JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Životní styl studentů na středních školách v Havlíčkově Brodě

Diplomová práce

Bc. Lucie Šauflová

MVDr. Zbyněk Machuta

2009

Abstract:

The lifestyle of secondary school students in the town of Havlíčkův Brod.

The objective of my thesis was to call attention to the current possible risks of adolescents at secondary schools who live an inappropriate lifestyle. This is primarily the risk of becoming addicted to alcohol and smoking.

The consumption of alcohol and smoking is very widespread among young people in the Czech Republic. The lifestyle of adolescents is affected by numerous factors. It is important to beginning teaching children a healthy lifestyle as soon as possible. Addiction to alcohol and smoking adversely affects the human body and causes very many diseases.

The thesis presents up-to-date information about the lifestyle of secondary school students in the town of Havlíčkův Brod.

The age at which a child or adolescent acquires his first experience with alcohol or cigarettes has markedly decreased in the past two years. This fact, of course, disturbs a wide range of experts from ranks of pedagogues, educators, medical workers, and other experts.

Czechs belong among the leading consumers of alcoholic drinks in the Word. The number of smokers among adolescents increases daily. The risk of premature death is associated with this.

A lifestyle belongs among important factors that can influence not only behaviour but also a person's health.

Abstrakt:

Životní styl studentů na středních školách v Havlíčkově Brodě.

Cílem mé práce bylo upozornit na současná možná rizika při nevhodném životním stylu mladistvých na středních školách. Jednalo se zejména o riziko vzniku závislosti na alkoholu a kouření.

V České republice je konzumace alkoholu a kouření velmi rozšířena mezi mladými lidmi.

Životní styl mládeže je ovlivňován řadou faktorů. S výchovou ke správnému životnímu stylu je důležité začít u dětí co nejdříve. Závislost na alkoholu a kouření působí nepříznivě na lidský organismus a způsobuje velkou řadu onemocnění.

Práce podává aktuální informace o životním stylu studentů na středních školách v Havlíčkově Brodě.

Věk, kdy dítě, či mladistvý získá první zkušenost s alkoholem nebo cigaretami, se za poslední dva roky značně snížil. Tato skutečnost samozřejmě zneklidňuje celou škálu odborníků z řad pedagogů, vychovatelů, zdravotníků či jiných odborně způsobilých pracovníků.

Češi patří mezi přední konzumenty alkoholických nápojů na světě. Denně narůstá i počet kuřáků mezi mladými lidmi. S tím je spojeno i vysoké riziko předčasného úmrtí.

Životní styl patří mezi důležité činitele, které mohou ovlivnit nejen chování, ale i zdraví člověka.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Životní styl studentů na středních školách v Havlíčkově Brodě vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Havlíčkově Brodě dne 22.5.2009

podpis studenta

Děkuji panu MVDr. Zbyňku Machutovi za poskytnutí cenných rad při zpracování mojí diplomové práce. Mé poděkování patří i učitelskému sboru na Obchodní akademii a Hotelové škole v Havlíčkově Brodě a Gymnáziu Havlíčkův Brod při sběru dat.

Obsah

Úvod 8

1 Současný stav 9

1.1 Alkohol 9

1.2 Alkohol v historii lidstva 9

2 Alkohol v organismu 11

2.1 Účinky alkoholu v organismu 11

2.2 Metabolismus alkoholu 11

2.3 Opilost a její stádia 12

3 Závislost na alkoholu 13

3.1 Vývojová stádia závislosti 14

3.2 Bažení 16

4 Alkoholismus jako nemoc 18

4.1 Psychické změny a poruchy 18

4.2 Somatické poruchy 20

4.3 Fetální alkoholový syndrom 21

4.4 Sociální důsledky závislosti na alkoholu 22

5 Mládež a užívání alkoholu 24

5.1 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících 24

5.2 Alkohol a jiné návykové látky u dětí 24

5.3 Ochranné a rizikové činitele 26

6 Prevence 32

6.1 Primární prevence 32

6.2 Sekundární prevence 33

6.3 Terciární prevence 34
7 Historie tabáku a kouření 35
7.1 Co je kouření 35
7.2 Tabák a jeho složení 35
7.3 Účinky nikotinu 36
8 Závislost na nikotinu 38
8.1 Psychosociální závislost 38
8.2 Fyzická závislost 38
8.3 Abstinenční syndrom 39
8.4 Pasivní kouření 40
9 Náhradní léčba nikotinem 41
10 Cíl práce a hypotézy 44
11 Metodika 45
11.1 Použité metody sběru dat. 45
11.2 Charakteristika cílové populace. 45
12 Výsledky 46
13 Diskuse 52
14 Závěr 57
15 Seznam použité literatury: 58
16 Klíčová slova 61
17 Přílohy 62

Úvod

Konzumace alkoholu a kouření mezi mladými lidmi je v České republice velmi rozšířeným fenoménem. Tuto problematiku prohlubuje fakt, že alkohol, ale i kouření je společností běžně tolerováno. Alkoholová problematika v České republice je aktuální vzhledem ke stále vzrůstající průměrné spotřebě alkoholu na obyvatele. Nepříznivá je rovněž samotná skladba spotřeby. Přibližně polovinu celkové konzumace alkoholických nápojů představuje spotřeba piva, ale jednu třetinu celkové spotřeby reprezentují destiláty.

Česká společnost je tradičně velmi shovívavá k pravidelné konzumaci alkoholických nápojů, a to i k takové, která výrazně přesahuje rozumnou míru. Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití jako běžnou součást společenských kontaktů a téměř neodmyslitelný projev oslav a zábav.

Zkušenosti ukazují, že žijeme ve světě, kde pro nezletilé děti není problém opatřit si alkohol, cigarety nebo jiné drogy. Mělo by to být alarmující zjištění pro státní orgány, pro školy, ale hlavně pro matky, otce a další nejbližší rodinné příslušníky.

Kouření tabáku a kouření cigaret především, je celosvětově nejrozšířenější aplikací psychoaktivní látky.

V České republice se doposud nepodařilo účinným způsobem ovlivňovat postoje

a zvyklosti většiny dospělého obyvatelstva. V případě mládeže je situace složitější o to, že společnost nemá dostatečnou politickou vůli ani zájem efektivně prosazovat zákonná omezení dostupnosti alkoholu. Bohužel velmi často ani rodiče nejsou svým dospívajícím dětem vhodným vzorem, pokud jde o užívání alkoholu nebo kouření případně nejsou důslední ve vlastních výchovných přístupech.

1 Současný stav

1.1 Alkohol

Alkohol, resp. etylalkohol, chemicky etanol, svou jednoduchou a malou molekulou, vznikající kvašením cukrů patří mezi látky ovlivňující především látkovou přeměnu a nervový systém.**(6)**

Etanol vzniká kvašením cukrů účinkem kvasinek. Přesáhne-li koncentrace etanolu v kvasném roztoku 13 %, kvasinky hynou a dále probíhá octové kvašení, jehož výsledkem je ocet. Pouhým kvašením lze tedy získat jen přírodní vína. Dodatečným ochucením a alkoholizací vznikají vína s vyšším obsahem alkoholu, aperitivy a dezertní vína (do 20 % alkoholu). Destilací kvasného základu vznikají koncentrované alkoholické nápoje - destiláty – s obsahem alkoholu 40 – 60 %.**(3)**

1.2 Alkohol v historii lidstva

První doklady o konzumaci alkoholických nápojů jsou již ze 7. - 5. tisíciletí př.n.l. z Blízkého východu. V Egyptě byla nalezena vyobrazení popisující výrobu piva a vína z 3. tisíciletí př.n.l.. Společnost většinou pití alkoholu tolerovala nejen ve starých civilizacích, ale i ve středověku s rozvojem pivovarnictví a lihovarnictví.**(3)**

V podstatě lze říci, že za starých časů nebyl alkohol zneužíván, protože lidé jej považovali spíše za zázračný elixír a běžně nebyl používán ke konzumaci. Opilství bylo samozřejmě známo, v legislativě všech starých kultur na něj bylo pamatováno a většinou se trestalo.**(15)**

Pro příklad uvádím:

· 1220 př. n. l. – Čína – smrt každému, kdo je přistižen opilý.

· 5. a 6. století – Konfucius a Budha zakázali pití alkoholických nápojů.

· Indie – při přistižení v ebrietě (opilosti) byli opilci nuceni pít vařící víno, vodu, kraví moč nebo vřelé mléko až k smrti.

· Indické ženě, která byla přistižena v opilosti, žhavým železem vypálili do kůže čela podobu nádoby, z níž alkohol pila. Pak byla vyhnána.

· Papežové se snažili zabránit pití alkoholu tím, že dali příkaz k vylití sudů s alkoholem do řek.

· Každý Říman měl právo zabít svou ženu, pokud ji přistihl opilou.

· Opilý otrok byl trestán 80 ranami holí, opilý svobodný člověk 40 ranami. Byli i záměrně opíjeni otroci a ti byli ukazováni mládeži jako odstrašující příklady.

· Athény – za opilost smrt.

· Karel Veliký – opilci trestáni, pokud pili dál, byli popraveni.**(22)**

V posledních desetiletích byl problém s pitím alkoholu především ve Švédsku, Švýcarsku a bývalém Sovětském svazu. Vytvářelo se mnoho skupin bojujících proti alkoholismu. V Polsku zavedli zákon, že kdo poškozuje v opilosti svou rodinu, např. fyzickým násilím, může jít až na 5 let do vězení. V bývalém SSSR bylo zavedeno více opatření, např. snižování výroby alkoholu, v pracovních dnech byl prodej alkoholu povolen až od 14 hodin, zákaz prodeje a požívání alkoholických nápojů do 21 let.**(22)** Další, téměř zapomenutou funkci alkoholu, činí možnost jeho využití jako poměrně účinného anestetika. Také v této podobě pomohl mnoha lidem přežít, pokud bylo např. potřeba provést nezbytnou amputaci či jinou operaci.**(1)**

2 Alkohol v organismu

2.1 Účinky alkoholu v organismu

Etylalkohol se svým účinkem nejvíce blíží skupině látek navozující spánek. Zásah alkoholu do přeměny látek v organismu je nepříznivý kromě jiného už proto, že je přednostně odbouráván jako toxická látka. Alkohol nejvíce narušuje nervovou činnost a zhoršuje rozumové funkce.**(13)**

Alkohol dále odstraňuje špatnou náladu a nahrazuje ji dobrou - *trankvilizační* účinek, uspává - *hypnotický* účinek, odstraňuje úzkost - *anxiolytický* účinek, potlačuje strach - *antifobický* účinek, tlumí vnímání bolesti - *analgetický* účinek a znecitlivuje - *anestetický* účinek.

Alkohol způsobuje celkový útlum činnosti centrální nervové soustavy od nejvyšších etáží k nejnižším (od mozkové kůry přes podkorová centra až po prodlouženou míchu, kde jsou centra vitálních funkcí, např. dýchání).

Hlavní nebezpečí spočívá právě v útlumu těchto center při intoxikaci alkoholem. Může nastat smrt zadušením zástavou činnosti dýchacího centra nebo vdechnutím zvratků pro útlum obranných reflexů při zvracení v hlubokém spánku. Dlouhodobé zneužívání alkoholu je spojeno s řadou závažných jevů.**(3)**

2.2 Metabolismus alkoholu

Při abusu alkoholu je organismus poškozován nejen samotným etanolem, ale zejména látkami, vznikajícími při jeho metabolismu, jehož podrobná znalost je nezbytná pro poznání a studium metabolického a toxického efektu etanolu na játra, gastrointestinální trakt, ale i na další orgány.

Konzumovaný alkohol je z 90 - 98 % odstraněn z organismu třemi známými metabolickými cestami: 1 - alkoholdehydrogenázou (ADH), 2 - mikrosomálním etanolovým oxidačním systémem (MEOS) a 3 – laktázou. Zbylé množství etanolu se z těla vyloučí dechem, potem a močí.**(18)**

Kvantitativně nejvýznamnější je alkoholhydrogenzová cesta a pouze nepatrný význam se přisuzuje kataláze. Po požití se etanol rychle absorbuje do krve zčásti již v ústní dutině, dále v žaludku a v duodenu.**(2)** Přibližně 20% etanolu se vstřebává již v žaludku a zbytek ve střevech.**(18)** Maximum koncentrace etanolu v krvi po jednorázovém podání se dosahuje za ½ až 1 hodinu. Ve skutečnosti bývá pití alkoholických nápojů rozloženo na různě dlouhý časový úsek a kombinováno s jídlem. Absorpce pak závisí nejen na množství a druhu nápoje, ale i na příjmu a složení potravy a objemu náplně žaludku. Etanol snadno difunduje do všech tělních tekutin a krví se přenáší rychle zejména do CNS, zatímco do nepracujících kosterních svalů proniká málo.**(2)**

Menší podíl požitého etanolu se metabolizuje cestou mikrozomálního systému oxidace etanolu, MEOS. Systém je lokalizován v endoplazmatickém retikulu buněk jater, ledvin, mozku a kůže. Jeho koenzymem je nikotinamidadenindinukleotidfosfát. Produktem oxidace pomocí MEOS je rovněž acetaldehyd. MEOS oxiduje také celou řadu dalších substrátů včetně léků a jiných xenobiotik, které také účinkují jako induktory systému. Spolu s indukcí MEOS se zmnožuje endoplazmatické retikulum, což může souviset s jaterní perivenulární toxicitou etanolu a dalších nox metabolizovaných touto cestou.

Oxidace etanolu pomocí katalázy probíhá nejpomaleji.**(2)** Limitujícím faktorem peroxidace etanolu katalázou je malé množství vytvořeného oxidem uhličitým, které by bylo potřebné pro metabolismus etanolu.**(18)**

2.3 Opilost a její stádia

První stádium (koncentrace 1 – 1,5 promile): konzument bývá spokojen, má sdílné rozpoložení mysli. To se projevuje i navenek veselým výrazem obličeje, živou mimikou, výřečností a smíchem. Člověk je tzv. rozpustilý a rád uzavírá přátelství. Má zvýšený pocit sebevědomí, dojem, že překoná všechny obtíže. Zvyšuje se sexuální stimulace.

Druhé stádium (1,5 – 3 promile): pijan se často chová netaktně. Opouští ho sebekritičnost, křičí, zpívá, nedbá o své okolí. Mnohdy má problémy slovně se vyjádřit.

Chová se impulsivně, nepromyšleně. Někdy je naopak přecitlivělý. Postrádá schopnost naslouchat druhým, nekontroluje řeč. Rudne mu obličej, stoupá krevní tlak, tep převyšuje 100 tepů za minutu. Pohyby jsou neuspořádané v důsledku výrazné poruchy hybnosti: Opilý snadno porazí sklenici, má závratě, při chůzi vrávorá. Někdy vidí dvojmo, snižuje se práh bolesti.

Třetí stádium (od 3 promile): příznaky jsou únava, spavost, ba i zvracení. Výrazně klesá krevní tlak, z obličeje se vytrácí červeň a tváře blednou. Při značných dávkách alkoholu se opilost podobá narkóze: výjimkou není úplné bezvědomí, necitlivost, mimovolné močení a pokálení.

Svalstvo je uvolněno, tep měkký, dýchání pomalé, zornice normální či rozšířené, nereagující na světlo. Mnohý opilec bývá zmatený, blouzní a zmítá se.

Pozor: V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může zemřít i následkem ochrnutí tzv. dechového centra v prodloužené míše.

Widmarkova zkouška na určení koncentrace alkoholu je v krvi potřebným důkazem při zjišťování i hodnocení stupně opilosti člověka pro potřebu soudního řízení.**(20)**

3 Závislost na alkoholu

Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a, **silná touha nebo pocit buzení** užívat látku,

b, **potíže v sebeovládání** při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky,

c, **tělesný odvykací stav**: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také používá příbuzná látka s podobnými účinky.

d, **průkaz tolerance k účinku látky** jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

e, **postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získávání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,

f, **pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků:** poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxického poškození myšlení.

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek.**(9)**

3.1 Vývojová stádia závislosti

1. stádium – počáteční, iniciální

Alkohol je drogou, kterou si piják ordinuje sám, buď aby potlačil nepříjemné psychické stavy, nebo aby dosáhl ve společnosti příjemného stavu, nálady a přiblížil se k lidem nebo lépe řečeno svým spolupijákům. Frekvence abúzu alkoholu a dávky alkoholických nápojů během času stoupají, nedochází však k alkoholické intoxikaci, nýbrž jen k subintoxikaci.

2. stádium – varovné, prodromální

Tolerance stále stoupá, dochází nejdříve k občasným, později ke stále častějším stavům opilosti, tj. k alkoholické intoxikaci.**(13)** Někdy se objevují „okénka“, kdy si druhý den nepamatuje na některé úseky času.**(7)**

3. stádium – rozhodné, kritické

Nadále roste tolerance. Začínají se hromadit problémy, které si vynutí dočasnou kratší či delší abstinenci. Závislá osoba začíná znovu a znovu pít s přesvědčením, že bude alkohol ovládat. Počínaje touto fází dochází u alkoholika k rozhodujícímu obratu, který nazýváme změněnou, sníženou, poruchovou až „ztracenou“ kontrolou v pití. Tato

změna je trvalá, vyvíjí se celkem v krátkém časovém období (od 6 – 12 měsíců). Od této chvíle je pro alkoholika mnohem snazší abstinence než pití s mírou, které natrvalo již nikdy nedokáže.

4. stádium – konečné, terminální

Má výrazný znak snížení tolerance na alkohol, což znamená, že se osoba závislá na alkoholu (alkoholik) opije mnohem rychleji a častěji než dříve a často i při nevhodné příležitosti. Opilost často trvá i několik dní a alkoholik nezřídka začíná pít již od rána. Není divu, že se pak dostaví příznaky alkoholických psychóz, jako je delirium tremens apod. **(13)**

3.2 Bažení

Anglické slovo „craving“ lze přeložit jako bažení. V roce 1955 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost.

Kdy je bažení nejsilnější?

- Bažení je nejsilnější v situaci, kdy je jeho předmět dostupný.
- Bažení je silnější v počátcích abstinence než po delší době.
- Negativní duševní stavy (např. úzkost nebo deprese) zvyšují sílu bažení.**(12)**

Jak se bažení projevuje?

- Tělesné bažení: Při prvním typu bažení, k němuž dochází při odvykacích obtížích, popsali vědci útlum aktivity řady mozkových center po jejich předchozí nadměrné aktivaci.
- Psychické bažení. Druhým typem je bažení, které vzniká po delší abstinenci, např. při pohledu na alkohol nebo v nebezpečném prostředí. Při tomto typu bažení se objevuje aktivita v poměrně omezených oblastech mozku, které mají blízko k emocím a paměti.

Jak bažení překonávat?

- Vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly.
- Uvědomit si výhody abstinence.
- Tělesné cvičení nebo tělesná práce, jít do přírody.
- Prostě vydržet.
- Myslet na své zdraví.
- Požádat o pomoc.
- Jít někam, kde nejsou návykové látky.
- Uvažovat o příčinách bažení.

- Relaxační techniky.
- Napít se nealkoholického nápoje.
- Použití léku předepsaného lékařem.

Většinu způsobů, jak zvládat bažení, můžete požít i k překonávání negativních emocí, jako jsou deprese, hněv, sebelítost atd. Uvedené způsoby, jak zvládnout bažení, je možné kombinovat, čímž se zvyšuje jejich účinnost.**(12)**

4 Alkoholismus jako nemoc

4.1 Psychické změny a poruchy

Alkoholismus vyvolává psychické změny, které jsou důsledkem abúzu alkoholu a psychické poruchy, jež vznikají jako následek dlouhodobého zneužívání alkoholu.

a) Psychické změny

· Změny emočního prožívání

Nadměrná konzumace alkoholu ovlivňuje celkové ladění. Posiluje tendenci k výkyvům nálad, emoční dráždivosti, eventuelně až afektivní výbušnosti, mnohdy spojené s agresí. Je příčinou častější dysforie, zvyšuje se sklon k úzkostnému prožívání, eventuelně depresivnímu ladění, roste podezřívavost a nedůvěřivost. Dochází k vyhasínání emočních vztahů k lidem, k odcizení, osamělosti a pocitům prázdnoty. Mění se celkový vztah ke světu, postupně v něm převažuje lhostejnost a apatie.**(15)**

· Změny v oblasti kognitivních procesů

Pod vlivem alkoholu se zhoršuje koncentrace pozornosti, paměť i celková výkonnost. Člověk není schopen zpracovat všechny informace standardním způsobem, tato porucha se projeví zejména tehdy, když jde o méně obvyklý či složitější problém. Uvažování alkoholiků bývá méně kritické, častěji je ulpívané a vztahovačné. Nemívají na situaci náhled, nejsou schopni posoudit, jak je pití alkoholu ovlivňuje, ani správně interpretovat reakce ostatních lidí. Hodnocení čehokoli může být značně kolísavé, mění se v závislosti na aktuálním stavu. Racionalizační tendence se projeví ve způsobu interpretace vlastních potíží, které mají sklon přičítat jiným lidem resp. okolnostem, často se cítí nespravedlivě hodnoceni. Problémy v porozumění těmto potížím a opakované nepříjemné zážitky spojené s odmítáním, kritikou, opovržením apod. posilují jejich vnitřní nejistotu a úzkost. Svět se jim jeví ohrožující a nespravedlivý. Mívají narušené, eventuelně kolísající sebehodnocení, lze se setkat s projevy pocitů méněcennosti, sebelítosti, ale i s chvástavostí a demonstrací nadměrného sebevědomí. Postupně může dojít k úpadku kognitivních schopností, k demenci.**(15)**

Změny v oblasti chování

Ubývá vůle, ztrácí se schopnost sebeovládání. Zúžení motivace a dominantní zaměření na získání alkoholu se projevuje egocentrickým chováním, nedostatkem ohledu k jiným lidem a často generalizovanějším úpadkem sociálních kompetencí. Mizí sociální zábrany a v důsledku toho alkoholici stále častěji reagují nepřiměřeným způsobem, např. agresivně mnohé z těchto projevů mohou být i obrannými reakcemi.

Osobnostní změny

Mohou být různé, neexistuje žádná typická osobnost alkoholika. Tyto nápadnosti mohou být příčinou i důsledkem abúzu alkoholu. Bylo zjištěno, že jde o dvě dimenze: první lze označit jako disinhibici chování, která se projevuje nezdrženlivostí, impulzivitou, nekomfortností, zvýšenou dráždivostí spojenou s vysokou potřebou vzrušení. U těchto lidí se alkohol stává součástí jejich životního stylu. Druhou dimenzi je možné charakterizovat převahou negativního emočního ladění, které se projevuje přetrvávajícími pocity diskomfortu a nepříjemného napětí, zvýšené úzkosti a sklonu k depresivnímu ladění. Alkohol se v tomto případě stává prostředkem ke zvládání nepříjemných pocitů.**(15)**

b, Psychické poruchy

- Alkoholické psychózy – jsou důsledky chronického abúzu alkoholu v psychické oblasti. Projevují se u osob závislých na alkoholu jako výsledek selhání adaptačních neurohumorálních systémů a v těžších případech mohou souviset i s poškozením důležitých orgánových struktur.
- Delirium tremens – je nejčastější a nejobávanější alkoholickou psychózou. Objevuje se na vrcholu vývoje závislosti na alkoholu. Jako prodromální příznaky bývají vždy poruchy spánku, třes končetin a celého těla, pocity vyčerpání, pocení, nechuť k jídlu a neschopnost polknout tuhou stravu. První psychotické projevy se objevují nejčastěji v odpoledních a nočních hodinách. Jsou to iluze a halucinace zrakové a tělové.**(14)** Člověk je ohrožen na životě a stav vyžaduje naléhavou lékařskou péči.**(9)**

- Korsakova alkoholická psychóza – projevuje se poruchami paměti na nové zážitky, dezorientací a konfabulacemi.
- Alkoholická demence – projevuje se postupným otupováním a ztrátou zájmů, mozkovou atrofií a hydrocefalem.

4.2 Somatické poruchy

Funkční a orgánové poškození související s alkoholem závisí zejména na množství požitého alkoholu a délce jeho požívání.**(14)**

- Nemoci trávicí soustavy

A, Onemocnění jícnu – výskyt divertiklů jícnu je v souvislosti se závislostí na alkoholu až šestkrát častější ve srovnání s normální populací.**(14)** Jícnové varixy - městky lokalizované na přechodu jícnu a žaludku. Vznikají jako následek ztíženého odtoku krve z břišní dutiny při onemocnění jater.**(16)** Jícnové varixy se objevují jako komplikace jaterní cirhózy.

B, Nemoci žaludku a dvanáctníku – nepříznivý vliv alkoholu na žaludeční sliznici se projevuje zánětlivými a erozivními změnami, které charakterizují alkoholickou gastritidu.**(14)**

C, Onemocnění pankreatu – asi polovina onemocnění pankreatu souvisí s abúzem alkoholu.

- Nemoci oběhové soustavy

a, Systémová arteriální hypertenze – osoby pijící relativně velká množství alkoholu mají v průměru vyšší krevní tlak než osoby pijící malá množství alkoholu. Alkoholem indukovaná hypertenze je nezávislá na obezitě, spotřebě kávy a cigaret.

b, Ateroskleróza – začíná poškozením cévního endotelu a končí trombembolickými projevy.

Nemoci kůže

Změny na kůži – mohou být cenným diagnostickým vodítkem. Jako projev vegetativní stigmatizace můžeme pozorovat červený a bílý dermografismus a mramorování kůže.**(14)**

- Nemoci krve

Anémie – chudokrevnost, onemocnění, při němž je v krvi sníženo množství krevního barviva a červených krvinek.**(16)** Mohou se vyskytnout tři druhy anémií: a, sideropenická při poruchách vstřebávání železa nebo po krvácení; b, karenční z nedostatku vitamínu B12 nebo kyseliny listové; c, hemolytická z rozpadu erytrocytů. **(13)**

- Nemoci nervového systému

A, Alkoholický tremor - třes víček, prstů rukou a nohou, někdy i rtů a jazyka, později paží, hlavy i celého těla.

B, Alkoholická epilepsie – epileptické záchvaty mohou být vyvolány jak abúzem alkoholu, tak i jeho náhlým odnětím.

C, Mozková atrofie – jeden z nejčastějších nálezů u osob závislých na alkoholu. Mozková atrofie začíná již v raných stádiích závislosti na alkoholu.**(14)**

- Nemoci žláz s vnitřní sekrecí.

Alkohol zasahuje nepříznivě do hormonální regulace organismu. Inhibicí antidiuretického hormonu zvyšuje diurézu, inhibicí oxytocinu tlumí kontrakce těhotné dělohy. Zvyšuje hladiny prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu.

4.3 Fetální alkoholový syndrom

Nadměrný konzum alkoholických nápojů během gestačního období může narušit embryonální a fetální vývoj a zavinit porod dítěte se specifickým obrazem somatického a psychického postižení – s tzv. fetálním alkoholovým syndromem (FAS). Klasický obraz FAS zahrnuje: **(14)**

1. Prenatální a postnatální růstové postižení – děti zaostávají v růstu, mají nízkou hmotnost. Redukce tukové tkáně zůstává, proto jsou děti hubené.
2. Dysfunkci CNS – patří mezi nejzávažnější důsledky teratogenního působení alkoholu. Hyperaktivita bývá téměř u dvou třetin dětí. Projevuje se již v novorozeneckém věku dlouhotrvajícími třesy končetin a zvýšenou dráždivostí. Některé děti jsou dlouho neschopny dodržovat pravidelný rytmus jídla, spánku a bdění.
3. Kraniofaciální dysmorfie – zvláštní vzhled obličeje.**(14)** Charakterizovaný širokým nízkým sedlem, úzkou červení horního rtu, ptóza víčka, strabismus a nízko položené uši. Postižené děti jsou si navzájem podobné.
4. Soubor nespecifických, převážně málo závažných anomálií – kardiálních, urogenitálních, skeletálních, atd. **(13)**

4.4 Sociální důsledky závislosti na alkoholu

V české společnosti je tolerance k alkoholu velká, drobnější výkyvy nejsou považovány za závažné, a proto ani nejsou sankciovány. Alkohol má určitou sociální funkci, konzumuje se při různých společenských příležitostech, kdy je žádoucí, aby se člověk uvolnil, odreagoval a snadněji navazoval kontakty (např. na oslavách). Společnost ovšem očekává, že lidé vědí, kde leží hranice přijatelného chování. Pokud člověk ztrácí schopnost pití alkoholu regulovat, přestává jej tolerovat. Důvodem ke změně postoje je jeho neschopnost plnit základní sociální požadavky.**(15)**

Selhání v profesní roli. Užívání alkoholu je častou příčinou selhání v profesní roli. Dochází ke zhoršení pracovní výkonnosti a nedodržování základních požadavků. Narušuje se rituál pravidelné docházky do zaměstnání. Pod vlivem opilosti dochází k absencím, fluktuaci a posléze ke ztrátě zaměstnání. Člověk, který je závislý na alkoholu, již mnohdy nemá dostatek motivace ani energii k hledání nového zaměstnání.

Devastace rodiny alkoholika. Postupně dochází k závažnému narušení rodinných vztahů a ke změně rolí. Alkoholik se nechová tak, jak požaduje jeho role, neplní své

povinnosti, stává se bezohledným k partnerovi i k dětem. Postupně v rodině ztrácí své postavení i úctu.

Manželský partner alkoholika může trpět víc než sám pacient. Pokud si nedokázal vytvořit žádný způsob úniku a situační úlevy, je v trvalé zátěži opakovaných negativních zážitků ponižování a využívání, vyvolávajících strach, úzkost, deprese i pocity bezmocnosti.

Alkoholik snižuje sociální status celé rodiny, resp. jejích jednotlivých členů. Závislost na alkoholu je ekonomicky zatěžující, a proto rodina obvykle strádá i materiálně. Riziko materiální nouze zvyšuje skutečnost, že alkoholik často ztrácí práci a není schopen finančně zajistit ani své potřeby.**(15)**

Alkoholik v rodičovské roli. Rodič závislý na alkoholu může nepříznivě ovlivňovat zdravotní stav svého dítěte. V rodinách alkoholiků mohou děti strádat nedostatečnou nebo nesprávnou výživou, mohou být zanedbávány v oblasti hygieny apod. Rodič - alkoholik může nepříznivě ovlivňovat psychický vývoj dítěte. Je zvýšené riziko, že děti v rodinách alkoholiků budou trpět nějakou formou deprivace, resp. subdeprivace. Rodina nebývá za těchto okolností zdrojem jistoty a bezpečí.

Problémy dětí alkoholiků v dospělosti. Zkušenost z dětství může ovlivnit jejich vztah k sobě i k okolnímu světu. Tato zkušenost nebyla vždycky taková, aby dokázali odlišit, jaké chování je v určité situaci normální. Jejich postoj k alkoholu bývá častěji více vyhraněný, buď sami začnou pít, nebo k němu mají značný odpor.**(15)**

5 Mládež a užívání alkoholu

5.1 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících

Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců). Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý. K nejčastějším příčinám smrti u dětí a dospívajících patří úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti. S tím úzce souvisí zneužívání návykových látek, zejména alkoholu. Z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání. Alkohol a patrně i jiné drogy narušují vytváření sítí mozkových buněk, které probíhá v dospívání, a vedou k znevýhodnění těchto dospívajících. Recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebných snah. **(9)**

5.2 Alkohol a jiné návykové látky u dětí

Včasné rozpoznání problémů může předejít nebezpečným komplikacím, jako jsou otravy, trestná činnost nebo rozvoj závislosti.**(10)**

Přímé známky zneužívání alkoholu a jiných drog

- Vyšetření moči nebo jiného biologického materiálu prokáže návykovou látku. Heroin a pervitin se dají u nás běžnými postupy prokázat 1-2 dny po aplikaci, konopí mnoho dní nebo při dlouhodobém braní i mnoho týdnů po poslední dávce. Prokazatelnost alkoholu záleží na dávce, může to být od 2 hodin do 24 hodin i déle.
- O užívání drog nebo pití alkoholu existují hodnověrná svědectví.
- U dítěte se najdou drogy nebo pomůcky k jejich zneužívání, např. jehly, stříkačky, malé dýmky, papírky k ručnímu balení cigaret, krabičky od léků, “psaníčka” (malé obálky s drogou) apod. **(23)**

- Četné jizvy po vpichu v průběhu povrchových žil (ale drogy se dají zneužívat i jinak, např. heroin se dá i kouřit a pervitin také šňupat).

Nepřímé známky vysoké závažnosti

- Dítě má přátele a známé, kteří berou drogy nebo nadměrně pijí alkohol
- Dospívající vysvětluje braní drog, zastává se jich, poukazuje na jejich "léčivé" účinky, nepřiměřeně se věnuje studiu literatury o drogách, zdobí se drogovými přívěsky apod.
- Krádeže ve třídě nebo v domácnosti u předtím bezúhonného dítěte (to bývá časté i u problémů s hazardní hrou).
- Nevysvětlitelné útěky z domova, po kterých se dítě vrací ve špatném stavu.**(23)**

Nepřímé známky nižší závažnosti

- Ztráta dobrých přátel, uzavírání se do sebe, nebo pochybní starší známí.
- Dříve normální dítě začne být nezdravé, neduživé a odmítá lékařské vyšetření. Časté úrazy a nemoci u dříve zdravého dítěte.
- Narůstající potřeba peněz (opět se může jednat o hazardní hry).
- Zanedbává péči o zevnějšek.
- Náhlé se zhoršil prospěch ve škole, neomluvené hodiny a pozdní příchody do školy, dříve nezvyklé problémy s chováním ve škole.
- Nespolehlivost.
- Nevolnost, zvracení. Náhlá změna jídelních návyků (u dívek se zde může jednat o poruchy příjmu potravy, tyto dívky bývají zároveň více ohroženy alkoholem a drogami).**(23)**
- Náladovost, podrážděnost, nesoustředěnost, poruchy paměti.
- Úzkosti a deprese.
- Nadměrná aktivita nebo apatie či jejich střídání.

- Nespavost nebo nadměrná spavost.
- Tajnůstkářství.
- Náhlá ztráta kvalitních zájmů.
- Náhlé zhoršení chování, konfliktnost, podrážděnost, nervozita a agresivita.**(23)**

5.3 Ochranné a rizikové činitele

Výbava po předcích, se kterou člověk přichází na svět, může v dobrém i méně dobrém život ovlivňovat. Neuplatňuje se však automaticky, ale v kombinaci s dalšími vlivy.

Nás budou pochopitelně zajímat především ty vlivy, které zvyšují odolnost vůči problémům s návykovými látkami, nebo které tuto odolnost snižují.**(13)**

1) Činitele týkající se dítěte:

a) Snižující riziko:

· Nepřítomnost návykových látek u předků.

· Dobré sebeovládáni a tendence řešit problémy nenásilně.

· Má zdravé sebevědomí.

· Odolnost vůči neúspěchu, vytrvalost a pilnost.

· Veselost a schopnost se dobře přizpůsobit nové situaci.

· Umí si vyvolat příjemné stavy zdravými způsoby.

· Dobrá inteligence.

· S návykovou látkou se nesetkal nebo se s ní setkal v pozdějším věku.**(11)**

b) Zvyšující riziko:

· Problémy s návykovými látkami u předků.

· Sklon k násilí, špatné sebeovládání, impulzivnost.

· Má nízké sebevědomí.

· Malá odolnost vůči neúspěchu a zklamání (nízká frustrační tolerance).

· Sklon k sebelítosti, depresím a malá pružnost v myšlení.

· Neumí si vyvolat příjemné stavy zdravými způsoby.

· Nižší inteligence.

· Setkání s návykovou látkou v mladém věku.**(11)**

2) Činitele týkající se rodiny:

a) Snižující riziko:

· Jasná pravidla týkající se chování dítěte.

· Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství.

· Pevné citové vazby dítěte.

· Rodiče na výchově spolupracují.

· Styl výchovy je vřelý a středně omezující (tedy ani přehnaně přísný, ani bezvládí).

· Rodiče ani sourozenci neschvalují alkohol a jiné návykové látky.

· Přiměřená a jasná očekávání od dítěte, respekt vůči němu.

· Je zajištěno přiměřené uspokojování hmotných potřeb dítěte.

· Rodiče jsou duševně zdraví a vyrovnaní.

· Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy dítěte s dospělými mimo rodinu.

· Sdílená zodpovědnost v rodině.

· Výchova v úplné rodině.

· Dobré mezigenerační vztahy a mezigenerační spolupráce i dobré vztahy v širší rodině.**(11)**

b) Zvyšující riziko:

· Nejasná pravidla týkající se chování dítěte.

· Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství.

· Nedostatečné citové vazby dítěte

· Rodiče na výchově nespolupracují.

· Nesoustavná a přehnaná přísnost střídaná se zanedbáváním dítěte.

· Rodiče schvalují alkohol a jiné návykové látky u dětí.

· Malá očekávání od dítěte a podceňování ho nebo naopak přehnaná ctižádost rodičů.

· Chudoba či nezaměstnanost rodičů.

· Duševní problémy nebo nevyrovnanost rodičů.

· Výchova nepomáhá vytvářet dobré vztahy dítěte s dospělými mimo rodinu.

· Výchova pouze jedním rodičem bez pomoci dalších příbuzných.

· Špatné mezigenerační vztahy a mezigenerační spolupráce i špatné vztahy v širší rodině. **(11)**

3) Činitele týkající se školy:

a) Snižující riziko:

· Škola provádí prevenci problémů působených návykovými látkami soustavně a systematicky a používá účinné postupy jako nácvik sociálních dovedností, práce s motivací, programy za aktivní účasti připravených vrstevníků, nebo pozitivní alternativy pro ohrožené.**(11)**

· Škola při prevenci s rodiči dobře spolupracuje a komunikuje.

· Škola komunikuje a spolupracuje s prospěšnými organizacemi (např. zdravotníci, zájmové organizace) v okolí.

· Rozumná, přiměřená a prosazovaná pravidla týkající se návykových látek ve škole a na akcích, které škola pořádá.

· Alkohol, tabák, jiné návykové látky nebo hazardní hry jsou ve škole a v jejím okolí žákům málo dostupné.

· Učitelé jsou vnímáni jako pomáhající, dávající, pečující. Napomáhají rozvoji žáků, dobře s nimi komunikují a spolupracují, dokážou rozpoznat jejich pozitivní možnosti.

· Pro selhávající a problémové žáky škola hledá pozitivní alternativy i cesty, jak jim pomoci. Chrání i jejich sebevědomí.**(11)**

· Škola vede k formování prosociálního chování, pomoci druhým, k pozitivním hodnotám.

· Pro selhávající a problémové žáky škola hledá pozitivní alternativy i cesty, jak jim pomoci.

· Prevence má interaktivní charakter (žáci jsou při ní spíše aktivní).

· Je dobrá návaznost na kvalitní způsoby trávení volného času a mimoškolní aktivity

b) Zvyšující riziko:

· Škola prevenci neprovádí nebo používá neúčinné postupy jako jednorázové přednášky.

· Škola při prevenci problémů s návykovými látkami dostatečně nespolupracuje s rodiči.

· Škola nekomunikuje a nespolupracuje s relevantními organizacemi a institucemi ve svém okolí.

· Neexistují rozumná, jasná a prosazovaná pravidla týkající se zákazu návykových látek ve škole.
· Alkohol, tabák jiné návykové látky nebo hazardní hry jsou ve škole a v jejím okolí žákům snadno dostupné.
· Učitelé jsou vnímáni jako nepřátelští nebo lhostejní a zdůrazňují především nedostatky žáků.
· Selhávající a problémoví žáci jsou zesměšňováni a ponižováni.
· Pokusy o prevenci mají neinteraktivní charakter (žáci jsou pří spíše pasivní).
· Neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času.
4) Činitele týkající se zaměstnání:
a) Snižující riziko:
· Práce je přiměřeně zatěžující.
· Dobrá perspektiva, pocit smysluplnosti.
· Dobré vztahy a dobrá komunikace na pracovišti.
· Zájem o zaměstnance. Preventivní programy na pracovišti a dobrá sociální politika zaměstnavatele.
· Odpovědnost odpovídá pravomoci.
· Alkohol a drogy na pracovišti nedostupné, jejich zákaz jasný a respektovaný.
· Jasná hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem.**(11)**
b) Zvyšující riziko:
· V práci hodně stresu.
· Existenční nejistota nebo bezperspektivnost.
· Na pracovišti vládnou špatné vztahy a komunikace je tam nedostatečná.
· Jednoznačná orientace zaměstnavatele na okamžitý výkon, nezájem o zaměstnance jako lidské bytosti.
· Odpovědnost bez možnosti rozhodovat.
· Neostrá hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem.**(11)**
5) Činitele týkající se vrstevníků:
a) Snižující riziko:

· Alkohol, drogy a hazardní hry odmítají.

· Respektují dobré dospělé autority.

· Respektují dobré rodičovské autority. Kamarádi schopni přijímat dobré hodnoty dospělých.

· Respektují jednotlivé členy dětského kolektivu a jejich přínos pro ostatní.

· Vrstevníci mají přátele, kteří žijí spíše zdravým způsobem života.**(11)**

b) Zvyšující riziko:

· Přátelé a známí pijí alkoholické nápoje, berou drogy nebo hazardně hrají.

·Mají problémy s autoritami a rebelují.

· Jsou mnohem více ovlivňovány špatnými kamarády než rodiči.

· Mají sklon dítě zesměšňovat, snižovat jeho sebevědomí nebo ho dokonce šikanovat.

· Vrstevníci mají další přátele, kteří zneužívají alkohol, drogy nebo hazardně hrají.

6) Činitele týkající se společnosti a prostředí:

a) Snižující riziko:

· Návykové látky a hazardní hry jsou dětem obtížně dostupné.

· Návykové látky jsou relativně velmi drahé.

· Přiměřené materiální podmínky, dostatek příležitostí k uplatnění při studiu nebo v zaměstnání, sociální stabilita.

· Společnost nabízí dobré možnosti, jak trávit volný čas.

· Dobrá zdravotní péče a sociální péče.

· Společenské normy a zákony omezují dostupnost a poptávku.

· Informovaní a zodpovědní političtí vůdci.

· Spolupracující zodpovědné sdělovací prostředky orientované prosociálně, nabízející pozitivní modely a poskytující prostor pro skutečnou prevenci.

· Rasová i náboženská tolerance, nízká kriminalita.

· Rodičovské i další nevládní organizace aktivní v prevenci.

· Zájem soukromého sektoru na prevenci.

· Společnost je vnímána jako v zásadě dobrá a přátelská, což pomáhá vytvářet společenské vazby.**(11)**

b) Zvyšující riziko:

· Návykové látky a hazardní hry jsou dětem snadno dostupné· Nízké zdanění alkoholu a tabáku.

· Nízká cena alkoholu, tabáku a návykových látek.

· Chudoba, nedostatek příležitostí, náhlé sociální a politické změny, nestabilita.

· Společnost nenabízí dobré možnosti jak trávit volný čas.

· Nedostatečná zdravotní péče a sociální péče.

· Společenské normy a zákony se k alkoholu, tabáku, drogám a hazardní hře staví kladně.

· Neinformovaní, lhostejní nebo zkorumpovaní političtí vůdci.

· Velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů.

· Nedostatečné sociální zajištění, chudoba špatné bytové podmínky.

· Rasová nebo jiná diskriminace, jazyková bariéra.**(11)**

6 Prevence

6.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Další cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví. Cílem prevence není tedy předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji.**(9)**

*Prevence v rodin*ě:

Hlavní zásady prevence v rodině jsou:

- získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat
- umět s dítětem o návykových látkách hovořit
- předcházet nudě
- pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítat
- vytvořit zdravá rodinná pravidla
- pomoc dítěti bránit se nevhodné společnosti
- posílit sebevědomí dítěte
- spolupracovat s dalšími dospělými **(3)**

Prevence ve škole:

- prováděna jako kontinuální proces
- přiměřená a přizpůsobená různým věkovým skupinám
- koncipovaná jako možnost zisku informací a poznatků o problémech závislostí na drogách
- orientovaná na vytvoření postojů a dovedností, které žákům umožní nacházet řešení životních situací bez drog
- opřená o oblíbené a směrodatné osoby s přirozenou autoritou a schopností vytvořit vztah s dětmi

- organicky spojená s primární prevencí jiných sociálních a zdravotních rizik a zároveň s orientací na zdravý způsob života
- schopná zapojit rodinu žáka a zlepšit schopnost komunikovat o problémech a vyrovnávat se s nimi **(3)**

6.2 Sekundární prevence

Cílem je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům.**(17)** Zjednodušeně se dá říci, že sekundární prevence je vlastně vyhledání problému, který již vznikl a jeho léčba.

Příklady léčebných a resocializačních programů:

Linky telefonické pomoci - některé z nich mají nepřetržitý provoz a slouží převážně pro první kontakt, radu, pomoc v krizi a podle druhu problému odkazují a nabízejí služby dalších specializovanějších pracovišť, pokud jimi sami nejsou**.**

Poradny - většina našich základních a středních škol má svého výchovného poradce, ale i poradce pro drogovou problematiku. Jejich úkolem je kromě zajišťování adekvátní primární prevence také mapování situace na konkrétní škole a včasné podchycení jedinců, kteří již s drogou mají zkušenost. Poté kontaktují odpovídající zařízení a rodiče a zajistí intenzivnější primární prevenci na škole. To, jak tito poradci pracují, závisí kromě jich samotných také do značné míry na iniciativě samotných rodičů.**(21)**

Alkoholicko-toxikologické poradny - tento typ poraden bývá součástí psychiatrických oddělení. Zabývají se převážně psychickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu, někdy tlumivých látek a postupně se orientují i na jiné nealkoholové drogy. Ne všechny mají možnost spolupracovat s psychologem, který by poskytoval i širší psychoterapeutickou službu. Podle vstupních rozhovorů doporučují vhodný typ léčebného zařízení nebo jen ambulantní docházení. Ambulantně sem docházejí na doléčování i pacienti po absolvování léčby.

Kontaktní centra - jsou určena přímo drogové klientele, u které není jiný poradenský přístup vhodný, nutný nebo možný. Jejich předpokladem je nízkoprahovost, tj.

psychologická dostupnost pro každého, která zvyšuje pravděpodobnost jejich vyhledání (anonymita, široká nabídka služeb).

Detoxifikační jednotky - detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) až střednědobá (několik týdnů) většinou medicínská a psychologická pomoc při vysazování drog. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu.

Denní stacionář - jedná se o denní psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči o pacienty, pro které v danou chvíli není nutný nebo možný pobyt v lůžkovém zařízení a běžná ambulantní nebo poradenská péče je pro ně málo intenzívní.

Ústavní léčba - ústavní léčba prováděná ve zdravotnickém zařízení (např. speciální oddělení v rámci psychiatrických léčeben) skýtá pro narkomana bezpečnější ochranné prostředí, kde má nižší dostupnost návykových látek, nedostává se tak často do situací, které v běžném životě fungují jako spouštěče (např. hádku s rodiči řeší další dávkou drogy), je zde k dispozici odborná péče a organizovaný program.

Doléčovací a resocializační centra - jsou určena pro klienty, kteří prošli určitým typem léčby. Pomáhají jim při stabilizaci ve zcela nových podmínkách života. Podle individuálních případů trvá doléčovací program od dvou měsíců do jednoho roku. Velký důraz se klade na nácvik situace selhání, jak se zachovat a co konkrétně dělat, dojde-li k opětovnému užití či užívání drogy, aby se člověk znovu nepropadl zpět do závislosti.**(21)**

6.3 Terciární prevence

Zahrnuje opatření zabraňující návratu akutního stadia závislosti, podporuje výsledky léčby a postupné odstranění následků. Procesy získané během terapie je nutno v reálném životě rodiny, zaměstnání či volného času neustále trénovat a upevňovat. Jde o podporu vytváření nového hodnotového systému, vytvoření aktivního způsobu života a sociální zodpovědnosti.**(3)**

7 Historie tabáku a kouření

Kouření není rozhodně lidskou přirozeností. Kouření není také tak staré jako lidstvo samo. Teprve Plinius starší píše o vdechování kouře z kravského lejna jako o léčbě demence.

Tabák má svůj původ na americkém kontinentě. Archeologické nálezy dokazují, že Mayové kouřili tabákové listy již v prvním století před Kristem. Do Evropy tuto rostlinu přivezla Kolumbova loď roku 1492. Jean nicot, francouzský vyslanec v Portugalsku, dal své jméno jediné návykové látce v tabáku, tj. nikotinu. Byl totiž nadšeným propagátorem této rostliny, jíž se přisuzovaly zázračné léčivé schopnosti - zejména obkládání různých vředů listy tabáku prý vedlo zaručeně k úspěchu. Tabák byl už tehdy používán v mnoha formách.**(5)**

7.1 Co je kouření

Kouření je především naučené chování. A kouříte-li dvacet cigaret denně, dvacetkrát denně to po léta pilně trénujete - není divu, že vám to dobře jde.**(5)**

7.2 Tabák a jeho složení

Tabák, Niccotiana tabacum, je rostlina z rodu lilkovitých. Je to jednoletá, asi 1,5 m vysoká rostlina s přisedlými listy, naspodu zúženými a sbíhavými.**(4)** Tabákový kouř je dynamickým komplexem více než 4000 plynných (92%) i hmotných (8%) látek. Obsahuje 64 karcenogenů, z nichž IARC (International Agency for Research on Cancer) určila 11 jako prokázaných lidských karcenogenů, 6 pravděpodobných a 46 možných lidských karcenogenů (IARC, 1988-1996), např. dibenzantracen, benz-a-pyren, dimetylnitrosamin, dietylnitrosamin, NNK (metylnitrosamino-butanon), NNN (nitrosonornikotin), vinylchlorid, hydrazin, arzén). Další jsou mutageny, alergeny, toxické látky. Důležitý je i vysoký obsah oxidu uhelnatého (běžně 5-10% COHb u kuřáků), zejména v souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními: cigarety s nižším obsahem dehtů mohou sice nepatrně snížit riziko např. epidermoidní rakoviny plic, ale riziko KVO zůstává stejné. V tabákovém kouři je i cca 700 aditiv.**(28)**

Tabákový kouř obsahuje četné toxické látky, z nichž nejdůležitější jsou nikotin, oxid uhelnatý, oxidy dusíku a fenoly. Každý z nich má specifický vliv na živý organismus.**(4)**

7.3 Účinky nikotinu

Kouř, který kuřáci vdechují do plic, obsahuje obrovské množství různých chemických sloučenin ve formě plynů a tuhých částic. Tuhé částice obsahují nikotin, benzen a dehet. Plynná fáze obsahuje oxid uhelnatý, čpavek a formaldehyd. Doposud bylo asi 60 z množství chemikálií obsažených v tabákovém kouři rozpoznáno jako známé či předpokládané karcinogeny, látky schopné vyvolat některý druh rakoviny.**(29)**

Nikotin je alkaloid, který se vyskytuje pouze v tabáku. Vstřebává se sliznicí ústní dutiny nebo plícemi a během několika sekund se dostává na příslušná místa v mozku. Pro jeho vstřebávání ústní sliznicí je důležité slabě zásadité prostředí, při kterém není nikotin ionizován a rychle přechází sliznicí do krve: kouř doutníku nebo dýmky je zásaditý, proto se z něho nikotin vstřebává přímo sliznicí dutiny ústní, aniž by bylo třeba šlukovat. Kouř cigarety je ale slabě kyselý, téměř veškerý nikotin je ionizován, a to je důvod, proč kuřák cigarety musí kouř vdechnout až do plic, aby se mohl nikotin vstřebat.**(14)**

Dehet je složka kouře, je to tmavá melasovitá hmota, která se tvoří při chladnutí a kondenzaci kouře. Tato rakovinotvorná látka je nositelkou chuti a vůně, a i když by mohla být eliminována pěstováním speciálních odrůd tabáku a důslednou filtrací, výsledkem pro kuřáka by bylo vdechnutí horkého vzduchu bez chuti a vůně. Kuřáci volí v současnosti nejčastěji cigarety s filtrem a navíc obsah dehtu v jedné cigaretě se postupně snižuje, například v Evropské unii je nyní zakázáno vyrábět cigarety s obsahem dehtu vyšším než 12 mg.

Nikotin je velmi silná účinná látka, která je v tabáku obsažená a je to jeden z nejtoxičtějších jedů. Při kouření se uvolňuje do kouře a dostává se do organismu s kapičkami dehtu, nicméně naštěstí se většina nikotinu spálí a do těla se dostane jen velmi malé množství z 2 mg nikotinu, který je obsažen v jedné cigaretě. Smrtelná dávka čistého nikotinu je cca 60 mg. V koncentracích, ve kterých se vyskytuje v cigaretách,

působí jako mírné stimulans a zvyšuje krevní tlak a srdeční tep. Obsah nikotinu je po dlouhých výzkumech považován za příčinu závislosti na tabáku, nicméně jeho účinek na psychiku je popisován různě (pocit uvolnění, povzbuzení, odstranění nervozity a napětí) a není dosud plně objasněn.

Oxid uhelnatý je nevyhnutelným důsledkem spalování, které probíhá během kouření. Jedním z jeho účinků je snížení schopnosti krve přenášet kyslík, což má za následek až 15 % deficit kyslíku.**(29)**

8 Závislost na nikotinu

8.1 Psychosociální závislost

Sociální závislostí kouření začíná.**(14)** Ta vzniká po určité době společného života s cigaretou. Rituály spojené s kouřením se totiž tolikrát opakují, až se nakonec stanou těžko postradatelnými. S kouřením cigarety může být spojena krátká chvíle odpočinku nebo příjemné posezení u ranní kávy, stejně jako zvládání stresových situací.**(25)**

Sociální i psychická, nebo chcete-li psychosociální závislost, je závislostí na nikotinu na cigaretě jako takové, bez ohledu na její složení, bez ohledu na nikotin a na to, co poskytuje: je to jen potřeba držet v ruce tu kouřící tyčinku, manipulovat s ní, pozorovat ladně se vinoucí tabákový kouř.**(14)**

8.2 Fyzická závislost

Teprve po určité době, která je individuální (různá, u každého jiná, nemusí být ani závislá na délce kuřáctví, záleží především na genetické výbavě), se objevuje závislost fyzická, závislost na jedné látce - nikotinu. Nemusí k ní dojít u všech kuřáků: někteří zůstanou příležitostnými, svátečními kuřáky bez závislosti na nikotinu celý život.**(14)**

Orientačně můžeme položit dvě otázky:

1. Kolik cigaret za den vykouříte?

2. Za jak dlouho po probuzení zapalujete první cigaretu.

Pokud odpověď na první otázku byla 10 cigaret a více a první cigaretu si zapaluje do hodiny po probuzení, je u dotyčného nejspíše drogová závislost přítomna. K základnímu stanovení fyzické závislosti můžete využít Fagerströmův test.**(24)**

Fyzická závislost je způsobena nikotinem obsaženým ve vdechovaném cigaretovém kouři. Probíhající chemická reakce v mozku kuřáka je podobná, jako u závislosti na jiných návykových látkách, jako je třeba heroin. V případě zanechání kouření se tak mohou projevit abstinenční příznaky, jako silná nutkavá touha po cigaretě, deprese, špatná nálada, nespavost, podrážděnost, frustrace, zlost, úzkost, neschopnost soustředění nebo zvýšená chuť k jídlu.**(25)**

.

8.3 Abstinenční syndrom

Nedostatek drogy, na kterou vznikla závislost, vede ke vzniku abstinenčních příznaků. Tak je tomu i v případě nikotinu. Zkrátka, když kuřák závislý na nikotinu výrazně omezí počet cigaret nebo přestane kouřit, pak se v krátké době objeví především:

- Neovladatelná, nutkavá touha po nikotinu (cigaretě)
- Podrážděnost, zlost
- Úzkost, strach až sklon k depresím
- Neschopnost se soustředit
- Neklid
- Netrpělivost
- Nespavost
- Neschopnost odpočívat
- Zvýšená chuť k jídlu, přibírání na váze

Doba trvání těchto obtíží (většina kuřáků trpí jen některými z nich) je různá, individuální a nedá se předem předpovědět. Nejhorší bývají první 3 týdny, průměrná doba obtíží pak bývá 3 týdny až 3 měsíce. V každém případě ale dříve či později všechny obtíže přestanou.**(14)**

8.4 Pasivní kouření

Pasivní kouření, tedy vdechování tabákového kouře tím, kdo sám nekouří, má stejný vliv na zdraví jako kouření aktivní, ale v závislosti na dávce: to znamená menší, protože aktivní kuřák vdechne kouře vždy mnohem víc.**(14)**

V tabákovém kouři je přítomna řada látek, které způsobují závažné zdravotní problémy, patří sem: látky dráždící oči a dýchací systém, toxické látky, mutageny, karcinogeny, reproduktivně-toxické látky. Toxické látky s akutním (tedy okamžitým) efektem zahrnují amoniak, akrolein, oxid uhelnatý, formaldehyd, kyanid, nikotin, oxidy dusíku, fenol, oxidy síry. Amoniak a formaldehyd jsou látky dráždící dýchací trakt a mohou způsobit vzplanutí respiračních onemocnění. Akrolein, krotonaldehyd, formaldehyd, kyanid a další působí toxicky na mukociliární funkce - potlačují schopnost odstranit malé částice z plic.**(27)**

9 Náhradní léčba nikotinem

V lékárnách jsou volně prodejné preparáty obsahující nikotin (v současné době na českém trhu ve formě náplastí, žvýkaček, inhalátorů a mikrotablet). Tzv. náhradní léčba nikotinem (NRT) oslabuje abstinenční příznaky tím, že tělu dodává nikotin v „čisté“ formě, tedy oproti cigaretám, jejichž kouř obsahuje dalších asi 5000 látek, zdraví poškozujících.**(26)**

Zároveň se zahájením léčby nikotinem přestaňte kouřit - jinak se zbytečně trápíte a vyhazujete peníze.

- Naučte se správně žvýkat (inhalovat).
- Jakmile dostanete chuť na cigaretu, ihned si vezměte žvýkačku (inhalátor). A to i tehdy, když chuť na cigaretu nemáte, abyste dodrželi stanovenou dávku a předešli vzniku abstinenčních příznaků.
- Léčbu v žádném případě nepřerušujte předčasně, i když si myslíte, že ji už nepotřebujete.
- Teprve po dvou až třech měsících postupně snižujte množství žvýkaček/inhalátorových náplní, až je během několika týdnů přestanete užívat. Udělejte to ale jen tehdy, když si budete cítit, že už je nepotřebujete, když si budete jistí.
- Zapisujte denně množství spotřebovaných léků (žvýkaček či náplní).
- Sledujte jednou týdně hmotnost, dodržujte dietu.
- Po skončení léčby noste pořád u sebe několik žvýkaček či náplní v kapse nebo v kabelce, i když už je nepoužíváte. Budete mít pocit jistoty a klidu.
- Po celou dobu léčby nikotinem bude do značné míry blokován také pocit hladu, který je jedním z abstinenčních příznaků. Přesto může dojít ke zvyšování hmotnosti, protože chybějící manipulaci s cigaretou někteří kuřáci nahrazují jídlem, sladkostmi.**(14)**

Náplasti

- jsou vhodné spíše pro kuřáky kouřící pravidelně, se středně silnou a silnou závislostí na nikotinu. Nikotin dodávají rovnoměrně během doby, kdy jsou nalepeny na těle. Nalepují se na neochlupené místo na těle, kde se člověk příliš nepotí - vhodná je například paže, na zádech „oblast ledvin“ (tj. zhruba v úrovni pasu). Především silně závislí kuřáci mohou v případě potřeby nárazově zvýšit hladinu nikotinu v organismu (v době „krizí“) tím, že náplasti kombinují s některou z dalších forem NRT (žvýkačky, inhalátor nebo mikrotablety). Šestnáctihodinové náplasti se nalepují ráno po probuzení a večer před spaním se odstraní. Dvacetičtyřhodinové náplasti se na noc nesundávají.

Žvýkačky

- nikotin se uvolňuje vždy, když si vezmete žvýkačku, vstřebává se sliznicí dutiny ústní. Jsou vhodné pro všechny kuřáky, u kterých je přítomna fyzická závislost na nikotinu. Ti, kdo mají pouze malou závislost, používají žvýkačky „slabší“ (s menším obsahem nikotinu); silněji závislí použijí „silnější“ žvýkačky a použijí jich větší množství za den. U silně závislých je s výhodou kombinovat náplasti, které jsou v případě potřeby (projeví se některý z abstinenčních příznaků) doplněny žvýkačkami. Jsou vhodné i pro nepravidelné kuřáky, kteří je mohou použít jen příležitostně, v případě „krize“. Žvýkají se speciálním způsobem: spíše se nakusují a po 3-10 nakousnutích žvýkačku na zhruba půl minuty odložíme v ústech a postup opakujeme. Je důležité „nežvýkat“ příliš intenzivně, neboť nikotin se vstřebává jen v ústech a při příliš intenzivním „žvýkání“ se dostává se slinami do žaludku, kde již není účinný (a může vyvolat podráždění). Těsně před a během použití žvýkačky je třeba se vyvarovat konzumace jídla a pití, zvláště kyselých potravin.**(26)**

Inhalátor

- je vhodný pro všechny kuřáky, u nichž vznikla fyzická závislost a jimž chybí zvyk držet cigaretu v ruce. Špička zaměstnává vaše ruce. Inhalátor je tvořen umělohmotnou trubičkou, do které se vkládá kapsle obsahující nikotin. Skrz inhalátor je pak vdechován vzduch obohacený nikotinem; z této formy se nikotin vstřebává jak v dutině ústní, tak v

horních i dolních dýchacích cestách. Můžete tedy, ale nemusíte „šlukovat“. Těsně před a během použití inhalátoru se ale vyvarujete konzumace jídla a pití a to zvláště kyselých potravin jako je káva, džusy apod. Inhalátor je vhodné použít ve stejných případech jako žvýkačku mikrotablety. Ty se vkládají pod jazyk, kde se nechají rozpustit (můžete nechat volně rozpustit, nebo rozkousat a poté nechat rozpustit). Nikotin z mikrotablet se rozpustí ve slinách a z nich se vstřebává sliznicí dutiny ústní, proto nelze tablety polykat.**(26)**

10 Cíl práce a hypotézy

Cílem práce bylo upozornit na možná rizika při nevhodném životním stylu mladistvých a dospívajících, zejména na rizika vzniku závislosti na alkoholu a kouření.

Hypotéza 1: Někteří studenti odborných učilišť kouří více než studenti středních škol.

Hypotéza 2: Někteří studenti mladší 18 - ti let mají zkušenost s konzumací alkoholu.

11 Metodika

11.1 Použité metody sběru dat.

Pro získání dat potřebných pro dosažení stanoveného cíle byl použit základní typ dat – dotazníkové šetření v cílové skupině. Dotazník obsahoval 17 otázek zaměřených na konzumaci alkoholu a kouření. Odpovědi na otázky v dotazníku měly převážně formu uzavřenou.

11.2 Charakteristika cílové populace.

Cílovou skupinu tvořilo celkem 200 respondentů vybraných náhodným výběrem, kde kriteriem pro výběr bylo studium na střední odborné škole ekonomické, středním odborném učilišti – s maturitou anebo s výučním listem a gymnázium. Všechny školy se nachází v Havlíčkově Brodě. Z každé skupiny byl vybrán vždy stejný počet respondentů – osloveno bylo 50 studentů z každé školy. Pohlaví při výběru nerozhodovalo.

12 Výsledky

Zde jsou výsledky mého výzkumu v textové podobě. Ve výzkumu bylo dotazováno celkem 200 žáků, respondence činila 100%.

1. Pohlaví:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
MUŽ	63	31,5%
ŽENA	137	68,5%

2. Váš věk:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
15 LET	18	9,0%
16 LET	33	16,5%
17 LET	60	30,0%
18 A VÍCE LET	89	44,5%

3. Uveďte školu, kterou studujete:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
UČILIŠTĚ BEZ MATURITY	50	25,0%
UČILIŠTĚ S MATURITOU	50	25,0%
STŘEDNÍ ŠKOLA	50	25,0%
GYMNÁZIUM	50	25,0%

4. Kouříte:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
ANO, PRAVIDELNĚ	70	35,0%
NE	73	36,5%
JEN JSEM TO ZKUSILA	40	20,0%
JIŽ NE, ALE KOUŘIL/A JSEM	17	8,5%

5. Máte osobní zkušenost s jinou drogou (např.: marihuana, heroin, LSD, hašiš, pervitin, extáze, kokain a jiné)?

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
ANO	95	47,5%
NE	105	52,5%

6. Kolik vykouříte cigaret za 1 den:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
0	130	65,0%
1-5	37	18,5%
5-10	25	12,5%
10-15	4	2,0%
15-20	3	1,5%
20 A VÍCE	1	0,5%

7. V kolika letech jste poprvé zkoušeli kouřit, uveďte věk:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
8	6	3,0%
9	3	1,5%
10	11	5,5%
11	12	6,0%
12	20	10,0%
13	40	20,0%
14	31	15,5%
15	32	16,0%
16	13	6,5%
17	3	1,5%
NIKDY	29	14,5%

8. Kouří Vaši rodiče:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
MATKA	22	11,0%
OTEC	40	20,0%
OBA RODIČE	32	16,0%
NEKOUŘÍ	106	53,0%

9. Kouří sourozenci:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
ANO	48	24,0%
NE	140	70,0%
NEVÍM	12	6,0%

10. Vědí rodiče o tom, že kouříte:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
ANO	52	26,0%
NE	15	7,5%
NEVÍM	5	2,5%
NEKOUŘÍM	128	64,0%

11. Pijete alkoholické nápoje:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
ANO, PRAVIDELNĚ	105	52,5%
NE	4	2,0%
OBČAS	91	45,5%

12. V kolika letech jste poprvé zkoušeli pít alkoholické nápoje, uveďte věk:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
8	10	5,0%
9	2	1,0%
10	10	5,0%
11	6	3,0%
12	32	16,0%
13	48	24,0%
14	41	20,5%
15	43	21,5%
16	5	2,5%
17	2	1,0%
18	1	0,5%

13. Jak často pijete alkohol:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
DENNĚ	3	1,5%
1x TÝDNĚ	72	36,0%
2-3x TÝDNĚ	44	22,0%
1x ZA 2 TÝDNY	50	25,0%
1x MĚSÍČNĚ	28	14,0%
NEPIJI	3	1,5%

14. Máte doma problémy s alkoholem (léčí se někdo):

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
ANO	6	3,0%
NE	194	97,0%

15. Jaký druh alkoholického nápoje pijete nejčastěji:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
PIVO	112	56,0%
VÍNO	63	31,5%
DESTILÁTY	42	21,0%
MICHANÉ NÁPOJE	36	18,0%
JINÁ MOŽNOST	0	0,0%
NEPIJI	4	2,0%

16. Máte problém koupit si v obchodě cigarety nebo alkohol pokud Vám nebylo ještě 18 let:

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V%
ANO	7	3,5%
NE	104	52,0%
OBČAS	61	30,5%
NEKUPUJI	28	14,0%

17. Pokud byste měl/a problém s alkoholem, nebo jinou návykovou látkou koho byste požádal/a o pomoc?

MOŽNÁ ODPOVĚĎ	POČET	ZASTOUPENÍ V %
RODIČE	90	45,0%
PRARODIČE	1	0,5%
SOUROZENCE	38	19,0%
SPOLUŽÁKA (SPOLUŽAČKU)	36	18,0%
PŘÍTELE (PŘÍTELKYNI)	73	36,5%
UČITELE	7	3,5%
JINÁ MOŽNOST	7	3,5%

13 Diskuse

Tématem mé diplomové práce byla problematika životního stylu studentů středních škol, gymnázia a učiliště v Havlíčkově Brodě.

Výzkumu se zúčastnilo 200 studentů Havlíčkobrodských středních škol. Z toho bylo 63 chlapců, tedy 31,5% respondentů a 137 dívek. t.j. 68,5% respondentů. Studentů gymnázia bylo celkem 50, z toho bylo 29 chlapců a 21 dívek. Studentů střední školy s maturitou bylo 100, z toho bylo 14 chlapců a 86 dívek. Studentů středního odborného učiliště bylo 50, z toho bylo 20 chlapců a 30 dívek.

První hypotéza zní: Někteří studenti odborných učilišť kouří více než studenti středních škol. K této hypotéze se vztahuje otázka číslo 6. Na středních školách kouří 77 studentů a na učilišti je to 128 studentů. V otázce číslo 4 jsem zjistila, že 70 studentů (35%) je pravidelnými kuřáky, 40 studentů (20%) je nahodilými kuřáky, což je nadpoloviční většina dotazovaných. A tak se pozastavuji nad tím, proč tolik mladých lidí kouří a ničí si svoje zdraví. Zdraví je poškozováno mnoha faktory, sám život podléhá v některých okamžicích rizikům. Ale nic nám neškodí tak jako kouření. Škodlivost kouření - bohužel - vůbec ničím nelze srovnat.

Například dopravní nehody: v ČR zemře za rok jejich vinou 16x méně osob než na nemoci v důsledku kouření. Jiný příklad: znečištěné prostředí: škodí samozřejmě zdraví, ale nesrovnatelně méně než kouření. Otevřete-li kterýkoli časopis, je tam za rok jistě mnohokrát více článků o škodlivosti znečištěného prostředí než o škodlivosti kouření. A poslední argument: hovoří se o nárůstu onemocnění rakovinou. Jenže podíváme-li se na křivky jejího vzrůstu, vidíme, že stoupá jen počet nádorových onemocnění způsobených kouřením, počet všech ostatních nádorových onemocnění zůstává jak na Západě, tak na východě na stejné úrovni nebo dokonce mírně klesá vzhledem k lepším možnostem diagnostiky a léčby. A rakovina způsobená kouřením výrazně roste jen v zemích rozvojových a v bývalých socialistických zemích. Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Jedna z mých otázek byla zaměřena na okolnost, zda studenti mají osobní zkušenost s jinou drogou než je kouření. 95 dotazovaných (47,5%) je uživateli drog. Nejčastěji užívanou drogou je marihuana. V souvislosti s kouřením marihuany je třeba připomenout, že ruční balení jointu a předávání z ruky do ruky a hluboké nádechy, stejně jako její kouření z dýmky, představuje jedno ze silných pout kuřáka marihuany k ní. Krátce po vykouření se dostavuje stav euforie a vnitřní blaženosti, člověk se v něm chová zcela bezdůvodně vesele a takový stav odpovídá stavu člověka, který dostal velmi dobrou zprávu nebo zažívá velký úspěch. Dlouhodobé užívání této drogy má teratogenní účinky na vyvíjející se plod, tj. účinky, které plod poškozují tak, že může docházet k jeho malformacím, dlouhodobé užívání zvyšuje pravděpodobnost vzniku rakoviny dýchacích cest, u mužů marihuana snižuje plodnost.

V otázce číslo 7 jsem zjišťovala věk, kdy studenti poprvé zkoušeli kouřit. Je velmi alarmující, že se věková hranice razantně snižuje. První zkušenosti s cigaretou mají děti mladší 10 let. 20% dětí zkusilo kouřit ve svých 13 letech. Podle údajů WHO začne denně kouřit ve světě 80 000 až 100 000 dětí. Polovina z nich později na následky kouření zemře, polovině zhoršuje kvalitu života a sociální postavení. Navíc perorální vstřebávání kouře vede k dalším experimentům s drogami. Těžko nabídnete někomu, kdo neumí "kouřit" marihuanovou cigaretu. Jen mizivé promile uživatelů dalších, "tvrdých" drog nezačínalo, či není současně závislé i na cigaretě.

Cigarety si zakoupíte v obchodech s potravinami, kde tak asociují zdravotní nezávadnost. Ony poplašné zprávy na krabičkách jsou jen obranou tabákových koncernů proti žalobám. Další zavádějící informací je to, že kouření vymizí spolu se zdražováním cigaret. To je lež, neboť je prokázáno, že kouření je návyk heroinového typu, tedy těžká závislost, kvůli které oběti přechází na kriminální způsob života, aby si zprostředkovaly další dávku.

Zdražení cigaret i na trojnásobek, jen zvýrazní podíl nelegální distribuce levnějších cigaret z dílen, kde se používá zpravidla nekvalitní tabák na vykuřování hmyzu a obecně lze říci, že mají v násobcích vyšší hodnoty zdraví škodlivých látek.

Druhá hypotéza zněla: Někteří studenti mladší 18-ti let mají zkušenost s konzumací alkoholu. K posouzení hypotézy číslo 2, slouží otázka číslo 12. Věk konzumace alkoholu klesá do dětského věku. Nejčastější zkušenosti mají již ve věku 13 let (24%). Z hlediska požívání alkoholu je u dětí ve hře především fyziologický faktor. Je to faktor zásadní vedle faktoru sociálního a popřípadě psychického. Je to způsobeno tím, že člověk se nerodí vybaven schopností metabolizovat alkohol. Tato schopnost se rozvíjí postupně a asi v pěti letech získává člověk základní výbavu enzymu alkoholdehydrogenázy. Přítomnost a množství této látky a látek dalších dává jedinci schopnost alkohol metabolizovat a určuje, kolik alkoholu a jak rychle dokáže organismus zpracovat. Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

V otázce číslo 11 jsem zjistila, že většina dotazovaných pije alkoholické nápoje 105 (52,5%) a 91 lidí (45,5) tj. 98% mladistvých konzumuje alkohol. Toto číslo je velmi vysoké. Pouze 2% respondentů nepije alkohol vůbec. To je jen velmi malá část dotazovaných, kteří alkohol nekonzumují. Mají k tomu třeba své důvody. Viděli, anebo dokonce zažili ve svém okolí, co dokáže alkohol s člověkem udělat. Ať už u svých vrstevníků nebo dokonce doma v rodinném prostředí. Mají na to svůj vlastní názor. Alkohol jako tradiční droga v našich krajích má své stabilní příznivce, ale také své následky. Jestliže je u nealkoholových drog významná parta vrstevníků a způsob života odlišný od běžného průměru, pak u alkoholu je významným prvkem životní styl rodiny a popřípadě způsobu konzumace alkoholu u rodičů. Nepříznivý vliv na děti v případě závislosti na alkoholu u jejich rodičů či vychovatelů lze předpokládat. Nevhodné utváření základních sociálních vztahů v rodině se závislostí, nedostatečné vytváření základní potřeby životní jistoty, nedostatek vhodných vzorů a posunutý model rodinného soužití jsou poruchy způsobené konzumem alkoholu, které vedou k vážným důsledkům ve vývoji osobnosti dítěte. Vliv závislosti na alkoholu alespoň jednoho z rodičů způsobuje u dětí následky v porovnání s dětmi vyrůstajícími v prostředí bez významného vlivu alkoholu na rodinné struktury. Chtějí předejít problémům, které by jim mohla konzumace přinést. Ať už je to změna nálady, chování, opilost či onemocnění vyplývající z nadměrné konzumace alkoholických nápojů. Alkohol je jednou z nejdostupnějších drog. Je to látka, jejíž dynamika působení je nejznámější a

jeho konzumace nejčastější. Navíc nebezpečné pití alkoholu ohrožuje dospívající samo o sobě. Je také třeba brát v úvahu skutečnost, že zneužívání alkoholu v dospívání zvyšuje riziko přechodu k jiným návykovým látkám. Většina našich dospívajících se k nelegálním drogám dostává právě přes alkohol a tabák. K nejčastějším příčinám smrti u dětí a dospívajících patří úrazy, otravy, sebevraždy a dopravní nehody. A na všech uvedených příčinách smrti se výrazně podílí právě alkohol.

V otázce číslo 12 jsem se studentů tázala, v kolika letech poprvé zkoušeli pít alkoholické nápoje. Nejčastěji uváděný věk byl 13 let. Stejný věk dotazovaní uváděli i u první zkušenosti s kouřením. V mladém věku, člověk zkouší to, co vidí u ostatních. Buď to zkusí jednou a stačí mu to. Nebo se k tomuto zlozvyku v pozdějším věku vrátí. V tomto věku člověk hledá a zkouší něco co je pro něj zatím úplně nové a chce to vyzkoušet, aby zjistil, co mu to dá nebo také, co mu to vezme. Začne vyhledávat partu kamarádů, kteří budou mít stejné „záliby“, jako mají oni. Začít s kouřením anebo s konzumací alkoholu, je jednoduché, ale o to horší je s tím přestat. Proto je důležité, aby se rodiče dostatečně věnovaly svým potomkům a trávily s nimi i volný čas. Někdy ani rodiče netuší, kde vlastně jejich děti jsou, s kým a co právě dělají. S výchovou správného životního stylu by se mělo začít co nejdříve, než bude možná už pozdě. Zapojit by se měli nejen rodiče, ale i prarodiče, učitelé ve škole, vychovatelé.

Otázka číslo 15 se zaměřovala na nejčastěji konzumovaný nápoj mezi studenty. Nejvíce konzumované je pivo (56%) a pak následuje víno s (31,5%) a destiláty (21%).

Pivo je nejpřijatelnější, nejrozšířenější a nejdostupnější a je to první alkoholický nápoj, s nímž se děti obvykle seznámí.

Pivu se často přisuzovaly léčivé účinky. Pije se v lidské civilizaci již tak dlouho, že lidé vypozorovali jeho vliv na zdravotní stav. Protože český národ zaujímá ve spotřebě piva přední místo ve světových statistikách, věnuje se řada lékařů výzkumu vlivu pití piva na člověka. Z poznatků výzkumných ústavů vyplývá, že pivo je fyziologicky mimořádně vyrovnaný nápoj. Pivo obsahuje vodu, sacharidy, bílkoviny, vitamíny, biogenní prvky, ionty a další látky pozitivně působící na lidský organismus.

92 % obsah vody umožňuje rychlé uhašení žízně. Pivo neobsahuje tuky ani cholesterol, ale díky sacharidům je zdrojem energie.

Pro děti je alkohol i v těch nejmenších dávkách škodlivý. Škodí hlavně vyvíjejícím se nervům a mozkové tkáni. Děti jsou na alkohol mnohem vnímavější než dospělí. Pivo je pro děti nevhodné až škodlivé, protože obsahuje alkohol. Zatímco dospělý zdravý organismus dokáže alkohol obsažený v pivu celkem bez následků odbourávat, dětský organismus, jenž se ještě vyvíjí, může být pitím alkoholu vážně poškozen. Náš zákon také zakazuje podávat alkoholické nápoje osobám mladším 18 let a osoba, která by podala dítěti alkoholický nápoj, může být i trestně stíhána. Pivo sice obsahuje řadu zdraví prospěšných látek a vitamínů skupiny B, ale pro děti a mladistvé je nutno volit jiné zdroje těchto výživových látek.

Pravidelné a střídmé pití vína podle vědců nejen snižuje riziko infarktu a vzniku nádorových onemocnění, ale má také vliv na výběr stravy. Mnoho odborníků doporučuje konzumaci 2 dcl červeného vína denně.

Lihoviny jsou alkoholické nápoje, které obsahují nejméně 15 % etanolu.

Pro výrobu lihovin se smí používat výhradně „kvasný“ ethanol, který je tvořen během fermentace ze zkvasitelných surovin činností vhodných mikroorganismů (kvasinek) a izolován následnou destilací.

Nejoblíbenějším destilátem ve světě je vodka a tím se Češi od ostatních národů neliší. Další pozice hitparády alkoholu jsou však již pouze českými specifiky. Druhou příčku v oblíbenosti u nás totiž zaujímá tuzemská varianta rumu a třetí pozice patří fernetu. Každý kraj a národ má vlastní specifika v chutích vyplývající z historie a geografické polohy a tak i u nás jsou i oproti módním vlnám stálice vlastní naší povaze.

Zvlášť nebezpečné je pití destilátů, které mohou vyvolat chronické podráždění sliznice v ústech, krku a jícnu a výrazně podpořit vývoj nádoru v těchto oblastech.

14 Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou alkoholu a kouření na středních školách v Havlíčkově Brodě. Cílem práce bylo zmapovat situaci týkající se rizika vzniku závislosti na alkoholu a kouření u studentů na gymnáziu, obchodní akademii, střední škole a středním odborném učilišti.

V rámci výzkumu byla použita metoda kvantitativního výzkumu formou dotazování (technika dotazníku) a metoda analýzy dokumentů (technika sekundární analýzy dat). Pro výzkum byly vybrány čtyři soubory, prvním souborem byli studenti gymnázia, druhým souborem byli studenti obchodní akademie, třetím souborem byli studenti střední školy s maturitou a čtvrtým studenti středního odborného učiliště.

V souladu s cílem práce byly stanoveny hypotézy, které byly po vyhodnocení dotazníku potvrzeny. První hypotéza předpokládala, že studenti odborného učiliště kouří více než studenti středních škol. Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena. Většina studentů odborného učiliště jsou kuřáci. Druhá hypotéza předpokládala, že někteří studenti mladší 18 - ti let mají zkušenost s konzumací alkoholu. Tato hypotéza byla také výzkumem potvrzena. Hranice prvních zkušeností s konzumací alkoholu klesá do dětského věku. Věk prvního experimentu s alkoholem je mezi studenty havlíčkobrodských středních škol okolo 13 let. Cíl práce byl splněn.

Český národ je velmi tolerantní, ať už se to týká konzumace alkoholu nebo kouření cigaret. I když většina zná rizika spojená s užíváním, velká část patří mezi kuřáky i konzumenty alkoholu. Důležitou roli v prevenci proto hraje nejenom přístup rodiny a učitelů k této problematice, ale také v jaké společnosti se děti pohybují.

15 Seznam použité literatury:

Tištěná literatura:

1. BUDÍNSKÝ, V. *Ať žije alkohol: přítel a lék.* 1. vyd. Pardubice: Mayday, 2008. 160 s. ISBN 978-80-86986-38-8.

2. EHRMANN, J. - SCHNEIDERKA, P. *Alkohol a játra.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 184 s. ISBN 80-247-1048-X.

3. HELLER, J. - PECINOVSKÁ, O. et al. *Závislost známá neznámá*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.

4. KOZÁK, J. *Rizikový faktor kouření.* 1. vyd. Praha: KPK, 1993. 242 s. ISBN 80-85267-42-X.

5. KRÁLÍKOVÁ, E. *Jak přestat kouřit* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 130 s. ISBN 80-85912-68-6.

6. KVAPILÍK, J. - SVOBODOVÁ, A. et al. *Člověk a alkohol.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 240 s. ISBN 08-091-85.

7. MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 160 s. ISBN 08-005-90.

8. NEŠPOR, K. *Kouření, pití, drogy.* 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 125 s. ISBN 80-7178-023-5.

9. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.

10. NEŠPOR, K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech.* 1. vyd. Praha: Portál, 1995. 128 s. ISBN 80-7178-086-3.

11. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.

12. NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý.* 1. vyd. Praha: Host, 2006. 236 s. ISBN 80-7294-206-9.

13. SKÁLA, J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost. Zásady léčby glukokortikoidy*. Praha: Avicenum, 1986. 90 s.

14. SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha:

Avicenum, 1987. 208 s. ISBN 08-077-87.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s, ISBN 80-7178-802-3.
16. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny.* 3. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 414 s. ISBN 80-85800-27-6.
17. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
18. ZIMA, T., MAREČEK, Z. *Poškození jater, pankreatu a trávicího traktu alkoholem.* 1. vyd. Praha: Mediprint, 1996. 200 s. ISBN 80-902036-1-2.

Elektronické zdroje:

19. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů.* [online] Ver. 3.0. c1999–2004, poslední aktualizace 11.11.2004. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.

20. DANKO, P. *Alkohol*. [online]. c2003 [cit.2009-2-5]. Dostupné z: <http://www.paveldanko.com/alkohol/index.htm>.

21. HEŘMANOVÁ, A. D*rogové stránky*. [online]. c2001. [cit.2009-2-16]. Dostupné z: <http://knihovna.adam.cz/drogy99/index.htm>.

22. MLČOCH, Zbyněk. *Historie alkoholismu* [online]. [cit. 2009-1-11]. Dostupné z: <http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/historie_alkoholismu.htm>.

23. NEŠPOR, Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u dětí – Prevence v rodin*ě. [online]. duben 2004. [cit. 2009-3-6]. Dostupné z: <http://www.plbohnice.cz/nespor/szurod04.doc>.

24. *Abstinenční příznaky* [online]. c2005, [cit.2009-3-16]. Dostupné z: <http://www.dokurte.cz/?stranka=abstinencni_priznaky&typ=sablony>.

25. *Jak přestat kouřit?* [online]. c2005, [cit.2009-3-28]. Dostupné z: <http://www.dokurte.cz/?stranka=jak_prestat_kourit&typ=sablony&rozbal=jak_prestat_kourit>.

26. *Léčba* [online]. c2005, [cit.2009-4-11]. Dostupné z: < http://www.dokurte.cz/?stranka=lecba&typ=clanky>.

27. *Pasivní kouření* [online]. c2005, [cit.2009-4-2]. Dostupné z: <http://www.dokurte.cz/?stranka=pasivni_koureni&typ=sablony>.

28. *Složení tabákového kouře* [online]. c2005, [cit.2009-3-11]. Dostupné z: <http://www.dokurte.cz/?stranka=slozeni_tabakoveho_koure&typ=sablony>.

29. *Základní informace* [online]. c2006, [cit.2009-3-9]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portal/nikotin/zakladni-informace-4/ucinky-a-rizika-koureni-tabaku_2006_02_16.html>.

16 Klíčová slova

Alkohol

Kouření

Závislost

Životní styl

17 Přílohy

P1: Dotazník

P2: Fagerströmův test nikotinové závislosti

P3: Grafy

P1 Dotazník:

Vážení studenti,

prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí výzkumu. Získaná data budou použita pouze pro vypracování praktické části diplomové práce na téma: **Životní styl studentů na středních školách v Havlíčkově Brodě.** Zaměřuje se na kouření a konzumaci alkoholických nápojů. Aby informace bylo možno použít k výzkumu, prosím uvádějte odpovědi podle pravdy a co nejpřesněji. Dotazník je anonymní, informace, které poskytnete, budou použity pouze pro statistické zpracování. Děkuji.

Šauflová Lucie. Zdravotně sociální fakulta v Českých Budějovicích

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk:

- 15 roků
- 16 roků
- 17 roků
- 18 roků a více roků

3. Uveďte školu, kterou studujete:

- učiliště bez maturity - zakončené výučním listem
- učiliště s maturitou
- střední škola
- gymnázium

4. Kouříte:

- ano, pravidelně
- ne
- jen jsem to zkusil/a, ale nikdy jsem nezačal/a kouřit
- již ne, ale kouřil/a jsem

5. Máte osobní zkušenost s jinou drogou (např.: marihuana, heroin, LSD, hašiš, pervitin, extáze, kokain, a jiné)?

- ano, pokud ano, uveďte s jakou……
- ne

6. Kolik vykouříte cigaret za 1 den:

- 0
- 1-5
- 5-10
- 10-15
- 15-20
- 20 a více

7. V kolika letech jste poprvé zkoušeli kouřit, uveďte věk:

……prosím uveďte

8. Kouří Vaši rodiče:

- matka
- otec
- oba rodiče
- nekouří

9. Kouří sourozenci:

- ano
- ne
- nevím

10. Vědí rodiče o tom, že kouříte:

- ano
- ne
- nevím
- nekouřím

11. Pijete alkoholické nápoje:

- ano, pravidelně
- ne
- občas

12. V kolika letech jste poprvé zkoušeli pít alkoholické nápoje, uveďte věk:

…….prosím uveďte

13. Jak často pijete alkohol:

- denně
- 1x týdně
- 2-3 týdně
- 1x za 2 týdny
- 1x měsíčně
- nepiji

14. Máte doma problémy s alkoholem (léčí se někdo):

- ano
- ne

15. Jaký druh alkoholického nápoje pijete nejčastěji:

- pivo
- víno
- destiláty
- míchané alkoholické nápoje
- jiná možnost……prosím uveďte
- nepiji

16. Máte problém koupit si v obchodě cigarety nebo alkohol pokud Vám nebylo ještě 18 let:

- ano
- ne
- občas
- nekupuji

17. Pokud byste měl/a problém s alkoholem, nebo jinou návykovou látkou koho byste požádal/a o pomoc?

- rodiče
- prarodiče
- sourozence
- spolužáka (spolužačku)
- přítele (přítelkyni)
- učitele
- jiná možnost…….....prosím uveďte

P2 Fagerströmův test nikotinové závislosti:

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

do 5 minut ……3 body

za 6 – 30 minut ……2 body

po 31- 60 minut ……1 bod

po 60 ti minutách ……0 bodů

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

ano …… 1 bod

ne …… 0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

první ráno …… 1 bod

kteroukoliv jinou …… 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 když jste nemocen a upoután na lůžko?

ano ……1 bod

ne ……0 bodů

Vyhodnocení:

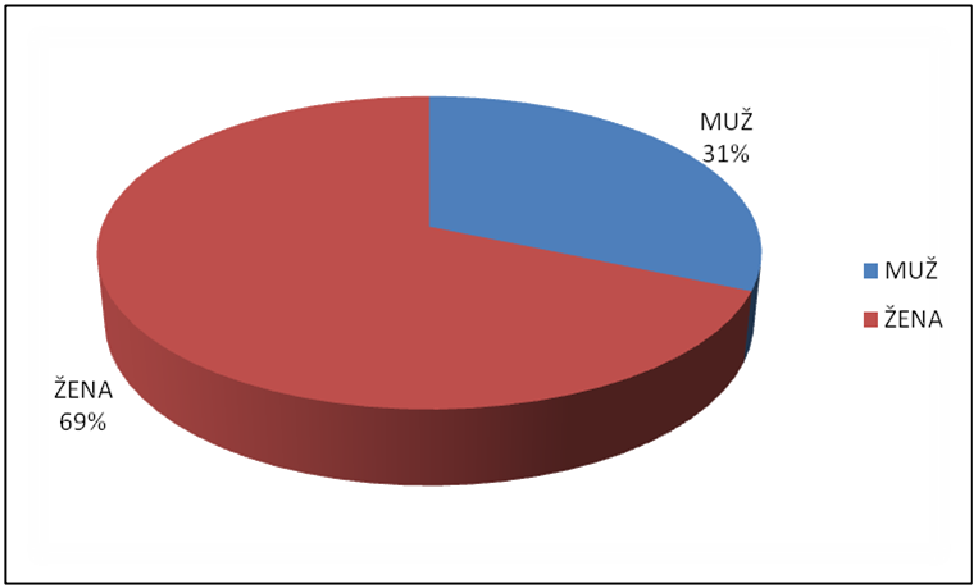
Součet bodů

0-1 žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

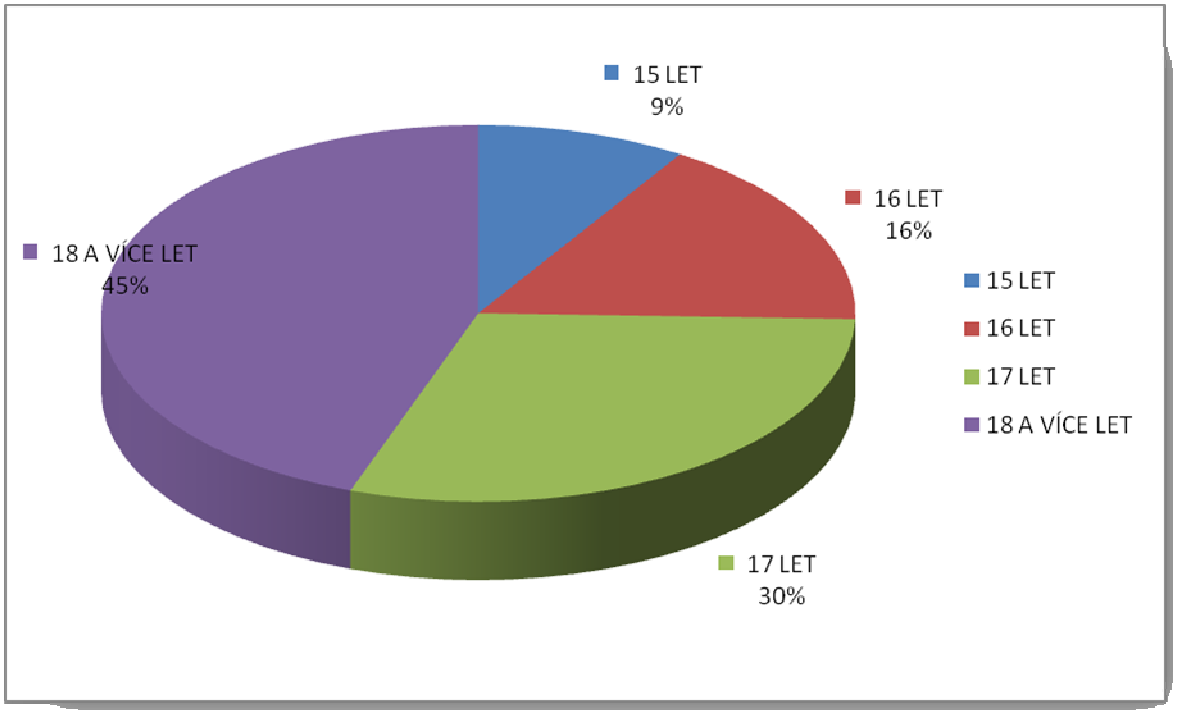
2-4 střední

5-10 silná závislost na nikotinu

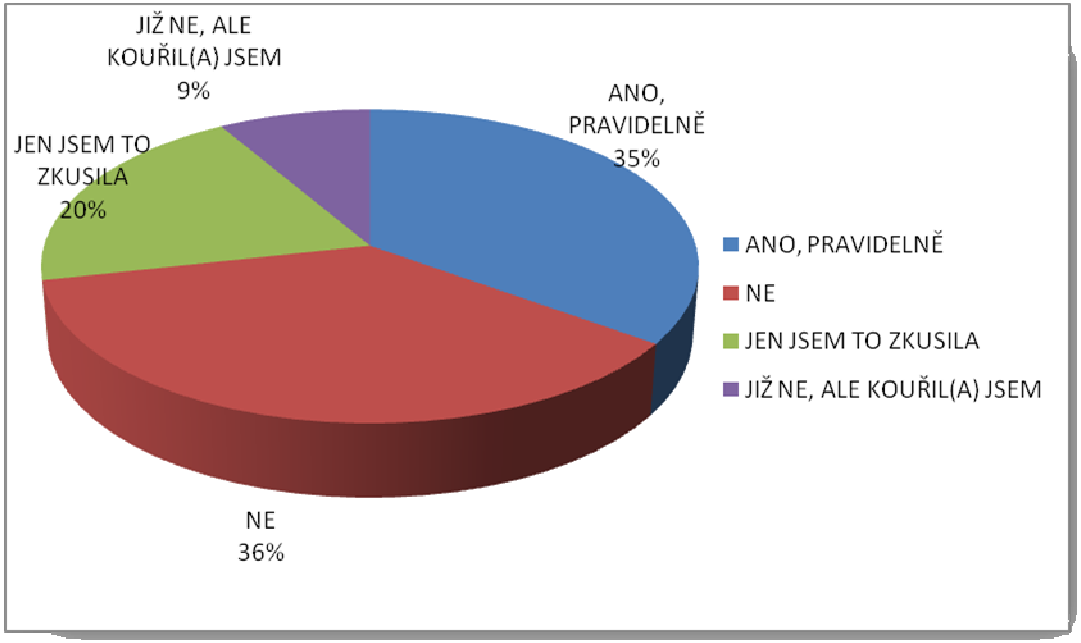
P3 Grafy:
Graf č. 1
Pohlaví:



Graf č. 2
Váš věk:

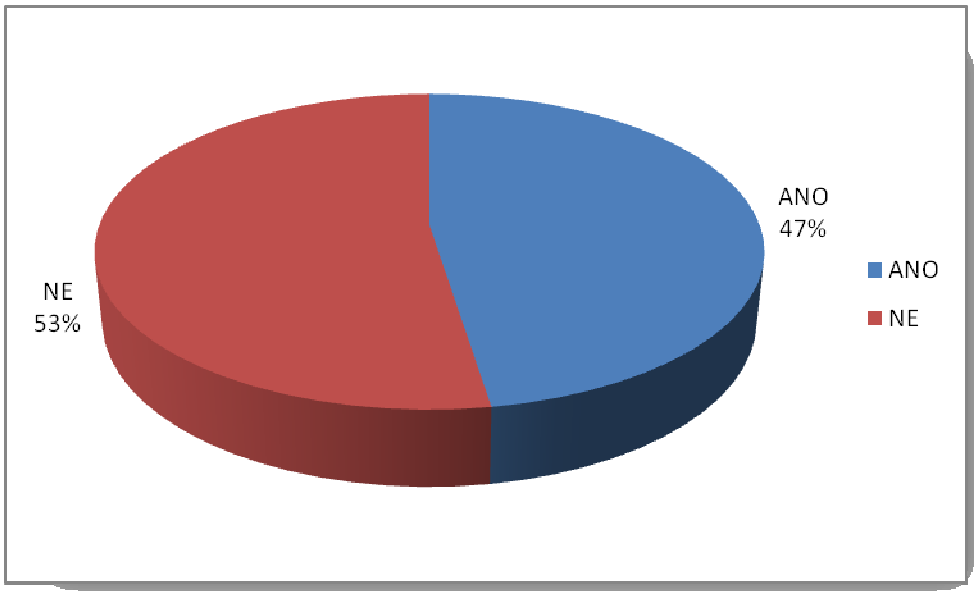


Graf č. 3
Kouříte?



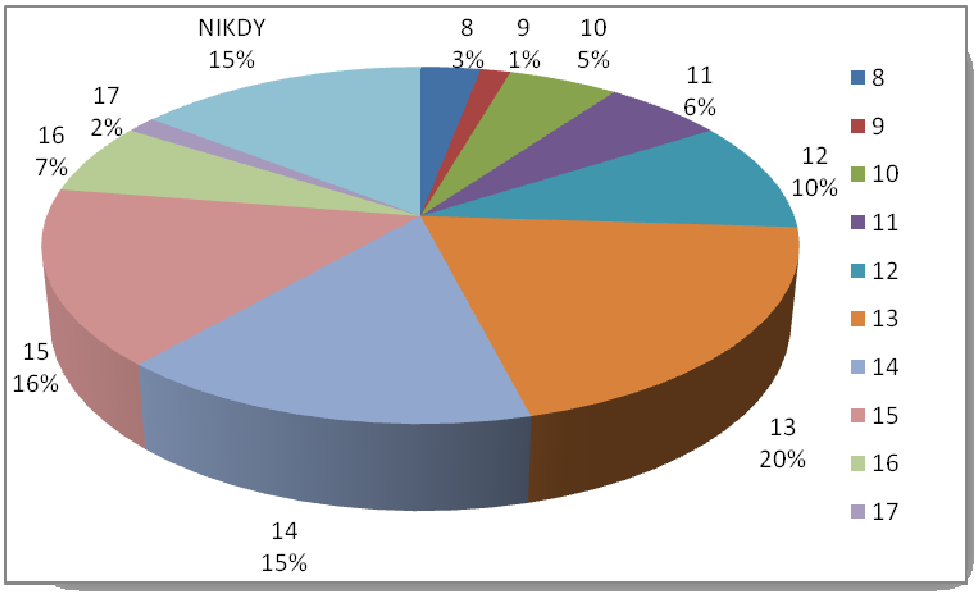
Graf č. 4

Máte osobní zkušenost s jinou drogou (např.: marihuana, heroin, LSD, hašiš, pervitin, extáze, kokain, a jiné)?

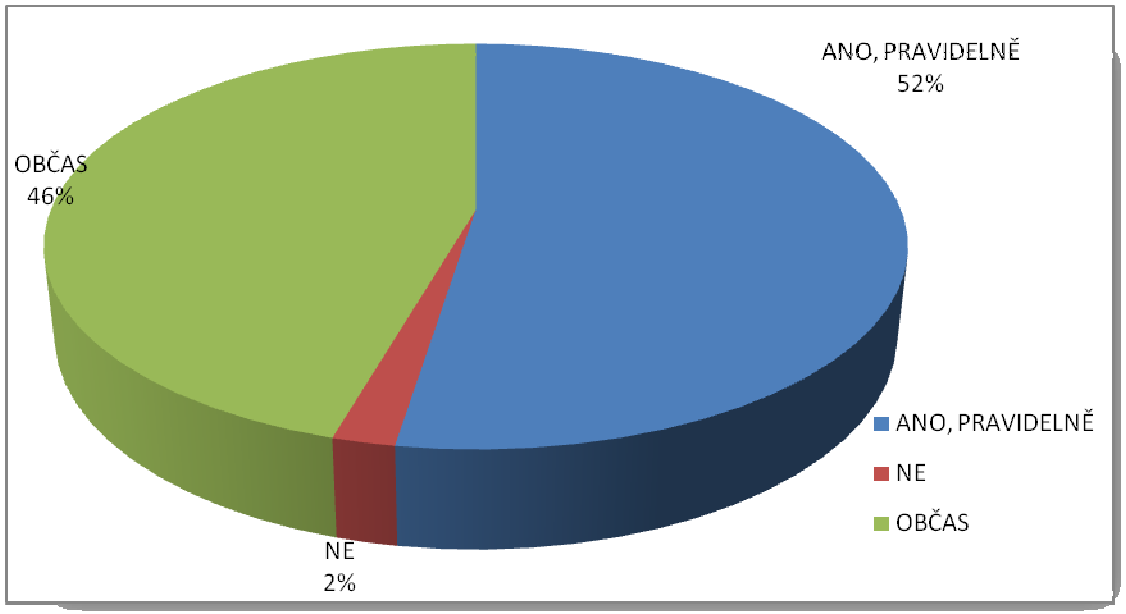


Graf č.5

V kolika letech jste poprvé zkoušeli kouřit, uveďte věk?

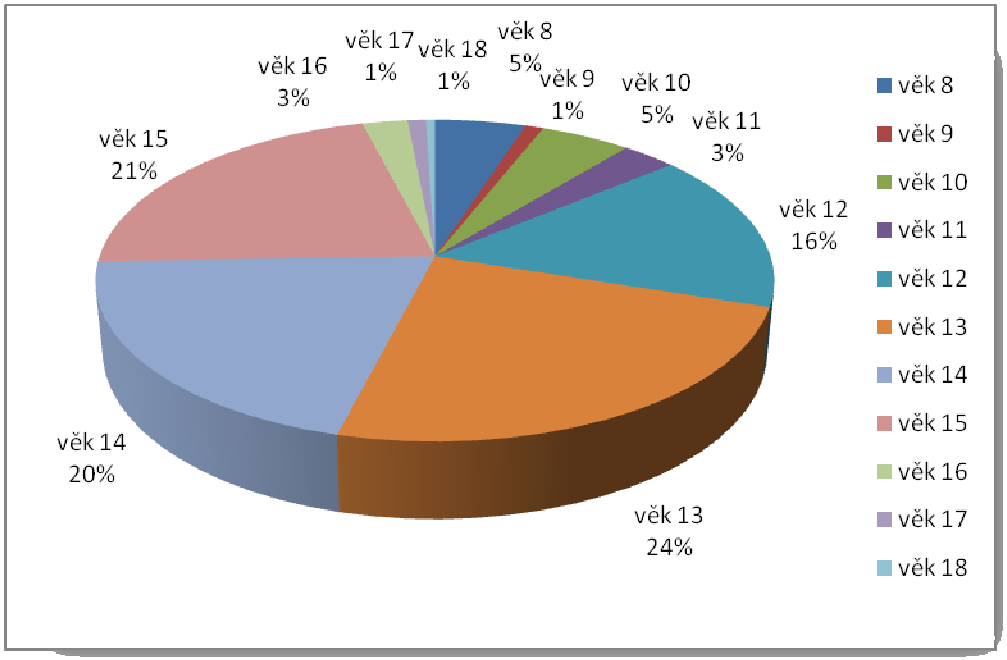


Graf č. 6
Pijete alkoholické nápoje?

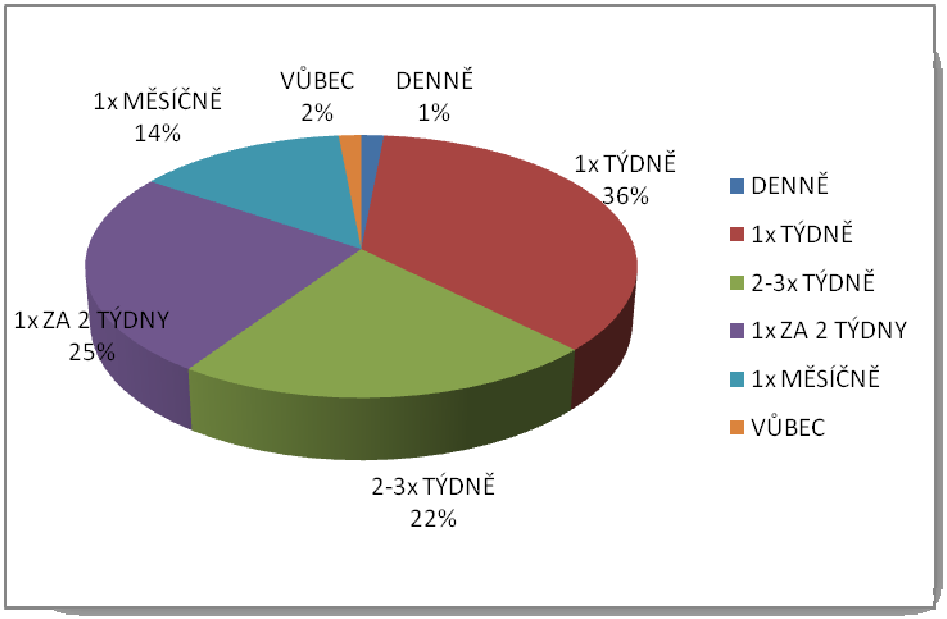


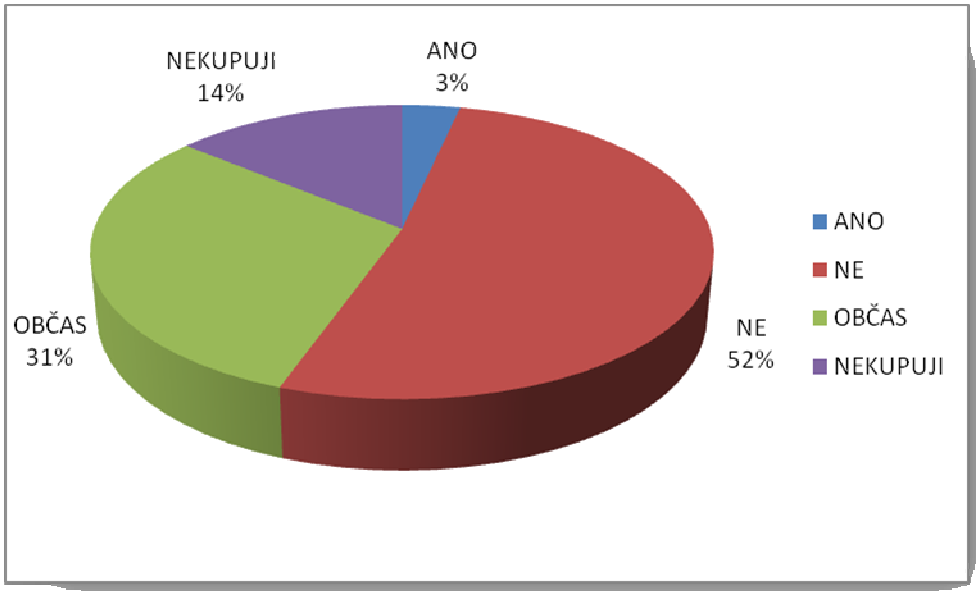
Graf č. 7

V kolika letech jste poprvé zkoušeli pít alkoholické nápoje, uveďte věk?



Graf č. 8
Jak často pijete alkohol?



Graf č. 9

Máte problém koupit si v obchodě cigarety nebo alkohol pokud vám nebylo ještě 18 let?