UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Magda Filipová

Fenomén závislosti na alkoholu a tabáku u studentů zdravotnických škol

Olomouc 2021

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kurková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 14. 2. 2021

….....

Podpis autora práce

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Petře Kurkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a podkladů k práci. Především však za ochotu a velmi vstřícnou komunikaci.

Obsah

ÚVOD **6**
1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE **8**
1.1 Formulace cílů diplomové práce **8**
1.2 Stanovení hypotéz **8**
2 TEORETICKÁ ČÁST **9**
2.1 Závislost **9**
2.1.1 Druhy závislosti 11
2.1.2 Teorie vzniku závislosti 12
2.1.3 Faktory vedoucí ke vzniku závislosti 13
2.1.4 Znaky závislosti 15
2.1.5 Prevence závislosti 18
2.2 Alkohol **23**
2.2.1 Historie závislosti na alkoholu 24
2.2.2 Účinky alkoholu 25
2.2.3 Následky užívání alkoholu 29
2.2.4 Léčba závislosti na alkoholu 32
2.3 Tabák **35**
2.3.1 Historie závislosti na tabáku 37
2.3.2 Způsoby užívání tabáku 39
2.3.3 Následky užívání tabáku 43
2.3.4 Léčba závislosti na tabáku 46
2.4 Středoškolská mládež **49**
2.4.1 Období adolescence 50
2.4.2 Statistiky užívání alkoholu a tabáku u mladistvých v ČR a EU 52
3 VÝZKUMNÁ ČÁST **57**
3.1 Organizace výzkumu **57**
3.2 Charakteristika výzkumného souboru **57**
3.3 Použitá metoda a statistické zpracování dat **59**
4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ **61**
5 DISKUZE **88**
ZÁVĚR **92**
SOUHRN **93**

SUMMARY **94**
REFERENČNÍ SEZNAM **95**
SEZNAM ZKRATEK **102**
SEZNAM TABULEK **103**
SEZNAM GRAFŮ **104**
SEZNAM PŘÍLOH **105**
ANOTACE

ÚVOD

Tématem této diplomové práce je problematika užívání návykových látek. Konkrétně alkoholu a tabákových výrobků. Alkohol a tabák jsou součástí života dospívajících stejně tak dnes, jako i v dobách dřívějších. Stále je za aktuální považována otázka, jaký postoj k těmto látkám a k jejich užívání zastávají mladí lidé. Mají zkušenosti s užíváním alkoholu a tabáku? Pokud ano, do jaké míry? Uvědomují si rizika spojená s jejich užíváním? Poskytuje jim škola dostatek informací na toto téma? Otázkami jsou pak také důvody, proč někteří mladiství užívají alkohol a tabák v nadměrné míře. U mladých lidí se setkávám velmi často s názorem, že tabák a často i alkohol jsou v podstatě ty „nejlehčí" závislosti, které jsou mnohdy bagatelizovány a mají spíše příchuť „zakázaného ovoce". Znalostí a co nejlepším vhledem do této problematiky se, zvláště u pedagogů, otevírá možnost lépe pochopit a následně lépe pracovat se studenty v otázkách týkajících se právě těchto návykových látek.

Silnou motivací pro tuto práci je pro mě jak aktuálnost tématu v celé společnosti, tak v neposlední řadě také její aktuálnost v mém osobním životě. Syn, kterému je nyní 16 let, je takříkajíc v centru dění. A spolu s ním samozřejmě i já a potažmo celá rodina.

Z výše uvedeného vyplývá, že hlavním cílem této diplomové práce je poukázat na aktuální stav užívání alkoholu a tabáku. Konkrétně se věnuji studentům zdravotnických škol, protože právě ti by si měli být schopni nejvíce uvědomit rizika spojená s užíváním alkoholu a tabáku a případně se jim vyvarovat.

V teoretické části se v první kapitole zaměřuji na vymezení pojmu „závislost". Jednak na přiblížení teorií vzniku závislosti, na znaky a typologii závislosti, ale i na velmi důležitou součást boje proti závislosti, na prevenci. Druhou kapitolu jsem věnovala alkoholu. Blíže v ní popisuji historii závislosti na alkoholu, účinky a následky užívání alkoholu. Na závěr potom možnosti léčby závislosti na alkoholu. Stejně tak ve třetí kapitole, která se týká tabáku. I zde je vhled do historie užívání tabáku, do způsobů, jakými je tabák užíván a následků, které jsou s jeho užíváním spojené. V neposlední řadě zde popisuji možné způsoby léčby. Ve čtvrté kapitole této diplomové práce definuji středoškolskou mládež, blíže popisuji vývoj osobnosti v období adolescence a zabývám se také statistickými údaji o užívání alkoholu a tabáku u mladistvých v České republice.

Výzkumná část je zaměřena na šetření prováděné mezi studenty dvou zdravotnických škol. Jedná se o jednu zdravotnickou školu v krajském městě a o jednu v menším, okresním městě. Cílem práce je zjistit, zda studenti zdravotnických škol znají rizika spojená s užíváním alkoholu a tabáku a míru jejich užívání. Při porovnání výsledků výzkumné části je mým dalším cílem zjistit, je-li alkohol a tabák dostupnější pro studenty zdravotnických škol v krajském či okresním městě a jsou-li studenti zdravotnické školy v krajském městě častějšími uživateli. Hlavním pilířem výzkumné části je dotazníkové šetření.

1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

1.1 Formulace cílů diplomové práce

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jaký je aktuální stav užívání alkoholu a tabáku u studentů zdravotnických škol. Práce je zaměřena na srovnávání prvních a čtvrtých ročníků ve dvou středních školách. Dílčími cíli jsou poté zjištění, je-li alkohol a tabák dostupnější pro studenty zdravotnických škol v krajském či okresním městě, zda studenti zdravotnických škol znají rizika spojená s užíváním alkoholu a tabáku a v neposlední řadě zjištění v jaké míře je alkohol a tabák u těchto studentů užíván.

1.2 Stanovení hypotéz

Ke zjištění rozdílů ve zkoumaných jevech mezi uvedenými skupinami studentů jsou stanoveny hypotézy, které budou následně pomocí statistických postupů ověřovány.

H_1 Dostupnost alkoholu je vyšší u studentů zdravotnické školy v krajském městě.

H_2 Dostupnost tabáku je vyšší pro studenty zdravotnické školy v krajském městě.

H_3 Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou častější uživatelé alkoholu.

H_4 Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou častější uživatelé tabáku.

H_5 Existuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu ke znalostem rizik užívání alkoholu.

H_6 Existuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu ke znalostem rizik užívání tabáku.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Závislost

„Závislost je vždy odraz něčeho vnějšího.“
Anne Wilson Schaef (Citaty.net, c2020)

V první kapitole diplomové práce je důležité se zaměřit na bližší charakteristiku termínu závislost.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) definuje syndrom závislosti jako: *„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí“*(uzis.cz, c2020).

Dle 10. vydání mezinárodní klasifikace nemocí, představuje syndrom závislosti chronické onemocnění centrální nervové soustavy a spadá pod kategorii „Duševní poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“. Označují se dle jednotlivých supin látek kódem F 10 – F 19 (uzis.cz, c2020).

Dle Americké psychiatrické asociace (DSM-V) se diagnóza závislosti stanovuje v případě, že pacient vykazuje alespoň tři z níže uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců. Jedná se o těchto 7 příznaků –

1. Tolerance – potřeba zvýšeného množství dané látky k navození stejného účinku nebo naopak snížení účinku při užití stejného množství látky.
2. Abstinenční příznaky při vysazení látky.
3. Užívání látky ve větším množství nebo delší dobu, než bylo zamýšleno.
4. Existence dlouhodobé či neúspěšné snahy o snížení množství užívané látky.

5. Mnoho času, který jedinec věnuje užívání látky a činnostem potřebným k jejímu získání.
6. Omezení či zanechání sociálních, profesních nebo rekreačních aktivit z důvodu užívání návykové látky.
7. Další užívání návykové látky i přes dlouhodobé nebo opakující se problémy v oblasti fyzické i sociální (PSYCHIATRY.ORG, C2021).

Göhlert a Kühn (2001) uvádí, že závislost můžeme považovat za stav, při kterém nedostatek látky nebo jiného podnětu vyvolá u člověka fyzické či psychické potíže. Závislost vzniká při dlouhodobém užívání některé látky, ale vzniká také při činnosti, která člověku přináší nadměrné uspokojení.

Pokorný (2000, s. 9) definoval závislost jako *„negativní sociální fenomén vypovídající a ovládání člověka prostřednictvím různých chemikálií přírodních i syntetických, případně předmětů či situací a předmětů v nich.“*

Závislost často není, samozřejmě mylně, považována za nemoc. I v současné době u mnoha lidí převládá názor, že jde o určitý zlozvyk, za který si závislý jedinec může sám. Lidé mají představu, že když bude závislý sám chtít, může kdykoliv přestat s užíváním. Přitom právě tato závislost má nejvážnější dopady na zdraví uživatelů a je nebezpečná i pro rodinu a okolí člověka, který je závislý. (Heller, Pecinovská, 2011).

Je třeba si uvědomit, že závislost má jiné projevy a poté také následky u dětí a mladistvých než u dospělých. Hrozí zde rychlejší vznik závislosti, častější riziko těžkých otrav a nebezpečného jednání pod vlivem látky. V neposlední řadě dochází i k selhání jedince v jeho životních rolích (Hort a kol., 2000).

Kleiman, Caulkins (2011) uvádějí, že při užívání drog (legálních i nelegálních) je velmi pravděpodobné, že dojde k rozvoji „špatného zvyku“. Hovoříme o situaci, kdy je tento vzor chování obtížné prolomit, a to i v případě, že si uživatel uvědomuje, že tímto chováním se rozvíjí určitý problém. Tento návyk, který je velmi těžko odstranitelný, vede posléze k tomu, že jedinec užívá drogu častěji a ve větším množství, než zamýšlí. Klinicky se tento „špatný zvyk“ nazývá závislost na návykových látkách či porucha závislosti (substance abuse or dependency disorder).

2.1.1 Druhy závislosti

Leifer (2004) definuje čtyři stupně užívání návykových látek. Jedná se o experimentování, kontrolované užívání, zneužívání a závislost. Experimentování a závislost lze definovat poměrně jasně, avšak velmi tenká hranice je mezi kontrolovaným užíváním a zneužíváním. Za varovný signál je považováno časté užívání jako takové. V případě, že hovoříme o závislosti, rozlišujeme závislost psychickou a fyzickou.

Fyzická závislost - tato se projevuje abstinenčními příznaky jako je neklid, třes, nevolnost, slabost. Jedinec je vnímá velmi negativně a samozřejmě protikladně ve srovnání s pocity, když drogu užívá. Fyzická složka závislosti vede uživatele k tomu, aby dodržoval určitý časový režim při užívání a to právě z důvodu zamezení nástupu těchto abstinenčních příznaků.

Psychická závislost - tato se projevuje nutkavou potřebou dalšího užití drogy. Osoba závislá pociťuje neodolatelnou touhu po stavu, který mu droga přináší. Drogu přijímá pro počáteční příjemné pocity spojené s užitím. Bez drogy se však u závislých osob dostaví deprese, paranoia, nervozita a přichází až patologická touha ji znovu užít. Osoba psychicky závislá žije jen pro drogu a postupem času ztrácí zájem o cokoli jiného a je jí ochotna obětovat vše.

Dále rozlišujeme závislost substanční a procesuální.

Substanční závislost - *„tato závislost je někdy odborníky označována jako závislost ingestivní. Jde o závislost na přijímaných látkách – drogách, jako je alkohol, nikotin, halucinogenní, psychoaktivní a psychedelické drogy, stimulancia, sedativa apod. Patří sem i látky zdánlivě nevinné, jako je káva. Závislost na přijímaných látkách navozuje změnu emocionálního stavu, kognitivní (poznávací) i konativní činnosti (vůle)“* (Křivohlavý, 2009, s. 204).

Procesuální závislost- *„Existuje nejen závislost na přijímaných látkách, ale i závislost na určitém druhu činnosti – například na hazardních hrách (hráči u hracích automatů, ale i u rulety, hráči karet apod.). Existují také lidé nezdolní v riskantních činnostech (hazardéři), lidé neznající odpočinku a neustále se věnující určité pracovní*

činnosti – tzv. workoholici, lidé nadměrně sportující, lidé, které pohltila tvůrčí činnost apod.“ (Křivohlavý, 2009, s. 204).

2.1.2 Teorie vzniku závislosti

Důvodů, pro které se člověk stává závislý, je celá řada. Není pravdou tvrzení, že jde pouze o nedostatek volnočasových aktivit u mladých nebo o nesprávnou výchovu. Pravdou je, že k tomu, aby mladistvý začal experimentovat s drogou, ztratil nad ní kontrolu a nakonec se stal závislý, je zapotřebí souhry spousty okolností. Jde především o dědičné předpoklady a o prostředí ve kterém se mladistvý pohybuje.

Fischer a Škoda (2014) definují čtyři stádia vzniku a rozvoje závislosti.

1. **Stádium experimentální** - užití návykové látky je občasné, jedinec nepociťuje negativní účinky a po požití cítí příjemné pocity, úlevu. V tomto stádiu působí návyková látka jako ventil, kdy jedinci dokonce může pomoci při řešení problémů. Užívání je často bez povšimnutí okolí. Je vysoká šance na zanechání užívání látky v případě, že se tak jedinec rozhodne.

2. **Stádium příležitostného užívání** - stále nejsou patrné znaky závislosti, ale jedinec užívání skrývá před okolím, uvědomuje si rizika. I nadále u něj však převládají pozitivní účinky látky, i nadále mu pomáhá při řešení osobních či pracovních problémů. Zvyšuje se však tolerance, stoupá spotřeba návykové látky.

3. **Stádium pravidelného užívání** - tolerance a spotřeba látky stále stoupají, jedinec odmítá rizika z toho plynoucí. V důsledku častého užívání dochází ke konfliktům s okolím, dochází ke ztrátě kontroly nad návykovou látkou. Jedinec ztrácí sociální kontakty, vztahy se rozpadají.

4. **Stádium návyku a závislosti** - jedinou motivací je návyková látka, tolerance se snižuje, dochází k nepřetržité konzumaci, objevují se somatické i psychické poruchy, silné abstinenční příznaky.

2.1.3 Faktory vedoucí ke vzniku závislosti

Důvody ke vzniku závislosti můžeme označit jako multifaktoriální, což znamená, že na vzniku a rozvoji závislosti se podílí větší množství biologických a sociálních faktorů (Fischer, Škoda, 2014).

Genetické predispozice

Stále není definitivně známo, existují-li specifické genetické informace, které se podílí na rozvoji závislosti. Komplexní porucha nevzniká jen a pouze na genetickém podkladě, jde o určitou interakci mezi samotnou genetickou výbavou a prostředím, ve kterém se jedinec pohybuje. Problematika genetické predispozice byla nejvíce zkoumána právě u alkoholové závislosti. Je prokázáno, že v rodině, kde je jeden z rodičů alkoholik je desetkrát větší pravděpodobnost, že se jedinec stane také závislý. Ovšem to, jakým způsobem naše geny řídí vztah k alkoholu a obecně ke všem návykovým látkám, není zatím známo. Zajímavostí je, že jedinci závislí na alkoholu mají sníženou produkci endorfinu, tedy hormonu štěstí.

Biologické predispozice

Riziko nadměrného užívání návykových látek je ovlivněno také fyziologickými reakcemi. Jde především o proces metabolického zpracování. Výzkumy prokázaly, že někteří jedinci silněji prožívají příjemné pocity a protože se zpracováním látky nemají větší potíže (například nepociťují kocovinu) jsou schopni látku konzumovat častěji a ve větším množství.

Psychické faktory

Některé psychické stavy mají za následek častější rozvoj závislosti. Jde především o –

- způsob prožívání situací, který je spojený se zvýšenou úrovní aktivace, lability a stavy deprese,
- způsob vnímání vlastního já, kdy někteří jedinci mají tendence k podceňování se, jiní naopak k přeceňování vlastní osoby,

- způsob chování jedinců s osobnostními vlastnosti, mezi které řadíme například nižší míru sebekontroly, flexibilnosti a jedinci s nízkou mírou volních vlastností. Řadíme sem také ty, kteří trpí nejrůznějšími poruchami osobnosti (disociální a emočně nestabilní) a duševními onemocněními.

Sociální faktory

Výše jmenované faktory a predispozice se projevují v určitém sociálním a kulturním prostředí. Toto prostředí se potom u každého jedince určitou měrou podílí na ovlivňování projevů těchto faktorů. Jedná se především o tyto faktory –

- *„vliv rodiny (dysfunkční rodina, anomalita rodičů, syndrom CAN apod.),*
- *vliv sociální skupiny (party, subkultury),*
- *vliv životního prostředí (prostředí měst, vybraných aglomerací – sídliště, průmyslové zóny, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace obyvatel, vykořeněnost – chybějící kořeny a vztahy, např. problematika odsunu německého obyvatelstva a vyvlastnění majetku),*
- *sociální konformita (uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb, např. prostředí realizace podnikatelských aktivit)“* (Fischer, Škoda, 2014, s. 98).

Oproti tomu Mühlpachr (2008) rozlišuje čtyři hlavní faktory, které vedou ke vzniku závislosti. Tyto faktory jsou ve vzájemné interakci. Jedná se o faktory farmakologické, somatické a psychické, environmentální a faktory precipitující.

- **Faktory farmakologické, droga** – v minulosti se dostupnost drogy za faktor ovlivňující vznik závislosti nepovažoval. Dnes, v souvislosti s existencí velkého množství drog navozujících extrémně rychle závislost, se názory odborníku posunuly a tento faktor se jeví, zvláště u mladistvých, jako podstatný,
- **faktory somatické a psychické, osobnost** - rozborem těchto faktorů odborníci došli k závěru, že je účinné uplatňovat bio-psycho-sociální přístup. Odstranění fyzických obtíží, stimulace smyslů a identifikace s určitou skupinou lidí,
- **faktory environmentální, prostředí** - na utváření osobnosti jedince má vliv především rodina a prostředí, ve kterém jedinec žije. Dále potom edukační proces, spolupráce rodiny a školy a v neposlední řadě i trávení volného času,

- **faktory precipitující, podmět** - především jde o podměty, které můžeme rozdělit do dvou skupin. Zaprvé touha po euforických pocitech a zadruhé snaha o únik z nepříjemných pocitů.

Illes (2002) uvádí jako příčinu vzniku závislosti tři hlavní faktory. Jsou to droga, jedinec a prostředí. Jde však jen o základní motivace. Tyto jsou přítomny u každého jednotlivého případu závislosti rozlišným způsobem, je však nutné podotknout, že vždy jsou přítomny všechny. Rozdílná je jen míra významnosti každé z nich. Je možné konstatovat, že tyto tři faktory vytváří určitý bio-psycho-sociální model, model holistický. Ke každému z faktorů (droga, jedinec prostředí) se vztahují určité rizikové faktory a faktory protektivní, ochranné (Kalina a kol., 2003).

2.1.4 Znaky závislosti

Ke stanovení diagnózy „závislost“ je přistoupeno tehdy, pokud jsou u jedince rozpoznány alespoň tři (nebo více) znaky závislosti (Nešpor, 2018).

Silná touha nebo pocit puzení užívat

Pro silnou touhu nebo pocit puzení užíváme pojmy bažení, craving. Rozlišujeme bažení tělesné a psychické. Tělesné bažení vzniká v okamžiku, kdy odeznívá účinnost návykové látky a dochází k útlumu aktivity mnoha mozkových center po jejich předchozí přílišné aktivaci. Naopak psychické bažení přichází i po delší abstinenci. Jsou aktivována mozková centra, která zhoršují paměť. Psychické bažení přináší oslabení paměti, zhoršení postřehu a zvýšení tepové frekvence krevního tlaku. Bažení, craving obecně zvyšuje riziko recidivy.

Zhoršené sebeovládání

Tento znak úzce souvisí se silnou touhou užívat. Bažení zhoršuje sebeovládání, avšak ho přímo nevylučuje. Platí to ovšem i naopak, kdy lidé, kteří nepociťují bažení, ztratí schopnost sebeovládání. Toto se projevuje, pokud si člověk hůře uvědomuje sebe a své emoce a pokud se například vyskytuje v pro něj rizikovém prostředí, kde je zvyklý

látku užívat. Můžeme tedy říct, že bažení je příznakem subjektivním, naopak zhoršené sebeovládání se týká chování jedince (Nešpor, 2018).

Somatický (tělesný) odvykací stav

Při vysazení návykové látky se dostavují různé symptomy odvykacího stavu. Tyto určuje Mezinárodní klasifikace nemocí. Jedná se například o bolesti hlavy, zrychlený tep, nespavost, vyšší krevní tlak, nevolnost, třes jazyka nebo prstů.

„Pro diagnózu odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria:

1. *nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání,*
2. *příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu,*
3. *příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou“* (Nešpor, 2018, s. 16).

Růst tolerance

Jinými slovy snášenlivost. Růstem tolerance rozumíme stav, kdy k dosažení stejného účinku jedinec potřebuje větší množství návykové látky. Stejně tak lze říct, že při stejném množství látky jedinec pociťuje nižší účinky. Centrální nervová soustava na danou látku reaguje méně, nebo je látka v těle odbourávána rychleji.

Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

Dřívější odborná literatura hovořila o zúženém spektru chování nebo o stereotypním chování ve vztahu k návykové látce. Závislému člověku zabírá většinu času přemýšlení o návykové látce, případně činnosti spojené s jejím získáním a užíváním. Vše ostatní je odsunuto do pozadí. Závislý člověk se přestává zajímat o koníčky, které měl dříve, o sport, vzdělání i o rodinu. I v případě tohoto znaku vidíme souvislost mezi bažením i se zhoršeným sebeovládáním ve vztahu k návykové látce.

Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků

Je nutné, aby byl uživatel o možných škodlivých následcích informován. V případě, že o nich ví a přesto i nadále pokračuje v užívání, jedná se o jasný znak závislosti. Pokud mu však tato skutečnost není známá, není tento znak pro stanovení diagnózy validní.

Hajný (2001) uvádí výčet několika varovných signálů u mladistvých, které, pokud se vyskytují opakovaně nebo společně, mohou značit užívání návykové látky.

Náhlá změna nálad, netypické reakce na určité situace

- může jít o určitou snahu separovat se od ostatních spolužáků, nebo naopak o snahu stát se středem pozornosti. Někteří mladiství se stávají extrémně hádaví, více podráždění.

Zhoršování ve škole

- můžeme pozorovat zhoršování klasifikace, častější absenci, neplnění zadaných úkolů a tendence vzdát úkol při jakékoli překážce. Přichází ztráta zájmu o dosavadní koníčky.

Změna přátel a známých

- vždy je signál určité změny to, když mladiství změní své přátele. Především v případě, že nové přátele doma není ochoten představit.

Změna v oblékání a stylu hudby

- pro mladé je do určité míry toto chování typické, ale je vždy nutné s dítětem komunikovat a být s ním v úzkém kontaktu.

Skrývání a zakrývání

- v tomto případě můžeme pozorovat častější zamykání se v pokoji, skrývání. Nošení volného oblečení a černých brýlí může být znak zakrývání tělesných znaků užívání.

Vyčerpanost, únava, spavost

- tyto jsou dílčími tělesnými projevy užívání návykových látek.

Lži a předstírání

- zvýšená potřeba peněz, nepřítomnost ve škole apod. to vše se mladiství snaží maskovat lhaním.

Izolace od rodiny

- touha být sám je pro mladistvé normální. Je však nutné být pozorný, pokud tato izolace trvá delší dobu. Může jít o koncentraci zájmů na užívání.

Snížené sebevědomí

- u mladistvého, který je neustále kritizován, je neustále neúspěšný a odmítaný, ať už ve škole nebo doma, hrozí opět zvýšené riziko užívání návykových látek.

Ztrácející se věci a peníze

- peníze a věci můžou být použity k nákupu návykových látek, je proto důležité věnovat zvýšenou pozornost, pokud se v rodině začnou ztrácet.

2.1.5 Prevence závislosti

Pojem prevence pochází z latinského praeventus a můžeme jej definovat jako soubor určitých opatření (sociálních či zdravotních), které mají za cíl předcházet vzniku nemoci, zdravotním komplikacím, trvalým následkům z nemoci. V obecném smyslu jde o předcházení jakémukoli poškození (Ottova všeobecná encyklopedie, c2020).

Prevenci dle Psychologického slovníku (Hartl, 2004) můžeme definovat jako zabránění, předcházení jevům, které nejsou žádoucí, nehodám, úrazům aj.

Obecně lze prevenci popsat jako ochranu před něčím, či předcházení něčemu. Tímto je myšleno především předcházení možného vzniku sociálně patologických jevů – užívání alkoholu a tabáku. Platí, že efektivní prevence je ten nejlepší způsob jak eliminovat možné hrozící škody. Na nejrůznější návykové látky mohou dnes mladí lidé narazit opravdu všude a jsou také vystaveni mnoha rizikovým faktorům. Ať už na úrovni osobnosti, rodiny nebo školy. Konkrétním cílem tedy je, aby k těmto sociálně patologickým jevům docházelo v co nejmenší míře (Goodyer, 2001).

Rozlišujeme prevenci primární, sekundární a prevenci terciální.

Primární prevence

„Cílem primární prevence je předcházet nemoci předtím, než vznikne“ (Nešpor, 2018, s. 156). Obecně lze říct, že podstatou primární prevence je předcházení vzniku

sociálně patologických jevů u osob, u kterých se tyto jevy ještě neobjevily. Působení je tedy velmi široké, jde například o zamezení prvnímu kontaktu jedince s drogou pomocí zdravotní výchovy ve školách. Zahrnujeme sem všechny aktivity, které jsou v této oblasti realizovány (Kalina a kol, 2003). Průkopník psychofarmakologie, profesor Vondráček, zastává názor, že u každé osoby může vzniknout závislost na určitou látku. Cílem primární prevence by tedy mělo být i to, aby lidé byli schopni odolat pokušení a odmítnout nabízenou drogu (Klenerová, 2002).

Primární prevence se dále dělí do těchto kategorií –

- *„Specifická - zabývá se přímo drogovou problematikou, jde o předcházení škodám a o případné zmírňování škod.*
- *Nespecifická - obecná zaměřená především na zkvalitnění a formování postojů vedoucích k odmítání sociálně nežádoucího jednání a rozvoji žádoucích dovedností, které nemusí mít s návykovými látkami nic společného.*
- *Všeobecná - soustředí se na velké populační skupiny bez zvláštního rizika.*
- *Selektivní - vyhledává skupiny rizikových osob.*
- *Indikovaná - zabývá se přímo ohroženými jedinci“* (Machová, Kubátová, 2009, s. 84).

Sekundární prevence

Sekundární prevencí se rozumí předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování. V tomto případě už jde o osoby, které jsou rizikovým chováním již určitým způsobem ohrožené. Řadíme sem například snížení úrovně závislosti u osob, které už látku užívají (Adiktologie.cz, c2020a).

„Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození“ (Nešpor, 2011, s. 156).

Kalina (2008) sekundární prevenci definuje jako předcházení vzniku, možnému rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již nějakým způsobem drogu užívají a na návykové látce se již staly závislý. Názvem sekundární prevence se označuje jak včasná intervence, tak poradenství a léčení.

Terciální prevence

Tento typ prevence je zaměřen na osoby, u kterých se negativní jev již projevil. Na osoby již závislé. Soustředí se proto na uživatele návykových látek a jejím cílem je zmírnit důsledky vzniklé užíváním. V rámci terciální prevence je třeba zmínit, že tato je zaměřena i na předcházení opětovnému užívání závislých osob (Kalina, 2009).

Prevence v rámci škol

V oblasti prevence zodpovídá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) především za tyto činnosti –

- *„Koncepci, obsah a koordinaci v oblasti specifické primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy.*

- *Zpracovávání metodických, koncepčních a dalších materiálů souvisejících s problematikou specifické primární prevence rizikového chování.*

- *Přípravu materiálů legislativní povahy předmětné problematiky.*

- *Spolupráci, koordinaci a organizaci pracovních setkání s krajskými školskými koordinátory prevence, metodiky prevence v PPP a pracovníky SVP působícími v oblasti primární prevence rizikového chování“* (MŠMT ČR, c2013-2020).

Veškeré postupy a činnosti MŠMT v oblasti prevence rizikového chování vychází z Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019 – 2027. Tato byla schválena vládou 13. května 2019 a navazuje na Národní strategii protidrogové politiky 2010 – 2018.

„Mezi prioritní téma, na které se strategie zaměřuje, je regulace dostupnosti alkoholických nápojů a tabákových výrobků, a také snižování nabídky a poptávky u nelegálních návykových látek“ (Vláda.cz, c2009-2020).

MŠMT spolupracuje s krajskými školskými koordinátory prevence, s metodiky prevence v pedagogicko-psychologických poradnách a se školními metodiky prevence ve školských zařízeních. Školy oblast primární prevence zpracovávají v samostatném dokumentu tzv. „Minimálním preventivním programu“.

Minimální preventivní program vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci se všemi pedagogy. Měl by respektovat specifika školského zařízení, pro které je sestavován. Jeho součástí je i řád školy, kde jsou také vyjádřeny kroky a opatření při jeho porušení (Kalina, 2003).

To, jak se škola angažuje v rámci prevence je podstatné. Je však pravdou, že prevence formou „suchých“ přednášek pro větší počet žáků se jeví jako méně efektivní. Naopak mezi velmi efektivní formy patří interaktivní preventivní programy. Žáci se při nich aktivně zapojují, například formou hraní různých her, nacvičují si, jak odmítnout alkohol a cigarety, jak trávit volný čas atd. *„Účinné školní preventivní programy jsou ty, které –*

- *oddalují nebo brání začátku užívání drog nebo snižují frekvenci užívání drog,*
- *snižují sociální a zdravotní rizika a možné škody způsobené užíváním drog mezi studenty, včetně ohrožení jejich fungování ve škole,*
- *zvyšují schopnost studentů činit informovaná a odpovědná rozhodnutí ohledně toho, zda a jak budou užívat drogy,*
- *mají dlouhotrvající výsledky“*(Galla, 2005, s. 21).

Jedná se o intenzivní dlouhodobé programy, které se zaměřují na rozvíjení sociálních dovedností, osobní rozvoj a objektivní informace. Rozlišujeme například tyto typy preventivních programů –

- programy, které se zaměřují na předávání znalostí o důsledcích užívání drog,
- programy zaměřené na rozhodovací schopnosti,
- programy spojené se složením přísahy o tom, neužívat drogy,
- programy zaměřené na uvědomování si hodnot,
- programy zaměřené na stanovení cílů,
- programy zaměřené na zvládnutí stresu (Galla, 2005).

Prevence v rámci rodiny

Rodina má, dle Nešpora (2001) největší podíl na formování osobnosti daného jedince. Mezi faktory, které rozhodují o možné závislosti mladého jedince na návykových látkách, Nešpor jmenuje především nebezpečí nudy a málo podnětného prostředí. Platí to i naopak. Situace, kdy je dítě výrazně přetěžované a následně vyčerpané sebou nese podobné riziko. Dalším faktorem může být potom výchovný styl. Není vhodná přílišná přísnost, ani přílišná volnost. Za ideální je považována výchova vstřícná a středně omezující, kdy dítě pociťuje na jedné straně lásku a pozornost, na straně druhé má však pevně stanovené hranice.

Nešpor (2003, s. 14) také upozorňuje na fakt, že důvěra je jedním z klíčových faktorů při předcházení užívání alkoholu i tabáku a potažmo všech návykových látek.

Jak získat důvěru dítěte

- *Když vám dítě začne o něčem vyprávět, vypněte televizi, odložte časopis nebo přestaňte s gruntováním a věnujte se mu.*
- *Dítě k vám nemluví jen slovy, ale také výrazem tváře, gesty, tónem hlasu, držením těla. Porovnejte, co říká dítě mimoslovně. Mimoslovní sdělení bývá často významnější.*
- *Dítě povzbuzujte, aby s vámi mluvilo, a přitom ho neodrazujte přílišným vyptáváním.*
- *Zkuste vyjádřit to, co vám dítě řekne, vlastními slovy, a zeptejte se ho, jestli to tak skutečně myslelo. Dosáhnete tím dvojího cíle. Jednak dáváte najevo, že to, co vám říká, je pro vás důležité, a navíc se ubezpečíte, že jste správně porozuměli.*
- *Vyhraďte si na dítě pokud možno denně alespoň chvíli času, kdy se budete věnovat jenom jemu. I pět minut může vaše vzájemné dorozumění velmi usnadnit.*
- *Pokud je to jen ve vaší situaci možné, nelžete dítěti. Umějte mu říct „nevím“, když něco nevíte, a „promiň“, když v něčem chybujete. Tím jeho důvěru neztratíte, naopak posílíte vzájemný vztah.*

2.2 Alkohol

„Nic nezavinilo tolik starostí,
tolik chorob a bídy jako požívání alkoholu.“
Ch.Darwin (Citaty.net, c2020)

Slovo alkohol pochází z arabského al-ka-hal, které tak nazývá „jemnou látku“. Alkohol, potažmo alkoholické nápoje, provází lidstvo již od pradávna. Alkoholické nápoje se vyráběly již v mladší době kamenné. Alkohol, chemicky etylalkohol definujeme jako jednoduchou organickou sloučeninu, která vzniká kvašením ovoce, ovocných plodů nebo obilí. Jde o bezbarvou, průzračnou, hořlavou a lehce těkavou tekutinu s chemickým vzorcem C2H5OH, kterou je možné v jakémkoli poměru mísit s vodou. Alkohol má vysoký energetický obsah a je obsažen v mnoha nápojích (Göhlert, Kühn, 2001).

Alkoholické nápoje jsou součástí společenských akcí a zvyklostí, považujeme je za drogu, která je nejvhodnější „do společnosti“. Převážně proto, že uklidňuje, věci dělá snadnými, dokáže potlačit problémy, pozvednout náladu, potlačit sexuální zábrany a je také pravdou, že mnoha lidem přijde jeho chuť zajímavá. Ti, co jej užili, hovoří o uvolnění psychického napětí, o zlepšení nálady, o vyšším pocitu sebejistoty (Fischer, Škoda, 2014). Na druhou stranu jde však o drogu, která má také nejvíce závislých. Jde o nejrozšířenější drogu jak u nás, tak ve světě, a to i přes jeho prokazatelně nebezpečný vliv na člověka. Tento nebezpečný vliv je u mnoha lidí stále do značné míry podceňován (Heller, Pecinovská, 2011).

Dle národního zdravotnického informačního portálu (NZIP) se alkohol řadí do drog legálních, tzn., že si ho můžeme volně obstarat nebo koupit (nzip.cz, c2020a). V současné době Světová zdravotnická organizace neuvádí, jaké je pro člověka bezpečné množství požitého alkoholu. Dle dřívějších údajů je pro dospělého člověka akceptovatelné asi 20g 100% alkoholu za jeden den. Toto množství odpovídá zhruba 0,5 litru dvanáctistupňového piva nebo 0,2 litru přírodního vína. Dnešní výzkumy nám však ukazují, že i toto, poměrně malé množství, může být pro člověka škodlivé (Nešpor, 2006). Mnoho lidí se domnívá, že malé či příležitostné užívání alkoholu pro ně není žádným nebezpečím, což není pravda. Je známo, že i osoby závislé nejdříve užívaly

alkohol jen příležitostně a v malém množství. Při zvýšeném užívání se však člověk vydá cestou, která může být různě dlouhá či krátká, ale která jistě končí přeměnou z příležitostného konzumenta na člověka závislého (paveldanko.cz, c2003).

Babor a Higgins - Biddle (2010) upozorňují, že *„v jakékoli diskuzi o problémech souvisejících s alkoholem je důležité rozlišovat mezi užíváním (pitím) alkoholu, zneužíváním alkoholu a závislosti na alkoholu. Slovo užívání se vztahuje k požívání alkoholu. Termín užívání/pití alkoholu s nízkým rizikem (low risk alcohol use) se vztahuje k pití, které nepřekračuje zákonné normy ani zdravotní doporučení, u něhož není pravděpodobné, že povede k problémům souvisejících s alkoholem. Zneužívání alkoholu (alcohol misuse) je obecný termín pro hladinu rizika sahající od nebezpečného pití až k závislosti na alkoholu“.*

Dle statistiky Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) činí průměrná spotřeba alkoholu v České republice 11,8 litru u osob starších 15 let. Pozitivní na tomto zjištění ovšem je, že množství spotřebovaného alkoholu má klesající tendenci oproti minulým rokům. V porovnání s rokem 2005, kdy byla tato průměrná spotřeba 16,5 litru na osobu starší 15 let, došlo prokazatelně ke snížení konzumace. I přesto je třeba konstatovat, že toto množství je vyšší než průměrná spotřeba alkoholu všech evropských zemích, která v roce 2019 činila 10,8 litru čistého alkoholu na osobu (WHO, c2020).

2.2.1 Historie závislosti na alkoholu

Archeologické nálezy svědčí o tom, že alkoholické nápoje znali lidé již ve starověku. První zmínky o jeho užívání pocházejí z Mezopotámie, Egypta, jsou i v Bibli. Archeologové nám podávají svědectví, že na Blízkém Východě znali lidé alkohol již před více než osmi tisíci lety. Konkrétně mluvíme o vinné révě, tedy o vínu (Kalina, 2003). Pokud bychom se krátce podívali do historie, dojdeme ke zjištění, že v Japonsku se víno vyrábělo z rýže, v Mexiku z agáve a Inkové víno získávali z kukuřice. U Slovanů převládala medovina z kvašeného medu. Dalším, po staletí velmi oblíbeným alkoholickým nápojem, je bezesporu pivo. První zmínky o něm pochází z doby před sedmi tisíci lety od starých Babylóňanů. Oblíbenost piva se postupně rozšířila po celém

Egyptě, v Římské říši a v neposlední řadě i u nás. Všechny výše jmenované nápoje se vyráběly kvašením a obsah alkoholu zde činil maximálně 13 %. V desátém století byl vynalezen proces destilace a tím lze získat jak silnější vína, tak především tvrdý alkohol. Dnes se konzumní alkohol vyskytuje většinou v nejvyšší koncentraci 40 % a nejvyšší možná míra koncentrace alkoholu je potom 95 %. Takto silný koncentrát se však využívá především k lékařským účelům. V počátcích využívání a užívání alkoholu nalezneme jeho použití v lékařství velmi často. Již antický lékař Hippokrates jej vnímal jako lék a doporučoval užívat například vínové obklady při bolestech hlavy. Stejně tak můžeme v jeho spisech najít doporučení k jeho užívání pro zvýšení plodnosti u žen (Adiktologie.cz, c2020b).

V historii však nalezneme i zmínky o stinných stránkách užívání alkoholu a o represích při jeho užívání. V roce 1039 vydal Břetislav I. první protialkoholní zákon v českých zemích. Stálo v něm, že je požadováno omezení užívání alkoholických nápojů a spolu s tím v něm byly uvedeny tresty, které hrozí za jeho nedodržení. Přísné tresty hrozily i hospodským, kteří by nápoje podávali (Popov in Kalina, 2001). V 16. století se opilství ve střední Evropě prolínalo všemi společenskými vrstvami a bylo považováno za celospolečenský problém, kdy byly vydány císařské výnosy o omezení konzumace alkoholu. V 19. století bylo nařízeno vyučovat ve školách o negativních účincích užívání alkoholu (Göhlert, Kühn, 2001).

Při pohledu do historie je také na místě zmínit Českou republiku, které patří světové prvenství ve vybudování první protialkoholní záchytné stanice na světě. Tato byla otevřena v roce 1951 MUDr. Jaroslavem Skálou. V současné době jsou protialkoholní záchytné stanice považovány za standart v celém světě.

2.2.2 Účinky alkoholu

Alkohol se do těla dostává nejčastěji způsobem per os, tedy ústy. Po požití se v lidském těle rovnoměrně rozděluje do všech tělesných tekutin a následně začíná působit na nervovou soustavu. Alkohol jako drogu řadíme mezi tlumivé látky, stejně jako například barbituráty. Má velmi všestranný účinek, poněvadž nám poskytuje

chuťový zážitek, dokáže tělu dodat vodu a dokonce některé živiny a především působí na lidskou psychiku (Heller, Pecinovská, 2011).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) definuje účinky alkoholu na lidský organismus jako akutní intoxikaci s označením F10.0. Jedná se o *„stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace“* (uzis.cz, c2020).

Účinky alkoholu na zdraví a chování jedince závisí především na jeho koncentraci v krvi. Tato se nejčastěji vyjadřuje pomocí promile a označuje se symbolem ‰. Promile je jedna desetina procenta a můžeme konstatovat, že jedna promile odpovídá jednomu gramu čistého alkoholu na jeden litr krve. Účinek alkoholu je individuální, uvádí se, že pokud není překročena koncentrace 0,6 – 0,8 ‰ působí alkohol na člověka příjemně. Pokud je však toto množství překročeno, následuje opilost (prevcentrum.cz, c2020).

Stádia opilosti lze definovat takto –

- **První stadium opilosti (1 – 1,5‰)**

Dostavuje se pocit spokojenosti, veselí a sebevědomí. Člověk je velmi komunikativní a lehce navazuje kontakt s ostatními. Cítí se lépe a jeho starosti jsou „lehčí“.

- **Druhé stadium opilosti (1,5 - 3‰)**

Pro toto stadium je charakteristická impulzivnost daného jedince. Není schopen své jednání dopředu promýšlet. Projevuje se hlasitým zpěvem, křikem a často netaktností vůči svému okolí. Tepová frekvence se zvyšuje na 100 tepů za minutu (tachykardie), což má za následek rudnutí obličeje (erythema). Přichází problémy s hrubou motorikou, kdy má jedinec závratě, problémy při chůzi, poruchy řeči a rozdvojené vidění (diplopie).

- **Třetí stadium opilosti (3‰ a více)**

V tomto stadiu opilosti se jedná o těžkou otravu alkoholem. Jedinec je v obličeji bledý, cítí se unavený a ospalý a může pociťovat nutkání ke zvracení. Při vyšší koncentraci může padnout do bezvědomí, dochází ke zpomalení tepu a dýchání. Zornice jsou rozšířené. V tomto stadiu hrozí nebezpečí úmrtí, je nutná okamžitá pomoc. Hrozí zástava dechu v důsledku ochrnutí dýchacích cest (alkoholik.cz, c2020a).

Jaroslav Skála, specialista na léčení alkoholismu a jiných závislostí rozlišuje čtyři skupiny osob, z hlediska jejich vztahu k alkoholu.

- **Abstinent**

Jedinec, který odmítá alkoholický nápoj v jakémkoli množství. Jde o takového jedince, který po dobu tří po sobě jdoucích let nepožil žádný alkohol v jakékoli formě a množství. Je však pravděpodobné, že takových osob není mnoho. Mluvíme především o dětech do věku pěti, šesti let. Dospělí abstinenti jsou v některých případech považování většinovou společností dokonce za jakési outsidery, nejsou správně pochopeni, často se potýkají s dotazy typu „pijí všichni, proč ne ty?“ apod.

- **Konzument**

Tato skupina je nejpočetnější. Jde o ty jedince, kteří od alkoholického nápoje očekávají jeho chuť a vnímají ho jako zdroj tekutin. Hovoříme o sklence vína či piva při vhodné společenské příležitosti. Hladina alkoholu je v jejich organizmu velmi nízká a v podstatě neovlivní nervovou činnost. V této skupině nacházíme o mnoho nezletilých osob.

- **Piják**

Skupina osob, pro které je již důležitý účinek alkoholu. Při užívání již nejde pouze o chuť a příjem tekutin jako v případě konzumentů. Pro piják je důležité navodit pocit euforie, dobré nálady a také utlumení psychického napětí.

- **Alkoholik**

Do této skupiny řadíme jedince, který potřebuje pomocí alkoholu zahnat abstinenční příznaky a jemuž užívání způsobuje problémy na jeho tělesném a psychickém zdraví.

Užívá jakýkoli alkohol, pije denně. Alkohol se pro něj stává důležitější než vše ostatní v jeho životě (alkoholik.cz, c2020b).

Klasifikujeme pět typů závislosti na alkoholu, které se odlišují dle chování jedince.

- **Typ alfa** - pro tento typ konzumenta jsou charakteristické ojedinělé alkoholové výstřelky. Nejedná se o závislost v pravém slova smyslu, uživatel je schopen na určitý čas přestat s konzumací. Není psychicky ani fyzicky na alkoholu závislý. Při nedodržení abstinence hrozí přechod v konzumenta typu gama.

- **Typ beta** - jedinec typu beta není ochoten se alkoholu vzdát, užívá ho ve větším množství, ale s nepravidelnou frekvencí. Rovněž není charakterizován jako pravá závislost, jde však o možný předstupeň typu delta.

- **Typ gama** - u tohoto typu konzumenta již lze hovořit o psychické závislosti. Konzument užívá větší množství alkoholu a dochází k poruchám kontroly nad jeho užíváním. Dochází ke změnám nálad a k otupení emocí a možným konfliktům s okolím. Po této situaci je jedinec schopen opět nějaký čas abstinovat, nicméně intervaly abstinence se zkracují, frekvence pití stoupá a posléze se toto stane každodenní.

- **Typ delta** - tento typ konzumuje alkohol dlouhodobě, není schopen abstinovat delší časový úsek, ovšem není na něm patrná opilost. Alkohol představuje určitý životní styl, při kterém však nedochází k sociálnímu selhání. Kontrola nad alkoholem bývá zachována poměrně dlouhý časový interval, problém může tomuto typu konzumenta způsobit například pobyt v nemocnici, kdy je alkohol náhle odebrán. Tento stav se může rozvinout až v deliriu tremens.

- **Typ epsilon** - typický je souběh užívání alkoholu a určitou duševní poruchou, jako například se schizofrenií či epilepsií. Často jde o kvartální typ pití, o epizodickou závislost (Heller, Pecinovská, 2011).

Autoři Heller a Pecinovská (2011) uvádí tuto klasifikaci nadužívání alkoholu –

- **Symptomatická závislost**

Symptomatická závislost je typická pro ženy. Vývoj a průběh tohoto typu nadužívání je dán strukturou osobnosti či psychickou chorobou. Vzniká v průměru 5 let, dle zdravotních podmínek daného jedince a jde o závislost psychickou, pro kterou je typická nutkavá potřeba užít alkohol. Charakteristické je samotářské pití. Alkohol je prostředek k získání nových kontaktů, ke zlepšení nálady a k potlačení různých strachů a obav.

- **Systematická závislost**

Tato je charakteristická pro muže a je založena na stereotypním užívání alkoholu. Spolu s tímto dochází k rozvoji typického pijáckého chování. Závislost se rozvíjí působením vnějších společensko-sociálních činitelů a jiným termínem ji označujeme jako habituální závislost. V praxi se tyto dva druhy užívání kombinují, jednotlivě se s nimi v čisté podobě nesetkáme.

- **Juvenilní typ**

Juvenilní typ je typický pro brzkou konzumaci alkoholu. Často hovoříme o užívání již v dětském věku, které však postupně samovolně ustává a aktivuje se kolem třicátého roku do formy závislosti.

2.2.3 Následky užívání alkoholu

Mezinárodní klasifikace nemocí označuje závislost na alkoholu kódem F 10.2 a definuje ji takto: *„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“* (Mediately.co, c2020).

Nadměrné užívání alkoholu označujeme termínem alkoholismus či ethylismus. Tento termín poprvé použil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849 (Kalina, 2003).

Alkoholová závislost vzniká pozvolným přechodem od škodlivého dlouhodobého a pravidelného užívání alkoholu. Její rozvoj je zpočátku nenápadný, postupně přichází zvýšení tolerance vůči alkoholu, dochází k zanedbávání jiných zájmů a ke ztrátě kontroly nad jeho užíváním. Délka vzniku závislosti je přitom zcela individuální. Čím dříve začne člověk s pravidelným pitím, tím je náchylnější ke vzniku závislosti (Vágnerová, 2012). Příčiny vzniku závislosti mohou být vnitřní a vnější. Mezi vnitřní řadíme příčiny psychologické (osobnostní vlastnosti, emoční prožívání, motivace) a biologické (genetika, metabolismus) a mezi vnější především příčiny sociální (prostředí, kde je užívání alkoholu běžné).

Je všeobecně známo, že alkohol má negativní účinky na lidský organismus. Autoři Heller a Pecinovská (2011, s. 13-14) uvádí, že *„Dlouhotrvající nadměrné pití, ať už jsou jeho příčiny jakékoliv, způsobuje adaptaci buněk organismu na trvalý přívod alkoholu. Jejím důsledkem je snížená odpověď na původně účinnou dávku – vzrůst tolerance – ten vede k stupňování dávek a později k rozvoji syndromu odnětí drogy při přerušení pití.“*

Tyto negativní účinky můžou být jak somatického, tak psychického rázu.

- **Somatické následky**

Gastrointestinální trakt - u trávící soustavy dochází k určitým změnám ve složení žaludečních šťáv, které potom více či méně narušují sliznici. Tím vznikne porucha trávení a ta vede později ke změně chuti a v konečné fázi k nechutenství. Při těžší závislosti na alkoholu se velmi často objevuje také vředové onemocnění žaludku (Kalina, 2003).

Poruchy jaterních funkcí - játra jsou ve většině případů první orgán, který je zasažen. Při soustavné zátěži jaterních buněk při odbourávání etanolu dochází k jaterní steatóze - ztukovatění jater. Játra se zvětšují a žloutnou. Tato jaterní steatóza většinou nepůsobí žádné fyzické obtíže, a to až do doby, než jsou játra zvětšená nadměrně. Při pokračování užívání alkoholu dochází k zániku a přestavbě jaterních buněk a poté se rozvine zánětlivá reakce – jaterní fibróza. Pokud přetrvává u jedince užívání alkoholu i nadále, vyvíjí se jaterní cirhóza – svraštění jater. Tato může vyústit až k totálnímu

selhání funkčnosti jater a smrti jedince. Mezi poměrně časté choroby jater řadíme i alkoholový hepatitis, tedy zánět jaterních buněk. Tento se projevuje otoky končetin a břicha, kde se hromadí tekutina. Pokožka a oční bělmo mají nažloutlou barvu (Heller, Pecinovská, 2011).

Endokrinní soustava - závislost na alkoholu způsobuje také poruchu funkce žláz s vnitřní sekrecí, především poruchu sekrece inzulinu, čímž může dojít k rozvoji diabetu.

Nervová soustava - při chronickém užívání alkoholu dochází k poškození nervové činnosti, které se projevuje třesem prstů, nespavostí, slabostí, nočním pocením a v podstatě celkovým oslabením paměti. Může se rozvinout mozková atrofie či alkoholická epilepsie (Kalina, 2003).

- **Psychické následky**

Delirium tremens - jedná se o nejčastější a nejvíce obávanou alkoholovou psychózu. Poprvé byla popsána Pearsonem a pojmenovaná v roce 1813. Přichází v době nejtěžší závislosti. Provází ji zastřené vědomí, dezorientace, paranoidní domněnky, vizuální, taktilní a někdy i sluchové halucinace. Delirium propuká náhle, většinou v noci a trvá dva až pět dní. Pacient musí být pod lékařským dohledem, často na oddělení JIP (Heller, Pecinovská, 2011).

Korsakovova alkoholická psychóza - poměrně často se objevuje po deliriu tremens, ale může se projevit v jakémkoli stupni závislosti na alkoholu. Mezi projevy této psychózy řadíme ztrátu krátkodobé paměti, pacient není schopný vzpomenout si na to, co se stalo před chvílí, minulost si však vybavuje správně. Výpadky paměti vyplňuje svými smyšlenkami. Ty sám považuje za pravdivé. Dalším projevem je pak dezorientace v čase i prostoru (Alkoholik.cz, c2003-2020c).

Alkoholická psychóza - projevuje se u osob závislých na alkoholu více jak 10 let a u těch osob, které snížily množství konzumovaného alkoholu. Charakteristické pro tuto psychózu jsou zrakové, ale především sluchové halucinace,

které jsou provázenými pocitem sledování. Dále pak bolesti hlavy, úzkostné stavy. (Heller, Pecinovská, 2011).

Alkoholická demence - tato přináší celkový úbytek duševních schopností. Nejčastěji vzniká jako důsledek jiných psychóz, především neléčených delirií (Heller, Pecinovská, 2011).

2.2.4 Léčba závislosti na alkoholu

Jedním z hlavních předpokladů úspěšné léčby závislosti na alkoholu je dobrovolnost léčby a s tím spojená osobní motivace a snaha o vyléčení. Prvotní impuls by měl vždy přijít od jedince závislého, nicméně rozhodnutí abstinovat většinou nestačí a tento jedinec musí vyhledat odborníka v oblasti závislosti a pracovat na léčbě společně s ním.

Úplné vyléčení ze závislosti již většinou není možné. Cílem léčby je dosažení „úzdravy“, tedy vymizení příznaků nemoci. Jedinec musí přísně dodržovat bezalkoholovou dietu, jinými slovy je nutná celoživotní abstinence, jinak hrozí, že závislost propukne opět a to ve větší míře než dříve (Heller, Pecinovská, 2011).

Postup léčby je vždy přísně individuální. V první řadě je nutné zaměřit se na fyzickou stránku – odstranit alkohol z těla a očistit tělesné orgány. Následně se potom pomoc soustředí na psychickou stránku závislého. Nejvyšším cílem je „znovuzačlenění“ jedince do společnosti (Heller, Pecinovská, 2011).

Rozlišujeme tři formy léčby závislosti na alkoholu. Jde o formu ambulantní, ústavní a stacionární, přičemž nejlepších výsledků lze dosáhnout prvotně léčbou ústavní a následně ambulantním doléčováním jedince.

Ambulantní léčba

Ambulantní léčba probíhá ve specializovaných zařízeních, v ordinacích pro alkoholismus a jiné toxikace (OAT). Tyto poskytují individuální konzultace, skupinové terapie, případně socioterapeutické kluby. Služby jsou poskytovány většinou

v odpoledních hodinách, což je velkou výhodou pro zaměstnané jedince, kteří nemusejí na konzultace vybírat dovolenou či být v pracovní neschopnosti. V poslední době je již i řada soukromých ambulantních psychiatrů, kteří se léčbě závislosti na alkoholu věnují. V případě, že tato léčba není efektivní a i nadále závislý jedinec alkohol užívá, je vhodnější léčba ústavní (Heller, Pecinovská, 2011).

Ústavní léčba

Ústavní léčba probíhá ve specializovaných odděleních, která jsou většinou zřizována při psychiatrických klinikách a v psychiatrických léčebnách. Tím, že zde jedinci tráví veškerý svůj čas, je léčba intenzivnější, efektivnější a také bezpečnější v případě, že nastanou zdravotní komplikace. Délka léčby v těchto léčebnách není předem stanovena, určí se až podle psychického a fyzického stavu jedince. Přitom se hodnotí například aktuální stav při přijetí, trvání závislosti, celková životní situace apod.

Denní stacionář

Úkolem denního stacionáře je především pomoci jednici s návratem do společnosti. Často jej nabízejí ústavní zařízení jako formu pomoci v závěru jejich léčby, ale můžou fungovat i samostatně. Jedinec toto zařízení navštěvuje pravidelně, každý den a ve stejnou dobu, řeší zde především problémy se začleněním se do společnosti po samotné léčbě. Denní stacionář, stejně jako léčba ambulantní, však není vhodný pro jedince s těžkou závislostí, kteří stále alkohol užívají (Heller, Pecinovská, 2011).

Samotná léčba se provádí za pomoci psychoterapie a za pomoci medikamentů – farmakoterapie.

Psychoterapie

Psychoterapii řadíme u nás mezi hlavní léčebnou metodu. Využíváme terapii jak skupinovou, tak individuální. Hlavním úkolem je vyvolání takových duševních procesů a stavů, které sníží duševní napětí a změní samotnou osobnost alkoholika. Psychoterapeut poskytuje rady, jak řešit osobní problémy bez užití alkoholu a pomáhá

jedinci změnit celkový životní styl. Psychoterapie jako léčba se často kombinuje i s užíváním medikamentů (Heller, Pecinovská, 2011).

Farmakoterapie

Farmakoterapie spočívá v užívání léků, které zvyšují vnímavost organismu na účinky alkoholu. Jde především o Disulfiram (známější jako Antabus), který po užití alkoholu dokáže vyvolat velmi nepříjemnou reakci. U pacienta dojde ke zčervenání horní poloviny těla, objeví se pocení, bušení srdce a především pocit na zvracení. Dále jde o léky, které mírní bažení po návykové látce. Sem řadíme Campral a ReVia. Tyto léky ovlivňují psychiku člověka tak, že oslabí touhu po látce. Jejich předností je, že nejsou návykové (Heller, Pecinovská, 2011).

V léčbě závislosti na alkoholu pomáhají i terapeutické kluby a svépomocné organizace, mezi které řadíme například kluby anonymních alkoholiků, rodičovské organizace nebo socioterapeutické kluby, které propojují prvky pomoci svépomoci s účastí profesionálů (Heller, Pecinovská, 2011).

2.3 Tabák

„Kdo začne v mládí kouřit, má velkou naději, že bude kuřákem nadosmrti.“

E. P. Eckhol (Citaty.net, c2020)

Odrůd tabáku existují desítky. Nejrozšířenější je v dnešní době tabák virginský neboli „nicotiana tabacum“. Jde o jednoletou rostlinu z rodu lilkovitých, která dorůstá do výšky 0,8 až 2 metry. Původně tato rostlina pochází ze střední Ameriky, dnes je však rozšířená po celém světě. Pro výrobu tabáku se využívají její listy. Účinkují jako droga s účinnou látkou nikotin. Nikotin je velmi jedovatá látka, již 40 až 60 miligramů je pro člověka smrtelná dávka. Listy tabáku obsahují 3 – 8 % nikotinu (Schönfelder, 2010).

Stále existují lidé, kteří se domnívají, že tabák s nikotinem jako jeho účinnou látkou, není drogou. Možná i obecné povědomí, že užívání tabáku není nic neobvyklého, že kouřit není žádný problém a kouření je naopak společností ve velké míře tolerováno, je důvod, proč trvalo dlouhou dobu, než byla závislost na nikotinu prohlášena jako nemoc (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Na celém světě je více než 1,2 miliardy aktivních kuřáků. Za rok se vyrobí zhruba 5,5 biliónů kusů cigaret. Toto množství představuje 2,5 cigarety na osobu denně a to včetně osob nekouřících, dětí a kojenců (Fischer, Škoda, 2014).

Nikotin

Nikotin řadíme do rostlinné složky alkaloidů a označuje se chemickou značkou C10 H14 N12. Jde o bezbarvou nepáchnoucí tekutinu se silně toxickými účinky. Jedná se o hlavní psychotropní složku tabáku, která má stimulující i relaxační účinek. Nikotin je při každém vdechnutí vstřebán plícemi a velmi rychle pomocí cév dopraven do mozku. Jde o látku velmi návykovou a při poklesu hladiny nikotinu pociťuje kuřák touhu po další cigaretě během 30 – 45 minut od užití cigarety předchozí.

Účinky nikotinu:

- *„zvýšená aktivita trávicího traktu,*

- *zvýšená produkce slin,*
- *zvýšený krevní tlak,*
- *zrychlení činnosti srdce,*
- *zvýšení obsahu mastných kyselin v krvi,*
- *zvýšení produkce trávících šťáv"* (kuřákova-plíce.cz, c2003-2020a).

Kouření

Dle zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami je kouření *„zvláštní druh toxikomanie, který škodlivě působí na zdraví kuřáků i nekuřáků bezprostředně vystavených účinkům kouření"* (zákony.cz, c2020). Kouření je tedy činnost, kdy se díky spalování určité látky, při tzv. procesu suché destilace, uvolňuje kouř, který obsahuje množství pevných částic a ty jsou následně vdechovány. Nejčastěji jde o tabák, který je obsažen v cigaretách, ale i jinde, například v dýmce či doutníku. Kouření považujeme za součást našeho životního stylu a můžeme říct, že jde jednak o naučený způsob chování, který je spojený s určitou situací, ale také o jeden z druhů závislostního chování.

Tabakizmus

Jde o francouzský termín, který označuje stav, o kterém mluvíme v případě, že je již jedinec silně závislý na nikotinu a v případě jeho nedostatku se objevují těžké odvykací příznaky. Tyto se projevují podrážděností, úzkostí, bolestmi hlavy a často i zvýšenou chutí k jídlu a poruchami spánku. V případě abstinence trvá odvykací stav většinou několik týdnů a poté přichází pomalý ústup (Palčová, 2000).

Mühlpachr (2008) uvádí tuto klasifikaci osob užívajících tabák:

1. Příležitostný kuřák

- na základě stimulujících kuřáckých zvyklostí se oddává občasnému kouření,
- nepociťuje nutkavou potřebu k užití tabáku, nicméně pokud se objeví chuť na cigaretu, zapálí si,
- nekouřit mu nepůsobí žádné potíže.

2. Návykový kuřák

- je schopný s kouřením skončit pokud se rozhodne a je toho schopen bez větších námahy,
- tabák užívá ze zvyku, ve vleku kuřáckých zvyklostí,
- psychická závislost se nerozvinula.

3. Kuřák s psychickou závislostí

- řadíme sem kuřáka, který užívá tabák z požitku při jeho kouření,
- má v oblibě chuť a vůni cigarety,
- kouření mu způsobuje také uvolnění, odstraňuje vnitřní nepohodu.

4. Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí

- tabák vyhledává pro účinky nikotinu,
- po psychické stránce mu nikotin pomáhá vyvolávat emočně vegetativní prožitky,
- fyzická závislost se projevuje při jeho nedostatku.

2.3.1 Historie závislosti na tabáku

Historie užívání tabáku sahá hluboko do dějin lidstva. Prvopočátek inhalování různých omamných látek můžeme datovat kolem roku 500 před naším letopočtem u civilizace Mayů v Mexiku. Další zmínky o kouření rostlin můžeme nalézt ve védských památkách v Indii. Jednou z těchto rostlin byl s velkou pravděpodobností právě tabák (Tyler, 2000). S kouřením tabákových listů jako takových, začali američtí Indiáni z kmene Huronů. Tabáku a jeho kouři připisovali magické účinky a představoval pro ně velmi významnou plodinu. Užívali ho jak k magickým rituálům, tak k léčení ve formě mastí nebo obkladů. Významnost tabáku vystihuje také jeho užití při kouření dýmky míru, což byl magický úkon, při němž stoupající dým dokázal donést modlitby do nebes, které bylo považováno za sídlo bohů. Je však zajímavé, že kouř nešlukovali a nutno říct, že tabák užívali spíše příležitostně (Kozák a kol., 1993).

Do Evropy se tabák dostal v roce 1492 díky objevení nového světadílu Kryštofem Kolumbem. Vyslanci Kryštofa Kolumba se naučili užívat a používat tabák právě od Indiánů. Nejprve se tabák objevuje v Portugalsku, poté ve Francii a následně i

ve Španělsku, Velké Británii a v podstatě v celém zbytku Evropy. Tabáku byl zpočátku předmětem zkoumání botaniků a lékařů, kteří se ho snažili využívat k léčebným účelům, stejně jako původně Indiáni. Těmito se, jako jeden z prvních, zabýval i francouzský vyslanec Jean Nicot a právě po něm dostala tato rostlina botanické pojmenování Nicotiana. Tabák se stal celospolečensky oblíben a mezi jeho příznivce patřily takové osobnosti, jako Kateřina Medicejská, Kateřina Veliká, či Napoleon (Kozák a kol., 1993). Ze začátku bylo kouření výsadou vyšších vrstev, poněvadž k užití tabáku bylo zapotřebí koupě drahých dýmek a příslušenství. S vynálezem dýmek hliněných a dřevěných se to však změnilo a kouření se stalo dostupné pro všechny společenské vrstvy.

Pokud bychom měli datovat příchod tabáku k nám, do Čech, mluvíme o konci 16. století, kdy vládnul naší zemi Rudolf II. Značně se zde rozmohlo v období třicetileté války. Jak píše Novák (1980), tabák užívali muži, ženy a mnohdy i děti a kouřilo se všude, dokonce i v kostelech. Roku 1642 proto vydal papež Urban VIII. bulu, ve které se ustanovuje trest exkomunikace pro ty, kteří se tohoto chování dopouští. U církve se začíná objevovat stále větší odpor k tabáku a to nejen u nás, nýbrž na celém světě. Církev kouření zakazovala a taktéž za ně ukládala tvrdé tresty. I někteří panovníci se v této době začínají proti užívání tabáku tvrdě vymezovat. Jakub I. Stuart, anglický král, vydal v roce 1604 pojednání, které upozorňuje na nebezpečí kouření s názvem „Protest proti tabáku“. Tabák zakázal užívat například i ruský car Michail Fjodorovič Romanov, který byl přesvědčen o tom, že kouření je smrtelný hřích a za porušení tohoto zákazu hrozily přísné tresty, jako uříznutí nosu či kastrace.

Postupně se další a další osoby, včetně lékařů, začínají vymezovat vůči kouření a začínají poukazovat na negativní účinky na lidský organismus, zejména na kardiovaskulární a gastrointestinální systém. Francouzský lékař M. Bouisson předložil v roce 1859 první klinickou studii o vzniku rakoviny úst jako následek kouření. Mezi důležité počiny v oblasti informovanosti o škodlivosti zajisté patří i rok 1964, kdy byla vydána publikace, v níž byly shrnuty názory mnoha lékařů a badatelů právě na téma užívání tabáku a v níž byl učiněn jednoznačný závěr o tom, že kouření je zdraví škodlivé a vyžaduje přiměřenou zdravotní protiakci. I díky této studii vyzvala Světová zdravotnická organizace všechny své členy, aby se aktivně zapojili při práci na celosvětovém omezování kouření (Novák, 1980).

K významnému rozšíření kouření dochází však v důsledku světových válek a především potom v důsledku vynálezu stroje na výrobu cigaret v 19. století. Tím se mnohonásobně zvýšila jejich produkce a staly se dostupnější pro všechny společenské vrstvy (Kozák a kol., 1993). Díky masivní reklamě se několikanásobně zvýšila nejen produkce, ale i spotřeba a kouření se začalo považovat za společensky přijatelné a moderní. A to dokonce i u žen, což bylo do té doby nemyslitelné. Spolu s akceptací užívání tabáku jde ruku v ruce i snižování věkové hranice začínajících kuřáků a v neposlední řadě vzrůstá počet negativních zdravotních následků (Pradáčová, 2013).

Se zvýšenou spotřebou tabáku si vlády mnoha států brzy uvědomily, že přichází o případné zisky a začaly na tabák uvalovat daně. Nejdříve šlo o daň za uskladnění tabákových listů ve Spojených státech, později o daně z importu ve Spojeném království a v ostatních evropských zemích (Kozák a kol., 1993).

2.3.2 Způsoby užívání tabáku

Známe mnoho způsobů, jak je tabák užíván. Za základní rozdělení považujeme užívání tabáku hořícího a nehořícího, tedy bezdýmého. Tabák hořící se užívá především ve formě cigarety, doutníku nebo dýmky. Nehořící tabák poté rozdělujeme na šňupací, který aplikujeme vdechem do nosní dutiny a orální, který se vkládá do úst (Kalina, 2003). Mladí lidé dnes nejčastěji užívají cigarety, elektronické cigarety, vodní dýmky, méně jsou potom v oblibě doutníky a dýmky.

Cigareta

Ministerstvo zemědělství ve své vyhlášce č. 344/2003 Sb., kterou se stanovují požadavky na tabákové výrobky, definuje cigaretu takto: *„tabákový smotek, který,*
1. lze kouřit jako takový, a který není doutníkem nebo cigarillem,
2. se jednoduchou neprůmyslovou manipulací vloží do dutinky z cigaretového papíru,
3. se jednoduchou neprůmyslovou manipulací zabalí do cigaretového papíru“ (zakonyprolidi.cz, c 2010-2020).

Cigareta, jak ji dnes známe, vznikla v roce 1913. Na trh ji uvedl americký obchodník R.J.Reynolds, který ji představil pod názvem Camel a ten nese do dnešní doby (Tyler, 2000).

Každá cigareta je složena ze třech částí.

- Tabák - jde o jemně řezanou tabákovou směs. Základní druhy tabáku jsou Virginia, Burley a Oriental, ale běžně se jich používá až 30 druhů. Každý druh cigaret má svůj vlastní poměr těchto tabáků a různý druh fermentace, který jim dává výslednou a jedinečnou chuť.

- Cigaretový papírek - papírek je vyroben z celulózy a jde o jemný list obdélníkového tvaru s lepícím proužkem na jedené straně. Tento se při hoření dostává spolu s tabákem na jazyk. Jednak mírně snižuje chuť tabáku jako takového, ale také je zdraví škodlivý (Hrych, 1996).

- Cigaretový filtr - filtr nebyl v prvních cigaretách obsažen. Používat se začal poté, co byla prokázána souvislost mezi kouřením a rakovinou plic. Bohužel pozdější studie prokázaly, že ani při použití filtru se zdravotní rizika nesníží. Dnešní cigaretový filtr je složen ze dvou částí. Uvnitř je použita buněčná celulóza a vně náustkový papírek (Králíková, 2013).

V osmdesátých letech 20. století se na trhu objevily cigarety „light“, které byly prezentovány jako bezpečnější a zdravější z důvodu sníženého obsahu nebezpečných látek – nikotinu a dehtu. Společnost si je proto velmi oblíbila, nicméně po zhruba dvaceti letech jejich užívání bylo prokázáno, že šlo v podstatě jen o marketingový trik, poněvadž další složení je stejné jako u klasických cigaret. Závislý jedinec potřebuje dostat do těla stále stejné množství nikotinu a v konečné fázi je spotřeba naopak větší (Králíková, 2013).

Látkou, která způsobuje závislost na cigaretách je nikotin a při vykouření jedné cigarety se do těla dostane cca 1 – 9 mikrogramů karcinogenů. Dále je v jedné cigaretě obsaženo až 4000 rozličných chemických látek. Jednak jde přímo o látky karcinogenní, kterých je přítomna více než stovka, jednak látky zesilující účinek karcinogenů,

kokarcinogeny. Do cigaret jsou také přidávány látky upravující jeho vůni, chuť a látky, které zvyšují uvolňování nikotinu. Látky toxické jsou obsaženy v cigaretovém kouři. Jde například o oxid uhelnatý, amoniak, dehet, toluen a další (vychovakezdravi.cz, c2020).

Elektronická cigareta

Elektronická cigareta byla patentována v Číně v roce 2004. Za jejím vznikem stojí konání letních olympijských her v Pekingu v roce 2008 a s tím spojená snaha o co možná nejlepší průběh her. V Číně je velké množství kuřáků a ti by, spolu s ostatními návštěvníky her, za sebou zanechali obrovské množství odpadků v podobě cigaretových nedopalků. Tento problém měla vyřešit právě elektronická cigareta (Králíková, 2013).

Zajímavostí je, že Česká republika byla pátou zemí na světě, kde vstoupila elektronická cigareta na volný trh. Stalo se tak v roce 2009, kdy byl schválen zákon o jejím využívání (Elcigon.cz, c2020).

Elektronická cigareta se skládá ze tří částí, z baterie, atomizéru a inhalátoru. Její součástí je tekutina složená z tabáku a nikotinu. Ten se při zahřátí mění v páru, která je potom vdechována. Tím, že zde nic nehoří a nevznikají látky toxické jako dehet či oxid uhelnatý, se může kouření tímto způsobem jevit bezpečnější, jako méně zdraví škodlivé. Je pravdou, že s sebou nepřináší obtíže spojené s pasivním kouřením a kuřák nevdechuje látky vznikající při spalování tabáku (Králíková, 2013). Nicméně i tak se do těla dostávají karcinogeny jako nitrosaminy a diethylenglykol. Také chuť elektronické cigarety a způsob jejího užívání je podobná klasické cigaretě (Pradáčková, 2013).

Doutník

Ministerstvo zemědělství ve své vyhlášce č. 344/2003 Sb., definuje doutník takto:

„tabákový smotek, který lze kouřit jako takový a který:

1. obsahuje výlučně přírodní tabák,

2. má krycí list z přírodního tabáku,

3. obsahuje tabákovou náplň, krycí list v normální barvě doutníku zakrývající celý výrobek včetně případného filtru, ale nezakrývající náustek v případě náustkových doutníků, a vázací list, oba listy z rekonstituovaného tabáku, jejichž jednotková hmotnost činí bez filtru nebo náustku nejméně 1,2 g a krycí list je vinutý ve tvaru spirály v ostrém úhlu nejméně 30 k podélné ose tabákového smotku, nebo
4. obsahuje tabákovou náplň, krycí list v normální barvě doutníku z rekonstituovaného tabáku zakrývající celý tabákový výrobek včetně případného filtru, ale nezakrývajícího náustek v případě náustkových doutníků, jehož jednotková hmotnost činí bez filtru nebo náustku nejméně 2,3 g a venkovní obvod nejméně jedné třetiny délky tabákového smotku je nejméně 34 mm" (zakonyprolidi.cz, c2010-2020).

Doutníky rozdělujeme na dva základní druhy. Podle náplně na doutníky s dlouhou náplní, také nazývány long fillery či jednoduše vlhké doutníky a na doutníky s krátkou náplní, tzv. short fillery, suché doutníky. Rozdíl mezi nimi je v tom, jak se skladují listy, z nichž jsou doutníky vyráběny. Kvalitnější, dražší a prestižnější jsou doutníky vlhké, které jsou tvořené z celých tabákových listů a jsou obvykle ručně vázané. Oproti tomu suché doutníky jsou balené strojově a jejich náplň tvoří nařezané tabákové listy (etrafika.cz, c2020).

Při kouření doutníku se, na rozdíl od cigaret, nemusí kouř inhalovat. Vstřebávání nikotinu se odehrává převážně orální cestou. Králíková (2013) uvádí, že riziko vzniku negativních zdravotních komplikací je z celkového pohledu na organismus nižší, avšak lokální riziko spojené právě s orální cestou užívání naopak několikanásobně vyšší než je tomu u klasických cigaret.

Dýmka

Dýmka je nástroj určený ke kouření. Je tvořena hlavičkou, která je většinou vyrobena ze dřeva vřesovce stromovitého. Další část dýmky tvoří troubel zakončený náustkem. Na výrobu dýmek se používají i jiné druhy dřev a také materiály jako porcelán, mořská pěna aj. (vseprokoureni.cz, c2020).

Dýmka se, stejně jako doutník, nešlukuje. Neznamená to vymizení zdravotního rizika, poněvadž je zde, opět jako u kuřáků doutníků, zvýšené riziko onemocnění hrtanu

a dutiny ústní. Jak uvádí Hrych (1996) je dýmka považována za určitý symbol osobitého životního stylu.

Vodní dýmka

Vodní dýmka je známá již přes 400 let a její původ je v zemích Arabského světa. V posledních letech je mezi mladými lidmi stále oblíbenější. Její kouření se považuje za určitý druh sociální aktivity, je spojeno s odpočinkem a stává se pro mnoho lidí rituálem. Uživatelé se často domnívají, že kouření vodní dýmky není pro zdraví nijak nebezpečné, což ovšem není pravdou. Kouř, který prochází přes vodní filtr, se nepročistí od všech škodlivin, dojde pouze k jeho ochlazení. To má za následek jeho snadnější vdechnutí, které se dostane hlouběji do plic (Králíková, 2013).

Vodní dýmka je tvořena z několika částí. Ze skleněné nádoby, která je naplněna vodou, kovového těla a hadičky s náustkem. Tabák, který je určený do vodní dýmky, se velmi často vyrábí v rozvojových zemích a nebývá příliš kvalitní. V mnoha případech překračuje povolené množství pesticidů či vyšší koncentrace hnojiva a těžkých kovů. Tento tabák je možné zakoupit i s nejrůznějšími příchutěmi, jako například meloun, karamel, citrusy. Příchutě dělají kouření vodní dýmky pro její uživatele ještě zajímavější. Je však potřeba si uvědomit, že k tomu, aby se docílilo požadované chuti, je nutné použít další chemické přísady, které jsou ne vždy zdraví neškodné (kuřákova-plíce.cz, c2003-2020b).

Králíková (2013) upozorňuje na prokazatelnou spojitost mezi kouřením vodní dýmky a rakovinou dýchacích cest, jícnu a žaludku a na zvýšené riziko infekcí, jako jsou opary, žloutenka, virové infekce či tuberkulóza.

2.3.3 Následky užívání tabáku

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) zařadila závislost na tabáku mezi Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku s označením F17.2 (Uzis.cz, c2020).

Dolina (2009) poukazuje na to, že je dnes již prokázáno, že kouření napomáhá ke vzniku nejméně 25 onemocnění. V konečném důsledku mají tyto nemoci často za následek předčasné úmrtí osob užívající tabák. Ročně u nás na nemoci v důsledku kouření zemře cca 18 000 lidí. Mnohdy jde o osoby v produktivním věku a uvádí se, že kuřák si zkracuje život díky tabáku až o 15 let (Kalina, 2003).

Mezi nejčastěji zmiňované onemocnění v souvislosti s kouřením řadíme –

- **Kardiovaskulární systém**

Nikotin má za následek zužování cév a oxid uhelnatý poškozuje vnitřní vrstvu cév v celém organismu. Kouření podporuje shlukování trombocytů, což může vést k vytvoření krevní sraženiny. Vše dohromady potom vede ke vzniku aterosklerózy, tedy k chátrání tepenné tkáně (Dolina, 2009). Tyto vlivy mají za následek rozvoj ischemických onemocnění. Ischemické onemocnění je nejčastější příčinou předčasné invalidity a úmrtí u kuřáků. Jedná se o několik typů onemocnění, kterým je společný pojem ischemie. Tento označuje stav, kdy dojde ke změně poměru mezi spotřebou a dodávkou kyslíku. Mezi ischemické choroby srdeční řadíme například angínu pectoris, infarkt myokardu či náhlou srdeční příhodu.

Pokud nikotin a oxid uhelnatý přestaneme tělu dodávat, je schopno se velmi rychle „očistit“. Dojde k normalizaci shlukování krevních destiček a ke tkáním se tím bude dostávat více kyslíku. Riziko onemocnění kardiovaskulárního systému se potom navrátí k normálu během několika let (Dolina, 2009).

- **Respirační systém**

U respiračního systému jsou nejčastěji zmiňované onemocnění v souvislosti s kouřením chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) a nádorová onemocnění, nejčastěji karcinom plic. Chronická obstrukční plicní nemoc není sama o sobě smrtelná, smrtelné jsou její komplikace, jako například pneumotorax a akutní respirační selhání. Toto onemocnění má za následek zúžení cév a tím nedostatečné množství kyslíku v tkáních. Léčí se farmakologicky, reedukací dýchání, možný je i operativní zákrok (Dolina, 2009).

- **Nervový systém**

Při pravidelném užívání tabáku dochází ke snížení hladiny hormonů dopaminu a serotoninu. To má spojitost s psychiatrickými chorobami, především s dřívějším nástupem Alzheimerovi demence a s vyšším výskytem depresí či schizofrenií. Při nedostatečném okysličení mozku se zhoršuje paměť, schopnost koncentrace a zvyšuje se únava (Dolina, 2009).

- **Gastrointestinální systém**

Nádorová onemocnění v gastrointestinálním traktu se velmi často diagnostikují v době, kdy je kuřák závislý již dlouhou dobu. Nejčastější jsou nádory dutiny ústní, žaludku, pankreatu, tlustého střeva a konečníku. K častým onemocněním trávící soustavy u kuřáků patří i vředové onemocnění žaludku a dvanáctníku. Odolnost žaludeční stěny je u kuřáků prokazatelně nižší a může snadněji dojít ke krvácení či perforaci, což má mnohdy fatální následky (Dolina, 2009).

- **Reprodukční funkce**

U mužů se užívání tabáku projevuje především na kvalitě a množství spermií, které nejsou schopny oplodnit vajíčko. Studie uvádí, že pokud muž užívá tabák zhruba 10 let, poklesne jeho reprodukční funkce na pouhých 18 %. V porovnání se 71 % u muže nekuřáka ve stejném věku jde o výrazný rozdíl (Müllerová, 2014).

U žen, kuřaček, je prokázána dřívější menopauza, a to o zhruba 5 let. Také jsou dlouhodobě známé negativní účinky na průběh těhotenství a na plod. Kouření má za následek 10 – 15 % předčasných porodů a je příčinou toho, že 15 -25 % dětí se narodí s nízkou porodní hmotností (Vavřinková, 2006).

Pasivní kouření

Pasivní kouření můžeme definovat jako *„nedobrovolné vdechování cigaretového kouře z okolního prostředí nekouřící osobou“* (Machová, 2016, s. 63).

Odborné studie dokazují, že organismus osoby, která je dlouhodobě vystavena pasivnímu kouření se velmi přibližuje stavu, v jakém se nachází organismus osoby užívající tabák. Důležitá je především doba, po kterou je jedinec pasivnímu kouření vystaven. Jednorázově či kratší časový úsek nemá na organizmus fatální vliv, nicméně i tak může u citlivějších osob dojít k podráždění sliznice dýchacích cest a bolestem hlavy. Problémovější je dlouhodobější nedobrovolné vdechování tabákového kouře, které může mít za následek vznik nádorového onemocnění, zvýšené riziko mozkové příhody a rozvoj kardiovaskulárních onemocnění (Müllerová, 2014).

Následky pasivního kouření můžeme pozorovat již v prenatálním období. Negativní působení nikotinu zvyšuje riziko vrozených malformací, nejčastěji jsou to rozštěpy patra, srdeční vady, polydaktylie či hydrocefalus. Dále má pasivní kouření vliv na vznik fetálního tabákového syndromu, který se projevuje celkovou růstovou retardací dítěte. Novorozenec, i když je donošený, má nižší porodní hmotnost a je celkové menší než novorozenci nekouřících matek (Crha, Hrubá, 2000).

Vystavení tabákovému kouři může vést i k náhlému úmrtí u kojence (syndrom náhlého úmrtí). U starších dětí potom pozorujeme zvýšený výskyt průduškového astmatu, zánětům středního ucha, různých typů alergií a bohužel i některých nádorových onemocnění (Crha, Hrubá, 2000).

2.3.4 Léčba závislosti na tabáku

Ačkoli je, dle aktuálních informací Státního zdravotního ústavu, trend užívání tabáku na mírném sestupu, stále máme v naší populaci pětadvacet procent každodenních kuřáků (SZÚ.cz).

Za ještě závažnější fakt lze potom považovat to, že na následky kouření v České republice umírá každoročně zhruba dvacet tisíc lidí (Müllerová, 2014). Proto je velmi důležité zaměřovat se jak na preventivní opatření, tak i na léčbu osob již závislých. Užívání tabáku je ovšem závislost, kterou je mnohdy obtížné překonat pouze vlastní vůlí. Lze říci, že nejlepší způsob jak nemuset řešit nutnost odvykání je to, když se člověk závislým vůbec nestane (Křivohlavý, 2009).

Je mnoho způsobů, jak postupovat při léčbě závislosti na nikotinu, vždy je však důležité postupovat u každé osoby komplexně a individuálně. Před určením samotné terapie je nutné vymezit míru závislosti daného jedince. Toto lze pomocí testu ve formě dotazníku dle Fagerströma (Pradáčová, 2013).

Náhradní léčba nikotinem

Tato léčba je považována za podpůrnou a je vhodná pro široký okruh závislých. Nedoporučuje se pouze po prodělaných mozkových mrtvicích a infarktech myokardu. Princip léčby je ve stanovení denní dávky nikotinu, který se do organizmu dostane orálně v náhradní formě například pomocí žvýkačky, náplasti či inhalátoru. Tato denní dávka se postupně snižuje, ale je důležité, aby léčba trvala alespoň tři měsíce (Králíková, 2015).

Farmakoterapie

Užívání léků je doporučováno minimálně po dobu šesti měsíců a to i tehdy, pokud se jedinec cítí dobře a má pocit, že léky již nepotřebuje. V České republice se užívají především dva typy – vareniklin, který je na trhu známý jako Champix a bupropion, pro trh nazývaný Zyban (Králíková, 2015).

Psychobehaviorální terapie

Psychologická podpora při snaze odvyknout nikotinu je důležitou součástí celé léčby a často jde ruku v ruce s farmakoléčbou. Závislí nejsou mnohdy schopni sami zvládnout situace, které jim přináší touhu po tabáku a ani abstinenční příznaky. Psychologickou pomoc je vhodné použít právě v takových případech. Tato terapie v sobě zahrnuje krátkou intervenci a intenzivní behaviorální terapii (Králíková, 2015).

Pro úspěšné odvykání kouření je důležité –

- Přijetí faktu, že jde o dlouhodobý proces, ne o krátkodobou záležitost.
- Často si připomínat důvod, proč se jedinec rozhodl pro odvykání.
- Při případných obtížích se nebát vyhledat odbornou pomoc.
- Nevěřit teorii, že výjimečně vykouřená cigareta je neškodná.

- Dopřát si malé radosti a dárky za každý den bez cigarety.
- Zvyšovat fyzickou zátěž pro organizmus a v případě potřeby dopřát tělu odpočinek.
- Dodat organizmu vitamíny, nejlépe z čerstvých surovin.
- Jíst zdravě, lehce a často v malých dávkách a pít dostatek tekutin (kuřákova-plíce.cz, c2003-2020c).

2.4 Středoškolská mládež

Definice říká, že středoškolák je žák nebo absolvent střední školy a mládež je *„sociální skupina tvořena lidmi ve věku přibližně od 15 do 25 let, kteří již ve společnosti neplní role dětí, avšak společnost jim ještě nepřiznává role dospělých. Má charakteristický způsob chování a myšlení, jiný systém vzorů, norem a hodnot. Každá generace mládeže reprodukuje některé kulturní hodnoty dané společnosti, jiné odmítá a vytváří hodnoty nové"*(Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 156 - 157).

Častěji je užíván termín adolescence, jenž pochází z latinského slova adolescere – dorůstat, dospívat. Období adolescence rozdělujeme na časnou adolescenci 10 – 13 let, střední adolescenci 14 - 15 let a pozdní adolescenci 17 – 20 let (Macek, 2003).

Vágnerová (2019) uvádí tři zásadní momenty pro období pozdní adolescence –

1. Dosažení plnoletosti. Od dosaženého 18 roku je člověk považován za plně zodpovědného za své jednání.

2. Ukončení základního vzdělání na začátku a ukončením profesní přípravy na konci. Poté následuje nástup do zaměstnání (s výjimkou vysokoškoláků). Zaměstnání dává mladému jedinci ekonomickou nezávislost, která je považována za jakýsi důkaz dospělosti.

3. První pohlavní styk.

Věková hranice pro podávání alkoholických nápojů dětem a mladistvým je v České republice 18 let. Podání alkoholu před dovršeným 18 rokem je považováno za trestný čin.

Dle NZIP platí, že čím dříve mladý člověk začne užívat alkohol a potažmo i tabákové výrobky, tím rychleji dochází k nástupu závislosti. Z logiky věci tedy vyplývá, že toto platí i naopak a čím později se mladí lidé s těmito látkami setkají, tím se toto riziko snižuje (nzip.cz, c2020b).

Nešpor (2006) poukazuje na skutečnost, že užívání alkoholu a tabáku u dětí a mladistvých má za následek celou řadu následných problémů. Jedná se v prvé řadě o problémy zdravotní, mezi které řadíme zvýšené nebezpečí rozvoje jaterních onemocnění, nemocí trávicího ústrojí, nervového systému a duševních chorob. Dále je pozorováno zpomalení vývoje jedince, zhoršení kognitivních funkcí. Jedinec je méně odolný vůči stresu. V neposlední řadě je problémem trestná činnost, která je páchána pod vlivem návykové látky.

2.4.1 Období adolescence

„*V období dospívání dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech – somatické, psychické i sociální. Mnohé změny jsou primárně podmíněny biologicky, ale vždy je významně ovlivňují faktory psychické i sociální, s nimiž jsou ve vzájemné interakci“* (Vágnerová, 2019, s. 367).

Carr – Gregg, Shale (2010) poukazují na fakt, že v poslední fázi dospívání, kterou je právě adolescence si mladí lidé tzv. hledají své místo v tomto světě. Pro toto období je typická krize identity, kdy tito dozrávají a musejí se plně vyrovnat s tím, co se kolem nich děje a především se pokusit zodpovědět si otázku „Kdo jsem?“. Rodiče by v tomto období, ač se mladí lidé zdají na nich již nezávislí, měli vnímat možné pochybnosti, které ohledně sebe a své budoucnosti mají.

Vágnerová (2019) poukazuje na to, že toto období má především jedinci poskytnout čas i možnosti, aby se stal dospělým ve všech oblastech, ve kterých to dnešní svět požaduje. To je ovšem právě to, co se pro mnohé jedince stává zdrojem napětí, a to především z důvodu odlišného tempa biologického, psychického a sociálního vývoje. *„V období pozdní adolescence získávají dospívající mnohé nové role, spojené s vyšší prestiží, než jakou měly role dětské. Vztahy s rodiči se stabilizují a zklidňují, rozvíjí se první partnerské vztahy“* (Vágnerová, 2019, s. 371).

<u>Vývoj identity adolescenta</u>

Rozvoj vlastní identity pokračuje v tomto období dvěma fázemi –

1. Fáze postupné stabilizace – jedinec již dosáhl určitého stupně samostatnosti, získal „dospělejší“ způsoby chování a nepociťuje proto potřebu reagovat podrážděně jako v období pubescence. Dochází k postupnému vyrovnávání vztahu s rodiči, kdy je nakonec nalezen kompromis mezi tím, jak si udržet přiměřenou samostatnost a přitom s rodiči vycházet.
2. Fáze psychického osamostatnění – jde o dosažení úplného osamostatnění a o vytvoření jedinečné identity jedince, která je současně i realistická. Sebehodnocení daného jedince je v souladu s hodnocením jeho osoby ostatními (Vágnerová, 2019).

Vlastní tělo jako součást identity

Pro adolescenta je tělesný vzhled velmi důležitý. Své tělo posuzuje dle aktuálních standardů atraktivity, a to jaký je jeho vzhled se pro některé může stát dokonce nejdůležitější součástí vlastní identity. Pokud je jeho vizáž považována za atraktivní, sebevědomí daného jedince se posiluje. V opačném případě, kdy je adolescent v této oblasti určitým způsobem znevýhodněn, pociťuje naopak nejistotu a jeho sebevědomí je nízké, což může mít negativní dopady na osobnost adolescenta. Za znevýhodnění považujeme především určité omezení hybnosti, tělesné deformace, ale také výšku postavy (příliš vysoká nebo naopak nízká) a tělesnou hmotnost (Vágnerová, 2019).

Socializace adolescenta

Normy a pravidla chování – v tomto období si jedinec již uvědomuje, že pravidla a normy chování jsou důležitou součástí fungování společnosti. Adolescent však tyto normy a pravidla nepřijímá bez přemýšlení, naopak o nich uvažuje. Z toho vyplývá, že si sám vybírá hodnoty a normy, které přijme za vlastní a které bude ctít.

Komunikace – způsob komunikace se mění, přibližuje se běžnému standardu společnosti. Postupně ubývá způsobů komunikace, které jsou běžné v pubertě. Komunikace je méně teatrální a méně hlučná. Dospělí v tomto období začínají jedinci vykat, což může být určité potvrzení toho, že se zařadil do dospělé populace.

Sociální role – role adolescenta se postupně více a více přibližuje roli dospělého člověka.

„Adolescent získává v tomto období nové sociální role. Jde především o tyto –

- *Předprofesní role – směřuje k dosažení určité sociální pozice. Pokud vyhovuje zájmům a schopnostem adolescenta, může mít i osobní význam.*
- *Profesní role – je předpokladem k dosažení ekonomické a s ní spojené sociální samostatnosti.*
- *Partnerská role – uspokojuje potřebu blízkého, emočního a sexuálního vztahu (Vágnerová, 2019, s. 398).*

2.4.2 Statistiky užívání alkoholu a tabáku u mladistvých v ČR a EU

Pro informace ohledně statistických dat o užívání alkoholu a tabáku v České republice a Evropě jsou vybrány dva aktuální průzkumy. Průzkumy ESPAD a HBSC.

ESPAD

Celým názvem The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Jde o mezinárodní studii, která je největší celoevropskou studií již od roku 1995. Realizuje se u 16 letých studentů a ve čtyřletých intervalech. V roce 2019 byla provedena již sedmá řada, které se zúčastnilo 35 zemí. Česká republika je součástí tohoto průzkumu již od začátku testování v roce 1995. V současné době je projekt ESPAD zaštiťován Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislost, které je součástí Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky.

Mezi hlavní cíle tohoto projektu řadíme –

- získání přehledu o rozsahu užívání legálních i nelegálních drog mezi mladistvými,
- sledování tendence vývoje a následné srovnání jednotlivých účastníků
- analyzování hlavní souvislosti jednotlivých ukazatelů návykového chování

<u>Tabák</u>

- Kouření cigaret

Výsledky výzkumu ESPAD z roku 2019 poukázaly na fakt, že 10,3 % studentů uvedlo každodenní užití cigarety a celkem 2,8 % kouřilo 11 a více cigaret denně. Celých 23,6

% studentů užilo cigaretu během posledního měsíce. Alespoň jednou v životě cigaretu okusilo 54 % dotázaných. Při srovnání výsledků výzkumu ESPAD, který byl realizován v roce 2015, lze konstatovat pokles užívání cigaret ve všech sledovaných kategoriích. Ještě markantnější je pokles v porovnání s výsledky z poloviny 90 let minulého století. Můžeme tedy hovořit o sestupném trendu u kouření cigaret.

- Elektronické cigarety

Alespoň jednou v životě zkusilo elektronickou cigaretu celých 60,4 % studentů, což je o cca 10 % více, než u klasických cigaret. Během posledního měsíce užilo tabák touto formou 19,8 % studentů a každý den je to potom 3,1 % dotázaných, což odpovídá hodnotám u klasických cigaret.

Alkohol

Výsledky výzkumu ESPAD z roku 2019 ukazují, že celých 95,1 % studentů již pilo ve svém životě alkohol a celých 42,0 % jich je možno považovat za pravidelné konzumenty. Tito uvedli užívání alkoholu s frekvencí více než 20 užití v životě. V posledním měsíci užilo dle dotazníku alkohol 62,7 % dotázaných a polovina z tohoto počtu potom s vyšší frekvencí než 3x. Při srovnání s výsledky z roku 2015 se míra konzumace alkoholu mírně snížila a je prokázán menší výskyt pravidelného užívání. V roce 2019 je však pozorována stoupající míra užívání destilátů a vín.

Za rizikovou formu konzumace alkoholu je považováno užívání nadměrných dávek (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) a opilost (stav, při kterém má jedinec problémy s mluvením, koordinací pohybů apod.). Zkušenost s tímto rizikovým užíváním uvedlo celých 38,5 % studentů, přičemž stejný výskyt je u chlapců i u dívek.

Při srovnání výsledků výzkumů z let 2011, 2015 a 2019 je pozorována, stejně jako u tabáku, sestupná tendence frekvence i míry užívání alkoholu. V předchozích letech byly však patrné rozdíly mezi chlapci a dívkami, kdy chlapci patřili k častějším uživatelům, avšak v roce 2019 pozorujeme vyrovnávání těchto rozdílů (drogy-info.cz, c2015).

SROVNÁNÍ ČESKÉ REPUBLIKY S EU

Tabák

Z výsledků výzkumu ESPAD v roce 2019 v rámci celé Evropské unie je patrný klesající trend každodenního užívání cigaret. Konkrétně u 15 zemí pozorujeme mezi roky 2015 a 2019 pokles významný. Mezi tyto země se řadí i Česká republika, dále pak Rakousko, Nizozemsko, Litva a Monako. U užívání elektronických cigaret většina zemí nevykazuje rozdíly v užívání od roku 2015, kdy proběhl předešlý ESPAD výzkum (viz příloha č. 1).

I v rámci občasného užívání tabáku, konkrétně kouření cigaret, pozorujeme sestupnou tendenci. K největšímu snížení užívání došlo mezi lety 2015 a 2019 v České republice a Estonsku. Naopak Itálie, Černá Hora a Rumunsko nenásledují tento trend a drží si stabilní míru užívání. Jiná je situace u elektronických cigaret, kde je patrná naopak narůstající křivka užívání u všech zemí, které se tohoto průzkumu účastnily (viz příloha č. 2).

Při porovnání České republiky a ostatních zemí, které se studie ESPAD v roce 2019 účastnily lze konstatovat, že Česká republika se nachází v pásmu vyššího průměru u užívání cigaret v posledních 30 dnech. Z celkového počtu 35 zemí je na 14 místě. Každodenní kouření uvedlo 10 % respondentů, stejně jako v Německu a Černé Hoře. Vysoká míra denního kouření byla zjištěna v Bulharsku (22 %), Chorvatsku a Itálii (19 %). Naopak nejnižší míra byla zjištěna na Islandu (1,9 %) a v Norsku (2,5 %). Při celkovém porovnání užívání tabáku u dívek a chlapců nebyly pozorovány žádné rozdíly.

Alkohol

I v případě užívání alkoholických nápojů je patrný mírný pokles oproti roku 2015. K největšímu snížení došlo v Litvě a ve Švédsku Pouze ve třech zemích, konkrétně v Makedonii, Portugalsku a v Rumunsku se množství konzumovaného alkoholu u mladých lidí v porovnání s rokem 2015 zvýšilo (viz příloha č. 3).

Při srovnání výsledků u občasné konzumace alkoholu u mladistvých, je možné konstatovat stabilní trend. U většiny zemí je tato míra občasné konzumace stejná jako v roce 2015. Pouze v Makedonii a Portugalsku je možné pozorovat vzrůstající křivku (viz příloha č. 4) [espad.org.,C2021].

HBSC

Health Behaviour in School-aged Children je taktéž mezinárodní studií o zdraví a životním stylu dětí a školáků. Do studie je zapojeno 45 zemí světa a probíhá pod záštitou Světové zdravotnické organizace. V České republice jej zajišťuje Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

Výsledky výzkumu studie HBSC za roky 2017/2018 ukázaly, že přestože většina adolescentů vykazuje dobrý zdravotní stav a psychickou pohodu, objevuje se několik znepokojivých trendů a to především v oblasti mediální komunikace. Vzniká skupina adolescentů, kteří mají problémy s využíváním sociálních medií, především v závislosti na nich. Ve srovnání se studií, která proběhla před čtyřmi lety, se sice mírně zvýšila fyzická aktivita a spotřeba ovoce a zeleniny, přesto však nadále roste počet adolescentů, kteří mají problémy s nadváhou. Ta v některých regionech postihuje jednoho z pěti jedinců. Výsledky dále poukazují na to, že i přes trvalou pozornost v oblasti prevence užívání návykových látek nedochází tak k efektivním výsledkům, jak by bylo třeba a významná menšina adolescentů stále užívá tabákové výrobky a alkohol (WHO, c2020).

Tabák

Kouření cigarety alespoň jednou ve svém životě uvedlo 37 % chlapců a 41 % dívek. Pozorujeme zde pokles oproti výsledkům v roce 2014, kdy 51 % chlapců a 56 % odpovědělo na tuto otázku kladně. V posledních 30 dnech kouřilo cigaretu 16 % chlapců a 21 % dívek. U chlapců údaj odpovídá roku 2014, kdy uvedlo užití cigarety v posledních dnech 18 % chlapců, ovšem u dívek pozorujeme pokles o celých 8 %.

Alkohol

Výsledky výzkumu ukazují, že 75 % chlapců a 76 % dívek již někdy ve svém životě okusilo alkoholický nápoj. V porovnání s rokem 2014, kdy uvedlo 80 % chlapců a 84% dívek kladnou odpověď na stejnou otázku, je patrný znatelný pokles. Konzumaci alkoholu v poledních 30 dnech uvedlo 47% chlapců a 49 % dívek, což je údaj odpovídající roku 2014. Pokles hodnot pozorujeme i v odpovědi na otázku, zda byl adolescent opilý více než dvakrát ve svém životě. Kladně odpovědělo 25 % chlapců a 22 % dívek, cože je shodně o 7 % méně než v roce 2014 (WHO, c2020).

Závěrem lze konstatovat, že výsledky obou studií ukazují na pokles užívání tabáku i alkoholu u adolescentů v České republice. Odborníci se přiklání k názoru, že jedním

z hlavních příčin tohoto stavu je snížení osobních kontaktů mezi vrstevníky. Mladí lidé dnes tráví velké množství svého času v online prostředí.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření se uskutečnilo na dvou středních zdravotnických školách (SZŠ). Dotazníkové šetření probíhalo i mezi nezletilými žáky a z důvodu zachování anonymity zde proto neuvádím názvy těchto škol. Jedna se nachází v krajském městě Jihomoravského kraje, druhá v okresním městě Olomouckého kraje. Výzkum probíhal v září 2020. Studenti vyplňovali dotazníky ve svých třídách, v prostředí, na které jsou zvyklí. Před samotným zahájením šetření jsem je nejprve stručně seznámila s jeho obsahem a studenti měli možnost se šetření neúčastnit.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Na zdravotnické škole v krajském městě bylo rozdáno 120 dotazníků u studentů čtyřletého studijního oboru zdravotní asistent – praktická sestra. 60 dotazníků v prvních ročnících a taktéž 60 dotazníků ve čtvrtých ročnících. 8 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost údajů, pro samotný výzkum bylo použito 112 dotazníků z této školy.

Na zdravotnické škole v okresním městě bylo rozdáno 98 dotazníků u studentů stejného oboru. 60 v prvních a 38 ve čtvrtých ročnících. Zde byly vyřazeny z důvodu špatného vyplnění celkem 4 dotazníky, celkem tedy bylo z této školy použito 94 dotazníků.

K výzkumnému šetření bylo celkem použito 206 vyplněných dotazníků. Konkrétní složení respondentů zobrazují následující tabulky.

Tabulka č. 1: Složení respondentů dle pohlaví.

	SZŠ – krajské město		SZŠ – okresní město		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
chlapci	11	9,82	9	9,57	20	9,71
dívky	101	90,18	85	90,43	186	90,29
Celkem	112	100,00	94	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 1 je zaměřena na rozložení respondentů dle pohlaví. Je zde patrná převaha dívek. Tvoří celých 90,29 % respondentů. Chlapci jsou zastoupeni v 9,71 %. Hlavní důvod tohoto je způsoben tím, že výzkum byl prováděn na zdravotnické škole, kde je tato převaha dívek již tradiční.

Tabulka č. 2: Složení respondentů dle věku.

	SZŠ – krajské město		SZŠ – okresní město		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
15	36	32,14	35	37,24	71	34,47
16	20	17,86	23	24,47	43	20,87
17	4	3,57	3	3,19	7	3,40
18	34	30,36	19	20,21	53	25,73
19	18	16,07	14	14,89	32	15,53
19+	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	112	100,00	94	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum

Tato tabulka ukazuje složení respondentů dle jejich věku. Největší věkové zastoupení mají kategorie 15 let (34,47 %) a 18 let (25,73%), což odpovídá právě věku, kdy žáci nastupují na střední školu a dále věku, který odpovídá poslednímu ročníku střední školy.

Tabulka č. 3: Složení respondentů dle ročníku

	SZŠ – krajské město		SZŠ – okresní město		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
první	56	50,00	58	61,70	114	55,34
čtvrtý	56	50,00	36	38,30	92	44,66
Celkem	112	100,00	94	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 3 je patrné, že celkem 114 žáků navštěvuje první ročník a 92 žáků ročník čtvrtý. Celkem jde o 206 respondentů, kteří odevzdali správně vyplněné dotazníky.

3.3 Použitá metoda a statistické zpracování dat

Ke sběru dat byla použita metoda dotazníkového šetření. Výhodou této metody je možnost shromáždění požadovaných údajů od většího počtu osob a není pro studenty časově náročná. Chráska (2016, s. 158) dotazník charakterizuje jako: *„způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí, samotný dotazník je pak soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny“*.

V předloženém dotazníku (viz příloha 5) bylo po úvodních větách a třech faktografických otázkách, které zjišťují pohlaví respondentů, věk a studovaný ročník střední školy, položeno celkem 22 hlavních otázek, z nichž 10 bylo věnováno problematice užívání alkoholu a 12 otázek problematice užívání tabáku. Dotazník dále obsahoval čtyři otázky otevřené, které měly charakter výpovědi a respondenti odpovídali dle svých osobních dojmů, pocitů a nálad. Žáci v nich měli možnost se hlouběji zamyslet nad svou odpovědí a vyjádřit se více samostatně a následně svou odpověď vepsat na volný řádek pod otázkou. 18 otázek bylo uzavřených. V těchto byl respondentům předložen výčet možných odpovědí. Mezi uzavřenými otázkami byly otázky dichotomické, u kterých je odpověď omezena pouze na výběr možnosti ano x ne a otázky polytomické, které nabízely více možností pro odpověď. Pokyny k vyplnění byly uvedeny vždy u konkrétní otázky a zadání bylo jasné, srozumitelné a přehledné.

Výsledky těchto anonymně zodpovězených otázek sloužily jako podklad pro analýzu výsledků šetření.

Získané údaje byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel. Na základě četností jednotlivých odpovědí bylo následně provedeno vyhodnocení otázek dotazníku. Z těchto získaných hodnot byly vytvořeny tabulky a grafy.

K ověření stanovených hypotéz a k posouzení statistické významnosti mezi zkoumanými jevy byl použit jeden ze statistických testů významnosti. Pomocí těchto testů významnosti lze ověřit, zda mezi určitými proměnnými existuje vztah a poté lze rozhodnout, zde se jedná o vztah statisticky významný. V práci je použitý test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Výsledky dotazníkové šetření se zapíší do kontingenční tabulky a následně formulujeme nulovou a alternativní hypotézu. Nulová hypotéza (H0) předpokládá, že mezi sledovanými jevy není žádný vztah.

Alternativní hypotéza (HA) naopak předpokládá, existenci vztahu mezi těmito jevy. Pro přijetí nebo naopak pro odmítnutí stanovených hypotéz je testována nulová hypotéza. Nejprve je nutné vypočítat testové kritérium. Pro samotný výpočet je použitý vzorec pro výpočet chí-kvadrátu pro kontingenční tabulku.

$$x^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria je následně srovnána s kritickou hodnotou, která je uvedena ve statistických tabulkách. Kritická hodnota je uvedena pro zvolenou hladinu významnosti a pro určitý počet stupňů volnosti. Většina pedagogických výzkumů pracuje na hladině významnosti 0,05 nebo 0,01, přičemž tato práce užívá hladinu významnosti 0,05. Počet stupňů volnosti je u testu dobré shody chí-kvadrátu závislý na počtu řádků tabulky, ze které je testové kritérium x^2 vypočítáno. Pro tento výpočet platí vztah $f = (r - 1) \cdot (s - 1)$, kde „r“ značí počet řádků v kontingenční tabulce a „s“ počet sloupců. Vypočítaný chí-kvadrát je porovnán s kritickými hodnotami. Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria menší než kritická hodnota, přijímáme nulovou hypotézu. Mezi zkoumanými jevy tedy není statisticky významný vztah. V opačném případě, kdy je hodnota testového kritéria větší nebo rovna, je přijata alternativní hypotéza, která ukazuje na určitý vztah mezi zkoumanými jevy a zjištěné skutečnosti nejsou výsledkem náhody (Chráska, 2016).

4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Následující text obsahuje výsledky výzkumu. Výsledky odpovědí na jednotlivé otázky byly zaznamenány do sloupcových či výsečových grafů. Na závěr této kapitoly je uvedeno ověření a vyhodnocení hypotéz.

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány následovně:

Otázka č. 1: Užil jsi někdy alkoholický nápoj?

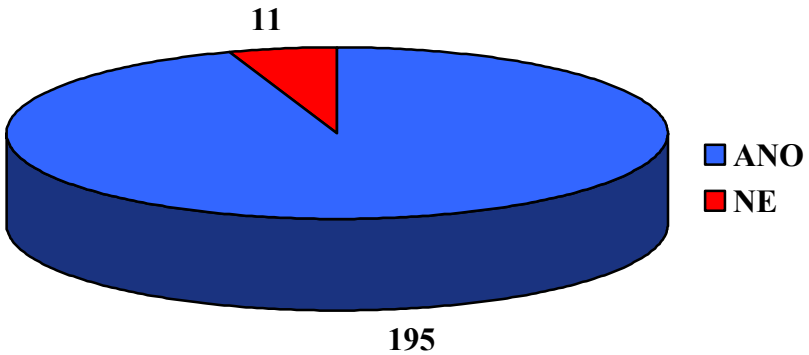
a) ANO

b) NE

Tabulka č. 4: Výsledky hodnocení otázky č. 1.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	50	89,29	55	96,43	54	93,10	36	100	195	94,66
ne	6	10,71	1	3,57	4	6,90	0	0,00	11	5,34
Celkem	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 1: Výsledky hodnocení otázky č. 1 (Zdroj: vlastní výzkum)

Z celkového počtu dotazovaných užilo alkoholický nápoj 195 žáků (94,66 %). Pouze 11 respondentů (5,34 %) uvedlo, že nikdy alkohol neochutnalo, což lze považovat za velmi malé procento. Z výsledků vyplývá, že v krajském městě má zkušenosti s alkoholem celkem 105 žáků (93,75 %) a pouze 7 žáků (6,25 %) SZŠ

v krajském městě z celkového počtu 112 neužilo nikdy alkohol. V okresním městě na tuto otázku odpovědělo kladně 90 respondentů (95,75 %) z celkového počtu 94 těchto žáků. Naopak žádnou zkušenost nemají 4 žáci (4,26 %).

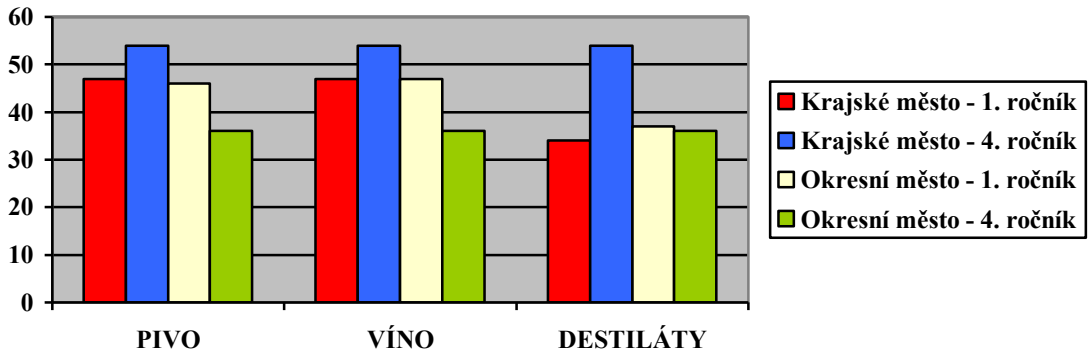
Otázka č. 2: Pokud ano, o jaký alkoholický nápoj se jednalo?

Tabulka č. 5: Výsledky hodnocení otázky č. 2.

SZŠ krajské město			***SZŠ okresní město***		
Odpověď	**Počet odpovědí**		**Odpověď**	**Počet odpovědí**	
	První ročník	Čtvrtý ročník		První ročník	Čtvrtý ročník
pivo	47	54	pivo	46	36
víno	47	54	víno	47	36
destiláty	34	54	destiláty	37	36

Zdroj: vlastní výzkum

Pozn.: Nelze pracovat s procentuálními hodnotami, respondenti měli možnost označit více odpovědí.



Graf č. 2: Výsledky hodnocení otázky č. 2 (Zdroj: vlastní výzkum)

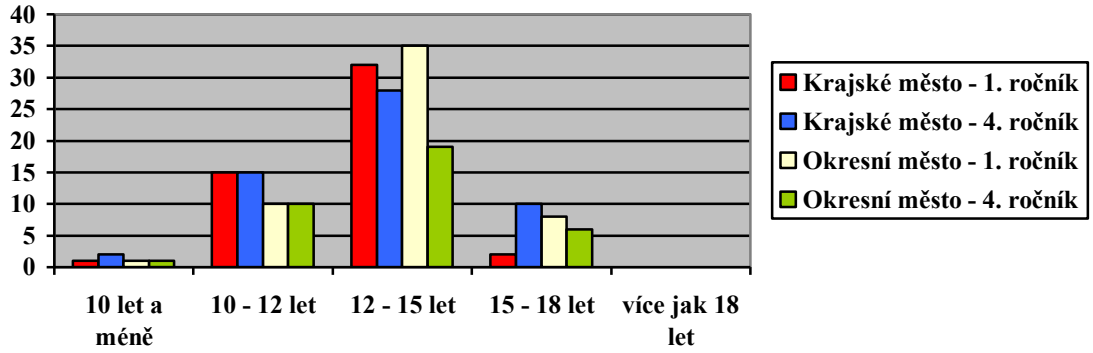
Jak vyplývá z odpovědí na druhou otázku, většina respondentů z obou zdravotnických škol užila všechny jmenované alkoholické nápoje. Z celkového počtu 195 respondentů bylo nejčastěji uváděno víno (184 x), dále pak pivo (183 x) a destiláty (161 x).

Otázka č. 3: V kolika letech jsi poprvé ochutnal alkohol?

Tabulka č. 6: Výsledky hodnocení otázky č. 3.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
10 let a méně	1	2,00	2	3,64	1	1,85	1	2,78	5	2,56
10 - 12 let	15	30,00	15	27,27	10	18,52	10	27,78	50	25,64
12 – 15 let	32	64,00	28	50,91	35	64,81	19	52,78	114	58,46
15 – 18 let	2	4,00	10	18,19	8	14,81	6	16,67	26	13,33
více jak 18 let	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	50	100,00	55	100,00	54	100,00	36	100,00	195	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 3: Výsledky hodnocení otázky č. 3 (Zdroj: vlastní výzkum)

Ze všech respondentů má prvotní zkušenost s konzumací alkoholu nejvíce žáků ve dvanácti až patnácti letech. Tuto možnost zvolilo celkem 114 dotazovaných (58,46 %). Odpověď 10 – 12 let byla druhou nejčastěji volenou, vybralo ji celkem 50 žáků (25,64 %). 26 dotazovaných (13,33 %) užilo poprvé alkohol mezi patnácti až osmnácti roky a 5 žáků (2,56 %) uvedlo první zkušenost s alkoholickým nápojem v méně než deseti letech. Odpověď 18 let a více neoznačil ani jeden z dotazovaných. Na SZŠ v krajském městě bylo nejčastěji volenou odpovědí 12 – 15 let, kterou zmínilo 60 respondentů (57,14 %). V deseti až dvanácti letech poprvé konzumovalo alkohol 30 respondentů (28,57 %). Odpověď 15 -18 let zvolilo 12 dotazovaných (11,43 %) a

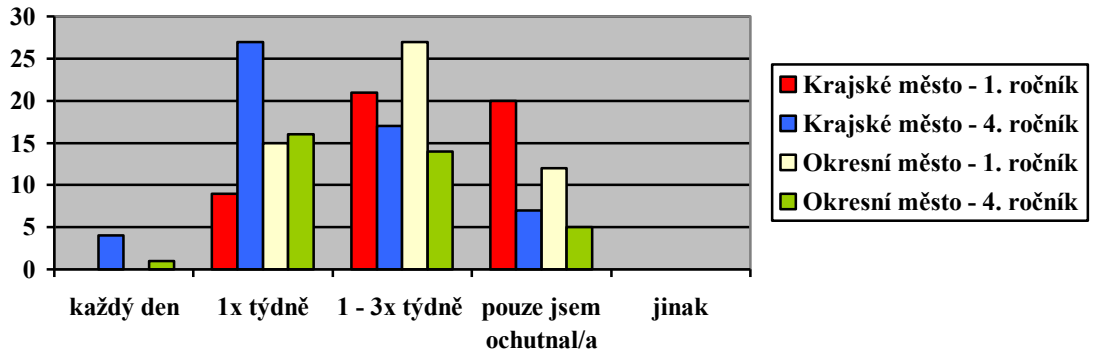
v méně než deseti letech se poprvé napili 3 dotazovaní (2,86 %). Na SZŠ v okresním městě ochutnalo poprvé alkohol celkem 54 žáků ve dvanácti až patnácti letech (60 %), což je o něco větší procento, než u žáků SZŠ ve městě krajském. Odpověď 10 -12 let zvolilo celkem 20 respondentů (22,22 %) a odpověď 15 – 18 let potom 14 dotazovaných (15,56 %). V méně než deseti letech se poprvé napili 2 žáci (2,22 %).

Otázka č. 4: Jak často užíváš alkohol?

Tabulka č. 7: Výsledky hodnocení otázky č. 4.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
každý den	0	0,00	4	7,27	0	0,00	1	2,78	5	2,56
1x týdně	9	18,00	27	49,01	15	27,78	16	44,44	67	34,36
1 – 3x měsíčně	21	42,00	17	30,91	27	50,00	14	38,89	79	40,51
pouze jsem ochutnal /a	20	40,00	7	12,73	12	22,22	5	13,89	44	22,56
jinak	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	50	100,00	55	100,00	54	100,00	36	100,00	195	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 4: Výsledky hodnocení otázky č. 4 (Zdroj: vlastní výzkum)

Z celkového počtu všech respondentů jich 79 (40,51 %) uvádí frekvenci užívání alkoholických nápojů 1 – 3x měsíčně. Druhou nejčastější odpovědí je odpověď 1x

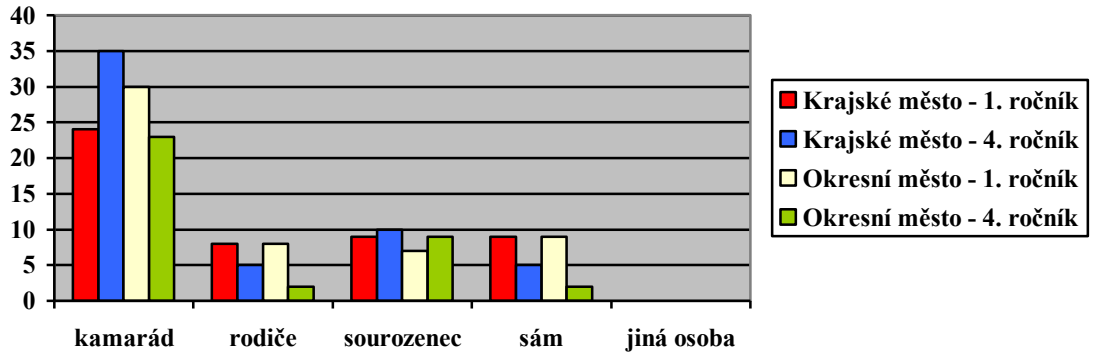
týdně, kterou uvedlo celkem 67 dotazovaných (36,46 %). Alkohol pouze ochutnalo 44 dotazovaných (22,56 %), ale zároveň 4 respondenti (2,56 %) uvádí každodenní užívání. Odpověď jiné frekvence užívání nebyla vybrána ani jedním respondentem. Na SZŠ v krajském městě odpovědělo celkem 38 žáků (36,19 %) 1 – 3x měsíčně, dále pak 36 žáků (34,29 %) 1x týdně a 27 žáků (25,71 %) alkoholický nápoj pouze ochutnalo. Zajímavé je zjištění, že 4 žáci (3,81 %) zaznamenali, že užívají alkohol každý den. Žáci SZŠ okresního města uvádí taktéž jako nejčastější odpověď 1 – 3x měsíčně, a to ve 41 případech (45,56 %). 31 respondentů (34,44 %) uvedlo odpověď 1x týdně. Alkohol ochutnalo 17 dotazovaných (18,89%).

Otázka č. 5: Kdo ti poprvé nabídl alkohol?

Tabulka č. 8: Výsledky hodnocení otázky č. 5.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
kamarád	24	48,00	35	63,64	30	55,56	23	63,89	112	57,44
rodiče	8	16,00	5	9,09	8	14,81	2	5,56	23	11,79
sourozenec	9	18,00	10	18,18	7	12,96	9	25,00	35	17,95
sám	9	18,00	5	9,09	9	16,67	2	5,56	25	12,82
jiná osoba	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	50	100,00	55	100,00	54	100,00	36	100,00	195	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 5: Výsledky hodnocení otázky č. 5 (Zdroj: vlastní výzkum)

Z výsledků hodnocení otázky číslo 5 je patrné, že první zkušenost s alkoholickými nápoji získává nejvíce respondentů s kamarády. Celkem tuto možnost

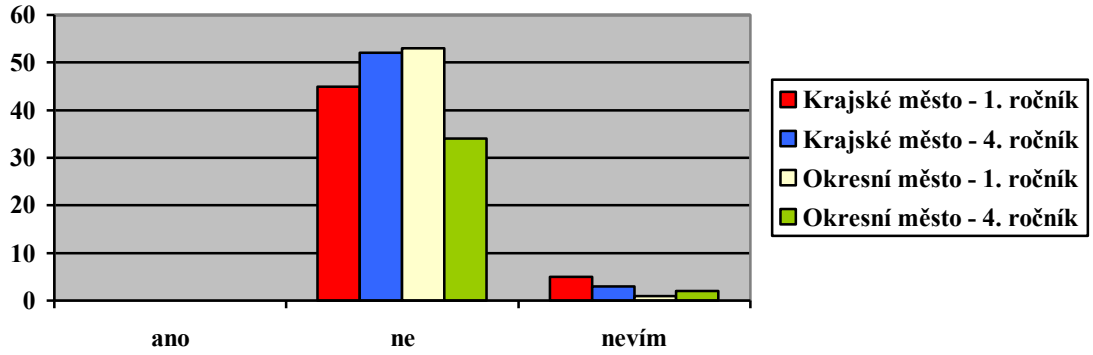
vybralo 112 dotazovaných (57,44 %). Rodiče jsou zastoupeni v 11,79 % a sourozenci potom v 17,95 % případů.

Otázka č. 6: Cítíš se být závislý/á na alkoholu?

Tabulka č. 9: Výsledky hodnocení otázky č. 6.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
ne	45	90,00	52	94,55	53	98,15	34	94,45	184	94,36
nevím	5	10,00	3	5,45	1	1,85	2	5,55	11	5,64
Celkem	50	100,00	55	100,00	54	100,00	36	100,00	195	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 6: Výsledky hodnocení otázky č. 6 (Zdroj: vlastní výzkum)

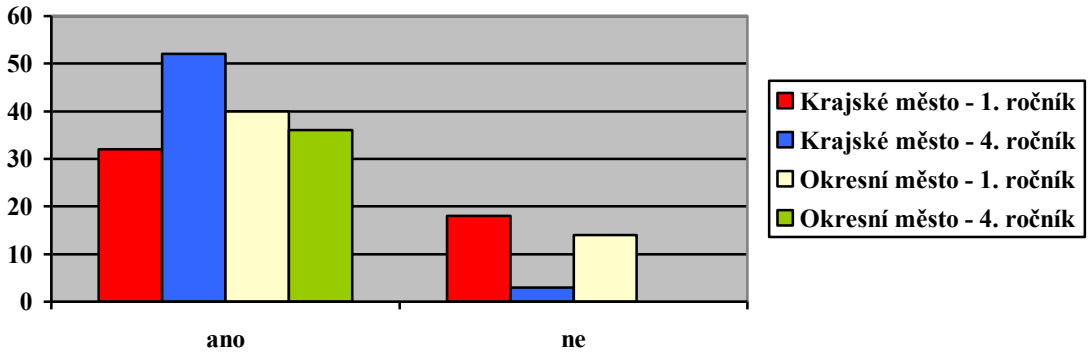
Tato otázka zjišťuje, zda se žáci cítí být na alkoholu závislí. Z celkového počtu dotazovaných jich vybralo odpověď ne celkem 184 (94,36 %), což lze považovat za absolutní většinu. Závislý se necítí ani jeden žák a odpověď nevím označilo 11 respondentů (5,64 %).

Otázka č. 7: Byl jsi někdy opilý/á?

Tabulka č. 10: Výsledky hodnocení otázky č. 7.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	32	64,00	52	0,00	40	74,07	36	100,00	160	82,05
ne	18	36,00	3	0,00	14	25,93	0	0,00	35	17,95
Celkem	50	100,00	55	100,00	54	100,00	36	100,00	195	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 7: Výsledky hodnocení otázky č. 7 (Zdroj: vlastní výzkum)

V případě odpovědi ANO vyjádři číslicí 1 až 5 jak moc. 1 = nejméně, 5 = nejvíce

Tabulka č. 11: Výsledky hodnocení otázky č. 7- stupeň opilosti.

	SZŠ krajské město		**SZŠ okresní město**		
	1. ročník	4. ročník	1. ročník	4. ročník	
Stupeň	Počet	Počet	Počet	Počet	Celkem
1	3	3	7	3	16
2	5	8	13	7	33
3	15	17	7	16	55
4	6	16	10	7	39
5	3	8	3	3	17
Celkem	32	52	40	36	160

Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka zjišťovala zda, případně jak moc byli žáci opilí. Ze 195 dotazovaných jich kladně odpovědělo celkem 160 (82,05 %), odpověď ne zvolilo 35

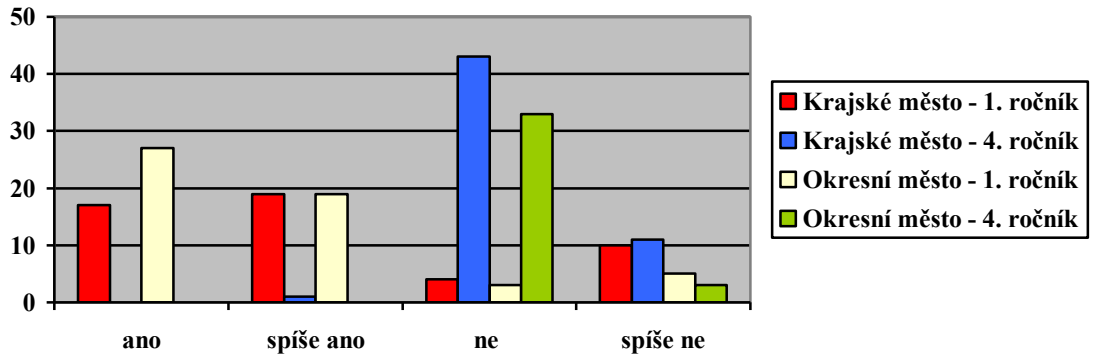
respondentů (17,95 %). Na SZŠ krajského města přiznalo opilost 84 žáků (80 %), na škole ve městě okresním potom 76 žáků (84,44 %). Je pro nás překvapením, že v okresním městě je větší procento studentů, kteří odpověděli kladně. Z celkového počtu 160 žáků, kteří byli někdy opilí, jich nejvíce zvolilo stupeň opilosti 3.

Otázka č. 8: Je pro tebe obtížné sehnat alkohol?

Tabulka č. 12: Výsledky hodnocení otázky č. 8.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	17	34,00	0	0,00	27	50,00	0	0,00	44	22,56
spíše ano	19	38,00	1	1,82	19	35,19	0	0,00	39	20,00
ne	4	8,00	43	78,18	3	5,55	33	91,67	83	42,56
spíše ne	10	20,00	11	20,00	5	9,26	3	8,33	29	14,88
Celkem	50	100,00	55	100,00	54	100,00	36	100,00	195	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 8: Výsledky hodnocení otázky č. 8 (Zdroj: vlastní výzkum)

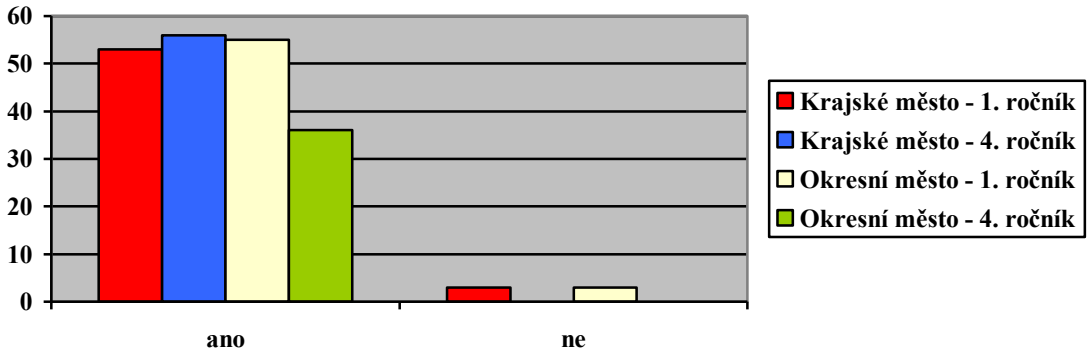
Z výsledků hodnocení otázky číslo 8 vyplývá, že pro 83 žáků (42,56 %) není obtížné sehnat alkohol. Odpověď spíše ne zvolilo 29 respondentů (14,88 %), celkově můžeme tedy konstatovat, že pro 112 žáků (57,44 %) není problém se napít z toho důvodu, že by se k alkoholickému nápoji neměli jak dostat. 83 (42,56 %) naopak zvolilo odpověď ano a spíše ano.

Otázka č. 9: Znáš rizika spojená s užíváním alkoholu?

Tabulka č. 13: Výsledky hodnocení otázky č. 9.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	53	94,64	56	100,00	55	94,83	36	100,00	200	97,09
ne	3	5,36	0	0,00	3	5,17	0	0,00	6	2,91
Celkem	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 9: Výsledky hodnocení otázky č. 9 (Zdroj: vlastní výzkum)

Pokud jsi zaškrtl/a odpověď ano, napiš prosím, které to jsou …

Tabulka č. 14: Výsledky hodnocení otázky č. 9 – rizika spojená s užíváním alkoholu.

Odpověď	Počet odpovědí
Cirhóza jater	71
Delirium tremens	19
Rakovina	89
Infarkt myokardu	54
Neplodnost	16

Zdroj: vlastní výzkum

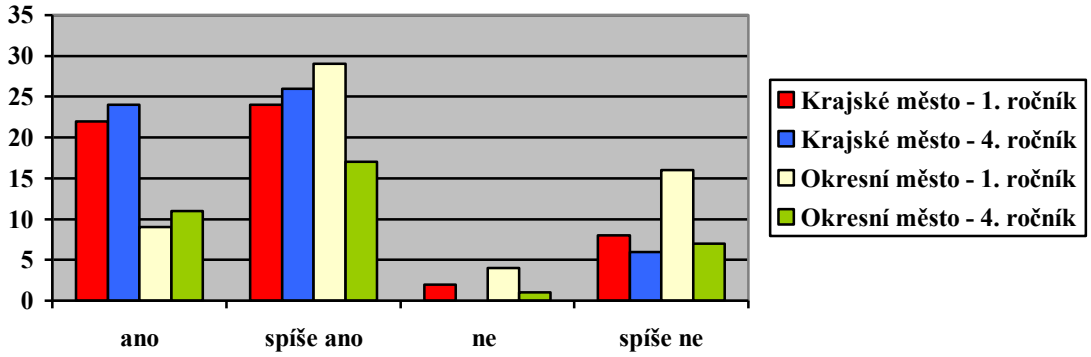
Celých 200 respondentů (97,09 %) odpovědělo kladně na otázku, zda znají rizika spojená s užíváním alkoholu. Odpověď ne zvolilo 6 studentů (2,91 %) a všech 6 jich navštěvuje první ročník SZŠ. Žáci byli u této otázky požádáni o doplnění konkrétních rizik, které přináší alkohol pro zdraví člověka. Nejčastější odpovědí byla rakovina (89), na druhém místě cirhóza jater (71) a dále potom infarkt myokardu (54), delirium tremens (19) a neplodnost (16).

Otázka č. 10: Poskytuje ti škola dostatek informací ohledně škodlivosti užívání alkoholu?

Tabulka č. 15: Výsledky hodnocení otázky č. 10.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	22	39,29	24	42,86	9	15,52	11	30,56	66	32,04
spíše ano	24	42,86	26	46,43	29	50,00	17	47,22	96	46,60
ne	2	3,57	0	0,00	4	6,90	1	2,78	7	3,40
spíše ne	8	14,29	6	10,71	16	27,59	7	19,44	37	17,96
Celkem	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 10: Výsledky hodnocení otázky č. 10 (Zdroj: vlastní výzkum)

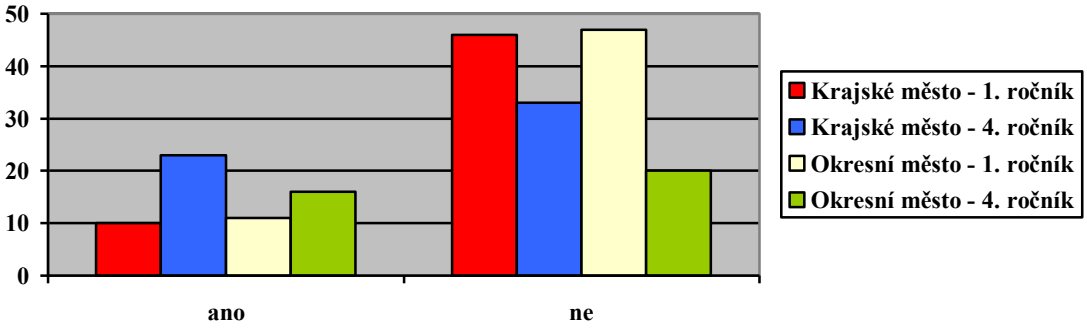
Otázka číslo 10 si klade za cíl zjistit, zda škola poskytuje žákům dostatek informací o škodlivosti užívání alkoholu. Z celkového počtu 206 odpovědí 66 žáků (32,04 %) odpovědělo ano, 96 žáků (4,60 %) zvolilo odpověď spíše ano. Celkem se tedy 162 dotazovaných (78,64 %) cítí dostatečně informováno o škodlivosti alkoholu. Odpověď ne zvolilo 7 (3,40 %) žáků a spíše se necítí dostatečně informováno 37 žáků (17,96 %).

Otázka č. 11: Kouříš v současné době?

Tabulka č. 16: Výsledky hodnocení otázky č. 11.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	10	17,86	23	41,07	11	18,97	16	44,44	60	29,13
ne	46	82,14	33	58,93	47	81,03	20	55,56	146	70,87
Celkem	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 11: Výsledky hodnocení otázky č. 11 (Zdroj: vlastní výzkum)

Z výsledků hodnocení otázky číslo 11 je patrné, že z celkového počtu 206 respondentů v současné době kouří 60 žáků (29,13 %). 146 respondentů (70,87 %) jsou nekuřáci. Srovnání obou zdravotnických škol ukazuje, že v krajském městě je celkem 33 kuřáků (29,46 %) a 79 nekuřáků (70,54 %). Na SZŠ v okresním městě kladně odpovědělo 27 studentů (28,72 %) a odpověď ne zvolilo 67 (71,28 %) respondentů.

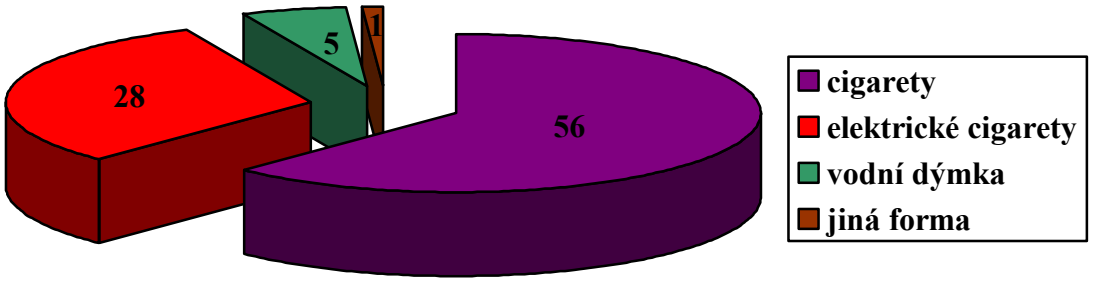
Otázka č. 12: Kouříš ….?

Tabulka č. 17: Výsledky hodnocení otázky č. 12.

SZŠ krajské město			***SZŠ okresní město***		
Odpověď	**Počet odpovědí**		**Odpověď**	**Počet odpovědí**	
	První ročník	Čtvrtý ročník		První ročník	Čtvrtý ročník
cigarety	9	20	cigarety	11	16
elektronické cigarety	6	12	elektronické cigarety	4	6
vodní dýmku	0	3	vodní dýmku	0	2
jiná forma (doutník, dýmka ...)	0	1	jiná forma (doutník, dýmka ...)	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Pozn.: Nelze pracovat s procentuálními hodnotami, respondenti měli možnost označit více odpovědí.



Graf č. 12: Výsledky hodnocení otázky č. 12 (Zdroj: vlastní výzkum)

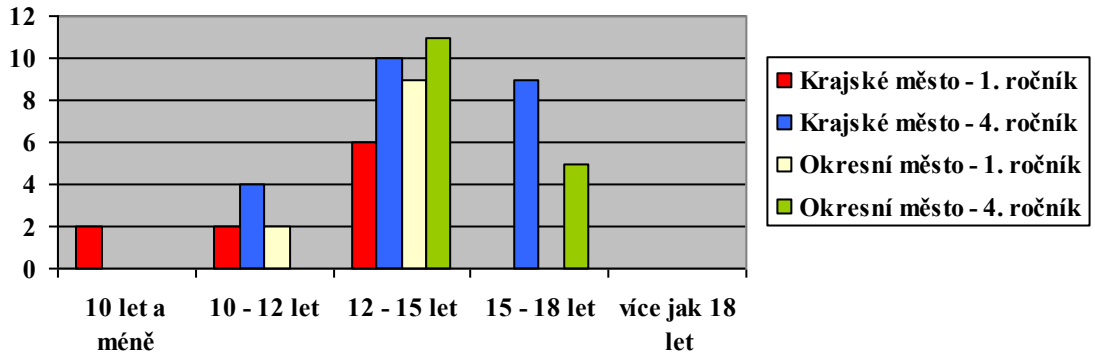
Tato otázka rozvíjí předchozí otázku v případě, že na ni respondent odpověděl kladně. Otázka číslo 12 se zaměřuje na zjištění toho, jakou formu tabáku studenti nejčastěji užívají. Nejčastější žáci uvádějí užívání cigaret (56), druhou nejčastější formou je užití elektronických cigaret (28), dále 5 respondentů užívá vodní dýmku a v jednom případě byla uvedena odpověď „jiná forma“.

Otázka č. 13: V kolika letech jsi poprvé ochutnal cigaretu?

Tabulka č. 18: Výsledky hodnocení otázky č. 13.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
10 let a méně	2	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,33
10 - 12 let	2	20,00	4	17,39	2	18,18	0	0,00	8	13,33
12 – 15 let	6	60,00	10	43,48	9	81,82	11	68,75	36	60,00
15 – 18 let	0	0,00	9	39,13	0	0,00	5	31,25	14	23,34
více jak 18 let	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	10	100,00	23	100,00	11	100,00	16	100,00	60	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 13: Výsledky hodnocení otázky č. 13 (Zdroj: vlastní výzkum)

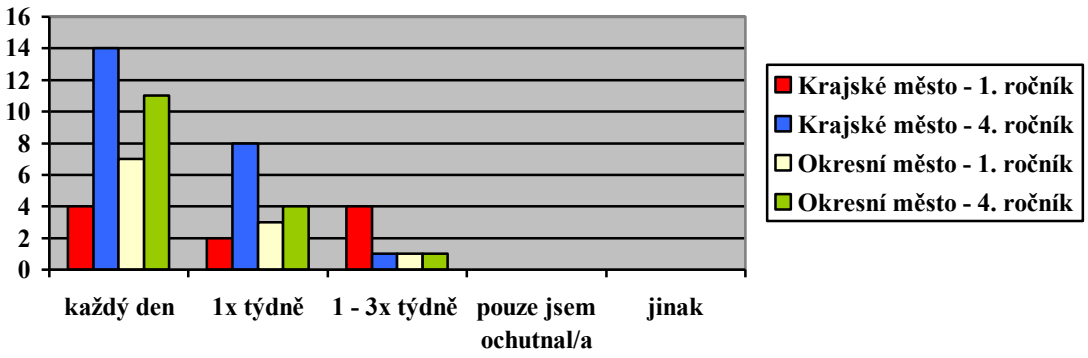
Tato otázka zjišťuje, v kolika letech žáci poprvé ochutnali cigaretu. Největší počet respondentů uvádí věk 12 – 15 let. Celkem tuto možnost zvolilo 36 žáků (60,00 %). Odpověď 15 – 18 let byla druhou nejčastěji volenou, vybralo ji 14 dotazovaných (23,34 %). 8 respondentů (13,33 %) poprvé užilo tabák mezi deseti až dvanácti roky a 2 žáci (3,33 %) uvedlo první zkušenost s tabákem v méně než deseti letech. Odpověď 18 let a více neoznačil ani jeden z dotazovaných. Na SZŠ v krajském městě bylo nejčastěji volenou odpovědí 12 – 15 let, kterou zmínilo 16 žáků (48,48 %). V patnácti až osmnácti letech poprvé okusilo tabák 9 studentů (27,27 %). Odpověď 10 – 12 let zvolilo 6 dotazovaných (18,18 %) a v méně než deseti letech poprvé kouřili 2 žáci (6,06 %). Na SŽS v okresním městě ochutnalo poprvé cigaretu celkem 20 žáků ve dvanácti až patnácti letech (74,07 %). Odpověď 15 – 18 let zvolilo 5 respondentů (18,52 %) a 2 žáci (7,41 %) okusili cigaretu mezi desátým a dvanáctým rokem.

Otázka č. 14: Jak často užíváš tabák?

Tabulka č. 19: Výsledky hodnocení otázky č. 14.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
každý den	4	40,00	14	60,87	7	63,64	11	68,75	36	60,00
1x týdně	2	20,00	8	34,78	3	27,27	4	25,00	17	28,33
1 – 3x měsíčně	4	40,00	1	4,35	1	9,09	1	6,25	7	11,67
pouze jsem ochutnal/	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
jinak	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	10	100,00	23	100,00	11	100,00	16	100,00	60	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 14: Výsledky hodnocení otázky č. 14 (Zdroj: vlastní výzkum)

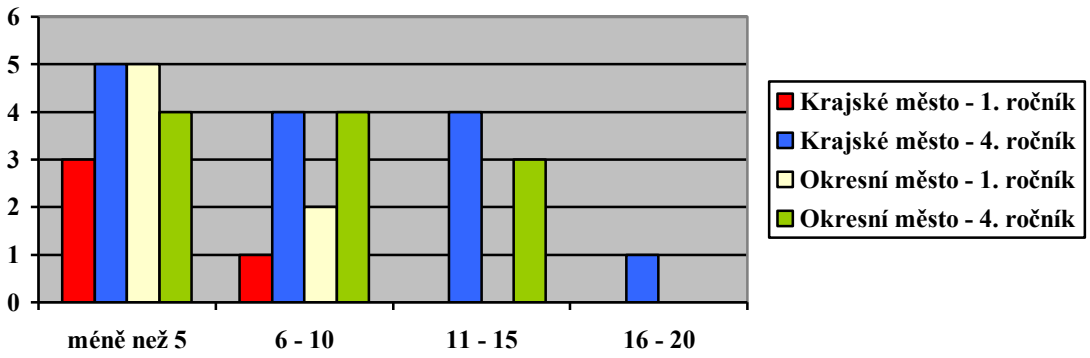
Z celkového počtu respondentů, kteří užívají tabák jich 36 (60,00 %) uvádí každodenní užívání tabáku. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí je frekvence 1x týdně, kterou označilo 17 dotazovaných (28,33 %). Frekvenci 1 – 3x měsíčně uvedlo 7 studentů (11,67 %). Odpovědi „pouze jsem ochutnal/a“ a možnost jiné frekvence užívání nebyla vybrána žádným respondentem. Dle výsledků je patrné, že žáci SZŠ v krajském městě užívají nejčastěji tabák každý den. Tuto možnost vybralo 18 studentů (54,55 %). Celkem 10 respondentů (30,30 %) užívá tabák 1x týdně a 5 dotazovaných (15,15 %) zaznamenalo variantu „1 – 3x měsíčně“. Taktéž žáci SZŠ okresního města uvádí jako nejčastější odpověď „každý den“. Tuto možnost zvolilo celkem 18 respondentů (66,67 %). 7 žáků SZŠ okresního města uvedlo, že užívá tabák 1x týdně a 2 žáci (7,41 %) potom označilo frekvenci 1 – 3 měsíčně.

Otázka č. 15: V případě, že užíváš tabák každý den, kolik cigaret denně vykouříš?

Tabulka č. 20: Výsledky hodnocení otázky č. 15.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
méně než 5	3	75,00	5	35,72	5	71,43	4	36,36	17	47,22
6 -10	1	25,00	4	28,57	2	28,57	4	36,36	11	30,56
11 - 15	0	0,00	4	28,57	0	0,00	3	27,27	7	19,44
16 - 20	0	0,00	1	7,14	0	0,00	0	0,00	1	2,78
Celkem	4	100,00	14	100,00	7	100,00	11	100,00	36	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 15: Výsledky hodnocení otázky č. 15 (Zdroj: vlastní výzkum)

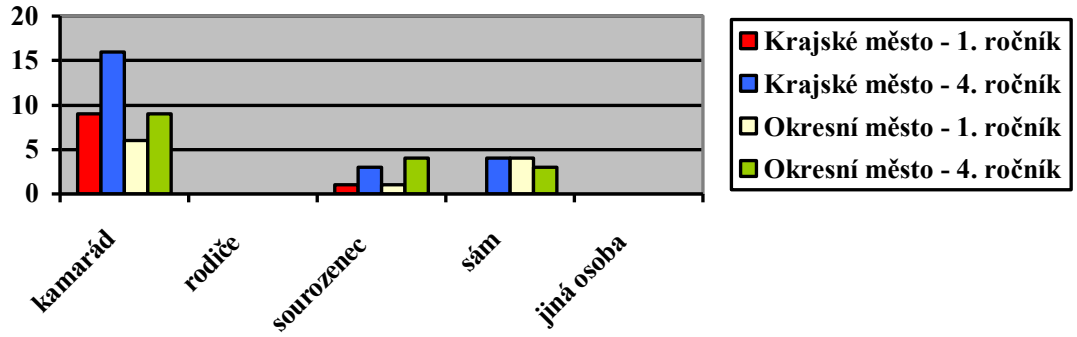
Otázka číslo 6 zjišťuje počet vykouřených cigaret u respondentů, kteří uvedli každodenní užívání tabáku. Z celkového počtu jich 17 (47,22 %) uvedlo, že vykouří méně než 5 cigaret. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost „6 – 10“, kterou zvolilo 11 dotazovaných (30,56 %). 11 – 15 cigaret vykouří každý den 7 studentů (19,44 %) a jeden žák (2,78 %) označil možnost „16 – 20“ vykouřených cigaret každý den.

Otázka č. 16: Kdo ti poprvé nabídl cigaretu?

Tabulka č. 21: Výsledky hodnocení otázky č. 16.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
kamarád	9	90,00	16	69,57	6	54,55	9	56,25	40	66,67
rodiče	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
sourozenec	1	10,00	3	13,04	1	9,09	4	25,00	9	15,00
sám	0	0,00	4	17,39	4	36,36	3	18,75	11	18,33
jiná osoba	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	10	100,00	23	100,00	11	100,00	16	100,00	60	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 16: Výsledky hodnocení otázky č. 16 (Zdroj: vlastní výzkum)

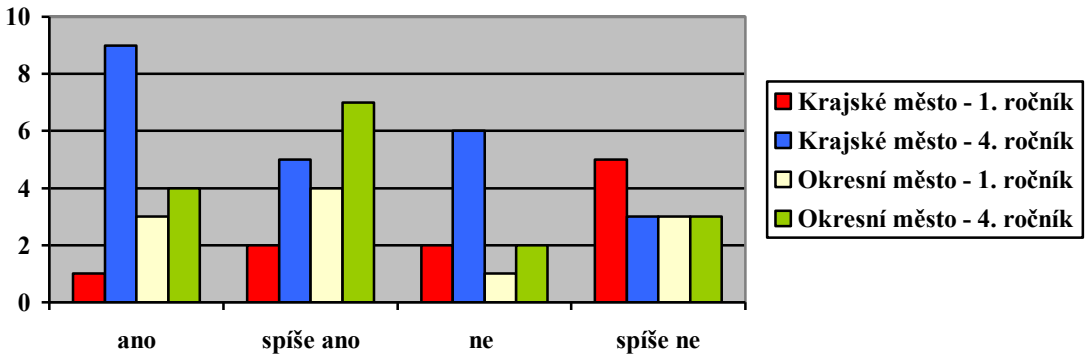
Z výsledků hodnocení otázky číslo 16 je patrné, že první zkušenost s tabákovými výrobky má nejvíce respondentů díky kamarádům. Tuto variantu označilo celkem 40 žáků (66,67 %). Na druhém místě se, pro nás překvapivě, umístila odpověď „sám“. Tuto vybralo celkem 11 dotazovaných (18,33 %). Odpověď „sourozenec“ byla v našem výzkumu vybrána 9x (15,00 %). Možnost „rodiče“ a „jiná osoba“ nebyla vybrána ani jedním respondentem.

Otázka č. 17: Cítíš se být závislý/á na tabáku?

Tabulka č. 22: Výsledky hodnocení otázky č. 17.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	1	10,00	9	39,13	3	27,27	4	25,00	17	28,33
spíše ano	2	20,00	5	21,74	4	36,37	7	43,75	18	30,00
ne	2	20,00	6	26,09	1	9,09	2	12,50	11	18,33
spíše ne	5	50,00	3	13,04	3	27,27	3	18,75	14	23,34
Celkem	10	100,00	23	100,00	11	100,00	16	100,00	60	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 17: Výsledky hodnocení otázky č. 17 (Zdroj: vlastní výzkum)

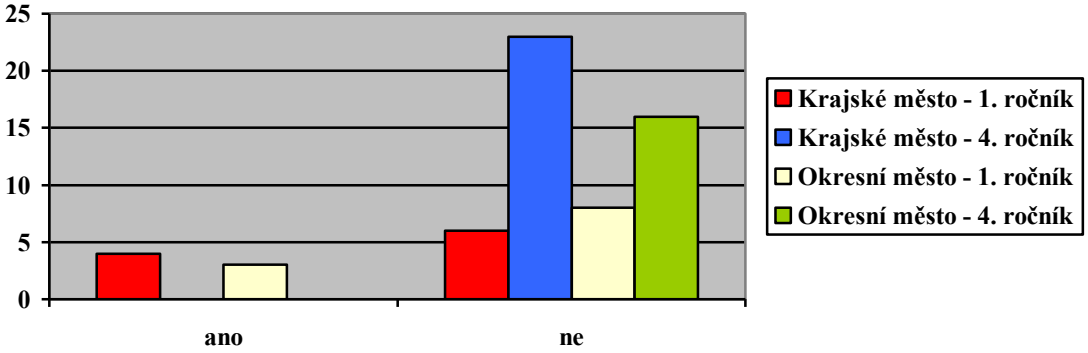
Tato otázka zjišťuje, zda se studenti, kteří užívají tabák, cítí subjektivně závislí. Z celkového počtu dotazovaných jich vybralo odpověď „ano“ 17 (28,33 %). Odpověď „spíše ano“ označilo 18 žáků (30,00 %). Závislost jednoznačně odmítlo 11 respondentů (18,33 %). Možnost „spíše ne“ byla označena 14x (23,34 %).

Otázka č. 18: Je pro tebe obtížné sehnat cigarety?

Tabulka č. 23: Výsledky hodnocení otázky č. 18.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	4	40,00	0	0,00	3	27,27	0	0,00	7	11,67
ne	6	60,00	23	100,00	8	72,73	16	100,00	53	88,33
Celkem	10	100,00	23	100,00	11	100,00	16	100,00	60	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 18: Výsledky hodnocení otázky č. 18 (Zdroj: vlastní výzkum)

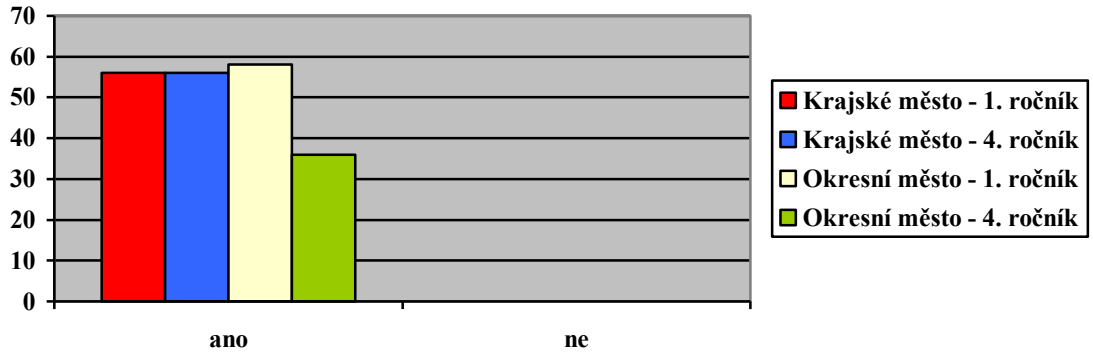
Z výsledků hodnocení otázky číslo 18 vyplývá, že pro 53 žáků (88,33 %) není nijak obtížné sehnat tabákové výrobky. Naopak možnost „ano“ označilo pouze 7 respondentů (11,67 %). Studenti SZŠ v krajském městě označili odpověď „ano“ celkem 4x (12,12 %), odpověď „ne“ potom 29 žáků (87,88 %). Pro studenty SZŠ je problém opatřit si tabákové výrobky u třech žáků (11,11 %) a naopak pro 24 (88,89 %) to problém nepředstavuje.

Otázka č. 19: Znáš rizika spojená s užíváním tabáku?

Tabulka č. 24: Výsledky hodnocení otázky č. 19.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00
ne	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 19: Výsledky hodnocení otázky č. 19 (Zdroj: vlastní výzkum)

Pokud jsi zaškrtl/a odpověď ano, napiš prosím, které to jsou …

Tabulka č. 25: Výsledky hodnocení otázky č. 19 – rizika užívání tabáku.

Odpověď	Počet odpovědí
rakovina plic	62
infarkt myokardu	58
neplodnost	19

Zdroj: vlastní výzkum

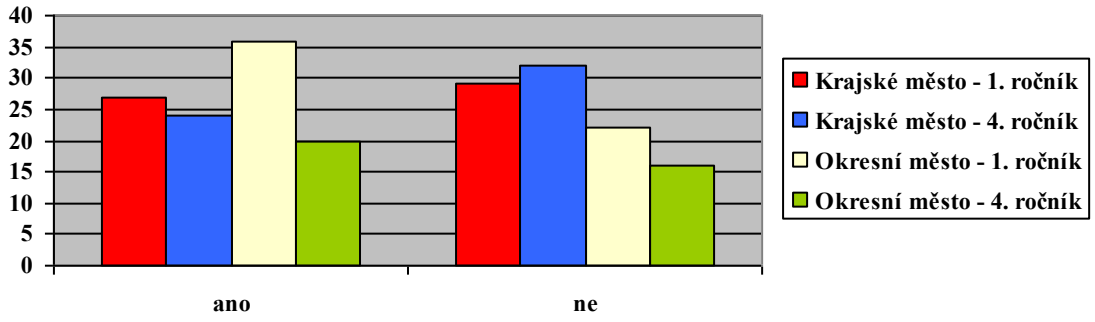
Kladně na otázku, zda znají rizika spojená s užíváním tabáku, odpovědělo 206 respondentů (100,00 %). Všichni studenti si tedy jsou vědomi jeho škodlivosti. Žáci byli u této otázky požádáni o doplnění konkrétních rizik, která jsou s jeho užíváním spojená. Nejčastější odpovědí byla „rakovina plic“ (62), na druhém místě infarkt myokardu (58) a pro nás překvapivě neplodnost (19).

Otázka č. 20: Omezují tě ostatní kuřáci?

Tabulka č. 26: Výsledky hodnocení otázky č. 20.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	27	48,21	24	42,86	36	62,07	20	55,56	107	51,94
ne	29	51,79	32	57,14	22	37,93	16	44,44	99	48,06
Celkem	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 20: Výsledky hodnocení otázky č. 20 (Zdroj: vlastní výzkum)

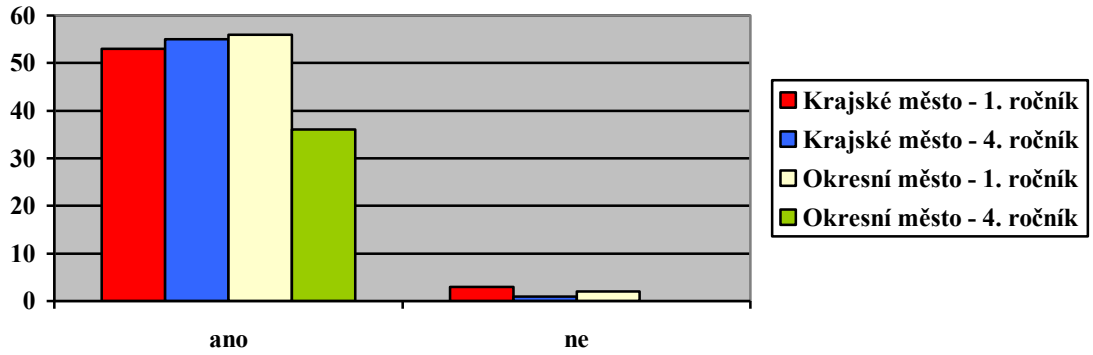
Hodnocení otázky číslo 20, která se zaměřuje na to, zda se cítí respondenti omezováni ostatními kuřáky, odpovědělo kladně 107 studentů (51,94 %). Lze tedy konstatovat, že se více než polovina dotazovaných necítí komfortně v přítomnosti kouřící osoby. Naopak 99 respondentů (48,06 %) se omezováni kouřící osobou necítí.

Otázka č. 21: Poskytuje ti škola dostatek informací ohledně škodlivosti užívání tabáku?

Tabulka č. 27: Výsledky hodnocení otázky č. 21.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	53	94,64	55	98,21	56	96,55	36	100,00	200	97,08
ne	3	5,36	1	1,79	2	3,45	0	0,00	6	2,91
Celkem	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 21: Výsledky hodnocení otázky č. 21 (Zdroj: vlastní výzkum)

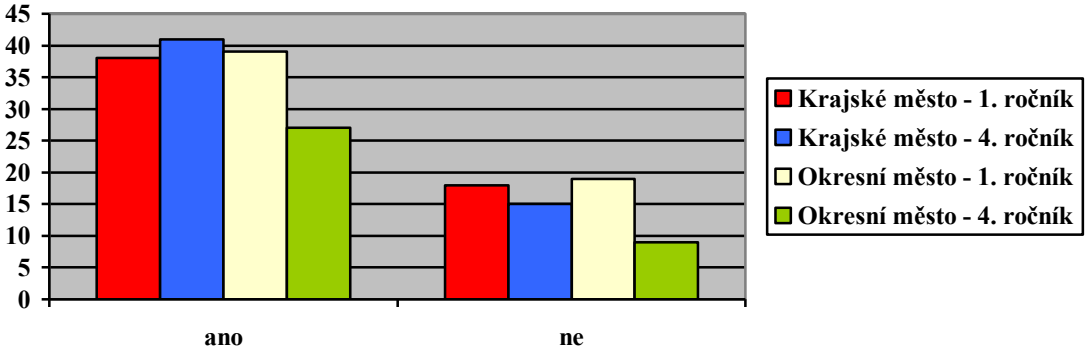
Otázka číslo 21 si klade za cíl zjistit, zda škola poskytuje žákům dostatek informací o škodlivosti užívání tabáku. Výsledky hodnocení této otázky jsou zcela jednoznačné, celých 200 respondentů (97,08 %) odpovědělo kladně a cítí se v této oblasti dostatečně informováni. Pouze 6 studentů (2,91 %) zaznamenalo negativní odpověď.

Otázka č. 22: Kouří někdo z tvojí rodiny?

Tabulka č. 28: Výsledky hodnocení otázky č. 22.

	SZŠ – krajské město				SZŠ – okresní město					
	1. ročník		4. ročník		1. ročník		4. ročník		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ano	38	67,86	41	73,21	39	67,24	27	75,00	145	70,39
ne	18	32,14	15	26,79	19	32,76	9	25,00	61	29,61
Celkem	56	100,00	56	100,00	58	100,00	36	100,00	206	100,00

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 22: Výsledky hodnocení otázky č. 22 (Zdroj: vlastní výzkum)

V případě odpovědi ANO, napiš prosím kdo.

Tabulka č. 29: Výsledky hodnocení otázky č. 22 – kouřící osoba v rodině.

Odpověď	Počet odpovědí
otec	112
matka	98
sourozenec	34

Zdroj: vlastní výzkum

Z 206 žáků, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, odpovědělo 145 respondentů (70,39 %), že některý člen jejich nejbližší rodiny je kuřák. Otce kuřáka má 112 žáků a matka kuřačka se objevuje u 98 studentů. 34 dotazovaných poté odpovědělo, že mezi kuřáky se řadí také sourozenec. U 61 studentů (29,61 %) se žádný kuřák v nejužší rodině neobjevuje.

Ověřování a vyhodnocování hypotéz

H_1 Dostupnost alkoholu je vyšší u studentů zdravotnické školy v krajském městě.

První hypotézou v této diplomové práci je hypotéza, že mezi dostupností alkoholu u studentů SZŠ v krajském městě a okresním městě je určitý významný rozdíl s předpokladem, že studenti SZŠ krajského města se k alkoholu dostanou snáze.

H0 Dostupnost alkoholu je stejná pro studenty zdravotnické školy v krajském i v okresním městě.

HA Dostupnost alkoholu je vyšší pro studenty zdravotnické školy v krajském městě.

	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE	∑
SZŠ krajské město	17 (23,69)	20 (21)	47 (44,69)	21 (15,61)	105
SZŠ okresní město	27 (20,31)	19 (18)	36 (38,31)	8 (13,38)	90
∑	44	39	83	29	195

Zdroj: vlastní výzkum

Testové kritérium: $x^2 = 8,479$
Hladina významnosti: 0,05
Stupeň volnosti: 3
Kritická hodnota: $x^{2\,=}\,7,815$

Vzhledem ke skutečnosti, že hodnota testového kritéria je větší než kritická hodnota, musíme odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Přijat je tedy fakt, že dostupnost alkoholu je vyšší u studentů zdravotnické školy v krajském městě.

H_2 Dostupnost tabáku je vyšší pro studenty zdravotnické školy v krajském městě.

Hypotéza číslo dvě říká, že také mezi dostupností tabáku u studentů SZŠ v krajském městě a okresním městě je určitý významný rozdíl s předpokladem, že studenti SZŠ krajského města se k tabáku dostanou snáze.

H0 Dostupnost tabáku je těžší pro studenty zdravotnické školy v krajském městě.

HA Dostupnost tabáku je jednodušší pro studenty zdravotnické školy v krajském městě.

	ANO	NE	∑
SZŠ krajské město	4 (3,85)	29 (29,15)	33
SZŠ okresní město	3 (3,15)	24 (23,85)	27
∑	7	53	60

Zdroj: vlastní výzkum

Testové kritérium: $x^2 = 17,166$
Hladina významnosti: 0,05
Stupeň volnosti: 1
Kritická hodnota: $x^2 = 3,841$

Vypočítaná hodnota testového kritéria je vyšší než hodnota kritická, je tedy nutné odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní, která říká, že dostupnost tabáku je jednodušší pro studenty zdravotnické školy v krajském městě.

H_3 Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou častější uživatelé alkoholu.

Třetí hypotéza předpokládá, že alkohol užívají častěji studenti čtvrtého ročníku SZŠ v krajském městě oproti studentům SZŠ města okresního.

H0 Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou méně častí uživatelé alkoholu.

HA Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou častější uživatelé alkoholu.

	Každý den	1x týdně	1 – 3x měsíčně	pouze jsem ochutnal/a	jinak	∑
SZŠ krajské město	4 (3,02)	27 (25,99)	17 (18,74)	7 (7,25)	0 (0,00)	55
SZŠ okresní město	1 (1,98)	16 (17,01)	14 (12,26)	5 (4,75)	0 (0,00)	36
∑	5	43	31	12	0	91

Zdroj: vlastní výzkum

Testové kritérium: $x^2 = 1,333$
Hladina významnosti: 0,05
Stupeň volnosti: 4
Kritická hodnota: $x^2 = 9,488$

Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší než hodnota kritická a nelze odmítnout nulovou hypotézu. Přijat je tedy fakt, že studenti SZŠ v krajském městě jsou méně častí uživatelé alkoholických nápojů.

H_4 Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou častější uživatelé tabáku.

Tato hypotéza předpokládá, že také tabák užívají častěji studenti zdravotnické školy ve městě krajském oproti studentům zdravotnické školy města okresního.

H0 Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou méně častí uživatelé tabáku.

HA Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou častější uživatelé tabáku.

	ANO	NE	∑
SZŠ krajské město	23 (23,74)	33 (32,26)	56
SZŠ okresní město	16 (15,26)	20 (20,74)	36
∑	39	53	92

Zdroj: vlastní výzkum

Testové kritérium: $x^2 = 0,102$
Hladina významnosti: 0,05
Stupeň volnosti: 1
Kritická hodnota: $x^2 = 3,841$

Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší než hodnota kritická a nelze odmítnout nulovou hypotézu. Přijat je tedy fakt, že studenti SZŠ v krajském městě jsou méně častí uživatelé tabáku.

H_5 Existuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu ke znalostem rizik užívání alkoholu.

Hypotéza číslo pět říká, že existuje určitý významný rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu k znalostem o rizicích užívání alkoholu s předpokladem, že studenti jedné ze škol mají lepší vědomosti o těchto rizicích.

H0 Neexistuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu k znalostem rizik užívání alkoholu.

HA Existuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu k znalostem rizik užívání alkoholu.

	ANO	NE	∑
SZŠ krajské město	109	3	112
SZŠ okresní město	91	3	94
∑	200	6	206

Zdroj: vlastní výzkum

Testové kritérium: $x^2 = 0,102$
Hladina významnosti: 0,05
Stupeň volnosti: 1
Kritická hodnota: $x^2 = 3,841$

Hodnota testového kritéria je u této hypotézy opět menší než hodnota kritická a i v tomto případě přijímáme nulovou hypotézu a tedy fakt, že neexistuje významný rozdíl mezi znalostmi u studentů obou zdravotnických škol v oblasti rizik užívání alkoholu.

H_6 Existuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu ke znalostem rizik užívání tabáku.

Šestá hypotéza předpokládá, že existuje určitý významný rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu k znalostem o rizicích užívání tabáku s předpokladem, že studenti jedné ze škol mají lepší vědomosti o těchto rizicích.

H0 Neexistuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu k znalostem rizik užívání tabáku.

HA Existuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu k znalostem rizik užívání tabáku.

	ANO	NE	∑
SZŠ krajské město	112 (112)	0 (0)	112
SZŠ okresní město	94 (94)	0 (0)	94
∑	206	0	206

Zdroj: vlastní výzkum

Testové kritérium: $x^2 = 0$
Hladina významnosti: 0,05
Stupeň volnosti: 1
Kritická hodnota: $x^2 = 3,841$

Hodnota vypočteného testového kritéria u hypotézy číslo šest je i v tomto případě menší než hodnota kritická a přijímáme nulovou hypotézu a tedy fakt, že neexistuje významný rozdíl mezi znalostmi u studentů obou zdravotnických škol v oblasti rizik užívání tabáku.

5 DISKUZE

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký je aktuální stav v užívání alkoholu a tabáku u studentů zdravotnických škol v krajském a okresním městě. Na základě dílčích cílů byly stanoveny hypotézy. Pro naši práci jsme zvolili kvantitativně orientovaný výzkum. Pomocí dotazníkového šetření jsme zjišťovali potřebné informace, na jejichž základě jsme poté vyhodnotili stanovené hypotézy. Celkově se do výzkumu zapojilo 206 studentů, kteří navštěvují první a čtvrtý ročník. Byla vybrána zdravotnická škola v krajském a v okresním městě.

V návaznosti na hlavní cíl této diplomové práce a z něho vyplývající dílčí cíle jsme stanovili celkem šest hypotéz.

V první hypotéze H_1 předpokládáme, že dostupnost alkoholu bude snazší pro studenty krajského města. K testování této hypotézy byla studentům položena otázka číslo 8, ve které jsou respondenti dotazováni, zda je pro ně obtížné sehnat alkoholický nápoj. U studentů střední zdravotnické školy v krajském městě zazněla odpověď ano a spíše ano celkem 37x (35,24 %) a odpověď ne a spíše ne 68x (64,76 %). Na škole ve městě okresním studenti vybrali odpověď ano a spíše ano 46x (51,11 %) a odpověď ne a spíše ne 44x (48,89 %). Z výsledků je patrný poměrně značný rozdíl v dostupnosti alkoholu mezi jednotlivými školami a na základě statistického výpočtu testu nezávislosti chí-kvadrát můžeme zamítnout nulovou hypotézu H0 ve prospěch alternativní hypotézy HA. Konstatujeme tedy, že dostupnost alkoholu je jednodušší pro studenty zdravotnické školy v krajském městě.

Druhá hypotéza H_2 předpokládá, že stejně jako alkohol, tak i tabák je dostupnější pro studenty střední zdravotnické školy v krajském městě. K ověření této hypotézy byla použita otázka číslo 18 „Je pro tebe obtížné sehnat cigarety?“. Z celkového počtu 33 kuřáků na SZŠ v krajském městě byla vybrána odpověď ano celkem 4x (12,12 %), odpověď ne 29x (87,88 %). Na SZŠ ve městě okresním je celkem 27 kuřáků a pro 3 (11,11 %) je obtížné sehnat tabákové výrobky, zatímco pro zbylých 24 (88,89 %) kuřáků to žádný problém nepředstavuje. Opět tedy zamítáme nulovou hypotézu H0 a přijímáme hypotézu alternativní HA, tedy že dostupnost tabáku je jednodušší pro studenty v krajském městě. Je ovšem nutné podotknout, že procentuální rozdíl mezi zkoumanými skupinami není příliš vysoký. Domníváme se, že studenti ve velkém, krajském městě mají obecně snazší přístup k návykovým látkám jako je alkohol a tabák.

Tyto města jsou více anonymní. V menším městě je naopak větší míra dohledu, lidé se více mezi sebou znají a pro mladistvé je těžší užívání utajit. Nicméně výsledky hodnocení toho, jak jednoduše se dnes mladí lidé mají možnost dostat k těmto látkám je alarmující. Tyto závěry se shodují s názory expertů, kteří se účastnili národní konference „Alkohol a tabák v ČR 2019“. Národní koordinátorka pro drogovou politiku Jarmila Vedralová zde upozornila, že *„v rámci studie ESPAD z roku 2015 označilo celkem 89 % šestnáctiletých alkoholické nápoje a tabákové výrobky jako velmi dostupné“* (vláda.cz, C2021b). Stejné výsledky vidíme i v rámci studie ESPAD za rok 2019, kdy konzumaci alkoholu přiznalo 95,1 % mladistvých a s tabákovými výrobky má zkušenost celkem 54% šestnáctiletých studentů (drogy-info.cz, c2015).

Třetí hypotéza H_3 předpokládá, že studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou častější uživatelé alkoholu. K jejímu ověření jsme použili vyhodnocení otázky číslo 4, ve které se respondentů ptáme, jak často alkohol užívají. Nejčastější odpovědí u studentů čtvrtého ročníku v krajském městě byla odpověď 1x týdně, kterou vybralo z celkového počtu 55 studentů celkem 27 (49,01 %) respondentů. Celkem 17 (30,91 %) studentů užívá alkohol 1 – 3x měsíčně, 7 (12,73 %) jich alkohol pouze ochutnalo a každodenní užívání uvedli 4 (7,27 %) respondenti. U studentů v okresním městě jsou patrné velmi podobné odpovědi, kdy nejčastější užívání je taktéž 1x týdně. Tuto možnost uvedlo 16 (44,44 %) dotazovaných. 14 (38,89 %) žáků užívá alkohol 1 – 3x týdně. Možnost „pouze jsem ochutnal/a) byla zvolena 5x (13,89 %) a každodenní užívání 1x (2,78 %). Na základě statistického výpočtu testu nezávislosti zamítáme alternativní hypotézu HA a přijímáme hypotézu nulovou H0. Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou méně častí uživatelé alkoholu.

Hypotéza čtvrtá H_4 se také týká toho, jak často užívají mladí lidé návykovou látku, tabák. Předpokládá, že studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou častější uživatelé tabáku. K přijetí či naopak zamítnutí této hypotézy jsme použili vyhodnocení otázky číslo 11 „Kouříš v současné době?“. Z celkového počtu 56 studentů čtvrtého ročníku, kteří se účastnili našeho výzkumu na SZŠ v krajském městě, jich kladně odpovědělo 23 (41,07 %). Nekouří 33 (58,93 %). Výsledky z města okresního, kde hodnotíme z celkového počtu 36 studentů čtvrtého ročníku, nám ukázaly, že 16 (44,44 %) se považuje za kuřáky. 20 (55,56 %) studentů nekouří. Již z běžného pohledu na tyto výsledné hodnoty a následně potom na základě statistického výpočtu zamítáme

alternativní hypotézu HA a přijímáme hypotézu nulovou H0. Studenti čtvrtého ročníku zdravotnické školy v krajském městě jsou méně častí uživatele tabáku.

Zjištění, že studenti SZŠ v krajském městě jsou méně častí uživatele alkoholu i tabáku pro nás bylo poměrně překvapivé. A to i přesto, že nejde o nijak řádové rozdíly. Zvláště v návaznosti na první dvě hypotézy, které byly přijaty a konstatují, že alkohol i tabák jsou v krajském městě pro studenty dostupnější. Při snaze zodpovědět si tento možný „rozpor" jsme zohlednili fakt, že, jak už bylo v této práci několikrát zmíněno, trendy v užívání alkoholických nápojů a tabáku u mladistvých jsou mírně klesající a v krajském městě, které je přeci jenom větší a většinou i více „moderní" se tento trend jednoduše projevuje rychleji. Pokud se ovšem mladí lidé v tomto větším, krajském městě rozhodnou alkohol či tabák užívat je pro ně opravdu dostupnost těchto látek snazší.

V hypotéze číslo 5 H_5 předpokládáme, že existuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu ke znalostem rizik užívání alkoholu. K této hypotéze se nám vztahuje otázka číslo 9 „Znáš rizika spojená s užíváním alkoholu?". Z celkového počtu 112 studentů na krajské škole pouze 3 (2,68 %) respondenti odpověděli, že si nejsou těchto rizik vědomi a celých 109 (97,32 %) odpovědělo kladně, tedy že rizika užívání alkoholu znají. Podobných výsledků jsme dosáhli i na SZŠ ve městě okresním, kde z počtu 94 respondentů záporně odpověděli opět 3 (3,19 %) studenti. Odpověď ano zvolilo 91 (96,81 %) dotazovaných. Je příjemným zjištěním, že tak vysoké procentu respondentů odpovědělo kladně. Všech 6 studentů, kteří zvolili odpověď ne, navštěvuje první ročník střední školy. Ve čtvrtých ročnících jsme zaznamenali 100% kladných odpovědí. Mezi nejčastěji zmiňovaná rizika patří cirhóza jater (71), delirium tremens (19), rakovina (89), infarkt myokardu (54) a neplodnost (16). Hodnota testového kritéria (0,102) je v tomto případě menší než hodnota kritická (3,841), a neexistuje tedy významný rozdíl mezi znalostmi týkajících se rizik v oblasti užívání alkoholu. Zamítáme alternativní hypotézu HA a přijímáme hypotézu nulovou H0. Neexistuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu k znalostem rizik užívání alkoholu.

Poslední hypotézou v této práci je hypotéza šestá H_6, ve které předpokládáme, že existuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu ke znalostem rizik užívání tabáku. K jejímu vyhodnocení jsme použili otázku číslo 19 „Znáš rizika spojená s užíváním tabáku?". Na tuto otázku odpovědělo všech 206 (100 %) respondentů z obou škol kladně. Mezi nejčastěji zmiňovaná rizika patří rakovina plic, infarkt myokardu a na přední příčky se dostala i neplodnost. I u této hypotézy můžeme tedy konstatovat, že

hodnota testového kritéria (0) je menší než hodnota kritická (3,841) a je zamítnuta alternativní hypotéza HA. Přijímáme nulovou hypotézu H0. Neexistuje rozdíl mezi studenty zdravotnických škol ve vztahu k znalostem rizik užívání tabáku.

Zjištění, že studenti SZŠ v krajském městě jsou méně častí uživatele alkoholu i tabáku pro nás bylo poměrně překvapivé. A to i přesto, že nejde o nijak řádové rozdíly. Zvláště v návaznosti na první dvě hypotézy, které byly přijaty a konstatují, že alkohol i tabák jsou v krajském městě pro studenty dostupnější. Při snaze zodpovědět si tento možný „rozpor" jsme zohlednili fakt, že, jak už bylo v této práci několikrát zmíněno, trendy v užívání alkoholických nápojů a tabáku u mladistvých jsou mírně klesající a v krajském městě, které je přeci jenom větší a většinou i více „moderní" se tento trend jednoduše projevuje rychleji. Pokud se ovšem mladí lidé v tomto větším, krajském městě rozhodnou alkohol či tabák užívat je pro ně opravdu dostupnost těchto látek snazší. Stejně tak můžeme konstatovat, že ačkoli nám výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že adolescenti mají s užíváním alkoholu a tabáku značně velké zkušenosti, kdy z celkového počtu 206 respondentů přiznalo celých 195 (94,66 %) užití alkoholu, pozorujeme vysokou znalost v oblasti možných rizik při užívání těchto látek. Je tedy otázkou, proč studenti, kteří teoreticky znají všechna rizika spojená s užíváním těchto návykových látek, je užívají. Jedním z možných vysvětlení je, dle našeho názoru, to, že ačkoli studenti dostanou v rámci různých preventivních programů na škole všechny potřebné informace, tyto programy (a potažmo lidé, kteří je uskutečňují) přesto nemají dostatečnou sílu k tomu, aby v mladých lidech dokázaly vybudovat schopnost odmítnout.

ZÁVĚR

Alkohol i tabák jsou látky návykové a jako takové způsobují závislost. Obecně můžeme říct, že čím dříve začnou mladí lidé experimentovat s těmito látkami, tím větší je pravděpodobnost rozvoje závislosti a s ní spojených zdravotních, psychických i sociálních komplikací.

Naše diplomová práce se věnuje fenoménu závislosti na alkoholu a tabáku u žáků středních zdravotnických škol. Výzkum byl proveden na dvou zdravotnických školách a v každé z nich byli osloveni žáci prvních a čtvrtých ročníků. Data pro výzkum jsme získali pomocí metody dotazníku. Tuto metodu jsme zvolili především z důvodu oslovení většího množství respondentů v relativně krátké době. Výsledná data poté prezentujeme ve formě tabulek a grafů.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký je aktuální stav užívání alkoholu a tabáku ve dvou středních zdravotnických školách. Jako dílčí cíle jsme si stanovili zjištění, je-li alkohol a tabák dostupnější pro studenty zdravotnických škol v krajském či okresním městě, zda studenti zdravotnických škol znají rizika spojená s užíváním alkoholu a tabáku a v neposlední řadě zjištění v jaké míře je alkohol a tabák u těchto studentů užíván. Můžeme konstatovat, že cíle práce byly naplněny. Z výsledků nám, oproti očekávání, vyplývá, že jak v oblasti užívání těchto látek, tak v oblasti znalostí o nich, nebyly zjištěny významné rozdíly v rámci srovnání zúčastněných škol. Potvrdilo se ovšem, že dostupnost alkoholu i tabáku je snadnější pro studenty zdravotnické školy v krajském městě oproti městu okresnímu.

I přes skutečnost, že na téma užívání návykových látek byla napsána již řada publikací, stejně jako závěrečných prací, spatřujeme toto téma stále aktuální a především pro zúčastněné střední zdravotnické školy vidíme v této práci přínos z hlediska zjištěných informací a možností další práce s nimi.

SOUHRN

Diplomová práce se věnuje problematice užívání návykových látek, konkrétně alkoholu a tabáku u studentů zdravotnických škol. Uvádí základní informace týkající se stěžejních pojmů jako závislost, alkohol, tabák, prevence a středoškolská mládež.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jaký je aktuální stav užívání alkoholu a tabáku u studentů zdravotnických škol v krajském a okresním městě. Práce je zaměřena na srovnávání prvních a čtvrtých ročníků ve dvou středních školách. Při výzkumném šetření jsme použili metodu dotazníku, který jsme vytvořili. Výsledky byly získány z celkem 206 vyplněných dotazníků.

Na základě výsledků výzkumu je možno říct, že dostupnost alkoholu i tabákových výrobků je snazší pro studenty zdravotnické školy v krajském městě, nicméně v míře užívání alkoholu i tabáku jsou na tom studenti zdravotnických škol v obou městech stejně. Stejně tak i míra znalostí v oblasti škodlivých účinků těchto látek je u všech studentů stejná.

Klíčová slova: závislost, alkohol, tabák, středoškolská mládež, prevence.

SUMMARY

The diploma thesis deals with the issue of substance abuse, specifically alcohol and tobacco in medical school students. It provides basic information on key concepts such as addiction, alcohol, tobacco, prevention and high school youth.

The main goal of this diploma thesis is to find out the current state of alcohol and tobacco use among medical school students in regional and district cities. The work is focused on the comparsion of the first and fourth year in two secondary schools. In the research, we used the questionnaire method, which we developed. The results were obtained from a total of 206 completed questionnaires.

Based on the research result, it can be said that the availability of alcohol and tobacco products is easier for medical school students in the regional city, however, in terms of alcohol and tobacco use, medical school students in both cities are the same. Likewise, the level of knowledge in the field of harmful effects of these substances is the same for all students.

Keywords: addiction, alcohol, tobacco, high school youth, prevention.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ADIKTOLOGIE.CZ. *Co je prevence* [online]. c2020a [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/co-je-prevence.
2. ADIKTOLOGIE.CZ. *Alkohol-úvod-historie* [online]. c2020b [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/file/418/alkohol-uvod-historie.pdf.
3. ALKOHOLIK.CZ. *Rozdělení konzumentů alkoholu* [online]. C2003-2020a [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: https://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/rozdeleni_konzumentu_alkoholu_pijaku.html.
4. ALKOHOLIK.CZ. *Opilost - stadia, příznaky* [online]. C2003-2020b [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: https://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/opilost_stadia_priznaky_poc et_promile_alkoholu_v_krvi.html.
5. ALKOHOLIK.CZ. *Delirium tremens a další alkoholické psychózy* [online]. C2003-2020c [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: https://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/delirium_tremens_a_dalsi_alkoholicke_psychozy_priznaky.html.
6. BABOR, T. F., J. C. HIGGINS – BIDDLE. 2010. 2 vyd. *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití, Manuál pro použití v primární péči.* Praha: Státní zdravotní ústav. 47 s. ISBN 978-80-7071-316-7.
7. CARR-GREGG, M., E. SHALE. 2010. *Puberťáci a adolescenti: průvodce výchovou dospívajících.* Praha: Portál. 197 s. ISBN 978-80-7367-662-9.
8. Citaty.net. *Citáty slavných osobností: Největší sbírka citátů, myšlenek aaforismů* [online]. c2020 [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: https://citaty.net/.
9. CRHA, I., D. HRUBÁ. 2000. *Kouření a reprodukce.* Brno: LF MU. 54 s. ISBN 80-210-2284-1.
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2013. 5th Ed. Washington: American Psychiatric Association. 991 s. ISBN 9780890425558.
11. DOLINA, J., et al. 2009. *Civilizace a nemoci.* Praha: Futura. 272 s. ISBN 978-80-86844-53-4.

12. DROGY-INFO.CZ. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019* [online]. C2015 [cit. 2020-05-18]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33292/1057/Zaostreno%202020-05_ESPAD%202019.pdf.
13. ELCIGON.CZ. *Víte jaká je historie elektronické cigarety?* [online]. C2020 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: https://www.elcigon.cz/magazin-elekronickych-cigaret/historie-elektronicke-cigarety-aneb-vznikla-elektronicka-cigareta-opravdu-v-21--stoleti/.
14. *ESPAD Report 2019 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union. C2016. [cit. 2021-01-15]. Monografie: ISBN 978-92-9497-546-1. Dostupné z http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf.
15. ETRAFIKA.CZ. *Doutníky* [online]. C2020 [cit. 2020-02-27]. Dostupné z: https://www.etrafika.cz/doutniky/.
16. FISCHER, S., J. ŠKODA. 2014. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* 2.vyd. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
17. GALLÀ, M., a kol. 2005. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci.* Praha: Úřad vlády České republiky. 156 s. ISBN 80-86734-38-2.
18. GÖHLERT, F., F. KÜHN. 2001. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie.* Praha: Ikar. 141 s. ISBN 80-7202-950-9.
19. GOODYER, P. 2001. *Drogy + teenager.* Praha: Nakladatelství Slovanský dům. 162 s. ISBN 80-86421-44-9.
20. HAJNÝ, M., 2001. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky : rizika zvyšující užívání drog : léčba : problémové situace.* Praha: Grada: Publishing. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.
21. HARTL, P., P. HARTLOVÁ. 2004. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISNB 80-7178-303-X.
22. HELLER, J., O. PECINOVSKÁ. 2011. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby.* Praha: Togga. 215s. ISBN 978-80-87258-62-0.
23. HORT, V., M. HRDLIČKA a kol. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
24. HRYCH, E. et al. 1996. *Slavná historie tabákového dýmu*. Praha: Forma. 182 s. ISBN 80-7213-006-4.

25. CHRÁSKA, M. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
26. ILLES, T. 2002. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence.* 55 s. Praha: ISV. ISBN 80-85866-93-5.
27. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky. C2003. [cit. 2020-11-15]. Monografie. ISBN 80-86734-05-6. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/monografie/drogy-a-drogove-zavislosti-kalina-a-kol/
28. KALINA, K. a kol. 2008. *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
29. KLEIMAN. M. A. R., J. P. CAULKINS. I. HAWKEN. 2011. *Drugs and drug policy: what everyone needs to know.* Oxford: Oxford University Press. 234 s. ISBN 978-0-19-976450-1.
30. KLENEROVÁ, V., S. HYNIE. 2002. *Závislost na návykových látkách*. Praha: MŠMT ČR. 267 s. ISBN 80-239-0910-X.
31. KOZÁK, J. T., J. RICHTER, I. PFEIFER. 1993. *Rizikový faktor kouření.* Praha: KPK. 241 s. ISBN 80-85267-42.
32. KRÁLÍKOVÁ, E. 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba.* Břeclav: Adamira. 503 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
33. KRÁLÍKOVÁ, E. 2015. *Diagnóza F17: závislost na tabáku.* Praha: Mladá fronta. 102 s. ISBN 978-80-204-3711-2.
34. KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví.* 3 vyd. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
35. KUŘÁKOVA-PLÍCE.CZ. *Nikotin a informace o něm* [online]. C2003-2020a [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: https://www.kurakova-plice.cz/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/50-nikotin-zakladni-informace-o-nikotinu-a-jeho-ucinku-v-organismu.
36. KUŘÁKOVA-PLÍCE.CZ. *Vodní dýmka a její škodlivost pro zdraví organismu* [online]. C2003-2020b [cit. 2020-02-21]. Dostupné z: https://www.kurakova-plice.cz/kurak-a-koureni/vodni-dymka/58-vodni-dymka-a-jeji-skodlivost-pro-zdravi-organismu.

37. KUŘÁKOVA-PLÍCE.CZ. *Desatero úspěšného odvykání kouření* [online]. C2003-2020c [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: https://www.kurakova-plice.cz/odvykani/jak-prestat-kourit-vyhody-nekoureni/137-desatero-uspesneho-odvykani-koureni.
38. LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* Praha: Grada. 994 s. ISBN 80-2470-6687.
39. MACEK, P. 2003. *Adolescence.* Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
40. MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ. 2009. *Výchova ke zdraví.* Havlíčkův Brod: Grada. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
41. MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ. 2016. *Výchova ke zdraví.* 2.vyd. Havlíčkův Brod: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
42. MARÁDOVÁ, E. 2004. *Zdravý životní styl - Výchova ke zdraví.* Praha: Fortuna. 64 s. ISBN 80-7168-914-9.
43. MEDIATELY.CO. *MKN-10* [online]. [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: https://mediately.co/cz/icd/F00-F99/set/F10-F19/cls/F10.2/poruchy-du%C5%A1evn%C3%AD-a-poruchy-chov%C3%A1n%C3%AD-zp%C5%AFsoben%C3%A9-u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%ADm-alkoholu-syndrom-z%C3%A1vislosti.
44. MŠMT ČR. *Prevence* [online]. c2013-2020 [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/prevence.
45. MÜHLPACHR, P. 2008. *Sociopatologie pro sociální pracovníky.* Brno: MSD s.r.o. 195 s. ISBN 978-80-7392-069-2.
46. MÜHLPACHR, P. 2008. *Sociopatologie.* Brno: Masarykova univerzita, 196 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
47. MÜLLEROVÁ, D. et al. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví.* Praha: Karolinum. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
48. NEŠPOR, K. 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby.* 5.vyd. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1357-4.
49. NEŠPOR, K. 2001. *Vaše děti a návykové látky.* Praha: Portál, 157 s. ISBN 80-7178-515-6.
50. NEŠPOR, K. *Alkohol, drogy a vaše děti.* [online]. Sportpropag, C2003. [cit.2020-11-13]. Dostupné z: https://www.drnespor.eu/knizkycz.html
51. NEŠPOR, K. 2006. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké.* Brno: Host. 240 s. ISBN 80-7294-206-9.

52. NOVÁK, M. a kol. 1980. *O kouření*. Praha: Avicenum, 164 s. ISBN 08-060-80.
53. NZIP.CZ. *Alkohol a děti.* [online]. C2021a [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/196-alkohol-a-deti.
54. NZIP.CZ. *Návykové látky (drogy).* [online]. C2021b [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/323-navykove-latky-drogy.
55. OTTOVA VŠEOBECNÁ ENCYKLOPEDIE: ve dvou svazcích. 2003. Svazek 1. Praha: Ottovo nakladatelství – cesty, 736 s. ISBN 80-7181-938.
56. PALČOVÁ, A., a kol. 2000. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog.* Praha: Psychiatrické centrum. 80 s. ISBN 80-85121-20-4.
57. PAVELDANKO.CZ. *Alkohol* [online]. c2003 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: http://www.paveldanko.com/alkohol/.
58. POKORNÝ, V. 2000. *Patologické závislosti.* 2.vyd. Brno: Prevence SPJ. 96 s. ISBN 80-238-6539-4.
59. POPOV, P. 2001. Návykové poruchy. In: J. RABOCH a kol. *Psychiatrie.* Praha: Galén. 622 s. ISBM 80-7262-820-9.
60. PRADÁČOVÁ, J. 2013. *Kouření a zdraví: obecné informace pro pacienty.* Praha: Liga proti rakovině. 16 s. ISBN 978-80-260-5220-3.
61. PREV.CENTRUM.CZ. *Alkohol* [online]. C2017 [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/alkohol/.
62. PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ, J. MAREŠ. 2009. *Pedagogický slovník.* Praha: 6. vyd. Portál. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
63. PSYCHIATRY.ORG. *What-is-addiction.* [online]. C2021 [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction.
64. RAHN, E., A. MAHNKOPF. 2000. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi.* Praha: Grada. 466 s. ISBN 80-7169-964-0.
65. SCHÖNFELDER, P., I. SCHÖNFELDER. 2010. *Léčivé rostliny – OTTŮV PRŮVODCE PŘÍRODOU.* Praha: Ottovo nakladatelství. 496 s. ISBN 978-80-736-588-9.

66. SZÚ.CZ. *Užívání tabáku v České republice2017* [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2017.pdf?highlightWords=Aktu%C3%A1ln%C3%AD+u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD+tab%C3%A1ku.
67. TYLER, A. 2000. *Drogy v ulicích: mýty – fakta – rady.* Praha: I. Železný. 436 s. ISBN 80-237-3606-X.
68. UZIS. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. c2020 [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/f/008312/mkn-10-tabelarni-cast-20200515.pdf.
69. VÁGNEROVÁ, M. 2019. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání.* 3.vyd. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
70. VAVŘINKOVÁ, B., T. BINDER. 2006. *Návykové látky v těhotenství.* Praha: Triton. 122 s. ISBN 80-7254-829-8.
71. VLÁDA.CZ. *Nová národní strategie protidrogové politiky otevírá nově také témata nadužívání léků, internetu a nových technologií* [online]. c2009-2020a [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/nova-narodni-strategie-protidrogove-politiky-otevira-nove-take-temata-naduzivani-leku--internetu-a-novych-technologii-173789/.
72. VLÁDA.CZ. *Legální návykové látky jsou u nás stále dostupné dětem i mladistvým* [online]. c2009-2020b [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/legalni-navykove-latky-jsou-u-nas-stale-prilis-dostupne-detem-i-mladistvym--shodli-se-experti-na-konferenci-alkohol-a-tabak-v-cr-178225/
73. VŠEPROKOUŘENÍ.CZ. *Rozdíl mezi dýmkou, fajfkou, lulkou, čibukem* [online]. C2020 [cit. 2020-02-27]. Dostupné z: https://blog.vseprokoureni.cz/rozdil-mezi-dymkou-fajfkou-lulkou-a-cibukem/?fbclid=IwAR3QO4rbVaTAM9NXoQUln4-5JCdBPEZtcvUMNggGqIJRNcuNXgFkQ9SXVqk.
74. VYCHOVAKEZDRAVI.CZ. *Co jste možná nevěděli o tabákovém kouři.* [online]. C2009 [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/tabak.html.
75. WHO. *Pure alcohol consumption* [online]. C2020 [cit. 2020-01-05]. Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/.

76. WHO. *Spotlight on adolescent health and well-being* [online]. 2020 Geneva: WHO [cit. 2020-05-18]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf.
77. ZÁKONY.CZ. *Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami* [online]. C2020 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: https://www.zakony.cz/zakony/2005/301/zakon-379-2005-Sb-SB2005379.
78. ZÁKONYPROLIDI.CZ. *Vyhláška č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky* [online]. C2010 - 2020 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-344.

SEZNAM ZKRATEK

APA – American Psychological Association

ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

EU – Evropská unie

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

NZIP – Národní zdravotnický informační portál

OAT – ordinace pro alkoholismus a jiné intoxikace

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

SZŠ – Střední zdravotnická škola

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Složení respondentů dle pohlaví.
Tabulka č. 2: Složení respondentů dle věku.
Tabulka č. 3: Složení respondentů dle ročníku.
Tabulka č. 4: Výsledky hodnocení otázky č. 1.
Tabulka č. 5: Výsledky hodnocení otázky č. 2.
Tabulka č. 6: Výsledky hodnocení otázky č. 3.
Tabulka č. 7: Výsledky hodnocení otázky č. 4.
Tabulka č. 8: Výsledky hodnocení otázky č. 5.
Tabulka č. 9: Výsledky hodnocení otázky č. 6.
Tabulka č. 10: Výsledky hodnocení otázky č. 7.
Tabulka č. 11: Výsledky hodnocení otázky č. 7 – stupeň opilosti.
Tabulka č. 12: Výsledky hodnocení otázky č. 8.
Tabulka č. 13: Výsledky hodnocení otázky č. 9.
Tabulka č. 14: Výsledky hodnocení otázky č. 9 – rizika spojená s užíváním alkoholu.
Tabulka č. 15: Výsledky hodnocení otázky č. 10.
Tabulka č. 16: Výsledky hodnocení otázky č. 11.
Tabulka č. 17: Výsledky hodnocení otázky č. 12.
Tabulka č. 18: Výsledky hodnocení otázky č. 13.
Tabulka č. 19: Výsledky hodnocení otázky č. 14.
Tabulka č. 20: Výsledky hodnocení otázky č. 15.
Tabulka č. 21: Výsledky hodnocení otázky č. 16.
Tabulka č. 22: Výsledky hodnocení otázky č. 17.
Tabulka č. 23: Výsledky hodnocení otázky č. 18.
Tabulka č. 24: Výsledky hodnocení otázky č. 19.
Tabulka č. 25: Výsledky hodnocení otázky č. 19 – rizika spojená s užíváním tabáku.
Tabulka č. 26: Výsledky hodnocení otázky č. 20.
Tabulka č. 27: Výsledky hodnocení otázky č. 21.
Tabulka č. 28: Výsledky hodnocení otázky č. 22.
Tabulka č. 29: Výsledky hodnocení otázky č. 22 – kouřící osoba v rodině.

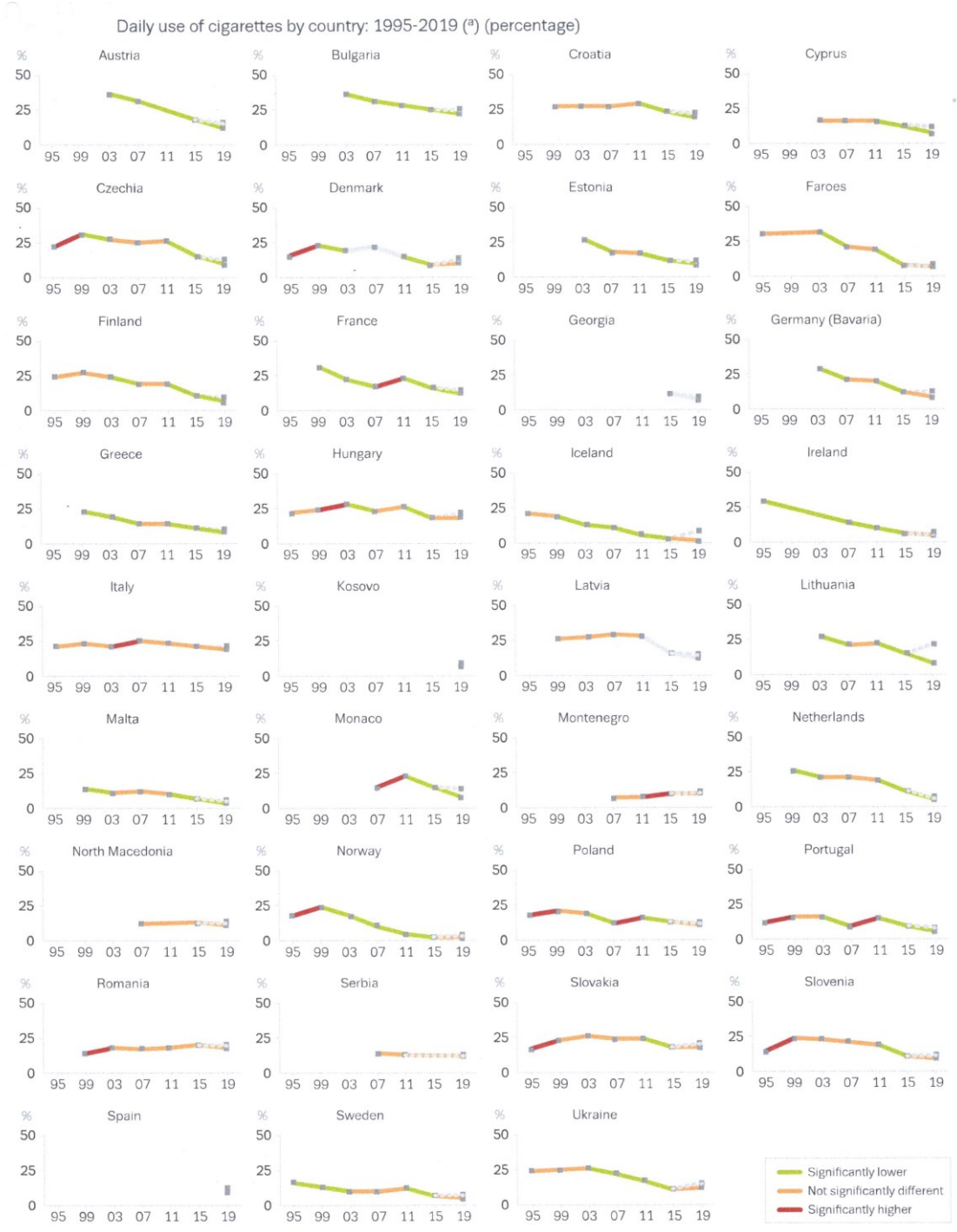
SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Výsledky hodnocení otázky č. 1.
Graf č. 2: Výsledky hodnocení otázky č. 2.
Graf č. 3: Výsledky hodnocení otázky č. 3.
Graf č. 4: Výsledky hodnocení otázky č. 4.
Graf č. 5: Výsledky hodnocení otázky č. 5.
Graf č. 6: Výsledky hodnocení otázky č. 6.
Graf č. 7: Výsledky hodnocení otázky č. 7.
Graf č. 8: Výsledky hodnocení otázky č. 8.
Graf č. 9: Výsledky hodnocení otázky č. 9.
Graf č. 10: Výsledky hodnocení otázky č. 10.
Graf č. 11: Výsledky hodnocení otázky č. 11.
Graf č. 12: Výsledky hodnocení otázky č. 12.
Graf č. 13: Výsledky hodnocení otázky č. 13.
Graf č. 14: Výsledky hodnocení otázky č. 14.
Graf č. 15: Výsledky hodnocení otázky č. 15.
Graf č. 16: Výsledky hodnocení otázky č. 16.
Graf č. 17: Výsledky hodnocení otázky č. 17.
Graf č. 18: Výsledky hodnocení otázky č. 18.
Graf č. 19: Výsledky hodnocení otázky č. 19.
Graf č. 20: Výsledky hodnocení otázky č. 20.
Graf č. 21: Výsledky hodnocení otázky č. 21.
Graf č. 22: Výsledky hodnocení otázky č. 22.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Denní užívání cigaret podle zemí v letech 1995 – 2019.
Příloha 2. Občasné užívání cigaret podle zemí v letech 1995 – 2019.
Příloha 3. Denní užívání alkoholu podle zemí v letech 1995 - 2019.
Příloha 4. Občasné užívání alkoholu podle zemí v letech 1995 – 2019
Příloha 5. Vzor dotazníku.

Příloha 1

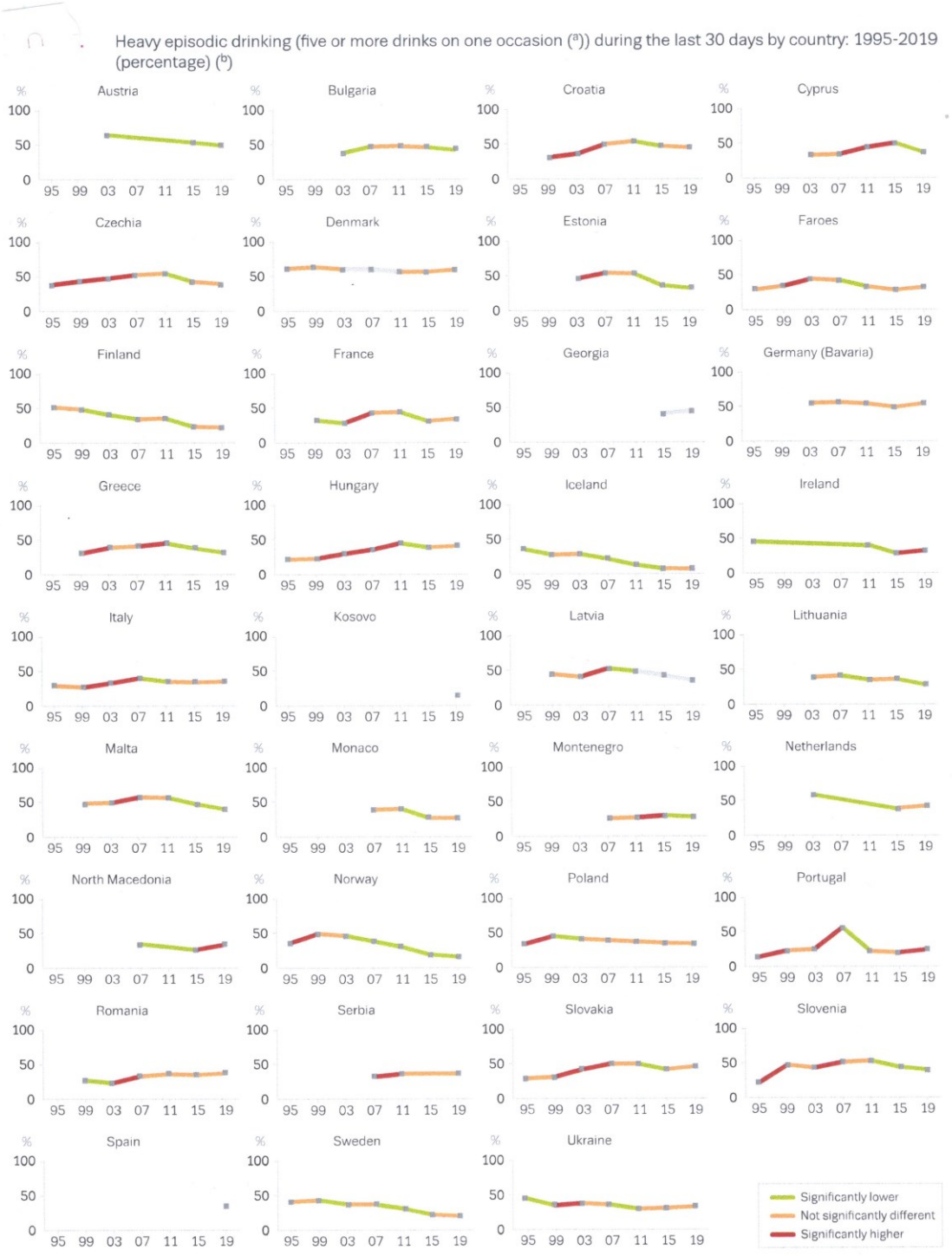


(a) In the ESPAD 2019 questionnaire, questions about cigarette smoking specifically exclude e-cigarettes. Prevalence estimates for 2019 are therefore reported separately for cigarette use (solid line) and cigarette and/or e-cigarette use (dashed line, data not comparable).

Příloha 2

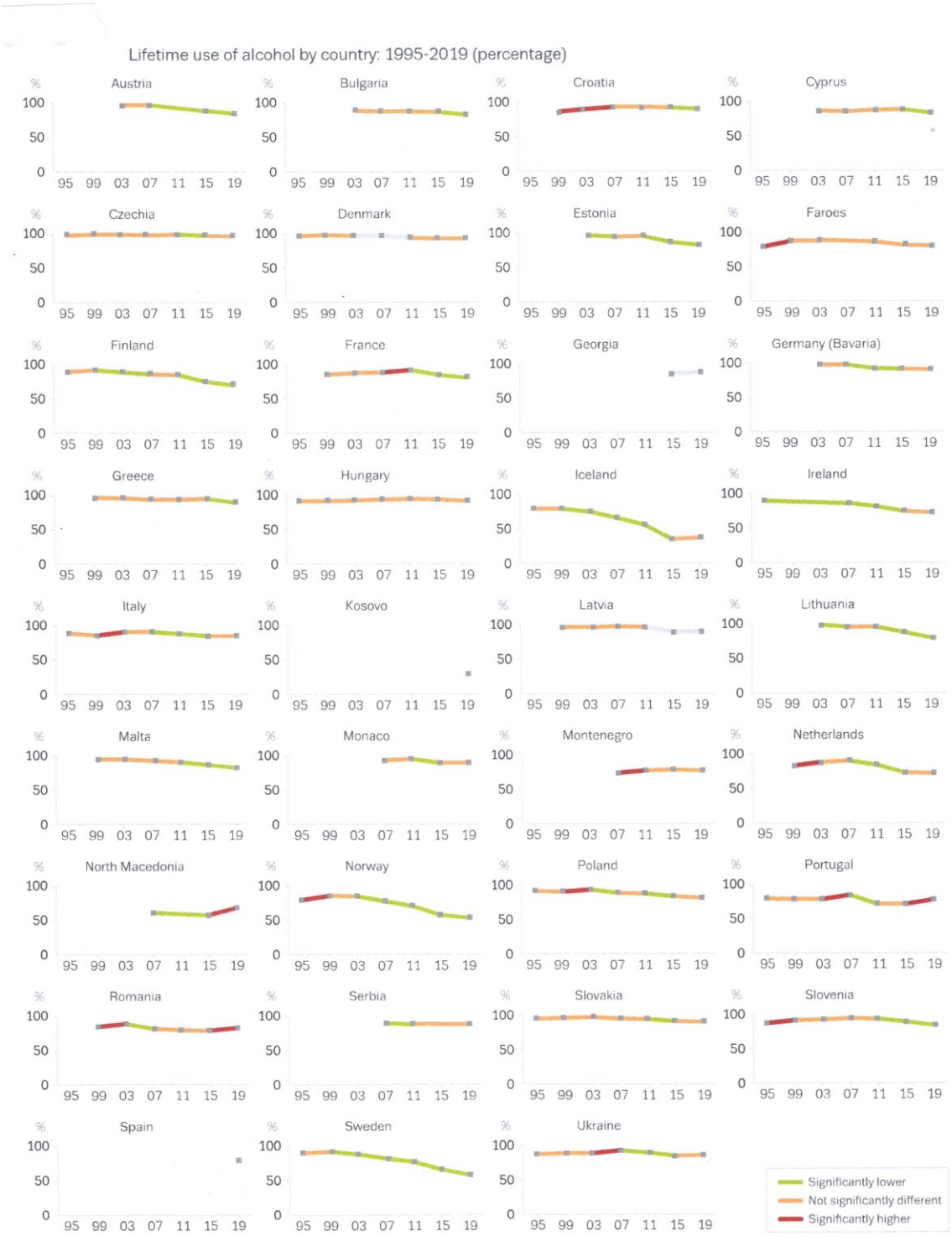
(a) In the ESPAD 2019 questionnaire, questions about cigarette smoking specifically exclude e-cigarettes. Prevalence estimates for 2019 are therefore reported separately for cigarette use (solid line) and cigarette and/or e-cigarette use (dashed line, data not comparable).

Příloha 3



(a) National examples are given so that a 'drink' is understood to contain roughly the same amount of pure alcohol as a glass of wine.
(b) In 1995-2003 the question referred to 'five or more drinks in a row' and neither cider nor premixed drinks were included among the examples. A 2006 questionnaire test in eight countries found no significant differences between the two approaches.

Příloha 4


Lifetime use of alcohol by country: 1995-2019 (percentage)
Austria
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czechia
Denmark
Estonia
Faroes
Finland
France
Georgia
Germany (Bavaria)
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Italy
Kosovo
Latvia
Lithuania
Malta
Monaco
Montenegro
Netherlands
North Macedonia
Norway
Poland
Portugal
Romania
Serbia
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Ukraine
%
100
50
0
95 99 03 07 11 15 19
Significantly lower
Not significantly different
Significantly higher

Příloha 5

Vážení studenti,
ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který se týká problematiky závislosti na alkoholu a tabáku u žáků zdravotnických škol. Dotazník je dobrovolný a anonymní. Zjištěné údaje budou využity ke zpracování mé diplomové práce.
Návod k vyplnění je uveden u každé otázky zvlášť.

Děkuji Vám za spolupráci

Bc. Magda Filipová

Jsi - dívka ☐
chlapec ☐

Kolik je ti let - 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ více ☐

Ročník - první ☐ druhý ☐

třetí ☐ čtvrtý ☐

<u>Otázky týkající se alkoholu</u> –

1. Užil jsi již někdy alkoholický nápoj? ANO ☐ NE ☐

Pokud jsi zaškrtl/a odpověď NE, přejdi prosím k otázce číslo 9.

2. Pokud ano, o jaký alkoholický nápoj se jednalo –

PIVO ☐
VÍNO ☐
DESTILÁTY (vodka, rum, slivovice atd.) ☐

3. V kolika letech jsi poprvé ochutnal alkohol?

10 let a méně ☐
10 – 12 let ☐
12 – 15 let ☐
15 – 18 let ☐
více jak 18let ☐

4. Jak často užíváš alkohol?

KAŽDÝ DEN ☐
1 x TÝDNĚ ☐
1 - 3 x MĚSÍČNĚ ☐
POUZE JSEM OCHUTNAL/A ☐
JINAK ……

5. Kdo ti poprvé nabídl alkohol?

KAMARÁDI ☐
RODIČE ☐
SOUROZENEC ☐
ZAJISTIL JSEM SI HO SÁM ☐
JINÁ OSOBA (prosím napiš kdo) ……

6. Cítíš se být závislý/á na alkoholu? ANO ☐ NE ☐ NEVÍM ☐

7. Byl/a jsi někdy opilý/á? ANO ☐ NE ☐

V případě odpovědi ANO vyjádři číslicí 1 až 5 jak moc. 1 = nejméně 5 = nejvíce

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐

8. Je pro tebe obtížné sehnat alkohol? ANO ☐ SPÍŠE ANO ☐
NE ☐ SPÍŠE NE ☐

9. Znáš rizika spojená s užíváním alkoholu? ANO ☐ NE ☐

Pokud jsi zaškrtl/a odpověď ANO, napiš prosím, jaké to jsou …….....

……...

10. Poskytuje ti škola dostatek informací ohledně škodlivosti užívání alkoholu?

ANO ☐ SPÍŠE ANO ☐
NE ☐ SPÍŠE NE ☐

<u>Otázky týkající se tabáku</u> –

11. Kouříš v současné době? ANO ☐ NE ☐

Pokud jsi zaškrtl/a odpověď NE, přejdi prosím k otázce číslo 19.

12. Kouříš -

CIGARETY ☐
ELEKTRONICKÉ CIGARETY ☐
VODNÍ DÝMKA ☐
JINÁ FORMA (doutník dýmka …) ☐

13. V kolika letech jsi poprvé ochutnal cigaretu?

10 let a méně ☐
10 – 12 let ☐
12 – 15 let ☐
15 – 18 let ☐
více jak 18let ☐

14. Jak často užíváš tabák?

KAŽDÝ DEN ☐
1 x TÝDNĚ ☐
1 - 3 x MĚSÍČNĚ ☐
JINAK ……

15. V případě, že užíváš tabák každý den, kolik cigaret denně vykouříš?

MÉNĚ NEŽ 5 ☐
6 - 10 ☐
11 – 15 ☐
16 - 20 ☐

16. Kdo ti poprvé nabídl cigaretu?

KAMARÁDI ☐
RODIČE ☐
SOUROZENEC ☐
ZAJISTIL JSEM SI JI SÁM ☐
JINÁ OSOBA (prosím napiš kdo) ☐

17. Cítíš se být závislý/á na tabáku? ANO ☐ SPÍŠE ANO ☐
NE ☐ SPÍŠE NE ☐

18. Je pro tebe obtížné sehnat cigarety? ANO ☐ NE ☐

19. Znáš rizika spojená s užíváním tabáku? ANO ☐ NE ☐

Pokud jsi zaškrtl/a odpověď ANO, napiš prosím, jaké to jsou ……

…….

20. Omezují tě ostatní kuřáci? ANO ☐ NE ☐

V případě odpovědi ANO, napiš prosím jak ……

……...

21. Poskytuje ti škola dostatek informací ohledně škodlivosti užívání tabáku?

ANO ☐ NE ☐

22. Kouří někdo z tvojí rodiny? ANO ☐ NE ☐

V případě odpovědi ANO, napiš prosím kdo ……

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Magda Filipová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravovědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Kurková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Fenomén závislosti na alkoholu a tabáku u studentů zdravotnických škol.
Název v angličtině:	The phenomenon of alcohol and tobacco dependence in medical school students.
Anotace práce:	Diplomová práce s názvem Fenomén závislosti na alkoholu a tabáku u studentů zdravotnických škol se zabývá problematikou užívání alkoholu a tabáku u studentů prvních a čtvrtých ročníků zdravotnických škol v krajském a okresním městě. V teoretické práci jsou vymezeny klíčové pojmy jako závislost, alkohol, tabák, středoškolská mládež a prevence. Obsaženy jsou i kapitoly zabývající se statistikou v této oblasti. V praktické části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření.
Klíčová slova:	Závislost, alkohol, tabák, středoškolská mládež, prevence.
Anotace v angličtině:	The thesis called The phenomenon of alcohol and tobacco dependence in medical school students deals with the issue of alcohol and tobacco use in first and fourth year students of medical schools in regional and district cities. In the theoretical parts, some key concepts such as addiction, alcohol, tobacco, high school youth and prevention are defined. There are also chapters dealing with statistics in the area. The practical part presents the results of the research.
Klíčová slova v angličtině:	Addiction, alcohol, tobacco, high school youth, prevention.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Denní užívání cigaret podle zemí v letech 1995 - 2019. Příloha 2. Občasné užívání cigaret podle zemí v letech 1995 – 2019. Příloha 3. Denní užívání alkoholu podle zemí v letech 1995 -

	2019. Příloha 4. Občasné užívání alkoholu podle zemí v letech 1995 – 2019 Příloha 5. Vzor dotazníku
Rozsah práce:	105 stran
Jazyk práce:	český jazyk