

# **Ochrana dětí a mládeže**

## **Tabak, alkohol a drogy**

**Róbert Ochaba**

**Ivan Rovný**

**Ivan Bielik**

Autorský kolektív:

PhDr. Róbert Ochaba, PhD., MPH  
doc. MUDr. Ivan Rovný, PhD., MPH  
PhDr. Ivan Bielik, PhD., MPH

Recenzenti:

prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.  
prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc.  
prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc.

Publikácia bola vydaná v rámci realizácie Národného programu starostlivosti o deti a dorast v Slovenskej republike na roky 2008–2015, ktorý schválila vláda Slovenskej republiky uznesením č. 192 z 26. marca 2008.

Prvé vydanie: 185 strán  
Jazyková korektúra: Mgr. Tomáš Mikolaj  
Grafická úprava a zlom: FORK, s. r. o.,  
Tlač: FORK, s. r. o., [www.fork.sk](http://www.fork.sk)

ISBN 978-80-7159-175-7

© Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2009

# Obsah

Úvod .....	5
1. Základné pojmy v kontrole tabaku, alkoholu a drog .....	7
2. Vývoj kontroly tabaku, alkoholu a drog na Slovensku a v Európe .....	9
2.1. História užívania tabaku a kontrola tabaku .....	9
2.2. História užívania alkoholu a kontrol alkoholu .....	11
2.3. História užívania drog a kontrola drog .....	15
3. Výskyt užívania tabakových výrobkov a pasívneho fajčenia na Slovensku a v Európe .....	22
3.1. Výskyt užívania tabakových výrobkov .....	22
3.2. Výskyt pasívneho fajčenia .....	28
4. Výskyt užívania alkoholických nápojov a drog na Slovensku a v Európe .....	31
4.1. Výskyt užívania alkoholických nápojov na Slovensku .....	31
4.2. Výskyt užívania alkoholických nápojov v Európe .....	35
4.3. Výskyt užívania drog .....	36
5. Zdravotné následky fajčenia a užívania alkoholu .....	39
5.1. Zdravotné následky aktívneho fajčenia .....	39
5.1.1. Rakovina .....	39
5.1.2. Choroby dýchacích ciest .....	41
5.1.3. Srdcovo-cievne choroby .....	41
5.1.4. Závislosť od užívania tabaku .....	43
5.2. Zdravotné následky pasívneho fajčenia .....	43
5.3. Zdravotné následky užívania alkoholu .....	46
5.3.1. Biochémia alkoholu a jeho účinky na organizmus .....	47
5.3.2. Využitie alkoholu v medicíne .....	49
5.3.3. Alkoholizmus ako závislosť .....	49
6. Právne normy na úseku kontroly tabaku, alkoholu a drog .....	51
6.1. Právne normy na kontrolu tabaku v Európskej únii .....	51
6.2. Právne normy na kontrolu tabaku na Slovensku .....	54
6.3. Právne normy na kontrolu alkoholu v Európskej únii .....	60
6.4. Právne normy na kontrolu alkoholu na Slovensku .....	62
6.5. Právne normy na kontrolu drog .....	65
7. Stav a vývoj politiky kontroly tabaku a alkoholu vo verejnom zdravotníctve .....	69
7.1. Národné programy .....	70
7.2. Štátna politika zdravia .....	75
7.3. Organizácia kontroly tabaku, alkoholu a drog .....	76
7.4. Financovanie kontroly tabaku a alkoholu .....	78
7.5. Poradenská činnosť vo verejnom zdravotníctve .....	82
8. Typológia drogových závislostí .....	88

8.1.	Všeobecné delenie drogových závislostí	88
8.2.	Drogová závislosť opiátového typu	89
8.3.	Drogová závislosť od liečiv s centrálnou tlmivým účinkom	91
8.4.	Drogová závislosť kokaínového typu	93
8.5.	Drogová závislosť kanabisového typu	95
8.6.	Drogová závislosť amfetamínového typu	98
8.7.	Drogová závislosť katochéneho typu	102
8.8.	Drogová závislosť halucinogénneho typu	103
8.9.	Drogová závislosť solvenciového typu	106
8.10.	Alkoholizmus	107
9.	Kombinované užívanie tabaku a alkoholu – výsledky výskumu	111
9.1.	Ciele výskumu	111
9.2.	Hypotézy	112
9.3.	Materiál a metódy	112
9.4.	Výsledky	113
9.5.	Záverový výskumu	120
9.6.	Odporúčania pre prax	123
10.	Podpora zdravia v prevencii	124
10.1.	Definície podpory zdravia	124
10.2.	Politické východiská podpory zdravia	125
10.3.	Princípy podpory zdravia	126
10.4.	Vývoj podpory zdravia	126
10.5.	Národný program podpory zdravia	128
10.6.	Programy podpory zdravia v komunitách	130
11.	Základné pojmy komunikácie v prevencii	135
12.	Literatúra	146
	Prílohy:	154
	Zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov	154
	Zákon č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb v znení neskorších predpisov	164
	Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009–2012	170

# Úvod

Problematika kontroly tabaku, alkoholu a drog je v súčasnosti jednou z aktuálnych tém verejného zdravotníctva. Konzum tabaku a alkoholu predstavuje nielen z pohľadu súčasnosti epidémiu, ktorej kontrolou a reguláciou sa dajú do istej miery znižovať následky jej dopadov v oblastiach sociálnej, zdravotnej a ekonomickej.

História kontroly tabaku a alkoholu je po skúsenostiach, ktoré viedli k prohibícii na jednej strane a k úplnej liberalizácii (víno ako liečivo) na druhej strane, modelom, ktorý má najlepšie predpoklady mať pod „kontrolou“ ich užívanie a predaj.

Alkohol sa napríklad nehodnotí nepriaznivo ani v knihách Starého a Nového zákona. Z historickej perspektívy dokonca ani u Rimanov po 4. storočí pred naším letopočtom nebolo zriedkavosťou pitie u mužov. Pre ženy bolo povolené jeho pitie až v 2. storočí pred naším letopočtom. Bežnými dávkami u Rimanov na deň boli jeden až dva litre vína. S podobnou tradíciou sa stretávame aj u Grékov a iných kultúr, Egypťanov, Chetitov, Peržanov.

V období okolo polovice 19. storočia vystúpil v otázkach boja proti alkoholizmu do popredia morálny aspekt, vychádzajúci z presvedčenia, že alkoholizmus je sociálne a mravné zlo. Prohibícia známa z Ruska (1914–1917) bola vedená predovšetkým motívom udržania moci, ktorú nekontrolované pitie ohrozovalo. Prohibícia z Ameriky (1919–1933) ukázala zas na silné postavenie a podporu viacerých organizácií, spolkov a abstinentných hnutí s cieľom úplného zákazu predaja a užívania alkoholických nápojov. No a napokon prišiel prístup, ktorý mal za cieľ znižovanie následkov spôsobených užívaním alkoholu, ako ho poznáme dodnes. Prístup vychádza z historickej skúsenosti, že úplná liberalizácia na jednej strane a úplný zákaz na strane druhej nevedli k pozitívnym dopadom v oblasti hospodárstva, ekonomiky a sociálneho poriadku.

Tabak, respektíve fajčenie predstavovali v časoch pred naším letopočtom u indiánskych kmeňov rozšírený jav, prostredníctvom ktorého uctievali bohov. U Aztékov bol tabak považovaný na posvätnú látku, z ktorej pozostávalo telo ich bohyně Cihuacoatl. Po roku 1492 tabak prenikol do Európy, avšak jeho šíreniu prekážalo náboženstvo. Napriek tomu sa užívanie tabaku formou fajčenia, žuvania, šnupania dostalo do celej Európy. Prvým veľkým kritikom tabaku bol na začiatku 17. storočia anglický kráľ Jakub I.

Epidémia fajčenia a užívania alkoholických nápojov vyznievajú pre dnešnú mladú generáciu, u ktorej neustále stúpa skúsenosť s fajčením a s účinkami alkoholu až do dôsledkov, hrozivo. U dospelých je situácia stabilizovaná. Už takmer 10 rokov sa stav vysokej konzumácie alkoholu nezmenil. Nepomohli odstrašovanie a poukazovanie na drastické účinky užívania tabaku a alkoholu. Nepomohli ani rovesnícke programy, čo mali zo začiatku ambíciu prekonať vákuum v starostlivosti, ktoré vzniklo po roku 1989. Mnohé pokusy o systematickú prevenciu stroskotali na ideáloch, ktoré sa nedali naplniť pre spoločenskú toleranciu fajčenia tabaku a užívania alkoholických nápojov.

Aj z týchto dôvodov jednotlivé štáty sveta prijali model kontroly návykových látok, ktorý má v prvom rade pravdivo monitorovať trendy užívania tabaku a alkoholu vo všetkých vekových kategóriách. Model kontroly ma za cieľ intervenovať aj prostredníctvom siete orgánov verejného zdravotníctva, ktoré vykonávajú podporu a ochranu zdravia obyvateľstva s cieľom rozvoja zdravého životného štýlu, kde bude obmedzená či úplne vylúčená konzumácia tabaku a alkoholických nápojov. Jedným z dôležitých momentov kontroly tabaku a alkoholu je oblasť hodnotenia intervencií, ktoré boli vykonané, a ich dopadov na zdravie a správanie obyvateľstva. Činnosť poradní na ochranu a podporu zdravia pomohla mnohým ľuďom získať informácie o rizikách dlhodobého a nekontrolovateľného užívania tabaku a alkoholu. Od roku 1992 začali vznikáť počítaťky poradenstva vo verejnom zdravotníctve na Slovensku. Netreba zabúdať ani na skutočnosť, že orgány verejného zdravotníctva vykonávajú preventívnu činnosť, podporu zdravia populácie, ktorá nevykazuje rizikové prejavy správania, avšak, na druhej strane, svojimi intervenciami priamo i nepriamo podporuje správanie, ktoré je v zhode so zdravým životným štýlom.

Vznik Svetovej zdravotníckej organizácie (1948) prispel k tomu, že problémy alkoholizmu a tabakizmu sa začali chápať nie ako morálne, ale ako medicínsky problém. V súčasnej podobe hovoríme predovšetkým o probléme verejnozdravotníckom.

Roku 1970 sa Svetová zdravotnícka organizácia jednoznačne postavila proti fajčeniu. Treba zdôrazniť, že rovnako ako v prípade alkoholu, aj v prípade uznania tabaku ako problému, ktorý spôsobuje vážne zdravotné problémy, vystúpila ako prvá krajina Veľká Británia.

V súčasnosti existuje mnoho pojmov, ktoré sa snažia definovať intervencie s cieľom znižovania následkov užívania tabaku a alkoholických nápojov. Vytvorenie jednotnej definície je ťažké vzhľadom na to, že opatrenia sa zameriavajú na širokú oblasť, ktorá sa dotýka legislatívy, cenových, marketingových, edukačných a poradensko-liečebných opatrení.

V tejto súvislosti sa v oblasti uplatňovania stratégií, ktoré majú znižovať následky užívania tabaku a alkoholických nápojov, začal v 80. rokoch minulého storočia medzinárodne používať pojem „kontrola“. Tento pojem v sebe zahŕňa dôraz na sledovanie všetkých aspektov výroby, predaja a prejavov správania súvisiacich s legálnymi látkami, čo sú u nás tabak a alkohol.

V oblasti verejného zdravotníctva sa aktivity na znižovanie fajčenia a užívania alkoholu definujú ako politika kontroly tabaku a alkoholu. Oblasť politiky kontroly tabaku je jednou z priorít v oblasti verejného zdravotníctva v Európskej únii. Na strane druhej, pojem kontrola alkoholu sa nevyskytuje v literatúre a dokumentoch Európskej únie často, avšak, analogicky, stratégie na kontrolu tabaku sú podobné ako stratégie na kontrolu alkoholu. Na úrovni Európskej únie dosiaľ nebol prijatý dohovor, ktorý by riešil problém znižovania následkov nadmerného užívania alkoholických nápojov. Na rozdiel od tabaku a znižovania jeho následkov, kde bol na medzinárodnej úrovni viac ako 150 krajinami sveta ratifikovaný Rámcový dohovor o kontrole tabaku.

# 1. Základné pojmy v kontrole tabaku, alkoholu a drog

V súvislosti so zaužívaným významom pojmu „kontrola“ sa mnohí odborníci vo verejnom zdravotníctve nevyhnú konštatovaniu, že kontrola znamená takmer vždy fyzické porovnanie stavu objektu kontroly v zmysle zákona so stavom objektu, ktorý je predmetom posudzovania. Napríklad v rámci štátneho zdravotného dozoru sa vykonáva kontrola stavu pieskovísk, kúpalísk, hygieny v zariadeniach spoločného stravovania, v cukrárnach a na pracoviskách. V tomto význame kontrola vychádza z presne daných podmienok, ktoré musia prevádzka, zariadenia a personál spĺňať v porovnaní s platnými právnymi predpismi. V prípade nesplnenia podmienok môžu orgány verejného zdravotníctva za podmienok, ktoré ustanovujú právne normy, udeliť sankcie a vydať opatrenia s cieľom prevencie šírenia chorôb.

V súčasnosti existuje mnoho pojmov, ktoré sa snažia definovať intervencie a opatrenia s cieľom znižovania následkov užívania tabaku, alkoholických nápojov a drog. Vytvorenie jednotnej definície je náročné, vzhľadom na to, že opatrenia sa zameriavajú na širokú oblasť, ktorá sa dotýka legislatívy, cenových opatrení, marketingových intervencií, edukačných a poradensko-liečebných aktivít.

Podľa čl. 1 písm. d) Rámcového dohovoru o kontrole tabaku **“kontrola tabaku” znamená súhrn stratégií na zníženie ponuky, dopytu a škodlivosti, ktorých cieľom je zlepšiť zdravie obyvateľstva prostredníctvom vylúčenia alebo zníženia spotreby tabakových výrobkov a expozície tabakovému dymu.**

Z tejto definície je zjavné, že kontrola sa týka všetkých stratégií, ktoré vedú k znižovaniu ponuky a dopytu po tabaku. Analogicky je tu totožná súvislosť s kontrolou alkoholu.

Medzi základné metódy (nástroje) v zmysle prijatého Národného programu kontroly tabaku vládou SR roku 2007 s cieľom znižovania dopytu po tabakových výrobkoch patria podľa Ochabu, 2004:

1. cenové a daňové opatrenia,
2. ochrana pred expozíciou tabakovému dymu,
3. zákaz reklamy na tabak aj prostredníctvom sponzoringu,
4. informácie, školenie a podpora verejného uvedomenia,
5. poradenstvo a liečba tabakovej závislosti,
6. označovanie a zverejňovanie informácií o obsahu tabakových výrobkov.

Medzi základné metódy (nástroje) v zmysle prijatého Národného programu kontroly tabaku s cieľom znižovania ponuky tabakových výrobkov zaraďujeme:

1. opatrenia v oblasti znižovania nedovoleného obchodovania s tabakom,
2. znižovanie predaja tabakových výrobkov neplnoletým osobám,
3. zrušenie dotácií na pestovanie tabaku.

V rámci uplatňovania stratégií, ktoré majú znižovať následky užívania tabaku a alkoholických nápojov, sa začali v 80. rokoch minulého storočia medzinárodne

používať pojmy „kontrola“ alebo „regulácia“. Zahŕňajú v sebe oblasti kontroly a regulácie výroby, predaja a prejavov správania, ktoré súvisia s užívaním legálnych látok, ktorými sú v tomto prípade tabak a alkohol.

V oblasti verejného zdravotníctva sa intervencie na znižovanie následkov spôsobených fajčením a užívaním alkoholu definujú ako politika kontroly tabaku a alkoholu. Podľa viacerých dokumentov Európskej únie sa oblasť politiky kontroly tabaku považuje za jednu z priorit v oblasti verejného zdravotníctva. Na strane druhej sa však pojem kontrola alkoholu nevyskytuje v literatúre a dokumentoch Európskej únie často, avšak uplatňovanie stratégií na kontrolu tabaku je v mnohých aspektoch analogické s uplatňovaním stratégií na kontrolu alkoholu. Na úrovni EÚ dosiaľ neboli prijaté dohovor alebo komplexná stratégia, ktoré by riešili problém znižovania následkov spôsobených nadmerným užívaním alkoholických nápojov. Treba zdôrazniť, že v súčasnosti silnie iniciatíva, aby Svetová zdravotnícka organizácia začala s prípravou Rámcového dohovoru o kontrole alkoholu, čo by v histórii kontroly alkoholu znamenalo významný medzník.

V oblasti kontroly drog sa vo všeobecnosti uplatňujú dve základné stratégie. Prvou je znižovanie dopytu po drogách a druhou znižovanie ponuky drog. Na Slovensku bola roku 2009 prijatá Národná protidrogová stratégia na obdobie rokov 2009–2012. Predošlé programy so zameraním na reguláciu drog niesli v názve boj proti drogám. Výbor ministrov ako poradný orgán vlády SR vo veciach protidrogovej politiky bol zriadený uznesením vlády SR č. 583/1995. K vytvoreniu takéhoto nadrezortného koordinačného a poradného orgánu pre drogy zaviazalo Slovenskú republiku členstvo v OSN, Európskej únii, Rade Európy, ako i v špecifických medzinárodných organizáciách (Interpol, Europol, Svetová colná organizácia WCO) a aj medzinárodné dohovory: Jednotný dohovor o omamných látkach (1961), Dohovor o psychotropných látkach (1971), Dohovor proti nezákonnému obchodu s omamnými a psychotropnými látkami (1988).



## 2. Vývoj kontroly tabaku a alkoholu na Slovensku a v Európe

### 2.1. História užívania tabaku a kontrola tabaku

História fajčenia tabaku nemá v európskom priestore dlhú tradíciu. Na druhej strane, jeho užívanie sa datuje do obdobia 4. tisícročia pred našim letopočtom na kontinente dnešnej Ameriky. Bolo natoľko rozšírené, že na označenie rôznych odrôd tabaku existovalo viac ako 600 slov. Mayovia fajčili tabak pri náboženských príležitostiach a mnohé z božstiev, ktoré uctievali a ktoré sa zachovali na malbách a keramických nádobách, zobrazovali ako fajčiarov tabaku (Lietava, 1997).

Krištof Kolumbus objavil Nový svet 11. októbra 1492, keď loďou prišiel k ostrovu San Salvador a bol ponúknutý domorodcami sušeným tabakom. Jeden z lodníkov menom Rodrigo de Jeréz dovezol tabakové listy na lodi do Španielska, a stal sa tak neoficiálne prvým európskym fajčiarom tabaku. Prvé tabakové semená dovezol zo San Dominga do Európy lodník z druhej Kolumbovej výpravy Roman Pene roku 1518. Napriek tvrdeniu Číny, že poznala tabak dávno pred objavom Ameriky, neexistuje žiadna vierohodná dokumentácia na potvrdenie tejto teórie. Od objavu tabaku mu boli dávané rozličné názvy vrátane pomenovania „nicotiana“, ktorý vymyslel francúzsky veľvyslanec v Portugalsku.

Približne do roku 1500 nebolo v Európe fajčenie tabaku objavené. Ľudia do 16. storočia nevedeli, čo je to tabak, a nevedeli si predstaviť, ani ako vyzerá či kde sa pestuje. Situácia sa zmenila objavom Ameriky, keď Krištof Kolumbus bol prívetivými domorodcami ponúknutý tabakom, ktorý, podľa príkladu náčelníkov kmeňov, fajčil pomocou trubičiek, ktoré na jednom z koncov horeli. Takto začali Európania historicky spoznávať omamný účinok tabaku. Keď Kolumbus priplával na Kubu, poslal námorníkov preskúmať vnútrozemie. Po návrate na loď hlásili, že Indiáni vdychujú trubičkami dym z tlejúcich listov, ďalší Indiáni zas niečo vtlačali do zvitkov listov a celé to obaľovali kukuričnými listami. Tretia skupina Indiánov podľa námorníkov fajčila niečo z primitívne vyzerajúcich fajok, ktoré mexickí Indiáni nazývali „tabaccó“. Pre Indiánov bolo v tom období fajčenie čímsi posvätným, fajčili tabak pri náboženských obradoch, vzhľadom na mierne narkotické účinky, v čom videli niečo nadprirodzeného. Fajčenie a následne vydychovanie dymu z tlejúcich fajok či lístia do štyroch svetových strán a k zemi znamenalo potvrdenie zmluvy alebo dohody.

Po objavení tabaku sa začína obdobie výmenného obchodovania s touto komoditou. Tabak sa dostáva do Španielska výmenou za „ohnivú vodu“, rum a lacné ozdoby. Roku 1556 portugalskí moreplavci dovezli do Európy po prvý raz aj semená tabaku a rozšírili obchod s tabakom do oblastí Perzie, Indie, Číny a Japonska.

V tomto období bol v Lisabone veľvyslancom francúzskeho kráľa Františka II. Jean Nicot (1530–1600), ktorý spozoroval tabak v záhrade svojho priateľa Damiána de Goez.

Tento mu opísal spôsob pestovania a tiež mu porozprával o liečivých účinkoch tabaku. Jean Nicot si zo zvedavosti vypýtal semená tabaku a sám ich potom pestoval

vo svojej záhrade. Pri návšteve francúzskeho kráľa Františka v Lisabone roku 1560 mu Nicot ukázal čarovnú rastlinu. Pri odchode z Lisabonu mu ju podaroval, a tak sa tabak rozšíril do Francúzska a odtiaľ do celej Európy. Nicot taktiež doniesol tabak Catherine de Medici, francúzskej kráľovnej, vzhľadom na to, že trpela migrénami, a veril, že tabak je liek. Napodiv, po podaní sa stav kráľovnej zlepšil, a tak už nič nebránilo tomu, aby bol tabak odporúčaný z najvyšších miest.

Po krátkom čase udomácnenia silného fajčenia tabaku však ľudia prežívali pocity otravy a nevoľnosti. Vzhľadom na to, že lekárska veda vtedy nevedela vysvetliť pôvod zdravotných problémov z fajčenia tabaku, v niektorých štátoch pristúpili k zákazu fajčenia. Napriek tomu sa začalo fajčiť tajne a tomu ľudia prispôbili aj formy užívania tabaku. Mnohí z nich začali rozomletý tabak šnupať a zriedkavosťou nebolo ani jeho žuvanie. Šnupanie sa stalo na dvore francúzskeho kráľa ceremoniálom, k dvornej etikete patrilo ponúknutie z ozdobných tabatierok, ktoré zaviedla Madame de Pompadour.

„Jemným šnupaním tabakového prášku sa podráždi trojklaný nerv, ktorý má za úlohu tmiť bolesť. Takto sa prišlo na to, že po kýchnutí nastáva pocit uľahčenia, rozum sa zdá byť bystrejší a samotné kýchnutie sa javí ako smiešne a zábavné.“ Tak sa začalo chodiť vo Francúzsku na „šnupavé návštevy“ s cieľom uvoľniť sa a dosiahnuť dobrú náladu. Obdobie 17. storočia historici považujú za éru fajky. Perspektívneho obchodu sa v tomto ohľade chytili anglickí remeselníci, ktorí sa preslávili výrobou krehkých jednodielnych fajok, ktoré boli vypálené z bielej hlíny.

Vôbec prvé nariadenie zakazujúce fajčenie vydal anglický kráľ Jakub I. Roku 1605 sa konala prvá verejná debata o vplyve tabaku na ľudský organizmus. V rámci nej prebehla demonstrácia orgánov z tiel fajčiarov.

Turecký sultán Murad IV. považoval fajčiarov za neveriacich, a preto roku 1633 nariadil v Carihrade za fajčenie trest smrti. Roku 1603 bolo fajčenie tabaku a jeho pestovanie zakázané aj v Japonsku a roku 1643 ho zakázal aj ruský cár. Pápež Urban VIII. vydal roku 1642 dekrét proti tabaku a ďalší dekrét potvrdzujúci zákaz fajčenia pochádzal od pápeža Inocenta X. z roku 1650. Až pápež Benedikt XIII. zrušil všetky nariadenia predchodcov o zákaze fajčenia pre značné nerešpektovanie zákazu zo strany cirkevných hodnostárov.

Roku 1809 chemici oddelili od tabaku hlavný prvok, ktorý pôsobil zhubne na organizmus, a nazvali ho podľa zabudnutého veľvyslanca Jeana Nicota „nikotín“. Rímski pápeži videli v tabaku zakliateho diabla a ostro vystupovali proti jeho fajčeniu, šnupaniam či žuvaniu. V Rusku bola situácia obdobná, fajčenie tabaku bolo prísne trestané. Zmena nastala až po príchode cára Petra Veľkého, ktorý sám začal fajčiť a krátko nato zrušil zákaz fajčenia.

Tabak prenikol aj na územie Orientu. Arabi sú autormi pozoruhodného vynálezu vodnej fajky – nargilé. Tabak horí v hlinenej hlavici, zapaluje sa žeravým kamienkom, ktorý sa jednoducho položí na tabak.

Dym je vedený zvislou rúrkou a prebubláva cez nádobku s vodou. Tá ho jednak chladí a na druhej strane zachytávaním štiplavého kondenzátu filtruje. Na rozdiel od susedného Uhorska sa fajčenie prostredníctvom fajky neujalo, pretože bolo považované za nevhodné a úbohé. Vo vyššej spoločnosti vo Viedni sa podobne ako v Európe

šnupalo. Nakoniec v 19. storočí sa prišlo s výrobou cigariet a cigár, ktoré sú dnes najpredávanejším produktom spomedzi ponuky tabakových výrobkov na trhu. Prvý stroj na výrobu cigariet bol vyrobený roku 1881 v Nemecku. Cigarety pripomínajúce dnešný tvar sa začali vyrábať roku 1910 opäť v Nemecku. Roku 1811 cisár Napoleon Bonaparte zaviedol monopol na pestovanie tabaku, čím si zaistil bohatý zdroj príjmov.

Na územie Slovenska a Čiech sa fajčenie rozšírilo počas tridsaťročnej vojny (1618–1648), keď cudzie nemecké a švédske žoldnierske vojská priniesli so sebou tabak. Roku 1783 zaviedol cisár Jozef II. tabakový monopol.

Rozsiahle štúdie o rizikách a škodlivosti užívania tabakových výrobkov sa začali šíriť v období po 2. svetovej vojne. Vôbec prvá zmienka lekára o škodlivosti fajčenia sa datuje do obdobia roku 1859, keď francúzsky lekár Bouisson poukázal na účinky fajčenia na ľudský organizmus na základe štúdie u 68 pacientov nemocnice v Montpellieri, ktorí trpeli rakovinou ústnej dutiny.

Prvé protifajčiarske poradne vznikli vo Švédsku roku 1955, neskôr vznikli v Nórsku, Dánsku, NSR, vo Veľkej Británii, v Kanade a USA. V bývalej ČSSR bola prvá poradňa na odvykanie od fajčenia založená roku 1959 v Hradci Králové.

## 2.2. História užívania alkoholu a kontrola alkoholu

História objavenia a užívania alkoholických nápojov je pradávna a ťažko stanoviť obdobie, kedy vôbec došlo k jeho zdomácneniu a rozšíreniu. Z mytológie viacerých národov je známe, že alkohol, predovšetkým však víno, sa považuje za dar bohov. Možno predpokladať, že alkoholický nápoj vo forme medoviny bol známy už v staršej dobe kamennej, víno a pivo boli známe v mladšej dobe kamennej (Rouché, 1963). Požívanie alkoholu, ale aj iných drog malo v dávnej minulosti výhradne charakter rituálu. Doklady o prvej krčme sú z obdobia roku 2300 rokov pred našim letopočtom z Mezopotámie (Bútorá, 1999).

Alkohol bol používaný s rituálnym a medicínskym cieľom v Egypte, u Peržanov a Skýtov. Alkoholické nápoje plnili spoločenskú funkciu u Slovanov, ktorí pili medovinu a pivo pri slávnostiach a tiež pri pohrebných obradoch. V 9. a 10. storočí sa u Slovanov stretávame s výrazmi ako gostinica, gosпода, krčma, kde sa rozširovalo spoločenské pitie, predával a distribuoval alkohol. V Čechách knieža Břetislav zakázal pitie alkoholu pod hrozbou prísnych trestov (Kunda, 1988).

História regulácie pitia a predaja alkoholických nápojov siaha do obdobia okolo 5. až 6. storočia pred našim letopočtom v Číne. Zákon už vtedy trestal nemierne požívanie alkoholu až smrťou. Pitie kategoricky zakazovali Konfucius a Budha. V starej Indii pristihnutých v opitom stave mučili. Ženu usvedčenú z toho, že bola opitá, vyhnali z domu a na čelo jej vypálili znamenie v tvare nádoby. V starom Egypte a neskôr aj v starom Ríme stavali pred hostince ľudské kostry na výstrahu. Riman mal právo zabiť svoju ženu, ak ju pristihol opitú. V starej Sparte zámerne opjali otrokov, aby ich mohli ukazovať mládeži s cieľom odradenia od pitia. Aj prorok Mohamed zakazoval piť víno a za pitie stanovil telesné tresty (Nociar, 2001).

Počas stredoveku sa v niektorých krajinách používali za pitie alkoholu telesné tresty. V Holandsku priväzovali ženy-alkoholičky ku klátu a ponárali ich trikrát do vody. V Anglicku vodili alkoholikov po meste za remeň, ktorý bol uviazaný na krku.

Napriek tomu, že prvé údaje o škodlivých účinkoch alkoholu môžeme nájsť v prácach Hippokrata, Aristotela, Galena i Avicennu, o probléme alkoholizmu z medicínskeho aspektu hovoríme až v období na prelome 18. a 19. storočia. Úplný obrat k lekárskeму chápaniu problému s alkoholom sa definitívne presadil v 20. storočí.

Prvýkrát sa alkoholizmus ako choroba na rozdiel od zlovyku definuje prostredníctvom zakladateľa americkej psychiatrie Benjamina Rusha (1784). Napriek tomu, že verejnosť v 19. storočí alkoholikov ostro odsudzovala, zvyšujúci sa podiel alkoholikov viedol lekárov k myšlienke vytvorenia liečebných ústavov. Roku 1857 bol v Bostone otvorený prvý liečebný ústav a do konca 19. storočia jestvovalo v USA viac ako 50 zariadení, ktoré poskytovali pomoc alkoholikom. Prvý ústav v Európe vznikol roku 1850 pri Düsseldorfe. Po roku 1811 vznikali v USA spolky striedmosti, ktoré nábádali na striedmu konzumáciu alkoholických nápojov. Neskôr sa stala ich cieľom prohibícia, ktorá bola prijatá americkým kongresom roku 1919. Obdobie prohibície sa skončilo postupne v rokoch 1933 až 1935. Úplný zákaz predaja a konzumu alkoholu sa týkal v týchto časoch aj Islandu, Austrálie, bývalého Zväzu sovietskych socialistických republík, Fínska, Nórska a Švédska.

Okolo roku 1840 začínajú vznikať spolky triezvosti na Slovensku, do konceptu obrody národa ich zahrnuli štúrovci. Ľudovít Štúr sa vo svojej pamätnej reči na uhorskom sneme roku 1847 dotkol potreby prijatia účinných opatrení na boj proti alkoholizmu.

Koncom 19. storočia sa do hnutia zapájajú niektorí lekári (V. Šrobár, P. Blaho, D. Makovický, I. Hálek, po nich s odstupom času J. A. Chura, I. Stodola) a ďalší príslušníci slovenskej inteligencie. Na Slovensku pred 2. svetovou vojnou vznikla z iniciatívy Krajinského ústredia Československého abstinentného zväzu v Bratislave a s pomocou Krajinského výboru Slovenskej krajiny roku 1937 Abstinenčná liečebňa v Istebnom na Orave, ktorú viedol E. Kraus. Za necelé dva roky svojho trvania však nemohla výraznejšie ovplyvniť existujúce problémy. Prvá poradňa s pôsobnosťou pre bývalý Bratislavský kraj vznikla roku 1949 pri bratislavskej psychiatrickej klinike.

Za dôležité medzníky v boji proti alkoholizmu u nás možno pokladať protialkoholické zákony z rokov 1922 a 1948, ustanovenie protialkoholických zborov roku 1956 a zákon č. 120 z roku 1962. Po 1. svetovej vojne aktívne pracoval v Čechách Československý a na Slovensku Slovenský abstinentný zväz, ktorý sa roku 1950 včlenil do Československého červeného kríža a v 70. rokoch mal obnoviť svoju činnosť v ČSR.

Osobitné postavenie v liečbe i prístupe k alkoholizmu v ČSSR má špecializované zariadenie pražskej psychiatrickej kliniky Apolinář, ktoré takmer od založenia roku 1948 dlhodobo viedol doc. MUDr. J. Skála. Toto zariadenie určovalo vývojový trend nielen u nás, ale i v niektorých ďalších krajinách. Odvtedy sa u nás rozvíja a rozpracúva organizácia protialkoholickéj liečebnej starostlivosti a diferencujú sa jednotlivé zariadenia. V rokoch 1950–1951 sa uskutočnila celoštátna antabusová akcia, ktorá znamenala začiatok širšej dispenzarizácie alkoholikov. Na Slovensku bol v tom

čase najaktívnejším odborníkom primár M. Turček, ktorý bol zakladateľom a dlhé roky šéfredaktorom celoštátneho odborného časopisu „Protialkoholický obzor“ a počas svojho pôsobenia v Nitre tiež založil klubové abstinentské hnutia medzi odľiečenými pacientmi zo závislosti od alkoholu. Postupne v druhej polovici 20. storočia vznikali ďalšie A-kluby (kluby abstinujúcich alkoholikov), na Slovensku v Bojniciach pri okresnej psychiatrickej ambulancii, v Bratislave pri Protialkoholickej poradni („PAP“), v Prešove, Žiline, Banskej Bystrici, Trnave, Pezinku, na Prednej Hore a inde (Ochaba, 2007).

Počas vlády komunistickej strany vtedajší československí ideológovia tvrdili, že alkoholizmus je spoločensko-ekonomickým fenoménom, dôsledkom chudoby existujúcej v kapitalizme, ktorý v socializme zanikne. Nakoľko sa tak nestalo, musela vláda roku 1962 prijať zákon č. 120/1962 Zb. o boji proti alkoholizmu a dokonca roku 1983 na zasadnutí snemovne národov vtedajšej ČSSR sa v správe generálneho prokurátora konštatovalo, že od roku 1962 nastal až trojnásobný nárast trestnej činnosti pod vplyvom alkoholu, čo sa prisudzovalo okrem iného zvýšenej životnej úrovni. Roku 1967 bol zákonom Slovenskej národnej rady č. 45/1967 Zb. zriadený Slovenský protialkoholický zbor na boj proti alkoholizmu a iným toxikomániám vrátane tabakizmu. Koordinačnú a riadiacu úlohu dostalo ministerstvo zdravotníctva.

Ústav zdravotnej výchovy v Bratislave mal za úlohu pôsobiť v primárnej prevencii alkoholizmu a iných toxikománií. Svoje úlohy si plnil predovšetkým vydávaním letákov, brožúrok a výrobou zdravotnícko-osvetových filmov najmä so zameraním na mládež.

Postupne vznikajú po celom území štátu pri nemocničných oddeleniach, klinikách a v liečebných ústavoch špecializované stanice, oddelenia, prípadne ústavy, ako aj poradne a záchytné stanice. Záchytné stanice majú od začiatku preventívno-represívny charakter. Na liečbu alkoholizmu a iných závislostí je vyhradených necelých 2000 špecializovaných postelí, tento počet však zďaleka nestačí. Predpokladom kvalitatívneho rozvoja lekárskej starostlivosti o alkoholikov je zavedenie nadstavbovej špecializácie lekárov na liečbu alkoholizmu a iných toxikománií od roku 1981. Možno ju získať po špecializácii I. stupňa v odbore psychiatrie.

Medzi špecializovanými zariadeniami na Slovensku mala v tom čase osobitné postavenie protialkoholická liečebňa v Bratislave-Dúbravke, ktorá pod vedením svojho zakladateľa M. Turčeka existovala v rokoch 1961–1965. Protialkoholický obzor vznikol roku 1965. Uznesenie vlády ČSSR č. 121 z roku 1973 ukladá zlepšiť ambulantnú a ústavnú liečbu, zainteresovať na liečbe alkoholizmu závodných a územných lekárov, vedenia podnikov i spoločenské organizácie. Roku 1965 existovalo na území Slovenska 28 protialkoholických záchytných staníc, kde bolo za rok ošetrovaných viac ako 5-tisíc pacientov (Turček, 2005).

Rok 1989 priniesol revolučné zmeny, ktoré sa prejavili aj na zmenenej epidemiologickej situácii v konzumácii alkoholu, tabaku a ilegálnych návykových látok, ale tiež v organizačných zmenách, čo sa týka zákonov, opatrení a príslušných inštitúcií. V prvej polovici 90. rokov došlo k postupnému, no prudkému nárastu konzumácie ilegálnych drog, najmä mládežou. Do-minovali heroín a marihuana. Spotreba alkoholu a tabaku sa znížila, ale pokiaľ ide o alkohol, jeho konzum sa podľa

údajov Štatistického úradu SR začal opäť zvyšovať. Zatiaľ čo roku 1960 bola priemerná miera konzumu alkoholu 6,9 litra na osobu od 15 rokov, roku 1990 sa konzum alkoholu zvýšil na úroveň 13,9 litra na osobu staršiu ako 15 rokov.

Ústav zdravotnej výchovy a Národné centrum podpory zdravia, na ktorý po jeho vzniku prešla časť preventívnych úloh MZ SR, sa postupne začlenili do Úradu verejného zdravotníctva SR. V 90. rokoch boli úspešne rozvinuté programy „Školy bez alkoholu, tabaku a drog“, CINDI a iné.

Roku 1996 bol Národnou radou SR prijatý zákon č. 219/1996 Z. z., o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke záchytných izieb. Rozhodnutie, či bude mať obec záchytnú izbu, prešlo na samosprávy. Na základe zdravotníckej reformy pobyt v záchytnej izbe už nespadal do liečebno-preventívnej starostlivosti, takže nebol hradený zdravotnými poisťovňami, a obce nedávali dostatočné prostriedky na ich prevádzku. Z toho dôvodu všetkých vyše 40 záchytiiek postupne do konca roka 2004 z ekonomicko-prevádzkových dôvodov ukončilo svoju činnosť.

Výrazný nástup problémov s užívaním ostatných psychoaktívnych látok – drog, viedol MZ SR k zriadeniu špecializovaných centier na liečbu drogových závislostí (CPLDZ) v Bratislave, Košiciach, Žiline, Banskej Bystrici, Nových Zámkoch, Humennom, neskôr aj v Nitre a na Prednej Hore. V Bratislave to bolo delimitáciou bývalej Protialkoholickéj poradne z NsP Ružinov. Nová situácia viedla aj k zmene názvu odborného časopisu „Protialkoholický obzor“ na „Alkoholizmus a drogové závislosti“. Roku 1994 bol vládou SR prijatý prvý Národný program boja proti drogám (NPBD) a roku 2006 Národný akčný plán pre problémy s alkoholom (NAPPA). V 90. rokoch vznikol na základe zákona nešťatny Protidrogový fond, ako doplnkový zdroj financovania prevencie, liečby a sociálnych programov so zameraním na problémy súvisiace s drogami, alkoholom a v poslednom čase aj s tabakom.

Po roku 1989 vznikli na Slovensku aj nové typy inštitúcií, ako reakcia na novú situáciu a nové potreby. Vznikli programy znižovania poškodenia pôsobiace na uliciach väčších miest najmä so zameraním na vnútrožilových užívateľov drog (výmena striekačiek, poskytovanie kondómov, sociálna mediácia), vedené absolventmi sociálnej práce. Abstinujúci od alkoholu a drog boli prvými iniciátormi zakladania prvých resocializačných zariadení pre pacientov, ktorí absolvovali protitoxikomanickú alebo protialkoholickú liečbu. Dnes sú združené v únii. Všetky tieto nové inštitúcie až na jednu sú nešťatnymi organizáciami. Zaznamenali sme i príchod na Slovensko a zakladanie skupín anonymných alkoholikov (AA) a anonymných narkomanov (NA).

Na slovenských vysokých školách sa začal prednášať predmet drogových závislostí, na základných a stredných školách bol v rámci primárnej prevencie vytvorený post protidrogového koordinátora. Nadstavbová špecializácia z alkoholizmu a toxikománií sa zmenila na špecializáciu v medicíne drogových závislostí. Vznikla Spoločnosť pre závislosti od návykových látok, prevažne so zameraním na zdravotnícku problematiku, ale aj Slovenský spolok abstinentov a Asociácia klubov abstinentov Slovenska, ako organizácie tretieho sektora.

V rámci primárnej prevencie sa rozšírilo poradenstvo, ktoré vo veľkej miere muselo absorbovať nové fakty problematiky zdravotných dopadov užívania



ilegálnych psychoaktívnych látok. V 90. rokoch vznikali poradne, ktoré okrem ďalších predmetov činnosti rozšírili svoje služby o poradenstvo pre oblasť drog, alkoholu a tabaku. V pôsobnosti rezortu školstva sa v tomto smere vo zvýšenej miere zamerali na mládež pedagogicko-psychologické poradne, psychologické poradne a napríklad v Úrade verejného zdravotníctva SR vznikli poradne prevencie drogových závislostí a poradne na odvykanie od fajčenia. Ministerstvom zdravotníctva SR zriadený Inštitút drogových závislostí v Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave začal od roku 1997 každoročne organizovať akreditovaný kurz poradenstva pre problematiku drogových závislostí pre zainteresovaných odborníkov z rôznych sektorov a rezortov.

Prijatie koncepcie alkoholizmu ako choroby položilo základy nielen na poskytovanie liečby a vytvorenie nových diagnostických a liečebných postupov, ale aj na činnosti vo verejnom zdravotníctve. Opustenie moralizujúceho prístupu vo vzťahu k alkoholikom a alkoholizmu bolo náročné, pričom ani dnes mnohí ľudia tento postoj nezmenili.

### 2.3. História užívania drog a kontrola drog

Cieľom tejto podkapitoly nie je opísať kompletnú históriu užívania a zneužívania drog na svete. Avšak vzhľadom na obsahové zameranie práce a snahu oboznámiť čitateľov s historickým vznikom a podmienkami nebývalého rozmachu drog predkladáme aspoň koncízny prehľad problematiky drog v priebehu dejinného vývoja ľudstva.

Takmer na každom mieste sa nám prostredníctvom materiálnych a duchovných výtvorov neustále vynárajú pozostatky našich predkov. Dejiny človeka a ľudstva vnímame práve cez archaické výtvory mnoho ráz zdokonalené generačným zásahom až do dnešnej, nevedno či konečnej, podoby. Podľa dnešných záznamov sa postava človeka čelade Hominidae rodu Homo zaraďuje do obdobia spred 2 miliónov rokov. Z historického hľadiska môžeme dejiny rozdeliť na pravek, starovek, stredovek a novovek.

#### Pravek

Pravek zodpovedá dobe kamennej, ktorá sa ďalej člení na paleolit – staršia doba kamenná, mezolit – stredná doba kamenná, neolit – mladšia doba kamenná. Týmto jednotlivým obdobiam patrili individuálne technológie získavania potravy a rozvoja životnej úrovne.

V dejinnom období praveku je nevyhnutné zdôrazniť úlohu šamanizmu, kde sa priznáva úloha náboženstva na kult drogy. Šamanizmus nevyžaduje presne vymedzené božstvo, ale určuje magickú vieru v prírodné sily, kde šamani tvrdia, že tieto úkazy ovládajú prirodzenosťou svojej duše. Šaman tvrdí, že dokáže ovládať a riadiť nadprirodzené sily, dokáže povolávať k sebe naklonených duchov, aby premošli zver v boji či pomohli chorému v jeho bolestných útrapách a súženiach. Povolanie

šamana, či medicinmana bolo jedným z najstarších datovaných povolání. Čo je však z aspektu získavania a ovládania prírodných javov a tiež aj ostatných ľudí signifikantné, je samotný spôsob. Šaman, aby potvrdil svoju silu a jedinečnosť, musel pred ľuďmi upadať do tranzu. Moc získaval zo svojich vlastných zážitkov, snov, halucinácií. Práve v tomto ohľade zohrávali významnú úlohu drogy. Drogy na rozdiel od ťažkých fyziologických postupov, ktoré postupne viedli k vyčerpaniu, boli oveľa jednoduchším prostriedkom navodenia zmeneného stavu vedomia. Poslucháči a účastníci takýchto obradov a seáns boli svedkami niekoľkohodinových šamanských opojných vystúpení. Samotným ritualizovaním drogy malo tak omnoho viac ľudí prístup k vtedy vnímaným nadzmyslovým stretnutiam s bohmi a nadprirodzenými bytosťami. Drogy v tomto historickom období mali zrejme za cieľ spojenie s inými bytosťami, a teda na základe podobného vnímania a rozjímania ostatných členov kmeňa aj funkciu spájania a udržiavania stability kmeňa.

Z aspektu etnologickeho určenia je jedným z území s najväčšou konzumáciou drog Južná Amerika. Americkí Indiáni v počte a rôznorodosti drog a variantov spôsobu ich užívania omnoho prekračujú ostatné územné celky a spoločenstvá. Po roku 1945 boli postupne objavené drogy, ktoré používali Indiáni. Svedectvá španielskeho moreplavca a objaviteľa Ameriky Krištofa Kolumba a jeho sprievodcov prinášajú záznamy o liečiteľoch chorých na objavenom území, keď títo používali ako liečebný elixír drogu kohobu. Kohoba ako halucinogén sa šnupala a jej smrtiace účinky boli zaznamenané roku 1496 kronikárom K. Kolumba. Kohoba z pohľadu farmakologického obsahovala látku dimetyltryptamín (DMT), podobný indikácii drogy LSD. Kohoba veľmi často v indiánskych tradíciách chorým sprostredkovávala nadzmyslový kontakt s bohmi, ktorí im v stave otravy organizmu prezrádzali príčinu ochorenia. Vyplýva to zo záznamov a z pozorovaní amerických lekárov, ktorí dokladovali požívanie drogy psilocybín priamo z pozorovaní Indiánov v Mexiku. Psilocybín ako vysoko toxická huba, účinkom podobná LSD, mala, ako predtým uvedené drogy, charakter uctievania a bola pre Indiánov takisto mediátorom s bohmi a s nadzmyslovou skutočnosťou. Dokázať priamu existenciu užívania drog zo skúmaného obdobia je nemožné, nakoľko akékoľvek vedomosti o nich patrili k tajomstvám vyvolených. Vyvolení sa takisto obávali, aby sa o tajomstvách drog nedozvedeli neznáme a nevyvolené osoby.

V rámci živých obchodných výmen medzi mexickými a severoamerickými národmi bol predmetom obchodu často aj kaktus peyotl. Viera v zázračnú silu a moc Indiánov sa prejavovala vo výnimočnej moci tohto kaktusu. Účinnou zložkou kaktusu vo forme oleja alebo prášku je meskalín. Zďaleka nebol jedinou drogou, ktorú Indiáni užívali, okrem nej v hojnej miere používali na liečbu neplodnosti žien vývar z muchotrávok, ktoré, podobne ako doteraz menované, patria medzi drogy spôsobujúce halucinácie. Muchotrávky tvorili väčšinou významnú drogu v šamanských zvykoch na územiach Sibíri a severnej Európy. Boli taktiež používané ako náhrada za menej dostupný alkohol.

Nemenej významným a oceňovaným bol durman, označovaný ako nápoj šialenstva, ktorý sa používal pri rôznych príležitostiach. Na východnom pobreží Severnej Ameriky sa podával mladým vyvoleným, ktorí mnoho mesiacov pobývali



v lese. V stave intoxikácie boli mladíci zasväcovaní do tajomstiev kmeňa. Po absolvovaní tejto iniciácie boli vyvolení mladíci takmer dva týždne v stave detoxikácie, potom sa opätovne pričlenili ku kmeňu.

Ďalším nápojom bola ayahuasca, extrahovaný z liany *Banisteriopsis caapi*, z jej rozťatých kusov, ktoré spolu s listami iných rastlín tvorili substanciu so psychotropnými účinkami. Liana sa nachádzala v oblasti Amazónie na území štátov Brazília, Kolumbia, Ekvádor, Peru, Venezuela a Bolívia. Substancia ayahuasca bola využívaná Indiánmi na telepatické a veštecké účely.

### Starovek

Dejinnej epoche staroveku zodpovedali počiatky vzniku egyptskej civilizácie a vznik triednej spoločnosti v období 4000 rokov pred našim letopočtom. Významnou črtou, tiahnoucou sa naprieč celými dejinami, bol rozvoj veľkých miest a sídiel. Práve utváranie týchto rozsiahlych miest vytváralo aj nové podmienky a možnosti na rozširovanie drog. Užívanie drog viedlo k nevypočítateľným reakciám a duševným stavom konzumentov.

Nakoľko pre obdobie staroveku bolo príznačné najmä dodržiavanie určitých pravidiel života, podriaďovanie sa prijatým zákonom a ich dôsledné dodržiavanie, nositeľ iných alebo opačných vlastností bol pre spoločnosť neprijateľný, nepohodlný. Črty, ako ovládanie a sebaregulácia, hrali v živote spoločnosti podstatnú rolu a zabezpečovali tým, čo ich dodržiavali, značné výhody. Naopak, vlastnosti intoxikovaného a drogami opojeného človeka sa stretávali u ostatných s čoraz dôraznejšou dávkou nevoľe a opovrhnutia. Preto sa logickým javilo prísnejšie obmedzovanie, či dokonca tabuizovanie drog pre ich zhubné následky. Aj napriek týmto obmedzeniam však jednotlivé spoločenstvá určovali pre svojich vyvolených rôzne výnimky a niektoré mestá povoľovali konzum alkoholu, napríklad v Ríme a Grécku. Ba niektoré rastliny sa stali hlboko uctievanými božstvami, muchotrávka u Árijcov, koka u Inkov, kaktus peyotl v Strednej Amerike. Iné drogy sa stali svetskými prostriedkami v duchovnom spájaní s bohom. Marihuana bola využívaná ako látka na zvýšenie pohlavnej aktivity, hašiš našiel pravdepodobne využitie v gréckych veštiarňach.

Dôkazy o výskyte a užívaní drog v antickom období podáva grécky básnik Homér v dvoch známych eposoch Iliada a Odysea. Homér v spomínaných eposoch často uvádza akési čarovné byliny, ktoré môžu mať psychotropný účinok. Mandragora, ľuľkovec, skopólia, blen sa často uvádzajú ako nápoje, ktoré ovládali vedomie ich konzumentov. Na inom mieste eposu Odysea sa spomína akýsi nápoj zabudnutia s názvom nepenthé. Tento nápoj sa v prácach niektorých vedcov stal popudom na jeho identifikáciu. Rezultát vyznel v prospech ópia, ako opojnej látky pomáhajúcej zabudnúť.

Grécka mytológia sa podobne pokladá za dôkaz o existencii drog a ich účinkoch na človeka. Slávnosti a hostiny usporadúvané na vrchu Olymp predstavovali pre zúčastnených spôsob, ako si zabezpečiť cez užívanie drog neznámeho zloženia nesmrteľnosť. Z iných spomenieme oslavy bohyně plodnosti a zeme Demeter na podivných a tajuplných mystériách na eleusínskom nádvorí v Grécku, ktoré

Aténčania považovali za vrchol blaha v živote človeka. Prostredníctvom rôznych nápojov inicianti v mystériách prichádzali k svätej hiere, teda k vrcholnému zážitku. Pevné dôkazy a vysvetlenia sa však v klasickej podobe nezachovali. Mnohí bádatelia hľadali psychotropný efekt mystérií v ópiu a jeho účinkoch. Aj napriek nepodloženým tvrdeniam o vtedajšej podobe jestvovania ópia sa všeobecne konštatuje na dôkaze maku. Mak patril v mystériách medzi kultové motívy. Gréci ho pokladali za kvet Demeter, čomu nasvedčujú aj objavy zdobených zrkadiel v Eleusíne, Na okrajoch s obrysmi postavy ženy, ktorá drží nad hlavou makovicu.

Od Eleusíny sa teraz prenesieme do Efyry, kde kňazi dostali mantiu na takpovediac dokonale prepracovanú úroveň. Sluhovia boha zostávali v podzemných miestnostiach izolovaní od ostatných bez stravy a nápojov asi tridsať dní. Počas nich sa ich vnímanie zmenilo pomocou tetrahydrokanabinolu (THC), marihuany. Kňazi pomocou tohto mediátora vsugerovali sluhom nimi vybranú veštbu. Opis vdychovania konope podrobne vyložil historik Herodotos v skytských „parných kúpeľoch“.

Drogy u Grékov však vždy neboli len záležitosťou mystérií a mytológie. Nad životom ľudí, politikov a filozofov aj vtedy bdelo pomyselné oko sledovania nerestí a necností. Samotný slávny filozof Demokritos pokladal nápoje z vína, mandragory, konopy a iných za príčinu morálnych pokleskov spoluobčanov, pretože tieto vyvolávali stavy halucinácií a snov. Diodoros prežil skúsenosť po fajčení hašiša, kde tvrdí, že zažil priateľské predstavy a príjemné preludy, pobádal do lásky a vychutnávania pôžitkov.

Konopu siatu pokladali Rimania a Gréci za povzbudzovač do pohlavného spojenia, v tomto zmysle ju spomínal aj Ovídius. Vo vtedajšom období sa názory na kvalitu účinkov drogy na ľudský organizmus rôznili. Takisto neprehliadame účinky ópia a jeho ordinácie lekárom Hippokratom svojim pacientom alebo podávanie ópia cisárovi Marcovi Aureliovi lekárom Galenom. Spory o stimulujúcich, resp. záhubu spôsobujúcich vplyvoch drog sa niesli v dišputách filozofov počas celého tohto dávneho obdobia. Snaha hľadať a nájsť pôvod a výskyt drog zachvátila aj územie Egypta. Zo správ z papyrusov, kníh sa nezachovalo väčšie množstvo konzekventného materiálu na skúmanie a preverovanie. Na zachovaných papyrusoch sa okrem iného našiel aj návod, akým spôsobom sa dá potlačiť detský plač, a to pomocou maku. Veľmi pertraktovaným býva použitie motívu kvetu lotosu v egyptskom výtvarnom prejave. Istý čas sa viedli polemiky z pohľadu postavenia lotosu ako výtvarného, umeleckého prvku alebo ako samotnej drogy.

Inkská spoločnosť, nachádzajúca sa na území dnešného Peru, vlastnila vo svojom kultúrnom genofonde taktiež motívy drog, od alkoholu až po halucinogény. Jednou z najdôležitejších drog tohto obdobia však bola koka. Jej podlhovasté listy boli vonkajším znakom vládcu – Inku, ktorý bol zosobnením Slnka na Zemi. Navzdory účelnému využívaniu koky na navodenie halucinácií a iných stavov vedomia je prekvapujúce aj jej medicínske využitie pri liečbe chorých. Vzhľadom na mnohé vojny, ktoré sužovali, ale zároveň aj posilňovali Inkov, sa koka využívala pri dlhodobých záťažoch a vojnách.

Aztécki bojovníci, alebo starí Mexičania, pri dlhých vojnových výpravách v hojnej miere užívali meskalín, pritom však za prejavy opitosti v bežnom živote vymeriavali

prísne tresty. To znamená, že Aztékovia striktno oddeľovali verejný život a vojnové výpravy, kde sa na posilnenie používal už spomínaný meskalín.

V histórii sa spomína aj kmeň Árijcov, ktorý sa dostal do oblasti Indie a po ťažkých bojoch získal vplyv a moc. Árijci vyznávali novú vieru a spolu s ňou aj iné medikamenty, alebo drogy. Jednou z najprioritnejších bola sóma, čo v dnešnom ponímaní vyjadruje muchotrávku. Dôležitosť sómy bola priamo vyjadrená a zaznamenaná v staroindických vedomostiach – védach. Celebračné spevy, epitetá sa dotýkali priamo sómy, ktorá mala v spoločnosti trojakú funkciu – boha, rastliny a nápoja. Sóma zobrazuje plnosť a prosperitu, je garantom zdravia, sily a potravy. Má funkciu prepravcu, ktorý spoľahlivo dovezie ľudí k bohom. Okrem sómy sa ešte často hovorí o konope, ako jednej z piatich posvätných rastlín, opisovanej ako súčasť sómy. Konopa so svojimi nadprirodzenými účinkami bola ponúkaná návštevníkom miest Indie. Pri slávnostiach obetovania obeť dostávali hašiš, pod ktorého vplyvom sa zúčastňovali obradov a napokon aj vlastnej smrti. Častým účelom obetovania bolo svätenie zeme na zabezpečenie hojnej úrody.

Z pohľadu Číny sa dokumenty poukazujúce na priame užívanie drog nezachovali v dostatočnej veľkosti, predsa len však môžeme hovoriť o ich využívaní. Dôkazy o textilnom spracovávaní konopy siatej predstavuje fakt, že Číňania poznali konopu. Jej semená boli do konca 10. storočia nášho letopočtu tradičnou potravou tamojších usadlíkov a pôvodného obyvateľstva, potom ich nahradila ryža. Inou tolerovanou a konzumovanou drogou na území Číny bol alkohol. Podobne dôkazy o výskyte hašiša, húb dostatočne ilustrujú výskyt drog na starom kontinente už v dávnych časoch.

### **Stredovek**

Zánik staroveku sa historicky datuje so zánikom Západorímskej ríše roku 476. Náboženstvo islamu zohrávalo, spolu s kresťanským náboženstvom, významnú rolu. Islam oficiálne vznikol v 7. storočí. Jeho vyznávači začali svojimi výbojmi prenikavo dobíjať Byzanciu, Perziu, Egypt, Severnú Afriku, Blízky Východ až po hranice Indie. Tak ako si postupne podmaňovali domorodé obyvateľstvo, spolu s tým preberali niektoré ich zvyklosti. Fajčenie konopy a hašiša a ich pestovanie boli jednými zo zvykov pôvodného obyvateľstva v Perzii. Tieto drogy sa u Arabov množili, keďže v Koráne sa hašiš nespomína, bol teda v hojnej miere užívaný. Naproti tomu alkohol bol prorokom Mohamedom zakázaný, takže dôvody rozširovania užívania hašiša boli s obrovským presvedčením potvrdené. Aj navzdory mnohým slovným deklaráciám o škodlivosti konope sa jej konzumovanie nepodarilo zastaviť. Hašiš na dlhé stáročia ovplyvnil život v spoločnosti. Zákaz fajčenia tabaku v 17. storočí len viedol k ešte väčšiemu upevneniu pozície hašiša.

Ďalším príkladom neľudského vyčíňania pod vplyvom drogy bol severský kmeň Vikingov. Bojovníci tohto kmeňa dokázali byť krutí do takej miery, že opovrhovali smrťou v neľútostných prejavoch cynizmu. Neskôr sa samotných mužov s týmito prívlastkami obávali aj samotní Vikingovia, ktorí takto začali byť poľahky likvidovaní v čase ich bezmocnosti, nakoľko ich sila spočívala iba v drogách a ich užívaní. Na rozhraní tisícročia začalo ovládať sever kresťanstvo, ktoré sa na podivné duševné stavy pozeralo ako na diabloveho spojenie.

Pri dlhých vojnách vedených v stredoveku sa vyznamenal africký štát Etiópia. Vtedy ho tvorilo obrovské množstvo malých štátov, kde sa objavila rastlina s názvom katha, hojne využívaná vo vojnách na dosiahnutie konečného víťazstva vojakmi. Neskôr sa katha stala významným obchodným artiklom v rámci získavania nových sfér vplyvu.

S dejinami drog v stredoveku sa spájajú hony na čarodejnice, bosorky a inkvizičné procesy. Mandragora, patriaca do čeľade ľuľkovitých, bola jednou z vyhľadávaných drog, ktorej sa pripisovali okrem priaznivých aj démonické a zaklínacie vlastnosti. Bosoráctvo bolo považované v období začiatku 15. storočia za remeslo. Podľa neho sa ľudia upísali diabľovi, ktorý bol uctievaný, a za to sa im zavďačoval majetkom a sľasťami. Bosorky sa stretávali na sabatoch, kde sa oddávali neviazaným sexuálnym radostiam s osobami obidvoch pohlaví. Dopravným prostriedkom na sabaty bola metla a pohonnou hmotou masť, ktorú si čarodejnice natierali na spánkovú oblasť lebky, pod pazuchu, do rozkroku a na ruky. Aj napriek zisteniam lekárov o halucinačných následkoch masti inkvizícia podobné prejavy chorôb a bolestí naďalej pokladala za dielo satana a bosoráctva.

K zaradeniu mnohých ľudí medzi bosorákov viedli feudálov aj masové otravy námeľom. Vzhľadom na nekvalitne vypestované obilie ľudia jedli chlieb obsahujúci kyjaničku. Otravy často spôsobovali smrť alebo, v lepšom prípade, obrovské zmeny vedomia, halucinácie, pocity prenasledovania či príznaky, ktoré spôsobili zaradenie takto postihnutého k čarodejníkom.

S koncom čarodejníctva v 18. storočí sa stráca aj viera v bosoráctvo. Vplyvom vedeckotechnickej revolúcie mnohé otrávenia námeľom v obilí alebo inou drogou prestali byť vysvetľované ako čarodejníctvo alebo démonizmus. Pozíciu týchto rastlín prerastal svojím vplyvom tvrdý alkohol. Samotný zánik inkvizitorských praktík zrejme najlepšie potvrdzujú zmena životného štýlu a vznik novej epochy, novoveku.

### **Novovek**

V nových podmienkach nástupu buržoázie a výrobnovo-vlastníckych vzťahov, ktoré vznikli v období anglickej protifeudálnej revolúcie v rokoch 1640–1660, sa výmenná obchodná orientácia upriamila aj na oblasť psychotropných látok. Čína a jej trhy manipulovali s ópium, Južná Amerika s kokou, takmer na celom svete sa obchodovalo s alkoholom a tabakom. Cena drog neustále rástla, pretože ľudia boli ochotní dať za ne aj posledné peniaze. Podľa istých názorov sa novovek začal objavením Ameriky roku 1492. Práve stretnutie Európanov s pôvodnými obyvateľmi Ameriky predznamenalo početné množstvo obchodných, ale aj neželateľných výmen. Európania sa „zoznámili“ so syfilisom, prevzali tabak a neskôr prastaré indiánske drogy. Pôvodné obyvateľstvo Ameriky dostalo zas „dary“ v podobe kiahní, tuberkulózy a nakoniec nešetrných povinných prác, ktoré pomaly nasmerovali osud Indiánov k zániku. Do konca 16. storočia vymizlo prakticky celé domorodé obyvateľstvo Veľkých Antíl a v Mexiku vyhaslo takmer 60 % obyvateľstva. Veľkým ničiteľom mnohých životov bol nakoniec alkohol. Domorodé obyvateľstvo napriek uvedeným skutočnostiam vnímalo dobyvateľov ako učiteľov remesiel, a tak sa stávalo, že títo boli domácimi oslavovaní a spájaní s bohmi, ktorých si treba uctievať. Španieli, ale neskôr

aj ďalší sa zúčastňovali osláv, na ktorých sa konzumovali drogy. A keďže drogy bránili ceste ku kresťanstvu, vyvolenou metódou dobyvateľov bolo zákerné likvidovanie a vraždenie Indiánov. Aj keď verejné proklamácie bolo počuť zďaleka, so zákazom pestovania koky sa neprestávalo. Predovšetkým v štáte Peru, kde Španieli poznali hodnotu koky pre Indiánov, tak Indiáni boli prinútení pracovať v baniach výmenou za koku. Koka bola oveľa lacnejšia ako jedlo a dobyvatelia radšej dávali peniaze za koku s cieľom stimulácie do práce. Žuvanie koky sa rozširovalo spolu s narastajúcou kultúrnou kolonizáciou.

Do začiatku 19. storočia sa datuje významný prienik ópia a jeho fajčenia v Číne. Jej panovníci sa všemožnými spôsobmi snažili zastaviť epidémiu ópia, ktoré do Číny privážali anglickí obchodníci z Indie aj navzdory mnohým obmedzeniam. Predmetom samotných vojen medzi Britániou a Čínou boli nevyriešené spory ohľadom prieniku ópia do Číny a jeho legalizácie. Čína to tvrdo odmietala, Británia, naopak, podporovala nezmyselné vojny z dôvodu zisku a ekonomického rozmachu. Do histórie sa uvedené vojny vpísali pod príznačnými názvami ako I. ópiová vojna, ktorá prebiehala v rozpätí rokov 1838–1842, a II. ópiová vojna, medzi rokmi 1856–1860. Paradoxne sa jej víťazmi stali Briti, ktorí dosiahli status legalizácie ópia a Čína status upadajúceho národného spoločenstva. Podobným spôsobom imitovali Britov Holanďania, ktorí sa zmocnili Sundských ostrovov na juhovýchode dnešnej Ázie, presnejšie Indonézie. Obchodníci úspešne predávali ópium takmer až do polovice 20. storočia, keď legislatívne úpravy definitívne obmedzili jeho fajčenie. Jednou z mnohých užívaných drog v oblasti juhovýchodnej Ázie bol betel. Betel je orech z palmy areky betelovej, podobný hruške, ktorý spolu s prísadami ako hruška haseného vápna a listy z palmy tvoril „vášeň“ pre tunajších domorodcov.

Do akej hĺbky a šírky ovplyvnili jednotlivé stručne opísané historické medzníky rozvoj a smerovanie súčasného ľudstva, nech posúdi každý sám. Z hľadiska výskytu a šírenia konzumácie a užívania drogových preparátov sú istotne badateľné generačný posun a zvykmi pretrvávajúci rituálny konzum drog až podnes. S pribúdajúcimi rokmi sa drogy v dejinách ľudstva niesli v symbolike pomoci chorým, šamanských rituálov, účelu vzniku vojen a drancovania či prostých zážitkov slasti, extázy a mnohých ďalších motívov.

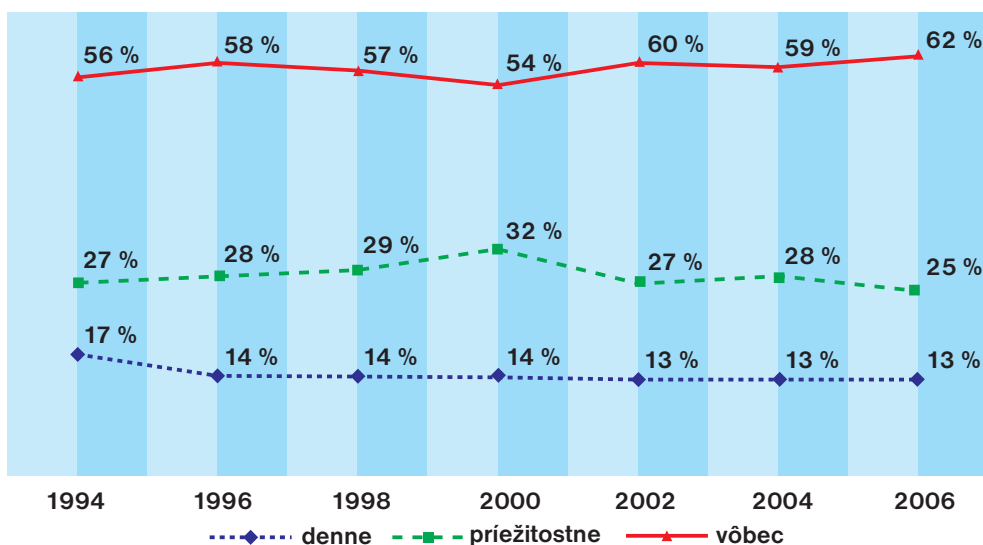
### 3. Výskyt užívania tabakových výrobkov a pasívneho fajčenia na Slovensku a v Európe

#### 3.1. Výskyt užívania tabakových výrobkov

Štatistický úrad SR počínajúc rokom 1994 periodicky v dvojročných intervaloch realizuje na reprezentatívnej vzorke prieskum názorov obyvateľov SR na užívanie drog a tabaku. Od počiatku najväčší podiel na všetkých sledovaných súboroch majú nefajčiari. Od roku 2000 stúpa podiel nefajčiarov aj medzi mládežou SR. U mládeže z Bratislavy je od roku 1998 identický podiel nefajčiarov – 53 %.

So zvyšujúcim sa vekom respondentov sa zvyšuje podiel tých, ktorí o sebe tvrdia, že fajčia denne. Na druhej strane u najmladších je najvyšší podiel príležitostných fajčiarov.

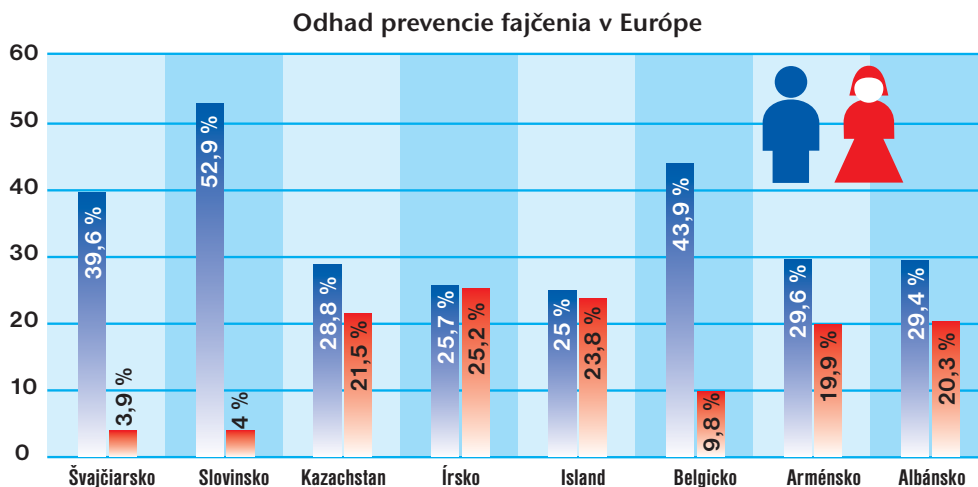
Podiely fajčiarov (denných a príležitostných a nefajčiarov, súbor SR)



Graf č. 1: Podiel fajčiarov a nefajčiarov v dospeljej populácii v SR  
Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2006

Roku 2006 sú najpočetnejšou skupinou u dospelých spomedzi troch sledovaných nefajčiari, pričom ich počet po prvýkrát presiahol hranicu 60 %. S tým úzko súvisí pokles denných fajčiarov na historicky najnižšiu úroveň od roku 1994. Podiel nepravidelných fajčiarov ostáva v porovnaní s ostatnými rokmi na konštantnej úrovni.

Z pohľadu sledovania výskytu fajčenia tabakových výrobkov u dospelých v Európe sledujeme z viacerých zdrojov a odkazov značne rozdielne údaje o prevalencii, keďže používajú inú metodiku zberu a vyhodnocovania dát. Z tohto hľadiska sú porovnateľné údaje Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá vychádza z overenej metodiky (WHO, Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008).



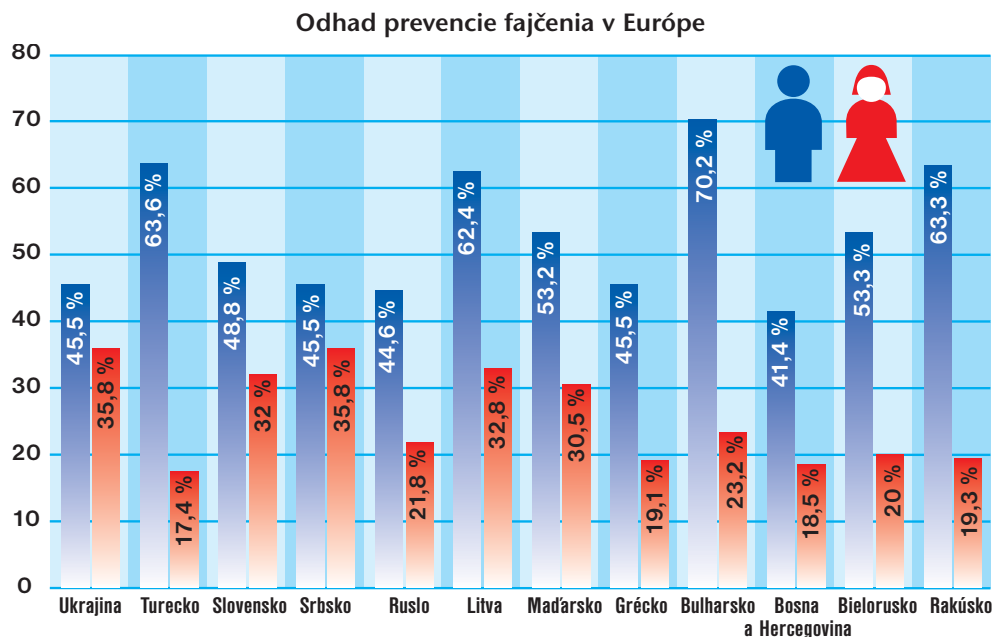
Graf č. 2: Odhad prevalencie fajčenia v Európe  
Zdroj: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008

Z hľadiska výskytu fajčenia v európskej populácii treba zdôrazniť pretrvávajúce rozdiely v úrovni medzi jednotlivými krajinami. Vo väčšine krajín existujú veľké rozdiely medzi výskytom fajčenia u žien a mužov. Spomedzi viac ako 50 krajín európskeho regiónu najnižší výskyt fajčenia tabakových výrobkov je v Albánsku, Belgicku, na Islande, v Slovinsku a vo Švajčiarsku. Na druhej strane medzi krajiny s najvyššou prevalenciou fajčenia tabakových výrobkov zaradujeme Rusko, Ukrajinu, Grécko, Srbsko, Bosnu a Hercegovinu a Bulharsko. Najväčšie rozdiely z hľadiska fajčenia u mužov a žien boli zistené v Arménsku, Albánsku a v Kazachstane. Najvyššia miera fajčenia u mužov bola v Rusku (70 %), u žien v Srbsku (40 %).

Podľa tohto grafu je situácia na Slovensku u mládeže vo veku 15–29 rokov stabilizovaná. Na rozdiel od dospelých nedošlo z pohľadu histórie za sledované obdobie rokov 1994–2006 k nárastu nefajčiarov. Fajčenie cigariet predstavuje na základe viacerých štúdií vstupnú drogu na užívanie alkoholu a ostatných drog. Z tohto hľadiska je preto pravidelné, ale aj nepravidelné fajčenie detí a mládeže spojené s rizikom užívania alkoholu a drog (Hrubá, 1999; Csémy, 1999; Lindsay, 1997; Sutherland, 1998; Adamová, 1998).

Z pohľadu sledovania výskytu tabakovej závislosti existuje oveľa menej štúdií ako v prípade alkoholovej závislosti. Podľa viacerých štúdií sa ročná prevalencia tabakovej závislosti pohybuje na úrovni 8 až 21 % (Novotný, 2008). Riziko vzniku a rozvoja





Graf č. 3: Odhad prevalencie fajčenia v Európe  
Zdroj: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008

závislosť u mládeže súvisí predovšetkým s ukazovateľom denného fajčenia. Viac ako 20 % mládeže je v riziku vzniku závislosti alebo závislosť je dokonca už rozvinutá. Približne rovnaké percento závislých fajčiarov je odhadované pre dospelú populáciu. Vzťah medzi denným fajčením u mládeže a denným fajčením u dospelých je charakterizovaný priamoúmernou závislosťou.

V prípade, že narastá podiel denných fajčiarov u mládeže, narastá podiel závislých fajčiarov u dospelých. Z pohľadu dlhodobej perspektívy by mohlo dôjsť u dospelých k zvýšeniu výskytu fajčenia, vzhľadom na to, že narastá počet detí a mládeže, čo denne fajčia.

	1995	1999	2003	2007
Chlapci	34 %	40 %	39 %	51 %
Dievčatá	20 %	34 %	36 %	43 %

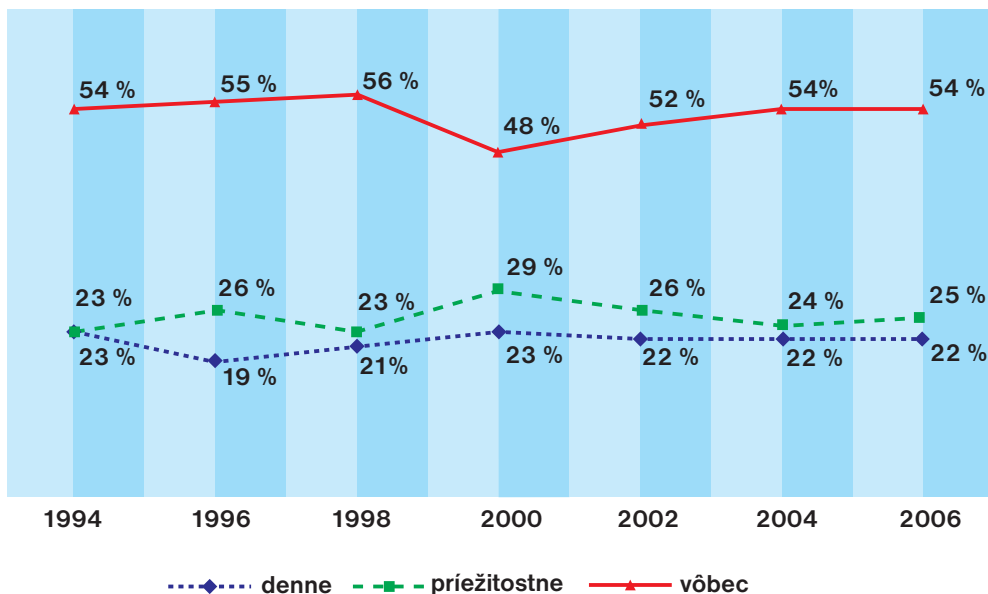
Tabuľka č. 1: Fajčenie u 16-ročných v SR v priebehu uplynulých 30 dní

Monitorovanie skúseností s užívaním tabaku u slovenských detí vo veku 16 rokov je realizované prostredníctvom prieskumov ESPAD (European School Project on Alcohol and Other Drugs), GYTS (Global Youth Tobacco Survey) a prieskumov, ktoré pravidelne vykonáva Ústav informácií a prognóz školstva.

Z tejto tabuľky je zjavné, že situácia na Slovensku sa podľa údajov z ESPAD-u zhoršuje. Alarmujúco, až o 23 %, pribudol počet dievčat, ktoré si zapálili cigaretu

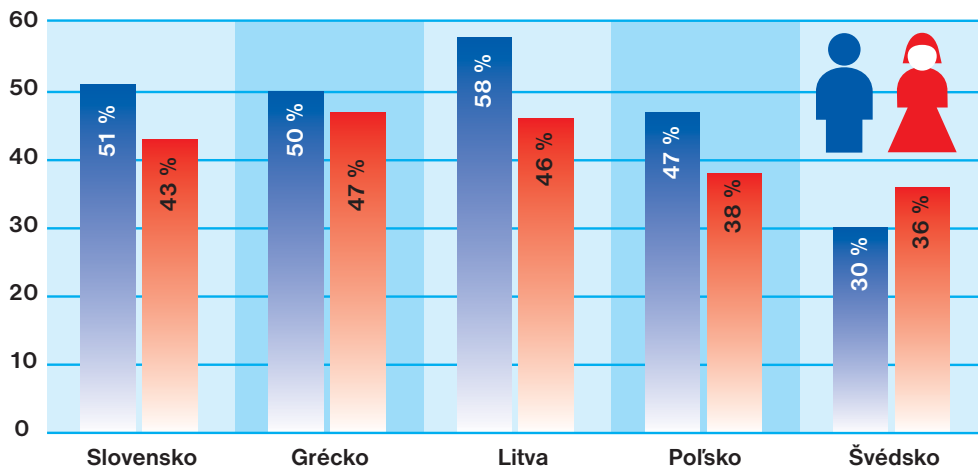


### Podiely fajčiarov (denných a príležitostných a nefajčiarov, súbor mládeže SR)



Graf č. 4: Podiel fajčiarov a nefajčiarov u mládeže vo veku 15–29 rokov  
Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2006

### Výskyt fajčenia počas minulých 30 dní



Graf č. 5: Fajčenie u 16-ročných v Európe v priebehu uplynulých 30 dní  
Zdroj: ESPAD Report 2007

	1995	1999	2003
Chlapci	26 %	35 %	35 %
Dievčatá	13 %	26 %	30 %

Tabuľka č. 2: Fajčenie u 16-ročných v SR (40 a viac razy počas života)  
Zdroj: ESPAD Report 2003

v priebehu uplynulých 30 dní (1995–2007). Ružovejšiu situáciu nebadáť ani u chlapcov, kde nárast predstavuje 17 % (1995–2007).

Z pohľadu výskytu fajčenia v Európe správa konštatuje, že vo všetkých krajinách Európy fajčila počas uplynulých 30 dní viac ako polovica mladých ľudí vo veku 16 rokov. Vo väčšine krajín fajčili počas uplynulých 30 dní častejšie chlapci ako dievčatá, výnimkou je iba Švédsko. Najvyšší výskyt fajčenia spomedzi sledovaných krajín vykázala Litva.

Ani v tejto tabuľke nič nenasvedčuje tomu, že by situácia bola lepšia. Výrazné zvýšenie fajčenia u dievčat o 17 % a u chlapcov o 9 %, signalizuje zvýšený počet fajčiarov (1995–2003).

Prieskum organizovaný Centrom pre kontrolu chorôb v USA pod názvom GYTS zisťoval výskyt fajčenia a užívania tabakových výrobkov medzi mládežou vo veku od 13 do 15 rokov aj na Slovensku. Na základe jeho výsledkov možno poukázať na najdôležitejšie údaje (GYTS, Report, 2007):

- až 29,3 % respondentov začalo fajčiť pred 10. rokom života,
- až 24,3 % respondentov v súčasnosti fajčí cigarety,
- až 11,7 % respondentov fajčí cigary,
- až 80,8% respondentov sa pokúšalo prestať fajčiť,
- až 68,5 % respondentov spomedzi nefajčiarov je doma vystavených účinkom pasívneho fajčenia, oproti 90,9 % respondentov spomedzi fajčiarov.

Reprezentatívny prieskum TAD 1, 2 a 3 pod gesciou Úradu vlády SR sledoval trendy užívania legálnych a čiastočne aj nelegálnych drog medzi žiakmi základných škôl vo veku od 11 do 15 rokov (TAD 1), trendy užívania drog medzi študentmi stredných škôl vo veku od 15 do 18 rokov (TAD 2) a nakoniec užívanie drog medzi učiteľmi a koordinátormi prevencie drogových závislostí – TAD 3 (Nociar, 2004). Prieskum prebiehal v obdobiach rokov 1994, 1998, 2002.

Obsah otázok	1994	1998	2002
Otec je fajčiar	50,4	48,0	46,6
Matka fajčí	29,8	30,9	27,7
Skúšal vyfajčiť už aspoň jednu cigaretu	35,4	50,4	50,0
Myslíš si, že raz bude fajčiť	9,5	9,8	9,6
Myslíš si, že väčšina učiteľov fajčí	49,5	-	70,7

Tabuľka č. 3: Prieskum o fajčení detí základných škôl (TAD 1)  
Zdroj: Nociar, A.: Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže, str. 26

Z vybraných položiek prieskumu TAD 1 nevidno žiadny signifikantný trend zvyšovania alebo znižovania niektorého z vybraných ukazovateľov. Výnimkou z tohto

tvrdenia je otázka, či väčšina učiteľov fajčí. V porovnaní s rokom 1994 narástlo až o 20 % vnímanie väčšiny učiteľov ako ľudí, ktorí fajčia. Až 70,7 % žiakov základných škôl si myslí, že väčšina učiteľov fajčí.

**TAD 2 (vybrané položky)**

Obsah otázok	1994	1998	2002
Kamarát/-ka pravidelne fajčí	68,4	89,4	92,1
Fajčí cigarety pravidelne (1–2 denne alebo viac)	10,9	27,0	25,0
Občas fajčí cigarety (asi 1–2 mesačne)	21,9	44,7	42,5
Cinzano a ľahká cigareta patria k dáme	11,2	20,6	22,5
Väčšina učiteľov/učiteľiek z jeho/jej školy fajčí	74,1	87,1	96,9

*Tabuľka č. 4: Prieskum o fajčení študentov stredných škôl (TAD 2)*

*Zdroj: Nociar, A.: Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže, str. 49–50*

Oproti výsledkom z predošlého prieskumu TAD 1 prieskum o užívaní drog u stredoškolskej mládeže vykazuje počas sledovaného obdobia niektoré trendy. Stále viac mladých ľudí vníma svojich kamarátov ako pravidelných fajčiarov. Podobne zvyšujúci trend kladných odpovedí možno sledovať aj pri otázke o vnímaní pitia cinzana a fajčenia cigarety ako „módneho doplnku“ pre mladé ženy. Z pohľadu prevencie je však povážlivá skutočnosť, podľa ktorej študenti vnímajú väčšinu učiteľov ako ľudí, ktorí fajčia.

Obsah položiek	1994		1998		2002	
	ZŠ	SŠ	ZŠ	SŠ	ZŠ	SŠ
Je fajčiar/-ka	23,7	20,0	15,2	17,1	13,8	16,7
Zafajčí si cigaretu aspoň cez jednu školskú prestávku	18,3	17,4	13,3	18,4	10,9	17,1
Cigaretu si dá hneď zrána ku káve	12,8	9,5	9,7	12,2	9,2	12,6
Pre žiakov je pozitívnym vzorom	87,9	87,4	94,0	86,2	96,2	91,6

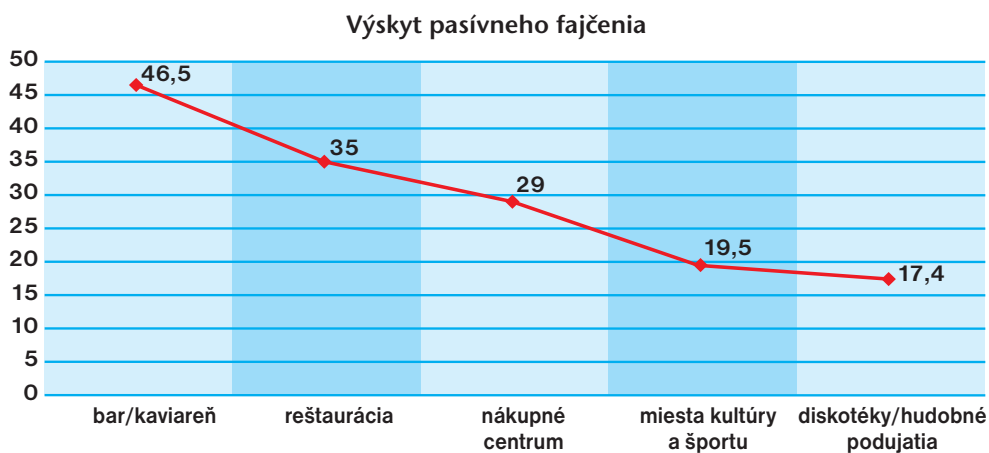
*Tabuľka č. 5: Prieskum o fajčení učiteľov ZŠ a SŠ (TAD 3)*

*Zdroj: Nociar, A.: Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže, str. 69*

V porovnaní s názormi žiakov a študentov o fajčení väčšiny učiteľov na školách vyznievajú výsledky o fajčení paradoxne. Podľa prieskumu TAD 3 klesá počet fajčiarov jednak z radov učiteľov zo základných škôl a tiež z radov učiteľov zo stredných škôl. Naproti tomu v prieskumoch TAD 1 a 2 hodnotia žiaci a študenti väčšinu učiteľov ako fajčiarov. S odpoveďou na predošlú otázku súvisí aj trend mierneho poklesu fajčenia počas školských prestávok u oboch sledovaných súborov. Na druhej strane si učitelia zo základných i stredných škôl myslia, že sú pre žiakov a študentov pozitívnym vzorom.

### 3.2. Výskyt pasívneho fajčenia

Z hľadiska výskytu pasívneho fajčenia (prieskum agentúry Markant roku 2002) obyvateľom Slovenska fajčenie najčastejšie prekáža v reštauráciách a stravovacích zariadeniach, v domácnostiach a na pracovisku. Z prieskumu sa dá nepriamo odvodiť aj výskyt pasívneho fajčenia, ktorému sú nefajčiari vystavení na vyššie uvedených miestach vrátane barov, kde sa nepodávajú jedlá. Tieto údaje podporujú aj zistenia iného prieskumu, ktorý skúmal aspekty pasívneho fajčenia u Bratislavčanov (Prevalencia vystavovania, 2006).



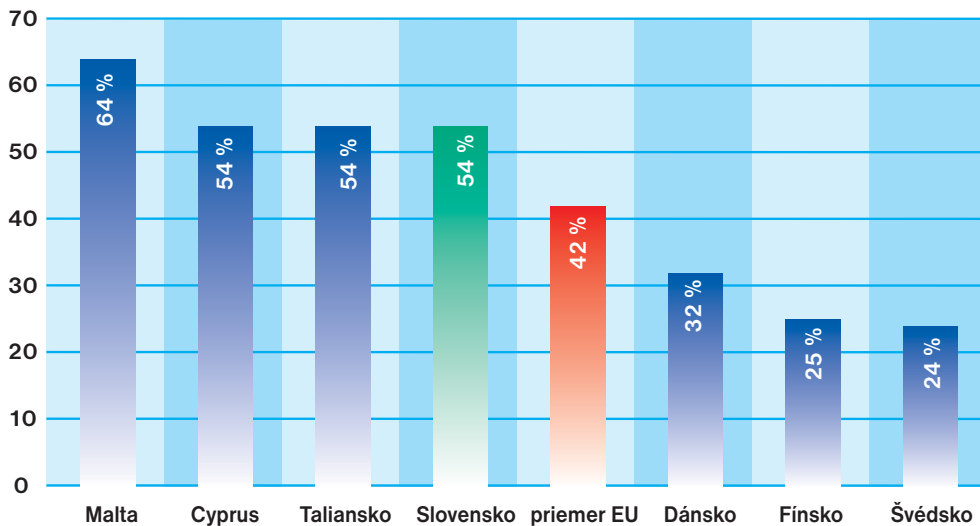
Graf č. 6: Najčastejšie miesta výskytu pasívneho fajčenia

Mladí ľudia sú vystavení účinkom pasívneho fajčenia aj na diskotékach a do popredia v súčasnosti vystupuje aj fajčenie vo veľkých obchodných komplexoch, v ktorých sa nachádzajú zariadenia spoločného stravovania. Práve fajčenie v zariadeniach, ktoré sa nachádzajú vo veľkých obchodných komplexoch, je pre verejnosť problémom. Na fajčenie v zariadeniach spoločného stravovania sa vzťahuje čiastočný zákaz fajčenia, na rozdiel od úplného zákazu fajčenia v obchodoch.

Z pohľadu výskytu pasívneho fajčenia v EÚ podľa dospeléj populácie je podľa prieskumu Európskeho štatistického úradu najhoršia situácia na Malte, kde je veľmi často a občas vystavených účinkom pasívneho fajčenia až 64 % dospeléj populácie nad 18 rokov. Na ďalších miestach nasledujú Cyprus, Taliansko a Slovensko na úrovni vystavenia 54 % dospeléj populácie (Attitudes of Europeans, 2006).

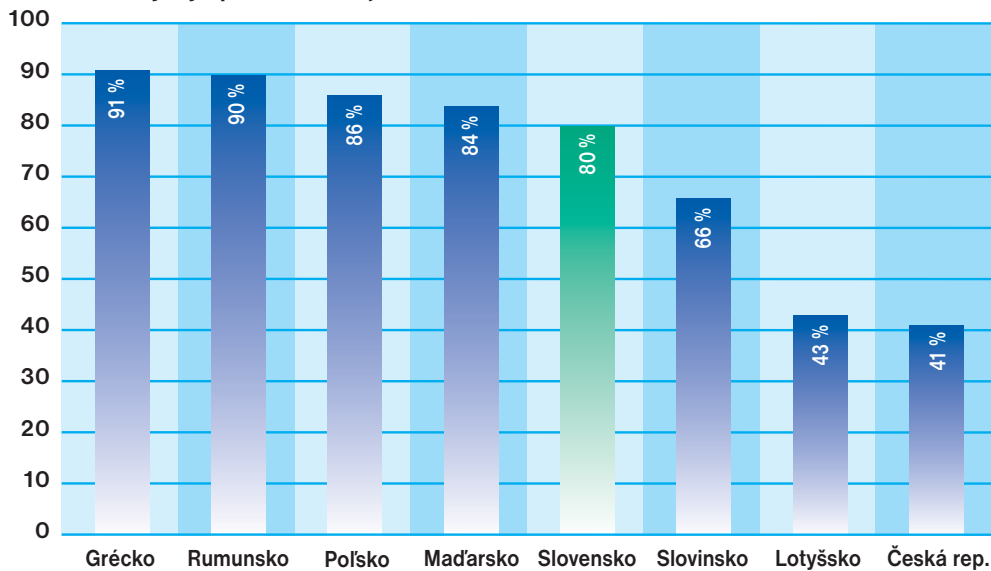
Oveľa dramatickejšia situácia sa javí u detí vo veku 13 až 15 rokov, kde je miera vystavenia pasívnemu fajčeniu na oveľa vyššej úrovni ako u dospeléj populácie. Na základe porovnania z predošlých údajov sa dá usudzovať, že deti sú viac nedobrovoľne vystavené účinkom pasívneho fajčenia než dospelí, ktorí sa môžu rozhodnúť, či budú, alebo nebudú akceptovať fajčenie, predovšetkým v domácnostiach (European Tobacco Control Report, 2007).

Ako často ste vystavení pasívnemu fajčeniu počas dňa? (veľmi často + niekedy)



Graf č. 7: Vystavenie pasívnemu fajčeniu dospelých v Európe

Výskyt pasívneho fajčenia u detí v domácnostiach v roku 2003



Graf č. 8: Výskyt pasívneho fajčenia u detí v domácnostiach v Európe

Na základe týchto nepriaznivých údajov sa dá usudzovať, že deti oveľa citlivejšie vnímajú výskyt pasívneho fajčenia v domácnostiach ako dospelí. Na druhej strane je vysoká miera vystavenia pasívnemu fajčeniu prekvapivá, keďže na Slovensku fajčí spomedzi dospelaj populácie 38 % obyvateľstva. Pravdepodobnou príčinou skresleného údaju je chyba v otázke a následne vyhodnotení miery výskytu pasívneho fajčenia, ktoré sa vzťahuje aj na verejné miesta a nielen na domácnosti.

## 4. Výskyt užívania alkoholických nápojov

### 4.1. Výskyt užívania alkoholu na Slovensku

Na Slovensku bola oddávna silná tradícia pitia doma vyrábaných alkoholických nápojov. Okrem vína ide najmä o výrobu a pitie rôznych druhov destilátov s obsahom alkoholu od 40 do 60 %. Preto je veľmi ťažké určiť skutočnú spotrebu alkoholu na obyvateľa bez toho, aby sme nezohľadnili aspoň hrubý odhad jeho neregistrovanej spotreby. Staršie pramene uvádzajú pred rokom 1960 priemernú spotrebu od 3 do 5 litrov alkoholu na obyvateľa (v prepočte na 100-% lieh) za rok, s nízkym podielom piva a so zhruba porovnateľným podielom vína a destilátov (Nociar, 2001).

Počas ďalších 20 rokov sa spotreba alkoholu v populácii viac než zdvojnásobila: zo 4,7 litra 100-% liehu roku 1960 na 10,7 litra roku 1980, s absolútnym vrcholom 10,9 litra roku 1982. To viedlo k nárastu počtu osôb závislých od alkoholu, s dôsledkami pre celú spoločnosť (autonehody, kriminalita, rozvody), ale aj pre jednotlivé sektory society, predovšetkým pre oblasť zdravotníckej starostlivosti (úmrtnosť na cirhózu pečene, otravy alkoholom, alkoholické psychózy a iné choroby súvisiace s alkoholom). Rast spotreby alkoholu bol konštantný v období rokov 1960 až 1980, s malým poklesom z 10,2 na 9,5 litra v rokoch 1986–1989 (počas Gorbačovom inšpirovanej protialkoholickéj kampane), ale od roku 1990 oficiálne registrovaná spotreba postupne klesá (Ochaba, 2008).

Podľa výsledkov skríningu je na Slovensku okolo 32 % problémových pijanov, najmä na východnom Slovensku (Kafka, 1998).

#### Požívanie alkoholických nápojov u dospeljej populácie

Od roku 1996 po súčasnosť sa v súbore SR podľa prieskumu Štatistického úradu SR (2006) významnejšie nezmenili podiely respondentov, ktorí o sebe uviedli, že pijú 10- a viacstupňové pivo denne a 2 až 3 razy do týždňa, mierne sa opäť znížil podiel tých, ktorí ho pijú príležitostne (oproti roku 2004 o 2 percentuálne body). Podiel abso-

Pitie piva v súbore dospeljej populácie SR (údaje v %)				
rok	denne	2–3 razy do týždňa	len príležitostne	vôbec nepije
1996	9	16	41	34
1998	7	16	41	36
2000	8	17	43	32
2002	7	14	45	34
2004	8	15	42	35
2006	8	15	40	37

Tabuľka č. 6: Pitie piva u dospeljej populácie na Slovensku  
Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2006

lútnych nekonzumentov 10- a viacstupňového piva v celoslovenskom súbore sa v súčasnosti blíži k takmer dvom pätinám oslovených, čo je doteraz najväčšia skupina.

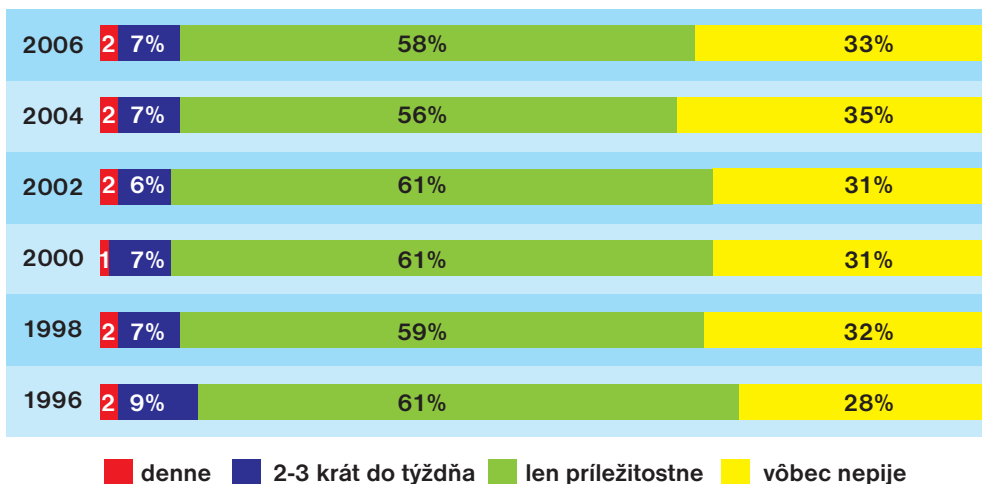
Dennú konzumáciu vína podľa Štatistického úradu SR roku 2006 v dospeljej populácii SR potvrdilo 1 % opýtaných, čo potvrdzuje stabilizovaný trend, s výnimkou roka 2004, 2 až 3 razy do týždňa ho pije 6 % oslovených. Na druhej strane stúpol podiel príležitostných konzumentov o päť percentuálnych bodov a aktuálne predstavuje sedem z desiatich oslovených. Nekonzumentov vína prieskum od začiatku meraní zistil asi medzi štvrtinou dospeljej populácie a toto číslo je od roku 1996 takmer stabilizované.

Pitie vína v súbore dospeljej populácie SR (údaje v %)				
ok	denne	2-3 razy do týždňa	len príležitostne	vôbec nepije
1996	1	8	67	24
1998	1	6	70	23
2000	1	7	69	23
2002	1	6	69	24
2004	2	8	64	26
2006	1	6	69	24

Tabuľka č. 7: Pitie vína u dospeljej populácie na Slovensku  
Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2006

Podiel požívateľov liehovín v súbore dospeljej populácie narástol oproti roku 2004 o 2 percentuálne body. Prieskum zaznamenal tiež o 2 percentuálne body viac príleži-

### Pitie liehovín v súbore dospeljej populácie

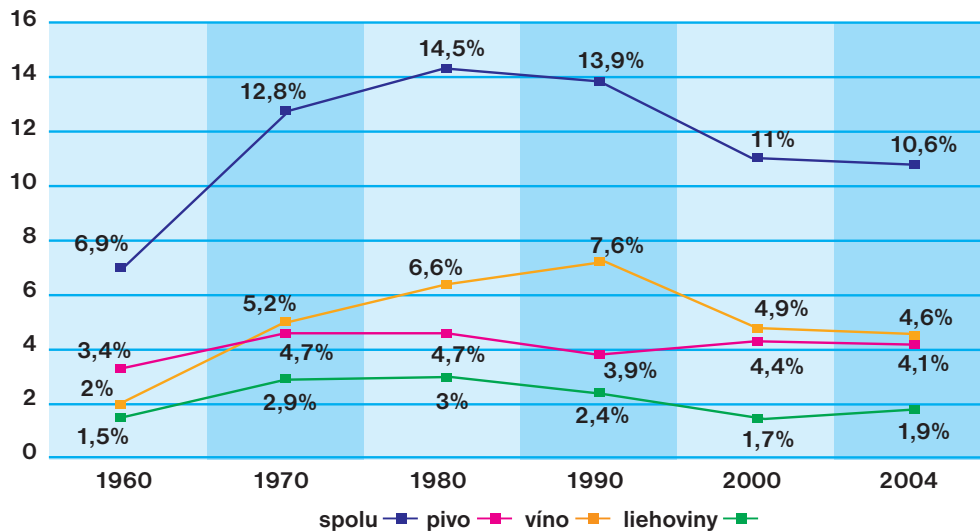


Graf č. 9: Pitie liehovín u dospeljej populácie na Slovensku  
Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2006



tošných konzumentov liehovín. Denných konzumentov a takých, ktorí pijú „tvrdý“ alkohol 2–3 razy do týždňa, je rovnaké množstvo ako v minulých meraniach. Oproti roku 1996 narástol počet ľudí, ktorí vôbec nekonzumujú liehoviny, z 28 % na 33 %.

### Spotreba alkoholu na obyvateľa nad 15 rokov v prepočte na 100% lieh (litre)



Graf č. 10: Vývoj spotreby alkoholu na obyvateľa nad 15 rokov veku na Slovensku

V súvislosti s údajmi o spotrebe alkoholu za obdobie viac ako 40 rokov na Slovensku poslúži na ilustráciu nasledujúci graf, ktorý vychádza z údajov Heretika a kol., 2007.

### Pitie u mládeže na Slovensku

V súvislosti s konzumáciou alkoholu u mladých ľudí sú najčastejším dôvodom pitia prejavy priateľstva, ľahšia konverzácia, zlepšenie nálady a zábava (Kyasová,

Pitie piva v súbore 15- až 29-ročnej mládeže SR (údaje v %)				
ok	denne	2–3 razy do týždňa	len príležitostne	vôbec nepije
1996	6	15	41	38
1998	3	14	41	42
2000	4	17	44	35
2002	4	14	45	37
2004	4	15	43	38
2006	4	15	45	36

Tabuľka č. 8: Pitie piva u mládeže na Slovensku  
Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2006

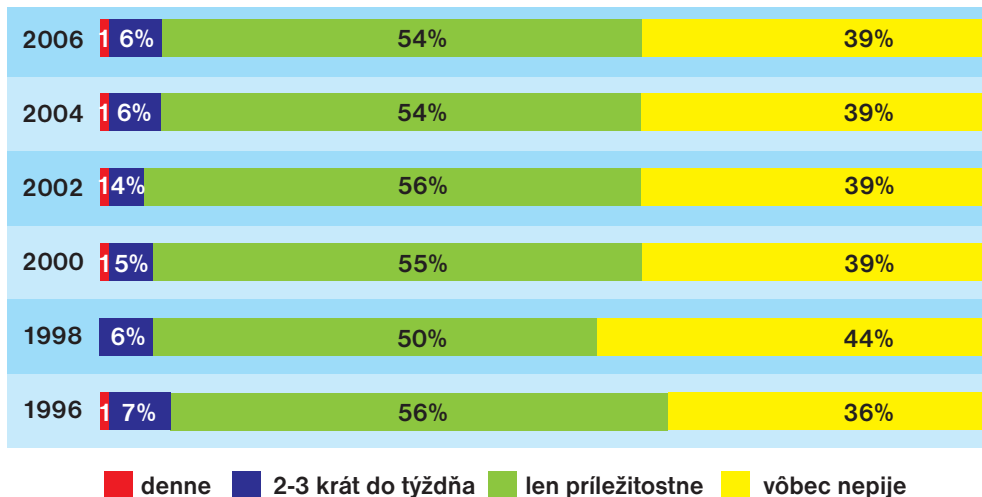
Pitie vína v súbore 15- až 29-ročnej mládeže SR (údaje v %)				
ok	denne	2-3 razy do týždňa	len príležitostne	vôbec nepije
1996	1	8	67	24
1998	0	6	67	27
2000	1	5	69	25
2002	1	4	70	25
2004	1	6	66	27
2006	0	5	69	26

Tabuľka č. 9: Pitie vína u mládeže na Slovensku  
Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2006

2001). Na bagatelizujúce postoje ku konzumu alkoholu poukazujú viaceré prieskumy (Škodáček, 1999; Hrubá, 1999). V porovnaní s dospelými je výskyt konzumácie alkoholu podobný, avšak vyskytuje sa oveľa menej mládeže, ktorá konzumuje alkoholické nápoje denne. Z pohľadu pitia liehovín je dokonca viac abstinentov u mládeže ako u dospelých, čo je však pochopiteľné.

Z hľadiska pitia piva u mládeže vo veku 15–29 rokov sa situácia od roku 1996 vážnejšie nezmenila. Pribudol počet tých respondentov, ktorí si vypijú pivo len príležitostne. Podobný trend sa týka aj pitia vína, kde mierne pribudol počet respondentov, ktorí ho vypijú príležitostne, a súčasne mierne poklesol počet tých, ktorí si vypijú víno 2 až 3 razy do týždňa. V oblasti konzumácie liehovín neboli za sledované obdobie rokov 1996–2006 zaznamenané žiadne výrazné a dokonca ani malé rozdiely v konzume liehovín.

#### Pitie liehovín v súbore 15-29 ročnej mládeže SR



Graf č. 11: Pitie liehovín u mládeže na Slovensku  
Zdroj: Štatistický úrad SR, Prieskum verejnej mienky 2006

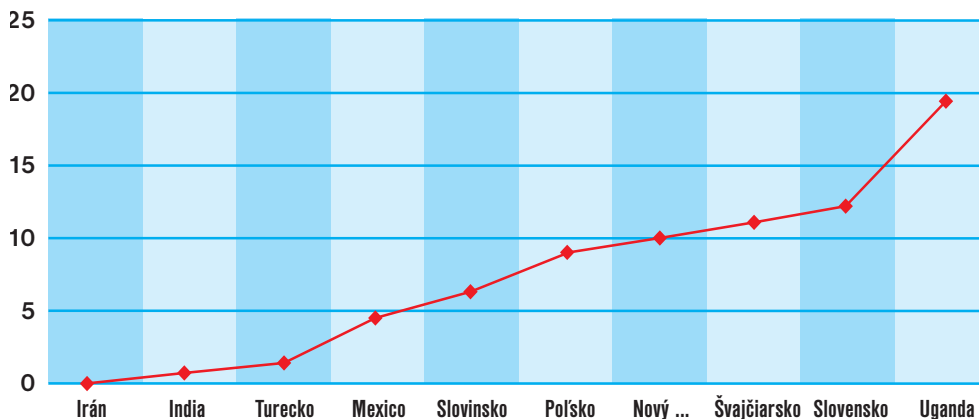
Najčastejšou kategóriou konzumentov alkoholických nápojov vo všeobecnosti tvoria respondenti, ktorí si vypijú príležitostne.

## 4.2. Výskyt užívania alkoholu v Európe

Z pohľadu epidemiológie užívania alkoholických nápojov v Európe existujú za obdobie viac ako 50 rokov zmeny, ktoré do veľkej miery spôsobil prístup v politike kontroly alkoholu.

Roku 1980 bola v Európe priemerná spotreba čistého alkoholu na osobu a rok asi na úrovni 17 litrov, čo predstavuje v histórii sledovania vrchol. Od tohto obdobia nastáva pozvoľný pokles spotreby alkoholu na osobu takmer vo všetkých rozvinutých európskych krajinách. Avšak aj z pohľadu jednotlivých rozvinutých európskych krajín existovali značné rozdiely v konzumácii alkoholu. Evidentný rozdiel bol sledovaný v rokoch 1996 a 1998 v Nórsku – úroveň 7,1 litra čistého alkoholu na osobu nad 15 rokov, na rozdiel od úrovne 14,7 litra v Portugalsku (Room, 2002). Údaje o priemernej úrovni spotreby čistého alkoholu sa líšia aj podľa typu alkoholického nápoja. Napríklad Česká republika predstavuje na celom svete najväčšieho konzumenta piva – na úrovni 9,43 litra na osobu a rok. Najväčším konzumentom vína je Luxembursko – na úrovni 9,43 litra na osobu a rok. Najväčším konzumentom liehovín je Moldavsko – na úrovni 10,49 litra na osobu a rok (WHO Global Status Report on Alcohol, 2004).

Konzum čistého alkoholu v litroch na osobu (15+)



Graf č. 12: Konzum alkoholu vo svete  
Zdroj: WHO Global Status Report on Alcohol, 2004

Najnižší výskyt užívania alkoholu je zaznamenaný v krajinách Blízkeho Východu a v Ázii, naopak, najvyšší je v strednej, západnej a vo východnej Európe.

Európa je dnes jedným z najväčších užívateľov alkoholických nápojov na úrovni spotreby 11 litrov čistého alkoholu ročne na dospelú osobu od 15 rokov na svete. Aj keď z pohľadu 70. rokov došlo k poklesu spotreby, ktorá predstavovala až 17 litrov čistého alkoholu na dospelú osobu ročne, problém z pohľadu podpory verejného zdravia trvá dodnes. Alkohol je po tabaku a zvýšenom krvnom tlaku tretím najzávažnejším rizikovým faktorom, ktorý spôsobuje ochorenia a zhoršuje úroveň verejného zdravia. Posledných štyridsať rokov viedlo k vyrovnávaniu rozdielov v konzumácii alkoholu v Európe, ktoré boli v rokoch 1960 až 1980 sprevádzané nárastom konzumu v strednej a severnej Európe. Väčšina Európanov konzumuje alkohol, pričom alkohol vôbec nekonzumuje iba 15 % dospeléj populácie. Najčastejším nápojom, ktorý sa v Európe konzumuje, je pivo (44 %), potom víno (34 %) a nakoniec destiláty alebo tvrdý alkohol (23 %). Odhady expertov z Európskej únie a zo Svetovej zdravotníckej organizácie naznačujú, že v Európe je 23 miliónov ľudí, ktorí majú problémy so závislosťou od alkoholu, čo predstavuje 5 % mužov a 1 % žien. Z hľadiska výskytu užívania alkoholických nápojov za minulých 30 dní je Slovensko v priemere krajín EÚ. Priemer výskytu v EÚ je 66 % užívateľov alkoholu, Slovensko je na úrovni výskytu 65 % (Attitudes, 2006).

### 4.3. Výsky užívania drog

Podľa Správy o komplexnom vyhodnotení plnenia Národného programu boja proti drogám za obdobie rokov 2004–2008, ktorú prijala vláda SR uznesením č. 259 v apríli 2009, sa pozornosť a úsilie spoločnosti v uvedenom období sústredili najmä na elimináciu rizík spojených s vývojom drogovej scény. Naďalej pretrvávajú rad nepriaznivých a znepokojujúcich prvkov, najmä v súvislosti s neustále sa meniacim charakterom drogovej scény. Občania Slovenska citlivo vnímajú riziká, ktoré prináša problematika drog. Postoj verejnosti k danej problematike sa od roku 1996 výrazne nezmenil. Prevažuje názor, že užívatelia drog sú chorí ľudia. Za najefektívnejšie spôsoby riešenia problémov s drogami sú v dlhšom časovom horizonte považované uplatňovanie práva, resp. represie.

Hodnotené obdobie je charakterizované dynamikou zmien vo vývoji drogovej scény. Dominantnými drogami sa stali marihuana, pervitín a heroín. S nimi sú spojené tieto ukazovatele: najviac užívateľov drog v liečbe, najvyšší podiel páchatelov drogových trestných činov a najväčší podiel na záchytoch drog. Oproti predchádzajúcemu obdobiu sa „posilnila pozícia“ marihuany a extázy. Užívanie marihuany prekáža občanom čoraz menej. Pokiaľ roku 1991 prekážalo užívanie „ľahkých drog“ 85 % ľudí, roku 1999 to bolo 74 % a roku 2008 len 64 %. Od roku 1997 sa zvyšuje počet tých, ktorí priznávajú experimentovanie s nelegálnymi drogami, či už ich fajčením (1997: 16,3 %; 2007: 22,4 %), alebo orálnou konzumáciou (1997: 4,5 %; 2007: 7,0 %). Najčastejším vekom, keď mladí ľudia začínajú experimentovať s drogami, je obdobie od 14 do 17 rokov. V prípade marihuany je v súčasnosti najvyššia prevalencia užívania v 15- až 19-ročnej populácii. Vývoj na slovenskom trhu s drogami signalizuje taktiež upevnenie pozície pervitínu. Narastá počet jeho užívateľov a skúseností s jeho užívaním, zvýšil sa

počet laboratórií na jeho výrobu. Situácia v užívaní heroínu sa viac-menej stabilizovala. Celoživotná prevalencia jeho užívania vo všeobecnej populácii je z dlhodobého hľadiska približne rovnaká, v ostatnom období nebolo zaznamenané zvýšenie jeho spotreby. V užívaní jednotlivých drog pretrvávajú regionálne rozdiely. Bratislavský región výrazne prevyšuje iné regióny Slovenska. Opiáty dominujú na západnom Slovensku, užívanie marihuany je výraznejšie na strednom Slovensku, na východnom Slovensku sa oproti iným regiónom viac užívajú prchavé látky.

Hoci podľa populačných prieskumov došlo k miernemu poklesu v prevalencii pervitínu vo všeobecnej populácii, v skupine 15- až 24-ročných je zaznamenaný nárast skúsenosti s jeho užívaním. Roku 2007 najviac po prvýkrát liečebných osôb tvorili užívatelia pervitínu, s priemerným vekom 23 rokov. Rastie výroba pervitínu, jeho distribúcia sa rozširuje aj do iných regiónov Slovenska. Vzrastá dostupnosť extázy a podľa populačných prieskumov rastú tiež skúsenosti s jej užívaním, najmä u mladých ľudí. Celoživotná prevalencia užívania kokaínu je síce nízka, okolo 1 %, od roku 1998 však veľmi mierne rastie a roku 2006 sa v porovnaní s predchádzajúcim obdobím liečil vyšší počet užívateľov kokaínu [7].

Výskyt infekcie HIV u injekčných užívateľov drog ostáva pod 1 %. K 31. 12. 2007 bolo v SR evidovaných 323 osôb infikovaných HIV, z toho 99 cudzincov. Roku 2007 vzrástol počet hlásení výskytu chronickej hepatitídy typu C z 239 na 367 (115 prípadov u vnútrožilových užívateľov drog). Stabilizoval sa počet hlásení akútnych prípadov hepatitídy typu B (103 prípadov, z toho 14 u injekčných užívateľov drog). Testovanie užívateľov drog, ktorí nie sú v kontakte so zdravotníckym zariadením, nie je zatiaľ bežne dostupnou službou.

Hodnotiace obdobie je charakteristické nárastom drogových trestných činov a trestných činov súvisiacich s drogami. Najviac drogových trestných činov bolo spáchaných v súvislosti s marihuanou, pervitínom a heroínom. Z pohľadu vývoja drogovej trestnej činnosti sa vyrovnávajú regionálne rozdiely, centrom drogovej trestnej činnosti z pohľadu množstva zaistených drog naďalej zostáva Bratislavský kraj. Zvýšili sa záchyty marihuany a pervitínu, pričom napríklad v prípade pervitínu ide roku 2007 až o 33,5-% nárast oproti roku 2006. V ostatnom období narastá počet záchytov i množstvo zachyteného kokaínu. Ceny marihuany, hašiša, kokaínu, heroínu a LSD sú relatívne stabilizované, u extázy a pervitínu cena poklesla.

Napriek úsiliu, pomoci a opatreniam v oblasti liečby a následnej starostlivosti o užívateľov drog a v oblasti uplatňovania práva časť užívateľov drog, ktorí nie sú v kontakte so žiadnym liečebným zariadením, sociálnymi službami alebo políciou (súdmi), ostáva skrytá. Znepokojenie vyvoláva narastajúci počet problémových užívateľov drog ( veková skupina 15- až 64-ročných), pretože ich spôsob a intenzita užívania opiátov, kokaínu alebo amfetamínov predstavuje riziko zdravotných, sociálnych alebo trestnoprávných následkov. Podľa dostupných údajov sa počet problémových užívateľov definovaných ako vnútrožiloví užívatelia a/alebo dlhodobo pravidelne užívajúci opiáty a/alebo pervitín roku 2007 odhaduje približne na 17 900 (4,7/1000 obyvateľov), s rozmedzím od cca 12 800 do cca 34 800 osôb [9]. Avšak v kontakte so službami zameranými na znižovanie sociálnych a zdravotných dôsledkov užívania drog je ich maximálne jedna tretina.

Z pohľadu rizika rozvoja závislosti od marihuany sú alarmujúce údaje, že skúsenosť s marihuanou má na Slovensku až 32 % stredoškôľakov. V poradí sledovaného ukazovateľa v Európe je Slovensko na piatom mieste.

Z pohľadu európskeho sa konštatujú viaceré trendy v užívaní drog. Podľa Šteliara (2009) sú najdôležitejšie z nich tieto:

- stabilizovaný trend užívania nelegálnych drog, avšak na relatívne vysokej úrovni,
- pokles užívania kanabisu, a to dokonca medzi mladými ľuďmi,
- situácia v oblasti užívania kokaínu a heroínu sa nezlepšuje,
- významným problém sú užívatelia viacerých drog súčasne.

## 5. Zdravotné následky fajčenia a užívania alkoholu

Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie závislosť od alkoholu sa vyskytuje asi u 10 % mužov a 3–5 % žien na svete. Päťdesiattri percent populácie vo veku od 26 do 34 rokov konzumuje nejakú drogu, 90 % populácie vo veku 26 až 34 rokov konzumuje alkohol a 73 % populácie sveta vo veku 26 až 34 rokov fajčí cigarety (Forgáčová, 2007). Z týchto údajov vyplýva vysoký výskyt celosvetového užívania alkoholu, tabaku a drog, aj napriek tomu, že veľa štúdií dokazuje, že ľudia si uvedomujú zdravotné následky ich užívania spojené s rizikom vzniku a rozvoja závislosti. Podstatným faktorom, ktorý predpovedá užívanie tabaku, alkoholu a drog, sú pozitívne či negatívne očakávania s tým spojené (Lejčková, 2006).

### 5.1. Zdravotné následky aktívneho fajčenia

Medzi základné dôsledky fajčenia dnes zaraďujeme:

- **rakovinu,**
- **choroby dýchacích ciest,**
- **srdcovo-cievne ochorenia,**
- **vplyv na tehotenstvo a reprodukčné funkcie,**
- **závislosť**

#### 5.1.1. Rakovina

Odhaduje sa, že jedna z troch osôb ochorie niekedy v živote na rakovinu a jedna zo štyroch osôb na ňu zomrie. Roku 1995 zomrelo vo Veľkej Británii na rakovinu, ktorá sa vyskytla v súvislosti s fajčením, 46 000 ľudí: je to asi jedna tretina všetkých úmrtí na toto ochorenie. Na Slovensku vplyvom fajčenia zomiera ročne okolo 11 000 ľudí.

#### **Rakovina pľúc**

Rakovina pľúc je choroba, ktorá je s fajčením spájaná najčastejšie. Zabíja viac ľudí než akýkoľvek iný druh rakoviny a najmenej 80 % týchto úmrtí je spôsobených fajčením. Roku 1997 zomrelo v Anglicku a vo Walese na rakovinu pľúc 30 014 osôb. V posledných 20 rokoch výskyt rakoviny pľúc u mužov vo veku do 65 rokov trvalo klesá, ale v tomto období bol súčasne zaznamenaný jej rastúci výskyt u žien.

Úmrtnosť na rakovinu pľúc u žien sa roku 1997 mierne znížila, i keď je ešte príliš skoro na to, aby bolo možné posúdiť, či ide o klesajúci trend.

### **Rakovina úst a krku**

Fajčenie cigariet, fajok a cigár je rizikovým faktorom na rakovinu hrtanu, ústnej dutiny a pažeráka. Riziko týchto foriem rakoviny sa zvyšuje s počtom vyfajčených cigariet. U fajčiarov, ktorí fajčia fajku alebo cigary, je riziko rakoviny podobné riziku fajčiarov cigariet. Silní fajčiari majú riziko úmrtia na rakovinu hrtanu až 30-krát vyššie než nefajčiari. Riziká spojené s tabakom a alkoholom sa navzájom násobia, pokiaľ sa expozícia oboma vyskytuje súčasne: u tých, ktorí sú silní fajčiari a zároveň pijú veľké množstvo alkoholu, sú ich návyky príčinou deviatich z desiatich prípadov rakoviny hrtanu.

Tabak a alkohol pôsobia synergicky aj v prípade rakoviny ústnej dutiny a pažeráka. U konzumentov oboch produktov bolo riziko týchto druhov rakoviny zvýšené viac ako 35-krát – týka sa to predovšetkým osôb, ktoré fajčili dva alebo viac balíčkov cigariet denne a vypili viac než štyri alkoholické nápoje denne. Odhaduje sa, že fajčenie tabaku a pitie alkoholu spôsobujú asi tri štvrtiny všetkých typov rakoviny ústnej dutiny a pažeráka.

### **Rakovina krčka maternice**

Epidemiologické štúdie preukázali, že fajčenie cigariet predstavuje rizikový faktor na vznik rakoviny maternicového krčku a že toto riziko narastá úmerne dĺžke času fajčenia danej ženy. Riziko závažného poškodenia výstelky krčku maternice, z ktorej sa môže vyvinúť rakovina, je u fajčiarok zvýšené. Riziko komplikácií gravidity a patologického vývinu plodu sa zvyšuje s počtom vyfajčených cigariet (Huttová, 2001).

### **Rakovina pankreasu**

Rakovina pankreasu (podžalúdková žľaza) je rýchlo sa zhoršujúce ochorenie končiacie sa smrťou, pričom len okolo 4 % ľudí s touto diagnózou sa dožijú päť rokov po stanovení diagnózy. Fajčenie cigariet je silný a nezávislý predpovedajúci faktor rakoviny pankreasu, aj keď desať rokov potom, čo daná osoba prestane fajčiť, sa toto riziko v priemere znižuje na úroveň rizika u nefajčiarov. Riziko tejto choroby je úmerné spotrebe tabaku a dĺžke trvania fajčenia. Fajčenie cigariet je spojené so znížením počtu Langerhansových buniek, ktoré sú dôležitou súčasťou imunitného systému. Počet týchto buniek je nepriamo úmerný počtu denne vyfajčených cigariet.

### **Rakovina konečníka**

V jednej štúdii realizovanej v Škandinávii sa zistilo, že u žien pred prechodom, ktoré počas štúdie fajčili, bolo riziko rakoviny konečníka v porovnaní so ženami, ktoré nikdy nefajčili, viac než päťkrát vyššie. Riziko sa zvyšuje o 6,7 % za jeden roko-balíček (roko-balíček je definovaný ako 20 cigariet vyfajčených denne počas jedného roka).

### **Rakovina močového mechúra a obličiek**

Fajčenie prispieva tiež k vzniku rakoviny močového mechúra i rakoviny obličiek. V jednej štúdii realizovanej v Austrálii sa zistilo, že fajčiari mali minimálne dvakrát vyššiu pravdepodobnosť, že sa u nich vyvinie rakovina obličiek. Štúdia tiež zistila, že začiatok fajčenia pred 18. rokom života je nezávislým faktorom na vznik jedného typu rakoviny obličiek.



### **Leukémia**

Štúdia sledujúca úmrtnosť u 248 000 amerických vojnových veteránov, z ktorých 723 zomrelo počas 16 rokov sledovania na leukémiu, ukazuje významné zvýšenie rizika leukémie v súvislosti s fajčením. Zároveň bol v štúdií zistený vzťah medzi dávkou a rizikom, čo znamená, že riziko je priamo úmerné vyfajčenému množstvu cigariet. Bolo vypočítané, že riziko osôb, ktoré fajčia, je 1,5-násobné a riziko bývalých fajčiarov 1,4-násobné v porovnaní s nefajčiarimi, ktorí majú riziko 1,0-násobné.

#### **5.1.2. Choroby dýchacích ciest**

Odhaduje sa, že fajčenie spôsobuje každý rok približne 11 000 predčasných úmrtí, z ktorých asi jedna štvrtina pripadá na rakovinu pľúc a asi jedna pätina na chronickú obštrukčnú chorobu pľúc – bronchitídu a rozdtutie pľúc (emfyzém). Respiračný systém má zásadný význam pre život a čokoľvek, čo zabraňuje jeho činnosti, môže spôsobiť smrť. Rakovina týchto orgánov je často zistená príliš neskoro na to, aby mohli byť vyliečení. Menej než 10 % pacientov s rakovinou pľúc prežije päťročné obdobie po stanovení diagnózy. Väčšina z nich umiera do jedného roka po jej stanovení.

#### **Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP)**

Chronická obštrukčná choroba pľúc (t.j. chronická bronchitída a rozdtutie pľúc) je choroba, ktorá vedie k postupnej invalidite pacienta. Môže privodiť dlhotrvajúce utrpenie, ktoré je spôsobené problematickým dýchaním v dôsledku upchatia alebo zúženia malých priedušiek v pľúcach a zničenia vzduchových pľúcnych komôrok, potrebných na výmenu kyslíka. Pri ich zničení stratia pľúca svoju pružnosť a na vstrebávanie kyslíka je k dispozícii menší celkový povrch. Začiatok choroby je veľmi pomalý, dýchavičnosť sa prejaví ako problém až potom, keď už došlo k zničeniu približne polovice pľúcneho tkaniva.

Fajčenie je hlavnou príčinou chronickej obštrukčnej choroby pľúc, ktorá je inak u nefajčiarov veľmi vzácna a najmenej 80 % úmrtí na túto chorobu je pripisovaných fajčeniu cigariet. Riziko úmrtí na chronickú obštrukčnú pľúcnu chorobu sa zvyšuje s počtom vyfajčených cigariet. V posledných 20 rokoch dochádza vo Veľkej Británii k trvalému poklesu úmrtnosti na chronickú bronchitídu. Pripisuje sa to čistejšiemu vzduchu, zlepšeným sociálnym podmienkam, poklesu počtu fajčiarov (mužov), zníženiu obsahu škodlivín v cigaretách a pokroku v oblasti liečby. Aj tak sú určité náznaky toho, že tento pokles by mohol byť menej výrazný ako spočiatku, čo sa vysvetľuje tým, že sa medzitým zmenilo názvoslovie týchto chorôb.

#### **5.1.3. Srdcovo-cievne ochorenia**

Vo Veľkej Británii je fajčenie tabaku každý rok príčinou zhruba 30 000 úmrtí na ischemickú chorobu srdca – čo predstavuje približne 20 % všetkých úmrtí na srdcové choroby. V USA zapríčiňuje ročne 400 000 úmrtí.

### **Ischemická choroba srdca (ICH S)**

Fajčenie cigariet, zvýšená hladina cholesterolu a vysoký krvný tlak sú overené nededičné rizikové faktory spôsobujúce ICHS. Riziko u fajčiara cigariet, že dostane srdcový infarkt, je dvakrát až trikrát vyššie ako u nefajčiara. Pokiaľ sú súčasne prítomné oba ďalšie hlavné rizikové faktory, šanca dostať srdcový infarkt sa môže zvýšiť osemkrát. Predpokladá sa, že najmenej 80 % všetkých srdcových infarktov u mužov mladších ako 45 rokov je spôsobených fajčením.

V tomto veku sa u ťažkých fajčiarov smrteľný srdcový infarkt vyskytuje 10- až 15-krát častejšie než u nefajčiarov. U pacientov s ICHS, ktorí pokračujú vo fajčení, je 5-ročné riziko koronárnej príhody a náhlejšej smrti významne vyššie ako u tých, ktorí prestali po diagnostikovaní ochorenia fajčiť (Redhamer, 2007).

Fajčenie spravidla vyvoláva tiež zvýšenie koncentrácie cholesterolu v krvi. Bolo preukázané, že fajčenie cigariet zvyšuje hladinu fibrinogénu a počet krvných doštičiek, čo vedie aj k zvýšeniu viskozity (lepkavosti) krvi. Väzba kyslíčnika uhoľnatého na hemoglobín prebieha omnoho ľahšie než v prípade kyslíka. To znižuje množstvo kyslíka, ktorý sa môže dostať ku tkanivám. Všetky tieto zmeny zvyšujú riziko fajčiarov, že sa u nich rozvinú rôzne formy aterosklerózy. Rozvoj aterosklerózy tepien vedie k sťaženiu prietoku krvi tuhými a zúženým i tepnami, zvyšuje sa tiež pravdepodobnosť, že v krvi dôjde k vytvoreniu trombózy (krvná zrazenina, trombus). Takéto náhle upchatie tepny môže viesť k srdcovému infarktu končiacemu sa smrťou, k mozgovej mŕtvici alebo ku gangréne (sneti) nohy.

### **Vydutie tepien**

Ide o vyklenutie steny tepny, ktorá môže následne prasknúť, alebo môže dôjsť k vytvoreniu trombu v samotnom vydutí, čo môže mať pre postihnutú osobu tragické následky. Fajčiari majú omnoho vyššiu pravdepodobnosť, že zomrú na prasknutú aneurizmu brušnej aorty než nefajčiari.

### **Choroby periférnych ciev**

U fajčiarov je šestnásťkrát vyššie riziko vzniku ochorení periférnych ciev (upchaté krvné cievy nôh) než u ľudí, ktorí nikdy nefajčili. Fajčiari, ktorí nevenujú pozornosť prvým príznakom a naďalej fajčia, majú vyššiu pravdepodobnosť vývoja gangrény nohy.

Fajčenie cigariet pôsobí spoločne s ďalšími faktormi, čo vedie k znásobeniu rizika aterosklerózy. Pacienti, ktorí po operácii na ischemickú chorobu dolných končatín neprestanú fajčiť, majú vyššiu pravdepodobnosť, že ochorejú znovu, čo vedie k nutnosti amputácie. Majú tiež vyššiu pravdepodobnosť predčasného úmrtia.

### **Buergerova choroba (Thromboangitis obliterans)**

Buergerova choroba je prakticky vždy spôsobená silným fajčením. Je podmienená zápalom malých ciev, ktorý vedie k upchatiu tepien a k vzniku gangrény (sneti). Len málo postihnutých fajčiarov je schopných prestať fajčiť a u mnohých je nutné vykonať niekoľko amputácií.

### Cievna mozgová príhoda

Fajčiari majú vyššiu pravdepodobnosť, že ochorejú na trombózu mozgových tepien (cievnu mozgovú príhodu), ako nefajčiari. U fajčiarov je častejší výskyt zvláštnej formy krvácania do mozgu (subarachnoidálne krvácanie), čo platí predovšetkým pre ženy, ktoré súčasne užívajú hormonálnu antikoncepciu.

#### 5.1.4. Závislosť od užívania tabaku

Centrálnou popisnou charakteristikou závislosti je túžba či baženie užívať psychoaktívne látky. Diagnóza závislosti sa môže stanoviť iba v prípade, ak dôjde v priebehu roka k trom alebo viacerým príznakom uvedeným v Medzinárodnej klasifikácii chorôb: silná túžba alebo pocit užiť návykovú látku; problémy so sebaovládaním; telesné odvykacie príznaky; tolerancia k účinku návykovej látky; postupné zanedbávanie iných potešení alebo záujmov; pokračovanie v užívaní napriek jasným dôkazom o škodlivosti (Nešpor, 2000). Riziko vzniku závislosti je vyššie u mladých ľudí, u ľudí s poruchami osobnosti, s psychickými poruchami, u ľudí, ktorí sú vystavení opakovanému stresu. Vo všeobecnosti bývajú od nikotínu závislí ľudia, ktorí si musia zapáliť cigaretu čo najskôr po prebudení. Ďalej sú to ľudia, ktorí nedokážu nefajčiť na miestach, kde je to zakázané (Králiková, 1997). Liečba nikotinizmu je pomerne málo účinná. Na abstinovanie sa odhodlá len časť fajčiarov a asi 70 % abstinujúcich zlyhá počas prvých troch mesiacov (Kolibáš, 2001).

## 5.2. Zdravotné následky pasívneho fajčenia

Pasívne fajčenie dnes predstavuje vážny problém postihujúci nefajčiarov predovšetkým v domácnostiach, na pracoviskách a verejných miestach. Proces pasívneho fajčenia charakterizuje vdychovanie tabakového dymu vo vnútornom a vonkajšom prostredí nefajčiarmi. Na doplnenie, pasívne fajčenie má tiež pomenovanie vdychovanie environmentálneho tabakového dymu (skratka ETS – environmental tobacco smoke).

Riziko ETS spočíva predovšetkým vo fakte, že zatiaľ čo fajčiar vdychuje častice vznikajúce pri spaľovaní tabaku cez filter, pasívny fajčiar vdychuje vedľajší prúd dymu bez filtra. V tabakovom dyme sa nachádza okolo 4000 chemických látok a 43 poznávaných karcinogénov, pričom pasívny fajčiar bez filtra vdychuje asi 400 chemických látok. Medzi chemické látky, ktoré vdychuje nefajčiar, patria:

a) **Organické látky**, ako napríklad polycyklické uhľovodíky, amíny, nitrozamíny, hydrazíny, benzén a vinylchlorid. Množstvo karcinogénnych uhľovodíkov v tabakovom dyme sa pohybuje v množstve od 0,3 do 2,5 µg na 100 cigariet. Fajčenie alebo vdychovanie arylamínov, ktoré patria do kategórie aromatických amínov, môže spolupôsobiť pri vzniku rakoviny močového mechúra. Nitrozamíny obsiahnuté v tabakovom dyme spôsobujú otravu organizmu.

b) **Anorganické látky**, ako nikel, arzén, arzenik, kadmium, meď a chróm. Tetrakarabínol niklu je mimoriadne toxická látka, ktorá sa nachádza v dyme z horenia

tabaku a jej množstvo v jednej cigarete sa pohybuje na úrovni 1,59 až 3,07 µg. Až 80 % niklu sa nachádza vo vedľajšom prúde tabakového dymu a jeho účinkom sú vystavení aj nefajčiari. Nikel a jeho zlúčeniny môžu spôsobovať ochorenia tráviaceho traktu, srdca, ciev a obličiek. Predovšetkým však jeho prítomnosť spôsobuje riziko vzniku rakoviny pľúc. Arzén je v ľudskom organizme metabolizovaný na toxické látky, ktoré spôsobujú rakovinu vo väzbe na aromatické uhľovodíky, kobalt a nikel.

c) **Rádio-nukleotidy.** Najčastejšie sa vyskytujúcim nukleotidom, ktorý je rizikovým faktorom vzniku rakoviny pľúc, je polónium-210. Riziko predstavuje aj prítomnosť izotopu olova, ktoré je spoločne s izotopom polónia stálym zdrojom  $\alpha$  a  $\gamma$  žiarenia.

d) **Ďalšie dráždivé látky,** ako acetaldehyd, metanol, acetón, karboxylové zlúčeniny, fenoly, stearíny, pesticídy, aditíva, metán, sírovodík a iné.

Na riziko vzniku vážnych zdravotných komplikácií vplyvom pasívneho fajčenia upozornila aj Svetová zdravotnícka organizácia v revidovaných odporúčaniach na kvalitu prostredia konštatovaním, že pasívne fajčenie by malo byť uznané za karcinogénne, zapríčiňujúce zvýšenú chorobnosť a úmrtnosť.

Príkladom dopadu pasívneho fajčenia sú náhle a chronické ochorenia dýchacieho ústrojenstva u detí žijúcich v domácnosti s fajčiarmi alebo, v niektorých prípadoch, s príležitostnými fajčiarmi. Zatiaľ neexistuje dôkaz na určenie bezpečnej úrovne vystavenia pasívnemu fajčeniu (Policies to Reduce Exposure to Environmental Tobacco Smoke, 2000).

Svetová zdravotnícka organizácia v definícii za pasívne fajčenie považuje vystavenie človeka jeho účinkom počas najmenej 15 minút denne, v trvaní jedného týždňa (Women and the Tobacco Epidemic, 2001).

Na svete je dnes účinkom pasívneho fajčenia v domácnosti vystavených až 700 miliónov detí. Na rozdiel od väčšiny dospelých ľudí a rodičov sú prevažne deti nedobrovoľne vystavené účinkom pasívneho fajčenia. Nemôžu si vybrať pobyt v nefajčiarskom prostredí, pokiaľ sa rodičia sami nerozhodnú prestať fajčiť alebo fajčiť na inom mieste. Väčšina závislých fajčiarov neberie do úvahy fakt, že fajčenie, okrem ekonomických dopadov na rodinu, vplýva osobitne na deti, ktoré musia nútene „tolerovať“ správanie fajčiacich rodičov.

S týmto fenoménom úzko súvisí stanovenie indikátora prevalencie pasívneho fajčenia. Dnes sa v prevažnej miere odvodzuje z miery výskytu aktívneho fajčenia v bežnej dospeljej populácii nad 18 rokov. Hlavným a smerodajnejším ukazovateľom je však sledovanie miery výskytu pasívneho fajčenia v domácnostiach, ktorému sú okrem detí vystavené aj tehotné ženy, ktoré sú z tohto hľadiska zraniteľnou sociálnou skupinou.

## **Indikátory pasívneho fajčenia**

### *1. Základná úroveň*

Prevalencia aktívneho fajčenia u mužov a žien na vybraných miestach. Z tohto údaju sa odvodzujú frekvencia a riziko vystavenia pasívnemu fajčeniu najmä detí a tehotných žien.

### *2. Nepriama úroveň*

Koncentrácie zložiek ETS (meranie obsahu nikotínu na vybraných miestach, na-

príklad koncentrácia nikotínu v miestnosti s jedným alebo dvoma fajčiarimi sa pohybuje na úrovni 2 až 10 µg/m<sup>3</sup>; v reštauráciách, kde sa fajčí, je úroveň vyššia ako 70 µg/ m<sup>3</sup>).

### 3. Priame metódy

Medzi priame metódy zisťovania výskytu pasívneho fajčenia sa dnes radí osobné monitorovanie výskytu pasívneho fajčenia a sledovanie výskytu markerov. Medzi základné biomarkery považujeme kotinín, karboxymehoglobín, oxid uhoľnatý a thiokyanát. Nikotín sa z tela dostáva relatívne zakrátko, s polčasom rozpadu asi dvoch hodín. U nefajčiarov má kotinín polčas rozpadu okolo sedemnást hodín. Polčas rozpadu sa predlžuje u tehotných žien a detí. Na hodnotenie fajčenia u žien pred tehotenstvom a počas neho sa osvedčilo predovšetkým meranie obsahu kotinínu v moči alebo v amniotickej tekutine. Jedným z validnejších spôsobov preukázania užívania tabaku je rozbor vzorky vlasov na prítomnosť nikotínu než detekcia prítomnosti kotinínu v moči. Testovanie na prítomnosť thiokyanátu v krvi, moči a slinách patrí k používaným metódam odlíšenia fajčiara od nefajčiara. Na účely stanovenia vystaveniu účinkom pasívneho fajčenia nie je detekcia thiokyanátu odporúčaným spôsobom (Gorini, 2005).

### Zdravotné následky pasívneho fajčenia

Dôkazy o zdravotných následkoch vychádzajú z epidemiologických a toxikologických štúdií odvodených z dôsledkov aktívneho fajčenia. Prvé vedecké správy pochádzajú z roku 1971 od hlavného lekára USA (The health consequences of smoking, 1971).

Kauzálné závery boli dosiahnuté roku 1986 – vzťah medzi pasívnym fajčením a rakovinou pľúc u nefajčiarov a dýchacích problémov najmä u detí (hlavný lekár USA, Medzinárodný výbor pre výskum rakoviny a iné) (The health consequences of involuntary smoking, 1986, Taylor, A. E., 1992).

### Rakovina pľúc

Riziko vzniku rakoviny pľúc u nefajčiarov, ktorí sú vystavení účinkom pasívneho fajčenia, sa zvyšuje o 20 až 30 % (Mackay, 2002).

Štúdie z roku 1981 z Japonska a Grécka poukázali na zvýšený výskyt rakoviny pľúc u vydatých žien, ktoré žijú s manželom fajčiarom (Hirayama, T., 1981; Trichopoulos, D., 1981). Genotoxická aktivita preukázala v experimentálnych štúdiách s pasívnymi fajčiarimi v moči vylučovanie špecifického karcinogénu z tabaku (4-methylnitrosamino)-1-(pyridyl)-1-butanol (NNAL) (Hecht, SS., 1993).

Výbor na ochranu prírody v USA zaradil roku 1992 ETS medzi karcinogény (Respiratory health effect of passive smoking, 1992).

### Srdcovo-cievne choroby a ETS

Dnes existuje presvedčivý vzťah medzi účinkami aktívneho fajčenia a vznikom srdcovo-cievnych chorôb. Riziko sa u aktívnych fajčiarov zvyšuje s dĺžkou a počtom denne vyfajčených cigariet. Fajčenie zvyšuje riziko vzniku srdcovo-cievnych chorôb prostredníctvom vzniku aterosklerózy, krvných zrazenín a infarktu myokardu. Fajčenie znižuje schopnosť prenosu kyslíka v krvi a tým sa zvyšuje pravde-

podobnosť vzniku srdcových arytmií. Pasívne fajčenie môže zvyšovať riziko vzniku srdcovo-cievnych chorôb. Prvé epidemiologické dáta o vplyve pasívneho fajčenia na vznik srdcovo-cievnych chorôb sú známe z roku 1985 z prostredia Kalifornie (Garland, C., 1985). Dnes sa značne rozrástol počet štúdií s výsledkami, ktoré dokazujú vplyv pasívneho fajčenia na vznik kardiovaskulárnych chorôb.

Podľa kalifornského výboru na ochranu prírody je 30-% riziko vzniku srdcovocievnych chorôb v dôsledku pasívneho fajčenia (Health effects of exposure to environmental tobacco smoke, 1997). Podľa americkej kardiologickej asociácie je pasívne fajčenie najväčšou preventabilnou príčinou srdcovo-cievnych chorôb a úmrtí (Taylor, A. E., 1992).

### **Choroby dýchacích ciest**

Existuje iba niekoľko štúdií, ktoré dokazujú súvislosť medzi pasívnym fajčením a príznakmi súvisiacimi s problémami s dýchaním. Presvedčivé dôkazy o účinkoch pasívneho fajčenia na chronické choroby dýchacích ciest neexistujú. Neexistuje žiadna epidemiologická štúdia, ktorá by dokázala vplyv ETS na zhoršovanie astmatického priebehu u dospelých ľudí.

Na druhej strane však existuje vzťah medzi pasívnym fajčením a výskytom chorôb dolných dýchacích ciest u detí a detí matiek, ktoré počas tehotenstva fajčili.

Na základe vedeckých štúdií bol preukázaný vzťah medzi fajčením rodičov a častejším výskytom problémov u detí s dýchaním v podobe rovnakých príznakov, ako sú kašeľ a chrípka (Cook, D. G., 1997). Takisto bolo dokázané, že astmatické deti pri matkách, ktoré fajčia, častejšie užívajú lieky na liečbu astmy (Weitzman, M., 1990) a častejšie navštevujú lekársku pohotovosť (Burnett, R. T., 1997).

### **Pasívne fajčenie počas tehotenstva matky**

Fajčenie počas tehotenstva vyúsťuje do mnohých komplikácií u detí. Fajčenie počas tehotenstva dokázateľne redukuje pôrodnú hmotnosť detí, spôsobuje súmernú hypotrofiu plodu (200–300 g), chronické problémy s dýchaním, zápal stredného ucha a redukuje pľúcne funkcie. Fajčenie matiek počas tehotenstva dokázateľne znižuje pôrodnú hmotnosť a zvyšuje riziko vzniku syndrómu náhleho detského úmrtia (SIDS) (Reducing the health consequences of smoking, 1989; Masár, 2001). Zdravotné následky fajčenia matky sa prejavujú na narodenom dieťati výrazne aj po pôrode vo forme psychických a neuropsychiatrických problémov (plačlivosť, nervozita, poruchy spánku, bledosť, cyanóza). Ďalšie štúdie dokazujú vplyv fajčenia matky na spomalenie telesného rastu a vrodené poruchy vývoja (The health benefit of smoking cessation, 1990; Zhang, J., 1992).

## **5.3. Zdravotné následky užívania alkoholu**

Alkohol je látka s prevažne tlmivým účinkom. Organizmus produkuje malé množstvo alkoholu, pričom za fyziologickú hladinu za považuje úroveň do 0,3 g/kg. Alkohol po chemickej stránke zaraďujeme medzi látky, ktoré obsahujú v molekule



skupinu „OH“. Etylalkohol – lieh, Spiritus vini, alebo Aethanolum – je bezfarebná kvapalina charakteristickej liehovej vône. Ide o jednoduchú molekulu, ktorá vzniká kvasením cukrov, a tak sa aj priemyselne vyrába. Patrí medzi látky ovplyvňujúce nervový systém (psychotropné látky).

V alkoholických nápojoch sa etanol nachádza v rozličných množstvách. V pive v množstve 2 až 6 %, vo víne 8 až 15 % a v likéroch a destilátoch až do 60 % (Duchon, 1988).

Látka podobného chemického zloženia, ktorá je rovnako ako etylalkohol bezfarebná a liehovej vône, má názov metanol (metylalkohol) a vzniká pri suchej destilácii dreva. Ide o drevný lieh. Metanol je v tejto súvislosti dôležité uviesť spolu s etylalkoholom, nakoľko na rozdiel od neho je prudko jedovatý a pri zámene za etanol môže dôjsť k vzniku akútnej otravy. Účinky metanolu sa prejavujú poškodením zrakového nervu a pri akútnej otrave býva výsledkom i trvalé oslepnutie.

### 5.3.1. Biochémia alkoholu a jeho účinky na organizmus

Alkohol je jednou z najbežnejších škodlivín, ktorá narušuje zdravotnú rovnováhu (Kafka, 1998). Alkohol má pomerne vysokú kalorickú hodnotu. Jeden gram alkoholu sa rovná 7 kalóriám, čo sú však takzvané prázdne kalórie, pretože alkohol nie je stavebná látka a nemožno ho ukladať do rezervy.

Všetok požitý alkohol sa musí buď v tele čím skôr spáliť, alebo z tela vylúčiť. Spaľovanie alkoholu umožňujú enzýmy alkoholdehydrogenáza (80%) a kataláza (10%), nachádzajúce sa v pečeni. Alkoholdehydrogenázy je v pečeni asi 1,5 g. Za hodinu umožní spáliť asi 8 g alkoholu.

Alkohol je nervový jed a postihuje predovšetkým nervovú sústavu. Pri pravidelnom nadmernom užívaní alkoholických nápojov vznikajú najmä tieto poruchy nervovej sústavy:

- **organické** – zápaly nervov, väčšinou ľahšieho stupňa; prejavujú sa bolesťami, mravenčením a rôznymi nepríjemnými pocitmi v končatinách;
- **psychické** – alkoholikovi postihuje takmer pravidelne labilita citovej (afektívnej) oblasti, často u nich pozorujeme zvýšenú dráždivosť až výbušnosť; pridružujú sa bolesti hlavy, malátnosť, únavnosť, nechutenstvo, tras rúk a nespavosť;
- **psychotické** – označujeme tak už ťažké duševné chorobné stavy, ktoré sa vyskytujú u pokročilých alkoholikov obyčajne v terminálnej fáze (Kolibáš, 1996).

#### K psychotickým poruchám zaraďujeme:

1. **Alkoholické delírium (delirium tremens)** – akútna porucha, vyvolaná často vynechaním alebo redukciou alkoholu. Príznaky: halucinácie (vidiny, preludy, mamy); mikrozooposie (skutočné vidiny drobného hmyzu – pavúky, muchy, kobyľky); telesné: potenie, tras, zvýšená srdcová frekvencia, zvýšená telesná teplota.

2. **Alkoholická halucinóza** – prejavuje sa zvukovými, slovnými halucináciami. Typický na vznik takýchto halucinácií je nočný čas, keď pozorujeme nespavosť, úzkosť, halucinácie (hluk, búchanie, hrmot). Neskôr dotýčny máva slovné halucinácie – hlasy a bludy prenasledovania. Trvá niekoľko dní a potom halucinácie ustánú.

3. **Alkoholická paranoidná psychóza** – prejavuje sa paranoidnými, najčastejšie emulačnými bludmi – žiarlivostnými (obsahovo súvisia s reálnou situáciou chorého). Pre diagnózu psychózy je dôležitá spoľahlivá objektívna anamnéza pacienta.

4. **Alkoholická depresia** – prejavuje sa ľahkými a krátkodobými depresiami. Tieto bývajú časté a súvisia s nadmerným konzumom alkoholu. Väčšinou odznejú do 14 dní. Dlhšie trvajúce si vyžadujú liečbu.

5. **Úzkostné poruchy** – súvisia s nadmerným konzumom alkoholu (pri abstinovaní rýchle odznejú). U inej skupiny pacientov úzkostné poruchy mohli predchádzať závislosti a potom sa na nej podieľať. Takéto poruchy si vyžadujú liečbu.

6. **Korsakovova psychóza** – akútne sa začínajúca porucha so stratou pamäti, s dezorientáciou, so zámenou osôb, s eufóriou, hyperaktivitou a periférnym poškodením nervov.

7. **Alkoholická demencia** – častá porucha, ktorá tvorí asi 10 % všetkých demencií. Je vyvolaná neurotoxickými účinkami alkoholu, nutričnými faktormi, metabolickými poruchami a úrazmi.

8. **Wernickeho encefalopatia** – najťažšia organická porucha, ktorej príznakmi sú spavosť, porucha zladenia pohybu končatín, poruchy reči, mimovoľné kmitavé pohyby oka, obrny okohybných svalov, ťažká porucha pamäti a orientácie. Choroba sa často končí smrťou alebo vedie k demencii.

9. **Porucha osobnosti** – vzniká v terminálnom štádiu alkoholizmu. Prejavom sú poruchy sociálnych vzťahov, najmä neschopnosť vytvárať alebo udržať priateľstvá, nespoľahlivosť, klamstvá, vystatovačnosť, spoločensky nevhodné vystupovanie. Nápadný je zanedbaný zovňajšok, u dotyčného chýbajú hodnotné záujmy a pozorujeme výraznú požívačnosť a strácanie morálnych zábran.

Účinky alkoholu možno pozorovať na viacerých orgánoch a ústrojenstvách organizmu. Etanol pôsobí difúzne na bunkovú membránu tak, že zvyšuje jej priepustnosť. Utlmuje dýchacie enzýmy a zasahuje do Krebsovho cyklu. Alkohol, ako toxická látka, spôsobuje aj poruchy telesných systémov a funkcií a má účinky najmä na:

- **Kardiovaskulárne ochorenia** – tieto sú dané predovšetkým účinkom etylalkoholu na centrálny nervový systém. Za najzávažnejšie srdcovo-cievne ochorenia považujeme hyper-tenziu, poruchy srdcového rytmu a iné.
- **Choroby dýchacieho traktu** – napríklad zápaly hrtanu, bronchitída, zápaly pľúc, nádorové ochorenia. Toxické vysoké dávky alkoholu vedú k útlmu dýchacieho centra.
- **Choroby tráviaceho ústrojenstva** – zápaly pažeráka, žalúdka, vredová choroba žalúdka a dvanástnika, pečeňové poškodenie a iné. Tráviace ústrojenstvo reaguje na množstvo a koncentráciu požitého alkoholu. Koncentrácie nižšie ako 20 % stimulujú produkciu kyseliny chlorovodíkovej v žalúdku, ako aj enzýmu pepsín. Vyššie koncentrácie alkoholu ako 40 % ju, naopak, utlmujú. Zvyšovanie sekrécie malými dávkami sa využíva pri aperitívoch. U chronických požívateľov destilátov však vznikajú chronické zápaly žalúdočnej sliznice. Častý je i vznik cirhózy pečene alebo alkoholického zápalu pankreasu. Na Slovensku hrubá miera úmrtnosti na cirhózu pečene sa roku 2005 pohybovala na úrovni 24,76 úmrtí na 100 000 obyvateľov. Za hlavné faktory poškodenia pečene sa považujú pohlavie, genetické



polymorfizmy, imunologické, metabolické a nutričné faktory. V populácii konzumentov alkoholu nad 80 g etanolu denne sa iba u časti konzumentov rozvinie alkoholické poškodenie pečene. Alkoholická ketoacidóza je spojená s narušením vnútorného prostredia organizmu (Zima, 2006).

- **Poruchy endokrinného systému** – poruchy nadobličiek, porucha funkcií gonád, hypoty-reoidizmus a iné.
- **Poruchy krvotvorného systému** – anémia, zväčšenie objemu červených krviniek, zníženie počtu bielych krviniek a iné.
- **Močový systém** – alkohol spôsobuje útlm sekrécie hormónu vazopresín, v dôsledku čoho sa zvyšuje množstvo vylúčeného moču.
- **Svalový výkon** – pri malých dávkach alkoholu sa môže pre znížený pocit únavy zvýšiť. Alkohol však nezvyšuje svalovú silu priamym pôsobením.

### 5.3.2. Využitie alkoholu v medicíne

Alkohol sa po požití veľmi rýchlo vstrebáva v tráviacom trakte. Vstrebávanie závisí od náplne tráviaceho ústrojenstva a trvá asi 1 až 2 hodiny. Klinické príznaky vzniknuté po požití alkoholu sú priamo úmerné hladine alkoholu v krvi. Hladina alkoholu v krvi je daná množstvom požitého etanolu, telesnou hmotnosťou človeka a rýchlosťou vstrebávania a vylučovania.

V počiatočných štádiách etylalkohol stimuluje motorické i psychické funkcie, a preto veľmi často vyvoláva eufóriu. Schopnosť koncentrácie, pracovný výkon, rýchlosť reakcie a sebakritika sú znížené, ale, naopak, vzrastá sebedovomie jedinca. Takéto ovplyvnenie psychických funkcií je mimoriadne nebezpečné pri riadení dopravných prostriedkov. Už malé množstvo alkoholu v krvi vyvolá takéto príznaky u zhruba 50% ľudí, ktorí požili alkohol. Vyššie hladiny postupne vedú k útlmu, aký poznáme pri celkových anestetikách. Veľmi vysoké dávky vyvolávajú toxickú narkózu, ktorá môže viesť až k smrteľnej otrave.

Etylalkohol možno liečebne využiť pre jeho lokálne a celkové účinky. Vo vyšších koncentráciách ako 20 % zraža bielkoviny a má účinky, ktoré sa prejavujú ničením baktérií. Tieto baktericídne účinky však nastupujú pri koncentrácii vyššej ako 70 %. Ani v takejto vysokej koncentrácii však nestačí na usmrtenie spór a z toho dôvodu ho nemožno použiť na dezinfekciu a sterilizáciu.

Celkové účinky alkoholu sú znečiteľivejšie a umŕtvujúce. Pre tieto vlastnosti sa využíval v medicíne ako anestetikum, nakoľko po jeho požití možno pozorovať všetky štádiá celkového znečiteľivenia.

### 5.3.3. Alkoholizmus ako závislosť

Rozličné prejavy problematickeho či rizikového pitia alkoholu, ako aj závislosti tvoria závažný medicínsky a sociálny problém. Niekedy sa dá ťažko určiť, či závažnejšiu stránku užívania alkoholu tvoria jeho škodlivé účinky na ľudský organizmus, alebo na psychiku a osobnosť človeka (Ághová, 1993). Znakmi abúzu alko-

holu sú nadmerné a časté pitie alkoholu, pitie v „ťahoch“, občasné zdravotné a sociálne problémy. Dnes sa zdôrazňuje potreba odlíšiť abúzus od závislosti od alkoholu, existujú pre ne štandardné diagnostické kritériá (Heretik, 2004).

Je všeobecne známe, že v detstve a dospievaní vzniká závislosť od alkoholu, ako aj iných návykových látok podstatne rýchlejšie ako v dospelom veku. Pôsobenie alkoholu je potrebné vidieť vo svetle zvláštností rastúceho organizmu. Najsilnejším prediktorom alkoholizmu je výskyt tejto poruchy u prvostupňových príbuzných. Deti rodičov „alkoholikov“ alebo ich súrodenci sú dvojnásobne náchylní na rozvoj poruchy ako tí bez rodinnej anamnézy (Shahpesandy, 2005). Na druhej strane, riziko vzniku závislosti je pomerne malé pri dennej dávke asi 4 štandardných nápojov (40–50 g absolútneho alkoholu) u mužov a 2 štandardných nápojov (20–25 g absolútneho alkoholu) u žien (Kolibáš, 2007).

Pri vzniku alkoholizmu zohrávajú svoju úlohu viaceré činitele:

- spoločensko-sociálne,
- hospodárske,
- výchovné,
- fyziologické,
- psychologické,
- národnostné a iné.

Podľa Jellineka (Hartl, 2000) prechádza človek pri vývoji závislosti od alkoholu štyrmi etapami:

1. *Začiatková fáza* sa prejavuje tým, že pitie alkoholu má spoločenské motívy. Prináša úľavu a eufóriu. Jednotlivec sa obracia k alkoholu predovšetkým pre jeho chuť a príjem tekutiny.

2. *Prodromálna fáza* sa vyznačuje stále silnejšími väzbami postihnutého na alkohol ako drogu. Vzniká pocit potreby alkoholu bez ohľadu na jeho formu a druh nápoja.

3. *Krucialna (rozhodujúca) fáza* sa charakterizuje stratou kontroly v pití. Alkoholik svoje pitie racionalizuje, hľadá preň vysvetlenie, lenže nie v sebe, ale mimo seba. Vytvára si zložitý systém alibizmu, ktorý mu dovoľuje pokračovať v pití.

4. *Terminálna (konečná) fáza* alkoholizmu sa vyznačuje sústavným pitím alkoholických nápojov v každom dennom a nočnom čase. Výrazne klesá kritickosť, alkoholik pije hocikaké alkoholické nápoje, len aby ukojil svoju potrebu drogy.

V I. a II. etape ešte môže chorý sám a s pomocou okolia svoj stav zmeniť, v III. a IV. etape už nie, pretože ide o závislosť a môže byť len odborne liečený.

## 6. Právne normy na úseku kontroly tabaku a alkoholu

### 6.1. Právne normy na kontrolu tabaku v Európskej únii

Oblasť legislatívy kontroly tabaku je v systéme verejného zdravotníctva Európskej únie v popredí pozornosti viacerých európskych orgánov a inštitúcií. Jednak v Rade Európskej únie, ktorá prijíma odporúčania pre členské štáty, a napokon v Európskom parlamente, ktorý prijíma legislatívne nariadenia (smernice), ktoré sú právne nadradené národnej legislatíve všetkých štátov Európskej únie.

Smernica EÚ č. 89/654 o zabezpečení bezpečnosti a dodržiavania zdravotných požiadaviek na pracovisku po prvý raz vymedzuje v záujme ochrany nefajčiarov miesta, kde sa nesmie fajčiť (Directive 89/654). V znení čl. 16.3 sa v oddychových miestnostiach stanovuje povinnosť vykonania príslušných opatrení na ochranu nefajčiarov pred nepohodou spôsobenou cigaretovým dymom. Aj keď v prvej smernici svojho druhu sa nepoužíva pojem „úplný zákaz fajčenia na pracoviskách“, v smernici sa implicitne po prvýkrát v histórii akcentuje pojem pasívne fajčenie.

Smernica EÚ č. 92/85, ktorá sa týka ochrany a bezpečnosti zdravia pri práci u tehotných žien a žien, ktorým sa nedávno narodilo dieťa, zabezpečuje zvýšenú ochranu pred škodlivými vplyvmi prostredia, na čo sa vzťahuje aj ochrana pred vplyvom pasívneho fajčenia (Directive 92/85). Medzi látky, ktoré môžu ohroziť tehotenstvo žien, patrí v zmysle prílohy I č. 3 písm. e) smernice aj oxid uhoľnatý, ktorý vzniká aj v dôsledku horenia tabaku a je voľne šíriteľný vo vonkajšom i vnútornom ovzduší.

Európsky parlament prijal roku 1997 smernicu č. 36 pokrývajúcu televízne a rozhlasové vysielanie (Directive 97/36). Podľa článku 13 sa zakazuje reklama tabakových výrobkov v te-levíznom vysielaní a telenákupe.

Odporúčanie Rady Európskej únie z 26. novembra 1996 stanovuje možnosti na znižovanie prevalencie fajčenia aj v smere obmedzovania fajčenia na verejných miestach, v reštauráciách a baroch, v zdravotníckych zariadeniach, v školách, kultúrnych zariadeniach a na pracoviskách, so zreteľom na ochranu tehotných žien.

Odporúčanie Rady EÚ navrhuje zaviesť výchovné a vzdelávacie programy, ktoré smerujú k podpore zdravia a prevencii fajčenia na školách. Odporúčania sa vzťahujú aj na oblasť zvyšovania daňového zaťaženia tabakových výrobkov, čo má za následok zvyšovanie cien a tým aj znižovanie dostupnosti tabakových výrobkov pre mladých ľudí.

Smernica sa týka aj kontroly označovania a balenia tabakových výrobkov vrátane kontroly dostupnosti tabakových výrobkov mladým ľuďom v prípade predaja cez automaty (Resolution, 1996).

Medzi úlohy, ktoré Slovensko z hľadiska aproximácie smerníc EÚ už dávno splnilo, patrilo prevzatie smernice EÚ č. 37/2001 o výrobe, uvádzaní a predaji tabakových výrobkov z 5. júna 2001 (Directive 37/2001). V plnej miere sa premietla do zákona

č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov, ktorý NR SR schválila uznesením č. 977 z 26. mája 2004. Smernica sa týkala znižovania maximálne prípustných látok, ktoré sú obsiahnuté v tabaku, obsahovala aj zoznam všeobecných a dodatočných varovaní, ktoré musia byť uvedené na spotrebiteľskom balení tabakových výrobkov, upravila podmienky na umiestňovanie a veľkosť týchto varovaní. Medzi dôležité ustanovenia smernice sa považovalo aj zakázanie používania výrazov, ktoré mohli viesť spotrebiteľa k mylnej domnienke, že medzi tabakovými výrobkami existujú rozdiely v oblasti škodlivosti. Medzi dôležité povinnosti členských štátov EÚ patrí povinné oznamovanie údajov o škodlivých látkach a zložkách, ktoré sa používajú pri výrobe, z hlásení výrobcov, dovozcov a distribútorov tabakových výrobkov Európskej komisii. Medzi povinnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky patrí aj uverejňovanie informácií z hlásení o škodlivých látkach a ich množstvách s cieľom informovania spotrebiteľov prostredníctvom miestnej tlače a internetu. Možno len doplniť, že doteraz neexistujú presné pravidlá o zbieraní údajov, ktoré by mali byť zahrnuté v správe pre Európsku komisiu a následne vyhodnotené s cieľom zverejnenia. V súčasnosti prebiehajú diskusie o novom systéme a formáte zberu dát prostredníctvom dotazníka, ktorý budú mať výrobcovia, dovozcovia a distribútori tabakových výrobkov povinnosť zasielať ministerstvám zdravotníctva.

Druhého decembra 2002 Rada Európskej únie schválila odporúčania na prevenciu fajčenia a kontrolu tabaku (Recommendation, 2002). Prevencia fajčenia a kontrola tabaku sa stali prioritnými cieľmi verejného zdravotníctva v členských štátoch EÚ. V odporúčaní sa konštatuje, že fajčenie je najväčší preventabilný faktor voči úmrtiam spôsobeným účinkami aktívneho i pasívneho fajčenia. Rozhodnutie Rady EÚ konštatuje, že 60 % všetkých fajčiarov začalo fajčiť pred 13. rokom života a 90 % pred 18. rokom života. Z hľadiska týchto výsledkov sa ťažisko prevencie má sústrediť na mladých ľudí s cieľom prevencie a zanechania fajčenia.

Dvadsaťosem mája 2003 Európsky parlament schválil smernicu č. 33/2003 vzťahujúcu sa na reklamu a sponzoring tabakových produktov (Resolution 33/2003). Smernica zakazuje reklamu vo všetkých formách rozhlasového vysielania. Programy, ktoré sponzorujú firmy s predmetom činnosti v oblasti výroby a predaja tabakových výrobkov, nemôžu byť odvysielané. Ustanovenia v smernici taktiež nedovoľujú reklamu v tlačových médiách a sponzoring aktivít, ktoré majú cezhraničný dosah a pôsobnosť. Slovensko smernicu aproximovalo prostredníctvom zákona č. 525/2005 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 23/2002 Z. z., s účinnosťou od 15. decembra 2005.

Podľa novely zákona sa tabakový výrobok nesmie propagovať prostredníctvom uvádzania emblémov, ochranných známk alebo názvov tabakového výrobku na verejnosti. Podľa novely zákona sa taktiež zakazuje sponzorovať podujatie alebo činnosť, ktorého účelom alebo vedľajším výsledkom je reklama tabakového výrobku.

Piateho septembra 2003 Európska komisia chválila odporúčanie vzťahujúce sa na používanie farebných obrázkov alebo iných ilustrácií umiestnených na obaloch tabakových výrobkov (Decision 2003/641). Odporúčanie nadväzuje na smernicu č. 37/2001 v spojitosti s možnosťou uvádzania farebných ilustrácií na spotrebiteľskom

balení tabakových výrobkov, ktoré svedčia o škodlivosti ich užívania. Slovensko dosiaľ nepristúpilo k tejto možnosti, ktorá môže odradiť niektoré skupiny obyvateľstva od užívania tabakových výrobkov. V súčasnosti sa v rámci prípravy novely zákona o ochrane nefajčiarov nepripravuje zavedenie povinnosti uvádzania farebných fotografií a ilustrácií, ktoré by mohli ovplyvniť rozhodnutie najmä mladých ľudí v experimentácii s tabakom.

Rozhodnutie Európskej komisie z roku 2003 bolo doplnené o rozhodnutia Európskej komisie z 26. 5. 2005 o súbore vybraných zdrojových dokumentov obsahujúcich farebné fotografie alebo iné obrázky pre každú dodatočnú výstrahu uvedenú v zozname v prílohe I. a rozhodnutím Európskej komisie z 12. 4. 2006, ktorým sa mení a dopĺňa rozhodnutie K 1452 k smernici EÚ a Rady EÚ č. 37/2001 o výrobe, uvádzaní a predaji tabakových výrobkov z 5. júna 2001 (Directive 37/2001).

Medzi najbližšie aktivity EÚ patrí príprava smernice, ktorá bude konkretizovať spoločný zoznam látok, ktoré sa majú nachádzať v tabakových výrobkoch. Druhého júna 2004 Rada Európskej únie súhlasila s návrhom ratifikácie Rámcového dohovoru o kontrole tabaku. Dosiaľ ho prijalo viac než 150 štátov sveta.

Kontrola tabaku je v súčasnosti uskutočňovaná prostredníctvom záväznej a nezáväznej legislatívy. Za záväznú legislatívnu stratégiu možno z pohľadu politiky kontroly tabaku v EÚ považovať (Tobacco Control, 2003):

- a) reguláciu obsahu a emisií z tabakových produktov,
- b) reguláciu označenia a balenia tabakových produktov,
- c) usporiadanie zdravotných varovaní,
- d) zákaz priamej reklamy cez všetky médiá, ktoré majú cezhraničnú pôsobnosť,
- e) zákaz sponzoringu medzinárodných podujatí prostredníctvom tabakového priemyslu.

V súčasnosti je veľmi aktuálnou témou problematika ochrany nefajčiarov na verejných miestach, ktorú doteraz neupravuje žiadna smernica. V tomto smere je v súčasnosti aktuálna Zelená kniha (Green Paper, 2007), ktorá slúži ako dokument k diskusii o možnosti prijatia smernice, ktorá by záväzne regulovala fajčenie na verejných miestach, keďže väčšina obyvateľov EÚ si praje prijatie prísnejších opatrení predovšetkým s cieľom ochrany nefajčiarov v reštauráciách a baroch (Attitudes of Europeans towards tobacco, 2006). V tomto smere možno pozitívne vnímať údaje prieskumov EÚ, kde až dve tretiny respondentov vnímajú zvýšené riziko pasívneho fajčenia na vznik respiračných ochorení a rakoviny (Smoking and environment, 2003).

Na druhej strane, podľa vyššie uvedeného odkazu na prieskum verejnej mienky z roku 2003 až 67 % respondentov si myslí, že zdravotné varovania, ktoré sú umiestnené na spotrebiteľskom balení tabakových výrobkov, nemajú veľký vplyv na zmenu správania fajčiarov. Európska komisia uložila 30. júna 2005 ratifikačný protokol o pristúpení k Rámcovému dohovoru o kontrole tabaku, ktorý v histórii kontroly tabaku predstavuje prvý medzinárodný právny nástroj. Slovenská republika uložila ratifikačný protokol o uzavretí Rámcového dohovoru o kontrole tabaku v New Yorku 4. mája 2004.

Zaradila sa tak medzi prvých dvanásť štátov sveta, ktoré sa rozhodli uplatňovať dlhodobé opatrenia na zníženie počtu fajčiarov a ochraňovať nefajčiarov pred účinkami pasívneho vdychovania tabakového dymu. Dohovor nadobudol medzinárodnú účinnosť 27. 2. 2005 a týmto krokom sa stal záväzným pre krajiny, ktoré ho ratifikovali.

V tomto smere sa štáty zaviazali na dlhodobé prijímanie opatrení s cieľom znížovania ponuky a dopytu po tabakových výrobkoch a zlepšovania podmienok na ochranu nefajčiarov na miestach, kde nefajčiari sú vo zvýšenej miere vystavení účinkom nedobrovoľného fajčenia vo vnútornom i vonkajšom prostredí. Jedným z nástrojov, ktoré pomôžu implementovať odporúčania a správne postupy s cieľom ochrany nefajčiarov na verejných miestach, sú odporúčania vypracované kolektívom odborníkov a prijaté na rokovaniach Konferencie strán k dohovoru (Protection from exposure, 2007).

Podľa dohovoru je kontrola tabaku súhrnom stratégií na zníženie ponuky, dopytu a škodlivosti, ktorých cieľom je zlepšiť zdravie obyvateľstva prostredníctvom vylúčenia alebo zníženia spotreby tabakových výrobkov a expozície tabakovému dymu (FCTC, 2003). Medzi základné nástroje kontroly tabaku v súvislosti s obsahom dohovoru považujeme legislatívne opatrenia, cenové a daňové úpravy, výchovu a vzdelávanie a poradensko-liečebnú starostlivosť (Ochaba, Kavcová, 2003, 2004; Ochaba, 2006).

## 6.2. Právne normy na kontrolu tabaku na Slovensku

Problematiku ochrany nefajčiarov upravuje na Slovensku niekoľko právnych noriem, ktoré majú za cieľ vytvoriť podmienky na ochranu nefajčiarov a podporu nefajčenia na pracoviskách, v ústavoch na výkon väzby, v zariadeniach spoločného stravovania, v bytoch a na ďalších miestach, kde účinkom pasívneho fajčenia môžu byť v pravdepodobnej miere vystavení nefajčiari, najmä ženy a deti.

### Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Z. z.

Podľa čl. 40 ústavy má každý právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Medzi predpoklady na ochranu zdravia vo všeobecnosti patrí aj podmienka ochrany nefajčiarov pred účinkami pasívneho fajčenia, ktoré má preukázateľne negatívny vplyv na zdravie.

Ochrana zdravia nefajčiarov patrí preto medzi práva občana Slovenskej republiky a úlohou štátu je vytvárať podmienky na dôslednejšiu ochranu nefajčiarov na miestach, kde by mohli byť nedobrovoľne a vo zvýšenej miere vystavení účinkom tabakového dymu.

### Zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon upravuje podmienky ochrany ľudí pred vznikom závislosti od nikotínu ako návykovej a škodlivej zložky nachádzajúcej sa v tabaku a v tabakových výrobkoch,



pred škodlivými účinkami fajčenia a pred inými spôsobmi používania tabakových výrobkov, ktoré poškodzujú zdravie fajčiarov a nefajčiarov bezprostredne vystavených účinkom fajčenia. Taktiež upravuje podmienky predaja, výroby, označovania a uvádzania tabakových výrobkov do obehu. Z hľadiska verejného zdravotníctva sú najdôležitejšie ustanovenia o zákaze fajčenia na verejných miestach. Ustanovenie v zákone definuje okruh verejných miest, kde je fajčenie zakázané alebo obmedzené. Stanovuje kontrolné inštitúcie, ich kompetencie a sankčné nástroje. Zákon o ochrane nefajčiarov bol v doterajšej histórii novelizovaný dva razy. Prvýkrát roku 2005 a druhýkrát roku 2009. Z pohľadu obsahovej analýzy zákon o ochrane nefajčiarov priniesol mnohé úpravy, ktoré zlepšili ochranu nefajčiarov na verejných miestach. Na druhej strane sú v ňom zeryvy, ktoré by z hľadiska ochrany zdravia najmä detí a mládeže mali byť naplnené.

### **Národný program kontroly tabaku**

Národný program kontroly tabaku prijala vláda SR roku 2007 s cieľom vymedziť stratégie, ktoré budú viesť k zníženiu následkov užívania tabakových výrobkov a zníženiu výskytu pasívneho fajčenia. Definuje dve základné stratégie: znižovanie dopytu a ponuky tabakových výrobkov. Na Národný program kontroly tabaku bude nadväzovať Národný akčný plán na kontrolu tabaku, ktorý bude definovať rezortnú zodpovednosť, časové trvanie a finančné krytie aktivít, ktoré sú stanovené v akčnom pláne.

### **Národný akčný plán na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010**

Vláda SR uznesením č. 438 schválila dňa 2. júla 2008 návrh Národného akčného plánu na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010.

Materiál návrhu Národného akčného plánu na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010 bol predložený na rokovanie vlády SR na základe uznesenia vlády SR č. 398/2007 k návrhu Národného programu kontroly tabaku, podľa ktorého v bode B vláda Slovenskej republiky poverila ministra zdravotníctva Slovenskej republiky predložiť na rokovanie vlády SR návrh Národného akčného plánu na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010.

V Národnom akčnom pláne na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010 sú charakterizované konkrétne úlohy, časový rámec, zodpovednosť a finančné požiadavky. Hlavnými prioritami plánu sú výchova k zdraviu, podpora zdravia, oblasť regulácie reklamy a liečba a poradenstvo na zanechanie fajčenia.

### **Zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci**

Medzi všeobecné povinnosti zamestnávateľa podľa tohto zákona patrí vydanie zákazu fajčenia na pracoviskách, na ktorých pracujú aj nefajčiari, a zabezpečiť jeho dodržiavanie. Zamestnávateľ má právo aj povinnosť konať v prípade, že na pracovisku dochádza k fajčeniu, okrem miest, ktoré môžu byť vyhradené na fajčenie. Zákon NR SR č. 465/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon NR SR č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov, sa v oblasti úpravy zákazu fajčenia na pracoviskách odvoláva na tento zákon. Povinnosťou zamestnávateľa je nielen vydať zákaz fajčenia, ale medzi jeho povinnosti patrí aj kontrola jeho dodržiavania. Na druhej strane má zamestnávateľ právo vyhradiť pre fajčiarov

fajčiareň alebo fajčiarsky priestor, kde účinkom pasívneho fajčenia nesmú byť vystavení nefajčiari. Zamestnávateľ však takúto miestnosť či priestor vyhradí podľa zákona nemusí.

### **Nariadenie vlády SR č. 298/2006 Z. z. o podrobnostiach o požiadavkách na zariadenia spoločného stravovania**

Medzi základné povinnosti zamestnanca, ktorý pracuje v zariadení spoločného stravovania, patrí dôkladné umytie si rúk pred vstupom na pracovisko a pred začatím činnosti ihneď po ich znečistení, pri prechode z jedného druhu práce na druhý, po fajčení, po úprave šatstva a osobitne po použití záchodu. Podľa zákona NR SR č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci je však povinnosťou zamestnávateľa vydať zákaz fajčenia na pracovisku, aj keď je ním reštaurácia alebo iný druh zariadenia spoločného stravovania.

Zamestnanci na takomto pracovisku majú často problémy s pochopením právneho stavu, že fajčenie je povolené v zmysle zákona NR SR č. 465/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon NR SR č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov, iba za podmienok, ktoré ustanovuje tento zákon, a vzťahuje sa iba na návštevníkov takejto prevádzky a nie na zamestnancov.

### **Nariadenie vlády SR č. 353/2006 Z. z. o podrobnostiach o požiadavkách na vnútorné prostredie budov a o minimálnych požiadavkách na byty nižšieho štandardu a na ubytovacie zariadenia**

Podľa tohto nariadenia musia byť všetky vnútorné priestory s dlhodobým aj krátkodobým pobytom ľudí vetrané. Vetranie sa určuje podľa počtu osôb, podľa druhu vykonávanej činnosti, podľa tepelnej záťaže a miery znečistenia ovzdušia tak, aby boli splnené požiadavky na množstvo vzduchu na dýchanie, na čistotu vnútorného ovzdušia a aby nedošlo k obťažovaniu ľudí pachovými látkami. Limitné hodnoty chemických látok a tuhých častíc vo vnútornom ovzduší budov sú uvedené v prílohe tohto nariadenia. Nachádza sa medzi nimi aj oxid uhoľnatý, ktorý vzniká aj pri horení cigarety. Súčasťou zoznamu sú aj pachové látky, ktoré sa nesmú vyskytnúť v koncentráciách, ktoré by obťažovali obyvateľstvo. Vzhľadom na opakované sťažnosti a medializované pripomienky občanov, ktoré sa týkajú opakovaného vystavenia sa účinkom pasívneho fajčenia, respektíve tabakového dymu, ktorý preniká z blízkeho reštauračného zariadenia, je potrebné venovať tejto téme primeranú pozornosť. Na prekročenie najvyššej prípustnej hodnoty oxidu uhoľnatého vo vnútornom ovzduší budov a času vystavenia takýmto hodnotám je v podstate nemožné poukázať a dožadovať sa právneho postihu. Príčinou je jeho vysoká limitná hodnota (až 30 000 mikrogramov) počas merania, ktoré trvá najmenej jednu hodinu.

### **Vyhláška MS SR č. 437/2006 Z. z., ktorou sa vydáva Poriadok výkonu väzby**

Pri umiestňovaní obvineného do väzby sa prihliada najmä na vek, zdravotný stav a životné návyky obvineného, ako fajčenie, závislosť od alkoholu alebo iných návykových látok.

Do rozhodnutia o umiestnení, najdlhšie však do najbližšieho pracovného dňa, je obvinený umiestnený v prijímacej cele. Táto vyhláška vytvára podmienky na ochranu nefajčiarov, ktorí sú umiestnení vo výkone väzbe.



**Zákon č. 221/2006 Z. z. o výkone väzby**

V zmysle zákona sa podľa potrieb obvinených zriaďujú fajčiarske a nefajčiarske cely. V cele určenej pre fajčiarov nemôžu byť umiestnení nefajčiari. Ak nemožno zabezpečiť oddelenie fajčiarskych a nefajčiarskych ciel, fajčenie sa povolí v stanovenom čase vo vyhradenom fajčiarskom priestore. Zákon ustanovuje podmienky na ochranu obvinených vo výkone väzby pred pasívnym fajčením.

**Vyhláška MS SR č. 665/2005 Z. z., ktorou sa vydáva Poriadok výkonu trestu odňatia slobody**

V rámci bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci je jednou z povinností chrániť zdravie odsúdených, aby nebolo ohrozené fajčením v priestoroch, kde sa pracuje. Poriadok ustanovuje vytvorenie fajčiarskych a nefajčiarskych ciel pre odsúdených s cieľom ochrany nefajčiarov.

**Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**

V súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je dôležité u pacienta zisťovať, či je fajčiar, alebo bývalý fajčiar, alebo nefajčiar. Keďže fajčenie je preventabilné a je príčinou mnohých chorôb, malo by sledovanie a vykazovanie tohto údaju patriť medzi povinné súčasti obsahu zdravotnej dokumentácie.

Vykazovanie tohto údaju však nie je v zmysle predmetného zákona povinné, a preto údaj o fajčení nie je povinnou súčasťou zdravotnej dokumentácie. Jedným z povinných údajov, podľa výkazu Správa o rodičke, v zmysle tohto zákona je evidovanie informácie o fajčení počas a pred tehotenstvom. Z pohľadu verejného zdravia je dôležité, aby lekár evidoval v zdravotnej dokumentácii správanie svojich pacientov. Medzi prejavy správania, ktoré poškodzujú zdravie, patrí aj fajčenie.

Na základe záznamu v zdravotnej dokumentácii by potom lekár mohol poskytovať krátku intervenciu vždy pri každej návšteve pacienta, ktorý fajčí. Z hľadiska prevencie zlyhania po zanechaní fajčenia môže lekár jednoduchým povzbudením podporiť pacienta v smere podpory nefajčenia, respektíve podporiť zmenený životný štýl.

**Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**

Diagnóza F 17 – poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním tabaku – nepatrí podľa prílohy tohto zákona do zoznamu prioritných chorôb a z tohto dôvodu sa liečba neuhrádza z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

Kúpeľnú starostlivosť nemožno navrhnúť, ak ide o fajčenie pri vyznačených diagnózach, a navrhujúci lekár je povinný túto skutočnosť v návrhu vždy potvrdiť.

Podľa tohto zákona má zdravotná poisťovňa právo uplatniť voči poistencovi nárok na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ak sa mu poskytla preukázateľne v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo v dôsledku užitia návykovej látky. Na druhej strane má poisťovňa právo uhradiť poistencovi časť úhrady, ktorá zodpovedá jeho spoluúčasti, ak sa poistenec pravidelne podrobuje preventívnym prehliadkam a vedie

zdravý spôsob života. V tomto prípade má poisťovňa právo na základe vlastných kritérií určiť úhradu nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť aj v prípade toho, keď fajčiar prestane fajčiť, čo môže predstavovať pre neho veľkú motiváciu. Na druhej strane sa zo strany pacienta ťažko preukazuje, že zanechal fajčenie, a nie každá zdravotná poisťovňa hodnotí zanechanie fajčenia ako dôvod na platenie časti nákladov, ktoré sú hradené v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

V súčasnosti môžu lekári žiadať o náhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť iba v prípade, ak poskytnú odborné poradenstvo k zanechaniu fajčenia a nie liečbu. Odbornú liečbu smú v súčasnosti vykonávať iba lekári v odbore psychiatria.

Napriek tomu je o proces liečby pacientov so závislosťou nízky záujem, pretože nie je zaradená do zoznamu prioritných chorôb a v tomto dôsledku si náklady na liečbu hradí v plnom rozsahu pacient sám. Podobný problém sa javí aj pri predpisovaní pomôcok, ktoré pomáhajú zmierňovať prejavy abstinenčných príznakov po zanechaní fajčenia.

Zo strany zdravotných poisťovní sa neposkytuje žiadna spoluúčasť na hradení časti nákladov za poskytnutú pomôcku. Z toho dôvodu pomerne vysoké ceny pomôcok od\_rádzajú mnohých fajčiarov od pokusu prestať fajčiť a tí hľadajú iné alternatívne, a v mnohým prípadoch aj pochybné, spôsoby a pomoc na ceste k odvyknutiu od fajčenia.

### **Národný program podpory zdravia č. 1038 z 25. 11. 1999 a jeho aktualizácia č. 39/2005 zo 6. 7. 2005**

Jednou z priorit Národného programu podpory zdravia je odstrániť zdraviu škodlivé vplyvy, medzi ktoré sa zaraďuje aj užívanie tabakových výrobkov. Národný program podpory zdravia stanovuje stratégie a merateľné kritériá, ktoré vedú k dosiahnutiu zníženia spotreby tabakových výrobkov a iných návykových látok prostredníctvom opatrení v oblasti prípravy legislatívy, cenových opatrení, edukačných intervencií a ponuky poradensko-liečebných zariadení. Nevýhodou Národného programu podpory zdravia je absencia financovania jednotlivých priorít a absencia inštitucionálnej zodpovednosti.

### **Zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame**

V zmysle zákona o reklame sa zakazuje reklama tabakových výrobkov na všetkých druhoch informačných nosičov, rozdávaním tabakového výrobku verejnosti, na reklamných veciach, ktoré nesúvisia s fajčením a ktoré sa rozdáujú verejnosti, okrem reklamných vecí, ktoré sa rozdáujú na miestach predaja výrobkov. Zákaz reklamy sa týka aj uvádzania ochrannej známky, emblému, názvu alebo iného výrazného znaku tabakového výrobku, okrem ich uvádzania na miestach predaja tabakových výrobkov. Medzi dôležité úpravy patrí od marca 2006 aj zákaz reklamy formou sponzorstva tabakového výrobku, ktorého predmetom môže byť finančný alebo iný vecný príspevok pre fyzickú alebo právnickú osobu na podujatie alebo činnosť a ktorého účelom alebo vedľajším výsledkom je reklama tabakového výrobku. Uvedené ustanovenie bolo zakomponované s cieľom aproximácie smernice EÚ č. 33/2003 o reklame a sponzoringu tabakových výrobkov.

V zmysle dôsledného uplatňovania princípu zákazu reklamy je potrebné prijať ďalšiu právnu úpravu, ktorá bude upravovať aj oblasť zákazu nepriamej reklamy,

ktorej výskyt sa vo veľkej miere objavuje v televíznom vysielaní prostredníctvom rôznych súťaží a hier, ktoré majú za cieľ nepriamo podporiť predaj tabakových výrobkov.

V rámci prípravy novely zákona o reklame je z pohľadu verejného zdravia potrebné pamätať najmä na mladých ľudí. S týmto konštatovaním je potrebné prijať právnu úpravu, ktorá bude zakazovať použitie akejkoľvek reklamy s nepriamym zámerom podporiť predaj tabakového výrobku v televíznom vysielaní a prostredníctvom verejných súťaží a informácií pre spotrebiteľov na mieste predaja. Jednou zo stratégií tabakových firiem je oslovenie mladých ľudí, ktorí sú vo veľkej miere náchylní reagovať na reklamu prostredníctvom súťaží a hier na mieste predaja tabakových výrobkov, čo vedie ku kúpe tabakových výrobkov a podpore ich predaja.

### **Zákon č. 314/2001 o ochrane pred požiarmi**

Právnou normou, ktorá nepriamo súvisí s ochranou nefajčiarov, respektíve podporou nefajčenia na miestach, kde je zvýšené nebezpečenstvo vzniku škôd na majetku a ľudských životoch, je zákon o ochrane pred požiarmi. V prípade jeho porušenia možno uložiť pokarhanie alebo pokutu do výšky 10 000 Sk fyzickej osobe, ktorá sa dopustí priestupku na úseku ochrany pred požiarmi tým, že poruší príkazy alebo zákazy týkajúce sa manipulácie s otvoreným ohňom na miestach so zvýšeným nebezpečenstvom vzniku požiaru alebo poruší zákaz fajčenia, alebo svojím konaním spôsobí vznik požiaru.

### **Výnos MP a MZ SR z 21. októbra 2004 č. 2606/2004-100, ktorým sa vydáva hlava Potravinového kódexu SR upravujúca tabakové výrobky**

Týmto výnosom, ktorým sa vydáva hlava Potravinového kódexu SR upravujúca tabakové výrobky (ďalej iba „výnos“), sa upravujú podmienky týkajúce sa výroby a dovozu tabakových výrobkov, ich označovania, manipulácie s nimi a ich uvádzania do obehu. Výnos obsahuje aj zoznam všetkých látok a maximálne prípustné množstvá, ktoré sa smú použiť pri výrobe. Súčasťou zoznamu sú aj zakázané látky, ktoré pri výrobe nesmú byť použité. Aj keď výnos nie je primárne zameraný na ochranu nefajčiarov, kontrola obsahu látok, ktoré sa smú použiť pri výrobe tabakových výrobkov, predstavuje jeden z dôležitých faktorov, ktoré znižuje riziko poškodenia zdravia.

Kontrola obsahu látok a zložiek v tabakových výrobkoch predstavuje jednu z priorit EÚ v oblasti kontroly tabaku. Na jej kritériách a hodnoteniach sa v súčasnosti pracuje. V tejto súvislosti Európska komisia vydala správu krajín EÚ o zložkách, ktoré sa nachádzajú v tabakových výrobkoch. Európska komisia vypracovala roku 2007 tri typy vzorových dotazníkov pre výrobcov, dovozcov a distribútorov tabakových výrobkov, prostredníctvom ktorých môžu hlásiť ministerstvu zdravotníctva zloženie tabakových výrobkov podľa zákona o ochrane nefajčiarov.

### **Zákon č. 152/1995 Z. z. o potravinách**

Podľa zákona o potravinách sa zakazuje používať pri výrobe tabakových výrobkov iné suroviny, ako sú tabak a látky, ktoré sú od prírody vlastné tabaku, prídavné či iné látky, ako sú povolené.

Pri obehu tabakových výrobkov sa zakazuje používať názvy, údaje, vonkajšie úpravy, zobrazenia a iné informácie, ktorými sa vyvoláva dojem, že používanie týchto výrobkov neškodí zdraviu alebo je vhodné na priaznivé ovplyvňovanie funkcií tela, výkonnosti, pohody, čím priamo podnecujú na fajčenie. Napriek konštatovaniam odborníkov z oblasti výživy a potravinárstva, že tabakové výrobky nepatria medzi potraviny, skutočnosť je aj podľa tohto zákona iná.

### **Vyhláška MP SR č. 36/1997 Z. z. o ohlasovaní výroby potravín, tabakových výrobkov a kozmetických prostriedkov a o podmienkach ich uvádzania do obehu**

Vyhláška o ohlasovaní výroby potravín, tabakových výrobkov a kozmetických prostriedkov upravuje podmienky ohlasovania výroby potravín a tabakových výrobkov.

Vyhláška obsahuje zoznam oprávnených inštitúcií a zoznam podmienok, ktoré musí žiadateľ splniť, ak chce podnikáť v oblasti výroby tabakových výrobkov.

### **Zákon č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona NR SR č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách**

Príslušné ustanovenie zákona o vysielaní a retransmisii má okrem iného za cieľ vytvoriť podmienky na ochranu detí a mládeže pred hlasovými informáciami a obrazovými správami, ktoré môžu nepriamo či priamo viesť k napodobňovaniu správania, ktoré by mohlo poškodiť ich zdravie.

Podľa § 19 tohto zákona, ktorý hovorí o ochrane ľudskej dôstojnosti a ľudskosti, programová služba a všetky jej zložky nesmú zahŕňať do ponúk programov výňatky z diel, ktoré znázorňujú používanie strelných zbraní, scény násilia a pohlavného styku, devastácie životného prostredia, a zábery, ktoré by mohli navodiť dojem skrytej formy propagácie alkoholizmu, fajčenia a používania omamných látok, jedov a prekurzorov.

Ďalej programy uvedené v televíznom vysielaní nesmú otvorene alebo skrytou formou propagovať alkoholizmus, fajčenie, užívanie omamných látok, jedov a prekurzorov alebo zľahčovať následky užívania uvedených látok.

Toto ustanovenie má za cieľ predovšetkým ochrániť mládež pred účinkami priamej alebo nepriamej reklamy, ktorá môže viesť k prvým kontaktom s tabakom. Na druhej strane sledovanie televíznych programov, ktoré nepriamo propagujú fajčenie, vedie mladých ľudí k zvedavosti a negatívne vplyva na bývalých fajčiarov, ktorí sú aj takýmto spôsobom konfrontovaní s modelom fajčenia.

## **6.3. Právne normy na kontrolu alkoholu v Európskej únii**

V porovnaní s legislatívou a odporúčaniami orgánov Európskej únie v oblasti kontroly tabaku sú legislatíva a odporúčania v oblasti alkoholu oveľa užšie. V histórii fungovania orgánov Európskej únie sa dlho nevenovala pozornosť alkoholu a s ním spojených problémov. Napriek mnohým dôkazom o škodlivosti nadmerného užívania alkoholu

a vysokej incidencie užívania alkoholických nápojov v populácii Európskej únie, a zvlášť u detí a mládeže, sa dosiaľ neprijala smernica, ktorá by upravovala ochranu pred užívaním alkoholických nápojov. Európska únie prostredníctvom svojich orgánov prijala niekoľko odporúčaní, ktorých výkon je v kompetencii členských štátov podľa uváženia.

Na rozdiel od Európskej únie je Svetová zdravotnícka organizácia jednou z hlavných organizácií, ktoré určujú možnosti, ako znižovať problémy spojené s užívaním alkoholických nápojov. V rámci systému organizácie existuje Výbor expertov pre problémy spojené s alkoholom.

Na úrovni opatrení s kontrolou drog Organizácia Spojených národov prijala 3 významné konvencie, ktoré majú charakter medzinárodného práva a podliehali dobrovoľnej ratifikácii jednotlivými štátmi. Treba zdôrazniť, že ani jedna z konvencií sa netýkala opatrení na kontrolu alkoholu, ale iba nelegálnych drog. Išlo o Jednotnú konvenciu o narkotických drogách z roku 1961, Konvenciu o psychotropných látkach z roku 1971 a nakoniec Konvenciu OSN proti ilegálnemu obchodovaniu s narkotickým drogami a psychotropnými látkami z roku 1988.

Rezolúcia rady EÚ z 5. júna 2001 o stratégii znižovania škôd spôsobených alkoholom vychádzala z Európskej ministerskej konferencie Mladí ľudia a alkohol, ktorá sa konala v Štokholme roku 2001 (Council Conclusion, 2001). Jej princípom boli odporúčania, aby plánovanie a výkon intervencií s cieľom podpory zdravia boli zamerané na deti a mládež. Európska únia v tomto smere podporila iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO).

Odporúčanie Rady EÚ z 5. júna 2001 o konzumácii alkoholu mladými ľuďmi obsahuje viaceré ustanovenia, ktoré sa týkajú plánovania legislatívy a nových preventívnych opatrení s cieľom ochrany a podpory zdravia u detí a mládeže (Council Recommendation, 2001). Opatrenia s cieľom ochrany a podpory zdravia detí a mládeže sa týkajú oblastí: kontrola predaja alkoholických nápojov a kontrola reklamy (aj prostredníctvom sponzoringu), ktorá je zameraná na deti a mládež. Vytvára predpoklady na zavedenie školiacich programov pre predajcov alkoholických nápojov, aby boli schopní odoprieť predaj alkoholu v prípade nesplnenia podmienky veku. Vzdelávanie sa týka aj rodičov detí, aby vedeli komunikovať s deťmi o otázkach alkoholu a odporúčanie obsahuje mnohé iné opatrenia.

V oblasti právnych nástrojov s cieľom znižovania následkov užívania alkoholických nápojov existujú iba predošlé dva právne akty odporúčacieho charakteru. Ostatné uvedené stratégie predstavujú len zoznam najúčinnějších stratégií a metód, ktoré vedú k znižovaniu následkov škôd spôsobených užívaním alkoholických nápojov.

Jednou z najdôležitejších stratégií, ktoré vytvorila Európska komisia, bol dokument *Stratégia EÚ na znižovanie škôd v dôsledku užívania alkoholu z roku 2006* (Stratégia EÚ, 2006). Dokument vychádza z odporúčaní Rady EÚ z 5. júna 2001 a obsahuje 5 prioritných oblastí s cieľom znižovania škôd spôsobených alkoholom:

1. Ochrana mladých ľudí, detí a nenarodených detí.
2. Znižovanie počtu úrazov a úmrtí pri dopravných nehodách v dôsledku požitia alkoholu.
3. Prevencia škôd, ktoré súvisia s požívaním alkoholických nápojov u dospelých, a zníženie jeho negatívneho vplyvu na pracoviskách.

4. Informovanosť, výchova a lepšia osveta o vplyve škodlivého a nebezpečného požívania alkoholu.
5. Vývoj, podpora a udržanie informačnej bázy o alkohole.

Stratégia Európskej komisie má odporúčací charakter a reaguje na výzvy predošlých odporúčaní v systéme Európskej únie. Stratégia je z hľadiska časového trvania platná do konca roka 2012, keď by malo prísť k jej prehodnoteniu a stanoveniu nových prioritných oblastí v kontrole alkoholu.

Svetová zdravotnícka organizácia v máji 2008 na rokovaní Svetového zdravotníckeho zhromaždenia prijala rezolúciu WHA 61.4 o stratégii znižovania škodlivých účinkov alkoholu, prostredníctvom ktorej zaviazala generálnu riaditeľku SZO pripraviť návrh Globálnej stratégie znižovania škodlivých následkov užívania alkoholu. Termín na prijatie Svetovým zdravotníckym zhromaždením je stanovený na máj 2010. Treba zdôrazniť, že globálna stratégia nepredstavuje dokument medzinárodného práva, ktorý podlieha ratifikácii členskými štátmi. V prípade Rámcového dohovoru o kontrole tabaku išlo o dokument medzinárodného práva, ktorý podliehal ratifikácii jednotlivými štátmi sveta, ktoré sa dobrovoľne rozhodli pre ratifikáciu.

## 6.4. Právne normy na kontrolu alkoholu na Slovensku

Problematika právnych aspektov kontroly alkoholu je obsiahnutá v mnohých právnych normách, ktoré súvisia s predajom a konzumom alkoholických nápojov na verejných miestach. Právnu reguláciu je v tomto smere potrebné vnímať s cieľom ochrany a podpory zdravia detí a mládeže, a v druhom rade tiež s cieľom ochrany verejného poriadku. Práve tieto dva aspekty sú východiskom na plánovanie a výkon intervencií v oblasti kontroly alkoholu na verejných miestach.

**Zákon č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb** upravuje vymedzenie alkoholických nápojov, vyšetrenie na zistenie alkoholu alebo iných návykových látok a ďalšie podmienky prevádzky protialkoholických záchytných izieb. Kompetencia zriaďovania záchytných izieb sa novelou zákona z roku 2008 presunula z ministerstva zdravotníctva na obce. Z hľadiska verejného zdravotníctva je kľúčová časť o regulácii konzumácie a predaja alkoholu na verejných miestach, akými sú verejné zhromaždenia, zdravotnícke zhromaždenia, verejné kultúrne podujatia a iné. Predmetom regulácie je aj zákaz predaja alkoholických nápojov osobám mladším ako 18 rokov.

**Národný akčný plán pre problémy s alkoholom prijala vláda SR** 29. 11. 2006 uznesením č. 974/2006. Národný akčný plán pre problémy s alkoholom SR je formulovaný v intenciách Rámcového programu alkoholovej politiky SZO v európskom regióne, ktorý bol prijatý Regionálnym výborom SZO pre Európu v septembri 2005 v Rumunsku a je v kontexte národných priorít v tejto oblasti. Definuje ciele, základné princípy, ciele a nástroje. V uznesení vlády sa nepočíta s poskytnutím finančných prostriedkov na



plnenie úloh a cieľov plánu, na rozdiel od predošlého akčného plánu, ktorý vláda SR prijala 21. 8. 2002 uznesením č. 929/2002. Medzi hlavné princípy akčného plánu patria:

1. Zmena ľahostajného spoločenského postoja k problémom súvisiacim s pitím alkoholu na Slovensku, senzitivácia politikov a celej spoločnosti na problémy súvisiace s nadmerným a škodlivým pitím alkoholu, senzitivácia celospoločenskej zodpovednosti a celospoločenskej úrovne opatrení na zmiernenie negatívnych dopadov spôsobených pitím alkoholu, zdôrazňovanie faktov o nezdravých postojoch spoločnosti, ktoré vedú k podporovaniu škodlivej a nadmernej konzumácie alkoholu na Slovensku.

2. Zmena spoločenských postojov k pitiu jednotlivca, k abstinencii na rešpektovanie práv jedinca nepiť, zlepšiť imidž nepijúceho v zmysle pozitívneho príkladu správania a zdravia.

3. Zlepšiť dostupnosť liečby tam, kde by to bolo zo zdravotného hľadiska podľa MKCH-10/SZO potrebné, pri liečbe duševných porúch súvisiacich s pitím alkoholu – najmä u ľudí so závislosťou od alkoholu.

**Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine** a o zmene a doplnení niektorých zákonov upravuje oprávnenie súdu rozhodnúť o uložení výchovného opatrenia, prípadne, vo výnimočnom prípade, rozhodnúť o dočasnom odňatí maloletého dieťaťa zo starostlivosti rodičov (alebo iných osôb, ktorým bolo maloleté dieťa zverené alebo o ktoré sa starajú), a to aj proti ich vôli, a nariadiť takémuto maloletému dieťaťu pobyt v diagnostických alebo špecializovaných zariadeniach. V závažných prípadoch drogovej závislosti môže súd nariadiť maloletému dieťaťu pobyt v resocializačnom zariadení pre drogovu závislosť.

**Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele** a o zmene a doplnení niektorých zákonov upravuje sociálnoprávnu ochranu detí a sociálnu kuratelu na zabezpečenie predchádzania vzniku krízových situácií v rodine, ochrany práv a právom chránených záujmov detí, na zamedzenie prehlbovania a opakovania porúch psychického, fyzického a sociálneho vývinu detí a plnoletých fyzických osôb a nárastu sociálnopatologických javov.

**Zákon č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii** a o zmene zákona č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách v znení neskorších predpisov upravuje, okrem iného, oblasť televíznej reklamy. V § 19, ktorý sa týka ochrany ľudskej dôstojnosti a ľudskosti, sa zakazuje zahŕňať do ponúk programov výňatky z diel, ktoré znázorňujú používanie strelných zbraní, scény násillia a pohlavného styku, devastácie životného prostredia a zábery, ktoré by mohli navodiť dojem skrytej formy propagácie alkoholizmu, fajčenia a používania omamných látok, jedov a prekurzorov. Takisto sa zakazuje otvorene alebo skrytou formou propagovať alkoholizmus, fajčenie, užívanie omamných látok, jedov a prekurzorov alebo zľahčovať následky užívania uvedených látok.

**Zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame** v znení neskorších predpisov ustanovuje všeobecné požiadavky na reklamu, požiadavky na reklamu niektorých produktov, ochranu spotrebiteľov a podnikateľov pred účinkami klamlivej reklamy a neprípustnej porovnávacej

reklamy. V zmysle § 5 reklama alkoholických nápojov nesmie dávať do súvislosti spotrebu alkoholu s priaznivým účinkom na telesnú alebo duševnú výkonnosť. Nesmie tvrdiť, že alkoholické nápoje majú liečivé vlastnosti, povzbudzujúci alebo upokojujúci účinok alebo že pomáhajú riešiť osobné problémy. Reklama nesmie nabádať na nestriedme požívanie alkoholických nápojov alebo prezentovať abstinenciu alebo triezvosť ako nedostatok a zdôrazňovať obsah alkoholu v nápojoch ako znak ich kvality.

Reklama alkoholických nápojov sa nesmie zameriavať na maloleté osoby, pritom žiadna osoba, ktorú možno považovať za maloletú, sa nesmie v reklame dávať do súvislosti so spotrebou alkoholických nápojov.

**Vyhláška MZ SR č. 111/2007 Z. z.**, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 164/1997 Z. z. o zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla, v prílohe č. 1 určuje podmienky minimálnej úrovne duševných a fyzických schopností na vedenie motorového vozidla. Zdravotná spôsobilosť je v tejto súvislosti vylúčená, ak je žiadateľ alebo vodič závislý od alkoholu alebo je neschopný vzdať sa požívania alkoholu. Zdravotnú spôsobilosť abstinujúceho závislého musí potvrdiť lekár, ktorý potvrdí aspoň dvojročnú abstinenciu od alkoholu.

**Zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci** stanovuje pre zamestnávateľov povinnosť kontrolovať zamestnancov, či nie sú pod vplyvom alkoholu. Zamestnanec má povinnosť podrobiť sa na pracovisku tejto kontrole.

**Trestný zákon č. 300/2005 Z. z.** v zmysle § 175 upravuje podmienky na podávanie alkoholických nápojov mládeži v tom smere, že ten, kto sústavne podáva alebo vo väčšom množstve podá osobe mladšej ako osemnásť rokov alkoholické nápoje, potrestá sa odňatím slobody až na tri roky.

**Zákon č. 315/1996 Z. z. o premávke na pozemných komunikáciách** upravuje podmienky na pozemných komunikáciách pre fyzické a právnické osoby a všeobecné povinnosti vodičov, ktorí nesmú počas vedenia vozidla požiť alkoholický nápoj ani užiť inú návykovú látku, viesť vozidlo bezprostredne po požití alkoholického nápoja alebo po užití inej návykovej látky, alebo v čase, keď by ešte mohli byť pod ich vplyvom.

**Zákon č. 107/2004 Z. z. o spotrebnej dani z piva, zákon č. 104/2004 Z. z. o spotrebnej dani z vína a zákon č. 105/2004 Z. z. o spotrebnej dani z liehu** upravujú zdaňovanie piva, vína a liehu na území Slovenska. Predmetom dane sú pivo, víno a lieh vyrobené na daňovom území, dodané na daňové územie z iného členského štátu alebo dovezené na daňové územie z územia tretieho štátu. Zdaňovanie vplýva na celkovú cenu alkoholických nápojov. Zvýšenie daňového zaťaženia vedie k zvýšeniu spotrebiteľskej ceny alkoholických nápojov a tým nepriamo k zníženiu dostupnosti pre cenu.

Zvýšenie spotrebiteľskej ceny predstavuje v zmysle medzinárodných dokumentov a odporúčaní jeden z účinných nástrojov, ktorý vedie k zníženiu dostupnosti alkoholických nápojov najmä pre deti a mládež. Vyššia cena predstavuje aj jeden z dôvodov, prečo prestať užívať alkoholické nápoje alebo obmedziť ich nákup a konzumáciu. Účinnosť daňových



opatrení je podmienená súčasne výkonom intervencií v oblasti edukácie, obmedzením konzumácie alkoholu na verejných miestach a ponukou poradenských zariadení v oblasti problémov spojených s užívaním alkoholu.

## 6.5. Právne normy na kontrolu drog

V súvislosti s kontrolou drog na Slovensku a vo svete poznáme niekoľko orgánov na úrovni štátnej správy, ktoré monitorujú trend konzumu drog a vykonávajú intervencie na kontrolu drog. Kontrola drog sa týka všetkých omamných látok a prekurzorov, ktorých voľný predaj a distribúcia sú obmedzené alebo zakázané. Z histórie poznáme mnoho príkladov látok, ktoré sa užívali bežne ako lieky až do času, keď došlo k ich zneužívaniu vo forme nadužívania s vyústením do rozvoja závislosti. S cieľom prevencie takéhoto užívania štát prostredníctvom systému právnych predpisov reguluje ich držanie, predaj, distribúciu a užívanie.

Viacere prieskumy verejnej mienky vykonané na Slovensku a v krajinách EÚ poukazujú na skutočnosť, že občania sa najviac obávajú nárastu drogového problému a organizovanej kriminality, ktorá s ním súvisí. Väčšina opatrení, ktoré vychádzali z európskych akčných plánov na kontrolu drog, sa odrážala od týchto hlavných cieľov:

1. Podstatne obmedziť šírenie zneužívania drog, najmä u kategórie mládeže do 18 rokov.
2. Výrazne znížiť zdravotné dôsledky, ktoré súvisia s užívaním drog, a počet úmrtí spôsobených drogami.
3. Významne zvýšiť počet úspešne vyliečených (abstinujúcich) ľudí od drog.
4. Výrazne znížiť dostupnosť nelegálnych drog.
5. Znížiť počet trestných činov súvisiacich s drogami.
6. Obmedzovanie prania špinavých peňazí a nedovoleného pašovania prekurzorov.

Vo svete sú známe v súvislosti s opatreniami na kontrolu drog 3 významné konvencie, ktoré majú charakter medzinárodného práva a podliehali dobrovoľnej ratifikácii jednotlivými štátmi. Išlo o Jednotnú konvenciu o narkotických drogách z roku 1961, Konvenciu o psychotropných látkach z roku 1971 a nakoniec Konvenciu OSN proti ilegálnemu obchodovaniu s narkotickým drogami a psychotropnými látkami z roku 1988.

**Zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch** v znení neskorších predpisov upravuje podmienky na pestovanie, výrobu, kontrolu, veľkodistribúciu, výdaj, používanie na vedecké, výskumné a expertízne činnosti, na dovoz, vývoz a tranzit omamných látok, psychotropných látok a prípravkov.

**Zákon č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach** ustanovuje podmienky na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami, na skúšanie

liekov, registráciu liekov, schvaľovanie zdravotníckych podmienok, zabezpečenie a kontrolu kvality, účinnosti a bezpečnosti liekov a zdravotníckych pomôcok a úloh štátnej správy na úseku farmácie. Podľa tohto zákona sa zakazuje reklama na lieky, ktoré obsahujú omamné látky, psychotropné látky a prípravky.

**Zákon č. 331/2005 Z. z. o orgánoch štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov** a o zmene a doplnení zákonov. Zákon ustanovuje pôsobnosť orgánov štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov, opatrenia na kontrolu monitorovania pohybu a zaobchádzania s drogovými prekurzormi a ukládanie správnych sankcií a pokút za porušenie povinností prevádzkovateľa.

**Zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci** stanovuje zákaz požívať drogy a byť pod ich vplyvom v pracovnom čase, zamestnanec má povinnosť podrobiť sa vyšetreniu na prítomnosť drog v tele. Zamestnávateľ je povinný kontrolovať dodržiavanie tohto zákazu.

**Zákon č. 300/2005 Z. z.** Trestný zákon v § 171 až 174 upravuje zákaz výroby, dovozu, prechovávanía, kúpy a prepravy omamných a psychotropných látok a sankcie za porušenie jednotlivých ustanovení. Kto neoprávnene prechováva omamnú látku, psychotropnú látku, jed alebo prekurzor pre vlastnú potrebu, potrestá sa odňatím slobody až na tri roky. Kto neoprávnene vyrobí, dovezie, vyvezie, prevezie alebo dá prepraviť, kúpi, predá, vymení, zadováži, alebo prechováva po akékoľvek obdobie omamnú látku, psychotropnú látku, jed alebo prekurzor alebo kto takú činnosť sprostredkuje, potrestá sa odňatím slobody na štyri roky až desať rokov. V § 174 Trestného zákona sa upravuje problematika šírenia toxikománie, pričom postihuje osoby, ktoré zvädzajú iného na zneužívanie inej návykovej látky než alkoholu alebo ho v tom podporujú alebo ktoré zneužívanie takej látky inak podnecujú alebo šíria, trestom odňatia slobody na jeden rok až päť rokov.

**Zákon č. 372/1990 Z. z. o priestupkoch** stanovuje v § 22 ods. 1 písm. e) priestupok v prípade, ak sa vodič nezdržal požitia alkoholického nápoja alebo užitia inej návykovej látky po dopravnej nehode v čase, ak by to bolo na ujmu zistenia, či pred jazdou, alebo počas nej požil alkoholický nápoj alebo užil návykovú látku. V § 30 sú stanovené priestupky na úseku ochrany pred alkoholizmom a inými toxikomániami. Priestupku sa dopustí ten, kto predá, podá alebo inak umožní požitie alkoholických nápojov osobe zjavne ovplyvnenej alkoholickým nápojom alebo inou návykovou látkou, osobe mladšej ako osemnásť rokov alebo osobe, o ktorej vie, že bude vykonávať zamestnanie alebo inú činnosť, pri ktorej by mohla ohroziť zdravie ľudí alebo poškodiť majetok, neoprávnene predá, podá alebo inak umožní druhej osobe škodlivé užívanie inej návykovej látky, než je alkohol. Priestupku sa dopustí tiež ten, čo sa nepodrobí opatreniu postihujúcemu nadmerné požívanie alkoholických nápojov alebo užívanie iných návykových látok; ten, kto úmyselne vyrobí lieh alebo destilát bez povolenia alebo úmyselne prechováva lieh alebo destilát vyrobený bez povolenia, alebo ho uvádza do obehu; ten, kto úmyselne umožňuje požívať alkoholický nápoj alebo užívať iné návykové látky osobe mladšej ako osemnásť

rokov, ak tým ohrozuje jej telesný alebo mravný vývoj; ten, kto požije alkoholický nápoj alebo užije inú návykovú látku, hoci vie, že bude vykonávať zamestnanie alebo inú činnosť, pri ktorej by mohol ohroziť zdravie ľudí alebo poškodiť majetok.

Vyhláška Ministerstva hospodárstva Slovenskej republiky č. 15/1998 Z. z. o podmienkach udeľovania úradného povolenia na dovoz a vývoz tovaru a služieb v znení neskorších predpisov upravuje podmienky aj pri dovoze a vývoze omamných látok, psychotropných látok, prekursorov a chemických látok, pri ktorých je potrebné úradné povolenie (licencia).

**Vyhláška Ministerstva hospodárstva Slovenskej republiky č. 65/2002 Z. z.** o podrobnostiach postupu pri overovaní zásad správnej laboratórnej praxe a ich dodržiavaní, o podrobnostiach a vydávaní a zrušení osvedčenia správnej laboratórnej praxe a postupe kontroly dodržiavania zásad správnej laboratórnej praxe v znení vyhlášky Ministerstva hospodárstva Slovenskej republiky č. 406/2002 Z. z. sa vzťahuje na neklinické testovanie bezpečnosti látok obsiahnutých vo farmaceutických prípravkoch, v kozmetických prípravkoch, v priemyselných chemických látkach a pod.

Národný program boja proti drogám na obdobie rokov 2004–2008 prijala vláda SR uznesením č. 289 z 15. apríla 2004. V súlade s Akčným plánom EÚ pre drogy na roky 2000–2004 a s dokumentmi Osobitného VZ OSN na roky 1998–2008 a na základe hodnotenia súčasnej situácie na drogovej scéne, identifikovaných trendov a predpokladaného vývoja bude stratégia realizovať ciele v týchto piatich hlavných oblastiach:

**A. Znižovanie dopytu po drogách:**

- prevencia,
- liečba,
- resocializácia.

**B. Znižovanie ponuky drog:**

- represívne opatrenia,
- presadzovanie práva a boj s organizovanou kriminalitou,
- legislatívna oblasť.

**C. Hodnotenie a monitoring:**

- vyhodnocovanie impaktu národného programu – sledovanie efektivity,
- sledovanie spoločenských nákladov na drogy, monitorovanie a implementácia základných a kľúčových indikátorov,
- vývoj systému včasného varovania pri nových syntetických drogách.

**D. Koordinácia protidrogovej politiky:**

- rozšírenie mandátu Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog na legálne drogy,
- zmena koordinačného mechanizmu.

**E. Medzinárodná spolupráca**

Vláda SR prijala naposledy uznesením č. 259 z roku 2009 návrh **Národnej protidrogovej stratégie na roky 2009–2012**. Medzi základné priority patria znižovanie ponuky a dopytu po drogách, koordinácia a spolupráca, informovanosť, výskum.

**Základné princípy národnej protidrogovej stratégie sú:**

1. Národná protidrogová stratégia rieši problémy spojené so zneužívaním drog. Jej ústrednými myšlienkami sú ochrana verejného zdravia, zvýšenie verejného povedomia, porozumenia a senzitivity k rizikám súvisiacim so zneužívaním drog v spoločnosti.

2. Je transparentná. Vytvára predpoklady na zvýšenie zodpovednosti a zmenu postoja verejnosti a celej spoločnosti k zneužívaniu drog ako jeden z predpokladov dosiahnutia stanovených cieľov.

3. Vyjadruje základný rámec zákonnosti verejného konania zameraného na riešenie problémov súvisiacich so zneužívaním drog na základe pravdivých poznatkov a údajov.

4. Tvorí vyvážený, integrovaný, koordinovaný a partnerský prístup v súlade s identifikovateľnými potrebami a problémami, vyplývajúcimi z vývoja drogovej scény a zo spoločenských a z individuálnych dôsledkov ich zneužívania.

5. V súlade s vedecky overenými poznatkami a novými trendmi vytvára predpoklady na tvorbu dlhodobých stratégií a opatrení, zameraných na budovanie bezpečného prostredia, ochranu spoločnosti a jednotlivca, ich modifikáciu a hodnotenie účinnosti. Jej základ tvoria európska a národná legislatíva a právne normy.

## 7. Stav a vývoj politiky kontroly tabaku alkoholu vo verejnom zdravotníctve

V súvislosti so stavom a vôbec s hodnotením opatrení, ktoré boli prijaté v oblasti kontroly tabaku a alkoholu, je potrebné vychádzať z epidemiologických údajov, právnych noriem a ostatných nástrojov kontroly vo verejnom zdravotníctve. Ide o oblasť daňových, respektíve cenových opatrení, opatrení na úrovni edukácie a marketingu zdravia a napokon sú to nástroje v oblasti poskytovania poradenstva vo verejnom zdravotníctve.

Treba zdôrazniť, že na Slovensku sa aktivitám v oblasti kontroly tabaku a alkoholu do roku 1989 venoval prevažne rezort zdravotníctva bez prepojenia a spolupráce s inými rezortmi národného hospodárstva. Napriek účasti československých zástupcov na odborných fórach na kontrolu tabaku a alkoholu sa mnohé zo záverov a z odporúčaní nedostali do roviny praktickej implementácie a aplikácie. Napriek tomu, že Slovensko patrilo 7. apríla 1948 medzi prvých 61 signatárov vzniku Svetovej zdravotníckej organizácie, jej opatrenia v oblasti kontroly tabaku a alkoholu sa výraznejšie začali realizovať až po roku 1989, respektíve po roku 1993, so vznikom Slovenskej republiky.

Na druhej strane, aj medzinárodné organizácie, ako Európska únia či mnohé mimovládne organizácie, venovali oveľa väčšiu pozornosť prijímaniu opatrení s cieľom boja proti nelegálnym drogám, v súvisi s väčším nebezpečenstvom a sociálnoekonomickými rizikami užívania tabaku a alkoholu. Jedným z dôvodov je skutočnosť, že európsky región je dlhodobo na prvom mieste medzi regiónmi sveta čo do počtu a frekvencie užívania alkoholických nápojov a tabaku. Aj z tohto pohľadu určite neprekvapí fakt, že zatiaľ čo Organizácia Spojených národov prijala prvú medzinárodnú konvenciu o narkotických drogách roku 1961, prvú medzinárodnú konvenciu o kontrole tabaku prijali členské štáty SZO až roku 2004, s medzinárodnou účinnosťou od februára 2005. V oblasti kontroly alkoholu neexistuje dosiaľ medzinárodná konvencia, ktorá by podliehala dobrovoľnej ratifikácii členskými štátmi. Prvým významným dokumentom v oblasti alkoholu je Európska charta o alkohole z roku 1995, kde je stanovených 10 najdôležitejších stratégií na zníženie spotreby alkoholu.

Vízia podpory a ochrany verejného zdravia pre všetkých sa zrodila na svetovom zdravotníckom zhromaždení SZO roku 1977 a bola zverejnená na konferencii v Alma-Ata roku 1978 s úmyslom byť celosvetovým hnutím.

Dokument *Zdravie pre všetkých do roku 2000* s 38 cieľovými oblasťami, ktoré mali byť dosiahnuté do roku 2000, prijalo Svetové zdravotnícke zhromaždenie roku 1981. Jednou z prioritných oblastí v celom komplexe cieľov a opatrení na podporu a ochranu zdravia bola aj prevencia závislostí od návykových látok. Jednotlivé členské štáty mali podľa deklarácie z Alma-Aty prijať administratívne, právne a ekonomické opatrenia, ktoré zabezpečia intersektoriálnu podporu a zdroje na podporu zdravého životného štýlu.

Podnet na vypracovanie prvej komplexnej stratégie v oblasti podpory a ochrany verejného zdravia dal kanadský minister zdravotníctva roku 1974. V správe o zdravotnom stave obyvateľstva zdôraznil skutočnosť, že zdravie nie je iba medicínskou špecializáciou (Hegyí, 2004).

**Ottawská charta** bola prijatá roku 1986, keď sa konala prvá medzinárodná konferencia o pod-pore zdravia. Podpora zdravia je tu chápaná ako proces, ktorý umožňuje ľuďom zvýšiť kontrolu nad ich zdravím a zlepšiť ich zdravie. Medzi základné podmienky zdravia sú zaradené: mier, bývanie, výchova, jedlo, príjem, stabilný ekosystém, dlhodobo udržateľné zdroje, sociálna spravodlivosť a rovnosť.

**Odporúčania z Adelaide pre politiku verejného zdravotníctva** z roku 1988 zdôrazňujú, že podporu zdravia treba vykonávať vo všetkých sektoroch – nie je to iba zdravotnícka otázka. Zavádzajú sa termíny ako podpora investícií do zdravia a hodnotenie dopadov na zdravie. V rámci podpory zdravia boli zdôraznené dva okruhy problémov:

1. Hodnota zdravia – z pohľadu ekonomiky má politika verejného zdravotníctva jednoznačný prínos.
2. Problém nerovností – vo svete existujú veľké rozdiely v zdravotnom stave.

Zatiaľ posledným dokumentom na úrovni Svetovej zdravotníckej organizácie bolo **Zdravie 21 – Zdravie pre všetkých v 21. Storočí**, prijaté roku 1999 regionálnym výborom SZO pre Európu. V dokumente je definovaných 21 cieľov verejného zdravotníctva do roku 2010. Dokument je rozdelený do troch hlavných skupín cieľov: základné zdravotné ciele, základné zmeny, podpora zdravotníckeho systému.

Medzi cieľové oblasti programu Guliš (1999) zaraďuje:

- znižovanie rozdielov v zdraví,
- posilňovanie zdravia počas celého života,
- determinanty zdravia,
- multirezortnú zodpovednosť za zdravie,
- spoločenské hnutie za zdravie,
- reorientáciu primárnej zdravotnej starostlivosti na prevenciu.

V poradí 12. cieľom dokumentu Zdravie 21 – Zdravie pre všetkých v 21. storočí je znižovanie škôd z alkoholu, drog a tabaku. Do roku 2015 treba podľa dokumentu výrazne znížiť nepriaznivý dopad na zdravie z užívania návykových látok ako tabak, alkohol a psychoaktívne látky (Zdravie 21, 1999). Prvým cieľom priority č. 12 je zvýšenie podielu nefajčiarov u populácie staršej ako 15 rokov najmenej na 80 % a do 15 rokov takmer na úroveň 100 %. Druhým cieľom v oblasti konzumu alkoholu je zníženie spotreby alkoholu na úroveň do 6 litrov na obyvateľa a u mladších ako 15 rokov bude spotreba blízka nule. Tretím cieľom je znížiť výskyt užívania nelegálnych psychoaktívnych drog o 25 % a úmrtnosť z tohto dôvodu najmenej o 50 %.

## 7.1. Národné programy

V súvislosti s aplikáciou medzinárodných odporúčaní je jedným zo spôsobov ich uplatňovania príprava národných programov a akčných plánov. Tieto dokumenty v oblasti kontroly tabaku a alkoholu na Slovensku väčšinou pripravuje a predkladá na schválenie vláde SR Ministerstvo zdravotníctva SR. V oblasti verejného

zdravotníctva bol v súvislosti s aplikáciou dokumentu *Zdravie pre všetkých do roku 2000* prijatý vládou SR **Národný program podpory zdravia**. Národný program podpory zdravia prijala Slovenská národná rada roku 1992.

Cieľom Národného programu podpory zdravia bolo zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva v súlade s programom SZO formou integrovanej medzisektorovej prevencie, kontroly chorôb, podpory zdravia, redukovania rizikových faktorov hromadne sa vyskytujúcich chorôb. Konkrétne riešenie realizácie sa malo rozpracúvať v projektoch, pričom projekty musia mať intervenčný charakter (Synek, 1993).

V rámci prvého hodnotenia Národného programu podpory zdravia došlo po čase k návrhu aktualizácie cieľov, ktoré boli formulované všeobecne. Preto vláda SR uznesením č. 230 z roku 1995 prijala aktualizáciu Národného programu podpory zdravia, ktorá sa tematicky členila na 7 priorít (Rovný, 2005):

- zvýšenie pohybovej aktivity,
- ozdravenie výživy,
- **podpora nefajčenia,**
- **prevencia drogových závislostí,**
- výchova k partnerstvu, rodičovstvu, manželstvu,
- nefarmakologické zníženie krvného tlaku,
- boj proti prenosným ochoreniam vrátane prevencie HIV/AIDS.

Súčasťou Národného programu podpory zdravia sa stali aj programy odporúčané Svetovou zdravotníckou organizáciou. Išlo o programy Škola podporujúca zdravie, CINDI – Program prevencie chronických neinfekčných ochorení, projekty Zdravé mestá, Zdravé pracoviská a projekt MONIKA. V rámci jednotlivých priorít sa pozornosť venovala podpore nefajčenia a na druhej strane absentovala prevencia užívania alkoholu aj napriek deklaráciám, že alkohol patrí do priority s názvom Prevencia drogových závislostí.

Vláda SR v súvislosti s prijatím dokumentu Svetovej zdravotníckej organizácie Zdravie 21 – Zdravie pre všetkých v 21. storočí roku 1999 schválila uznesením č. 1038 Národný program podpory zdravia – Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Základnými nástrojmi realizácie na dosiahnutie cieľa Národného programu podpory zdravia sú (Národný program podpory zdravia, 2000):

1. výkon,
2. monitorovanie,
3. hodnotenie procesu i dosiahnutých výsledkov,
4. korekcia postupu a prostriedkov, prípadne i cieľov, ktoré tvoria spolu jeden cyklus.

V súvislosti s podporou zdravia a prevenciou závislostí v rámci priority s názvom Odstrániť zdraviu škodlivé vplyvy boli stanovené dve kritériá:

1. znížiť percento fajčiarov,
2. znížiť počet ľudí závislých od nelegálnych drog.

V rámci tejto verzie Národného programu podpory zdravia sa neobjavila v prioritách problematika prevencie problémového užívania alkoholu. V rámci prevencie drogových závislostí sa kládol zreteľ na všetky nelegálne drogy okrem alkoholu.



Aj z tohto dôvodu vláda SR prijala roku 2005 uznesením č. 39 poslednú aktualizáciu Národného programu podpory zdravia. Aktualizovaný Národný program podpory zdravia je zameraný na vybrané determinanty zdravia a skladá sa z 11 cieľov:

1. zdravý životný štýl,
2. starostlivosť o zdravie,
3. zdravá výživa,
4. **alkohol, tabak, drogy,**
5. prevencia úrazovosti,
6. zdravá rodina,
7. zdravé pracovné podmienky,
8. zdravé životné podmienky,
9. zníženie výskytu infekčných chorôb,
10. zníženie výskytu neinfekčných chorôb,
11. pohybová aktivita.

V rámci cieľa č. 4 s názvom Znížiť škody spôsobené alkoholom, drogami a tabakovými výrobkami sa prvýkrát v histórii Národného programu podpory zdravia hovorí o potrebe znižovania užívania alkoholu. Program stanovuje viaceré aktivity vedúce k splneniu cieľa, uvádzame niektoré z nich (Národný program podpory zdravia, 2005):

- zvyšovanie odbornej spôsobilosti v prevencii fajčenia a programov na odvykanie od fajčenia u odborných pracovníkov,
- edukácia obyvateľov o rizikách užívania alkoholu pri rekreačných a voľnočasových aktivitách,
- edukácia rodičov a učiteľov o negatívnom dopade užívania návykových látok na zdravie detí a mládeže,
- realizácia vzdelávacích programov zameraných na vybrané skupiny obyvateľstva.

V oblasti verejného zdravotníctva však po prijatí Národného programu podpory zdravia vládou roku 1992 vznikajú národné programy a akčné plány, ktoré sa týkajú jeho jednotlivých oblastí a priorit. V oblasti kontroly alkoholu vznikol **Národný akčný plán pre problémy s alkoholom**, ktorý prijala vláda uznesením č. 929 z roku 2002. Jedným z dôvodov, ktoré viedli k príprave dokumentu, bola skutočnosť, že Národný program podpory zdravia a ani historicky prvý Národný program boja proti drogám z roku 1995 nedokázali zastaviť zvyšujúcu sa konzumáciu alkoholu na Slovensku.

Obsahom Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom je konkretizácia úloh, zodpovednosti a finančného krytia jednotlivých úloh. Treba zdôrazniť skutočnosť, že napriek tomu, že zo spotrebnej dane z liehu a piva sa roku 2002 vybralo viac ako 10 miliárd Sk, žiadne finančné prostriedky z tohto objemu neboli vyčlenené na plnenie úloh. Obsahom plánu bolo 10 stratégií, ktoré viac-menej kopírovali Európsky akčný plán pre problémy s alkoholom, ktorý vypracovala úradovňa Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu na roky 2000–2005. Materiál obsahoval aj ekonomickú analýzu dopadu užívania alkoholu na Slovensku.

#### **Ciele podľa Svetovej zdravotníckej organizácie do roku 2005:**

- a) dostať do povedomia spoločnosti, aké škody môže spôsobovať alkohol,
- b) podporiť štátnu politiku zdravia v súlade s Európskym akčným plánom pre Európu,
- c) dať deťom a mládeži možnosť výberu a naučiť ich odmietnuť ponuku na pitie.



**Navrhované úlohy pre rezorty:**

- a) vrátiť problematiku alkoholu a spôsobovaných škôd aspoň sčasti do masmédií, odkiaľ bola do značnej miery vytlačená v minulých desiatich rokoch problematikou drog,
- b) pri masmediálnych kampaniach sa vyhnúť povrchnej rétorike a dať premyslený odkaz, príbeh, definovať cieľovú skupinu, v projektoch vždy rátať aj s vyhodnotením efektu,
- c) podporiť programy pre deti a mládež, rodičov, pedagógov, sociálnych pracovníkov a lekárov a vydávanie textov pre deti predškolského veku aj začínajúcich čitateľov zamerané proti alkoholu, na podporu zdravého životného štýlu, vychovávajúce k úcte k prírode, k zodpovednosti a pozitívnemu mysleniu,
- d) využiť výsledky programov a projektov PHARE a SZO v oblasti prevencie cez sieť centier psychologickkej a výchovnej prevencie, centier poradensko psychologických služieb a koordinátorov prevencie na školách,
- e) pokračovať v projektoch a programoch SZO Zdravé školy, ako aj ďalších (napr. Škola bez alkoholu, cigariet a drog, rovesnícke programy),
- f) ďalej používať a priebežne inovovať metodické pomôcky, ako preventívne počítačové programy, ktoré boli preložené a adaptované s podporou SZO a Ministerstva školstva SR.

Posledným akčným plánom v oblasti alkoholu, ktorý prijala vláda SR uznesením č. 947 z roku 2006, bol Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na obdobie rokov 2006–2010. V súvislosti s časovým plnením úloh je jeho ukončenie vymedzené obdobím rokov 2006 až 2010. V súvislosti s finančným krytím úloh akčný plán nekladie nároky na štátny rozpočet, vzhľadom na to, že jednotlivé rezorty dostávajú v rámci štátneho rozpočtu určitý objem finančných prostriedkov pre jednotlivé ministerstvá na plnenie programov a projektov, ktoré prijala vláda SR.

Na implementáciu národných akčných plánov pre alkohol je v Rámcovom programe alkoholovej politiky SZO v európskom regióne 10 oblastí cieľov a zámerov, ktoré majú centrálny význam pre politiku na národnej úrovni a majú byť chápané ako integrálna súčasť. Sú to nasledujúce oblasti:

- Informovanosť a vzdelávanie.
- Verejné, súkromné a pracovné prostredie.
- Dostupnosť alkoholických výrobkov.
- Propagácia alkoholických výrobkov.
- Liečba.
- Zodpovednosť alkoholového priemyslu a predajcov alkoholických nápojov.
- Kapacita spoločnosti reagovať na poškodenia spôsobené alkoholom.
- Mimovládne organizácie.
- Definovanie politiky.
- Realizácia politiky.
- Monitorovanie.

Gestorstvo rezortov nad plnením úloh je formulované nejasne a akčný plán neobsahuje jasné úlohy, pričom sa majú dosiahnuť do konca roku 2010. Prvý odpočet plnenia úloh v akčnom pláne bol vzatý na vedomie vládou SR v máji 2008.

V oblasti kontroly tabaku bol prvý Národný program kontroly tabaku prijatý vládou SR až v máji 2007 formou uznesenia č. 398. V histórii Slovenska bol prijatý prvý osobitný návrh národného programu, ktorý vychádzal z európskej stratégie SZO na kontrolu tabaku prijatie Svetovým zdravotníckym zhromaždením roku 2002 a v zmysle Rámcového dohovoru o kontrole tabaku z roku 2005. Vychádzal zo strategického delenia opatrení na znižovanie dopytu po tabakových výrobkoch a znižovanie ponuky tabakových výrobkov. V rámci týchto stratégií sa uplatňovali nástroje legislatívne, daňové, výchovno-marketingové a poradensko-liečebné. Všetky nástroje a následne metódy kontroly tabaku sa realizovali s cieľom ochrany a podpory verejného zdravia.

Principiálnym cieľom Národného programu kontroly tabaku je každoročne znížiť počet fajčiarov, aby sa v priemere najmenej o dvojnásobok zvýšil počet tých, ktorí prestanú fajčiť, a zabezpečiť právo občanom dýchať vzduch bez tabakového dymu.

Neoddeliteľnou súčasťou Národného programu kontroly tabaku je akčný plán, ktorý definuje rezortnú zodpovednosť za úlohy obsiahnuté v Národnom programe kontroly tabaku, finančné aspekty a ľudské zdroje potrebné na kontrolu tabaku. V zmysle predošlého uznesenia vlády SR bol v máji 2008 prijatý vládou SR Národný akčný plán na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010, kde sú definované konkrétne úlohy, zodpovednosť a časové trvanie plnenia úloh. V súvislosti s financovaním nebol zo strany rezortov prijatý model, aby sa finančné prostriedky na plnenie úloh v akčnom pláne vyčlenili priamo zo spotrebnej dane z tabaku, ale aby jednotlivé rezorty vyčlenili prostriedky na plnenie úloh v rámci vlastnej rozpočtovej kapitoly.

Základné princípy Národného akčného plánu na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010 sú:

1. **Multirezornosť** – spočíva v komplexnom poňatí kontroly fajčenia a tabaku. Nezameriava sa iba na určité oblasti spoločenskej povahy, ale presahuje rámec ochrany a podpory verejného zdravia.

2. **Zodpovednosť** – každý rezort ako gestor úloh má v akčnom pláne definované konkrétne úlohy, časové plnenie a je zodpovedný za plnenie úloh obsiahnutých v akčnom pláne.

3. **Financovanie** – vychádzajúc zo skúseností a odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie, na plnenie úloh je potrebné okrem personálneho zastúpenia aj finančné krytie zo zdrojov rozpočtových kapitol ministerstiev.

Kľúčové oblasti Národného akčného plánu na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010:

- **výchova k zdraviu,**
- **podpora zdravia a ochrana nefajčiarov,**
- **poradenstvo a liečba tabakovej závislosti,**
- **reklama a informácie pre spotrebiteľov.**

Na záver tejto časti práce treba zdôrazniť skutočnosť, že v histórii prípravy a hodnotenia národných programov na kontrolu tabaku a alkoholu sa viedla a nestále vedie diskusia, či problematika kontroly tabaku a alkoholu nespadá stratégiami, formami a metódami intervencií do koncepcie Národného programu boja proti drogám.

Napriek viacerým podobne uplatňovaným stratégiám, formám, nástrojom a metódam existujú medzi nimi rozdiely. Týkajú sa na jednej strane najmä aplikácie foriem, metód a kontroly užívania tabaku a alkoholu na verejných miestach a na druhej strane problému medicíny drogových závislostí.

## 7.2. Štátna politika zdravia

Štátna politika zdravia Slovenskej republiky vychádza z Ústavy Slovenskej republiky, kde sa v čl. 40 uvádza, že každý občan má právo na ochranu zdravia a na základe zdravotného poistenia aj na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky.

V súlade s moderným chápaním zdravia a všetkých opatrení ako komplexných a navzájom sa podmieňujúcich vláda SR prijala poslednú koncepciu Štátnej politiky zdravia SR v januári 2008 uznesením č. 11. Nová koncepcia definuje úlohy štátu, stratégie a jednotlivé priority v oblastiach podpory, ochrany i navrátenia zdravia občanov.

Predposlednú koncepciu Štátnej politiky zdravia SR vláda Slovenskej republiky prijala uznesením č. 910/2000, ktoré formulovalo dlhodobé i krátkodobé ciele, stratégie a priority štátu zamerané na podporu, ochranu a zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva a na skvalitnenie zdravotnej starostlivosti pre občanov.

Priority stanovené v novej koncepcii štátnej politiky zdravia vychádzajú z aktuálneho stavu verejného zdravia prostredníctvom poslednej Správy o zdravotnom stave obyvateľstva z roku 2006, kde dominantnými príčinami úmrtnosti populácie Slovenska sú chronické neinfekčné ochorenia. Preto podpora zdravia, ochrana a prevencia sú chápané ako jedny z celospoločenských priorít a v rámci nich aj prevencia závislostí a znižovania škôd spôsobených užívaním tabaku a alkoholu. Pri tvorbe priorít sa však pozornosť neobmedzuje len na chronické ochorenia, nakoľko pri súčasnom trende globalizácie a búrania bariér medzi kultúrami musia zdravotníctvo i celá spoločnosť čeliť aj prenosným ochoreniam a ďalším determinantom zdravia, ktoré ovplyvňujú výsledný zdravotný stav populácie. Na implementáciu priorít sú navrhnuté akčné plány a národné programy, ktoré by mali byť v blízkom čase prijaté vládou SR. Štátna politika zdravia chápe zdravie ako základné ľudské právo. Jej cieľom je nasmerovať záujmy a snahy všetkých zložiek spoločnosti na zdravie ako kľúčový faktor rozvoja spoločnosti s cieľom vytvoriť podmienky na podporu, ochranu a rozvoj zdravia.

Základnou stratégiou rozvoja zdravia v rámci definovaných priorít je podpora zdravia u zdravých občanov, ochrana občanov ohrozených biologickými, chemickými či fyzikálnymi faktormi prostredia a navrátenie zdravia (prevencia zlyhania) občanom s oslabeným alebo poškodeným zdravím. Na dosiahnutie cieľov je potrebný komplexný prístup. Prvé dva ciele sú vymedzené nasledovne:

1. presadzovať orientáciu zdravotníctva na prevenciu a včasnú diagnostiku,
2. zvýrazniť kľúčovú úlohu verejného zdravotníctva v procese starostlivosti štátu o verejné zdravie.

V histórii štátnej politiky zdravia je dokument prijatý roku 2008 prelomovým predovšetkým z hľadiska stanovenia oblasti kontroly tabaku a alkoholu ako jednej z prio-

rít. Štátna politika zdravia SR obsahuje štyri priority, pričom štvrtou prioritou sú tabak a alkohol. Jedným z nástrojov realizácie štátnej politiky zdravia sú národné a akčné programy. Vláda SR v týchto intenciách už prijala roku 2006 Národný akčný plán pre problémy spojené s alkoholom na obdobie rokov 2006–2010, roku 2007 Národný program kontroly tabaku a roku 2008 Národný akčný plán na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009–2010. V súvislosti s odpočtom plnenia úloh daných v Štátnej politike zdravia SR sa dá konštatovať, že jej výkon v oblasti kontroly tabaku a alkoholu bol zabezpečený.

### 7.3. Organizácia kontroly tabaku, alkoholu a drog

Vrcholným orgánom v rámci stanovovania politiky kontroly tabaku a alkoholu vo svete sú Svetová zdravotnícka organizácia a Európska únia pre svoje členské štáty. Svetová zdravotnícka organizácia prostredníctvom koordinačných a výkonných zložiek tvorí politiku kontroly tabaku a alkoholu pre svoje členské štáty. Najdôležitejšou formou koordinácie a snahy o výkon politiky sú dohovory, charty a akčné plány Svetovej zdravotníckej organizácie. Snaha o hodnotenie výkonu politik v oblasti tabaku a alkoholu sa pretavuje do hodnotiacich správ samostatne o kontrole tabaku a alkoholu v jednotlivých členských krajinách, ktoré sú obsahom správ. Posledná správa o kontrole tabaku pochádza z roku 2007 a správa o kontrole alkoholu je z roku 2004 (The European Tobacco Control Report, 2007; Global Status Report on Alcohol, 2004). Správy pozostávajú z informácií od národných koordinátorov, ktorí sú zodpovední za koordináciu politik SZO na národnej úrovni.

Národní koordinátori pre oblasť kontroly tabaku a alkoholu sú vymenúvaní ministrom zdravotníctva SR na časovo neobmedzené obdobie.

Na úrovni Európskej únie patrí problematika kontroly tabaku, alkoholu a drog do verejného zdravotníctva. V rámci štruktúry EÚ je preto koordinačným a výkonným orgánom generálny sekretariát pre zdravie a ochranu spotrebiteľa (DG SANCO), do ktorého gescie patrí aj problematika tabaku a alkoholu. Za oblasť zákonodarnej moci sa v rámci EÚ považuje Európsky parlament, ktorý schvaľuje smernice alebo rezolúcie. Európska komisia a Rada Európskej únie prijímajú na svojej úrovni odporúčania, závery alebo rozhodnutia vo vzťahu k smerniciam Európskeho parlamentu (Tóth, 2001).

V súvislosti s organizáciou kontroly drog na Slovensku je vrcholnou inštitúciou Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog na základe uznesenia vlády SR č. 583 z roku 1995. Výbor do roku 2005 koordinoval iba problematiku politiky kontroly nelegálnych drog na Slovensku, od roku 2005 je zodpovedný aj za koordináciu politiky kontroly tabaku a alkoholu na základe uznesenia vlády SR č. 339 z roku 2005. Výbor je poradným orgánom vlády SR vo veciach protidrogovej politiky na Slovensku. Výkonným orgánom výboru je generálny sekretariát. V súvislosti s monitorovaním trendov v drogových závislostiach a politiky kontroly drog bolo roku 2004 zriadené Národné monitorovacie centrum pre drogy a drogovú

závislosť. Ďalším dôvodom založenia centra bola existencia Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť.

Napriek uzneseniu vlády SR č. 339 z roku 2005 je Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog koordináčnym a výkonným orgánom iba pre oblasť kontroly nelegálnych drog. Od roku 1995 pripravuje návrhy Národného programu boja proti drogám a odpočty plnenia jeho akčných plánov na rokovanie vlády SR. Metodicky riadil do zrušenia krajských úradov k 30. septembru 2007 sieť koordinátorov drogovej problematiky. Od tohto obdobia neexistuje sieť krajských koordinátorov, napriek pokusom o ich zriadenie na obvodných úradoch. Vrcholným orgánom na kontrolu drog na Slovensku je Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog. Predsedom výboru je príslušný podpredseda vlády SR. Jeho výkonným orgánom je generálny sekretariát, ktorého súčasťou je Národné monitorovacie centrum pre drogy.

Za koordináciu kontroly tabaku a alkoholu na Slovensku je zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR ako vrcholný orgán verejného zdravotníctva. Ministerstvo bolo v minulosti iniciátorom viacerých legislatívnych, edukačných a poradenskolečebných opatrení s cieľom výkonu kontroly tabaku a alkoholu.

Vzhľadom na to, že oblasť kontroly tabaku a alkoholu patrí do oblasti verejného zdravotníctva, výkonným orgánom pre oblasť kontroly tabaku a alkoholu je Úrad verejného zdravotníctva SR, ktorý tvorí po obsahovej stránke návrhy opatrení a úprav v súvislosti s ochranou, podporou a rozvojom verejného zdravia. V súvislosti s koordináciou činností na kontrolu tabaku bol ministrom zdravotníctva SR roku 2000 zriadený Národný koordináčny výbor na kontrolu tabaku, ktorý je koordináčnym a poradným orgánom hlavného hygienika SR. Je zložený zo zástupcov rezortov a má 11 členov. Sekretariát ako jeho výkonný orgán sídli v Úrade verejného zdravotníctva SR.

Pre oblasť kontroly alkoholu a plnenie úloh Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom bola na ministerstve zdravotníctva zriadená koordináčna skupina, ktorú tvoria zástupcovia jednotlivých rezortov.

Súčasne je Úrad verejného zdravotníctva SR metodickým a riadiacim centrom pre sieť 36 regionálnych úradov verejného zdravotníctva aj v oblasti kontroly tabaku a alkoholu. Regionálne úrady verejného zdravotníctva vykonávajú intervencie s cieľom zmeny zdravotného správania a uvedomenia v rámci regiónu predovšetkým formou:

- edukačných, mediálne-marketingových aktivít a školiacich podujatí,
- kontrolnej činnosti v rámci výkonu štátneho zdravotného dozoru,
- poradenskej činnosti v oblasti odvykania od fajčenia a prevencie závislostí.

Koordinácia plánovania a výkonu kontroly tabaku a alkoholu je nedostatočná a je potrebné presunutie všetkých koordináčnych orgánov na Ministerstvo zdravotníctva SR, ktoré je vrcholným orgánom verejného zdravotníctva. Výkonnými orgánmi by mali byť Úrad verejného zdravotníctva SR a regionálne úrady verejného zdravotníctva na Slovensku. Z pohľadu koordinácie politiky kontroly tabaku a alkoholu je dôležité, aby si ministerstvo zdravotníctva SR plnilo úlohy aj na úseku verejného zdravotníctva v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a nepresúvalo ich na Úrad verejného zdravotníctva SR a regionálne úrady verejného

zdravotníctva SR. V súčasnosti je oblasť kontroly alkoholu v koordinácii Ministerstva zdravotníctva SR, na rozdiel od kontroly tabaku, ktorú koordinuje, riadi a zabezpečuje Úrad verejného zdravotníctva SR.

## 7.4. Financovanie kontroly tabaku a alkoholu

V súvislosti s realizáciou národných programov a projektov vznikajú otázky, ktoré sa týkajú financovania. Jedným z pilierov Národného programu podpory zdravia, Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom a napokon aj Národného programu kontroly tabaku je oblasť financovania. Závety hodnotiacich správ z realizácie programov opakovane konštatujú, že je vyčlenených málo finančných prostriedkov na plnenie úloh v oblasti podpory a ochrany verejného zdravia. Táto súvislosť sa priamo dotýka aj financovania národných programov a ostatných aktivít v kontrole tabaku a alkoholu.

V súvislosti s verejnými výdavkami na aktivity v oblasti kontroly tabaku a alkoholu existujú nejednoznačné údaje. Na druhej strane existujú viaceré štúdie, ktoré poukazujú na súvislosť medzi užívaním tabaku či alkoholu a vynaloženými finančnými prostriedkami na liečbu chorôb spôsobených užívaním týchto dvoch najčastejších návykových látok na Slovensku a v Európe.

V tejto súvislosti sa verejné výdavky sústreďujú na krytie:

- sociálnych a zdravotných dopadov, pri ktorých štát musí znášať náklady na liečbu chronických ochorení a terminálne chorých osôb a náklady na sociálne zabezpečenie detí, ktorým predčasne zomrú rodičia v dôsledku užívania tabaku a alkoholu,
- strát v súvislosti s dovozom cigariet a alkoholu v krajinách, kde sa nepestuje tabak a existujú rozsiahle obmedzenia na domácu výrobu,
- strát obrábateľnej pôdy v dôsledku pestovania tabaku, ktorá by mohla byť požitá na pestovanie plodín,
- strát zamestnávateľov v súvislosti s častejšími absenciami fajčiarov a užívateľov alkoholu,
- zvýšených nákladov pri likvidácii požiarov v spojitosti s neopatrným zaobchádzaním s cigaretou a pod vplyvom alkoholu.

V súvislosti s verejnými výdavkami sa roku 2006 vynaložilo na drogovú problematiku na Slovensku až 794 miliónov Sk. Najviac peňazí z tejto kapitoly sa použilo na represívne opatrenia a liečbu drogových závislostí, kam patrí aj liečba alkoholovej závislosti. Pomer výdavkov vynaložených na znižovanie ponuky (represia) a znižovania dopytu (prevencia, liečba, vzdelávanie) je približne v pomere 70:30 (Výročná správa o stave drogovej problematiky, 2007).

Na porovnanie, dáta získané rovnakou metodikou z roku 2004 prezrádzajú, že oproti roku sa 2004 verejné výdavky štátu na oblasť kontroly nelegálnych drog zvýšili o viac ako 200 miliónov Sk. Roku 2004 predstavovali verejné výdavky štátu sumu viac



565 miliónov Sk (14,5 mil. EUR), čo tvorí 0,04225 z hrubej miery domáceho produktu. Na porovnanie, v Českej republike boli výdavky štátu 11 miliónov EUR (pozn.: 1 EUR = 37 Sk) a v Poľsku 51 miliónov EUR (Stav drogovej závislosti v Európe, 2006).

### Verejné výdavky na kontrolu tabaku a straty v dôsledku jeho užívania

Hoci metodiky zberu dát, ktoré súvisia s fajčením, sa odlišujú, vo viacerých štúdiách sa používajú rovnaké ukazovatele, napr. prevádzkové náklady nemocníc na liečbu ochorení v dôsledku fajčenia a straty na nevytvorenom spoločenskom produkte (prestoje, počet dní práceneschopnosti, invalidita).

V súčasnosti existujú dve metódy na stanovenie priamych a nepriamych nákladov na fajčenie v Európe. Prvá je založená na poznatku, že existujú dve hlavné kategórie chorôb, ktoré sú spôsobené do veľkej miery fajčením. Sú to ochorenia dýchacích ciest a srdcovo-cievne choroby. Európska respirologická spoločnosť odhadla, že ročné náklady na liečbu ochorení dýchacích ciest vrátane rakoviny pľúc predstavovali roku 2000 pre celú Európu približne 102 miliárd EUR. Približne 74 miliónov EUR bolo vynaložených v 15 krajinách EÚ na liečbu srdcovo-cievnych chorôb. Približne 106 miliárd EUR ročne predstavujú nepriame náklady, ktoré sa týkajú straty hrubého domáceho produktu v dôsledku predčasného úmrtia a vzniku choroby. Nepriame náklady súvisiace so stratou v dôsledku fajčenia predstavujú 2/3 zo všetkých nákladov, týkajú sa najmä liečby. Straty v dôsledku fajčenia na hrubom domácom produkte predstavovali roku 2002 v Maďarsku približne 4 % (Tobacco or Health in the EU, 2004).

Druhá metóda výpočtu nákladov je založená na porovnaní nákladov na liečbu základných ochorení v dôsledku fajčenia v jednom štáte. Príkladom je Nemecko z roku 1996, kde boli do výpočtu zahrnuté priame a nepriame náklady vo výške 16,56 miliárd EUR. Do nákladov boli započítané priame i nepriame náklady na ochorenia, ako chronická obštrukčná choroba pľúc, rakovina pľúc, mozgová príhoda, rakovina ústnej dutiny a hrtana a infarkt myokardu. Na základe porovnaní sa zistilo, že priame a nepriame náklady súvisiace s fajčením boli rovnomerne rozdelené na polovicu.

Straty na hrubom domácom produkte sú však citeľnejšie u krajín s nižšie rozvinutou ekonomikou, na rozdiel od krajín s vysoko rozvinutou ekonomikou.

Straty na hrubom domácom produkte sa v Nemecku pohybovali na úrovni 1,2 %, zatiaľ čo v Maďarsku boli na úrovni 4 %. Obdobné závery sa dajú analogicky použiť aj na hrubý odhad strát na domácom produkte na Slovensku a v bývalých socialistických krajinách.

Posledná štúdia z Českej republiky z roku 2003 konštatuje, že straty súvisiace s fajčením vysoko prekračujú príjmy, ktoré štát získava z predaja tabakových výrobkov. Na jednej strane príjmy z predaja tabaku, cla, dane zo zisku tabakových firiem a ušetrené starobné dôchodky v dôsledku predčasného úmrtia fajčiarov boli 49 miliárd českých korún. Na druhej strane priame a nepriame náklady v dôsledku poskytovania zdravotnej starostlivosti, nemocenských, invalidných a vdoveckých dávok predstavovali čiastku približne 63,8 miliárd českých korún. Rozdiel predstavuje sumu 14 miliárd českých korún. Česká ekonomika prichádza pre fajčenie ročne o tak-

mer 64 miliárd českých korun (Habrová, 2007). Celonárodné náklady na nemocničnú liečbu v dôsledku fajčenia predstavovali roku 2002 v Čechách odhadom 6,14 miliardy českých korun (Sovinová, 2007).

Zatiaľ poslednú ekonomickú štúdiu o dôsledkoch fajčenia na Slovensku prezentovala Kozíková (1996). Roku 1990 očakávaný počet stratených rokov ekonomicky aktívneho života v dôsledku fajčenia predstavoval 24 520 rokov. Z pohľadu pohlavia na Slovensku v tomto období zomrelo odhadom 9070 mužov a 1200 žien starších ako 35 rokov. Počet obetí chorôb zapríčinených fajčením bol vydelený počtom úmrtí, čo roku 1990 predstavovalo mieru 20 %. Výdavky na zdravotníctvo v súvislosti s liečbou chorôb v dôsledku fajčenia predstavovali takmer 16 miliárd československých korun, pričom 20 % z tejto sumy bolo 3,2 miliardy Kčs. Celkové priame a nepriame náklady v súvislosti s fajčením predstavovali roku 1990 sumu 32,6 miliardy Kčs, pritom zisky štátu zo spotrebnej dane z tabaku, z cla a zo stratených rokov života fajčiarov predstavovali odhadom 7 miliárd Kčs.

### **Verejné výdavky na kontrolu alkoholu a straty v dôsledku jeho užívania**

Náklady spojené s užívaním alkoholických nápojov v rámci krajín EÚ predstavujú 125 biliónov EUR za rok 2003, čo predstavuje stratu na hrubom domácom produkte 1,3 %. V súvislosti s poklesom verejných, ale aj súkromných výdavkov v dôsledku alkoholu sa uvádzajú tieto indikátory (An ex Ante Assessment of the Economics Impacts of EU Alcohol Policies, 2006):

- zdravotná starostlivosť poskytnutá v dôsledku vzniku závislosti alebo poškodenia organizmu je jedným z kľúčových faktorov, ktorý obmedzuje verejné výdavky;
- odchod do predčasného dôchodku a s tým súvisiace náklady v rámci sociálneho systému znamenajú problém; trend je v znižovaní chorobnosti a predčasnej úmrtnosti práve prevenciou alkoholizmu;
- zločinnosť a jej nárast sú sprevádzané nárastom užívania alkoholu; znižovaním kriminality sa priamo znižujú náklady na ochranu verejného poriadku a zdravia občanov;
- redukciami pitia za volantom dosiahneme nižšie ekonomické náklady v súvislosti so zabezpečením záchranej služby, zdravotnej starostlivosti a prípadnej sociálnej pomoci zo strany štátu v dôsledku nehodovosti a úrazov.

Štúdie do roku 1995 vo viacerých ohľadoch brali na výpočet strát v ekonomike zdravotníctva do úvahy konzumáciu alkoholu. Medzi priame náklady sa zaradili tie, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti. Naopak, medzi nepriame náklady sa počítali: strata produktivity v dôsledku predčasného úmrtia, práceneschopnosti, odňatia slobody a hodnota strateného života. Medzi ďalšie kritériá na vypočítanie odhadovaných dopadov na ekonomiku zdravotníctva patrili tiež náklady na súdne procesy a priestupky, sociálny systém a náklady súvisiace s odstraňovaním nehôd a alkoholovej kriminality (The Economics of Alcohol Policy, 1995). Napríklad roku 1995 predstavovali náklady v USA 5,8 bilióna amerických dolárov.



Podľa analýz SZO alkohol zodpovedá celosvetovo za približne 5 % úmrtí a vyše 9 % z celkovej miery chorobnosti. V euroregióne tvoria úmrtia následkom konzumácie alkoholu jednu štvrtinu úmrtí u mužov vo veku 15 až 29 rokov, vo východnej Európe je to až jedna tretina úmrtí. Roku 1999 na následky konzumácie alkoholu zomrelo v euroregióne 55-tisíc mladých ľudí. Breme zo škôd následkom konzumácie alkoholu predstavuje v členských krajinách SZO od 2 do 5 % ich HDP.

Posledné údaje z roku 2003 ukázali, že celkové hmotné výdavky, ktoré spôsobil alkohol, boli pre EÚ odhadom okolo 125 miliárd EUR, čo predstavuje ekvivalent 1,3 % HDP. Navyše nehmotné náklady pozostávajúce zo spoločenských a zdravotných škôd predstavovali sumu 270 miliárd EUR (Nociar, 2006). Suma zo spotrebných daní z alkoholu v krajinách EÚ predstavovala ročne iba 25 miliárd EUR, čo je neporovnateľne menej, ako sú verejné výdavky na zdravotníctvo, sociálne služby a riešenie problémov s kriminalitou.

I keď spotreba alkoholu na Slovensku v 90. rokoch poklesla o približne 2 litre na obyvateľa (v prepočte na 100-% lieh) a dnes sa pohybuje na úrovni okolo 8 litrov, dodnes je taká vysoká, ako bola pred koncom 70. a začiatkom 80. rokov. Z hľadiska rozloženia populácie z pohľadu pitia alkoholu máme odhadom 5 % dospelých, ktorí sú abstinenti, 60 % obyvateľstva predstavujú konzumenti, 30 % sú osoby, ktoré pijú hazardne až problémovo, a zvyšných 5 % je už závislých od alkoholu.

Pri 230 pracovných dňoch sa roku 1994 stratila práca 12 405 pracovníkov, ktorí boli práceneschopní z dôvodov súvisiacich s nadmerným pitím a alkoholizmom. Vzhľadom na vytvorený hrubý domáci produkt (HDP) roku 1994, ako aj na počet pracovníkov pripadla na jedného hodnota 262 870 Sk. Pri celoročnej absencii 12 405 pracovníkov bola strata na nevytvorení HDP celkovo 3261 mil. Sk. Ak berieme do úvahy trvalú invaliditu a vysokú nezamestnanosť tejto vrstvy obyvateľstva, strata na HDP za 22 880 invalidov roku 1994 predstavovala 6015 mil. Sk. Pri predčasnom úmrtí (t. j. v produktívnom veku do 55 rokov u žien a do 60 rokov u mužov) nastáva strata na nevytvorených hodnotách za všetky ostávajúce roky ekonomicky aktívneho života.

#### **Ďalšie ekonomické straty predstavovali:**

- a) zvýšené náklady v zdravotníckej a sociálnej sfére;
- b) strata z neuplatneného vzdelania vrátane straty kvalifikácie;
- c) straty spoločnosti na všeobecnej kriminalite.

Podľa uvedenej analýzy oddelenia socio-ekonomických analýz zrušeného Národného centra podpory zdravia sa dali roku 1994 celkové výdavky a straty spôsobené spoločnosťou alkoholom odhadnúť na 16,6 miliardy Sk. Každý zamestnaný občan v uvedenom roku prispel zo svojich daní sumou zhruba 3300 Sk (čo sa vtedy pohybovalo medzi jednou až dvoma tretinami priemerného mesačného platu) na zaplatenie následkov zdraviu škodlivého, hazardného alebo nadmerného pitia, alebo alkoholizmu.

Čiastku, ktorá predstavuje 16,6 miliardy Sk, by bolo treba porovnať s odvodmi daní z pridanej hodnoty, spotrebnej dane a ziskov z predaja alkoholu, hoci také porovnanie je podľa niektorých odborníkov neetické. Roku 2007 bolo na Slovensku v rámci spotrebných daní za lieh, pivo a víno získaných do štátneho rozpočtu približne 8,2 miliardy Sk.

## 7.5. Poradenská činnosť vo verejnom zdravotníctve

S účinnosťou od 1. 9. 1999 vydalo Ministerstvo zdravotníctva SR odborné usmernenie č. 33 na zriaďovanie, prevádzku a činnosť poradenských centier ochrany a podpory zdravia. V článku 4 ods. 3 tohto usmernenia sa hovorí priamo o organizácii poradenských centier na úseku poskytovania špecializovaného poradenstva v oblasti prevencie a odvykania od fajčenia. V rámci určenia pracovných postupov v základnej poradni a špecializovaných poradniach bolo vypracovaných niekoľko odborných manuálov. Roku 2000 vydal kolektív autorov manuál, ktorý mal komplexne zastrešiť problematiku zásad, metód a foriem poskytovania poradenskej starostlivosti v **Poradenských centrách zdravotnej výchovy a podpory zdravia** (Avdičová, 2000). Inak tomu nebolo ani pri určení postupu poradenskej činnosti v poradni na odvykanie od fajčenia (Dobiášová, 1997; Ochaba, 2007). V rámci poradenstva prevencie drogových závislostí bol vypracovaný aj manuál pre poradenstvo prevencie drogových závislostí (Ochaba, 2007).

V súčasnosti platný zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov kladie v oblasti výchovy k zdraviu dôraz na poradenskú činnosť poradní zdravia pri regionálnych úradoch verejného zdravotníctva. Cieľom poradenských centier ochrany a podpory zdravia je znižovanie výskytu zdravotných rizík prostredníctvom všeobecného a špecializovaného poradenstva zameraného na pozitívnu zmenu spôsobu života, s využitím vedecky overených poznatkov a metód z oblasti medicíny a verejného zdravotníctva.

Regionálne úrady verejného zdravotníctva poskytujú v rámci špecializovaného poradenstva klientom s problémami s alkoholom a tabakom odborné poradenstvo a spolupracujú so štátnou správou a poskytovateľmi liečebno-preventívnej zdravotnej starostlivosti (ambulancie zdravotníckeho zariadenia pre drogové závislosti, praktickí lekári, psychiatrické ambulancie, poradensko-psychologické centrá).

Poradenstvo je metóda vzdelávania a výchovy, metóda redukovania emocionálneho napätia, metóda pomoci človeku pri riešení problémov a pri hľadaní nových, primeranejších foriem života.

### Typy poradenských služieb

Podľa cieľovej skupiny môže byť poradenstvo zamerané na jednotlivca, skupinu i širokú verejnosť.

V rámci individuálneho poradenstva by mali poradne umožniť klientovi zorientovať sa v probléme nadmerného pitia, užívania iných drog, poskytnúť mu informácie o hroziacich nebezpečenstvách poškodenia zdravia a riziku vzniku závislosti. Mali by zabezpečovať jeho usmernenie a distribúciu do odborných ambulancií lekárov a liečební v prípade podozrenia na alkoholovú závislosť a v prípade silnej tabakovej závislosti.

Skupinové poradenstvo sa zameriava na ohrozené skupiny, napríklad študentov škôl, kde sa vyskytol problém, pracovníkov barov, pohostinských zariadení, kde sa predáva a konzumuje alkohol, na vodičov, ktorí jazdili so zisteným alkoholom v organizme, a iné skupiny. Vykonáva sa na požiadanie a po dohode s príslušnými organizáciami.

Poradne v rámci svojho pôsobenia zabezpečujú aj masmediálne výstupy o prevencii možných škôd v dôsledku užívania alkoholu a iných drog, spolupracujú na vydávaní letákov a iných edičných materiálov s preventívnym a poradenským obsahom, ktoré sú určené pre širokú verejnosť.

Poradenstvo poskytované poradenskými centrami ochrany a podpory zdravia nie je určené na ďalšiu starostlivosť o ľudí s aktívnou chorobnou závislosťou od alkoholu a iných drog. V prípade zistenia chorobnej závislosti alebo podozrenia na ňu či inú duševnú poruchu, ktorá by si mohla vyžadovať medicínsku liečbu, sú pracovníci poradne povinní bez meškania poradiť a odporučiť klientovi, aby urýchlene vyhľadal špecializovanú zdravotnícku liečebno-preventívnu starostlivosť v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Poradenstvo nie je určené ani klientom s diagnostikovanou aktívnou chorobnou závislosťou či v prvých 12 mesiacoch abstinencie.

V individuálnom poradenstve poradca vykonáva orientačnú alebo sociálnu diagnostiku. V prípade podozrenia či potreby medicínskej diagnostiky sa táto v poradniach nevykonáva, ale poradca má povinnosť pacienta odporučiť do príslušného špecializovaného zdravotníckeho zariadenia.

## **Kontakt s klientom**

Do poradenstva vstupujú rôzne skupiny klientov. Poradenstvo pre prevenciu drogových závislostí je orientované na občanov s hazardným spôsobom pitia. Je určené pre tých, ktorí sa z dôvodu nedostatku primeraných sociálnych návykov nedokážu prispôsobiť akceptovaným spoločenským normám správania, pre občanov, ktorí stratili svoje rodinné zázemie, pre tých, čo majú problémy s alkoholom, s ilegálnymi návykovými látkami, taktiež pre tých (rodinných príslušníkov, deti, rodičov), čo zlyhávajú vo všetkých sociálnych rolách (profesionálnej, občianskej, rodičovskej). Pôsobenie pracovníkov poradní nie je orientované na chorých ľudí so závislosťou od alkoholu a iných drog, ale na tých, u ktorých je zvýšené riziko vzniku poruchy zdravia, najmä závislosti v dôsledku hazardného spôsobu užívania týchto látok.

V súvislosti so zameraním poradne prevencie drogových závislostí je potrebné zdôrazniť, že poradenstvo na odvykanie od fajčenia vykonávajú poradne na odvykanie od fajčenia v rámci samostatného nastavbového poradenstva a podľa manuálu pre poradne na odvykanie od fajčenia.

Poradňu na odvykanie od fajčenia navštevujú väčšinou spontánne typy, ktoré majú vlastnú skúsenosť a záujem o zanechanie fajčenia, ale aj klienti posielaní svojimi príbuznými, partnermi či rodičmi a klienti distribuovaní alebo odporúčaní z iných zariadení.

## Diagnostika

Poradca využíva v poradni základné diagnostické metódy – pozorovanie, analýzu materiálov, štandardizovanú diagnostiku, činnosťnú diagnostiku.

Pozorovaním sa zameriava na vonkajšie prejavy správania. Dobrý poradca vie pracovať so selektívnym konaním, s verbálnou i neverbálnou komunikáciou a predmetom pozorovania sú klientove motorické prejavy.

Štandardizovaná diagnostika – poradca sa dostáva k výsledkom štandardizovaných testov len sprostredkované, cez výstup psychológa alebo lekára. Klient sám sa rozhodne poskytnúť výsledky poradcovi. Zároveň sa mu poskytne dotazník.

Činnosťná diagnostika – využívaním modelových situácií, klientovi sa zadá úloha a jeho úlohou je odpovedať na otázky a vysvetliť reakcie.

Diagnostika fajčenia je založená na dotazníkových metódach a individuálnom rozhovore. Objektívne hodnotiace metódy pomocou analýzy vydychovaného oxidu uhoľnatého a biochemickej analýzy kotinínu v moči sú skôr pomocnými metódami na potvrdenie výpovede klienta. Všeobecná anamnéza klienta potom pozostáva zo zistenia veku, mena, dosiahnutého vzdelania, mena ošetrojúceho lekára (praktického lekára) a zdravotných problémov. Behaviorálna anamnéza klienta pozostáva z údajov o počte denne vyfajčených cigariet, o dĺžke fajčenia, o značke cigariet, o počte pokusov prestať s fajčením, o dôvodoch, prečo došlo k zlyhaniu, o určení dôvodov na zanechanie fajčenia.

Súčasťou behaviorálnej anamnézy je aj určenie stupňa závislosti od nikotínu prostredníctvom Fagerstromovho dotazníka, meranie prítomnosti oxidu uhoľnatého v dychu prostredníctvom Smokerlyzeru, dotazník o fajčiarskych návykoch (HSBI), dotazník o odolnosti voči nutkaniu fajčiť (CQ).

## Metódy práce v poradenstve

Kvalita a efektivita poradenského procesu sú často priamo úmerné priebehu prvého kontaktu s klientom. Aby výsledky poradenského procesu boli čo najtrvácnejšie, je vhodné využívať rôzne účinné metódy. Poradenstvo disponuje širokou paletou rôznych metód a postupov:

*Informácia* – klienti často prichádzajú do poradne po určité informácie a poznatky, ktoré by im mali pomôcť orientovať sa v probléme a hľadať primerané riešenia.

*Distribúcia* – často prichádzajú aj klienti, ktorých problém nie je možné riešiť v poradni. Poradca v takomto prípade odosiela klienta do inštitúcie či zariadenia, ktoré je kompetentné na riešenie uvedených problémov.

*Klarifikácia* – je proces, v rámci ktorého si poradca a klient objasňujú rôzne aspekty prezentovaného problému. Je užitočné, ak poradca sám brilantne neklarifikuje, ale vedie klienta k tomu, aby si sám objasnil základný rámec problému, hľadal príčiny toho, čo sa stalo. Poradca pôsobí podporne, povzbudzuje ho.

*Ventilácia* – mnohí klienti prichádzajú do poradne preto, aby mohli s niekým hovoriť o svojich ťažkostiach a problémoch. Ventiláčna konzultácia pomáha klientovi zbaviť sa nahromadeného napätia, úzkosti, umožňuje mu hovoriť o ťažkostiach a problémoch bez obáv. Niektorým klientom ventilácia úplne postačí a nepotrebujú inú poradenskú intervenciu. Ventilácia je pri práci poradcu s klientom veľmi dôležitá, pretože keď klient dostane zo seba všetku nespokojnosť, vytvorí sa tým priestor na konštruktívnu poradenskú prácu.

*Povzbudenie* – klienti často prichádzajú do poradne s neistotou. Je dôležité, aby poradca hneď v iniciálnej fáze klienta povzbudil, ocenil to, že klient prišiel, uistil ho, že jeho problém budú spoločne riešiť.

*Interpretácia* – v určitej fáze procesu prestáva byť poradca celkom pasívnym a aktívne dopĺňa chýbajúce súvislosti, ktoré doteraz ostávali klientovi skryté. O tom, či interpretácia je správna, rozhoduje v konečnom dôsledku klient, pretože ten ju prijíma alebo neprijíma, prípadne ju spracováva v ďalšom procese. Poradcovo interpretovanie by malo byť správne načasované, nemal by interpretovať v stave zvýšenej tenzie klienta, pri nedostatku poznatkov, interpretácia nesmie presahovať klientove chápanie seba a kontextov v jeho živote.

*Tréning* – je to charakteristická metóda pre behaviorálne prístupy, jeho hlavnými zložkami sú učenie, opakovanie a nácvik. V poradenských programoch sa objavujú tréningy optimálnej komunikácie, využívajú sa zároveň preventívne ako súčasť osobnostného rastu a sociálnych zručností.

*Relaxačné techniky* – sú špeciálnou formou nácvikov, ktoré využívajú súvislosti medzi uvoľnením svalstva, psychickým preladením a ovplyvnením somatiky.

*Modelovanie* – patrí medzi činnostné metódy práce poradcu.

*Hranie rolí* – je to podobná metóda ako modelovanie. Prehranie roly môže druhému člo-veku priblížiť prežívanie druhého človeka, jeho pocity.

*Konfrontácia* – poradca upozorňuje klienta na rozdiely a rozpory v jeho tvrdeniach, sprá-vaní, v chápaní seba a iných. Pri individuálnom poradenstve môže prísť ku konfrontácii názor-ov a postojov poradcu a klienta, pri skupinovom ku konfrontácii medzi názormi jednotlivca a skupiny.

*Reflexia* – poradca odráža to, čo klient povedal, preformulováva klientove odpove-de, aby stimuloval ďalšie klientovo poznanie a sebareflexiu.

## **Intervencia**

Existuje množstvo poradenských metód a postupov. Jedným z poradenských systémov je aj behaviorálny prístup, vychádzajúci z predpokladu, že každé správanie je výsledkom toho, čo sa človek v živote naučil alebo nenaučil.

Na tomto princípe je založený poradenský vzťah, ktorý je edukatívny a monitoruje vzťah poradca – klient. Behaviorálny prístup je krátkodobý, pracuje často s technikami, ktoré majú navodiť zmenu. Používa sa najčastejšie v poradenskom procese na prevenciu vzniku závislostí a v sociálnom poradenstve. Poradca sa rozhovorom snaží získať potrebné informácie, ktoré súvisia s klientom a jeho problémom.

Počas vedenia poradenského rozhovoru klient prezentuje poradcovi svoje problémy. Poradca aktívne počúva, snaží sa klienta pochopiť. Vedie motivujúci, pomáhajúci poradenský rozhovor.

Rozhovor prebieha v nasledujúcich etapách:

- *rokovanie* (s akým cieľom klient navštívil poradňu; veľmi dôležité sú aktívne počúvanie, práca s otázkami, empatia, neverbálna komunikácia),
- *stanovenie kontraktu alebo zákazky* (očakávaný výsledok klienta),
- *vlastný dialóg* (jadro problému – rozhovoru),
- *záverečná správa* (hodnotenie).

Každý poradenský prístup vychádza viac-menej zo záveru, že v istom čase sa musí ukončiť. Jednak z dôvodu, že klient dosiahol svoj cieľ, alebo z dôvodu, že klient nenavštívil poradňu, a proces tak dobrovoľne ukončil. Každé ukončenie poradenského procesu je poradca povinný zaznamenávať do dokumentácie o klientovi, spoločne s uvedením dôvodu ukončenia poradenstva a dosiahnutých výsledkov.

### Telefonické poradenstvo

**Quitline** je interaktívne telefonické poradenstvo. Prostredníctvom neho možno poskytovať informácie o spôsoboch odvykania od fajčenia vrátane farmaceutických preparátov, o psycho-logickej a sociálnej väzbe na nikotín a pod. Ich význam spočíva najmä v poskytovaní emocionálnej podpory pri odvykaní a tým vo zvyšovaní potrebnej motivácie. V prípade potreby možno volajúceho odkázať na ďalšie služby v tejto oblasti, najmä na poradne, centrá poskytujúce kvalifikované služby. Cieľovou skupinou telefonického poradenstva sú fajčiari, ktorí sa už zaoberajú myšlienkou ukončenia fajčenia, prípadne sú už rozhodnutí, ale bez odbornej pomoci nedokážu trvale abstinovať.

Poradenský proces vo verejnom zdravotníctve je zameraný na dosiahnutie stanovených cieľov a cieľmi sú požadované výsledky poradenského procesu. Treba zdôrazniť, že poradenstvo vo verejnom zdravotníctve využíva poznatky iných odborov, ako sú adiktológia, výchova k zdraviu, epidemiológia, medicína, etika, psychológia, pedagogika a mnohé ďalšie.

Systém poradenskej starostlivosti vo verejnom zdravotníctve je odlišný od lekárskeho alebo psychologického poradenstva, ktoré môžu vykonávať iba odborníci po absolvovaní príslušných študijných programov. Poskytovanie poradenstva vo verejnom zdravotníctve je založené na dobrovoľnosti a dostupnosti siete poradenských zariadení na celom Slovensku. Diskutovanými otázkami sú efektívnosť poradenstva a postavenie v systéme zdravotníctva vo všeobecnosti. Na Slovensku je súčasťou výkonov lekárov preventívna a poradenská činnosť pre pacientov. Na druhej strane lekári dnes majú málo času venovať sa pacientom, ktorí chcú prestať fajčiť alebo majú podozrenie na nadužívanie alkoholu, napríklad v rodine. Z tohto hľadiska má poskytovanie poradenstva zo strany orgánov verejného zdravotníctva svoj význam. Ale bez úzkej spolupráce s lekármi prvého kontaktu a odbornými lekármi nie je možné pomáhať ľuďom, ktorí majú problém so závislosťou, ktorá je v zmysle diagnostických kritérií považovaná za poruchu správania. Z tohto hľadiska je otázne,

či odborníci vo verejnom zdravotníctve poznajú všetky súvislosti a poradenské postupy a prístupy ku klientom so závislosťami a či sú odborne na túto prácu pripravení. Jedným z riešení je povinnosť mať ukončené špecializačné štúdium vo výchove k zdraviu v zmysle zákona č. 322/2006 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, kde sa týmto otázkam venuje veľká pozornosť.



## 8. Typológia drogových závislostí

### 8.1. Všeobecné delenie drogových závislostí

Problém exaktnej typológie drogových závislostí je determinovaný vzájomným prekrývaním terminologických výrazov, nejednotnosťou v delení drog a priradovaním k vymedzenej kategórii mnohými autormi. V tejto podkapitole by sme chceli bližšie upriamiť pozornosť čitateľov na delenie drogových závislostí podľa E. Urbana a Svetovej zdravotníckej organizácie spolu s doplnenými a nahradenými vlastnými pripomienkami a postrehmi. Podrobnejšie chceme rozobrať typológiu podľa Svetovej zdravotníckej organizácie a závislosť od nikotínu a alkoholizmu. Eduard Urban delí drogovú závislosť do ôsmich tried (Tej, 1989, s. 28):

1. drogová závislosť opiátového typu,
2. drogová závislosť barbituráto-alkoholového typu,
3. drogová závislosť kokaínového typu,
4. drogová závislosť kanabisového typu,
5. drogová závislosť amfetamínového typu,
6. drogová závislosť halucinogénneho typu,
7. drogová závislosť solvenciového typu,
8. drogová závislosť od protibolestivých a protihorúčkových látok

Taktiež sem môžeme zaradiť delenie drog a závislostí na základe ich celkového účinku podľa Bršiaka (Bršiak, 1998):

1. stimulačné drogy,
2. opiáty,
3. konope a jeho produkty,
4. halucinogény,
5. prchavé látky,
6. tlmivé látky.

Podobne delenie Svetovej zdravotníckej organizácie istým spôsobom kopíruje predošlé triedenia drogových závislostí (Novomeský, 1996):

1. drogová závislosť opiátového typu,
2. drogová závislosť od liečiv s centrálnym tlmivým účinkom,
3. drogová závislosť kokaínového typu,
4. drogová závislosť kanabisového typu,
5. drogová závislosť amfetamínového typu,
6. drogová závislosť katívneho typu,
7. drogová závislosť halucinogénneho typu,
8. drogová závislosť solvenciového typu.

## 8.2. Drogová závislosť opiátového typu

Medzi základné a všeobecné údaje vzťahujúce sa na závislosti od opiátov patria kategórie charakterizovania opiátov z pohľadu ich chemickej štruktúry, pôvodu drogy, vymedzenia drogových variantov, vlastností drogy, spôsobov aplikácie a stanovenia príznakov rozvinutej drogovej závislosti.

Hlavným predstaviteľom opiátov je ópium, získavané narezaním nezrelej makovice *Papaverum somniferum*, z ktorej vyteká do žltozelena zafarbená tekutina, ktorá má po zaschnutí hnedú farbu beztvarej hmoty. Už v kapitole o histórii užívania drog na svete sme poukázali na fakt výskytu ópia v Homérových eposoch. Podobne dvaja významní lekári Hippokrates a Galenos používali ópium na utíšenie bolesti. Neskôr nemecký lekár a filozof Paracelsus pripravil polosyntetický substrát, kde rozpusteným ópium v alkohole vzniklo laudanum, ktoré sa s úspechom až do polovice dvadsiateho storočia používalo na liečbu depresie, tlmenie bolesti a pri liečbe mnohých chorôb.

Jedným z mnohých významných objavov je vynález nemeckého lekára Serturnera, ktorý preparáciou získal derivát ópia s názvom Principum somniferum, neskôr po ďalších úpravách morfium. Táto látka dosiahla vrchol svojho využívania po objave injekčnej striekačky roku 1853, keď sa morfium začalo aplikovať ako analgetikum. Značné sú aj dôkazy hovoriace o zneužívaní tejto návykovej látky, predovšetkým v obdobiach občianskych vojen v USA, Nemecku či počas prvej svetovej vojny a najmä po jej konci.

Kodeín, papaverín, thebaín, meconidín sú významnými derivátmi ópia. Predovšetkým však kodeín bol okrem morfia ďalším výlučným alkaloidom ópia, z ktorého sa rôznymi chemickými spracovaniami izolovali iné deriváty. Z kodeínu sa vypreparoval postupne dikodid a u nás kedysi hojne užívaný „braun“, z morfinu známy diacetylmorfín, alebo heroín. Heroín bol objavený roku 1898 a zo začiatku bol používaný na lekárske účely proti kašľu či astme. Dokonca sa tvrdilo, že heroín pomáha pri liečbe závislosti od morfinu. Neskôr, po negatívnych skúsenostiach prejavujúcich sa vznikom závislosti, bolo upustené od jeho účelného využívania.

Pôvodom samotnej drogy, teda maku siateho, je územie v oblasti Číny, Indie, Blízkeho Východu, Austrálie. Pri dozrievaní sa na vrchole rastliny objaví zelená tobolka obsahujúca množstvo makových semienok. Narezaním tobolky pozdĺžne získame šťavu, ktorá sa po čase začne meniť na pevnú hmotu – ópium.

Z pohľadu vlastností opiátov, ich farmakologického vplyvu na psychiku a somatiku človeka, je ich hlavnou charakteristikou účinok eufórie. Samozrejme, v závislosti od samotnej látky, celkového množstva požitej látky, formy použitia a individuálnych psychických premenných osobnosti užívateľa.

Po vyšších množstvách požitých opiátov sa dostavuje stav duševnej otupenosti, apatie i hypobúlie (znížená schopnosť vôľového konania). Pri kvalitatívnych účinkoch opiátov zohráva významnú úlohu počet úspešných aplikovaní opiátov do organizmu. V prípade počiatkových skúseností organizmu s opiátmi sa objavujú fyziologické príznaky, ako potenie, cefalalgia (bolesti hlavy), nauzea (nutkanie na

zvracanie), niekedy aj anxieta (úzkostlivosť). Náhla intoxikácia sa prejavuje svrbením pokožky či zvýšenou citlivosťou šlachových a okosticových svalov, niekedy vyúsťiac do podoby pozitívneho Babinského reflexu. Nastupuje mióza (zúženie) zrenice a postihnutý stráca reakciu na svetelné podnety.

Pravidelný konzument opiátov reaguje na podanie opiátov inakšie ako typ iniciálneho konzumenta. Dominantnými sa u užívateľa v spleti psychických príznakov javia stavy eufórie, uvoľnenia, letargie. Charakter somatických príznakov tvoria zmenšenie zreníc, mierny pokles telesnej teploty, nauzea a iné.

Z pohľadu frekvencie užívania opiátov je najčastejším produktom heroín, obzvlášť v našich terajších podmienkach.

Priebeh eufórie u závislých od heroínu je čo do kvality odlišný od prežívanej eufórie morfinistov. Typ eufórie u heroínistov je v istej fáze doplnený o vnímanie farebných predmetov, predstavy sú pestrejšie, obohatené o doposiaľ neprežívané obrazy a stavy. Spolu s chronickým a dlhotrvajúcim užívaním heroínu nastupujú výrazná beznádejnosť a aprosexia (strata pozornosti). Z telesných príznakov nastupujú bradykardia (spomalená činnosť srdca), hypotenzia (pokles krvného tlaku) spolu s kontrakciou (zúženie) zrenice. V extrémnych prípadoch nastáva smrť.

Zo súdropsychologického zreteľa je nebezpečné práve dosiahnutie vyššie uvedeného stavu vedomia u závislých od heroínu, predovšetkým pre eventuálny vznik asociálnych a antisociálnych javov v spoločnosti. Do priamej pozornosti prichádzajú úvahy o trestných činoch spáchaných v stave opojenia drogou. „Ide najmä o násilné trestné činy – ublíženie na zdraví (§ 221 až 224 Trestného zákonníka), vražda (§ 219), sexuálne trestné činy – znásilnenia (§ 241) a pohlavné zneužitie (§ 242). (Heretik, 1994)

Ópium sa zvyčajne fajčí vo fajkách s dlhou násadkou na ochladenie dymu, spôsob charakteristický pre štáty Blízkeho Východu. Fajčenie ópia sa v našich podmienkach obyčajne nevyskytuje.

Najčastejšou formou aplikácie morfinu a heroínu u nás je spôsob injekcie vpichnetej pod kožu alebo do svalu, heroín je aplikovaný aj priamo do žíl. Zriedkavo sa vyskytuje vnútrožilová forma aplikácie morfinu. Ďalším rizikom je získanie choroby HIV/AIDS prostredníctvom použitej injekčnej striekačky od už infikovanej osoby. „Roku 1993 Svetová zdravotnícka organizácia registrovala počet prípadov AIDS v európskom regióne, spomedzi ktorých nakoniec zaznamenala až 9000 ľudí závislých od injekčného aplikovania drog.“ (Hampl, 1996) V súčasnosti je na Slovensku registrovaných okolo 150 HIV pozitívnych osôb, medzi nimi sú dosiaľ asi dva potvrdené prípady prenosu HIV injekčne spolu s drogou.

Všeobecnými príznakmi rozvinutej drogovej závislosti od opiátov sú:

- silná psychická i fyzická závislosť,
- poruchy pamäti,
- egocentrizmus,
- apatia,
- možný výskyt anxiózných a paranoidných stavov,
- vonkajší výzor konzumenta nezodpovedá skutočnému chronologickému veku,
- nechut' do jedenia,

- cefalalgia,
- palpitácia (búšenie srdca),
- redukcia až strata sexuálneho záujmu.

Jedným z posledných zistení o vplyvoch opiátov na funkciu ľudského mozgu je objav zníženia metabolizmu glukózy. Na základe objavu, že jediná dávka vyvolávajúca eufóriu, približne 30 mg intramuskulárne (vnútro svalovo) aplikovaného morfinu, má u človeka za následok celkovú a miestnu redukciu metabolizmu glukózy.

Významnú redukciu metabolizmu glukózy o 10–15 % indikovali po pôsobení morfinu určité oblasti mozgu, ako gyrus frontalis superior, nucleus caudatus a iné. Na základe tohto zistenia sa predpokladá, že všetky ostatné psychotropné látky spomaľujú metabolizmus glukózy. Výsledkom toho by bolo potvrdenie teórie dokazujúcej prítomnosť všeobecného fyziologického princípu, ktorý je ovplyvňovaný drvivou väčšinou návykových drog.

Výsledkom tejto časti podkapitoly asi nebol podrobný prehľad o opiátoch a ich zneužívaní. Záujemcom ponúkame odkazy na ďalšiu bibliografiu uvedenú na záver práce.

### 8.3. Drogová závislosť od liečiv s centrálnym tlmivým účinkom

Podobne ako pri predošlej predstavenej drogovej závislosti aj pri tomto druhu objasníme jej základné charakteristiky a vlastnosti z rôznych pohľadov.

V celej histórii ľudstva sa často objavovali túžba a snaha nájsť účinnú látku, ktorá by dokázala zmierniť alebo potlačiť príznaky nespavosti a mnohé iné. Jedným z najdôležitejších objavov v oblasti farmakológie bola látka proti nespavosti s názvom kyselina dietylbarbiturová – Veronal. Roku 1913 bol zaznamenaný prvý prípad závislosti od barbiturátu s pomenovaním veronalizmus. Neskôr bol v USA vyrobený preparát s vlastnosťou potláčať úzkosť, tenziu (napätie) a neurózu s názvom meprobamat. Po získaní pozície dostupnosti sa aj tento extrakt stal často mediátorom závislosti. V období šesťdesiatych a sedemdesiatych rokov sa evidovala narastajúca konzumácia liekov. „Medzi otravami tvoria vyše 50 % otravy liekmi. Okrem analgetík a barbiturátov sú to najmä Dexfenmetrazín, Meprobamat, Chlórprothixen a iné.“ (Kondáš, 1977, s. 228) Neskôr bol preparáciou získaný ďalší významný substrát s názvom chlórdiazepoxid, ktorého deriváty – anxiolitiká, tvorili u užívateľov bázu na vznik drogovej závislosti. „Osobitnou kriminogénnou psychoaktívnou látkou zo skupiny látok centrálnym tlmivým sa u nás v posledných rokoch stal preparát s firemným názvom Rohypnol“, ktorý je v súčasnosti dostupný len na lekárske predpis (Novomeský, 1996). Postupne boli získané látky či lieky s účinkom znižovania telesnej teploty s názvom antipyretiká a látky s účinkom tlmenia bolesti s názvom analgetiká. Všeobecné delenie liekov alebo látok s centrálnym tlmivým účinkom sa vzhľadom na charakter rozmanitosti určuje veľmi ťažko. Na tento účel použijeme nasledovné triedenie podľa Kolibáša a Novotného (1996):

1. analgetiká a antipyretiká, teda látky používané proti bolesti, prechladnutiu, horúčke a podobne,

2. hypnotiká – látky pôsobiace na nespavosť,
3. sedatíva a anxiolytiká – veľká skupina látok pôsobiaca upokojujúco a na úzkosť,
4. antiastmatiká – liečivá používané proti astme,
5. antiparkinsoniká – liečivá používané na minimalizovanie porúch hybnosti pri Parkinsonovej chorobe.

Prvou kategóriu sú analgetiká a antipyretiká. Do tejto skupiny liekov patria „chinín, skupina kyseliny salicylovej, deriváty parazolonovej a parazolidinovej, iné deriváty chinolínu, amínové deriváty benzénu a deriváty inzolu“ (Riedl, 1980). V liekovom distribuovaní sa uvádzajú pod menami Acylcoffin, Alnagon, Acylpyrin, Bellaspon, Dinyl, Neuralgen, Mironal, Spasmoveralgin, Nurofen a veľa iných.

Najčastejším spôsobom aplikovania drogy do tela je perorálne (ústne) užívanie. Podmienkou na dosiahnutie stavu závislosti je dlhodobé užívanie liekov v neodporúčaných množstvách.

Dopad na psychické procesy a celkový telesný stav uvedieme na konci podkapitoly spolu s ostatnými druhmi liekov.

Ďalšou uvádzanou skupinou liekov s tlmivými účinkami sú hypnotiká. „Hypnotiká sú látky, ktoré pri vhodnej strednej dávke vyvolávajú alebo navodia spánok, pôsobia teda hypnoticky; pri vysokých dávkach narkoticky, pri nízkych sedatívne.“ (Riedl, 1980) Hypnotiká z hľadiska toxikologického sú rozdelené do viacerých skupín. Z vecného pohľadu je účelné rozdeliť hypnotiká na:

- nebarbiturátové a
- barbiturátové.

Medzi nebarbiturátové zaraďujeme hypnotiká obsahujúce chlór, alkohol a aldehydy, hypnotiká sulfonalové, hypnotiká odvodené od piperidínu, chinazolínu, benzodiazepínu a iné. V liekovom balení sa zvyčajne vyskytujú v podobe Rohypnolu a tiež Dormogenu. Naproti tomu barbiturátové hypnotiká sú prevažne odvodené od močoviny, kde vstupnou látkou je kyselina barbiturová. Pôvod barbiturátov sa datuje od zavedenia kyseliny dietylbarbiturovej do terapie na začiatku 20. storočia prostriedkom nazvaným Veronal. Triedu barbiturátov tvoria barbital, allobarbital, amobarbital, cychlobarbital, fenobarbital a pentobarbital a mnohé ďalšie.

Z aspektu udržania psychického a somatického zdravia je dlhotrvajúce nadužívanie látok s tlmivým účinkom nebezpečné a vedúce k ireverzibilným (nevrátnym) zmenám. „Pri trvalom užívaní barbiturátov, ktoré sú po určitom čase návyku nutné na udržanie homeostázy (rovnováhy) nervového systému, dochádza k poškodeniu schopnosti vnímania.“ (Furst, 1997) V telesnej oblasti dochádza k problémom s cefalalgiou, k problémom so zvýšenou vzrušivosťou a inými.

Sedatíva a predovšetkým anxiolytiká sa v istom význame nazývajú trankvilizérmí. „Ide o chemicky nesúrodú triedu liekov a podobne ani ich mechanizmus účinkov nie je jednotný.“ (Riedl, 1980) Anxiolytiká sa zatrieďujú spolu s inými psychoaktívnymi látkami do kategórie antidepresív. Anxiolytiká majú anticholinergný účinok a skupina anxiolytík, ako benzodiazepíny, je z hľadiska svojich účinkov považovaná za endogénny produkt organizmu. Predovšetkým na samotný diazepam

sa v mozgu objavili receptory v podobe prenášačov kyseliny (GABA), ktorými sa organizmus bráni pred fyziologickými účinkami strachu a napätia. Spomedzi najznámejších anxiolytík uvedieme meprobamat, diazepam, oxazepam a chlórdiazepoxid.

Z psychologických charakteristík len stručne uvádzame, že pri užívaní anxiolytík sa vyskytuje najmä psychická závislosť.

Veľmi stručne sa na tomto mieste zmienime o antiastmatikách, ktoré nemajú okrem liečebného charakter zneužívania. Astma je záchvatovitá dýchavičnosť spôsobená alergickým spazmom (sfahy) prieduškového svalstva a takisto môže signalizovať nešpecifickú srdcovú chorobu. „Astma je alergické pľúcne ochorenie, pri ktorom má dôležitú úlohu nervová zložka.“ (Edelsberger, 1984) Antiastmatiká majú vo všeobecnosti mierne povzbudzujúci účinok.

Poslednou z menovaných skupín farmák, konkrétne liekov s centrálnou tlmivým účinkom, sú antiparkinsoniká. „Parkinsonizmus je degeneratívne ochorenie bazálnych ganglií, a to prevažne palida a substantia nigra, spojené s úbytkom serotoninu v poškodenom tkanive.“ (Edelsberger, 1984) „Paralysis agitans, alebo Parkinsonova choroba má priamy vzťah k poškodeniu tých neuronových zoskupení, ktoré ako prenášač tvoria a používajú dopamín; pre chorobu sú typické svalová strnulosť a tremor.“ (Maršala, 1985)

Spomedzi najčastejšie sa vyskytujúcich príznakov rozvinutej závislosti od liekov uvádzame tieto:

- psychická a fyzická závislosť,
- útlm striedaný citovou nestabilitou a podráždenosťou,
- nadmerná gestikulácia,
- reč je nejasná a nezreteľná,
- amnézia (strata pamäti) na prvky v dlhodobej a často aj v krátkodobej pamäti,
- ťažkosti pri mnemotechnických (matematických) úkonoch a mnohé ďalšie.

## 8.4. Drogová závislosť kokaínového typu

Pôvod kokaínu sa územne lokalizuje do oblasti Strednej Ameriky, kde prvé správy o akomsi divnom prežívaní zelených listov neznámej rastliny priniesli jej dobytelia. Zvláštnosťou však bolo, že domorodci dokázali pod vplyvom žuvania týchto listov vykazovať mimoriadne fyzické výkony. Tajuplnú rastlinu Erythroxylon coca po analýze pomenoval francúzsky prírodovedec Lamarck. Ďalším skúmaním a pokusmi sa zistilo, že získaný extrakt z kokových listov má okrem povzbudzujúcich účinkov aj analgetické pôsobenie. Až roku 1860 bol objavený alkaloid, ktorému dal Albert Niemann názov kokaín. Postupne bol kokaín využívaný na lekárske účely, jednak pre lokálne anestetické dosahy pri chirurgických zákrokoch, jednak pre svoje povzbudzujúce účinky. Gradácia spotreby kokaínu sa zaznamenala v období 19. storočia a medzi dvoma svetovými vojnami. V období osemdesiatych rokov tohto storočia sa objavuje na trhu forma kokaínu s názvom crack.

Prirodzeným zdrojom kokaínu je rastlina kokaínovník z rodu *Erytroxylum*. Kokaínovníku sa najlepšie vegetačne darí v oblasti Ánd štátov Peru a Chile v Latinskej Amerike. Podobne sa rastline darí aj v oblasti Amazónie v Brazílii. Kokaínovník je vysoký ker s hustým rozvetvením a badateľne žilkovanými listami, môže dorásť až do výšky dvoch metrov. Po zbere listov kokainovníka sa tieto uložia do veľkých nádob, do ktorých sa vlieva benzín, kerozén a obyčajne kyselina sírová. Najatí robotníci potom celé hodiny a dni šliapu po čoraz hustnúcejšej hmote až do okamihu vytvorenia hustej zelenožltej hmoty, alebo kokaínovej pasty. Z pasty sa jednoduchým spôsobom získava kokaín.

Z drogových variantov kokaínu sme už uviedli listy kokaínovníka, kokaínovú pastu a stručne crack. Crack je tvorený čistým kokaínom a zmesou jedlej sódy, ktoré sa zahrievajú až do odparenia jej hydrochloridovej časti. Vytvárajú sa kryštáliky, v ktorých sa nachádza nadpomerné množstvo kokaínu. Ďalším variantom je takzvaný speedball, ktorý je zložený z kokaínu a heroínu. Postupne v texte uvedieme syntetické preparáty.

Pre značnú mieru toxínov v prírodne získanom kokaíne bol tento nahradený syntetickými prípravkami s podobným chemickým zložením ako prírodný kokaín. Medzi syntetické substancie Ota Riedl (1980) zaraďuje tieto: chlorid kokainia, chlorid prokainia, chlorid cinchokainia, chlorid tetrakainia, chlorid trimekainia, benzokain a kyselinu p-aminobenzovú.

Kokaín má výrazné psychostimulačné účinky, ktoré sú výslednicou ovplyvňovania tvorby a využitia nervových mediátorov v mozgu. Pre značný farmakologický efekt a vznik závislosti kokaín priamo pôsobí na dopamínový systém. Jeho psychologický dosah na človeka smeruje k ďalšiemu užívaniu kokaínu. „Na vzniku závislosti sa podieľa aj mechanizmus senzitivizácie.“ (Kolibáš, 1996) Neurčité množstvo podávaných dávok kokaínu zvyšuje pomer dopamínu v určitých častiach mozgu, a teda narastá aj potenciál odpovede na podávanie jeho ďalších dávok. Všeobecne sa pri znížení hladiny dopamínu a iných katecholamínov v CNS objavuje stav depresie, naopak, pri zvýšení množstva dopamínu v mozgu vzniká pocit eufórie.

Nakoľko pri drogách kokaínového typu sa používa pomerne značné množstvo spôsobov aplikácie drogy, drogy členíme podľa spôsobu užitia:

- perorálne – listy kokaínovníka,
- rezorpcia – kokaín, speedball,
- inhalácia – crack, bazooka (kokaínová pasta s marihuanou),
- intravenózne – crack.

Typické pre chronických užívateľov kokaínu je vytvorenie mimoriadne intenzívnych psychických príznakov a krátkotrvajúcich somatických príznakov. Medzi psychické príznaky radíme tieto:

- hypobúlia a hypoaktivita,
- znížený prah citlivosti na akustické podnety s afinitou k agresii,
- parestézie (zmenená citlivosť, napr. svrbenie),
- insomnia (nespavosť),
- anxiozita,
- paranoidné stavy,
- mydriáza (rozšírenie) zreníc.



Zo somatických príznakov sa objavujú bolestivé pocity, niekedy by toxikoman najradšej spáchal suicídium (samovražda). Vzhľadom na celkové zachovanie intelektuálneho potenciálu je fyzická deteriorácia pre subjekt hrozivá a neznesiteľná.

Závislosť od kokaínu charakterizuje fáza kokaínovej disforie. V poslednej psychotickej fáze sa objavujú halucinácie a paranoidné bludy. „Táto fáza závislosti (ak nevieme o histórii brania kokaínu) sa niekedy nedá rozlíšiť od obrazu ťažkej duševnej choroby – paranoidnej schizo-frénie.“ (Okruhlica, 1998)

## 8.5. Drogová závislosť kanabisového typu

„Marihuana a hašiš sú dve najčastejšie formy, v ktorých podobe sa spracovaný kanabis užíva. Marihuana obsahuje 421 chemických zložiek, ale z hľadiska psychoaktívneho účinku najúčinnnejším je delta-9-tetrahydrocannabinol (THC).“ (Okruhlica, 1998)

Konope sa pestuje od nepamäti v oblasti subtropickej Ázie, Severnej Afriky a v iných lokalitách. Konkrétnejšie, konope poznajú ľudia približne 5000 rokov, pôsobenie rastliny popísali Číňania v období 2000 rokov pred našim letopočtom. Spočiatku ju využívali na liečbu zákernej malárie. V Indii existovala dávna tradícia, kde súčasťou mnohých jedál bola konopa ako dochucovacia ingrediencia spolu s inými drogami. Na ostrove Jamajka sa pripravoval čaj z konope alebo sa k nemu primiešaval aj rum. Známa je konzumácia hašiša, ktorý využívali Indovia ako korenie. Konopu postupne zaregistrovali a oboznamovali sa s ňou Asýrčania, ktorí ju označovali menom qunuba. Grécky historik Herodotos opisuje udalosti, pri ktorých kmeň Skýtov kládol konopné semená do pahreby a vdychoval tvoriace sa výpary. V novoveku sa rozširovanie kanabinoidov uskutočnilo v dôsledku neúspešného vojnového ťaženia francúzskeho cisára Napoleona Bonaparta do Egypta, odkiaľ vojaci priviezli so sebou kanabis. Asi najznámejším vyústením rozšírenia konzumácie marihuany a hašiša vo Francúzsku bol vznik hašišového klubu priamo v Paríži. Pomerne početné množstvo francúzskych spisovateľov užívalo marihuanu a jej dôsledky zaznamenali dokonca vo svojich dielach. Ďalšie zneužívanie marihuany a hašiša je známe z čias kulminovania pôsobenia hnutia hippies v šesťdesiatych rokoch nášho storočia, predovšetkým v západných štátoch a USA. V terajšom období je na celom svete za prechovávanie marihuany a hašiša vymedzená trestná zodpovednosť. Určitú výnimku predstavujú Holandsko, kde je možné dostať za úhradu určité množstvo marihuany a hašiša v takzvaných coffee shopoch, a tiež niektoré štáty, kde sú tieto drogy povolené na účely liečby. Typickým prírodným zdrojom marihuany a hašiša je rastlina *Cannabis sativa*, ktorej sa darí v klimatických pásmach Indie, Mexika a v teritóriu Strednej Ameriky. Rastlina, z ktorej sa získavajú kanabinoidy, má viacero variantov. Marihuana sa pripravuje z rastliny *Cannabis sativa*, variant *americana* alebo *ruderalis*. Hašiš sa vyrába z rovnomennej rastliny, variant *indica*. Rastlina *Cannabis sativa* je jednoročná dvojdomá rastlina, ktorá často dosahuje výšku až 4,5 metra, predovšetkým druh *indica*. Istým prekvapením bolo objavenie niekoľkých

hektárov poľa dorastajúcej konope na území Slovenska, čo zároveň potvrdilo zistenia o pomerne dobrých klimatických podmienkach na pestovanie tejto rastliny aj u nás. Samčie i samičie kvety kanabisu charakterizujú úzke dlhé listy so zúbkovanými okrajmi. Listy sú pri pohľade zhora tmavozelené a zdola svetlozelené. Marihuana sa pripravuje z vysušených listov a kvetov konope špeciálnou úpravou kvasením.

Hašiš sa môže pripravovať výlučne zo samičích kvetov, ktorých vlastnosťou je vylučovanie lepkavej živice, či takzvaného hašišového oleja. Živica má po zaschnutí hnedú až tmavohnedú farbu, je tvarovateľná a lisovateľná často do podoby malých tyčíniek. V lokalitách Predného a Stredného Východu sa hašiš rozlišuje na tri druhy s názvosloviami čaros, gandža a bhang.

Hašiš býva v tvare hnedých až čiernych guľôčok alebo kociek (Dimoff, 1994). Z aspektu intenzity účinku je v konope dominantná chemická látka delta-9-tetrahydrokanabinol, ktorá sa najviac vyskytuje na samičích kvetoch. Medzi kanabinoidy zahŕňame kanabidiol (CBD) s čiastočnými antibakteriálnymi účinkami a kanabinol (CBN). V minulosti sa prípravky vyrobené z konope často využívali na liečebné účely pri tetane, reumatizme, tanci svätého Víta a podobne. „V marihuane sa vyskytuje približne 2- až 8-% koncentrácia tetrahydrokanabinolu z celkovej hmotnosti drogy. Obsah koncentrácie v hašiši je oveľa vyšší, tvorí až 25 % celkovej hmotnosti drogy.“ (Novomeský, 1996) Jednoznačne najvyššia sústredenosť tetrahydrokanabinolu je v hašišovom oleji zo samičích kvetov. Najtradičnejšou formou užívania marihuany a hašiša je inhalácia dymu tvoriaceho sa spaľovaním alebo tlením látok v cigarete či fajke. Prevažne obvyklé je fajčenie marihuany vo forme zabalených ušúľaných cigariet. Hašiš sa inhaluje z fajok, dokonca špeciálne vyrobených na tento účel, kde cez vodnú hladinu prežblnkáva dym priamo k ústam prijímateľa. Pre obsah nadmieru jedovatých látok sa hašišový olej samostatne neužíva. Niektorí ťažko závislí užívatelia si ho často podávajú kvapkaním do otvoru fajky alebo na koniec cigarety. V niektorých krajinách Stredného a Blízkeho Východu sa hašiš dáva do jedál. Uvedenej problematike typu závislosti od kanabinooidov sa práve v dnešných časoch venuje nadmieru pozornosti. Otázkami miery farmakologického účinku, charakteru psychických a somatických efektov, úplnej legalizácie verzus prísnejšie postihovanej ilegalizácie sa zaoberá množstvo vedeckých pracovníkov z odvetví farmakológie, medicíny, psychiatrie, psychológie, práva a iných. Veľa kontroverzných informácií vysielaných z médií často usmerňuje pozornosť a myslenie na oblasť výlučne len zdravotnej škodlivosti či, naopak, prezentovania dokladu len o relatívnej neškodnosti marihuany. Do akej hĺbky vedeckého snaženia dospejú fundovaní a trpezliví odborníci, od toho stavu budú zrejme závisieť stav a celková hladina poznania o droge kanabis. V oblasti prístupu k legalizácii marihuany sa v súčasnosti objavujú stratégie na vytvorenie legálneho trhu v aspektoch držania a užívania drog. Objavuje sa teoreticky šesť možností (Hejda, 1999):

1. legalizovať prechovávanie a užívanie menej nebezpečných drog či takzvaných ľahkých drog,
2. skôr dekriminalizovať než úplne legalizovať drogy,
3. požadovať predpis od lekára.

V oblasti predaja drog existujú návrhy:

1. predávať drogy v štátnych obchodoch, podobne ako alkohol,
2. povoliť predaj drog s istými obmedzeniami v súkromných podnikoch, podobne ako zákaz predaja mladistvým a v automatoch,
3. povoliť neobmedzený predaj.

Uvedená tematika však prekračuje rámec zamerania tejto práce, preto záujemcov odkazujeme na príspevok Juraja Hejdu uvedený v citácii.

Z pohľadu zachytených psychických a fyzických príznakov závislosti rozlišujeme nasledovné:

- výskyt synestézií (predstavy sprevádzané z iných zmyslových oblastí),
- ilúzie a halucinácie,
- impulzivnosť a agresivita,
- hypobúlia a amotivačný syndróm,
- paranoidné bludy.

Medzi somatickými príznakmi sa objavujú:

- insomnie,
- flash back (môže sa objaviť aj po mesiacoch),
- nechutenstvo alebo paradoxne zvýšený apetít,
- anxióza.

Medzi charakteristickými príznakmi chronickej intoxikácie sme uviedli psychické i somatické príznaky, ktoré sa i keď neproporcionálne, ale v konečnom dôsledku predsa len nachádzajú u drogovo závislých od kanabisu. Napriek mnohým skutočnostiam, ktoré akoby odhaľovali relatívnu psychickú či zdravotnú neškodnosť, je namieste odkryť vyplývajúce rozumové i emocionálne apely z mnohých lekárskejších informácií. Aj keď hodnota rozumových faktografických údajov nemá dostatočnú účinnosť na presvedčanie, budeme sa snažiť predostrieť argumenty, ktoré smerujú k potvrdeniu teórie o účinkoch kanabisu z rôznych pohľadov.

Ako sme už uviedli, kanabis spôsobuje fyzickú i psychickú závislosť. Tento stav po dlhodobejšom užívaní má za následok tetrahydrokanabinol (THC), ktorý svojimi účinkami zaraďujeme do skupiny halucinogénov. Zo skúmaní lekárov vyplýva, že THC ovplyvňuje nadmerné vylučovanie hormónu drene nadobličiek – noradrenalinu, ktorý je zodpovedný za nepravidelnú činnosť srdca.

Ďalším faktom, na ktorý upozorňujú najmä lekári, je riziko zníženia obsahu pohlavného hormónu testosterónu po dlhodobom užívaní na minimum, čo v konečnom dôsledku zabraňuje tvorbe spermíí, a celkovo teda znižuje sexuálnu potenciu.

Výrazným telesným prejavom zneužívania kanabisu je, vynímajúc telesné a abstinénčné príznaky, takzvaný flash back, voľne preložený ako znovuvzplanutie. V prípade užívateľov kanabisu je jeho výskyt možný dokonca po niekoľkých mesiacoch od aplikovania poslednej dávky. Prejavuje sa náhlým, prekvapujúcim znovuoobjavením halucinogénnych účinkov aj napriek skutočnosti, že užívateľ si drogu neaplikoval a neprial si prežívať jej účinky. Vysvetľovanie sociálnych príznakov konania pod

vplyvom drogy či flash backu azda v tomto prípade nebude nutné. Treba tiež poukázať na otázku psychologického vnímania u osobnosti pod vplyvom nečakaného stavu dekompenzácie príznakov spojených s presne neidentifikovateľným posledným aplikovaním drogy. Predpokladom výskytu flash backu je určitá časová abstinencia človeka od drogy, pritom táto osobnosť zrejme vplyvom liečby a v štádiu re-socializácie očakáva, že podobné príznaky spojené s drogovou eufóriou už prežívať nechce, a obzvlášť nie vplyvom javu náhleho znovuzplanutia. Aké psychologické, sociálnopsychologické i zdravotné dôsledky môže tento jedinec prežívať? Odpoveďou je – psychologicky takmer nevyliciteľné. Prevaha strachu a očakávania nechceného psychického i telesného stavu, situácie bez presnej priestorovej a časovej lokalizácie, prináša bludný kruh v podobe osobného konfliktu s názvom neuróza.

Jedným z ďalších výrazných momentov v psychológii drogovu závislého od kanabisu je vznik amotivačného syndrómu, ktorého vlastnosťami sú pasivita, slabý až žiadny záujem o záležitosti okolia, neobľúbivosť, neschopnosť sústredenia sa, zníženie pracovného výkonu a mnohé iné. Je človek s podobnými vlastnosťami, aj keď nemusí ísť o konzumenta drog, prínosom pre najbližšie okolie? Alebo je nositeľ týchto vlastností azda oslobodený od spoločenského vplyvu na seba a, naopak, môže neparticipovať na zrení a vytváraní vlastnej osobnosti? Uvedenému je možné rozumieť z viacerých aspektov. Jedným z nich je určite fakt celospoločenského rozvoja nielen z pohľadu jednoduchej dostupnosti materiálnych prostriedkov, ale čoraz častejšie sa hovorí o existenciálnom rozvíjaní človeka ako prostriedku z filozo-fického východiska.

Marihuana má na svedomí najviac trestných činov, pretože je základom pre abúzus ďalších drog – najväčším problémom v rozšírení sú však alkohol, tabak a solvenciá. „Podiel mládeže na páchaní trestnej činnosti z hľadiska jej štruktúry sa zásadne nemení, narastá však jej podiel na trestnej činnosti súvisiacej s drogami, ale i s novými javmi, ako je chorobná závislosť od hracích automatov – týchto prípadov už v súčasnosti evidujeme na desiatky až stovky.“ (Sejčová, 1997) Na Slovensku, podľa istých výskumných zistení, „roku 1997 vyfajčil v priemere každý tretí stredoškólák na území SR aspoň jednu cigaretu marihuany“ (Ondrejko, 1998). Z údajov a sledovaní vyššie citovaných autorov vyplýva, že spoločnosť stojí pred sociálno-psychologickým problémom, aký postoj zaujať k budúcim i terajším užívateľom marihuany zo širších súvislostí.

## 8.6. Drogová závislosť amfetamínového typu

Drogy amfetamínového typu sa zaraďujú do kategórie psychostimulačných drog, čo znamená, že drogy patriace do tohto druhu majú povzbudzujúce, podnecujúce účinky na niektoré psychické procesy i stavy. Skupinou amfetamínov rozumieme drogy získané výrobou na chemickej báze. Výnimku tvorí efedrín, alkaloid, ktorý pochádza z rastliny patriacej do čeľade chvojníkovitých s názvom Ephedraceae. Rastline sa vegetatívne darí v oblastiach Východnej Ázie a v strednej Európe. „Z historických prameňov zisťujeme, že chvojník je známy dlhé tisícročia. V Číne sa pr-

venstvo jeho objavu pripisuje legendárnemu cisárovi Šen-Nungovi už v treťom tisícročí pred naším letopočtom.“ (Lietava, 1997) Efedrín vo farmakologickom pôsobení zabraňuje procesu rozkladania adrenalínu v tele tým, že znemožňuje vylučovanie enzýmu zodpovedného za štiepenie tohto hormónu. Pôsobí na CNS, zabraňuje únave a spánku, podnecuje eufóriu. Efedrín sa naďalej aj v súčasnosti používa na liečbu hypotenzie, narkolepsie (záchvat spánku) a proti astme. Medzi najčastejšiu formu prijímania efedrínu patrí rezorpcia prostredníctvom tabliet.

Typickým reprezentantom psychostimulancií je amfetamín, ktorý bol po prvý raz syntetizovaný roku 1930. Podobne ako iné ďalšie deriváty amfetamínov bol najskôr využívaný na liečebné účely. Jeho zásluhou boli dosiahnuté uspokojivé výsledky pri liečbe narkolepsie, Parkinsonovej choroby a niektorých druhov depresí. Problémom sa však už počas liečby javili jeho nežiaduce príznaky v podobe tlmenia pocitu hladu a výrazného dosahu na prežívanie. Užívanie amfetamínu bolo historicky najzreteľnejšie počas obdobia druhej svetovej vojny, keď zaznamenané hromadné zneužívanie nakoniec viedlo k mnohým závislostiam. V zneužívaní sa pokračovalo aj po vojne, keď dlhodobé užívanie amfetamínov viedlo v umeleckých a športových sférach k exhauscii (vyčerpaniu), niekedy aj k mortalite. Psychostimulačné účinky amfetamínu a podobných chemických látok sú navodené zvýšením presynaptického vylučovania dopamínu a noradrenalínu v mozgu. Najnebezpečnejšia forma aplikácie amfetamínu je intravenózna (vnútrožilovo), keď môže vo vysokých dávkach spôsobiť smrť. Takto podávaný amfetamín má medzi toxikomanmi názov „speed“, voľne preložené ako jazda.

V súčasnosti často zneužívanou drogou je metamfetamín, prezývaný pervitín, jeden z mnohých derivátov amfetamínu. Jedným z varovných znakov užívania tejto drogy je forma jej aplikácie. Droga sa dostáva do organizmu často parenterálnou (mimo tráviacej rúry) cestou, injekčným vpichovaním roztoku s pervitínom do žíl. Jedným z mnohých negatívnych dopadov pri parenterálnom užívaní drog, nielen v spojitosti s pervitínom, je riziko vzniku hepatitídy typu A, B, C.

Ďalšou nebezpečnou a značne užívanou drogou u mládeže, najmä na diskotékach a techno párty, je derivát amfetamínu s názvom metylendioximetamfetamín (MDMA, extáza). „MDMA bol po prvý raz syntetizovaný firmou Merck roku 1912, ale pre vedľajšie účinky nebol dlho užívaný. Až okolo roku 1977 v Británii a 1985 v USA sa začína presadzovať pre svoj vedľajší účinok na psychiku.“ (Matthews, 1999) Vplyv MDMA na CNS je do značnej miery silnejší ako vplyv iných derivátov amfetamínu. MDMA pôsobí intenzívne na presynaptické uvoľňovanie mediátora serotonínu, ktorý okrem iných funkcií reguluje v mozgu intenzitu senzorickej percepcie (vnímania). Týmto pôsobením má extáza okrem psychostimulačných aj halucinačné účinky, teda vedúce ku krátkej poruche vnemov. Z tohto dôvodu sa v niektorých literárnych prameňoch extáza typologicky priraduje k halucinogénom. V našich podmienkach v šesťdesiatych rokoch boli vyrábané s liečebným cieľom deriváty s názvom fenmetrazín a dexfenmetrazín, kvôli chorobe s názvom mentálna anorexia. Podobne ako v iných prípadoch, aj tu sa objavilo zneužívanie a vznik závislostí. V našich podmienkach je jednou z najrozšírenejších drog kofeín s jeho posilňujúcimi dosahmi na vnímanie a pozornosť. Kávou nazývame upražené plody kávovníkov rôznych druhov, naj-

častejšie však kávu z druhu *Coffea arabica*. Tento druh má svoje domovské miesto v častiach Afriky. Podiel kofeínu obsahuje aj nealkoholický nápoj coca-cola. Cola je strom rastúci podobne ako veľa kávovníkov v Afrike, ktorý obsahuje kolové semeno, ktoré dodáva takto pripravenému nápoju zvláštnu arómu a jedinečnosť.

Kofeín je alkaloid obsiahnutý v prípravkoch a nápojoch, ako čaj, kakao, coca-cola, guarana a maté. K somatickým účinkom po užití primeraného množstva nápoja s kofeínom patrí zvýšenie krvného tlaku a srdcovej činnosti, zvýšené množstvo hormónu adrenalinu v organizme.

Spomedzi psychických účinkov menujeme nasledovné: zmiernenie únavy, zvýšená motivácia, celkovo príjemná nálada.

Vyššie až vysoké dávky kofeínu zapríčiňujú nepríjemné psychické stavy vo forme anxiety, podráždenosti a iných. Aj napriek skutočnosti, že málokto, ak vôbec sa lieči na závislosť od kofeínu, boli zachytené a stanovené abstinenčné príznaky pri závislosti od kofeínu. V stručnosti sú charakterizované nasledovne:

- hypobúlia,
- nauzea,
- cefalalgia,
- exhauscia,
- náhle zmeny pociťovania tepla a chladu,
- poruchy spánku.

Z hľadiska vzniknutých zdravotných komplikácií v dôsledku dlhodobého a nadmerného užívania kofeínu, 200 až 500 mg denne, sa v lekárskejších, psychologických a ďalších kruhoch o nich veľa diskutuje. Predpokladáme, že zo zdravotnovýchovného aspektu je predkladanie dôkazov a výsledkov, nech sú prezentované akoukoľvek prístupnou formou, o výlučnej škodlivosti kofeínu na ľudský organizmus neúčinné na zmenu postoja vnímateľa. Navyše, je veľmi zložitá, ak vôbec možné, zistiť počet závislých. Na jednej strane sú registrované faktické dôkazy o zhubnom vplyve na vznik aterosklerózy, ischemickej choroby srdca a mnohých ďalších. Na druhej strane je kofeín prezentovaný ako liek či látka, ktorá zmierňuje únavu, zvyšuje sebavedomie a navodzuje ďalšie psychické stavy. Dokonca sa uvádza, že „kofeín sa môže v mnohých prípadoch využiť na terapeutické účely: pri liečení depresie, pri liečení poruchy zvanej apnea (pozn.: zastavenie dýchania na krátky čas), u hyperaktívnych detí, pri astme, pri určitých typoch kožných chorôb, pri bolestiach hlavy a pri znižovaní hmotnosti“ (Snel, 1999).

Za najrozšírenejšie psychostimulancium, užívané legálne takmer na celom svete, možno považovať nikotín, ktorý je obsiahnutý v tabaku. Tabak sa oddávna pestoval v krajinách Južnej a Severnej Ameriky. „Indiánski kňazi odnepamäti udržiavali posvätný oheň na počesť boha slnka a pridávali doň suché aromatické rastliny, medzi ktorými nechýbali statné stebľá tabaku s veľkými listami.“ (Tomin, 1990) Je známe, že domorodé obyvateľstvo ponajprv pri sedení pri ohni dym voľne vdychovalo, neskôr sa tabak začal fajčiť. „Tabak je rastlina z čeľade ľuľkovitých, rod *Nicotiana*. Existuje niekoľko variet rastliny, ktoré sa používajú na pestovanie, najmä tabak virgínsky. Rastlina dosahuje výšku až 3 metre.“ (Kolibáš, 1996) Objavením kontinentu Amerika Krištofom Kolumbom sa tabak priváza v rámci výmenných obchodov po prvý



raz do Európy. Postupne sa tabakové listy objavovali vo všetkých prímorských oblastiach. História využívania tabaku prekonala cestu od ozdobnej rastliny pestovanej v záhradách až k podobe liečivky, ktorou sa vraj dajú hojiť vredové choroby i otvorené rany. Usušené tabakové listy sa najviac fajčili v stočených papierikoch, vo fajkách, v hrubých cigarách, niekedy sa vyskytlo aj žuvanie listov, ale aj šnupanie rozdrvených tabakových listov. „K nám sa tabak dostal vďaka žoldnierskym vojskám a Turkom a koncom 17. a začiatkom 18. storočia sa jeho postavenie rozšírilo aj na našom území.“ (Naik, 1999) Aj keď sa fajčenie v prvopočiatočných umožňovalo len bohatej spoločenskej vrstve.

Snaha o zámerné potláčanie fajčenia tabaku prinútila významných vládcov vtedajšieho obdobia používať neľudské tresty. Aj napriek týmto opatreniam sa nárast fajčenia tabaku nepodarilo zastaviť ani stabilizovať. Neskôr sa však pod vplyvom rastúcich ekonomických výhod spojených s predajom tabaku začalo od postihov upúšťať. Napríklad aj uhorská kráľovná a rakúska vojvodkyňa Mária Terézia sama neznášala fajčenie, ale pre napĺňanie pokladnice nebojovala proti fajčeniu u poddaných. Postupne sa výroba a predaj stali ekonomickým monopolom štátu, ktorý získaval zo samotného predaja financie prostredníctvom daňového zaťaženia výrobcov. Tabakový dym obsahuje značné množstvo rôznych chemických látok, z ktorých podstatné tvoria nikotín, decht a kysličník uhoľnatý. Z tejto premisy odvodzujeme v prvom rade zdravotné riziká. Nikotín podľa Kaplana (1996):

1. spôsobuje uvoľňovanie noradrenalínu, ktorý zvyšuje srdcový pulz v stave pokoja, systolický krvný tlak a diastolický krvný tlak,
2. prispieva k poruchám srdcového rytmu, čím sa zvyšuje riziko fibrilácie (nepravidelná činnosť srdca),
3. zapríčiňuje nárast voľných mastných kyselín v krvi,
4. zvyšuje priľnavosť krvných doštičiek, čo podporuje tvorbu zrazenín.

Druhou najdôležitejšou látkou tvoriacou cigaretový dym je decht, ktorý v mnohých prípadoch vplyva na ľudský organizmus karcinogénne. „Majú charakter organických a anorganických zlúčenín vrátane rádioaktívnych prvkov. Najvýznamnejšie sú polycklické aromatické uhľovodíky, napríklad benzpyrén, benzatracén. Niektoré vznikajú až v priebehu horenia tabaku, ako izoprén, steroly, a tiež môžu až v organizme pri metabolizme spôsobiť vznik ďalších karcinogénov, napríklad epoxidov.“ (Kavcová, 1993) „Predpokladá sa, že rádioaktívne polónium a draslík sa prenášajú do pľúc, kde sú usadené mnoho rokov, pričom ožarujú pľúcne tkanivo a podporujú vznik rakoviny.“ (Kaplan, 1996)

Poslednú uvedenú zložku tabakového dymu tvorí oxid uhoľnatý, ktorého nepriaznivé účinky na živý organizmus sú dostatočne známe. Nepriaznivé účinky CO sú sprostredkované najmä (Pavúk, 1996):

- Väzbou na hemoglobín za vzniku karboxyhemoglobínu, čím sa vyraduje z činnosti krvné farbivo hemoglobín, ktoré sprostredkováva prenos kyslíka z pľúc do jednotlivých tkanív a orgánov. Väzba hemoglobínu na CO je 200 ráz vyššia ako na kyslík, čo znamená, že oxid uhoľnatý sa viaže ľahšie a rýchlejšie na hemoglobín a tým ho obsadzuje.

- Väzbou na mioglobín, krvné farbivo vo svaloch, tým aj na transport a využitie kyslíka na úrovni bunkového dýchania.



Dôležité je upozorniť na zhubný vplyv na plod matky počas tehotenstva, ak je prítomné fajčenie.

Zo psychologických charakteristík konkrétnejšiu pozornosť budeme venovať psychickým stavom. Pri pravidelnom fajčení nikotín zapríčiňuje zvýšenie pozornosti, zlepšenie duševnej výkonnosti, zmiernenie napätia a zlepšenie nálady. Príčinou hormónu noradrenalinu je tachykardia (zrýchlená srdcová činnosť), hypertenzia, zrýchlené dýchanie. Nikotín spomaľuje kontrakcie žalúdka, čo sa prejavuje u fajčiarov v podobe menej uvedomovaného pocitu hladu. Pri akútnej intoxikácii alebo nadmernom zvýšení dennej spotreby cigariet sa objavujú nepríjemné psychické príznaky vo forme anxiety, tenzie, insomnie a iných. Z telesných príznakov uvedieme stavy nechutenstva, palpitácie (búšenie srdca) a vyššie spomenuté symptómy pri účinkoch noradrenalinu.

„Fajčiar je osoba, ktorá fajčí pravidelne aspoň jednu cigaretu denne v čase vyšetrenia až po obdobie jedného roku. Fajčiarom do 18 rokov veku je ten, kto pravidelne fajčí jednu cigaretu za týždeň.“ (Dobiášová, 1997) „Príčiny alebo dôvody na fajčenie sú rôzne a fajčiari často uvádzajú, že sa k cigarete obrátili v situácii, keď hľadali riešenie problému, záťažovej, zložitej situácie.“ (Kollárik, 1995) Z hľadiska prevencie a cieľavedomého výchovného pôsobenia na pubescentov a adolescentnú mládež je potrebné si uvedomovať, že fajčiar-adolescent prejavuje „emocionálnu labilitu, nižšiu frustračnú toleranciu, ľahkovážnosť, nedostatok pevných vnútorných noriem, výraznejšiu dominantnosť“ (Kollárik, 1982).

V Medzinárodnej klasifikácii chorôb, jej 10. revízii, v kapitole o duševných poruchách a poruchách správania vyvolaných účinkom psychoaktívnych látok, je v kóde F17 uvedená porucha spôsobená užívaním tabaku.

Neklamným znakom vzniku drogovej závislosti je vzplanutie abstinenčných príznakov. Postupne k nim zaraďujeme nasledovné (MKN-10, 1996):

- silná túžba po tabaku,
- malátnosť alebo slabosť,
- úzkosť,
- dysforická nálada,
- podráždenosť alebo nepokoj,
- nespavosť,
- zvýšená chuť k jedlu,
- silný kašeľ,
- vredy v ústnej dutine,
- poruchy sústredenia.

## 8.7. Drogová závislosť kathového typu

Katha sú listy pochádzajúce z kríka s názvom katha jedlá (*Catha edulis*), ktorý rastie vo voľnej forme na východe Afriky a v južnej Arábii. V našich zemepisných šírkach sa katha nepestuje, a jej užívanie je preto veľmi zriedkavé až zanedbateľné.

Katha sa podobá nášmu vtáčiemu zobu. Katha jedlá dosahuje výšku do jeden a pol metra. Ideálne podmienky na pestovania má v oblastiach Saudskej Arábie, Sudánu, Etiópie, Eritrei, Jemenu a ďalších. Katha jedlá obsahuje látky podobné niektorým stimuláciám. Ide o alkaloidy kathín a celastrín. Katha sa dostáva k svojim konzumentom v podobe sviežich vetví rastliny vrátane listov a výhonkov zviazaných do zväzku. Existuje jediný ustálený spôsob konzumácie, žuvaním v ústach. Výnimku tvorí príprava čaju z výhonkov kathy či zmiešanie spolu s medom; takto pripravená sa dá dokonca jesť.

V súčasnosti smrť zapríčinená dlhotrvajúcim žuvaním kathy jedlej nie je zaregistrovaná, ale nadmerne ovplyvňuje predovšetkým rôzne iné choroby. Z nášho pohľadu sa zaujímavým môže javiť charakter sociálnych dôsledkov žuvania kathy jedlej v jej historických súvislostiach.

V stredoveku bola katha využívaná na religiózne účely ako stimulantium pri dlhých modlitbách a meditáciách. V novoveku zas pretrvávala forma ceremoniálneho žuvania kathy pri slávnostiach alebo, naopak, pri pohreboch. Vojnoví stratégovia kathu dodávali vojakom na zvyšovanie odvahy a nebojácnosti. I napriek mnohým zákazom a obmedzeniam žuvania kathy v niektorých arabských štátoch zostáva katha posvätnou rituálnou rastlinou, bez ktorej si mnohí ľudia už nevedia predstaviť život. Problematikou drogovej závislosti kathového typu sa v našich podmienkach zaoberá málo autorov. Vzhľadom na vyššie uvedenú skutočnosť a doterajšiu absenciu tohto typu závislosti u nás nebudeme na tomto mieste podrobnejšie pokračovať.

## 8.8. Drogová závislosť halucinogénneho typu

„Halucinogény, ako už hovorí názov, vyvolávajú v období akútnej intoxikácie halucinácie. Nevyvolávajú telesnú závislosť, najväčšie riziká sa týkajú duševného zdravia a neprimeraného konania pod vplyvom drogy.“ (Řičan, 1997) V poradí výskytu užívania spomedzi nelegálnych drog sa halucinogény nachádzajú na piatom mieste. Aj keď z tohto aspektu sa môže zdať, že nie sú takou závažnou skupinou zneužívaných látok, ktorými by sme sa mali v súčasnosti zaoberať, varovná je historická skúsenosť s touto skupinou látok. A keďže sa niekedy aj minulosť vracia či opakuje, prinajmenšom v prevencii je žiaduce venovať tomuto problému pozornosť. V histórii halucinogénnych látok sa vyskytovali viaceré z nich bez toho, aby v skutočnosti niekto vedel dostatočne odhaliť a predvídať ich dosahy na ľudský organizmus. Napríklad atropín, ktorý sa získaval z rastlín patriacich do čeľade ľuľkovitých, ktorej zástupcami sú napr. durman, ľuľkovec zlomocný, mandragora lekárska, tabak virgínsky a ďalšie. „Vôbec prvé záznamy o používaní anticholinergík nachádzame v knihách antických autorov Teofrasta a Dioskorida. Antický a vôbec stredomorský svet ľuľkovité rastliny dôverne poznal a odôvodnene sa ich obával, pretože v rukách travičov predstavovali nebezpečný, vtedy ťažko dokázateľný a najmä neliečiteľný jed.“ (Lietava, 1997) Z ďalších halucinogénnych látok menujme bufotenín, pochádzajúci z kožných sekrétii žaby, pričom sa vyskytuje aj v niektorých

rastlinách. Odborníci postupne došli k zisteniu, že tieto výlučky pôsobia otravne na srdcovú činnosť, čo Indiáni vo vtedajšom období využívali pri lovoch. Ďalšou látkou bol ibogaín, pochádzajúci z kríka rastúceho v pralesoch na západe a v strede Afriky. Táto látka patrila ku kultu niektorých domorodých spoločenstiev. Alkaloid harmín, pochádzajúci z liany rastúcej v Latinskej Amerike, sa podával v tekutej forme v podobe nápoja s názvom ayahuasca. Kaktus s názvom *Lophopora Williamsi* a prezývku peyotl je zdrojom drogy meskalín. Kaktus rastie najmä v štáte Mexiko a v južných častiach USA. Meskalín sa používal na potlačenie bolesti a zoslaboval srdcové problémy. Samotný meskalín tvorí olej alebo prášok, ktorý sa obyčajne prijíma ústami.

Veľmi známou halucinogénnou drogou je alkaloid psilocybín, ktorý obsahuje huba *Psilocybe bohemica*, alebo holohlavec český. Už samotný názov tejto drogy vyjadruje, že huba sa vyskytuje v niektorých lokalitách na území Českej republiky. V našich podmienkach sa psilocybín medzi dŕľermi takmer nevyskytuje. Psilocybín, ale aj ostatné halucinogény boli v minulosti spojené s náboženskými rituálmi na území dnešnej Strednej Ameriky, ktorú charakterizujú pozostatky motívov tejto huby vytesané do kamenných sôch z obdobia, keď žili Mayovia – obdobie rokov 500 až 300 pred našim letopočtom. V terajšom období sa syntetická ani prírodná forma psilocybinu významne nepodíeľa na epidemiológii drogových závislostí. Druhou významnou hubou z hľadiska zneužívania bola jedovatá muchotrávka, ktorá v staroindických hinduistických hymnoch Rigvéda, vznikajúcich v období 1500 až 900 rokov pred Kristom, niesla jednoduchý názov soma. Muchotrávka červená je opradená historickými šamanskými zvykmi, ktoré sa hojne pestovali na severe Európy a na Sibíri. Postupom času však konzumovanie muchotrávky nahradil alkohol. Muchotrávka obsahuje viacero jedovatých a psychotropných látok, uvádzame napríklad bufotenín, muskarín, mykoatropín a mnohé ďalšie. V súčasnosti je epidemiologicky z halucinogénov vo svete i u nás najviac zneužívaný dietylamid kyseliny lasergovej, zvyčajne označovaný skráteným tvarom LSD. Dietylamid kyseliny lasergovej sa získava preparáciou z obilia, na ktorom parazituje huba *Claviceps purpurea*. Prednosť pri výrobe LSD má však umelá syntetizácia. LSD bolo po prvý raz objavené roku 1943. Krátko nato sa začalo využívať na terapeutické ciele. Hlavným zistením vtedy bolo navodenie psychózy s prvkami schizofrenického ochorenia. Po podrobnejších vyšetreniach sa dokázalo riziko vyplývajúce zo vzniku psychózy, ktorá mala za následok rozvinutie iných chorôb. Z toho dôvodu sa výroba a experimentovanie s LSD zastavili. Kam až môže siahať nevypočítateľnosť drogových experimentátorov a avanturistov, sa mohli presvedčiť v Spojených štátoch v šesťdesiatych rokoch. Známý a uznávaný psychológ Timothy Leary bol autorom filozofie o existencii ôsmich mozgov, ktoré vyjadrujú úroveň nášho myslenia v neurologických súvislostiach a mystických symboloch. V poradí siedmy mozog nazýva Leary kybergenetický obvod. „K aktivácii obyčajne dochádza, ak vôbec, iba po niekoľkých rokoch vysoko pokročilého stupňa rádžajógy, ktorá vedie k vývoju mechanizmu siedmeho obvodu. Jediným priamym neurotransmitterom, ktorý je možné použiť na aktiváciu siedmeho obvodu, je LSD, prežívanie siedmeho obvodu dokážu vyvolať i peyotl a psilocybín.“ (Leary, 1999) Jednu z Learyho somatických

technik na predĺženie života tvoria drogy a ich užívanie. Módna vlna LSD a jeho vplyv sa odrazili v mnohých výtvarných dielach, v umení a hudbe. V súčasnosti je užívanie LSD menej rozšírené, nakoľko konzumenti uprednostňujú iné druhy drog s halucinogénnym účinkom, napríklad extázu. LSD sa aplikuje do tela viacerými cestami. Možno ho fajčiť, avšak najväčší efekt pre prijímateľov predstavuje cesta injekciou priamo do žíl. Nebezpečný spôsob na vytváranie závislosti u mladých, nič netušiacich ľudí reprezentuje prienik LSD cez kožu vo forme samolepiek.

Týmto krátkym exkurzom o základných predstaviteľoch halucinogénov a niektorých užívateľských zvykoch by sme ukončili prvú časť. Diskusia o forme psychických a fyzických účinkov halucinogénov sa doteraz neukončila. Poďme najprv k faktom, o ktorých podstatná väčšina odborníkov vie. Stav akútnej intoxikácie po užití halucinogénov spôsobuje poruchy vnemov vo forme ilúzií, halucinácií. Vizúálne halucinácie charakterizuje vnímanie farieb predovšetkým v uzavretých priestoroch. Ilúzie spôsobujú neskutočné vnímanie farieb, tvarov, osôb a okolia všeobecne. V prípade stavu akútnej ťažkej intoxikácie sa vyskytujú stavy depersonalizácie. Zmenené alebo skreslené vnímanie pocitov a polohy tela často spôsobuje ilúzie neobmedzenosti v priestore a čase. Práve táto okolnosť môže viesť k mystickým zážitkom spojenia s makrokozmom a náboženstvom. Pestrú škálu uvedených psychických príznakov náhlej intoxikácie, samozrejme, sprevádzajú aj zmeny v telesnej oblasti. Na prvom mieste uvádzame tachykardiu (spomalená činnosť srdca), palpitácie, mydriázu (rozšírenie) zreníc, nadmerné potenie a mnohé ďalšie. U dlhodobých užívateľov halucinogénov sa objavujú stavy introvertnosti až autizmu. Užívateľ sa prednostne až nezdravo zaoberá náboženstvom a celkovo sú jeho záujmy ohraničené prostredím drogy. U pravidelných užívateľov sa po istom čase môže objaviť stav znovuzvplanutia, alebo flash back. Jeho charakteristikou je náhle objavenie intoxikačných príznakov, aj napriek predošlému neužitiu dávky halucinogénov alebo iných drog. Chronické užívanie halucinogénov smeruje k vážnej psychickej závislosti, pritom vážnejšia somatická závislosť sa nerozvíja. Dokonca v MKN – 10 sa v diagnostických kritériách na výskum uvádza, že neexistujú alebo nie sú zaznamenané doposiaľ žiadne abstinénne príznaky. Istotne pri čítaní týchto výskumných záverov človeka napadá, aký je najškodlivejší účinok halucinogénov, keď doteraz moderná veda neobjavila takmer žiadne abstinénne príznaky. Odpoveď na túto otázku sme naznačili v časti o psychických príznakoch pri akútnej intoxikácii, kde subjekt môže vplyvom halucinácií a ilúzií spáchať samovraždu či iný nezmyselný čin.

Riziko vzniku nákazy HIV/AIDS po použití ihly infikovaného touto chorobou sa taktiež ukazuje ako významný faktor v preventívnych zásahoch.

V súčasnosti sa začína veľa diskutovať o príčinách a súvislostiach vzniku hepatitídy u závislých. Prioritne hepatitída typu B a C sa podieľa výrazným spôsobom na živote závislých a liečiacich sa osôb. Typ B a C sa prenáša podobne ako HIV, teda krvou, spermom, slinami a podobne. Éra grandiózneho užívania halucinogénov sa už síce skončila, ale užívanie látok s podobnými účinkami zrejme nie, ak vôbec môžeme v súčasnej zrýchlenej dobe informačného a kybernetického pokroku o niečom takom hovoriť.

## 8.9. Drogová závislosť solvenciového typu

Pri poslednej skupine drogových závislostí sa stretávame u verejnosti s jej nevšímavosťou až nezaujmom o uvedenú skupinu látok, nakoľko v ich presvedčení predstavuje táto skupina zanedbateľné množstvo z celkového počtu drogových závislých. Mýtus o neexistencii drogových závislých v období pred rokmi deväťdesiatimi si však dnešní ľudia už pomaly začínajú uvedomovať. Až dnes je možné konštatovať, že najneužívanejšími drogami v období pred rokom 1989, samozrejme, okrem nikotínu a alkoholu, boli prchavé látky či rozpúšťadlá. Napokon vážnu epidemiologickú situáciu na území ČSSR pregnantne dokresľujú snaženia popredných lekárov na poli liečby závislostí. Známe sú snahy medicínskych odborníkov zo sedemdesiatych rokov, v popredí s Dr. Ivanom Novotným, o zriadenie centra na liečbu drogových závislostí a sanatória na liečbu závislostí od prchavých látok na Jaskovom rade v Bratislave.

Jedným z najväčších problémov vzniku závislosti od solvencií je ich relatívna dostupnosť a vyhľadávanie určitou sociálnou skupinou.

Solvenciá akoby zvlášť púťali pozornosť mládeže so slabším sociálnym zabezpečením a nízkym vzdelaním. Pôvod alebo vznik solvencií sa objavuje simultánne so vznikom rozvinutej priemyselnej výroby v 19. storočí – s objavmi prvých benzínových motorov, a teda aj benzínu; ďalej to boli acetón, toluén, tetrachlóretylén a podobne, ktoré súvisia so vznikom závislostí. Solvenciá sú ako psychoaktívne látky vyrábané zo zemného plynu a nafty, celkovo majú dve vlastnosti:

1. schopnosť rozptýlenia molekúl solvencií po okolí,
2. schopnosť rozpúšťať látky organického pôvodu.

Jediným spôsobom aplikovania drogy do organizmu je inhalácia cez nosovú sliznicu, kde inhalovaná látka v pomerne krátkom čase začína pôsobiť na CNS. Pri intoxikácii solvenciami sa objavujú euforické, niekedy až halucinačné účinky. Z príznakov sa často uvádzajú nasledovné: poruchy výslovnosti, vertigo (závrat), poruchy vnímania, vizuálne pseudohalucinácie až halucinácie, mydriáza, nauzea až zvracanie, arytmie, autoagresia a iné. Pri dlhotrvajúcom užívaní rozpúšťadiel dochádza k nevratným poškodeniam CNS. Predovšetkým v podobe poruchy pamäte a celkovo poklesu intelektových spôsobilostí, zhoršenia schopnosti usudzovať, porušenia psychomotoriky, somnolencie (ospalosť) a ďalších. Zrejme najvypuklejším príznakom dlhodobých užívateľov je amotivačný syndróm, charakterizovaný bezmyšlienkovitým konaním vo vzťahu k okoliu. Užívanie solvencií pôsobí na psychiku mladého človeka. Zo zhubných následkov nesmieme opomenúť telesnú oblasť, najmä organické poškodenia niektorých orgánov. Solvenciá spôsobujú poruchy krvotvorby, anémiu (chudokrvnosť), agranulocytózu (nedostatok bielych krviniek s granulami) a trombocytopéniu (nedostatok krvných doštičiek). Nebezpečnými sa javia zápaly pečene a lézie, ktoré sú jedným z najdôležitejších somatických príznakov užívania solvencií. Príznaky poškodenia žliaz s vnútornou sekréciou sa prednostne dotýka nadobličiek a pohlavných žliaz gonád. Z psychických príznakov drogovej závislosti sa stanovujú: agresívne správanie voči okoliu, zvýšená úzkosť až podráždenosť. Z telesných príznakov sa uvádzajú nauzea a tremor (chvenie).

V diagnostických kritériách výskumu sa zatiaľ nenachádzajú žiadne jednotky abstinenčných príznakov, táto skutočnosť je v súčasnosti prinajmenšom na zamyslenie. Roku 1997 bolo evidovaných 321 závislých od solvencií. Toto číslo vykazujú zdravotnícke štatistiky, aký je však reálny počet závislých od rozpúšťadiel, sa asi nikto z nás presne nedozvie. Isté tendencie sa dajú napriek tejto skutočnosti postrehnúť aj z tohto údaju.

## 8.10. Alkoholizmus

Postoj verejnosti ku konzumácii alkoholu netreba zvlášť nikomu predstavovať. Presne ho vystihuje adjektívum tolerantný a možno doplniť adverbom nadmieru. Skúsenosť ľudstva s alkoholom siaha presne do éry prechodu z koristníckeho k produkčnému hospodárstvu, vyjadrenému rozvojom poľnohospodárstva, chovu zvierat, atď. Uvedené obdobie datuje mladšia doba kamenná, kde nachádzame prvé hodnoverné dôkazy o výskyte alkoholu a jeho konzumácie. „Historické záznamy písané klinovým písmom na hlinených tabuľkách dokladujú, že alkohol sa pil v Mezopotámii už pred 5000 rokmi. Pivo sa varilo jednak na rituálne ciele, no ľudia ho pili aj od smädu a pre chuť.“ (Bútora, 1989) Z obdobia pred viac ako tisíc rokmi pred naším letopočtom, v najprekladanejšej knihe všetkých kníh, v Biblii, sú známe motívy používania vína ako Božieho daru. Pestovanie vínnej révy u Rimanov sa vo vtedajších časoch považovalo za jednu z priorít. Vôbec celá epocha antiky sa opiera o zvyky rôznych hostín usporadúvaných pre vyššie vrstvy, pri ktorých nesmel chýbať alkohol. Podobne aj na území Grécka a ostrove Kréta sa zachovali doklady o pestovaní viniča. Starí Egypťania pokladali pivo a víno za základnú zložku liečivých nápojov. Antickí lekári Hippokrates a Galenos radili pri poraneniach a umývaní rán používať víno. Hippokrates i Galenos víno predpisovali aj ako močopudný prostriedok a tiež na ochladenie pri teplote. Už vtedy však filozofi pomaly začali spoznávať aj negatívne konzekvencie pitia alkoholu. Platón sám odporúčal povinnú abstinenciu do 18 rokov, striedme pitie do 30 rokov a konečne až po dosiahnutí veku 40 rokov mal muž nárok na neobmedzené pitie. Grécky filozof Herakleitos tiež uznával zdržanlivé pitie, v intenciách svojej dialektickej filozofie si nadovšetko vážil zdržanlivosť, askézu, sebaovládanie. Skupina filozofov-stoikov hlásala tézu, že mudrc sa nedá zmiast' vášňami, víno síce môže piť, no neopije sa. V antickom období si ľudia boli vedomí príčinnno-dôsledkového vzťahu medzi konzumom alkoholu a nezdravým potomstvom. A keďže si tieto následky začali postupne uvedomovať aj vládcovia krajiny, začali používať reštriktívne opatrenia proti opilstvu, najprv v podobe miernejších trestov a nakoniec i trestu smrti. Ak sa prenesieme na iné kontinenty, trebárs Afriku, zistíme, že aj v týchto krajinách ľudia poznali a konzumovali alkoholické nápoje. V Afrike sa z alkoholických nápojov konzumovalo najmä pivo, ktoré sa vyrábalo z rôznych druhov obilia. Pritom v niektorých polohách Afriky sa pivo pripravovalo dokonca aj z banánov a víno sa vyrábalo z palmy. Napriek značnému rozmachu alkoholických nápojov a vína sa na týchto územiach nezachovali alebo pravdepodobne nevyskytli žiadne význačné dôkazy o ich nadužívaní a alkoholových ošialoch.



Na ďalšom kontinente, v Amerike, sa podobne ako v Afrike kultúra a náboženstvo spájali často s alkoholom. Napriek mnohým domnienkam domorodé obyvateľstvo Ameriky poznalo alkohol dávno pred príchodom Krištofa Kolumba. Vtedy sväteným a váženým bolo agavové víno, ktoré niektorí zaraďujú do kultúry indiánskeho kmeňa Mayov. V ríši Inkov sa tešil veľkej obľube nápoj, ktorý bol vyrobený z kukurice, manioku a z podzemnice, pričom potom bol užívaný v podobe piva.

V ďalšej histórii konzumovania alkoholu sa postupne striedali liberálne a trestajúce poliické systémy, zrejme tak, ako sú, historickou skúsenosťou, striedané aj v súčasnosti. Podstatnú rolu v prístupe k možnostiam konzumácie zohrávala a i naďalej zohráva prevaha náboženského systému a učenia v kulturológických súvislostiach. „Pripomeňme si, že jedným z prvých zázrakov, ktorým sa ohlasuje Kristus, je premena vody na víno na svadbe v Káne Galilejskej. V akte krstu prebúdzajúca voda telo zrodencu, ale víno prebúdzajúca duša navodením duchovnej extázy. Psychologický význam eucharistie, v ktorej alkohol nahrádza samotného ducha, býva vykladaný ako možnosť oslobodenia sa od narcizmu primárnej orálnej väzby na matku.“ (Borecký, 1999)

Z pohľadu farmakologických účinkov má alkohol silné tlmivé, analgetické i euforizačné účinky. Alkohol po vstrebaní organizmom prechádza metabolizáciou v pečeni prostredníctvom alkoholdehydrogenázy. Vylučovanie alkoholu z tela je takmer minimálne, a teda účinok s dosahom na všetky orgány v tele je pomerne okamžitý. Dôležitú úlohu zohrávajú lipidové membrány receptorových systémov. Zmeny nastávajú aj v dopamínovom a serotonínovom systéme.

Hladina alkoholu sa dá v súčasnosti zistiť dychovou skúškou alebo z rozboru krvi v umelom laboratóriu. Hladina alkoholu sa udáva v jednotkách promile, ktorú dostaneme nasledovným výpočtom: každý gram spotrebovaného alkoholu vydělíme počtom kilogramov vážiaceho konzumenta ( $\text{g/kg} = \text{promile}$ ). Na nasledujúcich riadkoch podáme v stručnej podobe príznaky akútnej intoxikácie zistenej podľa hladiny alkoholu v krvi:

1. Hladina alkoholu **0,4 g/kg** vedie pomaly k predĺžovaniu reakčného času a narušovaniu senzoricko-motorických reakcií.
2. Hladinu alkoholu **0,6–1,0 g/kg** charakterizuje zhoršenie až absencia úsudkových myšlienkových operácií, prejavovaná v podobe sebaoprečňovania.
3. Hladina alkoholu **1,0–1,5 g/kg** znamená na prejavoch nositeľa štádium vzrušenia a osobnej bezbariérovosti.
4. Hladina alkoholu **1,5–2,5 g/kg** smeruje k nekontrolovateľnému vyjadrovaniu hlások, ďalej k stavom amnézie, celkovo dochádza k štádiu inhibície.
5. Hladina alkoholu **3,0 g/kg** a viacej zapríčiňuje ďalšie tlmenie centier mozgovej kôry, dochádza ku komatóznemu stavu opojenosti.

Podľa závažnosti stupňa alkoholizmu Jelinek ďalej rozdeľuje alkoholizmus do rôznych štádií (Fürst, 1997):

- **typ alfa** – pijani z dôvodov problémov, konfliktov, hľadajúci úľavu a omámenie; problémy a záťaž sa javia pod vplyvom alkoholu únosnejšie; sú potlačené, ale neriešené;



- **typ beta** – pijani z návyku a prispôsobivosti; v tomto štádiu sa objavujú už telesné poškodenia;
- **typ gamma** – látková výmena sa prispôsobuje stálemu konzumu alkoholu; dochádza k telesnej a duševnej závislosti so stratou možnosti kontroly astupňovania tolerancie; objavujú sa abstinenčné syndrómy;
- **typ delta** – dlhodobý návyk na stály, skôr nenápadný konzum alkoholu vedie k ťažkej fyzickej a psychickej závislosti; aby pijan unikol abstinenčným symptómom, musí si zachovať istú hladinu alkoholu;
- **typ epsilon** – „dipsomani“; v periodických odstupoch často dochádza k niekoľko-dňovým excesom, ktoré majú odstrániť stavy napätia.

V súčasnosti je postoj väčšej časti našej populácie k užívaniu alkoholu do značnej miery tolerantný. Priamo vyplýva z historickej skúsenosti ľudstva s alkoholom a nadväzuje na ňu. Naopak, postoj obyvateľov k druhej časti spektra, k abstinetom, je nadmieru odmietavý. Vo všeobecnej rovine je vzťah ľudí k alkoholu rozdelený do štyroch skupín (Smik, 1994, s. 9):

1. **Abstinenti** – nepožívajú nijaké alkoholické nápoje.
2. **Konzumenti** – pijú alkoholické nápoje pre ich chuť, pri spoločenských príležitostiach. Alkohol ich neovplyvňuje mimoriadne a farmakologické účinky alkoholu pre nich nemajú výrazný význam.
3. **Pijani** – vyhľadávajú alkohol, jeho farmakologické účinky sú pre nich významné, pijú často a príznaky požitia alkoholu sú evidentné.
4. **Alkoholici** – jedinci závislí od alkoholu vidia alkohol ako prostriedok na navodenie zmien psychiky. Úplne strácajú kontrolu nad pitím. Ak začnú alkohol požívať, pijú až do opitosti, a keď ho už nemajú, objavujú sa u nich abstinenčné príznaky, ktoré miznú po požití novej dávky alkoholu.

Skúsenosť našich rodičov sa potomstvom dostáva nepriamo k nám ako deťom aj v podobe kultúrnych tradícií a zvykov, kde alkohol zohrával akúsi symbolickú štafetu, ktorú získavame z výdobytkov a slov našich rodičov, prarodičov či vzdialených príbuzných. Predpokladáme, že takmer nikto z nás nie je odporcom tradícií odovzdávaných našimi vychovávateľmi a citlivými sprevádzateľmi naším životom. Jedným zo získaných zvykov sú príležitosti na pitie vína. No navzdory tejto poznámke sme trocha pozabudli na fakt, že obyčaje sa generáciami môžu upravovať či vlastnými skúsenosťami meniť. Je prinajmenšom zaujímavé, že zvyk konzumovať alkohol pri každej novej príležitosti zmenil doteraz málokto. Napriek mnohým iným neprebraným zvyklostiam si mladá generácia prisvojila alkohol s rovnakou vážnosťou ako generácie existujúce dávno pred ňou. Profesor Grác svojho času konštatoval, že „neraz vzniká dojem, akoby sme okrem alkoholu nemali pre mladistvých nijaké iné nápoje. V skutočnosti si mládež omnoho lepšie pochutí a zabaví sa, keď sa jej pri rozličných slávnostných príležitostiach ponúkne namiesto alkoholu dobrý ovocný nápoj, pravá ovocná limonáda, ovocný mušt.“ (Grác, 1991) Žiaľ, skutočnosť v našich rodinách je aj v súčasnosti naďalej potvrdením konzumného stanoviska. Alarmujúcejšie je však zistenie, že vek prvého ponúknutia alkoholom sa u detí stále znižuje. V súčasnosti je priemerný vek pri prvej skúsenosti s alkoholom okolo 11 rokov u chlapcov a 12 rokov

u dievčat. Tento údaj istotne naznačuje východiská pri vekovom celení primárnej prevencie alkoholizmu najmä na základných školách, a to v zmysle rešpektovania deduktívneho záveru, zamerať primárnu prevenciu už do včasnejšieho obdobia pred avizovaným priemerným prvokontaktom s alkoholom u detí. „Deti si o alkohole myslia, že niekedy prospieva – 4,8 %, v malom množstve neškodí – 24,1 %, škodí – 52,4 %, a 18,7 % nevie. Pohľad detí na dospelého človeka, ktorý nepije: 59,5 % – je to normálne a prirodzené, 10,4 % – je to zvláštne, nenormálne, a 30,1 % nevie. U mladého človeka považujú abstinenciu od alkoholu za rozumnú v 84,8 %, za nerozumné konanie považuje abstinenciu 3,7 % detí a 11,3 % nevie.“ (Heller, 1996) Toľko zatiaľ k záverom jednej výskumnej štúdie, ktorá syntetizuje určité postojové tendencie mladých ľudí. Jedným z mnohých zdravotných rizík, ktoré zapríčiňuje konzum alkoholu gravidných matiek, je pomerne dobre známy fetálny alkoholový syndróm (FAS), ktorý sa prejavuje bezprostredne po pôrode na dieťati.

„Výskyt FAS sa odhaduje na 2–3 prípady na 1000 živonarodených detí. Ak sa do toho počtu zahrnú aj deti s ľahším stupňom poškodenia, výskyt sa zvýši až na 300 na 1000 živonarodených detí.“ (Huttová, 1999). Medzi najznámejšie klinické prejavy FAS u detí zaraďujeme: zmenšenie vzrastu, zvýšenú dráždivosť, mentálnu retardáciu, poruchy učenia a mnohé ďalšie.

K psychologickým problémom spojeným s konzumáciou alkoholu podotýkame, že hlavnou príčinou konzumu alkoholu u detí je predošlý konzum rodičov, teda prioritu hrá učenie napodobňovaním. Celkový životný štýl posúva interakciu do disfunkčnej väzby navzájom medzi všetkými členmi rodiny. Nakoniec môžeme v symbolike charakterizovať rodinu s alkoholikom vo formách prežívanej a zdieľanej klímy. Charakteristickými u jednotlivých členov rodiny s nealkoholovou anamnézou sa tu môžu javiť stavy nepokoja, úzkosti, bolesti hlavy, paranoje, neurózy až s vyústením do formy psychosomatických porúch.

## 9. Kombinované užívanie tabaku a alkoholu – výsledky výskumu

Skúmanie skúseností s fajčením a užívaním alkoholu, skúmanie postojov a názorov k fajčeniu a užívaniu alkoholu na verejných miestach, sledovanie zdravotného uvedomenia a rizikových faktorov patrí dlhodobo medzi priority v oblasti výskumu kontroly tabaku a alkoholu. Mnohé výskumné štúdie sa zaoberali vzťahmi medzi výskytom fajčenia a konzumom alkoholu v populácii a zdravotným uvedomením, menej štúdií sa však venuje oblasti skúmania postojov k fajčeniu na verejných miestach či postojov k dodržiavaniu právnych noriem na ochranu nefajčiarov a pred rizikom vzniku alkoholizmu. Hlavnými teoretickými východiskami výskumu sú tieto oblasti:

- Skúmanie skúseností s experimentáciou s fajčením a alkoholom, veku začatia s fajčením a alkoholom, počtu denne vyfajčených cigariet, dĺžky fajčenia, a frekvencie fajčenia u príležitostných fajčiarov.
- Skúmanie postojov, názorov a vedomostí o právnych normách na ochranu nefajčiarov a o ochrane pred alkoholizmom vo vzťahu k statusu respondentov z hľadiska kategórií fajčiarov a nefajčiarov, bývania v meste a na vidieku a pohlavia.
- Skúmanie súvislostí medzi fajčením a konzumáciou alkoholu.

### 9.1. Ciele výskumu

Problematika právnej ochrany nefajčiarov, kontroly tabaku a alkoholu vystupuje v súčasnosti do popredia ako jedna z dôležitejších oblastí verejného zdravotníctva v krajinách EÚ a SZO. Slovensko, ako jedna z mála krajín sveta, prijalo už roku 1997 zákon o ochrane nefajčiarov, ktorý bol v tom období jedným z najpokrokovejších právnych nástrojov, špecificky zameraným na ochranu nefajčiarov. Roku 1996 bol prijatý zákon o ochrane pred alkoholizmom a inými toxikomániami.

Dopyt po dôslednejšej a cielavedomejšej ochrane nefajčiarov a ochrane pred alkoholizmom je od prijatia prvých zákonov, ktoré regulujú užívanie a predaj tabaku a alkoholu na Slovensku. Napriek tomu, že Slovenská republika ratifikovala Rámcový dohovor o kontrole tabaku a Národná rada Slovenskej republiky prijala roku 2004 nový zákon o ochrane nefajčiarov a v rokoch 2005 a 2009 jeho novely, už dnes možno vidieť ich nedostatky. Predovšetkým z pohľadu vymožitelnosti zákona v praxi v oblasti kontroly fajčenia a alkoholu a predaja tabakových výrobkov a alkoholu.

Medzi najdôležitejšie ciele výskumu preto patria:

1. Stanoviť pomer fajčiarov a nefajčiarov medzi mladými ľuďmi od 15 do 29 rokov.
2. Zistiť, v akom veku mladí začínajú s pitím alkoholických nápojov a fajčením.
3. Zistiť vzťah medzi pitím a fajčením rodičov, rovesníkov a respondentov.

4. Zistiť, aký je vzťah mladých ľudí k záležitostiam vo vzťahu k vybraným nástrojom kontroly tabaku a alkoholu:
- tolerancia fajčenia a pitia alkoholu na verejných miestach,
  - reklama na alkohol a tabakové výrobky,
  - ochrana pred fajčením a alkoholizmom.

## 9.2. Hypotézy

**Hypotéza č. 1:** Ak respondenti rodičia nepijú alkohol a nefajčia, stúpa počet respondentov, ktorí nepijú alkohol a nefajčia.

**Hypotéza č. 2:** Ak respondenti priatelia nepijú alkohol a nefajčia, stúpa počet respondentov, ktorí nepijú alkohol a nefajčia.

**Hypotéza č. 3:** Experimentácia s fajčením predstavuje zvýšenú pravdepodobnosť experimentácie s alkoholom.

## 9.3. Materiál a metódy

V súčasnosti sa vedú v odbornej rovine diskusie o faktoroch, ktoré ovplyvňujú fajčenie a postoje k fajčeniu a užívaniu alkoholu na verejných miestach, z rôznych pohľadov a kategórií. Tvrdenie vychádza z viacerých záverov iných prieskumov, ktoré konštatujú, že experimentáciu s fajčením a alkoholom podmieňujú viaceré faktory. Výskumný súbor je reprezentatívny a tvoria ho obyvatelia Slovenska vo veku od 15 do 29 rokov. Obdobie adolescencie je fázou života, keď dochádza k prehodnocovaniu a zmene postojov aj vo vzťahu k užívaniu návykových látok. Ako výskumná metóda bol použitý dotazník, ktorý mal za cieľ stanoviť úroveň vnímania týchto premenných zo strany mladých ľudí vo veku 15–29 rokov, keďže táto veková kategória je zo psychologického hľadiska v štádiu prehodnocovania svojich postojov a možnosť zmeny správania vo vzťahu k zanechaniu fajčenia je pravdepodobnejšia než u vyšších vekových kategórií.

<b>Typ výskumu:</b>	kvantitatívny výskum – CATI
<b>Nástroj výskumu:</b>	štruktúrovaný dotazník s 25 otázkami, z toho 24 bolo s uzavretým koncom a 1 otázka s otvoreným koncom
<b>Veľkosť vzorky:</b>	uskutočnených 501 rozhovorov s respondentmi
<b>Cieľová skupina:</b>	reprezentatívna vzorka respondentov od 15 do 29 rokov z hľadiska veku, kraja a veľkosti bydliska v populácii SR
<b>Zber dát:</b>	1. 5. – 1. 9. 2007
<b>Program:</b>	SPSS 15.0
<b>Použité metódy:</b>	Prvostupňové triedenie / Druhostupňové triedenie / Adjustované rezíduá / Logistická regresia / Cramerov V koeficient / Zhlu-ková analýza

**Interval spoľahlivosti dát:** pohybuje sa od 3,56 % do 5,32 % – podľa počtu odpovedajúcich a ich zloženia v jednotlivých premenných

Výskumný súbor tvorili respondenti z celého Slovenska vo vekovej kategórii 15 - 29 rokov, ktorí tvorili reprezentatívny súbor. V súlade s cieľmi práce a výskumu bolo v rámci položiek dotazníka sledovaných desať sociodemografických charakteristík.

## 9.4. Výsledky

Za základnú výskumnú metódu sme zvolili dotazníkovú metódu s uzavretými odpoveďami, kde informácie boli získané prostredníctvom telefónu.

Pri zostavení dotazníka sme vychádzali z teoretických poznatkov získaných štúdiom dostupnej literatúry a analýzou položiek prieskumov, ktoré sa v minulosti realizovali a boli zamerané na oblasť sledovania skúseností a postojov k fajčeniu tabakových výrobkov. Otázky a možnosti odpovedí použité v dotazníku boli testované autormi a výskumnými pracovníkmi v minulosti. Spoľahlivo zisťujú skutočné vnímanie a názory na otázky, ktoré sa nachádzajú v dotazníku. Konkrétne ide o položky z dotazníka The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ktorý sa realizoval v rokoch 1995, 1999, 2003 a 2006 pod gesciou Pompidou Group Rady Európy. Druhým medzinárodným prieskumom pod gesciou Svetovej zdravotníckej organizácie, z ktorého boli čerpané položky a druhy odpovedí, bol Global Youth Tobacco Survey, ktorý bol realizovaný roku 2003 a cieľovou skupinou boli deti vo veku 13–15 rokov.

Dotazník bol telefonickou formou administrovaný náhodným výberom vzorke ľudí vo veku od 15 do 29 rokov na súbore celoslovenskej populácie a má celkom 35 otázok. Obsah dotazníka je rozdelený do troch tematických častí. Prvá časť je zameraná na sociodemografické charakteristiky respondentov a skladá sa zo siedmich otázok. Druhá časť je zameraná na skúsenosti respondenta a postoje k fajčeniu a vybraným aspektom kontroly tabaku, akými boli reklama, zákaz fajčenia na verejných miestach, poznanie právnych noriem. Tretia časť dotazníka je zameraná na názory a postoje respondentov k užívaniu alkoholu u rodičov a priateľov, na názory k tolerancii fajčenia v spoločnosti a hodnotenie príťažlivosti vo vzťahu ku konzumu alkoholu, na reklamu na alkoholické nápoje, na poznanie právnych noriem a názory na ich dodržiavanie.

### Vyhodnotenie hypotézy č. 1:

**Hypotéza č. 1:** *Ak respondenti rodičia nepijú alkohol a nefajčia, stúpa počet respondentov, ktorí nepijú alkohol a nefajčia.*

V súvislosti s vyhodnotením hypotézy č. 1 sa sledoval výskyt fajčenia a pitia alkoholu u respondentov vo vzťahu k pitiu alkoholu a fajčeniu u ich rodičov. Na základe analýzy údajov sme dospeli k záveru, že existuje významná súvislosť medzi fajčením a pitím alkoholu u respondentov a fajčením a pitím alkoholu u ich rodičov. Až 74 % respondentov nikdy nezačalo fajčiť, ak ani jeden z rodičov nefajčil. V prípade,

ak fajčí v rodine otec, až 22 % respondentov patrí medzi bývalých fajčiarov. Potvrzuje sa taktiež predpoklad, že ak v rodine nefajčí ani jeden z rodičov, u respondentov je vysoká miera tých, ktorí v minulosti zanechali fajčenie. Vysokým protektívnym faktorom je najmä správanie otca, ktoré napodobňujú respondenti aj vo vzťahu k fajčeniu. Aj keď v tomto prieskume takmer až 17 % respondentov nikdy nezačalo fajčiť napriek fajčeniu otca – na rozdiel od matky, ktorá keď fajčila, nikdy nezačalo iba 5,6 % respondentov. Ak nefajčil ani jeden z rodičov, počet respondentov, ktorí nikdy nezačali fajčiť, sa prudko zvýšil, na takmer 74 %. Na druhej strane, ak fajčili obaja rodičia, počet respondentov, ktorí nikdy nezačali fajčiť, sa pohyboval na najnižšej úrovni – 4 %. Z toho jednoznačne vyplýva záver, že správanie rodičov ovplyvňuje správanie ich detí vo vzťahu k fajčeniu.

Čo sa týka vzťahu medzi správaním sa rodičov a respondentov v súvislosti s konzumáciou alkoholu, existujú viaceré zaujímavé zistenia, ktoré potvrdzujú hypotézu. Podľa výsledkov sa potvrdil predpoklad o zníženom výskyte konzumu alkoholu u respondentov vo vzťahu ku konzumu alkoholu u ich rodičov. S konzumáciou alkoholu majú najmenšie alebo žiadne skúsenosti tí respondenti, ktorí pochádzajú z rodín, kde sa vôbec nepije. Táto súvislosť sa potvrdila najmä vo vzťahu k správaniu matky, ktorej žiadny či obmedzený konzum alkoholu sa odráža aj v žiadnom alebo zníženom konzume alkoholu u respondentov. S narastajúcou mierou konzumu alkoholu u rodičov zároveň stúpa počet respondentov, ktorí začínajú s alkoholom v skoršom veku. Pomerne vysoké percento respondentov začalo experimentovať s alkoholom vo veku 17 až 19 rokov, ak matka v rodine vôbec nepila. Na druhej strane zas viac ako 13 % respondentov začalo s konzumom alkoholu vo veku 15 rokov a menej, ak sa vyskytovala častá konzumácia alkoholu zo strany otca.

#### **Vyhodnotenie hypotézy:**

Hypotéza sa potvrdila. Ak respondentovi rodičia nepijú alkohol a nefajčia, stúpa počet respondentov, ktorí nepijú alkohol a nefajčia. Rozdiely medzi sledovaným premennými boli významné.

#### **Vyhodnotenie hypotézy č. 2:**

**Hypotéza č. 2:** *Ak respondentovi priatelia nepijú alkohol a nefajčia, stúpa počet respondentov, ktorí nepijú alkohol a nefajčia.*

Vo vzťahu k hľadaniu determinantov fajčenia bol predmetom skúmania sociálny faktor správania sa priateľov respondenta. Napodobňovanie správania rovesníkov je charakteristické pre obdobie puberty a adolescencie. Napodobňovanie fajčenia a konzumácie alkoholu rovesníkov navzájom je podľa zvolenej hypotézy charakteristické a platí aj v opačnom smere. Čím nižší výskyt fajčenia a užívania alkoholu u rovesníkov, tým nižší výskyt fajčenia a konzumu alkoholu u respondentov.

V prípade, že ani jeden z rovesníkov respondenta nie je fajčiar, fajčí len 5,4 % respondentov, na rozdiel od 11,5 % respondentov, ktorí sa pohybujú v spoločnosti rovesníkov, kde fajčia všetci. Najviac respondentov, ktorí nikdy nezačali fajčiť, je v prípade, ak fajčia iba niektorí z rovesníkov (60,4 %). V tejto kategórii s rovesníkmi, z ktorých fajčia len niektorí, je takisto najviac bývalých fajčiarov (60,4 %). Na druhej strane najmenej nefajčiarov je v kategórii rovesníkov, kde fajčia všetci, a takisto najmenej bývalých fajčiarov je v kategórii rovesníkov, kde fajčia všetci.

V súvislosti s konzumáciou alkoholu u rovesníkov respondentov platí podobná súvislosť ako s fajčením. Najviac respondentov, ktorí nikdy nepili alkohol, sa pohybuje v skupine rovesníkov, ktorí vôbec nekonzumujú alkoholické nápoje. Z hľadiska prevencie je vysokým protektívnym faktorom aj zriedkavý konzum alkoholu u rovesníkov respondentov, ktorí nikdy nepili. Na druhej strane respondenti, ktorí začali konzumovať alkohol vo veku 15 rokov a menej, sa nachádzajú častejšie v spoločnosti častých konzumentov alkoholu. Skoro 38 % respondentov, ktorí začali piť vo veku 15 rokov a menej, je v spoločnosti rovesníkov, ktorí pili alkohol často a občas (41 %). Vo veku 18 rokov a viac začínajú s konzumom alkoholu respondenti, kde najviac rovesníkov (49 %) pije alkohol zriedka.

#### **Vyhodnotenie hypotézy:**

Predpoklad, ktorý sa týkal súvislosti medzi fajčením a pitím alkoholu u respondentov v porovnaní s ich rovesníkmi, sa významne potvrdil. Najviac abstinujúcich respondentov od tabaku a alkoholu sa vyskytuje v spoločnosti nefajčiarov a nepijúcich priateľov. Na druhej strane zas skorý začiatok konzumu u respondentov bol preukázateľne vyšší v skupine rovesníkov, ktorí pijú alkohol často a občas.

#### **Vyhodnotenie hypotézy č. 3:**

**Hypotéza č. 3:** *Experimentácia s fajčením predstavuje zvýšenú pravdepodobnosť experimentácie s alkoholom.*

Predpoklad súvisí so vzájomnou previazanosťou fajčenia a užívania alkoholických nápojov aj vzhľadom na legálnosť oboch produktov a kultúrne tradície. Fajčenie a užívanie alkoholu predstavuje jeden z bežných prejavov spoločenského správania, v minulosti viac ako v súčasnosti. Napriek tomu je podľa predpokladu priama súvislosť medzi experimentáciou s fajčením a následnou konzumáciou alkoholu. Experimentácia s tabakom predstavuje zvýšené riziko experimentácie s alkoholom vo veku 15 rokov a menej. Až 45 % respondentov, ktorí skúšali experimentovať s tabakom, má zároveň skúsenosti s alkoholom vo veku 15 rokov a menej. Na druhej strane až 29 % respondentov, ktorí neskúšali fajčiť, nemalo skúsenosť s alkoholom. Ak sa skúsenosť s alkoholom začína v neskoršom veku, do neskoršieho veku sa posúva aj skúsenosť s fajčením.

V ďalšej sledovanej charakteristike sa nám opäť potvrdila súvislosť medzi fajčením a vyššou pravdepodobnosťou užívania alkoholu. Sledovali sme správanie respondentov počas uplynulých 30 dní vo vzťahu k fajčeniu a súčasne užívaniu alkoholu. Menší výskyt užívania alkoholu počas uplynulých 30 dní bolo u tých respondentov, ktorí nefajčili. Táto súvislosť sa preukázala aj v opačnom poradí. Vyšší výskyt súčasného užívania alkoholu je u tých respondentov, ktorí počas uplynulých 30 dní fajčili. U tých respondentov, ktorí nikdy nezačali fajčiť, je štatisticky najviac respondentov, ktorí neužívali počas uplynulých 30 dní žiadny alkohol.

#### **Vyhodnotenie hypotézy:**

Predpoklad súvislosti medzi experimentáciou s fajčením a zároveň experimentáciou s alkoholom sa potvrdil. Významný počet respondentov, ktorí začali experimentovať s tabakom, vo zvýšenej miere začal experimentovať zároveň s alkoholom. Tento predpoklad potvrdila aj opačná súvislosť medzi tými respondentmi, ktorí nefajčili a zároveň nepili alkohol. V súvislosti s vekom



experimentácie sa potvrdila súvislosť posúvania začiatku experimentácie s tabakom do vyšších vekových kategórií dovedna s neskorším vekom experimentácie s alkoholom.

Výskum sledoval a analyzoval súvislosti medzi sociodemografickými údajmi a viacerými premennými, ktorými boli oblasti, ako skúsenosti, názory, postoje, vedomosti a zdravotné uvedomenie, vo vzťahu k ochrane nefajčiarov a ochrane pred alkoholizmom. Výskum vychádzal z poznaných záverov medzinárodných a iných prieskumov, ktoré chcel potvrdiť či vyvrátiť.

**Východisková hypotéza predpokladala, že sociálne správanie okolia ovplyvňuje užívanie tabaku a alkoholu a že medzi užívaním tabaku a alkoholu existuje priama súvislosť.**

Vzhľadom na výsledky výskumu z pohľadu hodnotenia hypotéz 1, 2 a 3, z ktorých sa všetky potvrdili, konštatujeme, že východisková hypotéza sa potvrdila.

#### **Fajčenie – experimentovanie s cigaretami**

Až 71 % respondentov vo veku od 15 do 29 rokov uviedlo, že skúšali niekedy fajčiť alebo experimentovali s cigaretami. Z toho až 29 % uviedlo, že experimentovali ako štrnásťroční a mladší. Vo vekovej skupine od 15 do 19 rokov je o niečo menší počet respondentov, ktorí skúšali fajčiť. Môže to však byť spôsobené práve ich nízkym vekom. Experimentovanie s cigaretami sa vo väčšej miere týka mužov. Vyše 80 % z nich uviedlo, že s cigaretami experimentovali. Ženy pripustili skúšanie cigariet v 65 % prípadov. Mladí ľudia sa vo väčšej miere stretli s experimentovaním s cigaretami v mestách ako v obciach. V mestách to boli 17 opýtaných a na vidieku 66 %. Mladší respondenti uvádzajú, že začínali s cigaretami o niečo skôr, v priemere od 14,3 roka. Oproti tomu starší respondenti uvádzajú, že ich prvé skúsenosti boli v 17. roku života.

V nižšom veku začínajú s cigaretami v prevažnej miere muži. Pätnásťroční a mladší respondenti-muži skúsili cigarety v 59 % prípadov, oproti tomu ženy v tomto veku uvádzajú skúsenosť v 43 % prípadov.

#### **Fajčenie v súčasnosti**

Z respondentov, ktorí majú skúsenosti s cigaretami, uviedlo 36,4 %, že fajčia aj v súčasnosti. V celkovom vyjadrení respondentov od 15 do 29 rokov až 26 % uviedlo, že fajčí aj v súčasnosti. K fajčeniu v súčasnosti sa priznalo 28 % respondentov medzi 15–19 rokom života. Oproti tomu respondenti v staršom veku priznávajú fajčenie v 40 % prípadov. „Verní“ fajčeniu zostávajú najmä muži. Až 71 % žien uviedlo, že sú bývalé fajčiarky, oproti mužom, ktorí sa fajčenia zbavili len v 55 % prípadov. Na vidieku prestalo fajčiť 72 % respondentov, na rozdiel od zanechania fajčenia v mestách, kde je pomer menší – 57 %. Z respondentov, ktorí sa považujú za fajčiarov, uviedlo príležitostné fajčenie 27 % z nich. Viac ako polovica z nich fajčí výlučne pri spoločenských príležitostiach. Spotreba cigariet medzi pravidelnými fajčiarimi sa pohybuje od 6 do 20 cigariet za deň. Uviedli to takmer tri štvrtiny respondentov; 29,5 % respondentov udáva dĺžku denného fajčenia cigariet medzi 5–10 rokmi.

#### **Fajčenie rodičov a priateľov**

Až 62 % respondentov uviedlo, že nefajčí ani jeden z ich rodičov. V domácnostiach najčastejšie fajčí otec – 19,4 %. Matka fajčí v 9,6 % prípadov a obaja

rodičia v 8,8 % prípadov. V prípadoch, keď v domácnosti nefajčí ani jeden rodič, majú deti menšie sklony experimentovať s cigaretami – 73,6 % respondentov neskúšalo fajčiť vôbec, ak ich rodičia nefajčili. V prípade, že ani jeden z rodičov nefajčí, je medzi respondentmi nižšie percento tých, ktorí nefajčia ani v súčasnosti. Najviac, 55,5 %, respondentov uvádza, že fajčia niektorí ich priatelia. Len 17,6 % uviedlo, že nefajčí žiaden ich priateľ. Dvadsaťdeväť percent respondentov, ktorých priatelia nefajčia, uviedlo, že neskúšali experimentovať s cigaretami. V prípade, že sa pohybovali medzi fajčiacimi priateľmi, neskúšalo fajčiť len 13 % z nich. Ak priatelia nefajčia, má to vplyv aj na to, či respondent pri fajčení zostane, alebo nie. Ak fajčí väčšina alebo všetci priatelia, zostane pri fajčení spolu 53 % respondentov.

### **Tolerancia fajčenia**

Až 77 % respondentov si myslí, že fajčenie je na Slovensku v spoločnosti tolerované. Menej vnímajú tolerovanie fajčenia respondenti, ktorí skúšali experimentovať s cigaretami. Súčasní fajčiari si v menšej miere myslia, že fajčenie je tolerované. Oproti tomu medzi bývalými fajčiarimi si to myslí 77 % a medzi tými, ktorí nikdy nefajčili, dokonca 85 % respondentov. Respondenti sa vo veľkej miere zhodujú v názore, že fajčenie nerobí ľudí príťažlivejšími. Podľa 53 % respondentov by mala byť reklama na tabakové výrobky zakázaná. Reklamu na tabakové výrobky by radšej zakázali ľudia, ktorí nefajčia a ktorí prestali fajčiť. Naopak, 41 % fajčiarov si myslí, že reklama na cigarety by nemala byť zakázaná. Až 70 % respondentov podporuje zákaz fajčenia na verejných miestach, akými sú reštaurácie, bary, zastávky hromadnej dopravy a podobne. Proti zakazu je štvrtina respondentov. Za zákaz fajčenia na verejných miestach by boli v najväčšej miere nefajčiari. Medzi tými, ktorí nikdy nefajčili, si to myslí 85 %, medzi bývalými fajčiarimi 76 % a medzi fajčiarimi len 43 % respondentov.

### **Ochrana nefajčiarov a škodlivosť fajčenia**

Právne normy, ktoré upravujú ochranu nefajčiarov, pozná podľa vlastného vyjadrenia len 39 % respondentov. Poznanie právnych noriem upravujúcich ochranu nefajčiarov deklarovali vo zvýšenej miere fajčiari (46 %). Až 76 % respondentov si myslí, že právne normy na ochranu nefajčiarov nie sú dodržiavané. Naproti tomu o ich dodržiavaní je presvedčených len 6,6 % respondentov. O dodržiavaní noriem na ochranu nefajčiarov sú presvedčení skôr fajčiari. Drvivá väčšina respondentov si vo väčšej alebo v menšej miere myslí, že fajčenie škodí zdraviu. V tejto otázke sme nezaznamenali rozdiely medzi tými, ktorí fajčia a nefajčia. O škodlivosti sú presvedčené obidve skupiny respondentov. Najviac respondentov pripúšťa ako rizikový faktor fajčenia rakovinu – 98 %. Nasledujú infarkt myokardu – 79 %, a hypertenzia – 65 %. Rakovinu pľúc, ako aj ostatné choroby si v o niečo menšej miere pripúšťajú fajčiari. Rozdiely sú však minimálne. Osemdesiatosem percent respondentov si myslí, že fajčenie patrí medzi poruchy správania a spôsobuje u fajčiarov závislosť. Fajčiari si v menšej miere myslia, že fajčenie patrí medzi poruchy správania a spôsobuje závislosť.

### **Pitie alkoholu**

Až 39,5 % respondentov uvádza, že alkoholické nápoje začali piť v 15. roku alebo skôr. Nikdy podľa vlastného vyjadrenia nepilo 13,8 % respondentov. Respondenti vo väčšej miere nepili, ak ani neskúšali experimentovať s cigaretami. Naopak, výraznejší je vzťah medzi prvým kontaktom s alkoholom a začatím fajčenia u tých respondentov, ktorí začali s oboma činnosťami v nižšom veku. Z respondentov, ktorí pijú alkoholické nápoje, 26 % uviedlo, že pili raz alebo dvakrát počas uplynulých 30 dní. Rovnaké percento uviedlo pitie 3- až 5-krát počas uplynulých 30 dní. Šestnásť percent respondentov uviedlo, že v posledných 30 dňoch nepilo vôbec. Vo väčšej miere pili v posledných 30 dňoch fajčiari. Nefajčiari pili v 73,5 % prípadov, bývalí fajčiari v 84,4 % a fajčiari v 90,8 % prípadov.

### **Pitie alkoholu u rodičov a priateľov**

Z výskumu vyplýva rozdiel medzi zvyklosťami v pití rodičov respondentov. Častejšie pijú otcovia ako matky. Zriedka alebo občas pijú otcovia v 72 % prípadov a často v 9 %. Oproti tomu matky zriedka alebo občas v 59,5 % a často v 2,2 % prípadov. Ak respondentovi rodičia nepijú, stúpa počet respondentov, ktorí vôbec neskúšali alkohol. Takmer všetci respondenti sa pohybujú medzi priateľmi, ktorí niekedy pijú. Zriedka a občas pijú priatelia respondentov v 72 % odpovedí a často v 25 % odpovedí. Ak respondentovi priatelia nepijú, aj samotní respondenti skúšali alkohol v menšej miere.

### **Tolerancia pitia a ochrana pred alkoholizmom**

Až 91,4 % respondentov uviedlo, že podľa ich názoru nerobí alkohol ľudí príťažlivejšími. Až 54 % respondentov si myslí, že reklama na alkohol by nemala byť zakázaná. Podľa názoru 38 % respondentov by mala byť reklama na alkohol zakázaná úplne. Za zákaz reklamy na alkohol sú v rovnakej miere respondenti, ktorí v súčasnosti pijú alkohol, ako aj tí, ktorí ho nepijú. Za zákaz predaja alkoholu osobám mladším ako 20 rokov sa vyslovila polovica všetkých respondentov. Vo výraznejšej miere sú za zákaz predaja alkoholu osobám mladším ako 20 rokov starší respondenti vo vekovej kategórii 25–29 rokov (72,5 %). V nižších vekových kategóriách by za zákaz bolo približne 40 % respondentov. Vo väčšej miere by za zákaz predaja alkoholu boli ženy (59 %), na rozdiel od mužov, z ktorých sa za zákaz vyslovilo 38 % respondentov.

Právne normy ochraňujúce mladistvých pred alkoholizmom nepozná polovica všetkých opýtaných. Zo všetkých respondentov si až 79 % myslí, že právne normy, ktoré majú mladých ochraňovať pred alkoholizmom, nie sú na Slovensku dodržiavané.

V súvislosti s konzumáciou návykových látok sa často hovorí o ich kombinovanom užívaní. V prípade nášho výskumu bola vo viacerých aspektoch potvrdená pozitívna súvislosť a vzťah medzi fajčením a konzumáciou alkoholu. Experimentácia s fajčením vedie u mnohých mladých ľudí k experimentácii s alkoholom, čo je predpokladom vzniku a rozvoja kombinovanej závislosti. V súvislosti s kategorizáciou F 19 v Medzinárodnej klasifikácii chorôb sa vyskytujú poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním viacerých drog a iných psychoaktívnych látok. Napríklad roku 2006 bolo na Slovensku evidovaných 189 pacientov s diagnózou F 19. V poč-

te hlásených pacientov podľa primárnej drogy je na prvom mieste heroín, potom amfetamíny (alkohol) a kanabis. Medzi sekundárnymi drogami podľa užívaných drog zo skupiny kombinovaných psychoaktívnych látok je na prvom mieste nešpecifická forma amfetamínu pervitín, potom marihuana a heroín (Drogová závislosť, 2007). V tejto súvislosti je alkohol ako sekundárna droga na jednom z posledných miest.

Z hľadiska rizika vzniku drogovej závislosti jedného a kombinovaného typu je smerodajný vek začiatku konzumácie tabaku a alkoholu, ktoré sú vstupnými drogami. Podľa Nešpora (1998) a Kandela (1992) prechodné drogy, akými sú tabak a alkohol, zvyšujú riziko začiatku užívania nelegálnych drog. Nízky vek, vysoká frekvencia užívania sú signálom neskoršieho užívania nelegálnych drog. Na druhej strane však treba zdôrazniť, že riziko vzniku závislosti ovplyvňujú aj rodinná anamnéza, osobnostné faktory užívateľa drog, presvedčenia a očakávania v súvislosti s účinkami návykových látok.

Riziko vzniku kombinovanej závislosti od alkoholu a tabaku preukázali viacerí autori a takisto aj naša práca. V oblasti rizika vzniku kombinovanej závislosti od tabaku a iných návykových látok, akými sú napríklad lieky, heroín, marihuana, kokaín, sa za obdobie posledných 10 rokov objavilo viacero názorov. Jeden potvrdzuje úzku súvislosť medzi užívaním tabaku a rizikom užívania marihuany, avšak nie čo sa týka rizika vzniku závislosti. Inými slovami povedané, závislosť od tabaku dovedna s užívaním marihuany automaticky nepredpokladá kombinovanú závislosť, na rozdiel od tabaku a alkoholu, kde je riziko vzniku závislosti mnohonásobne vyššie. Na druhej strane však užívanie marihuany je častejšie spojené s užívaním tabaku ako s užívaním iných nelegálnych drog.

Jedným z možných vysvetlení je status drogy, respektíve či je legálna, alebo nelegálna. Sociálne akceptovateľnejšiu závislosť predstavuje u nás a aj vo svete závislosť od tabaku, na rozdiel od závislosti od kokaínu či heroínu. Z tohto hľadiska je vnímanie rizika závislosti a z toho plynúceho sociálneho vylúčenia zo spoločnosti oveľa fatálnejšie pri tabaku a alkohole, na rozdiel od iných nelegálnych návykových látok, ktoré spoločnosť vníma výrazne negatívne.

Osobitnou kategóriou návykových látok sú lieky, od ktorých sa potenciálne každý dlhodobý užívateľ môže stať znenazdania závislým. Lieky v kombinácii s alkoholom spôsobujú útlm organizmu s postupným rozkladom charakteru, vyšších a nižších citov. Pravdepodobnosť vzniku kombinovanej závislosti je výrazná u ľudí, ktorí užívajú alkohol dovedna s liekmi pri tajených príznakoch alkoholovej závislosti, ktorú lekár nemusí vždy odhaliť. Z tohto hľadiska je zložitá stanoviť počet ľudí, ktorí v skutočnosti trpia týmto druhom kombinovanej závislosti.

Riziko vzniku kombinovanej závislosti predstavuje aj užívanie alkoholu s amfetamínmi vo forme tabliet, ktoré je rozšírené u mládeže. Riziko vzniku kombinovaného príležitostného užívania nemusí zákonite predstavovať vznik kombinovanej závislosti. Na druhej strane jeho dlhodobé užívanie môže viesť k riziku vzniku závislosti.

Okrem kombinovanej závislosti látkových drog poznáme v súčasnosti aj kombinovanú závislosť s drogami nelátkovej povahy. Napríklad gamblerstvo predstavuje v kombinácii s tabakovou a alkoholovou závislosťou významný zdravotný a sociálny problém, ktorý sa ťažko rieši.

Na základe viacerých výskumných zistení a záverov je preukázateľne významná súvislosť medzi užívaním tabaku a alkoholu a jeho rizikom vzniku kombinovanej závislosti. Na druhej strane takéto výrazné riziko sa opakovane nepotvrďuje v súvislosti s kombináciou iných návykových látok. V tomto smere je potrebné rozlišovať medzi kombinovaným užívaním viacerých návykových látok s nízkym rizikom vzniku závislosti a užívaním takých drog, kde pravdepodobnosť vzniku závislosti je vysoká. Vysokú pravdepodobnosť potvrdili viaceré štúdie vo vzťahu k tabaku a alkoholu. Z tohto hľadiska je preto potrebné zamerať prevenciu závislostí najmä na tabak a alkohol. Priority vlády SR boli od roku 1995 zamerané na prevenciu a liečbu nelegálnych návykových látok. Až roku 2002 bol prijatý národný program, ktorý sa týkal znižovania škôd spôsobených užívaním alkoholu, a až roku 2007 bol prijatý národný program, ktorý sa týkal kontroly tabaku.

Na základe výskumných záverov je v oblasti výchovy k zdraviu potrebné zacieliť pozornosť na rodičov, ktorí sú pre svoje deti nositeľmi vzorového správania. Abstinencia a zriedkavý konzum alkoholu u rodičov sú vysoko protektívnym faktorom vo vzťahu k posúvaniu začiatku experimentácie s tabakom a alkoholom u ich detí. Z tohto pohľadu je výchova k zdraviu na školách jedným z najúčinnějších prostriedkov ovplyvňovania životného štýlu nielen detí, ale aj rodičov.

Ďalším faktorom, ktorý významne ovplyvňuje správanie respondentov, je správanie ich rovesníkov. V tomto smere je výchova k zdraviu jedným z najúčinnějších prostriedkov podpory alebo zmeny správania respondentov.

## 9.5. Závery výskumu

Zrejším faktorom, ktorý môže ovplyvniť ľudí pri ich voľbe začať vôbec fajčiť a užívať alkohol, je rodinné zázemie a správanie rodičov, ktoré je deťmi a mládežou napodobňované. Túto skutočnosť potvrdil aj tento výskum, kde väčšina respondentov fajčila alebo experimentovala s cigaretami a alkoholom v prípade, ak pochádzala z domácností, kde fajčila a pila alkohol matka alebo obidvaja rodičia. Opakom bola skupina respondentov, ktorí s väčšou pravdepodobnosťou nefajčili a nepili alkohol v prípade, ak obidvaja rodičia nefajčili a nepili alkohol.

Okrem spomenutého rodinného zázemia vplyvajú osobitne na počet fajčiarov aj iné faktory. Podľa dosiahnutých výsledkov môžeme napríklad na základe exponovaných Beta koeficientov použitých v logistickej regresii prehlásiť, že ženy majú 0,63-krát menšiu šancu začať fajčiť od svojich 15. narodenín ako muži. Zaujímavé je zistenie, že pravdepodobnosť začatia pitia alkoholu v danom veku je taktiež určitým spôsobom determinovaná pohlavím jedinca. Vo všeobecnosti začínajú ženy piť neskôr ako muži, pričom ženy majú oveľa väčšie zastúpenie v kategórii ľudí, ktorí nikdy nepili alkohol. Čo sa týka konzumácie alkoholických nápojov, existuje aj prepojenie medzi pohlavím respondenta a tým, ako často konzumoval alkohol za posledných 30 dní.

Náchylnosť na fajčenie ovplyvňuje aj prostredie, v ktorom človek žije, respektíve ľudia, s ktorými sa človek často stretáva. U respondentov, ktorých priatelia takmer

všetci alebo úplne všetci fajčia, je väčšia pravdepodobnosť (2,708-krát a 3,179-krát), že začnú fajčiť od svojich 15 rokov. Taktiež je oveľa vyššia pravdepodobnosť, že ľudia, ktorí majú niektorých, väčšinu alebo všetkých priateľov fajčiarov, sú v súčasnosti taktiež fajčiarmi, na rozdiel od ľudí, ktorí majú priateľov nefajčiarov. Ďalším cenným poznatkom je skutočnosť, že spotreba tabakových výrobkov u respondentových priateľov je do istej miery ovplyvnená aj tým, či títo majú vo zvyku a ako často piť alkohol.

Evidentná súvislosť medzi konzumáciou alkoholu a fajčením cigariet sa prejavila aj priamo u respondentov. Napríklad ľudia, ktorí pili alkohol vo svojich 15 rokoch alebo skôr, majú až 4,994-krát väčšiu pravdepodobnosť, že začnú vo svojich 15 rokoch aj fajčiť. Opäť môžeme toto tvrdenie zovšeobecniť predpokladom, že tí respondenti, ktorí nekonzumujú alkohol, fajčia oveľa menej. To, či jedinec pije, alebo nepije vôbec, závisí čiastočne aj od toho, či pije aj jeho matka a priatelia.

Zároveň existuje súvislosť s vekom, kedy začal jedinec piť, či dakedy fajčil alebo experimentoval s cigaretami. Úlohu zohrávajú aj konkrétny vek respondenta, jeho pohlavie, vzdelanie, ekonomická aktivita a vek, v ktorom začal fajčiť.

Podľa výsledkov výskumu je v Slovenskej republike 2,066-krát väčšia pravdepodobnosť výskytu fajčiarov vo veku od 20 do 24 rokov a 3,769-krát väčšia šanca výskytu fajčiarov vo veku od 25 do 29 rokov ako mladistvých fajčiarov vo veku od 15 do 19 rokov. Tento záver je daný skutočnosťou, že veľa mladých ľudí vo veku 15 až 19 rokov prestáva na rozdiel od vyšších vekových kategórií fajčiť. To je z hľadiska výkonu prevencie cenný záver a dá sa využiť pri plánovaní intervencií s cieľom zvýšenia počtu detí a mládeže, ktorí zanechajú fajčenie do veku 19 rokov.

Istá súvislosť sa nachádza aj medzi tým, či boli respondenti dennými fajčiarmi, a veľkosťou obce, kde bývali. Obyvatelia väčších miest majú častejšie skúsenosti s tabakom a alkoholom. Avšak percento respondentov, ktorí zanechali fajčenie, je výraznejšie u tých, ktorí bývali na vidieku.

Na základe výsledkov môžeme identifikovať faktory, ktoré ovplyvňujú dĺžku fajčenia denných fajčiarov. Týmito faktormi sú: vek, kraj, vzdelanie, vzdelanie matky, vek začatia pitia a či respondent v súčasnosti pije.

Dnes sa stretávame so stále mladšími a mladšími konzumentmi alkoholu, pričom abstinenti majú v našej spoločnosti pomerne malé zastúpenie. S narastajúcim vekom sa pravdepodobnosť výskytu abstinentov dokonca znižuje. Pravdepodobnosť výskytu človeka-abstinenta vo vekovom rozmedzí 20 až 24 rokov je 0,435-krát menšia ako u 15- až 19-ročných ľudí. Táto šanca je dokonca 0,412-krát menšia u ľudí vo veku od 25 do 29 rokov. Vzťah medzi fajčením a požívaním alkoholu, ktorý sme načrtli už vyššie, sa opäť prejavil pri analýze abstinencie, nakoľko je 4,56-krát väčšia pravdepodobnosť, že človek bude abstinentom, ak nikdy v živote nefajčil alebo neexperimentoval s cigaretami. Vplyv matkiných návykov v oblasti konzumácie alkoholu má taktiež značný dopad na to, aký má respondent vzťah k abstinencii. Z výskumu vyplýva, že pravdepodobnosť, že respondent nebude abstinent, je 0,277-krát menšia u ľudí, ktorých matka pila len zriedka, a 0,317-krát menšia u ľudí, ktorých matka pila občas, oproti ľuďom, ktorých matka nepila vôbec.



Priatelia a ľudia pohybujúci sa v bezprostrednej blízkosti respondenta majú na neho taktiež značný vplyv. Od toho, či títo priatelia pijú zriedka, občas, alebo často, sa odvíja aj pravdepodobnosť toho, či je respondent abstinent (0,461-krát; 0,148-krát a 0,076-krát menšia pravdepodobnosť než u respondentov, ktorých priatelia nepijú vôbec).

Na základe výskumných údajov sme dokázali identifikovať štyri rizikové skupiny ľudí z pohľadu návykov v konzume alkoholu a fajčenia.

### **1. SKUPINA**

Do prvej skupiny patria osoby konzumujúce pomerne veľa alkoholu (68 % 3- a viackrát mesačne). Sú to najmä konzumenti piva, ktorí občas pijú aj destiláty a víno (28 % a 32 %). Túto skupinu tvorí až 19 % celej vzorky, pričom 54 % sú muži, 29 % mladiství vo veku od 15 do 19 rokov. Obyvateľmi miest je 62 % z nich a 30 % patrí do kategórie fajčiarov.

### **2. SKUPINA**

Ľudia, ktorí najradšej kombinujú všetko naraz a pijú pomerne často (všetci pijú aspoň raz mesačne a 85 % z nich pije až 3-krát mesačne), tvoria 5 % celej vzorky a sú to prevažne ženy (78 %) v mladom veku (v kategórii 15 až 19 rokov je ich 52 %). Táto skupina pozostáva z 56 % z vidieckeho obyvateľstva a je v nej 26 % fajčiarov.

### **3. SKUPINA**

Ďalšia skupina sa vyznačuje ľuďmi, ktorí pijú pomerne často, a to najmä víno, ktoré dopĺňujú tvrdým alkoholom. Tvoria 15 % celkovej vzorky a prevažujú v nej najmä ženy (87 %). Mladí ľudia vo veku od 15 do 19 rokov tvoria len 18-% zložku, mestské obyvateľstvo má 43-% zastúpenie, fajčiarov je 21 %.

### **4. SKUPINA**

Poslednou skupinou sú ľudia pijúci príležitostne (58 % ani raz za posledný mesiac), pričom ak pijú, tak len tvrdé. Je to pomerne veľká skupina ľudí (24 % z celej vzorky), pričom je zložená najmä zo žien (68 %) a má aj pomerne veľké zastúpenie mladistvých vo veku 15 až 19 rokov (35 %). Je tvorená ľuďmi z vidieka a rovnako aj ľuďmi z mesta (49 %) a má spomedzi štyroch skupín najnižšie zastúpenie fajčiarov, na úrovni 14 %.

Osem percent ľudí z celkovej populácie je zložených z konzumentov piva, ktoré dopĺňujú tvrdým alkoholom (víno len zriedka). Títo ľudia pijú dosť často (90 % aspoň 3-krát mesačne), pričom ho tvoria najmä muži (90 %), ale aj mladí ľudia vo veku od 15 do 19 rokov (39 %). Väčšina z nich (66 %) sú obyvateľmi miest a 54 % z nich fajčí. Medzi pravidelných konzumentov alkoholu, pijúcich všetky spomenuté druhy alkoholických nápojov (dominujú pivo a víno, doplnené tvrdým alkoholom), patrí 14 % celkovej populácie, z toho 32 % žien a 27 % mladých ľudí. Mestské obyvateľstvo má v tejto skupine 54-% zastúpenie a fajčiarov je na úrovni 28 %. Abstinenti tvoria 14 % z celého výskumného súboru.



## 9.6. Odporúčania pre prax

V súvislosti so závermi výskumu je potrebné poukázať na tieto odporúčania pre prax:

1. Je potrebné zvýšiť úroveň vedomostí najmä zdravotníkov o obsahu pojmov kontrola tabaku a alkoholu, keďže tieto pojmy sú stále chápané ako kontrola obsahu látok v tabakových výrobkoch a alkohole a ich zloženia, prípadne ako kontrola ich predaja a podmienok predaja. Vo verejnom zdravotníctve je v súčasnosti prioritou štátny zdravotný dozor, čo nepredstavuje komplexný pohľad. V zákone č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia chýba akákoľvek zmienka o obsahu činností v kontrole tabaku a alkoholu. Na druhej strane sú predmetom zákona najmä povinnosti orgánov verejného zdravotníctva v rámci štátneho zdravotného dozoru.

2. V súvislosti s analýzou nástrojov kontroly tabaku a alkoholu je potrebné venovať pozornosť všetkým nástrojom, ktoré sa využívajú s cieľom znižovania dopadov na zdravie. Dovedna s uplatňovaním nástrojov je potrebné zmeniť organizáciu plánovania, koordinácie a výkonu kontroly tabaku a alkoholu v smere vybudovania samostatnej organizácie, ktorá bude zodpovedať za plnenie politiky kontroly tabaku a alkoholu. Z pohľadu uplatňovania nástrojov kontroly sa využíva prevažne legislatíva. Nedostatočne využívané sú edukačné, edičné, mediálne-marketingové a poradenské nástroje. V tomto smere treba odborne, personálne a organizačne zabezpečiť výkon kontroly tabaku a alkoholu najmä v regionálnych úradoch verejného zdravotníctva.

3. Z hľadiska koncepcie kontroly tabaku a alkoholu chýba dokument prijatý na ministerstve zdravotníctva SR, ktorý by charakterizoval činnosti v kontrole tabaku a alkoholu. Na úrovni ostatných orgánov verejného zdravotníctva má kontrola tabaku a alkoholu slabé postavenie bez organizačného a personálneho zabezpečenia. V tomto smere by mali byť zriadené odbory kontroly tabaku a alkoholu v rámci organizačnej štruktúry orgánov verejného zdravotníctva, ktorých činnosť by riadilo Národné centrum kontroly tabaku a alkoholu ako samostatná rozpočtová organizácia v rámci rezortu zdravotníctva alebo organizačnej zložky na Ministerstve zdravotníctva SR. Na financovanie plánovania, koordinácie a výkonu kontroly tabaku a alkoholu je potrebné vyčleniť finančné prostriedky, ktoré sú získavané zo spotrebných daní.

4. V súvislosti s výskumnými zisteniami pri plánovaní intervencií treba venovať pozornosť súčasne obidvom návykovým látkam – alkoholu a nikotínu. V súvislosti s rizikom vzniku kombinovanej závislosti, ktorú tvoria aj nelegálne drogy, treba plánovať intervencie vo verejnom zdravotníctve v komplexnom ponímaní. V tomto ohľade je potrebné využívať poznatky nového vedného odboru s názvom adiktológia. Výučba tohto predmetu by sa mala zaradiť do učebných plánov zdravotníckych a pedagogických fakúlt.

5. V oblasti uplatňovania nástrojov kontroly tabaku a alkoholu je potrebné zamerať sa z vekového hľadiska najmä na žiakov základných škôl, ktorí prichádzajú už v tomto veku do kontaktu s tabakom a alkoholom. V rámci výchovy k zdraviu je potrebné poskytnúť nielen dostatok informácií o rizikách užívania a závislosti, ale aj o súvislostiach, ktoré sa týkajú pravdepodobnosti ich vzniku (protektívne faktory). Jedným z prostriedkov na uplatňovanie nástrojov kontroly tabaku a alkoholu je zavedenie predmetu výchova k zdraviu do učebných osnov na všetky základné a stredné školy.

## 10. Podpora zdravia v prevencii

Termín podpora zdravia nie je slovom, ktoré používa prostredníctvom odporúčaní, legislatívy, plánov a programov len Svetová zdravotnícka organizácia (SZO). Národné a regionálne dokumenty, ktoré zdôvodňujú prijatie príslušných opatrení s cieľom ochrany, podpory a rozvoja zdravia, používajú tento termín v legislatívnych dokumentoch, plánoch a programoch. V tomto smere ostáva otázkou, či je podpora zdravia marketingovým produktom alebo niečím novým? Používame termín podpora zdravia z dôvodu politického či významového?

Podpora zdravia dnes spája existujúce poznatky z oblasti komunitnej práce, výchovy k zdraviu, epidemiológie, sociálnej práce, zdravotníckeho práva, politických vied a sociálneho marketingu. Tento termín veľmi často používame v spojení s výchovou k zdraviu. Z historickej perspektívy sledujeme posun od výchovy k zdraviu k podpore zdravia. Cieľom výchovy k zdraviu je zlepšiť vedomie ľudí o následkoch ich správania vo vzťahu k zdraviu. Avšak samotná informácia nemusí viesť k zmene správania bez zreteľa na sociálny a environmentálny kontext, v akom sa uskutočňuje. Ľudia musia byť povzbudení, edukovaní, presvedčení, s cieľom zlepšovať svoje zdravie a meniť prostredie, v ktorom žijú.

Verejné zdravotníctvo a podpora zdravia začali existovať z poznatkov hygieny, preventívnej a sociálnej medicíny so silným dôrazom na zodpovednosť štátneho sektora v starostlivosti o zdravie populácie. V priebehu politických, sociálnych a ekonomických zmien boli noví aktivisti vo verejnom zdravotníctve nespokojní s tradičným pohľadom a prístupom zhora, ktorý sa prejavoval v zdravotnej výchove a prevencii chorôb. Napriek tomu sa v samotnej definícii podpory zdravia objavujú rozdiely v cieľoch, v úlohách a intervenciách. Medzi základné úlohy verejného zdravotníctva patria nepochybne aj podpora zdravia či prevencia a surveillance ochorení (Rovný, 2006).

### 10.1. Definície podpory zdravia

Ucelený prehľad o definíciách podal vo svojej práci Rootman (2001), ktorý tvrdí, že prvú zmienku o podpore zdravia vyslovil kanadský minister zdravotníctva.

Vôbec prvá definícia podpory zdravia pochádza od Lalonda z roku 1974, ktorý podporu zdravia považoval za stratégiu zameranú na informovanie, ovplyvňovanie a podporovanie jednotlivcov a organizácie, aby boli schopní prevziať viac zodpovednosti a boli aktívnejší v oblasti mentálneho a telesného zdravia.

Medzi ďalšie definície patrí Greenova z roku 1980, ktorý podporu zdravia považuje za akúkoľvek kombináciu zdravotnej výchovy a príslušných organizačných, politických a ekonomických programov, ktoré sú navrhované s cieľom uľahčiť zmeny v správaní a environmentálnom prostredí a budú viesť k zlepšeniu zdravia.

Jednou z najvýznamnejších definícií je definícia SZO, podľa ktorej je podpora zdravia proces, ktorý umožňuje ľuďom prevziať kontrolu nad sebou a zlepšiť svoje zdravie.

Podľa Slovníka podpory zdravia z roku 1998 je podpora zdravia proces, ktorý umožňuje ľuďom zvýšiť kontrolu nad faktormi, ktoré podmieňujú a tým aj zlepšujú ich zdravie.

## 10.2. Politické východiská podpory zdravia

Štátna politika zdravia predstavuje formálne prehlásenie alebo postup, ktorý definuje priority a parametre na intervencie v súvislosti so zabezpečením zdravej populácie, dostupné zdroje a iné politické prostriedky.

Politika zdravia podporuje zdravie jednotlivcov a komunít:

1. dáva ľuďom príležitosť na prijatie zdravého životného štýlu,
2. predchádzaním prijatia nezdravého životného štýlu a vytvorením zdravého fyzického a sociálneho prostredia.

Medzi charakteristiky politiky verejného zdravotníctva patria:

1. orientácie na zdravie/chorobu,
2. zodpovednosť sektoru zdravotníctva/multisekteriálna,
3. trvanie/udržateľnosť.

Za hlavné etapy rozvoja zdravotnej politiky považujeme:

1. **analýza problému** – analýza zdravotných otázok alebo problémov v oblasti zdravia (epidemiológia, odhad rizika);
2. **identifikácia kľúčových hráčov** – najdôležitejším krokom je identifikácia osôb, ktoré sú zodpovedné za politiku zdravia, získavanie podpory zo skupín a združení vo vzťahu k podpore zdravia;
3. **hodnotenie politiky zdravia** – po realizácii opatrení je dôležité mať spätnú väzbu o účinnosti vykonaného opatrenia; hodnotenie nie je statickým procesom, týka sa porovnávania minulého stavu so súčasným a zároveň sa vytvára prognóza budúceho stavu.

### Ciele a princípy štátnej politiky zdravia v SR prijatej vládou SR 9. 1. 2008:

Štátna politika zdravia chápe zdravie ako základné ľudské právo. Jej cieľom je nasmerovať záujmy a snahy všetkých zložiek spoločnosti na zdravie ako kľúčový faktor rozvoja spoločnosti a vytvoriť prostredie, v ktorom občania budú mať zaručené podmienky na podporu, ochranu, rozvoj a prinavrátenie zdravia, bez ohľadu na vek či sociálnu príslušnosť.

Základnými **stratégiami** rozvoja zdravia v rámci definovaných priorít sú podpora a posilňovanie zdravia u zdravých občanov, ochrana občanov ohrozených biologickými, chemickými či fyzikálnymi faktormi prostredia a navrátenie zdravia občanom s oslabeným alebo poškodeným zdravím. Na dosiahnutie cieľov je potrebný komplexný prístup, tzv. Zdravie vo všetkých politikách (Health in All Policies). Medzi priority štátnej politiky zdravia v SR patria: chronické ochorenia, infekčné ochorenia, prostredie a zdravie, tabak a alkohol.

### 10.3. Princípy podpory zdravia

Úlohou podpory zdravia je zabezpečiť možnosti (predpoklady), aby sa jednotlivci mohli slobodne rozhodnúť, či urobia zmenu vo svojom správaní. Podpora zdravia je založená na ľudskom práve participovať a byť aktívnym subjektom, ktorý prijíma uvedomelé rozhodnutia. Úlohou zdravotníckych profesionálov je podporiť a zabezpečiť možnosti, ktoré zaistia ľuďom, aby robili vlastné rozhodnutia na základe poznania determinantov zdravia, a ich podiel na celkovom zdraví jednotlivca a spoločnosti.

**1. Zdravie je pozitívna hodnota.** Dobré zdravie je zdrojom na sociálny, ekonomický a osobnostný rozvoj každého jednotlivca či komunity. Dôležitou úlohou v tomto smere je, aby ľudia dostali informácie a spôsobilosť na zvládanie rozličných záťaží a zvládanie chronických chorôb a úrazov v živote.

**2. Podpora zdravia je zameraná na rovnosť v zdraví** (znižovanie rozdielov v zdravotnom stave a v rovnakom prístupe k zdrojom zdravotnej starostlivosti s cieľom dosiahnutia čo najlepšieho zdravotného potenciálu).

**3. Podpora zdravia znamená koordinované úsilie a intersektorálnu spoluprácu.** Najmä zdravotníci a sociálni pracovníci majú veľkú úlohu v oblasti sprostredkovania informácií o rozdielnych záujmoch členov spoločnosti.

**4. Stratégie podpory zdravia sú založené na lokálnych potrebách a podmienkach.** Musia byť založené na regionálnych a miestnych potrebách, ktoré berú do úvahy rozdielne sociálne, ekonomické a kultúrne podmienky.

**5. Podpora zdravia vykonávaná prostredníctvom komunitných intervencií.** Cieľom je práca na konkrétnych aktivitách, ktoré pozostávajú z plánovania priorít, robenia rozhodnutí a ich implementácie kvôli zlepšeniu zdravia komunity.

**6. Posilnenie roly jednotlivcov a komunít v oblasti hodnotenia prínosu k zlepšeniu zdravia** – fundamentálny princíp podpory zdravia. Ľudia by mali získať väčšiu kontrolu nad svojimi rozhodnutiami v oblasti zdravia. Posilnenie roly jednotlivcov sa realizuje na úrovni sociálnej, kultúrnej, psychologickej alebo politickej a vyjadruje proces, kde jednotlivci a komunity sú schopní tlmočiť svoje názory s cieľom uskutočniť zmeny.

### 10.4. Vývoj podpory zdravia

a) **Lalondova správa** – pred tromi desaťročiami (1974) minister zdravotníctva Kanady vydal správu **Nové perspektívy zdravia Kanadanov**, kde zvýraznil pozíciu iných determinantov než zdravotníckeho systému.

b) **Deklarácia z Alma-Aty** (*medzinárodná konferencia o primárnej zdravotnej starostlivosti, 1978*) – zdravie je základným ľudským právom. Do roku 2000 by všetci ľudia na celom svete mali dosiahnuť úroveň zdravia, ktorá im dovolí viesť sociálny a ekonomicky produktívny život.

c) **Zdravie pre všetkých do roku 2000** – roku 1977 Svetové zdravotnícke zhromaždenie deklarovalo pozíciu, kde cieľom do roku 2000 malo byť dosiahnutie sociálneho a ekonomicky produktívneho života. Roku 1981 bola globálna stratégia prijatá. Jednotlivé členské štáty mali podľa deklarácie prijať administratívne, právne a ekonomické opatrenia, ktoré zabezpečia intersektoriálnu podporu a zdroje na podporu zdravého životného štýlu. Dokument obsahuje štyri hlavné oblasti pôsobenia (Guliš, 1999):

- životný štýl a zdravie,
- rizikové faktory súvisiace so zdravím a s prostredím,
- zmeny systému poskytovania zdravotníckej starostlivosti,
- politické, správne, technické, personálne, vedeckovýskumné opatrenia a podpora nevyhnutných zmien v uvedených oblastiach.

*Plánovanie – hodnotenie – zavedenie nástroja na podporu a zapojenie verejnosti.*

d) **Ottawská charta** – roku 1986 sa konala prvá medzinárodná konferencia o podpore zdravia. Podpora zdravia je proces zvyšovania schopnosti ľudí ovplyvňovať a zlepšovať svoje zdravie.

**Podmienky zdravia:** *mier, bývanie, výchova, jedlo, príjem, stabilný ekosystém, dlhodobo udržateľné zdroje, sociálna spravodlivosť a rovnosť.*

Ottawská charta definuje päť základných priorít podpory zdravia (Health Promotion Glossary, 1998):

- tvorba zdravej verejnej politiky,
- vytvorenie podporujúceho prostredia pre zdravie,
- posilnenie komunitných intervencií pre zdravie,
- rozvoj osobných zručností,
- reorientácia zdravotnej starostlivosti.

e) **Odporúčania z Adelaide pre politiku verejného zdravotníctva z roku 1988** – podpora zdravia vo všetkých sektoroch, nie je to iba zdravotnícka otázka!!! Podpora investícií do zdravia a hodnotenie dopadov na zdravie. V rámci podpory zdravia boli zdôraznené dva okruhy problémov:

1. hodnota zdravia – z ekonomického hľadiska má politika verejného zdravotníctva jednoznačný prínos,
2. problém nerovností – vo svete existujú veľké rozdiely v zdravotnom stave.

f) **Jakartská deklarácia z roku 1997 – na podporu zdravia v 21. storočí. Stanovuje päť priorít:**

- podpora sociálnej zodpovednosti za zdravie,
- zvýšenie investícií do rozvoja zdravia,
- rozširovanie partnerstva na podporu zdravia,
- zvýšenie možností komunity a posilnenie úlohy jednotlivca,
- zabezpečenie infraštruktúry na podporu zdravia.

g) **Zdravie 21** – prijaté roku 1999 WHO EURO. Bolo definovaných 21 cieľov verejného zdravotníctva do roku 2010. Dokument je rozdelený do troch hlavných skupín cieľov: základné zdravotné ciele, základné zmeny, podpora zdravotníckeho systému. Obsahuje 21 cieľov a štyri hlavné stratégie (Zdravie 21, 2001):

1. medzirezortná spolupráca pri zlepšovaní determinantov zdravia a vyhodnocovanie akýchkoľvek opatrení na zdravie,

2. programy a investovanie do rozvoja zdravia a zdravotníckej starostlivosti riadené dosiahnutými výsledkami vo fyziologických funkciách organizmu,
  3. integrovaná primárna zdravotná starostlivosť orientovaná na rodinu a komunitu podporovaná flexibilným a citlivo reagujúcim systémom nemocníc,
  4. proces rozvoja zdravia spojený s účasťou všetkých relevantných partnerov, ktorý podporuje spoločné prijímanie rozhodnutí, realizáciu a odpočet plnenia.
- h) **Veronská výzva** – prijatá roku 2000 pod gesciou SZO. Kľúčovým posolstvom výzvy bolo, aby všetky politické rozhodnutia boli robené s ohľadom na dopad na zdravie populácie. Zdôrazňuje skutočnosť, že investícia do zdravia má sociálny a ekonomický dopad do budúcnosti.

i) **Miléniové rozvojové ciele** – deklarácia OSN prijatá roku 2000. Stanovila sedem cieľov do roku 2015:

1. znižovanie chudoby a hladu,
2. dosiahnutie univerzálneho základného vzdelania,
3. vyrovnanie pomeru choroby – zdravia,
4. vyrovnanie pohlavných rozdielov,
5. vyrovnanie v prístupe k vzdelaniu,
6. vyrovnanie v prístupe k pitnej vode,
7. vyrovnanie v oblasti znečistenia životného prostredia.

j) **Bangkoká charta** – bola prijatá roku 2005 na 6. globálnej konferencii o podpore zdravia. Charta krajiny vyzýva na:

- investovanie do dlhodobu udržateľnej politiky podpory zdravia,
- budovanie kapacít,
- reguláciu v rámci ochrany proti škodám,
- budovanie spolupráce s verejným a inými sektormi.

## 10.5. Národný program podpory zdravia

Na základe správ o zdravotnom stave obyvateľstva, ktoré poukazovali na nepriaznivý vývoj a trend v oblasti úmrtnosti a chorobnosti na kardiovaskulárne ochorenia, bolo potrebné prijať na národnej úrovni stratégiu ochrany, podpory a rozvoja zdravia. Z tohto dôvodu vláda SR 19. novembra 1991 a Slovenská národná rada 30. januára 1992 schválili Národný program podpory zdravia. Jeho základným cieľom bola redukcia rizikových faktorov chorôb a opatrenia na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva sa rozdelili do troch skupín:

1. stratégie ochrany zdravia,
2. stratégie rozvíjania zdravia,
3. stratégie zdravotnej prevencie.

Roku 1995 bolo z viacerých dôvodov potrebné pristúpiť k novelizácii Národného programu podpory zdravia. Aktualizovaná verzia znížila počet priorít a stanovila šesť kľúčových:

1. zvýšenie pohybovej aktivity,
2. ozdravenie výživy,
3. podpora nefajčenia,
4. prevencia drogových závislostí,
5. výchova k partnerstvu, rodičovstvu a manželstvu a prevencia HIV/AIDS,
6. znižovanie zvýšeného arteriálneho tlaku.

Realizácia priorít bola zabezpečená prostredníctvom projektov a programov. Súčasťou tejto aktualizácie boli koordinácia a realizácia projektov a programov Svetovej zdravotníckej organizácie. Z hľadiska organizácie a riadenia bola na národnej úrovni zriadená Koordinačná rada na ochranu a podporu zdravia, pri ktorej pôsobili stále a dočasné expertné skupiny (Rovný, 2002). V súvislosti s výkonom úloh v projektoch boli na ich realizáciu vyčlenené finančné prostriedky z prostriedkov štátneho rozpočtu. Do riešenia úloh boli okrem štátnych organizácií zainteresované aj mimovládne organizácie. Súčasťou procesu realizácie projektu bolo aj jeho hodnotenie, ktoré sa predkladalo na rokovanie Koordinačnej rady na ochranu a podporu zdravia.

#### **Národný program podpory zdravia – Zdravie pre všetkých v 21. storočí**

V súlade so závermi a s hodnotením úrovne projektov vláda SR prijala roku 1999 *Národný program podpory zdravia – Zdravie pre všetkých v 21. storočí*. Program vychádza z dokumentu Svetovej zdravotníckej organizácie *Zdravie pre všetkých v 21. storočí*. Za základné nástroje dokumentu, ktoré smerujú k ochrane a podpore zdravia, sú považované (Ochaba, 2005; Hegyi, 2004):

- výkon,
- monitorovanie,
- hodnotenie procesu dosiahnutých výsledkov,
- korekcia postupov a prostriedkov či cieľov.

Za základné priority programu boli považované:

1. optimalizovať dopad riadenia na zdravie,
2. rozvíjať ľudské zdroje pre zdravie,
3. zabezpečiť zdravie rodiny,
4. žiť zdravší a kvalitnejší život,
5. odstrániť zdraviu škodlivé vplyvy,
6. zapojiť zdravotníkov najmä v primárnej zdravotnej starostlivosti.

V poradí prvú aktualizáciu nového *Národného programu podpory zdravia – Zdravie pre všetkých v 21. storočí* zobrała vláda SR na vedomie roku 2005. Hlavným cieľom aktualizovaného Národného programu podpory zdravia (NPPZ) je iniciovanie partnerstiev jednotlivých zložiek spoločnosti na zabezpečovanie podpory a rozvoja verejného zdravia tak, aby sa dosiahlo trvalé zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva.

#### **Realizácia cieľov**

Realizácia cieľov NPPZ zabezpečuje intervenciu v širšom zmysle slova od hospodárskej, sociálnej, zdravotnej politiky štátu vrátane vzdelávania až po intervenčné projekty na všetkých úrovniach spoločnosti.



Národný program podpory zdravia je integrovaný program, do ktorého sa môžu zapojiť všetky rezorty národného hospodárstva, orgány štátnej správy a samosprávy, mimovládne organizácie, podnikateľský sektor, ako aj všetky ostatné zložky spoločnosti (dobrovoľné zväzy a iné organizácie).

#### **Nástroje na realizáciu cieľov**

Nástrojom realizácie jednotlivých cieľov NPPZ sú projekty, ktoré na základe identifikácie a eliminácie zdravotných rizík prispievajú k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva.

V závislosti od závažnosti zdravotných rizík sú projekty NPPZ realizované na národnej a regionálnej úrovni. Z pohľadu hodnotenia závažnosti dopadu rizík na zdravie sú projekty rozdelené na dlhodobé a krátkodobé. Dlhodobé projekty sú navrhované na viac ako 5 rokov, krátkodobé na 1 až 3 roky.

Program a projekty NPPZ koordinuje Úrad verejného zdravotníctva SR. Taktiež hodnotí dopad programu na zdravie, pričom využíva metodiky procesov hodnotenia (HIA).

#### **Komunikácia**

Súčasťou NPPZ je zabezpečovanie priebežnej komunikácie s verejnosťou vrátane edukácie.

Cieľom komunikácie je zaistiť systém toku informácií tak, aby obyvatelia mali voľný prístup k primeraným a zrozumiteľným informáciám, ktoré napomôžu pozitívne ovplyvňovanie ich vedomostí, postojov a správania sa k svojmu zdraviu.

Na zabezpečenie komunikácie s verejnosťou sa využívajú všetky dostupné prostriedky: masmediálne, elektronické a iné.

#### **Hodnotenie**

Každých 5 rokov sa hodnotia efektivita a dopad NPPZ na zdravie. Správa sa predkladá na schválenie MZ SR, vláde SR a následne Národnej rade SR.

## **10.6. Programy podpory zdravia v komunitách**

V súvislosti s výkonom podpory zdravia sa osvedčili najmä komunitné programy, kde sa intervenčný efekt a dopady na zdravie prejavujú vo vyššej miere a účinku. Mnohé štúdie a projekty boli realizované v Karélii vo Fínsku, v severnej Kalifornii, v Minnesote a na mnohých iných miestach. Predmetmi programov sú najmä zvyšovanie telesných cvičení a pohybovej aktivity, odúčanie od fajčenia, správna výživa, redukcia a zvládanie stresu. Skúsenosti zo zahraničia potvrdzujú, že štátny sektor sa na financovaní aktivít v oblasti komunitnej podpory zdravia podieľa len okrajovo. Kľúčovú rolu hrajú najmä veľké podniky, pracoviská, školy, samospráva a obchod (Kaplan, 1996). Realizácia podpory zdravia v komunitách má tieto výhody:

- organizovanie komunity má za následok zvýšenie účinku hromadných oznamovacích prostriedkov,
- zvýšenie vzájomnej informovanosti medzi členmi komunity,
- dlhodobá podpora a udržateľnosť komunitných programov,

- na podpore zdravia v komunite sa môžu zúčastňovať viaceré organizácie,
- ľahké šírenie edičných materiálov v komunite, ktoré sú dostupné pre viacero ľudí.

### Stratégie podpory zdravia v komunitách

**Hromadné oznamovacie prostriedky** predstavujú jeden z najdôležitejších nosičov zdravotných informácií s cieľom podpory zdravia. Na dosiahnutie zmien v zdravotnom správaní obyvateľstva je ideálne kombinovať niekoľko typov stratégií v ohraničenom čase a v jednej lokalite či komunite. Kombinácia hovoreného a tlačenej slova je jedným z účinných nástrojov, ktoré podporujú zmenu správania. Vzhľadom na to, že dnes vlastní prijímač takmer každá domácnosť, pôsobenie prostredníctvom neho predstavuje najľahší spôsob, ako sa dostať k poslucháčovi či divákovi. Informácie o vybraných otázkach prevencie a podpory zdravia si dnes ľudia môžu pozrieť na webových stránkach. Vytváranie takýchto stránok je ďalším účinným nástrojom podpory zmeny správania.

Jedným z účinných miest, kde môže dôjsť k zmene správania, je **pracovisko**. Na pracovisku priemerný občan strávi denne minimálne 8 hodín, čo je čas, ktorý poskytuje aj možnosti na podporu zdravia organizovaním kurzov či hromadných športových podujatí pre zamestnancov. Pracovisko je miesto, na ktorom sa môžu pre zamestnancov organizovať kurzy na odvykanie od fajčenia a iné aktivity s cieľom podpory a ochrany zdravia.

Medzi efektívne nástroje podpory zdravia patria **súťaže**, prostredníctvom ktorých môže dôjsť k posilňovaniu zmeny správania vo forme vecných a peňažných cien. Motivácia na zmenu správania pri tejto stratégii stúpa vedno s atraktivnosťou ceny. Mnoho účastníkov súťaží pokračuje v novonaučenom správaní aj po ukončení súťaže. Dochádza teda k trvalej zmene správania, ktorá je jedným z cieľov podpory zdravia.

### Projekt severnej Karélie

Oblasť severnej Karélie vo Fínsku patrila v 60. rokoch minulého storočia medzi lokality s najvyšším výskytom kardiovaskulárnych ochorení vo svete. Na základe tohto záveru vláda začala roku 1972 realizovať projekt, ktorým cieľom bolo znížiť výskyt srdcovo-cievnych ochorení. Prostriedkom na dosiahnutie tohto cieľa boli kurzy zamerané na prípravu jedál s nízkym obsahom tuku, v školách prebiehali kurzy zdravotnej výchovy, na pracoviskách boli realizované kurzy na zanechanie fajčenia. Výsledky projektu sa následne porovnávali s oblasťami vo Fínsku, kde projekt nebol realizovaný. S odstupom piatich rokov kleslo riziko kardiovaskulárnych chorôb o 17 % u mužov a o 11 % u žien. Tieto závery boli potvrdené aj po desiatich rokoch od začiatku realizácie projektu.

### Stanfordská štúdia troch komunít

Projekt Stanfordská štúdia troch komunít bol rovnako ako projekt severnej Karélie zameraný na zníženie rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení prostredníctvom pôsobenia masovoko-munikačných prostriedkov. Do štúdie boli zaradené tri mestá s počtom obyvateľov približne 15 000. V meste Gilroy boli obyvatelia počas troch rokov vystavení pôsobeniu masovokomunikačných prostriedkov formou šotov v televízii, reklám a programov v rozhlase, informačných letákov zasielaných poštou. V meste

Watsonville boli rovnako ako v meste Gilroy obyvatelia vystavení pôsobeniu masovokomunikačných médií. Navyše však ľuďom, ktorým diagnostikovali zvýšené riziko kardiovaskulárnych ochorení, ponúkli možnosť absolvovať program zmeny správania zameraný na odvykanie od fajčenia, znižovanie telesnej hmotnosti, zmenu stravy a zvýšenie pohybovej aktivity. Tretím mestom bolo Tracy, ktoré slúžilo ako kontrolná komunita, kde sa nevykonávali žiadne intervencie. Na základe sledovania sa po piatich rokoch zistilo, že zmeny správania prebehli v oboch sledovaných mestách, pričom úroveň rizika vzniku kardiovaskulárnych chorôb klesla rýchlejšie v meste Watsonville, kde sa obyvateľom ponúkal individuálny intervenčný program. V komunitách, kde sa vykonávali intervencie prostredníctvom ma-sovokomunikačných prostriedkov, pokleslo riziko kardiovaskulárnych ochorení o 25 až 30 %.

### **Stanfordský projekt piatich miest**

Ideovo a tematicky bol pripravený na základe záverov projektu Stanfordská štúdia troch komunít. Intervenčný program sa začal realizovať prostredníctvom Stanfordskej univerzity roku 1980 a trval do roku 1989 v mestách Monterey a Salinas. Predmetom projektu bolo znížiť výskyt srdcových príhod a úmrtí v dôsledku kardiovaskulárnych chorôb formou pôsobenia masovokomunikačných prostriedkov, najmä však televízie a rozhlasu, súťaží, kurzov. Na základe realizácie projektu nastali zmeny vo vedomostiach, v hodnotách krvného tlaku a v zanechaní fajčenia. Naopak, rozdiely neboli evidované v charakteristike obezity a množstvo cholesterolu v krvi. V celkovom hodnotení došlo k poklesu výskytu rizika kardiovaskulárneho ochorenia o 16 % oproti porovnávaným údajom z miest, kde projekt nebol realizovaný.

### **Minnesotský program zdravého srdca**

Program sa zameriaval na znižovanie výskytu rizikových faktorov (fajčenie, zvýšený krvný tlak, malá telesná aktivita, nezdravý spôsob stravovania) v troch komunitách od roku 1981. Komunity predstavovali obyvatelia miest od 30 000 do 110 000 obyvateľov. Prvou fázou realizácie projektu bol skrining asi 60 % obyvateľstva z hľadiska výskytu rizikových faktorov. Každá osoba, ktorá absolvovala skriningové vyšetrenie, dostala zdravotný preukaz. Tí, u ktorých boli identifikované rizikové faktory pre zdravie, boli odporučení do starostlivosti lekárov, ktorí organizovali kurzy zdravotnej výchovy, kde prebiehali programy na odvykanie od fajčenia. Výchova k zdraviu sa uskutočňovala aj na školách, pod vedením lekárov, obsahom kurzov boli prednášky a cvičenia prevencie ochorení.

### **Programy podpory zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie**

#### **Školy podporujúce zdravie**

Projekt Školy podporujúce zdravie sa na Slovensku vykonáva od školského roku 1992/1993. Jeho cieľom je podpora zdravia so zameraním najmä na výchovu k zdraviu. Program pôsobí na rozvíjanie vedomostí, postojov detí základných škôl, stredných škôl a školských zariadení. Roku 2003 bolo do projektu zapojených 2082 škôl a školských zariadení. Z celkového počtu tvorili 979 materské školy, 960 základné školy, 112 stredné školy a 34 stredné odborné učilištia (Tomková, 2005).

Kľúčovým činiteľom realizácie podpory zdravia v škole je projekt. Na základe vypracovania návrhu projektu je škola zaradená do národnej siete škôl podporujúcich zdravie. Každá škola si vypracúva vlastný návrh projektu, ako základný prostriedok podpory zdravia, ktorý je prispôsobený podmienkam a charakteru či druhu školy (Havlíková, 1998).

### **Zdravé pracoviská**

Projekt je v súlade s prioritou Národného programu podpory zdravia č. 7 Zdravé pracovné podmienky a realizuje sa od roku 1994. Jeho cieľom je vylúčiť alebo aspoň znížiť negatívne faktory pracovného prostredia na zdravie zamestnancov. Predmetom sledovania je objektivizácia faktorov pracovného prostredia a ich vplyvov na podmienky zamestnancov, skriningové vyšetrenia a preventívne lekárske prehliadky a tvorba preventívnych programov so zameraním na podporu bezpečnosti zdravia pri práci, prevenciu a odvykanie od fajčenia, ovplyvňovanie vysokého krvného tlaku. V prípade zistenia rizikových faktorov životného štýlu a pracovného prostredia boli zamestnanci odporúčaní na návštevu poradenských centier ochrany a podpory zdravia.

### **Zdravé mestá**

Projekt sa realizuje na Slovensku od roku 1994 a zakladali ho štyri mestá: Banská Bystrica, Košice, Prešov, Turčianske Teplice. Jeho hlavným cieľom je zlepšenie zdravia obyvateľstva. Každé mesto pri vstupe do projektu vykonáva analýzu prostredia (Legeň, 1996). Analýza obsahuje údaje demografického, zdravotného, ekologického charakteru, analýzu infraštruktúry a sociálnych podmienok. Vyústením analýzy je plán zdravia mesta, ktorý by mal obsahovať okrem analytických informácií faktory, ktoré sú z pohľadu podpory zdravia regiónu ovplyvniteľné a môžu viesť k zmenám v zdravotnom správaní obyvateľov regiónu. Informovanie regionálnych politikov, verejných činiteľov, školy o otázkach podpory zdravia patrí k najdôležitejším súčasťam profilu zdravia mesta. Zámerom projektu Zdravé mestá je mobilizovanie záujmu verejnosti o akcie podporujúce zdravie (Profil zdravia mesta, 1995).

### **CINDI**

Celonárodný integrovaný program intervencie proti neinfekčným ochoreniam sa realizuje na Slovensku od roku 1992. Ciele stanovené v programe CINDI vychádzali z cieľov programu SZO *Zdravie pre všetky do roku 2000*, konkrétne z cieľov č. 4 *Redukcia chronických neinfekčných ochorení* a č. 9 *Redukcia srdcovo-cievnych ochorení*, a boli prispôbené cieľom dokumentu *Zdravie 21*. V súvislosti s realizáciou programu na Slovensku vznikli prvé poradne na úseku verejného zdravotníctva, ktoré vykonávali skrining, diagnostiku, prevenciu a poradenstvo s cieľom znižovania výskytu rizikových faktorov. Vznikali najmä poradne na odvykanie od fajčenia, poradne zdravej výživy, poradne pohybovej aktivity a ďalšie.

Dlhodobým cieľom programu CINDI je znižovanie celkovej úmrtnosti populácie Slovenska, a to predovšetkým úmrtnosti na srdcovo-cievne a nádorové choroby, z nich najmä úmrtia predčasné. Súbežne so znižovaním úmrtnosti súvisí dlhodobý cieľ, ktorým je predĺžovanie strednej dĺžky života.

Strednodobým cieľom programu je znižovanie chorobnosti a invalidity na srdcovocievne a nádorové ochorenia.

Krátkodobé ciele programu sú zamerané na znižovanie výskytu rizikových faktorov životného štýlu. Medzi ne sa radili najmä fajčenie, nezdravá výživa, nedostatočná telesná aktivita, zneužívanie alkoholu a neschopnosť zvládnuť stres.

## 11. Základné pojmy komunikácie v prevencii

**Adresát propagačnej výpovede** – cieľová skupina, čiže súhrn jedincov, ktorých chceme propagačnou výpovedou zasiahnuť primárne. Adresáta vymedzujeme demografickými znakmi: vek, pohlavie, vzdelanie, a na základe toho modelujeme adekvátny obsah a formu samotnej výpovede. (Zjednodušene – TV spot určený mladým ľuďom bude mať inakší charakter výpovede o škodlivosti fajčenia ako ten určený staršej generácii.)

**Advertising** (angl.) – reklama chápaná primárne v zmysle akčnom, t. j. reklamná, resp. inzertná činnosť, napríklad **spoločná reklama** výrobcu a distributéra a obchodníka (co-operative advertising), **prestížna reklama**, ktorá oboznamuje recipienta s menom spoločnosti (institutional advertising), **klasická**, prostredníctvom masovej komunikácie – tlač, rozhlas, televízia, billboardy (mass advertising), **celoštátna reklama** (national advertising) a pod. (Napríklad spoločná reklama Úradu verejného zdravotníctva (ÚVZ) SR a výrobcu náplastí na odvykanie od fajčenia by jej dala väčšiu presvedčivosť, ako napríklad aktivita z r. 2009 MZ SR a výrobcov pitnej vody.)

**Agentúra mediálna** (lat.) – inštitúcia špecializovaná na poskytovanie služieb spojených s médiami, t. j. nosičmi reklamných výpovedí, napríklad nákup mediálneho priestoru, mediálne plánovanie v elektronických a printových médiách, atď. Zabezpečuje o. i. najmä nákup mediálneho priestoru na reklamu, disponuje tou výhodou, že média jej poskytujú zľavy na základe nákupu väčšieho množstva mediálneho priestoru.

**Agentúra reklamná** (resp. propagačná) (lat.) – inštitúcia špecializovaná na poskytovanie reklamných služieb ako napríklad public relations, direct marketing, billboardy, signmaking a pod.

**AIDA** – skratka štyroch slov vyjadrujúcich úspešnosť priebehu reklamnej kampane, lebo každá jej výpoveď má v prvom rade vzbudiť: A – **attention** (pozornosť), následne vyvolať I – interest (záujem) o jej obsah, ale zároveň tiež D – **desire** (túžbu), napríklad niečo vlastniť alebo zmeniť vlastné správanie, napríklad, že recipient prestane fajčiť. To ale znamená, že sa odhodlá na želanú, cieľenú činnosť A – **action** (akcia), ktorá umožní, resp. zrealizuje uskutočnenie priania.

**Akvizícia** (lat.) – nábor.

**Analýza médií** (gr./lat.) – rozbor situácie, ktorý poskytne obraz o možných potenciálnych nosičoch pripravovanej kampane. Získané výsledky sú podkladom na tvorbu mediálnych plánov, ktoré v sebe zahrnujú konkrétne názvy mediálnych nosičov, čas vysielania, ich opakovanie, celkový čas trvania, vychádzajúc pri tom zo zámeru, koho chceme osloviť. Preto musia byť zvolené aj adekvátne mediálne nosiče – detské časopisy, časopisy pre tínedžerov, mienkotvorné noviny, rozhlasové vysielania, rozhlasové stanice, kde sa ráta ich náklad, výška remitendy, vysielacie časy a pod. Pri istom zveličení, ak budeme chcieť osloviť mladých ľudí, aby prestali fajčiť, nedáme inzerát do časopisu Poľovníctvo a rybárstvo a pod.

**Anketa** (fr.) – zisťovanie verejnej mienky na konkrétnych problémoch formou otázok a odpovedí prostredníctvom anketárov alebo prostriedkov masovej informácie (anketa novinová, rozhlasová, televízna), ale aj vedecká metóda zisťujúca názory, postoje vytipovanej cieľovej skupiny k zvolenému problému, otázke, riešeniu, napr. formou vyplnenia dotazníka a pod. Odpovedá na otázky, aké sú napríklad pohnútky mladých ľudí, aby siahali po prvej cigarete, kedy začínajú s fajčením, či poznajú zdravotné následky spojené s fajčením a pod.

**Apel** reklamný (fr.) – ide o leitmotív celej reklamnej kampane, najdôležitejšia myšlienka, podnet, argument, posolstvo či odkaz, ktorý má cieľovú skupinu „vyprovokovať“ do cieľenej akcie, ktorá je v súlade s plánom propagujúceho subjektu. Napríklad ÚVZ SR apeluje na zdravie a zdravý životný štýl mladého jedinca aj prostredníctvom poukazovania na jeho estetické čítanie, na charakter jeho spôsobu života (slogan: *Moderné je nefajčiť, nie fajčiť*), na ekonomické šetrenie (slogan: *Za ušetrené peniaze na cigarety si splňte svoju cestu snov*, keďže sa vie, že priemerný fajčiar ročne minie na cigarety cca 700 EUR). Najčastejším apelom je vtipný alebo inteligentný, či trefný slogan zbavený mentorovania či zdvihnutého varovného prstu.

**Argument** predajný (lat.) – základný stavebný kameň reklamného textu. Ide o fakty, ktoré inštitúcia musí poskytnúť kreatívnemu pracovníkovi – textárovi, ktorý ich pretvára do podoby argumentu, posolstva, apelov, ktoré majú presvedčiť svojou jasnosťou, logikou, emocionálnou silou, aby si ľudia niečo kúpili. Spojením reklamného apelu s predajným možno ľudí presvedčiť, aby sa začali viac o seba starať, aby začali chodiť do posilňovne, aby si kúpili niekoľko hodín osobného trénera a takto dokázali čeliť abstinenčným príznakom, a pod.

**Autorizácia** (lat.) – súhlas, resp. oficiálne oprávnenie autora na vydanie alebo publikovanie diela. Je dôležitá aj preto, aby neprišlo k nepovolenému vydaniu, ale aj pre vecnú kvalitu, štylistiku, zosúladenie a opravu obsahu a formy textu. Napríklad sa používa pri poskytovaní rozhovorov pre printové médiá, lebo len sám autor, poskytovateľ odpovedí, môže náležite posúdiť odbornú úroveň redaktorom napísaných faktov. Niekedy sa tiež stáva, že redaktor „vpašuje“ do textu aj také vety, ktoré autor nikdy nepovedal.

**Billboard** (angl.) – plagát, doska, ide o označenie veľkoplošných vývesných tabúl špeciálnej konštrukcie, umiestnené spravidla pri diaľniciach, cestách, v parkoch, budovách, ktoré si prenajímajú agentúry na vonkajšiu reklamu a zväčša aj zabezpečujú jej tvorbu. Keďže ide o finančne nákladnú reklamnú kampaň, na Slovensku sme sa s protifajčiarskou tematikou v takejto podobe ešte nestretli.

**Brainstorming** (angl.) – burza nápadov počas kreatívnej, spontánnej skupinovej diskusie prebiehajúcej v príjemnej uvoľnenej atmosfére, kde majú priestor všetky, aj tie „najbláznivejšie“ nápady, lebo konečným cieľom je dospieť k novým, neošúchaným, prekvapujúcim, originálnym a nekonvenčným nápadom, ktoré práve preto zarezonujú u svojho publika – recipienta.

**Cieľ reklamy** – vymedzenie toho, čo chceme reklamou dosiahnuť, napríklad zmenu správania, zanechanie fajčenia, nákup produktu na odvykanie od fajčenia.

**Cieľová skupina** – adresát reklamy, propagačnej výpovede.

**Corporate collar** – firemné farby umožňujúce ľahkú identifikáciu firmy, resp. jej



produktu medzi ostatnými. V širšom slova zmysle sú súčasťou corporate identity, v užšom corporate design (napríklad modrá a biela farba pre logo Úradu verejného zdravotníctva SR či čierna a oranžová farba občianskeho združenia STOP FAJČENIU).

**Corporate identity** (angl.) – jednotná prezentácia inštitúcie na verejnosti, ktorá má za cieľ spoľahlivo a bezproblémovo identifikovať inštitúciu, firmu, značku, tovar, službu (napríklad poradne na odvykanie od fajčenia, ktoré sú, žiaľ, len „prikryté“ regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva, bez svojho loga, sloganu a vlastnej farby) a nezameniteľnosť s inou inštitúciou pre svoj jednotný imidž. Je súčasťou public relations a má za cieľ systematické vytváranie pozitívnych vzťahov medzi firmou (subjektom) a verejnosťou (objektom). Je vlastne inštitucionálnou filozofiou, stratégiou, poslaním. Tvoria ju tri atribúty: Corporate design – čiže jednotný vizuálny štýl (napr. značka, logo, písmo, farba...), Corporate communications, čiže jednotné komunikácie (vizuálna komunikácia, auditívna komunikácia – „hymna“ firmy, známa je napríklad pri propagovaní Coca-Coly – nemal by byť problém, okrem finančného, aby ju mala napríklad súťaž na odvykanie od fajčenia *Prestaň a vyhraj*, public relations, human relations), a **Corporate culture** – ide o jednotnú podnikovú kultúru, čiže spôsoby konania, zásady riadenia, plnenie vlastného etického kódexu inštitúcie a pod.

**Človek ako reklamné médium** – veľké svetové značky často využívajú na prezentáciu seba a svojich produktov celebrity. Notoricky známy je príklad série filmov o agentovi 007 Jamesovi Bondovi, v ktorom sa vystriedali napríklad dve automobilové značky Aston Martin a BMW. Svetoznámy herec Marlon Brando vo filme *Posledné tango v Paríži* si dopriaval whisky značky Ballantines. Aj naši umelci prepožičiavajú svoje mená a postavy na rôzne reklamné účely, najmä v oblasti cestovného ruchu či gurmánstva. Ide však aj o riskantné podnikanie, keď nie tak dávno niektorí významní umelci podpísali zmluvy s rozličnými, dnes už vytunelovanými, nebankovými subjektmi. V zdravotníckej či sociálnej oblasti marketingovej komunikácie sa využívajú uznávané vedecké osobnosti, ako napríklad prof. MUDr. Ján Štencl, CSc., pri informovaní najmä mladých žien o rizikách gravidity v neskoršom veku alebo MUDr. Eva Širacká, DrSc., pri prezentácii príčin vzniku rakoviny napríklad v dôsledku fajčenia, prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc., pri objasňovaní problémov starostlivosti o geriatrických pacientov, atď. Istotne, vedecké celebrity majú väčšiu presvedčovaciu silu ako mladý spevák. Ale ak sa dokáže pripraviť také podujatie, kde sa títo dvaja majú možnosť stretnúť a povedať širokej verejnosti svoj názor na nefajčenie, ide o dobrý a želaný synergický efekt, so silným dopadom na recipienta.

**Design manuál** (angl./lat.) – predloha výtvarného riešenia vzhľadu firmy, inštitúcie, ale aj akcie, ktorá vyjadruje jej corporate identity prostredníctvom prvkov jednotného vizuálneho štýlu ako logo, písmo, farba v podobe osobitnej publikácie na vizitkách, hlavičkovom papieri, štítoch, plagátoch, tričkách, šiltovkách, dopravných prostriedkoch, budovách, vlajkách a pod.

**Direct mail** (angl.) – priame zasielanie propagačných prostriedkov, ako aj iných informácií prostredníctvom listov, pozvánok, letákov, bulletinov, prospektov, vzoriek, diskiet vytipovanému recipientovi poštou na jeho adresu. Získavanie databázy musí byť v intenciách zákona a musí byť neustále dopĺňaná o nových „perspektívnych“

recipientov. Napríklad všetci prihlásení do súťaže *Prestaň a vyhraj* by mali byť nielen podchytení v databáze, ale malo by sa s nimi pravidelne spolupracovať, obdobie ako s klientmi poradní zdravia, atď., aby nenastala recidíva, aby sa návyky upevňovali a aby sa z nich získali spojenci.

**Direct marketing** (angl.) – priamy predaj, súbor aktivít založený na interaktívnej väzbe komunikácie zadávateľa s klientom s cieľom jeho efektívneho oslovenia. Druhom tovaru a jeho distribúcie sú služby, resp. informácie týkajúce sa napríklad nefajčenia a podľa cieľovej skupiny a ďalších vyššie spomínaných faktorov sa následne zvolí aj príslušný druh priameho marketingu, ako napr.: direct mail, telemarketing (telefonicky) a pod.

**Guerilla marketing** (šp./angl.) – guerilla = partizánsky spôsob boja. Ide o využívanie techník, ktoré sú na hranici alebo aj za hranicou zákona či etických princípov. Guerilla marketing chce pritiahnúť pozornosť za každú cenu, chce šokovať, fascinovať, vyvolávať pocit niečoho zakázaného, rozhodne však nekonvenčného, čo si nedáva servítku pred ústa a je, ako sa dnes v žargóne hovorí, cool. Často slúži len ako doplnok klasického marketingu. V podstate ide o umiestňovanie netradičných médií do lokalít, v ktorých sa nachádzajú cieľové skupiny ťažšie zasiahnuteľné tradičnými médiami. Napríklad u nás ide o sprejerov a ich podpis ANTIFA alebo leteckú spoločnosť Ryanair – tá keď prišla podnikáť na Slovensko, jej pracovníci nastriekali na svoje lietadlá nápis „Bye bye, Skyeurope“.

**Image** (angl.) – trhový obraz výrobku, symbol, súhrn predstáv, názorov, postojov, vnímania, skúseností a očakávaní verejnosti o inštitúcii, značke, logotype, ktorý je súčasne meradlom účinnosti pôsobenia propagácie. Vytvorenie si pozitívneho imidžu (môže byť aj negatívny) dáva predpoklad lepšej komunikácie, rýchlejšej akceptácie a dôvery medzi napr. pracovníkmi poradní zdravia a ich klientmi.

**Insert** (angl.) – vložka reklamného charakteru (v podobe kalendára) vkladaná do novin a časopisov. Napríklad na zadnej strane sa uvedú kontakty na všetky poradne zdravia pôsobiace na regionálnych úradoch verejného zdravotníctva či iné telefónne linky. Vzhľadom na finančnú náročnosť nie je, žiaľ, insert dostatočne využívaný na propagáciu škodlivosti fajčenia.

**Jingle** (angl.) – krátky, jednoduchý, ľahko zapamätateľný reklamný oznam, resp. znelka vo forme rýmu alebo piesne, popevku, určený na upútanie pozornosti recipienta v rozhlasovom alebo televíznom vysielaní.

**Kampaň reklamná** (fr.) – súhrn aktivít a ich produktov zadávateľa reklamnej kampane samotnej reklamnej agentúre a médiám na presadenie zámeru zadávateľa. Ide o sústredené, cieleňé pôsobenie prostriedkov v určitom čase a priestore. Je potrebné venovať dostatočnú pozornosť všetkým komponentom reklamnej kampane – propagačnému procesu od brainstormingu, brífingu, prieskumu cez plánovanie, tvorbu až po voľbu prostriedkov, prieskum účinnosti.

**Komunikácia marketingová** (lat./angl.) – komunikačné pôsobenie nadlinkovými klasickými propagačnými prostriedkami (inzercia, TV a rozhlasová reklama, billboardy, citypostery a pod.) s ostatnými podlinkovými propagačnými aktivitami (public relations, direct marketing, sales promotion, atď.).

**Komunikácia sociálna** (lat.) – proces výmeny informácií medzi ľuďmi, ktoré slúžia

želaným záujmom a potrebám konkrétnych spoločenských skupín, resp. sú takými univerzálnymi a prospešnými hodnotami, že ich neustále obohacovanie a upevňovanie je v záujme celého ľudstva.

**Mailing list** (angl.) – zoznam adresátov, vymedzená cieľová skupina, napríklad lekári, abstinujúci fajčiari, v oblasti direct marketingu, ktorým sú pravidelne zasielané reklamné listy, propagačné materiály a pod.

**Marketing** (angl.) – koncepcia jednoty výrobnjej a obchodnej politiky s cieľom nájsť medzeru v trhu, získať peniaze a uspokojiť potreby zákazníkov, klientov. Súčasťou marketingu sú reklama a propagácia. Pod tzv. marketingovým mixom sa chápu výroba, služba, ale aj idea (napríklad nefajčenia, abstinencie, zdravej životosprávy), cena, distribúcia a propagácia. Zahŕňa teda analýzu trhu (sociálneho prostredia, cieľovú skupinu), kalkulácií, image výrobku – služby, konkurenciu (aktivitu tabakových firiem, ich reklamu, atď.), distribučné kanály, možnosti, vymedzenie cieľa (čo chceme dosiahnuť), rozpočtu a použitie najvhodnejších a najúčinnjších propagačných prostriedkov, ktoré budú zo strany prijímateľov (posolstva) akceptované a ktoré ich „prinútiť“, aby svoju nezámernú pozornosť zmenili na zámernú a aby sa v intenciách posolstva aj rozhodli – AIDA.

**Marketing integrovaný** (angl./lat.) – označenie pre komplexné, plánované komunikačné pôsobenie na recipienta podložené marketingovou databázou prostredníctvom klasickej reklamy, podlinkovými a nadlinkovými aktivitami (viď vyššie).

**Marketing mix** (angl.) – jednotný plán čo najúčinniejšieho pôsobenia jednotlivých zložiek marketingovej komunikácie zohľadňujúci základné zložky marketingu. Má za úlohu pôsobiť na viacerých „frontoch“ komunikácie, pôsobiť viacerými sústredenými, ale zároveň rôznymi propagačnými prostriedkami, a tak docieľiť čo najširšiu a najefektívnejšiu informovanosť cieľovej skupiny, ako aj získať podporu veľkej časti spoločnosti, najmä ak ide o zdravotnú a sociálnu oblasť komunikácie.

**Málo (sporadicky) využívané propagačné nosiče** – ide napríklad o malé lietadlá lietajúce v nízkych výškach nad obývanou oblasťou, ktoré ťahajú za sebou reklamný transparent, teplotvzdušné balóny v tvare loga firmy alebo napr. vztyčenie vlajky firmy, ktorá sponzorovala horolezeckú expedíciu, na najvyššej hore sveta a pod.

**Médiá** (lat.) – komunikačné prostriedky, kanály, resp. nositelia propagačných výpovedí, t. j. priestor, do ktorého je umiestnená (vaša) výpoveď (TV, rozhlas), prenášajúce propagačné informácie vkomponované do propagačného prostriedku (napr. videospot, rozhlasový spot) k vopred vymedzenej cieľovej skupine. Medzi najfrekvencovanejšie a najúčinnnejšie patria prostriedky masovej komunikácie, čiže tlač, TV, rozhlas, ale aj prostriedky interpersonálneho pôsobenia, ako billboardy, plagáty, obaly, kalendáre, potlačené tričky, direct mail a pod. Najúčinnnejšie pôsobenie dosahujeme kombináciou médií a interpersonálneho pôsobenia v istom časovom období a v pravidelných intervaloch opakovania.

**Merchandising** (angl.) – odbytová, predajná reklama, plánovanie a realizácia rozličných spôsobov predaja na mieste, resp. spôsobov, ako priviesť zákazníka, klienta, cieľovú skupinu napríklad do predajne, na podujatie alebo do poradne zdravia, kde si kúpi alebo sa oboznámi s ponúkaným výrobkom alebo službou. Patria sem výkladová tvorba, vzorka zdarma, sampling, darčeky alebo rôzne súťaž. Naprí-

klad ÚVZ SR vyhlási basketbalový turnaj a v rámci jednotlivých vyšších územných celkov sa uskutočnia okresné, krajské súťaže, kde divákovi, okrem samotného športového podujatia, budú rozdávané napr. tričká s nefajčiarskou tematikou, pred samotným zápasom bude premietnutý 3- až 5-minútový propagačný spot o rizikách fajčenia, mládež si bude môcť zmerať objem pľúc spirometrom a pod.

**Mix propagačný** (angl.) - alebo tiež promotion mix, je označenie pre štyri základné súčasti propagácie (promotion), resp. marketingovej komunikácie; tvoria ho **reklama**, **personal selling** (osobný predaj), **podpora predaja**, **public relations**.

**Nadlinkové aktivity** – ide o klasickú reklamu, platenú výpoveď šírenú prostredníctvom masových médií – tlačou, rozhlasom TV, billboardami, atď.

**Nové propagačné nosiče v outdoorovej (vonkajšej) a indoorovej (vnútornej) reklame** – **animačné reklamné panely**, **coverpacky** (perforované pohľadnice, ktoré sa dajú poskladať na rôzne škatuľky a obaly), **citylight-scrolly** (podsvietené reklamné panely umožňujúce umiestnenie až troch vizuálov, ktoré sa striedajú rolovaním), **dynamické panely** (presklené a podsvietené vitríny, v ktorých sa horizontálne prevíjajú plagáty), **fasády-backlighty** (veľkoformátové podsvietené reklamné plochy na fasádach budov), **floating displeje** (priestorové médium založené na princípe elektromagnetu, pri ktorom vzniká dojem, že prezentovaný produkt visí vo vzduchu), **interaktívne projekčné systémy** (projekcia premietajúca reklamný obraz na bielu dlážku alebo plastickú podložku, reagujúca na pohyb chodca príslušnou zmenou efektu), **iBally** (guľaté pútače zobrazujúce logá a krátke animácie vo formách jpg, bmp, avi), **LCD displeje**, **lightboxy** (exkluzívne backlightové kazety), **luminiscenčné fólie** (fotografické obrazy natlačené na fólie umožňujúce programovateľnú zmenu zobrazovania grafiky), **prisma vision** (zariadenia umožňujúce inštaláciu troch vizuálov na otočné lamely), **prenosné billboardy** (zväčša nafukovacie), **wallscreens** (okružle displeje určené na zobrazovanie textu, loga, animácií), **windoposter displeje** (displeje umiestnené na stoloch, pultoch alebo dlážkach). Nové médiá sú oveľa prístupnejšie mladým ľuďom, sú pôsobivejšie, lákavejšie z pohľadu upútania pozornosti, ale z finančného, ak nie je sponzoring, veľmi nákladné. Treba však o nich vedieť a postupne prechádzať od „klasických“ propagačných nosičov k týmto.

**On-line marketing** (angl.) – progresívny, rýchle sa rozvíjajúci druh direct marketingu, využívajúci sieť internetu. ÚVZ SR, ako aj regionálne úrady verejného zdravotníctva majú svoju internetovú stránku, na ktorej operatívne poskytujú dôležité informácie, obdobne aj Stop fajčeniu či iné poradné linky financované napr. farmaceutickými firmami a pod.

**Podlinkové aktivity** – patria medzi ne public relations, sales promotion, sponzoring, výstavy a ďalšie aktivity, ktoré sa používajú v rámci reklamnej kampane pri integrovanej marketingovej komunikácii.

**Podpora predaja** (angl. sales promotion) – činnosť zameraná na zvyšovanie objemu predaja tovarov, služieb pôsobením na predajcov (školenia, zľavy...), ako aj na zákazníkov, klientov prostredníctvom firemných časopisov, vzoriek, kupónov, súťaží, multibalení a pod.

**Press relations** (angl.) – relatívne samostatná súčasť public relations, ktorej cieľom je vytvárať napríklad prostredníctvom tlačových besied, konferencií, brífingov predovšetkým čo najpozitívnejšie vzťahy medzi zadávateľom propagácie a redakciami

(redaktormi) periodík s cieľom čo najúčinnejšej publicity. V systéme práce informovania verejnosti napríklad o škodlivosti fajčenia sa využívajú napríklad Dni WHO, ktoré sú venované problematike fajčenia, ale aj iným zdravotníckym problémom; ďalšími zdravotníckymi aktivitami sú napr. Svetové dni srdca, duševného zdravia, osteoporózy, atď.

**Prime time** (angl.) – najsledovanejší čas vo vysielaní médií, preto aj najdrahšie predávaný mediálny priestor v rozhlasovom a TV vysielaní z dôvodu najväčšieho počtu jeho sledovania divákmi, poslucháčmi. Ide o vysielanie pred 19.00 hod, reklama medzi večernými filmami, v sobotu a nedeľu. Krátky, 15-sekundový TV spot o fajčení a zdraví, vysielaný v tomto čase jeden mesiac, má väčší dosah, rozsev a najmä účinok ako tisíce brožúrok o škodlivosti fajčenia, i keď ich význam nikto nespochybňuje.

**Proces propagačný** (resp. reklamný) – relatívne súrodá séria sociálnych štruktúr (zadávateľ, realizátor, reklamná agentúra, šíriteľ – médium, a príjemca), ich činností (brífing, brainstorming, prieskum, plánovanie, tvorba, produkcia, vyhodnotenie účinnosti), produktov týchto činností (cieľ, propagačný prostriedok, mediálny plán, rozpočet), to znamená tvorba a šírenie propagačných informácií, ktoré majú priviesť prijímateľa k cieľenej, žiaducej reakcii.

**Propagácia** (lat. propagare: rozširovať, rozmnožovať) – ide o komunikáciu, ktorá napomáha utváranie a uspokojovanie ekonomických a mimoekonomických záujmov a potrieb zadávateľa (napr. MZ SR), propagačnej agentúry, zástupcu nosiča – média, ako aj konečného príjemcu tohto propagačného procesu. Za hlavné kategórie propagácie sa považuje mimoekonomická, čiže štátna + spoločensko-výchovná, a ekonomická propagácia, pričom pôsobia komplexne, ale jedno je vždy dominantnejšie ako druhé. Základné funkcie propagácie: informatívna, formatívna (výchovno-vzdelávacia, estetická, etická) a aktivizačná. Efektívne pôsobenie propagačného procesu zabezpečuje dodržiavanie základných princípov propagácie, ktorými sú myšlienková originalita, profesionálne obsahové a formálne spracovanie, pravdivosť, aktuálnosť, naliehavosť, zaujímavosť, prístupnosť, zrozumiteľnosť, interdisciplinárny prístup, spoločenská užitočnosť, prospešnosť. Propagácia využíva masovú a interpersonálnu komunikáciu, pôsobí rozličnými prostriedkami a formami. **Člení sa** podľa rozličných atribútov, napríklad podľa spôsobu komunikácie na **priamu**: zavádzanie tovaru, služby, a **nepriamu**: prostredníctvom prostriedkov masovej komunikácie; podľa charakteru poznania propagovaného predmetu na uvádzaciu: napr. uvedenie novej techniky alebo farmaceutického výrobku slúžiaceho na odvykanie od fajčenia, a **pripomínajúcu**: napríklad škodlivosť nikotínu; podľa predmetu na **imidžovú**, keď sa napr. propagujú poradne zdravia, a **produktovú**: čiže samotný výrobok alebo službu; ako aj podľa cieľa, cieľovej skupiny, použitých propagačných prostriedkov a nositeľa propagácie (televízna, rozhlasová, printová, atď.).

**Prostriedky masovej komunikácie** – sem sa zaraďujú primárne periodická tlač (noviny, magazíny), TV a rozhlas, ktoré sú súčasne najmasovejšími nositeľmi propagačných výpovedí. Ako už bolo spomenuté vyššie, výber médií musí byť v súlade s cieľmi a cieľovými skupinami, ktoré chceme osloviť, informovať tak, aby následkom nášho propagačného pôsobenia sa rozhodli želaným smerom – napríklad zanechanie fajčenia, zníženie telesnej hmotnosti, pravidelné cvičenie, atď.



**Propaganda** (lat.) – pôvodne názov katolíckej cirkevnej inštitúcie z roku 1597, neskôr sa význam tohto pojmu ustálil ako označenie na šírenie, odporúčanie politických a ideologických celkov. To znamená, že do určitej miery možno akceptovať propagandu ako špecifický druh politickej propagácie, i keď aj tento pojem je vytlačaný modernejším – politický marketing. V praxi sa však často zamieňa so štátnou propagáciou. Pramení to zo spoločného základu slova propagare. Dnes má propaganda skôr pejoratívny výraz, ktorý sa v minulosti systémom sponfoval.

**Prostriedky propagačné** – ide o komunikačné nástroje propagácie, resp. reklamy, ktoré sú šírené prostredníctvom (propagačných) médií. Majú za úlohu preniesť propagačné informácie propagujúceho subjektu cieľovým skupinám tak, aby ovplyvnili ich pozornosť, usmernili ich záujmy, uspokojili potreby s cieľom podniktíť ich do aktívnej požadovanej akcie. Delíme ju podľa pôsobenia na zmysly na **zrakovo-sluchové** (propagačný film, reklamný spot, videoreklama), **zrakové** (billboardy, letáky, plagáty, citypostery, reklamné predmety umiestnené v priestore, atď.), **sluchové** (rozhlasový spot, telemarketing), **zrakové v kombinácii** s ďalšími zmyslami ako **čuch, chuť, hmat** (parfumované propagačné materiály, ochutnávky, vzorky a pod.). ďalej podľa spôsobu komunikácie na **interpersonálne** (direct mail, prednáška, konferencia, tlačová beseda a i.), **masové** (propagácia v tlači, v TV, rozhlase), ako aj podľa **intenzity pôsobenia** (jednorazové, opakované). Ale najfrekvencovanejšie je členenie podľa **technickej príbuznosti** spracovania na **tlačené, tlačové, zvukové, audiovizuálne, priestorové, svetelné, doplnkové**.

**Prostriedky propagačné audiovizuálne** – svojim emotívnym pôsobením patria medzi najpôsobivejšie, sú šírené prostredníctvom filmu, televízie, videa, internetu. Majú schopnosť zasiahnuť veľmi veľkú cieľovú skupinu ľudí: propagačný film, videoreklama, polyekran, spoty, DVD disky, ktoré sa môžu premietiť na rôznych akciách.

**Prostriedky propagačné tlačené** – členia sa na stabilné a prenosne umiestnené, jedno- až viacstránkové, farebné, bezfarebné: leták, plagát, billboard, prospekt, brožúra, kalendár, katalóg, záložka a pod.

**Prostriedky propagačné tlačové** – noviny, magazíny.

**Prostriedky propagačné zvukové** – základným výrazovým prostriedkom je slovo, doplnkovým hudba, pieseň a rôzne šумы, šíria sa prostredníctvom zvukových médií. Napr. aktuálna je výroba CD diskov, ktoré môžu byť využité aj ako ponukový katalóg alebo nekonečná slučka na prebiehajúcej výstave, ktorá informuje o výrobku.

**Recipient** (lat.) – čitateľ, poslucháč, divák – príjemca komunikátu.

**Reklama** (lat. reclamare, fr. réclame – opäť kričať, zvučať, silno a často volať) – ide najmä o obchodnú propagáciu, komunikáciu s cieľom ovplyvniť predaj či nákup výrobkov alebo služieb. Ekvivalentom pojmu je výraz obchodná propagácia. Je to platená informácia s cieľom vyvolať informačný, resp. primárny ekonomický efekt. Pomáha pri výmene úžitkových hodnôt, informuje, buduje image, goodwill (dobré meno) inštitúcie, uplatňuje sa na vnútornom a zahraničnom trhu, ale pôsobí aj spoločensko-výchovne a štátno-propagačne. Ak by na túto činnosť bolo k dispozícii viac financií, mohla by napríklad súťažiť Prestaň a vyhraj, okrem jednorazovej akcie,

akou je usporiadanie tlačovej besedy na túto tému, zabezpečiť lepšiu informovanosť zakúpením reklamného priestoru v printových a elektronických médiách, čo by zvýšilo percento ľudí, ktorí by sa rozhodli skončiť s fajčením. Reklama patrí medzi najpopulárnejšie nástroje marketingovej komunikácie. Reklama je teda proces zameraný na ovplyvňovanie individuálneho správania ekonomickými nástrojmi. Poznáme reklamu na mieste predaja (reklamné stánky s CD či DVD prehrávačom), výklad, vývesný štít, obal a pod. Reklamu rozhlasovú v podobe zvukového spotu, reklamu televíznu v podobe audiovizuálneho spotu, ako aj svetelnú, kam patria nápisy, znaky využívajúce svetelné zdroje, napríklad neóny, svetelné plochy, svetelné noviny, svetelné vývesné štíty alebo logá firiem umiestnených na budovách a pod. Reklama vonkajšia – komplex verejnej (autobusová, železničná, letecká, lodná) dopravy, priestorov významných inštitúcií, podchody, tam všade môžu byť umiestnené plagáty, pútače, panely, transparenty, vlajky a pod.

**Sampling** (angl.) – poznanie, resp. vyskúšanie nových výrobkov, služieb za symbolickú cenu, resp. aj bezplatne, napríklad v rámci rozdávania vzoriek tovaru – kávy, voňaviek, vitamínových preparátov, protifajčiarskych žuvačiek, náplastí, vstupy do relaxačných priestorov, posilňovní, plavárni a pod.

**Slogan reklamný** (angl.) – originálne, vtipné, nápadité, prekvapivé, zrozumiteľné, ľahko vysloviteľné a zapamätateľné heslo, veta koncentrujúca v sebe hlavnú tému, resp. apel reklamnej kampane, ktorá býva zväčša nasadzovaná dlhodobo a opakovane. Niekedy sa stáva súčasťou corporate identity, resp. aj loga firmy. Napríklad *Beh o srdce, Chcete sily, jedzte syry, S tebou ma baví smäd*. Termín slogan pochádza z galského jazyka a znamenal bojový pokrik.

**Social marketing** (angl.) – sociálny marketing, ktorému u nás zodpovedá skôr označenie spoločensko-výchovná propagácia, t. j. zdravotnícka, sociálna, kultúrno-osvetová (bezpečnosť detí v doprave, používanie bezpečnostných pásov, udržanie si zdravia, pomoc starým a nevládnym ľuďom, to všetko, okrem iného, môže byť súčasťou sociálneho marketingu). Ide o propagáciu všeobecne prospešnej myšlienky, návyku, spôsobu správania, postoja, ktorého dodržiavaním dosiahneme tento cieľ, napr. jedenie zeleniny, ovocia, kyslých mliečnych výrobkov, používanie bezpečnostných pásov a detských sedačiek, prevencia proti pádom starých ľudí, bezbariérové cesty, umývanie si rúk, starostlivosť o chrup, hniezda záchranu a pod.

**Sponzoring** (angl.) – sponzor venuje príjemcovi (športovému klubu, nadácii, kultúrnej organizácii, škole, domovu dôchodcov, nemocnici a pod.) peniaze, službu, usporiadanie recepcie alebo darovanie prístroja a ako protislužbu očakáva prostredníctvom informácií, ktoré tento bude šíriť, budovanie svojho imidžu, goodwillu a pod. Týmto takisto zasahuje do oblasti propagácie, reklamy i public relations. Žiaľ, viaceré komerčné médiá žiadajú za zverejnenie sponzora aj dodatočné peniaze, akoby išlo o platenú reklamu. Aj preto bývajú sponzori vyvesení napr. v priestoroch nemocníc na zvláštnych tabuliach, resp. sú na dresoch športovcov či vytlačení na pozvánkach na kultúrne podujatie a ich logo často visí aj na samotnej scéne. Takéto charitatívne aktivity by nemali byť v strede komerčného záujmu, práve naopak. Krásnou ukážkou je napríklad charitatívna akcia Hodina deťom, kde všetci na nej pracujú bez nároku na honorár.



**Spot reklamný** (angl. commercial) – tiež sa nazýva šot. Ide o 5- až 60-sekundovú reklamnú reláciu komerčného charakteru vysielanú (TV, rozhlasom) pod označením REKLAMA. Žánre reklamných spotov môžeme rozdeliť zhruba na: oznámenie, rozhovor, odporúčanie, predvedenie či hraný minipríbeh.

**Telemarketing** (angl.) – telefónny marketing, ponuka tovaru, služieb prostredníctvom telefónu. Jedna z metód direct (priameho) marketingu. Pre relatívne vysoké náklady si ho najmä „štátne“ inštitúcie nemôžu dovoliť.



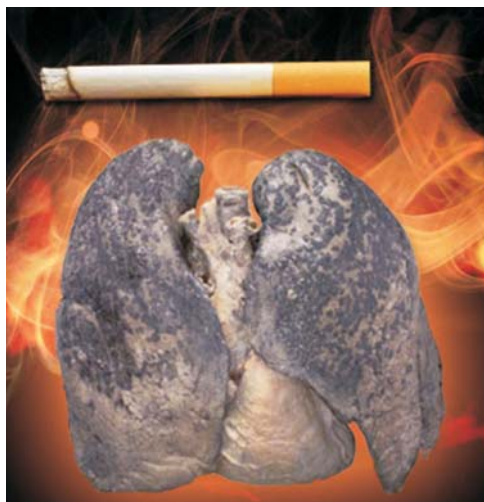
*Ukážka tzv. guerilla marketingu, ktorý ma za úlohu za každú cenu pritiahnúť pozornosť. Prečo by aj iné letecké spoločnosti (bez g. m.) nemohli začať propagovať modernosť nefajčenia a abstinencie od drog, využívajúc plochy svojich lietadiel ako veľkých billboardov.*



*Fotka z hotela v Turecku: Na odpadkovom koši je text s ilustráciou: „Dlho žije, pretože nefajčí“*



*"Nikotín z pasívneho fajčenia môže mať účinky na nervový systém aj mačiek a psov," povedal Dr. Sharon Gwaltney-Brant, lekársky riaditeľ Poison ASPCA na zvieratách Control Center. A aj takýmto spôsobom sa môžu informovať fajčiaci majitelia svojich „miláčikov“*



*Plúca fajčiara nie sú ružovkavé, čisté, ale tmavé, zanesené splodinami vylučujúcimi sa fajčením, ktoré sa na nich postupne usadzujú. I keď popisný, ale informačne účinný plagát*



*Kovboj v krajine „Marllboro“, nič asi výstižnejšie sa v rámci plagátovej kampane ešte nepodarilo vymyslieť*

## 12. LITERATÚRA

1. **ADAMOVIÁ, V., BOBROV, N., LONGAUER, F., FOTUL, A.:** Aktuálna drogová scéna u študentov stredných škôl v Košiciach. I. časť. Alkoholizmus a drogové závislosti, 33, 1998, 5, s. 273–280.
2. **ÁGHOVÁ, L. a kolektív:** Hygiena. Martin: Osveta 1993. 268 s. ISBN 80-217-05-15-9.
3. An ex Ante Assessment of the Economics Impacts of EU Alcohol Policies. Brusel: DG SANCO 2006, 101 p.
4. Attitudes of Europeans towards tobacco. Brusels: European Commision 2006, 103 p.
5. Attitudes towards alcohol - Report. Brussels: European Commision 2007. 76 p.
6. **AVDIČOVÁ, M. a kol.:** Metodická príručka pre prácu v poradniach zdravia. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR 2000, 57 s. ISBN 80-7159-125-4.
7. **BORECKÝ, V.:** Mýtus záchytnej stanice. In: Literárny týždenník 30. September 1999, č. 36, s. 6.
8. **BRŠIAK, V.:** Treba hovoriť o drogách. Bratislava: ÚZV 1998. 23 s. ISBN 80-7159- 107-6.
9. **BURNETT, RT., ČAKMAR, S., BROOK JR., et al:** The role of particulate size and chemistry the association between summertime ambient air pollution and hospitalisation for cardio respiratory diseases. Environmental Health Perspect 1997; 105:614-20.
10. **BÚTORA, M.:** Sociologické kapitoly z alkoholizmu. Martin: Osveta 1989. 340 s. ISBN 80-217-0076-9.
11. Council Directive 89/654/EEC of 30 November 1989 concerning the minimum safety and health requirements for the workplace (first individual directive within the meaning of Article 16 (1) of Directive 89/391/EEC)  
*Official Journal of the European Communities L 393 , 30/12/1989 P. 0001 – 001.*
12. Council Directive 92/85/EEC of 19 October 1992 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health at work of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding (tenth individual Directive within the meaning of Article 16 (1) of Directive 89/391/EEC)  
*Official Journal of the European Communities L 348 , 28/11/1992 P. 0001 – 0008.*
13. Council Resolution of 26 November 1996 on the reduction of smoking in the European Community  
*Official Journal of the European Communities C 374 , 11/12/1996 P. 0004 – 0005.*
14. Council Directive 2001/37 EC of 5 June 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco products  
*Official Journal of the European Communities L 194/26, 18/07/2001.*
15. Council Conclusion of the 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm  
*Official Journal of the European Communities C 175/1, 20/6/2001.*
16. Council recommendation of the 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescent  
*Official Journal of the European Communities L 161/38, 16/6/2001.*
17. Council Recommendation of 2 December 2002 on the prevention of smoking and on initiatives to improve tobacco control  
*Official Journal of the European Communities L 022 , 25/01/2003 P. 0031 – 0034.*

18. Commission Decision 2003/641 of 5 September 2003 on the use of colour photographs or other illustrations as health warnings on tobacco packages (Text with EEA relevance) (notified under document number C (2003)3184)  
*Official Journal of the European Communities L 226 , 10/09/2003 P. 0024 – 0026.*
19. COOK, DG., STRACHAN, DP.: Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997; 52:1081-94.
20. CSÉMY, L.: Iniciace a progresse: pití alkoholu, kouření a užívání jiných drog u pražských adolescentů. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 34, 1999, 3, s. 147–154.
21. DIMOFF, T, CARPER, S.: *Berie vaše dieťa drogy?*. Bratislava: Obzor 1984. 187 s. ISBN 80-215-0274-6.
22. Directive 97/36/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 amending Council Directive 89/552/EEC on the coordination of certain provisions laid down by law, regulation or administrative action in Member States concerning the pursuit of television broadcasting activities  
*Official Journal of the European Communities L 202 , 30/07/1997 P. 0060 – 0070.*
23. Directive 2003/33/EC of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the advertising and sponsorship of tobacco products (Text with EEA relevance).
24. DOBIÁŠOVÁ, V. A KOL.: *Odvýkanie od fajčenia*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy 1997, 39 s. ISBN 80-7159-090-8.
25. **Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2006**. Bratislava: NCZI a ÚV SR 2007, 136 s. ISBN 978-80-89292-02-8.
26. DUCHOŇ, J. a kol.: *Lekárska chémia a biochémia*. Martin: Osveta 1988. 250 s.
27. EAGAN, LMT., HETLAND, J., AARO, EL.: Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006; 15:242-246;
28. EDELSBERGER, J. et al: *Defektologický slovník*. 2. vyd. Praha: SPN 1984. 475 s. SPN 0-71-12/2.
29. *European Tobacco Control Report 2007*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe 2007. 155 p. ISBN 978-92-890-2193-7.
30. FARRELLY, CM., NONNEMAKER, MJ., CHOU, R., HYLAND, A., PETERSON, KK., BAUER, EU.: Changes in hospitality worker´s exposure to secondhand smoke following the implementation of New York´s smoke-free law. *Tobacco Control* 2005; 14: 236-241.
31. FORGÁČOVÁ, L.: *Ochrana a podpora duševného zdravia*. Prevencia duševných porúch. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita 2007. 184 s. ISBN 978-80-969611-7-7.
32. *Framework Convention on Tobacco Control*. Fifty Sixth World Health Assembly, agenda item 13, 2003. [www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA56/ea56r1.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r1.pdf) (10.4.2007)  
*Official Journal of the European Communities L 152 , 20/06/2003 P. 0016 – 0019.*
33. FÜRST, M.: *Psychologie*. Olomouc: Votobia 1997. 263 s. ISBN 80-7198-199-0.
34. GARLAND, C., BARRET-CONNOR, E., SUAREZ, L., et al: Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers: a prospective study. *American Journal of Epidemiology*, 1985; 121:645-50.
35. GLANZ, K.: Community and group intervention models of health behaviour change. In: Glanz, K., Lewis, FM., Rimer, BK, Eds. *Health behaviour and health education, theory, research and practise*. 2 ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers 1997:237-8.
36. **GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL 2004**. Geneva: WHO 2004. 88 p. ISBN 92-4-156272-2.



37. **GORINI, G. et al.:** Second-hand smoke (SHS) markers: Review of methods for monitoring exposure levels. London: European Network for Smoking Prevention 2005. 68 p.
38. **GRÁC, J.:** Rozumieme deťom a mládeži?. 2. vyd. Bratislava: SPN 1991. 157 s. ISBN 80-08-00796-6.
39. **GREEN PAPER:** Towards a Europe free from tobacco smoke: Policy option at EU level. Brussels: Commission of the European Communities 2007. COM 27 final.
40. **GULIŠ, G. a kol.:** Podpora zdravia. Bratislava: Národné centrum podpory zdravia 1999. 266 s. ISBN 80-7159-122-X.
41. GYTS – Global Youth Tobacco Survey (Slovakia). Copenhagen: WHO 2007. 16 p.
42. **HABROVÁ, D., HRUBÁ, D.:** Ekonomika kuřáctví v České republice. Hygiena, 52, 2007, 4, s. 110–114.
43. **HAMPL, K.:** Užívání drog a HIV/AIDS v České republice. In: AIDS A MY, AIDS a drogy, 24.–26. listopad 1995. Praha: ČSŠZ 1995. s. 49–53.
44. **HARTL, P., HARTLOVÁ, H.:** Psychologický slovník. Praha: Portál 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
45. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. California: California Environmental Protection Agency 1997.
46. Health Statistics: Key Data on Health 2002. Luxembourg: European Communities 2003. 457 p. ISBN 92-894-3730-8.
47. **HECHT, SS., CARMELLA SG, MURPHY SE, et al:** A tobacco-specific lung carcinogen in the urine of men exposed to cigarette smoke. English Journal of Medicine, 1993; 329:1543-6.
48. **HEGYI, L., TAKÁČOVÁ, Z., BRUKKEROVÁ, D.:** Výchova k zdraviu a podpora zdravia. Bratislava: SZU 2004. 149 s. ISBN 80-89171-20-6.
49. **HEJDA, J.:** Legalizace drog – aktuální otázka dneška. In: Alkoholizmus a drogové závislosti, 34, 1999, č. 1, s. 45–55.
50. **HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. et al:** Závislost známa neznáma. Praha: Grada 1996. 202 s. ISBN 80-7169-277-8.
51. **HERETIK, A.:** Forenzná psychológia. Bratislava: SPN 2004. 376 s. ISBN 80-10-00341-7.
52. **HERETIK, A. a kol.:** Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof 2007. 815 s. ISBN 978-80-89322-00-8.
53. **HIRAYAMA, T.:** Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. British Medical Journal, 1981; 282:183-5.
54. **HOWELL, F.:** Smoke free bars in Ireland: a runaway success. Tobacco Control 2005; 14:73-74.
55. **HRUBÁ, D., KACHLÍK, P.:** Konzum alkoholu a drog u školních dětí. Alkoholizmus a drogové závislosti, 34, 1999, 3, s. 139–146.
56. **HUTTOVÁ, M. et al.:** Následky závislosti těhotných žen od alkoholu a drog pre plod a novorodenca. In: Alkoholizmus a drogové závislosti, 34, 1999, 2, s. 73–81.
57. **HUTTOVÁ, M., DROBNÁ, H., JURKOVIČOVÁ, J., JAMAL, B. C.:** Negatívne účinky fajčenia v gravidite. Alkoholizmus a drogové závislosti, 36, 2001, 1, s. 31–37.
58. **KAFKA, J. a kol.:** Psychiatria. Martin: Osveta 1998. 255 s. ISBN 80-88824-66-4.
59. **KANDEL, D. S., YAMAGUCHI, K., CHEN, K.:** Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for gateway theory. Journal of Studies of Alcohol, 53, 1992, 5, p. 447–457.
60. **KAVCOVÁ, E.:** Zdravotné následky fajčenia. In: Fajčenie alebo zdravie, 15.–16. marca 1993. Bratislava: ÚZV 1993. s. 29–36. ISBN 80-7159-046.

61. **KAVCOVÁ, E.:** Nikotínová závislosť a jej liečba. Martin: JLF UK 2002. 115 s. ISBN 80-888666-19-7.
62. **KAVCOVÁ, E., ROZBORILOVÁ, E., KRÍŠTÚFEK, P., BERŽINEC, P., SOLOVIČ, I., PAULOVÍČ, J., MAĎAR, R., REDHAMER, R., ROVNÝ, I., DRIMALOVÁ, M., OCHABA, R.:** Smernice pre optimálne intervencie a liečbu tabakovej závislosti v SR. Martin: JLF UK 2004. 23 s. ISBN 80-88866-30-8.
63. **KAVCOVÁ, E., ROZBORILOVÁ, E., KRÍŠTÚFEK, P., BERŽINEC, P., SOLOVIČ, I., BAŠKA, T., SZARÁZOVÁ, M., CHOVAN, L., PAULOVÍČ, J., REDHAMER, R., ROVNÝ, I., DRIMALOVÁ, OCHABA, R., KOCAN, I.:** Manuál a smernice pre zanechanie fajčenia a liečbu nikotínovej závislosti. Martin: JLF UK 2005, 34 s. ISBN 80-88866-33-2.
64. **KAVCOVÁ, E., ONDREJKA, I., LIPTÁK, P., BAŠKA, T., ROZBORILOVÁ, E., KRÍŠTÚFEK, P., OCHABA, R., SZARÁZOVÁ, M., MAĎAR, R.:** Intervencia a liečba tabakovej závislosti v ordinácii všeobecného praktického lekára. Martin: JLF UK 2006. 23 s. ISBN 80-88866-40-5.
65. **KOLLÁRIK, T.:** Psychologické aspekty fajčenia. In: Príručka zdravého spôsobu života. Bratislava: ÚZV a Psycho-insight 1995. S. 27–29.
66. **KOLLÁRIK, T.:** Osobnosť a fajčenie. In: Rozhodnite sa nefajčiť. Zborník z 10. dní zdravotnej výchovy I. Stodolu. Bratislava: ÚZV 1982, s. 61–63.
67. **KOLIBÁŠ, E.:** Psychické poruchy spojené s užívaním psychoaktívnych látok. In: Kurikulá pre vzdelávanie lekárov prvého kontaktu v starostlivosti o drogovu závislých v rámci projektu Groupe Pompidou – Systematické vzdelávanie špecializovaného personálu v Slovenskej republike. Bratislava: Úrad vlády SR 2001. s. 7–33. ISBN 80-968546-5-8.
68. **KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V.:** Alkoholizmus a drogové závislosti. Bratislava: Univerzita Komenského 1996. 120 s. ISBN 80-223-1078-6.
69. **KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V.:** Alkohol – drogy – závislosti. Bratislava: Univerzita Komenského 2007. 260 s. ISBN 978-80-223-2315-4.
70. **KOZÍKOVÁ, E.:** Ekonomické dôsledky fajčenia na Slovensku. In: Zborník príspevkov z XXII. vedeckej konferencie I. Stodolu. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy 1996. s. 96–98.
71. **KRÁLIKOVÁ, E., KOZÁK, J.:** Jak přestat kouřit. Praha: Maxdorf 1997. 92 s. ISBN 80-85800-62-4.
72. **KUNDA, S., KRŠIAK, M., FRANK, V., VOJTKOVÁ, E., BŮTORA, M.:** Klinika alkoholizmu. Martin: Osveta 1988. 256 s.
73. **KYASOVÁ, M.:** Co očekávají mladí lidé od alkoholu. Alkoholizmus a drogové závislosti, 36, 2001, 3, s. 129–139.
74. **LIETAVA, J.:** Drogy v dejinách ľudstva. Bratislava: Uniapress International 1997. 288 s. ISBN 80-85313-38-3.
75. **Lifting the smokescreen:** 10 reasons for smoke free Europe. Brussels: European Respiratory Society 2006. 146 p. ISBN I-904097-56-1.
76. **LEARY, T.:** Neuropolitika. Brno: Books 1999. 256 s. ISBN 80-7242-052-6.
77. **LEHTO, J.:** The Economics of Alcohol Policy. Copenhagen: WHO 1995. 53 p. ISBN 92-890-1325-7.
78. **LEJČKOVÁ, P., CSÉMY, L.:** Pozitívni a negatívni očakávaní mládeže od konzumu alkoholu. Adiktologie, 6, 2006, 2, s. 135–139.
79. **LINDSAYM, G. B., RAINEY, J.:** Psychosocial and pharmacological explanation of nicotine. Journal of School Health, 67, 1997, 2, p. 123–126.
80. **MACKAY, J., ERIKSEN, M.:** The Tobacco Atlas. Geneva: WHO 2002. 128 p., ISBN 92 4156 209 9.
81. **Markant:** Názory verejnosti na pasívne fajčenie (2002).  
[http://www.stopfajceni.sk/downloads/nefajciarsky\\_den\\_markant.doc](http://www.stopfajceni.sk/downloads/nefajciarsky_den_markant.doc). (10. 4. 2009).

82. **MARŠALA, J.:** Systematická a funkčná neuroanatómia. Martin: Osveta 1985. 782 s.
83. **MASÁR, O., DROBNÁ, H.:** Niektoré medicínske problémy spojené s toxikomániou v spoločnosti. Bratislava: Charis 2001. 122 s. ISBN 80-88743-42-7.
84. **MATTHEWS, J., A.: Ecstasy:** Poslední vyhlídky, běžné souvislosti. In: Alkoholizmus a drogové závislosti, 34, 1999, č. 2, 112 s.
85. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum 1996. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.
86. **NAIK, A.:** Sme či nie sme závislí?. Bratislava: Egmont 1999. 152 s. ISBN 80-7134-937-2.
87. Národný program podpory zdravia – Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Bratislava: Národné centrum podpory zdravia 2000. 22 s. ISBN 80-7159-123-8.
88. Národný program podpory zdravia. Bratislava: ÚVZ SR 2005. 22 s. ISBN 80-7159-159-9.
89. názory občanov na problémy spojené s rozšírenosťou drog. Bratislava: ŠÚ SR 2006. 110 s.
90. **NEŠPOR, K., DVOŘÁK, V.:** Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami. Praha: TRIVIS 1998. 98 s. ISBN 80-902283-9-9.
91. **NEŠPOR, K.:** Návykové chování a závislost. Praha: Portál 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
92. **NOCIAR, A.:** Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava: Asklepios 2001. 364 s. ISBN 80-7167-044-8.
93. **NOCIAR, A.:** Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže. Bratislava: VEDA 2004. 220 s. ISBN 80-224-0832-8.
94. **NOCIAR, A.:** Výber zo Správy pre Európsku komisiu: Alkohol v Európe. Alkoholizmus a drogové závislosti, 41, 2006, 1, s. 29–38.
95. **NOVOMESKÝ, F.:** Drogy: História – medicína – právo. Martin: Alfaprint 1996. 120 s. ISBN 80-88719-49-6.
96. **NOVOTNÝ, V., HERETIK, A., HERETIK, A., PEČEŇÁK, J., RITOMSKÝ, A.:** Epidemiológia nikotinizmu. Alkoholizmus a drogové závislosti, 43, 2008, 1, s. 3–10.
97. **OCHABA, R. (Ed.):** Kontrola tabaku v Slovenskej republike. 1. vyd. Bratislava: ŠFZÚ SR 2003. 108 s. ISBN 80-7159-142-4.
98. **OCHABA, R.:** Národný program kontroly tabaku v SR a Rámcový dohovor na kontrolu tabaku a jeho implementácia v SR. In: Kontrola tabaku v Slovenskej republike. 1. vyd. Bratislava: ŠFZÚ SR 2003. s. 14–21.
99. **OCHABA, R.:** Návrh Národného programu kontroly tabaku a jeho východiská. Alkoholizmus a drogové závislosti, 39, 2004, 2, s. 105–116.
100. **OCHABA, R., KAVCOVÁ, E.:** Kontrola tabaku v SR. In: Formujme budúcnosť pre život: zdravé prostredie pre deti. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie XXX. dní zdravotnej výchovy I. Stodolu. Bratislava: ŠFZÚ SR 2003. s. 71–85.
101. **OCHABA, R., KAVCOVÁ, E.:** Kontrola tabaku v SR. In: Kavcová, E., Szárasová, M. (ed.): Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi – III. Martin: JLF UK 2004. s. 40–55.
102. **OCHABA, R., TÓTH, K., ROVNÝ, I., KAVCOVÁ, E., BIELIK, I.:** Politika kontroly tabaku a výskyt užívania tabakových výrobkov v SR. Verejné zdravotníctvo, 2006, 1, www.szu.sk.
103. **OCHABA, R., ROVNÝ, I., BIELIK, I., BAŠKA, T., KAVCOVÁ, E.:** Základy poradenského procesu v poradni na odvykanie od fajčenia. Alkoholizmus a drogové závislosti, 41, 2006, 3, s. 177–189.
104. **OCHABA, R., MAJTÁNOVÁ, L., ŠIMOROVÁ, A., ŠENKIRIK, R., BIELIK, I., STANČIAK, J., KUCHÁROVÁ, B.:** Manuál pre poradenstvo prevencie drogových závislostí. Bratislava: ÚVZ SR 2007. 32 s. ISBN 978-80-7159-168-9.



105. **OCHABA, R., ROVNÝ, I., BIELIK, I., HAMADE, J., KAVCOVÁ, E., KIMÁKOVÁ, T., NOCIAR, A., SALAMONOVÁ, M., STANČIAK, J.:** Základy kontroly tabaku a alkoholu. Bratislava: ÚVZ SR 2008. 62 s. ISBN 978-80-7159-170-2.
106. **OKRUHLICA, Ľ. et al.:** Ako sa prakticky orientovať v závislostiach. Bratislava: CPLDZ 1998. 321 s. ISBN 80-968111-1-8.
107. **ONDREJKOVIČ, P.:** Drogové závislosti – mýty a skutočnosť. In: Preventívne programy pre 3. tisícročie – 1. Primárna prevencia sociálno-patologických javov s akcentom na drogovú závislosť na Slovensku, 21.–22. máj 1998. Bratislava: Centrum výchovnej a psychologickéj prevencie. s. 90–95. ISBN 80-968028-8-7.
108. **Oznámenie MZV SR č. 84/2005 Z. z. o podpísaní Rámcového dohovoru o kontrole tabaku.** Zbierka zákonov č. 38/2005, s. 730.
109. **PAVŮK, A.:** Fajčenie a tehotná žena. Bratislava: ÚZV 1996. 41 s. ISBN 80-7159-069-X.
110. **Policies to Reduce Exposure to Environmental Tobacco Smoke.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2000. 75 p.
111. **Prevalencia vystavovania nefajčiarskej populácie tabakovému dymu v prostredí.** [www.stopfajceni.sk](http://www.stopfajceni.sk), 12. 9. 2007.
112. **Protection from exposure to second – hand tobacco smoke.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2007. 50 p. ISBN 978 92 4 156341 3.
113. **REDHAMER, R. a kol.:** Fajčenie a zdravie. Bratislava: Slovak Academic Press 2007. 158 s. ISBN 978-80-8095-017-0.
114. **Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General.** Washington, DC: US Government Printing Office 1989.
115. **RIEDL, O., VONDRÁČEK, V.:** Klinická toxikológia. 5. vyd. Praha: Avicenum 1980. 820 s.
116. **Respiratory health effect of passive smoking. Lung cancer and other disorders.** Washington, DC: US Government Printing Office 1992.
117. **ROOM, R. et al.:** Alcohol in developing societies: A public health approach. Helsinki: Finish Foundation for Alcohol Studies 2002. 276 p. ISBN 951-9192-63-8.
118. **ROUCHÉ, B.:** Alcohol in human culture. In: S. P. Lucia (eds): Alcohol and Civilization. New York: McGraw-Hill 1963. s. 167–182.
119. **ROVNÝ, I., OCHABA, R., BIELIK, I.:** Kontrola tabaku v Európskej únii. Zborník príspevkov z 31. dní zdravotnej výchovy I. Stodolu. Bratislava: ÚVZ SR 2004. s. 115–118.
120. **ROVNÝ, I., OCHABA, R., TÓTH, K.:** Právne aspekty ochrany nefajčiarov v SR a EÚ. In: Ochaba, R., Žáková, E. (ed.): Národný program podpory zdravia. Zborník príspevkov. Bratislava: ÚVZ SR 2005. s. 54–73.
121. **ROVNÝ, I., OCHABA, R.:** Pasívne fajčenie u žien a detí. Revue medicíny v praxi, 2005, 5, 5–7.
122. **ROVNÝ, I.:** Národný program podpory zdravia. In: Ochaba, R., Žáková, E. (ed.): Národný program podpory zdravia. Zborník príspevkov. Bratislava: ÚVZ SR 2005. s. 7–12.
123. **ROVNÝ, I., OCHABA, R., BIELIK, I., et al.:** Prevencia závislostí a fajčenia tabaku. Bratislava: ÚVZ SR 2007. 144 s. ISBN 978-80-7159-164-1.
124. **ŘÍČAN, P. et al.:** Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Grada 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.
125. **SEJČOVÁ, Ľ.:** Kriminalita mladistvých a delikvencia maloletých. In: Kriminalita mládeže a preventívno-výchovné pôsobenie. Bratislava: Národné osvetové centrum 1997. s. 6–28. ISBN 80-7121-128-1.

126. **SHAHPE SANDY, H.:** Patofyziológia závislosti od alkoholu a iných psychoaktívnych látok. Alkoholizmus a drogové závislosti, 40, 2005, 1, s. 29–38.
127. **SMIK, J.: Drogy?.** Bratislava: Alternatíva 1994. 61 s.
128. Smoking and Environment: Actions and Attitudes. Brussels: European Commission 2003. 55 p.
129. **SOVINO VÁ, H., CSÉMY, L., PROCHÁZKA, B., KOTTNAUEROVÁ, S.:** Podíl kuřáctví na hospitalizacích v ČR v roce 2002 a odhad nákladu nemocničního léčení. Hygiena, 52, 2007, 2, s. 36–42.
130. Stav drogové problematiky v Európe. Brusel: Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť 2006. 96 s. ISBN 92-9168-261-6.
131. **SYNEK, M.:** Transformácia Národného programu podpory zdravia do základných projektov. In: Národný program podpory zdravia, Zborník príspevkov z 20. dní zdravotnej výchovy I. Stodolu. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy 1993, s. 18–22.
132. **ŠKODÁČEK, I.:** Toxikománia detí a mladistvých na Slovensku. Bratislava: Slovak Academic Press 1999. 242 s. ISBN 80-88908-40-X.
133. **SNEL, J.:** Psychológia „zakázaného ovocia“. Nové Zámky: Psychoprof 1999. 156 s. ISBN 80-968083-2-X.
134. **ŠTELIAR, I.:** Korenistá príchuť drogové budúcnosti. Sociálna prevencia, 4, 2009, 4, s. 14–16.
135. Stratégia Európskej únie na podporu členských štátov pri znižovaní rozsahu škôd súvisiacich s používaním alkoholu. KOM 2006/625 v konečnom znení.
136. **SUTHERLAND, I., WILLNER, P.:** Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents. Addiction, 38, 1998, 8, p. 1198–1208.
137. **TAYLOR, AE., JOHNSON, DC., KAZEMI, H.:** Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease: a position paper from the council on cardiopulmonary and critical care, American Heart Association. Circulation 1992; 86:1-4.
138. **TEJ, J.:** Drogové závislosti. Bratislava: ÚZV 1989. 35 s.
139. The ESPAD Report – Alcohol and Drug Use among European 17–18 year old students. Sweden: CAN 2007. 250 p. ISBN 978-91-7278-005-7.
140. **THE EUROPEAN TOBACCO CONTROL REPORT 2007.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2007. 155 p. ISBN 978-92-890-2193-7.
141. The health benefit of smoking cessation. A report of Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office 1990.
142. The health consequences of smoking. A report of the Surgeon General: 1971. Washington, DC: US Government Printing Office 1971.
143. The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office 1986.
144. Tobacco Control in EC Development Policy. A Background Paper for the High Level Round Table on Tobacco Control and Development Policy. European Commission: Brussels, 3.–4. February 2003.
145. Tobacco or Health in the European Union – Past, present and future. Brusel: European Communities 2004. 290 p. ISBN 92-894-8219-2.
146. **TOMIN, J.:** Ako prestať fajčiť. Martin: Osveta 1990. 104 s. ISBN 80-217-0109-9.
147. **TÓTH, K., FURKOVÁ, L.:** Vybrané kapitoly z medzinárodného práva. Trnava: Trnavská univerzita 2001. 63 s. ISBN 80-88908-87-6.

148. **TRICHOPOULOS, D., KALANDIDI, A., SPARROS, L. et al:** Lung Cancer and passive smoking. *International Journal of Cancer*, 1981; 27:1-4.
149. **TURČEK, K:** Poznámky k problematike boja proti alkoholizmu na Slovensku. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 40, 2005, 2, s. 121-128.
150. Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku roku 2006. Bratislava: Národné monitorovacie centrum pre drogy 2007. 125 s. ISBN 978-80-88707-97-4.
151. **WEITZMAN, M., GORTMAKER, S., WALKER, DK., et al:** Maternal smoking and childhood asthma. *Pediatrics* 1990; 85:505-11.
152. **WHO GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL 2004.** Geneva: WHO 2004. 88 p. ISBN 92 4 156272 2.
153. **WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC: MPOWER PACKAGE.** Geneva: WHO 2008. 329 p. ISBN 978 92 4 159628 2.
154. *Women and the Tobacco Epidemic.* Canada: WHO Regional Office for PANAM 2001. 222 p.
155. *Zdravie 21 – Zdravie pre všetkých v 21. storočí.* Bratislava: Národné centrum podpory zdravia 1999. 155 s. ISBN 80-7159-119-X.
156. **ZHANG, J., SAVITZ, DA., SCHWINGL, PJ., et al:** A case-control study of paternal smoking and birth defects. *International Journal of Epidemiology* 1992; 21:273-8.
157. **ZIMA, T.:** Metabolizmus alkoholu a jeho dôsledky pro poškodení organizmu. *Adiktologie*, 6, 2006, 2, s. 153-161.

**377/2004 Z. z.  
ZÁKON**

z 26. mája 2004

**o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov**

Zmena: 465/2005 Z. z. s účinnosťou od 1. novembra 2005

Zmena: 378/2008 Z. z. s účinnosťou od 1. decembra 2008

Zmena: 461/2008 Z. z. s účinnosťou od 1. januára 2009

Zmena: 87/2009 Z. z. s účinnosťou od 1. apríla 2009

Zmena: 87/2009 Z. z. s účinnosťou od 1. septembra 2009

Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:

**Čl. I**

**§ 1**

**Predmet úpravy**

Tento zákon upravuje

- a) podmienky ochrany ľudí pred vznikom závislosti od nikotínu ako návykovej a škodlivej zložky nachádzajúcej sa v tabaku a v tabakových výrobkoch, pred škodlivými účinkami fajčenia a pred inými spôsobmi používania tabakových výrobkov, ktoré poškodzujú zdravie fajčiarov a nefajčiarov bezprostredne vystavených účinkom fajčenia,
- b) podmienky ochrany ľudí pred výrobkami, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak,
- c) podmienky predaja, výroby, označovania a uvádzania tabakových výrobkov do obehu.

**§ 2**

**Základné pojmy**

- (1) Nikotín sú alkaloidy nikotínového typu.
- (2) Decht je surový bezvodý a beznikotínový kondenzát dymu.
- (3) Oxid uhoľnatý je bezfarebný plyn bez vône a bez zápachu, ktorý vzniká pri nedokonalom spaľovaní organických látok a je obsiahnutý v plynnej fáze cigaretového dymu.
- (4) Na účely tohto zákona
  - a) tabakové výrobky sú výrobky vyrobené z tabakovej suroviny alebo z technologicky upraveného tabaku, určené na fajčenie, žuvanie, šnupanie<sup>1)</sup> a cmúľanie, ak sú, hoci len čiastočne, vyrobené z tabaku,

- b) tabak určený na vnútorné použitie je každý výrobok určený na vnútorné použitie okrem toho, ktorý je určený na fajčenie alebo žuvanie, vyrobený úplne alebo čiastočne z tabaku, vo forme prášku alebo častíc alebo v kombinácii týchto foriem, najmä tých, ktoré sa uvádzajú v podobe porcií vo vrecúškach alebo v poréznych vrecúškach alebo vo forme, ktorá pripomína potravinové výrobky,
- c) fajčiareň je uzavretá a priamo vetrateľná miestnosť určená na fajčenie,
- d) fajčiarsky priestor je spravidla neuzavretý priestor, v ktorom je povolené fajčiť,
- e) škodlivé látky sú látky nachádzajúce sa v tabakových výrobkoch alebo v ich dyme a dechte so škodlivým účinkom na ľudský organizmus,
- f) uvádzanie tabakových výrobkov do obehu zahŕňa ponúkание tabakových výrobkov na predaj, ich predaj alebo ponúkание na spotrebu, ich skladovanie alebo prepravu na potreby predaja,
- g) zložka je akákoľvek látka alebo akákoľvek zložka okrem tabakového listu a iných prírodných alebo nespracovaných častí tabakovej rastliny, ktorá sa používa pri výrobe alebo príprave tabakového výrobku a naďalej je prítomná v hotovom výrobku, hoci aj v zmenenej forme, vrátane papiera, filtra, atramentov a lepidiel,
- h) spotrebiteľské balenie je akékoľvek jednotkové balenie tabakového výrobku, ktorý je určený na predaj pre spotrebiteľa,
- i) zariadenie spoločného stravovania je zariadenie, ktoré poskytuje služby spojené s výrobou, prípravou a podávaním pokrmov a nápojov,
- j) predajňa je vymedzený, uzavretý priestor, stály architektonický objekt určený na predaj tovaru spotrebiteľom.

### § 3

#### **Poskytovanie informácií o tabakových výrobkoch**

(1) Výrobca, dovozca alebo distribútor tabakových výrobkov každoročne predkladajú Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“) zoznam všetkých zložiek a ich množstiev použitých pri výrobe tabakových výrobkov určených na predaj v Slovenskej republike, a to podľa jednotlivých obchodných značiek a druhu tabakového výrobku.

(2) Zoznam zložiek podľa odseku 1 musí obsahovať aj dôvod použitia jednotlivých zložiek použitých pri výrobe tabakových výrobkov s uvedením ich funkcie a ich kategórie a toxikologické údaje zložiek v spálenej forme alebo v nespálenej forme, súvisiace najmä s ich účinkami na zdravie a na závislosť, ktoré má výrobca alebo dovozca tabakových výrobkov k dispozícii.

(3) Ministerstvo na účel informovania spotrebiteľov zabezpečí uverejnenie informácií poskytnutých podľa odsekov 1 a 2 v miestnej tlači alebo prostredníctvom internetu okrem tých informácií, ktoré sú obchodným tajomstvom 1a) výrobcu alebo dovozcu tabakových výrobkov.

(4) Ministerstvo oznamuje Európskej komisii všetky údaje a informácie vyplývajúce z právneho aktu Európskych spoločenstiev a Európskej únie.

#### § 4 Varovné označenia

(1) Na každom spotrebiteľskom balení tabakového výrobku okrem tabakového výrobku, ktorý nie je určený na fajčenie, musí byť uvedené všeobecné varovanie, dodatočné varovanie a na spotrebiteľskom balení cigariet aj údaje o obsahu škodlivých látok a číslo šarže alebo jeho ekvivalent v podobe miesta a času výroby.

(2) Všeobecné varovania sú:

- a) „Fajčenie zabíja“/„Fajčenie môže zabíjať“,
- b) „Fajčenie vážne škodí vám a ostatným okolo vás“.

(3) Všeobecné varovania podľa odseku 2 sa musia pravidelne obmieňať; musia byť vytlačené na prednej strane spotrebiteľského balenia tabakového výrobku a na každom ďalšom vonkajšom obale používanom pri maloobchodnom predaji tabakového výrobku okrem dodatočných priehľadných obalov.

(4) Dodatočné varovania sú:

- a) „Fajčiari zomierajú mladší“,
- b) „Fajčenie upcháva cievy a spôsobuje srdcové choroby“,
- c) „Fajčenie spôsobuje rakovinu pľúc“,
- d) „Fajčenie v tehotenstve škodí vášmu dieťaťu“,
- e) „Chráňte deti: nenechajte ich dýchať váš dym“,
- f) „Váš lekár alebo váš lekárnik vám môžu pomôcť prestať fajčiť“,
- g) „Fajčenie je vysoko návykové, nezačínajte s ním“,
- h) „Ak prestanete fajčiť, znížite riziko smrteľných srdcových chorôb a pľúcnych chorôb“,
- i) „Fajčenie môže spôsobiť pomalú a bolestnú smrť“,
- j) „Obráťte sa o pomoc, ak chcete prestať fajčiť: poraďte sa s vaším lekárom“,
- k) „Fajčenie môže znížiť prietok krvi a spôsobuje impotenciu“,
- l) „Fajčenie spôsobuje starnutie pokožky“,
- m) „Fajčenie môže poškodiť spermie a znížiť plodnosť“,
- n) „Dym obsahuje benzén, nitrozamíny, formaldehyd a kyanovodík“.

(5) Dodatočné varovania podľa odseku 4 sa musia obmieňať, musia byť vytlačené na zadnej strane spotrebiteľského balenia tabakového výrobku a na každom ďalšom vonkajšom obale používanom pri maloobchodnom predaji výrobku okrem dodatočných priehľadných obalov.

(6) Tabakové výrobky, ktoré nie sú určené na fajčenie, musia mať na každom spotrebiteľskom balení tabakového výrobku uvedené toto varovanie: „Tento tabakový výrobok môže poškodiť vaše zdravie a je návykový“. Toto varovanie musí byť vy-

tlačené na najlepšie viditeľnom povrchu spotrebiteľského balenia tabakového výrobku a na každom ďalšom vonkajšom obale určenom pre spotrebiteľa, ktorý sa používa pri maloobchodnom predaji výrobkov okrem dodatočných priehľadných obalov.

(7) Všeobecné varovanie podľa odseku 2 a varovanie podľa odseku 6 musí pokrývať najmenej 30 % prednej strany balenia tabakového výrobku. Dodatočné varovanie podľa odseku 4 musí pokrývať najmenej 40 % zadnej strany balenia tabakového výrobku; na tabakových výrobkoch iných ako cigarety, ktorých najlepšie viditeľný povrch balenia presahuje 75 cm<sup>2</sup>, všeobecné varovanie a dodatočné varovanie musia každé osobitne pokrývať plochu najmenej 22,5 cm<sup>2</sup>.

(8) Varovné označenia podľa odseku 1 musia byť

a) uvedené v štátnom jazyku,

b) vytlačené čiernym tučným písmom typu Helvetica na bielom podklade; bodová veľkosť písma musí zaberáť čo najväčšiu časť plochy určenej na varovné označenie a čo najväčšiu časť plochy určenej na údaje o obsahu škodlivých látok,

c) vytlačené malými písmenami okrem prvého písmena a tam, kde si to gramatické pravidlá vyžadujú,

d) vycentrované na ploche, na ktorej majú byť vytlačené, rovnobežne s horným okrajom balenia,

e) lemované čiernym okrajom širokým najmenej 3 mm, ale najviac 4 mm, ktorý nesmie narušiť čitateľnosť varovných označení a údajov o obsahu škodlivých látok, okrem výrobkov uvedených v odseku 6; okraje sa započítajú do plochy požadovanej na texty.

(9) Varovné označenia podľa odseku 1 nesmú byť umiestnené na kontrolných známkach. Musia byť vytlačené neodstrániteľne a nezmazateľne a nesmú byť skryté, prekryté alebo narušené iným textom, obrázkom alebo otvorením spotrebiteľského balenia. Ak ide o tabakové výrobky iné ako cigarety, varovné označenia môžu byť pripevnené prostredníctvom samolepiek za predpokladu, že sú neodstrániteľné.

(10) Na spotrebiteľskom balení tabakových výrobkov sa zakazuje používať klamlivé texty, názvy, ochranné známky a obrazové alebo iné znaky naznačujúce, že určitý tabakový výrobok je menej škodlivý ako ostatné výrobky; tým nie je dotknutá povinnosť uvádzania údajov o obsahu škodlivých látok podľa § 5 ods. 6. Zakazuje sa používať rovnocenné výrazy v iných jazykoch.

## § 5 Škodlivé látky

(1) Obsah dechtu nesmie prekročiť 10 mg v 1 cigarete (ďalej len „mg/cig.“).

(2) Obsah nikotínu nesmie prekročiť 1 mg/cig.

(3) Obsah oxidu uhoľnatého nesmie prekročiť 10 mg/cig.



(4) Obsahy dechtu, nikotínu, oxidu uhoľnatého v cigaretách a správnosť údajov o obsahu dechtu a nikotínu uvádzaných na spotrebiteľských baleniach cigariet sa určujú a overujú podľa medzinárodných noriem (ISO). Interval spoľahlivosti pre oxid uhoľnatý do vykonania revízie príslušnej technickej normy je na úrovni +/- 25 %, avšak najnižšia dosiahnuteľná hodnota uvedeného intervalu spoľahlivosti je +/- 1,5 mg/cig.

(5) Skúšky na overovanie správnosti deklarovaných údajov podľa odseku 4 vykonávajú akreditované skúšobné laboratóriá.<sup>2)</sup> Zoznam akreditovaných skúšobných laboratórií spoločne so stanovenými kritériami používanými pri schvaľovaní laboratórií zasiela ministerstvo Európskej komisii.

(6) Údaje o obsahu škodlivých látok podľa odsekov 1 až 3 sa uvádzajú na jednej z bočných strán spotrebiteľského balenia cigariet, a to tak, aby údaje zaberali najmenej 10 % povrchu bočnej strany spotrebiteľského balenia cigariet, na ktorom sú vytlačené.

(7) Údaje o obsahu škodlivých látok podľa odseku 6 sa uvádzajú takto:

- a) „Nikotín: x mg/cig., kde x je číslo s jedným desatinným miestom“,
- b) „Decht: x mg/cig., kde x je celé číslo“,
- c) „CO: x mg/cig., kde x je celé číslo“.

## § 6

### **Predaj tabakových výrobkov a výrobkov, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak**

(1) Zakazuje sa predaj tabakových výrobkov a výrobkov, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak,

- a) v predajniach potravín okrem predajní, ktoré majú na predaj tabakových výrobkov vyčlenený samostatný priestor alebo stojan,
- b) v predajniach s tovarom určeným pre deti,
- c) v predškolských zariadeniach a na detských ihriskách, v základných školách, v stredných školách a v školských zariadeniach, na vysokých školách, v študentských domovoch,
- d) v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach sociálnych služieb vrátane stánkov, bufetov a iných predajných miest, ktoré sa nachádzajú v areáli týchto zariadení,
- e) formou podomového predaja a zásielkového predaja,
- f) v spotrebiteľskom balení cigariet s obsahom iným ako devätnásť kusov alebo dvadsať kusov.

(2) Zakazuje sa predávať tabakové výrobky a výrobky, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, osobám mladším ako 18 rokov.

(3) Každý, kto predáva tabakové výrobky a výrobky, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, je povinný odoprieť ich predaj osobe, ktorá je mladšia ako 18 rokov.

(4) Zakazuje sa uvádzať do obehu tabak určený na vnútorné použitie.

(5) Zakazuje sa predaj tabakových výrobkov z automatov

(6) Zakazuje sa predaj výrobkov napodobňujúcich tvar a vzhľad tabakových výrobkov alebo tabakových potrieb vo forme potravinárskych výrobkov alebo hračiek.

## § 7

### Zákaz fajčenia

(1) Zakazuje sa fajčiť

- a) na verejných letiskách,2a) v dráhových vozidlách vnútroštátnej verejnej osobnej dopravy na železničných dráhach, električkových, trolejbusových, lanových a špeciálnych dráhach, v priestoroch železničných staníc a zastávok, v prostriedkoch autobusovej vnútroštátnej hromadnej osobnej dopravy, v čakárňach a v prístreškoch na zastávkach vnútroštátnej pravidelnej osobnej dopravy, na krytých nástupištiach a v uzavretých verejných priestoroch súvisiacich s touto dopravou určených pre cestujúcich, na otvorených nástupištiach do vzdialenosti štyri metre od vymedzenej plochy nástupíšť,
- b) v areáloch zdravotníckych zariadení okrem fajčiarní alebo fajčiarskeho priestoru, ktorý je vyhradený na psychiatrických oddeleniach,
- c) v základných školách, v stredných školách a v školských zariadeniach, v predškolských zariadeniach a v priestoroch detských ihrísk,
- d) vo vysokých školách a v študentských domovoch,
- e) v zariadeniach sociálnych služieb okrem fajčiarní vyhradených pre zamestnancov,
- f) v kultúrnych zariadeniach a v uzavretých športových zariadeniach,
- g) v úradných budovách, v uzavretých verejne prístupných priestoroch všetkých typov predajní, v divadlách, v kinách, na výstaviskách, v múzeách a galériách,
- h) v zariadeniach spoločného stravovania, okrem zariadení, ktoré majú pre nefajčiarov vyhradených minimálne 50 % z plochy, ktorá je stavebne oddelená od časti pre fajčiarov, pričom priestor pre nefajčiarov musí byť umiestnený pri vstupe do zariadenia,
- i) v zariadeniach starostlivosti o ľudské telo,2b)
- j) v priestoroch, v ktorých sú mladiství vo väzbe alebo v ktorých vykonávajú trest odňatia slobody.

(2) Zákaz fajčenia na pracoviskách ustanovuje osobitný predpis.3)

(3) Obec môže všeobecne záväzným nariadením obmedziť alebo zakázať fajčenie aj na iných verejne prístupných miestach.

## § 8

### Povinnosti fyzických osôb-podnikateľov a právnických osôb

(1) Fyzická osoba-podnikateľ a právnická osoba sú povinné

- a) utvárať podmienky na zabezpečenie ochrany nefajčiarov pred škodlivým vplyvom tabakového dymu a dymu z výrobkov, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak,
- b) zabezpečovať dodržiavanie zákazov a obmedzení podľa tohto zákona.

(2) Každý, kto predáva tabakové výrobky a výrobky, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, je povinný upozorniť verejnosť na zákaz podľa § 6 ods. 2 oznamom umiestneným na viditeľnom mieste.

(3) Fyzická osoba-podnikateľ a právnická osoba, ktoré prevádzkujú zariadenia, v ktorých je zakázané fajčenie, sú povinní upozorniť verejnosť na zákaz fajčenia bezpečnostným a zdravotným označením<sup>3a</sup>), ktoré musí byť umiestnené na viditeľnom mieste.

(4) V priestoroch, kde je podľa § 7 zákaz fajčenia, musí byť na viditeľnom mieste umiestnený oznam s informáciou, kde a na ktorých kontrolných orgánoch, ktoré sú podľa § 9 povinné vykonávať kontrolu dodržiavania tohto zákona, je možné podať oznámenie o porušovaní tohto zákona.

## § 9

### Kontrola

(1) Kontrolu dodržiavania tohto zákona sú povinné vykonávať tieto kontrolné orgány:

- a) Slovenská obchodná inšpekcia,
- b) Štátna veterinárna a potravinová správa Slovenskej republiky,
- c) orgány štátnej správy na úseku verejného zdravotníctva (ďalej len „orgány verejného zdravotníctva“),<sup>4)</sup>
- d) obec,
- e) prevádzkovatelia železničnej, autobusovej a ostatnej pravidelnej osobnej dopravy,
- f) Železničná polícia.

(2) Zistené porušenia zákona podľa § 4 a 6 kontrolné orgány uvedené v odseku 1 písm. b) až f) bezodkladne oznámia Slovenskej obchodnej inšpekcii.

(3) Zistené porušenia zákona podľa § 4 až 7 kontrolné orgány uvedené v odseku 1 písm. a), b), d) až f) oznamujú Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky.

(4) Kontrolu dodržiavania tohto zákona na pracoviskách sú oprávnené vykonávať okrem zamestnávateľov orgány inšpekcie práce a orgány na ochranu zdravia.<sup>4)</sup>

## § 10

### Správne delikty

(1) Slovenská obchodná inšpekcia uloží pokutu od 331 eur do 6638 eur fyzickej osobe-podnikateľovi alebo právnickej osobe, ktorá pri maloobchodnej činnosti predáva tabakové výrobky neoznačené na spotrebiteľskom balení varovnými označeniami podľa § 4.

(2) Slovenská obchodná inšpekcia uloží pokutu od 331 eur do 6638 eur fyzickej osobe-podnikateľovi alebo právnickej osobe, ktorá nerešpektuje zákaz alebo

obmedzenie predaja tabakových výrobkov a výrobkov, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, podľa § 6.

(3) Štátna veterinárna a potravinová správa Slovenskej republiky uloží pokutu od 3319 eur do 331 939 eur, ak sa konania podľa odsekov 1 a 2 dopustí výrobca, dovozca alebo distribútor tabakových výrobkov a výrobkov, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, pri veľkoobchodnej činnosti smerujúcej k uvádzaniu týchto tabakových výrobkov do obehu.

(4) Štátna veterinárna a potravinová správa Slovenskej republiky uloží pokutu od 3 319 eur do 331 939 eur, ak sa konania podľa odseku 2 dopustí výrobca alebo dovozca tabakových výrobkov a výrobkov, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, pri maloobchodnej činnosti smerujúcej k uvádzaniu týchto tabakových výrobkov a výrobkov, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, do obehu.

(5) Štátna veterinárna a potravinová správa Slovenskej republiky uloží pokutu od 3319 eur do 331 939 eur, ak výrobca tabakových výrobkov pri veľkoobchodnej činnosti poruší ustanovenie o prekročení obsahu škodlivých látok podľa § 5.

(6) Slovenská obchodná inšpekcia uloží pokutu od 331 eur do 3319 eur fyzickej osobe-podnikateľovi alebo právnickej osobe, ak nezabezpečí dodržiavanie obmedzení podľa § 8 ods. 2 až 4.

(7) Orgány verejného zdravotníctva uložia pokutu od 331 eur do 3319 eur fyzickej osobe-podnikateľovi alebo právnickej osobe, ak nezabezpečí dodržiavanie zákazov podľa § 7 ods. 1 písm. b) až i).

(8) Pokuty podľa tohto zákona možno uložiť do dvoch rokov odo dňa, keď kontrolný orgán zistil porušenie povinností, najneskôr však do piatich rokov odo dňa, keď bola povinnosť porušená.

(9) Pri ukladaní pokút sa prihliada na závažnosť porušenia povinností, čas trvania a na vzniknuté alebo hroziace škodlivé následky na zdravie.

(10) Výnosy z pokút uložených Slovenskou obchodnou inšpekciou, orgánmi verejného zdravotníctva a Štátnou veterinárnou a potravinovou správou Slovenskej republiky sú príjmom štátneho rozpočtu.

(11) Ak tento zákon neustanovuje inak, na ukládanie pokút sa vzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní.5)

## **§ 11** **Priestupky**

- (1) Priestupku sa dopustí ten, kto
  - a) poruší zákaz fajčenia podľa § 7 ods. 1 písm. a),
  - b) poruší zákaz fajčenia podľa § 7 ods. 1 písm. b) až i),
  - c) umožní užívať tabakové výrobky a výrobky, ktoré sú určené na fajčenie a neobsahujú tabak, osobe mladšej ako 18 rokov,
  - d) poruší zákaz fajčenia podľa § 7 ods. 1 písm. j).
- (2) Za priestupky uvedené v odseku 1 písm. a), b) a d) možno uložiť pokutu do 331 eur.
- (3) Za priestupok uvedený v odseku 1 písm. c) možno uložiť pokutu do 497 eur.
- (4) Priestupky podľa odseku 1 písm. a) prerokúvajú obce; v blokovom konaní ich môžu prerokúvať aj obecná polícia, Železničná polícia a Policajný zbor Slovenskej republiky.
- (5) Priestupky uvedené v odseku 1 písm. b) a c) prerokúvajú orgány verejného zdravotníctva;<sup>4</sup> v blokovom konaní ich môžu prerokúvať aj orgány uvedené v § 9 ods. 1 písm. a), b), d) a f).
- (6) Priestupky uvedené v odseku 1 písm. d) prerokúvajú orgány ustanovené v osobitnom predpise.<sup>5a</sup>
- (7) Na priestupky a ich prerokúvanie sa vzťahujú všeobecné predpisy o priestupkoch.<sup>6</sup>
- (8) Výnosy z pokút za priestupky sú príjmom štátneho rozpočtu okrem výnosov z pokút za priestupky uložené obcou, ktoré sú príjmom obce.

## **§ 12** **Prechodné ustanovenia**

- (1) Tabakové výrobky, ktoré nespĺňajú požiadavky podľa § 4, a cigarety aj požiadavky podľa § 5, možno vyrábať a dovážať na územie Slovenskej republiky najneskôr do 31. októbra 2004; obsah nikotínu v nich nesmie prekročiť 1,2 mg/cig. a obsah dechtu nesmie prekročiť 12 mg/cig.
- (2) Uvádzanie cigariet podľa odseku 1 do obehu sa musí skončiť najneskôr do 31. mája 2005.
- (3) Uvádzanie tabakových výrobkov okrem cigariet podľa odseku 1 do obehu sa musí skončiť najneskôr do 31. mája 2005.
- (4) Výrobca a dovozca tabakových výrobkov predložia ministerstvu po prvýkrát správu podľa § 3 najneskôr do 1. decembra 2004.

(5) Spotrebiteľské balenie cigariet s obsahom iným ako devätnásť kusov alebo dvadsať kusov, s výnimkou spotrebiteľského balenia cigariet s obsahom desať kusov, možno vyrábať alebo dovážať na územie Slovenskej republiky najneskôr do 31. januára 2009.

(6) Spotrebiteľské balenie cigariet s obsahom iným ako devätnásť kusov alebo dvadsať kusov, s výnimkou spotrebiteľského balenia cigariet s obsahom desať kusov, možno predávať najneskôr do 30. septembra 2009.

(7) Spotrebiteľské balenie cigariet s obsahom desať kusov možno vyrábať alebo dovážať na územie Slovenskej republiky najneskôr do 31. januára 2010.

(8) Spotrebiteľské balenie cigariet s obsahom desať kusov možno predávať najneskôr do 31. júla 2010.

(9) Slovenská obchodná inšpekcia uloží pokutu od 10 000 Sk do 200 000 Sk fyzickej osobe-podnikateľovi alebo právnickej osobe, ktorá vyrába alebo dováža na územie Slovenskej republiky spotrebiteľské balenie cigariet s obsahom iným ako devätnásť kusov alebo dvadsať kusov po 31. januári 2009, s výnimkou spotrebiteľského balenia cigariet s obsahom desať kusov.

(10) Slovenská obchodná inšpekcia uloží pokutu od 10 000 Sk do 200 000 Sk fyzickej osobe-podnikateľovi alebo právnickej osobe, ktorá predáva spotrebiteľské balenie cigariet s obsahom iným ako devätnásť kusov alebo dvadsať kusov po 30. septembri 2009, s výnimkou spotrebiteľského balenia cigariet s obsahom desať kusov.

(11) Slovenská obchodná inšpekcia uloží pokutu od 10 000 Sk do 200 000 Sk fyzickej osobe-podnikateľovi alebo právnickej osobe, ktorá vyrába alebo dováža na územie Slovenskej republiky spotrebiteľské balenie cigariet s obsahom desať kusov po 31. januári 2010.

(12) Slovenská obchodná inšpekcia uloží pokutu od 10 000 Sk do 200 000 Sk fyzickej osobe-podnikateľovi alebo právnickej osobe, ktorá predáva spotrebiteľské balenie cigariet s obsahom desať kusov po 31. júli 2010.

### **§ 13**

#### **Záverčné ustanovenie**

Týmto zákonom sa preberá právny akt Európskych spoločenstiev a Európskej únie uvedený v prílohe.

### **§ 14**

#### **Zrušovacie ustanovenie**

Zrušuje sa zákon č. 67/1997 Z. z. o ochrane nefajčiarov v znení zákona č. 147/2001 Z. z., zákona č. 553/2001 Z. z., zákona č. 23/2002 Z. z. a zákona č. 128/2002 Z. z.

219/1996 Z.z.

**ZÁKON  
NÁRODNEJ RADY SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

z 1. júla 1996

**o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke  
protialkoholických záchytných izieb**

Zmena: 214/2009 Z. z. s účinnosťou od 4. júna 2009

Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:

**§ 1**

**Alkoholické nápoje**

Alkoholickými nápojmi na účely tohto zákona sú liehoviny, destiláty, víno, pivo a iné nápoje, ktoré obsahujú viac ako 0,75 objemového percenta alkoholu.

**§ 2**

**Obmedzujúce opatrenia**

(1) Zakazuje sa

- a) predávať alebo podávať alkoholické nápoje alebo inak umožňovať ich požívanie
  1. osobám mladším ako 18 rokov,
  2. osobám zjavne ovplyvneným alkoholom,
  3. v zdravotníckych zariadeniach s výnimkou kúpeľných liečební pre dospelých,
  4. na zhromaždeniach<sup>1)</sup> a verejných kultúrnych podujatiach<sup>2)</sup> s výnimkou piva a vína,
  5. na verejných kultúrnych podujatiach<sup>2)</sup> určených pre osoby mladšie ako 18 rokov;
- b) podávať alkoholické nápoje alebo inak umožňovať ich bezprostredné požitie vodičom;
- c) vstupovať do priestorov a vozidiel verejnej dopravy osobám zjavne ovplyvneným alkoholom, ak ohrozujú alebo môžu ohroziť bezpečnosť alebo plynulosť premávky alebo prepravy, verejný poriadok alebo vzbudzujú verejnú pohoršenie.

(2) Osoby maloleté do 15 rokov a mladistvé do 18 rokov nesmú požívať alkoholické nápoje alebo iné návykové látky a sú povinné podrobiť sa orientačnej dychovej skúške alebo orientačnému vyšetreniu testovacím prístrojom na zistenie omamných alebo psychotropných látok.

---

<sup>1)</sup> § 1 a 2 zákona č. 84/1990 Zb. o zhromažďovanom práve.

<sup>2)</sup> § 1 zákona Slovenskej národnej rady č. 96/1991 Zb. o verejných kultúrnych podujatiach.



(3) Osoby maloleté do 15 rokov sa nesmú zdržiavať bez dozoru svojich zákonných zástupcov po 21.00 hodine na verejne prístupných miestach, v ktorých sa podávajú alkoholické nápoje.

(4) Obce môžu vo svojich územných obvodoch alebo v určitých častiach svojho územného obvodu obmedziť alebo zakázať v určitých hodinách alebo dňoch predaj, podávanie alebo požívanie alkoholických nápojov v zariadeniach spoločného stravovania, v predajniach potravín alebo na iných verejne prístupných miestach.

### § 3

#### Osobitné povinnosti právnických osôb a fyzických osôb oprávnených na podnikanie

(1) Právnické osoby a fyzické osoby oprávnené na podnikanie, na ktoré sa vzťahujú zákazy a obmedzenia uvedené v § 2 ods. 1 písm. a) a b) a v odseku 2, sú povinné upozorniť verejnosť na zákazy a obmedzenia výrazným označením alebo oznámením (ďalej len „oznam“) umiestneným v prevádzkarniach alebo v budovách na takom mieste, kde ich verejnosť nemôže prehliadnuť.

(2) Text oznamu (odsek 1) musí byť jednoznačný, výrazný, dobre viditeľný a umiestnený na vhodnom podklade. Súčasťou tohto oznamu musí byť aj citácia tohto zákona.

(3) Každý, kto predáva alebo podáva alkoholické nápoje, na ktoré sa vzťahujú zákazy uvedené v § 2 ods. 1 písm. a) bodoch 1 a 5, je povinný odoprieť ich predaj alebo podanie osobe, o ktorej má pochybnosť, či spĺňa podmienku veku, kým ju nepreukáže.

### § 4

#### Osobitné povinnosti fyzických osôb

(1) Osoby vykonávajúce činnosť, pri ktorej by mohli ohroziť život, zdravie seba alebo iných osôb alebo poškodiť majetok, nesmú požívať alkoholické nápoje alebo iné návykové látky<sup>3)</sup> pri vykonávaní tejto činnosti alebo pred jej vykonávaním, ak by počas tejto činnosti mohli byť ešte pod ich vplyvom.

(2) Povinnosť zamestnancov nepožívať alkoholické nápoje a nezneužívať iné omamné prostriedky na pracoviskách zamestnávateľov a v pracovnom čase aj mimo týchto pracovísk a nenastupovať pod ich vplyvom do práce ustanovuje osobitný predpis.<sup>4)</sup>

<sup>3)</sup> Prílohy č. 3 a 4 nariadenia vlády Slovenskej socialistickej republiky č. 206/1988 Zb. o jedoch a niektorých iných látkach škodlivých zdraviu v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 232/1990 Zb.

<sup>4)</sup> § 135 ods. 2 písm. b) Zákonníka práce.

- 3) Prílohy č. 3 a 4 nariadenia vlády Slovenskej socialistickej republiky č. 206/1988 Zb. o jedoch a niektorých iných látkach škodlivých zdraviu v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 232/1990 Zb.
- 4) § 135 ods. 2 písm. b) Zákonníka práce.

## § 5

### Vyšetrenie na zistenie alkoholu alebo iných návykových látok

(1) Príslušníci Policajného zboru, Vojenskej polície, Zboru väzenskej a justičnej stráže Slovenskej republiky, Železničnej polície Slovenskej republiky, Zboru ozbrojenej ochrany letísk a zamestnanci obecnej a mestskej polície (ďalej len „policajný orgán“) sú oprávnení v rámci svojej pôsobnosti vyzvať osoby uvedené v § 4 ods. 1 na vyšetrenie na zistenie alkoholu alebo iných návykových látok.

(2) Policajný orgán je oprávnený vyzvať na vyšetrenie podľa odseku 1 aj iné osoby, ako sú uvedené v § 4 ods. 1, a to vtedy, ak je dôvodné podozrenie, že spôsobili sebe alebo inému ujmu na zdraví v súvislosti s požitím alkoholických nápojov alebo iných návykových látok.<sup>3)</sup>

(3) Vyšetrenie na zistenie alkoholu alebo iných omamných prostriedkov u zamestnancov uvedených v § 4 ods. 2 ustanovuje osobitný predpis.<sup>5)</sup>

(4) Vyšetrenie na zistenie alkoholu sa vykonáva dychovou skúškou prístrojom, ktorým sa určí objemové percento alkoholu v krvi. Ak sa osoba odmietne podrobiť takému vyšetreniu, možno na požiadanie vykonať lekárske vyšetrenie odberom a vyšetrením krvi alebo iného biologického materiálu. Ak osoba odmieta takúto lekárske vyšetrenie<sup>6)</sup>, stupeň opitosti určí lekár podľa medicínskych klinických príznakov.

(5) Prítomnosť iných návykových látok<sup>3)</sup> v organizme sa zisťuje lekárske vyšetrením.

(6) Lekárske vyšetrenie podľa odsekov 4 a 5 sa vykonáva v zdravotníckych zariadeniach. Náklady na lekárske vyšetrenie uhradí ten, kto o takúto vyšetrenie požiadal, a to vo výške určenej cenovými predpismi.<sup>7)</sup>

(7) V prípade pozitívneho výsledku lekárskeho vyšetrenia je osoba povinná uhradiť tomu, kto o vyšetrenie požiadal, skutočne vynaložené finančné prostriedky spojené s takýmto vyšetrením.

<sup>3)</sup> Prílohy č. 3 a 4 nariadenia vlády Slovenskej socialistickej republiky č. 206/1988 Zb. o jedoch a niektorých iných látkach škodlivých zdraviu v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 232/1990 Zb.

<sup>5)</sup> § 135 ods. 2 písm. g) Zákonníka práce.

<sup>6)</sup> § 13 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

<sup>7)</sup> Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 18/1996 Z. z. o cenách.

**§ 6****Zriadenie protialkolickej záchytnej izby**

Protialkolickejš záchytnú izbu (ďalej len „záchytná izba“) zriaďuje a jej spádové územie určuje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky po dohode s obcou, pre ktorej územie je určená.

**§ 7****Prevádzka záchytnej izby**

(1) Prevádzku záchytnej izby zabezpečuje riaditeľ toho zdravotníckeho zariadenia, pri ktorom je záchytná izba zriadená. Podrobnosti prevádzky upravuje organizačný poriadok zdravotníckeho zariadenia.

(2) Ak zamestnanci v záchytnej izbe nemôžu zvládnuť agresívne správanie osoby umiestnenej v záchytnej izbe, vyžadujú si súčinnosť príslušného policajného orgánu; tento orgán je povinný takúto súčinnosť poskytnúť.

**§ 8****Umiestňovanie v záchytnej izbe**

(1) Osoby, ktoré prejavujú príznaky požitia alkoholických nápojov a v dôsledku toho vzbudzujú verejnú pohoršenie alebo ohrozujú seba, svoju rodinu alebo iné osoby, verejný poriadok alebo majetok, sú povinné na výzvu policajného orgánu podrobiť sa umiestneniu v záchytnej izbe, a to na čas, kým nepominie alkoholické opojenie.

(2) Pred umiestnením osoby v záchytnej izbe posúdi lekár jej zdravotný stav a rozhodne o vhodnosti umiestnenia osoby v záchytnej izbe. Ak ide o osobu s príznakmi otravy alkoholom alebo ak je podozrenie, že osoba je pod vplyvom návykových látok, alebo o osobu so zranením, prípadne s inou poruchou zdravia, ktorá si vyžaduje odborné lekárske ošetrovanie, umiestňuje sa na základe odporúčania lekára na príslušné oddelenie nemocnice.

(3) Ak zamestnanci nemocnice nemôžu zvládnuť agresívne správanie osoby umiestnenej na príslušnom oddelení, sú orgány uvedené v § 7 ods. 2 povinné poskytnúť im súčinnosť.

(4) Osoba mladšia ako 15 rokov nesmie byť umiestnená v záchytnej izbe. Takáto osoba sa umiestňuje na príslušnom oddelení nemocnice.

(5) O prijatí a umiestnení osoby do záchytnej izby sa vyhotoví záznam. Dôvod umiestnenia osoby v záchytnej izbe v tomto zázname uvedie policajný orgán; lekár záchytnej izby v ňom uvedie čas a priebeh umiestnenia osoby.

## § 9

### Doprava do záchytnej izby

- (1) Dopravu do záchytnej izby je povinný zabezpečiť policajný orgán.
- (2) Osoba, ktorá bola dopravená a umiestnená v záchytnej izbe, je povinná uhradiť skutočné náklady na dopravu tomu, kto vykonal dopravu, a to do 30 dní od doručenia výzvy na zaplatenie úhrady nákladov.

## § 10

### Oznámenie údajov o osobe umiestnenej v záchytnej izbe

Policajný orgán, ktorý zabezpečil dopravu, je povinný zistiť totožnosť, trvalý pobyt alebo prechodný pobyt osoby, ktorá je umiestnená v záchytnej izbe, a tieto údaje bez meškania oznámiť záchytnej izbe.

## § 11

### Úhrada nákladov na prevádzku záchytnej izby a za pobyt v záchytnej izbe

- (1) Náklady na prevádzku záchytnej izby uhrádza zdravotníckemu zariadeniu tá obec, na ktorej území je záchytná izba zriadená, vo výške 600 Sk na lôžko a deň. V prípade, že spádové územie záchytnej izby je určené pre viaceré obce, podieľajú sa tieto na úhrade prevádzkových nákladov pomerne, podľa počtu svojich obyvateľov. Náklady na prevádzku uhrádzané obcou sa znižujú o sumu zaplatenú osobami priamo záchytnej izbe podľa odseku 2.
- (2) Osoba, ktorá bola umiestnená v záchytnej izbe, je povinná pri prepustení alebo najneskoršie do 30 dní od doručenia výzvy na zaplatenie nákladov za pobyt uhradiť zdravotníckemu zariadeniu, pri ktorom je záchytná izba zriadená, náklady za pobyt vo výške 600 Sk.
- (3) V prípade, že osoba neuhradí sumu podľa odseku 2 v určenej lehote, záchytná izba oznámi údaje o takejto osobe obci, pre ktorej územie bola zriadená, a obci, z ktorej územia bola osoba do záchytnej izby dopravená. V takomto prípade je osoba povinná uhradiť náklady vo výške 600 Sk obci, na ktorej území je záchytná izba zriadená, a to do 30 dní od doručenia výzvy obce na zaplatenie nákladov za pobyt v záchytnej izbe.

## § 12

### Pokuty a iné sankcie

- (1) Právnickej osobe alebo fyzickej osobe oprávnenej na podnikanie, ktorá porušila zákaz, obmedzenie alebo povinnosť uvedenú v § 2 ods. 1 písm. a) a b), v § 2 ods. 2 a v § 3, môže obec uložiť pokutu od 5000 Sk do 200 000 Sk.

(2) Za porušenie zákazu v § 2 ods. 2 a 3 maloletou osobou môže obec uložiť zákonnému zástupcovi maloletého pokutu do výšky 33 eur.

(3) Za porušenie zákazu v § 2 ods. 2 mladistvou osobou do 18 rokov jej obec uloží pokarhanie. V odôvodnených prípadoch uloží aj zákaz navštevovať verejne prístupné miesta a miestnosti, v ktorých sa podávajú alkoholické nápoje.

(4) Pokutu podľa odseku 1 možno uložiť do jedného roka odo dňa, keď zákaz, obmedzenie alebo povinnosť boli porušené.

(5) Na rozhodovanie o pokutách a na ukladanie sankcií podľa odseku 3 sa vzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní;<sup>8)</sup> miestne príslušná je obec podľa trvalého pobytu maloletého alebo mladistvého.

(6) Výnosy z pokút sú príjmom obce, ktorá ich uložila.

### § 13

#### Prechodné ustanovenie

Ak obec, na ktorej území je záchytná izba už zriadená, nepožiadala Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky do troch mesiacov od účinnosti tohto zákona o jej ďalšiu prevádzku, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky takúto záchytnú izbu zruší.

### § 14

#### Zrušovacie ustanovenia

Zrušujú sa:

1. zákon Slovenskej národnej rady č. 46/1989 Zb. o ochrane pred alkoholizmom a inými toxikomániami,

2. vyhláška Ministerstva zdravotníctva a sociálnych vecí Slovenskej socialistickej republiky č. 190/1989 Zb., ktorou sa vykonáva zákon Slovenskej národnej rady č. 46/1989 Zb. o ochrane pred alkoholizmom a inými toxikomániami.

### § 15

#### Účinnosť

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. augusta 1996.

<sup>8)</sup> Zákon č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok).

## NÁRODNÁ PROTIDROGOVÁ STRATÉGIA na obdobie 2009–2012

(NPDS)

### PREAMBULA

Vývoj v oblasti nelegálnych drog na Slovensku sa od roku 1993 výrazne zmenil a prešiel mnohými významnými etapami. Fenomén drog zasahuje do podstaty existencie spoločnosti ako takej, narúša jej morálne základy, ekonomické väzby, jej právny systém a negatívne ovplyvňuje úroveň verejného zdravia. Stal sa závažným celospoločenským problémom. Snahou spoločnosti je zodpovedne reagovať na zmeny v drogovej situácii a prijímať opatrenia, ktoré významným spôsobom napomôžu predchádzať vzniku a riešeniu problémov súvisiacich so zneužívaním drog, s ich výrobou, ako aj s ich nelegálnym obchodovaním.

Slovenská republika sa stala plnohodnotným partnerom pri plnení úloh spojených s drogovým fenoménom v európskom priestore. Aktívne sa podieľa na rozpracovaní a realizácii zámerov Európskej únie v oblasti Európskej protidrogovej stratégie. Stala sa súčasťou koordinovaného postupu krajín EÚ pri spoločnom riešení problémov súvisiacich s ohrozením zdravia občanov, v zabezpečení ich psychickej a duševnej pohody, ako aj ich bezpečnosti. Je dôstojným článkom európskej informačnej siete o drogách a drogovej závislosti.

Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009–2012 je prejavom politickej vôle vlády Slovenskej republiky riešiť problémy spojené s drogami. Predstavuje základný dokument Slovenskej republiky v oblasti protidrogovej politiky, opierajúci sa o predchádzajúce protidrogové stratégie v súlade s úrovňou súčasného poznania fenoménu drog. Tvorí vyvážený a integrovaný prístup k riešeniu jedného zo závažných spoločenských problémov. Rešpektuje celosvetové a európske hodnoty a štandardy zamerané na dodržiavanie ľudských práv, úctu k ľudskej dôstojnosti a ochranu jednotlivca. Definuje smer riešenia problémov spojených s drogami a základný rámec na tvorbu a uskutočňovanie protidrogových stratégií na úrovni rezortov, krajov a obcí. Jej primárnym cieľom je riešiť problémy v oblasti znižovania ponuky drog, dopytu po drogách a znižovania škôd, ktoré vznikli v dôsledku ich užívania. Zvýrazňuje význam spoľahlivých a porovnateľných informácií, potrebu poznania a vedomostí o vývoji drogovej scény v kontexte európskych poznatkov ako základ na prijímanie kvalifikovaných rozhodnutí. Je charakteristická snahou o vyváženosť jej jednotlivých oblastí a otvorenosťou. Zameriava sa na ochranu verejného zdravia s dôrazom na zabezpečenie ochrany obyvateľov pred rizikom drogovej závislosti a zneužívania drog, ale tiež otázok spojených so sociálnou exklúziou a inklúziou zraniteľných skupín.

Slovenská republika sa pri riešení drogového problému bude i naďalej opierať o aktivity príslušných medzinárodných organizácií, dobré postupy a príklady dobrej praxe v danej oblasti, podporovať rozvoj informovanosti a monitoringu. Je si plne vedomá skutočnosti, že zmeny v súčasnom nepriaznivom vývoji možno dosiahnuť

len spoločným a koordinovaným postupom, založenom na spolupráci subjektov, do ktorých pôsobnosti problém užívania drog zasahuje na všetkých úrovniach verejnej správy a spoločnosti.

## I.

### Drogy – celosvetový, európsky a národný problém

Nelegálne drogy sú považované za tretie najväčšie priemyselné odvetvie na svete. Ich zneužívanie prináša utrpenie jednotlivcovi a spoločnosti a stalo sa celosvetovým problémom, ktorý nerešpektuje geografické či štátne hranice. Odhaduje sa, že roku 2007 približne 200 mil. ľudí vo svete užívalo drogy. Vývoj drogového problému vo svete výrazne vplýva na užívanie drog v Európe, kde užívanie drog v súčasnosti zostáva na historicky vysokej úrovni. Čoraz viac členských štátov EÚ prijím a strategické a plánované prístupy k riešeniu problémov spojených s drogami. Prostredníctvom programov a projektov sa intenzívne rozvíja a upevňuje medzinárodná spolupráca zameraná najmä na oblasť znižovania ponuky a dopytu. Napriek dosiahnutému pokroku drogový problém v jednotlivých jeho oblastiach naďalej predstavuje výzvu na rozvoj národných politík a tvorbu efektívnych stratégií, upevňovanie spolupráce a koordinácie a primerané reakcie na problémy spojené s drogami.

V rámci Európskej únie sa odhaduje, že roku 2007 okolo 25 až 30 mil. dospelých vo veku 15–64 rokov užívalo niektoré druhy nelegálnych drog. Je to historicky vysoká hodnota, napriek tomu, že sa v posledných rokoch stabilizovala. Menia sa trendy a vzory správania v užívaní drog. Konope je najpopulárnejšou nelegálnou látkou v rámci EÚ, heroín má stále najväčší podiel na drogovej závislosti a škodách spôsobených na zdraví. V užívaní extázy a amfetamínov možno konštatovať dosiahnutie vrcholu, ktorý sa postupne znižuje, vo viacerých členských štátoch sa zvyšuje užívanie kokaínu [1]. Nárast užívania viacerých drog súčasne vrátane kombinácie užívania legálnych a nelegálnych látok predstavuje nové výzvy pre prevenciu a liečbu ako jedných z nástrojov ochrany zdravia občanov Európskej únie<sup>1</sup>. Nelegálne obchodovanie s nimi negatívne ovplyvňuje vývoj kriminality a rozvíja korupciu. Riešenie tohto problému nepozná jednoduché riešenie. Európska únia prostredníctvom Európskej protidrogovej stratégie na obdobie 2005–2012 [2] podporuje prístup založený na skúsenostiach a získavaní vedomostí o najúčinnnejších politikách zameraných na analýzu problému a hodnotenie reakcie verejnosti na tento problém. Cieľom všetkých európskych protidrogových stratégií je znížiť užívanie drog a škody, ktoré drogy spôsobujú nielen pre ľudí, ktorí ich užívajú, ale aj pre spoločnosti, v ktorých žijú.

Slovenská republika dôsledne rešpektuje medzinárodné záväzky vyplývajúce z dokumentov Európskej únie v oblasti boja proti drogám. Dodržiava medzinárodné dohovory a zásady medzinárodnej spolupráce v oblasti kontroly legálnej výroby drog a ich prekurzorov, obmedzuje nezákonnú výrobu a obchod s drogami. Uplatňuje programy redukcie požiadavky po drogách, zdravotnej starostlivosti o závislých jedincov, posilňuje pozitívny prístup spoločnosti a jednotlivca k ochrane zdravia a života. Cieľene podporuje opatrenia zamerané na pomoc rizikovým skupinám a re-integráciu vylúčených osôb do spoločnosti. V oblasti redukcie požiadavky po droge



sa implementovala protidrogová výchova do učebných osnov základných a stredných škôl. Vytvorila sa sieť špecializovaných preventívnych centier v rezorte školstva, zdravotníctva a sociálnych vecí i v pôsobnosti mimovládnych inštitúcií. Rozvíjajú sa rôzne formy justičnej spolupráce s dôrazom na výmenu odborných informácií v súlade s právnym systémom. Zdokonalila sa kontrola legálnej výroby omamných a psychotropných látok, prijal sa rad opatrení proti praniu špinavých peňazí. Aktívne sa rozvíjala medzinárodná spolupráca s členskými štátmi EÚ. Slovenská republika je otvorená všetkým medzinárodným iniciatívam smerujúcim k účinnej eliminácii a riešeniu drogových problémov.

Napriek vynaloženému úsiliu stav v oblasti zneužívania drog predstavuje vážny celospoločenský problém. V dôsledku negatívnych dosahov, ktoré s užívaním drog súvisia, sú ohrozené zdravý vývoj spoločnosti, ochrana verejného zdravia a všeobecný poriadok v mestách a dedinách. Narastá počet osôb experimentujúcich s drogami, zvyšuje sa počet stíhaných osôb a trestných činov nedovolennej výroby, prechovávaní a distribúcie drog. Najviac užívateľov drog v liečbe, najvyšší podiel páchatel'ov drogových trestných činov a najväčší podiel na záchytoch drog sa spájajú s marihuanou, pervitínom a heroínom (roku 2008 je však zaznamenaný pomalý nárast užívateľov heroínu). V prípade marihuany je súčasný stav charakterizovaný vysokou prevalenciou užívania najmä v mladej populácii. Celoživotná prevalencia užívania heroínu vo všeobecnej populácii je z dlhodobého hľadiska približne rovnaká, znižuje sa počet užívateľov opiátov v liečbe. Zvyšujú sa skúsenosti s užívaním a dostupnosť pervitínu a extázy, najmä u mladých ľudí. Populácia problémových užívateľov drog sa odhaduje na 13 800–34 500. V kontakte so službami zabezpečujúcimi znižovanie sociálnych a zdravotných dôsledkov (problémového) užívania drog je ich maximálne jedna tretina.

## II.

### Ciele národnej protidrogovej stratégie

Národná protidrogová stratégia predstavuje vyvážený, komplexný a koordinovaný súbor preventívnych, liečebných, sociálnych, vzdelávacích, kontrolných opatrení a opatrení v oblasti vymáhania práva realizovaných na medzinárodnej, národnej, regionálnej a miestnej úrovni. Tvorí významný nástroj riešenia problémov spojených s drogami a aktívny prostriedok postupného upevňovania bezpečnosti, spravodlivosti, ochrany zdravia a slobody spoločnosti. Opiera sa o základné hodnoty a zásady práva Európskej únie, poznatky a skúsenosti získané v súčasnosti a v predchádzajúcom období. Je vytvorená v intenciách protidrogovej stratégie Európskej únie a v kontexte národných priorít a vytvára podmienky na plnohodnotné zapojenie sa Slovenskej republiky do boja proti drogám na medzinárodnej úrovni.

Nové ekonomické, zdravotné a sociálne zákony v ostatnom období, zmena organizácie a postavenia štátnej správy a delegovanie časti právomocí na orgány samosprávy menia charakter prostredia. Vytvorili priestor na tvorbu nových stratégií foriem a metód práce, mobilizáciu príslušných kapacít a posilňovanie regionálnych a miestnych zdrojov. Narastá potreba vzájomnej spolupráce a koordinácie v konkrétnych podmienkach.

Cieľom národnej protidrogovej stratégie je redukcia užívania drog v spoločnosti, rizík a škôd s tým spojených, znižovanie ponuky s dôrazom na postihovanie organizovaného zločinu zapojeného do nezákonného obchodu s drogami a vymáhanie dodržiavania zákonov súvisiacich s ich výrobou a distribúciou.

Na dosiahnutie účinnej a efektívnej politiky bude protidrogová stratégia aj naďalej založená na dostupných informáciách, objektívnych údajoch a získaných skúsenostiach. Úsilie bude zamerané na účinnú prevenciu s cieľom zvýšenia veku prvého experimentovania s drogami, zníženia spotreby všetkých typov drog a redukciu rizík a škôd s nimi spojených, zabezpečenie dostupnosti liečby, sociálnu reintegráciu jednotlivcov, ohrozené skupiny a na dôrazné presadzovanie a vynútilnosť práva proti nelegálnemu obchodu a výrobe drog. Cieľom je dosiahnutie pokroku v oblasti ochrany zdravia, sociálnej súdržnosti spoločnosti a jej bezpečnosti.

Plnenie uvedených zámerov vyžaduje:

- komplexný prístup, založený na nezastupiteľnosti a rovnocennosti jednotlivých zložiek protidrogovej politiky,
- vyvážený, integrovaný a koordinovaný prístup na všetkých úrovniach spoločnosti,
- adrešnosť prevencie, zvyšovanie kvality liečebného, resocializačného a reintegračného procesu jednotlivca,
- dlhodobé stratégie a vytváranie priestoru na skvalitňovanie procesu hodnotenia, rozvoj iniciatív a multisektorového dialógu,
- tvorbu účinných opatrení, zameraných na zamedzenie výroby drog a rastu kriminality spojenej s drogami,
- tvorbu účinných nástrojov vyhľadávania osôb a skupín žijúcich na okraji spoločnosti, poskytovanie primeranej starostlivosti a pomoci týmto skupinám a nástrojov zabráňujúcim šíreniu chorôb spojených s užívaním drog, osobitne HIV a hepatitídy.

Multidisciplinárny charakter drogovej problematiky a vývoj drogovej scény v spoločnosti predpokladá na všetkých jej úrovniach účinnejšie stratégie, ich implementáciu do praxe, existenciu platforiem hodnotenia prijatých opatrení, výmeny informácií a získaných skúseností a potrebu spoločných postupov. Napriek dosiahnutému pokroku v oblasti znižovania dopytu a ponuky drog sa na všetkých úrovniach spoločnosti a v súlade so zásadami spoločnej zodpovednosti úsilie sústredí na:

- dostupnosť a kvalitu informácií,
- účinnejšie monitorovanie stavu a vývoja drogovej scény,
- zlepšenie koordinácie, zintenzívnenie komunikácie, posilnenie spolupráce a partnerstva,
- skvalitnenie procesu evaluácie, úrovne rozhodovania, plánovania a rozvoj inštitútu realizátora aktivít,
- podporu vedy a výskumu,
- zvýšenie povedomia verejnosti o drogovej problematike a zapojenie občianskej spoločnosti do riešenia úloh zameraných na zlepšenie situácie v oblasti zneužívania drog,
- aktívny medzinárodný dialóg spojený s riešením problémov súvisiacich s drogami.

### III.

#### Základné princípy národnej protidrogovej stratégie

Problémy súvisiace so zneužívaním drog predstavujú jav, ktorý je možné posudzovať a hodnotiť z rôznych hľadísk a úrovní. Ich riešenie sa opiera o vôľu a rozhodnutie politikov a záujem občanov. Dosiahnuť zmeny a naplňať vytýčené zámery a ciele národnej protidrogovej stratégie vyžaduje integrovaný, multidisciplinárny a vyrovnaný prístup, trvalú pozornosť a sústredenie všetkých jej aktérov.

Základné princípy národnej protidrogovej stratégie:

1. Národná protidrogová stratégia rieši problémy spojené so zneužívaním drog. Jej ústrednou myšlienkou je ochrana verejného zdravia, zvýšenie verejného povedomia, porozumenia a senzitivity k rizikám, súvisiacich s ich zneužívaním v spoločnosti.

2. Je transparentná. Vytvára predpoklady na zvýšenie zodpovednosti a zmenu postoja verejnosti a celej spoločnosti k zneužívaniu drog ako jeden z predpokladov dosiahnutia stanovených cieľov.

3. Vyjadruje základný rámec pre zákonnosť verejného konania zameraného na riešenie problémov súvisiacich so zneužívaním drog na základe pravdivých poznatkov a údajov.

4. Tvorí vyvážený, integrovaný, koordinovaný a partnerský prístup v súlade s identifikovateľnými potrebami a problémami, vyplývajúcimi z vývoja drogovej scény a zo spoločenských a individuálnych dôsledkov ich zneužívania.

5. V súlade s vedecky overenými poznatkami a novými trendmi vytvára predpoklady na tvorbu dlhodobých stratégií a opatrení, zameraných na budovanie bezpečného prostredia, ochranu spoločnosti a jednotlivca, ich modifikáciu a hodnotenie účinnosti. Jej základ tvoria európska a národná legislatíva a právne normy.

### IV.

#### Priority národnej protidrogovej stratégie

##### I. ZNIŽOVANIE DOPYTU

**Predchádzať užívaniu drog, rizikám a škodám spojeným s ich užívaním pre jednotlivca a spoločnosť. Skvalitňovať intervencie a postupy založené na získaných poznatkoch a dobrých skúsenostiach.**

V súlade s novými poznatkami a trendmi v užívaní drog a s tým spojenými novými vzormi správania sa mládeže sústrediť pozornosť na prípravu a zavádzanie inovatívnych prístupov v oblasti prevencie a znižovania škôd spôsobených užívaním, resp. zneužívaním drog. Úsilie zamerať na podporu protektívnych faktorov a zdravého životného štýlu, na redukciu konzumácie legálnych aj nelegálnych drog u detí a mládeže a vytváranie podmienok na aktívne a zmysluplné využívanie voľného času.

Pozornosť sústrediť na rozvoj kvality edukačného prostredia, prípravu a realizáciu preventívnych programov a vzdelávacích aktivít, zvyšovanie informovanosti a skvalitňovanie podporných služieb. Osobitnú pozornosť venovať rizikovým skupinám. Podporovať monitorovanie a hodnotenie aktivít v oblasti univerzálnej, selektívnej a indikovanej prevencie.

V súlade s potrebami klientov posilňovať systém starostlivosti a služieb o užívateľov drog s dôrazom na znižovanie zdravotných a sociálnych následkov a škôd s tým spojených. Cielene podporovať opatrenia zamerané na účinnú pomoc závislým občanom, rizikovým skupinám a problémovým užívateľom drog.

Prostredníctvom vyváženého a koordinovaného prístupu v oblasti verejného zdravia pozornosť sústrediť na rozvoj služieb zameraných na znižovanie rizík spojených so šírením infekčných chorôb medzi užívateľmi drog.

Pokračovať v rozvoji služieb v oblasti drogovej problematiky s cieľom dosiahnutia merateľného pokroku. Prostredníctvom účinných opatrení v oblasti starostlivosti o drogovu závislých jednotlivcov posilniť úsilie zamerané na účinné znižovanie škôd a opätovné začleňovanie sa jednotlivca do spoločnosti.

## II. ZNIŽOVANIE PONUKY

Prostredníctvom spoločného prístupu a spolupráce rozvíjať aktivity zamerané na predchádzanie, odhaľovanie a potlačanie drogovej trestnej činnosti. Úsilie sústrediť na oblasť zneužívaniu prekurzorov, výrobu a distribúciu omamných a psychotropných látok a cezhraničné nelegálne obchodovanie s drogami.

Pri presadzovaní práva rozvíjať aktivity zamerané na odhaľovanie a prevenciu pašovania drog a ich prekurzorov, s cieľom napomáhať odhaľovanie podozrivých transakcií a rozvíjanie koordinácie subjektov legálne obchodujúcich s prekurzormi, ktoré môžu byť zneužitú pri nelegálnej výrobe drog.

Rozvíjať spoluprácu pri presadzovaní práva členskými štátmi EÚ, Europolom a Eurojustom, ako aj tretími krajinami aj s využitím existujúcich nástrojov (napr. JIT, JCO, spoločné projekty a operácie).

Zamerať sa na rozvoj informovanosti a poskytovania informácií v rámci členských štátov EÚ, Europolu, Eurojustu a tretích krajín, zapájať sa do medzinárodných projektov a podľa potreby využívať existujúce nástroje (napr. AWF a pod.).

**Zlepšiť účinnosť a efektívnosť akcií zameraných na vynútenosť práva so zameraním na výrobu, dovoz, transport, nezákonné obchodovanie a zneužívanie omamných a psychotropných látok a prekurzorov a zvyšovať úroveň bezpečnostnej situácie na Slovensku.**

Zamerať sa na postihovanie užívania drog pri vedení dopravných prostriedkov, ich detekciu a prevenciu.

## III. KOORDINÁCIA A SPOLUPRÁCA

Protidrogová problematika je priestorom na rozvoj koordinácie a posilnenie spolupráce na všetkých úrovniach spoločnosti. Protidrogová politika a stratégia sa musia stať významnou a dôležitou oblasťou občianskej spoločnosti a činnosti odborníkov pôsobiacich v tejto oblasti a tiež priestorom na poskytovanie spätnej väzby týmto štruktúram ako jedného zo zdrojov informovania o plnení stanovených zámerov a cieľov.

Cieľom je rozširovať možnosti na zmobilizovanie širokej škály štruktúr spoločnosti aktívnych v protidrogovej oblasti a všetkých, ktorí by sa chceli oficiálne zaviazat,

že urobia, čo je v ich silách, a ktorí majú k dispozícii prostriedky, aby pomohli zredukovať škody napáchané drogami na ľuďoch.

**Prostredníctvom spoločných stratégií, koordinovaných postupov a aktivít orgánov a inštitúcií verejnej správy zvýšiť zodpovednosť za realizáciu opatrení zameraných na obmedzenie narastajúceho dopytu po drogách a redukcii ponuky drog na národnej, regionálnej a miestnej úrovni v súlade s prioritami národnej protidrogovej stratégie a rámcového akčného plánu.**

Z dôvodu vyváženého prístupu k riešeniu zámerov protidrogovej stratégie je potrebné zlepšiť spätnú väzbu o implementácii rámcového akčného plánu na národnej, regionálnej a miestnej úrovni. To vyžaduje posilňovanie a rozvoj horizontálnej a vertikálnej koordinácie a spolupráce a posilnenie koordinačných mechanizmov na jednotlivých úrovniach spoločnosti.

Úsilie zamerať sa na vytváranie podmienok na rozvoj spolupráce s občianskou spoločnosťou a zvýšenie jej účasti na realizácii protidrogovej politiky.

#### IV. MEDZINÁRODNÁ SPOLUPRÁCA

**Skvalitniť efektivitu a účinnosť spolupráce a koordinácie s členskými štátmi v rámci EÚ a príslušnými medzinárodnými organizáciami. Aktívne sa podieľať na tvorbe vyváženého európskeho prístupu k problémom spojeným s drogami.**

Slovenská republika prostredníctvom Stálej misie SR pri OSN vo Viedni, v New Yorku a Ženeve bude v oblasti boja proti drogám i naďalej upevňovať spoluprácu a súčinnosť s Úradom OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC) so sídlom vo Viedni, s Komisiou OSN pre omamné látky (CND), so Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO), s Programovou koordinačnou radou UNAIDS a ďalšími relevantnými inštitúciami systému OSN.

Slovenská republika bude intenzívne pokračovať v rozvoji spolupráce a koordinácie aktivít s orgánmi EÚ a členskými štátmi EÚ v oblasti protidrogovej politiky. Bude sa podieľať na presadzovaní vyváženého európskeho prístupu k problému s drogami a rozvoji medzinárodnej spolupráce v súlade s platnými dohodami o spolupráci a prídružení na princípe partnerstva a spoločnej zodpovednosti. Úsilie zameria na rozvoj spolupráce s tretími krajinami, krajinami susedstva a krajinami pôvodu, resp. tranzitu drog.

Slovenská republika sa bude aj naďalej aktívne zapájať do činnosti horizontálnej pracovnej skupiny pre drogy (HWPD) a bude aktívne vystupovať na úrovni Výboru stálych predstaviteľov členských krajín EÚ (COREPER) pri príprave externých a politických stanovísk a dokumentov určených na schválenie Radou EÚ, resp. Radou EÚ a Európskym parlamentom. Slovenská republika bude taktiež naďalej pokračovať v upevňovaní spolupráce v rámci ministerskej skupiny Rady Európy pre drogovú problematiku – Pompidou Group.

Prostredníctvom rozvoja a skvalitňovania nástrojov monitorovania situácie s drogami v spoločnosti sa bude aktívne podieľať na práci Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) a rozvoji spolupráce s národnými strediskami na monitorovanie drog členských krajín EÚ v rámci európskej informačnej siete o drogách (Reitox).

## V. INFORMOVANOSŤ, VÝSKUM A HODNOTENIE

Podpora a rozvoj prístupu založeného na rozšírení poznatkov a informácií o fenoméne drog a pochopení rizík a dôsledkov spojených s ich užívaním pre verejné zdravie a zdravie jednotlivca. Skvalitniť systém monitorovania vývoja drogovej scény a proces hodnotenia prijatých zámerov a cieľov protidrogovej stratégie.

Plne využívať dostupné informácie na národnej úrovni a vedomostnú základňu EÚ. Na národnej a regionálnej úrovni podporovať rozvoj vedy a výskumu, šírenie skúseností a overených postupov praxe.

Posilniť systém výmeny informácií o opatreniach zameraných na potlačenie nepriaznivých dôsledkov užívania drog s cieľom získať vedomosti a poznatky o najúčinnejších prístupoch a overených skúsenostiach.

Skvalitnenie nástrojov plánovania a riadenia protidrogovej politiky na národnej a regionálnej úrovni. Vytvoriť efektívny systém hodnotenia účinnosti prijatých a realizovaných zámerov a opatrení.

Sústrediť úsilie na tvorbu príslušných databáz, rozvoj nástrojov monitorovania stavu drogovej scény a výmeny dôležitých informácií na národnej a regionálnej úrovni s dôrazom na redukciu rizík spojených s konzumáciou najviac rozšírených psychoaktívnych látok.

### V.

#### Hlavné subjekty realizácie národnej protidrogovej stratégie

Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog (ďalej len VM DZKD) – poradný, koordinačný, iniciatívny a kontrolný orgán vlády Slovenskej republiky SR vo veciach protidrogovej politiky. Vytvára platformu na tvorbu, hodnotenie a analýzu plnenia zámerov národnej protidrogovej stratégie a rozvoj komunikácie s príslušnými orgánmi štátnej správy – členmi VM DZKD, orgánmi verejnej správy i so subjektmi podieľajúcimi sa na realizácii protidrogovej politiky. VM DZKD predkladá vláde Slovenskej republiky hodnotenie realizácie zámerov a cieľov protidrogovej politiky Slovenskej republiky a návrhy na opatrenia zabezpečujúce ich plnenie. Podieľa sa na hodnotení a kontrole plnenia zámerov a cieľov stanovených národnou protidrogovou stratégiou príslušnými orgánmi štátnej správy, členmi VM DZKD. Prostredníctvom jeho exekutívy – **generálneho sekretariátu** – zodpovedá za realizáciu prijatých opatrení vo veciach protidrogovej politiky na jednotlivých úrovniach. Prostredníctvom Generálneho sekretariátu/Národného monitorovacieho centra pre drogy zabezpečuje a zodpovedá za zber, spracovanie, hodnotenie a distribúciu údajov o užívaní drog v spoločnosti a dosahov s tým spojených.

#### Ústredné orgány štátnej správy

Za tvorbu, realizáciu a hodnotenie prijatých opatrení vyplývajúcich z národnej protidrogovej stratégie (akčný plán) zodpovedá príslušný minister a na miestnej úrovni príslušný orgán štátnej správy (ObÚ v sídle kraja).

Protidrogová politika je súčasťou politiky nasledujúcich ústredných orgánov štátnej správy – členov VM DZKD:

Ministerstvo školstva SR; Ministerstvo kultúry SR; Ministerstvo zdravotníctva SR; Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR; Ministerstvo vnútra SR; Ministerstvo



obrany SR; Ministerstvo spravodlivosti SR; Generálna prokuratúra SR; Ministerstvo zahraničných vecí SR; Ministerstvo financií SR; Ministerstvo dopravy, pôšt a telekomunikácií SR; Ministerstvo pôdohospodárstva SR; Ministerstvo hospodárstva SR.

Plnenie úloh národnej protidrogovej stratégie, zabezpečenie poznatkov a informácií o vývoji drogovej scény z národnej úrovne na úroveň miestnej štátnej správy a samosprávy sa bude zabezpečovať prostredníctvom krajských protidrogových koordinátorov (ObÚ v sídle kraja) v spolupráci s územnou samosprávou. Uvedený inštitút koordinátora sa bude podieľať na tvorbe a poskytovaní pomoci pri realizácii príslušných regionálnych stratégií orgánmi samosprávy, v súlade s identifikovanými potrebami.

Kľúčovými partnermi orgánov štátnej správy sú orgány územnej samosprávy. Prostredníctvom vlastných plánov, aktivít a získaných skúseností, zohľadňujúc miestne podmienky a potreby, sa spolupodieľajú na tvorbe a realizácii opatrení v súlade s cieľmi a potrebami národnej protidrogovej stratégie.

Opatrenia a aktivity protidrogovej stratégie sa budú tiež realizovať na základe partnerského prístupu, spolupráce a koordinácie s relevantnými mimovládnyimi organizáciami, občianskymi a odbornými aktivitami v oblasti služieb pomoci rôznym skupinám ohrozených užívaním drog.

Rok	Názov dokumentu	Metóda	Nástroj	Časový rámec
2011	Strednodobé hodnotenie plnenia NPDS 2009–2012	Predloženie a schválenie	výbor ministrov vláda SR Národná rada SR	prerokovať do 15. 3. 2011 predložiť do 31. 3. 2011 predložiť do 30. 4. 2011
2013	Komplexné vyhodnotenie NPDS 2009–2012	Predloženie a schválenie	výbor ministrov vláda SR Národná rada SR	prerokovať do 15. 3. 2013 predložiť do 31. 3. 2013 predložiť do 30. 4. 2013

### Časový plán realizácie a hodnotenia národnej protidrogovej stratégie

Časový plán realizácie a hodnotenia Národnej protidrogovej stratégie (NPDS) na obdobie 2009–2012 je v súlade s plánom protidrogovej stratégie EÚ na obdobie 2005–2012. Základom na strednodobé a komplexné hodnotenie plnenia národnej protidrogovej stratégie sa stanú akčné plány vypracované príslušnými rezortmi.

## VI.

### RÁMCOVÝ AKČNÝ PLÁN NÁRODNEJ PROTIDROGOVEJ STRATÉGIE NA OBDOBIE 2009–2012

Slovenská republika musí vyvinúť zvýšené úsilie zamerané na redukovanie dosahu zdravotných, sociálnych a hospodárskych problémov, ako aj posilniť presadzovanie práva s cieľom zníženia ponuky omamných a psychotropných látok a prekursorov spôsobených užívaním drog. Toto úsilie vyžaduje dlhodobú stratégiu, sústredenú do dvoch základných pilierov protidrogovej politiky – zníženie dopytu po drogách a zní-



ženie drogovej ponuky, a prelínajúcich sa tém – koordinácia, medzinárodná spolupráca a informovanosť, výskum a hodnotenie.

Súčasťou národnej protidrogovej stratégie je rámcový akčný plán ako významný nástroj plnenia jej cieľov a priorít, opierajúci sa o skúsenosti získané za ostatné obdobia. Predstavuje základný rámec na rozpracovanie a praktickú implementáciu Národnej protidrogovej stratégie na obdobie 2009–2012 v konkrétnych podmienkach, prostrediach a úrovniach. Vytvára priestor na integrovaný a vyvážený prístup k plneniu úloh vyplývajúcich z cieľov národnej protidrogovej stratégie jednotlivými rezortmi.

Rámcový akčný plán definuje oblasti národnej protidrogovej stratégie, ich hlavné priority, ciele, opatrenia, časový plán, zodpovednú stranu a nástroj na hodnotenie stanovených cieľov.

Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009–2012 a rámcový akčný plán tvoria základné východiská na tvorbu akčných plánov príslušných ústredných orgánov štátnej správy zastúpených vo Výbore ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog – poradnom orgáne vlády Slovenskej republiky pre drogovú problematiku.

Základným poslaním akčných plánov je zabezpečiť splnenie cieľov a priorít stanovených v národnej protidrogovej stratégii s dôrazom na zníženie šírenia užívania drog medzi obyvateľstvom, sociálnych škôd a poškodzovania zdravia spôsobených užívaním a obchodovaním s nedovolenými drogami.

S náležitým zreteľom na vývoj drogovej scény v spoločnosti a na medzinárodnej úrovni, v súlade s právnymi predpismi Slovenskej republiky, medzinárodným právom a cieľom Národnej protidrogovej stratégie na obdobie 2009–2012 vymedzuje rámcový akčný plán nasledujúce priority a opatrenia:

### ZNIŽOVANIE DOPYTU

**Hlavná priorita: Prostredníctvom rozširovania intervencií založených na získaných poznatkoch a dobrých skúsenostiach predchádzať užívaniu drog u jednotlivca a znížiť zdravotné a sociálne dôsledky spojené s užívaním drog v spoločnosti**

Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
<b>1. Predchádzať užívaniu drog a rizikám s tým spojeným</b>	1. Podpora nových a osvedčených prístupov a opatrení v oblasti prevencie a ich sprístupnenie v rôznych prostrediach s cieľom predchádzať prvému užitiu drog alebo toto užitie oddialiť 2. Pozornosť v oblasti prevencie sústrediť tiež na kombinované užívanie drog (kombinované užívanie nelegálnych aj legálnych látok)	priebežne	výbor ministrov príslušné rezorty regionálne orgány	Prevalencia užívania drog medzi mládežou, postoj k užívaniu drog medzi rovesníkmi Dostupnosť a počet inovatívnych a overených programov a stratégií zameraných najmä na prvé užívanie Medzinárodné prieskumy (HBSC, ESDAD), ako aj reprezentatívne národné prieskumy, správy NMCD a príslušné hodnotenia



Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
5. Zabezpečiť prístup k službám v oblasti znižovania škôd spôsobených drogami s cieľom spomaliť šírenie HIV/AIDS, hepatitídy C a ostatných s drogami súvisiacich infekčných chorôb prenášaných krvou a znížiť počet úmrtí spôsobených užívaním drog	12. Poskytovať prístup k službám v oblasti znižovania škôd spôsobených drogami, rozšíriť ich, a využívať pritom dostupné efektívne intervencie <sup>(3)</sup>	priebežne	príslušné rezorty	Redukcia infekčných chorôb súvisiacich s užívaním drog Zníženie počtu úmrtí spôsobených užívaním drog Rozšírenie služieb v oblasti znižovania škôd spôsobených drogami

### ZNIŽOVANIE PONUKY

Hlavná priorita: Zlepšiť účinnosť presadzovania práva v oblasti drog. Rozvíjať aktivity zamerané na potlačanie drogovej trestnej činnosti. Skvalitniť efektívnosť a koordináciu vnútroštátnych aktivít a na úrovni EÚ. Sústreďiť úsilie na oblasť zneužívaniu prekurzorov, výrobu a distribúciu drog a cezhraničné nelegálne obchodovanie

Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
6. Posilniť spoluprácu pri presadzovaní práva v oblasti potlačania výroby drog a nezákonného obchodu s nimi na národnej a medzinárodnej úrovni	13. Zamerať sa na zločinecké organizácie, trhy a nové hrozby, využívajúc prístup založený na spravodajských informáciách	priebežne	príslušné rezorty výbor ministrov	Hodnotenie hrozieb a stanovenie priorit v boji proti organizovanej trestnej činnosti Identifikovanie nových hrozieb
	14. Rozvoj spolupráce s Europolom a Eurojustom v oblasti presadzovania práva prostredníctvom dvojstranných a viacstranných iniciatív, operácií a opatrení	priebežne	MV SR, MS SR, MF SR	Počet a výsledky iniciatív v oblasti spolupráce týkajúcich sa drogovej problematiky a spoločných colných operácií

Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
7. Rozvoj justičnej spolupráce v oblasti boja proti obchodovaniu s drogami a presadzovania práva v oblasti obchodovania s drogami (prekurzormi) a prania špinavých peňazí súvisiacich s týmto obchodom	15. Využívanie existujúcich nástrojov EÚ v súvislosti so žiadosťami o vzájomnú pomoc v trestných veciach, európskeho zatykača a sankcií vydaných súdmi SR	priebežne	MV SR, MS SR, GP SR, MF SR	Správa o postupoch a odporúčaníach Žiadosti o vzájomnú pomoc
	16. Podľa potreby zväziť vytvorenie programov na ochranu svedkov a preskúmanie potenciálnej pridanej hodnoty spoločnej medzinárodnej spolupráce v tejto oblasti	2012	príslušné rezorty	Súčasný právny predpis Hodnotiace správy
8. Rýchla a účinná reakcia na operačnej, regulačnej a politickej úrovni na nové hrozby (napr. nové drogy, nové trasy)	17. V prípade potreby prijať opatrenia na boj proti novým hrozbám prostredníctvom koordinovaného operatívneho zásahu	priebežne	MV SR, MS SR, GP SR, MF SR	Operatívne zavedenie reakčných opatrení na proaktívne riešenie rizika a minimalizáciu hrozieb
9. Znížiť výrobu a ponuku syntetických drog	18. Upevňovať aktívnu spoluprácu v oblasti presadzovania práva, resp. vykonávať spoločné operácie v tejto oblasti, a vymieňať si spravodajské údaje a najlepšiu prax. Optimálne využívať analytický pracovný súbor (AWF) Synergy, jeho zložky a súvisiace iniciatívy EJUP a COSPOL	priebežne	MV SR, MS SR, GP SR, MF SR	Výsledky spoločných projektov Zlikvidované výrobné zariadenia
10. Zredukovať zneužívanie a nezákonný obchod s prekurzormi používanými na výrobu nelegálnych drog	19. Integrovať kontroly prekurzorov na strategickej úrovni, posilňovať účinnosť riadenia kontroly hraníc, koordinácia s orgánmi presadzovania práva zapojenými do boja proti výrobe drog a obchodovaniu s nimi	priebežne	MF SR, MV SR, MS SR, MZ SR	Zlepšenie kontrol prekurzorov a situácie v oblasti detekcie v porovnaní s rokom 2008 Vypracovanie profilov na identifikáciu chemických prekurzorov
	20. Podpora medzinárodnej operatívnej spolupráce zameranej na prevenciu zneužívania drogových prekurzorov. Rozvoj operačnej spolupráce medzi vyšetrovacími orgánmi 21. Rozvoj aktivít a podpora projektov proti zločineckým sieťam zapojeným do obchodovania s prekurzormi	priebežne	príslušné rezorty	Zvýšiť počet zastavených a/alebo zhabaných zásielok Príslušné správy

## KOORDINÁCIA A SPOLUPRÁCA

Hlavná priorita: Prostredníctvom spoločných stratégií a koordinovaných postupov orgánov a inštitúcií verejnej správy zvyšovať účinnosť prijatých opatrení zameraných na obmedzenie narastajúceho dopytu po drogách a redukciu ponuky drog na národnej, regionálnej a miestnej úrovni

Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
11. Zabezpečiť, aby sa vyvážený koordinovaný prístup odrážal vo vnútroštátnej protidrogovej politike na národnej a regionálnej úrovni	22. Hlavné subjekty národnej protidrogovej stratégie: účinne koordinovať aktivity a zámery protidrogovej politiky v súlade s cieľmi Národnej protidrogovej stratégie SR na obdobie 2009–2012 a stratégie EÚ na obdobie rokov 2005–2012 a tohto akčného plánu	priebežne	príslušné rezorty výbor ministrov regionálne orgány	Ciele protidrogovej stratégie a rámcového akčného plánu SR zahrnuté do rezortných stratégií
12. Zabezpečiť realizáciu a účinnú koordináciu protidrogovej stratégie SR na úrovni vlády SR	23. Výbor ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog ako poradný orgán vlády SR pre drogovú problematiku, aktívne koordinovať protidrogovú politiku na národnej úrovni	priebežne	vláda SR výbor ministrov	Zasadnutia vlády SR Výbor ministrov
13. Zabezpečiť účinnú koordináciu realizácie protidrogovej politiky na úrovni výboru ministrov	24. Koordinácia protidrogovej politiky medzi ministerstvami – členmi výboru ministrov, s cieľom zabezpečiť účinné splnenie cieľov a rámcového akčného plánu národnej protidrogovej stratégie	priebežne	výbor ministrov členovia výboru ministrov	Pravidelné zasadnutia výboru ministrov
14. Vytvárať podmienky na účasť občianskej spoločnosti na realizácii protidrogovej stratégie	25. Zapájať občiansku spoločnosť na všetkých vhodných úrovniach protidrogovej politiky v súlade so zámermi a s potrebou praxe	priebežne	členovia výboru ministrov rezorty	Občianska spoločnosť sa zúčastňuje na vnútroštátnom dialógu.

## MEDZINÁRODNÁ SPOLUPRÁCA

Hlavná priorita: Prostredníctvom užšej koordinácie s politikou EÚ zvýšiť účinnosť spolupráce Slovenskej republiky s medzinárodnými organizáciami v oblasti boja proti drogám. Presadzovať vyvážený prístup k problému s drogami v celoeurópskom a vo svetovom meradle

Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
15. Systematicky implementovať otázky protidrogovej politiky EÚ do národnej politiky a stratégie	26. Zabezpečiť implementáciu zámerov a cieľov protidrogovej politiky EÚ do národnej politiky v súlade s potrebami a možnosťami spoločnosti	priebežne	vláda SR výbor ministrov členovia výboru ministrov	Národná protidrogová stratégia a Rámcový akčný plán Rezortné akčné plány

Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
<b>16. V súlade so zámermi EÚ rozvíjať vzťahy s tretími krajinami, resp. regiónmi</b>	27. V súlade s možnosťami a potrebami protidrogovej stratégie rozvíjať spoluprácu s tretími krajinami	priebežne	výbor ministrov členovia výboru ministrov	Dohody, aktivity
	28. Využívať konzultačný mechanizmus Dublinskej skupiny a pokračovať v aktívnom dialógu s tretími krajinami	priebežne	výbor ministrov členovia výboru ministrov	Počet vykonaných odporúčaní Dublinskej skupiny
	29. Prispievať k iniciatívam v oblasti drog, ktorých cieľom je znížiť chudobu, konflikty a zraniteľnosť podporou legálneho, životaschopného a udržateľného živobytia	priebežne	vláda SR výbor ministrov	Existencia podporených činností a projektov, ktoré mali pozitívny dosah
<b>17. Podieľať sa na posilnení koordinácie EÚ v multilaterálnom kontexte a presadzovaní integrovaného a vyváženého prístupu</b>	30. Prostredníctvom spoločného znášanía povinností aktivizovať podiel na lepšej koordinácii medzi horizontálnou pracovnou skupinou pre drogy a delegáciami členských štátov v Komisii OSN pre narkotické látky (CND)	2009	MZV SR výbor ministrov	Posilnená koordinácia medzi zastúpeniami vo Viedni a horizontálnou pracovnou skupinou pre drogy
	31. Koordinovať aktivity s inými medzinárodnými fórami alebo programami, najmä UNODC, Radou Európy – skupinou Pompidou, WHO, UNAIDS, WCO a Interpolom	priebežne	výbor ministrov zastúpené rezorty a inštitúcie	Pravidelné vzájomné informovanie o aktivitách na vhodných fórach, najmä zasadnutiach HDG
<b>18. Skvalitniť spoluprácu s krajinami európskej susedskej politiky</b>	32. Rozvinúť dialóg o drogách s krajinami európskej susedskej politiky v bilaterálnom alebo regionálnom kontexte	priebežne	výbor ministrov zastúpené rezorty a inštitúcie	Efektívny dialóg

### INFORMOVANOSŤ, VÝSKUM, HODNOTENIE

Hlavná priorita: Podpora a rozvoj prístupu založeného na šírení poznatkov informácií o fenoméne drog, pochopení rizík spojených s ich užívaním na zdravie jednotlivca. Skvalitniť systém monitorovania a hodnotenia vývoja drogovej scény, prijatých zámerov a cieľov protidrogovej stratégie

Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
<b>19. Rozširovať vedomostnú základňu o drogách prostredníctvom presadzovania výskumu</b>	33. Aktivizovať výskum v oblasti nelegálnych drog a mechanizmy potrebné na získanie nových vedomostí	2009–2010	MŠ SR, MZ SR, MV SR, NMCD	Stanovené priority výskumu Určené a zavedené mechanizmy

Cieľ	Opatrenie	Časový plán	Zodpovedná strana	Ukazovateľ a nástroj hodnotenia
	<p>34. V súlade s požiadavkami EÚ sa podieľať na tvorbe štúdie hodnotenia využívania internetu ako nástroja v súvislosti s nelegálnym obchodovaním s drogami a analýze, ktoré vnútroštátne alebo medzinárodné opatrenia môžu byť v boji proti nemu účinné</p> <p>35. V súlade s vypracovanými kľúčovými ukazovateľmi EÚ na zhromažďovanie politicky relevantných údajov o trestnej činnosti súvisiacej s drogami, o nelegálnom pestovaní, trhu s drogami a intervenciách na zníženie ponuky vypracovať stratégiu ich zhromažďovania na národnej úrovni</p>	2010–2012	príslušné rezorty	Poskytnuté informácie na tvorbu vedeckej štúdie
<b>20. Zabezpečiť priebežné hodnotenie protidrogovej politiky</b>	<p>36. Pravidelne (priebežne) hodnotiť a aktualizovať národnú protidrogovú politiku</p> <p>37. Vyvinúť analytické nástroje na lepšie posúdenie účinnosti a vplyvu protidrogovej politiky (napr. modelové nástroje hodnotenia, ukazovatele efektívnosti politiky, analýza verejných výdavkov)</p>	2011 a priebežne	NR SR, vláda SR VM DZKD	Posúdenie protidrogovej stratégie a politiky, strednodobé hodnotenie, priebežné hodnotenia
<b>21. Zabezpečiť zhodnotenie realizácie protidrogovej politiky</b>	38. Vyhodnotiť realizáciu národnej protidrogovej stratégie a politiky	2012–2013 2012–2013 2012–2013	NR SR, vláda SR VM DZKD členovia výboru ministrov	Hodnotiaca správa o realizácii protidrogovej stratégie a politiky Priebežné a záverečné hodnotenia
<b>22. Zabezpečiť presné a politicky relevantné informácie z oblasti nelegálnych drog</b>	39. Prostredníctvom NMCD pravidelne prispievať do EMCDDA na základe dohôd a s náležitou podporou EMCDDA. Zodpovedne plniť záväzky a normy kvality vyplývajúce z členstva EMCDDA	priebežne, min. 1x za rok	GSVM DZKD NMCD	Spracovanie a výmena údajov požadovaných na účely monitorovania a hodnotenia v súlade s dohodnutými štandardami Výročná správa NMCD o situácii v spoločnosti
<b>23. Rozvoj nástrojov monitorovania situácie s drogami a účinnosti príslušných reakcií</b>	40. Naďalej zlepšovať a uplatňovať päť kľúčových epidemiologických ukazovateľov EMCDDA	2012	NMCD v spolupráci s MZ SR, MS SR, MV SR, MŠ SR	Zlepšenie dodržiavania implementačných kritérií pre kľúčové ukazovatele