



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

Bakalářská práce

Závislost na tabáku a alkoholu u generace 50 +

Vypracoval: Nikola Hofhanzlová
Vedoucí práce: MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem „Závislost na tabáku a alkoholu u generace 50 plus“. Toto téma je velmi aktuální, stále narůstá počet lidí závislých na tabáku a alkoholu. Cílem práce je zjistit míru závislosti u generace 50 plus v porovnání s generací do 30 let. Předpokládaný přínos práce pro praxi je poskytnutí informací studentům ZSF JU.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá historií tabáku a alkoholu, dále jsou zde uvedeny definice pojmů nikotin, tabák, alkohol. Práce se zaměřuje na nemoci a rizika, která jsou s užíváním alkoholu a tabáku spojená, možnosti léčby, definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí, projevy a prevenci závislosti, typy alkoholové závislosti. Práce zkoumá současný stav této problematiky v České republice a ve světě, zaměřuje na demografickou situaci v ČR a problematiku generace 50 plus.

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit zda u generace 50 plus existuje závislost na tabáku a v jaké míře. Pro zjištění tohoto cíle byl použit kvantitativní výzkum. Tato část obsahuje stanovený hlavní cíl, dílčí cíle a hypotézy. Dále popisuje metodiku, a metodu dotazování. Pro sběr dat jsem použila dotazování pomocí dotazníků, které jsem posílala pomocí webu a rozdávala v tištěné podobě. Výzkumný vzorek tvořilo 105 respondentů, z toho 55 osob do 30 let a 50 osoby starších 50 let. Celkem tabákové výrobky kouří 54 respondentů a 97 respondentů pije alkoholické nápoje.

Následující kapitola obsahuje výsledky výzkumu zpracované do grafů a tabulek. Jednotlivé otázky z dotazníku jsou v kontextu dalších parametrů, jako jsou pohlaví, věk, znázorněny do sloupcových a výsečových grafů, které jsou popsány. Hypotézy byly testovány statistickou metodou dobré schody, Chí – kvadrát test.

Výsledky ukazují, že generace 50 plus užívá alkoholické nápoje přibližně ve stejné míře jako generace do 30 let, dělí je pouze jedno procento. Tabákové výrobky užívá ve větším množství generace do 30. Z 54 respondentů kouří celkem 33 osob do 30 let a 21 osob starších 50 let.

Další část obsahuje kapitolu Diskuze, tato kapitola jednotlivé výsledky vyhodnocuje, potvrzuje a vyvrací dané hypotézy.

V závěrečné části je shrnuta celá bakalářská práce, jsou zde vyhodnoceny cíle práce a hypotézy.

Klíčová slova: tabák - alkohol - závislost - generace 50 +

Abstract

My bachelor thesis discusses about the topic „Addiction on tobacco and alcohol by the generation 50 plus“. This theme is very actual, and the number of people addicted on tobacco and alcohol is still rising up. The objective of this project is to find out the degree of addiction by the generation 50+ in comparison with the generation under 30. Assumed contribution of this thesis is providing the information to the students of ZSF JU.

The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the history of tobacco and alcohol, and it also mentions the definition of terms as nicotine, tobacco and alcohol. The project targets on diseases and risks linked up with the utilization of these substances, the possibilities of treatment, the definition of addiction according to the International Classification of Diseases, symptoms and prevention and types of the alcohol addiction. The thesis also examine the actual aspect of these problems in the Czech Republic and in the world, and it also focuses on the demographic situation and problematic of the generation 50+.

The purpose of the practical part of this thesis is to find out whether the addiction on tobacco exists by the generation 50+, and if so, in which extent. The Quantitative research methodology was used for the discovery of this goal. This part includes the main objective, the particular objectives and hypothesis. It also describes the methodology of questioning. For the purpose of data collection I used the questionnaires, which was sent via web and some of them were printed. The research sample was made of 105 respondents, 55 subjects under 30 years old and 50 subjects older than 50.

Next chapter contains the results of research utilized into graphs and tables. Particular questions of the questionnaires are in context with other parameters as gender and age, and they are demonstrated in sector and column graphs. Hypothesis were tested with statistic method called Pearsons chi-quadrat test.

The results indicates that the generation 50+ takes alcoholic drinks approximately equally as the generation under 30. Tobacco products are mostly taken by the

generation under 30. Among 54 respondents are 33 subjects under 30 and 21 subjects 50+ who are smoking tobacco.

Next part contains the chapter „Discussion“, which analyses particular results, and confirms or negatives the hypothesis.

In the final part there is summarized the whole thesis and analyzed the objectives and hypothesis of this project.

Key words: tobacco - alcohol - addiction - generation 50+

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě / v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. srpna 2014

.....

Nikola Hofhanzlová

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu MUDr. Rostislavovi Čevelovy, Ph.D., MBA za pomoc při vedení mé bakalářské práce, za čas, který mi věnoval, za rady a nápady, které mi poskytl. Také bych ráda poděkovala doc. MUDr. Libuši Čeledové, Ph.D. za ochotu a trpělivost při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

Obsah.....	8
Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Tabák, nikotin.....	11
1.1.1 Současný stav v ČR a v mezinárodním srovnání.....	13
1.1.2 Prevence závislosti na tabáku.....	14
1.1.3 Nemoci způsobené užíváním tabáku, rizika, projevy.....	16
1.1.4 Léčba závislosti na tabáku.....	18
1.1.4.1 Definice závislosti.....	18
1.1.4.2 Léčba.....	19
1.1.5 Motivace.....	21
1.2 Alkohol.....	22
1.2.1 Současný stav v ČR a v mezinárodním srovnání.....	24
1.2.2 Prevence závislosti na alkoholu.....	25
1.2.3 Rizika, projevy a léčba alkoholismu.....	26
1.2.3.1 Rizika užívání alkoholu.....	26
1.2.3.2 Projevy závislosti na alkoholu.....	27
1.2.3.3 Léčba alkoholismu.....	29
1.2.4 Alkoholické psychózy.....	31
1.2.5 Anonymní alkoholici.....	33
1.3 Demografická situace v ČR, Generace 50 +.....	34
1.3.1 Problematika generace 50 plus.....	35
1.3.1.1 Stáří.....	36
2 Cíl práce a hypotézy.....	37
2.1 Cíl práce.....	37
2.2 Hypotézy.....	37
3 Metodika.....	38
3.1 Metodický postup.....	38

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
3.3	Zpracování výsledků.....	39
4	Vyhodnocení výzkumu.....	40
5	Diskuse.....	59
6	Závěr.....	65
7	Seznam citací.....	67
8	Přílohy.....	75

Úvod

Na světě neustále roste počet lidí, kteří užívají tabákové výrobky a pijí alkoholické nápoje. Kouření a pití alkoholu patří k nejrozšířenějším závislostem na světě.

Česká republika se řadí na 12. pozici v počtu vykouřených cigaret na jednoho obyvatele za rok. V České republice je 2 300 000 kuřáků, z toho 250 000 jsou děti a mládež do 18 let. Na celém světě je přibližně 1,3 miliardy kuřáků. Za rok na následky kouření zemře 4 800 000 lidí, za jeden den to je 13 400 lidí. V České republice zabije kouření přibližně 18 tisíc lidí za rok, nejčastější příčinou smrti je rakovina (Kuřáková plíce, 2012).

Podle Světové zdravotnické organizace se ČR řadí na druhé místo v konzumaci alkoholu na světě, za rok 2012 se u nás podle WHO vypilo 16,45 litru čistého alkoholu na jednoho člověka (Zprávy ihned, 2012). Rizikové pití alkoholu se týká 17 % populace tj. 1,1 – 1,4 miliónu osob. Škodlivé nebo problémové pití tvoří 8,2 % populace tj. 500 – 690 tisíc osob. Za rok 2012 zemřelo na předávkování etanolem 317 osob a 47 osob na otravu metanolem (Mravčík, a kol., 2012).

Toto téma jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila, protože je to velký společenský problém a také pro to, že znám několik lidí, kteří jsou závislí na tabáku a alkoholu, a ráda bych jim poradila nějaké možnosti, jak se s jejich závislostí vypořádat.

Cílem praktické části mé bakalářské práce je zjistit, zda u generace 50+ existuje závislost na tabáku a alkoholu, a v jaké míře. Jelikož se prodlužuje věk a roste počet seniorů, je důležité, aby prožili svůj život ve zdraví, a žili co nejkvalitnější a plnohodnotný život. Čím dříve přestanou kouřit a pít alkohol, riziko předčasného úmrtí se sníží. Lékaři však u této generace nemají snahu upozornit na závislost, ani podnítit motivaci k abstinenci. Tyto závislosti hrají velkou roli i v rodinném životě, děti mají tendenci napodobovat své rodiče a prarodiče, kteří na ně mají negativní vliv.

Dílčím cílem mé práce je zjistit, zda se mění formy konzumace tabáku a alkoholu u generace do 30 let a u generace 50+. Předpokládám, že rozdíl by mohl být u tabákových výrobků, které podle mého názoru generace 50+ užívá v jiné formě než generace do 30 let.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Tabák, nikotin

Tabák, latinským názvem *Nicotiana*, je rostlina, která pochází z Ameriky. Tabák patřící do čeledi lilkovitých zahrnuje přibližně 100 druhů rostlin. Pro tabákové výrobky se pěstují převážně dva druhy tabáku, *Nicotiana Tabacum* a *Nicotiana rustica*. Listy tabáku obsahují převážně alkaloid nikotin doprovázený nornikotinem, anabiasinem aj. (Tabák a jeho vlastnosti, rostlina tabáku, *Nicotiana Tabacum*, 2014).

První zmínka o kouření tabáku pochází z civilizace Mayů okolo roku 500 př. n. l. Do celého světa se rozšířil s objevením Ameriky Kolumbem. Latinsky je tabák (nicotina) pojmenován po Jeanu Nicotovi, který ho dovezl do Paříže a přispěl k jeho rozšíření. Původní obyvatelé Ameriky tabák kouřili, žvýkali, šňupali a pojídali tabákové listy. Zpočátku byl využíván lékaři k léčebným účelům a zabývali se jím botanici. Do Evropy se nejvíce rozšířil v šestnáctém století. Začal se pěstovat po celém světě. V některých zemích bylo užívání tabáku zakázáno. V devatenáctém století se ve vyšších společenských vrstvách začaly kouřit doutníky a cigarety, šňupání tabáku bylo považováno za zlovyk nižších vrstev (SANANIM, 2007).

Nejvíce se tabák rozšířil za 1. světové války. Na jeho škodlivé účinky se přišlo v době, kdy bylo kouření tabáku rozšířeno do celého světa (Králíková, Kozák, 2003).

Nikotin

Nikotin je silně toxická bezbarvá látka obsažená v tabáku a užívá se nejčastěji kouřením. Při kouření se dostává do organismu s kapičkami dehtu (SANANIM, 2007).

Vyskytuje se pouze v rostlině tabáku. Do těla se dostává sliznicí ústní dutiny nebo plícemi a putuje do mozku. Nikotin je nejdostupnější droga, je legální, veřejně přijatelná. Ovlivňuje mozek, celý endokrinní systém, zvyšuje uvolňování katecholaminů, kortikosteroidů, pituitárních hormonů i betaendorfinů. Mozku v malém

množství způsobuje soustředění, ve velkém množství má tlumivý účinek. Také negativně působí na cévy a srdce (Králíková, Kozák, 2003).

Při nedostatku nikotinu vznikají u závislých kuřáků abstinenční příznaky:

- neovladatelná, nutkavá touha po nikotinu
- podrážděnost, zlost
- úzkost, strach, až sklon k depresím
- neschopnost se soustředit
- neklid
- netrpělivost
- nespavost
- neschopnost odpočívat
- zvýšená chuť k jídlu, přibývání na váze

Abstinenční příznaky trvají u každého rozdílně, průměrně od 3 týdnů do 3 měsíců (Králíková, Kozák, 2003).

Aplikace tabáku

Tabák je v České republice rozšířen ve formě tabáku, který hoří, nebo bezdýmému tabáku. Bezdýmý tabák dále rozdělujeme na orální a šňupací.

Šňupací tabák vdechujeme do těla nosem. Orální tabák se rozděluje na žvýkací a „moist snuff“ neboli „vlhký šňupec. Žvýkáním tabáku se rozumí žvýkání tabákových listů, jimiž se do těla dostává nikotin. Moist snuff znamená žvýkání pytlíčků naplněných tabákem. Bezdýmý tabák má o něco méně škodlivých látek než tabák, který hoří.

Tabák, který hoří, zahrnuje doutníky, cigarety a dýmky. Doutník je svinutý tabákový list, obsahuje jen malé množství přidaných látek. Dýmkový a cigaretový tabák obsahuje mnoho přidaných látek, je různě upravován a doplňován (Králíková, 2003).

1.1.1 Současný stav v ČR a v mezinárodním srovnání

Česká republika se řadí na 12. místo v počtu vykouřených cigaret na jednoho obyvatele za rok. Vykouří se zde přibližně 21 miliard cigaret. Na prvním místě v počtu vykouřených cigaret v Evropské unii je Řecko. V Řecku kouří 40 % populace, další místo obsadilo Bulharsko s 36 %. Nejméně se kouří ve Švédsku (13%) a také v Portugalsku a Slovensku (23 %). V Evropské unii vykouří kuřák v průměru za jeden den 14,2 cigarety (Lidové noviny, 2012).

V České republice kouří 26 % populace, průměr v celé Evropě je 28%. V ČR kouří více jak čtvrt milionu osob, kterým je méně než 18 let. Řadíme se na druhé místo s největším počtem mladých kuřáků v celé Evropské unii (Čísla a fakta o kouření, 2014).

Na celém světě je přibližně 1,3 miliardy kuřáků. Za rok na následky kouření zemře na celém světě 4 800 000 lidí. Za jeden den to je 13 400 lidí.

V České republice je 2 300 000 kuřáků, z toho 250 000 jsou děti a mládež do 18 let. Každý den v ČR začne kouřit 100 dětí okolo 10. roku. Mezi mladými kuřáky je více dívek než chlapců (Kuřáková plíce, 2012).

Každý rok v České republice zabije kouření přibližně 18 tisíc lidí. Nejčastější příčinou smrti je rakovina, nemoci srdce a cév, respirační nemoci a ostatní. Na rakovinu u nás za rok zemře přibližně 8 000 lidí. Nejrozšířenější je rakovina plic, která za rok usmrtí asi 5 000 lidí. Rakovina plic není ale nejčastější příčinou úmrtí. Více osob zemře na infarkty a mrtvice (Zprávy ihned, 2013).

Státy Evropské unie se zavázaly přijmout technická a legislativní opatření omezující kouření. Evropská rada vyzvala členské státy k zákazu kouření na veřejných místech, jako jsou školy, zdravotnická zařízení, kina, divadla, úřady a veřejná doprava. (Evropa 2045, b.r.).

Zákazy kouření se v jednotlivých státech EU liší. V České republice se nesmí kouřit na veřejných místech. Restaurace si v ČR mohou vybrat, jestli budou kuřácké, nekuřácké, nebo jestli budou mít prostory jak pro kuřáky, tak pro nekuřáky.

Například v Bulharsku, Irsku, Maďarsku, na Maltě, v Lotyšsku, Portugalsku nebo Velké Británii lze v restauraci kouřit pouze na terase. Uvnitř podniku je kouření zakázané. Ve Španělsku a na Maltě lze kouřit jen ve speciálních klubech. Ve Francii je dovoleno kouřit v kuřáckých prostorách v podnicích a na pracovišti (Denková, 2014).

Česká republika se řídí od 1.1. 2006 takzvaným „protikuřáckým zákonem“, zákonem č. 379/2005 Sb. - O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (Protikuřácká legislativa v ČR, 2013).

V květnu 2012 ČR ratifikovala Rámcovou úmluvu Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku (FCTC). ČR ji přijala jako poslední ze zemí EU. FCTC je závaznou mezinárodní smlouvou, která představuje účinný mezinárodní nástroj ochrany veřejného zdraví před zájmy tabákového průmyslu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012)

1.1.2 Prevence závislosti na tabáku

Prevence je definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu a šíření nezdravého kouření tabáku.

Primární prevence

Tyto preventivní programy jsou v České republice od roku 1992. Prováděla je malá skupina odborných pracovníků se zájmem o tuto tematiku (Skácelová, Vrstevnické skupiny, peer programy, 2003).

Primární prevence se zaměřuje na celkovou populaci, nebo také na ohroženou populaci jako jsou např. „děti ulice“, záškoláci, mladiství vyloučení ze školy, mladiství delikventi nebo děti uživatelů drog (Orlíková, 2009).

Jejím cílem je předcházet kouření tabáku a následnou závislost, nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou (Bém, Kalina, 2003).

Primární prevence zahrnuje určité preventivní aktivity, jako jsou různé kampaně, billboardová reklamní kampaň, přednášky a besedy určené žákům základních a středních škol, komponované pořady, peer programy, dlouhodobé programy, časopisy (Skalík, 2003).

Primární prevence zahrnuje dle Orlikové (2009) tyto složky:

1. Vytváření povědomí a informovanosti o drogách a nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním.
2. Podpora protidrogových postojů a norem.
3. Posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním drog.
4. Posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů.
5. Podporování zdravějších alternativ tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog.

Prioritní postavení v primární prevenci zauímají školy a školská zařízení. V České republice je primární prevence nejvíce směřována do škol. Každá škola vypracovává Minimální preventivní program. Tento program spolupracuje s rodiči a jinými institucemi a organizacemi. Nejvíce efektivní jsou programy vedené peer aktivisty, odborníky a proškolenými pedagogy (Skácelová, Prevence ve výuce: základní pedagogické principy, 2003).

Populace mladých lidí ve věku 13-19 let je nejrizikovější skupinou. Pro tyto mladé lidi jsou vytvářeny „peer programy“ (vrstevnické programy). Principem peer programů je aktivní zapojení připravených vrstevníků pozitivně ovlivnit rizikové chování mladých lidí (Skácelová, Vrstevnické skupiny, peer programy, 2003).

Sekundární prevence

Zahrnuje léčebné programy, včasnou intervenci a poradenství. Snaží se předcházet vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již kouří nebo jsou závislí (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, sekundární prevence, 2010).

Sekundární prevence využívá substituční léčbu. U kuřáků závislých na nikotinu se provádí náhradní nikotinová terapie (Substituční léčba, 2014).

Terciární prevence

Snaží se předcházet vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození při kouření tabáku. Zahrnuje nejrůznější postupy z oblasti „harm reduction“ tedy „snižování škod“ při užívání tabáku. Terciární prevence je pro každého dostupná, snaží se oslovit co nejvíce lidí. Poskytuje informační a konzultační služby, léčebné postupy, a je bezplatná. Provádí ji terénní pracovníci, kontaktní centra a jiné neziskové organizace (Šustková-Fišerová, 2004).

1.1.3 Nemoci způsobené užíváním tabáku, rizika, projevy

Nejzávažnějším rizikem je poškození organismu a smrt. Rizika spojená s tabákem rozdělujeme na somatická, psychologická a sociální. Sociální a psychologická rizika nejsou tak častá jako somatická (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014).

Kouření zvyšuje riziko vzniku nádorových onemocnění, rakoviny, impotence, u těhotných žen může způsobit poškození dítěte, onemocnění dýchacích cest, rozedma plic, alergie, astma, nemoci cév dolních končetin a zvyšuje riziko srdečních onemocnění. Užívání tabáku je nejčastější příčinou smrti. Tabák je příčinou 30% všech nádorů a z 90% způsobuje rakovinu dýchacích cest (Nešpor, 1995).

Na užívání tabáku umírá každý druhý kuřák a průměrný dožitý věk se u kuřáka snižuje o 10 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014).

Rakovina plic

Rakovina je častým onemocněním kuřáků. Příznaky rakoviny jsou často nenápadné a rozpoznatelné až v pozdních stádiích, kdy už je nemožné člověka vyléčit. Rakovina plic je zhoubné nádorové onemocnění, které postihuje tkáň plic a dýchacích cest.

Projevuje se kašlem a vykašláváním hlenů, dušností, vykašláváním krve, bolestí na hrudníku, váhovou nestabilitou, únavou, otoky horních končetin a hlavy. Rakovina plic může způsobit metastázy na játrech, mozku, ledvinách a nadledvinách, kostech a dalších částech těla (Kuřáková plíce, 2014).

Onemocnění kardiovaskulárního systému

Užívání tabáku způsobuje zrychlení srdečního rytmu a arytmii vyvolanou oxidem uhelnatým. Při každé vykouřené cigaretě se tep zvyšuje a způsobuje vysoký tlak (Comby, 2007).

Ateroskleróza

Ateroskleróza je způsobena hromaděním tuků na stěny cév. Usazením na stěnách způsobuje zúžení cév, nános může vyvolat jejich prasknutí, které vede ke vzniku sraženiny. Sraženina může vést k infarktu myokardu, mozkové příhodě, ischemické chorobě dolních končetin a dalším zdravotním potížím. Vznik aterosklerózy podporuje nikotin (Velemínský, 2011).

Infarkt myokardu

Infarkt je hlavní příčinou smrti ve vyspělých zemích. Vzniká ucpáním tepny, krev neproudí do srdce a neokysličuje se. Srdce bije nepravidelně, až se zastaví. Při částečném okysličení infarkt nekončí smrtí (Comby, 2007).

Ischemická choroba dolních končetin

Tato choroba vzniká nejčastěji při spojení kouření a diabetem mellitem (cukrovkou). Projevuje se silnou bolestí. Končetiny nejsou prokrvovány, vznikají tkáňové defekty, v některých případech dojde k amputaci končetiny (Velemínský, 2011).

Bronchitida

Kouření tabáku může vyvolat vznik bronchitidy. Bronchitida je zánět sliznice průdušek. Tělo na zánět reaguje kašlem, který čistí průdušky. Do průdušek se dostávají malé částičky prachu, které se uchytí na slizu hlenu. Hlen a nečistoty jsou z průdušek dopravovány vibrujícími brvy do hrdla, potom jsou vykašlány (Comby, 2007).

Neplodnost

Vznik neplodnosti může nastat u mužů i žen. Kouření tabáku má u mužů vliv na nízkou aktivitu spermií, počet spermií ve spermatu, sníženou hladinu testosteronu a impotenci (Comby, 2007).

Tabák a vzhled

Kouření tabáku má vliv také na pokožku a vznik vrásek. Dehet způsobuje žloutnutí zubů a prstů. Tabák také způsobuje větší lámání vlasů. Pokud kuřák přestane kouřit, zlepšší se jeho tělesný stav a vzhled (Comby, 2007).

1.1.4 Léčba závislosti na tabáku

Kuřákem se člověk stane pomalu, za několik měsíců nebo let. Kouření je naučené chování, které vede k závislosti. Přestat kouřit nejde ze dne na den. Kuřák musí chtít přestat kouřit a aktivně uskutečnit své přání (Králíková, 2003).

1.1.4.1 Definice závislosti

Závislost na tabáku rozdělujeme na psychosociální a fyzickou. Kouření tabáku v určité společnosti je závislostí sociální. Touto závislostí kouření začíná. Sociální závislost vede k závislosti psychické. Sociální vazba na cigaretu nestačí a začíná se vytvářet vazba psychická, která se stává neodmyslitelnou součástí životního stylu.

Kuřák kouří v různých situacích, po jídle, u kávy, po práci. Psychosociální závislost je závislost na cigaretě ne na nikotinu.

Fyzická závislost je závislost na nikotinu. Na nikotinu je závislých přibližně 85% kuřáků, kteří kouří denně 10-15 cigaret, a první cigaretu musí vykouřit do hodiny od probuzení. Nikotin se váže v mozku na buňky, které vyvolávají při kouření příjemné reakce, při nedostatku nikotinu vznikají abstinenční příznaky (Králíková, Kozák, 2003).

Mezinárodní klasifikace nemocí stanovila pro jednotlivé závislosti kódy. Závislost na tabáku má kód F17.2 Závislost na tabáku. Definitivní závislost může být stanovena, pokud u jedince došlo v průběhu roku nejméně ke třem následujícím jevům:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat tabák
- b) potíže v sebeovládání
- c) tělesný odvykací stav
- d) růst tolerance
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

(Nešpor 2000).

1.1.4.2 Léčba

Závislost na tabáku je nemoc, která potřebuje kromě prevence i léčbu. Existují tři účinné typy intervencí: intervence krátkodobá, intenzivnější s podporou specialisty a farmaceutická pomoc (Králíková, 2005).

Kouření je naučené chování, které si člověk osvojuje několik let. Proto i odvykání je postupný proces. Během kuřácké periody dochází k zvyšování počtu tzv. nikotinových receptorů v mozku, které už nezmizí. Lidé, kteří již byli na nikotinu závislí, nesmí kouřit ani příležitostně, závislost by se vrátila (Odvykání kouření, 2014).

Přibližně 75% kuřáků není se svým kouřením spokojeno a přálo by si přestat.

Odvykání kouření má několik stádií:

1. prekontemplační stadium,
2. kontemplační stadium,
3. přípravné stadium,
4. stadium akce,
5. stadium setrvání nebo relaps,

(Comby, 2007).

Behaviorální a psychosociální intervence

Každý lékař by měl identifikovat kuřáka a doporučit mu, aby přestal kouřit. Lékař by měl pacientovy vysvětlit jaké obtíže, diagnózy a prognózy může kouření způsobit. Měl by pacienta motivovat k tomu, aby s kouřením přestal. Při každé návštěvě by to měl opakovat (Králíková, 2005).

Krátká intervence

Všichni zdravotníci by měli jako součást práce aplikovat krátkou intervenci. Krátká intervence trvá přibližně 3-5 minut. Používá se při ní tzv. „5A“:

- Ask – ptát se na kuřáctví a zaznamenat do dokumentace,
- Advise – jasně doporučit kuřákům přestat,
- Assess – posoudit ochotu přestat, nechce-li, snažíme se motivovat a vysvětlit výhody nekuřáctví,
- Assist – těm kuřákům, kteří chtějí přestat, pomoci. Což může znamenat nabídnout podporu, doporučení do specializovaného centra léčby závislosti na tabáku,
- Arrange follow up – pokud možno plánovat kontroly,

(Králíková, 2005).

Intenzivní intervence specialisty

Od roku 2005 v ČR vznikají specializovaná centra léčby závislosti na tabáku při fakultativních nemocnicích. Centra vznikají v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví

České republiky a České kanceláře WHO. Centrum poskytuje intenzivní psychobehaviorální intervenci, základní klinické vyšetření, diagnostiku a farmakoterapii (Králíková, 2005).

Individuální nebo skupinová behaviorální terapie

Je to dlouhodobý program, který poskytují specialisté na odvykání kouření. Čím delší a intenzivnější tento program je, tím je účinnější. Z 10-30% bývá tato léčba úspěšná a končí abstinencí (Králíková, 2005).

Farmakologická léčba

Tato léčba je vhodná pro kuřáky, kteří kouří 10 a více cigaret denně, jejichž první cigareta je do jedné hodiny po probuzení. Farmakologická léčba zabraňuje abstinенčním příznakům (Králíková, 2005).

Náhradní nikotinová léčba

Nejvíce účinná léčba závislosti na tabáku. Snižuje abstinенční příznaky z nedostatku nikotinu a pomáhá odvykajícímu člověku se vyrovnat s psychosociální závislostí na kouření. Náhradní nikotinová léčba znamená dodávání čistého nikotinu do těla. Dávky nikotinu se snižují. Nikotin můžeme přijímat ve formě náplastí, inhalátorů, žvýkaček a mikrotablet (Stop kouření, 2013).

1.1.5 Motivace

Kuřák, který se rozhodl skoncovat s kouřením, by měl mít důvod, proč přestat kouřit. Důvody jsou různé, podstatné je, že každý svůj důvod má. Pozitivní postoj k nekuřáctví a motiv proč přestat kouřit jsou zásadní (Králíková, Kozák, 2003).

Prvním krokem je přesná formulace důvodu, proč chcete, proč jste se rozhodli a proč musíte přestat kouřit. Přestat kouřit není otázkou vůle, ale rozhodnutí (Králíková, Kozák, 2003).

Stádia motivace:

1. Nestojí o změnu – terapeut by měl pomoci pacientovi, aby lépe vnímal rizika a problémy spojená s kouřením.
2. Rozhodování – ve stádiu rozhodování by měl terapeut připomínat důvody ke změně i rizika toho, kdyby nenastala.
3. Rozhodnutí – terapeut pomáhá s rozhodnutím, kterým se dá docílit pozitivní změny.
4. Jednání – terapeut pacientovi pomáhá pozitivní změnu uskutečnit.
5. Udržování – terapeut pomáhá chápat a užívat strategie k prevenci recidivy.
6. Recidiva – terapeut pomáhá recidivu rychle zastavit.

(Nešpor, 2000).

Při práci s pacienty se používají techniky posilování motivace. Pacientovi by se měl projevovat respekt a porozumění, zajímat se o jeho možnosti, plány a cíle, povzbuzovat a ocenit ho, zejména když dělá pokroky. Důležitým motivačním faktorem je také vliv rodiny a okolí.

Posilování motivace by měli provádět lékaři všech oborů v rámci krátké intervence. Posilování motivace se může dít nenápadně. Správné je s ní pracovat průběžně a největší pozornost věnovat motivaci v době krizí a problémů. Posilování motivace se využívá v rámci individuální, rodinné i skupinové terapie (Nešpor, 2002).

1.2 Alkohol

Alkohol je slovo arabského původu, pochází ze slova „al-ghul“ což znamenalo „jemná substance“ (Šamánek, Urbanová 2012).

Alkohol (etanol) je chemická látka, která vzniká kvašením cukrů a patří do skupiny alkoholů. Alkohol je součástí alkoholických nápojů, většinou jako směs ochucené vody a lihu. V naší společnosti je tolerován a pro většinu populace je legálně dostupný. Dějiny alkoholu jsou spojeny s dějinami lidstva, v minulosti byl užíván při

náboženských obřadech, a také jako lék. V současnosti je užíván jako nápoj pro pobavení.

Chemická značka alkoholu je C_2H_5OH . Vyrábí se z jablek, vinné révy, hrušek, švestek, meruněk nebo z polysacharidů z brambor a obilných zrn (Šamánek, Urbanová, 2012).

Patří do skupiny tvrdých drog, je návykový, ale i přes to je v naší společnosti tolerován a podporován (SANANIM, 2007).

Nadměrná konzumace alkoholu je považována za alkoholismus. Tento termín vytvořil Švédský lékař Magnus Huss. Vytvořil novou teorii a nový přístup k poruchám organismu vyvolaných alkoholem (Sournia, 1999).

Mezinárodní klasifikace nemocí určuje jednotlivé kódy podle druhu závislosti. Závislost na alkoholu je klasifikována kódem F10.2 Závislost na alkoholu (Nešpor, 2000).

Podle E. M. Jellineka rozlišujeme pět typů závislosti na alkoholu:

1. typ alfa: není zde rozvinutá závislost, občasné pití alkoholu s následnými problémy
2. typ beta: pravidelná konzumace alkoholu
3. typ gama: anglosaský typ, vyskytuje se v USA, Kanadě, Skandinávii, v ČR, dochází ke ztrátě kontroly a ke konfliktům, ale je zachována schopnost abstinence, patří sem pijáci piva a vína
4. typ delta: románský typ, vyskytuje se ve vinařských oblastech, kde je pravidelná konzumace alkoholu každodenní záležitostí, postižený si udržuje svou „hladinku“, není ani střízlivý ani opilý, po odnětí alkoholu dochází k abstinenčním příznakům
5. typ epsilon: nejméně častý typ, střídání nadměrné konzumace a abstinence, např. pití při afektivní poruše (Heller, Pecinová, 2011).

1.2.1 Současný stav v ČR a v mezinárodním srovnání

Konzumace alkoholu je v České republice legální, ale omezena zákonem. Užívání alkoholu upravuje zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (Zákon č. 379/2005 Sb., 2005).

ČR je podle Světové zdravotnické organizace na druhém místě v konzumaci alkoholu na světě. Za rok 2012 se zde vypilo podle WHO 16,45 litru čistého alkoholu na jednoho člověka od 15 let věku. První místo obsadila Moldávie, kde průměrně každý Moldavan za rok vypije 18, 22 litru čistého alkoholu (Zprávy ihned, 2012).

Na podzim roku 2012 realizovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR a Státní zdravotní ústav celostátní šetření o spotřebě alkoholu v české dospělé populaci. Průzkum ukázal pokles na 7,4 litru čistého alkoholu na jednu osobu (Zakálová, 2013).

V ČR patří k nejoblíbenějším alkoholickým nápojům pivo. Tvoří 85% všech vypitých alkoholických nápojů, 11% víno a 4% destiláty. Podle Českého statistického úřadu každý Čech za rok 2012 vypil 175,2 litru alkoholu. Z toho 148,7 litrů piva, 19,8 litrů vína a 6,7 litrů lihovin (Kučera, 2013).

Rizikové pití alkoholu se v České republice týká 17 % populace tj. 1,1 – 1,4 miliónu osob. Škodlivé nebo problémové pití tvoří 8,2 % populace tj. 500 – 690 tisíc osob. Za rok 2012 zemřelo na předávkování etanolem 317 osob a 47 osob na otravu metanolem, který byl přidán do nelegálního tvrdého alkoholu (Mravčík, a kol., 2012).

Hranice věku, kdy je možné beztrestně konzumovat alkohol, se v každém státu liší. V České republice je možno alkohol konzumovat od 18 let, a tak to je i ve většině států Evropy. V Německu je konzumace alkoholu možná od 16 let, vztahuje se ale jen na pivo a slabá vína. Nejvyšší hranici pro konzumaci alkoholu má USA, zde se může alkohol konzumovat od 21 let (Česká televize, 2013).

1.2.2 Prevence závislosti na alkoholu

Prevence znamená vedení člověka k ochraně zdraví a výchově ke zdravému způsobu života. Rozděluje se na primární, sekundární a terciární prevenci (Heller, Pecinovská, 2011).

Cílem prevence je redukovat množství konzumace alkoholu a snížit procento mladých lidí, kteří alkohol užívají a zneužívají, aby jejich konzumace alkoholu nevedla k závislosti. Prevence se zaměřuje jak na mladistvé, tak i na dospělé jedince. U dospělých jedinců se zaměřuje na prevenci řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu, konzumaci alkoholu při těhotenství a násilí (Janda, Kuba, 2010).

Primární prevence

Primární prevence se zaměřuje na udržení a podporu zdraví u zdravé populace. Zaměřuje se především na děti a mládež. Prevence musí být prováděna odborně, citlivě a s nasazením. Ve škole se prevence stala součástí vzdělání a výchovy (Heller, Pecinovská, 2011).

Další důležitou prevencí je prevence v rodině. Je důležité naslouchat dětem, mluvit s nimi o alkoholu a drogách a poskytovat jim potřebné informace. Také je důležité předcházet nudě, nuda může vést k experimentování s alkoholem a jinými drogami. Rodiče by měli být vzorem pro děti, měli by vytvořit pravidla pro prevenci užívání alkoholu a jiných drog, např. žádný alkohol, nebo bude trest (Nešpor, 2006).

Sekundární prevence

Sekundární prevence se snaží co nejdříve rozpoznat nebezpečí spojené s užíváním alkoholu, co nejrychleji omezit a zmírnit následné škody.“ Jedná se o předcházení vzniku a rozvoji rizikového chování u osob, které jsou rizikovým chováním ohroženi.“ (Nešpor, 2006).

Terciární prevence

Terciární prevence pracuje s těmi, kdo jsou na alkoholu závislí. „Její cílem je předcházet zdravotním nebo sociálním potížím v důsledku rizikového chování. Např. předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s konzumací tabáku.“ (Nevoralová, 2014).

Prevenici vykonávají:

- školy a školská zařízení
- poradny a internetové poradny
- obecní úřady
- „peer programy“ vrstevníci
- dobrovolníci vyškoleni na provádění prevence
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- terénní sociální pracovníci (streetwork)
- policie
- lékaři a zdravotní zařízení
- krizová centra
- telefonní linky důvěry

(Orlíková, 2009).

1.2.3 Rizika, projevy a léčba alkoholismu

1.2.3.1 Rizika užívání alkoholu

Konzumace alkoholu přináší určitá rizika. Lze je rozdělit do dvou skupin. První riziko zahrnuje optimální konzumaci alkoholických nápojů. Riziko se zde vyskytuje jen zřídka, pro zdravého člověka je riziko zanedbatelné. Alkohol by se měly také

vyvarovat osoby, které prodělaly zánět jater, nebo ti, kdo nemají v pořádku slinivku břišní a zažívací systém. Těmto osobám by konzumace alkoholu mohla přinést určité komplikace.

Druhé riziko může nastat při vzniku návyku a patologické závislosti. Alkohol těmto lidem může škodit zdravotně i sociálně.

Užívání alkoholu má také negativní účinky na mozek, svalstvo, potenci, odčerpává tělesnou a duševní energii. Lidé se stávají nespolehlivými, což narušuje jejich vztahy s okolím. Změní se jejich osobnost, klesne jejich hodnota člověka a blízcí jim přestanou věřit. Pokud alkohol naruší veškeré společenské role, můžeme hovořit o alkoholismu (Budinský, 2012).

Konzumace alkoholu vyvolává mnoho zdravotních obtíží. Při dlouhodobé konzumaci se vyvíjí cirhóza jater, která může vést k jaternímu selhání a smrti. Těžce zasažen bývá také trávicí trakt, dýchací systém, srdce a krevní oběh (Heller, Pecinovská, 2011).

Dlouhodobá konzumace může vyvolat i psychické komplikace, které se mohou projevit halucinacemi, paranoidně psychotickou poruchou, v konečném stádiu alkoholovou demencí (SANANIM, 2007).

1.2.3.2 Projevy závislosti na alkoholu

Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM – IV)

Závislost může být diagnostikována v případě, kdy pacient vykazuje alespoň tři ze sedmi následujících příznaků během jednoho roku.

1. růst tolerance k alkoholu,
2. odvykací příznaky po vysazení alkoholu,
3. přijímání alkoholu ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu,
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání alkoholu

5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním alkoholu nebo zotavováním se z jeho účinků,
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání alkoholu nebo jejich omezení,
7. pokračující užívání alkoholu navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví, a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním alkoholu,

(Nešpor, 2000).

Vývojová stádia závislosti na alkoholu dle E. M. Jellineka

Jellienek vypracoval vývojová stádia závislosti do čtyř stadií:

1. stadium: počáteční, iniciální

V tomto stadiu pije pacient stejně jako jeho okolí. Díky psychotropním účinkům alkoholu se pacient cítí lépe, dokáže překonávat situace, které by bez intoxikace nedokázal řešit. Při časté konzumaci nastává v tomto stadiu tolerance, roste tedy dávka alkoholu. Pacient pije proto, aby vyřešil problém. Pokud v tomto stadiu nevyhledá odbornou pomoc, bude nadále své problémy řešit pitím alkoholu.

2. stadium: varovné, prodromální

Tolerance roste a s ní roste i hladina alkoholu v krvi. Začíná se projevovat opilostí. Pacient vyhledává příležitost k pití, k dosažení požadované hladiny musí pít více než okolí, začíná pít dříve a potají. Své pití skrývá, aby okolí nic nezpozorovalo. Můžou se začít objevovat okénka, to je známka začátku třetího stádia.

3. stadium: rozhodné, krucální

Pacient snese vysoké dávky alkoholu, bez známky intoxikace. Příjemná hladina začíná splývat s opilostí. U pacienta se projevuje změna kontroly v pití. Alkohol je součástí základních metabolických dějů. Někdy se pacient neopije, a proto si myslí, že pití zvládá. Roste frekvence pití, která vede ke konfliktům. Původní problémy ustupují do pozadí za problémy způsobené pitím. Pití je projevem

choroby, která nelze zastavit bez odborné pomoci. Pacient je na konci tohoto období více dnů v týdnu opilý než střízlivý.

4. stadium: konečné, terminální

V tomto období pacient léčí nepříjemný pocit z vystřízlivění další dávkou drogy tzv. ranními doušky. Může vznikat několikedenní tah. Začíná klesat tolerance, projevuje se vyčerpání, poškození jater, slinivky břišní, trávicího systému, duševní poruchy a další. Pacient se nestará o nic jiného než o další dávku alkoholu. V tomto stádiu může vzniknout chronické stádium závislosti na alkoholu, které je trvalé a neodstranitelné (Heller, Pecinovská, 2011).

1.2.3.3 Léčba alkoholismu

Pokud se vyvine chorobná závislost na alkoholu a postižený nezná cestu zpět, je nutná léčba. Léčba vede k uzdravení z nemoci, důležité pro uzdravení je abstinovat do konce života.

Nucenou léčbu může nařídít pouze soud v souvislosti s trestnou činností, při hrubém narušování a ohrožování osobní svobody a výchovy dětí.

Dobrovolně může být pacient přijat do odvykací léčby, pokud bude rozhodnut a motivován k léčbě. Pacient většinou sám pomoc nevyhledává, první impulzy dává rodina. Často se nejdříve pracuje s rodinnými příslušníky, než se samotnými alkoholiky (Heller, Pecinovská, 2011).

Pomoc zajišťují specializované ambulantní zařízení (ordinace pro alkoholismus a toxikomanie), psychiatrické léčebny, poradny, terapeutické komunity, svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků (Orlíková, 2009).

Při léčbě závislosti na alkoholu se používají dvě formy léčby, léčba ambulantní a ústavní. Pro účinnou léčbu je nejvhodnější kombinace ústavní léčby s následným ambulantním doléčovacím systémem (Heller, Pecinovská, 2011).

Ambulantní protialkoholní léčba by měla být preferovaná jako první, až po jejích nezdarech by měla následovat léčba ústavní. Probíhá ve specializovaných zařízeních,

některá nabízejí kromě individuální terapie i psychoterapeutické skupiny a práci s rodinou závislé osoby. Ambulantní léčba je těžší než léčba ústavní, výhodou je, že nevyžaduje pracovní neschopnost (Nešpor, 2006).

Pacient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje. Délka léčby je v každém zařízení jiná, za účinnou se považuje léčba, které trvá déle jak 3 měsíce, v intervalu 2x až 3x týdně (Orlíková, 2009).

Ambulantní léčba může být podporována antabusem. Antabus je lék, který v těle pacienta vyvolá po požití alkoholu určité reakce. Pacient zčervená, objevuje se bušení srdce, bolest hlavy, nevolnost, někdy i zvracení a mdloba (Nešpor, 2006).

Podává se nejčastěji 2x týdně v pondělí a ve čtvrtek. Není povinný, ale poskytuje bezpečí a jistotu (Profous, 2011).

Ústavní léčba nastává v případě, kdy pacient nezvládá stav po odnětí alkoholu a vrací se k jeho konzumaci. V České republice se využívá krátkodobá ústavní léčba, která trvá 3-4 měsíce. V prvních 4-6 týdnech nastává detoxifikace, tělo se zbavuje alkoholu. V tomto období se může objevit některá z alkoholických psychóz.

Komplexní léčba závislosti na alkoholu zahrnuje detoxifikaci s navazující psychoterapií včetně rehabilitačních a resocializačních technik a podpůrné farmakoterapie (Heller, Pecinová, 2011).

Každé zařízení používá určité metody při léčení závislosti na alkoholu. Léčba může zahrnovat i tyto prvky:

- tělesné vyšetření a léčbu tělesných i duševních obtíží,
- psychoterapie, může být individuální nebo skupinová,
- léčebný klub (setkání lidí, kteří se snaží překonat problémy s alkoholem),
- relaxační techniky a jóga,
- Antabus,
- látky mírnící bažení (carving), jako je Campral a naltrexon,

- rodinná nebo manželská terapie,
- terapeutická komunita,
- cvičení, běh, turistika, výlety apod (Nešpor, 2006).

1.2.4 Alkoholické psychózy

Alkoholické psychózy vyjadřují souvislost s alkoholem a alkoholová intoxikace se svými fenomény se ve větším rozsahu projevuje psychotickým stavem. K alkoholovým psychózám patří delirium tremens, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza, Korzakovova psychóza, alkoholická demence a opilost patická. Alkoholická psychóza vzniká při dlouhodobém užívání alkoholu a musíme ji považovat za závažnou chorobu, která na psychice člověka zanechá trvalé stopy (Heller, Pecinovská, 2011).

Delirium tremens je nejznámějším deliriem u pacientů závislých na alkoholu. Tato psychóza postihuje nejčastěji osoby mezi 30. – 50. rokem věku. Delirium nejčastěji vzniká po přerušení dlouhodobé konzumace alkoholu, zejména u osob, které nepřijímají potravu, prodělali delirium, nebo mají některé rizikové faktory jako infekce, ICHS, alkoholická hepatopatie a anémie.

Delirium tremens nastává přibližně 48-72 hodin po přerušení nebo snížení příjmu alkoholu, v některých případech může propuknout až po 7- 10 dnech po přerušení konzumace alkoholu. Deliriu předchází projevy odvykacího stavu. V případě, kdy se objeví silný třes a pocení při 1-1,5 promile, nastává vysoké riziko epileptického záchvatu nebo deliria, je třeba okamžitě zahájit léčbu. V další fázi přicházejí halucinace, hlavně v noci. Nemocný podléhá iluzím, je zmatený a dezorientovaný časem a místem, stupňuje se úzkost, strach a může vést až k agresi nebo k sebevraždě (Heller, Pecinovská, 2011).

Člověk může být v průběhu deliria ohrožen:

- úrazy při pádu nebo epileptickém záchvatu
- infekčními komplikacemi
- krvácením do trávicího traktu
- jaterním selháním
- rhabdomyolýzou
- dekompenzací diabetu
- poruchami elektrolytového hospodářství
- respiračním nebo oběhovým selháním
- edémem mozku

Při neléčení má delirium úmrtnost až 35%, nejčastěji pacienti umírají v důsledku infekčních komplikací nebo maligních arytmií.

Alkoholická halucinóza se projevuje sluchovými halucinacemi, doprovázenými pocitem pronásledování a hádajícími se hlasy. Někdy se projevuje nočními děsy nebo hrůznými sny přetrvávajícími na rozhraní mezi spánkem a bděním. Pacienti se snaží halucinace vysvětlit.

Somatické projevy jsou mírnější než u deliria. Akutní průběh může trvat 3 – 10 dní, ale doznívat může několik měsíců (Heller, Pecinovská, 2011).

Alkoholická paranoidní psychóza se vyznačuje masivními bludy, bludy pronásledování, vztahovačností, nevěrou a žárlivostí. Je přítomna porucha vnímání i porucha myšlení.

Léčba této psychózy by měla kombinovat farmakoterapii s psychoterapií. Terapie by měla být dlouhodobá (Heller, Pecinovská, 2011).

Korzakovova psychóza se vyskytuje nejčastěji u žen. Příznakem je porucha krátkodobé paměti a dezorientace. Mezi hlavní symptomy patří retrográdní amnézie, konfabulace, narušená orientace a vštípivost (Heller, Pecinovská, 2011).

Alkoholická demence nastává okolo 50. roku, ale někdy může nastat i dříve. Projevuje se úbytkem duševních schopností (Heller, Pecinovská, 2011).

Patická opilost je jednorázová intoxikace, kterou řadíme mezi alkoholové psychózy (Heller, Pecinovská, 2011).

1.2.5 Anonymní alkoholici

Tato organizace vznikla v roce 1935 ve Spojených státech, tudíž ještě dříve, než začali vznikat první terapeutické komunity a předtím než se začala používat skupinová terapie (Nešpor, 2000).

Za zakladatele „Alcoholics Anonymous“ tedy Anonymních alkoholiků jsou považováni alkoholik Bill Wilson a lékař a alkoholik Smith. V České republice začaly vznikat skupiny anonymních alkoholiků od roku 1990. Nyní jsou skupiny Anonymních alkoholiků v mnoha městech České republiky (Nešpor, 2006).

Skupinu Anonymních alkoholiků navštěvují muži i ženy. Tito lidé sdílejí své zkušenosti, snaží se vyřešit svůj problém a chtějí pomoci ostatním. Aby se člověk stal členem Anonymních alkoholiků, musí chtít přestat pít. Jiná pravidla nejsou, ani žádné poplatky. Zájmem členů je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům dosahovat střízlivosti (Anonymní alkoholici).

Tato organizace je populární, a lidé, kteří ji navštěvují, jsou anonymní, používají pouze svá křestní jména (Nešpor, 2006).

Anonymní alkoholici se řídí dvanácti kroky a dvanácti tradicemi, jak se vyrovnat s problémem závislosti na alkoholu (příloha č.2).

Skupinu Anonymních alkoholiků vede jeden z dlouhodobě abstinujících alkoholiků, tato skupina je bez účasti profesionálů. Setkání jsou buď uzavřená, nebo otevřená. V uzavřené skupině jsou pouze alkoholici, do otevřené skupiny mohou i ti, kdo se o problematiku zajímají, rodina nebo přátelé (Heller, Pecinovská, 2011).

1.3 Demografická situace v ČR, Generace 50 +

V České republice se v roce 2013 snížil počet obyvatel o 3,7 tisíc. K 31. prosinci 2013 měla Česká republika 10 512 419 obyvatel.

Podle demografické příručky Českého statistického úřadu bylo k 1.7. 2012 v České republice 3 853 839 osob starších 50 let. Z toho bylo 1 745 141 mužů a 2 108 698 žen.

Sčítání lidu v roce 2011 ukázalo, že naše populace stárne. Počet narozených dětí klesl a zvýšil se počet nejstarších věkových kategorií. Oblastí s nejvíce mladými lidmi v České republice je hlavní město Praha, poté kraj Ústecký a Moravskoslezský. Naopak nejstarší oblasti jsou na hranicích Středočeského, Plzeňského a Jihočeského kraje.

V České republice kouří 11,4 % osob ve věku 50 – 64 let. Po 65 roce života se počet kuřáků výrazně snižuje na 5,1%, v 75 letech a více kouří 1,5 % populace (Český statistický úřad, 2012).

Generace 50 plus

Období generace 50+ začíná pozdní dospělostí, která trvá do 65 roku života. Toto období je obdobím bilancování, které navazuje na krizi středního věku. Lidé začínají pociťovat změny, např. zhoršuje se zrak a sluch. Někteří se stávají prarodiči a v neposlední řadě je toto období posledním před nástupem do důchodu.

Po období pozdní dospělosti nastupuje období stárnutí. Stáří se rozděluje na rané stáří (65 – 75), pozdější stáří (75 +) a stařeckost nad 90 let. V období stáří prochází člověk různými psychickými a biologickými změnami, např. zhoršení paměti, zhoršení smyslového vnímání, potřeba pomoci od druhé osoby, pokles inteligence a odpor ke změnám.

Konečným obdobím je smrt. Smrt je nevyhnutelná, je jí zakončen život každého živého organismu (Studium psychologie, 2012).

Užívání alkoholu ve vyšším věku je spojeno s různými zdravotními riziky. Alkohol je ve vyšším věku méně snášenlivý, velmi zatěžuje srdce, játra, krevní oběh a poškozují paměť. Lidé ve vyšším věku často užívají léky, které se většinou nemají užívat s alkoholem. Hodně lidí si myslí, že člověk, ve vyšším věku, který pije alkohol,

nepřestane. Je to však omyl. Díky horší snášenlivosti lépe překonávají závislost (Nešpor, 2006).

Lidé se také domnívají, že nemá smysl přestat kouřit ve vyšším věku. Je to však chyba, čím dříve se s kouřením přestane, tím se prodlužuje délka života. Když se přestane kouřit okolo 50 roku života, prodlouží se délka života o 6 let. Osoby ve vyšším věku se s překonáním závislosti vyrovnají lépe než mladí lidé. Důležitá pro ně je podpora od rodiny (U lékaře, 2012).

1.3.1 Problematika generace 50 plus

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity pořádala společně se společností Ledax od roku 2006 do roku 2010 konference „Problematika generace 50 plus“. Konference měla zejména upozornit na demografické změny v populaci, ekonomické rozdíly, zdravotní stav starších obyvatel, problematiku aktivního stáří a systém péče o seniory (Ledax).

V České republice se zvyšuje průměrný věk a dochází ke stárnutí populace. Je to zapříčiněno tím, že se snižuje porodnost dětí a prodlužuje se délka života. Mladí lidé berou seniory jako zátěž a problém. Senioři podle nich, žijí na jejich úkor, musí přispívat na jejich důchody, a tím mají méně peněz. Lidé v produktivním věku neberou ohled na to, že pokud na někoho přispívají, tak jsou to jejich rodiče a prarodiče. V případě, že senior pracuje i v důchodu, odvádí často více, než činí jeho důchod. (Vurm, 2011).

Dalším problémem je kouření seniorů. Kouření u této generace má velký vliv na celou rodinu. Děti často napodobují své rodiče a prarodiče, chtějí být jako oni. Dvě třetiny dětí žijí v rodině, kde se kouří, a to přináší negativní sociální vliv a nežádoucí zdravotní problémy. U starší generace se neobjevovala snaha lékařů upozornit na závislost, ani motivace k abstinenci. Ve Spojených státech amerických se začínají potýkat s kouřením marihuany u seniorů. Marihuanu nemají většinou senioři pro zábavu, ale používají ji při zdravotních problémech. Jsou známy jak pozitivní, tak i

negativní pocity, které přináší kouření tabákových výrobků. Mezi negativní případy patří zdravotní problémy, kuřácký kašel, páchnoucí dech, oděvy nasáklé kouřem, finanční výdaje za cigarety, zhoršení pleti atd. (Dvořáková, 2011).

1.3.1.1 Stáří

Jde o poslední etapu života. Může se rozlišit na stáří kalendářní, biologické a sociální.

Kalendářní stáří nastává dosažením určitého věku a rozděluje se na:

- mladé seniory (65-74),
- staré seniory (75-84),
- velmi staré seniory (85 a více let).

Biologické stáří se projevuje řadou biologických změn, funkčních deficitů, zvýšeným rizikem nemocí a úmrtím. Přesně není určeno, kdy nastane. Projevuje se snížením výkonnosti, stařeckými změnami postavy, postoje, obličeje a změnami chování, úbytkem sil a zdraví.

Sociální stáří nastává nejčastěji při vstupu do starobního důchodu, nebo ve věku, kdy máme nárok na starobní důchod. Souvisí s ním řada sociálních změn, rolí a sociálních událostí. Člověk se stane nezaměstnaným, poklesne jeho životní úroveň, může ovdovět, nebo ztratí perspektivu.

Jelikož narůstá velké množství seniorů, musíme dbát na jejich život, aby byl důstojný, musíme zachovávat jejich autonomii, partnerský vztah, snažit se podporovat jejich koníčky a pomáhat jim participovat se ve společnosti (Čevela, 2012).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, zda u generace 50+ existuje závislost na tabáku a alkoholu, v jaké míře.

Dílčím cílem práce je zjistit, zda se mění formy konzumace tabáku a alkoholu u generace do 30 let a u generace 50+.

Dílčím cílem práce je zjistit, zda generace 50 + upřednostňuje cigarety, doutníky, dýmky, šňupací tabák nebo žvýkací tabák.

Dílčím cílem práce je zjistit, zda generace 50 + upřednostňuje víno, pivo nebo lihoviny.

2.2 Hypotézy

S ohledem na cíl a dílčí cíle byly stanoveny níže uvedené hypotézy:

1. Počet závislých na tabáku a alkoholu je nižší u generace 50+ než u generace do 30 let.
2. Generace 50 + je více závislá na tabáku než na alkoholu.

3 METODIKA

3.1 Metodický postup

Pro zpracování praktické části mé bakalářské práce jsem si zvolila kvantitativní výzkum, který se zaměřuje na hledání vztahů mezi dvěma či více proměnnými. Úkolem kvantitativního výzkumu je ověřování teorií pomocí testování, umožňuje přesný, relativně rychlý sběr a analýzu dat a eliminuje působení rušivých proměnných (Hendl, 2005).

Sběr dat jsem provedla metodou dotazování pomocí dotazníku, který je nejpoužívanějším prostředkem ke sběru informací. Dotazník byl zcela anonymní, obsahoval 19 otázek, 18 otázek bylo uzavřených a jedna polouzavřená (příloha č. 1).

Dotazník jsem vytvořila v písemné i elektronické podobě. Tištěnou podobu jsem vytvořila v programu Microsoft Word a elektronickou na serveru „Survio.com“. Cílovou skupinou byly osoby mladší 30 let a osoby starší 50 let. Dotazníkové šetření probíhalo od 13. dubna do 30. května.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Základní vzorek pro zjištění závislosti na tabáku a alkoholu u generace 50 + tvoří osoby starší 50 let, pro porovnání byl použit také vzorek osob mladších 30 let.

Rozdáno a rozesláno bylo přes 300 dotazníků. Dotazníky, které byly neúplné nebo nespádaly do mého výzkumného souboru, byly vyřazeny. Celkem bylo vyřazeno 39 dotazníků. Výzkumný vzorek tvoří 105 respondentů, kteří správně vyplnili dotazník. Na dotazníky odpovědělo 50 osob starších 50 let a 55 osob mladších 30 let.

3.3 Zpracování výsledků

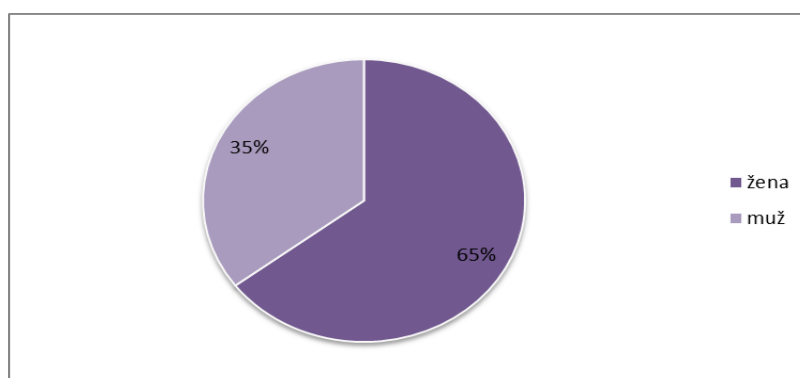
Data z dotazníků jsem zapsala v programu Microsoft Excel do tabulky. Tabulku jsem upravila a vyčistila.

K získání výsledků jsem používala kontingenční tabulky, přepočet na procenta. Výsledky jsem znázornila do koláčových nebo sloupcových grafů. Pro ověření hypotéz jsem použila statistickou metodu dobré shody, Chí-kvadrát test.

4 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Následující část obsahuje vyhodnocení otázek z dotazníků pomocí sloupcových a koláčových grafů.

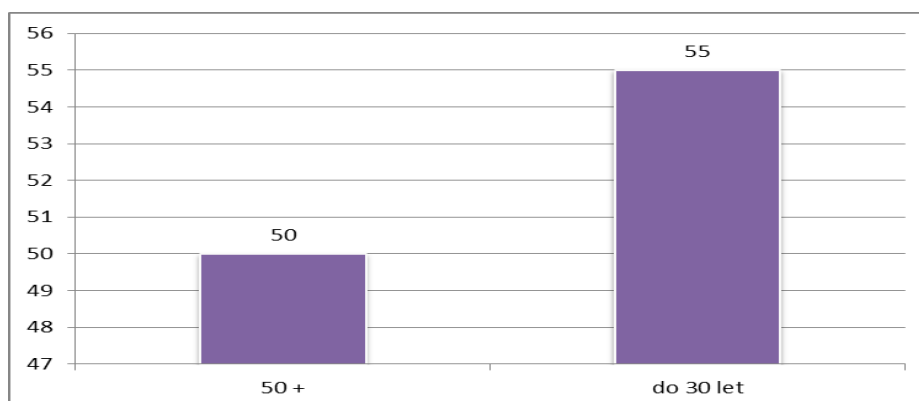
Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 1 je zřejmé, že dotazníkového šetření se zúčastnilo 65% (68) žen a 35% (37) mužů, z celkového počtu 105 respondentů.

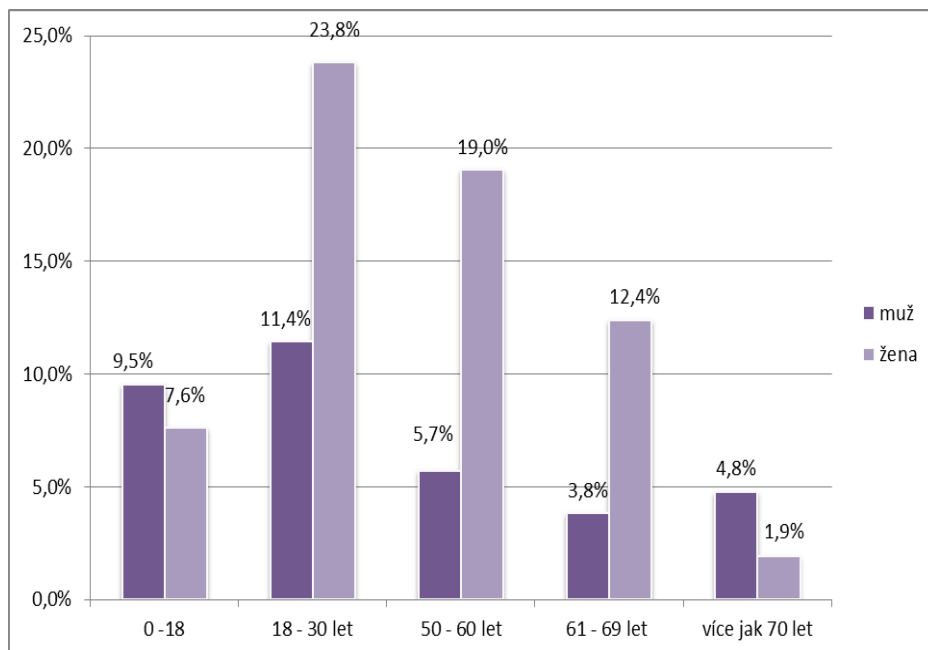
Graf č. 2 Počet respondentů v rozdělení do 30 let a 50+



Zdroje:vlastní výzkum

Graf č. 2 Udává počet respondentů ve věku do 30 let (52%) a počet respondentů starších 50 let (48%).

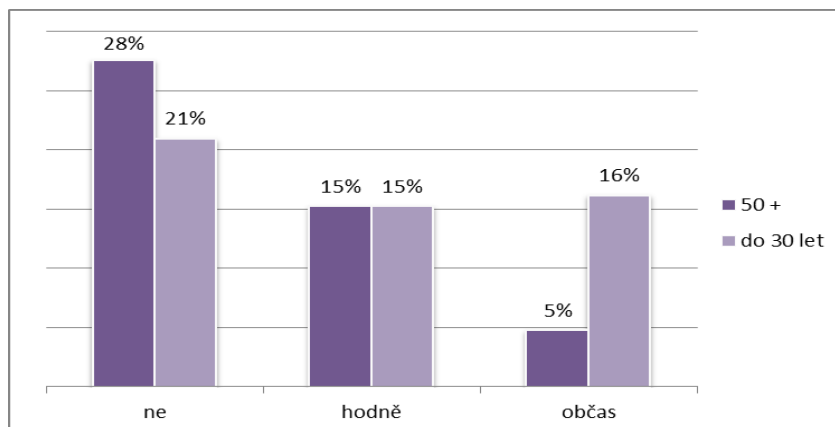
Graf č. 3 Věkové rozložení respondentů



Zdroj:vlastní výzkum

Graf č. 3 Představuje věkové zastoupení respondentů. Největší zastoupení mají ženy ve věku 18 – 30 let.

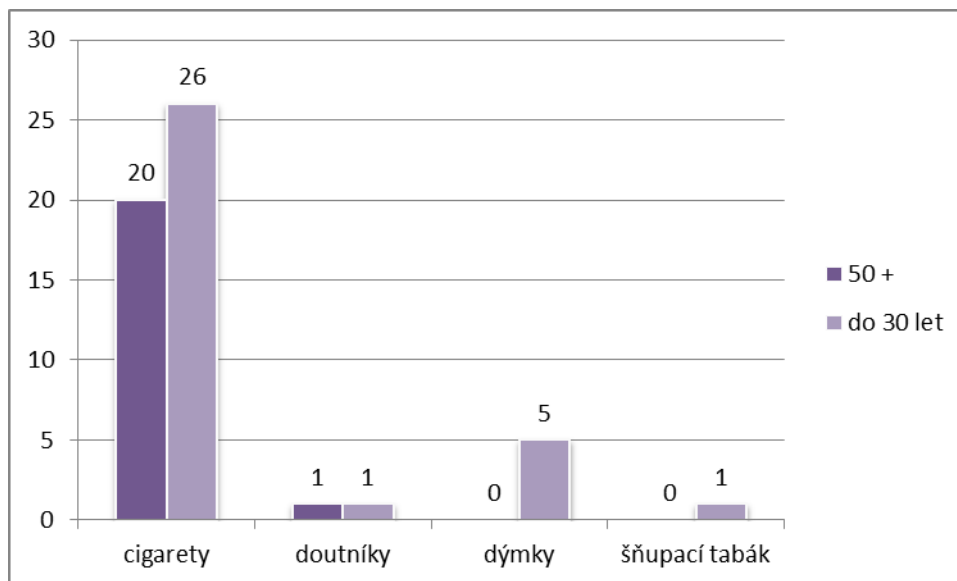
Graf č. 4 Užíváte tabákové výrobky?



Zdroj: vlastní zdroj

Z grafu č. 4 je zřejmé, že tabákové výrobky neužívá 28% (29) respondentů starších 50 let a 21% (22) respondentů mladších 30 let. Dále lze z grafu vypočítat, že 15% (16) respondentů ve věku do 30 i nad 50 let hodně užívá tabákové výrobky. Občasnými uživateli jsou z 16% (17) osoby mladší 30 let a v 5% (5) je užívají osoby starší 50 let. Celkem 54 respondentů užívá tabákové výrobky, z toho je 21 osob starších 50 let a 33 osob mladších 30 let.

Graf č. 5 Druhy tabákových výrobků

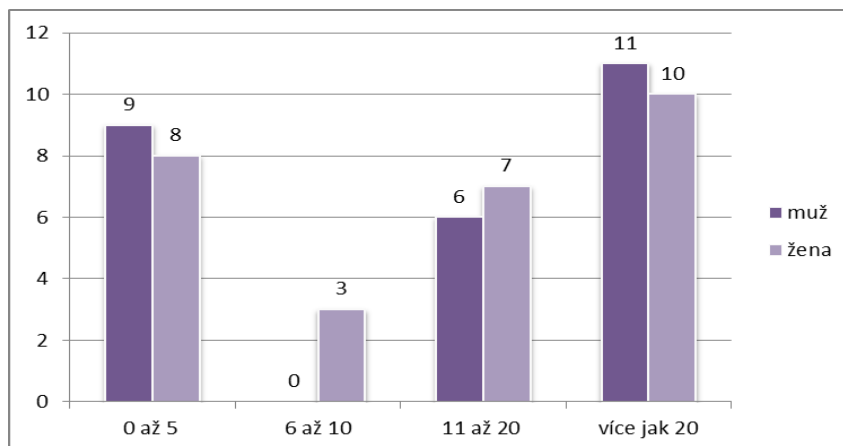


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 představuje zastoupení tabákových výrobků a jejich preferenci u uživatelů. Z grafu lze vypočítat, že největší zastoupení mají cigarety (85%) u obou generací. Doutníky kouří 4% dotázaných, dýmky, 9% a šňupací tabák užívají 2%.

Tento graf odpovídá také na 1. a 2. dílčí cíl výzkumu. Z grafu je zřejmé, že se formy konzumace tabákových výrobků nemění, u obou generací převládá kouření cigaret.

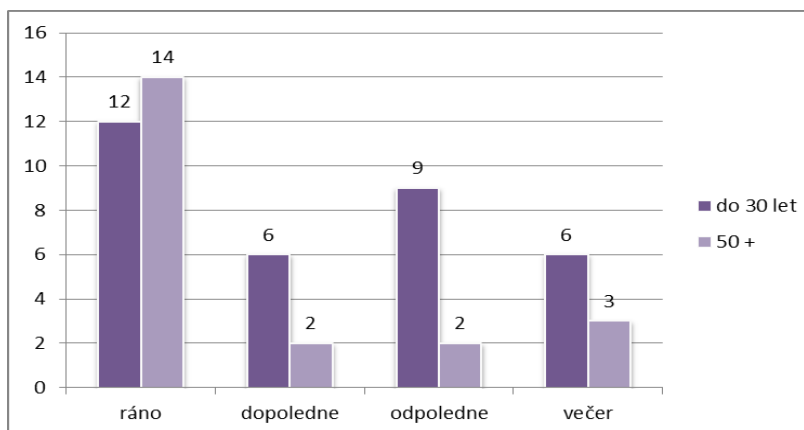
Graf č. 6 Počet vykouřených cigaret za den



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 znázorňuje kolik cigaret vykouří za jeden den ženy a muži. Nejméně cigaret za den vykouří 15% žen a 17% mužů. Více jak 20 cigaret za den vykouří 19% žen a 20% mužů.

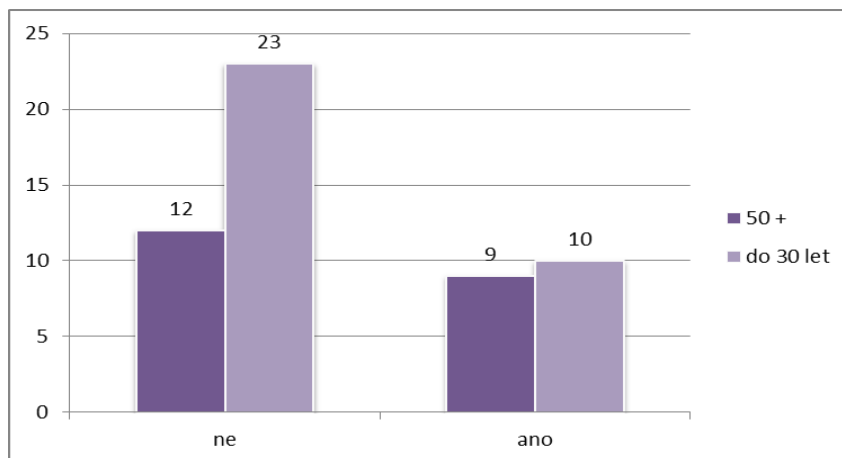
Graf č. 7 Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 znázorňuje, kdy si poprvé od probuzení zapálí osoby do 30 let a osoby starší 50 let cigaretu. Ráno si zapálí cigaretu 48 % respondentů, dopoledne 15%, odpoledne 20% a včera 17% .

Graf č. 8 Myslíte si, že jste závislý/á na tabákových výrobcích?

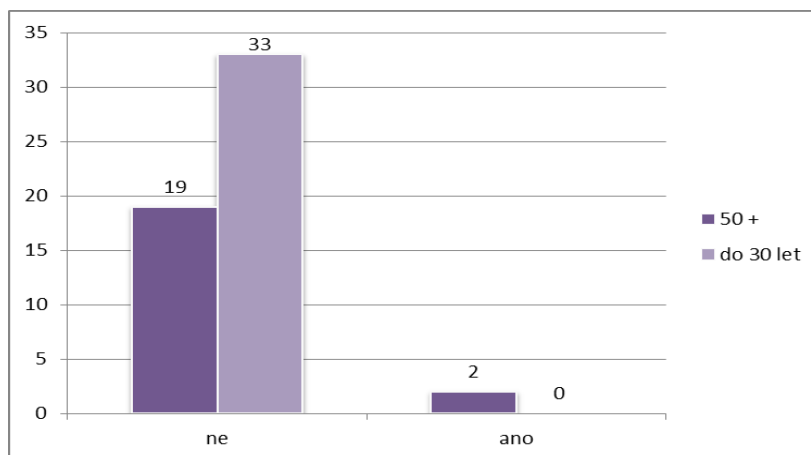


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 znázorňuje uživatele tabákových výrobků (54). Celkem si 19 respondentů myslí, že jsou závislí na tabákových výrobcích a 35 respondentů si myslí, že nejsou závislí na tabákových výrobcích.

Tento graf odpovídá na hlavní cíl výzkumu, jestli existuje u generace 50 + závislost na tabáku, v jaké míře. Z grafu je zřejmé, že 9 respondentů si myslí, že jsou závislí na tabákových výrobcích.

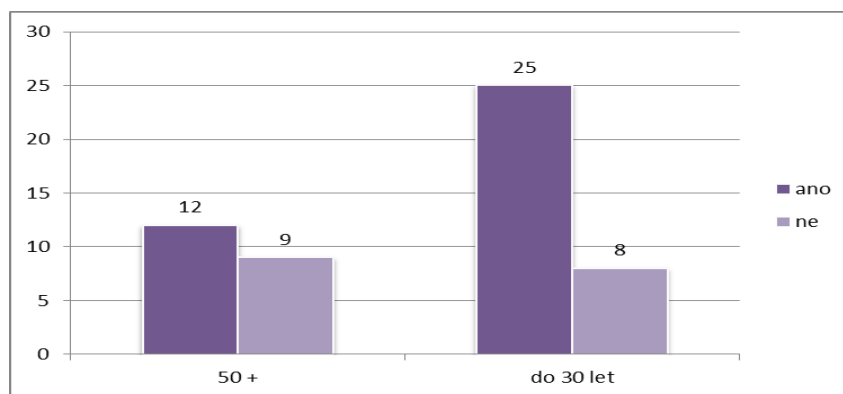
Graf č. 9 Pokusil/a jste se někdy vyhledat odbornou pomoc spojenou s užíváním tabákových výrobků?



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 9 je zřejmé, že 2 respondenti starší 50 let se pokusily vyhledat odbornou pomoc.

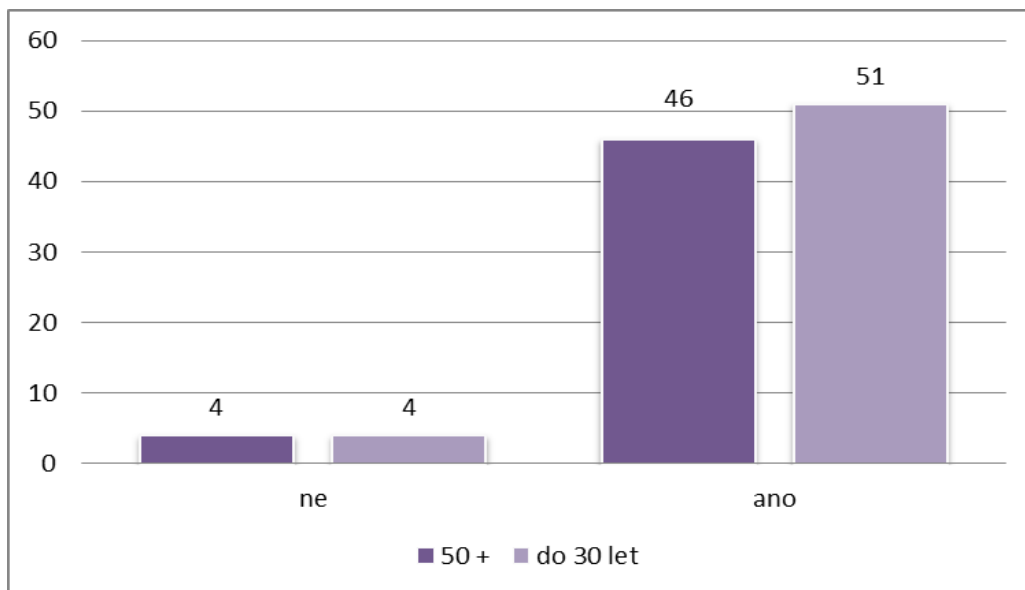
Graf č.10 Snažil/a jste se někdy přestat kouřit



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 10 je zřejmé, že 57% (12) osob starších 50 let a 76% (25) osob mladších 30 let se pokusilo přestat kouřit tabákové výrobky, a 43% (9) osob starších 50 let a 24% (8) osob mladších 30 let se nikdy nepokusilo přestat kouřit tabákové výrobky.

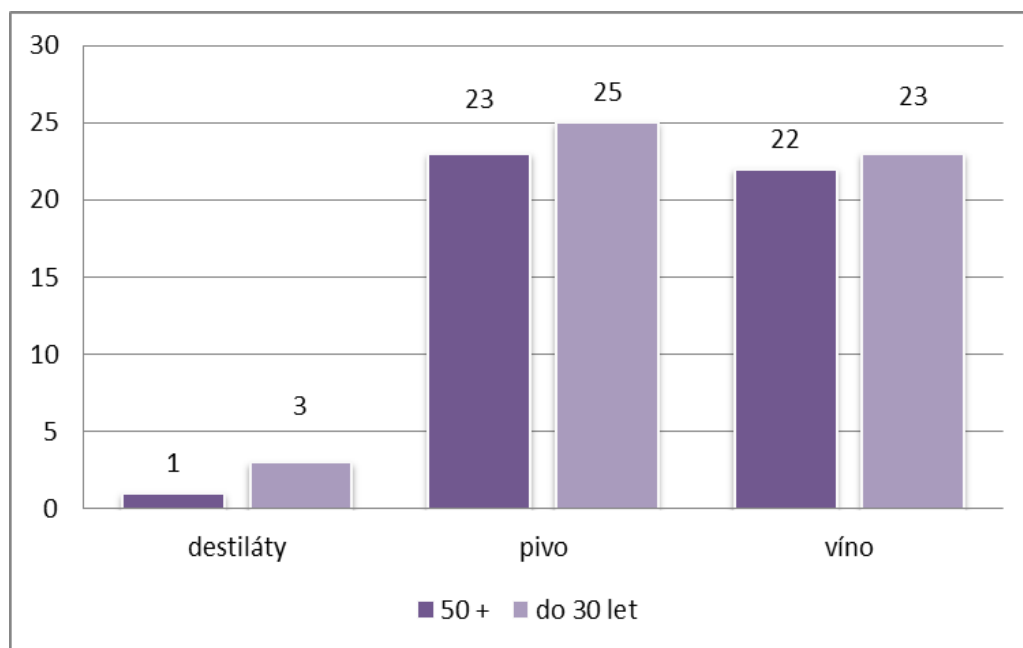
Graf č. 11 Užíváte alkoholické nápoje?



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, kolik respondentů užívá alkoholické nápoje. Celkem pije ze 105 respondentů alkoholické nápoje 46 osob starších 50 let (92%) a 51 osob mladších 30 let (93%), 4 osoby starší 50 let (8%) a 4 osoby mladší 30 let (7%) alkoholické nápoje nepijí.

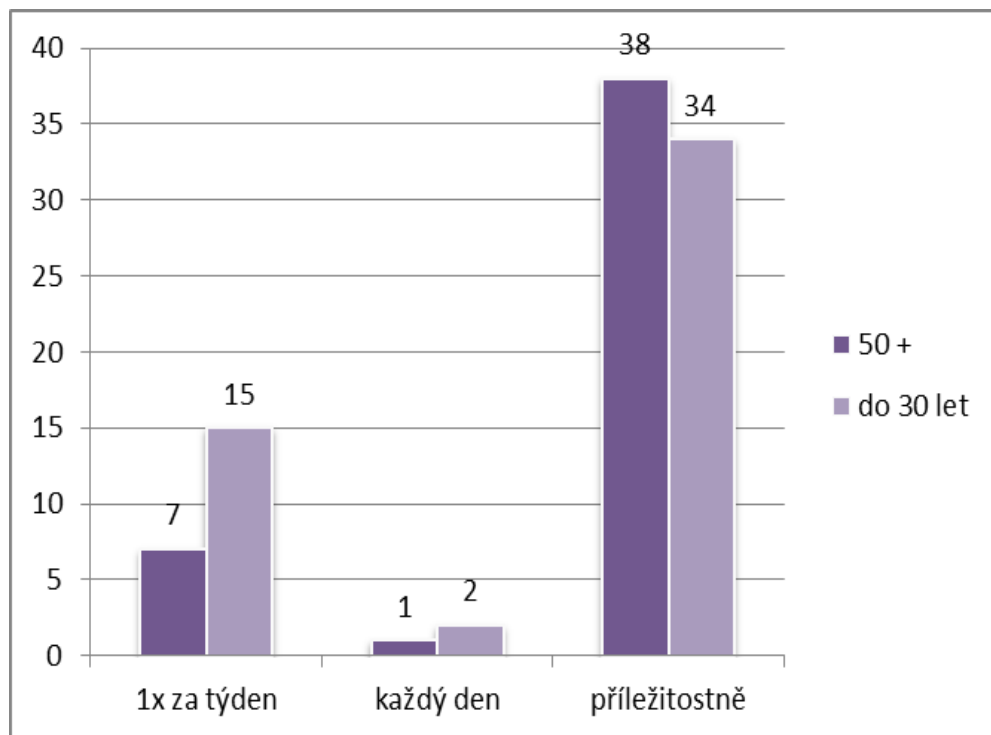
Graf č.12 Jaký druh alkoholických nápojů upřednostňujete?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12. Udává jaký druh alkoholických nápojů respondenti upřednostňují. Nejvíce respondentů upřednostňuje pivo 49,5% (48) a víno 46,4% (45), nejméně 4,1% upřednostňuje destiláty (4). Tento graf odpovídá na 1. a 2. dílčí cíl výzkumu.

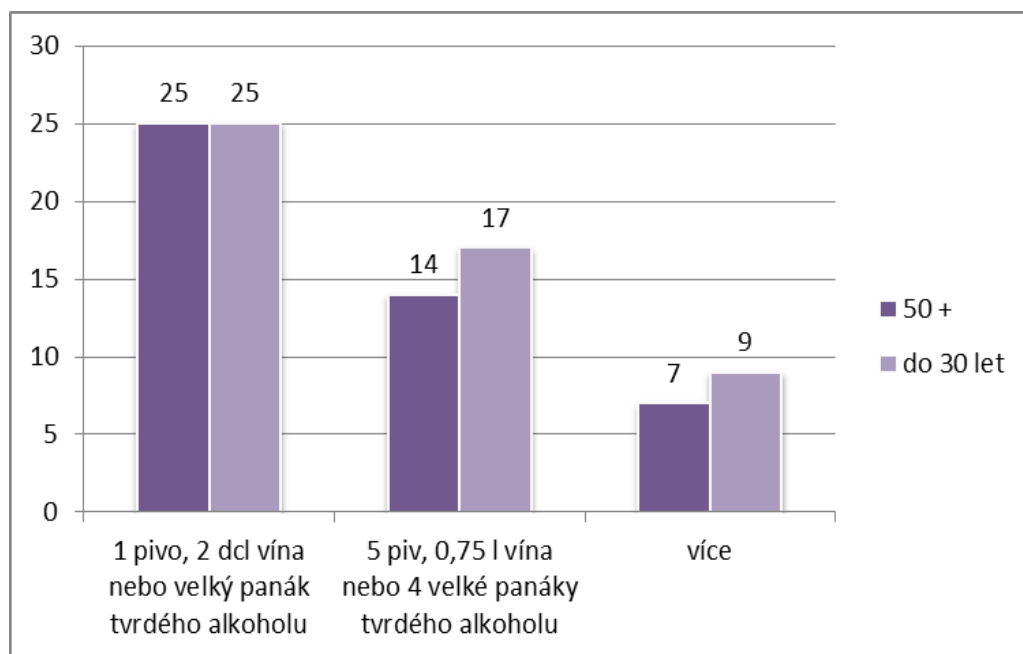
Graf č. 13 Jak často pijete alkoholické nápoje



Zdroj:vlastní výzkum

Tento graf č. 13 rozděluje respondenty podle jejich četnosti konzumace alkoholických nápojů. Respondentů mladších 30 let pije každý den 2%, 1x za týden pije 15% a příležitostně pije 83%. Osob starších 50 let pije každý den 4%, 1 x za týden 29% a příležitostně 67%.

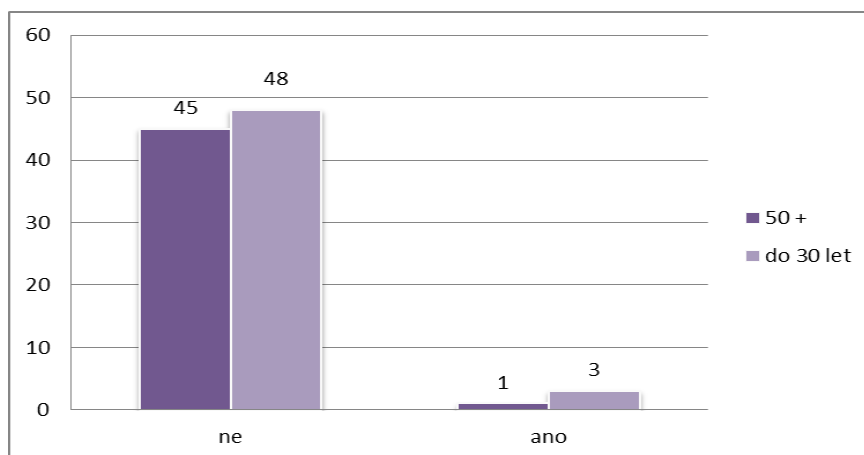
Graf č. 14 Jaké množství alkoholu vypijete?



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf vypovídá o tom, jaké množství alkoholických nápojů respondent vypije. Celkem vypije 50 respondentů při svém běžném pití alkoholických nápojů 1 pivo nebo 2 dcl vína nebo jeden velký panák tvrdého alkoholu. 31 respondentů vyypije při svém běžném pití alkoholických nápojů 5 piv nebo 0,75l vína nebo 4 velké panáky tvrdého alkoholu. Více alkoholu vypije 16 respondentů.

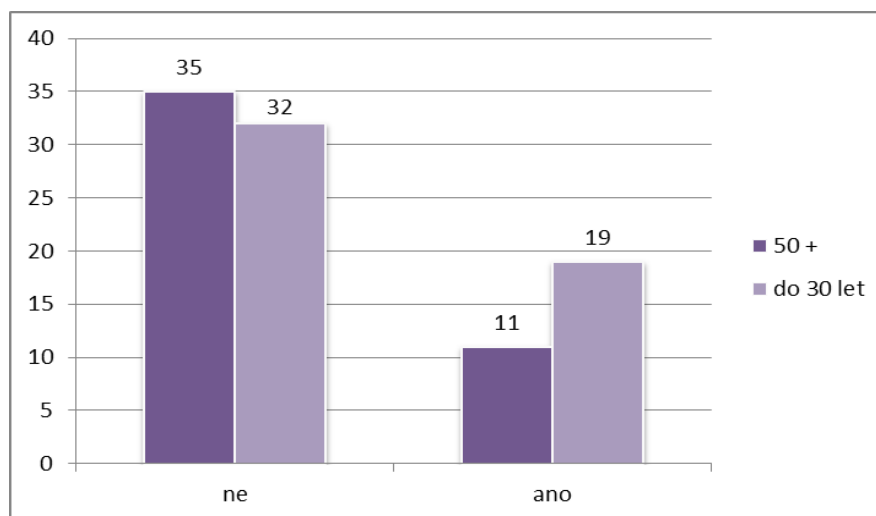
Graf č. 15 Myslíte si, že jste závislý/á na alkoholických nápojích?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15 uvádí kolik respondentů si myslí, že jsou závislí na alkoholických nápojích. Z 97 respondentů si 4 myslí, že jsou závislí a 93 si myslí, že nejsou závislí. Tento graf odpovídá na hlavní cíl mého výzkumu. Z grafu je zřejmé, že u generace 50+ existuje závislost na alkoholických nápojích, závislost přiznává 1 respondent.

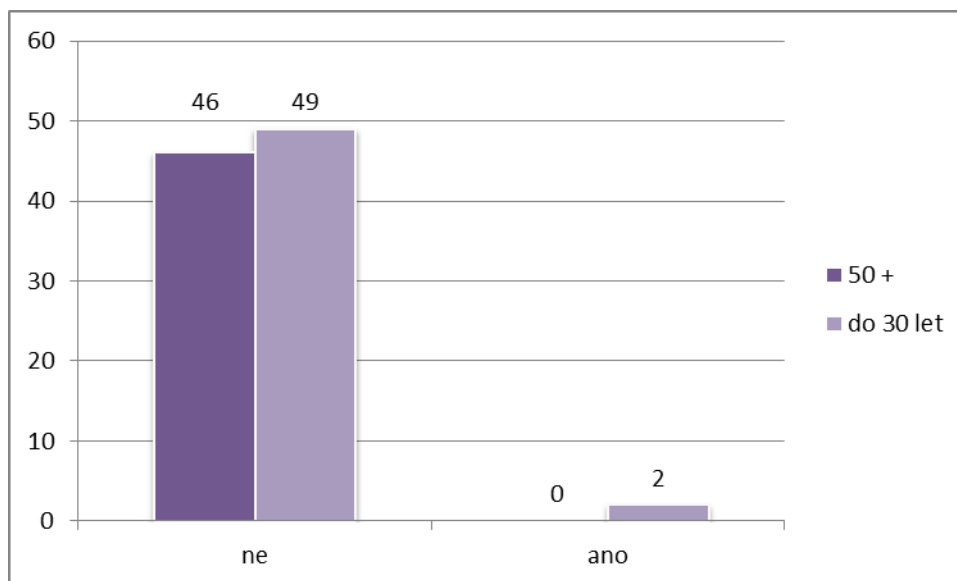
Graf č. 16 Snažil/a jste se někdy přestat pít alkoholické nápoje?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16 vypovídá o tom, že přestat pít alkoholické nápoje se pokoušelo 24% (11) a nepokoušelo 76% (35) respondentů starších 50 let. Respondenti mladší 30 let se pokoušeli přestat pít alkoholické nápoje v 37% (19) a nepokoušeli v 63% (32).

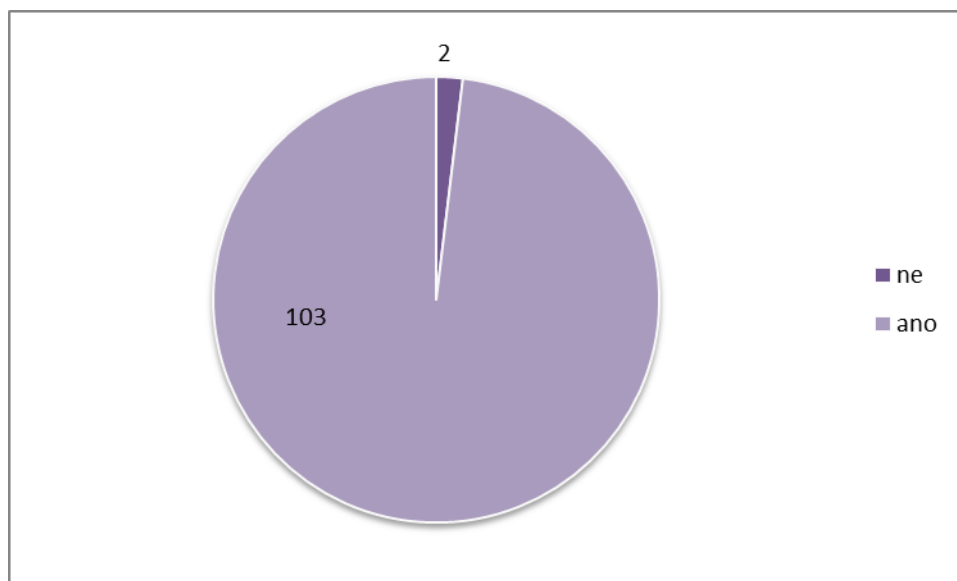
Graf č. 17 Vyhledal/a jste někdy odbornou pomoc, spojenou s užíváním alkoholických nápojů?



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 17 je zřejmé, že na otázku „Vyhledal/a jste někdy odbornou pomoc, spojenou s užíváním alkoholických nápojů?“ odpověděli 2 respondenti ano (2%) a 95 respondentů odpovědělo ne (98%).

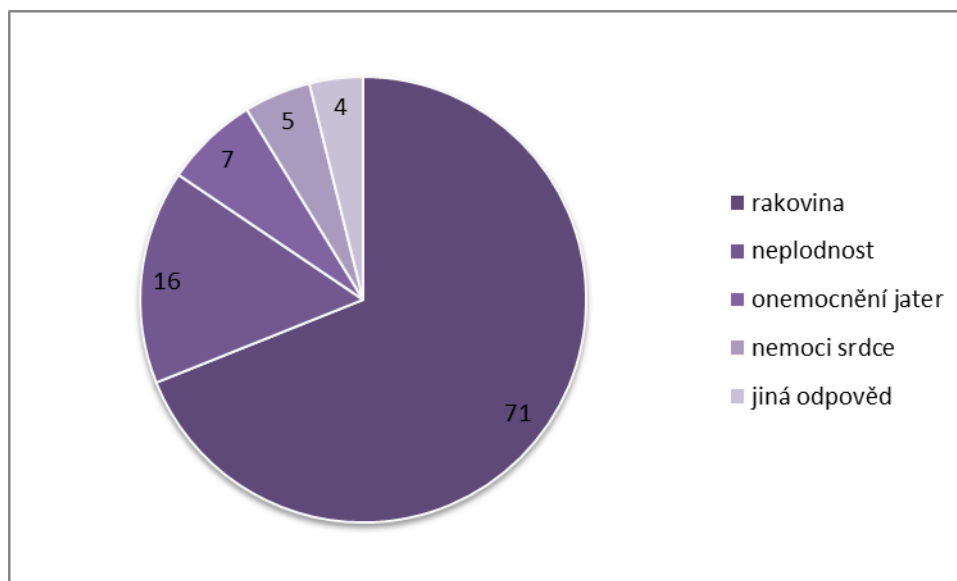
Graf č. 18 Jste vyrozuměn/a o zdravotních rizicích, která souvisejí s užíváním tabákových výrobků a alkoholických nápojů.



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje 103 (98,1%) respondentů, kteří jsou se zdravotními riziky spojenými s užíváním tabákových výrobků a alkoholických nápojů vyrozuměni a 2 (1,9%) kteří vyrozuměni nejsou.

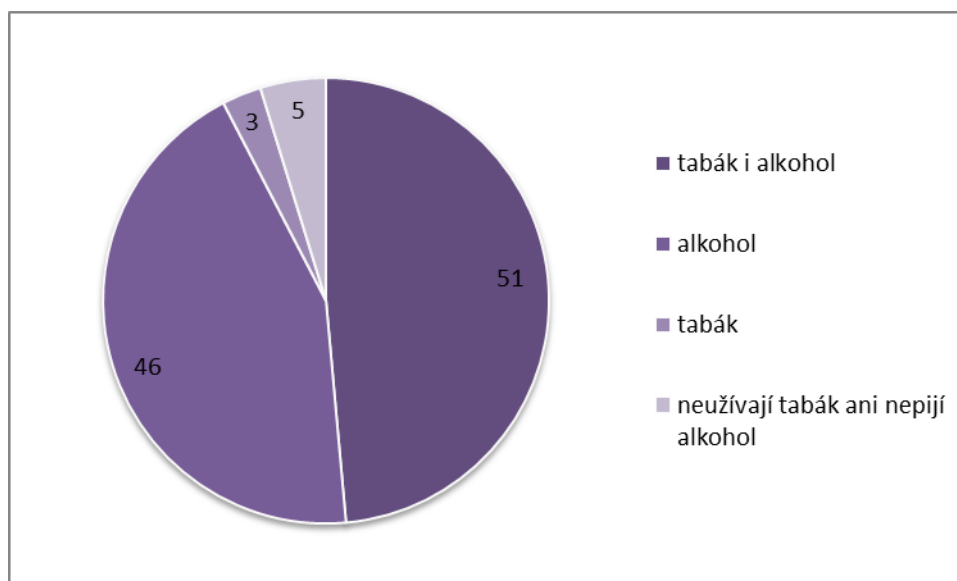
Graf č. 19 Rizika, která způsobuje užívání tabákových výrobků a pití alkoholických nápojů



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č 19 je zřejmé, jaké riziko respondenti považují za nejzávažnější. Nejvíce respondentů (71) uvedlo, že největší riziko, které způsobuje užívání tabákových výrobků a pití alkoholických nápojů, spatřují v rakovině.

Graf č. 20 Uživatelé tabákových výrobků a alkoholických nápojů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20 vyjadřuje, že 49% respondentů užívá zároveň tabákové výrobky a alkoholické nápoje, 44% jen alkoholické nápoje, 5% jen tabákové výrobky a 3% neužívají ani tabákové výrobky ani alkoholické nápoje.

Tabulka č. 1

Věk	50 +	30
	Myslíte si, že jste závislý/á na tabáku?	
Očekávané odpovědi	11	
Skutečné odpovědi	9	10
	Myslíte si že jste závislý/á na alkoholu?	
Očekávané odpovědi	4	
Skutečné odpovědi	1	3
X^2	2,61	

Zdroj:vlastní zdroj

Tabulka č. 1 se vztahuje k hypotéze 1 „Počet závislých na tabáku a alkoholu je nižší u generace 50+ než u generace do 30 let“. Stanovila jsem si H_0 , která předpokládá, že počet závislých na tabáku a alkoholu je u generace 50+ vyšší než u generace do 30 let. Pokud předpokládám, že generace 50+ je více závislá, bude muset být počet kladných odpovědí na otázku (jste závislá/ý) více než u generace do 30 let. Pokud odpovědělo 10 z generace do 30 let (což je 18,2%), pak u generace 50+ by mělo odpovědět alespoň 11 osob. Podobně u alkoholu, když u generace do 30 let odpověděli kladně 3 respondenti, měly by u generace 50+ odpovědět alespoň 4. Proto očekávané odpovědi 11 a 4. Hladina významnosti je v tomto případě 3,84. Protože je hodnota Chí-kvadrátu nižší než hladina významnosti ($2,61 < 3,84$), pak je statistická odchylka nevýznamná a my nemůžeme hypotézu H_0 vyvrátit. Tímto tedy původní hypotéza H_1 ze statistického hlediska neplatí.

Tabulka č. 2

Otázka	Očekávané odpovědi	Skutečné odpovědi
Myslíte si, že jste závislý/á na tabáku?	4	9
Myslíte si že jste závislý/á na alkoholu?	6	1
χ^2	12,5	

Zdroj:vlastní zdroj

Tabulka č. 2 se vztahuje k hypotéze 2 „Generace 50 + je více závislá na tabáku než na alkoholu“. Stanovila jsem si H_0 , která předpokládá, že Generace 50 + je více závislá na alkoholu než na tabáku. Z 50 respondentů generace 50+ si jich 10 myslí, že jsou závislí na tabáku nebo alkoholu. Pokud vyjdu z hypotézy, H_0 , pak by poměr měl být takový, že k závislosti na tabáku se přiznají maximálně 4 respondenti a k závislosti na alkoholu minimálně 5. Proto očekávané odpovědi 4 a 6. Porovnáním pomocí testu dobré shody (Chí-kvadrát) si hypotézu ověřím. Hladina významnosti je 3,84, což je mnohem níže než výsledný Chí-kvadrát (12,5). Je zde tedy velká statistická odchylka, která vyvrací hypotézu H_0 a tím je potvrzena původní hypotéza H_1 .

5 DISKUSE

Tabák a alkohol patří mezi nejrozšířenější legální drogy, které způsobují mnoho závažných onemocnění, která v některých případech končí smrtí. Závislost na těchto látkách se vytváří postupně. Závislým na tabáku se stane člověk za několik měsíců až let, alkoholikem až za několik let.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda u generace 50+ existuje závislost na tabáku a alkoholu, a v jaké míře. Ke zjištění tohoto cíle jsem použila výzkumný vzorek 105 respondentů. Jelikož jsem pro svůj výzkum použila srovnání generace 50 + s generací do 30 let, tak se výzkumu zúčastnilo 55 (52%) osob do 30 let věku a 50 (48%) osob starších 50 let. Celkem 54 (51%) respondentů udalo, že kouří tabákové výrobky, a 97 (92%) respondentů užívá alkoholické nápoje.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 65% (68) žen a 35% (37) mužů. Věkové rozdělení respondentů bylo tvořeno skupinami do 18 let (18 osob), 18 – 30 (37 osob), 50 – 60 (26 osob), 61 – 69 (17 osob) a skupinou 70 a více (7 osob). Nejvíce respondentů bylo ve věku 18-30 let, z toho bylo 25 žen a 12 mužů, nejméně zastoupenou skupinou byla generace starší 70 let, kterou tvořili dvě ženy a 5 mužů.

Otázka č. 3 v dotazníku zněla „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhli?“ Na tuto otázku odpovědělo 19 osob, které mají vzdělání základní. Odpověděly tak osoby, které patří do generace do 18 let a 1 osoba ve věku 18 – 30 let. Tyto odpovědi výzkumník předpokládal. Středoškolské vzdělání bez maturity má největší počet respondentů, 26 osob starších 50 let a 12 osob u generace do 30 let. Vysokoškolské vzdělání má 8 osob starších 50 let a 7 osob do 30 let věku. Z toho je zřejmé, že osoby starší 50 let mají v 16% vysokoškolské vzdělání, osoby do 30 let mají vysokoškolské vzdělání jen v 11%.

Na otázku č. 4 „Užíváte tabákové výrobky?“ odpověděli respondenti v 51 případech „Ne nekouřím.“, což mě překvapilo. Domnívala jsem se, že počet osob, které nekouří, bude více. Podle výzkumu Státního zdravotního ústavu kouří 29,9% dospělé populace. Tato čísla jsou podle Státního zdravotního ústavu za posledních deset let podobná. Podle dat mého výzkumu kouří 30% respondentů denně, 21% respondentů kouří jen občas (příležitostně) a 49% respondentů nekouří tabákové výrobky. Data z mého

výzkumu se liší od dat ze Státního zdravotního ústavu, v mém šetření kouří 51% respondentů (Csémy, L. a kol, 2014).

Otázky č. 5 – 12 se vztahují k otázce č. 4, pokud respondent odpověděl, že kouří tabákové výrobky, tak na tyto otázky odpovídá, pokud nekouří, tak přeskočí v dotazníku na otázku č. 12.

Otázka č.5 zkoumá, jaký druh tabákových výrobků respondent preferuje. Celkem 85% všech dotázaných respondentů upřednostňuje cigarety, zbývající respondenti odpověděli dýmky, doutníky, nebo šňupací tabák. Tento výsledek mě nepřekvapil, dokonce jsem si myslela, že cigarety budou preferovat všichni kouřící respondenti. Výzkum Státního zdravotního ústavu z roku 2011 uvádí 85,7% respondentů, kteří kouří cigarety. Z výsledku je zřejmé, že většina kuřáků kouří cigarety, můj výzkum a výzkum Státního zdravotního ústavu se téměř shoduje (Sovinová, H. a kol, 2011).

Na otázku č. 6 „Kolik cigaret (doutníků,..) vykouříte za 1 den?“ odpověděli v 39% respondenti, že vykouří více jak krabičku cigaret za den. Tito respondenti patří mezi velmi silné kuřáky. Dále pak 24% kuřáků vykouří za den jedenáct až dvacet cigaret, 6% kuřáků vykouří šest až deset cigaret a 31% respondentů se řadí mezi slabé kuřáky, kteří každý den nekouří, nebo vykouří nejvíce 5 cigaret za den. Podle dat Státního zdravotního ústavu vykouří nejčastěji muži a ženy 10-14 cigaret za den (30,5% muži a 28,5% ženy). Tento výsledek se u mého výzkumu a výzkumu Státního zdravotního ústavu rozchází (Csémy, L. a kol, 2014).

Další otázka zní „Kdy vykouříte svou první cigaretu?“. Tato otázka má ukázat, kdy si respondent poprvé zapálí. Téměř polovina (48%) respondentů si svou první cigaretu zapálí ráno. Ihned po probuzení nebo ráno kouří převážně osoby, které jsou závislé na nikotinu a potřebují svojí pravidelnou dávku. V dopoledních hodinách si poprvé zapálí 15% kuřáků, odpoledne 20% a večer 17% kuřáků.

Otázka č. 8, „Pomáhá Vám kouření ve stresové situaci?“. Stres se snaží pomocí kouření tabákových výrobků řešit celkem 43% respondentů, u zbývajících 57% respondentů nehraje kouření ve stresové situaci žádnou roli.

Na otázku č. 9 „Myslíte si, že jste závislý/á na tabákových výrobcích?“ odpovědělo 9 respondentů starších 50 let „Ano, jsem závislý na tabáku.“ Ostatní respondenti starší

50 let si myslí, že závislí nejsou. Respondenti z generace do 30 let si myslí, že jsou závislí v 10 případech.

Otázka č. 10 „Snažil/a jste se někdy přestat kouřit tabákové výrobky?“. Celkem 37 respondentů (69%) se někdy pokusilo přestat kouřit tabákové výrobky. Z výzkumu také vyplývá, že 17 respondentů, což je 31%, se nikdy nepokusilo s kouřením přestat. Z výzkumu Státního zdravotního ústavu z roku 2011 vyplývá, že 41,2% kuřáků nepřemýšlí o tom, že by přestali kouřit, 30,2% udává, že někdy později, zbývajících 28,6% stanovilo termín, do kdy přestnou kouřit. Tento výzkum uvádí, že 19,5% kuřáků chce se svým návykem skoncovat během 6 měsíců (Sovinová, H. a kol, 2011).

Další otázka se zabývá tím, jestli respondenti někdy vyhledali odbornou pomoc se svou závislostí na tabáku. Z výsledku výzkumu vyplývá, že pouze dva respondenti vyhledali pomoc odborníka. Tito respondenti spadají do generace 50+, z generace do 30 let nevyhledal pomoc odborníka žádný respondent (Sovinová, H. a kol, 2011).

Otázka č. 12 a č. 14 se zabývají tím, jestli respondenti užívají alkoholické nápoje a jak často. Ze 105 respondentů odpovědělo 97 osob (92% dotázaných) „Ano, piji alkoholické nápoje.“. Pouze 8 (8%) respondentů trvale abstinuje. Všechny výzkumy ukazují, že pití alkoholu je v ČR velmi rozšířené. Z výzkumu Státního zdravotního ústavu vyplývá, že pouze 11% vzorku trvale abstinuje. Což je téměř shodné s mým výzkumem. Pravidelné pití nebo pití obden udává podle Státního zdravotního výzkumu 15% respondentů, pití alespoň jednou týdně uvádí více jak jedna polovina mužů a více jak čtvrtina žen. V mém výzkumu 74% respondentů udává pití příležitostné, 23% uvádí pití jednou za týden a 3% respondentů pijí denně (Sovinová, H. a L. Csémy, 2012).

Z výzkumu je patrné, jaký typ alkoholu Češi pijí nejvíce. Na první příčce se umístilo pivo, které pije skoro polovina respondentů, převážně muži. Druhým nejvíce konzumovaným alkoholickým nápojem je víno, které pije celkem 46% respondentů, převážně ženy. Nejméně konzumovanými alkoholickými nápoji jsou destiláty, ty konzumují pouze 4% respondentů. Podle Státního zdravotního ústavu z roku 2012 je celková spotřeba alkoholu na jednu osobu 8,59 litru (Sovinová, H. a L. Csémy, 2012).

Otázka č. 15 zkoumá jaké množství alkoholu respondent vypije při svém pití. Otázku jsem rozdělila na 3 možnosti, respondent měl zaškrtnout nejvíce se hodící. Více

jak polovina respondentů uvedla, že při jedné konzumaci vypijí 1 pivo nebo 2 dcl vína nebo jeden velký panák. Více jak 5 velkých piv nebo 0,75 l vína nebo 4 velké panáky pije 16% dotázaných respondentů. Státní zdravotní ústav uvádí denní přípustnou dávku alkoholu pro ženy 20 gramů denní spotřeby a pro muže 40 gramů. Tato data jsou podle WHO. Jiné lékařské společnosti podle Státního zdravotního ústavu uvádějí 16 gramů pro ženy a 24 gramů pro muže (Sovinová, H. a L. Csémy, 2012).

Na otázku, jestli si respondenti myslí, že jsou závislí na alkoholu, odpovědělo 93% dotázaných, že nejsou závislí na alkoholu. Pouze 4% respondentů přiznala svoji závislost. Tato 4% respondentů, by podle výzkumu Státního zdravotního ústavu patřila do skupiny škodlivého pití alkoholu. Tato skupina se vyznačuje průměrnou denní spotřebou alkoholu více jak 60 gramů u mužů a 40 gramů u žen. Kritéria škodlivého pití splňuje 7% dotázaných (Sovinová, H. a L. Csémy, 2012).

V otázce č. 17 zkoumám, zda se někdy respondenti pokoušeli přestat pít alkohol. Celkem 31% respondentů se pokoušelo přestat pít alkoholické nápoje, a 69% respondentů se o to nikdy nepokusilo.

Otázka č. 18 zněla „Vyhledal/a jste někdy odbornou pomoc?“. Dva respondenti (2%) z mého výzkumu vyhledali odbornou pomoc, kvůli své závislosti na alkoholických nápojích. Zbylých 98% nikdy nevyhledalo pomoc odborníka. Z výzkumu Státního zdravotního ústavu, bylo zjištěno, že 1,2% respondentů někdy uvažovalo o odborné pomoci a pouze 0,4% respondentů skutečně navštívilo pomoc odborníka. Lidé si málo uvědomují rizika spojená s nadužíváním alkoholu a jak malá je ochota vyhledat odbornou pomoc. Většina pacientů se dostává k lékařům až ve chvíli, kdy u nich propukne chronická závislost (Sovinová, H. a L. Csémy, 2012).

Poslední otázka z dotazníku je polootevřená. Respondent odpovídá na otázku „Jste obeznámen/a s riziky, které způsobuje užívání tabákových výrobků a pití alkoholických nápojů?“. 103 respondentů odpovědělo, že jsou s riziky obeznámeni, 2 respondenti mladší 18 let uvedli, že nejsou obeznámeni. Předpokládám, že jejich odpověď, by zněla jinak, kdyby je někdo o těchto rizicích informoval.

Na druhou část otázky odpovídají respondenti kteří odpověděli, že jsou s rizikem obeznámeni. Tito osoby mají uvést jeden příklad rizika užívání tabákových výrobků a

pití alkoholických nápojů. Nejčastější odpovědí byla rakovina, tu uvedlo za největší riziko 71 respondentů. Druhým největším rizikem je pro respondenty neplodnost, tu uvedlo 16 respondentů. Dále 7 respondentů uvedlo onemocnění jater a 5 respondentů nemoci srdce. Zbylí 4 respondenti uvedli jiné riziko. Podle Ministerstva zdravotnictví neklesající užívání tabáku a pití alkoholu společně s jinými faktory velmi ovlivňuje zdraví populace. Tyto problémy se pokouší řešit Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí „Strategie 2020“. Národní strategie je souhrnem opatření pro ochranu veřejného zdraví v ČR. Tato strategie obsahuje 11 témat, která budou zpracována do akčních plánů. Jendním tématem je i omezování zdravotně rizikového chování, do kterého kouření cigaret a pití alkoholu patří (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

Práces hypotézami

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila dvě hypotézy. Jejich vyhodnocení jsem provedla pomocí statistické metody testu dobré shody, Chí-kvadrát test.

První hypotéza (H_1), „Počet závislých na tabáku a alkoholu je nižší u generace 50+ než u generace do 30 let.“ byla stanovena za neplatnou. Stanovila jsem si očekávané odpovědi 11 a 4. Dále jsem si stanovila H_0 , která předpokládá, že počet závislých na tabáku a alkoholu je u generace 50+ vyšší než u generace do 30 let. Jelikož z testu vyšlo, že hodnota Chí-kvadrátu je nižší než hladina významnosti, pak je statistická odchylka nevýznamná a hypotézu H_0 nelze vyvrátit. Tímto tedy původní hypotéza H_1 ze statistického hlediska neplatí (viz Tabulka č. 1).

Druhá hypotéza (H_2) zkoumá, zda je generace 50+ více závislá na tabáku než na alkoholu. Pro vyhodnocení jsem si stanovila H_0 , která předpokládá, že generace 50+ je více závislá na alkoholu než na tabáku. Z 50 respondentů generace 50+ si jich 10 myslí, že jsou závislí na tabáku nebo alkoholu. Pokud vyjdu z hypotézy H_0 , pak by poměr měl být takový, že k závislosti na tabáku se přiznají maximálně 4 respondenti a k závislosti na alkoholu minimálně 5. Proto očekávané odpovědi 4 a 6. Hladina významnosti je 3,84, což je mnohem níže než výsledný Chí-kvadrát (12,5). Je zde tedy velká statistická

odchylka, která vyvrací hypotézu H_0 a tím je potvrzena původní hypotéza H_1 (viz Tabulka č.2).Výsledky ukazují, že generace 50+ je více závislá na tabáku než na alkoholu.

6 ZÁVĚR

V této bakalářské práci byl stanoven hlavní cíl, který zjišťuje, zda u generace 50 + existuje závislost na tabáku a alkoholu, a v jaké míře. Dále byli stanoveny další tři dílčí cíle. Výzkumný vzorek tvořilo 105 osob, 55 osob bylo mladších 30 let a 50 osob bylo starších 50 let. Celkem 51 respondentů kouří tabákové výrobky a zároveň pije alkoholické nápoje, 46 respondentů pije pouze alkoholické nápoje, 3 respondenti pouze kouří tabákové výrobky a 5 respondentů neužívá ani alkoholické nápoje ani tabákové výrobky.

Bakalářské práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na definice pojmů tabák, alkohol, závislost, současný stav v ČR a zahraničí, problematiku generace 50 +. Dále se zabývá nemocemi, které kouření tabáku a pití alkoholu způsobují, léčbou závislostí, prevencí závislostí a v neposlední řadě motivací.

Ve druhé části práce jsem vyhodnocovala odpovědi respondentů a hledala odpovědi na cíle práce a testovala hypotézy pomocí statistické metody dobré schody, Chí – kvadrát testu.

Hlavním cílem bylo zjistit zda u generace 50 + existuje závislost na tabáku a alkoholu, a v jaké míře. Ze získaných dat bylo zjištěno, že z 50 osob kouří tabákové výrobky 21 respondentů, a 9 z nich si myslí, že jsou opravdu závislí na tabákových výrobcích. Dále bylo zjištěno, že 46 respondentů z 50 pije alkoholické nápoje a 1 z nich si opravdu myslí, že je závislý na alkoholu.

Prvním dílčím cílem práce bylo zjistit, zda se mění formy konzumace tabáku a alkoholu u generace do 30 let a u generace 50+. Z dat bylo zjištěno, že formy konzumace tabáku a alkoholu se nemění, u obou generací převládají cigarety a pivo. Tyto odpovědi, jsou zároveň odpovědi i na další dílčí cíle, které měly za cíl zjistit, zda generace 50 + preferuje cigarety, doutníky, dýmky, šňupací tabák nebo žvýkací tabák, a zda tato generace upřednostňuje více víno, pivo nebo lihoviny.

V mé práci jsem si stanovila dvě hypotézy, které jsem pomocí výsledků dotazníkového šetření a pomocí statistické metody dobré schody, Chí-kvadrát testu, vyhodnotila. První hypotéza „Počet závislých na tabáku a alkoholu je nižší u generace 50+ než u generace

do 30 let“, byla neplatná. Protože hodnota Chí-kvadrátu je nižší než hladina významnosti ($2,61 < 3,84$), pak je statistická odchylka nevýznamná a my nemůžeme hypotézu H_0 vyvrátit „Počet závislých na tabáku a alkoholu je vyšší u generace 50+ než u generace do 30 let“.

Druhá hypotéza „Generace 50 + je více závislá na tabáku než na alkoholu“, byla potvrzena, 9 respondentů odpovědělo, že si myslí, že jsou závislí na tabáku, pouze jeden respondent odpověděl, že si myslí, že je závislý na alkoholu. Tato hypotéza je potvrzena, i přes to, že někteří respondenti nemuseli, odpovědět přesně. Lidé si často neuvědomují svou závislost, nepovažují se za závislé.

Ze zjištěných skutečností a dotazníkového šetření bych doporučila pro generaci 50+ včasnou intervenci od lékařů, motivaci od rodiny, aby nepřenášeli své nežádoucí zlozvyky na mladé generace. Generace do 30 let by měla být více informovaná již na školách preventivními programy, mohli by se pořádat i letní tábory pro děti žijící v rodině se závislostí, kde by probíhali preventivní programy, nebo sezení s bývalými uživateli. Důležité také je negativně ovlivnit reklamu na tyto výrobky, například informacemi o úmrtí, o nemocích způsobených užíváním tabákových výrobků a alkoholických nápojů, a více to promítat v médiích.

7 SEZNAM CITACÍ

Anonymní alkoholici. *Anonymnialkoholici.cz* [online]. ©2011-2014 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/>.

BÉM, P., K. KALINA. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 274 – 284. ISBN 80-86734-05-6.

COMBY, B. *Jak se zbavit závislosti na tabáku*. Praha: Pragma, 2007. ISBN 978- 80-7349-077-5.

CSÉMY, L. a kol. Užívání tabáku v České republice 2013. *Szu.cz* [online]. ©2014 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CPVZ_aktualne/Tabak_Sovinova/UzivaniTabaku2013.pdf.

ČESKÁ TELEVIZE. Regulace alkoholu ve světě je samozřejmostí. *Ceskatelevize.cz* [online]. 17. říjen 2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/ekonomika/199989-regulace-alkoholu-ve-svete-je-samozrejmosti/>.

ČESKO. Zákon č. 379/2005 Sb., ze dne 19. srpna 2005, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?cd=76&typ=r&zdroj=sb05379>.

Český statistický úřad. Senioři v mezinárodním srovnání 2012. *Czso.cz* [online]. 30. duben 2012 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1417-12-n_2012.

ČEVELA, R. a kol. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

Čísla a fakta o kouření. *Exnico.com*. [online] 7. duben 2014 [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://www.exnico.com/cisla-a-fakta-o-koureni>.

DENKOVÁ, A., Zákazy kouření v restauracích: jaké platí v Evropě. *EurActiv.cz* [online]. 3. březen 2014 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.euractiv.cz/podnikani-a-zamestnanost/clanek/zakazy-koureni-v-restauracich-jake-plati-v-evrope-011608>.

DVOŘÁKOVÁ, L., Fenomén kuřáctví v současné stárnoucí populaci. **In.** *Problematika generace 50 plus: sborník VII. mezinárodní konference*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011, s. 91-93. ISBN 978-80-7394-260-1.

Evropa 2045. Zákaz kouření na veřejných místech. *Evropa2045.cz* [online]. [b.r.]. Dostupné z: <http://www.evropa2045.cz/hra/napoveda.php?kategorie=2&tema=77>.

HELLER, J., O. PECINOVSKÁ. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80- 87258-62-0.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7367-040-2.

IHNED. Češi mají patřit mezi největší pijáky alkoholu na světě. *Zpravy.ihned.cz* [online]. 15. září 2012 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/c1-57499760-cesi-maji-patrit-mezí-nejvetsi-pijaky-alkoholu-na-svete-csu-se-tomu-ale-brani>.

JANDA, A., P. KUBA. Alkohol. *Drogmen.cz* [online]. ©2010 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.drogmem.cz/sub/memy/alkohol/>.

KRÁLÍKOVÁ, E. ČR nechrání děti před kouřením. *Zdravi.e15.cz* [online]. 19. říjen 2012 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/kralikova-cr-nechrani-deti-pred-kourenim-467213?category=z-domova>.

KRÁLÍKOVÁ, E. Návrh doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Zdravi.e15.cz* [online]. 4. říjen 2005 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/navrh-doporuceni-pro-lecbu-zavislosti-na-tabaku-168654>.

KRÁLÍKOVÁ, E., Tabák a závislost na tabáku. **In:** KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205 – 210. ISBN 80-86734-05-6.

KRÁLÍKOVÁ, E., J. KOZÁK. *Jak přestat kouřit*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-68-6.

KUČERA, P. Spotřeba alkoholu roste. *Zpravy.aktualne.cz* [online]. 5. prosinec 2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/finance/nakupovani/spotreba-alkoholu-roste-prumerny-cech-vypije175litru/r~c7fbb9145db311e380120025900fea04/>.

Kuřáková plíce. Statistiky týkající se kouření cigaret, souhrn všech údajů. *Kurakovaplice.cz* [online]. 9. září 2012 [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html.

LEDAX. Problematika generace 50plus. *Ledax.cz* [online]. [b.r.]. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.ledax.cz/problematika-generace-50-plus.html>.

LIDOVÉ NOVINY. Češi se v kouření řadí k evropskému průměru, Slováci fajčí nejméně. **In:** *Lidovky.cz* [online] 14. listopad 2012 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: http://relax.lidovky.cz/cesi-se-v-koureni-radi-k-evropskemu-prumeru-jsou-na-12-pricce-z-27-p7o-/zdravi.aspx?c=A121113_172053_ln-zdravi_jkz.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Češi žijí déle, trápí je ale civilizační nemoci*. 23. červenec 2014 [cit. 2014-08-03]. Tisková správa.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Česká republika ratifikovala Rámcovou úmluvu Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku. *MZCR.cz* [online]. 10. květen 2012 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-republika-ratifikovala-ramcovou-umluvuv-svetove-zdravotnicke-organizace-o-k_6229_1.html.

MRAVČÍK, V. a kol. 2013. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012* [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] MRAVČÍK, V.(Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-077-3.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Prevence. *Drogy-info.cz* [online]. 9. prosinec 2010 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/p/prevence.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Sekundární prevence. *Drogy-info.cz* [online]. 7. prosinec 2010 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/sekundarni_prevence.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Tabák - podrobně. *Drogy-info.cz* [online]. 15. únor 2014 [cit. 2014-05-09]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tabak/tabak_podrobne.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. Brno: Host – vydavatelství, s. r. o., 2006. ISBN 80-7294-206-9.

NEŠPOR, K. Zvyšování motivace při léčbě návykových nemocí a v dalších oblastech medicíny. *Zdraví.e15.cz* [online]. 7. únor 2002 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zvysovani-motivace-pri-lecbe-navykovych-nemoci-a-v-dalsich-oblas-142315>.

NEVORALOVÁ, M. Prevence rizikového chování. *Adiktologie.cz* [online]. 7. leden 2014 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/4538/Prevence-rizikoveho-chovani>.

Odvykání kouření: léčba, 2014. *Odvykani-koureni.cz* [online]. ©2014 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/lecba>.

ORLÍKOVÁ, B. Primární prevence. *Drogovaporadna.cz* [online]. ©2009 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html>.

PROFOUS, J. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-820-9.

Protikuřácká legislativa v ČR. *Stop-koureni.cz* [online]. ©2013 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/protikuracka-legislativa-v-cr>.

Rakovina plic: příznaky, projevy, symptomy. *Kurakovaplice.cz* [online]. ©2003-2014 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/rakovina-plic/39-rakovina-plic-priznaky-projevy-symptomy.html.

SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

SKALÍK, I. Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodické principy. **In:** KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 285 – 290. ISBN 80-86734-05-6.

SKÁCELOVÁ, L. Prevence ve výuce: základní pedagogické principy. **In:** KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 291 – 299. ISBN 80-86734-05-6.

SKÁCELOVÁ, L. Vrstevnické skupiny, peer programy. **In:** KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 307 – 310. ISBN 80-86734-05-6.

SOURNIA, J. *Dějiny pijáctví*. Praha: Garamond, 1999. ISBN 80-86379-01-9.

SOVINOVÁ, H. a L. CSÉMY. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2012. *Szu.cz* [online]. ©2013 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice_2012.pdf.

SOVINOVÁ, H. a kol. Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. *Szu.cz* [online]. ©2012 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/2013/ZpravaKuractvi2011.pdf>.

Substituční léčba, 2014. *Substitucni-lecba.cz* [online]. ©2014 [cit. 2014-05-09]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/substitucni-lecba>.

Stop kouření: metody odvykání, 2013. *Stop-koureni.cz* [online]. ©2013 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/metody-odvykani>.

Studium psychologie. Etapy psychického vývoje. *Studium-psychologie.cz* [online]. ©2012 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.studium-psychologie.cz/vyvojova-psychologie/7-dospelost-starnuti-smrt.html>.

Substituční léčba, 2014. *Substitucni-lecba.cz* [online]. ©2014 [cit. 2014-05-09]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/substitucni-lecba>.

ŠAMÁNEK, M. a Z. URBANOVÁ. Účinný lék. **In:** BUDINSKÝ, V., aj. *Ať žije alkohol*. 5. vyd. Praha: Agentura Lucie, 2012. s. 94 – 172. ISBN 978-80-87138-44-1.

ŠUSTKOVÁ-FIŠEROVÁ, M. Prevence drogových závislostí. *Zdravi.e15.cz* [online]. 3. říjen 2004 [cit. 2014-05-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>.

Tabák a jeho vlastnosti, rostlina tabáku, *Nicotiana Tabacum*, [b.r.]. *Kurakovaplice.cz* [online]. ©2003-2014 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/rostlina-tabaku/23-tabak-a-jeho-vlastnosti-rostlina-tabaku-nicotiana-tabacum.html.

U LÉKAŘE. 7 faktů o kouření ve vyšším věku. *Ulekare.cz* [online]. 17. září 2012 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/7-faktu-o-koureni-ve-vyssim-veku-16087>.

VELEMÍNSKÝ, M., aj. *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: ZSF JU, 2011. ISBN 978-80-7394-326-4.

VURM, V., Aktuální problematika vztahů společnosti k seniorům. **In.** *Problematika generace 50 plus: sborník VII. mezinárodní konference*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011, s. 5-6. ISBN 978-80-7394-260-1.

ZAKÁLOVÁ, E. Spotřeba alkoholu klesá – stále vede pivo a posiluje víno. *Marketingsales.tyden.cz* [online]. 9. červenec 2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: http://marketingsales.tyden.cz/rubriky/data/spotreba-alkoholu-klesa-stale-vede-pivo-a-posiluje-vino_275978.html.

Zprávy ihned. Kvůli kouření zemře v Česku každý rok 18 tisíc lidí. *Zpravy.ihned.cz* [online]. 25. březen 2013 [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/c1-59570010-koureni-cigarety-smrt-zdravi>.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Dvanáct kroků Anonymních alkoholiků

Příloha 3: Dvanáct tradic Anonymních alkoholiků

Příloha č. 1 - Dotazník

Vážení respondenti,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který mi poslouží k získání informací pro mou bakalářskou práci. Téma mé bakalářské práce je: „Závislost na tabáku a alkoholu u generace 50 +“.

Dotazník je určen osobám starším 50 let, a pro porovnání osobám do 30 let.

Tento dotazník je anonymní, údaje které v něm budou obsaženy poslouží pouze při psaní mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci!

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Jaký je Váš věk?

- 0 – 18
- 18 – 30
- 50 - 60
- 61 – 69
- více jak 70 let

3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhly?

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské

4. Užíváte tabákové výrobky?

- ano
- ne
- občas

Pokud ne, přeskočte na otázku 12

5. Jaký druh tabákových výrobků preferujete?

- cigarety
- doutníky
- dýmky
- šňupací tabák
- žvýkací tabák

6. Kolik cigaret (doutníků,..) vykouříte za 1 den?

- 0 – 5
- 6 – 10
- 11 – 20
- více jak 20

7. Kdy vykouříte svou první cigaretu?

- ráno
- dopoledne
- odpoledne
- večer

8. Pomáhá Vám kouření ve stresové situaci?

- ano
- ne

9. Myslíte si, že jste závislý/á na tabákových výrobcích?

- ano
- ne

10. Snažil/a jste se někdy přestat kouřit tabákové výrobky?

- ano
- ne

11. Vyhledal/a jste někdy odbornou pomoc?

- ano
- ne

12. Užíváte alkoholické nápoje?

- ano
- ne

Pokud ne, přeskočte na otázku 19

13. Jaký typ alkoholických nápojů upřednostňujete?

- pivo
- víno
- destiláty

14. Jak často pijete alkohol?

- 1 x za týden
- každý den
- příležitostně

15. Jaké množství alkoholu při této příležitosti vypijete?

- 1 pivo, 2 dcl vína nebo velký panák tvrdého alkoholu
- 5 piv, 0,75 l vína nebo 4 velké panáky tvrdého alkoholu
- více

16. Myslíte si, že jste závislý/á na alkoholu?

- ano
- ne

17. Zkoušel/a jste někdy přestat pít alkohol?

- ano
- ne

18. Vyhledal/a jste někdy odbornou pomoc?

- ano
- ne

19. Jste obeznámen/a s riziky, které způsobuje užívání tabákových výrobků a pití alkoholických nápojů?

Ano

Ne

Pokud ano, uveďte jeden příklad.....

Příloha č. 2 – Dvanáct kroků Anonymních alkoholiků

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.
9. Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto Kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.

(Heller, Pecinovská, 2011)

Příloha č. 3 – Dvanáct tradic Anonymních alkoholiků

1. Naše společné blaho by mělo být na prvním místě, osobní uzdravení závisí na jednotě AA.
2. Pro účely naší skupiny je jedinou autoritou milující Bůh, tak jak se projevuje sám v našem skupinovém svědomí. Naši vedoucí představitelé jsou pouze spolehliví služebníci, kteří nám nevládnou.
3. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít.
4. Každá skupina by měla být autonomní s výjimkou případů, které ovlivňují ostatní skupiny nebo AA jako celek.
5. Každá skupina má pouze jediný hlavní účel – předávat naše poselství alkoholikovi, který stále trpí.
6. Skupina AA by nikdy neměla podporovat ani financovat jakékoliv příbuzné zařízení nebo podnik stojící mimo AA, ani mu propůjčovat jméno AA, aby nás problémy peněz, majetku a prestiže neodváděly od našeho hlavního účelu.
7. Každá skupina AA by měla být plně soběstačná a odmítat příspěvky z vnějšku.
8. Anonymní alkoholici by měli vždy zůstat neprofesionální, avšak naše služební střediska mohou zaměstnávat potřebné pracovníky.
9. AA jako takové by nikdy nemělo být organizováno, ale můžeme vytvářet služební rady nebo komise přímo zodpovědné těm, kterým slouží.
10. Anonymní alkoholici nemají názory na vnější otázky, proto by jméno AA nemělo být nikdy zataženo do veřejných sporů.
11. Naše vztahy s veřejností jsou založeny spíše na přitažlivosti Programu než na jeho propagaci; my vždy potřebujeme zachovávat osobní anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu.
12. Anonymita je duchovním základem všech našich tradic, navždy nám připomínající abychom dávali přednost principům před osobnostmi.

(Heller, Pecinovská, 2011)