % vzorku studentů se zmíněnou aktivitou souhlasí, s výjimkou zástupců z přírodovědecké fakulty, kde jde o třetinu. Nesouhlas byl silněji vyjádřen z řad vzorku studentů fakulty filosofické, přírodovědecké a sociálních studií (čtvrtinou až třetinou dotazovaných).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	1625	65,7	435	66,9	1190	65,2
Nesouhlasím	480	19,4	95	14,6	385	21,1
Nedovedu posoudit	370	14,9	120	18,5	250	13,7
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 142: Pravidelné používání mobilního telefonu (komunikátoru) více než 1 hodinu denně, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Odpověď					
Souhlasím	83,3	61,4	70,0	71,2	67,8
Nesouhlasím	16,7	24,6	20,0	16,5	19,5
Nedovedu posoudit	0,0	14,0	10,0	12,3	12,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375
Odpověď				
Souhlasím	61,2	35,3	50,0	65,3
Nesouhlasím	19,4	29,4	33,3	14,7
Nedovedu posoudit	19,4	35,3	16,7	20,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 143: Pravidelné používání mobilního telefonu (komunikátoru) více než 1 hodinu denně, situace při třídění dle fakult

S pravidelnou hrou na počítači nebo herní konzoli více než 1 hodinu denně souhlasí 33,9 % souboru, nesouhlasí 60,2 % a nedovede ji posoudit 5,9 % respondentů. S touto aktivitou souhlasí 59,2 % mužů a 24,9 % žen ($p < 0,001$, χ^2), nesouhlasí 36,2 % mužů a 68,8 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Při třídění dle fakult se názory různí, se zmíněnou aktivitou souhlasí nejméně polovina posluchačů z fakulty ekonomicko-správní, informatiky a právnické. Nesouhlas byl silněji vyjádřen z řad studentů fakulty filosofické, lékařské, pedagogické, přírodovědecké, sociálních studií a sportovních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	840	33,9	385	59,2	455	24,9
Nesouhlasím	1490	60,2	235	36,2	1255	68,8
Nedovedu posoudit	145	5,9	30	4,6	115	6,3
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 144: Pravidelné hraní na počítači (herní konzoli) více než 1 hodinu denně, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Odpověď					
Souhlasím	50,0	36,8	80,0	21,9	30,5
Nesouhlasím	50,0	56,2	10,0	71,3	64,5
Nedovedu posoudit	0,0	7,0	10,0	6,8	5,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375
Odpověď				
Souhlasím	54,8	29,4	33,3	38,7
Nesouhlasím	41,9	64,7	50,0	54,7
Nedovedu posoudit	3,3	5,9	16,7	6,6
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 145: Pravidelné hraní na počítači (herní konzoli) více než 1 hodinu denně, situace při třídění dle fakult

S experimentem s hrou na automatu souhlasí 31,7 % souboru, nesouhlasí 57,0 % a nedovede jej posoudit 11,3 % dotazovaných. S touto aktivitou souhlasí 53,8 % mužů a 23,8 % žen ($p < 0,001$, χ^2), nesouhlasí 36,2 % mužů a 64,4 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Při třídění dle fakult se zmíněnou aktivitou souhlasí více než 40 % studentů z fakulty ekonomicko-správní, filosofické, právnické a sportovních studií. Nesouhlas byl silněji vyjádřen z řad studentů fakulty informatiky, lékařské, pedagogické, přírodovědecké a sociálních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	785	31,7	350	53,8	435	23,8
Nesouhlasím	1410	57,0	235	36,2	1175	64,4
Nedovedu posoudit	280	11,3	65	10,0	215	11,8
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 146: Experiment s hrou na automatu, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Odpověď					
Souhlasím	50,0	42,1	20,0	15,1	30,0
Nesouhlasím	33,3	43,9	60,0	72,6	60,0
Nedovedu posoudit	16,7	14,0	20,0	12,3	10,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375
Odpověď				
Souhlasím	41,9	17,6	33,3	44,0
Nesouhlasím	41,9	76,5	66,7	45,3
Nedovedu posoudit	16,2	5,9	0,0	10,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 147: Experiment s hrou na automatu, situace při třídění dle fakult

S experimentem se sázením souhlasí 43,3 % souboru, nesouhlasí 41,8 % a nedovede jej posoudit 14,9 % dotazovaných. S touto aktivitou souhlasí 70,0 % mužů a 33,7 % žen ($p < 0,001$, χ^2), nesouhlasí 16,9 % mužů a 50,7 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Při třídění dle fakult se zmíněnou aktivitou souhlasí nejméně polovina z řad zástupců fakulty ekonomicko-správní, právnické, sociálních studií a sportovních studií. Nesouhlas byl silněji vyjádřen ve vzorku studentů fakulty přírodovědecké, v ostatních případech byla pozorována vyšší četnost nerozhodných odpovědí, ev. téměř stejná četnost souhlasných a nesouhlasných odpovědí.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	1070	43,3	455	70,0	615	33,7
Nesouhlasím	1035	41,8	110	16,9	925	50,7
Nedovedu posoudit	370	14,9	85	13,1	285	15,6
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 148: Experiment se sázením, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Odpověď					
Souhlasím	50,0	43,8	30,0	19,2	42,7
Nesouhlasím	16,7	40,4	30,0	54,8	45,9
Nedovedu posoudit	33,3	15,8	40,0	26,0	11,4
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375
Odpověď				
Souhlasím	71,0	29,4	66,7	58,7
Nesouhlasím	19,3	64,7	33,3	26,7
Nedovedu posoudit	9,7	5,9	0,0	14,6
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 149: Experiment se sázením, situace při třídění dle fakult

S pravidelným surfováním po internetu více než 1 hodinu denně souhlasí 77,2 % souboru, nesouhlasí 11,3 %, nedovede je posoudit 11,5 % respondentů. S touto aktivitou souhlasí 83,0 % mužů a 75,1 % žen ($p < 0,001$, χ^2), nesouhlasí 8,5 % mužů a 12,3 % žen ($p < 0,01$, χ^2).

Při třídění dle fakult se zmíněnou aktivitou souhlasí nejméně tři čtvrtiny všech zástupců. Nesouhlas byl silněji vyjádřen asi desetinou studentů fakulty filosofické, lékařské, pedagogické a sportovních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Souhlasím	1910	77,2	540	83,0	1370	75,1
Nesouhlasím	280	11,3	55	8,5	225	12,3
Nedovedu posoudit	285	11,5	55	8,5	230	12,6
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 150: Pravidelné surfování po internetu více než 1 hodinu denně, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Odpověď					
Souhlasím	100,0	77,2	90,0	80,8	73,2
Nesouhlasím	0,0	8,8	0,0	11,0	14,1
Nedovedu posoudit	0,0	14,0	10,0	8,2	12,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375
Odpověď				
Souhlasím	90,3	70,6	83,3	77,3
Nesouhlasím	3,2	5,9	0,0	13,3
Nedovedu posoudit	6,5	23,5	16,7	9,4
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 151: Pravidelné surfování po internetu více než 1 hodinu denně, situace při třídění dle fakult

4.2.2.15 Postoje respondentů k legalizaci sázení po internetu

S legalizací internetových sázek zásadně nesouhlasí 36,0 % souboru, souhlasí za jasně definovaných podmínek 60,2 % dotazovaných, bezvýhradně souhlasí 1,0 %, 2,8 % má jiný názor. S legalizací internetového sázení zásadně nesouhlasí 24,7 % mužů a 40,0 % žen ($p < 0,001$, χ^2), souhlasí za jasně vymezených podmínek 67,7 % mužů a 57,5 % žen ($p < 0,001$, χ^2), bezvýhradně souhlasí 3,8 % mužů, nikdo z žen ($p < 0,001$, χ^2). Jiný názor zastává 3,8 % mužů a 2,5 % žen, nejčastěji byly uváděny možnosti: „je mi to jedno“, „každého věc“, „nesázím“.

Zásadní nesouhlas s legalizací hazardu po internetu vyjádřili zejména zástupci z fakulty lékařské, pedagogické, přírodovědecké a sociálních studií (29–46 %). Nadpoloviční většina vzorku studentů všech fakult by se sázením plnoletých osob souhlasila, ovšem za jasných a přesně vymezených podmínek. K tomuto názoru se nejvíce přikláněli studenti z fakulty ekonomicko-správní, informatiky, právnické, přírodovědecké, sociálních studií a sportovních studií. Desetina vzorku posluchačů z fakulty informatiky a právnické projevila s touto aktivitou bezvýhradný souhlas.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Zásadně nesouhlasím	890	36,0	160	24,7	730	40,0
Souhlasím za jasných podmínek	1490	60,2	440	67,7	1050	57,5
Bezvýhradně souhlasím	25	1,0	25	3,8	0	0,0
Jiný názor	70	2,8	25	3,8	45	2,5
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 152: Postoje k legalizaci sázení po internetu, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=30	FIL (%) n=285	INF (%) n=50	LEK (%) n=365	PED (%) n=1100
Odpověď					
Zásadně nesouhlasím	0,0	31,5	0,0	43,8	45,5
Souhlasím za jasných podmínek	100,0	63,2	90,0	54,8	52,3
Bezvýhradně souhlasím	0,0	0,0	10,0	1,4	0,0
Jiný názor	0,0	5,3	0,0	0,0	2,2
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=155	PRI (%) n=85	SOC (%) n=30	SPO (%) n=375
Odpověď				
Zásadně nesouhlasím	16,1	29,4	33,3	21,3
Souhlasím za jasných podmínek	74,2	70,6	66,7	70,7
Bezvýhradně souhlasím	9,7	0,0	0,0	0,0
Jiný názor	3,2	0,0	0,0	8,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 153: Postoje k legalizaci sázení po internetu, situace při třídění dle fakult

4.2.2.16 Využití poradenských služeb zaměřených na patologické závislosti během respondentova života

Poradenské služby cílené na patologické závislosti během svého života někdy využilo 1 % respondentů z celého souboru, jednalo se pouze o ženy (1,4 %, $p < 0,01$, χ^2). Při třídění dle fakult byly poradenské služby zaměřené na patologické závislosti využity pouze 2,3 % respondentů z pedagogické fakulty.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2450	99,0	650	100,0	1800	98,6
Ano	25	1,0	0	0,0	25	1,4
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 154: Využití poradenských služeb zaměřených na patologické závislosti během respondentova života, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.17 Využití terapeutických služeb zaměřených na patologické závislosti během respondentova života

Terapeutické služby cílené na patologické závislosti během svého života někdy využilo 0,8 % respondentů z celého souboru, jednalo se pouze o ženy (1,1 %, $p < 0,01$, χ^2). Při třídění dle fakult byly terapeutické služby zaměřené na patologické závislosti využity zejména respondenty z ekonomicko-správní fakulty (16,7 %), méně z fakulty lékařské (1,4 %) a pedagogické (0,9 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2455	99,2	650	100,0	1805	98,9
Ano	20	0,8	0	0,0	20	1,1
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 155: Využití terapeutických služeb zaměřených na patologické závislosti během respondentova života, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.18 Názory respondentů na důležitost zařazení problematiky virtuálních drog do výuky studentů na MU

Se zařazením problematiky virtuálních drog do výuky studentů na MU jednoznačně souhlasí 34,5 % souboru, spíše souhlasí 65,5 % dotazovaných. Jasný souhlas vyslovilo 51,5 % mužů a 28,5 % žen ($p < 0,001$, χ^2), spíše souhlasí 48,5 % mužů a 71,5 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Nevyskytl se žádný negativní názor.

Za velmi důležité považuje začlenění problematiky virtuálních drog do výuky studentů na MU čtvrtina vzorku posluchačů fakulty filosofické a pedagogické, třetina z fakulty lékařské, přírodovědecké a sociálních studií, polovina a více ze zbývajících fakult. Ostatní respondenti projevili spíše souhlasný názor, spíše negativní či jednoznačně negativní stanovisko nezaujal nikdo z oslovených.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, zcela	855	34,5	335	51,5	520	28,5
Spíše ano	1620	65,5	315	48,5	1305	71,5
Spíše ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 156: Názory respondentů na důležitost zařazení problematiky virtuálních drog do výuky studentů na MU, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.2.2.19 Názory respondentů na dotaz, zda je na MU problematice virtuálních drog věnována dostatečná pozornost

Podle mínění 86,9 % dotazovaných je problematice virtuálních drog na MU jednoznačně věnována dostatečná pozornost, 13,1 % respondentů s tímto názorem spíše souhlasí, nikdo se nevyslovil nesouhlasně. Jednoznačný souhlas vyslovilo 83,1 % mužů a 88,2 % žen ($p < 0,001$, χ^2), spíše souhlasí 16,9 % mužů a 11,8 % žen ($p < 0,001$, χ^2).

Při třídění odpovědí respondentů dle fakult se ukázalo, že podle jednoznačně souhlasného názoru 67–98 % studentů (nejméně z fakulty sociálních studií, nejvíce z lékařské fakulty) se problematice virtuálních drog na MU věnuje dostatečná pozornost. Zbytek oslovených se vyjádřil spíše souhlasně, spíše negativní či jednoznačně negativní stanovisko k problému nezaujal nikdo.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, zcela	2150	86,9	540	83,1	1610	88,2
Spíše ano	325	13,1	110	16,9	215	11,8
Spíše ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	2475	100,0	650	100,0	1825	100,0

Tab. 157: Názory respondentů na dotaz, zda je na MU problematice virtuálních drog věnována dostatečná pozornost, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.3 Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě

4.3.1 Bližší charakteristiky sledovaného souboru

Fakulta	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ekonomicko-správní	144	6,6
Filosofická	512	23,5
Informatiky	64	2,9
Lékařská	176	8,1
Pedagogická	464	21,3
Právnická	240	11,0
Přírodovědecká	336	15,4
Sociálních studií	208	9,6
Sportovních studií	32	1,6
Celkem	2176	100,0

Tab. 158: Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých fakult MU v celém souboru

Ročník studia	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
První	992	45,6
Druhý	352	16,2
Třetí	352	16,2
Čtvrtý	240	11,0
Pátý	240	11,0
Šestý	0	0,0
Celkem	2176	100,0

Tab. 159: Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých ročníků studia v celém souboru

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muži	592	27,2
Ženy	1584	72,8
Celkem	2176	100,0

Tab. 160: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v celém souboru

Fakulta	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ekonomicko-správní	32	5,4	112	7,0
Filosofická	48	8,1	464	29,3
Informatiky	48	8,1	16	1,0
Lékařská	48	8,1	128	8,1
Pedagogická	112	18,9	352	22,2
Právnická	144	24,3	96	6,1
Přírodovědecká	96	16,3	240	15,2
Sociálních studií	32	5,4	176	11,1
Sportovních studií	32	5,4	0	0,0
Celkem	592	100,0	1584	100,0

Tab. 161: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví na jednotlivých fakultách MU

Fakulta	Muži		Ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
První	336	56,8	656	41,4
Druhý	32	5,4	320	20,2
Třetí	112	18,9	240	15,2
Čtvrtý	32	5,4	208	13,1
Pátý	80	13,5	160	10,1
Šestý	0	0,0	0	0,0
Celkem	592	100,0	1584	100,0

Tab. 162: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v jednotlivých ročnících studia

Skupina	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Ročník studia					
První	33,4	46,8	75,0	36,3	55,2
Druhý	11,1	25,0	0,0	18,2	13,8
Třetí	22,2	9,4	25,0	18,2	13,8
Čtvrtý	22,2	12,5	0,0	18,2	3,4
Pátý	11,1	6,3	0,0	9,1	13,8
Šestý	-	-	-	0,0	-
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Skupina	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Ročník studia				
První	26,7	61,8	23,1	50,0
Druhý	13,3	9,5	23,1	0,0
Třetí	13,3	4,8	46,1	50,0
Čtvrtý	13,3	14,3	7,7	0,0
Pátý	33,4	9,6	0,0	0,0
Šestý	-	-	-	-
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 163: Přehled zastoupení respondentů dle ročníků studia na jednotlivých fakultách MU

4.3.2 Přehled odpovědí z vlastního dotazování

4.3.2.1 Setkání respondentů s aktivitami prevence závislostí na střední škole

Prakticky všichni respondenti se setkali s nějakou formou prevence závislostí již na střední škole. U této otázky nerozhodovalo, zda šlo o ojedinělou či systematickou aktivitu.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ano	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 164: Setkání respondentů s aktivitami prevence závislostí na střední škole v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.3.2.2 Hovory středoškolských učitelů s respondenty o prevenci závislostí

S více než 90 % respondentů jejich středoškolských učitelé hovořili o prevenci závislostí, z toho se dvěma třetinami spíše výjimečně, se třetinou opakovaně. Méně častý způsob komunikace o drogách byl zaznamenán především u mužů, opakovaný zejména u žen ($p < 0,001$, χ^2).

Opakované hovory o závislostech na střední škole byly zaznamenány u více než třetiny respondentů z fakulty pedagogické, lékařské, filosofické, sociálních a sportovních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ano, ale výjimečně	1360	62,5	432	73,0	928	58,6
Ano, opakovaně	688	31,6	144	24,3	544	34,3
Ne	128	5,9	16	2,7	112	7,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 165: Hovory středoškolských učitelů s respondenty o prevenci závislosti, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.3.2.3 Formy realizace protidrogové prevence na úrovni střední školy

Při hodnocení pozitivních odpovědí respondentů se ukázalo, že s prostou přednáškou bez následné zpětné vazby se setkala více než třetina (38 %) celého souboru, ženy častěji ($p<0,001$, χ^2). Přednášku s diskusí uvedly dvě třetiny (62 %) dotazovaných, ženy častěji ($p<0,001$, χ^2). Besedu s odborníkem vybrala více než polovina souboru (54 %), muži častěji ($p<0,001$, χ^2), besedu s bývalým uživatelem drog celkově zminila pětina oslovených, obdobně též návštěvu kontaktního či jiného preventivního centra pro řešení problémů spojených se závislostmi. Pouze 2 % (jen ženy) uvedla návštěvu léčebného zařízení pro drogově závislé, v 6 % byla zmíněna účast ve školním preventivním programu (u žen častěji, $p<0,001$, χ^2), ve 4 % podíl na mimoškolním preventivním programu, v 8 % zapojení do uměleckých a v 10 % do sportovních aktivit s výraznou převahou u mužů (u obou $p<0,001$, χ^2).

Při třídění souboru dle fakult byla nejvyšší relativní četnost zaznamenána v případě realizace preventivních aktivit formou přednášky se zpětnou vazbou (polovina až tři čtvrtiny) a besedy s odborníkem (třetina až tři čtvrtiny). Do školních či mimoškolních aktivit primární prevence závislosti na střední škole byli nejvíce zapojeni respondenti, kteří v době dotazování studovali na fakultě filosofické, informatiky, pedagogické, právnické, přírodovědecké a sociálních studií.

Skupina	Všichni (n=2176)		Muži (n=592)		Ženy (n=1584)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Prostá přednáška	816	37,5	144	24,3	672	42,4
Přednáška s diskusí	1344	61,8	304	51,4	1040	65,7
Beseda s odborníkem	1168	53,7	352	59,5	816	51,5
Beseda s ex-userem	432	19,9	112	18,9	320	20,2
Návštěva K-centra ap.	464	21,3	112	18,9	352	22,2
Návštěva léčebného zařízení	32	1,5	0	0,0	32	2,0
Školní preventivní pgm	128	5,9	16	2,7	112	7,1
Mimoškolní preventivní pgm	96	4,4	32	5,4	64	4,0
Umělecké aktivity	176	8,1	112	18,9	64	4,0
Sportovní aktivity	208	9,6	128	21,6	80	5,1

Tab. 166: Formy realizace protidrogové prevence na úrovni střední školy, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny pouze kladné odpovědi)

4.3.2.4 Typy závislostí, jichž se týkaly středoškolské preventivní aktivity

Přibližně 8 % respondentů (mužů 16 %, žen 5 %, $p < 0,001$, χ^2) uvedlo, že jejich zkušenost se středoškolskou prevencí se týkala jen problematiky alkoholu a tabáku (tzv. legálních drog), pětina souboru (21 %) byla na střední škole oslovena jen prevencí závislostí na zakázaných látkách. Kolem 2 % dotazovaných (ve vzorku jen ženy, $p < 0,01$, χ^2) bylo ovlivněno pouze prevencí závislostí na virtuálních drogách. Komplexnější aplikaci primární protidrogové prevence (alkohol, tabák, zakázané látky) na střední škole zaznamenala více než polovina celého souboru (56 %), ženy s četností 58 % oproti 51 % mužů ($p < 0,05$, χ^2). Prevence všech typů závislostí bez rozdílu se týkala pouze 14 % oslovených, 15 % žen a 11 % mužů ($p < 0,05$, χ^2).

Odpovědi respondentů při třídění dle fakult vykazovaly velké rozdíly. Komplexním pojetím prevence závislostí bylo na střední škole osloveno mezi 25 až 90 % vzorku.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Pouze legální drogy	176	8,1	96	16,2	80	5,1
Pouze ilegální drogy	448	20,6	128	21,6	320	20,2
Pouze virtuální drogy	32	1,5	0	0,0	32	2,0
Legální i ilegální drogy	1216	55,8	304	51,4	912	57,6
Všechny typy závislostí	304	14,0	64	10,8	240	15,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 167: Typy závislostí, jichž se týkaly středoškolské preventivní aktivity, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.3.2.5 Systematičnost středoškolských preventivních aktivit

Středoškolské aktivity primární prevence závislostí byly dle reakcí 82 % respondentů pouze sporadické, dle 18 % systematické. Ženy považovaly středoškolskou prevenci za více systematickou oproti mužům ($p < 0,001$, χ^2).

Relativní četnost odpovědí dle fakult kolísala u možnosti, že středoškolská prevence byla pouze jednorázová, a to od dvou třetin do devíti desetin. Zbytek oslovených ji označil jako systematickou.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ojedinelé	1776	81,6	512	86,5	1264	79,8
Systematické	400	18,4	80	13,5	320	20,2
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 168: Systematičnost středoškolských preventivních aktivit, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.3.2.6 Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie) na střední škole

Podle odpovědí 41 % respondentů z celého souboru byla na středoškolské úrovni zmiňována problematika poruch příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie). Mezi odpověďmi mužů a žen byl zaznamenán statisticky významný rozdíl ($p < 0,01$, χ^2). Studenti z jednotlivých fakult odpovídali na tuto položku kladně v rozmezí od 25 % do 57 % (nejméně na fakultě informatiky, nejvíce na přírodovědecké fakultě).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1280	58,8	320	54,1	960	60,6
Ano	896	41,2	272	45,9	624	39,4
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 169: Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy na střední škole, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.3.2.7 Hodnocení úrovně prevence na střední škole

Pětina celého souboru (21 %) a žen (19 %) považovala středoškolskou prevenci závislosti za cílenou a užitečnou, mužů takto odpověděla čtvrtina (24 %). Mezi reakcemi mužů a žen byl nalezen statisticky významný rozdíl ($p < 0,05$, χ^2). Přibližně 15 % všech respondentů hodnotí prevenci na střední škole jako necílenou, ale přesto užitečnou, a to bez větších výkyvů četností mezi pohlavími (14–16 %). Více než čtvrtina souboru (27 %) a 29 % žen nemá na úroveň středoškolské prevence vyhraněný názor, mužů pak 22 % ($p < 0,001$, χ^2). Třetina všech dotazovaných, 30 % žen a 38 % mužů ($p < 0,001$, χ^2), kritizuje fakt, že prevence byla nejasně zaměřená a téměř bez užítku, více než 4 % respondentů ji popisují jako naprosto ztracený čas, muži jsou méně averzivní ($p < 0,05$, χ^2).

Pomineme-li malé vzorky studentů z fakulty informatiky a sportovních studií, pak prevenci na střední škole považovala za cílenou a užitečnou desetina až třetina oslovených (nejméně na ekonomicko-správní, nejvíce na lékařské a pedagogické fakultě), další rozvrstvení subjektivního hodnocení značně varíruje. Za naprosto ztracený čas středoškolskou prevenci označilo 6 % oslovených na filosofické fakultě, 7 % na pedagogické fakultě a 10 % na přírodovědecké fakultě.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Cílená a užitečná	448	20,6	144	24,3	304	19,1
Sice necílená, ale přesto užitečná	336	15,4	80	13,5	256	16,2
Nedovedu posoudit	592	27,2	128	21,6	464	29,3
Nejasně zaměřená, téměř bez užítku	704	32,4	224	37,8	480	30,3
Naprosto ztracený čas	96	4,4	16	2,8	80	5,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 170: Hodnocení úrovně prevence na střední škole v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.3.2.8 Setkání respondentů s aktivitami prevence závislosti na Masarykově univerzitě

Pouze pětina celého souboru (22 %) se setkala během svého studia na Univerzitě s primární prevencí závislosti, u mužů šlo o 11 %, u žen o 26 % odpovídajících ($p < 0,001$, χ^2).

Při hodnocení odpovědí dle fakult byly zaznamenány značné rozdíly. Prakticky nikdo nezmínil setkání s prevencí závislosti na vysoké škole v případě fakulty sociálních a sportovních studií, s prevencí na Univerzitě se setkala 7 % oslovených na právnické fakultě, přibližně desetina na ekonomicko-správní a filosofické fakultě, pětina na lékařské a přírodovědecké fakultě, polovina na pedagogické fakultě a fakultě informatiky. Opatrnosti je třeba při hodnocení situace na fakultě sportovních studií a informatiky – jde o malé vzorky odpovídajících.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1696	77,9	528	89,2	1168	73,7
Ano	480	22,1	64	10,8	416	26,3
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 171: Setkání respondentů s aktivitami prevence závislosti na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Ne	88,9	87,5	50,0	81,8	44,8
Ano	11,1	12,5	50,0	18,2	55,2
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Ne	93,3	81,0	100,0	100,0
Ano	6,7	19,0	0,0	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 172: Setkání respondentů s aktivitami prevence závislosti na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult

4.3.2.9 Možnosti setkání respondentů s prevencí závislosti v rámci Masarykovy univerzity

Přehled pozitivních odpovědí celého souboru ukazuje, že ve výuce se s prevencí závislosti na Univerzitě setkala pětina vzorku prezenčních studentů, při dělení dle pohlaví 8 % mužů a 24 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Preventivní aktivity na kolejích zaznamenala sotva 2 % souboru, ženy poněkud více, v rámci vzdělávacích akcí pořádaných Univerzitou necelé 1 % z celého vzorku, prakticky šlo jen o muže. Jiné akce v režii Masarykovy univerzity zmínila necelá 2 % souboru, zde prakticky pouze ženy.

Ve výuce se studenti s prevencí závislosti nejčastěji setkávají na pedagogické (48 %), přírodovědecké (19 %) a lékařské fakultě (18 %), rovněž na fakultě informatiky

(25 %), méně jinde (ekonomicko-správní fakulta 11 %, filosofická 12 %, právnická 7 %). Kolejní preventivní akce byly uvedeny pouze řídce (právnická a přírodovědecká fakulta), obdobně jiné akce vzdělávacího, uměleckého a sportovního zaměření pořádané Univerzitou (zminili respondenti z fakulty informatiky, lékařské a pedagogické fakulty).

Skupina	Všichni (n=2176)		Muži (n=592)		Ženy (n=1584)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Ve výuce	432	19,9	48	8,1	384	24,2
Na kolejích	32	1,5	16	2,7	16	1,0
Na vzdělávacích akcích pořádaných MU	16	0,7	16	2,7	0	0,0
Na jiných akcích pořádaných MU	32	1,5	0	0,0	32	2,0

Tab. 173: Možnosti setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci Masarykovy univerzity, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví, uvedeny pozitivní odpovědi

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Ve výuce	11,1	12,5	25,0	18,2	48,3
Na kolejích	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Na vzdělávacích akcích pořádaných MU	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0
Na jiných akcích pořádaných MU	0,0	0,0	0,0	9,1	3,4

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Ve výuce	6,7	19,0	0,0	0,0
Na kolejích	6,7	4,8	0,0	0,0
Na vzdělávacích akcích pořádaných MU	0,0	0,0	0,0	0,0
Na jiných akcích pořádaných MU	0,0	0,0	0,0	0,0

Tab. 174: Možnosti setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci Masarykovy univerzity, třídění dle fakult, uvedeny pozitivní odpovědi

4.3.2.10 Typy předmětů, v nichž došlo k setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci výuky na Masarykově univerzitě

Ve výuce na Univerzitě se s primární prevencí závislostí nikdy nesetkalo 80 % vyšetřovaného vzorku, 92 % mužů a 76 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Přibližně desetina celého souboru studentů se s prevencí setkala v rámci povinných předmětů (13 % žen, necelá 3 % mužů, $p < 0,01$, χ^2). Kolem 2 % uvedlo kontakt v rámci povinně volitelných předmětů, šlo prakticky jen ženy ($p < 0,01$, χ^2). Více než 8 % celého vzorku zmínilo volitelné předměty, muži v 5 %, ženy v 9 % případů ($p < 0,001$, χ^2).

Nejvíce respondentů se s primární prevencí závislostí setkala v rámci povinných předmětů na pedagogické fakultě (34 %), dále na lékařské (9 %), právnické (7 %) a filosofické (6 %) fakultě. Povinně volitelné předměty byly zmíněny jen u pedagogické fakulty (7 %), volitelné předměty již častěji (fakulta ekonomicko-správní 11 %, filosofická 6 %, informatiky 25 %, lékařská 9 %, pedagogická 7 %, přírodovědecká 19 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Povinné předměty	224	10,3	16	2,7	208	13,1
Povinně volitelné předměty	32	1,5	0	0,0	32	2,0
Volitelné předměty	176	8,1	32	5,4	144	9,1
Ve výuce se nesetkali	1744	80,1	544	91,9	1200	75,8
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 175: Typy předmětů, v nichž došlo k setkání respondentů s prevencí závislosti v rámci výuky na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Povinné předměty	0,0	6,3	0,0	9,1	34,5
Povinně volitelné předměty	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9
Volitelné předměty	11,1	6,3	25,0	9,1	6,9
Ve výuce se nesetkali	88,9	87,4	75,0	81,8	51,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Povinné předměty	6,7	0,0	0,0	0,0
Povinně volitelné předměty	0,0	0,0	0,0	0,0
Volitelné předměty	0,0	19,0	0,0	0,0
Ve výuce se nesetkali	93,3	81,0	100,0	100,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 176: Typy předmětů, v nichž došlo k setkání respondentů s prevencí závislosti v rámci výuky na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult

4.3.2.11 Typy činností, které podle respondentů přímo souvisely s realizací protidrogové prevence na Masarykově univerzitě

Z pozitivních odpovědí vzorku všech respondentů vyplynulo, že 12 % souboru se s prevencí na Masarykově univerzitě setkala na monologicky vedených přednáškách (zminily jen ženy), téměř 4 % na přednáškách s diskusí (bez větších rozdílů mezi pohlavími), necelé 1 % na besedách s odborníky (uvedly pouze ženy) a při návštěvách v léčebných zařízeních pro závislé (zmínili pouze muži). Přibližně 2 % všech respondentů se účastnila mimoškolních preventivních programů (muži více), necelé 1 % různých uměleckých aktivit (označili jen muži).

Na fakultách jsou využívány zejména prosté přednášky (bez zpětné vazby), což uvedli především studenti pedagogické a lékařské fakulty, méně často i filosofické a přírodovědecké fakulty. Přednášky s diskusí byly zmíněny z řad posluchačů fakulty pedagogické, právnické a informatiky. Sporadicky byly označeny i jiné typy aktivit, např. beseda s odborníkem, návštěva léčebného zařízení, zapojení do mimoškolního preventivního programu, umělecká činnost.

Skupina	Všichni (n=2176)		Muži (n=592)		Ženy (n=1584)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Prostá přednáška	256	11,8	0	0,0	256	16,2
Přednáška s diskusí	80	3,7	32	5,4	48	3,0
Beseda s odborníkem	16	0,7	0	0,0	16	1,0
Beseda s ex-userem	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Návštěva K-centra ap.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Návštěva léčebného zařízení	16	0,7	16	2,7	0	0,0
Školní preventivní pgm	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mimoškolní preventivní pgm	32	1,5	16	2,7	16	1,0
Umělecké aktivity	16	0,7	16	2,7	0	0,0
Sportovní aktivity	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tab. 177: Typy činností, které podle respondentů přímo souvisely s realizací protidrogové prevence na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví, uvedeny pozitivní odpovědi

Fakulta	ESP (%)	FIL (%)	INF (%)	LEK (%)	PED (%)
	n=144	n=512	n=64	n=176	n=464
Odpověď					
Prostá přednáška	0,0	6,3	0,0	18,2	37,9
Přednáška s diskusí	0,0	0,0	25,0	0,0	10,3
Beseda s odborníkem	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0
Beseda s ex-userem	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Návštěva K-centra ap.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Návštěva léčebného zařízení	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0
Školní preventivní pgm	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mimoškolní preventivní pgm	0,0	0,0	25,0	0,0	3,4
Umělecké aktivity	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0
Sportovní aktivity	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fakulta	PRA (%)	PRI (%)	SOC (%)	SPO (%)	
	n=240	n=336	n=208	n=32	
Odpověď					
Prostá přednáška	0,0	4,8	0,0	0,0	
Přednáška s diskusí	6,7	0,0	0,0	0,0	
Beseda s odborníkem	0,0	0,0	0,0	0,0	
Beseda s ex-userem	0,0	0,0	0,0	0,0	
Návštěva K-centra ap.	0,0	0,0	0,0	0,0	
Návštěva léčebného zařízení	0,0	0,0	0,0	0,0	
Školní preventivní pgm	0,0	0,0	0,0	0,0	
Mimoškolní preventivní pgm	0,0	0,0	0,0	0,0	
Umělecké aktivity	0,0	0,0	0,0	0,0	
Sportovní aktivity	0,0	0,0	0,0	0,0	

Tab. 178: Typy činností, které podle respondentů přímo souvisely s realizací protidrogové prevence na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult, uvedeny pozitivní odpovědi

4.3.2.12 Typy závislostí, jichž se preventivní aktivity na Masarykově univerzitě týkaly

Nejčastěji frekventovanou odpovědí (84 % v celém souboru, 89 % u mužů, 82 % u žen, $p < 0,001$, χ^2) bylo, že se preventivní aktivity na Univerzitě týkaly pouze problematiky alkoholu a tabáku, tedy návykových látek, jejichž nákup a konzumace jsou od 18 let věku legální. Prevenci závislostí na zakázaných substancích vyzdvihla téměř 2 % respondentů (2,7 % mužů, 1,0 % žen, $p < 0,01$, χ^2), nikdo neuvedl, že šlo o předcházení závislostem na tzv. virtuálních drogách. Zmínku o komplexnějším systému univerzitní prevence (závislost na alkoholu, tabáku a zakázaných látkách) podalo více než 5 % dotazovaných, bez významných rozdílů mezi názory mužů a žen. Přibližně desetina všech oslovených (téměř 3 % mužů a více než 12 % žen, $p < 0,001$, χ^2) odpověděla, že prevence na Univerzitě byla zaměřena na všechny typy závislostí, tedy na substancích, virtuálních drogách a dalších druzích chování s návykovými rysy.

Podle mínění většiny respondentů z jednotlivých fakult se preventivní aktivity na Univerzitě týkají zvláště alkoholu a tabáku, méně jiných návykových látek a činností. Za komplexnější považuje prevenci část oslovených studentů fakulty pedagogické (52 %), informatiky (25 %), právnické (13 %), lékařské (9 %) a filosofické (3 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Pouze legální drogy	1824	83,8	528	89,2	1296	81,8
Pouze ilegální drogy	32	1,5	16	2,7	16	1,0
Pouze virtuální drogy	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Legální i ilegální drogy	112	5,1	32	5,4	80	5,1
Všechny typy závislostí	208	9,6	16	2,7	192	12,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 179: Typy závislostí, jichž se preventivní aktivity na Masarykově univerzitě týkaly, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Pouze legální drogy	100,0	96,9	75,0	81,8	48,3
Pouze ilegální drogy	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0
Pouze virtuální drogy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Legální i ilegální drogy	0,0	3,1	25,0	0,0	13,8
Všechny typy závislostí	0,0	0,0	0,0	9,1	37,9
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Pouze legální drogy	80,2	100,0	100,0	100,0
Pouze ilegální drogy	6,6	0,0	0,0	0,0
Pouze virtuální drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
Legální i ilegální drogy	6,6	0,0	0,0	0,0
Všechny typy závislostí	6,6	0,0	0,0	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 180: Typy závislostí, jichž se preventivní aktivity na Masarykově univerzitě týkaly, třídění dle fakult

4.3.2.13 Systematičnost univerzitních preventivních aktivit

Za systematické považuje univerzitní preventivní aktivity jen okolo 3 % celého vzorku (prakticky pouze ženy, z mužů nikdo, $p < 0,001$, χ^2). Zbytek zastává názor, že jde o ojedinělé snahy.

Pouze respondenti z pedagogické fakulty (14 %) uvedli, že se na Univerzitě setkali se systematickými preventivními aktivitami.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ojedinělé	2112	97,1	592	100,0	1520	96,0
Systematické	64	2,9	0	0,0	64	4,0
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 181: Systematičnost univerzitních preventivních aktivit v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Ojedinelé	100,0	100,0	100,0	100,0	86,2
Systematické	0,0	0,0	0,0	0,0	13,8
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Ojedinelé	100,0	100,0	100,0	100,0
Systematické	0,0	0,0	0,0	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 182: Systematičnost univerzitních preventivních aktivit, třídění dle fakult

4.3.2.14 Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie) v rámci prevence na Masarykově univerzitě

Podle odpovědí více než desetiny respondentů (prakticky jen žen, $p < 0,001$, χ^2) z celého souboru byla na univerzitní úrovni zmiňována problematika poruch příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie). S touto tematikou přišli do styku respondenti na fakultě filosofické (6 %), lékařské (18 %) a pedagogické (38 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1936	89,0	592	100,0	1344	84,8
Ano	240	11,0	0	0,0	240	15,2
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 183: Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy v rámci prevence na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Ne	100,0	93,8	100,0	81,8	62,1
Ano	0,0	6,3	0,0	18,2	37,9
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Ne	100,0	100,0	100,0	100,0
Ano	0,0	0,0	0,0	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 184: Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy v rámci prevence na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult

4.3.2.15 Hodnocení úrovně prevence na Masarykově univerzitě

Téměř 56 % celého souboru (bez významných rozdílů mezi pohlavími) považuje univerzitní prevenci závislostí za cílenou a užitečnou. Okolo 4 % všech respondentů hodnotí prevenci na Univerzitě jako necílenou, ale přesto užitečnou, ženy častěji (bez signifikance). Třetina souboru nemá vyhraněný názor. Více než 7 % všech dotazovaných (2,7 % mužů a 9,1 % žen, $p<0,001$, χ^2) kritizuje fakt, že prevence byla nejasně zaměřená a téměř bez užítku, více než 2 % všech respondentů (5,4 % mužů, 1,0 % žen, $p<0,001$, χ^2) ji popisuje jako naprosto ztracený čas.

Přibližně polovina respondentů z jednotlivých fakult považuje prevenci na Univerzitě za cílenou a užitečnou, existuje však i relativně vysoké procento těch, kteří nedovedou zaujmout stanovisko, nemají názor. Obecně si na nízkou užitečnost a cílenost prevence stěžují studenti filosofické (3 %), lékařské (18 %), pedagogické (17 %) a přírodovědecké (10 %) fakulty. Část posluchačů právnické (7 %) a přírodovědecké fakulty (10 %) dokonce hodnotí prevenci na Univerzitě jako naprosto ztracený čas.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Cílená a užitečná	1216	55,9	320	54,1	896	56,6
Sice necílená, ale přesto užitečná	80	3,7	16	2,7	64	4,0
Nedovedu posoudit	672	30,9	208	35,1	464	29,3
Nejasně zaměřená, téměř bez užítku	160	7,4	16	2,7	144	9,1
Naprosto ztracený čas	48	2,1	32	5,4	16	1,0
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 185: Hodnocení úrovně prevence na Masarykově univerzitě v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%)	FIL (%)	INF (%)	LEK (%)	PED (%)
Odpověď	n=144	n=512	n=64	n=176	n=464
Cílená a užitečná	66,7	68,8	0,0	45,5	48,4
Sice necílená, ale přesto užitečná	0,0	3,1	0,0	0,0	10,3
Nedovedu posoudit	33,3	25,0	100,0	36,4	24,1
Nejasně zaměřená, téměř bez užítku	0,0	3,1	0,0	18,1	17,2
Naprosto ztracený čas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%)	PRI (%)	SOC (%)	SPO (%)
Odpověď	n=240	n=336	n=208	n=32
Cílená a užitečná	40,0	52,4	84,6	50,0
Sice necílená, ale přesto užitečná	6,7	0,0	0,0	0,0
Nedovedu posoudit	46,6	28,6	15,4	50,0
Nejasně zaměřená, téměř bez užítku	0,0	9,5	0,0	0,0
Naprosto ztracený čas	6,7	9,5	0,0	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 186: Hodnocení úrovně prevence na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult

4.3.2.16 Názor respondentů na dostatek času věnovaný primární prevenci závislosti na Masarykově univerzitě

Téměř 92 % respondentů si myslí, že primární prevenci závislosti na Univerzitě není věnován dostatek času. Ženy jsou kritičtější než muži ($p < 0,001$, χ^2).

Odhlédneme-li od názoru malých vzorků na fakultě informatiky a sportovních studií, pak u respondentů převažuje názor, že primární prevenci závislosti není během jejich vysokoškolského studia věnován dostatek času.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Nedostatek času	2000	91,9	512	86,5	1488	93,9
Dostatek času	176	8,1	80	13,5	96	6,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 187: Názor respondentů na dostatek času věnovaný primární prevenci závislosti na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Nedostatek času	100,0	93,8	25,0	100,0	93,1
Dostatek času	0,0	6,2	75,0	0,0	6,9
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Nedostatek času	93,3	85,7	100,0	100,0
Dostatek času	6,7	14,3	0,0	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 188: Názor respondentů na dostatek času věnovaný primární prevenci závislosti na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult

4.3.2.17 Názor respondentů na dostatečnou pestrost nabídky aktivit primární prevence závislosti na Masarykově univerzitě

Bylo zaznamenáno obdobné hodnocení jako u předchozí položky. Více než 90 % respondentů zastává názor, že nabídka aktivit primární prevence závislosti na Univerzitě není dostatečně pestrá. Ženy jsou opět kritičtější než muži ($p < 0,001$, χ^2).

V případě porovnávání situace na jednotlivých fakultách dospějeme k podobným závěrům jako v předcházejícím případě.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Nedostatečně pestrá	1968	90,4	496	83,8	1472	92,9
Dostatečně pestrá	208	9,6	96	16,2	112	7,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 189: Názor respondentů na dostatečnou pestrost nabídky aktivit primární prevence závislosti na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Nedostatečně pestrá	100,0	96,9	50,0	90,9	89,7
Dostatečně pestrá	0,0	3,1	50,0	9,1	10,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Nedostatečně pestrá	80,0	85,7	100,0	100,0
Dostatečně pestrá	20,0	14,3	0,0	0,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 190: Názor respondentů na dostatečnou pestrost nabídky aktivit primární prevence závislosti na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult

4.3.2.18 Typy protidrogových preventivních aktivit , které by měly být posíleny/ zavedeny dle názoru respondentů na Masarykově univerzitě

Při hodnocení pozitivních odpovědí studentů se ukázalo, že pětina celého souboru (sedmina mužů a čtvrtina žen, $p<0,001$, χ^2) by stála o zavedení či častější využívání výkladu s diskusí v rámci výuky. Besedu s odborníkem z praxe by uvítala polovina všech dotazovaných (35 % mužů, 57 % žen, $p<0,001$, χ^2), besedu s bývalým uživatelem drog podobně (43 % mužů, 55 % žen, $p<0,001$, χ^2). Návštěvu externího preventivního či léčebného zařízení by si přálo zařadit 46 % osloveného vzorku (čtvrtina mužů a polovina žen, $p<0,001$, χ^2). Přibližně třetina souboru (ženy více) by podpořila či posílila spolupráci posluchačů na preventivním projektu (grantu). Třetina celého vzorku (čtvrtina mužů, třetina žen, $p<0,05$, χ^2) by posílila či zavedla různé preventivní aktivity na vysokoškolských kolejích, třetina všech respondentů (pětina mužů, třetina žen) akce mimokolejní (např. vzdělávací, umělecké, sportovní, apod., $p<0,001$, χ^2).

Při analýze odpovědí respondentů z jednotlivých fakult by o častější výklad s diskusí v rámci výuky stála čtvrtina vzorku z fakulty filosofické, informatiky, lékařské, pedagogické a sociálních studií, desetina z fakulty právnické a přírodovědecké. Besedu s odborníkem z praxe by uvítala třetina vzorku studentů fakulty ekonomicko-správní, 40 % pedagogické a přírodovědecké, dvě třetiny filosofické, lékařské, právnické fakulty a sociálních studií. Besedu s bývalým uživatelem drog by si přálo 25 % vzorku posluchačů fakulty informatiky, třetina z ekonomicko-správní fakulty, přibližně polovina z fakulty filosofické, lékařské, pedagogické, přírodovědecké a sportovních studií, 60 % z právnické fakulty a 85 % ze sociálních studií. Návštěva externího preventivního

či léčebného zařízení pro patologické závislosti by oslovila pětinu vzorku z ekonomicko-správní, třetinu z právnické a přírodovědecké fakulty, polovinu z fakulty lékařské, pedagogické a informatiky, 60 % z fakulty filosofické a 40 % ze sociálních studií, prakticky všechny z malého vzorku respondentů fakulty sportovních studií. Spolupráci na preventivním projektu (grantu) by podpořila desetina vzorku z lékařské, pětina z ekonomicko-správní, třetina z pedagogické, právnické a přírodovědecké fakulty, 40 % z filosofické fakulty, polovina z fakulty sociálních studií a informatiky, prakticky všichni z malého vzorku respondentů fakulty sportovních studií. Zavedení či posílení kolejních akcí s preventivním zaměřením uvedla desetina vzorku studentů lékařské fakulty, 15 % fakulty sociálních studií, čtvrtina fakulty informatiky, třetina ekonomicko-správní, filosofické, pedagogické, právnické a přírodovědecké fakulty. Mimokolejní akce navrhuje zavést či posílit pětina respondentů z pedagogické, lékařské a právnické fakulty, třetina z fakulty přírodovědecké a sociálních studií, 44 % z fakulty ekonomicko-správní a poloviny z fakulty informatiky.

Skupina	Všichni (n=2176)		Muži (n=592)		Ženy (n=1584)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Výklad s diskusí v rámci výuky	448	20,6	80	13,5	368	23,2
Beseda s odborníkem z praxe	1104	50,7	208	35,1	896	56,6
Beseda s ex-userem	1120	51,5	256	43,2	864	54,5
Návštěva prev. či léč. externího zařízení	992	45,6	160	27,0	832	52,5
Spolupráce na prev. projektu/grantu	752	34,6	160	27,0	592	37,4
Kolejní akce	608	27,9	144	24,3	464	29,3
Mimokolejní akce	672	30,9	112	18,9	560	35,4

Tab. 191: Typy protidrogových preventivních aktivit, které by měly být posíleny/zavedeny dle názoru respondentů na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví, uvedeny pozitivní odpovědi

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
Výklad s diskusí v rámci výuky	0,0	25,0	25,0	27,3	27,6
Beseda s odborníkem z praxe	33,3	62,5	0,0	63,6	41,4
Beseda s ex-userem	33,3	46,9	25,0	45,5	51,7
Návštěva prev. či léč. externího zařízení	22,2	59,4	50,0	54,5	51,7
Spolupráce na prev. projektu/grantu	22,2	40,6	50,0	9,1	37,9
Kolejní akce	33,3	34,4	25,0	9,1	27,6
Mimokolejní akce	44,4	50,0	0,0	18,2	20,7

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
Výklad s diskusí v rámci výuky	13,3	14,3	23,1	0,0
Beseda s odborníkem z praxe	66,7	38,1	69,2	0,0
Beseda s ex-userem	60,0	47,6	84,6	50,0
Návštěva prev. či léč. externího zařízení	33,3	28,6	38,5	100,0
Spolupráce na prev. projektu/grantu	26,7	28,6	46,2	100,0
Kolejní akce	26,7	38,1	15,4	0,0
Mimokolejní akce	20,0	33,3	30,8	0,0

Tab. 192: Typy protidrogových preventivních aktivit, které by měly být posíleny/zavedeny dle názoru respondentů na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult, uvedeny pozitivní odpovědi

4.3.2.19 Využití služeb Poradenského centra při rektorátu Masarykovy univerzity během studia respondentů

Pouze 3 % všech oslovených (4 % žen, $p < 0,001$, χ^2) někdy využila služeb Poradenského centra Univerzity. Prakticky šlo pouze o ženy, z nichž 2 % navštívila Centrum jednou, 2 % opakovaně.

Respondentky, které uvedly jednorázovou či opakovanou návštěvu Poradenského centra, pocházely z řad studentek filosofické a právnické fakulty.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	2112	97,0	592	100,0	1520	96,0
Ano, jednou	32	1,5	0	0,0	32	2,0
Ano, opakovaně	32	1,5	0	0,0	32	2,0
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 193: Využití služeb Poradenského centra při rektorátu Masarykovy univerzity během studia respondentů, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

4.3.2.20 Souhlas respondentů s rozšířením nabídky poradenských služeb o poradenství při problémech s drogami a návykovým chováním pro studenty Masarykovy univerzity

Třetina všech respondentů (více než polovina mužů a čtvrtina žen, $p < 0,001$, χ^2) by souhlasila s rozšířením poradenských služeb pro studenty Univerzity o problematiku závislosti. Zbytek oslovených nepovažuje toto téma za aktuální.

Frekvence odpovědí na tuto otázku při třídění podle fakult kolísá. Rozšíření stávajících poradenských služeb o řešení problémů s drogami a návykovým chováním by uvítala desetina respondentů z lékařské fakulty, čtvrtina z fakulty filosofické, informatiky a sociálních studií, třetina z právnické, 40 % z pedagogické a přírodovědecké fakulty, polovina z fakulty ekonomicko-správní a sportovních studií.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1440	66,2	256	43,2	1184	74,7
Ano	736	33,8	336	56,8	400	25,3
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 194: Souhlas respondentů s rozšířením nabídky poradenských služeb o poradenství při problémech s drogami a návykovým chováním pro studenty Masarykovy univerzity, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%)	FIL (%)	INF (%)	LEK (%)	PED (%)
Odpověď	n=144	n=512	n=64	n=176	n=464
Ne	44,4	71,9	75,0	90,9	58,6
Ano	55,6	28,1	25,0	9,1	41,4
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%)	PRI (%)	SOC (%)	SPO (%)
Odpověď	n=240	n=336	n=208	n=32
Ne	66,7	57,1	76,9	50,0
Ano	33,3	42,9	23,1	50,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 195: Souhlas respondentů s rozšířením nabídky poradenských služeb o poradenství při problémech s drogami a návykovým chováním pro studenty Masarykovy univerzity, třídění dle fakult

4.3.2.21 Náзор respondentů na umístění uvažovaného protidrogového poradenského centra

V případě, že by respondenti potřebovali využít protidrogového poradenství, mohli by volit z několika možností. Třetina z nich (19 % mužů, 36 % žen, $p < 0,001$, χ^2) by ztotožnila poradenství při závislostech s objektem stávajícího Poradenského centra Univerzity, sedmina (8 % mužů, 16 % žen, $p < 0,001$, χ^2) by poradenství raději umístila v objektu některé z vysokoškolských kolejí Masarykovy univerzity. Čtvrtina všech

dotazovaných (19 % mužů, 27 % žen, $p<0,001$, χ^2) by uvítala návštěvu poradenství v objektech některé z fakult Univerzity, třetina souboru (54 % mužů, 20 % žen, $p<0,001$, χ^2) pak zcela externě mimo dosah Univerzity.

Protidrogové poradenství by do prostor stávajícího Poradenského centra soustředilo nejvíce respondentů z fakulty lékařské, filosofické, sociálních studií a informatiky (více než 40 %), do objektu některé z kolejí Univerzity by mělo patřit podle mínění více než pětiny oslovených z fakulty informatiky, právnické a přírodovědecké. Umístění poradenských služeb do objektu některé z fakult Univerzity by si přála více než třetina respondentů z fakulty lékařské, pedagogické, právnické a sportovních studií. Více než třetina dotazovaných z fakulty ekonomicko-správní, pedagogické, přírodovědecké a sportovních studií by chtěla poradenské protidrogové centrum zcela externě-mimo dosah Univerzity.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
V prostorách stávajícího por. centra	688	31,6	112	18,9	576	36,4
V objektu některé z kolejí MU	304	14,0	48	8,1	256	16,2
V prostorách některé z fakult MU	544	25,0	112	18,9	432	27,3
Mimo objekty MU	640	29,4	320	54,1	320	20,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tab. 196: Náзор respondentů na umístění uvažovaného protidrogového poradenského centra, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví

Fakulta	ESP (%) n=144	FIL (%) n=512	INF (%) n=64	LEK (%) n=176	PED (%) n=464
Odpověď					
V prostorách stávajícího por. centra	11,1	43,7	50,0	45,5	17,2
V objektu některé z kolejí MU	11,1	12,5	25,0	9,1	10,3
V prostorách některé z fakult MU	22,2	21,9	0,0	36,4	34,5
Mimo objekty MU	55,6	21,9	25,0	9,1	38,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fakulta	PRA (%) n=240	PRI (%) n=336	SOC (%) n=208	SPO (%) n=32
Odpověď				
V prostorách stávajícího por. centra	20,0	33,3	46,1	0,0
V objektu některé z kolejí MU	20,0	23,8	7,7	0,0
V prostorách některé z fakult MU	33,3	9,6	23,1	50,0
Mimo objekty MU	26,7	33,3	23,1	50,0
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 197: Názor respondentů na umístění uvažovaného protidrogového poradenského centra, třídění dle fakult

5.1 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – návykové látky charakteru substancí

Podle dostupných literárních pramenů existují různé popisné a srovnávací studie charakteru drogové epidemiologie, zaměřené na užívání legálních i ilegálních drog charakteru substancí, méně nesubstančních, u různých populačních skupin. Relativně nejlépe je monitorována situace mezi mládeží na základních a středních školách, která přirozeně patří mezi nejvíce ohrožené skupiny (např. Csémy et al. [on-line], 2006; Andersson et al. [on-line], 2007; Hibell et al. [on-line], 2007; Csémy et al. [on-line], 2008; CDAS, 2010). Na posluchače vysokých škol je systematicky zaměřena již menší pozornost a často zůstávají skryti ve větších populačních vzorcích – např. ve věkové skupině 18–35 let (Nešpor et al., 1994b; Nešpor a Csémy, 1997; CDAS, 1997; Kolektiv, 1998a; Kolektiv, 1998b; Kolektiv, 1998c). Zkušenosti vysokoškolských studentů s primární prevencí závislosti a s jejím uplatňováním v univerzitním životě jsou ve větších vzorcích analyzovány jen zřídka, a to zvláště na humanitně zaměřených fakultách. Častější zmínky o způsobech aplikace prevence v univerzitním prostředí pocházejí ze zahraničí. Z českých zdrojů je třeba mj. zmínit práce Csémyho et al. (2004) a metaanalýzu vysokoškolského prostředí realizovanou Vondráčkovou et al. (2009) a zaměřenou na substanční i nesubstanční závislosti a možnosti jejich prevence.

5.1.1 Alkohol v ČR

Alkohol je v ČR nejčastěji užívanou a velmi tolerovanou návykovou látkou, s níž má populace nejvíce zkušeností. Toto zjištění je v souladu s velmi vysokou prevalencí celoživotní zkušenosti vysokoškolských studentů, která dosahuje 95 % a více. Relativní četnost abstinentů se pohybuje dle okolností mezi 0–15 %, s průměrem okolo 5 % (Kachlík a Šimůnek, 1998; Syrovcová et al., 2001). Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) bylo v obecné populaci ve věkové kategorii 18–24 let přibližně 10 % abstinentů a 7 % abstinetek (ÚZIS, 2006).

Alkohol je rovněž u vysokoškolských studentů nejužívanější návykovou látkou, jeho konzumace působí nejvíce problémů. Často je s jeho pitím spojeno užívání řady nelegálních drog. Typickým způsobem konzumace alkoholických nápojů mezi studenty vysokých škol je tzv. „binge drinking“ (nárazové pití během flámu, „tahu“), tedy pití nadměrných dávek alkoholu během jedné konzumní epizody (Jones et al., 2001; Liu, 2007; Sheffield et al., 2005).

Csémy et al. (2004) zkoumali vzorek 904 pražských vysokoškoláků (Univerzita Karlova, Vysoká škola ekonomická, České vysoké učení technické, Česká zemědělská univerzita, Vysoká škola chemicko-technologická) pomocí anonymního strukturovaného dotazníku, který byl zaměřen na zneužívání drog a postoje k nim. Obsahoval i škály, sledující některé psychologické charakteristiky. Rizikové či společensky nežádoucí formy užívání návykových látek byly zjištěny u třetiny souboru. Nadměrná konzumace alkoholo-

lu byla zaznamenána u pětiny mužů a 8 % žen. Relativní četnost pravidelných denních kuřáků cigaret se nelišila dle pohlaví (14 % mužů, 13 % žen), užívání sledovaných drog (marihuana, pervitin, heroin, LSD, extáze) během roku častěji než pětikrát přiznalo 24 % mužů a 12 % žen. Osoby s rizikovým chováním vůči návykovým látkám vykazovaly vyšší úroveň depresivity, horší duševní zdraví, obtížněji se ztotožňovaly s obecně platnými společenskými normami. Studenti, nadužívající alkohol nebo konzumující jiné drogy, zastávali obecně smířlivější postoje k užívání návykových látek. Nebyly nalezeny žádné významné vazby mezi kvalitou rodinného prostředí a rizikovým užíváním drog.

Csémy et al. (2004) dále sledovali výskyt rizikového chování ve vztahu k alkoholu. Byly nalezeny významné rozdíly při třídění vzorku dle pohlaví (muži se chovají více rizikově), avšak nikoli při třídění dle ročníků. Konzumaci alkoholu 1krát týdně nebo častěji (pravidelné pití) přiznala více než polovina dotazovaných, nadměrné dávky alkoholu (při přepočtu odpovídající 100 ml a více čistého ethanolu) častěji než 3krát během měsíce uvedla více než desetina respondentů (u mužů více než 20 %, u žen 4 %). Více než 3 epizody opilosti v posledním roce se vyskytly u 40 % mužů a 20 % žen. Problémové pití se v souboru pražských vysokoškolských studentů týkalo třetiny mužů a pětiny žen.

Záškodná (2004) mapovala zkušenosti s návykovými látkami u studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Minimálně jednu epizodu opilosti během života přiznalo ve vzorku 116 respondentů ze zdravotněsociální a pedagogické fakulty více než 80 %, během posledního roku více než 50 %, během posledního měsíce 25 %.

Obdobná ujištění učinili i Syrovcová et al. (2001), kteří pomocí dotazníkového šetření oslovili 253 studenty Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové. Během posledního měsíce byla opilost zaznamenána u necelé čtvrtiny vzorku, u necelé desetině i opakovaně. Zastoupení mužů a žen ve studiích Záškodné (2004) a Syrovcové et al. (2001) není rovnoměrné, ženy výrazně převažovaly, proto může být výskyt opilosti mezi muži maskován (Vondráčková et al., 2009). Pro srovnání s obecnou populací ÚZIS (2006) uvádí alespoň jednu epizodu opilosti v životě u 78,2 % respondentů ve věkové skupině 18–24 let.

5.1.2 Alkohol v zahraničí

Konzumaci alkoholických nápojů v populačním segmentu vysokoškolských studentů je věnována velká pozornost v zahraničí, především v USA, kde je problémové pití alkoholu chápáno jako důležitý negativní faktor ovlivňující zdraví. Výsledky studií provedených mezi vysokoškolskými studenty dokumentují, že výskyt užívání alkoholu a problémů s ním spojených je u této skupiny vyšší než u stejné věkové kategorie nestudentů (Wechsler et al., 1995; Marlatt a Witkiewitz, 2002; Bronin a Wright, 2005).

Škodlivé užívání alkoholu vysokoškolskými studenty je doprovázeno řadou rizik a závažných následků. Řadí se k nim zejména: řízení vozidla pod vlivem alkoholu, úrazy, násilné chování (výtržnosti, rvačky, vandalismus, ničení majetku), rizikové sexuální chování (nechráněný sex, promiskuita), násilná trestná činnost, sebevražedné jednání, alkoholová intoxikace, kocovina, zhoršení zdravotního stavu, prokrastinace, zhoršené školní výsledky či předčasné zanechání studia (Jones et al., 2001; Gill, 2002; Martens et al., 2005).

Wechsler et al. (1994; 2000; 2002) a O'Malley a Johnston (2002) informují o studiích zaměřených na konzumaci alkoholu a prováděných mezi americkými vysokoškolskými studenty. Nárazově užívá alkoholické nápoje 40–45 % z nich.

Obdobné výsledky byly zaznamenány i ve studiích realizovaných v evropských státech. Např. ve Švédsku se škodlivé užívání alkoholu týkalo mezi oslovenými vysokoškolskými studenty poloviny žen a téměř tři čtvrtin mužů (Bendtsen et al., 2006). Ve Spolkové republice Německo se alespoň o jedné epizodě nárazového pití v posledních 14 dnech zmínila polovina studentů medicíny (Keller et al., 2007).

Bylo zjištěno, že se nárazová konzumace alkoholu vyskytuje významně častěji u mužů oproti ženám. Tento typ chování byl pozorován zejména u osob, které byly členy studentských spolků, nebo je navštěvovaly (Jackson et al. in Galanter, 2005; Presley et al., 2002; McCabe et al., 2005). Řada autorů (Wechsler et al., 1994; Baer et al., 1995; Wechsler et al., 1995) upozorňuje na skutečnost, že nadměrné pití alkoholu v průběhu studia může být často pokračováním či vystupňováním dřívějších vzorců jeho užívání.

Ve spojitosti s nárazovým pitím se ukázal jako důležitý též věk první intoxikace. Nadměrná konzumace a závislost na alkoholu byly pozorovány u studentů, kteří přiznali výskyt první opilosti do 19. roku věku. Bylo u nich rovněž častější další rizikové chování-řízení pod vlivem alkoholu, spolujízda s řidičem pod vlivem alkoholu, vážnější zranění v důsledku předchozí konzumace alkoholu (Hingson et al., 2003).

Greenbaum et al. (2005) realizovali studii sledující konzumaci alkoholu mezi studenty v týdenních intervalech po dobu jednoho akademického roku. Z jejích výsledků vyplynulo, že pití alkoholu stoupá zejména v době státních a náboženských svátků, prázdnin a po nástupu na koleje.

Důležitou motivací ke škodlivému užívání alkoholu jsou zmírnění napětí a stresu, snaha zapadnout mezi ostatní a vyrovnat se jim. Pití napomáhá vysoká společenská tolerance a konformita („dělají to přece všichni“) (Saltz a Elandt, 1986; Jackson et al. in Galanter, 2005).

Ochaba et al. (2009) uvádějí, že v SR je kolem 30 % problémových konzumentů alkoholu, zejména na východě země. Pivo pije denně 8 % dospělé populace, 4 % osob ve věku 15–29 let, pivo 2–3krát týdně 15 % dospělé populace a 15 % osob ve věku 15–29 let. Víno pije denně 1 % dospělé populace, 0 % osob ve věku 15–29 let, 2–3krát týdně 6 % dospělé populace a 5 % osob 15–29letých. Lihoviny konzumují denně 2 % dospělé populace a 1 % osob 15–29letých, 2–3krát týdně 6 % dospělé populace a 7 % 15–29letých.

5.1.3 Tabák v ČR

Vlastní zkušenost s kouřením v ČR má 60–75 % vysokoškolských studentů (Kachlík, 2005b; Kachlík, 2005c; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008a), což převyšuje prevalenci ve srovnatelném segmentu obecné populace 18–24letých, kde byla zaznamenána vlastní zkušenost s kouřením tabáku u 58 % osob (ÚZIS, 2006).

Ve výzkumech realizovaných od r. 1990 kolísá podíl aktuálních kuřáků mezi vysokoškolskými studenty v rozmezí 11–36 %. Značné rozdíly mohou být zapříčiněny např. nejednotnou metodikou studií, různou velikostí a složením výzkumných vzorků, místní situací na oslovených univerzitách a fakultách. Lze shrnout, že prevalence kouření tabáku mezi vysokoškolskými studenty není výrazně ovlivněna rokem realizace výzkumu (Henčl, 1990; Klíma, 1990; Králíková et al., 1995; Hygienická stanice hl. m. Prahy, 1996; Bečková et al., 1998; Kubíková a Bečková, 1998; Bečková et al., 1999; Cekan a Bártová, 2000; Čáповá et al., 2000; Syrovcová et al., 2001; Venderová a Višňovský,

2001; Zikmundová et al., 2002; Csémy et al., 2004; Kachlík, 2005; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008a).

Vzhledem k obtížnějšímu porovnání sebraných dat z různých vysokých škol v rámci ČR by bylo vhodné počítat spíše s vyšší mírou prevalence aktuálního kuřáctví – okolo 30 %, jak dokládají studie uskutečněné na větších vzorcích studentů (Vondráčková et al., 2009).

Přibližně 60 % aktuálních kuřáků představují osoby kouřící denně (Csémy et al., 2004; Kachlík a Havelková, 2008). Výskyt pravidelných denních kuřáků mezi vysokoškolskými studenty se podle různých studií pohybuje mezi 7–16 % (Hygienická stanice hl. m. Prahy, 1996; Malcová et al., 1998; Zikmundová et al., 2002; Csémy et al., 2004), v obecné populaci je však vyšší – více než 30 % (ÚZIS, 2006).

Muži jsou silnějšími a častějšími kuřáky oproti ženám (Bečková et al., 1999; Cekan a Bártová, 2000; Čápková et al., 2000; Csémy et al., 2004). Dále bylo zjištěno, že s postupem studentů do vyšších ročníků vysoké školy klesá prevalence jejich aktuálního kouření (Hrubá a Kachlík, 1998; Csémy et al., 2004).

Konzumace tabáku koreluje zejména s nižší úrovní dosaženého vzdělání. Na ovlivnění kouření na vysokých školách může preventivně působit řada aktivit, jež jsou realizovány především na humanitně orientovaných fakultách (např. lékařských a pedagogických). Dále je možné uvažovat o horších studijních výsledcích kuřáků, kteří tak mají nižší šanci ve studiu uspět (Králiková et al., 1995; Hrubá a Kachlík, 1998; Mužík a Mužíková in Řehulka, 2003; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008a).

5.1.4 Tabák v zahraničí

V r. 2000 byl realizován výzkum prevalence pravidelného užívání tabáku mezi vysokoškolskými studenty ve 23 zemích světa. Vyplynulo z něj, že přibližně 34 % mužů a 27 % žen v tomto populačním vzorku pravidelně kouří. Byly zaznamenány velké rozdíly v prevalenci mezi jednotlivými státy (nejméně studentů kouřilo v Thajsku, nejvíce v oblasti jižní Evropy – v Itálii, Portugalsku, Řecku). Při srovnání s obecnou populací v každé zemi se ukázalo, že prevalence pravidelného kuřáctví tabáku je u vysokoškolských studentů nižší, a u studentek naopak vyšší (Rigotti et al., 2000; Steptoe et al., 2002).

Pavúk a Koščo (1997) publikovali výsledky dotazníkové studie, kterou sledovali kuřácké návyky a prevalenci kuřáků mezi studenty Pedagogické fakulty v Prešově v období 1982–1995. Osloveno bylo více než 1 900 respondentů. V roce 1982 v celém souboru kouřilo průměrně 31,2 % posluchačů, z toho 43,4 % mužů a 26,5 % žen. Mezi studenty prvního ročníku byla zaznamenána prevalence kouření 20,3 % (16,6 % u žen, 34,7 % u mužů), mezi studenty posledního ročníku 36,7 % (30,9 % u žen a 51,6 % u mužů). Data z r. 1991, pocházející z další etapy výzkumu, prezentují prevalenci kuřáků v prvním ročníku 26,2 % (25,8 % u žen, 27,2 % u mužů), v posledním ročníku 44,3 % (39,6 % u žen, 52,0 % u mužů). K dispozici jsou ještě údaje o prevalenci kuřáctví u studentů prvního ročníku z r. 1995 (24,5 % celkem, 23,3 % u žen, 29,4 % u mužů). V r. 1991 byl zaznamenán nárůst četnosti kuřáků v souboru studentů prvního a posledního ročníku, k čemuž výrazně přispěli nově nastupující do prvního ročníku, a ženy obecně. V r. 1995 byl zaznamenán v souboru studentů prvního ročníku pokles kuřáků oproti r. 1991, oproti r. 1982 však jejich nárůst (oba jít bez statistické signifikance). V období

1991–1995 nebyl potvrzen trend rostoucí prevalence kuřáctví u žen a poklesu u mužů z let 1982–1991.

Práce Kovářové a Dóciho (2004) zkoumala vztah mezi kouřením a tělesnou aktivitou studentů Lékařské fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika (UPJŠ) v Košicích. Byly analyzovány odpovědi, získané dotazováním v rámci kardiovaskulárního monitoringu CINDI, jehož součástí byly položky, týkající se kouření a fyzické aktivity. Soubor představovali 1 104 studenti medicíny (426 mužů a 678 žen) 5. ročníku, oslovení v období 1996–2001. V celém vzorku kouřilo 17,5 %, z toho tři čtvrtiny představovali pravidelní a asi pětinu občasní kuřáci. Prevalence kouření byla vyšší u mužů a muži též kouřili déle než ženy. Průměrná denní spotřeba cigaret činila u mužů 11 kusů, u žen 7. Pravidelně začali studenti kouřit až po nástupu na vysokou školu. Subjektivně muži hodnotili svou fyzickou kondici lépe než ženy, nejčastějším typem pohybové aktivity byla rychlá chůze (uvedlo více než 60 % respondentů), čtvrtina oslovených se vícekrát týdně věnovala rekreačnímu pohybu, asi 2 % vzorku aktivně sportovala. Nebyl prokázán obecný vztah mezi kuřáctvím a fyzickou aktivitou vysokoškoláků, zato byla nalezena významná souvislost mezi denní spotřebou cigaret a tělesným pohybem. Studenti, kteří vykouří více cigaret denně, mají tendenci být méně fyzicky aktivní. Vzhledem ke kardiovaskulární prevenci a prevenci závislosti bude velmi užitečné posílení role tělesné výchovy v rozvrhu a uplatňování různých metod boje s kouřením.

Statistický úřad SR od r. 1994 každé 2 roky periodicky mapuje v reprezentativním vzorku obyvatel SR názory na užívání tabáku a jiných návykových látek. Od počátku sledování v populaci obecně roste podíl nekuřáků (v r. 2006 činil více než 60 %), obdobně tomu je i mezi mládeží. S rostoucím věkem respondentů se zvyšuje podíl denních kuřáků, u dětí a dospívajících se nejčastěji vyskytují příležitostní kuřáci (Ochaba et al., 2009).

5.1.5 Nelegální návykové látky v ČR

Užívání nelegálních návykových látek v porovnání s užíváním alkoholu není v segmentu vysokoškolských studentů masivně rozšířeno (Vondráčková et al., 2009).

V užívání nelegálních návykových látek mezi českými vysokoškolskými studenty jednoznačně dominuje marihuana. V různých studiích přiznala alespoň jednu celoživotní zkušenost s ní polovina studentů (Csémy et al., 2004; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008a).

Kachlík a Šimůnek (1995; 1998) se věnovali sledování konzumace drog a postojů k nim u vysokoškolských studentů na MU od r. 1993. V období 1993–1997 provedli anonymní dotazníkové šetření na vzorku 456 posluchačů (177 mužů a 279 žen) 5. ročníku Lékařské fakulty MU. Zaznamenali vysokou úroveň syndromu „osobní imunity“, kdy bylo riziko užívání řady návykových substancí bagatelizováno. Nebezpečí konzumace tabáku si studenti jasně připouštěli, zatímco konopných drog nikoli. Ženy zaujímaly kritičtější postoje než muži.

Ukázalo se, že do vybrané skupiny pronikly tzv. „tvrdé“ drogy (opioidy, kokain, pervitin). Výskyt studentů, kteří již sami „tvrdé“ drogy okusili, byl poměrně nízký, kolem 2 %, pouze u kokainu vlastní zkušenost přiznala téměř 4 % mužů ve školním roce 1993–1994. Misúzus léků se týkal zejména tlumivých prostředků, používaných ženami k tišení psychických i fyzických potíží (Kachlík a Šimůnek, 1995; Kachlík a Šimůnek, 1998).

Podstatně horší byla situace u konzumace produktů konopí. Marihuana se stala nejrozšířenější drogou v souboru, vlastní zkušenost s ní uvádělo více jak 30 % mužů a téměř 20 % žen, přibližně 6 % mužů a 1 % žen ji kouřilo opakovaně. Po konopí byly druhou nejčastěji zneužívanou skupinou mezi mediky halucinogeny, a to většinou přírodního původu (lysohlávky). K pravidelným kuřákům tabáku patřilo průměrně 30 % mužů a 15 % žen, k nekuřákům se řadilo 20 % mužů a 50 % žen, zbytek byli občasní kuřáci a exkuřáci (Kachlík a Šimůnek, 1995; Kachlík a Šimůnek, 1998).

K vyzkoušení marihuany studenti medicíny zaujímali velmi tolerantní postoje (akceptovaly je dvě třetiny, pouze 15 % jasně odmítlo). Četnost odmítajících vzrostla v případě příležitostné (20 %) a pravidelné konzumace (60 %) marihuany. Třetina dotazovaných nedovedla zaujmout jasné stanovisko, postoje žen byly obecně averzivnější. K pravidelnému kouření 20 tabákových cigaret denně byli medicové mnohem kritičtější. Polovina mužů a 65 % žen jasně odmítlo možnou legalizaci tzv. „měkkých“ drog, významnost rozdílů mezi pohlavími narůstala směrem k ukončení jejich studia na Univerzitě. Více než tři čtvrtiny souboru přivedli k užití drogy přátelé či náhodní známí, 45 % respondentů bralo drogy ze zvědavosti, k dalším význačným důvodům patřilo hledání pozitiv, úleva od psychického stresu, potlačení zdravotních obtíží (většinou u žen), navození pocitu družnosti a uznání kolektivem. Chuť někdy drogy vyzkoušet udala téměř polovina mužů a třetina žen (Kachlík a Šimůnek, 1995; Kachlík a Šimůnek, 1998).

Kromě konopných drog patří k často užívaným návykovým látkám s prevalencí celoživotní zkušenosti kolem 10 % halucinogeny (LSD a lysohlávky), taneční drogy (extáze) a užívání tlumivých léků bez lékařského předpisu. Dále následují stimulanty (efedrin a amfetaminové deriváty vyzkoušela 2–4 % vzorku), opioidy kromě heroinu (2–3 %), kokain (kolem 2 %) a inhalanty (kolem 2 %). Zkušenost s užíváním ostatních látek (heroinu, cracku, brownu) se pohybovala na ještě nižších úrovních (Csémy et al., 2004).

V případě marihuany byl od r. 1994 zaznamenán rostoucí trend zkušeností s jejím užíváním (z přibližně 25 % na 60 % oslovených vysokoškolských studentů). Obdobnou tendenci lze pozorovat i v případě užívání hašiše (z 6,5 na 25 %), částečně u LSD (z 3,5 na 7,1 %), extáze (z 3,4 na 9 %), pervitinu (z 1,3 na 3,4 %) a kokainu (z 1,2 na 2,6 %). Sestupný trend byl zachycen pouze u inhalantů (z 2,9 na 1,5 %). Změny v užívání ostatních návykových látek nejsou srovnatelné, chybějí příslušná data. Z regionálního hlediska lze konstatovat, že posluchači pražských vysokých škol mají s nelegálními návykovými látkami více zkušeností než jiní vysokoškolští studenti v ČR. Při hodnocení změn může hrát roli rovněž poměr v zastoupení mužů a žen ve vyšetřovaných souborech. Z českých studií vyplývá, že existují rozdíly mezi pohlavími ve zkušenostech se sledovanými nelegálními návykovými látkami; muži vykazují výrazně vyšší prevalenci s výjimkou užívání tlumivých léků bez lékařského předpisu (Csémy et al., 2004; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008a; Vondráčková et al., 2009).

Užití některé nelegální návykové látky v obecné populaci v posledním roce bylo zachyceno u přibližně třetiny respondentů ve věkovém rozmezí 18–24 let, z toho bylo 38 % mužů a 24 % žen (ÚZIS, 2006).

Vysokoškolští studenti se tomuto schématu příliš nevymykají, aktuální užívání nelegálních psychoaktivních látek bylo častější u mužů. Během posledního roku užila marihuanu asi třetina oslovených vysokoškolských studentů, během posledního

půlroku pak přibližně čtvrtina z nich. Taneční drogy a halucinogeny byly užity 2–5 % respondentů, tzv. „klasické tvrdé“ drogy (pervitin, kokain, heroin) pak nejvýše 1 %. Z výsledků českých i zahraničních šetření vyplynulo, že celoživotní prevalence zkušenosti s „tvrdými“ drogami i prevalence jejich užívání v posledním roce či měsíci byly ve vzorcích vysokoškolské populace velmi nízké (Csémy et al., 2004; SAMHSA, 2007; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008a).

Mezi vysokoškolskými studenty se zřejmě užívání nelegálních návykových látek charakteru „tvrdých“ drog (s vysokým zdravotním a sociálním rizikem) omezuje většinou na experimentování. Výsledky provedených výzkumů mohou být zkresleny výběrem respondentů, jejich postoji k akceptaci užívání návykových látek, obavami ze ztráty anonymity. Nízké relativní četnosti užívání tzv. „tvrdých“ drog byly zřejmě příčinou, proč se dosavadní studie podrobněji nezabývaly vzorci jejich užívání (injekční aplikace, sdílení dávek, jehel a stříkaček, apod.) (Vondráčková et al., 2009).

5.1.6 Nelegální návykové látky v zahraničí

Prevalence konzumace nelegálních drog je mezi zahraničními vysokoškolskými studenty nižší než u jejich vrstevníků ve stejné věkové skupině (SAMHSA, 2007).

K nejoblíbenějším nelegálním psychoaktivním látkám patří obdobně jako v ČR marihuana. Podle údajů z výzkumů v USA ji přibližně třetina vysokoškolských studentů užila během posledního roku, celoživotní zkušenost s ní získalo 41–47 %. (Liu, 2007; Mohler-Kuo, 2003) Shillington a Clapp (2001) si všimají problémů působených současným užíváním marihuany a pitím alkoholických nápojů u vysokoškolských studentů.

Caldeira et al. (2008) uvedli, že téměř desetina studentů prvního ročníku vysoké školy splňovala kritéria pro diagnózu některé z poruch vyvolaných užíváním marihuany. Mezi studenty vysokých škol se vyskytuje větší počet experimentátorů než mezi obecnou populací. K nejčastějším negativním následkům spojeným s užíváním marihuany patřily problémy s koncentrací, řízení pod vlivem drog a zanedbávání školní docházky.

K dalším oblíbeným psychoaktivním látkám se řadí léky. McCabe et al. (2005) se zaměřili na užívání stimulantů na lékařský předpis. Celoživotní prevalence zkušenosti s nimi dosahovala 7 %, prevalence jejich užívání mezi studenty v USA v posledním měsíci přibližně 2 %. Teter et al. (2005) připomínají, že nejčastějšími důvody užívání stimulantů bývají podpora koncentrace, zvýšení pozornosti a prožitky euforie.

Liu (2007) prezentuje výsledky studie provedené na vzorku více než 4 600 studentů v Texasu. Alespoň jednou v životě zkusila kokain téměř desetina oslovených, desetina stimulanty včetně léků na předpis, obdobně halucinogeny, 5 % opioidy. Během posledního měsíce byl kokain užit 1,4 % souboru, stimulanty 2 %, halucinogeny méně než 1 % a opioidy 1 % studentů. Všechny znaky vykazovaly vyšší prevalenci u mužů oproti ženám.

Čaplová et al. (1997) zjišťovali postoje posluchačů vysoké školy k problematice návykových látek pomocí vlastního dotazníku s 22 položkami. Výzkumu se zúčastnilo 112 studentů 4. ročníku Lékařské a Právnické fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě. Kostru dotazníku tvořily výroky z médií, k nimž dotazovaní vyjadřovali různé silnou míru souhlasu či nesouhlasu. Významně více žen (81 %) než mužů (71 %) vnímalo pravidelné kouření marihuany jako riziko. Ženy přisuzovaly při vzniku závislosti větší váhu rodinnému prostředí a věřily, že s užíváním drog lze přestat pouze na základě

vlastního rozhodnutí a silné vůle. Respondenti prokázali dobrou úroveň informovanosti o drogovém problému, spíše ale v teoretické rovině. Scházely jim přesnější informace o léčbě a doléčování závislých osob.

Výzkum je též dlouhodobě prováděn mezi studenty 3.–5. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě (Novotný, Kolibáš, 1997; Kolibáš, Novotný, 1998). Jeho slovenští autoři koncem 90. let 20. stol. sledovali vlastní zkušenosti posluchačů s alkoholem a dalšími psychoaktivními látkami a rovněž jejich znalosti. Nejčastěji užívanými látkami u respondentů byla černá káva (pravidelně ji pilo více než 40 %) a alkohol (20 % pravidelných konzumentů). Pravidelné kouření tabáku uvádělo kolem 10 % dotazovaných. Pravidelné užívání benzodiazepinů bylo velmi řídké, avšak zjistilo se častěji opakovaně. Pravidelná a opakovaná konzumace alkoholu a nikotinu byly 3–4násobně častější u mužů, pití kávy a užívání benzodiazepinů se vyskytovalo zase častěji u žen. Z nelegálních drog se v souboru popisoval nejvíce kontakt s marihuanou (1,8 % pravidelných konzumentů, opakované užití uvádělo dalších 5,5 %). Zřídka se užívala psychostimulancia, extáze, halucinogeny. Alespoň jednou užila psychostimulancia 2,3 % studentů, LSD asi 1,4 % a extázi asi 0,5 %. Nikdo neuvedl vlastní zkušenost s opioidy. Při hodnocení znalostí studenti jako nejznámější uvedli kanabinoidy, následoval heroin, halucinogeny, těkavé látky. Nejméně známými byly „designer drugs“ (taneční drogy typu extáze).

Další studie (Kolibáš et al., 2003) pomocí anonymního dotazníku zkoumala soubor celkem 381 studentů 3.–5. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě, dalších fakult Univerzity Komenského (pedagogické, přírodovědecké, právnické a filosofické) a studentů Akadémie policajného zboru SR. Vysokoškolští studenti v Bratislavě z návykových látek nejčastěji užívali černou kávu (48 % souboru), tabák (14 % pravidelně kouřilo) a alkoholické nápoje (12 % je pilo pravidelně). Pravidelné pití alkoholu a kouření se častěji vyskytovaly u mužů, ženy častěji pravidelně pily černou kávu a užívaly léky s návykovými složkami (téměř 4 %, zvl. analgetika). Z ilegálních látek byly nejčastěji zneužívány produkty konopí (27 % mužů a žen s nimi mělo alespoň jednu zkušenost, pravidelně je bralo další necelé 1 % dotázaných). Osoby s vlastní marihuanovou zkušeností častěji patřily k pravidelným konzumentům tabáku a alkoholu, samy většinou zkusily i jiné drogy, měly přátele užívající návykové látky. V menší míře oslovení uvedli vlastní zkušenost s LSD, ojediněle s těkavými látkami a opiáty.

Novotný a Kolibáš (2003; 2004) prezentovali výsledky z anonymního dotazování v r. 2002, získané v souboru 230 studentů (157 žen, 73 mužů) 3. a 5. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě. Pravidelně kouřilo tabák 11 % souboru (7 % žen, 21 % mužů), 11 % oslovených pravidelně pilo alkohol (8 % žen, 16 % mužů) a dalších 68 % tak činilo sice nepravidelně, ale opakovaně. Pravidelně pilo černou kávu 46 % osob (polovina mužů, třetina žen). Z ilegálních látek byly nejčastěji zneužívány konopné drogy (jednu zkušenost s nimi mělo 15 %, 12 % opakovanou, ojediněle se vyskytla pravidelná konzumace konopí). Jedno nebo opakované užití konopí uvedlo 22 % žen a 42 % mužů (rozdíl byl statisticky významný). Téměř 3 % měla jednu zkušenost s LSD, opakovaná byla řídká, podobná situace byla popsána též u extáze. Z porovnání dat z let 2002 a 1997 vyplývá, že v r. 2002 vzrostl signifikantně počet konzumentů tabáku, počet pravidelných a občasných konzumentů alkoholu se významně nezměnil. Významně vzrostla četnost drogové zkušenosti s konopím (jednorázové i opakované), mírně poklesl podíl pravidelných konzumentů.

Ochaba et al. (2009) uvádějí, že se slovenská drogová scéna dynamicky mění. Dominují na ní marihuana, pervitin a heroin, posílila zejména pozice konopných a tanečních drog. Vzrostl počet experimentátorů s nelegálními látkami, v r. 2007 se jednalo o více než 22 % těch, kteří drogy kouřili, a 7 % perorálních konzumentů. S marihuanou má vlastní zkušenost více než třetina středoškoláků. Existují regionální rozdíly mezi užíváním nelegálních návykových látek, výrazně vede Bratislava. Obecně převažuje užívání opioidů na západním Slovensku, marihuany na středním Slovensku a prchavých látek na východě země. Narůstá skupina problémových uživatelů drog, jedná se především o opioidy, kokain a amfetaminy, její velikost se odhaduje na 18 000 osob.

Reprezentativní studie zaměřená na konzum marihuany u vysokoškoláků byla provedena v USA. V souboru více než 17 500 studentů ze 150 amerických vysokých škol téměř čtvrtina uvedla, že v posledním roce konzumovala marihuanu. Užívání bylo vyšší u studentů, kteří současně pili alkoholické nápoje a kouřili, dále u těch, kteří bydleli v kampusech, kde byly dostupné hospody. Konzum marihuany souvisel s horšími studijními výsledky (Bell et al., 1997).

Rozsáhlá studie byla též realizována ve Velké Británii. Ve vzorku více než 3 000 studentů z 10 univerzit bylo zjištěno, že 89 % má nějakou zkušenost s alkoholem (61 % mužů a 48 % žen pije pravidelně, rizikově pije 15 %), 20 % užívá konopí pravidelně aspoň jednou týdně, 33 % má zkušenost s jinými nelegálními látkami (většinou LSD a extází), 46 % osob začalo užívat návykové látky ještě na střední škole, 13 % po vstupu na univerzitu (Webb et al., 1996).

Průzkum SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) ukázal, že v USA je v populaci 12–34letých bílých mužů 28 % závislých na nikotinu, 6 % na alkoholu, 9 % na marihuaně a 8 % na kokainu. U bílých žen pak u 31 % existuje závislost na nikotinu, u 3 % na alkoholu, 6 % na marihuaně a 11 % na kokainu (CDAS, 1997; Gfroerer et al., 1997).

Sledování populačního vzorku 13–48letých v Austrálii s průměrným věkem 18,9 roku prokázalo, že kontakt s alkoholem mělo alespoň jedenkrát v životě téměř 99 % dotazovaných, s konopím přes 96 %, halucinogeny (LSD) přes 90 %, s inhalanty 83 %, amfetaminy 69 %, s barbituráty bez lékařského předpisu 37 %, kokainem 19 % a heroinem 7 %. Právě ve škole užilo alkohol 92 %, cannabis 89 %, LSD 67 %, inhalanty 57 %, amfetaminy 46 % a barbituráty 35 % (Lenton et al., 1997).

5.1.7 Návykové látky u osob se zdravotním postižením

Oproti výše zmíněným informacím o populačních segmentech bez handicapu existuje relativně málo informací o problematice závislostí ve specifických populačních skupinách, jakými jsou např. lidé se zdravotním postižením. Lze předpokládat, že vzhledem ke svým zdravotním problémům mohou více trpět odloučeností, obtížným hledáním partnera, přátel (záleží na stupni jejich vady a integrace), zaměstnání, sebeuplatnění. Mohou prožívat své pocity jinou intenzitou či jiným způsobem než lidé bez zdravotního postižení. Pokud nenaleznou pomocnou ruku, hrozí, že někteří z nich budou řešit své potíže užíváním drog či jinými návykovými aktivitami. Osobám se zdravotním postižením je věnována větší pozornost, pokud jde o řešení jejich zdravotních problémů a soužití s většinovou společností bez handicapu, avšak mapování a dlouhodobé sledování patologických závislostí bylo prováděno spíše v zahraničí.

Kessler a Klein (1995) realizovali velkou srovnávací studii na vzorku téměř 41 000 intaktních žáků a studentů středních škol a téměř 500 žáků a studentů s tělesným postižením v USA. Ukázalo se, že osoby s postižením častěji prožívají negativní emoce, mají nižší úroveň sebehodnocení, srovnatelně nebo dokonce častěji sahají po některé z návykových látek včetně alkoholu a tabáku oproti intaktní populaci.

Pančocha (2006) se podrobně zabývá speciálně pedagogickou dimenzí závislostního chování. Uvádí řadu rizikových faktorů, jimiž jsou osoby s nějakým druhem postižení ohroženy. Zejména se jedná o častější užívání léků, oslabení metabolismu a orgánových systémů, atypické projevy činnosti centrální nervové soustavy, horší schopnost predikce rizik. I pro odborníka je někdy obtížné včas rozeznat příznaky, které souvisejí s užíváním návykových látek u osob se zdravotním postižením, poněvadž jsou často maskovány projevy vlastního postižení. Autor se ve své publikaci podrobněji věnuje různým druhům zdravotního postižení a jejich vztahu k závislostnímu chování.

Zaměříme-li se na osoby s tělesným postižením (podle Vítkové, 2006 jde o vady pohybového a nosného ústrojí, jakož i poruchy či poškození nervového systému, projeví se porušenou hybností), riziko výskytu drogových problémů je u nich vyšší než v běžné populaci. Jejich výsledný stav často souvisí s abúzem alkoholu nebo jiných návykových látek. Pokračující konzumace alkoholu a/nebo jiných drog mohou jít ruku v ruce, ale také zcela nezávisle na sobě (Heinemann, 1993).

Další skupinou jsou lidé s chronickými bolestivými syndromy a spastickými stavy, u nichž bývá často pozorováno nadužívání alkoholu a jeho kombinace s jinými látkami, zejména léky tlumivé povahy. Ze zahraničních epidemiologických studií, jež byly uskutečněny na malých vzorcích osob s tělesným postižením, vyplývá, že k užívání drog více inklinují lidé, kteří si postižení způsobili konzumací drog postnatálně (v dospělosti), než lidé, jejichž stav vznikl pre- či perinatálně. Návykové látky si nejčastěji obstarávají od přátel, příslušníků své rodiny, dokonce se množí zprávy o výskytu dealerů specializovaných právě na osoby se zdravotním postižením (Pančocha, 2006).

Podle Glasse (1980) lze osoby s tělesným postižením a problémy s návykovými látkami rozdělit na 2 typy: typ A vykazuje znaky závislostního chování již před vznikem tělesného postižení, typ B až po něm. Podle Heinemanna et al. (1989) převažuje typ A, k tělesnému postižení často dochází následkem úrazu, který se stal v přímé souvislosti s užíváním drog. Výskyt konzumace drog po vzniku tělesného postižení je relativně řídký.

Kachlík et al. (2009) realizovali pilotní šetření, při němž bylo pomocí anonymního dotazníku osloveno 228 klientů s motorickým postižením z ústavu sociální péče. Ve zkoumaném vzorku byly nalezeny četné celoživotní zkušenosti s řadou návykových substancí i s aktivitami charakteru návykového chování. Tyto osoby většinou respektují rady rodičů, pedagogů a terapeutů a masivnímu zkoušení a dalšímu užívání drog odolávají více než majoritní část populace bez zdravotních handicapů. Překvapil nižší výskyt konzumentů tabáku a marihuany (v běžné populaci s ní experimentovalo 50–60 % adolescentů a mladých dospělých, ve vzorku pouze 16 %), vyšší výskyt alkoholových abstinentů (10 %). Vyskytly se experimenty s opiáty a stimulanty, halucinogeny, těkavými látkami i tanečními drogami. Tlumivé léky byly non lege artis ve vyšetřovaném vzorku užívány častěji, než je v běžné populaci obvyklé (zejména u žen), a to i v období posledního půlroku a měsíce před studií. Gambling na automatech zůstal většinou

na úrovni 1–3 experimentů, pětina souboru jej již někdy v životě zkusila. Sledování televize, videa, DVD se respondenti nejčastěji věnovali 1–3 hodiny denně, podobně hraní počítačových her. On-line aktivitám byl ponejvíce vyhrazen čas do 1 hodiny denně, používání mobilního telefonu 10–30 minut denně. Respondenty k užití návykových látek nejčastěji motivovali přátelé, varující je, že na druhém místě byli uvedeni rodiče, 16 % dotazovaných se někdy setkalo s drogovým překupníkem (dealerem). K důležitým důvodům, proč byly drogy vyzkoušeny, patřilo potlačení zdravotních obtíží, zvědavost, navození příjemných stavů. K nejsnáze dostupným substancím patřily tlumivé léky, konopí, halucinogeny, těkavé látky a diskotékové drogy.

5.2 Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – další druhy rizikového chování včetně tzv. virtuálních drog

Většina dosavadních studií byla zaměřena na omamné a psychotropní látky hmotného charakteru (substance). Méně podrobně byly sledovány závislosti na tzv. virtuálních drogách (patologické hráčství, závislost na internetu, počítači, televizi, videu, mobilním telefonu, apod.), které mají ráz návykového chování (srov. např. Nešpor, 2000; Nešpor a Csémy, 2007; Csémy et al., 2008; Vondráčková et al., 2009).

Se změnou společenského klimatu a životního stylu se prvky závislosti na virtuálních drogách projeví nejen v dětské a adolescentní populaci, ale rovněž mezi dospělými, vysokoškolské studenty nevylučuje. Problémová „konzumace“ potenciálně návykových aktivit u nich často vede ke zhoršení studijních výsledků, zanechání studia z důvodu neplnění a odsouvání základních povinností, dalším rodinným a existenčním potížím. Vysokoškolští studenti se oproti běžné populaci snadno až velmi snadno setkávají s nejmodernějšími komunikačními technologiemi, častěji je využívají, mohou si relativně lehce měnit uspořádání dne dle svých potřeb, což zvyšuje riziko možné závislosti. To ještě podporuje fakt, že v současnosti je již možné se legálně registrovat a hrát hazardní hry či sázet v prostředí českého internetu, je-li osoba plnoletá. Svou roli rovněž hraje cenová dostupnost výpočetní a komunikační techniky i síťového připojení pro domácí potřeby (Nešpor, 1994; Nešpor, 2000; Strach in Řehulka et al., 2008).

Závislostní chování vzniklé na podkladě nekontrolovaného používání ICT a patologického hráčství nejčastěji vede ke zhoršeným studijním výsledkům, nedochvilnosti či absencím ve výuce, zhoršení zraku, nedostatku spánku, bolestem pohybového aparátu, vyčerpání, ztrátě prostředků určených k hrazení vzdělávání a životních potřeb, následkům v sociální sféře (Scherer, 1997; Morahan-Martin a Schumacher, 2000; Chou, 2001; Stinchfield et al., 2006). Některé zdroje uvádějí, že komunikace po internetu může mezilidské vztahy pomoci navázat a utužit, jiné oponují a připomínají, že tento způsob komunikace sociální vztahy naopak rozvolňuje a vede k izolaci (Vondráčková et al., 2009).

Závislostní chování po určité době postihuje všechny kvality zdraví – fyzickou, psychickou i sociální (Nešpor, 2000; Strach in Řehulka et al., 2008).

5.2.1 Virtuální drogy v ČR

Hygienická stanice hl. m. Prahy v r. 1994 provedla rozsáhlý výzkum zaměřený na sledování užívání návykových látek a návykového chování vč. hraní počítačových

her a na automatech ve vzorku cca 2 000 vysokoškolských studentů z celé ČR. Hraní během posledního měsíce přiznalo více než 60 % dotazovaných, z toho víc než desetina hrála 6krát a častěji (HSHMP, 1996).

Dostupnost ICT od r. 1994 mnohonásobně vzrostla, proto lze v současné době očekávat i vyšší podíl hráčů mezi studenty (Vondráčková et al., 2009; Vondráčková Holcnerová et al., 2009). Nešpor a Csémy (2005) zdůrazňují, že výskyt patologického hráčství bude s ohledem na nadprůměrnou dostupnost hazardních her v ČR velmi vysoký i v celosvětovém měřítku. Roste počet pacientů hospitalizovaných s touto diagnózou, výskyt pravidelného hraní je mnohonásobně častější u mužů, zvyšuje se s věkem (Nešpor a Csémy, 2005). O peníze hrají alespoň jednou týdně 4 % osmnáctiletých (Csémy et al. [on-line], 2006; Csémy et al. [on-line], 2008).

V ČR doposud neproběhl žádný výzkum cílený na prevalenci patologického hráčství v obecné populaci (Vondráčková et al., 2009).

Vondráčková et al. (2009) konstatují, že rozdělení dle pohlaví a trendy v populaci vysokoškolských studentů budou obdobné: častěji budou hrát muži a výskyt hraní se bude v posledních letech spíše zvyšovat, k přesnějším odhadům však chybí dostatek dat. Rizikové či problémové chování ve vztahu k ICT bylo v ČR sledováno jen několika výzkumy, které se vždy zaměřily na oblast internetu.

Vondráčková Holcnerová et al. (2009) zmiňují výzkum, v němž byl analyzován soubor 341 vysokoškolských studentů, mezi nimiž bylo identifikováno 6 % závislých, byly nalezeny významné rozdíly mezi pohlavími (znaky závislosti vykazovalo 9 % mužů a pouze 1 % žen) a mezi studijními zaměřenými (mezi studenty humanitních oborů bylo 1 % závislých, mezi posluchači oborů exaktních 9 %).

Šimková a Činčera (2004) uvádějí, že existuje výrazný rozdíl mezi průměrnou dobou strávenou na internetu za týden mezi závislými a nezávislými respondenty: vysokoškoláci se závislostním chováním tráví průměrně na internetu 44 hodin za týden, ostatní pouze 13 hodin. Autoři si všimli problémového užívání ICT ve vzorku více než 300 osob. Byly nalezeny statisticky významné rozdíly ve výskytu prvků závislostního chování na ICT (více u mužů a u osob s rizikovým chováním). Problém byl vnímán spíše izolovaně, bez širší souvislosti se životním stylem respondentů.

Galácz a Šmahel ([on-line], 2007) publikovali výsledky reprezentativního průzkumu pro Světový projekt o internetu, podle nichž používalo v r. 2006 internet 100 % českých vysokoškolských studentů, zatímco v obecné populaci ve věkové kategorii 18–29 let v tomtéž výzkumu bylo zaznamenáno pouze 74 % uživatelů internetu.

Blinka ([on-line], 2008) identifikoval ve věkové skupině 20–26 let 5 % závislých a další 4 % závislostí ohrožených respondentů. Výskyt závislostního chování klesá s rostoucím věkem (Blinka [on-line], 2008), přístupnost a využívání internetu stoupá se zvyšujícím se vzděláním (Galácz a Šmahel [on-line], 2007). Z těchto skutečností vyplývá, že populace vysokoškolských studentů je jednou ze skupin nejvíce ohrožených závislostním chováním v souvislosti s používáním internetu (Vondráčková et al., 2009; Vondráčková Holcnerová et al., 2009).

Kachlík a Havelková (2007; in Řehulka et al., 2007) zařadili do mapování vysokoškolské drogové scény na MU několik otázek, vztahujících se k výskytu gamblerství ve studovaném vzorku. Dotazování však bylo širěji zaměřené, s důrazem na závislost na substancích.

U vysokoškolských studentů na Masarykově univerzitě byla v r. 2009 realizována studie zaměřená na závislostní chování. Pomocí anonymního dotazníku o 21 položkách bylo osloveno 2 475 prezenčních studentů všech 9 fakult MU. Byla mapována hra na automatech, na počítači nebo herní konzoli, používání mobilních telefonů, internetu, sázky, poruchy příjmu potravy, finanční půjčky, internetové bankovníctví. Další sada položek sledovala důvody, které vedly respondenty k některé z popsaných aktivit, jejich dostupnost, postoje k vybranému potenciálně rizikovému chování. Dotazy byly rovněž zaměřeny na využití volného času, poradenských a terapeutických služeb, názory na důležitost zařazení problematiky virtuálních drog do výuky na MU (Kachlík a Havelková in Linhartová et al., 2010).

5.2.2 Virtuální drogy v zahraničí

V poslední době se pozornost zaměřuje na závislostní chování v souvislosti s užíváním moderních ICT, zejména pak internetu, hovoří se o tzv. závislosti na internetu – netholismu či netománii (Young, 1998; Beard a Wolf, 2001; Ko et al., 2005). Vysokoškolská studenta jsou dobře obeznámeni s ICT, mohou snadno přistupovat k internetu, dokáží si flexibilně organizovat čas, po nástupu na vysokou školu se ocitají ve změněném prostředí, v němž navazují nové sociální vztahy, což jim právě počítačová síť může usnadnit (Chou, 2001; Morahan-Martin a Schumacher, 2000; Nalwa a Anand, 2003).

Incidenci a okolnosti problémového užívání internetu mezi vysokoškolskými studenty studovali Morahan-Martin a Schumacher (2000). Z téměř 300 osob přibližně desetina vykazovala znaky problémových uživatelů. Většinou šlo o muže, kteří se sociálně i psychicky realizovali v aktivitách na síti (chat, hry).

Relativní četnost výskytu závislostního chování v souvislosti s používáním internetu mezi vysokoškolskou populací v zahraničí kolísá mezi 6–13 % (Scherer, 1997; Chou a Hsiao, 2000; Morahan-Martin a Schumacher, 2000). Pouze velmi malá část uživatelů internetu si dokáže připustit vliv závislosti na něm na své životy (Anderson, 2001, Yuen a Lavin, 2004). Studenti s rizikovým chováním vůči internetu častěji využívají chat, e-mail, hrají on-line počítačové hry (Chou, 2001).

Chou a Hsiao (2000) zkoumali problematiku závislosti na ICT u taiwanských vysokoškoláků. Osoby ve vzorku často využívaly interaktivní síťové aplikace, trávily podstatnou část osobního volna u počítače, měly problémy s absencemi a se školními výsledky.

Do oblasti patologického hráčství částečně spadá i možná závislost na internetu, poněvadž formami gamblingu jsou mj. on-line sázení a hraní v on-line kasinech. V USA je udávána prevalence patologického hráčství přibližně v rozmezí 3–5 % populace vysokoškolských studentů (LaBrie et al., 2003; Stinchfield et al., 2006). U patologického hráčství byla nalezena silná korelace s užíváním alkoholu a jinými nelegálními návykovými látkami (Clark, 2003; LaBrie et al., 2003).

LaBrie et al. (2003) uskutečnili v USA národní výzkum zaměřený na patologické hráčství mezi vysokoškolskými studenty. Oslovili více než 10 000 osob. Závislost na hře korelovala s užíváním řady návykových substancí legálního i ilegálního typu a s rizikovým sexuálním chováním.

Engwall et al. (2004) studovali vzorek téměř 1 400 respondentů z řad vysokoškolských studentů v USA. Pětina mužů a dvacetina žen vykazovala znaky problémo-

vého hraní, které již poškozovalo jejich zdraví a bylo spojeno s vyšší úrovní konzumace legálních drog a konopí.

5.3 Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě

Efektivní programy prevence závislosti by měly obsahovat odborně prezentované informace, zvl. o dlouhodobých negativních účincích drog, posilování přiměřeného sebeocení a příležitosti pro realizaci životních cílů, přípravu mladých lidí na zvládání konfliktů, tlaku vrstevníků, rozvoj sociálních dovedností a umění odmítat drogy (Nešpor a Csémy, 1996).

V ČR dosud nebyla věnována dostatečná pozornost vytvoření intervencí v tak specifické cílové skupině, jakou jsou studenti vysokých škol se škodlivým užíváním návykových látek nebo ICT (Vondráčková et al., 2009).

5.3.1 Prevence v ČR

Hrubá již více než 10 let úspěšně realizuje komplexní program preventivního protikuřáckého působení na studenty medicíny na Lékařské fakultě MU. Oslovila též klinická pracoviště, takže se posluchači lékařství dozvídají moderní teoretické i praktické poznatky o kouření tabáku a možnostech jeho redukce. Během studia dochází k vytváření pozitivního modelu lékaře-nekuřáka, studenti jsou školeni, jak oslovovat a přesvědčovat své budoucí pacienty, aby úspěšně zvládli kuřácký problém. Navržený model se ujal a byl s úspěchem aplikován i na jiných vysokých školách v ČR (Hrubá a Kachlík, 1998).

Kromě protikuřáckého působení byli medicí v rámci stáží na ústavu preventivního lékařství osloveni též aktivitami, týkajícími se primární prevence zneužívání netabákových drog. Prevence závislosti byla probírána též ve výuce budoucích pedagogů a zakotvena ve studijních materiálech. Byla posílena spolupráce s Poradenským centrem MU a studenti dostali příležitost řešit své problémy se závislostmi přímo na univerzitní půdě. Z rozhovorů se studenty však vyplynulo, že příliš nedůvěřují poradenskému centru, jež je umístěno přímo na akademické půdě (rektorát MU), obávají se ztráty anonymity a nedostatku soukromí. Bylo by pro ně přijatelnější mít protidrogové poradenství dostupné na kolejích, největší ohlas získala myšlenka externího poradenského centra zcela mimo objekty Univerzity (Kachlík a Šimůnek, 1995; Kachlík a Šimůnek, 1998).

Kurz zaměřený na ovlivnění postojů a názorů u kouřících studentů medicíny byl také zaveden na Lékařské fakultě UK v Praze (Králíková et al., 1995).

Na Pedagogické fakultě MU byla v rámci řešení výzkumného záměru prof. PhDr. Evžena Řehulky, CSc. „*Škola a zdraví pro 21. století*“ sestavena a realizována koncepce výchovy ke zdraví ve vysokoškolském prostředí, která je přímo (kontaktní výuka zdravotně, klinicky, biologicky, psychologicky zaměřených předmětů) či zprostředkovaně (holistická koncepce zdraví z různých úhlů pohledu, např. historického, geografického, jazykového) zakotvena v působení jednotlivých kateder na studenty. Problematika se dotýká rovněž sociálně patologických jevů, závislosti a jejich prevence ve školním a rodinném prostředí. Fakulta každoročně organizuje pracovní semináře určené pro zástupce pedagogických fakult vysokých škol v ČR, které jsou zaměřeny

na výměnu poznatků a zkušeností z oboru Výchova ke zdraví (Mužik a Mužiková in Řehulka, 2003).

Vondráčková et al. (2009) informují, že v r. 2008 vznikla v Centru adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze Adiktologická ambulance, která nabízí psychologické poradenství pro studenty a zaměstnance vysokých škol a jejich rodinné příslušníky, jejichž zdravotní stav a sociální situace jsou aktuálně či výhledově ohroženy užíváním návykových látek a ICT. Součástí ambulance je též on-line internetová poradna. Činnost Adiktologické ambulance je kromě zábrany předčasného ukončení studia zaměřena na nabídku včasné a profesionální pomoci v oblasti informačního servisu, různých forem psychoterapie, poradenství, krizové intervence a odkazů na další služby.

5.3.2 Prevence v zahraničí

V Anglii využili preventivní program proti nadměrné konzumaci alkoholu. Obecní organizace otevřely v univerzitní koleji experimentální pohostinství, které bylo vedeno studenty vyšších ročníků – absolventy kurzu protialkoholní výchovy. Cílem programu byla modifikace průměrné spotřeby alkoholu na hlavu. Vstupní data a prospektivní studie sledovaly úroveň spotřeby alkoholu, frekvenci problémů a postoje související s pitím. Účast na akcích spojených s projektem byla vysoká. U studentů vzrostla spotřeba nealkoholických nápojů, změnily se jejich postoje k nadměrnému pití, ke vztahu alkoholu a řízení auta, k pojetí kolejni zábavy. Výsledky však ukázaly, že spotřeba piva, vína ani tvrdého alkoholu výrazněji nepoklesla, podobně nebyla ovlivněna frekvence výskytu problémů s nadměrným konzumem alkoholu souvisejících (kocoviny, řízení v opilosti, výtržnosti, nepořádku) (Mills, 1983).

V USA byly porovnávány 3 přístupy k protialkoholní výchově: program zaměřený na poznání rizik, program soustředěný na správné rozhodnutí a program cílený na objasnění životních hodnot. Nejlépe byl přijímán a nejvíce zvyšoval znalosti program zaměřený na poznání rizik, jako nejméně efektivní se jevíly strategie cílené na hodnotový žebříček, což se potvrdilo též při hodnocení dopadu na současnou a očekávanou spotřebu alkoholu u respondentů (Goodstadt a Sheppard, 1983).

Program, počítající se zapojením amerických vysokých škol do prevence problémů působených alkoholem, zkoumal účinnost kampaně uskutečněné pomocí reklamní pošty. Sledovala se ochota studentů podílet se, získat znalosti, snížit konzumaci alkoholu a výskyt řízení v opilosti. Průzkum ukázal, že 93 % osloveného vzorku poštu četlo, jejich znalosti se zlepšily, avšak jejich chování se nezměnilo (McCarty et al., 1983).

Toblerová (1986) se zabývala 143 studiemi, jež hodnotily efektivitu programů prevence škod působených návykovými látkami u dospívajících. Pomocí techniky meta-analýzy zjistila, že vrstevnické programy byly vysoce účinné u průměrné školní populace dospívajících, dokázaly mj. ovlivnit užívání různých návykových látek, např. alkoholu, tabáku, dalších „měkkých“ i „tvrdých“ drog. U dospívajících osob, které již návykové látky škodlivě užívaly, selhávaly ve škole, měly delikventní anamnézu, se jako velmi účinné jevílo nabízení pozitivních alternativ.

Perry et al. (1989) zmiňují výsledky programu, který byl realizován Oddělením duševního zdraví WHO v Ženevě ve spolupráci s odborníky z Austrálie, Chile, Norska a Svazijska. Jeho hlavním cílem bylo oddálení setkání s alkoholem nebo snížení jeho užívání u vzorku 13- a 14letých. Do projektu bylo zapojeno 25 škol s žáky ze střední

nebo nižší společenské třídy, kteří byli rozděleni do skupiny využívající aktivní účasti vyškolených vrstevnických aktivistů, skupiny vedené pouze pedagogy a skupiny kontrolní. Obě intervenované skupiny byly vystaveny vlivu identického programu založeného na sociálně psychologickém působení (trénink odporu vůči negativnímu sociálnímu působení, nácvik odmítání) a snažícího se omezit spotřebu alkoholu u dospívajících. Byla sbírána data před započítáním experimentu a údaje o spotřebě alkoholu 2 měsíce po jeho skončení. Z výsledků vyplynulo, že vrstevnické programy jsou účinné při snižování spotřeby alkoholu u dospívajících v různých kulturách.

Ústav preventivního lékařství Jihokaliifornské univerzity publikoval 6 bodů důležitých v oblasti výzkumu a protidrogové prevence. Šlo o: společné snížení nabídky a poptávky, volbu strategií prevence, které zasáhnou populační skupiny s vysokým rizikem, komplexní nebo rozšířenou prevenci, která v několika liniích a obdobích osloví cílovou populaci, přenos nových technologií, rozvoj výzkumu preventivních metod a využití styčných ploch základního výzkumu se sociálními vědními disciplínami (Pentz, 1994).

Univerzitní studenti, zvláště ti, jež intenzivně pijí alkohol, mají sklon nadhodnocovat frekvenci výskytu konzumace nadměrného množství alkoholu mezi svými vrstevníky. Autoregulační model předpovídá, že zpětná vazba informující o skutečném výskytu nežádoucí odchylky od normativního standardu může být důvodem korekce chování žádoucím směrem, tj. k akceptovaným normám. Model byl využit ve studii 568 amerických vysokoškolských studentů University of New Mexico, Albuquerque., z nichž 64 byli identifikováni jako silní pijáci a byla jim nabídnuta příležitost podílet se na studii o alkoholismu. Zhruba třetina studentů (26) účast přijala a poskytla detailní informace o svých konzumních zvyklostech. Část z nich obdržela poštou zpětnou vazbu, zaměřenou na porovnání jejich pití alkoholu s obecnými společenskými normami. V následném dotazování subjekty ovlivněné zpětnou vazbou vykazovaly redukci týdenní konzumace alkoholu a typických znaků intoxikace oproti kontrolám. Tato jednoduchá intervence se zpětnou vazbou, nevyžadující osobní kontakt, může představovat účinnou strategii pro snížení rizikového pití (Agostinelli et al., 1995).

Botvin et al. (1995) publikovali výsledky rozsáhlého preventivního programu, který probíhal v 56 veřejných školách a byl založen na nácviku sociálních dovedností (social skills training), zejména na zvyšování sebevědomí, schopnost čelit reklamě, zvládání úzkosti, komunikaci, vytváření vztahů, asertivitu, odmítání návykových látek a obranu vůči sociálnímu tlaku. Pomocí anonymního dotazníku zaměřeného na spotřebu návykových látek bylo osloveno téměř 3 600 absolventů programu. Ukázalo se, že v intervenované skupině bylo v porovnání s kontrolní o 44 % méně uživatelů ilegálních drog a o 66 % méně dospívajících, kteří užívali více návykových látek (např. alkohol, tabák a marihuanu). Respondenti z intervenované skupiny také významně méně konzumovali tabák, docházelo u nich méně často k rizikovým formám pití alkoholických nápojů. Na žáky působili pedagogové, kteří dostali tištěné materiály a videozáznamy, prošli jednodenním seminářem. Efekt intervence byl zaznamenán i v případě, kdy učitelé seminář neabsolvovali, využili pouze dodaných materiálů.

Orosová a Schnitzerová (1997) referovaly o komunikativním výcvikovém programu prevence závislostí pro studenty Pedagogické fakulty UPJŠ v Košicích. V připravenosti studentů na protidrogové aktivity hrály podstatnou roli jejich dosavadní zku-

šenosti s návykovými látkami, postojе k nim a akceptace programů primární prevence závislostí, což mapovala i dotazníková studie. Bylo osloveno 77 budoucích učitelů a 125 posluchačů neučitelských směrů. Ke drogám projevílo výrazně negativní postoj 47 % dotazovaných (zvláště budoucí učitelé), 52 % zaujalo postoj mírně negativní až neutrální, 1 % mírně pozitivní. Negativní postojе ke drogám byly významně častěji zaznamenány u žen, u nekuřáků a u abstinentů. U studentů existují závažné rozdíly mezi názory na jednotlivé oblasti preventivní práce a mezi hodnocením vlastní připravenosti na práci se žáky, proto je klíčové začlenění informací a dovedností z oblasti prevence závislostí do pregraduální výuky.

Univerzity v USA se brání růstu konzumace návykových látek mezi svými studenty mimo vlastních preventivních programů také realizací tzv. „čistého“ (substance-free nebo alcohol-free) bydlení v kampusech. Absolutně znemožnit dostupnost drog není prakticky proveditelné, ale tento způsob bydlení vede ke snižování problémů, spojených s konzumací drog (Wechsler et al., 2001a; Wechsler et al., 2001b; Novotný a Kolibáš, 2004).

Na Lékařské fakultě UPJŠ v Košicích integrují v rámci výuky mediků prvky výchovy ke zdravému životnímu stylu. Kromě zdravé výživy, vhodné pohybové aktivity a duševní hygieny se zaměřují rovněž na prevenci nadměrné konzumace alkoholu, kouření tabáku a užívání nelegálních návykových látek, spolupracují s českými i zahraničními odbornými pracovišti (Avdičová et al., 2007; Bernasovská et al. in Životné podmienky a zdravie: zborník vedeckých prác, 2006; Bernasovská et al. in Životné podmienky a zdravie: zborník vedeckých prác, 2007).

V USA se zaměřili na tvorbu intervenčních programů pro studenty se škodlivým užíváním alkoholu, poněvadž tento způsob chování je na amerických univerzitách závažným zdravotním problémem (Oswalt et al., 2007). Existují však i intervenční programy cílené na uživatele tabáku a ICT (Prokhorov et al., 2007). NIAAA ([on-line], 2002) připomíná, že efektivní intervence by měla zasahovat tři různé úrovně: individuálního studenta, který má potíže s užíváním návykové látky, studenty jako skupinu a celé univerzitní prostředí.

Při hodnocení účinnosti intervencí pro studenty vysokých škol se ukázalo, že vlastní délka intervence nemá vliv na efektivitu programu a že nejefektivnější jsou programy, které nabízejí též možnost osvojení si nových dovedností souvisejících zejména s kontrolou užívání oproti programům orientovaným jen na zvyšování znalostí (Walters et al., 2000).

V rámci působení na individuální úrovni jsou s úspěchem nejčastěji využívány krátké motivační intervence s prvky nácviku kognitivně behaviorálních dovedností (např. Borsari a Carey, 2000; Baer et al., 2001). K efektům těchto programů patří omezení množství a frekvence konzumace návykové látky, zvýšení vnímání rizika a snížení negativních následků spojených s užíváním (Oswalt et al., 2007; Borsari a Carey, 2000).

K nejčastěji v praxi aplikovaným se řadí program BASIC (Brief Alcohol Screening and Intervention of College Students) (Marlatt a Witkiewitz, 2002). Jde o dvě sezení po 50 minutách, v nichž studenti vyplňují dotazník mapujícího způsoby užívání alkoholu, rizikové situace vedoucí k jeho užívání a postojе k pití. Na základě vyhodnocení dotazníku obdrží zpětnou vazbu o své konzumaci alkoholu v porovnání s normami v obecné populaci studentů (Chiauzzi et al., 2005).

Rozvoj moderních ICT (zejména interaktivních webových stránek, e-mailu) otevřel v rámci intervencí nové možnosti k získání zpětné vazby od studentů. Účinnost této formy byla několikrát potvrzena v případě alkoholu (Walters et al., 2000; Walters et al., 2007; Chiauzzi et al., 2005) i tabáku (Prokhorov et al., 2007).

Dále bylo zjištěno, že většina studentů preferuje oproti individuálnímu nebo skupinovému poradenství intervence v podobě neasistované metody zaměřené pouze na uživatele nebo metody s minimálním kontaktem (Walters et al., 2007).

Patří k nim např. programy e-CHUG a MyStudentBody. Fungují na principu doručení individualizované zpětné vazby po vyplnění on-line dotazníku studentem. Zpětná vazba obsahuje zjištěné hodnoty o množství vypitého alkoholu, porovnání s průměrem ve studentské populaci, množství peněz utracených za alkohol. Na závěr je vždy uvedeno vysvětlení, rada či doporučení a kontakty na místní organizace zabývající se problematikou užívání alkoholu (Chiauzzi et al., 2005; Walters et al., 2007).

Na skupiny studentů jsou nejčastěji orientovány vzdělávací kurzy se zaměřením na alkohol a jeho užívání (Walters et al., 2000). Pro malé skupiny byl s úspěchem používán ASTP (**A**lcohol **S**kills **T**raining **P**rogramme), v jehož rámci se studenti setkávali 6–8krát každý týden v prostředí třídy. Intervence zahrnovaly didaktické prezentace o účincích alkoholu, modifikace myšlení a sociálních dovedností (Marlatt a Witkiewitz, 2002).

Obecného zlepšení znalostí studentů lze dosáhnout mediálními kampaněmi o užívání alkoholu nebo zřizováním webových stránek (NIAAA [on-line], 2002). Pouhé zvýšení informovanosti a orientace na změnu hodnot mají jen slabý účinek v porovnání s programy zaměřenými na změnu postojů a zlepšení určitých dovedností (Nešpor a Csémy, 1996; Chiauzzi et al., 2005).

Intervence zaměřené na univerzitní prostředí a okolí mají nejčastěji podobu zákazu užívání návykových látek včetně alkoholických nápojů a tabákových výrobků na vysokoškolských kolejích a vyhlášení akademické půdy bezdrogovou (substance-free) zónou. K dalším aktivitám je možno zařadit vzdělávací programy pro personál kolejí a univerzity s cílem naučit je rozpoznat škodlivé požívání návykových látek (zejm. alkoholu) mezi studenty (Wechsler et al., 2001b; Walters et al., 2000; NIAAA [on-line], 2002).

Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – návykové látky charakteru substancí

Hodnocení drogové scény na MU ukázalo, že více než tři čtvrtiny dotazovaných užily během života tabák, poprvé většinou mezi 10.–18. rokem, „legálně“ kouřila desetina oslovených, 5 % okusilo tabák v době, kdy jim nebylo ani 10 let, téměř 40 % respondentů kouřilo během posledních 7 dnů před studií.

Prakticky 99 osob ze 100 během života někdy pilo alkohol, ženy spíše příležitostně, muži pravidelně, první kontakty s alkoholem se odehrály mezi 10.–18. rokem věku, „legálně“ pila 3 % souboru, desetina okusila alkoholický nápoj ve věku pod 10 let, téměř tři čtvrtiny oslovených konzumovaly alkohol během posledních 7 dnů před studií.

Černou kávu již někdy okusilo 8 z 10 oslovených, k jejím pravidelným konzumentům patří více žen, nejvíce osob získalo první zkušenost mezi 15.–18. rokem, polovina respondentů pila černou kávu během posledních 7 dnů před dotazováním.

S kokainem přišla během života do kontaktu asi 3 % souboru, muži více než ženy, v posledním měsíci před studií jej užila 0,2 %, nejčastěji došlo k experimentům s kokainem v časně dospělosti, prakticky v 70 % se jednalo o max. 3 opakované pokusy. S crackem měla někdy v životě zkušenost 0,3 % dotazovaných, během posledního měsíce jej užily zlomky procenta (3 osoby, 0,03 %), maximum experimentů a četnost užití byly obdobné jako u kokainu.

Marihuanu alespoň jedenkrát v životě okusilo 60 % oslovených, muži více, v posledním měsíci ji konzumovalo 16 % z celého souboru, výrazně převažovali muži, maxima dosáhlo první užití marihuany ve věkové kategorii 15–18 let, více než 10krát marihuanu užívalo 45 % oslovených, dominovali muži, experimenty (1–3krát) přiznala třetina souboru. Hašiš nebo hašišový olej během svého života alespoň jednou užila čtvrtina respondentů, převažovali muži, v posledním měsíci tyto látky konzumovala 4 % souboru, opět s převahou mužů, první zkušenosti s hašišem či hašišovým olejem ponejvíce spadají do období mezi 15.–18. rokem věku, většinou šlo o 1–3 experimenty.

Halucinogeny byly alespoň jednou v životě užity 7 % souboru, častěji muži, v posledním měsíci se konzumace halucinogenů vyskytla u 0,5 % všech oslovených, opět s převahou mužů, první kontakty s halucinogeny nejčastěji spadaly do věkového intervalu 15–18 let a do období rané dospělosti, 60 % souboru užilo halucinogeny experimentálně (1–3krát), třetina častěji (4–10krát). Halucinogenní houby (zvláště lysohlávký) během života vyzkoušel téměř dvojnásobek osob než halucinogeny obecně, muži více, v posledních 30 dnech je užilo 0,8 % souboru (více mužů), věkové období prvního užití halucinogenních hub kopíruje období prvního užití halucinogenních látek obecně, halucinogenní houby byly v 60 % případů požitý 1–3krát, ve čtvrtině pak 4–10krát.

Alespoň jednu životní zkušenost s tzv. „tvrdými“ drogami mělo méně než 5 % dotazovaných, častěji muži, první kontakty s nimi spadaly do intervalu 15–18 let a do období rané dospělosti, u poloviny souboru šlo o 1–3 experimenty.

Léky s tlumivým účinkem bez lékařského předpisu či odborného doporučení během svého života alespoň jednou užilo 8 % respondentů (více žen), v posledním měsíci před dotazováním 0,9 % souboru (opět více žen), přibližně polovina uživatelů si tlumivé léky záměrně poprvé vzala v době časně dospělosti, 40 % mezi 15.–18. rokem, zhruba 40 % je užilo „na zkoušku“ a 4–10krát, pětina pak častěji než 10krát.

Taneční drogy alespoň jednou během svého života užilo 9 % dotazovaných, v posledních 30 dnech je užilo 0,7 % souboru (převažovali muži), první zkušenost byla učiněna ve věku 15–18 let a na prahu dospělosti, ve dvou třetinách případů šlo o ojedinělé experimenty.

Na automatech alespoň jednou během života hrála více než třetina dotazovaných, převažovali muži, v posledním měsíci před dotazováním přiznalo hru na automatech 6 % souboru (opět s převahou mužů), nejvíce hráčů se poprvé setkalo s automatem ve věku 15–18 let a na prahu dospělosti, 1–3 kontakty s gamblingem přiznaly dvě třetiny osob, pětina 4–10, desetina více než 10.

Nejčastěji motivovali respondenty k užití drog jejich přátelé, následoval vliv partnera (partnerky), náhodných známých. V případě setkání studentů s drogovým překupníkem to byl v desetině případů vysokoškolák mimo MU, ve 4 % student MU, ve 2 % student MU z téže fakulty jako respondent. Jedno či dvě setkání se zfalšovanou či ředěnou drogou přiznala desetina souboru, častější kontakt byl zaznamenán u 3 % vzorku.

K dominantním důvodům užití drog nejčastěji patřilo v souboru uznání ostatních, zvědavost, méně navození příjemných pocitů, uvolnění psychického stresu a spiritualita. Za velmi snadno dostupnou označili dotazovaní marihuanu, za relativně snadno obstaratelné pak taneční drogy a halucinogeny. Známí respondentů nejčastěji užívají marihuanu, následují taneční drogy, halucinogeny a budivé aminy (pervitin aj.).

Postoje k pravidelné denní konzumaci tabáku se liší dle pohlaví (souhlasí s ní 9 % mužů a 4,5 % žen, obdobná situace nastala též u názorů na pravidelné užívání marihuany (souhlasí 16 % mužů a 6 % žen), experimentální užití „tvrdých“ drog schvaluje 8 % mužů a 3 % žen, s experimentálním užitím „měkkých“ drog obecně souhlasí 31 % mužů a 19 % žen, v případě marihuany jde o 66 % mužů a 56 % žen, jejichž postoje jsou značně benevolentní.

Legalizaci jakékoli drogy rozhodně zavrhuje 13 % souboru, povolení vybraných látek k využití lege-artis by podpořilo 53 % dotazovaných (více žen), legalizaci tzv. „lehkých“ (zvláště konopných) drog by schvalovala čtvrtina respondentů, všech drog necelá 2 % souboru (v obou případech více mužů).

Deskripce drogové scény na Masarykově univerzitě – další druhy rizikového chování včetně tzv. virtuálních drog

Virtuální drogy a závislost na nich se řadí k novým společenským fenoménům. Jejich výskyt má v souvislosti s rostoucím využitím moderních informačních a komunikačních technologií stoupající tendenci, a to i mezi dospělou populací.

Pomocí anonymního dotazníku o 21 položkách bylo osloveno 2 475 prezenčních studentů všech 9 fakult Masarykovy univerzity. Otázky byly zaměřeny na hru na automatech, na počítači nebo herní konzoli, používání mobilních telefonů, internetu, sázky, poruchy příjmu potravy, finanční půjčky, internetové bankovníctví.

Další sada dotazů mapovala důvody, které vedly respondenty k některé z popsaných aktivit, jejich dostupnost, postoje k vybranému potenciálně rizikovému chování. Bylo sledováno i využití volného času, poradenských a terapeutických služeb vzhledem k patologickým závislostem, názory na důležitost zařazení problematiky virtuálních drog do výuky na MU.

Na hracím automatu hrála během života třetina dotazovaných, muži více, na vyherním pětina, muži opět více. Na počítači či herní konzoli hrálo v životě 80 % souboru, čas strávený denní hrou činí nejčastěji jednu hodinu. Třetina dotazovaných užívá mobilní telefon k telefonování, polovina k posílání textových či obrazových zpráv, nejčastěji do 1 hodiny denně. Internet respondenti využívají ve 40 % k surfování na webu, asi 15 % pracuje ve webových aplikacích, obdobně s elektronickou poštou, nebo je zapojeno do některé ze sociálních sítí, desetina chatuje. On-line práci či zábavou sledované osoby tráví nejčastěji 1–3 hodiny denně. Více než tři čtvrtiny se setkaly s riziky na internetu, zejména šlo o viry, červy a trojské koně, nevyžádanou poštu (spam), pirátský software, snahu o podvodné vylákání citlivých dat (osobní údaje, hesla), prezentaci rasismu a xenofobie.

Více než 40 % souboru si někdy v životě vsadilo, muži více. U mužů převažovaly tipy na sportovní výsledky, u žen číselné loterie. Ženy přiznaly výskyt poruch příjmu potravy, a to jak mentální bulimie, tak anorexie, vyhledaly kvůli tomu odbornou pomoc. Kvůli hře či sázce si někdy v životě půjčila asi 3 % dotazovaných, muži více. Většinou byl dluh včas splacen. Téměř tři čtvrtiny respondentů využívají internetové bankovníctví, většinou několikrát měsíčně. Téměř třetina souboru si koupila dražší spotřební zboží, které nutně nepotřebovala, 5 % si na to vzalo půjčku. Ke hře či sázkám dotazované nejčastěji přivedli náhodní známí a přátelé. Z důvodů šlo nejčastěji o zvědavost, navození příjemných pocitů či odbourání psychického stresu, ev. rychlý zisk financí.

Dostupnost počítače a internetu je pro respondenty velmi snadná, dostupnost sázení a automatů relativně snadná. Dvě třetiny dotazovaných souhlasí s pravidelným používáním mobilu více než hodinu denně, třetina s pravidelnou hrou na počítači či konzoli více než hodinu denně, s experimentem s hrou na automatu, 40 % se sázkařským pokusem, tři čtvrtiny se surfováním na internetu více než hodinu denně. Poradenské a terapeutické služby zaměřené na závislostní chování využilo jen asi 1 % dotazovaných. Většina respondentů považuje problematiku virtuálních drog za důležitou a myslí si, že jí je na MU věnována dostatečná pozornost.

Mapování aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě

Z výsledků studie vyplynulo, že se prakticky všichni respondenti na střední škole setkali s nějakou formou prevence závislostního chování. S 94 % respondentů jejich středoškolských učitelé hovořili o prevenci závislostí, ze dvou třetin však šlo o sporadické aktivity. Na střední škole se nejčastěji jednalo o primární prevenci ve formě přednášek s diskusí, besedy s odborníkem, prosté přednášky, méně často o besedu s bývalým uživatelem drog či návštěvu preventivního centra, jiné možnosti byly zmiňovány řídce. Téměř 56 % respondentů prošlo na střední škole prevencí závislosti na legálních i ilegálních návykových látkách, avšak pouze 14 % absolvovalo komplexní prevenci závislostního chování vč. závislosti na tzv. virtuálních drogách. Pouze 18 % respondentů

považovalo středoškolskou prevenci závislostí za systematickou, 41 % dotazovaných udalo, že na střední škole byla zmíněna problematika poruch příjmu potravy a jejich prevence. Více než třetina (36 %) oslovených hodnotila středoškolskou prevenci závislostí jako užitečnou, 27 % nedovedlo zaujmout stanovisko, 37 % bylo v hodnocení kritických (prevence se jim jevila buď jako velmi nejasně zaměřená, nebo dokonce jako zcela promarněný čas).

Více než pětina (22 %) dotazovaného vzorku se setkala na MU s prevencí závislostí, s nejvyššími četnostmi pozitivních odpovědí na fakultě pedagogické, informatiky, lékařské a přírodovědecké. Obdobně se pětina oslovených respondentů setkala s prevencí na MU v rámci výuky. Podstatně nižší četnosti vykazovaly možnosti kontaktu s prevencí na kolejích (1,5 %) a na různých vzdělávacích a zájmových akcích pořádaných Univerzitou (2,2 %). Více než desetina vyšetřovaného souboru se s prevencí závislostí na MU setkala ve výuce povinných předmětů, téměř 2 % v povinně volitelných předmětech, 8 % v předmětech volitelných; nejčastěji šlo o studenty fakulty pedagogické, přírodovědecké, informatiky a lékařské.

Podle názoru respondentů jsou k preventivnímu působení na studenty MU využívány zejména monologicky vedené přednášky (uvedlo 11,8 % souboru), řídké přednášky s diskusí (3,7 %) a zapojení do mimouniverzitních preventivních programů (1,5 %), další možnosti (besedy s odborníky, návštěvy v léčebných zařízeních pro závislé a účast na uměleckých a sportovních akcích) vykazovaly v celém souboru četnosti nižší než 1 %.

Téměř 84 % respondentů odpověděla, že se univerzitní preventivní aktivity týkaly především problematiky alkoholismu a tabakismu, pouze 10 % vzorku bylo osloveno komplexně pojatou prevencí patologických závislostí (na návykových látkách charakteru substancí, virtuálních drogách, dalších typech návykového chování), a to zvláště na humanitně zaměřených fakultách. Pouze 3 % dotazovaných studentů mínila, že šlo o preventivní aktivity systematického charakteru, zbylé většine jednoznačně scházela návaznost a systematickost prevence. Se zmínkami o poruchách příjmu potravy a jejich prevenci se na Univerzitě setkalo 11 % vzorku, v odpovědích jednoznačně dominovaly ženy.

Téměř dvě třetiny sledovaného souboru (60 %) považují univerzitní prevenci závislostí za užitečnou, i když ne vždy cílenou (4 %), 31 % nedovede zaujmout stanovisko, desetina se vyslovuje o úrovni prevence kriticky (nejasné zaměření, neužitečnost, dokonce ztráta času). Podle názoru téměř 92 % odpovídajících není věnován primární prevenci závislostí na Univerzitě dostatek času, obdobně respondenti vypovídají o pestrosti nabídky preventivních aktivit na MU (jako nedostatečně pestrou ji vnímá 90 % souboru). Oslovení posluchači by nejvíce stáli o zavedení či častější využívání besed s odborníky (51 % souboru) a bývalými uživateli drog (52 %), dále o návštěvu preventivního či léčebného zařízení zaměřeného na patologické závislosti (46 %), třetina dotazovaných by podpořila či posílila spolupráci na preventivním projektu (grantu), různé preventivní aktivity na vysokoškolských kolejích i mimokolejní akce (vzdělávací, umělecké, sportovní, apod.), pětina využívání výkladu s diskusí v rámci výuky.

Pouze 3 % vzorku přiznala jednorázovou či opakovanou návštěvu stávajícího Poradenského centra Univerzity, prakticky šlo pouze o ženy. Třetina všech respondentů by souhlasila s rozšířením již fungujících poradenských služeb pro studenty Univer-

zity o problematiku závislostí, zbytek oslovených nepovažuje toto téma za aktuální. Centrum protidrogového poradenství na MU by 32 % sledovaného souboru ztotožnila s objektem stávajícího Poradenského centra Univerzity, 14 % by poradenství raději umístilo v objektu některé z vysokoškolských kolejí MU, 25 % by uvítalo začlenění centra do objektu některé z fakult Univerzity a 29 % souboru zcela externě mimo dosah Univerzity.

Monografie popisuje drogovou scénu na MU a postoje a názory studentů na preventivní aktivity na MU. Jsou prezentovány výsledky 3 studií zaměřených na substanční drogy, závislostní chování nesubstančního typu a prevenci závislostí.

Z výsledků první studie vyplynulo, že ze vzorku téměř 10 000 prezenčních studentů MU více než tři čtvrtiny užily během života tabák, pouze desetina po 18. roce věku, téměř 40 % respondentů kouřilo během posledního týdne před studií. Celoživotní zkušenost s alkoholem získalo 99 % souboru, po 18. roce věku 3 %, ženy pily více příležitostně, muži pravidelně. Téměř tři čtvrtiny oslovených konzumovaly alkohol během posledního týdne před studií. Černou kávu během života okusilo 80 % souboru, k jejím pravidelným konzumentům patří více žen, polovina respondentů pila černou kávu během posledního týdne před dotazováním.

Prevalence celoživotní zkušenosti s marihuanou činila 60 %, s hašišem a hašišovým olejem 25 %. Marihuanu konzumovalo během posledního měsíce 16 % souboru, výrazně častěji muži, hašiš a hašišový olej 4 % souboru, opět s převahou mužů. Prevalence celoživotní zkušenosti s halucinogeny dosahovala 7 %, byla častější u mužů, konzumace v posledním měsíci se vyskytla u 0,5 % oslovených, zejména u mužů. Nejčastěji se jednalo o lysohlávky. Tlumivé léky bez předpisu během života užilo 8 % souboru, v posledním měsíci necelé 1 %, vždy dominovaly ženy. Celoživotní zkušenost s tanečními drogami získala desetina souboru, jejich užití v posledním měsíci se pohybovalo pod hranicí 1 %, převažovali muži. Alespoň jednu životní zkušenost s tzv. „tvrdými“ drogami mělo méně než 5 % dotazovaných, častěji muži, první kontakty s nimi spadaly do intervalu 15–18 let a do období rané dospělosti, u poloviny souboru šlo o 1–3 experimenty.

K drogovému experimentu respondenty nejčastěji přivedli přátelé, partner/ka, náhodní známí. K užití drog většinou vedla potřeba uznání ostatními, zvědavost, navození příjemných pocitů, uvolnění stresu a spiritualita. Za velmi snadno dostupnou je považována marihuana, za poměrně dostupné též taneční drogy a halucinogeny. Na akademické půdě MU byla zaznamenána aktivita drogových překupníků. Postoje mužů ke konzumaci návykových látek jsou rizikovější než žen, především se týkají experimentů s marihuanou a s jinými „měkkými“ drogami i jejich občasného užívání.

Druhá studie se zabývala problematikou závislostního chování nesubstančního typu (počítač, internet, on-line bankovníctví, automaty, mobilní telefon, sázky, nakupování, půjčky), dotazníkem bylo osloveno téměř 2 500 prezenčních studentů MU.

Prevalence celoživotní zkušenosti s hracími automaty činila v souboru 30 %, s výherními 20 %, byla četnější u mužů. Na počítači nebo herní konzoli hrálo v životě 80 % souboru, čas strávený denní hrou činil většinou jednu hodinu. Internet respondenti nejvíce užívají k surfování po webu, manipulaci s e-mailem, začlenění do sociálních sítí, k chatování. Většinou jsou připojeni 1–3 hodiny denně, více než tři čtvrtiny respondentů se setkaly na síti s riziky (viry, spam, phishing, pirátský software, prezentace rasismu a xenofobie). Třetina dotazovaných manipuluje s mobilním telefonem do 1 hodiny den-

ně, většinou jej využívá k telefonování a k posílání textových či obrazových zpráv. Více než 40 % souboru si již někdy vsadilo, kvůli hře či sázce si vypůjčila 3 % dotazovaných, muži více. Ke hře či sázkám respondenty nejčastěji přivedli náhodní známí a přátelé, z důvodů se především jednalo o zvědavost, navození příjemných pocitů, odbourání stresu, rychlý zisk financí. Téměř tři čtvrtiny respondentů využívají internetové bankovníctví několikrát měsíčně, třetina souboru si koupila dražší spotřební zboží, které nutně nepotřebovala, 5 % si vzalo spotřebitelský úvěr. Ženy přiznaly výskyt poruch příjmu potravy, vyhledaly kvůli tomu odbornou pomoc.

Dostupnost moderních informačních a komunikačních technologií je pro respondenty velmi snadná, dostupnost sázení a automatů poměrně snadná, řada z nich nevidí v jejich intenzivnějším používání s potenciálním rizikem závislosti větší problém

Třetí studie mapovala aktivity a úroveň protidrogové prevence na MU. Dotazníkem bylo osloveno téměř 2 200 prezenčních studentů MU, prakticky všichni se s prevencí závislosti setkali na střední škole, většinou se však jednalo o sporadické a méně komplexní činnosti bez většího aktivního zapojení účastníků. Více než třetina vzorku hodnotila středoškolskou prevenci závislosti jako užitečnou, obdobně četrná skupina jako nejasně zaměřenou, ev. jako zcela promarněný čas.

Více než pětina dotazovaných se na MU setkala s prevencí závislosti a s prevencí obecně v rámci výuky volitelných předmětů, respondenti studovali zejména na fakultě pedagogické, informatiky, lékařské a přírodovědecké. Preventivní aktivity na kolejích, vzdělávacích a zájmových akcích pořádaných MU se vyskytovaly řídce. K preventivnímu působení na studenty MU se využívají zejména monologicky vedené přednášky, schází zpětná vazba a širší zapojení studentů do projektů prevence, rovněž účast externích odborníků či návštěva odborných pracovišť z oblasti adiktologie. Prevence na MU je zaměřena zejména na problematiku alkoholismu a tabakismu, chybí jí návaznost a systematickost, jen vzácně jde o komplexně pojaté programy (substanční drogy i různé druhy závislostního chování nesubstančního typu) probíhající především na humanitně zaměřených fakultách.

Téměř dvě třetiny sledovaného souboru považují univerzitní prevenci závislosti za užitečnou, i když ne vždy cílenou, třetina nedovede zaujmout stanovisko, desetina ji hodnotí jako nejasnou, neužitečnou, ev. jako ztracený čas. Více než 90 % studentů by si přálo vyhradit prevenci na MU dostatek prostoru, podstatně zlepšit nabídku aktivit. Návštěvu stávajícího Poradenského centra MU přiznala 3 % vzorku, třetina oslovených by souhlasila s rozšířením jeho služeb o problematiku závislosti. Více než dvě třetiny souboru by poradenství přesunuly jinam (na koleje, na fakulty, externě mimo objekty Univerzity).

The monograph describes the drug scene at Masaryk University and attitudes and opinions of students on preventive activities at this university. The results of three studies focusing on the substance drug addiction prevention and behavioral addictions are presented.

The results of previous study showed that out of a sample of nearly 10,000 students who study in present form more than three-quarters had used tobacco during life, only one tenth after the age of 18, nearly 40 % of respondents had smoked during the last week before the survey. 99 % of the sample had acquired lifetime experience of alcohol, 3 % of respondents had done so after the age of 18, women used alcohol occasionally, men regularly. Almost three quarters of respondents consumed alcohol during the last week before the survey. Black coffee was drunk by 80 % people of the sample, among regular consumers are more women, half of the respondents drank black coffee during the last week before questioning.

The prevalence of lifetime experience with marijuana was 60 %, with hashish oil and hashish it was 25 %. Marijuana was consumed in the last month by 16 % of sample, significantly more men, hashish and hashish oil was used by 4 % of the sample, again with a predominance of men. The prevalence of lifetime experience with hallucinogens reached 7 %, it was more frequent in men, drinking in the last month occurred in 0.5 % of respondents, especially among men. Most often it was the magic mushrooms. Suppressive drugs without a prescription during life were taken by 8 % of the sample, in the last month it was less than 1 %, always dominated by women. One tenth of the sample received lifetime experience with dance drugs, their use in the last month, moving below 1 %, prevailed. Less than 5 % of those surveyed had at least one life experience with so-called „hard“ drugs, more men, the first contact with these drugs fall into the interval of the age from 15 to 18 and the period of early adulthood, half of the sample experimented from 1 to 3 times in their lives.

Respondents were most often brought to the drug experiment by friends, partner, casual friends. The reason for the use of drugs was mostly the need for appreciation by others, curiosity, evoking of pleasant feelings, release of stress and spirituality. Marijuana is considered to be easy accessible drug, also dance and hallucinogens are relatively accessible drugs. The presence of drug traffickers in campus of Masaryk University was detected. The attitudes of men to consume addictive substances are more risky than those of women, especially concerning experiments with marijuana and other „soft“ drugs and their occasional use.

The second study dealt with the issue of addictive behavior (computer, internet, online banking, vending machines, mobile phones, betting, shopping, loan), a questionnaire addressed almost 2,500 students in present form of study at Masaryk University.

The prevalence of lifetime experience with slot machines was set at 30 %, the winning machine with 20 %, it was more frequent in men. 80 % of the file had played on the computer or game console played in the lives, time spent on game was mostly

one hour daily. Most respondents used the Internet to surf the Web, for handling e-mail, inclusion in social networks, chatting. Most of them were connected one to three hours a day, more than three quarters of respondents met on the net risks (viruses, spam, phishing, pirated software, presentation of racism and xenophobia). A third of those surveyed handled with a mobile phone within 1 hour a day, mostly they used the phone to make calls and sent text or picture messages. More than 40 % of the sample had ever bet, 3 % of respondents, men more, had bet because of play or the bet. Respondents had been frequently brought to play or bets by casual friends, the reasons were especially curiosity, evoke pleasant feelings, stress relief, quick profit finance. Almost three quarters of the respondents used internet banking a few times a month, the third of the sample bought more expensive consumer goods that were not necessarily needed, 5 % of the sample took consumer loans. Women admitted the occurrence of eating disorders, and for that reason they sought professional help.

The accessibility of modern information and communication technologies is very easy for the respondents, the accessibility of gambling machines is relatively easy, many of them did not consider machines intensive use with the potential risk for dependence as bigger problem.

The third study mapped the activities and the level of drug prevention at Masaryk University. Questionnaire was addressed nearly 2200 students in present form of study at Masaryk University, basically all of them had acquainted with the prevention of addiction in secondary school, but mostly the activities were sporadic and less complex without more active involvement of participants. More than a third of the sample evaluated secondary prevention of addiction as useful, similarly numerous group as a vaguely focused, eventually as completely wasted time.

More than a fifth of those surveyed at Masaryk University had met the prevention of addiction and prevention during elective courses, respondents mainly studied at the faculty of education, informatics, medicine and science. Preventive activities in the dormitories, educational and special interest events organized by Masaryk University occurred infrequently. The lectures of prevention character at Masaryk University are mainly led as monological lectures, lacking feedback and active involvement of students in prevention projects. Also participation of external experts or visits of specialized departments of the Addictology were missing. Prevention at University is mainly focused on the issues of alcoholism and Tobacco Addiction, it lacks continuity and system, rarely the programs are comprehensively structured (Substance drugs and various types of addictive behavior) which run primarily on faculties with humanities studying programmes.

Almost two thirds of the sample considered university addiction prevention as useful, though not always targeted, the third of the sample was not able to express, one tenth considered it as vague, useless, eventually as casting of time. More than 90 % of students would have liked to reserve more time for preventions at Masaryk University, to significantly improve the range of activities. The visit of Consulting Centre of Masaryk University was admitted by 3 % of the sample, one third of respondents agreed with extending its services towards the issues of addiction. More than two thirds of the sample would have advised to move the consulting centre to other places (to the dormitories, faculties, places out of University campus).

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obr. 1:	Bio-psycho-sociální model drogové závislosti (Kachlík [on-line], 2003)...	19
Obr. 2:	Schéma pilotního projektu školní prevence drog DDD (Drogy-Důvod-Dopad) (Kachlík a Matějová, 2006a; Kachlík a Matějová, 2006b).....	104
Obr. 3:	Schéma projektu „4 S“ (Studie-Server-Sdružení-Spolupráce), který počítal se zapojením Poradenského centra MU do preventivního systému Univerzity (Kachlík a Šimůnek, 1998)	105
Obr. 4:	Schéma možného využití Informačního systému MU v projektech protidrogové prevence v Brně (Kachlík, 2005a)	107
Obr. 5:	Preventivní působení podle vztahu osoby k návykové látce či chování s návykovými rysy (upraveno podle Nešpora, 2000)	115

Seznam tabulek

Tab. 1:	Vlastnosti vybraných typů návykových látek (podle Novotné, 1997).....	21
Tab. 2:	Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých fakult MU v celém souboru	149
Tab. 3:	Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých ročníků studia v celém souboru.....	149
Tab. 4:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v celém souboru	149
Tab. 5:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví na jednotlivých fakultách MU	150
Tab. 6:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v jednotlivých ročnících studia	150
Tab. 7:	Přehled zastoupení respondentů dle ročníků studia na jednotlivých fakultách MU	151
Tab. 8:	Převažující způsob bydlení respondentů během školního roku v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	151
Tab. 9:	Převažující způsob trávení volného času v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen kladné odpovědi)	152
Tab. 10:	Kouření tabáku během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví ..	152
Tab. 11:	Věk první konzumace tabáku v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě kouřili tabák)	152
Tab. 12:	Období poslední konzumace tabáku v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě kouřili tabák)	153
Tab. 13:	Období poslední konzumace tabáku při třídění dle fakult (jen u těch, kteří někdy v životě kouřili tabák)	153
Tab. 14:	Pití alkoholických nápojů během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	154

Tab. 15:	Věk prvního pití alkoholického nápoje v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě pili alkohol)	154
Tab. 16:	Období poslední konzumace alkoholického nápoje v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě pili alkohol)	154
Tab. 17:	Období poslední konzumace alkoholického nápoje při třídění dle fakult (jen u těch, kteří někdy v životě pili alkohol)	155
Tab. 18:	Pití černé kávy během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví ...	155
Tab. 19:	Věk prvního pití černé kávy v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě pili černou kávu)	156
Tab. 20:	Období poslední konzumace černé kávy v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě pili černou kávu)	156
Tab. 21:	Období poslední konzumace černé kávy při třídění dle fakult (jen u těch, kteří někdy v životě pili černou kávu)	157
Tab. 22:	Užití kokainu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	157
Tab. 23:	Užití kokainu v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví	158
Tab. 24:	Užití kokainu v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví	158
Tab. 25:	Užití kokainu v posledních 30 dnech při třídění dle fakult	158
Tab. 26:	Užití marihuany během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	158
Tab. 27:	Užití marihuany v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví	159
Tab. 28:	Užití marihuany v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví	159
Tab. 29:	Užití marihuany v posledních 30 dnech při třídění dle fakult	159
Tab. 30:	Věk prvního užití marihuany v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě brali marihuanu)	160
Tab. 31:	Frekvence užití marihuany během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě brali marihuanu)	160
Tab. 32:	Užití hašiše nebo hašišového oleje během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	160
Tab. 33:	Užití hašiše nebo hašišového oleje v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví	161
Tab. 34:	Užití hašiše nebo hašišového oleje v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví	161
Tab. 35:	Užití hašiše nebo hašišového oleje v posledních 30 dnech při třídění dle fakult	161
Tab. 36:	Užití halucinogenů během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	162
Tab. 37:	Užití halucinogenních hub během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	162
Tab. 38:	Užití halucinogenů v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví	162
Tab. 39:	Užití halucinogenů v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví	163

Tab. 40:	Užití halucinogenů v posledních 30 dnech při třídění dle fakult.....	163
Tab. 41:	Užití halucinogenních hub v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví	163
Tab. 42:	Užití halucinogenních hub v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví	163
Tab. 43:	Užití halucinogenních hub v posledních 30 dnech při třídění dle fakult...	164
Tab. 44:	Věk prvního užití halucinogenů v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří je někdy v životě brali)	164
Tab. 45:	Věk prvního užití halucinogenních hub v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří je někdy v životě brali)	165
Tab. 46:	Frekvence užití halucinogenů během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří je někdy v životě brali)	165
Tab. 47:	Frekvence užití halucinogenních hub během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří je někdy v životě brali).....	165
Tab. 48:	Užití pervitinu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví....	166
Tab. 49:	Užití pervitinu v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	166
Tab. 50:	Užití pervitinu v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	166
Tab. 51:	Užití pervitinu v posledních 30 dnech při třídění dle fakult.....	167
Tab. 52:	Věk prvního užití pervitinu v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří jej někdy v životě brali)	167
Tab. 53:	Frekvence užití pervitinu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří jej někdy v životě brali)	167
Tab. 54:	Užití dalších drog během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (prezentovány pouze kladné odpovědi)	168
Tab. 55:	Užití dalších drog během života při třídění dle fakult (prezentovány pouze kladné odpovědi).....	168
Tab. 56:	Hraní na automatech během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	170
Tab. 57:	Hraní na automatech v posledních 6 měsících v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)	170
Tab. 58:	Hraní na automatech v posledních 30 dnech v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)	171
Tab. 59:	Hraní na automatech v posledních 30 dnech při třídění dle fakult (jen u těch, kteří někdy v životě hráli).....	171
Tab. 60:	Věk prvního hraní na automatech v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)	171
Tab. 61:	Frekvence hraní na automatech během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví (jen u těch, kteří někdy v životě hráli)	172
Tab. 62:	Osoba, která respondenta motivovala k užití drog v celém souboru a při třídění dle pohlaví (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných legeris, uvedeny pouze pozitivní odpovědi)	172
Tab. 63:	Setkání s drogovými překupníky v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny pouze pozitivní odpovědi).....	173

Tab. 64:	Setkání s drogovými překupníky při třídění dle fakult (uvedeny pouze pozitivní odpovědi)	173
Tab. 65:	Setkání se zfalšovanou či „nastavovanou“ drogou v celém souboru a při třídění dle pohlaví (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis)	174
Tab. 66:	Setkání se zfalšovanou či „nastavovanou“ drogou při třídění dle fakult (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis)	174
Tab. 67:	Důvody užití drog v celém souboru a při třídění dle pohlaví (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis; uvedeny respondenty jako nejvíce důležité s klesající četností výskytu)	175
Tab. 68:	Velmi snadná dostupnost vybraných drog v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	176
Tab. 69:	Velmi snadná dostupnost vybraných drog při třídění dle fakult	176
Tab. 70:	Užívání vybraných drog v okruhu známých v celém souboru a při třídění dle pohlaví (pouze kladné odpovědi)	177
Tab. 71:	Postoje k pravidelnému kouření 20 a více cigaret denně v celém souboru a při třídění dle pohlaví	177
Tab. 72:	Postoje k pravidelnému kouření 20 a více cigaret denně při třídění dle fakult	178
Tab. 73:	Postoje k pravidelnému kouření marihuany v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	178
Tab. 74:	Postoje k pravidelnému kouření marihuany při třídění dle fakult	179
Tab. 75:	Postoje k experimentu s „těžkými“ drogami v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	179
Tab. 76:	Postoje k experimentu s „těžkými“ drogami při třídění dle fakult	180
Tab. 77:	Postoje k experimentu s hašišem, halucinogeny, diskotékovými drogami v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	180
Tab. 78:	Postoje k experimentu s hašišem, halucinogeny, diskotékovými drogami při třídění dle fakult.....	181
Tab. 79:	Postoje k experimentu s marihuanou v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	181
Tab. 80:	Postoje k experimentu s marihuanou při třídění dle fakulty	182
Tab. 81:	Názory na legalizaci drog v celém souboru a při třídění dle pohlaví	182
Tab. 82:	Názory na legalizaci drog při třídění dle fakulty	183
Tab. 83:	Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých fakult MU v celém souboru.....	184
Tab. 84:	Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých ročníků studia v celém souboru.....	184
Tab. 85:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v celém souboru	184
Tab. 86:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v jednotlivých ročnících studia.....	184
Tab. 87:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví na jednotlivých fakultách MU	185
Tab. 88:	Přehled zastoupení respondentů dle ročníků studia na jednotlivých fakultách MU	185

Tab. 89:	Převažující způsob trávení volného času, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny kladné odpovědi)	186
Tab. 90:	Hra na hracím automatu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	187
Tab. 91:	Věk první hry na hracím automatu v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	187
Tab. 92:	Frekvence hry na hracím automatu v posledním půlroce v celém souboru a při třídění dle pohlaví	188
Tab. 93:	Frekvence hry na hracím automatu v posledním měsíci v celém souboru a při třídění dle pohlaví	188
Tab. 94:	Frekvence hry na hracím automatu v posledním týdnu v celém souboru a při třídění dle pohlaví	189
Tab. 95:	Hra na výherním automatu během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	189
Tab. 96:	Věk první hry na výherním automatu v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	190
Tab. 97:	Frekvence hry na výherním automatu v posledním půlroce v celém souboru a při třídění dle pohlaví	190
Tab. 98:	Frekvence hry na výherním automatu v posledním měsíci v celém souboru a při třídění dle pohlaví	191
Tab. 99:	Frekvence hry na výherním automatu v posledním týdnu v celém souboru a při třídění dle pohlaví	191
Tab. 100:	Hra na počítači, herní konzoli během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	191
Tab. 101:	Věk první hry na počítači, herní konzoli v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	192
Tab. 102:	Frekvence hry na počítači, herní konzoli v posledním půlroce v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	193
Tab. 103:	Frekvence hry na počítači, herní konzoli v posledním měsíci v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	193
Tab. 104:	Frekvence hry na počítači, herní konzoli v posledním měsíci při třídění dle fakult	194
Tab. 105:	Frekvence hry na počítači, herní konzoli v posledním týdnu v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	194
Tab. 106:	Čas strávený denně hraním her na počítači, herní konzoli v celém souboru a při třídění dle pohlaví	195
Tab. 107:	Převažující možnost používání mobilního telefonu (komunikátoru) v celém souboru a při třídění dle pohlaví	196
Tab. 108:	Čas strávený denně používáním mobilního telefonu (komunikátoru) v celém souboru a při třídění dle pohlaví	196
Tab. 109:	Převažující možnost používání internetu v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	197
Tab. 110:	Čas strávený denně prací či zábavou on-line v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	198

Tab. 111:	Setkání s bezprostředním ohrožením při práci na internetu v celém souboru a při třídění dle pohlaví	198
Tab. 112:	Typ rizik, s nimiž se uživatelé setkali na internetu v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny pozitivní odpovědi)	200
Tab. 113:	Sázení během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	200
Tab. 114:	Věk respondenta, v němž se uskutečnila první sázka v celém souboru a při třídění dle pohlaví	201
Tab. 115:	Frekvence sázení v posledním půlroce v celém souboru a při třídění dle pohlaví	201
Tab. 116:	Frekvence sázení v posledním měsíci v celém souboru a při třídění dle pohlaví	202
Tab. 117:	Frekvence sázení v posledním týdnu v celém souboru a při třídění dle pohlaví	202
Tab. 118:	Výskyt mentální anorexie během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	203
Tab. 119:	Vyhledání odborné pomoci kvůli mentální anorexii v celém souboru a při třídění dle pohlaví	203
Tab. 120:	Výskyt mentální bulimie během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	203
Tab. 121:	Vyhledání odborné pomoci kvůli mentální bulimii v celém souboru a při třídění dle pohlaví	204
Tab. 122:	Výskyt půjčky kvůli hře či sázce během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	204
Tab. 123:	Frekvence půjčky kvůli hře či sázce během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	204
Tab. 124:	Včasné splacení dluhu kvůli hře či sázce v celém souboru a při třídění dle pohlaví	205
Tab. 125:	Využití služeb internetového bankovníctví během života v celém souboru a při třídění dle pohlaví	205
Tab. 126:	Frekvence využití služeb internetového bankovníctví v celém souboru a při třídění dle pohlaví	206
Tab. 127:	Frekvence využití služeb internetového bankovníctví při třídění dle fakult	206
Tab. 128:	Nákup dražšího spotřebního zboží, které respondent nutně nepotřeboval, v celém souboru a při třídění dle pohlaví	207
Tab. 129:	Finanční půjčka k nákupu dražšího spotřebního zboží, které respondent nutně nepotřeboval, v celém souboru a při třídění dle pohlaví	207
Tab. 130:	Včasné splacení finanční půjčky k nákupu dražšího spotřebního zboží, které respondent nutně nepotřeboval, v celém souboru a při třídění dle pohlaví	207
Tab. 131:	Osoba, která přivedla respondenta ke hraní na automatech, počítači či k sázení v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny pozitivní odpovědi)	208
Tab. 132:	Gambling a sázky: uznání ostatními jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	208

Tab. 133: Gambling a sázky: družnost jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	209
Tab. 134: Gambling a sázky: přijetí skupinou, konformita jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	209
Tab. 135: Gambling a sázky: navození příjemných pocitů jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	210
Tab. 136: Gambling a sázky: zvědavost jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	210
Tab. 137: Gambling a sázky: uvolnění psychického stresu jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	211
Tab. 138: Gambling a sázky: potlačení nepříjemných pocitů jako důvod, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	211
Tab. 139: Gambling a sázky: jiné důvody, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	211
Tab. 140: Velmi snadná a snadná dostupnost vybraných aktivit a předmětů, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	212
Tab. 141: Velmi snadná a snadná dostupnost vybraných aktivit a předmětů, situace při třídění dle fakult	212
Tab. 142: Pravidelné používání mobilního telefonu (komunikátoru) více než 1 hodinu denně, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	213
Tab. 143: Pravidelné používání mobilního telefonu (komunikátoru) více než 1 hodinu denně, situace při třídění dle fakult.....	214
Tab. 144: Pravidelné hraní na počítači (herní konzoli) více než 1 hodinu denně, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	214
Tab. 145: Pravidelné hraní na počítači (herní konzoli) více než 1 hodinu denně, situace při třídění dle fakult.....	215
Tab. 146: Experiment s hrou na automatu, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	215
Tab. 147: Experiment s hrou na automatu, situace při třídění dle fakult	216
Tab. 148: Experiment se sázením, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	216
Tab. 149: Experiment se sázením, situace při třídění dle fakult	217
Tab. 150: Pravidelné surfování po internetu více než 1 hodinu denně, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	217
Tab. 151: Pravidelné surfování po internetu více než 1 hodinu denně, situace při třídění dle fakult	218
Tab. 152: Postoje k legalizaci sázení po internetu, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	218
Tab. 153: Postoje k legalizaci sázení po internetu, situace při třídění dle fakult	219
Tab. 154: Využití poradenských služeb zaměřených na patologické závislosti během respondentova života, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	219
Tab. 155: Využití terapeutických služeb zaměřených na patologické závislosti během respondentova života, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	220
Tab. 156: Názory respondentů na důležitost zařazení problematicky virtuálních drog do výuky studentů na MU, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	220

Tab. 157:	Názory respondentů na dotaz, zda je na MU problematice virtuálních drog věnována dostatečná pozornost, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	221
Tab. 158:	Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých fakult MU v celém souboru.....	221
Tab. 159:	Přehled zastoupení respondentů dle jednotlivých ročníků studia v celém souboru.....	221
Tab. 160:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v celém souboru	222
Tab. 161:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví na jednotlivých fakultách MU..	222
Tab. 162:	Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví v jednotlivých ročnících studia	222
Tab. 163:	Přehled zastoupení respondentů dle ročníků studia na jednotlivých fakultách MU	223
Tab. 164:	Setkání respondentů s aktivitami prevence závislostí na střední škole v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	223
Tab. 165:	Hovory středoškolských učitelů s respondenty o prevenci závislostí, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	224
Tab. 166:	Formy realizace protidrogové prevence na úrovni střední školy, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví (uvedeny pouze kladné odpovědi).....	224
Tab. 167:	Typy závislostí, jichž se týkaly středoškolské preventivní aktivity, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	225
Tab. 168:	Systematičnost středoškolských preventivních aktivit, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	225
Tab. 169:	Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy na střední škole, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	226
Tab. 170:	Hodnocení úrovně prevence na střední škole v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	226
Tab. 171:	Setkání respondentů s aktivitami prevence závislostí na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	227
Tab. 172:	Setkání respondentů s aktivitami prevence závislostí na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult	227
Tab. 173:	Možnosti setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci Masarykovy univerzity, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví, uvedeny pozitivní odpovědi	228
Tab. 174:	Možnosti setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci Masarykovy univerzity, třídění dle fakult, uvedeny pozitivní odpovědi	228
Tab. 175:	Typy předmětů, v nichž došlo k setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci výuky na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	229
Tab. 176:	Typy předmětů, v nichž došlo k setkání respondentů s prevencí závislostí v rámci výuky na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult	229
Tab. 177:	Typy činností, které podle respondentů přímo souvisely s realizací protidrogové prevence na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví, uvedeny pozitivní odpovědi.....	230

Tab. 178: Typy činností, které podle respondentů přímo souvisely s realizací protidrogové prevence na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult, uvedeny pozitivní odpovědi	230
Tab. 179: Typy závislostí, jichž se preventivní aktivity na Masarykově univerzitě týkaly, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	231
Tab. 180: Typy závislostí, jichž se preventivní aktivity na Masarykově univerzitě týkaly, třídění dle fakult	232
Tab. 181: Systematičnost univerzitních preventivních aktivit v celém souboru a při třídění dle pohlaví	232
Tab. 182: Systematičnost univerzitních preventivních aktivit, třídění dle fakult	233
Tab. 183: Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy v rámci prevence na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	233
Tab. 184: Zmínky o problematice prevence poruch příjmu potravy v rámci prevence na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult	233
Tab. 185: Hodnocení úrovně prevence na Masarykově univerzitě v celém souboru a při třídění dle pohlaví	234
Tab. 186: Hodnocení úrovně prevence na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult.....	234
Tab. 187: Názor respondentů na dostatek času věnovaný primární prevenci závislostí na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	235
Tab. 188: Názor respondentů na dostatek času věnovaný primární prevenci závislostí na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult	235
Tab. 189: Názor respondentů na dostatečnou pestrost nabídky aktivit primární prevence závislostí na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	236
Tab. 190: Názor respondentů na dostatečnou pestrost nabídky aktivit primární prevence závislostí na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult.....	236
Tab. 191: Typy protidrogových preventivních aktivit, které by měly být posíleny/zavedeny dle názoru respondentů na Masarykově univerzitě, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví, uvedeny pozitivní odpovědi	237
Tab. 192: Typy protidrogových preventivních aktivit, které by měly být posíleny/zavedeny dle názoru respondentů na Masarykově univerzitě, třídění dle fakult, uvedeny pozitivní odpovědi	238
Tab. 193: Využití služeb Poradenského centra při rektorátu Masarykovy univerzity během studia respondentů, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	238
Tab. 194: Souhlas respondentů s rozšířením nabídky poradenských služeb o poradenství při problémech s drogami a návykovým chováním pro studenty Masarykovy univerzity, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví	239
Tab. 195: Souhlas respondentů s rozšířením nabídky poradenských služeb o poradenství při problémech s drogami a návykovým chováním pro studenty Masarykovy univerzity, třídění dle fakult.....	239
Tab. 196: Názor respondentů na umístění uvažovaného protidrogového poradenského centra, situace v celém souboru a při třídění dle pohlaví.....	240
Tab. 197: Názor respondentů na umístění uvažovaného protidrogového poradenského centra, třídění dle fakult	240

SEZNAM LITERATURY

- ABOUJAOUDE, E. et al. Potential markers for problematic Internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectrums*, 2006, vol. 11, no.10, pp. 750–755.
- AGOSTINELLI, G., BROWN, J.M., MILLER, W.R. Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 1995, vol. 25, no.1, pp. 31–40.
- ANDERSON, K.J. Internet use among college students: An exploratory study. *Journal of American College Health*, 2001, vol. 50, no. 1, pp. 21–26.
- ANDERSSON, B. et al. *Alcohol and Drug Use Among European 17-18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project* [on-line]. 1st Ed. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2007. 156 p. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: <http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/ESPAD_17-18_Year_Old_2003.pdf>.
- ANDERSON, P., BAUMBERG, B. *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. A Report for the European Commission*. 1st Ed. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. 446 p. ISBN 92-79-02241-5.
- ARNETT, J. J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 2000, vol. 55, no. 5, pp. 469–480.
- ARNETT, J. J. The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 2005, vol. 5, no. 2, pp. 235–254.
- AVDIČOVÁ, M. et al. *Prevenca závislosti a fajčenia tabaku*. 1. vyd. Bratislava: Gerlach Print, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7159-164-1.
- BAER, J. S., KIVLAHAN, D. R., BLUME, A.W., McKNIGHT, P., MARLATT, A. G. Brief Intervention for Heavy-Drinking College Students: 4-Year Follow-Up and Natural History. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, no. 8, pp. 1310–1316.
- BEARD, K. W. Internet addiction: A review of current assessment techniques & potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior*, 2005, vol. 8, no. 1, pp. 7–14.
- BEARD, K. W., WOLF, E. M. Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 2001, vol. 4, no. 3, pp. 377–383.
- BEČKOVÁ, I., MACHÁČKOVÁ, J., VANŽURA, M., VIŠŇOVSKÝ, P. Analýza drogové problematiky mezi vysokoškolskými studenty v České republice. *Československá fyziologie*, 1998, roč. 47, č. 4, s. 143–144.
- BEČKOVÁ, I., MLYNÁŘOVÁ, M., FENDRICH, Z., VIŠŇOVSKÝ, P. Attitudes of Undergraduates in Several Czech Universities towards Drug Dependence. *Folia Pharmacologica Universitas Carolinae*, 1999, vol. 24, pp. 19–27.
- BEDNÁŘ, V. *Alternativní webové prohlížeče: Firefox, Opera, Mozilla, Maxthon a další*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 168 s. ISBN 978-80-251-0566-0.

- BELL, R., WECHSLER, H., JOHNSTON, L. D. Correlates of college students marijuana use: results of a US National Survey. *Addiction*, 1997, vol. 92, no. 5, pp. 571-581.
- BÉM, P. *Pozměňovací návrh zákona č. 202/1990 Sb., O loteriích a jiných podobných hrách*. Praha: Parlament ČR, Poslanecká sněmovna, 2009, 12 s.
- BÉM, P., KALINA, K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 275-284. ISBN 80-86734-05-6.
- BENDTSEN, P., JOHANSSON, K., AKERLIND, I. Feasibility of an email-based electronic screening and brief intervention (e-SBI) to college students in Sweden. *Addictive Behaviors*, 2006, vol. 31, no. 5, pp. 777-787.
- BENKOVIČ, J. Nelátkové závislosti v ambulanci praktického lékaře. *Via pract.*, 2007a, roč. 4, č. 11, s. 530-533.
- BENKOVIČ, J. Novodobé nelátkové závislosti. *Psychiatr. prax*, 2007b. roč. 8, č. 6, s. 263-266.
- BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 91 s. ISBN 80-7187-003-X.
- BERNASOVSKÁ, K., KOVÁŘOVÁ, M., RIMÁROVÁ, K., HOLÉČZYOVÁ, G., KIMÁKOVÁ, T. Ochrana a podpora zdravia populácie vo vzdelávacom procese Ústavu hygieny LF UPJŠ v Košiciach In *Životné podmienky a zdravie: zborník vedeckých prác*. 1. vyd. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2006, s. 339-341. ISBN 978-80-7159-160-2.
- BERNASOVSKÁ, K., KOVÁŘOVÁ, M., PETRÁŠOVÁ, D., KIMÁKOVÁ, T., TIRPÁKOVÁ, M. Výsledky záverečnej etapy grantovej úlohy zo sledovania rizikových faktorov životného štýlu košických medikov. In *Životné podmienky a zdravie: zborník vedeckých prác*. 1. vyd. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2007, s. 97-101. ISBN 978-80-7159-166-5.
- BLÁBOLIL, R. *PC pro školy – ovládání programů*. 2. vyd. České Budějovice: KOPP, 1997. 306 s. ISBN 80-7232-000-9.
- BLINKA, L. *Generace závislých ? Dospívající a online hry*. 2008. [cit. 2011-11-02]. Dostupné z WWW: <http://ivdmr.fss.muni.cz/infostorage/Blinka_Generace_zavislych-Dospivajici_a_online_hry.pdf>.
- BORNÍK, M. *Drogy, co bychom o nich měli vědět*. 1. vyd. Praha: Themis, 2001. 31 s. ISBN 80-85821-98-2.
- BOROVÍČKA, J. *Lysolhlávky* [on-line]. 04.10.2005. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/halucinogeny/lysohlavky>.
- BORSARI, B., CAREY K. B. Effects of a Brief Motivational Intervention With College Student Drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, vol. 68, no. 4, pp. 728-733.
- BOTVIN, G. J., BAKER, E., DUSENBURY, L., BOTVIN, E. M. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, vol. 273, no. 14, pp. 1106-1112.

- BRONIN, M., WRIGHT, C. Do university students drink more hazardously than their non-student peers ? *Addiction*, 2005, vol. 100, no. 6, pp. 713-714.
- BROŽA, P. *Jak na počítač: vytváříme WWW stránky*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2004. 88 s. ISBN 80-251-0475-3.
- BRICHČÍN, M. et al. *Mládež – drogy – společnost*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1997. 160 s. ISSN 0862-4461.
- BUSHMAN, B. J., HUESMANN, L. R. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 2006, vol. 160, no. 4, pp. 348-352.
- CALDEIRA, K.M. et al. The Occurrence of Cannabis Use Disorders and Other Cannabis-Related Problems Among First-Year College Students. *Addictive Behaviors*, 2008, vol. 33, no. 3, pp. 397-411.
- CARNAGEY, N. L., ANDERSON, C. A., BUSHMAN, B. J. The effect of video game violence on physiological desensitization to real-life violence. *J. Exp. Soc. Psychol.*, 2007, vol. 43, pp. 489-496.
- CEED.CZ. *Elektronické bankovníctví* [on-line]. 2010. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <http://www.ceed.cz/bankovnictvi/778elektronicke_bankovnictvi.htm>.
- CEKAN, D., BÁRTOVÁ, J. The Prevalence of Smoking in 5th Year Medical and Health Care Students at the 3rd Faculty of Medicine of Charles University in Prague. *Hygiena*, 2000, vol. 45 (Suppl.), pp. S23-S28.
- CENTER FOR DRUG AND ALCOHOL STUDIES AT THE UNIVERSITY OF DELAWARE (CDAS). *1996 Annual Report Center for Drug and Alcohol Studies*. 1st Ed. Newark: University of Delaware, 1997, 25 p. ISBN-.
- CENTER FOR DRUG AND ALCOHOL STUDIES AT THE UNIVERSITY OF DELAWARE (CDAS). *Delaware School Survey: Alcohol, Tobacco & other Drug Abuse among Delaware Students*. 1st Ed. Newark: University of Delaware, 2010, 103 p. ISBN-.
- CLARK, D. Gambling and the Trait of Addition in a Sample of New Zealand University Students. *New Zealand Journal of Psychology*, 2003, vol. 32, pp. 39-48.
- CSÉMY, L. et al. *Životní styl a zdraví českých školáků*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2005. 140 s. ISBN 80-85121-94-8.
- CSÉMY, L., HRACHOVINOVÁ, T., KRCH, D.F. Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci: rozsah, kontakt, rizika. *Adiktologie*, 2004, roč. 4, č. 2, s. 124-135.
- CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P., SADÍLEK, P. *ESPAD 07: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Česká republika, 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007* [on-line]. 2008. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/53608/238466/file/TK%20ESPAD_def.pdf.zip>.
- CSÉMY, L., LEJČKOVÁ, P., SADÍLEK, P., SOVINOVA, H. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003* [on-line]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-94-3. [cit. 2009-03-21]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/27303/130367/file/espad_web.pdf>.

- CYMBALOVÁ, D. et al. *Balíček nástrojov školiteľa: produkt projektu Transdrug. Zlepšovanie kvality a relevancie výcviku v oblasti závislostí*. 1. vyd. Dunajská Streda: Nadácia A-Kliniky, 2003. 174 s. ISBN 80-89001-24-6.
- ČAPLOVÁ, T., ANDRÉ, I., SOMOŠOVÁ, J. Postoje poslucháčov vysokej školy k problematike návykových látok *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 5, s. 281-286.
- ČÁPOVÁ, E. et al. Use of psychotropic compounds by students of the Medical faculty in Hradec Králové. *Folia Pharmacologica Universitas Carolinae*, 2000, vol. 25, pp. 107-108.
- DAVIS, R. A., FLETT, G. L., BESSER, A. Validation of a New Scale for Measuring Problematic Internet Use: Implications for Preemployment Screening. *CyberPsychology & Behavior*, 2002, vol. 5, no. 4, pp. 331-345.
- DEAN, A. G. et al. *The Epi Info manual: version 6.02. A word processing, database and statistics system for public health on IBM-compatible microcomputers*. 1st Ed. London: Brixton Books, 1994. 470 p. ISBN 9781873937211.
- DĚDIČEK, D. *333 tipů a triků pro Facebook*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2010. 240 s. ISBN 978-80-251-2963-0.
- DOČEKAL, D. *Rizika sociálních sítí a Webu 3.0 v praxi* [on-line]. LUPA, server o českém internetu, 2010. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.lupa.cz/clanky/rizika-socialnich-siti-a-webu-3-0-v-praxi/>>.
- DOUBRAVA, L. Osmdesát procent obětí kyberšikany zná agresora. *Učitel'ské noviny*, 2010, roč. 113, č. 8, s. 7.
- DUBSKÝ, V. *Mládež, společnost a stát. Odborný bulletin k problematice mládeže*. 1. vyd. Praha: Institut dětí a mládeže MŠMT ČR, 1994. 116 s. ISSN 1210-6380.
- DVOŘÁK, D. *Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a prevence HIV/AIDS*. 2. vyd. Praha: Filia, 1995. 113 s. ISBN 80-901966-2-4.
- DVOŘÁK, D. Sociální rehabilitace. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 63-69. ISBN 80-86734-05-6.
- E-BEZPEČÍ. *Internet a kyberšikana* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-05]. Dostupné z WWW: <<http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/36/63/lang,czech/>>.
- ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě: násilí a pornografie na obrazovce, sexuální zneužití, šikanování, hazardní hráctví, únos, drogy a alkohol*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-419-2.
- ENGWALL, D., HUNTER, R., STEINBERG, M. Gambling and other risk behaviors on university campuses. *Journal of American College Health*, 2004, vol. 53, no. 6, pp. 245-255.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Amphetamines* [on-line]. 2008a. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index41525EN.html>>.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Amphetamines, ecstasy and LSD* [on-line]. 2008b. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/themes/drug-situation/amphetamines>>.

- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *An overview of the problem drug use (PDU) key indicator* [on-line]. 1st Ed. Lisboa: EMCDDA, 2009a. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67060_EN_EMCDDEA-PDU-overview.pdf>.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Monitoring the Supply of Heroin to Europe* [on-line]. 1st Ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008c. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_62086_EN_emcdda_tds_herointrafficking_2008.pdf>.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Opioids* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/online/ar2007/cs/opioids>>.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Polydrug use: patterns and response* [on-line]. 1st Ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2009b. 29 p. ISBN 978-92-9168-410-6. [cit. 2011-09-11]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93217_EN_EMCDDEA_SI09_polydrug%20use.pdf>
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2008: Stav drogové problematiky v Evropě* [on-line]. 1. vyd. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2008d. 97 s. ISBN 978-92-9168-320-8. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_CS_EMCDDEA_AR08_cs.pdf>.
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2009: Stav drogové problematiky v Evropě* [on-line]. 1. vyd. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2009c. 99 s. ISBN 978-92-9168-379-6. [cit. 2011-09-11]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_CS_EMCDDEA_AR2009_CS.pdf>.
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě* [on-line]. 1. vyd. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010. 102 s. ISBN 978-92-9168-427-4 [cit. 2011-09-09]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_CS_EMCDDEA_AR2010_CS.pdf>.
- FILÍPEK, O. *Historie počítačů* [on-line]. 2000. [cit. 2004-02-07]. Dostupné z WWW: <<http://freeweb.coco.cz/ondra/index-e.html>>.
- FIŠAR, Z., JIRÁK, R. *Výbrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 316 s. ISBN 80-247-0061-1.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

- FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 96-106. ISBN 80-86734-05-6.
- FLAKS, P., TRAPKOVÁ, B. Prevence v komunitě. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 323-328. ISBN 80-86734-05-6.
- FROUZOVÁ, M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 124-129. ISBN 80-86734-05-6.
- GALÁZC, A., ŠMAHEL, D. Information Society from a Comparative Perspective: Digital Divide and Social Effects of the Internet [on-line]. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 2007, vol. 1, no.1. Brno: Faculty of Social Studies, Masaryk University, 2007. ISSN: 1802-7962. [cit. 2011-08-22] Dostupné z WWW: <<http://www.cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2007072401&article=1>>.
- GALLA, M. et al. *Making Schools a Healthier Place. Manual on Effective School-Based Drug Prevention*. 1st Ed. Utrecht: Trimbos Institute – Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, 2002. 188 p. ISBN: 90-5253-404-7.
- GAMCARE. *What is gambling* [on-line]. 2010. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.gamcare.org.uk/pages/gamblinghistory.html>>.
- GANERI, A. *Drogy: od extáze k agonii*. 1. vyd. Praha: Amulet, 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8.
- GFROERER, J., WRIGHT, D., KOPSTEIN, A. Prevalence of youth substance use: the impact of methodological differences between two national surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, vol. 47, no. 1, pp.19-30.
- GILL, J.S. Reported Levels of Alcohol Consumption and Binge Drinking within the UK Undergraduate Students Population over the Last 25 Years. *Alcohol and Alcoholism*, 2002, vol.37, no. 2, pp. 109-120.
- GLASS, E. Problem drinking among the blind and visually impaired. *Alcohol Health and Research World*, 1980-1981, vol. 5, no. 2, pp. 20-25.
- GOODSTADT, M. S, SHEPPARD, M. A. Three approaches to alcohol education. *Journal of Studies on Alcohol*, 1983, vol. 44. no. 2, pp. 362-380.
- GREENBAUM, P. E. et al. Variation in the drinking trajectories of freshmen college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, vol. 73, no. 2, pp. 229-238.
- GRIFFITHS, M. D. Behavioural addiction: an issue for everybody. *Journal of Workplace Learning*, 1996, vol. 8, no. 3, pp. 19-25.
- GRIFFITHS, M. Does internet and computer „addiction“ exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & Behavior*, 2003, vol. 3, no. 2, pp. 211-218.
- GRUSSER, S. M., THALEMANN, R., ALBRECHT, U., THALEMANN, C. N. Excessive computer usage in adolescents--results of a psychometric evaluation. *Wien Klin Wochenschr.*, 2005, Jg.117, Nr. 5-6, S.188-195.

- HAGENBACH, D. A., WERTHMÜLLER, L. *Consciousness Change: A Challenge of the 21st Century* [on-line]. 19.04.2007. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: <http://www.psychedelic.info/index_2_eng.html>.
- HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-473-1.
- HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9.
- HAMPL, K. Léky vyvolávající závislost. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 187-192. ISBN 80-86734-05-6.
- HAMPL, K. Těkavé látky. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 193-199. ISBN 80-86734-05-6.
- HARTNOLL, R. *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe. Co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 98 s. ISBN 80-86734-45-5.
- HAVLÍNOVÁ, M. et al. Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7367-478-8.
- HAVLÍNOVÁ, M. et al. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 311 s. ISBN 80-7367-059-3.
- HEINEMANN, A.W. (ed.). *Substance Abuse and Physical Disability*. 1st Ed. Binghamton: The Haworth Press, 1993. 291 p. ISBN 1-56024-289-2.
- HEINEMANN, A. W., DOLL, M., SCHNOLL, S. Treatment of alcohol abuse in persons with recent spinal cord injuries. *Alcohol Health and Research World*, 1989, vol. 13, no. 2, pp. 110-117.
- HELLER, J., PECINOVSÁ, O. et al. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 168 s. ISBN 80-169-277-8.
- HENČL, P. Kouření u studentů fakulty všeobecného lékařství UK v Praze. *Studia pneumologica et phtiseologica czechoslovaca*, 1990, roč. 50, č. 3, s. 155-160.
- HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 584 s. ISBN 80-7178-820-1.
- HEŘMANOVÁ, A. *Stimulační (budivé) drogy* [on-line]. 1999a. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://knihovna.adam.cz/drogy99/stim-ilg.htm>>.
- HEŘMANOVÁ, A. *Thumivé látky* [on-line]. 1999b. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://knihovna.adam.cz/drogy99/thumive.htm>>.
- HIBELL, B. et al. *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries* [on-line]. 1st Ed. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2004. 436 p. ISBN 91-7278-103-3. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: <http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf>.
- HIBELL, B. et al. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries* [on-line]. 1st Ed. Stockholm: The Swedish Council

- for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2009. 408 p. ISBN 978-91-7278-219-8. [cit. 2011-09-10]. Dostupné z WWW: <http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf>
- HINGSON, R. et al. Age of first intoxication, heavy drinking, driving after drinking and risk of unintentional injury among US. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, vol. 64, pp. 23-31.
- HLAVENKA, J., SAMŠUK, P. *První kroky s počítačem*. 3. vyd. Praha: Computer Press, 1986. 105 s. ISBN 80-85896-50-8.
- HOARE, J. Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey. *Home Office Statistical Bulletin*, 2009, July, no. 12/09. 86 p. ISSN 1358-510X
- HOLČÍK, J. *K teoretickým základům cesty ke zdraví. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, 2009. 150 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
- HRUBÁ, D. *Ergonomie*. 2. vyd. Brno: LF MU, 2005. 30 s. ISBN-.
- HRUBÁ, D., KACHLÍK, P. Budou v roce 2000 na Lékařské fakultě MU v Brně pouze nekouřící absolventi? *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 4, s. 211-222.
- HRUBÁ, D., KACHLÍK, P. Konzum alkoholu a drog u školních dětí. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1999, roč. 34, č. 3, s. 139-146.
- HRUBÁ, D., KACHLÍK, P. Program „Kouření a já“ ovlivňuje žáky základních škol již po tři roky. *Hygiena*, 2000, roč. 45, č. 1, s. 3-9.
- HRUBÁ, D., KYASOVÁ, M. Závislost dětí a mládeže na nikotinu. *Čes.-slov. pediatrie*, 2001, roč. 56, č. 3, s. 174 – 178.
- HYGIENICKÁ STANICE HL. M. PRAHY (HSHMP). *Studie o drogách mezi studenty vybraných fakult v ČR v roce 1994*. 1. vyd. Praha: Hygienická stanice hl.m. Prahy, centrální pracoviště drogové epidemiologie. 1996. ISBN-.
- HYNIE, S. *Psychofarmakologie v praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 1995. 312 s. ISBN 80-85824-17-5.
- CHABROL, H., ROURA, C., ARMITAGE, J. Bongs, a method of using cannabis linked to dependence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 48, no. 10, pp. 709-709.
- CHIAUZZI, E. et al. My Student Body: A High-Risk Drinking Prevention Web Site for College Students. *Journal of American College Health*, 2005, vol. 53, no. 6, pp. 263-268.
- CHOU, CH. Internet Heavy Use and Addiction among Taiwanese College Students: An Online Interview Study. *Cyberpsychology and Behavior*, 2001, vol. 4, no. 5, pp. 573-585.
- CHOU, CH., HSIAO, M.CH. Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case. *Computers and Education*, 2000, vol. 35, no. 1, pp. 65-80.
- INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE. *Světová zpráva o drogách 2008: Závislost na drogách je nemoc* [on-line]. 26.06.2008. [cit. 2011-08-08].

- Dostupné z WWW: <<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=1426>>.
- INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB). *Report of the International Narcotics Control Board for 2009* [on-line]. 1st Ed. New York: United Nations, 2010. 168 p. ISBN: 978-92-1-148249-2. [cit. 2011-09-09] Dostupné z WWW: <http://www.incb.org/pdf/annual-report/2009/en/AR_09_English.pdf>.
- JACKSON, K. M. et al. Drinking among college students: Consumption and consequences. In GALANTER, M. (ed.). *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 17, I: Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults*. 1st Ed. New York: Springer, 2005, pp. 85-117. ISBN-.
- JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogové závislosti*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1988. 48 s. ISBN-.
- JELLINEK, N. L. *Drugs and Brain* [on-line]. 2003. [cit. 2011-08-07]. Dostupné za WWW: <<http://www.van-gennip.nl/jellinek/start.htm>>.
- JIROVSKÝ, V. *Kybernetická kriminalita: nejen o hackingu, crackingu, virech a trojských koních bez tajemství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 288 s. ISBN 978-80-247-1561-2.
- JONES, S. E., OELTMANN, J., WILSON, T. W., BRENER, N. D., HILL, C. V. Binge Drinking Among Undergraduate College Students in the United States: Implications for other Substance Use. *Journal of American College Health*, 2001, vol. 50, no. 1, pp. 33–38.
- KACHLÍK, P. *Informační zdroje a metody primární protidrogové prevence*. 1. vyd. Brno: LF MU, 2005a. 211 s. +přílohy. ISBN-. Disertační práce z oboru Hygiena, epidemiologie a preventivní lékařství. Školitelka: prof. MUDr. Drahoslava Hrubá, CSc.
- KACHLÍK, P. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence* [on-line]. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2003. [cit. 2011-08-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.zkola.cz/zkedu/zaskolou/socialnepatologickejvyajejichprevence/zavislosti/zavislostobecne/15020.aspx>>.
- KACHLÍK, P. *Zneužívání návykových látek, primární prevence závislostí* [on-line]. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2004, září. [cit. 2011-08-04]. Dostupné z WWW: <<http://moodlinka.ped.muni.cz/mod/resource/view.php?id=1732>>.
- KACHLÍK, P. Zneužívání návykových látek studenty MU v Brně. 1. část. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2005b, roč. 40, č. 4, s. 193-222.
- KACHLÍK, P. Zneužívání návykových látek studenty MU v Brně. 2. část. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2005c, roč. 40, č. 5, s. 259-282.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. A Drug Scene at the Masaryk University Brno 10 Years after. In ŘEHULKA, E. et al. (eds.) *School and Health – Contemporary School Practice and Health Education*. 1st Ed. Brno: MSD, 2008a, pp. 141-164. ISBN 978-80-7392-042-5.

- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Drugs, Future Doctors and Pedagogues at Masaryk University. In ŘEHULKA et al. (eds.) *2nd Conference School and Health 21*, 1st Ed. Brno: Paido, 2007, pp. 655-670. ISBN 978-80-7315-138-6.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Návykové látky, jejich konzumace, postoje a názory studentů Masarykovy univerzity. In ŘEHULKA, E. et al. (eds.). *Prevence závislostí ve škole*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008b, s. 25-45. ISBN 978-80-7392-077-7.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Pohled studentů Masarykovy univerzity na prevenci patologických závislostí. In ŘEHULKA, E. et al. (eds.). *Prevence závislostí ve škole*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008c, s. 13-24. ISBN 978-80-7392-077-7.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. *Závěrečná zpráva o řešení grantu Id. č. Aa-1/06 Deskripce drogové scény na MU v Brně a návrh preventivních opatření. Etapa 2: Realizace deskriptivní dotazníkové studie na MU*. 1. vyd. Brno: PdF MU, 2007. 117 s. ISBN-.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M., REISSMANNOVÁ, J., KRŇÁVKOVÁ, P., PROKOP, M. *Závěrečná zpráva o řešení fakultního výzkumného projektu id. MUNI/41/ 002/08: Problematika patologických závislostí v populační skupině osob s tělesným postižením – pilotní studie*. 1. vyd. Brno: PdF MU, 2009. 107 s. ISBN-. Výzkumná zpráva.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Zkušenosti a názory studentů Masarykovy univerzity na virtuální drogy. In LINHARTOVÁ, D., MÁCHAL, P. DANIELOVÁ, L. (eds.). *ICOLLE 2010: Sborník z mezinárodní vědecké konference*. 1. vyd. Brno: KONVOJ, 2010, s. 123-137. ISBN 978-80-7302-154-2.
- KACHLÍK, P., KLECH, R. The Probe into the University Drug Scene in Slovenia and its Comparison with the Situation in the Czech Republic. In ŘEHULKA, E. (ed.) *School and Health 21, 2010: Health Education: International Experiences*. 1st Ed. vyd. Brno: MU, 2010, pp. 291-310. ISBN 978-80-210-5398-4.
- KACHLÍK, P., MATĚJOVÁ, H. Pilotní intervenční projekt „DDD“ (Drogy-Důvod-Dopad) – analýza výsledků a zhodnocení efektivity. 1. část. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2006a, roč. 41, č. 1, s. 3-15.
- KACHLÍK, P., MATĚJOVÁ, H. Pilotní intervenční projekt „DDD“ (Drogy-Důvod-Dopad) – analýza výsledků a zhodnocení efektivity. 2. část. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2006b, roč. 41, č. 3, s. 129-144.
- KACHLÍK, P., ŠIMŮNEK, J. Drogová scéna u brněnských studentů VŠ v letech 1993-1995. *Acta hygienica, epidemiologica et microbiologica*, 1995, Suppl. 7, s. 44-46.
- KACHLÍK, P., ŠIMŮNEK, J. Brněnští medicí, návykové látky a protidrogové poradenství. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 3, s. 163-180.
- KACHLÍK, P., ŠMAJSOVÁ-BUCHTOVÁ, B. Souvislost mezi nezaměstnaností, zdravotním stavem a užíváním drog. In *Sborník z mezinárodní konference Firma a konkurenční prostředí-Sekce 8*. 1. vyd. Brno: KONVOJ, 2002, s. 23-46. ISBN 80-7302-038-6.
- KALINA, K. et al. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia Nova, 2001. 100 s. ISBN 80-238-8014-4.

- KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-6.
- KANDELL, D. et al. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, vol. 44, no. 2, pp. 11-29.
- KELLER, S. et al. Binge drinking and health behavior in medical students. *Addictive Behaviors*, 2007, vol. 32, no. 3, pp. 505–515.
- KESSLER, D., KLEIN, M. Drug use patterns and risk factors of adolescents with physical disabilities. *The International Journal of the Addictions*, 1995, vol. 30, no. 10, pp. 1243-1270.
- KLÍMA, J. Postoje studentů medicíny ke kouření. *Československé zdravotnictví*, 1990, roč. 38, č. 10, s. 460-463.
- KLÍMA, V. Jak poslat SMS jménem jiného mobilu – možnosti zneužití nasnadě. *Crypto-World: Informační sešit GCUCMP*, 2005, roč. X, č. 9, s. 5.
- KMOCH, P. *Informatika a výpočetní technika pro střední školy*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 1997. 228 s. ISBN 80-7226-045-6.
- KO, C. et al. Proposed diagnostic criteria of internet addiction for adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005, vol. 193, no. 11, pp. 728-733.
- KOCMAN, R., LOHNISKÝ, J. *Jak se bránit virům, spamu a spyware*. 1.vyd. Brno: CP Books, 2005. 148 s. ISBN 80-251-0793-0.
- KODÝTEK, P. *Historie internetu* [on-line]. 2006. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.webdesign.paysoft.cz/clanky/2006/historie-internetu/>>.
- KOLEKTIV. Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení v oblasti zneužívání návykových látek „ŠKOLA BEZ DROG“. *Učitel'ské noviny*, 1998a, roč. 101, č. 10, s. 16-20.
- KOLEKTIV. Mládež a drogy – celostátní dotazníková studie. *Učitel'ské noviny*, 1998b, roč. 101, č. 12, s. 17-19.
- KOLEKTIV. Pití alkoholu a užívání jiných drog mezi mládeží v evropských zemích. *Učitel'ské noviny*, 1998c, roč. 101, č. 13, s.15-19.
- KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V. Skúsenosti poslucháčov LF UK v Bratislave s psychoaktívnymi látkami. II. časť. Výsledky prieskumu pomocou dotazníka RCSAST. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 4, s. 193-209.
- KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V., ŠEFRÁNKOVÁ, V. Skúsenosti študentov vysokých škôl s návykovými látkami – I. časť. Užívanie a vedomosti o návykových látkach. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2003, roč. 38, č. 1, s. 17-28.
- KOUKAL, J. Kokain zlevňuje a policie ho zabavila osmkrát více. *Právo*, 15.03.2008, roč. 18, č. 64, s.1.
- KOVÁŘOVÁ, M., DÓCI, I. Fajčenie nikotínu a fyzická aktivity poslucháčov Lekárskej fakulty v Košiciach. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2004, roč. 39, č. 3, s. 131-143.

- KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205-210. ISBN 80-86734-05-6.
- KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, J., RAMES, J., ZÁMEČNÍK, L., WALLENFELS, I. Czech medical faculties and smoking. *Central European Journal of Public Health*, 1995, vol. 3, no. 2, pp. 97-99.
- KRAS, P. *Internet v kostce: užití v běžném životě*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: FRAGMENT, 2001. 144 s. ISBN 80-7200-493-X.
- KRMENČÍK, P. *Encyklopedie psychotropních rostlin – konopí* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3pcanzl.html>>.
- KRMENČÍK, P. *Encyklopedie psychotropních rostlin – tabák* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rnic.html>>.
- KUBÍKOVÁ, R., BEČKOVÁ, I. Postoje studentů lékařské fakulty Univerzity Paleckého v Olomouci ve vztahu k drogovým závislostem. *Zpravodaj klinické farmakologie a farmacie*, 1998, roč. 12, č. 3, s. 6-8.
- KUKLETA, M., ŠULCOVÁ, A. *Texty k přednáškám z neurovědy* [on-line]. 1. vyd. Brno: LF MU, 2003, 50 s. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.med.muni.cz/fyziol/texty20.rtf>>.
- KUNEŠ, J. *Skype: Telefonujeme přes Internet*. 2. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 103 s. ISBN 80-251-1002-8.
- KVAPILÍK, J. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 237 s. ISBN – .
- LABRIE, R. A., SHAFFER, H. J., LAPLANTE, D. A., WECHSLER, H. Correlates of College Student Gambling in the United States. *Journal of American College Health*, 2003, vol. 52, no. 2, pp. 23-62.
- LEMMENS, J. S., BUSHMAN, B. J., KONIJN, E. A. The appeal of violent video games to lower educated aggressive adolescent boys from two countries. *Cyberpsychol Behav.*, 2006, vol. 9, no. 5, pp. 638-641.
- LENTON, S., BOYS, A., NORCROSS, K. Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia. *Addiction*, 1997, vol. 92, no. 10, pp.1327-1337.
- LEUNG, L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *Cyberpsychol Behav.*, 2004, vol.7, no. 3, pp. 333-348.
- LIU, L. Y. *2005 Texas Survey of Substance Use Among College Students, Main Findings Report*. 1st Ed. Austin: Texas Department of State Health Services. 2007. 27 p. ISBN-.
- LO, S. K., WANG, C. C., FANG, W. Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychol Behav.*, 2005, vol. 8, no. 1, pp. 15-20.
- LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J. *Tvořivé vyučování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 208 s. ISBN 80-247-0374-2.
- MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-384-X.

- MALCOVÁ, H., PROVAZNÍKOVÁ, H., SIEBER, E. Průzkum rozšíření pití alkoholu a užívání drog mezi studenty medicíny. (Srovnávací studie 3. LF UK a Charité HUB, Berlín). *Hygiena*, 1998, roč. 43, Suppl. 1, s. 7-10.
- MANN, J. *Jedy, drogy, léky*. 1. vyd., Praha: Academia, 1996, 203 s. ISBN 80-200-0508-0.
- MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišti a gamblerři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-9011618-9-8.
- MARLATT, G.A., WITKIEWITZ, K. Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 2002, vol. 27, no. 6, pp. 867–886.
- MARTENS, M. P. et al. Measuring negative consequences of college student substance use: A psychometric evaluation of the Core Alcohol and Drug Survey. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 2005, vol. 38, pp. 164-175.
- MATĚJKA, M. *Počítačová kriminalita*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2002. 106 s. ISBN 80-7226-419-2.
- MCCABE, S. E., KNIGHT, J. R., TETER, C. J., WECHSLER, H. Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addiction*, 2005, vol. 100, no. 1, pp. 96–106.
- MCCARTY, D., POORE, M., MILLS, K.C. Morrison SDirect-mail techniques and the prevention of alcohol-related problems among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 1983, vol. 44, no. 1, pp. 162-170.
- MEASHAM, F., MOORE, K. Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy. *Criminology and Criminal Justice*, 2009, vol. 9, no. 4, pp. 437-464.
- MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1989. 156 s. ISBN-.
- MEERKERK, G.J. et al. The compulsive internet use scale (CIUS), some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior*, 2009, vol. 12, no. 1, pp. 1-6.
- MILFIÁT, R. *Komerční sexualizované násilí na dětech: prostituce, pornografie, obchod*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-320-8.
- MILLS, K.C et al.. A residence hall tavern as a collegiate alcohol abuse prevention activity. *Addictive behaviors*, 1983, vol. 8, no. 2, pp. 105-108.
- MINAŘÍK, J. *Alkohol* [on-line]. 2004a. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100046>>.
- MINAŘÍK, J. *Konopí* [on-line]. 2004b. [cit. 2011-08-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100049>>.
- MINAŘÍK, J. *Nikotin* [on-line]. 2004c. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100056>>.
- MINAŘÍK, J. *Opiáty a opioidy* [on-line]. 2004d. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100050>>.

- MINAŘÍK, J. *Organická rozpouštědla, resp. těkavé látky* [on-line]. 2004e. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/upl/texty/100039s_Teka_velatky.doc>.
- MINAŘÍK, J. *Stimulační drogy* [on-line]. 2004f. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100051>>.
- MINAŘÍK, J. *Taneční drogy – souhrn* [on-line]. 2004g. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100047>>.
- MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.
- MINAŘÍK, J. Stimulancia. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 164-168. ISBN 80-86734-05-6.
- MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 200 – 204. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 169-173. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 174-179. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, M. *LSD a jiné halucinogeny*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1996. 108 s. ISBN 80-85834-35-9.
- MLČOCH, Z. *Statistiky k požívání alkoholu a alkoholismu* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.alkoholik.cz/statistiky.htm>>.
- MOHLER-KUO, M. et al. Trends in Marijuana and Other Illicit Drug Use Among College Students: Results from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study Surveys: 1993–2001. *Journal of American College Health*, 2003, vol. 52, no. 1, pp. 17-24.
- MORAHAN-MARTIN, J., SCHUMACHER, J. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior*. 2000, vol.16, no. 1, pp. 13-29.
- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006* [on-line]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 122 s. ISBN 978-80-87041-22-2. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/48054/215580/file/vz_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2006_web.pdf>.
- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007* [on-line]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 146 s. ISBN 978-80-87041-46-8. [cit. 2011-09-08]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/74993/326184/file/Vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_vecech_drog_v_CR_v_r_2007_www.pdf>.

- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008* [on-line]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 131 s. ISBN 978-80-87041-99-4 [cit. 2011-09-08]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/97572/419104/file/vz_2008_CZ_www_def.pdf>
- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009* [on-line]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 156 s. ISBN 978-80-7440-034-6. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/123695/525943/file/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2009_CZ_final_www1.pdf>.
- MŠMT ČR. *Pedagogové proti drogám. Program preventivních aktivit uplatňovaných ve školách a školských zařízeních*. 1. vyd. Praha: Odbor pro mládež a Odbor speciálního školství a institucionální výchovy MŠMT ČR, 1999. 44 s. ISBN-.
- MŠMT ČR. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [on-line]. 2.6.2009. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakladni/RVPZV_2007.zip>.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno. Masarykova univerzita, 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.
- MÜLLEROVÁ, M., NEŠPOR, K. *Jak přestat brát drogy*. 2. vyd. Praha: Sportpropag, 1997. 133 s. ISBN -.
- MUSIL, M. *Historie sítě Internet: FTP – File transfer protokol* [on-line]. 2003a. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <<http://ihistory.webzdarma.cz/chap/sites/ftp.php>>.
- MUSIL, M. *Historie sítě Internet: Přehled služeb internetu* [on-line]. 2003b. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <<http://ihistory.webzdarma.cz/chap/sluzby/Internetu.php>>.
- MUŽÍK, V., MUŽÍKOVÁ, L. Teachers and Health Education. In ŘEHULKA, E. (ed.). *Teachers and Health*. 1st Ed. Brno: Pavel Křepela, 2003, pp. 23-29. ISBN 80-8669-02-5.
- MUŽÍKOVÁ, L. *Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 141 s. ISBN 978-80-210-5328-1.
- NADACE NAŠE DÍTĚ. *Bezpečný Internet dětem* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.nasedite.cz/webmagazine/kategorie.asp?idk=187>>.
- NALWA, K., ANAND, A. Internet Addiction in Students: A Cause of Concern. *Cyberpsychology and Behavior*, 2003, vol. 6, no. 6, pp. 653-656.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách* [on-line]. 24.04.2003. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_pruzkumy/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Halucinogeny – podrobně* [on-line].

- 04.10.2005a. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/halucinogeny/halucinogeny_podrobne>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Konopné drogy – podrobně* [on-line]. 16.03.2006a. [cit. 2011-08-06]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/konopne_drogy/konopne_drogy_podrobne>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Kokainové drogy* [on-line]. 04.10.2005b. [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/kokainove_drogy>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Legální drogy v ČR – stručný přehled situace* [on-line]. 17.05.2005c. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/legalni_drogy_v_cr_strucny_prehled_situace>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Léky – podrobně* [on-line]. 04.10.2005d. [cit. 2011-08-06]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/leky/leky_podrobne>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Opiáty – stručně* [on-line]. 2006b. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Opiáty – podrobně* [on-line]. 04.10.2005e. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Rozdíly v užívání drog mezi muži a ženami (studie EMCDDA)* [on-line]. 14.06.2007a. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: <http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/vyzkum/studie_emcdda_rozdily_v_uzivani_drog_mezi_muzy_a_zenami>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Stimulancia – podrobně* [on-line]. 04.10.2005f. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/stimulancia_podrobne>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Světová zpráva o drogách 2008 (UNODC)* [on-line]. 27.06.2008. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/svetova_zprava_o_drogach_2008_unodc>.

- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Tabák – podrobně* [on-line]. 04.10.2005g. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tabak/tabak_podrobne>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Taneční drogy – souhrn* [on-line]. 04.10.2005h. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/tanecni_drogy/tanecni_drogy_souhrn>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Těkavé látky – podrobně* [on-line]. 14.06.2007b. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tekave_latky/tekave_latky_podrobne>.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Toluen – omezení v uvádění na trh nebo do oběhu* [on-line]. 13.11.2007c. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tekave_latky/toluen_zmena_v_uvadeni_na_trh_nebo_do_obehu>.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). *A Call to Action: Changing the Culture of Drinking at U.S. Colleges* [on-line]. 1st Ed. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services, 2002. 51 p. ISBN-. [cit. 2011-11-02]. Dostupné z WWW: <http://www.collegedrinkingprevention.gov/NIAACollegeMaterials/TaskForce/TaskForce_TOC.aspx>.
- NEŠPOR, K. *Hazardní hra jako nemoc: jak problémy rozpoznávat, jak je zvládat, jak jim předcházet*. 1. vyd. Ostrava: Nakladatelství A. Krtilové, 1994. 146 s. ISBN -.
- NEŠPOR, K. *Jak překonat problém s hazardní hrou*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1996. 107 s. ISBN-.
- NEŠPOR, K. *Kolega je gambler* [on-line]. Drogový informační server, 10.06.2009. [cit. 2011-09-02]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy.net/portal/ostatni/gambling-2/kolega-je-gambler_2009_06_10>.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
- NEŠPOR, K. *Počítače a zdraví: nač jste se neodvažovali pomyslet, natož zeptat*. 1. vyd. Praha: BEN-technická literatura, 1999. 96 s. ISBN 80-86056-71-6.
- NEŠPOR, K. *Už jsem prohrál dost*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 2006. 97 s. ISBN-.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 129 s., ISBN-.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat* [on-line]. 5. vyd. Praha: Sportpropag, 2003. 104 s. [cit. 2011-08-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>>.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Kolik je v České republice patologických hráčů? Česká a slovenská psychiatrie*, 2005, roč. 101, č. 8, s. 433-435.

- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Zdravotní rizika počítačových her a videoher. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2007, roč.103, č.5, s. 246-250.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na školách*. 1.vyd. Praha: BESIP, 1994a. 156 s. ISBN -.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách*. 1. vyd. Praha: BESIP MV, 1994b. 128 s. ISBN -.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1998. 21 s. 104 s. ISBN -.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., SOVINOVA, H. *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 68 s. ISBN 80-7071-110-8.
- NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 1999. 49 s. ISBN 80-7071-123-X.
- NOVÁKOVÁ, D. *Metodika protidrogové prevence pro pedagogy*. 2. vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1995. 14 s. ISBN 80-7071-012-8.
- NOVÁKOVÁ, D. Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 300-306. ISBN 80-86734-05-6.
- NOVÁKOVÁ, D. Výcvik pedagogů. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 311-316. ISBN 80-86734-05-6.
- NOVOTNÁ, J. *Drogové závislosti-symptomatika a léčba pro praktické lékaře*. 1. vyd. Brno: Litera, 1997. 48 s. ISBN-.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Skúsenosti posluchačov LF UK v Bratislave s psychoaktívnymi látkami – I. časť – Užívanie a vedomosti o psychoaktívnych látkách. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 5, s. 299-312.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Návykové látky a študenti vysokých škôl – niektoré novšie údaje. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2003, roč. 38, č. 1, s. 37-42.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Skúsenosti študentov vysokých škôl s návykovými látkami – II. časť. Študenti Lekárskej fakulty UK v Bratislave. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2004, roč. 39, č. 1, s. 17-36.
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X.
- OCHABA, R., ROVNÝ, I., BIELEK, I. *Ochrana detí a mládeže. Tabak, alkohol a drogy*. 1. vyd. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2009. 185 s. ISBN 978-80-7159-175-7.
- O'MALLEY, P.M., JOHNSTON, L.D. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, vol. 63, no. 14, pp. 23–39.

- ONDREJKOVIČ, P. et al. *Protidrogová výchova*, 1. vyd. Bratislava: Slovenská akadémia vied, 1999. 356 s. ISBN 80-224-05553-1.
- OROSOVÁ, O., SCHNITZEROVÁ, E. Prevencia závislosti v pregraduálnej príprave učiteľov. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 4, s. 207-213.
- OS PODANÉ RUCE. *Extáze* [on-line]. 2008a. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.extc.cz/drogy_extaze.php>.
- OS PODANÉ RUCE. *Heroin* [on-line]. 2008b. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.extc.cz/drogy_heroin.php>.
- OS PODANÉ RUCE. *Kokain* [on-line]. 2008c. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.extc.cz/drogy_kokain.php>.
- OS PODANÉ RUCE. *LSD* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: <http://www.extc.cz/drogy_lsd.php>.
- OSWALT, S. B., SHUTT, M. D., ENGLISH, E., LITTLE, S. D. Did it Worked ? Examining the Impact of an Alcohol Intervention on Sanctioned College Students. *Journal of College Student Development*, 2007, vol. 48, no. 5, pp. 543-557.
- PANČOCHA, K. *Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 168 s. ISBN 80-86633-61-6.
- PÁVKOVÁ, J. et al. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 229 s. ISBN 80-7178-569-5.
- PAVÚK, A., KOŠČO, J. Analýza fajčiarskych návykov u študentov Pedagogickej fakulty v Prešove od roku 1982 do roku 1995. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 2, s. 117-125.
- PENTZ, M. A. Directions for future research in drug abuse prevention. *Preventive medicine*, 1994, vol. 23, no. 5, pp. 646-652.
- PERRY, CH. L., GRANT, M., ERNBERG, G. et al. WHO collaborative study on alcohol education and young people: outcomes of a four-country pilot study. *The International Journal of the Addictions*, 1989, vol. 84, no. 12, pp. 1145-1171.
- PETRÁŠOVÁ, L., FRÝDECKÁ, L., BARBORKOVÁ, E. *Češi se propili na špici spotřeby alkoholu* [on-line]. 02.12.2006. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://zpravy.idnes.cz/cesi-se-propili-na-spici-spotreby-alkoholu-f2c-/domaci.asp?c=A061202_130331_domaci_jan>.
- POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2.vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
- POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 151-158. ISBN 80-86734-05-6.
- PPP BRNO. *Desatero školního metodika prevence. Jak připravit a realizovat preventivní program ve škole, aneb na co by neměl zapomenout školní metodik prevence* [on-line]. Pedagogicko-psychologická poradna Brno, 2011. [cit. 2011-10-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.poradenskecentrum.cz/desatero-smp.php>>.

- PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě ?* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
- PRESLEY, C. A. et al. College factors that influence drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, vol. 63, Suppl. 14, pp. 82–90.
- PROCHÁZKA, D. *První kroky s internetem*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3255-8.
- PROCHÁZKA, D. *Rizika sociálních sítí jsou značná* [on-line]. 2010. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.dsl.cz/clanek/1929-rizika-socialnich-siti-jsou-znacna>>.
- PROKHOROV, A. V. et al. Computer-Assisted, Counselor-Delivered Smoking Cessation Counseling for Community College Students: Intervention Approach and Sample Characteristics. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 2007, vol. 16, no. 3, pp. 35-62.
- PUŽMANOVÁ, R. *Moderní komunikační sítě od A do Z: technologie pro datovou, hlasovou i multimediální komunikaci*. 2. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 430 s. ISBN 80-251-1278-0.
- RADA EU. *Protidrogový akční plán EU na období 2005-2008*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005a. 54 s. ISBN 80-86734-57-9.
- RADA EU. *Protidrogová strategie EU na období 2005-2012*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005b. 27 s. ISBN 80-86734-64-1.
- RADA EU. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling)*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 108 s. ISBN 80-86734-08-0.
- RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9.
- RIGOTTI, N. A., LEE, J. E., WECHSLER, H. US. college students' use of tobacco products: Results of a national survey. *Journal of the American Medical Association*, 2000, vol. 284, no. 6, pp. 699-705.
- RICHTER J. et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní protidrogové prevenci*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. 158 s. ISBN 80-86734-38-2.
- ROUSE, B. A. Epidemiology of illicit and abused drugs in the general population, emergency department drug-related episodes, and arrestees. *Clinical Chemistry*, 1996, vol. 42, no. 8 (B), pp. 1330-1336.
- RUDGLEY, R. *Kulturní alchymie: omamné látky v dějinách a kultuře*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1996. 207 s. ISBN 80-7106-118-2.
- RYCHNOVSKÝ, L. Počítačová bezpečnost. *Zpravodaj ÚVT MU*, 2005, roč. XVI, č. 1, s. 13-16.
- ŘEHULKA, E. Educational needs of elementary school women teachers in health education area. In ŘEHULKA, E. (ed.). *School and health 21, 2010: Papers on health education*. 1st Ed. Brno: MSD, 2010, pp. 55-72. ISBN 978-80-210-5260-4.
- ŘEZNÍKOVÁ, D. *Média tvořivě: metodická příručka mediální výchovy*. 1. vyd. Kladno: Aisis, 2008. 321s. ISBN 978-80-904071-1-4.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 328 s. ISBN 978-80-7367-312-3.

- ŘÍHA, P. *Internet: anglicko-český výkladový slovník*. 1.vyd. Ostrava: MONTANEX, 1996. 110s. ISBN 80-85780-75-5.
- SAFTONLINE. *SAFT: Gross-European Survey* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-02]. Dostupné z WWW: <www.saftonline.org>.
- SAFERINTERNET. *Chat – jaká rizika hrozí dětem a teenagerům?* [on-line]. Národní centrum bezpečnějšího internetu. 2009. [cit. 2011-09-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.saferinternet.cz/uvodni-strana/664-3>>.
- SAK, P. *Význam médií a nových informačních a komunikačních technologií při utváření znalostní a informační společnosti* [on-line]. Britské listy, 7.2.2005. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <<http://blisty.cz/art/21866.html>>.
- SAK, P., SAKOVÁ, K. *Digitální média a životní styl* [on-line]. 2010. [cit. 2011-09-02]. Dostupné z WWW: <http://www.insoma.cz/index.php?id=1&n=1&d_1=paper&d_2=digital_media_cz>.
- SALTZ, R., ELANDT, D. College student drinking studies: 1976–1985. *Contemporary Drug Problems*, 1986, vol.13, no. 1, pp. 117-159.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). *Results from the 2006 National survey on drug use and health*. 1st Ed. Rockville: SAMHSA, 2007. 282 p. ISBN-.
- SAUNDERS, N. *Extáze a techno scéna*. 1. vyd. Brno: Jota, 1996. 336 s. ISBN 80-85617-93-5.
- SHEFFIELD, F. D., DARKES, J., DEL BOCA, F., GOLDMAN, M. S. Binge Drinking and Alcohol-Related Problems Among Community College Students: Implications for Prevention Policy. *Journal of American College Health*, 2005, vol. 54, no. 3, pp. 137–141.
- SHILLINGTON, A. M., CLAPP, J. D. Substance Use Problems Reported by College Students: Combined Marijuana and Alcohol Use versus Alcohol-Only Use. *Substance Use and Misuse*, 2001, vol. 36, no. 5, pp. 663-672.
- SCHERER, K. College life online: Healthy and unhealthy Internet use. *Journal of College Student Development*, 1997, vol. 38, no. 6, pp. 655-665.
- SKÁCELOVÁ, L. Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 329-332. ISBN 80-86734-05-6.
- SKÁCELOVÁ, L. Prevence ve výuce-základní pedagogické principy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 291-299. ISBN 80-86734-05-6.
- SKÁCELOVÁ, L. Vrstevnické skupiny, peer programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003c, s. 307-310. ISBN 80-86734-05-6.
- SKALÍK, I. Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 285-290. ISBN 80-86734-05-6.

- SKALÍK, I. Základní poradenství a včasná intervence v prostředí školy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 317-322. ISBN 80-86734-05-6.
- SPOUSTA, V. *Vádemékum autora odborné a vědecké práce humanitního a sociálního zaměření*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2009. 231 s. ISBN 978-80-7204-617-1.
- STAFFORD, P. *Encyklopedie psychedelických látek*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 1997. 495 s. ISBN 80-7207-057-6.
- STATSOFT, Inc. *STATISTICA Cz. Softwarový systém na analýzu dat, verze 7*. 2004. <http://www.statsoft.cz>.
- STEPTOE, A. et al. An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction*, 2002, vol. 97, no. 12, pp. 1561-1571.
- STINCHFIELD, R., HANSON, W. E., OLSON, D.H. Problem and Pathological Gambling Among College Students. *New Directions for Student Services*, 2006, no. 113, pp. 63-72.
- STONE, T., DARLINGTONOVÁ, G. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440 s. ISBN 80-200-1065-3.
- STRACH, J. Jak připravit žáky a jejich rodiče na nebezpečí plynoucí z rozvoje telekomunikací a zejména internetu. In ŘEHULKA, E. et al. (eds). *Prevence závislostí ve škole*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008, s. 72-77. ISBN 978-80-7392-077-7.
- SWIFT, W., HALL, W., DIDCOTT, P., REILLY, D. Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area. *Addiction*, 1998. vol. 93, no. 8, pp. 1149–1160.
- SYROVCOVÁ, L., VENDEROVÁ, K., VIŠŇOVSKÝ, P. Attitudes of Undergraduate Pharmacy Students towards Alcohol and Smoking. *Folia Pharmacologica Universitas Carolinae*, 2001, vol. 26, pp. 75-82.
- ŠIMKOVÁ, B., ČINCERA, J. Internet Addiction Disorder and Chatting in the Czech Republic. *Cyberpsychology and Behavior*, 2004, vol. 7, no. 5, pp. 536-539.
- ŠMAHEL, D. *Psychologie a internet: děti dospělými, dospělí dětmi*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. 158 s. ISBN 80-7254-360-1.
- ŠTABLOVÁ, R. *Drogy, kriminalita a prevence*. 2. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 1998. 214 s. ISBN 80-85981-64-5.
- ŠTABLOVÁ, R. Mládež, drogy a kriminalita v ČR v devadesátých letech. In ČERNÍKOVÁ, V. et al. (eds.). *Prekriminalita dětí a kriminalita mladistvých, kterým byla uložena ochranná opatření (trestně právní, sociálně psychologické, pedagogické a léčebné aspekty)*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 2002, s. 53-66. ISBN -.
- ŠŤASTNÁ, L. *Dotazník používaný v rámci studie ESPAD* [on-line]. Praha: Centrum adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. 27.1.2010. [cit. 2011-08-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/165/1771/Dotaznik-pouzi-vany-v-ramci-studie-ESPAD>>.
- ŠVRČKOVÁ, T. *Léčba pomocí virtuální reality* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.army.cz/scripts/detail.php?id=14679>>.

- TETER, C.J. et al. Prevalence and Motives for Illicit Use of Prescription Stimulants in an Undergraduate Student Sample. *Journal of American College Health*, 2005, vol. 53, no. 6, pp. 253-262.
- The NNICC Report 1996. The Supply of Illicit Drugs to the United States*. Washington: U.S.Dept. of Justice & DEA, 1997, 80 p. ISBN-.
- TOBLER, N. S. Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control of comparison group. *Journal of Drug Issues*, 1986, vol. 16, no. 4, pp. 537-567.
- TYLER, A. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 2000. 426 s. ISBN 80-237-3606-X.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *2008 World Drug Report* [on-line]. 1st Ed. Vienna: UNODC, 2008. 310 p. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: <http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf>.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *2009 World Drug Report* [on-line]. 1st Ed. Vienna: UNODC, 2009. 314 p. ISBN 978-92-1-148240-9. [cit. 2011-08-26]. Dostupné z WWW: <http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf>.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2010* [on-line]. 1st Ed. Vienna: UNODC, 2010. 313 p. ISBN 978-92-1-148256-0. [cit. 2011-09-23]. Dostupné z WWW: <http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf>.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2011* [on-line]. 1st Ed. Vienna: UNODC, 2011. 272 p. ISBN 978-92-1-148262-1. [cit. 2011-09-23]. Dostupné z WWW: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf>.
- URBAN, E. *Toxikomanie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. 196 s. ISBN-.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006. 84 s. ISBN: 80-7280-636-X.
- VACEK, J. *Behaviorální závislosti* [on-line]. 9.8.2011. [cit. 2011-11-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3061/Behavioralni-zavislosti>>.
- VACEK, J. *Virtuální realita. Studijní materiály* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.psvz.cz/zidkova/doc/vr-studijni-materialy.pdf>>.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 430 s. ISBN 80-246-1074-4.

- VANÍČKOVÁ, E. *Interpersonální násilí na dětech*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2009. 37 s. ISBN 978-80-7440-001-8.
- VENDEROVÁ, K., VIŠŇOVSKÝ, P. Cigarette smoking in Czech university students. *Homeostasis*, 2001, vol. 41, no. 6, pp. 258-259.
- VEŘTÁT, S., STRNAD, M., JIMEL, J. *Encyklopedie o počítačích*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. 216 s. ISBN 80-7169-005-8.
- VIEHOFFOVÁ, H., REUYSOVÁ, E. *Jak s dětmi trávit volný čas: náměty, nápady, návody pro děti od 4 do 14 let*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-412-5.
- VIKTORA, A., VOKÁČ, M. Děti se na webu prodávají samy, varuje policie. *Mladá fronta DNES*, 15. 11. 2010, roč. XXI, č. 264, s. A1, A6.
- VÍTKOVÁ, M. at al. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 304 s. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ, M. Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. In VÍTKOVÁ, M. et al. (eds.). *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007, s. 15-29. ISBN 978-80-7315-163-8.
- VITOVSKÝ, A. *Moderní slovník softwaru: výkladový anglicko-český a česko-anglický*. 1. vyd. Praha: AV software, 2006. 588 s. ISBN 80-901428-8-5.
- VODIČKOVÁ, M. *Modelové lekce pro práci s dětmi a mládeží*. 1. vyd. Brno: ROZRAZIL a Help Me, 1998. 40 s. ISBN 80-85382-20-2.
- VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 330 s. ISBN 978-80-210-5159-1.
- VOJTOVÁ, V. Příležitost a podpora v edukačním prostředí školy se zaměřením na žáky s rizikem vývoje poruchy chování. In BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. (eds.). *Inkluzivní vzdělávání v podmínkách současné české školy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 359-366. ISBN 978-80-210-5383-0.
- VONDRÁČKOVÁ, P., VACEK, J., GROHMANNOVÁ, K. Psychoaktivní látky a závislostní chování u vysokoškoláků. Prevalence, vzorce užívání, rizika a možnosti intervence. *Zaostřeno na drogy*, 2009, roč. 7, č. 4, s. 1-12. ISSN 1214-1089.
- VONDRÁČKOVÁ HOLCNEROVÁ, P., VACEK, J., KOŠATECKÁ, Z. Závislostní chování na internetu a jeho léčba. *Čes. a slov. Psychiat.*, 2009, roč. 105, č. 6-8, s. 281-289.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
- WALTERS, S. T., BENNET, M. E., NOTO, J. V. Drinking on Campus. What do we know about reducing alcohol use among college students ? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, vol. 19, no. 3, pp. 223-227.
- WALTERS, S. T., VADER, A. M., HARRIS, T. R. A Controlled Trial of Web-Based Feedback for Heavy Drinking College Students. *Prevention Science*, 2007, vol. 8, no. 1, pp. 83-88.

- WEBB, E. et al. Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*, 1996, vol. 348, no. 9032, pp. 922-925.
- WECHSLER, H. et al. College smoking policies and smoking cessation programs: Results of a survey of college health center directors. *Journal of American College Health*, 2001a, vol. 49, pp. 205-212.
- WECHSLER, H. et al. Drinking levels, alcohol problems and secondhand effects in substance-free college residence. Results of a National study. *Journal of Studies on Alcohol*, 2001b, vol. 62, no. 1, pp. 23-31.
- WECHSLER, H. et al. Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 1994, vol. 272, no. 21, pp. 1672-1677.
- WECHSLER, H. et al. Trends in College binge drinking During the Period of Increased Prevention Efforts. *Journal of American College Health*, 2002, vol. 50, no. 5, pp. 203-217.
- WECHSLER, H., DOWDALL, G. W., DAVENPORT, A., CASTILLO, S. Correlates of College Student Binge Drinking. *American Journal of Public Health*, 1995, vol. 85, no. 7, pp. 921-926.
- WECHSLER, H., LEE, J. E., KUO, M., LEE, H. College binge drinking in the 1990s: a continuing problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 2000, vol. 48, no. 10, pp. 199-210.
- WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 360 s. ISBN 80-7178-634-9.
- WIKIPEDIA. Internetová encyklopedie. *Cyber grooming* [on-line]. 2010a. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Cyber_grooming>.
- WIKIPEDIA. Internetová encyklopedie. *Flame war* [on-line]. 2010b. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Flame_war>.
- WIKIPEDIA. Internetová encyklopedie. *Phishing* [on-line]. 2010c. [cit. 2011-08-30]. Dostupné za WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Phishing>>.
- WIKIPEDIA. Internetová encyklopedie. *Seznam počítačových her* [on-line]. 2005. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_po %C4 %8D %C3 %ADta %C4 %8Dov %C3 %BDch _her](http://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_po%C4%8D%C3%ADta%C4%8Dov%C3%BDch_her)>.
- YOUNG, K.S. *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction – and a winning strategy for recovery*. 1st Ed. New York: John Wiley & Sons, 1998. 250 p. ISBN 0-471-19159-0.
- YOUNG, K.S. Internet Addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist*, 2004, vol. 48, no. 4, pp. 402-415.
- YOUNG, K.S. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1998, vol. 1, no. 3, pp. 237-244.
- YUEN, C. N., LAVIN, M. J. Internet dependence in the collegiate population: The role of shyness. *CyberPsychology and Behavior*, 2004, vol. 7, no. 4, pp. 379-383.
- ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Lékařská fakulta Univerzity Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

- ZÁŠKODNÁ, H. Zkušenosti s drogami u studentů Jihočeské univerzity. *Závislosti a my. Odborný časopis pro sociálně patologické jevy*, 2004, únor 2004, s. 22–25. ISSN 1213-8584.
- ZEMÁNEK, J. *Stavba a správa sítě aneb cesta do hlubin internetu*. 1. vyd. Kralice na Hané: Computer Media, 2004. 204 s. ISBN 80-86686-26-4.
- ZIKMUNDOVÁ, K. et al. Vybrané charakteristiky kvality života studentů medicíny. *Sborník lékařský*, 2002, roč. 103, č. 4, s. 553-557.
- ZLATUŠKA, J. Počítače, jejich užití či zneužití. *Zpravodaj ÚVT MU*, 1997, roč. VII, č. 4, s. 1-4.
- ZOUBKOVÁ, I. Analýza statistických údajů o prekriminalitě dětí a kriminalitě mladistvých. In ČERNÍKOVÁ, V. et al. (eds.). *Prekriminalita dětí a kriminalita mladistvých, kterým byla uložena ochranná opatření (trestně právní, sociálně psychologické, pedagogické a léčebné aspekty)*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 2002, s. 33-52. ISBN -.

JMENNÝ REJSTŘÍK

A

Aboujaoude, E. 146, 277
 Aboujaoude et al. 146
 Agostinelli, G. 256, 277
 Agostinelli et al. 256
 Akerlind, I. 278
 Albrecht, U. 282
 Anand, A. 253, 291
 Anderson, C. A. 279
 Anderson, K. J. 253, 277
 Anderson, P. 126, 277
 Anderson a Baumberg 126
 Andersson, B. 137, 241, 277
 Andersson et al. 137, 241
 André, I. 280
 Armitage, J. 284
 Arnett, J. J. 10, 277
 Avdičová, M. 257, 277
 Avdičová et al. 257

B

Baer, J. S. 243, 257, 277
 Baer et al. 243, 257
 Baker, E. 278
 Barborková, E. 295
 Bártová, J. 243, 244, 279
 Cekan a Bártová 243, 244
 Baumberg, B. 126, 277
 Anderson a Baumberg 126
 Beard, K. W. 52, 146, 253, 277
 Beard a Wolf 52, 253
 Bečková, I. 243, 244, 277, 288
 Bečková et al. 243, 244
 Kubíková a Bečková 243
 Bednář, V. 62, 277
 Bell, R. 141, 249, 278
 Bell et al. 141, 249
 Bém, P. 47, 76, 96, 97, 100, 108, 278,
 Bém a Kalina 76, 96, 97, 100, 108
 Bendtsen, P. 243, 278
 Bendtsen et al. 243

Benkovič, J. 114, 278
 Bennet, M. E. 300
 Bergeret, J. 26, 27, 278
 Bernasovská, K. 257, 278
 Bernasovská et al. 257
 Besser, A. 280
 Bielek, I. 294
 Blábolil, R. 55, 56, 278
 Blinka, L. 252, 278
 Blume, A. W. 277
 Borník, M. 111, 278
 Borovička, J. 38, 278
 Borsari, B. 257, 278
 Borsari a Carey 257
 Botvin, E. M. 256, 278
 Botvin et al. 256
 Botvin, G. J. 256, 278
 Boys, A. 288
 Brener, N. D. 285
 Brichcín, M. 101, 102, 103, 279
 Brichcín et al. 101-103
 Bronin, M. 242, 279
 Bronin a Wright 242
 Brown, J. M. 277
 Broža, P. 56, 279
 Bushman, B. J. 62, 64, 68, 279, 288
 Bushman a Huesmann 62, 64, 68

C

Caldeira, K. M. 247, 279
 Caldeira et al. 247
 Carey K. B. 257, 278
 Borsari a Carey 257
 Carnagey, N. L. 68, 279
 Carnegey et al. 62, 64, 66
 Castillo, S. 301
 Cekan, D. 243, 244, 279
 Cekan a Bártová 243, 244
 Clapp, J. D. 247, 297
 Shillington a Clapp 247
 Clark, D. 253, 279

Csémy, L. 9, 10, 15, 28, 29, 30, 31, 63,
64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75,
76, 79, 82, 100, 112, 113, 126, 127,
128, 136, 137, 142, 144, 241, 242, 244,
245, 246, 247, 251, 252, 254, 258, 279,
293, 294
Csémy et al. 9, 10, 126-128, 136, 137,
142, 144, 241, 242, 244-247, 251, 252
Nešpor, Csémy 28
Nešpor a Csémy 15, 29-31, 63,
64, 66-72, 74-76, 79, 82, 100, 112, 113,
241, 251, 252, 258
Cymbalová, D. 92, 93, 280
Cymbalová et al. 92, 93
Čaplová, T. 247, 280
Čáповá, E. 243, 244, 280
Čáповá et al. 243, 244
Černíková, V. 18, 298, 302
Činčera, J. 252, 298
Šimková a Činčera 252

D

Darkes, J. 297
Darlingtonová, G. 15, 31, 36, 298
Stone a Darlingtonová 15, 31, 36
Davenport, A. 301
Davis, R. A. 146, 280
Davis et al. 146
Dean, A. G. 145, 146, 147, 280
Dean et al. 145-147
Dědiček, D. 57, 60, 280
Del Boca, F. 297
Didcott, P. 298
Dóci, I. 245, 287
Dočekal, D. 59, 280
Doll, M. 283
Doubrava, L. 61, 280
Dowdall, G. W. 301
Dubský, V. 280
Dusenbury, L. 278
Dušek, K. 16, 20, 21, 24, 25, 26, 32, 285
Janík, Dušek 16, 24-26
Dvořák, D. 92, 93, 102, 280

E

Elandt, D. 243, 297
Saltz a Elandt 243
Elliottová, M. 62, 280
English, E. 295
Engwall, D. 253, 280
Engwall et al. 253
Ernberg, G. 295

F

Fang, W. 288
Fendrich, Z. 277
Filípek, O. 53, 54, 55, 281
Fischer, S. 61, 62, 281
Fischer a Škoda 61, 62
Fišar, Z. 26, 39, 281
Fišar a Jiráček 26, 39
Fišerová, M. 20, 66, 282
Flaks, P. 79, 80, 81, 282
Flaks a Trapková 79, 80
Flett, G. L. 280
Frouzová, M. 19, 282
Frýdecká, L. 295

G

Galanter, M. 243, 285
Galázc, A. 252, 282
Galázc a Šmahel 252, 282
Galla, M. 80, 81, 82, 93, 94, 96, 282
Galla et al. 80-82, 93, 94, 96
Ganeri, A. 13, 282
Gfroerer, J. 249, 282
Gill, J. S. 242, 282
Glass, E. 250, 282
Goldman, M. S. 297
Goodstadt, M. S. 255, 282
Goodstadt a Sheppard 255
Grant, M. 295
Greenbaum, P. E. 243, 282
Greenbaum et al. 243
Griffiths, M. D. 282
Grohmannová, K. 300
Grusser, S. M. 62, 66, 282
Grusser et al. 62

H

Hagenbach, D. A. 37, 283
 Hagenbach a Werthmüller 37
 Hájek, B. 76, 283
 Hájek et al. 76
 Hajný, M. 16, 111, 112, 113, 283
 Hall, W. 298
 Hampl, K. 33, 34, 35, 283
 Hanson, W. E. 298
 Harris, T. R. 300
 Hartnoll, R. 126, 283
 Havelková, M. A. 9, 10, 11, 97, 141, 142, 144, 145, 243, 244, 245, 246, 247, 252, 253, 285, 286
 Kachlík a Havelková 9-11, 97, 141, 142, 144, 145, 243-247, 252, 253
 Havlíková, M. 87, 283
 Havlíková et al. 87
 Heinemann, A. W. 250, 283
 Heinemann et al. 250
 Heller, J. 20, 28, 72, 96, 97, 108, 115, 283
 Heller, Pecinová 28
 Heller a Pecinová 20, 72, 96, 108, 115
 Henčl, P. 243, 283
 Hendl, J. 145, 146, 147, 283,
 Heřmanová, A. 35, 40, 283
 Hibell, B. 129, 130, 136, 144, 241, 283
 Hibell et al. 129, 130, 136, 144, 241
 Hill, C. V. 285
 Hingson, R. 243, 284
 Hingson et al. 243
 Hlavenka, J. 61, 284
 Hlavenka a Samšuk 61
 Hoare, J. 131, 132, 284
 Hofbauer, B. 283
 Holcnerová, P. 252, 300
 Vondráčková Holcnerová et al. 252
 Holčík, J. 117, 284
 Holéčzyová, G. 278
 Hrachovinová, T. 279
 Hrubá, D. 2, 31, 32, 37, 71, 244, 254, 284, 285
 Hrubá a Kachlík 31, 32, 37, 244, 254

Hrubá a Kyasová 31, 32
 Hsiao, M. Ch. 253, 284
 Huesmann, L. R. 62, 64, 68, 279
 Hunter, R. 280
 Hynie, S. 20, 66, 284

Ch

Chabrol, H. 131, 284
 Chiauzzi, E. 257, 258, 284
 Chiauzzi et al. 257, 258
 Chomynová, P. 279
 Chou, Ch. 251, 253, 284
 Chou a Hsiao 253

J

Jackson, K. M. 243, 285
 Jackson et al. 243
 Janík, A. 16, 20, 24, 25, 26, 285
 Janík, Dušek 16, 24-26
 Jellinek, N. L. 39, 285
 Jimel, J. 300
 Jirák, R. 26, 39, 281
 Fišar a Jirák 26, 39
 Jirovský, V. 56, 60, 285
 Johansson, K. 278
 Johnston, L. D. 242, 278, 294
 O'Malley a Johnston 242
 Jones, S. E. 241, 242, 285
 Jones et al. 241, 242

K

Kachlík, P. 1, 2, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 39, 40, 50, 65, 72, 96, 97, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 114, 115, 116, 141, 142, 144, 145, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 250, 252, 253, 254, 268, 284, 285, 286, 304
 Kachlík a Havelková 9-11, 97, 141, 142, 144, 145, 243-247, 252, 253
 Kachlík a Klech 9, 142
 Kachlík a Matějová 103, 104, 268
 Kachlík a Šimůnek 10, 105, 106, 142, 144, 145, 241, 244, 254, 268
 Kachlík a Šmajsová-Buchtová 65

- Hrubá a Kachlík 31, 32, 37, 244, 254
Kalina, K. 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 66, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 96, 97, 100, 101, 102, 108, 112, 113, 114, 115, 117, 278, 280, 282, 283, 286, 287, 288, 290, 294, 295, 297, 298
Kalina et al. 13-17, 20, 22-27, 29-44, 66, 79-90, 92, 96, 97, 100-102, 108, 112-115, 117
Bém a Kalina 76, 96, 97, 100, 108
Kandell, D. 287
Keller, S. 243, 287
Keller et al. 243
Kessler, D. 250, 287
Kimáková, T. 277, 278
Kivlahan, D. R. 277
Klech, R. 9, 142, 286
Kachlík a Klech 9, 142
Klein, M. 250, 287
Klíma, V. 50, 61, 243, 287
Kmoč, P. 53, 54, 55, 287
Knight, J. R. 289
Ko, C. 287
Ko et al. 253
Kocman, R. 61, 287
Kocman a Lohniský 61
Kodýtek, P. 56, 287
Kolibáš, E. 10, 141, 248, 287, 294
Kolibáš a Novotný 10
Kolibáš et al. 10, 248
Kolibáš, Novotný 248
Konijn, E. A. 288
Kopstein, A. 282
Košatecká, Z. 300
Koščo, J. 141, 244, 295
Pavúk a Koščo 141, 244
Koukal, J. 39, 287
Kovářová, M. 278, 287
Kovářová a Dóci 245
Kozák, J. 288
Králíková, E. 31, 32, 243, 244, 254, 288
Králíková et al. 243, 244, 254
Kras, P. 55, 56, 288
Krch, D. F. 279
Krménčík, P. 31, 32, 36, 37, 288
Krňávková, P. 286
Kubíková, R. 243, 288
Kubíková a Bečková 243
Kukleta, M. 39, 288
Kukleta a Šulcová 39
Kuneš, J. 57, 61, 288
Kuo, M. 247, 290, 301
Kvapilík, J. 72, 74, 75, 108, 288
Kyasová, M. 31, 32, 284
- ## L
- LaBrie, R. A. 253, 288
LaBrie et al. 253
Laplane, D. A. 288
Lavin, M. J. 253, 301
Yuen a Lavin 253
Lee, H. 301
Lee, J. E. 296, 301
Lejčková, P. 279
Lemmens, J. S. 68, 288
Lemmens et al. 68
Lenton, S. 249, 288
Leung, L. 64, 66, 288
Little, S. D. 295
Liu, L. Y. 241, 247, 288
Lo, S. K. 288
Lo et al. 66, 67
Lohniský, J. 61, 287
Kocman a Lohniský 61
Lokša, J. 90, 288
Lokšová a Lokša 90
Lokšová, I. 90, 288
Lokšová a Lokša 90
- ## M
- Macek, P. 2, 62, 288
Macháčková, J. 277
Malcová, H. 244, 289
Malcová et al. 244
Mann, J. 28, 289
Marhounová, J. 48-50, 289
Marhounová a Nešpor 48, 49

- Marlatt, G. A. 242, 257, 258, 277, 289
 Marlatt a Witkiewitz 242, 257, 258
 Martens, M. P. 242, 289
 Martens et al. 242
 Matějka, M. 60, 61, 289
 Matějová, H. 103, 104, 268, 286
 Kachlík a Matějová 103, 104, 268
 McCabe, S. E. 243, 247, 289
 McCabe et al. 243, 247
 McCarty, D. 255, 289
 McCarty et al. 255
 McKnight, P. 277
 Measham, F. 131, 289
 Mečíř, J. 16, 20, 21, 24-26, 289
 Meerkerk, G. J. 146, 289
 Meerkerk et al. 146
 Milfiát, R. 289
 Miller, W. R. 277
 Mills, K. C. 255, 289
 Minařík, J. 29-33, 37, 39-44, 289
 Minařík a Páleníček 43, 44
 Miovský, M. 36-39, 290
 Mlčoch, Z. 29, 290
 Mlynářová, M. 277
 Mohler-Kuo, M. 247, 290
 Moore, K. 54, 131, 289
 Morahan-Martin, J. 251, 253, 290
 Mravčík, V. 136-141, 290, 291
 Mravčík et al. 136-141
 Mühlpachr, P. 14, 18, 291
 Müllerová, M. 111, 291
 Müllerová a Nešpor 111
 Musil, M. 56, 291
 Mužík, V. 89, 244, 255, 291
 Mužík a Mužíková 89, 244, 255
 Mužíková, L. 83-85, 87-90, 92, 244, 255, 291
 Mužík a Mužíková 89, 244, 255
- ## N
- Nalwa, K. 253, 291
 Nalwa a Anand 253
 Nešpor, K. 13, 15, 20-31, 44-51, 61-79, 82, 90, 96, 97, 99-103
 Nešpor et al. 22, 72, 73, 75, 77, 79, 96, 100-103, 113, 114, 241
 Nešpor, Csémy 28
 Nešpor a Csémy 15, 29-31, 63, 64, 66-72, 74-76, 79, 82, 100, 112, 113, 241, 251, 252, 258
 Marhounová a Nešpor 48, 49
 Nešpor a Provazníková 13, 20, 21-27
 Müllerová a Nešpor 111
 Norcross, K. 288
 Noto, J. V. 300
 Nováková, D. 83-85, 87, 88, 92, 93, 97, 113, 114, 294
 Novotná, J. 21, 108-111, 294
 Novotný, V. 10, 248, 257, 287, 294
 Kolibáš a Novotný 10
 Kolibáš, Novotný 248
 Novotný a Kolibáš 10, 248, 257
 Novotný, Kolibáš 248
 Nožina, M. 13, 16, 27, 28, 33, 34, 36-42, 117, 294
- ## O
- O'Malley, P. M. 294
 O'Malley a Johnston 242
 Oeltmann, J. 285
 Ochaba, R. 243, 245, 249, 294
 Ochaba et al. 243, 245, 249
 Olson, D. H. 298
 Ondrejko, P. 75, 81, 89, 96, 108, 295
 Orosová, O. 256, 295
 Orosová a Schnitzerová 256
 Oswalt, S. B. 257, 295
 Oswalt et al. 257
- ## P
- Páleníček, T. 43, 44, 290
 Minařík a Páleníček 43, 44
 Pančocha, K. 250, 295
 Pávková, J. 76, 283, 295
 Pávková et al. 76
 Pavúk, A. 141, 244, 295
 Pavúk a Koščo 141, 244
 Pecinová, O. 20, 28, 72, 96, 97, 108, 115, 283
 Heller, Pecinová 28

- Heller a Pecinová 20, 72, 96, 97, 108, 115
Pentz, M. A. 256, 295
Pernicová, H. 294
Perry, Ch. L. 255, 295
Petrášová, D. 278
Petrášová, L. 295
Petrášová et al. 29
Pokorný, V. 61, 295
Pokorný et al. 61
Poore, M. 289
Popov, P. 29, 30, 37, 295
Presl, J. 13, 16, 17, 27, 28, 33-40, 42, 75, 78, 96, 99, 108, 243, 296
Presley, C. A. 243, 296
Presley et al. 243
Procházka, D. 52, 57, 59, 60, 296
Prokhorov, A. V. 257, 258, 296
Prokhorov et al. 257, 258
Prokop, M. 286
Provazníková, H. 13, 20-27, 289, 294
Nešpor a Provazníková 13, 20, 21-27
Pužmanová, R. 58, 296
- R**
- Rames, J. 288
Reilly, D. 298
Reissmannová, J. 286
Reuysová, E. 76, 300
Riesel, P. 13, 19, 31, 296
Rigotti, N. A. 244, 296
Rigotti et al. 244
Richter, J. 80-82, 89, 93, 94, 96, 296
Richter et al. 80-82, 89, 93, 94, 96
Rimárová, K. 278
Roura, C. 284
Rouse, B. A. 296
Rovný, I. 294
Rudgley, R. 14, 296
Rychnovský, L. 60, 296
- Ř**
- Řehulka, E. 9-11, 51, 52, 61, 66-68, 71, 89, 97, 117, 141, 142, 144, 145, 243-247, 251, 252, 255, 285, 286, 291, 296, 298
Řezníková, D. 58, 59, 296
Řičan, P. 61, 296
Říha, P. 56, 297
- S**
- Sadílek, P. 279
Sak, P. 55, 58, 59, 297
Sak a Saková 58, 59
Saková, K. 58, 59, 297
Sak a Saková 58, 59
Saltz, R. 243, 297
Saltz a Elandt 243
Samšuk, P. 61, 284
Saunders, N. 43, 297
Shaffer, H. J. 288
Sheffield, F. D. 297
Sheppard, M. A. 255, 282
Goodstadt a Sheppard 255
Shillington, A. M. 247, 297
Shillington a Clapp 247
Shutt, M. D. 295
Scherer, K. 251, 253, 297
Schnitzerová, E. 256, 295
Orosová a Schnitzerová 256
Schnoll, S. 283
Schumacher, J. 251, 253, 290
Sieber, E. 289
Skácelová, L. 82-92, 100-102, 113, 114, 297
Skalik, I. 84-88, 112-114, 297, 298
Somošová, J. 280
Sovínová, H. 279, 294
Spousta, V. 145-147, 298
Stafford, P. 38, 298
Steinberg, M. 280
Steptoe, A. 244, 298
Steptoe et al. 244
Stinchfield, R. 298
Stinchfield et al. 251, 253
Stone, T. 15, 31, 36, 298
Stone a Darlingtonová 15, 31, 36
Strach, J. 51, 52, 61, 66-68, 71, 251, 298
Strnad, M. 300

Swift, W. 131, 298
 Syrovcová, L. 241-243, 298
 Syrovcová et al. 241-243

Š

Šefránková, V. 287
 Šimková, B. 252, 298
 Šimková a Činčera 252
 Šimůnek, J. 10, 105, 106, 142, 144, 145,
 241, 245, 246, 254, 268, 286
 Kachlík a Šimůnek 10, 105, 106, 142,
 144, 145, 241, 244, 254, 268
 Škoda, J. 61, 62, 281
 Fischer a Škoda 61, 62
 Šmahel, D. 61, 252, 282, 298
 Galázc a Šmahel 252, 282
 Šmajsová-Buchtová, B. 65, 286
 Kachlík a Šmajsová-Buchtová 65
 Štablová, R. 18, 74, 298
 Šťastná, L. 144, 298
 Šulcová, A. 39, 288
 Kukleta a Šulcová 39
 Švrčková, T. 67, 298

T

Telcová, J. 295
 Teter, C. J. 247, 289, 299
 Teter et al. 247
 Thalemann, C. N. 282
 Thalemann, R. 282
 Tirpáková, M. 278
 Tobler, N. S. 299
 Toblerová 255
 Tomko, A. 295
 Trapková, B. 79-81, 282
 Tyler, A. 31-33, 299

U

Urban, E. 13, 299

V

Vacek, J. 51, 52, 66, 67, 299, 300
 Vader, A. M. 300
 Vágnerová, M. 61, 68, 90, 299
 Vaníčková, E. 60, 300

Vanžura, M. 277
 Venderová, K. 243, 298, 300
 Venderová a Višňovský 243
 Veřtát, S. 53-55, 57, 300
 Veřtát et al. 53-55, 57
 Viehoffová, H. 76, 300
 Viktora, A. 60, 300
 Viktora a Vokáč 60, 300
 Višňovský, P. 243, 277, 298, 300
 Venderová a Višňovský 243
 Vítková, M. 2, 89, 90, 300
 Vítková et al. 89, 90
 Vitovský, A. 56, 300
 Vodičková, M. 92, 300
 Vojtová, V. 89, 300
 Vokáč, M. 60, 300
 Viktora a Vokáč 60, 300
 Vondráčková, P. 9, 10, 242, 244-247,
 251-255, 300
 Vondráčková Holcnerová et al. 252
 Vondráčková et al. 9, 10, 242,
 244-247, 251, 252, 254, 255
 Vybíral, Z. 55, 300

W

Wallenfels, I. 288
 Walters, S. T. 257, 258, 300
 Walters et al. 257, 258
 Wang, C. C. 288
 Webb, E. 141, 249, 301
 Webb et al. 141, 249
 Wechsler, H. 242, 243, 257, 258, 278,
 288, 289, 296, 301
 Wechsler et al. 242, 243, 257, 258
 Weiss, P. 60, 301
 Werthmüller, L. 37, 283
 Hagenbach a Werthmüller 37
 Wilson, T. W. 285
 Witkiewitz, K. 242, 257, 258, 289
 Marlatt a Witkiewitz 242, 257, 258
 Wolf, E. M. 52, 253, 277
 Beard a Wolf 52, 253
 Wright, C. 242, 279
 Bronin a Wright 242
 Wright, D. 242, 282

Y

Young, K. S.	64, 69-71, 253, 301
Youngová	514, 114
Yuen, C. N.	253, 301
Yuen a Lavin	253

Z

Zábranský, T.	40, 41, 135, 301
Zámecník, L.	288
Záškodná, H.	242, 302
Zemánek, J.	56, 302
Zikmundová, K.	244, 302
Zikmundová et al.	244
Zlatuška, J.	54, 55, 302
Zoubková, I.	18, 302

Ceed.cz	56, 279
Center For Drug And Alcohol Studies At The University Of Delaware (CDAS)	241, 249, 279
E-bezpečí	68, 280
European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction (EMCDDA)	Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost
	25, 40, 41, 43, 126-134, 136, 280, 281, 284, 292
Gamcare	48, 282
Hygienická stanice hl. m. Prahy (HSHMP)	243, 244, 251, 252, 284
Informační centrum OSN v Praze	41, 284
International Narcotics Control Board (INCB)	130, 285
MŠMT ČR	86, 89, 92, 93, 280, 291
Nadace Naše dítě	63, 291
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMSDDZ)	31-34, 36, 37, 39-44, 117, 126, 127, 136, 291-293
National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism (NIAAA)	257, 258, 293
OS Podané ruce	38, 40, 42-44, 295
PPP Brno	90, 295
Rada EU	38, 40, 42-44, 295
Saferinternet	68, 297
Saftonline	63, 291
Statsoft, Inc.	145-147, 298
Substance Abuse And Mental Health Services Administration (SAMHSA)	10, 247, 249, 297
United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC)	117-126, 292, 299
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)	241-244, 246, 299
WHO	12, 20, 28, 255, 295
Wikipedia	45, 60, 301

VĚCNÝ REJSTŘÍK

A

abstinence	3, 20, 23, 27, 43, 114, 115
příznaky	21, 15-17, 20, 21, 22, 26, 28, 30, 32, 34, 50, 51, 114
syndrom	21, 39, 66
abstinent	17, 23, 25, 30, 100, 115, 241, 250, 257
„absták“	21
abúzus	3, 24, 25
aceton	33
acid	38
ADHD	67
adiktologie	3, 11, 13, 51, 255, 265, 279, 298, 299
administrace	144, 145
Afghánistán	118, 119, 121, 123, 124, 126, 130
Afrika	120-131
západní a jižní	119
západní	121, 125
agresivní chování	67, 68
AIDS	23, 37, 43, 115, 280
akční hry	46
aktivace organismu	39
aktivity	
pro rodiče	91
primární prevence	96, 116, 225
aktivizace organismu	43
aktivní společenské hry	44
Albánie	130
alcohol-free	257
alkohol	
3, 7, 20, 21, 23, 27-31, 36, 37, 64, 92, 93, 97, 98, 113, 117, 126, 127, 129, 136, 137,	
141-144, 154, 155, 225, 241, 242, 248, 248, 249, 256, 258, 259, 269, 279, 280, 288,	
289, 293-295	
alkoholik	20, 30, 290
alkoholová demence	31
ambulantní zařízení	114
amfetaminové deriváty	28, 132, 246
amfetaminové stimulanty	119-122
amfetamin	28, 120-122, 125
anabolika	29, 83
analgetika	28, 34, 248
analgetika-anodyna	42

analýza dat	146, 283
anestetikum	33, 40, 42
anonymní dotazník	11, 144, 146, 245
anonymní dotazování	103, 106, 135, 248
anorektikum	43
antiglaukomatikum	37
anxiolytika	28, 35
APA	15, 48
aplikace prevence v rodině	75
arkády	45
Arménie	127
ARPA (Advanced Research Projects Agency)	55
ARPANET	55
Asie	35, 118, 119, 122, 124, 130
jihovýchodní	118, 120, 121
Jižní	125
atropin	37
Austrálie	129, 255
automat	6, 47, 66, 67, 74, 76, 82, 98, 111, 145, 170-172, 186-191, 207, 208, 212, 213, 215, 216, 252, 253, 260, 261, 264, 265, 270, 272-274
autorská práva	56, 60

B

„bad trip“	39
balkánská trasa	138, 140
Bangladěš	125
bažení	16, 32, 47, 50, 51
behaviorální	
závislosti	51, 299
model	17
benzin	33
benzodiazepin	17, 35, 122, 248
bezdmý tabák	31
bezpečný internet	63, 291
bezprostřední	74, 198, 273
bio-psycho-sociální model	17, 19, 268
blog	56, 57, 61
bloger	57
BlueRay	55, 58, 59
Bolívie	40, 119, 123
braun	42
Brazílie	120, 131
„brown sugar“	42

budivé aminy	143, 168, 169, 175-177, 260
Bulharsko	127, 128, 133, 134
buprenorfin (Subutex)	34, 42, 138, 140
bývalý uživatel	3, 25

C

cannabinoidy	36
celková roční prevalence užívání konopí	121
celkový útlum	33, 42
celoživotní prevalence	
užití konopí	130, 131, 136
užívání halucinogenních hub	143
užívání LSD	134
uživatelů konopí	119
celoživotní zkušenosti	144, 145, 241, 246, 250, 264
cena	
heroinu	124, 140
kokainu	132, 140
amfetaminu	133
extáze	133, 141
marihuany	140
pervitinu	140
cigarety	127, 131
cíl	31, 67, 146, 147
cílové skupiny	80, 85, 87, 88, 93, 95, 97
cíle Minimálního preventivního programu	86
CINDI	245
citové apely	97
crack	4, 28, 39-41, 132, 145, 157, 175-177
cracking	60
craving	16, 47, 51
CRT (Cathode Ray Tube)	58
cukr	40
cyberbullying (kyberšikana)	52, 61, 64, 67, 280
cybergrooming	60
cyberstalking	61

Č

časová	
přiměřenost	95
vymezenost	96
čeko	40
Černá Hora	130
černá káva	5, 145, 155-157, 248, 259, 264, 269

černý trh	34, 40, 42, 117, 121, 140, 141
červy	198, 261
Česká republika	5, 9, 56, 135-137, 139
četnost	
kontaktu	169, 170
uživatelů halucinogenů	162, 163
čičhač (sniffer)	33, 34, 169
Čína	120, 122
činnosti na počítači	70
čistota	23, 37, 119, 132, 133, 138, 140

D

další drogy	37, 93, 129, 168, 255
Dánsko	128, 132
dávky alkoholu	29, 127, 137, 242
dealing	22
deficitní model	17
dělení prevence	72
delirium tremens	30
delirogeny	37
depersonalizace	39
desatero pro školáky	63
desatero školního metodika prevence	90, 295
designer drugs	43, 248
deskripce drogové scény	5-8, 11, 142, 144, 145, 149, 183, 241, 251, 259, 260, 286
deskriptivní studie	135, 142
dětská pornografie	60
diagnostický a statistický manuál	15, 24
diagnostická kritéria	49
diagnóza	
závislosti	15, 22, 26
patologického hráčství	48
Diazepam	35
dimenze závislostního chování	250, 295
diskotékové drogy	28, 39, 43, 142, 168, 170, 175-177, 251
diskusní fóra	61
dlouhodobé vize	86
„dojezd“	34
dokumentace	85, 87, 88
dopamin	66
dopravní nehodovost	29, 117
dostupnost	
5, 6, 11, 14, 35, 39, 55, 66, 72, 77, 97, 98, 130, 135, 137, 138, 143, 144, 145, 175, 176,	
212, 213, 251-252, 257, 261, 265	

dotazník	
11, 32, 79, 86, 88, 91, 104, 142, 144-147, 241, 242, 244, 247, 248, 250, 253, 256-260,	
264, 265	
anonymní	11, 142, 144, 248, 250, 253, 256, 260
dotazníková	
studie	244, 257, 286
metoda	144
dotazování	
5, 6, 103, 106, 126, 132, 135-137, 141-147, 152-154, 156, 162, 163, 169, 170, 175,	
186-190, 194, 195, 201, 207, 223, 224, 225, 247, 248, 252, 259, 260, 264	
doutník	31
dovednosti potřebné pro život	98
droga	
hloupých	34
průchozí	37
drogová	
scéna	3, 22, 136, 249, 286
epidemiologie	9, 75, 126, 141, 241, 284, 301
mafie	115, 116, 118
subkultura	199
závislosti	
3, 11, 15, 17, 19, 25, 33, 34, 41, 76, 85, 97, 103, 108, 120, 128, 130, 135, 136, 278,	
280, 282-288, 290-295, 297, 298	
zkušenost	136
prevence	75, 81, 96
situace	135
kriminalita	138
drogový překupník	5, 172
DropIn	113
druhy rizik	74
DSM-IV	24, 27, 49
důsledky programu	95
důvody užití drog	175
DVD (Digital Video Disc, Digital Versatile Disc)	4, 55, 58, 59, 251
DVD přehrávač	4, 59
DVD-Video	59
dýmka	36, 41

E

E-banking	56, 266, 267
e-business	56
e-commerce	56
Ecstasy (Extáze)	
10, 11, 28, 39, 43, 119, 120-129, 133-142, 168, 242, 246, 248, 280, 282, 295, 297	

efedrin	21, 28, 34, 35, 39, 40, 125, 138, 139, 140, 145, 168, 246
efektivita	
primární prevence	4, 97
intervence	256, 257
program	255
ejč	42
El Salvador	122
elektronické	
bankovníctví	51, 56, 279
sázení (internetové, telefonické)	47
hry	45
element sázky	45
Elenium	35
e-mail	51, 56, 60-64, 68, 86-88, 92, 197-200, 253, 258, 264, 267
e-mailový poradenský servis	106
EMCDDA	25, 40, 41, 43, 126-134, 136, 280, 281, 284, 292
emoční apel	76, 112
empatie	20, 39, 43, 65-68, 289
epizody opilosti	242
e-shop	56
ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)	
	126, 127, 129, 130, 136, 143, 144, 277, 279, 283, 284, 298
Estonsko	127, 133, 134
éter	33
ethanol	28, 29, 242
euforie	30, 35, 42, 247
euforizace	39
eutanázie	42
evaluace	85, 88, 93
evidence	91
Evropa	5, 29, 31, 43, 73, 74, 118-134, 136, 137, 139
východní	129, 133
západní	47, 72, 118-122
západní a střední	119, 122, 124
Evropská unie	47, 73, 82, 126-128, 130, 133, 143
excesivní hraní počítačových her a videoher	66
experiment	
10, 11, 18, 38, 78, 103, 115, 157, 161, 164, 165, 167, 169, 179-182, 187, 189, 215-217,	
250, 251, 256, 259, 260, 261, 264	
experimentátor	18, 23, 37, 79, 116, 247, 249
extrémistické hnutí	61
ex-user	3, 23, 25, 224, 230, 237, 238

F

Facebook	60, 280
Fagerströmův test	32
faktory	
fyzické	50
psychické	50
sociální	50
rodinné	50
fantastika	37
fáze	
vzniku patologického hráčství	50
prohrávání	50
výher	50
zoufalství	50
fetální alkoholový syndrom	31
flaming	60
„flashback“	39
formulář	62, 145-147
formy užívání	241
Francie	127, 131
frekvence	
hraní na automatech	172, 188, 189
hry na počítači, herní konzoli	192-194
hry na výherním automatu	190, 191
konzumace	257
půjčky	204
sázek	201, 202
celoživotního užití	169
užívání	143, 160, 165, 167,
FTP (File Transfer Protocol)	56, 291
fyzická	
aktivita vysokoškoláků	245
kondice	245

G

gambling	5, 6, 47, 51, 73, 90, 114, 170, 171, 208-212, 250, 253, 260, 267, 280, 282
Gamcare	48, 282
garant programu	90
generace	
1.	54
2.	54
3.	54

globální	
epidemie	117
trend	122
Guatemala	122
H	
hacking	60, 285
háčko	42
halucinace	26, 31, 66
halucinatorní stavy	21, 39
halucinogenní	
drogy	37, 29
halucinogeny	28, 142, 143, 163, 259
hardware	53
Harm Reduction	115, 289
hašiš	28, 36, 130, 145, 160, 259, 264
hašišový olej	36, 145, 160, 259, 264
hazardní	
chování (užívání)	23
hry, hráčství	4, 46, 47, 48, 52, 65, 200, 251
HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children)	126
herák	42
hero	42
heroin	
4, 27, 28, 33, 42, 118, 121, 122, 123, 128, 129, 138, 140, 141, 142, 145, 168, 169,	
175, 176, 177, 242, 247, 248, 249, 281, 295	
HIV	41, 120, 123, 133, 138, 139, 280
„high society“	40
hladina alkoholu v krvi	29
hlediska roční prevalence	122
hoax	61
hodnocení	
7, 73, 88, 91, 93, 105, 135, 147, 148, 175, 178, 208, 209, 210, 211, 224, 226, 227,	
234, 235, 236, 246, 248, 255, 257, 259, 262, 275, 276, 294	
hodnotový systém	75, 111
holistická koncepce zdraví	254
holistické koncepce	117
holisticky laděný hodnotový žebříček	98
holistický model zdraví	50, 75
Honduras	122
hra, hraní	
na herní konzoli	6
na počítači	
6, 45, 51, 54, 70, 111, 185, 191, 192, 193, 194, 195, 212, 213, 214, 215, 253, 260,	
261, 264, 272, 274	

na výherním automatu	6, 189, 190, 191, 212, 272
na automatech	6, 145, 170, 171, 172, 187, 190, 207, 208, 250, 252, 253, 260, 270, 273
her	67, 196
hazardní	47, 49, 280, 293
karetní	46
hráčská vášň	48
HTTP (Hyper Text Transfer Protocol)	56, 145
humanistický model	17
hydrochlorid kokainu	28, 41
hyoscyamin	37
hypnotika	34

Ch

charakteristika drog	3, 29
chat (chatování)	51, 61, 253, 297
Chemopren	33
chemoterapie	36
chorobné hráčství	50
Chorvatsko	133
chování	
s návykovými rysy	16, 21, 73, 98, 101, 109, 110, 115, 116, 231, 268
s rysy závislosti	4, 11, 22, 75, 81, 108, 109, 110

I

iatrogenizace	78
ICD	25, 26, 48, 49, 66
ICD-10	25, 26, 66
ICT	4, 52, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 73, 89, 90, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258,
identifikátory	144, 146, 147, 198
ilegální drogy	92, 143
iluze	18, 39, 116
IM (Instant Messaging, „kecálek“)	56
image	9
INCB	130, 285
Indie	122, 125, 126
indikátory toxikomanie	26
informace	53, 55, 57, 62, 75, 77, 80, 82, 88, 91, 95, 98, 101, 108, 135, 146, 147, 248, 254, 256
informační	
systém	106, 108
systém MU	106, 107, 145, 146, 147, 268
a komunikační technologie (ICT)	52, 89

inhalace	29, 33, 42, 145
inhalační	
typ	28
drogy	33
inhalant	21, 33, 34, 137, 139, 246, 249
injekční uživatel	
interaktivní digitální televizní vysílání	47
internet	
4, 51, 52, 55, 56, 59, 62, 63, 68, 252, 261, 264, 266, 267, 277, 280, 282, 284, 287, 288, 289, 290, 291, 297, 298, 301	
internetová poradna	255
internetová telefonie, „skajpování“	56, 57, 197
internetové bankovníctví	6, 205, 253, 260, 261, 265
intervence	
motivační	257
krátkodobá	103
včasná	298
intoxikace	
akutní	21, 11
chronická	21
Íránská islámská republika, Írán	123
Irsko	128
Itálie	128, 131, 132, 133, 136
J	
jaterní cirhóza	31
jiné opioidy	168, 169, 175, 176, 177
jiné návykové chování	112, 116
Jižní a Střední Amerika	121
Jižní Amerika	123
K	
kanabis	28
kariéra	
narkomana, závislého	17, 18
alkoholika	30
kasino	47, 253
klasifikace drog	27
klasifikační systémy	28
kohortová studie	103
kokain	
4, 5, 21, 27, 28, 33, 39, 40, 41, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 128, 129, 131, 132, 134, 140, 142, 143, 145, 157, 175, 176, 177, 245, 246, 247, 249, 287, 295	
kokainové drogy	39, 292
kokainovník pravý	40

kokeš	40
koka, koková rostlina	39
koks	40
Kolumbie	40, 119, 122
kombinace léků	35
komplikace	26
komunikační technologie	52, 89
konopí	10, 11, 23, 35, 36, 37, 98, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 246, 248, 249, 251, 254, 288, 289
konopí seté	35
konopné drogy	4, 14, 35, 143, 248, 290, 292,
kontakty	103, 144, 145, 164, 167, 169, 189, 258, 259, 260, 264
kontrola	
nelegálního trhu s drogami	117
návykových látek	117
kontrolní činnost	118
kontrolovatelnost	80, 93
konzumace	
alkoholického nápoje	154, 155, 269
konopí	130, 130, 248
tabáku	152, 153, 244, 245, 268
konzument	
konopí	131
alkoholu	141, 243, 248
konzumní způsob života	61
kostky	46
kouření	
cigaret	136, 142
marihuany	138, 178, 179, 247, 271
krajský protidrogový koordinátor	137
krátkodobé cíle	83, 86, 94
kritické přebírání zkušeností	95
kritičnost	95
krizová centra	113, 115
krizové situace	69, 115
krví přenosné choroby	23
krystaly	38
kurz primární prevence	92
kuřácké	
návyky	244
pokusy	152
kuřáctví	31, 244, 245
kuřák	24, 32
kuřivo	31

kvalita zdraví	117, 251
kritéria	
kvalitativní	49
kvantitativní	50
kvalitativní a kvantitativní kritéria	49
kyberprostor	55, 63
kybersex	60
kyberšikana	52, 61, 64, 67, 280
kyberterorismus	61
kyselinka	38

L

Laoská lidově demokratická republika	118
Latinská Amerika	120
látky	
náhražkové	33
typu morfinu	28
psychoaktivní	14, 15, 20, 26, 300
těkavé	137, 168, 169, 248, 251, 290, 293
těkavé organické	169
halucinogenní	38
konopné	128, 138
návykové	
5, 7, 8-11, 14, 15, 16, 18-21, 23-25, 28-31, 50, 64, 69, 72, 73, 75, 81, 82, 83, 93, 97,	
98, 101, 103, 109, 110, 112, 115, 116, 138, 142, 144, 149, 175, 241, 245, 246, 247,	
248, 249, 250, 255, 257, 259, 285, 286, 294	
nelegální návykové	7, 245, 246, 247
nelegální psychoaktivní	246
nelegální psychotropní	145
omamné	296
omamné a psychotropní	14, 139, 251
prchavé syntetické	29
psychoaktivní	14, 15, 20, 26, 300
léčba	67, 73, 77, 97, 108, 114, 117, 122, 130, 138, 294, 298, 300, 301
léčení	13, 114
léčiva, léky	
s tlumivým účinkem	29, 127, 169, 260
ostatní	35
legalizace	5, 6, 35, 137, 182, 183, 218, 219, 246, 260, 271, 274
legální drogy	28, 102, 225, 231, 232, 292, 293
legenda	21, 115, 148
lehké, měkké drogy	27
lepší alternativy	64, 77, 97, 101
Libanon	126, 13
Liberecký kraj	137

limity intervence	95
linky důvěry	108, 113
Litva	129
logické hry	45
Lotyšsko	127, 128, 132, 133, 134
LSD	
4, 28, 29, 37, 38, 127, 129, 134, 137, 141, 142, 242, 246, 248, 249, 280, 290, 295	
lysohlávky	38, 145, 246, 259, 264, 278

M

Makedonie	130
mák setý	41, 42
maladaptivní vzorec užívání	15, 24, 48
Malta	127
malware	61
Man (ostrov)	127, 128
manipulativní jednání	60
manipulátor (groomer)	60
mapování	
potřeb	80
marihuana	
28, 36, 138, 140, 142, 143, 145, 175, 176, 177, 242, 245, 246, 247, 249, 264	
Maroko	36, 123, 126
Masarykova univerzita, MU	
6, 10, 11, 105, 106, 107, 108, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 173, 184, 185, 186, 197, 199, 212, 213, 220, 221, 222, 223, 228, 240, 245, 252, 253, 254, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 268, 271, 274, 275, 284, 285, 286, 288, 296, 302	
MDA „droga lásky“	43
MDEA „Eva“	43
MDMA	39, 43, 125, 133, 290
medik	246, 257
mentální anorexie	6, 7, 202, 203, 226, 233, 273
mentální bulimie	6, 7, 203, 226, 233, 261, 273
Meprobamat	35
Merk	43
měřitelnost	80, 93
meskalin	29, 37
metamfetamin	28, 39, 43, 120, 121, 123, 125
Methadon	34, 42, 138
methanol	29
metodické a pracovní listy	103
metodické pomůcky	91
Mexiko	122, 126, 131
Mezinárodní klasifikace nemocí	15, 25, 28, 48
mezinárodní obchod	121, 123

Minimální preventivní program (MPP)	4, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 92, 106, 287
míra kriminality	122
míra prevalence užití konopných drog	139, 140
míra užívání kokainu	132
míra užívání LSD	134
míry vzniku závislosti	16
místní specifika	98
misúzus	3, 24, 245
MKN-10 (ICD-10)	25, 26
MMDA	43
MMORPG (Massively Multiplayer On-line Role Playing Game)	71
MMS	57, 195, 196
mobil, mobilní telefon	
	4, 6, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 71, 114, 196, 212, 213, 214, 251, 253, 260, 261, 264, 272, 274, 287
mobilní zařízení	195, 196
mobilní komunikátor	195, 212
model	9, 15, 17, 19, 46, 50, 53, 75, 100, 254, 256, 268
Moldávie	130
monitoring	126, 142, 280, 281, 284
Mooreův zákon	54
morální model	17
morfín	20, 28, 34, 42, 118, 121, 123
Mosaic	56
motivace účastníků	101
mp3	58
multimediální přehrávač	4, 55, 58
multimédia	57, 196
Myanmar	118, 123, 124

N

nabídka	
lepších alternativ	64, 77
poradenských služeb	7, 239, 276
nábor	
dobrovolníků	101
nácvik sociálních dovedností (social skills training)	86, 101, 102, 254, 256
nadměrná konzumace	31, 72, 130, 241, 243
nadměrné pití alkoholu	243
nádorová onemocnění	32
nákup	6, 206, 207, 231, 273
nakopnutí	39
námaha očí	71
nárazová konzumace alkoholu, nárazové pití	241, 243
narkomafie	115, 118, 125

narkomanie	3, 26, 34
všedního dne	34
narkomanská komunita	35
narkotici	14
narkotický stav	26, 33
náruživé využívání internetu	51
náruživé hráčství	48
násilí	49, 61, 63, 67, 68, 69, 73, 77, 112, 118, 280, 289, 300
násilné chování	67, 242
„nastavovaná“ droga	5, 174, 27
návodný efekt	72, 77, 91
návyk	3, 20, 43
návykové chování	74, 111, 112, 114, 116, 293
názory na legalizaci drog	5, 182, 183, 271
nejvyšší úroveň užívání	119, 127
nelegální drogy	14, 82, 98, 117, 120, 136
nelegální obchod	123
Nepál	126
nervové přenašeče	20, 66
nespavost	109
nesubstanční drogy	145, 241
netiketa	60
neúmyslné předávkování	27
Neurol	35
nežádoucí účinky	26
nikotin	27, 28, 31, 289
nirvána	42
nitrožilní injekce	40
nízkoprahové zařízení	91, 138
Nizozemsko	130, 131, 133
NMSDDZ	31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 117, 126, 127, 136, 291, 292, 293
Norsko	127
Nový Zéland	120
nový medicínský model	17

O

obecná populace	243
obchod	
s lidmi	60
Oceánie	118, 121, 122, 123
očekávání	
rodičů od školy	82
školy od rodičů	82

změn	95
realistická	82
nerealistická	82, 83
odborná pomoc	64, 65, 86, 88, 111, 130, 203, 261, 265
odhady užívání	134
odmítnutí	
důrazná	99
královská	99
zdvořilá	99
rychlá	99
odvykací	
stav	15, 21
syndrom	14, 21
ohrožené skupiny	108, 241
ohrožení zdraví	41
Olomoucký kraj	137
omamné látky	296
onemocnění srdečně cévní soustavy	32
on-line	
gaming	67
hry, počítačové hry	253
hazard	199
opiáty	41, 118, 248, 280, 289, 290, 292
opilost	30, 110, 242
opioidy	
4, 14, 21, 28, 41, 42, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 133, 135, 138, 142, 145, 168, 169,	
175, 176, 177, 245, 246, 247, 248, 249, 289, 290	
opiový mák	118, 123
opium	28, 42, 122
ordinace AT (alkohol-toxikomanie)	113
organická rozpouštědla	33, 168, 290
Organizace spojených národů (OSN)	14, 24, 41, 117, 284, 285
organizovaná trestná činnost (organizovaný zločin)	118
osoba se zdravotním postižením	7, 249, 250
osoba s postižením	250
osobní příklad	9
osobnost	19, 61, 76, 100, 278, 297
otázky	11, 32, 45, 144, 145, 147, 223, 260

P

P2P	56
Pákistán	118, 121
papírek	38
paranoidně-halucinatorní syndrom	41
patologické hráčství, hraní	4, 10, 11, 44, 48, 49, 51, 170, 251, 253

patologický hráč	49
PCP (fencyklidin, „andělský prach“)	37
pěčko	40
pedagog	101, 113
Pedagogická fakulta v Prešově	141, 244, 295
Pedagogicko-psychologická poradna	90, 91, 295,
pedagog, pedagogové	40, 85, 256, 291
pedofilie	60, 200
pedro	40
peer programy (vrstevnické programy)	5, 77, 97, 100, 297
perník	40
Peru	40, 119, 123
pervitin	
5, 21, 27, 33, 35, 39, 40, 44, 66, 78, 110, 120, 122, 125, 133, 136, 138, 139, 140, 142,	145, 166, 175, 176, 242, 245, 247, 249, 260,
peři	40
pěstírna konopí	36, 139, 140
pěstitel koky	119
pěstování opiového máku	118, 124
pěstování	36, 111, 118, 119, 120, 123, 124, 126, 130, 139
phishing („rybaření“)	60, 301
piják	30
piko	40
pilotní projekt	103
pilotní sonda	10, 144
pilotní šetření	146, 250
pirátský software	199, 200, 261, 264
plánování aktivit MPP	87
plodnost	31, 32, 37
plochy oseté konopím	119
plošinové hry („skákačky“, „hopsačky“)	45
počítač	
osobní	4, 53, 55, 59
počítačové	
hry	4, 45, 57, 71, 192, 194, 253
sítě	55
viry	61, 198, 199, 200, 261, 264
Podané ruce	38, 40, 42, 43, 44, 113, 295
podpora	70, 80, 94, 96, 106, 137, 247, 278, 300
Polsko	132, 133
polydrug use	27, 29, 281, 289
polysubstance dependence	27
poplašná zpráva	61
populační	
segment	4, 45, 62, 108, 141, 144

skupina	77, 79
vzorek	241, 244, 249
poradenské centrum	105
poradenské centrum MU	105
poradenství	7, 73, 79, 86, 88, 105, 106, 108, 115, 239, 240, 254, 255, 258, 263, 265, 276, 289, 295, 298
pornografie	52, 60, 62, 64, 280, 289
Portugalsko	122, 127, 133
porucha	
závislosti na internetu	51
příjmu potravy	6, 7, 70, 83, 202, 226, 233, 253, 260, 261, 262, 256, 275, 276
poslech hudby	51, 71
postoj	5, 6, 9, 10, 11, 90, 99, 104, 112, 257
postupy	31, 69, 81, 82, 88, 101, 111, 112, 114, 115, 199
poškození	
organismu	39
z užívání drog	114
zdraví	23
potenciace účinků	35
potenciál	
drogy	3, 14
drogy pro závislost	14
drogy pro zneužívání	14
návykových aktivit	251
potřeby	44, 65, 74, 78, 84, 89, 91, 101, 106, 109, 110, 146, 147, 198, 251, 300
používání	
internetu	6, 51, 52, 197, 272
mobilního zařízení	6, 195
pozitivní model	98, 100
pozornost	
6, 9, 10, 34, 62, 67, 85, 90, 93, 118, 141, 220, 221, 241, 242, 249, 253, 254, 261, 275	
práce na počítači	70
Praha	
56, 140, 147, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 302	
pravidla dodržení počítačové bezpečnosti	62
prekurzor	118, 120, 123, 125
prevalence	
HIV	123
kouření tabáku	243
virové hepatitidy typu C	123, 138
kuřáků	141, 244
prevence	
nespecifická	74, 80, 81, 96,

patologických závislostí	10, 147
primární	
4, 7, 11, 72, 80, 81, 84, 86, 87, 92, 96, 97, 100, 115, 116, 147, 224, 225, 235, 236, 254, 257, 276, 278, 285, 297	
recidiv	73
rizikového chování	4, 72
sekundární	5, 72, 81, 85, 88, 108, 115
selektivní	73, 87
specifická	74, 75, 80, 81, 96
terciární	5, 72, 77, 114, 115, 116, 127
užívání drog	93, 94, 98
ve společnosti	76
založená na společnosti	77
závislostí	
4, 6, 7, 11, 81, 85, 223, 224, 225, 227, 235, 236, 254, 256, 257, 275, 276, 285, 286, 294, 298	
drogová	75, 96
indikovaná	73
komunitní	4, 77, 79, 81
nefunkční	93
kardiovaskulární	245
všeobecná	72
preventivní	
aktivity	6, 7, 12, 74, 87, 94, 143, 225, 227, 231, 232, 236, 262, 264, 265, 275, 276
metody	88
projekt	95, 97
působení	95, 115, 116, 268
služby	115
strategie	77, 84, 87, 89
preventivní program	
minimální	4, 83
školní	4, 83
prezentace výsledků MPP	88
prchavá látka	29, 249
primární	
droga	120, 126
prevence	
4, 7, 11, 72, 80, 81, 84, 86, 87, 92, 96, 97, 100, 115, 116, 147, 224, 225, 235, 236, 254, 257, 276, 278, 285, 297	
problémová droga	128
prevence závislostí	7, 11, 224, 225, 235, 236, 257, 276, 285
používání internetu	151
hraní	
problémoví	
uživatelé drog	117

uživatelé pervitinu	139, 140
problém ve školním prostředí	113
prodávач drog	173
prodrogové lobby	117, 122
produkce	
heroinu	120
kokainu	118, 119, 120
kokainu a heroinu	118
opia	117, 118, 120, 123, 124
konopí	119
produkční oblasti	
opiového máku	118
pěstování koky	120
profil osobnosti	60
programovací jazyk	54
program	
předcházení závislostem	92
testovacích služeb	44
intervenční	257, 286
komplexní	254
léčebný	139
Minimální preventivní viz Minimální preventivní program (MPP)	
nízkoprahový	138, 139
peer (vrstevnické) viz peer programy	
škodlivý	199
výměnný	138
projekt	
„4 S“ (Studie-Server-Sdružení-Spolupráce)	103, 105, 106, 268
DDD (Drogy-Důvod-Dopad)	103, 104, 268, 286
školní prevence užívání drog	93, 94
kvalitní	94, 98
modelový projekt školní prevence drog	4, 93
pilotní viz pilotní projekt	
preventivní viz preventivní projekt	
prokrastinace	109, 242
pronásledování	61, 110, 199, 200
propagace	52, 60, 61, 74, 91, 200
prostá informace, prosté informování	77, 97
prostitute	43, 60, 74, 289
prostředí	
4, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 36, 37, 38, 40, 43, 45, 46, 49, 52, 55, 56,	
59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 78, 81, 82, 83, 87, 89, 95, 101, 108,	
109, 113, 114, 118, 129, 130, 131, 132, 138, 140, 141, 143, 144, 146, 241, 242,	
247, 251, 253, 254, 257, 258, 286, 294, 296, 298, 300, 303	

protidrogové aktivity	105, 256
protidrogová	
politika	9, 73, 82, 117, 126, 137, 139
prevence	
5, 6, 7, 8, 11, 82, 94, 105, 107, 143, 147, 221, 224, 225, 229, 230, 254, 256, 261,	
265, 268, 275, 276, 285, 294,	
poradenství	105, 239, 240, 254, 263, 286
protikuřácké působení	254
prvek násilí	63, 67, 68
prvky výchovy ke zdravému životnímu stylu	257
první	
herní zkušenost	192
zkušenost	161, 170, 259, 260
kontakt	96, 164, 167, 169, 259, 264
opilost	243
sázka	200, 201, 273
předávkování	3, 21, 26, 27, 33, 34, 37, 43, 123, 129, 133, 138, 139
předcházení	64, 70, 72, 74, 75, 81, 92, 96, 98, 231
vzniku závislosti	96
závislosti na ICT	64, 70
předmět výzkumu	146, 147
předměty	18, 45, 46, 53, 67, 110, 122, 228, 229
přednáška	224, 229, 230, 288
přijatelnost změn	95
příklady preventivních projektů	5, 103
příznaky z vysazení drogy	15
pseudoefedrin	40, 125, 138, 139, 140
psilocin	37
psilocybin	4, 29, 37, 38
psychedelika	37
psychická rizika	22
psychické zdraví	25, 39
psychická a fyzická závislost	16, 28, 30, 42
psychoaktivní	
látka	14, 15, 20, 26, 300
působení	29
psychodynamický model	17
psychologická závislost	16
psychostimulancia	28, 39, 248
pudr	40
půjčka	207, 273
puzení	15, 16, 20, 26, 48, 51, 66

R

Rada Evropy	146, 147
Radepur	35
Rakousko	127, 128, 133
Rámcový vzdělávací program	87, 291
RAND (Research And Development)	55, 278
rasismus	69, 74, 198, 200, 261, 264
realizace	
peer programů	100
prevence v komunitě	80
prevence	80
vlastní	80
receptor	20, 26, 32, 41
regionální rozdíly	137, 249
rekreační droga	43
resocializace	73, 106, 138, 139
respektování typu a polohy školy	95
respondent	
5, 6, 7, 10, 11, 103, 131, 135, 137, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151,	
152, 153, 154, 156, 160, 164, 165, 166, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 207,	
260, 273	
risk	
pro druhé	23
pro sebe	23
rizika	
somatická	22
užívání	3, 22
riziko	
vzniku závislosti	69
závislosti	16, 27
zneužívání	14
hazardních her	198
rizikové	
hráčství	62
chování	3, 11, 23, 100, 101, 146, 243
populační segmenty	4, 62
skupiny	3, 22, 75
vlastnosti	77
rizikovost	20
roční prevalence užívání	121, 122, 124, 125
rodina	10, 19, 22, 50, 61, 62, 69, 75, 77, 79, 82, 96, 97, 108, 111, 113, 186
rodinný model	17
rodiny problematických dětí	111
Rohypnol	34

rozdělení her	4, 44
rozhodování	49, 93, 95
rozhovor	79, 88, 92, 99, 111, 113, 146, 254
RPG (Role Playing Games)	45, 71
RSI (Repetitive Strain Injury)	70
rudodřev koka	40
Ruská federace	121
rysy účinného programu komunitní prevence	81

Ř

řešitelé projektu	94, 95, 106
-------------------	-------------

S

SAFT (Safety, Awareness, Facts, Tools)	63, 297
Sananim	93, 113
sázky	
sportovní	46
sázení	
po internetu	6, 218, 219, 274
sběratelské předměty	122
sběr dat	126
scopolamin	37
script-kiddies	60
sdělování citlivých informací	59
sdílení informací	57
sedativa	28, 34
sekt	61
sestavení anonymního dotazníku	146
„set“	38
„setting“	38
Severní a Jižní Amerika	120, 121, 129
Severní Amerika	118, 119, 121, 122, 123, 126
signály hazardního hraní	50
SIM (Subscriber Identity Module)	57
simulátory	46
skořápky	46
skupinová práce	102, 104
skupina s akceptovatelným (přijatelným) rizikem	27
skupina s neakceptovatelným (nepřijatelným) rizikem	27
sledování televize	51, 70, 251
slídění	61, 199, 200
Slovenská republika, Slovensko	128, 133, 134, 136
Slovinsko	129, 133, 136, 142
služby	
prvního kontaktu	115

pro uživatele drog	135
poradenské a terapeutické	261
poradenské	219, 261
SMART	93
smrtečná předávkování	129, 139
SMS	56, 57, 60, 61, 114, 195, 196, 287
spoofing	60
smysl primární prevence	96
sniffing	33
sníh	40
„sněhové koule“	146, 147, 296
snižování	
dostupnosti	77, 97, 98
dostupnosti drog	77
poptávky	92
sociálně patologické jevy	302
sociální	
model	17, 19, 268
patologie	14, 281, 291
rizika	23
servis	115
sítě	51, 56, 57, 61
závislost	16
dovednosti (social skills)	90, 102, 103
hráčství	48
sociodemografické údaje	144
socioekonomické ukazatele	145
software	53, 147, 199, 200, 261, 264, 267, 300
sonda	10, 11, 142, 144
soubor	22, 92, 102, 130, 145, 146, 169, 198, 245, 248, 252
současný abstinent	23
spamming	61
spam	261, 264, 267
speciální školství	89, 291
specifické výzkumy	62, 135
specifita	93
splacení dluhu	205, 207, 273
Spojené království, Velká Británie	119, 128, 131, 133, 134,
Spojené státy, USA	40, 43, 48, 53, 55, 62, 119, 120, 129, 141, 242, 247, 249, 250, 253, 255, 257
Spolková republika Německo, Německo	40, 53, 136, 138, 243
spolupráce	86, 87, 88, 91, 92, 94, 103, 105, 106, 237, 238, 254, 268
spoluúčast žáků (studentů)	94
sportovní hry	45, 46
spotřeba kokainu	124

spotřebitelská cena kokainu	132
spotřební zboží	206, 261, 265
spouštěč	18, 19
spycams	60
Srbsko	130
Srí Lanka	125
stalking	199
starý medicínský model	17
statistická analýza	146
statisticky	
vyhodnoceny počítačovými programy	145
zpracovány	147
statistické testy	145, 147
stihomam, „stíha“	110
stimulace	39, 43
stimulační drogy	4, 39, 290
stimulant	
14, 35, 39, 40, 41, 43, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 145, 246, 247, 250,	289, 299
stimulanty amfetaminového typu	117
stolní společenské hry	44
strategické hry	46, 66
strategie	
primární prevence	4, 97
drogové prevence	76
Střední a Jižní Amerika	118
Střední východ	120, 121
střízlivá očekávání	95
studenti Masarykovy univerzity	
11, 142, 143, 145-148, 173, 183, 220, 239, 245, 253, 260, 262, 264, 265	
studie	
ESPAD	126, 127, 129, 130, 136, 143, 144, 277, 279, 283, 284, 298
styl výchovy	77
substance-free	257, 301
substance	
13, 14, 25, 27, 33, 35, 38, 249, 251, 257, 266, 267, 277, 282, 283, 285, 288, 289, 296,	297, 300, 301
substanční drogy	11, 264, 265
substituční	
léčba	130
centrum	138
Subutex	34, 42, 138, 140
surfování	51, 59, 63, 64, 197, 217, 218, 261, 264, 274
po internetu	51, 59, 64, 197, 217, 218, 261, 264, 274
Světová zdravotnická organizace	13, 26

Světová zpráva o drogách	117, 120, 122
syndrom	
„osobní imunity“	245
z odnětí	21, 22, 32
syntetické drogy	122
syntetický stimulant	118, 122
systematicnost	6, 76, 95, 147, 225, 232, 233, 262, 265, 275, 276

Š

šetrné hospodaření	95
šetření	11, 35, 78, 86, 113, 125, 136, 146, 242, 245, 247, 250, 299
šikana	67, 74, 200
šikanování	199, 28
šíření programu	102
škodlivý kód	52, 61
škodlivé užívání alkoholu	242, 243
škola	12, 19, 22, 23, 68, 82, 83, 84, 87, 92, 95, 97, 100, 113, 143, 241, 254, 283, 287
školní	
metodik prevence	4, 83, 84, 87, 88, 90, 295
mládež	33, 144
populace	255
prevence	4, 73, 81, 82, 93, 94, 103, 104, 268
prevence drog	4, 81, 93, 103, 104, 268
studie	134, 144, 279, 291
prostředí	81, 82
škola	12, 19, 22, 23, 68, 82, 83, 84, 87, 92, 95, 97, 100, 113, 143, 241, 254, 283, 287
Španělsko	128, 131, 133, 136
Švédsko	132, 133
Švýcarsko	38, 127

T

tabák	
	3, 5, 7, 21, 27, 31, 32, 37, 74, 92, 93, 98, 117, 126, 142, 144, 152, 153, 178, 225, 243, 244, 248, 256, 259, 264, 268, 288, 293, 294
taneční (dancing, diskotékové) drogy	
	4, 40, 43, 44, 142, 145, 168, 170, 175, 176, 246, 247, 248, 260, 264, 290, 293
taneční hudba	131, 132
techniky odmítnutí, odmítání	4, 98
telefonování	57, 114, 195, 196, 261, 265
tělesné zdraví	25, 66, 73
tělesná aktivita studentů	245
tělesné postižení	250, 286
tělesný pohyb	245
televizor	4, 55, 58, 59
těžké drogy	16, 27, 43, 58, 71, 114, 123

THC	36, 126, 131, 138, 140
tlumení bolesti	42
tlumivé	
léky	283
prostředky	170
tolerance	
zkřížená	20
toluen	28, 33, 293
toxikomanie	3, 25, 26, 113, 178, 299
toxikoman	26, 34, 111
trend	
35, 47, 118, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 190, 194, 196, 202, 204, 245, 246	
trendy užívání konopí	126
trestná činnost	18, 62, 109, 242
mládeže	18
trestný čin	59, 69, 138
trh	
s kokainem	124
nelegální	118, 121
černý	117
trichlorethylen	33
Trimbos-Instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction)	93
„trip“	38, 39
trojský kůň	61, 198, 261, 285
třes	30, 31
třídění	
prevence	74
tvrdé	
drogy	33, 245, 247
„tvrdá láska“ (tough love)	112
tým	80, 95, 98, 105
typ	
závislosti	16, 34, 43, 49
prevence	94
počítačových her	45
hazardních her	46
khatový	28
kokainový	28
opiátový	28, 43
alkoholovo-barbiturátový	28
cannabisový	28
amfetaminový	28
halucinogenový	28

U

účinnost	
prevence	75
intervence	257
učitelé	52, 84, 86, 88, 92, 93, 101, 223, 256, 257, 261
úkoly	45, 46, 85, 94, 101
úmrtí	27, 33, 37, 43, 79, 123, 128, 130, 133, 135, 139
úmrtnost	132, 133
Univerzita Komenského v Bratislavě	141, 247, 248
Univerzita v Lublani	142
univerzitní studenti	256
UNODC	117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 292, 299
uppers	39
úrovně prevence	6, 7, 73, 226, 234, 275, 276
ústavní léčba	114
Ústecký a Karlovarský kraj	137, 138
utvrzení	101, 102
úzus	3, 24, 25, 245
užití	
látek s akceptovatelným rizikem	180
užívání	
alkoholických nápojů	137
alkoholu	127, 130, 242, 243, 250, 257, 258, 289
drog	
3, 5, 16, 22, 23, 24, 25, 73, 74, 77, 81, 92, 93, 94, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110,	
111, 114, 117, 120, 126, 127, 129, 130, 131, 135, 137, 139, 141, 142, 176, 199,	
250, 289, 292	
drog ve světě	5, 117
kokainu	119, 124, 127, 128, 131, 132, 138
konopí	36, 37, 118, 121, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 136
konopných drog	137, 139
LSD	134
návykových látek	
3, 5, 10, 25, 72, 73, 74, 84, 96, 103, 109, 117, 121, 122, 126, 127, 129, 135, 143,	
144, 189, 241, 242, 247, 251, 258	
nelegálních psychoaktivních látek	246
opakované	20, 26, 27
problémové	3, 25, 115
současné užívání několika drog	3, 27
škodlivé	3, 10, 24, 25, 66, 242, 243
polymorfní	27
příležitostné	3, 24
hazardní viz hazardní užívání	
injekční	25, 12

občasné	37
nepřiměřené	24
nezákonné	25
pravidelné	3, 14, 18, 20, 24, 25, 108, 126, 248, 260
rekreační	3, 23, 24
rizikové	3, 23
víkendové	18
uživatelé	
drog	23, 25, 73, 81, 109, 110, 111, 117, 118, 135
kokainu	124, 132
opia	119

V

varna	40
vedení školy	86, 88, 90, 94, 101
věk první	
hry na hracím automatu	187, 272
hry na počítači	192, 272
hry na výherních automatech	189, 272
konzumace tabáku	152, 268
vhodné preventivní strategie	77
video	4, 57, 58, 59, 60, 195, 279, 288
virová hepatitida	
typu B	23, 138
typu C	123, 138, 139
virtuální realita	299
sexuální obtěžování	64
drogy	4, 7, 11, 51, 65, 83, 98, 103, 145, 225, 231, 232, 251, 253, 260, 286
viry	61, 198, 199, 200, 261, 264
vliv	18, 19, 20, 24, 31, 32, 37, 69, 70, 79, 90, 172, 207, 208, 253, 257, 260
vojenství	38, 40
volnočasová aktivita	76, 85, 106, 126
volný čas	45, 75, 76, 146, 185, 186, 300
von Neumannovo schéma	54
vrstevníci	19, 77, 79, 98, 100
výcvik peer aktivistů	101
vyčerpání	109, 251
vyhodnocení	80, 84, 88, 104, 257
výhra	14, 19, 24, 46, 47, 48, 49, 50, 73, 82, 93, 138, 140, 218, 219, 226, 234, 251, 265
východní Asie	118, 120, 121, 122
výchova	
ke zdraví	84, 255
žáků	84
výchovně vzdělávací proces	87
výchovný poradce	91, 102, 113

vymezenost preventivního projektu	95
výpůjčka	204
výroba	
amfetaminových stimulantů	125
metamfetaminu	133
výroční zpráva	128, 137, 139, 281, 290, 291
Výroční zpráva o stavu ve věcech drog	137, 139, 290, 291
výskyt	
abstinenčních příznaků	26, 30
rizikového chování	5, 148, 242
„vysmátost“	36
vysokoškoláci	9, 252
vysokoškolská populace	252, 253
vysokoškolská studenti	10, 141, 142, 143, 246, 248, 251, 253
vysoká prevalence celoživotní zkušenosti	144, 241, 246, 264
výstup	12, 41, 53, 93, 94, 96, 127, 136, 243
vytváření sítě (networking)	80
výuka	254
využití	
podpory	95
statistických balíků	146
vývojová a růstová retardace	32
výzkum	11, 55, 129, 143, 144, 244, 248, 251, 252, 253, 292
výzkumný záměr	12, 143, 254
významnost rozdílů	146, 198, 246
vzdělávací	
kurzy	258
společenské hry a programy	45
vzdělávání pedagogů v prevenci sociálních patologií a závislostí	92
vzorke konzumace	131
vzorek	
prezenčních studentů	146, 147, 227
studentů	5, 11, 130, 143, 144, 148, 153, 154, 175, 181, 186, 188, 196, 197, 212, 213, 216, 218, 237

W

WAP (Wireless Application Protocol)	56, 195, 196
webové prezentace	56, 103
„white dust“	42
WHO	13, 20, 28, 255, 266, 288, 295
Wikipedia	45, 60, 301
WWW (World Wide Web)	55, 56, 60, 108, 145, 277, 278, 279

X

Xanax	35
xenofobie	69, 198, 200, 261, 264

Y

yuppies	40
---------	----

Z

zábavné hry	4, 47
zachycená extáze	120
záchyt	
amfetaminových stimulantů	119, 123
amfetaminu	125
konopné pryskyřice	119
konopných rostlin	119, 126
kokainu	123
hašiše	119, 123
hašiše v Evropě	123
metamfetaminu	125
morfinu	118
opoidů	118, 121, 123
zákonná represe	115, 116
zapojení Poradenského centra MU	105, 268
zastoupení respondentů	149, 150, 151, 183, 184, 185, 221, 222, 223, 268, 271, 275
zastrašování	69, 76, 97
záškoláctví	
impulzivního charakteru	68
úcelové	68
závislost	
na ICT	64, 70, 73, 253
na internetu (netholismus)	51, 251, 253
na virtuálních drogách (netolismus, netomanie)	61, 66
na práci (workholismus)	51
na nakupování (oniomanie, shopholismus)	51
na inhalantech	34
bez substancí	51
zkřížená	17
behaviorální viz behaviorální závislosti	
drogová viz drogová závislost	
fyzická	21, 28, 29, 32, 39, 43
léková	34
nelátková	51, 278
patologická	6, 219, 220, 237, 262, 274, 295
psychická	16, 21, 28, 29, 33, 37, 43, 51

psychická a fyzická závislost	
sociální viz sociální závislost	
technologická	51
závislostní	
potenciál	42
chování na internetu	51, 300
závislý	17, 30, 32, 49, 50, 111, 112
„Zdravá mateřská škola“	87
„Zdravá škola“	87, 283
zdravý způsob života	74, 77, 82, 83, 96, 98, 102
Zdraví 21	87
zdravotní postižení	249, 250
zdroje	
vnější	86
vnitřní	86
země střední a východní Evropy	129
zfalšovaná droga	174, 260
získání dovedností	101
zkratka	63
zkušenost	
18, 27, 36, 44, 47, 61, 63, 79, 81, 90, 95, 96, 106, 108, 116, 127, 136, 137, 138, 141,	
142, 152, 157, 162, 166, 186, 192, 199, 225, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 259, 260, 264	
„zlatá dávka“	
zločinecké skupiny	124
zmapování drogové scény	103, 106
znaky	116, 146, 147, 247, 250, 252, 253
znalosti	
44, 45, 59, 74, 77, 81, 85, 89, 90, 93, 94, 98, 100, 102, 103, 104, 141, 248, 255, 257,	
258	
zneužívání	
drog	3, 25, 26, 81, 108, 112, 117, 241, 297, 299
léků	24, 122
návykových látek	24, 73, 117, 285, 287
chronické	35
komerční sexuální	60
děti	60, 74
látkové zneužívání	25
zpětná vazba	79, 256, 258, 265
zpracování MPP	85
zprávy EMCDDA	129, 136
způsoby odmítání	102
ztráta práce	65
zvukové efekty	71

Ž

želatina	38
„životabudič“	39
životní styl	
zdravý	76, 80, 84, 92, 96, 103, 141
bezdrogový	96

PODĚKOVÁNÍ

Dovoluji si poděkovat paní prof. PhDr. Marii Vítkové, CSc.,
a panu prof. PhDr. Evženu Řehulkovi, CSc., za trpělivost, podporu a lidský přístup,
dále paní Mgr. Lence Gajzlerové za cenné rady a technickou pomoc, respondentům
studií za jejich čas, ochotu a otevřenost.

Můj dík rovněž patří všem, kteří mě v průběhu práce podporovali a utvrzovali
v přesvědčení, že aplikace prevence v univerzitním prostředí
má smysl a přináší ovoce.

ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ, 2011

**MAPOVÁNÍ DROGOVÉ SCÉNY, AKTIVIT A ÚROVNĚ
PROTIDROGOVÉ PREVENCE NA MASARYKOVĚ UNIVERZITĚ**

MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Vydala Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.

1. vydání, 2011

náklad 200 výtisků

Vytisklo MSD, spol. s r.o., Lidická 23, 602 00 Brno, www.msdbрно.cz

ISBN 978-80-210-5724-1 (Masarykova univerzita. Brno)

ISBN 978-80-7392-187-3 (MSD. Brno)