

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Irena Matějková

Závislost na alkoholu - informovanost pubescentů

Olomouc 2018

PhDr. Kamila Holásková, Ph. D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla všechnu použitou literaturu a prameny.

.....
datum

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji paní PhDr. Kamile Holáskové, Ph. D. za vedení mé diplomové práce, za velice příjemnou spolupráci, za spousty důležitých informací. Také bych chtěla poděkovat mojí rodině a příteli za trpělivost s mým studiem, ale především mojí dceři, která vše výborně zvládla a vydržela i to, že nějakou dobu neměla maminku na plný úvazek.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Irena Matějková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Závislost na alkoholu – informovanost pubescentů
Název v angličtině:	Alcohol addiction - awareness of adolescents
Anotace práce:	<p>V práci představuji problém alkoholismu, jeho příznaky, rozdíly mezi muži, ženami a dětmi. Zabývám se zde ontogenezí dětí. Také zde představuji jedno léčebné zařízení a statistické výsledky záchytných stanic. Ve druhé části mé diplomové práce se zabývám vyhodnocením dotazníků, které jsem dávala žákům II. stupně základní školy v Petrově nad Desnou. Na konci své práce ji zhodnotím, uvádím zdroje, ze kterých jsem čerpala a nakonec přikládám ukázkou dotazníku.</p>
Klíčová slova:	Alkohol, alkoholismus, puberta, adolescence, příznaky, rizikové chování, děti, mládež.
Anotace v angličtině:	The work poses a problem of alcoholism, its symptoms, differences between men, women and children. I deal with the ontogenesis of children. There also represent one treatment facility and the statistical results sobering-up stations. In the

	second part of my thesis I deal with the evaluation questionnaires which I gave pupils II. grade elementary school in Petrov nad Desnou. At the end of my work I will evaluate it, mention the source from which I drew and then attach a sample questionnaire.
Klíčová slova v angličtině:	Alcohol, alcoholism, puberty, adolescence, symptoms, risk behavior, children, youth.
Přílohy vázané v práci:	Dotazník Statistika dopravních nehod zaviněných alkoholem
Rozsah práce:	8-111
Jazyk práce:	Český

Obsah

I. TEORETICKÁ ČÁST	- 7 -
1. ALKOHOL A JEHO DEFINICE	- 9 -
2. ALKOHOLISMUS A JEHO DEFINICE	- 11 -
3. PŘÍZNAKY A PROJEVY ALKOHOLISMU	- 12 -
3.1. TYPOLOGIE ALKOHOLISMU	- 12 -
4. FÁZE	- 15 -
4.1 POČÁTEČNÍ FÁZE (INICIÁLNÍ)	- 15 -
4.2. VAROVNÁ FÁZE (PRODROMÁLNÍ)	- 15 -
4.3. ROZHODNÁ FÁZE (KRUCIÁLNÍ)	- 15 -
5. VÝVOJOVÁ SPECIFIKA V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	- 19 -
5.1. PUBESCENCE	- 19 -
5.2. ADOLESCENCE	- 20 -
5.3. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ	- 21 -
5.4. SLOŽKY OSOBNOSTI	- 22 -
5.5. INDIVIDUÁLNÍ ROZDÍLY	- 26 -
II. EMPIRICKÁ ČÁST	- 41 -
III. PŘÍLOHY	- 101 -
LÉČBA A ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	- 101 -
CO JE LÉČBA	- 101 -
CO JE DIAGNOSTIKA	- 102 -

I. Teoretická část

Úvod

Otázka, kterého pravděpodobně téměř každého napadne, když začne číst nějaký text či práci je asi ta, proč si autor vybral zrovna toto téma. Co ho k tomu vedlo, jaký má např. k němu vztah, atd. Tu samou otázku jsem si položila i já. A co mě při zamyšlení napadlo? Že alkohol a choroby s ním spojené jsou velkým problémem současné civilizace. Samozřejmě, alkohol vždy byl, je a bude. Ale myslím si, že bychom jej měli užívat v přiměřeném množství. Dalším důvodem, proč jsem si toto téma vybrala, je ten, že v současné době se stále snižuje věková hranice při konzumaci alkoholu. A jelikož mám 5 výborných synovců, 1 neteř a dceru, které nadevše miluji, a velice rychle dorůstají do krizového věku, chtěla jsem pochopit tuto problematiku, poučit se z ní a snažit se tak trochu poučit i ostatní.

Alkoholismus jako téma a sociální problém mě natolik zaujal, že jsem se odvážila zvednout telefon a domluvila jsem si odbornou stáž v našem nejbližším zdravotnickém zařízení, a to v Psychiatrické léčebně ve Šternberku, na oddělení léčby závislostí. Strávila jsem zde 4 dny, kde mi personál, ale i pacienti přiblížili tento problém, jak jen to šlo. Myslím si, že jsem pochopila jejich myšlení a svým způsobem i důvody toho, proč začali tito lidé pít. Tato stáž přehodnotila moje myšlení a úsudky o tomto problému a otevřela oči. Myslím si, že bychom, jako společnost, neměli před problémem zvaný ALKOHOL zavírat oči, ale měli bychom těmto lidem pomoci, i když si za tento „stav“ mohou svým způsobem sami. Ale kde máme psáno, že se nám nezhroutí svět a nakonec se v léčebně neoctneme také. Neměli bychom být sobečtí, a samozřejmě zase moc jim to neusnadňovat, ale každý z nás má právo na život. Tito lidé udělali chybu, ale Bůh jim dal druhou šanci. Je teď jen na nich, jak ji přijmou.

Důležité pro mou práci je to, že si musím zvolit určité cíle, které bych chtěla dodržet a se kterými bych se chtěla podělit dále. Mým cíle je poukázat na tento sociální problém, který, samozřejmě, netrápí jen nás, Českou republiku, ale i ostatní státy světa. Samozřejmě doplním i nějaké statistiky, které jsem získala z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a z oddělení informačních služeb Krajské správy Českého statistického úřadu v Olomouci. V závěru bych chtěla popsat, jak se mi zdařily cíle dosáhnout a celkově zhodnotit svou práci.

Mým cílem pro tuto práci je vysvětlit pojem alkohol, alkoholismus, zkusit vysvětlit stupně alkoholismu, popsat jednotlivé fáze, vysvětlit rozdíly mezi abstinenty, pijáky, alkoholiky či notorickými alkoholiky. Také bych chtěla popsat rozdíly mezi ženami a muži, ale také například mladistvými či dokonce dětmi, popsat rizika užívání. V dalším bodě se chci

zaměřit na zdravotnické zařízení, které se zabývá léčbou závislostí, kde alkoholismu bezesporu patří. Tímto zařízením myslím již zmiňovanou Psychiatrickou léčebnu Šternberk, přesněji Oddělení léčby závislostí. Tuto část jsem zařadila mezi přílohy své práce. Dále bych chtěla popsat celý průběh léčby, popsat zařízení, čím se léčebna zabývá, jak vypadá samotná léčba, poté propuštění a co následuje pro klienty poté, co léčebnu opustí. Následně se chci zabývat sociálním dopadem, přesněji, na reakci okolí nemocného, jeho života, co ztratí či získá tím, že pije.

Ve druhé části své diplomové práce, pro kterou jsem zvolila výzkum, se zabývám teorií alkoholu a alkoholismu jako onemocnění, ale také názory žáků 2. stupně základní školy na tuto problematiku. Budu se snažit zjistit, jaký mají žáci vztah k alkoholu, zda jej již ve svém nízkém věku konzumují a jaké mají návyky z rodiny.

Cílem mého průzkumu nebyla jen tato již zmíněná myšlenka, ale spousta dalších. Současně jsem se snažila zjistit, zda mají povědomí o alkoholu a jaká je jejich informovanost. Jedna z otázek se zabývala prevencí závislosti na alkoholu ve škole, zda se jí škola zabývá, v jaké míře, jakými prostředky a co si o tomto kroku škola myslí. Dalšími otázkami jsem se snažila zjistit, jaké mají mínění o alkoholu ve společnosti a co alkohol může zapříčinit na zdravotním stavu člověka. Z některých odpovědí jsem byla sama překvapená.

Tento průzkum s výsledky a vyhodnocením by měl poté posloužit petrovské základní škole k dalším nápadům a krokům prevence návykového chování.

1. Alkohol a jeho definice

Alkoholy obecně jsou organické sloučeniny s charakteristickou skupinou – OH, která je vázána na uhlovodíkový zbytek, popřípadě na nasycený substituent aromatické či heterocyklické sloučeniny. Podle počtu hydroxylových skupin dělíme alkoholy na jednosytné, dvojsytné (dioly), trojsytné (trioly), vícesytné (polyoly). Alkoholy jsou hojně rozšířeny v přírodě, např. ve formě esterů – tuky, vosky, pryskyřice, mnohé terpenoidy, steroidy, sacharidy, atd. Alkoholy se získávají kvasnými pochody (etanol, butanol), hydratací alkenů (např. etanol z etylenu), esterů a dalších derivátů karboxylových kyselin redukcí karbonylových sloučenin, hydrolýzou halogenderivátů atd. Alkoholy se používají jako rozpouštědla, suroviny chemického průmyslu, zejména a pro přípravu esterů a dalších produktů z oblasti umělých hmot, výbušnin, léčiv, potravin, atd. Mezi důležité alkoholy můžeme zařadit, např. metanol, etanol, cyklohexanol, benzylalkohol, glykol, glycerol. (Malá Československá encyklopedie I. svazek 1984:112)

Alkohol, přesněji etylalkohol, chemicky znám pod pojmem etanol (C_2H_5OH), svou přirozenou jednoduchou a malou molekulou, vznikají kvašením cukrů. Můžeme je zařadit mezi látky ovlivňující látkovou výměnu a nervový systém člověka. Alkohol má psychotropní účinky a tím se řadí mezi látky s převažujícím působením na nervový systém. Z kvantitativního hlediska je alkohol (etanol) nejslabší psychotropní látkou. Účinky se objevují až po určitém množství, které je do těla přijato, a to kolem 1g na 1kg váhy. V porovnání, např. s LSD (dietylamid kyseliny d-lysergové) je tato dávka milionkrát nižší, ale také stokrát vyšší, než je u pentobarbitalu, což je látka, která je součástí hypnotik. Etanol patří mezi hypno-sedativa. Jeho účinky jsou již velmi blízko barbituranům s krátkým až středním působením. Etanol kromě těchto účinků dokáže pokrýt až polovinu energetického přívodu, jenž je potřebný pro tělesnou aktivitu s mírnou tělesnou zátěží. (Kvapilík, Svobodová a kol. 1985:13)

Alkohol ovlivňuje centrální nervový systém, který je obsažen ve víně, pivě a tvrdém alkoholu. Je snadno dosažitelný, ale je nelegální drogou pro osoby mladší jeden a dvaceti let ve Spojených státech, v České republice 18 let. Při požití se rychle vstřebává do krevního oběhu a vede do mozku. Jeho účinky jsou různé pro různé lidi, ale pro většinu z nich vytváří uvolněný pocit pohody na prvním místě. Pak to vede k závratím, míchaní myšlenek, nezřetelné řeči, a nedostatečné koordinaci - což je obvykle známé jako opilství nebo opojení. Tyto účinky jsou závislé na tom, jak rychle se nápoj požije, na hmotnosti pijáka, na tom, kolik

snědl jídla, jak zvyklý je piják k pití. Alkohol se člení (metabolizuje) v těle ve výši asi půl unce (gramu) čistého alkoholu (což je zhruba množství v jedné plechovce či sklenici piva nebo jedna sklenka vína) za hodinu.

Realita je v rozporu s běžně známými mýty. Tento proces nelze urychlit tím, že se osprchujeme, vypijeme kávu, nebo si zacvičíme. Pouze čas dovolí tělu zbavit se alkoholu. Alkohol je nebezpečný, protože způsobuje dočasnou změnu nálady. Pokud má člověk dobrou náladu, alkohol ji podpoří a naopak, jeho účinky mění chování člověka. Vysoké dávky, rychle požité mohou vést k nepravdělné činnosti srdce, k dušení až udušení a k smrti předávkováním. Protože alkohol se rychle vstřebává, pohotovostní léčba musí být rychlá. V kombinaci s jinými léky s tlumivým účinkem je alkohol zvláště nebezpečný, protože kumuluje jejich účinky.

Při použití ve spojení s jinými léky, a to i v malých dávkách může vést ke smrti. Je-li alkohol používán nadměrně a pravidelně, může se vyvinout nemoc, která je označována jako alkoholismus. Uživatel se stane fyziologicky závislý a vyvíjí určitou toleranci k alkoholu. Pokud nemá delší dobu po pravidelném užívání přísun této látky, projevují se u něj abstinenční příznaky, jako je třes, pocení a další. (Youcha, Seixas 1989:148-149)

2. Alkoholismus a jeho definice

Alkoholismus, nebo také etylismus je chorobný návyk, jenž začíná nadměrným nebo často se opakujícím požíváním alkoholických nápojů a který vyústí do patologické závislosti na alkoholu jako na návykové droze (alkoholická toxikomanie). Alkoholismus se také dá definovat jako škodlivý společenský jev podmíněný nadměrným pitím alkoholu a projevující se protispolečenským chováním, poruchami tělesného a psychického zdraví, nevyjímaje mezilidských vztahů a narušením až poruchami osobnosti. (Malá československá encyklopedie 1984:112)

Dle Dr. Jellinka, alkoholik je člověk závislý na alkoholu, kterému dlouhodobé požívání nějakého alkoholického nápoje přináší problémy - v zaměstnání, rodině nebo partnerském vztahu. (Mečíř 1965:32)

Dle MUDr. Karla Nešpora (kniha Návykové chování a závislost): „Diagnóza závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) se stanovuje podle toho, zda pacient vykazuje **alespoň tři ze sedmi následujících příznaků** ve stejném období dvanácti měsíců“:

- růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování)
- odvykací příznaky po vysazení látky
- přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
- dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
- trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
- zanechání sociálních, pracovních či rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejích omezení
- pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Uvedená kritéria mají velice blízko ke kritériím Světové zdravotnické organizace (WHO) v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN). (Nešpor 200:14-15)

3. Příznaky a projevy alkoholismu

Alkoholismus je nemoc trvalá a člověka provází od jejích prvních příznaků až do konce jeho života. Proto je velmi důležité, aby člověk dokázal žít na úrovni, která je přizpůsobená tomuto onemocnění. Nemocný člověk se musí přizpůsobit pravidlům, pokynům lékaře a především znát co nejvíce sebe sama, ale také nemoc, se všemi jejími úskalími a snažit co nejvíce se vyhnout všemu, v čem dotyčný vidí sebemenší riziko. (Kvapilík, Svobodová 1985:33)

Alkoholismus je choroba, skutečnost, která se nepřizpůsobuje ničemu. (volná parafráze podle diabetologa O. Duby)

Vývoj abúzu a vznik závislosti popsal E. M. Jellinek, celým jménem Elvin Morton "Bunky" Jellinek (1890-1963). E. Morton Jellinek, nebo nejčastěji E. M. Jellinek byl biostatistik, fyziolog a alkoholistický výzkumník. Narodil se 15. srpna 1890 v New Yorku a zemřel u svého stolu na Stanfordské univerzitě dne 22. října 1963. Hovořil plynule devíti jazyky. Jellinek razil výraz "koncept nemoci alkoholismu" a výrazně zrychlil pohyb směrem k medikalizaci opilství a alkoholického návyku. V roce 1960 ve své knize identifikoval pět různých typů alkoholismu. „*Alkoholismem rozumí jakékoliv požívání alkoholických nápojů, které způsobuje škodu jednotlivci, společnosti nebo oběma.*“ (Mečíř 1965:32)

3.1. Typologie alkoholismu

Dr. Jellinek rozlišoval tyto stádia na počáteční, varovné, rozhodné a konečné. Typy abúzu (alfa, beta) a závislost (gama, delta, epsilon) platí dodnes a také je používáno i v současné době. (Kunda 1988:37)

Typ alfa

Jedinec, který cítí v sobě nějakou tenzi, použije alkohol příležitostně, a to kvůli jeho funkci, tedy anxiolytickou. Snaží se tím potlačit určitou úzkost, oddálit či odsunout problémy, odreagovat se, chce získat dobrou náladu, euforii nebo se jen sblížit s někým jiným, či si zpříjemnit chvíle strávené třeba s přáteli. Tento člověk pije jen občas, je okolím tolerován a není nijak nápadný. Nastává zde riziko, že pod větší dávkou alkoholu může způsobit nějakou škodu, dopravní nehodu, zranit sebe nebo druhé, mohou z toho nastat následky, např. konflikt se zákonem. Z typu alfa může vzniknout a často vniká typ gama.(Kvapilík, Svobodová 1985:33)

Typ beta

Tento typ představuje již častější, přesněji řečeno, pravidelné požívání alkoholu. Tento jedinec již má nějaké pijácké zvyklosti, kterých se nerad vzdává, má dostatek volného času, ale neumí si najít žádné koníčky, zájmy, nebo je vyplnit jiným vhodnějším způsobem, než s láhví alkoholu. Často vyhledává příležitost k pití, při níž se intoxikuje v malé míře. Snaží se, aby nevyčníval, neodlišoval se ve skupině od ostatních a tím pádem nezůstal v izolaci. Není schopen být bez alkoholu ve znevýhodněných podmínkách (pro něj), jako je např. dovolená, rekonvalescence po nemoci, apod. V tomto stavu ještě není velká změna kontroly a není ještě rozvinutá fyzická závislost. Riziko je ale v dopravě, dopravní předpisy. Z tohoto typu je snadné se rozvinout do typu delta. (Kvapilík, Svobodová 1985:34)

Typ gama (anglosaský typ)

Tento typ již představuje závislost na alkoholu. Abúzus již trvá několik let (5-15), a tím jsou již způsobené změny, které bývají již metabolicky podloženy. Pokud jedinec dosáhne určité hladiny alkoholu v krvi, není schopen již přestat a pokračuje dále, až do následné intoxikace. (Kvapilík, Svobodová 1985:34) Pro tento typ je typická poruchová kontrola. Ta nejčastěji vede k opilostem, které jsou zcela nevhodné a z toho vyplývajícími konfliktům s okolím, rodinou. V mezidobí je jedinec schopný abstinovat, ale to jen do chvíle, než znovu se najde příležitost k požití alkoholu. V tom okamžiku jedinec nemá „klapku“ a pije jako před tím, čímž opět dochází k problematické opilosti. Frekvence stoupá až do okamžiku, kdy se pití stane každodenní aktivitou jedince. (Heller, Pecinovská a kol. 1996:27) V tomto typu jsou charakteristické změny osobnosti, člověk se stává nespolehlivým, okolí se zdá změněn. Jedinec je schopen abstinovat, ale jen nuceně. Je zde ale již psychická závislost na alkoholu. (Kvapilík, Svobodová 1985:34)

Typ delta (románský typ)

Tento typ je typický pro vinařské oblasti, protože je zde pravidelná každodenní konzumace vína. Ovšem tento způsob užívání alkoholu zde patří k životnímu stylu. Pijící jedinec si stále udržuje svou „hladinku“, není ve stavu ani střízlivém, ale ani opilém. Nedochází k sociálnímu selhání. Zvyšuje se ovšem denní dávka alkoholu a je zde již problematická schopnost abstinovat. (Heller, Pecinovská a kol. 1996:27) Tím, že je dávka alkoholu v těle jedince prakticky nepřetržitě, je zde velké riziko poškození orgánů, především cirhóza nebo až delirium tremens. Zde se již nejedná jen o problémy sociální (typ gama), ale i fyzické a psychické. (Kvapilík, Svobodová 1985:34-35)

Typ epsilon

V tomto typu se již jedná o změněnou kontrolu pití, ale bývá již doprovázena často psychickými poruchami, např. larvovanou afektivní psychózou. Tyto typy samozřejmě nemůžeme rozdělit přesně, častá je jejich kombinace. (Kvapilík, Svobodová 1985:34-35)

Nyní pomalu přejdu k již zmiňovaným stádiím alkoholismu. Dr. Jellinek je rozdělil do 4 vývojových stádií. Tyto fáze, zahrnující i pojem alkoholické toxikomanie, jsou charakterizovány jednotlivými příznaky, které se neprojevují vždy stejně, i tohle je individuální. Jsou ovšem tyto příznaky shodné pro určitou část pacientů, protože v zásadě se jedná vždy o stejné příznaky. Délka těchto fází se taktéž liší dle ovlivněné individuální osoby.

Příznaky alkoholismu dle prim. Nešpora

1. Bažení – craving
2. Zhoršené sebeovládání
3. Odvykací stav
4. Zvyšování tolerance
5. Zanedbávání zájmů
6. Osoba pokračuje v pití alkoholu navzdory následkům, o kterých ví (Nešpor 200:16-25) (Nešpor 2006:37)

4. Fáze

4.1 Počáteční fáze (iniciální)

Téměř každý jedinec se za svůj život alespoň jedenkrát setkal s alkoholickým nápojem a ochutnal jej. Zhruba takhle se dá popsat začátek „píjácké kariéry“. Jedinec, než propadne alkoholismu, začíná pít s přáteli, jde si posedět, oddálit problémy, zbavit se stresu, po napití cítí určitou úlevu, je mu lépe. Případný alkoholik přikládá tuto úlevu okolnostem a situacím, které ho „donutily“ k tomu, aby sáhl po alkoholu, ale právě tomu pití samotnému. Bohužel toto chování, zatím, není jeho okolí ani nikomu z jeho blízkých nápadné. Ale pokud se takto člověk chová delší dobu, jeho tolerance alkoholu se začíná postupně zvyšovat, což má za následek to, že potřebuje ke svému fungování a k životu vyšší množství, než na které byl do té doby zvyklý. Cenou za vyšší množství je jeho známý stav úlevy. Právě toto období může trvat několik týdnů, měsíců, ale i let. Právě tato iniciální fáze je to období, kdy z příležitostného se napití se stane alkohol pravidelným „přítelem“. (Skála 1957:25-26)

4.2. Varovná fáze (prodromální)

Je to fáze, kdy piják mění svůj postoj k alkoholu. To znamená, že pro něj pivo, víno, ale i destiláty nejsou jen nápoje pro zpříjemnění situace, ale nutnost, respektive látka, kterou zkrátka „potřebuje“. Změna nastává v myšlení tohoto jedince v tom, že si uvědomuje, že pije více, než ostatní, a proto již popíjí např. doma, než vejde do společnosti, aby množství vypitého alkoholu nebudilo nějakou kritiku. Taktéž je změna v tom, že téma alkohol se začíná měnit v tabu, piják na toto téma nechce rozvíjet konverzaci. Dalším příznakem jsou tzv. „okénka“. To je stav jedince, který si z předchozí alkoholového opojení nepamatuje nic, nebo jen určité momenty, detaily. V první fázi alkohol člověka přivádí do společnosti, v této fázi je to přesně naopak a to právě ze strachu z již zmíněné kritiky. Pokud pijan v této fázi se rozhodne na léčení a vyhledá odbornou pomoc, je na dobré cestě k vyléčení. V opačném případě toto stádium vede k alkoholismu a může trvat i několik let. (Skála 1957:26)

4.3. Rozhodná fáze (krucální)

V této fázi již člověk, který do této doby kontrolovaně pil, již právě kontrolu nad pitím ztrácí. To znamená, že jakmile se jednou napije, už nemůže přestat a pije do té doby, než sám už není schopen. I v této fázi je člověk schopen několik dní i týdnů abstinovat. Ale je to jen určitá doba, kde se dotyčný stále ujišťuje, že má vše pod kontrolou. Snaží se nic moc

neměnit, značku pití, hodinu nebo místo. Pomalu, ale jistě začíná ztrácet zájmy a koníčky, jaké do té doby měl, ztrácí zájem o rodinu a přátele. Projevují se u něj změny chování a slovo také dostává alkoholická žárlivost. Za tou je právě alkohol, díky kterému je snižená potence. Piják se snaží udržet určitou dávkou. Přesvědčuje sám sebe, že více, než 2,3 skleničky nevypije. Ale opak je pravdou. 2 až 3 skleničkami to právě začíná. Začíná si odůvodňovat, proč pije a najde všelijaké možné důvody, či alibi. Alkohol mu dodává sílu, sebevědomí, nebojácnost, kterou třeba před tím ani neměl. Začíná se pomalu odtrhávat od svých přátel, nejbližších, což je nejdříve jeho iniciativa, ale po nějaké době se právě jeho známí a přátelé snaží odtrhnout od něj. Jeho každodenní činností je obstarat si pití, nezáleží mu již tolik na povinnostech, zaměstnání, rodině. Problémem je pro něj spíše právě zaměstnání a rodina, protože mu narušuje jeho „program“. Trpí depresemi, úzkostmi, vinou, sebeobviňováním, tím, že ho nikdo nemá rád a nikomu na něj nezáleží. Což je pro něj další důvod, proč se znovu napít. Postupně začíná mít strach, že přes den to vše nezvládne, a proto si dá už svůj „ranní doušek“. Účinky toho „doušku“ vydrží jen pár hodin, proto tedy musí „doplňovat“. Tady se již dostává do fáze, kdy si schovává pití doma, méně jí, z čehož plynou další zdravotní komplikace. Zde již přechází do poslední terminální fáze. (Skála 1957:26-27)

4.4. Konečná fáze (terminální)

Značí se tím, že stoupá spotřeba alkoholu, kdy pijan začne pít již v ranních hodinách a trvá to do pozdní noci. Dochází i k tomu, že se piják opije i během dne a opilost trvá i několik dní, do té doby, dokud není psychicky a ani fyzicky vyčerpán. Tímto začínají první protesty společnosti kolem něj, protože pijan začíná absolvovat tzv. „tahy“. Je ovšem prokázáno, že až 10% takovýchto pijáků onemocní nějakou duševní chorobou, která je právě zaviněna alkoholismem. Tito lidé již ztrácí soudnost, sebekritiku, již jej nezajímá, co si o nich myslí okolí. Pro ně je nejdůležitější obstarat si potřebnou dávku alkoholu. Hlavním příznakem tohoto stádia je snižená tolerance, kdy již pijákovi stačí i poloviční množství, které pival a je již ve stavu opilosti. Mezi další příznaky patří třes celého těla, především rukou, že nejsou v krajních případech schopni se sami ani najíst, pomočování, pocity strachu, apod. V tuto chvíli většinou všechny staré problémy, strachy, rozpory a starosti vyjdou na povrch. Takovýto piják má pocity bezmocnosti a cítí naprostou svou porážku, trpí pocity méněcennosti kvůli tomu, že nezvládl své popíjení udržet v normálních mezích. V tuto dobu

je již svolný k tomu, aby podstoupil léčbu. Bohužel v tento okamžik už může být někdy velmi pozdě, ale jsou i případy, kdy až v tento okamžik si lidé uvědomí, jak celá jejich situace zašla daleko a jsou rozhodnutí s ní začít něco dělat. (Skála 1957:27-28)

4.5. Konzumace alkoholu v České republice

Je všeobecně známo, že Česká republika patří mezi státy s vysokou spotřebou a konzumací alkoholu. Průměrná spotřeba na osobu činí 10l čistého alkoholu za rok. Konzumuje se ve velkém až nadměrném množství především pivo, které je rozšířené nejen u dospělých, ale v poslední době i u mladých lidí. Mezi patnáctiletými mají svou první zkušenost s alkoholem téměř všichni. Z dostupných statistik je patrné, že se právě tito mladí lidé stávají pravidelnými konzumenty a ne malé množství z nich mají za sebou již opakované stavy opilství. Bohužel tyto informace jsou natolik děsivé, že bychom se měli více zajímat o prevenci. Vzhledem ke společenské toleranci, která se podceňuje ve srovnání s jinými onemocněními, není o nic méně závažná. Problémem se stává konzumace alkoholu v rodinách, kdy i malým dětem dospělí dávají ochutnat alkohol při rodinných oslavách, setkáních, apod. I tímto postojem mohou rodiče svým dětem utvářet pozitivní vztah k alkoholu, který se může, ale také nemusí projevit v budoucnu ve větší problém. Bohužel si rodiče neuvědomují, že děti mají velice nízkou toleranci k alkoholu a vytváří jim předpoklad k závislosti. (Machová 2008:245)

4.6. Právní ochrana dětí před užíváním návykových látek

Jako v jiných státech, i v České republice je právní ochrana zakotvená v zákoně, která stojí na straně dětí a mládeže a snaží se je ochránit. Platným dokumentem je zákon č. 65/2017Sb., který již opakovaně nahrazuje původní zákon č. 37/1989Sb. Ustanovení § 11 odstavec 2 sděluje: *„Bez ohledu na ustanovení odstavce 1 se zakazuje prodávat nebo podávat alkoholické nápoje*

a) ve zdravotnickém zařízení a v prostorech souvisejících s jeho provozem,

b) ve škole a školském zařízení, nejde-li o prodej nebo podávání v prostoru školy a školského zařízení využívaného v rámci soustavné přípravy na budoucí povolání v oborech vzdělání se zaměřením na gastronomii, hotelnictví, zemědělství, potravinářství nebo potravinářskou chemii,

c) v zařízení sociálně-právní ochrany dětí²), v provozovně, kde je provozována živnost, jejímž předmětem je péče o děti do 3 let, v prostoru, kde je poskytována služba péče o dítě v dětské skupině, nebo v zařízení, kde je uskutečňována mimoškolní výchova a vzdělávání, nezařazeném do rejstříku škol a školských zařízení,

d) na akci určené převážně pro osoby mladší 18 let,

e) ve stánku, s výjimkou stánku s občerstvením a příležitostného prodeje podle § 14,

f) v dopravním prostředku určeném pro veřejnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou veřejného dopravního prostředku dálkové železniční, letecké, vodní a dálkové autobusové dopravy, a dále dopravního prostředku pro veřejnou hromadnou dopravu osob užitého pro zájezdovou dopravu, cestovní ruch, nostalgické, historické a propagační jízdy a jízdy na objednávku,

g) na veřejnosti přístupné sportovní akci, s výjimkou alkoholického nápoje obsahujícího nejvýše 4,3 % objemová ethanolu a vína.“ a odstavec 5 „Zakazuje se prodávat nebo podávat alkoholický nápoj osobě mladší 18 let.“¹

Podávání alkoholu těmto osobám, které jsou uvedeny v citaci zákona, podléhají dalšímu závaznému dokumentu, a to zákonu č. 40/2009 Sb., ve kterém je uveden § 204 Podání alkoholu dítěti: „Kdo ve větší míře nebo opakovaně prodá, podá nebo poskytne dítěti alkohol, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.“²

Tyto zákony jsou, samozřejmě, povinni dodržovat nejen děti samotné, ale především jejich rodiče, kteří by je měli vést správným směrem.

¹ Zdroj: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65#cast1>

² Zdroj: <http://www.trestnizakonik.cz/cast-II/hlava-4>

5. Vývojová specifika v období dospívání

Život lidského jedince rozdělujeme do několika období: prenatální a perinatální, novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní věk, mladší školní věk, období staršího školního věku, adolescence, časná dospělost, střední a pozdní dospělost a stáří. Já se u svého tématu budu zabývat obdobím staršího školního věku, přes pubertu k adolescenci.

5.1. Pubescence

Do období staršího školního věku zahrnujeme děti ve věkovém rozmezí 11-15 let, tedy žáky s povinnou školní docházkou na druhém stupni základních škol nebo na víceletých gymnáziích. V tomto období nalézáme dvě menší části, kdy se člověk mění z dítěte na dospělého člověka, a tím je prepubescence a pubescence. Prepubescence se objevuje mezi 11-13 rokem života. Zde dochází k prudkému růstu končetin, také ke změně tělesných proporcí, k přechodnému narušení koordinace tělesných pohybů. Samotné dítě si s touto, pro něj novou situací, neví rady, připadá si nešikovné, neohrabané. Tuto svou nejistotu se snaží zakrývat např. klátivou chůzí, grimasami, v poslední době velmi často i vulgárními výrazy. V tomto období děti velice rychle vyrostou a přibývají na hmotnosti. Dívky jsou v této době „rychlejší“, ale chlapci je v pozdějším věku dostihnout a vyrostou ještě více. U dívek bývá první velký zlom v tom, že se u nich objeví první menstruace, u chlapců poluce. Zvolna se u obou pohlaví vyvíjí ochlupení a zvětšují se pohlavní orgány.

Kromě fyziologické oblasti nemůžu opomenout psychickou stránku osobnosti. I zde jsou velké a rychlé pokroky. Děti v tomto věku přestávají být důvěřiví, začínají být kritičtí ke své rodině a učitelům. Je to období, kdy si utvářejí a upevňují svoje názory, snaží se více prosazovat a tím se častěji dostávají do konfliktů s dospělými. Děti jsou v pubertě velmi citlivé na svůj vzhled, někteří jsou až pyšné na svůj měnící se stav, někteří se za to stydí. V těle se děje několik změn, jednou z nejvýznamnějších a nejdůležitějších jsou změny hormonů, což má za následek větší emoční labilitu. Co se týče chování dětí v tomto období, bývají často vznětlivé, prudce reagující, hašteřivé, smích se rychle mění v pláč a naopak, impulzivní, ještě nedokáží zcela ovládnout své chování, bývají nekompromisní, nepřístupní jinému názoru. Ve své fantazii si často vytvářejí vlastní ideál, kterého by chtěli v budoucnu dosáhnout.

V pubertě se rozvíjí také myšlení, kdy žák přechází od konkrétních operací k logickým, snaží se přemýšlet systematicky, kombinuje, umí už přemýšlet kriticky a uvažuje

o své budoucnosti. V závěru své povinné školní docházky přemýšlí o dalším typu školy, o zaměření a o tom, čím bychtěl být, čeho bychtěl dosáhnout.

V období puberty je také důležitý sociální kontakt v podobě vrstevníků, kteří mají na jedince velký vliv. Pubescent se chce svým vrstevníkům vyrovnat, mít své postavení v kolektivu, být členem party, čímž se snaží tvrdě od rodičů dostat to, co mají ostatní. Dává přednost názorům kamarádů a party, než rodině a rodičům. I přes svou rebelii je stále plně závislý na svých rodičích. V pubertě vzniká potřeba mít někoho rád, vznikají zde pevnější vazby, vztahy, někdy i dlouhodobá přátelství, zpravidla to jsou jedinci stejného pohlaví. Děti mají nutnost si mezi sebou sdělovat různá tajemství a zkušenosti, se kterými se nechtějí svěřovat rodičům nebo příbuzným. Vznikají zde první lásky, první vztahy, o kterých si myslí, že jsou zcela vážné a budou trvat věčně. Nezajímají je zcela školní výkony, učitelé kritizují, ale na druhou stranu si umí i svých učitelů vážit, převážně těch, kteří jsou ochotni s nimi diskutovat, mají smysl pro spravedlnost a humor. Jsou v opozici proti náročnějšímu učivu, protože to v nich vyvolává pocit větší nejistoty.(Rozsypalová a kol. II 2004:27-28)

5.2. Adolescence

Toto období začíná dovršením 15. roku života, tedy dokončením povinné školní docházky a přechodu na vyšší typ vzdělávacího řetězce. Toto období se vyznačuje tím, že se jedinec mění z dítěte do dospělého člověka, a to během asi 3 let. Toto období je velice náročné a kritické, až rizikové, jelikož je zde zapříčiněna celková proměna bytosti, a to ve všech sférách lidské osobnosti, tedy biologické, psychologické i sociální. Jsou zde dovršeny všechny růstové a pohlavní změny. V této části našeho života se dokončuje růst.

U dívek růst končí kolem 16. roku, u chlapců je tento vývoj delší, každoročně vyrostou přibližně o 2 cm. Tyto větší roční přírůstky u chlapců jsou důvodem, proč je definitivní výška mužů na začátku dospělosti asi o 13 cm větší, než výška u žen. Udává se, že průměrná výška 18letého muže je asi 179 cm, u ženy je to asi 166 cm a průměrná hmotnost u muže v tomto věku je asi 70 kg, u žen 59 kg.

V dospělosti jsou již vyvinuty všechny formy lidského myšlení, které jsou typické či charakteristické pro dospělost. Kromě rozumových schopností se přidávají také zkušenosti, dovednosti a individuální přístup a projev. Jsou zde vidět změny v psychomotorice a motorice, kdy dochází k uklidnění a můžeme tedy pozorovat vyváženější pohyby, plynulejší, vystupování je jistější a estetičtější.

Stále ještě přetrvává emocionální labilita, ale i přes to vzrůstá zájem o druhé pohlaví, které vyvrcholí v pubertě. Je zde náhlý růst sexuálních podnětů. Poté, co dojde ke sblížení v sociální oblasti, se projevují i bližší vztahy mezi pohlavími, které vytvářejí bližší vztahy s emocionální a erotickou náplní. To zapříčiňuje začátek sexuálního života.

V adolescenci se dotvářejí mravní hodnoty a postoje, které byly dětem předány již v útlém dětství a upevňovány ve škole. Nyní si je upevňují již samy, což má velký význam pro dozrávání osobnosti. Spolupůsobí zde více faktorů, např. vliv společenských skupin, společenské organizace, vrstevníci, ale také příprava na budoucí povolání.

Období adolescence je obecně známo jako období pro přípravu na budoucí povolání. Začíná to již, kdy si děti vybírají další typ školy, čímž si už mohou zaměřit svůj budoucí cíl. Dítě se v tomto období snaží být více samostatné a ne tak zcela závislé na rodičích.

5.3. Rizikové chování

Jako poruchy chování se označuje stav, kdy je hrubě narušena sociální adaptace. Mezi nejzávažnější poruchy chování v období adolescence patří alkoholismus, toxikomanie, delikvence a suicidita, nově také nealkoholové závislosti, jako je gamblerství, nomofobie (závislost na mobilních telefonech), netolismus (závislost na internetu), mezi které patří hraní počítačových her, chatování, sledování e-mailů, běžné surfování, pornografie, sex, online nakupování a sociální sítě, např. FAD (Facebook Addiction Disorder), atd. V širším pojetí zahrnuje závislost na tak zvaných *virtuálních drogách*, kam lze navíc zařadit i mobilní telefon a televizi. Patří sem i agresivita a její projevy na ostatní, tedy šikana, v oblasti sexuálního života jeho předčasné zahájení. S tím je spojené časté střídání partnerů (promiskuita), ale také poskytování sexuálních služeb za finanční prostředky (prostitute). Tyto jevy se v poslední době hodně prolínají, proto jsou označeny za syndrom rizikového chování.

Příznaky tohoto již zmíněného syndromu se dělí do 3 hlavních kategorií:

1. zneužívání návykových látek
2. agresivita vedoucí až ke kriminalitě, ale i autoagresivita až suicidita
3. poškozování reprodukčního zdrav (Machová 2008:221-224)

5.4. Složky osobnosti

Zde bych chtěla rozebrat čistě psychologický vývoj jedince, zaměřený na samostatné složky osobnosti.

Osobnost žije ve společnosti lidí, učí se od nich, získává od nich zkušenosti, pokud se s nimi stýká. Člověka jako osobnost můžeme chápat dvojím způsobem. Prvním způsob je ten, že za osobnost můžeme pokládat člověka, který je nějaký známý, uznávaný, slavný, ale z psychologického hlediska je to člověk se všemi svými biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními znaky.

Lidé se od sebe navzájem liší, nenajdeme na světě 2 naprosto stejné lidi, aniž by byli v nějakém příbuzenském vztahu, kromě narozených dvojčat, u nichž je podobnost velká. Každý člověk je sám osobnost, má své individuální znaky, je individualita a podle toho bychom se měli také chovat. (Rozsypalová a kol. 2003:37-38)

Osobnost je utvářena v průběhu života, na vývoj mají vliv biologické podmínky, což jsou vrozené dispozice a vlivy, které působily již na plod těhotné ženy, dále pak to jsou makro a mikroprostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje, ve kterém žije, např. klimatické podmínky, rodina, škola, zaměstnání, vrstevníci, výchova v rodině, učení a činnosti, které v průběhu života vykonává. (Rozsypalová a kol. 203:39-40)

Vlastnosti člověka se projevují v jeho chování a jednání. V různých situacích se mohou projevovat různě. Některé projevy jsou relativně stálé (vzhled, gesta, způsob vyjadřování), jiné jsou proměnlivé v závislosti na daných podmínkách.

Pro vývoj člověka mají velký význam životní cíle a perspektivy. Dosahováním cíle se upevňují volní vlastnosti, rozvíjejí schopnosti i motivace. Stanovení cílů souhlasných s jedincovými předpoklady (psychickými i zdravými) mají velký význam pro duševní zdraví.

Jednání člověka může být určeno různými motivy. Směřuje k určitému cíli, je vyvoláno snahou uspokojit některou ze základních lidských potřeb.

Potřeby jsou jednak biologické (vrozené), jednak naučené ve společnosti (sociální). Stejně chování může být u různých lidí motivováno odlišnými potřebami.

Psychické vlastnosti, které jsou převážně vrozené, které se projevují v chování a prožívání člověka, zejména v náladách, ve střídání citových projevů, v rychlosti reakcí, nazýváme temperamentovými vlastnostmi.

Charakter můžeme označit jako část osobnosti, umožňující kontrolovat a řídit jednání člověka podle společenských, zejména morálních požadavků. Hodnocení a řízení lidského jednání z morálního hlediska zajišťuje svědomí. Charakterové vlastnosti jsou převážně získány vlivem společnosti, ve které jedinec žije.

Formování osobnosti je silně ovlivňováno sociálním učením (např. napodobováním, vysvětlováním, identifikací s druhými lidmi, pozorováním druhých, odměnou a trestem). Vliv na rozvoj osobnosti, zejména na volní a motivační vlastnosti má kladení požadavků na jedince. Přiměřené požadavky rozvíjejí osobnost příznivě, nadměrné požadavky nebo naopak velmi nízké požadavky narušují příznivý vývoj.

Sebehodnocení jedince se utváří v činnostech a ve styku s lidmi podle toho, jak okolní lidé hodnotí jeho výkon a jak on sám srovnává vlastní výkon s druhými lidmi. Člověk může značně ovlivnit vývoj své osobnosti sebevýchovou, aktivní snahou změnit své vlastnosti, své chování. Správné poznání a ohodnocení svých kladů a nedostatků umožňuje stanovit si přiměřené cíle. Pro sebevýchovu je důležité rozhodnutí na sobě pracovat a vytrvat v realizaci rozhodnutí.

Kladné osobní vztahy v rodině, ve škole mezi vrstevníky, na pracovišti, ale i mezi partnery v osobním a pracovním životě, mezi kamarády, přáteli, ale i vztahy mezi žáky a učiteli mají velký význam pro duševní zdraví lidí, pomáhají příznivě rozvíjet jednotlivce, mohou i do značné míry kompenzovat nepříznivé podmínky předchozího vývoje. Tomu napomáhá společná činnost, společné překonávání překážek i společné zážitky. Význam má také společné stanovování a plnění krátkodobých i dlouhodobých cílů.

Nepříznivě na formování osobnosti člověka působí, kromě silně nepříznivých podmínek společenských, tyto body:

- malá podnětnost v nejbližším prostředí jedince, v činnostech, nedostatek zájmových činností či příliš úzké zájmy
 - nevhodný způsob výchovy s příliš nízkými nebo nadměrnými požadavky, trvale nepříznivá citová atmosféra v rodině či na pracovišti
- některé další společenské podmínky nebo nepříznivá kombinace výše uvedených podmínek (Rozsypalová a kol. 2003:66-67)

Dále bych se chtěla zaměřit na temperament člověka. Kdybychom v každodenním životě pozorovali lidi, měli bychom plno důkazů o tom, že jsme každý originál, každý z nás, že je

individuální. Každý z nás jinak vnímá, jinak myslí, jinak si pamatuje, má jiné potřeby, ale také jinak reaguje na podněty.

Proto se ptám, proč se lidé ve stejné situaci chovají různě? Proč se někdo rychle vzruší, rozčílí a jiný zase zůstane klidný, pasivní? Proč je někdo rychlý a někdo pomalý? Ale právě tohle jiné chování se ve stejných situacích, nebo rychlostní úroveň, apod. jsou projevy odlišným temperamentových vlastností.

Temperament je soustava psychických vlastností, které se projevují způsobem reagování, chování a prožívání člověka, zvláště tím, jak snadno reakce vznikají, jak jsou silné, jak rychle se střídají. Temperament je vrozený.

Základní typy temperamentu:

Sangvinik – z latinského *sanguis*, což znamená krev, je člověk čilý, veselý, společenský, nestálý.

Cholerik – z latinského *cholé*, což znamená žluč, je člověk dráždivý, vztekly, snadno se rozhněvá, ale obvykle se rychle uklidní

Flegmatik – z latinského *flegma*, což znamená hlen, je člověk klidný až lhostejný, netečný, pomalý, ale spolehlivý

Melancholik – z latinského *melan cholé*, což znamená černá žluč, je člověk, který má převážně smutnou náladu, je pomalý, s menším množstvím citových projevů, jeho city jsou hluboké a trvalé

Jedinec se silnými nervovými procesy je odolný, správně a bez obtíží reaguje i na silné podněty. Nevadí mu hluk, neruší ho hlasitý hovor, dovede se soustředit na práci. Jedinec se slabými nervovými procesy se nedokáže dobře soustředit na činnost, ruší-li ho silné podněty. Ty jsou pro něj velkou zátěží. Vyrovnané nervové procesy umožňují lidem lépe se ovládat, zatímco nervové procesy nevyrovnané působí slabší zvládnutí afektů.

Pohyblivost se projevuje především v tom, jak rychle a jak snadno dokáže jedinec přenášet pozornost při měnící se situaci z jednoho podnětu na jiný. (Rozsypalová a kol. 2003:56-60)

Charakteristické znaky čtyř typů temperamentu:

- a) *Silný, vyrovnaný, živý typ (sanguinik)* je optimistický, veselý, řečově pohotový, podnikavý, snadno se přizpůsobuje, pracuje rychle, dokáže střídat činnosti i vykonávat několik činností najednou, není konfliktní, podřídí se, ale některý sanguinik bývá lehkomyšlný, povrchní, upovídaný, přehnaně odvážný
- b) *Silný, vyrovnaný, klidný až netečný typ (flegmatik)* bývá klidný, vytrvalý, rozvážený, pracuje rovnoměrně, vydrží dlouho u jedné činnosti, je snášenlivý, přátelský, ovládá se, ale je pomalejší, pasivní, nerozhodný, obtížně se přizpůsobuje změnám
- c) *Silný, nevyrovnaný typ (choleric)* reaguje živě, vášnivě, s výraznou mimikou, pracuje rychle, samostatně, v kolektivu se prosazuje, jedná rychle a energicky, nevýhodou jsou prudké reakce, hněv, netrpělivost, impulsivnost, agresivita, nedostatek sebeovládání
- d) *Slabý typ (melancholik)* bývá vážný, s hlubokými city, svědomitý, brzy unavený, urážlivý, nedůtklivý, často s pocity méněcennosti

Extrovert je družný, společenský, riskuje, má rád legraci a změnu, brzy ztrácí trpělivost, má sklon být agresivní, není příliš spolehlivý

Introvert je naopak tichý, uzavřený, má málo přátel, je trpělivý, spolehlivý, se sklonem k pesimismu, jedná plánovitě

Labilní člověk oproti **stabilnímu** bývá úzkostný, podrážděný, s pocity méněcennosti, snadno se poleká, pláče, reakce bývají silné a trvají dlouho

Většinu lidí nelze zařadit jednoznačně do určitého typu, spíše se u nich základná vlastnosti temperamentu vyskytují v různém stupni, různě se kombinují, U většiny lidí se setkáváme se střední mírou temperamentových vlastností. Příliš vyhraněné typy mají zpravidla ve společnosti větší potíže.

Nelze říci, že by některý typ mohl být označen jako lepší nebo horší. Každý typ má kladné i záporné vlastnosti. K vlastnostem temperamentu je nutno přihlídnout například při volbě povolání.

Známe-li svůj temperament, můžeme využívat jeho kladů, zmírňovat jeho nedostatky a lépe tak zvládat nejrůznější náročné situace, se kterými se setkáváme. (Rozsypalová a kol. 2003:56-60)

5.5 Individuální rozdíly

Rozdíly, kterými se liší jeden člověk od druhého, nazýváme rozdíly individuální. Rozdíly mohou být ve výšce postavy, v pracovním tempu, chování, ve vlastnostech, zájmech, zručnosti, v názorech, apod.

Některé vlastnosti jsou však typické pro celou skupinu lidí, těm říkáme rozdíly typologické.

Utváření osobnosti

Jsou vedeny spory o to, zda je osobnost určena převážně genetikou, nebo zda je utvářena prostředím a výchovou. V současné době převládá názor, že formování osobnosti je ovlivněno jak genetickou výbavou, tak i prostředím, ve kterém člověk žije.

Na vývoj osobnosti působí společně:

1. vnitřní biologické podmínky
2. vlivy prostředí
3. učení a vlastní umnosti člověka (Rozsypalová a kol. 2003:39-40)

Rozdíly mezi dětmi

Odnedávna se svět dělí na dvě poloviny, mužskou a ženskou. Obě poloviny bez sebe nemohou být, a přesto spolu soupeří. Jedna strana druhou zesměšňuje a pomlouvá. Tvrdí, že jedině ta jejich je důležitější, prospěšnější, potřebnější, pracovitější, utiskovanější. Všechna nedorozumění mají společného jmenovatele. Jedni o druhých vědí příliš málo, než aby se mohli pochopit. Mezi mužem a ženou je menší rozdíl, nežli jsme ochotni připustit. Stačí si uvědomit, že hlavní rozdíl spočívá ve funkci organismu muže a ženy a od toho se odvíjející sociální funkce a postavení.

Důležité pro děti jsou hry, a to jakéhokoliv druhu a nezáleží na tom, jestli je dítě dívka nebo chlapec. Jsou to prostě děti a chtějí si hrát. Dnes už víme, že mezi hrou děvčátek a chlapců existují viditelné a zobecnitelné rozdíly v uspořádání a využití prostoru. Pokud bychom dali dětem možnost, aby si postavili a vyrobili město a vesnici, chlapci by dali

přednost venkovským scénériím. Staví ulice, silnice, cesty. Zdůrazňují pohyb zvířátek, postaviček i všelijakých technických monster v otevřeném prostoru. Milují srážky a kolize. Domy ženou do výšek. Vztyčují věže a jejich stavby jasně prokazují rozpínavost. Obsahují menší počet zvířátek a postaviček nežli fantazijní konstrukce děvčátek. Děvčátka naopak zdůrazňují vnitřky domků. Velmi často staví interiéry v nejrůznějších provedeních, zpravidla prostory obehnané zdmi. Výtvar obsahuje více zvířátek a postaviček. Často nalézáme vyumělkované vstupy do vnitřních prostorů, narušované zevně zpravidla mužskými postavičkami nebo zvířátky.

Zobecníme-li stavby, v nichž můžeme odhalit vnitřní pocity dětí, jejich nitro, lze dojít k závěru, že v chlapeckých výtvorech převládá výška a pád, průnik do vnějšího prostoru, silný pohyb a jeho zastavení. U děvčátek dominují statické interiéry. Nelze však konstatovat, že chlapci milují srážky, kdežto děvčata servírování čaje. Rozdíly jsou následující: zatímco chlapci mají sklon vyrážet ven, osazovat vnější prostor, zmocňovat se ho pohybem, je hra děvčátek obrazem budoucího angažování se ve vnitřním prostoru. Tento sklon k pěstování vnitřního prostoru předznamenává ženskost = produktivní, životodárnou, v základě biologickou úlohu matky a obstaravatelky dětí, kterou mohou mít odkoukané od své matky. Již odmalička se snažíme děti rozdělovat a dávat jim velmi najevo, jestli je kluk nebo holka. A můžeme za to my, dospělí, jejich rodiče, kteří bychom je měli vychovávat. Mám tím na mysli, např., podle mého názoru nesmyslné, oblékání malých dětí do určitých barev, jako je modrá a růžová, aby všichni ostatní viděli a poznali, zda máme v kočárku holčičku nebo chlapečka. Myslím si, že je to naprosto zbytečné. Copak i v dospělosti nosíme neustále jen „holčičí“ a „klučičí“ barvy?

Také můžeme vidět rozdíl mezi chlapci a děvčaty ve výběru hraček. Kluci by měli mít jen autíčka, hasiče, popeláře, ale holčičky panenky, kočárky, kuchyňky. Ale jakmile je to obráceně, okamžitě je vzbuzen pocit toho, že dítě není zcela v pořádku.

Myslím si a připadá mi, že jakmile vstoupím do nějakého obchodu, ať už je to hračkářství, nebo obchod s dětským oblečením, tak jsou kluci tak trochu diskriminováni. Protože jsou plně obchody nejrůznějších hraček pro děvčátka, moderní oblečení, většinou v jasně růžových barvách, a to i takové, které, podle mě, nejsou úplně vhodné. Zatímco pro kluky je toho na trhu téměř polovina. Znamená to snad, že se rodí více děvčátek, než chlapců? Nebo je to tím, že rodiče více rozmazlují právě holčičky a tím je větší poptávka po tomto druhu zboží. Tohle se netýká jen úplně malých dětí, ale také už těch větších.

K rozdílům mezi chlapci a děvčaty musíme přihlížet při sestavování programu činnosti dětského kolektivu. Nezapomeňme, že některých vlastností lze výhodně využívat a

kombinovat je. Rozdíly bereme v úvahu hlavně při zatížení ve sportu, turistice, hrách a práci. V přístupu k dětem jako příslušníkům jednoho či druhého pohlaví můžeme udělat i chyby. Tou nejčastější je podceňování schopností nebo vyzdvihování předností jedněch proti druhým. Často slycháme: „To nemůžeš zvládnout, protože jsi holka.“ To není pravda.

Druhou nejzávažnější chybou je, že zadáváme úkoly podle tradičního pojetí rolí. Holky půjdou vařit a kluci na dřevo. Je nesmírně důležité, aby si děti vyzkoušely všechno, i vzájemnou výměnu rolí v práci.

Samozřejmě, že je rozdíl mezi děvčetem a chlapcem, už tím, jak vypadají, tedy po somatické stránce, ale také po psychické, mentální či spirituální. Myslím si, že somatické rozdíly není třeba ve větší míře rozebírat, je jasné, že dívkám v době dospívání rostou prsy, zaoblují se jim boky a začínají menstruovat. Chlapcům začíná hrubnout hlas, tzv. mutace, rostou jim vousy, ochlupení. Ale je tu přece jen jedna věc, kterou mají společnou: začínají se zajímat o sebe navzájem, začínají se více poznávat. Někteří začínají zkoušet různé návykové látky, jako je alkohol, cigarety, nebo v horším případě marihuana a jiné drogy. Nejdůležitější pro ně jsou jejich kamarádi, později, partneři, nežli rodiče, sourozenci a rodina vůbec. Každý si pubertou musí projít.

Dívky a chlapci se uzavírají do různě velkých skupin a part. V pubertě dochází vlivem náhlého vzestupu tvorby hormonů především v pohlavních žlázách k prudkému rozvoji sexuálních potřeb dospívajících a pozvolnému vytváření vzorců zralého sexuálního chování. Na základě našich studií z poslední doby si na příkladu českých dívek ukažme, jak probíhá vývoj v současné době u nás.

Za počátek sexuálního vývoje bývá považována první schůzka dospívajících. Nejčastěji k ní dojde kolem věku 15 let. Přibližně ve stejném věku dochází k prvnímu políbení. První pohlavní styk se ukazuje podle šetření mezi 17 – 18 roky.

Nyní bych uvedla, jaké jsou rozdíly mezi mužem a ženou. Dispozice mužů **vychází s historie lidského rodu**, kdy muž musel opouštět domov, aby opatřil potravu, zajistil nové území apod. **Dokázal uvažovat o nejlepší strategii své cesty**. Při opuštění domova procházel nové neprobádané místa, což **vyžadovalo dobrou orientaci**. Při hledání zvěře či nepřítele **musel dobře rozlišovat skryté tvary v prostoru**. Při plánování útoku na zvěř si **dokázal imaginárně vybavit dopad** lovu a nejlepší způsob zásahu. Díky starosti o zajištění materiální existence má raději jasně definované reálné aspekty života.

Naproti tomu **žena musela zajišťovat chod domácnosti**. V zájmu udržení dobrých vztahů v komunitě **odhadnout, co může čekat od ostatních lidí**. Byla schopná **vytvářet rodinné teplo** s citem pro celkovou pohodu, **zvládat děti**, předvídat nebezpečí a umět

zacházet se zásobou potravin. Většinu času musela **komunikovat s okolím**, a tak být schopna přesně definovat své představy. Vlastnost analyzovat chybějící předměty není překvapující a snad i zde lze hledat větší smysl pro pořádek. Ženy **dokáží lépe přijímat i nehmotnou realitu světa.**

Muži:

- vidí lépe za denního světla
- mají rychlejší reakční čas, rychleji odpovídají
- reagují na některé důležité signály (např. ohrožení)
- jsou v průměru obratnější a pohybově vynalézavější
- dovedou nástroje používat v netradičních funkcích
- vynikají v úkolech vyžadujících ostré hloubkové a prostorové vidění
- mají lepší smysl pro matematiku a lépe dovedou abstrahovat od konkrétních daností a bezprostředních souvislostí
- nechají se velice snadno vzrušit a rozptýlit novými podněty – což odráží jejich sklon k nestálosti v soustředění a práci
- mají lepší **matematické myšlení**, ačkoli nejsou tak dobří v běžných výpočtech.
- mají obecně lepší **prostorovou orientaci**.
- dokáží lépe **identifikovat tvary** v prostoru, které nejsou na první pohled zřejmé.
- dokáží bez menších problémů **imaginárně otáčet objektem** v prostoru.
- dokáží **přesněji házet** předměty a střílet na terč.
- dokáží **lépe rozlišovat** vložené tvary do složitých modelů.
- dokáží **rychleji analyzovat** komplexní data.
- jsou obecně **více materialisticky založeni**.

Ženy:

- **akcentují** vnitřní prostor
- mají citlivější chuť, hmat a lépe slyší
- nejsou však tolik tolerantní na silné podněty, např. hluk
- lépe vidí za šera a v noci
- od raného dětství jsou výřečnější a obratnější v komunikaci – verbální i nonverbální
- rychleji se naučí číst, rychleji spojují slova ve věty
- vyznačují se lepší koordinací jemných pohybů

- dovedou postřehnout citový význam zvuků, např. rozhovor v jazyce, kterému nerozumí
- jsou společensky vnímavější a mají vyšší schopnost vcítit se do druhých lidí (jejich stavů a problémů)
- dokáží **lépe odhadnout druhé lidi**, jsou empatičtější a lépe vzájemně spolupracují
- jsou **lepší v pravopise** a v jazykovém nadání, kdy lépe vnímají význam slov
- dokáží **lépe srovnávat detaily**
- dokáží lépe **vyjádřit svoji představu** prostřednictvím slov
- jsou **bystřejší v testech**, které vyžadují srovnání podobných věcí
- jsou **lepší ve schopnostech všimnout** si chybějícího předmětu
- jsou lepší v **matematických výpočtech**
- jsou **schopnější v jemných ručních pracích**
- jsou více nakloněny **nemateriálním představám** světa a života

V dnešní době je vysoká rozvodovost. Většina manželství končí z důvodu, že se partneři nedokázali pochopit a respektovat. Velice málo víme o potřebách, chápání prostoru a prostředí, citech druhé strany. Když dětem pomůžeme navzájem se chápat, respektovat a pomáhat si – posílíme tím důvěru a napomůžeme poznání.

To jací z nás vyrostou lidé, jak se chováme, jak jednáme, nebo jak se chovají a jednají naše děti, se dá svým způsobem ovlivnit, a to výchovou v rodině, správným příkladem. Naširodiče by nám měli být vzorem a ne lidmi, za které bychom se měli stydět.

„Každý člověk má svou zvláštní přirozenost, vlastní jen a jen jemu.“

Avicena

Rozdíly v závislosti mezi muži, ženami a dětmi

Muži

Pití muže je u nás bráno jako "společenská povinnost". Nikdo se nad tím nepozastavuje (snad kromě rodiny alkoholika). Muž, který nepije alkohol, je ve společnosti méně vítán, jeho společenská role je oslabena nebo je dokonce až znemožněn. Mnoho mužů pije kvůli své práci. Některá zaměstnání jsou zastoupena právě muži a můžeme snad i říct, že tato povolání, jako např. lékaři, policisté, soudci, atd. je předurčeno k velkým počtům alkoholiků. Příčinou nejčastěji bývá doprovázená stresem, únavou, taktéž práce, kde hrozí riziko pochybení nebo velká zodpovědnost. Co doporučit manželkám či partnerkám mužů – alkoholiků nebo problémovým mužům? Jediná rada zní: "buď já, nebo alkohol." Muž si musí zvolit. Mnoho žen ale rozvod nechce, a to z jednoduchého důvodu: děti by neměly tatínka, ona by přišla o zdroj financí, hmotné zajištění a koneckonců ho miluje, je to přece její manžel. Pokud se ale žena nechce vzdát a je silná, doporučuje se, aby přiměla závislého, aby se šel léčit. Důležitá je také podpora jeho zájmů a koníčků, ale především jeho rodiny. Chybou rodinných příslušníků, kterou si většinou neuvědomují a je velmi těžké si ji uvědomit je, že se snaží řešit problémy vzniklé z alkoholu sami. Jedná především o shánění lékařského potvrzení, řeší na policii přestupky, pokud je má, omlouvají na veřejnosti chování alkoholika.

Tento přístup ovšem není úplně nejlepší. Problémy se tím nevyřeší, spíše naopak. Budou se neustále prohlubovat. Proto to chce obrovskou dávku trpělivosti a pochopení a snahu pomoci. (Kvapilík, Svobodová a kol. 1985:38-39)

Ženy

Pro příznaky alkoholismu u žen použijí pár bodů, které do své knihy *Závislost známá neznámá* napsal prof. Jiří Heller. Důsledky abúzu a závislosti na návykových látkách jsou u žen vážnější a jejich úprava obtížnější. Izolace a odmítání závislých žen ze strany jejich okolí je podstatně větší v porovnání s muži. Důsledky závislosti na fyzickém i psychickém zdraví se manifestují rychleji a výrazněji než u mužů. I výskyt psychóz je u žen relativně vyšší než u mužů. Je známo, že ženy pijí více, než muži tajně a osamoceně, což je většinou důvod, proč okolí reaguje opožděně. Sexuální problematika se u žen podílí jako stimulující okolnost pro abúzus častěji než u mužů. U žen závislých na alkoholu je vysoký výskyt závislosti na alkoholu i u jejich rodinných příslušníků. Výrazněji vyšší je u žen procento poruch a odchylek v psychickém zdraví, předcházejících onemocnění závislostí. Ženy jsou více úzkostné a méně agresivní, než muži. Ženy výrazně častěji nedokáží aktivně odpočívat ve formě relaxace.

Častěji, než u mužů, je u žen začátek abúzu reakcí na životní komplikace a nezdary. Z problémů dominujících jako stimuly abúzu jsou to u žen problémy s dětmi a blíže neurčené problémy (asi obsahují i eroticko-sexuální problémy), u mužů jsou to problémy ve vztahu k partnerce a v zaměstnání. Ovšem kombinace abúzu alkoholu a léků u žen je daleko častější než u mužů. Rozvoj pijácké „kariéry“ začíná u mužů během vojenské služby, u žen po vstupu do manželství. Ženy častěji ztrácejí dobré rodinné zázemí, popřípadě celou rodinu. (Heller, Pecinová 1996:28-29) (Skála 1986:27-29)

Děti

V praxi je dané, že se závislostí obecně zabývají zdravotničtí pracovníci. Proč se ale více zabývají touto problematikou u dospělých než u dětí? Je to tím, že o ně není zájem? Dle Mečíře za tento malý zájem může malá informovanost a zkušenosti v oblasti dětské psychiatrie a psychologie, zvláště spojené s toxikomanií. Vztahy dětí a mladistvých k alkoholu je poněkud závažná a vyžaduje větší znalost a hlubší orientaci, ale také spousty zkušeností právě v již zmíněném lékařském oboru. Dalším důvodem je, že děti a mladiství nejsou tak často zařazováni v odborné evidenci. Ve většině případů se situace, kdy příslušníci Policie České republiky najdou opilé dítě, řeší s rodiči a ti již většinou nechtějí, aby se vědělo, že zrovna jejich dítě má v nízkém věku problémy s alkoholem. Problém může být i ve škole, kdy pedagogičtí pracovníci nenahlásí opilé dítě úřadům. Škola se může obávat, že po nahlášení opilého dítěte padá na školu špatný stín, a to jak na práci učitelů, tak i družiny. Škola by měla děti chránit a udávat správný vzor. Většinou se o problému s alkoholem nedozvědí ani pediatři, kteří by mohli konat a tím dítěti pomoci. Co se týče spolužáků jedince, který užívá alkoholické nápoje, buď se to nedozví, nebo před ostatními vystupuje jako hrdina, a o takového nechtějí přijít. Rodiče své děti brání a kryjí. Zdravotnickou pomoc vyhledají, až když už je situace neúnosná a to už většinou bývá pozdě, mohou se projevit změny v chování, jako jsou odepření slušného chování, demolování bytu, krádeže, násilnické sklony, ublížení na zdraví, případně až zavinění smrti, nebo také rozdávání majetku rodičů, aby si opatřili finanční prostředky na další láhev alkoholu, ale také se mohou objevit změny osobnosti. (Mečíř 1965:7-9).

Mudr. Jan Mečíř, Csc. Při psaní své knihy využil různých odborných zdrojů, ale nejvíce mě zaujal úvahy Nylandera, který v roce 1960 publikoval výsledky svého výzkumu. Pro svůj výzkum si vybral 170 rodin, ve kterých byl alkoholik otec. V těchto rodinách žilo celkem 266 dětí ve věkovém rozmezí 4-12let. Z důvodů nespolupráce některých rodin a kvůli umístění některých dětí do dětských domovů, zůstalo pro jeho výzkum 229 dětí z celkového

počtu 141 rodin. Podíl chlapců a děvčat byl 113:116. Kontrolní skupinu, se kterou pracoval, tvořilo celkem 163 dětí, z toho bylo 83 chlapců a 80 děvčat. Všechny děti byly stejného věku, pohlaví a jejich otcové měli stejné zaměstnání. Ti však nebyli alkoholici. U otců, kteří již byli prokázáni alkoholici, byl jejich abusus dlouhý, díky kterému již docházelo k sociálním dopadům. Rodiny obou skupin byly na dobré úrovni a děti z těchto rodin byly v dobrém zdravotním stavu. Nejvíce problémů ve škole měli děti ve věku 7-9 let. Těchto dětí nebyl důležitý význam toho, jaký byl charakter alkoholismu u jejich otců. I přes to se u dětí projevovaly neurotické rysy, i když v menším měřítku.

V další části své práce spolupracoval s dětmi, které již byly v péči psychiatrické léčebny a byly potomky již chronických alkoholiků. V těchto rodinách již byl pozorován rozklad v pokročilém stadiu. Na těchto dětem byly již pozorovány nápadné antisociální symptomy, jako jsou poruchy chování, a to nejen ve škole, krádeže, útky, apod. Je zde zajímavé, že spíše chlapci měli větší obtíže při adaptaci, než děvčata. U těchto dětí třetina otců nebyla evidována jako alkoholici, své opití skrývali. S rodinami byla velmi špatná komunikace a spolupráce. Podle Nylanderova zjištění by u dětí, které trpí protrahovanými či terapii vzdorujícími symptomy, což jsou např. bolesti hlavy, břicha, apod., mělo by již vzniknout podezření na vážné poruchy, které se v rodině dítěte mohou objevit.

	Děti etyliků	Kontrolní skupina
Počet matek s mentální poruchou (nejčastěji deprese)	32%	10%
Počet matek celodenně zaměstnaných	29%	12%
Rozklad manželství	28%	4%
Psychogenní poruchy dětí	10%	4%
Mentální poruchy dětí	29%	5%
Mírné neurotické symptomy	34%	18%
Učitelé hodnotí děti, které působí výchovné problémy	48%	10%

V této tabulce se Nylander snažil ukázat rozdíly, které byly mezi jeho zkoumajícími skupinami, tedy rodinami, ve kterých otec byl alkoholik a v rodinách, ve které otec alkoholik nebyl. (Mečíř 1965:14-15)

Další částí různých výzkumů je vliv alkoholu na somatický a psychický vývoj dětí. Může se zde hodnotit, jaký je podíl užívání alkoholu vzhledem ke vzniku poruch chování a případné delikvence. U těchto výzkumů se již ponechává trochu stranou, že alkohol bývá dětmi a mladistvými vyhledáván aktivně, nebo je dáván vychovateli např. jako pití k jídlu.

Heuyer zastává názor, že v rodinách, kde se vyskytují alkoholici, je vyšší úmrtnost dětí. Tato úmrtnost je podle již dána užívána alkoholu matkou v těhotenství nebo následně při výživě novorozenců a malých dětí. I když se může zdát, že víno nemá velké zastoupení alkoholu, při užívání dětmi může být příčinou nočních děsů a běsů. Ve Francii se již objevují nebezpečné stavy deliria tremens a příznaky chronického alkoholismu již u 15 a 16 letých.

Serinová ve svých publikacích prezentuje velice odstrašující případy zcela malých dětí již závislé na alkoholu nebo s vážnými poruchami zdraví až smrtí. Uvedla, že při vyšetření byla diagnostikována cirhóza jater již u 2letého chlapce, kterému bylo v rodině podáváno 0,5l vína denně. Bohužel u starších dětí, ve věku 8-12 let, toto onemocnění bývá častější. Vědci a odborníci se, bohužel, setkávají i s dětmi ve věkovém rozmezí 3-12 let, kterým je podáváno denně víno, a to ve velmi neobvyklém množství, tedy 0,5-1l. Právě u těchto dětí je později sledována vyšší dráždivost, poruchy spánku, obnubilace, což můžeme přeložit jako mráкотný stav, ztrátu vědomí, mdlobu, až bezvědomí, ale také jsou pozorovány zrakové halucinace. Dokonce je popsán i děsivý případ, kdy zemřelo 19měsíční dítě po domácí hlístopudné léčbě právě alkoholem. Byly u něj příznaky velmi podobné deliriu tremens a jeho smrt nastala během 48 hodin. (Mečíř 1965:16)

Co se týče výzkumů o vlivu alkoholu u dospělých, je jich napsáno velké množství publikací. U dětí jsou, samozřejmě, škody napáchané užíváním alkoholu vyšší a ve větším rozsahu, než u dospělého. Z tohoto důvodu se tedy potom nemůžeme divit, s čím vším se musejí někteří pediatři a dětské psychologové a psychiatři setkávat, jako jsou např. gastrointestinální poruchy či neuropsychické. Bohužel není mnoho prací, které by publikovaly rozdíly mezi pijícími a abstinujícími dětmi. (Mečíř 1965:17)

Vývoj vztahu dítěte a mladistvého k alkoholickým nápojům

Mudr. Mečíř ve své publikaci představil jeden významný výzkum, který provedli MC CORD W., MC CORD J., a Gudeman, kteří ve své práci ukazují výsledky, které během své několikaleté práce zjistili. V roce 1935 podrobně vyšetřili 650 chlapců, kteří byli z poloviny

ve výborném zdravotním stavu a z poloviny s poruchami chování. Tato skupina byla sledována po dobu 7 let. K jejich přešetření došlo v roce 1956, kdy už to nebyli mladiství, ale dospělí muži okolo 30 let. V této době byly porovnávány dvě skupiny, z nichž jedna byla nepijících a nekriminálních mužů, kterých bylo 158 a ve druhé skupině bylo 29 alkoholiků. U této skupiny zjistili, že se nejedná o alkoholismus, který by byl geneticky podložený, ale že se jedná spíše o teorii sociologickou. Ve skupině alkoholiků bylo v mládí signifikantně více suicidiálních tendencí, než u skupiny druhé. Také dle tohoto výzkumu zjistili, že v rodinách budoucích alkoholiků se vyskytovalo více konfliktních situací. (Mečíř 1965:20)

Dalším autorem, kterého zde Mečíř představuje, je Ullmann, který zjistil, že 69,6% mužů a 81,4% žen si velmi dobře vzpomíná na svou první zkušenost s požitím alkoholu. Někteří z nich mají tuto vzpomínku z období velmi mladého věku, již před 5. rokem života. Většina dotazovaných pak svou první vzpomínku zasadila mezi 15. - 19. rok života. V celkovém počtu je přes 97% mužů a žen, kteří ochutnali alkoholický nápoj před 19. rokem. Ullmann je přesvědčen, že k prvnímu kontaktu mladistvých nebo dětí s alkoholem dochází doma, v rodinném prostředí, poté v restauraci a nakonec u kamarádů a přátel. Je zajímavé, ale také pochopitelné, že u chlapců je silný popud k ochutnání alkoholických nápojů ze strany kamarádů, což se děje v 52,2% případů. Další situace pak je rodina, 39,4% a jiná dospělá osoba pak nabízí alkohol jen v 7,7% případů. Taktéž je Ullmann přesvědčen, že pití, které pokračuje dále i v dospělém věku, začíná právě touto první zkušeností. Jsou ale i mezi námi osoby, které alkohol odmítají a jsou proto 4 důvody: 1. nemají rádi fyzikální účinky alkoholu, 2. tyto osoby mají odmítavý postoj k alkoholu, který si získaly jinými sociálními zásahy, 3. mají tyto osoby strach, že se budou nevhodně chovat po účincích alkoholu a za 4. tak jednájí, protože mají jinou nepříjemnou vzpomínku na zkušenost s pitím. (Mečíř 1965:20-21)

Běžný, neboli normální vývoj vztahu k alkoholickým nápojům probíhá u nás (v latinských a německých zemích) u dětí, které jsou z rodin, kde se alkohol pije jen příležitostně a v malém množství, a kde tyto děti neznají stavy opilosti. Průběh je rozdělen do 3 period.

1. perioda: v raném školním věku dítě ochutná pár kapek vína při jídle nebo oslavám, občas to přežene, ale rodiče jej kontrolují.

2. perioda: v pozdějším věku, tedy chlapeckém a mladistvém se utváří spontánní útlum nadměrného užívání alkoholických nápojů, ale pořád jsou kontrolovány rodiči. Pokud

se objeví snadnější přístup k alkoholu a zvýší se tendence k pití, přistupuje opakované poučování o nezdravých účincích alkoholu, je zde přísnější dohled rodičů.

3. perioda: v dospělosti jsou schopni užívat takové množství alkoholu, které nevyvolává stavy opilosti, a nevedou ke stanovení diagnózy alkoholismu.(Mečíř 1965:24)

Dle zjištěných výzkumů a průzkumů lze říci, že alkoholismus otců nenarušuje zárodečnou hmotu až v tak velkém měřítku. Děti otců alkoholiků se nijak zvláště neprojevují jinak, než děti rodičů abstinentů. Pokud se ovšem stane, že se objeví u dětí otců alkoholiků nějaké somatické problémy, jako jsou poruchy chování a etylismus, většinou o jejich vzniku rozhoduje narušené výchovné prostředí. Pokud jsou nezletilí v prostředí, ve kterém se dostanou k velkému množství alkoholu, registruje se u nich větší množství somatických problémů, především v oblasti neurotických poruch, také gastrointestinálního traktu, ale i typických alkoholických psychóz.(Mečíř 1965:26)

Veřejnost ví o tom, že alkohol opijí děti a mladiství, ale měli bychom všichni si více všimnout jakýchkoliv změn chování a postojů u dětí, jejich projevů. Na rozvoj těchto problémů u mladistvých velmi dobře působí odmítavý postoj veřejnosti, rodiny a přátel.

Povinností zdravotníků, ale také pedagogických zaměstnanců je odhalovat tyto vlivy, umět na ně poukazovat, nemám se je hledat a svou autoritou se snažit jakkoliv na ně působit. V podstatě se jedná o zásah do celé společnosti, o to, aby sama společnost změnila svůj přístup a postoj k alkoholickým nápojům a k jeho užívání. Tato změna by měla více poučovat celou veřejnost, především ty mladé, kterých se to týká nejvíce, ale měli bychom i vyhledávat a léčit alkoholické toxikomany, kteří jsou tvořícím jádrem organizované proalkoholové propagace. (Mečíř 1965:26-27)

Záchytné stanice v České republice

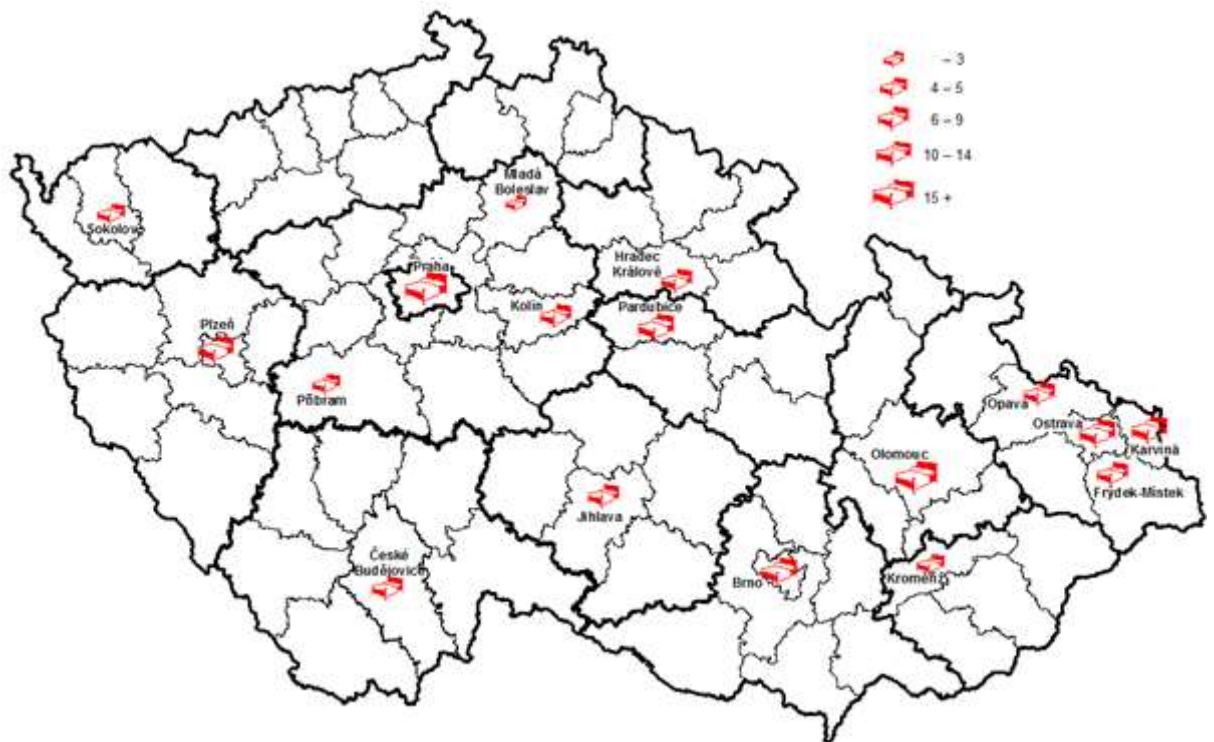
V roce 1948 slavný a uznávaný český psychiatr Jaroslav Skála založil protialkoholní oddělení psychiatrické kliniky nemocnice U Apolináře v Praze. Následně v roce 1951 první záchytnou protialkoholní stanicí na světě.³

Prvotní informace o tom, kolik bylo v Československu a posléze v České republice záchytných stanic, jsou k dispozici z roku 1963. V tomto roce bylo evidováno 21 zařízení.

³ Dostupné z webu: <https://vlast.cz/prvni-zachytne-protialkoholni-stanice-na-svete/>

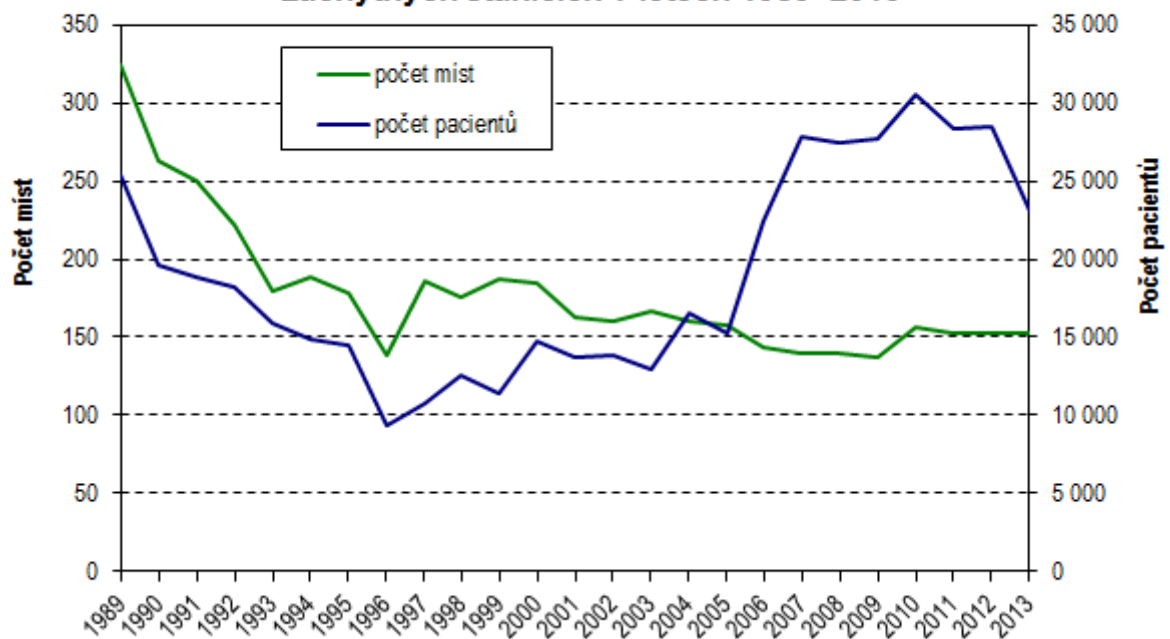
Do roku 1989 rostl počet záchytných stanic v Československu na celkový počet 34 zařízení, v následujících letech jejich počet klesá. V roce 1993 bylo celkem evidováno 20 zařízení, v roce 2009 už pouze 14 zařízení. Během roku 2010 se zaevidovaly dvě nové záchytné stanice, ve Středočeském a Olomouckém kraji, čímž jejich počet vzrostl na celkový 16. V roce 2011 došlo k rozdělení sledování údajů ze záchytných stanic ve Slezsku, konkrétně v Karviné a v Opavě. Obě tato zařízení provozuje Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje. Od této doby začaly údaje vykazovat dohromady. Od roku 2012 zůstal počet záchytných stanic v České republice stejný.

V době, kdy rostl počet zařízení, tedy v letech 1963–1989 zvyšoval se také počet míst v záchytných stanicích, a to z původních 222 na 325. Následně po roce 1990, došlo ke snižování počtu záchytných stanic, a tím i ke snížení počtu míst. V roce 1993 bylo evidováno v záchytných stanicích pouze 180 míst, do roku 1996 se však počet míst snížil na konečných 139, hovořím o stávajících 19 stanicích. Následně v roce 1997 jejich počet opět vzrostl. Meziročně to byla více než třetina a tento údaj se až do roku 2000 více nezměnil. V následujících letech počet míst s výkyvy klesal. Evidovaných míst bylo o více než čtvrtinu méně, a to až do roku 2009. Pokles se zastavil na 137 místech. O rok později, tedy v roce 2010, se nově zaevidovaly další zařízení, díky kterým vzrostl počet míst na 157. To opět netrvalo dlouho a v roce 2011 klesl jejich počet na 152 míst. V následujících dvou letech, v roce 2012 a 2013 zůstal počet míst téměř stejný.



Obrázek č. 1 Přehled záchytných stanic v České republice

Graf 1: Vývoj počtu míst a ošetřených pacientů na záchytných stanicích v letech 1989–2013



Graf č. 1

Tabulka 1: Vývoj počtu záchytných stanic, míst a ošetřených pacientů v letech 1989–2013

<i>Rok</i>	<i>Počet</i>					
	<i>stanic</i>	<i>míst</i>	<i>léčených pacientů</i>			
			<i>celkem</i>	<i>v tom</i>		<i>z toho mladiství (0–19 let)</i>
				<i>muži</i>	<i>ženy</i>	
1989	34	325	25 393	23 398	1 995	839
1990	29	263	19 657	17 265	2 392	623
1991	28	250	18 902	17 503	1 399	537
1992	25	222	18 177	16 477	1 700	508
1993	20	180	15 887	14 454	1 433	683
1994	21	188	14 884	13 550	1 334	916
1995	19	178	14 506	13 113	1 393	1 013
1996	19	139	9 363	8 563	800	514
1997	20	186	10 719	9 520	1 199	648
1998	19	176	12 616	.	.	.
1999	18	187	11 439	.	.	.
2000	18	185	14 748	.	.	.
2001	16	163	13 763	.	.	.
2002	16	160	13 877	.	.	.
2003	17	167	12 997	.	.	.
2004	15	160	16 568	.	.	.
2005	15	158	15 207	.	.	.
2006	14	144	22 441	19 219	3 222	1 944
2007	14	140	27 806	23 653	4 153	1 149
2008	14	140	27 505	22 876	4 629	1 167
2009	14	137	27 664	23 079	4 585	1 222
2010	16	157	30 487	25 732	4 755	2 422
2011	17	152	28 365	23 831	4 534	2 059
2012	17	152	28 469	23 920	4 549	1 519
2013	17 ¹⁾	153	23 018	19 620	3398	426

Tabulka č. 1

Tabulka 2: Počet pacientů ošetřených pro intoxikaci alkoholem podle kraje sídla zařízení, pohlaví a věkových skupin pacientů v roce 2013

<i>Kraj sídla zařízení</i>	<i>Počet stanic</i>	<i>Počet míst</i>	<i>Celkový počet pacientů</i>	<i>v tom</i>		<i>ve věku</i>		
				<i>muži</i>	<i>ženy</i>	<i>0-19 let</i>	<i>20-64 let</i>	<i>65 a více let</i>
Hl. m. Praha	1	20	3 240	2 594	646	66	2 963	211
Středočeský	3	14	864	814	50	15	816	33
Jihočeský	1	9	1 121	949	172	36	1 039	46
Plzeňský	1	10	1 685	1 474	211	7	1 580	98
Karlovarský	1	5	782	692	90	17	747	18
Ústecký	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberecký	-	-	-	-	-	-	-	-
Královéhradecký	1	8	1 199	1 032	167	6	1 000	193
Pardubický	1	11	1 187	1 052	135	14	1 135	38
Vysočina	1	8	1 147	1 033	114	8	1 095	44
Jihomoravský	1	13	3 625	2 940	685	69	3 333	223
Olomoucký	1	15	1 633	1 338	295	46	1 498	89
Zlínský	1	5	731	632	99	12	681	38
Moravskoslezský	4	35	5 566	4 4	712	107	5 194	265
Celkem	17	153	22 780	19 404	3 376	403	21 081	1 296

Tabulka č. 2⁴

⁴ Dostupné z webu: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-zachytnych-stanic-roce-2013>

II. Empirická část

1. Výzkumné otázky

Nyní se začnu věnovat vlastní empirické části. Abych svou práci trochu oživila o nějaký nový, zajímavý prvek a nebyla to práce jen teoretická, kterých bylo již napsáno velké množství, zpracovala jsem k tématu je dotazník.

Pro mou diplomovou práci s názvem Alkoholismus a informovanost pubescentů jsem si stanovila 4 výzkumné otázky, které se pomocí získaných informací z dotazníku pokusím srovnat s výsledky výzkumu, čímž prokáži jejich pravdivost či nikoliv. Stanovila jsem si tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jsou tolerantnější pubescentní chlapci než dívky k alkoholu?

Výzkumná otázka č. 2: Existuje souvislost mezi konzumací alkoholu rodičů respondentů a tolerancí k alkoholu dotazovaných dětí?

Výzkumná otázka č. 3: Existují nějaká preventivní opatření u zkoumané školy?

Výzkumná otázka č. 4: Jsou informovanější chlapci nebo děvčata?

2. Metody průzkumu

Pro získání informací a názorů lidí je mnoho různých metod, např. rozhovor, ať již individuální nebo skupinový, pozorování, atd. Pro svůj výzkum jsem si vybrala metodu dotazníku, jelikož jeho zadání je poměrně rychlé, pro respondenty taktéž a také lehce vyplnitelný. Pro získání potřebných údajů a dat je potřeba mnohem méně čas, než např. u rozhovoru.

Svůj dotazník pro účely k diplomové práci jsem koncipovala do 25 otázek, kdy dotazovaní jen kroužkovali svoje odpovědi. Odpovědi byly sestavené s možností výběru, kdy žáci vždy vybírali jen jednu možnost, pouze u otázky č. 19 mohli zatrhnout i více odpovědí, dle jejich uvážení.

Při utváření otázek do dotazníku jsem se snažila, aby otázky byly pokládány jednoznačně, bez jiných významů, jasně a srozumitelně formulované, cizí pojmy vysvětlené, aby jim rozuměli žáci ve věkovém rozmezí 12-16 let. Dalším důležitým faktorem byla i délka dotazníku, aby žáky při prvním pohledu neodradila, ale také, abych v něm měla všechny potřebné informace. Nemohu zapomenout na typy otázek, kde jsem se vyvarovala osobním dotazům, které by jakýmkoliv způsobem zasahovaly do rodinných vztahů.

Při zadávání těchto dotazníků jsem kladla důraz na anonymitu a žáky i vyučující ubezpečila, že tyto data jsou jen pro mé studijní účely.

3. Popis vzorku

Tento dotazník, který jsem vytvořila a rozdala na druhém stupni základní školy v Petrově nad Desnou, což je škola, na které jsem absolvovala svou první souvislou praxi. Jelikož na této škole je pouze druhý stupeň, rozdala jsem proto své dotazníky do všech tříd.

Při své výzkumné práci jsem oslovila celkem 8 dotazovaných tříd, kde jsem použila 150 kusů dotazníků. Ke konečnému zpracování jsem z tohoto celkového počtu mohla zařadit k adekvátnímu zpracování 125, přičemž jsem 18 dotazníků musela vyřadit, a to z důvodu nevyplněné odpovědi a celkem 7 se mi vrátilo zcela nevyplněných.

Co se týče vyhodnocování dotazníků, žáky jsem nerozdělovala do žádných menších skupin či podskupin, ale považovala všechny třídy za jednu skupinu.

Při vyhodnocování a zpracování dotazníků jsem si odpovědi rozdělila po jednotlivých třídách, a to z důvodu, že mě zmiňovaná základní škola požádala o možnosti využití mé práce pro jejich potřeby.

Nyní bych se ráda začala věnovat jednotlivým výzkumným otázkám a došla k vyhodnocení stanovených výzkumných otázek.

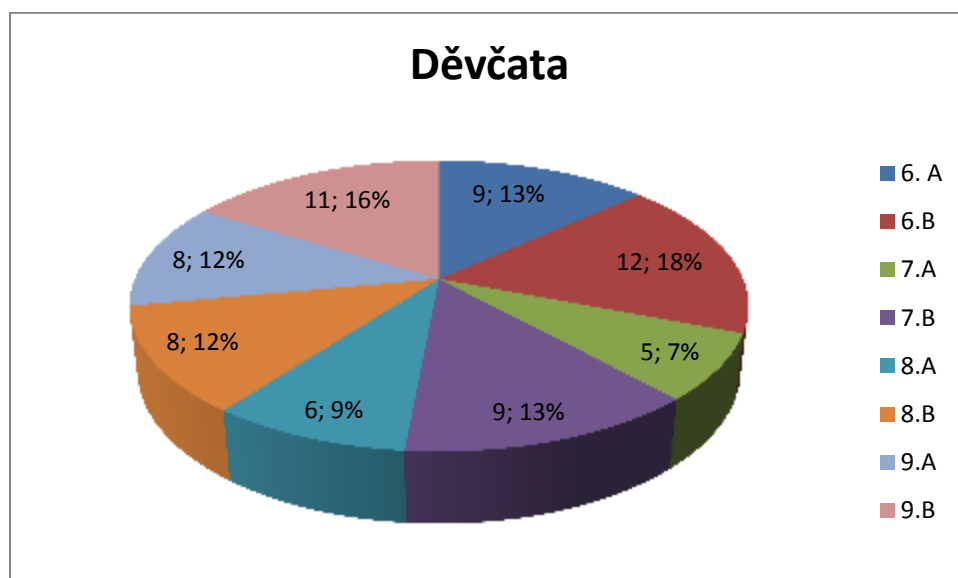
1. Jakého jsi pohlaví?

Tato otázka byla zaměřena na rozdělení žáků dle pohlaví, tedy na chlapce a dívky. Kromě 1 případu tato otázka byla vždy vyplněná. Třída 6. A je rovnoměrně rozdělená, v 6. B je více děvčat, v 7. A je větší zastoupení chlapců, v 7. B je také více děvčat, v 8. A je vyrovnaná stejně jako 6. A, v 8. B je také více děvčat, v 9. A i v 9. B je také větší zastoupení ženského pohlaví. Celkově jsem zjistila, že v této škole je celkem 68 děvčat a 56 chlapců.

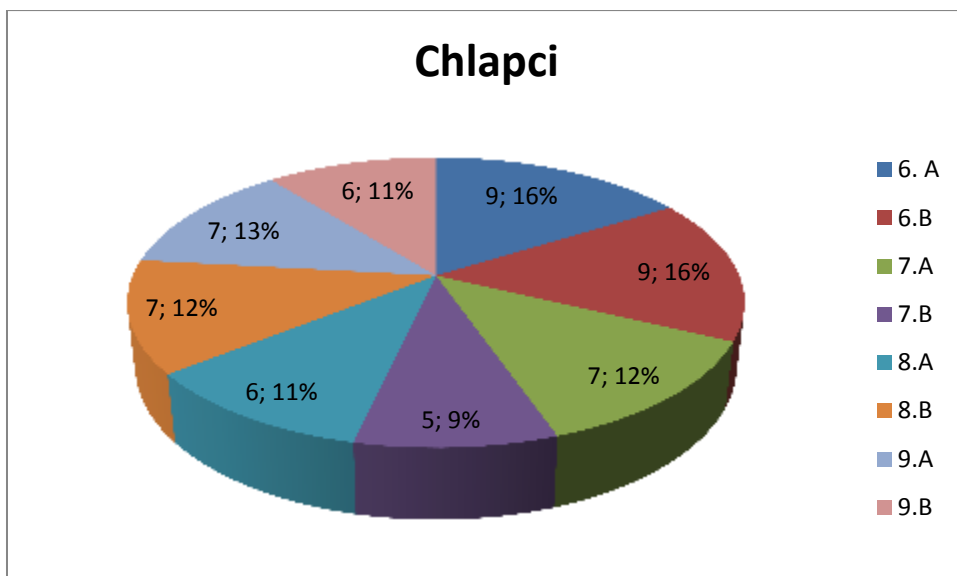
V prvním grafu je patrné, jaký je podíl děvčat a chlapců. Celkově je patrné, že tuto školu navštěvuje více děvčat, než chlapců.

Pohlaví žáků	Děvčata	Chlapci
6. A	9	9
6. B	12	9
7. A	5	7
7. B	9	5
8. A	6	6
8. B	8	7
9. A	8	7
9. B	11	6
Celkem	68	56
Procenta	54,48%	45,16%

Tabulka č. 1



Graf č. 1



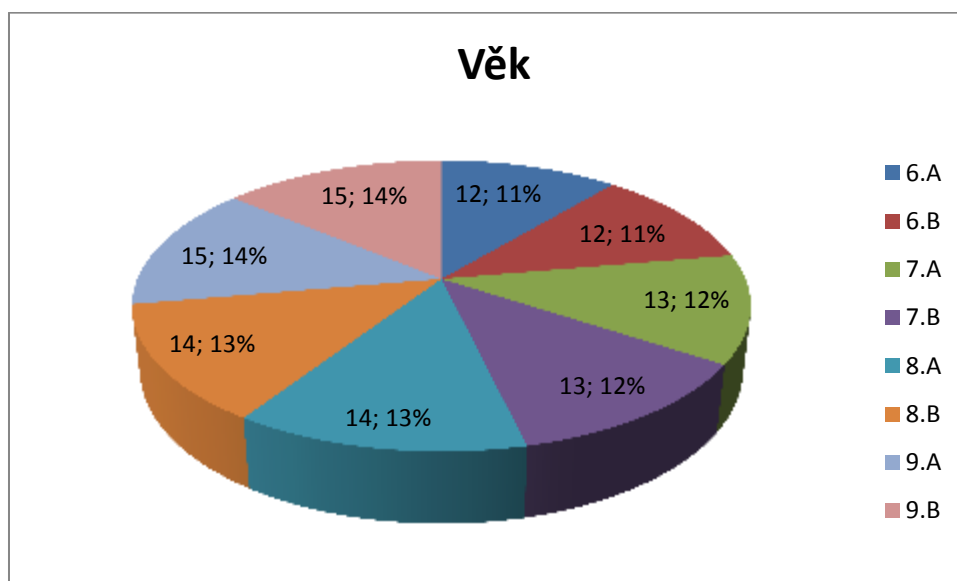
Graf k otázce č. 2

2. Kolik Ti je let?

Druhá otázka byla zaměřená na věk. V následujícím grafu ukazují jednotlivý věk dle tříd.

Věk žáků	
Třída	Věk
6.A	12 let
6.B	12-13 let
7.A	13-14 let
7.B	12-14 let
8.A	14-15 let
8.B	13-15 let
9.A	15-16 let
9.B	14-16 let

Tabulka č. 2



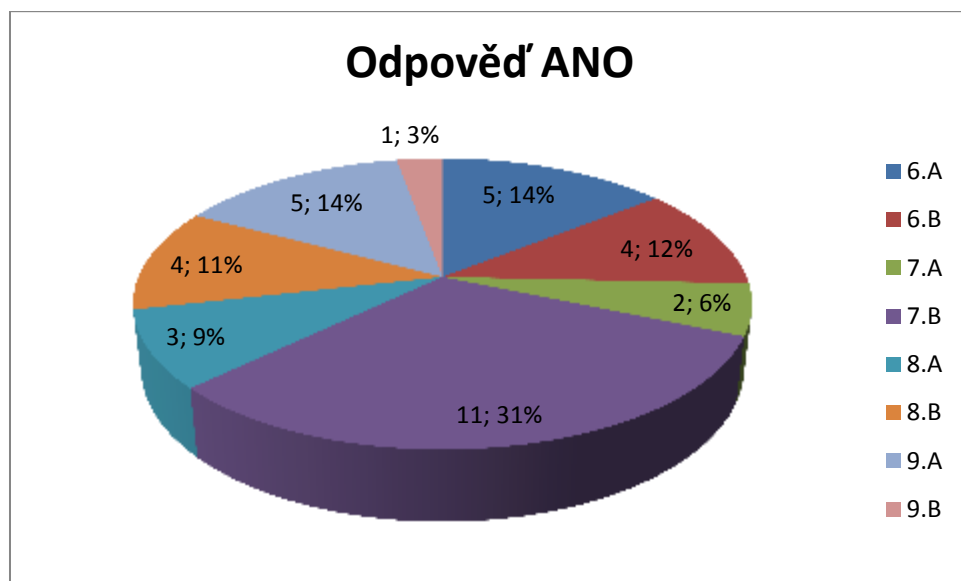
Graf č. 3

3. Jsou rodiče abstinenti?

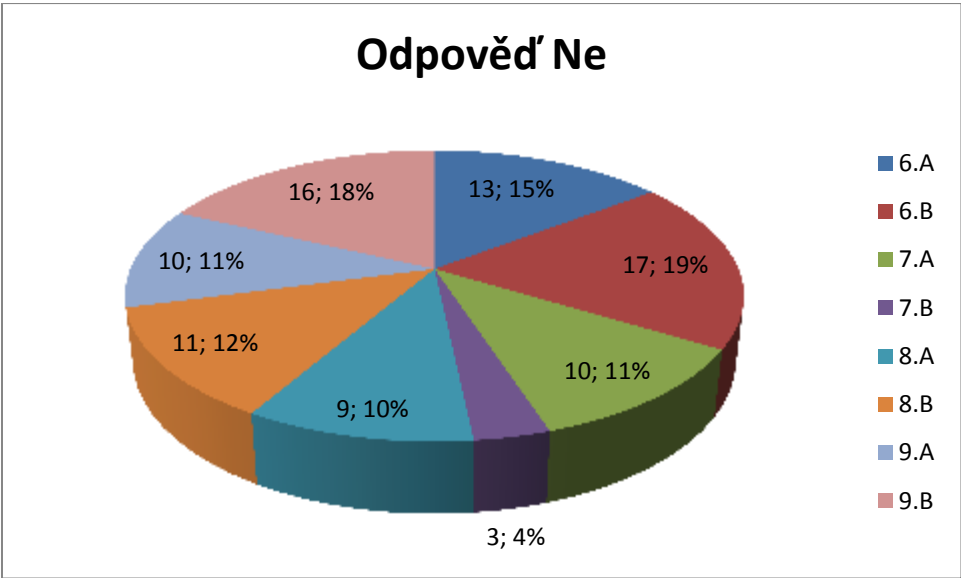
Třetí otázka se věnovala rodičům žáků a to ve smyslu, zda jsou rodiče abstinenti či nikoliv. Na výsledky se podívejte v grafu. Tabulka s grafem jsou výsledky žáků. Je zajímavé, a tak trochu dle mého očekávání, že u žáků 6. a 7. tříd je menší počet rodičů, kteří nepijí, než těch, kteří si alkohol dopřejí. Zajímavý poznatek jsem zaznamenala především u třídy 7. B, kde byl nejvyšší počet rodičů, kteří nepijí vůbec nebo jen ojedinele. Zatímco u žáků 8. a 9. tříd rodiče požívají alkohol poněkud častěji, nežli u mladších žáků. Nejvíce těchto rodičů jsem zaznamenala u třídy 9. B.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	5	13
6.B	4	17
7.A	2	10
7.B	11	3
8.A	3	9
8.B	4	11
9.A	5	10
9.B	1	16
Celkem	35	89
Procenta	26,32 %	66,92 %

Tabulka č. 3



Graf č. 4



Graf č. 5

4. V jaké míře konzumují alkohol?

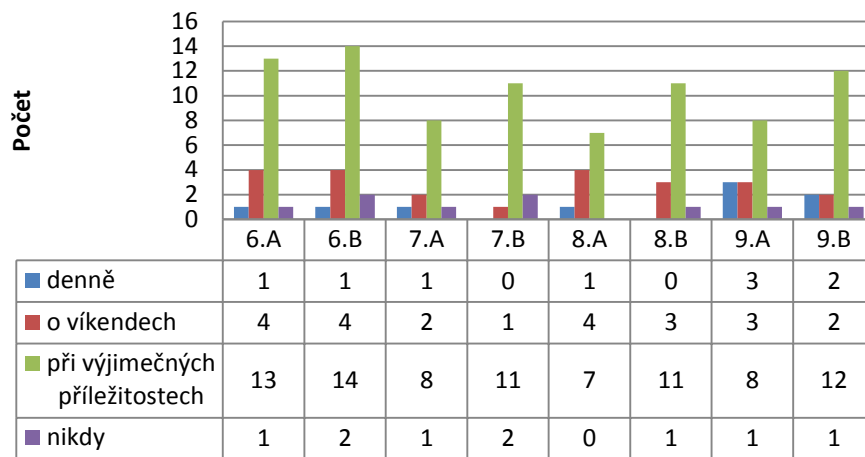
Čtvrtá otázka byla zaměřená opět na rodiče žáků. Zjišťovala jsem zde, zda mají kladný či negativní vztah k alkoholu, dle názoru svých dětí, a to tím, jak často konzumují alkoholické nápoje. Některé výsledky mě lehce zaskočily, některé příjemně potěšily. Vše opět dokládám v grafickém znázornění.

Dle zjištěných výsledků jsem došla k závěru, že většina rodičů této skupiny žáků se napijí alkoholu při nějaké příležitosti, jako je např. oslava, apod. Druhým častým údajem poté byly víkendy, kdy se rodiče napijí každý víkend v 11 případech. Ve 3 případech poté rodiče těchto žáků pijí denně. Dle grafu s tabulkou lze vidět rozdíl mezi jednotlivými třídami. Starší žáci měli podobné výsledky, ale s rozdílem v počtu. Přesněji tedy uvádím, že při příležitostech se alkoholu dotknou rodiče 38 žáků, s víkendovou pravidelností rodiče 12 žáků a rodiče 6 dětí dokonce denně.

<i>Třída</i>	<i>denně</i>	<i>o víkendech</i>	<i>při výjimečných příležitostech</i>	<i>nikdy</i>
6.A	1	4	13	1
6.B	1	4	14	2
7.A	1	2	8	1
7.B	0	1	11	2
8.A	1	4	7	0
8.B	0	3	11	1
9.A	3	3	8	1
9.B	2	2	12	1
Celkem	9	23	84	9
Procenta	7,20 %	18,40%	67,20%	7,20%

Tabulka č. 4

V jaké míře konzumují alkohol?



Graf č. 6

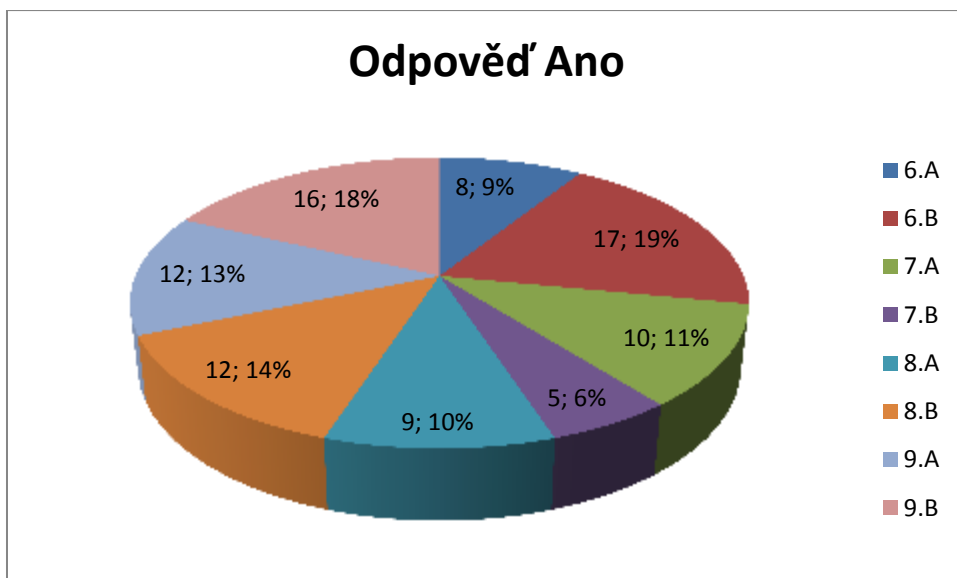
5. Pil jsi někdy alkohol? Vyber.

Pátá otázka byla zaměřena již na žáky samotné. Touto dotazníkovou otázkou jsem zjišťovala jejich postoj k alkoholu, zda se s ním již někdy setkali a zda jej již ochutnali. Zjistila jsem poněkud překvapující informace. Na výsledky této otázky jsem byla zvědavá a musím říct, že vzhledem k naší současné podobě společnosti a z předcházejících otázek mě výsledky až v takové míře nepřekvapily. Jen musím říci, že jsou poněkud smutnějšího charakteru.

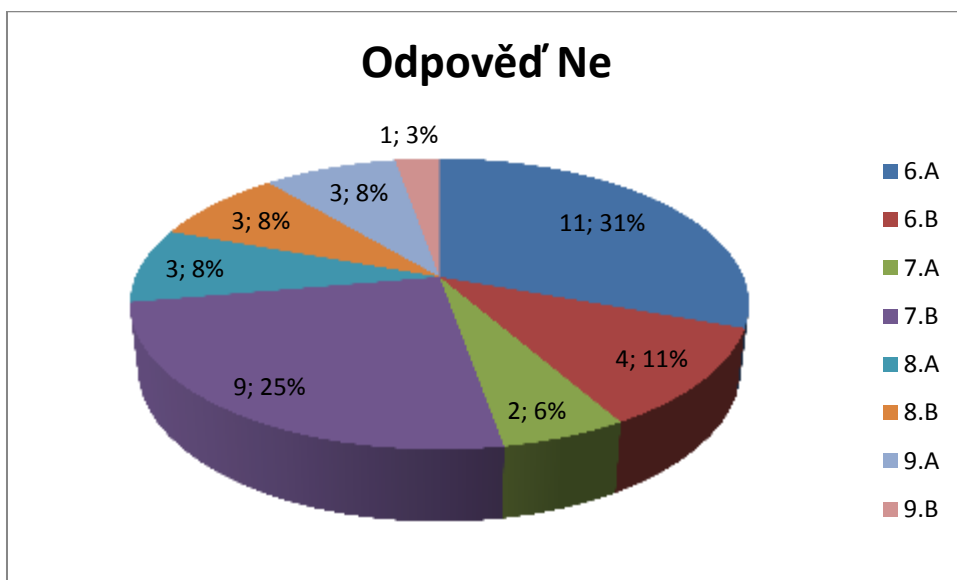
Celkem ve 40 případech již ochutnalo alkoholický nápoj, a to i přes svůj nízký věk. Pouze ve 26 případech tomu tak nebylo. Překvapilo mě, že nejvíce těchto dětí experimentátorů bylo ve třídě 6. B, tedy děti ve věku okolo 12 let. Mezi staršími žáky 8. a 9. tříd byl počet žáků, kteří již někdy v minulosti pili větší množství, a to přesně 49 žáků. Nejvíce těchto žáků bylo ve třídě 9. B, hned v těsném závěsu za nimi byly třídy 9. A a 8. B se stejným počtem dětí, 12. Pouze 10 žáků ještě ve svém věku neochutnalo alkohol.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	8	11
6.B	17	4
7.A	10	2
7.B	5	9
8.A	9	3
8.B	12	3
9.A	12	3
9.B	16	1
Celkem	89	36
Procenta	71,20%	28,80 %

Tabulka č. 5



Graf č. 7



Graf č. 8

6. Jak často konzumuješ alkohol?

Otázka č. 6 zjišťovala četnost užívání alkoholických nápojů samotných žáků. Respondenti měli na výběr z celkem 6 odpovědí. Výsledky této otázky zobrazuji opět ve dvou grafech.

U žáků s nižším věkem jsem očekávala ve výsledcích velice nízká čísla, což se v rámci možností podařilo. Kromě třídy 7. B se jeden žák ze zbývajících tříd napije alkoholu s pravidelností 1x/týden. Jeden žák ve třídě 6. A se napije 2x/týden a jeden žák ze třídy 7. A pije pravidelně 3x/týden. Celkem 13 žáků přijde do kontaktu s alkoholem 1x/měsíc. Nejvyšší číslo, dle mých představ, bylo u odpovědi, kdy děti nepijí vůbec. Tuto možnost vybralo celkem 48 dětí. Jeden žák ve třídě 8. A a 9. A se napije s pravidelností 1x/týden, poté 1 žák 2x/týden. Nejvíce žáků vybralo odpověď 1x/měsíc, kdy se alkoholu napije dohromady 29 dětí, nejvíce ze třídy 9. B. Počet žáků, kteří nepijí vůbec je velmi blízký tomu, co pijí, a to je 27.

<i>Třída</i>	<i>1x/týden</i>	<i>2x/týden</i>	<i>3x/týden</i>	<i>každý den</i>	<i>1x/měsíc</i>	<i>nikdy</i>
6.A	1	1	0	0	5	12
6.B	1	0	0	0	4	16
7.A	1	0	1	0	3	7
7.B	0	0	0	0	1	13
8.A	1	0	0	0	3	8
8.B	0	1	0	0	6	8
9.A	1	0	0	0	9	5
9.B	0	0	0	0	11	6
Celkem	5	2	1	0	42	75
<i>Procenta</i>	4,00%	1,60%	0,80%	0,00%	33,60%	60,00%

Tabulka č. 6



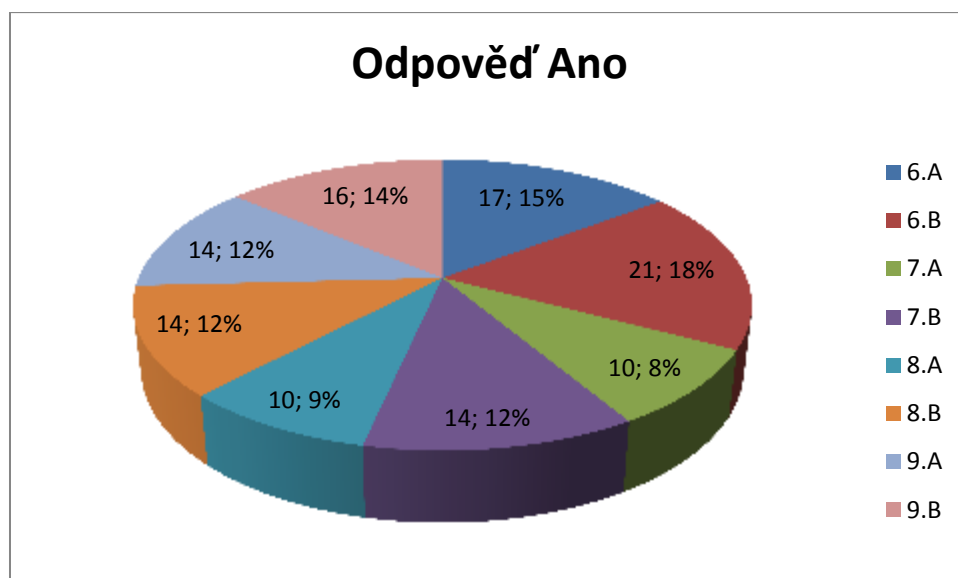
Graf č. 9

7. Zhoršuje užívání alkoholu zdravotní stav?

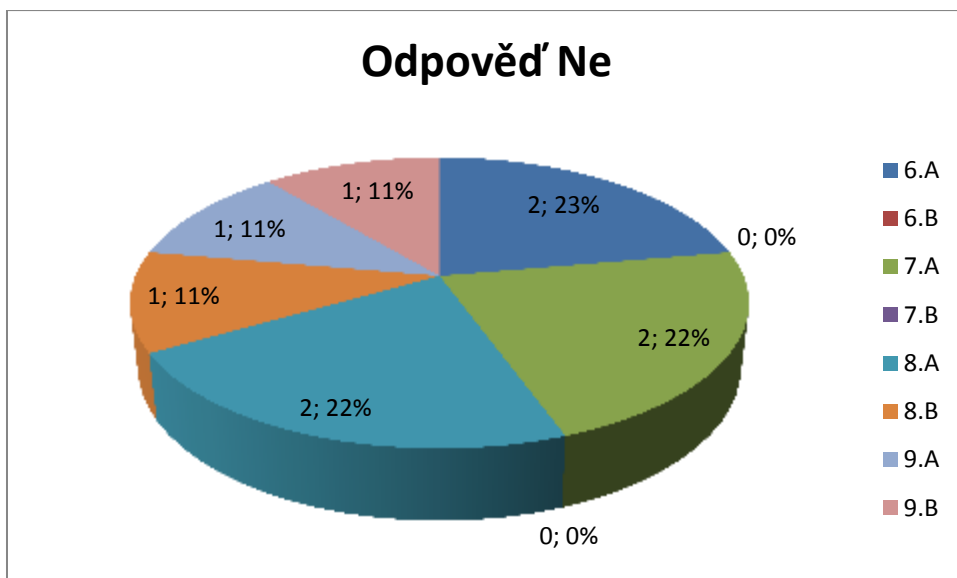
Sedmou otázkou jsem se snažila již získat informace, jaké žáci o této problematice mají. Otázka zněla, zda užívání alkoholu zhoršuje zdravotní stav či nikoliv. Opět měli žáci na výběr ze dvou možností. Opět nejdříve začnu se skupinou mladších žáků. V 62 případech se děti domnívaly, že alkohol zhoršuje zdravotní stav ve 4 případech nikoliv. Tyto výsledky byly dle mého očekávání. Mezi staršími žáky, tedy v 8. a 9. třídách, měli žáci velmi podobné odpovědi jako jejich mladší kolegové. Konkrétně 54 těchto žáků souhlasilo s výrokem, že alkohol zhoršuje zdravotní stav jedince a pouze v 5 případech nesouhlasily. I zde byly výsledky dle mého očekávání.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	17	2
6.B	21	0
7.A	10	2
7.B	14	0
8.A	10	2
8.B	14	1
9.A	14	1
9.B	16	1
Celkem	116	9
Procenta	92,80%	7,20%

Tabulka č. 7



Graf č. 10



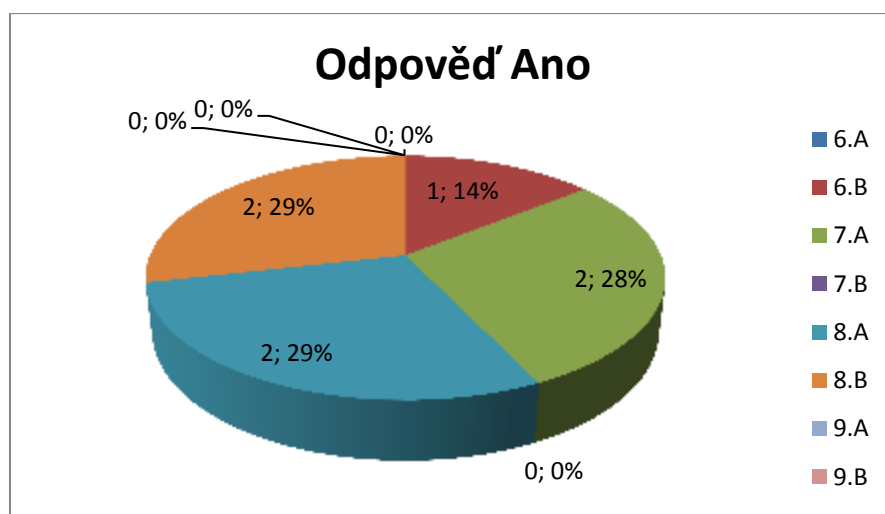
Graf č. 11

8. Myslíš, že je normální přemlouvav někoho, aby pil?

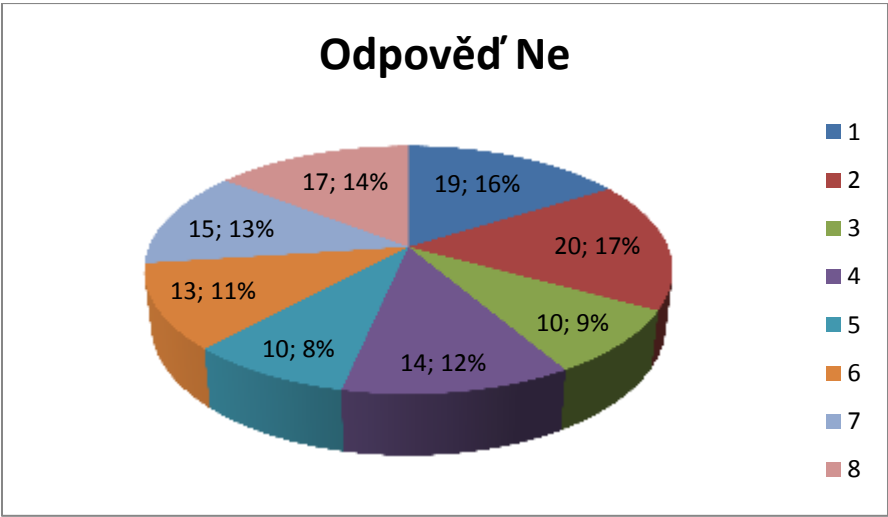
Většina žáků mi odpověděla tak, jak jsem očekávala. Někteří žáci mi na tuto otázku odpověděli kladně, čímž přemýšlím o správnosti jejich odpovědí. Celkově se ale žáci sjednotili na odpovědi NE, na kterou odpovídaly s převahou, a to konkrétně počtem 118 zahrnutí této možnosti, což odpovídá 94,40%. Kladných odpovědí bylo v celkovém počtu 7, což odpovídá 5,60% respondentů.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	0	19
6.B	1	20
7.A	2	10
7.B	0	14
8.A	2	10
8.B	2	13
9.A	0	15
9.B	0	17
Celkem	7	118
Procenta	5,60%	94,40%

Tabulka č. 8



Graf č. 12



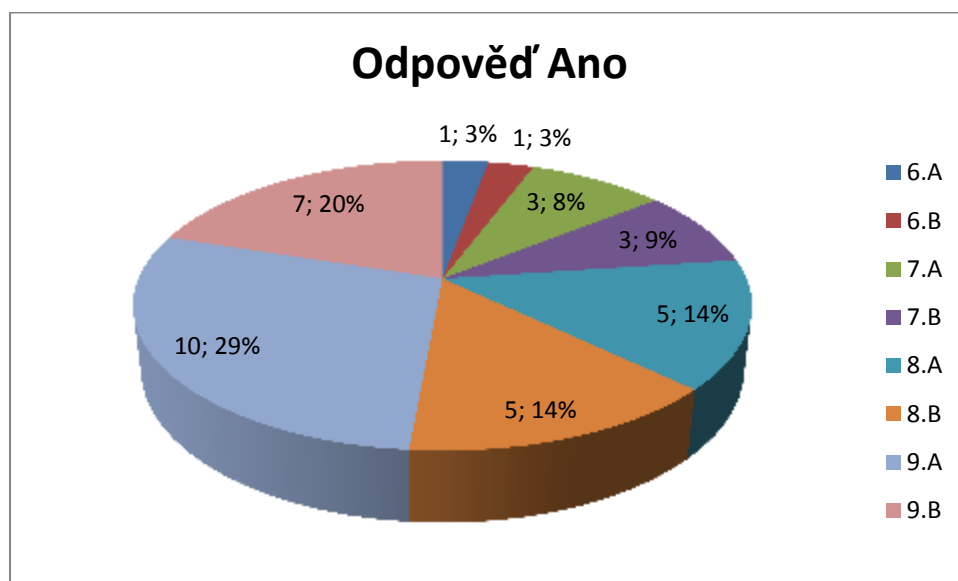
Graf č. 13

9. Stalo se Ti, že Ti někdo vnucoval alkohol?

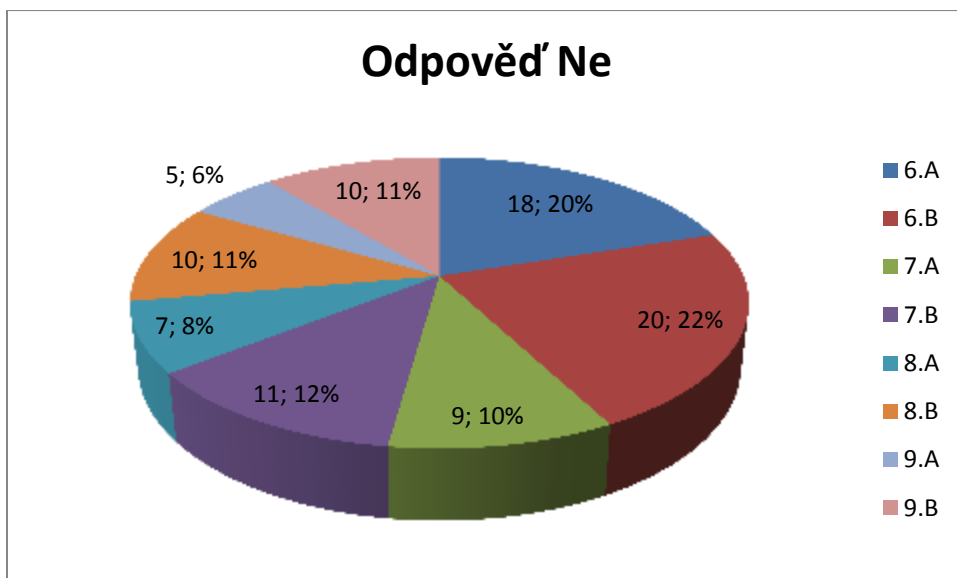
Při této otázce jsem měla trochu obavu, že bude vyšší počet v odpovědi, že žákům někdo vnucoval alkohol. Opak byl ale nakonec pravdou. S kladnou odpovědí souhlasilo 35 žáků, tedy 28% respondentů a se zápornou odpovědí 90 žáků, tedy 72% všech dotazovaných. Z těchto odpovědí vyplývá, že jsou žáci dobře informováni a nenechají se nutit do něčeho, co nechťejí, nevyskytují se tyto příležitosti, nebo, což je správné, umí odmítnout.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	1	18
6.B	1	20
7.A	3	9
7.B	3	11
8.A	5	7
8.B	5	10
9.A	10	5
9.B	7	10
Celkem	35	90
Procenta	28,00%	72,00%

Tabulka č. 9



Graf č. 14



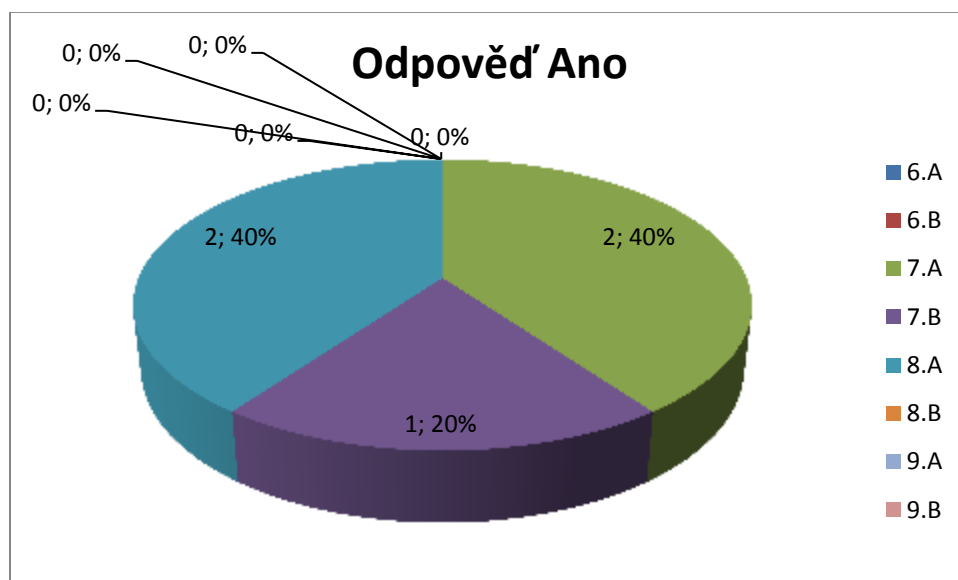
Graf č. 15

10. Může člověk, který požil alkohol, řídit auto?

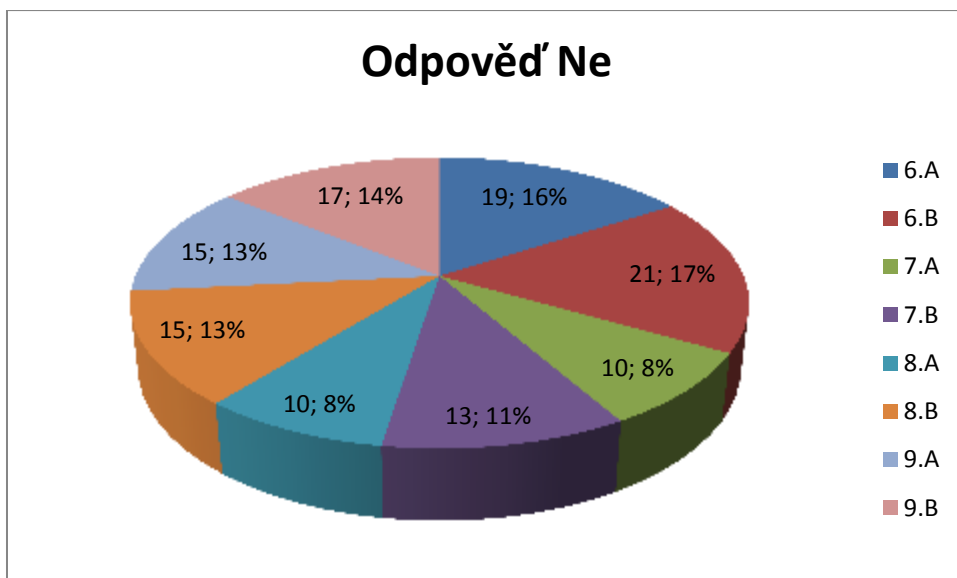
Tuto otázku jsem pokládala žákům záměrně, abych zjistila, zda mají informace a přehled i o běžném životě. Překvapila mě odpověď u tříd 7. A, 7. B a 8. A, jelikož na tuto odpověď odpověděli kladně. Opět je mi trochu záhadou, zda odpovídali pravdivě a o této skutečnosti opravdu neví, neví se jen „bavili“ a z legrace zaškrtili tuto variantu. Třída 7. A odpověděla 2x kladně na tuto otázku, ze třídy 7. B jeden žák a taktéž jeden žák ze třídy 8. A. Žáci v ostatních třídách odpověděli opačně. Procentuelně odpověděli záporně 4,00% a kladně 96,00% respondentů.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	0	19
6.B	0	21
7.A	2	10
7.B	1	13
8.A	2	10
8.B	0	15
9.A	0	15
9.B	0	17
Celkem	5	120
Procenta	4,00%	96,00%

Tabulka č. 10



Graf č. 16



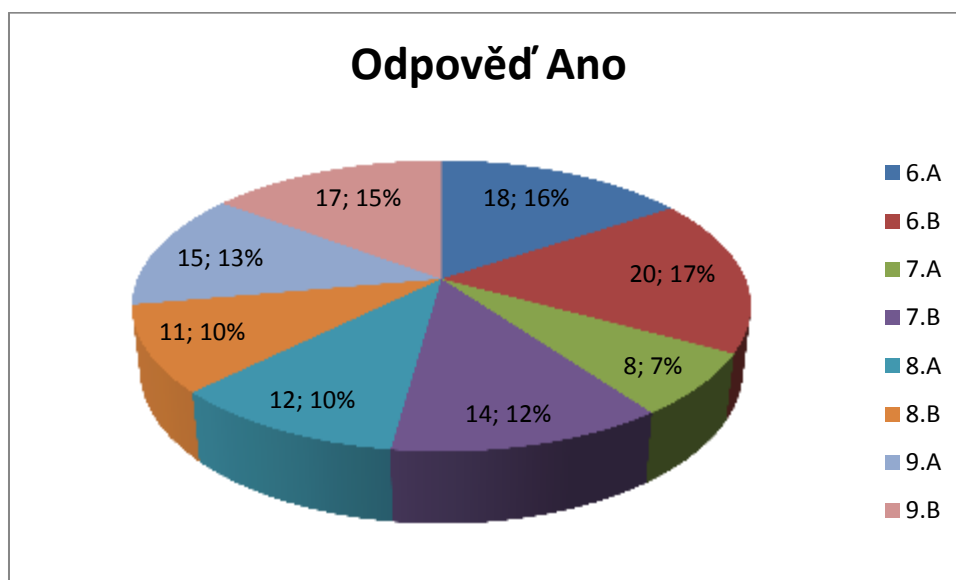
Graf č. 17

11. Mohou se lidé dobře bavit i bez alkoholu?

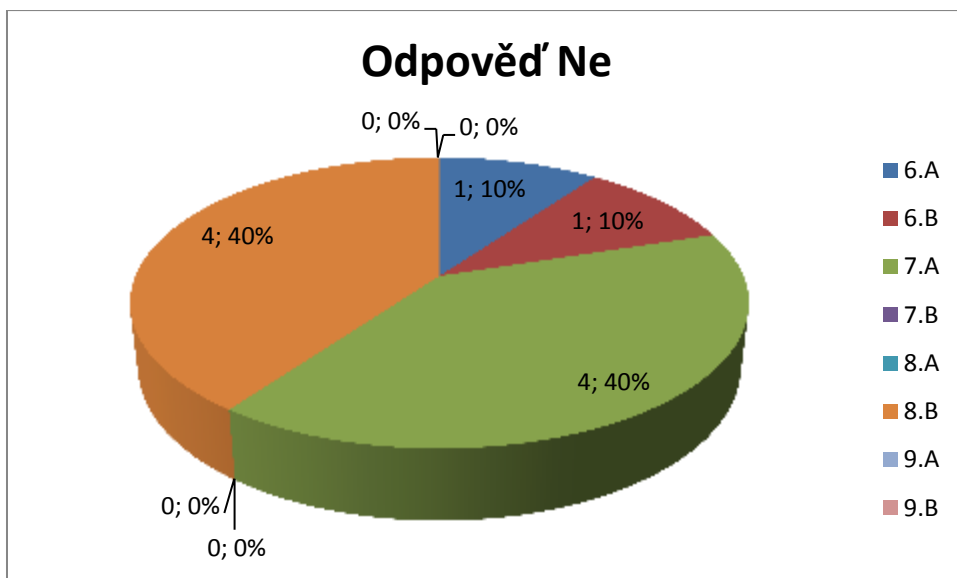
U jedenácté otázky jsem zjišťovala, jaký mají žáci postoj k zábavě a alkoholu jako zdrojem zábavy. Odpovědi mě vcelku překvapily, nebyly dle mého očekávání. Očekávala jsem více odpovědí, že bez alkoholu se nelze bavit. Kladnou odpověď odpověď zaškrtno více žáků, než odpověď zápornou. Nejmenší zastoupení bylo opět u třídy 7. B a největší u třídy 6. B. S variantou, že se dá bavit i bez alkoholu zaškrtno celkem 115 respondentů, což je 92,00% a zápornou odpověď zaškrtno 10 žáků, což je 8,00% z celkového počtu.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	18	1
6.B	20	1
7.A	8	4
7.B	14	0
8.A	12	0
8.B	11	4
9.A	15	0
9.B	17	0
Celkem	115	10
Procenta	92,00%	8,00%

Tabulka č. 11



Graf č. 18



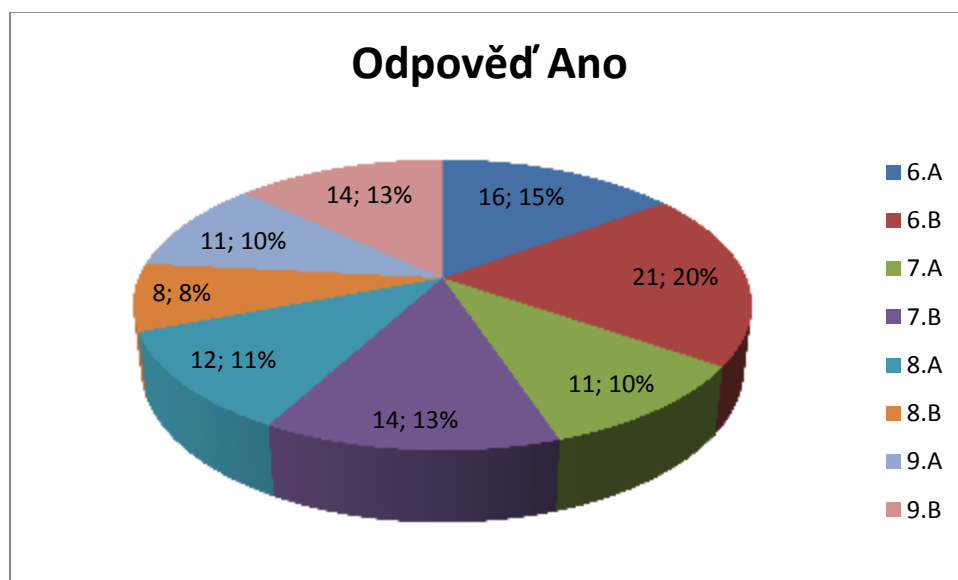
Graf č. 19

12. Dá se alkoholismus léčit?

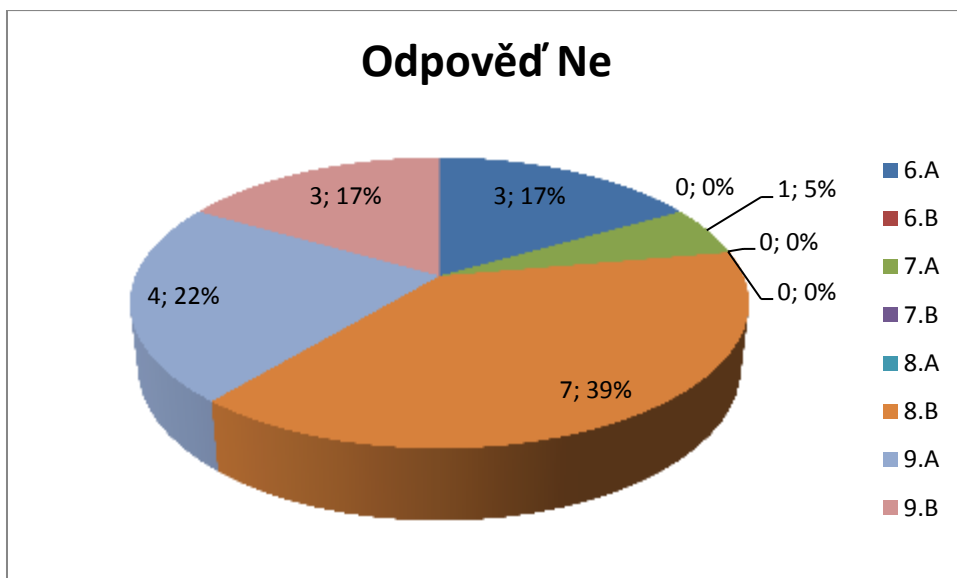
U dvanácté otázky jsem zjišťovala u žáků, jaké mají vědomosti a poznatky o alkoholismu jako onemocnění. Ve většině případů se žáci shodli na tom, že se alkoholismus dá léčit a vyléčit, menší množství odpovědělo opačně, tedy, že se léčit nedá. Nejvíce kladných odpovědí bylo ve třídě 6. B, nejméně odpovědí ve třídě 8. B. Co se týče záporných odpovědí, nejvíce odpovědí bylo ve třídě 8. B a nejméně ve třídách 6. B, 7. B a 8. A, kde tuto možnost nevybral nikdo. Z celkového počtu respondentů kladně odpovědělo 107 žáků, což je 85,60% odpovědí a záporně 18 žáků, což je 14,40% odpovědí.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	16	3
6.B	21	0
7.A	11	1
7.B	14	0
8.A	12	0
8.B	8	7
9.A	11	4
9.B	14	3
Celkem	107	18
Procenta	85,60%	14,40%

Tabulka č. 12



Graf č. 20



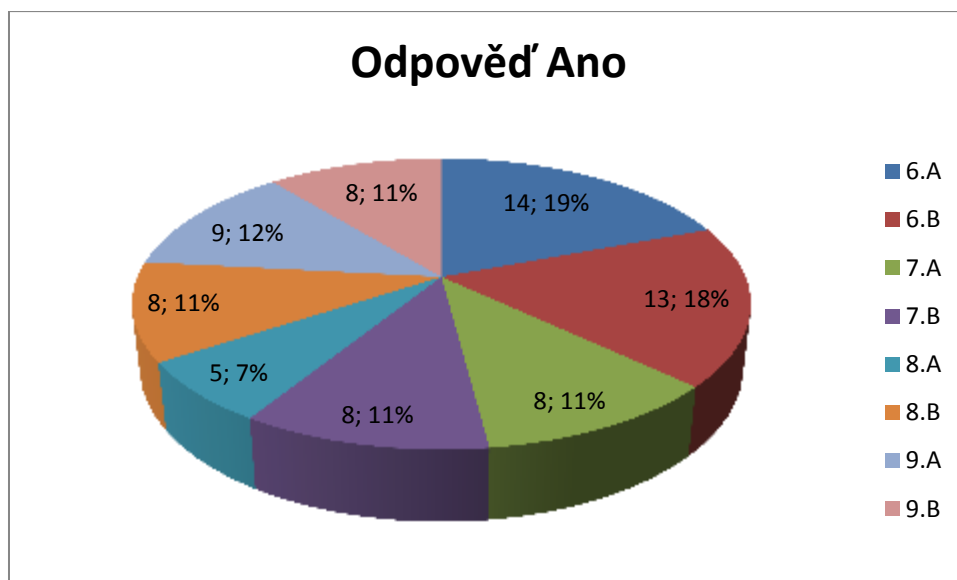
Graf č. 21

13. Zbavuje nás alkohol stresu?

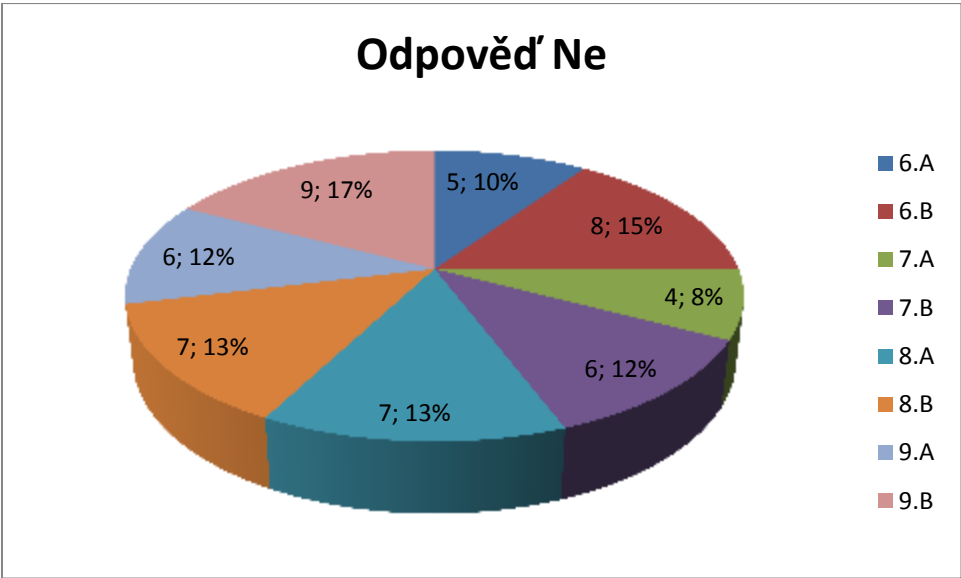
Odpovědi na třináctou otázku mě velice zajímaly. Tady již odpovědi nebyly tak úplně jednoznačné. Celkově si žáci myslí, že alkohol zbavuje člověka stresu, v čemž mají pravdu. Z těchto odpovědí jsem taktéž usoudila, že nějaké informace o alkoholu a o tom, jak na organismus funguje, mají. Kladně nejvíce odpověděly třídy 6. A. Konkrétně to bylo 14 odpovědí a 6. B, kde bylo 13 odpovědí. Nejméně žáků bylo ve třídě 8. A, a to s 5 odpověďmi. Nejvíce odpovědí s opačnou odpovědí bylo ve třídě 9. B, 9 odpovědí, nejméně pak ve třídě 7. A, se 4 odpověďmi. Celkově kladně odpovědělo 73 žáků, což je 58,40% a záporně 52 žáků, což představuje hodnotu 41,60%. Výsledky prezentuji v následující tabulce a grafech.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	14	5
6.B	13	8
7.A	8	4
7.B	8	6
8.A	5	7
8.B	8	7
9.A	9	6
9.B	8	9
Celkem	73	52
Procenta	58,40%	41,60%

Tabulka č. 13



Graf č. 22



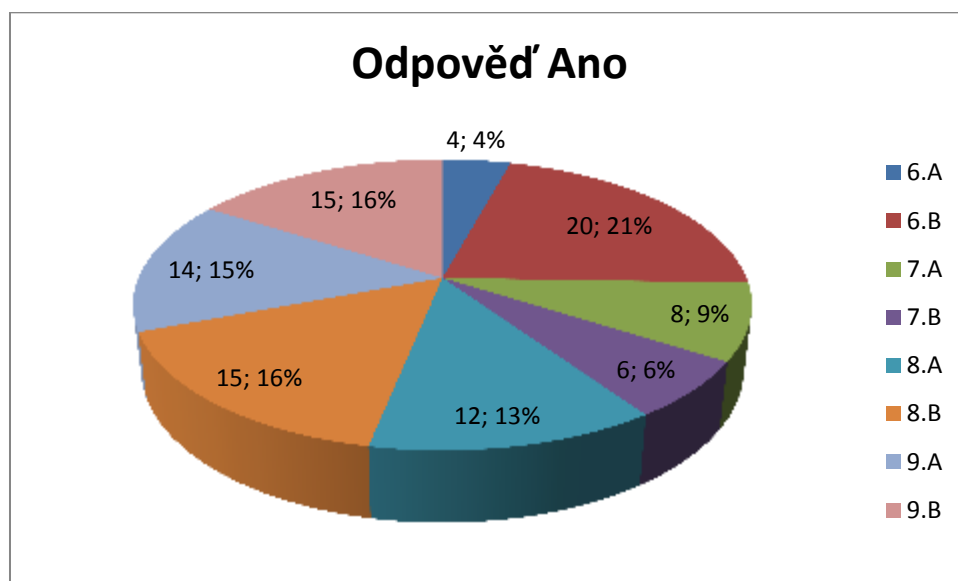
Graf č. 23

14. Je alkohol legální i tolerovaný?

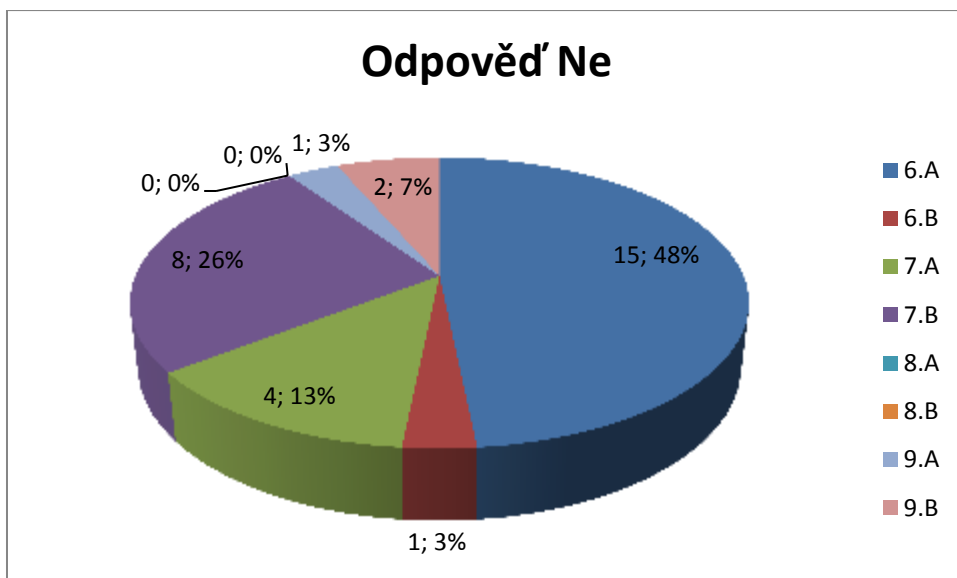
Čtrnáctou otázkou jsem zjišťovala, zda žáci mají povědomí o tom, co je legální či tolerované a zda vědí, že alkohol jako droga má právě tyto dva statusy. U této odpovědi jsem očekávala téměř 100% odpověď ANO. Ovšem nestalo se tak. Nejvíce kladných odpovědí označili žáci ve třídách 6. B, 8. B, 9. B a 9. A. Nejméně pak ve třídě 6. A. Právě tato třída se svými 15 odpověďmi si myslí, že alkohol není v České republice tolerovaný a legální. Na zápornou odpověď žáci ve třídách 8. A a 8. B odpověděli s nulovým počtem odpovědí. Z celkového počtu 125 dotazovaných odpovědělo kladně 94 žáků, což odpovídá 75,20%, u záporných odpovědí to bylo 31 označení, což odpovídá 24,80%. Výsledky jsou uvedené v tabulce a ve grafem.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	4	15
6.B	20	1
7.A	8	4
7.B	6	8
8.A	12	0
8.B	15	0
9.A	14	1
9.B	15	2
Celkem	94	31
Procenta	75,20%	24,80%

Tabulka č. 14



Graf č. 24



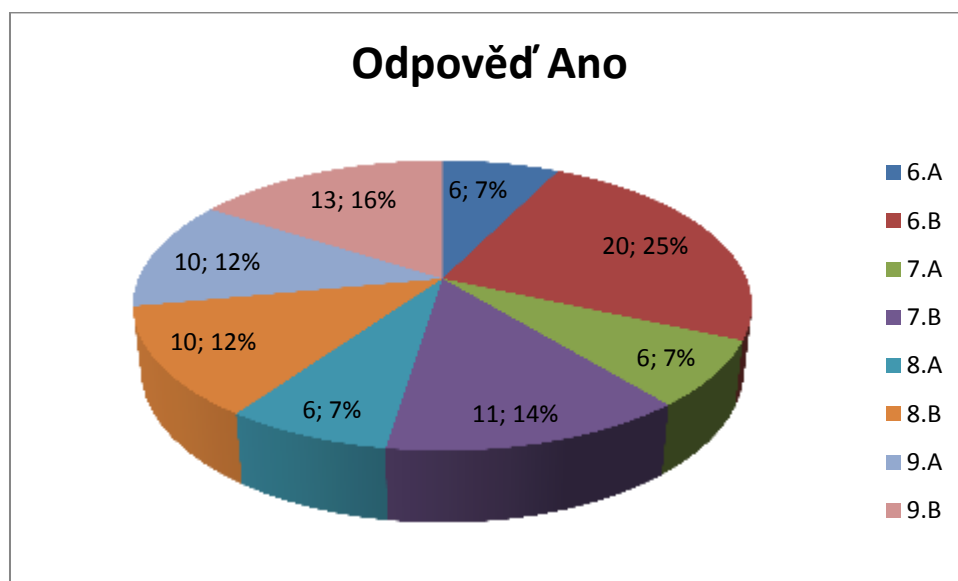
Graf č. 25

15. Zabývá se tvoje škola prevencí závislosti na alkoholu?

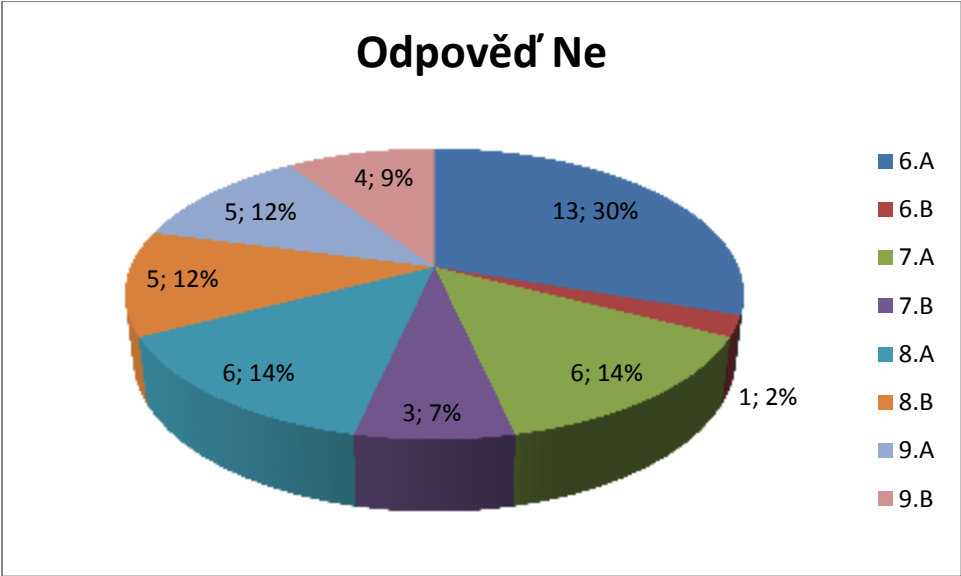
U této odpovědi jsem očekávala od žáků více kladných odpovědí, jelikož škola se prevencí závislostí věnuje. Na kladnou odpověď odpovědělo nejvíce žáků ze třídy 6. B, s počtem 20 žáků. Současně tato třída odpověděla nejmenším počtem v záporné odpovědi, tedy 1 odpovědí. Z celkového počtu žáků odpovědělo kladně 82 respondentů, což odpovídá 65,60% a záporně odpovědělo 43 žáků, což odpovídá 34,40%.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	6	13
6.B	20	1
7.A	6	6
7.B	11	3
8.A	6	6
8.B	10	5
9.A	10	5
9.B	13	4
Celkem	82	43
Procenta	65,60%	34,40%

Tabulka č. 15



Graf č. 26



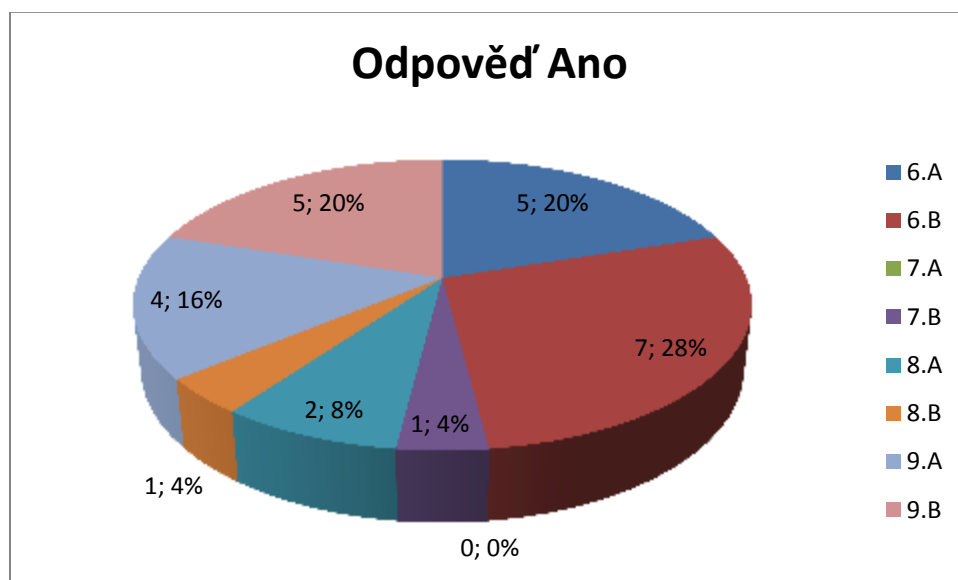
Graf č. 27

16. Mluvíš s rodiči o problematice závislosti na alkoholu?

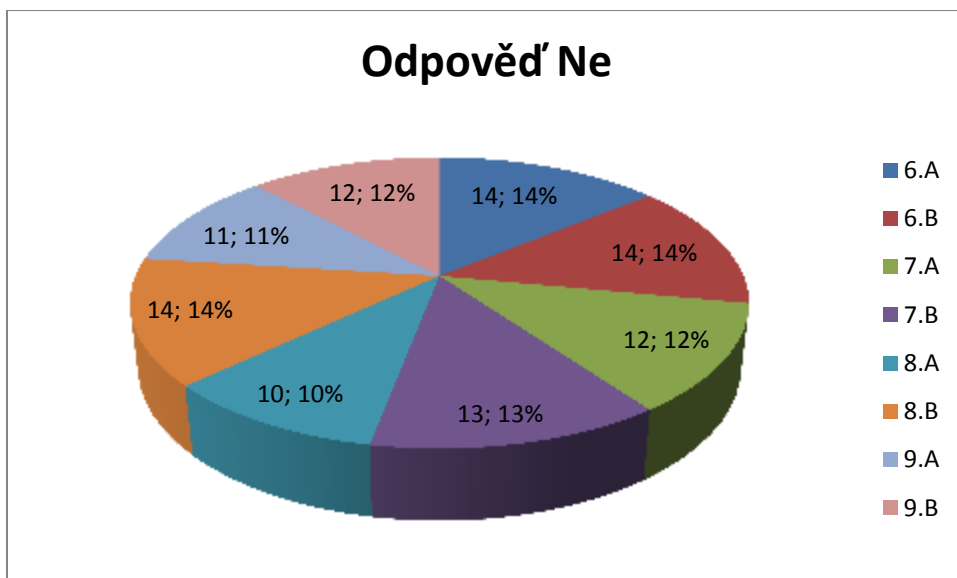
U šestnácté otázky jsem očekávala odpovědi, že žáci se s vými rodiči o této problematice baví, snaží se získat od nich informace. Opak ovšem byl pravdou, což nebylo úplně dle mého očekávání. Pouhých 20,00% žáků o tomto tématu hovoří s rodiči, ale 80,00% nikoliv. Nejvíce žáků toto téma rozebírají ve třídě 6. B, kde odpovědělo 7 žáků. Nejméně žáků bylo ve třídě 7. a 8. B, kde tuto možnost zatrhl 1 žák. V záporných odpovědích už jsou o trochu vyšší čísla. Nejvíce odpovědělo žáků ve třídě 6. A, 6. B a 8. B, nejméně pak ve třídě 9. A. Na výsledky se podívejte v následující tabulce a grafech.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	5	14
6.B	7	14
7.A	0	12
7.B	1	13
8.A	2	10
8.B	1	14
9.A	4	11
9.B	5	12
Celkem	25	100
Procenta	20,00%	80,00%

Tabulka č. 16



Graf č. 28



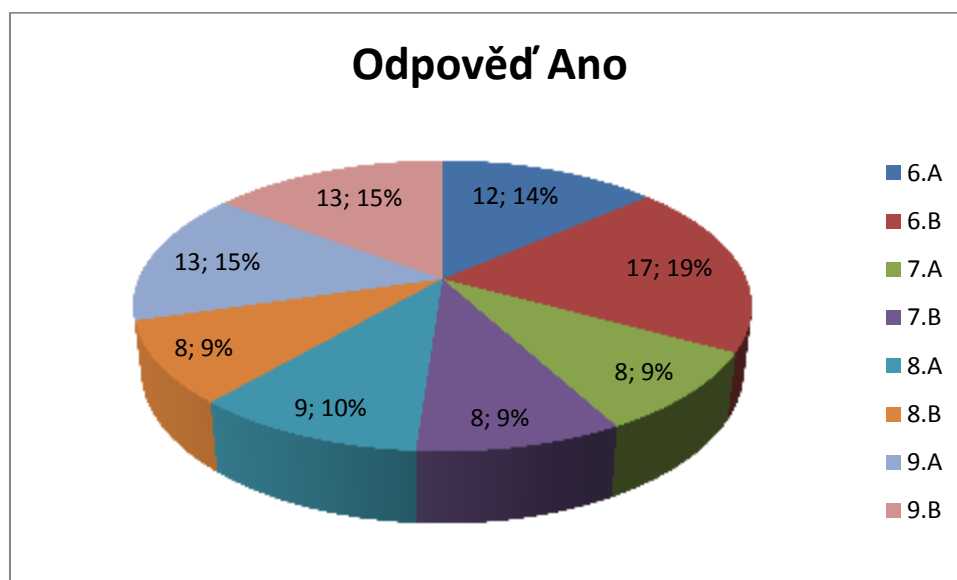
Graf č. 29

17. Viděl jsi někdy nějaký dokument, zabývající se touto problematikou?

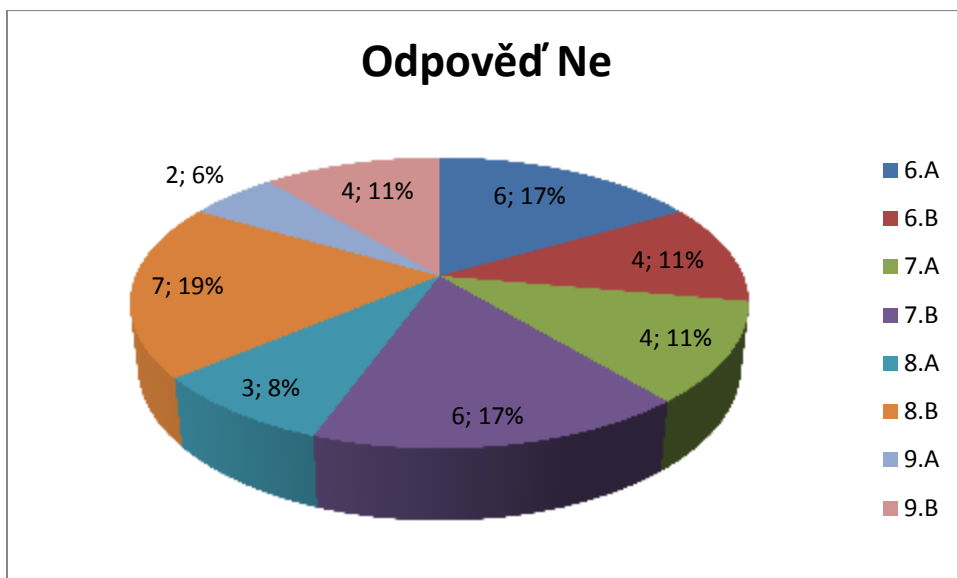
U sedmnácté otázky jsem čekala mnohem více kladných odpovědí, jelikož jsem očekávala, že škola alespoň občas promítá nějaké dokumenty, které se týkají drog a závislostí. Ale i přesto bylo více kladných odpovědí, než záporných. Nejvíce kladně odpověděli žáci ve třídě 6. B a nejméně ve třídě 7. A, 7. B a 8. B. Záporně odpověděli nejvíce žáci ve třídě 8. B a nejméně ve třídě 9. A. Z celkového počtu 124 dotazovaných, kladně odpovědělo 88 žáků, což je 70,97%, zápornou odpověď vybralo 36 žáků, což představuje hranici 29,03%.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	12	6
6.B	17	4
7.A	8	4
7.B	8	6
8.A	9	3
8.B	8	7
9.A	13	2
9.B	13	4
Celkem	88	36
Procenta	70,97%	29,03%

Tabulka č. 17



Graf č. 30



Graf č. 31

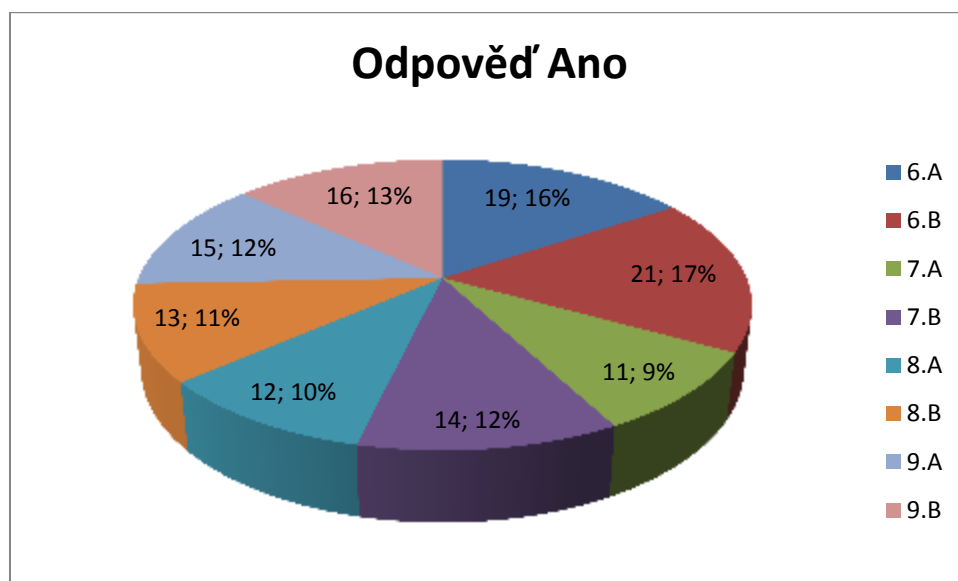
18. Může zapříčinit závislost na alkoholu rozpad rodiny? (rozvod, dluhy, bezdomovectví,...)

U osmnácté otázky jsem očekávala jasné jedné odpovědi, kterou jsem v podstatě získala. Žáci se shodli na tom, že pití alkoholu a tím způsobený alkoholismus může zapříčinit konflikty v rodině, které mohou vést až k rozpadu rodiny, dluhům, nebo až bezdomovectví. Nejvíce tuto odpověď označili žáci ve třídě 6. B a nejméně ve třídě 7. A. Opak k této odpovědi nejvíce označili žáci ve třídě 8. B a ve třídách 6. A, 6. B, 7. B, 8. A a 9. A tuto variantu si nevybral nikdo.

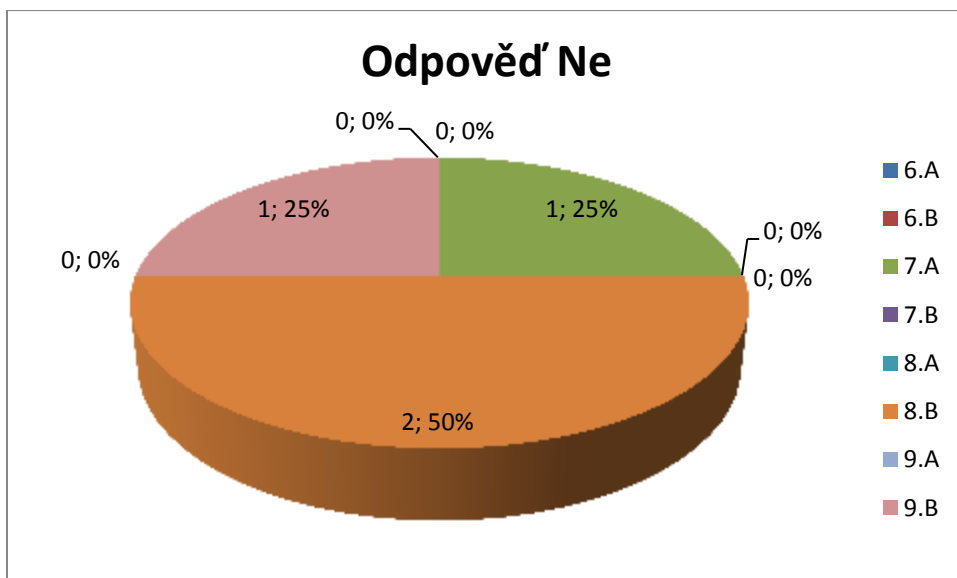
Z celkového počtu 125 žáků kladně odpovědělo 121 respondentů, což odpovídá 96,80% a záporně odpověděli pouze 4 žáci, což odpovídá 3,20%.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	19	0
6.B	21	0
7.A	11	1
7.B	14	0
8.A	12	0
8.B	13	2
9.A	15	0
9.B	16	1
Celkem	121	4
Procenta	96,80%	3,20%

Tabulkač. 18



Graf č. 32



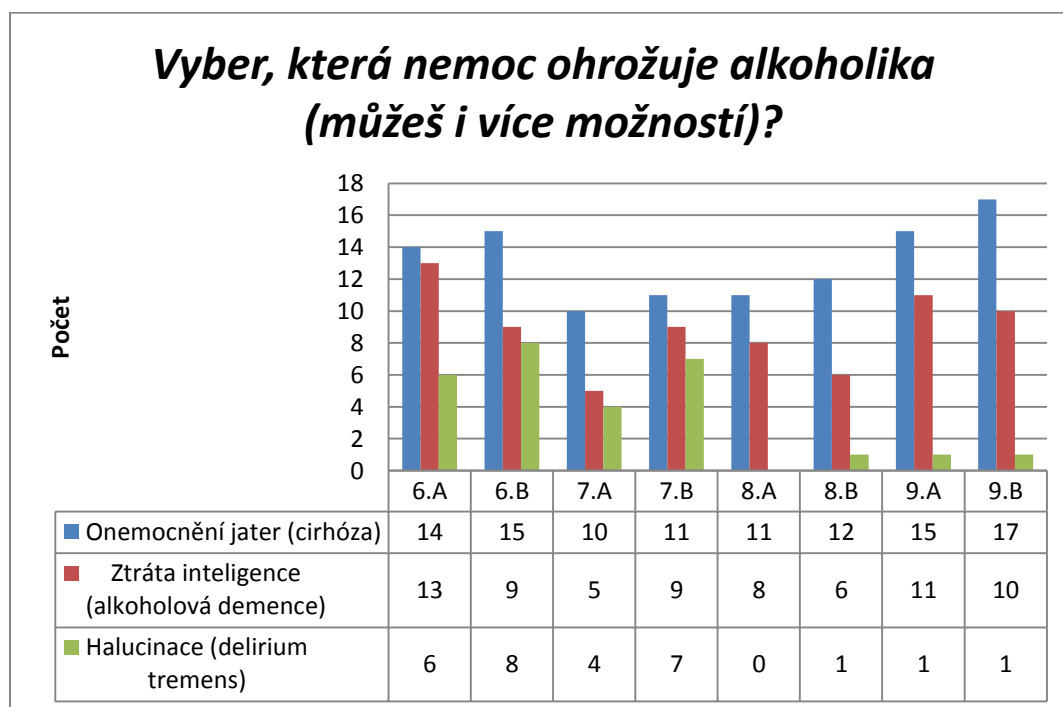
Graf č. 33

19. Vyber, která nemoc ohrožuje alkoholika (můžeš i více možností)?

Devatenáctá otázka byla pojata trochu širěji. Žáci zde mohli vybírat z více odpovědí, proto je celkový počet odpovědí vyšší, než u předchozích otázek, tedy místo 125, je to tentokrát 204. Celkem 105 odpovědí bylo pro variantu jaterní cirhózy, což odpovídalo 51,47%. Nejvíce odpovědí bylo ve třídě 9. B. Alkoholová demence získala celkem 71 odpovědí, což odpovídá 34,80%. Nejvíce odpovědí bylo ve třídě 6. A a nakonec delirium tremens, kterému připadá 28 odpovědí, což je 13,73%. Tuto odpověď nejvíce vybírali žáci ve třídě 6. B. Odpovědi dále můžete vidět znázorněny v následující tabulce a grafu.

<i>Třída</i>	<i>Onemocnění jater (cirhóza)</i>	<i>Ztráta inteligence (alkoholová demence)</i>	<i>Halucinace (delirium tremens)</i>
6.A	14	13	6
6.B	15	9	8
7.A	10	5	4
7.B	11	9	7
8.A	11	8	0
8.B	12	6	1
9.A	15	11	1
9.B	17	10	1
Celkem	105	71	28
Procenta	51,47%	34,80%	13,73%

Tabulka č. 19



Graf č. 34

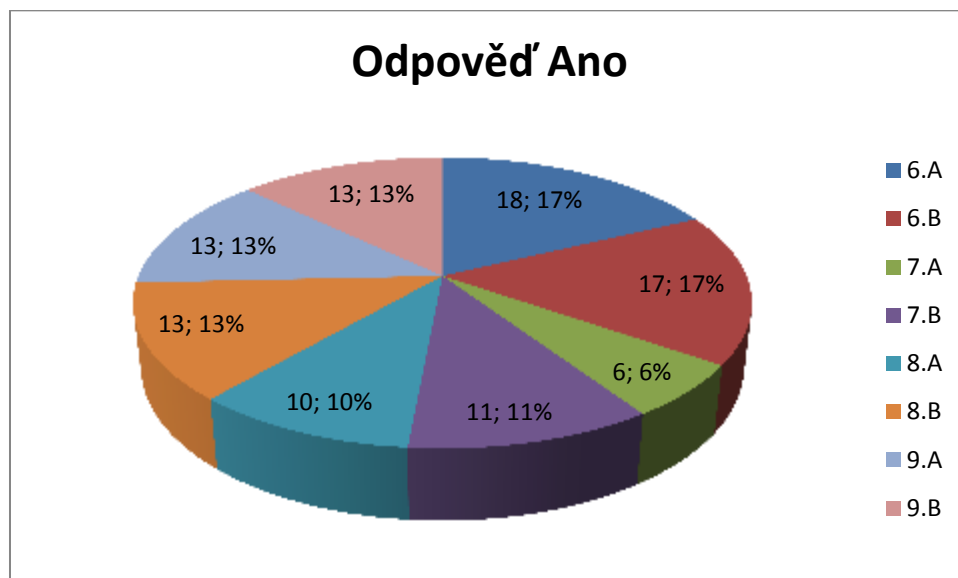
20. Ztrácí člověk závislý na alkoholu hygienické návyky?

I dvacátá otázka byla dle mých představ a očekávání. Žáci označili jako častější možnost kladnou odpověď, tudíž souhlasili, že člověk závislý na alkoholu může ztratit a ztrácí hygienické návyky. Nejvíce odpověděli žáci ve třídě 6. A, nejméně ve třídě 7. A. U opačných odpovědí byly nejčastěji ve třídě 7. B, nejméně ve třídě 6. A.

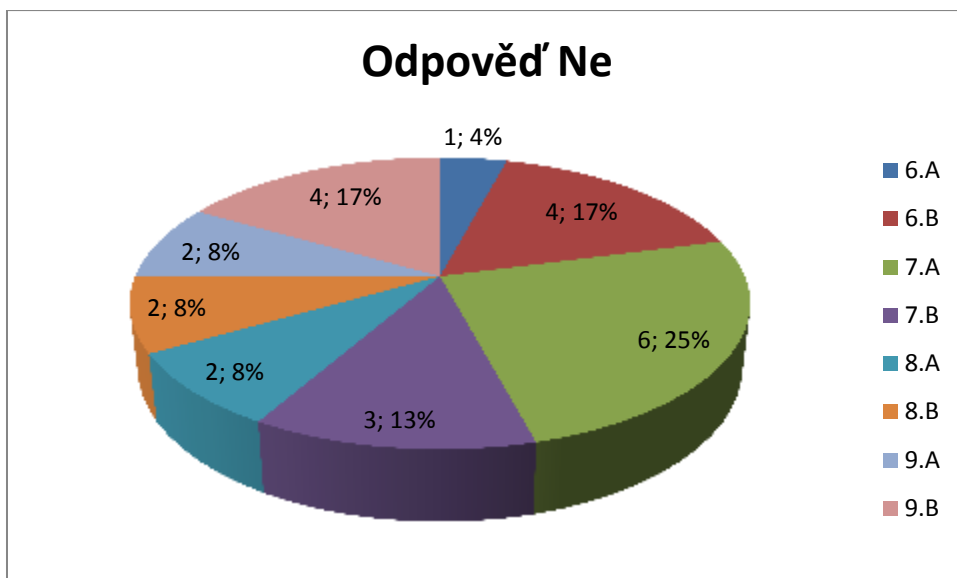
Z celkového počtu 125 respondentů, kladně odpovědělo 101 žáků, což odpovídá 80,80% a záporně odpovědělo celkem 24 žáků, což odpovídá 19,20%.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	18	1
6.B	17	4
7.A	6	6
7.B	11	3
8.A	10	2
8.B	13	2
9.A	13	2
9.B	13	4
Celkem	101	24
Procenta	80,80%	19,20%

Tabulka č. 20



Graf č. 35



Graf č. 36

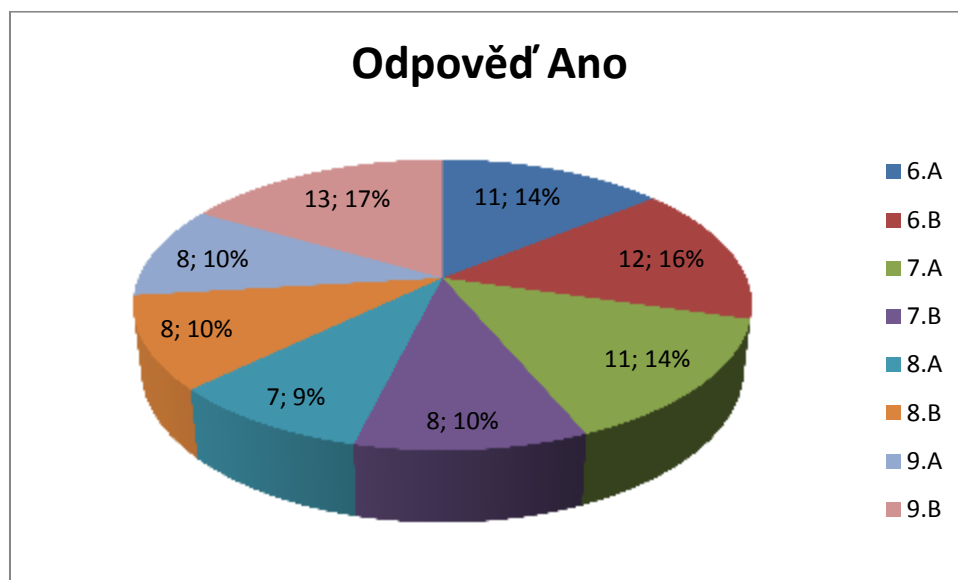
21. Je závažnější závislost na alkoholu u žen?

Jedenadvacátá otázka se již mohla zdát trochu složitější či náročnější, přesto se s ní žáci vypořádali vcelku dobře. V 78 případech si žáci myslí, že je závislost na alkoholu u žen závažnější, než u mužů, v 47 případech je tomu naopak. Nejvíce kladných odpovědí jsem zaznamenala ve třídě 9. B, nejméně ve třídě 8. A. V opačném případě nejvíce záporných odpovědí bylo ve třídě 6. B, nejméně 7. A.

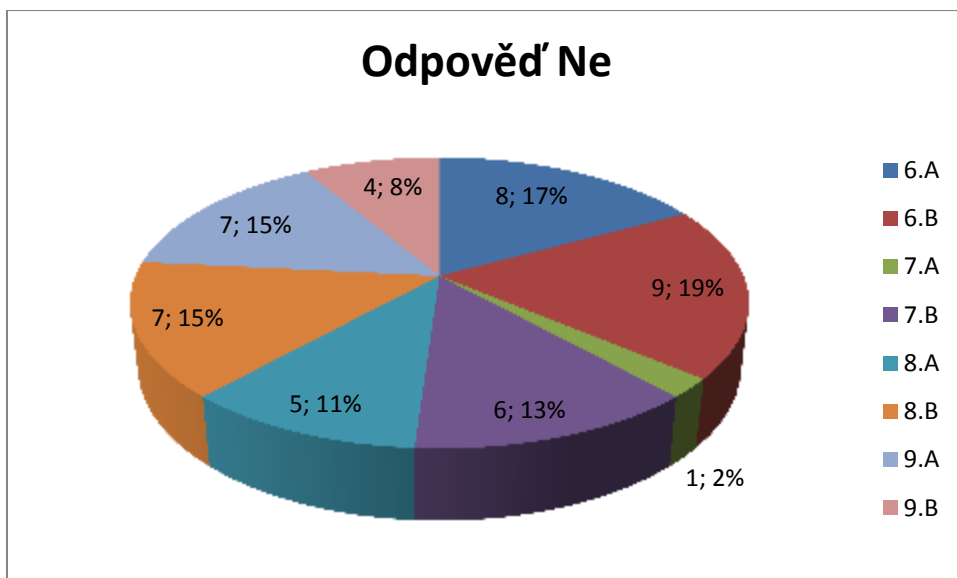
Z celkového počtu opět 125 žáků, kladně odpovědělo 78, což odpovídá 62,40% a záporně 47 žáků, k čemuž příslušný hranice 37,60%.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	11	8
6.B	12	9
7.A	11	1
7.B	8	6
8.A	7	5
8.B	8	7
9.A	8	7
9.B	13	4
Celkem	78	47
Procenta	62,40%	37,60%

Tabulka č. 21



Graf č. 37



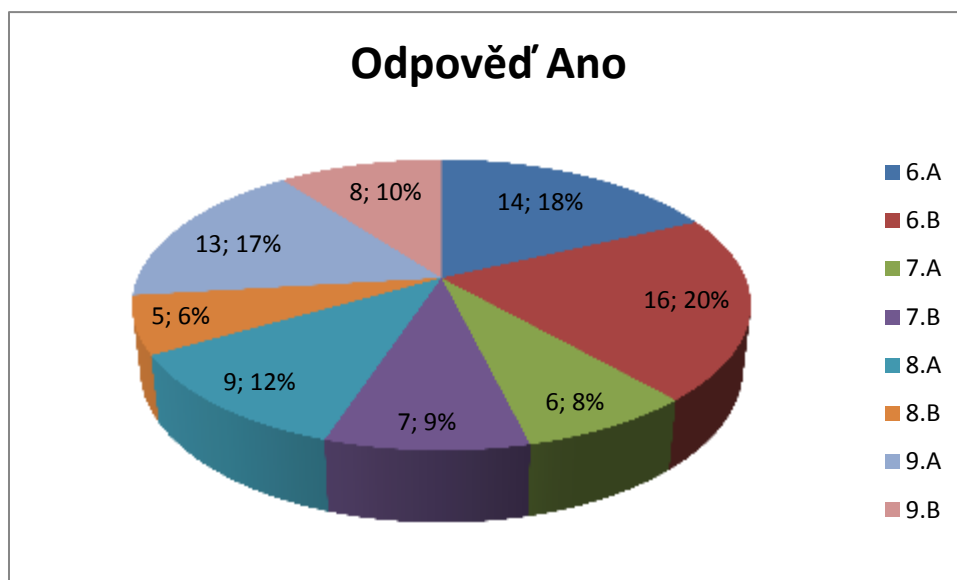
Graf č. 38

22. Může se stát u ženy závislé na alkoholu, že u ní vymizí menstruační cyklus?

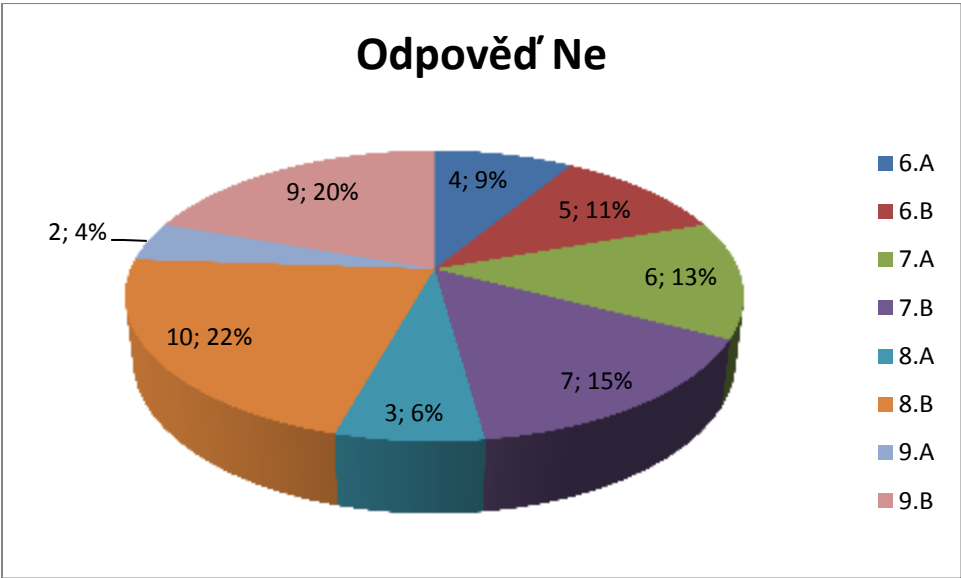
Tyto otázky, které jsem zařadila ke konci dotazníku byly možná pro některé respondenty těžší, ale přesto zvládli na ně ve většině případů odpověď. Na tuto otázku kladně odpovědělo celkem 78 žáků, což odpovídá hranici 62,90%. Tito žáci si myslí, že je reálné, aby u ženy závislé na alkoholu vymizel menstruační cyklus. Na zápornou odpověď odpovědělo celkem 46 žáků, což je 37,10%. Tito žáci si myslí, že je to nereálné, že se to nemůže stát.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	14	4
6.B	16	5
7.A	6	6
7.B	7	7
8.A	9	3
8.B	5	10
9.A	13	2
9.B	8	9
<i>Celkem</i>	78	46
<i>Procenta</i>	62,90%	37,10%

Tabulka č. 22



Graf č. 39



Graf č. 40

23. Porodí žena, která pila v těhotenství alkohol, poškozené dítě? Vyber správnou odpověď.

U této otázky jsem si nebyla úplně jistá, zda na ni žáci odpoví a jak. V celku mě ale překvapili. Z celkového počtu 125 žáků si 10 z nich vybralo odpověď Ano, vždycky, což odpovídá 8,00%. Odpověď Ano, někdy si vybralo celkem 110 z nich, což odpovídá 88,00%. Poslední možnost, Ne, nikdy si vybralo 5 žáků, což jsou 4,00%.

Myslím si, že i zde žáci mají určité znalosti a odpověděli vcelku správně. Na odpovědi se můžete podívat v následující tabulce a grafu.

<i>Třída</i>	<i>Ano, vždycky</i>	<i>Ano, někdy</i>	<i>Ne, nikdy</i>
6.A	1	17	1
6.B	3	17	1
7.A	1	9	2
7.B	1	13	0
8.A	0	12	0
8.B	3	12	0
9.A	0	15	0
9.B	1	15	1
Celkem	10	110	5
Procenta	8,00%	88,00%	4,00%

Tabulka č. 23



Graf č. 41

24. Kolik závislých alkoholiků se po léčbě své závislosti zbaví?

Předposlední otázka, kterou jsme zařadila do dotazníku se zabývala zjišťováním, zda žáci si myslí, že se alkoholik může ještě vyléčit a v jaké míře. 2 žáci se domnívali, že se mohou vyléčit všichni, tedy 100%. Tento počet odpovědí odpovídá z celkového počtu 125 hranici 1,60%. Druhou možností na výběr byla odpověď více než 50%, kterou si vybrala větší část dotazovaných. Konkrétně se jednalo o 32 žáků, kterým odpovídá hranice 25,60%. Třetí možností byla odpověď více než 30%, kterou si vybrala také větší část dotazovaných. Přesněji to bylo 57 dotazovaných, čemuž odpovídá hranice 45,60%. Předposlední možností byla odpověď méně než 10%, kterou si vybralo 30 žáků. Tato odpověď odpovídá 24,00% respondentů. Poslední odpovědí byla možnost nikdo, kterou si vybrali celkem 4 žáci. Jejich odpověď odpovídá procentuelní hranici 3,20%. Na výsledky se můžete podívat v tabulce a grafu.

<i>Třída</i>	<i>100%</i>	<i>více než 50%</i>	<i>více než 30%</i>	<i>méně než 10%</i>	<i>nikdo</i>
6.A	0	11	7	1	0
6.B	2	3	13	3	0
7.A	0	3	7	1	1
7.B	0	7	6	1	0
8.A	0	3	5	4	0
8.B	0	4	7	4	0
9.A	0	1	4	7	3
9.B	0	0	8	9	0
 Celkem 	 2 	 32 	 57 	 30 	 4
 Procenta 	 1,60% 	 25,60% 	 45,60% 	 24,00% 	 3,20%

Tabulka č. 24



Graf č. 4

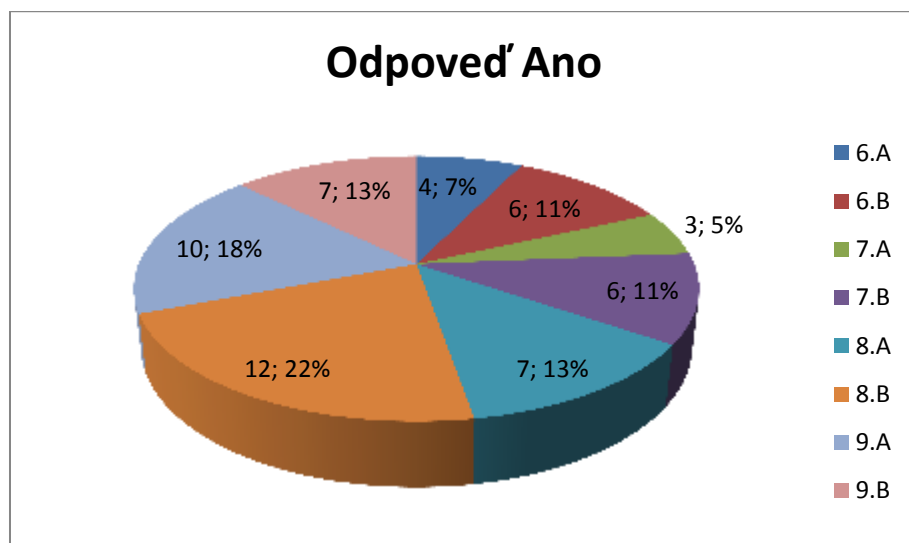
25. Musí vyléčený alkoholik do konce života abstinovat?

Poslední otázka byla zaměřená na další život alkoholika, tedy přesněji, zda musí do konce života již abstinovat nebo nikoliv. V této otázce bylo kupodivu menší zastoupení u kladné odpovědi a vyšší u záporné odpovědi. Na odpověď ANO nejvíce odpověděli žáci ze třídy 8. B, naopak nejméně ze třídy 7. A. Odpověď NE si vybrali nejvíce žáci ve třídě 6. A a 6. B, nejméně ve třídě 8. B.

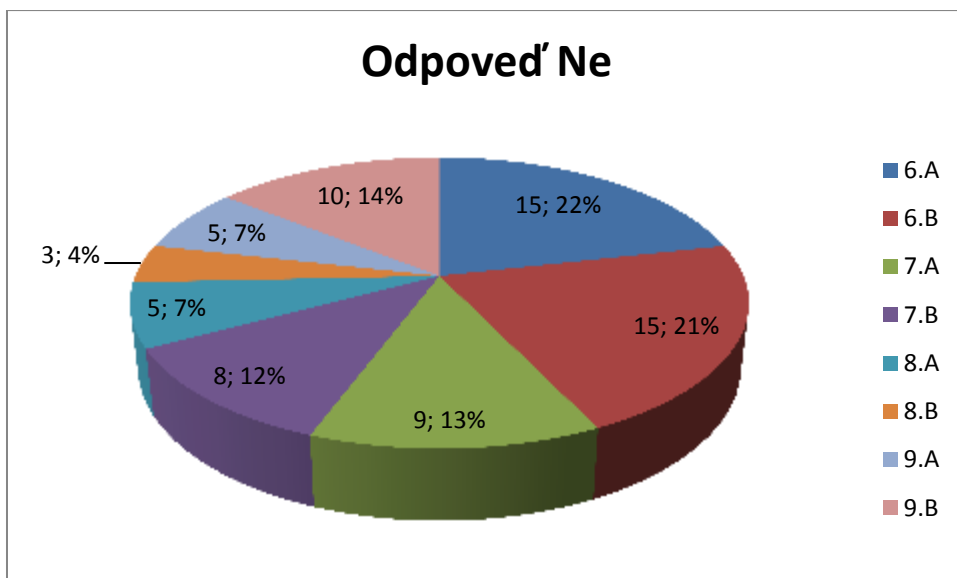
Z celkového počtu 125 odpovědí si kladnou odpověď vybralo 55 dotazovaných, což odpovídá 44,00%, zatímco zápornou odpověď si vybralo 70 respondentů, což odpovídá 56,00%. Na základě těchto výsledků se domnívám, že žáci neznají průběh tohoto onemocnění a myslí si, že se jednou již diagnostikovaný alkoholik se po léčbě může opět napít, což není správné. Na výsledky se podívejte v následující tabulce a grafu.

<i>Třída</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
6.A	4	15
6.B	6	15
7.A	3	9
7.B	6	8
8.A	7	5
8.B	12	3
9.A	10	5
9.B	7	10
Celkem	55	70
Procenta	44,00%	56,00%

Tabulka č. 25



Graf č. 43



Graf č. 44

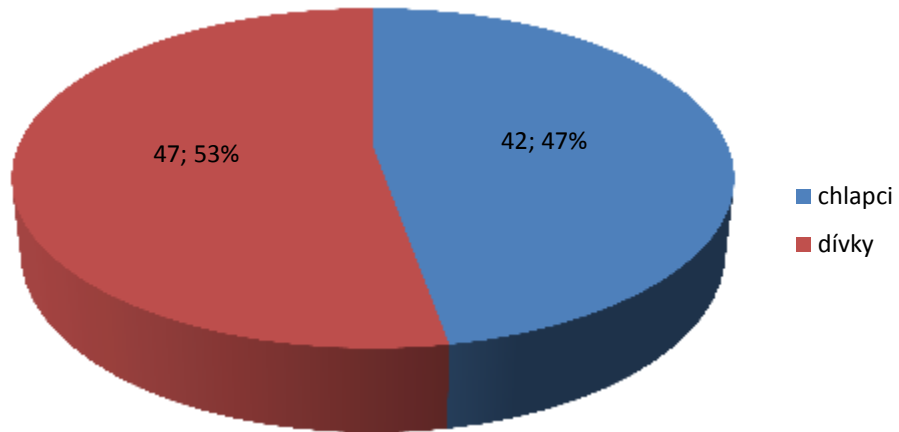
Diskuze

Cílem empirické části bylo zjistit, jak jsou na tom pubescenti s informovaností o alkoholismu, jejich vlastní zkušenosti s užíváním alkoholu a kladný či negativní vliv jejich rodinných příslušníků ke konzumaci alkoholu. Výzkum proběhl na základní škole Svazku Údolí Desné, odloučeném pracovišti Petrov nad Desnou, u žáků 2. stupně. Výzkum probíhal přímo ve třídách s pedagogickým dozorem. Myslím si, že validita souboru mohla být ohrožena tím, že si žáci mohli odpovědi vymýšlet. K naplnění cíle výzkumu byly stanoveny takzvané výzkumné otázky, které pomocí získaných informací z dotazníku, srovnávám s výsledky výzkumu.

Výzkumná otázka č. 1: Jsou tolerantnější pubescentní chlapci než dívky k alkoholu?

Česká republika se v konzumaci alkoholu celosvětově drží na předních příčkách. Problematika této nadměrné konzumace se ovšem nelepší, spíše naopak. Z výzkumného šetření vyplývá, že 71,20 % již ochutnaly alkoholický nápoj. Je až hodně překvapivé že, je toto číslo, tak velké i přes svůj nízký věk dotazovaných. V porovnání s výzkumem v bakalářské práci K. Dvorské (2015), která se zaměřila na prevalenci užívání návykových látek u žáků 2. stupně praktických škol v Ústeckém kraji. Z jejího výzkumu 72 % konzumovalo alkoholické nápoje, je toto číslo takřka shodné s mými výsledky. Takže se můžeme domnívat, že se opravdu pubescenti setkávají s konzumací alkoholu často. Z výsledků svého výzkumu jsem zjistila, že chlapci v mém výzkumném souboru opravdu konzumují alkohol častěji než dívky. Konzumaci alkoholu uvedlo 42 chlapců, zatímco u dívek to bylo 47. Dívky jsou tedy tolerantnější k alkoholu, než chlapci, což odpovídá na mou výzkumnou otázku.

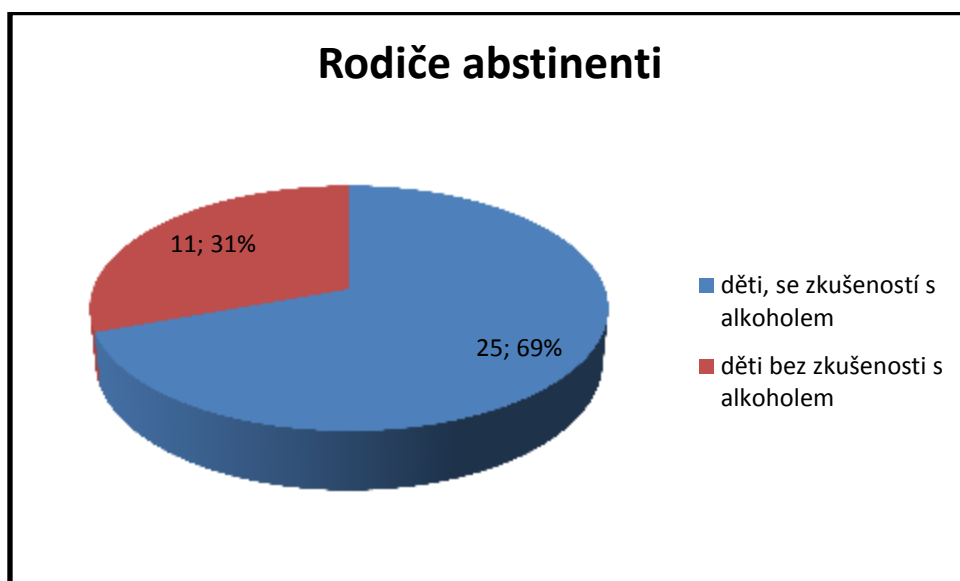
Tolerance na alkohol u pubescentů



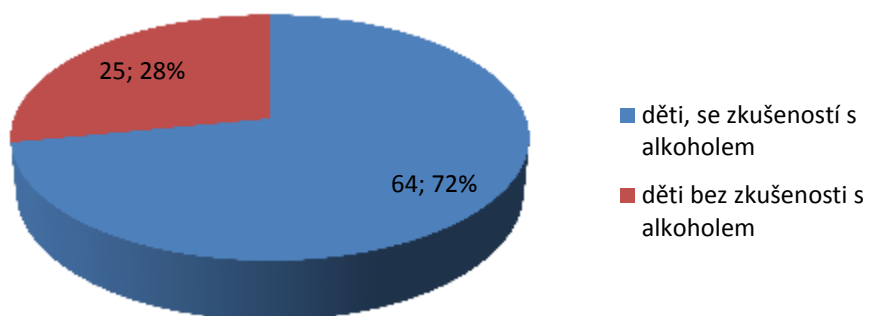
Výzkumná otázka č. 2: Existuje souvislost mezi konzumací alkoholu rodičů respondentů a tolerancí k alkoholu dotazovaných dětí?

Většina dospělých pije přiměřeně a způsobem, který jim neškodí v žádné oblasti jejich života. Nadměrné a škodlivé užívání alkoholu však není v našich podmínkách ničím výjimečným. Rodina je pro dítě primárním zdrojem toho, co bude považovat za normální nebo akceptovatelné pití. Proto příliš nepřekvapí, že děti běžně následují chování svých rodičů. Málo pijící rodiče mají obvykle střídavě pijící děti, zatímco silní alkoholici mají silně pijící děti, ale nemusí to platit v každém případě, protože dítě silných alkoholiků, může odmítnout příklad rodičů, možná právě vzhledem k problémům, které s alkoholem souvisí, a jako dospělí pijí jen málo nebo nepijí vůbec.

Vyhodnocení výsledků ukázalo, že u 36 dotázaných dětí jsou rodiče abstinenti. Z tohoto počtu přesto zkusilo alkohol 25 dětí a 11 dětí tuto zkušenost nemá. Naopak 89 dětí na tuto otázku odpovědělo opačně a následně alkohol ochutnaly. Z celkového počtu 89 dětí alkohol vyzkoušelo 64 dětí a 25 dětí alkohol nevyzkoušelo.



Rodiče užívající alkohol



Výzkumná otázka č. 3: Existují nějaká preventivní opatření u zkoumané školy?

Školní zařízení mají bezesporu hlavní postavení v systému prevence. Avšak často se setkáváme s tím, že efektivita preventivních programů na školách je nevyhovující. Škola má vypracovaný minimální program prevence je to konkrétní dokument školy zaměřený na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Jeho součástí jsou též specifické intervence pomáhající žákům osvojit si takové znalosti, dovednosti a způsobilosti (nebo též kompetence), které efektivně snižují riziko výskytu případně rozvoje konkrétních forem rizikového chování. Na zkoumané škole se setkáváme s přednáškami a besedy. Vystupuje zde přednášející, který přednese přehled o drogách, jejich účincích, vzniku závislostí a její možné léčby. Následně děti dostanou možnost otázek k tématu, případně k diskusi. Efektivita těchto aktivit bývá nízká, nemá dlouhodobé působení a dokáže ovlivnit jen malou část posluchačů. Pro žáky 6. ročníků je zde pravidelně pořádán adaptační kurz, jehož cílem je zlepšení a upevnování vztahů žáků ve třídě. Škola má výchovného poradce. Nejúčinnější a nejlevnější prevencí je zdravá výchova dětí v rodině a ve škole.

Z výzkumu vyplývá, že se prevencí alkoholu škola zabývá, na což odpovědělo kladně 82 respondentů, a záporně odpovědělo 43 žáků. Jelikož se škola prevencí závislostí věnuje, myslím si, že by kladných odpovědí mělo být více.

Výzkumná otázka č. 4: Jsou informovanější chlapci nebo děvčata?

Odlišnost, s jakou přistupují dívky a chlapci k otázce alkoholu lze, spojovat s obvykle větší agresivitou mužů, nebo k odlišnému způsobu výchovy u chlapců a u dívek. Dívky bývají vychovávány s důrazem na větší kontrolu jejich chování. Vztahy, které vznikají v chlapeckých partách, pro ně nejsou tak významné jako pro chlapce.

V dotazníkovém šetření se zabývá více otázek informovaností chlapců a děvčat, proto je postupně vyhodnotím. Na otázku, dá se alkoholismus léčit, odpovědělo kladně 61 děvčat a 46 chlapců, nesouhlasilo s tím 8 děvčat a 10 chlapců. Další otázka zněla, je alkohol legální a tolerovaný, ano označilo 52 děvčat a 41 chlapců, ne naopak 17 dívek a 15 chlapců, zde k rozpornému informování nedochází. Ale na otázku, zda mluví o problematice závislosti alkoholu s rodiči, jdou vidět rozdílné výsledky, kdy na toto téma rodiče více hovoří s chlapci, kterých bylo 37, oproti 26 dívkám, kde určitou roli můžou hrát chlapecké party, kde se častěji očekává konzumace alkoholu se staršími kamarády, ale také mladých dívek pyjích alkohol bezesporu přibývá, proto si myslím, že by rodiče měli o alkoholu mluvit s dětmi více bez rozdílu na pohlaví a nespoléhat se jen na to, že informace získají ve škole v různých besedách nebo na internetu. Rodiče by si měli uvědomit, že děti nemají konzumovat alkohol vůbec, protože nejsou fyzicky a emočně vybaveni jako dospělí a rychleji u nich vzniká závislost. Dále jsem se zabývala otázkami alkoholu u žen otázkou, jestli je u nich závažnější závislost na alkoholu, domnívalo se tak 47 dívek a 33 chlapců, záporně odpovídalo 22 děvčat a 23 chlapců. Jestli se může u ženy závislé na alkoholu stát, že u ní vymizí menstruační cyklus a také porodí-li žena, která pila v těhotenství alkohol, poškozené dítě se výsledky chlapců a dívek často shodují, můžeme se domnívat, že si uvědomují následky pití alkoholu u žen a také že pití alkoholu u nich má větší následky v této problematice jsou informováni takřka shodně. Poslední otázka zjišťovala informace o možném pití alkoholu po vyléčení alkoholismu, kde se převážně špatně domnívá 37 chlapců a 29 dívek, že nemusí dále abstinovat, lze poukázat na fakt, že pubescenti postrádají vědomosti ohledně vyléčených alkoholiků. Po zhlédnutí všech výsledných odpovědí, nelze jednoznačně konstatovat, že pubescentní dívky mají více informací o problematice alkoholismu než pubescentní chlapci.

I. Závěr

Na závěr bych chtěla říct, že tak, jak jsem si práci představovala a promýšlela, tak jsem ji také napsala. Stálo to hodně úsilí, hlavně času, ale nelituji toho. Sama od sebe bych si asi takovou literaturu ne zvolila, ale teď jsem velmi ráda, že jsem k ní našla cestu. Protože ve společnosti je alkohol, ale ne jen alkohol, velký problém, který by se měl řešit, a ne jen přihlížet nebo odsouvat. Toto téma mě natolik nadchlo, že jsem neskutečně ráda a šťastná, že mi byla umožněna odborná stáž přímo v místě, kde se vše odehrává, tedy Oddělení závislosti Psychiatrické léčebny Šternberk. Tímto bych také velice ráda chtěla poděkovat paní primářce MUDr. Andree Miklovičové a staničním sestřičkám, ale také celému terapeutickému týmu včetně pacientů, za nesmírně vlídné a krásné přijetí, sdílení svých problémů, vysvětlení celého tohoto velkého problému a mnoho rozhovorů a také množnosti nahlídnutí pod ruce těchto skvělých lidí, kteří jsou odhodláni pomáhat druhým, a není jim lhostejné, co s těmito lidmi je. Za to jim patří velký obdiv a dík.

Zároveň si myslím, že se neustále řeší nadměrné pití u dospělých a jeho dopady na život a jejich rodiny. Ale zdá se mi, že se již celkem zapomíná na to, že v současné době se čím dál více a možná i rádi napijí lidé mladší 18 let. U těchto pubescentů je můj názor takový, že je to naprosto nevhodné pro jejich dospívání a částečně i budoucí život. Někteří z nich si tím jen snaží upevnit svou pozici ve skupině či kolektivu a ti, co nepijí, jsou většinou odsunuti na vedlejší kolej, protože se „nedrží“ party.

Zastávám názor, že spousta věcí v životě dětí je ovlivněna jejich výchovou ze strany rodičů a přímých příbuzných. Pokud dítě vidí, že se doma pije, často a velké množství, má k alkoholu přístup, je pro něj snadnější jej ochutnat, případně si na něj zvyknout. Pokud vidí, že rodiče své problémy řeší se sklenkou či lahví alkoholu, připadá mu to normální. Alkoholismus není genetickou záležitostí stejně jako např. obezita. Je to jen o způsobu života, srovnání si vlastních hodnot a dodržování jej. Alkohol může být dobrý při setkání se svými blízkými, v občasných a malých dávkách, ale musí si člověk dávat pozor na to, kdy přejde k pomyslné tenké hranici, kdy se z bezstarostné sklenky vína může stát problém, který může zničit celou rodinu. Alkohol z našeho života a společnosti nevymýtíme. Alkohol byl, je a bude. Jen se s ním jako lidé musíme naučit žít a vědět, co je ještě zvládnutelná a udržitelná míra a co už překračuje již zmíněnou hranici. Je velice jednoduché do této alkoholové propasti spadnout, ale je velice těžké se z ní opět dostat a žít normální život.

V mém výzkumu, který jsem předložila žákům 2. stupně základní školy Svazku Údolí Desné, odloučené pracoviště Petrov nad Desnou, jsem zjistila, že dnešní dospívající lidé mají

znalosti, vědomosti, ale mnozí z nich, bohužel, i zkušenosti. Překvapilo mě a velice mile, že ve své podstatě žáci odpovídali dle skutečnosti, správně. Ovšem záleží na tom, co byla správná odpověď. Pro každého je správná odpověď něco jiného. Musím však zhodnotit, že většina žáků alkohol zkusila, ochutnala, ale dále jej nekonzumuje, na rozdíl od některých rodičů. Jsou ovšem mezi nimi i tací, kteří i přes svůj nízký věk konzumují alkohol s pravidelností, a to i každý týden. Většinou to byli žáci, kteří v dotazníku uvedli, že i jejich rodiče pijí alkohol často, např. každý víkend. V tomto případě mi toto zjištění přijde smutné, spíše až děsivé.

Jsem přesvědčena, že jako pedagogové bychom měli znát prvotní příznaky toho, že se něco s dítětem děje a umět tento problém včas rozpoznat a případně začít řešit. Škola by měla působit preventivně a výchovně. Stejně tak zastávám názor, že by se rodiče měli více zajímat o své děti, o to, jak tráví svůj volný čas, případně s kým a nenabízet dětem alkohol v mladém věku. Nejvyšší výskyt podávání a užívání alkoholu dětmi je prokázán v rodinách, kdy rodiče nabízejí svým dětem alkohol při rodinných příležitostech, jako jsou oslavy nebo se jím snaží léčit drobná onemocnění, jako jsou např. virózy. Tímto přístupem mají děti možnost se dostat k alkoholu snáz a díky tomuto prvotnímu kroku jej mohou i více vyhledávat. Proto bych ve své práci chtěla více apelovat na rodiče, ale i na pedagogy, protože si myslím, že preventivních programů ve školách není nikdy dost.

Každý z nás má zdraví a život jen jeden a měli bychom si jej umět užít, ale i bez užívání alkoholu. Bez něj je život daleko krásnější, barevnější a pestřejší.

II. Použitá literatura a zdroje:

Literatura:

1. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ A., KUČEROVÁ H.. *Psychologie a pedagogika I*, nakladatelství Informatorium, Praha, 2003. ISBN: 80-7333-014-8.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ A., KUČEROVÁ H.. *Psychologie a pedagogika II*, Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.
3. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2., rozš. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
4. HELLER, J. a PECINOVSKÁ O. *Závislost známá neznámá. 1.vyd.* Praha: GradaPub., 1996, 162 p. ISBN 80-716-9277-8.
5. JOHNSTON, Ann Dowsett. *Pití: intimní vztah žen k alkoholu.* Praha: Volvox Globator, 2014. ISBN 978-80-7511-016-9.
6. KUNDA, Stanislav. *Klinika alkoholismu. 1. vydání.* Martin: Tlačiarne Slovenského národného povstania, 1988. 256s.
7. KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A., a kol. *Člověk a alkohol, 1. vyd.* Praha: Avicenum, 1985, 237s.
8. MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele. Vyd. 1.* Praha: Karolinum, 2002. ISBN 978-80-7184-867-7.
9. MARHOUNOVÁ, J. a NEŠPOR K. *Alkoholici, fetišáci a gambléři. 1. vyd.* Praha: Empatie, 1995, 110 s. ISBN 80-901-6189-8.
10. MCMAHON, John. *První kroky z problémového pití alkoholu.* Uhřetice: Doron, 2013. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-116-9.
11. MEČÍŘ, Jan. *Alkoholismus nezletilých. 1. vydání.* Praha. Státní zdravotnické nakladatelství. 1965.88s.
12. NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. Vyd. 1.* Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.
13. NEŠPOR, K., 1995. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech. 1.vyd.* Praha: Portál, 129 s. ISBN 80-717-8086-3.
14. NEŠPOR, Karel. *Kouření, pití, drogy: děvčata a kluci spolu mluví o závislostech.* Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-023-5.
15. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 1.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

16. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
17. NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-515-6.
18. NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.
19. ŘÍMAN, J. a kol. *Malá československá encyklopedie, I. svazek*. 1. vyd. Praha: Academia, 1984, 877s.
20. ŘÍMAN, J. a kol. *Malá československá encyklopedie, III. svazek*. 1. vyd. Praha: Academia, 1986, 894s.
21. SKÁLA, J. *Alkoholismus*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957, 229s.
22. SKÁLA, Jaroslav. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost*. 4. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1986. 92s.
23. TOUFAR, Pavel. *Opilci, falešní hráči a mlsní žrouti, aneb, Ze života našich předků*. Benešov: Start, 2008. ISBN 978-80-86231-46-4.
24. YOUCHA, Geraldine. *Drugs, alcohol, and your children: how to keep your family substance-free*. 1. ed. New York: Crown, 1989. ISBN 0-517-57102-1.

Internet:

1. [http://slovníkcizichslov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=diagnostika]. [cit. 2016-04-17].
2. [<http://www.lecbazavislosti.cz/lecba>]. [cit. 2016-04-17].
3. [<http://www.lecbazavislosti.cz/objednani-k-lecbe>]. [cit. 2016-04-17].
4. [<http://www.lecbazavislosti.cz/objednani-k-lecbe>]. [cit. 2016-04-17].
5. [<http://www.lecbazavislosti.cz/o-lecbe>]. [cit. 2016-04-17].
6. [<http://www.lecbazavislosti.cz/o-nas>]. [cit. 2016-04-17].
7. [<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-zachytnych-stanic-roce-2013>] [cit. 2016-04-17]
8. [oddělení informačních služeb Krajské správy Českého statistického úřadu v Olomouci]. [cit. 2016-04-17]
9. [rozhovor s paní prim. MUDr. Andreou Miklovičovou]. [cit. 2016-04-17]
10. [<http://web.quick.cz/aalerej/psch%20af%20a%20sex.htm>] [cit. 2016-04-17]

11. [<http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-uzivajici-psychoaktivni-latky-alkohol-jine-drogy-hospitalizovane-psihiatrickych-luzko>]. [cit. 2016-04-17]
12. [<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65#cast1>] [cit.2017-11-09]
13. [<http://www.trestnizakonik.cz/cast-II/hlava-4>] [cit.2017-11-09]

III. Přílohy

1. Specifika léčebného zařízení v Psychiatrické léčebně Šternberk

Nyní se již budu věnovat oddělení samotnému. Oddělení je součástí komplexu Psychiatrické léčebny Šternberk, jeho charakteristickým rysem je režimový způsob léčby. Je určeno pro léčbu závislostí na alkoholových a nealkoholových drogách a patologického hráčství. Organizačně je rozčleněno na oddělení mužské (odd. 21 A) a oddělení ženské (odd. 21 B). Součástí primariátu je i oddělení 23, kde jsou léčeni chroničtí pacienti. Léčba je realizována standardními léčebnými procesy (diagnostika, terapie, rehabilitace). Kapacita mužského oddělení je 30 lůžek, na ženském oddělení je 19 lůžek. Terapeutický tým tvoří obvyklé spektrum zdravotnických pracovníků (lékaři, zdravotní sestry, psychologové, terapeuti, adiktologové, atd.).⁵

Léčba a zdravotnické zařízení

V krátkosti charakterizovat oddělení závislostí PL Šternberk není jednoduché. O oddělení a léčebně jako takové by se dala napsat samostatná práce. Na začátek bych chtěla vysvětlit pár termínů. Ten první se týká pojmu léčba, poté diagnostika a poslední je otázka, co vede nemocného k tomu, aby se šel léčit, a kam tedy musí jít.

Co je léčba

Můžeme také použít léčení či terapie, což je definováno jako soubor opatření, která lékař navrhuje po vyšetření pacienta. Slouží k příznivému ovlivnění choroby nebo stavu nemocného. (Malá Československá encyklopedie III. svazek 1986:748) Léčba závislosti vychází z principů terapeutické komunity, denní program je strukturován. Základem léčby je režim (= soubor pravidel a aktivit závazný pro všechny pacienty). Součástí režimové léčby je bodový systém, který odráží dodržování režimu oddělení a práci pacienta na sobě. Psaní deníku představuje důležitý prostředek pro komunikaci mezi vámi a terapeutem, zde máte možnost zachytit své myšlenky a pocity při léčbě. Mimo povinných aktivit můžete využít

⁵ Dostupné z: <http://www.lecbazavislosti.cz/o-nas>

osobního volna. Součástí léčby jsou pravidelná setkání s Vašimi rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami.⁶

Co je diagnostika

Je to nauka o rozpoznávání chorob a jeho metodách.⁷ Diagnostiku samozřejmě odborný lékař, buďto obvodní nebo diagnostik. Proč jde nemocný k lékaři? Důvodů může být několik. Důvodem pro takového člověka, který trpí závislostí, může být např. ultimátum ze zaměstnání, přání rodiny, nátlak okolí, ale také samotného alkoholika. Nachází se v situaci, kdy už je jeho stav neúnosný i pro něj a poté se rozhodne pro léčbu. Co je, ale velmi důležité pro úspěšně absolvovanou léčbu v jakémkoliv zdravotnickém zařízení je to, aby byl člověk dostatečně a dobře namotivován a chtěl se změnit, chtěl by na sobě pracovat. Protože pokud nechce on sám, není o tomto rozhodnutí přesvědčený, že je to správné, většinou tyto lidé předčasně léčbu ukončí nebo po nějakém čase „venku“ recidivují a nachází se tak v začarovaném kruhu, ze kterého nevidí cestu ven

Základní informace o léčbě závislosti na oddělení 21A, 21B:

Komplexní léčba závislosti trvá 3 měsíce. Zkrácená léčba není považována za řádně ukončenou léčbu závislosti. Léčba závislosti je plně hrazena ze zdravotního pojištění, pacient hradí pouze regulační poplatky (100 Kč/den). K léčbě závislosti se objednávejte osobně nebo telefonicky. Termín nástupu závisí od obsazení oddělení (na místo pacienta, který léčbu končí, objednáváme nového zájemce). Přijímáme pacienty starší 18 let z celé České republiky. K léčbě závislosti nastupujete buď bezprostředně po prodělané detoxifikaci, anebo, po minimálně pětidenním období abstinence od jakýchkoli návykových látek. K přijetí se dostavíte v domluveném termínu, optimálně mezi 8.00 a 9.00 hodinou. Propuštění pacientů (klientů) bývá v pátek po ranní komunitě, o přesném termínu ukončení léčby jsou informováni nejpozději v den nejbližší velké vizity. V případě zájmu o předčasné ukončení léčby, toto klient nahlásí na ranní komunitě a respektuje 24 hodinovou lhůtu, tzn., že je propuštěn následující den. V příjmové fázi léčby (první dny) mají omezený režim (tzn. bez vycházek do areálu léčebny, bez návštěv, bez možností telefonovat a používat mobilní

⁶ Dostupné z: <http://www.lecbazavislosti.cz/o-lecbe>

⁷ Dostupné z: http://slovník-cizichslov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=diagnostika

telefon). Na oddělení je zákaz kouření sypaného tabáku a zalévání sypaných čajů. Propustky přes noc jsou limitované. Jejich získání je podmíněno aktivní účastí v léčbě.

Poskytované činnosti v PL Šternberk:

Teď bych ráda vyjmenovala činnosti, kterými se Oddělení závislostí PL Šternberk zabývá. Je to skupinová terapie v menších skupinách, která zahrnuje nejen dostatečnou individuální konzultaci, komunitu, ale také sociálně aktivizační služby pro klienty a pohybové aktivity.

Oddělení nedisponuje detoxifikační jednotnou, proto je důležité nastoupit k léčbě závislosti okamžitě po prodělané detoxifikaci, kterou si zajistíte v jiném zařízení. V případě, že jste schopni abstinovat bez nutnosti detoxifikace (zvládnutí odvykacího stavu za pomoci léků), můžete k léčbě nastoupit bez prodělané detoxifikace, vyžadujeme ale **minimální pětidenní abstinenci od všech návykových látek.**

Léčebné pobyty v PL Šternberk:

Komplexní léčba

Standardní délka komplexního pobytu je 3 měsíce, komplexní léčbu v našem zařízení můžete absolvovat nejvýše třikrát

Opakovací léčba

Na opakovací léčbu jste přijati po absolvování komplexní tříměsíční léčby, jedná se o jednu z forem doléčování, trvá od pondělí do pátku; opakovací léčba probíhá první rok vždy po třech měsících, tzn. čtyřikrát do roka, druhý rok dvakrát do roka, každý další rok po roce; pokud máte potvrzenou abstinenci praktickým lékařem nebo ambulantním psychiatrem (je to známka toho, že se pravidelně doléčujete) je určena i pro Vás, kteří jste po recidivě absolvovali stabilizační pobyt, ovšem při porušení abstinence nebudete k opakovací léčbě přijati.

Bude Vám nabídnut stabilizační pobyt nebo komplexní léčba. V případě, že doporučený pobyt odmítnete, ztrácíte nárok na další opakovací pobyt a Vaše hospitalizace bude okamžitě ukončena.

Stabilizační pobyt:

Pokud v průběhu dvanácti měsíců od ukončení komplexní léčby klient recidivuje a jeho zdravotní stav nebude vyžadovat komplexní pobyt, má možnost absolvovat stabilizační pobyt v rozsahu 2 - 6ti týdnů; o četnosti stabilizačních pobytů rozhoduje terapeutický tým,

zdravotní stav klienta (tělesná a psychická kondice); při tomto pobytu musí klient počítat s tím, že nejprve projde režimem příjmového oddělení, které se započítává do celkové délky stabilizačního pobytu, pokud znovu recidivuje po absolvování stabilizačního pobytu, je možné absolvovat jen komplexní pobyt; pokud ovšem nedodrží minimální rozsah stabilizačního pobytu 2 – 6 týdnů, nárok na další stabilizační pobyt tímto zaniká.

Podmínky všech léčebných pobytů:

Před nástupem na léčebný pobyt minimálně 7 dní předem musí klient telefonicky potvrdit termín nástupu a v den nástupu se dostaví do 9 hodin. Pokud tak neučiní, ztrácí nárok na léčebný pobyt. Případné změny v termínu nástupu sdělí předem telefonicky nebo mailem. V průběhu hospitalizace léčby závislostí nebudou řešeny chronické tělesné potíže klienta, kromě akutních případů. Klientova účast na všech terapeutických aktivitách je žádoucí, je důležité jeho pozornost zaměřovat na problematiku závislosti.⁸

Oddělení závislosti v PL Šternberk přijímá klienty z celé České republiky od věku 18 let. Důležité je mít s sebou doporučení od ambulantního psychiatra. K léčbě závislostí přijímáme klienty, jejichž zdravotní stav (psychický a tělesný) umožňuje zařazení v režimu oddělení. Vzhledem k tomu, že naše oddělení nedisponuje detoxifikační jednotkou, je důležité nastoupit k léčbě závislosti k nám po minimální 5 denní abstinenci, nebo po absolvování detoxifikace. Důležitou podmínkou přijetí je hrazené zdravotní pojištění (hrazené zaměstnavatelem, nebo je pacient evidován na úřadu práce, případně si pacient hraří zdravotní pojištění sám - samoplátce). V případě potřeby bude klientovi vystaven doklad o pracovní neschopnosti v den přijetí. Pokud je pracovní neschopnost vystavena v jiném zařízení, je nutné doklad doložit při přijetí.

Co se týká propuštění, pacient odchází po řádně ukončené době léčby (3měsíce) nebo i dříve, ale to jen na vlastní žádost či za porušení pravidel. V léčbě dříve bývalo i detoxifikační oddělení, dnes je sem pacient přijat až po této detoxifikaci, která probíhá buď doma, nebo v zařízeních k tomu určeném, tzn. detoxifikační oddělení Vojenské nemocnice Olomouc nebo Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc.

Abstinenční příznaky trvají individuálně, obvykle 1-3 týdny. První nějaké změny, které terapeutický tým může pozorovat na pacientech, je tak po 1-2 měsících po fyzické stránce, ale očekávané výsledky trvají i několik týdnů, záleží také na věku. Dříve zde byla i větší úmrtnost, než je v současné době, pohybovala se kolem 5-20%, důvodem bylo delirium

⁸ Dostupné z webu: (<http://www.lecbazavislosti.cz/lecba>)

tremens. V hodně případech člověk v nemocnici zemře na jiné problémy, než je alkohol, ale výsledkem je, že tyto komplikace byly způsobeny právě alkoholem, např. jícnové varixy, krvácení). Proto jsou statistiky ne zcela přesné. Lidé, co zemřou na následky nadměrného užívání alkoholu, bývají hospitalizováni na traumatologii, neurologii, oddělení JIP. U pacientů bývají deprese, a z toho vyplývající sklony k sebevraždě. Většinou v případě, kdy léčbu absolvují vícekrát, např. 3x-4x a stále se jim nedaří abstinovat. Mají pocit, že vše již vyčerpali, a i přesto se jim nedaří a při tom by chtěli. Po ukončení léčby pak klienti navštěvují doléčovací programy, aby vydrželi abstinovat i v normálním životě. Co se týče PL Šternberk, doléčovací program je zde také, první rok po absolvované léčbě 4/rok na 5dní, poté méně často. (rozhovor s paní prim. MUDr. Andreou Miklovičovou). Doléčovací programy jsou buďto v léčebně, nebo mohou být v přírodě, formou psychoterapie, ať již ambulantní skupinové nebo individuální. Důležitý je také kontakt s tímto onemocněním ve formě četby literatury k tomuto tématu. Ordinance AT (protialkoholická poradna), různé kluby, např. KLUS – Klub lidí usilující o střízlivost, další možností jsou také svépomocné aktivity, např. AA – anonymní alkoholici. Důležité je také prevence, o kterou se u nás stará program FIT IN, spolupracující s Besipem, Výzkumným ústavem pedagogickým, MŠMT, Ministerstvem zdravotnictví, Magistrátem hl. m. Prahy, sdělovacími prostředky a řadou dalších organizací. (rozhovor s prim. Mudr. Miklovičovou)

Sociální dopad

Alkohol může způsobit řadu různých onemocnění, až již zcela jen fyzických, ale také psychických, např. paranoidní porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, dissociální porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti, impulzivní typ, hraniční typ, histriónská porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, anxiózní porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti, jiné specifické poruchy osobnosti, ale také poruchy osobnosti nespecifikovatelné. Můžou se objevit i neurotické poruchy, fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, které jsou doprovázeny hlavními symptomy projevy úzkosti, a obsedantně kompulzivní poruchy. (Nešpor, Marhounová 1995:59-63)

Sociální dopad pro člověka se závislostí je velmi těžký. Stačí si jen představit, že člověk, který měl všechno, dobrou práci, dobře finančně zajištěnou, manželku, děti, dům, koníčky, přátele. Co takovému člověku chybí? Já si osobně myslím, že téměř nic. Ale přece jen, chybělo mu nějaké pozdvižení, a tak se scházel s kamarády, samozřejmě se sklenkou alkoholu, nějaké dobrého, kvalitního. Jenže mu až moc zachutnalo, a tak se pomalu začal stávat sám sobě nekontrolovatelný. Začaly problémy, které postupně rostly a rostly. Až

jednoho dne si tento člověk řekl, že takhle už to dál nejde a nastoupil léčbu v psychiatrické léčebně. A z tohoto krátkého příběhu vyplývá? Že stále platí české přísloví, kdo chce moc, nemá nic. Tento člověk ztratil vše, práci, bydlení, rodinu ale také to nejcennější, vlastní zdraví. Takže si myslím, že na tomto příběhu jsem ukázala přesně to, co jsem chtěla říct, a co by možná bylo daleko delší. Na závěr jen jednu větu: Alkohol není nejlepší přítel člověka, a proto bychom měli pít střídavě, spíše vůbec. Protože kdo nepije a nekouří, ten si život prodlouží. (Nešpor 1995:95)

2. Kriminalita a nehody způsobené vlivem alkoholu

KRIMINALITA, NEHODY						CRIME, ACCIDENTS					
24-4. Dopravní nehody podle hlavních příčin, zavinění a podle okresů v roce 2012											
Traffic accidents by main cause, fault, and district in 2012											
Pramen: Policejní prezidium ČR			Source: Police Presidium of the CR								
Kraj, okresy Region, districts	Dopravní nehody celkem Traffic accidents, total	z toho									
		podle hlavních příčin By main cause				nehody zaviněné Accidents caused by					
		způsob jízdy Way of driving	rychlost Speeding	přednost Failure to give priority	předjíždění Overtaking	řidičem motorového vozidla Motor vehicle driver	řidičem nemotorového vozidla Non-motor vehicle driver	chodcem Pedestrian	závadou komunikace Road defect	lesní zvířeti, domácím zvířetem Game, domestic animal	zaviněny pod vlivem alkoholu Driving under the influence of alcohol
Olomoucký kraj	4 406	2 490	715	502	78	3 510	275	59	11	441	329
Jeseník	329	140	95	39	14	265	23	4	-	32	24
Olomouc	1 827	994	343	220	27	1 481	103	19	5	175	135
Prostějov	664	410	80	82	10	553	29	13	-	43	39
Přerov	853	490	99	93	7	647	42	14	2	124	61
Šumperk	733	456	98	68	20	564	78	9	4	67	70

Zdroj: oddělení informačních služeb Krajské správy Českého statistického úřadu v Olomouci

Na další statistiky přidávám internetový odkaz, kde můžete naleznout dokument ve formátu PDF, kde již najdete všechny potřebné informace.⁹

⁹ Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-uzivajici-psychoaktivni-latky-alkohol-jine-drogy-hospitalizovane-psihiatrickych-luzko>

Ahoj, jmenuji se Irena Matějková a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Prosím, vyplň mi tento dotazník, který je součástí mé diplomové práce. Dotazník je anonymní, nemusíš se tedy bát, že by někdo znal Tvé odpovědi. Všechny informace, které tady získám, budou jen pro mé potřeby, nebudu je nikde šířit. Odpovídej pravdivě. Vyber vždy jednu odpověď, pokud v zadání není uvedeno jinak.

Správnou odpověď zakroužkuj. Děkuji.

Třída:

Alkoholismus a informovanost pubescentů

1. Jakého jsi pohlaví?
 - a. Dívka
 - b. Chlapec
2. Kolik Ti je let?
 - a. 12let
 - b. 13let
 - c. 14let
3. Jsou rodiče abstinenti?
 - a. Ano
 - b. Ne
4. V jaké míře konzumují alkohol?
 - a. Denně
 - b. O víkendech
 - c. Při výjimečných příležitostech (oslavy)
 - d. nikdy
5. Pil jsi někdy alkohol? Vyber.
 - a. Ano
 - b. ne
6. Jak často konzumuješ alkohol?
 - a. 1x/týden
 - b. 2x/týden

- c. 3x/týden
- d. Každý den
- e. 1x/měsíc
- f. Nikdy

7. Zhoršuje užívání alkoholu zdravotní stav?

- a. Ano
- b. Ne

8. Myslíš, že je normální přemlouvat někoho, aby pil?

- a. Ano
- b. Ne

9. Stalo se Ti, že Ti někdo vnucoval alkohol?

- a. Ano
- b. Ne

10. Může člověk, který požil alkohol, řídit auto?

- a. Ano
- b. Ne

11. Mohou se lidé dobře bavit i bez alkoholu?

- a. Ano
- b. Ne

12. Dá se alkoholismus léčit?

- a. Ano
- b. ne

13. Zbavuje nás alkohol stresu?

- a. Ano
- b. Ne

14. Je alkohol legální i tolerovaný?

- a. Ano
- b. Ne

15. Zabývá se Tvoje škola prevencí závislosti na alkoholu?

- a. Ano
- b. Ne

16. Mluvíš s rodiči o problematice závislosti na alkoholu?

- a. Ano
- b. ne

17. Viděl jsi někdy nějaký dokument, zabývající se touto problematikou?
- Ano
 - Ne
18. Může zapříčinit závislost na alkoholu rozpad rodiny? (rozvod, dluhy, bezdomovectví,...)
- Ano
 - Ne
19. Vyber, která nemoc ohrožuje alkoholika (můžeš i více možností)?
- Onemocnění jater (cirhóza)
 - Ztráta inteligence (alkoholová demence)
 - Halucinace (delirium tremens)
20. Ztrácí člověk závislý na alkoholu hygienické návyky?
- Ano
 - Ne
21. Je závažnější závislost na alkoholu u žen?
- Ano
 - ne
22. Může se stát u ženy závislé na alkoholu, že u ní vymizí menstruační cyklus?
- Ano
 - Ne
23. Porodí žena, která pila v těhotenství alkohol, poškozené dítě? Vyber správnou odpověď.
- Ano, vždycky
 - Ano, někdy
 - Ne, nikdy
24. Kolik závislých alkoholiků se po léčbě své závislosti zdraví?
- 100%
 - Více než 50%
 - více než 30%
 - Méně než 10%
 - Nikdo
25. Musí vyléčený alkoholik do konce života abstinovat?
- Ano
 - Ne

