

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
KATEDRA BIOLOGICKÝCH A LÉKAŘSKÝCH VĚD



**ANALÝZA UŽÍVÁNÍ TABÁKOVÝCH VÝROBKŮ A
ALKOHOLU STUDENTY STŘEDNÍCH A VYSOKÝCH ŠKOL**

**ANALYSIS OF THE TOBACCO AND ALCOHOL USE BY
HIGH SCHOOL AND UNIVERSITY STUDENTS**

(diplomová práce)

Prohlášení:

„Prohlašuji, že tato diplomová práce je mým původním autorským dílem a veškeré myšlenky, data a jejich zdroje, z nichž jsem pro zpracování čerpala, řádně cituji.“

Datum :

Podpis:

Poděkování:

Ráda bych poděkovala RNDr. Haně Klusoňové, Ph.D., za laskavou pomoc a odborné vedení při vypracování diplomové práce, Mgr. Heleně Klegerové z Gymnázia Mnichovo Hradiště, Mgr. Lence Řebíčkové ze Střední průmyslové školy v České Lípě, Doc. MUDr. Aleně Merkunové, CSc. z Univerzity Hradec Králové a Mgr. Janě Johnové z Technické univerzity v Liberci za pomoc při realizaci sběru dotazníků.

ABSTRAKT

Dušková Vendula. *Analýza užívání tabákových výrobků a alkoholu studenty středních a vysokých škol*. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové. Farmacie.

Cíl práce:

Cílem práce je především zmapovat zkušenosti studentů středních a vysokých škol v oblasti kouření a konzumace alkoholu a dále vnímání možných rizik spojených s užíváním těchto legálních návykových látek. Práce by měla napomoci k uvědomění si závažnosti současné situace.

Metody:

Sběr dat byl proveden na základě dotazníkového šetření v rámci mezinárodního výzkumu zabývajícího se životním stylem mladých lidí. Výsledky průzkumu byly zpracovány pomocí programu SPSS.

Výsledky:

Zkušenost s kouřením má 78,6 % studentů středních a vysokých škol. Většina studentů středních škol zkusila kouřit poprvé do svých 13 let. Bylo tak potvrzeno, že věk první zkušenosti s kouřením se snižuje. 33,0 % studentů kouří v současnosti alespoň příležitostně. Významně více kuřáků se však nachází mezi studenty středních škol. Alarmující je skutečnost, že se jedná ve většině případů o dívky.

Prevalence častého pití i časté konzumace nadměrných dávek alkoholu je významně vyšší u mužů. 31,9 % mužů pije alkohol pravidelně a 46,2 % mužů konzumuje nadměrné množství alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 1krát za měsíc.

Závěry:

Výsledky studie potvrzují, že kouření a nadužívání alkoholu mladými lidmi je trvalý a závažný problém, kterému by měla být věnována mnohem větší pozornost. Je zřejmé, že snaha o omezení užívání těchto legálních návykových látek zatím nepřináší žádoucí výsledky. Těžiště preventivního působení by, soudě podle našich výsledků, mělo být situováno do období před 13. rokem věku.

ABSTRACT

Dušková Vendula. *Analysis of the tobacco and alcohol use by high school and university students*. Diploma thesis. Charles University in Prague, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové. Pharmacy

Background:

The main objective is mapping of high schools and universities students experience with smoking and alcohol consumption. Inherent part of objectives is perception of possible risks associated with the use of licit addictive drugs. Thesis may be helpful for realization of current situation seriousness.

Methods:

Data collection was based on the questionnaire survey within the framework of international research into the lifestyle of young people. The survey results were processed using the SPSS program.

Results:

78,6 % of students from high schools and universities has experience with smoking. Most of the high school students have tried smoking for their first time before 13 years of age. It was confirmed that the age of first experience with smoking is declining. 33,0 % of students currently smoke at least occasionally. Among high school students is significantly higher number of smokers. Alarming fact is that in most cases the smokers are girls.

The prevalence of frequent drinking and also frequent consumption of alcohol overdoses is significantly higher among men. 31,9 % of men drink alcohol regularly and 46,2 % of men consume excessive amounts of alcohol (5 or more glasses on one occasion) more than once per month.

Conclusions:

Study results confirm that smoking and excessive alcohol consumption by young people is an ongoing and serious problem that should be given much more attention. It is obvious that efforts to restrict the use of licit addictive drugs yet provide no desired results. The main focus of preventive actions, judging based on our results, should be zero in on target group of children before 13 years of age.

OBSAH:

1.	POUŽITÉ ZKRATKY.....	8
2.	ÚVOD A CÍL PRÁCE.....	11
3.	TEORETICKÁ ČÁST.....	12
3.1.	DROGOVÁ ZÁVISLOST.....	12
3.2.	LEGÁLNÍ DROGY-ALKOHOL A TABÁK.....	13
3.2.1.	TABÁK.....	13
3.2.1.1.	ROSTLINA TABÁKU.....	13
3.2.1.2.	HISTORIE KOUŘENÍ.....	13
3.2.1.3.	SOUČASNÁ SITUACE.....	14
3.2.1.4.	FORMY TABÁKU.....	14
3.2.1.5.	SLOŽENÍ TABÁKOVÉHO KOUŘE.....	15
3.2.1.6.	VLIV KOUŘENÍ NA ZDRAVÍ.....	18
3.2.1.7.	VODNÍ DÝMKA.....	20
3.2.1.8.	TYPOLOGIE KUŘÁKŮ.....	20
3.2.1.9.	ZÁVISLOST NA TABÁKU.....	20
3.2.1.10.	LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU.....	21
3.2.2.	ALKOHOL.....	22
3.2.2.1.	VÝROBA ALKOHOLU.....	22
3.2.2.2.	ALKOHOL JE DROGA.....	22
3.2.2.3.	HISTORIE ALKOHOLU.....	23
3.2.2.4.	SOUČASNÁ SITUACE.....	23
3.2.2.5.	BEZPEČNÁ DÁVKA ALKOHOLU.....	23
3.2.2.6.	FARMAKOKINETIKA ALKOHOLU.....	24
3.2.2.7.	AKUTNÍ ÚČINKY ALKOHOLU, AKUTNÍ INTOXIKACE.....	25
3.2.2.8.	LÉKOVÉ INTERAKCE.....	27
3.2.2.9.	ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....	27
3.2.2.10.	ZDRAVOTNÍ NÁSLEDKY ABÚZU ALKOHOLU.....	31
4.	EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST.....	35
4.1.	CÍLE VÝZKUMU.....	35
4.2.	METODIKA A MATERIÁL.....	36
4.2.1.	METODIKA.....	36
4.2.2.	CHARAKTERISTIKA ANALYZOVANÉ SKUPINY.....	37
4.3.	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	38
4.3.1.	SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	38
4.3.2.	KOUŘENÍ.....	42

4.3.3. PITÍ ALKOHOLU.....	67
5. DISKUZE.....	92
5.1. SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	93
5.2. KOUŘENÍ	95
5.3. ALKOHOL.....	104
5.4. EVROPSKÉ SROVNÁNÍ.....	110
5.4.1. KOUŘENÍ	110
5.4.2. PITÍ ALKOHOLU.....	110
6. ZÁVĚR	111
7. POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE	112
8. PŘÍLOHY.....	119
8.1. DOTAZNÍK.....	119
8.2. FAGERSTROMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU.....	125

1. POUŽITÉ ZKRATKY

ADH - antidiuretický hormon

ALT - alaninaminotransferáza

AST - asparátaminotransferáza

CDT - karbohydrát-deficientní transferin

CMP - cévní mozková příhoda

CNS - centrální nervový systém

CO - oxid uhelnatý

ČR - Česká republika

DP - diplomová práce

ESPAD07 - Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách realizovaná v roce 2007

FAE - fetální alkoholový efekt

FAS - fetální alkoholový syndrom

FP TUL - Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická Technické univerzity v Liberci

GABA - kyselina γ -aminomáselná

GIT - gastrointestinální trakt

GMH - Gymnázium Mnichovo Hradiště

GMT - γ -glutamyltransferáza

HDL - lipoproteiny o vysoké hustotě

HEB - hematoencefalická bariéra

CHOPN - chronická obstrukční plicní nemoc

ICHDK - ischemická choroba dolních končetin

ICHS - ischemická choroba srdeční

IM - infarkt myokardu

KT - krevní tlak

KVO - kardiovaskulární onemocnění

KVS - kardiovaskulární systém

LDL - lipoproteiny o nízké hustotě

MKN-10 - 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí

NL - návyková látka

Nm-receptory - nikotinové muskulární receptory

NMDA - N-methyl-D-aspartát

Nn-receptory - neuronální nikotinové receptory

NNT - náhradní nikotinová terapie

NS - nervový systém

ODC - onemocnění dýchacích cest

ONS - onemocnění nervové soustavy

PAU - polycyklické aromatické uhlovodíky

PdF UHK - Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové

SIDS - syndrom náhlého úmrtí kojence

SOU - střední odborná učiliště

SPŠ Česká Lípa - Střední průmyslová škola v České Lípě

SSRI - inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

SŠ - studenti střední školy

SZÚ - Státní zdravotní ústav

VŠ - studenti vysoké školy

VZ09 - výzkumná zpráva SZÚ Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 – 2009)

WHO - Světová zdravotnická organizace

2. ÚVOD A CÍL PRÁCE

Diplomová práce je vytvořena na podkladě mezinárodní dotazníkové studie nazvané Mladí a životní styl, pocházející z Università degli Studi Camerino v Itálii, odkud se rozšířila do dalších zemí, včetně České republiky. Pilotní studie proběhla na Farmaceutické fakultě v Hradci Králové v akademickém roce 2005/2006.

Práce se zabývá zkušenostmi studentů středních a vysokých škol s užíváním tabáku a alkoholu. Alkohol i tabák jsou drogy. U dětí a dospívajících navíc zvyšuje kouření a pití alkoholu riziko vzniku problémů s užíváním jiných návykových látek. Přestože o negativních následcích kouření a konzumace alkoholu (zdravotních, sociálních i ekonomických) existují jasné důkazy, v České republice stále není této problematice věnována dostatečná pozornost.

Zneužívání návykových látek, včetně tabáku a alkoholu, je celosvětovým problémem. Na následky kouření umírá celosvětově přibližně 50 % kuřáků. Ročně se jedná o 5 miliónů lidí. Není pochyb o tom, že prevalence kouření je i v české populaci vysoká, a to jak mezi dospělými, tak i mezi dětmi a mládeží. Obdobně varující je i prevalence nadměrného pití alkoholu. Řada studií již prokázala, že ačkoliv je prodej tabákových výrobků a podávání a prodej alkoholu osobám mladším 18 let v České republice zakázán, naprostá většina jich má první zkušenost s kouřením dříve a rovněž konzumace alkoholu mladými lidmi je v České republice velmi rozšířeným fenoménem. Alarmující množství mladých lidí pravidelně kouří a konzumuje alkohol v nadměrném množství. Nárůst oblíbenosti alkoholu a tabáku byl zaznamenán v posledních letech především mezi dívkami. To je velmi nepříznivý trend. Pravidelný monitoring aktuálního stavu je proto nezbytný pro kontrolu situace a následné nastolení efektivnější prevence, případně radikálnějších zásahů.

Cílem práce je tedy zmapovat zkušenosti studentů středních a vysokých škol v oblasti kouření a konzumace alkoholu a dále vnímání možných rizik spojených s užíváním těchto legálních návykových látek. Práce by měla napomoci k uvědomění si závažnosti současné situace.

3. TEORETICKÁ ČÁST

3. 1. DROGOVÁ ZÁVISLOST

Drogou/návykovou látkou (NL) je myšlena psychoaktivní látka, jejíž užívání je spojeno s rizikem vzniku závislosti – potřebou opakovaného nutkavého užití. (1)

Syndrom závislosti je podle 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) soubor stavů fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se poznávání), který se vyvíjí po opakovaném užití látky. (2)

Syndrom závislosti má následující diagnostická kritéria. Po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo opakovaně v kratších intervalech by se měly v průběhu jednoho roku vyskytovat společně minimálně 3 z následujících projevů:

1. silná touha, pocit nutkání získat drogu (craving)
2. zhoršená schopnost sebeovládání ve vztahu k droze, což se může projevit např. neúspěšnými pokusy redukovat užívání drogy
3. tělesný odvykací stav (abstinenční syndrom) při náhlé redukci dávek, popřípadě vysazení drogy
4. průkaz tolerance, kdy k dosažení požadovaného účinku je zapotřebí prokazatelně vyšší dávka drogy než na začátku užívání
5. postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů v důsledku užívání drogy
6. pokračování v užívání přes jasné důkazy o škodlivých následcích pro jedince. (3)

Psychická závislost souvisí se schopností drogy navodit příjemný pocit (např. euforie), který jedinec touží opakovat. Mezi hlavní mechanismy vzniku psychické závislosti patří aktivace dopaminergních neuronů v mesolimbické oblasti s projekcí do nucleus accumbens. To je spojeno s pocitem odměny. (3)

Psychická závislost může přejít v závislost fyzickou, která se manifestuje při náhlém vysazení drogy, nebo výrazné redukci dávek jako odvykací stav. Odráží adaptaci organismu na opakované působení drogy. Mechanismem adaptace je např. změna počtu receptorů. (3)

Tolerance, která souvisí s fyzickou závislostí, je postupné snižování účinku drogy po opakovaném podání. Farmakodynamická tolerance plyne z adaptačních změn v ovlivněných tkáních. U alkoholiků se můžeme setkat i s farmakokinetickou (metabolickou) tolerancí, kdy dochází v důsledku enzymové indukce k urychlení metabolismu alkoholu, a tím k poklesu koncentrace látky v organismu. (3)

3. 2. LEGÁLNÍ DROGY – TABÁK A ALKOHOL

Nejčastěji užívanými drogami v České republice (ČR) jsou, stejně jako v ostatních státech Evropy, alkohol a tabák. Jedná se o legální drogy, přestože obdobně jako nelegální drogy vyvolávají stav závislosti, změny vnímání, nálady, myšlení a motorických funkcí. Konzumace alkoholu i tabáku je celospolečensky tolerována, ale problémy spojené s jejich užíváním jsou naopak v řadě zemí (včetně ČR) stále podceňovány, a to i přes existující důkazy o jejich rizicích. (4)

Kromě zdravotních následků má konzumace alkoholu i důsledky sociální, které se projevují zejména v oblasti pracovní a rodinných vztahů. U mladých lidí byla prokázána souvislost mezi pitím alkoholu a násilným nebo kriminálním chováním. Kouření a pití alkoholu představují pro společnost i nezanedbatelné dopady ekonomické ve formě zvýšených nákladů na zdravotní péči, ztráty produktivity práce v důsledku onemocnění, nebo daňových podvodů souvisejících s pašováním alkoholu a tabáku. (4)

Nadměrné užívání legálních drog je významným problémem nejen u dospělých, ale i u dospívajících a dětí, u nichž navíc zvyšuje riziko vzniku problémů s nelegálními drogami. (4)

3. 2. 1. TABÁK

3. 2. 1. 1. ROSTLINA TABÁKU

Rostlina, ze které tabák pochází, má latinský název *Nicotiana* a patří do čeledi lilkovitých (*Solanaceae*). Zemí původu je Amerika, avšak v současnosti je pěstování tabáku rozšířeno ve více než 100 zemích světa. Největšími pěstiteli jsou Čína, Indie a Brazílie. Rostlina zahrnuje velké množství druhů, z nichž se průmyslově využívají tabák virginský (*N. tabacum*) a tabák selský (*N. rustica*). (5)

3. 2. 1. 2. HISTORIE KOUŘENÍ

Tabák se objevil na americkém kontinentu asi 6 000 let před naším letopočtem. Pěstovali ho již indiáni, kteří ho kouřili při náboženských obřadech a rituálech a používali ho i jako lék. Evropa se s ním začala seznamovat až po objevení Ameriky roku 1492, kdy byl přivezen na lodích Kryštofa Kolumba. Během následujících let se kouření dýmek a doutníků rozšířilo po celé Evropě. (6, 7, 8)

Paradoxem je, že kouření tabáku se zprvu využívalo k léčebným účelům – například při bolení zubů a hlavy. Tak využíval rostlinu i francouzský vyslanec Jean Nicot (1530 – 1600), po kterém byla dokonce pojmenována jediná NL v něm obsažená – nikotin. (8)

Kouření doutníků a dýmek neznamenal pro lidstvo významný zdravotní problém. Tabáková epidemie začala až s masivním rozšířením cigaret. To se stalo na začátku 20. století, kdy byl vynalezen automat na jejich výrobu. Nejvýznamnější vzestup kuřáctví byl během 1. světové války, kulminace v rozvinutých zemích byla zhruba koncem 2. světové války. (6)

Spolu s masovým rozšířením kuřáckých návyků se začaly objevovat i negativní důsledky. Tím se kouření dostalo do popředí zájmu lékařů. První dvě dostatečně rozsáhlé epidemiologické práce, prokazující souvislost rakoviny plic a kouření, byly publikovány až v roce 1950. (6, 8)

3. 2. 1. 3. SOUČASNÁ SITUACE

Na světě je asi 1,3 miliardy kuřáků, přičemž více než 75 % z nich žije v rozvojových zemích. Kouření si vyžádá v celosvětovém měřítku skoro 5 mil. životů ročně. Do roku 2020 se tento počet podle odborných odhadů dokonce zdvojnásobí. Na následky kouření umírá celosvětově přibližně 50 % kuřáků. (9, 10)

V ČR je přibližně 29 % kuřáků. Jedná se o více než 3 mil. lidí. 18 000 lidí ročně zemře na následky kouření - 8 000 lidí na kardiovaskulární onemocnění (KVO), 8 000 lidí na rakovinu a asi 1 700 lidí na chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN). To znamená, že každý 5. – 6. člověk zemře na nemoci způsobené kouřením. (9, 10, 60)

Studie prokázaly, že kouření významně zkracuje délku života. Průměrně si kuřák zkrátí život o 15 – 18 let. 2/3 lidí, kteří zemřou na nemoci z kouření, jsou mladší 65 let. Každá cigareta zkracuje život o 5 minut. (9)

Prevalence kouření je nejvyšší ve věkové skupině 15 – 24 let. Více než 75 % kuřáků začne kouřit před 18. rokem, přestože je prodej tabákových výrobků zakázán osobám mladším 18 let. Alarmující je i skutečnost, že v současnosti kouří více dívek než chlapců. Přitom fyzická závislost vzniká u dětí rychleji než u dospělých a dívky jsou ke vzniku závislosti náchylnější než chlapci. Pokud kouří oba rodiče, pravděpodobnost vzniku kuřáctví u dítěte je 4krát vyšší než u dítěte z nekuřácké rodiny. Rizikovou skupinou jsou i děti pocházející z disharmonické rodiny. (9, 11, 12, 13, 60)

3. 2. 1. 4. FORMY TABÁKU

Tabák je dostupný v různých formách. Nejoblíbenější jsou tabákové výrobky určené ke kouření (cigarety, doutníky, dýmkový tabák apod.). Doutník obsahuje nejméně přidaných látek. Dýmkový a především cigaretový tabák je už různě upravován a doplňován. (6)

Dále se prodává tabák šňupací, který se aplikuje vdechtem do nosních dutin, a tabák žvýkáci. Méně častou orální formou je tzv. „moist snuff“, což je papírový pytlíček s tabákem podobný čajovému, který se vkládá do úst, kde se z něj uvolňuje nikotin spolu s dalšími látkami. (6)

Pokud jde o působení na zdraví, u tabáku, který je určen ke šňupání, žvýkání, nebo cucání, nejsou zplodiny pyrolýzy a celkový vliv je proto o málo menší, ale vinou intenzivnějšího a delšího působení v dutině ústní je zde výraznější místní vliv. (6)

3. 2. 1. 5. SLOŽENÍ TABÁKOVÉHO KOUŘE

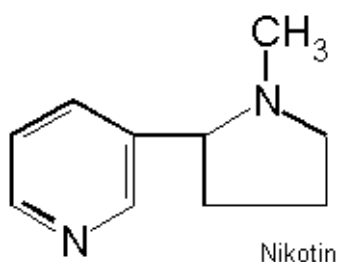
Tabákový kouř obsahuje 4000 - 5000 látek. Součástí cigaretového kouře je dnes kolem 700 aditiv – látek přidaných pro zlepšení sensorických vlastností, ale i proto, aby cigarety neuhasínaly, aby se kouř pěkně vinul apod. Tabákový kouř obsahuje asi 60 kancerogenů a desítky dalších toxických látek. (6, 14)

Tabákový kouř obsahuje látky, které dráždí oči a dýchací systém, dále mimo jiné mutageny (látky ovlivňující genetickou informaci v DNA chromozomů), kancerogeny (látky způsobující rakovinu) a reproduktivně-toxické látky (látky snižující schopnost početí dítěte). (14)

Toxické látky je možné rozdělit do několika základních skupin: pyridinové alkaloidy, toxické plyny, nitrosaminy, polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU), těžké kovy a pevné částice. (14)

Pyridinové alkaloidy

Vysoce návykovou psychoaktivní látkou tabákového kouře je pyridinový alkaloid nikotin. (1, 14)



Nikotin se velmi dobře absorbuje sliznicí dýchacích cest. Do krevního oběhu se vstřebává buď sliznicí dutiny ústní při kouření doutníku nebo dýmky, nebo z plic při kouření cigaret. Kouř doutníků nebo dýmek je zásaditý. Obsahuje nikotinové báze, které dobře prochází i sliznicí ústní dutiny. Kouř z cigarety má kyselé pH a přivádí i soli nikotinu, které se při pouhém kouření do úst zase vydechují. Proto jej kuřák musí nasát do plic (inhalovat), aby se nikotin vstřebal. Při kouření přechází z cigarety do úst přibližně 30 % nikotinu. Při kouření do úst (bez inhalace) se z tohoto množství resorbuje pouze asi 5 %, při mírném inhalování 70 %

a při intenzivním inhalování se zadržováním dechu až 95 %. Obsah nikotinu v cigaretách uváděných do oběhu nesmí převyšovat 1 mg na cigaretu. (5, 6, 15, 16)

Nikotin snadno prochází membránami, včetně hematoencefalické bariéry (HEB) a přechází i do mateřského mléka. Asi 80 - 90 % nikotinu podléhá biotransformaci v játrech, hlavním produktem je kotinin, který je v současné době pokládán za nejlepší dostupný biologický marker expozice tabákovému kouři. Lze ho zjistit v krvi i moči. Deponuje se ve vlasech, kde se dá prokázat ještě po dlouhé době. Eliminace metabolitů i nikotinu probíhá ledvinami. Mezi další alkaloidy tabákového kouře patří anatabin a anabasin. (1, 14, 15, 17)

Nikotin stimuluje neuronální nikotinové receptory (Nn-receptory) v sympatických i parasympatických vegetativních gangliích (i v nadledvinách), nikotinové receptory v mozku i nikotinové muskulární receptory nervosvalové ploténky (Nm-receptory). V malých dávkách působí stimulačně, zatímco ve velkých dávkách vyvolává depolarizační blokádu. (1, 18)

Nikotin má vliv na funkci řady systémů. Působením na centrální nervový systém (CNS) v malých dávkách dochází ke stimulaci, zlepšení pozornosti, objevuje se pocit uvolnění. Vyšší dávky způsobují třes až křeče kosterního svalstva. Následovat může paralýza svalů z důvodu depolarizační blokády a zástava dechu. (1, 18)

V gastrointestinálním traktu (GIT) vyvolává zvýšení sekrece a motility hladké svaloviny. Ovlivnění GIT se projevuje jako nauzea, zvracení, průjem. Zvýšená salivace je při vyšších dávkách nikotinu vystřídána inhibicí sekrece slin. (1, 18)

Dále nikotin zvyšuje sekreci katecholaminů, kortikosteroidů a endorfinů. V kardiovaskulárním systému (KVS) způsobuje nikotin vazokonstrikci, zrychlení srdeční činnosti a vzrůst krevního tlaku (KT). Při bezprostředním podání zvyšuje nikotin produkci potních žláz, v nižších dávkách způsobuje stažení zornic (mióza), které je vystřídáno jejich značným rozšířením (mydriáza) při vysokých dávkách nikotinu. (1, 5, 18, 19)

Smrtelná dávka nikotinu je pro člověka asi 40 - 60 mg. Kouřením však nelze takové dávky dosáhnout. Tolerance vzniká poměrně rychle. (1, 6)

Toxické plyny

Dráždivé plyny způsobují zejména kašel, chronickou bronchiolitidu, bronchitidu a emfyzém. Některé složky kouře potlačují pohyb řasinkového epitelu. (14)

Spalováním tabáku vzniká řada plyných zplodin, z nichž toxikologicky nejvýznamnějším je oxid uhelnatý (CO). Tento bezbarvý plyn bez chuti a zápachu s vysokou afinitou k hemoglobinu (220krát vyšší než ke kyslíku) je značně jedovatý. Znemožňuje přenos kyslíku z plic. V krvi kuřáka, který vykouří denně 20 cigaret, je asi 5 % hemoglobinu ve formě

karboxyhemoglobinu. U silných kuřáků byly naměřeny hodnoty 10 - 15 % a dokonce i více, což může mít následky především při velké zátěži. Obsah CO v cigaretách uváděných do oběhu nesmí být vyšší než 10 mg na cigaretu. (14, 15, 16)

Součástí tabákového kouře jsou i oxidy dusíku. Z hlediska vlivu na lidské zdraví je nejvýznamnějším oxid dusičitý, který dráždí sliznice. Ten velice snadno proniká z plic do krve a představuje riziko obtíží zejména pro děti a citlivé jedince nebo lidi s astmatickými potížemi. Akutní otrava oxidy dusíku se projevuje pálením očí, poklesem KT, bolestmi hlavy a dýchacími potížemi. Chronické otravy mohou být příčinou častější kazivosti zubů, zánětů spojivek a zejména prokazatelně vyšším rizikem pro vyšší výskyt respiračních onemocnění. (14)

Dalším významným plynným toxinem je formaldehyd - bezbarvý plyn s pronikavým zápachem, pravděpodobný kancerogen. Akutní expozice malým dávkám formaldehydu vyvolává bolesti hlavy a podráždění sliznic. U citlivých jedinců může formaldehyd vyvolávat astma. Chronická expozice způsobuje zánět průdušek. Mezi dráždivě plyny se řadí i aldehyd kyseliny akrylové – akrolein. V cigaretovém kouři je obsažen dále např. jedovatý plyn kyanovodík. V alkalickém kouři dýmek nebo doutníků se vyskytuje amoniak, který rovněž působí dráždivě na sliznice. (14)

Nitrosaminy, PAU

Je prokázáno, že nitrosaminy a PAU vyvolávají rakovinu. Po chemické stránce představují velmi širokou škálu různých látek, které ve své molekule obsahují kondenzovaná aromatická jádra. Jejich nebezpečí spočívá především v kancerogenitě a ohrožení zdravého vývoje plodu. Cigareta je významným zdrojem např. benzpyrenu, jednoho z nejnebezpečnějších PAU. (14)

Těžké kovy

Ve stopách je v cigaretovém kouři přítomna řada kovů (asi 30). Mezi zdraví škodlivé patří zejména nikl, kadmium nebo arsen. Všechny jsou řazeny mezi lidské karcinogeny. Kritickým cílovým orgánem při dlouhodobé expozici nízkým koncentracím kadmia jsou ledviny. Důsledkem vyšší expozice kadmium je porušení metabolismu vápníku, hyperkalcémie a vznik ledvinových kamenů. Cigarety obsahují i radioaktivní polonium (^{210}Po). (14)

Pevné částice

Surový, bezvodý a beznikotinový kondenzát kouře se nazývá dehet. Dehtové částice jsou díky své malé velikosti zanášeny při vdechování až do plicních sklípků, které zanáší černým

lepkavým materiálem. Dehet je rakovinotvorná látka. Obsah dehtu v cigaretách uváděných do oběhu nesmí být vyšší než 10 mg na cigaretu. (14, 16)

3. 2. 1. 6. VLIV KOUŘENÍ NA ZDRAVÍ

KVO

Kouření podporuje vznik atherosklerózy (kornatění cév), čímž dochází k postupnému zužování postižených cév. To může vést k rozvoji ischemické choroby srdeční (ICHS), vysokého KT, ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) a zvyšuje se riziko infarktu myokardu (IM) nebo cévní mozkové příhody (CMP), kdy se céva ucpe krevní sraženinou nasedající na nestabilní atheromový plát. Nebezpečné může být kouření zvláště pro diabetiky, kteří mají zvýšené riziko postižení cév a nervů končetin. Může vzniknout i gangréna, která se ve většině případů řeší amputací příslušné končetiny. (20, 21)

Mechanismy vedoucí k rozvoji KVO jsou komplexní. Řadí se mezi ně např. vasokonstrikce zapříčiněná aktivací sympatiku, zvýšení srážlivosti krve (mj. zvýšením plazmatické hladiny fibrinogenu), dyslipidemie a zvýšená oxidace LDL-částic, hyperglykemie, nárůst počtu leukocytů v důsledku chronických zánětů. (20)

Především mladé kuřáky postihuje Búrgerova nemoc, zánětlivé onemocnění periferních cév (vaskulitida) nejčastěji dolních končetin, vedoucí k jejich špatnému prokrvení. Může skončit i amputací končetiny, pokud vznikne gangréna. (22)

Protože kouření zvyšuje srážlivost krve, je u silných kuřáček kontraindikována hormonální antikoncepce. Pokud žena užívá hormonální antikoncepci a kouří, má výrazně zvýšené např. riziko vzniku plicní embolie. (20)

Rakovina

Cigaretový kouř je silně karcinogenní. S každou vykouřenou cigaretou se zvyšuje riziko vzniku rakoviny, přestat se proto vyplatí v každém věku. Čím dříve začne mladý člověk kouřit, tím větší je riziko, že se u něj rozvine zhoubný nádor. Kromě rakoviny plic způsobuje kouření i leukémie, rakovinu močového měchýře, varlat, děložního čípku a hrdla, ledvin, slinivky břišní, rtu, jazyka, hrtanu, hltanu, jícnu, žaludku, střev, konečníku a jiné. (21, 23, 24)

Onemocnění dýchacích cest (ODC)

Kromě plicního karcinomu způsobuje kouření častější akutní záněty dýchacích cest, chronickou bronchitidu, plicní emfyzém a CHOPN. Ranní záchvaty kašle mohou končit i trvalou závislostí na kyslíku dodávaném z kyslíkové bomby. (21)

Pohlavní systém, hormony

Kouření snižuje množství ženských i mužských pohlavních hormonů. U obou pohlaví má negativní vliv na plodnost a u mužů i na schopnost erekce. U kuřáček způsobuje kouření i poruchy menstruace, předčasnou menopauzu a v menopauze rychlejší odbourávání kostí, s čímž souvisí vyšší výskyt zlomenin. (25)

Další zdravotní rizika

Kouření se podílí na vzniku gastroduodenálních vředů. Dále zpomaluje hojení ran a snižuje imunitu. Zvyšuje rovněž riziko rozvoje lupénky a roztroušené sklerózy. (21, 25)

Kouření poškozuje sluch a zrak a může zapříčinit i slepotu. Způsobuje šedý oční zákal a poškození cév sítnice. Výrazně vyšší pravděpodobnost poškození sítnice mají kuřáci diabetici. (21, 25)

Kouření zvyšuje vypadávání vlasů, zhoršuje kvalitu vlasů i pleti. Podstatně urychluje zevní projevy stárnutí kůže. Kuřákům se více kazí zuby. (25, 26)

Pasivní kouření

Kouření se nepodepisuje jen na zdraví kuřáků, ale ohrožuje rovněž lidi, kteří musí vdechovat cigaretový kouř pasivně. Kouř vdechovaný při pasivním kouření pochází jednak z doutnajícího konce cigarety, jednak je vydechován kuřákem. Rizika pasivního kouření jsou podobná jako u kouření aktivního: KVO, ODC a nádorová onemocnění. Děti vyrůstající v zakouřeném prostředí mají častěji záněty horních i dolních cest dýchacích, záněty středního ucha apod. Pasivní kouření zhoršuje stav dětí s astmatem. (15, 21, 26)

Kouření v těhotenství

Kouření v těhotenství má velmi negativní dopad. Je prokázáno, že kouření zvyšuje riziko spontánního potratu, komplikací v průběhu těhotenství a předčasného porodu. Kuřáčkám se rodí děti s nižší porodní hmotností. Jsou vystaveny větším poporodním komplikacím, včetně vyššího rizika tzv. syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS). Děti kuřáček mají často sníženou duševní výkonnost. Riziko pro vývoj plodu představuje mj. jedovatý CO, který prochází placentární bariérou a vytěsňuje kyslík z vazby na hemoglobin. Nikotin rovněž přechází placentární bariérou a u novorozenců, kteří se narodili silným kuřáčkám, se tak může objevit abstinenční syndrom. (27, 28)

V průběhu školní docházky mají děti kuřáček častěji problémy s hyperaktivitou. Bývají vzpurnější a chovají se rizikověji. Často začínají kouřit ještě v dětském věku a v dospívání a dospělosti mívají psychické problémy. (28)

3. 2. 1. 7. VODNÍ DÝMKA

Vodní dýmka je nyní velmi oblíbená, zejména mezi mladými lidmi. Část z nich bývají nekuřáci, kteří by si cigaretu z přesvědčení nezapálili. I v dnešní době mezi uživateli vodní dýmky převládá názor, že její kouření neškodí, nebo že je o něco méně škodlivé než kouření cigaret. Přitom podle nejnovějších studií jedno vykouření vodní dýmky (cca 50 minut) odpovídá vykouření několika desítek cigaret. (29)

Zdravotní následky užívání vodní dýmky jsou podobné jako u kuřáků cigaret a zahrnují snížení plicních funkcí, ODC, KVO a nádorová onemocnění. V těhotenství může kouření vodní dýmky vést k narození dítěte s nižší porodní hmotností a dalším poškozením. To samé platí i pro pasivní kuřáky, kteří vdechují kouř z vodní dýmky. Při sdílení náustku navíc může dojít k přenosu různých infekčních chorob. Vzhledem k přítomnosti nikotinu existuje možnost vytvoření fyzické závislosti na nikotinu i při užívání pouze vodní dýmky. Tabákové směsi se prodávají v nejrůznějších příchutích. Do směsi jsou proto přidávány další chemické látky, které ke škodlivosti kouře z vodní dýmky rovněž přispívají. (30)

3. 2. 1. 8. TYPOLOGIE KUŘÁKŮ

Schmidt klasifikuje kuřáky na následující typy:

1. Příležitostný kuřák: člověk, který kouří pouze občas na základě svých kuřáckých zvyklostí. Necítí potřebu, ale pokud se objeví, uspokojí ji. Pokud nekouří, nezpůsobí mu to žádné komplikace.

2. Návykový kuřák: kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy nejsou tak fixovány, aby se mohla vyvinout psychická závislost.

3. Kuřák s psychickou závislostí: kuřák z požitku. V popředí stojí vůně, chuť a kuřácký rituál. Lze sem řadit i ty, kteří jsou motivováni prožívaným uvolněním, uklidněním a odstraněním pocitu prázdnoty.

4. Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí: do popředí vystupuje farmakodynamické působení nikotinu, které kuřák vyhledává pro emoční i tělesné prožitky. Na fyzickou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření. (31)

3. 2. 1. 9. ZÁVISLOST NA TABÁKU

Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním tabáku mají podle MKN-10 kód F17. Jsou tedy posuzovány jako onemocnění, které je možné diagnostikovat. (2)

Závislost na tabáku vzniká jako závislost psychosociální a po nějaké době, která je individuální, vzniká i fyzická drogová závislost, která se rozvíjí asi u 60 – 70 % kuřáků. (6)

Mezi hlavní odvykací (abstinenční) příznaky při vzniklé závislosti patří především nezvladatelná touha po cigaretě (craving), nervozita, podrážděnost, netrpělivost, změny nálady, smutek až deprese, nesoustředěnost, poruchy spánku, neschopnost odpočívat, nebo zvýšená chuť k jídlu a přibírání na váze. Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu. (6)

Kouřením tabáku se zvyšuje vyplavování dopaminu v mozku. To vyvolá příjemný „pocit odměny“, čímž dochází ke snížení cravingu. Během dlouhodobého užívání drogy dochází vlivem adaptačních změn k poklesu dopaminergní neurotransmise v mesolimbickém systému během abstinence. Vzniká potřeba hladinu dopaminu opět navýšit užitím drogy. Kouřením se navíc postupně zvyšuje i hladina endorfinu a publikovány jsou dokonce mechanismy antidepresivního působení při dlouhodobém kouření. (1, 32)

Závislost na nikotinu lze snadno a rychle určit podle odpovědi na dvě klíčové otázky: kolik cigaret denně kuřák kouří (15 a více obvykle znamená závislost na nikotinu) a jak brzy po probuzení si musí zapálit první cigaretu (kuřák závislý na nikotinu si obvykle zapaluje do 60 minut po probuzení). Podrobněji je možné tuto závislost posoudit Fagerströmovým testem závislosti na nikotinu. (6)

3. 2. 1. 10. LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let. Neexistuje žádný zázračný lék a nelze očekávat ani okamžitý výsledek. Kuřák si musí především přát přestat kouřit a rozhodnout se sám k aktivní změně. To znamená naučit se nekouřit, stejně jako se před časem učil kouřit. Tato změna chování je otázkou měsíců či let. Průměrné období problémů bývají tři měsíce. Zároveň se do tří měsíců odehraje většina relapsů (návratů ke kouření). (6)

Bohužel naprostá většina těch, kdo jednou byli závislí na nikotinu, už nemůže být ani příležitostnými kuřáky. Během kuřácké periody dochází ke zvyšování počtu nikotinových receptorů v mozku, které již nikdy nezmizí (po náhlém vysazení nikotinu se jeho nedostatek projevuje abstinenčními příznaky). Jakmile sáhne bývalý kuřák po cigaretě, hrozí riziko, že začne znovu kouřit ve velké míře. Kromě psychoterapie a farmakologické léčby je možné vyzkoušet i hypnózu, homeopatii, akupunkturu apod. Tyto metody jsou ale využívány minimálně. (6, 33, 34)

Mezi základní farmakologickou léčbu se řadí náhradní nikotinová terapie (NNT) a původně antidepresivum bupropion. Výhodná je jejich kombinace. (6)

Nikotin je používán ve formě žvýkaček, náplastí, mikrotablet, pastilek a inhalátoru s nikotinem. Léčba je několikaměsíční a dávka nikotinu se při ní postupně snižuje. Při

správném a pravidelném způsobu aplikace poskytují všechny formy stejný výsledek. Nejde ovšem o lék proti kouření, nýbrž o lék proti vzniku abstinčních příznaků. Potřeba kouření se ale nedá uspokojit pouze podáním nikotinu. Do organismu je přiváděn nikotin v dávkách dosahujících hladin na hranici intoxikace (je proto důležité zvolit správnou dávku) a vykouření cigarety pak vyvolá slabou intoxikaci, která se projevuje nevolností, pocením apod., což je pacientovi nepříjemné. (1, 6, 15)

Žvýkačky mají ze všech lékových forem NNT nejširší použití. Zvláště důležitý je správný způsob aplikace, který je odlišný od žvýkání klasických žvýkaček a se kterým je nezbytné pacienta seznámit. Inhalátor je vhodný pro stejný typ kuřáků jako žvýkačka s tím rozdílem, že jim umožní manipulaci se špičkou podobně, jako by kouřili cigaretu. Je proto vhodný hlavně pro odvykající kuřáky, kterým manipulace s cigaretou chybí. Inhalátor obsahuje kapsli s nikotinem, který se při vdechování vzduchu z inhalátoru dostává do dýchacích cest. Mikrotablety a pastilky se vkládají pod jazyk, kde se nechají rozpustit. Jejich aplikace je o něco jednodušší než v případě žvýkaček. Náplasti působí buď 16, nebo 24 hodin. Po dobu aplikace se z nich rovnoměrně uvolňuje do organismu nikotin. Náplasti jsou vhodné především pro středně až silně závislé kuřáky, kteří kouří pravidelně. Je možné kombinovat je s dalšími formami NNT. (6, 35)

3. 2. 2. ALKOHOL

3. 2. 2. 1. VÝROBA ALKOHOLU

Alkohol (ethylalkohol, ethanol, funkční vzorec C_2H_5OH) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů. Buď z jednoduchých cukrů obsažených v ovoci (např. plody vinné révy), nebo z polysacharidů (např. z obilných zrn, brambor). Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. (6)

3. 2. 2. 2. ALKOHOL JE DROGA

Alkohol je legální drogou s nemalými riziky. Působení alkoholu na organismus člověka závisí na množství, formě a způsobu užití požitého alkoholického nápoje a má komplexní charakter. Na výsledném bezprostředním efektu (včetně projevů chování) se podílejí vedle biologických vlivů (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav) rovněž psychologické vlivy (očekávané účinky) a vlivy sociální (působení prostředí, ve kterém dochází k pití, včetně působení společnosti, dalších osob). (6)

3. 2. 2. 3. HISTORIE ALKOHOLU

Ethylalkohol byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán již v dobách historických civilizací. Staré jsou též zprávy o léčebném používání alkoholu (využíván byl mj. jeho analgetický účinek). Patrně stejně dlouho, jak je alkohol znám, však lidstvo provází i negativní následky nadměrného požívání alkoholu. (6)

Z historie naší země máme doklady o tom, že již v dávných dobách přinášela všeobecná obliba piva a medoviny řadu závažných problémů, které dokonce vyvolaly potřebu legislativního řešení (první „protialkoholní zákon“ byl vyhlášen Břetislavem I. roku 1039). (6)

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako alkoholismus. Termín poprvé použil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Teprve o sto let později (v roce 1951 díky WHO) však začal být alkoholizmus oficiálně považován za medicínský problém. Přitom první definice pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784. Jejím autorem byl americký lékař Benjamin Rush. (6)

3. 2. 2. 4. SOUČASNÁ SITUACE

ČR patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, respektive alkoholických nápojů. V přepočtu na stoprocentní alkohol je již řadu let průměrná spotřeba kolem 10 l na jednoho obyvatele za rok. (6)

Pravidelně v nadměrném množství u nás dle statistik pije alkohol přibližně 25 % dospělých mužů a 10 % žen. Alarmující je i velmi rozšířené pití alkoholu dětmi do 18 let. Věková hranice konzumentů alkoholu se navíc neustále snižuje. Statistiky dokonce ukazují, že vzrůstá počet mladých dívek, které konzumují alkohol v nadměrném množství. Většina mladých lidí pije skoro každý víkend. Přitom v ČR je zakázáno alkoholické nápoje prodávat i podávat nezletilým (alkoholickými nápoji jsou myšleny lihoviny, destiláty, víno, pivo a jiné nápoje, které obsahují více než 0,75 objemového procenta alkoholu). U dětí a dospívajících je častá konzumace alkoholu velkým problémem. Jejich organismus odbourává alkohol pomaleji. I malé množství může vyvolat u dítěte těžkou otravu. Závislost se u dětí a mladých lidí vytváří podstatně rychleji. (13, 36, 37, 39, 40)

3. 2. 2. 5. BEZPEČNÁ DÁVKA ALKOHOLU

Za bezpečnou dávku pro zdravého dospělého člověka se považuje množství do asi 20 g stoprocentního alkoholu za den (16 g pro ženu, 24 g pro muže), což znamená přibližně do 0,5 l piva, 2 dl vína, nebo 50 ml destilátu. (39)

Bylo dokonce zjištěno, že pravidelné užívání malých dávek alkoholu (1 – 2 dl vína, nebo nejvýše 1 pivo denně) mírně zvyšuje plazmatickou koncentraci HDL-cholesterolu, který působí antiatherogenně. To znamená, že do jisté míry může chránit před vznikem a rozvojem KVO. (1, 15)

3. 2. 2. 6. FARMAKOKINETIKA ETHANOLU

Absorpce a distribuce

Alkohol se z GIT rychle vstřebává. Přítomnost potravy zpomaluje absorpci ze žaludku. Distribuce v organismu je rychlá a rovnoměrná. Ethanol snadno prochází biologickými bariérami včetně placentární. (1)

Biotransformace

Asi 90 % ethanolu se metabolizuje oxidací v játrech saturační kinetikou nultého řádu. Jestliže je absorpce rychlá (při pití na lačný žaludek), většina alkoholu se dostává do systémové cirkulace. Rychlost oxidace je konstantní v čase a závisí na tělesné hmotnosti a hmotnosti jater. Během jedné hodiny játra spálí přibližně 1 g alkoholu na každých 10 kg hmotnosti organismu. Běžně vzrostlý člověk s hmotností 70 kg spálí během hodiny asi 7 g alkoholu, člověk s hmotností 60 kg asi 6 g alkoholu. Vyjádřeno v promilích to znamená, že během hodiny klesne obsah alkoholu v krvi o 0,1 - 0,2 ‰. (1, 40)

Ethanol se metabolizuje na acetaldehyd. Reakci katalyzuje především enzym alkoholdehydrogenáza, která se kromě jater nachází například i v žaludku. Gastrická alkoholdehydrogenáza se uplatňuje výrazněji u mužů než u žen, které mají nižší hladinu enzymu. Proto mají ženy při stejné dávce alkoholu obvykle vyšší koncentraci alkoholu v krvi než muži. Příčinou je mimo jiné i to, že ženy mají nižší obsah celkové tělesné vody a nižší tělesnou hmotnost i hmotnost jater. U chronických alkoholiků obou pohlaví byla zjištěna snížená aktivita gastrické alkoholdehydrogenázy. Část ethanolu se oxiduje i mikrosomálními enzymy jaterních buněk. (1, 15, 41)

Acetaldehyd je dále oxidován aldehyddehydrogenázou na acetát. Acetát se mimo jiné spotřebuje na syntézu mastných kyselin a podmiňuje alkoholické ztučnění jater. Pokud acetaldehyd není dále metabolizován, přechází do cirkulace a vyvolává velmi nepříjemné projevy (nauzeu, zvracení, pocení, hyperventilaci aj.). Tento stav lze farmakologicky navodit disulfiramem. U chronických konzumentů alkoholu bylo prokázáno snížení rychlosti oxidace acetaldehydu. (1, 15, 40, 41)

Exkrece

Alkohol je eliminován ledvinami, plícemi i kůží. Pouze malé množství absorbovaného alkoholu se vylučuje v nezměněné formě. Hodnoty alkoholu exspirovaného plícemi jsou poměrně konstantní a slouží proto pro stanovení koncentrace alkoholu v krvi (např. u řidičů). (1, 15)

3. 2. 2. 7. AKUTNÍ ÚČINKY ALKOHOLU, AKUTNÍ INTOXIKACE

Nervový systém (NS)

Ethanol při akutním užití zvyšuje v CNS inhibiční účinek kyseliny γ -aminomáselné (GABA) na GABAA-receptorech neuronů. Potlačuje schopnost glutamátu otevírat kationtové kanály spojené s NMDA (N-methyl-D-astartát) podtypem glutamátových receptorů. Inhibuje otevírání napěťově závislých vápníkových kanálů, čímž brání uvolňování neuromediátorů. Chronické podávání alkoholu působí v NS opačně. (1)

Většinou se nadměrný příjem alkoholu akutně projevuje jako prostá (nekomplikovaná) opilost. Na začátku konzumace a při nižších dávkách působí alkohol díky desinhibici stimulačně na CNS. To se projevuje jako psychomotorická excitace s pozvednutím nálady (euforie), mnohmluvností, zvýšeným sebevědomím, později se objevuje snížení sebekritičnosti a zábran, u některých lidí až agresivita. Ztráta zábran v sexuální chování je však provázena sníženou sexuální potencí. Porušena je koordinace pohybů, reakce jsou pomalejší. Snižuje se schopnost výkonů vyžadujících pozornost a soustředění. Alkohol prokazatelně zhoršuje schopnost řízení motorového vozidla už při hladinách alkoholu v krvi pod 0,5 ‰. (1, 6, 39, 42)

Ve vyšším množství alkohol CNS naopak inhibuje. Přístupují vážnější poruchy pozornosti, poruchy řeči, rovnováhy (vrávoravá chůze) a poruchy sebekontroly, které se stupňují. Po předešlé euforii se objevuje pasivita, ospalost, spánek, v nejhorším případě až bezvědomí a smrt selháním dýchání a krevního oběhu. (1, 6, 39)

KVS

KVS je ovlivněn méně. KT a srdeční výdej se po malých dávkách příliš nemění. Hlavním účinkem je kožní vasodilatace (částečně centrálního původu), která se projeví zarudnutím kůže. To vyvolává mylný dojem, že alkohol zahřívá. Ve skutečnosti ale dochází ke ztrátě tepla, protože je zároveň inhibováno termoregulační centrum v mozku. Při nízké okolní teplotě tak může vést konzumace alkoholu mnohem rychleji k podchlazení organismu. (1, 15)

GIT

Alkohol dráždí a poškozuje sliznici GIT. Proto by se pití alkoholických nápojů měli vyvarovat pacienti s vředovou chorobou, nebo jiným poškozením sliznice GIT. (1)

Endokrinní systém

Alkohol potlačuje sekreci antidiuretického hormonu (ADH), což se projevuje zvýšeným vylučováním moči. Dehydratace je jednou z příčin kocoviny, která může následovat po alkoholovém večírku. (1, 43)

Metabolismus glukózy a dalších látek

Ethanol inhibuje glukoneogenezi v játrech a může způsobit hypoglykémii. To může být zvláště nebezpečné u diabetiků léčených inzulínem. Nejčastěji se vyskytuje po konzumaci alkoholu na lačný žaludek. Po nadměrném příjmu alkoholu se může vyvinout rovněž metabolická acidóza. (15, 40, 44, 45)

Stadia akutní intoxikace alkoholem

Podle hladiny alkoholu v krvi se popisují čtyři stadia intoxikace alkoholem:

1. excitační stadium při alkoholémii do 1,5 g/kg (lehká opilost)
2. hypnotické stadium při hladině alkoholu v rozmezí 1,6 až 2,0 g/kg (opilost středního stupně)
3. narkotické stadium s výraznými známkami opilosti při hladinách vyšších než 2,0 g/kg
4. asfyktické stadium při hladinách nad 3,0 g/kg (těžká otrava alkoholem s rizikem bezvědomí, zástavy dechu a oběhu). (6)

Léčba akutní intoxikace alkoholem

Pokud je podnapilá osoba při vědomí, vyvolá se zvracení. Ve zdravotnickém zařízení je možno provést výplach žaludku. Ke zklidnění agresivních pacientů se podává např. clomethiazol. Kvůli interakci s alkoholem je ovšem nutné monitorování vitálních funkcí pro možné riziko deprese dechu. (1, 44)

V případě silné opilosti, kdy hrozí selhání základních životních funkcí, je nezbytné zajistit dýchání, krevní oběh a termoregulaci, předejít vdechnutí zvratků a kompenzovat akutní metabolický rozvrat. Při hypoglykémii se podává roztok glukózy, při dehydrataci roztok elektrolytů, v případě metabolické acidózy bikarbonáty. Při letálních koncentracích je možné např. provést hemodialýzu. (1, 44)

3. 2. 2. 8. LÉKOVÉ INTERAKCE

Alkohol všeobecně inhibuje CNS. Kombinace alkoholu s látkami, které působí na CNS podobně (benzodiazepiny, barbituráty, opiáty, některá antidepresiva apod.), může být velmi nebezpečná a může končit i letálně z důvodu deprese dechu a srdeční činnosti. (1)

Alkohol mění metabolismus jiných látek. Akutní požití může inhibovat metabolismus jiných léčiv a zvyšovat tak jejich farmakologické účinky včetně toxicity. Životu nebezpečná může být např. kombinace s warfarinem. Jde o látky, které kompetují s alkoholem o mikrosomální oxidasový systém. Na druhé straně chronický alkoholismus indukuje mikrosomální enzymy a zvyšuje metabolismus jiných látek. (1)

3. 2. 2. 9. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Syndrom závislosti na alkoholu má podle MKN-10 kód F10.2. (2)

Vývoj závislosti

Při pravidelné konzumaci vyšších dávek alkoholu může docházet k řadě vážných zdravotních potíží. Způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, se nazývá škodlivé užívání (abúzus). Škodlivé užívání se může postupně vyvinout v závislost, která má psychické i fyzické příznaky. Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně. (6)

Na vznik závislosti mají vliv dispozice (biologické, včetně genetické predispozice, osobnostní struktura, zdravotní stav apod.) a expozice alkoholu, přičemž při výraznějším vlivu dispozic, postačuje ke vzniku závislosti menší podíl expozice alkoholu a naopak. Vždy však jde o komplexní působení řady faktorů. (6)

Typické pro vývoj závislosti jsou „postupné změny“ (postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, postupná ztráta kontroly užívání alkoholu, postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů). Současně dochází (zpočátku většinou rovněž nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. (6)

Alkoholik bývá agresivní, slovně napadá své blízké. Objevuje se paranoidní chování s obviňováním druhých. Často sledujeme nezáměr o okolí, apatii, sníženou vůli k jakékoliv činnosti, ochudnutí duševního života. Příznačná je i nespolehlivost. Alkoholik zanedbává svou zevní vizáž, je nepořádný, nezvládá výchovu potomků. Není schopen řešit problémy, které v minulosti řešil běžně. Závislí se poměrně často vyznačují velmi složitým alibismem (uvádí komplikované důvody, proč pili). To se označuje jako „alkoholické obrany“. Alkoholik jimi zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhájuje (racionalizuje) pití. (6, 39, 46)

Příznakem rozvinuté závislosti bývá kromě výrazné změny tolerance vůči alkoholu i výskyt odvykacích příznaků (u těžkých alkoholiků v podobě potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruch paměti (okénka). Alkoholická okénka (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti (akutní amnézie), při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem. Odvykací příznaky svědčí o fyzické závislosti. (6)

Pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Závislá osoba je schopna denně konzumovat značné množství alkoholu, přičemž se často nechová nápadně - nebudí pozornost, nepůsobí dojmem opilého člověka. Postupně však dochází naopak ke snížení tolerance, kdy i malé množství vypitého alkoholu vyvolá u postiženého rychle příznaky silné opilosti. To je zvláště nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu, konzumovaným v minulosti. Příčinou je výrazné snížení schopnosti rychle a efektivně metabolizovat alkohol. (6)

Dodnes je užíván Jellinekův popis vývoje závislosti na alkoholu ve čtyřech stádiích:

1. Počáteční (symptomatické) stadium, kdy má piják potřebu zvyšovat dávky, aby se dostavily požadované pocity dobré nálady.

2. Varovné (prodromální stadium) charakterizované častější opilostí, ale zatím se nevyskytují okénka. Piják může přecházet od méně koncentrovaných alkoholických nápojů (pivo, víno) k lihovinám.

3. Rozhodné (krucální) stadium, kdy se alkohol dostává do centra pozornosti. Piják přestává ovládat alkohol, alkohol již ovládá jeho. Tolerance stále roste. Typická jsou okénka. Začínají vznikat problémy s okolím. Alkoholik se rozhoduje, nebo slibuje, že přestane pít, nebo své pití omezí, ale nedokáže to dodržet.

4. Konečné (terminální) stadium, kdy se alkoholik opíjí i při nevhodných situacích a pije již od rána. Nemůže být bez alkoholu. Bez alkoholu se cítí zle, má problém se soustředit, třesou se mu ruce. Malá dávka alkoholu tyto pocity odstraní. Mohou se objevit alkoholické psychózy a další psychiatrické poruchy. (6, 47, 48)

Jako osobu závislou na alkoholu (F10.2) označujeme jedince ve 3. a 4. stadiu vývoje závislosti, který nedokáže již pití ovládat, a to i přes závažné problémy, které mu působí. Jako pijáka označujeme jedince v 1. a 2. fázi, který pití potřebuje k dosažení žádoucí nálady, ale ještě jej dovede kontrolovat. Spotřebitel (konzument) pije příležitostně - na žízeň, nebo ze společenských důvodů, neopíjí se a bez alkoholu se dobře obejde. Abstinents ze zásady odmítá veškeré alkoholické nápoje. (48)

Typy závislosti

Jellinek rozlišuje 5 typů závislosti na alkoholu:

1. Typ α - problémové pití, používané k potlačení a odstranění dysforie, napětí, úzkosti a depresivních pocitů. Závislí často pijí o samotě.

2. Typ β – společenské pití (příležitostný abúzus), charakterizované častým pitím ve společnosti.

3. Typ γ – anglosaský typ s preferencí piva a destilátů. Závislost na alkoholu je vyjádřena poruchami kontroly pití, nárůstem tolerance a progresí konzumace alkoholu, následovanou somatickým a psychickým poškozením. Výrazněji bývá vyjádřena psychická závislost.

4. Typ δ – románský typ, preferující víno. Typická je chronická (denní) konzumace, kdy si piják udržuje „hladinku“ bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly. Více bývá vyjádřena fyzická závislost se somatickým poškozením.

5. Typ ϵ – epizodický abúzus (dipsomanie, kvartální pijáctví) s delším obdobím abstinence. Nejedná se o příliš častou variantu závislosti. Někdy provází afektivní poruchy. (6)

Odvykací stav

Alkoholový odvykací stav se objevuje u osob s anamnézou dlouhodobého a intenzivního pití alkoholu. Svědčí o fyzické závislosti na alkoholu. Dochází k němu během několika hodin až dní po přerušení, nebo ukončení konzumace alkoholu, či po výrazné redukci dávek pravidelně konzumovaného alkoholu. (6)

Charakteristickými projevy jsou třes rukou, eventuálně celého těla, pocení, závratě, poruchy stability a koordinace pohybů, úzkost, psychomotorický neklid, přechodné zrakové, sluchové a hmatové halucinace, nauzea, zvracení, bolesti hlavy, zrychlená srdeční činnost, pocity slabosti nebo poruchy spánku. (6)

Pokud nedojde ke komplikacím, odeznívá odvykací stav obvykle během čtyř až pěti dnů. Některé příznaky (nespavost, vegetativní obtíže, úzkost) mohou přetrvávat ještě několik měsíců. Odvykací stav může být komplikován křečemi, případně epileptickými záchvaty, může progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem (delirium tremens). (2)

Delirium tremens je závažný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. Objevuje se obvykle za dva až tři dny od poslední dávky alkoholu. Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, halucinacemi, bludy (často paranoidními), dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami (zrychlenou srdeční činností, pocením), výrazným třesem, záchvaty křečí. Maximum potíží bývá v noci, typická je

inverze spánku. Stav může být komplikován hypoglykemií, progredujícími poruchami rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu, proto je nezbytné sledovat stav vnitřního prostředí, monitorovat vitální funkce a včas zahájit intenzivní léčbu. (6, 49)

V průběhu pijáckého excesu se může v některých případech objevit intoxikační delirium. (6)

Prognóza

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje pacienta kromě oblasti zdravotní postupně i v dalších důležitých oblastech jeho života. Pokud není závislý pacient adekvátně léčen, jeví jeho onemocnění sklon k progresi. Pokud se však léčí, může se uzdravit. (6)

Na rozdíl od léčby závislostí na některých jiných návykových látkách, zde neexistuje možnost substituční léčby. Abstinence je základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu. Pro alkoholismus je charakteristická ztráta schopnosti kontrolovaně pít alkohol. Smysluplným a efektivním řešením jsou proto pouze léčebné strategie, které vedou k abstinenci. U velké části léčených pacientů však nedochází k doživotní abstinenci po první léčbě. Skutečností je naopak minimálně jednoroční abstinence u 50 - 70 % absolventů odvykací léčby, po 3 letech plně abstinguje pouze 30 - 40 % pacientů. (6)

Léčba závislosti na alkoholu

Klíčovou roli hraje psychoterapie, většinou skupinová. Cílem je získat náhled a schopnost realizovat změny životního stylu, související s rozhodnutím pacienta abstinovat. Minimálně se používá akupunktura, fyzikální léčba, nebo hypnóza. (6)

Detoxifikace je léčba odvykacího stavu. Spočívá v korekci elektrolytové rovnováhy, dostatečné hydrataci, kompenzaci hypoglykemie a farmakoterapii. V akutní fázi abstinenceho syndromu se nejčastěji používají benzodiazepiny (chlordiazepoxid, diazepam, oxazepam apod.) perorálně, nebo intravenózně. Zabraňují příznakům z odnětí. Lékem první volby k léčbě deliria je clomethiazol. Podávají se i benzodiazepiny, β -blokátory a clonidin (α_2 -adrenergní agonista). Vhodné je doplňování vitamínů (hlavně B1 a kyseliny listové, ale i dalších ve formě multivitaminových přípravků), dále hořčíku a draslíku. (1, 6, 15)

Dosažení dlouhodobé abstinence podporuje farmakoterapie založená na principu senzitivace. To znamená podávání preparátů, zvyšujících vnímavost organismu vůči alkoholu. Alkohol po užití senzitivujícího farmaka vyvolá nauzeu až zvracení, pokles nebo kolísání KT, zrychlení srdeční činnosti, zrudnutí v obličeji, bolest hlavy a dušnost. Může dojít až ke kolapsu a bezvědomí. Příčinou reakce je inhibice enzymu acetaldehyddehydrogenázy, čímž dochází k hromadění acetaldehydu v organismu. Reakce se označuje disulfiramová, protože jedním z léčiv, které se užívají v této indikaci, je právě disulfiram. Disulfiramovou

reakci mohou vyvolat i některá další léčiva (např. metronidazol), u kterých se jedná o nežádoucí reakci a je proto nezbytné pacienta upozornit, aby se vyvaroval pití alkoholu během léčby. (6, 50)

K léčbě cravingu se používají léčiva acamprostat (látka podobná GABA) a naltrexon. Acamprostat působí agonisticky na receptorech pro GABA a antagonisticky na NMDA-receptorech a působí rovněž na vápníkové kanály. Naltrexon je kompetitivní antagonist opioidních receptorů. Léčba oběma látkami je dlouhodobá. Cílem léčby cravingu je minimalizovat riziko relapsu. Pacient se ale musí především naučit řešit rizikové situace (například odmítnout nabízený alkohol). (1, 6)

Dále se používá podpurná farmakoterapie (multivitaminové přípravky, hepatoprotektiva). (6)

3. 2. 2. 10. ZDRAVOTNÍ NÁSLEDKY ABÚZU ALKOHOLU

Somatická poškození, která jsou zapříčiněna abúzem alkoholu, se mohou týkat prakticky všech částí (systémů) lidského organismu. Je popsáno velké množství příznaků. (6)

Poškození jater

Působením alkoholu dochází v játrech k řadě změn. Jedná se např. o poruchy metabolismu lipidů, sacharidů a kyseliny močové. Následně dochází ke zvýšenému ukládání tuků v játrech a poškozování jaterních buněk. (40)

Počáteční stádium poškození jater alkoholem je steatóza (ztučnění jater). Toto stádium postižení je plně vratné, přestane-li postižený konzumovat alkoholické nápoje. (40)

Těžším typem poškození je alkoholická hepatitida. Zde podobně jako u hepatitidy virové dochází ke zvýšenému odumírání jaterních buněk, což se projeví zvýšenými hodnotami jaterních enzymů, žlutým zbarvením kůže v důsledku zvýšení hladiny bilirubinu v krevním séru a celkovými příznaky jaterního onemocnění. Uzdravení je možné za předpokladu pacientovy naprosté abstinence. Játra se obvykle vyhojí, ale jako trvalý následek většinou zůstane v játrech větší množství vaziva, pak mluvíme o jaterní fibróze. Prognóza je příznivá při dodržení abstinence alkoholu. (40)

Dalším stupněm je jaterní cirhóza (ztvrdnutí jater). Jde v podstatě o přeměnu na nefunkční vazivo v důsledku zvýšeného odumírání jaterních buněk. Celý proces se dá velmi zjednodušeně připodobnit ke vzniku jizvy. Vazivo sice překryje defekt, ale nikdy nebude mít vlastnosti zdravé kůže. Ve zdravých játrech dochází neustále k obměně buněk, odumírající jsou nahrazovány novými. Pokud počet odumírajících buněk přesáhne přirozenou regenerační schopnost jater, jsou odumírající buňky nahrazovány jenom vazivem. To sice

vyplní prostor, ale není schopno zastávat funkce zdravých jaterních buněk. Výsledkem jsou tvrdá, špatně fungující a následně selhávající játra. Jaterní selhání končí většinou smrtí. (40)

Poškození GIT

Velmi často se vyskytují chronické potíže a známky poškození GIT (dysfagie, průjmy, gastritidy, jícnové varixy, pankreatitida). V pokročilých stádiích se může vyskytnout i hubnutí z důvodu poruch GIT, proteinová malnutrice a avitaminózy. (1, 6, 51)

Onemocnění nervového systému (ONS)

Podobně dochází k poškození centrálního i periferního NS (alkoholické polyneuropatie, mozková atrofie, syndrom deficitu vitamínu B1). Chronický nedostatek vitamínu B1 u alkoholiků může vyústit v akutní, život ohrožující neurologický syndrom (Wernickeova encefalopatie). Projevuje se obrnou zevních svalů oka s diplopií (dvojité vidění), poruchami rovnováhy, ataxií (porucha koordinace pohybů), zmateností, apatií, deliriem. Pití alkoholu může být navíc spouštěcím faktorem epilepsie. (1, 6, 51)

Závažné mohou být psychické poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu. Z psychiatrického hlediska lze rozdělit do 2 základních skupin. Do první skupiny se řadí poruchy, které jsou způsobené přímým působením alkoholu na CNS. Může se jednat o akutní intoxikaci alkoholem i následek chronického abúzu (psychotická porucha, amnestický syndrom apod.). Do druhé skupiny patří poruchy, které se projevují návykovým chováním způsobeným nadměrným příjmem alkoholu a mohou přejít až v závislost na alkoholu (ztráta kontroly nad užíváním alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu). (6)

Patologická intoxikace alkoholem, která začíná záhy po vypití relativně malého množství alkoholu, se nazývá patická ebrieta. Projevuje se nepochopitelným jednáním, netypickým pro daného jedince. Vyskytují se poruchy emocí (strach), poruchy vnímání (zrakové a sluchové halucinace), poruchy myšlení (bludy). Častá je agresivita vůči okolí. Stav přetrvává až několik hodin a bývá zakončen spánkem, po kterém následuje amnesie. (6)

Dalšími poruchami jsou alkoholické psychózy, které vznikají jako následek chronického abúzu. Řadí se sem alkoholická halucinóza a alkoholická paranoidní psychóza. Alkoholická demence rovněž může být jedním následků dlouhodobé konzumace alkoholu. Amnestický syndrom je výrazné zhoršení krátkodobé paměti. Mezi závažné poruchy paměti se řadí Korsakovova psychóza, která může navazovat na delirium tremens, kdy po odeznění psychotických příznaků může přetrvat porucha paměti. Mezery v paměti vyplňuje nemocný konfabulacemi (smyšlenkami), kterým sám věří. (6, 52, 53)

Psychické potíže mohou komplikovat odvykací léčbu. Nejčastěji jde o poruchy spánku, nebo úzkostně-depresivní stavy. Deprese, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy nebo jiné psychiatrické poruchy bývají ale i častou komorbiditou. Uvádí se, že další psychiatrickou diagnózu má 40 – 60 % žen závislých na alkoholu a 20 – 40 % mužů alkoholiků. Důležité je pak léčit nejen alkoholismus, ale i současně se vyskytující další psychickou poruchu. K léčbě deprese jsou vhodné inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). (6)

Rakovina

Zvyšuje se riziko vzniku karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku, střev, konečníku a dalších typů rakoviny. Ženy holdující alkoholu navíc mají prokázané zvýšené riziko vzniku rakoviny prsu. (1, 51)

Pohlavní systém, hormony

U mužů vede alkoholismus k poruchám sexuální funkce, sterilitě a impotenci. Riziko neplodnosti se zvyšuje i u žen. Z důvodu snížené produkce mužských pohlavních hormonů a sníženého odbourávání estrogenů při poškození jater se může vyvinout gynekomastie (růst prsů u mužů). (1, 15, 51)

Další poškození

Při chronickém pití alkoholu dochází k funkčnímu a posléze i k orgánovému poškození KVS (systémová arteriální hypertenze z důvodu zvýšené koncentrace katecholaminů, kardiomyopatie). Dále může dojít k poškození funkce ledvin. Časté jsou i poruchy krvevorbny, anémie a poruchy krevní srážlivosti. (1, 6, 51)

Změny hodnot laboratorních vyšetření

Při chronickém pití alkoholu dochází ke změnám hodnot laboratorních vyšetření, včetně krevního obrazu (mimo jiné snížení počtu erytrocytů), hodnot jaterních enzymů ALT, AST, GMT, zvýšení hodnot bilirubinu, kyseliny močové, snížení kyseliny listové, vitamínu B1. Vysoce specifické je vyšetření CDT, jehož zvýšení je spolehlivým ukazatelem chronického příjmu alkoholu. (6, 54)

Alkohol v těhotenství

U žen alkoholiček, které otěhotní, hrozí riziko potratu, předčasného porodu, nízké porodní váhy miminka, nebo výskytu odvykacího syndromu po porodu. Navíc hrozí vážné poškození plodu, které se u dětí může projevit poruchami růstu, postižením CNS (pozdější psychické a kognitivní poruchy, mentální retardace), srdečními vadami, poruchami zraku a sluchu (včetně hluchoty), vrozenými vadami ledvin a jiných orgánů a kraniofaciální dysmorfii. Soubor těchto

příznaků se nazývá fetální alkoholový syndrom (FAS). Pokud se vyskytnou pouze poruchy chování a intelektu bez jiných známek postižení, používá se označení fetální alkoholový efekt (FAE). Poškození bývá příčinou špatného prospěchu ve škole, problémů se čtením, deficitů při počítání a v matematice, nedostatečného sebeovládání, poruch řeči, paměti a pozornosti. (6, 55, 56)

Riziko nevratného poškození plodu velmi výrazně stoupá, jakmile vypijete během dne více než jednu standardní sklenici alkoholu (0,5 l piva, 2 dl vína, nebo 0,05 l destilátu). Není prokázáno, že by příležitostné pití v minimálním množství mělo negativní vliv na vývoj plodu. Možná rizika však nelze vyloučit. (57)

4. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST

4. 1. CÍLE VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zjistit, do jaké míry si mladí lidé uvědomují rizika spjatá s kouřením a nadměrným pitím alkoholu, zmapovat prevalenci kouření cigaret a jiných tabákových výrobků mezi SŠ a VŠ, zjistit věk první zkušenosti s kouřením a stanovit stupeň závislosti u kuřáků. Dále zmapovat prevalenci zdravotně rizikového pití alkoholu mezi SŠ a VŠ a zkušenosti respondentů s opilostí. Dalším cílem výzkumu je potvrdit nebo vyvrátit následující hypotézy, které byly stanoveny na základě výsledků Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách realizované v roce 2007 (ESPAD07):

H1 – studenti pocházející z neúplné nebo restrukturované rodiny mají vyšší prevalenci užívání tabáku a alkoholu v porovnání se studenty z intaktních rodin

H2 – věk první zkušenosti s kouřením je ve většině případů do 13 let (včetně)

H3 – dřívější začátek kouření je spojen s vyšším výskytem silného kuřáctví (11 a více cigaret denně)

H4 – prevalence kouření je v současnosti vyšší u dívek

H5 – časté pití alkoholu (více než 5krát za měsíc) se vyskytuje převážně u mužů

H6 – časté pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti 3krát a vícekrát za měsíc) se vyskytuje převážně u mužů. (58)

4. 2. METODIKA A MATERIÁL

4. 2. 1. METODIKA

Sběr dat byl proveden na základě dotazníkového šetření v rámci mezinárodního výzkumu zabývajícího se životním stylem mladých lidí. Projekt pochází z Università degli Studi Camerino v Itálii.

Dotazník je rozdělen do 5 částí. Pro náš výzkum byla použita především 1., 3. a 4. část (viz příloha č. 1). 1. část se zabývá sociálně-demografickou charakteristikou a rodinnými poměry respondentů. 3. a 4. část se věnuje užívání tabáku a alkoholu. Otázky jsou zaměřeny především na osobní zkušenosti respondentů s užíváním daných látek a na základní znalosti o jejich zdravotních a sociálních rizicích. Součástí dotazníku je i Fagerströmův test závislosti na nikotinu (viz příloha č. 2)

Respondenti odpovídali na otázky uzavřené, otevřené i polootevřené. V případě uzavřených (strukturovaných) otázek vybírá respondent odpověď z předem nabízených možností a volí tu, která mu nejvíce vyhovuje. U otevřených (nestrukturovaných) otázek záleží obsah a rozsah odpovědi pouze na vůli respondenta. Otázky polootevřené (polouzavřené) jsou kombinací obou předchozích typů otázek. Jsou použity tam, kde není možné obsáhnout všechny alternativy odpovědi a k dispozici jsou proto i varianty „jiné“, „jinak“ apod., které respondent vlastními slovy specifikuje, podobně jako v případě otázek otevřených. (59)

Výsledky průzkumu byly zpracovány pomocí programu SPSS. Testy chí-kvadrát byly použity pro vyhodnocení závislosti či nezávislosti 2 kategoriálních proměnných v kontingenčních tabulkách - dvourozměrných tabulkách četností. V řádcích jsou obsaženy varianty (kategorie), kterých může nabývat 1. proměnná, ve sloupcích jsou možné varianty 2. proměnné a ve vnitřních buňkách jsou absolutní četnosti odpovídající dané dvojici kategorií, popřípadě mohou být doplněny i požadované relativní četnosti. Základním testem je Pearsonův chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce. Skutečnost, že hodnota asymptotické významnosti (α) je menší nebo rovna 0,05, znamená, že na 5 % hladině významnosti zamítáme hypotézu o nezávislosti (nulovou hypotézu) a kategoriální proměnné lze považovat za závislé. V diplomové práci jsou uvedeny statisticky významné závislosti, přičemž $\alpha \leq 0,01$ znamená vysokou statistickou významnost.

4. 2. 2. CHARAKTERISTIKA ANALYZOVANÉ SKUPINY

Průzkum proběhl v 1. a 3. ročnících Gymnázia Mnichovo Hradiště (GMH) a Střední průmyslové školy v České Lípě (SPŠ Česká Lípa), dále v 1. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové (PdF UHK) a 3. ročníku Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci (FP TUL) v akademickém roce 2007/2008. Formuláře dotazníků byly rozdávány studentům v průběhu výuky. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní.

Z celkového počtu 600 dotazníků, které byly studentům rozdány, se vrátilo 400 vyplněných, což odpovídá 66,7 % návratnosti. 398 dotazníků bylo vyhodnoceno, 2 byly vyřazeny pro nepoužitelnost. Pro výzkum bylo použito konkrétně 203 dotazníků od studentů středních škol (96 z GMH a 107 ze SPŠ Česká Lípa) a 195 od studentů vysokých škol (107 z PdF UHK a 88 z FP TUL).

Soubor studentů středních škol (SŠ) je tvořen 123 (60,6 %) muži a 80 (39,4 %) ženami. Věk SŠ je 15 – 20 let, přičemž průměrný věk je 16,5 let, modus a rovněž medián je 16 let. Soubor studentů vysokých škol (VŠ) je tvořen 183 (93,8 %) ženami a pouze 12 (6,5 %) muži. Věk VŠ se pohybuje v rozmezí 19 – 27 let. Průměrný věk je 21,7 let, modus je 21 let a medián 22 let.

4. 3. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

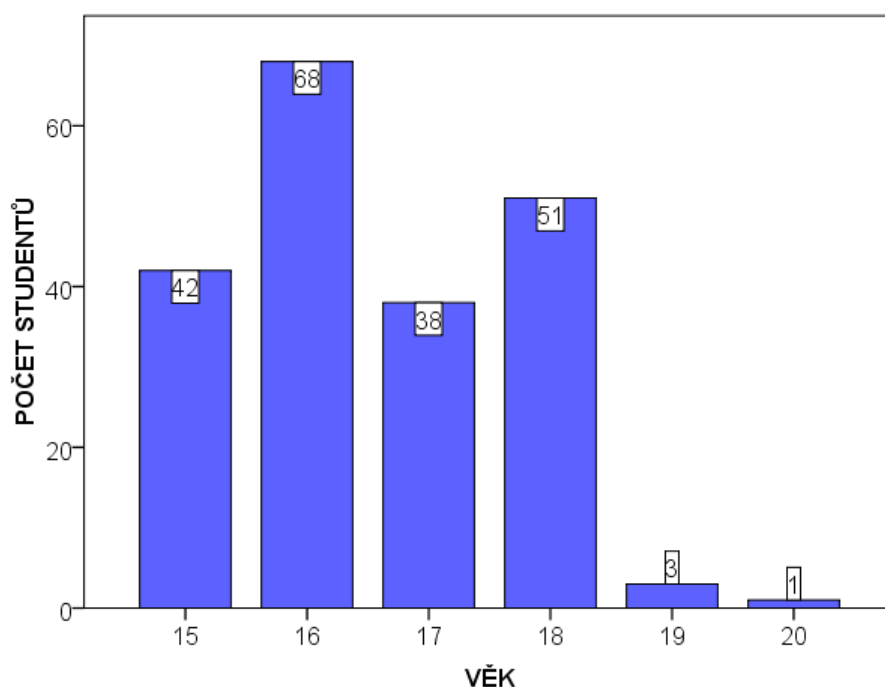
4. 3. 1. SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

První část dotazníku se týká věku, pohlaví, národnosti a rodinných poměrů respondentů. Dále národnosti a povolání rodičů. Jak bylo uvedeno výše, soubor tvoří 203 SŠ a 195 VŠ.

Věk a pohlaví respondentů:

Věk SŠ se pohybuje v rozmezí 15 – 20 let. Průměrný věk SŠ je 16,5 let. Modus (hodnota, která se v daném statistickém souboru vyskytuje nejčastěji) je 16 let. Medián (hodnota, která dělí řadu čísel seřazených podle velikosti na dvě stejně početné poloviny) je rovněž 16 let.

Graf 1: Věkové zastoupení SŠ



Zdroj: vlastní výzkum

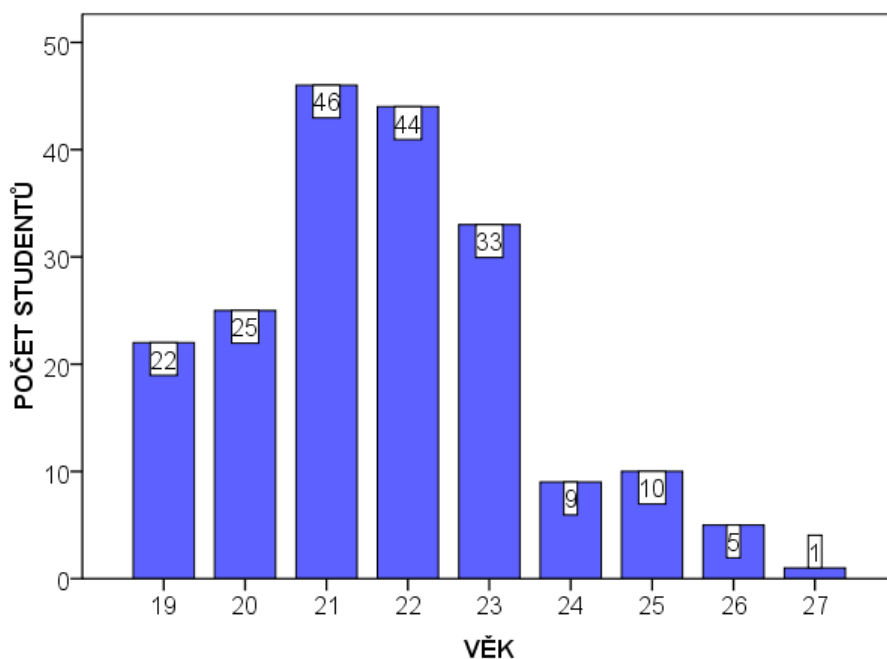
Tab. 1: Věk SŠ – průměr, modus a medián

VĚK SŠ	
PRŮMĚR	16,5
MODUS	16
MEDIÁN	16

Zdroj: vlastní výzkum

Věk VŠ se pohybuje v rozmezí 19 – 27 let, jak vyplývá z grafu 2. Tab. 2 znázorňuje, že průměrný věk VŠ je 21,7 let, modus je 21 let a medián 22 let.

Graf 2: Věkové zastoupení VŠ



Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 2: Věk VŠ – průměr, modus a medián

VĚK VŠ	
PRŮMĚR	21,7
MODUS	21
MEDIÁN	22

Zdroj: vlastní výzkum

V analyzovaném souboru 203 SŠ je 60,6 % mužů a 39,4 % žen, zatímco v souboru 195 VŠ je 93,8 % žen a pouze 6,2 % mužů. Tab. 3 vyjadřuje, že ve vzorku studentů SPŠ Česká Lípa je více mužů (82,2 %), zatímco ve vzorku studentů GMH převažují ženy (63,5 %). Rozdíl v procentuálním zastoupení mužů a žen v analyzovaných souborech SŠ a VŠ je v hodnocení, které se týká užívání tabáku a alkoholu studenty, zohledněn.

Tab. 3: Zastoupení mužů a žen mezi SŠ a VŠ

		SPŠ	GMH	VŠ	CELKEM
MUŽI	POČET	88	35	12	135
	%	82,2%	36,5%	6,2%	33,9%
ŽENY	POČET	19	61	183	263
	%	17,8%	63,5%	93,8%	66,1%
CELKEM	POČET	107	96	195	398
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Národnost respondentů a jejich rodičů:

Českou národnost má 98,2 % respondentů. Českou národnost otce uvedlo 95,5 % respondentů a českou národnost matky 95,7 % respondentů. Pro nízký výskyt jiné národnosti než české nebylo možné prokázat souvislost mezi národností respondentů nebo jejich rodičů a prevalencí kouření, respektive pití alkoholu.

Rodinné poměry:

S oběma rodiči bydlí ve společné domácnosti 81,3 % SŠ. Pouze s jedním z rodičů (neúplná rodina), respektive s jedním z vlastních rodičů a s jeho současným partnerem (restrukturovaná rodina) bydlí 17,7 % SŠ. 1,0 % nebydlí ve společné domácnosti ani s jedním z rodičů. Se sourozencem/sourozenci bydlí ve společné domácnosti 84,7 % SŠ. Hypotéza, že bydlení v neúplné nebo restrukturované rodině má vliv na užívání tabáku nebo alkoholu SŠ (H1), nebyla přijata. Nebyl prokázán ani vliv počtu sourozenců.

12,3 % VŠ nebydlí ve společné domácnosti s rodiči (10,8 % VŠ bydlí s partnerem/partnerkou a 1,5 % s kamarády nebo s nikým dalším). Mezi VŠ, kteří již nebydlí ve společné domácnosti s rodiči, se nachází významně více denních kuřáků (41,7 % denních kuřáků mezi VŠ, kteří nebydlí s rodiči, a pouze 5,8 % denních kuřáků mezi VŠ, kteří bydlí s rodiči).

Tab. 4: Zastoupení denních kuřáků mezi VŠ v závislosti na tom, zda bydlí s rodiči

		KOUŘÍ 1 A VÍCE CIGARET DENNĚ	NEKOUŘÍ/KOUŘÍ MÉNĚ NEŽ 1 CIGARETU DENNĚ	CELKEM
NEBYDLÍ S RODIČI	POČET	10	14	24
	%	41,7%	58,3%	100,0%
BYDLÍ S RODIČI	POČET	10	161	171
	%	5,8%	94,2%	100,0%
CELKEM	POČET	20	175	195
	%	10,3%	89,7%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 5: Testy chí-kvadrát (k tab. 4)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2- SIDED)	EXACT SIG. (2- SIDED)	EXACT SIG. (1- SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	29,336 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	25,573	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	20,179	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	29,185	1	0,000		
N OF VALID CASES	195				

a. 1 buňka (25,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 2,46.

Zdroj: vlastní výzkum

Povolání rodičů

Nebyla zjištěna žádná statisticky významná souvislost mezi povoláním rodičů a kouřením, respektive pitím alkoholu studenty.

4. 3. 2. KOUŘENÍ

Otázka č. 1: Co si myslíš o škodlivosti tabáku?

Testy chí-kvadrát potvrdily, že muži a ženy a rovněž kuřáci a nekuřáci se významně liší ve svých názorech na škodlivost tabáku.

Jak vyplývá z tab. 6, 53,3 % mužů považuje tabák za málo nebezpečný nebo neškodný a 43,0 % za nebezpečný (nebezpečný/extrémně nebezpečný). 61,2 % žen považuje tabák za nebezpečný a 37,6 % za málo nebezpečný nebo neškodný.

Tab. 6: Názory respondentů na škodlivost tabáku (dle pohlaví)

		EXTRÉMĚ NEBEZPEČNÝ	NEBEZPEČNÝ	MÁLO NEBEZPEČNÝ/NEŠKODNÝ	NEVÍM	CELKEM
MUŽI	POČET	7	51	72	5	135
	%	5,2%	37,8%	53,3%	3,7%	100,0%
ŽENY	POČET	10	151	99	3	263
	%	3,8%	57,4%	37,6%	1,1%	100,0%
CELKEM	POČET	17	202	171	8	398
	%	4,3%	50,8%	43,0%	2,0%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 7: Testy chí-kvadrát (k tab. 6)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2- SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	15,204 ^a	3	0,002
LIKELIHOOD RATIO	15,168	3	0,002
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	3,003	1	0,083
N OF VALID CASES	398		

a. 1 buňka (12,5%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 2,71.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 8 znázorňuje, že podle názoru 61,1 % současných nekuřáků je tabák nebezpečný a podle názoru 36,7 % je málo nebezpečný nebo neškodný. Naopak 55,7 % současných kuřáků považuje tabák za málo nebezpečný nebo neškodný a 42,7 % za nebezpečný.

Tab. 8: Názory kuřáků a nekuřáků na škodlivost tabáku

	EXTRÉMNE NEBEZPEČNÝ	NEBEZPEČNÝ	MÁLO NEBEZPEČNÝ/NEŠKODNÝ	NEVÍM	CELKEM
NEKUŘÁCI					
POČET	12	151	98	6	267
%	4,5%	56,6%	36,7%	2,2%	100,0%
KUŘÁCI					
POČET	5	51	73	2	131
%	3,8%	38,9%	55,7%	1,5%	100,0%
CELKEM					
POČET	17	202	171	8	398
%	4,3%	50,8%	43,0%	2,0%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 9: Testy chí-kvadrát (k tab. 8)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2- SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	13,099 ^a	3	0,004
LIKELIHOOD RATIO	13,065	3	0,004
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	7,891	1	0,005
N OF VALID CASES	398		

a. 1 buňka (12,5%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 2,63.

Zdroj: vlastní výzkum

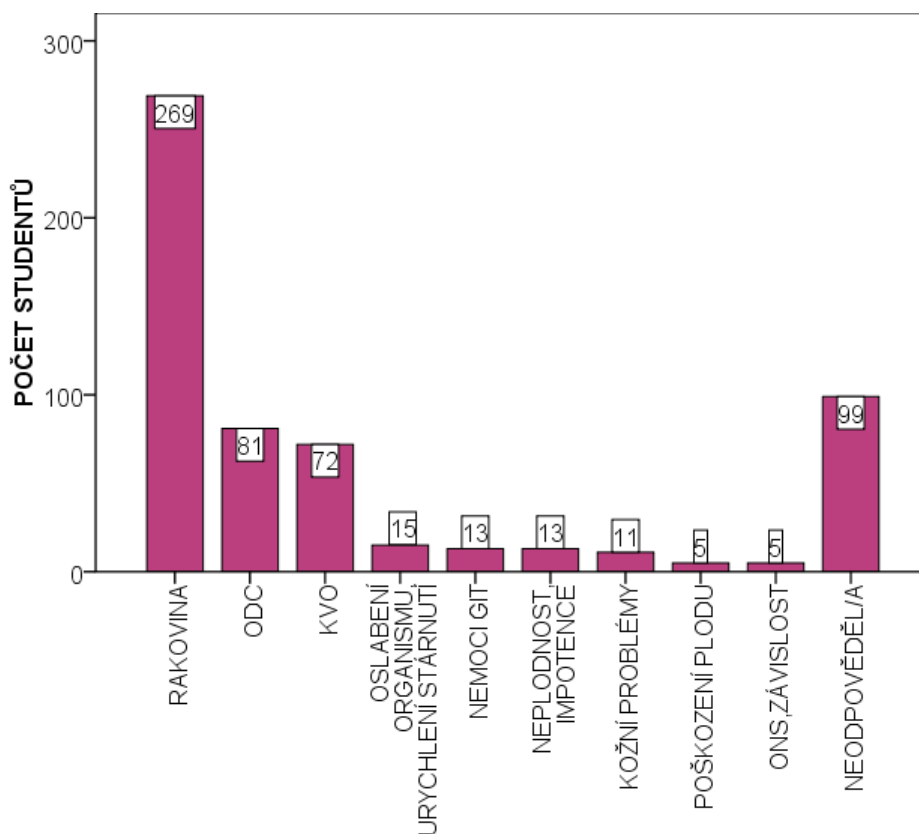
Otázka č. 2: Považuješ tabák za drogu?

Pouze 65,8 % respondentů považuje tabák za drogu. 34,2 % respondentů si nemyslí, že tabák je droga. Mezi názory mužů a žen, ani kuřáků a nekuřáků nebyly prokázány významné rozdíly.

Otázka č. 3: Pokud si myslíš, že je kouření škodlivé, jaké nemoci může vyvolat?

Otázku zodpovědělo 75,1 % respondentů. 90,0 % z nich se domnívá, že kouření může způsobit různé typy rakoviny. 27,1 % respondentů uvedlo ODC a 24,1 % KVO. Odpovědi respondentů znázorňuje graf 3.

Graf 3: Nemoci, které může vyvolat kouření



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4: Když kouříš, všímáš si, zda jsou ve tvé blízkosti nekuřáci?

Z celkového počtu 131 současných kuřáků odpovědělo na otázku 89,3 %, z nichž si 73,5 % při kouření všímá a 26,5 % nevšímá, zda jsou v jejich blízkosti nekuřáci. Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Otázka č. 5: Kouříš, nebo jsi zkoušel/a kouřit?

78,6% respondentů zkoušelo kouřit, přičemž mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Otázka č. 6: Jestliže jsi zkoušel/a kouřit, co jsi kouřil/a?

72,9 % respondentů kouřilo již někdy ve svém životě cigarety. Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

Tab. 10 vyjadřuje, že zkušenost s kouřením doutníku má významně více mužů (47,4 %) než žen (29,7 %).

Tab. 10: Zkušenosti respondentů s kouřením doutníku (dle pohlaví)

		KOUŘIL/A DOUTNÍK		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	71	64	135
	%	52,6%	47,4%	100,0%
ŽENY	POČET	185	78	263
	%	70,3%	29,7%	100,0%
CELKEM	POČET	256	142	398
	%	64,3%	35,7%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 11: Testy chí-kvadrát (k tab. 10)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	12,247 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	11,486	1	0,001		
LIKELIHOOD RATIO	12,069	1	0,001		
FISHER'S EXACT TEST				0,001	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	12,216	1	0,000		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 48,17.

Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z tab. 12, zkušenost s kouřením vodní dýmky má 40,9 % SŠ a pouze 21,0 % VŠ. Zkušenosti s kouřením vodní dýmky má rovněž významně více kuřáků cigaret (současných i bývalých) v porovnání s nekuřáky (48,3 % kuřáků a pouze 20,9 % nekuřáků).

Tab. 12: Zkušenosti SŠ a VŠ s kouřením vodní dýmky

		KOUŘIL/A VODNÍ DÝMKU		
		NE	ANO	CELKEM
SŠ	POČET	120	83	203
	%	59,1%	40,9%	100,0%
VŠ	POČET	154	41	195
	%	79,0%	21,0%	100,0%
CELKEM	POČET	274	124	398
	%	68,8%	31,2%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 13: Testy chí-kvadrát (k tab. 12)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	18,291 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	17,377	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	18,580	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	18,245	1	0,000		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 60,75.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 14: Zkušenosti kuřáků cigaret s kouřením vodní dýmky

		KOUŘIL/A VODNÍ DÝMKU			
		NE	ANO	CELKEM	
POKRAČOVAL/A V KOUŘENÍ CIGARET	NE	POČET	197	52	249
		%	79,1%	20,9%	100,0%
	ANO	POČET	77	72	149
		%	51,7%	48,3%	100,0%
	CELKEM	POČET	274	124	398
		%	68,8%	31,2%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 15: Testy chí-kvadrát (k tab. 14)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	32,721 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	31,454	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	32,222	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	32,638	1	0,000		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 46,42.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7: V kolika letech jsi poprvé zkusil/a kouřit?

Tab. 16 znázorňuje, že průměrný věk první zkušenosti s kouřením je v analyzovaném souboru SŠ 12,6 let, v analyzovaném souboru VŠ 14,2 let. Relativní většina SŠ (19,8 %) kouřila poprvé ve 13 letech, relativní většina VŠ (20,5 %) v 15 letech. Medián věku je v souboru SŠ 13 let a v souboru VŠ 15 let.

Tab. 16: Věk první zkušenosti s kouřením – průměr, modus a medián

	SŠ	VŠ
PRŮMĚR	12,6	14,2
MODUS	13	15
MEDIÁN	13	15

Zdroj: vlastní výzkum

Zatímco 63,0 % SŠ mělo první zkušenost s kouřením do svých 13 let, 64,2 % VŠ zkusilo poprvé kouřit ve vyšším věku (jak bylo uvedeno výše, relativní většina ve věku 15 let). Hypotéza H2 tak byla pro nejmladší generaci (SŠ) potvrzena. Výsledky naznačují, že SŠ začínají nejspíš kouřit v nižším věku než VŠ. V analyzovaném souboru SŠ nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami.

Tab. 17: Podíl SŠ a VŠ, kteří zkoušeli kouřit do svých 13 let

		PRVNÍ ZKUŠENOST S KOUŘENÍM		
		DO 13 LET	VE VYŠŠÍM VĚKU	CELKEM
SŠ	POČET	102	60	162
	%	63,0%	37,0%	100,0%
VŠ	POČET	54	97	151
	%	35,8%	64,2%	100,0%
CELKEM	POČET	156	157	313
	%	49,8%	50,2%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 18: Testy chí-kvadrát (k tab. 17)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	23,131 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	22,056	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	23,427	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	23,057	1	0,000		
N OF VALID CASES	313				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 75,26.

Zdroj: vlastní výzkum

Téměř 70 % SŠ i VŠ zkusilo poprvé kouřit ve 12 – 16 letech. Zdá se, že se jedná o nejrizikovější věk prvního kontaktu s tabákem.

Otázka č. 8: Poté, co jsi zkusil/a kouřit, pokračoval/a jsi dále v kouření?

V kouření pokračovalo 42,2 % respondentů, přičemž rozdíl mezi muži a ženami byl zaznamenán především v analyzovaném souboru SŠ (51,2 % žen a 39,0 % mužů). Nejedná se však o statisticky významný rozdíl. 36,4 % respondentů v kouření nepokračovalo.

Otázka č. 9: Pokud jsi pokračoval/a v kouření, co jsi kouřil/a?

V kouření cigaret pokračovalo 37,4 % respondentů. V analyzovaném souboru SŠ byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi počtem mužů a žen (46,2 % žen a 31,7 % mužů).

Tab. 19: Podíl respondentů (SŠ), kteří pokračovali v kouření cigaret (dle pohlaví)

		POKRAČOVAL/A V KOUŘENÍ CIGARET		
		ANO	NE	CELKEM
MUŽI	POČET	39	84	123
	%	31,7%	68,3%	100,0%
ŽENY	POČET	37	43	80
	%	46,2%	53,8%	100,0%
CELKEM	POČET	76	127	203
	%	37,4%	62,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 20: Testy chí-kvadrát (k tab. 19)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	4,377 ^a	1	0,036	0,039	0,026
CORRECTION FOR CONTINUITY	3,778	1	0,052		
LIKELIHOOD RATIO	4,351	1	0,037		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	4,355	1	0,037		
N OF VALID CASES	203				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 29,95.

Zdroj: vlastní výzkum

V kouření doutníku pokračovalo 6,3 % respondentů – významně více mužů (11,1 % mužů a 3,8 % žen).

Tab. 21: Podíl respondentů, kteří pokračovali v kouření doutníku (dle pohlaví)

		POKRAČOVAL/A V KOUŘENÍ DOUTNÍKU		
		ANO	NE	CELKEM
MUŽI	POČET	15	120	135
	%	11,1%	88,9%	100,0%
ŽENY	POČET	10	253	263
	%	3,8%	96,2%	100,0%
CELKEM	POČET	25	373	398
	%	6,3%	93,7%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 22: Testy chí-kvadrát (k tab. 21)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	8,095 ^a	1	0,004	0,008	0,005
CORRECTION FOR CONTINUITY	6,901	1	0,009		
LIKELIHOOD RATIO	7,584	1	0,006		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	8,075	1	0,004		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 8,48.

Zdroj: vlastní výzkum

V kouření vodní dýmky pokračovalo 9,3 % respondentů. Oblíbená je především mezi SŠ (13,8 % SŠ a 4,6 % VŠ).

Tab. 23: Podíl SŠ a VŠ, kteří pokračovali v kouření vodní dýmky

		POKRAČOVAL/A V KOUŘENÍ VODNÍ DÝMKY		
		ANO	NE	CELKEM
SŠ	POČET	28	175	203
	%	13,8%	86,2%	100,0%
VŠ	POČET	9	186	195
	%	4,6%	95,4%	100,0%
CELKEM	POČET	37	361	398
	%	9,3%	90,7%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 24: Testy chí-kvadrát (k tab. 23)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	9,935 ^a	1	0,002	0,002	0,001
CORRECTION FOR CONTINUITY	8,877	1	0,003		
LIKELIHOOD RATIO	10,413	1	0,001		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	9,910	1	0,002		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 18,13.

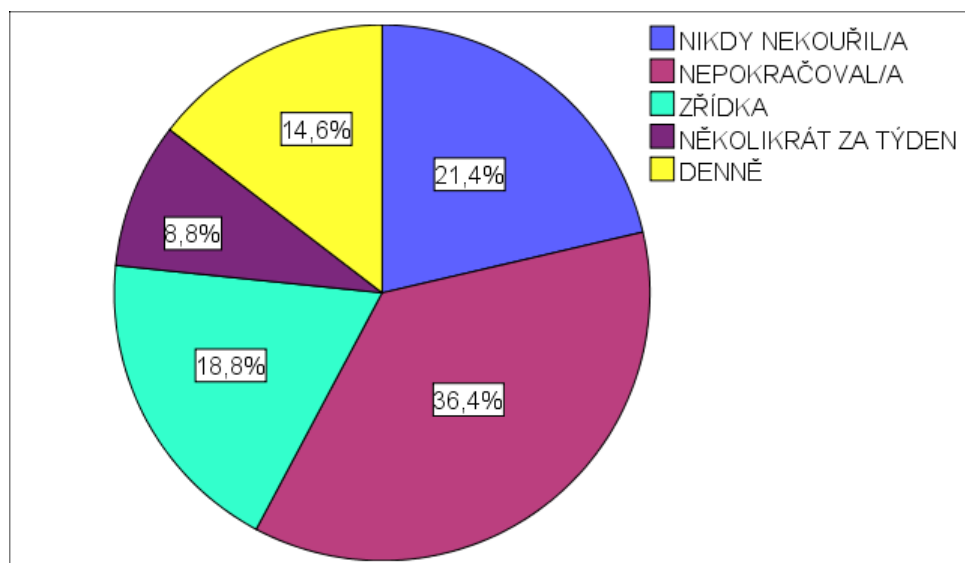
Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 168 kuřáků 73,2 % pokračovalo v kouření pouze cigaret. 15,5 % kouřilo kromě cigaret i doutníky (3,0 %), nebo vodní dýmku (3,0 %), respektive obojí (9,5 %). 11,3 % kouřilo pouze vodní dýmku (8,9 %), nebo doutníky, respektive obojí.

Otázka č. 10: Pokud jsi pokračoval/a v kouření, jak často jsi kouřil/a?

Jak vyjadřuje graf 4, 14,6 % respondentů kouřilo denně (ve všech případech se jednalo o kuřáky cigaret), 8,8 % několikrát za týden a 18,8 % zřídka.

Graf 4: Frekvence kouření

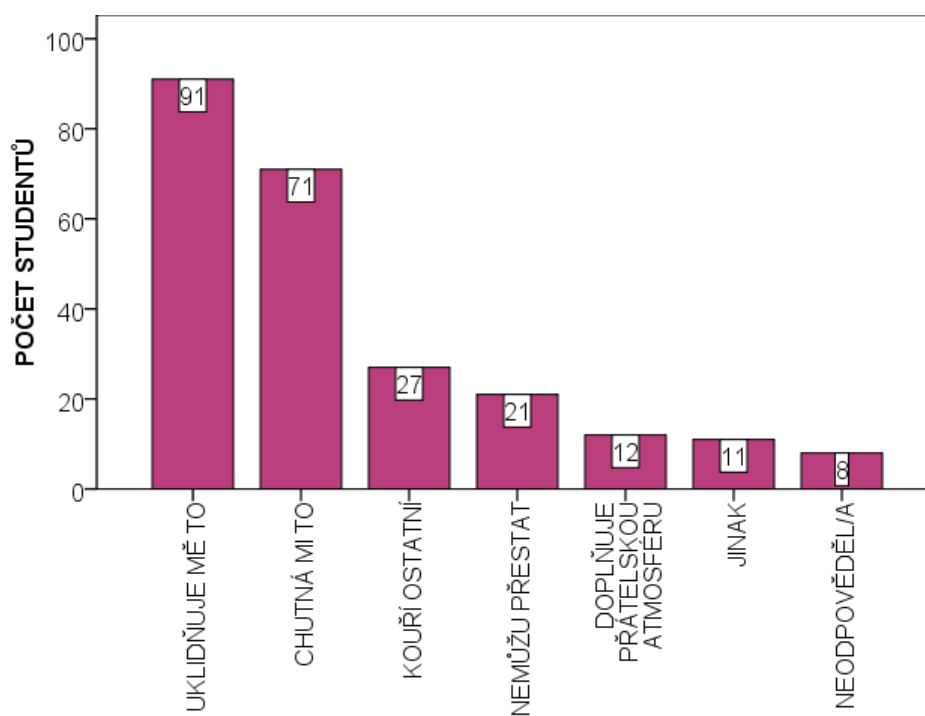


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 11: Pokud jsi pokračoval/a v kouření, proč?

Otázku zodpovědělo 95,2 % kuřáků. Jak vyplývá z grafu 5, většinu respondentů (56,9 %) kouření uklidňuje. 44,4 % kouří, protože jim to chutná.

Graf 5: Důvody kuřáků, proč pokračovali v kouření

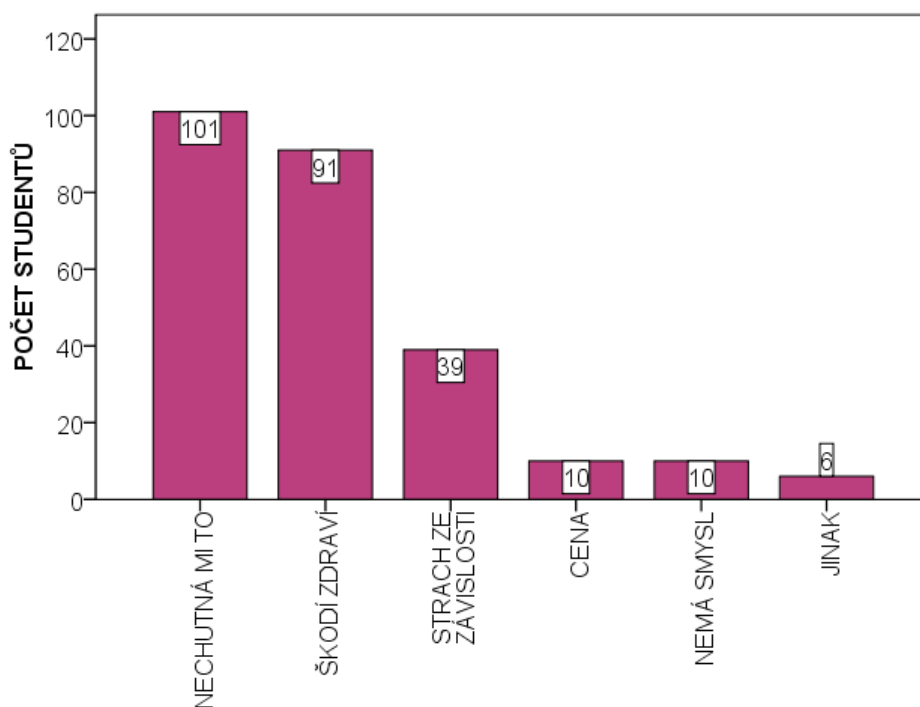


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 12: Pokud jsi nepokračoval/a v kouření, proč?

69,7 % respondentů, kteří v kouření nepokračovali, uvedlo jako důvod to, že jim to nechutná. 62,8 % nepokračovalo, protože kouření škodí zdraví. 26,9 % má strach ze závislosti. Odpovědi respondentů znázorňuje graf 6.

Graf 6: Důvody respondentů, proč nepokračovali v kouření



Zdroj: vlastní výzkum

Testy chí-kvadrát prokázaly statisticky významný rozdíl v počtu mužů a žen, kteří nepokračovali v kouření, protože jim to nechutná. Tento důvod uvedlo významně více žen (77,5 % žen a 57,1 % mužů).

Tab. 25: Podíl respondentů, kteří nepokračovali v kouření, protože jim to nechutná (dle pohlaví)

		NECHUTNÁ MU/JÍ TO		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	24	32	56
	%	42,9%	57,1%	100,0%
ŽENY	POČET	20	69	89
	%	22,5%	77,5%	100,0%
CELKEM	POČET	44	101	145
	%	30,3%	69,7%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 26: Testy chí-kvadrát (k tab. 25)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	6,758 ^a	1	0,009	0,015	0,008
CORRECTION FOR CONTINUITY	5,828	1	0,016		
LIKELIHOOD RATIO	6,663	1	0,010		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	6,711	1	0,010		
N OF VALID CASES	145				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 16,99.

Zdroj: vlastní výzkum

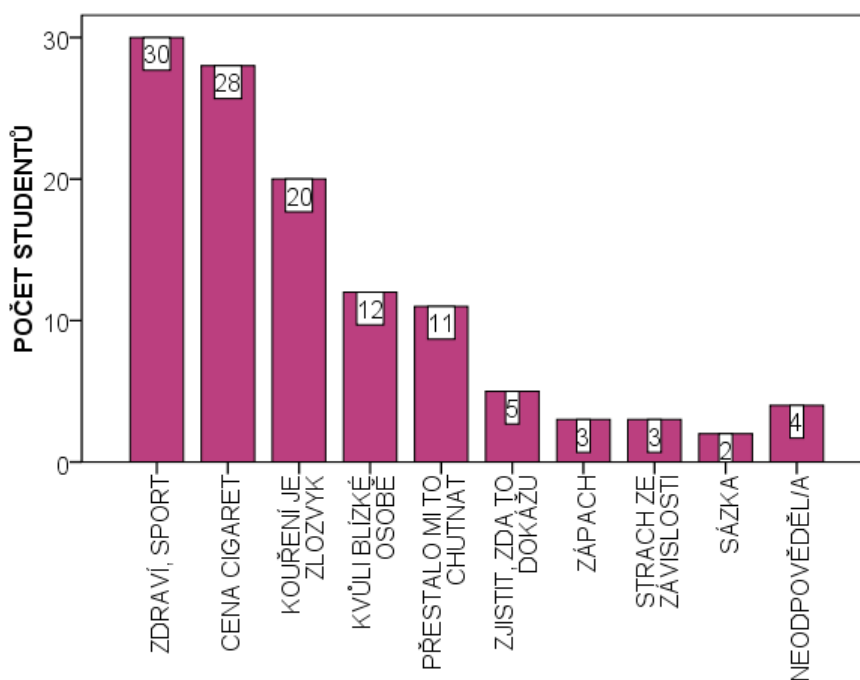
Otázka č. 13: Zkoušel/a jsi přestat s kouřením?

Z celkového počtu 168 respondentů, kteří pokračovali v kouření, zkoušelo přestat 57,7 %. Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Otázka č. 14: Pokud jsi zkoušel/a přestat s kouřením, proč?

Z celkového počtu 97 respondentů, kteří zkoušeli přestat kouřit, odpovědělo 95,9 %. Z nich 32,3 % uvedlo jako důvod zdraví nebo sport. Pro 30,1 % jsou cigarety drahé a 21,5 % považuje kouření za zlozvyk. Odpovědi respondentů znázorňuje graf 7.

Graf 7: Důvody kuřáků, proč zkoušeli přestat s kouřením



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 15: Pokud jsi zkoušel/a přestat s kouřením, jak?

Z celkového počtu 97 respondentů, kteří zkoušeli přestat kouřit, odpovědělo 86,6 %. Z nich 89,3 % se o to pokoušelo bez cizí pomoci, 10,7 % s pomocí přátel nebo rodiny. Nikdo nepoužil NNT ani nevyužil odbornou pomoc.

Otázka č. 16: Poté jsi začal/a znovu kouřit?

Jak vyplývá z tab. 27, kouřit znovu začalo 71,4 % SŠ a 52,1 % VŠ.

Tab. 27: Podíl kuřáků, kteří začali znovu kouřit

		ZAČAL/A ZNOVU KOUŘIT		
		ANO	NE	CELKEM
SŠ	POČET	35	14	49
	%	71,4%	28,6%	100,0%
VŠ	POČET	25	23	48
	%	52,1%	47,9%	100,0%
CELKEM	POČET	60	37	97
	%	61,9%	38,1%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 28: Testy chí-kvadrát (k tab. 27)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	3,846 ^a	1	0,050	0,061	0,040
CORRECTION FOR CONTINUITY	3,070	1	0,080		
LIKELIHOOD RATIO	3,875	1	0,049		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	3,806	1	0,051		
N OF VALID CASES	97				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 18,31.

Zdroj: vlastní výzkum

Byla rovněž prokázána závislost počtu respondentů, kteří se vrátili ke kouření, na frekvenci kouření. Jak vyplývá z tab. 29, skončit s kouřením se nepodařilo 73,3 % respondentů, kteří kouřili denně, 66,7 % respondentů, kteří kouřili několikrát za týden a 41,9 % respondentů, kteří kouřili zřídka.

Tab. 29: Závislost počtu kuřáků, kteří začali znovu kouřit, na frekvenci kouření

FREKVENCE KOUŘENÍ		ZAČAL/A ZNOVU KOUŘIT		
		ANO	NE	CELKEM
KAŽDÝ DEN	POČET	33	12	45
	%	73,3%	26,7%	100,0%
NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN	POČET	14	7	21
	%	66,7%	33,3%	100,0%
ZŘÍDKA	POČET	13	18	31
	%	41,9%	58,1%	100,0%
CELKEM	POČET	60	37	97
	%	61,9%	38,1%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 30: Testy chí-kvadrát (k tab. 29)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	7,932 ^a	2	0,019
LIKELIHOOD RATIO	7,874	2	0,020
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	7,292	1	0,007
N OF VALID CASES	97		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 8,01.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 17: Pokud jsi začal/a znovu kouřit, jak dlouho jsi nekouřil/a?

Zatímco 60,6 % denních kuřáků, kterým se nepodařilo přestat kouřit, se vrátilo ke kouření do 1 měsíce, 81,5 % nepravidelných kuřáků znovu začalo kouřit po době delší než 1 měsíc.

Tab. 31: Po jaké době se kuřáci vrátili ke svému návyku

		DO 1 MĚSÍCE	PO DOBĚ DELŠÍ NEŽ 1 MĚSÍC	CELKEM
DENNÍ KUŘÁCI	POČET	20	13	33
	%	60,6%	39,4%	100,0%
NEPRAVIDELNÍ KUŘÁCI	POČET	5	22	27
	%	18,5%	81,5%	100,0%
CELKEM	POČET	25	35	60
	%	41,7%	58,3%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 32: Testy chí-kvadrát (k tab. 31)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	10,823 ^a	1	0,001		
CORRECTION FOR CONTINUITY	9,160	1	0,002		
LIKELIHOOD RATIO	11,377	1	0,001		
FISHER'S EXACT TEST				0,001	0,001
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	10,642	1	0,001		
N OF VALID CASES	60				

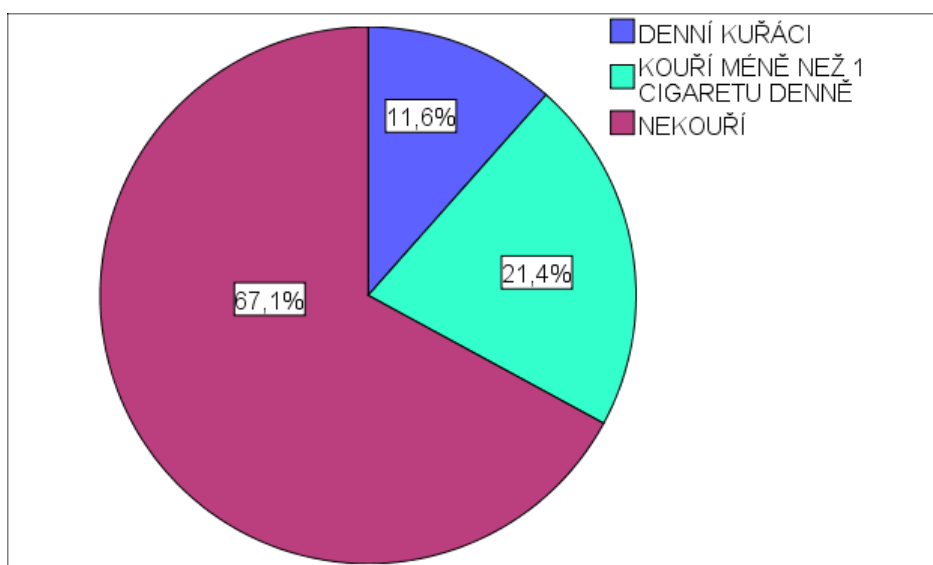
a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 11,25.

Zdroj: vlastní výzkum

Počet současných kuřáků

Počet současných kuřáků se získá odečtením počtu respondentů, kteří přestali kouřit, od počtu respondentů, kteří v otázce č. 8 odpověděli, že v kouření pokračovali. V době vyplnění dotazníku kouřilo 11,6 % respondentů denně (v souboru SŠ 16,3 % žen a 10,6 % mužů, rozdíl není statisticky významný) a 21,4 % respondentů nepravidelně. Tab. 33 znázorňuje, že mezi SŠ se jednalo převážně o ženy (47,5 % žen a 30,9 % mužů). Hypotéza H4 byla tedy potvrzena. Zároveň bylo prokázáno, že v analyzovaném souboru VŠ kouří významně méně žen než mezi SŠ (27,3 %).

Graf 8: Současní kuřáci



Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 33: Podíl současných kuřáků mezi SŠ (dle pohlaví)

		KOUŘÍ	NEKOUŘÍ	CELKEM
MUŽI	POČET	38	85	123
	%	30,9%	69,1	100,0%
ŽENY	POČET	38	42	80
	%	47,5%	52,5%	100,0%
CELKEM	POČET	76	127	203
	%	37,4%	62,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 34: Testy chí-kvadrát (k tab. 33)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	5,707 ^a	1	0,017	0,018	0,013
CORRECTION FOR CONTINUITY	5,020	1	0,025		
LIKELIHOOD RATIO	5,673	1	0,017		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	5,679	1	0,017		
N OF VALID CASES	203				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 29,95.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 35: Podíl současných kuřáků mezi ženami

		KOUŘÍ	NEKOUŘÍ	CELKEM
SŠ	POČET	38	42	80
	%	47,5%	52,5%	100,0%
VŠ	POČET	50	133	183
	%	27,3%	72,7%	100,0%
CELKEM	POČET	88	175	263
	%	33,5%	66,5%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 36: Testy chí-kvadrát (k tab. 35)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	10,179 ^a	1	0,001	0,002	0,001
CORRECTION FOR CONTINUITY	9,293	1	0,002		
LIKELIHOOD RATIO	9,926	1	0,002		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	10,141	1	0,001		
N OF VALID CASES	263				

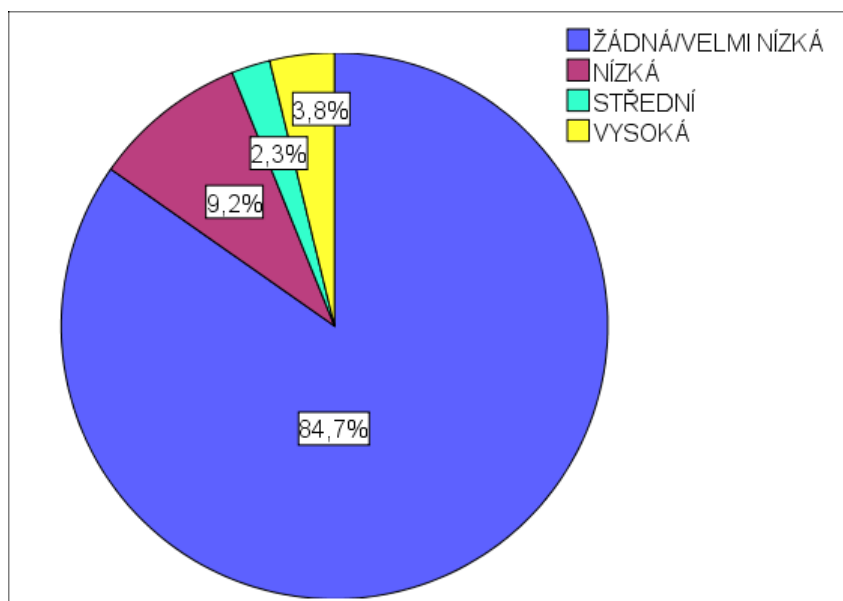
a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 26,77.

Zdroj: vlastní výzkum

Fagerströmův test závislosti na nikotinu (otázky č. 18 – 23), hlavní indikátory míry závislosti: množství vykouřených cigaret za 1 den (otázka č. 21) a doba, která uplyne mezi probuzením a zapálením si první cigarety (otázka č. 18)

Podle Fagerströмова testu závislosti na nikotinu je 15,3 % současných kuřáků závislých, přičemž 3,8 % silně. Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

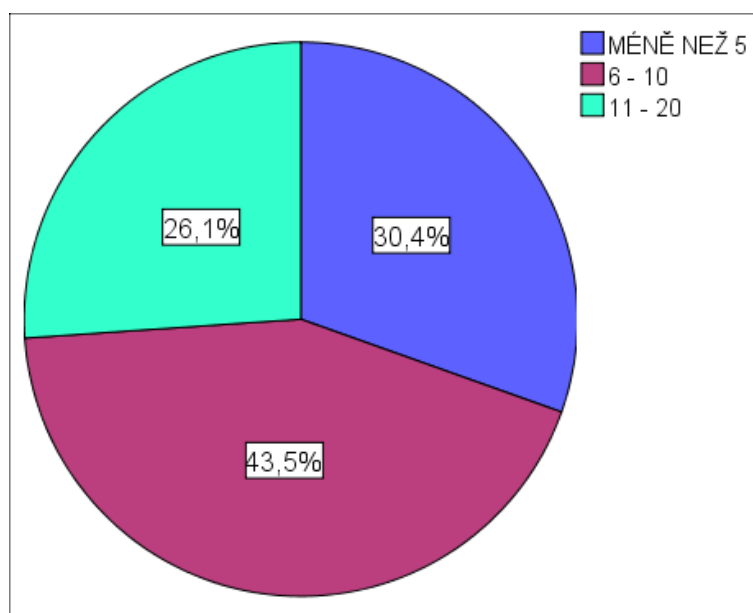
Graf 9: Závislost kuřáků na nikotinu



Zdroj: vlastní výzkum

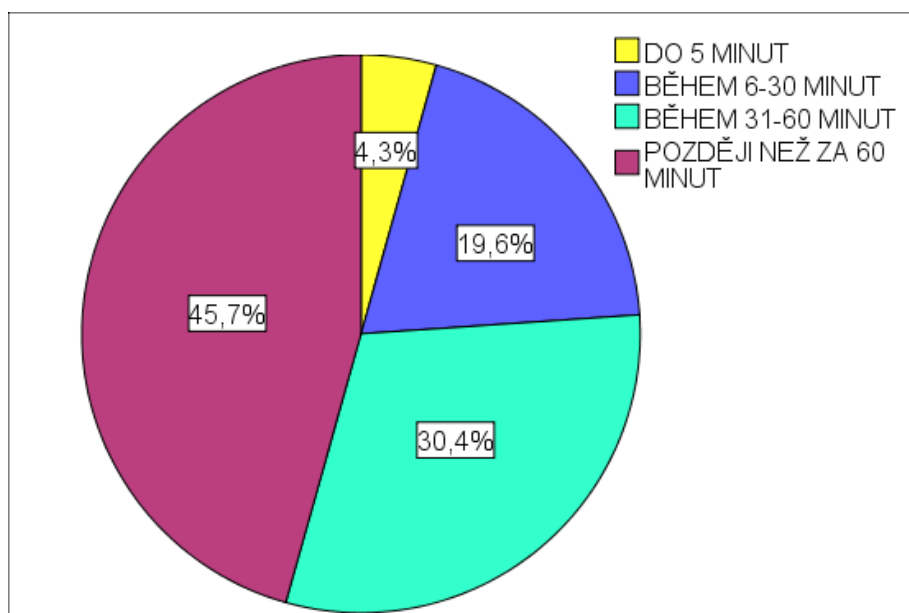
Mezi základní indikátory míry závislosti patří množství vykouřených cigaret za 1 den a dále doba, která uplyne mezi probuzením a zapálením si první cigarety. Z grafu 10 vyplývá, že 30,4 % denních kuřáků vykouří za den 1 - 5 cigaret, 43,5 % vykouří 6 – 10 cigaret a 26,1 % jsou silní kuřáci, kteří vykouří za den 11 a více cigaret. Graf 11 znázorňuje, že 54,3 % denních kuřáků si zapálí první cigaretu do 1 hodiny po probuzení, přičemž 4,3 % si zapálí cigaretu dokonce do 5 minut po probuzení, což vypovídá o velmi silné závislosti.

Graf 10: Množství vykouřených cigaret za 1 den



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11: Za jak dlouhou dobu po probuzení si kuřák zapálí první cigaretu

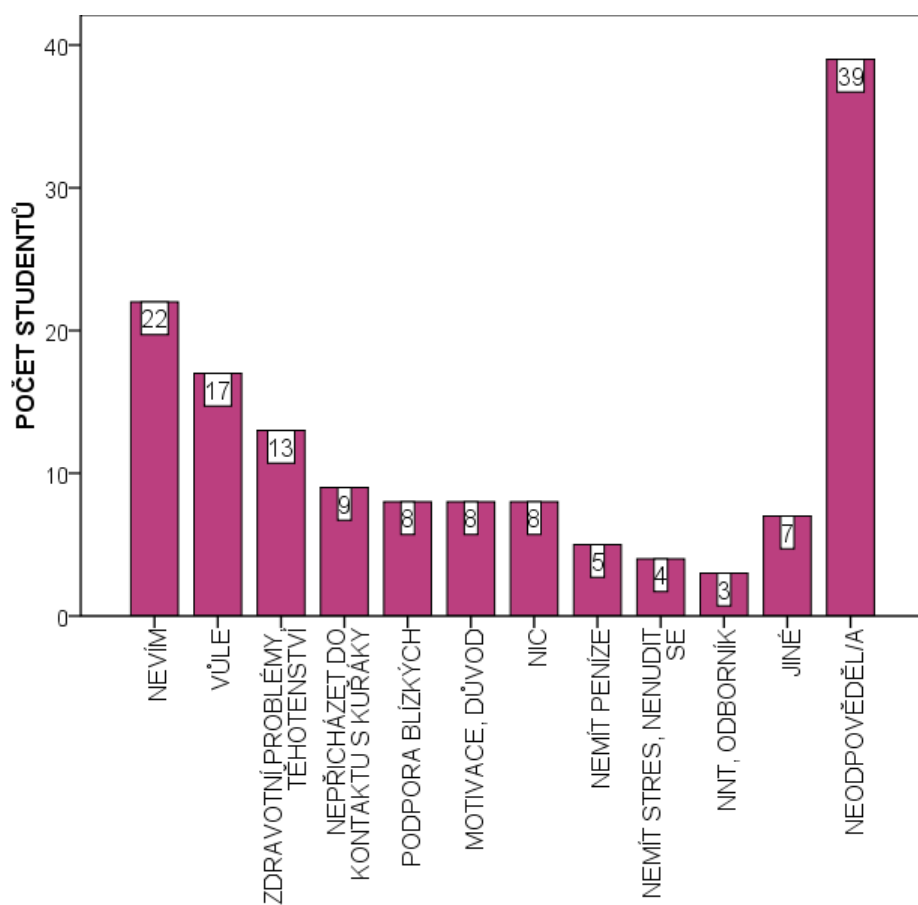


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 24: Co by ti mohlo pomoci přestat kouřit?

Otázku zodpovědělo 70,2 % současných kuřáků. Z nich 23,9 % neví, co by jim mohlo pomoci přestat kouřit. 18,5 % si myslí, že vůle. 14,1 % kuřáků uvedlo zdravotní problémy nebo těhotenství. Odpovědi respondentů znázorňuje graf 12.

Graf 12: Co si myslí kuřáci, že by jim mohlo pomoci přestat kouřit



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 25: Jak moc je pro tebe důležité přestat kouřit?

Testy chí-kvadrát prokázaly, že mezi SŠ významně více žen nechce přestat kouřit (31,6 % žen kuřaček a 10,5 % mužů kuřáků). Naopak pro významně více mužů je důležité skončit s kouřením (42,1 % mužů a pouze 21,1 % žen).

Tab. 37: Jak moc je pro kuřáky (SŠ) důležité přestat kouřit (dle pohlaví)

		DŮLEŽITÉ	NE MOC DŮLEŽITÉ	NECHCI PŘESTAT	CELKEM
MUŽI	POČET	16	18	4	38
	%	42,1%	47,4%	10,5%	100,0%
ŽENY	POČET	8	18	12	38
	%	21,1%	47,4%	31,6%	100,0%
CELKEM	POČET	24	36	16	76
	%	31,6%	47,4%	21,1%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 38: Testy chí-kvadrát (k tab. 37)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	6,667 ^a	2	0,036
LIKELIHOOD RATIO	6,904	2	0,032
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	6,452	1	0,011
N OF VALID CASES	76		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 8,00.

Zdroj: vlastní výzkum

V analyzovaném vzorku VŠ je pro 40,0 % kuřáků důležité přestat kouřit, pro 38,2 % to není moc důležité a 21,8 % nechce přestat kouřit. Mezi odpověďmi SŠ a VŠ nebyla prokázána statisticky významná odlišnost. Zdá se ovšem, že pro ženy VŠ je důležitější skoncovat s kouřením než pro ženy SŠ.

Otázka č. 26: Jak moc jsi rozhodnutý přestat?

Testy chí-kvadrát prokázaly, že skoncovat s kouřením je rozhodnuto významně méně žen než mužů. To platí pro SŠ i VŠ. 33,3 % mužů kuřáků a pouze 15,7 % žen kuřáček je rozhodnutých přestat kouřit. 11,9 % mužů a 25,8 % žen nechce přestat kouřit.

Tab. 39: Jak moc jsou kuřáci rozhodnutí přestat kouřit (dle pohlaví)

		HODNĚ/DOST/NAPROSTO	NE ZCELA	NECHCI PŘESTAT	CELKEM
MUŽI	POČET	14	23	5	42
	%	33,3%	54,8%	11,9%	100,0%
ŽENY	POČET	14	52	23	89
	%	15,7%	58,4%	25,8%	100,0%
CELKEM	POČET	28	75	28	131
	%	21,4%	57,3%	21,4%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 40: Testy chí-kvadrát (k tab. 39)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	6,797 ^a	2	0,033
LIKELIHOOD RATIO	6,806	2	0,033
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	6,590	1	0,010
N OF VALID CASES	131		

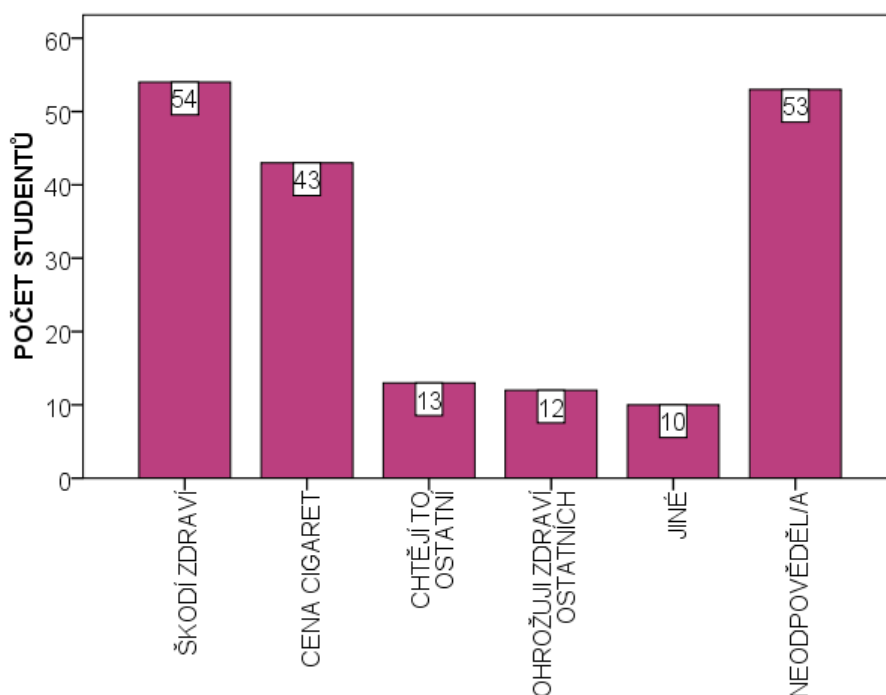
a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 8,98.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 27: Proč si přeješ přestat kouřit?

Otázku zodpovědělo pouze 59,5 % současných kuřáků. Většina z nich si přeje přestat kouřit, protože kouření škodí zdraví (69,2 %). Druhým nejčastějším důvodem (55,1 %) je vysoká cena cigaret. Odpovědi respondentů znázorňuje graf 13.

Graf 13: Proč chtějí kuřáci přestat kouřit



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 28: Jak velká je tvoje šance přestat kouřit podle tvého názoru?

Otázku zodpovědělo 77,9 % kuřáků. Testy chí-kvadrát potvrdily statisticky významný rozdíl v odpovědích denních a nepravidelných kuřáků. Zatímco 64,3 % denních kuřáků, kteří odpověděli, považuje svoji šanci za ne moc velkou nebo malou, 78,3 % nepravidelných kuřáků si myslí, že má velkou šanci přestat kouřit.

Tab. 41: Šance kuřáků přestat kouřit

		VELKÁ	NE MOC VELKÁ/MALÁ	CELKEM
DENNÍ KUŘÁCI	POČET	15	27	42
	%	35,7%	64,3%	100,0%
NEPRAVIDELNÍ KUŘÁCI	POČET	47	13	60
	%	78,3%	21,7%	100,0%
CELKEM	POČET	62	40	102
	%	60,8%	39,2%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 42: Testy chí-kvadrát (k tab. 41)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	18,826 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	17,080	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	19,153	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	18,641	1	0,000		
N OF VALID CASES	102				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 16,47.

Zdroj: vlastní výzkum

4. 3. 3. PITÍ ALKOHOLU

Otázka č. 1: Co si myslíš o škodlivosti alkoholu?

Jak vyplývá z tab. 43, většina SŠ (53,7 %) i VŠ (75,9 %) považuje alkohol za látku nebezpečnou (nebezpečný/extrémně nebezpečný), 46,3 % SŠ a 24,1 VŠ za látku málo nebezpečnou nebo neškodnou. Zdá se, že škodlivost alkoholu si lépe uvědomují VŠ.

Tab. 43: Co si myslí SŠ a VŠ o škodlivosti alkoholu

		EXTRÉMNĚ NEBEZPEČNÝ	NEBEZPEČNÝ	MÁLO NEBEZPEČNÝ/NEŠKODNÝ	CELKEM
SŠ	POČET	12	97	94	203
	%	5,9%	47,8%	46,3%	100,0%
VŠ	POČET	21	127	47	195
	%	10,8%	65,1%	24,1%	100,0%
CELKEM	POČET	33	224	141	398
	%	8,3%	56,3%	35,4%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 44: Testy chí-kvadrát (k tab. 43)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2- SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	21,987 ^a	2	0,000
LIKELIHOOD RATIO	22,326	2	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	19,983	1	0,000
N OF VALID CASES	398		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 16,17.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: Považuješ alkohol za drogu?

70,1 % respondentů považuje a 29,9 % nepovažuje alkohol za drogu. Nebyly prokázány statisticky významné rozdíly v názorech mužů a žen, ani SŠ a VŠ.

Otázka č. 3: Může podle tebe nadměrné užívání alkoholu způsobit zdravotní potíže?

Jak vyplývá z tab. 45, 90,4 % mužů a 98,5 % žen si myslí, že nadměrné pití alkoholu může způsobit zdravotní potíže. Testy chí-kvadrát prokázaly mezi počtem mužů a žen statisticky významný rozdíl.

Tab. 45: Podíl respondentů (dle pohlaví), kteří si myslí, že nadměrné užívání alkoholu může způsobit zdravotní potíže

		MŮŽE NADMĚRNÉ PITÍ ALKOHOLU ZPŮS. ZDRAVOTNÍ POTÍŽE?		
		ANO	NE/NEVÍM	CELKEM
MUŽI	POČET	122	13	135
	%	90,4%	9,6%	100,0%
ŽENY	POČET	259	4	263
	%	98,5%	1,5%	100,0%
CELKEM	POČET	381	17	398
	%	95,7%	4,3%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 46: Testy chí-kvadrát (k tab. 45)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	14,345 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	12,431	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	13,493	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	14,309	1	0,000		
N OF VALID CASES	398				

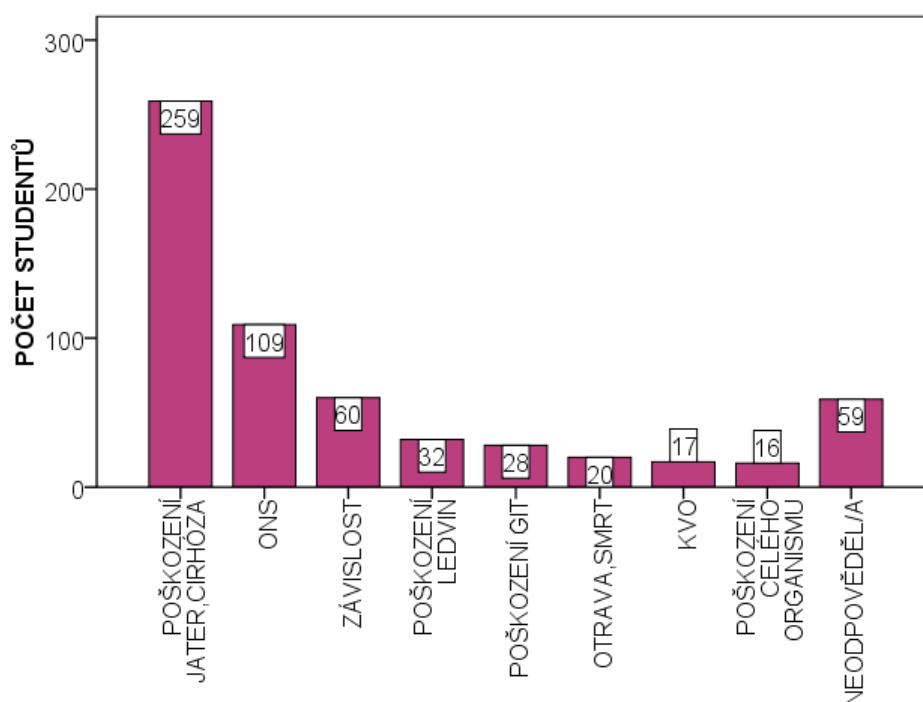
a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 5,77.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4: Pokud si myslíš, že alkohol může způsobit zdravotní potíže, jaké?

Otázku zodpovědělo 85,2 % respondentů. 76,4 % z nich se domnívá, že alkohol může způsobit poškození jater nebo cirhózu. 32,2 % uvedlo ONS (např. demenci, psychická onemocnění) a 17,7 % odpovědělo, že nadměrné užívání alkoholu může vyvolat závislost. Odpovědi respondentů znázorňuje graf 14.

Graf 14: Zdravotní potíže, které může alkohol způsobit



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5: Je tvrzení pravdivé?

Tab. 47 znázorňuje názory respondentů na jednotlivá tvrzení týkající se alkoholu.

Tab. 47: Názory respondentů na pravdivost tvrzení

	PRAVDA		LEŽ		NEVÍM	
	POČET	%	POČET	%	POČET	%
ALKOHOL DĚLÁ DOBRĚ NA NACHLAZENÍ	59	14,8%	265	66,1%	74	18,6%
ALKOHOL ZAHŘÍVÁ	280	70,4%	97	24,4%	21	5,3%
PITÍ PIVA NEZPŮSOBUJE ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY	72	18,1%	255	64,1%	71	17,9%
KDYŽ SE PIJE, ČLOVĚK JE VÍCE PŘI SÍLE	52	13,1%	296	74,4%	50	12,6%
ALKOHOL MŮŽE ZLEPŠIT SPORT. VÝKONY	20	5,0%	325	81,7%	53	13,3%
ALKOHOL MŮŽE ZPŮS. DOPRAVNÍ NEHODY	393	98,7%	3	0,8%	2	0,5%
ALK. MŮŽE ZPŮS. HÁDKY V RODINĚ/MEZI PŘÁTELI	387	98,2%	3	0,8%	8	2,0%
ALKOHOL JE SOUČÁSTÍ STRAVY	64	16,1%	280	70,4%	54	13,6%
ALKOHOL ŠKODÍ JÁTRŮM	385	96,7%	7	1,8%	6	0,5%

Zdroj: vlastní výzkum

Testy chí-kvadrát prokázaly, že významně více mužů než žen se domnívá, že pití piva nezpůsobuje zdravotní problémy (29,6 % mužů a 12,2 % žen).

Tab. 48: Názory respondentů (dle pohlaví) na pravdivost tvrzení, že pití piva nezpůsobuje zdravotní problémy

		PITÍ PIVA NEZPŮSOBUJE ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY			
		PRAVDA	LEŽ	NEVÍM	CELKEM
MUŽI	POČET	40	71	24	135
	%	29,6%	52,6%	17,8%	100,0%
ŽENY	POČET	32	184	47	263
	%	12,2%	70,0%	17,9%	100,0%
CELKEM	POČET	72	255	71	398
	%	18,1%	64,1%	17,8%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 49: Testy chí-kvadrát (k tab. 48)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	19,238 ^a	2	0,000
LIKELIHOOD RATIO	18,429	2	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	7,633	1	0,006
N OF VALID CASES	398		

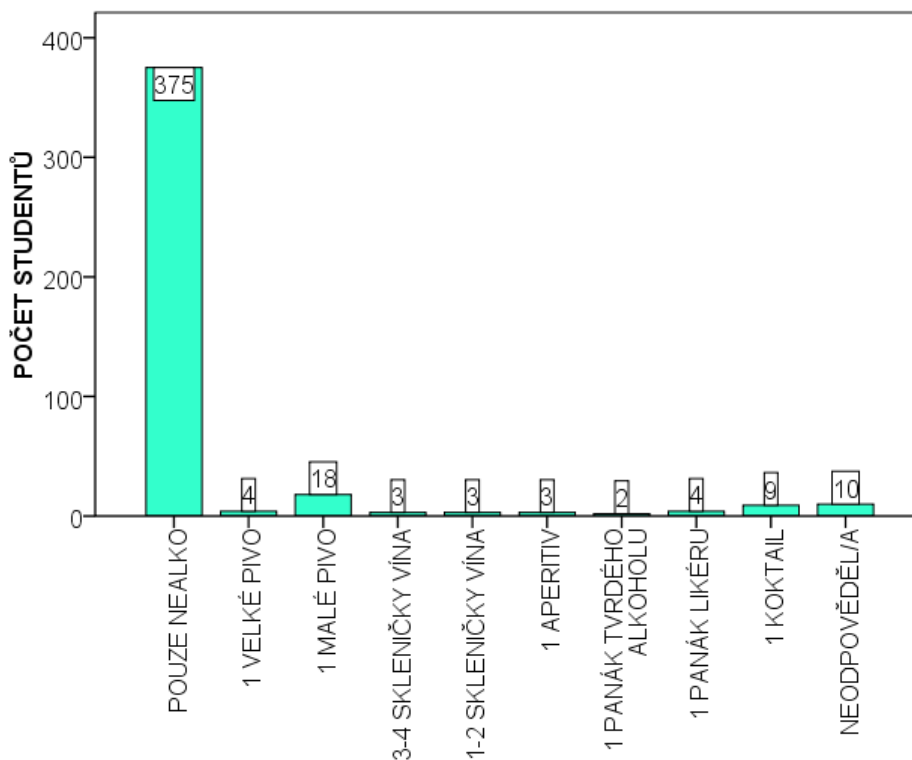
a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 24,08.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6: Jaké množství alkoholu můžeš bez rizika vypít před řízením auta (motoriky, mopedu)?

Otázku zodpovědělo 97,5 % respondentů. 96,6 % z nich se domnívá, že před řízením motorového vozidla může řidič pít pouze nealkoholické nápoje. Mezi názory mužů a žen, ani SŠ a VŠ nebyly zaznamenány významné rozdíly. Odpovědi respondentů znázorňuje graf 15.

Graf 15: Množství alkoholu, které může řidič bez rizika vypít před řízením motorového vozidla



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7: Kolik skleniček (2 dl) vína za den podle tebe neškodí zdraví?

Z celkového počtu 250 respondentů do 20 let odpovědělo 88,0 % respondentů. Z nich 55,5 % považuje za zdraví neškodnou 1 skleničku vína denně pro osobu svého věku, 40,5 % 2 skleničky vína za den pro osoby starší 20 let a 51,8 % 1 skleničku vína pro osoby starší 65 let.

Z celkového počtu 148 respondentů starších 20 let odpovědělo 95,9 % respondentů. Většina z nich považuje za zdraví neškodnou 1 skleničku vína za den pro osoby starší 20 let (61,3 % respondentů) i pro osoby starší 65 let (76,1 % respondentů).

Testy chí-kvadrát prokázaly statisticky významnou rozdílnost odpovědí respondentů do 20 let a respondentů starších, pokud jde o počet skleniček vína pro osoby starší 20 let a rovněž pro osoby starší 65 let.

Tab. 50: Kolik skleniček vína za den nepoškozuje podle názoru respondentů (dle věku) zdraví osob starších 20 let

VĚK RESPONDENTŮ		POČET SKLENIČEK VÍNA				
		< 1	1	2	> 2	CELKEM
≤ 20	POČET	4	75	89	52	220
	%	1,8%	34,1%	40,5%	23,6%	100,0%
> 20	POČET	2	87	45	8	142
	%	1,4%	61,3%	31,7%	5,6%	100,0%
CELKEM	POČET	6	162	134	60	362
	%	1,7%	44,8%	37,0%	16,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 51: Testy chí-kvadrát (k tab. 50)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	32,995 ^a	3	0,000
LIKELIHOOD RATIO	35,406	3	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	29,179	1	0,000
N OF VALID CASES	362		

a. 2 buňky (25,0%) mají očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 2,35.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 52: Kolik skleniček vína za den nepoškozuje podle názoru respondentů (dle věku) zdraví osob starších 65 let

VĚK RESPONDENTŮ		POČET SKLENIČEK VÍNA				
		< 1	1	2	> 2	CELKEM
≤ 20	POČET	24	114	55	27	220
	%	10,9%	51,8%	25,0%	12,3%	100,0%
> 20	POČET	11	108	19	4	142
	%	7,7%	76,1%	13,4%	2,8%	100,0%
CELKEM	POČET	35	222	74	31	362
	%	9,7%	61,3%	20,4%	8,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 53: Testy chí-kvadrát (k tab. 52)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	23,870 ^a	3	0,000
LIKELIHOOD RATIO	25,582	3	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	11,393	1	0,001
N OF VALID CASES	362		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 12,16.

Zdroj: vlastní výzkum

Testy chí-kvadrát prokázaly rovněž statisticky významnou rozdílnost odpovědí mužů a žen. Zatímco relativní většina mužů (49,6 %) se domnívá, že osobám starším 20 let neškodí 2 skleničky vína za den, většina žen (54,6 %) považuje za zdraví neškodnou pouze 1 skleničku vína denně. Relativní většina mužů i žen (46,9 % mužů a 67,9 % žen) pokládá za zdraví neškodnou 1 skleničku vína za den pro osoby starší 65 let.

Tab. 54: Kolik skleniček vína za den nepoškozuje podle názoru respondentů (dle pohlaví) zdraví osob starších 20 let

		POČET SKLENIČEK VÍNA				CELKEM
		< 1	1	2	> 2	
MUŽI	POČET	2	26	56	29	113
	%	1,8%	23,0%	49,6%	25,7%	100,0%
ŽENY	POČET	4	136	78	31	249
	%	1,6%	54,6%	31,3%	12,4%	100,0%
CELKEM	POČET	6	162	134	60	362
	%	1,7%	44,8%	37,0%	16,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 55: Testy chí-kvadrát (k tab. 54)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	44,223 ^a	4	0,000
LIKELIHOOD RATIO	46,122	4	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	13,144	1	0,000
N OF VALID CASES	398		

a. 2 buňky (20,0%) mají očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 2,04.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 56: Kolik skleniček vína za den nepoškoduje podle názoru respondentů (dle pohlaví) zdraví osob starších 65 let

		POČET SKLENIČEK VÍNA				CELKEM
		< 1	1	2	> 2	
MUŽI	POČET	12	53	31	17	113
	%	10,6%	46,9%	27,4%	15,0%	100,0%
ŽENY	POČET	23	169	43	14	249
	%	9,2%	67,9%	17,3%	5,6%	100,0%
CELKEM	POČET	35	222	74	31	362
	%	9,7%	61,3%	20,4%	8,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 57: Testy chí-kvadrát (k tab. 56)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	17,712 ^a	3	0,001
LIKELIHOOD RATIO	17,118	3	0,001
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	10,455	1	0,001
N OF VALID CASES	362		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 9,68.

Zdroj: vlastní výzkum

Podíl respondentů, kteří pijí alkohol (otázky č. 8, 10 a 12)

Alkohol pije 97,7 % respondentů, přičemž více mužů než žen alkohol nepije (5,2 % mužů a pouze 0,8 % žen).

Frekvence pití alkoholu (otázky č. 9, 11 a 13)

Testy chí-kvadrát prokázaly, že muži pijí alkohol významně častěji než ženy. 31,9 % mužů a 22,4 % žen pije více než 1krát za týden. Hypotéza H5 tak byla potvrzena. Relativní většina mužů i žen pije alkohol několikrát za měsíc (40,7 % mužů a 46,8 % žen).

Tab. 58: Frekvence pití alkoholu (dle pohlaví)

	NEPIJE	DENNĚ/NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN	NĚKOLIKRÁT ZA MĚSÍC	NĚKOLIKRÁT ZA ROK	CELKEM	
MUŽI	POČET	7	43	55	30	135
	%	5,2%	31,9%	40,7%	22,2%	100,0%
ŽENY	POČET	2	59	123	79	263
	%	0,8%	22,4%	46,8%	30,0%	100,0%
CELKEM	POČET	9	102	178	109	398
	%	2,3%	25,6%	44,7%	27,4%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 59: Testy chí-kvadrát (k tab. 58)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2- SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	13,526 ^a	3	0,004
LIKELIHOOD RATIO	13,042	3	0,005
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	9,767	1	0,002
N OF VALID CASES	398		

a. 2 buňky (25,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 3,05.

Zdroj: vlastní výzkum

Počet studentů, kteří pijí často nadměrné dávky alkoholu (otázky č. 9, 11 a 13)

Z celkového počtu 389 respondentů, kteří pijí alkohol, odpovědělo na otázky týkající se množství alkoholu běžně vypitého při jedné příležitosti 68,1 % respondentů. Za časté pití nadměrných dávek je považováno pití 5 a více standardních sklenic alkoholu při jedné příležitosti 3krát a vícekrát za měsíc. Dotazník však neobsahuje dostatečně konkrétní otázky týkající se frekvence pití (nebylo možné určit přesně, kolikrát za měsíc respondent pije alkohol). Byl proto zjišťován počet respondentů, kteří pijí nadměrné dávky alkoholu „několikrát za měsíc“ a častěji. Testy chí-kvadrát prokázaly, že významně více mužů pije více než 1krát za měsíc 5 a více sklenic alkoholu při jedné konzumní epizodě (46,2 % mužů a 22,5 % žen). Hypotéza H6 byla tedy potvrzena.

Tab. 60: Podíl respondentů (dle pohlaví), kteří pijí několikrát za měsíc 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti

		PIJE NĚKOLIKRÁT ZA MĚSÍC 5 A VÍCE SKLENIC ALKOHOLU		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	42	36	78
	%	53,8%	46,2%	100,0%
ŽENY	POČET	145	42	187
	%	77,5%	22,5%	100,0%
CELKEM	POČET	187	78	265
	%	70,6%	29,4%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 61: Testy chí-kvadrát (k tab. 60)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	14,877 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	13,758	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	14,289	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	14,821	1	0,000		
N OF VALID CASES	265				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 22,96.

Zdroj: vlastní výzkum

Frekvence pití vína (otázky č. 8 a 9)

Testy chí-kvadrát potvrdily, že víno pije významně více žen než mužů, a to i mezi SŠ (77,5 % žen a 51,2 % mužů, celkem 61,6 %). V analyzovaném souboru VŠ pije víno 93,8 %.

Zatímco relativní většina SŠ (mužů i žen), kteří pijí víno, ho pije několikrát za rok (34,5 %), relativní většina VŠ pije víno několikrát za měsíc (43,6 %). 15,4 % VŠ pije víno více než 1krát za týden.

Tab. 62: Frekvence pití vína mezi SŠ (dle pohlaví)

		NEPIJE	DENNĚ/NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN	NĚKOLIKRÁT ZA MĚSÍC	NĚKOLIKRÁT ZA ROK	CELKEM
MUŽI	POČET	60	3	24	36	123
	%	48,8%	2,4%	19,5%	29,3%	100,0%
ŽENY	POČET	18	5	23	34	80
	%	22,5%	6,2%	28,8%	42,5%	100,0%
CELKEM	POČET	78	8	47	70	203
	%	38,4%	3,9%	23,2%	34,5%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 63: Testy chí-kvadrát (k tab. 62)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2- SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	14,747 ^a	3	0,002
LIKELIHOOD RATIO	15,265	3	0,002
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	12,618	1	0,000
N OF VALID CASES	203		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 3,15.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 64: Frekvence pití vína mezi SŠ a VŠ

		NEPIJE	DENNĚ/NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN	NĚKOLIKRÁT ZA MĚSÍC	NĚKOLIKRÁT ZA ROK	CELKEM
SŠ	POČET	78	8	47	70	203
	%	38,4%	3,9%	23,2%	34,5%	100,0%
VŠ	POČET	12	30	85	68	195
	%	6,2%	15,4%	43,6%	34,9%	100,0%
CELKEM	POČET	90	38	132	138	398
	%	22,6%	9,5%	33,2%	34,7%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 65: Testy chí-kvadrát (k tab. 64)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	71,973 ^a	3	0,000
LIKELIHOOD RATIO	78,615	3	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	38,034	1	0,000
N OF VALID CASES	398		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 3,15.

Zdroj: vlastní výzkum

Frekvence pití piva (otázky č. 10 a 11)

Na rozdíl od vína, pivo pije významně více mužů (84,4 %) než žen (65,4 %). Relativní většina respondentů, kteří pijí pivo, ho pije několikrát za měsíc (36,3 % mužů a 28,1 % žen). 28,1 % mužů a 12,5 % žen pije pivo denně nebo několikrát za týden.

Tab. 66: Frekvence pití piva (dle pohlaví)

	NEPIJE	DENNĚ/NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN	NĚKOLIKRÁT ZA MĚSÍC	NĚKOLIKRÁT ZA ROK	CELKEM
MUŽI					
POČET	21	38	49	27	135
%	15,6%	28,1%	36,3%	20,0%	100,0%
ŽENY					
POČET	91	33	74	65	263
%	34,6%	12,5%	28,1%	24,7%	100,0%
CELKEM					
POČET	112	71	123	92	398
%	28,1%	17,8%	30,9%	23,1%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 67: Testy chí-kvadrát (k tab. 66)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	26,449 ^a	3	0,000
LIKELIHOOD RATIO	26,906	3	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	7,384	1	0,007
N OF VALID CASES	398		

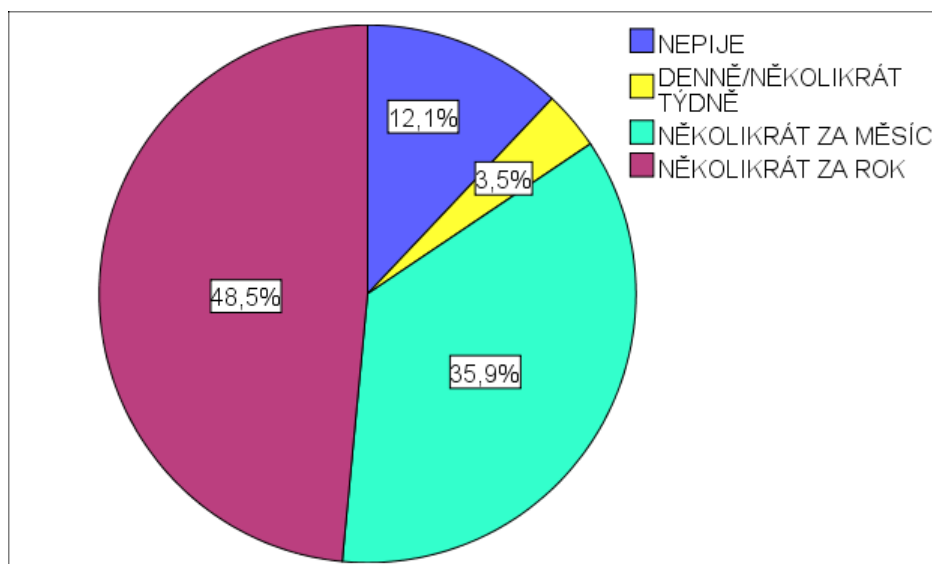
a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 24,08.

Zdroj: vlastní výzkum

Frekvence pití lihovin/destilátů (otázky č. 12 a 13)

Lihoviny/destiláty pije 87,9 % respondentů. Nebyly prokázány statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ. Ačkoliv lihoviny/destiláty pije největší počet respondentů, pouze 3,5 % je pije více než 1krát za týden.

Graf 16: Frekvence pití lihovin/destilátů



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 14: Pokud piješ lihoviny/destiláty, které?

Testy chí-kvadrát prokázaly, že zatímco brandy/koňak, whisky, slivovici, vodku, hořké likéry a rum pije významně více mužů než žen, aperitivy a sladké likéry pijí více ženy (viz níže). 7,8 % respondentů konzumuje i jiné lihoviny/destiláty.

Tab. 68: Podíl respondentů, kteří pijí brandy, koňak (dle pohlaví)

		PIJE BRANDY/KOŇAK		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	113	22	135
	%	83,7%	16,3%	100,0%
ŽENY	POČET	242	21	263
	%	92,0%	8,0%	100,0%
CELKEM	POČET	355	43	398
	%	89,2%	10,8%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 69: Testy chí-kvadrát (k tab. 68)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	6,395 ^a	1	0,011	0,016	0,010
CORRECTION FOR CONTINUITY	5,562	1	0,018		
LIKELIHOOD RATIO	6,083	1	0,014		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	6,379	1	0,012		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 14,59.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 70: Podíl respondentů, kteří pijí whisky (dle pohlaví)

		PIJE WHISKY		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	88	47	135
	%	65,2%	34,8%	100,0%
ŽENY	POČET	227	36	263
	%	86,3%	13,7%	100,0%
CELKEM	POČET	315	83	398
	%	79,1%	20,9%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 71: Testy chí-kvadrát (k tab. 70)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	24,124 ^a	1	0,000	0,000	0,000
CORRECTION FOR CONTINUITY	22,861	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	23,056	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	24,063	1	0,000		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 28,15.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 72: Podíl respondentů, kteří pijí slivovici (dle pohlaví)

		PIJE SLIVOVICI		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	77	58	135
	%	57,0%	43,0%	100,0%
ŽENY	POČET	209	54	263
	%	79,5%	20,5%	100,0%
CELKEM	POČET	286	112	398
	%	71,9%	28,1%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 73: Testy chí-kvadrát (k tab. 72)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	22,196 ^a	1	0,000	0,000	0,000
CORRECTION FOR CONTINUITY	21,100	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	21,531	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	22,140	1	0,000		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 37,99.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 74: Podíl respondentů, kteří pijí vodku (dle pohlaví)

		PIJE VODKU		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	45	90	135
	%	33,3%	66,7%	100,0%
ŽENY	POČET	156	107	263
	%	59,3%	40,7%	100,0%
CELKEM	POČET	201	197	398
	%	50,5%	49,5%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 75: Testy chí-kvadrát (k tab. 74)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	24,092 ^a	1	0,000	0,000	0,000
CORRECTION FOR CONTINUITY	23,063	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	24,434	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	24,031	1	0,000		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 66,82.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 76: Podíl respondentů, kteří pijí hořké likéry (dle pohlaví)

		PIJE HOŘKÉ LIKÉRY		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	88	47	135
	%	65,2%	34,8%	100,0%
ŽENY	POČET	206	57	263
	%	78,3%	21,7%	100,0%
CELKEM	POČET	294	104	398
	%	73,9%	26,1%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 77: Testy chí-kvadrát (k tab. 76)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	7,982 ^a	1	0,005	0,006	0,004
CORRECTION FOR CONTINUITY	7,316	1	0,007		
LIKELIHOOD RATIO	7,778	1	0,005		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	7,962	1	0,005		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 35,28.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 78: Podíl respondentů, kteří pijí rum (dle pohlaví)

		PIJE RUM		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	80	55	135
	%	59,3%	40,7%	100,0%
ŽENY	POČET	189	74	263
	%	71,9%	28,1%	100,0%
CELKEM	POČET	269	129	398
	%	67,6%	32,4%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 79: Testy chí-kvadrát (k tab. 78)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	6,469 ^a	1	0,011	0,013	0,008
CORRECTION FOR CONTINUITY	5,906	1	0,015		
LIKELIHOOD RATIO	6,365	1	0,012		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	6,453	1	0,011		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 43,76.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 80: Podíl respondentů, kteří pijí aperitivy (dle pohlaví)

		PIJE APERITIVY		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	103	32	135
	%	76,3%	23,7%	100,0%
ŽENY	POČET	152	111	263
	%	57,8%	42,2%	100,0%
CELKEM	POČET	255	143	398
	%	64,1%	35,9%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 81: Testy chí-kvadrát (k tab. 80)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	13,265 ^a	1	0,000	0,000	0,000
CORRECTION FOR CONTINUITY	12,474	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	13,757	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	13,232	1	0,000		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 48,51.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 82: Podíl respondentů, kteří pijí sladké likéry (dle pohlaví)

		PIJE SLADKÉ LIKÉRY		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	70	65	135
	%	51,9%	48,1%	100,0%
ŽENY	POČET	101	162	263
	%	38,4%	61,6%	100,0%
CELKEM	POČET	171	227	398
	%	43,0%	57,0%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 83: Testy chí-kvadrát (k tab. 82)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	6,584 ^a	1	0,010	0,014	0,007
CORRECTION FOR CONTINUITY	6,047	1	0,014		
LIKELIHOOD RATIO	6,558	1	0,010		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	6,568	1	0,010		
N OF VALID CASES	398				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 58,00.

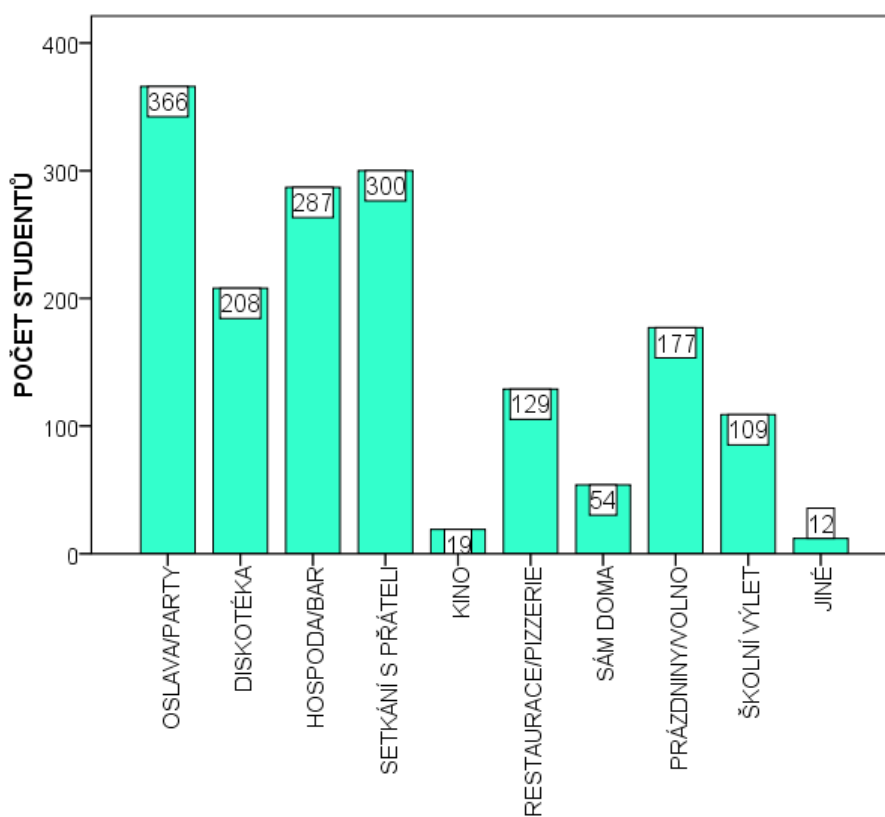
Zdroj: vlastní výzkum

Naprostá většina respondentů alkoholické nápoje kombinuje (91,5 %). Z celkového počtu 389 respondentů, kteří pijí alkohol, 50,9 % konzumuje víno, pivo i lihoviny, 19,0 % víno a lihoviny a 15,9 % pivo a lihoviny. Méně častá kombinace je víno a pivo (5,7 %). 3,6 % konzumuje pouze víno, 1,0 % pivo a 4,1 % lihoviny.

Otázka č. 15: Při jakých příležitostech piješ alkohol?

Studenti nejčastěji pijí alkohol na oslavách/párty (94,1 % respondentů, kteří pijí alkohol), dále při setkání s přáteli (77,1 %), nebo v hospodě/baru (73,8 %). Odpovědi respondentů znázorňuje graf 17.

Graf 17: Při jakých příležitostech pijí studenti alkohol



Zdroj: vlastní výzkum

Testy chí-kvadrát prokázaly, že významně více VŠ než SŠ pije alkohol v restauraci nebo pizzerii (43,6 % VŠ a 22,7 % SŠ).

Tab. 84: Podíl SŠ a VŠ, kteří pijí alkohol v restauraci/pizzerii

		PIJE ALKOHOL V RESTAURACI/PIZZERII		
		ANO	NE	CELKEM
SŠ	POČET	44	150	194
	%	22,7%	77,3%	100,0%
VŠ	POČET	85	110	195
	%	43,6%	56,4%	100,0%
CELKEM	POČET	129	260	389
	%	33,2%	66,8%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 85: Testy chí-kvadrát (k tab. 84)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	19,182 ^a	1	0,000	0,000	0,000
CORRECTION FOR CONTINUITY	18,251	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	19,436	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	19,133	1	0,000		
N OF VALID CASES	389				

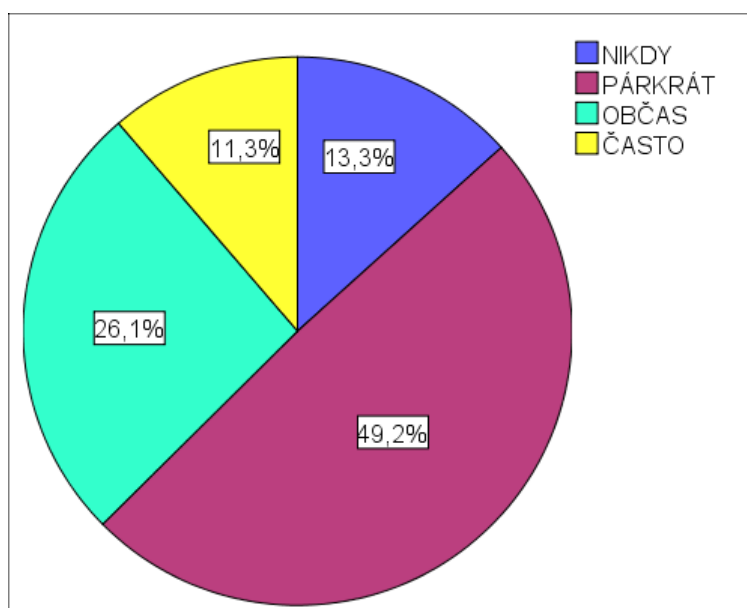
a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 64,33.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 16: Už ses někdy opil/a?

Nikdy ve svém životě se neopilo 13,3 % z celkového počtu 398 respondentů. Relativní většina respondentů (49,2 %) se opila párkrát. 26,1 % se opije občas a 11,3 % se opíjí často. Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyly prokázány statisticky významné rozdíly.

Graf 18: Jak často se studenti opijí

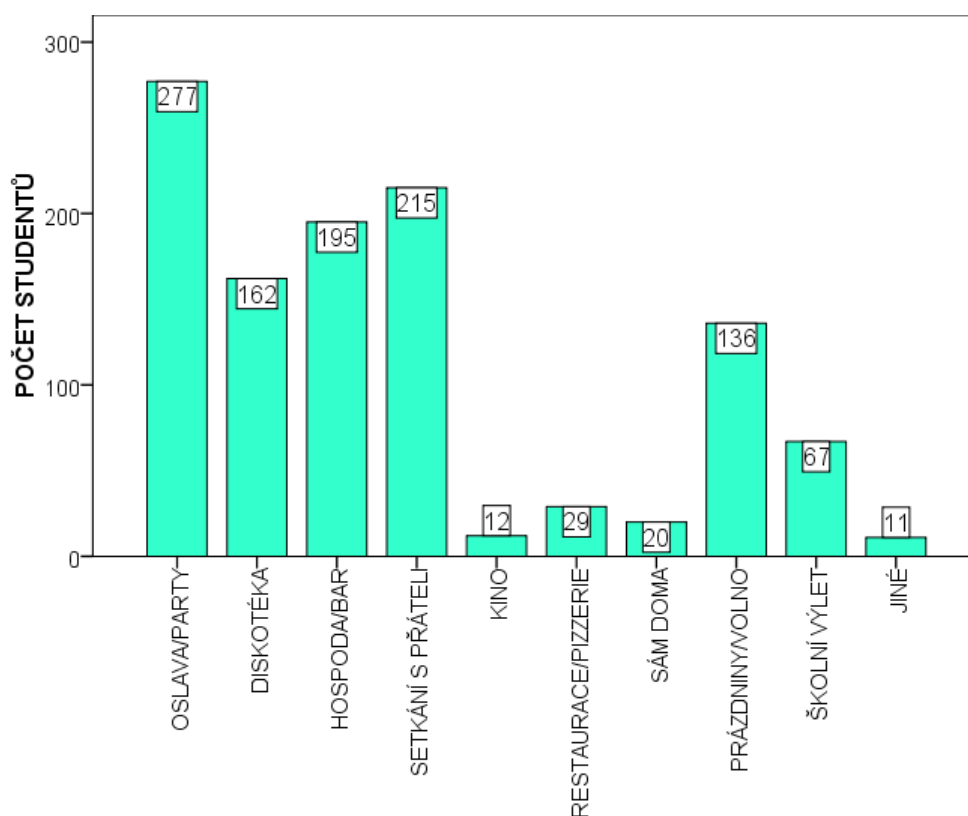


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 17: Pokud ses už někdy opil/a, při jaké příležitosti?

Z celkového počtu 345 respondentů, kteří se už někdy ve svém životě opili, se 80,3 % opilo na oslavě/párty, 62,3 % při setkání s přáteli a 56,5 % v hospodě nebo baru. Odpovědi respondentů znázorňuje graf 19.

Graf 19: Při jakých příležitostech se respondenti opijí



Zdroj: vlastní výzkum

Testy chí-kvadrát prokázaly statisticky významný rozdíl mezi počtem mužů a žen, kteří se někdy ve svém životě opili v hospodě/baru (67,9 % mužů a 51,1 % žen).

Tab. 86: Podíl respondentů, kteří se někdy opili v hospodě/baru (dle pohlaví)

		OPIL/A SE V HOSPODĚ/BARU		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	36	76	112
	%	32,1%	67,9%	100,0%
ŽENY	POČET	114	119	233
	%	48,9%	51,1%	100,0%
CELKEM	POČET	150	195	345
	%	43,5%	56,5%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 87: Testy chí-kvadrát (k tab. 86)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	8,671 ^a	1	0,003	0,004	0,002
CORRECTION FOR CONTINUITY	8,001	1	0,005		
LIKELIHOOD RATIO	8,827	1	0,003		
FISHER'S EXACT TEST					
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	8,646	1	0,003		
N OF VALID CASES	345				

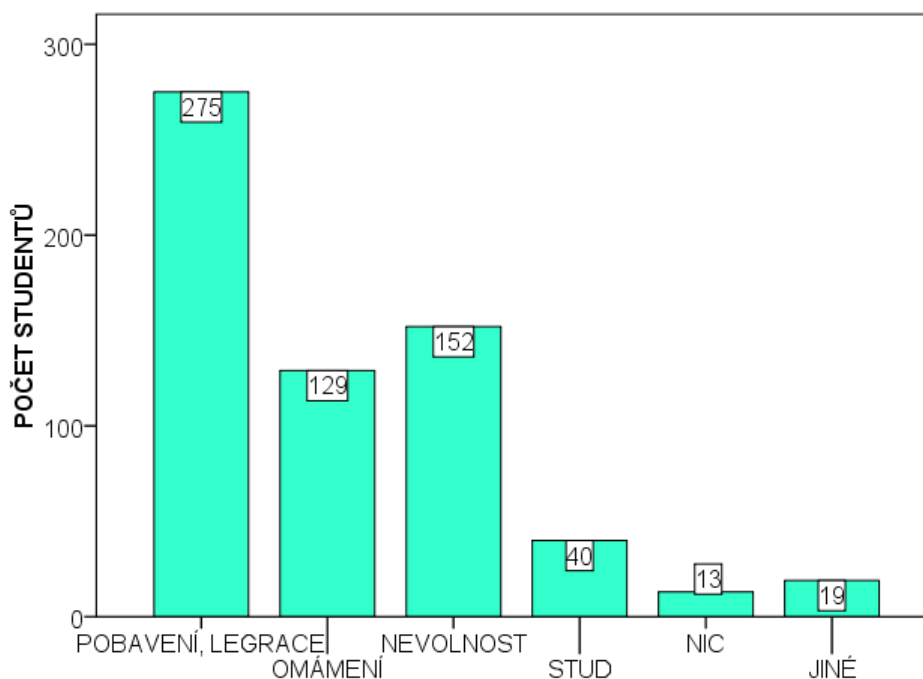
a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 48,70.

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 18: Pokud ses opil/a, jak ses cítil/a?

Z celkového počtu 345 respondentů, kteří se už někdy ve svém životě opili, většina (79,7 %) pociťovala pobavení/legraci. 44,1 % respondentů uvedlo nevolnost a 37,4 % omámení.

Graf 20: Co respondenti v opilosti pociťovali



Zdroj: vlastní výzkum

Významně více mužů se v opilosti dobře bavilo (91,1 % mužů a 74,2 % žen). Naopak více žen pociťovalo stud (15,9 % žen a 2,7 % mužů).

Tab. 88: Podíl respondentů, kteří v opilosti pociťovali pobavení, legraci (dle pohlaví)

		POCIŤOVAL/A POBAVENÍ/LEGRACI		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	10	102	112
	%	8,9%	91,1%	100,0%
ŽENY	POČET	60	173	233
	%	25,8%	74,2%	100,0%
CELKEM	POČET	70	275	345
	%	20,3%	79,7%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 89: Testy chí-kvadrát (k tab. 88)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	13,236 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	12,216	1	0,000		
LIKELIHOOD RATIO	14,811	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	13,197	1	0,000		
N OF VALID CASES	345				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 22,72.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 90: Podíl respondentů, kteří v opilosti pociťovali stud (dle pohlaví)

		POCIŤOVAL/A STUD		
		NE	ANO	CELKEM
MUŽI	POČET	109	3	112
	%	97,3%	2,7%	100,0%
ŽENY	POČET	196	37	233
	%	84,1%	15,9%	100,0%
CELKEM	POČET	305	40	345
	%	88,4%	11,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 91: Testy chí-kvadrát (k tab. 90)

	VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (2-SIDED)	EXACT SIG. (1-SIDED)
PEARSON'S CHI-SQUARE TEST	12,861 ^a	1	0,000		
CORRECTION FOR CONTINUITY	11,605	1	0,001		
LIKELIHOOD RATIO	15,952	1	0,000		
FISHER'S EXACT TEST				0,000	0,000
LINEAR-BY-LINEAR ASSOCIATION	12,823	1	0,000		
N OF VALID CASES	345				

a. 0 buněk (0,0%) má očekávanou četnost menší než 5. Minimální očekávaná četnost je 12,99.

Zdroj: vlastní výzkum

5. DISKUZE

Výsledky výzkumu jsou v následující části diplomové práce (DP) konfrontovány se dvěma reprezentativními studii zabývajícími se danou problematikou. Jedná se o výzkumnou zprávu Státního zdravotního ústavu (SZÚ) Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření v období 1997 – 2009 (VZ09) a o ESPAD07.

Výzkum SZÚ spočíval především ve zjišťování názorů a postojů občanů ČR ke kouření a jeho rozšíření v populaci. Dále byla data získaná v roce 2009 srovnávána s výsledky z předchozích let (1997 – 2008). Výběrový soubor tvořilo 1 795 jedinců ve věku nad 15 let. (60)

ESPAD07 je mezinárodní projekt zaměřený na zjištění rozsahu kouření, pití alkoholu a užívání nelegálních drog a jiných psychoaktivních látek u dospívající mládeže. Umožňuje porovnat situaci v ČR se situací v Evropě. Studie byla poprvé realizována v roce 1995 ve 26 evropských zemích (včetně ČR) jako školní dotazníkové šetření. Od té doby je výzkum prováděn každé 4 roky. Zatím poslední nábor dat proběhl v roce 2007, kdy se do projektu zapojilo 35 evropských zemí. Těžiště výzkumu se týká populace dospívajících, kteří v daném roce dosáhli 16 let (tj. pro ČR a většinu evropských zemí věk nižší než legální z hlediska dostupnosti tabáku a alkoholu). V roce 2007 bylo do studie zapojeno celkem 10 187 studentů z 351 základních a středních škol. Prezentované nálezy se opírají o analýzu vzorku 3 901 studentů narozených v roce 1991. Data byla použita i pro mezinárodní srovnání. (58)

5. 1. SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

První část dotazníku se týká věku, pohlaví, národnosti a rodinných poměrů respondentů a dále národnosti a povolání rodičů respondentů.

Věk respondentů

Dotazníky byly rozdávány v 1. a 3. ročnících středních škol, přičemž nejvíce SŠ je ve věku 16 (33,5 %) a 18 (25,1 %) let. Dále byly dotazníky rozdávány v 1. a 3. ročnících vysokých škol. Téměř polovina VŠ je ve věku 21 nebo 22 let. Zatímco v analyzovaném souboru 203 SŠ převažují muži (60,6 %), v analyzovaném souboru VŠ výrazně převažují ženy (93,8 % žen). Rozdíl je pravděpodobně způsoben výběrem škol. Zatímco na SPŠ studuje významně více mužů (82,2 % mužů v analyzovaném vzorku studentů SPŠ Česká Lípa), o studium na pedagogických fakultách mají zájem především ženy.

Národnost respondentů a jejich rodičů

Pro malý výskyt jiné národnosti než české nebylo možné prokázat pomocí statistických testů závislost mezi národností respondentů nebo jejich rodičů a prevalencí kouření, respektive konzumací alkoholu studenty.

Rodinné poměry respondentů

Dále bylo zkoumáno, zda to, s kým bydlí studenti ve společné domácnosti, má vliv na užívání daných legálních NL. Ačkoliv byl zaznamenán vyšší výskyt denních kuřáků mezi SŠ pocházejícími z neúplné (pouze s jedním z rodičů) nebo restrukturované rodiny (s nevlastním rodičem), nejednalo se o statisticky významnou závislost. Výrazně vyšší prevalence časté nadměrné konzumace alkoholu ani časté opilosti u SŠ pocházejících z neúplné nebo restrukturované rodiny rovněž nebyla prokázána. Nebyl zaznamenán ani vliv počtu sourozenců. Hypotéza H1 tak nebyla potvrzena. Možným důvodem je nedostatečně velký vzorek respondentů.

V ESPAD07 bylo zjištěno, že studenti bydlící s oběma vlastními rodiči (a případně i sourozenci nebo dalšími osobami) mají výrazně nižší prevalenci užívání tabáku a alkoholu oproti svým vrstevníkům žijícím v neúplných nebo restrukturovaných rodinách. Co se týče denního kouření, bylo mezi studenty z úplných rodin 20,5 % denních kuřáků (5,4 % silných), mezi studenty z restrukturovaných rodin 39,7 % denních kuřáků (13,0 % silných) a mezi studenty z neúplných rodin 30,8 % denních kuřáků (12,2 % silných). Studenti vyrůstající s oběma vlastními rodiči také méně často konzumovali nadměrné dávky alkoholu a opijeli se. Časté pití nadměrných dávek alkoholu uvedlo 17,6 % studentů z intaktních rodin, 25,4 % studentů z restrukturovaných rodin a 23,2 % studentů z neúplných rodin. Častou opilost

přiznalo 3,2 % studentů pocházejících z intaktních rodin, 5,2 % studentů z restrukturovaných rodin a 5,4 % studentů z neúplných rodin. (58)

Náš výzkum ovšem prokázal, že mezi VŠ, kteří již nebydlí ve společné domácnosti s rodiči, je výrazně více denních kuřáků (41,7 % mezi VŠ, kteří se již osamostatnili, a pouze 5,8 % mezi VŠ, kteří stále bydlí ve společné domácnosti s rodiči).

Povolání rodičů

Mezi povoláním rodičů a prevalencí kouření, respektive pitím alkoholu nebyla zjištěna statisticky významná souvislost. Opět může být důvodem nedostatečně reprezentativní vzorek respondentů.

ESPAD07 se nezabývala povoláním rodičů, dotazník ovšem obsahoval otázky týkající se vzdělání rodičů a subjektivního hodnocení ekonomické situace rodiny. Bylo zjištěno, že děti rodičů s nízkým vzděláním jsou častěji denními (28,7 %) i silnými kuřáky (9,3 %) a častěji konzumují nadměrné dávky alkoholu (20,6 %) oproti svým vrstevníkům z rodin, kde rodiče mají vyšší vzdělání (18,5 % denních kuřáků, 5,3 % silných kuřáků a 16,3 % častých konzumentů alkoholu). Ukázalo se, že vliv na chování studentů ve vztahu k užívání NL má i ekonomická situace rodiny (subjektivně vnímaná). Studenti z průměrných rodin uváděli nižší míru denního a silného kouření i nižší konzumaci alkoholu a méně častou opilost v porovnání se studenty z chudších, nebo naopak bohatších rodin.

Výsledky ESPAD07 korespondují s výsledky výzkumu SZÚ, který zaznamenal, že nejvíce kuřáků je v dělnických a řemeslnických profesích. Zdá se, že kuřáci dávají svým dětem špatný příklad a je u nich proto vyšší pravděpodobnost, že začnou také kouřit. (60)

5. 2. KOUŘENÍ

Názory studentů na škodlivost a návykovost tabáku (otázky č. 1 a 2)

Jak vyplývá z výše uvedených výsledků, muži a ženy se významně liší ve svých názorech na škodlivost tabáku. Zatímco většina mužů považuje tabák za málo nebezpečný nebo dokonce neškodný, většina žen ho pokládá za nebezpečný. Zdá se tedy, že ženy si lépe uvědomují škodlivost tabáku.

Rovněž studenti, kteří v současnosti nekouří, spatřují v užívání tabáku vyšší riziko než současní kuřáci. Většina nekuřáků považuje tabák za nebezpečný. Naopak podle názoru většiny kuřáků je tabák neškodný nebo pouze málo nebezpečný.

Alarmující je skutečnost, že 34,2 % respondentů nepovažuje tabák za drogu. To vypovídá o špatném povědomí respondentů o návykovosti tabáku. Zdá se, že studenti nemají dostatečné znalosti o drogové problematice, které by tak zřejmě v rámci primární prevence měla být věnována mnohem vyšší pozornost, a to nejen během výuky na základní škole, ale velmi podstatný je rovněž vliv rodičů, kteří by měli svým dětem dávat dobrý příklad.

Z výsledků ESPAD07 vyplývá, že velkou roli hraje to, zda se ptáme na silné nebo naopak pouze nepravidelné kouření. Podle ESPAD07 příležitostné kouření cigaret považuje za neškodné nebo pouze málo škodlivé 69,1 % respondentů, zatímco denní kouření 1 a více balíčků cigaret je neškodné nebo málo škodlivé podle názoru 22,4 % respondentů (25,4 % mužů a 19,6 % dívek). Kouření 20 a více cigaret denně je podle 52,2 % respondentů vysoce rizikové (v roce 1995 75,0 % respondentů). (58)

Naše studie se bohužel nezabývala názory respondentů na škodlivost tabáku v závislosti na frekvenci kouření a denním množství vykouřených cigaret, a proto výsledky ESPAD07 nebylo možné potvrdit.

Zdravotní potíže spojené s kouřením (otázka č. 3)

Většina studentů si je zdravotních rizik vědoma. 90,0 % studentů, kteří zodpověděli otázku, se domnívá, že kouření může způsobit různé typy rakoviny (především plic, jazyka, žaludku nebo děložního čípku). Dále studenti uváděli především ODC a KVO.

Ohledy kuřáků na druhé (otázka č. 4)

Z výsledků naší studie vyplývá, že většina kuřáků si při kouření všímá, zda jsou v jejich blízkosti nekuřáci. Zdá se, že si uvědomují škodlivost pasivního kouření. 26,5 % kuřáků však ohledy na své okolí nebere. Nebylo prokázáno, že by ohleduplnost kuřáků vůči druhým souvisela s pohlavím nebo věkem kuřáka.

Zkušenosti studentů s kouřením (otázky č. 5 a 6)

Kouřit zkoušelo 78,6 % respondentů. Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyl zaznamenán významný rozdíl.

ESPAD07 přinesla velice podobný výsledek (78,1 % respondentů, respektive 78,6 % SŠ). Podle VZ09 64,7 % občanů ČR ve věku 15 - 64 let někdy ve svém životě zkoušelo kouřit. V roce 2009 i v předcházejících letech ženy významně častěji uváděly, že nikdy nekouřily. (58, 60)

Výsledky studií naznačují, že nejmladší generace více experimentuje s tabákovými výrobky než generace starší, a to platí pro obě pohlaví. Na rozdíl od výsledků, které přinesla VZ09, v naší studii nebyl prokázán významný rozdíl mezi muži a ženami. Naše studie se ovšem nezabývala zkušenostmi s tabákovými výrobky ve starších generacích, a jak bylo potvrzeno, prevalence kouření mezi dívkami vzrůstá.

Jak vyplývá z našich výsledků, největší zkušenost mají studenti s cigaretami. Někdy ve svém životě je zkoušelo kouřit 72,9 % respondentů. Jiné tabákové výrobky nejsou zdaleka tak oblíbené. Zkušenost s kouřením doutníku má 35,7 % studentů. Ve vyšší míře se jedná o muže. 31,2 % studentů kouřilo již někdy ve svém životě vodní dýmku. Zkušenost s ní má však významně více SŠ (40,9 %) než VŠ (21,0 %). Významný rozdíl mezi muži a ženami téhož věku zaznamenán nebyl. Zkušenosti s vodní dýmku má také výrazně více kuřáků (současných i bývalých) než těch, kteří nekouřili nikdy, nebo kouřit zkoušeli, ale nepokračovali (48,3 % kuřáků a 20,9 % nekuřáků).

Z VZ09 vyplývá, že kouřit vodní dýmku zkoušelo 29,1 % občanů ČR. Testování statistické významnosti prokázalo větší zastoupení kuřáků vodní dýmky mezi muži (32,4 % mužů a 25,9 % žen). S přibývajícím věkem zkušenosti s kouřením vodní dýmky klesají. V roce 2009 uvedlo přibližně 67 % respondentů ve věku 15 – 24 let, že vodní dýmku zkoušelo kouřit. Jednalo se především o SŠ s maturitou a VŠ. Pouze 61,4 % kuřáků vodní dýmky však použilo směs obsahující tabák. Jednoznačně bylo prokázáno, že kuřáci a ti, kteří kdysi kouřili (100 a více cigaret za život), ale přestali, experimentují s vodní dýmku výrazně více než nekuřáci, kteří nikdy nekouřili. (60)

V našem výzkumu nebylo potvrzeno, že zkušenosti s kouřením vodní dýmky má více mužů. To ovšem mohlo být způsobeno tím, že naše studie se nezabývala prevalencí kouření ve starších generacích. Kouření vodní dýmky zcela jednoznačně souvisí s věkem. Náš výzkum na rozdíl od výzkumu SZÚ prokázal významný rozdíl i mezi SŠ a VŠ. Možnou příčinou by mohl být nedostatečně reprezentativní vzorek respondentů v našem výzkumu. Z VZ09 dále plyne, že velká část kuřáků vodní dýmky nepoužila směs s tabákem, ale např. bylinnou směs bez obsahu tabáku, nebo marihuanu. To rovněž mohlo zapříčinit to, že v našem výzkumu

byla zaznamenána zkušenost s kouřením vodní dýmky u výrazně menšího počtu respondentů. Naše studie se zaměřovala na kouření tabáku.

Věk první zkušenosti s kouřením (otázka č. 7)

Naprostá většina respondentů (těch, kteří mají zkušenost s kouřením) zkusila poprvé kouřit ve 12 – 16 letech. Podle výsledků naší studie se tedy jedná o nejrizikovější věk prvního kontaktu s cigaretou. Průměrný věk dotazovaných SŠ je 12,6 let, průměrný věk dotazovaných VŠ je 14,2 let. Zatímco většina SŠ měla první zkušenost s kouřením do svých 13 let (19,8 % ve 13 letech), většina VŠ ve vyšším věku (20,5 % v 15 letech). Mezi muži a ženami téhož věku nebyl prokázán významný rozdíl. Hypotéza H2 tak byla potvrzena pro nejmladší věkovou kategorii (SŠ). Výsledky výzkumu naznačují, že věk první zkušenosti s kouřením se snižuje. To plyne i ze zprávy ESPAD07 a VZ09.

Podle VZ09 je kritickým obdobím pro začátky kouření věk od 14 – 15 let. Muži uváděli častěji, že začínali s kouřením do 15 let, více žen naopak začínalo v 15 a více letech (v našem výzkumu nebyl prokázán významný rozdíl mezi muži a ženami, což by opět mohlo souviset s tím, že náš výzkum se týkal pouze nejmladší generace). Pro obě pohlaví byl však rozhodujícím věkem pro počátek kouření věk 15 let. Potvrzuje se, že počátky kouření se posouvají do nižšího věku. Starší generace uváděly častěji počátky kouření po 19. roce věku. Stále více kuřáků však uvádí, že začali kouřit v 15 letech (v roce 1997 se jednalo o 12,5 %, v roce 2009 o 19,6 %). Podíl těch, kteří začali kouřit v 15 letech a dříve, se postupně zvyšuje. (60)

První zkušenost s kouřením mělo podle ESPAD07 71,4 % respondentů (podíl těch, kteří zkusili kouřit) do svých 13 let (včetně). Tento podíl se od roku 1995 zvyšuje (62,6 % v roce 1995). Nejvíce studentů zkusilo poprvé kouřit ve věku 13 – 14 let. Ukázalo se, že dřívější začátek kouření je spojen s vyšším výskytem silného kuřáctví. (58)

V našem výzkumu byl zaznamenán menší podíl SŠ, kteří zkusili kouřit do svých 13 let (63,0 %), což mohlo být způsobeno nedostatečně reprezentativním vzorkem SŠ. Z důvodu příliš malého vzorku silných kuřáků nebylo možné potvrdit hypotézu H3, že dřívější začátek kouření zvyšuje pravděpodobnost vzniku silného kuřáctví.

Těžiště preventivního působení by, soudě podle výsledků naší studie i ESPAD07, mělo být situováno do období před 13. rokem věku – tj. na druhý stupeň základní školy. Jde o preventivní působení ještě před vznikem návyku na nikotin, neboť je lepší návyku nepodlehout, než se ho obtížně zbavovat. Výsledky studií bohužel svědčí o tom, že přístup k tabákovým výrobkům je velmi snadný, ačkoliv je jejich prodej mladistvým zakázán.

Podíl respondentů, kteří pokračovali v kouření cigaret a jiných tabákových výrobků (otázky č. 8 a 9)

V kouření pokračovalo 42,2 % respondentů. Jak vyplývá z našich výsledků, jednalo se ve většině případů o ženy, přičemž rozdíl byl patrný především v souboru SŠ.

73,2 % kuřáků pokračovalo v kouření pouze cigaret, 15,5 % cigarety kombinovalo s jinými tabákovými výrobky a 11,3 % kouřilo pouze doutníky nebo vodní dýmku, respektive obojí. Zajímavé je zjištění, že 43,2 % kuřáků vodní dýmky nepokračovalo v kouření cigaret, respektive je ani kouřit nezkoušelo. Kouření vodní dýmky bývá spojeno se společenským rituálem. Slouží k navození příjemné atmosféry, např. při posezení s přáteli v čajovně. Kuřáci vodní dýmky jsou často přesvědčenými odpůrci cigaret, kteří se domnívají, že kouření vodní dýmky s sebou nese žádné nebo pouze minimální zdravotní riziko. To je ovšem omyl. Kouř z vodních dýmek dokonce obsahuje mnohem více škodlivin než kouř z cigaret s filtrem. Kouření vodní dýmky je naštěstí většinou příležitostné. Při pravidelném kouření se však může vyvinout závislost na nikotinu a nakonec se z příležitostných kuřáků vodní dýmky mohou stát i silní kuřáci cigaret. (30)

Jak vyplývá z našich výsledků, v kouření cigaret pokračovalo mezi SŠ významně více žen (46,2 % žen a 31,7 % mužů). Naopak doutníky jsou oblíbenější mezi muži (11,1 % mužů a 3,8 % žen).

V kouření vodní dýmky pokračovalo 9,3 % respondentů, především SŠ (13,8 % SŠ a 4,6 % VŠ). Podle VZ09 v kouření vodní dýmky pokračovalo 14,5 % respondentů, což je opět více, než bylo prokázáno v našem výzkumu. Možné důvody byly již uvedeny výše. (60)

Frekvence kouření (otázka č. 10)

14,6 % respondentů pokračovalo v kouření denně (ve všech případech se jednalo o kuřáky cigaret), 8,8 % několikrát za týden a relativní většina (18,8 %) zřídka.

Podle VZ09 v roce 2009 denně kouřilo jiné tabákové výrobky než cigarety 0,8 % občanů ve věku 15 – 64 let. Dalších 13,9 % uvedlo, že jiné tabákové výrobky kouří občas. Nejmladší věková skupina (15 – 24 let) oproti ostatním věkovým skupinám významně častěji uváděla, že jiné tabákové výrobky kouří občas. To je způsobeno zřejmě tím, že nepravdělné kouření vodní dýmky je nejvíce rozšířeno právě mezi nejmladší generací. (60)

V našem výzkumu nebylo bohužel možné jednoznačně stanovit frekvenci kouření jiných tabákových výrobků, protože většina kuřáků doutníků nebo vodní dýmky tyto tabákové výrobky kombinovala s cigaretami a otázka týkající se frekvence kouření se nevztahovala ke konkrétnímu výrobku, ale kouření obecně.

Důvody respondentů proč pokračovali, respektive nepokračovali v kouření (otázky č. 11 a 12)

Většina kuřáků kouří, protože je to uklidňuje. To by mohlo svědčit o skutečnosti, že si snaží kouřením pomoci ve stresových situacích. Méně výrazný je vliv přátel, není však nepodstatný. 16,9 % pokračovalo, protože kouří ostatní a 7,5 % odpovědělo, že kouření doplňuje příjemnou atmosféru při posezení s přáteli např. v čajovně. Pokud by se dotazovaní pohybovali ve společnosti nekuřáků, kouřilo by jich pravděpodobně méně. 13,1 % nemůže s kouřením přestat. Nejspíš se jedná o kuřáky závislé na nikotinu.

Většina respondentů, kteří nepokračovali v kouření, uvedla jako důvod to, že mu/jí to nechutná. Jednalo se převážně o ženy (77,5 % žen a 57,1 % mužů). Mezi další důvody patřil negativní vliv na zdraví nebo strach ze závislosti. Pouze 6,9 % nepokračovalo v kouření kvůli vysoké ceně cigaret.

Podíl kuřáků, kteří zkoušeli přestat kouřit, dále důvody k nekouření a způsob, jakým se o to pokoušeli (otázky č. 13, 14 a 15)

Přestat kouřit někdy v životě zkoušelo 57,7 % kuřáků. Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Relativní většina těch, kteří zkoušeli přestat kouřit, si uvědomuje zdravotní rizika kouření a uvedla jako důvod zdraví nebo sport. Častým důvodem byla i vysoká cena cigaret. Pouze 3,2 % respondentů mělo strach ze závislosti.

Naprostá většina respondentů zkoušela skoncovat s kouřením sama bez pomoci a pouze malá část respondentů s pomocí rodiny nebo přátel. Žádný kuřák nevyhledal odbornou pomoc, nepoužil odbornou literaturu, ani nevyzkoušel NNT. Možným vysvětlením je to, že pouze minimum mladých kuřáků zkusí skoncovat s kouřením z toho důvodu, že se snaží zbavit závislosti.

Podle VZ09 se více než polovina kuřáků (55,0 %) nepokusila přestat kouřit v posledním roce. 45,0 % kuřáků se o to pokusilo minimálně jednou. Většina kuřáků (60,7 %) se pokoušela své závislosti zbavit sama. Pouze 8,7 % se pokoušelo zbavit závislosti s použitím NNT, 8,7 % použilo odbornou literaturu a 2,7 % vyhledalo odbornou pomoc. 1,0 % využilo alternativní metody odvykání kouření. V porovnání s předchozími lety se stav příliš nezměnil. Podíl těch, kteří využívají poraden pro odvykání kouření, zůstává velice nízký. (60)

Náš výzkum naznačuje, že mladí lidé vyhledávají odbornou pomoc a využívají odbornou literaturu, případně zkusí NNT v ještě menší míře než kuřáci z vyšších věkových skupin. I starší kuřáci ovšem, jak vyplývá z výzkumu SZÚ, minimálně využívají odborných rad a

farmakoterapie. To by mohlo svědčit o špatné informovanosti kuřáků, co se terapie týče. Možné je i to, že se stydí za svoji závislost, nebo to považují za ztrátu času a peněz.

Podíl těch, kteří začali znovu kouřit, a doba, po kterou vydrželi nekouřit (otázky č. 16 a 17)

Jak vyplývá z našich výsledků, většina respondentů z těch, kteří se pokoušeli přestat kouřit, se znovu ke svému návyku vrátila. Jednalo se o významně více SŠ (71,4 % SŠ a 52,1 % VŠ). Zdá se tedy, že SŠ berou menší ohledy na své zdraví. Důvodem může být i to, že si méně uvědomují škodlivost tabáku. Byla rovněž prokázána závislost počtu respondentů, kteří začali znovu kouřit, na frekvenci kouření před jejich neúspěšným pokusem. Ke kouření se vrátilo 73,3 % respondentů, kteří kouřili denně, 66,7 % respondentů, kteří kouřili několikrát za týden, a 41,9 % respondentů, kteří kouřili zřídka. Zdá se, že příležitostní kuřáci jsou mnohem úspěšnější ve snaze zbavit se svého zlovyku. Nepravidelní kuřáci nejsou na nikotinu závislí, nemají odvykací stav a nesužuje je zdaleka tak silná touha po cigaretě jako kuřáky závislé, pro které je z těchto důvodů mnohem obtížnější skoncovat se svým návykem. Proto se také, jak naznačují i výsledky naší studie, denní kuřáci vrací ke kouření dříve než kuřáci, kteří vykouří méně než 1 cigaretu denně. Zatímco 60,6 % denních kuřáků, kterým se nepodařilo skoncovat s kouřením, se vrátilo ke svému návyku do 1 měsíce, 81,5 % nepravidelných kuřáků začalo znovu kouřit po době delší než 1 měsíc.

Podle VZ09 se 66,4 % kuřáků, kteří se pokusili přestat kouřit v posledním roce, ke kouření vrátilo do 1 měsíce. Byla rovněž zaznamenána větší snaha těch, kteří uvedli, že kouří méně než 1 cigaretu denně. (60)

Výsledky VZ09 korespondují se závěry, které přinesl i náš výzkum. V našem výzkumu byl ovšem zjištěn menší podíl kuřáků, kteří začali znovu kouřit do 1 měsíce (41,7 %). Příčinou rozdílu by mohl být fakt, že mezi nejmladší generací je méně denních (a rovněž i závislých) kuřáků. Z výsledků obou studií je však zřejmé, že pro pravidelné kuřáky je velmi obtížné zbavit se závislosti na nikotinu. To dělá z tabáku velmi nebezpečnou drogu, vzhledem k tomu, že se jedná o legální látku.

Počet současných kuřáků, podíl denních a silných kuřáků (otázka č. 21)

Počet současných kuřáků (a podobně denních kuřáků) se získal odečtením počtu respondentů, kterým se podařilo přestat kouřit (bývalí kuřáci) od počtu respondentů, kteří pokračovali v kouření poté, co to zkusili. V době vyplnění dotazníku kouřilo 37,4 % SŠ a 28,2 % VŠ, přičemž v souboru SŠ kouřilo významně více žen (47,5 %) než mužů (30,9 %). Hypotéza H4 tak byla potvrzena. Zároveň byl zaznamenán statisticky významný rozdíl v počtu žen SŠ a žen VŠ (27,3 %). Ženy VŠ tedy nejspíš více zvažují možná zdravotní rizika kouření než mladší dívky. 11,6 % studentů kouří denně (pravidelní kuřáci), přičemž

v souboru SŠ převažují ženy (16,3 % žen a 10,6 % mužů). Rozdíl však není statisticky významný. Dále 21,4 % studentů kouří méně než 1 cigaretu denně (nepravidelní kuřáci) a 67,1 % v současnosti nekouří. 3,0 % studentů kouří silně (11 a více cigaret denně). Vzorek silných kuřáků byl příliš malý pro vyvozování dalších závěrů (nerepresentativní).

Podle VZ09 se prevalence kouření v české populaci v letech 1997 – 2009 výrazněji nezměnila a pohybuje se v rozmezí 28 – 32 %. V roce 2009 bylo možné v ČR 26,3 % občanů označit za pravidelné kuřáky (kouřící nejméně 1 cigaretu denně), přičemž významně častěji šlo o muže. Dalších 2,9 % tvořili nepravidelní (příležitostní) kuřáci, kteří kouřili méně než 1 cigaretu denně. V roce 2009 tak v ČR kouřilo 29,2 % občanů ve věku 15 – 64 let. Vyšší podíl všech kuřáků byl zaznamenán v nejmladší věkové skupině (15 – 24 let), kde činil 36,7 % (podobný výsledek přinesl i náš výzkum). Ve vyšších věkových skupinách podíl kuřáků klesá a ve věkové skupině nad 65 let je výrazně nižší. (60)

Podle ESPAD07 se prevalence denního kuřáctví výrazně nemění, i když nejnižší byla zaznamenána v roce 1995 (22,6 %). Rozdíly v prevalenci denního kouření mezi chlapci a dívkami nebyly sice velké, přesto nejsou nepodstatné. Zatímco v předchozích letech kouřilo více chlapců než dívek, poslední průzkum v roce 2007 zaznamenal naopak vyšší prevalenci denního (26,8 % dívek a 23,4 % chlapců) i silného (8,3 % dívek a 7,7 % chlapců) kuřáctví u dívek. Celková prevalence denního i silného kouření byla výrazně nejvyšší u studentů SOU (40,6 % denních a 15,0 % silných kuřáků). (58)

Z výsledků studií lze vyvodit, že vzrůstá počet mladých dívek, které kouří. Jedná se o velice nepříznivý trend. Mezi dívkami je dokonce vyšší prevalence denního a silného kuřáctví. Otázkou zůstává, proč v současnosti kouří více dívek než chlapců. Z našeho výzkumu vyplývá, že ženy si zřejmě lépe uvědomují škodlivost tabáku. Co je tedy vede k tomu, že kouří ve vyšší míře než chlapci?

Výsledky dále potvrzují, že mezi nezletilými je více kuřáků než ve starších generacích. Většina z nich jsou ovšem nepravidelní kuřáci, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně. V ESPAD07 byla zaznamenána podstatně vyšší prevalence denního i silného kuřáctví než v naší studii. Na tom může mít hlavní podíl skutečnost, že do našeho výzkumu nebyla zahrnuta SOU.

Fagerströmův test závislosti na nikotinu, hlavní indikátory míry závislosti: množství vykouřených cigaret za 1 den a doba, která uplyne mezi probuzením a zapálením si první cigarety (otázky č. 18 – 23)

Podle Fagerströмова testu závislosti na nikotinu je 15,3 % kuřáků je závislých, přičemž 3,8 % silně. Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Relativní většina denních kuřáků (43,5 %) vykouří za den 6 – 10 cigaret. 30,4 % denních kuřáků vykouří méně než 6 cigaret a 26,1 % 11 a více cigaret (pro malý vzorek silných kuřáků nebylo možné konstatovat, zda kouří silně více mužů nebo žen).

Podle VZ09 přibližně 40 % denních kuřáků vykouří v průběhu dne 6 – 10 cigaret. Podíl kuřáků, kteří kouří 1 – 5 cigaret denně, se v posledních letech pohybuje okolo 20 %. Přibližně 40 % kuřáků kouří 11 a více cigaret denně. V porovnání s předchozími roky byl zaznamenán pokles podílu těch kuřáků, kteří vykouří větší množství cigaret v průběhu dne (16 a více) a naopak růst podílu těch, kteří vykouří denně 6 – 10 cigaret. Jedním z možných důvodů by mohlo být zvyšování cen cigaret, kvůli kterému se snaží silní kuřáci své kouření omezit. Dlouhodobě platí, že muži významně více kouří denně větší množství cigaret než ženy (16 a více), zatímco ženy častěji uváděly množství do 10 cigaret denně. ESPAD07 zaznamenala, že silné kuřáctví je naopak v nejmladší generaci častější u dívek, jak již bylo zmíněno výše. (58, 60)

Jiným indikátorem míry závislosti na nikotinu je doba, která uplyne mezi probuzením a zapálením si první cigarety. Jak vyplývá z našeho výzkumu, 4,3 % denních kuřáků si zapálí do 5 minut po probuzení. Jedná se o silné kuřáky, jejichž první myšlenka po probuzení patří pravděpodobně cigaretě, a kterým nevadí kouření na lačný žaludek. Do jedné hodiny po probuzení si zapálí první cigaretu 54,3 % denních kuřáků. Jde o kuřáky, kteří kouří ještě před příchodem do školy (zaměstnání). Po době delší si zapálí 45,7 %.

Podle VZ09 se podíl nejsilnějších kuřáků, kteří si zapálí první cigaretu do 5 minut po probuzení, výrazně nemění a pohybuje se okolo 10 % kuřáků. Do 1 hodiny po probuzení si zapálí cigaretu více než polovina kuřáků (65,4 % v roce 2009). Podíl těch, kteří si zapálí první cigaretu po více než 60 minutách od probuzení, se pohybuje mezi 34 – 42 %. (60)

Z naší studie vyplývá, že mezi mladými kuřáky je menší prevalence silného kuřáctví než ve starších generacích. V porovnání s VZ09 zaznamenal náš výzkum také nižší podíl kuřáků, kteří si zapálí první cigaretu do 5 minut (a rovněž i do 1 hodiny) po probuzení. To vše naznačuje, že mezi mladšími kuřáky je menší podíl těch silně závislých.

Co si myslí kuřáci, že by jim mohlo pomoci přestat kouřit (otázka č. 24)

Relativní většina kuřáků neví, co by jim mohlo pomoci přestat kouřit. Buď se může jednat o závislé kuřáky, nebo to pro ně není důležité. Dále respondenti uváděli silnou vůli a motivaci, na dalším místě zdravotní problémy nebo těhotenství. NNT nebo pomoc odborníka uvedlo pouze 3,3 % kuřáků. Jak bylo naznačeno výše, mladí lidé téměř nepřipouští možnost vyhledání odborné pomoci nebo farmakoterapie.

Jak moc je pro kuřáky důležité přestat kouřit a jak moc jsou rozhodnutí skoncovat se svým návykem (otázky č. 25 a 26)

Jak vyplývá z výsledků naší studie, v souboru SŠ je pro významně více mužů než žen důležité přestat kouřit (42,1 % mužů a pouze 21,1 % žen). To je zarážející vzhledem ke skutečnosti, že většina žen si pravděpodobně lépe uvědomuje škodlivost tabáku, jak vyplývá z našich výsledků. 10,5 % mužů a 31,6 % žen dokonce nechce přestat kouřit.

Pro relativní většinu VŠ, kteří kouří (40,0 %), je důležité přestat. 21,8 % nechce skoncovat se svým návykem. Rozdíl v odpovědích žen SŠ a žen VŠ nebyl prokázán jako statisticky významný, ale je zřejmé, že s přibývajícím věkem vzrůstá počet žen, které hodlají někdy v budoucnu skončit s kouřením. Pravděpodobným důvodem by mohlo být to, že nechtějí v těhotenství vystavovat plod zdravotnímu riziku, na což ženy SŠ zřejmě ještě nepomýšlejí.

Skoncovat s kouřením je rozhodnuto rovněž významně více mužů než žen (33,3 % mužů a pouze 15,7 % žen). Mezi ženami SŠ a ženami VŠ nebyl zaznamenán významný rozdíl. 11,9 % mužů a 25,8 % žen nechce přestat kouřit.

Podle VZ09 v roce 2009 13,9 % kuřáků uvedlo, že chtějí skoncovat se svým návykem v příštích 6 měsících, dalších 7,8 % do 1 roku, 32,3 % někdy později a zbývajících 46,0 % kuřáků neuvažovalo o tom, že by přestalo kouřit. Nebyly zaznamenány významné rozdíly v odpovědích různých věkových skupin, ani mužů a žen. Podíl kuřáků, kteří vůbec neuvažují o tom, že by přestali kouřit, se v posledních letech zvyšuje (v roce 2009 dosáhl maxima). (60)

Náš výzkum zaznamenal nižší podíl kuřáků, kteří nechtějí skoncovat s kouřením. Alarmující je ale skutečnost, že se jedná převážně o ženy (hlavně SŠ). Zdá se, že pro muže je důležitější přestat kouřit a výrazně více mužů než žen je dokonce rozhodnutých skoncovat se svým návykem.

Proč si kuřáci přejí přestat kouřit (otázka č. 27)

Relativní většina kuřáků si přeje přestat kouřit, protože kouření škodí zdraví. Druhým nejčastějším důvodem je vysoká cena cigaret. Ačkoliv je zřejmé, že zvyšování cen cigaret kuřákům velmi vadí, pro snížení prevalence kouření to stále není dostačující zásah.

Jak velká je šance kuřáků přestat kouřit - subjektivní hodnocení (otázka č. 28)

Většina kuřáků si myslí, že má velkou šanci přestat kouřit. Prokázán byl ovšem statisticky významný rozdíl v odpovědích nepravidelných a denních kuřáků. 78,3 % nepravidelných kuřáků a pouze 35,7 % denních kuřáků považuje svoji šanci za velkou. To by mohlo svědčit o skutečnosti, že denní kuřáci si svoji závislost uvědomují.

5. 3. ALKOHOL

Názory respondentů na škodlivost a návykovost alkoholu (otázky č. 1 a 2)

Jak vyplývá z výsledků naší studie, podle názoru většiny studentů je alkohol látka nebezpečná. 46,3 % SŠ a 24,1 % VŠ však považuje alkohol za látku málo nebezpečnou nebo dokonce neškodnou. Zdá se, že VŠ si lépe uvědomují rizika spojená s pitím alkoholu, přesto je počet těch, kteří si myslí, že pítí alkoholu není škodlivé, velmi závažný. 29,9 % studentů nepovažuje alkohol za drogu. To je alarmující skutečnost, která svědčí, podobně jako v případě tabáku, o nedostatečných znalostech respondentů o škodlivosti a návykovosti daných látek.

To, že si současní SŠ neuvědomují dostatečně rizika spjatá s nadměrným pitím alkoholu, potvrzují i výsledky studie ESPAD07. Pouze 48,2 % respondentů odpovědělo, že pítí 4 nebo více sklenic alkoholu denně s sebou nese velké riziko (v roce 1995 70 % respondentů). 14,3 % respondentů dokonce uvedlo, že denní konzumace takového množství alkoholu neznamená žádné, nebo pouze malé riziko. Podle názoru 21,5 % respondentů konzumace 5 a více sklenic alkoholu každý víkend nepřináší žádné, nebo pouze malé riziko. (58)

Podobně jako v případě užívání tabáku se naše studie nezabývala názory studentů na škodlivost alkoholu v závislosti na frekvenci pití a množství konzumovaného alkoholu.

Zdravotní potíže spojené s užíváním alkoholu (otázky č. 3 a 4)

Naprostá většina studentů se domnívá, že nadměrné pití alkoholu může způsobit zdravotní potíže (98,5 % žen a 90,4 % mužů).

Největší zdravotní riziko spojené s nadměrnou konzumací alkoholu spatřují studenti v poškození jater. Většina respondentů odpověděla, že alkohol může způsobit poškození jater nebo cirhózu. Dále uváděli ONS (např. demenci, psychická onemocnění) nebo závislost. Zdá se, že studenti si jsou zdravotních komplikací spjatých s nadměrnou konzumací alkoholu vědomi. To však neodpovídá výsledku zjištěnému v první otázce, ve které závažný počet studentů odpovědělo, že alkohol je látkou neškodnou, nebo pouze málo škodlivou. Příčinou by mohlo být to, že se naše studie nezabývala názory respondentů na škodlivost alkoholu v závislosti na frekvenci pití a množství konzumovaného alkoholu, jak bylo již uvedeno výše.

Pravdivost tvrzení (otázka č. 5)

Studenti měli vyjádřit svůj názor na pravdivost některých tvrzení týkajících se alkoholu. Většina studentů pokládá za nepravdivé tvrzení, že alkohol dělá dobře na nachlazení. Naopak většina studentů se domnívá, že alkohol zahřívá. To je ovšem mylný dojem. Alkohol

sice způsobuje zarudnutí kůže, avšak jak bylo již uvedeno v teoretické části, dochází ve skutečnosti ke ztrátě tepla, která může být při nízké okolní teplotě velmi nebezpečná.

Dále většina studentů nesouhlasí s tvrzením, že když se pije, člověk je více při síle, a rovněž s tvrzením, že alkohol může zlepšit sportovní výkony. Naprostá většina studentů si uvědomuje riziko alkoholu spočívající v možném poškození jater, zapříčinění dopravní nehody, nebo hádek v rodině a mezi přáteli.

Významně více žen si myslí, že pití piva může způsobit zdravotní problémy (70,0 % žen a pouze 52,6 % mužů). Zdá se, že ženy, které pijí pivo v menší míře než muži, si tedy lépe uvědomují rizika spojená s konzumací tohoto oblíbeného alkoholického nápoje. Dále většina studentů nesouhlasí s tvrzením, že alkohol je součástí stravy.

Množství alkoholu, které může podle názoru respondentů řidič bez rizika vypít před řízením motorového vozidla (otázka č. 6)

Naprostá většina studentů uvedla, že před řízením motorového vozidla může řidič pít pouze nealkoholické nápoje. Zdá se, že studenti znají legislativu týkající se množství alkoholu v krvi řidiče a uvědomují si rizika spojená s konzumací i malého množství alkoholu. Bylo prokázáno, že alkohol zhoršuje schopnost řízení motorového vozidla i při hladinách alkoholu v krvi pod 0,5 ‰. Zhoršení schopnosti řídit bylo zaznamenáno už po dávkách pohybujících se kolem 10 g alkoholu (0,5 l piva). (42)

Denní množství alkoholu, které podle názoru respondentů neškodí zdraví (otázka č. 7)

Jak bylo již uvedeno, za bezpečnou denní dávku alkoholu je považováno nejvýše 0,5 l piva, nebo 2 dl vína, anebo 50 ml destilátu. Z výsledků naší studie vyplývá, že většina studentů do 20 let považuje za zdraví neškodnou 1 skleničku (2 dl) vína denně pro osoby svého věku, 2 skleničky vína denně pro osoby starší 20 let a 1 skleničku vína pro osoby starší 65 let. 23,6 % respondentů do 20 let však považuje za neškodné více než 2 skleničky za den pro osoby starší 20 let a 25,0 % 2 skleničky vína pro osoby starší 65 let.

Většina studentů starších 20 let, na rozdíl od mladších respondentů, považuje za zdraví neškodnou 1 skleničku vína za den nejen pro osoby starší 65 let (významně více než respondentů do 20 let, kteří zvolili stejnou odpověď), ale i pro osoby starší 20 let. 31,7 % však považuje za zdraví neškodné 2 skleničky vína pro osoby starší 20 let.

Výrazně rozdílné názory bylo možné zaznamenat i mezi muži a ženami. Zatímco relativní většina mužů se domnívá, že osobám starším 20 let neškodí 2 skleničky vína za den, většina žen považuje za zdraví neškodnou pouze 1 skleničku vína denně. 31,3 % žen se však domnívá, že neškodné jsou 2 skleničky, a 25,7 % mužů považuje za bezpečné dokonce více než 2 skleničky denně. Relativní většina mužů i žen (žen významně více) pokládá za zdraví

neškodnou 1 skleničku vína za den pro osoby starší 65 let. 27,4 % mužů však uvedlo 2 skleničky.

Podle průzkumu ESPAD07 46,4 % respondentů (významně více chlapců) nepokládá za škodlivou konzumaci 1 – 2 standardních sklenic alkoholu denně a 21,9 % respondentů (rovněž významně více chlapců) konzumaci 5 a více sklenic každý víkend. 19,4 % chlapců dokonce nepokládá za škodlivou denní konzumaci 4 a více sklenic alkoholu. (58)

Zdá se, že VŠ a rovněž ženy v porovnání s muži mají lepší znalosti, pokud jde o množství alkoholu, které je považováno za bezpečnou denní dávku. Podíl studentů, kteří nepokládají za škodlivé 2 a více sklenic alkoholu denně, je však zarážející. Rovněž to vypovídá o tom, že mladí lidé mají špatné povědomí o rizicích spojených s užíváním legálních drog.

Prevalence pití alkoholu (otázky č. 8, 10 a 12)

Alkohol pije alespoň příležitostně 97,7 % respondentů. Mezi studenty, kteří nepijí, převažují muži (5,2 % mužů a 0,8 % žen).

Z našich výsledků vyplývá, že lihoviny/destiláty pije 87,9 % studentů, přičemž nebyly prokázány významné rozdíly mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ. Nejvíce SŠ však pije právě lihoviny/destiláty. Zatímco brandy/koňak, whisky, slivovici, vodku, hořké likéry a rum pije významně více mužů než žen, aperitivy a sladké likéry pijí více ženy. Víno pije významně více VŠ (93,8 %) než SŠ (61,6 %) a zároveň významně více žen než mužů. To platí i pro SŠ (77,5 % žen a 51,2 % mužů). Vzhledem ke skutečnosti, že analyzovaný soubor VŠ tvoří v naprosté většině ženy, je zřejmé, že obliba vína u žen s věkem ještě vzrůstá. Pivo pije naopak významně více mužů (84,4 %) než žen (65,4 %). Naprostá většina respondentů však alkoholické nápoje kombinuje. 50,9 % respondentů pije víno, pivo i lihoviny. Následuje kombinace víno a lihoviny (19,0 %) a dále pivo a lihoviny (15,9 %).

Podle průzkumu ESPAD07 se situace v užívání alkoholických nápojů od 90. let významně nezměnila. To je vzhledem k relativně vysoké spotřebě alkoholu mladými lidmi varující poznatek. V roce 2007 97,4 % šestnáctiletých uvedlo, že pilo alespoň jednou v životě. Pouze 1 - 2krát za život pilo alkohol 5,1 % respondentů (více mužů). Mezi celoživotními abstinenty převažovali rovněž muži (3,5 % mužů a 1,8 % žen). (58)

Frekvence pití alkoholu, obliba vína, piva a destilátů/lihovin (otázky č. 9, 11 a 13)

Jak vyplývá z našich výsledků, 70,3 % respondentů konzumuje alkohol více než 1krát za měsíc. Relativní většina studentů pije alkohol několikrát za měsíc. Více než 1krát za týden (časté pití) konzumuje alkohol významně více mužů než žen (31,9 % mužů a 22,4 % žen). Byla tak potvrzena hypotéza H5. Více žen než mužů naopak pije alkohol pouze několikrát za rok/příležitostně.

Víno pije více než 1krát za měsíc významně více VŠ (27,1 % SŠ a 59,0 % VŠ). Pivo pije více než 1krát měsíčně významně více mužů (64,4 % mužů a 40,6 % žen). 39,4 % respondentů konzumuje více než 1krát za měsíc lihoviny/destiláty. Víno lze tedy považovat za nejoblíbenější nápoj VŠ a pivo za nejoblíbenější nápoj SŠ. Časté pití vína je běžnější mezi VŠ (15,4 %), pokud jde o SŠ, je vyšší prevalence častého pití vína u žen (2,4 % mužů a 6,2 % žen). Pivo pije pravidelně významně více mužů (28,1 % mužů a 12,5 % žen). Ačkoliv pije nejvíce studentů lihoviny, pouze 3,5 % je pije pravidelně.

Průzkum ESPAD07 přinesl podobné výsledky. 75,6 % respondentů uvedlo, že v posledním měsíci pili alkohol, přičemž 24,3 % respondentů pilo alkohol více než 5krát. V porovnání s rokem 1995 došlo k mírnému nárůstu časté konzumace alkoholu. Nejméně příznivý stav byl však zaznamenán v roce 1999. Od roku 1999 bylo možné zaznamenat mírný pokles častého pití u chlapců (pivo 37,4 % v roce 1999). Pivo lze jednoznačně považovat za nejběžněji konzumovaný druh alkoholu šestnáctiletých (66,3 % studentů uvedlo, že pilo v posledních 30 dnech pivo, 54,6 % destiláty a 46,8 % víno). (58)

Podle ESPAD07 časté (pravidelné) pití alkoholických nápojů (více než 5krát za měsíc) udávali více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem bylo pivo (pravidelně ho pilo 28,4 % chlapců a 15,7 % dívek). U dívek není preference nápoje tak výrazná jako u chlapců, nicméně od roku 1995 vzrůstá počet dívek, které pijí pivo více než 5krát za měsíc (6,9 % v roce 1995). V roce 1995 byly u dívek nejoblíbenějším alkoholickým nápojem destiláty (9,7 % dívek je pilo pravidelně). Prevalence pití destilátů se výrazně nemění. V roce 2007 je 12,1 % respondentů pilo často. Nebylo prokázáno, že by významně více dívek než chlapců často pilo víno (v roce 2007 7,7 % celkem). V roce 1995 dokonce pilo pravidelně víno více chlapců (5,8 % chlapců a 3,7 % dívek). (58)

V naší studii byl zaznamenán menší počet studentů, kteří pijí pravidelně destiláty, a dále výrazný rozdíl v počtu žen a mužů, kteří často pijí víno. Rozdíl ve výsledcích studií může být způsoben výběrem středních škol (do naší studie bylo zahrnuto pouze gymnázium a SPŠ) a menším počtem respondentů v našem výzkumu.

Množství alkoholu, které pijí studenti při jedné příležitosti (otázky č. 9, 11 a 13)

Jako indikátory problémového pití byly do dotazníku zakomponovány otázky na zjištění množství alkoholu běžně vypitého při jedné konzumní epizodě a otázky na alkoholovou intoxikaci – opilost.

Za časté pití nadměrných dávek alkoholu je považováno pití 5 a více standardních sklenic alkoholu při jedné příležitosti 3krát a vícekrát za měsíc. Dotazník však neobsahuje dostatečně konkrétní otázky týkající se frekvence pití. Nebylo tak možné určit přesně, kolikrát

za měsíc respondent pije alkohol. Byl proto zjišťován počet respondentů, kteří pijí nadměrné dávky alkoholu „několikrát za měsíc“ a častěji.

Náš výzkum prokázal, že významně více mužů (46,2 % mužů a 22,5 % žen z těch respondentů, kteří uvedli, že pijí alkohol) pije více než 1krát za měsíc nadměrné množství alkoholu (5 a více standardních sklenic při jedné příležitosti). Hypotéza H6 tak byla potvrzena.

Zdravotně rizikové formy pití (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti 3krát a vícekrát za měsíc) jsou velmi rozšířené u chlapců a stávají se stále běžnějšími i u dívek. Podle ESPAD07 v roce 2007 pilo často nadměrné dávky alkoholu 23,2 % chlapců a 16,6 % dívek, celkem 19,7 %. Od roku 1995 počet studentů významně vzrostl (v roce 1995 19,9 % mužů a 6,6 % žen, celkem 13,9 %). (58)

V našem výzkumu byla zaznamenána vyšší prevalence častého pití nadměrných dávek u mužů i u žen možná proto, že nebylo stanoveno kritérium frekvence pití 3krát a vícekrát za měsíc, ale více než 1krát za měsíc, jak bylo uvedeno výše.

Přestože je prodej i podávání alkoholických nápojů mladistvým zakázáno, naprostá většina SŠ alkohol pije, přičemž alarmující množství především mužů dokonce často a v nadměrných dávkách. Tabákové výrobky a alkoholické nápoje jsou pro prodejce významným zdrojem zisku, a proto v mnoha případech raději vědomě porušují zákon, než aby alkohol nebo tabákový výrobek odmítli mladistvému prodat. Není pochyb o tom, že dodržování zákona je nedostatečně vymáháno.

Z ekonomického hlediska jsou problémy spojené s nadužíváním alkoholu rovněž podceňovány. Podle některých odhadů výnos spotřební daně na alkoholické nápoje je poloviční, než celkové společenské náklady na problémy spojené s abúzem alkoholu (přesná data bohužel nejsou k dispozici), přičemž inkaso spotřební daně z lihu a alkoholických nápojů se pohybuje ve výši přibližně 73 mld. Kč/rok. Společenské náklady by tak dosahovaly částky 150 mld. Kč/rok. Při poměrně značné spotřebě tvrdého alkoholu, který zdaněn není (např. ilegální dovoz), by inkaso spotřební daně mělo být ještě mnohem vyšší a lze pouze odhadovat, že 1 závislý tak stojí společnost až 1 mil. Kč ročně. Jedná se o náklady na sníženou produktivitu práce, což souvisí mimo jiné s vyšší nemocností, mortalitou a kriminální činností uživatelů alkoholu, dále výdaje na zdravotní péči, výdaje spojené s dopravními nehodami pod vlivem alkoholu, náklady na justici a policii v souvislosti s alkoholovou kriminalitou apod. (63)

Tabák a alkohol jsou bohužel celospolečensky tolerovanými NL, přestože podle hrubých odhadů v roce 2006 2 % populace ČR (tj. více než 140 000 ekonomicky aktivních obyvatel ČR) konzumovala alkohol s problémy, které by vyžadovaly odbornou pomoc

(pravděpodobně závislé osoby). Rizikovým nebo škodlivým způsobem konzumovalo alkohol přibližně 20 % dospělé populace (tj. více než 1,3 milionu obyvatel z dospělé ekonomicky aktivní populace ČR). Téměř 27 000 pacientů se v roce 2006 kvůli problémům způsobeným nadměrnou konzumací alkoholu léčilo ambulantně a přibližně 11 000 pacientů s diagnózou F10 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené nadměrným užíváním alkoholu) bylo hospitalizováno v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic. Zájem o problematiku užívání legálních NL je ze strany státu, jak je zřejmé i z výsledků našeho výzkumu, přesto stále nízký. (63)

Při jakých příležitostech pijí studenti alkohol (otázka č. 15)

Studenti nejčastěji pijí alkohol na oslavách/párty, dále při setkání s přáteli, nebo v hospodě/baru. Zatímco významně více VŠ než SŠ pije alkohol v restauraci/pizzerii (43,6 % VŠ a 22,7 % SŠ), mezi počtem SŠ a VŠ, kteří pijí alkohol v hospodě/baru nebo na diskotéce, nebyl prokázán statisticky významný rozdíl. To by mohlo svědčit o tom, že v restauracích prodejci pečlivěji kontrolují věk mladých lidí, kteří si chtějí koupit alkohol, než v hospodách/barech a na diskotékách.

Zkušenosti studentů s opilostí (otázky č. 16, 17 a 18)

Jak bylo zjištěno v našem výzkumu, nikdy ve svém životě se neopilo 13,3 % studentů. Relativní většina studentů (49,2 %) se opila párkrát. 26,1 % se opije občas a 11,3 % se opíjí často (frekvence opíjení nebyla blíže specifikována). Mezi muži a ženami, ani SŠ a VŠ nebyly prokázány statisticky významné rozdíly.

V průzkumu ESPAD07 uvedlo opilost 3krát a vícekrát v posledních 30 dnech 3,9 % respondentů. (58)

V našem výzkumu byla zaznamenána výrazně vyšší prevalence časté opilosti, frekvence opíjení však nebyla blíže specifikována a jde pouze o subjektivní hodnocení respondentů. Výsledek ESPAD07 proto není možné objektivně konfrontovat s výsledky naší studie. Avšak skutečnost, že se u mladistvých častá opilost vůbec vyskytuje, je alarmující a může značit vážné problémy mladých lidí s alkoholem. Zde se opět ukazuje, že výchova a primární prevence realizovaná na základních a středních školách není dostatečná.

Nejvíce studentů, kteří se již někdy opili, se opilo na oslavě/párty, dále se studenti opíjí při setkání s přáteli, v hospodě/baru nebo na diskotéce. V hospodách/barech se opíjí převážně muži (67,9 % mužů a 51,1 % žen).

Významně více mužů než žen se v opilosti dobře bavilo (91,1 % mužů a 74,2 % žen). Naopak více žen pocítovalo stud (15,9 % žen a 2,7 % mužů). Zdá se, že ženy mají častěji než muži špatné svědomí kvůli svému chování v opilosti.

5. 4. EVROPSKÉ SROVNÁNÍ

Ve srovnání s průměrem za všechny státy, které se do projektu ESPAD07 zapojily, studenti v ČR ve vyšší míře kouří cigarety i konzumují alkohol. (58, 61)

5. 4. 1. KOUŘENÍ

V evropských zemích, ve kterých byl realizován průzkum ESPAD07, 58 % respondentů uvedlo, že někdy v životě kouřili cigarety. ČR tak převyšuje evropský průměr. Více než 40krát v životě kouřilo více než 30 % studentů v ČR, na Faerských ostrovech, v Rakousku a Lotyšsku. Dále 25 – 29 % v Německu, Rusku, Bulharsku, Litvě a na Slovensku. Do 15 % na Islandu, v Norsku, Řecku, Portugalsku a Arménii. (58, 61, 62)

Průzkum ESPAD07 dále zjistil, že v ČR kouřilo v posledních 30 dnech 41 % studentů (evropský průměr 29 %). Denně kouřilo v posledních 30 dnech 26 % Čechů (evropský průměr 19 %). Oproti roku 2003 vzrostl počet zemí, kde dívky kouřily během posledního měsíce více než chlapci. Patří mezi ně i ČR. (58, 61, 62)

5. 4. 2. PITÍ ALKOHOLU

Z průzkumu ESPAD07 vyplývá, že prevalence pití alkoholu rovněž převyšuje v ČR evropský průměr. Zkušenost s alkoholem přiznalo 89 % Evropanů. Prevalence v ČR je 97 %. Pití alkoholu v posledních 12 měsících uvedlo 82 %, 93 % v ČR. (58, 61, 62)

Více než 40krát za život pilo 41 % Čechů, 52 % Rakušanů, 40 % Nizozemců a 39 % Britů. 10krát a vícekrát v posledních 30 dnech pilo alkohol podle ESPAD07 12 % Čechů, 14 % Britů, 17 % Belgičanů, 24 % Nizozemců a 30 % Rakušanů. (58, 61, 62)

Nadměrné pití alkoholu v posledním měsíci přiznalo 43 % dotázaných, 52 % respondentů v ČR. Pití nadměrných dávek alespoň 3krát v posledních 30 dnech uvedlo 17 % Evropanů, 20 % v ČR. Časté pití nadměrných dávek alkoholu uváděli také studenti ve Velké Británii, Estonsku, Slovinsku a na Slovensku. Nejnižší výskyt častého pití nadměrných dávek byl zaznamenán u respondentů v Řecku, na Kypru a Islandu. (58, 61, 62)

Opilost alespoň jednou v životě přiznala více než polovina respondentů. V posledním roce se opilo 39 % respondentů. Alkoholovou intoxikaci v posledním roce přiznalo více než 50 % respondentů ve Velké Británii, Rakousku, Německu a na Slovensku (v ČR 48 %) a méně než 30 % studentů z Řecka, Kypru, Itálie, Belgie, Portugalska a Rumunska. Opilost 3krát nebo vícekrát za poslední měsíc uvedla 4 % respondentů. (58, 61, 62)

6. ZÁVĚR

Z našeho výzkumu vyplývají následující fakta: Tabák nepovažuje za drogu 34,2 % studentů. Zkušenost s kouřením má 78,6 % studentů. Jednoznačně nejoblíbenějším tabákovým výrobkem, se kterým studenti experimentují, jsou cigarety. Mezi mladými lidmi vzrůstá i obliba vodní dýmky. Většina SŠ zkusila poprvé kouřit do svých 13 let (včetně), zatímco většina VŠ ve vyšším věku. Bylo potvrzeno, že věk první zkušenosti s kouřením se snižuje. V době vyplnění dotazníku kouřilo 33,0 % respondentů (11,6 % denně), přičemž významně více kuřáků bylo mezi SŠ (37,4 % SŠ a 28,2 % VŠ). Dále bylo potvrzeno, že v nejmladší věkové skupině (SŠ) kouří více dívek (47,5 %) než chlapců (30,9 %) a mezi dívkami je rovněž vyšší prevalence denních kuřáků. Zarážející je skutečnost, že významně více žen než mužů nechce přestat kouřit (25,8 % žen a 11,9 % mužů). Podíl závislých kuřáků je mezi mladými lidmi menší než ve starších generacích. To pravděpodobně souvisí s tím, že většina mladých lidí nekouří denně, ale nepravidelně.

Jak vyplývá z našeho výzkumu, alkohol nepovažuje za drogu 29,9 % studentů. Alespoň příležitostně konzumuje alkohol 97,7 % studentů. Pivo lze považovat za nejoblíbenější nápoj SŠ, víno je nejběžněji konzumovaným nápojem VŠ (ovšem analyzovaný soubor VŠ tvořily převážně ženy). Naprostá většina studentů však alkoholické nápoje kombinuje. Prevalence pravidelné i časté nadměrné konzumace alkoholu je významně vyšší u mužů, přičemž jejich nejvíce preferovaným nápojem je pivo. Více než 1krát za týden (pravidelná konzumace alkoholu) pije 31,9 % mužů a 22,4 % žen. Více než 1krát za měsíc pije nadměrné množství alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) 46,2 % mužů a 22,5 % žen. Zkušenost s opilostí má 86,7 % respondentů, 11,3 % se opíjí často.

Hypotézy H2, H4, H5 a H6 a se tedy podařilo potvrdit. Hypotéza H1 potvrzena nebyla a hypotézu H3 nebylo možné prokázat z důvodu nedostatečně reprezentativního vzorku silných kuřáků.

Výsledky studie potvrzují, že kouření a nadužívání alkoholu mladými lidmi je trvalý a závažný problém, kterému by měla být věnována mnohem větší pozornost. Je zřejmé, že snaha o omezení užívání těchto legálních návykových látek zatím nepřináší žádoucí výsledky. Těžiště preventivního působení by, soudě podle našich výsledků, mělo být situováno do období před 13. rokem věku (tj. na 2. stupeň základní školy).

7. POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

1. LINCOVÁ, D., et al. *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 672 s. ISBN 978-80-7262-373-0.
2. *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19)* [online]. Vytvořeno 10. 3. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
3. HRDINA, R. *Závislost na substancích (drogová a léková závislost)* [online]. Aktualizováno 29. 2. 2008 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.faf.cuni.cz/studium/Materialy/Katedra%20farmakologie%20a%20toxikologie/Farmakologie%20I/Farmakologie%20I%20-%20dokumenty/SP%20Farmacie_Přednášky%20Farmakologie%20I_texty/13-hrdina-zavislost%20na%20substancich.pdf.
4. NEŠPOR, K., et al. *Zaostřeno na drogy*, 2005, roč. 3, č. 1, s. 1-2. ISSN 1214-1089.
5. *Tabák a nikotin* [online]. Aktualizováno 9. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/tabak-a-nikotin>.
6. KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
7. *Historie kouření* [online]. Vytvořeno 5. 12. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.mypaipo.eu/historie-koureni/>.
8. *O kouření* [online]. Aktualizováno 9. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/o-koureni>.
9. MLČOCH, Z. *Statistiky týkající se kouření cigaret - souhrn všech údajů* [online]. Aktualizováno 9. 2. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html.
10. *Statistiky* [online]. Vytvořeno 5. 12. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.clzt.cz/stat.php>.

11. *Kouření a děti* [online]. Vytvořeno 21. 11. 2007 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/nikotin/koureni-a-deti/koureni-a-deti_2007_11_21.html.
12. MLČOCH, Z. *Rizikové faktory pro vznik závislosti na nikotinu a kouření* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/priznaky-zavislosti-na-nikotinu-tabaku/88-rizikove-faktory-pro-vznik-zavislosti-na-nikotinu-a-koureni.html.
13. *Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami* [online]. Aktualizováno 9. 8. 2010 [cit. 2010-08-09]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=379&PC_8411_p=1&PC_8411_l=379/2005&PC_8411_p s=10#10821.
14. MLČOCH, Z. *Chemické složení cigaretového kouře, co obsahuje kouř z cigaret* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/co-obsahuje-cigaretovy-kour-dym/5-chemicke-slozeni-cigaretoveho-koure-co-obsahuje-kour-z-cigaret.html.
15. LÜLMANN, H., MOHR, K., WEHLING, M. *Farmakologie a toxikologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 696 s. ISBN 80-7169-976-4.
16. *Vyhláška č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky* [online]. Aktualizováno 5. května 2010 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.szpi.gov.cz/docDetail.aspx?docid=1006193&docType=ART&nid=11307>.
17. *Nikotin / kotinin* [online]. Aktualizováno 9. srpna 2010 [cit. 2010-08-09]. Dostupné z: <http://www.labtestsonline.cz/static/template/test.prn.aspx?idcontent=1179>.
18. GERŠL, V., ŠTĚRBA, M. *Farmakologie pro farmaceuty II*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 69 s. ISBN 978-80-246-1420-5.
19. MLČOCH, Z. *Otrava nikotinem – příznaky a projevy* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/26-otrava-nikotinem-priznaky-projevy.html.

20. MLČOCH, Z. *Srdce, cévy a kouření - kardiovaskulární nemoci způsobené, ovlivněné kouřením cigaret* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/srdce-cevy-aterosklerosa/79-srdce-cevy-a-koureni-kardiovaskularni-nemoci-zpusobene-ovlivnene-kourenim-cigaret.html.
21. *Kouření a naše zdraví* [online]. Aktualizováno 9. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/koureni-a-nase-zdravi>.
22. MLČOCH, Z. *Nedokrvenost končetin při kouření – Búrgerova choroba, thrombangitis obliterans* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/koncetiny-ruce-nohy/80-nedokrvenost-koncetin-pri-koureni-buergerova-choroba-thrombangitis-obliterans.html.
23. *Cigarette smoking* [on line]. Aktualizováno 7. 7. 2010 [cit. 2010-08-09]. Dostupné z: <http://www.cancer.org/Cancer/CancerCauses/TobaccoCancer/CigaretteSmoking/cigarette-smoking-who-and-how-affects-health>.
24. MLČOCH, Z. *Rakovina a kouření - různé druhy rakoviny u kuřáků* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/dalsi-typy-rakoviny/81-rakovina-a-koureni-ruzne-druhy-rakoviny-u-kuraku.html.
25. MLČOCH, Z. *Další nemoci spojené s kouřením cigaret, kuřáctvím* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/ostatni-nemoci-a-rizika-koureni/117-dalsi-nemoci-spojene-s-kourenim-cigaret-kuractvim.html.
26. *Rizika kouření* [online]. Aktualizováno 10. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/rizika-koureni>.
27. MLČOCH, Z. *Nikotin v těhotenství a jeho účinek na plod* [online]. Vytvořeno Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/kurak-a-koureni/tehotna-kuracka-matka-kuracka/52-nikotin-v-tehotenstvi-a-jeho-ucinek-na-plod.html.

28. *Kouření a těhotenství* [online]. Aktualizováno 9. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/koureni-a-tehotenstvi>.
29. MLČOCH, Z. *Vodní dýmka - popis, návod, obrázek, škodlivost, informace* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/kurak-a-koureni/vodni-dymka/68-vodni-dymka-popis-navod-obrazek-skodlivost-informace.html.
30. MLČOCH, Z. *Detailní informace o vodní dýmce* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/kurak-a-koureni/vodni-dymka/69-detailni-informace-o-vodni-dymce.html.
31. *Typologie kuřák* [online]. Aktualizováno 10. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/typologie-kuraku>.
32. MLČOCH, Z. *Vliv tabáku a kouření na deprese a nálady kuřáka* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/koureni-a-psychika-deprese-nalady/136-vliv-tabaku-a-koureni-na-deprese-a-nalady-kuraka.html.
33. *Léčba* [online]. Aktualizováno 10. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/lecba>.
34. *Jak vzniká závislost* [online]. Aktualizováno 10. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/jak-vznika-zavislost>.
35. *Náhradní nikotinová léčba* [online]. Aktualizováno 9. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/nahradni-nikotinova-lecba>.
36. *Alkoholismus* [online]. Vytvořeno 20. 5. 2008 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/lecba-2/alkoholismus_2008_05_20.html.
37. *PhDr. Ladislav Csémy, MUDr. Václav Dvořák a jejich poznatky o alkoholismu žen* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/zeny_a_alkohol/phdr_ladislav_csemy_mudr_vacla_v_dvorak_a_jejich_poznatky_o_alkoholismu_zen.html.

38. MLČOCH, Z. *Závislost* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/>.
39. *Alkohol* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=45>.
40. *Játra a alkohol* [online]. Vytvořeno 27. 7. 2006 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/zavislost-2/jatra-a-alkohol_2006_07_27.html.
41. LEDVINA, M., STOKLASOVÁ, A., CERMAN, J. *Biochemie pro studující medicíny II. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 562 s. ISBN 80-246-0850-2.
42. *Žádný alkohol před řízením motorového vozidla: nejbezpečnější možnost* [online]. Vytvořeno 29. 3. 2006 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/ucinky/alkohol-a-rizeni-2/zadny-alkohol-pred-rizenim-motoroveho-vozidla-nejbezpecnejsi-moznost_2006_03_29.html.
43. MLČOCH, Z. *Co způsobuje kocovinu, jak vzniká kocovina* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/kocovina/co_zpusobuje_kocovinu_jak_vznika_kocovina.html.
44. MLČOCH, Z. *Otrava alkoholem - příznaky a projevy, léčba* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/otrava_alkoholem_priznaky_a_projevy_lecba.html.
45. LEDVINA, M., STOKLASOVÁ, A., CERMAN, J. *Biochemie pro studující medicíny I. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 274 s. ISBN 80-246-0849-9.
46. MLČOCH, Z. *Psychické změny u alkoholika, osoby závislé na alkoholu* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/psychicke_zmeny_u_alkoholika_osoby_zavisle_na_alkoholu.html.
47. MLČOCH, Z. *Příznaky a projevy alkoholismu, stádia alkoholizmu* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/priznaky_a_projevy_alkoholismu_stadia_alkoholizmu.html.

48. *Jak vzniká závislost na alkoholu* [online]. Vytvořeno 12. 6. 2006 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/zavislost-2/jak-vznika-zavislost-na-alkoholu_2006_06_12.html.
49. *Delirium tremens a jiné alkoholové psychózy* [online]. Vytvořeno 3. 10. 2007 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/rizika/delirium-tremens-a-jine-alkoholove-psychozy_2007_10_03.html.
50. MLČOCH, Z. *Léčba alkoholismu, protialkoholní léčba - postup* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/lecba_alkoholismu/lecba_alkoholismu_protialkoholni_lecba_postup.html.
51. MLČOCH, Z. *Tělo a alkohol - jak působí alkohol na orgány a mozek* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html.
52. MLČOCH, Z. *Delirium tremens a další alkoholické psychózy - příznaky* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/delirium_tremens_a_dalsi_alkoholickePsychozyPriznaky.html.
53. *Poruchy vyvolané požíváním alkoholu* [online]. Vytvořeno 31. 5. 2006 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/zavislost-2/poruchy-vyvolane-pozivanim-alkoholu_2006_05_31.html.
54. MLČOCH, Z. *Laboratorní změny krve alkoholika aneb jak poznat alkoholismus z krve* [online]. Aktualizováno 12. 5. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/laboratorni_zmeny_krve_alkoholika_aneb_jak_poznat_alkoholizmus_z_krve.html.
55. *Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a včasná intervence* [online]. Vytvořeno 2. 3. 2006 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/ucinky/alkohol-a-tehotenstvi/alkohol-a-jine-navykove-latky-u-zen-identifikace-a-casna-intervence_2006_03_02.html.

56. *Fetální alkoholový syndrom* [online]. Vytvořeno 14. 4. 2006 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/ucinky/alkohol-a-tehotenstvi/fetalni-alkoholovy-syndrom_2006_04_14.html.
57. *Alkohol a těhotenství* [online]. Vytvořeno 3. 10. 2007 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/alkohol/ucinky/alkohol-a-tehotenstvi/alkohol-a-tehotenstvi_2007_10_03.html.
58. CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P., SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 172 s. ISBN 978-80-87041-94-9.
59. ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Eupress, 2004. 115 s. ISBN: 80-86754-19-7.
60. SOVINOVÁ, H., SADÍLEK, P., CSÉMY, L. *Výzkumná zpráva: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 – 2009)*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2010. 42 s.
61. HIBELL, B., et al. *The 2007 ESPAD Report - Substance Use among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009. 408 s. ISBN 978-91-7278-219-8.
62. *ESPAD - Keyresult Generator* [on line]. Aktualizováno 9. 8. 2010 [cit. 2010-08-09]. Dostupné z: <http://www.espad.org/keyresult-generator>.
63. RADIMECKÝ, J., et al. *Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice* [on line]. Aktualizováno 9. 8. 2010 [cit. 2010-08-09]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/download/1692/Koncepce-AD-26-6.pdf>.

8. PŘÍLOHY

8. 1. DOTAZNÍK

ANONYMNÍ DOTAZNÍK Mladí a životní styl

UK v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové
Università degli Studi Camerino, Itálie

Milá kolegyně, milý kolego,

prosím Tě o laskavé vyplnění tohoto zcela anonymního dotazníku, který je součástí mezinárodního výzkumu týkajícího se životního stylu mladých lidí. Získané údaje budou použity pouze pro výzkumné účely a nebudou poskytovány veřejnosti, žádné organizaci ani úřadu.

Děkuji za spolupráci

*Vendula Dušková
Univerzita Karlova v Praze
Farmaceutická fakulta v HK*

Tvůj věk:.....

Pohlaví: muž žena

S kým bydlíš ve společné domácnosti?

- otec matka
 bratři (kolik.....) starší..... mladší.....
 sestry (kolik.....) starší..... mladší.....
 jiní (teta, babička.....)

Jaká je tvá národnost a národnost tvých rodičů?

moje..... otec..... matka.....

Jaké povolání mají tví rodiče?

otec.....

matka.....

KOUŘENÍ

- 1) Co si myslíš o škodlivosti tabáku?
 extrémně nebezpečný nebezpečný málo nebezpečný
 neškodný nevím
- 2) Považuješ tabák za drogu? ano ne
- 3) Pokud si myslíš, že je kouření škodlivé, jaké nemoci může vyvolat?
.....
- 4) Když kouříš, všímáš si, zda jsou ve tvé blízkosti nekuřáci? ano ne
- 5) Kouříš, nebo jsi zkoušel/a kouřit? ano ne
- 6) Jestliže jsi zkoušel/a kouřit, co jsi kouřil/a?
 cigarety doutník dýmku jiné.....
- 7) V kolika letech jsi poprvé zkusil/a kouřit?.....
- 8) Poté, co jsi to zkusil/a, pokračoval/a jsi dále v kouření? ano ne
- 9) Pokud jsi pokračoval/a v kouření, co jsi kouřil/a?
 cigarety doutník dýmku jiné.....
- 10) Pokud jsi pokračoval/a v kouření, jak často jsi kouřil/a?
 každý den několikrát za týden zřídka
- 11) Pokud jsi pokračoval/a v kouření, proč?
 protože kouření neškodí protože s tím nemůžu přestat protože kouří ostatní
 protože mě to uklidňuje protože mi to chutná
 jinak
- 12) Pokud jsi nepokračoval/a v kouření, proč?
 protože kouření škodí zdraví mám strach, že bych tomuto zlovyku propadl/a
 protože mi to nechutná jinak

Následující otázky se tě týkají, pouze pokud jsi pokračoval/a v kouření

- 13) Zkoušel/a jsi přestat s kouřením? ano ne

14) Pokud jsi zkoušel/a přestat s kouřením, proč?

.....

15) Pokud jsi zkoušel/a přestat s kouřením, jak (sám/sama, nebo s pomocí rodiny, přátel, odborníků)?

.....

16) Poté jsi začal/a znovu kouřit? ano ne

17) Pokud jsi začal/a znovu kouřit, jak dlouho jsi nekouřil/a?.....

Následující otázky se tě týkají, pouze pokud v současnosti kouříš

18) Pokud kouříš, za jak dlouho po probuzení si zapálíš první cigaretu?

- do 5 minut během 6 – 30 minut během 31 – 60 minut
 později než za 60 minut

19) Dělá ti problémy nekouřit na místech, kde je to zakázáno (ve škole, v kině, v dopravních prostředcích atd.)? ano ne

20) Cigareta, která ti chutná nejméně, je: první ranní první během dne jiná

21) Kolik cigaret denně vykouříš? méně než 5 6-10 11-20
 21-30 více než 31

22) Kouříš intenzivněji během první hodiny po probuzení než během zbytku dne?

- ano ne

23) Kouříš, i když jsi nemocný(á) tak, že musíš zůstat většinu dne v posteli?

- ano ne

24) Co by ti mohlo pomoci přestat kouřit?.....

25) Jak moc je pro tebe důležité přestat kouřit? nesmírně/velmi důležité
 dost/hodně důležité celkem důležité ne moc důležité nechci přestat kouřit

26) Jak moc jsi rozhodnutý/á přestat kouřit? naprosto rozhodnutý/á dost rozhodnutý/á
 hodně rozhodnutý/á ne zcela rozhodnutý/á
 nechci přestat kouřit

27) Proč si přeješ přestat kouřit?

- protože kouření škodí zdraví protože ostatní mi říkají, abych přestal
 protože cigarety jsou drahé abych neohrožoval zdraví svých blízkých
pasivním kouřením jiné

28) Jak velká je tvoje šance přestat kouřit podle tvého názoru?

- dost velká celkem velká ne moc velká velmi velká
 velmi malá malá

KONZUMACE ALKOHOLU

1) Co si myslíš o škodlivosti alkoholu? extrémně nebezpečný nebezpečný

- málo nebezpečný neškodný nevím

2) Považuješ alkohol za drogu? ano ne

3) Může podle tebe nadměrné užívání alkoholu způsobit zdravotní potíže?

- ano ne

4) Pokud si myslíš, že alkohol může způsobit zdravotní potíže, jaké?

.....

5) Je tvrzení pravdivé? Zakřížkuj prosím správnou odpověď:

	PRAVDA	LEŽ	NEVÍM
ALKOHOL DĚLÁ DOBŘE NA NACHLAZENÍ			
ALKOHOL ZAHŘÍVÁ			
PITÍ PIVA NEZPŮSOBUJE ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY			
KDYŽ SE PIJE, ČLOVĚK JE VÍCE PŘI SÍLE			
ALKOHOL MŮŽE ZLEPŠIT SPORT. VÝKONY			
ALKOHOL MŮŽE ZPŮS. DOPRAVNÍ NEHODY			
ALK. MŮŽE ZPŮS. HÁDKY V RODINĚ/MEZI PŘÁTELI			
ALKOHOL JE SOUČÁSTÍ STRAVY			
ALKOHOL ŠKODÍ JÁTRŮM			

- 6) Jaké množství alkoholu můžeš bez rizika vypít před řízením auta (motorky, mopedu)?
 pouze nealko jedno velké pivo (0,5 l) jedno malé pivo (0,33 l)
 až 3 – 4 skleničky (2 dl) vína jen 1 – 2 skleničky (2 dl) vína 1 aperitiv
 jeden „panák“ tvrdého alkoholu jeden „panák“ likéru jeden koktail
- 7) Kolik skleniček (2 dl) vína za den podle tebe neškodí zdraví?
pro osobu tvého věku: pro osobu starší 20 let: pro osobu
starší 65 let:
- 8) Piješ víno? ano ne
- 9) Pokud piješ víno, jak často a v jakém množství?
 každý den, kolik dl: několikrát za týden, kolik dl: několikrát
za měsíc, kolik dl: několikrát za měsíc, kolik dl: několikrát
za rok, kolik dl:
- 10) Piješ pivo? ano ne
- 11) Pokud piješ pivo, jak často a v jakém množství?
 každý den, kolik dl: několikrát za týden, kolik dl: několikrát
za měsíc, kolik dl: několikrát za měsíc, kolik dl: několikrát
za rok, kolik dl:
- 12) Piješ lihoviny/destiláty? ano ne
- 13) Pokud piješ lihoviny/destiláty, jak často a v jakém množství?
 každý den, kolik dl: několikrát za týden, kolik dl: několikrát
za měsíc, kolik dl: několikrát za měsíc, kolik dl: několikrát
za rok, kolik dl:
- 14) Pokud piješ lihoviny/destiláty, které? brandy, koňak whisky
 slivovici vodku hořké likéry (fernet) aperitivy (Cinzano,
Martini) sladké likéry (griotka) rum (tuzemský)
 jiné.....
- 15) Při jakých příležitostech piješ alkohol? oslava/party diskotéka
 hospoda, bar setkání s přáteli kino
 restaurace/pizzerie sám doma prázdniny/volno
 školní výlet jiné

16) Už ses někdy opil/a? nikdy párkrát občas často

17) Pokud ses už někdy opil/a, při jaké příležitosti? oslava/party diskotéka

hospoda, bar

setkání s přáteli

kino

restaurace/pizzerie

sám doma

prázdniny/volno

školní výlet

jiné

18) Pokud ses už někdy opil/a, jak ses cítil/a? pobavení, legrace

omámení

nevolnost

stud

nic

jiné.....

8. 2. FAGERSTRÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU

- 1) Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu? do 5 minut (3 body)
 za 6 – 30 minut (2 body) za 31 – 60 minut (1 bod) po více než 60 minutách (0 bodů)
- 2) Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?
 ano (1 bod) ne (0 bodů)
- 3) Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?
 první ranní (1 bod) kterékoli jiné (0 bodů)
- 4) Kolik cigaret denně kouříte?
 0 – 10 (0 bodů) 11 – 20 (1 bod) 21 – 30 (2 body) 31 a více (3 body)
- 5) Kouříte častěji během dopoledne? ano (1 bod) ne (0 bodů)
- 6) Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?
 ano (1 bod) ne (0 bodů)

Vyhodnocení (součet bodů):

0 – 1 bod: žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

2 – 4 body: střední závislost na nikotinu

5 – 10 bodů: silná závislost na nikotinu

