

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální pedagogiky

**Prevalence závislostního chování
u studentů Fakulty vojenského
zdravotnictví Univerzity obrany a jeho
prevence**

(se zaměřením na návykové látky)

Diplomová práce

Autor: Bc. Barbora Spěváková
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Zadání diplomové práce

Autor: Barbora Spěváková

Studium: P17P0744

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Prevalence závislostního chování u studentů Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany a jeho prevence (se zaměřením na návykové látky)**

Název diplomové práce AJ: Prevalence of addictions among students studying at the Faculty of Military Health Sciences University of Defence and their prevention (focused on addictive substances)

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá prevalencí závislostního chování u studentů Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany a jeho prevencí se zaměřením na návykové látky. Teoretická část charakterizuje závislost, návykové látky, prevenci a popisuje Armádu České republiky. Empirická část se zabývá výskytem užívání návykových látek u studentů Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany. Výzkumné šetření je provedeno kvantitativní formou pomocí dotazníku.

KALINA, Kamil a kol. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 2 sv. (319, 343 s.). Monografie; no. 1. ISBN 80-86734-05-6. KRAUS, Blahoslav. Sociální deviace v transformaci společnosti. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 210 stran. ISBN 978-80-7435-575-2. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Ivě Junové, Ph.D. za vedení diplomové práce, cenné odborné rady, a především ochotu i čas, který mi byl pokaždé poskytnut. Dále bych chtěla poděkovat prof. RNDr. Vandě Boštíkové, Ph.D. za pomoc a poskytnutí důležitých informací a zodpovězení všech mých dotazů. Poděkovat bych také chtěla plk. doc. PharmDr. Danielu Junovi, Ph.D. za námět na téma této diplomové práce. V neposlední řadě děkuji také všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník a pomohli mi získat potřebné informace. Za velkou pomoc vděčím také mé rodině a přátelům.

Anotace

SPĚVÁKOVÁ, Barbora. *Prevalence závislostního chování u studentů Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany a jeho prevence (se zaměřením na návykové látky)*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 90 s. Diplomová práce

Diplomová práce se zabývá problematikou prevalence užívání návykových látek studenty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany a její prevencí. Práce je rozdělena do šesti kapitol – pět kapitol teoretických, kde je vymezena závislost – její definice a stádia. Ve druhé kapitole jsou charakterizovány návykové látky a jejich výskyt v populaci České republiky. Následující kapitola popisuje vývojová specifika mladé dospělosti. Čtvrtá kapitola se zabývá Armádou České republiky a jejím dělení. Poslední kapitola definuje prevenci a její možné členění. Odkazuje také na vybrané české dokumenty a legislativu. Výzkumná část diplomové práce mapuje současnou situaci užívání návykových látek studenty a prevenci jejich užívání. Výzkumné šetření je provedeno kvantitativní metodou šetření, formou dotazníku.

Klíčová slova: návykové látky, závislost, prevence, studenti, Univerzita obrany

Annotation

SPĚVÁKOVÁ, Barbora. *Prevalence of addictions among students studying at the Faculty of Military Health Sciences University of Defence and their prevention (focused on addictive substances)*. Hradec Králové: Faculty of Education University of Hradec Králové, 2019. 90 pages. Diploma thesis.

This diploma thesis studies with issue of prevalence of addictions among students from the Faculty of Military Health Sciences University of Defence and their prevention of that (focused on addictive substances). The thesis is divided into six chapters – five theoretical one, where the addiction is defined, including the definition and also factors. The second chapter contains information about using of addictive substances and their prevalence in population of Czech Republic. Next chapter describes young adulthood and its specifics. Fourth chapter is focused on Czech Army. Last chapter describes prevention, including important ministry documents and law connected with addictive substances. In empirical part of diploma thesis there are the results of my quantitative research using - questionnaire method.

Keywords: addictive substances, addiction, prevention, students, University of Defence

Obsah

Úvod	8
1. Závislost	11
1.1 Stádia vývoje závislosti.....	15
1.2 Faktory vzniku závislosti	16
2. Návykové látky	19
2.1 Tabák.....	19
2.2 Alkohol.....	21
2.3 Konopné drogy.....	23
2.4 Opiáty.....	25
2.5 Stimulační drogy	27
2.6 Halucinogeny	28
2.7 Solvencia.....	29
2.8 Tlumivé látky	30
3. Mladá dospělost	32
4. Armáda České republiky	36
4.1 Charakteristika Armády České republiky	36
4.2 Univerzita obrany.....	40
4.3 Charakteristika studentů a studia vojenského všeobecného lékařství na FVZ UO.....	42
5. Prevence	44
5.1 Vybrané dokumenty týkající se prevence	47
6. Výzkumné šetření	50
6.1 Projekt výzkumu	50
6.2 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření	55
6.3 Diskuze.....	77
Závěr	81
Seznam literatury a zdrojů	83
Seznam příloh	90

Úvod

Diplomová práce se zabývá prevalencí užívání návykových látek studenty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany a jeho prevencí. V užívání návykových látek, a především alkoholu, se Česká republika drží dlouhodobě v Evropě na předních příčkách. Přesto, že v posledních letech je zaznamenáván lehký pokles, stále je užívání návykových látek velkým problémem. Podíl na tomto jevu má celkový přístup české populace, která vnímá např. pití alkoholu jako přirozenou věc a běžnou součást svého života. Alkohol je v České republice pevně spjat s mnoha životními událostmi jako rituál. Typickým příkladem je hned samostatný start života. Při narození dítěte se traduje, že by se mělo dítě řádně zapít, aby bylo zdravo. Jak je v naší společnosti velmi dobře známo, nejedná se převážně o decentní přípitek, naopak je mnohdy vypita nadmíra tzv. tvrdého alkoholu. Málo-kdo si také umí představit oslavu narozenin, příchodu Nového roku či svatbu bez kapky alkoholu. Většinou velmi negativně jsou pak bráni ti, kteří alkohol nepijí – na ostatní tento přístup působí nepřírozně, mnohdy až provokativně. Zkušenost s alkoholem v české populaci mají v průměru již děti na přelomu prvního a druhého stupně základní školy. Právě v tomto období se dětská populace začíná rozdělovat podle kritéria zkušeností s alkoholem a přijímání či odmítání jeho konzumace. Ve vrstevnických partách na základní škole pak bývá vzhlíženo k jedincům, kteří se chlubí, že alkohol pijí a umějí si ho obstarat, s obdivem. Abstinující jedinci přestávají zapadat a postupně se z takto orientovaných kolektivů dětí a mládeže vyčleňují. Dokonce mohou být bráni většinou společností za „outsidery“. Na střední škole už pak nemusí dojít přímo k vyčleňování, nicméně dospívající se velmi rádi chodí bavit do různých barů a klubů, kde alkohol konzumují a ti, kteří nepijí se tak mnohdy dobrovolně oddělují. Dalším velmi negativním faktem je skutečnost, že dnešní mládež navštěvuje tato zařízení s předem daným cílem se opít, nikoli jít večer strávit s přáteli, pohovořit s nimi, poslouchat hudbu apod.

Také kouření cigaret je v České republice rozšířeným jevem, kterému se nikdo z nás nemůže dostatečně bránit. Jde nejen o nebezpečné působení látek obsažených v cigaretách na naše zdraví při aktivním kouření, problémem je i pasivní kuřáctví, dané faktem, že se nekuřák octne ve společnosti aktivních kuřáků, před kterými nemá v dané chvíli kam uniknout. Ačkoliv v současnosti je v platnosti zákon zakazující

kouření v restauračních zařízeních, kde koncentrace kouře bývala vždy vysoká, bohužel je mnoho dětí i dospělých vystaveno kouři ve vlastním domově jiným členem rodiny. Rodiče kuřáci si někdy ani neuvědomují, že škodlivé látky jsou pro malé děti ještě nebezpečnější, také jsou tyto látky předávány dotyky z ruky, kde byla cigareta držena, na kůži dítěte.

Třetí oblastí návykových látek jsou drogy, tj. nelegální substance. Mezi mladou populací stále roste obliba konopných látek, které nevnímají jako nebezpečné. Naopak je volí jako únik před stále narůstajícím tlakem společnosti na výkonnost jedince, stresem a mnoha dalšími negativními faktory současné společnosti a jejího uspěchaného klimatu.

Tato diplomová práce se zaměřuje na velmi specifickou skupinu studentů vojenských oborů, kdy se jedná nejen o studenty vysoké školy, ale zároveň také o příslušníky Armády České republiky. Jde tedy o jedince, na které jsou kladeny velmi vysoké nároky.

Cílem této práce, která je koncipována teoreticko-empiricky, je na základě odborných pramenů analyzovat problematiku užívání návykových látek a popsat specifika mladé dospělosti a výzkumným šetřením zmapovat současnou situaci užívání návykových látek mezi studenty Fakulty vojenského zdravotnictví.

Teoretická část diplomové práce je složena z pěti stěžejních kapitol. Kapitoly jsou voleny tak, aby co nejlépe přiblížily zvolenou zkoumanou specifickou skupinu studentů. První kapitola je věnována závislosti jako takové a současné situaci užívání návykových látek v České republice. Ve druhé kapitole jsou rozebrány jednotlivé návykové látky z hlediska jejich složení, působení, účinku. Následující kapitola se zabývá mladou dospělostí – tím, co je pro tuto věkovou skupinu charakteristické tím, čím se tato skupina odlišuje od adolescentů. Kapitola Armáda České republiky přibližuje armádu jako bezpečnostní složku České republiky. Zaměřuje se na podmínky výběru a vstupu do této elitní skupiny, stejně jako zkoumá Univerzitu obrany z hlediska její historie a členění. Dále jsou zde uvedeny obory, které je možné studovat v rámci Fakulty vojenského zdravotnictví. Závěrečná kapitola teoretické části je zaměřena na prevenci a s ní spojené další otázky, stejně jako jsou zde k dispozici některé vybrané dokumenty vydané ministerstvy (M. Školství, mládeže a tělovýchovy, M. Obrany a M. Zdravotnictví)

V empirické části je realizováno výzkumné šetření. Nejprve je vytyčen cíl a popsána zvolená výzkumná metoda. Následně jsou uvedeny stěžejní hypotézy a výzkumné předpoklady, ze kterých vycházel samotný výzkum a je charakterizován výzkumný soubor. Dále jsou vyhodnoceny jednotlivé položky dotazníku a hypotézy. V závěru práce jsou diskutovány a shrnuty výsledky výzkumné činnosti.

Závěrem bych ráda zmínila i svoji prvotní motivaci pro výběr toho tématu, kterou byla možnost navázat na moji bakalářskou práci a dále ji rozšířit výzkumem na Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany o další aspekty životního stylu právě vojenských studentů (otázky stresu, vyrovnávání se s ním, volnočasových zájmů apod.)

1. Závislost

Tato první kapitola se zabývá závislostí jako takovou, stádiu vzniku závislosti a faktory, které mají vliv na rozvoj samotné závislosti. Jelikož jsem se ve své bakalářské práci „Dostupnost služeb zaměřených na užívání návykových látek v Královéhradeckém kraji“, úspěšně obhájena na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové v roce 2017, zaměřila na problematiku látkových závislostí, jsou některé části z této práce v následujícím textu převzaty. Naopak, jiné části v této kapitole jsou napsané znovu dle aktualizované literatury.

Pro potřeby této diplomové práce je potřeba definovat, co je vlastně závislost na návykových látkách a na základě čeho ji posuzovat. V literatuře se nejčastěji setkáváme s dělením závislosti na látkovou a nelátkovou. Práce se dále zabývá závislostí látkovou.

Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) závislost definuje pro potřeby klinické diagnostiky. V rámci zmíněné klasifikace je závislost zařazena mezi poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek s označením diagnóz F10-F19. Konkrétně syndrom závislosti je definován jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ (MKN-10, online in Spěváková, 2017). Závislost na jednotlivých látkách je pak rozlišena konkrétním označením, jako např. F 10.2 – závislost na alkoholu. Zjednodušeně lze diagnózu popsat také takto: „*Závislost znamená celkovou ztrátu svobody, ztrátu kontroly nad vlastním životem. Závislý člověk není schopen přiznat si pravdu. Je hnán touhou navodit příjemný stav, který byl na začátku drogové kariéry. Zvyšuje dávky a droga mu přitom už nic nového nedává. Je pohlcen sebeklamem, nevnímá realitu. Drogu je ochoten opatřit za každou cenu, i trestní činností.*“ (Marádová, 2006) Pro stanovení diagnózy je nutno naplnit

během posledního roku tři a více níže uvedených bodů. Jednotlivé body, které definice uvádí dále podrobněji rozebírá Nešpor (2018):

Prvním znakem, který je jedním z kritérií diagnostiky závislosti je **silná touha** nebo **pocit puzení užívat látku**. Nešpor (2018) ve své knize udává užitečné příklady projevů jednotlivých příznaků tak, jak se s nimi během své dlouholeté praxe setkal. Ke zmíněnému kritériu nalezneme tento příklad: „*U mě to bylo často silné. Ani v noci jsem nebyl líný vstát a jet si pít koupit. (Závislý na alkoholu, 20 let).*“ (Nešpor, 2018). Uvedený příklad je vystihující. Následuje odborný popis projevu silné touhy neboli bažení. Bažení může být vyvoláno vnitřními nebo vnějšími spouštěči. Vnitřním spouštěčem je například únava, vnějším spouštěčem může být rizikové prostředí. Při silné touze nebo pocitu puzení dochází u jedinců k oslabení paměti a schopnost rozhodovat se, je zhoršena. Jedinec je pak motivován k určitému jednání. V důsledku oslabení paměti a schopnosti rozhodovat se, je snížen také reakční čas, postřeh, zvyšuje se tepová frekvence systolického tlaku. Autor (Nešpor, 2018) dále upozorňuje, že některé projevy bažení se kryjí s projevy stresu. Pro jedince je důležité, aby se naučil strategie, jak bažení překonávat.

Zhoršené sebeovládání je dalším diagnostickým kritériem. Jedinec si obvykle špatně uvědomuje sám sebe a své emoce. Snížení sebeuvědomění může zároveň souviset s nadměrnou únavou či dlouhodobým vyčerpáním. Pro zjištění sníženého sebeovládání Nešpor (2018) uvádí následující otázky: „*Jak často se Vám stalo, že jste si chtěl dát jenom jedno nebo dvě piva a pak jich vypil daleko více?*“ či „*Vzal jste si drogu i v situaci, kdy jste původně nechtěl?*“. Autor na laickém příkladu dále vysvětluje, jak rozlišit problematiku bažení a zhoršeného sebeovládání. „*Psychiku člověka lze přirovnat k autobusu. V autobusu se kromě jiných cestujících veze i pan Blbec. Jestliže začne pan Blbec vykřikovat, že chce řídit, je to bažení. Jestliže ho k řízení pustíme, je to ztráta sebeovládání.*“ (Nešpor, 2018).

Třetím kritériem je **somatický (tělesný) odvykací stav**. Kritérium je naplněno, pokud v poslední době došlo k redukci či úplnému vysazení dané látky. Jednotlivé somatické projevy odpovídají abstinčním projevům užívané látky, které jsou podrobněji specifikovány v podkapitole níže. Tyto příznaky zároveň nesmí být příznaky jiné nemoci, kterou jedinec trpí či u které je u něj podezření. Obecně lze říci, že často jsou odvykací projevy opačné, než jaký projev má samotná látka.

Konkrétně může být somatický odvykací stav uváděn jedinci např. těmito projevy: „*Odvykací příznaky se projevovaly nervozitou, pak pocitem na zvracení, střídavě mi bylo horko a zima po těle, měl jsem bolestivé křeče svalů a nejhorší pro mě byla úzkost, která by jako by vycházela ze srdeční krajiny. V tomto stavu se u mě často projevovala silná touha po droze. (Závislý na heroinu, 28 let).*“ (Nešpor, 2018)

Dalším kritériem je **růst tolerance**. Základní projev představuje stav, kdy jedinec u stejné látky potřebuje stále vyšší množství, aby dosáhl stejného účinku. Přesto, že toto kritérium zní vcelku jasně, Nešpor (2018) upozorňuje na další faktory, které mohou mít na toleranci u jedince vliv. Změnu tolerance může zapříčinit i psychologický vliv, kterým je např. změna prostředí. U jedince by tak mohlo i použitím stejné dávky, na kterou je zvyklý, dojít k předávkování. Zároveň tolerance klesá po předchozí abstinenci či v souvislosti s některými onemocněními (např. jater). U alkoholu dochází v pokročilých stádiích závislosti k poklesu tolerance.

Pátým kritériem je **zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů**. Ačkoliv samotný název vypovídá podstatu toho kritéria, je opět potřeba uvést ještě další souvislosti. Dochází ke zvýšení množství vynaloženého času k získání, užití nebo zotavení se z návykové látky. Je proto důležité při léčbě naučit jedince tento čas vyplnit. Pro konkrétní představu jsou opět uvedeny příklady: „*Během braní heroinu jsem morálně upadl a zanedbával jsem všechno okolo sebe, včetně hygieny a ošacení.*“ (Závislý na heroinu, 30 let)“ či „*Pořád jsem sháněl peníze, abych si mohl dát svoji dávku. (Závislý na heroinu, 22 let)*“ (Nešpor, 2018)

Posledním kritériem, je **pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků**. Toto kritérium se může zdát k posouzení složité. Nejprve je potřebné zjistit, jestli si je vůbec alespoň v nějakém směru vědom možnosti škodlivých následků své závislosti. Pokud lékař či pracovník jedince na tato rizika upozorní a on přesto v užívání pokračuje, pak naplňuje znaky tohoto kritéria. (Nešpor, 2018)

Nešpor (2018) dále uvádí dotazník (viz. níže), který je sestaven dle výše zmíněných kritérií pro potřeby praxe. Užitečnost dotazníku je v jeho jednoduchosti, pochopitelnosti, krátkosti. Každý z nás může na dané výstižné jednoduché otázky orientačně odpovědět i v domácích podmínkách. Otázkou je dostupnost tohoto dotazníku. V první řadě se s ním lze setkat v odborné literatuře, kterou si na druhou stranu asi jen málo závislých obstará. Na druhou stranu v současných podmínkách

sociálních sítí a elektronických médií je tento dotazník dostupný například na stránkách anonymních alkoholiků, kam dle obsahu diskusních příspěvků, píší nejen rodinní členové závislých osob, ale často i sami závislí. (www.alkoholik.cz, online)

Dotazník závislosti (Nešpor, 2018)

1. Cítili jste silnou touhu nebo nutkání užívat drogu? ano-ne
2. Nedokázali jste vztahu k droze ovládat? (Vzali jste si ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste si jí vzali víc, než jste původně chtěli?) ano-ne
3. Měli jste tělesné odvykací potíže („abst’ák“) po vysazení drogy nebo jste brali nějakou drogu nebo lék proto, abyste odvykací potíže zmírnili? ano-ne
4. Zvyšovali jste dávku, abyste dosáhli účinku původně vyvolaného nižší dávkou? ano-ne
5. Zanedbávali jste dobré záliby kvůli droze nebo jste potřebovali více času k získání a užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku? ano-ne
6. Pokračovali jste v užívání drogy přes škodlivé následky, o nichž jste věděli? ano-ne

Vyhodnocení: Spočítejte odpovědi „ano“. Tři až šest odpovědí „ano“ znamená, že se patrně jedná o závislost. Nešpor (2018)

Nejobecněji lze závislost rozdělit na **fyzickou** a **psychickou**. „*O psychické závislosti mluvíme tehdy, pokud se při neuzítí drogy u jedince vyskytnou opačné fyzické příznaky, než které droga vyvolává. Psychická závislost znamená nutkání pro užití látky a potřebu i nadále drogu užívat. Jedinec usilovně drogu vyhledává, ačkoliv si je vědom dopadů. které droga způsobuje.*“ (Ondrejkoovič a kol., 2009 in Spěvákovič, 2017)

Nejen samotná závislost je společenským problémem, ale problémem je i nevhodné užívání jednotlivých látek. V této souvislosti uvádí Kraus (2015) rozdělení do tří podob užívání drog. První je *úzus*, který znamená řádné užívání dané látky – vhodné pro jednotlivce i společnost. Druhým bodem je *abúzus*, což je nadměrné užívání látek. Třetí podobou je *misúzus*, tedy užití drogy takovým způsobem, který není vhodný např. užívání v situacích jako těhotenství nebo při řízení motorového vozidla.

1.1 Stádia vývoje závislosti

Závislost se obvykle vyvíjí postupně. Rozvoj závislosti autoři dělí do několika stádií. Jsou uváděna odlišná stádia u rozvoje alkoholové závislosti a závislosti na nealkoholových látkách.

Jako první jsou uvedeny stádia alkoholové závislosti. Prvnímu setkání s podnětem, které je provázeno euforií se říká **počáteční** či **iniciální stádium**. Jedinec dále touží po zopakování setkání s daným podnětem. (Kraus, 2015 in Spěváková, 2017) Tohoto stádia si okolí obvykle nevšimne, protože nemá výrazné projevy. Užití látky je přiměřené společenským normám. Jedinec cítí, že je schopen řešit problémy, které pro něj jsou běžně nezvladatelné či zcela neřešitelné. (Heller, Pecinovská, 1996 in Spěváková, 2017)

Druhým stádiem je stádium **prodromální – varovné**. Toto období obvykle trvá v rozmezí půl roku až pěti let. Jedinec si vědomě shromažďuje zásoby alkoholu a své jednání se před okolím snaží tajit. (Skála, 1987 in Spěváková, 2017) U jedince roste tolerance. Jedinec musí pít více než dříve a zároveň vydrží více než ostatní. Což nemusí být pro okolí jedince nijak nápadné vzhledem k odlišné fyziologii jednotlivce. Jedinec ale mnohdy pije již předem – tajně. Je citlivý na jakoukoliv zmínku o alkoholu a jeho pití, své jednání se snaží maximálně tajit. Jedinec cítí pocit viny, který mu dodává odhodlání se s alkoholem vypořádat. Je nutno zmínit, že první a druhé stádium je hraniční pro možnost vzniklou situaci řešit svépomocí či s mírnou podporou odborníka. (Heller, Pecinovská, 1996 in Spěváková, 2017)

Třetím, a to už stádiem za hranicí zvladatelnosti, je **krucální stádium** neboli **rozhodné**. Ke konzumaci již dochází pravidelně a s konzumací už není možné svévolně přestat. Jedinec si své počínání racionalizuje a vytváří si tzv. „racionalizační systém“ kvůli stále narůstajícím konfliktům s okolím, kterému své užívání alkoholu vysvětluje. Pokud se spojí jednotlivé prvky – racionalizační systém, získávání látky a její ukrývání, označuje se toto jednání jako „alkoholcentrické chování“. Toto stádium je provázeno fyziologickými i psychickými příznaky jako např. únava. (Kraus, 2015 in Spěváková, 2017) Bohužel většina osob v tomto stádiu odbornou pomoc nevyhledá a v konzumaci tak pokračuje i nadále. Dny, kdy ke konzumaci dochází už převyšují dny, kdy je jedinec bez alkoholu. (Heller, Pecinovská, 1996 in Spěváková, 2017)

Terminální či **konečné stádium** je stádiem posledním. Jedinec konzumuje alkohol v několikadenních sledech, chybí období vystřízlivění, objevuje se třes, stavy úzkosti a psychotické stavy. (Skála, 1987 in Spěvákova, 2017) U jedince se po vysazení látky objevují abstinenční příznaky. (Heller, Pecinovská, 1996 in Spěvákova, 2017)

Podobně popisují vývoj závislosti i Fischer, Škoda (2009), kteří se ale zaměřují na nealkoholové drogy. Podívejme se nyní na tuto problematiku závislostí blíže.

Prvním stádiem je stádium **experimentální**. Jak již název vypovídá, jedná se o první setkání s danou látkou, jedinec poznává prožitky, které doposud nezažil. Daří se mu unikat z reálného světa a ze situací běžných dní. Stejně jako u prvního stádia závislosti na alkoholu se jedinci toto jednání daří dobře utajit. Pokud se ale přece jen podaří tento problém odhalit, je u jedince velká šance na zanechání konzumace. (Fischer, Škoda, 2009 in Spěvákova, 2017)

Následující stádium se označuje jako **příležitostné užívání**. Jedinec si stále více uvědomuje, jak mu droga pomáhá k úniku od osobních či sociálních situací, popř. nudy. Zatím dochází k uvědomění si nesprávnosti takového jednání, je snaha jej z důvodu stigmatizace utajovat. (Fischer, Škoda, 2009 in Spěvákova, 2017)

Třetí stádium je stádiem **pravidelného užívání**. Droga je užívána stále častěji, ale její rizika jsou uživatelem popírána. Prohlubuje se lhostejnost ke všemu, co s drogou nesouvisí – rodina, zaměstnání, zájmy či přátelé. Jedinec se obklopuje především lidmi, kteří drogy užívají také. (Fischer, Škoda, 2009 in Spěvákova 2017)

Posledním stádiem je samotná **závislost**. Jedinec je demotivovaný ke všemu, co se netýká drogy a ke všem, co drogy neberou. Nastávají viditelné změny v oblasti fyzické, psychické i sociální. Dochází k poškození centrální nervové soustavy, vnitřních orgánů. (Fischer, Škoda, 2009 in Spěvákova, 2017)

1.2 Faktory vzniku závislosti

Konkrétní důvod, proč se u jedince rozvine závislost či obecně sociální deviace nelze jednoznačně určit. V průběhu historie autoři přicházeli s různými teoriemi, proč tomu tak je. Objevovaly se teorie, jako např. Lombrosova o typickém zločineckém vzhledu, které pak byly později naopak zpochybňovány. V současnosti se autoři přiklánějí spíše ke kombinaci jednotlivých faktorů. Kraus (2015) zmiňuje biologické, resp. genetické faktory, psychické faktory a sociální faktory.

Jako **biologické faktory** označuje Fischer a Škoda (2009 in Spěvákova, 2017) odlišné pocity jedinců při požití návykové látky, kdy ji jejich metabolismus zpracovává tak, že jedinec po požití nepocítuje obtíže a je proto pravděpodobnější, že se ke konzumaci vrátí v krátkém čase. Dále upozorňují, že riziko rozvoje závislosti na alkoholu je 10x vyšší, pokud otec dotyčného je alkoholik. Nejvíce ohroženou skupinou jsou mladí muži. Z hlediska genetiky je zmiňováno, že alkohol je jedním z nejsilnějších stimulantů genů, které zajišťují příjemné pocity. Jedinci, kteří mají defekt tohoto genu musí pít více, a proto je vyšší riziko, že se u nich závislost rozvine. Biologickými faktory Kudrle (in Kalina, 2003) označuje také starost o výživu, fyzické zdraví, prevenci nemocí a úrazů. Je zjištěno, že u mnoha jedinců začíná závislost předepisováním analgetik na špatně léčenou bolest či využívání amfetaminů při léčbě poruch příjmu potravy.

Psychickými faktory rozvoje vzniku závislosti se označují způsoby prožívání, pro něž je typická emocionální labilita, dráždivost, stavy deprese či úzkosti, způsoby uvažování a hodnocení, kdy jedinci neumí objektivně posoudit sebe sama ani své okolí, podceňují se či přeceňují a také způsoby chování, jako např. míra sebekontroly, flexibility, učení se ze zkušeností. (Fischer, Škoda, 2008 in Spěvákova, 2017) S předchozími zmiňovanými faktory se v některých bodech shoduje také Frouzová (in Kalina, 2003), která udává, že jedinci návykové látky užívají pro jejich účinky, které mohou pomoci řešit aktuální stav – pocit odcizení, selhání, bezmoc, frustraci, deprese, nízkou sebeúctu aj. Návykové látky mohou ale jedinci nabízet i to, po čem touží – odvahu, vzpouru, únik, uvolnění, schopnost bojovat aj.

Sociálními faktory Kraus (2015) označuje vliv rodiny, vrstevnických skupin, lokálního prostředí a malou vnější kontrolu. Blíže tuto problematiku rozebírá Kudrle (in Kalina, 2003). Je potřeba neopominout vztahy s okolím, které jedince formují či naopak deformují, rasovou příslušnost, společenský status rodiny, prostředí, ve které jedinec žije – zda se jedná o vesnici, město či velkoměsto. Autor zdůrazňuje problém rozpadu rodin, nedostatku času rodičů na své děti, které pak hledají identifikační vzor ve svém okolí mimo rodinu, protože jim chybí pocit přijetí a sounáležitosti. Ještě horší situace pro rozvoj vzniku závislosti nastává, pokud jedinec vyrůstá přímo se závislou osobou. Nadměrné pití alkoholu či užívání jiných látek pak může začít brát jako

normu. Zároveň je vystaven prudkým změnám nálad a postojů v rodině, jsou mu dávány sliby, které se nikdy nenaplní a nemůže předvídat vývoj dalších hodin.

Mühlpachr (2008) rozšiřuje pohled na diskutovanou problematiku vzniku závislosti podmíněnou **farmakologickými faktory, somatickými a psychickými faktory, prostředím, podněty, socioekonomickými faktory a výchovně vzdělávacími faktory**. Farmakologickými faktory je souhrnně nazývána dostupnost návykových látek. Somatickými a psychickými faktory autor stručně označuje osobnost každého jedince s jeho vrozenými a získanými vlastnostmi, snahu odstranit fyzické potíže, udržet si kondici, stimulovat smysly či posílit sebevědomí. Faktor prostředí je tvořen především rodinou, vlivem výchovně vzdělávacího procesu a způsobem trávení volného času. Podnětem je označena interakce mezi návykovou látkou, osobností a prostředím. Podněty autor rozděluje na euforické a snahu uniknout nepříjemným pocitům. Dalším zmíněným je socioekonomický faktor. Globálně značí životní úroveň, která ovlivňuje růst kupní síly, stejně jako možnosti neomezeného cestování a delší pobyty v cizině. Posledními faktory, které mají vliv na rozvoj závislosti, jsou faktory výchovně vzdělávací.

Kapitola je rozčleněna do třech blízce souvisejících témat. Pro shrnutí je vhodné zmínit, že závislost se diagnostikuje dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Popis, který zde nalezneme pak blíže popisuje Nešpor (2018), který jednotlivé symptomy dělí do šesti kategorií. Zmíněný autor zároveň nabízí jednoduchý dotazník, který si jedinec může vyzkoušet sám na sobě, který je výše uveden. Dále jsou popsány stádia rozvoje závislosti, která jsou odlišně popsána pro alkoholovou závislost a pro závislost na nelegálních návykových látkách. Závěrem kapitola rozebírá faktory vzniku závislosti, které mohou být biologické, psychické či sociální. Vždy je ale potřeba brát v úvahu součinnost jednotlivých faktorů.

2. Návykové látky

Následující kapitola se věnuje jednotlivých návykovým látkám (drogám) mimo steroidy. Nejprve je zmíněno možné dělení a dále popsány jednotlivé látky včetně informací o jejich výskytu v rámci České republiky.

Charakteristiku návykových látek není složité odvodit již z jejich názvu – jedná se o látky, na něž vzniká návyk – závislost. Dělení návykových látek je různorodé. Lze je dělit na legální a nelegální, přírodní a syntetické či měkké a tvrdé.

Rozdělení látek na **legální** a **nelegální** je snadné – vždy odráží legislativu dané konkrétní země. V České republice je legální návykovou látkou z níže zmíněných tabák a alkohol. Nelegální návykovou látkou je například marihuana, pervitin aj. **Přírodní** drogy jsou drogy získávané z rostlin, **syntetické** drogy jsou uměle vyráběny. Na nelegálním trhu jsou dostupné i tzv. semisyntetické drogy. Dělení návykových látek na **měkké** a **tvrdé** uvádí Presl (1994). Autor zdůrazňuje jistou nepřesnost tohoto dělení, jelikož nebezpečnost měkkých drog je mnohdy vyšší než drog tvrdých. Mezi měkké drogy je řazena např. marihuana, alkohol či tabák. Další možné dělení pak popisuje Ondrejko (1999, in Spěváková, 2017) – drogy s převážně sedativním účinkem (např. alkohol), drogy s převážně povzbuzujícím účinkem (např. kokain), drogy s převážně halucinogenním účinkem (např. 3,4-methylendioxyamfetamin, zkráceně MDMA), narkotické látky (např. heroin) a steroidy.

2.1 Tabák

Tabák je jednou z nejrozšířenějších návykových látek po celém světě. Tabákový kouř obsahuje okolo 4 tisíc chemických látek, jedinou návykovou látkou v cigaretách je **nikotin**. (Králíková in Kalina, 2003). Nikotin je sám o sobě prudký, bezbarvý jed. Různí autoři uvádějí smrtelnou dávku v rozmezí 50-80 mg. Při kouření běžné cigarety se do lidského těla vstřebá přibližně 1-2 mg, v případě doutníku jde pak asi o 10 mg. (Illes, 2002). Jak uvádí Králíková (in Kalina, 2003), v České republice je běžné užívání tabáku ve dvou formách – bezdýmý tabák a tabák, který hoří. Hořící tabák známe především ve formě cigarety, doutníku nebo dýmky. Oproti tomu bezdýmý tabák můžeme dále rozčlenit na šňupací a orální, známý také jako tabák žvýkací. Účinky nastupují již krátce po užití díky vstřebávání v plicních sklípcích. U nezkušených kuřáků se objevuje nauzea, bolesti hlavy, podráždění sliznic

nebo průjem. Pokud by došlo k akutní otravě nikotinem, projevuje se tento stav bledostí, studeným potem, nauzeou, závratí, zúžením a následným rozšířením zornic. U dlouhodobých kuřáků se potom může objevit chronická otrava nikotinem, kdy je zasažen dýchací systém (vykazující charakteristický kašel, zánět hrtanu, hltanu či průdušnice) a systém trávicí (nauzea, zácpa či průjem). Dále dochází ke zvýšení krevního tlaku, bušení srdce, nepravidelnému srdečnímu rytmu. U mužů klesá potence, u žen se mohou objevit poruchy menstruace. Zároveň se vyskytují poruchy nervového systému, může dojít i k narušení smyslů – především čichu a chuti. (Illes, 2002) Kouření s sebou nese také rizika spojená se způsobem užití tabáku – jedná se o působení na alveolární makrofágy tj. buňky imunitního systému či zpomalení pohybu řasinkového epitelu, Tyto problémy se pojí s častějšími záněty průdušek, zápalý plic a virovými infekcemi dýchacího systému. (Nešpor, 1997) Abstinenci syndrom tabáku není životu nebezpečný, oslabuje ovšem soustředění, což může mít za následek např. úraz. (Nešpor, 2018)

Schmidt (1995 in Kraus, Hroncová, 2010) rozlišuje kuřáky typologicky dle stupně závislosti. Prvním stupněm označuje autor **příležitostného kuřáka**, který kouří pouze v určitých situacích, obvykle ve společnosti, čemuž často napomáhá i požití alkoholu. Jedinec, který kouří pravidelně při určitých příležitostech či ze zvyku, se označuje jako **návykový kuřák**. V tomto stupni ještě může kdykoliv s kouřením přestat. Třetím stupněm je **kuřák s psychickou závislostí**, který kouří z požitku, cítí uvolnění a uklidnění. Posledním stupněm je **kuřák s psychickou a fyzickou závislostí**. Pro jedince v tomto stupni znamená absence nervozity, bolest hlavy, bušení srdce či třes. Jednoduchý a orientační test závislosti na nikotinu vytvořil Fagerstrom (viz. Příloha č. 2). (Králíková in Kalina, 2003)

Léčba závislosti na tabáku není snadná, tak jak je tomu ostatně u všech závislostí. (Nešpor, 2006 a) První impuls musí vycházet od samotného jedince a jeho motivace s kouřením přestat. Králíková (in Kalina, 2003) uvádí vhodnost psychobehaviorální intervence, která se snaží o překonání zvyku kouřit, spojení kouření s určitými situacemi. Dále je možno využít farmakologickou léčbu, nazývanou „náhradní terapie nikotinem“. V našem prostředí je dostupná ve formě žvýkaček, náplastí či inhalátoru. Náhradní terapie nikotinem zamezuje projevy abstinenci syndromu. (Králíková in Kalina, 2003)

V rámci Národního výzkumu provedeného Úřadem vlády v roce 2016 bylo zjištěno, že denně kouří 26,6 % populace. Z těchto jedinců uvedlo 47,4 %, že kouří 11-20 cigaret denně a 31 % kouří více než 20 cigaret denně. Vzhledem k cílové skupině mladých dospělých v rámci empirického výzkumu je potřeba zmínit prevalenci kouření u této věkové skupiny – tedy jak ji vymežil výzkum – 25-34 let. Z této věkové kategorie uvedlo, že kouří, 28,8 %. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, online, 2018)

2.2 Alkohol

Alkohol je látkou s dlouhou historií, která je po celém světě velmi oblíbená. Alkohol je konzumován v podobě nápojů.

Ve společnosti plní alkohol několik funkcí:

- **fyzilogickou** – což znamená, že je používán jako nápoj i jako lék,
- **psychologickou** – zlepšuje náladu, pomáhá uniknout z reality,
- **sociální** – napomáhá adaptaci, komunikaci,
- **ekonomickou** – v podobě daní z výroby a prodeje je důležitou položkou státního příjmu,
- **rituální** – součást rituálů a obřadů (Kraus, 2015 in Spěvákova, 2017)

Višňovský (in Bečková, 1999) uvádí dva typy konzumenta alkoholu. Prvním typem je **anglosaský**, který je typický nadměrným pitím alkoholu, snaží se co nejdéle zůstat bez znaků opilosti, mezi jednotlivými epizodami pití jedinec abstinuje, či pije jen minimálně. Druhým typ je **románský**, pro který je charakteristické bytí ve stavu ne zcela opilém, ale málo kdy střízlivém. Tento přístup je typický pro konzumenty vína. Kraus (2015) pak ještě dodává typ **středoevropský**, který pije pravidelně a preferuje pivo.

Skála (1988 in Kraus, Hroncová, 2010) rozlišuje čtyři stupně přístupu k alkoholu. Prvním stupněm je **abstinent** – což je jedinec, který nepožil alkohol v žádné formě minimálně tři roky. Následuje **konzument**, kterého dále dělí na dva typy: zásadového, který pije v malých dávkách a neopíjí se, a nezásadového, který se neopije víckrát než 4x ročně. Třetím stupněm je **abuzér**, laicky pijan. Jedná se o jedince, který pije často. Posledním stupněm je **alkoholik**, který pije často, opíjí se a vyskytují se u něj abstinenční příznaky.

Působení alkoholu je individuální u každého jedince. Jde nejen o to, jaké množství alkoholu jedinci sedne, aniž by se dostal do stádia opilosti, ale také projevy jsou odlišné. U někoho může alkohol způsobit veselost, u jiného skleslost, někoho nabudí, jiného ale může výrazně utlumit. Višňovský (in Bečková, 1999) pak rozlišuje čtyři stádia opilosti:

1. **Excitační** – oslabení opatrnosti, tendence k agresivitě,
2. **Somnolentní** – spavost, útlum,
3. **Komatózní** – bezvědomí,
4. **Asfyktické** – dochází k utlumení dechového centra v míše. (Višňovský in Bečková, 1999)

Otrava alkoholem může být akutní či chronická. Akutní otrava vzniká po vypití velkého množství alkoholu nebo malého množství v kombinaci s některými léky. Vyšší stupeň opilosti se projevuje spavostí, žaludeční nevolností. V hlubokém spánku může přejít do bezvědomí, ke kterému se přidává studená kůže, zrychlený puls a zpomalené dýchání. Může nastat smrt v důsledku útlumu mozkových center. Chronická otrava je vyvolaná dlouhodobým zneužíváním alkoholu.

Konzumace alkoholu je nebezpečná, jak z hlediska fyziologického, tak společenského. Skála (1986) zmiňuje následující poškození: alkoholická myokardiopatie (poruchy srdečního rytmu), sekundární hypertenze, větší krvácivost po úraze, akutní gastritida (bolest v nadbříšku, zvracení), vředová nemoc, hepatopatie (steatóza – ztukovatění jater, hepatitida, cirhóza), rakovina jater, pankreatitida, sexuální poruchy, atrofie mozku, epileptické záchvaty, atrofie mozečku, *delirium tremens*. Z hlediska společenského je riziko ve spojitosti s výskytem kriminality, úrazovosti, dopravních nehod, ale také společenského soužití, především v rodině. (Kraus, Hroncová, 2010)

Abstinenční syndrom u alkoholu se projevuje třesem již po několika hodinách absence alkoholu, objevuje se úzkost, nepokoj či slabost. Mohou se objevit krátkodobé halucinace, dramatický stav je potom nazývaný, jako již bylo zmíněno, *delirium tremens*. **Delirium tremens** se projevuje silným neklidem, třesem, halucinacemi drobných předmětů, hmyzu či živočichů, dezorientací, pocením, nauzeou, zrychlením pulzu. (Višňovský in Bečková, 1999)

Léčba závislosti na alkoholu probíhá na specializovaných odděleních psychiatrických oddělení. Dle vlastní návštěvy v rámci exkurze během bakalářského studia, v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích, mohu říci, že závislost na alkoholu se léčí tak, jako ostatní závislosti. Pátrá se po příčině, je posilována motivace. Jedinec si také musí uvědomit nutnost doživotní abstinence a být připraven, co dělat, pokud by selhal – může např. využít i krátkodobých udržovacích programů. Důležitou roli v léčbě závislosti na alkoholu mohou sehrát také podpůrné skupiny, jakou jsou např. Anonymní alkoholici, organizace fungující již téměř po celém světě včetně České republiky.

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017 („Výroční zpráva“) (online, 2018) pije alkohol denně 6,9 % české populace, což je oproti předchozímu výzkumnému období (v roce 2012) nárůst o 1,7 %. Nejvíce denních konzumentů výzkum ukazuje ve věkové kategorii 55-64 let. V mladé dospělosti pije na denní bázi alkohol 5,5 % osob. K častému pití, které výzkum vymezil jako požití alkoholu minimálně jednou týdně, se doznává 13 % populace, z celkového počtu mladých dospělých v populaci pak jde o 15,9 %. To je ovšem velmi alarmující údaj. Zneužívání alkoholu u dětí a ve skupině mladistvých má svá rizika. U těchto lidí se nesmírně rychle rozvíjí závislost, k otravám alkoholem dochází již v relativně malých dávkách, v tuto dobu stále ještě vyvíjející mozek je předmětem vysokého působení alkoholu. (Nešpor, 2010) Mimo jiné vykazuje tato skupina alkoholiků také velmi vysokou mortalitu. (Nešpor, 2012)

2.3 Konopné drogy

Konopné drogy rozdělují svět v názoru na vhodnost legality této látky. Zatímco v České republice se jedná o látku nelegální, některé země ji povolují, např. Nizozemsko. Stále více je konopí zkoumáno také v souvislosti využití v medicíně, kdy přináší pozitivní účinky např. při léčbě roztroušené sklerózy.

Konopné drogy jsou užívány v podobě marihuany (listy a květy konopí setého) či **hašiše** (pryskyřice z rostlin). Účinnou látkou těchto drog je tetrahydrokanabinol, zkráceně THC. (Fischer, Škoda, 2009 in Spěváková, 2017) Nejčastější užití je kouřením, buď v dýmce nebo zabalením v cigaretovém papíru. Často se hovoří o možnosti vzniku závislosti na marihuaně. Ačkoliv somatická závislost se takřka neobjevuje, může vzniknout závislost psychická, která byla zaznamenána u častých

uživatelů a projevuje se jak zhoršením paměti a myšlení, tak sníženou sebeúctou a výskytem depresí mimo akutní intoxikaci. (Shapiro, 2005)

Účinky akutní intoxikace konopnou drogou se dostaví během 15-30 hodin od užití a přetrvávají 2-6 hodin. Intoxikace se projevuje jako zpomalené vnímání času, zostřené smyslové vnímání, jedinec má pocit silné sebedůvěry, sebejistoty dochází k poruše krátkodobé paměti, psychomotorické koordinace, snížení citlivosti na bolest či zvýšení chuti k jídlu. (Fischer, Škoda, 2009 in Spěváková, 2017) Vacek (2004) zmiňuje, že prožitek z intoxikace se časem mění – při prvních užitích jsou zaznamenávány spíše somatické projevy, po opakovaném užívání dochází k euforickému rauši. Autor rozlišuje tři typy těchto raušů:

- **vysmátost** – veselá nálada, smích, hravá komunikace,
- **přemýšlivost** – klid, intenzivní aktivita poznávacího procesu, vyrovnanost, nadšení, vážnost,
- **výkyd** – duševní nebo tělesná bezvládnost, netečnost, ochablost. (Vacek, 2004)

Mioviský (1998 in Anderlová a kol., 2016) uvádí typologii uživatelů konopných drog dle frekvence jejich užívání a dle délky užívání.

- lehký uživatel (1 - 2x týdně)
- středně těžký uživatel (2 – 4x týdně)
- těžký uživatel (5x týdně a více)
- krátkodobý uživatel (0-4 měsíce)
- střednědobý uživatel (4 měsíce – 2 roky)
- dlouhodobý uživatel (déle než 2 roky)

Dle výzkumu Prevalence užívání drog v populaci ČR 2017 (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2018, online) uvedlo zkušenost s konopnou drogou 28,6 % populace, mladých dospělých (pro potřeby výzkumu věková kategorie 15 - 34let) je to 44,2 %. Za posledních 30 dní v době realizovaného výzkumu uvedlo užití konopné látky 2 % populace, z toho 3,9 % mladých dospělých.

Vzhledem k orientačnímu testování pozitivitu na návykové látky, které využívá např. Armáda ČR či Policie ČR je užitečné zmínit, že test může po některých látkách vykazovat falešnou pozitivitu. Zajímavostí může být, že falešnou pozitivitu vykazují i některé běžně dostupné a užívané léky, jako je Ibuprofen,

Riboflavin, dětské mýdlo či šampón či se může pozitivita na THC objevit při nemoci ledvin, jater či cukrovce. (erowid.org, online) V případě positivity je tak vhodné doplnit ještě rozbor krve a moči, který může prokázat, co skutečně pozitivitu způsobilo.

Pro orientační zjištění rizikového chování v souvislosti s konopnými drogami se používá dotazník CAST (Cannabis Abuse Screening Test), který je uveden v příloze č. 3. (EMCDAA, 2008 in Andrllová, 2016)

2.4 Opiáty

Opiáty pocházejí z máku setého a jeho derivátů. Známé látky této skupiny jsou **opium** a **morfin** a jejich deriváty **heroin**, **braun**, **metadon**, **kodein** aj. Společným znakem těchto látek je skutečnost, že na ně vzniká velmi rychle závislost psychická i somatická. (Fischer, Škoda, 2009) Minařík (in Kalina, 2003) uvádí, že somatická závislost se rozvíjí po několika týdnech, maximálně měsících užívání. Psychická složka této závislosti se pak projevuje ztrátou kontroly nad užíváním, roste tolerance, čímž vzrůstá potřeba dávek. Tolerance se vyvíjí již po prvním podání opiátu a obvykle se manifestuje po 2-3 týdnech podávání látky. Při užívání nadměrných dávek ale může být rostoucí tolerance zaznamenána již během 24 hodin. Tyto návykové látky jsou získávány ze surového opia, které vytéká po naříznutí z nezralé makovice v podobě žlutozelené šťávy, která na vzduchu zasychá a mění barvu v hnědou. (Presl, 1994) Ve farmaceutickém průmyslu, pro který byly tyto látky původně vyvinuty, jsou využívány především k tlumení silných bolesti, např. při onkologických onemocněních. Pomáhají při plicní dušnosti během plicního edému, tlumí kašel, využívány jsou také při průjmu či jako doplňková látka k jiným anestetikům. (Bečková, 1999)

Opiáty se mohou dělit dle svého působení na opiátové receptory. Rozlišujeme **opioidní agonisty** (vyvolávají typické účinky opiátů, např. morfin), **opioidní antagonisty** (zabraňují účinku jiného opiátu, používají se při předávkování, např. naloxon), **částeční opioidní agonisté-antagonisté** (některé receptory aktivují, jiné blokují, např. butorphanol) a **částeční opioidní antagonisté** (např. buprenorfin). Pokud tedy mluvíme o obecných účincích opiátů, platí v plném rozsahu pouze pro opioidní agonisty. Opiáty působí tlumivě na centrální nervovou soustavu. Potlačují lokalizační i emocionální složku bolesti, působí zklidnění, ale i euforii, tlumí dýchací

centrum, což může způsobit úplnou zástavu dechu. Dochází ke stažení zornic a snížení tělesné teploty. V rámci krevního oběhu se rozšiřují cévy, zpomaluje srdeční činnost, klesá krevní tlak. V trávicím traktu vyvolávají opiáty těžkou zácpu. V urogenitálním systému může dojít k retenci moči kvůli vzestupu napětí močového měchýře či vzestupu napětí dělohy u žen. Na kůži se účinky opiátů projevují silným svěděním. Abstinenci syndrom se pak projevuje zrcadlením účinku opiátů. Lehčí stavy se projevují hlavně v trávicím traktu – bolestmi břicha a průjmem, možný je neklid a nespavost. Těžší stavy vykazují pocení, třes, zvýšení tělesné teploty, slzení, dehydratace, nechutenství. (Minařík, 2003 in Spěváková, 2017)

Rozšířeným představitelem na našem území je **braun**, který je vyráběn z léčiv, které obsahují kodein. Vzniká látka hnědé barvy (odtud modifikovaný českoanglický název), která je aplikována nitrožilně. Druhým rozšířeným opiátem je **heroin**. Heroin je nejčastěji aplikován nitrožilně, lze ho užít i šňupáním, kouřením a inhalací z aluminiové folie. (Minařík in Kalina, 2003) Jak uvádí Bečková (1999), počáteční dávka heroinu je u jedince asi 1-3 mg, postupně ale může dosahovat až 300 mg, což poukazuje na výše zmíněný růst tolerance. Závislost může vzniknout už po pár užitích.

U závislosti na opiátech se mimo běžnou léčbu vedoucí k abstinenci, využívá také substituční léčba, to znamená nahrazení jinou, bezpečnější látkou. Nešpor (2018) dodává, že obvykle se tato léčba volí u takových uživatelů opiátů, u kterých není možná klasická léčba. Nejvíce se v České republice využívá Metadon. Je předepisován osobám závislým na heroinu jako podpora detoxikace. Na rozdíl od heroinu nevyvolává slastný prožitek. Užíván je orálně v podobě tablet, případně, v roztocích či injekčně. Při dlouhodobém užívání může vzniknout závislost na samotném Metadonu. (Shapiro, 2005) Další užívanou látkou k substituční léčbě je buprenorfin v podobě Subutexu a následně upraveného Subuxone. Subutex se začal objevovat na černém trhu a nebyl dodržován vhodný způsob užití – tedy perorálně, ale nitrožilně, nesl tedy stejná rizika jako heroin. Do Subuxone byla tedy přidána látka Naloxon, která způsobuje, že pokud by byl užit nitrožilně, zablokuje opioidní receptory a u jedince se tak nedostaví chtěný stav. (Dekontaminace 2/2008, online)

Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2017 (Výzkumná zpráva, 2018) ukazuje na zkušenost s heroinem u 0,2 % populace a u 1,1 % s jiným opiátem

bez lékařského předpisu. V kategorii mladých dospělých má zkušenost 0,7 % s heroinem a 1,1 % s jiným opiátem bez lékařského předpisu. Srovnatelné hodnoty ukazuje také Výzkum občanů 2017 (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2018, online) – zkušenost s heroinem je zde zjištěna u 0,4 % populace a u 0,4 % u mladých dospělých. Nějaký jiný opiát užilo 1,5 % osob z celkové populace a 1,8 % mladých dospělých.

2.5 Stimulační drogy

Stimulační drogy či stimulancia jsou v našem prostředí velmi rozšířené. Řadí se mezi ně **pervitin**, **kokain**, **crack**, **extáze** či **efedrin**. Jde o látky, které mají budivý efekt na centrální nervovou soustavu. Z hlediska fyziologie dochází k vzestupu koncentrace monoaminů (např. dopamin, adrenalin) v synaptické štěrbině. Akutní intoxikace se projevuje zvýšením psychomotorického tempa, bdělostí, urychlením myšlení, snížením chuti k jídlu, vyvoláním euforie. Zároveň ale mohou tyto látky vyvolat úzkost, umocnit trému, zvýšit krevní tlak. Po odeznění těchto účinků se objevuje stav nazývaný jako „dojezd“. Projevuje se vyčerpáním, únavou, bolestí kloubů, několikadenním spánkem. Dlouhodobé užívání stimulancií vyvolává psychickou závislost a může vést k toxické psychóze (může ji spustit ale i jedna dávka). Jedinec má dojem, že mu chce někdo ublížit, může mít zrakové, sluchové či taktilní halucinace. (Minařík in Kalina, 2003)

Prvním zástupcem stimulancií je **pervitin** (methamphetamine), jde o derivát amphetaminu. Pomáhá odstraňovat únavu, vytváří pocit výkonnosti, uvolňuje zábrany. Výchozí látkou pro výrobu pervitinu je efedrin. (Kraus, 2015) Nejčastější užití je šňupáním, nitrožilně či ústy. Běžné dávky se pohybují okolo 50-250 mg. (Minařík in Kalina, 2003).

Další stimulační drogou je **kokain**. Získáván je z rostlinného keře koka pravá. Rozšíření této drogy je specifické spíše pro USA a Kanadu, v Evropě méně vzhledem k jeho vysoké ceně a je oblíbený spíše u finančně privilegovaných skupin. Nejčastěji je užíván šňupáním, méně často nitrožilně či žvýkáním. Běžná dávka je 10-120 mg.

Dostupnější variantou kokainu je **crack**, což je směs kokainu a jedlé sody. Užívá se kouřením. (Kraus, 2015)

Další drogou je **extáze**, známá jako párty droga. Nejčastěji se vyskytuje v podobě barevných tabletek. (Kraus, 2015) Účinky nastupují během dvaceti až šedesáti minut a trvají obvykle několik hodin. (Shapiro, 2005)

Jak uvádí internetová poradna Společnost Podané ruce o.p.s. (extc.cz, online), setkání s falešnou pozitivitou testu na amfetaminy je možné, a vídáme ho stále častěji u řidičů. Jak bylo zmíněno i výše, je potřebné podstoupit další toxikologické vyšetření, které pozitivitu potvrdí či vyvrátí. Falešnou pozitivitu mohou způsobit běžně dostupné léky jako Modafen (obsahuje účinnou látku efedrin), Nurofen, Coldrex aj., dále pak při onemocnění ledvin, jater nebo cukrovce.

Dle údajů z roku 2017 vyplývá, že zkušenost s pervitinem má 2,1 % české populace, s extází 4,3 % a s kokainem 1,9 %. Ve skupině mladých dospělých (které výzkum definuje od 15-34 let) má zkušenost s pervitinem 3,3 %, osob s extází 9 % osob a s kokainem 3,3 % osob. Odhad problémových uživatelů pervitinu se v České republice pohybuje okolo 34,7 tisíc. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2018, online)

2.6 Halucinogeny

Halucinogeny jsou látky s neobvyklými účinky na psychiku člověka, pojí se s určitou nevyzpytatelností a tajemností. Je možné je rozdělit do tří základních skupin:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu – durman, mezkalin, psilocybin,
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu – bufetenin,
- semisyntetické a syntetické – LSD. (Miovský in Kalina, 2003)

S halucinogeny bylo také experimentováno v rámci psychoterapií u těžších neuróz, psychóz, poruch osobností a závislostí. Mezi halucinogeny patří **LSD**, které je užíváno nejčastěji v podobě napuštěných papírků, tzv. „tripů“. Dá se ale koupit také jako roztok. Shapiro (2005) zmiňuje mimořádnou sílu této drogy. Účinnosti je dosaženo již v malými dávkami okolo 25 mg, pro hluboký psychedelický zážitek pak je třeba dávek okolo 100 až 150 mg. Účinek nastupuje po půl hodně a mizí asi po dvanácti hodinách. Projevy užití jsou zrakové efekty (jasné barvy, pohyby nehybných předmětů), deformace sluchových vjemů, změna vnímání času a prostoru,

rozšíření zornic, mírný nárůst tělesné teploty. Často se vyskytují u uživatele pocity jeho oddělení se od svého těla. Dalším zástupcem halucinogenů jsou **houby**. Nejznámější je na našem území *lysohlávka česká*, také pak *lysohlávka kopinatá* nebo některé houby z čeledi muchomůrkovitých. Houby se konzumují čerstvé nebo je z nich vařen čaj, popřípadě se mohou sušit. Účinky hub se dostavují během sedmi minut a trvají asi devět hodin. Dochází ke snížení krevního tlaku, srdce bije rychleji, dostavuje se euforie, živé pseudohalucinace.

U LSD ani psilocybinu (účinná látka obsažená v houbách) nedochází k takové závislosti, jako je u jiných návykových látek. Zatím nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti, ale u vysokých dávek může dojít k trvalému poškození jater nebo ledvin. U osob se srdečním onemocněním může dojít ke komplikacím. Velká rizika jsou z hlediska psychologického – jelikož množství aktivní látky je nepředvídatelné, což může vést k tzv. „bad tripu“. U predisponovaných osob může dojít k depresi, úzkosti či napětí. (Miovský in Kalina, 2003)

Zkušenost s LSD má v české populaci dle Prevalence užívání drog v populaci ČR 2017 2 % populace, s halucinogenními houbami 4,7 %. U mladých dospělých je to zkušenost s LSD u 3 % osob, s halucinogenními houbami 7,3 % osob. (Výzkumná zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, online, 2018)

2.7 Solvencia

Solvencia neboli těkavé látky jsou uhlovodíkové látky, které se získávají z nafty nebo plynu. Mají schopnost uvolňovat molekuly už při pokojové teplotě (těkavé látky) a destrukují molekuly látek organického původu (rozpouštědla). Motivace ke zneužívání těchto látek je dána halucinogenními, euforizujícími a anestetickými účinky. Užití solvencí se projeví nejprve euforií a mírnou závratí. Při nízkých dávkách se intoxikace projevuje podobně jako opilost. Jedinci jsou značně bledí, mají zhoršenou výslovnost, motorickou diskoordinaci, svalovou ochablost. Dále může docházet k prostorové dezorientaci, abnormálním senzomotorickým vjemům (např. *tinitus*), uvolňují se morální zábrany. U těžší formy intoxikace dochází k nápadné přecitlivělosti na světlo, zvracení, slzení, nepravidelnosti srdečního rytmu, objevuje se vodnatý sekret z nosu, mohou nastoupit projevy agrese. Pravidelné užívání těchto látek vede k porušení centrální nervové soustavy, zhoršení paměti, tříštění inteligence či rozpadu osobnosti. Ze somatického hlediska dochází pravidelným

užíváním k anémii, degenerativním změnám v kostní dřeni, poškození srdečního svalu, sliznice dýchacích cest, toxické hepatitidě. (Bečková, 1999)

Nejčastěji jsou solvencia užívána inhalací, v některých případech ale může dojít i k jejich vypití, které poškozuje játra a ledviny, což je často neslučitelné se životem. Na těchto látkách vzniká závislost psychická. (Bečková, 1999) Způsoby inhalace jsou různé – některé látky jsou inhalovány přímo z obalu, některé jsou vylévány na tkaninu či oděv (např. rukáv pro méně nápadnou inhalaci). Látky s hustší konzistencí jsou nalévány do pytlíků. Charakteristické jsou spíše pro finančně níže postavené vrstvy či mladistvé, u nichž může mít závislost ještě fatálnější následky.

Nejznámější zástupcem solvencí je **toluen**. Presl (1994) zdůrazňuje rizika čichání toluenu už proto, že nelze odměřit dávku a snadno tak může dojít k předávkování. Pro zvýšení koncentrace se toluen inhaluje buď pod dekou nebo s hlavou v igelitovém pytlíku. Dalšími těkavými látkami jsou trichlorethylen, aceton, éter, benzin či rajský plyn.

Zkušenost s těkavými látkami v České republice uvádí 1 % populace, mladých dospělých pak 1,6 %. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v české republice, 2017)

2.8 Tlumivé látky

Mezi tlumivé látky řadíme **analgetika, hypnotika, sedativa, antidepressiva, anxiolitika**. Jedná se o látky, které byly původně vyvinuty pro farmaceutický průmysl, některé jsou i volně prodejné – bez lékařského předpisu. (Kraus, 2015)

Analgetika jsou obecně léky na snížení bolesti. Problémem analgetik je, snižování bolesti, která má v organismu varovnou funkci. Analgetika se dělí na opioidní analgetika, nesteroidní antiflogistika a psychofarmaka. První zmíněné působí přímo v centrální nervové soustavě. Používají se k tišení středně silné až silné bolesti (např. pooperační, poúrazové, při onkologických nemocích). Druhé zmíněné působí přímo v místě bolesti, kde se tvoří zánět. Blokují tvorbu látek, které dráždí nervové zakončení a tím vyvolávají bolest. Tyto léky jsou určeny na nízkou a středně silnou bolest, jako jsou bolesti kloubů, svalů nebo revmatická onemocnění. Psychofarmaka jsou tricyklická antidepressiva – např. citalopram. (Bayer in Kalina, 2003)

Sedativa neboli trankvilizéry jsou léky se zklidňujícím účinkem. Řadí se mezi ně barbituráty nebo bromidy. Dělí se tzv. malé a velké trankvilizéry. Do skupiny

malých trankvilizérů patří benzodiazepiny, jejichž úkolem je tlumení úzkosti, prevence a léčba křečí, uvolňují svalové napětí, navozují spánek. Z čehož vyplývá i jejich využití – k léčbě úzkostných stavů, neklidů, svalových křečí, nespavosti. (Shapiro, 2005) Mezi benzodiazepiny patří Neurol, Xanax (účinná látka alprazolam), Rohypnol (účinná látka flunitrazepam), Rivotril (účinná látka klonazepam) aj. (Bečková, 1999) K sedativům se rovněž přidružují hypnotika – léky na spaní. Tyto léky ovlivňují bdělost, navozují ospalost a spánek. Jde o jednu z kategorií léků, které jsou často předepisovány zbytečně. (Bayer in Kalina, 2003)

Dle výzkumu Prevalence užívání drog v populaci v roce 2017 uvádí zkušenost s léky jako jsou sedativa, hypnotika, opioidní analgetika, aniž by mu byly předepsány 23,9 % populace, mladých dospělých je to 20,7 %. Nižší hodnoty uvádí Výzkum občanů 2017, kde zkušenost se stejnými léky uvedlo 11 % populace, 12 % mladých dospělých. (Výzkumná zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2018) Farmaceutické společnosti uvádějí, že v roce 2017 dodali přes 260 milionů balení těchto léků, což představuje v přepočtu 6,5 miliardy možných aplikačních dávek. Denní spotřeba léků tak vychází na 1 a $\frac{3}{4}$ prášku na osobu včetně kojenců. V České republice je v současnosti zhruba 900 tisíc osob na lécích závislých. (www.nicm.cz, online)

Kapitola se věnuje jednotlivým druhům návykových látek. Zmiňuje projevy intoxikace i možných následků jednotlivých látek. V závěru každé podkapitoly je zmíněna situace v České republice dle dostupných údajů.

3. Mladá dospělost

Vzhledem k tomu, že je tato práce zaměřena na studenty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, je potřeba cílovou skupinu charakterizovat.

Je obtížné přesně vymezit, kdy mladá dospělost začíná, kdy končí. Jedince ve svém vývoji určují jak biologické, tak psychické či sociální faktory, a proto je vývoj velmi individuální. Jsou ale určité znaky, které jedinci ve stejném věku vykazují. Vágnerová (2000) pro mladou dospělost vymezuje věk 20-35 let, ale zároveň dodává, že počátek dospělosti není možné určit, a proto se ve společnosti jako vstup do dospělosti ohraničuje věková hranice 18 let, tedy dosažení právní zletilosti (v ČR). Stejně věkové rozmezí mladé dospělosti uvádí i Thorová (2015). Pro potřeby této diplomové práce byla zvolena definice mladé dospělosti dle Říčana (2006). Autor skupinu vymezuje **od 20 do 30 let**. Tato definice byla zvolena vzhledem k tomu, že nejvíce odpovídá věku studentů vysoké školy.

Charakteristika mladé dospělosti

Nejen vymezit rozmezí mladé dospělosti, ale také jasně popsat její charakteristické rysy je složité. Je potřebné brát v úvahu, jakým směrem se jedinec v tomto věku může ubírat. Někteří lidé v tomto věku již pracují, jiní studují a následně začínají budovat svou kariéru a někteří po celou dobu uvedené mladé dospělosti ještě studují. Odlišnost je např. v osamostatnění. Zatímco jedni stále ještě bydlí u svých rodičů, jiní již zakládají své rodiny, ačkoliv jak ukazuje statistika Českého statistického úřadu, ženy porod prvního dítěte, oddalují. V období 2005-2015 došlo k posunu průměrného věku při porodu prvního dítěte v současnosti z 26,6 let na 28,2 let. (Český statistický úřad, online). Nezávislosti na rodičích jedinci nabývají postupně – tvoří se nezávislost postojová, emoční, fyzická i ekonomická (odstěhováním se od rodičů). Vztah k rodičům se přetváří. (Thorová, 2015) Lze říci, že odlišnost jedinců se může lišit o tolik, kolik možností současná doba nabízí. Stále více mladých dospělých chce před založením rodiny cestovat – hledají si v zahraničí dočasnou práci či se vydávají za dobrodružstvím. Přesto nacházíme společné body ve fyziologickém či psychickém vývoji.

Dle Říčana (2006) se mladá dospělost obecně vymezuje následujícími deseti znaky:

1. Jedinec vykonává práci, která mu zajišťuje soběstačnost, případně se připravuje na své budoucí povolání studiem na vysoké škole.
2. Je schopen spolupracovat, vyhýbá se zbytečným konfliktům, které jsou charakteristické pro dospívání, dokáže nejen poskytnout, ale také přijmout radu. Umí se podřídit vedení.
3. Samostatně pečuje o své osobní věci – je schopen si nakoupit např. oblečení a sám o něj pečovat.
4. Jednání vůči autoritám, ať už v práci či při studiu, je vyspělé. Jedinec zbytečně nezdůrazňuje svou samostatnost a nezávislost, arogantně se nebouří.
5. Má reálné plány do budoucna.
6. Jedinec bydlí sám (ve smyslu odděleně od rodičů) nebo s rodiči, kde má ovšem jasně vymezené svoje teritorium a v bytě rodičů se cítí spíše hostem.
7. Ubývá také času tráveného s rodiči. Je schopen trávit čas o samotě, popř. s blízkými přáteli.
8. Stýká se s druhým pohlavím bez nepřiměřených zábran, umí poskytovat i přijímat lásku, má tendenci k dlouhodobějšímu vztahu.
9. Snaží se rozšiřovat svou orientaci ve svém životním prostředí.
10. Aktivně pečuje o blaho rodiny, přátel i celé společnosti. (Říčan, 2006)

Jako přechod od nezralé ke zralé osobnosti pojímá mladou dospělost Thorová (2015). U jedince dochází k intenzivnímu psychickému dospívání. „*Zralý člověk dokáže uspokojovat svoje psychické potřeby, dokáže se podřídit i dělat kompromisy, rozhodovat se i pomáhat druhým, umí přijímat prohry, dokáže odpustit sobě i druhým.*“ (Thorová, 2015) Při řešení problému je jedinec již schopen pojímat všechny strany problému a nad řešením uvažovat v kontextu celku. Tento druh uvažování je označován jako *postformální myšlení*. Mění se také pohled na názor k řešení problému. Jedinec si uvědomuje, že jeho názor je jen jedním názorem ze všech možných a že není univerzálně platný. Přesto mají mladí dospělí tendenci zaujímat určitou pozici a trvat na své pravdě. Tyto situace pak vyvolávají emoce, které díky získaným zkušenostem vedou ke schopnosti ustoupit a hledat alternativní

řešení – tedy kompromisu, který již není projevem submise či rezignace. (Vágnerová, 2000) Kramer (1989 in Vágnerová, 2000) uvádí tři znaky postformálního myšlení:

- sebekritičnost – jedinec akceptuje, že jeho uvažování nemusí být zcela přesné,
- smíření s faktem, že různé problémy, které jsou součástí životní reality, bývají složité a nejednoznačné a že se v průběhu času mění,
- schopnost pracovat s protiklady.

V rámci **psychického vývoje** dochází u mladého dospělého k větší pragmatičnosti, zabývá se praktickými úkoly, rozvíjejí se i jiné složky inteligence než pouze ta, na níž závisela úspěšnost ve škole. Jedinec stabilizuje své sebehodnocení a vlastní kompetence – umí posoudit svou inteligenci ve spojitosti s hledáním své profese. (Vágnerová, 2000)

Z hlediska sociálního dochází ke stabilizaci a přijetí rolí, s čímž souvisí i proměna vztahu k obecným normám. Význam jednotlivých norem má jedinec v sobě zakódovaný především díky předchozím zkušenostem, které byly převážně zprostředkovány ještě primární rodinou. Rozdílem ale je, že v předchozím vývojovém období byly tyto normy kontrolovány autoritou, tedy rodiči, nyní je již jedinec odpovědný sám za sebe, své svědomí a sám rozhoduje, které normy chování bude respektovat. Mladý dospělý se orientuje na společnost. To znamená, že chápe perspektivu jiných lidí, uvědomuje si svou vlastní vázanost na společnost. Vzpoura, která je typická pro předchozí období adolescence, ustupuje, stejně jako negativismus a odpor k respektování norem. Zároveň dochází k ústupu vlivu vrstevnických skupin a roste individualita. (Vágnerová, 2000)

Z **fyziologického hlediska** je pro toto období nejtypičtější tělesná síla, energie, vitalita. Tělesná konstrukce mohutní a dochází vyvrcholení k svalové síly. Ačkoliv úmrtnost není vysoká, dle statistik dochází v tomto období k úmrtí u třikrát více mužů než žen. To je odůvodňováno větší mírou riskování. Pouze pečlivým měřením lze zjistit, že již kolem 25. roku života dochází k nepatrnému úbytku tělesné výšky a také snížením citlivosti sluchu pro některé vyšší tóny. Zhoršení lze zaznamenat také u zraku – zhoršuje se adaptace oka na tmou a vidění na blízko. Okolo dvacátého věku, kdy je vývoj tělesné schránky prakticky dokončen, nastává proces určitého smíření či akceptování toho, jak tělesná schránka daného jedince vypadá, stejně jako otázka

uvědomění si a srozumění se svým vnitřním vyladěním, vnímáním světa a okolí. Může ovšem nastat situace, kdy je jedinec sám se sebou nespokojen. V takovýchto, a ne v ojedinělých případech je třeba danému člověku pomoci, snažit se posílit jeho vnitřní nastavení, odolnost, upevnění duševních vlastností. V poměrně nejčastějším směru vnitřní nespokojenosti se svým fyziognomickým zjevem, postavou, váhou podat pomocnou ruku ve formě rad a návodů, jsou-li opravdu potřeba, navést k pravidelnému pohybu, sportu. (Říčan, 2006)

Kapitola se věnuje mladé dospělosti, poukazuje na rozdílnost pojetí věkového vymezení různými autory. Nesnáze činí také charakterizovat, jaký je „typický mladý dospělý“. Můžeme uvažovat o studentovi žijícím s rodiči, stejně dobře jako o mladém otci s malými dětmi. Autoři jak Říčan, Thorová či Vágnerová pak nalézají společné prvky jak ve fyziologickém vývoji, tak ve vývoji myšlení, sebepojetí či vztahu k normám.

4. Armáda České republiky

Následující kapitola se zabývá, jak již z názvu vypovídá, Armádou České republiky (AČR). Kapitola je rozdělena do dvou podkapitol. První kapitola rozebírá problematiku současného fungování Armády České republiky a zmiňuje výzkumy, které se jí týkají. Druhá podkapitola se zaměřuje blíže na Univerzitu obrany (UO), konkrétně Fakultu vojenského zdravotnictví v Hradci Králové a studium na ní. Třetí podkapitola se zabývá charakteristikou studentů všeobecného lékařství na Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany (FVZ UO).

4.1 Charakteristika Armády České republiky

„Armáda je hlavním subjektem realizace obranných cílů České republiky. V souladu se strategickými zásadami NATO jsou, jednotlivě i společně nepřetržitou efektivní přípravou rozvíjeny operační nezávislost a schopnost součinnosti pozemních a vzdušných sil a ostatních součástí AČR. Armáda je zapojena do integrované vojenské struktury NATO, do systémů obranného, operačního a civilního nouzového plánování, do procedurálních a organizačních aspektů jaderných konzultací a do společných cvičení a operací.“ Roušar (2006) Armáda ČR je soustavně připravována k tomu, aby byla schopna samostatně popř. s podporou aliančních spojenců bojovat proti veškerým bezpečnostním hrozbám jak vojenského, tak i nevojenského charakteru. (Roušar, 2006) Vrchním orgánem Armády ČR je Generální štáb v čele s náčelníkem. Od 1. ledna 2005 je česká armáda **plně profesionální**, což znamená, že poprvé v historii nejen České republiky, ale i bývalého Československa není tvořena vojáky v základní službě. (Česko, 2012)

Ozbrojené síly České republiky se dle Roušara (2006) dělí do třech základních skupin. První skupinou je Armáda ČR, jejíž charakteristika je popsána výše. Druhou skupinou je Vojenská kancelář prezidenta republiky a třetí Hradní stráž. Vojenská kancelář prezidenta republiky je vojenský útvar, který pomáhá zajišťovat výkon pravomocí prezidenta republiky. Řízena je náčelníkem, který je jmenován i odvoláván prezidentem. Hradní stráž tvoří dva strážní prapory, rota zabezpečení a hudba Hradní stráže. Úkolem Hradní stráže je zabezpečovat ceremoniály dle Ústavy ČR a účastní se jmenování předsedy vlády, předsedy, místopředsedy a soudců Ústavního soudu, guvernéra Bankovní rady České národní banky, rektorů vysokých

škol aj. Hradní stráž také zajišťuje přijímání návštěv vrcholných státních představitelů cizích zemí.

V souvislosti s Armádou ČR je vhodné pro přehlednost zmínit také vojenské hodnosti. Vojenské hodnosti se dělí do šesti skupin:

- generálové – armádní generál, generálporučík, generálmajor, brigádní generál,
- vyšší důstojníci – plukovník, podplukovník, major,
- nižší důstojníci – kapitán, nadporučík, poručík,
- praporčíci – štábní praporčík, nadpraporčík, praporčík, nadrotmistr, rotmistr,
- poddůstojníci – rotný, četař, desátník
- mužstvo – svobodník, vojín. (Česko, 2012)

Dále je potřeba zmínit samotný **resort obrany**. Do resortu obrany patří Ministerstvo obrany, Vojenské zpravodajství, Vojenská policie a Vojenské akreditované školství.

Ministerstvo obrany je orgán státní správy, který zabezpečuje obranu ČR, řídí Armádu ČR a také spravuje vojenské újezdy. Zároveň se podílí na návrhu vojenské politiky státu, navrhuje potřebná zajištění obrany státu vládě. Zabezpečuje plnění závazků, které vyplývají z mezinárodních vojensko-politických bezpečnostních dokumentů. (Roušar, 2006)

Vojenské zpravodajství pak shromažďuje informace o záměrech a činnostech, které by pro Českou republiku mohly znamenat ohrožení. Dále získává a následně vyhodnocuje informace svědčící o terorismu, sabotáži či organizovaného zločinu. (Roušar, 2006)

Vojenská policie je plně profesionálním orgánem, který zajišťuje policejní ochranu ozbrojených sil, vojenských objektů či vojenského materiálu. Dále se činnost vojenské policie zaměřuje na předcházení protiprávních jednání, problematice drog, ochraně zbraní či munice. (Roušar, 2006). Složena je z velitelství dislokovaných v Praze, Táboře a Olomouci. (Vojenská policie, online)

Poslední složkou, kterou zmiňuje Roušar (2006) je Vojenské akreditované školství. Tato složka zabezpečuje vzdělávání, které je součástí celostátní vzdělávací soustavy. V rámci středního a vyššího odborného vzdělávání je možnost studovat Vojenskou střední školu a Vyšší odbornou školu Ministerstva obrany v Moravské

Třebové. Střední vzdělávání nabízí obory vojenské lyceum, elektrotechnika a podnikání, vyšší odborné vzdělání pak v oboru ochrana vojsk a obyvatelstva při krizových situacích. (Vojenská střední škola a Vyšší odborná škola Ministerstva Obrany v Moravské Třebové, online). Vysokou školu je pak možno studovat v rámci Univerzity Obrany, o které je psáno níže, a v rámci Katedry tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy. (Fakulta tělesné výchovy a sportu, online).

Nábor do Armády České republiky

Na webových stránkách Armády ČR ve složce kariéra nalezneme požadavky, které je potřeba splnit pro přijetí do Armády ČR. Členem je možno stát se jako „voják z povolání“, „voják v záloze“ nebo „student vojenské školy“. Aby se jedinec mohl stát **vojákem z povolání** je nutno splnit tyto požadavky:

- věk minimálně 18 let,
- občanství ČR,
- trestní bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,
- splnění kvalifikačních předpokladů (alespoň výuční list),
- ke dni nástupu nebyť členem politické strany nebo hnutí či odborové organizace,
- složení vojenské přísahy. (Armáda ČR, online)

Podmínky pro přijetí se řídí zákonem č. 221/1999 Sb., zákon o vojácích z povolání. (Armáda ČR, online)

Dále se jedinec může stát členem Armády ČR v podobě aktivní zálohy. Aktivní zálohu můžeme popsat jako propojení vojenského a civilního světa, má snížené podmínky pro přijetí a je finančně odměňována. Členové aktivní zálohy se pravidelně účastní vojenských cvičení a slouží např. k posílení integrovaného záchranného systému. Jedinec se ale může účastnit i dobrovolného vojenské cvičení, které trvá po dobu šesti týdnů, během kterých je jedinec vojákem v aktivní záloze. Přijetí do **aktivní zálohy** se řídí zákonem č. 45/2016 Sb., zákon o službě vojáků v záloze a zahrnuje tyto podmínky:

- věk minimálně 18 let,

- občanství ČR,
- trestní bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,
- splnění kvalifikačních předpokladů (alespoň výuční list),
- v případě dobrovolného vojenského cvičení alespoň základní vzdělání,
- podepsání prohlášení o nepodporování extremismu. (Armáda ČR, online)

Poslední možností, jak se stát součástí Armády ČR je stát se studentem jedné ze škol, které jsou zmíněny výše.

Vybrané výzkumy k Armádě České republiky zaměřené na problematiku rizikového chování

Níže jsou zmíněny vybrané dostupné výzkumy týkající se Armády ČR, které se zabývají užíváním návykových látek, sociálně nežádoucími jevy či prevencí.

Havrdová (2013) se ve své práci zabývá sociálně nežádoucími jevy v armádě a genderovými příležitostmi. Autorka prováděla výzkum na celkovém počtu 102 respondentů, přičemž 79,41 % tvořili muži. Výzkum probíhal mezi vojáky z povolání a občanskými zaměstnanci AČR na letišti Pardubice. Ze zjištěných dat vyplývá, že z celkového počtu respondentů má osobní zkušenost s drogou jedna žena a jedenáct mužů. Na otázku, zda jsou návykové nemoci v armádě méně časté než v běžné populaci, odpovědělo že „ne“ celkem 71 respondentů, tedy více než polovina. Na otázku četnosti sociálně nežádoucích jevů respondenti označili za největší problém kouření, alkohol a jiné návykové látky, korupční jednání, nedrogové závislosti, šikanu, mobbing/bossing, protiprávní jednání, extremismus a terorismus.

Negativními aspekty životního stylu v Armádě ČR se zabývá také Šolc (2015). Autor realizoval výzkumné šetření pomocí dotazníku, který byl vyplněn 100 respondenty, kteří jsou příslušníky AČR, v poměru 83 % mužů, 17 % žen a ve věkové kategorii od 25 do 44 let. Výzkum se zabývá také preventivními aktivitami, mezi které řadí např. pohybové aktivity, kdy 40 % oslovených respondentů uvedlo, že se sportu věnuje 3-4x týdně, 30 % 1-2x týdně a 30 % 5-6x týdně. Na otázku kouření odpovědělo 60 %, že nekouří, 20 % kouří pouze příležitostně a 20 % se řadí mezi běžné kuřáky, tzn. několik cigaret za den. Stejná otázka byla respondentům

položena i z hlediska alkoholu, kdy 40 % respondentů konzumuje alkohol více než jednou týdně, 30 % minimálně jednou týdně a 30 % příležitostně. Z oslovených respondentů odpovědělo 50 %, že nejčastěji pije pivo, 40 % víno a 10 % míchané nápoje. Tzv. „tvrdý alkohol“ neuvedl nikdo.

Ve své bakalářské práci se sociálně nežádoucími jevy („SNJ“) v armádě zabývá také Máca (2015). Autor se konkrétně zaměřuje na výskyt SNJ a jejich prevenci. Výzkum probíhal mezi 164 respondenty (z toho 91,5 % mužů). Na otázku poskytování dostatku volnočasových aktivit armádou, odpovědělo 67 %, že armáda poskytuje dostatek těchto aktivit, 23,2 % má opačný názor. Nezajímá se 9,8 %. Z hlediska alkoholu byla položena otázka, zda respondenti požívají alkohol v míře, která by mohla mít vliv na jejich profesní život. Negativně (tedy „ne, nepožívám“) odpovědělo 78,7 %, naopak k častému užívání alkoholu se doznává 4,9 %. Zbytek respondentů se do této situace dostává výjimečně. Autor se dotazuje zároveň na užívání „měkkých“ nelegálních drog, mezi které řadí konopí, lysohlávky, extáze a LSD. Často užívá tyto látky 1,2 % respondentů, občasně 4,9 % a 93,9 % je neužívá vůbec. Užívání „tvrdých“ drog, kam autor řadí heroin, pervitin a kokain neguje 100 % respondentů. Mimo užívání návykových látek je možno zmínit ještě hraní na výherních automatech, kde 1,2 % hraje často, 6,1 % příležitostně, zbytek nehraje vůbec a šikanu, kterou neguje 74,4 % a zbylých 25,6 % souhlasí s výskytem šikany v AČR.

4.2 Univerzita obrany

Univerzita obrany (UO) vznikla 1. září 2004 díky sloučení tří samostatně působících vzdělávacích zařízení: Vysoká vojenská škola pozemního vojska (Vyškov), Vojenská akademie (Brno) a Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně (Hradec Králové). (Roušar, 2006) UO pro své studenty nabízí akreditované vzdělání v bakalářských, magisterských a doktorských studijních programech. UO poskytuje také celoživotní vzdělávání postgraduálního charakteru. Vzdělávání na UO připravuje vojenské profesionály a odborníky, kteří působí ve sféře bezpečnosti, obrany státu, státní správy a smluvních závazků s ostatními demokratickými státy. Univerzita se řídí zákonem č. 214/2004 Sb., o zřízení Univerzity obrany. Vzdělávání je orientováno vojensky, studenti jsou vedeni k samostatnosti, tvořivosti, vytrvalosti, obětavosti i sebekázní. Vzdělávání absolventů je všestranné a umožňuje uplatnění

ve vojenském i civilním životě. UO má sídlo v Brně a je státní vysokou školou. Univerzita je tvořena třemi fakultami: **Fakulta vojenského leadershipu, Fakulta vojenských technologií, Fakulta vojenského zdravotnictví**. (Univerzita obrany, online)

Vysokoškolským ústavem – Ústav ochrany proti zbraním hromadného ničení a třemi centry – **Centrum bezpečnostních a vojenskostrategických studií, Centrum jazykového vzdělávání a Centrum tělesné výchovy a sportu**. (Univerzita obrany, online)

Níže jsou uvedeny katedry, které tvoří Fakultu vojenského zdravotnictví v Hradci Králové, na níž je zaměřena tato diplomová práce. Fakultu vojenského zdravotnictví tvoří:

- Katedra epidemiologie,
- Katedra organizace vojenského zdravotnictví a managementu,
- Katedra radiobiologie,
- Katedra toxikologie a vojenské farmacie,
- Katedra vojenské chirurgie,
- Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny,
- Katedra urgentní medicíny a vojenského všeobecného lékařství,
- Katedra molekulární patologie a biologie. (Univerzita obrany, online)

Na Fakultě vojenského zdravotnictví si mohou aktuálně (k 31. 1. 2019) uchazeči vybrat z následujících oborů:

Bakalářské

- Zdravotnický záchranář

Magisterské

- Vojenská farmacie
- Vojenské všeobecné lékařství
- Vojenské zubní lékařství

Doktorské

- Preventivní medicína a ochrana veřejného zdraví
- Toxikologie
- Vojenská radiobiologie
- Epidemiologie
- Infekční biologie (Univerzita obrany, online)

4.3 Charakteristika studentů a studia vojenského všeobecného lékařství na FVZ UO

Studium na fakultě vojenského zdravotnictví v Hradci Králové Univerzity obrany v Brně s sebou přináší určité odlišnosti a specifika, která nenajdeme na žádné jiné vysoké škole v České republice jako takové a ani na žádné jiné civilní lékařské fakultě v České republice. Tímto tématem se nezabývá odborná literatura, proto informace níže uvedené vycházejí z osobního rozhovoru se zaměstnanci FVZ. Již přijímací řízení probíhá na dvou vysokých školách – na FVZ UO (angličtina, splnění ukazatelů tělesné zdatnosti) a na lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové (testy z odborných předmětů společné jak civilním, tak vojenským studentům). Odborné medicínské předměty kromě některých (příkladem je epidemiologie) jsou přednášeny i cvičeny na civilní lékařské fakultě v HK. Většina klinických předmětů a klinických seminářů a cvičení se odehrává ve fakultní nemocnici Hradec Králové. Studenti FVZ mají pak ještě každoroční letní výuku, letní vojenský semestr v období, kdy civilní studenti obvykle tráví čas odpočinkem, relaxací a nabíráním sil do ročníku dalšího nebo přípravou na opravné zkouškové termíny. Vojenští studenti v rámci celého kalendářního roku mají k dispozici srpen pro svou dovolenou. V jejich případě nelze hovořit o prázdninách, jsou totiž zaměstnanci Armády České republiky, za své studium vojenského všeobecného lékařství – považované za pracovní náplň, berou plat. S touto výhodou se na druhou stranu pojí velké množství dalších vojenských povinností, vojenských cvičení, každodenních nástupů. Již na počátku prvního ročníku, před začátkem semestru musí vojenští medicíci namísto části posledních předvysokoškolských prázdnin absolvovat náročné úvodní cvičení ve Vyškově, tzv. přijímač. Ten je jakýmsi prvním nárazem a setkáním s realitou vojenského života a každoročně se již zde projevuje odchodovost.

Studenti FVZ jsou tedy do jisté míry specifickou studijní skupinou i v rámci LF UK HK, v posledních letech jsou ponecháváni společně, a tvoří jednu studijní skupinu (obvykle doplněnou několika civilními studenty), což umožňuje lépe sladit rozvrhy civilní a vojenské výuky.

Většina studentů je na FVZ ubytována, a tak tato skupina i z tohoto hlediska představuje relativně kompaktní uskupení. Většinou studenti sami tuto situaci vnímají pozitivně. Není bez zajímavosti, že ve studentských promočních projevech se na tento fakt často odkazují, z hlediska soudržnosti, vzájemné pomoci, podpory, a to nejen při studiu, ale počítají s ním i do budoucna z hlediska kolegiality a pomoci.

Na druhou stranu život v takovéto komunitě, od prvního ročníku poměrně vysoký plat, ubytování zdarma, zajímavá vojenská prospěchová stipendia, často nově nabytá samostatnost, vymanění se z vlivu a ekonomické závislosti na rodičích, nesmírná náročnost na studia obzvláště v prvních ročnících a k tomu vojenské povinnosti mohou působit problémy. Vliv kolektivu na psychicky slabší jedince, způsob pojmání společensky negativních jevů a chování v takovémto prostředí mohou mít značný dopad, a to přesto, že armáda má své rezortní programy rizikového chování.

Kapitola se zabývá přiblížením pojmu Armáda České republiky – jejími úkoly a zařazením mezi jednotlivé složky resortu obrany. Zmiňuje možnosti, jak se stát součástí AČR i jaké je nutno splnit požadavky pro přijetí. Nalezneme v nich podobnost s požadavky některých bezpečnostních složek, např. Policie České republiky či Vězeňská služba České republiky. Kapitola pak dále popisuje Univerzitu obrany, především Fakultu vojenského zdravotnictví a její obory pro přiblížení respondentů empirické části této práce. Zdůrazněny jsou i výzkumy, věnující se podobnému tématu a jejich výsledky.

5. Prevence

Kapitola se věnuje obecnému vymezení prevence a jejímu možnostem jejího dělení. Dále je kapitola zaměřena, vzhledem k charakteru celé diplomové práce, na prevenci užívání návykových látek a primárně preventivní programy. V závěru jsou zmíněny vybrané dokumenty související právě s prevencí užívání návykových látek.

Prevence ve smyslu předcházení je jedním ze třech možných způsobů přístupu k sociálním deviacím. Je nemožné předcházet stoprocentně všem jevům. Další možností je striktní zákaz těchto jevů s následným trestem. Jak se ale několikrát v historii ukázalo, nepřináší to očekávané výsledky. Příkladem může být prohibice v USA v minulém století. Poslední možností přístupu k sociálním deviacím je zaměření na nápravu a léčbu. (Kraus, Hroncová, 2010)

Dělit lze prevenci z několika hledisek. V první řadě můžeme rozlišit prevenci **specifickou** a **nespecifickou**. Specifická prevence se zabývá jednotlivými sociálními deviacemi a možnostmi jejich předcházení či zmírnění jejich důsledků. Nespecifická prevence působí na osobnost jako celek, klade si za cíl vést jedince k celkově zdravému životnímu stylu, čemuž se věnuje např. psychologie zdraví. (Kraus, Hroncová, 2010)

Jiné rozdělení rozlišuje prevenci na **primární**, **sekundární** a **terciální**. Primární prevence se snaží předcházet vzniku sociální deviace v prostředí, kde daný stav ještě nenastal. Sekundární prevence se zabývá jedinci, kteří jsou sociální deviací ohroženi či kde se již deviantní jednání objevilo. Terciální prevence se pak zabývá jedinci, kteří se deviantně chovají a snaží se zmírnit důsledky jejich jednání. Prevenci také může členit na sociální (v rámci celé společnosti), skupinovou, individuální. (Kraus, 2015) Dle McGratha a kol. (2006) je vhodnější používat pro stejný typ dělení prevence na všeobecnou, selektivní a indikovanou.

Prevence drogové závislosti

Primární prevence drogové závislosti se zaměřuje na jedince, kteří se s drogou ještě nesešli. Realizována je rodinou, školou či školskými výchovnými zařízeními. Sekundární prevence je pak uskutečňována s jedinci, kteří již drogu zkusili. Cílem je zabránit rozvoji drogové závislosti. Realizována je pomocí psychologických, zdravotnických, sociálních a školských zařízení. Terciální prevence drogových

závislostí pracuje přímo s lidmi závislími. Snaží se snížit rizika spojená s užíváním, zhoršování stavu a předcházet relapsu (recidivě) u lidí, kteří prošli léčbou. (Emmerová in Kraus, Hroncová, 2010) Snížením dopadu a rizik užívání se zabývá princip Harm Reduction. Např. u osob užívajících návykové látky injekčně, dochází k výměně injekčních stříkaček, aby se tak zabránilo opakovanému použití, sdílení mezi závislími, pohození na veřejném prostranství, a ve svém důsledku zamezení přenosu možných infekčních onemocnění. Jde nejen o eliminaci přenosu infekce mezi narkomany, ale také mezi narkomany a zdravými lidmi, kteří by se mohli nakazit v případě poranění pohozenou jehlou, a podobně. Největší obavy v těchto případech vyvolávají infekce hepatitidou C a HIV. Jedinec je zároveň informován o zásadách bezpečného braní drog.

Primárně preventivní programy

Primárně preventivní programy se zaměřují na jedince pro předcházení rizikového chování. Setkat se s těmito programy můžeme v různých formách – ať už přednášky, besedy, zážitkové aktivity a další. V současnosti se odborníci přiklání k dlouhodobému působení, na rozdíl od jednorázových akcí, které se ukázaly jako málo efektivní, vytvoření zdravého klimatu, ať ve škole či na pracovišti. Působit by měly na všechny složky osobnosti – kognitivní, konativní i emocionální. (Nešpor, 2009)

Rizikové chování je v užším pojetí záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, závislostní chování. Širší pojetí pak ještě přidává problémy spojené se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte a spektrum poruch příjmu potravy. (Miovský, 2010)

Primárně preventivní programy jsou zaměřeny na různé cílové skupiny, jelikož vzhledem k jejich odlišnosti nelze využívat univerzální metody. Miovský (2010) uvádí, že čím přesnější je popis cílové skupiny preventivního programu, tím je vyšší šance úspěchu. Je proto potřeba respektovat následující kritéria:

- a) **Věkové kritérium.** Rozděluje jednotlivé věkové skupiny (předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk, mládež, mladí dospělí). Předškolní věk je

brán od tří let, protože u dětí v nižším věku se prevence nepovažuje za smysluplnou a efektivní. (Miovský, 2010)

b) **Kritérium náročnosti.** Člení cílové skupiny dle vztahu k rizikovému chování a míře sociální a zdravotní zátěže. Rozlišuje:

- nezasaženou populaci bez výrazné zdravotně-sociální zátěže
- nezasaženou populaci s výraznou zdravotně-sociální zátěží
- zasaženou populaci bez výrazné zdravotně-sociální zátěže
- zasaženou populaci s výraznou zdravotně-sociální zátěží
- zasaženou populaci s výraznou zdravotně-sociální zátěží s výrazným podílem aktuálních komplikujících faktorů nesouvisejících s návykovými látkami
- zasaženou populaci s výraznou zdravotně-sociální zátěží s výrazným podílem aktuálních komplikujících faktorů souvisejících s návykovými látkami (Miovský, 2010)

c) **Institucionální kritérium.** Následující kritérium rozlišuje jedince dle typu zařízení, které navštěvují. Jde o žáky a studenty základních a středních škol, kteří jsou nejsnadnější cílovou skupinou primární prevence, studenti vysokých škol, kde efektivní a smysluplná prevence je užší vzhledem k vyššímu intelektu a kritičnosti, mírou znalostí rizikového chování, děti a mladistvé v zařízeních ústavní péče, což jsou vysoce riziková jedinci, nezaměstnaní mladí lidé do 26 let a rizikové profese. (Miovský, 2010)

Za efektivní primární prevenci jsou považovány komplexní a kontinuální programy, interaktivní programy, práce na dobrém třídním klimatu, programy věnující se odolnosti žáků vůči sociálnímu tlaku, osvojování emočních dovedností a kompetencí, odmítání legálních a nelegálních návykových látek, zvyšování zdravého sebevědomí aj. (Nešpor, 2006 b) Naopak za neúčinnou primární prevenci je bráno zastrahování, pouhé předávání informací, jednorázové akce, sledování filmu, besedy s bývalými uživateli, politika nulové tolerance a testování žáků jako náhražka za kontinuální primární prevenci. Jako neúčinné se dále považují hromadné kulturní a sportovní aktivity, návštěva historických památek.

Tyto aktivity by měly být pouze doplňkem a měla by na ně navazovat diskuse v malých skupinách. (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, online)

5.1 Vybrané dokumenty týkající se prevence

Zdraví 2020, celým názvem **Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí** je dokumentem Ministerstva zdravotnictví. Tato strategie vychází z programu Světové zdravotnické organizace (WHO) a klade si za cíl vytvořit kvalitní zdravotnický systém, založený na dostupnosti, rovném přístupu a dosahování lepšího zdraví pro všechny. Předpokladem pro úspěšnost strategie není pouze zdravotní systém, ale zároveň je nutná spoluúčast všech složek společnosti – občanů, rodin, státní správy a samosprávy, podnikatelské sféry, nevládních organizací a sdělovacích prostředků. Dokument je tvořen dvěma strategickými cíli (zlepšení zdraví obyvatel a snížení nerovnosti v oblasti zdraví a posílení role veřejné správy v oblasti zdraví a přizvání k řízení a rozhodování všech složek společnosti, sociálních skupin i jednotlivců) a několika prioritními oblastmi z kterých dále vycházejí jednotlivé cíle jako např. zdravější životní styl, zdraví mladých, prevence infekčních onemocnění a další. V závěru dokumentu je sedm příloh rozvíjejících některé výše zmíněné složky. Návykovým látkám je věnována kapitola v rámci přílohy č. 1 – Souhrn hodnotící zprávy plnění cílů dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003-2012, kde je analyzována současná situace kouření cigaret, pití alkoholu a užívání nelegálních návykových látek v české populaci. Dokument uvádí nárůst užívání nelegálních návykových látek mezi mladými dospělými mezi lety 2004, 2008 a 2012. Za cíl v této oblasti si pak dokument dává podporu nových komunikačních technologií pro zvýšení informovanosti o škodách způsobených alkoholem a tabákem, omezení marketingu alkoholických nápojů a tabákových výrobků, zlepšení dostupnosti léčby závislosti na tabáku a alkoholu a provázanost s navazujícími službami. Posledním bodem je navýšení finančních prostředků veřejného rozpočtu do dotačních programů v dané oblasti. (Zdraví 2020, online)

Dalším vybraným dokumentem týkajícím se prevence je **Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních** vydaným Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Metodické doporučení v první řadě vymezuje terminologii týkající

se dané problematiky (např. definice rizikového chování, školní preventivní strategie aj.), zmiňuje instituce systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka, definuje Minimální preventivní program a doporučuje postupy škol a školských zařízení. Dokument obsahuje přílohy věnované jednotlivým typům rizikového chování (poruchy příjmu potravy, záškoláctví, návykové látky aj.) (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, online). Dalším dokumentem z resortu Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy týkající se oblasti prevence je pak Strategie primární prevence 2013-2018.

Posledním zvoleným dokumentem je dokument Ministerstva obrany – **Koncepce primární prevence rizikového chování personálu resortu Ministerstva obrany na období let 2015-2019**. Zmíněná koncepce je určena pro personál resortu Ministerstva obrany, kam patří vojáci, zaměstnanci resortu Ministerstva obrany, žáci a studenti vojenský škol a vojáci v záloze ve výkonu vojenské činné služby. Dokument se zaměřuje především na oblast protidrogové politiky, prevenci kriminality, boj proti extremismu, boj s korupcí a prevenci dalších forem rizikového chování. Jednotlivé body vychází z analýzy aktuálního stavu. Z hlediska návykových látek je uvedeno, že v letech 2010-2013 šetřila Vojenská policie 23 trestných činů v oblasti výroby, držení a distribuce omamných a psychotropních látek. Zajímavými výsledky jsou i data Vojenského zdravotního ústavu v Praze, která poukazují na nárůst vojáků s diagnózou související se zneužíváním návykových látek ve věku 25-39 let. *„Hlavním cílem koncepce je minimalizovat vznik a snížit míru výskytu rizikového chování personálu. Předpokladem fungování systému primární prevence je koordinace plnění úkolů na horizontální i vertikální úrovni, vymezení kompetencí jednotlivých subjektů prevence, nastavení efektivního systému vzdělávání, aktualizace informačních zdrojů k realizaci úkolů prevence a finanční zajištění oblasti P-RCH (prevence rizikového chování).“* (Koncepce primární prevence rizikového chování personálu resortu Ministerstva obrany na období let 2015-2019, 2014). V rámci Univerzity obrany je pak prevence zajišťována přednáškami o rizikovém chování (2x ročně), zároveň jsou k dispozici alkohol testery, studentům jsou financovány vstupenky na volnočasové aktivity, knihy aj.

Z legislativního hlediska se primární prevencí zabývají níže zmíněné zákony:

- Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů
- Zákon č. 109/2002 Sb., o zařízeních ústavní výchovy, ochranné výchovy a zařízeních preventivně výchovné péče
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních aj.

Kapitola se zabývá prevencí, je zmíněno možné dělení prevence na specifickou a nespecifickou, primární, sekundární a terciální. Dále je uvedena charakteristika primárně preventivních programů a zmíněny předpoklady pro jejich efektivnost, jako je zaměření na konkrétní cílovou skupinu, u které je potřeba znát její přesné charakteristiky. V závěru kapitoly jsou zmíněny vybrané dokumenty z resortu Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva obrany a následně uvedena některá legislativa, která s prevencí souvisí.

6. Výzkumné šetření

V následující kapitole je nejprve představen samotný výzkum – jsou vymezeny jeho cíle, stanoveny hypotézy, představena zvolená metoda sběru dat a představeni respondenti. Následně jsou zpracovány jednotlivé položky výzkumu a vztaženy k jednotlivým hypotézám. Tento způsob zpracování byl zvolen pro přehlednost a jednotlivé otázky blíže přibližují situaci mezi respondenty v dané problematice.

6.1 Projekt výzkumu

Stanovení cílů výzkumného šetření

Studenti fakulty vojenského zdravotnictví jsou odlišnou skupinou studentů v rámci českého vysokoškolského systému. Jsou vystaveni vyšším nárokům a tlaku během studia, v porovnání s civilními studenty. To vychází z faktu nejen studia dvou vysokých škol, ale i z pojetí statusu studenta a zároveň zaměstnance. V dostupné literatuře nebyla dosud tato ojedinělá skupina předmětem zkoumání. Proto jsem zaměřila problematiku studia rizikových společenských jevů právě na tuto skupinu osob.

Cílem mého výzkumného šetření bylo zmapovat četnost užívání návykových látek studenty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany. Samotný výzkum pomocí dotazníkového šetření je pomyslně rozdělen na dvě části – užívání a zkušenosti s návykovými látkami a prevence s ohledem na trávení volného času a zkušenostmi s preventivními programy.

Druhým, dle mého názoru neméně důležitým cílem bylo zjištění, jak vypadají znalosti a na jaké úrovni je prevence mezi vojenskými mediky. Jaké názory mezi nimi panují z hlediska přání a úvah o potenciálním zlepšení probíhajících programů.

Formulace hypotéz

Na základě čerpání různých dat, jak z teoretické části této práce, tak z další literatury byly stanoveny následující hypotézy (H) a výzkumné předpoklady (VP), které pomohly objasnit problematiku užívání návykových látek studenty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany.

H1₀: Míra výskytu kouření nezávisí na pohlaví.

Stanovená nulová hypotéza se opírá o tvrzení Krause (2015), který sice zmiňuje, že v dospělé populaci kouří více mužů než žen, nicméně zdůrazňuje, že žen kuřaček přibývá a rozdíl mezi pohlavími se vyrovnává, především mezi mládeží. Stejný názor sdílí také Králíková (in Kalina, 2003), která zmiňuje, že ve věku 15-18 let kouří 40-50 % mladých, především dívek. Lze tedy očekávat, že rozdíl ve výskytu míry kouření mužů a žen nebude významný.

H2: Míra výskytu pití alkoholu závisí na pohlaví.

Hypotéza H2 je podložena tvrzením Popova (in Kalina, 2003), jenž udává, že nadměrná konzumace alkoholu se v České republice týká 25 % mužů a asi 5 % žen. Rozdílnost mezi pohlavími ukazují i výzkumy provedené na našem území. Evropské šetření zdraví udává denní konzumaci u alkoholu u 16,4 % mužů a 3,2 % žen. Národní výzkum užívání návykových látek rozlišuje nejen denní pití alkoholu, ale také časté pití nadměrných dávek alkoholu. V obou případech převažuje četnost mužů nad ženami. U denního pití se jedná konkrétně o 11 % mužů a 2,4 % žen. Časté pití nadměrných dávek se předpokládá u 19,9 % mužů a 6,6 % žen. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017, 2018)

H3: Zkušenost s nelegální návykovou látkou má alespoň 45 % studentů.

Zvolená hypotéza vychází z průzkumů míry celorepublikové prevalence, která byla zjišťována v rámci Výzkumu názorů a postojů občanů České republiky 2017, kde výsledky ukázaly zkušenost s jakoukoliv nelegální návykovou látkou v 55,4 % ve věkové skupině mladé dospělosti (15-34 let). Hypotézu dále podporuje jiný provedený výzkum, a to Prevalence užívání drog v populaci České republiky 2017, kde u stejné věkové kategorie dosáhly výsledky 46,1 %. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017, 2018)

VP1: S přechodem na vysokou školu se změní míra užívání návykových látek.

Výzkumný předpoklad byl rozdělen do tří variant dle užívané návykové látky. Tento výzkumný předpoklad je dále rozlišen do třech skupin dle jednotlivých návykových látek. Vychází z poznatků vývojové psychologie ve spojitosti se stresem. Jak je zmíněno v teoretické části, v mladé dospělosti dochází ke snížení vlivu vrstevnických part, od kterých se dá očekávat větší riziko strhávání k rizikovému

chování, zároveň si mladí dospělí lépe uvědomují správnost svého jednání. Protichůdně může působit stres a neschopnost zvolit si vhodnou copingovou strategii.

VP1_a: S přechodem na vysokou školu se změní míra kouření cigaret.

VP1_b: S přechodem na vysokou školu se změní míra pití alkoholu.

VP1_c: S přechodem na vysokou školu se změní míra užívání nelegálních návykových látek.

VP2: Škola je jedním ze tří zdrojů informací o prevenci užívání návykových látek.

Předpoklad vychází z konceptů ministerstev – Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva obrany, která mají zpracované dokumenty k prevenci na školách. Zároveň je prevence realizována v různých formách, z přednášek je možné zmínit pro rok 2019 např. téma rizikového chování v dopravě a problematiku kouření. Dá se tedy předpokládat, že vzhledem k povinnosti aplikovat preventivní programy, bude škola jedním z hlavních zdrojů informací. Jednou z metod kvantitativního výzkumu je dotazník.

Popis využitých metod a sběr dat

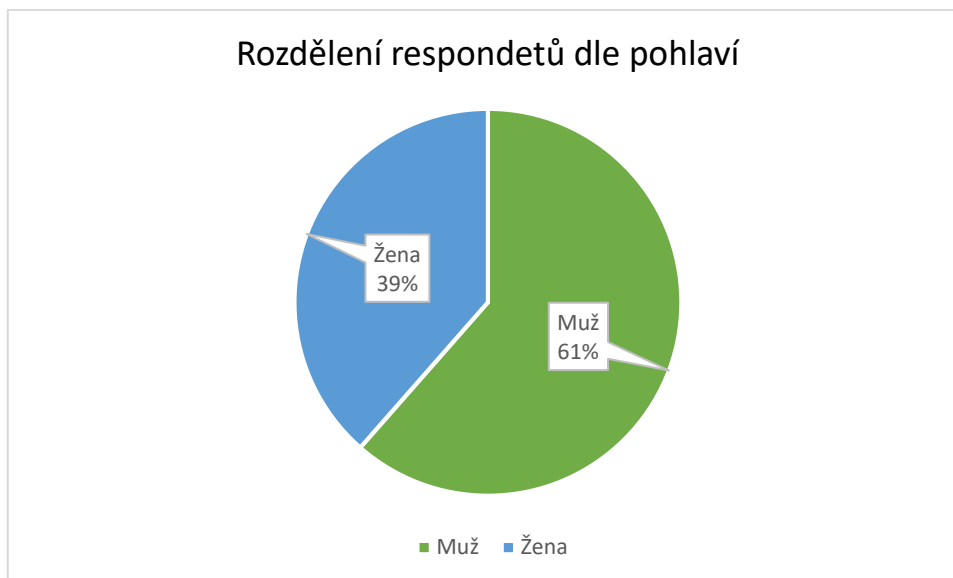
Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativní metody výzkumu, konkrétně formou dotazníku. Kvantitativní výzkum vychází z pozitivismu. Oproti kvalitativním metodám je kvantitativní výzkum objektivní a orientuje se na výsledek činnosti (kvalitativní na jeho proces). Objektivitu získává také odstupem výzkumníka od zkoumaných jevů a zpracovávána jsou převážně číselná data. Cílem kvantitativního výzkumu je verifikovat teorie a otestovat zvolené hypotézy. Oslovena je co nejširší velká skupina osob, která tvoří reprezentativní soubor. U dotazníku je potřeba ujasnit některé níže používané pojmy. Respondent je osoba, která vyplňuje dotazník. Položka dotazníku je synonymem pro jednotlivé otázky dotazníku. (Bělík, Hoferková, 2016) Dotazník se skládá obvykle ze tří částí. Ve vstupní části je uveden název dotazníku, vysvětluje jeho cíl a snaží se motivovat k vyplnění. Respondenty pomáhá uvést do problematiky. Vstupní část také udává pokyny k vyplnění. Prostřední část je tvořena samotnými otázkami. Otázky můžeme rozlišit na uzavřené, polouzavřené/polootevřené a otevřené. Uzavřené otázky nabízejí konkrétní odpovědi. Tyto otázky jsou na vyhodnocování nejsnazší. Polouzavřené otázky nabízí

respondentům výběr odpovědí, ale zároveň nechávají prostor k dopsání jiné možnosti, popř. nechává respondentovi prostor k dovysvětlení. V závěru dotazníku je pak poděkování respondentům za ochotu a spolupráci. Otevřené otázky jsou pak takové, které nenabízí žádnou možnost a nechávají respondentovi plně prostor k vlastnímu vyjádření. Vyhodnocení těchto otázek je pak oproti těm uzavřeným pro výzkumníka velmi obtížné. (Gavora, 2008)

Dotazník, použitý pro empirické šetření této diplomové části, se skládá z 27 otázek, z nichž 4 jsou faktografické, tzn. přibližují jednotlivé respondenty. Zajímají se o pohlaví, věk, ročník studia a původ respondentů. Další otázky jsou pak zaměřeny na rizikové chování v oblasti užívání návykových látek studentů a jeho prevenci. Některé otázky sytí přímo zvolené hypotézy, jiné pomáhají osvětlit celkovou situaci u studentů ve zmíněných oblastech. Dotazník se skládá ze všech tří typů výše zmíněných otázek – uzavřených, polouzavřených a otevřených. Dotazník byl respondentům distribuován online na odkaze <https://goo.gl/forms/QgF5d8nk7v2kd2t43>. Důvodem online varianty byla vysoká míra anonymity a tím i větší pravděpodobnost vyplnění dle skutečných fakt. Dotazník byl přístupný v lednu a únoru roku 2019. Vyplnilo ho celkem 122 studentů. Po provedené kontrole nebylo potřeba žádný z dotazníků vyřadit.

Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl, jak je již v diplomové práci několikrát zmiňováno, vyplněn studenty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, sídlící v Hradci Králové. Výzkumného šetření se zúčastnilo 122 respondentů. Z celkového počtu respondentů bylo 47 žen (38,5 %) a 75 mužů (61,5 %), což lze vysvětlit převahou studentů mužského pohlaví na fakultě (vyplývající z vojenského charakteru školy).

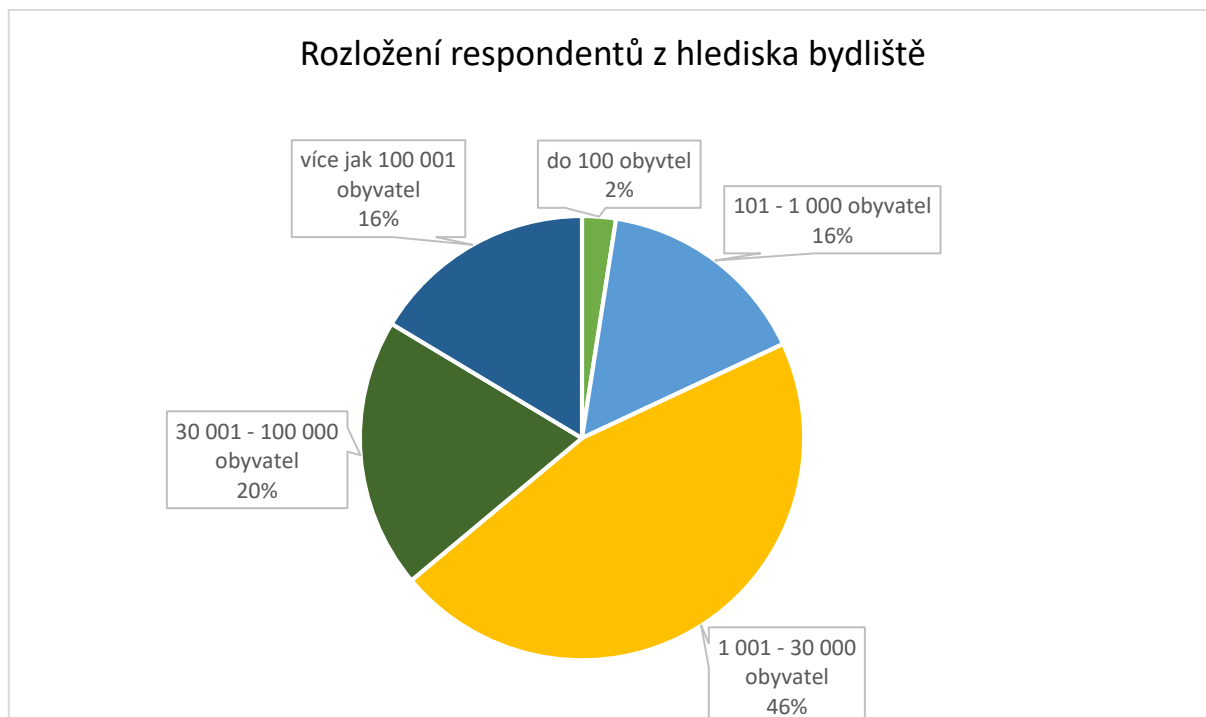


Graf č. 1 – Rozdělení respondentů dle pohlaví

Z hlediska věku respondenti odpovídají věku studentů vysoké školy, konkrétně jde o jedince ve věku 19–28 let. Modus, tedy nejčastěji zastoupená hodnota, je 22 let. Dotazník vyplňovali především studenti třetího ročníku – celkem 57 (47 %), dále ročníku druhého 23 (19 %), prvního 17 (14 %), pátého 10 (8 %), čtvrtého 8 (6 %) a ročníku šestého 7 (6 %)

Posledním otázkou, zaměřenou na přiblížení charakteristiky respondentů je rozdělení z hlediska velikosti původního bydliště (viz. graf č. 2). Nejvíce respondentů uvedlo, že pochází z města o velikosti 1 001-30 000 obyvatel. Dále uvedlo 19,7 % respondentů původ z města o velikosti 30 001-100 000 obyvatel, 16,4 % z měst o počtu obyvatel vyšším než 100 001, 15,6 % obyvatel z obce 101-1000 obyvatel a nejméně zastoupenou hodnotou byl původ z obce do 100 obyvatel (2,5 %).

Odlišnosti vojenského studia jsou popsány podrobně v podkapitole 4.3 z obecného pohledu.



Graf č. 2 – Rozložení respondentů z hlediska místa původního bydliště

6.2 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření

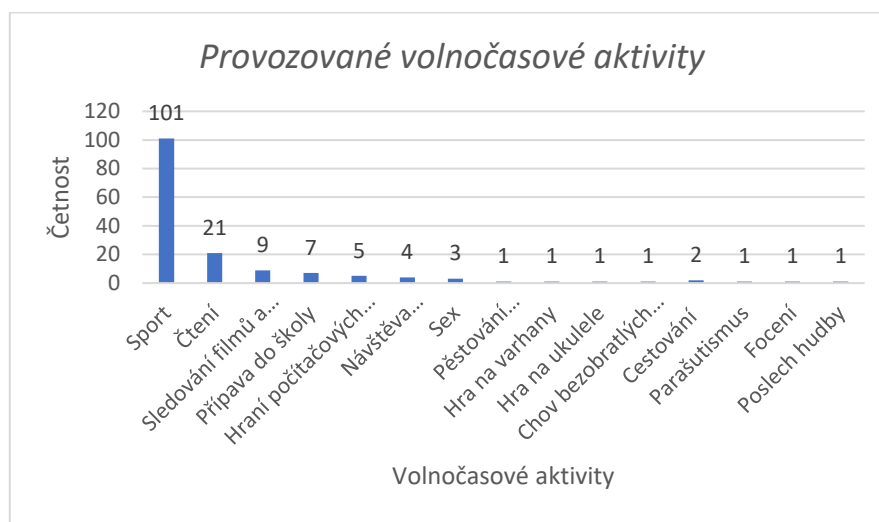
V následující části jsou vyhodnoceny jednotlivé položky dotazníku v takovém pořadí, jak byly předloženy respondentům. Poté jsou tyto položky vztaženy k jednotlivým hypotézám a jejich vyhodnocení. Pro větší přehlednost jsou využívány grafy.

Otázky 1 a 2 se jsou zaměřeny na volnočasové aktivity studentů Fakulty vojenského zdravotnictví.

Otázka č. 1: Jaké volnočasové aktivity provozujete ve svém volném čase? (Uved'te příklad)

Položená otázka je otevřená, respondenti tedy uváděli jednu i více odpovědí. Více než polovina (64,8 %) respondentů uvedla jako provozovanou aktivitu sport. Respondenti, kteří odpověď blíže rozvedli, uváděli jako sportovní aktivitu nejvíce návštěvy fitness, běh, lezení, plavání, fotbal, tanec či cyklistiku. Mezi individuálními odpověďmi se ale objevil také golf, jóga, poledance, windsurfing. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí byla četba (17,2 %). Sport i četba, dle mého názoru odpovídají charakteristice respondentů studentů univerzity, kde se fyzická výkonnost předpokládá

(a je součástí přijímacího řízení na tuto školu). Zároveň kladný vztah k četbě odpovídá studentům vysoké školy. Dále byly s podobnou četností uvedeny jako volnočasové aktivity sledování filmů či seriálů (7,4 %), příprava do školy (5,7 %), hraní počítačových her (4,1 %), návštěva restauračních zařízení (3,2 %) a sex (2,5 %). S četností jednoho respondenta pak bylo zmíněno pěstování pokojových rostlin, hra na varhany, návštěva divadla, chod bezobratlých živočichů, hra na ukulele či parašutismus.

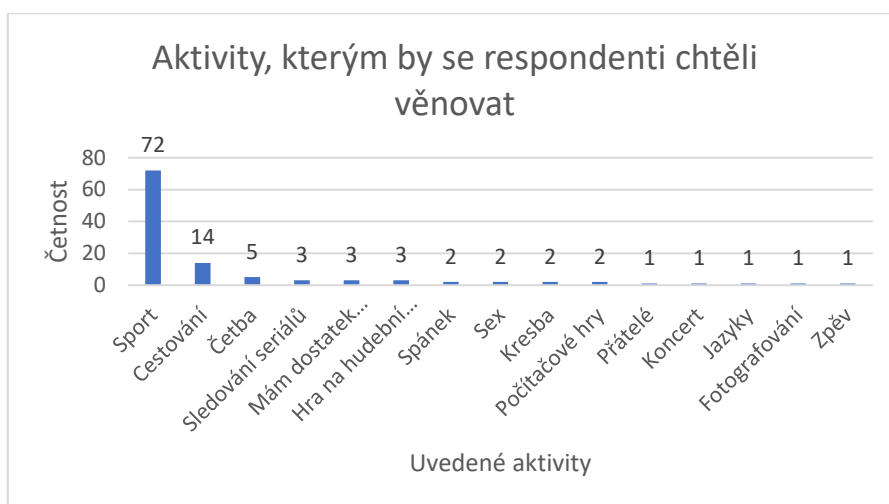


Graf č. 3 – Respondenty provozované volnočasové aktivity

Otázka č. 2: Jaké volnočasové aktivity byste provozovat chtěli, ale nemáte na dostatek času? (Uveďte příklad)

Otázka byla respondentům položena vzhledem k předpokladu, že studium daných oborů zabere značnou část času a respondentům tak nemusí zbylý volný čas stačit na provozování všech aktivit, které by je zajímaly. Stejně jako u první položené otázky, se u více než poloviny respondentů objevila odpověď sport, resp. více sportu, než dělají doposud (59 %). I další zaznamenané aktivity souvisí s charakteristikou studia – tedy časovou náročností, jde především o cestování, na které by si rádo našlo čas 14 oslovených respondentů, tedy 11,5 %, následně četbu (4 %). S frekvencí 2-3 odpovědí byl uveden spánek, hra na hudební nástroj, trávení času s přáteli, sex, kresba, sledování seriálů. Následně byl zmíněn zpěv, fotografování, jazyky, koncerty. Čas na všechny chtěné aktivity uvedli 3 studenti. Zbýlých 9 odpovědí neodpovídá charakteru otázky. Zároveň rozhovorem s jedním ze zaměstnanců Fakulty vojenského zdravotnictví bylo zjištěno, že v předchozích letech byly fakultou v rámci programu

rizikového chování zakoupeny permanentky na LaserGame pro podpoření stmelení kolektivu. Následně bylo zjištěno, že studentům tato forma programu nevyhovuje, protože je nemožné, aby našlo volný čas několik studentů najednou, proto se vyjádřili k upřednostnění možnosti zakoupení více permanentek na hokejová utkání či do divadla (tento typ permanentek byl i dříve na škole k dispozici, ale v menší míře), kam mohou jít sami, popř. ve dvou a využít tak efektivně svůj volný čas.

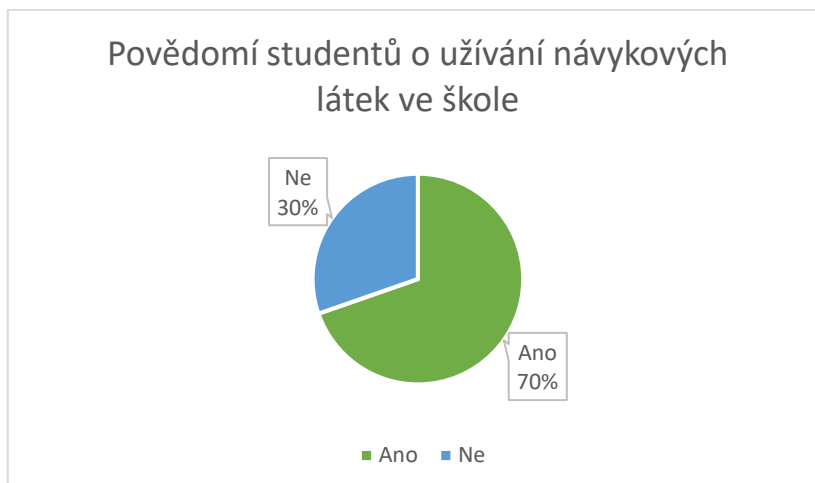


Graf č. 4 – *Aktivity, kterým by se respondenti věnovat chtěli, ale nemají na ně dostatek času.*

Zkušenostmi s návykovými látkami a frekvencí jejich užívání se zabývají otázky č. 3 až 19.

Otázka č. 3: Víte o tom, že by někdo ze studentů ve vaší škole užíval některou z nelegálních návykových látek?

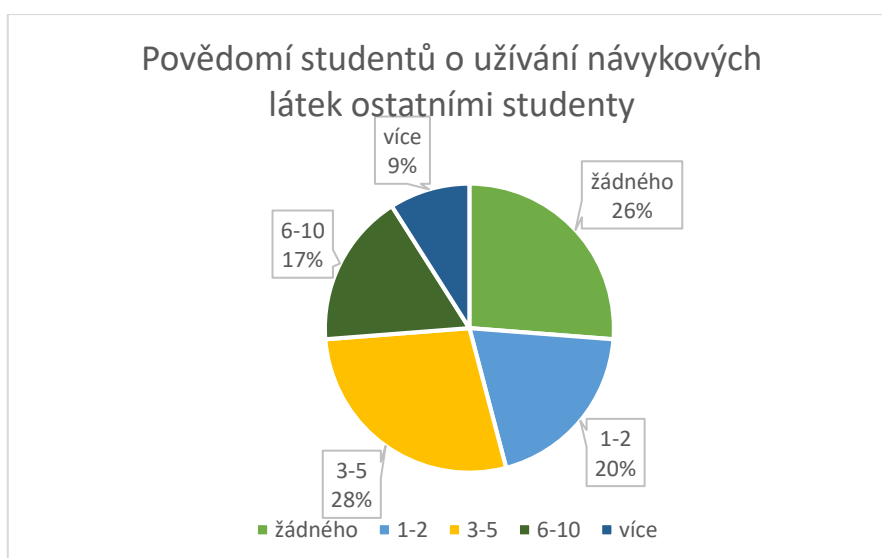
Zmíněná otázka byla uzavřená, studenti mohli odpovídat pouze ano či ne, rozšířena byla o položku níže. Možnost „ano“ uvedlo 69,7 % respondentů, odpověď „ne“ zbylých 30,3 % (viz graf č. 5)



Graf č. 5 – Povědomí studentů o užívání návykových látek ostatními studenty ve škole

Otázka č. 4: Kolik takových lidí ve Vaší škole znáte?

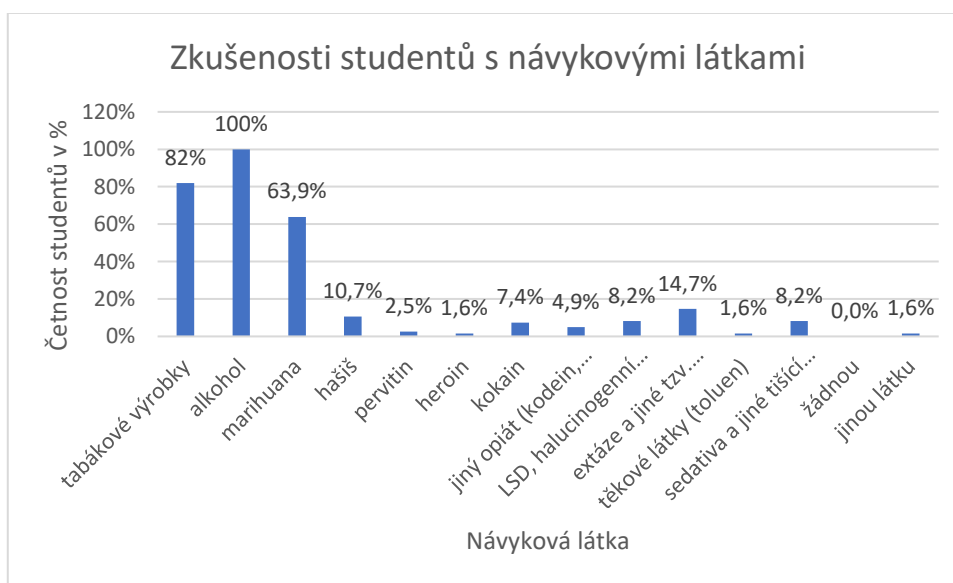
V polootevřené otázce bylo nejčastěji zvolenou odpovědí, že respondenti ve své škole znají 3-5 studentů, kteří návykové látky užívají. Tuto odpověď zvolilo 27,9 %. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost žádného – 26,2 %, což o čtyři odpovědi neodpovídá předchozí otázce, že žádného takového studenta respondenti neznají. Necelých 20 % respondentů zná 1-2 studenta užívajícího nelegální návykové látky a 17,2 % zná 6-10 takových lidí. Poslední volenou možností byla otevřená odpověď pro případ, že by respondenti znali více zmíněných jedinců. Krom odpovědi „mnohem víc“ se ve dvou případech objevila odpověď „trávu si u nás ve škole dají snad všichni.“



Graf č. 6 – Počet studentů, o kterém respondenti vědí, že užívají návykové látky

Otázka č. 5: Zaškrtněte všechny návykové látky, které jste vyzkoušel/a.

Následující polootevřená otázka se zabývala tím, s jakými návykovými látkami mají studenti zkušenosti. Otázka je zaměřena na zkušenosti bez ohledu na frekvenci či období, ve kterém studenti tuto látku užili, ukazuje tak, zda se studenti někdy chovali rizikově v oblasti užívání návykových látek a zároveň poukazuje na účinnost dosavadní prevence. Alkohol užili všichni oslovení respondenti. Více než 4/5 respondentů (82 %) má zkušenost s tabákovými výrobky. I s marihuanou se setkala více než polovina dotázaných respondentů (63,9 %). Ostatní látky pak dosahovaly hodnot pod 15 %, konkrétně extáze a jiné diskotékové drogy někdy vyzkoušelo 14,7 %, hašiš 10,7 %, LSD a halucinogenní houby stejně jako sedativa a jiné tisíci léky bez lékařského předpisu 8,2 %, kokain 7,4 %. Necelých 5 % (4,9 %) má pak zkušenost s některým z opiátů – kodein, braun, morfin. Pervitin vyzkoušelo 2,5 % studentů a heroin 1,6 %. Nejméně respondentů, a to jeden, má zkušenost s těkavými látkami. Blíže o současné situaci v užívání návykových látek vypovídá následující otázka.



Graf č. 7 – Zkušenosti studentů s návykovými látkami v průběhu života

Otázka č. 6: Které z následujících látek jste užil/a za poslední tři měsíce?

Zmíněná položka dotazníku se soustředila na současnou situaci v užívání návykových látek. Jelikož, jak je zmíněno výše, byl dotazník distribuován v lednu a únoru 2019, předpokládá se, že i studenti prvního ročníku si přivykli na studium na vysoké škole. Získané hodnoty jsou značně nižší než u předchozí otázky týkající se celoživotní prevalence, i tak jsou některé výsledky varující. Dosažení některých

hodnot nabízí otázku, proč tomuto stavu tak je. Vycházím z předpokladu, že u studentů Fakulty vojenského zdravotnictví se očekává, že jako členové Armády ČR a také jako budoucí lékaři by nelegální návykové látky měli užívat výrazně méně, než je tomu u běžné populace ve stejném věku, tedy mladé dospělosti. Stejně jako u předchozí otázky má nejvíce respondentů v posledních třech měsících zkušenost s alkoholem (92,6 %), následují tabákové výrobky (41 %) a marihuana (11,5 %). Žádnou z látek neužilo 5,7 % respondentů. Kokain za zvolené období užilo 4,1 % respondentů, u ostatních látek se pak četnost pohybuje od 2,5 % do 0,8 % (viz. graf č. 8)

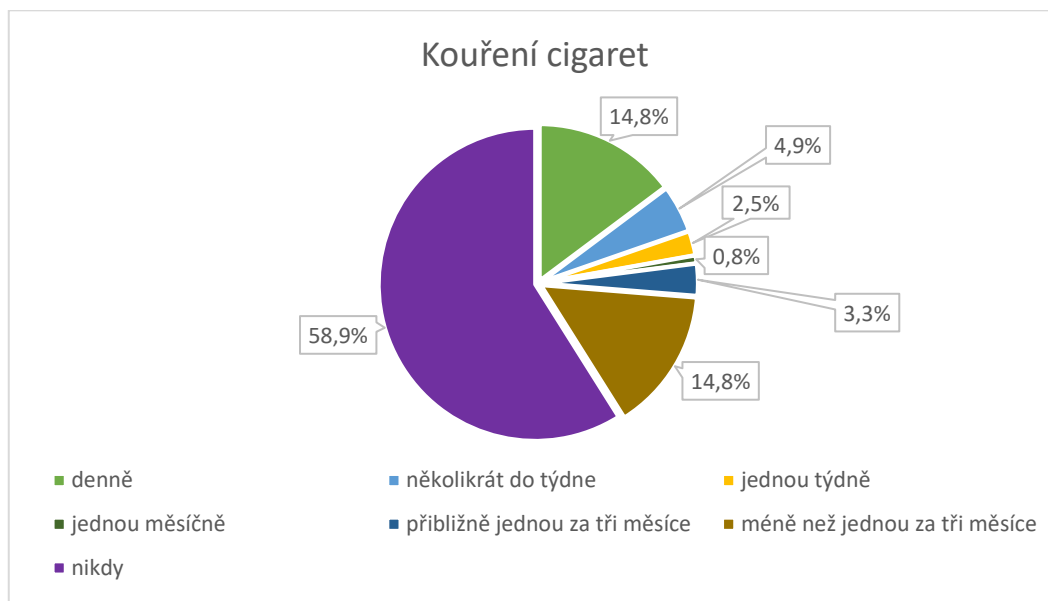


Graf č. 8 – Užití některé návykové látky za poslední tři měsíce

Otázka č. 7: Jak často kouříte cigarety?

Z předchozí otázky vyplývá, že v posledních třech měsících kouřilo cigarety 41 % studentů, důležité je ale také upřesnit, zda se jednalo o jednorázové kouření či tito studenti kouří na denní bázi. K nekuřáctví se hlásí 59 % respondentů, což odpovídá hodnotám předchozí otázky. Denně kouří cigarety 14,8 % respondentů. Stejný podíl respondentů uvedlo, že kouří méně než jednou za tři měsíce. Dala by se tedy předpokládat spojitost se stresem v určitém období (ať složité životní situace či zkouškové období v rámci studia), jelikož cigarety jsou mnohdy využívány ke zklidnění jako copingová strategie. Několikrát do týdne pak kouří cigarety necelých 5 % respondentů (4,9 %). Z hlediska pohlaví vyplynulo, že úplnými nekuřáky je 58,7 % oslovených žen a 61,8 % mužů. Naopak denně kouří 14,9 % mužů a 12 % žen.

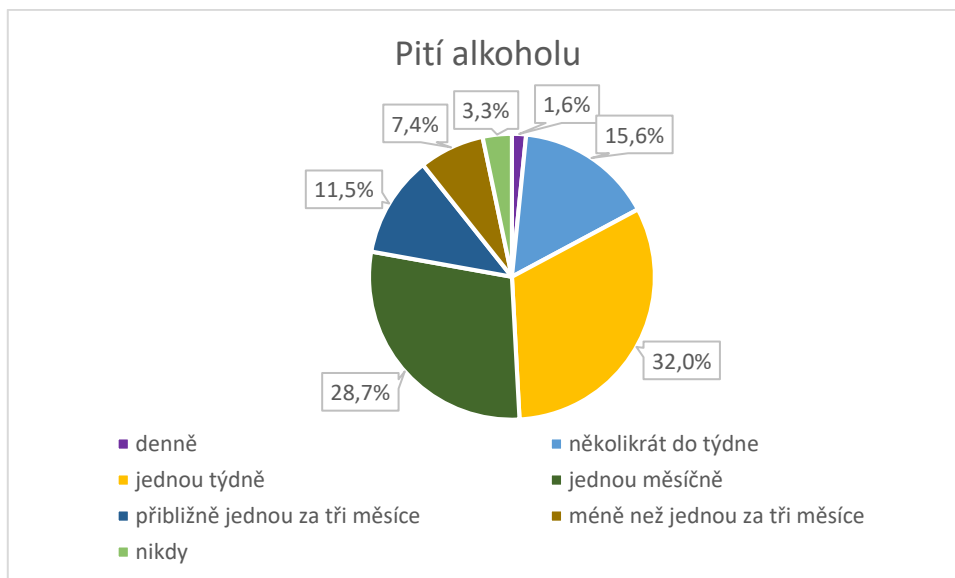
Lze tak říci, že hodnoty mezi nekuřáky i denními kuřáky, jsou u obou pohlaví srovnatelné.



Graf č. 9 – Míra kouření cigaret

Otázka č. 8: Jak často pijete alkohol?

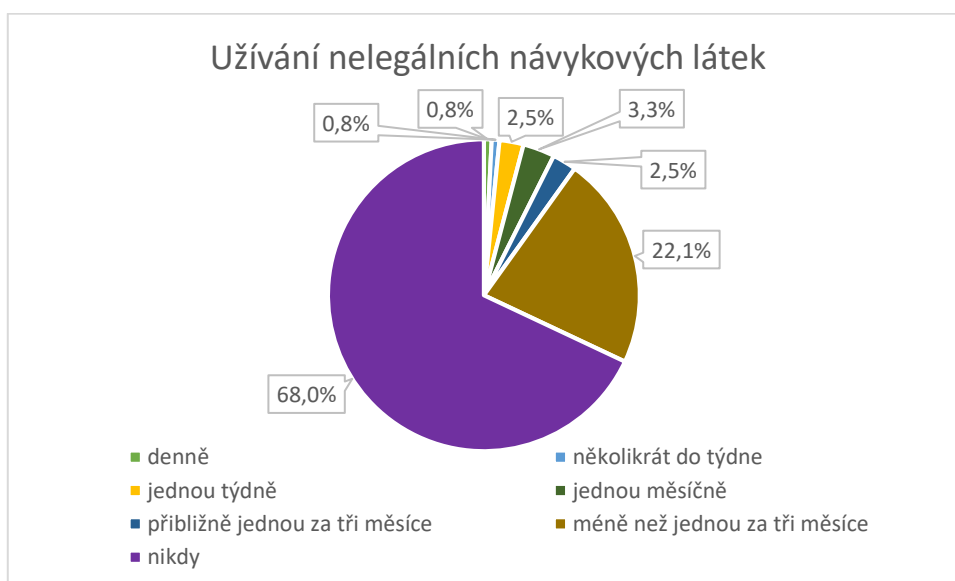
Nejčtenější odpovědí na zmíněnou uzavřenou otázku byla odpověď, že respondenti pijí alkohol jednou týdně (32 %), následně uváděli pití alkoholu s frekvencí jednou do měsíce (28,7 %). Několikrát do týdne si alkohol dá 15,6 % studentů, 11,5 % pije alkohol asi jednou za tři měsíce, 7,4 % pije alkohol méně než jednou za tři měsíce. Alkohol nepije vůbec 3,3 % studentů (viz graf č. 10). Oproti kouření pije alkohol na denní bázi 1,6 %. Opět přináší zajímavé výsledky nahlédnutí na odlišnosti z hlediska pohlaví. Nejčastější odpovědí studentů mužského pohlaví bylo, že alkohol pijí jednou týdně, odpovědělo takto 36,2 % z nich. U studentek byla nejčtenější odpověď konzumace alkoholu jednou za měsíc (32 %).



Graf č. 10 – Míra pití alkoholu

Otázka č. 9: Jak často užíváte nelegální návykové látky? (např. marihuana, kokain, pervitin, extáze aj.)

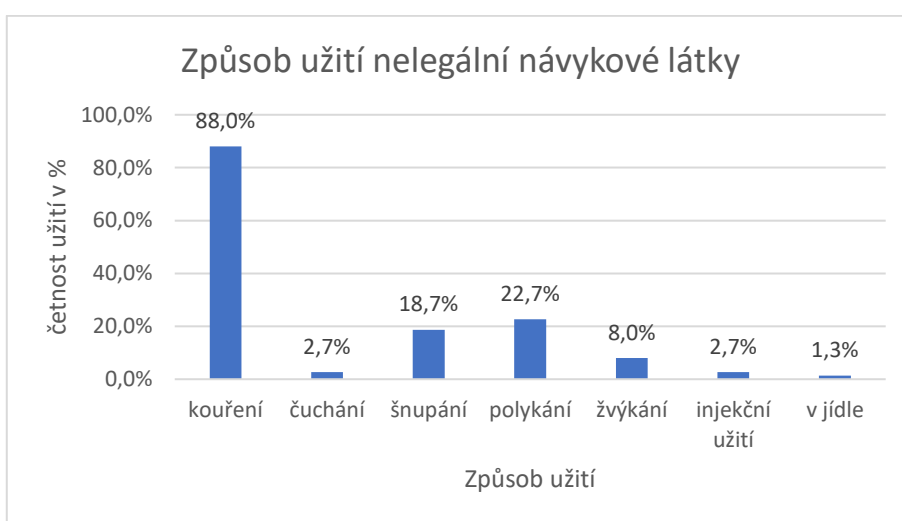
Na rozdíl od legálních návykových látek jsou respondenty nelegální návykové látky užívány výrazně méně. Celých 68 % respondentů neužívá nelegální návykové látky vůbec. Jedná se o 61,8 % z oslovených mužů a 70,1 % žen. Druhou nejčtenější volenou možností bylo užívání méně jak jednou za tři měsíce, což uvedlo 22,1 % respondentů. Denní užívání některé nelegální návykové látky uvedl jeden respondent, což odpovídá 0,8 % všech dotázaných.



Graf č. 11 – Míra užívání nelegálních návykových látek

Otázka č. 10: Pokud jste užil/a některou z nelegálních návykových látek, jakým to bylo způsobem?

Uvedená otázka nebyla povinná vzhledem k předpokladu, že část respondentů nelegální návykovou látku („NNL“) nikdy neužila. Otázku vyplnilo 75 ze 122 respondentů. Více než tři čtvrtiny studentů (88 %) užilo NNL kouřením. S polykáním ve formě tablet NNL má zkušenost 22,7 %, se šňupáním 18,7 % a žvýkáním 8 %. Ostatní nabízené odpovědi (viz Příloha č. 1) dosahovali četnosti 1-2 respondentů. Výsledky odpovídají obvyklému užívání látek, se kterými mají, dle svých odpovědí, studenti zkušenost, např. u marihuany je neobvyklejší užití kouřením.

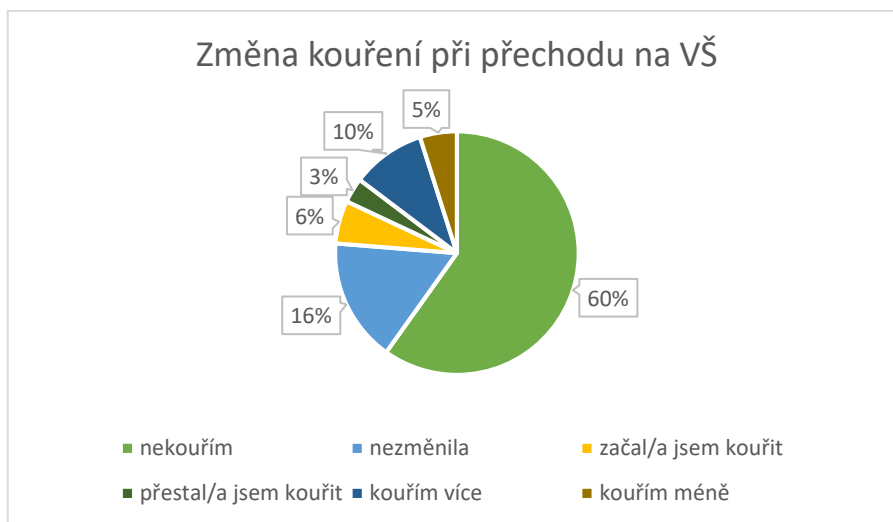


Graf č. 12 – Způsob užití nelegální návykové látky

Otázka č. 11: Změnila se u vás přechodem na VŠ míra kouření?

Ze studentů, kteří uvedli, že cigarety kouří (40,2 %) můžeme vytvořit tři skupiny. První jsou Ti, kteří kouřili již před příchodem na vysokou školu a frekvence jejich kouření se nezměnila. Do této skupiny se řadí 16,4 % respondentů, což je 40,8 % z respondentů kuřáků. Druhá skupina je tvořena respondenty, kteří oproti předchozímu období kouří více – buď na vysoké škole kouřit začali (5,7 % ze všech dotázaných) nebo kouří více než dříve (9,8 % ze všech dotázaných). Dohromady tito respondenti tvoří 15,5 % všech dotázaných a 38,8 % ze studentů kuřáků. Možnou příčinou může být nadměra stresu, kterou studenti při studiu mají. Třetí skupinou jsou pak studenti, kteří kouření omezili nebo dokonce kouřit přestali úplně. Tuto situaci lze přisuzovat uvědomění problematiky a nebezpečnosti kouření, což souvisí se zdravým životním stylem i potřebou výkonnosti člena Armády ČR, určitý vliv

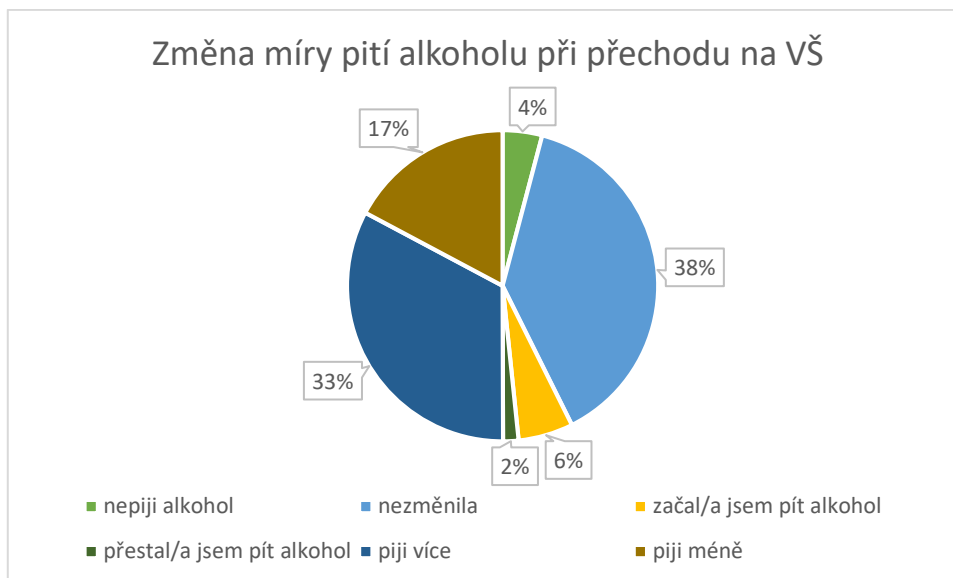
mohou mít i aplikované preventivní aktivity. Studentů, kteří kouřit přestali, bylo 3,3 % a těch, co kouření alespoň omezili 4,9 %. Pokud tedy porovnáme druhou i třetí zmíněnou skupinu studentů, je o 7,3 % více těch, co ve spojitosti s přechodem na vysokou školu kouřit začalo či kouří více.



Graf č. 13 – Změna míry kouření při přechodu na VŠ

Otázka č. 12: Změnila se u Vás přechodem na VŠ míra pití alkoholu?

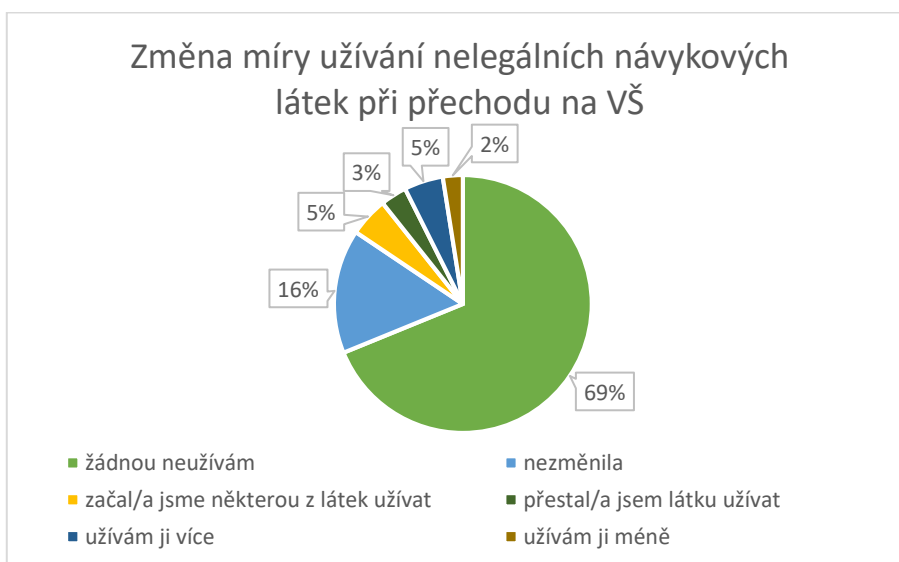
Necelých čtyřicet procent respondentů (38,5 %) uvedlo, že přechod na vysokou školu neměl vliv na množství alkoholu, který pijí. V otázce kouření nárůst spotřeby cigaret uvedlo 15,5 % studentů, u alkoholu se jedná o výrazně vyšší. Větší spotřebu alkoholu na vysoké škole přiznává 38,2 % studentů, přičemž 32,8 % pije více než při předchozím studiu, dalších 5,7 % s pitím alkoholu začalo až na vysoké škole, což se dá opět připisovat stresu a úniku ze starostí běžného života, uvolnění. Zároveň někteří jedinci, dle charakteru mladé dospělosti, mají potřeby ukotvení – tedy najít si partnera, popř. snahy založit rodinu, ovšem mnohdy nemají odvahu protějšek oslovit a volí tak alkohol pro dodání odvahy a sebevědomí. Ke snížení spotřeby alkoholu došlo u 18,8 %, 17,2 % z oslovených respondentů pití alkoholu omezilo, 1,6 % dokonce alkohol přestalo pít úplně. I pokles lze přisuzovat věku mladé dospělosti, kde dochází k omezení styku s vrstevnickými partami z období dětství či dospívání, se kterými pití alkoholu může probíhat. Během studia žije značná část vojenských studentů pohromadě a tvoří tak také vrstevnické party, které jsou ale svým charakterem odlišné. Jedná se jedince studující lékařské obory čili jedince na vyšší intelektuální úrovni. Vliv na pokles pití alkoholu může mít také uvědomění si škodlivosti alkoholu.



Graf č. 14 – Změna míry pití alkoholu při přechodu na VŠ

Otázka č. 13: Změnila se u Vás přechodem na VŠ míra užívání nelegálních návykových látek?

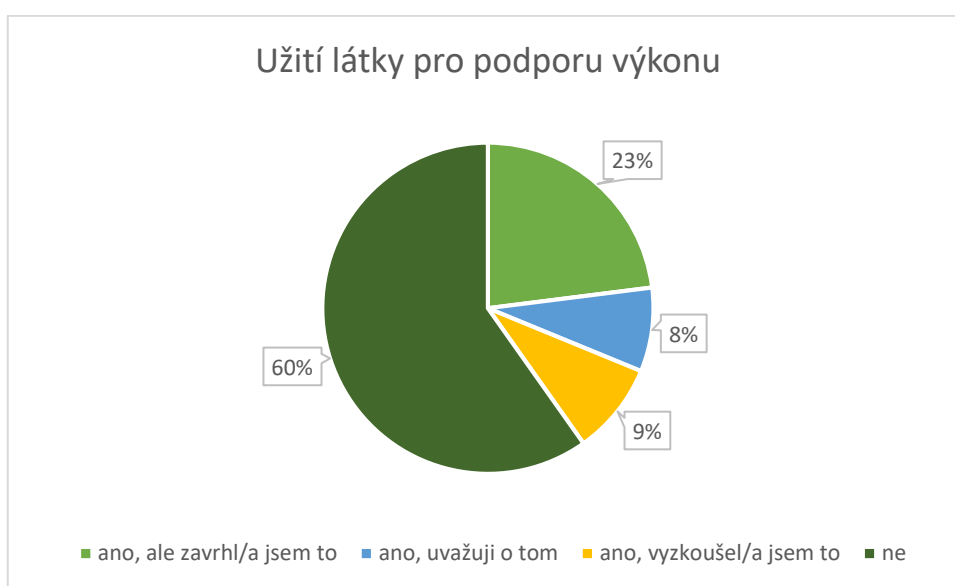
Ve zmíněné otázce se 68,9 % vyslovilo k úplnému odmítnutí nelegálních návykových látek. Ze zbylých respondentů lze, stejně jako u předchozích otázek, vytvořit tři skupiny jedinců. Míra užívání nelegálních návykových látek se nezměnila u 15,6 %, více užívá tyto látky 4,9 %, méně 2,5 %. S užíváním nelegálních návykových látek během studia na vysoké škole začalo 4,9 % a s užíváním skončovalo 3,3 %.



Graf č. 13 – Změna užívání nelegálních návykových látek při přechodu na VŠ

Otázka č. 14: Přemýšlel/a jste někdy o užití některé návykové látky pro zvětšení výkonnosti při studiu?

Jak již bylo výše několikrát zmíněno, studenti Univerzity obrany jsou zároveň zaměstnanci Armády České republiky. Očekává se od nich tak vysoká výkonnost. Studenti byli proto dotázáni, zda užili nebo o užití alespoň uvažovali některé návykové látky pro zlepšení výkonu, nabuzení. Téměř šedesát procent respondentů (59,8 %) o této možnosti neuvažovalo. Dalších 23 % uvedlo, že nad touto možností uvažovalo, nicméně ji následně zavrhl. Stále nad touto variantou pro zlepšení výkonu uvažuje 8,2 %. Zbýlých 9 % přiznává, že užilo některou z látek pro zlepšení svého výkonu.



Graf č. 14 – Uvažování o užití návykové látky za účelem zvýšení školního výkonu

Otázka č. 15: Účastnil/a jste se někdy výuky na VŠ pod vlivem některé z návykových látek?

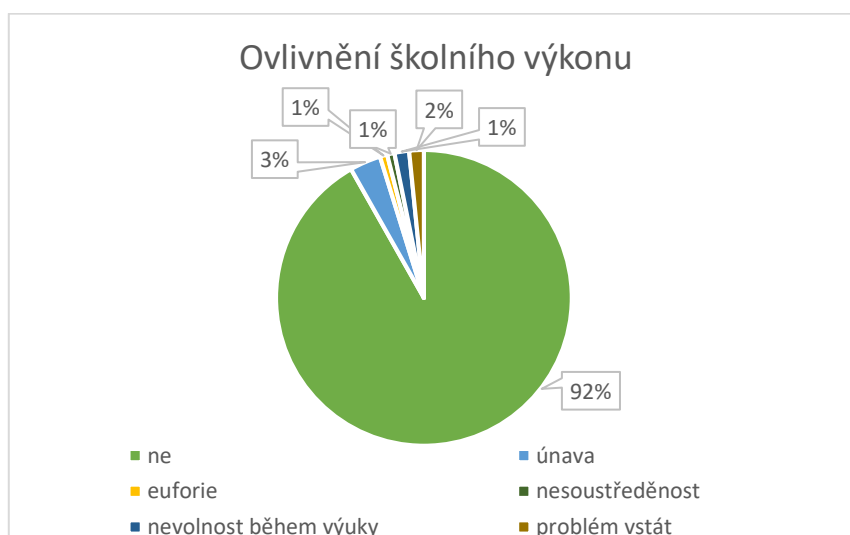
Tato uzavřená otázka nabízela respondentům na výběr pouze možnosti „ano“ či „ne“. Vypovídat může o morálním vědomí studentů. K této situaci mohlo dojít úmyslně – někdo může považovat za zábavné nějakou látku před výukou užít, u jiného se může jednat o zbytkový účinek po předchozím „tahu“. Více než tři čtvrtiny studentů (82,8 %) udává, že se výuky pod vlivem návykové látky neúčastnilo, zbylých 17,2 % se k takové účasti přiznává (viz graf č.15).



Graf č. 15 – Účast na výuce pod vlivem návykové látky

Otázka č. 16: Ovlivnilo užití návykové látky negativně váš školní výkon např. nesoustředěním?

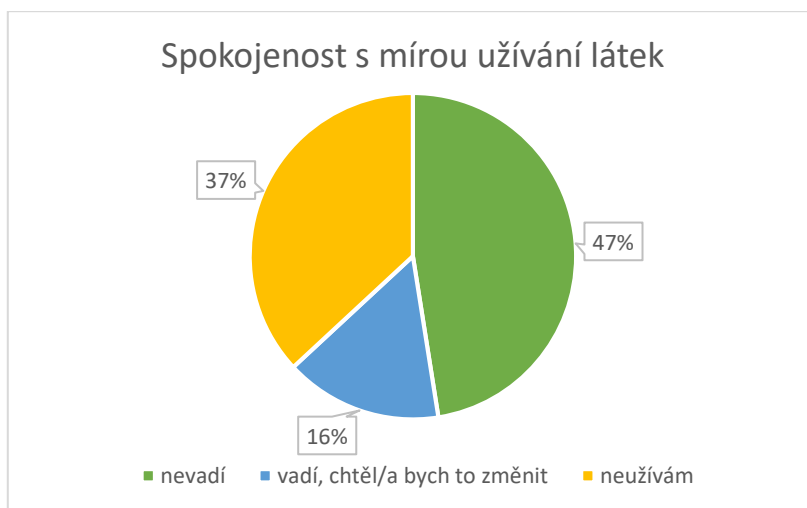
Je mnoho způsobů, jak může návyková látka ovlivnit školní výkon – jak v prostředí školním, tak při domácí přípravě na studium. Může se jednat o nesoustředění, zhoršenou paměť, nevhodné chování, únavu. 91,8 % respondentů sdělilo, že užití návykové látky jejich školní výkon nijak neovlivnilo. Ostatní studenti uváděli problémy jako je únava, nesoustředění, ospalost, nevolnost během výuky, pocit euforie, problém vstávat do školy.



Graf č. 16 – Negativní ovlivnění školního výkonu užitím návykové látky

Otázka č. 17: V případě, že užíváte pravidelně některou z návykových látek (včetně cigaret a alkoholu), tato skutečnost Vám...

Nejčtenější odpověď, kterou respondenti v této otázce volili, byla odpověď, že jim užívání nijak nevadí. K této možnosti se přiklonilo 47,5 %. S vlastním užíváním není spokojeno 15,6 %. Zbylí respondenti uvedli, že žádné návykové látky neužívají, což neodpovídá předchozím otázkám.



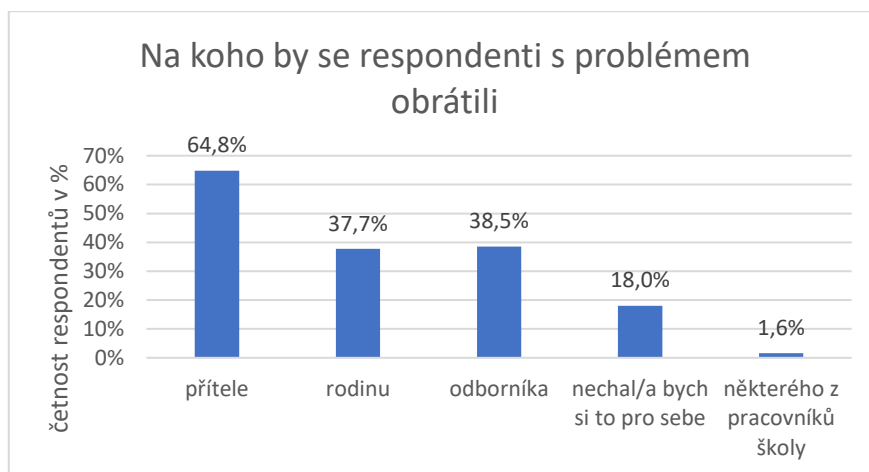
Graf č. 17 – Subjektivní spokojenost respondentů s vlastní mírou užívání návykových látek

Následující otázky jsou zaměřeny na oblast prevence – zabývají se přístupem k informacím studentů o návykových látkách či zkušenostmi s preventivními aktivitami.

Otázka č. 18: Pokud by Vám užívání některé návykové látky činilo obtíže, obrátit/a byste se na:

Respondentům byla položena polootevřená otázka zkoumající, ke komu by měli respondenti v případě problému s návykovými látkami důvěru. Respondenti mohli vybírat více možností. Více než polovina respondentů by neměla problém svěřit se některému ze svých přátel. Druhou důvěryhodnou osobou by pro studenty byl odborník na danou oblast (38,5 %) a třetí rodina (37,7 %). Nedůvěru svěřit se a nechat si tak celý problém pro sebe má 18 % respondentů. Zajímavý výsledek přináší náhled na rozdělení z hlediska pohlaví osob, které by nikomu nesvěřily. Jde o 10,7 % z dotázaných žen a 27,7 % z dotázaných mužů. Vyšší výskyt mužů s nedůvěrou se svěřit, nalézáme ve všech oblastech sociálně

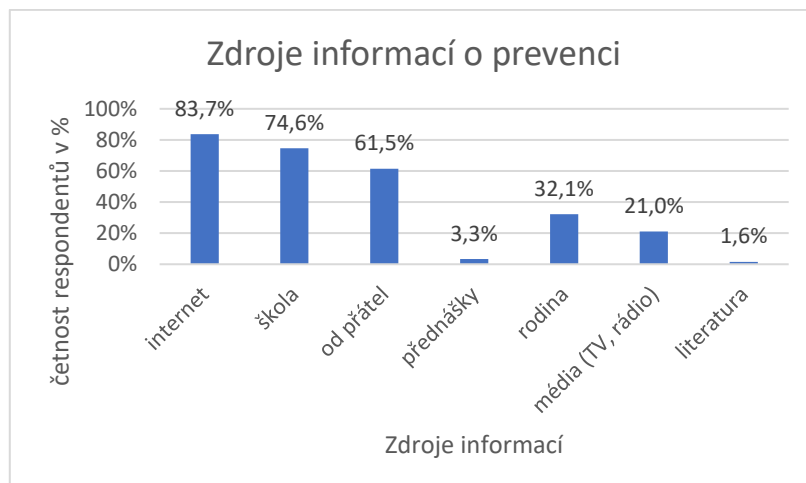
patologických jevů. Jedním z důsledků tohoto jevu může být i, jak udává Kraus (2015), vyšší sebevražednost mužů než žen v poměru cca 1:4. Příčinou může být menší schopnost přiznat problém nejen sobě, ale i navenek a vyhnout se tak pocitu vlastního selhání. Dochází tak k problému svěřit se blízkému a spíše se snažit problém řešit sám, případně neřešit vůbec, což může přerůst do bodu, kdy už toho jedinec ani není schopen. Někteří ze zaměstnanců školy by se svěřilo pouze 1,6 % respondentů.



Graf č. 20 – Na koho by se respondenti v případě problému s návykovou látkou obrátili

Otázka č. 19: Kde jste získal/a nejvíce informací o návykových látkách? (vyberte tři možnosti)

Respondenti za největší zdroj informací v oblasti návykových látek uvádějí internet (83,7 %), druhým nejrozšířenějším zdrojem je pro studenty škola (74,6 %) a na třetím místě se umístili přátelé (61,5 %). Naopak nejméně informací respondenti získali v literatuře a na přednáškách (viz graf č.21).



Graf č. 21 – Zdroje informací o prevenci

Otázka č. 20: Je ve vaší škole věnován dostatek pozornosti drogové problematice a její prevenci?

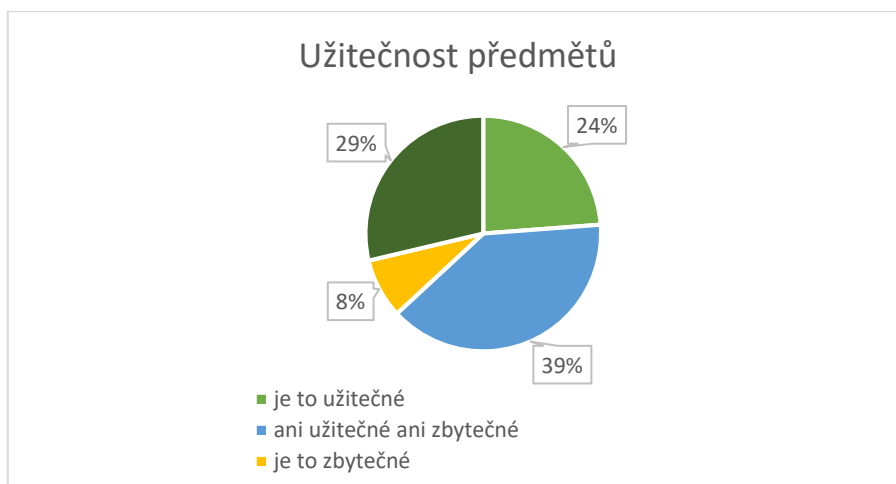
V následující otázce studenti subjektivně posuzovali, zda je v jejich škole problematice návykových látek věnován dostatek pozornosti. Ve škole jsou realizovány přednášky, studenti jsou podporováni ve volném čase, např. možností zapůjčit si permanentku na hokejová utkání či kulturní akci. Studenti v 50,8 % uvedli, že v jejich škole není této problematice dostatek pozornosti věnován. Zbýlých 49,2 % je se situací spokojeno.



Graf č. 22 – Míra věnování pozornosti prevenci ve škole

Otázka č. 21: Přispívají předměty, ve kterých je problematika návykových látek zmiňována, k prevenci užívání těchto látek?

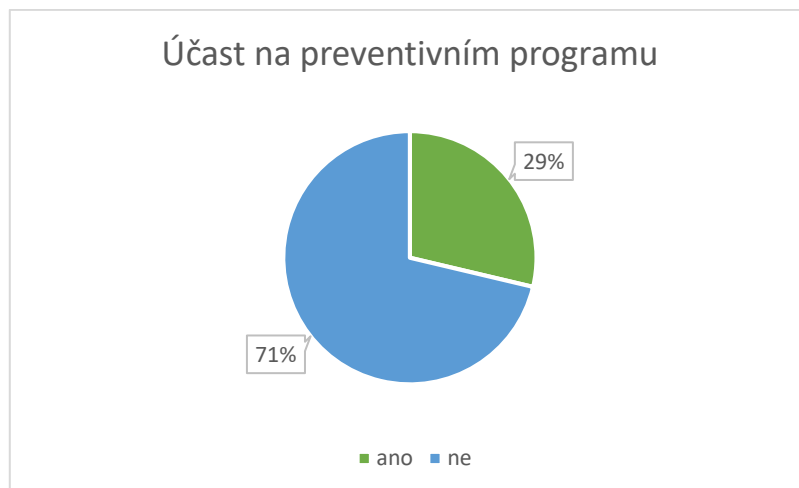
Nejvíce z oslovených studentů zaujalo neutrální postoj, tedy předměty nepovažují ani za užitečné ani zbytečné. Užitečnost předmětů, kde se tato problematika zmiňuje, vnímá 23,8 %. Naopak jako zbytečnost těchto předmětů vidí 8,2 %. Ostatní studenti se s tímto tématem v hodinách nesetkali.



Graf č. 23 – Užitečnost předmětů v ohledu k prevenci

Otázka č. 22: Zúčastnil/a jste se nějakého preventivního programu (např. přednáška, workshop) během vašeho současného studia, který byl zaměřený na návykové látky?

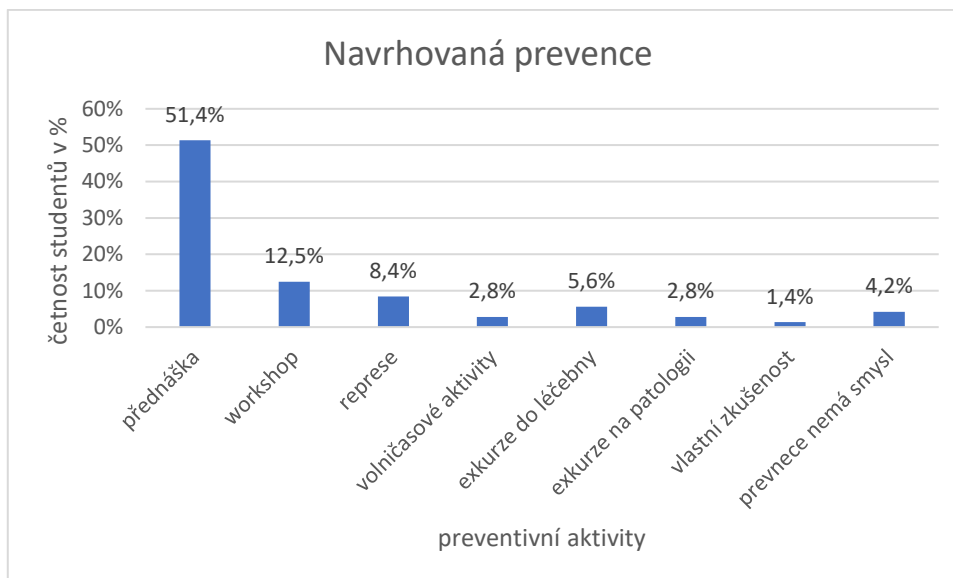
Otázka se zabývá zkušenostmi s preventivními programy v průběhu studia. Je nutno brát v potaz, že vliv na výsledky může mít délka studia, jelikož studenti prvních ročníků se ještě nemuseli s některou z aktivit setkat. Popř. si neuvědomují, že na takový předmět chodili. I tak výsledky ukazují, že více než polovina respondentů (71,3 %) nemá zkušenost s některou z forem prevence během studia.



Graf č. 24 – Účast respondentů na preventivním programu v rámci školy

Otázka č. 23: Co byste navrh/a jako formu prevence, aby byla účinná? (např. workshop, přednáška)

Uvedená otázka ukazuje, jaké preventivní aktivity by studenti ve škole ocenili, zároveň i podkřívá znalosti studentů o prevenci. Jelikož otázka nebyla označená jako povinná, odpovědělo na ni 72 ze 122 respondentů. Jak je zmiňováno již v teoretické části této diplomové práce, jako neefektivní se odborníky považuje pořádání jednotlivých přednášek pro studenty, je potřeba uchopit prevenci komplexně, působit na všechny složky osobnosti. Přesto 51,4 % studentů uvedlo právě přednášku jako aktivitu, kterou by považovalo za účinnou. Více než polovina z těch, kteří by ocenili přednášku, blíže specifikovalo, že přednáška by měla probíhat s uživatelem či bývalým uživatelem návykových látek. Další, ač podobnou aktivitu, uváděli studenti workshop. Zajímavou odpovědí je i třetí nejčtenější odpověď, a to místo prevence volit větší formu represe – častěji provádět namátkové testy, trestat vyloučením. Pouze dva studenti by za účinné považovali více možností, jak trávit volný čas – levnější vstupy do fitness center či školou nabízené sportovní aktivity. Dle interní analýzy zájmů studentů prvního ročníku zmíněné fakulty měli studenti uvést návrhy témat vzdělávání v oblasti primární prevence. V rámci této analýzy vyplynulo sedm témat, mezi nimi i prevence v adiktologii, dále např. šikana či traumatologie. (Analýza zájmů studentů 1. ročníku vojenského studia, 2019)



Graf č. 24 – Navrhované preventivní aktivity

Vyhodnocení hypotéz

Níže jsou vyhodnocovány jednotlivé hypotézy s odkazem na otázky v dotazníku, kterými byly syceny.

H10: Míra výskytu kouření nezávisí na pohlaví

Zvolená nulová hypotéza se opírá o otázku č. 5 a č. 6 v dotazníku a dobarvena je pak otázkou č. 7. Z hlediska celoživotní prevalence se kouření objevilo u 84 % dotázaných mužů a 80,9 % žen. Závislost míry výskytu kouření a pohlaví byla testována pomocí statistické metody – testu dobré shody, ch-kvadrátu. Test byl proveden na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Pro případ odmítnutí nulové hypotézy byla sestavena hypotéza alternativní: Míra výskytu kouření závisí na pohlaví. Pro ověření byla sestavena kontingenční tabulka (viz. tabulka č. 1) dle zaznamenaných odpovědí. Zvlášť sestavená byla pro celoživotní prevalenci kouření a výskyt kouření v posledních třech měsících. Pomocí této tabulky byla vypočítána hodnota testovaného kritéria, která se rovná v tomto případě $\chi^2= 0,201$, stupeň volnosti 1. Ke zvolené hladině významnosti je kritická hodnota $\chi^2; 0,05= 3,841$. Kritická hodnota je vyšší než hodnota testovaná, což znamená, že **byla přijata nulová hypotéza**.

Zkušenosti s kouřením	Muži	Ženy	Σ
Ano	63	38	101
Ne	12	9	21
Σ	75	47	122

Tabulka č. 1 – kontingenční tabulka k celoživotní prevalenci kouření

Stejným postupem bylo ověřováno kouření v posledních třech měsících (viz. tabulka č. 2), kdy kouřilo 42,7 % mužů a 27,7 % žen. Hladina testovaného kritéria je $\chi^2 = 2,8$, kritická hodnota je $\chi^2_{0,05} = 3,841$. To znamená, že i v případě kouření v posledních třech měsících **byla přijata nulová hypotéza**.

Kouření v posledních třech měsících	Muži	Ženy	Σ
Ano	32	13	45
Ne	43	34	77
Σ	75	47	122

Tabulka č. 2 – kontingenční tabulka k výskytu kouření v posledních třech měsících

V obou dvou testovaných případech byla přijata nulová hypotéza, což znamená, že souhrnně lze říci, že míra výskytu kouření studentů Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany nezávisí na pohlaví. Obohatit hypotézu můžeme i z hlediska frekvence výskytu kouření u respondentů. Denně kouří 14,9 % mužů a 12 % žen.

H2_a: Míra výskytu pití alkoholu závisí na pohlaví

Obdobně předchozí hypotéze je vyhodnocována i hypotéza H2. K hypotéze je potřeba si formulovat i hypotézu nulovou – míra výskytu pití alkoholu nezávisí na pohlaví. V případě celoživotní prevalence nebylo možné zkonstruovat kontingenční tabulku, jelikož zjištěné hodnoty nesplňují podmínky pro její sestavení – v celoživotní prevalenci užili alkohol všichni respondenti, zkušenost s alkoholem tedy nezávisí na pohlaví. V konzumaci alkoholu za poslední tři měsíce výsledky ukázaly, že alkohol

konzumovalo 92 % mužů a 89,3 % žen. Po dosazení do kontingenční tabulky (viz. tabulka č. 3) byla spočítána hladina testovacího kritéria $\chi^2 = 0,245$. Pro stupeň volnosti 1 je hladina kritického kritéria $\chi^2_{0,05} = 3,841$. Jelikož je testovací kritérium nižší než kritické, je nutné přijmout hypotézu nulovou.

Míra pití alkoholu v posledních třech měsících	Muži	Ženy	Σ
Ano	69	42	111
Ne	6	5	11
Σ	75	47	122

Tabulka č. 3 – kontingenční tabulka konzumace alkoholu v posledních třech měsících

Dle výsledků testování celoživotní prevalence i konzumace v posledních třech měsících **nebyla přijata** zvolená (alternativní) hypotéza, ale nahrazena hypotézou nulovou. Míra výskytu pití alkoholu nezávisí na pohlaví. Pro obohacení informací pak z hlediska frekvence pije denně nebo několikrát do týdne 23,4 % mužů a 14,7 % žen.

H3: Zkušenost s nelegální návykovou látkou má alespoň 45 % studentů.

Hypotéza byla ověřována především otázkou č. 5. Pro větší přiblížení pak byla rozvíjena otázkami č. 6, 9, 10, aby byl podán bližší pohled na problematiku užívání nelegálních návykových látek studenty. Zkušenost s některou z nelegálních návykových látek uvedlo 65,5 % respondentů. Nejčastěji se jednalo o marihuanu, v menším množství pak extázi, sedativa či hašiš. Jelikož v následující otázce se u jednotlivých látek, mimo marihuanu, jednalo spíše o jednotlivce, dá se předpokládat, že se jednalo o experimentování bez vzniku závislosti. U marihuany i za poslední měsíce dosahovaly hodnoty téměř 12 %. Denní užívání některé z látek uvedl pouze jeden student, kde lze očekávat problém závislosti buď psychické, fyzické či kombinace obou faktorů. Jelikož nejčastější frekvencí je udáváno užívání méně než jednou za tři měsíce, jedná se spíše o experimentování

či nevhodně zvolenou copingovou strategií. Z hlediska způsobu užití pak uvedly více než tři čtvrtiny respondentů kouření. Vzhledem k tomu, že zkušenost studentů dosáhla zmíněných 65,5 %, hypotéza **byla potvrzena**.

VP1: S přechodem na vysokou školu se změní míra užívání návykových látek u nadpoloviční většiny studentů.

Výzkumný předpoklad byl zkoumán otázkami č. 11, 12, 13 a to odděleně pro jednotlivé látky a následně je shrnut.

VP1a: S přechodem na vysokou školu se změní míra kouření cigaret u nadpoloviční většiny studentů.

Dle výsledků je nekuřáků 40,2 % a dalších 16,4 % uvedlo, že míra kouření se nezměnila. U respondentů, kde se míra kouření změnila se jednalo ve dvou třetinách o nárůst spotřeby cigaret a pouze u jedné třetiny došlo ke snížení. Výzkumný předpoklad VP1a **nelze potvrdit**, jelikož u nadpoloviční většiny ke změně nedošlo.

VP1b: S přechodem na vysokou školu se změní míra pití alkoholu u nadpoloviční většiny studentů.

U alkoholu došlo ke změně užívání u 58 % studentů, z toho u 39 % k navýšení, alkohol omezilo v různých mírách pouze 19 %. Tento předpoklad **byl tedy potvrzen**.

VP1c: S přechodem na vysokou školu se změní míra užívání nelegálních návykových látek u nadpoloviční většiny studentů.

Jelikož více než polovina respondentů uvedla, že žádnou z nelegálních látek neužívá, předpoklad **lze vyvrátit**. Nárůst užívání byl zaznamenán u 10 %, pokles u 5 % respondentů.

Souhrnně lze uvést, že míra užívání návykových látek se změnila u 38,8 %. U zbylých 61,2 % zůstala stejná – což znamená, že návykovou látku studenti neužívají nebo na ně přechod na vysokou školu neměl v této oblasti vliv. Varovným zjištěním je, že v průměru u více než jedné pětiny (21,7 %) znamenal přechod na vysokou školu nárůst užívání návykových látek. Výzkumný předpoklad **nebyl potvrzen**.

VP2: Škola je jedním ze tří zdrojů informací o prevenci užívání návykových látek.

Tímto výzkumným předpokladem se zabývala otázka 19, 20, 22 a dále pak byl upřesněn otázkami 18, 21 a 23 v dotazníku. Ačkoliv spokojenost s pozorností věnované prevenci je takřka půl na půl (51 % je nespokojených, 49 % je spokojených), škola se jako zdroj informací o prevenci umístila na druhém místě, přičemž školu jako zdroj informací uvedlo 74,6 % respondentů. Více informací o prevenci než ze školy, mají respondenti z internetu, což vzhledem k jeho popularitě není překvapivé, jelikož na internetu je přístup k informacím nejen jednoduchý, ale také díky němu mohou neziskové organizace šířit osvětové materiály, především pomocí dnes velmi populárních sociálních sítí. Při současném studiu se účastnilo některého preventivního programu pouze 29 %, studenti si informace přinášejí již z předchozího studia – buď na základní nebo střední škole. Ačkoliv si respondenti informace ze školy odnášeli či odnášejí, v případě problému by se obraceli spíše na někoho mimo školu – odborníka nebo přítele. Jako efektivní prevenci vnímají studenti především přednášky, workshopy. Někteří studenti by spíše upřednostnili formu represe před prevencí. Z uvedených informací vyplývá, že studenti nemají dostatek informací o tom, jak by měla účinná prevence fungovat, že by měla být komplexní a jsou k prevenci skeptičtí. Pouze dva studenti z celkového počtu zmiňují v souvislosti s prevencí i efektivní trávení volného času, ostatní volný čas a prevenci nespojují. Nicméně škola je pro studenty druhým nejčastějším zdrojem informací o prevenci, výzkumný předpoklad **byl potvrzen**.

6.3 Diskuze

Analyzovaná jednotlivá zjištění je potřeba shrnout, reflektovat. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat četnost užívání návykových látek, který lze, vzhledem k získaným datům, považovat za splněný. Konkrétní výsledky nalezneme v předchozí podkapitole.

První část dotazníku se týkala volnočasových aktivit studentů. Vzhledem k výchozímu předpokladu, že studenti nemají dostatek času na všechny aktivity, které by rádi provozovali, byly zjišťovány i aktivity, které by studenti provozovali rádi. V obou dvou případech zcela jasně převažují sportovní aktivity. Nějakou sportovní aktivitu provozuje téměř 65 % studentů. Souvisí to i se skutečností, jsou studenti

skládají jako součást přijímacího řízení na tuto vysokou školu vojenského charakteru, zkoušku z tělesné přípravy, vztah ke sportu se dá tedy předpokládat. Nejoblíbenějším sportem je pro studenty cvičení ve fitness, běh, plavání či cyklistika. V rámci volného času ale také studenti Fakulty vojenského zdravotnictví rádi čtou, sledují filmy a seriály a také věnují čas přípravě do školy. Pokud by měli času více, více než polovina by jej investovala opět ráda do sportu. Stejně jako v předchozím případě by se věnovali fitness, běhu či plavání. Sport je tedy bezesporu oblastí, ve které je vhodné studenty podporovat, jelikož k němu mají převážně kladný vztah a nepochybně se jedná o efektivní využití volného času a také účinnou copingovou strategií.

Druhou zjišťovanou oblastí byla oblast užívání návykových látek. Zkušenost s alkoholem mají všichni dotázaní respondenti, což vzhledem k jejich věku není nijak překvapivým výsledkem. U tabákových výrobků jde o 82 %. Vysokých hodnot dosáhla zkušenost studentů s marihuanou – a to u 63,9 % respondentů, což je oproti celorepublikovým výsledkům u stejné věkové kategorie, tedy mladé dospělosti, téměř o 18 % více. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice 2017, 2018). Následující otázka pak odlišila experiment s některou z návykových látek v období adolescence s užíváním návykových látek v mladé dospělosti, kdy by již jedinec měl mít vyjasněný vztah k těmto látkám. Zjištěné hodnoty poukázaly především na konzumaci alkoholu, u nelegálních návykových látek už se ovšem jednalo spíše o jedince než významný podíl studentů. Stejně jako v předešlé otázce, z těchto látek studenti preferují marihuanu (11,5 %), následně kokain (4,1 %).

Na denní bázi kouří téměř 15 % studentů, což je v porovnání s populací České republiky o více než deset procent méně (26,6 %). (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice 2017, 2018). Alkohol denně pije jen 1,6 % studentů, což je stejně jako v předchozím případě v porovnání s celorepublikovým průměrem méně – v rámci české populace jde o 6,9 %. Zjištěné výsledky tak podtrhují uvědomělost a zodpovědnost studentů zdravotnických oborů.

Znepokojivým může být naopak zjištění, že u všech tří zjišťovaných látek (cigarety, alkohol a nelegální návykové látky) došlo k navýšení užívání těchto látek při přechodu ze střední na vysokou školu. Nejmarkantnější zvýšení bylo zaznamenáno u konzumace alkoholu, kde ke zvýšení došlo ve 39 %, u kouření v 16 % a u nelegálních

návykových látek v 10 %. Ve stejném pořadí vybraných látek došlo také k úbytku užívání. Méně přechodem na vysokou školu pije alkohol o 19 % studentů, kouří méně o 8 % a nelegální návykové látky užívá o 5 % osob méně. Zároveň jen 16 % studentů není spokojeno s mírou, v jaké návykové látky užívají.

Pro zlepšení výkonu užitím návykové látky se rozhodla necelá desetina respondentů, dalších 30 % o tom alespoň uvažovala či uvažuje. Je potřeba proto také zamyslet se nad tím, jaká je k tomuto jednání motivace. Jak již bylo několikrát zmíněno v předchozí podkapitole, jako první se nabízí nedostatek času, kdy se studenti snaží skloubit své studijní i osobní zájmy a některé látky tak mohou užívat pro nabuzení a výkonnost na úkor spánku např. v případech, kdy se potřebují vydržet učit přes noc. Tento způsob ovšem studenti nevyužívají přímo ve škole, ačkoliv se pod vlivem některé z látek výuky účastnilo 17 % studentů, převážně se shodují, že v důsledku toho byli unavení, nesoustředění či dokonce trpěli nauzeou.

Třetí oblastí, které se výzkumné šetření věnovalo, byla prevence. Jak šetření ukázalo, s problémem by se studenti svěřovali především přátelům, rodině a odborníkovi, což vnímám jako pozitivní zjištění, protože obecně panuje ve společnosti spíše nedůvěra se svěřit rovnou odborníkovi. Problém může nastat u studentů, kteří nedůvěřují nikomu a problém by si nechali pouze pro sebe (18 %). Díky konzumaci látek může dojít nejen k rozvoji závislosti, ale také k psychickým obtížím s tím spojeným, které mohou vyústit v sebepoškozování, deprese, v nejkrajnějším případě k sebevraždě. Lze pochopit, že zaměstnancům školy by se svěřilo pouze 1,6 % studentů kvůli obavám z nepochopení, odsouzení (vzhledem ke studovaným oborům), následně až vyloučení ze studia i Armády ČR.

Očekávaný výsledek přinesla otázka zjišťující hlavní zdroje informací o návykových látkách. Hlavním zdrojem je internet, následovaný školou a přáteli. O škodlivosti návykových látek se v rámci školských zařízení dozvídáme již od základní školy. Kladen je důraz především na komplexní preventivní aktivity, protože jak udává Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (online), zaměřovat se pouze na aktivity jako jsou např. přednášky je zcela neefektivní. Dostatek času věnovaného prevenci vnímá na fakultě pouze 49 %, jak ale ukázaly následující otázky, studenti nemají dostatečné povědomí o tom, co vlastně prevence zahrnuje a jak by měla

fungovat. Je proto nutné připustit možnost, že některé aktivity v rámci prevence rizikového chování nevnímají jako součást prevence. Může se jednat o již zmiňované permanentky na hokejová utkání. Neznalost prevence dokládá právě navrhovaný způsob účinné prevence, kdy její studenti vidí převážně právě v přednáškách o škodlivosti návykových látek či v besedách s vyléčeným uživatelem některé návykové látky či preference represivních opatření, jako je navýšení četnosti testování na přítomnost návykových látek. Pouze 2,8 % spojují prevenci s volnočasovými aktivitami. Vhodným by proto bylo se do budoucna na fakultě zaměřit nejen na informace o návykových látkách, ale také na prevenci jako takovou.

Závěr

Diplomová práce se zabývá prevalencí užívání návykových látek studentů Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany. Teoretická část diplomové práce je rozdělena do pěti stěžejních, ač odlišných kapitol, potřebných k pochopení specifík cílové skupiny. První kapitola se zaměřuje na závislost jako takovou, udává její definici, stádia i faktory, které jsou predispozicí pro její rozvoj. Nejrozsáhlejší kapitolou je druhá kapitola, ve které jsou charakterizovány jednotlivé skupiny návykových látek a dostupné výzkumy k prevalenci užívání těchto látek v české populaci. Třetí kapitola vymezuje mladou dospělost a její specifika oproti jiným vývojovým obdobím. Kapitola Armáda České republiky uvádí strukturu české armády, hodnosti, které je možné dosáhnout. Dále se zabývá samotnou Univerzitou obrany, jejím vznikem, fakultami a v závěru kapitoly jsou uvedeny obory, které je možno v rámci Fakulty vojenského zdravotnictví v Hradci Králové studovat. Závěrečná kapitola teoretické části diplomové práce se věnuje prevenci – jejímu vymezení a dělení. Jsou uvedeny vybrané dokumenty ministerstev vztahujících se právě k prevenci rizikového chování, především užívání návykových látek. Uvedena je i legislativa vztahující se k návykovým látkám.

V empirické části práce je uveden cíl výzkumného šetření, charakterizování zvolení respondenti a popsána metoda, kterou byl výzkum proveden – tedy dotazníkové šetření a formulovány hypotézy. Následně jsou jednotlivé položky dotazníku vyhodnoceny a doplněny grafickým znázorněním. Poté jsou tyto položky vztaženy ke zvoleným hypotézám, které jsou tímto způsobem vyhodnoceny – potvrzeny či vyvráceny. V závěru kapitoly výzkumného šetření je uvedena diskuze, která reflektuje zjištěné informace.

Cílem diplomové práce bylo dle odborných pramenů analyzovat problematiku užívání návykových látek prevence a následně zmapovat četnost jejich užívání na Fakultě vojenského zdravotnictví, a to ve skupině studentů jejichž studium je díky propojení náročnosti odborného studia jako takového s faktem zaměstnaneckého poměru a plnění vojenských povinností nesmírně náročné. Tento cíl považují za splněný.

Práce může posloužit jako zdroj informací pro doposud nezmapovanou skupinu studentů-vojáků. Za tímto účelem také vznikala. Stejně tak by mohla výsledná

data posloužit pro zefektivnění plánování programu rizikového chování na vybrané fakultě, protože výsledky reflektují současnou situaci užívání návykových látek studenty, a také jejich pohled na prevenci. V případě praktické aplikace výsledků mého výzkum, je nutné počítat s faktem, že Ministerstvo obrany má svůj program rizikového chování, který je všem složkám zadáván z centra. S vojenskými studenty jsem v literatuře žádný podobný, veřejně dostupný, výzkum nenalezla.

O seznámení se s výsledky této práce má zájem oddělení proděkanky pro vnější vztahy a marketing, které spravuje program rizikového chování na fakultě vojenského zdravotnictví a pokusí se v rámci jednání na Ministerstvu obrany lépe zacílit budoucí aktivity v tomto programu podle výsledků této diplomové práce (viz. příloha č. 4). Lze to udělat formou doporučení, a je již na samotném ministerstvu obrany, zda tato doporučení budou akceptována a zapracována.

Dalším možným výstupem této diplomové práce je plánované seznámení vedení fakulty s výsledky a pokus o obnovu přednášky Drogová epidemiologie v předmětu Epidemiologie a Infektologie pro páté ročníky studující obor vojenské všeobecné lékařství. Tato přednáška byla z rozvrhu před čtyřmi lety vyřazena, ale právě vyjádření studentů získaná v této diplomové práci ukazují na potřebnost podobných témat ve výuce.

Oba dva tyto výstupy jsou vedení fakulty vojenského zdravotnictví známy a vedení se na úrovni fakulty zasadí o využití zde prezentovaných dat a návrhů (osobní sdělení proděkanky pro vnější vztahy a marketing, prof. RNDr. Vandy Bošátkové, Ph.D.)

Obecně je nutné v závěru konstatovat, že obdobné výzkumy, jako v této diplomové práci, které jsou tímto směrem provedeny, se zabývají buď vojáky a užíváním návykových látek, kteří už ovšem nejsou studenty nebo se výzkumy týkají vysokoškolských studentů, kteří nejsou zároveň vojáky. Práce tedy poodkrývá oblast, která zatím není dostatečně probádána, a proto jsem přesvědčena o její užitečnosti a přínosu. Ačkoliv jde o velmi specifickou skupinu, je nutno zdůraznit, že jde nejen o osoby v budoucnu bojující za náš stát, ale v první řadě o vojenské lékaře, vojenské zdravotníky zachraňující lidské životy, ať už v mírových či válečných podmínkách (převážně na zahraničních misích)

Seznam literatury a zdrojů

- Analýza zájmů studentů 1. ročníku vojenského studia*. Brno, 2019.
- ANDRLOVÁ, Kateřina et al. *Krátká intervence pro uživatele konopí*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, [2016], ©2016. 91 stran. Metodika; 13. ISBN 978-80-7440-137-4.
- BEČKOVÁ, Ilona a VIŠŇOVSKÝ, Peter. *Farmakologie drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1999. 112 s. ISBN 80-7184-864-6.
- BĚLÍK, Václav a HOFERKOVÁ, Stanislava. *Tvorba odborné práce: vysokoškolská učebnice pro studenty sociálně pedagogických oborů*. First edition in Tribun EU. Brno: Tribun EU, 2016. 121 stran. ISBN 978-80-263-1021-1.
- ČESKO. Armáda. *Armáda České republiky: symbol demokracie a státní suverenity: 1993-2012*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo obrany České republiky, Odbor komunikace a propagace (OKP MO), 2012. 205 s. ISBN 978-80-7278-600-8.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2008. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- ILLES, Tom. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2., upr. vyd. Praha: ISV, 2002. 55 s. Drogy. ISBN 80-86642-12-7.
- KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. (319, 343 s.). Monografie; no. 1. ISBN 80-86734-05-6.
- Koncepce primární prevence rizikovaného chování personálu rezortu Ministerstva obrany na období let 2015-2019*. Praha: Ministerstvo obrany, 2014.
- KRAUS, Blahoslav. *Sociální deviace v transformaci společnosti*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 210 stran. ISBN 978-80-7435-575-2.

KRAUS, Blahoslav a kol. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislosti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9.

MIOVSKÝ, Michal. *Cannabis: Nejvýznamnější predátory úspěšnosti (resp. neúspěšnosti) léčby z hlediska systematické psychoterapie uživatelů cannabis*. Brno: Psychologický ústav FF MU v Brně, 1998.

MIOVSKÝ, Michal et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie]*. Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN, ©2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7. protidrogové politiky, [2016], ©2016. 91 stran. Metodika; 13. ISBN 978-80-7440-137-4.

MCGRATH, Yuko et al. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. 1. vyd. v jazyce českém. [Praha]: Úřad vlády České republiky, ©2007. 70 s. Monografie; no. 11. ISBN 978-80-87041-16-1.

MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017* [online]. 1. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2018 [cit. 2019-02-09]. ISBN 978-80-7440-219-7. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32962/837/VZdrogy2017_web181207.pdf

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 194 s. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity; sv. č. 112. ISBN 978-80-210-4550-7.

NEŠPOR, Karel. *Jak poznat účinky drog a jaká mají rizika*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. 16 s. ISBN 80-7071-079-9.

NEŠPOR, Karel. *Co nového v prevenci škod způsobených alkoholem, tabákem a jinými látkami u dětí a dospívajících*. Časopis Lékařů českých, 2006 a, 145(7):585-6. PMID:16921792.

NEŠPOR, Karel. *Psychotropní účinky tělesné aktivity*. Časopis Lékařů českých, 2006 b, 145(12):916-7. PMID:17323612

NEŠPOR, Karel. *Alkohol u dětí a dospívajících – prevence a léčba*. Časopis Lékařů českých, 2010, 149(12):598-600. PMID:21387587.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. 255 stran. ISBN 978-80-262-1357-4.

ONDREJKOVIČ, Peter a Eva POLIAKOVÁ. *Protidrogová výchova*. 1. vyd. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1999. 356 s. ISBN 80-224-0553-1.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1994. 85 s. Medica: praktické rady lékaře; sv. 9. ISBN 80-85800-18-7.

ROUŠAR, Jaroslav. *Česká republika a její profesionální armáda*. Praha: Ministerstvo obrany České republiky, 2006. 159 s. ISBN 80-7278-312-2.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

SHAPIRO, Harry. *Drogy: obrazový průvodce*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co., 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.

SPĚVÁKOVÁ, Barbora. *Dostupnost služeb zaměřených na užívání návykových látek v Královéhradeckém kraji*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

Internetové zdroje

Cannabis drug testing. *Erowid* [online]. [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: https://www.erowid.org/plants/cannabis/cannabis_testing.shtml

Fakulta vojenského zdravotnictví. *Univerzita obrany* [online]. 2018 [cit. 2019-01-31]. Dostupné z: <https://www.unob.cz/fvz/Stranky/default.aspx>

HAVRDOVÁ, Hana. *Sociálně nežádoucí jevy v prostředí Armády České republiky* [online]. Brno, 2013 [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21116/havrdov%C3%A1_2013_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Chutná to líp. *Dekontaminace: Suboxone zone* [online]. 2008, (2), 1 [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: http://www.edekontaminace.cz/downloads/1284653930_deko_suboxon_2008.pdf

Informace pro uchazeče o studium. *Vojenská střední škola a Vyšší odborná škola Ministerstva Obrany v Moravské Třebové* [online]. [cit. 2019-01-31]. Dostupné z: <http://www.vsmt.cz/uchazeci.aspx>

Kariéra. *Armáda České republiky* [online]. [cit. 2019-01-31]. Dostupné z: <https://kariera.army.cz/>

KUNSTOVÁ, M. V ČR je zhruba 900 tisíc lidí závislých na lécích. *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 25. července 2018 [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/v-cr-je-zhruba-900-tisic-lidi-zavislych-na-lecich>

MÁCA, Tomáš. *Sociálně nežádoucí jevy v Armádě České republiky* [online]. Brno, 2015 [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/sfsbi/Bakalarska_prace_-_Maca_371430.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2013 [cit. 2019-02-17]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 10. REVIZE: F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014 [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže: na období 2013-2018 [online]. Praha, 2013 [cit. 2019-02-17].

NEŠPOR, Karel a kol. Rady ženám alkoholiků: muž, manžel, partner, druh alkoholik a co s ním. *Alkoholik.cz* [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/rodina_alkoholika/rady_zenam_alkoholiku_muz_manzel_partner_druh_alkoholik_a_co_s_nim.html

ODBOR STATISTIKY OBYVATELSTVA. *Porodnost a plodnost za období 2011-2015* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2016 [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853427/13011816a.pdf/e7dad6a0-67af-40eb-bcf1-a47b36167dbe?version=1.0>

Společnost podané ruce o.p.s.: internetová poradna [online]. [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: https://www.extc.cz/poradna/?p_keywords=fale%C5%A1n%C3%A1+pozitivita&search=+

ŠOLC, David. *Negativní aspekty životního stylu v armádě České republiky* [online]. České Budějovice, 2015 [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: https://theses.cz/id/7mscvc/bakal_ka_olc_David.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Uchazeči. *Fakulta tělesné výchově a sportu: Univerzita Karlova* [online]. [cit. 2019-01-31]. Dostupné z: <https://www.ftvs.cuni.cz/FTVS-13.html>

Univerzita obrazy:
Struktura. <https://www.unob.cz/Stranky/default.aspx> [online]. 2018 [cit. 2019-01-31].
Dostupné z: <https://www.unob.cz/struktura/Stranky/default.aspx>

VACEK, Jaroslav. *Prožitek akutní intoxikace konopnými drogami* [online].
2004 [cit. 2019-02-10]. Dostupné z:
<http://www.adiktologie.cz/en/articles/download/937/Vacek-Prozitek-akutni-intoxikace-konopnymi-drogami-pdf>

Vojenská policie. *Vojenská policie* [online]. [cit. 2019-01-31]. Dostupné z:
<http://www.vp.army.cz/>

Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014 [cit. 2019-02-17]. ISBN 78-80-85047-47-9. Dostupné z:
https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

Kapitoly v knize

EMMEROVÁ, Ingrid. Charakteristika a druhy prevencie. In: KRAUS, Blahoslav a kol. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. s. 99-105. ISBN 978-80-7435-080-1.

FROUZOVÁ, Magdalena. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. Monografie; no. 1. s. 124-129 ISBN 80-86734-05-6.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. Monografie; no. 1. s. 205-210 ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: KALINA, Kamil a

kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. Monografie; no. 1. s. 91-95 ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty*. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. Monografie; no. 1. s. 159-163 ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub. *Stimulancia*. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. Monografie; no. 1. s. 164-168 ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal. *Halucinogenní drogy*. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. Monografie; no. 1. s.169-173 ISBN 80-86734-05-6.

POPOV, Petr. *Alkohol*. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. Monografie; no. 1. s.151-158 ISBN 80-86734-05-6.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Test nikotinové závislosti

Příloha č. 3 – CAST test

Příloha č. 4 – E-mailové prohlášení

Příloha č. 1 – dotazník

Prevalence závislostního chování a jeho prevence

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Spěváková a jsem studentkou magisterského oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Hradec Králové. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako podklad pro mou diplomovou práci. Dotazník je anonymní a jednotlivé vyplněné dotazníky nebudou nikde zveřejněny, proto Vás žádám o co nejpravdivější odpovědi.

Předem děkuji za ochotu.

Pohlaví: muž / žena

Věk:

Ročník studia:

Pocházíte z vesnice/města s počtem obyvatel:

- a) do 100
- b) 101 – 1 000
- c) 1 001 – 30 000
- d) 30 001 – 100 000
- e) více jak 100 001

1. Jaké volnočasové aktivity provozujete ve svém volném čase? (Uveďte příklad)

2. Jaké volnočasové aktivity byste provozovat chtěl/a, ale nemáte na ně dostatek času? (Uveďte příklad)

3. Víte o tom, že by někdo ze studentů ve vaší škole užíval některou z nelegálních návykových látek?

- a) ano
- b) ne

4. Kolik takových lidí ve vaší škole znáte?

- a) žádného
- b) 1-2
- c) 3-5
- d) 6-10
- e) více – doplňte:

5. Zaškrtněte všechny návykové látky, které jste vyzkoušel/a.

- a) tabákové výrobky
- b) alkohol
- c) marihuana
- d) hašiš
- e) pervitin
- f) heroin
- g) kokain
- h) jiný opiát (kodein, braun, morfin)
- i) LSD, halucinogenní houby, trip a jiné halucinogeny
- j) extáze a jiné tzv. „diskotékové“ drogy
- k) těkavé látky (toluen)
- l) sedativa a jiné tišící prostředky bez doporučení lékaře
- m) žádnou
- n) jiná látka – doplňte, prosím:

6. Které z následujících z látek jste užil/a za poslední 3 měsíce? (možno více odpovědí)

- a) tabákové výrobky
- b) alkohol
- c) marihuana
- d) hašiš
- e) pervitin
- f) heroin
- g) kokain
- h) jiný opiát (kodein, braun, morfin)
- i) LSD, halucinogenní houby, trip a jiné halucinogeny
- j) extáze a jiné tzv. „diskotékové“ drogy
- k) těkavé látky
- l) sedativa a jiné tišící prostředky bez doporučení lékaře
- m) žádnou
- n) jiná látka – doplňte, prosím:

7. Jak často kouříte cigarety?

- a) denně
- b) několikrát do týdne
- c) jednou týdně
- d) jednou za měsíc
- e) přibližně jednou za tři měsíce
- f) méně než jednou za tři měsíce
- g) nikdy

8. Jak často pijete alkohol?

- a) denně
- b) několikrát do týdne
- c) jednou týdně
- d) jednou za měsíc

- e) přibližně jednou za tři měsíce
- f) méně než jednou za tři měsíce
- g) nikdy

9. Jak často užíváte nelegální návykové látky? (např. marihuana, kokain, pervitin, halucinogenní houby, extáze aj.)

- a) denně
- b) několikrát do týdne
- c) jednou týdně
- d) jednou za měsíc
- e) přibližně jednou za tři měsíce
- f) méně než jednou za tři měsíce
- g) nikdy

10. Pokud jste užil/a některou z nelegálních návykových látek, jakým to bylo způsobem? (možno více odpovědí) V případě, že jste žádnou neužil/a, pokračujte na další otázku.

- a) kouření
- b) čuchání
- c) šňupání
- d) polykání (tablet)
- e) žvýkání
- f) injekční užití
- g) jinak

11. Změnila se u vás přechodem na VŠ míra kouření?

- a) nekouřím
- b) nezměnila
- c) začal/a jsem kouřit
- d) přestal/a jsem kouřit
- e) kouřím více

f) kouřím méně

12. Změnila se u vás přechodem na VŠ míra pití alkoholu?

- a) nepiju alkohol
- b) nezměnila
- c) začal/a jsem pít alkohol
- d) přestal/a jsem pít alkohol
- e) piju více
- f) piju méně

13. Změnila se u vás přechodem na VŠ míra užívání nelegálních návykových látek? (např. marihuana, kokain, pervitin, halucinogenní houby, extáze aj.)

- a) neužívám
- b) nezměnila
- c) začal/a jsem některou z látek užívat
- d) přestal/a jsem užívat
- e) užívám ji více
- f) užívám ji méně

14. Přemýšlel/a jste někdy o užití některé návykové látky pro zvětšení výkonnosti při studiu?

- a) ano, ale zavrhl/a jsem to
- b) ano, uvažuji o tom
- c) ano, vyzkoušel/a jsem to
- d) ne

15. Účastnil/a jste se někdy výuky na VŠ pod vlivem některé z návykových látek?

- a) ano
- b) ne

16. Ovlivnilo užití návykové látky negativně váš školní výkon?

- a) ne
- b) ano, doplňte, prosím, jak:

17. V případě, že užíváte pravidelně některou z návykových látek (včetně cigaret a alkoholu), tento stav vám...

- a) nevadí
- b) vadí, chtěl/a bych to změnit
- c) neužívám

18. Pokud by Vám užívání některé návykové látky činilo obtíže, obrátil/a byste se na... (možno více odpovědí)

- a) přátele
- b) rodinu
- c) odborníka
- d) některého z pracovníků školy
- e) někoho jiného – koho:
- f) nechal/a bych si to pro sebe

19. Kde jste získal/a nejvíce informací o návykových látkách? Vyberte 3 možnosti

- a) rodina
- b) škola
- c) přátele

- d) internet
- e) média (TV, rádio)
- f) literatura
- g) přednáška, beseda, workshop
- h) jinde – kde:

20. Je ve vaší škole věnováno dostatek pozornosti drogové problematice a její prevenci?

- a) ano
- b) ne

21. Jak přispívají předměty, které se problematikou návykových látek zabývají, k prevenci užívání těchto látek?

- a) jsou užitečné
- b) ani užitečné ani zbytečné
- c) jsou zbytečné
- d) na žádný takový jsem nechodil/a

22. Zúčastnili jste se nějakého preventivního programu (např. přednáška, workshop) během Vašeho současného studia, který byl zaměřený na návykové látky?

- a) ano
- b) ne

23. Co byste navrhli jako formu prevence, aby byla účinná (např. workshop, přednáška) Doplňte, prosím

Příloha č. 2

Fagerstromův test nikotinové závislosti

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- během 5 minut (3 body)
- za 6-30 minut (2 body)
- za 31-60 minut (1 bod)
- po 60 minutách (0 bodů)

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- první ráno (1 bod)
- kteroukoli jinou (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- 31 a více (3 body)
- 21-30 (2 body)
- 11-20 (1 bod)
- 0-10 (0 bodů)

5. Kouříte častěji, intenzivněji během dopoledne než v jiné části dne?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

6. Kouříte i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

Hodnocení součtu bodů:

0-2 žádná nebo velmi slabá závislost

3-4 slabá závislost

5 střední závislost

6-7 silná závislost

8-10 velmi silná závislost na nikotinu (Králíková in Kalina, 2003)

Příloha č. 3

Dotazník CAST

Užívání konopí může mít vliv na Vaše zdraví. Dotazník má za cíl zmapovat rizikové chování v souvislosti s užíváním konopných drog v posledních 12 měsících.

Instrukce:

U každé otázky označte jednu možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi.

Otázky:

1. Užil/a jste někdy marihuanu nebo hašiš před polednem? ano-ne
2. Užil/a jste někdy marihuanu nebo hašiš, když jste byl/a sám/sama? ano-ne
3. Měl/a jste někdy problémy s pamětí, které by podle Vás mohly souviset s užíváním marihuany nebo hašiše? ano-ne
4. Řekli Vám někdy Vaši přátelé nebo rodinní příslušníci, že byste měl/a omezit nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš? ano-ne
5. Zkusil/a jste omezit nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš, ale nepodařilo se Vám to? ano-ne
6. Měl/a jste kvůli svému užívání marihuany nebo hašiše někdy problémy (např. hádka, rvačka, nehoda, špatné výsledky ve škole)? ano-ne

Vyhodnocení:

Každá odpověď „ano“ se hodnotí jedním bodem.

0-1 bod – malé riziko rizikového chování

2-3 body – střední riziko rizikového chování

4-6 bodů – vysoké riziko rizikového chování užívání konopných drog. (EMCDDA, 2008 in Andrllová, 2016)

Příloha č. 4

E-mailové prohlášení prof. RNDr. Vandy Boštíkové, Ph.D.

Dobrý den,

ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování a podporu diplomové magisterské práci slečny Barbory Spěvákové. Měla jsem možnost se před několika lety seznámit s její precizní bakalářskou prací a za fakultu vojenského zdravotnictví jsem spolu s kolegy velice ráda podpořila její ideu pokračovat tematicky v problematice a zaměřit ji na zodpovězení otázek o závislostech ve skupině našich vojenských mediků. Tak, jak ostatně studentka píše ve své práci, vidíme ve výstupech jejího šetření zde na fakultě velký potenciál a praktický dopad. Pokusíme se na základě jejích závěrů a dat ovlivnit a přesněji zacílit rezortní program rizikového chování a vyhovět studentům a začít je lépe informovat a pomoci se jim orientovat v problematice prevence.

S přáním pěkného dne, Vanda Boštíková

Proděkanka pro vnější vztahy a marketing

Fakulta vojenského zdravotnictví

Třebešská 1575

500 01 Hradec Králové

tel: 973 253 090



**Fakulta vojenského
zdravotnictví**



**Univerzita
obraný**