

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Monitoring užívání společensky tolerovaných návykových látek
u studentů vysokých škol**

Diplomová práce

Autor práce

Bc. Simona Teplá

Vedoucí práce

Mgr. Veronika Kubelová

17. 8. 2009

Monitoring užívání společensky tolerovaných návykových látek u studentů vysokých škol

Česko patří mezi země, kde lze sledovat zvyšující se trend nadměrného pití alkoholu a jeho konzumace je v naší společnosti běžným a tolerovaným jevem stejně jako kouření tabákových výrobků. Tolerance společnosti je v této oblasti vysoká a drogy výše zmíněného typu jsou nejen povoleny zákonem, ale nabízeny ke konzumaci prakticky na každém kroku.

Experimentování s návykovými látkami u vysokoškoláků je nedílnou součástí tohoto období, proto se má práce zaměřila právě na ně. V teoretické části jsou shrnuty poznatky o jednotlivých společensky tolerovaných návykových látkách (alkohol, tabák, nadužívání léků, kofein, anabolické látky) a o související problematice. Dále jsou zde popsána specifika vysokoškolské populace.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku společensky tolerovaných návykových látek u studentů vysokých škol z hlediska jejich preference a postoje k těmto látkám. Současně práce ověřovala dvě předem stanovené hypotézy. Pro ověření hypotéz bylo zvolenou metodou dotazování pomocí techniky dotazníků. Dotazníky byly určeny studentům Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor pro sběr dat z dotazníku je tvořen celkem 213 respondenty.

Hypotéza H1 předpokládala, že studenti vysokých škol užívají společensky tolerované návykové látky ve vyšší míře během zkouškového období. Tato hypotéza nebyla potvrzena. Hypotéza H2 předpokládala, že život na vysokoškolské koleji podporuje a zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek. Zjištěné výsledky hypotézu potvrdily. Postoj studentů ke společensky tolerovaným návykovým látkám je převážně kladný.

Diplomová práce může sloužit široké laické i odborné veřejnosti v České republice ke zvýšení informovanosti o problematice užívání návykových látek. Práce přinesla nové poznatky a zmapovala situaci v oblasti zneužívání společensky tolerovaných návykových látek u studentů VŠ a může tak sloužit k provádění účinné prevence zaměřené k této specifické skupině.

Monitoring of Socially Tolerated Habit-Forming Substances Taking in University Students

The Czech Republic is one of those countries where it is possible to monitor a trend of excessive hard drinking; and the alcohol consumption is quite common and tolerated phenomenon in this country, the same as smoking of tobacco products. The society toleration is high within this field, and drugs of the aforementioned kind are not only lawful but also offered to be consumed practically at each remove.

Experimenting with habit-forming substances is an integral part of this period; therefore just this became the target of my thesis. The theoretical part brings the knowledge of individual socially tolerated habit-forming substances (alcohol, tobacco, excessive use of medicines, caffeine and anabolic substances) and of the related problems. Furthermore, this part contains specifics of university population.

The aim of this thesis was to map the problem of the socially tolerated habit-forming substances in university students in term of the students' preferences and attitudes towards such substances. Simultaneously, the thesis was to verify two forward hypotheses. This verification was followed by the chosen questioning method by means of questionnaires. The questionnaires were addressed to students of the South Bohemian University in České Budějovice. The research set to collect the questionnaire data is made up by 213 respondents as a whole.

H1 Hypothesis supposed that university students use the socially tolerated habit-forming substances to a higher degree during the examination period. This hypothesis was not verified. H2 Hypothesis supposed that the student hostel life encourages and increases use of the socially tolerated habit-forming substances. The observed results brought the verification of such hypothesis. The attitude of the students towards the socially tolerated habit-forming substances is predominantly positive.

The thesis can also serve for the general public, both laic and professional, to increase awareness about the habit-forming substances use. The thesis brought new knowledge and mapped the situation within the socially tolerated habit-forming substances abuse in university students; hence it can serve to implementation of the effective prevention focused on this specific group.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Monitoring užívání společensky tolerovaných návykových látek u studentů vysokých škol vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2009

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Veronice Kubelové za odborné vedení, cenné rady, podněty a pomoc při psaní této práce a za věnovaný čas a trpělivost. Děkuji také respondentům za čas, který mi věnovali. Ráda bych poděkovala také své rodině za zázemí, trpělivost a podporu během mého studia.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	10
1.1 Vymezení pojmů	10
1.2 Základní třídění návykových látek	12
1.3 Společensky tolerované návykové látky a současnost.....	12
1.4 Charakteristika jednotlivých společensky tolerovaných návykových látek .	18
1.4.1 Alkohol	18
1.4.2 Tabák	21
1.4.3 Léky vyvolávající závislost	23
1.4.4 Kofein	25
1.4.5 Anabolické látky	27
1.5 Rizikové faktory experimentu s návykovou látkou	28
1.5.1 Spouštěcí faktory	29
1.5.1 Studenti vysoké školy jako specifická skupina populace	31
1.6 Závislost	32
1.6.1 Vybrané modely vzniku závislosti na návykových látkách	33
1.6.2 Stádia užívání návykových látek	36
1.6.3 Psychická závislost	37
1.6.4 Somatická závislost	38
1.7 Zdravotní a sociální důsledky užívání návykových látek pro člověka	38
1.8 Prevence a její stručné rozdělení	39
1.8.1 Jak předcházet problémům s návykovými látkami u studentů VŠ	41
1.8.1.1 Studijní neúspěch	41
1.8.1.2 Volnočasové aktivity	42
1.8.1.3 Prevence zátěžových situací	43
1.8.1.4 Život na vysokoškolské koleji	44
1.9 Zákon ČR a společensky tolerované návykové látky	44
1.9.1 Česká legislativa	44
1.9.2 Důležité mezinárodní dokumenty	47

2. Cíle práce a hypotézy	49
2.1 Cíl práce	49
2.2 Hypotézy práce	49
3. Metodika	50
3.1 Použité metody	50
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	51
4. Výsledky	52
5. Diskuze	95
6. Závěr	105
7. Seznam použitých zdrojů	107
8. Klíčová slova	119
9. Přílohy	120

Úvod

Látky ovlivňující psychiku a schopné vyvolat závislost jsou všude kolem nás. Vstoupíme-li do běžného obchodu s potravinami, zjistíme, že návykové látky tvoří část současné nabídky. Jedná se o drogy v naší společnosti tolerované, tedy o takzvané drogy "legální". Řeč je nejčastěji o alkoholu a tabáku. Přísně vzato by drogovou definicí splňovala i káva, protože i zde se dá zjistit ovlivnění psychiky, ale třeba i zdánlivě zcela nevinný čaj. O drogových účincích tabákových výrobků všeho druhu netřeba též pochybovat. Závislost mohou vyvolat i některé léky a k takové závislosti je možné přijít dočista nevinně.

Úplná a naprostá abstinence od některé psychotropní látky, tj. zásadní a trvalé odmítání čaje, tabákových výrobků či alkoholu v jakékoli podobě a při jakékoli příležitosti je v naší společnosti spíše výjimkou. Tolerance společnosti je v této oblasti vysoká a drogy výše zmíněného typu jsou nejen povoleny zákonem, ale nabízeny ke konzumaci prakticky na každém kroku. Taková je skutečnost a vývoj situace v poslední době nedává příliš naděje na výrazné změny k lepšímu.

Česko patří mezi země, kde lze sledovat zvyšující se trend nadměrného pití alkoholu. Ve světovém žebříčku konzumace čistého alkoholu na osobu zaujímáme nejvyšší místa a konzumace alkoholu je v naší společnosti běžným a tolerovaným jevem stejně jako kouření tabákových výrobků. V porovnání s jinými státy je podíl kuřáků v České republice stále vysoký.

Studium na vysoké škole nejčastěji spadá do věkového období 18–25 let a právě tento věk bývá označován za specifické vývojové období. Je pro něj charakteristické experimentování a zkoumání vlastní identity, a to především v oblasti zaměstnání a partnerských vztahů. Je to také období velkých změn a nestability. Jedinci v něm často procházejí změnami, jakými jsou například časté stěhování, střídání zaměstnání či navazování nových mezilidských vztahů. Výzkumy ukazují, že právě pro období přechodu mezi adolescencí a dospělostí je typická vyšší prevalence užívání návykových látek a rizikového chování. Mladí lidé obvykle žijí sami a nejsou pod dohledem rodičů,

jak tomu často bývá v adolescenci, ale zároveň ještě nepřijímají sociální kontrolu, jako je tomu v rané dospělosti.

Prevalence užívání alkoholu a problémů spojených s jeho užíváním je u studentů vysokých škol vyšší než ve stejné věkové kategorii nestudentů. Alkohol je nejužívanější návykovou látkou a jeho konzumace je v porovnání s ostatními látkami nejčastěji spojena s problémy.

Při volbě tématu diplomové práce sehrály roli výše uvedené skutečnosti, které nejsou příliš optimistické a také fakt, že sama studuji vysokou školu. Zajímaly mě postoje a zkušenosti mých vrstevníků s užíváním návykových látek. Přišlo mi zajímavé porovnat a zmapovat situaci u této specifické skupiny populace, do které se také řadím i já. To bylo také důvodem k volbě Jihočeské univerzity jako místa, kde byl proveden výzkum k této diplomové práci.

1. Současný stav

1.1 Vymezení pojmů

Monitoring, tzn. monitorování, je několikastupňový víceúčelový informační systém, činnost, která na základě systematického pozorování, měření a analýz současného stavu objektu předpovídá jeho budoucí vývoj.

Termínem *tolerovat* se rozumí snášet, trpět, dovolovat, připouštět. **(60)**

Vysokoškolský student je fyzická osoba, která splnila požadavky přijímacího řízení, byla přijata ke studiu, zapsána a vzdělává se v rámci studijního programu dané fakulty nebo několika fakult. Student je povinen řídit se statutem a dalšími předpisy vysoké školy, platit školné. Právní předpisy týkající se vysokoškolského studenta stanovuje zákon č. 111/1998 Sb. **(64)**

Dle § 89 odst. 10 trestního zákona se *návykovou látkou* rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnost nebo sociální chování. **(85)**

Velký lékařský slovník uvádí, že návykovými látkami jsou omamné a psychotropní látky uvedené v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. **(82)** V podobném významu jako výraz návyková látka se od roku 1971 v odborné terminologii používá termín omamné a psychotropní látky (OPL). **(26)**

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti uvádí, že návykové látky jsou látky s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání. Běžné synonymum též pro látky, které mají schopnost vyvolávat závislost. **(50)**

Drogou je ilegální, nezákonná a státem nepodporovaná omamná nebo psychotropní látka (OPL). Podle definice Jiřího Presla lze jako drogu chápat každou látku, přírodní či syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, působí na naši psychiku

2) může vyvolat závislost, má tzv. „závislostní potenciál“, který je přítomen

vždy. **(84)**

Syndrom závislosti definuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) tak, že při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Jako ústřední charakteristiku onemocnění označuje touhu (často silnou, přemáhající) užívat psychoaktivní látky (drogy včetně alkoholu, tabáku a někdy i třeba relativně bezpečně vnímané kávy). Odpovídajícím pro označení síly touhy by mohlo být slovo žádostivost nebo chtíč. **(54)**

Návyk představuje splnění kritérií drogové závislosti, avšak v tomto případě se nedostavuje tzv. abstinenci syndrom. **(61)**

Odvýkací stav je dle MKN 10 skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, dále po opakovaném užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Patří k typickým známkám syndromu závislosti a zjednodušeně lze říci, že řada jeho příznaků má opačný charakter než vlastní účinek dané látky.

Craving (bažení) je silná touha nebo pocit puzení užívat látku a jedná se o jeden z šesti znaků závislosti. Mezi objektivní příznaky řadíme oslabení paměti, zvýšení tepové frekvence, prodloužení reakčního času aj. Subjektivními příznaky jsou vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky, svírání na hrudi, bušení srdce, sucho v ústech, bolesti hlavy, pocení, úzkost, únava, slabost, neklid, podrážděnost. **(56)**

Škodlivé užívání návykových látek je vzorec užívání, při kterém dochází k tělesnému nebo duševnímu poškození. Trvání příznaků je nejméně jeden měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně v průběhu dvanácti měsíců. Nesplňuje kritéria jiné duševní poruchy nebo poruchy chování v souvislosti s návykovými látkami. **(55)**

Abstinence vyjadřuje jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné návykové látky z důvodů zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných. Kdokoliv v současné době abstínuje, může být nazýván abstinent. Současný abstinent je osoba, která neužívá žádnou látku po určité období, např. 3, 6 nebo 12 měsíců. **(44)**

Intoxikace je stav nastávající po aplikaci určitého množství psychoaktivní látky,

jehož důsledkem jsou poruchy vědomí, rozpoznávacích schopností, vnímání, schopnosti úsudku, emocí, chování a dalších psychických funkcí a reakcí. Poruchy souvisejí s okamžitým účinkem látky, naučenými reakcemi na ni a po určitém čase zcela odeznívají. Průběh intoxikace je závislý na typu a dávce drogy, je ovlivňován individuální hladinou tolerance a dalšími faktory. **(46)**

1.2 Základní třídění návykových látek

Existuje mnoho systémů dělení OPL. Nejužívanější je rozdělení na zákonné a nezákonné. V epidemiologii se užívá tři typů klasifikace:

- 1) podle vzniku (přírodní, semisyntetické, syntetické)
- 2) podle typu psychoaktivního účinku a chemického složení (tlumivé látky, stimulantia, halucinogeny)
- 3) podle míry společenské nebezpečnosti (především zdravotní, kriminogenní a ekonomická rizika v důsledku užívání OPL). **(84)**

1.3 Společensky tolerované návykové látky a současnost

Alkohol - Česká republika patří dlouhodobě mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu. V konzumaci piva jsme dokonce se spotřebou 160 l na jednoho obyvatele za rok na prvním místě ve světě, což má pro občany ČR řadu negativních dopadů. **(62)**

Alkohol je zejména v západním světě trvale oblíbený a jeho výroba je významným ekonomickým odvětvím. Ve většině zemí západu přiznává zkušenost s alkoholem asi 80 % populace a asi 50 % všech obyvatel pije alkohol pravidelně. Spotřeba se neustále zvyšuje a nabídka nápojů se rozšiřuje. **(31)**

V souvislosti s konzumací alkoholu se provádí mnoho výzkumů. Studie GENACIS, kterou vytvořila laboratoř pro výzkum závislosti Psychiatrického centra v Praze v roce 2002, potvrdila, že muži pijí mnohem více než ženy. Fakt lze vyjádřit v

denních alkoholických gramech poměrem 26,4 : 7,2. Překvapivé je, že nejméně popíjejí mladíci ve věku 18 – 24 let, naopak dvakrát tolik uváděli muži dvojnásobně starší. Jedna třetina z nich běžně vypila množství třikrát vyšší než rizikový limit. Věk 35 – 44 let je příznačný i pro největší milovnice pití alkoholu mezi ženami, které však od 54 let konzumaci omezují. **(67)**

Nejvíce alkoholu na dospělého jedince připadalo v roce 2001 v Lucembursku (17,6 litrů), v České republice (16,2 litrů) a v Irsku (14,5 litrů). Na jednoho dospělého obyvatele Evropské unie připadalo v roce 2001 v průměru 11,1 litrů čistého alkoholu.

Za zdravotně rizikovou dávku se považuje denní konzumace 40 g alkoholu u mužů a 20 g u žen. Zvýšenému riziku zdravotních dopadů se dle šetření vystavuje v České republice 23 % mužů a 10 % žen.

Ve vztahu rozložení průměrné spotřeby a vzdělání respondentů platí nepřímý vztah. S vyšším vzděláním klesá průměrná spotřeba alkoholu a tento jev je prokazatelný zejména u mužů. Muži se základním vzděláním nebo vyučením vypijí v průměru denně o 10 gramů alkoholu více než vysokoškolsky vzdělaní muži. Rozdíl představuje přibližně jeden nápoj denně, pokud však sečteme roční spotřebu, může jít o množství přesahující 4,5 litru čistého alkoholu. U žen nejsou rozdíly tak zjevné, naopak vysokoškolačky vypijí v průměru více než středoškolsky vzdělané ženy. **(16)** Zvýšený výskyt může souviset s častějšími pracovními a sociálními kontakty, jejichž součástí je i konzumace alkoholu. **(71)**

Pití nadměrných dávek alkoholu při jednom posezení je častým indikátorem v dotazníkových šetřeních. Těmito dávkami se rozumí vypití pěti a více sklenek alkoholu, přičemž sklenka je definována jako 2 dl vína, 0,5 l piva nebo 0,5 dl destilátu. Jedná se tedy o dávku vyšší než 80 g alkoholu. Alespoň jednou do měsíce konzumuje tyto dávky 29 % mužů a 10 % dospělých žen. Pití nadměrných dávek týdně nebo častěji udává 12 % mužů a 2 % žen.

Alkohol i tabák jsou drogy, které splňují kritéria OSN pro zařazení na seznam kontrolovaných omamných a psychotropních látek. Přesto se ale ve společenském a kulturním kontextu jedná o tak rozšířené návykové látky, že je jejich výroba, prodej a užívání legální. **(48)**

Tabák - Podle zprávy Evropské komise z roku 2004 zemře v EU každý rok přibližně 4,5 milionu lidí, více než 650 000 úmrtí je spojeno s kouřením. Nejčastější příčinou smrti jsou kardiovaskulární choroby, chronická obstrukční plicní nemoc a rakovina plic. Muži tvoří 2/3 z celkového počtu obětí. **(11)** Průměrný věk, kdy si děti poprvé zapalují cigaretu, je 9,5 roku. Před 10 lety přitom začínaly s kouřením mezi dvanáctým a čtrnáctým rokem věku. **(7)**

Průměrný kuřák spotřebuje asi 15 až 20 cigaret za den. Zatím nejúčinnější terapií je substituce nikotinovými žvýkačkami, náplastmi a inhalátory, avšak asi 80 % kuřáků užívajících tyto prostředky, začne kouřit během půl roku znovu. Bez nikotinové substituce je ale podíl neúspěšných pokusů mnohem vyšší, a to 90 %. **(31)**

Cigarety v Evropské unii kouří 32 % lidí a naprostá většina z nich denně. Češi z evropského průměru lehce vybočují tím, že spotřebují méně cigaret. Zatímco u nás více než dvacet cigaret denně vykouří 14 % lidí, v celé unii je takto silných kuřáků 26 %. Od roku 2005 se navíc v ČR poměrně výrazně zvýšil počet těch, kteří si za den zapálí maximálně devět cigaret a naopak snížil počet těch, kteří jich vykouří více než dvacet. Tabáku u nás holduje více než čtvrtina populace nad 18 let, u mladých lidí mezi 15 až 18 lety je to dokonce až polovina. **(81)**

Tak jako i v jiných zemích světa, i v České republice probíhá diskuze ohledně zákazu kouření na veřejnosti. Jak ukázala studie agentury Synovate (600 respondentů), až 57,8 procent dotázaných podporuje zákaz kouření na veřejných místech jako jsou restaurace, bary a jiné společenské budovy. **(12)**

Ve všech zemích Evropské unie došlo v průběhu let 1980–2005 k poklesu podílu pravidelných denních kuřáků v populaci mužů ve věku nad 15 let. V České republice zjišťuje rozšířenost kuřáctví Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR) v rámci Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace. Počet kuřáků v populaci se dle této studie mění jen nepatrně. Při podrobnějším rozboru je zjevné, že v období 1993–2002 mírně poklesl podíl silných kuřáků a vzrostl počet současných nekuřáků. Výsledky výzkumů české populace naznačují, že mezi dospělou populací kouření mírně klesá. Je to dáno především poklesem kouření mezi muži. Podíl pravidelných kuřáků se v České republice mezi roky 1993 a 2004 téměř nezměnil, pohybuje se kolem 30 %.

Podíl žen kuřáček byl v tomto období téměř neměnný a pohyboval se okolo 20 %. **(15)**

Výsledky analýzy souvislostí mezi věkem a kouřením ukazují, že nejvyšší podíl kuřáků kouřících více než 1 cigaretu denně, je ve věku 25 – 54 let (jde přibližně o 22 %). Ve věkové skupině 20 - 24 let kouřilo v roce 2002 11,5 % dotázaných. **(71)**

Mezi 10 tisíci studenty Masarykovy univerzity v Brně byla provedena obsáhlá dotazníková akce, kde výzkumníci zjišťovali postoje studentů k návykovým látkám. Přestože se dvě třetiny studentů přiznaly, že někdy kouřily, odborníci dospěli k závěru, že se jejich priority ve vztahu k drogám, a tedy i k cigaretám, proměňují. Studenti jsou si vědomi, že tabák velmi poškozuje lidské zdraví, takže na akademické půdě přece jen dochází k určitému odklonu od cigaret. Stále více však studenty přitahuje konopí. **(10)**

Léky vyvolávající závislost - Epidemiologický výzkum byl a je poněkud omezen faktem, že neexistuje žádná obecně přijímaná definice zneužívání předepisovaných léčiv. Tento jev se týká různých skupin účinných látek. Lékaře však nejvíce znepokojuje úmyslné zneužívání léčiv, jejichž preskripce je sledována a omezena zvláštními pravidly. Sledování podléhají látky, jejichž užívání je spojeno s rizikem vzniku fyzické a psychické závislosti. Jedná se především o nejčastěji zneužívaná analgetika, následují anxiolytika, stimulancia a sedativa. Nadužívání léků lze spíše předpokládat u osob s anamnézou alkoholismu nebo drogové závislosti. **(20)**

Ročně se v celém světě prodají léky asi za 250 miliard dolarů a desetkrát více se utrží za drogy. Ve většině vyspělých zemích se za léky vydává asi 10 % z celkové částky určené pro zdravotnictví, avšak je pravděpodobné, že tento podíl poroste, až bude dostupnější nová generace preparátů biologické povahy. **(31)**

Zneužívání léků a závislost na nich je známá u mladistvých a mladých pacientů, ale nejvíce postižených je ve středním a vyšším věku. V roce 2001 se v ČR spotřebovalo téměř 40 miliónů balení analgetik a necelých 19 miliónů balení protizánětlivých a antirevmatických přípravků. Toto činí celkové náklady 2601,7 miliónů Kč za uvedený rok. V první desítku nejvíce předepisovaných léků je Ibuprofen (na 5. místě) a Diclofenac (na 10. místě). **(49)**

Studenti si před těžkými zkouškami pomáhají často podpůrnými prostředky.

Mnozí využijí téměř jakékoli prostředky, které jim mohou pomoci uspět. Podobně jako u sportovců nemusí v podobných situacích vždycky jít o prostředky neškodné. Německými médii nedávno proběhly zprávy o novém trendu mezi studenty - masovém používání nejrůznějších stimulantů, tzv. chytrých drog, či antidepresiv. Podle průzkumu tamní pojišťovny tvoří psychofarmaka téměř 10 % všech léků, které si němečtí vysokoškoláci nechali loni od lékaře předepsat. Z šetření dále vyplývá, že lékaři v Německu každému studentovi vysoké školy předepsali léky v průměru na 52 dní v roce. Přesná čísla týkající se České republiky nejsou sice k dispozici, nicméně se můžeme domnívat, že situace mezi tuzemskými studenty nebude diametrálně odlišná. **(18)**

Lékové závislosti se velmi podceňují a pokládají se za méně problematické ve srovnání se závislostmi na ostatních drogách. Jsou však velmi úporné a obtížně léčitelné. Problémem je také to, že dlouho probíhají skrytě (jde prakticky o jedinou závislost, která nemá své společenství, skupinové rituály atd.) a často za podpory rodiny a zdravotnického systému. **(49)**

Kofein – Tento mírný stimulant obsažený v kávě, čaji, Coca-cole a dalších nealkoholických nápojích je jednou z nejrozšířenějších a nejčastěji užívaných návykových látek. Káva je po ropě nejdůležitější komoditou mezinárodního obchodu. Její produkce a distribuce zaměstnává asi 10 milionů lidí. **(31)**

Ve spotřebě kávy vede Evropa s 4,6 kg zelených kávových zrnků na jednoho Evropana za rok, což je srovnatelné se Severní Amerikou. Obyvatelé největšího producenta kávy, Jižní Ameriky, spotřebují 2,3 kg, Afrika 0,6 kg a Asie 0,3 kg. V Asii je ovšem i nadále nejoblíbenějším nápojem čaj. V Evropě se nejvíce kávy konzumuje v severovýchodních zemích (Finsko, Švédsko, Norsko), a to zhruba 10 kg zelené nepražené kávy za rok, v České republice přes 2 kg. **(38)** U nás se pije převážně turecká káva, v jiných zemích káva překapávaná (Maďarsko, Rakousko, Polsko aj.). S konzumací kávy se setkáváme u všech profesí, u mužů i žen. Podobně jako pití kávy je v jiných zemích rozšířeno pití čaje (Anglie, Polsko, Čína). **(80)**

V posledních desetiletích se při pěstování kávy používá stále více pesticidů a při její výrobě mnoho chemických látek. Dalším problémem je i to, že se kofein přidává

jako přísada do mnoha výrobků, např. nealkoholických nápojů a některých volně prodejných léčiv. Lidé tak nevědomě přijímají kofein a stávají se na něm závislí. Vážné je to především u dětí a mládeže z důvodu velké spotřeby nealkoholických nápojů. (24)

I přesto, že následky kofeinismu nejsou tak rapidní jako třeba u alkoholismu, neměl by se tento typ závislosti podceňovat. Poslední dobou velmi vzrůstá obliba energetických nápojů, které se pijí zejména při únavě nebo potřebujeme-li zůstat soustředění. Tyto nápoje dodávají tělu energii díky vysokému obsahu kofeinu a cukru. Hladina cukru v organismu však rychle klesá, a tak si dotyčný brzy dopřává dávku další. Ještě nebezpečnější variantou je mixování těchto nápojů s alkoholem, který může způsobit i srdeční arytmií. (43)

Anabolické látky – Užívání těchto látek se týká především profesionálních kulturistů, účastníků závodů v silovém trojboji nebo vzpírání. S anabolickými steroidy experimentují také amatéři, nejčastěji mladí muži, kteří si chodí do posiloven zlepšovat kondici a chtějí účinky cvičení urychlit. Podle informací českého antidopingového výboru, které vyplývají z průzkumu provedeného v roce 2004, má s nedovolenými podpůrnými látkami zkušenost každý čtvrtý návštěvník posilovny ve věku od patnácti do pětadvaceti let. (19)

Sledování prevalence v České republice jsou poměrně sporná, objevující se až po roce 1989, kdy můžeme předpokládat postupný nárůst zneužití zejména skupinou dospívající mládeže, která navštěvuje posilovny a fitcentra s cílem vybudování svalnatého těla. Cílené studie, provedené u skupin kulturistů a vzpěračů, udávají hodnoty 7,4 % uživatelů z dotázaných sportovců. Zjištěné údaje u středoškolských či vysokoškolských studentů jsou nižší než v zahraničí. Poslední šetření ale ukazují narůstající počty i u nás. Výsledky, že každý padesátý chlapec na střední škole a dokonce každý desátý, který posiluje, přišel do kontaktu s abusem anabolických steroidů a že téměř 50 % všech návštěvníků sledovaných posiloven mužského pohlaví s nimi experimentuje, je zarážející. (75)

Mezi studenty britských technických vysokých škol byl proveden výzkum, jehož cílem bylo zmapovat užívání steroidů. Zúčastnilo se jej celkem 687 respondentů. Pouze

2,8 % z nich užívalo steroidy (4,4 % mužů a 1,0 % žen) a celých 56 % z uživatelů se s steroidy poprvé setkala ve věku nižším než 15 let. Uživatelé byli nejčastěji muži pod 17 let, a to kulturisté, vzpěrači nebo hráči rugby. (21)

Čeští sportovci se v užívání dopingu výrazně neliší od světového průměru. Statistiky Antidopingového výboru ČR řadí mezi největší hříšníky kulturisty. V cyklistice kontroloři téměř každý rok odhalí jeden až tři případy užívání nepovolených látek. Výbor provede zhruba 1200 až 1400 kontrol ročně. Loni odborníci odebrali ve 48 sportech 1272 vzorků, z nichž 44 bylo pozitivních. Nejvíce testů se provádí v atletice, cyklistice a kulturistice. Čeští sportovci jsou nad celosvětovým průměrem, a to kvůli kulturistům. (17)

1.4 Charakteristika jednotlivých společensky tolerovaných návykových látek

1.4.1 Alkohol

Česká republika patří mezi země s nejvyšší spotřebou alkoholu a s vysokou společenskou tolerancí k této látce. Alkohol společně s tabákem dále představují vůbec počáteční psychotropní látky v drogové kariéře problémových uživatelů drog. (84)

Alkohol (chemicky etylalkohol) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů, a to buď z jednoduchých cukrů obsažených v ovoci (např. vinná réva) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje díky destilaci. Etylalkohol byl v dobách historických civilizací používán a vyráběn ve formě alkoholických nápojů. Existují také zprávy o jeho léčebném užívání.

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů se označuje jako alkoholismus. Termín poprvé použil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Za medicínský problém byl alkoholismus považován až o sto let později (v roce 1951) zásluhou WHO.

Psychoaktivní účinky alkoholu závisí především na množství, formě a způsobu užití požitého nápoje a mají komplexní charakter. Na výsledném bezprostředním efektu se podílejí biologické vlivy (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav), psychologické vlivy (očekávaný efekt) a vlivy sociální (prostředí, působení společnosti či dalších

osob).

Akutní intoxikace CNS se většinou projevuje jako prostá opilost. Dochází k elaci nálady, mnohmluvnosti, zvýšení sebevědomí, následuje snížení sebekritičnosti a zábran, agresivita. Při déletrvajícím konzumaci a konzumaci vyšších dávek alkoholických nápojů dochází k hlavnímu efektu na CNS, a tím je útlum, kdy se objevuje únava, somnolence, spánek, popřípadě bezvědomí a smrt. Dle hladiny alkoholu v krvi se popisují čtyři stádia intoxikace:

- 1) excitační stádium (lehká opilost),
- 2) hypnotické stádium (opilost středního stupně),
- 3) narkotické stádium (výrazné známky opilosti),
- 4) těžká alkoholová intoxikace (asfyktické stádium s rizikem bezvědomí a zástavy dechu a oběhu). **(62)**

Škodlivé užívání je takové užívání alkoholu, které vede k poškození zdraví. Předchází většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Dochází při něm k somatickému poškození a také se může postupně vyvinout v závislost. Tento přechod probíhá často nenápadně.

Pro vývoj závislosti jsou charakteristické postupné změny (postupné zvyšování tolerance, ztráta kontroly, zanedbávání zájmů). Zároveň také dochází ke změnám v myšlení a chování. Alkoholik jimi zpočátku kryje a posléze vysvětluje a obhajuje svoje pití. **(45)**

Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu a poté následovaná výskytem odvykacích příznaků (ranní doušky, poruchy paměti). S rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování, postupně se však výrazně snižuje schopnost metabolizovat alkohol, tolerance se snižuje. Projevem je těžká opilost, která nastupuje rychle i po vypití malého množství alkoholu. **(62)**

Odvykací stav se objevuje u osob s dlouhodobým a intenzivním abusem alkoholu. Dochází k němu v průběhu několika hodin až dní po ukončení (přerušení) konzumace alkoholu, či po výrazné redukci dávek. Svého maxima dosahuje druhý den po vysazení alkoholu. Charakteristickými znaky jsou tremor rukou, event. celého těla, pocení, závratě, poruchy stability a koordinace pohybů, úzkost, psychomotorický

neklid, přechodné vizuální, taktilní nebo sluchové halucinace nebo iluze, nauzea, či zvracení, bolesti hlavy, tachykardie nebo hypertenze, pocity slabosti, poruchy spánku. Pokud nenastanou komplikace, odeznívá odvykací stav obvykle během čtyř až pěti dnů. Některé příznaky mohou přetrvávat ještě několik měsíců. Odvykací stav také může progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem.

Delirium tremens je závažný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, halucinacemi, bludy (často paranoidními), dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami, hrubým třesem, záchvaty křečí. Nejčastěji dochází k potížím v noci, kdy je typická inverze spánku. Stav je komplikován hypoglykemií a rizikem metabolického rozvratu, proto je nezbytné sledovat stav vnitřního prostředí a včas zahájit intenzivní léčbu. **(45)**

Závislostní potenciál alkoholu je vysoký. Je známo, že v čím nižším věku se začne s jeho užíváním, tím je vznik závislosti snazší. Po dlouhodobém užívání alkoholu může ohrožovat život. Bez terapie se uvádí pravděpodobnost úmrtí až 20 %, avšak i v případě adekvátní terapie riziko úmrtí hrozí. **(32)**

Jako poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu je zapsána v Mezinárodní klasifikaci nemocí řada onemocnění (MKN-10, oddíl F10). Mezi somatické postižení patří infekční onemocnění, nemoci krve a krevetvorných orgánů, nemoci soustavy oběhové, dýchací, nervové, trávicí, močopohlavní, poškození žláz s vnitřní sekrecí, zhoubné nádory, komplikace těhotenství, nemoci kůže, otravy a poranění.

Psychická postižení zahrnují postižení intelektu, poruchy orientace, poruchy vnímání a jednání nejen ve stavu opilosti. Alkohol má za následek také mnoho psychotických stavů. **(71)** Psychické komplikace vznikají po dlouhodobém abusu. V lehčích stádiích se objevují halucinace a paranoidně psychotická porucha, finálním stádiem je alkoholová demence s malou šancí na zlepšení. **(32)**

Sociálními důsledky jsou nižší produktivita práce, dlouhodobá nezaměstnanost, nedokončení vzdělání, bezdomovectví, rodinné problémy, zanedbávání dětí, rozvody, trestná činnost, řízení pod vlivem alkoholu, finanční problémy, zvýšené nároky na

sociální a zdravotní služby. (71)

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění a pokud není závislý léčen, je přítomný sklon k progresi. Naopak při úspěšné léčbě dochází k uzdravení. Abstinence je základní podmínkou terapie, v mnoha případech k ní však nedochází po první léčbě. Klíčovou roli sehrává skupinová psychoterapie, dynamicky orientovaná. Má význam jako podpora při farmakoterapii. Nejčastěji užívaným preparátem farmakoterapie je Antabus. Dalšími podpůrnými léky jsou hepatoprotektiva a vitaminy. V lůžkových zařízeních se jako další možnost léčby často uplatňuje princip terapeutické komunity. Ambulantní řešení závislosti představují AT ordinace. (62)

1.4.2 Tabák

V současné době je tabák rozšířen po celém světě. V minulosti jej pěstovali Indiáni, kteří tabák kouřili především rituálně a ne v takové míře jako dnes. Do Evropy přepravili tabák dva námořníci na lodích Kryštofa Kolumba roku 1492.

V ČR jsou běžné dvě formy: bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří. Bezdýmý dělíme na šňupací a orální. Tabák, který hoří, je znám hlavně ve formě doutníku, dýmky a cigarety. Cigaretový tabák je upravován a doplňován asi o 700 aditiv, látek pro různé účely. Dále obsahuje asi 60 kancerogenů.

Jedinou návykovou látkou z téměř pěti tisíc složek tabákového kouře či v tabáku je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Jde o bezbarvou tekutinu, bez zápachu. Smrtná dávka pro lidský organismus je okolo 80 mg, velmi rychle na ni však vzniká tolerance. (37)

Nejnebezpečnější součástí tabákového kouře je dehet. Ukládá se hluboko v plicích a poškozuje plicní sklípky. Je příčinou vzniku rakoviny a chronických plicních onemocnění. Další nebezpečnou látkou je oxid uhelnatý, který se pevně váže na červené krvinky a zabraňuje jim v přenosu kyslíku ke tkáním. (40)

Akutní účinky nejsou příliš podstatné. Objevuje se lokální podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy, průjem. Začínající kuřák tyto problémy překoná velmi rychle, později se již neobjevují díky rychle vzniklé toleranci. (37)

Pokud cigaretu odejmeme, projeví se po několika hodinách abstinenci

symptomy: neovladatelná touha po nikotinu (cigaretě), podrážděnost, nervozita, úzkost, sklon k depresím, nesoustředěnost, neklid, netrpělivost, nespavost, pokles tepové frekvence a krevního tlaku, zvýšená chuť k jídlu, přibývání na váze. Doba trvání těchto obtíží (většina kuřáků trpí jen některými z nich) je individuální. Nejtěžší bývají první 3 týdny, průměrná doba trvání pak bývá 3 týdny až 3 měsíce. Dříve či později však všechny obtíže ustanou a správnou léčbou je lze odstranit nebo výrazně potlačit. **(6)**

Psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální, jelikož nevede ke změnám psychiky. Avšak o to větší představuje rizika somatická. Kuřák zemře v průměru asi o 10 let dříve než nekuřák. Ve 20. století má tabák na svědomí přibližně 100 milionů obětí, ve 21. to už bude miliarda. Nejčastější příčinou smrti v souvislosti s kouřením je infarkt myokardu. **(37)** Kouření přispívá prokazatelně ke vzniku asi 25 nemocí a je rizikovým faktorem pro vznik onemocnění srdce, cévní mozkové příhody, onemocnění periferních cév, rakoviny plic, chronického zánětu průdušek, rozedmy plic, vývojových poruch plodu, zvyšuje kazivost zubů, má nepříznivý vliv na pokožku a hojení ran, komplikuje reprodukci a snižuje vstřebávání některých vitamínů. **(40)**

Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let, nelze tedy očekávat okamžitý výsledek. Musí se sám rozhodnout k aktivní změně, totiž naučit se nekouřit. Průměrné období problémů bývají obvykle tři měsíce. Nikotinová závislost vzniká zmnožením receptorů, citlivých na nikotin, v mozku. Jejich počet už se během života nezmenší a proto většina těch, kdo jednou byli závislí na nikotinu, už nemůže být příležitostnými kuřáky. Léčba spočívá v psychobehaviorální intervenci, která přeruší zažitý stereotyp. Pro podrobnější rady a konzultace je vhodné navštívit některou z poraden pro odvykání kouření. **(37)**

Rozvoj farmakoterapie bude kromě důsledné kontroly tabáku nepochybně velkou pomocí, jak tento celosvětový problém zvládnout. Dlouhodobě účinným lékem závislosti je Bupropion a nově také Vareniclin. Vareniclin je prvním lékem, který neobsahuje nikotin. V EU byl registrován 29. 6. 2006 pod názvem Champix. **(22)**

Farmakologická léčba zahrnuje také náhradní terapii nikotinem (žvýkačky, náplasti, inhalátory). Tyto preparáty jsou volně prodejné v lékárnách a například VZP

přispívá na náklady spojené s nákupem a na odvykací kúru při splnění podmínek max. 1 000 Kč a těhotným ženám max. 2 000 Kč. **(83)**

1.4.3 Léky vyvolávající závislost

Užívání léků nad rámec léčby je společensky závažným a často podceňovaným jevem. Příčinami vzniku abusu medikamentů může být lék dlouhodobě předepisovaný lékařem pro léčbu dlouhodobého onemocnění či příznaku (např. bolest, nespavost). Nemocný pak lék často kontinuálně užívá bez vědomí, že se jedná o preparát, na který může vzniknout závislost. U volně prodejných léků může sehrát svou roli nedostatečná informovanost pacienta o riziku vzniku návyku. Závislí na ilegálních návykových látkách vyhledávají často léky k překonání odvykacích stavů nebo jako zdroj pro výrobu ilegální látky. Může se přitom jednat o léky překvapivě snadno dostupné.

Zneužíváním léku se rozumí aplikaci léků z jiného než léčebného důvodu nebo v neobvykle vysokých dávkách po neobvykle dlouhou dobu. Má-li takové užívání léku za následek poškození zdraví nebo interpersonálních vztahů a trvá-li minimálně měsíc, odpovídá dle MKN-10 škodlivému užívání. Závislost na léku poté odpovídá dle MKN-10 syndromu závislosti. **(33)** Zneužívání léků a závislost na nich je známá u mladistvých a mladých pacientů, avšak největší počet postižených je ve středním a vyšším věku.

Mezi léky vyvolávající závislost řadíme skupinu návykových látek uvedených v MKN-10 pod označením F-13, kam kromě sedativ a hypnotik patří i další léky, např. analgetika, anxiolytika a některé léky se stimulačním účinkem. Společným účinkem těchto léků je útlum centrální nervové soustavy. Postupně dochází k ospalosti, otupělosti a celkovému útlumu s rozmazanou řečí. Hrozí také ataxie, vyhasínání reflexů a při předávkování až kóma. Chronické užívání vede k psychické a fyzické závislosti, a to i u uživatelů, kteří lék dostávají na lékařský předpis. **(25)**

Při absenci léku se objevuje odvykací syndrom, který se vyznačuje neklidem, nespavostí, zvýšenou mrzutostí až agresivitou, zvýšením nebo znovuobjevením bolestí především po vysazení opioidních analgetik. Dále se vyskytují bolesti svalů, křeče gastrointestinálního traktu, průjem, třes, piloerekce. Chybění benzodiazepinů a určitých

hypnotik může vést ke zhoršenému prostorovému vidění a udržení pozornosti. V krajní nouzi může nastat i epileptický záchvat. **(49)**

Analgetika tvoří rozsáhlou skupinu léků, která se používá k tlumení či odstranění bolesti. Řada z nich je k dostání bez lékařského předpisu. Dělí se na neopioidní (analgetika – antipyretika), která se používají nejen k tlumení bolesti, ale i ke snížení horečky, a na opioidní (analgetika – anodyna), používána ke tlumení středně silné a silné bolesti.

Neopioidní analgetika zahrnují salicyláty, paracetamol a aminophenazon. Závislost je zde způsobena díky přidaným dalším složkám, ke kterým patří kofein, efedrin, barbituráty aj. Nejčastějšími preparáty jsou Alnagon, Korylan, Acylcoffin, Nurofen Stopgrip, Modafen a Coldrex.

Opioidní analgetika se užívají k analgezií během celkové anestezie a především v situacích, kdy se neopioidní analgetika jeví jako nedostatečně účinná. Z hlediska působení se dělí na opioidní agonisty (Dolsin, Codein) a opioidní antagonisty (Subutex). Do této skupiny řadíme i centrálně působící analgetika. Mezi opioidní analgetika je dále řazen Tramal, užívaný k odstraňování akutních bolestí.

Hypnotika a sedativa se užívají k léčbě spánkových poruch. Mezi nejdéle užívané patří barbituráty, avšak považují se již za obsolentní a jsou na ústupu z drogové scény. Představiteli benzodiazepinových hypnotik jsou Flunitrazepam a Midazolam.

Nebenzodiazepinová hypnotika se stala novými hypnotiky, na které nevzniká závislost. Avšak byla již popsána i v tomto případě. Příkladem je Hypnogen a Stilnox. **(25)**

Hypnotika působí tlumivě na centrální nervovou soustavu a výsledný efekt závisí na množství požití látky. Menší dávky účinkují sedativně, střední dávky působí hypnoticky a vysoké dávky vyvolávají kvantitativní poruchy vědomí (somnia, sopor, kóma). Závislost vzniká velmi snadno, neboť se během jejich užívání zvyšuje tolerance k nim a dávky se tedy zvyšují. Je charakteristická přítomností euforie bez adekvátní příčiny, ale i přítomnost deprese, malátnosti, hubnutí a poruch řeči. Při náhlém odebrání léku se dostávají těžké abstinenní příznaky.

Sedativa jsou látky, které se užívají pro zklidnění při nervozitě a vzrušení.

Navozují stav uklidnění, a to tak, že otupují smyslové vnímání. (61)

Anxiolytika jsou léky k tlumení patologického strachu a úzkosti. Zařadily se mezi nejčastěji předepisované a zneužívané léky. Návyk vzniká poměrně rychle, kdy nemocní vyžadují lékařský předpis a chtějí více balení v silnější formě léku. Hlavním účinkem je útlum centrální nervové soustavy.

Benzodiazepinová anxiolytika vedou prakticky všechna k návyku a závislosti. Patří mezi ně Neurole, Xanax, Diazepam, Lexaurin aj. (25)

Závislost lze charakterizovat slabou až středně silnou psychickou závislostí a po 10 měsících vznikem fyzické závislosti. Po náhlém vysazení vzniká abstinенční syndrom. Tolerance vůči podané látce nemusí vzrůstat. (61)

Základním principem vysazování benzodiazepinů po jejich delším užívání je postupné snižování dávky, doporučuje se ji zmenšovat o 10 % za týden. Obtížný bývá tento proces v závěru, kdy nemocný potřebuje pozornost lékaře, aby návyk překonal. (66)

Ostatní léky mohou vést také k závislosti, a to hlavně ty léky, které mají stimulační účinek na centrální nervovou soustavu. Jedná se o deriváty amfetaminu (Ritalin) a některá anorektika (Adipex retard). (25)

1.4.4 Kofein

Kofein se řadí mezi alkaloidy, rozsáhlou skupinu dusíkatých látek z rostlinné říše. Chemicky jsou to deriváty xantinu. Přispívá k celkové chuti kávy a i ve velmi nízkých koncentracích ovlivňuje chuť sladkých, hořkých a slaných přísad limonád. (38)

Kofein je mírný stimulant centrálního nervového systému. Nachází se v kávě, čaji, čokoládě, Coca-Cole a v dalších nealkoholických nápojích. (47)

Kofein je obsažen také v rostlině guarana. Z rostliny se používají semena. Jedinou zemí na světě, kde roste, je Brazílie. Je to tropická, stále zelená dřevina a plodem je tobolka. Semena guarany obsahují 2,4-5 % kofeinu. V porovnání s kávou se vstřebává pozvolněji, působí 6-8 hodin. Pozitivně působí především při únavě a vyčerpání vašeho organismu. Dodá energii pro další činnost a zajistí celkovou regeneraci a revitalizaci organismu. Je vhodná pro studenty, manažery a řidiče. (5)

Kofein však přijímáme především pitím kávy, která je vařená z pražených a mletých kávových zrn (většinou rostliny *Coffea Arabica*). Většina lidí jí vypije denně více jak dva šálky, často se kombinuje s cukrem a mlékem.

Dávka 50-100 mg kofeinu, což je množství jednoho šálku kávy, lehce zvýší duševní potenciál a energii a současně potlačuje ospalost. Zlepšuje také svalovou koordinaci. Tím, že stimuluje CNS, zvyšuje i aktivitu mozku. Současně je však stimulován kardiovaskulární systém (zvýšení krevního tlaku a srdeční akce). Dále také zrychluje dýchání a to díky vlivu xantinů, kam řadíme i teophylin, který se v medicíně běžně užívá jako lék zlepšující dýchání. Kofein má také účinek diuretický a mírně projímavý.

Množství kofeinu nutné k vyvolání povzbuzujících účinků při pravidelném příjmu roste. Nakonec je káva potřebná pro normální funkce, bez ní je člověk unavený, ospalý a bolí jej hlava. Lze však říci, že návyk na kofein není tak silný jako návyk na většinu drog. Odvyká se mu nejsnadněji. Nezanedbatelný je ovšem fakt, že kofein je často konzumován spolu s dalšími škodlivými látkami, jako je cukr a nikotin.

Nástup abstinčních příznaků začíná obvykle za 12 až 24 hodin po poslední kávě. Nejčastějšími příznaky při odvykání jsou bušení srdce, tlak v hlavě u temene či na šíji, slabá bolest hlavy, nervozita, deprese, nesoustředěnost, nespavost či ospalost, zácpa, podrážděnost, úzkost. Vhodná je léčba pomocí diety a doplňků výživy. **(24)**

Akutní a chronické nadužívání (tj. denní příjem 500mg nebo více) s výslednou toxicitou je označováno jako „kofeinismus“. Nejčastější negativní vlivy zahrnují nepokoj, nespavost, zrudnutí tváře, svalové záškuby, tachykardii, zažívací poruchy zahrnující bolest břicha, problémy s řečí nebo neuspořádané myšlení i řeč. Dále bolesti hlavy, pálení žáhy, překyselení žaludku, ztráta minerálů, osteoporóza, chudokrevnost, ledvinové kameny. Občas se vyskytuje podráždění, předcházející úzkosti nebo panickým stavům. **(47)**

Vzhledem k mimořádně velké spotřebě kofeinu je překvapující, že nepodléhá skoro žádné kontrole a že existuje velmi málo vědeckých prací věnujících se závislosti na kofeinu a problémům plynoucích z jeho konzumace. **(31)**

1.4.5 Anabolické látky

Anabolické látky jsou mužské pohlavní hormony nebo látky jim blízké. Nemají okamžitý účinek na duševní stav. Berou se jako doping při sportu. **(57)**

Doping je definován jako jev, při němž dochází k porušení jednoho nebo více antidopingových pravidel. Mezi antidopingová pravidla se řadí prokazatelná přítomnost zakázané látky či jejích metabolitů nebo indikátorů ve vašem těle, použití nebo pokus o použití zakázané látky nebo metody, odmítnutí nebo nedostavení se k odběru vzorku bez náležitého důvodu po výzvě nebo jiný způsob vyhýbání se dopingové kontrole, porušení požadavků týkajících se dostupnosti sportovce pro kontrolu mimo soutěž nebo vyhýbání se testům, podvádění nebo pokus podvádět v průběhu dopingové kontroly, držení zakázané látky a látky umožňující zakázané metody, nelegální nakládání s jakoukoliv zakázanou látkou nebo látkou umožňující zakázané metody, podávání nebo pokus podávat zakázané látky nebo aplikace zakázané metody sportovci. **(2)**

Zakázané látky a metody dopingu dělíme do základních skupin na látky a metody zakázané stále (při soutěži i mimo ni), látky a metody zakázané při soutěži, látky zakázané v určitých sportech a specifické látky.

Látky zakázané stále zahrnují tyto skupiny: anabolické látky, hormony a příbuzné látky, beta-2 agonisté, látky s antiestrogenní aktivitou, diuretika a ostatní maskovací látky. **(65)**

Zakázanými metodami jsou zvyšování přenosu kyslíku (krevní doping, umělé zvyšování spotřeby, přenosu nebo dodávky kyslíku), chemická a fyzikální manipulace (podvádění či pokus o podvod za účelem porušit platnost vzorků, nitrožilní infúze), genový doping (neterapeutické použití buněk, genů pro zvýšení výkonu). **(3)**

Anabolické látky se dělí na androgenní anabolické steroidy a ostatní anabolické látky. *Androgenní anabolické steroidy* dělíme na exogenní (zevní, lidský organismus je neumí přirozeně produkovat) a endogenní (tělo je produkuje přirozeně). Endogenní látkou je především testosteron, který se tvoří u mužů ve varlatech a u žen v nadledvinách a vaječnicích. Funkce testosteronu jsou patrné zejména v pubertě a jeho biologická aktivita je u žen významně nižší.

Androgenní anabolické steroidy jsou zneužívány především pro zvýšení

tréninkového úsilí a zlepšení sportovního výkonu. Konkrétními důvody jsou stavba těla u vrcholových sportovců (např. kulturistika), formování postavy u rekreačních sportovců (zejména mezi mládeží v posilovnách), budování svalnaté postavy jako profesní předpoklad (např. zaměstnanci bezpečnostních agentur), rozvoj silových schopností a nárůst svalové hmoty, urychlení regeneračních schopností organismu (např. v průběhu závodů a turnajů), zlepšení vytrvalostních schopností lepším transportem kyslíku do svalů, narůstající agresivita jako faktor v osobních soubojích, pocity pohody a potlačení depresí.

Anabolické steroidy však mají poměrně závažné negativní důsledky vedoucí k poškození zdraví. K nejzávažnějším patří změny sekundárních pohlavních charakteristik a poruchy reprodukčního systému (neplodnost, virilizační účinky, gynekomastie, genotoxické riziko), poruchy oběhového systému a změny krve (poškození myokardu, změny objemu a srážlivosti krve, porucha metabolismu tuků), změny funkce jater, změny chování, poruchy psychických funkcí, poškození pohybového systému, nádorová onemocnění a další následky působení androgenů.

Příjem ústy významně snižuje jejich účinek, protože jsou po vstřebání rychle metabolizovány v játrech. Aplikují se tedy spíše injekčně, dále ve formě podkožního implantátu, náplasti či gelu.

Ostatní anabolické látky mají též anabolické účinky a mohou významně poškodit zdraví jedince, přestože nejsou provedeny výzkumy, které zkoumají zdravotní rizika u člověka.

Při porušení antidopingových pravidel následují různé postihy, při prvním porušení se obvykle zakazuje činnost na dva roky, při druhém následuje doživotní zákaz. Pokud došlo k porušení při soutěži, vede to automaticky k anulování výsledku, odebrání medailí, bodů a cen. **(65)**

1.5 Rizikové faktory experimentu s návykovou látkou

Rizikové faktory jsou vlastnosti jedince nebo jeho okolí, které zvyšují

pravděpodobnost výskytu experimentování s návykovými látkami nebo jejich následného užívání. Lze je rozdělit do několika úrovní: jedinec – rodina – škola – vrstevníci – společnost. (30)

1.5.1 Spouštěcí faktory

Na vzniku každé závislosti se podílejí základní faktory jako je osobnost člověka a vlastnosti jeho organismu a vlivy vnějšího prostředí. Vlivy vnějšího prostředí lze diferencovat na obecné, sociokulturní, vliv menších sociálních skupin a situační podněty (např. tradice užívat drogu, její dostupnost, sociální model slavného člověka, který ji konzumuje apod.). Důsledkem interakce zmíněných dvou skupin faktorů určuje pravděpodobnost vzniku závislosti na návykové látce. Existence zvláštního typu osobnosti, která by byla předurčena k jejímu užívání, ve skutečnosti neexistuje. Významnou úlohu při tom hrají tyto faktory:

- 1) aktuální stresová situace jako spouštěč
- 2) míra neschopnosti a neochoty člověka přiznat si riziko řešení vlastních problémů pomocí drog
- 3) uspokojivé sociální zakotvení (profesní a rodinné zázemí) a fungující vztahy s lidmi schopnými poskytnout potřebnou podporu zmenšují riziko užití drog.

Psychické rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost užití návykových látek, jsou:

- 1) emoční prožívání (nedostatečná vnitřní pohoda, zvýšená dráždivost a labilita, časté psychické napětí, úzkost, deprese, pocit generalizované frustrace)
- 2) rozumové hodnocení (lidé obtížně se orientující v situaci, extrémní a neadekvátní sebehodnocení, nízké sebevědomí)
- 3) odchylky v oblasti autoregulace (oslabení volní složky, nízká sebekontrola, impulzivita, neschopnost odložit aktuálně pocíťované potřeby, zvýšená touha po vzrušení)
- 4) rigidita reagování (závislí mají tendenci používat stále stejné a neodpovídající vzorce chování).

Sociálními rizikovými faktory jsou: městské prostředí, porucha funkce rodiny,

rodiče nadměrně užívající návykové látky, nižší úroveň vzdělání, zvýšený vliv party. **(78)**

Vliv rodiny bývá často důležitější než dědičnost. Jedná se především o nedostatek času na dítě, nízké citové vazby, nedostatečný dohled, přehnaná přísnost, zanedbávání, nejasná pravidla, dlouhodobý konflikt mezi rodiči, rodiče schvalující alkohol a jiné návykové látky, časté stěhování, návykové látky u rodičů či sourozenců, podceňování dítěte, výchova pouze jedním rodičem, chudoba rodiny a její nezaměstnanost aj.

Škola může mít také rizikový vliv na dítě, zvláště pokud neprovádí účinnou prevenci. Vliv má i malá spolupráce s rodiči a užitečnými organizacemi, neexistence jasných pravidel týkajících se zákazu návykových látek a jejich snadná dostupnost ve škole, nepřátelsky vnímání učitelé, ponižování žáků, neexistence návaznosti na mimoškolní aktivity aj.

Skupina vrstevníků je zvláště významná v době dospívání, rizikem mohou být především ti vrstevníci, kteří užívají návykové látky a staví se k těmto látkám pozitivně, mají problémy s autoritami, chovají se protispolečensky, mají sklon dítě zesměšňovat, snižovat jeho sebevědomí či šikanovat, mají vazbu na organizaci s destruktivními sklony aj.

Na úrovni společnosti a prostředí najdeme mnoho rizikových faktorů: snadná dostupnost návykových látek a jejich aktivní nabízení, nízké ceny těchto látek, chudoba, nedostatek příležitostí ke vzdělání, náhlé sociální a politické změny, nevhodné možnosti trávení volného času, cynický postoj společnosti ke zdraví, nedostatečná zdravotní a sociální péče, vysoká kriminalita a drogové gangy, rasová či jiná diskriminace, málo aktivní nevládní organizace aj. **(58)**

Věk je také významným rizikovým faktorem vzniku závislosti, nejvyšší zastoupení je u mladých lidí. V roce 1996 tvořili lidé ve věku od 15 do 24 let 75 % skupiny uživatelů drog a podíl mužů a žen se začal vyrovnávat, i přesto však muži stále převažují. **(78)**

1.5.1 Studenti vysoké školy jako specifická skupina populace

Poté, co studenti ukončí školní docházku, mohou prožít markantní změny ve svém okolí, včetně sociální sítě, ve které se pohybují. Tyto změny mohou zvyšovat náchylnost či příležitost k tomu, aby jedinec začal užívat návykové látky, a to buď nárazově, nebo pravidelně. V souvislosti s efektivní protidrogovou prevencí mezi mladými lidmi nad 18 let zatím není k dispozici mnoho podložených faktů. **(41)**

Vysokoškolští studenti tvoří specifickou skupinu populace. Z vývojového hlediska je tento věk, ve kterém mladý člověk studuje na vysoké škole, charakteristický dovršením zralosti v oblasti somatické, psychické, emoční i sociální. Mladý člověk v tomto období vykazuje tělesnou sílu a obratnost, smyslovou bystrost, dobrou koncentraci pozornosti, logické myšlení, schopnost zapamatování, nejkratší průměrnou reakční dobu, citová a etická ryzost, sebeuvědomění, seberegulace, profesionalizace pracovních činností, sexuální vyzrálost, tvoření pevných partnerských vztahů. Podle statistických údajů je populace ve věku od 20 do 30 let skupinou s nejnižší nemocností a úmrtností. **(36)**

Studenti jsou zvláště zranitelní na začátku studia a největší podporu potřebují v jeho prvním roce. Řada z nich pociťuje počátek studia jako velmi náročný, vyrovnává se s novými metodami studia a cítí se odloučení od zázemí rodiny a přátel. Zvláště pro zahraniční studenty může být obtížné adaptovat se na nový typ studia v cizím jazyce a navíc odlišnému kulturnímu prostředí. **(35)**

Výsledky studií, které se zabývaly rizikovými faktory působícími na vysokoškolskou populaci, poukazují, že zdravotní stav studentů je horší, než zdravotní stav stejně staré nestudující populace. Vlivy ovlivňující zdraví studentů jsou velice specifické a úzce souvisejí se studiem na vysoké škole. Pro úspěšné zvládnutí studia na vysoké škole při zachování zdraví je nezbytné, aby se student dokázal zadaptovat na kladené požadavky. Stane-li se zátěž pro studenta nepřiměřeně vysoká, dochází u něho k poruchám adaptace. Nežádoucí změny související s nepřiměřenou zátěží lze rozdělit do čtyř základních skupin projevů:

1) *na úrovni psychické interakce* - změny kognitivních funkcí (poruchy koncentrace pozornosti a myšlení) a vyvolání emocionálních stavů (např. negativní

nálady, stavy prozrazující tíseň a frustraci – strach, úzkost, deprese, únava, pocit méněcennosti aj.)

2) *na úrovni biologické interakce* – změny fyziologických funkcí, poruchy zažívání a trávení, poruchy spánku, bolesti hlavy a páteře

3) *na úrovni interpersonální interakce* – změny postojů k ostatním lidem, snížení sociální adaptability

4) *na úrovni sociálně kulturní interakce* – změny hodnotového systému.

Mezi hlavní příčiny vedoucí k porušení rovnováhy mezi požadavky kladenými na studenta a jeho schopnostmi patří: nízké předpoklady pro studium, nedostatečná motivace, nepřiměřená studijní zátěž, nevhodné životní podmínky (úroveň bydlení, podmínky pro studium), nedostatky v životním stylu (způsob odpočinku, zájmové činnosti, péče o zdraví, kouření, alkohol, návykové látky), problémy finanční, malé nebo neexistující rodinné zázemí, problémy v oblasti sociálních vztahů (vztahy mezi studenty, k pedagogům). **(36)**

Nejčastějším typem nevyváženého životním stylu u studentů bývá chaotický životní styl, který je charakteristický nepředvídaným střídáním období mimořádného vypětí a naprosté nečinnosti. To může být dáno zevními faktory práce (příprava na zkoušku, termínovaná práce) nebo sklonem nechávat věci na poslední chvíli. **(59)**

Student tedy zapojuje náhradní mechanismy s cílem uniknout z problému. Tento únik může vést ke studijnímu selhání, zdravotním problémům a vzniku řady onemocnění. Lékař musí při hodnocení zdravotního stavu studenta zvažovat specifika této skupiny populace. Podstatnou úlohu při řešení studentských problémů hrají studentské poradny. **(36)**

1.6 Závislost

Závislost je stav, při kterém absence látky či jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní potíže. Vzniká po opakovaném nebo chronickém užívání látky, ale také při určité činnosti, která přináší vysoké uspokojení. **(23)**

Syndrom závislosti je soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více. Centrální popisnou charakteristikou závislosti je silná touha brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být předepsány lékařem), alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- 1) silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- 2) potíže v kontrole užívání látky, jde-li o začátek, ukončení nebo o množství látky
- 3) užívání látky ke zmírnění tělesného odvykacího stavu
- 4) průkaz tolerance k účinku látky a vyžadování vyšších dávek za účelem dosažení původního účinku vyvolaného nižšími dávkami látky
- 5) postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky
- 6) pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých dopadů. **(55)**

Závislost vede k narušení osobnosti, ke snížení výkonnosti a inteligence. Pokud dojde až k poškození centrální nervové soustavy, a tak ke změně osobnosti, je třeba otravy drogami řadit v systému klinické psychiatrie k psychózám se somatickými příčinami. Závislost se rozděluje na psychickou, která nastává vždy jako první, a fyzickou formu. **(23)**

1.6.1 Vybrané modely vzniku závislosti na návykových látkách

Příčiny alkoholismu a jiných závislostí jsou velmi komplexní. U někoho se vyvíjí závislost na základě psychologických problémů, jinde převažují vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na návykové látky. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů. Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických reakcích a změnách v oblasti neurobiologie člověka. **(39)**

Model bio-psycho-socio-spirituální je multidimenzionální, klade důraz spíše na interakci biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů než na zdravotní obtíže. **(68)**

Dimenze biologická zahrnuje některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte (např. fetální alkoholový syndrom), okolnosti porodu (např. psychotropní látky v době porodního stresu), vlivy na neurobiologii jednice a celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, traumata, onemocnění. Rozvoj epidemických vln drogové závislosti ve světě však nemůžeme vztahovat pouze na biologické faktory. Spíše je za tyto jevy odpovědná vyšší dostupnost a sociokulturní faktory.

Psychologická dimenze se uplatňuje již v období nitroděložního vývoje a období porodu. V tomto případě jde ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození. Informace o zmírnění stresu tlumivými látkami se přenáší i na plod a vytváří jakýsi imprint, vtisk. Tento vtisk bude čekat na své oživení v postnatálním období. Potomek poté zažije nový, avšak dávno poznáný efekt, který může posílit vznik návyku. Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, podpora v době dospívání, pomoc v případech objevující se patologie duševních chorob (deprese, úzkost, psychotické onemocnění). **(39)**

Chronické nadužívání alkoholu a jiných drog doprovázejí zpravidla události, které směřují k mnoha psychologickým problémům. Nepříjemné pocity s nimi spojené provokují další chování, které vede k vyhledání a konzumaci drogy, čímž obtíže dále narůstají. **(68)**

Dimenze sociální se zaměřuje na kontext, ve kterém se vše děje, jde o vliv vztahů s okolím, které formují jedince. Tyto vlivy zahrnují jak vlivy obecné jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociálního zabezpečení a prostředí, kde jedinec žije, tak i specifické a konkrétní ovlivňování. Sem řadíme kvalitu konkrétních rodinných vztahů, případně absenci rodiny vůbec. Nebezpečné je také to, pokud dítě vyrůstá v blízkosti závislých osob, kde je braní drog či pití alkoholu normou. Vedle rodiny hraje nezastupitelnou roli kolektiv vrstevníků.

Dimenze spirituální je intimní oblastí a spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Nejvíce popularizovali tuto dimenzi Anonymní alkoholici ve svých 12. krocích k uzdravení (vztah k Vyšší moci). Akcentován je prožitek Božství, nikoliv účast v nějaké konkrétní církvi. Velkým předmětem je práce na vzdání se svého závislého Já, sebestředného

pojetí, pocitů ublíženosti a hostility. V posledních letech sledujeme navýšení potřeb spirituálního naplnění, které vyvolává i způsob žití orientovaný převážně na konzumní uspokojení. (39)

Model predispozice k onemocnění předpokládá, že se závislost vyvíjí na základě biologických odlišností, které předcházely samotnému užívání návykových látek. Geneticky přenášené rizikové faktory některé jedince predisponují k závislosti, jakmile jsou jednou vystaveni účinku těchto látek. Zde můžeme odlišit několik modelů predispozice k onemocnění.

Model genetické determinace předpokládá, že role prostředí je irelevantní a že závislosti jsou zcela determinovány geny. „Model genetického vlivu“ nepředpokládá existenci genů pro konkrétní onemocnění, nýbrž závislost určující biologické rizikové faktory v interakci s psychosociálním prostředím. Samotný vliv genetiky ani prostředí tedy není dostačující. „Model kombinované genetické determinace“ popisuje různé etiologie drogových závislostí.

Mezi predisponující biologické rizikové faktory náleží defekty jednoho či více neurotransmiterových nebo neuromodulátorových systémů, snížené hladiny enzymů (podílejících se na neurotransmisi), narušené řízení procesů podráždění, poruchy buněčných membrán a další abnormality ve fungování mozku. (68)

Model člověk – droga - prostředí předpokládá, že k závislosti dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá nutkání znovu ji užít. Dochází k tomu obvykle častěji v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (party, diskotéky atp.). Současně s rozvojem závislosti na droze je sledována na různých úrovních lidského organismu řada změn v reaktivitě při opakované aplikaci drogy (působení na centrální nervovou soustavu). Orientace v současné úrovni znalostí neurobiologie drogových závislostí je tedy zejména pro lékaře velmi důležitá a žádoucí.

Člověk vykazuje určité znaky osobnostních i přímo genetických predispozic k závislostem různých typů. Mezi uživateli návykových látek se nejčastěji objevují lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky, lidé, kteří rádi a hodně riskují, cestují a věnují se umění. Na rozvoji drogových závislostí se mohou podílet jisté odchylky dopaminergního systému a následný syndrom narušení závislosti na odměně a dále

různé anomálie neurotransmitterových systémů. Na druhé straně se velmi často mezi závislými lidmi objevují lidé nevyrovnaní, se sklonem k depresím, úzkostem a impulsivitě. Řada závislostí je zatížena rodovou dispozicí, některé studie potvrzují odlišnou dispozici k různým typům závislostí u mužů a žen (ženy jsou mnohem citlivější na drogy), zvýšenou reaktivitu a citlivost u nezralých jedinců ve vztahu k rozvoji závislosti (u mladistvých a u dětí se vyvíjejí obecně rychleji než u dospělých, průběh je závažnější).

Droga je základní, ne však jediný důležitý činitel při vzniku toxikomanie. Schopnost vyvolat u jedince bažení po droze, které vede k nutkavému a opakovanému užívání drogy, je založena na schopnostech drogy vyvolat silný psychický účinek, být rozpoznána mezi jinými látkami, vyvolat následné nepříjemné pocity po přerušení opakované aplikace.

Prostředí zahrnuje otázku dostupnosti drogy v okolí jedince (distribuce a cena drog). Významným faktorem je i pohled společnosti na užívání dané drogy. Takzvané legální drogy (alkohol, tabák i kofein) jsou snadno dostupné, častěji užívané a celkový počet závislých je proto relativně vysoký. Mezi sociální faktory, které vznik drogové závislosti usnadňují patří prostředí party užívající návykové látky, rozvrácené rodiny, nedostatek láskyplné péče rodičů u dětí, osamělost, kriminální subkultura aj. Bylo dále prokázáno, že člověk reaguje na prostředí dříve spojené s užíváním drogy excitací stejných mozkových center, jako je tomu při aplikaci samotné drogy, a to i v případě, kdy žádnou neužil. (76)

1.6.2 Stádia užívání návykových látek

Počáteční stádium závislosti (stádium euforické) se vyznačuje snadným přístupem k droze, podceňováním negativních účinků drog, především u mladých lidí jde o prožitek uvolnění, zbavení se úzkosti a vzrůstajícího pocitu sebehodnocení. V euforii se často vyskytuje zvýšené sebevědomí.

V druhém stádiu (kritické stádium navykání) mohou nastávat již první konflikty v zaměstnání či ve škole, dochází k zúžení zájmů. Účinek drogy ustupuje, je nutné navyšovat dávky. Orgány jsou po této fázi vždy poškozeny. Nejprve je postižen mozek. Objevují se poruchy koncentrace, pozornosti a schopnosti zapamatování. Všechny styky

se zužívají na konzumenty drog, dochází také k finančním potížím a dluhům. Nezřídka se objevuje krádež peněz z peněženky rodičů. V této fázi se konzumenti poprvé setkávají se zařízeními pro pomoc toxikomanům. Tato fáze je velmi nebezpečná, není již možný návrat bez následků.

Ve třetí fázi (stádium návyku či závislosti) dochází ke značnému stupňování dávek na základě zvyšování tolerance. Dochází ke ztrátě kontroly nad užíváním, kdy se již s konzumentem nedá skoncovat. Užívání několika druhů látek se často míchá. Vztahy v okolí se vždy rozpadají, kritická je situace v zaměstnání a ve škole. Často dochází k výpovědi, deliktům v opojení a stupňují se od prostých krádeží k loupežím a dále. Kontakt na pomoc dostává jedinec většinou přes pracovníky linek důvěry nebo od soudu pro mladistvé. Projevují se psychické i fyzické abstinenční symptomy a změny osobnosti. Typický je úbytek na váze a snížení výkonnosti.

Chronické stádium závislosti (stádium rozkladu) se vyznačuje značným poškozením orgánů a rozpadem osobnosti. Individuálně dochází k upoutání na lůžko. Člověk ztrácí svou podobu jako člověk, kterým byl dříve. Stává se lhostejným, neumí se radovat, ale ani zlobit. Dochází k duševnímu úpadku. Jedinec není schopen se finančně zabezpečit, chudne, ztrácí střechu nad hlavou, je osamělý a vyřazený ze společnosti.

(23)

1.6.3 Psychická závislost

Psychická závislost znamená silnou potřebu užívat opakovaně nebo trvale návykovou látku k navození příjemných prožitků a k odstranění prožitků nepříjemných a zatěžujících. Tato látka mu přináší uspokojení. **(78)**

Psychická závislost vzniká určitým druhem „návykové paměti“, která se opakovaným užitím utváří v mozku. Prání zažít opět opojení svádí k častějšímu užívání a vede k psychické závislosti. Při tomto jednání si však může být konzument vědom, že svým chováním hazarduje se svým zdravím a životem. **(23)**

Tento stav se projevuje jako úzkost vyvolaná nedosažitelnou touhou po návykové látce, a to i v případě, kdy jedinec tuto substanci vědomě užít nechce. Rozvoj psychické závislosti podporuje prožitek euforie (např. prožitek vzrušení při 1. fázi

alkoholické opilosti), tvar a barva farmaka v případě lékové závislosti, okolnosti při prvním užití návykové látky, rituál a zaměstnání. **(61)**

1.6.4 Somatická závislost

Tato závislost se definuje jako stav adaptace organismu na návykovou látku doprovázený stupňující se tolerancí a projevující se při vysazení drogy abstinenčním syndromem. **(78)**

Chybí-li substance, zhroutlí se biochemické hospodářství, dochází k abstinenčním příznakům. Tyto příznaky mohou mít mnoho klinických projevů a vždy vyžadují lékařský zásah. Projevují se znaky tělesné aktivace při odnětí uklidňujících drog (opiátů, alkoholu, benzodiazepinů aj.) nebo znaky tlumivé (při otravách opiáty, alkoholem, benzodiazepiny, rozpouštědly a beta-blokátory).

Mezi znaky tělesné aktivace patří: vyražení potu, třes, rozšíření zornic, zvracení, nevolnost, průjmy, horečka, zmatenost až poruchy vědomí, šok, křeče a kóma. Tlumivé znaky zahrnují zákal vědomí až kóma, pokles krevního tlaku, poškození mozku, pokles dechové aktivity a tepu. Jde o stav ohrožující život.

Tělesnou závislost lze přiměřenou lékařskou péčí překonat v poměrně krátké době (2 až 4 týdny). Psychická závislost přetrvává po celý život. Jedinec, u kterého se vyvinulo závislostní onemocnění, se ho již nezbaví. **(23)**

1.7 Zdravotní a sociální důsledky užívání návykových látek pro člověka

Závislost vedoucí k nadměrnému užívání psychoaktivních látek poškozuje člověka biologicky, psychicky i sociálně.

Zdravotní následky v důsledku závislosti mohou nastat primárně či sekundárně. Může se jednat o poškození centrální nervové soustavy, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév. Mění se také zevnějšek člověka, který chátrá tělesně, neudrzuje hygienu apod. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek mění také psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého. Deformuje emoční prožívání, kognitivní oblast, aktivační úroveň, hierarchii hodnot a životní styl. Závislému člověku

nakonec zbývá jen droga. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vyvolat i závažné duševní onemocnění, poruchy psychotického charakteru, amnestickou poruchu a demenci.

Sociální důsledky jsou také významné a vyplývají z psychických změn a odlišného chování u závislého jedince. Závislý přestává respektovat normy, neplní svoje povinnosti a mění se jeho vztahy s lidmi. Stává se nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k ostatním lidem. Později se stává pouhou přítěží, rodina rezignuje. Často od ní odchází a může se stát i bezdomovcem. Nakonec přetrvávají jen nahodilé vazby se stejně postiženými lidmi.

Drogově závislý mnohdy devastuje a rozbíjí svoji rodinu, někdy mají rodiče pocity viny a hledají příčiny. V opačném případě se dítě snaží chránit a popírájí jeho závislost. Jedinec postupně selhává také v profesní roli, nechodí pravidelně do školy či zaměstnání, bývá unavený a nesoustředěný a ztrácí motivaci k činnosti. Často je vyloučen ze školy či je ukončen jeho pracovní poměr. Česká společnost má silné tendence závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. To představuje problém i pro vyléčené osoby, které ani potom nikdo neakceptuje. Dalším sociálním důsledkem užívání návykových látek může být trestná činnost.

Závislosti se nemůže člověk zbavit sám, potřebuje pomoc odborníků. Nejdůležitější podmínkou je motivace závislého jedince, jeho vůle s užíváním přestat. Bez ní nelze dosáhnout žádoucího úspěchu. (78)

1.8 Prevence a její stručné rozdělení

Světová zdravotnická organizace definuje prevenci jako soubor intervencí s cílem zamezit či zmírnit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog. Prevenci obecně dělíme na:

- 1) primární (předcházení užití u osob, které dosud nejsou s návykovou látkou v kontaktu)
- 2) sekundární (předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již

návykovou látku užívají)

3) terciální prevence (předcházení zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním návykových látek). **(29)**

Primární prevencí se rozumí veškeré konkrétní aktivity, jejichž cílem je předejít problémům a následkům sociálně patologických jevů, případně minimalizovat jejich negativní dopad, včetně dalšího šíření.

Nespecifická primární prevence představuje jádro celého systému prevence. Jedná se o volnočasové aktivity určené nejširším vrstvám dětí a mládeže, umožňující harmonický vývoj osobnosti jednotlivce. Existovaly by i v případě absence sociálně patologických jevů.

Specifická primární prevence je realizována v rámci podpůrných programů pro rizikové skupiny, pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Cílem je prevence před exkluzí. **(42)**

Cílem primární prevence u dospělé populace je poskytování objektivních informací z oblasti drogové problematiky a odbourávání mýtů spojených s užíváním návykových látek. **(28)**

Sekundární prevence má za cíl předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již návykovou látku užívají nebo se na ní stali závislími. Nejčastěji používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. **(51)**

Sekundární prevence se zabývá ohroženými nebo přímo postiženými osobami. Zahrnujeme do ní poradenství, sociální péči, sociální práci, léčbu a další přístupy. Pro tyto účely jsou zřizovány poradny, střediska krizové intervence, telefonické linky pomoci v krizových situacích a detoxikační centra, kde je možná krátkodobá lékařská a psychologická podpora při vysazení návykové látky. Další formou pomoci je ambulantní a lůžková péče, kde jsou zásadním principem práce terapeutické programy (psychoterapie, farmakoterapie). **(27)**

Terciální prevence je zaměřena na ty uživatele návykových látek, kteří nejsou schopni či se nechtějí užívání vzdát. Cílem opatření je předejít či změnit rizikové chování, jež může mít za důsledek poškození či zhoršení zdraví jedince nebo jeho

sociální situace. Mezi činnosti terciální prevence patří vzdělávání uživatelů návykových látek o zásadách hygieny, zdravotní péči a o rizicích. Dále se jedná o poskytování nutriční a vitaminové podpory, aktivní podporu vedoucí ke změně chování k méně rizikovému, výměna sterilních pomůcek pro užívání, testování návykových látek a diferencovaný výkon trestu pro odsouzené závislé na drogách. (74)

1.8.1 Jak předcházet problémům s návykovými látkami u studentů VŠ

Studenti měli problémy vždycky, avšak současný společenský trend s sebou přináší závažnější a obtížněji řešitelné problémy. Studenti se potýkají s problémy různého druhu: starosti každodenního života (např. problémy se zdravím, vztahy, bydlením, financemi), závažné krize (úrazy, psychické selhání, sebevražda, ztráta blízké osoby) a především problémy spojené se studentským životem (volba studijního a profesního oboru, akademické záležitosti, studijní problémy, život na koleji). Často se objevuje i více problémů najednou. (35)

1.8.1.1 Studijní neúspěch

Od okamžiku nástupu na vysokou školu se student vyrovnává s akademickou svobodou. Předpokladem je, že by studenti měli být schopni převzít plnou odpovědnost za svůj vlastní studijní postup a to v poměrně krátkém čase. Někteří se cítí bezradně až zoufale tváří v tvář požadavku utvořit si vlastní studijní plán po letech vysoce řízeného studia na střední škole.

Wankowski (1993) ve své studii na universitě v Birminghamu zjistil, že studijní neúspěch souvisí s nedostatkem sebedůvěry, nerealistickou představou nebo strachem z budoucnosti, emoční nestabilitou, sklonem k extraverci (jedinec upřednostňuje v učení rychlost před přesností, je nespolehlivý a nesoustředěný u nezáživných úkolů), závislostí na učitelích a jiných významných osobách), pocity deziluze a zjevným odmítáním nároků studijních osnov nebo jejich příliš rigidní interpretací.

Pro úspěšné zvládnutí studia jsou důležitým předpokladem schopnosti, motivace, vůle, vhodný studijní styl, racionální využití času a vhodná životospráva. Studenti si vytváří specifický systém učení, často se však přidržují nevhodných strategií

učení, které jsou namáhavé, málo účinné a náročné na čas. V tomto případě hovoříme o nevhodném studijním stylu.

Základními rysy dobrého studijního stylu jsou plánovitost, soustavnost, účelné využití času, studium ve vhodném prostředí, vhodný způsob práce se studijní literaturou, vhodné pořizování záznamů z přednášek, seminářů a umění správně odpočívat. Každý začínající student si musí svůj dosavadní styl učení přebudovat velmi rychle, aby stihl splnit nároky prvního ročníku. **(34)**

1.8.1.2 Volnočasové aktivity

Volný čas je doba, s kterou může člověk nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Je to doba, která zůstane z 24 hodin běžného dne po odečtení času věnovaného práci, péči o rodinu a domácnost, péči o vlastní fyzické potřeby (včetně spánku). Na výchovu a vzdělávání ve volném čase je zaměřena pedagogika volného času. **(64)**

K oblasti volného času je stále zaměřena pozornost jak odborné, tak i široké veřejnosti. Důvodem je bezpochyby také fakt, že se v této sféře svérázným způsobem projevují nejsložitější společenské problémy. Aktivity jedince ve volném čase jsou především výrazem subjektivní stránky člověka, projevem jeho potřeb a zájmů a mají důležitý význam pro jeho celoživotní orientaci. Efektivní trávení volného času zejména u dospívající populace není samozřejmostí a ne každý dokáže volný čas využívat k vlastnímu prospěchu. Je tedy zapotřebí mladou generaci cílevědomě vést. Návyky k trávení volného času se utvářejí zejména v mládí, jedinec si jejich základy s sebou nese celý život a dále je předává svým dětem.

Současným trendem způsobu trávení volného času jsou především sportovní aktivity, cestování a kulturní aktivity. Na formování dospívající generace se musí podílet celá společnost, není možné přenechat odpovědnost pouze na rodině. Podstatná je spolupráce rodiny s pracovníky ve škole, volnočasových organizacích a zařízeních, využívání pozitivních stránek masmédií a vrstevnických skupin. **(69)**

1.8.1.3 Prevence zátěžových situací

Různé zátěžové situace mohou mít význam pro vznik a rozvoj psychických poruch. Lze definovat základní druhy zátěží pro člověka.

Frustrace je označení pro znemožněné uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby jedince, ačkoliv si myslel, že uspokojena bude. Situace vyvolává zklamání a stimuluje reakce vedoucí k vyrovnání nepříznivé bilance. Omezení očekávání je jednou z obranných reakcí. Frustrace bývá překonávána odložením uspokojení či posílením vytrvalosti řešení vzniklého problému, ale také změnou motivu. Frustrace může být do určité míry žádoucí zkušeností, jelikož člověka nutí nalézat jiná řešení a rozvíjí jeho schopnosti.

Konflikt je považován za specifickou variantu frustrace a řadí se mezi běžné potíže v životě člověka. Subjektivně významný bývá tehdy, pokud je skutečně závažný, trvá dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a pokud jej člověk nedokáže vyřešit. Dle E. H. Eriksona je pro každé vývojové období typický určitý typ konfliktu, např. pro školní věk je charakteristický nesoulad mezi potřebou výkonu a strachem ze selhání. Jedinec se obvykle snaží konfliktu bránit, ale obranné mechanismy mohou v případě velké zátěže selhávat. Mnohdy obrana funguje na principu vytěsnění do nevědomí, ale následně může dojít k narušení psychické rovnováhy. **(78)**

Stres je stav organismu vznikající interakcí vnějších zátěžových vlivů (očekávání jisté události, hrozba, extrémní zatížení po fyzické nebo psychické stránce, duševní trauma, nemoc) a schopností člověka odolat této zátěži. Stres můžeme dělit podle intenzity (nadměrný, tzv. hyperstres; nízký, zatím zvládnutelný, tzv. hypostres), kvality (kladně působící, tzv. eustres; záporně působící, tzv. distres) a způsobu zvládnání apod. **(64)**

Stres má několik charakteristických rysů, kterými jsou: neovlivnitelnost situace, nepředvídatelnost vzniku zátěže, subjektivně nepřiměřené nároky, životní změna vyžadující přizpůsobení a subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty. Člověk na stres reaguje změnou emočního prožívání, oslabením kognitivních funkcí a následně aktivizováním psychických obranných mechanismů. Každý nadměrný, dlouhotrvající či často opakovaný stres je škodlivý pro lidský organismus.

Deprivace je stav, kdy některá z významných potřeb, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, vhodným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Člověk může strádat v oblasti biologických potřeb (nedostatek jídla a spánku apod.), stimulace (absence smyslových podnětů), učení (nedostatek příležitostí k učení), v citové a sociální oblasti. (78)

1.8.1.4 Život na vysokoškolské koleji

Kolejí se v České republice rozumí zařízení pro ubytování vysokoškolských studentů. V zahraničí (Francie, Belgie) je kolej druh nižší střední školy nebo vyšší střední školy. Na některých univerzitách představují koleje dosud nezávislé instituce tvořící univerzitu. (64)

Jak adolescenti dospívají, musí řešit nelehký úkol. Mají se do určité míry oddělit od své původní rodiny. U některých znamená separace opuštění domova kvůli studiu, jiní se vydávají na samostatnou cestu životem nebo se rozhodnou pro život s partnerem či přáteli. Separace s sebou přináší určitý boj téměř pro všechny adolescenty, pro některé to může být obzvlášť složité. (68)

Život mladých dospělých se odehrává v mnoha teritoriích, která se v tomto období mohou často měnit. Důležitým mezníkem v jejich životě je získání prvního vlastního bytu, což bývá obvykle spojeno s uzavřením manželství a proměnou životního stylu. Většina mladých dospělých však byt nemá, a proto žije s rodiči, na koleji, v podnájmu, společně s dalšími lidmi apod. (79)

1.9 Zákon ČR a společensky tolerované návykové látky

1.9.1 Česká legislativa

Základní mimo trestní legislativou o návykových látkách je *zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách*. Je klíčovou normou upravující omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory. Okruh produktů, které patří mezi omamné a psychotropní látky, je vymezen v přílohách č. 1 až 7 tohoto

zákona.

Trestněprávní legislativu o návykových látkách upravuje především *trestní zákon č. 140/1961 Sb. a zákon o přestupcích č. 200/1990 Sb.* (70) §218 trestního zákona řeší podávání alkoholických nápojů mládeži. Kdo soustavně nebo ve větší míře podává osobám mladším než osmnáct let alkoholické nápoje, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok. (85)

Zákon o přestupcích č. 200/1990 Sb. řeší nedovolené nakládání s omamnými a psychotropními látkami, kam řadíme přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi (§ 30). § 30 odst. 1 mimo jiné stanovuje, že přestupku se dopustí ten, kdo podá alkoholický nápoj osobě mladší osmnácti let. Dále ten, kdo úmyslně umožňuje požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek než látek omamných a psychotropních osobě mladší osmnácti let, ohrožuje-li tím její tělesný nebo mravní vývoj; požije alkoholický nápoj nebo užije jinou návykovou látku, přestože ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohl ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek. Za spáchání těchto přestupků hrozí uložení pokuty do výše 15.000,- Kč a zákaz činnosti na dobu až dvou let. (52)

Nový zákon 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami stanovuje omezení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu a působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků. § 6 odst. 1 zakazuje prodej tabákových výrobků osobám mladším 18 let. Dále zákon vymezuje místa, prostory a zařízení, kde je kouření zakázáno (§ 8 odst. 1). § 10 stanovuje podmínky prodeje a podávání alkoholických nápojů. § 15 vymezuje zákazy vstupu pro osoby, které jsou zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek. Zákon mimo jiné řeší vyšetření přítomnosti alkoholu nebo jiné návykové látky, ošetření v protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici, preventivní opatření, krátkou intervenci, typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívající tyto látky, organizaci a provádění protidrogové politiky a další. (8)

Dle provedených studií však nejvíce mladistvých konzumuje alkoholické nápoje v komerčních zařízeních (restaurace, bary apod.). Vynucování práva v tomto ohledu je

tedy neúčinné. **(74)**

*Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, § 101 ukládá zaměstnavateli povinnost zajistit bezpečnost a ochranu zdraví při práci s ohledem na rizika možného ohrožení jejich života a zdraví, která se týkají výkonu práce. § 106 stanovuje povinnosti zaměstnanců, mezi které také patří nepožívat alkoholické nápoje a jiné návykové látky na pracovištích zaměstnavatele a v pracovní době, nevstupovat na pracoviště zaměstnavatele pod jejich vlivem a nekouřit na pracovištích, kde jsou účinkům kouření vystaveni také nekuřáci. **(13)***

*Reklamy na tabákové výrobky se týká zákon č. 132/2003 Sb., o regulaci reklamy a zákon č. 231/2001 Sb., o rozhlasovém a televizním vysílání. Vyhláškou 344/2003 Sb. se stanoví požadavky na tabákové výrobky (zdravotní varování). Dále se tabáku týká vyhláška 113/2005 Sb., o způsobu označování potravin a tabákových výrobků, vyhláška 276/2005 Sb., o používání tabákových nálepek při značení tabákových výrobků a vyhláška Ministerstva financí č. 275/2005 Sb., která určuje postup při zpracování návrhů cen pro konečného spotřebitele u cigaret. Důležitý je zákon č. 217/2005 Sb., o spotřebních daních. **(14)***

Léků se týká zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), který nabyl účinnosti dne 31.12.2007.

*Prováděcími předpisy jsou vyhláška č. 229/2008 Sb., o výrobě a distribuci léčiv, vyhláška č. 228/2008 Sb., o registraci léčivých přípravků, vyhláška č. 106/2008 Sb., o správné praxi prodejců vyhrazených léčivých přípravků a o odborném kurzu prodejců vyhrazených léčivých přípravků, vyhláška č. 226/2008 Sb., o správné klinické praxi a bližších podmínkách klinického hodnocení léčivých přípravků, vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, vyhláška č. 85/2008 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek a pomocných látek, které lze použít pro přípravu léčivých přípravků a vyhláška č. 86/2008 Sb., o stanovení zásad správné laboratorní praxe v oblasti léčiv. **(72)***

Anabolických steroidů se týká *nařízení vlády č. 72/1997 Sb., kterým se stanoví, co se považuje za anabolika* a jiné prostředky s anabolickým účinkem. Jsou jimi látky ve smyslu § 218a trestního zákona uvedené v příloze k tomuto nařízení. **(63)**

1.9.2 Důležité mezinárodní dokumenty

Evropská charta o alkoholu byla jednomyslně přijata zástupci vlád evropských zemí včetně České republiky 14.12.1995 v Paříži. Obsahuje etické zásady a cíle týkající se dětí a dospívajících. Mimo jiné ty, kde se uvádí, že všichni lidé mají od časného věku právo na nestranné informace o následcích užívání alkoholu na zdraví, i následcích pro rodinu i pro společnost a že všechny děti a dospívající mají právo vyrůstat v prostředí, které je chráněno před negativními důsledky požívání alkoholu a pokud možno i před propagováním alkoholických nápojů. Dále také to, že všichni lidé, kteří rizikově nebo škodlivě požívají alkoholické nápoje, a členové jejich rodin mají právo na dostupnou léčbu a péči aj. **(73)**

Dále jsou zde uvedeny strategie týkající se alkoholu u dětí a dospívajících, např. vytváření vzdělávacích programů počínajících v časném dětství, omezování dostupnosti alkoholu, striktní regulace reklamy alkoholických nápojů apod. **(58)**

Deklarace mládež a alkohol byla přijata ve Stockholmu 21. 2. 2001. Klade si za cíl ochranu dětí a mládeže před tlaky k užívání alkoholu a omezení škod přímo či nepřímo způsobených alkoholem. Je odůvodněna základním právem každé lidské bytosti na zdraví a na kvalitní život. Deklarace znovu potvrzuje principy obsažené v evropské Chartě o alkoholu.

Ochrana a podpora zdraví a kvality života dětí a mládeže jsou základním principem *Úmluvy OSN o právech dítěte* a aktivit *UNICEF*. **(53)** Jsou i nedílnou součástí programu *Zdraví 21* Světové zdravotnické organizace (WHO). V tomto programu je stanoveno 21 cílů pro zdraví. Důležitý je cíl 4. (Zdraví mladých) a cíl 12. (Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem). **(86)**

Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku iniciovala WHO. Úmluva vstoupila v platnost v květnu roku 2003 a Česká republika se k této úmluvě připojila v červnu roku 2003. Obsahuje důležitá opatření nutná k zastavení tabákové epidemie na jednotlivých

úrovních a rovněž celou řadu doporučení. Cílem úmluvy je řešení problémů (např. reklama na tabákové výrobky, neexistující omezení mezinárodního trhu, pašování oslabující opatření na ochranu veřejného zdraví a zároveň připravující státy o příjmy z daní apod.). (9)

Antidopingový výbor České republiky vypracoval v Praze dne 2. 12. 1993 *Českou chartu proti dopingu*. Ve snaze přispět k očistě sportu se obrací výbor ke všem institucím, organizacím a jednotlivcům, kteří se podílejí na přípravě sportovců. Prohlášení obsahuje informace o negativním dopadu na zdraví sportovce, vymezení odpovědnosti, důležitost prevence, informace o dopingové kontrole aj. (1)

Mezinárodními úmluvami jsou *Mezinárodní olympijská charta proti dopingu*, kterou vydal Mezinárodní olympijský výbor v roce 1988 a představuje nový trend boje proti dopingu založený na nevládní úrovni. *Antidopingová úmluva* byla vydána Radou Evropy v roce 1989 a pověřuje bojem s dopingem vládní instituce odpovědné za sport. Základním dokumentem antidopingového programu je *Světový antidopingový kodex*, který sjednocuje pravidla všech sportovních organizací a institucí na celém světě. Byl přijat v roce 2003 v Kodani na Světové konferenci o dopingy a v témže roce i v České republice. *Mezinárodní úmluva proti dopingu ve sportu UNESCO* byla přijata Generální konferencí v roce 2005, u nás byla přijata vládou v červnu 2006 a ratifikována jako mezinárodní smlouva v únoru 2007. Cílem je podpořit prevenci proti dopingu a výzkum, stanovit zásady výchovy a vzdělávání, definovat zákaz používání dopingových látek podle jednotného seznamu a omezit dostupnost látek s dopingovým účinkem legislativními opatřeními. (4)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat problematiku užívání společensky tolerovaných návykových látek (alkohol, tabák, nadužívání léků, kofein, anabolické látky) u studentů vysokých škol z hlediska jejich preference a postoje k těmto látkám.

2.2 Hypotézy práce

Hypotézy práce byly stanoveny na základě odborné literatury a vlastních zkušeností.

H1) Studenti vysokých škol užívají společensky tolerované návykové látky ve vyšší míře během zkouškového období.

H2) Život na vysokoškolské koleji podporuje a zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Provedený výzkum je z hlediska sociologického výzkumem kvantitativním a zvolenou metodou je dotazování pomocí techniky dotazníků. Ke sběru dat k diplomové práci byl použit dotazník (viz Příloha 1), který byl anonymní, určený studentům Jihočeské univerzity (JU) v Českých Budějovicích.

Dotazník měl přesně danou strukturu a obsahoval celkem 44 otázek orientovaných na problematiku jednotlivých společensky tolerovaných návykových látek. Obsahoval otázky otevřené, uzavřené a polouzavřené a odpovědi byly omezeny na výběr z předem daných možností (pokud respondent neodpovídal na otevřenou otázku, v tomto případě bylo nutné odpověď vypsát). Odpovědi poté byly výchozím momentem pro ověřování hypotéz.

První čtyři otázky byly identifikační. Zaměřovaly se na věk, pohlaví, studovanou fakultu a místo pobytu v Českých Budějovicích.

Otázka č. 5 byla informativní a odpověď podala sdělení o tom, jaký postoj zaujímá student ke společensky tolerovaným návykovým látkám.

Dále byly otázky řazeny dle druhu jednotlivých návykových látek. Otázky č. 6 – 14 byly zaměřeny na alkohol, otázky č. 15 – 21 se týkaly tabáku, otázky č. 22 – 28 byly zaměřeny na konzumaci kávy, otázky č. 29 – 34 se týkaly nadužívání léků, dále následovaly anabolické látky, otázky č. 35 – 39. Poslední otázky, č. 40 - 44, byly zaměřeny na životní styl studentů, život na vysokoškolských kolejích a na způsob trávení volného času studentů.

První hypotézu, kde je předpokládáno, že studenti vysokých škol užívají společensky tolerované omamné psychotropní látky ve vyšší míře během zkouškového období, může potvrdit či vyvrátit odpověď na otázku č. 34 (Pomáháte si během zkouškového období nějakými podpůrnými prostředky, léky apod. více než v běžném období v roce?) a č. 41 (Pokud odpovíte ano, je změnou životního stylu i

vyšší konzumace výše uvedených návykových látek?)

Druhou hypotézu, kde je předpokládáno, že život na vysokoškolské koleji podporuje a zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek, potvrdí či vyvrátí odpověď na otázku č. 42 (Ovlivnil vás život na koleji k vyšší spotřebě výše uvedených návykových látek?) a č. 43 (Myslíte si, že život na koleji podporuje a zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek?)

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

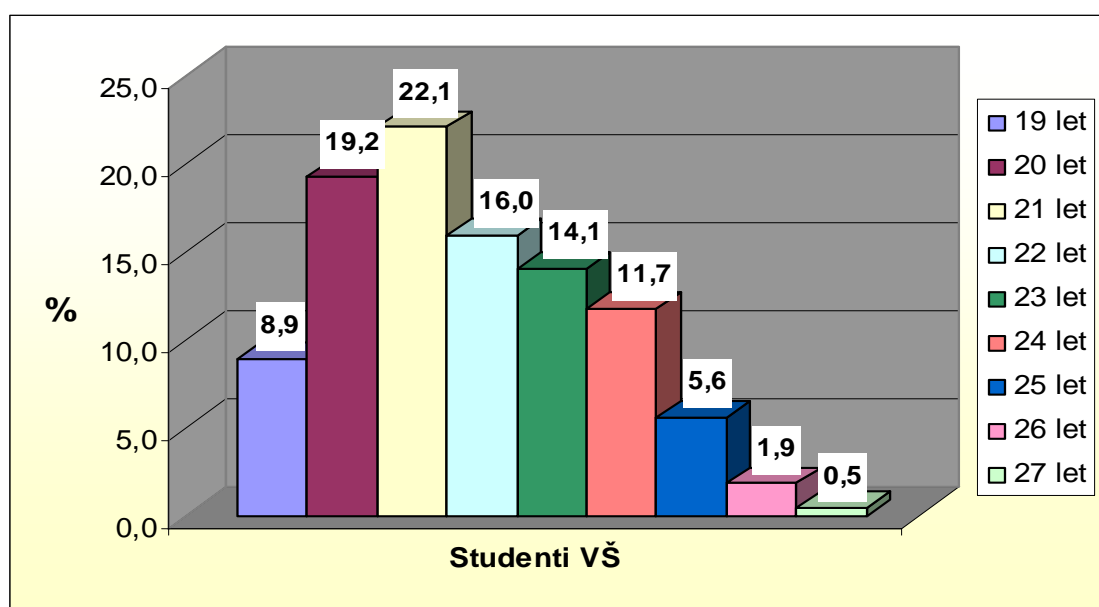
Výzkumný soubor pro sběr dat z dotazníku je tvořen celkem 213 respondenty. Z tohoto počtu je 139 žen a 74 mužů. Kritériem zařazení studenta do výzkumné činnosti bylo, že je studentem Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v prezenční formě studia. Cílová skupina byla tvořena respondenty ve věku 19 – 27 let. Vysokoškolští studenti patří do skupiny obyvatelstva, která je ve zvýšené míře ohrožena zneužíváním návykových látek, proto je tento výzkum zaměřen právě na ně.

Výzkum dotazníkovou metodou byl proveden u studentů Jihočeské univerzity dle náhodného výběru. Sběr dat byl zcela anonymní a probíhal bez přítomnosti pedagogů v prostorách učeben Zdravotně sociální fakulty a dále v prostorách vysokoškolských kolejí Jihočeské univerzity, a to konkrétně koleje K1, K2 a K5. Celkem bylo rozdáno 270 dotazníků, avšak z tohoto počtu muselo být vyřazeno 57 dotazníků pro jejich neúplnost, nejasnost či nevěrohodnost. Hodnocení výsledků tedy probíhalo na základě 213 dotazníků.

4. Výsledky

Dotazníkové šetření probíhalo v měsících leden a únor 2009. Výsledky výzkumu jsou interpretovány ve formě grafů a tabulek. Ve výsledcích nejsou uvedeny ty odpovědi, které studenti vůbec nezvolili (jsou uvedeny v Příloze 1: Dotazník).

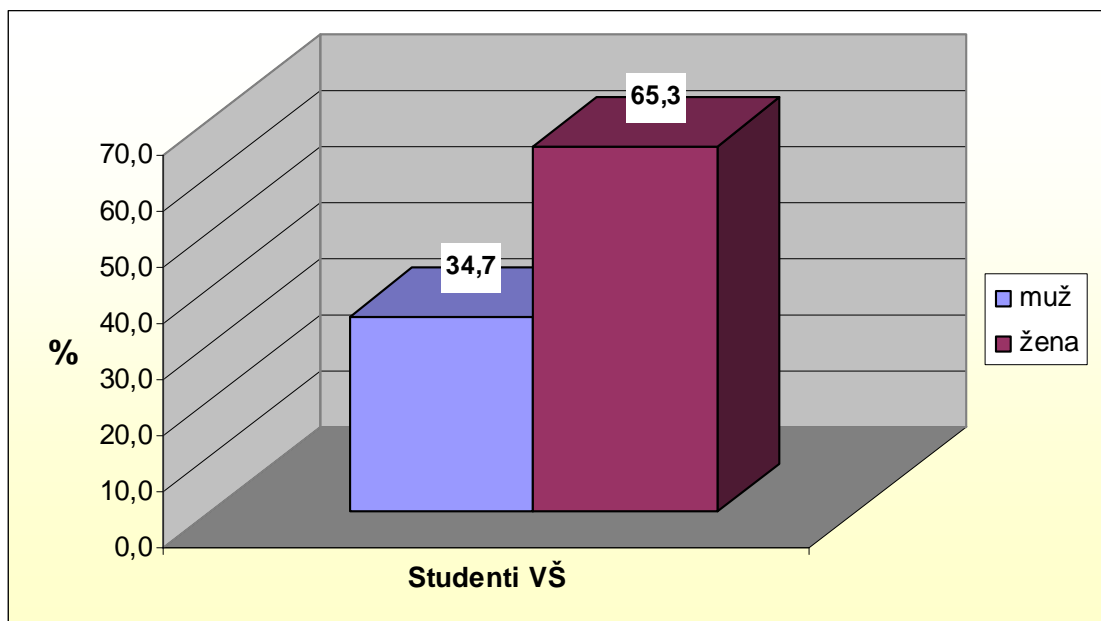
Graf 1: Věk respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje věkové rozmezí všech dotázaných respondentů. Z celkového počtu 213 respondentů JU (100 %) tvořili nejpočetnější skupinu studenti jednadvacetiletí, jednalo se o 47 studentů (22,1 %). Respondentů ve věku 20 let bylo celkem 41 (19,2 %), následoval věk 22 let, který byl zastoupen 34 studenty (16 %) a 23 let se 30 studenty (14,1 %). Věk 24 let uvedlo celkem 25 studentů (11,7 %), 19 let 19 studentů (8,9 %), 25 let 12 dotázaných (5,6 %), 26 let 4 dotázaní (1,9 %) a nejnižší zastoupení (pouze 1 student) měla kategorie 27 let (0,5 %).

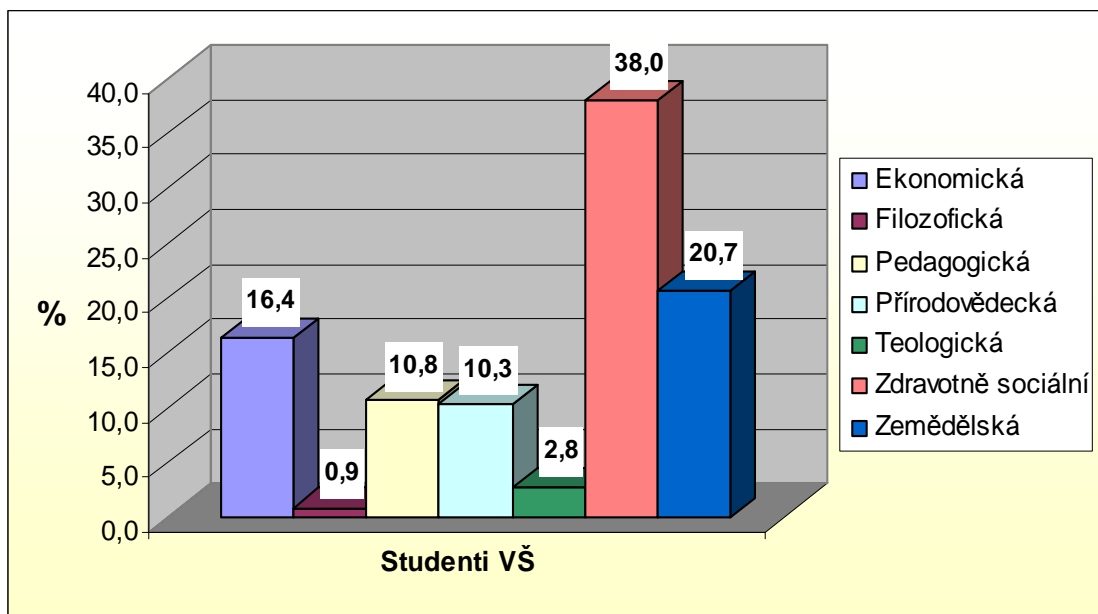
Graf 2: Pohlaví respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 uvádí, že z celkového počtu 213 respondentů (100 %) tvořily zástupkyně ženského pohlaví většinu, a to počtem 139 žen (65,3 %). Muži byli zastoupeni v počtu 74 (34,7 %).

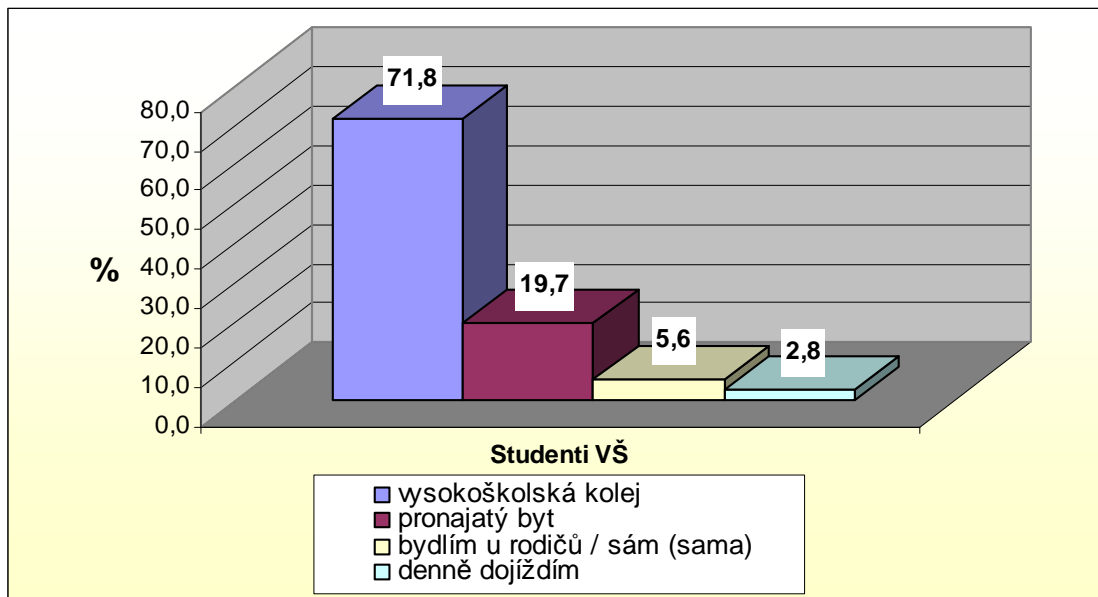
Graf 3: Studovaná fakulta respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 3 je znázorněno, na které fakultě JU respondenti studují. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) je nejpočetněji zastoupena Zdravotně sociální fakulta, a to 81 studenty (38 %), následuje Zemědělská fakulta s 44 studenty (20,7 %) a Ekonomická fakulta s 35 studenty (16,4 %). Pedagogická a Přírodovědecká fakulta jsou v zastoupení respondentů téměř vyrovnané, jedná se o 23 a 22 studentů (přibližně 10 %). Nejméně studentů bylo z Teologické (6; 2,8 %) a Filozofické fakulty (2; 0,9 %).

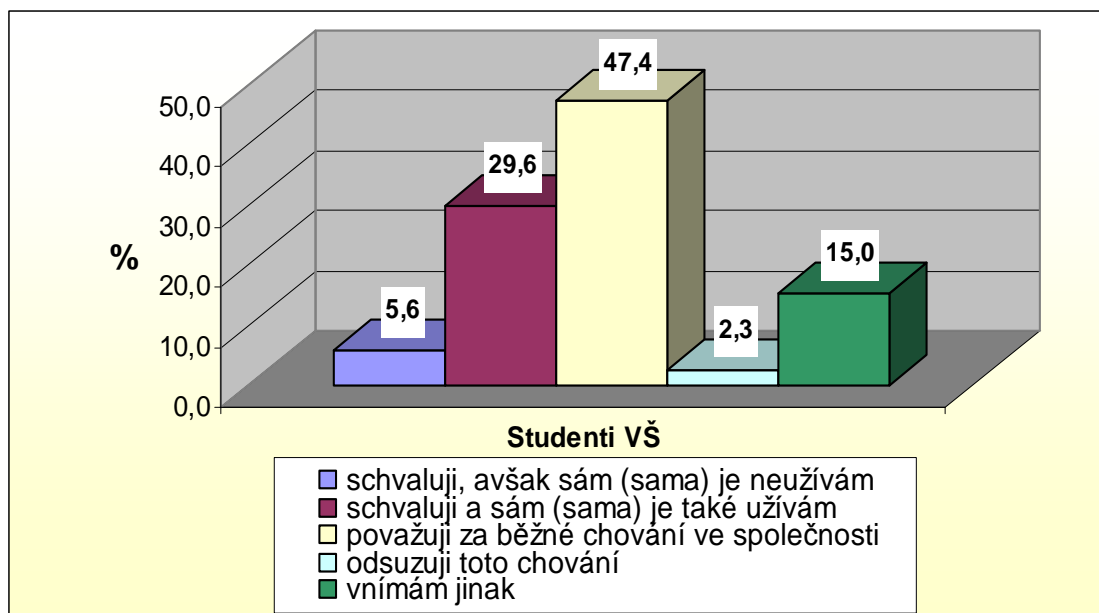
Graf 4: Místo pobytu respondentů v Českých Budějovicích (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 uvádí, kde jsou studenti JU ubytováni v Českých Budějovicích během studia. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) byla nejčastější odpovědí „vysokoškolská kolej“, kterou uvedlo celkem 153 studentů (71,8 %), 42 studentů (19,7 %) uvedlo, že jsou ubytováni v pronajatém bytě, 12 studentů (5,6 %) žije u rodičů nebo žijí sami a 6 studentů (2,8 %) denně dojíždí.

Graf 5: Postoj studentů k užívání společensky tolerovaných návykových látek (v %)



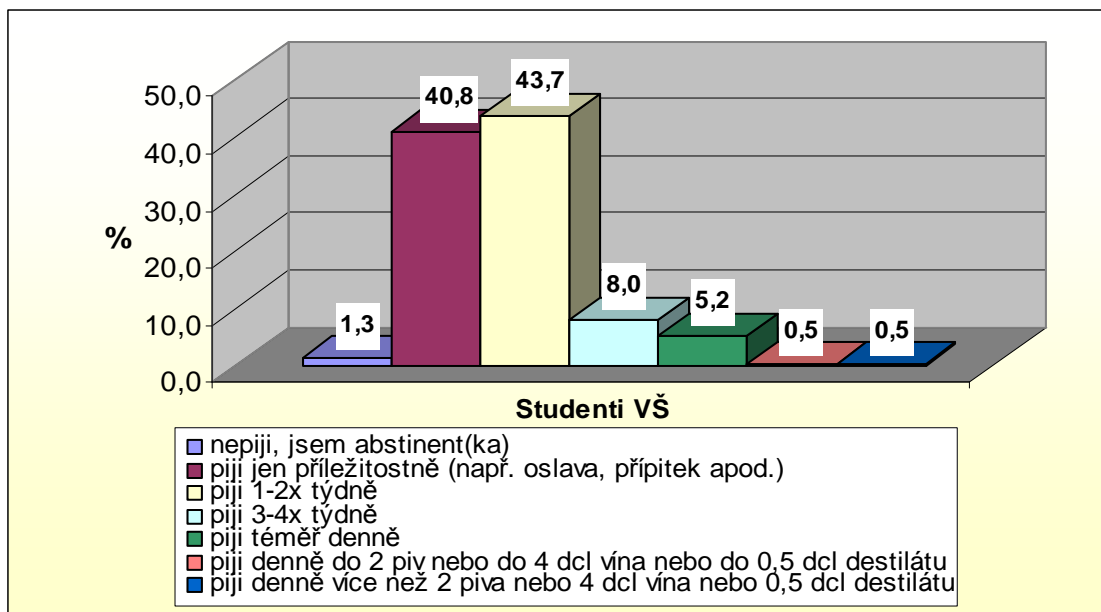
Zdroj: Vlastní výzkum

V pátém grafu je znázorněn postoj studentů ke společensky tolerovaným návykovým látkám. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) uvedla téměř polovina (101; 47,4 %), že užívání těchto látek považuje za běžné chování ve společnosti. 63 dotázaných (29,6 %) odpovědělo, že užívání tolerovaných návykových látek schvalují a sami je také užívají, 32 studentů (15 %) uvedlo, že jejich postoj je jiný, než zněly odpovědi. 12 studentů (5,6 %) užívání společensky tolerovaných látek schvaluje, ale neužívá je a 5 dotázaných (2,3 %) toto chování naopak odsuzuje.

Pokud studenti odpověděli, že užívání společensky tolerovaných látek vnímají jinak (jedná se celkem o 32 studentů; 15 %), uvedli nejčastěji tyto tři postoje:

- schvalují pouze užívání alkoholu, tabáku a kofeinu v rozumné míře (9 studentů; 4,2 %)
- schvalují užívání těchto látek pouze v rozumné míře a bez závislosti (6 studentů; 2,8 %)
- užívání těchto látek je každého věc (4 studenti; 1,9 %)

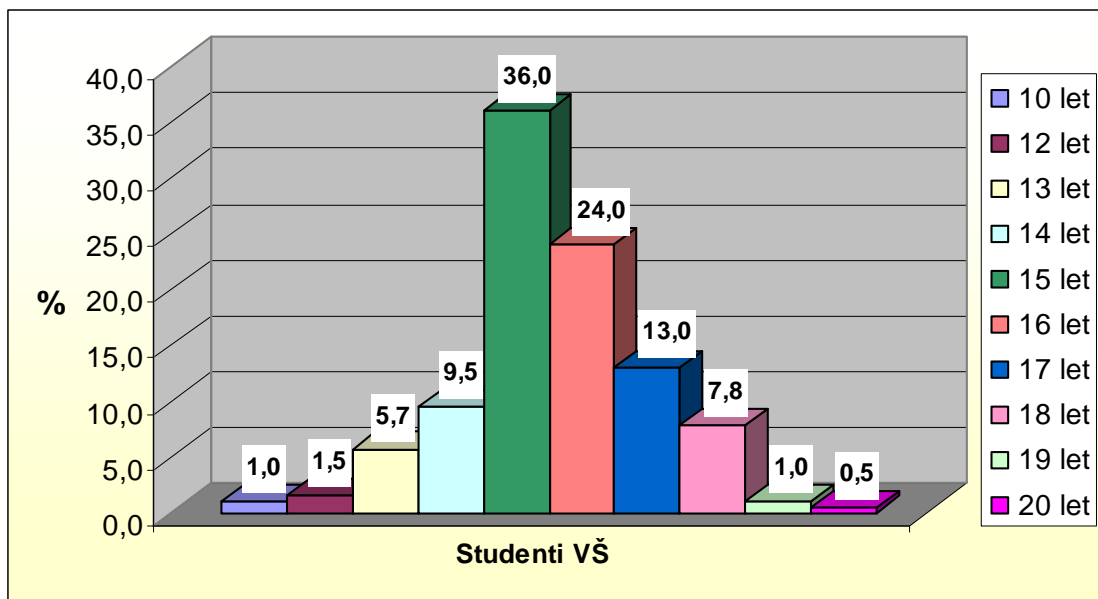
Graf 6: Postoj respondentů ke konzumaci alkoholu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6 se zaměřuje na frekvenci užívání alkoholu studenty VŠ. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) je nejpočetnější skupina těch, kteří uvedli, že jej konzumují 1-2x týdně, a to celkem 93 (43,7 %). Následuje odpověď „piji jen příležitostně“, kterou uvedlo 87 studentů (40,8 %), 3-4x týdně alkohol konzumuje 17 respondentů (8 %), 11 (5,2 %) jej konzumuje téměř denně. 3 dotázaní (1,3 %) uvedli, že jsou abstinenti a vždy jeden dotázaný (0,5 %) zvolil předposlední a poslední odpověď.

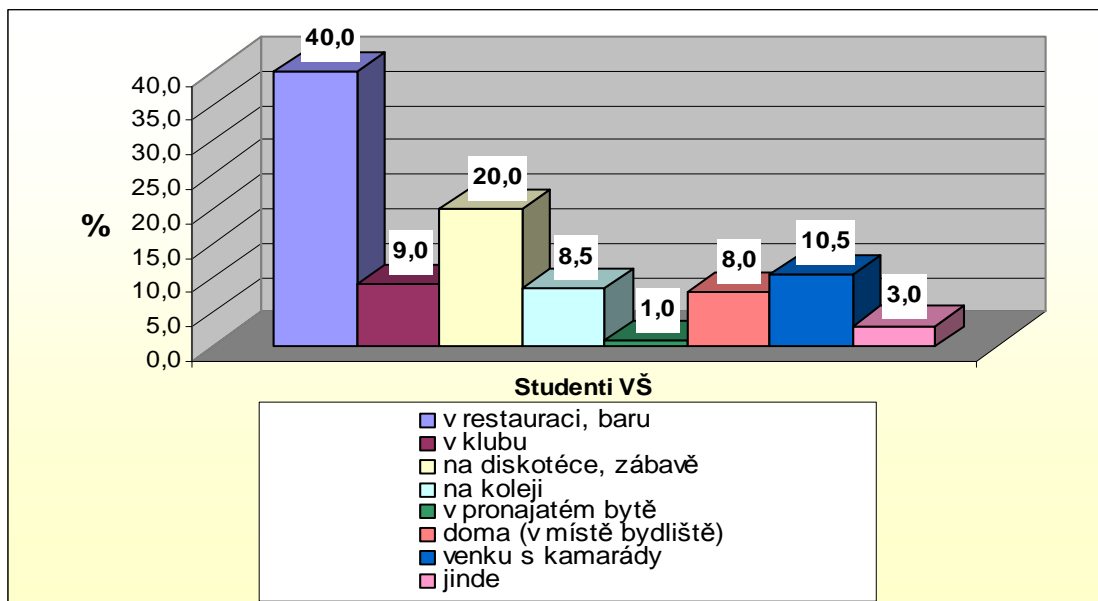
Graf 7: Věk počátku užívání alkoholu u respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze sedmého grafu je patrné, že nejběžnějším věkem, od kdy respondenti konzumují alkohol, je 15 let. Z celkového počtu 210 studentů (100 %) užívajících alkohol, uvedlo tento věk celkem 76 dotázaných (36 %). Následoval věk 16 let, a to u 51 studentů (24 %), 17 let uvedlo 27 studentů (13 %), 14 let 20 studentů (9,5 %), 18 let 16 studentů (7,8 %) a 13 let uvedlo 12 studentů (5,7 %). V rozmezí 1 až 3 studenti vždy uvedli věk 10, 12, 19 a 20 let (přibližně 1 %).

Graf 8: Nejčastější místo konzumace alkoholu (v %)



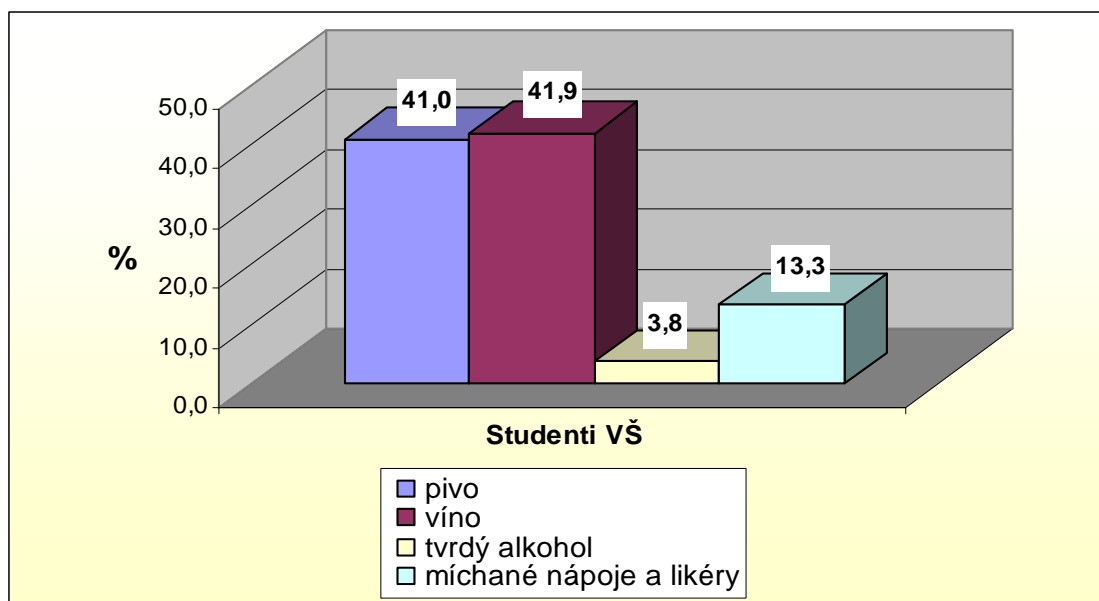
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 je zaměřen na nejběžnější místa konzumace alkoholu. Z celkového počtu 210 studentů (100 %), kteří užívají alkohol, uvedlo nejvíce z nich jako odpověď „v restauraci, baru“, a to celkem 84 dotázaných (40 %). Na diskotéce či zábavě jej konzumuje 42 studentů (20 %), venku s kamarády 22 studentů (10,5 %), v klubu 19 (9 %), na koleji 18 (8,5 %), doma (v místě bydliště) 17 studentů (8 %). Konzumaci na jiném místě (není v nabídce) zvolilo 6 dotázaných (3 %) a pouze 2 studenti (1 %) jej konzumují v pronajatém bytě („privát“).

Pokud studenti odpověděli, že alkohol užívají na jiném místě (jedná se celkem o 6 studentů; 3 %), uvedli nejčastěji tyto tři postoje:

- alkohol konzumují kde se dá (4 studenti; 2 %)
- alkohol konzumují u přátel (1 student; 0,5 %)
- záleží na tom s kým (1 student; 0,5 %)

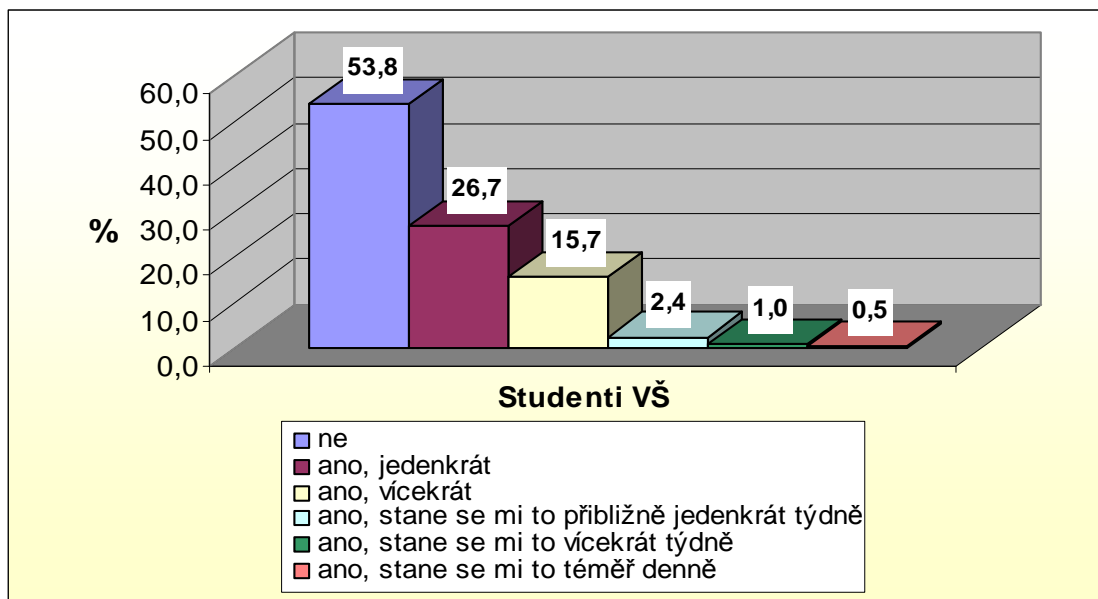
Graf 9: Nejoblíbenější druh alkoholického nápoje (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 uvádí, že z celkového počtu 210 studentů (100 %), kteří užívají alkohol, jsou nejoblíbenějšími druhy alkoholických nápojů víno, a to u 88 studentů (41,9 %) a pivo (86 studentů, 41 %). Míchané nápoje konzumuje celkem 28 dotázaných (13,3 %) a nejméně z nich, a to pouze 8 (3,8 %), konzumuje tvrdý alkohol.

Graf 10: Výskyt opilosti u respondentů za poslední měsíc (v %)

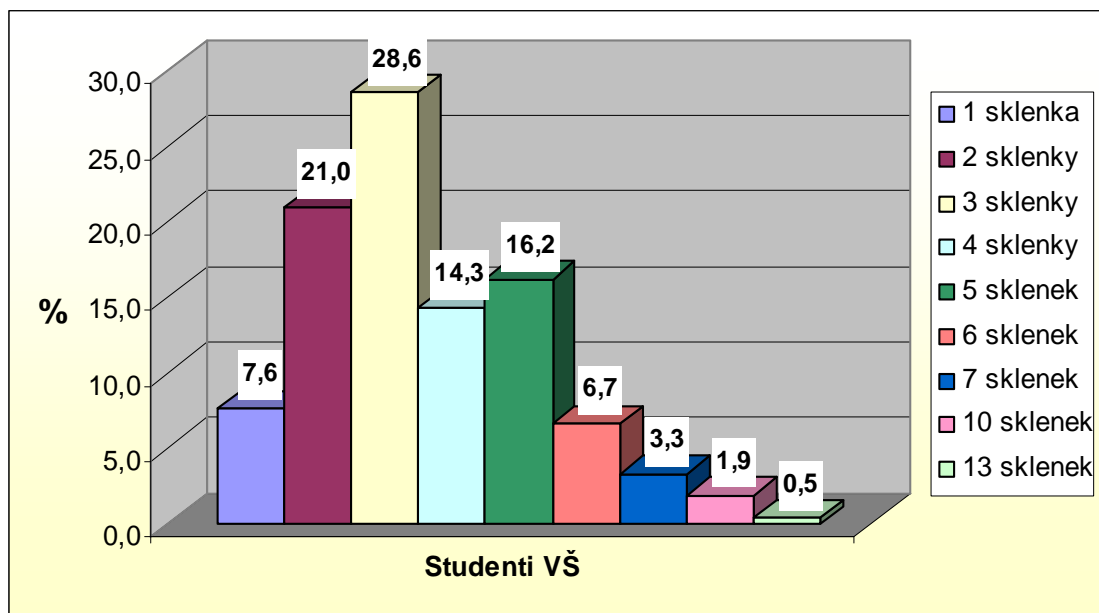


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10 znázorňuje výskyt „opravdové opilosti“ u respondentů během posledního měsíce. Z celkového počtu 210 respondentů (100 %) užívajících alkohol se jich nadpoloviční většina neopila, jedná se celkem o 113 dotázaných (53,8 %). Jedenkrát v měsíci se opilo 56 studentů (26,7 %) a vícekrát 33 studentů (15,7 %). Přibližně jedenkrát týdně bývá opilých 5 studentů (2,4 %), vícekrát týdně 2 (1 %) a téměř denně 1 student (0,5 %).

Graf 11: Průměrný počet sklenek vypitých při jednom posezení (v %)

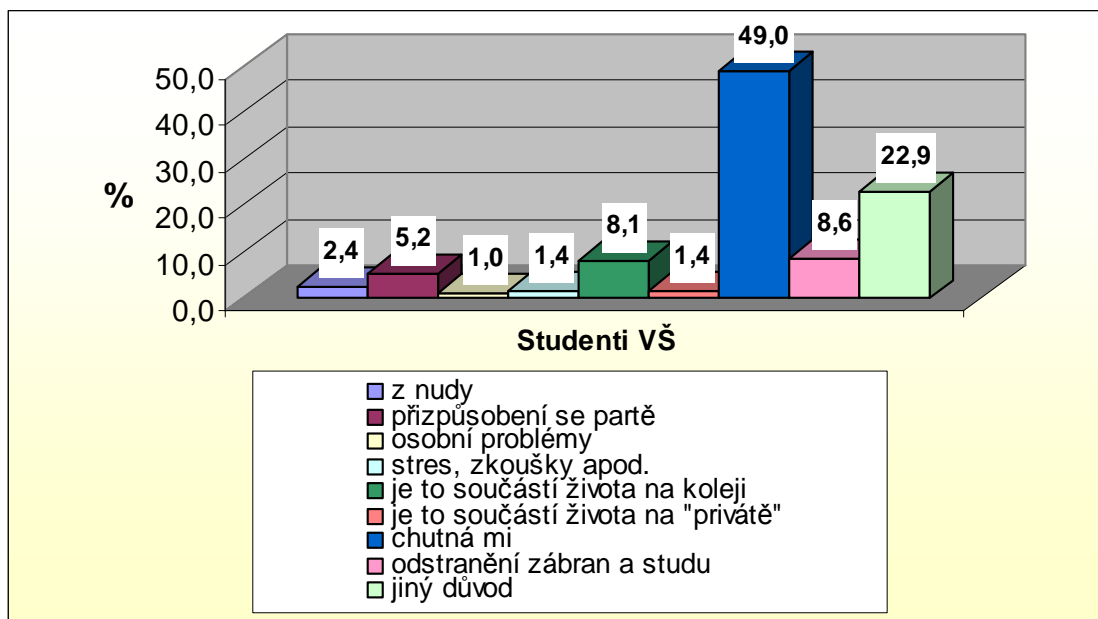
(1 sklenka = 2 dl vína nebo 0,5 l piva nebo 0,5 dl destilátu)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 11 je uvedeno, kolik respondenti vypijí v průměru sklenek alkoholických nápojů během jednoho posezení. Z celkového počtu 210 respondentů (100 %) užívajících alkohol byly „3 sklenky“ nejčastější odpovědí, a to u 60 studentů (28,6 %), 2 sklenky konzumuje 44 dotázaných (21 %), 5 sklenek 34 dotázaných (16,2 %) a 4 sklenky uvedlo 30 dotázaných (14,3 %). Nejnižší počet sklenek, a to pouze 1, uvedlo 16 studentů (7,6 %). 6 sklenek konzumuje 14 studentů (6,7 %), 7 sklenek 7 studentů (3,3 %), dále pak 10 sklenek 4 studenti (1,9 %) a nejvyšší počet sklenek uvedl 1 student (0,5 %), který konzumuje 13 sklenek při jednom posezení.

Graf 12: Nejčastější důvody vedoucí ke konzumaci alkoholu (v %)



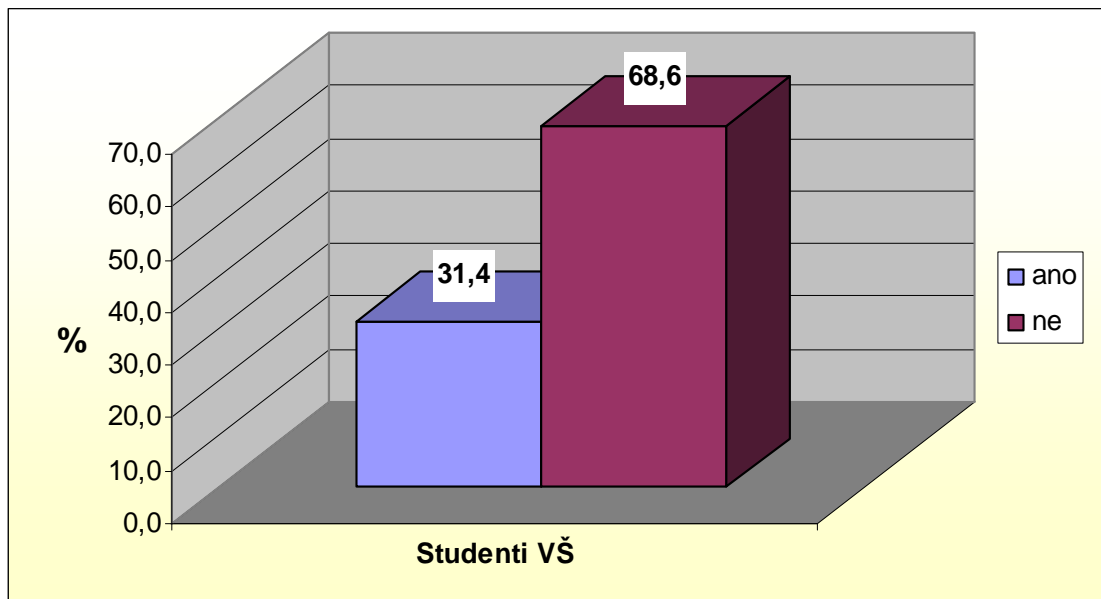
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 uvádí nejčastější důvody, které vedou studenty ke konzumaci alkoholu. Z celkového počtu 210 respondentů (100 %) užívajících alkohol téměř polovina uvedla, tzn. 103 studentů (49 %), že jim alkohol chutná. Druhá nejčastější odpověď byla „jiný důvod“, kterou uvedlo 48 studentů (22,9 %). Odstranění zábran a studu je důvodem ke konzumaci alkoholu u 18 studentů (8,6 %), Odpověď „je to součástí života na koleji“ uvedlo 17 studentů (8,1 %) a „přizpůsobení se partě“ uvedlo 11 studentů (5,2 %). 3 studenti (1,4 %) odpověděli, že důvodem je stres nebo zkoušky na VŠ. Že je to součástí života na „privátu“ uvedli shodně 3 studenti (1,4 %). Osobní problémy jsou důvodem ke konzumaci alkoholu u 2 studentů (1 %).

Pokud studenti odpověděli, že alkohol užívají z jiného důvodu (jedná se celkem o 48 studentů; 22,9 %), uvedli nejčastěji tyto čtyři důvody:

- oslava (15 studentů; 7,1 %)
- posezení s přáteli (15 studentů; 7,1 %)
- uvolnění (8 studentů; 3,8 %)
- zábava (5 studentů; 2,4 %)

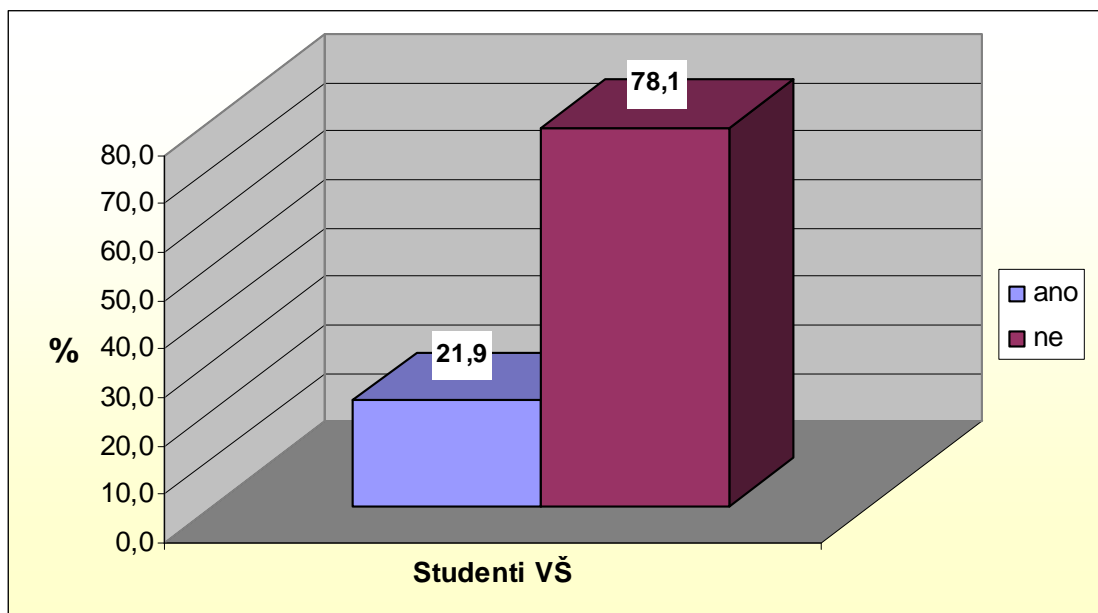
Graf 13: Potřeba zvyšování množství alkoholu k dosažení dřívějšího účinku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 13 je znázorněno, kolika studentům se někdy stalo, že by potřebovali zvyšovat množství alkoholu k dosažení stejného účinku. Z celkového počtu 210 respondentů (100 %) užívajících alkohol odpověděla většina, a to 144 studentů (68,6 %), že toto množství nemusela nikdy zvyšovat. 66 studentů (31,4 %) však toto množství již někdy zvyšovat muselo.

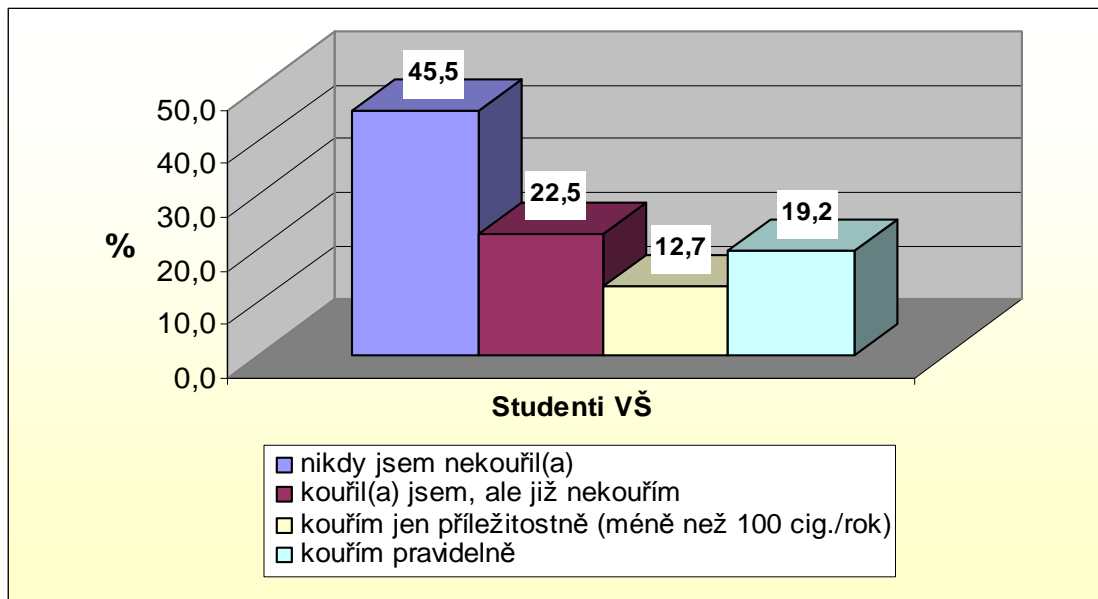
Graf 14: Pocit respondentů týkající se neschopnosti ovládat konzumaci alkoholu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 14 znázorňuje odpovědi na otázku, zda měli respondenti někdy pocit, že pití alkoholu přestávají ovládat. Z celkového počtu 210 respondentů (100 %) užívajících alkohol uvedlo 164 studentů (78,1 %), že tento pocit nemělo a 46 studentů (21,9 %) uvedlo, že ano.

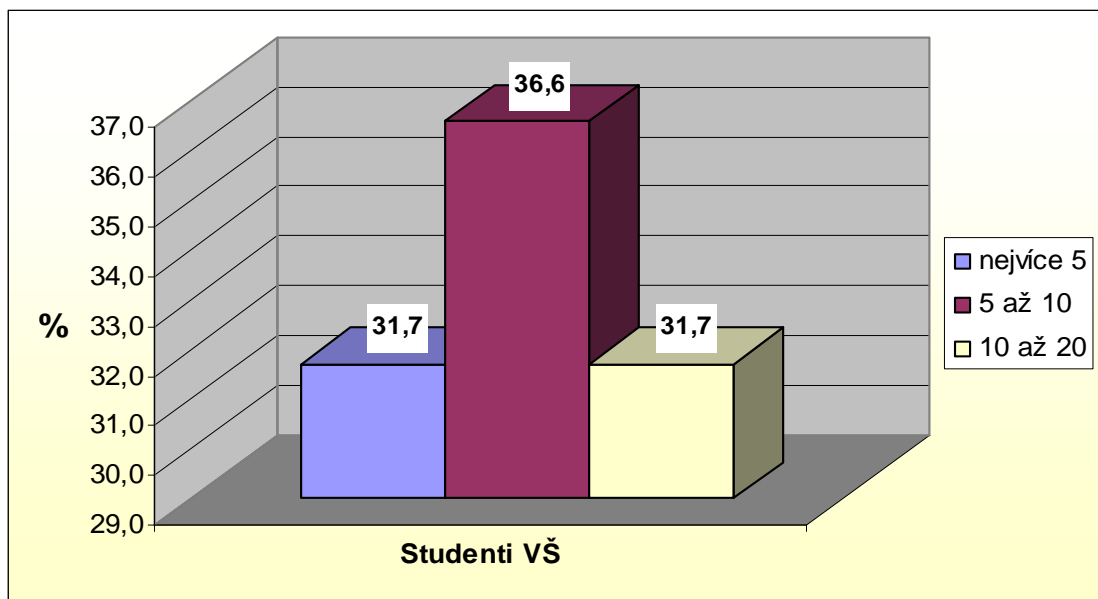
Graf 15: Postoj respondentů ke kouření tabákových výrobků (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 15 jsou uvedeny postoje studentů ke kouření tabákových výrobků. Z celkového počtu 213 respondentů (100%) je nejpočetněji zastoupena skupina respondentů, která nikdy nekouřila (97 respondentů, 45,5 %), následuje 48 studentů (22,5 %), kteří kouřili, ale již nekouří. Pravidelně kouří celkem 41 studentů (19,2 %) a příležitostných kuřáků je celkem 27 (12,7 %).

Graf 16: Průměrný denní počet vykouřených cigaret u pravidelných kuřáků (v %)

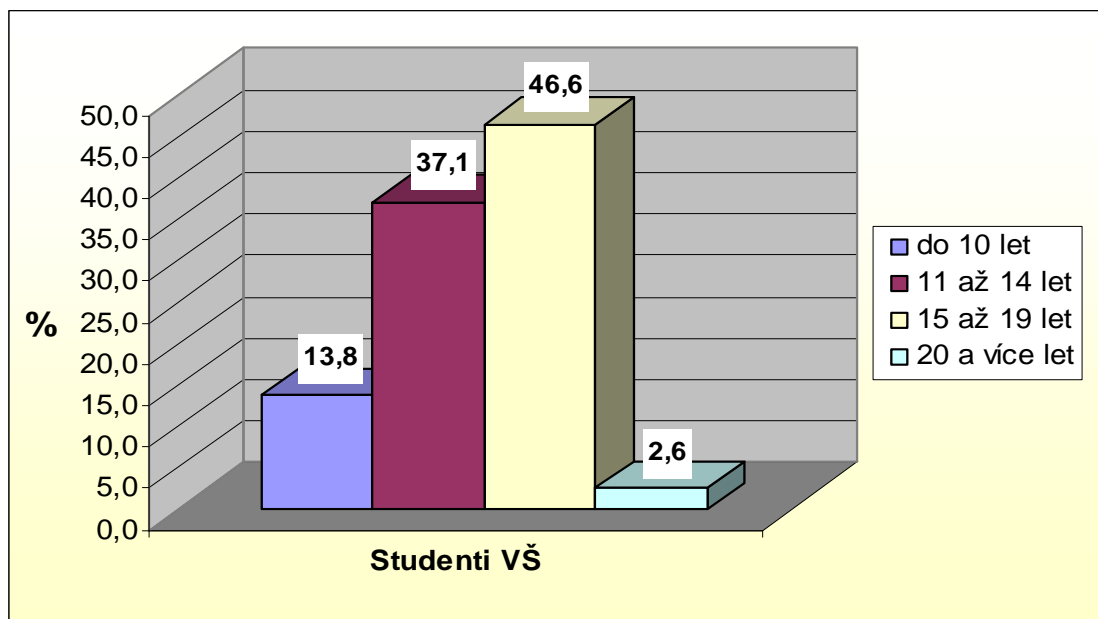


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 uvádí průměrný denní počet cigaret u pravidelných kuřáků. Tato otázka se tedy vztahovala pouze na respondenty, kteří u předchozí otázky odpověděli, že tabákové výrobky kouří pravidelně. Celek zde tedy tvoří 41 respondentů (100 %).

Z celkového počtu 41 studentů (100 %) uvedlo nejvíce studentů, a to 15 (36,6 %), že v průměru denně vykouří 5 až 10 cigaret. 13 studentů (31,7 %) odpovědělo, že denně vykouří nejvíce 5 cigaret a shodný počet studentů zvolil odpověď „10 až 20 cigaret“.

Graf 17: Věk první zkušenosti respondentů s kouřením tabákových výrobků (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17 znázorňuje věk respondentů, ve kterém měli první zkušenost s kouřením tabákových výrobků. Tato otázka se netýkala těch respondentů, kteří již uvedli, že tabákové výrobky nikdy nekouřili. Celek tedy tvoří 116 respondentů (100 %).

Z celkového počtu 116 respondentů uvedla téměř polovina (54; 46,6 %), že první zkušenost s kouřením tabákových výrobků měla v rozmezí věku 15 až 19 let. Věk 11 až 14 let byl zastoupen 43 studenty (37,1 %), následoval věk do 10 let, který uvedlo celkem 16 studentů (13,8 %) a nejnižší zastoupení měl věk 20 a více let, který uvedli pouze 3 dotázaní (2,6 %).

Tabulka 1: Věk první zkušenosti respondentů s kouřením tabákových výrobků

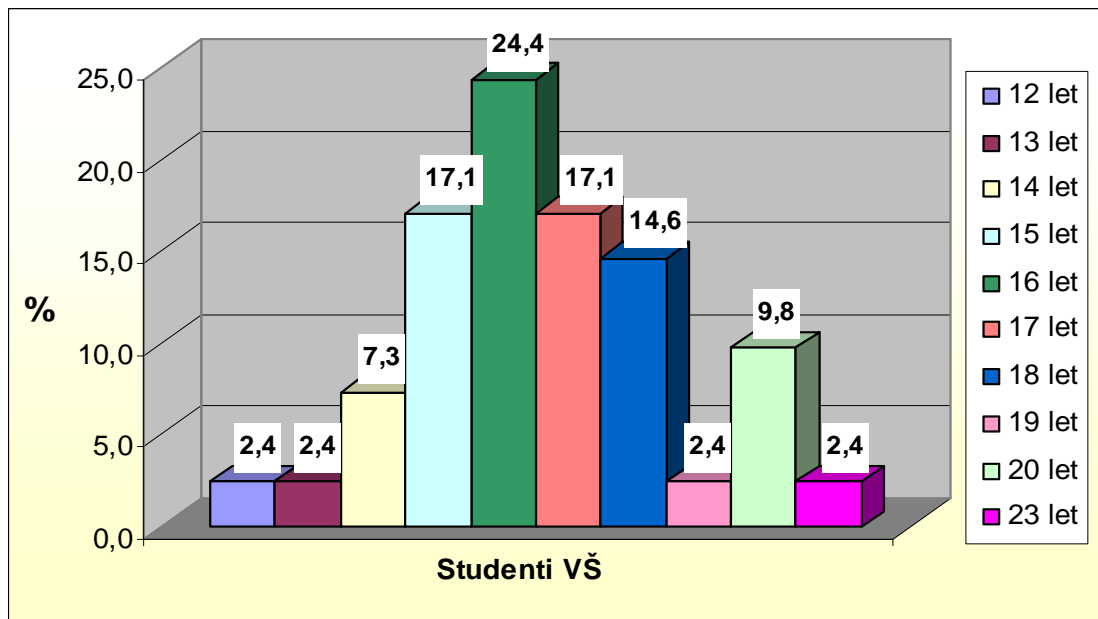
Věk	Počet respondentů	% respondentů
<i>5 let</i>	1	0,9
<i>7 let</i>	3	2,6
<i>8 let</i>	2	1,7
<i>9 let</i>	4	3,4
<i>10 let</i>	6	5,2
<i>11 let</i>	3	2,6
<i>12 let</i>	12	10,3
<i>13 let</i>	12	10,3
<i>14 let</i>	16	13,8
<i>15 let</i>	26	22,4
<i>16 let</i>	12	10,3
<i>17 let</i>	7	6,0
<i>18 let</i>	7	6,0
<i>19 let</i>	2	1,7
<i>20 a více let</i>	3	2,6

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 zobrazuje detailněji věk, ve kterém měli respondenti první zkušenost s kouřením tabákových výrobků. Celek tedy opět tvoří 116 respondentů (100 %), kteří již mají z minulosti zkušenost s kouřením.

Z tabulky je patrné, že nejvíce studentů mělo první zkušenost s kouřením tabákových výrobků v 15 letech, a to 26 studentů (22,4 %). Následoval věk 14 let, který uvedlo 16 dotázaných (13,8 %). Stejný počet respondentů (12; 10,3 %) uvedl věk 12, 13 a 16 let. Dále již následoval věk 17 a 18 let (7; 6 %), 10 let (6; 5,2 %), 9 let (4; 3,4 %). Věk 7, 11 a 20 a více let byl zastoupen stejným počtem respondentů (3; 2,6 %), 8 a 19 let uvedli 2 dotázaní (1,7 %) a 5 let 1 dotázaný (0,9 %).

Graf 18: Věk počátku pravidelného kouření tabákových výrobků (v %)

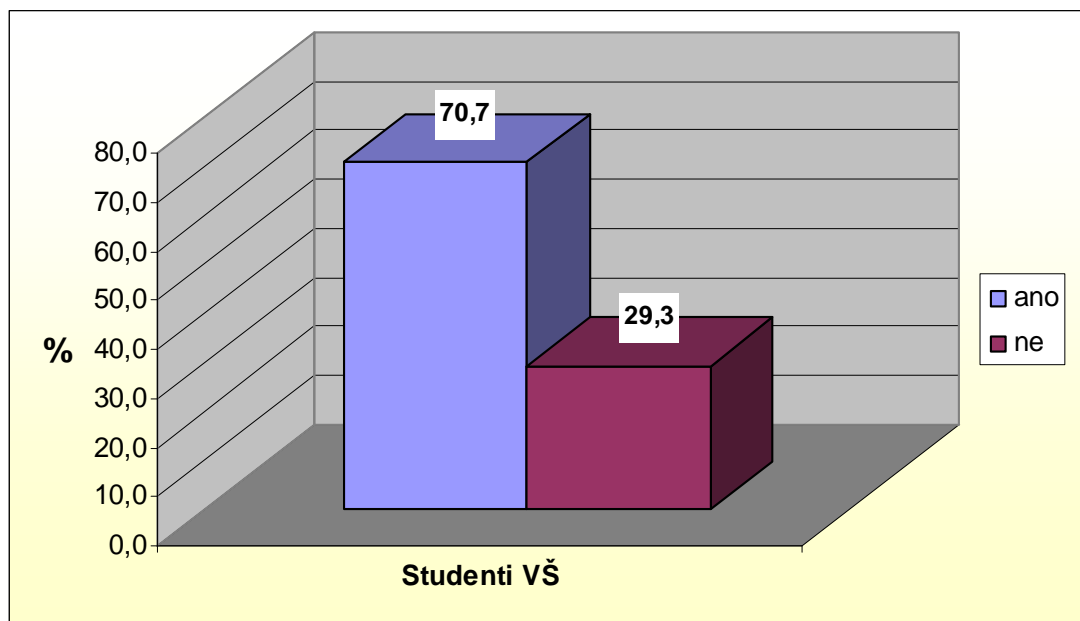


Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 18 je znázorněno, v kterém věku začali nejčastěji kouřit pravidelní kuřáci. Tato otázka se tedy vztahovala pouze na ně, tzn. celkem 41 respondentů (100 %).

Nejvíce studentů uvedlo věk 16 let (10; 24,4 %), následoval počet 7 studentů (17,1 %), který vždy uvedl věk 15 a 17 let. 18 let uvedlo 6 studentů (14,6 %), 20 let 4 (9,8 %), 14 let 3 (7,3 %) a vždy 1 student (2,4 %) uvedl věk 12, 13, 19 a 23 let.

Graf 19: Snaha respondentů přestat kouřit (v %)

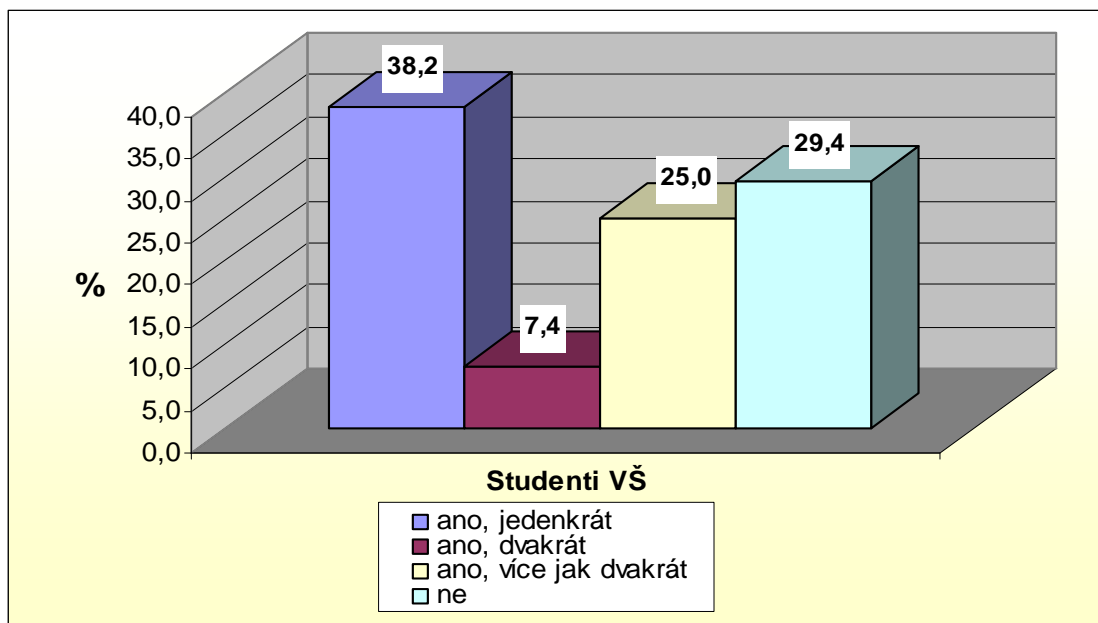


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19 znázorňuje odpověď na otázku, zda by respondenti chtěli přestat kouřit. Tato otázka se tedy vztahovala pouze na pravidelné kuřáky, tzn. 41 respondentů (100 %).

Převážná většina kouřících studentů odpověděla, že by přestat kouřit chtěla (29; 70,7 %), 12 studentů (29,3 %) odpovědělo, že ne.

Graf 20: Dřívější pokus respondentů přestat kouřit (v %)

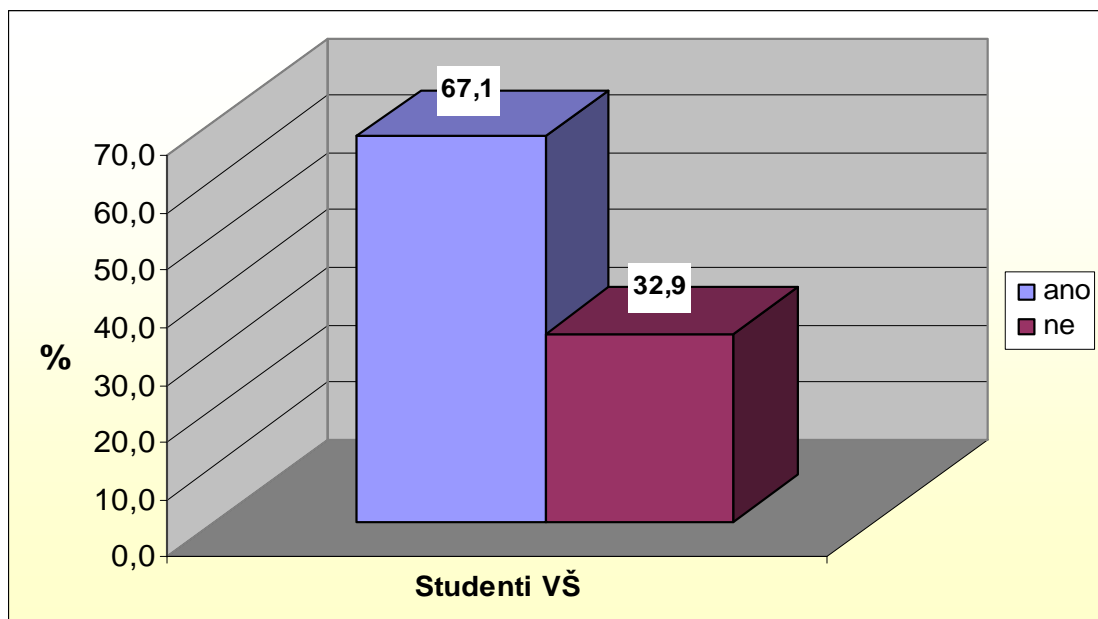


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20 se týká dřívějších pokusů respondentů přestat kouřit. Tato otázka se vztahovala pouze na pravidelné a příležitostné kuřáky, tzn. celkem 68 respondentů (100 %).

Nejvíce studentů uvedlo, že se přestat kouřit jedenkrát pokusilo (26; 38,2 %). 20 studentů (29,4 %) odpovědělo, že ne. Více jak dvakrát se o to pokusilo 17 studentů (25 %) a dvakrát to zkusilo 5 studentů (7,4 %).

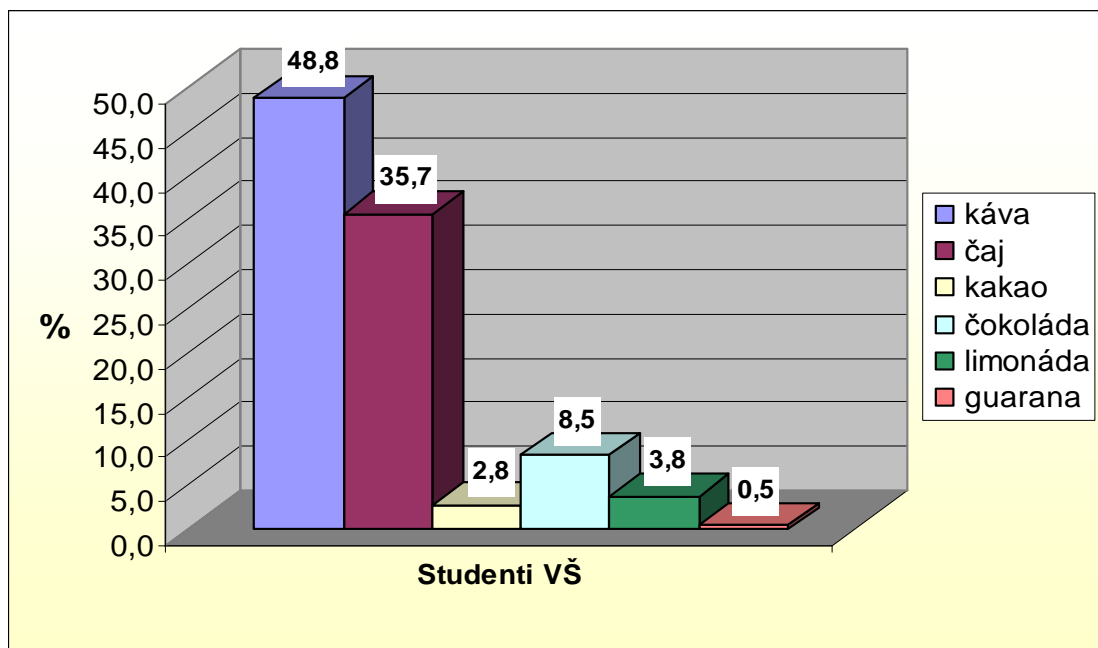
Graf 21: Souhlas s absolutním zákazem kouření v restauracích (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 21 je znázorněn názor studentů, zda souhlasí s absolutním zákazem kouření v restauracích. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) projevily více než dvě třetiny respondentů (143; 67,1 %) souhlas se zákazem kouření v restauracích. 70 studentů (32,9 %) se zákazem nesouhlasí.

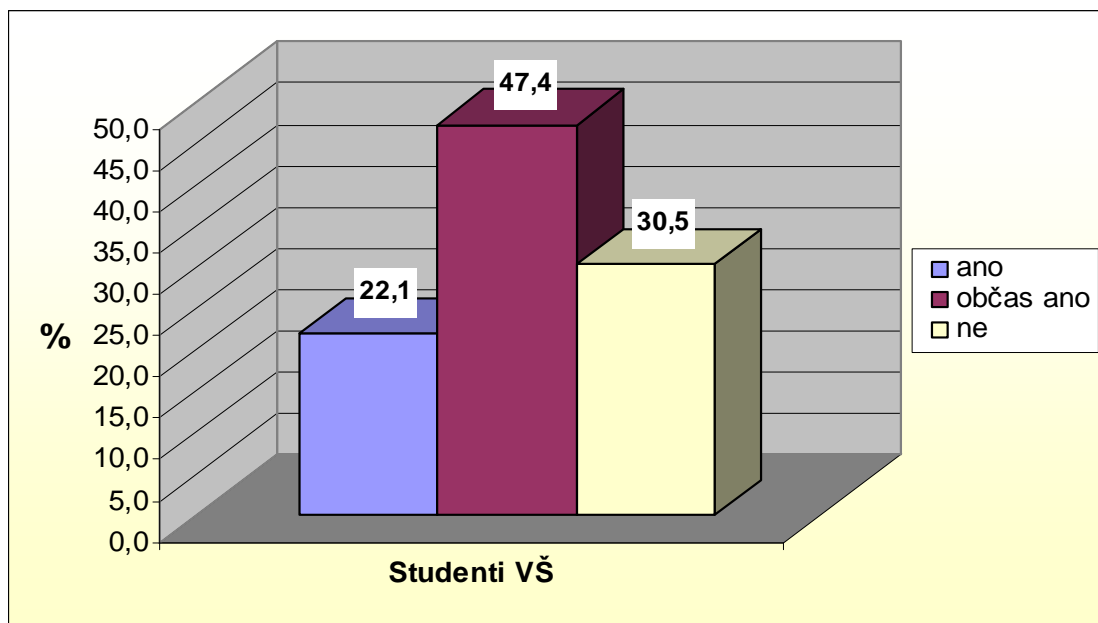
Graf 22: Nejčastěji přijímaná forma kofeinu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 22 jsou uvedeny postoje studentů ke kofeinu, konkrétně v jaké formě jej nejčastěji přijímají. Z celkového počtu 213 respondentů (100%) je nejpočetněji zastoupena skupina respondentů, kteří kofein přijímají ve formě kávy. Jedná se celkem o 104 studentů (48,8 %). Druhým nejčastějším nápojem je čaj, a to u 76 dotázaných (35,7 %), následuje čokoláda, kterou uvedlo 18 dotázaných (8,5 %). Limonáda (Coca-Cola apod.) byla označena 8 studenty (3,8 %), kakao 6 studenty (2,8 %) a Guarana byla označena pouze jedenkrát (0,5 %).

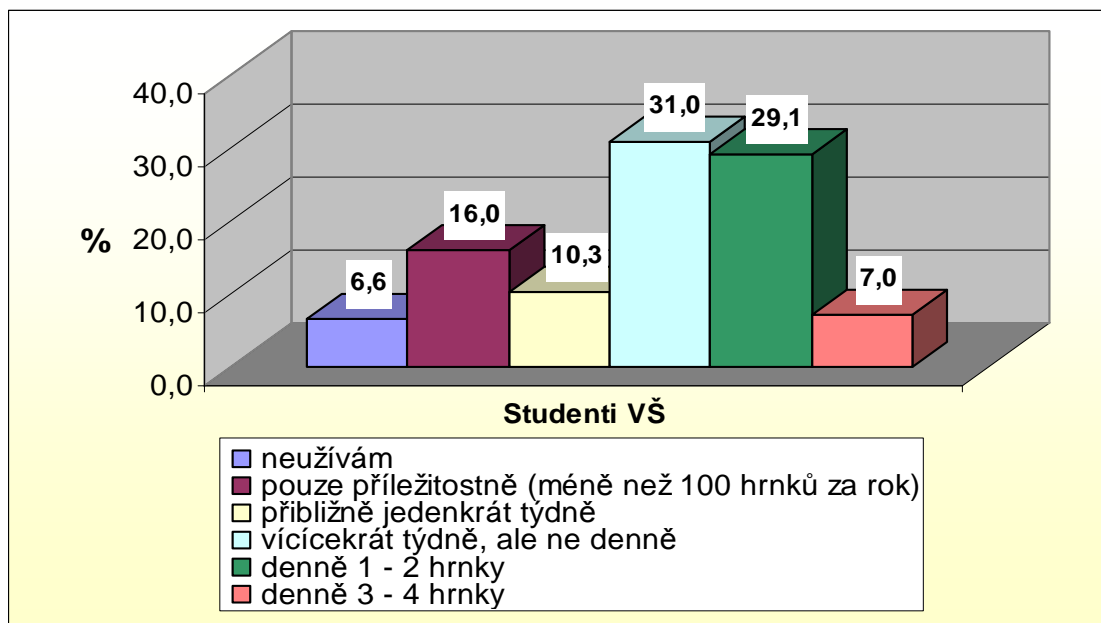
Graf 23: Potřeba kofeinu k běžnému pracovnímu / studentskému vytížení (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 23 zjišťoval, zda-li studenti potřebují kofein k běžnému životu a pracovnímu či studentskému vytížení. Z celkového počtu 213 respondentů (100%) odpověděla téměř polovina dotázaných (101; 47,4 %), že občas ano. Kofein k tomuto účelu nepotřebuje 65 dotázaných (30,5 %) a naopak 47 dotázaných (22,1 %) odpovědělo, že ano.

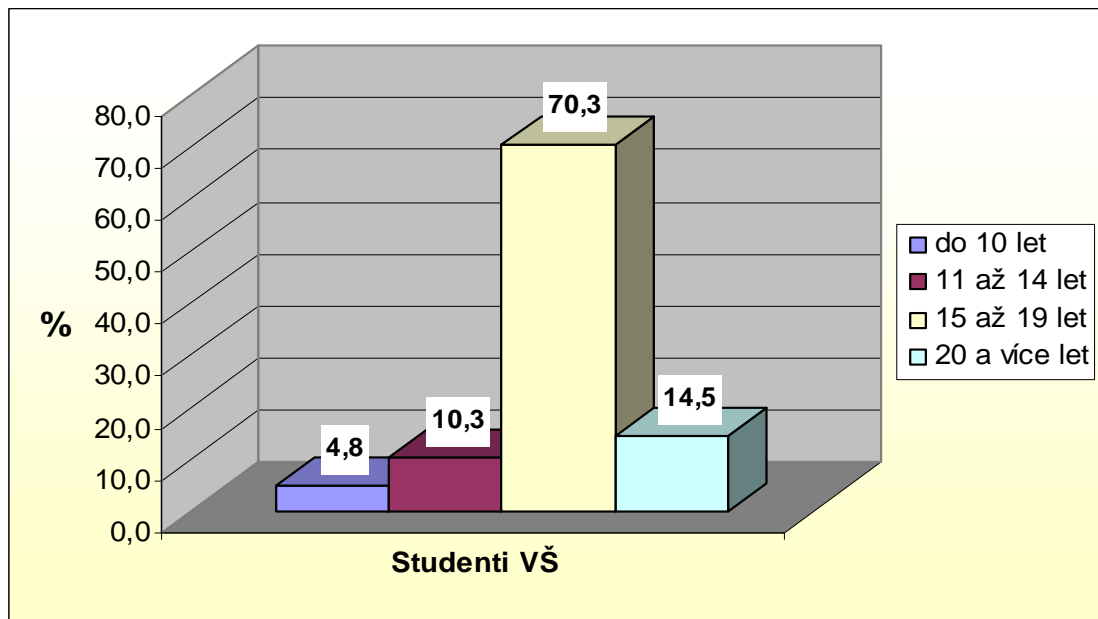
Graf 24: Postoj respondentů ke konzumaci kávy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 24 zobrazuje postoje studentů ke konzumaci kávy. Z celkového počtu 213 respondentů (100%) je nejvíce zastoupena skupina respondentů konzumující kávu vícekrát týdně, ale ne denně. Jedná se o 66 studentů (31 %). Téměř vyrovnaný počet studentů (62; 29,1 %) kávu konzumuje denně, a to 1 až 2 hrnky. Pouze příležitostně pije kávu 34 studentů (16 %), jedenkrát týdně 22 (10,3 %), denně 3 až 4 hrnky vypije 15 studentů (7 %). Z celkového počtu 213 respondentů kávu neužívá pouze 14 z nich (6,6 %).

Graf 25: Věk počátku pravidelné konzumace kávy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 25 znázorňuje věk respondentů, od kterého začali pravidelně konzumovat kávu. Otázka se tedy netýkala těch, kteří v předchozí otázce odpověděli, že kávu neužívají či ji užívají pouze příležitostně. Celek tedy tvoří 165 respondentů (100 %).

Konzumaci kávy zahájilo nejvíce studentů ve věku 15 až 19 let, a to celkem 116 (70,3 %). Ve 20 a více letech ji začalo užívat 24 studentů (14,5 %), 11 až 14 let uvedlo 17 studentů (10,3 %) a nejméně dotázaných začalo konzumovat kávu ve věku do 10 let (8; 4,8 %).

Tabulka 2: Věk počátku pravidelné konzumace kávy

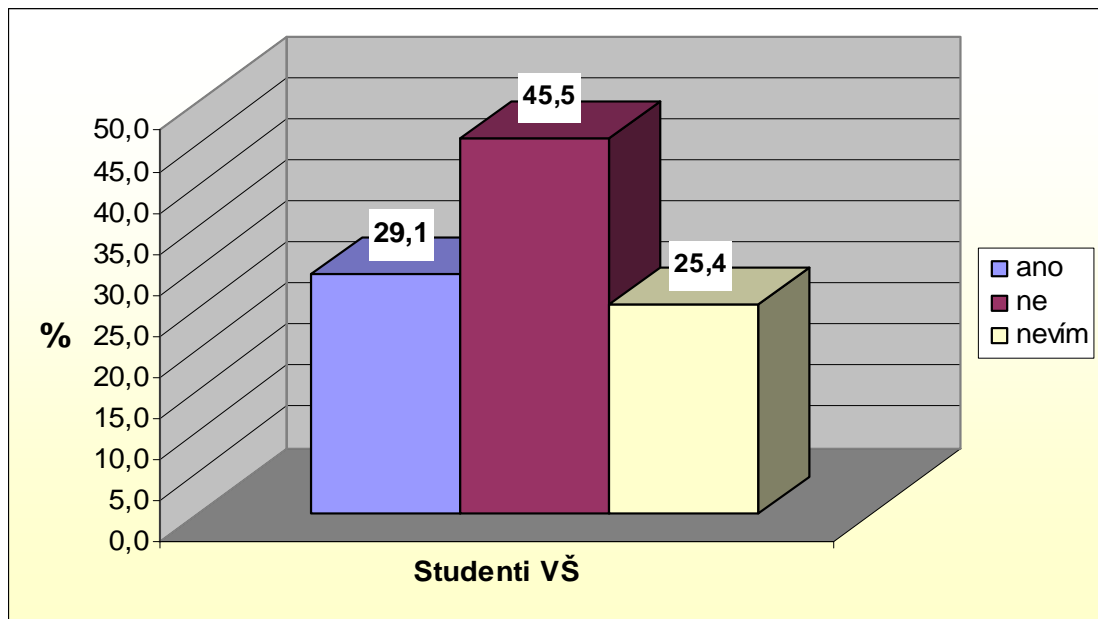
Věk	Počet respondentů	% respondentů
<i>6 let</i>	2	1,2
<i>8 let</i>	1	0,6
<i>9 let</i>	2	1,2
<i>10 let</i>	3	1,8
<i>11 let</i>	3	1,8
<i>12 let</i>	5	3,0
<i>13 let</i>	5	3,0
<i>14 let</i>	4	2,4
<i>15 let</i>	30	18,2
<i>16 let</i>	24	14,5
<i>17 let</i>	22	13,3
<i>18 let</i>	28	17,0
<i>19 let</i>	12	7,3
<i>20 a více let</i>	24	14,5

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 zobrazuje detailněji věk, ve kterém začali respondenti konzumovat kávu. Celek tedy opět tvoří 165 respondentů (100 %), kteří konzumují kávu pravidelně.

Nejčastěji byl věk počátku konzumace kávy uváděn věk 15 let, a to u 30 dotázaných (18,2 %), následoval věk 18 let, který uvedlo 28 studentů (17 %), dále shodně věk 16 a 20 a více let u 24 respondentů (14,5 %). V 17 letech začalo kávu užívat 22 studentů (13,3 %), následoval věk 19 let u 12 studentů (7,3 %), věk 12 a 13 let uvedlo shodně 5 studentů (3 %) a 14 let studenti 4 (2,4 %). Odpověď 10 a 11 let zvolili 3 studenti (1,8 %), 6 a 9 let 2 studenti (1,2 %) a v 8 letech začal konzumovat kávu pouze 1 dotázaný (0,6 %).

Graf 26: Škodlivost konzumace kávy (v %)



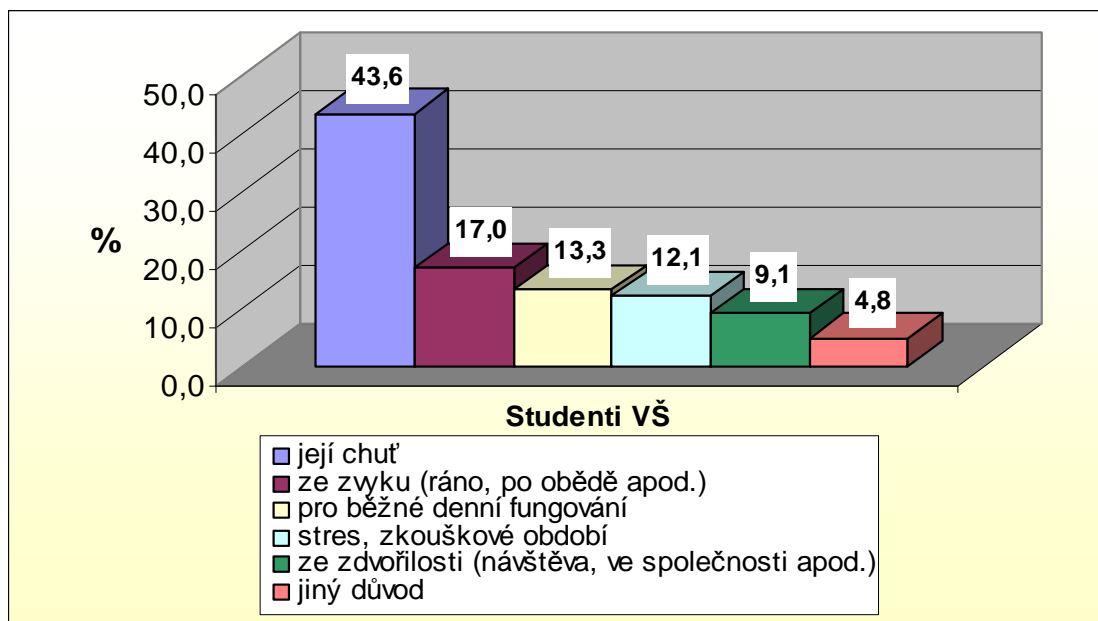
Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 26 je znázorněn názor studentů týkající se škodlivosti konzumace kávy. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) jich 97 (45,5 %) uvedlo, že káva není škodlivá. 62 studentů (29,1 %) si myslí, že ano a 54 (25,4 %) dotázaných neví.

Pokud studenti odpověděli, že káva škodlivá je (jedná se celkem o 62 studentů; 29,1 %), uvedli nejčastěji tyto čtyři důvody, proč si tak myslí:

- zvyšuje krevní tlak (21 studentů; 33,9 %)
- je návyková (11 studentů; 17,7 %)
- dehydratuje organismus (11 studentů; 17,7 %)
- je škodlivá pouze ve větším množství (11 studentů; 17,7 %)

Graf 27: Nejčastější důvody vedoucí ke konzumaci kávy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

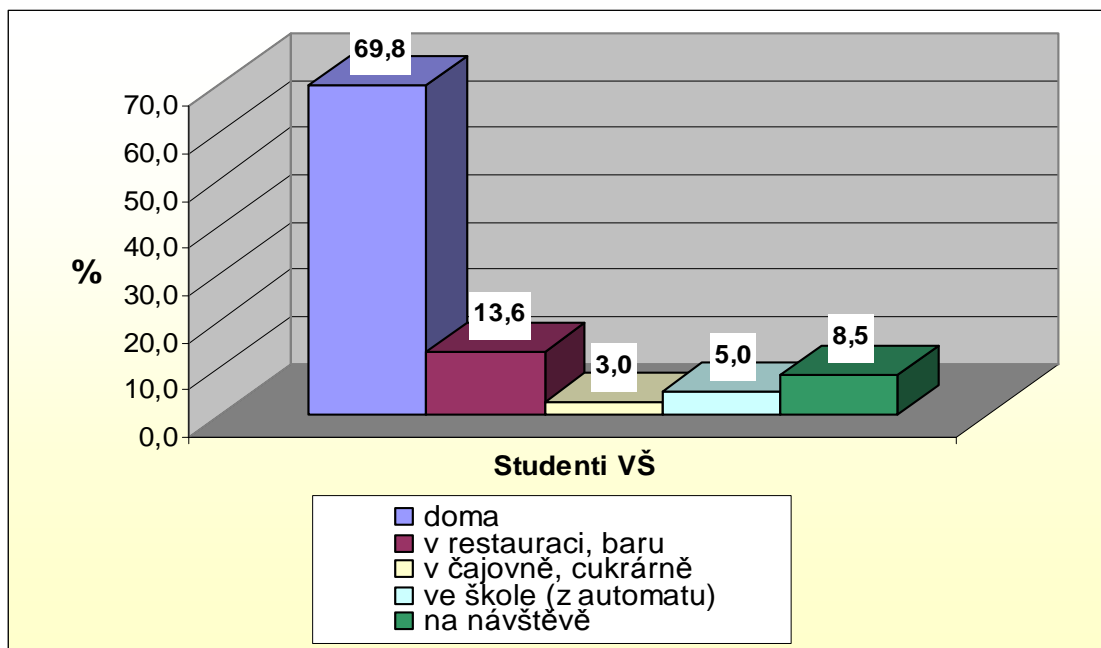
Graf 27 uvádí nejčastější důvody, které vedou studenty ke konzumaci kávy. Celek tedy tvoří 165 respondentů (100 %), kteří konzumují kávu pravidelně.

Z toho počtu odpovědělo nejvíce respondentů, že kávu konzumují kvůli její chuti (72; 43,6 %), 28 studentů (17 %) ji konzumuje ze zvyku (např. ráno po probuzení, po obědě apod.), 22 studentů (13,3 %) pro běžné denní fungování, 20 studentů (12,1 %) při stresu či zkouškovém období. Ze zdvořilosti (např. na návštěvě, ve společnosti apod.) kávu konzumuje 15 dotázaných (9,1 %) a z jiného důvodu 8 (4,8 %).

Pokud studenti odpověděli, že kávu užívají z jiného důvodu (jedná se celkem o 8 studentů; 4,8 %), uvedli tyto tři důvody:

- pro povzbuzení (5 studentů; 3 %)
- společenská událost (2 studenti; 1,2 %)
- k určitým pokrmům (1 student; 0,6 %)

Graf 28: Nejčastější místo konzumace kávy (v %)

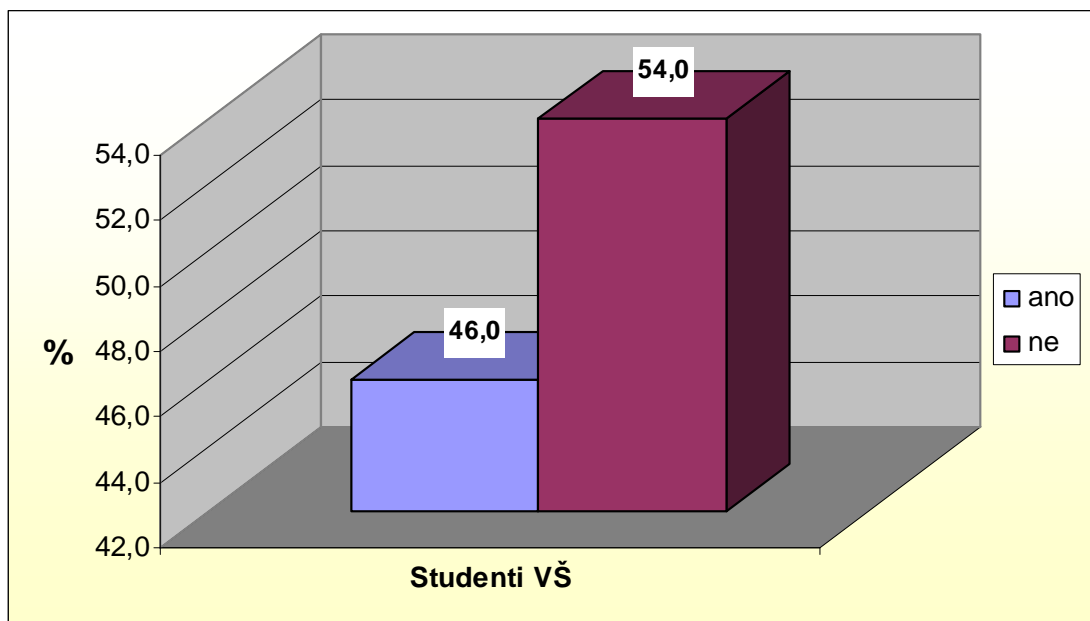


Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 28 můžeme vypočítat, kde nejčastěji studenti konzumují kávu. Otázka se netýkala těch, kteří kávu vůbec nekonzumují. Celkem tedy tvořilo 199 respondentů (100 %).

Největší zastoupení měla odpověď „doma“, kterou zvolilo 139 dotázaných (69,8 %). V restauraci nebo baru ji konzumuje 27 dotázaných (13,6 %), na návštěvě 17 (8,5 %), ve škole pije kávu z automatu 10 studentů (5 %) a v čajovně či cukrárně 6 studentů (3 %).

Graf 29: Zkušenost respondentů s užíváním léků bez lékařského doporučení (v %)

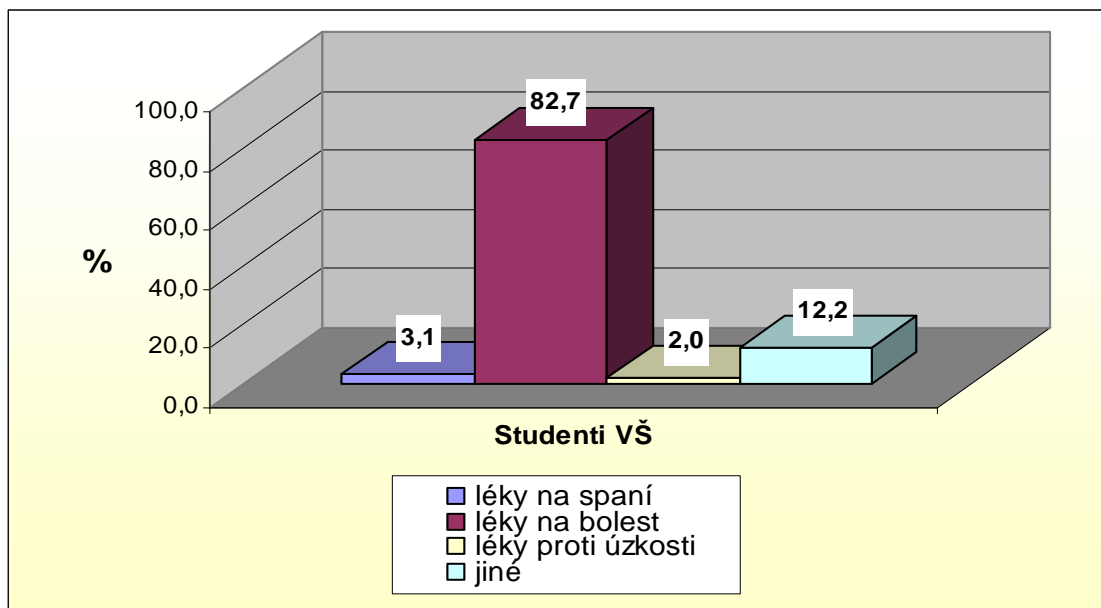


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 29 zobrazuje zkušenost studentů s léky bez lékařského doporučení a odpovídá na otázku, zda-li tyto léky studenti někdy během studia užíli.

Z celkového počtu 213 studentů (100 %) neužilo léky během studia 115 studentů (54 %) a naopak 98 (46 %) ano.

Graf 30: Užívaná skupina léků bez lékařského doporučení (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

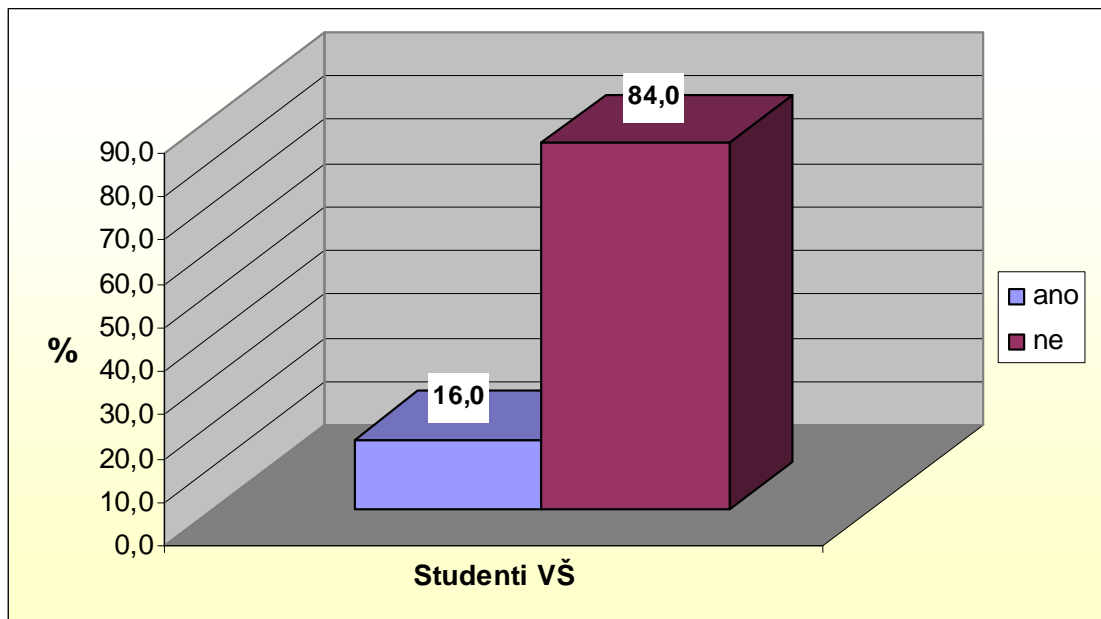
Graf 30 zobrazuje, která skupina léků bez lékařského doporučení byla studenty nejčastěji užita. Otázka se týkala pouze těch respondentů, kteří někdy během studia tyto léky užívali, tzn. 98 respondentů (100 %).

Z toho počtu uvedlo nejvíce studentů, a to 81 (82,7 %), že užívali léky na bolest. Odpověď „jiné léky“ zvolilo 12 dotázaných (12,2 %), 3 studenti (3,1 %) během studia užívali léky na spaní a 2 studenti (2 %) léky proti úzkosti.

Pokud studenti odpověděli, že užívali jiné léky (jedná se celkem o 12 studentů; 12,2 %), uvedli tyto druhy léků:

- proti nachlazení (5 studentů; 5,1 %)
- na zažívací obtíže (4 studenti; 4,1 %)
- Cannabis indicus (1 student; 1 %)
- antitusika (1 student; 1 %)
- stimulační léky (1 student; 1 %)

Graf 31: Nynější užívání léků bez lékařského doporučení respondenty (v %)



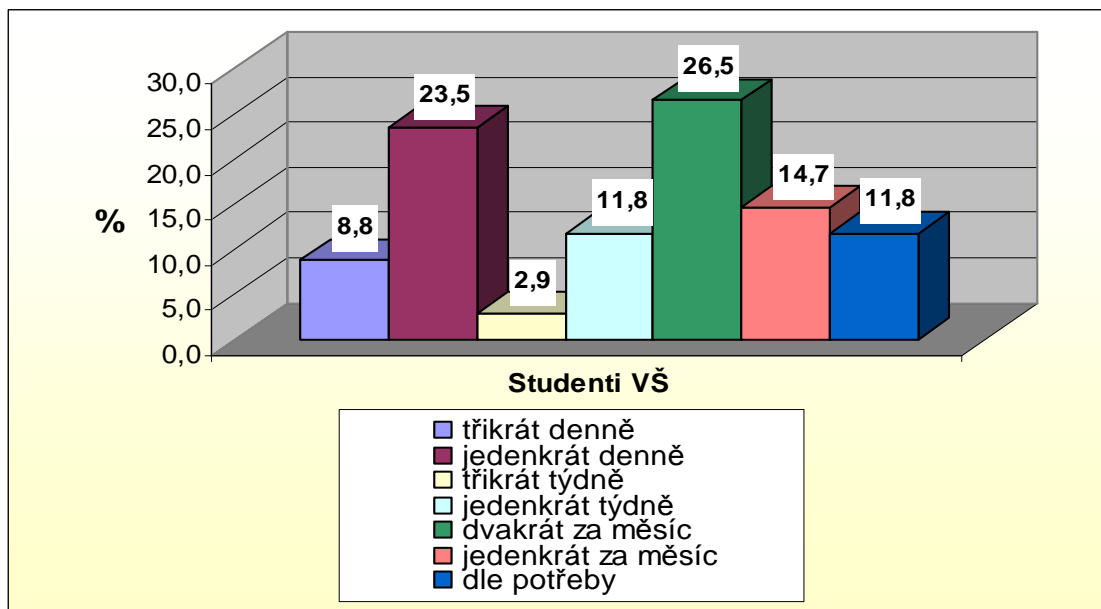
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 31 zjišťoval, zda studenti v současné době užívají nějaké léky bez lékařského doporučení. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) odpověděla většina dotázaných (179; 84 %), že ne. 34 dotázaných (16 %) naopak uvedlo, že některé léky bez lékařského doporučení nyní užívá.

Pokud studenti odpověděli, že některé tyto léky nyní užívají (jedná se celkem o 34 studentů; 16 %), uvedli nejčastěji tyto tři druhy léků:

- léky na bolest (14 studentů; 6,6 %)
- Paralen (9 studentů; 4,2 %)
- léky na posílení imunity (3 studenti; 1,4 %)

Graf 32: Frekvence užívání léků bez lékařského doporučení respondenty v současné době (v %)

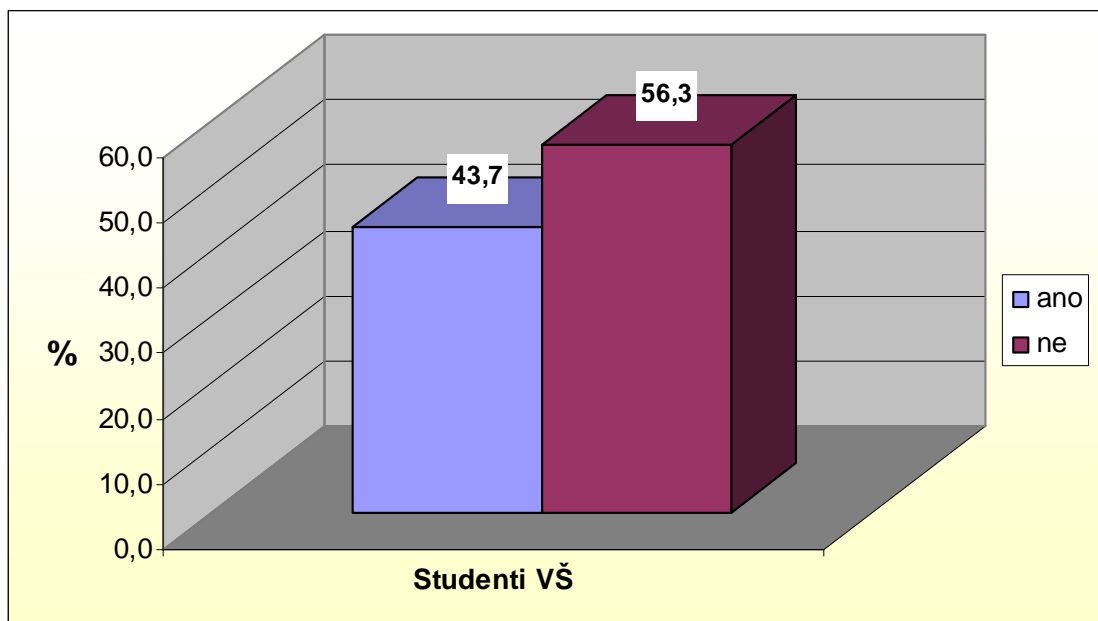


Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 32 je znázorněna frekvence užívání léků bez lékařského doporučení, které studenti nyní užívají. Otázka se týkala pouze těch respondentů, kteří některé tyto léky nyní užívají, tzn. 34 respondentů (100 %).

Z tohoto počtu respondentů uvedlo 9 dotázaných (26,5 %), že léky bez lékařského doporučení užívají dvakrát za měsíc, jedenkrát denně je užívá 8 dotázaných (23,5 %), jedenkrát za měsíc 5 (14,7 %), jedenkrát týdně a dle potřeby je užívají shodně 4 studenti (11,8 %), tříkrát denně 3 studenti (8,8 %) a nejméně byla zastoupena odpověď „tříkrát týdně“, kterou zvolil 1 dotázaný (2,9 %).

Graf 33: Nynější užívání volně prodejných léků a přípravků respondenty (v %)



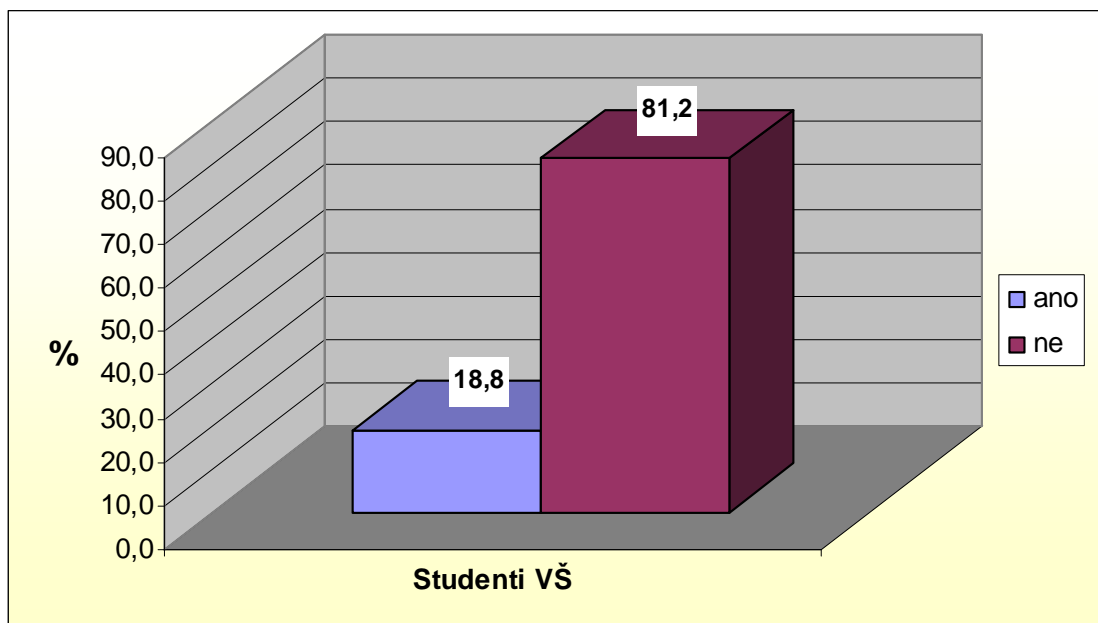
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 33 se týkal volně prodejných léků a přípravků (např. doplňky stravy, vitamíny, minerály apod.). Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) uvedla více než polovina (120 studentů; 56,3 %), že volně prodejné léky a přípravky neužívá a 93 studentů (43,7 %) naopak ano.

Pokud studenti zvolili odpověď „ano“ (jedná se celkem o 93 studentů; 43,7 %), uvedli nejčastěji těchto pět druhů volně prodejných léků a přípravků:

- vitamíny (63 studentů; 29,6 %)
- beta karoten (5 studentů; 2,4 %)
- guarana (5 studentů; 2,4 %)
- Ginkgo biloba (4 studenti; 1,9 %)
- přípravky na posílení imunity (4 studenti; 1,9 %)

Graf 34: Potřeba podpůrných prostředků během zkouškového období (v %)



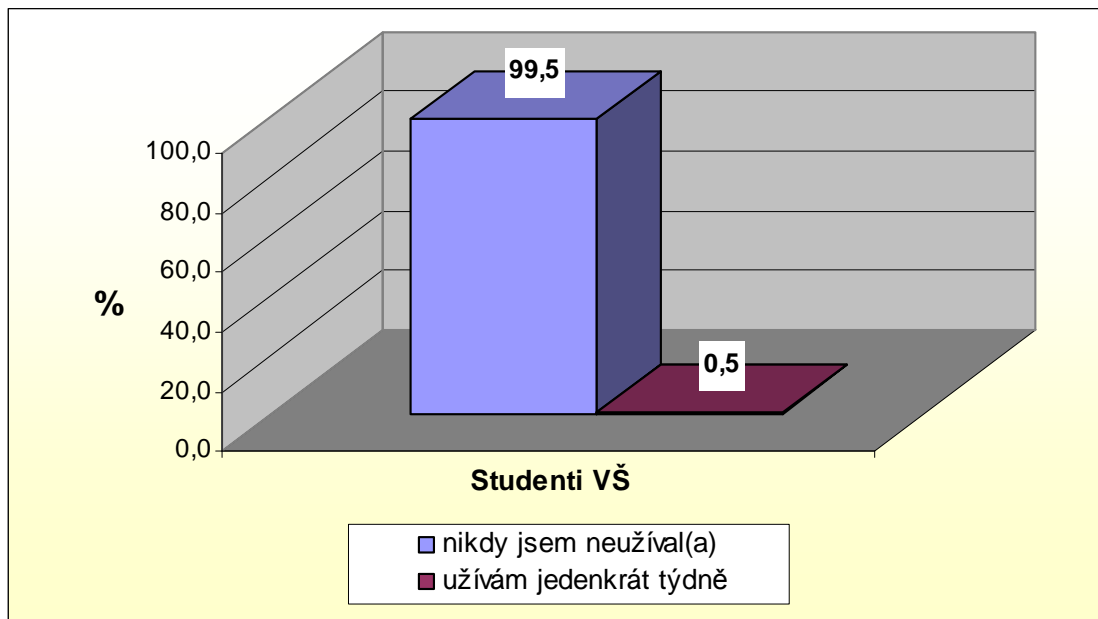
Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 34 je znázorněno, zda si respondenti během zkouškového období pomáhají nějakými podpůrnými prostředky, léky apod. více než v běžném období v roce. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) si těmito prostředky nepomáhá celkem 173 dotázaných (81,2 %) a 40 dotázaných (18,8 %) ano.

Pokud studenti zvolili odpověď „ano“ (jedná se celkem o 40 studentů; 18,8 %), uvedli nečastěji tyto čtyři druhy podpůrných prostředků:

- Ginkgo biloba (10 studentů; 4,7 %)
- káva (9 studentů; 4,2 %)
- guarana (7 studentů; 3,3 %)
- energetické nápoje (Semtex, Red Bull) (7 studentů; 3,3 %)

Graf 35: Postoj respondentů k užívání anabolických látek (dopingu) (v %)

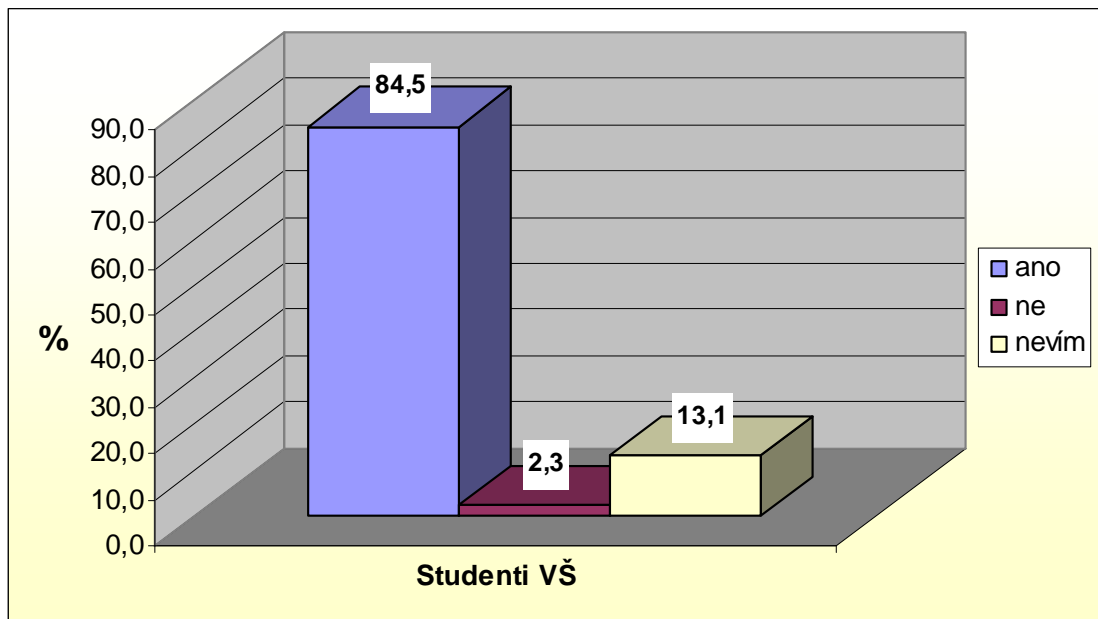


Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 35 je uveden postoj respondentů k užívání anabolických látek (dopingu). Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) uvedli téměř všichni dotázaní (212; 99,5 %), že tyto látky nikdy neužívali. Pouze 1 student (0,5 %) tyto látky užívá jedenkrát týdně.

Dále tento respondent uvedl, že anabolické látky poprvé užil v 15 letech. Důvodem současného užívání je to, že zvyšují silové schopnosti respondenta. Tento dotázaný také uvedl, že v současnosti provozuje závodně sport.

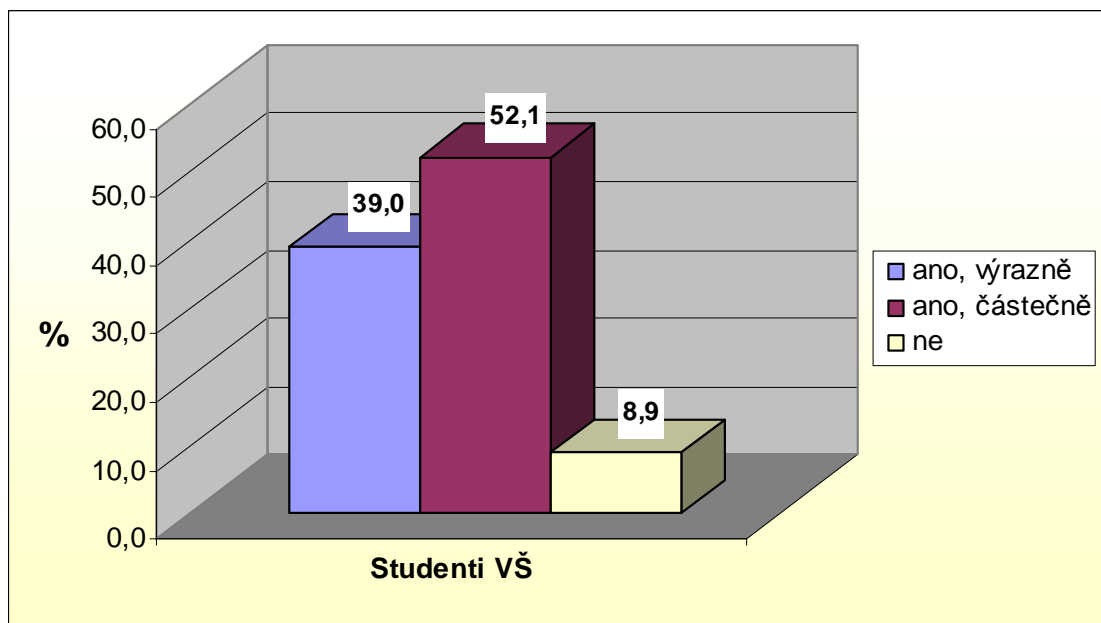
Graf 36: Škodlivost užívání anabolických látek (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 36 se zaměřil na názor studentů o škodlivosti užívání anabolických látek (dopingu). Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) si 180 studentů (84,5 %) myslí, že anabolické látky škodlivé jsou. 28 studentů (13,1 %) neví a 5 studentů (2,3 %) odpovědělo, že škodlivé nejsou.

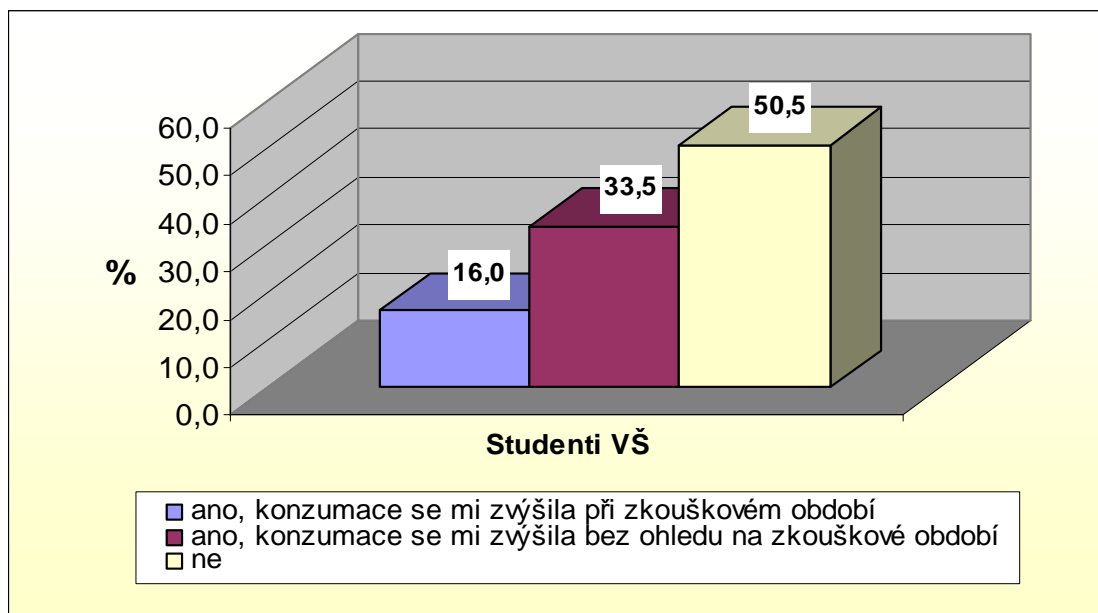
Graf 37: Změna životního stylu po vstupu na VŠ (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 37 je uvedeno, zda se změnil životní styl studentů při studiu na VŠ oproti studiu na SŠ. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) uvedla více než polovina dotázaných, a to 111 (52,1 %), že částečně ano. Výrazně se životní styl změnil 83 studentům (39 %). Změna nenastala u 19 studentů (8,9 %).

Graf 38: Vyšší konzumace společensky tolerovaných návykových látek jako součást změny životního stylu (v %)

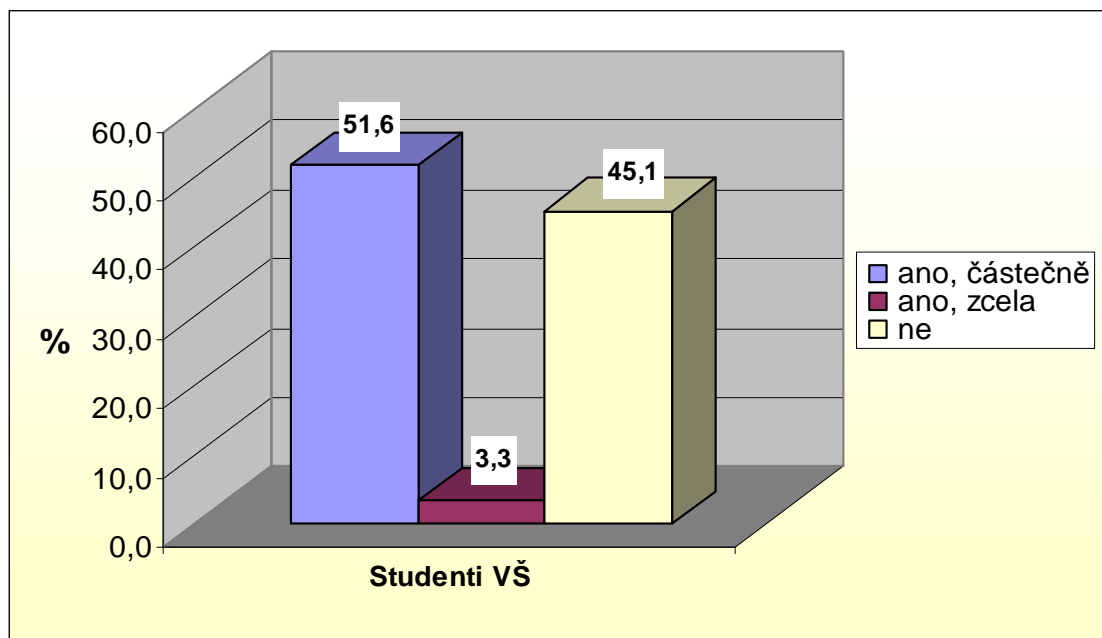


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 38 se zaměřil na to, zda je vyšší konzumace společensky tolerovaných návykových látek součástí výše uvedené změny životního stylu. Zároveň se otázka týkala užívání těchto látek při zkouškovém období. Otázka se tedy týkala pouze těch respondentů, kteří výše uvedli, že při studiu na VŠ se jejich životní styl změnil. Celek tedy tvořilo 194 respondentů (100 %).

Z celkového počtu 194 respondentů (100 %) uvedla polovina dotázaných (98; 50,5 %), že vyšší konzumace uvedených návykových látek není součástí změny životního stylu. 65 studentů (33,5 %) odpovědělo, že vyšší konzumace uvedených návykových látek je součástí změny životního stylu a zároveň uvedli, že jejich konzumace se zvýšila bez ohledu na zkouškové období. 31 studentů (16 %) také odpovědělo, že vyšší konzumace uvedených návykových látek je součástí změny životního stylu a zároveň uvedli, že jejich konzumace se zvýšila při zkouškovém období.

Graf 39: Život na koleji jako působící faktor vyšší spotřeby společensky tolerovaných návykových látek (v %)

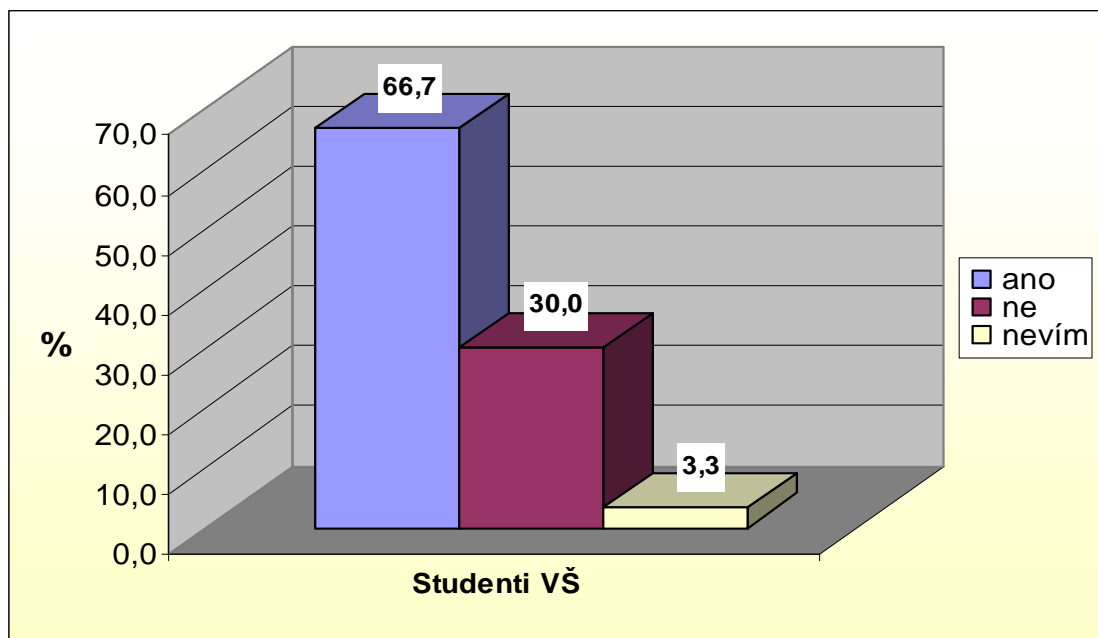


Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 39 je znázorněno, zda-li život na koleji ovlivnil respondenty k vyšší spotřebě společensky tolerovaných návykových látek. Otázka se týkala pouze těch respondentů, kteří jsou v rámci studia ubytovaní na koleji, tzn. celkem 153 studentů (100 %).

Z celkového počtu 153 dotázaných (100 %) uvedlo 79 respondentů (51,6 %), že částečně ano a naopak 69 (45,1 %) uvedlo, že ne. 5 studentů (3,3 %) uvedlo, že život na koleji je zcela ovlivnil a vedl k vyšší spotřebě uvedených návykových látek.

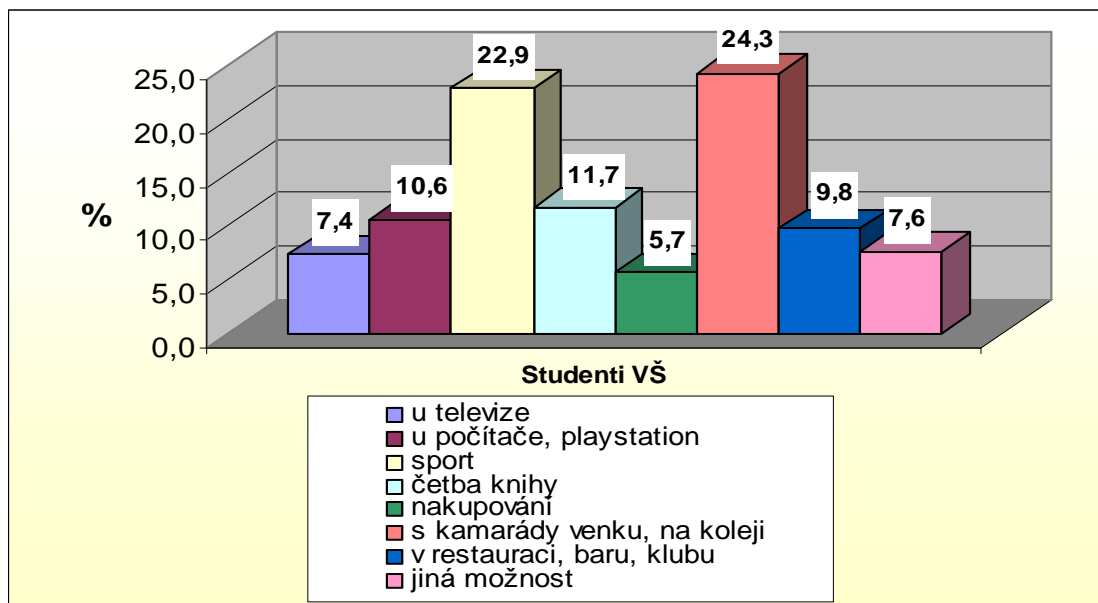
Graf 40: Názor respondentů, zda život na koleji podporuje užívání společensky tolerovaných návykových látek (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 40 je zobrazen názor studentů týkající se života na koleji a jeho vlivu na zvýšené užívání společensky tolerovaných návykových látek. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) si 142 (66,7 %) myslí, že život na koleji podporuje a zvyšuje užívání uvedených návykových látek. 64 studentů (30 %) si naopak myslí, že ne a 7 studentů (3,3 %) neví.

Graf 41: Způsoby trávení volného času (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 41 zjišťoval, jak nejradyji tráví respondenti svůj volný čas, jakožto jeden z faktorů ovlivňující vznik nežádoucích sociálně patologických jevů. V této otázce bylo možné zvolit více možností. Celkem zde 213 respondentů označilo celkem 367 možností (100 %), jakým způsobem nejradyji tráví volný čas.

Největší zastoupení měla možnost „s kamarády venku či na koleji“, která byla označena celkem 89 respondenty (24,3 %). Sport byl označen 84 dotázanými (22,9 %), četba knihy 43 dotázanými (11,7 %). Počítač či playstation uvedlo 39 studentů (10,6 %). V restauraci, baru či klubu tráví rádo svůj volný čas 36 studentů (9,8 %), jinou možnost uvedlo 28 studentů (7,6 %), u televize tráví volný čas 27 studentů (7,4 %) a možnost „nakupování“ uvedlo 21 studentů (5,7 %).

Pokud studenti zvolili odpověď „jiná možnost“ (jedná se celkem o 28 studentů; 7,6 %), uvedli nečastěji tyto čtyři možnosti, jak tráví svůj volný čas:

- s přítelem / přítelkyní (10 studentů; 2,7 %)
- procházka (7 studentů; 1,9 %)
- motorismus (3 studenti; 0,8 %)
- rybaření (3 studenti; 0,8 %)

5. Diskuze

Česká republika se řadí k zemím, které mají větší sklon k návykovému chování a mimo jiné patří k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu. Spotřeba legálních návykových látek (alkoholu a tabáku) má průběžně narůstající trend. Příčiny této situace mohou být např. v tolerantnějším postoji dospělé české populace k legálním návykovým látkám a časté konzumaci nadměrných dávek těchto látek.

Je dokázáno, že zdravotní stav studentů je horší, než zdravotní stav stejně staré nestudující populace. Vlivy ovlivňující zdraví studentů jsou velice specifické a úzce souvisejí se studiem na vysoké škole. (36) Důsledkem mnoha rizikových faktorů může být také užívání návykových látek s vidinou lepšího zvládnutí těchto obtíží. Tato diplomová práce se proto zaměřila na studenty vysokých škol s cílem zmapovat u nich problematiku užívání společensky tolerovaných návykových látek (alkohol, tabák, nadužívání léků, kofein, anabolické látky).

Tato diplomová práce si předem stanovila dvě hypotézy, které budou nyní potvrzeny či vyvráceny na základě výsledků z dotazníkového šetření mezi studenty Jihočeské univerzity. Hypotéza H1) předpokládala, že *studenti vysokých škol užívají společensky tolerované návykové látky ve vyšší míře během zkouškového období*. Tuto hypotézu mohou potvrdit či vyvrátit odpovědi na otázky č. 34 a 41.

Otázka č. 34 se zaměřila na to, zda si studenti během zkouškového období pomáhají nějakými podpůrnými prostředky, léky apod. více než v běžném období v roce. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) si těmito prostředky nepomáhá celkem 173 dotázaných (81,2 %) a 40 dotázaných (18,8 %) ano. Jedná se tedy pouze o necelou jednu pětinu studentů, kteří užívají nějaké podpůrné prostředky či léky v tomto nelehkém období. Získané údaje tedy hypotézu H1 vyvracejí.

Studenti si před těžkými zkouškami často pomáhají podpůrnými prostředky a mnozí využijí téměř jakékoliv prostředky, které jim mohou pomoci uspět. Podobně jako u sportovců nemusí v podobných situacích vždycky jít o prostředky neškodné. Přesná čísla týkající se České republiky však bohužel nejsou k dispozici, nicméně se můžeme domnívat, že situace mezi tuzemskými studenty nebude příliš pozitivní. (18)

Otázka č. 41 zkoumala změnu životního stylu při studiu VŠ u studentů a zároveň zjišťovala, zda se jim během studia zvýšila konzumace společensky tolerovaných návykových látek při zkouškovém období či ne.

Otázka se tedy týkala pouze těch respondentů, kteří již v předešlé otázce uvedli, že při studiu na VŠ se jejich životní styl změnil. Celek tedy tvořilo 194 respondentů (100 %). Polovina dotázaných (98; 50,5 %) uvedla, že vyšší konzumace uvedených návykových látek není součástí změny životního stylu. 65 studentů (33,5 %) odpovědělo, že vyšší konzumace uvedených návykových látek je součástí změny životního stylu a zároveň uvedli, že jejich konzumace se zvýšila bez ohledu na zkouškové období. 31 studentů (16 %) také odpovědělo, že vyšší konzumace uvedených návykových látek je součástí změny životního stylu a zároveň uvedli, že jejich konzumace se zvýšila při zkouškovém období. To znamená, že pouze 16 % dotázaných užívá společensky tolerované návykové látky ve vyšší míře během zkouškového období. Tyto výsledky tedy hypotézu H1 také vyvracejí.

Studenti jsou zvláště zranitelní na začátku studia a největší podporu potřebují v jeho prvním roce. Řada z nich pociťuje počátek studia jako velmi náročný, vyrovnává se s novými metodami studia a cítí se odloučení od zázemí rodiny a přátel. (35)

Z uvedených údajů tedy vyplývá, že studenti VŠ neužívají společensky tolerované návykové látky ve vyšší míře během zkouškového období (v obou případech došlo k vyvrácení hypotézy na základě ověřování jednotlivých otázek). **Hypotéza H1 tedy nebyla potvrzena.**

V hypotéze H2 bylo předpokládáno, že *život na vysokoškolské koleji podporuje a zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek*. Tuto hypotézu mohou potvrdit či vyvrátit odpovědi na otázky č. 42 a 43.

Otázka č. 42 se tázala studentů, zda-li je život na vysokoškolské koleji ovlivnil k vyšší spotřebě společensky tolerovaných návykových látek. Z celkového počtu 153 dotázaných (100 %) ubytovaných na koleji uvedlo 79 respondentů (51,6 %), že částečně ano a naopak 69 (45,1 %) uvedlo, že ne. 5 studentů (3,3 %) uvedlo, že život na koleji je zcela ovlivnil a vedl k vyšší spotřebě uvedených návykových látek. Z těchto výsledků vyplývá, že život na koleji částečně či zcela ovlivnil více než polovinu studentů

(54,9 %) k vyšší spotřebě návykových látek. Tyto údaje tedy hypotézu H2 potvrzují.

Otázka č. 43 zjišťovala názor všech studentů, zda si myslí, že život na vysokoškolské koleji podporuje a zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek. Z celkového počtu 213 respondentů (100 %) si celé dvě třetiny (142; 66,7 %) myslí, že život na koleji podporuje a zvyšuje užívání uvedených návykových látek. Necelá jedna třetina (64 studentů; 30 %) si naopak myslí, že ne a 7 studentů (3,3 %) neví. Tyto výsledky tedy hypotézu H2 potvrzují, jelikož převážná většina studentů zastává názor týkající se negativního vlivu života na koleji na užívání návykových látek.

Z uvedených údajů vyplývá, že život na vysokoškolské koleji podporuje a zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek, jelikož výsledky otázek č. 42 a 43 hypotézu H2 dvakrát potvrdily. **Hypotéza H2 tak byla potvrzena.**

Jak adolescenti dospívají, musí řešit nelehký úkol. Mají se do určité míry oddělit od své původní rodiny. Separace s sebou přináší určitý boj téměř pro všechny adolescenty, pro některé to může být obzvlášť složité. **(68)**

Studenti se potýkají s problémy různého druhu: starosti každodenního života, závažné krize a především problémy spojené se studentským životem (např. život na koleji). Často se objevuje i více problémů najednou. **(35)**

Celkové zmapování a ujasnění problematiky užívání společensky tolerovaných návykových látek (alkohol, tabák, nadužívání léků, kofein, anabolické látky) u studentů VŠ lze zahájit otázkou č. 5, která zjišťovala postoje studentů k návykovým látkám. Z celkového počtu 213 respondentů uvedla téměř polovina (47,4 %), že užívání těchto látek považuje za běžné chování ve společnosti, což je velmi znepokojivé. Celkem 29,6 % odpovědělo, že užívání tolerovaných návykových látek schvalují a sami je také užívají. Pouze 5 dotázaných (2,3 %) toto chování odsuzuje.

Postoje studentů k užívání alkoholu zkoumala otázka č. 6. Nejpočetnější je skupina, která uvedla, že jej konzumuje 1-2x týdně, a to celkem 43,7 %. Následuje odpověď „piji jen příležitostně“, kterou uvedlo 40,8 % studentů. Celkem 8 % dotázaných alkohol konzumuje 3-4x týdně a 5,2 % jej konzumuje téměř denně. Pouze 3 dotázaní (1,3 %) uvedli, že jsou abstinenti.

To znamená, že celých 98,7 % studentů má zkušenost s alkoholem a 57,9 % jej pije pravidelně. Tyto údaje jsou vyšší než udává Iversen, že ve většině zemí západu přiznává zkušenost s alkoholem asi 80 % populace a asi 50 % všech obyvatel pije alkohol pravidelně. **(31)**

Věk, od kdy respondenti konzumují alkohol, zjišťovala otázka č. 7. Vyplynulo, že nejběžnějším věkem je věk 15 let. Z celkového počtu 210 studentů užívajících alkohol, uvedlo tento věk celkem 36 % dotázaných. Následoval věk 16 let (24 %) a 17 let (13 %). Necelých 10 % studentů alkohol konzumuje od 14 let. Věk 18 let uvedlo pouze 7,8 % studentů. Přitom dle §218 trestního zákona, který řeší podávání alkoholických nápojů mládeži, je stanoveno, že kdo soustavně nebo ve větší míře podává osobám mladším než osmnáct let alkoholické nápoje, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok. **(85)**

Otázka č. 8 se týkala míst, kde studenti nejčastěji konzumují alkoholické nápoje. Nejoblíbenějším místem jsou restaurace a bary, tuto odpověď zvolilo 40 % dotázaných. Následují diskotéky a zábavy (20 %), venku s kamarády rádo popíjí alkohol 10,5 % studentů a například na koleji 8,5 %.

Otázka č. 9 zjišťovala druhy alkoholických nápojů, které studenti nejvíce preferují. Nejoblíbenějšími druhy alkoholických nápojů jsou víno (41,9 %) a pivo (41 %) s téměř shodným počtem respondentů. Míchané nápoje konzumuje 13,3 % studentů a nejméně z nich, a to pouze 3,8 %, konzumuje tvrdý alkohol.

Pokud se zaměříme na výskyt „opravdové opilosti“ u studentů během posledního měsíce, zjistíme, že z celkového počtu 210 respondentů užívajících alkohol se jich nadpoloviční většina neopila (53,8 %). Jedenkrát v měsíci se opilo 26,7 % a vícekrát 15,7 %. Přibližně jedenkrát týdně bývá opilýých 5 studentů (2,4 %) a vícekrát týdně 2 (1 %).

Důležitým ukazatelem nadměrné konzumace alkoholu je počet sklenek alkoholu vypitých během jednoho posezení. Tento údaj zkoumala otázka č. 11 a zjistilo se, že nejčastěji uváděli studenti 3 sklenky, a to 28,6 %, 2 sklenky konzumuje 21 %. 5 sklenek 16,2 % a 4 sklenky uvedlo 14,3 %. Nejnižší počet sklenek, a to pouze 1, uvedlo 7,6 % a naopak vysoký počet 6 sklenek konzumuje 6,7 %. 7 sklenek dokáže vypít 3,3 %

studentů. 1 student (0,5 %) konzumuje neuvěřitelných 13 sklenek při jednom posezení.

Tyto data můžeme srovnat s údaji, které uvádí Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Pití nadměrných dávek alkoholu při jednom posezení je častým indikátorem v dotazníkových šetřeních a těmito dávkami se rozumí vypítí pěti a více sklenek alkoholu, přičemž sklenka je definována jako 2 dl vína, 0,5 l piva nebo 0,5 dl destilátu. Jedná se tedy o dávku vyšší než 80 g alkoholu. **(48)** Pokud se tedy zaměříme na výše zjištěné výsledky u studentů VŠ, vyplývá z nich, že pět a více sklenek alkoholu vypitých při jednom posezení přiznalo celých 28,6 % studentů konzumujících alkohol.

Národní monitorovací středisko dále uvádí, že alespoň jednou do měsíce konzumuje tyto dávky 29 % mužů a 10 % dospělých žen. Pití nadměrných dávek týdně nebo častěji udává 12 % mužů a 2 % žen. **(48)**

Otázka č. 12 se zaměřila na důvody, proč studenti konzumují alkohol. Téměř polovina (49 %) z nich uvedla, že jim alkohol chutná. Druhá nejčastější odpověď byla „jiný důvod“, kterou uvedlo 22,9 %. Zajímavá odpověď „odstranění zábran a studu“ je důvodem ke konzumaci alkoholu u 8,6 % studentů. Odpověď „je to součástí života na koleji“ uvedlo 8,1 %. A například 3 studenti (1,4 %) uvedli jako důvod stres nebo zkoušky na VŠ.

Otázka č. 13 zjišťovala, kolika studentům se někdy stalo, že by potřebovali zvyšovat množství alkoholu k dosažení stejného účinku. Více než dvě třetiny studentů, a to 68,6 %, toto množství nemusela nikdy zvyšovat, ale téměř jedna třetina (31,4 %) toto množství již někdy zvyšovat musela.

Následující otázka se tázala, zda-li někdy studenti zažili pocit, že pití alkoholu přestávají ovládat. Většina dotázaných (78,1 %) tento pocit neměla, avšak 21,9 % ano.

Otázka č. 15 se zajímala o zkušenosti studentů s tabákovými výrobky. Z celkového počtu 213 respondentů je nejpočetněji zastoupena skupina respondentů, která nikdy nekouřila (45,5 %) a po ní následuje 22,5 % studentů, kteří kouřili, ale již nekouří. Pravidelně kouří celkem 41 studentů (19,2 %) a příležitostných kuřáků je celkem 27 (12,7 %).

Pokud tedy sečteme procento všech, co mají zkušenost s kouřením tabákových

výrobků, jedná se celkem o 54,4 % studentů. Výsledky jsou příznivější, než co uvádí obsáhlá dotazníková akce Masarykovy univerzity v Brně, kde se dvě třetiny studentů přiznaly, že někdy kouřily. **(10)**

Pravidelně kouří 19,2 % studentů. Tento údaj je vyšší, než který uvádí Csémy, že ve věkové skupině 20 - 24 let kouřilo v roce 2002 11,5 % dotázaných. **(71)**

Další otázka se týkala pouze pravidelných kuřáků (41 dotázaných) a tázala se jich na průměrný počet denně vykouřených cigaret. 36,6 % studentů denně vykouří v průměru 5 až 10 cigaret, 31,7 % vykouří nejvíce 5 cigaret a shodné procento dotázaných zvolilo odpověď „10 až 20 cigaret“.

Tyto údaje nesouhlasí s těmi, které uvádí Iversen, že průměrný kuřák spotřebuje asi 15 až 20 cigaret za den. **(31)**

Jak uvádí vláda České republiky, Češi z evropského průměru lehce vybočují tím, že spotřebují méně cigaret. Zatímco u nás více než dvacet cigaret denně vykouří 14 % lidí, v celé unii je takto silných kuřáků 26 %. Od roku 2005 se navíc v ČR poměrně výrazně zvýšil počet těch, kteří si za den zapálí maximálně devět cigaret a naopak snížil počet těch, kteří jich vykouří více než dvacet. **(81)**

Otázka č. 17 zjišťovala věk respondentů, ve kterém měli první zkušenost s kouřením tabákových výrobků. Z celkového počtu 116 respondentů, kteří již někdy kouřili, uvedla téměř polovina (46,6 %), že první zkušenost měla v rozmezí věku 15 až 19 let. 37,1 % uvedlo věk 11 až 14 let. Věk do 10 let uvedlo celkem 13,8 % studentů.

Tyto údaje se neshodují s tím, co uvádí Králíková, že průměrný věk, kdy si děti poprvé zapalují cigaretu, je 9,5 roku. Před 10 lety přitom začínaly s kouřením mezi dvanáctým a čtrnáctým rokem věku. **(7)**

Následující otázka se zajímala o věk, od kterého pravidelní kuřáci kouří. Z celkového počtu 41 studentů jich nejvíce uvedlo věk 16 let (24,4 %) a následovalo 17,1 %, kteří vždy uvedli věk 15 a 17 let. Věk 18 let uvedlo 14,6 % a například 20 let celkem 4 studenti (9,8 %).

Celkem 70,7 % pravidelně kouřících studentů uvedlo věk počátku pravidelného kouření nižší než 18 let, avšak § 6 odst. 1 zákona 379/2005 Sb. zakazuje prodej tabákových výrobků osobám mladším 18 let. **(8)**

Z celkem 41 studentů by chtělo přestat kouřit 70,7 % a rovných 29,3 % odpovědělo, že ne.

Otázka č. 20 se týkala dřívějších pokusů respondentů přestat kouřit. Vztahovala se na pravidelné a příležitostné kuřáky, tzn. celkem 68 respondentů. Nejvíce se jich přestat kouřit pokusilo jedenkrát, a to 38,2 %. 29,4 % odpovědělo, že se o to nikdy nepokoušelo. Více jak dvakrát se o to pokusilo 25 % studentů a dvakrát to zkoušelo 5 studentů 7,4 %.

Je důležité si uvědomit, že nejtěžší bývají první 3 týdny, průměrná doba trvání pak bývá 3 týdny až 3 měsíce. Dříve či později však všechny obtíže ustanou a správnou léčbou je lze odstranit nebo výrazně potlačit. **(6)**

Následovala otázka zkoumající názor studentů, zda souhlasí s absolutním zákazem kouření v restauracích. Z celkového počtu 213 respondentů vyslovily více než dvě třetiny respondentů (67,1 %) souhlas a 32,9 % naopak nesouhlas

Zjištěné údaje jsou ještě více příznivější než ukázala studie agentury Synovate (600 respondentů). Ta vyzkoumala, že až 57,8 % dotázaných podporuje zákaz kouření na veřejných místech jako jsou restaurace, bary a jiné společenské budovy. **(12)**

Otázka č. 22 se zajímala o kofein, konkrétně v jaké formě jej studenti nejčastěji přijímají. Nejčastěji jej přijímají ve formě kávy, a to téměř polovina všech dotázaných (48,8 %). Druhým nejčastěji uváděným nápojem byl čaj, který konzumuje 35,7 %.

Následující otázka zjistila, že téměř polovina dotázaných (47,4 %) občas potřebuje kofein k běžnému životu a pracovnímu či studentskému vytížení. Naopak 30,5 % jej k tomuto účelu nepotřebuje a 22,1 % odpovědělo, že ano.

Otázka č. 24 se týkala postojů studentů ke konzumaci kávy a nejvíce byla zastoupena skupina respondentů konzumující kávu vícekrát týdně, ale ne denně (31 %). Téměř vyrovnaný počet studentů (29,1 %) konzumuje denně 1 až 2 hrnky kávy. Pouze příležitostně konzumuje kávu 16 % studentů a jedenkrát týdně 10,3 %. Denně 3 až 4 hrnky vypije 7 % a pouze 14 studentů (6,6 %) kávu neužívá.

Konzumaci kávy zahájilo nejvíce studentů ve věku 15 až 19 let, a to celkem 70,3 % (z celkem 165 studentů konzumujících kávu). Ve 20 a více letech ji začalo užívat 14,5 % a 11 až 14 let uvedlo 10,3 % dotázaných.

Z celkového počtu 213 respondentů si 45,5 % myslí, že káva není škodlivá. 29,1 % si naopak myslí, že ano a 25,4 % dotázaných neví.

Otázka č. 27 se tázala na důvody vedoucí ke konzumaci kávy. Z celkového počtu 165 respondentů konzumujících kávu pravidelně, odpovědělo 43,6 %, že kávu konzumují kvůli její chuti. 17 % ji konzumuje ze zvyku (např. ráno po probuzení, po obědě apod.), 13,3 % pro běžné denní fungování, 12,1 % při stresu či zkouškovém období.

Nejčastějším místem konzumace kávy je domov (69,8 %). V restauraci nebo baru ji konzumuje 13,6 %, na návštěvě 8,5 %. Ve škole pije kávu z automatu 10 studentů (5 %).

Léky bez lékařského doporučení během studia neužilo 54 % studentů a 46 % ano. Mezi 98 respondenty, kteří tyto léky užívali, byla nejčastěji uváděna skupina léků na bolest (analgetika), a to 82,7 %. „jiné léky“ zvolilo 12,2 %. 3 studenti (3,1 %) během studia užívali léky na spaní a 2 studenti (2 %) léky proti úzkosti.

Otázka č. 31 zjišťovala, zda studenti v současné době užívají nějaké léky bez lékařského doporučení. Z celkového počtu 213 respondentů odpověděla většina dotázaných (84 %), že ne. Rovných 16 % naopak uvedlo, že ano. Nejčastěji šlo o skupinu léků analgetika (6,6 %).

Léková skupina analgetik je velmi často zneužívaná a jak uvádí Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, v roce 2001 se v ČR spotřebovalo téměř 40 miliónů balení analgetik a necelých 19 miliónů balení protizánětlivých a antirevmatických přípravků. V první desítce nejvíce předepisovaných léků je Ibuprofen (na 5. místě). **(49)**

Z celkového počtu 34 respondentů užívajících nějaké léky jich nejvíce tyto léky užívá dvakrát za měsíc (26,5 %) a dále jedenkrát denně, a to 23,5 %.

Otázka č. 33 se zajímala o volně prodejné léky či přípravky. Více než polovina dotázaných (56,3 %) volně prodejné léky a přípravky neužívá a 43,7 % naopak ano. Nejčastěji se jedná o vitaminy (29,6 %).

Zkušenosti s anabolickými látkami má z 213 dotázaných pouze 1 student (0,5 %), který tyto látky užívá jedenkrát týdně. Dále tento respondent uvedl, že

anabolické látky poprvé užil v 15 letech a důvodem současného užívání je to, že zvyšují jeho silové schopnosti. Tento dotázaný také uvedl, že v současnosti provozuje závodně sport.

Údaje jsou nižší než zjistil výzkum mezi studenty britských technických vysokých škol, jehož cílem bylo zmapovat užívání steroidů. Výzkumu se zúčastnilo celkem 687 respondentů. Pouze 2,8 % z nich užívalo steroidy. **(21)**

Otázka č. 37 se zajímala o názor studentů týkající se škodlivosti užívání anabolických látek (dopingu). Z celkového počtu 213 respondentů si 84,5 % myslí, že anabolické látky škodlivé jsou. 13,1 % studentů neví a 2,3 % odpovědělo, že škodlivé nejsou.

Studenti si tedy myslí správně, že anabolické látky jsou škodlivé. Jak říká Pyšný, anabolické steroidy mají poměrně závažné negativní důsledky vedoucí k poškození zdraví. K nejzávažnějším patří změny sekundárních pohlavních charakteristik a poruchy reprodukčního systému, poruchy oběhového systému, změny krve, změny funkce jater, změny chování aj. **(65)**

Následující otázka směřovala ke zjištění, zda-li se studentům změnil životní styl při studiu na VŠ oproti studiu na SŠ. Více než polovina dotázaných (52,1 %) uvedla, že částečně ano. Výrazně se životní styl změnil u 39 % studentů a změnu nepocítilo 8,9 % studentů.

Jak uvádějí Krajská centra primární péče, pro úspěšné zvládnutí studia na vysoké škole je důležité, aby se student dokázal zadaptovat na kladené požadavky a pokud se tak nestane, dochází u něho k poruchám adaptace. **(36)** Součástí studia na VŠ je též oddělení se studenta od rodiny. Separace s sebou přináší určitý boj téměř pro všechny adolescenty, pro některé to může být obzvlášť složité. **(68)**

Poslední otázka č. 44 se zajímala o způsoby trávení volného času respondentů, protože jak říká Zumarová, aktivity jedince ve volném čase jsou především výrazem subjektivní stránky člověka, projevem jeho potřeb a zájmů a mají důležitý význam pro jeho celoživotní orientaci. Efektivní trávení volného času není samozřejmostí a ne každý dokáže volný čas využívat k vlastnímu prospěchu. Je tedy zapotřebí mladou generaci cílevědomě vést. **(69)**

Nejvíce studentů tráví volný čas s kamarády venku či na koleji, a to celkem 24,3 %. Sport označilo 22,9 %, četbu knihy preferuje 11,7 % studentů, počítač či playstation uvedlo 10,6 %. Například v restauraci, baru či klubu tráví rádo svůj volný čas 36 studentů (9,8 %).

Zumarová dále uvádí, že současným trendem způsobu trávení volného času jsou především sportovní aktivity, cestování a kulturní aktivity. **(69)**

6. Závěr

Látky ovlivňující psychiku a schopné vyvolat závislost jsou všude okolo nás. Tolerance naší společnosti k těmto látkám je vysoká a jsou povoleny zákonem a nabízeny ke konzumaci prakticky na každém kroku. Každá psychoaktivní látka je spojena s různou mírou rizika. Jedním z hlavních rizik je možná ztráta kontroly nad původně občasnou konzumací a postupný vznik závislosti. Tohle riziko je přítomno i u těch nejvíce tolerovaných a zdánlivě zcela neškodných látek.

Výsledky studií, které se zabývaly rizikovými faktory působícími na vysokoškolskou populaci, poukazují, že zdravotní stav studentů je horší, než zdravotní stav stejně staré nestudující populace. Experimentování s návykovými látkami u vysokoškoláků je nedílnou součástí tohoto období. Jde o období před nalezením vhodného zaměstnání a založením rodiny.

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat problematiku společensky tolerovaných návykových látek (alkohol, tabák, nadužívání léků, kofein, anabolické látky) u studentů vysokých škol z hlediska jejich preference a postoje k těmto látkám. Současně práce ověřovala dvě předem stanovené hypotézy. Pro ověření hypotéz bylo zvolenou metodou dotazování pomocí techniky dotazníků. Dotazníky byly anonymní, určené studentům Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor pro sběr dat z dotazníku je tvořen celkem 213 respondenty. Z tohoto počtu je 139 žen a 74 mužů ve věkovém rozmezí 19 – 27 let.

Hypotéza H1 předpokládala, že studenti vysokých škol užívají společensky tolerované návykové látky ve vyšší míře během zkouškového období. Bylo zjištěno, že pouze necelá jedna pětina studentů (18,8 %) užívá nějaké podpůrné prostředky či léky v tomto nelehkém období. 16 % studentů také odpovědělo, že vyšší konzumace uvedených návykových látek je součástí změny životního stylu a zároveň uvedli, že jejich konzumace se zvýšila při zkouškovém období. To znamená, že pouze 16 % dotázaných užívá společensky tolerované návykové látky ve vyšší míře během zkouškového období. Tato hypotéza H1 tedy nebyla potvrzena.

Hypotéza H2 předpokládala, že život na vysokoškolské koleji podporuje a

zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek. Z výsledků vyplývá, že život na koleji částečně či zcela ovlivnil více než polovinu studentů (54,9 %) k vyšší spotřebě návykových látek. Dále bylo zjištěno, že celé dvě třetiny dotázaných (66,7 %) si myslí, že život na koleji podporuje a zvyšuje užívání uvedených návykových látek. Tyto výsledky tedy hypotézu H2 potvrzují. Cíl mé práce byl splněn.

Má diplomová práce může sloužit široké laické i odborné veřejnosti v České republice ke zvýšení informovanosti o problematice užívání návykových látek. Práce přinesla nové poznatky a zmapovala situaci v oblasti zneužívání společensky tolerovaných návykových látek u studentů VŠ a může tak sloužit k provádění účinné prevence zaměřené k této specifické skupině.

7. Seznam použitých zdrojů

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 ČSN ISO 690-2 : Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11. 11. 2004. 21 s. Dostupné z <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 ČSN ISO 690-2 : Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.1. Poslední aktualizace 11. 11. 2004. 16 s. Dostupné z <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.

1) ANTIDOPINGOVÝ VÝBOR ČESKÉ REPUBLIKY. *Česká charta proti dopingu* [online]. December 1993. [cit. 2009-01-07].

Dostupné z <http://www.antidoping.cz/ceska_charta.htm>.

2) ANTIDOPINGOVÝ VÝBOR ČESKÉ REPUBLIKY. *Definice dopingu* [online]. [cit. 2008-12-15]. Dostupné z <http://www.antidoping.cz/co_je_doping.htm>.

3) ANTIDOPINGOVÝ VÝBOR ČESKÉ REPUBLIKY. *Látky a metody zakázané stále (při soutěži i mimo soutěž)* [online]. January 2008. [cit. 2008-12-15]. Dostupné z <http://www.antidoping.cz/seznam_zakazanych_metod.php>.

4) ANTIDOPINGOVÝ VÝBOR ČESKÉ REPUBLIKY. *Mezinárodní úmluvy* [online]. [cit. 2009-01-07]. Dostupné z <http://www.antidoping.cz/mezinarodni_umluvy.htm>.

5) ČERVENKA, F. *Guarana* [online]. January 2004. [cit. 2008-12-12]. Dostupné z <<http://www.ordinace.cz/clanek/guarana/>>.

6) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Abstinenční příznaky* [online]. [cit. 2008-12-9]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=abstinenncni_priznaky&typ=sablony>.

- 7) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Kouřit se začíná už v devíti* [online]. May 2008. [cit. 2008-11-15]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=Fakta_o_tabaku&typ=clanky&vypsati=1968>.
- 8) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Nový zákon 379/2005 Sb. - O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami* [online]. January 2006. [cit. 2008-12-04]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/download/protikuracky_zakon_2006.pdf>.
- 9) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Rámcová úmluva o kontrole tabáku* [online]. [cit. 2008-12-12]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=ramcova_umluva_o_kontrola_tabaku&typ=sablony>.
- 10) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Studenti odkládají cigarety* [online]. July 2008. [cit. 2008-12-4]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=Fakta_o_tabaku&typ=clanky&vypsati=1994>.
- 11) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Svět (ne)kuřáků* [online]. April 2006. [cit. 2008-12-15]. Dostupné z <<http://www.dokurte.cz/index.php?stranka=aktuality&typ=clanky&vypsati=1444>>.
- 12) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Synovate: Zákaz kouření na veřejnosti podporuje 57,8 pct. Čechů* [online]. October 2007. [cit. 2008-11-29]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/index.php?stranka=Fakta_o_tabaku&typ=clanky&vypsati=1827>.
- 13) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Zákon 262/2006 Sb. zákoník práce* [online]. [cit. 2009-02-04]. Dostupné z <http://www.dokurte.cz/download/zakon_262_vytah.pdf>.

14) ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU. *Zákony a legislativa. Česká republika* [online]. [cit. 2009-02-05].

Dostupné z <http://www.dokurte.cz/?stranka=ceska_republika&typ=sablony>.

15) DEMOGRAFICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Analýza: Kouření a úmrtnost v EU a v ČR* [online]. January 2008. [cit. 2008-11-30]. Dostupné z <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=530>.

16) DEMOGRAFICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Analýza: Zvyklosti spotřeby alkoholu v České republice* [online]. October 2005. [cit. 2008-10-28]. Dostupné z <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=182>.

17) DROGOVÝ INFORMAČNÍ SERVER. *Čeští sportovci se v užívání dopingu nevykají světovému průměru* [online]. August 2006. [cit. 2008-12-13]. Dostupné z <http://www.drogy.net/portal/ostatni/doping/cesti-sportovci-se-v-uzivani-dopingu-nevykaji-svetovemu-prumeru_2006_08_10.html>.

18) DROGOVÝ INFORMAČNÍ SERVER. *Doping je věčný. I ve škole* [online]. May 2008. [cit. 2008-12-4]. Dostupné z <http://www.drogy.net/portal/ostatni/doping/doping-je-vecny-i-ve-skole_2008_05_05.html>.

19) DROGOVÝ INFORMAČNÍ SERVER. *Steroidy? Ty sežene každý* [online]. September 2006. [cit. 2008-12-13]. Dostupné z <http://www.drogy.net/portal/ostatni/doping/steroidy-ty-sezene-kazdy_2006_09_10.html>.

20) DROGOVÝ INFORMAČNÍ SERVER. *Užívání a zneužívání předepisovaných léčiv* [online]. April 2006. [cit. 2008-12-11]. Dostupné z <http://www.drogy.net/portal/ostatni/lekova-zavislost/uzivani-a-zneuzivani-predepisovanych-leciv_2006_04_26.html>.

- 21) E PLAVÁNÍ - PLAVECKÝ MAGAZÍN. *Vše o dopingu 4: Doping a zdraví* [online]. May 2005. [cit. 2008-12-7]. Dostupné z <http://www.eplavani.cz/odborne_clanky/vse_o_dopingu_4_doping_a_zdravi.html>.
- 22) FARMAKOTERAPIE. *Vareniclin* [online]. [cit. 2008-12-9]. Dostupné z <<http://www.farmakoterapie.cz/cz/Clanek/524>>.
- 23) GÖHLERT, Fr.-Ch., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group- Ikar, 2001. 144 s. ISBN: 80-7202-950-9.
- 24) HAAS, E. *Detoxikační dieta*. 1. vyd. Slovart, 2000. 103 s. ISBN: 80-7209-209-X.
- 25) HAMPL, K. Léky vyvolávající závislost. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s.187-192
- 26) HERMOCHOVÁ, S., VAŇKOVÁ, K., DRLÍKOVÁ, E. Problematika závislostí z pohledu sociální psychologie. In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha : Grada Publishing, 2001, s. 143-170
- 27) INFORMAČNÍ CENTRUM PRO MLÁDEŽ. *Základní informace o prevenci zneužívání drog* [online]. [cit. 2008-11-28]. Dostupné z <<http://www.icm.uh.cz/str/socialnepatologickejevy/socialne-patologicke-jevy/drogy-a-protidrogova-pravence/prevence/zakladni-informace-o-prevenci-zneuzivani-drog>>.
- 28) INFORMAČNÍ PORTÁL PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Cíle prevence podle věku* [online]. 2004. [cit. 2008-12-30]. Dostupné z <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=152&list=152&show=100009>>.

- 29) INFORMAČNÍ PORTÁL PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Co je primární prevence* [online]. 2004. [cit. 2008-12-28]. Dostupné z <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002>>.
- 30) INFORMAČNÍ PORTÁL PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Rizikové faktory vzniku závislosti.* [online]. 2004. [cit. 2008-12-18]. Dostupné z <<http://www.odrogach.cz/index.php?sess=&p=&disp=texty&shw=100060>>.
- 31) IVERSEN, L. *Léky a drogy : Průvodce pro každého.* 1. vyd. Praha : Dokořán, 2006. 143 s. ISBN 80-7363-061-3.
- 32) KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy : otázky a odpovědi : příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese.* 1 vyd. Praha : Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
- 33) KRAJSKÁ CENTRA PRIMÁRNÍ PÉČE. *Léková závislost – stručný přehled a poznatky z praxe* [online]. [cit. 2008-12-12]. Dostupné z <<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/533.pdf>>.
- 34) KRAJSKÁ CENTRA PRIMÁRNÍ PÉČE. *Studijní neúspěch* [online]. August 2005. [cit. 2009-01-04]. Dostupné z <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_3410.html>.
- 35) KRAJSKÁ CENTRA PRIMÁRNÍ PÉČE. *Vysokoškolský student a jeho problémy* [online]. August 2005. [cit. 2008-12-19]. Dostupné z <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_3412.html>.

36) KRAJSKÁ CENTRA PRIMÁRNÍ PÉČE. *Zátěž vysokoškolským studiem* [online]. August 2005. [cit. 2008-12-19].

Dostupné z <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_3415.html>.

37) KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s.205-210

38) KREJČÍ, I. *O kávě a čaji*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. 100 s. ISBN 80-7169-535-1.

39) KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 91-95

40) MASARYKOVA UNIVERZITA. PEDAGOGICKÁ FAKULTA. *Kouření* [online]. [cit. 2008-12-9].

Dostupné z <<http://www.ped.muni.cz/whealthedu/WEB/texty/Koureni.htm>>.

41) McGRATH, Y., LEJČKOVÁ, P., NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi : přehled dostupných informací : nejnovější výzkumné poznatky*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 70 s. ISBN 978-80-87041-16-1.

42) MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Prevence sociálně patologických jevů* [online]. July 2003. [cit. 2008-12-29]. Dostupné z <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/prevence-ptj>>.

43) MITON. *Kofeinismus- kofein jako droga* [online]. 2007. [cit. 2008-12-7]. Dostupné z <<http://www.vareni.cz/trendy/kofeinismus-kofein-jako-droga/>>.

- 44) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Abstinence* [online]. April 2003. [cit. 2009-01-06]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/abstinence>.
- 45) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Alkohol – podrobně* [online]. March 2003. [cit. 2008-12-7]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/alkohol/alkohol_podrobne>.
- 46) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Intoxikace* [online]. April 2003. [cit. 2009-01-06]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/i/intoxikace>.
- 47) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Kofein* [online]. October 2005. [cit. 2008-12-21]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/k/kofein>.
- 48) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Legální drogy v České republice - Od užívání alkoholu a tabáku k možností prevence a léčby* [online]. January 2005. [cit. 2008-11-23]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2005_01_cislo_1_2005>.
- 49) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Léky- podrobně* [online]. March 2003. [cit. 2008-12-10]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/leky/leky_podrobne>.
- 50) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Návykové látky* [online]. October 2005. [cit. 2008-12-05]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/n/navykov_e_latky>.

51) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Sekundární prevence* [online]. October 2005. [cit. 2008-11-29]. Dostupné z

<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/sekundarni_prevence>.

52) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Zákon o přestupcích (zák. č. 200/1990 Sb.)* [online]. October 2005. [cit. 2009-01-04]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/prosazovani_prava/zakon_o_prestupcich_zak_c_200_1990_sb>.

53) NEŠPOR, K. *Deklarace – Mládež a alkohol* [online]. [cit. 2009-01-07]. Dostupné z <<http://www.drnespor.eu/deklsto.doc>>.

54) NEŠPOR, K. Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 217-222

55) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

56) NEŠPOR, K. Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 119-123

57) NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami : pro rodiče a pedagogy*. 3. vyd. Praha : Fortuna, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X.

- 58) NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1.vyd. Praha : Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.
- 59) NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. 240 s. ISBN 80-7294-206-9.
- 60) PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol. *Akademický slovník cizích slov*. Praha : Akademie věd České republiky, 2001. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- 61) POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno : Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
- 62) POPOV, P. Alkohol. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 151-158
- 63) PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon č. 72/1997 Sb., kterým se stanoví, co se považuje za anabolika, v platném znění* [online]. [cit. 2009-01-08]. Dostupné z <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_p=1&PC_8411_name=Trestn%C3%AD%20z%C3%A1kon&PC_8411_l=72/1997&PC_8411_ps=10#10821>.
- 64) PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha : Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- 65) PYŠNÝ, L. *Doping : rizika zneužití*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 96 s. ISBN 80-247-1702-6.
- 66) RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I. *Psychofarmakologie pro praxi*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. 167 s. ISBN 80-7254-602-3.

- 67) RF HOBBY. *Alkohol dnes: Mýty a pravdy* [online]. January 2008. [cit. 2008-10-21]. Dostupné z <<http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2008011808>>.
- 68) ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
- 69) SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ PRE VÝSKUM MLÁDEŽE. *Volný čas* [online]. [cit. 2009-01-04]. Dostupné z <<http://www.syrs.org/sps2/publik/pedvyskum/Zumarova.pdf>>.
- 70) SOTOLÁŘ, A. Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 59-67
- 71) SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 92 s. ISBN 80-7071-230-9.
- 72) STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Legislativa České republiky* [online]. October 2008. [cit. 2009-02-05]. Dostupné z <<http://www.sukl.cz/legislativa-ceske-republiky>>.
- 73) STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Evropská charta o alkoholu* [online]. [cit. 2009-01-08]. Dostupné z <<http://www.szu.cz/tema/evropska-charta-o-alkoholu>>.
- 74) TEPLÁ, S. *Monitoring užívání společensky tolerovaných návykových látek u dětí základních škol*. České Budějovice, 2007. 90 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře sociální práce a sociální politiky. Vedoucí bakalářské práce Pavel Vácha.

75) UNIVERZITA KARLOVA. FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU. *Doping* [online]. [cit. 2008-11-20].

Dostupné z <<http://www.ftvs.cuni.cz/doping/rekrea.htm>>.

76) UNIVERZITA KARLOVA. 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí* [online]. 2000. [cit. 2008-12-21].

Dostupné z <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>.

77) URBAN, L., DUBSKÝ J. *Sociální deviace*. 1 vyd. Plzeň : Aleš Čeněk, 2008. 167 s. ISBN 978-80-7380-133-5.

78) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

79) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

80) VITAMINS COSMETICS. *Kofein a závislost* [online]. August 2000. [cit. 2008-12-5]. Dostupné z <<http://drogy.doktorka.cz/kofein-zavislost/>>.

81) VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Podle průzkumu Evropané podporují zákaz kouření ve veřejných prostorech* [online]. May 2007. [cit. 2008-11-22]. Dostupné z <<http://www.euroskop.cz/38/7299/clanek/podle-pruzkumu-evropane-podporuji-zakaz-koureni-ve-verejnych-prostorach/>>.

82) VOKURKA, M. a kol. *Velký lékařský slovník*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 2002. 924 s. ISBN 80-85912-77-5.

83) VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Příspěvek VZP v programu Léčba závislosti na tabáku* [online]. [cit. 2008-12-10]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Pripravili-jsme/vyhody2008/tabak_2008>.

84) ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

85) Zákon č. 140/1961 Sb. Trestní zákon, v platném znění.

86) *Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: Zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. 124 s. ISBN: 80-85047-99-3.

8. Klíčová slova

Alkohol

Kouření

Návyková látka

Studenti

Vysoká škola

Vysokoškolská kolej

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 1: Dotazník

Vážení studenti,

dotazník, který dostáváte do rukou je pro výzkumné účely. Ujišťuji Vás, že dotazník je **anonymní** a získané údaje budou využity výhradně ke zpracování mé diplomové práce na téma „Monitoring užívání společensky tolerovaných návykových látek u studentů vysokých škol.“

Na otázky odpovídejte, prosím, pravdivě. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Simona Teplá- studentka Zdravotně sociální fakulty
Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích

Vybranou odpověď zakroužkujte nebo vypište, popř. obojí v závislosti na otázce. Není-li uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

1. Věk:

2. Pohlaví: * muž * žena

3. Fakulta:

4. Kde jste v Českých Budějovicích ubytovaný(á)?

- a) na koleji
- b) pronajatý byt („privát“)
- c) bydlím u rodičů, bydlím sám (sama)
- d) denně dojíždím

5. Užívání společensky tolerovaných návykových látek (alkohol, tabák, kofein, léky, anabolické steroidy):

- a) schvaluji, avšak sám (sama) je neužívám
- b) schvaluji a sám (sama) je také užívám
- c) považuji za běžné chování ve společnosti
- d) odsuzuji toto chování
- e) vnímám jinak. Jak?.....

6. Alkohol:

- a) nepiji, jsem abstinent(ka)
- b) piji jen příležitostně (např. oslava, novoroční přídětek apod.)
- c) piji 1-2x týdně
- d) piji 3-4x týdně
- e) piji téměř denně
- f) piji denně do 2 piv nebo do 4 dcl vína nebo do 0,5 dcl destilátu
- g) piji denně více než 2 piva nebo 4 dcl vína nebo 0,5 dcl destilátu (= velký panák)

7. Pokud máte zkušenost s alkoholem, od kolika let jej pijete?let

8. Pokud pijete alkohol, kde nejčastěji?

- a) v restauraci, baru
- b) v klubu
- c) na diskotéce, zábavě
- d) na koleji
- e) na „privátu“
- f) doma (v místě bydliště)
- g) venku s kamarády
- h) jinde. Kde?

9. Pokud pijete alkohol, kterému druhu nápoje dáváte přednost?

- a) pivo b) víno c) tvrdý alkohol d) míchané nápoje a likéry

10. Pokud pijete alkohol, stalo se Vám za poslední měsíc, že jste se „opravdu opil(a)“?

- a) ne
b) ano, jedenkrát
c) ano, vícekrát
d) ano, stane se mi to přibližně jedenkrát týdně
e) ano, stane se mi to vícekrát týdně
f) ano, stane se mi to téměř denně

11. Kolik sklenek vypijete průměrně při jednom posezení? (1 sklenka = 2 dl vína nebo 0,5 l piva nebo 0,5 dl destilátu) Prosím, napište počet.....

12. Z jakého důvodu alkohol nejčastěji pijete?

- a) z nudy
b) přizpůsobení se partě
c) osobní problémy
d) stres, zkoušky apod.
e) je to součástí života na koleji
f) je to součástí života na privátu
g) chutná mi
h) odstranění zábran a studu
ch) jiný důvod. Jaký?

13. Pokud pijete alkohol, stalo se Vám někdy, že jste musel(a) zvyšovat množství alkoholu, abyste dosáhl(a) účinku, ke kterému Vám dříve stačilo menší množství? *ano *ne

14. Měl(a) jste někdy pocit, že pití alkoholu přestáváte ovládat? *ano *ne

15. Tabákové výrobky:

- a) jsem nikdy nekouřil(a)
b) kouřil(a) jsem, ale již nekouřím
c) kouřím jen příležitostně (méně než 100 cigaret za rok)
d) kouřím pravidelně

16. Pokud kouříte pravidelně, kolik cca cigaret vykouříte za den?

- d) do pěti cigaret
e) 5 až 10 cigaret
f) 10 až 20 cigaret
g) více než 20 cigaret denně. Kolik?

17. Pokud máte zkušenost s kouřením cigaret, v kolika letech jste kouřil(a) poprvé?
.....let

18. Pokud kouříte pravidelně, od kolika let?let

19. Pokud kouříte pravidelně, chtěl(a) byste přestat kouřit ? *ano *ne

20. Pokoušel(a) jste se někdy přestat ?

- a) ano, jedenkrát
b) ano, dvakrát
c) ano, více jak dvakrát
d) ne

21. Souhlasíte s absolutním zákazem kouření v restauracích? *ano *ne

22. Kofein přijímám nejčastěji ve formě:

- a) káva
- b) čaj
- c) kakao
- d) čokoláda
- e) limonáda (Coca-cola, Pepsi cola, Kofola)
- f) energetické nápoje (RedBull, Semtex)
- g) guarana

23. Potřebujete k běžnému životu a pracovnímu/studentскому vytížení kofein?

*ano *občas ano *ne

24. Kávu užíváte v množství (hrnek povzbuzujícího nápoje s obsahem cca 0,3 l):

- a) neužívám
- b) pouze příležitostně (méně než 100 hrnků za rok)
- c) přibližně 1x týdně
- d) vícekrát týdně, ale ne denně
- e) denně 1-2 hrnky
- f) denně 3-4 hrnky
- g) denně více než 4 hrnky. Kolik?.....let

25. Pokud kávu konzumujete pravidelně, v kolika letech jste začal(a)?let

26. Myslíte si, že je konzumace kávy škodlivá?

- a) ano. Proč?.....
- b) ne
- c) nevím

27. Pokud kávu konzumujete pravidelně, tak z jakého důvodu?

- a) kvůli její chuti
- b) z nudy
- c) ze zvyku, např. ráno když vstanu, po obědě apod.
- d) pro běžné denní fungování
- e) stres, zkouškové období
- f) ze zdvořilosti (např. ve společnosti, na návštěvě apod.)
- g) jiná možnost. Jaká?.....

28. Kde kávu konzumujete nejčastěji? (i příležitostní konzumenti)

- a) doma (popř. na koleji, privátu)
- b) v restauraci, baru
- c) v čajovně, cukrárně
- d) ve škole (z automatu)
- e) na návštěvě

29. Užil(a) jste během VŠ studia nějaký lék bez lékařského doporučení?

*ano *ne

30. Pokud ano, o jakou skupinu léků se jednalo?

- a) léky na spaní
- b) léky na bolest
- c) léky proti úzkosti
- d) jiné, jaké?.....

31. Užíváte v současnosti nějaké léky bez lékařského doporučení?

- a) ne
- b) ano, jaké konkrétně?

32. Pokud ano, jak často? Napište.....

33. Užíváte v současnosti nějaké volně prodejné léky či přípravky (např. doplňky stravy, vitamíny, minerály a podobně)?

- a) ne
- b) ano, jaké?.....

34. Pomáháte si během zkuškového období nějakými podpůrnými prostředky, léky apod. více než v běžném období v roce?

- a) ne
- b) ano, jakými konkrétně?.....

35. Anabolické steroidy (doping):

- a) jsem nikdy neužíval(a)
- b) užíval(a) jsem, ale již neužívám
- c) užívám příležitostně. Jak často?.....
- d) užívám jedenkrát týdně
- e) užívám několikrát týdně, ale ne denně
- f) užívám jedenkrát denně
- g) užívám několikrát denně
- h) užívám jinak. Jak často?

36. Pokud jste někdy užil(a) anabolické steroidy, v kolika letech poprvé?let

37. Myslíte si, že jsou anabolické steroidy škodlivé?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

38. Pokud anabolické steroidy užíváte, tak z jakých důvodů?

- a) zvyšují mé silové schopnosti
- b) zlepšují moji vytrvalost při sportu
- c) chci mít vypracovanou a svalnatou postavu
- d) jiná možnost, napište.....

39. Pokud anabolické steroidy užíváte, provozujete při tom nějaký sport závodně?

- *ano *ne *anabolika neužívám

40. Změnil se Váš životní styl při studiu na VŠ oproti studiu na SŠ?

- a) ano, výrazně
- b) ano, částečně
- c) ne

41. Pokud odpovíte ano, je změnou životního stylu i vyšší konzumace výše uvedených návykových látek?

- a) ano, konzumace se mi zvýšila při zkuškovém období
- b) ano, konzumace se mi zvýšila bez ohledu na zkuškové období
- c) ne

42. Pokud bydlíte na koleji, ovlivnil Vás život na koleji k vyšší spotřebě výše uvedených návykových látek?

- a) ano, částečně
- b) ano, zcela
- c) ne

43. Myslíte si, že život na koleji podporuje a zvyšuje užívání společensky tolerovaných návykových látek?

- *ano *ne *nevím

44. Jak nejraději trávíte svůj volný čas? (možno uvést více možností)

- a) u televize
- b) u počítače, playstation
- c) sport
- d) četba knihy
- e) nakupování
- f) s kamarády někde venku, na koleji
- g) v restauraci, baru, klubu
- h) jiná možnost, jaká?.....

Ještě jednou Vám děkuji za vyplnění dotazníku.