

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

Bakalářská práce

2012

Martina Řebounová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH**

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

**Výskyt konzumace alkoholu u středoškolské mládeže a jeho
souvislosti**

Autor: Martina Řebounová

Studijní program: K NPE Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka Ph.D.

Datum odevzdání: 30. 3. 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě- v úpravě vzniklé vypištěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

30. 3. 2012

MARTINA ŘEBOUNOVÁ

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Miroslavu Procházkovi Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Anotace

ŘEBOUNOVÁ, M. *Výskyt konzumace alkoholu u středoškolské mládeže a jeho souvislosti*: bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2012, s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Klíčové pojmy: alkohol – závislost – alkoholismus - mládež

Bakalářská práce *Výskyt konzumace alkoholu u středoškolské mládeže a jeho souvislosti* je zaměřena na problematiku zneužívání alkoholu u studentů středních škol. Práce je rozdělena na dvě části – na teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na vymezení základních pojmů, je věnována charakteristice alkoholu jako společensky tolerované drogy, alkoholové závislosti, následkům nadměrné konzumace alkoholu a specifikuje také působení alkoholu u mládeže. Praktická část je zaměřena na zmapování postojů a zkušeností středoškoláků s alkoholem pomocí dotazníkového šetření. Cílem práce je zjistit přístup mládeže ke konzumaci alkoholu v souvislosti s prostředím, které je ovlivňuje.

Abstract

ŘEBOUNOVÁ M., *The prevalence of alcohol consumption in secondary school children and his contexts*: Thesis. České Budějovice: University of South Bohemia, Pedagogical Faculty, 2012, The head of the thesis Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Key words: alcohol – addiction – alcoholism – the young

The thesis *The prevalence of alcohol consumption in secondary school children and his contexts* is aimed at the problems of alcohol misuse among high school students. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part is aimed at the definition of basic terms, is dedicated to the characteristic of alcohol as a socially tolerated drug, to consequences of excessive alcohol consumption and it also specifies an effect of alcohol among the young. The practical part is aimed at the chart of attitude and experience of high school students with alcohol using a questionnaire survey. The goal of the thesis is to find out the approach of the young to the alcohol consumption in connection with the environment that influences them.

Obsah

ÚVOD.....	4
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Základní pojmy.....	8
1.2 Alkohol - společensky tolerovaná droga	10
1.2.1 Charakteristika alkoholu.....	10
1.2.2 Příčiny požívání a zneužívání alkoholu.....	11
1.2.3 Členění osob dle jejich vztahu k alkoholu.....	12
1.2.4 Stádia opilsti	13
1.3 ZÁVISLOST	14
1.3.1 Pojem závislost.....	14
1.3.2 Znaky závislosti.....	14
1.3.3 Typy závislosti.....	14
1.4 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	16
1.4.1 Vývoj alkoholové závislosti	16
1.4.2 Typy alkoholové závislosti.....	17
1.5 NÁSLEDKY PRAVIDELNÉHO POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU.....	19
1.5.1 Somatické (fyzické) následky.....	19
1.5.2 Psychické následky.....	22
1.5.3 Sociální následky.....	24
1.6 MLÁDEŽ A ALKOHOL	27
1.6.1 Charakteristika pojmu mládež.....	27
1.6.2 Životní způsob mládeže.....	28
1.6.3 Specifika působení alkoholu u mládeže	29
1.6.4 Činitelé zvyšující riziko zneužívání alkoholu u dětí a mládeže	29
7 PRAKTICKÁ ČÁST	33
7.1 Cíl a předpoklady výzkumu.....	33
7.2 Metody výzkumu a popis výzkumného vzorku.....	34
7.3 Prezentace a interpretace výsledků.....	35
7.4 Diskuse k výzkumným předpokladům	47
ZÁVĚR.....	49
SEZNAM LITERATURY.....	50
SEZNAM PŘÍLOH	53

ÚVOD

Alkohol patří k legálním, snadno dostupným drogám. Problematika konzumace alkoholu je aktuální vzhledem k jeho neustále zvyšující se spotřebě. Dle zprávy světové zdravotnické organizace z roku 2011 obsadila Česká republika druhé místo ve spotřebě alkoholu na světě. Za rok vypije každý z nás neuvěřitelných 16,4 litru čistého alkoholu (www.alkoholik.cz). Naše společnost je vůči požívání alkoholických nápojů velmi tolerantní. I přesto, že je v České republice stanovena zákonná věková hranice pro konzumaci alkoholu 18 let, pije však většina mladých lidí alkohol mnohem dříve. Často si však neuvědomují důsledky svého chování. Ale zvláště pro děti a mládež je konzumace alkoholických nápojů nebezpečná. Jejich organismus není schopen odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělého. Nejen, že alkohol způsobuje zdravotní a psychické potíže, ale i problémy v oblasti sociální. Alkohol také bývá označován jako tzv. průchozí droga, což znamená větší riziko pro přechod k tvrdším drogám.

Tato práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřuji na prostudování témat týkajících se problematiky alkoholismu na základě studia odborné literatury. Vymezuji a definuji základní pojmy – např. droga, akutní intoxikace, úzus aj. V dalších kapitolách se zabývám charakteristikou alkoholu jako legálně tolerované drogy, příčinami užívání a zneužívání alkoholu, alkoholovou závislostí, negativním působením alkoholu na jedince. Charakterizuji pojem mládež a také popisuji činitele ovlivňující riziko zneužívání alkoholu u dětí a mládeže.

V praktické části jsem pomocí dotazníku zjišťovala zkušenosti mládeže s alkoholem – např. v jakém věku a při jaké příležitosti poprvé pili alkohol, jejich zkušenosti s opilostí. V závěru praktické části se zabývám vyhodnocením stanovených předpokladů. Cílem praktické části je především monitoring výskytu konzumace alkoholu u středoškoláků a hledání souvislosti tohoto rizikového chování s jejich sociálním prostředím.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Základní pojmy

Droga – každá chemická nebo přírodní látka, která ovlivňuje duševní stav člověka a mění jeho myšlení, citění a jednání (Nešpor, 1995).

– z arabského slova „durana“ s původním významem léčivo. Dle WHO z roku 1969 je za drogu považována jakákoliv látka, která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí (Štablová, 1995).

– splňuje 2 základní požadavky: 1. Má psychotropní účinek – ovlivňuje prožívání okolní reality, 2. Může vyvolat závislost (Presl, 1995).

Akutní intoxikace – přechodný stav po požití alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, který vede k poruchám vědomí, poznávání, vnímání, chování nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Stanovení této diagnózy by mělo být pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších či trvalejších problémů, vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog (Nešpor, 1995).

Úzus – vyjadřuje mírné požívání alkoholu, konzumaci alkoholických nápojů. Neměl by navodit vyšší koncentraci alkoholu v krvi než 0,5 až 0,6 g/l, tedy maximálně 0,6 promile. Množství požitého alkoholu by tedy nemělo přesáhnout hranici, kdy je člověk alkoholem ovlivněn (Řehan, 2007).

Misúzus – neboli zneužívání. Jedná se o konzumaci, při níž dochází k porušení právních či zdravotních norem. Např. jedno pivo u řidiče před řízením motorového vozidla lze považovat za zneužití, jinak by se jednalo o úzus. Dále sem řadíme např. konzumaci alkoholu mladistvích, těhotných a osob se záchvatovými onemocněními (Řehan, 2007).

Abúzus – neboli nadužívání alkoholických nápojů, kdy koncentrace alkoholu v krvi je vyšší než 0,6 promile. Od úzu se odlišuje tím, jedinec konzumující alkoholický nápoj směřuje či vyhledává účinek drogy nebo množstvím požitého alkoholického nápoje (Řehan, 2007).

Palimpsest – alkoholické okénko, funkční postižení paměti v důsledku opilosti (Řehan, 2007).

Craving – bažení – silná touha, pocit puzení k užití návykové látky (Nešpor, 2011).

Abstinenční příznaky – starší pojem, dnes se většinou používá pojem somatický odvykací stav. Jde o souhrn tělesných i psychických nepříjemných projevů, dostavující se u závislého člověka při poklesu hladiny alkoholu. Zařazujeme sem: pocení, bolest hlavy, vyšší tlak, třes, psychomotorický neklid, nesoustředivost, nepřiměřené reakce na banální podněty, úzkost (Řehan, 2007).

1.2 Alkohol - společensky tolerovaná droga

1.2.1 Charakteristika alkoholu

Jako návykovou látku můžeme označit každou chemickou látku, která ovlivňuje psychický stav a níž se může vytvořit návyk a závislost. Požívání těchto látek má dlouhou historii. Lidé od nepaměti užívali nejrůznější látky pro zlepšení nálady, povzbuzení, zapomnění, zvýšení odvahy, prožívání rozkoše a zažití fantastických smyslových prožitků. Existuje velké množství látek s různými účinky na lidskou psychiku. Mezi nejrozšířenější u nás patří alkohol (Zvolský, 1997).

Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol $C_2H_5 - OH$) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů - buďto z jednoduchých cukrů, které jsou obsažené v ovoci nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace dosahuje destilací. Při nedokonalých chemických procesech (např. při výrobě domácích destilátů) vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, metylalkoholem (metanol), který je silným nervovým jedem, působícím na oční nerv (způsobuje oslepnutí) a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy (Kalina, 2003).

Alkohol dosahuje bodu varu při $77^\circ C$ a tuhne při $-117^\circ C$. Jednou z jeho vlastností je, že kvasinky, které umožnily jeho vznik, nechá žít asi jen do koncentrace 14% alkoholu. Vyšší koncentrací je hubí. Pro člověka je požitelný pouze zředěný, v podobě alkoholických nápojů (Šedivý, Válková 1988).

Podle protialkoholního zákona 379/2006 Sb. se alkoholickým nápojem rozumí lihovina, víno a pivo a též nápoje obsahující více než 0,5 objemového procenta alkoholu (Zákon č. 379/2005 sb. Online).

Podle způsobu výroby se liší obsah etanolu obsažený v nápoji:

- pivo 1,5 až 5 ‰ alkoholu
- víno 10 až 12 ‰ alkoholu
- lihoviny 22,5 a více ‰ alkoholu (Skála 1988).

Z energetického hlediska je významné, že etanol má schopnost pokrýt až polovinu energetického příjmu potřebného pro tělesnou aktivitu s mírnou svalovou zátěží (Kvapilík, Svoboda a kol. 1985).

Vstřebávání alkoholu v lidském organismu je ovlivněno řadou okolností – především záleží na náplni žaludku, prokrvení jeho sliznice a na koncentraci nápoje. Rychleji se

vstřebávají nápoje koncentrované nebo obsahující CO₂, popřípadě nápoje teplé, vypité nalačno, pomaleji se pak vstřebávají ledové, sladké nápoje vypité po jídle. Odbourávání alkoholu naopak probíhá konstantní rychlostí, kterou lze pouze minimálně ovlivnit. Závisí na individuální enzymatické výbavě jedince (Heller, Pecinovská, 1996).

Lze říci, že žádná jiná droga nenabízí tak široké spektrum účinků, jako alkohol, který poskytuje chuťové požitky, dodává vodu, elektrolyty a částečně i živiny, ale především je vyhledáván pro své působení na psychiku jedince. V této oblasti nabízí alkohol pocit zvýšených schopností – jde pouze o subjektivní pocit, který není podložen o skutečné zvýšení výkonnosti. Dále odstraňuje špatnou náladu a nahrazuje ji dobrou, uspává, odstraňuje úzkost a také tlumí vnímání bolesti. Alkohol způsobuje celkový útlum CNS (Heller, Pecinovská, 1996).

1.2.2 Příčiny požívání a zneužívání alkoholu

Alkoholické nápoje jsou pro většinu společností přijatelné, jsou-li požívány v přijatelném množství, v přijatelné době a přiměřené věku a zdravotnímu stavu (Kvapilík, Svobodová a kol. 1985).

Jsou často součástí jídla, doprovázejí společenské akce, setkání, zvyklosti a%o jindy je alkohol vyhledáván jako droga. Přejchod od požívání alkoholu k jeho zneužívání je ve většině případů pozvolný a nenápadný (Janík, Dušek, 1990).

Zneužívání alkoholu může často vést k poškození nejen jednotlivce, ale i jeho okolí a společnosti.

Rozlišujeme společenské a individuální příčiny zneužívání alkoholu. Mezi *společenské příčiny* můžeme zařadit např.: - sblíživí účinek alkoholu – podceňované riziko pro některé jedince, - nepřipravenost na správné využívání volného času, jeho nevhodné trávení spojené s konzumací alkoholu, - nedodržování zákonných opatření o podávání alkoholických nápojů dětem a mladistvým.

K příčinám společenským příčinám přistupují i *příčiny (sklony) individuální*. Mezi ně můžeme zařadit např.: důsledky nevhodného rodinného prostředí, nepříznivé zážitky z dětství, které způsobily citovou nezralost a nevyrovnanost jedince, výskyt zneužívání alkoholu v rodině – může vést k nápodobě, zkušenost, že nepříjemné stavy psychiky se dají upravit i nepříliš velkou dávkou alkoholu, která však v průběhu času postupně stoupá a také mimořádné životní situace (Janík, Dušek, 1990).

Alkohol se svými vlastnostmi a účinkem nepůsobí na každého jedince stejně. Záleží na různých vlastnostech jednotlivce, zejména na vyšší nervové činnosti, na látkové přeměně, jejich poruchách a individuálních odlišnostech (Skála, 1988).

1.2.3 Členění osob dle jejich vztahu k alkoholu

Osoby, které požívají alkoholické nápoje, rozdělujeme do čtyř skupin podle toho, co od těchto nápojů očekávají (Skála 1988) :

- 1) Abstinenti
- 2) Konzumenti
- 3) Pijáci
- 4) Osoby závislé na alkoholu – alkoholici

Abstinenti odmítají alkohol v sebemenším množství z jakéhokoli důvodu. Za abstinenta lze považovat člověka, který nepožil nápoj obsahující alkohol v jakékoli formě a množství po dobu tří let. Do této skupiny můžeme zařadit převážně děti do věku pěti až šesti let. V tomto věku již dítě často poprvé okusí alkohol.

Konzumenti pijí vhodný alkoholický nápoj ve vhodném množství a ve vhodném věku. Do této kategorie řadíme malé procento mužů, značné procento žen, ale bohužel také velké procento mládeže.

Pijáci nevyhledávají alkohol ani jako zdroj tekutiny, ani pro jeho chuť, ale žádají si účinků alkoholu tzv. alkoholickou euforii, aniž by si uvědomovali její rizika.

Člověk závislý na alkoholu neboli alkoholik je ta osoba, které požívání alkoholických nápojů způsobuje trvalý problém v některé oblasti jeho života.

Dle Bečkové (1999) je také uváděno dělení konzumentů a alkoholiků na dva různé typy:

Anglosaský typ – charakteristický občasnou nadměrnou konzumací alkoholu, s úsilím překonávat co nejdéle znaky opilosti, mezi jednotlivými epizodami opilství může abstinovat nebo jenom mírně konzumovat alkohol

Románský typ – jedinec se nachází ve stavu, kdy není zcela opilý ani střízlivý, je typický pro konzumenty vína (Bečková, Višňovský 1999).

1.2.4 Stádia opilosti

Dávky alkoholu, u nichž není překročena koncentrace 0,6 – 0,8 ‰ alkoholu v krvi, působí na psychiku člověka většinou pozitivně. Dávky nad 0,8 ‰ mívají zpravidla účinky nežádoucí. Dle Skály (1988) dělíme opilost do tří stádií:

1) *První stadium opilosti:*

V počátku alkoholického opojení člověk spokojený a sdílný. Projevuje se veselým výrazem obličeje, výřečností a smíchem. Má zvýšený pocit sebevědomí, uzavírá přátelství a má dojem, že by překonal všechny překážky. Tento stav, však bývá nejsilnějším popudem, že člověk sahá po alkoholu. Koncentrace alkoholu v krvi dosahuje 1 – 1,5 ‰.

2) *Druhé stadium opilosti:*

V dalším průběhu opilosti se člověk stává nekritickým, je netaktní, křičí, zpívá, nebere ohledy na své okolí. Jedná impulsivně, postrádá schopnost naslouchat druhým, obličej rudne, má závratě, při chůzi vrávorá, vidí dvojité. Koncentrace alkoholu v krvi dosahuje 1,5 – 3 ‰.

3) *Třetí stadium opilosti:*

Jedná se již o těžkou akutní otravu alkoholem, při níž se dostavuje únava, spavost, často zvracení. Obličej bledne. Při nadměrných dávkách alkoholu se opilost podobá narkóze – úplné bezvědomí, necitlivost. V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může člověk i zemřít. Koncentrace alkoholu v krvi dosahuje 3 i 4 ‰.

Stupeň opilosti se tedy projevuje vnějšími projevy (např. porucha chůze, řeči) a obsahem alkoholu v krvi, přičemž 100 % shodu vnějších a vnitřních projevů vykazují teprve hladiny nad 2 ‰ alkoholu. Není znám žádný prostředek, který by výrazněji ovlivnil hladinu alkoholu v krvi (Skála 1988).

1.3 ZÁVISLOST

1.3.1 Pojem závislost

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Syndrom závislosti: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je to u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje*“ (Nešpor, 2011, s. 9-10).

1.3.2 Znaky závislosti

Diagnóza závislosti by měla být stanovena tehdy, došlo-li v průběhu jednoho roku ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení k užití látky
- potíže v sebeovládání při užívání látky
- syndrom odnětí drogy – látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky
- tolerance k účinku látky – zvyšování dávek k dosažení účinku původně vyvolaného dávkami nižšími
- postupné zanedbávání svých zájmů nebo jiných potěšení ve prospěch užívané psychoaktivní látky
- pokračování v užívání psychoaktivní látky i přes zjevné škodlivé následky (Záškodná, 2005).

1.3.3 Typy závislosti

Jednotlivé psychoaktivní látky působí rozdílným způsobem a vyvolávají různé typy závislosti:

1. Biologická (somatická) závislost:

definuje se jako stav adaptace organismu na drogu, projevuje se zvýšenou tolerancí (k dosažení stejného efektu potřebuje jedinec stále větší dávku), při vysazení látky se objevuje abstinenční syndrom.

2. Psychická závislost:

definuje se jako potřeba opakovaně nebo trvale užívat látku k vyvolání příjemných pocitů a odstranění prožitků či pocitů nepříjemných (Fischer, Škoda, 2009).

1.4 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

1.4.1 Vývoj alkoholové závislosti

Rozvoj procesu závislosti nejčastěji popisován podle amerického psychiatra českého původu E. M. Jellinka (Vágnerová, 1999) v čtyřech fázích:

1. První vývojové stadium: počáteční

Jedinec užívá alkohol k potlačení nepříjemných stavů, přináší mu dobrou náladu, úlevu, schopnost společenských kontaktů. Postupně však potřebuje větší dávky alkoholu a zvyšuje se i frekvence pití.

2. Druhé stadium: prodromální, varovné

Tolerance na alkohol se zvyšuje vlivem zvýšené konzumace, jedinec si vytváří návyk, ztrácí kontrolu nad svým pitím a stále častěji dochází ke stavům opilosti (alkoholová intoxikace). Varovný signálem by měla být tendence pít sám, případně tajně. Člověk si začíná uvědomovat, jaké množství alkoholu potřebuje a může to být pro něj nepříjemným varováním.

3. Třetí stadium: kritické

Člověk pije stále větší množství alkoholu a zvyšuje se i s ní související tolerance. Objevuje se palimpsest (okénka) – člověk si nepamatuje své chování během opilosti. Ztrácí kontrolu nad svým pitím, nedovede se ovládat a pít přiměřeně. Je ale přesvědčen, že když bude chtít je schopen abstinovat. Začíná vždy znovu a znovu pít. Ani přes výčitky se nedokáže ovládnout. Závislý člověk potřebuje alkohol každý den, kdyby se nenapil, prožíval by nepříjemné pocity a nevydržel by abstinovat.

4. Čtvrté stadium: terminální

Důležitým znakem tohoto stadia je snížení tolerance vůči alkoholu. Alkoholik se opije mnohem rychleji než dříve, ale bez alkoholu nevydrží. Pije téměř nepřetržitě, často již od rána. V tomto stadiu se objevují příznaky psychických i somatických poruch následkem dlouhodobé konzumace alkoholu. Objevují se také problémy v oblasti sociální např. časté konflikty mezi lidmi.

Typické jsou stavy bezmocnosti, kdy si alkoholik uvědomuje vlastní neschopnost zvládnutí své závislosti na alkoholu (Vágnerová, 1999).

K přechodu od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu dochází poměrně nenápadně, typické jsou „postupné“ změny (postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu“, „ postupná ztráta kontroly užívání alkoholických nápojů, „postupné zanedbávání zájmů a potěšení“). Současně také dochází ke změnám v oblasti myšlení a chování, které mohou způsobit i osobnostní změny. *„Tyto změny myšlení a z nich vycházejícího chování se označují jako „alkoholické obrany“. Alkoholik jimi zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhajuje („rationalizuje“) pití“* (Kalina, 2003, str. 153).

Nadměrné dlouhotrvající užívání alkoholu (z jakékoli příčiny) způsobuje adaptaci organismu na trvalý přívod alkoholu. Tím dochází ke snížené odpovědi na původně účinnou látku – vzrůst tolerance – ten vede ke stupňování dávek a při přerušení pití k rozvoji syndromu odnětí drogy (dříve abstinenční syndrom). *„Rychlost vypěstování závislosti je závislá na dispozicích jedince, věku při začátku pití a způsobu zneužívání alkoholu. Čím větší dispozice člověk má, čím mladší začne pravidelně pít a čím dříve začne alkohol užívat jako drogu (tj. s cílem ovlivnit svou psychiku), tím rychleji závislost vzniká. Pokud začne pravidelně pít člověk vybavený vrozenou dispozicí („talentem“), projeví se u něj závislost obvykle do 35 let věku. Dlouhodobým pravidelným pitím („píjí“) si lze vypěstovat závislost i bez „talentu“, ale trvá to déle, proto se v tomto případě závislost manifestuje později“* (Heller, Pecinová, 1996, str. 15).

1.4.2 Typy alkoholové závislosti

V roce 1960 zveřejnil Jellinek (Řehan, 2007) členění typů závislosti do 5 základních typů:

1. Typ Alfa:

vyskytuje se u lidí s nevyváženou psychikou, kteří alkoholem řeší své problémy. Po vyřešení problému abúzus odeznívá, ale při dalších potížích se může opět objevit. Ve většině případů nedochází ke vzniku závislosti na alkoholu.

2. Typ Beta:

vyskytuje se u lidí s vyšší sociální konformitou. Jedinec se nechce lišit, proto se v pití přidává k ostatním (např. s kolegy po zaměstnání, na návštěvách, víkendové popíjení atd.). Sám o sobě nemá potřebu pít. Většinou nedochází k závislosti na alkoholu.

3. Typ Gama:

dříve označován jako pití anglosaské. Stejně jako ty beta se rozvíjí také při společném pití s druhými, ale souvisí i s vnitřním bažením, které má zpočátku charakter psychické závislosti a později i fyzické. U jedince dochází ke vzniku závislosti na alkoholu. Objevuje se převážně u mužů.

4. Typ Delta

samotářské pití, převážně u žen. Zpočátku se jedná navození žádoucího stavu navozeného drogou, později mizí schopnost kontroly a jedinec je ve stavu průběžné intoxikace.

5. Typ Epsilon:

dříve označován jako kvartální pití nebo dipsomanie. Střídají se fáze abstinence či úzu s fází abúzu, která může trvat několik dnů až týdnů. Jedinec ztrácí schopnost dodržování pravidel, nechodí do práce, může odejít z rodiny, zadlužit se. Tento typ souvisí s psychickým onemocněním a neobjevuje se příliš často (Řehan, 2007).

1.5 NÁSLEDKY PRAVIDELNÉHO POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

1.5.1 Somatické (fyzické) následky

Opakovaným nebo nadměrným užíváním alkoholických nápojů dochází k funkčnímu nebo orgánovému poškození. Citlivost jednotlivých tkání a orgánů je různá, proto není snadné stanovit, jaká dávka alkoholu má škodlivé účinky (Zvolský 1996). Světová zdravotnická organizace uvádí 20g 100% alkoholu jako ještě bezpečné množství pro zdravého dospělého člověka. To představuje asi půl litru 12 stupňového piva nebo 2 dcl přírodního vína (Nešpor, 2006).

Poruchy vznikající konzumací alkoholu mají oproti obdobným poruchám vyvolaných jinými příčinami určité zvláštnosti. V případě, že pacient pokračuje v pití i během léčby diagnostikované choroby, léčba většinou selhává, ale naopak při vysazení alkoholu se mohou i vážné nálezy upravit, a to někdy i bez medikace (Heller, Pecinovská, 1996).

1.5.1.1 Interní onemocnění

Trávicí trubice a žaludek – alkohol velmi ovlivňuje motilitu trávicího systému. Dlouhodobé opakované pití nepříznivě působí na sliznici žaludku a její funkci. Chronický zánět může vést ke ztenčení sliznice a vymizení příslušných žlázek, a tím ke vzniku *atrofické gastritidy*, která může předcházet rakovině žaludku. Alkohol má také vliv na sliznici tenkého střeva, kde zhoršuje vstřebání živin a vitamínů (Heller, Pecinovská 1996).

Slinivka břišní (pankreas) – asi polovina všech onemocnění slinivky má souvislost s nadměrnou konzumací alkoholu. Existuje *akutní a chronická recidivující pankreatitida*. Akutní forma se objevuje náhle, asi po 12 až 48 hodinách po alkoholovém excessu a projevuje se jako náhlá břišní příhoda. U alkoholiků se častěji vyskytuje chronická recidivující pankreatitida. Projevuje se neurčitými dyspeptickými potížemi (Skála, 1987).

Játra – ke změnám v jaterní tkáni může dojít již po denní konzumaci 15g etanolu (Zvolský, 1996). Mezi nejčastější onemocnění jater patří *steatóza* neboli ztukovatění jater. Toto onemocnění je většinou bez příznaků, jediným nálezem jsou ve většině případů zvětšená játra. Při abstinenci dochází k vymizení steatózy. V případě, že člověk

pokračuje v konzumaci alkoholu je ohrožen vznikem jaterní hepatitidy (Skála, 1987). *Jaterní hepatitida* se projevuje horečkami, žloutenkou, zvracením, bolestmi v nadbřišku, krvácivé projevy, otoky. Pro 50% pacientů je toto onemocnění smrtelné. Pokud ale jedinec v pití dále pokračuje, dochází ke vzniku *jaterní cirhózy* (Heller, Pecinovská, 1996). Játra jsou trvale poškozena a je snížena jejich funkce. Může zde také dojít ke vzniku primární rakoviny jater (hepatom). Je uznáván vývoj: *steatóza – hepatitida – cirhóza – hepatom*. Cirhóza se však může rozvinout i bez předchozích stadií. Je nutná trvalá abstinence a její porušování může vést k ohrožení pacienta (Skála, 1987).

Srdce a krevní oběh – *Systémová arteriální hypertenze* objevuje se u osob, které pijí velké množství alkoholu, při abstinenci se krevní tlak vrací k normě i bez medikace. Pití alkoholických nápojů při hypertenzi může vést k alkoholové kardiomyopatii. Alkoholová kardiomyopatie vzniká působením alkoholu na myokard a také nedostatkem vitamínu skupiny B, magnézia a nahromaděním lipidů. Bývá zaměňována s ischemickou chorobou srdeční (infarkt myokardu) (Skála, 1987).

Ledviny – Onemocnění ledvin u alkoholiků neobjevuje často, ale pijáků piva však dochází k jejich poškození díky velkému množství vypitých tekutin (Zvolský, 1996).

Dýchací systém – Alkoholici trpí dvakrát častěji záněty průdušek než ostatní populace. Onemocnění má těžší průběh a je potřeba náročnější léčby (Skála, 1987).

Pohlavní systém - U obou pohlaví dochází k poklesu apetence (sexuální touha), potence a sebekontroly. Snižuje se také pravděpodobnost oplození v důsledku postižení zárodečných buněk (Heller, Pecinovská, 1996).

Kůže – Nejvíce se kožní změny projevují v oblasti obličeje a rukou. Můžeme sem atrofii podkožní tukové tkáně, rozšíření kapilár v obličeji, zarudnutí očních víček, překrvení spojivek, ragády ústních koutků. Alkoholik má také zvýšenou zranitelnost kůže, častá jsou i hnisavá onemocnění (Skála, 1987).

1.5.1.2 Neurologická onemocnění

Na poškození nervového systému se podílí nepříznivý toxický vliv etanolu, špatná výživa, ale i opakovaná poranění. Alkohol poškozuje přenos nervového vzruchu, zvyšuje práh citlivosti pro bolest, ovlivňuje REM fázi spánku, vyvolává změny na EEG. U jedince se objevují poruchy všípivosti, poruchy krátkodobé (okénka) a dlouhodobé

paměti, poruchy hybnosti a koordinace, poruchy vnímání a koncepčního myšlení. Neurologické poruchy se u alkoholiků objevují velmi často (Skála, 1987).

Mezi nejčastější projevy alkoholismu patří *alkoholický tremor*. Mezi jeho projevy můžeme zařadit třes víček, prstů, rukou, někdy jazyka, rtů, později paží, hlavy i celého těla. „*Ranní třesy abuzérů, ustupující po prvních dávkách alkoholu, jsou cenným diagnostickým znakem fyzické závislosti na alkoholu. V počátečních fázích abúzu je alkoholický tremor při zachování abstinence reverzibilní, později může přetrvávat i po odnětí alkoholu*“ (Skála, 1987).

Dalším z onemocnění je *mozková atrofie*. Vzniká po dlouhodobém abúzu, ale začíná již v raných stádiích závislosti na alkoholu. Poruchou koordinace hybnosti se, nejistou chůzí a třesem se projevuje *alkoholická mozečková atrofie*. Její progrese je většinou pomalá a ke zvýraznění příznaků dojde při abstinenci. Může se vyskytnout i u mladších osob závislých na alkoholu (Skála, 1987).

Alkoholická epilepsie – epileptické záchvaty mohou být vyvolány nejen abúzem alkoholu, ale i abstinencí (Skála, 1987). Alkoholem podmíněná epilepsie se objevuje asi u 10% pacientů. Tento druh epilepsie mizí při delší abstinenci i bez medikace. Epileptické záchvaty mohou být počátkem deliria tremens – asi 30% (Heller, Pecinovská, 1996).

Alkoholická myopatie – u chronického alkoholika dochází k poškození svalů po požití velké dávky koncentrovaného alkoholu. Projevuje se bolestmi dolní končetin, otokem a bolestivostí svalů, dochází k těžkým obrnám. Lehké formy mizí při abstinenci, těžké formy jsou smrtelné (Heller, Pecinovská, 1996).

Alkoholická polyneuropatie – jedná se o nejčastější onemocnění periferních nervů u závislých na alkoholu. Objevuje se na dolních, později i na horních končetinách. Mezi její projevy patří: parestézie, svalová slabost, svalové křeče, bolestivost v průběhu periferních nervů a třes. Pro úspěšnost léčby je nezbytná abstinence (Skála, 1987).

1.5.1.3 Fetální alkoholický syndrom (FAS)

Fetální alkoholický syndrom vzniká u nenarozeného dítěte, jehož matka požívala v době těhotenství alkoholické nápoje. I hladiny kolem 0,6 promile alkoholu v krvi matky mohou narušit vývoj plodu. K poškození dochází volnou průchodností etanolu placentární bariérou, proto může být hladina alkoholu v krvi plodu vyšší než v krvi

matky. Plod nemá prozatím schopnost alkohol odbourávat. Dítě se rodí se specifickými somatickými a psychickými následky.

Mezi hlavní příznaky FAS patří:

- poruchy růstu** – prenatální – odchylka v délce a hmotnosti o více než dvě směrodatné odchylky
 - postnatální - odchylka v délce a hmotnosti, disproporce v rozložení tukové tkáně
- **abnormity kranio-faciální** – jsou patrné u očí, nosu, horní čelisti, uší a úst
 - obličej má zvláštní vzhled
- **dysfunkce CNS** – intelektuální (mírná až střední psychomotorická retardace)
 - neurologická (mikrocefalus, hypotonie svalstva)
 - chování (do 1 roku dráždivost, později hyperaktivita)

(Řehan, 2007).

1.5.2 Psychické následky

Psychické následky konzumace alkoholu souvisejí s jeho dlouhodobým zneužíváním (výjimkou je patická opilost – mráкотný stav doprovázený halucinacemi, úzkostí a sklonem k patickým reakcím) (Kvapilík, 1985).

„Dle Feurleina, ale nyní i většiny jiných autorů jedná se o projevy abstinčního syndromu, tedy vznikají u alkoholiků pijících denně, kteří z různých důvodů náhle přerušili pravidelný příjem etanolu. Odlišují se svým průběhem, klinickým obrazem i závažností. Mohou přecházet jedna v druhou, často nakonec vyústí v demenci (Zvolský, 1996).

Mezi alkoholické psychózy patří: delirium tremens, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza, Korsakova alkoholická psychóza a alkoholická demence.

1.5.2.1 Delirium tremens

Jedná se o nejčastěji vyskytující duševní poruchu osob závislých na alkoholu. Rozvíjí se po přerušení déletrvajících požívání alkoholu, proto je také nazýván jako odvykávací stav s deliriem. V prvním stadiu se vyznačuje poruchami spánku, třesem končetin, jazyka, neklidem, úzkostí, nauseou, slabostí, pocením, někdy i halucinacemi

a epileptickými záchvaty. Později se pak objevuje agitovanost, teplota, halucinace (zrakové, taktilní, sluchové), poruchy vědomí (Zvolský, 1996).

Akutní stav trvá převážně 2 – 5 dní s různou intenzitou příznaků. Delší trvání deliria zvyšuje riziko smrti. Úmrtnost je podle některých autorů až 10%. Cílem terapie je uklidnění a uspání nemocného, čímž dochází k utlumení patologické aktivace CNS. Po odeznění akutního stavu se často objevuje narušení paměti, které trvá různě dlouho nebo k návratu psychiky do původního stavu nemusí dojít vůbec. Delirium tremens může skončit úplným uzdravením, ale také může přejít do jiné formy psychického onemocnění (Řehan, 2007, Zvolský 1996).

1.5.2.2 Alkoholická halucinóza

Typickým a jediným příznakem této psychózy jsou sluchové halucinace. Za pravděpodobnou příčinu se považuje narušení CNS v oblasti sluchových center jako důsledek dlouhodobého abúzu alkoholu. Rozvíjí se pozvolna, jedinec zpočátku slyší různé vytrvalé zvuky – šum, pískání apod. Postupně se objevují slova i celé věty. Jejich obsah nebývá příjemný, někdy je až děsivý. Po požití alkoholu tyto halucinace ustupují, ale při vystřízlivění se opět vrátí. Terapie tohoto onemocnění je dlouhodobá a při předčasném ukončení léčby může dojít k její recidivě. Nezbytná je samozřejmě i abstinence (Řehan, 2007).

1.5.2.3 Alkoholická paranoidní psychóza

Tato psychóza se může rozvinout jednak jako důsledek dlouhodobého abúzu nebo tak může být vyústěním deliria tremens. Jedná se jednak o poruchu myšlení v podobě bludů a také o poruchu vnímání ve formě halucinací různého typu. Bludy a halucinace se vztahují k nevěře partnera a přibírají persekuci – nevěrný partner se pokouší nemocného zlikvidovat apod. (Řehan, 2007).

Terapie tohoto onemocnění není jednoduchá, za vhodnou formu je považována kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Vykytuje se častěji u mužů (Heller, Pecinová, 1996).

1.5.2.4 Korsakova alkoholická psychóza

Tato choroba byla popsána ruským psychiatrem S. S. Korsakovem v roce 1887 (Heller, Pecinová, 1996). Objevuje se buď jako následek dlouhodobé závislosti na alkoholu, nebo jako vyústění protražovaného deliria tremens (Skála, 1987). Hlavním příznakem tohoto onemocnění je porucha krátkodobé paměti (vštipivá složka) a dezorientace při zachování zážitků a profesionálních dovedností. Lucidita vědomí zůstává zachována. Objevují se také konfabulace, kterým pacient sám věří. Tato psychóza se vyskytuje hlavně u žen kolem padesátého roku věku (Heller, Pecinová, 2007).

1.5.2.5 Alkoholická demence

Jedná se o úbytek duševních schopností jedince, ale od demence stařecké se odlišuje svým brzkým nástupem, a to kolem padesátého roku věku i dříve. Je důsledkem dlouhodobého zneužívání alkoholu a zanechává trvalé stopy na psychice postiženého jedince (Heller, Pecinová, 1996). „*S rozvojem závislosti na alkoholu vzniká postupný rozpad struktura osobnosti, emoční labilita, ztráta zábran a nezvratný úbytek intelektuální funkcí. Anatomicky nacházíme difúzní degeneraci gangliových buněk kůry mozku a rozšíření mozkových komor. Léčba je vesměs neúspěšná, preventivně platí včasná a úplná abstinence*“ (Kvapilík, Svoboda, 1985).

1.5.3 Sociální následky

1.5.3.1 Rodina

Člověk závislý na alkoholu ničí svou rodinu materiálně, sociálně i psychicky. Dochází k závažnému narušení mezilidských vztahů a ke změně sociálních rolí. Člověk závislý na alkoholu nebývá schopen uspokojivě plnit rodičovskou roli (Vágnerová, 1999). „*V důsledku narušených rodinných vztahů a v důsledku posunu rolí uvnitř rodiny alkoholiků je narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů, je ohrožen zdravý psychosexuální vývoj dětí i zdraví vývoj jejich rodičovských postojů*“ (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, str. 199). Snižuje také sociální prestiž rodiny a zvláště pak v menších městech získává dítě stigma rodiče alkoholika. Ve svém jednání je alkoholik agresivní, výbušný, bezohledný. V rodině se stává nenáviděným a opovrhovaným, tím kdo kazí klidné rodinné soužití. Dochází k odcizení, osamělosti a k pocitům prázdnoty.

Nepříznivě je ovlivněno i partnerské soužití, neboť u alkoholiků dochází k poruchám potence a ke snížení sexuální apetence. U alkoholika se objevují žárlivé sklony bez ohledu na skutečnost (Vágnerová, 1999). Alkoholismus není příčinou pouze rozvratu manželství, ale dle míry pokročilosti závislosti i rozvratem osobních vztahů (s rodiči, dětmi, příbuznými, známými atd.) (Hosek, 1998).

1.5.3.2 Zaměstnání

Alkoholová závislost způsobuje zhoršení pracovního výkonu. Jedinec se hůře koncentruje, je pomalejší, nervózní, mívá špatnou náladu, pracuje s chybami. Svůj špatný pracovní výkon připisuje ostatním. Má problémy s dodržováním pracovní doby. Mívá nepřiměřeně vysoké sebevědomí, je přesvědčen o svém dobrém výkonu a nedokáže přijímat kritiku nadřízeného (Vágnerová, 1999). „*Alkoholik se v práci denně dostává do neobyčejně překérných stavů. Vyprchá – li z něj alkohol z předchozího večera, dostaví se dotěrná psychická a fyzická zátěž, kterou musí protrpět do skončení pracovní doby. Jsou ovšem pracoviště (a není jich málo), kde vypít ke svačině jedno či dvě piva není žádným prohřeškem. V takovém případě alkoholika v podstatě neopouští stav opilosti a je pouze otázkou času, kdy skončí jeho pracovní působení buď pracovním úrazem, propuštěním pro ledabylý pracovní výkon, nebo objevením se nemoci, jako důsledku vytrvalého pití* (Hosek, 1996, str. 27).

Alkohol v zaměstnání je spojen s častými absencemi, které mohou vést až ke ztrátě zaměstnání, nezaměstnanosti a ztrátě profesní role (Vágnerová, 1999).

1.5.3.3 Společnost

I přes své negativní účinky patří u nás alkohol k nejvíce užívaným návykovým látkám. Naše společnost jej ve velké míře toleruje, ale pokud jedinec není schopen svoji konzumaci alkoholu kontrolovat, shovívavost společnosti končí. Alkoholik bývá odmítán, opovrhován, kritizován, má nízký sociální status. Není schopen respektovat základní normy, vyvolává konflikty a jeho okolí jej neakceptuje. Ztrácí kontrolu nad svým chováním a zátěžové situace není schopen řešit jinak než opětovnou konzumací alkoholu (Vágnerová, 1999). „*Z důvodu závislosti a společenské izolace často dochází k řadě poruch chování, zejména k delikvenci*“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 117).

Dle Záškodné (2005) lze jako sociální důsledky závislosti označit:

- selhání v manželské roli
- selhání v rodičovské roli
- selhání v pracovní roli
- odstranění společenských zábran, hrubost
- riziko trestné činnosti
- riziko úrazů a dopravních nehod (Záškodná, 2005).

1.6 MLÁDEŽ A ALKOHOL

1.6.1 Charakteristika pojmu mládež

Průcha v Pedagogickém slovníku charakterizuje mládež takto: „*Sociální skupina tvořená lidmi ve věku přibližně od 15 do 25 let, kteří již ve společnosti neplní role dětí, avšak společnost jim ještě nepřiznává role dospělých. Má charakteristický způsob chování a myšlení, jiný systém vzorů, norem a hodnot. Každá generace mládeže reprodukuje některé kulturní hodnoty dané společnosti, jiné odmítá a vytváří hodnoty nové.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, str. 125.)

Dle Krause lze mládež také definovat jako specifickou sociální skupinu, která ještě není plně výkonná ve sféře pracovní ani ve sféře společenské. Je to ta část populace, která se nezařazuje mezi děti, ale nepatří ještě mezi sociálně dospělé (Kraus, 2006). Věková hranice pro mládež není zcela jednoznačně vymezena. UNESCO považuje za horní hranici věk 26 let, OSN chápe mládež jako skupinu lidí mezi 15–24 rokem věku. Trendem dnešní doby je prodlužování doby přípravy na profesi, posouvání věku sňatku a zakládání rodin, a proto lze jako horní hranice kategorie mládeže stanovit věk 30 let (Průcha, 2009).

Zejména v psychologii je vedle slova mládež používáno slovo adolescence, které má svůj původ v latinském slově *adolescere* (dorůstat, dospívat) (Kraus, 2006). Adolescence je vývojové období jako jehož dolní hranice se uvádí 15. až 16. rok, jako horní hranice 18. až 21. rok (Kuric, 2001). U adolescenta dochází ke změnám v oblasti vnímání, myšlení, k rychlému rozvoji motorických, percepčních i ostatních schopností, pokračuje vývoj řeči. Jedinec se uvolňuje ze závislosti na rodičích a naopak navazuje významnější vztahy k vrstevníkům. Rozhoduje se o svém budoucím povolání. Adolescence je také obdobím, kdy jedinec poznává sám sebe, hledá vlastní identitu (Langmeier, 1998). V tomto období se mladý člověk stává emocionálně a ekonomicky nezávislým, přebírá za sebe plnou odpovědnost (Kuric, 2001).

„Z hlediska výchovy mládeže a jednání s ní je důležité uvědomění se základních osobnostních rysů, které tuto věkovou kategorii charakterizují. Jde především o zvýšenou míru kritičnosti, touhu po samostatnosti, svobodě myšlení a jednání, nevyrovnané sebevědomí a často rozporuplné sebehodnocení. Mladí lidé obtížněji uznávají kompromisy, mají často tendence negovat jednání ostatních. Neradi přijímají kritiku a mají tendence řešit situace radikálně. K tomu samozřejmě patří touha po

dobrodružství, rychlé střídání citů, impulsivnost v jednání. Je to období krystalizování vlastních životních názorů, tříbení hodnotového žebříčku, hledání smyslu a perspektiv života“ (Kraus, 2006, str. 11).

„Prostřednictvím mládeže dochází k vývoji hodnotového systému společnosti, protože interiorizace hodnotového systému společnosti se neděje mechanickým kopírováním. Mládež je v tomto procesu aktivním subjektem a přebírá jednotlivé hodnoty diferencovaně a tak zpětně modifikuje hodnotový systém společnosti. Mládež vnáší do společnosti inovace“ (Sak, 2000, str. 14).

1.6.2 Životní způsob mládeže

Životní způsob lze definovat jako široký komplex činností, pomocí nichž uspokojujeme své potřeby spolu s komplexem vztahů, které během různých aktivit vznikají. Je ovlivněn charakterem společnosti, stupněm její vyspělosti, kulturou, ekonomikou, politickými poměry a úrovní vědeckého technického rozvoje (Kraus, 2006). Životní styl můžeme také vymezit jako souhrn životních forem, které jedinec aktivně prosazuje. Je to hodnotová orientace člověka, která se projevuje v jeho chování i ve způsobu využívání a ovlivňování životních podmínek (Pávková, 2002).

Životní styly se dělí dle Krause (2001) do tří skupin podle převazujících hodnot:

1. *Životní styl s náplní studia* – řadíme sem ty, kteří rádi čtou, chodí často do divadla, podnikají výlety za poznáním, pravidelní televizní diváci. K poznávání nového jsou nuceni zvědavostí.
2. *Životní styl s nejvyšší hodnotou hraní* – tyto lidé mají vždy důvod k oslavám. Patří sem sportovci, sportovní fanoušci, hráči různých her, pravidelní návštěvníci zábavných podniků.
3. *Životní styl s rozjímáním* – lze provozovat o samotě nebo v komunitách. Jedná se převážně o samotáře (Kraus, 2001).

Každý jedinec má svůj specifický způsob života, rozdílné hodnoty, ideály a cíle. Mládež si vytváří vlastní subkulturu – ve způsobu vyjadřování, odívání, v tancích, vyznávání určitých druhů hudby, literatury atd. Středoškolská mládež se stává tou částí populace, u které se vyskytuje výrazný nárůst všech sociálně patologických jevů (Kraus, 2006).

1.6.3 Specifika působení alkoholu u mládeže

Působení účinků alkoholu je u dětí a mládeže mnohem více nebezpečné nežli pro dospělé. Některé děti začínají konzumovat alkohol již na základní škole (typický začátek 12- 17 let). Od 12 – 24 let se konzumace alkoholu zvyšuje, jde především o epizodické užívání, které je vázáno na prostředí, ve kterém je alkohol konzumován – např. večírky. Dle výzkumů, osoby, které začaly s užíváním alkoholu před 14 rokem, se mnohem častěji a dříve objeví syndrom závislosti. Konzumace alkoholu může také negativně ovlivnit školní docházku, schopnost koncentrovat se, mezilidské vztahy a vývoj v oblasti sociální (www.adiktologie.cz).

Organismus mladých lidí není schopen odbourávat alkohol, tak jako u dospělých a navíc mají nižší tělesnou hmotnost. I velmi malé množství alkoholu může vyvolat závislost (Nešpor, 1995). Závislost se také vytváří mnohem rychleji než u dospělých. Je zde vyšší riziko těžkých otrav, menší zkušenost a sklon k riskování. Často dochází u mladých lidí k recidivě závislosti. Díky přirozenému průběhu zrání bývá však dlouhodobá prognóza příznivá (Nešpor, 2011).

1.6.4 Činitelé zvyšující riziko zneužívání alkoholu u dětí a mládeže

Daný přehled je uváděn v téměř doslovném znění podle Karla Nešpora (2001, str. 44-53).

1.6.4.1 Činitelé týkající se dítěte

- problémy s návykovými látkami a duševní nemoci u předků
- komplikace při porodu, úrazy hlavy
- chronická traumatizace dítěte
- sklony k agresivitě, impulzivnost
- poruchy pozornosti s hyperaktivitou
- snížená inteligence
- setkání s návykovou látkou v nízkém věku
- chronické onemocnění

- neumí – li zvládat stres
- nedostatečné sociální dovednosti
- nízké sebevědomí
- malá odolnost vůči neúspěchu
- sklon k sebelítosti, depresím

1.6.4.2 Činitelé týkající se rodiny

- citová deprivace v dětství
- nedostatečné citové vazby dítěte, malá péče
- nesoustavná a přehnaná přísnost střídaná se zanedbáváním
- nejasně stanovená pravidla týkající se chování dítěte
- dlouhodobý konflikt rodičů, nespolupracující rodiče
- rodiče, kteří schvalují či užívají alkohol a jiné návykové látky
- rodiče osamělí, vůči společnosti lhostejní
- časté stěhování rodiny
- duševní problémy a nevyrovnanost rodičů
- chudoba či nezaměstnanost rodičů
- nefunkční výchova
- sexuální zneužití či týrání
- špatné mezigenerační vztahy i špatné vztahy v širší rodině

1.6.4.3 Činitelé týkající se školy

- škola prevenci vůbec neprovádí nebo používá málo účinné postupy
- škola při prevenci problémů s návykovými látkami nedostatečně spolupracuje s rodiči, užitečnými organizacemi a institucemi
- neexistují rozumná, jasná a prosazovaná pravidla o zákazu návykových látek ve škole
- snadná dostupnost návykových látek v okolí školy
- učitelé jsou vnímáni jako nepřátelští nebo lhostejní a zdůrazňují především nedostatky žáků

- selhávající a problémoví žáci jsou ponižováni a zesměšňováni
- neexistující návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času

1.6.4.4 Činitelé týkající se budoucího zaměstnání dítěte

- snadná dostupnost návykových látek na pracovišti
- nedostatečná nebo nejasná pravidla týkající se zákazu návykových látek na pracovišti
- hodně stresu v zaměstnání
- nárazová, termínovaná práce
- trojsměnný provoz
- existenční nejistota
- napjaté pracovní vztahy, nedostatečná komunikace
- nejasná hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem
- ztráta zaměstnání

1.6.4.5 Činitelé týkající se vrstevníků

- přátelé a známí konzumují alkoholické nápoje
- mají pozitivní vztah k návykovým látkám a je začínají zneužívat
- mají problémy s autoritami
- chovají se protispolečensky
- ovlivňují je více špatní kamarádi než rodiče
- rádi zesměšňují druhé, snižují jim sebevědomí nebo šikanují
- vrstevníci mají přátele, kteří zneužívají návykové látky

1.6.4.6 Činitelé týkající se společnosti a prostředí

- snadná dostupnost návykových látek
- aktivní nabídka a nízká cena návykových látek
- chudoba, nedostatek příležitostí k vzdělání a uplatnění, nestabilita
- společnost nenabízí dobré možnosti, jak trávit volný čas

- nedostatečná zdravotní a sociální péče
- kladný postoj společnosti k návykovým látkám
- nestabilita vztahů
- málo aktivní nevládní organizace
- rasová nebo jiná diskriminace, jazyková bariéra
- společnost je vnímána v zásadě jako špatná a nepřátelská

7 PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 Cíl a předpoklady výzkumu

Cílem praktické části práce je pomocí dotazníkového šetření analyzovat postoje a zkušenosti středoškoláků s alkoholem v souvislosti s prostředím, které je ovlivňuje. Zjistit četnost konzumace alkoholu v souvislosti s jejich rodinným prostředím a způsobem trávení volného času.

Výzkumné předpoklady:

- 1. Lze předpokládat, že většina respondentů má zkušenost s konzumací alkoholu před 18. rokem věku.*
- 2. První zkušenost s užitím alkoholu vzniká v rodinném prostředí.*
- 3. Lze předpokládat, že nebudou existovat rozdíly ve frekvenci užívání alkoholu mezi mládeží žijící na venkově nebo ve městě.*
- 4. Lze předpokládat, že respondenti, kteří uvádějí aktivní formy trávení volného času, budou mít menší zkušenosti s konzumací alkoholu.*

7.2 Metody výzkumu a popis výzkumného vzorku

K výzkumu konzumace alkoholu u středoškolské mládeže jsem použila kvantitativního výzkumu. Jeho hlavním rysem je numerické měření specifických aspektů sledovaného jevu. Lze říci, že jde o záměrnou systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají hypotézy o vztazích mezi jevy (Skutil, 2011). V této práci jsem metodu kvantitativního výzkumu dotazník.

Dotazník je písemný soubor otázek, jehož podstatou je zjištění dat o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, o které se dotazující zajímá. Otázky mohou směřovat do minulosti, přítomnosti i do budoucnosti (Skutil, 2011).

Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci lednu 2012. Pro výzkum jsem použila mnou vypracovaný, tištěný dotazník (viz. příloha). Rozdala jsem celkem 200 dotazníků a stejný počet vyplněných dotazníků jsem získala zpět. Dotazníky byly vyplněny studenty druhých a třetích ročníků následujících škol: Vyšší odborná škola a Obchodní akademie v Domažlicích, obor Obchodní akademie a Střední odborná škola a střední odborné učiliště Horšovský Týn. Na SOŠ to byli studenti oborů Agropodnikání a Ekonomika a podnikání, ze SOU obory Opravář zemědělských strojů a Zedník.

Tabulka č. 1: Počet respondentů na jednotlivých školách

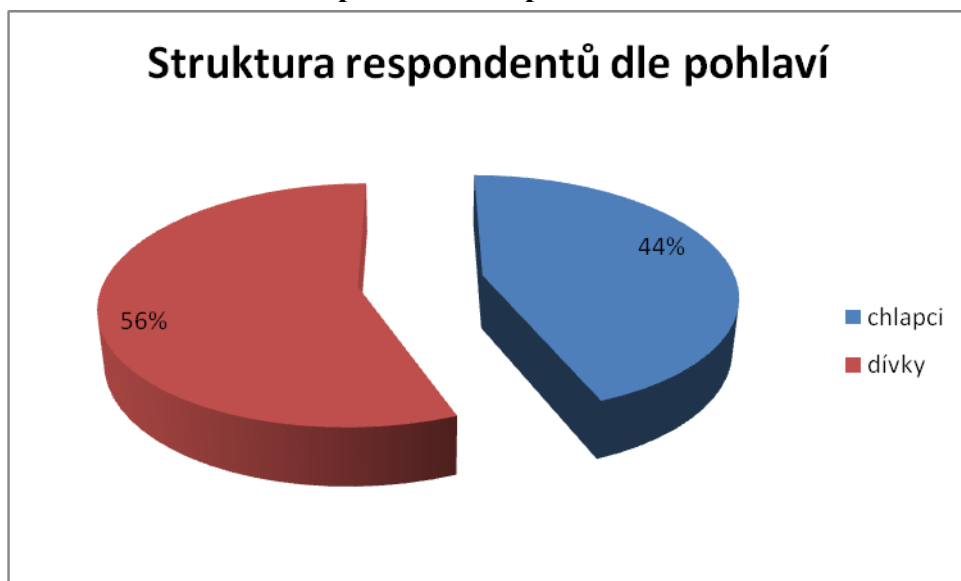
Název školy	Počet respondentů	Počet respondentů v %
SOŠ H. Týn	75	37,5
SOU H. Týn	62	31
VOŠ a OA Domažlice	63	31,5
Celkem	200	100%

7.3 Prezentace a interpretace výsledků

Otázka č. 1: *Jsi chlapec nebo dívka?*

Z uvedených odpovědí vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo 112 dívek a 88 chlapců. Poměr počtu chlapců a dívek je dán především výběrem jednotlivých typů škol, kde výzkum probíhal. Zatímco Obchodní akademii a SOŠ studuje více dívek, obory Opravář zemědělských strojů a zedník navštěvují pouze chlapci.

. Graf č. 1: **Struktura respondentů dle pohlaví**

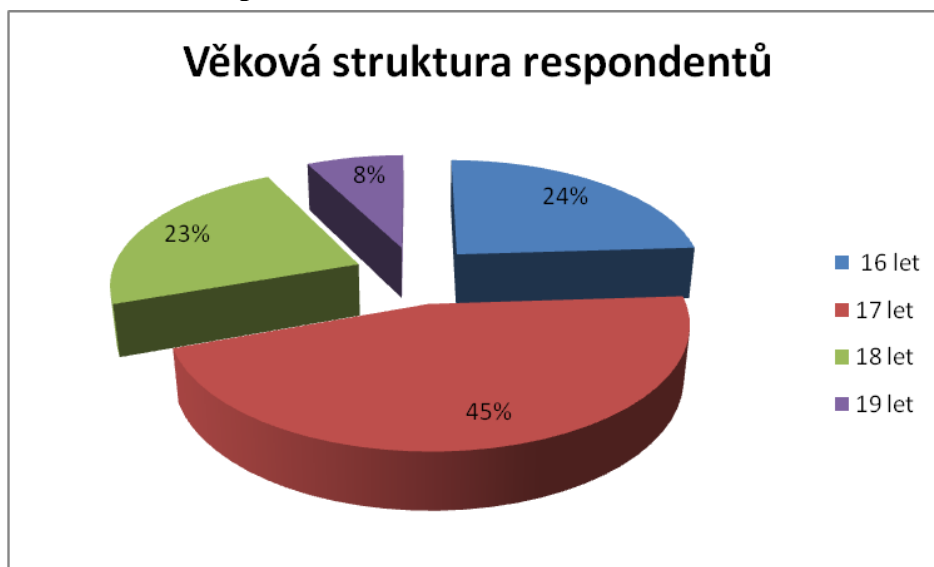


Tabulka č. 2: **Struktura respondentů dle pohlaví na jednotlivých typech škol**

Název školy	Počet dívek	Počet dívek v %	Počet chlapců	Počet chlapců v %	Celkem
SOŠ H. Týn	52	76,5	16	23,5	68
SOU H. Týn	0	0	62	100	62
VOŠ a OA Domažlice	49	83,1	10	16,1	59

Otázka č. 2: Tvůj věk?

Graf č. 2: **Věk respondentů**



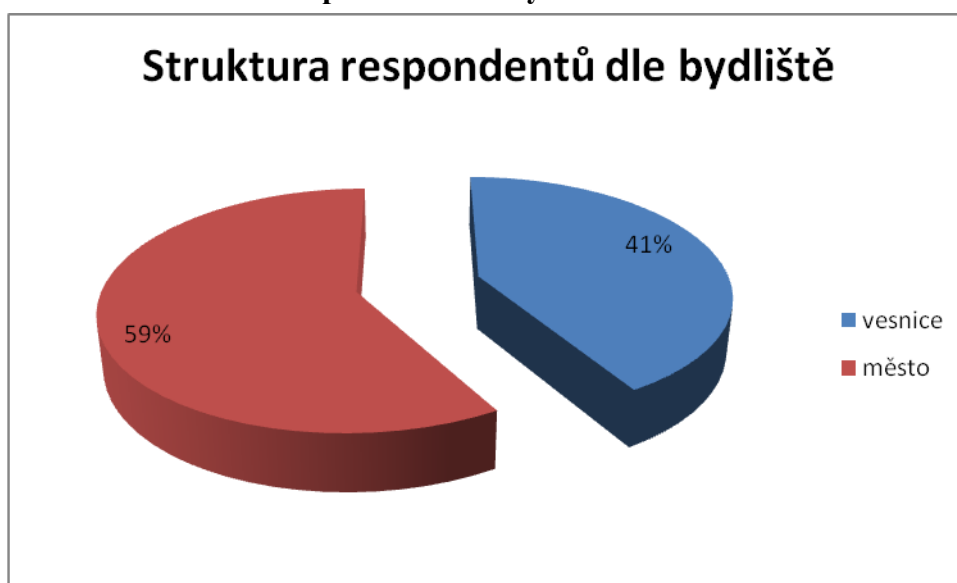
Tabulka č. 3: Věk respondentů

Věk	Počet respondentů	Počet respondentů v %
16 let	48	24
17 let	91	45
18 let	46	23
19 let	15	8

Z následující tabulky vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo celkem 200 studentů, z toho 48 mělo 16 let (24%), 91 (45,5%) 17 let, 46 (23%) 18 let a 15 (7,5%) 19 let.

Otázka č. 3: Kde žiješ?

Graf č. 3: Struktura respondentů dle bydliště



Jak je patrné z grafu č. 3 žije 59% (117 studentů) dotazovaných ve městě což je a 41% (83 studentů) na vesnici.

Otázka č. 4: S kým žiješ?

Tabulka č. 4: S kým respondenti žijí

S kým žiji:	Počet respondentů	Počet respondentů v %
S oběma rodiči	141	70,5
Pouze s matkou	38	19
Pouze s otcem	2	1
Žijí bez rodičů	19	9,5

Dle získaných údajů žije nejvíce respondentů v úplné rodině, a to 141 (70,5%), pouze s matkou 38 (19%) dotazovaných, pouze s otcem žijí 2 dotazovaní (1%). 19 studentů (9,5%) uvádí, že žijí bez rodičů, a to s přítelem (přítečkou) nebo kamarádem (kamarádkou).

Otázka č. 5: Pil(a) jsi někdy alkohol?

U této otázky zvolili všichni respondenti odpověď ANO, tedy 200 dotazovaných (100%).

Otázka č. 6: V jakém věku jsi poprvé pil alkohol?

Tabulka č. 5: Věk při první zkušenosti s alkoholem

Věk	Počet respondentů	Počet respondentů v %
10 let	10	5
11 let	6	3
12 let	20	10
13 let	43	21,5
14 let	72	36
15 let	46	23
16 let	3	1,5

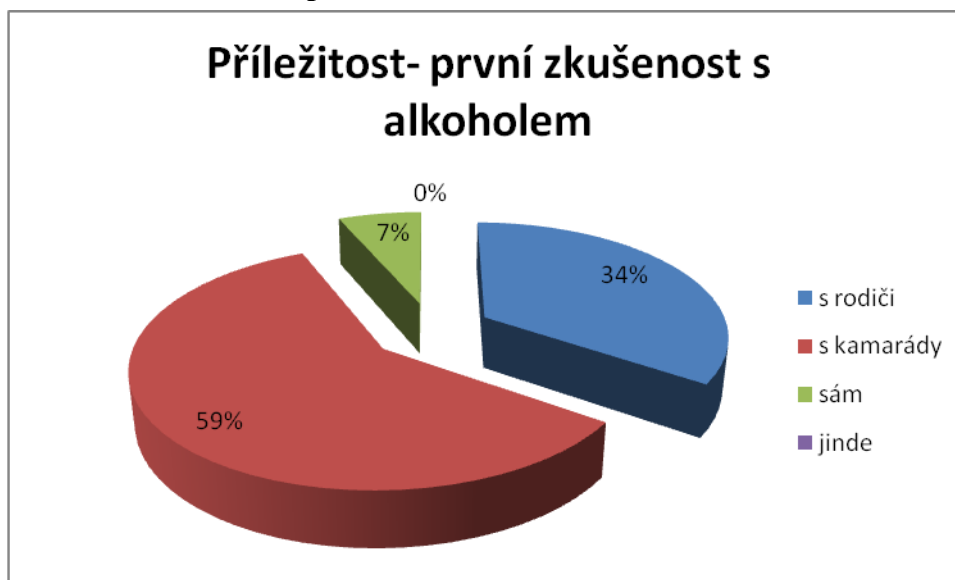
Nejvíce studentů má první zkušenost s konzumací alkoholu ve věku 14 let – 72 studentů (36%). Průměrný věk experimentu s alkoholem je 13,5 roku.

Otázka č. 7: Při jaké příležitosti jsi poprvé pil alkohol?

Tabulka č. 6: Příležitost – první zkušenost s alkoholem

Příležitost	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Rodinná oslava	69	34
S kamarády	118	59
Sám	13	7
jinde	0	0

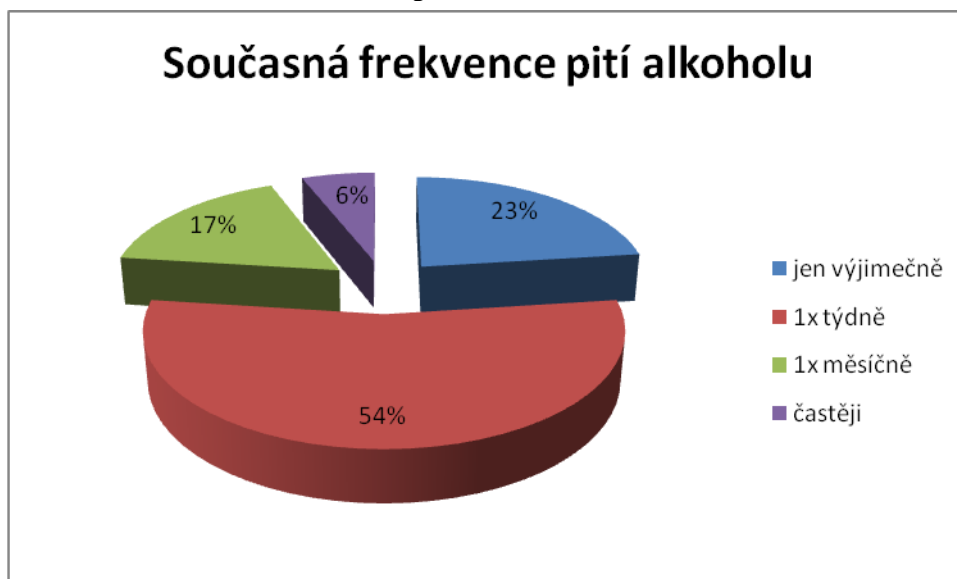
Graf č. 4: Příležitost – první zkušenost s alkoholem



Nejčastěji ochutnali respondenti alkohol poprvé se svými kamarády – 118 (59%), dále 69 (34%) zvolilo odpověď s rodiči a 13 (7%) odpověď sám. Odpověď jinde ne zvolil nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 8: Jak často piješ alkohol nyní?

Graf č. 5: Současná frekvence pití alkoholu



Tabulka č. 7: Současná frekvence pití alkoholu

Frekvence pití	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Jen výjimečně	46	23
1x týdně	108	54
1x měsíčně	34	17
Častěji	12	6

Jak vyplývá z předchozího grafu a tabulky nejvíce respondentů konzumuje alkohol 1x týdně – 108 respondentů (54%), 46 (23%) jen výjimečně a 34 (17%) 1x měsíčně. Častěji pije alkoholické nápoje 12 studentů (6%) – 7x týdně: 1 respondent, 4x týdně: 2 respondenti, 3x týdně: 2 respondenti, 2x týdně: 7 respondentů.

Tabulka č 8: Frekvence konzumace v souvislosti s bydlištěm respondentů

Frekvence pití	Počet respondentů vesnice	Počet respondentů vesnice v %	Počet respondentů město	Počet respondentů město v %
Výjimečně	17	20,5	29	24,5
1x týdně	44	53	64	54,5
1x měsíčně	16	19,5	18	15,5
Častěji	6	7	6	5,5
Celkem	83	100	117	100

Tabulka č. 9: Srovnání frekvence konzumace alkoholu dle bydliště respondentů

Frekvence pití	Počet respondentů vesnice v %	Počet respondentů město v %
Výjimečně	20,5	24,5
1x týdně	53	54,5
1x měsíčně	19,5	15,5
Častěji	7	5,5

Dle získaných výsledků lze říci, že počet studentů (v %) se téměř shoduje a místo bydliště tedy neovlivňuje frekvenci konzumace alkoholu.

Otázka č. 9: *Byl jsi někdy opilý?*

Tabulka č. 10: Zkušenost s opilostí

Zkušenost s opilostí	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ANO, mám	194	97%
NE, nemám	6	3%

Graf č. 6: Zkušenost s opilostí



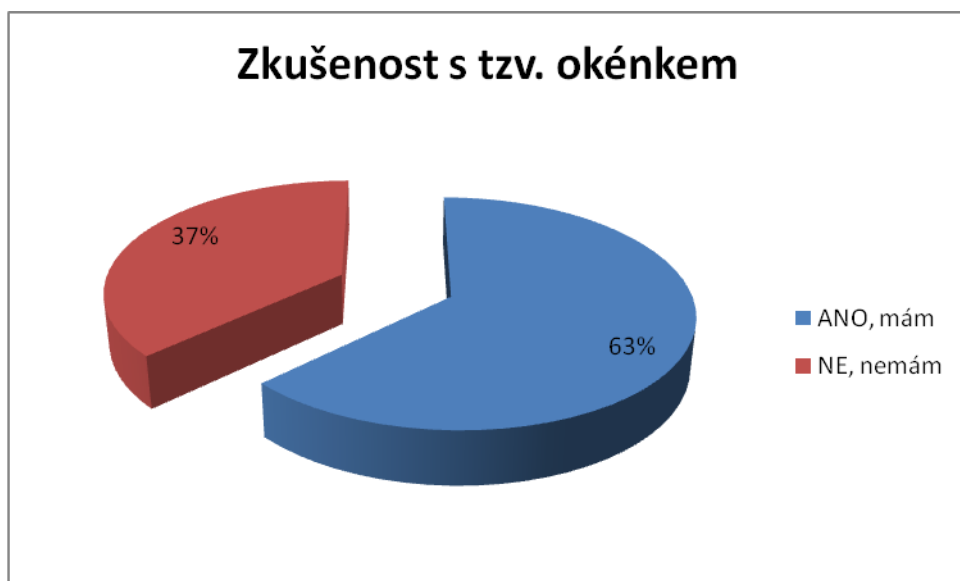
Se stavem opilosti má zkušenost 194 respondentů (97%). Pouze 6 dotazovaných (3%) se nikdy neopilo. Jedná se o čtyři dívky a dva chlapce.

Otázka č. 10: *Byl jsi někdy tak opilý, že si nic nepamatuješ?*

Tabulka č. 11: Zkušenost s tzv. okénkem

Zkušenost	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ANO, mám	126	63
NE, nemám	74	37

Graf č. 7: **Zkušenost s tzv. okénkem**



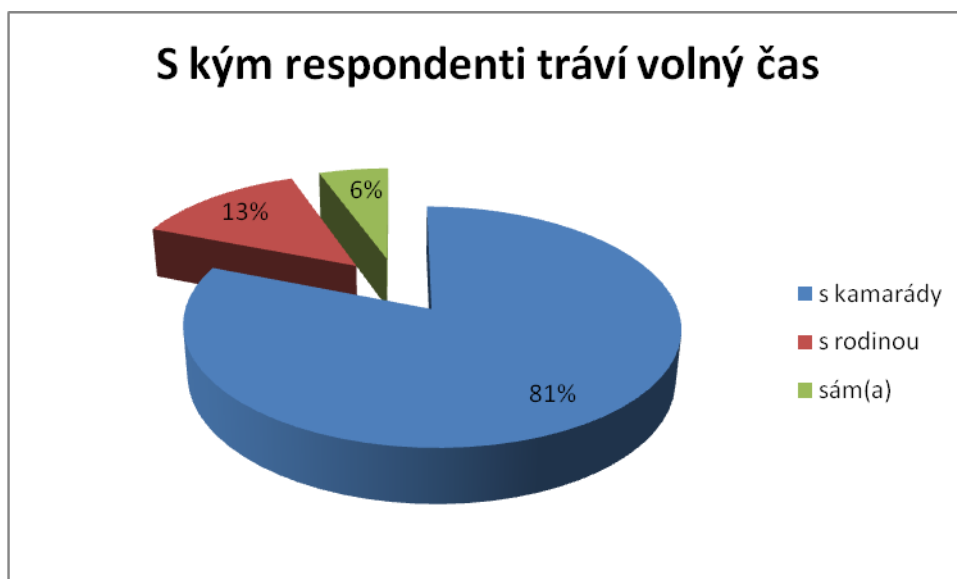
Odpověď ANO zvolilo 126 dotazovaných (63%), z toho 76 dívek (60,3%) a 50 chlapců (39,7%). Odpověď NE zvolilo 74 dotazovaných (37%).

Otázka č. 11: *Svůj volný čas trávím nejčastěji?*

Tabulka č. 12: **S kým respondenti nejčastěji tráví volný čas**

S kým tráví volný čas	Počet respondentů	Počet respondentů v %
S kamarády	162	81
S rodinou	27	13
Sám(a)	11	6

Graf č. 8: S kým respondenti tráví volný čas



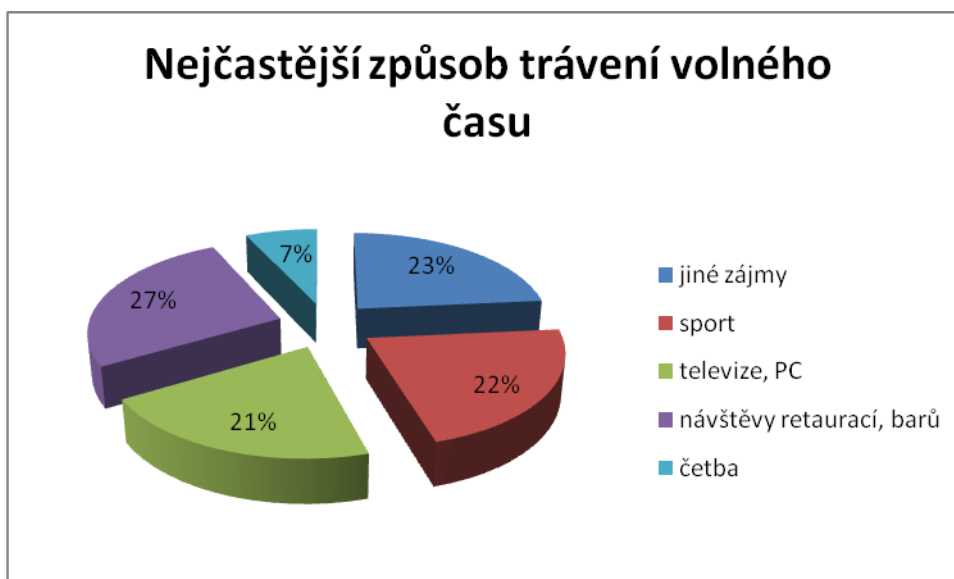
Z odpovědí získaných z dotazníků vyplývá, že většina respondentů – 162 (81%) tráví svůj volný čas se svými kamarády či přáteli. 27 dotazovaných (13%) se svojí rodinou a 11 dotazovaných jsou ve svém volném čase sami.

Otázka č. 12: Jak nejčastěji trávíš svůj volný čas?

Tabulka č. 13: Nejčastější způsob trávení volného času

Způsob trávení volného času	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Sledování TV, PC	42	21
Sport	44	22
Jiné zájmy	47	23
Návštěva restaurací, barů	53	27
Četba	14	7

Graf č. 9: Nejčastější způsob trávení volného času



Na základě zjištěných údajů lze konstatovat, že 53 respondentů (27%) tráví nejraději svůj volný čas návštěvou restaurací a barů, 47 (23%) má jiné zájmy. Jako jiné zájmy uvedli respondenti následující: jízda na koni – 9 respondentů, procházky s přáteli – 8 respondentů, myslivost – 7 respondentů, hra na hudební nástroje – 5 respondentů, poslech hudby - 5 respondentů, chovatelství – 4 respondenti, kynologie - 4 respondenti, rybaření – 3 respondenti, práce s dětmi - 2 respondenti. 44 (22%) z dotázaných ve svém volném čase rádo sportuje, 42 (21%) sleduje televizi nebo pracuje na PC. Pouze 14 (7%) respondentů rádo čte.

Otázka č. 13: Považuješ alkohol za škodlivý?

Tabulka č. 14: Názor respondentů na škodlivost alkoholu

Názor	Počet respondentů	Počet respondentů %
ANO, je škodlivý	149	74
NE, není škodlivý	51	26

Graf č. 10: **Názor respondentů na škodlivost alkoholu**



Ze zjištěných výsledků vyplývá, že 149 respondentů (74%) zastává názor, že je alkohol škodlivý, 51 respondentů (26%) nepovažuje alkohol za škodlivý.

7.4 Diskuse k výzkumným předpokladům

Cílem kvantitativního výzkumu a praktické části této práce je analýza současného problému týkající se konzumace alkoholu středoškolskou mládeží. Cílem je zmapovat rizikové chování v oblasti konzumace alkoholu, zjistit zkušenosti s konzumací alkoholických nápojů v souvislosti s trávením volného času.

Předpoklad č. 1:

Lze předpokládat, že většina respondentů má zkušenosti s konzumací alkoholu před 18. rokem věku.

Tento předpoklad ověřovali otázky číslo 5, 6. Otázka č. 5: Pil(a) jsi někdy alkohol?: Tato otázka měla zjistit, zda studenti mají vůbec nějakou zkušenost s konzumací alkoholu. Z odpovědí vyplývá, že všech 200 respondentů (100%) již alkohol pilo. Otázka č. 6: V jakém věku si poprvé alkohol ochutnal?: Zjištěné výsledky dokazují, že všichni dotazovaní pili alkohol před 18. rokem věku. Nejvíce respondentů přiznalo, že pilo alkohol poprvé ve 14 letech – 72 studentů (36%), 10 studentů (5%) již dokonce ve věku 10-ti letech. Byli to 4 chlapci a šest dívek. Naopak jen 3 studenti (1,5%) uvedli, že alkohol ochutnali v 16-ti letech, později již nikdo z dotazovaných.

Předpoklad č. 1 se potvrdil.

Předpoklad č. 2:

První zkušenost s užitím alkoholu vzniká v rodinném prostředí.

Tento předpoklad ověřovala otázka č. 7: Při jaké příležitosti jsi poprvé pil alkohol? Více než polovina respondentů – 118 studentů (59%) zvolila odpověď s kamarády, 69 studentů (34%) s rodiči nebo dospělými příbuznými při rodinné oslavě a 13 studentů (7%) odpovědělo, že alkohol poprvé pili sami.

Předpoklad č. 2 se nepotvrdil.

Předpoklad č. 3

Lze předpokládat, že nebudou existovat rozdíly ve frekvenci užívání alkoholu mezi mládeží žijící na venkově nebo ve městě.

Tento předpoklad ověřovaly otázky č. 3, 8. Otázka č. 3: Kde žiješ? Dle získaných odpovědí žije 117 respondentů ve městě a 83 na vesnici. Otázka č. 8: Jak často piješ alkohol nyní? Ze zjištěných údajů vyplývá, že nejvíce respondentů konzumuje alkohol 1x týdně – 108 respondentů (54%), 46 (23%) jen výjimečně a 34 (17%) 1x měsíčně. Častěji pije alkoholické nápoje 12 studentů (6%) – 7x týdně: 1 respondent, 4x týdně: 2 respondenti, 3x týdně: 2 respondenti, 2x týdně: 7 respondentů.

Na základě porovnání údajů v tabulce č. 8 a č. 9 lze říci, že bydliště respondentů neovlivňuje jejich frekvenci konzumace alkoholu.

Předpoklad č. 3 se potvrdil.

Předpoklad č. 4:

Lze předpokládat, že respondenti, kteří uvádějí aktivní formy trávení volného času, budou mít menší zkušenosti s konzumací alkoholu.

Tento předpoklad ověřovaly otázky č. 9, č. 10 a č. 12. Otázka č. 9: Byl jsi někdy opilý? Tuto zkušenost má dle získaných odpovědí 194 respondentů (97%). Otázka č. 10: Byl jsi někdy tak opilý, že si nic nepamatuješ? Zkušenost s tzv. okénkem má 126 respondentů (63%). 74 respondentů (37%) odpovědělo, že tuto zkušenost nemá.

Otázka č. 12: Jak nejčastěji trávíš svůj volný čas? Pro ověření tohoto předpokladu, považujeme v této práci jako aktivní formy trávení volného času: sport – 44 respondentů (22%), četbu 14 respondentů (7%) a jiné zájmy 47 respondentů (23%). Aktivně tedy tráví svůj volný čas 105 respondentů. Z tohoto počtu respondentů má zkušenost s tzv. okénkem 65 (62%) z nich. Z těchto výsledků je patrné, že míra zkušeností s konzumací alkoholu není ovlivněna aktivním trávením volného času.

Studenti, kteří tráví čas aktivně (105 studentů), ale pijí alkohol méně často – 56 (53%) z nich 1x týdně, 34 (33%) 1x měsíčně, 14 (14%) výjimečně. Můžeme tedy říci, že aktivní trávení volného času má vliv na frekvenci konzumace alkoholu, ale neovlivňuje zkušenosti s pitím alkoholických nápojů.

Předpoklad č. 4 se nepotvrdil.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit zkušenosti středoškoláků s alkoholem. V teoretické části byly na základě studia odborné literatury objasněny základní pojmy, charakteristika alkoholu, alkoholové závislosti, charakteristika pojmu mládež. Popisuje také problematiku konzumace alkoholu dětmi a mládeží. Pro dané téma existuje dostatečné množství odborné literatury, zejména bych chtěla zdůraznit přínos Dr. Karla Nešpora, který je autorem množství knih týkajících se této problematiky.

V praktické části bylo využito kvantitativní metody dotazníku. Výzkumu se zúčastnilo 200 studentů ze tří škol – SOŠ, SOU, VOŠ a OA, ve věkové kategorii 16 – 19 let. Ze získaných informací lze říci, že dnešní mládež má značné zkušenosti s konzumací alkoholu. První zkušenosti získávají děti dle mého zjištění nejčastěji mezi 13. a 14. rokem věku, a to se svými kamarády. Průměrným věkem zahájení s experimentováním s alkoholem se zabýval ve svém výzkumu také Mgr. Procházka Ph.D. Dle jeho výsledků mají děti tuto zkušenost již v průměrném věku 11,5 let (Procházka, 2012). Rozdíl v získaných výsledcích může být dán rozdílností výzkumného vzorku.

Zkušenost s opilostí má téměř většina z dotázaných a konzumují alkohol nejčastěji 1x týdně. I přes preventivní programy, které na školách probíhají, si 26% studentů myslí, že alkohol není škodlivý. Dále ze zjištěných výsledků vyplývá, že místo bydliště (vesnice, město) není rozhodující. Také trávení volného času neovlivňuje zkušenosti s konzumací alkoholu, pouze frekvenci pití alkoholických nápojů. Potvrdilo se, že i přes zákonem stanovenou hranici pro konzumaci alkoholu od 18 let, získává dnešní mládež zkušenosti s touto návykovou látkou mnohem dříve a pití alkoholických nápojů je součástí jejich životního stylu.

Některé informace získané výzkumem lze považovat za zajímavé, ale zároveň i varovné a mohou být využity preventivními pracovníky, výchovnými poradci či pedagogy jako doplňující materiál pro preventivní programy.

SEZNAM LITERATURY:

BEČKOVÁ, I.; VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. 112 s. ISBN 80-7184-864-6

FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. 201 s.
ISBN 978-80-247-2781-3

HELLER, J.; PECINOVSKÁ O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. 168 s.
ISBN 80-7169-277-8

HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. Praha: Grada, 1998. 184 s. ISBN 80-7169-624-2

JANÍK, A.; DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. 344s.
ISBN 80-201-0087-3

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6

KRAUS, B.; POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk – prostředí – výchova*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2

KRAUS, B. et al. *Středoškolská mládež a její svět na přelomu století*. Brno: Paido, 2006. 156 s. ISBN 80-7315-125-1

KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM, 2001. 179 s. ISBN 80-214-1844-3

KVAPILÍK, J.; SVOBODA, A. *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum, 1985. 237 s.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. 344 s.
ISBN 80-7169-195-X

NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, 1995. 160 s.

NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6

NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. Brno: Host, 2006. 240 s. ISBN 80-7294-206-9

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2011. 173 s.
ISBN 978-80-7367-908-8

PÁVKOVÁ, J. a kol. *Pedagogika volného času*. Praha: Portál, 2002. 221 s.
ISBN 80-7178-711-6

PRESL, J. *Drogová závislost Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-858000-25-X

- PROCHÁZKA, M. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada, 2012. 208s.
ISBN 978-80-247-3470-5
- PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. 936 s.
ISBN 978-80-7367-546-2
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8
- ŘEHAN, V. *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 130s.
ISBN 978-80-244-1745-5
- SAK, P. *Proměny české mládeže*. Praha: Petrklíč, 2000. 291 s. ISBN 80-7229-042-8
- SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987. 208 s.
- SKÁLA, J. *Až na dno!?* Praha: Avicenum, 1988. 139 s.
- SKUTIL, M. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7
- ŠEDIVÝ, V.; VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko, 1988. 160 s.
- ŠTABLOVÁ, R. a kol. *Návykové látky a kriminalita*. Praha: Policejní akademie ČR, 1995. 186 s. ISBN 80-85981-07-6
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. 444s.
ISBN 80-7178-214-9
- ZÁŠKODNÁ, H. *Psychopatologie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 72 s.
ISBN 80-7368-117-X
- ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997. 206 s.
ISBN 80-7184-203- 666-X

Seznam internetových zdrojů:

- Mlčoch, Z. *Spotřeba alkoholu v ČR dlouhodobě stoupá*. [online] [cit. 2012 – 21 - 01]
Dostupné na www:
http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/spotreba_alkoholu_v_cr_dlouhodobe_stoupa.html

Vondráčková, P. *Vzorce užívání alkoholu u dětí a adolescentů*. [online] [cit. 2012 – 29 - 02] Dostupné na www: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1980/Vzorce-uzivani-alkoholu-u-deti-a-adolescentu>

Zákon č. 379/2005 sb. [online] [cit. 2012 – 29 - 02] Dostupné na www: http://www.mpostrava.cz/Fotogalerie/201072012269501_Z_2005_379.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník

Dotazník:

Vážení respondenti,

Studuji obor Sociální pedagogika na pedagogické fakultě v Českých Budějovicích a zpracovávám bakalářskou práci, ve které mapuji zkušenosti studentů s alkoholem. Žádám Vás o vyplnění dotazníku. Výsledky šetření jsou zcela anonymní a budou využity jen pro účely této práce. Vyplňujte prosím pečlivě a uvádějte přesné a pravdivé údaje.

Děkuji za spolupráci.

Martina Řebounová

1. Jsi: a) chlapec
b) dívka

2. Věk.....let

3. Kde žiješ?

- a) na vesnici
b) ve městě

4. S kým žiješ?

- a) s oběma rodiči
b) pouze s matkou
c) pouze s otcem
d) žiji bez rodičů (s přítelkyní/přítelem, kamarádem/kamarádkou)

5. Pil(a) jsi někdy alkohol ?

ANO - NE

Pokud si zvolil odpověď NE, přejdi k otázce č.9.

6. V jakém věku jsi poprvé alkohol pil(a)?

.....

7. Při jaké příležitosti jsi poprvé pil(a) alkohol?

- a) s rodiči nebo dospělými příbuznými
b) s kamarády
c) sám
d) s někým jiným

8. Jak často piješ alkohol nyní?

- a) jen výjimečně
b) 1x měsíčně

- c) 1x týdně
- d) častěji než 1x týdně, uveď jak často

9. Byl(a) jsi někdy opilý(á)?

ANO - NE

Pokud si zvolil(a) odpověď NE, přejdi k otázce č. 9.

10. Byl(a) jsi někdy opilý tak, že si nic nepamatuješ?

ANO - NE

11. Svůj volný čas trávím nejčastěji:

- a) s kamarády, přáteli
- b) s rodinou
- c) sám

12. Jak nejčastěji trávíš svůj volný čas?

- a) sledováním televize, u počítače
- b) četba
- c) sport
- d) jiné zájmy.....
- e) návštěvami restaurací, barů, diskoték

13. Považuješ alkohol za škodlivý?

ANO - NE