

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Lucie Hradilová

ALKOHOL A JEHO ROLE V ŽIVOTĚ MLÁDEŽE

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Iveta Tichá

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Alkohol a jeho role v životě mládeže“ vypracovala samostatně a pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a použití pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Prostějově, 18. 4. 2013

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. et Mgr. Ivetě Tiché za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup při zpracování mé diplomové práce. Také bych ráda poděkovala své rodině a přátelům za podporu během studia.

.....

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....	7
1.1 Charakteristika období dospívání.....	7
1.2 Dělení období dospívání.....	8
1.3 Cíle a úlohy dospívání.....	10
1.4 Vývojové změny v období dospívání	11
1.5 Vytváření pocitu identity v období dospívání.....	13
1.6 Dospívající a oblast vztahů.....	14
2 ALKOHOL.....	18
2.1 Historie alkoholu.....	18
2.2 Charakteristika alkoholu.....	19
2.3 Závislost na alkoholu.....	20
2.3.1 Teorie vzniku závislosti na alkoholu.....	20
2.3.2 Typy konzumentů.....	24
2.3.3 Vývojová stádia alkoholismu.....	25
2.4 Následky vzniklé v důsledku nadměrné konzumace alkoholu.....	27
2.4.1 Psychické následky	27
2.4.2 Fyzické následky.....	28
2.4.3 Sociální následky.....	31
2.5 Léčba závislosti na alkoholu	32
2.5.1 Formy léčby.....	33
2.5.2 Socioterapeutické postupy.....	36
2.5.3 Abstinence a recidiva.....	38
3 MLÁDEŽ A ALKOHOL.....	41
3.1 Specifika působení návykových látek na dospívajícího jedince.....	41
3.2 Faktory zvyšující riziko problémů s alkoholem.....	42
3.3 Znamky nadměrného užívání alkoholu u mládeže.....	44
3.4 Alkohol u mládeže.....	46
4 PREVENCE A OPATŘENÍ PŘED ZÁVISLOSTMI U DĚTÍ A MLADISTVÝCH.....	48
4.1 Typy prevence.....	48
4.2 Primární prevence a její podoba ve škole	48
4.3 Prevence v rámci rodiny.....	50
4.4 Deklarace Mládež a alkohol.....	51
4.5 Zákonná opatření	52
PRAKTICKÁ ČÁST.....	56
5 CÍL VÝZKUMU.....	56
5.1 Výzkumné otázky.....	56
6 VÝZKUMNÁ METODA.....	57
6.1 Výzkumný vzorek a realizace výzkumu.....	57
7 ANALÝZY DAT A JEJICH INTERPRETACE.....	59
7.1 Základní údaje o respondentech.....	59
7.2 Otázka zaměřená na požití alkoholu.....	61
7.3 Otázky zaměřené na problematiku alkoholu a zkušenosti s ním spojené.....	62
7.4 Otázky zaměřené na názory na věci spojené s alkoholem.....	70
7.5 Otázky zaměřené na alkohol v rodinném prostředí	76
7.6 Otázka zaměřená na představu světa bez alkoholu.....	80
8 DISKUZE.....	82

ZÁVĚR	86
SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ.....	88
PŘÍLOHA	92

ÚVOD

O alkoholu se říká, že je metlou lidstva. V dřívějších dobách byl tento mok považován za lék a lidé k němu chovali úctu. Současnou společností je na něj nazíráno z mnoha úhlů pohledu – na jedné straně je alkohol ve svých tisících variacích považován za nedílnou součást společenského života, jeho vlastnostmi se zabývají seriózní vědecké kruhy, hodnocení jeho kvalit náleží prestižním sommelierům, s konzumací konkrétních druhů a značek alkoholu je spojeno množství známých tváří, na reklamu a propagaci jednotlivých značek alkoholických nápojů jsou vynakládány astronomické částky. Z druhé strany pomyslné barikády znějí hlasy o jeho škodlivosti, tu a tam slyšíme o alkoholem způsobených autonehodách a odstrašující následky jeho konzumace jsou často hluboko vryty do strhaných tváří a nemocných duší lidí okolo nás, ať už se jedná o vyvrhele společnosti nebo mediálně známé osobnosti. Určitá schizofrenie chápání role alkoholu potvrzuje nepříliš populární, avšak prozaický fakt. Alkohol je legitimní, snadno dostupnou a společensky akceptovanou drogou, která stojí za mnoha problémy v mnoha oblastech lidského života. Smutným faktem je, že tato droga je všudypřítomná a k její konzumaci existuje mnoho příležitostí a pohnutek. Jen málo jedinců odolá svodům a neokusí. Neexistuje žádná pevná bariéra, která by moderní společnost ochránila před alkoholem. Jediná ochrana je v člověku samotném, v jeho osobnosti, povědomí a v jeho sebekázni. Je důležité znát realitu, rizika a umět odmítnout. Musíme být schopni přijmout odpovědnost za naše chování, za naše činy a snažit se o minimalizaci škod, které může alkohol nám i našemu okolí napáchat.

Téma Diplomové práce *Alkohol a jeho role v životě mládeže* jsem si zvolila zejména proto, že vnímám alkohol jako nežádoucí věc, která může podstatně ovlivnit život jakéhokoliv člověka, natož mladého, jež stojí na pomyslném prahu dospělosti, a který si, stojíce na tomto významném mezníku života, volí svou budoucí cestu. Její začátek a následný průběh může být zásadně ovlivněn právě prostřednictvím alkoholu.

Alkohol je mládeží vnímán jako určitý fenomén, tedy něco, co v sobě nese špetku tajemného, kouzelného, dosud neokuseného či nedovoleného. Je to touha po experimentu, útěku od reality, přiblížení se dospělosti. Samozřejmě nelze tvrdit, že by si mladí lidé nebyli vědomi škod, které může alkohol způsobit – osvěta a informovanost společnosti je jistě dostatečná, nicméně i zde platí pravidlo, že svodům se snadno podléhá, ale hůře odolává.

Období dospívání je cestou z dětství do dospělosti, která je přehrazena mnohými

překážkami. Jednou z nich je právě alkohol, se kterým se mnoho mladých poprvé setká právě v tomto věku. Je nadmíru nezbytné, aby se v současné společnosti změnil náhled na konzumaci alkoholu a především je důležité, aby pozitivní vzory byly získány a upevňovány v rámci rodinného prostředí, kde mnohdy vznikají první problémy.

Tato práce je zaměřena na studenty středních škol a prostřednictvím výzkumného šetření se snaží zjistit, jaké zkušenosti má dospívající mládež s alkoholem, z jakého důvodu jej konzumuje a jaký k němu celkově zaujímá postoj.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je členěna na čtyři kapitoly, které se zabývají obdobím dospívání, alkoholem, vztahu mládeže k alkoholu a prevencí a opatření proti závislosti dětí a mládeže. Praktická část je věnována výzkumnému šetření, které bylo realizováno prostřednictvím dotazníků, jejich vyhodnocení a následně zodpovězení výzkumných otázek, které byly na začátku výzkumného šetření stanoveny.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

1.1 Charakteristika období dospívání

Období dospívání je důležitá etapa v životě každého člověka. V průběhu této etapy si každý mladý člověk uvědomuje, kolik toho má ještě před sebou, ale zároveň se musí vyrovnat s faktem, že mu skončilo bezstarostné dětství. Dospívající jedinci se v tomto věku snaží nalézt odpovědi na otázky týkající se sebevymezení, sebehodnocení a smyslu života (Macek 2003, Novotná 2004).

Je to období zahrnující jednu dekádu života od 10 do 20 let, kdy se dospívající člověk vymaňuje z řad dětí, snaží se dohnat dospělé a chce jim být roven alespoň v některých oblastech života. V oblasti sociální, psychické a somatické dochází k mnohým změnám. Dalo by se říci, že se proměňuje celá osobnost jedince (Vágnerová, 2008).

Langmeier, Krejčířová (2006, 142 s.) uvádí: „*Období dospívání je životní úsek ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání (zejména objevením se prvních sekundárních pohlavních znaků) a více nebo méně vyznačenou akcelerací růstu, na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti (plné reprodukční schopnosti) a dokončením tělesného růstu.*“

Macek (2003) hovoří o adolescenci (česky dospívání) jako o období života, jehož počátek souvisí s plnou reprodukční zralostí a s dokončováním tělesného růstu. Období dospívání je ukončeno osobní autonomií, rolí dospělého a ukončení vzdělání a získání profesní kvalifikace.

Hartl, Hartlová (2000) vymezují dospívání jako období ontogenetického vývoje, kdy vrcholí procesy zrání sexuálního, emocionálního a sociálního, zpravidla od 12-14 let do 22-24 let.

Adolescence dle Psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2000) je období mezi pubescencí a ranou dospělostí, kdy dochází k nástupu sekundárních pohlavních znaků, k dosažení pohlavní zralosti, dozrávání rozumových schopností a k dotváření integrity osobnosti. Adolescence se vyskytuje u dívek mezi 12-18 rokem a u chlapců mezi 14-20

rokem.

Dále se obdobím dospívání zajímá např. J. Švancara, který hovoří o procesu adaptace v oblasti sexuální, sociální, ideové a profesionální. G. S. Hall, který je považován za zakladatele psychologie adolescence, charakterizuje toto období termínem Sturm und Drang (období bouře a konfliktů) a Gessell považuje adolescenci za klíčové období, jehož ústředním úkolem je najít sebe sama (Novotná, 2004).

1.2 Dělení období dospívání

Aristoteles navrhl periodizaci člověka, která vycházela ze sedmiletých cyklů. Období adolescence by odpovídala třetí perioda, která je vymezena jako období mezi 14 a 21 rokem. Tato etapa byla pojímána jako svébytné období života, ve kterém má člověk ukončit svůj tělesný a pohlavní vývoj, formovat svůj charakter, myšlení a rozum.

O adolescenci jako o svébytném období hovoří jako první J. J. Rosseau, který vývoj člověka rozdělil do 5 stádií. Období adolescence vymezuje 15-20 rokem a charakterizuje ji jako dobu emocionálního dozrání a přesunu od sobeckosti k zájmu o druhé (Macek 2003).

V současnosti období dospívání řada psychologů dělí rozličně. Americká psycholožka Hurlocková (in Novotná, 2004, 55 s.) vymezuje fáze adolescence následovně:

1. *preadolescence* 10-12 let,
2. *raná adolescence* 13-16 let,
3. *pozdní adolescence* 17-21 let.

Labáth (2001) uvádí, že dospívání se dělí na období puberty a adolescence. Puberta nastupuje mezi 10-12 rokem a končí mezi 15-16 rokem. Na pubertu navazuje období adolescence, které začíná mezi 16-17 rokem a končí kolem roku 21. Kožnara (in Labáth 2001, 14 s.) uvádí: „*Tato věková hranice je pro mnoho jedinců velmi nízká, protože skutečnou osobnostní a sociální zralost (nejen intelektovou a tělesnou) dosahuje většina lidí až podstatně později. Je spojena s určitými zkušenostmi, které člověk získává při spolužití se sexuálním partnerem, zakládáním vlastní rodiny, prožíváním zodpovědnosti za druhé, formováním profesionální identity apod.*“

Macek (2003) adolescenci vymezuje celé období mezi dětstvím a dospělostí.

Je to životní etapa, která je vnitřně diferencovaná, členěná na 3 fáze:

1. časná adolescence 10 (11)-13 let,
2. střední adolescence 14-16 let,
3. pozdní adolescence 17-20 let.

Časná adolescence je charakteristická pubertálními změnami, je zahájeno pohlavní dozrávání, které je v této fázi většinou i ukončeno a dochází k nárůstu zájmu o opačné pohlaví. Fáze střední adolescence doprovází snaha dospívajícího člověka najít svůj „životní styl“, ve kterém se bude odlišovat od ostatních, hledají osobní identitu. V pozdní adolescenci většina dospívajících ukončuje vzdělávání a snaží se o nalezení pracovního uplatnění. Vystávají otázky o budoucnosti a to jak v profesní tak i v partnerské oblasti.

Vágnerová (2008) dělí období dospívání na dvě fáze:

1. fáze rané adolescence 11-15 let,
2. fáze pozdní adolescence 15-20 let.

Raná adolescence, označována jako pubescence, zahrnuje pět let v období dospívání v němž je nejvýraznější změnou změna tělesná. Tělesné dospívání je spojeno s pohlavním dozráváním přičemž se mění zevnějšek dospívajícího jedince a stává se tak podnětem ke změně sebepojetí a reakcí okolí. V důsledku působení hormonů dochází ke změnám emocí, ke změnám jejich prožívání, které mohou aktuálně ovlivňovat jedince a upoutávat na něj pozornost. Ve fázi rané adolescence dochází také ke změnám v oblasti životního stylu, kdy se jedince začíná osamostatňovat a odklání se od rodiče jako od jediného vzoru a dostává se do popředí zájmu přátelství a první lásky. Tato fáze je ukončena sociálním mezníkem, kterým je ukončení povinné školní docházky a diferenciací dalšího profesního směřování.

Fáze pozdní adolescence počíná 15 rokem, ale tento počátek pozdní adolescence je individuálně variabilní. Biologickým vstupem do tohoto období je pohlavní dozrávání, kdy také u jedince dochází k prvnímu pohlavnímu styku. V sociální oblasti mění jedinec své sociální postavení, ukončuje profesní přípravu, nastupuje do prvního zaměstnání nebo zahajuje studium na vysoké škole. Stává se ekonomicky stále méně závislým na své rodině, se kterou se ale současně stabilizuje vztahy. Adolescent v pozdní fázi dosahuje věku 18-ti let, tedy plnoletosti, kdy člověk dle práva získává svobodu pro své rozhodování, může tedy např. uzavřít manželství, ale je současně také plně zodpovědný za své činy a jednání. Dospívající jedinec se snaží v druhé fázi dospívání o sebenalezení, o rozvoj vlastní identity. Jedinec se aktivně snaží o různé změny, které prosazuje a snaží se měnit svůj život. V této fázi je

jedinci poskytnut čas, aby se sám rozhodl, vymezil a zvolil si to, čeho chce v budoucnosti dosáhnout, jaký a čím chce být.

1.3 Cíle a úlohy dospívání

Období dospívání je doprovázeno určitými úkoly a cíly, které musí dospívající řešit. Kuric (in Kuric, 1992) hlavní úlohu adolescenta vidí v přípravě, dle jeho schopností, na životní profesi a dozrát v samostatnou a vyspělou lidskou osobnost.

Havighurst (in Novotná, 2004, 57 s.): „*Hlavními vývojovými úkoly adolescence jsou:*

- *přijetí vlastní fyzické struktury a role svého pohlaví,*
- *vytvoření nových vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví,*
- *emocionální nezávislost na rodičích a ostatních dospělých,*
- *získání jistoty o ekonomické nezávislosti,*
- *výběr povolání a příprava na ně,*
- *příprava na manželství a rodinný život.“*

Dle Kožnara (in Labáth, 2001) by měl dospívající v procesu svého vývinu:

1. Postupně rozvíjet svoji citovou, postojoyou, hodnotovou a názorovou nezávislost, přiměřeně se emancipovat ve vztahu k rodině, vytvářet si nový vztah k autoritám.
2. Vytvářet a strukturovat vztah k vrstevníkům, rozvíjet nové interpersonální vztahy a orientovat se v nich.
3. Integrovat eroticko-sexuální život do osobnosti jako celku, vyrovnávat se se silnou erotickou-sexuální potřebou tak, jak se vyvíjí eroticko-sexuální citění.
4. Rozvíjet své životní cíle, přijímat určité životní hodnoty a tvořit si své vlastní názory.
5. Rozvíjet pocit identity, vymezit to, čím jsem, jaký jsem, vytvořit si reálný obraz sebe sama a vnitřně ho přijmout.
6. Připravit se na přebrání plné zodpovědnosti za svůj život.

Cílem dospívání je tedy vyvržení v samostatného, nezávislého, zodpovědného člověka, který je připraven plnit úlohy, které vyplývají ze založení vlastní rodiny a úlohy vyplývající z profesionálního života. Vyspělého jedince, který je schopný vytvářet a dodržovat

interpersonální vztahy, které jej citově uspokojí a naplní. Člověk je schopen vnímat sám sebe reálně a celkově má smysl pro realitu, což je jedním ze základním kamenů dospělosti (Labáth, 2001).

1.4 Vývojové změny v období dospívání

Vývojové změny v období dospívání jsou výraznými změnami ve sféře života a pro většinu dospívajících tyto změny přinášejí vzrušení a očekávání. Mohou být přijaty jako výzvy, pro něco nového, měnícího se, ale mohou být také vnímány jako stresující události, které člověk považuje za komplikace (Macek, 2003, West, 2002).

Tělesné, pubertální změny

Období dospívání je důležitým biologickým mezníkem. V tomto období dochází k výraznému tělesnému růstu, kdy je jedinec schopen plné reprodukce. Tělesné dospívání se vyznačuje růstem postavy, proměnou proporcí, sekundárními pohlavními znaky, funkcí pohlavních orgánů, sexuálními prožitky a dalšími znaky. Tělesná proměna je prožívána subjektivně, samotným dospívajícím jedince, který tuto změnu může přijímat jak pozitivně tak i negativně. Záleží to na psychické vyspělosti jedince, ale také na sociálním prostředí, které vnímá a reaguje na tělesnou změnu dospívajícího jedince, přičemž tyto reakce mohou být jak kladné, tak i záporné (Vágnerová, 2008).

Tělesný vzhled je v období dospívání velice důležitým, je předmětem pozornosti. Tělesné vlastnosti a vzhled jsou předmětem porovnávání s ostatními vrstevníky. Adolescenti mají potřebu intimních osobních kontaktů a potřebu heterosexuálního vztahu. V průběhu období dospívání vznikají první sexuální zážitky a zkušenosti (Novotná, 2004).

Pubertální změny v období dospívání Marshal, Tanner (in Macek, 2003) vymezili do 5 vývojových stádií u dívek a chlapců.

- Dívky:
1. stádium – nejsou žádné viditelné pohlavní znaky,
 2. stádium – dochází ke zvětšování prsní tkáně pod bradavkou a okolo genitálu je patrné pubické ochlupení,
 3. stádium – objevuje se vnější kontura prsou,
 4. stádium – zřejmá jak vnější tak i vnitřní kontura prsu, ochlupení genitálu již

dospělého typu, avšak zabírající menší oblast,

5. stádium – plný vývoj sekundárních pohlavních znaků.

Menstruační cyklus se u dívek objevuje v průběhu 3 a 4 stádia.

- Chlapci:
1. stádium – infantilní vývoj penisu i šourku, bez ochlupení,
 2. stádium – dochází ke zvětšování penisu i šourku, kůže se pigmentuje a objevují se první náznaky ochlupení,
 3. stádium – penis se zvětšuje spíše do délky než do šířky, axilární ochlupení (ochlupení v podpaží),
 4. stádium – penis se zvětšuje jak do délky tak i do šířky, vyvíjí se žalud, ochlupení je již dospělého typu, ale méně rozsáhlé,
 5. stádium – vnější pohlavní orgány plně vyvinuty, výskyt středového ochlupení, růst vousů a změna hlasu.

Kognitivní změny

Vývoj inteligence probíhá po celé období dospívání a ani na počátku dospělosti se nedá říci, že je vývoj ukončen u všech jedinců. Těm, kteří pracují v intelektově náročném prostředí, narůstá inteligence, i když již pomaleji než tomu bylo v období dospívání. Přesto však můžeme říci, že člověk v období dospívání je na vrcholu své inteligence. V dospívání člověk dosahuje vyššího stupně logického myšlení umožňujícího přesah konkrétní reality. Piaget nazval toto období stádium formálních logických operací (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Keating (in Vágnerová, 2008) uvádí **typické znaky pro myšlení dospívajících:**

1. Dospívající připouští variabilitu různých možností – formálně logické operace umožňují posuzovat problém z více možných hledisek.
2. Dospívající dovede uvažovat systematictěji – stanovení více hypotéz, které jsou posléze vyloučeny nebo potvrzeny na základě zjištěných údajů.
3. Dospívající dovede experimentovat s vlastními úvahami – flexibilita myšlení je rozvíjena kombinovatelností a spojování úvah.

V dospívání dochází ke změně v krátkodobé a dlouhodobé paměti. V souvislosti se získanými životními zkušenostmi dochází ke zvýšení kvantity informací uložených v dlouhodobé paměti. Navyšuje se schopnost uvažování o aktuálních možnostech a variantách řešení jednotlivých problémů. Dospívající jedinci jsou stále více schopni uvažovat jako

dospělí, na významu nabývá jejich zkušenosti, prožitky a vztahy a zároveň roste jejich potřeba být efektivní, stabilní a oceňovaný (Macek, 2003).

Změny v emocionální oblasti

Emoce v období dospívání jsou velice intenzivní a „živé“. Dochází k nárustu druhů a odstínů emocí a citů. Citové prožívání se projevuje kolísavostí nálad, větší labilitou, dráždivostí, tendenci reagovat přecitlivěle i na běžné podněty a nárůstem emočního zmatku. Výkyvy nálad, které se dostávají jsou často překvapující i pro samotné dospívající, kteří si nejsou schopni vysvětlit jejich příčinu. Citům a emocím, které v tomto období prožívají věnují jedinci velkou pozornost, rozebírají je a přemýšlí o nich. Dochází k tomu, že jsou méně otevření, neradi o svých pocitech a emocích mluví a často ani sami neví, co si o těchto prožitcích mají myslet. Ke konci adolescence dochází k hormonálnímu vyrovnání a k adaptaci organismu na pohlavní dospělost, v jehož důsledku dochází ke stabilizaci v oblasti emocí a prožívání (Vágnerová, 2008).

1.5 Vytváření pocitu identity v období dospívání

Vytváření identity je proces, který probíhá nepřetržitě již od dětství. V průběhu vývoje identity si jedince upevňuje ty způsoby jednání, které byly úspěšné a posílily jeho sebehodnocení a upouští od těch, které nebyly úspěšné. Tím postupně získává vlastní identitu. Na vytváření pocitu identity se podílí nejen sociální situace, ale i genotyp a prostředí, které na jedince působí od samého počátku (Čížková, 2003).

Hledání identity v období dospívání je spojováno s experimenty, které provádí dospívající člověk za účelem naleznout identitu sebe samého. Prostřednictvím experimentů si adolescent vyzkouší řadu druhů chování a rolí a osvojí si takové, které by chtěl uplatňovat i v dospělosti (Fontana, 2010).

Z vývojového hlediska se jedná o **proces individuace osobnosti adolescentů**. R. Josselsonová (in Macek, 2003) popisuje tento proces ve čtyřech etapách:

1. **Psychologická diferenciac** – probíhá v časně adolescenci, kdy si jedince začíná uvědomovat odlišnost své osobnosti a to nejen od rodičů, ale i do vrstevníků. Odklání se od autority rodiče, jako od neomylného a jednoznačně kladného vzoru.

2. **Fáze zkoušení a experimentování** – tato fáze je charakteristická tím, že dospívající se snaží získat nezávislost na rodičích, myslí si, že sami ví, co je pro ně nejlepší. Zaměřují se především na současnost a na blízkou budoucnost, plánování vlastní budoucnosti pro ně není v tomto období důležité.

3. **Období navazování přátelství** – v tomto období se navazují vztahy blízkého přátelství a sexuální vztahy. Obnovuje se „přátelství“ s rodiči, kdy jejich názory a postoje jsou přijímány na základě výběru dospívajícím jedincem.

4. **Konsolidace vztahů k sobě** – poslední etapa je založena na pocitu vlastní autonomie a jedinečnosti.

1.6 Dospívající a oblast vztahů

V oblasti vztahů dochází v období dospívání k jejich rozvoji a to jak po stránce kvalitativní tak i kvantitativní. Charakteristika je pro toto období zvýšená touha patřit do několika různých skupin a pohybovat se co možná nejčastěji ve společenských situacích. Adolescent se osamostatňuje od rodičů, stává se na nich méně citově závislým a na přehnanou autoritativnost dospělých reaguje negativně. Na druhé straně má silnou touhu po přátelství, partnerství a citové sounáležitosti, potřebu navazování sexuálních vztahů s druhým pohlavím (Čížková, 2003).

Jak již bylo zmíněno, dospívající má touhu být členem několika různých skupin. V rámci těchto skupin získává nové role, jiné se mění nebo rozvíjí. Novou rolí je (Vágnerová, 2008):

- role dospívajícího – je dána biologicky, potvrzena viditelnými sekundárními pohlavními znaky, které mají i sexuální hodnotu,
- role člena party – s rolí se dospívající ztotožňuje a získává tak určitou sociální identitu,
- role blízkého přítele – kamarád, na kterého se lze za jakékoliv situace spolehnout.

Vágnerová (2008) uvádí, že období dospívání je klíčové pro převzetí pozdějších dospělých rolí – partnerských, rodinných, přátelských i profesních a z tohoto důvodu je velice důležité ve věku starší adolescence:

- předprofesní role – tato role je spjata se studentem nebo učněm, který směřuje k dosažení určité sociální pozice,

- role pracujícího – je předpokladem k dosažení ekonomické a sociální samostatnosti,
- role člena určité skupiny – s touto rolí se člověk ztotožní a získá určitou sociální identitu, která obvykle na konci období dospívání ztrácí na významu,
- role blízkého přítele – kamarád, na kterého se lze za jakékoliv situace spolehnout,
- partnerská role – uspokojuje potřebu blízkého, emočního a sexuálního vztahu.

Vztahy v rodině

Dospívající mění vztah ke svým rodičům. Začíná období emancipace mladých, kteří si chtějí o sobě a svém životě rozhodovat sami a na druhé straně stojí rodiče, kteří se snaží o zachování své autority. Komunikace s rodiči začíná slábnout, stejně tak ubývá i času, který je tráven společně v rámci rodiny. Je to období, kdy je mládež ke svým rodičům velmi kritická, ale zároveň dokáže rodiče také ocenit a to především za upřímnost a spolehlivost (Vágnerová, 2008).

Vágnerová (2008) uvádí, že v období dospívání se mění postoj k oběma rodičům a matky a otcové se chovají ke svým dětem rozličně.

Vztah k matce – dospívající se snaží uniknout od pečující a omezující náruče matky, na druhé straně pro většinu z nich stále zůstává nejdůležitějším člověkem v jejich životě a sociální oporou. Matky bývají v období, kdy jejich dítě dospívá, více emotivními a zároveň také radikálními. Pro dospívající dceru je matka nenahraditelná, vzniká mezi nimi společenství vzájemné opory a podpory při zvládání a naplňování role ženy. Pro dospívajícího chlapce je matka modelem ženské role, ke které zaujímá ochranný postoj. Matky bývají ke svým synům tolerantnější a méně kritické, syn tak dosahuje oproti dceři větší svobody.

Vztah k otci – otec je v období dospívání více „důležitým“ pro chlapce, i když dochází k osamostatňování a o společnost otce už tolik nestojí, tak stále pro něj zůstává vztah otec – syn velmi významným. Syn potřebuje otce, aby jej podpořil v rozvoji mužské role. Vztah otec a dcera bývá v tomto období vztahem „vzdálenějším“, otec neví, jak má s dcerou jednat a často její dospívání přivádí do rozpaků. Dcery vnímají otce jak model mužské role, i když je v období dospívání více neovlivňují.

Rodina je pro dospívajícího člověka velice důležitá. Rodiče představují pro dítě model určitého způsobu života v dospělosti. Tento model dospívající hodnotí a vybírá si z něj takové hodnoty, které jsou pro něj přijatelné. V dospívání se vztahy s rodinou postupně uvolňují

a svůj základní charakter - od jednostranné existenční, citové, postojové, sociální závislosti k stále se prohlubující partnerské struktuře vztahu. Pokud adolescenti mají pocit, že se mohou svobodně rozhodovat a vyjadřovat své názory a že se na ně bere ohled, tak konflikty, které vznikají v rámci rodiny, nejsou škodlivého rázu (Labáth, 2001, Macek, 2003).

Vztah ke škole a k učitelům

V období dospívání má svůj význam škola a učitelé. Na přelomu rané a střední adolescence vstupují dospívající na práh střední školy, která pro ně přináší nové prostředí, vyšší nároky, budování nových vztahů s učiteli a vrstevnickými skupinami. Škola představuje řadu významných životních změn v období dospívání. Tyto změny však nejsou pouze pozitivního rázu, ale i tak učitelé a škola mají na dospívajícího jedince velmi rozsáhlý a v mnoha ohledech jedinečný vliv. Učitelé představují dospělé osoby, které denně obklopují dospívajícího a jsou mu k dispozici. Pokud je vazba ke škole ze strany dospívajícího silnější, tak adolescent lépe čelí nárokům dospívání, jejich vzdělávací proces je úspěšnější a výskyt problémového chování v tomto období je nižší (Krejčová, 2011).

Vágnerová (2008) uvádí, že v období dospívání se mění vztah k učiteli jako k autoritě, hodnotí se jeho chování a profesní kompetence. Dospívající mají potřebu s učitelem diskutovat, projevovat svůj názor a postoje, učitel tedy ztrácí své výsadní postavení, které do této doby automaticky měl. Dospívající požadují po učiteli určité vlastnosti, mezi které se např. řadí: stabilita názorů, stabilita emocí, spravedlnost a profesní schopnosti.

Vztahy s vrstevníky

Vztahy k vrstevníkům v období dospívání bývají velmi intenzivně prožívané a důležité, vytvářejí se nové, vlastní citové a sociální vazby (Labáth, 2001).

Langmeier, Krejčířová (2006) uvádí, že v průběhu dospívání se mění **fáze vývoje vztahu:**

1. **Skupinová izosexuální fáze** – skupiny stejného pohlaví, které jsou stabilní, organizované a vyžadují loajalitu členů. Členy skupiny spojují společné zájmy, ale i vzájemný obdiv a přání sdružovat se. Skupina je kladný a nutný socializační činitel, ale v případě negativního působení může svést jedince na „špatnou“ cestu.
2. **Individuální izosexuální fáze** – užší emoční vztahy, které spojují důvěrné přátele, jež si vzájemně sdělují své pocity, zkušenosti a sdílejí své problémy. Vztah založený na

této bázi zaručuje stejnou osobní cenu přátel a většinou tyto vztahy přetrvávají celý život.

3. **Přechodná etapa** – tato fáze je charakteristická zájem o druhé pohlaví, přičemž tento zájem je vyjadřován na „dálku“ prostřednictvím pokřikování na sebe a koketováním s nádechem vtipkování.
4. **Heterosexuální fáze polygamní** – výskyt prvních lásek, které jsou utajované před okolím a znamenají první zkušenosti s důvěrným stykem s jedincem opačného pohlaví. V této fázi jedinci flirtují a koketují, mají sexuální fantazii a dříve nebo později i přímé sexuální aktivity.
5. **Etapa zamilovanosti** – ustálení vztahu mezi jedinci, prohloubení porozumění a oddanosti. Může vyústit v manželský vztah a založení vlastní rodiny. U většiny dospívajících k tomu dochází na konci adolescence či na prahu dospělosti.

Uvedených fází dosahují dospívající v rozličném věku, záleží na jejich osobnosti, rodinném prostředí a celé společnosti.

Vrstevnický vztah je svým způsobem jedinečný a nenahraditelný typ vztahu. V rámci vrstevnické získává jedince pocit vlastní autonomie, sociální status a pocit vlastní hodnoty (Macek, 2003).

2 ALKOHOL

Již po dlouhá tisíciletí je alkohol kulturně schvalovaným opojným prostředkem, jehož veřejné užívání je na evropském kontinentě prastarou součástí některých náboženských obřadů. Řada společenských setkání se v současnosti neobejde bez skleničky vína, piva či lihovin a do určité míry je konzumace alkoholických nápojů okolím vysoce tolerována. Do současnosti přetrvává v povědomí společnosti to, že alkohol snižuje zábrany a umožňuje lidem odhodit své masky, přetvářku a v důsledku toho člověk odhaluje svoji pravou tvář (Jedlička, Koťa, 1998).

2.1 Historie alkoholu

Alkohol je nedílnou součástí naší existence od nepaměti a konzumován byl již ve starověku v období mladší doby kamenné. Víno je lidstvu známo více jak 8 tisíc let a zmínku o něm můžeme nalézt již v eposu o Gilgamešovi. Čistý alkohol byl získán až v 11. století n. l. na jihu Itálie. Jeho název pochází z arabského „al kuhul“ což je označení pro „něco nejlepšího“ (Šedivý, Válková, 1988).

Alkohol lidem zpříjemňoval život a jeho požívání je přivádělo ke kolektivnímu veselí. Vlastnosti alkoholu byly také využívány v lékařství a o jeho účincích si můžeme přečíst již ve spisech Hippokratových. Víno bylo považováno za lék, který zlepšoval plodnost u žen, sloužilo jako protijed hadímu uštknutí, vínové obklady přinášely pacientovi úlevu a bolest byla snesitelnější (Šedivý, Válková, 1988).

V dřívějších dobách nebylo nutné bojovat proti zneužívání alkoholu, poněvadž lidé jej brali jako lék a chovali k němu úctu. Negativní účinky alkoholu byly ve Spartě demonstrovány na otrocích, kteří byli záměrně opíjeni a vystavováni pohledům veřejnosti (Jenč, 1998).

Alkoholické nápoje jsou známy všem národům světa. Alkohol konzumují nejen muži a ženy, ale také mládež a děti. Pití alkoholu se stalo kultem moderního člověka (Jurková, 1987).

2.2 Charakteristika alkoholu

Alkohol je látka, která vzniká kvašením cukrů. Alkohol, neboli chemická látka etanol, ovlivňuje látkovou přeměnu a působí na nervový systém. Jedná se o bezbarvou, průzračnou tekutinu s charakteristickým zápachem a palčivou chutí s bodem varu 77 °C a bodem tuhnutí -130 °C. Etanol, jenž má chemický vzorec C_2H_5OH je možné mísit s libovolným množstvím vody (Kvapilík, Svobodová, 1985, Skála, 1988).

Nejčastější způsob aplikace alkoholu je ústy – per os, ostatní aplikace jsou možné, ale velice málo obvyklé a užívané. Po požití alkoholického nápoje se alkohol rovnoměrně rozděluje do všech tělesných tekutin a začíná působit na nervovou soustavu. Účinek alkoholu na nervový systém je závislý na požitém množství, na rychlosti konzumace destilovaného či nedestilovaného alkoholického nápoje, na tělesné váze konzumenta a na rychlosti odbourávání a vylučování alkoholu z organismu. Současně s požitím alkoholického nápoje začíná také vylučování alkoholu a to ledvinami, dechem a kůží. Po požití alkoholu se dostává člověk do alkoholového opojení, které však může skončit až intoxikací. **Opilost můžeme rozdělit do následujících stádií:**

první stádium opilsti – lehká opilost, 0,5 až 1,5 promile, charakteristická zýšená komunikativnost a navazování nových sociálních vztahů, živá mimika, dochází k celkovému tělesnému uvolnění,

druhé stádium – opilost středního stupně, 1,6 až 2,5 promile, charakteristické zmenšené schopnosti ovládat se, poruchy vnímání, zlostné chování, výkřiky a pláč,

třetí stádium – těžká opilost, 2,6 až 3 promile, charakteristické tím, že se člověk stává popleteným, zmateným a dezorientovaným, dostávají se poruchy dýchání a poruchy vědomí,

čtvrté stádium – těžká intoxikace, více jak 3 promile, hrozí ztráta vědomí, zástava dechu a oběhu.

Výše uvedená stádia jsou pouze orientační. Opilost člověka závisí na jeho výšce, váze, na pohlaví jedince, ale také na současném psychickém stavu a stavu zdravotním (Göhlert, Kühn, 2001, Skála, 1987).

Užívání alkoholu se řadí ve světě na první příčky a ve společnosti jich má nejvíce závislých. V České republice připadá na jednoho člověka cca. 10 litrů alkoholu za rok. V 15-ti letech pije zhruba 36,5 % chlapců pravidelně alkohol. Výzkumy také ukazují, že muži

se stávají na alkoholu více závislími než ženy. Konzumace alkoholických nápojů výrazně ničí život jedince, ale také jeho rodiny a společnosti (Göhlert, Kühn, 2001).

2.3 Závislost na alkoholu

Přechod od společenského a příležitostného pití k závislosti je zpravidla nenápadný. Dalo by se říci, že člověk pije jinak, než by chtěl, a jinak, než dovoluje společnost a okolnosti, ve kterých se nachází. Závislost na alkoholu nevzniká z minuty na minutu, ze dne na den, ale je to dlouhodobá záležitost trvající 10 až 15 let. V průběhu této doby se z příležitostného konzumenta alkoholu stává alkoholik. Na začátku všeho člověk konzumuje alkoholické nápoje při zvláštních příležitostech nebo z důvodu špatné nálady, úzkosti či zažehnání myšlenek na problémové situace. Ovšem při vzniku závislosti se špatná nálada dostává v důsledku nedostatku alkoholu. Tím se ovšem kruh uzavírá (Hampl, 1988, Marhounová, Nešpor, 1995).

Důležité je vymezení pojmu závislost. Göhlert, Tschui (2001) za závislost označují stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká při opakovaném nebo chronickém užívání látky, ale i při určité činnosti, která přináší nadměrné uspokojení.

2.3.1 Teorie vzniku závislosti na alkoholu

Řehan (1994) dělí teorie vzniku závislosti na alkoholu na biologické, sociologické a psychologické.

Biologické teorie

Základním východiskem biologické teorie je pátrání po biologicky podmíněných znacích, které vytváří dispozici pro vznik a rozvoj závislosti. Biologické teorie se dále dělí na dle preference nositele (např. genetika, CNS, játra), dispozice či ohrožení.

Genetická teorie

Obecný předpoklad, že přímá dispozice vychází z dědičné informace. Nelze popřít zvýšené riziko genetického ovlivnění u dětí alkoholiků, ale riziko bude mít spíše charakter obecnějšího ovlivnění funkcí CNS, ne však na úrovni genu alkoholismu, který by nad vši

pochybnost předurčoval narozené dítě ke kariéře závislosti na alkoholu.

Enzymová teorie

Spojují vznik a rozvoj závislosti na alkoholu se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol.

Dopamin endorfinová teorie

Formulována na základě průkazů opiátových receptorů, endogenních opiátů a tvorby izochinolinových alkaloidů při užívání alkoholu.

Sociologické teorie

Těžiště zájmu není jedinec, ale stává se jím společnost jako celek. Jest to teorie, která vychází z makrospolečenských vztahů a zákonitostí. Konzumace alkoholického nápoje má povahu sociálního jevu.

Klasické studie

Představitelé Bacon a Bales se zaměřili na obecné vývojové charakteristiky měnící se společnosti, v níž narůstá komplexita. Migrace lidí do větších měst, rozvoj masové komunikace a kultury, vzrůstající tlaky na bazální sociální konformnost zvyšují míru napětí a tlaků. Na základě analýzy názorů na požívání alkoholu ve společnosti Bacon vymezil 4 základní kategorie:

1. abstinetní – alkohol je chápán jako ohrožení základních sociálních norem a hodnot,
2. rituální – požívání alkoholických nápojů je spojené s rituálními či náboženskými obřady,
3. konviviální – pití odráží solidaritu, vyjadřuje vzájemnou dobrou vůli,
4. utilitární – konzumace alkoholu slouží k uvolnění jedince, pomáhá k osobnímu uspokojení.

První a druhá kategorie je shodná v tom, že neústí do závislosti na alkoholu, přičemž třetí a čtvrtá kategorie je již značně riziková co se týče v rozvoji závislosti na alkoholu.

Teorie distribuce spotřeby alkoholu

Základním předpokladem této teorie je vztah mezi celkovým objemem konzumace a procentem alkoholických problémů. Mezi obecné teze, které byly formulovány zastánci distribuční teorie patří:

- země s vysokou spotřebou alkoholu mají největší prevalenci chorobnosti související s alkoholem,

- čím více je konzumentů alkoholických nápojů ve společnosti, tím bude také vzrůstat počet alkoholiků,
- celková úroveň spotřeby alkoholu v dané společnosti je dána výskytem a rozšířením alkoholu,
- spotřeba alkoholu na obyvatele za rok poskytne spolehlivý odhad počtu alkoholiků,
- u jedinců se zvýšenou spotřebou alkoholických nápojů se zvyšuje pravděpodobnost úmrtí na cirhózu jater.

Teorie anómie

Základem teorie je rozpad dosud platných sociálních norem v důsledků revolucí, válek, dramatických sociálních změn na vzrůst konzumace alkoholu a následně i vzrůst alkoholismu.

Psychologické teorie

Jedna z tradičních teorií spadající do psychologické teorie je redukce tenze, která je založena na skutečnosti, že drogové účinky alkoholu redukují tenzi. Z toho bylo vyvozeno, že alkohol budou konzumovat především jedinci ve stavu tenze. Tato teorie však byla zpochybněna a to na základě zjištění, že alkohol je uvolňující a euforizující více v situacích, kdy tenze chybí.

Hlubinná psychologie

Představitelé této hypotézy vycházeli z Freuda. Struktura osobnosti se utváří fixací libida v orální fázi v důsledku neadekvátního, citově plochého přístupu matky v ranném dětství. Tato struktura byla též označována jako orálně pasivní. Fixace libida v orální fázi vyplývá z prudkého bezprostředního střídání dvou krajních poloh v daném období – jedním pólem je nepřiměřené hýčkáni, mazlení a druhý pól zahrnuje nepřiměřenou opatrnost, starostlivost, až po odtazitost a sterilitu projevu. Fixační příčinu však můžeme hledat i v prosté orální frustraci. Objevuje se i tvrzení o sebedestruktivních tendencích. Zmíněná teze je podporována psychoanalytiky, kteří odmítají zúžení problému na pouhou fixaci v orální fázi. Teze o sebedestruktivní tendenci pojednává o tom, že alkohol, respektive alkoholismus je prostředkem ochrany před těžšími následky autodestrukce ve smyslu sebevraždy, nebo psychózy. Prvotní koncept poruchy v orální fázi byl rozšířen o možnost vzniku poruchy v každé fázi. V důsledku toho se výsledný obraz či struktura osobnosti budou lišit dle toho,

v které fázi k poruše došlo.

Klasická psychoanalýza nebyla jediná koncepce. Vedle ní se prosazuje koncepce neopsychoanalýzy, jež zdůrazňuje psychodynamické funkce, mezi nimi změny vědomí, následně chování, uvolnění emoční tenze a rovněž uvolnění celé řady dalších tendencí. Egopsychologie se soustřeďuje na ego- obranné funkce, které nechápe pouze ve významu obrany Ega před tendencemi Id, ale především jako mechanismy, které umožňují adaptaci v prostředí. V důsledku toho alkoholismus přestal být pojímán jako produkt specifické struktury osobnosti. Egopsychologie hledala příčiny alkoholismu v neadekvátní formě zvládnutí subjektivně intenzivně prožívaných ohrožení stability či integrity Já.

Psychoanalýza, ve smyslu hlubinné psychologie, nevytvořila specifickou teorii závislosti, ale řada postupů a poznatků hlubinné psychologie má v klinice alkoholismu své oprávnění.

Behaviorální psychologie a teorie učení

Modely vzniku a rozvoje závislosti na alkoholu začínaly rozvažovat o různých posilujících funkcích alkoholu pro obnovení či udržení stability. Modernější poznatky nicméně tuto verzi revidovaly ve prospěch růstu, rozvoje, sebeprosazení a seberozšíření. Behaviorální psychologie a teorie učení zkoumá funkce alkoholu na rozličné individuální vlivy a v důsledku toho, se začínají ukazovat i kognitivní souvislosti. Z toho vyplývá, že i přes stejnou chemickou strukturu je alkohol jednotlivými lidmi vnímán v odlišných polohách což se následně promítá do jejich individuálního prožitku a následného chování. Pojetí behaviorální psychologie a teorie učení byla využívána ve své době především ke zpochybnění pojetí alkoholismu jako choroby. Jestliže je chování alkoholika naučený vzorec, je možné ho přeučit a tudíž, padá hlavní teze medicíny o nezvratitelnosti ztráty kontroly pití.

Integrativní modely

Cílem integrativního modelu je sloučení a seřazení různě intervenujících proměnných do systému, který by zahrnoval všechny vztažené vlivy. Nejznámější je interakční model drogových závislostí. Představitel tohoto modelu, Urban, vytvořil tzv. tetraedr vzniku a rozvoje drogových závislostí. Vzájemně intervenující proměnné třídí na:

1. farmakologické (droga),
2. enviromentální (prostředí),

3. provokující (podnět),
4. somatické a psychické (organismus).

Dle autora zmíněný model vyhovuje systémovému přístupu. Blíže k jednotlivým složkám. Prostředí jest základní rámec našeho začlenění ve světě a nedílnou součástí prostředí je socializace jedince. Vnímání alkoholu se bude lišit dle kultury. Postoj k alkoholu v naší kultuře bude rozličný od postoje k alkoholu v oblasti islámu.

Droga je vymezena chemickými strukturami a její psychoaktivní účinek má bazálně biochemické, ale i psychické komponenty (uvolnění, posílení, ...).

Podnět je chápán jako okamžité sloučení aktuálního stavu jedince v daném aktuálním kontextu s aktuálním efektem požití alkoholu. Jedince tedy může mít dlouholetí zkušenosti s konzumací alkoholických nápojů, ale v důsledku nové konkrétní situaci (dosažení významného úspěchu, zklamání nevěrou partnera) se po požití alkoholu dostaví nová, zvláštní zkušenost, která jedince může lákat k touze po opakování. Podnět tedy otevírá vlastní drogovou zkušenost, která může být lákavá, ale také odstrašující.

Všechny předchozí proměnné se střetávají v poslední proměnné - organismu. Respektování všech somatických souvislostí je hlavním působištěm psychika, která je v rámci autoregulace zodpovědná za chování.

2.3.2 Typy konzumentů

Osoby požívající alkoholické nápoje je možné rozdělit do několika skupin a to např. od občasného pití při posezení s přáteli až po těžkou závislost. Hosek (1998) rozděluje konzumenty alkoholických nápojů na čtyři typy s následující charakteristikou:

1. **Konzument** – využívá příležitosti, které se mu k pití naskytou i s tím, že někdy své pití vystupňuje a prožije si následující den kocovinu.
2. **Iniciativní konzument** – kromě běžných příležitostí (oslavy svátků a narozenin, náhodné posezení s přáteli, účast na večírku, atd.) záměrně vyhledává i příležitosti další. Stále se však ještě jedná o bezproblémového konzumenta, avšak již s rizikovou mírou pití, která zvyšuje nebezpečnou snášenlivost na alkohol. Na úrovni příležitostného pití může iniciativní konzument balancovat dlouhá léta, aniž by svou pozici změnil. Z této pozice je již jenom krůček k vyšší formě konzumace, tj. k alkoholismu.
3. **Stop alkoholik** – oddává se nezávaznému pití v souvislých, avšak časově limitovaných intervalech přesahující jeden den. Výběr časového intervalu pití je alkoholik schopen do

jisté míry ovlivnit. Několikadenní pijácké tahy jsou prolínány přestávkami trvajících i několik týdnů či měsíců. Některý stop alkoholik se v pití dostává do stádia, kdy už alkohol nemůže konzumovat, poněvadž vzhledem k předchozí delší abstinenci v něm vyvolává odpor. Přestávka v pití je vlastně vynucená.

4. **Nonstop alkoholik** – je charakteristický tím, že požívá alkoholické nápoje nepřetržitě. U zmíněného typu je možná překážka v podobě vynucené abstinence např. z důvodu hospitalizace, odnětí svobody, z nedostatku finančních prostředků, atd.

Skála (1988) rozděluje konzumenty alkoholu také do čtyř skupin, avšak s jiným označením:

1. **Abstinenti** – označení pro osoby, jenž odmítají alkoholické nápoje. Za abstinenta můžeme označit pouze člověka, který minimálně po dobu tří let neokusil žádné alkoholické nápoje.
2. **Konzumenti** – takto jsou označováni lidé, kteří po alkoholických nápojích chtějí jen tekutinu a chuť. Až na malé vyjímky tato skupina konzumentů nezná vliv alkoholu na nervový systém člověka.
3. **Pijáci** – konzumují alkohol ne z důvodu zažehnání žízně či z důvodu chuti alkoholu, ale za účelem získání pocitu euforie. Tato skupina pijáků velice často přechází do kupiny alkoholiků a to proto, že piják svoji dávku alkoholu stále zvyšuje, aby se dostal do stavu euforie.
4. **Osoby závislé na alkoholu** – alkoholici, lidé, kteří potřebují mít určitou hladinu alkoholu v krvi a kterým požívání alkoholických nápojů zavinuje trvalé problémy v některé oblasti jeho života.

2.3.3 Vývojová stádia alkoholismu

Alkohol je zrádnou drogou, která člověka postupně dostává a výrazně mění jeho psychiku. Prvním signálem možné závislosti je to, že člověk přestává pít s mírou. Samotná závislost na alkoholu se vyvíjí ve čtyřech vývojových stádiích:

1. **stádium** – charakteristické tím, že člověk si alkohol sám ordinuje, je pro něj drogou a potlačuje alkoholem nepříjemné psychické stavy nebo jeho požitím chce dosáhnout dobré nálady.
2. **stádium** – vyznačuje se přechodem člověka v požívání alkoholu od méně

koncentrovaného k alkoholu s větší koncentrací, jehož požívání dobře snáší.

3. stádium – v průběhu tohoto stádia dochází k poruchám paměti, tzv. okénka, ale organismus je stále tolerantní vůči množství alkoholu v krvi.

4. stádium – tolerance organismus k přítomnosti alkoholu v krvi se snižuje, k opilosti stačí už jen malé množství. Člověk začíná s požíváním alkoholických nápojů už ráno a pije několik dní po sobě, přičemž stále častěji dochází k poruchám paměti (Marhounová, Nešpor, 1995).

Americký psychiatr **E. M. Jelinek** vymezil alkoholismus jako nemoc, jejíž vývoj je rozdělen do čtyř stadií:

1. stádium – **počáteční** (prealkoholické): v tomto stadiu člověk konzumuje alkohol pro dobrou náladu a dalo by se říci, že mu alkohol prozatím „dává“ než „bere“. V průběhu tohoto stádia má člověk potřebu navyšovat dávku alkoholu, aby dosáhl „dobré nálady“ a v důsledku toho si organismus zvyká na přítomnost alkoholu v krvi a přestávky mezi pitím se stále zkracují.

2. stádium – **varovné** (prodromální): tolerance na alkohol stále stoupá, častěji dochází ke stavům opilosti a piják přechází od méně alkoholických nápojů k nápojům s vyšším obsahem alkoholu. V průběhu tohoto stádia dochází k prvním výskytům tzv. alkoholických okének.

3. stádium – **rozhodné** (kruciální): v tomto stadiu se člověk na alkoholu stává závislým, ztrácí kontrolu na množstvím vypitého alkoholu, stává se agresivním a vzrůstá počet okének. Jestliže alkohol v dřívějším stadiu „nebral“ ani „nedával“, v tomto stadiu alkohol komplikuje a znásobuje všechny životní problémy. Člověku pak trvá dlouhá léta než si přizná, že má problémy s alkoholem a že potřebuje pomoc.

4. stádium – **konečné** (terminální, chronické): charakteristické tzv. ranní doušky a denní vyrovnávání hladiny alkoholu v krvi. Dochází ke snížení odolnosti organismu na alkohol v důsledku poškození jater a nervového systému. Zhoršení zdravotního stavu se projevuje třes v rukou, pocitem strachu, křečemi v lýtkách, pomočováním a vznikají alkoholické psychózy.

První dvě stadia můžeme označit jako pijáctví se zachovanou kontrolou, třetí stadium jako závislost na alkoholu a čtvrté stadium jako bludný kruh (Skála, 1988, Řehan, 1994).

2.4 Následky vzniklé v důsledku nadměrné konzumace alkoholu

„Jsou škody z alkoholismu křiklavé, ale též jiné nenápadné, které vidět není, ale jsou potutelné, plíživé, tak že je nikdo nepočítá. Nebezpečí není takové jako z epidemií, které nahání strach rychlou smrtí a proto je většina tak bezstarostná (Šimsa, 1924, 64 s.)“.

2.4.1 Psychické následky

Po dlouholeté konzumaci alkoholických nápojů vznikají alkoholické psychózy, přičemž spouštěcím mechanismem bývá oslabení organismu. Mezi nejčastěji vyskytující se alkoholické psychózy se řadí:

Delirium tremens

Nejčastější alkoholická psychóza, která začíná v noci a trvá 2 až 5 dní. Mezi počínající příznaky se řadí třes, pocení, dále pak nespavost, nechutenství a celková vyčerpanost. Postižený člověk se bojí, je zmatený a ztrácí orientaci, objevuje se porucha zraku a dehydratace. Psychóza bývá zakončena terminálním spánkem nebo postupným odchodem příznaků.

Alkoholická halucinóza

Charakteristická svými sluchovými halucinacemi, které se vyskytují především v noci. Nemocný se snaží si své sluchové halucinace vyložit a po jejich skončení si pamatuje na jejich obsah.

Alkoholická paranoidní psychóza

Tato psychóza postihuje především muže a příznakem jsou bludy pronásledování a žárlivecký blud, tedy vztahují se k domnělé nevěře partnera. Léčba alkoholické paranoidní psychózy je dlouhodobého charakteru a i nadále jsou pozůstatky rezidua dle struktury osobnosti postiženého.

Korsakovova psychóza

Popsána již roku 1887 psychiatrem S. Korsakovem a je pro ni charakteristická porucha krátkodobé paměti - téměř vymizelá pamětní vstřípivost, kdy nemocný si není schopen zapamatovat to, co před chvílí vnímal. Na základě toho je postižený člověk dezorientován místem, časem a situací, starší vzpomínky však bývají vybavovány. V důsledku toho, že si člověk nepamatuje nové vjemy, vymýšlí si a svým myšlenkám sám věří. Tyto výmysly rychle mění, protože si nepamatuje to, co předtím řekl. Korsakova psychóza postihuje

především ženy okolo 50-ti let. Samotná psychóza má většinou regresivní charakter s reziduálním defektem (Heller, Pecinovská, 1996).

Alkoholická demence

Charakteristické snížení intelektových schopností, jedinec s alkoholickou demencí není schopen osvojení nových poznatků a těžko se orientuje v novém prostředí. Alkoholická demence postihuje spíše ženy a nastupuje kolem 50. roku i dříve (Heller, Pecinovská, 1996, Skála, 1988) .

Alkoholická epilepsie

Spouštěčem je alkohol a epileptické záchvaty se dostavují 4-48 hodin po požití alkoholu a v 30% případů přecházejí deliriu tremens. Terapie alkoholické epilepsie spočívá v důsledné abstinenci a užívání léků, vitamínů a dostatečného množství vody (Heller, Pecinovská, 1996, Alkoholové psychózy – projevy a léčba [online]).

2.4.2 Fyzické následky

Fyzické následky v důsledku nadměrného požívání alkoholu jsou závislé na množství požitého alkoholu a délce jeho požívání. Je velice složité stanovit hranici, která by stanovila škodlivou a relativně neškodnou dávku alkoholu, poněvadž citlivost tkání a orgánů je rozdílná (Skála, 1987).

Fetální alkoholový syndrom

Fetální alkoholový syndrom vzniká nadměrnou konzumací alkoholických nápojů u ženy v průběhu těhotenství. Již 0,6‰ alkoholu v krvi těhotné ženy může narušit embryonální a fetální vývoj. Dítě s fetálním alkoholovým syndromem má specifické tělesné a psychické následky, pro které se celosvětově vžilo označení FAS (fetální alkoholický syndrom). Vysoké dávky alkoholu v krvi těhotné ženy ovlivňují somatický i psychický vývoj, jehož důsledky je možné rozdělit do 4 příznaků:

1. FAS vykazuje prenatální a postnatální růstové postižení,
2. dysfunkce CNS s projevy v psychomotorické retardaci, mentálním deficitu, případně mikrocefalii, hypotonii a poruchách chování,
3. u FAS lze pozorovat tzv. kraniocefalární dysmorfii,
4. další postižení (urogenitální, kardiální a jiná).

I když se tedy nejedná o průkaz dědičné dispozice k závislosti na alkoholu, přesto se jedná o celosvětově potvrzený syndrom, způsobený teratogenními účinky konzumace alkoholu

(Řehan, 1994).

Poškození srdce a krevního oběhu

Dochází k přímému poškození alkoholem a jeho metabolity a také dochází k zvýšenému ukládání lipidů do cévní stěny, které je způsobeno poruchou jejich přeměny v játrech. U jedinců jenž konzumují velké množství piva, dochází v důsledku nadměrného příjmu tekutin rozšíření srdce (Heller, Pecinovská 1996).

1. Akutní poškození srdce (Kvapilík, Svobodová 1985) – k akutnímu poškození srdce dochází v důsledku nadměrného požívání alkoholu. Acetaldehyd, jenž vzniká při přeměně alkoholu na konečný oxid uhličitý a vodu, se nestačí odbourávat a hromadí se v krvi. V důsledku hromadění se acetaldehydu se ze zásob vyplavují adrenalinové látky, které působí na srdce. To má vliv na výživu buněk srdce a srdečního svalu, kdy zásobení kyslíkem je nedostatečné a vede ke snížení výkonnosti srdce a k následnému selhání.
2. Alkoholická kardiomyopatie (chronické poškození srdce) (Heller, Pecinovská 1996, Kvapilík, Svobodová 1985) – prvotní příčiny jsou obdobné jak u akutního poškození srdce. Objevuje se tachykardie, dušnost a snadná unavitelnost, později se vyskytuje noční kašel a otoky jako známky srdečního selhání. Alkoholická kardiomyopatie se vyskytuje u jedinců, kteří dlouhodobě konzumují alkohol ve velkých dávkách.
3. Systémová arteriální hypertenze (Heller, Pecinovská 1996) – souvisí s nadprodukcí kortizolu a noradrenalinu u alkoholiků. Zvýšený tlak se po dobu několika týdnů abstinence vrací k normě i bez medikace. Pokud hypertenze přetrvává, je nutná antihypertenzní léčba.

Poškození dýchací soustavy

Dýchací soustava alkoholiků trpí častými záněty a to až 2x častěji než u ostatní populace. Samotné záněty dýchací soustavy mají těžší průběh a vyšší úmrtnost. Častá konzumace alkoholu a kouření cigaret zvyšuje řadu onemocnění, např. bronchitidu (zánět prudušek), bronchopneumonii (zánět plic) a pneumonii (zápal plic) (Heller, Pecinovská 1996, Skála, 1987).

Alkoholové poškození jater (alkoholická hepatopatie)

(Kvapilík, Svobodová, 1985)

Prvním poškozeným orgánem v důsledku nadměrné konzumace alkoholu jsou játra. Alkohol se vstřebává v horní části trubice a přes vrátnici se dostává do jater. V důsledku nezpracování veškerého alkoholu se zbytek dostává do krevního oběhu. Hlavními enzymy,

jenž štěpí alkohol, jsou alkoholdehydrogenáza a acetaldehyddehydrogenáza a závěrečný rozklad alkoholu probíhá v subcelulárním systému jaterní buňky. Nemoci v důsledku alkoholového poškození jater jsou závislé na množství konzumovaného alkoholu a na pravidelnosti jeho pití. Obecná rizika pro játra lze charakterizovat:

- a) méně než 80 g alkoholu denně – neškodné,
- b) 80-160 g alkoholu denně – nebezpečné,
- c) nad 160 g alkoholu denně – vysoké riziko cirhózy.

Možné poškození jater:

1. Ztukovatění jater (steatóza jater) - dochází ke zvětšení jater, což bývá také jediným pozitivním nálezem. Dochází ke změně jaterní tkáně, což je zjistitelné na základě histologického vyšetření, které se provádí punkcí naslepo nebo za kontroly zraku. Jaterní steatóza vyžaduje trvalou abstinenci a zavedení správné výživy s dostatečným přívodem biologicky hodnotných látek a vitamínů.

2. Alkoholový chronický zánět jater - výskyt asi z 20% u těžkých pijanů, kteří mají jaterní steatózu. Potíže jenž poškození jater doprovází se řadí potíže zažívací, návaly na zvracení, zvracení, nechutenství, tlaky po jídle nebo až bolesti v břiše delší dobu po jídle, úbytek váhy a horečky. To, že se jedná o alkoholový chronický zánět jater je možné na základě histologického vyšetření, kdy v játrech kromě ztukovatění nalezneme také rozpad a degeneraci jaterních buněk. Přesto, že nelze poškození vrátit do normálního stavu, lze vývoj zastavit, nebo alespoň částečně zpomalit. Důležité je dodržovat abstinenci a správná dietní opatření.

3. Alkoholová cirhóza (tvrdnutí jater) - poškození jater v důsledku neléčené alkoholové hepatitidy s výskytem vždy u silných pijáků se spotřebou alkoholu více než 80 g denně. V průběhu onemocnění dochází k poruchám druhotných pohlavních znaků. U mužů může docházet k atrofii varlat a růstu prsní žlázy a u žen ke ztrátě menstruace, což je způsobeno poruchou hormonální a nervové regulace hormonů hypofýzy (podvěsek mozkový). Alkoholová cirhóza může ukončit lidský život a to i náhle, tzv. jaterním selháním, jenž je vyskytující v důsledku přidružené nemoci, infekcí, zvracením nebo průjmem. Léčba alkoholové cirhózy musí být vedena odborným lékařem a nutná je spolupráce pacienta, trvalá abstinence a bohatý příjem vitamínů. Z prognostického hlediska je zmíněné onemocnění špatné, uvádí se, že v případě léčby přežívá 5 let jen 40-60% nemocných. Z psychického hlediska jsou jedinci s alkoholovou cirhózou změněni z příčin jenž

pramení v poškození mozku (encefalopatie). Tato porucha je charakteristická bočním krevním oběhem, kterým krev obchází játra a přivádí do duté žíly z oblasti trávicí trubice látky, které nebyly v játrech spotřebovány a které jsou pro mozkové buňky jedovaté.

Dalším onemocněním, které spadá do alkoholového poškození jater je *akutní alkoholová žloutenka* (alkoholická cholestáza), k níž dochází u jedinců, jejichž játra jsou a nebo již byla postižena alkoholem. Nejčastěji však bývají tímto onemocněním postiženi abstinenti, kteří svoji zásadu poruší a požijí velkou dávku alkoholu. Příznaky onemocnění mohou být s malými příznaky běžné chřipky a nebo může být zcela bez příznaků.

Poškození slinivky břišní (Pankreatu)

Heller a Pecinová (1996) uvádí, že asi polovina onemocnění slinivky břišní je v důsledku abúzu alkoholu. Zpočátku alkohol stimuluje pankreatickou sekreci a zároveň podmiňuje spazmy vývodu, což později vede k poškození žlázy a útlumu sekrece. U poškození slinivky břišní rozlišujeme akutní a chronickou pankreatitidu. Chronická pankreatitida se vyznačuje neurčitými dyspeptickými obtížemi, akutní pankreatitida probíhá pod obrazem náhlé příhody břišní. Jak forma chronická tak i akutní forma pankreatitidy je doprovázena zvýšením amyláz v krvi a moči.

2.4.3 Sociální následky

Alkohol zcela mění osobnost člověka, ovlivňuje jeho chování a jednání, člověk závislý na alkoholu už není takovým, jakým byl předtím. Kamarádi, přátelé a kolegové si ho postupně přestávají vážit, nevěří mu a mají „strach“ být v jeho společnosti (Budínský, 2012).

V důsledku alkoholu dochází k problémovým situacím na pracovišti, kde člověk v důsledku požitého alkoholu není schopen jednat tak dobře a rychle jak za střízlivého stavu (Šedivý, Válková, 1988).

Nejvýraznější dopad má alkohol na rodinné prostředí a to především takové rodinné prostředí, kde vyrůstají děti (Šedivý, Válková, 1988).

2.5 Léčba závislosti na alkoholu

Není tomu tak dávno, co společnost, odborníci a rodina pohlížela na alkoholika jako na člověka se slabým charakterem, který není schopen odolávat svodům alkoholu a na člověka, který nemá dostatek vůle. V současnosti, díky novým přístupům, je na člověka závislého na alkoholu nahlíženo jako na nemocnou osobu, oběť procesu závislosti, který nedokáže mít pod kontrolou (Ühlinger, Tschui 2009).

(Ühlinger, Tschui 2009) Jedinci závislí na alkoholu procházejí etapami, které jsou nazývány jako „**stádia změny**“:

V počáteční fázi, která může trvat i řadu let, se člověk necítí ještě tak „zle“ a není schopen si zcela plně uvědomit nepříjemné důsledky závislosti. V této fázi se člověk potýká s kritikou druhých, je provázen vlastními výčitkami a pocity hanby, cítí se jako v bludišti, ze kterého neumí najít cestu ven.

Druhá fáze změny je charakteristická tím, že člověk si plně uvědomí, že je závislý na alkoholu a vnímá jeho pozitivní i negativní stránku. Jeden z mnoha negativních hledisek má značný význam a to hledisko pocitu viny, psychických pohnutek, které postupně proniknou do jedincova vědomí a mohou se stát hybnou silou ve spojení s jeho přáním jít se léčit. Důležitá je zde role terapeutů, kteří pomáhají lidem pochopit, že nejsou slabí ani špatní, ale že jsou nemocní a snaží se jim pomoci a zapojit je do různých strategií, které jim pomohou reagovat a překonat následující fáze.

Třetí fáze změny je přechod k činu – skoncování s pitím.

Čtvrtá fáze je nejdůležitější, ale zároveň je ze všech fází také nejtěžší, nejobtížnější – člověk musí vydržet abstinovat. Nastává zde střet reality a přání člověka. Přáním člověka zvládnout abstinenci a realitou, ve které je člověk vystavován svodům.

Samotná léčba nevede k vyléčení chorobného stavu, ale dosahuje pouze vymizení příznaků choroby, pro kterou je důležitá důsledná a trvalá abstinence, tedy vzdání se alkoholu, a to i v malém množství, na celý život.

Pokud člověk není schopen posoudit svůj zdravotní stav, zůstává na rodině, aby přesvědčila závislého o nutnosti léčby.

V současné době je v průběhu léčby pracováno nejen s člověkem závislým na alkoholu, ale také s jeho rodinou, která je co možná nejvíce informována o nemoci, jíž je alkoholismus a která je také zapojena do terapeutického procesu, jejíž zdárný výsledek je

nejen závislý na jedinci se závislostí na alkoholu, ale také na ni.

Faktem je, že alkoholismus není nemocí pouze alkoholika, ale celé jeho rodiny. Blízké osoby zažívají pocity strachu, nedůvěry, viny, hanby, trpí tedy i ony a potřebují pomoc. Zapojení rodiny do léčebného procesu posiluje pacientovu ochotu podstoupit léčbu a příznivě ovlivňuje výsledek terapie (Heller, Pecinovská 1996, Ühlinger, Tschui 2009).

Heller, Pecinovská (1996) uvádějí úkoly, které musí být zajištěny v léčebném postupu:

1. odstranit drogu z organismu,
2. obnovit a rehabilitovat somatické funkce organismu,
3. obnovit psychické funkce a vytvořit pozitivní struktury psychiky,
4. odstranit základní problém – doplnit schopnost odpovědi na otázky života,
5. přijetí a stabilizace životního stylu s dietou,
6. resocializaci.

2.5.1 Formy léčby

Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je vhodná spíše pro tzv. lehčí případy – jedinci, u nichž není závislost na alkoholu rozvinuta do termálního stádia. Terapie se nejčastěji odehrává ve specializovaných zařízeních (v ČR často ordinace AT). Ambulantní terapie má mnoho předností. Je cenově přijatelná a v průběhu léčení není pacient vytržen z rodinného a pracovního prostředí. Ordinační hodiny většiny poraden jsou přizpůsobeny tak, aby je pacienti mohli navštěvovat i po pracovní době. Všechny etapy léčení mohou probíhat ambulantně, ale pacient musí být dostatečně silný, aby se bez vnější kontroly mohl vzdát alkoholu.

Po vysazení alkoholu bývají nejtěžší první 3 dny, kdy lidský organismus bouřlivě reaguje na přerušení přísunu alkoholu. Samotné vysazení alkoholu trvá asi tak týden a s pomocí léků a s neustálou lékařskou kontrolou se dá zvládnout i v domácím prostředí. Rodinní příslušníci musí být však nanejvýše informováni o všech projevech, které mohou tuto fázi doprovázet. V průběhu odvykání se předepisují léky, které zmírňují abstinenci příznaky, nevolnosti a epilepsii. Následující fáze je ve spolupráci pacient – psycholog – psychiatr a je zaměřena na prevenci recidivy. Inhibující chuť na alkohol může být podporována léky, které předepisuje lékař (Nešpor 1999, Ühlinger, Tschui 2009).

Řehan (1994) uvádí, že celková ambulantní terapie by měla trvat zhruba 1 rok v jehož průběhu je zhruba 8-10 konzultací. Platí zde však zásada: pokud klient potřebuje, dostaví se kdykoliv. Autor se zabývá fázemi terapie:

První fáze terapie – zaměřena výhradně na klienta, pracuje s jeho vnímáním a prožíváním sebe samého a světa. Prostřednictvím otázek je klientovi napomáháno vyjevit řadu neuvědomovaných souvislostí a sledujeme jeho opravy v základních kognitivních schématech. V této fázi lze využít jak direktivní tak i nedirektivní přístup, vše záleží na klientově schopnosti sebezpozorování a hloubce pocitů ohrožení, které narušují jeho sebesystém.

Druhá fáze terapie – zaměřena na to, aby klient poznal sám sebe a nové mezilidské scénáře. V této fázi je velice důležitá trpělivost.

Třetí fáze terapie – v této fázi nastává kontrola funkčnosti dosažených posunů. Jestliže si klient po ukončení terapie více věří, lépe se mu žije se sebou samotným a je otevřenější a vnímavější ke světu, tak byla terapie účinná. Pokud terapie nebyla v předchozích dvou fázích účinná, objeví se zhroucení a nastává to, že ve většině případů klient přeruší terapii a dostává se do závažnějších alkoholických problémů.

Jestliže se však člověku vymklo pití z ruky a i přes veškerou upřímnou snahu se mu hromadí problémy a pije dále, je dobré přistoupit na ústavní léčbu.

Ústavní léčba

Ústavní léčba znamená dlouhodobý pobyt a je nezbytná v případě, kdy u pacienta v minulosti došlo k deliriu tremens nebo k epileptickému záchvatu, dále je nezbytná také pro jedince trpící psychickými poruchami a u jedinců s opakující se závislostí. Ústavní léčba trvá zpravidla 13 týdnů, nejkratší smysluplná doba terapie je 4-6 týdnů, což je doba potřebná k odstranění drogy z těla a k odstranění následků způsobených drogou v těle. Při navrhování délky léčby v ústavu je brán v potaz stav přijetí, životní situace, délka předchozí abstinence, duševní a fyzický stav a schopnost využívat možnosti ambulantního léčení. V průběhu léčby je pacient vytržen z rodinného a pracovního prostředí. (Heller, Pecinovská 1996, Nešpor 1999, Ühlinger, Tschui 2009).

Řehan (1994): Základními fázemi komplexní ústavní léčby jsou:

1. fáze detoxifikace,
2. fáze léčebná (ve vlastním slova smyslu),

3. fáze doléčovací.

Detoxifikační fáze začíná přijetím nemocného, jeho komplexním vyšetřením a na základě zjištěného stavu je zahájena somatická léčba s cílem co v nejkratší době dosáhnout detoxifikace. Somatická léčba je doprovázena psychologickou prací s pacientem, která je především zaměřena na motivaci k úplné léčbě.

Léčba somatických následků závislosti na alkoholu mnohdy přechází do fáze vlastní léčby drogové závislosti. Součástí zmíněné léčebné fáze jsou např.:

- psaní životopisů a deníků,
- forma režimu oddělení,
- forma průběžného hodnocení léčby,
- existence a pravomoci správy nemocných,
- společná oddělení,
- podílů a formy pracovní terapie,

V průběhu ústavní péče se lépe zvládají vyvstávající zdravotní komplikace, využívá se skupinových terapií, principů terapeutických komunit, relaxačních technik a dalších postupů (Nešpor, 1999).

Terapeutická komunita představuje chráněné prostředí bez drog a realizuje program, ve kterém vede pacienta ke změně postojů vůči droze. Organizace v terapeutické komunitě je volnější než v nemocnici. Základem je komunitní a skupinová psychoterapie, socioterapie a pracovní terapie. Snaha o přiblížení se co nejvíce realitě všedního dne. Pacienti si sami obstarávají nákupy, vaří, uklízí, setkávají se, při krizích, diskutují o využití volného času,

Terapeutická komunita se opírá o zásady:

1. naprosté abstinence,
2. otevřenosti a upřímnosti,
3. volba mezi léčbou a vztahem,
4. regulace agrese.

Abstinence je důležitá pro přijetí sebe samého, získání opětovné důvěry k sobě samému, k získání náhledu na svoji životní situaci a přijetí svého okolí.

Pobyt v terapeutické komunitě je členěn na 3 fáze: 0 fáze trvá 4 týdny, 1 fáze trvá 18-20 týdnů a 2 fáze trvá 16-18 týdnů. Tyto fáze jsou zahájeny přijetím klienta lékařem v oddělení pro léčbu závislostí, kde proběhne komplexní vyšetření, případný detox a práce s motivací.

Pobyt v terapeutické komunitě může být ukončen kdykoliv na doporučení lékaře a nebo pokud došlo k porušení zásad ze strany pacienta. Řádné ukončení léčby je doprovázeno závěrečným rituálem, kdy je klient motivován k následné péči. Následná péče se realizuje především prostřednictvím ambulantní nabídky. Hlavním cílem je pomoci jedinci s návratem do reálného života (Göhlert, Kühn 2001, Terapeutická komunita Fides – Bílá voda [online]).

2.5.2 Socioterapeutické postupy

Socioterapeutické postupy jsou součástí komplexní léčby v její závěrečné fázi, zahrnující v sobě především doléčování a resocializaci jedince, využívající kolektivní formy za použití speciálních technik a postupů. Za socioterapeutické postupy můžeme považovat takové, které upravují a sledují cíl přípravy a přizpůsobení vztahů k sociálnímu prostředí. Mezi socioterapii řadíme manželskou či rodinnou terapii, socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny a další formy, které se realizují jak při ústavních tak i ambulantních zařízeních a trvají různě časově i v různých intervalech (Nociar, 1991, Řehan 1994).

Manželská a rodinná terapie

Heller, Pecinová (1996, 91 s.) uvádí: „*Manželská a rodinná terapie je velice důležitá a to především její systematická v doléčovací fázi. Změny v manželských vztazích probíhají obvykle v prvním a druhém roce po změně životního stylu vyléčeného člena rodiny z drogové závislosti.*“ **Doléčovací program zahrnuje:**

- manželskou terapii v délce jednoho týdne – hospitalizace i opakovaně,
- rodinnou terapii v délce jednoho týdne – hospitalizace,
- rodinnou terapii komunitní formy – tříletý program,
- ambulantní párovou terapii,
- ambulantní individuální terapii rodinných příslušníků,
- ambulantní skupinovou psychoterapii,
- v době prázdnin – opakovací kúra pro matky s dětmi – hospitalizace 1-2 týdny.

Alkohol v rodině sehrává velice důležitou roli. Rodina je alkoholismem značně oslabena, zranitelná a to především ve své stabilitě. Rodina emocionálně slábne, členové se vzájemně stále více odcizují. Zároveň však volají po podpoře, kterou ale současně odmítají

přijmout. Rodina, která podporuje jedince v abstinenci, očekává zároveň spolu s abstinencí také zlepšení vztahů v rámci rodiny. Je však pro ně překvapující, když se tak nestane a rozpory a negativní pocity stále přetrvávají. Současné rodinné ovzduší však nelze již přičítat alkoholu. Rodinná terapie v tomto stádiu dostává charakter krizové intervence. Vystalá krize v rodinné terapii může vyústit v opuštění abstinence a k návratu člena rodiny k závislosti na alkoholu a nebo je abstinence jedince udržena, ale rodina se rozpadá. Jestliže je rodinná terapie úspěšná, tak dochází k obnovení a k znovuosvojení emocionálních projevů a interakčních dovedností v rámci rodiny. Je nastolen nový fungující rodinný systém. Toto stádium je charakteristické známkami počínajících změn v rodině, kdy členové vyjadřují své skutečné emoce a pocity. V průběhu tohoto stádia je důležitá role terapeuta, který věnuje pozornost rodině, zaměřuje se na partnerský vztah, na role rodičů a na děti. Poslední stádium rodinné terapie vyúsťuje k celkovému znovuoobnovení rodiny (Skála, 1987).

Doléčovací, socioterapeutické kluby

Socioterapeutické kluby mají v naší vlasti dlouholetou historii a jsou spojovány se jménem Antonína Novotného, který působil jako sociální pracovník a který inicioval založení takového klubu v Brně již před druhou světovou válkou.

Kluby sdružují a léčí závislé osoby různého věku, různých povahových rysů, různého vzdělání, povolání, společenského postavení a přesvědčení. Organizační zajištění zabezpečují terapeuti (lékař, psycholog, sociální pracovník), kteří se se svými pacienty v rámci klubu setkávají méně formálně a pro samotné terapeuty mají kluby velký význam a to především v tom, že mají zpětnou vazbu a vidí smysl své práce. Samotná činnost klubu je velice různorodá, zahrnuje schůzky jedinců závislých na alkoholu, až po programy, kterých se může jedinec se závislostí na alkoholu zúčastnit spolu se svou rodinou. Mezi takovéto aktivity patří např. výlety, plesy, tábory, sjetí řek, sportovní aktivity, kulturní akce, (, Řehan 1994, Skála 1987).

Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny se vytvářejí samovolně a to aktivitou několika osob, které se snaží vymanit z vlastní drogové závislosti. Killieová (in Heller, Pecinovská 1996) uvádí teoretické charakteristiky svépomocných skupin do 7 bodů:

1. Společná zkušenost členů – kdo poskytuje péči, trpí stejnou nemocí, jako její příjemce.

2. Vzájemná pomoc a podpora – pravidelné setkávání členů skupiny, kteří o sebe projevují zájem a poskytují si vzájemnou pomoc a podporu.
3. Uplatňování tzv. „principu pomáhajícího“ – nápomoci druhému nejvíce získává ten, kdo pomoc poskytuje, protože se tím posiluje a podporuje v žádoucím jednání.
4. Uplatňování teorie „přidružování se“ (k novému chování) prostřednictvím „odlišování se“ (od původního chování).
5. Kolektivní vůle, energie a víra – člověk si ověřuje své pocity a postoje u ostatních členů skupiny.
6. Význam informací – poskytování potřebných informací napomáhá jedinci lépe se vypořádat s problémem a umožňuje mu racionální pochopení.
7. Konstruktivní jednání – členové skupiny se učí prostřednictvím činnosti a mění se prostřednictvím jednání.

2.5.3 Abstinence a recidiva

I když náplní léčebných programů je učení pacientů to, jak mají dodržovat abstinenci, vyhýbat se recidivám a rozpoznat varovné signály ohlašující recidivu, je poměrně znepokojujícím faktem to, že až 90% abstinentů se dostane do stavu tzv. „znovuvzplanutí po alkoholu“ alespoň 1 krát v průběhu 4 let po ukončení léčby. (Alcohol relaps [online], Ühlinger, Tschui 2009).

Mezi příznaky ohlašující recidivu se řadí:

- vyčerpání a únava,
- netrpělivost, nic se neděje dostatečně rychle a podle očekávání,
- nepoctivost, lež, krádež,
- deprese, neodůvodněné zoufalství a stesk,
- frustrace,
- opuštění doléčovacích služeb, svépomocných skupin, ... (Alcohol relaps [online]).

Ühlinger, Tschui (2009) mezi **poplašné signály** řadí:

- Závislostní chování – lhaní, krádež, nespolehlivost, kompulzivní projevy.
- Stupňování pocitů – city a pocity se vyhrocují a stávají se čím dál tím více neudržitelnými. Může se objevovat nuda, sexuální frustrace, popudlivost,
- Závislostní myšlenky – tyto myšlenky ospravedlňují pití alkoholu.

Pokud jedince u sebe zpozoruje alespoň jeden z výše uvedených příznaků, je dobré

aby se obrátil na svého terapeuta nebo svépomocnou skupinu, svěřil se rodině či se vrhnul na fyzicky náročnou práci.

Příchodu recidivy se abstinents může „bránit“ tím, že bude dodržovat **prevenční opatření**, mezi které např. patří:

- snaha o udržení stability – vyvarování se změn v životě, které by mohli vést jedince ke stresu či frustraci (změna práce, cestování, ...),
- být členem svépomocné skupiny, využívat doléčovacích programů,
- mít denní harmonogram, kterého se budu abstinents držet (Alcohol relaps [online]).

Pro abstinujícího člověka je tedy velice důležité se zřeknout alkoholu už jednou pro vždy, aby neupadl do opětovné závislosti na alkoholu. Zásadu abstinence může pochopit jedinec ihned a nebo po znovu ocitnutí se na dně z důvodu propadnutí alkoholu. Bohužel jsou i takoví jedinci, kteří zásadu abstinence nepochopí nikdy a dostávají se do začarovaného kruhu, ze kterého bohužel není cesta ven.

V rámci léčby je pacientům důvod abstinence vysvětlen a zároveň i zdůvodněn a jsou seznamováni také s dalšími zásadami:

1. Závislost na alkoholu je nemoc, kterou si pacient zavinil sám - proto si ji musí sám léčit a to především kvůli sobě.
2. Závislost na alkoholu je nemoc a pacient musí přiznat sám sobě, že je závislý a že bude dodržovat lékařské rady.
3. Na základě lékařské rady bude užívat lék zvaný Antabus, aby se snáze zdržel alkoholických nápojů.
4. Nestydět se za to, že jsem prošel protialkoholní léčbou.
5. Minimalizovat návštěvy podniků, kde se ve vyšší míře konzumuje alkohol a vyvarovat se kontaktu s lidmi, kteří tíhnou k alkoholu.
6. Udržovat kontakt s lidmi, kteří mají stejné problémy jako já. Můžeme si navzájem podporovat a pomáhat si.
7. Najít si koníčky, zájmy, ve kterých se budu realizovat a které mi budou pomáhat vyplnit můj volný čas.
8. Stanovení si denního plánu, který bude navržen tak, aby zde byl vyvážený čas pro práci, zábavu, rodinu, ale také čas potřebný k odpočinku a k jídlu.
9. Vyvarovat se navyknutí na jiné látky, které by měly nahradit alkohol.
10. Každý člověk má v životě problémy. Je však velice důležité, aby člověk dokázal

odlišit problémy, které zvládne sám, od problémů, na které mu již síly nestačí (Skála, 1988).

3 MLÁDEŽ A ALKOHOL

Již od dětství se přímo či nepřímo setkáváme s alkoholem. Je ho všude plno – v domácím prostředí, v televizi, v novinách, v obchodech, ve škole, na ulici - ve výčtu by se dalo jistě pokračovat. Každý jedinec se dostane v životě do období, kdy se bude muset rozhodnout, jak s alkoholem ve svém životě naloží. Při tomto rozhodování však člověk nezůstává sám, ale působí na něj tlak ze strany kamarádů a part, rodiny, ale i médií. Radí-li rodiče svým dětem, aby nepili alkohol, doufají v to, že se jejich radami budou řídit (Elliottová, 1995).

Mladí lidé konzumují alkohol z řady důvodů. Mezi ty nejčastější může patřit např. to, že alkohol přináší úlevu, dokáže navodit uvolněnou atmosféru, prolomí zábrany a přispívá k větší komunikativnosti a sblížení s lidmi. Mladiství však mají méně možností a schopností se s alkoholem vypořádat a to jak emocionálně, tak i fyzicky. Alkohol má vliv na myšlení, vnímání, chování a jednání. Mladí lidé, kteří okusí alkohol, dělají a říkají věci, kterých později litují, často se také dostávají do nepříjemných situací a v nejhorším případě se mohou stát aktéry nehod či kriminálních činů. Konzumace alkoholu v relativně krátkém čase je pro mladého člověka nebezpečná, jeho organismus není schopen se s vyšší dávkou alkoholu vypořádat. Dlouhodobá konzumace alkoholu u mladého člověka nezanechává pouze zdravotní následky, ale má i negativní vliv na školní prospěch, společenský život a mezilidské vztahy (Nešpor, Csémy, 1993, Nebezpečí alkoholu pro mládež [online]).

3.1 Specifika působení návykových látek na dospívajícího jedince

Alkohol působí na dospívajícího jedince jinak než na jedince dospělého. Nešpor (2011) uvádí některá **specifika působení návykových látek na děti a dospívající:**

- závislost na návykové látce se vytváří mnohem rychleji než u dospělého, mnohdy stačí jen pár měsíců,
- existence vyššího rizika otrav a úrazů,
- sklony k riskantnímu a nebezpečnému chování,
- zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, sebekontroly, sociálních

- dovedností, citového vyzrávání, ...),
- problémy v oblastech rodiny, školy, trestné činnosti, ... ,
 - častý výskyt recidivy, avšak dlouhodobé prognózy bývají příznivé z důvodu přirozeného procesu zrání, který je tichým spojencem léčebných snah.

3.2 Faktory zvyšující riziko problémů s alkoholem

Člověk je alkoholem zranitelný v každém věku, největší nebezpečí však hrozí v mladším věku. Dítě v období dospívání, tedy adolescent zmítaný emocionálními výkyvy, je méně odolný vůči negativním vlivům, které na něj působí a kterým se nemůže nebo nechce bránit. Z pocitu strachu, neuspokojení, nepochopení, zlosti, ale i z důvodu nezačlenění se do skupiny vrstevníků může dospívající sáhnout po alkoholu. Pomyslná první sklenka však v drtivé většině případů nezůstává tou poslední.

Mezi faktory, které zvyšují riziko problému alkoholu u dospívajících je řada. Níže stručně uvedu pár příkladů.

Rodinné prostředí

Robinson (2003) uvádí, že rizikovým faktorem v případě rodinného prostředí může být:

- neefektivní rodičovství,
- chaotické prostředí domova,
- nedostatek lásky, vřelého vztahu a nepochopení,
- přítomnost duševní choroby, návykové látky nebo kriminálního chování u jednoho z rodičů.

Nešpor (2001) je ve výčtu rizikových faktorů z hlediska rodinného prostředí daleko rozsáhlejší. Ve svém výčtu uvádí např. rizikové faktory:

- citová deprivace v dětství,
- dlouhodobý konflikt mezi rodiči, manželi,
- nejednotná výchova dítěte,
- alkoholismus či zneužívání jiné návykové látky rodiči či sourozencem,
- sexuální zneužívání nebo týrání dítěte,

- časté stěhování, opouštění známých míst a přátelského prostředí,
- nevytváření prostředí, ve kterém by dítě mohlo rozvíjet své zájmy a záliby,
- výchova dítěte jedním rodičem bez pomoci širší rodiny,
- podceňování dítěte,
- nízký sociálně ekonomický status rodiny,
- podpora dítěte v konzumaci alkoholu,

Školní prostředí

Rizikové faktory na půdě školy mohou být následující:

- neexistence systematické prevence a spolupráce s rodiči,
- neexistence nebo nepřiměřené zákazy v oblasti návykových látek na škole,
- snadná dostupnost alkoholu, tabáku a drog na půdě školy i v jejím blízkém okolí,
- učitelé jsou žáky vnímáni negativně či lhostejně,
- škola nenabízí takové mimoškolní aktivity, které by pozitivně působily na žáky a na jejich zájmy a záliby v jejich volném čase,
- škola nespolupracuje s organizacemi, které se zabývají prevencí výskytu návykových látek u dětí a dospívajících (Nešpor, 2001, Činitelé zvyšující riziko alkoholu a drog u dětí a činitelé toto riziko snižující [online]).

Prostředí vrstevnické skupiny

Vrstevnická skupina je pro jedince v období dospívání velice důležitá. Mezi rizikové faktory v rámci tohoto prostředí patří např.:

- přátelé a známí, kteří mají protispolečenské tendence,
- přátelé a známí, kteří mají problémy s autoritami,
- přátelé a známí, kteří konzumují alkohol či jiné návykové látky,
- vrstevníci, kteří vybízejí ke konzumaci alkoholu,
- vrstevníci, kteří jsou bez vazby na nějaké zájmové činnosti,
- vrstevníci, kteří zesměšňují, snižují nebo šikanují (Nešpor 1998, Činitelé zvyšující riziko alkoholu a drog u dětí a činitelé toto riziko snižující [online]).

Společenské prostředí

Se společenským prostředím je každý jedinec v každodenním kontaktu. Společenské

faktory, které zvyšují riziko konzumace alkoholu u mladistvých mohou být:

- alkohol, tabák a drogy jsou běžně snadno dostupné pro mladistvé,
- alkohol a tabák jsou nabízeny prostřednictvím médií,
- společenské normy a zákony mají kladný postoj k zneužívání alkoholu a tabáku,
- výskyt kriminality, drogových gangů v okolí,
- neexistence vhodných aktivit pro trávení volného času,
- nedostatečná zdravotní a sociální péče,
- neefektivita primární prevence v soukromém sektoru,
- vnímání společnosti jako špatného a nepřátelského prostředí (Činitelé zvyšující riziko alkoholu a drog u dětí a činitelé toto riziko snižující [online]).

3.3 Znamky nadměrného užívání alkoholu u mládeže

Teen Help ([online]) uvádí, že rozlišit mezi alkoholismem a občasným užíváním alkoholu jako nešvarem mladistvých je velmi problematické. Mladý jedinec často holduje alkoholu a ačkoliv jej může konzumovat pravidelně, stále může mít jeho užívání pod kontrolou. Podle institutu NIAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) však 40 % osob, které přišli do styku s alkoholem pře dovršením 15 roku věku může mít v určitém období svého života problémy se závislostí na něm. Příznaky nadměrné konzumace alkoholu mohou být fyzické i sociální.

Fyzické příznaky nadměrné konzumace alkoholu:

- překrvení očí,
- přetrvávající kašel,
- zvýšená únava,
- změny na váze,
- časté bolesti hlavy, nevolnost, citlivost na zvuk,
- zhoršená koncentrace,
- výpadky paměti.

Sociální příznaky nadměrné konzumace alkoholu:

- odstup od rodiny, vyhýbání se kontaktu s rodinnými příslušníky,

- ztráta zájmu o předchozí koníčky a záliby,
- podrážděnost a deprese,
- problémy se zákonem,
- lhaní a útěky z domova,
- problémy ve škole,
- změna přátel.

Mezi příznaky, které se mohou vyskytovat při konzumaci alkoholu u mladistvých řadí Elliottová (1995) např:

- těžko vysvětlitelnou změnu osobnosti,
- určité momenty podivného chování,
- proměnlivé nálady,
- sklony k tajnůstkářství, nejasnému vyjadřování a k nesoustředěnosti,
- polevování ve školní práci, absence ve škole,
- náhlé opuštění dříve oblíbených činností, ztráta ctížádosti nebo produktivity,
- podrážděnost, nesoustředěnost, agresivita,
- nesouvislá řeč, zarudlé oči,
- zápach po alkoholu,
- potíže se spánkem,
- časté finanční nesnáze.

Nešpor (1993) rozdělil varovné signály u mládeže na brzké známky a na známky dlouhodobého pití.

<i>Brzké známky</i>	<i>Známky dlouhodobého pití</i>
<i>alkohol v dechu</i>	<i>výpadky paměti (tzv. okénka)</i>
<i>zarudlé oči</i>	<i>třes</i>
<i>zhoršená koordinace pohybů</i>	<i>zvyšování odolnosti vůči alkoholu</i>
<i>bolesti hlavy</i>	<i>zvýšená únava, ospalost</i>
<i>nejistá chůze</i>	<i>samotářské pití</i>
<i>zvýšená únava, ospalost</i>	<i>hltavé pití</i>
<i>nezřetelná výslovnost</i>	<i>ztráta „kvalitních“ přátel</i>
<i>zmírnění zábran</i>	<i>alkohol používán jako uklidňující prostředek</i>

<i>slovní i fyzická agrese</i>	<i>snižená schopnost pití ovládat a zastavit</i>
	<i>časté pády, úrazy</i>
	<i>výskyt onemocnění – vyšší krevní tlak, nemoci trávicího systému</i>
	<i>konzumace alkoholu při nevhodných příležitostí</i>

(Nešpor, 1993,48 s.).

3.4 Alkohol u mládeže

První zkušenost s alkoholem představuje pro mladého člověka zcela nový, dosud nepoznaný a výjimečný zážitek. Pokud blízké okolí nedokáže nabídnout dospívajícímu jedinci lepší možnosti a zdroje pozitivních citových zážitků, je pravděpodobné, že mladý člověk po alkoholu opětovně sáhne. Opakovaným užíváním alkoholu se však postupně rozvíjí psychická závislost, aniž by si to člověk uvědomoval. Vznik závislosti u dospívajícího člověka je snadnější a rychlejší z důvodu menší odolnosti dětského organismu a může vzniknout již za tři roky (Heller, Pecinovská, 1996, Pöthe, 1999).

Heller, Pecinovská (1996, 40-41 s.) uvádí, že nedílnou součástí a podmínkou pro vývoj návyku a závislosti je **motivace vedoucí k nadměrnému užívání alkoholu**. Touto motivací u adolescenta může být např. :

- **motivace fyzická** – přání fyzického uvolnění a uspokojení, odstranění fyzických potíží a přání získat více energie,
- **motivace senzorická** – snaha o povzbuzení zraku, sluchu, hmatu, chuti, potřeba smyslově-sexuální stimulace,
- **motivace emocionální** – uvolnění od psychické bolesti, snížení úzkosti,
- **motivace interpersonální** – snaha o odbourání komunikační bariéry, posílení vztahů s vrstevníky, vzdorovat autoritě,
- **motivace sociální** – potřeba prosadit se ve skupině vrstevníků, snaha o únik z obtížného prostředí,
- **motivace politická** – nedodržovat společenská pravidla,
- **motivace intelektuální** – snaha uniknout nudě a stereotypu, zkoumat své vlastní vědomí a podvědomí,

- **motivace kreativně estetická** – snaha o rozšíření představivosti a zvýšení požitku z umění,
- **motivace filozofická** – snaha o nalezení smyslu bytí, významných hodnot a snaha o nalezení vlastního já,
- **motivace specifická** – osobní potřeba prožít dobrodružství, jinak nevyjádřitelné prožitky.

Jestliže se u dospívajícího jedince jedná o nadměrné užívání, které začíná být zdraví škodlivé a vyskytnou se první problémy s dodržováním běžného režimu a obecných návyků, pak situace dospěla do stádia návyku. Při zahájení léčby je důležité si uvědomit, že mladý člověk musí být ochoten na léčebném režimu spolupracovat, pokud má mít terapie šanci na úspěch. Na samotném počátku detoxikace musí být zjištěny příčiny, které pití alkoholu spustily a které k jeho konzumaci jedince dlouhodobě nutily. Mezi tyto příčiny se nejčastěji řadí problémy sociální a psychické. Je třeba podotknout, že u většiny mladých lidí není detoxikace bezprostředně nutná. Hlavním kritériem úspěšné léčby je zejména psychická podpora ze strany rodiny (Elliott, Place, 2002).

4 PREVENCE A OPATŘENÍ PŘED ZÁVISLOSTMI U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

4.1 Typy prevence

Heller, Pecinovská (1996): Prevence je činnost, která je zaměřena na předcházení a snížení škod, které byly způsobeny návykovými látkami. Cílem prevence je ochrana zdraví a výchova ke zdravému způsobu života. Prevenci lze označit jako prevenci primární, sekundární a terciální.

Primární prevence – zaměřena na udržení a podporu zdraví jedince i společnosti. Má za cíl předcházet problémům s návykovými látkami u těch jedinců, kteří ji ještě nezačali užívat.

Sekundární prevence – pomoc v již existujícím nebezpečí. Cílem je zneužívání návykové látky zastavit a nebo omezit v co největší možné míře.

Terciální prevence – de facto se jedná o léčbu závislosti na návykových látkách. Cílem terciální prevence je zabránění recidivě a minimalizovat sociální handicap postižené osoby.

4.2 Primární prevence a její podoba ve škole

Jak již bylo uvedeno, primární prevence je zaměřena na celou populaci a jejím cílem je odradit jedince od prvotního užití drogy nebo alespoň dosáhnout co nejzazšího momentu prvotního kontaktu s drogou. Do cílové skupiny primární prevence se řadí především děti a mládež. Při její realizaci je nezbytná spolupráce více resortů: ministerstva zdravotnictví, ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, ministerstva obrany a ministerstva hospodářství (Heller, Pecinovská, 1996).

Primární prevence zahrnuje následující složky:

1. Vytváření povědomí a informovanosti o drogách a o zdravotních a sociálních důsledcích, které jsou spjaty s jejím užíváním.
2. Podpora protidrogových postojů a norem.

3. Posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním drog.
4. Posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů.
5. Podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog (Orlíková, [online]).

Primární prevence, která je zaměřena na děti a mládež v průběhu jejich období vzdělávání a výchovy na půdě školy, je realizována ve formě školních preventivních programů. Tyto školní preventivní programy vycházejí z Metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních a jsou součástí školního vzdělávacího programu vycházejícího ze školní strategie primární prevence. Cílem tohoto programu je vedení žáků ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a harmonickému rozvoji osobnosti.

„Aby primární prevence ve formě preventivních programů byla efektivní, musí být:

- *prováděna jako plynulý, nepřetržitý proces,*
- *přiměřená a přizpůsobená různým věkovým skupinám,*
- *pojímána jako možnost zisku informací a poznatků o problémech závislosti na drogách,*
- *směřována na vytvoření postojů a dovedností, které žákům umožní nacházet řešení životních situací bez drog,*
- *schopna zapojení rodiny žáka a zlepšit schopnost komunikovat o problémech a vyrovnávat se s nimi (Heller, Pecinovská, 1996, 151 s.).“*

MacBeath (in Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování [online]) uvádí **11 kritérií, která se projevují jako mediátoři ovlivňující efektivitu preventivních programů prováděných ve škole:**

1. Profesionální řízení školy a školského zařízení.
2. Sdílené vize (pedagogů i studentů) a dlouhodobé záměry.
3. Rozvíjející se kvalita učebního prostředí.
4. Důraz na efektivitu výuky (soulad mezi záměrem a výsledkem).
5. Vysoké očekávání od každého studenta.
6. Pozitivní přístup (od pedagogů i studentů).
7. Jasná pravidla výuky a kritéria posuzování jejich výsledků.
8. Sledování a vyhodnocování reálných výsledků.

9. Organizace výuky jako celku a vyvozování závěrů ze zjištěných nedostatků a přizpůsobování reálné situaci.
10. Práva a odpovědnost studentů a jejich posilování.
11. Vztah mezi školou a domovem studentů (zapojení rodičů, komunity, atd.).

V období školní docházky je protialkoholní působení velice důležité, přičemž by nemělo být spoléháno pouze na školní preventivní programy. Výchovní pracovníci školy a učitelé by měli na žáky působit nejen v rámci výuky, ale také individuálně v rámci mimoškolní výchovy. Stranou nezůstávají ani rodiče, na které je pozornost zaměřena také a to ve smyslu koordinace protialkoholní výchovy ve škole a v rodině a také individuálním působením (Svobodová, Vodrážka, 1979).

4.3 Prevence v rámci rodiny

S poučením o následcích užívání alkoholu a nebezpečích z toho vyplývajících by se mělo u dětí začínat brzy. Výchova k samostatnosti a odpovědnosti je důležitým ochranným faktorem zamezujícím vzniku závislosti. V období dospívání může užívání alkoholu vést k rychlému vytvoření návyku. V rámci rodiny je prevence velice důležitá. Nešpor (1999) uvádí následující **zásady prevence v rodině**:

1. **Získat důvěru dítěte** – vnímat dítě v celé jeho šíři, když mluví, jeho gesta, výraz tváře, tón hlasu a držení těla. Důležité je dítě povzbuzovat ve vyprávění, ptát se a ubezpečovat se, že jsme mu správně porozuměli. Odpovídat dítěti nemusíme jen slovy, ale i úsměvem, pohlazením poplácáním nebo objetím.
2. **Umět s dětmi mluvit o alkoholu a o drogách** – rozhovor by měl být veden v uvolněném a přátelském duchu, je potřeba znát informace a být na rozhovor připravený.
3. **Předcházet nudě** – nuda zvyšuje riziko toho, že mladý člověk sáhne po sklenice alkoholu. Je dobré tedy v rámci prevence posilovat vazbu dítěte na rodinu a ke kvalitním zálibám a koníčkům mimo rodinu.
4. **Zdravá pravidla v rodině** – v rodině je důležité dodržování řádu a pravidel. Mezi pravidla se řadí:
 - žádný alkohol nebo drogy u nezletilých,
 - umět nést a přijmout důsledky za porušení pravidel,

- neústupnost vůči vydírání,
- pravidlo práva na kontrolu,
- pravidlo informovanosti.

5. **Rodič jako nositel hodnot a vzor pro dítě** – rodiče jsou pro děti vzorem, od kterých se učí a přijímají hodnoty.

6. **Pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti** – naleznout mimoškolní aktivitu v podobě zájmových sdružení či sportovních klubů.

7. **Posilovat zdravé sebevědomí dítěte** – sebevědomí dítěte posilujeme chválením, ale také určitou mírou kritiky jeho chování, nikoliv jeho osoby. Napomáhat dítěti, aby přijal sebe sama se svými přednostmi, ale i nedostatky.

8. **Užitečná spojení** – spolupráce nejen rodičů, ale i širší rodiny a školy.

Robinson (2003) uvádí, že jako ochranná funkce v rodině před vznikem závislosti u dítěte může sloužit:

- silné pouto mezi dítětem a jeho rodiči,
- zapojení rodičů do života dítěte,
- plnění emočních, sociálních a kognitivních potřeb,
- stanovení jasných mezí.

4.4 Deklarace Mládež a alkohol

Evropská Charta o alkoholu byla přijata roku 1995 členskými státy a stanovila základní principy a cíle v oblasti podpory a ochrany zdraví a kvality života všech lidí v tomto regionu.

Deklarace Mládež alkohol byla přijata na konferenci ministrů Evropských zemí ve Stockholmu roku 2001. Tato deklarace si klade za cíl ochranu dětí a mládeže před tlakou k užívání alkoholu a omezení škod přímo či nepřímo způsobených alkoholem. Deklarace opětovně potvrzuje pět principů obsažených v evropské Chartě o alkoholu:

1. Všichni lidé mají právo žít v rámci rodiny, obce a na pracovišti chráněni před nehodami, násilím a jinými negativními důsledky konzumu alkoholu.
2. Všichni lidé mají právo na objektivní informace a vzdělání, počínaje od raného věku,

- o důsledcích konzumu alkoholu na zdraví, rodinu a společnost.
3. Všechny děti a mladiství mají právo vyrůstat v prostředí chráněném před negativními důsledky konzumu alkoholu a v maximální možné míře také před reklamou na alkoholické nápoje.
 4. Všichni lidé se zvýšenou nebo škodlivou mírou pití alkoholu a členové jejich rodin mají právo na všeobecně dostupnou péči a ošetření.
 5. Všichni lidé, kteří si nepřejí pít alkohol nebo kteří ho pít nemohou ze zdravotních nebo jiných důvodů, mají právo být chráněni před tlaky k užití alkoholu a právo být podporováni ve své vůli nepít alkohol (Nešpor, Csémy, 2002).

4.5 Zákonná opatření

Ačkoliv české zákony zakazují prodávat alkohol osobám mladším 18- ti let, české děti a česká mládež se již několik let řadí na první příčky ve spotřebě alkoholu.

Dle statistiky Světové zdravotnické organizace z roku 1997 a 1998 se české děti ve věku 13 let řadí na 3. místo ve spotřebě alkoholu za Řecko a Anglii. Dle statistik z roku 2008 se česká mládež starší 16- ti let řadí na 4. místo v Evropě ve spotřebě alkoholu. Spotřeba alkoholu u této části populace je 13 l za rok . Před Českou republikou se umístilo Maďarsko (13,6), Irsko (13,7) a Lucembursko (15,7) (Budinský, 2012, Šamánek, 2003).

V České republice jsou děti a mladí lidé chráněni před alkoholismem legislativní úpravou. Mezi ochranou legislativní úpravu patří:

Zákon č. 37/1989 Sb. - o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

Část druhá – prostředky ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi a povinnosti organizací a občanů

§ 2 – Způsob ochrany

Ochrana před alkoholismem a jinými toxikomaniemi včetně kouření se uskutečňuje zejména výchovou, omezujícími opatřeními, ošetřením v protialkoholní záchytné stanici, léčebně preventivní péčí, sociální péčí, ukládáním pokut podle tohoto zákona a postihem podle jiných právních předpisů.

§ 3 – Výchova

Výchova k ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi včetně kouření se uskutečňuje zejména:

- a) objasňováním škodlivosti nadměrného nebo jinak škodlivého požívání alkoholických nápojů, užívání jiných návykových látek a kouření,
- b) vzděláváním a působením na děti a mládež ve školách a školských zařízeních zaměřeném na škodlivost požívání alkoholických nápojů, užívání jiných návykových látek a kouření,
- c) propagací požívání nealkoholických nápojů.

Zákon č. 379/2005 Sb. - o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících předpisů

Část první

Hlava I. Obecná ustanovení

§ 2 – Pro účely tohoto zákona se rozumí

Alkoholickým nápojem je lihovina, víno a pivo, alkoholickým nápojem se rozumí též nápoj, který není uveden ve větě první, pokud obsahuje více než 0,5 objemového procenta alkoholu.

Hlava III. Omezení dostupnosti alkoholických nápojů

§ 10 – Podmínky prodeje a podávání alkoholických nápojů

- 1) Alkoholické nápoje lze prodávat pouze
 - a) ve specializovaných prodejnách alkoholických nápojů,
 - b) ve specializovaných odděleních velkoplošných prodejen určených k prodeji alkoholických nápojů, v prodejnách potravin a smíšených prodejnách, nebo
 - c) v zařízeních společného stravování provozovaných na základě hostinské činnosti, v ubytovacích zařízeních a kulturních zařízeních s výjimkou zařízení určených pro osoby mladší 18 let.
- 2) Ustanovení odstavce 1 se nevztahuje na příležitostný prodej rozlévaných alkoholických nápojů při slavnostech, tradičních akcích, výročních trzích a jim podobných akcích.

§ 11 – Omezení prodeje a dovozu

1) Zakazuje se prodej a výroba hraček napodobujících tvar a vzhled alkoholických nápojů.

2) Zakazuje se dovoz hraček napodobujících tvar a vzhled alkoholických nápojů.

3) Osoba prodávající nebo podávající alkohol musí být starší 18 let, pokud se nejedná o žáka soustavně se připravujícího na budoucí povolání v oborech hotelnictví a turismus-kuchař-číšník a prodavač.

Hlava III. Zákaz prodeje nebo podávání alkoholických nápojů a povinnosti osob prodávajících alkoholické nápoje

§ 12 – Zakazuje se prodávat nebo podávat alkoholické nápoje

- a) osobám mladším 18 let,
- b) na všech akcích určených osobám mladším 18 let,
- c) ve všech typech škol a zařízeních.

Hlava IV. Opatření k předcházení a mírnění škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

§ 18 – Preventivní opatření

Realizaci preventivních opatření koordinuje vláda, finančně a organizačně zajišťují:

- a) vláda,
- b) Ministerstvo zdravotnictví, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence,
- c) Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, jde-li o opatření primární prevence, realizovaná v rámci minimálních preventivních programů a výchovné péče o osoby mladší 18 let a o uživatele tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek mladší 18 let,
- d) Ministerstvo vnitra, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence pro příslušníky Policie České republiky a žáky policejních škol,
- e) Ministerstvo práce a sociálních věcí, jde-li o primární, sekundární a terciární prevence pro oblast sociální péče,
- f) Ministerstvo spravedlnosti, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence pro osoby ve vazbě a výkonu trestu odnětí svobody.

Hlava V. Organizace a provádění protidrogové politiky

§ 21 – Státní orgány

Realizaci protidrogové politiky zajišťuje a koordinuje vláda prostřednictvím ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy, jak vyplývá z jejich působnosti na základě zvláštního právního předpisu. Komplexní preventivní opatření v oblasti protidrogové politiky provádí zejména Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti primární prevence ve školách a školských zařízeních, v léčebné výchovné péči a o děti mladistvé do 18 let a uživatele návykových látek mladší 18 let.

Zákon č. 40/2009 Sb. - trestní zákoník

Část 1

Hlava VIII. Výkladová ustanovení

§ 130 – Návyková látka

Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.

Část 2

Hlava IV. Trestné činy proti rodině a dětem

§ 204 – Podání alkoholu dítěti

Kdo ve větší míře nebo opakovaně prodá, podá nebo poskytne dítěti alkohol, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL VÝZKUMU

Alkohol je droga, která způsobuje problémy a útrapy řadě lidí na celém světě. Váha těchto slov je o to větší, pokud si uvědomíme hrozivý fakt, že alkohol je v 21. století nedílnou součástí života každého dospívajícího jedince. I když v naší zemi existuje řada zákonných opatření týkající se na ochranu dětí a mládeže před alkoholem, děti se dostávají do přímého kontaktu s alkoholem ve stále mladším věku.

Cílem praktické části diplomové práce bylo získat odpovědi na několik zásadních otázek. Prostřednictvím výzkumného šetření mělo být zjištěno, v kolika letech a při jakých příležitostech požili studenti středních škol alkohol, dále zda konzumaci alkoholu provádějí opakovaně v průběhu jednoho měsíce, zda-li si uvědomují rizika spojená s alkoholem a zda si dokáží představit svět bez alkoholu.

5.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1:

V kolika letech studenti středních škol požili první alkoholický nápoj a při jaké příležitosti?

Výzkumná otázka č. 2:

Konzumují alkohol v průběhu jednoho měsíce studenti středních škol opakovaněji a za jakým účelem?

Výzkumná otázka č. 3:

Jsou si studenti středních škol vědomi rizik, která s sebou nese konzumace alkoholu a je získání alkoholu pro ně snadnou záležitostí?

6 VÝZKUMNÁ METODA

Pro získání odpovědí na otázky týkající se problematiky alkoholu a jeho role v životě mládeže byla zvolena metoda dotazníkového šetření.

Chráška (1993) uvádí, že dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které respondent odpovídá písemně.

Dotazník je metodou kvantitativní a v pedagogickém výzkumu se využívá již řadu let, přičemž skýtá četné výhody, ale i nevýhody. Mezi největší výhody dotazníkového šetření můžeme řadit jeho rychlost a pokrytí širokého spektra společnosti. Mezi nevýhody dotazníkového šetření můžeme zařadit přílišnou obecnost otázek a možnost jejich špatné interpretace.

Vyhodnocením zodpovězených dotazníků mělo být zjištěno, jaký význam je alkoholu mládeži přikládán a jaké místo v jejím životě zaujímá. Dotazník byl anonymní, obsahoval 29 uzavřených otázek a byl rozčleněn následovně:

1. Informující část zahrnovala název diplomové práce, zdůvodnění volby tématu práce a poděkování za vyplnění.
2. Základní údaje o respondentovi.
3. Požití alkoholu.
4. Zkušenosti s alkoholem.
5. Názory na věci spojené s alkoholem.
6. Alkohol v rodinném prostředí.
7. Svět bez alkoholu.

6.1 Výzkumný vzorek a realizace výzkumu

Jak již bylo uvedeno, průzkum byl realizován formou dotazníkového šetření. Samotné dotazníky byly v tištěné podobě rozdány studentům následujících prostějovských středních škol - Švehlovy střední školy polytechnické, Střední Průmyslové školy a Středního odborného učiliště obchodního.

Cílovou skupinou byli studenti 1. ročníků výše uvedených škol, jež nejlépe odpovídali mnou vytčeným kritériím. V první řadě zde byl rozhodujícím faktorem věk studentů odpovídající etapě dospívání, o jejíž charakteristikách bylo hovořeno v předchozích kapitolách. Důležitým kritériem bylo vědomí, že se jedná o studenty, kteří poměrně nedávno prodělali razantní změnu společenského zázemí a zahájili novou etapu života (přechod ze základní školy, na střední, změna kolektivu, navazování nových vztahů, začleňování se do nového kolektivu a formování společenského žebříčku v rámci nového kolektivu, vyšší nároky kladené ze strany kantorů, aj.). Předpokládala jsem tedy i vyšší náchylnost k nestandardnímu chování a řešení problémů vyplývajících z výše uvedených důvodů.

Na dotazníky odpovědělo celkem 125 studentů, z toho 63 dívek a 62 chlapců ve věku od 15 do 18 let. Návratnost vyplněných dotazníků byla 100%, avšak po jejich vyhodnocení jsem byla nucena 11 vyřadit z důvodu špatného zpracování. K vyhodnocení jsem tedy měla celkem 114 dotazníků použitelných pro analýzu dat.

Samotný sběr dat probíhal během dvou týdnů, kdy jsem osobně navštívila zástupce ředitelů výše uvedených středních škol a požádala jsem je o spolupráci a pomoc při realizaci výzkumného šetření. Pedagogičtí pracovníci středních škol mi vyšli vstříc a vymezili potřebný časový prostor pro vyplnění dotazníků ve vyučovacích hodinách. Dotazníky jsem osobně rozdala studentům a vysvětlila jim, k jakému účelu budou získané odpovědi sloužit. Zdůraznila jsem záruku naprosté anonymity dotazníků a vznesla jsem s tímto faktem související prosbu o zcela pravdivé odpovědi.

Díky ochotě a spolupráci uvedených středních škol neměli studenti časové omezení a dotazníků měli dostatek času. Samotné vyplňování dotazníků nikde nepřesáhlo dobu deseti minut. V průběhu realizace výzkumného šetření jsem byla přítomna ve třídě a studenti tak měli kdykoliv možnost vznést dotaz v případě jakékoliv nejasnosti související s otázkami. Někteří studenti této možnosti aktivně využili. Vyplněné dotazníky jsem si osobně vybrala, čímž jsem jednak potvrdila mé ubezpečení o anonymitě dotazníků a zajistila jsem si jejich úplnou návratnost. Každý vyplněný dotazník byl originální.

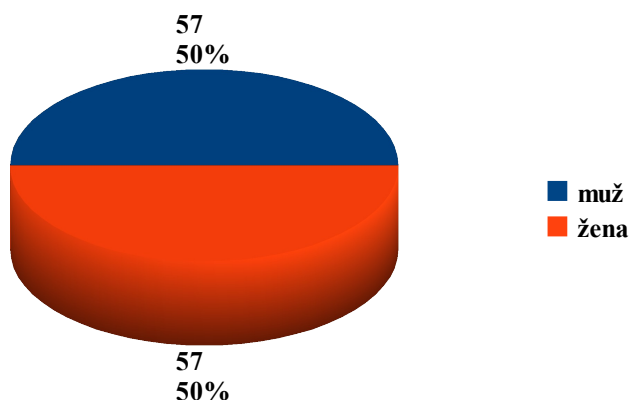
7 ANALÝZY DAT A JEJICH INTERPRETACE

Získané informace byly zpracovány pro lepší přehlednost do grafů, které byly doplněny o interpretace.

7.1 Základní údaje o respondentech

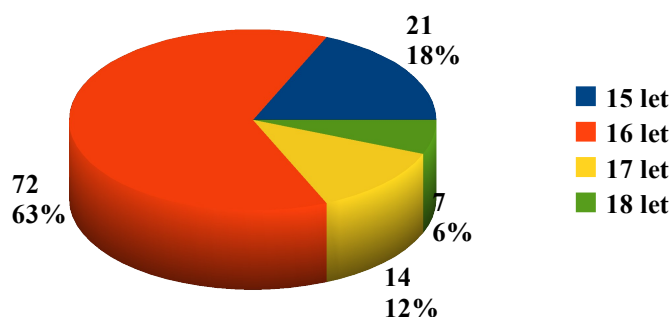
Základní údaje o respondentovi vycházely z elementárních otázek, které poskytly informace o tom, zda-li se jedná o muže či ženu a v jakém věku.

Jak již bylo uvedeno, dotazník správně vyplnilo 114 respondentů, z toho 57 žen (50%) a 57 mužů (50%). Tyto skutečnosti jsou zaneseny v grafu č. 1.



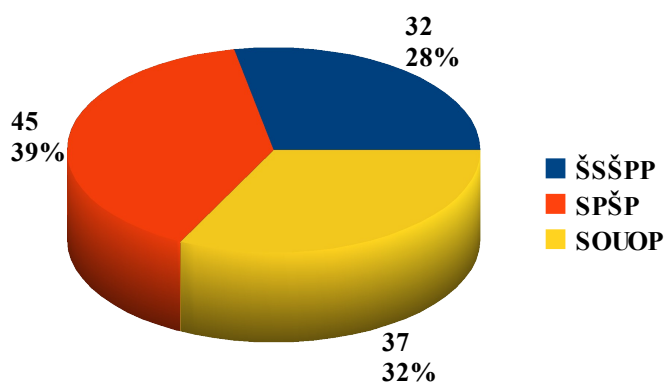
Graf č. 1: Skladba respondentů dle pohlaví

Věk studentů byl v rozmezí od 15 do 18 let. 21 respondentů (18%) byla v nejmladší věkové kategorii, to jest 15 let, kategorie 16 let zahrnovala největší počet respondentů - 72 (63%), věk 17 let uvedlo 14 respondentů (12%) a nejstarší věkovou kategorii 18 let uvedlo 7 respondentů (6%). Data znázorněna v grafu č. 2.



Graf č. 2: Zastoupení studentů dle věku

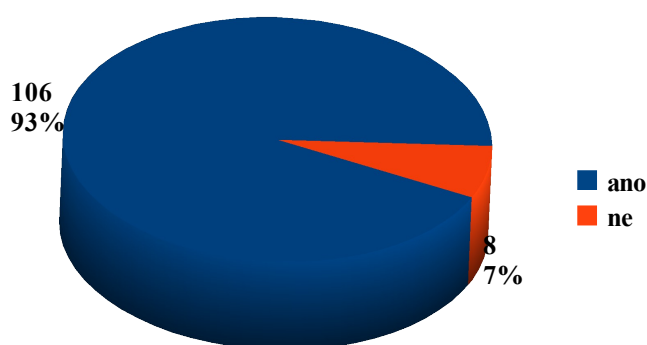
Poslední otázka v sekci související se základními údaji o respondentovi souvisela s ústavem, který studenti navštěvují. Výzkumné šetření bylo realizováno na třech středních školách a to na Švehlově střední škole polytechnické Prostějov (ŠŠŠPP), kde se zúčastnilo výzkumného šetření 32 studentů (28%), dále na Střední Průmyslové škole Prostějov (SPŠP), kde bylo vyplněno 45 dotazníků (39%) a na Středním odborném učilišti obchodní Prostějov (SOUOP) bylo vyplněno 37 dotazníků (32%) studenty této školy. Příslušným výsledků odpovídá graf č. 3.



Graf č. 3: Skladba respondentů dle střední školy

7.2 Otázka zaměřená na požití alkoholu

První otázka třetího bloku dotazníkového šetření zněla: *Už jste někdy požili alkohol?* Tato otázka měla zjistit, zda vůbec respondent má již nějakou zkušenost s konzumací alkoholu. Zde převážná část respondentů – 106 (93%) uvedla, že již nějakou zkušenost s konzumací alkoholu má. Pouhých 8 respondentů (7%) uvedlo, že alkohol ještě neokusilo. Z výsledků je tedy patrné, že mládež svoji první konzumaci alkoholu provedla ještě před 18. rokem. Výsledky znázorněny v grafu č. 4.



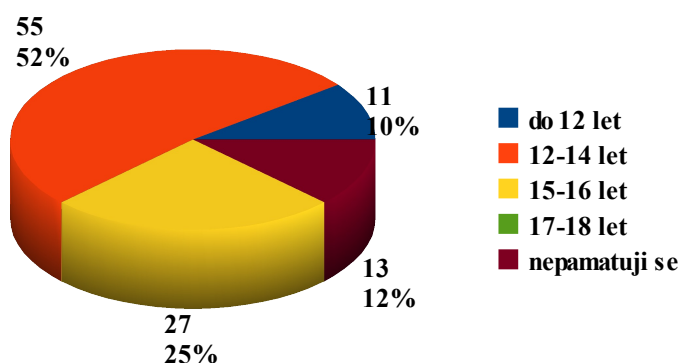
Graf č. 4: Požití alkoholu

Pokud respondent na otázku č. 1 odpověděl negativně (*nemám zkušenosti s konzumací alkoholu*), pokračoval až otázkou č. 14 – takových respondentů bylo 8. Otázky 2 až 13 byly tedy zodpovězeny pouze 106 respondenty. Pro otázky v rozmezí 2 až 13 byl tedy jako 100% stav uvažován počet respondentů snížený o osoby, které alkohol dosud neokusily a nemohly tedy na uvedené otázky odpovídat. S plným počtem 114 respondentů bylo opět pracováno od otázky č. 14.

7.3 Otázky zaměřené na problematiku alkoholu a zkušenosti s ním spojené

Otázka č. 2 – Kolik let Vám bylo při prvním požití alkoholu?

První alkohol okusilo 55 (52%) studentů ve věku mezi 12-14 lety. Ve věku 15-16 let poprvé požílo alkohol 27 respondentů (23%) a dříve než ve 12 roce požílo alkohol 11 respondentů (10%). Zbýlých 13 dotazovaných (12%) si nepamatuje, kdy poprvé konzumovali alkohol. Z výsledků je tedy patrné, že první konzumace alkoholu proběhla již v průběhu studia na základní škole. Těmto výsledkům odpovídá graf č. 5.

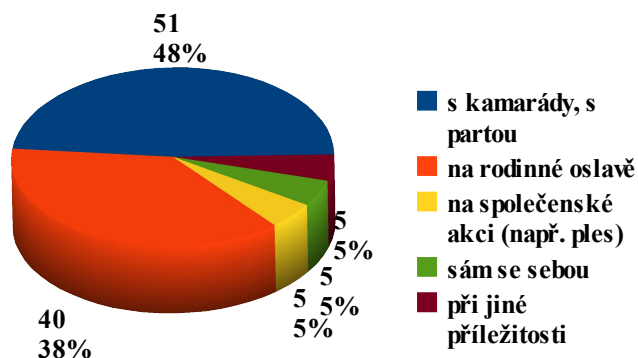


Graf č. 5: První požití alkoholu

Otázka č. 3 – Poprvé jsem okusil/a alkohol ...

Na tuto otázku odpověděla téměř polovina respondentů – 51 (48%) tak, že první zkušenost s alkoholem získala mezi svými vrstevníky nebo v partě. Významně je zastoupena také skupina respondentů, kteří svoji první zkušenost získali v rámci rodinného prostředí. Takto odpovědělo 40 dotazovaných (38%). Další variantou byla společenská akce, tuto odpověď zvolilo 5 respondentů (5%), stejný počet respondentů volil možnost sám se sebou či při jiné příležitosti. Dalo by se tedy říci, že k první konzumaci alkoholu dochází v prostředí

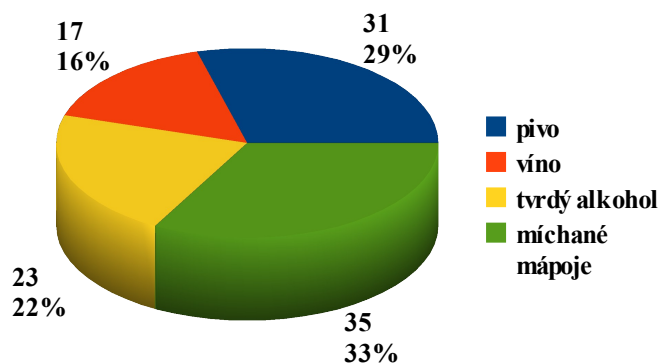
a s lidmi, které jedinec velmi dobře zná. Výsledky zaznamenány v grafu č. 6.



Graf č. 6: Prostředí kontra první požití alkoholu

Otázka č. 4 – Při konzumaci alkoholu preferuji:

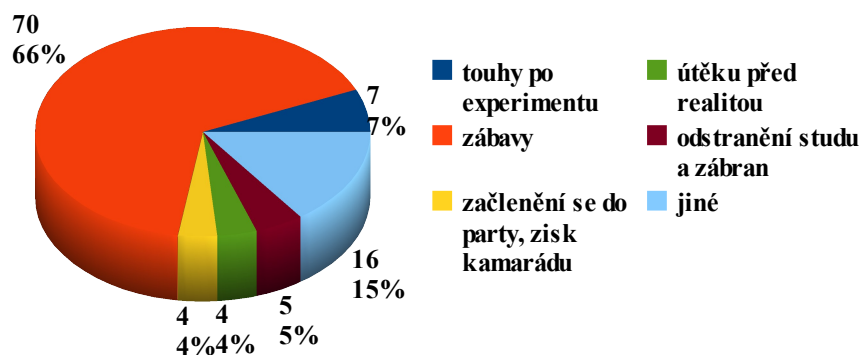
Z odpovědí vyplývá, že nejvíce jsou konzumovány míchané nápoje, které preferuje 35 respondentů (33%), pivo dává přednost 31 dotazovaných (29%). Tvrdý alkohol označilo 23 respondentů (22%) a víno jako preferovaný nápoj bylo označeno pouhými 17 respondenty (16%). Z dosažených hodnot by se dalo usuzovat, že polovina respondentů preferuje buď nápoje, v nichž je obsažen tvrdý alkohol a nebo samotný tvrdý alkohol. Znázorněno v grafu č. 7.



Graf č. 7: Preference alkoholu

Otázka č. 5 – Konzumaci alkoholu provádíte za účelem:

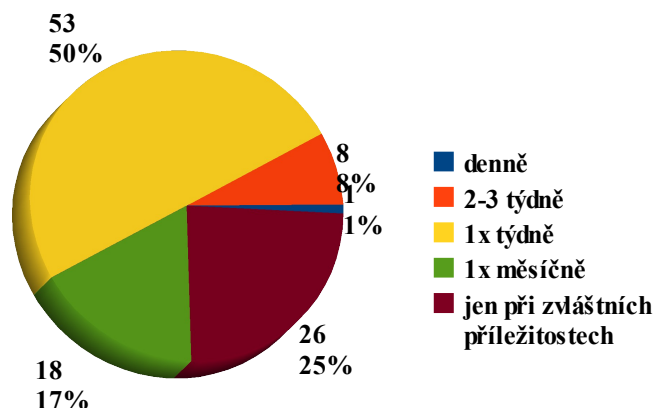
Alkohol jako prostředek k zábavě a pobavení se chápe více jak polovina respondentů, přesněji 70 (66%). Požití alkoholu z touhy po experimentu uvedlo 7 dotazovaných (7%) a alkohol, jako nástroj k odstranění studu a zábran uvedlo 5 respondentů (5%). 4 dotazovaní (4%) uvedli, že alkohol jim napomáhá k útěku před realitou a stejný počet osob uvedlo, že alkohol konzumují z důvodu snahy začlenit se do party, k získání kamarádů. Za jiným, blíže nespécifikovaným účelem provádí konzumaci alkoholu 16 respondentů (15%). Výsledky zaznamenány v grafu č. 8.



Graf č. 8: Konzumace alkoholu za účelem

Otázka č. 6 – Jak často konzumujete alkohol?

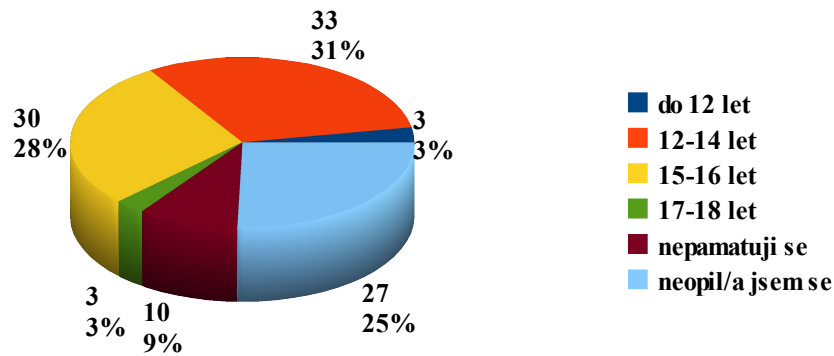
Co se týká četnosti konzumace alkoholu, přesná polovina respondentů – 53 (50%) - uvedla, že alkohol konzumuje 1x týdně. Další, početně nejvíce zastoupenou byla odpověď, že alkohol je konzumován pouze při zvláštních příležitostech – tuto možnost uvedlo 26 respondentů (25%). 18 dotazovanými (17%) byla zvolena odpověď, že alkohol konzumují alespoň 1x měsíčně. Respondenti v počtu 8 (8%) uvedli, že alkohol konzumují v průběhu týdne 2x-3x a pouze 1 respondent (1%) uvedl, že alkohol konzumuje denně. Z výsledku je tedy patrné, že polovina respondentů aktivně konzumuje alkohol 1 x za týden. Údaje zaznamenány v grafu č. 9.



Graf č. 9 – Četnost konzumace alkoholu

Otázka č. 7 – V kolika letech jste se poprvé opil/a?

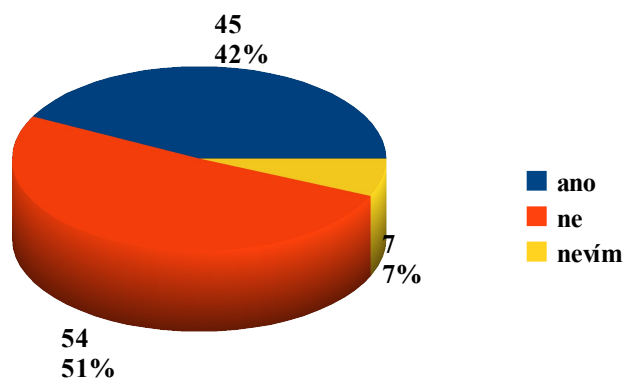
Otázka č. 7 se týkala věku, v němž respondent poprvé dosáhl stavu opilosti. Nejvíce dotazovaných – 33 (31%) uvedlo, že první opilost zažila mezi lety 12-14 a 30 respondenty (28%) byla uvedena odpověď, že první opilost se uskutečnila mezi 15-16 rokem. 27 respondentů (25%) uvedlo, že sice alkohol konzumují, ale stavu opilosti ještě nedosáhli. 10 dotazovaných (9%) uvedlo, že si nepamatuje, zda byli v minulosti již ve stavu opilosti. Mezi 17-18 rokem byli dle odpovědí opilí 3 respondenti (3%) a již před 12. rokem stavu opilosti dosáhli 3 respondenti (3%). Z výsledků je tedy patrné, že první opilost před dovršením dospělosti není nic neobvyklého. Dalo by se dokonce konstatovat, že málokterý člověk, který již dovršil věk 18 let, ještě neprožil stav opilosti. Hodnoty zaznamenány v grafu č. 10.



Graf č. 10: První opilost

Otázka č. 8 – Dosáhl/a jste někdy silně opilého stavu (nevolnost, zvracení, ztráta paměti)?

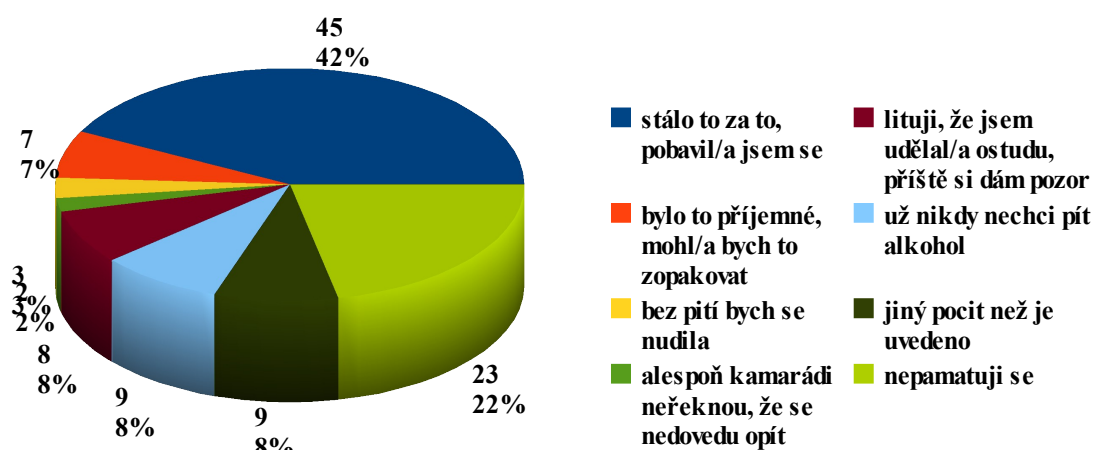
Silně opilého stavu, v jehož důsledku došlo např. k nevolnosti, zvracení či ke ztrátě paměti, dosáhlo 45 respondentů (42%). 53 dotazovaných (51%) uvedlo, že takového stavu ještě nedosáhlo a 7 respondentů (7%) uvedlo, že neví, nebo že si nejsou vědomi, zda se takto silně opili. Z výsledku lze tedy dedukovat, že řada studentů má za sebou již takovou zkušenost, kdy jeho organismus nebyl schopen se s velkou dávkou alkoholu vypořádat. Hodnoty zobrazeny v grafu č. 11.



Graf č. 11: Stav silné opilosti.

Otázka č. 9 – Jaké pocity a myšlenky se u Vás obvykle převažují po vystřízlivění?

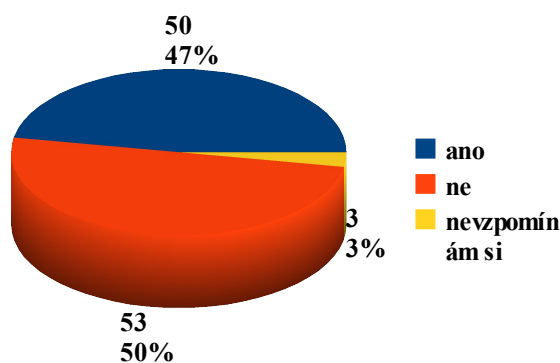
Druhý den po konzumaci alkoholu se dostávají u konzumentů různé pocity a myšlenky. 45 respondentů (42%) uvádí, že po vystřízlivění je provází pocity uspokojení a vědomí o dobře stráveném čase a zábavě. 23 dotazovaných (22%) uvedlo, že si nepamatují, jaké myšlenky se jim v hlavě druhý den rojí. 9 respondentů (8%) uvedlo, že po vystřízlivění u nich převažují pocity odporu k alkoholu a zapřísáhnutí se k jeho odmítání v budoucnosti. Mezi ty, kteří litují toho, že si v důsledku svého podnapilého stavu ztropili ostudu nebo se dostali do trapné situace se řadí 8 dotazovaných (8%). 7 respondentů (7%) se přiklonilo k tomu, že to bylo příjemné a nebudou se bránit opětovnému opakování tohoto prožitku. Pouze 3 respondenti (3%) uvádí, že by se bez alkoholu nudili a 2 dotazovaní uvádí (2%), že nadměrnou konzumací alkoholu ukázali kamarádům, že se umí také opít. 9 respondentů (8%) uvedlo, že po vystřízlivění prožívá jiné pocity, než ty, jež byly uvedeny v možnostech. Po vystřízlivění u respondentů spíše převažují pocity dobře strávených, příjemných či zábavných chvil a do budoucna se nijak nabrání opětovné konzumaci alkoholu. Hodnoty uvedeny v grafu č. 12.



Graf č. 12: Pocity a myšlenky po vystřízlivění.

Otázka č. 10 – Byl/a jste v posledních 3 měsících opilý/á?

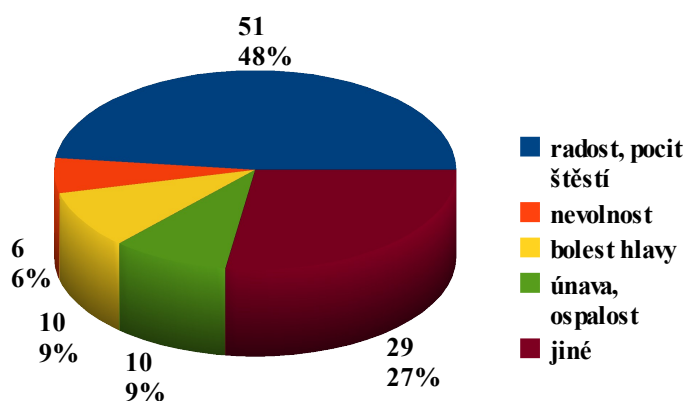
Na otázku, zda byl respondent v průběhu posledních 3 měsíců opilý, kladně odpovědělo 50 dotazovaných (47%). Záporně odpovědělo 53 respondentů (50%) a odpověď nevzpomínám si uvedli 3 dotazovaní (3%). Hodnoty uvedeny v grafu č. 13.



Graf č. 13: Stav opilosti v posledních 3 měsících.

Otázka č. 11 – Jaké pocity se u Vás objevují po požití většího množství alkoholu (2 a více piv, 2 sklenky vína a více)?

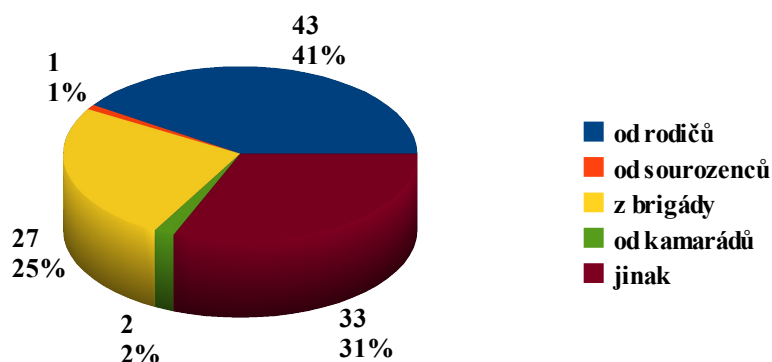
Pocity radosti a štěstí po požití většího množství alkoholu prožívá 51 respondentů (48%). 10 dotazovaných (9%) uvádí, že po nadměrné konzumaci alkoholu trpí bolestmi hlavy a stejný počet respondentů - 10 (9%) - uvádí, že po požití většího množství alkoholu pociťují celkovou únavu organismu, útlum a ospalost. 6 respondentů přiznává, že po požití vyšší dávky alkoholu mívá pocity nevolnosti. 29 respondentů (27%) uvádí, že se cítí jinak než je uvedeno v možnostech. Výsledky uvedeny v grafu č. 14.



Graf č. 14: Pocity po požití většího množství alkoholu.

Otázka č. 12 – Peníze na alkohol získáváte:

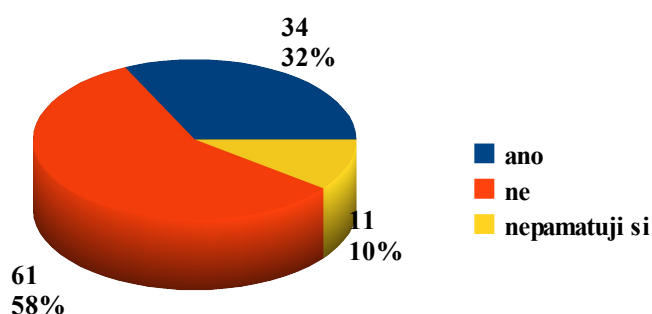
Přístup k alkoholu je povětšinou podmíněn penězi. Finance na alkohol od rodičů získává 43 respondentů (41%). 27 dotazovaných (25%) uvádí, že peníze získávají prostřednictvím brigády a za ty si následně pořizují alkohol. 1 respondent (1%) uvedl, že finance získává od sourozence a 2 dotazovaní (2%) uvedli, že peníze na alkohol mají od kamarádů. Poměrně velká část respondentů – 33 (31%) - uvedla, že finance na alkohol získává jinak. Předpokládám, že velká část respondentů, jež uvádí jako zdroj peněz na nákup alkoholu své rodiče, dostává finanční prostředky primárně za jiným účelem (např. formou kapesného na drobné útraty). Údaje zaznamenány v grafu č. 15.



Graf č. 15: Získávání peněz na alkohol

Otázka č. 13 – Byl/a jste někdy při nákupu alkoholu vyzván/a k předložení dokladů?

K předložení dokladů totožnosti při nákupu alkoholu bylo vyzváno 34 respondentů (32%). 61 respondentů (58%) udává, že při nákupu alkoholu nemuselo jakkoliv prokazovat svůj věk. 11 dotazovaných (10%) uvedlo, že si na tuto situaci nepamatuje. Z výsledků je tedy patrné, že více jak polovina respondentů prozatím neměla sebemenší problém s nákupem alkoholu. Je zřejmé, že při prodeji alkoholu mladým lidem nedochází ke kontrole dokladů totožnosti a prodejci se tak dostávají do konfliktu se zákonem. Výsledky uvedeny v grafu č. 16.

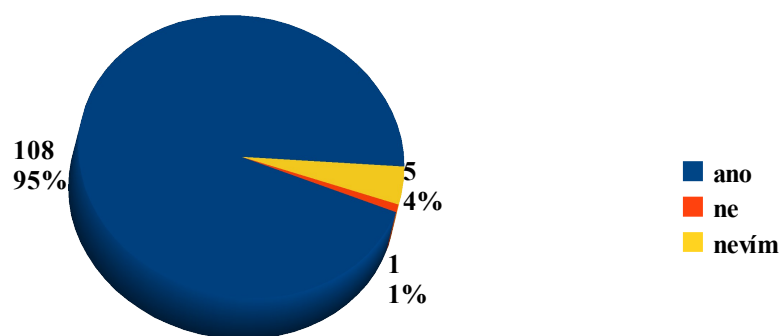


Graf č. 16: Kontrola dokladů při nákupu alkoholu

7.4 Otázky zaměřené na názory na věci spojené s alkoholem

Otázka č. 14 – Jste si vědom/a rizik, které s sebou nese alkohol a jeho konzumace?

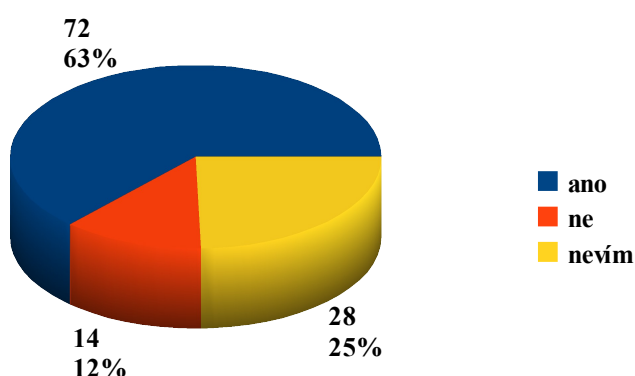
Na tuto otázku drtivá většina respondentů – 108 (95%) - odpověděla tak, že jsou si rizik spjatými s konzumací alkoholu vědoma. Pouhý 1 respondent (1%) odpověděl, že si rizik vědom není a 5 dotazovaných (4%) odpovědělo, že neví. Z uvedeného lze tedy předpokládat, že si drtivá většina respondentů plně uvědomuje úskalí a rizika konzumace alkoholu. Výsledky uvedeny v grafu č. 17.



Graf č. 17: Rizika konzumace alkoholu

Otázka č. 15 – Jste informováni o všeobecných rizicích spojených s konzumací alkoholu na Vaší škole?

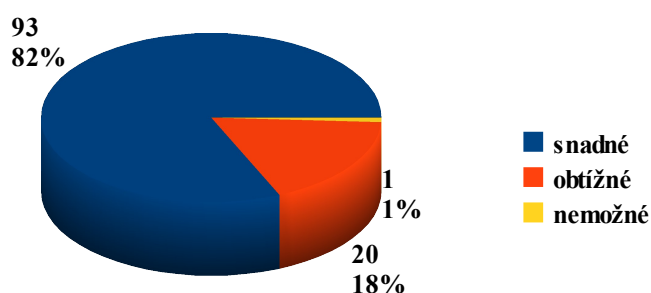
72 respondentů (63%) odpovědělo, že v rámci školy jsou informováni o rizicích spojených s konzumací alkoholu. 14 dotazovaných (12%) udává, že škola jim neposkytuje informace o dané problematice a 28 respondentů (25%) se vyjádřilo, že neví, zda-li je škola o takových skutečnostech dostatečně informuje. Na základě odpovědí tedy můžeme předpokládat, že školy poskytují dostatečné informace o škodlivých a rizikových faktorech, které s sebou nese konzumace alkoholu. Graficky zaznamenáno v grafu č. 18.



Graf č. 18: Informovanost o alkoholu prostřednictvím školy

Otázka č. 16 – Získání alkoholu pro osoby mladší 18- ti let je:

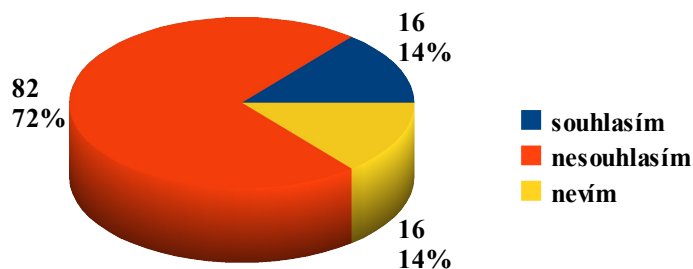
Dostupnost alkoholu pro osoby mladší 18-ti let je dle 94 respondentů (82%) snadná. Do protipólu k této odpovědi se staví 20 respondentů (18%), kteří udávají, že dostupnost alkoholu pro mladistvé je obtížná. Pouze 1 respondent (1%) udává, že získání alkoholu mladistvými je nemožné. Znázorněno graficky v grafu č. 19.



Graf č. 19: Dostupnost alkoholu pro osoby mladší 18- ti let

Otázka č. 17 – Prodejci dodržují zákon o zákazu prodávání alkoholických nápojů nezletilým osobám.

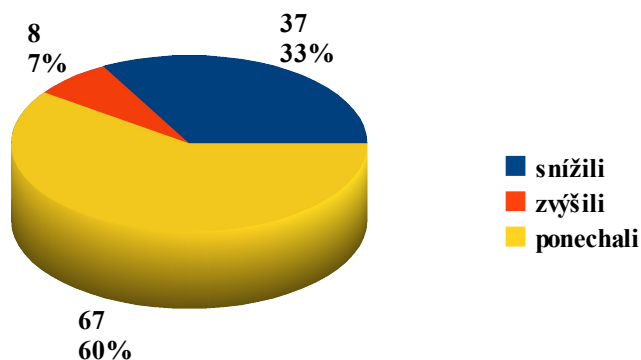
Většina respondentů – 82 (72%) zastává stanovisko, že prodejci zákon o zákazu prodávání alkoholických nápojů nezletilým osobám nedodržují. 16 dotazovaných (14%) uvedlo, že prodejci zákon dodržují a neprodávají alkohol mladistvým osobám. Stejný počet respondentů, tedy 16 (14%), uvedlo, že neví zda je tento zákon prodejci dodržován. Hodnoty jsou k dispozici v grafu č. 20.



Graf č. 20: Prodejci alkoholu dodržují věkovou hranici 18- ti let

Otázka č. 18 – Věkovou hranici (18 let) od níž je možné legálně konzumovat alkoholické nápoje by jste:

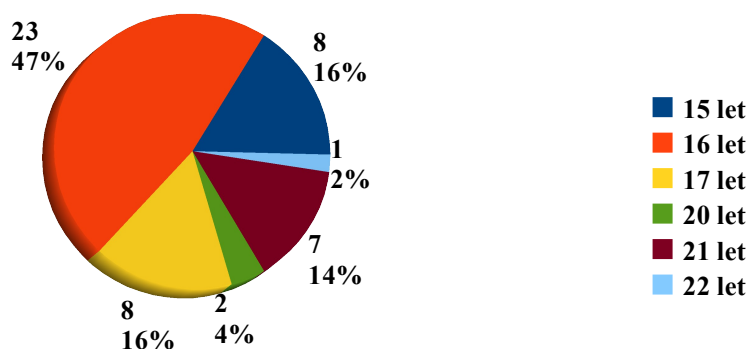
Tato otázka měla zjistit, jak se respondenti staví k věkové hranici, od které je možno legálně konzumovat alkoholické nápoje. Největší počet respondentů – 67 (60%) udává, že by věkovou hranici 18 roků ponechali. 37 dotazovaných (33%) odpovědělo, že by věkovou hranici, od které by bylo možno legálně konzumovat alkohol snížili a do protipólu k této odpovědi se staví 8 respondentů (7%), kteří by naopak věkovou hranici zvýšili. Hodnoty zaneseny v grafu č. 21.



Graf č. 21: Názor na ponechání věkové hranice pro legální konzumaci alkoholu

Otázka č. 19 – Pokud jste na předešlou otázku odpověděl/a, že by jste věkovou hranici změnil/a, tak uveďte konkrétní věk.

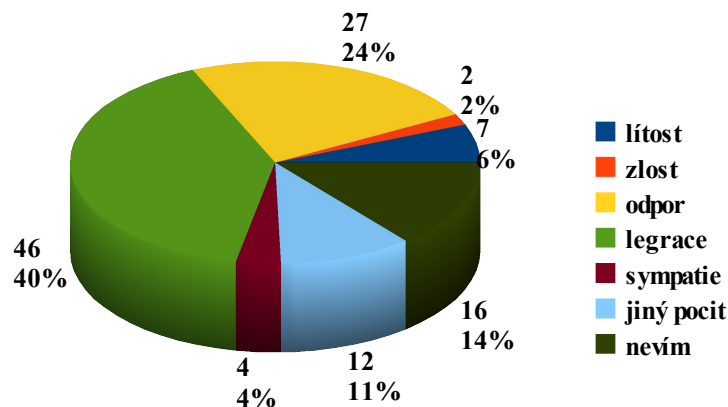
Otázka č. 19 navazuje na předchozí otázku a jejím cílem bylo zjistit, jakou věkovou hranici by respondenti považovali za vhodnou a zda-li se se současnou věkovou hranicí 18 let pro legální konzumaci alkoholu ztotožňují či ne. Snížení věkové hranice pro legální konzumaci alkoholu na 15 rok udalo 8 respondentů (16%), na 16 rok 23 respondentů (47%) a na 17 rok by věkovou hranici snížilo 8 dotazovaných (16%). Zvýšení věkové hranice na 20 rok udali 2 respondenti (4%), na 21 rok 7 respondentů (14%) a na 22 rok by zvýšil věkovou hranici legální konzumace alkoholu 1 dotazovaný (2%). Z uvedeného tedy vyplývá, že většina respondentů by věkovou hranici pro legální konzumaci alkoholických nápojů snížila. Znázorněno v grafu č. 22.



Graf č. 22: Věk pro legální konzumaci alkoholických nápojů

Otázka č. 20 – Jaký pocit máte v přítomnosti opilého člověka?

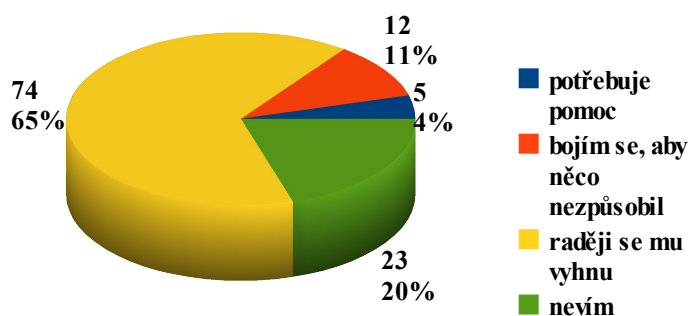
Na tuto otázku odpověděli respondenti následovně. Z opilého člověka má legraci 46 respondentů (40%), odpor k opilému pocituje 27 dotazovaných (24%). 7 dotazovaných (6%) cítí pocit lítosti v přítomnosti opilého, 4 respondenti (4%) udávají sympatie s těmito jedinci a 2 respondenti (2%) pocítují zlost. 12 dotazovaných (11%) udává, že má jiné pocity v přítomnosti opilého člověka a 16 respondentů (14%) udává, že neví, jaké pocity má v takovéto situaci. Znázorněno v grafu č. 23.



Graf č. 23: Pocit v přítomnosti opilého člověka

Otázka č. 21 – Co si myslíte, potkáte-li opilce na ulici?

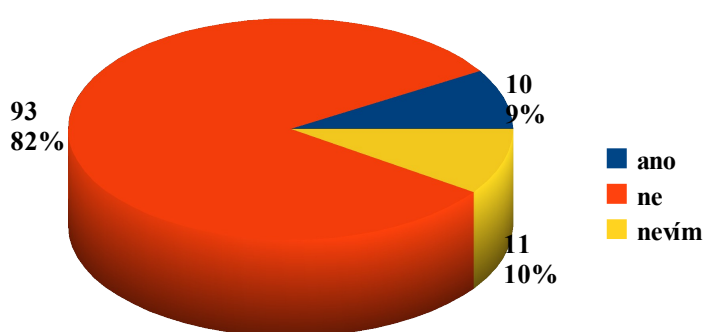
U této otázky uvedlo 74 respondentů (65%), že se na ulici opilcům raději vyhýbá, 12 dotazovaných (11%) projevuje obavy, aby něco opilí jedinci nezpůsobili. 5 respondentů (4%) má nutkání pomoci opilému člověku. Odpověď nevím zvolilo u této otázky 23 dotazovaných (20%). Z výsledků můžeme usoudit, že respondenti se spíše vyhýbá opilcům a snaží se nepřijít s nimi do kontaktu. Výsledky zaznamenány v grafu č. 24.



Graf č. 24: Opilec na ulici

Otázka č. 22 – Sedl/a by jste si do auta, kde řidičem je člověk, který před jízdou požil alkohol?

93 respondentů (82%) odpovědělo tak, že by do vozu řízeného podnapilým člověkem nenasedlo. 10 dotazovaných (9%) uvedlo, že by vyjeli s řidičem, který požil alkohol. 11 respondentů (10%) zvolilo odpověď neví. Lze tedy předpokládat, že by se tito jedinci rozhodli dle momentální situace. Ze získaných výsledků vyplývá, že respondenti jsou si vědomi nebezpečí a rizik, která souvisí s řízením motorového vozidla osobou v podnapilém stavu. Výsledky zaneseny v grafu č. 25.



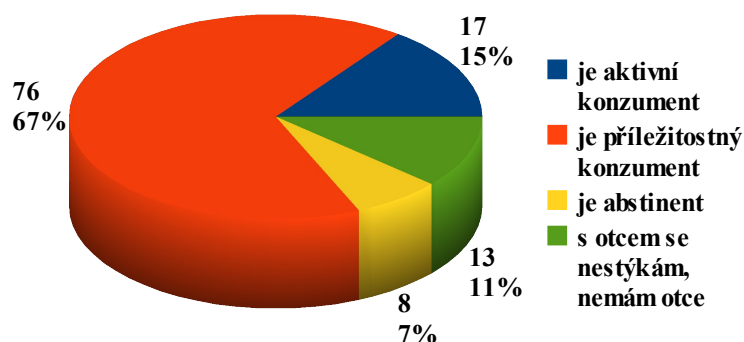
Graf č. 25: Sedl/a by jste si do auta, jehož řidičem je člověk, který požil alkohol

7.5 Otázky zaměřené na alkohol v rodinném prostředí

Otázka č. 23- Jak se k alkoholu staví Váš otec?

Tato otázka měla vypovědět, jak se k alkoholu staví otec příslušného respondenta. 76 dotazovaných (67%) uvedlo, že jejich otec je příležitostným konzumentem alkoholu a 17 dotazovaných (15%) uvedlo, že jejich otec je aktivním konzumentem alkoholu. 8 respondentů (7%) označilo možnost, že jejich otec je abstinentem a 13 respondentů (11%) se s otcem nestýká. Z uvedeného můžeme tedy vyvodit, že osoba otce zastává poměrně kladný vztah k alkoholickým nápojům a není příliš dobrým vzorem, který by mládež zrazoval od jejich

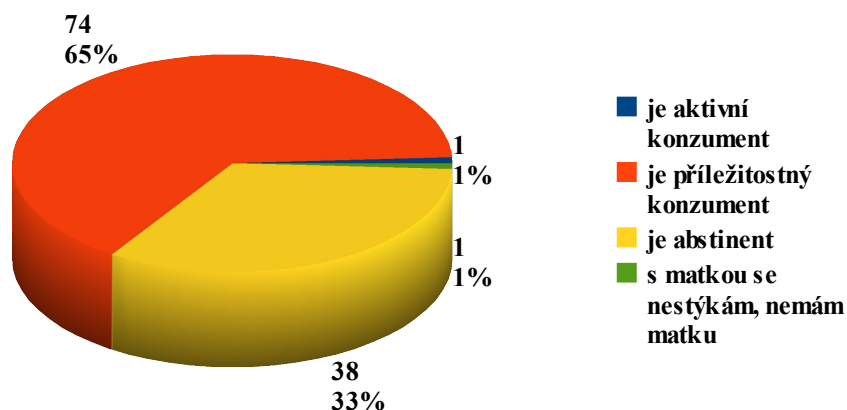
konzumace. Výsledky uvedeny v grafu č. 26.



Graf č. 26: Otec a jeho vztah k alkoholu

Otázka č. 24 – Jak se k alkoholu staví Vaše matka?

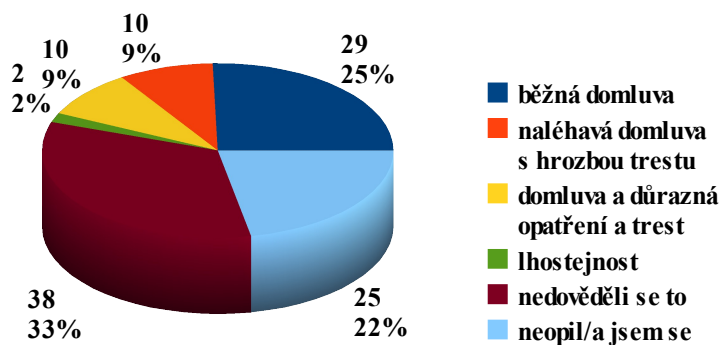
Tato otázka opět vypovídá o vztahu k alkoholu, ale tentokrát ze strany matky respondenta. Zde označilo 74 respondentů (65%), že matka je příležitostným konzumentem alkoholu a pouze 1 respondent (1%) udal, že je matka aktivním konzumentem alkoholu. Možnost, že je matka abstinentem označilo 38 dotazovaných (33%) a 1 dotazovaný (1%) uvedl, že se s matkou nestýká. Ze získaných výsledků a v porovnání s předchozím grafem můžeme usuzovat, že ze strany matky je vztah k alkoholickým nápojům zdrženlivější. Hodnoty zaznamenány v grafu č. 27.



Graf č. 27: Matka a její vztah k alkoholu

Otázka č. 25 – Co dělali rodiče, když se dozvěděli o Vaší opilosti?

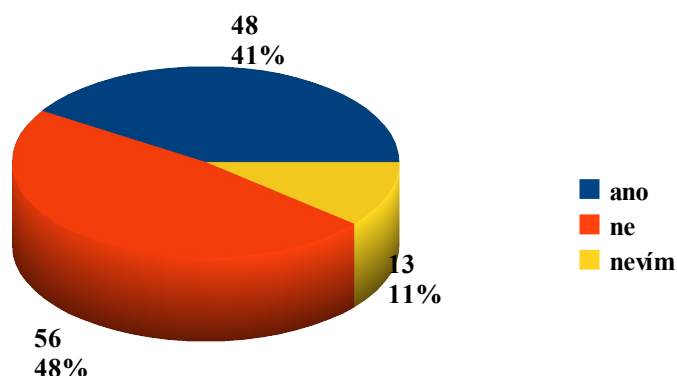
U této otázky nejvíce respondentů – 38 (33%) uvedlo, že se rodiče o jejich opilosti nedozvěděli, 29 respondentů (25%) udává, že byl zjištěný prohřešek řešen domluvou. Naléhavá domluva s hrozbou trestu provázela po opilosti 10 respondentů (9%) a domluva, s důrazným opatřením byla udělena stejnému počtu dotazovaných, tedy 10 (9%). Lhostejnému postoji svých rodičů se dostalo 2 respondentům (2%) a 25 dotazovaných (22%) uvedlo, že ještě nedosáhlo stavu opilosti. Z výsledků tedy vyplývá, že rodiče se v případě zjištění opilosti svého dítěte snaží nalézt cesty, způsoby a opatření, která by měla zajistit „ochranu“ respondenta před nástrahami alkoholu. Hodnoty uvedeny v grafu č. 28.



Graf č. 28: Reakce rodičů na Vaší opilost

Otázka č. 26 – Měl (má) někdo z Vašeho blízkého okolí problémy s alkoholem?

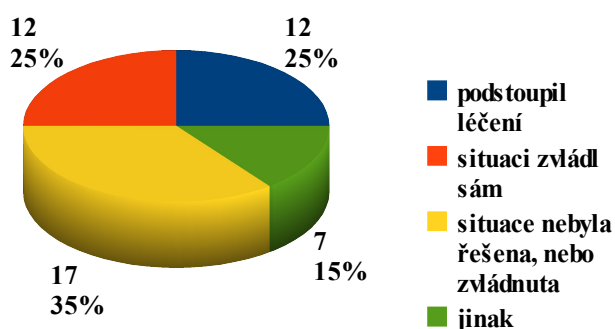
Otázka, jíž měla za úkol zjistit, zda má někdo v blízkém okolí respondenta problémy s alkoholem, vynesla na povrch následující údaje. 56 respondentů (48%) uvedlo, že v jeho blízkém okolí nikdo nemá problémy s alkoholem a 13 respondentů (11%) o takovéto situaci neví. 48 dotazovaných (41%) odpovědělo, že se v jejich blízkém okolí vyskytuje někdo, kdo má problémy s alkoholem. Z uvedeného můžeme tedy předpokládat, že poměrně velká část respondentů přichází ve svém blízkém okolí do kontaktu s osobou, která aktivně konzumuje alkohol a prošla či prochází obdobím závislosti na alkoholu. Výsledky zobrazuje graf č. 29.



Graf č. 29: Problémy s alkoholem v blízkém okolí

Otázka č. 27 – Pokud jste na předešlou otázku odpověděli ano, jak dotyčný situaci řešil?

Otázka č. 27 souvisí s předchozí otázkou a zaměřuje se na to, jak byla či je situace škodlivého užívání či závislosti na alkoholu řešena. 17 respondentů (35%) udává, že situace nebyla řešena nebo zvládnuta. 12 dotazovaných (25%) udává, že dotyčný podstoupil léčeni a stejný počet respondentů udává, že dotyčný situaci zvládl sám. 7 respondentů (15%) označilo, že situace byla řešena jiným způsobem, než je uvedeno. Z hodnot, jež jsou zde uvedeny, můžeme konstatovat, že respondenti přišli do kontaktu s různými, více či méně úspěšnými způsoby řešení problémů s užíváním alkoholu u blízkých osob. Výsledky uvedeny v grafu č. 30.

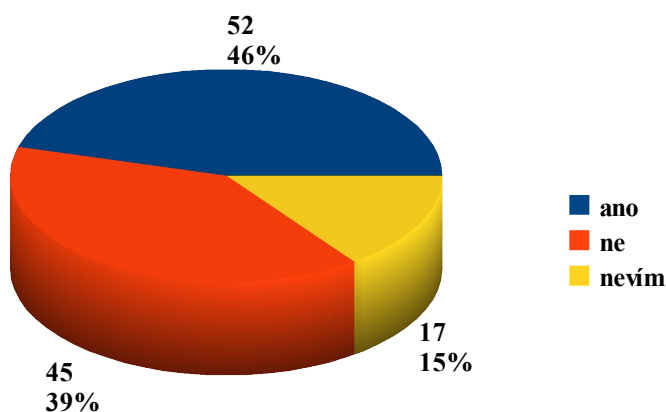


Graf č. 30: Řešení problémů s alkoholem

Otázka č. 28 – Abstinents je člověk, které déle než 3 roky nepil alkoholické nápoje při žádné příležitosti ani v malém množství.

Je dle tohoto měřítka někdo ve Vašem okolí abstinentem?

Tato otázka se snaží zjistit, zda se v okolí respondenta vyskytuje člověk, který je abstinentem. 52 respondentů (46%) uvedlo, že v jejich okolí je člověk, který je abstinentem. Odpověď ne uvedlo 45 dotazovaných (39%) a odpověď neví uvedlo 17 respondentů (15%). Hodnoty jsou k dispozici v grafu č. 31.

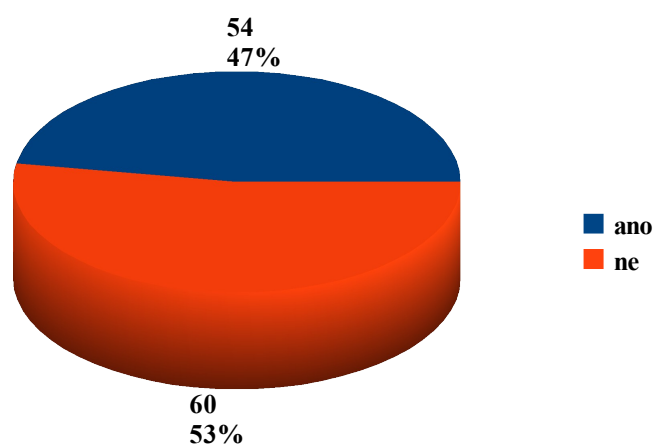


Graf č. 31: Přítomnost abstinenta ve Vašem okolí

7.6 Otázka zaměřená na představu světa bez alkoholu

Otázka č. 29 – Dokážete si představit svět bez alkoholu?

Tato otázka měla vypovědět o tom, zda si respondenti dokáží představit svět, který by byl bez alkoholu. Dle výsledků si 60 respondentů (53%) takovýto svět nedokáže představit, do protipólu se staví 53 respondentů (47%), kteří si takový svět představit dokáží.



Graf č. 32: Svět bez alkoholu

8 DISKUZE

Předchozí kapitola byla věnována analýze dat a jejich interpretaci. V této kapitole bych se ráda věnovala zodpovězení výzkumných otázek a detailnější interpretaci zjištěných faktů.

Primárním účelem výzkumného šetření bylo zjistit, jak se současná mládež staví k alkoholu, zda jej pojímá jako nedílnou součást svého života a zda si plně uvědomuje rizika spojená s požíváním alkoholických nápojů. Na počátku výzkumného šetření byly formulovány výzkumné otázky, na jejichž vyhodnocení se nyní zaměříme.

Výzkumná otázka č. 1:

V kolika letech studenti středních škol požili první alkohol a při jaké příležitosti?

Věk mládeže, ve kterém dochází k prvotnímu kontaktu s alkoholem má dlouhodobě klesající tendenci. Stále více jedinců se z různých pohnutek stává aktivními konzumenty alkoholu ještě před dovršením plnoletosti a to i přesto, že v České republice je prodej a konzumace alkoholických nápojů osobami mladšími 18 let zakázán. Dlužno podotknout, že litery zákona nejsou v tomto smyslu dodržovány, o čemž konec konců dobře vypovídají výsledky dotazníkového šetření. Z odpovědí respondentů bylo zjištěno, že studenti 1. ročníků středních škol mají svůj první kontakt s alkoholem již za sebou. 62% respondentů dokonce udává, že při prvním kontaktu s alkoholem jim bylo méně než 15 let. Stalo se tak tedy ještě v průběhu základní povinné školní docházky. Na otázku směřovanou na příležitost k prvotní konzumaci 86% respondentů uvedlo, že se tak stalo v rámci rodinného prostředí či v kolektivu jejich vrstevníků. Z uvedeného můžeme usuzovat, že k prvotnímu kontaktu s alkoholem dochází v prostředí, které je jedincům velmi dobře známé a kde se nacházejí osoby, k nimž má jedinec blízký vztah. Mladistvým je tak pomyslná první sklenka alkoholu nabízena přímo z důvěryhodných rukou rodinných příslušníků či kamarádů. Šance na akceptování nabídky a opakované navracení se k zrádnému a nebezpečnému alkoholu tím výrazně vzrůstá.

Výzkumná otázka č. 2:

Konzumují alkohol v průběhu jednoho měsíce studenti středních škol opakovaněji a za jakým

účelem?

Ze získaných odpovědí vyšlo najevo, že většina studentů 1.ročníků středních škol alkoholické nápoje opakovaně konzumuje minimálně jednou za měsíc. Přesná polovina účastníků šetření udává, že se k alkoholu uchyluje 1x týdně. Jako důvod konzumace alkoholických nápojů uvádí pocity zábavy a uvolnění. Jak již bylo řečeno v teoretické části, alkohol má schopnost odbourávat veškeré zábrany, zvyšuje komunikativnost jedince a napomáhá rozvíjet a navazovat nové vztahy. To můžeme považovat za jednu z hlavních pohnutek, z jakých středoškolská mládež konzumaci alkoholu vykonává. Svou roli jistě sehrává i strhnutí davem a snaha vyrovnat se těm dospělejším jedincům, pro něž je alkohol nedílnou součástí jakékoliv společenské události. Konzumace alkoholu na rodinné oslavě je brána jako příležitost, ovšem většinou ze strany dospělých, kteří mají tendenci podáním či vybízením ke konzumaci vykonat na mladistvých křest ohněm. Je až zarážející, jak velké množství osob z výzkumného vzorku zahájilo požívání alkoholu při takové příležitosti, tedy v rodinném prostředí v okolí blízkých osob, které by si měly být plně vědomy všech rizik svého počínání.

Četnost konzumace alkoholu u mládeže většinou souvisí s přirozeným režimem. U mládeže je tento režim upevněn nejen z důvodu materiální závislosti na rodičích, ale i z důvodu nároků, které jsou kladeny ze strany škol. Oddávání se alkoholu tak probíhá zejména po ukončení pracovního týdne, nebo ve volných dnech, kdy je více příležitostí k setkávání se. Nadpoloviční většina dotazovaných konzumuje alkohol minimálně jednou týdně. Je otázkou, zda se tak děje v prostředí neoficiálních alkoholových dýchánek pod širým nebem, nebo zda je třeba si přiznat hrozivou představu o zákonu nedbající a trestného činu se dopouštějící obsluze barů a klubů.

Výzkumná otázka č. 3:

Jsou si studenti středních škol vědomi rizik, které s sebou nese konzumace alkoholu a je získání alkoholu pro ně snadnou záležitostí?

Z celkového počtu 114 respondentů jich 108 udalo, že jsou si plně vědomi rizik, která jsou spjata s konzumací alkoholických nápojů. Z výsledků také vyplývá, že osvěta

o všeobecných rizicích spojených s konzumací alkoholu je studentům poskytována prostřednictvím škol. Lze vyvodit, že preventivně primární programy, které se uskutečňují na půdě škol, mají svá opodstatnění a žáci a studenti získávají podnětné a cenné informace o alkoholu jako droze.

Smutným faktem je, že studenti středních škol považují či jsou dokonce pevně přesvědčeni o tom, že alkohol je věcí poměrně snadno dostupnou a nemají problém s jeho získáním v běžné distribuční síti. Nepřímo tak odhalují nemilou pravdu o zákonu věrných prodejcích, kteří jsou ono poslední bariérou, která odděluje mládež od konzumace alkoholu. Pohled mládeže na věkovou hranici pro legální konzumaci alkoholu a její případnou změnu souvisí s jeho snadnou dostupností. Mladí lidé vidí hranici 18 let jako spíše symbolickou a nezdráhali by se ji snížit a to velmi výrazně. Na její případné zvýšení a celkové zpřísnění podmínek konzumace alkoholu nenahlíží mládež s velkou důvěrou a předpokládá, že kdyby se hranice pro legální konzumaci alkoholického nápoje zvýšila, v konečném důsledku by nedošlo k zásadní změně a alkohol by byl i nadále stejně lehce dostupným jak doposud.

Ze získaných odpovědí můžeme vyvodit několik zajímavých závěrů. Na otázku preference jednotlivých druhů alkoholu odpověděla více než polovina respondentů, že upřednostňuje tvrdé lihoviny nebo míchané nápoje s jejich příměsí. Stav duševní inkompetence a uvolnění je jejich požitím dosažen rychleji, svou roli může sehrávat i určitý rituál při hromadné konzumaci („rundy“ v rámci skupiny). Může také souviset s přebíráním vzorů z médií a reklamy, s chutí konzumovaných nápojů a s určitými módními vlivy. Míchané nápoje jsou do určité míry trendovou záležitostí, která je zmiňována v mnoha dílech současné kinematografie, vizuálně lahodí oku a potenciální konzument má na výběr z velkého množství. Ačkoliv jsou dražší, jsou velmi snadno požitelné, díky nealkoholickým příměsím a aromatickým ingrediencím. Naproti tomu víno je u zkoumaného vzorku populace spíše zanedbatelně zastoupeno. Souvisí to zřejmě s jeho vyšší cenou a charakteristikou vína, které je, jako „vyšší“ nápoj, vyhledáváno spíše staršími lidmi.

Preference alkoholu jedinci určitého pohlaví nebyla šetřením prokázána, tzn. dívky se svým vztahem k alkoholu vyrovnali chlapcům. Rovněž nebyl patrný rozdíl mezi studenty tří škol, které byly za účelem šetření navštíveny – vztah respondentů k alkoholu byl téměř totožný. Prokázána byla určitá paralela mezi zvýšenou konzumací alkoholu otce respondenta a častým požíváním alkoholu samotným respondentem.

Na základě získaných výsledků z výzkumného šetření můžeme tedy říct, že současná

mládež se k alkoholu staví kladně, i přesto, že jsou jim známá všechna rizika, která jsou nedílnou součástí konzumace alkoholických nápojů. Alkohol v životě mládež hraje poměrně velkou roli. Pro řadu z nich je konzumace alkoholu zdrojem zábavy a pobavení a neodradí je ani nebezpečnosti, která jsou s ním spjata. Vzhledem k relativně snadné dostupnosti alkoholu a každodenním minimálně nepřímým kontaktem s ním (médiá, společenské okolí) je nasnadě, že se k alkoholu uchylují lidé ve stále nižším věku věku.

Validita celkového výzkumného šetření je ovlivněna několika faktory, mezi které řadíme například, počet odpovídajících, vhodnou formulaci a volbu otázek. Otázky, prostřednictvím kterých chceme získat názor určitého vzorku populace, jsou každým subjektem vnímány jinak. Respondent si jej může vyložit mylně, čemuž lze však zamezit kontaktem autora dotazníku s respondentem.

Výsledky dotazníkového šetření lze považovat spíše za ilustrující a orientační a nelze z nich abstrahovat obecné závěry týkající se chování skupiny populace, ač by tato svými základními charakteristikami odpovídala vzorku respondentů. Srovnáme-li však výsledky získané na různých školách, zjistíme, že se mnoho nemění. K potvrzení či vyvrácení získaných výsledků či případné analýze by bylo třeba početnějšího základního souboru (tj. vzorku populace) společně se vstupem většího množství základních charakteristik (např. Pohlaví, sociální zázemí, aj.). Hodnota výsledků tkví v ryzosti a upřímnosti odpovědí, kterými byl potvrzen jeden z negativních trendů ve společnosti, jímž konzumace alkoholu mládeží bezesporu je.

ZÁVĚR

At' chceme nebo ne, alkohol je neodmyslitelnou součástí našeho života. Jako lidstvo jsme se s alkoholem naučili žít a již odnepaměti užíváme jeho opojných účinků k obveselení se, či k úniku od nepříliš přívětivé reality. Zvolání *na zdraví!*, které často vyřkneme těsně před tím, než je sklenka alkoholu vyprázdněna může vyznít, při uvědomnění si všech nebezpečí a odstrašujících případů jeho konzumace, spíše ironicky a zároveň pokrytecky. Je na nás dospělých, jak se s tím vyrovnáme a jak se k alkoholu postavíme. Je však rovněž na nás, jaký vztah k alkoholu jednou zaujmou dnešní děti a mladiství, tedy osoby, které s ním zatím nepřišli, nebo neměli přijít do styku. Protože je problematika alkoholu a jeho konzumace současnou mládeží tématem aktuálním a neustále na všech stranách diskutovaným, je zřejmé, že nedáváme mladým lidem svým chováním příliš dobrý příklad. Protože některé pohnutky, které vedou mládež k užívání drog a konzumaci alkoholu jsou podobné jako u dospělých, bychom spíše měli přemýšlet nad tím, proč někteří mladí lidé nepijí, než se snažit zjišťovat důvody, proč někteří pijí.

„Děti“ se v období dospívání snaží uniknout za hranice dětství a zkusí všem dokázat, že už jsou vlastně dospělými. Při své snaze vyrovnat se svým rodičům a dospělým vzorům si často neuvědomují, že jejich neznalost, prudkost či až horlivost jim může znesnadnit či zkazat jejich vstup do aktivního věku.

Alkohol je legální droga, která prostřednictvím médií, přátel a rodiny atakuje duši mladého, tedy téměř bezbranného jedince, který ne vždy tomuto tlaku odolá. V oblasti alkoholu a mládeže je velice důležitá prevence, která by měla být nedílnou součástí výchovy. Nejdůležitější prevencí je však působení rodinného prostředí, poněvadž právě z tohoto prostředí přejímáme naše vzory chování a je nám jím do jisté míry předurčeno směřování našeho budoucího života.

Teoretická část diplomové práce se snaží přiblížit období dospívání, v jehož průběhu dochází u dospívajícího jedince k vývojovým změnám, kdy jsou vytyčeny základní životní cíle a v průběhu kterého dochází k vytváření identity a k bouřlivým změnám v oblasti vztahů. Teoretická část se dále zabývá fenoménem alkoholu, jeho charakteristikou, vývojovými stádii závislosti a následky, které vznikají z důvodu jeho užívání. Pozornost je věnována zejména problematice alkoholu a mladistvých, specifikům působení návykových látek na děti

a mládež, faktorům, které zvyšují rizika zneužívání návykových látek, ale také motivacemi, které vedou děti a mládež ke konzumaci alkoholu. Poslední kapitola teoretické části věnuje pozornost prevenci a to jak na půdě školy, tak i v rodinném prostředí.

V praktické části bylo realizováno dotazníkové šetření, které se uskutečnilo u studentů 1. ročníků vybraných středních škol. Praktická část přinesla náhled na to, jak současná mládež vnímá alkohol, zda se k němu staví pozitivně a zda jej považuje za nedílnou součást jejich života a zda si plně uvědomuje nebezpečí a rizika, která s jeho konzumací souvisí. Výsledky šetření mohou být pro někoho nepříjemně překvapující, někomu mohou pouze utvrdit jeho domněnky. V každém případě jsou výsledky šetření velmi znepokojující a ve své nahotě dobře ilustrují, že vztah mládeže k alkoholu je, navzdory všem preventivním a represivním opatřením, bohužel velmi vřelý. Přihlédneme-li k faktu, že současná dospělá populace měla k alkoholu v mládí bezesporu těžší přístup než dnešní mládež, nabízí se otázka, jaký vztah k alkoholu a ostatním návykovým látkám budou v budoucnu mít děti dnešních dětí...?

SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

Literatura

- BUDINSKÝ, V. *At' žije alkohol*. Vyd. 5. Praha: Agentura Lucie, spol. s. r. o. , 2012, 179 s. ISBN 978-80-87138-44-1.
- ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
- ELLIOTT, M. , PLACE, M. *Dítě v nesnázích – prevence, příčiny, terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing s. r. o. , 2002, 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
- ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1995, 173 s. ISBN 80-7178-034-0.
- FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi – příručka pro učitele*. Vyd. 3. Praha: Portál s. r. o. , 2010, 383 s. ISBN 978-80-7367-725-1.
- GÖHLERT, FR., CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Vyd. 1. Praha: Euromedia Group, k. s. , Ikar, 2001, 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
- HAMPL, J. *Kouření – alkohol – drogy*. Vyd. 1. Olomouc: Okresní knihovna, 1988, 9 s.
- HARTL, P. , HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál s. r. o. , 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HELLER, J. , PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. Vyd. 1. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, spol. s. r. o. , 1996, 168 s. ISBN 80-7169-277-8.
- HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o. , 1998, 184 s. ISBN 80-7169-624-2.
- CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 1993, 257 s. ISBN 80-7067-287-0.
- JEDLIČKA, R. , KOŤA, R. *Aktuální problémy výchovy: analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1998, 169 s. ISBN 382-233-97.
- JENČ, F. *Alkohol jako lék*. Vyd. 1. Praha: Herbainfo, 1998, 253 s. ISBN 80-7207-151-3.
- JURKOVÁ, S. *Alkohol, kouření*. Vyd. 1. Kroměříž: Okresní kulturní středisko, 1987, 14 s.
- KREJČOVÁ, L. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s. , 2011, 232 s. ISBN 978-80-247-3474-3.
- KURIC, J. *Vývinová psychológia*. Nitra: Pedagogická fakulta, 1992, 115 s. ISBN

80-85183-78-1.

KVAPILÍK, J. , SVOBODOVÁ, A. *Člověk a alkohol*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1985, 240 s. ISBN 08-091-85.

LABÁTH, V. a kol. *Riziková mládež*. Vyd. 1. Praha: Slon, 2001, 159 s. ISBN 80- 85850-66-4.

LANGMEIER, J. , KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.

MACEK, P. *Adolescence*. Vyd. 2. Praha: Portál s. r. o. , 2003, 144 s. ISBN 80-7178-747-7.

MARHOUNOVÁ, J. , NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Vyd. 1. Praha: Empatie, 1995, 110 s. ISBN 80-901618-9-8.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem- určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat*. Praha: Sportpropag, a. s. , 1999, 128 s.

NEŠPOR, K. *Týká se to i mne? Jak překonat problémy s alkoholem (svépomocná příručka)*. Praha: Sportpropag a. s. , 1992, 132 s.

NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 156 s. ISBN 80-7187-515-6.

NEŠPOR, K. , CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémů předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag, a. s. , 1993, 104 s.

NEŠPOR, K. , CSÉMY, L. *Průchozí drogy. Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Vyd. 1. Praha: Fortuna, 2002, 28 s. ISBN 80-7071-198-1.

NEŠPOR, K. , DVOŘÁK, V. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. Vyd. 1. Praha: Armex, 1998, 98 s. ISBN 80-902283-9-9.

NOCIAR, A. *Alkohol a osobnost'*. Vyd. 1. Bratislava: Slovenská akadémia vied, 1991, 208 s. ISBN 80-224-0281-8.

NOVOTNÁ, L. a kol. *Vývojová psychologie*. Vyd. 3. Plzeň: Západočeská univerzita, 2004, 82 s. ISBN 80-7043-281-0.

PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. Vyd. 2. Praha: G plu G, 1999, 186 s. ISBN 80-86103-21-8.

ROBINSON, E. , B. a kol. *Preventing Drugs Use among Children and Adolescents*. Vyd. 2. USA: Department of, 2003, 41 s.

ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách- psychologický přístup*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1994, 77. s. ISBN 80-7067-359-1.

- SKÁLA, J. ...až na dno!? Vyd. 4. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p. , 1988, 144 s. ISBN 08-045-88.
- SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p. , 1987, 208 s. ISBN 08-077-87.
- SVOBODOVÁ, A. , VODRÁŽKA, R. *Mládež a alkohol. Metodický text pro učitele a prevenci alkoholismu*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1979, 29 s. ISBN
- ŠAMÁNEK, M. , URBANOVÁ, Z. *Pít či nepít? Pití vína a srdeční infarkt*. Vyd. 1. Praha: Radix, spol. s r. o. , 2003, 68 s. ISBN 80-86031-46-2.
- ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Vyd. 1. Praha: Naše vojsko, nakladatelství a distribuce knih, n. p. , 1988, 160 s. ISBN 28-049-88.
- ŠIMSA, J. *Alkohol pro – proti: pít – nepít, střídmost – abstinence, výmluvy pijáků*. Vyd. 1. Praha: Čsl. Abstinentský svaz, 1924, 182 s.
- ÜHLINGER, C. , TSCHUI, M. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Vyd. 1. Praha: Portál s.r.o. , 2009, 144 s. ISBN 978-807367-610-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. - dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.
- WEST, K. , G. *Dobrodružství psychického vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál s. r. o. , 2002, 240 s. ISBN 80-7178-684-5.

Internetové zdroje

- ALCOHOL AND MEDICINE. *Alcohol relaps*. [online]. [cit. 2012-02-20]. Dostupný z Worl Wide Web:< <http://www.alcoholmd.com/alcoholrelapse.htm>.
- KLINIKA ZDRAVÍ. *Alkoholové psychózy – projevy a léčba*. [online]. [cit. 2012-11-26]. Dostupný z Worl Wide Web:< <http://www.klinikazdravi.cz/clanky/alkoholove-psychozy—projevy-a-lecba/style=print>>.
- Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. [online]. [cit. 2013-03-12]. Dostupný z Worl Wide Web:< <http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/123/Metodicke%20doporuceni%20k%20primarni%20prevenci%20rizikoveho%20chovani.pdf>.
- NEŠPOR, K. *Alkohol u dětí a dospívajících – prevence a léčba*. [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupný z Worl Wide Web:< <http://www.madio.cz/index.php/prevence->

clanek/items/alkohol-u-deti-a-dospivajicich-prevence-a-lecba.html.

ORLÍKOVÁ, B. *Primární prevence. Primárně preventivní programy*. [online]. [cit. 2013-03-12]. Dostupný z Worl Wide Web:<<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html>

POBAVME SE O ALKOHOLU. *Nebezpečí alkoholu pro mládež*. [online]. [cit. 2013-03-05]. Dostupný z Worl Wide Web:< http://www.pobavmeseoalkoholu.cz/59_Nebezpeci-alkoholu-pro-mladez.

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA V BÍLÉ VODĚ. *Terapeutická komunita Fides – Bílá voda*. [online]. [cit. 2013-02-19]. Dostupný z Worl Wide Web:<<http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=40>.

SDRUŽENÍ META. *Činitele zvyšující riziko alkoholu a drog u dětí a činitele toto riziko snižující*. [online]. [cit. 2013-03-05]. Dostupný z Worl Wide Web:< http://www.osmeta.cz/primarni_prevence/rizika/index.htm.

TEEN HELP. *Warning Sings of Alcohol Abuse*. [online]. [cit. 2013-03-07]. Dostupný z Worl Wide Web:<http://www.osmeta.cz/primarni_prevence/rizika/index.htm.

Zákony

Zákon č. 37/1989 Sb. , o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupný z Worl Wide Web:< http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1989/037989/Sb_037989_-----_.php.

Zákon č. 379/2005 Sb. , o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících předpisů. [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupný z Worl Wide Web:< http://www.khsova.cz/01_legislativa/files/379_2005.pdf.

Zákon č. 40/2009 Sb. , trestní zákoník. [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupný z Worl Wide Web:< <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni-zakonik/>.

PŘÍLOHA

Příloha: Dotazník pro výzkumné šetření

Příloha:

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Hradilová a jsem studentkou 5. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce nesoucí název *Alkohol a jeho role v životě mládeže*.

Prostřednictvím tohoto dotazníku bych ráda zjistila, jaké zaujímáte stanovisko k alkoholu a zda máte s alkoholem již zkušenost. Vaše odpovědi zpracuji a vyhodnotím ve své diplomové práci. **Dotazník je zcela anonymní a veškeré Vaše odpovědi budou důvěrné.**

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Dotazník

Pohlaví: muž – žena

Věk:

Škola:

1. Už jste někdy požili alkohol?

- a) ano
- b) ne

- pokud jste zde odpověděl/a NE, tak pokračujte otázkou číslo 14

2. Kolik let Vám bylo při prvním požití alkoholu?

- a) do 12 let
- b) 12-14 let
- c) 15-16 let
- d) 17-18 let
- e) nepamatuji se

3. Poprvé jsem okusil/a alkohol

- a) s kamarády, s partou
- b) na rodinné oslavě
- c) na společenské akci (ples, ...)
- d) sám se sebou

e) při jiné příležitosti

4. Při konzumaci alkoholu preferuji:

- a) pivo
- b) víno
- c) tvrdý alkohol
- d) míchané nápoje

5. Konzumaci alkoholu provádíte za účelem:

- a) touhy po experimentu
- b) zábavy
- c) začlenění se do party, získání kamarádů
- d) útěku před realitou
- e) odstranění studu a zábran
- f) jiné

6. Jak často konzumujete alkohol?

- a) denně
- b) 2-3 týdně
- c) 1x týdně
- d) 1x měsíčně
- e) jen při zvláštních příležitostech (rodinné oslavy, plesy,)

7. V kolika letech jste se poprvé opil/a?

- a) do 12 let
- b) 12-14 let
- c) 15-16 let
- d) 17-18 let
- e) nepamatuji se
- f) neopil/a jsem se

8. Dosáhl/a jste někdy silně opilého stavu (nevolnost, zvracení, ztráta paměti,)?

- a) ano
- b) ne

c) nevím

9. Jaké pocity a myšlenky se u Vás obvykle převažují po vystřízlivění?

- a) stálo to za to, pobavil/a jsem se
- b) bylo to příjemné, mohl/a bych to zopakovat
- c) bez pití bych se nudil/a
- d) alespoň kamarádi, známí neřeknou, že se nedovedu opít
- e) lituji, že jsem udělal/a ostudu, příště si dám pozor
- f) už nikdy nechci pít alkohol
- g) jiný pocit než je uvedeno
- h) nepamatuji se

10. Byl/a jste v posledních 3 měsících opilý/á?

- a) ano
- b) ne
- c) nevzpomínám si

11. Jaké pocity se u Vás objevují při požití většího množství alkoholu (2 a více piv, 2 sklenky vína a více)?

- a) radost, pocit štěstí
- b) nevolnost
- c) bolest hlavy
- d) únavu, ospalost
- e) jiné

12. Peníze na alkohol získáváte:

- a) od rodičů
- b) od sourozenců
- c) z brigády
- d) od kamarádů
- e) jinak

13. Byl/a jste někdy při nákupu alkoholu vyzván/a k předložení dokladů?

- a) ano

- b) ne
- c) nepamatuji si

14. Jste si vědom/a rizik, které s sebou nese alkohol a jeho konzumace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Jste informováni o všeobecných rizicích spojených s konzumací alkoholu na Vaší škole?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Získání alkoholu pro osoby mladší 18- ti let je:

- a) snadné
- b) obtížné
- c) nemožné

17. Prodejci dodržují zákon o zákazu prodeje alkoholických nápojů nezletilým osobám.

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

18. Věkovou hranici (18 let) od níž je možné legálně konzumovat alkoholické nápoje by jste:

- a) snížili
- b) zvýšili
- c) ponechali

19. Pokud jste na předešlou otázku odpověděl/a, že by jste věkovou hranici změnil/a, tak uvěďte konkrétní věk:.....

20. Jaký pocit máte v přítomnosti opilého člověka?

- a) lítost
- b) zlost
- c) odpor
- d) legrace
- e) sympatie
- f) jiný pocit
- g) nevím

21. Co si myslíte, potkáte- li opilce na ulici?

- a) potřebuje pomoc
- b) bojím se, aby něco nezpůsobil
- c) raději se mu vyhnu
- d) nevím

22. Sedl/a by jste si do auta, kde řidičem je člověk, který před jízdou požil alkohol?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

23. Jak se k alkoholu staví Váš otec?

- a) je aktivní konzument
- b) je příležitostný konzument
- c) je abstinent
- d) s otcem se nestýkám, nemám otce,

24. Jak se k alkoholu staví Vaše matka?

- a) je aktivní konzument
- b) je příležitostný konzument
- c) je abstinent
- d) s matkou se nestýkám, nemám matku

25. Co dělali rodiče, když se dozvěděli o Vaší opilosti?

- a) běžná domluva
- b) naléhavá domluva s hrozbou trestu

- c) domluva a důrazná opatření a trest
- d) lhostejnost
- e) nedověděli se to
- f) neopil/a jsem se

26. Měl (má) někdo z Vašeho blízkého okolí problémy s alkoholem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

27. Pokud jste na předešlou otázku odpověděli ano, jak dotyčný situaci řešil?

- a) podstoupil léčeni
- b) situaci zvládl sám
- c) situace nebyla řešena, nebo zvládnuta
- d) jinak

28. Abstinent je člověk, který déle než 3 roky nepil alkoholické nápoje při žádné příležitosti ani v malém množství.

Je dle tohoto měřítka někdo ve Vašem okolí abstinentem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

29. Dokážete si představit svět bez alkoholu?

- a) ano
- b) ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Lucie Hradilová
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. et Mrg. Iveta Tichá
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Alkohol a jeho role v životě mládeže.
Název v angličtině:	Alcohol and its role in the lives of young people.
Anotace práce:	Diplomová práce Alkohol a jeho role v životě mládeže je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá obdobím dospívání, alkoholem, závislostí na alkoholu a dále problematikou alkoholu u mládeže, prevencí a zákonným opatřením. Cílem praktické části bylo prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit jak se současná mládež staví k alkoholu, zda jej pojímá jako nedílnou součást svého života a zda si plně uvědomuje rizika spojená s požíváním alkoholických nápojů.
Klíčová slova:	Období dospívání, mládež, alkohol, závislost na alkoholu, prevence.
Anotace v angličtině:	Thesis Alcohol and its role in the lives of young people is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part deals with the period of adolescence, alcohol, alcohol addiction and alcohol problems among young people, prevention and legal measures. Through a questionnaire survey in the practical part should be find out the realationship of current youth to alcohol, whether is considered as an integral part of the lives of young people and if they are fully aware of the risks associated with the use of alcohol.
Klíčová slova v angličtině:	Adolescence, youth, alcohol, alcohol addiction, prevention.
Přílohy vázané v práci:	1 příloha
Rozsah práce:	92 stran + příloha
Jazyk práce:	čeština

