

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



**Lucie Kubičová**

**Užívání návykových látek u studentů adiktologie**

Substance use among students of addictology

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha, 2017

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavu Vackovi za odborné vedení mé práce a také paní referentce studijního oddělení paní Vladislavě Kohútové za ochotu.

Největší díky však patří samotným studentům adiktologie a vysokoškolským studentům ostatních studijních oborů, bez kterých by práce nemohla vzniknout.

Poslední poděkování náleží mé rodině a přátelům za podporu během studia.

Identifikační záznam:

KUBIČOVÁ, Lucie. *Užívání návykových látek u studentů adiktologie. [Substance use among students of addictology]*. Praha, 2017. 61 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Vacek, Jaroslav.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 4. 2017

Lucie Kubičová

.....

# OBSAH

I. ÚVOD.....	10
II. TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Vymezení pojmů .....	11
1.1 Abstinenční syndrom .....	11
1.2 Duální diagnóza .....	11
1.3 Zneužívání drog .....	11
2 Závislost .....	12
2.1 Definice závislosti.....	12
2.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	12
3 Adiktologie .....	13
3.1 Termín adiktologie .....	13
3.2 Vědní obor adiktologie.....	13
3.3 Studium adiktologie .....	13
3.3.1 Formy studia .....	13
3.3.2 Studium adiktologie v zahraničí .....	14
4 Multidisciplinární tým .....	15
4.1 Ex-useři .....	15
4.1.1 Uplatnění ex-userů v multidisciplinárním týmu .....	15
4.1.2 Výhody a nevýhody zaměstnávání ex-usera.....	16
4.1.3 Charakteristický vývoj práce ex-usera.....	16
4.1.4 Charakteristické aspekty práce ex-usera.....	17
5 Období nastupující dospělosti .....	18
5.1 Poznávání vlastní identity .....	18
5.2 Nestabilita .....	18
5.3 Zaměření na sebe samého .....	19
5.4 Na půli cesty mezi adolescencí a dospělostí .....	19
5.5 Možnosti.....	19
6 Charakteristika vysokoškolských studentů.....	20

6.1	Vztah s rodiči .....	20
6.2	Sexualita .....	20
6.3	Náboženské názory .....	20
7	Užívání návykových látek u vysokoškolských studentů .....	21
7.1	Alkohol.....	21
7.2	Tabák.....	21
7.3	Nelegální návykové látky.....	22
III. PRAKTICKÁ ČÁST .....		23
8	Metodologie výzkumu.....	23
8.1	Cíl výzkumu .....	23
8.2	Formulace výzkumných hypotéz: .....	23
8.3	Metody tvorby dat.....	23
8.3.1	Fagerströmův test nikotinové závislosti .....	24
8.3.2	Audit .....	25
8.3.3	Dotazník PGSI .....	25
8.4	Metody analýzy dat .....	26
8.5	Výzkumný soubor .....	26
8.5.1	Nominace výzkumného souboru .....	26
8.5.2	Popis výzkumného souboru .....	26
8.6	Praktický průběh realizace .....	28
8.6.1	Etické aspekty výzkumu .....	28
9	Výsledky.....	29
9.1	Kouření tabáku .....	29
9.1.1	Prevalence kouření cigaret za posledních 30 dnů.....	29
9.1.2	Vyhodnocení Fagerströмова dotazníku .....	29
9.2	Konsumace alkoholu.....	33
9.2.1	Prevalence užívání alkoholu za posledních 12 měsíců.....	33
9.2.2	Vyhodnocení dotazníku Audit.....	33

9.3	Výsledky užívání vybraných nelegálních návykových látek .....	35
9.3.1	Prevalence užívání marihuany za posledních 12 měsíců.....	35
9.3.2	Prevalence užívání nelegálních návykových látek .....	35
9.4	Hazardní hraní .....	36
9.4.1	Prevalence hazardního hraní za posledních 12 měsíců.....	36
9.4.2	Vyhodnocení PGSI testu.....	36
9.5	Psychiatrická onemocnění a užívání farmak.....	38
9.5.1	Celoživotní prevalence psychiatrických onemocnění.....	38
9.5.2	Prevalence užívání farmak.....	39
9.6	Výzkumná otázka č. 30: Máte ve svém okolí osobu, která si užíváním návykových látek způsobuje škody nebo ohrožuje své blízké? .....	40
10	Závěry výzkumu .....	41
10.1	Hypotéza 1 .....	41
10.2	Hypotéza 2 .....	41
10.3	Hypotéza 3 .....	42
IV.	DISKUZE .....	43
V.	ZÁVĚR .....	45
VI.	SEZNAM LITERATURY .....	46
VII.	PŘÍLOHY .....	49
	Příloha č. 1 Vyhláška	
	Příloha č. 2 Dotazník	

## **ABSTRAKT**

Adiktologie je multidisciplinární obor zabývající se závislostním chováním. Tématem mé práce je snaha nalézt možnou souvislost mezi výběrem daného oboru a užíváním návykových látek jejími samotnými studenty či někým z jejich blízkého okolí. Ze závěrečných prací z předchozích let je patrné, že studenti adiktologie vykazují vyšší prevalenci v konzumaci alkoholu než studenti všeobecného a zubního lékařství a že více než polovina studentů z bakalářského cyklu studia kouří tabák.

Cílem této výzkumné studie je zjistit rozsah závislostního chování u studentů adiktologie a následně jej porovnat se studenty jiných vysokoškolských oborů. Přičemž předpokládám, že rozsah závislostního chování bude u studentů adiktologie vyšší než u studentů jiných vysokých škol.

Data byla získávána prostřednictvím anonymního elektronického dotazníku, který vyplnilo celkem 220 studentů různých škol a zaměření. Výzkumný vzorek respondentů byl poté rozdělen na experimentální skupinu studentů adiktologie a na kontrolní skupinu studentů jiných vysokoškolských oborů.

Na statistické hladině významnosti se mi podařilo ověřit hypotézu, že studenti adiktologie mají ve vyšší míře ve svém blízkém okolí osoby, které trpí nějakou závislostí. Dále jsem zjistila, že v experimentální skupině je více pravidelných kuřáků, než ve skupině kontrolní. Studenti adiktologie předčili kontrolní skupinu také v užívání pervitinu a zneužívání farmak, konkrétně benzodiazepinů, hypnotik a ketaminu.

Na základě výzkumu ale rozhodně nelze konstatovat, že by studenti adiktologie studovali daný obor z důvodů vyššího či častějšího užívání návykových látek. Co se ale prokázat podařilo, je určitá souvislost výběru studijního oboru s výskytem závislostního problému v blízkém okolí studenta.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Adiktologie – prevalence užívání – návykové látky – vysokoškolští studenti



## ABSTRACT

Addictology is a multidisciplinary field of addictive behavior. The theme of my thesis is the effort to find a possible connection between the selection of the given field and the use of addictive substances by the students of addictology or by someone in their immediate vicinity. The final thesis from previous years show that addictology students have a higher prevalence of alcohol consumption than general medicine students and dental students, and that more than half of all students in the Bachelor's cycle study smoking tobacco.

The aim of this research study is to determine the extent of addictive behavior among students of addictology and then to compare it with students of other university disciplines. I suppose that the extent of addictive behavior will be higher among students of addictology than students of other university disciplines.

The data was obtained through an anonymous electronic questionnaire filled out by 220 students of different schools and subjects. A survey sample of respondents was divided into an experimental group of addictology students and a control group of students of other higher education disciplines.

At the statistical level of significance, I have succeeded in verifying the hypothesis that addictology students have a higher degree in their immediate vicinity of a person with some addiction. I also found that there are more regular smokers in the experimental group than in the control group. Additionally, students of the addictology surpassed the control group in the use of pervitin and the abuse of pharmacists, namely benzodiazepines, hypnotics and ketamine.

However, it is certainly not possible to state on the basis of the research that addictology students study the subject for reasons of higher or more frequent use of addictive substances by themselves. But there was proved a certain connection between the selection of the field of study and the occurrence of a problem of addiction in the vicinity of the student.

## KEYWORDS

Addictology – drug use prevalence – addictive substances – university students

## I. ÚVOD

Má bakalářská práce se zabývá problematikou užívání návykových látek u studentů adiktologie. Návykové látky, především ty nelegální, jsou ve společnosti stigmatizovaným a kontroverzním tématem. Dle mých osobních zkušeností jsou i studenti adiktologie s tímto stigmatem často spojováni. Proto se nabízí položit otázku, zdali studenti adiktologie také užívají návykové látky a v jakém rozsahu.

Studenti vysokých škol jsou v užívání návykových látek specifickou skupinou. Budou studenti adiktologie ještě specifičtější?

Zdeňka Burešová (2010) i Eliška Křepelková (2011) také studenty adiktologie použily jako součást výzkumného vzorku ve svých závěrečných pracích. Avšak nikdo se v oblasti užívání návykových látek dosud nezabýval adiktologickými studenty jako celkem a jako hlavní výzkumnou skupinou.

Pokud by se zjistilo, že studenti adiktologie užívají návykové látky výrazně více než ostatní vysokoškolští studenti, mohlo by se jednat o paradoxní výsledek. Jak totiž může člověk, který sám hojně užívá, pomáhat jiným závislým osobám se jejich závislosti zbavit?

## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Vymezení pojmů

Pro účely mé práce nejprve vymezím několik pojmů, které mají souvislost s jejím obsahem.

#### 1.1 Abstinenční syndrom

Dle Kaliny a kol. (2001) abstinenční syndrom neboli odvykací syndrom je: „soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky (drogy), která byla užívána opakovaně, dlouhodobě a/nebo ve vysokých dávkách“. Abstinenční syndrom se liší v závislosti na užívané látce a množství. Mnohdy jsou abstinenční příznaky opačné k účinkům užívané látky. Přítomnost odvykacího syndromu je jedním z kritérií pro diagnózu závislosti (viz kapitola č. 2.1).

#### 1.2 Duální diagnóza

Duální diagnózou neboli komorbiditou je nazýván „souběžný výskyt poruchy spojený s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“ (WHO, 1995).

#### 1.3 Zneužívání drog

Zneužíváním drog je označováno užívání látek, které jsou zapsány v seznamu kontrolovaných látek pro jiné než lékařské nebo vědecké účely. Tento pojem lze použít i u užívání léků z jiného než léčebného důvodu, v nadměrném množství nebo příliš často (Kalina et al., 2001).

## 2 Závislost

### 2.1 Definice závislosti

Definice závislosti vychází z definice zdraví. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody“. Nedá se však konstatovat, že definicí zdraví je pouhá absence nemoci.

Světová zdravotnická organizace (WHO) prostřednictvím 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 závislost definuje jako nemoc, která aby se za nemoc považovala, musí splňovat minimálně tři z následujících příznaků. Výskyt příznaků se počítá v posledních 12 měsících.

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a končení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.

### 2.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Dle Kaliny a spol. (2015) bio-psycho-socio-spirituální model vychází ze skutečnosti, že příčiny závislosti jsou komplexní. Není jednoznačně potvrzeno, co přesně ke vzniku závislosti vede, ale ukázalo se, že jde o soubor mnoha faktorů. Jedná se o vlivy biologické, psychologické, sociální i spirituální. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti poukazuje na značně individuální aspekt závislostního problému. U každého závislého člověka jsou příčiny závislosti jiné, někdy převažují sociální faktory, jindy zase psychologické. Většinou se ale dané faktory kombinují a s klientem je potřeba řešit všechny sféry jeho života.

## 3 Adiktologie

### 3.1 Termín adiktologie

Termín adiktologie vznikl z latinského výrazu *addictus*, což v překladu znamená otrok neboli závislý člověk. Tento pojem byl poté převzat do angličtiny – *addict*, odkud se posléze dostal do českého slovníku (Kalina, 2007). Uvažovalo se i o jiných názvech - *ATologie* nebo *atologie*. Oba vycházely ze zkratky AT = alkoholismus-toxikomanie. Ani jeden z nich se však neujal (Miovský, 2007a).

### 3.2 Vědní obor adiktologie

Adiktologie je definována jako: „obor či odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy. Může mít čistě medicínský nebo mezioborový charakter.“ (Kalina a kol., 2001). Jak již bylo zmíněno, adiktologie je samostatný multidisciplinární obor, který má přesahy do sociální sféry, psychologie, práva, historie, zdravotnictví a dalších odvětví. Zabývá se užíváním návykových látek a závislostním chováním, jejich prevencí, léčbou a výzkumem. Zároveň zkoumá i dopady závislostního chování na společnost a snaží se minimalizovat škody, které jsou na ní vlivem návykových látek působeny. Mimo jiné je důležitým úkolem adiktologie také poskytnout veřejnosti relevantní a ověřené informace a zvýšit tak povědomí o drogové problematice (Šťastná, 2013).

### 3.3 Studium adiktologie

Studium adiktologie je zařazeno mezi specializace ve zdravotnictví na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Obor vznikl roku 2005, kdy se otevřel historicky první ročník. Od této doby prošel četnými změnami a předpokládá se, že se bude vyvíjet i nadále. Jedná se o nelékařský obor, což pro absolventy studia adiktologie znamená, že nezískají lékařský titul doktor, ale budou mít kvalifikaci pro samostatnou práci ve zdravotnictví. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (viz příloha A) definuje profesní pravomoce adiktologa. Nutno upozornit na fakt, že danou kvalifikaci získají pouze absolventi bakalářského studia. Absolvent studia magisterského bez úspěšného dokončení studia bakalářského zdravotnickou kvalifikaci nezíská.

#### 3.3.1 Formy studia

Adiktologii lze studovat v rámci bakalářského a magisterského studia v prezenční i kombinované formě. 1. lékařská fakulta nabízí také možnost postgraduálního studia v adiktologii, které trvá 4 roky a je možno se touto formou vzdělávat i v anglickém jazyce.

### 3.3.2 Studium adiktologie v zahraničí

Studenti adiktologie mají možnost v rámci vzdělávacího programu Erasmus+ vyjet na studijní pobyt do zahraničí. Programu Erasmus+ se mohou zúčastnit členské státy Evropské Unie, členské státy Evropského hospodářského prostoru, Turecko, Makedonie a země sousedící s EU. Studenti bakalářského a magisterského studia mají možnost si vybrat z univerzit Universitat de Barcelona ve Španělsku, University of Zagreb: Faculty of Education and Rehabilitation Sciences v Chorvatsku a Ghent University: Faculty of Psychology and Pedagogical Sciences v Belgii. Pro studenty doktorského programu se nabízí možnost studovat v Norsku na University of Oslo: Faculty of Medicine a ve Skotsku na University of Stirling: Faculty of Social Sciences.<sup>1</sup> Kromě Španělska, kde je nutno znát základy španělského jazyka, si studenti adiktologie vystačí se znalostí anglického jazyka.

---

<sup>1</sup> Data platná k 20. 4. 2017 (<https://www.lf1.cuni.cz/bakalarske-a-navazujici-magisterske-obory>)

## 4 Multidisciplinární tým

Adiktologie je multidisciplinární obor, čemuž odpovídá i personální složení pracovního týmu v drogových službách. Proto pro práci s drogově závislými klienty vznikly multidisciplinární pracovní týmy, tedy týmy sestavené z mnoha různých profesních zaměření. Složení multidisciplinárního týmu vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Z tohoto modelu vyplývá i řešení drogového problému, které by se mělo odehrávat také na více rovinách – tedy na úrovni biologické, psychologické, sociální i spirituální. Složení týmu se odvíjí od konkrétního typu služby v drogové síti. Převážně se jedná o různé kombinace následujících pracovníků: sociální pracovník, psycholog, psychoterapeut, psychiatr, adiktolog, zdravotní sestry a další odborníci (právník, speciální pedagog, arteterapeut apod.). Někteří z těchto pracovníků mohou s týmem kooperovat pouze externě. U nich je však důležité si předem vyjasnit jejich pozici v týmu. Součástí multidisciplinárního týmu v adiktologických službách mohou být i ex-useri (Kalina, 2003).

### 4.1 Ex-useri

Za ex-usera neboli bývalého abusera, jak jej nazývá Mašek a Sobotka (2005), je považován člověk, který v minulosti užíval návykové látky a v současné době již tak nečiní, a to buď samovolně, nebo po ukončení léčby. Jeho abstinence trvá v řádu měsíců až let (Kalina, 2003). Ministerstvo zdravotnictví v akreditačních standardech doporučuje jako minimální dobu abstinence dva roky od skončení léčby (Kalina, 2001).

#### 4.1.1 Uplatnění ex-userů v multidisciplinárním týmu

Bývalí abuseri mohou být uplatňováni v adiktologických službách, velmi však záleží na typu dané služby. Jsou vhodní například v místě prvního kontaktu s drogovou klientelou (kontaktní pracovníci, streetworkeri) nebo v terapeutických komunitách (Kalina, 2003). Zařazení ex-usera do týmu může být přínosem pro klienty, ale i pro pracovní tým (Mašek & Sobotka, 2005). Ovšem, záleží také na počtu ex-userů v pracovním týmu. Rozhodně by jich mělo být v celkovém součtu méně než ostatních pracovníků. Tým složený pouze s ex-useri nemá příliš potenciál na úspěšné fungování. Pro ex-usera v multidisciplinárním týmu jsou velmi potřebné pravidelné supervize, na čemž se ostatně Kalina (2003) a Mašek se Sobotkou (2005) shodují.

#### 4.1.2 Výhody a nevýhody zaměstnávání ex-usera

Přesto však zaměstnávat někoho, kdo již jednou byl závislý na návykových látkách, je přinejmenším sporné. Proto zde uvedu, jaké výhody a nevýhody může mít práce bývalého abusera v drogových službách. Dle Kaliny (2003) mezi hlavní výhody bývalých abuserů patří jejich vlastní zkušenosti, díky kterým se mohou lépe vcítit do klientů, kteří prožívají to samé, co dříve oni. Mohou být pozitivním vzorem pro klienty, kteří mohou v reálném prostředí vidět, že se lze s náročnou situací popasovat. Vzhledem ke skutečnosti, že znají dobře závislostní problematiku, pohybovali se ve stejném prostředí, ze kterého klienti pocházejí, dokážou „mluvit jejich jazykem“, čímž s klienty mohou snadněji navázat kontakt. Klient se může s ex-userem cítit jako „mezi svými“, čím se podporuje jejich vzájemná rovnocennost v terapeutickém vztahu. Klienti mohou alespoň zprvu ex-usery ve službách vnímat jako důvěryhodnější pracovníky.

Co se nevýhod týče, ex-useri se mohou vůči ostatním pracovníkům cítit méněcenní. Tyto pocity většinou plynou z menší profesní vzdělanosti. Ex-user může být svým vlastním drogovým problémem zaujatý, v důsledku toho se nebude moct odpoutat od své vlastní zkušenosti, kterou bude následně generalizovat. V případě, že doba ex-userovy abstinence je nedostačující, se ještě do jeho práce budou promítat vlastní nedořešené problémy s tendencí řešit je v práci nebo práci. Zároveň zde hrozí riziko, že hranice mezi terapeutem a klientem budou méně jasné než u ostatních členů týmu. Z profesionálního hlediska je nepřijatelné, aby terapeut a klient mezi sebou udržovali jiný než pracovní vztah, což zde i kvůli nedostatku odborného profesního vzdělání hrozí. Další hrozbou může být nevyjasněná motivace k práci, která se však může projevit až postupem času. Ex-user může chtít pracovat v daném zařízení nikoliv kvůli pomoci druhým, ale pro pomoc sobě samému, což se může následně negativně odrazit v práci s klienty. Další nevýhodou může být kontakt s rizikovým prostředím, což může být pro bývalého uživatele náročné. Ex-user může mít potíže ve spolupráci v týmu, jelikož život v drogovém prostředí je spíše individualistická, než týmová hra (Kalina, 2003). Na nevýhodách lze však pracovat a postupně je eliminovat nebo alespoň snížit jejich intenzitu. Problémům lze také předcházet včasným řešením potíží, komunikací se členy týmu a účastí na supervizích, které jsou dnes nezbytnou součástí pro práci v pomáhajících profesích.

#### 4.1.3 Charakteristický vývoj práce ex-usera

Mašek a Sobotka (2005) se zabývali vývojovými etapami práce ex-usera v terapeutické komunitě a popsali následující charakteristiky. Na počátku práce bývá ex-user ke klientům velmi kritický. Záleží mu na tom, aby klienti brali léčbu vážně. Myslí si, že když to zvládnul on, musí to zvládnout i ostatní. Ví, co je pro klienty správné, protože si přeci léčbou sám prošel. Cítí potřebu vzdělávat se více než ostatní personál, protože ten už většinou patřičné vzdělání v oboru má. Čím více se vzdělává, tím méně je kritický ke klientům a zjišťuje, že si klienti nutně nemusí projít vším, čím si prošel on, ale že to mohou mít i jinak. Začíná vnímat, že každý klient má individuální potřeby. V této chvíli se stává



více profesionálním pracovníkem, než ex-userem s jeho typickými charakteristikami. Pro ex-usera je těžké najít „zlatou střední cestu“ ve svém terapeutickém přístupu ke klientům. Snadno sklouzává k extrémům. Z tvrdého striktního přístupu se často dostane k příliš benevolentnímu. Ostatní členové týmu proto musí počítat s terapeutickým potenciálem ex-usera a hlídat jeho počínání.

#### **4.1.4 Charakteristické aspekty práce ex-usera**

Na úvod je třeba podotknout, že není pravidlem, že se u každého ex-usera následující aspekty práce objeví.

- **Tvrdość**

Mašek a Sobotka (2005) popisují tvrdost jako velmi charakteristický aspekt práce začínajícího ex-usera. Ex-user má pocit, že se musí vůči ostatním, a to jak klientům, tak i kolegům, vymezit. Především se chce vymezit vůči sobě samému, což v tomto případě znamená vůči životnímu stylu, který je spjat se závislostním chováním. Tento způsob ex-userova chování zastává často funkci protektivní. Za touto tvrdostí se tedy často skrývají úzkosti, nejistota v terapeutické práci či nedostatečná sebedůvěra. Míra tvrdosti většinou přímo souvisí s ex-userovou osobní zralostí. Tento jev se vyskytuje u lidí v různých životních situacích, nejedná se pouze o typický aspekt v souvislosti s ex-usery.

- **Identifikační vzor**

Pro nově přichozí klienty do léčby se ex-user snadno stane identifikačním vzorem. Klienti potřebují nový vzor, se kterým by se mohli ztotožnit, protože často ve svém životě mnoho pozitivních vzorů neměli. Ex-user se pro ně takovým příkladným vzorem může stát, jelikož jim dává naději, že když to zvládl on, oni to mohou dokázat také.

- **Zvýšená zátěž**

Jak již bylo zmíněno, alespoň zprvu mají klienti k ex-userům v léčbě blíže, což může pro ex-usera představovat zvýšené riziko a zátěž. Terapeutická role proto pro něj může být více zatěžující než pro ostatní členy terapeutického týmu. Z toho důvodu zde vyvstává potřeba větší psychohygieny, kterou lze pokrýt například podpůrnou individuální psychoterapií.

## 5 Období nastupující dospělosti

Vysokoškolští (dále VŠ) studenti se věkově pohybují mezi 18. a 25. rokem. Toto věkové rozmezí z hlediska tradičního dělení vývojové psychologie Příhoda (1967) zařazuje mezi vývojové období adolescence (15 – 20 let) a období mladé dospělosti (20 – 30 let). Věkové vymezení jednotlivých vývojových období se liší v závislosti na autorech, kteří je popisují. Kupříkladu Macek (1999) adolescenci věkově vymezuje od 15 do 22 let. Langmeier a Krejčířová (1998) časnou dospělost definují od 20 do 25 roku života. Věkové vymezení mladé dospělosti Vágnerové (2007) je poněkud širší – od 20 do 40 let. Arnett byl v tomto ohledu revoluční, protože období, do kterého vysokoškolští studenti věkem spadají, poprvé vyčlenil jako samostatnou vývojovou fázi. Danou překlenovací etapu života nazval „Emerging Adulthood“ neboli „nastupující dospělost“. Jako dolní hranici zvolil 18. rok života, protože jejím dovršením lidé získávají oficiální status dospělého, který je v našich poměrech spojen s „dospělými záležitostmi“ jako je řízení automobilu či užívání legálních návykových látek - alkoholu a tabáku. V 18 letech také lidé zpravidla ukončují střední školu a nastupují na vysokou školu, pokud se rozhodnou ji studovat. Horní věková hranice nelze přesně určit, je to značně individuální. Období nastupující dospělosti může někdo prožívat do svých 30 let i déle. Arnett však chtěl toto období nějak ohraničit a jako horní hranici nastupující dospělosti určil 25. rok života. Arnett (2004) zjistil, že období nastupující dospělosti je z hlediska vývojové psychologie specifické a popsal pět znaků, které ho charakterizují:

- Poznávání vlastní identity
- Nestabilita
- Zaměření na sebe samého
- Na půli cesty mezi adolescencí a dospělostí
- Možnosti

### 5.1 Poznávání vlastní identity

Lidé v tomto věku zjišťují, jaký druh životního stylu jim nejvíce vyhovuje a to jak v oblasti bydlení, práce, tak i partnerského soužití. Aby si správně vybrali, musí však nejdříve poznat sami sebe, znát svou vlastní identitu, kterou v tomto období pomalu ale jistě nacházejí. Aby si mohli utvořit svou vlastní identitu, musí mít prostor pro svobodu a nezávislost, které se jim v tomto období patřičně dostává.

### 5.2 Nestabilita

Nestabilita se projevuje především v bydlení. Během tohoto období se mladí lidé v souvislosti s nástupem na vysokou školu často stěhují od rodičů. Než začnou bydlet s partnerem, vyzkouší rozmanité druhy bydlení jako je sdílené bydlení s přáteli či s úplně cizími lidmi na bytě nebo na koleji. Mnohdy se také stěhují do jiného města nebo země, ať už kvůli škole, která v místě jejich bydliště není nebo kvůli touze po nové zkušenosti. Vzhledem k tomu, že lidé v tomto věku nejsou zpravidla ničím vázáni, mají také daleko

větší možnosti než v jakémkoliv jiném životním období. Jejich rozhodnutí proto bývají nepředvídatelná. Často vyzkoušejí několik prací, bydlení i partnerských vztahů, aby přišli na to, co je nejvíce uspokojuje.

### **5.3 Zaměření na sebe samého**

Díky tomu, že v tomto věku mladí lidé nemají mnoho sociálních závazků a povinností jako je tomu v pozdějším věku, mohou se soustředit na sebe a věnovat se pouze svým potřebám. Jsou v jisté míře autonomní v rozhodnutích, které dělají. V adolescenci se obvykle podřizovali rodičovským požadavkům a pravidlům na střední škole. V období úplné dospělosti se budou potýkat s povinnostmi pracovního rázu a závazky plynoucími z manželského svazku. Nyní je tedy období, kdy se mohou cítit opravdu svobodní a nezávislí.

### **5.4 Na půli cesty mezi adolescencí a dospělostí**

Arnett udává, že 60 % dotázaných ve věkovém rozmezí mezi 18-25 lety se cítí být v některých ohledech dospělými a v jiných stále nikoliv. Stejnou odpověď uvádí kolem 30 % dotázaných Američanů i ve vyšším věku. Teprve až ve věku 35 let většina respondentů udává, že se dospělými skutečně cítí. Aby se lidé cítili opravdu dospělými, nezáleží na tom, jestli mají ukončené vzdělání nebo jestli vstoupili do manželství. Pro to, aby se začali pokládat za dospělé, potřebují mladí lidé dosáhnout pocitu plné ekonomické soběstačnosti a celkové nezávislosti. Musí také přijmout plnou zodpovědnost sami za sebe a činit nezávislá rozhodnutí.

### **5.5 Možnosti**

Mladí lidé v období nastupující dospělosti mají příležitost odpoutat se od své původní rodiny a žít si po svém. Jedná se o možnost, která je větší než v jiných etapách života. Mohou vyzkoušet různé druhy zkušeností – například vycestovat v rámci školy do zahraničí a nějakou dobu tam žít. Záleží však na daném jedinci, jestli má o tuto zkušenost zájem a využije ji. Navíc lidé v tomto věku se vyznačují vysokým optimismem a vírou v nadějnou budoucnost. Věří, že budou žít dle svých představ, že budou mít uspokojivou životní úroveň a že se jim podaří najít uspokojivý partnerský vztah. Ačkoliv tyto představy o budoucnosti jsou mnohdy nereálné a idealistické, mladí lidé se díky nim nebojí více riskovat.

## **6 Charakteristika vysokoškolských studentů**

Charakteristiky vysokoškolských studentů ve věku 18-25 let zkoumala Lefkowitz (2005). Všimla si, že jejich chování se odlišuje od nestudujících lidí ve stejném věku. Ve svém výzkumu se zaměřila na aspekty života, které se týkají vztahu s rodiči, sexuality a náboženského vyznání.

### **6.1 Vztah s rodiči**

Lefkowitz (2005) zjistila, že většina studentů během studia vnímala, že vztah se kvalitativně i kvantitativně změnil. Kvantitativní změna spočívala především v menší četnosti kontaktů s nimi. Kvalitativní změna se ukázala především v přístupu ze strany rodičů. Rodiče je totiž začali brát více jako dospělé, než jako děti. Studenti díky tomu vnímali vztah s rodiči jako rovnocenný. Dále také postřehli, že jejich komunikace s rodiči je otevřenější. Zároveň respondenti cítí větší blízkost k rodičům a více si jich váží. Nejvíce pozitivně hodnotili menší vliv rodičů na jejich život a tím pádem více svobody pro své vlastní rozhodování.

### **6.2 Sexualita**

V oblasti sexuality respondenti jako největší změnu udávali první pohlavní styk. Častější byla změna sociálního prostředí, která následně ovlivnila i jejich pohled na sexualitu, než změna sexuálního partnera. Většina respondentů přiznala, že jejich přístup k sexualitě se stal více otevřený a méně hodnotící. Studenti se tedy o sexu již nebojí diskutovat, což vypovídá o patřičné ztrátě zábrán. Předmětem diskuzí u VŠ studentů bývá otázka, zdali je náhodný sex lepší nebo horší než sex ve vztahu. Obecně však respondenti tyto změny hodnotili kladně.

### **6.3 Náboženské názory**

Více než polovina studentů vysokých škol nezaznamenala změnu ve vztahu k náboženství. Ti, u kterých se změna ukázala, byla nejvíce patrná ve změně náboženské instituce a v nižší návštěvnosti náboženských obřadů. Respondenti dále uváděli, že jsou otevřenější k dalším náboženským přístupům.

## 7 Užívání návykových látek u vysokoškolských studentů

VŠ studenti jsou specifickou skupinou i z hlediska užívání návykových látek. Vývojové období od 18-25 let má své charakteristiky, mezi něž právě patří nejvyšší prevalence užívání návykových látek a rizikového chování. Ze zahraničních studií je známo, že VŠ studenti užívají návykové látky více než nestudující ve stejném věku (Wechsler et al., 1995).

„Za rizikové okolnosti mohou být pokládány jevy jako hledání vlastní identity, touha po nových zážitcích a poznatcích, absence rodičovské kontroly a vlastních společenských závazků, na druhé straně zároveň relativní volnost a vyšší hladina optimismu, a také např. dostatek volného času.“ (Arnett, 2005).

Co se postojů k návykovým látkám týče, bylo zjištěno, že rozdíly zde vyvstávají i na základě fakult, na kterých studenti studují. Poněkud liberální pohled na návykové látky mají studenti filozofické a právnické fakulty, méně tolerantní k užívání návykových látek jsou naopak studenti lékařské a pedagogické fakulty (Kachlík, 2005).

### 7.1 Alkohol

Nejčastěji užívanou látkou mezi VŠ studenty je alkohol. 95 % a více VŠ studentů má za svůj život nějakou zkušenost s užíváním alkoholu. Alkohol je současně také nejčastěji konzumovanou látkou. Abstinujících od alkoholu je v tomto věku většinou od 0 % do maximálně 15 % (Adámková et al., 2009).

Co se rizikové konzumace alkoholu týče, v České republice vykazuje nízkou míru rizika 80 % VŠ studentů, střední míru 16 % studentů a vysokou míru rizika 4 %. Ve srovnání například se slovenskými vysokoškolskými studenty, čeští VŠ studenti vykazují nižší rizikovou konzumaci alkoholu. Průměrné skóre v dotazníku AUDIT se pohybuje kolem 4,696 bodů u žen a okolo 6,656 bodů u mužů (Janovská et al., 2014).

### 7.2 Tabák

Výzkum Janovské, Orosové a Jurystové (2014) ukázal, že mezi VŠ studenty je v současné době trendem nekouřit. Bylo zjištěno, že za poslední měsíc nekouřilo 77,5 % VŠ studentů a 15,2 % studentů si dalo méně než jednu cigaretu, 2-10 cigaret vykouřilo 6,5 % a více než 11 cigaret 0,7 %. Nejtypičtější vzorec užívání je tedy kouřit méně než jednu nebo jednu cigaretu za měsíc. Denně nebo skoro denně si cigaretu zapálí kolem 12 % VŠ studentů.

### 7.3 Nelegální návykové látky

Celoživotní prevalence užívání nelegálních návykových látek mezi vysokoškolskými studenty je více než 50 %. Roční prevalence je 37,8 % a denní užívání přiznává 2,9 % respondentů (Plachá, 2015).

Užíváním návykových látek mezi vysokoškolskými studenty se ve své diplomové práci zabývala také Hájková (2015). Její výzkum ukázal, že celkem 60 % VŠ studentů má zkušenost s konopnými látkami, 32,5 % se stimulačními látkami (metamfetamin, amfetaminy, extáze nebo kokain) a 25,5 % užilo LSD nebo halucinogenní houby. Celkem 76,5 % VŠ studentů má ve svém okolí osobu, která užívá drogy (Hájková, 2015).

Nejvíce užívanou nelegální návykovou látkou v České republice mezi VŠ studenty je marihuana; její užívání přiznávají tři pětiny. U užívání marihuany lze od roku 1994 pozorovat vzrůstající tendenci v užívání. Další v pořadí dle četnosti užívání jsou stimulační látky a halucinogeny. U nich je také tato vzrůstající tendence patrná. U inhalačních látek je tato tendence s postupujícím časem naopak sestupná (Kachlík & Havelková, 2008).

Podrobnější data o celoživotní prevalenci užívání nelegálních návykových látek ukazuje tabulka č. 1 (Kachlík & Havelková, 2008).

Tabulka 1: Celoživotní prevalence užívání nelegálních návykových látek u VŠ studentů

Nelegální návykové látky	Procentuální zastoupení
Marihuana	59,5 %
Hašiš	25 %
Extáze	9 %
Kokain	2,6 %
Crack	0,3 %
Amfetamin (speed)	2,1 %
Pervitin	4,4 %
LSD, halucinogeny	7,1 %
Lysohlávky	13 %
Ostatní opiáty	2 %
Heroin	0,4 %
Těkavé látky	1,5 %
Léky bez předpisu	7,6 %

### III. PRAKTICKÁ ČÁST

## 8 Metodologie výzkumu

### 8.1 Cíl výzkumu

Cílem této výzkumné studie je zjistit rozsah závislostního chování u studentů adiktologie a následně jej porovnat se studenty jiných vysokoškolských oborů.

### 8.2 Formulace výzkumných hypotéz:

1. hypotéza: prevalence užívání legálních a vybraných nelegálních návykových látek či návykového chování u studentů adiktologie bude vyšší než u studentů jiných oborů vysokých škol
2. hypotéza: výskyt závislosti nebo problémů spojených s návykovým chováním bude u blízkých členů rodiny, přátel či známých studentů adiktologie vyšší než u blízkých osob ostatních vysokoškolských studentů
3. hypotéza: studenti adiktologie budou častěji deklarovat psychiatrické nemoci a užívat více lékařem neindikovaných farmak, než vysokoškolští studenti ostatních oborů

### 8.3 Metody tvorby dat

Pro výzkum jsem použila kvantitativní metodologický přístup. Data jsem sbírala pomocí elektronických dotazníků prostřednictvím internetového dotazníkového systému Survio, jehož využívání bylo nutno zaplatit. Dotazník jsem sdílela na sociální síti Facebook, ve studijních adiktologických skupinách a rozeslala jsem ho také na skupinové emaily mezi všechny ročníky studentů adiktologie.

Jedná se o autorovu dotazníkovou konstrukci složenou z několika vlastních otázek a ze třech standardizovaných dotazníků na závislosti: Fagerströmův test nikotinové závislosti, test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu AUDIT a sebesposuzovací nástroj pro identifikaci škodlivého a patologického hráčství – dotazník PGSI. Dotazník obsahuje kombinace otevřených a uzavřených otázek.

### 8.3.1 Fagerströmův test nikotinové závislosti

Fagerströmův test je standardizovaný screeningový dotazník, který posuzuje míru závažnosti závislosti na nikotinu. Dotazník byl pojmenován po jednom z jeho autorů - K. O. Fagerström. Dalšími autory, kteří se na jeho vzniku podíleli, byli Heatherton, Kozlowski a Frecker. V roce 2004 ho do české verze přeložila rok paní doktorka Eva Králíková (Pavlovská, 2011).

#### Vyhodnocení Fagerströмова testu nikotinové závislosti

V testu je možno dosáhnout skóre 0 až 10 bodů a na základě dosaženého bodového výsledku lze odvodit, jakou míru závislosti kuřák má.

##### Skóre 0-2 body - žádná nebo velmi nízká závislost

Závislost na nikotinu je buď žádná, nebo velmi nízká s velmi slabými abstinenciálními příznaky, které se vyskytují zřídka.

##### Skóre 3-4 body – nízká závislost

Závislost na nikotinu je stále ještě nízká. Začínají se zde vyskytovat některé abstinenciální příznaky. Toto stádium závislosti je hraniční pro relativní snadnost odvykání. Prozatím by zde měla stačit slabá náhradní nikotinová léčba.

##### Skóre 5 bodů - střední závislost

Při dosažení tohoto skóre se již objevuje závislost na nikotinu s abstinenciálními příznaky. Pro odvykání je vhodná silnější náhradní nikotinová léčba.

##### Skóre 6-7 bodů – vysoká závislost

Závislost na nikotinu je v tomto stádiu závislosti vysoká. Kuřák přestává mít kouření pod kontrolou. Kromě častých abstinenciálních příznaků má vysoké riziko vzniku onemocnění souvisejících s kouřením.

##### Skóre 8-10 bodů – velmi vysoká závislost

Závislost na nikotinu je velmi vysoká. Nad kouřením kuřák nemá příliš kontrolu. V tomto stupni závislosti hrozí vysoké riziko vzniku onemocnění souvisejících s kouřením. Abstinenciální příznaky jsou silné a nepříjemné. K odvykání je zapotřebí nejsilnější náhradní nikotinová léčba a vhodná by byla i odborná pomoc.



### 8.3.2 Audit

Audit - *The Alcohol Use Disorders Identification Test* je test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu vyvinutý autory: Babor, Higgins-Biddle, Saunders a Monteiro (2001). Dotazník se skládá z deseti otázek, které jsou zaměřené na zjištění rizikové konzumace alkoholu. Cílem dotazníku je rychle rozpoznat škodlivé užívání alkoholu či závislosti na něm. Jedná se však pouze o screeningový nástroj, který nedokáže sám o sobě stanovit diagnózu. K jejímu stanovení je zapotřebí ještě diagnostické vyšetření lékařem. Test je určen pro dospělou populaci.

#### Vyhodnocení dotazníku Audit

Po sečtení bodů získáme celkové skóre, které ukazuje míru závažnosti konzumace alkoholu.

Skóre < 8 - není indikátorem škodlivého pití

Skóre > 8 - existuje riziko škodlivého pití

Skóre 8 - 15 - střední úroveň problémů s alkoholem

Skóre 16 - 19 - vysoká úroveň problémů s alkoholem

Skóre > 20 - závislost na alkoholu

### 8.3.3 Dotazník PGSI

Dotazník PGSI je sebeposuzovací nástroj pro identifikaci škodlivého a patologického hráčství.

#### Vyhodnocení dotazníku PGSI

V každé otázce je možné získat 0-3 body. Otázek je celkem 9, maximálně lze tedy obdržet 27 bodů.

Skóre 0 – žádné riziko

Skóre 1-2 – nízké riziko

Skóre 3-7 – střední riziko

Skóre 8 a více – vysoké riziko

## 8.4 Metody analýzy dat

Získaná data jsem zpracovala v programu Microsoft Office Excel a dále pak vyhodnotila na základě vyhodnocení standardizovaných dotazníků. Statistické testy významnosti jsem počítala ve statistických kalkulačkách na webu *Social Science Statistics*, na základě jejichž výsledků jsem ověřovala dané hypotézy. Pro ověřování hypotéz jsem použila Pearsonův chí-kvadrát test a Fisherův t-test. Konkrétně šlo o chí-kvadrát kalkulačku s kontingenční tabulkou dvakrát dva a Fisherův exaktní test kalkulačku s kontingenční tabulkou se stejným formátem. Statisticky významné výsledky jsou barevně vyznačeny. Hodnoty, které dosahují 5% hladiny významnosti, jsou označeny červeně a 1% hladina významnosti modře. Hodnoty, které se blíží 5% hladině významnosti, jsou vyznačeny tučným písmem.

## 8.5 Výzkumný soubor

### 8.5.1 Nominace výzkumného souboru

Podmínkou pro účast ve studii bylo studovat vysokou školu jakéhokoliv oboru. Výzkumný soubor byl rozdělen na experimentální a kontrolní skupinu. Experimentální skupinu tvořili současní studenti všech ročníků bakalářského a magisterského studia adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy prezenční i kombinované formy. Do studie se počítali i studenti, kteří měli studium přerušené nebo rozložené do více ročníků. Kontrolní skupina se skládala ze studentů vysokých škol ostatních studijních oborů.

### 8.5.2 Popis výzkumného souboru

Dle studijního informačního systému 1. lékařské fakulty (SIS) v akademickém roce 2016/2017 ke dni 21. 3. 2017 studovalo obor adiktologie celkem 220 studentů. Z čehož 135 bylo zapsáno na bakalářském studijním programu a 86 na programu magisterském. 98 studovalo prezenčně, 123 kombinovaně a 20 studentů adiktologie mělo studium přerušeno.

Do studie se zapojilo celkem 91 studentů adiktologie, což odpovídá více než 1/3 všech studentů adiktologie. Z prezenční formy studia se zúčastnilo celkem 49 studentů a z kombinované formy 40 studentů. Jeden student, který se zapojil do výzkumné studie, měl studium přerušené a jeden si ho rozložil do více ročníků. Z tohoto počtu studentů bylo 78 žen (86 %) a 13 mužů (14 %). Tabulky č. 2 a č. 3 ukazují počty studentů adiktologie, kteří jsou zapsaní v jednotlivých ročnících a počty studentů, kteří se zúčastnili studie.

Tabulka 2: Podíl účastníků výzkumu – studenti prezenční formy adiktologie

Adiktologie prezenční studium			
Ročník	Počet studentů	Počet respondentů	Podíl zúčastněných
1. bakalářský program	26	11	42,3 %
2. bakalářský program	17	8	47,0 %
3. bakalářský program	22	17	77,3 %
1. magisterský program	24	5	20,8 %
2. magisterský program	9	6	66,7 %
<b>Σ celkem</b>	<b>98</b>	<b>49</b>	<b>50 %</b>

Tabulka 3: Podíl účastníků výzkumu – studenti kombinované formy adiktologie

Adiktologie kombinované studium			
Ročník	Počet studentů	Počet respondentů	Podíl zúčastněných
1. bakalářský program	32	5	15,6 %
2. bakalářský program	21	9	42,9 %
3. bakalářský program	17	4	23,5 %
1. magisterský program	28	7	25 %
2. magisterský program	25	15	60 %
<b>Σ celkem</b>	<b>123</b>	<b>40</b>	<b>32,5 %</b>

Kontrolní skupinu tvořili studenti vysokých škol ostatních studijních oborů, kterých bylo dohromady 125. Z toho bylo 57 mužů (45,6 %) a 68 (54,4 %) žen.

Celkem se studie zúčastnilo 220 vysokoškolských studentů. Dotazníků, které se daly použít k výzkumu, zůstalo pouze 216. Bylo nutno vyřadit 4 dotazníky, protože byly nesprávně vyplněny a staly se tak nepoužitelnými pro mou práci. Někteří respondenti totiž uvedli vymyšlenou vysokou školu nebo nevyplnili některé otázky, které byly ve vyhodnocování dotazníku důležité.

Dotazník měl stejnou podobu pro obě výzkumné skupiny. Dotazník lze nalézt v příloze B.

Nejvíce respondentů z experimentální skupiny pochází z Prahy a ze Středočeského kraje. Z kontrolní skupiny taktéž nejvíce dotázaných pochází z Prahy a dále z Moravskoslezského kraje. Tabulka č. 4 ukazuje místa narození respondentů z obou výzkumných skupin.

Tabulka 4: Místo narození respondentů

Kraj	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina
Hlavní město Praha	23,1 % (21)	60,8 % (76)
Jihočeský kraj	5,5 % (5)	0,8 % (1)
Jihomoravský kraj	1,1 % (1)	5,6 % (7)
Karlovarský kraj	2,2 % (2)	0 % (0)
Královéhradecký kraj	5,5 % (5)	4,8 % (6)
Liberecký kraj	2,2 % (2)	1,6 % (2)
Mimo ČR	4,4 % (4)	1,6 % (2)
Moravskoslezský kraj	5,5 % (5)	8,8 % (11)
Olomoucký kraj	5,5 % (5)	2,4 % (3)
Pardubický kraj	2,2 % (2)	0,8 % (1)
Plzeňský kraj	2,2 % (2)	0,8 % (1)
Středočeský kraj	17,6 % (16)	6,4 % (8)
Ústecký kraj	12,1 % (11)	0 % (0)
Kraj Vysočina	5,5 % (5)	2,4 % (3)
Zlínský kraj	5,5 % (5)	3,2 % (4)

Věkové rozpětí respondentů bylo mezi 19 až 60 lety. Průměrný věk u kontrolní skupiny byl 22,6 let, u experimentální skupiny 26,9 let. Tuto věkovou nerovnováhu vysvětluje začlenění studentů kombinované formy adiktologie do výzkumu. Tito studenti jsou totiž výrazně starší než studenti prezenční formy. Průměr věku kombinované formy adiktologie je skoro o 8 let vyšší (31,1 let), než u prezenčního programu (23,1 let).

U kontrolní skupiny rozdíl mezi prezenční formou (22,5 let) a kombinovanou formou (25,5 let) činí tři roky.

## 8.6 Praktický průběh realizace

Data jsem získávala v období od 17. 1. do 3. 2. 2017; celkem tedy bylo možno dotazník vyplňovat 18 dní.

### 8.6.1 Etické aspekty výzkumu

Účast ve výzkumu byla dobrovolná. Respondenti byli seznámeni s účelem poskytnutých dat, věděli, že výsledky dotazníkového výzkumu budou sloužit jako podklad mé bakalářské práce. Respondenti byli ujistěni o anonymitě dotazníku a byli také požádáni o maximální upřímnost při jeho vyplňování.

## 9 Výsledky

### 9.1 Kouření tabáku

#### 9.1.1 Prevalence kouření cigaret za posledních 30 dnů

Za poslední měsíc kouřilo tabák s různou frekvencí a s různým počtem cigaret celkem 52,7 % (48) studentů adiktologie. Z kontrolní skupiny za poslední měsíc kouřilo 40,8 % (51) studentů. Rozdíl mezi jednotlivými výzkumnými skupinami není signifikantní, protože p-hodnota nedosahuje 5% hladiny významnosti (0,082). Prevalenci kouření za poslední měsíc ukazuje podrobněji graf č. 1.

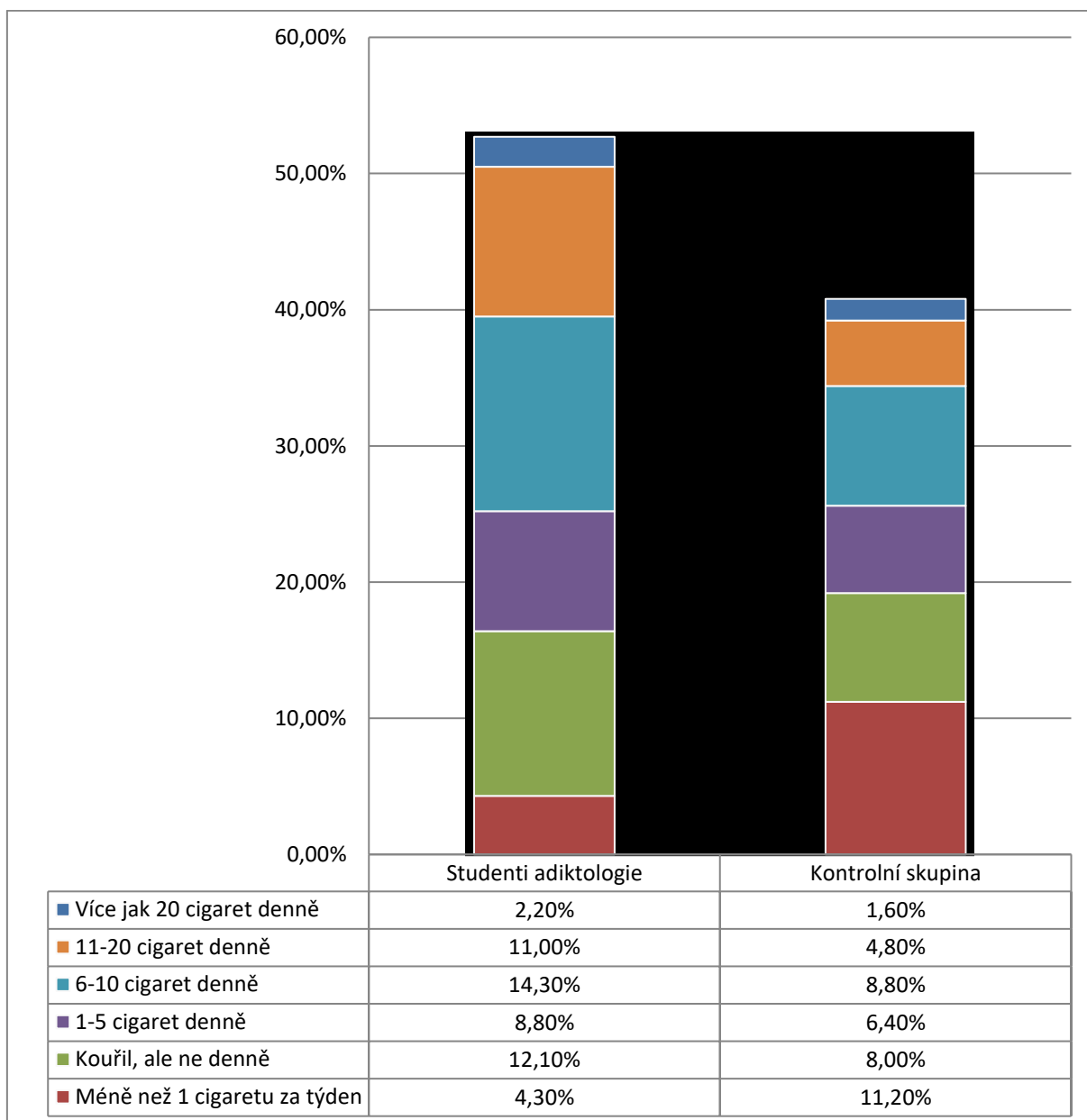
#### 9.1.2 Vyhodnocení Fagerströмова dotazníku

Z uvedených dat (viz tabulka 5) vyplývá, že více než polovina experimentální skupiny kouří. Nejčastější je kouřit denně 6-10 cigaret, takovýto vzorec užívání vykazuje 14,3 % studentů adiktologie. Z výzkumné kontrolní skupiny 125 studentů kouří s různou frekvencí a intenzitou méně než polovina - 40,8 %. U kontrolní skupiny je nejčastějším vzorcem užívání kouřit méně než 1 cigaretu za týden.

Tabulka 5: Výpočty p-hodnot u kouření tabáku

	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	Chí-kvadrát	P-hodnota
Kouří	52,7 % (48)	40,8 % (51)	3,028	<b>0,082</b>
Kouří denně	36,3 % (33)	21,6 % (27)	5,644	<b>0,018</b>
Nekouří denně	16,5 % (15)	19,2 % (24)	0,263	0,608

Graf 1: Prevalence kouření tabáku za posledních 30 dnů



Dle Fagerströмова testu nikotinové závislosti většina studentů adiktologie vykazuje velmi nízkou nebo žádnou závislost. Pouze 2 % studentů adiktologie mají střední závislost. Vysokou závislostí trpí 4 % a velmi vysokou závislostí 2 % z nich.

Zhruba tři čtvrtiny studentů z kontrolní skupiny trpí velmi nízkou nebo žádnou závislostí. Nízká závislost se objevuje u 19,6 % z nich a 3,9 % studentů adiktologie mají střední závislost. Nikdo z kontrolní skupiny nevykazuje vysokou ani velmi vysokou závislost na nikotinu. To je v tomto případě největší rozdíl mezi srovnávanými výzkumnými skupinami. Míru závislosti na nikotinu u obou výzkumných skupin ukazuje tabulka č. 6 a graf č. 2.

Tabulka 6: Výsledky Fagerströмова testu nikotinové závislosti

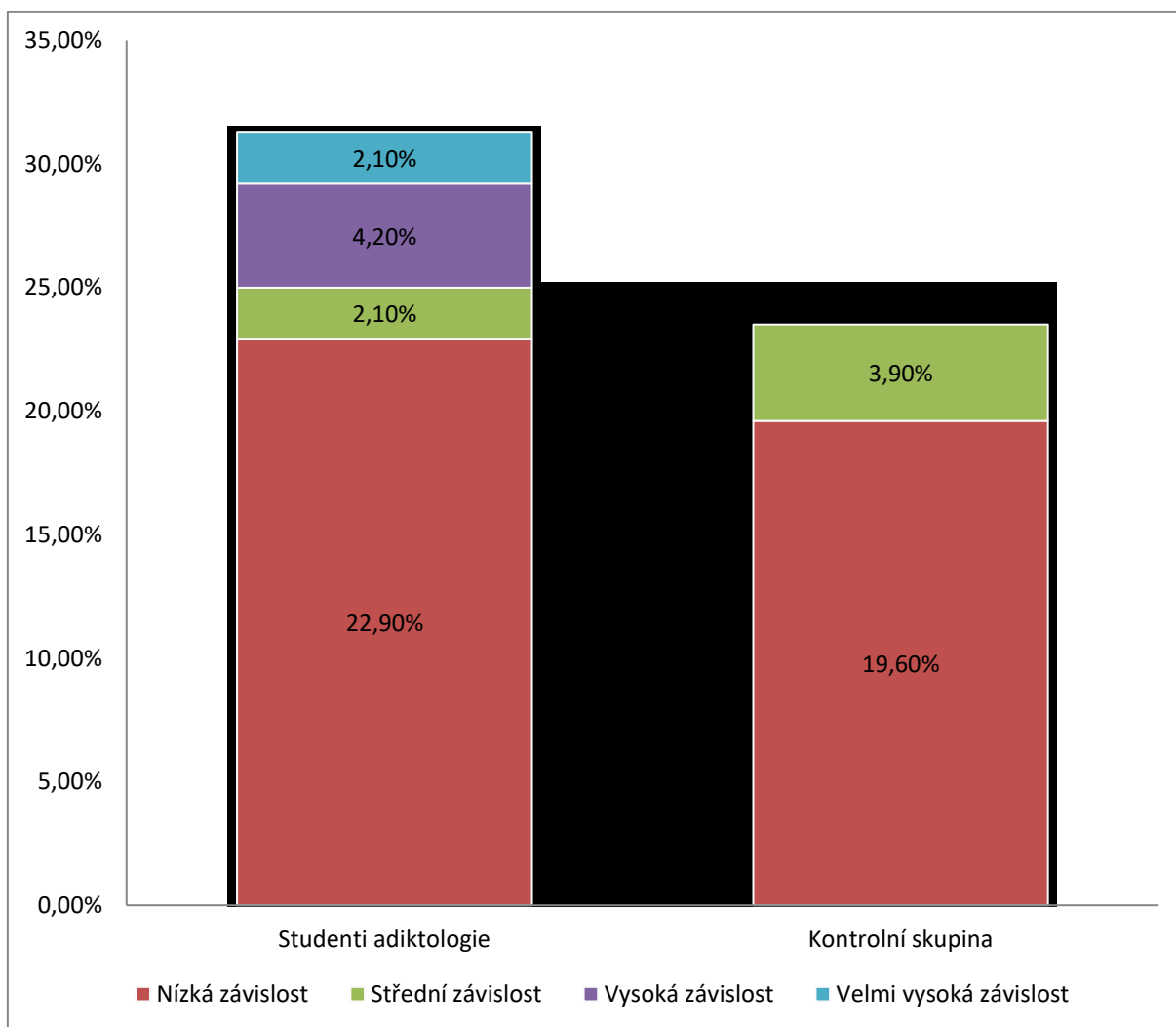
	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	Chí-kvadrát	P-hodnota
Žádná nebo velmi nízká závislost	68,8 % (62)	76,5 % (96)	2,015	0,156
Nízká závislost	22,9 % (21)	19,6 % (24)	0,480	0,488
Střední závislost	2,1 % (2)	3,9 % (5)	0,546	0,460
Vysoká závislost	4,2 % (4)	0 % (0)	/	/
Velmi vysoká závislost	2,1 % (2)	0 % (0)	/	/

Průměrný počet bodů z Fagerströмова testu nikotinové závislosti je u studentů adiktologie 1,6 bodů a u kontrolní skupiny 1,18 bodů. Průměrný počet bodů u experimentální skupiny je vyšší o skoro půl bodu. Ze statistického hlediska (Fisherův t-test) ale rozdíl v průměrném skóre Fagerströмова testu není signifikantní, protože hodnota p výrazně převyšuje 0,05 (viz tabulka č. 7).

Tabulka 7: Průměrný počet bodů z Fagerströмова testu

	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	T-hodnota	P-hodnota
Průměrný počet bodů	1,60	1,18	0,684	0,282

Graf 2: Výsledky Fagerströмова testu nikotinové závislosti





## 9.2 Konzumace alkoholu

### 9.2.1 Prevalence užívání alkoholu za posledních 12 měsíců

Za poslední rok konzumovalo alkohol celkem 85 studentů adiktologie, což činí 93,4 % a 120 vysokoškolských studentů ostatních oborů, což je 96,0 %. Rozdíl mezi výzkumnými skupinami ale není signifikantní, protože hodnota p je větší než 0,05 (0,392).

### 9.2.2 Vyhodnocení dotazníku Audit

Z celkového počtu 91 studentů adiktologie s konzumací alkoholu nemají problém tři pětiny (61,5 %) z nich, což znamená, že zbylé dvě pětiny jsou jím ohroženy. Vysoká úroveň problémů s alkoholem se ukázala u 6,6 %. U 2,2 % studentů adiktologie se již pravděpodobně vyvinula závislost na alkoholu.

Z celkového počtu 125 vysokoškolských studentů ostatních oborů s konzumací alkoholu nemá problém zhruba jedna polovina (49,6 %) z nich a zbylá polovina je užíváním alkoholu ohrožena. Z výsledků výzkumu je patrné, že 33,6 % vysokoškolských studentů má střední úroveň problémů s alkoholem. Vysoká úroveň problémů s alkoholem se projevila u 12 % a u 4,8 % již pravděpodobně závislost vyvinutá je. Výsledky dotazníku Audit ukazuje tabulka č. 8 a graf č. 3. Žádný z dosažených výsledků ale není signifikantní, protože hodnoty p jsou větší než 0,05. Nelze tedy potvrdit, že mezi skupinami existují statisticky významné rozdíly.

Tabulka 8: Výsledky dotazníku Audit

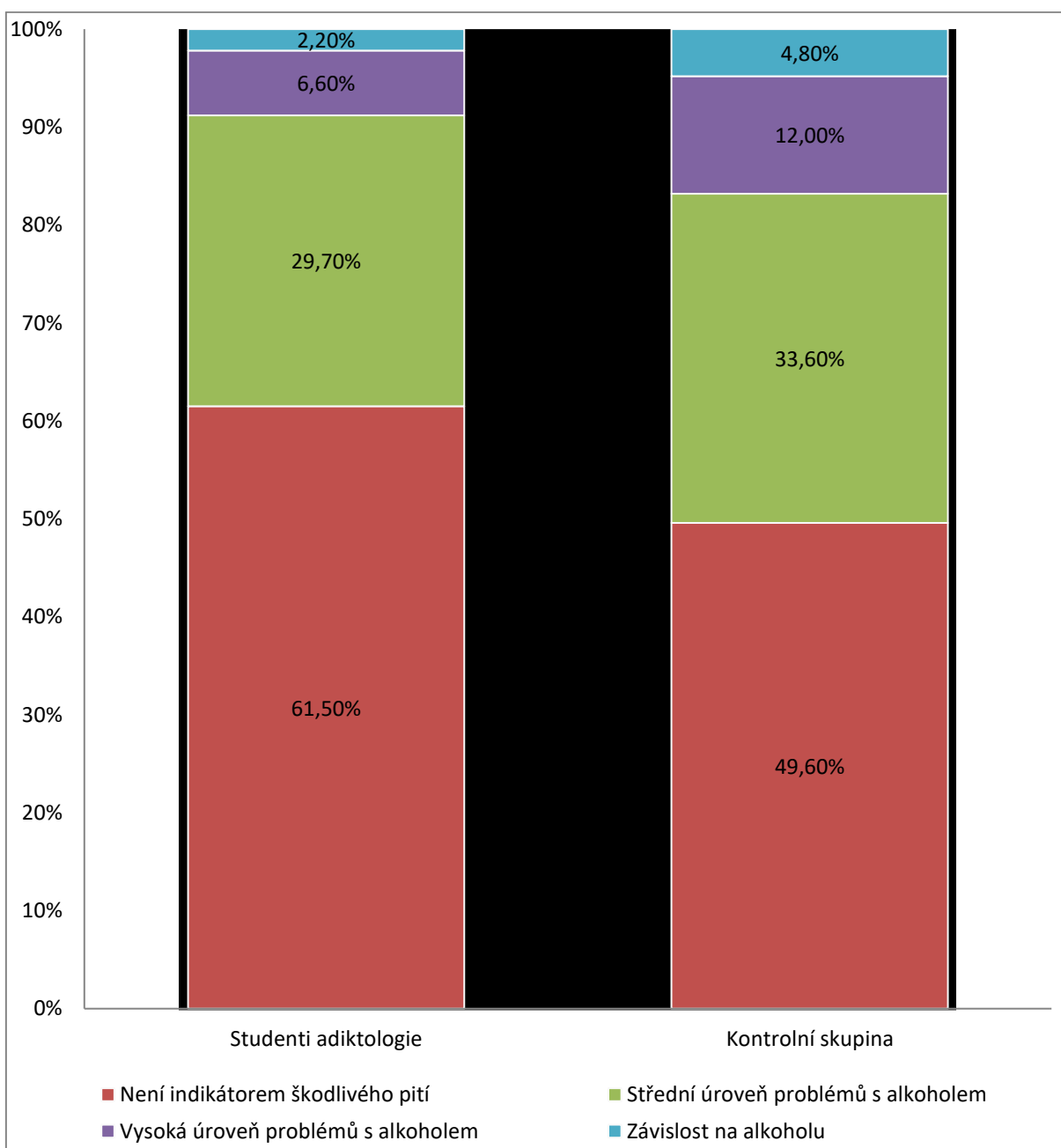
	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	Chí-kvadrát	P-hodnota
Není indikátorem škodlivého pití	61,5 % (56)	49,6 % (62)	3,028	<b>0,081</b>
Střední úroveň problémů s alkoholem	29,7 % (27)	33,6 % (42)	0,374	0,540
Vysoká úroveň problémů s alkoholem	6,6 % (6)	12,0 % (15)	1,753	0,185
Závislost na alkoholu	2,2 % (2)	4,8 % (6)	0,999	0,317

Průměrný počet bodů z testu AUDIT je u studentů adiktologie 6,978 bodů a u kontrolní skupiny 6,772 bodů. Ze statistického hlediska rozdíl v průměrném skóre dotazníku Audit není signifikantní, protože hodnota p výrazně převyšuje 0,05 (viz tabulka č. 9).

Tabulka 9: Průměrný počet bodů z dotazníku Audit

	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	T-hodnota	P-hodnota
Průměrný počet bodů	6,978	6,772	0,166	0,441

Graf 3: Výsledky dotazníku Audit



## 9.3 Výsledky užívání vybraných nelegálních návykových látek

### 9.3.1 Prevalence užívání marihuany za posledních 12 měsíců

Za poslední rok marihuanu užilo celkem 42 studentů adiktologie, což činí 46,2 %. V posledních 12 měsících marihuanu užilo celkem 76 vysokoškolských studentů ostatních oborů, což je 60,8 %.

### 9.3.2 Prevalence užívání nelegálních návykových látek

Tabulka č. 10 uvádí celoživotní prevalenci, prevalenci v posledním roce a aktuální prevalenci užívání vybraných nelegálních návykových látek. Nelegální látky, u kterých se ukázala nulová prevalence u obou výzkumných skupin, nejsou v tabulce uvedeny. Konkrétně se jedná o PMA a fentanyl.

Z výsledků vyplývá, že mezi výzkumnými skupinami nejsou v užívání nelegálních látek významné rozdíly. Statisticky rozdíl se ukázal pouze u užívání pervitinu, protože hodnota  $p$  dosahuje 5% hladiny významnosti (0,047). Za povšimnutí stojí také výrazný rozdíl v aktuálním užívání halucinogenů.

Tabulka 10: Aktuální, roční a celoživotní prevalence užívání vybraných nelegálních návykových látek

Vybrané nelegální návykové látky	Studenti adiktologie			Kontrolní skupina		
	Měsíc	Rok	Život	Měsíc	Rok	Život
Marihuana	23,1 %	46,2 %	78,0 %	38,4 %	60,8 %	84,0 %
Hašiš	2,2 %	16,4 %	38,5 %	4,8 %	19,2 %	43,2 %
MDMA	5,5 %	12,1 %	27,5 %	15,2 %	24,0 %	32 %
GHB	0 %	1,1 %	2,2 %	0,8 %	1,6 %	3,2 %
Kokain	2,2 %	8,8 %	24,2 %	8,8 %	16,0 %	24,0 %
Crack	0 %	0 %	0 %	0 %	0,8 %	1,6 %
Amfetamin (speed)	2,2 %	5,5 %	12,1 %	4,8 %	8,8 %	13,6 %
Pervitin	4,4 %	6,6 %	18,7 %	0,8 %	4,8 %	8,0 %
LSD	1,1 %	6,6 %	19,8 %	5,6 %	12,8 %	19,2 %
Lysohlávky	1,1 %	5,5 %	24,2 %	3,2 %	9,6 %	23,2 %
DMT	0 %	1,1 %	4,4 %	0,8 %	3,2 %	5,6 %
Meskalin	0 %	1,1 %	3,3 %	0 %	0,8 %	1,6 %
Ayahuasca	0 %	0 %	0 %	0 %	0,8 %	1,6 %
PCP	0 %	0 %	1,1 %	0 %	0 %	0 %
Metadon, subutex	0 %	0 %	1,1 %	0 %	0 %	0 %
Heroin	0 %	1,1 %	4,4 %	0 %	0 %	2,4 %
Těkavé látky	0 %	1,1 %	5,5 %	0,8 %	2,4 %	3,2 %

## 9.4 Hazardní hraní

### 9.4.1 Prevalence hazardního hraní za posledních 12 měsíců

Otázka „Hrál/a jste jakoukoliv hazardní hru (hra, ve které se dají vyhrát peníze)?“ mapuje roční prevalenci hazardního hraní. Za poslední rok hazardní hry hrálo celkem 12 studentů adiktologie, což činí 13,2 %. Z kontrolní skupiny za posledních 12 měsíců hazardní hry hrálo 26 studentů, což představuje 20,8 %. Roční prevalenci spolu s celoživotní a aktuální prevalencí shrnuje tabulka č. 11.

Tabulka 11: Prevalence hazardního hráčství

	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina
Nikdy nehrálo	56,0 % (51)	52 % (65)
Za celý život	44 % (40)	48 % (60)
V posledním roce	13,2 % (12)	20,8 % (26)
V posledním měsíci	3,3 % (3)	6,4 % (8)

### 9.4.2 Vyhodnocení PGSI testu

Z celkového počtu 12 studentů adiktologie, kteří na otázku č. 27. odpověděli „ano, v posledním měsíci“ či „ano, v posledním roce“, se ukázalo, že pouze jeden (8,3 %) z nich má nízké riziko závislosti na hazardním hraní. Ostatní, tedy zbylých jedenáct (91,7 %) studentů adiktologie, dosáhlo skóre 0 bodů, což nepředstavuje žádné riziko závislosti.

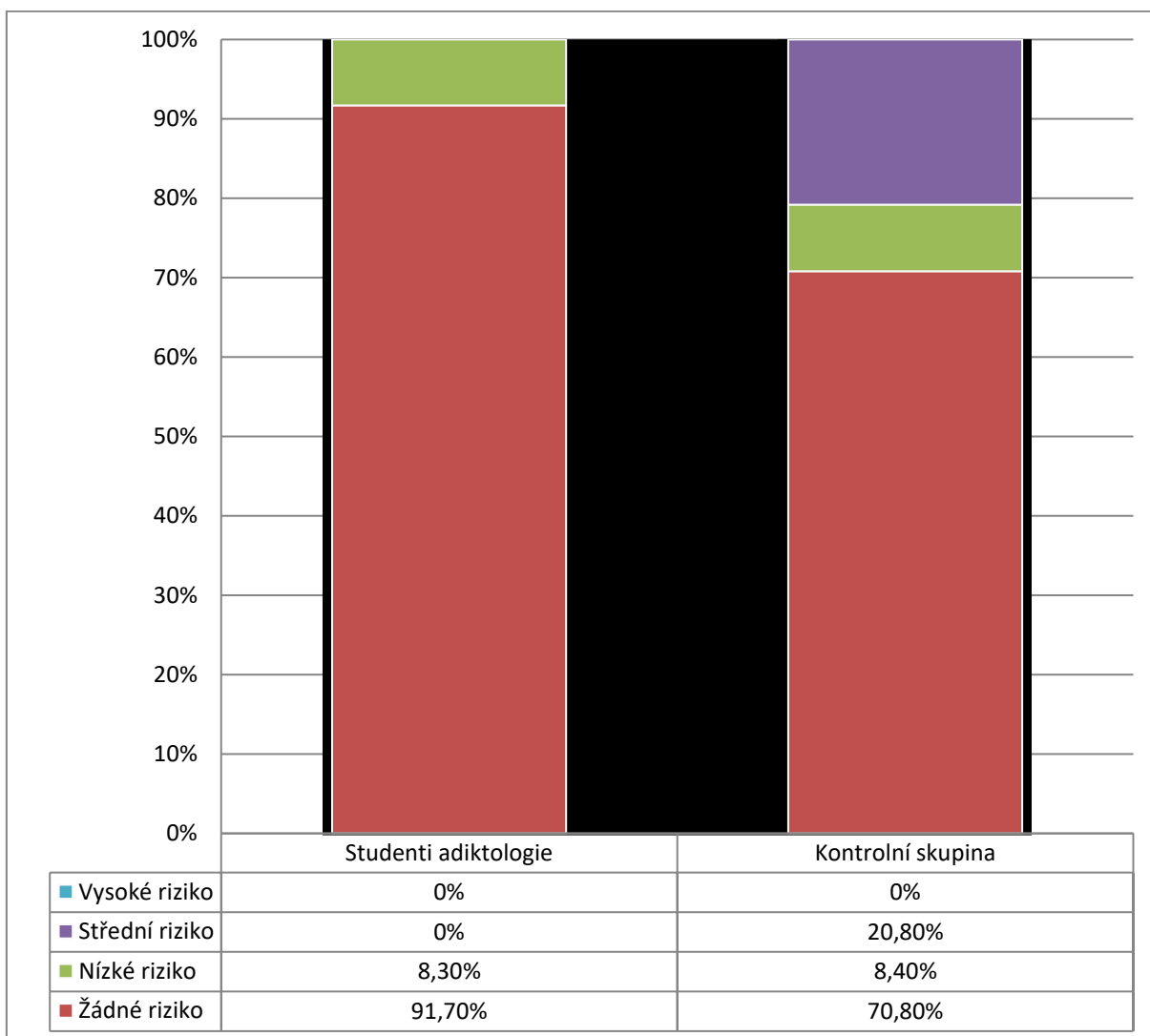
Z celkového počtu 24 respondentů z kontrolní skupiny, kteří v posledním roce hráli hazardní hry, se ukázalo, že zhruba pětina z nich vykazuje střední riziko závislosti. 8,2 % dotázaných má nízké riziko a 70,8 % jsou bez rizika závislosti. Výsledky PGSI testu ukazuje graf č. 4.

Dle tabulky č. 12 je patrné, že kontrolní skupina je více ohrožena hazardním hraním, než experimentální skupina, avšak rozdíl mezi nimi není signifikantní, protože hodnota  $p$  nedosahuje 5% hladiny významnosti (0,156).

Tabulka 12: Výpočty  $p$ -hodnot u PGSI testu

	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	Chí-kvadrát	P-hodnota
Hráči bez rizika	91,7 % (11)	70,8 % (17)	2,009	0,156
Hráči s rizikem	8,3 % (1)	29,2 % (7)		

Graf 4: Výsledky PGSI testu



Průměrný počet bodů z testu PGSI je u studentů adiktologie 0,083 bodů a u kontrolní skupiny 0,917 bodů. Ze statistického hlediska rozdíl v průměrném skóre testu PGSI není signifikantní, protože hodnota p převyšuje 0,05 (viz tabulka č. 13).

Tabulka 13: Průměrný počet bodů v testu PGSI

	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	T-hodnota	P-hodnota
Průměrný počet bodů	0,083	0,917	-0,906	0,203

## 9.5 Psychiatrická onemocnění a užívání farmak

### 9.5.1 Celoživotní prevalence psychiatrických onemocnění

Téměř u všech psychiatrických onemocnění se objevila vyšší celoživotní prevalence u experimentální skupiny v porovnání s kontrolní skupinou (viz tabulka č. 14). Statisticky významný rozdíl se ukázal u mánie, kde dosáhl 5% hladiny významnosti (0,041). U úzkostí a mentální anorexie se hodnoty přibližovali statistické významnosti.

Tabulka 14: Celoživotní prevalence psychiatrických onemocnění

	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	Chí-kvadrát	P-hodnota
Deprese	42,9 % (39)	37,6 % (47)	0,607	0,436
Úzkosti	53,9 % (49)	40,8 % (51)	3,605	<b>0,058</b>
Psychosomatika	37,4 % (34)	27,2 % (34)	2,521	0,112
Mentální anorexie	12,1 % (11)	5,6 % (7)	2,902	<b>0,088</b>
Mentální bulimie	7,7 % (7)	3,2 % (4)	2,199	0,138
Panická ataka	15,4 % (14)	12 % (15)	0,519	0,471
Sociální fobie	12,1 % (11)	12,8 % (16)	0,024	0,876
Mánie	9,9 % (9)	3,2 % (4)	4,167	<b>0,041</b>
Schizofrenie	0 % (0)	3,2 % (4)	/	/

Tabulka č. 15 ukazuje aktuální prevalenci a diagnostiku vybraných psychiatrických onemocnění. Výrazný rozdíl se zdá být v aktuální prevalenci psychosomatických potíží u kontrolní skupiny.

Tabulka 15: Výskyt vybraných psychiatrických onemocnění

Druh psychiatrického onemocnění	Studenti adiktologie		Kontrolní skupina	
	Onemocněním trpí nebo si to alespoň myslí	Má diagnostikované onemocnění	Onemocněním trpí nebo si to alespoň myslí	Má diagnostikované onemocnění
Deprese	12,1 % (11)	6,6 % (6)	12,8 % (16)	4,0 % (5)
Úzkosti	16,5 % (15)	8,8 % (8)	20,8 % (26)	4,0 % (5)
Psychosomatické potíže	8,8 % (8)	2,2 % (2)	14,4 % (18)	0,8 % (1)
Mentální anorexie	0 % (0)	2,2 % (2)	0,8 % (1)	0 % (0)
Mentální bulimie	0 % (0)	2,2 % (2)	0 % (0)	0 % (0)
Panická ataka	2,2 % (2)	3,3 % (3)	4,8 % (6)	3,2 % (4)
Sociální fobie	3,3 % (3)	1,1 % (1)	4,8 % (6)	0,8 % (1)
Mánie	2,2 % (2)	0 % (0)	1,6 % (2)	0 % (0)
Schizofrenie	0 % (0)	0 % (0)	1,6 % (2)	0,8 % (1)

### 9.5.2 Prevalence užívání farmak

Studenti adiktologie vykazují nejvyšší prevalenci užívání analgetik (31,9 %), benzodiazepinů (18,7 %) a nootropik (17,6 %). Nulová prevalence se ukázala být u afrodiziak a anabolik.

U kontrolní skupiny se objevila nejvyšší prevalence u užívání analgetik (23,2 %), nootropik (16 %) a benzodiazepinů (4,8 %). Užívání benzodiazepinů je zde o 25 % nižší, než u hlavní výzkumné skupiny. Nejnižší prevalenci vykazovala kontrolní skupina v užívání afrodiziak (0,8 %) a hypnotik (1,6 %). Nulová prevalence se objevila u Tramadolu  
Tabulka č. 16 ukazuje souhrn prevalence užívání farmak u obou výzkumných skupin.

Tabulka 16: Užívání vybraných farmak

Druhy léků	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	Chí-kvadrát	P-hodnota
Benzodiazepiny (léky proti úzkostem) např. Diazepam, Neurol, Xanax, Lexaurin, Rivotril...	18,7 % (17)	4,8 % (6)	0,666	<b>0,001</b>
Analgetika (léky tlumící bolest) např. Brufen, Ibalgin, Paralen, Paracetamol, Tramadol, Tramal...	31,9 % (29)	23,2 % (29)	2,015	0,156
Nootropika (látky podporující učení) např. Ginko biloba, DMAE, Guarana, Piracetam ženšen...	17,6 % (16)	16,0 % (20)	0,095	0,758
Hypnotika (Zolpidem, Stilnox, Zopiclone...)	7,7 % (7)	1,6 % (2)	4,895	<b>0,027</b>
Anabolika (látky zvyšující tvorbu svalové hmoty)	1,1 % (1)	2,4 % (3)	0,491	0,484
Afrodiziaka (sexuální stimulanty)	0 % (0)	0,8 % (1)	/	/
Léky na léčbu ADHD (Ritalin, Aderall...)	2,2 % (2)	4,0 % (5)	0,545	0,460
Tramadol	4,4 % (4)	0 % (0)	/	/
Ketamin	8,8 % (8)	2,4 % (3)	4,451	<b>0,035</b>
Rajský plyn	3,3 % (3)	0,8 % (1)	1,806	0,179
Jiné (diuretika, kodein, Modafinil, Stopex...)	2,2 % (2)	2,4 % (3)	0,010	0,922
Ne, nic takového	54,9 % (50)	65,6 % (82)	2,516	0,113

Statisticky významné rozdíly mezi výzkumnými skupinami můžeme vidět u užívání benzodiazepinů, hypnotik a ketaminu.

## 9.6 Výzkumná otázka č. 30: Máte ve svém okolí osobu, která si užíváním návykových látek způsobuje škody nebo ohrožuje své blízké?

Dle tabulky č. 17 je zjevné, že studenti adiktologie mají kolem sebe osoby, které užíváním návykových látek způsobují škody nebo ohrožují své blízké ve větší míře než kontrolní skupina. O statisticky významnou hodnotu ve výši 1% hladiny významnosti se jedná u někoho známého. 5% hladina významnosti se ukázala být a u člena rodiny a kamaráda.

Tabulka 17: Výsledky výzkumné otázky č. 30 a výpočty p-hodnot

	Studenti adiktologie	Kontrolní skupina	Chí-kvadrát	P-hodnota
Člen rodiny	28,6 % (26)	14,4 % (18)	6,520	<b>0,011</b>
Partner	5,5 % (5)	4 % (5)	0,266	0,606
Kamarád	36,3 % (33)	20,8 % (26)	6,343	<b>0,012</b>
Známý	43,9 % (40)	25,6 % (32)	7,985	<b>0,005</b>
Já sám mám problém	0 % (0)	1,6 % (2)	/	/
Nikoho	29,7 % (27)	50,4 % (63)	9,310	<b>0,002</b>



## 10 Závěry výzkumu

Po porovnání výsledku vlastního výzkumu se stanovenými hypotézami vyplynuly následující závěry:

### 10.1 Hypotéza 1

Prevalence užívání legálních a vybraných nelegálních návykových látek či návykového chování u studentů adiktologie bude vyšší než u studentů jiných oborů vysokých škol

Tato hypotéza pro vzorek zkoumaných jedinců byla potvrzena jen z části. Hypotézu u legálních návykových látek ověřoval Fagerströmův dotazník nikotinové závislosti a dotazník AUDIT, návykové chování ověřoval dotazník PGSI a užívání nelegálních návykových látek otázka číslo 25:

- „U následujících návykových látek prosím označte, kdy jste ji naposledy užil/a, pokud vůbec. (označte jeden rámeček v každém řádku).“

U kouření tabáku se významný statistický rozdíl ukázal v počtu denních kuřáků mezi výzkumnými skupinami a to na 5% hladině významnosti. Rozdíl se dokonce velmi blíží 1% (0,018) hladině významnosti. Z výzkumu tedy vyplývá, že mezi výzkumnými skupinami není kvantitativní rozdíl v počtu kuřáků a nekuřáků, ale kvalitativní rozdíl, tedy v počtu a ve frekvenci vykouřených cigaret.

Co se užívání alkoholu týče, rozdíl mezi výzkumnými skupinami není signifikantní, protože p-hodnota je větší než 0,05 (0,441). Neplatí tedy, že studenti adiktologie více konzumují alkohol než studenti ostatních VŠ oborů.

U nelegálních návykových látek se statisticky významný rozdíl ukázal pouze v užívání pervitinu, hodnota p zde dosáhla 5% hladiny (0,047). Studenti adiktologie užívají více pervitin než kontrolní skupina.

V oblasti hazardního hraní se hypotézu nepodařilo potvrdit, protože nebylo dosaženo 5% hladiny významnosti (0,556).

### 10.2 Hypotéza 2

Výskyt závislosti nebo problémů spojených s návykovým chováním bude u blízkých členů rodiny, přátel či známých studentů adiktologie vyšší než u blízkých osob ostatních vysokoškolských studentů

Tato hypotéza byla pro vzorek zkoumaných jedinců potvrzena na základě otázky číslo 30:

- „Máte ve svém okolí osobu, která si užíváním návykových látek způsobuje škody nebo ohrožuje svoje blízké? (lze označit více odpovědí).“

Rozdíly u výskytu „někoho známého“ jsou statisticky významné na 1% hladině významnosti. U člena rodiny a kamarádů se ukázal být rozdíl ve výskytu na 5% hladině významnosti.

### 10.3 Hypotéza 3

Studenti adiktologie budou častěji deklarovat psychiatrické nemoci a užívat více lékařem neindikovaných farmak než ostatní vysokoškolští studenti

Tato hypotéza byla pro vzorek zkoumaných jedinců částečně potvrzena na základě otázky číslo 28:

- „Zpozoroval/a jste u sebe v posledních 12 měsících nějaké projevy z následujících psychiatrických onemocnění? (označte alespoň jednu odpověď v každém řádku).“

Mezi jednotlivými psychiatrickými onemocněními nejsou u výzkumných skupin významné statistické rozdíly. Jediný statisticky významný rozdíl se ukázal být u mánie, kde jejich výskyt převažoval u studentů adiktologie. Tento rozdíl byl s 5% hladinou významnosti. I u úzkostí (0,058) a mentální anorexie (0.088) se hladina významnosti blížila 5%.

Co se zneužívání farmak týče, studenti adiktologie předčili kontrolní skupinu v užívání benzodiazepinů na 1% (0,01) hladině významnosti, v užívání hypnotik (0,027) a ketaminu (0,035) na 5% hladině významnosti.

Vzhledem k získaným výsledkům a jejich analýze lze konstatovat, že cíl bakalářské práce byl splněn.

## IV. DISKUZE

Na úvod diskuze je třeba zmínit, že ke zpracování mé práce jsem nevyužila všechna získaná data, ale pouze jejich část a to ze dvou důvodů. Respondenti často nedodržovali zadání dotazníku a na otázky odpovídali jinak, než měli a já jsem některé otázky nevhodně formulovala.

Výsledky mého výzkumu bohužel nejsou příliš relevantní, a to především proto, že do experimentální skupiny byli zařazeni i studenti kombinované formy, jejichž průměrný věk je významně vyšší než věk kontrolní skupiny. V kombinované formě totiž studují převážně starší studenti, kteří zároveň se studiem i pracují nebo se starají o rodinu. Vzhledem k této skutečnosti jsou dané výzkumné skupiny těžko porovnatelné.

Mám-li zhodnotit výzkumný vzorek, povedlo se mi zajistit početně dostatečně reprezentativní vzorek u obou výzkumných skupin. Výzkumný vzorek u kontrolní skupiny však nebyl zcela reprezentativní kvůli složení jeho respondentů. Respondenti nebyli do výzkumu zapojeni náhodným výběrem, neboť dotazník z velké části vyplňovali moji přátelé, známí a přátelé mých přátel. Což bylo zapříčiněno tím, že jsem dotazník sdílela prostřednictvím sociální sítě a doputoval pouze k určitým lidem.

Dalším neblahým faktorem ve výzkumu mohla být neupřímnost respondentů. Dotázaní studenti se mohli v oblasti užívání návykových látek vědomě i nevědomě přecenit nebo naopak podhodnotit. Mohlo se také stát, že dotazník vyplňoval někdo, kdo nespadal do výzkumné cílové skupiny. Což se mohlo stát poměrně snadno vzhledem ke skutečnosti, že šlo o elektronický dotazník, který se vyplňoval na internetu. Kvůli všem těmto důvodům výsledky mého výzkumu nelze zobecňovat.

Myslím, že se mi povedlo dodržet etické aspekty výzkumné studie. Ale je pravda, že u experimentální skupiny bylo zaručení anonymity sporné. Studentů adiktologie totiž není mnoho a v dotazníku bylo poměrně dost demografických otázek, na základě kterých by se teoreticky dala odhalit jejich identita. Mohlo se tedy stát, že se někteří studenti adiktologie z tohoto důvodu výzkumu nezúčastnili. Nebo se výzkumu zúčastnili, ale při vyplňování nebyli zcela upřímní, jelikož se báli možného odhalení.

Má práce potvrdila výsledky výzkumu Elišky Křepelkové (2011), která tvrdila, že více než polovina studentů kouří a skoro polovina má psychické potíže.

Porovnáním výsledků svého výzkumu s daty uvedenými v teoretické části se ukázalo, že studenti adiktologie vykazují vysokou aktuální prevalenci kouření tabáku. Studenti adiktologie kouří o 30 % více než studenti ostatních vysokých škol. Nejčastějším vzorcem je kouřit 6-10 cigaret denně. U ostatních studentů VŠ je nejčastější kouřit 1 nebo méně než jednu cigaretu za měsíc.

Rozsah užívání alkoholu se u experimentální skupiny podobal průměrným výsledkům. Průměrné skóre v dotazníku AUDIT se pohybuje kolem 4,696 bodů u žen a okolo 6,656 bodů u mužů. Zajímavé však je, že experimentální skupina dosáhla z testu AUDIT průměrného skóre 6,978, ačkoliv je z více než 86 % tvořena ženami. Je tedy patrné, že studentky adiktologie pijí více než studentky jiných oborů. Dalo by se říct, že studentky adiktologie tedy pijí podobně jako studenti jiných oborů. Mezi studenty adiktologie je 6,6 % z nich, kteří od alkoholu abstinují. Čímž nevyčnívají z normy, jelikož dle Adámkové a kol. (2009) abstinujících od alkoholu je většinou od 0 % do maximálně 15 %. Co se

rizikové konzumace alkoholu týče, v České republice vykazuje nízkou míru rizika 80 % VŠ studentů, střední míru 16 % a vysokou míru rizika 4 % studentů. U studentů adiktologie je nízká míra rizika 61,5%, střední 29,7% a vysoká 8,8%. Na těchto výsledcích se ukázalo, že studenti adiktologie pijí více, než ostatní studenti VŠ.

U užívání marihuany VŠ studenti vykazují 60% celoživotní prevalenci. Studenti adiktologie tuto hranici s 78% prevalencí přesahují o 18%. Porovná-li sice nepříliš aktuální data z let 2008 s nynější celoživotní prevalencí u konkrétních nelegálních návykových látek, ve všech návykových látkách kromě ostatních opiátů (metadonu, subutexu a cracku), studenti adiktologie převyšují ostatní VŠ studenty. Srovná-li výsledky s aktuálními daty, studenti adiktologie v užívání nelegálních návykových látek nepřevyšují normu.

Hájková (2015) udává, že celkem 76,5 % VŠ studentů má ve svém okolí osobu, která užívá drogy. Škoda, že Hájková ve výzkumu nespécifikovala onu známou osobu, protože bych tak její data mohla lépe porovnat s těmi mími. I tak se ale pokusím výsledky porovnat. 29,7 % studentů adiktologie označilo, že ve svém okolí nemá nikoho, kdo by užíval drogy. Znamená to tedy, že 70,3 % ve svém okolí tuto osobu má. Lze však vůbec porovnat dvě odlišně položené otázky?

Ve svém výzkumu jsem zjistila, že výskyt množství blízkých osob, které mají potíže s užíváním návykových látek, je vyšší u studentů adiktologie než u ostatních studentů VŠ. Tento jev se podařilo ověřit u člena rodiny a kamarádů na 5%, a u „někoho známého“ na 1% hladině významnosti. Toto zjištění vidím jako hodnotný přínos mé práce.

Zamyslím-li se nad tím, proč by tomu tak mohlo být, napadá mě, že výskyt závislosti v blízkém okruhu studenta adiktologie, mu mohl dát podnět k tomu, aby se závislostmi více zabýval nebo aby mohl svým blízkým pomoci. Mohlo by se jednat i o možnou motivaci ke studiu.

## V. ZÁVĚR

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. V úvodu teoretické části jsem vysvětlila důležité pojmy - abstinční syndrom, duální diagnóza a zneužívání návykových látek. Dále jsem se věnovala medicínské definici závislosti a bio-psycho-socio-spirituálnímu závislostnímu modelu. Následně jsem objasnila význam termínu adiktologie, zmínila se o vědeckém oboru adiktologie a možnostech studia adiktologie. Charakterizovala jsem ex-usery a způsoby, jakými je lze začlenit v multidisciplinárním pracovním týmu. Klíčovou kapitolou v teoretické části bylo vymezení věku takzvané „mladé dospělosti“, do které vysokoškolští studenti vzhledem ke své věkové kategorii zapadají a že jsou z hlediska užívání návykových látek specifickou skupinou uživatelů. Na teoretickou část jsem navázala částí praktickou, která je rozsahově obsáhlejší. Pro získávání dat jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Výzkumnou skupinou byli studenti všech oborů vysokých škol. Výzkumný vzorek respondentů jsem následně rozdělila na experimentální skupinu tvořenou studenty adiktologie a na skupinu kontrolní složenou z ostatních vysokoškolských studentů. Tyto výzkumné skupiny jsem následně porovnávala. V praktické části jsem také ověřovala stanovené hypotézy.

První hypotéza se týkala prevalence užívání návykových látek, která měla u studentů adiktologie být vyšší než u studentů jiných vysokoškolských oborů. Začneme-li legálními návykovými látkami, významný rozdíl se ukázal v počtu denních kuřáků mezi výzkumnými skupinami. U alkoholu se tato hypotéza nepotvrdila. U nelegálních návykových látek byly výsledky velmi vyrovnané. Významný rozdíl v užívání byl patrný pouze u pervitinu.

Druhá hypotéza tvrdila, že výskyt závislosti nebo problémů u blízkých členů rodiny, přátel či známých bude u studentů adiktologie vyšší než u ostatních vysokoškolských studentů. Tuto hypotézu se podařilo potvrdit. Ukázalo se, že studenti adiktologie mají ve svém okolí častěji osobu, která užívá návykové látky, čímž si způsobuje škody nebo ohrožuje své blízké, než studenti jiných vysokoškolských oborů. U člena rodiny se jedná o dvojnásobný výskyt a u kamaráda šlo také skoro o dvojnásobné zvýšení. Tyto výsledky jsou ze statistického hlediska signifikantní.

Třetí hypotéza se týkala psychiatrických onemocnění a zneužívání léků, které se s nimi nepřímo pojí. Tvrdila, že adiktologičtí studenti budou častěji deklarovat psychiatrickými nemocemi a zneužívat více farmak, než ostatní vysokoškolští studenti. Hypotéza byla potvrzena jen zčásti. Statisticky významné rozdíly se ukázaly pouze u mánie a v užívání benzodiazepinů, hypnotik a ketaminu.

## VI. SEZNAM LITERATURY

Adámková, T., Vondráčková, P., & Vacek, J. (2009). *Užívání alkoholu u vysokoškolských studentů*. *Adiktologie*, 9(2), 96–103.

Arnett, J. J. (2006). *Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age*. In J.J. Arnett & J.L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. (pp. 3-19). Washington: American Psychological Association.

Arnett, J. (2004). *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. (viii, 270 p.) New York: Oxford University Press.

Arnett, J. J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.

Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B. & Monteiro M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test, guidelines for use in primary care*. Second edition, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization.

Bošková, M. (2012). *Konopné drogy u studentů pražských lékařských fakult: prevalence užívání a související rizikové chování*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Burešová, Z., & Vacek, J. (2012). *Alkohol u studentů I. LF UK: Prevalence užívání a související rizikové chování*. *Adiktologie*, 12(2), 90-101.

Burešová, Z. (2010). *Alkohol - zkušenosti a postoje studentů I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky.

Csémy, L., Hrachovinová, T., & Krch, D. F. (2004). *Alkohol a jiné drogy ve vybrané vysokoškolské populaci: rozsah, kontext, rizika*. *Adiktologie*, 4(2), 124-135.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Hájková, T. (2015). *Informovanost studentů VŠ o drogové závislosti*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, katedra psychologie a patopsychologie.

Janovská, A., Orosová, O. & Jurystová, L. (2014). *Rizikové správanie vysokoškolákov v kontexte vybraných sociodemografických charakteristik - porovnanie štyroch krajín v rámci medzinárodnej štúdie SLiCE*. *Adiktologie*, 14(2), 134-144.

Kačírková, R. E. (2015). *Evaluaace prezenční formy bakalářského studijního oboru adiktologie z pohledu absolventů studia*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Kachlík, P., & Havelková, M. (2008) *Drogová scéna na Masarykově univerzitě Brno po 10 letech*. School and Health - Praxe současné školy a výchova ke zdraví, 21(3), 139–161.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2007). *Editorial*. Adiktologie, 7(2), 5-8.

Kalina, K. et al. (2003a). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina, K. et al. (2003b). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina, K. et al. (2001). *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR.

Kozderková, B. (2013). *Charakteristiky nastupující dospělosti v populaci vysokoškolských studentů a zaměstnaných, nestudujících mladých lidí. V kontextu hodnotových orientací*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

Křepelková, E. (2011). *Souvislost výskytu depresivní symptomatiky a závislosti na nikotinu u prezenčních bakalářských studentů adiktologie*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. (3. přeprac. a dopl. vyd., 1. 343 s.) Praha: Grada.

Lefkowitz, E. S. (2005). *“Things Have Gotten Better”: Developmental changes among emerging adults after the transition to university*. Journal of Adolescent Research, 20(1), 40-63.

Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. (vyd. 1., 207 s.) Praha: Portál.

Mašek, P. & Sobotka, J. (2005). *Některé aspekty práce exuserů v TK*. Adiktologie, 5(3), 434-443.

Miovský, M. (2007a). *Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia*. Adiktologie, 7(2), 30-45.

Miovský, M. (2007b). *Úvodní slovo*. In: Centrum adiktologie., Zpráva o činnosti v roce 2006. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Univerzita Karlova v Praze.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Mravčík, V., Chomynová P., Grohmannová K., Janíková B., Tion Leštinová Z., ...Vopravil, Z. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Vyd. 4. Praha: Portál.

NIDA. (2008). Comorbidity: addiction and OtherMentalIllnesses (NIDA Research Report Series). NationalInstitutesofHealt: National Institute on Drug Abuse.

Pavlovská, A. (2011). *Fagerströmův test nikotinové závislosti (Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND)*. [online]. Poslední aktualizace 22. 3. 2011 [cit. 2017-03-23].

Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2734/Fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti-Fagerstrom-Test-of-Nicotine-Dependence-FTND->

Plachá, M. (2015). *Užívání nelegálních drog studenty Jihočeské univerzity*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, katedra výchovy ke zdraví.

Popov, P., & Miovský, M. (2012). *Editorial*. Adiktologie, 12(1), 5-6.

Příhoda, V. (1967). Ontogeneze lidské psychiky II: Vývoj člověka od patnácti do třiceti let. (1. vyd., 234 s.) Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Šťastná, L. (2013). *Adiktologie jako obor*. [online]. Poslední aktualizace 16. 11. 2013

[cit. 2017-03-23]. Dostupné z:

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/632/4369/Adiktologiejako-obor>

Vacek, J., & Holcnerová, P. (2010). *Užívání návykových látek u vysokoškolských studentů v České republice*. Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor), 45(3), 129-148.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie*. (Vyd. 1., 461 s.) Praha: Karolinum.

WHO. MKN – 10 (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.



## VII. PŘÍLOHY

### Příloha A

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

(1) Adiktolog vykonává činnosti uvedené v § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může

- a) provádět komplexní adiktologickou diagnostiku pacienta,
- b) provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních onemocnění,
- c) stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence,
- d) provádět depistáž s cílem identifikovat osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky a u těchto osob provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek,
- e) provádět individuální skupinovou a rodinnou podpůrnou psychoterapii,
- f) instruovat zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky o škodlivosti užívání návykových látek,
- g) provádět poradenství v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.

(2) Adiktolog na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru návykové nemoci může vypracovávat v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí komplexní léčebný plán a koordinovat jeho realizaci.

(3) Adiktolog pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru návykové nemoci v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může

- a) spolupracovat při systematické individuální, skupinové a rodinné psychoterapii,
- b) asistovat při psychiatrických a psychologických vyšetřeních“ (vyhláška č. 55/2011, § 22, odst. 1-3).

Příloha č. 2 – Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě

#### □ 9. platová třída

1. Provádění adiktologické diagnostiky pacienta pod odborným dohledem, dílčí činnosti na stanovení programu primární prevence pro rizikové skupiny včetně včasné diagnostiky a intervence, provádění neinvasivních odběrů biologického materiálu na přítomnost drog a infekčních onemocnění.

2. Poskytování základní a specializované adiktologické péče pod odborným dohledem, například vyhodnocování potřeb, zhodnocení omezení a rizik pro stanovení dalšího léčebného plánu. Terapeutická, instruktážní a poradenská práce s pacienty trpícími poruchami vzniklými v důsledku užívání návykových látek nebo s jejich rodinnými příslušníky v ambulantních i lůžkových zařízeních.

#### □ 10. platová třída

1. Provádění komplexní adiktologické diagnostiky pacienta bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, stanovení programu primární prevence pro rizikové skupiny včetně včasné diagnostiky a intervence. Provádění neinvasivních odběrů biologického materiálu na přítomnost drog a infekčních onemocnění.

2. Poskytování komplexní adiktologické péče bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, například vypracování komplexního léčebného plánu na základě zhodnocení bio-psycho-sociálního stavu pacienta a s využitím údajů ze zdravotnické dokumentace. Koordinace realizace léčebného plánu, spolupráce a asistence při psychiatrických a psychologických vyšetřeních a systematické psychoterapii, odborná práce při realizaci a vedení terapeutických programů v ambulantních a lůžkových zařízeních, zaznamenávání vývoje a změn stavu pacienta. Provádění poradenské činnosti v oblasti sexuálně a krví přenosných chorob a epidemiologické ochrany. V indikovaných případech práce s rodinnými příslušníky pacienta.

3. Posuzování situace pacienta ve vztahu k onemocnění a k jeho zdravotním, sociálním a právním následkům na základě údajů ze zdravotnické dokumentace a poznatků z lékařských a sesterských vizit. Realizace adiktologických terapeutických, rehabilitačních, resocializačních a rekondičních pobytů pacientů nebo klientů s ohledem na jejich zdravotní stav a sociální podmínky. Zajišťování zdravotních podmínek a pomůcek pro pacienty (klienty), příprava pacientů pro ústavní péči a pro zařízení sociální, výchovné nebo speciální adiktologické intervence.

#### □ 11. platová třída

1. Provádění komplexní analýzy a hodnocení zdravotní a sociální situace pacientů užívajících návykové látky z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, a to spolu se zvážením širších souvislostí a dopadů na osobní, rodinnou i širší situaci pacienta. Hodnocení zdravotních rizik skupin osob z hlediska vlivu užívání návykových látek a s tím souvisejícího chování.

2. Poskytování vysoce specializované adiktologické péče bez odborného dohledu, například participace na provádění vysoce specializované léčby pacientů se závažnými duálními psychiatrickými diagnózami a těžkými somatickými komplikacemi. Zajišťování cílených preventivních programů včetně zajišťování screeningů, předepisování nebo provádění vyšetření nutných ke stanovení, průběhu a úspěšnému dokončení léčby pacientů trpících závislostí a souvisejících zdravotních a sociálních komplikací.

3. Metodické usměrňování v rámci oboru a zajišťování a provádění celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru (nařízení vlády č. 222/2010 Sb., část 2., díl 2.19.31)

## Příloha B

### Užívání návykových látek u vysokoškolských studentů

Přeji hezký den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu adiktologie, a tímto bych Vás chtěla požádat o několik minut Vašeho drahocenného času na vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad mé bakalářské práce, jejíž hlavním úkolem bude mapování **zkušeností s návykovými látkami u studentů adiktologie**. Aby se zvýšila validita výsledků mé práce, potřebuji kontrolní skupinu respondentů, se kterou budu moct výsledky své hlavní výzkumné skupiny porovnat. Hlavní výzkumnou skupinou jsou v tomto případě studenti adiktologie a kontrolní skupinu tvoří vysokoškolští studenti jakéhokoliv oboru v jakémkoliv ročníku.

Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplňování Vám zabere zhruba 7 minut. Můžete ho vyplnit do 3. 2. 2017.

Předem moc děkuji za Váš čas a za upřímnost při vyplňování.

Kdybyste si následně chtěli bakalářskou práci přečíst nebo v případě jakýchkoliv dotazů či připomínek, mě můžete kontaktovat na email [luciekubicova@email.cz](mailto:luciekubicova@email.cz)

Lucie Kubičová

#### 1. ČÁST - sociodemografické údaje

##### 1. Jste?

- Žena
- Muž

##### 2. Kolik je Vám let? (napište číslem)

##### 3. Jaký obor studujete?

- Adiktologie
- Jiný (napište jaký):

##### 4. Vyberte formu studia:

- Prezenční
- Kombinovaná
- Mám přerušené studium

5. V jaké fázi studijního programu se nacházíte?

Vyberte:

- 1. ročník bakalářského
- 2. ročník bakalářského
- 3. ročník bakalářského
- 1. ročník navazujícího magisterského
- 2. ročník navazujícího magisterského
- 1. ročník magisterského
- 2. ročník magisterského
- 3. ročník magisterského
- 4. ročník magisterského
- 5. ročník magisterského
- 6. ročník magisterského
- Meziročník

6. Z jakého kraje pocházíte?

Vyberte:

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Zlínský kraj
- Královéhradecký kraj
- Karlovarský kraj
- Pardubický kraj
- Liberecký kraj
- Plzeňský kraj
- Kraj Vysočina
- Jihočeský kraj
- Olomoucký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Jihomoravský kraj
- Mimo ČR

## 2. ČÁST - užívání tabáku

7. Jak často a kolik cigaret jste kouřil/a během posledních 30dní?

- Vůbec nekouřil
- Méně než 1 cigaretu za týden
- Kouřil, ale ne denně
- 1-5 cigaret denně
- 6-10 cigaret denně
- 11-20 cigaret denně
- Více než 20 cigaret denně

Pokud vůbec nekouříte, pokračujte na otázku č. 14.

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

- Do 5 minut
- Za 6-30 minut
- Za 31-60 minut
- Po 60 minutách

9. Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- Ano
- Ne

10. Kterou cigaretu byste nerad/a postrádal/a?

- První ráno
- Kteroukoli jinou

11. Kolik cigaret denně kouříte?

- 0-10
- 11-20
- 21-30
- 31 a více

12. Kouříte častěji během dopoledne?

- Ano
- Ne

13. Kouříte, i když jste nemocen/nemocna a upoután/a na lůžko?

- Ano
- Ne

### 3. ČÁST - užívání alkoholu

V textu je použit pojem „standardní sklenice“, tím se v této verzi dotazníku rozumí půl litru 12° piva, 2 dcl vína nebo 0,05 l (panák) destilátu. Otázky se týkají období POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCŮ.

14. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?

- Nikdy
- Jednou měsíčně nebo méně často
- 2-4x za měsíc
- 2-3x týdně
- 4x nebo více za týden

15. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte během typického dne, kdy pijete?

- 0, nepiju
- 1 nebo 2
- 3 nebo 4
- 5 nebo 6
- 7 nebo 8
- 9 a více

16. Jak často jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, když už jste začal/a?

- Nikdy
- Méně než jednou měsíčně
- Každý měsíc
- Každý týden
- Denně nebo téměř denně

17. Jak často vypijete šest a více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

- Nikdy
- Méně než jednou měsíčně
- Každý měsíc
- Každý týden
- Denně nebo téměř denně

18. Jak často jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od Vás normálně očekávalo?

- Nikdy
- Méně než jednou za měsíc
- Každý měsíc
- Každý týden
- Denně nebo téměř denně

19. Jak často se potřebujete napít hned ráno, abyste se dostal/a do formy po nadměrném pití?

- Nikdy
- Méně než jednou měsíčně
- Každý měsíc
- Každý týden
- Denně nebo téměř denně

20. Jak často jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?

- Nikdy
- Méně než jednou měsíčně
- Každý měsíc
- Každý týden
- Denně nebo téměř denně

21. Jak často se stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?

- Nikdy
- Méně než jednou měsíčně
- Každý měsíc
- Každý týden
- Denně nebo téměř denně

22. Utrpěl/a jste Vy nebo někdo jiný úraz v důsledku Vašeho pití?

- Ne
- Ano, ale ne v posledním roce
- Ano, během posledního roku



23. Měl někdo z Vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli Vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?

- Ne
- Ano, ale ne v posledním roce
- Ano, během posledního roku

#### 4. ČÁST - nelegální návykové látky

24. Užil/a jste marihuanu nebo hašiš v POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH?

- Ne
- Ano

Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, pokračujte rovnou k otázce č. 25.

25. Dostal/a jste se do některé z následujících situací v posledních 12 měsících? (označte jeden rámeček v každém řádku).

- Nikdy
- Zřídka
- Občas
- Celkem často
- Velmi často

a) Kouřil/a jste někdy marihuanu nebo hašiš před polednem?

b) Kouřil/a jste někdy marihuanu nebo hašiš, když jste byl/a sám/sama?

c) Měl/a jste někdy problémy s pamětí, když jste kouřil/a marihuanu nebo hašiš?

d) Řekli Vám někdy Vaši přátelé nebo členové rodiny, že byste měl/a snížit spotřebu nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš?

e) Zkusil/a jste někdy snížit spotřebu nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš, ale neúspěšně?

f) Měl/a jste někdy problémy kvůli Vašemu užívání marihuany nebo hašiše (hádky, rvačky, nehody, špatné výsledky ve škole aj.)?

26. U následujících návykových látek prosím označte, kdy jste ji naposledy užil/a, pokud vůbec. (označte jeden rámeček v každém řádku).

- Ano, v posledním měsíci
- Ano, v posledním roce
- Ano, někdy dříve v životě
- Ne, nikdy

Marihuana

Hašiš

MDMA (extáze)

GHB (tekutá extáze)

Kokain

Crack

Amfetamin (speed)

Pervitin

LSD

Lysohlávky (houbičky)

DMT

Meskalin

Ayahuasca

PCP

PMA

Fentanyl

Metadon, subutex

Heroin

Těkavé látky (aerosolové spreje, čisticí, lepidla, nátěrové barvy, ředidla, odlakovače na nehty, plyn do zapalovačů)

## 5. ČÁST - hazardní hraní

27. Hrál/a jste jakoukoliv hazardní hru (hra, ve které se dají vyhrát peníze)?

- Ano, v posledním měsíci
- Ano, v posledním roce
- Ano, někdy dříve v životě
- Ne, nikdy

Pokud jste nehrál/a v posledním roce či měsíci, přeskočte na otázku č. 29.

28. Jak často se Vám v posledních měsících stalo, že...?

- Nikdy
- Občas
- Celkem často
- Téměř vždy

A) Vsadil/a jste někdy více, než byste si mohl/a dovolit prohrát?

B) Potřeboval/a jste hrát se stále větším obnosem peněz, abyste dosáhl/a požadovaného vzrušení?

C) Vrátil/a jste se hned druhý den, abyste vyhrál/a zpět prohnané peníze?

D) Měl/a jste pocit, že by Vám hraní mohlo způsobovat problémy?

E) Způsobilo Vám hraní nějaké zdravotní problémy, včetně stresu nebo úzkostí?

F) Kritizovali někdy jiní lidé Vaše hraní, nebo Vám říkali, že máte s hraním problém, ať už to byla podle Vás pravda nebo ne?

G) Způsobilo Vám nebo Vaší rodině hraní nějaké finanční problémy?

H) Cítil/a jste někdy vinu nad tím, že hrajete, nebo nad tím, jaké následky má Vaše hraní?

I) Půjčil/a jste si peníze na hru, nebo jste prodal nějaký majetek, abyste získal/a peníze na hru?

## 6. ČÁST

29. Zpozoroval/a jste u sebe v posledních 12 měsících nějaké projevy z následujících psychiatrických onemocnění? (označte alespoň jednu odpověď v každém řádku).

- Aktuálně tím trpím, nebo si to alespoň myslím
- Mám to diagnostikované a léčil jsem se s tím
- Trpěl jsem tím v minulosti
- Netrpěl jsem tím nikdy

Deprese

Úzkosti

Psychosomatické obtíže

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Panická ataka

Sociální fobie

Mánie

Schizofrenie

30. Označte lék nebo více léků, které užíváte nebo jste je v minulosti užívali bez doporučení lékaře, čímž je v tomto kontextu myšleno užívání léku častěji, ve vyšším množství nebo v jiné indikaci, než bylo doporučeno od lékaře.

- Benzodiazepiny (léky proti úzkostem) např. Diazepam, Neurol, Xanax, Lexaurin, Rivotril...
- Analgetika (léky tlumící bolest) např. Brufen, Ibalgin, Paralen, Paracetamol, Tramadol, Tramal...
- Nootropika (látky podporující učení) např. Ginko biloba, DMAE, guarana, ženšen, piracetam...
- Hypnotika (Zolpidem, Stilnox, Zopiclone...)
- Anabolika (látky zvyšující tvorbu svalové hmoty)
- Afrodisiaka (sexuální stimulanty)
- Ritalin
- Tramadol
- Ketamin
- Rajský plyn (N20)
- Ne, nic takového
- Jiné (vypište jaké): \_\_\_\_\_

## 7. ČÁST

31. Máte ve svém okolí osobu, která si užíváním návykových látek způsobuje škody nebo ohrožuje své blízké? (lze označit více odpovědí).

- Člena rodiny
- Partnera
- Kamaráda
- Známeého
- Já sám mám problém
- Ne, ve svém okolí nikoho takového nemám

## 8. ČÁST

32. Změnilo se nějak Vaše užívání legálních návykových látek (alkohol, tabák) během studia na vysoké škole?

- Ne, nezměnilo
- Ne, ale alespoň jsem se o to pokusil/a
- Ano, začal/a jsem užívat více a častěji
- Ano, omezil/a jsem užívání
- Ano, přestal/a jsem úplně užívat

33. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO nebo jste udal/a, že jste se alespoň o změnu pokusil/a, napište, o jaké návykové látky šlo a v čem spočívala ta změna - ve formě užívání, užívaném množství či frekvenci? V opačném případě pokračujte dále v dotazníku.

\_\_\_\_\_

34. Změnilo se Vaše užívání NELEGÁLNÍCH návykových látek během studia na vysoké škole?

- Ne, nezměnilo
- Ano, začal/a jsem experimentovat
- Ano, začal/a jsem užívat více a častěji
- Ano, omezil/a jsem užívání
- Ano, přestal/a jsem úplně užívat

35. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, napište, o jaké návykové látky šlo a v čem spočívala ta změna - ve formě užívání, užívaném množství, frekvenci či změna spektra užívaných drog? V opačném případě pokračujte dále v dotazníku.

\_\_\_\_\_

36. Přišel/přišla jste někdy do školy pod vlivem návykové látky?

- Ano
- Ne
- Nevím

37. Jak často chodíte do školy pod vlivem návykových látek?

- Nikdy
- Méně než jednou měsíčně
- Každý měsíc
- Každý týden
- Denně nebo téměř denně

Děkuji za vyplnění dotazníku.