

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

Bc. Lucie Pohůnková

II. ročník – prezenční studium

Obor : Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Problematika pití alkoholu u školní mládeže**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce : Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.**

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, pod vedením  
Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D. a uvedla všechny v ní použité zdroje informací.

Zároveň také souhlasím se zpřístupněním práce pro studijní účely.

V Olomouci dne.....

.....

Podpis

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za konzultace, rady, odborné vedení diplomové práce a také za poskytnuté materiály. Dále děkuji řediteli Gymnázia Jiřího Wolkera v Prostějově Ing. Michalu Šmucrovi, ředitelce ART ECON – Střední škola Prostějov, s.r.o Ing. Iloně Rakové a zástupkyni ředitele pro teoretickou výuku na Středním odborném učilišti stavebním Prostějov paní Mgr. Aleně Novákové za umožnění provedení výzkumného šetření na těchto školách a studentům všech tří škol za jejich účast. Za konzultaci a rady pro tvorbu edukačního materiálu děkuji také PhDr. Danuše Tomanové, CSc.. A v neposlední řadě děkuji za odbornou pomoc se statistickými výpočty Prof. PhDr. Miroslavu Chráskovi, CSc..

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1 ALKOHOL.....	9
1.1 Alkohol jako návyková látka .....	9
1.2 Alkohol v historii lidstva .....	11
1.3 Alkohol a zákon.....	12
2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU .....	15
2.1 Pojem závislost .....	15
2.2 Alkoholismus.....	17
2.2.1 Vývoj alkoholové závislosti .....	18
2.2.2 Typy závislosti na alkoholu .....	19
2.2.3 Příznaky závislosti na alkoholu .....	19
2.2.4 Diagnostické možnosti.....	20
2.2.5 Léčba alkoholismu.....	21
3 ČLOVĚK A ALKOHOL.....	24
3.1 Alkohol a lidský organismus .....	24
3.2 Somatické důsledky konzumace alkoholu.....	25
3.3 Alkohol a poruchy vyvolané jeho užíváním.....	27
3.3.1 Akutní intoxikace alkoholem.....	28
3.3.1.1 Stádia akutní intoxikace alkoholem.....	29
3.3.1.2 Základní znaky intoxikace podle MKN - 10 .....	29
3.3.1.3 Léčba akutní intoxikace alkoholem .....	30
3.3.2 Alkoholový odvykací stav .....	30
3.3.3 Některé psychózy vyvolané alkoholem .....	31
3.3.3.1 Delirium tremens .....	31
3.3.3.2 Alkoholová halucinóza .....	32
3.3.3.3 Korsakovova alkoholická psychóza .....	33

3.3.4	Fetální alkoholický syndrom (FAS) .....	33
3.4	Sociální důsledky nadměrné konzumace alkoholu.....	34
3.4.1	Alkoholik a společnost .....	34
3.4.2	Alkoholik a rodina.....	35
4	Z PSYCHOLOGIE DOSPÍVÁNÍ .....	37
4.1	Období dospívání.....	37
4.2	Adolescence.....	37
4.3	Hlavní psychologické rysy dospívání.....	38
4.4	Dospívající a vlivy okolí.....	39
4.4.1	Vliv rodiny.....	39
4.4.2	Vliv vrstevníků .....	41
4.4.3	Vliv školy a zaměstnání.....	41
4.4.4	Vliv zájmů a zálib.....	42
5	SOCIÁLNÍ OPORA .....	44
5.1	Co je to sociální opora? .....	44
5.2	Druhy sociální opory .....	45
5.3	Diagnostika sociální opory.....	46
5.4	Školní mládež a sociální opora.....	46
6	PREVENCE.....	50
6.1	Prevence a její druhy .....	50
6.2	Školní mládež a prevence .....	50
7	CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE.....	52
8	METODIKA PRÁCE .....	54
8.1	Metoda získávání dat .....	54
8.2	Charakteristika souboru respondentů .....	54
8.3	Organizace dotazníkového šetření.....	55
8.4	Zpracování získaných dat .....	56

9	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	57
9.1	Interpretace výsledků k dílčímu cíli č.1 .....	57
9.2	Interpretace výsledků k dílčímu cíli č.2 .....	64
9.3	Interpretace výsledků k dílčímu cíli č.3 .....	69
9.4	Interpretace výsledků k dílčímu cíli č.4 .....	75
9.5	Interpretace výsledků k dílčímu cíli č.5 .....	80
9.5.1	Metodika tvorby edukačního materiálu pro mládež.....	83
9.6	Ověření hypotéz práce.....	85
	DISKUSE .....	90
	ZÁVĚR.....	95
	LITERATURA A PRAMENY.....	98
	SEZNAM ZKRATEK .....	103
	SEZNAM TABULEK .....	104
	SEZNAM GRAFŮ .....	105
	SEZNAM PŘÍLOH .....	106

# ÚVOD

Problematika pití alkoholu u školní mládeže je ve své podstatě tématem ze života. Třebaže je to smutné, není ničím výjimečným potkat venku při pátku nebo sobotě dospívající mládě lidi v opojení alkoholu. Snad i proto se tomuto tématu věnuje takové množství autorů.

Dávno není tajemstvím, že alkohol představuje pro dospívající mládež podstatně větší nebezpečí než pro dospělého člověka. Tělo adolescenta má menší hmotnost a jeho játra nedisponují schopností odbourávat alkohol ve stejné míře jako u dospělého jedince. Navíc i vznik závislosti na alkoholu je u těchto mladých lidí rychlejší. Mimo to od pití alkoholu je to jen krůček k nebezpečnějším návykovým látkám. Proto se civilizované společnosti snaží mládež před alkoholem chránit. Jeden americký výzkum dokonce přišel s tím, že u dětí, které pijí alkohol od mladšího věku, existuje vyšší riziko, že sklouznou ke škodlivému užívání drog. (Nešpor, Csémy, 1994)

Každý rodič by si proto měl uvědomit, že sklon ke konzumaci alkoholu může být zažehnut coby nápodoba chování rodičů. (Vágnerová, 2002) Děti si totiž mnohem více odnesou z toho, co vidí než, co slyší, a tak si všimnou i toho, že dospělí pijí třeba, když něco slaví nebo naopak, když chtějí zahnat chmury. (Elliotová, 1995) Nemůžeme se potom ale divit výsledkům vycházejícím z Evropského školního projektu o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 1995 až 2007, které ve svojí práci uvedli Csémy a Hamanová (2009), a podle nichž jsou očekávání české dospívající mládeže ve vztahu k účinkům alkoholu spíše pozitivní.

Výše uvedených fakt by si měli být vědomi nejen dospělí, ale i dospívající. Míra informovanosti mládeže je také jednou z oblastí, kterým byla v této diplomové práci věnována pozornost a která v nás vzbudila zájem o toto téma.

Za účelem zmapování této a dalších oblastí jsme oslovily nezletilé studenty gymnázia a učňovských oborů bez maturity a zjišťovaly, jaké jsou jejich zkušenosti stran konzumace alkoholu, důvody, které je k pití vedou, jak je jejich vztah k alkoholu ovlivňován sociálním prostředím a sociální oporou a v neposlední řadě, jak jsou na tom tedy s informovaností o možných zdravotních a sociálních důsledcích nadužívání alkoholu. V souvislosti s tímto jsme se zajímaly, zda je jimi alkohol vnímán jako

hrozba. Získaná data se pak stala podkladem pro tvorbu edukačního materiálu pro mládež, jelikož je zřejmé, že prevence je v této oblasti nadmíru důležitá.

Teoretická část práce zahrnuje informace o alkoholu, závislosti na něm, jeho účincích na lidský organismus a možných důsledcích jeho nadužívání. Najdeme zde i kapitoly věnované období dospívání, sociální opoře a prevenci. Praktická část práce je pak věnována interpretaci získaných výsledků, které se vztahují k jednotlivým, výše zmíněným, oblastem, které byly předmětem našeho zájmu.



# 1 ALKOHOL

## 1.1 Alkohol jako návyková látka

Pojem *návyková látka* je možné nalézt v trestním zákoně č.140/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů. „Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné, psychotropní látky a ostatní látky způsobí nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.“ (Štablová, Brejcha a kol., 2006, s. 85) Termínem návyková látka neboli droga lze však v podstatě označit jakoukoli látku, jež má vliv na psychiku člověka, a která v případě jejího opakovaného užití hrozí rizikem vytvoření návyku či vzniku závislosti. (Grohmannová, 2007)

Samotné účinky drog jsou pak obecně závislé na charakteru užití látky, její formě, množství a způsobu užití. Obraz intoxikace je přitom ovlivňován třemi skupinami faktorů, a sice faktory biologickými, k nimž patří například osobní dispozice, kondice či aktuální zdravotní stav, dále faktory psychickými, tedy třeba psychickým vyladěním nebo předchozím očekáváním ve vztahu k účinku užití látky a v neposlední řadě faktory sociálními, což může být například vliv společnosti jiných lidí a jejich nálady, vzájemné vztahy anebo prostředí, kde je látka užívána. Mezi nejčastěji užívané návykové látky v České republice patří nepochybně alkohol. (Grohmannová, 2007)

Alkohol coby nápoj je většinou směsí ochucené vody a lihu, avšak chemickou látkou, jež je v alkoholických nápojích obsažena jakožto intoxikující prvek, je etylalkohol, známý též jako etanol, chemicky  $C_2H_5OH$ . V tomto smyslu je pak alkohol sloučeninou, kterou lze získat kvašením cukru a patří do skupiny látek zvaných alkoholy. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007) Mimo to se etylalkohol řadí také do skupiny takzvaných hypnosedativ. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

Z právního hlediska jsou dnes za alkoholické nápoje považovány lihoviny, víno, pivo a další nápoje s obsahem alkoholu vyšším než 0,5 objemového procenta (zákon č. 379/2005 Sb.). (Štablová, Brejcha a kol., 2006) Pivo například vzniká ze sladu a může mít až 8% alkoholu, víno zase z hroznů a obsahovat může 10 až 18% alkoholu. Ovšem největší obsah alkoholu, tj. 30 až 50 a více procent, mají destiláty vyráběné z různých druhů plodů. (Grohmannová, 2007)

Alkohol se zpravidla podává perorálně, injekčně, což je nejnebezpečnější způsob aplikace, ho v podstatě užívat ani nelze. Alkohol je u nás legálně dostupnou látkou, ačkoliv je jeho užívání omezeno některými zákonnými úpravami. Nicméně jeho návykový potenciál a rizika užívání jsou srovnatelná s tvrdými drogami. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007) Alkoholické nápoje jsou společensky akceptovatelné a těší se všeobecné oblibě, což je fakt, jenž napomáhá tomu, že i mezi madistvými se najde hodně těch, kteří již začínají s konzumací alkoholických nápojů. Proto je třeba vést mladé lidi k zaujetí správného postoje vůči alkoholu. (Melgosa, 1999)

Podle prof. Vondráčka (in Klenerová, Hynie, 2002) má každý z nás svoji látku, na níž by u něj mohla vzniknout závislost. Z tohoto důvodu je hlavním cílem primární prevence nezkoušet žádné z nabízených látek, které by měly přispívat k dočasnému zlepšení nálady či získání nových duševních zážitků. Je známo, že hlavními faktory podporujícími užívání návykových látek jsou například osobní nespokojenost, zklamání z nedostačujícího pracovního a společenského uplatnění, špatná ekonomická situace či stres a další.

Ke snížení úzkosti, euforii, psychické relaxaci přitom stačí požití i malé dávky alkoholu. Právě díky tomuto svému působení vedoucímu k příjemnému psychickému uvolnění, zlepšení nálady a odstranění pocitu nejistoty je alkohol vyhledáván a užíván. Příčiny jeho nadužívání jsou ale multifaktoriální, vliv má genetika, biochemické odchylky a také psychologické a společenské faktory. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

Působení alkoholu je okamžité, již krátce po jeho požití se člověk cítí být veselý a hovorný, při pokračování v pití se dostaví opilost. Mimo to však alkohol způsobuje i svalovou ochablost zasahující i srdce, snižuje ostrost zraku a způsobuje změny v chování, kdy může vést například k projevení netrpělivosti či agresivity. Při jeho dlouhodobém pití hrozí tvrdnutím jater, rakovinou úst, jícnu a dalšími nemocemi. Po stránce psychické může vyvolat ztrátu paměti, halucinace či degenerativní demenci. (Melgosa, 1999)

Alkohol je návykovou látkou rozšířenou po celém světě. U nás činí jeho spotřeba zhruba 10 litrů čistého alkoholu na jednu osobu. Přední místo ve světě zaujímají Češi dlouhodobě ve spotřebě piva, přičemž asi 1/4 mužů a 1/10 žen v České republice pije alkohol nadměrně. (Kalina a kol., 2008) Podle práce Csémyho a Hamanové (2009), v níž jsou prezentovány výsledky vycházející z projektu ESPAD 1995 až 2007, je i mezi mladými lidmi nejrozšířenější konzumace piva.

## 1.2 Alkohol v historii lidstva

Alkohol již od nepaměti budí obdiv i odpor. Na jedné straně je to elixír života, zdroj inspirace a znovuobnovitel původní živočišné vitality člověka. Na straně druhé je znázorňován jako metla lidstva a zkáza ohrožující duševní a tělesné zdraví jedince i společnosti. Ne jinak je na tom i hospoda coby prostor, kde se alkohol pije. Jednou zobrazována jako místo přátelského setkávání, zábavy a humoru, podruhé je zase viděna jako doupě neřesti, zhouby a vulgárního veselí. (Sournia, 1999)

Alkoholické nápoje tedy provázejí lidstvo již tisíce let. Už staří Římané považovali za civilizovanou pouze tu krajinu, kde se pěstovalo víno, proto na dobitých územích vysazovali sazenice vinné révy. Dokonce i v bibli je možné narazit na zmínku o alkoholických nápojích rozdělených Hospodinem na víno a opojné nápoje. (Budinský, 2007)

Podle současných představ jsou počátky pěstování vinné révy na víno situovány do hor mezi Černým a Kaspickým mořem čili do dnešní Arménie a to do doby někdy mezi rokem 6000 a 4000 před naším letopočtem. Pivo se zase objevilo mezi lety 3000 a 2000 před naším letopočtem a to v oblasti dnešního Iráku. Do dnes se také zachovaly hliněné tabulky s návody na výrobu víc jak dvaceti druhů piva. První destilace alkoholu pak proběhla v Itálii kolem roku 1100. (Shapiro, 2005)

Pokud jde o problém veřejného opilství, s tím se lidstvo potýká od doby, co alkohol zná. Byly dokonce nalezeny hieroglyfické nápisy s varováním, že pokud by někdo padl na ulici opilý, nikdo mu nepodá pomocnou ruku a vyslouží si jen ostudu a posměch. Tyto nápisy pocházejí ze starověkého Egypta. (Shapiro, 2005) Jak se dozvídáme z historie naší země, obliba piva a medoviny s sebou nesla již dávno v minulosti řadu problémů. Ty následně vedly Břetislava I. v roce 1039 k vyhlášení prvního protialkoholního zákona. (Popov, 2003)

Nicméně stejně jako v minulosti i dnes se alkoholické nápoje pijí typicky při společenských událostech. Historicky byl alkohol užíván například při náboženských obřadech, tzv. sakrální užívání, dále jako nápoj k pobavení, tzv. profánní užívání, a v neposlední řadě také k léčebným účelům. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007) Alkohol patří k jednomu z nejstarších léků. Ve svojí čisté podobě se osvědčil například jako antiseptikum. Dnes již téměř zapomenutá je funkce alkoholu coby poměrně účinného anestetika, tímto způsobem byl využíván například při amputacích či jiných

operacích a také pomáhal odvrátit šok z bolesti při bolestivých úrazech. (Budinský, 2007) Samotné keltské slovo whiskey znamená živá voda, jak bylo řečeno, věřilo se totiž, že alkohol má léčivé účinky. On však opravdu zabíjí bakterie. (Shapiro, 2005)

### 1.3 Alkohol a zákon

S užíváním alkoholu jako drogy je spojena celá řada problémů, to je také důvod, proč bylo v minulosti učiněno mnoho pokusů o zakázání či omezení jeho užívání. Ve 30. letech minulého století došlo k pokusu o prohibici ve Spojených státech a k dalšímu podobnému pokusu pak v 80. letech v bývalém Sovětském svazu, avšak ani jeden z nich nebyl příliš úspěšný. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007)

Ve většině zemí je povoleno pít alkoholu. Výjimku však tvoří islámské země, kde je alkohol úplně zakázaný a porušení tohoto zákazu je tvrdě trestáno. (Shapiro, 2005) Ve Spojených státech a v Japonsku je zase povoleno alkoholické nápoje podávat až od věku 21 let, ve Švédsku pak od 20 let. U nás je to možné již od osmnácti let a ani tato věková hranice se nedodrhuje. (Nešpor, Csémy, 1994)

Na spotřebitelském trhu je alkohol poměrně snadno dostupný, kdy například pivo je v restauracích a zábavních zařízeních navštěvovaných mládeží nejlevnějším nápojem. (Ganeri, 2001) Dokládá to i fakt, který uvádí ve svém článku Mlčoch (<http://www.alkoholik.cz/>), a sice že do věku 13 let ochutnají alkohol dvě třetiny dětí. Skutečnost, že jsou na veřejnosti podávány alkoholické nápoje osobám mladším osmnácti let, je zřejmá i z Evropské studie o alkoholu a jiných drogách a také ze zpráv o bezpečnostně - preventivních akcích Policie České republiky. (Ganeri, 2001)

Dále platí, že odmítne-li osoba mladší osmnácti let uvést, kdo jí alkoholický nápoj poskytl, navíc nejsou svědkové a zaměstnanci daného podniku tvrdí, že dotyčný již pod vlivem alkoholu přišel, nelze reálně zjistit, kdo byl v daném případě podavatelem alkoholického nápoje. Avšak prodavač má právo odmítnout jedinci prodat alkohol v případě, že se mu zdá příliš mladý. Prodavač pak může po dotyčném požadovat prokázání jeho plnoletosti. (Ganeri, 2001)

Co se týče podávání alkoholických nápojů mládeži, lze pachatele rozdělit do tří skupin:

1. Pracovníci restauračních zařízení a zábavních podniků. (Ti prodávají alkoholické nápoje jedincům mladším osmnácti let jako součást poskytovaných služeb ve snaze o dosažení maximálního zisku z prodeje.)
2. Osoby, které jsou k nezletilému v rodinném poměru. (Alkoholické nápoje jsou tak nabízeny na různých rodinných oslavách, jako je třeba svatba, narozeniny nebo svátek.)
3. Přátelé osoby mladší osmnácti let. (Často dochází k podávání alkoholu u příležitosti nějakých privátních večírků či jiných akcí. Jsou to případy, kdy se většinou pachatel od poškozeného věkem příliš neliší. Konzumace alkoholických nápojů je tak spojována především se zábavou.) (Chromý, 2010)

Realitou je, že alkohol znamená pro děti a dospívající daleko větší nebezpečí než pro dospělé a to hned z několika důvodů:

- a) způsobuje vážné poškození dosud nezralých orgánů,
- b) i malé množství stačí k vyvolání otravy,
- c) nedokáže jej ještě z těla účinně odbourávat,
- d) návyk na něj vzniká u dětí a dospívajících poměrně rychle. (Marádová, 2006)

Některé další zvláštnosti působení návykových látek na děti a mladistvé uvádí Nešpor (in Chromý, 2010), patří sem:

- a) vyšší riziko nebezpečného jednání vlivem účinků návykové látky,
- b) experimentování s těmito látkami je u nich spojeno s většími problémy v různých oblastech života,
- c) je zde větší tendence zneužívat širší spektrum látek a přecházet od jedné ke druhé či více současně,
- d) často dochází k recidivě závislosti.

Proto je v České republice dle zákona č.379/2005 Sb., jehož celý název zní: *Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů*, zakázáno prodávat alkoholické nápoje mladistvým do 18 let věku. (<http://aplikace.mvcr.cz/>)

Mimo jiné je tímto zákonem také stanoveno, co se rozumí pod pojmem alkoholický nápoj. Jak je již uvedeno výše za alkoholický nápoj lze podle tohoto zákona považovat lihovinu, víno, pivo a také jakýkoliv jiný nápoj, který obsahuje více než 0,5 objemového procenta alkoholu. Dále jsou v zákoně zakotveny například i podmínky prodeje a podávání alkoholických nápojů. (<http://aplikace.mvcr.cz/>)

# 2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

## 2.1 Pojem závislost

Zmiňované slovo *závislost* v sobě skrývá celkovou ztrátu svobody, ztrátu kontroly nad svým životem. Závislost na návykových látkách je proto možné charakterizovat jako chorobný stav, který je spjat s neskrotnou touhou po opakování prožitku a často i s tendencí dávky zvyšovat. (Marádová, 2006) Začíná v podstatě v momentě, kdy člověk potřebuje drogu případně zážitek, který vyvolává, čili už bez ní nemůže žít. Závislý jedinec ztrácí kontrolu nad drogou a nemůže, vlastně ani neví, zda chce, přestat. Droga je mu vším. (Ganeri, 2001)

Závislost je stav, spojený se specifickými změnami chování. Závislý jedinec není sto přiznat si pravdu, je hnán přáním navodit opět ten příjemný stav a je ochotný sehnat si návykovou látku za každou cenu. (Marádová, 2006)

Lidé berou drogy nejčastěji proto, aby se cítili dobře, dále kvůli pohodě a vzrušení, nebo třeba aby zapoměli na problémy. Lidské tělo je však schopno zvyknout si na ledacos a tolerance roste rychle. Člověku tak brzy k dosažení požadovaného účinku přestane stačit počáteční množství látky a musí dávku zvyšovat. Časem pak dojde do stádia, kdy ani to nepostačí a bude drogu potřebovat už jen k tomu, aby se cítil normálně. (Ganeri, 2001)

Závislost na návykových látkách je nebezpečná a škodí nejen člověku, který je zneužívá, ale také jeho rodině, přátelům, spolupracovníkům a celé společnosti. Stran společnosti se pak jedná zejména o riziko spojené se silničními nehodami, úrazy na pracovišti, problémy s kriminalitou a tak dále. (Marádová, 2006)

Přes veškeré snahy tomu zabránit je zřejmý celosvětový nárůst požívání návykových látek. Zejména po otevření našich hranic v roce 1989 došlo k rychlému nárůstu jejich užívání. Kromě profesionálů by do boje proti tomuto společenskému jevu měli být zapojeni také zdravotníci, školy a široká veřejnost. (Klenerová, Hynie, 2002) Závislost totiž nemá pouze jednu příčinu, ale na jejím vzniku se podílí celá řada vlivů, které na sebe navzájem působí. Každý z nás je v řadě oblastí svého života vystaven

vlivu ochranných i rizikových činitelů. Tyto činitele můžeme rozlišovat na úrovni jedince, rodiny, školy, zaměstnání, vrstevníků či společnosti. (Nešpor, Dvořák, 1998)

Každá závislost jedince na návykové látce má dnes svůj kód v *Mezinárodní klasifikaci nemocí*. Z farmakologického hlediska vzniká závislost jedinců na účinky látek, z nichž některé se používají i jako léky, proto je terminologicky správné označení látková případně léková závislost. (Klenerová, Hynie, 2002)

Syndrom závislosti může existovat ve vztahu k určité konkrétní látce kupříkladu tabáku nebo ke třídě látek jako jsou třeba opoidy či k širší řadě různých látek. **Syndrom závislosti** je v *Mezinárodní klasifikaci nemocí* označen statistickým kódem F1x.2, kdy na místo x před desetinou tečku se doplňuje příslušná návyková látka, tudíž příkladem kód pro **Závislost na alkoholu je F1o.2**. (Nešpor, 2007)

Definice Syndromu závislosti podle *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN-10), jak ji vytvořili experti *Světové zdravotnické organizace*, zní: „Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“ (Nešpor, 2007, s. 9 - 10)

Došlo – li během posledního roku minimálně ke třem nebo více z následujících projevů, pak lze stanovit definitivní diagnózu závislosti. Mezi zmiňované projevy řadíme:

- silná touha po užití látky,
- obtíže stran sebeovládání při užívání návykové látky,
- užívání látky za účelem zmenšení příznaků tělesného odvykacího stavu,
- k dosažení účinku původně vyvolaného nižší dávkou, jsou nyní vyžadovány dávky vyšší,
- postupné upřednostňování užívané psychoaktivní látky na úkor jiných zájmů,
- pokračování v užívání i přes existenci jasného důkazu o zjevně škodlivých následcích.

Konkrétně člověk závislý na alkoholu dále pokračuje v pití a to i přes to, že riskuje třeba ztrátu zaměstnání či rozpad rodiny. (Marádová, 2006)



## 2.2 Alkoholismus

Podle sociologického pojetí alkoholismu lze za alkoholika považovat jedince, jemuž konzumace alkoholických nápojů značně komplikuje život a překáží mu v plnění jedné či více základních životních funkcí. Alkoholikem je i takzvaný kvartální piják, který sice pije většinu času jen vodu a jiné nealkoholické nápoje, jenže občas vyrazí na flám a opije se tak, že si nic nepamatuje, utratí všechny peníze a pak doma ničí věci, zmlátí ženu a další dva tři dny nejde do práce. (Budinský, 2007)

Lidstvu je závislost člověka na návykových látkách známa již odedávna. A právě alkohol byl vždy tou nejrozšířenější návykovou látkou. (Klenerová, Hynie, 2002) Jeho účinek je však závislý na dávce, vlivu prostředí, dispozicích a dalších faktorech. Stav následující po konzumaci alkoholu se většinou projeví jako prostá opilost (ebrietas simplex). Zatímco malé dávky alkoholu působí stimulačně, po vypití vyšší dávky následuje naopak útlum. (Kalina a kol., 2008) Faktem je, že závislostní potenciál alkoholu je poměrně vysoký. Závislost sama má potom celkem 2 složky, a sice tělesnou a psychickou. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007) Než se rozvine psychická a fyzická závislost na alkoholu uplyne několik let, avšak u mladých lidí může jít o časový úsek podstatně kratší. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

Při chronickém pití alkoholu dochází ke zvyšování schopnosti organismu tuto látku metabolizovat, tím pádem je k dosažení stejného účinku potřeba větší dávky alkoholu. Stejně jako je tomu i u jiných návykových látek, tak i u alkoholu se může vyvinout závislost na jeho účincích coby prostředku k překonání stresujících situací. Avšak větší problém představuje fyzická závislost na alkoholu, kdy jeho vysazení způsobí fyzicky závislému jedinci těžké abstinční příznaky, k nimž patří bolesti hlavy, nevolnost, křeče žaludku či dokonce sluchové a zrakové halucinace. V nejhorším případě může dojít i na celkové křeče a bez léčby i na smrt. (Shapiro, 2005) Uvádí se, že pravděpodobnost úmrtí je bez léčby až 20%, toto nebezpečí však hrozí, i když je nasazena adekvátní terapie. K nástupu abstinčních příznaků dochází již několik hodin po-té, co dotyčný přestane pít alkohol, jejich vrchol nastává druhý až třetí den a odeznívají zhruba do týdne. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007)

O deliriu tremens zase můžeme hovořit ve chvíli, kdy se dotyčný jeví jako zcela zmatený, má vysokou horečku a bušení srdce. Jedná se o finální a děletrvající fázi, kdy

se objevují halucinace v podobě mravenčení. Délka trvání tohoto stavu může být tři nebo čtyři dny. (Shapiro, 2005)

Vedle toho způsobuje nadměrné pití alkoholu většinou také prohloubení osobních, rodinných a finančních problémů. Často vede až k rozpadu rodiny či ztrátě sebeovládání a s tím spojené trestné činnosti. (Shapiro, 2005) Pije – li člověk alkohol soustavně a dlouhodobě dříve či později se u něj objeví orgánové, psychické i osobnostní změny. Léčba takového chronického alkoholismu vždy vyžaduje aktivní účast toho, kdo je léčen. (Klenerová, Hynie, 2002)

### 2.2.1 Vývoj alkoholové závislosti

Nadměrná konzumace alkoholu s sebou nese rizika, tím hlavním je možnost rozvoje fyzické i psychické závislosti. Závislost se rozvíjí na základě dlouhodobého pití alkoholu a předchází jí relativně dlouhé období, ve kterém jsou již patrné známky tělesného i psychického poškození, ale kdy se dá abúzus ještě poměrně bezbolestně zastavit. (Kalina a kol., 2008) Jak uvádí Skála (in Vágnerová, 2002) proces vývoje závislosti na alkoholu má celkem **4 vývojová stádia**. Poprvé byl tento proces popsán v roce 1952 americkým alkoholologem E. M. Jellinekem.

- 1) Počáteční stádium** – Jedinec konzumuje alkohol, aby si zlepšil náladu, potlačil nepříjemné stavy nebo ho pije v rámci sociální konformity. Postupně roste frekvence pití i dávky alkoholu.
- 2) Prodromální stádium (varovné)** – Stoupá konzumace alkoholu a tím i jeho tolerance. Člověk pozbývá kontroly nad svým pitím a často se opije, sám pak pociťuje nepříjemné varování v podobě uvědomění si své potřeby alkoholu. Varovným signálem jsou tendence pít sám či tajně.
- 3) Kritické stádium** – Konzumace i tolerance k alkoholu se stále zvyšují. Začínají se objevovat amnézie na dobu opilosti. Typická je v tomto stádiu ztráta kontroly nad pitím, přičemž jedinec je stále přesvědčen o tom, že bude-li muset a chtít, přestane. Dělá si výčitky, ale ani příště není schopen se ovládnout, i když by chtěl. Závislý jedinec už se bez alkoholu neobejde a potřebuje jej denně. Užívání alkoholu s sebou nese další potíže, zejména sociálního rázu.
- 4) Stádium terminální** – Začíná klesat tolerance k alkoholu. Alkoholik se tedy opije rychleji, ale bez alkoholu stejně nevydrží a tak pije prakticky nepřetržitě již

od rána. V této fázi se v souvislosti s dlouhodobým abúzem alkoholu objevují psychické a fyzické poruchy. Potíže v sociální oblasti včetně konfliktů s lidmi nabírají na frekvenci i závažnosti. Typické jsou v tomto stádiu stavy bezmoci, kdy alkoholikovi dochází, že svoji závislost není schopen zvládnout. Následuje postupné tělesné a psychické chátrání a úpadek v sociální sféře. (Vágnerová, 2002)

### 2.2.2 Typy závislosti na alkoholu

Již výše zmiňovaný biochemik Kanadčan českého původu E. M. Jellinek, který je zakladatelem moderní alkoholologie, uvádí celkem **5 typů alkoholové závislosti**:

1. **Typ alfa** – U tohoto typu jde o občasnou nadměrnou konzumaci alkoholu, která může vést ke společenským problémům, avšak nedochází k progresi.
2. **Typ beta** – Zde vzniká velice brzy tělesné postižení a to aniž by došlo k vytvoření závislosti.
3. **Typ gama** – Tento typ je u nás nejčastější a probíhá ve čtyřech fázích, které uvádí Skála, viz výše.
4. **Typ delta** – Založený na udržování jisté stálé hladiny alkoholu v krvi. Intoxikace se neobjevuje často. Tímto způsobem konzumace alkoholu jsou některé orgány, zvláště pak játra, poškozovány více než při nárazovém pití.
5. **Typ epsilon** – Jde o periodické nadměrné pití alkoholu. Nejčastěji má podobu symptomatického pití, které doprovází jinou, hlavní psychickou nemoc. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

Platí, že závislost na alkoholu je doménou zejména mužské části populace, i když narůstá i počet závislých žen. Největší riziko představuje alkohol pro ženy středního věku, které se s jeho pomocí snaží řešit své problémy. Současný poměr mužů a žen alkoholiků je 4:1. (Vágnerová, 2002)

### 2.2.3 Příznaky závislosti na alkoholu

Chronické pití alkoholu vede ke vzniku silné závislosti na něm, často současně vzniká také tolerance a po jeho vysazení může vzniknout syndrom z vysazení. Za alkoholika je považován ten, u koho je látková závislost na ethanol, zpravidla provázena

tolerancí na něj. Piják zase konzumuje velké množství alkoholu kvůli jeho euforizujícím účinkům, ale nevzniká u něj látková závislost. A konzumentem je člověk, který pije alkohol pouze pro tekutinu a její chuť jako takovou. Příznaky závislosti na ethanolu rozlišujeme psychické a somatické. Mezi ranné psychické příznaky řadíme zvýšenou úzkost, agresivitu, nespavost, žárlivost, nespolehlivost, egoismus a asociální chování. Později se objevují poruchy paměti až Korsakovova psychóza, delirium tremens, paranoidní příznaky a halucinóza. K somatickým příznakům patří dyspepsie, gastritida, cirhóza, podvýživa, kachexie, impotence či neuropathie z hypovitaminóz B. (Klenerová, Hynie, 2002)

## 2.2.4 Diagnostické možnosti

Diagnostika stejně jako léčba alkoholismu vyžaduje spolupráci mnoha odborníků. Pracuje se s informacemi získanými internistou, psychiatrem, neurologem a v neposlední řadě také psychologem, případně dalšími odborníky v závislosti na specifitech toho kterého případu. Z pohledu psychiatrie lze k diagnostice alkoholismu využít například již zmiňovanou Jellinekovu diagnostiku či aktuální verzi *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace* (DSM-IV). (Řehan, 1994)

Má – li být řeč o psychologické diagnostice, je třeba zmínit, že i v jejím rámci je pracováno s údaji získanými jinými odborníky. Komplexní diagnostická práce psychologa probíhá v několika krocích. Důležitým krokem je první kontakt s klientem, psycholog má během něj za úkol zjistit přesně tolik informací, aby se zorientoval v klientově problému, pochopil jeho situaci a následně mohl stanovit vstupní pracovní diagnózu, která mu poslouží jako východisko pro určení dalšího postupu práce s klientem. (Řehan, 1994)

Jako druhý krok je uvedeno diagnostické využití psychologických prostředků, tedy běžných diagnostických metod a dalších postupů aplikovatelných v rámci zpřesnění potřebného obrazu. Mezi psychologické prostředky patří konkrétně metody dotazníkové například dotazník MAST (*Michigan Alcohol Screening Test*), uvedený v roce 1977 Mišíkem (in Řehan, 1994), který se používá k orientačnímu zjištění závažnosti nadměrného užívání alkoholu a jeho následků, dále metody výkonové (testy inteligence a paměti) a projekční metody, kam řadíme třeba ROR čili *Rorschachův test*

či kresbu. Dalším prostředkem je interpersonální diagnostika kupříkladu *Learyho dotazník interpersonální diagnostiky ICL* zabývající se skutečným a ideálním zaměřením člověka a rozdíly mezi jeho sebehodnocením a hodnocením druhých, dále diagnostika sebesystému zaměřující se na sebeuvědomění a sebemonitorování a další postupy, jejichž úkolem je doplnění chybějících údajů. (Řehan, 1994)

Posledním krokem je konstrukce kauzality, jejímž účelem je pokusit se pochopit vztahy a vazby v rámci systému životních událostí klienta a to z hlediska jejich historického vývoje a odhalit tak příčinu změny. Seznámením se s příčinnými souvislostmi klientova chování a vývoje získáme zároveň základní složku léčebného plánu. (Řehan, 1994)

### **2.2.5 Léčba alkoholismu**

Léčba závislosti na alkoholu zahrnuje zvládnutí fyzické i psychické závislosti. Terapie fyzické závislosti, tedy takzvaného abstinenčního syndromu, je v rukou lékařů a z časového hlediska není příliš náročná. Pouhé zvládnutí fyzické závislosti ale problém neřeší, důležité je překonat tendence k řešení problémů prostřednictvím alkoholu a dát životu nový směr, což je podstatou léčby psychické závislosti, která už vyžaduje času mnohem více. (Vágnerová, 2002)

Úspěšnost léčby je však záležitostí vůle a ochoty pacienta s alkoholem skoncovat. (Klenerová, Hynie, 2002) Abstinence musí být pro alkoholika dosažitelným cílem, nesmí si říkat, že to nezvládne. (Ühlinger, Tschui, 2009)

Podstatu léčby závislosti na alkoholu představuje režimová léčba a psychoterapie. Jde o to docílit vytvoření podmíněného reflexu, kdy požití alkoholu vyvolá zvracení. Za tímto účelem je využíván apomorfín. Pacienti léčení ambulantně mohou užívat místo něj disulfiram, z novějších léků pak akamprosát, který redukuje touhu po alkoholu. (Klenerová, Hynie, 2002)

Užití disulfiramu, čili antabusu, v kombinaci s alkoholem s sebou nese drastické fyzické důsledky. (Křivohlavý, 2003) Stačí i 10 až 20 g alkoholu a antabus způsobí nevolnost, následné zvracení, zrychlí puls a sníží krevní tlak. Při požití vyšší dávky alkoholu může poškodit krevní oběh. Pacient proto musí být lékařem o všech možných důsledcích jeho kombinace s alkoholem předem informován a podepisuje také písemný souhlas s podáním látky. (Klenerová, Hynie, 2002) Jde tedy o lék zhoršující

snášenlivost návykové látky, cílem jeho užívání je však přimět závislého jedince vyhýbat se alkoholu. (Nešpor, 2007)

Skála (in Vágnerová, 2002) poukazuje na psychoterapeutický přístup, jehož úkolem je u závislého jedince dosáhnout resocializace a změny životního stylu. Léčba může probíhat formou individuální či skupinové psychoterapie, případně jejich kombinací. (Křivohlavý, 2003)

Důležité je pro alkoholika z hlediska podpory a motivace udržet si rodinné zázemí. Naopak je potřeba vyvázat se z kontaktů spojených s konzumací alkoholu. Dnes už se také ví, že nestačí léčit pouze alkoholika, pozornost si zaslouží i jeho rodina, jelikož naučené chování rodinných příslušníků by mohlo přivést závislého k recidivě. (Vágnerová, 2002)

Abstinence musí být u alkoholika trvalého charakteru, k definitivnímu vyléčení totiž nikdy nedojde. Stává se, že si alkoholik po letech abstinence s pocitem, že má vše dávno pod kontrolu, dá k jídlu skleničku. Nějakou chvíli to tak může fungovat, ale časem si tělo začne říkat o víc a dojde k již zmiňované recidivě. (Ühlinger, Tschui, 2009)

K léčbě adolescentů závislých na alkoholu je možné použít obdobné postupy jako u dospělých. Velmi důležitá je u dospívajících právě ona zmiňovaná rodinná terapie. (Nešpor, 2009) Jelikož se předpokládá, že se dospívající po léčbě do rodiny vrátí, je cílem rodinné terapie zejména upravit rodinné vztahy, motivovat adolescenta i jeho rodinu k léčbě, poskytnout jim potřebné informace o terapii a vytvořit prostředí, jež bude potencovat změnu jejich chování. (Radimecký, 2007)

V případě, že je u dospívajícího využita terapie antabusem, musí být tento, v zájmu její účinnosti, podáván zdravotnickým personálem. K dalším terapeutickým možnostem patří naltrexon, již zmiňovaná psychoterapie a také socioterapie prezentovaná například *Anonymními alkoholiky*. Jednotlivé postupy je výhodné i kombinovat. (Nešpor, 2009)

Organizace AA, tedy *Anonymní alkoholici*, je formou pomoci postiženými. Její založení se datuje do roku 1935, zakladali byli dva alkoholici. Tato organizace je známá zejména svým programem dvanácti bodů, který pomáhá alkoholikům v boji s jejich „démonem“. (Křivohlavý, 2003) Organizace vznikla ve Spojených státech amerických, dnes je však rozšířena do mnoha zemí světa. V České republice jsou schůzky

*Anonymních alkoholiků* realizovány například v Praze v kostele Nejsvětějšího srdce Páně. (Nešpor, 1995)

# 3 ČLOVĚK A ALKOHOL

## 3.1 Alkohol a lidský organismus

Ethylalkohol je poživatina s psychotropními účinky připomínajícími účinky celkových anestetik. Za fyziologickou hranici hladiny alkoholu v krvi jsou považovány hodnoty od 0,03 do 0,1 promile. (Klenerová, Hynie, 2002) Alkohol se v lidském těle nachází v malé míře i ve chvíli, kdy zrovna žádný nepijeme. Toto jeho normální množství v krvi každého z nás se běžně pohybuje v rozmezí hodnot výše uvedené fyziologické hranice. (Budinský, 2007) Hodnoty mezi 2,0 a 3,0 promilemi jsou již hodnoceny jako těžký stupeň opilosti. Lidský organismus je schopen každou hodinu zmetabolizovat zhruba 8 g alkoholu, to znamená, že koncentrace alkoholu v krvi klesne za tuto časovou jednotku asi o 0,15 promile. Pro orientační stanovení hladiny alkoholu v krvi existuje jednoduchý vzorec:

$$\text{promile alkoholu v krvi} = \frac{\text{požitý alkohol v gramech}}{\text{tělesná hmotnost v kg} \cdot 0,6}$$

Což znamená, že pokud například 75 kg muž vypije 1 l vína, které obsahuje asi 100 g ethanolu, pak u něj hladina alkoholu v krvi bude činit zhruba 2,2 promile. (Klenerová, Hynie, 2002, s. 91) Podle *Světové zdravotnické organizace* (WHO) představuje pro zdravého dospělého muže bezpečnou denní dávku alkoholu 24 g absolutního alkoholu, pro ženu je to 16 g, tedy v obou případech něco kolem 20 g absolutního alkoholu za den, což je zhruba množství, které najdeme v 0,5 l dvanácti stupňového piva nebo v 0,2 l vína či v jednom panáku o objemu 0,05 l. (Petr, Kalová, Chmelařová, Zdražilová, 2007) K určení hladiny alkoholu v dětském těle lze zase využít tento vzorec:  $C_t = (a/p - r) - Bt$ , kde  $C_t$  značí hladinu alkoholu v promile v čase  $Bt$ , což je doba od začátku pití v hodinách,  $a$  znamená množství požitého alkoholu v gramech,  $p$  značí hmotnost jedince v kilogramech a  $r$  faktor pohlaví, který činí u muže zhruba 0,7, u ženy 0,6. (<http://www.alkoholik.cz/>)

Alkohol je v celém zažívacím traktu vstřebáván poměrně rychle. Již za 1-2 hodiny se vstřebá veškerý požitý alkohol a následně se distribuuje do všech tělesných



tekutin. (Klenerová, Hynie, 2002) Jde totiž o látku, která dobře prochází biologickými membránami, rychle se vstřebává z gastrointestinálního traktu a následně prochází přes hematoencefalickou bariéru do mozku. (Kalina a kol., 2008) Hladina alkoholu v krvi však závisí na tom, kolik ho dotyčný vypil, jaká je jeho tělesná hmotnost a také na schopnosti absorbovat, metabolizovat a eliminovat ethanol. V játrech je bez ohledu na aktuální koncentraci alkoholu v plazmě rozkládáno stále stejné množství této látky. Na degradaci alkoholu v játrech se podílí, jak alkoholdehydrogenáza, tak *mikrosomální ethanol oxidační systém*, zkráceně MEOS. Mezi ženami a muži je i při požití stejného množství alkoholu rozdíl, daný tím, že ženy mají oproti mužům nižší hladinu alkoholdehydrogenázy, což způsobí, že hladina alkoholu bude u ženy vyšší než u muže. (Klenerová, Hynie, 2002)

Ke stanovení hladiny alkoholu v krvi se používá *Widmarkova zkouška*, dále enzymatická zkouška, případně plynová chromatografie. Analýzy krevních vzorků jsou sice přesné, ale časově náročné, navíc venepunkce, která se k odběru používá, má své kontraindikace, což je také důvodem, proč se stále častěji používá přístrojové měření koncentrace alkoholu ve vydechaném hlubokém plicním vzduchu. Přístroj k tomu určený vypočítá z jím naměřené koncentrace alkoholu v dechu jeho obsah v krvi a digitálně jej zobrazí. Mezi alkoholem obsaženým v krvi a tím v dechu je konstantní poměr 1:2100. To znamená, že koncentrace alkoholu v dechu se ustálí při jeho určité koncentraci v krvi, kdy koncentrace alkoholu v dechu je o faktor 2100 menší než jeho koncentrace v krvi. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

## 3.2 Somatické důsledky konzumace alkoholu

Alkohol je, stejně jako nikotin, legální drogou. Výše zmiňovaný psychotropní účinek alkoholu je zprostředkován jeho vlivem na několik neurotransmiterových systémů, a sice na dopaminergní, noradrenergní, a GABAergní. Jde o látku s velkou orgánovou toxicitou, zahrnující i neurotoxicitu. (Kalina a kol., 2008) Jak bylo řečeno, mechanismus jakým alkohol působí je obdobný jako u celkových anestetik. Alkohol mění funkci plazmatických membrán a tím i pochody na ně vázané. (Klenerová, Hynie, 2002) Je také poměrně často užíván v kombinaci s jinými látkami, v této souvislosti je

třeba zmínit fakt, že má schopnost zesilovat účinky drog s tlumivým vlivem na nervový systém. (Shapiro, 2005)

Při chronické konzumaci alkoholu dochází k vývoji tolerance a fyzické závislosti, dále ke vzniku jaterní steatózy a hepatitidy s cirhózou, čemuž napomáhá také nevhodná výživa alkoholiků. V závislosti na množství požitého ethanolu, může tato látka vyvolat stadia, s nimiž se setkáváme například po etherové celkové anestezii, avšak období excitace je po požití alkoholu delší než po etherové anestezii. (Klenerová, Hynie, 2002)

Alkoholu by se měli vyhnout ti, kteří mají oslabenou slinivku břišní, jelikož v jejich případě může vést dlouhodobé intenzivní pití k nepříjemným komplikacím, vznik karcinomu nevyjímaje. Vedle zmiňovaných nepříznivých účinků alkoholu na játra a slinivku břišní, je třeba připomenout také jeho negativní vliv na zažívací trakt jako celek, na mozek, svalstvo a v podstatě na celý organismus. Alkohol také zrychluje stárnutí organismu. (Budinský, 2007)

Stran vlivu na svalstvo působí malé dávky alkoholu spíše pozitivně a to ve smyslu subjektivního pocitu snížení svalové únavy a tím zvýšení svalového výkonu, nicméně jeho chronické pití může vyvolat myopatie, v případě srdce kardiomyopatie. Ethanol dále způsobuje překrvení kůže provázené pocitem tepla, což může být důvodem ztrát tělesného tepla při nízkých teplotách okolí. (Klenerová, Hynie, 2002)

Nadměrná konzumace alkoholu vede i k obezitě a zároveň k nevhodné výživě chudé na bílkoviny a vitaminy, protože alkohol je sice zdrojem kalorií, nikoliv však jiných živin. (Shapiro, 2005) Alkohol podporuje chuť k jídlu, protože zvyšuje sekreci kyseliny chlorovodíkové a pepsinu, ale koncentrace ethanolu nad 20% tuto sekreci naopak snižují, což při dlouhodobém požívání takto koncentrovaných destilátů vede k zánětům žaludku. Ethanol tlumí i sekreci antidiuretického hormonu, což se projeví zvýšením diurézy. (Klenerová, Hynie, 2002)

Požití malé dávky alkoholu může zvyšovat sexuální žádostivost, avšak zároveň snižuje sexuální výkonost, chronické pití navíc vede u mužů k impotenci, sterilitě a zmenšování varlat. Projevy feminizace jsou dány i zvýšeným metabolismem testosteronu v játrech vlivem alkoholové indukce jaterních enzymů. (Klenerová, Hynie, 2002) U žen, vzhledem k jejich odlišné tělesné stavbě, bude pravděpodobně alkohol působit na organismus silněji a to při jakékoliv dávce. (Shapiro, 2005) Mimo to mají ženy oproti mužům i méně enzymu odbourávajícího alkohol, díky čemuž se i rychleji

opijí. (Goodyer, 2001) Ty ženy, které užívají hormonální antikoncepci, by měly vědět, že ta zpomaluje vylučování alkoholu z těla. Obecně jsou zástupkyně „něžného“ pohlaví i více než muži ohroženy rizikem poškození jater, slinivky či vysokým krevním tlakem. (Shapiro, 2005)

Existuje ale jeden důsledek nadměrné konzumace alkoholu, se kterým se pravděpodobně setkal v životě každý, kdo byl někdy opilý a ani nemusí být alkoholik, je jím kocovina. Tento stav je vyvolán jednak narušením vodního a minerálního hospodářství a metabolismu, svoji roli však hraje i nevyspání, účinky alkoholu na lidský mozek a další. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007)

Ovšem zmíněné somatické potíže nejsou jediným možným důsledkem nadměrné konzumace alkoholických nápojů. Kromě nich totiž způsobuje nadměrné pití alkoholu problémy také v oblasti psychické a sociální. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

### 3.3 Alkohol a poruchy vyvolané jeho užíváním

Poruchy vyvolané užíváním alkoholu jsou v MKN-10 uvedeny pod kódem F10. O alkoholu je známo, že je nejužívanější psychoaktivní látkou jak duševně zdravými tak nemocnými jedinci. Alkoholismus pak bývá charakterizován jako nadužívání nápojů obsahujících alkohol. Poruchy, spojené s alkoholismem, se **dělí do dvou skupin:**

1. Poruchy, které souvisí s přímým působením alkoholu na centrální nervový systém (CNS), tedy např. alkoholová intoxikace či odvykací stav a další.
2. Poruchy, již souvisejí s chováním spojeným s užíváním alkoholu, což je třeba abúzus alkoholu nebo syndrom závislosti. (Smolík, 2002)

**Každý z těchto typů poruch má v MKN-10 svůj kód a název, zde je několik příkladů:**

- F10.0 Akutní intoxikace alkoholem,
- F10.07 Patologická intoxikace alkoholem,
- F10.2 Závislost na alkoholu,
- F10.3 Alkoholový odvykací stav,
- F10.4 Alkoholový odvykací stav s deliriem,
- F10.52 Alkoholová halucinóza. (Smolík, 2002)

### 3.3.1 Akutní intoxikace alkoholem

Akutní itoxikace jako taková je přechodným stavem, který přímo navazuje na podání nějaké psychoaktivní látky, v našem případě alkoholu. Použit tuto diagnózu jako hlavní je možné jedině v tom případě, že jde o intoxikaci bez současných vážnějších či trvalejších potíží, které vyvolal alkohol nebo jiné drogy. (Nešpor, Dvořák, 1998)

V případě intoxikace ethanolem dochází na jejím počátku ke stimulaci motorických i psychických funkcí, což subjektivně vyvolává u některých osob euforii. Objektivně jsou však sníženy schopnost koncentrace, pracovní výkon, rychlost reakce, tím i schopnost řízení motorového vozidla, a sebekritika, zároveň však stoupá sebevědomí. (Klenerová, Hynie, 2002) Jde tedy o stav, v němž se kombinují znaky narušeného chování a znaky zejména neurologické povahy. Akutní intoxikace alkoholem se může stát závažným stavem, jehož konec může být spojen s mnoha různými komplikacemi. (Kalina a kol., 2008) Vyšší koncentrace alkoholu totiž postupně způsobí útlum. Velké dávky vyvolají toxickou narkózu, která může skončit i smrtí dotyčného člověka. (Klenerová, Hynie, 2002)

Zmíněné subjektivní pozitivní pocity jsou tedy provázeny i negativními účinky alkoholu, které se v případě zvyšování jeho dávek dostávají do popředí. Ze společenského hlediska je nejnebezpečnějším důsledkem pití alkoholu jeho stimulační vliv ve vztahu k agresivitě. Vedle účinků na psychiku se projeví i změny v činnosti smyslových orgánů, zvláště pak zraku, kdy dochází k postupnému zhoršování adaptace na světlo, barvocitu, narušeno je i plastické, boční a prostorové vidění. Později se objevují i poruchy sluchu. Mimo psychiku a smysly se projeví účinek alkoholu i na motorice těla, zpvu se jedná zejména o zhoršení jemné motoriky, ale s dalším pitím alkoholu se postupně zhoršuje i motorika hrubá, typické je vrávorání a případný pád, obojí vyvolané postižením center rovnováhy a koordinační činnosti mozečku. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

Zvláštním případem je takzvaná patologická intoxikace alkoholem. Jde o stav, který nastává velice záhy po vypití takového množství alkoholu, jaké u většiny lidí intoxikaci nevyvolá. Příznaky jsou charakteristické svojí netypičností pro daného jedince ve střízlivosti. Délka trvání stavu se pohybuje v řádech hodin, končí obvykle usnutím s následnou amnézií. (Kalina a kol., 2008)

### 3.3.1.1 Stádia akutní intoxikace alkoholem

**Akutní intoxikace alkoholem má celkem 4 stádia.** Jedinci akutně intoxikovaní alkoholem si postupně mohou projít stádiem excitačním, hypnotickým, narkotizačním a asfyktickým. (Štablová, Brejcha a kol., 2006) Tato stádia jsou charakteristická změnami klinického obrazu, který se mění v závislosti na rostoucí dávce alkoholu.

- 1. Excitační (euforické) stádium** – V tomto stádiu se hladina alkoholu pohybuje v rozmezí asi 0,5 až 1,0 promile. Stádium se projevuje euforií, vyšším sebevědomím, dotyčný ztrácí zábrany, je mnohmluvný, zároveň se ale horší jeho kognitivní funkce a ztrácí na sebekritičnosti.
- 2. Hypnotické stádium** – Hladina alkoholu odpovídá zhruba hodnotám v rozmezí 1–2 promile. Dochází k prodloužení reakcí, ztrátě sebekontroly, jedinec má potíže s koordinací pohybů a rovnováhou těla, je podrážděný a jeho kognitivních funkce se dále zhoršují.
- 3. Narkotické stádium** – Hladina alkoholu v tomto stádiu je přibližně 2-3 promile. Jedinec je stížen těžkou poruchou koordinace, zmateností, začínají se objevovat první známky poruch dechového a oběhového centra, jeho kůže je na pohmat studená, trpí hypotenzí, hypotermií, tachykardií a povrchovým zpomaleným dýcháním, postupně upadá do hlubokého spánku.
- 4. Asfyktické stádium** – Tady už se hladina alkoholu pohybuje přibližně mezi 3,5-5 promile. Stádium je charakterizováno hlubokým bezvědomím až kómatem. Opilý jedinec je v tomto stádiu cyanotický a postupně u něj vyhasínají reflexy. Stav končí smrtí následkem centrálního selhání dýchání a oběhu. (Kalina a kol., 2008)

### 3.3.1.2 Základní znaky intoxikace podle MKN-10

Výše uvedené hladiny alkoholu vztahující se k jednotlivým stádiím akutní intoxikace alkoholem jsou pouze orientační, jelikož stupeň intoxikace bývá značně ovlivněn stupněm tolerance. Samotný přístup k intoxikaci se proto řídí především klinickým obrazem. Podle *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* se k základním znakům intoxikace řadí: dezinhibice chování, hádavost, agresivita, nestálost nálady,

zhoršená pozornost a úsudek, kolísavá chůze, problémy s udržením rovnováhy, setřelá řeč, mimovolné pohyby očí, porucha vědomí, zarudlost v obličeji a zarudlé spojivky. (Kalina a kol., 2008)

### 3.3.1.3 Léčba akutní intoxikace alkoholem

Terapie akutní intoxikace alkoholem se liší v závislosti na jejím stádiu. Zatímco lehčí intoxikace alkoholem v podstatě není třeba léčit, ve druhém a třetím stádiu bývá již léčba nutností. (Klenerová, Hynie, 2002) U vážnějších stavů je tedy třeba zajistit životní funkce, udržovat průchodné dýchací cesty, jelikož v případě, že by došlo ke zvracení, hrozí vdechnutí zvratků. Dále je nutné doplňovat tekutiny a dbát zvýšeného dohledu nad opilým, ten je totiž ohrožen řadou komplikací, mezi něž patří například rozvoj kómatu či nebezpečí úrazu. Těžší případy intoxikace alkoholem už vyžadují podpůrné nebo řízené dýchání, sledování acidobazické rovnováhy, hladin elektrolytů, tělesné teploty a podávání infúzí glukózy bez inzulínu. U těchto případů se mohou vyskytnout i křeče, objeví-li se, zpravidla bývají tlumeny nitrožilním podáním tzv. benzodiazepinů. (Kalina a kol., 2008)

### 3.3.2 Alkoholový odvykací stav

Dojde-li na alkoholový odvykací stav, je to jasným důkazem metabolické závislosti na alkoholu. (Vágnerová, 2002) Obecně platí, že **pro vyslovení diagnózy odvykacího stavu** musí být splněna celkem **3 kritéria**:

1. V nedávné minulosti došlo k vysazení nebo zredukování látky, která byla jedincem opakovaně nebo dlouhodobě užívána.
2. Příznaky odpovídají známkám odvykacího syndromu.
3. Příznaky nelze vysvětlit tělesným onemocněním, které by bylo nezávislé na užívání látky, ani jinou psychickou či behaviorální poruchou. (Nešpor, 2007)

**Pro diagnostikování alkoholového odvykacího stavu musí být přítomny alespoň tři z těchto znaků:** „(1) třes jazyka, očních víček nebo napřažených rukou, (2) pocení, (3) nauzea, dávení nebo zvracení, (4) tachykardie nebo hypertenze, (5) psychomotorický neklid, (6) bolesti hlavy, (7) nespavost, (8) malátnost nebo slabost,

(9) přechodné zrakové, hmatové nebo sluchové halucinace nebo iluze, (10) křeče typu grand mal.“ (Nešpor, 2003, s. 68)

K nástupu tohoto stavu dochází u alkoholika většinou několik hodin po skončení pití a k dosažení jeho vrcholu pak obvykle druhý den abstinence, odeznívá v časovém horizontu pěti dní. Průběh alkoholového odvykacího stavu bývá horší v případě, že je jedinec vyčerpaný, nebo když odvykání předcházela nedostatečná výživa či při tělesném onemocnění. Což jsou, mimochodem, stavy u alkoholiků velmi časté. U většiny závislých na alkoholu se však vyskytuje odvykací stav jen v mírné nebo středně těžké podobě, pouze u 3-5% se objeví i křeče nebo delirium. Ve svojí nejzávažnější podobě probíhá alkoholový odvykací stav jako takzvané delirium tremens. (Kalina a kol., 2008)

Co se léčby tohoto stavu týká, jsou-li jeho příznaky mírné a nekomplikované, odezní obvykle do tří až čtyř dnů samy, i bez léčby. Pokud se jedná o člověka, u něhož můžeme předpokládat rozvoj komplikací nebo o jedince v horším zdravotním stavu či s významnějšími příznaky, je třeba důkladnějšího přístupu, který spočívá ve zklidnění dotyčného alkoholika, zajištění klidného prostředí a dohledu, podávání tekutin, sledování životních funkcí, terapii poruch vnitřního prostředí a somatických nemocí. Křeče se stejně jako u akutní intoxikace alkoholem tlumí prostřednictvím benzodiazepinů. (Kalina a kol., 2008)

### **3.3.3 Některé psychózy vyvolané alkoholem**

V případě alkoholických psychóz jde zpravidla o soubor těžkých duševních poruch a nemocí, jejichž příčinou je předcházející kariéra alkoholika. Většina z alkoholických psychóz však zatím nebyla jednoznačně patogeneticky objasněna. (Řehan, 1994)

#### **3.3.3.1 Delirium tremens**

Tato alkoholická psychóza je tou nejčastější. Jak uvádí Sokol (in Řehan, 1994), můžeme se s ní setkat asi u 15% osob závislých na alkoholu.

Delirium tremens se projevuje zmateností a dezorientací, k dalším příznakům potom patří agitovanost, poruchy vnímání a bludy. Z tělesných znaků sem řadíme horečku, zvýšené pocení, zrychlený puls a dýchání a vysoký krevní tlak. Navíc může

být delirium provázeno epizodami značného neklidu, kdy se jedinec stává potenciálně nebezpečným sobě i svému okolí. Delirium tremens se objevuje typicky kolem třetího dne abstinence a to u osob s pěti až patnáctiletou kariérou těžkého alkoholika. (Kalina a kol., 2008)

V úvodním prodromálním stádiu se příznaky deliria tremens podobají příznakům virózy, za níž bývá v této fázi často laicky považováno. Krátká prodromální fáze bývá náhle střídána příznaky vlastního deliria tremens. U třetiny osob je nástup samotných psychotických příznaků nastartován epileptickým záchvatem typu grand mal. Projevy akutního stádia mají spíše kolísavou intenzitu. (Řehan, 1994)

Léčba tohoto stavu je velice komplikovaná a vyžaduje péči psychiatra i internisty, proto je nejlepším způsobem jeho zvládnutí prevence. (Kalina a kol., 2008) Nicméně dojde-li na léčbu, je, mimo kontrolu a kompenzaci somatických komplikací, prvořadě zklidnění a uspaní takto postiženého jedince. Úkolem psychologa je pak po odeznění akutního stádia kontrola úzdravy a podílení se na celkové rehabilitaci nemocného. (Řehan, 1994) Jak uvádí Mareček (in Vágnerová, 2002) délka trvání deliria tremens je asi 72 hodin. Jde o stav, který může skončit i smrtí.

Příčinou smrti bývají v tomto případě především zmiňované somatické komplikace. I přes veškerou péči umírá v jejich důsledku 3% až 5% nemocných. (Řehan, 1994)

### **3.3.3.2 Alkoholová halucinóza**

Předpokladem vzniku této psychózy je alespoň desetiletá kariéra alkoholika. Alkoholová halucinóza je charakteristická přítomností živých, trvalých, vizuálních a sluchových halucinací, které se objeví u alkoholika po poklesu hladiny alkoholu v organismu. (Smolík, 2002) Avšak za ústřední příznak lze považovat halucinace sluchové. V prodromální fázi může nemocný slyšet například pískání či šumění, které se následně obratem změní v hlasy, může jít o jeden nebo dva hlasy či dokonce o hlasy celé skupiny lidí. Tyto hlasy jsou zpravidla nepříjemné a mohou mít i podobu výhrůžek. Vědomí nemocného ale zůstává nezměněno, takže pro okolí začnou být halucinace zřejmé až v momentě, kdy na ně začne navenek reagovat. Nevýhodné je také to, že halucinace dočasně ustoupí po napití se alkoholem, což představuje problém především z hlediska léčby. (Řehan, 1994)



### 3.3.3.3 Korsakovova alkoholická psychóza

K jejímu vzniku dochází v důsledku dlouhodobého systematického abúzu a alkoholové závislosti, v této variantě má charakter primárního onemocnění. Sekundárně se pak může objevit jako následek protražovaného deliria tremens. **Mezi příznaky Korsakovovy alkoholické psychózy patří:**

- poruchy v aktuálních složkách paměti (vštipivost a retence),
- poruchy orientace v čase eventuelně v prostoru,
- konfabulace (vyprávění smyšlenek). (Řehan, 1994)

Klinický obraz se na počátku vyznačuje lehkou euforií, která je později naopak vystřídána celkovou apatií a nezájem o okolí. Konfabulace vznikají zřejmě jako reakce na výpadky paměti dané prakticky naprostým vymizením novopaměti. Nemocný například není schopen říci, co měl před dvěma hodinami k snídani, tak si její složení vymyslí, při pozdějším opětovném dotázaní se na tutéž věc, uvede zase jinou skladbu snídaně. Onemocnění je reverzibilní pouze částečně a to jen u části nemocných, navíc jedině v případě naprosté abstinence a současné medikamentózní léčby. (Řehan, 1994)

### 3.3.4 Fetální alkoholický syndrom (FAS)

Tento syndrom vzniká jako následek nadměrného pití alkoholu během těhotenství. Narušit embryonální a fetální vývoj může už hladina alkoholu v krvi pohybující se kolem 0,6‰. Ve výsledku se potom narodí dítě se specifickými tělesnými a psychickými následky, celosvětově označovanými jako fetální alkoholický syndrom. (Řehan, 1994)

Mechanismus poškození je založen na prostupnosti placenty pro alkohol, díky čemuž může být jeho koncentrace v krvi nenarozeného dítěte i vyšší, než v krvi matky. Plod však, bohužel, prakticky nedokáže alkohol odbourávat, a tak vysoké hladiny alkoholu v jeho krvi mají následně vliv jak na fyzický, tak psychický vývoj. (Řehan, 1994) Paradoxem je, že nejpravděpodobnější je poškození plodu na začátku těhotenství, a sice v jeho prvním trimestru, kdy žena ještě ani nemusí vědět, že čeká miminko. U plodů postižených fetálním alkoholickým syndromem se abnormality objevují typicky ve třech oblastech a to v oblasti růstu, funkcí CNS a charakteristik obličeje. (<http://www.alkoholik.cz/>)

FAS se může manifestovat v různém stupni. Mezi jeho projevy řadíme postižení tělesného růstu, dysfunkci CNS, různé anomálie jsou patrné i v obličejí dítěte, nejčastěji se jedná o široký a nízký nosní můstek a úzký horní ret. Oční štěrby bývají úzké a víčka pokleslá, oči mívají antimongoloidní postavení a pokud jde o uši, ty zase bývají posazené nízko. (Hampl, 2003) Tyto děti se také rodí s nižší porodní hmotností, mezi příznaky dále patří i nezralost, vady srdce, ledvin a plic, mentální retardace, mikrocefalie, dlouhé filtrum, tedy střední část horního rtu, někdy dokonce i těžké tvarové postižení plodu a další. (<http://www.alkoholik.cz/>) Případy fetálního alkoholického syndromu jako takového jsou však vzácné. Pokud je úroveň pravidelného pití matky na nižším stupni, může to vést k méně závažným poruchám, jako příklad je možné uvést třeba nižší porodní hmotnost dítěte. (Shapiro, 2005)

### **3.4 Sociální důsledky nadměrné konzumace alkoholu**

Nadměrná konzumace alkoholu vyvolává ve svém důsledku řadu potíží v sociální oblasti. Mezi tyto problémy lze zařadit například nedokončené vzdělání, nižší produktivitu práce, dlouhodobou nezaměstnanost případně následné bezdomovectví, dále problémy v rodině, trestnou činnost a další. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

Zatímco v případě dospělých osob se nadměrná konzumace alkoholických nápojů projeví zejména v zaměstnání a rodinném životě, u dospívající mládeže jsou sociální důsledky pravidelného pití alkoholu patrné spíše v partnerských vztazích a ve škole. U těchto mladých lidí existuje větší pravděpodobnost náhodného nechráněného pohlavního styku, mají blízko k tomu sáhnout po tvrdší droze a nezřídka bývají spojováni s trestnou činností. (Chromý, 2010) Mimo to Csémy a Hamanová (2009) uvádějí ve svojí práci výsledky projektu ESPAD 1995 až 2007, podle nichž bylo u mladých lidí nejčastějším problémem, který vznikl v důsledku užívání alkoholu, zhoršení vztahů s rodiči.

#### **3.4.1 Alkoholik a společnost**

Alkohol bývá běžně konzumován například na oslavách nebo při jim podobným příležitostech spojeným s předpokladem, že se člověk uvolní a odreaguje. Nicméně i při nich se očekává, že člověk zná hranice akceptovatelného chování. Naše společnost je

sice k alkoholu značně tolerantní, ovšem jen do té doby, než se člověk stane na alkoholu závislým. Alkoholik nedokáže plnit základní sociální role a je okolím odmítán. Pod vlivem alkoholu ztrácí člověk zábrany, má problémy se sebeovládáním a není schopen přiměřeně reagovat na podněty z okolí, díky tomu roste i riziko nehod, zranění, hmotných škod a páchání trestné činnosti. (Vágnerová, 2002)

Člověk, který je v alkoholovém opojení, má tendence vykládat si chování lidí kolem po svém, v souvislosti s tím může dojít ke vzniku a gradaci mezilidského konfliktu, který vyústí ve spáchání trestného činu. Pro opilé lidi je typické, že se do jimi páchaných trestných činů promítají emoce a pudy, jde tedy nejčastěji o činy násilného charakteru. (Chromý, 2010) Stewart et al. (in Gossop, 2009) zmiňují, že krádeže v obchodech patří mezi nečastější formy trestné činnosti páchané závislými jedinci. Ovšem jak uvádějí Felson, Savolainen, Aaltonen a Moustgaard (in Chromý, 2010) alkohol má vliv i na páchání nenásilné trestné činnosti, jejímž příkladem je vandalismus. Faktem je, že roku 1993 byla v naší zemi spáchána skoro 1/2 vražd, asi 1/3 znásilnění a 1/4 loupeží právě pod vlivem alkoholu. (Nešpor, Dvořák, 1998)

Alkoholismus se projeví i v zaměstnání, u jedince závislého na alkoholu dochází totiž k poklesu pracovní výkonnosti, má problém se soustředit, je pomalý a při práci chybuje. Navíc bývá i více dráždivý, neklidný a často má špatnou náladu. Vinu za svůj zhoršený pracovní výkon dává ostatním, jelikož nedokáže být adekvátně sebekritický, navíc mají tito lidé mnohdy i zvýšené sebevědomí. Dalším problémem je, že jedinec závislý na alkoholu není schopný chodit pravidelně do zaměstnání, dochází tedy k absencím později následovaným ztrátou zaměstnání. Pokud se alkoholik nezačne léčit nezhřídka končí jako nesoběstačný bezdomovec parazitující na společnosti a živící se tím, co vyžebřá a co získá z odpadkových košů a drobných krádeží. (Vágnerová, 2002)

### **3.4.2 Alkoholik a rodina**

Závislým na návykové látce se může podle výzkumů stát příslušník kterékoliv rodiny, o poznání častější je to však u rodin neúplných. (Petr, Kalová, Chmelařová, Zdražilová, 2007) Je dokázáno, že na to, aby se z člověka stal alkoholik, má vliv i samotná skutečnost, že někdo z jeho rodiny byl na alkoholu závislý. (Štablová, Brejcha a kol., 2006)

Závislost na alkoholu činí člověka výbušným, agresivním a bezohledným ve vztahu k životnímu partnerovi i svým potomkům. Závislý člověk má tendence lhát, žárlit, podezírat, nedá se na něj spolehnout, časem tak ztrácí své místo v rodině. Hmotná, sociální a duševní devastace, které se dopouští alkoholik na své rodině, je pro ni stresující. Tento stres časem vyústí buď v rozpad rodiny, nebo se z alkoholu stane prostředek k udržení rodiny pohromadě, protože je využíván v zátěži jako obrana, a nebo začnou pít i další rodiní příslušníci. (Vágnerová, 2002)

Jedinec závislý na alkoholu selhává i jako rodič. Podle Matějčka (in Vágnerová, 2002) může rodič alkoholik negativně působit na psychický stav dítěte. To se může následně projevat ve škole.

Nepříznivě může rodičova závislost na alkoholu působit i na zdravotní stav dítěte, například nadměrné pití alkoholu během těhotenství může vést k narození dítěte trpícího fetálním alkoholickým syndromem, starší děti zase mohou strádat kvůli nedostatečné rodičovské péči. Alkoholismus v rodině vede také k jejímu sociálnímu, finančnímu a kulturnímu úpadku. (Vágnerová, 2002)

# 4 Z PSYCHOLOGIE DOSPÍVÁNÍ

## 4.1 Období dospívání

Období dospívání je charakterizováno změnami v oblasti somatického, psychického a sociálního vývoje jedince, tedy změnami pubertálními. Ty jsou v jisté míře souběžné a navzájem závislé. U mnoha dospívajících je však mezi nimi značná diskrepance. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

V biologickém smyslu začíná toto období prvními známkami pohlavního zrání a růstovou akcelerací a končí v momentě dosažení plné pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu. Psychické zrání je charakterizováno novými pudovými tendencemi, emoční labilitou a nástupem vyspělého způsobu myšlení a dovršením jeho rozvoje. Mění se i sociální zařazení jedince, to se odráží v odlišném očekávání společnosti stran jeho chování a výkonů. U dospívajícího dochází také ke změně sebepojetí a pojetí vlastní role. Dospívající člověk si všímá změn na svém těle i v přístupu dospělých k němu. A tak na jedné straně touží po tom, aby s ním bylo zacházeno jako s dospělým, na straně druhé cítí nejistotu někdy i úzkost. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Dolní hranicí pro období dospívání je asi 11-12 let a horní zhruba 20-22 let. Nicméně toto období se dále člení na období pubescence (11-15 let) skládající se z fáze prepuberty a vlastní puberty a období adolescence (15-22 let). (Langmeier, Krejčířová, 2006)

## 4.2 Adolescence

Jak je uvedeno výše, do období adolescence spadají osoby ve věku zhruba mezi patnáctým a dvaadvacátým rokem života. Tito jedinci bývají též označováni jako mladiství, teenagers či dorost. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Důležité rysy adolescence lze spatřovat ve dvou procesech, v procesu individualizace spojeném s utvářením nových cílů, hodnot, postojů i vnějších projevů a procesu socializace, kdy jde především o začleňování do společenských vztahů. Je to

období, kdy se jedinec začíná zabývat sám sebou a svým zařazením ve společnosti. (Čačka, 2002)

V této fázi vývoje se člověk postupně stává plně reprodukčně zralým a dovršován je i tělesný růst. Těla chlapců a dívek nabývají typických tvarů. S přestupem ze základní školy na novou školu středního typu jde ruku v ruce i změna sociálního postavení mladistvého. S tím souvisí i změny v sebepojetí a erotických vztazích, tyto vztahy jsou častější a hlubší. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Chlapci a dívky dospívají rozdílným tempem, tyto rozdíly se postupem času vyrovnávají, ale i přesto dospívají dívky dříve než chlapci. U dívek je vývoj dokončen průměrně v 19 letech, u chlapců až ve 23 letech. Nicméně na adolescenty jsou mnohdy kladeny požadavky jako na dospělé, někteří jsou schopni je plnit dříve jiní později. (Čačka, 2002)

### 4.3 Hlavní psychologické rysy dospívání

Ve starší literatuře bylo období dospívání, zejména pak pubescence, popisováno jako období emoční lability. Faktem je, že dospívající jedinci bývají často přecitlivělí vůči vnějším podnětům, své vnitřní citové konflikty pak dávají nápadně najevo. Také proto je toto období nazýváno obdobím „bouří a krizí“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s.147).

**Ke změnám typickým pro toto období dále ještě patří:**

- časté a nápadné změny nálad (spíše negativním směrem),
- impulzivní jednání,
- postoje a reakce, které nelze předvídat, a jsou nestálé,
- emoční nestálost a s ní spojené obtížné soustředění (v důsledku působí kolísání ve školním prospěchu),
- snadnější unavitelnost,
- střídání apatie s na krátko vystupňovanou aktivitou,
- poruchy spánku a chuti k jídlu.

Někteří autoři spojovali negativní emoční projevy zejména s obdobím pubescence, adolescenci pak popisovali spíše jako fázi umírněnější, kdy se jedinec zklidní, má lepší náladu a obecně optimističtější postoje. Nově byly tyto teorie potvrzeny jen částečně,

přesto jsou v určitém smyslu závěry o emoční nestabilitě dnešní mládeže platné. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Nickel (in Langmeier, Krejčířová, 2006) dává citovou rozkolísanost dospívajících do souvislosti s jejich pocity nejistoty. Nesmíme však zapomínat ani na vliv fyziologických změn na psychiku mladistvého.

„Souhrnně lze pak zvláštnosti psychiky dospívajícího chápat jako více či méně nepodařené úsilí o přizpůsobení na biologické, psychické a sociální podmínky“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s.148). Z té sociální stránky jde pak zejména o rozvoj dovedností, k nimž patří třeba komunikace, navazování vztahů, sebeprosazování a další. (Nešpor, 2001)

## **4.4 Dospívající a vlivy okolí**

To jak působí vnější vlivy na dospívající, závisí na úrovni jejich kritičnosti i na faktu, že jsou citlivější na své Já. V přístupu k nim pak uznávají spíše otevřené a přímočaré jednání než třeba nadřazené chování a přetvařování. Časem si vytváří vlastní kritéria a jsou schopni i sebekritiky. Sociální svět pubescentů zahrnuje především rodinu, spolužáky a přátele. Do světa adolescentů pak vstupují i spolupracovníci a partneři opačného pohlaví. Od svého okolí dospívající chtějí zejména změnu přístupu a větší autonomii. (Čačka, 2002)

### **4.4.1 Vliv rodiny**

Rodina dítěti skýtá citovou jistotu, bezpečí a útočiště. Na kvalitě vztahů, které má dítě s rodiči závisí i průběh procesu emancipace nezbytného pro osobní zrání. V rámci procesu emancipace dítě hledá způsob jak získat samostatnost a neztratit přitom pozitivní vztah k rodičům. Způsoby mohou být různé, v závislosti na nich se pak stává, že mnoho dětí revoltuje proti rodičům, kritizuje je, odmítá jejich nadměrnou kontrolu i projevy lásky a ztotožňuje se s novými vzory a životními cíly. Pokud se dítěti nepodaří vymanit z nadměrné závislosti na rodičích, může svoji lásku k nim obrátit v nenávisť a úctu v pohrdání. Normálně se však snaží dospívající udržovat dobré vztahy s rodiči, bez ohledu na míru jejich kritiky. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

**Funkce matky:** V našich podmínkách je hlavním úkolem matky péče o domácnost a zajištění soudržnosti rodiny a kladných rodinných vztahů. Přílišná mateřská péče se pak v období dospívání může stát zdrojem konfliktů mezi matkou a dospívajícím dítětem. (Čačka, 2002)

**Funkce otce:** Otec by se měl starat o finanční a materiální zajištění rodiny a také o dodržování určité kázně uvnitř ní. Pro dceru představuje možnost nacvičit si chování k opačnému pohlaví, u syna podporuje rozvoj samostatnosti a odpovědnosti. (Čačka, 2002)

Od zhruba 12. roku věku je autorita rodičů postupně oslabována, vrchol nastává mezi 15. a 16. rokem, po 17. roce se však charakter vztahů zcela změní. Právě v období adolescence se ukáže nenahraditelnost vlivu rodiny při vytváření vlastní cesty. Přes všechny změny mají dospívající stále silnou potřebu rodičovské lásky a zázemí. Je pro ně velmi důležité, aby vzájemný emocionální vztah rodičů byl kladný, na případný rozvod pak totiž většinou reagují veskrze negativními změnami, mezi které patří i užívání návykových látek. (Čačka, 2002)

Tito mladí lidé sice mění způsob chování, avšak hodnoty a morální postoje převzaté od rodiny zůstávají stejné. Specifická pravidla, zákazy a příkazy považují za neopodstatněné a velmi limitující, proto se pak také stávají zdrojem konfliktů. Avšak mnozí i přesto svým chováním dávají najevo potřebu vedení a přiměřené kontroly. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Důležité je, aby si dospívající vybírali takové kamarády a partnery z řad vrstevníků, kteří jim pomohou rozvíjet klady jejich osobnosti. Úlohou rodičů pak je zejména podporovat dospívající v hledání dobrých přátel a zálib, neklást na ně přílišné nároky a dát jim prostor pro rozvoj svých schopností a vloh. (Nešpor, 2001) Pokud rodiče chtějí, aby se jim dítě více svěřovalo, je nutné, naučit se mu naslouchat a dávat najevo svůj zájem. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Rodiče by měli být připraveni a schopni hovořit s dětmi o problematice užívání návykových látek. Výchova by měla odpovídat věku, tedy ne příliš omezovat ani nedávat nadměrnou volnost. (Nešpor, 2001)



## 4.4.2 Vliv vrstevníků

Ve stejné míře, v jaké se dospívající emancipuje od rodiny, navazuje vztahy ke svým vrstevníkům. Osamostatňováním se od rodiny totiž ztrácí určitou jistotu a náhradu za ni hledá v nových vztazích, které jsou zároveň přípravou na budoucí trvalejší emoční vztahy. Skupina je většinou kladným socializačním činitelem, avšak může mít i negativní vliv a dítě lidově řečeno zkazit. Děti ve skupině vždy něco spojuje, zpravidla jsou to společné zájmy, potřeba se sdružovat, možnost napodobovat a vzájemný obdiv. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Pobyt dospívajícího ve skupině vrstevníků mu dává pocit rovnoprávnosti, což také skýtá možnost vyzkoušet si nejrůznější formy sociální interakce. Ve snaze být dobře přijímán skupinou je jedinec nucen k rozvoji takových charakteristik, které mu toto umožní. Dospívající své chování zpravidla přizpůsobují požadavkům skupiny, ale jen do té míry, do jaké je pro ně její názor důležitý. (Čačka, 2002) „Výrazem skupinové konformity jsou i reakce: „Dělají to všichni“, „Jak bych před kluky vypadal“ (Čačka, 2002, s.50). Jak člověk dospívá, osamostatňuje se postupně od diktátu vrstevnických skupin. (Čačka, 2002)

## 4.4.3 Vliv školy a zaměstnání

V dnešní době existuje celá řada institucí zaměřených na výchovu a vzdělávání dospívajících a také přibývá dostupných informačních zdrojů, přesto zůstává i nadále úloha školy tou stěžejní. Z hlediska volby oboru, ve kterém by chtěl dospívající v budoucnu pracovat, se stává důležitým vliv vychovatelů, kteří by měli ovlivňovat jak hodnotovou orientaci žáků, tak i dohlížet na jejich další možné ovlivňující zdroje, jako je třeba charakter vzorů a kontaktů. V rámci třídního kolektivu je pak pro dospívajícího důležité zejména získat si v něm své místo, svoji roli, která do budoucna mívá vliv i na rozvoj osobnosti člověka. (Čačka, 2002)

V rámci volby povolání potřebují mladí lidé vedení k ujasňování si vlastních pracovních nároků a předpokladů. Tato pomoc by jim měla být postupně poskytována zhruba od věku deseti let. Volba povolání je totiž pro dítě předmětem fantazie až do věku kolem jedenácti let, pak už začíná brát v úvahu realnost svých přání vzhledem k daným okolnostem, jakými jsou třeba školní prospěch a vlastní schopnosti. Při volbě

povolání jsou důležité 2 aspekty a to hledisko jedince a hledisko společnosti. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Jaide (in Langmeier, Krejčířová, 2006) uvádí **3 typy volby povolání:**

**Typ A:** Tento typ nebere příliš v úvahu své vlastní zájmy a sklony, rozhoduje se na základě přání rodičů či jiných pro něj důležitých dospělých nebo dle nahodilých vnějších skutečností.

**Typ B:** Tito sice mají určitou nekonkrétní představu o svém budoucím povolání, ale nakonec se stejně rozhodují na základě tlaku okolí. (Tento typ je nejběžnější.)

**Typ C:** Tento typ má jasnou a promyšlenou představu o tom, co chce dělat a podle ní se také řídí. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Ve chvíli, kdy potomek volí své budoucí povolání, by měl rodič vždy zvážit výhody a nevýhody toho kterého zaměstnání ve vztahu k možnosti styku s návykovými látkami a jejich užíváním. Zatímco třeba povolání barmanky umožňuje snadný přístup k alkoholu a drogám přímo na pracovišti, je povolání učitelky v mateřské škole pravým opakem. (Nešpor, 2001)

#### **4.4.4 Vliv zájmů a zálib**

V rámci volného času si mladí lidé mohou sami zvolit zájmové aktivity a jejich prostřednictvím svobodně vyjádřit vlastní pocity, postoje a přání. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Dospívající mají díky rozšíření okruhu společenských styků i větší možnosti stran trávení volného času, patří sem bohatější formy her, zábav a uspokojování zájmů. Nové dojmy jsou pro ně přitažlivější a rady dospělých spíše omezováním, ale už si neuvědomují nebezpečí, které jim jejich zvědavost může přinést. (Čačka, 2002)

Na základě výzkumu, který byl u nás proveden, bylo zjištěno, že k droze se dospívající poprvé dostanou nejčastěji na diskotéce. Je tedy velmi důležité kde, s kým a jak tráví dítě volný čas. Pokud se rodiče nesnaží rozvíjet u svých dětí dobré záliby a nezajímají se o to, s kým se jejich děti stýkají, roste riziko, že se dítě dostanou do špatné společnosti. (Nešpor, 2001)

Kvalita společných volnočasových aktivit dospívajících ovlivňuje i jejich budoucí životní styl. Ke vhodným aktivitám patří třeba sport a tanec. Sport podporuje

rozvoj řady schopností a povahových rysů. Tanec zase učí chlapce a dívky správnému společenskému chování a přispívá k jejich vzájemnému přiblížení. (Čačka, 2002)

Ve vztahu k návykovým látkám bývá zdůrazňováno nebezpečí nudy a na druhé straně také nebezpečí přetěžování dítěte. Nudící se dospívající člověk může čas trávit třeba povalováním se a posloucháním hudby, přitom si pročítá časopisy plné drogových skandálů svých idolů, a tak se může stát, že zatouží nějakého toxikomana poznat a odtud už není daleko například k tomu, sám drogu zkusit. Na druhé straně dítě, které se intenzivně věnuje jen jediné aktivitě, která mu navíc třeba ani nejde a je pro něj vyčerpávající, například sportu, a najednou kvůli zranění nemůže pokračovat, potom také nemá daleko k tomu uchýlit se z nudy například k navštěvování hospod a trávení času s partou (což se mohlo dít už v minulosti po trénincích). (Nešpor, 2001)

# 5 SOCIÁLNÍ OPORA

## 5.1 Co je to sociální opora?

Pojem sociální opora je různými autory definován různě, příčina těchto rozdílů mezi jednotlivými definicemi tkví jednak v existenci několika odlišných teoretických přístupů k jejímu zkoumání a jednak jsou různá vymezení tohoto pojmu formálně neúplná. Objevuje se také úsilí různé definiční přístupy utřídit. (Mareš, 2001)

Křivohlavý (2003, s. 94) například definuje sociální oporu takto: „Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“

Sociální opora je pro život člověka důležitá, představuje totiž významný moment v procesu zvládnání těžkých životních situací. Jak uvádí Bakal (in Křivohlavý, 2003) existují však dva pohledy na chápání vlivu sociální opory. Z prvního pohledu je vliv sociální opory viděn jako obecný jev, se kterým se setkáváme všude v našem životě, z druhého pohledu zase jako jev specifický, který je již spojen s konkrétním druhem životních situací, například se situacemi stresovými. (Křivohlavý, 2003) V současnosti se již ustupuje od koncepce, podle níž bylo zvládnání zátěže chápáno jako zvládnání opravdu velké zátěže. Nověji je tedy pojetí zátěže rozšířeno o drobné nepříjemnosti každodenního života. (Mareš, 2001)

Cohen a Wills (in Křivohlavý, 2003, s. 93) uvádí, že: „Systém sociální opory je chápán jako určitý „nárazníkový“ či „tlumící“ systém, který chrání lidi proti potenciálnímu škodlivému vlivu stresových událostí. Ti, kteří disponují takovýmto silným systémem sociální opory, se proto jeví lépe vybaveni ke zvládnání závažných životních změn i každodenních běžných mrzutostí.“

Je-li sociální opora, poskytovaná jedinci, dostatečně bohatá a kvalitní, odrazí se to pozitivně na jeho psychickém zdraví a pocitu pohody, dotyčný bude také schopen lépe zvládat nemoc a delší bude i doba jeho přežití. Důležité však je uvědomit si, že efekt sociální opory nemusí být vždy pozitivní, nabízená sociální opora může být

příjemcem i odmítnuta či viděna jako nedostatečná nebo dokonce zcela nevhodná. (Mareš, 2001)

Sociální oporou bývá myšlen pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou člověku, jenž je v tísní, nejbližší. V tom širším slova smyslu **rozlišujeme tři úrovně sociální opory**:

1. **makroúroveň** – úroveň celospolečenské pomoci potřebným (například v celostátním měřítku poskytovaná ekonomická a sociální pomoc lidem v lokalitě postižené záplavami, tedy třeba činnost organizace ADRA),
2. **mezoúroveň** – úroveň pomoci skupiny jednomu ze svých členů, či lidem z okolí skupiny, kteří jsou v tísní, ale nepatří mezi členy této skupiny (příkladem je pomoc kolegů z práce jednomu ze spolupracovníků či činnost organizací typu Charita),
3. **mikroúroveň** – úroveň pomoci, kdy dotyčnému člověku pomáhá osoba jemu nejbližší (kupříkladu pomoc matky dítěti či naopak). (Křivohlavý, 2003)

## 5.2 Druhy sociální opory

V rámci psychologie zdraví bývají popisovány **4 druhy sociální opory**, a sice opora instrumentální, informační, emocionální a hodnotící. Jak napovídají samotné názvy, každý z těchto druhů opor, je charakteristický jinou formou pomoci a opory.

1. **Instrumentální opora** – Jedná se o velmi konkrétní, věcnou, formu pomoci vycházející z vlastní iniciativy druhého člověka, který chce postiženému pomoci (finanční výpomoc, zařízení neodkladných záležitostí za postiženého, materiální pomoc a další).
2. **Informační opora** – Má podobu informace, která je postiženému podána, aby mu případně pomohla zorientovat se v situaci, do které se dostal (Rady lidí, kteří se již v podobné situaci ocitli.). Tato forma opory zahrnuje také naslouchání člověku v nouzi.
3. **Emocionální opora** – Je poskytována formou sdělování emoční blízkosti, naznačování náklonnosti, podání pomocné ruky člověku v tísní a dalšími jejími podobami.

- 4. Hodnotící opora** – Tuto oporu je možné druhému sdělit prostřednictvím způsobu jakým je s ním jednáno, jak je podporováno jeho sebevědomí a pozitivní sebehodnocení, jeho snaha o autoregulaci atd. Součástí je také sdílení těžkostí postiženého člověka. (Křivohlavý, 2003)

## **5.3 Diagnostika sociální opory**

Má-li být řeč o diagnostice sociální opory, nejde po stránce metodologie o jednoduchou záležitost, přesto je u dospělých dobře zmapována, daleko horší je to však u dětí a dospívajících, ti se jakožto specifická skupina od dospělé populace liší nejen věkem, ale také zvláštnostmi osobnostními a sociálními. Pro diagnostiku jejich sociální opory tak existuje jen několik metod. Je ale důležité uvědomit si, že základ pro postoj člověka k sociální opoře, pro důvěru v lidi se vytváří v již v dětství, proto je potřebné diagnostikovat včas rizika, která ohrožují další psychický vývoj mladého člověka. (Mareš, 2001)

Mezi metody obecně používané k diagnostice sociální opory patří: pozorování, rozhovor, analýza výtvorů, dotazník, případně kombinace těchto metod. Zajímáme - li se o typické formy sociální opory, jenž zahrnují oporu poskytovanou kupříkladu ze strany rodiny, přátel, vrstevníků či dalších pro dítě sociálně důležitých osob, pak můžeme k diagnostice nepochybně využít běžné standardizované dotazníky a pozorovací metody. Stejně je to i v případě, že se zajímáme o sociální oporu v typických zátěžových situacích. (Mareš, 2001)

## **5.4 Školní mládež a sociální opora**

Podle Morgana (in Skorunka, 2002) mohou sociální oporu poskytovat i laici a mnohdy v neformální podobě, čímž se liší od dalších dvou forem pomoci, a sice od poradenství a terapie. Sociální opora má svůj původ v interakci s druhými lidmi, která mnohdy vychází z bezprostřední sociální sítě. (Skorunka, 2002) Termínem sociální síť bývá označován soubor všech ke konkrétní osobě orientovaných podpůrných dvojných vztahů v rámci relativně početnější skupiny lidí. (Křivohlavý, 2003) Bezprostřední

sociální síť tedy tvoří nejbližší lidé, jako jsou třeba členové rodiny, kamarádi, sousedé či zástupci různých pomáhajících profesí apod. (Skorunka, 2002)

K nárůstu potřeby sociální opory dochází ve chvíli, kdy se jedinec ocitá v náročné životní situaci, která většinou vyvolá například strach, smutek, bezmoc či jiné nepříjemné prožitky a pocity. Smyslem poskytování sociální opory má pak být především snaha pomoci jedinci zdárně zvládnout tuto náročnou životní situaci. (Skorunka, 2002)

Mezi uvědoměním si potřeby pomoci a jejím vyhledáním existuje období, kdy jedinec už ví, že se bez pomoci neobejde, ale ještě váhá a rozhoduje se. Zvažuje například koho a jak o ni požádat apod. Až donedávna bylo na vyhledávání pomoci nahlíženo spíše negativně, třeba jako na důkaz závislosti jedince na druhých lidech. Ale již dávno bylo také zjištěno, že vyhledávání pomoci je možné vykládat i kladně. V případě studujícího jedince svědčí vyhledávání pomoci o jeho zaangażovanosti na splnění úkolů a skýtá mu možnost předejít studijním neúspěchům. Z dlouhodobé perspektivy jsou také posilovány jeho šance na dosažení lepších výsledků a menší závislosti na jiných lidech. Podle Pescosolidové (in Mareš, 2002) jde v případě vyhledávání pomoci o sérii jedincových rozhodnutí týkajících se toho, zda má vyhledat pomoc někoho jiného či nikoliv. Pomoc je jedincem vyhledávána nepřetržitě jak u jeho blízkých (rodina, přátelé, spolužáci...) tak u důležitých lidí z dané komunity i u profesionálů (lékař, psycholog, sociální pracovník apod.). (Mareš, 2002)

Vyhledávání pomoci představuje žákův potenciál pro zvládnutí aktuálních školních potíží. (Mareš, 2002) Avšak existují i tací jedinci, kteří přestože si uvědomují, že pomoc potřebují, nevyhledají ji, co víc, snaží se jí vyhýbat. V případě dospívajících jedinců představuje tato situace akutní problém. Dospívající se snaží zvládnout zátěžové situace, do nichž se dostávají, po svém, ale ne vždy je jejich snažení úspěšné. Důsledky takového selhání pak mohou mít vážný dopad na jejich další život. Bohužel někteří dospívající se k vyhledání pomoci neodhodlají nikdy nebo se odhodlají, ale ne ve správnou chvíli. (Mareš, 2002)

Jak uvádějí Carlton a Deane (in Mareš, 2002) podle výzkumů paradoxně nejméně vyhledávají pomoc ti mladí lidé, kteří by ji potřebovali nejvíce. Mladistvý často nedokáže požádat o pomoc, to ale neznamená, že ji neočekává. (Králová, 2001)

Vyhledávaná pomoc může mít z hlediska přínosu pro žáka dvě formy, jedna přispívá jeho rozvoji, druhá ho brzdí. Rozlišujeme instrumentální a exekutivní hledání

pomoci. V případě prvního typu leží hlavní díl zodpovědnosti na žákovi samotném, u druhého typu je odpovědnost přenesena na pomáhajícího. (Mareš, 2002)

Z předběžných výsledků doktorkou Královou (2001) na straně 139 publikovaného výzkumu s názvem *Mladiství a specifická sociální zátěž*, kde šlo o mladistvé obviněné z trestného činu, u nichž byla stresorem počáteční fáze přípravného řízení, je patrné, že mladiství se nejčastěji jako prvnímu svěřili se svým proviněním některému ze členů rodiny, na druhém místě kamarádovi či kamarádce a na třetím partnerovi nebo partnerce. Toto pořadí bylo zachováno i u odpovědí na otázku zjišťující od koho mladiství očekávali pomoc. Výzkumem bylo také zjištěno, že mladiství preferují strategii zvládnání zátěže, která je založená na přenesení odpovědnosti na jiného člověka.

Pro mladistvého je též důležité, aby mu rodiče dávali najevo, že při něm stojí a mají ho pořád rádi a to i přes to, že selhal. Rodiče bohužel neumí správně zhodnotit míru zátěže, kterou prožívá jejich dítě, buď ji podceňují, nebo přeceňují, častější je však podceňování. (Králová, 2001)

Ovšem ani sociální opora, nemusí být vždy jevem kladným. Druhá osoba může mít i negativní vliv na mladého člověka. (Křivohlavý, 2002) Dospívající člověk, kterému se nedostává sociální opory od rodičů, hledá tuto u jiných lidí, skupin, v tom horším případě může skončit i v nějakém gangu, který mu ale poskytne vytouženou sociální oporu. (Křivohlavý, 2003) Například Kuendig a Kuntsche (in Kožený, Csémy, Tišanská, 2007) prokázali, že pokud jsou rodinné vazby dospívajících pozitivní, konzumují tito alkohol méně, než ti adolescenti, jejichž rodinné vazby jsou problematické. V práci Csémyho a Hamanové (2009), kde jsou prezentovány výsledky projektu ESPAD 1995 až 2007, stojí, že na konzumaci alkoholu má vliv i typ studované školy, kdy žáci středních odborných učilišť pijí alkohol podstatně více. Wills et al. (in Kožený, Csémy, Tišanská, 2007) dále zmiňuje vrstevnické vlivy, na které je častěji pohlíženo spíše jako na zdroj rizikového chování, upozorňuje však i na jejich možný protektivní účinek.

Mezi případy, kdy má sociální opora spíše negativní dopady, patří i poskytování nadměrné sociální opory, která příjemci v podstatě nedává šanci na samostatné vyrovnání se s konkrétní situací. Dalším příkladem negativního vlivu sociální opory jsou situace, kdy je člověku poskytnuta jiná sociální opora než potřebuje. To může souviset s odlišností představ poskytovatele a příjemce sociální opory o tom, co



příjemce právě potřebuje. Bylo by však dobré uvědomit si také to, že ne každý o sociální oporu stojí, jsou i tací, kteří v těžkých situacích chtějí být raději osamotě. (Křivohlavý, 2003)

# 6 PREVENCE

## 6.1 Prevence a její druhy

Pojem prevence má několik poloh, jak uvádí Vokurka a kol. (in Radimecký, 2007) v obecné rovině může být definována buď jako předcházení nemoci, což je podstatou primární prevence, nebo jako předcházení zhoršení nemoci, tedy sekundární prevence, a nebo jako předcházení vzniku komplikací určité nemoci, což je zase smyslem terciální prevence.

Ve vztahu k užívání návykových látek je cílem primární prevence tomuto předejít nebo alespoň z časového hlediska co nejvíce odsunout první kontakt cílové skupiny s těmito látkami, případně ovlivnit chování těchto lidí tak, aby v momentě, kdy dojde na užívání látky, dbali na jeho co nejnižší rizikovost. Zaměřuje se tedy na ty, kteří jsou užíváním návykových látek zatím nedotčení. (Radimecký, 2007)

Opatření ve smyslu sekundární prevence se snaží buď o bojkot užívání návykových látek, redukcí jejich užívání, snížení počtu konzumentů nebo redukcí počtu problémových konzumentů. Zaměřuje se na ty, kteří už mají s těmito látkami zkušenost. (Radimecký, 2007)

Terciální prevence se pak zaměřuje na redukcí možných zdravotních a sociálních rizik a defektů, které by v důsledku užívání návykových látek mohly vzniknout, pozornost je věnována také možnostem snižování nabídky a poptávky po těchto látkách. Cílovou skupinou jsou zejména problémoví uživatelé. (Radimecký, 2007)

## 6.2 Školní mládež a prevence

Doba je bohužel taková, že už ani malé děti nejsou dnes před drogami v bezpečí. Dá se říci, že všechny jednou budou muset k alkoholu a drogám zaujmout nějaký postoj, přičemž se uplatní různé faktory, jako je třeba vlastní zvědavost, tlak ze strany přátel, snadný přístup k těmto látkám, síla osobnosti a další. Tlaky působící na mladé lidi jsou zkrátka ohromné. Pokud dospělí radí dětem, aby neužívaly návykové látky,

alkohol nevyjímaje, věří, že se děti těmito radami budou řídit, jen doufat ale nestačí. (Elliotová, 1995)

V rámci prevence na úrovni rodiny je důležité, aby se rodiče dětem věnovali, dohlíželi na ně, byli schopni najít řešení problémů a prosazovali zdravé normy. (Nešpor, 2009) Nešpor a Csémy (1994) prezentovali ve svojí knize stručný výčet zásad pro prevenci v rodině, podle nichž je z pohledu rodičů důležité vybudovat si s dítětem vztah plný důvěry a dokázat mu naslouchat, být schopný mluvit s ním informovaně o alkoholu a drogách, snažit se hledat způsoby, jak předejít nudě, podporovat dítě v přijímání hodnot, které mu pomohou návykové látky odmítat, nastolit v rodině zdravá pravidla, pomoci svému potomkovi ubránit se nevhodné společnosti, posilovat jeho sebevědomí a začít spolupracovat s jinými dospělými.

Jedná - li se o kvalitní preventivní program určený celé populaci, snaží se většinou postihnout více návykových rizik současně. Účinnost prevence ve školním prostředí je podmíněna intenzivitou a interaktivitou programu, který by měl zároveň učit dospívající novým dovednostem. (Nešpor, 2009)

Primární prevence je v České republice organizována *Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy* (MŠMT) na dvou úrovních. V horizontální rovině je to spolupráce MŠMT s věcně příslušnými resorty a nadresortními orgány. V rovině vertikální pak vede MŠMT síť koordinátorů prevence, do níž patří krajští školští koordinátoři prevence, metodikové prevence a školní metodikové prevence. (Marádová, 2006)

Na úrovni společnosti by pak měla mít prevence podobu snižování dostupnosti návykových látek, zákazu reklamy na tyto látky a zvyšování daní na ně. To jsou také její nejpodstatnější úkoly stran této roviny. (Nešpor, 2009) Opomenout však nelze ani stanovení zákonné věkové hranice pro konzumaci alkoholických nápojů. Ta je u nás stanovena na 18 let, otázkou je, do jaké míry se ctí. (Nešpor, 2003)

# 7 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE

Analýzou teoretických poznatků jsem dospěla k rozhodnutí, že by bylo přínosem zaměřit se na vztah školní mládeže k alkoholu jako na komplexní a aktuální problém, který může být ovlivňován celou řadou faktorů. Z tohoto důvodu si stanovuji následující cíle.

## Hlavní cíl práce

Zmapovat problematiku pití alkoholu u školní mládeže.

## Dílčí cíle práce

Pro účely praktické části této diplomové práce bylo stanoveno pět dílčích cílů:

1. Zmapovat zkušenosti školní mládeže s alkoholem.
2. Zmapovat důvody, které vedou školní mládež ke konzumaci alkoholu.
3. Posoudit vliv sociálního prostředí dětí a vliv sociální opory dětí na jejich vztah k alkoholu.
4. Posoudit, zda dospívající považují alkohol za hrozbu z hlediska zdravotního a sociálního.
5. Vypracovat edukační materiál pro mládež.

## Hypotézy práce

1. Předpokládám, že mezi mladými lidmi bude statisticky významně vyšší konzumace piva než jiných alkoholických nápojů.
2. Očekávám, že dvě třetiny (66,6%) a více dotazovaných budou svoji první zkušenost s alkoholem datovat do věku 13 let a méně.

3. Očekávám, že mezi mírou problematických vztahů v rodině a mírou konzumace alkoholu existuje signifikantní pozitivní vztah.
4. Očekávám, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou konzumace alkoholických nápojů a zhoršením vztahů s rodiči.
5. Očekávám, že u žáků středních odborných učilišť bude signifikantně vyšší spotřeba alkoholu než u žáků středních škol.
6. Předpokládám, že mezi mírou sociální opory a mírou konzumace alkoholických nápojů existuje signifikantní negativní korelace.

# 8 METODIKA PRÁCE

## 8.1 Metoda získávání dat

Potřebná data o souboru respondentů byla získána prostřednictvím dvou anonymních dotazníků. První z dotazníků byl vytvořen přímo pro účely diplomové práce a obsahuje celkem 30 otázek, které byly po dohodě s vedoucí práce Mgr. Šárkou Ježorskou, Ph.D. formulovány většinou v 2. osobě množného čísla. (Pouze první položka dotazníku má podobu 1. osoby čísla jednotného.) Co do typu jednotlivých otázek skládá se dotazník z 19. uzavřených, 5. polouzavřených, 4. otevřených a 2. škálových. Otázky jsou v dotazníku záměrně uspořádány tak, aby jejich pořadí odpovídalo sledu dílčích cílů práce. Výjimku však představují první tři otázky, které byly do dotazníku zařazeny za účelem získání základních údajů o respondentech.

V případě druhého z dotazníků jde o škálový standardizovaný *Dotazník sociální opory PSSS*, jehož autory jsou J. A. Blumenthal a kolektiv, a který byl upraven pro potřeby této práce a to odebráním poslední z původně třinácti výpovědí. Oba zmíněné dotazníky byly k sobě připojeny tak, že vytvořily jeden celek. Vybrané odpovědi respondenti značili v dotaznících jejich zakroužkováním, v případě polouzavřených a otevřených otázek pak měli možnost uvést odpovědi vlastní.

## 8.2 Charakteristika souboru respondentů

Soubor respondentů je tvořen studenty většinou prvního nebo druhého ročníku tří různých škol středního typu. Rozhodujícím kritériem pro zařazení do tohoto souboru však nebyl ročník studia, nýbrž věk studentů, ten se musel pohybovat v rozmezí 15 až 17 let. Cílem totiž bylo vytvořit soubor respondentů z nezletilých studentů středních odborných učilišť a středních škol. Do souboru respondentů tak byli zařazeni studenti těchto prostějovských škol: Gymnázium Jiřího Wolkerova, ART ECON - Střední škola Prostějov a Střední odborné učiliště (SOU) stavební Prostějov. Důležitou informací je fakt, že na ART ECON - Střední škola Prostějov se dotazníkového šetření zúčastnili

pouze žáci studující učňovské obory bez maturity a ne jinak tomu bylo i na SOU stavebním Prostějov.

Soubor respondentů čítá dohromady 115 osob, z toho je celkem 55 dívek a chlapců z gymnázia, 23 dívek ze střední školy ART ECON a 37 chlapců ze SOU stavebního. Přičemž všichni studenti gymnázia zařazení do tohoto souboru byli ve věku 16 nebo 17 let, zatímco mezi žáky učňovských oborů bylo i několik patnáctiletých jedinců.

### **8.3 Organizace dotazníkového šetření**

Realizaci dotazníkového šetření předcházela v případě všech tří škol e-mailová domluva termínu ústního projednání *Žádosti o povolení výzkumného šetření*. V listopadu 2010 pak proběhly osobní schůzky s představiteli vedení všech tří škol, tedy Gymnázia Jiřího Wolker, ART ECON - Střední školy Prostějov a Středního odborného učiliště stavebního Prostějov, během nichž byla s jednotlivými řediteli, v případě SOU stavebního Prostějov se zástupkyní ředitele pro teoretickou výuku, vždy projednána a následně podepsána výše zmíněná žádost. Zástupci vedení všech tří škol obdrželi také list papíru s informacemi o dotazníkovém šetření určenými pro rodiče studentů, s nimiž byli rodiče seznámeni v rámci třídních schůzek.

Samotné dotazníkové šetření probíhalo koncem listopadu a začátkem prosince 2010 postupně na gymnáziu, střední škole ART ECON a na SOU stavebním. Kvůli nedostatku respondentů z učňovských oborů, zejména z důvodu jejich značné absence v den původního termínu, stanoveného pro provedení dotazníkového šetření, muselo být toto na SOU stavebním Prostějov prováděno opakovaně.

Dotazníkové šetření probíhalo v konkrétní třídě, po dohodě s vedením té které školy, vždy v rámci některé z vyučovacích hodin a v zájmu zachování anonymity respondentů bylo realizováno mnou osobně za přítomnosti některého z pedagogů dané školy. Jak vedení škol tak přítomní pedagogové byli předem seznámeni s účelem šetření a také s faktem, že dotazníky jsou anonymní a jejich vyplnění dobrovolné. Stejně informace byly před rozdělením dotazníků tlumočeny také samotným žákům, ti byli navíc seznámeni i s celým obsahem úvodního textu našeho dotazníku a s pokyny pro správné

vyplnění. Žáci měli možnost se během samostatné práce s dotazníky kdykoliv zeptat na to, co jim zrovna nebylo jasné.

Rozdáno bylo celkem 145 dotazníků, je třeba předeslat, že návratnost byla 100%, problém byl spíše s jejich hodnotitelností. Z 60. dotazníků rozdaných na gymnáziu jich bylo nehodnotitelných 5, z 24. vyplněných na střední škole ART ECON se nedal hodnotit jeden dotazník a z 61. dotazníků získaných na SOU stavebním Prostějov pozbylo hodnotitelnosti 24. Pro hodnotitelnost dotazníků bylo stanoveno kritérium, podle něhož je dotazník hodnotitelný pouze, je – li vyplněn alespoň z 80 %.

## 8.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla nejprve utříděna ruční čárkovací metodou a ve většině případů následně převedena do tabulek a grafů. Každá z tabulek obsahuje jak četnosti absolutní tak v procentech uvedené četnosti relativní a je opatřena slovním vyjádřením k získaným datům. Pro výpočet relativních četností byl použit vzoreček  $f_i = ni/N$ , kdy  $f_i$  značí relativní četnost,  $ni$  absolutní četnost a  $N$  celkovou četnost. Do tabulek a grafů byly vybrány dotazníkové položky a k nim se vztahující naměřená data převedena postupně v souladu s pořadím otázek v dotazníku a jejich příslušností k jednotlivým cílům. ([http://unifor.upol.cz/fzv/download/zavprace/organizace\\_vyzkumu1.pdf](http://unifor.upol.cz/fzv/download/zavprace/organizace_vyzkumu1.pdf))

Pro získání hodnot potřebných k ověření stanovených hypotéz byly využity tyto statistické metody pro analýzu metrických dat: *F-test*, *Studentův t-test* a *Pearsonův koeficient korelace*. Při výpočtu *Studentova t-testu* bylo pracováno s následujícím

vzorečkem  $t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s} \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$ , kde  $\bar{x}_1$  a  $\bar{x}_2$  značí průměrné hodnoty dvou skupin

naměřených dat,  $n_1$ ,  $n_2$  jsou četnosti těchto dvou skupin a  $s$  označuje směrodatnou odchylku. Další použitou metodou je tedy *Pearsonův koeficient korelace*

( $r_p = \frac{\text{Kovariance}}{s_x \cdot s_y}$ , kdy  $s_x$  a  $s_y$  jsou směrodatné odchylky obou proměnných).

(Chráška, 2007)

Pro zpracování získaných dat bylo v operačním systému Windows využito dvou editorů z programu Microsoft Office. Jedná se o textový editor Microsoft Word a tabulkový editor Microsoft Excel.



# 9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

## 9.1 Interpretace výsledků k dílčímu cíli č.1 – Zmapovat zkušenosti školní mládeže s alkoholem.

V rámci prvního cíle nás zajímala první zkušenost mladistvého s alkoholem, jeho osobní zkušenosti se stavem opilosti, jak často pije alkoholické nápoje, v jaké míře a jaký typ alkoholu preferuje. K tomuto cíli se vztahují položky v dotazníku označené čísly 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Jelikož se položka č.5 vztahuje k jedné z hypotéz této diplomové práce bude hodnocena až v samostatné podkapitole věnované právě hypotézám.

### Položka č.4 Zkoušel/a jste již někdy pít nějaký alkoholický nápoj?

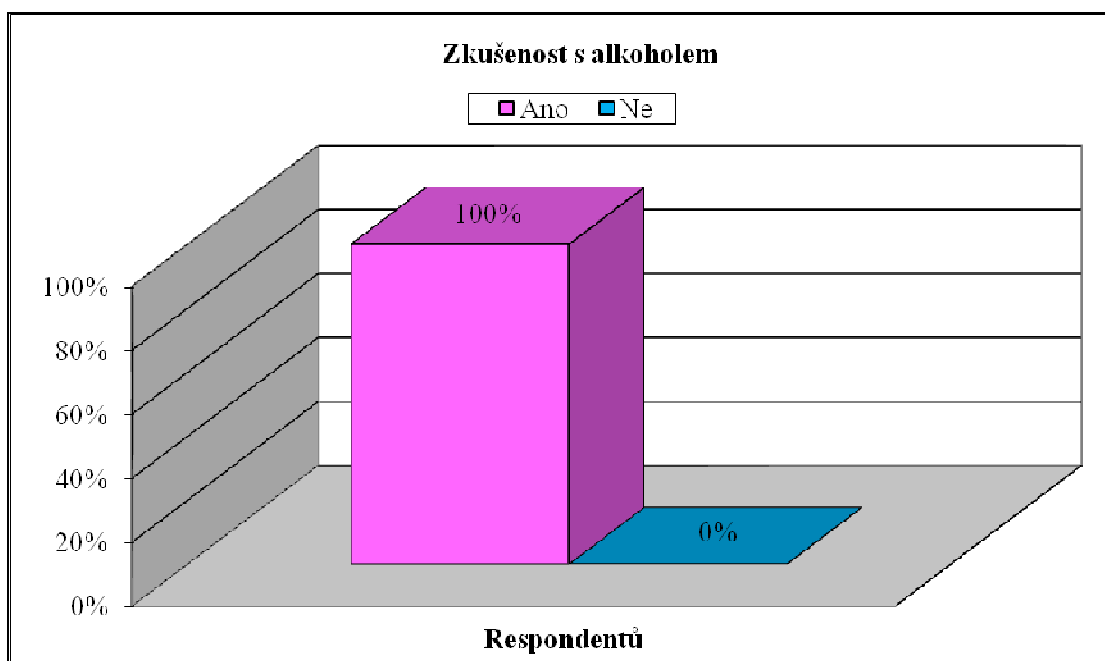
Do hodnocení této dotazníkové položky byl zahrnut celý soubor respondentů, z čehož vyplývá, že z celkového počtu 115 dotazovaných má již s alkoholem zkušenost 100% z nich, tedy všichni mladí lidé z našeho souboru už někdy alkohol pili.

Tabulka č.1 Zkušenost s alkoholem

Zkušenost s alkoholem	Školní mládež	
	$n_i$	$f_i$
ano	115	100%
ne	0	0%
celkem N	115	100%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.1 Zkušenost s alkoholem**



**Položka č.6 Byl/a jste již někdy opilý/á?**

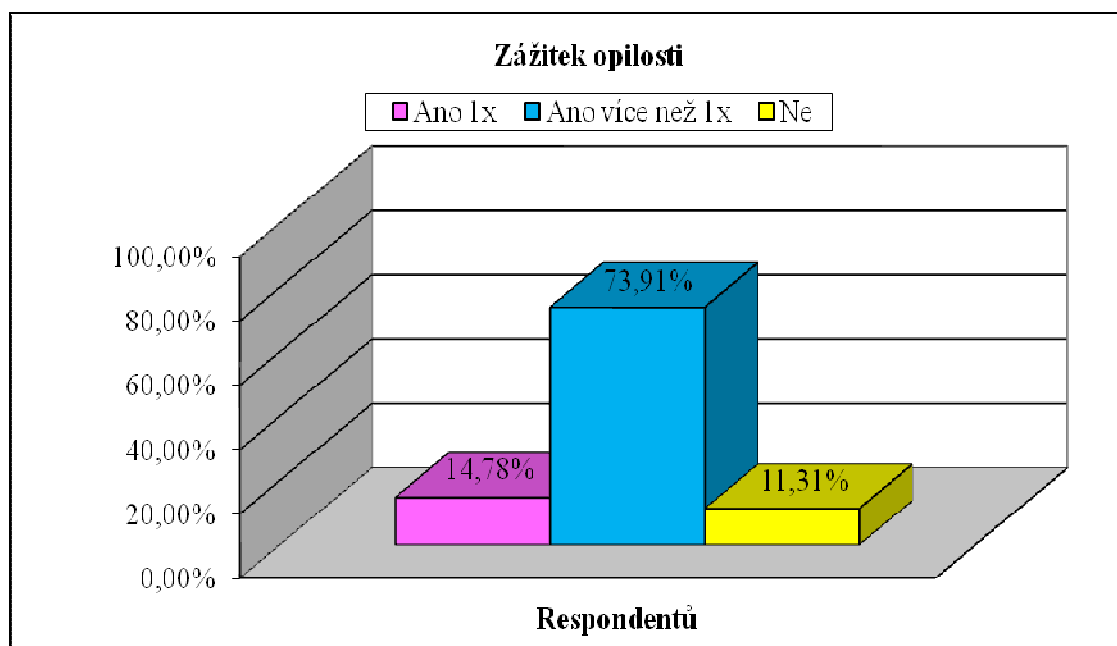
Z celkového počtu 115 dotazovaných uvedlo 17 (15%), že se opili jedenkrát v životě. Více než jednou se opilo 85 (74%) respondentů. 13 (11%) z dotázaných mladistvých tvrdí, že se ještě nikdy v životě neopili.

**Tabulka č.2 Zážitek opilosti**

Zážitek opilosti	Školní mládež	
	$n_i$	$f_i$
ano 1x	17	14,78%
ano více než 1x	85	73,91%
ne	13	11,31%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.2 Zážitek opilosti**



**Položka č.7 Pokud jste se již někdy opil/a, kolik Vám bylo let v době Vašeho prvního zážitku opilosti?**

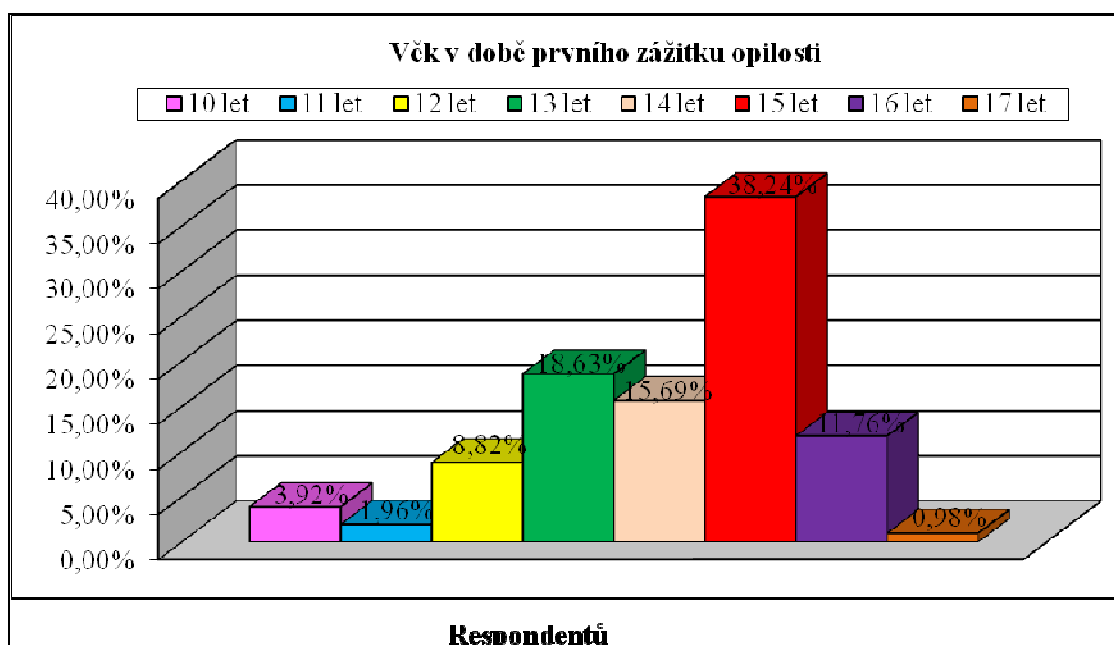
Při hodnocení této položky bylo pracováno pouze s údaji těch, kteří na předcházející otázku číslo šest odpověděli kladně, tedy sami již někdy byli opilí. Věk, který spojovali tito respondenti se svým prvním zážitkem opilosti, se pohyboval v rozmezí 10 až 17 let. Nejvíce z nich 39 (38%) uvedlo, že se poprvé opili ve věku 15 let. Druhým nejčastěji uváděným věkem bylo 13 let, kdy se prvně opilo 19 (18%) respondentů. V pořadí třetím nejčastějším byl věk 14 let, který do dotazníku napsalo 16 (16%) z těchto dotázaných. Věk 16 let potom uvedlo 12 (12%) respondentů. Další odpovědi se už vyskytovaly méně, věk 12 let v devíti případech (9%), 10 let uvedli 4 (4%) dotazovaní zařazení do souboru respondentů, 11 let dva (2%) a odpověď 17 let se objevila pouze v jednom případě (1%).

**Tabulka č.3 Věk v době prvního zážitku opilosti**

Věk v době prvního zážitku opilosti	Školní mládež	
	$n_i$	$f_i$
10 let	4	3,92%
11 let	2	1,96%
12 let	9	8,82%
13 let	19	18,63%
14 let	16	15,69%
<b>15 let</b>	<b>39</b>	<b>38,24%</b>
16 let	12	11,76%
17 let	1	0,98%
celkem N	102	100%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č. 3 Věk v době prvního zážitku opilosti**



### **Položka č. 8 Pil/a jste v posledním měsíci alkohol opakovaně?**

Z celkového počtu 115. dotázaných, zařazených do souboru respondentů, odpovědělo na tuto otázku kladně 57 (49,57%) z nich. Záporných odpovědí tak bylo celkem 58, vyjádřeno v procentech 50,43%.

### **Položka č.9 Prosím, uveďte číselnou hodnotu (počet), kolik během měsíce vypijete jednotlivých typů alkoholických nápojů?**

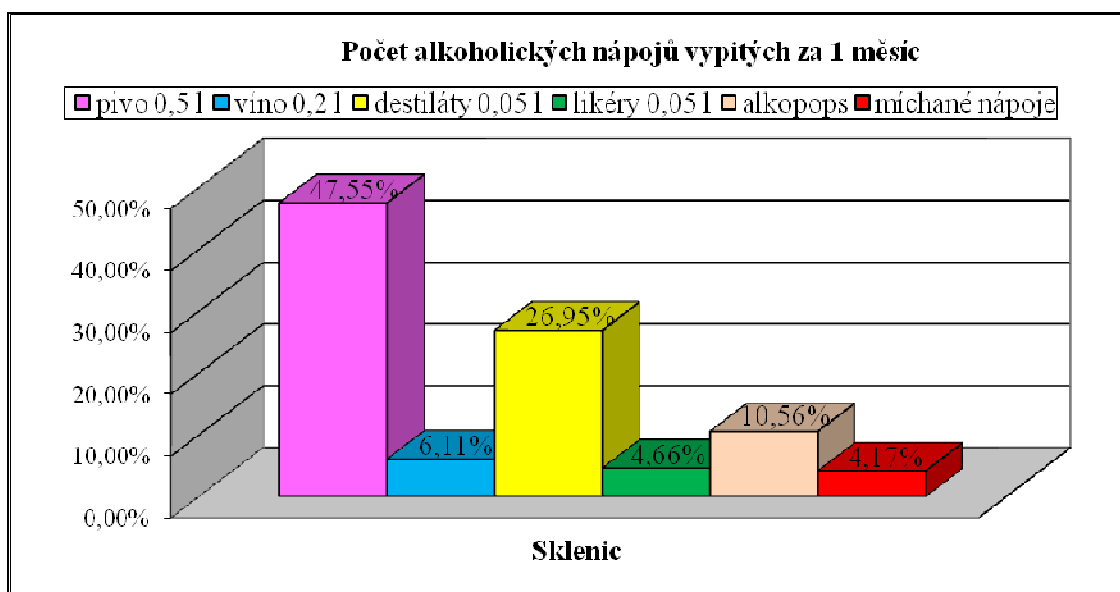
Z níže uvedené tabulky a grafu je patrné, že z celkového množství 2471 sklenic různých alkoholických nápojů, které do souboru respondentů zařazená mládež vypila dohromady za poslední měsíc, se ukázalo být nejvíce preferovaným druhem pivo, kterého vypili celkem 1175 sklenic, což je téměř polovina jejich společné celkové měsíční spotřeby alkoholických nápojů, konkrétně 47%. Na druhém místě se v tomto žebříčku umístily destiláty s počtem 666 měsíčně vypitých skleniček, což je asi 27%. Třetí místo patří alkopops (limonádě s obsahem alkoholu) s počtem 261 sklenic, vyjádřeno v procentech 11% z celkového množství všemi respondenty za měsíc vypitých sklenic alkoholu. Na dalších místech jsou pak postupně tyto alkoholické nápoje: víno 151 sklenic (6%), likéry 115 skleniček (5%) a míchané nápoje s počtem 103 sklenic (4%).

**Tabulka č.4 Počet alkoholických nápojů vypitých za 1 měsíc**

Počet alkoholických nápojů vypitých za 1 měsíc	Sklenic	
	$n_i$	$f_i$
<b>pivo 0,5 l</b>	<b>1175</b>	<b>47,55%</b>
víno 0,2 l	151	6,11%
destiláty 0,05 l	666	26,95%
likéry 0,05 l	115	4,66%
alkopops	261	10,56%
míchané nápoje	103	4,17%
celkem N	2471	100%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č. 4 Počet alkoholických nápojů vypitých za 1 měsíc**



**Položka č.10 Pijete často (tj. 3x a častěji v posledních 30 dnech) nadměrné dávky alkoholu (tj. 5 a více sklenic při jedné příležitosti, kdy 1 sklenice = 0,5 l piva nebo 0,2 l vína nebo 0,05 l destilátu či likéru nebo 1 sklenice alkopops či míchaného nápoje)?**

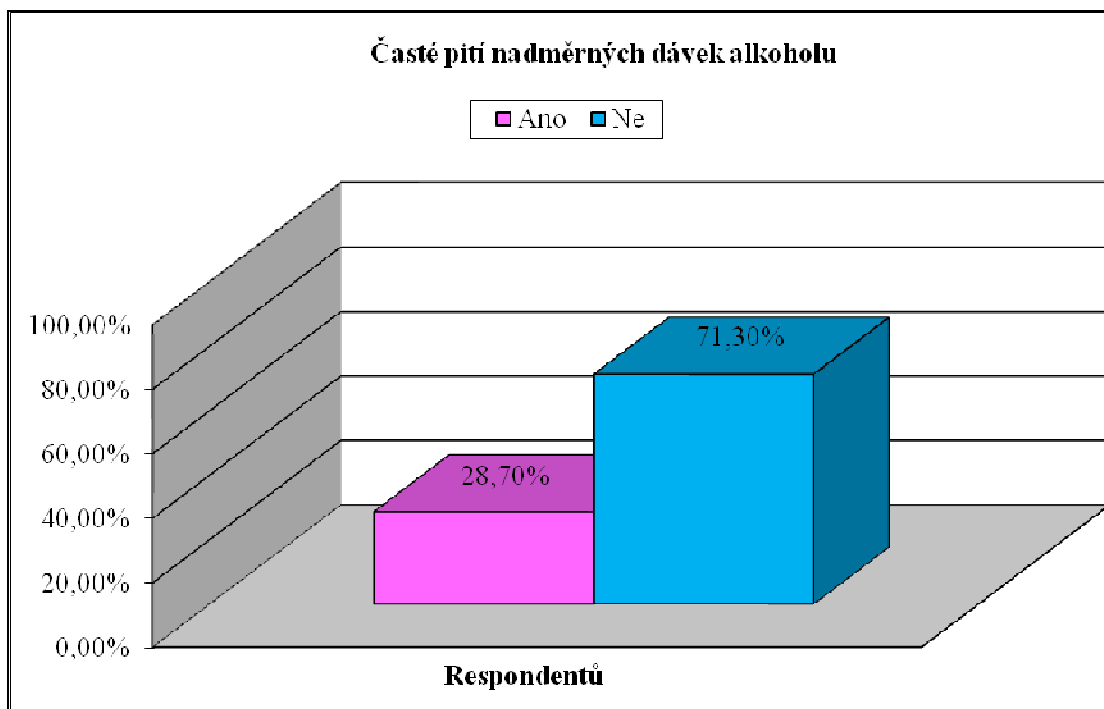
Ze všech dotazovaných mladistvých, kteří byli zařazeni do souboru respondentů, se k častému pití nadměrných dávek alkoholu přiznalo 33 (29%) z nich. Daleko větší byl však podíl těch, kteří tvrdili, že alkohol často a v nadměrných dávkách nepijí, s tímto tvrzením se ztotožnilo 82 (71%) respondentů.

**Tabulka č.5 Časté pití nadměrných dávek alkoholu**

Časté pití nadměrných dávek alkoholu	Školní mládež	
	$n_i$	$f_i$
ano	33	28,70%
ne	82	71,30%
celkem	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.5 Časté pití nadměrných dávek alkoholu**



### **Konstatování k cíli č.1**

Na základě odpovědí studentů gymnázia a učňovských oborů dvou různých škol středního typu, bylo zjištěno, že zkušenosti námi dotazované školní mládeže s alkoholem jsou poměrně bohaté. Všichni respondenti zařazení do našeho souboru již někdy alkohol ochutnali a většina z nich se také už alespoň jednou v životě opila. Na základě naměřených dat lze konstatovat, že většina (asi 84%) z respondentů, kteří mají osobní zkušenost se zážitkem opilosti, datuje svůj první prožitek tohoto stavu do věkového období mezi třinácti a šestnácti lety. Zajímavé ovšem je, že navzdory popsaným skutečnostem, více jak dvě třetiny respondentů také uvedly, že častému a nadměrnému pití alkoholu neholdují. Z výše uvedeného je tedy patrné, že požadované informace vztahující se ke zkušenostem školní mládeže s alkoholem byly dotazníkovým šetřením získány a lze tedy konstatovat, že tento cíl byl splněn.

## 9.2 Interpretace výsledků k dílčímu cíli č.2 – Zmapovat důvody, které vedou školní mládež ke konzumaci alkoholu.

Ze všech, dotazníkovým šetřením zjišťovaných, údajů o respondentech nás ve vztahu k tomuto cíli zajímalo, jak se mladiství poprvé dostali k alkoholu, proč ho vůbec ochutnali, a které ze série námi nabízených důvodů by je opravdu přiměly se alkoholu napít. Odpovědi na tyto otázky nám měly přinést dotazníkové položky 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17.

### Položka č. 11 Jak jste se poprvé dostal/a k alkoholu?

Z celého souboru respondentů uvedlo 31 (27%) mladistvých jako zdroj svého prvního alkoholického nápoje, který kdy pili, právě kamarády. Druhou nejčastější odpovědí bylo nabídli mi ho rodiče, tu volilo 24 (21%) respondentů. Na třetím místě s počtem 21 (18%) respondentů se umístila odpověď nabídl mi ho někdo jiný z rodiny, ale ne rodiče. 18 (16%) respondentů uvedlo, že si alkohol obstarali sami, 14 (12%) se přiznalo, že alkohol vzali rodičům a 7 (6%) napsalo jiný zdroj (oslava, zábava). V celém našem souboru nebyl nikdo (0%), kdo by alkohol pít ještě nikdy nezkusil.

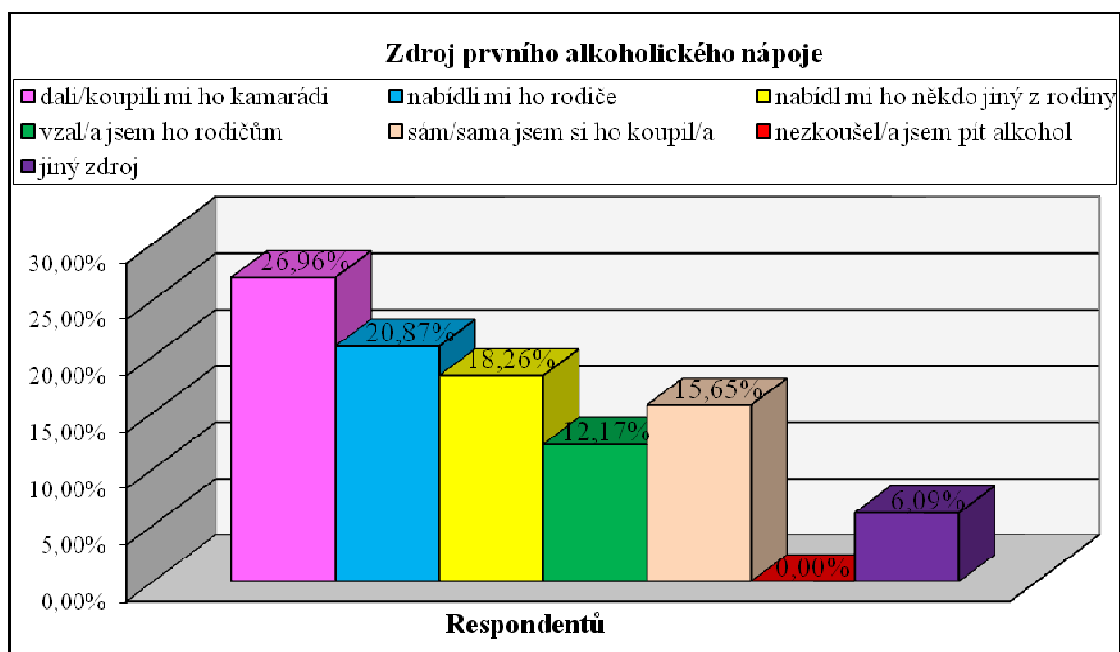
### Tabulka č. 6 Zdroj prvního alkoholického nápoje

Zdroj prvního alkoholického nápoje	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
<b>dali/koupili mi ho kamarádi</b>	<b>31</b>	<b>26,96%</b>
nabídli mi ho rodiče	24	20,87%
nabídl mi ho někdo jiný z rodiny	21	18,26%
vzal/a jsem ho rodičům	14	12,17%
sám/sama jsem si ho koupil/a	18	15,65%
nezkoušel/a jsem pít alkohol	0	0,00%
jiný zdroj	7	6,09%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost



**Graf č.6 Zdroj prvního alkoholického nápoje**



**Položka č. 12 Co Vás vedlo k Vašemu prvnímu ochutnání alkoholu? (Můžete zvolit více možností.)**

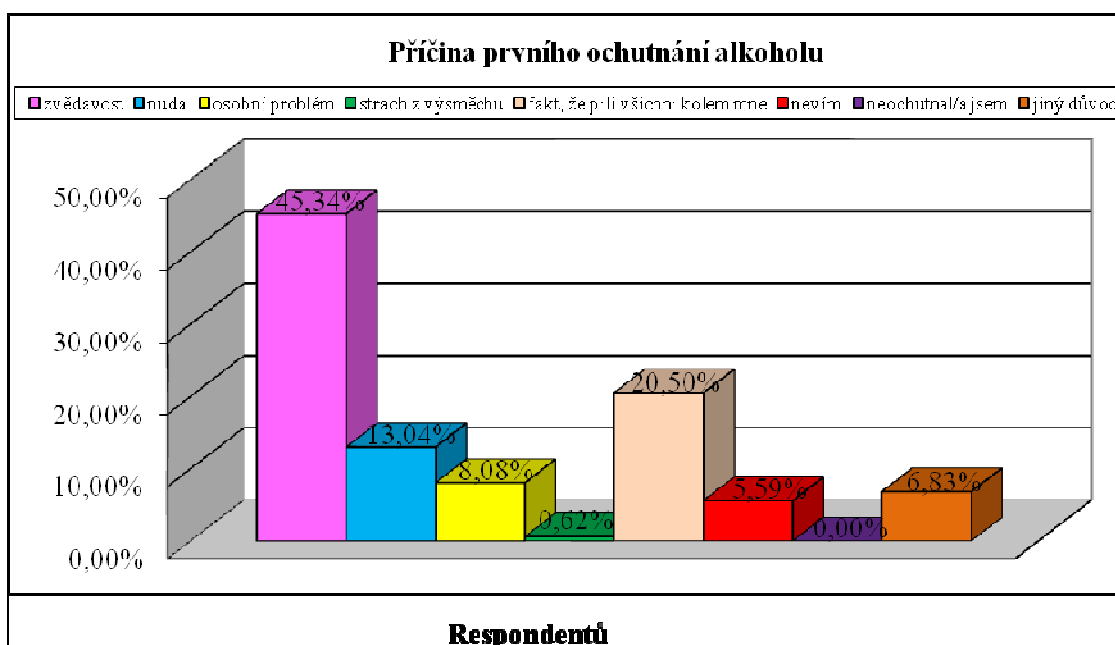
V rámci této otázky mohli respondenti volit více možností současně. Jako příčina prvního ochutnání alkoholu byla zvědavost zvolena 73krát (45%). Druhým nejfrekventovaněji označovaným důvodem byl fakt, že pili všichni v okolí, tato odpověď byla označena 33krát (20%). Nudu jako důvod k ochutnání alkoholu zakroužkovali dotazovaní v 21. případech (13%). 13krát (8%) byl jako důvod zvolen osobní problém a 11krát (7%) označili respondenti možnost jiný důvod, kdy buď neuvedli jaký nebo napsali, že tím důvodem byla oslava. 9krát (6%) dotazovaní uvedli, že nevědí, co je k pití přivedlo a pouze v jednom (1%) případě byl důvodem i strach z výsměchu. Možnost neochutnal jsem ne zvolil nikdo, jelikož všichni respondenti již někdy alkohol pili.

**Tabulka č.7 Příčina prvního ochutnání alkoholu**

Příčina prvního ochutnání alkoholu	Četnost odpovědi	
	$n_i$	$f_i$
zvědavost	73	45,34%
nuda	21	13,04%
osobní problém	13	8,08%
strach z výsměchu	1	0,62%
fakt, že pili všichni kolem mne	33	20,50%
nevím	9	5,59%
neochutnal/a jsem	0	0,00%
jiný důvod	11	6,83%
celkem N	161	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.7 Příčina prvního ochutnání alkoholu**



**Položka č.13 Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste zapadl/a do kolektivu, protože pijí ostatní?**

**Položka č.14 Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste dosáhl/a lepší nálady?**

**Položka č.15 Napijete se, když Vám kamarád/ka nabízí alkoholický nápoj?**

**Položka č.16 Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste vypadal/a dospělejší?**

**Položka č.17 Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste zapomněl/a na problémy?**

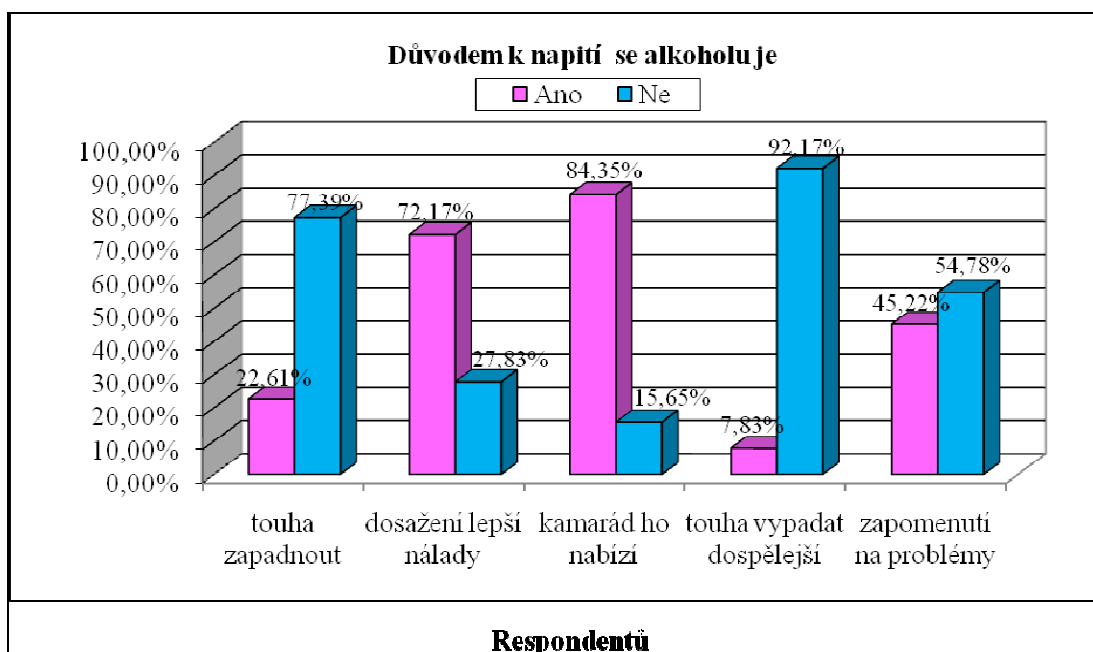
Jak je možné vidět v tabulce a grafu, pro většinou část respondentů z našeho souboru by bylo důvodem k napití se alkoholu to, že je jim nabízen z rukou kamaráda či kamarádky, souhlasné stanovisko zaujalo v tomto případě konkrétně 97 (84%) z nich. Dalším velkým lákadlem ve vztahu ke konzumaci alkoholických nápojů je pak vidina dosažení lepší nálady, s touto výpovědí se ztotožnilo 83 (72%) respondentů. Naopak na otázku, zda by se napili, aby vypadali dospěleji odpovědělo 106 (92%) z nich záporně. Ne jinak tomu bylo i v případě dotazu, zda by je přiměla napít se alkoholického nápoje touha zapadnout do kolektivu, v němž ostatní pijí, na tuto otázku odpovědělo 89 (77%) respondentů ne. Rozporuplné však byly názory na odpověď na otázku: *Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste zapomněl/a na problémy?*, kde byl rozdíl v počtu odpovědí ano a ne poměrně malý, kladnou odpověď volilo v tomto případě 52 (45%) respondentů a zápornou 63 (55%).

**Tabulka č. 8 Důvodem k napití se alkoholu je...**

Důvodem k napití se alkoholu je	touha zapadnout		dosažení lepší nálady		kamarád ho nabízí		touha vypadat dospělejší		zapomenutí na problémy	
	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$
ano	26	22,61%	83	72,17%	97	84,35%	9	7,83%	52	45,22%
ne	89	77,39%	32	27,83%	18	15,65%	106	92,17%	63	54,78%
celkem N	115	100%	115	100%	115	100%	115	100%	115	100%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č. 8 Důvodem k napití se alkoholu je...**



### **Konstatování k cíli č.2**

Z nasbíraných dat vyplývá, že děti získávají alkohol nejčastěji od svých kamarádů a k jeho ochutnání je pak vede převážně zvědavost. Šetřením jsme také zjistili, že z nabízených důvodů, které by mohly respondenta přimět napít se alkoholu, nejvíce z nich souhlasilo s tím, že by se napili, kdyby jim alkohol nabídl kamarád či kamarádka. Shrňme – li tyto skutečnosti, dalo by se říci, že na pití alkoholu u školní mládeže mají vliv právě kamarádi. Z výše uvedeného tedy plyne, že kýžené informace o důvodech vedoucích mládež ke konzumaci alkoholu byly získány a cíl byl tudíž splněn.

### 9.3 Interpretace výsledků k dílčímu cíli č.3 – Posoudit vliv sociálního prostředí dětí a vliv sociální opory dětí na jejich vztah k alkoholu.

Vzhledem ke stanovenému cíli nás v jeho rámci zajímaly informace týkající se rodinného života respondentů, tedy žijí – li rodiče ve společné domácnosti, zda je situace doma hodnocena respondenty jako problematická a jestli je někdo z rodiny závislý na alkoholu. Dalé bylo účelem získat poznatky o povědomí rodičů o konzumaci alkoholu jejich dětmi a zjistit, jak respondenti subjektivně hodnotí vliv svého pití alkoholu na vztahy s rodiči. V zájmu získání těchto informací byly do dotazníku zaneseny otázky číslo 18, 19, 20, 21 a 22. Vztah k tomuto cíli mají i položky s čísly 13 a 15, nicméně jejich výsledky již byly interpretovány v rámci předchozího cíle. Pro zjištění stavu sociální opory respondentů, byl k dotazníku připojen také standardizovaný *Dotazník sociální opory PSSS*, který vytvořil J. A. Blumenthal a kolektiv. S tímto dotazníkem však bude pracováno až v podkapitole věnované hypotézám práce.

#### Položka č. 18 Žijí Vaši rodiče ve společné domácnosti?

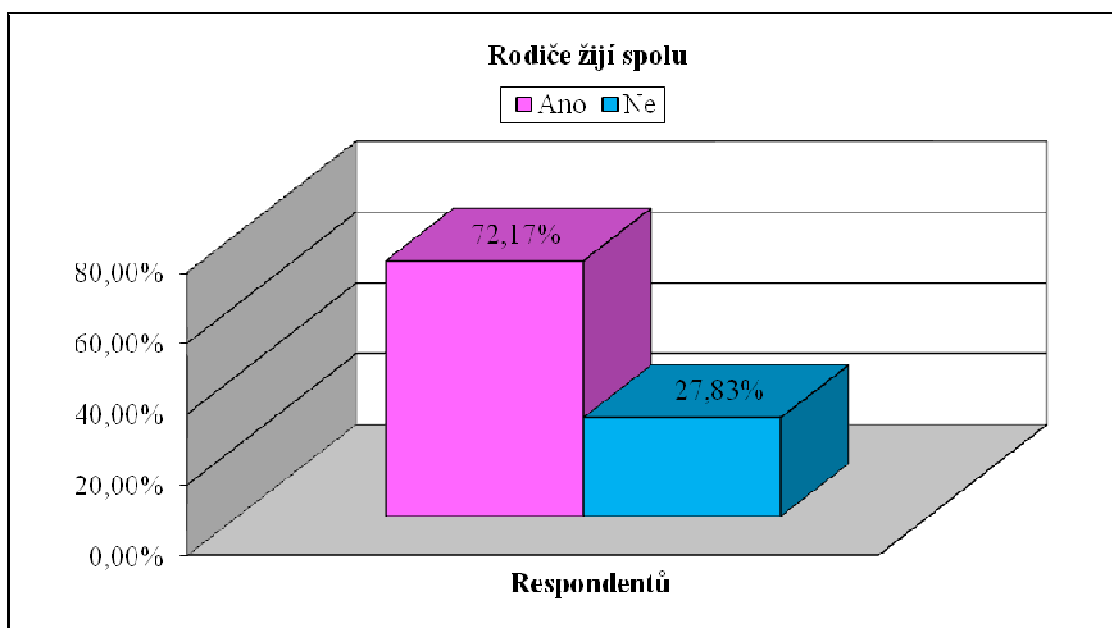
Ze 115 respondentů tvrdí celkem 83 (72%), že jejich rodiče žijí společně pod jednou střechou. Zbývajících 32 (28%) dotázaných uvedlo, že rodiče spolu nežijí.

Tabulka č. 9 Rodiče žijí spolu

Rodiče žijí spolu	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
ano	83	72,17%
ne	32	27,83%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č. 9 Rodiče žijí spolu**



**Položka č. 19 Do jaké míry vnímáte situaci u Vás doma jako problematickou? (Označte, prosím, číselnou hodnotu na stupnici, kdy 1 = neproblematická a 5 = maximálně problematická.)**

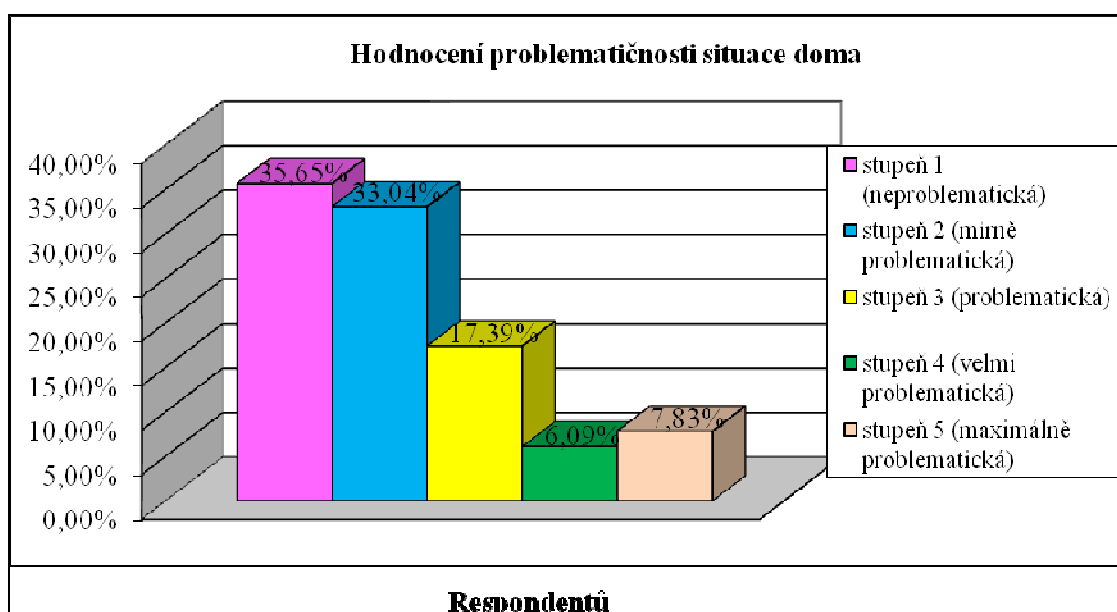
Většina, tedy 41 (36%) respondentů vnímá situaci doma jako neproblematickou, dalších 38 (33%) ji subjektivně hodnotí jako mírně problematickou. Že je doma situace problematická uvedlo 20 (17%) dotázaných mladistvých, kteří byli zařazeni do souboru respondentů. Jako velmi problematickou hodnotí situaci doma 7 (6%) respondentů a za maximálně problematickou ji považuje celkem 9 (8%) respondentů.

**Tabulka č.10 Hodnocení problematičnosti situace doma**

Hodnocení problematičnosti situace doma	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
stupeň 1 (neproblematická)	41	35,65%
stupeň 2 (mírně problematická)	38	33,04%
stupeň 3 (problematická)	20	17,39%
stupeň 4 (velmi problematická)	7	6,09%
stupeň 5 (maximálně problematická)	9	7,83%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č. 10 Hodnocení problematičnosti situace doma**



## Položka č. 20 Ví Vaši rodiče, že pijete alkoholické nápoje?

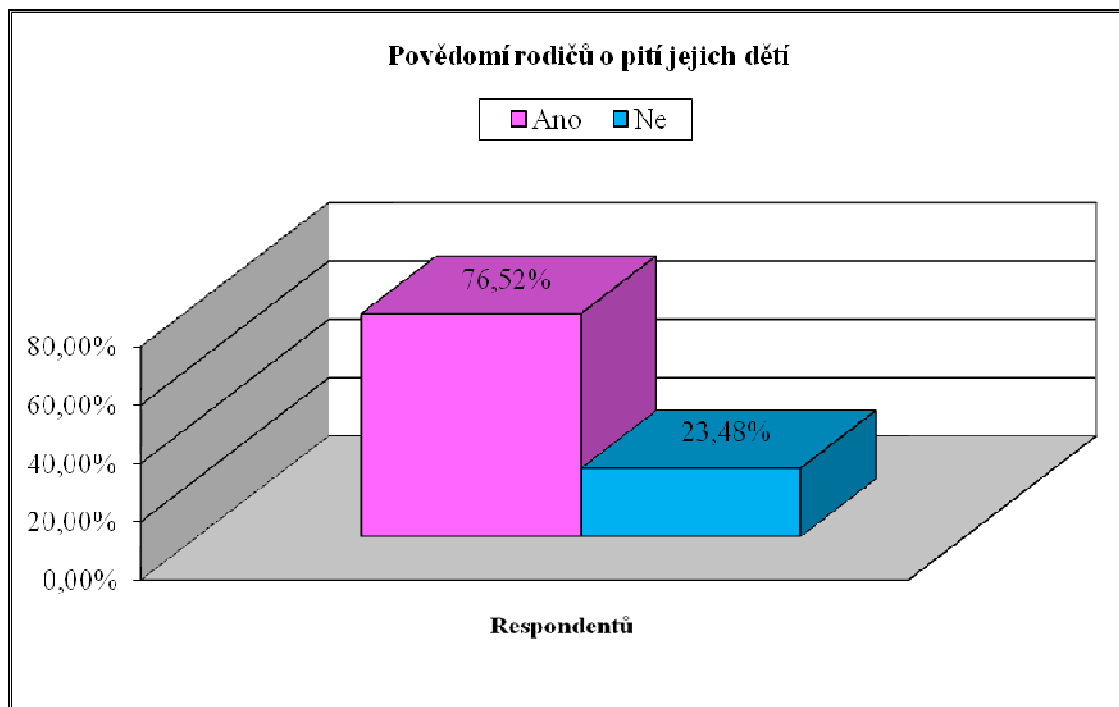
Z výsledků prezentovaných v následující tabulce a grafu je jasné, že 88 (77%) respondentů se domnívá, že rodiče vědí o jejich zkušenostech s alkoholem, pouze 27 (23%) jich uvedlo, že rodiče o jejich pití neví.

**Tabulka č.11 Povědomí rodičů o pití jejich dětí**

Povědomí rodičů o pití jejich dětí	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
ano	88	76,52%
ne	27	23,48%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.11 Povědomí rodičů o pití jejich dětí**





**Položka č.21 Do jaké míry se zhoršily Váše vztahy s rodiči po-té, co jste začal/a pít alkoholické nápoje? (Označte, prosím, číselnou hodnotu na stupnici, kdy 1 = vůbec se nezhoršily a 5 = maximálně se zhoršily).**

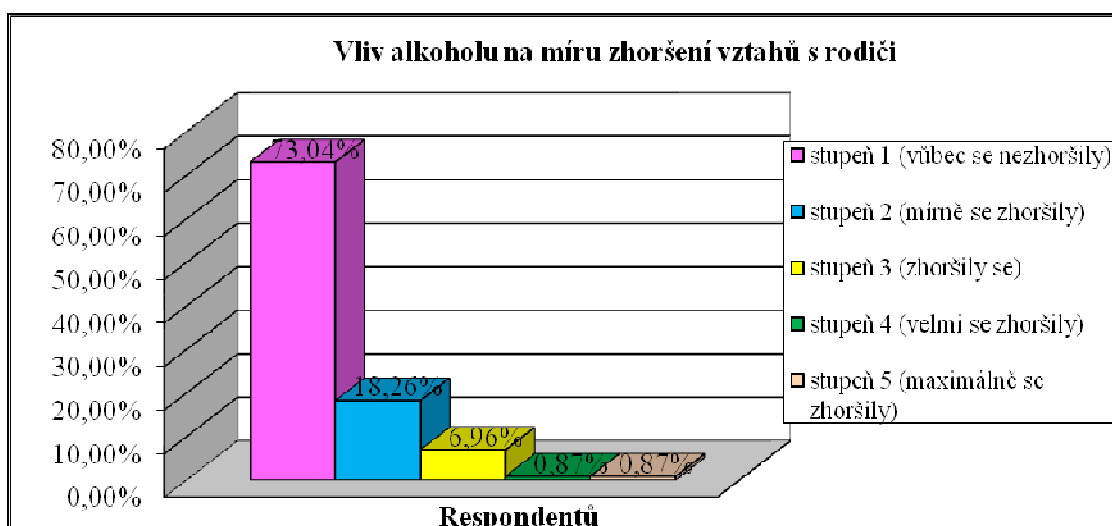
To, že mladistvý začal pít alkohol, z jeho pohledu nikterak neovlivnilo jeho vztahy s rodiči v 84. (73%) případech. Mírné zhoršení vztahů zaznamenalo 21 (18%) respondentů. Zhoršení vztahů s rodiči konstatovalo celkem 8 (7%) respondentů. Odpověď velmi se zhoršily, se objevila pouze v jednom (1%) případě, stejně jako možnost maximálně se zhoršily (1%).

**Tabulka č.12 Vliv alkoholu na míru zhoršení vztahů s rodiči**

Vliv alkoholu na míru zhoršení vztahů s rodiči	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
stupeň 1 (vůbec se nezhoršily)	84	73,04%
stupeň 2 (mírně se zhoršily)	21	18,26%
stupeň 3 (zhoršily se)	8	6,96%
stupeň 4 (velmi se zhoršily)	1	0,87%
stupeň 5 (maximálně se zhoršily)	1	0,87%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.12 Vliv alkoholu na míru zhoršení vztahů s rodiči**



## Položka č. 22 Má někdo ve Vaší rodině problém s nadměrným pitím alkoholu?

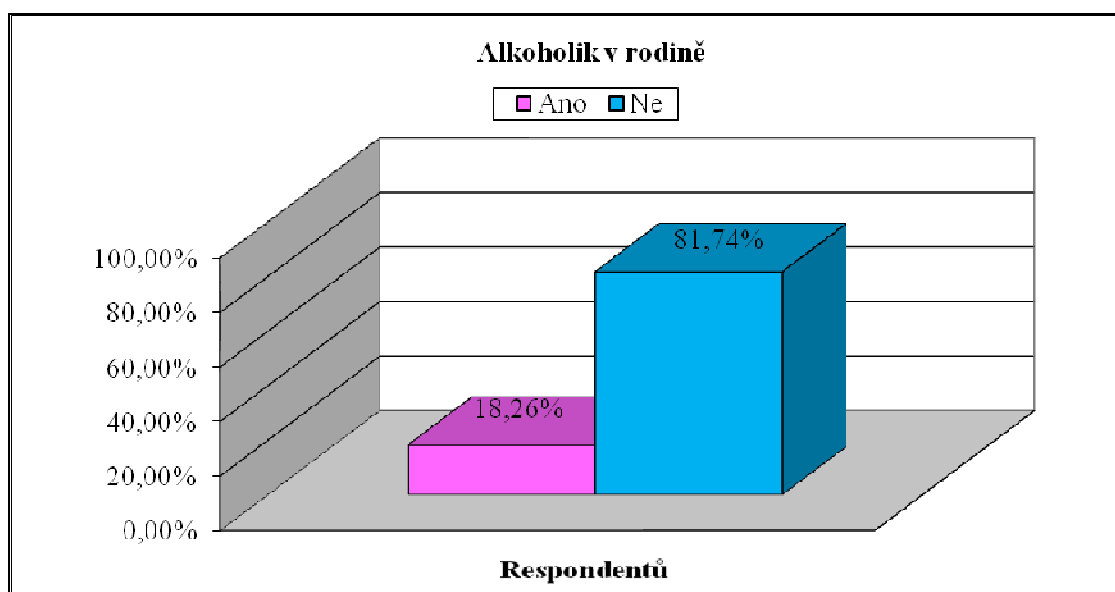
Při pohledu na níže uvedenou tabulku a graf je jasné, že většina respondentů, vyjádřeno v číslech 94 (82%), v rodině nikoho, kdo by měl problémy s nadměrným pitím alkoholu nemá. Avšak zbývajících 21 (18%) dotázaných přiznalo, že mezi jejich příbuznými někdo s tímto problémem je.

**Tabulka č.13 Alkoholik v rodině**

Alkoholik v rodině	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
ano	21	18,26%
ne	94	81,74%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.13 Alkoholik v rodině**



## Konstatování k cíli č.3

Na základě získaných odpovědí můžeme říct, že rodiče většiny respondentů žijí ve společné domácnosti, a také že situace doma je poměrně velkým počtem respondentů (asi dvěma třetinami) vnímána jako bezproblémová nebo mírně problematická. Samotné

konstatování týkající se vlivu problematických vztahů v rodině na míru s jakou mladiství pijí alkohol, bude ale uvedeno až níže v podkapitole věnované hypotézám. Dále bylo zjištěno, že značná část rodičů ví o tom, že jejich děti mají zkušenosti s alkoholem. U části respondentů došlo po-té, co začali pít, k mírnému zhoršení vztahů s rodiči. Mimo to alkoholismus v rodině se objevil jen u necelé pětiny dotazovaných. Obrázek vlivu sociální opory dětí na jejich vztah k alkoholu nám dokreslil *Dotazník sociální opory PSSS*. Zjištěné údaje o tomto vztahu budou však prezentovány až v podkapitole *Ověření hypotéz práce*. Z výčtu dat je tedy patrné, že i tento cíl byl splněn.

## **9.4 Interpretace výsledků k dílčímu cíli č. 4 – Posoudit, zda dospívající považují alkohol za hrozbu z hlediska zdravotního a sociálního.**

V zájmu splnění tohoto cíle bylo naším úkolem zjistit, zda jsou si respondenti vědomi možných zdravotních a sociálních důsledků nadměrné konzumace alkoholických nápojů a cítí – li se jimi ohroženi. Dále nás zajímalo, jestli nahlízejí na alkohol jako na drogu, uvědomují – li si, s jakými důsledky může být spojeno užívání návykové látky a zda se domnívají, že i oni jsou ohroženi vznikem závislosti na alkoholu. Za účelem nasbírání dat potřebných ke splnění tohoto cíle byly do dotazníku zařazeny položky 23, 24, 25, 27 a 28.

**Položka č. 23 Znáte možné zdravotní důsledky nadměrného pití alkoholu?**

**Položka č. 24 Myslíte si, že konzumace alkoholu má vedle zdravotních důsledků také nějaké společenské dopady?**

Že zná možné zdravotní dopady pití alkoholu, se dle získaných odpovědí domnívá 95 (83%) respondentů, zbývajících 20 (17%) volilo jako odpověď na tuto otázku možnost ne. Ti, kteří odpovídali ano, měli také vyjmenovat všechny zdravotní důsledky, o nichž ví. Nejčastěji uváděným zdravotním dopadem nadužívání alkoholu

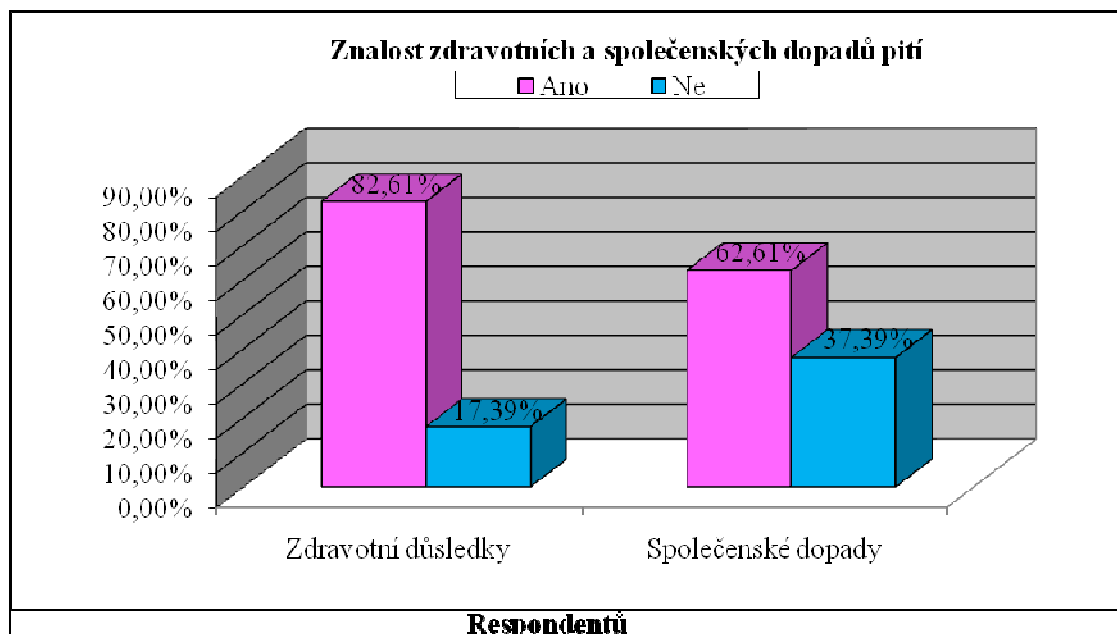
bylo postižení jater, odumírání mozkových buněk a otrava. O existenci sociálních dopadů nadměrné konzumace alkoholu je pak přesvědčeno 72 (63%) dospívajících mladých lidí, kteří jsou součástí našeho souboru respondentů. Úkolem těchto jedinců bylo opět napsat, které sociální důsledky to podle nich jsou. Zde se nejčastěji objevovaly tyto odpovědi: ztrápení se, člověk dělá, co by střízlivý nedělal a upozorňování na sebe. 43 (37%) respondentů se naproti tomu přiznalo, že sociální dopady nadměrného pití alkoholických nápojů nezná.

**Tabulka č.14 Znalost zdravotních a společenských důsledků pití alkoholu**

Znalost zdravotních a společenských důsledků pití alkoholu	Zdravotní důsledky		Společenské dopady	
	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$
ano	95	82,61%	72	62,61%
ne	20	17,39%	43	37,39%
celkem N	115	100,00%	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.14 Znalost zdravotních a společenských důsledků pití alkoholu**



### Položka č. 25 Považujete alkohol za drogu?

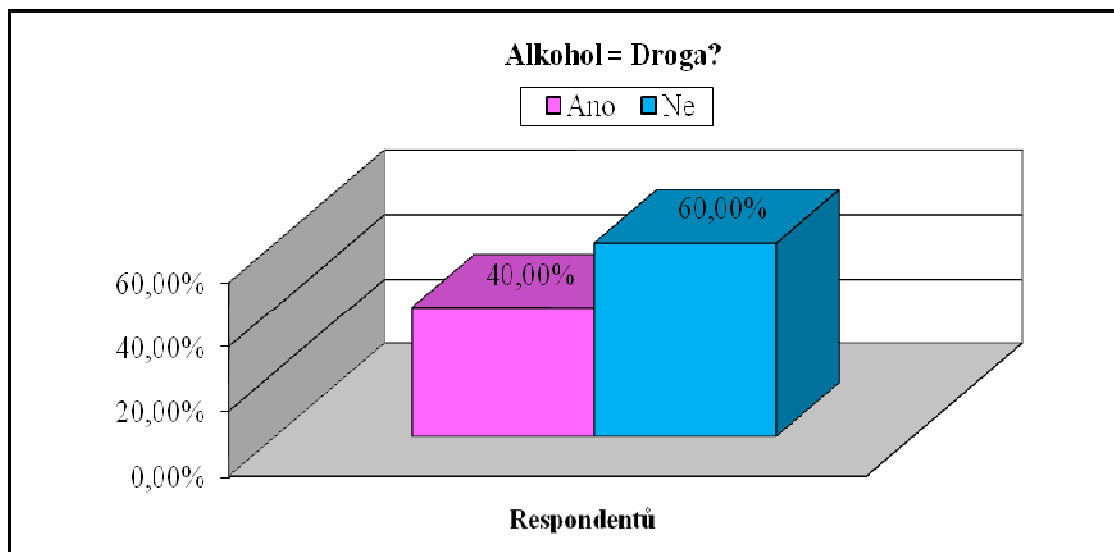
Z níže graficky prezentovaných dat je možné vyčíst, že pouze 46 (40%) respondentů považuje alkohol za drogu. Podle názoru ostatních dotázaných, celkem 69 (60%), se v případě alkoholu o drogu nejedná.

**Tabulka č.15 Alkohol = Droga?**

Alkohol = Droga?	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
ano	46	40,00%
ne	69	60,00%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Tabulka č.15 Alkohol = Droga?**



### **Položka č. 27 Myslíte si, že i Vy se můžete stát na alkoholu závislým/ou?**

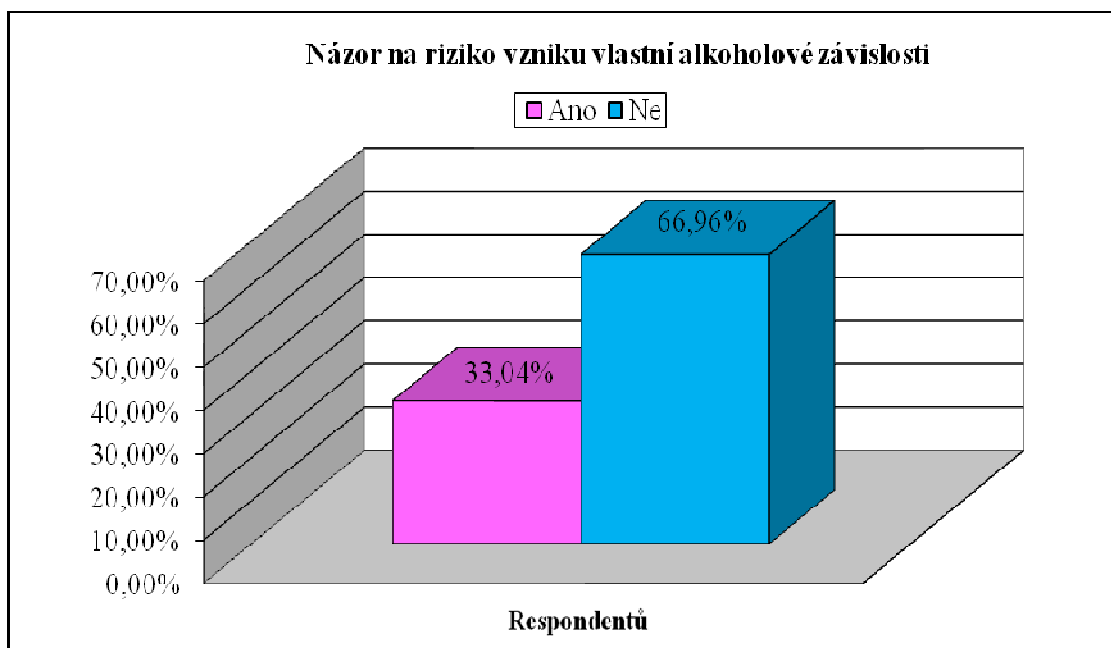
Jen 38 (33%) z dotázaných, kteří byli zařazeni do souboru respondentů, si uvědomuje, že i oni se mohou stát závislími na alkoholu. Zhruba dvě třetiny respondentů, vyjádřeno čísly 77 (67%) jedinců, tak žije v domněn, že jim se to stát nemůže.

**Tabulka č. 16 Názor na riziko vzniku své vlastní alkoholové závislosti**

Názor na riziko vzniku vlastní alkoholové závislosti	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
ano	38	33,04%
ne	77	66,96%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č. 16 Názor na riziko vzniku své vlastní alkoholové závislosti**



**Položka č. 28 Myslíte si, že jste ohrožen/a zdravotními a sociálními dopady pití alkoholických nápojů?**

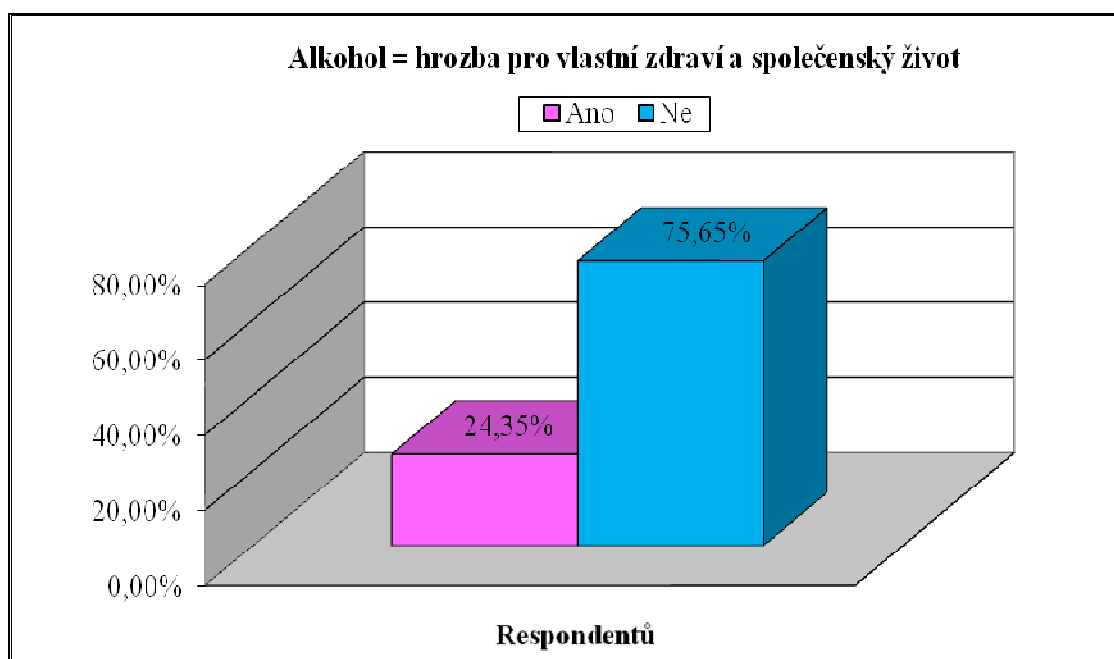
Celkem 87 (76%) respondentů si myslí, že alkohol pro ně z hlediska jeho možných zdravotních a sociálních dopadů hrozbu nepředstavuje. Opačný názor zastává jen 28 (24%) z celkového počtu stopatnácti respondentů.

**Tabulka č.17 Alkohol = hrozba pro vlastní zdraví a společenský život**

Alkohol = hrozba pro vlastní zdraví a společenský život	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
ano	28	24,35%
ne	87	75,65%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.17 Alkohol = hrozba pro vlastní zdraví a společenský život**



#### **Konstatování k cíli č.4**

Z odpovědí na otázky vzahující se k tomuto cíli můžeme lecos vyvodit. A sice bylo zjištěno, že ačkoliv se naši respondenti ve většině domnívají, že znají zdravotní a sociální důsledky pití alkoholu, za drogu ho přesto jejich převážná část nepovažuje. Stejně tak se většina z respondentů ani necítí být těmito důsledky nějak ohrožena. Pravděpodobně jsou tedy schopni důsledky nadměrné konzumace alkoholu pouze reprodukovat, ale ne si uvědomit, co předchází jejich vzniku. Úroveň vědomostí dospívajících tedy asi není taková, jak by se mohlo na první pohled zdát. Informace, potřebné k posouzení toho, je – li alkohol mladistvými vnímán jako hrozba pro jejich zdraví a společenský život byly získány, cíl splněn.

### **9.5 Interpretace výsledků k dílčímu cíli č. 5 – Vypracovat edukační materiál pro mládež.**

V souladu s cílem číslo pět bylo naším zájmem, kromě vytvoření edukačního materiálu, také zjistit, jakou formou se informace o alkoholu dostávají k dospívající mládeži nejčastěji, a zda se již někdy někde tato mládež setkala s takovým informačním materiálem, který by byl určen přímo její věkové kategorii. Z těchto důvodů jsou součástí dotazníku i otázky 29 a 30. Dotazníkovým šetřením získané informace pak posloužily jako podklad pro vytvoření výstupu diplomové práce, tedy již zmiňovaného edukačního materiálu v podobě letáku.

#### **Položka č.29 Jakou formou se k Vám dostaly informace o alkoholu? (Můžete zvolit více možností.)**

U této otázky mohli respondenti volit více možností současně. Nejčastěji jsou pro dospívající zdrojem informací o alkoholu, dle získaných dat, kamarádi, tato možnost byla označena celkem 76krát (26%). Druhou nejzastoupanější odpovědí byla ta, podle níž jsou zdrojem informací rodiče, tuto volilo 63 (22%) respondentů. V pořadí třetím nejfrekventovanějším zdrojem je rádio či televize, zakroužkováno 54krát (19%).



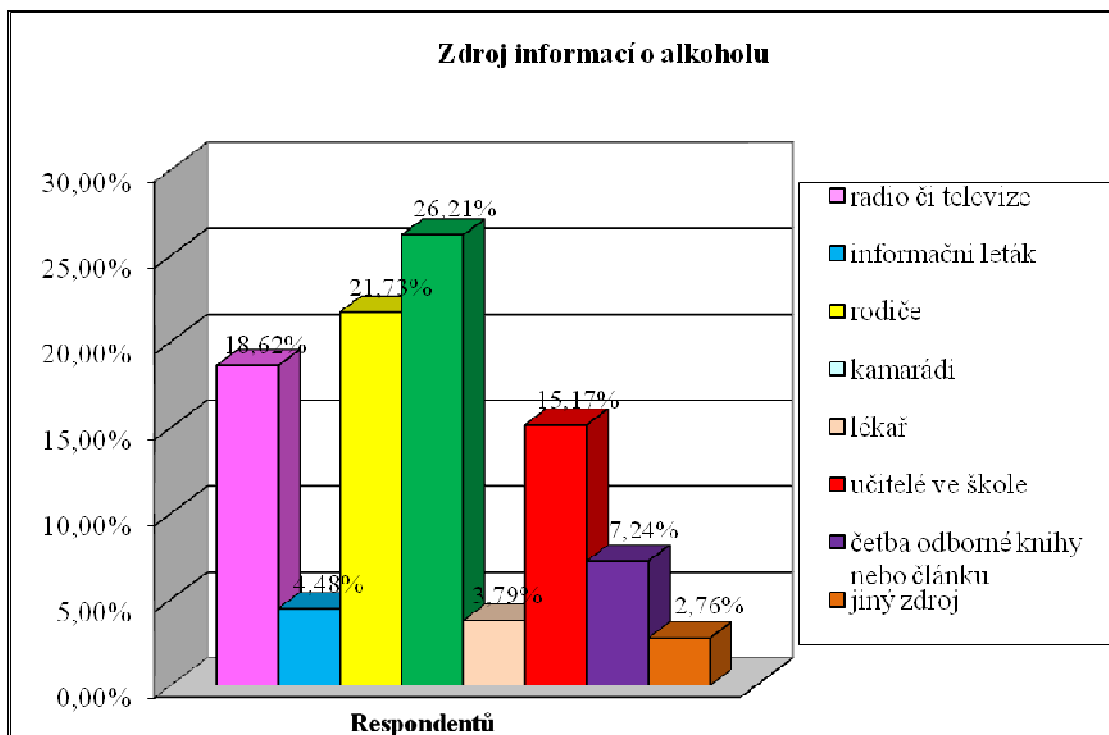
V pořadí dalšími nejvíce označovanými byly tyto odpovědi: učitelé ve škole 44 (15%) označení, četba odborné knihy nebo článku, zvoleno 21. (7%) respondenty a informační leták s 13. (4%), lékař s 11. (4%) a jiný zdroj s 8. (3%) označeními. Přičemž nejuváděnějším jiným zdrojem byl internet.

**Tabulka č.18 Zdroj informací o alkoholu**

Zdroj informací o alkoholu	Četnost odpovědi	
	$n_i$	$f_i$
radio či televize	54	18,62%
informační leták	13	4,48%
rodiče	63	21,73%
<b>kamarádi</b>	<b>76</b>	<b>26,21%</b>
lékař	11	3,79%
učitelé ve škole	44	15,17%
četba odborné knihy nebo článku	21	7,24%
jiný zdroj	8	2,76%
celkem N	290	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č. 18 Zdroj informací o alkoholu**



**Položka č.30 Setkal/a jste se již v minulosti s informačním materiálem o alkoholu, který by byl určen přímo Vaší věkové kategorii?**

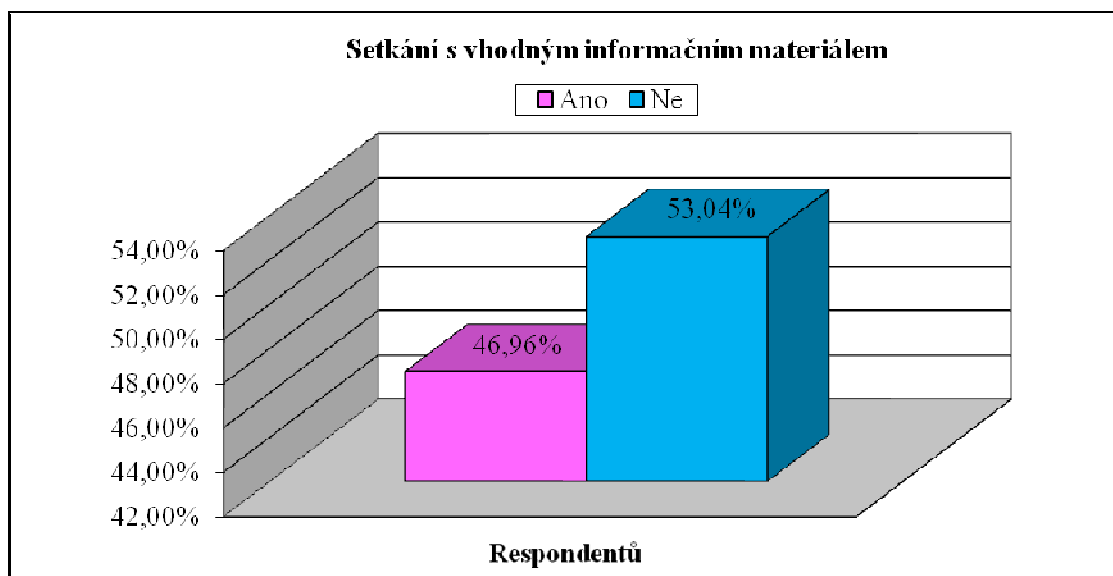
Nadpoloviční většina, tedy 61 (53%) respondentů, se dosud s edukačním materiálem určeným přímo jim nesečkala. Zbývajících 54 (47%) tvrdí, že takový materiál již viděli.

**Tabulka č.19 Setkání s vhodným informačním materiálem**

Setkání s vhodným informačním materiálem	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
ano	54	46,96%
ne	61	53,04%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.19 Setkání s vhodným informačním materiálem**



## 9.5.1 Metodika tvorby edukačního materiálu pro mládež

Jak bylo již několikrát zmíněno, výstupem této diplomové práce je edukační materiál zaměřený na problematiku pití alkoholu u školní mládeže. Tento materiál by měl dospívající stručnou, názornou a hlavně srozumitelnou formou upozornit zejména na zdravotní a sociální důsledky, které se pojí s nadměrnou konzumací alkoholu. Mimo to by si díky němu měli mladiství také uvědomit, že ohrožení vznikem alkoholové závislosti jsou i oni, což je fakt, na který je třeba myslet vždy, když se jdou bavit někam, kde je konzumace alkoholických nápojů předpokládána.

**Téma:** Problematika pití alkoholu u školní mládeže

**Určeno:** dospívajícím

**Forma edukace:** obrázkový informační leták doplněný o slovní komentáře

**Vypracovala:** Bc. Lucie Pohůnková, studentka druhého ročníku navazujícího studijního oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

**Proč toto téma:** Podle dat získaných dotazníkovým šetřením dospívající sice ve většině tvrdí, že znají zdravotní dopady nadměrného pití alkoholu, ale na otázku jaké to jsou, často ani neumí odpovědět. V případě sociálních dopadů pak více než třetina dotázaných přiznala, že žádné nezná. Navíc se velká část respondentů domnívá, že vznik závislosti na této návykové látce jim nehrozí. To tedy nasvědčuje obecně spíše pro nižší úroveň jejich vědomostí o důsledcích alkoholismu. I když třeba dokáží dospívající některé důsledky nadměrné konzumace alkoholu vyjmenovat, neuvědomují si, jak snadné je stát se na něm závislým a některé z důsledků si tak časem vyzkoušet na vlastní kůži. Jak uvádí Marádová (2006) alkohol znamená pro děti a dospívající mnohem větší nebezpečí než pro dospělého člověka. Přesto je bohužel konzumace alkoholu v období dospívání poměrně častá, zvláště u příležitostí různých večírků.

**Cíle:**

1. Nabídnout dospívajícím komplexní náhled na to, co dokáže s člověkem udělat nadměrné užívání alkoholu.
2. Zvýšit jejich informovanost o problematice nadměrného pití alkoholu.
3. Poukázat na fakt, že na alkoholu se může stát závislým každý.

**Obsah edukačního materiálu:** Na první straně tohoto materiálu je prostřednictvím slov a obrázků nastíněno, jak dokáže člověka alkohol změnit, důraz zde klademe

zejména na zdravotní důsledky jeho nadužívání. Na druhé straně pak najdeme obrázky dokumentující sociální dopady nadměrného pití alkoholu doplněné o slovní komentáře, v dolní části této strany je navíc umístěno několik dalších informací o důsledcích nadužívání alkoholu.

**Umístění materiálu:** Informační leták bude poskytnut ředitelům všech tří prostějovských škol, jejichž žáci se zúčastnili dotazníkového šetření (Gymnázium Jiřího Wolkerova Prostějov, ART ECON - Střední škola Prostějov a Střední odborné učiliště stavební Prostějov). Dále bude umístěn v diplomové práci jako její nevázaná příloha.

**Odborný konzultant:** Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

**Didaktičtí konzultanti:** Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D. a PhDr. Danuška Tomanová, CSc.

### **Konstatování k cíli č.5**

Díky dotazníkovému šetření byly nasbírány informace, které se později staly podkladem pro vytvoření výše popsaného edukačního materiálu pro dospívající mládež. Můžeme tedy říci, že cíl číslo pět byl splněn.

## 9.6 Ověření hypotéz práce

**Hypotéza č. 1 Předpokládám, že mezi mladými lidmi bude statisticky významně vyšší konzumace piva než jiných alkoholických nápojů.**

Z následující tabulky je patrné, že z celkového množství 2471 sklenic různých alkoholických nápojů, které do souboru respondentů zařazená mládež vypila dohromady za poslední měsíc, se ukázalo být nejvíce preferovaným druhem pivo, kterého vypili dohromady 1175 sklenic, což je téměř polovina jejich společné celkové měsíční spotřeby alkoholických nápojů, konkrétně 47%.

**Tabulka č.20 Počet alkoholických nápojů vypitých za 1 měsíc**

Počet alkoholických nápojů vypitých za 1 měsíc	Sklenic	
	$n_i$	$f_i$
<b>pivo 0,5 l</b>	<b>1175</b>	<b>47,55%</b>
víno 0,2 l	151	6,11%
destiláty 0,05 l	666	26,95%
likéry 0,05 l	115	4,66%
alkopops	261	10,56%
míchané nápoje	103	4,17%
celkem N	2471	100%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

Pro porovnání naměřených průměrných hodnot konzumace alkoholických nápojů za účelem statistického srovnání počtu mládeží měsíčně vypitých piv a celkového počtu jiných alkoholických nápojů byl použit Studentův t-test s rovností rozptylu. Takže výsledné  $t = 0,33$ , což je menší než  $t_{0,05}$ , lze tedy konstatovat, že rozdíl průměrů dvou výběrů není statisticky významný. Předpoklad, že konzumace piva bude mezi mladými lidmi signifikantně vyšší, než konzumace jiných alkoholických nápojů se nepotvrdil.

Na základě vypočítaných dat je možné konstatovat, že mezi mladými lidmi není konzumace piva signifikantně vyšší než konzumace jiných alkoholických nápojů.

**Hypotéza č.1 byla ověřena, ale nebyla přijata.**

**Hypotéza č.2 Očekávám, že dvě třetiny (66,6%) a více dotazovaných budou svoji první zkušenost s alkoholem datovat do věku 13 let a méně.**

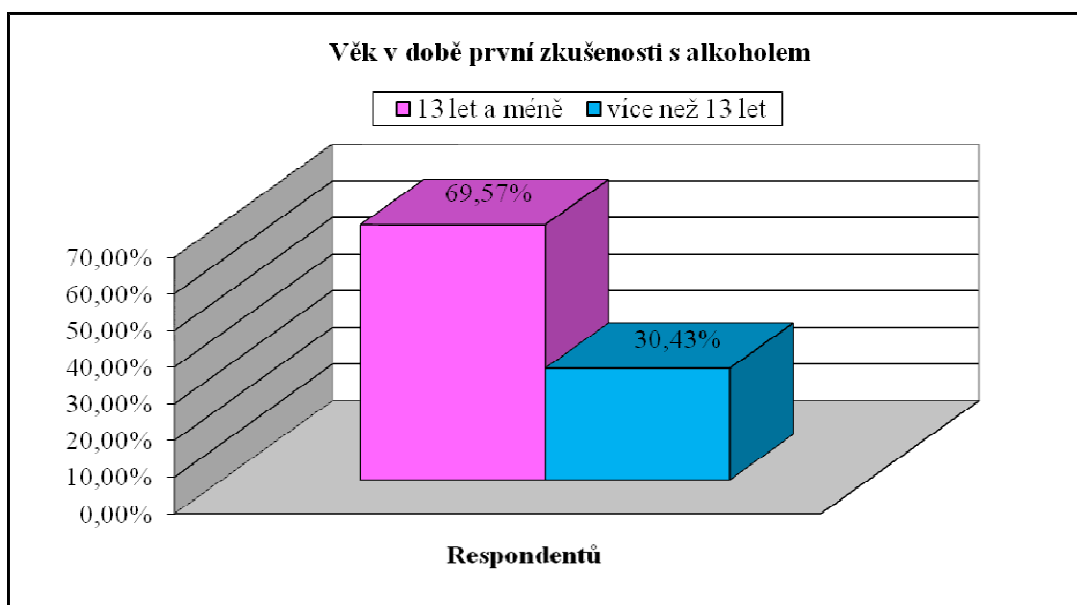
Z níže graficky znázorněných výsledků plyne, že ve věku třinácti let a nižším ochutnalo poprvé alkohol 80 (70%) respondentů. 35 (30%) respondentů získalo tuto zkušenost ve věku vyšším než 13 let.

**Tabulka č.21 Věk v době první zkušenosti s alkoholem**

Věk v době první zkušenosti s alkoholem	Respondentů	
	$n_i$	$f_i$
13 let a méně	80	69,57%
více než 13 let	35	30,43%
celkem N	115	100,00%

➤  $n_i$  absolutní četnost,  $f_i$  relativní četnost

**Graf č.20 Věk v době první zkušenosti s alkoholem**



Na základě výše uvedených výsledků je možné konstatovat, že očekávání se potvrdilo tedy, že dvě třetiny (66,6%) a více dotazovaných datují svoji první zkušenost s alkoholem do věku 13 let a méně.

**Hypotéza č.2 byla ověřena a přijata.**

**Hypotéza č.3 Očekávám, že mezi mírou problematických vztahů v rodině a mírou konzumace alkoholu existuje signifikantní pozitivní vztah.**

Pro porovnání výsledků míry problematických vztahů v rodině a míry konzumace alkoholu byl použit Pearsonův koeficient korelace pro metrická data. Výsledné  $r = -0,03$ . Protože je  $r$  menší než  $r_{0,01}$ , lze konstatovat, že mezi mírou problematických vztahů v rodině a mírou konzumace alkoholu není statisticky významná pozitivní korelace. Nepotvrdilo se tak naše očekávání, že původně špatné vztahy v rodině vedou u dospívajících ke zvýšení konzumace alkoholu.

Vzhledem k získanému výsledku je možné konstatovat, že mezi mírou problematických vztahů v rodině a mírou konzumace alkoholu není signifikantní pozitivní vztah.

**Hypotéza č.3 byla ověřena a nebyla přijata.**

**Hypotéza č. 4 Očekávám, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou konzumace alkoholických nápojů a zhoršením vztahů s rodiči.**

Pro porovnání výsledků míry konzumace alkoholických nápojů a míry zhoršení vztahů s rodiči byl opět použit Pearsonův koeficient korelace. Výsledné  $r = 0,19$ . Vzhledem k tomu, že je  $r$  větší než  $r_{0,01}$ , lze říci, že existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou konzumace alkoholických nápojů a zhoršením vztahů s rodiči. Předpoklad, že konzumace alkoholických nápojů vede ke zhoršování vztahů s rodiči, se tedy potvrdil.

Na základě získaného výsledku lze konstatovat, že mezi mírou konzumace alkoholických nápojů a zhoršením vztahů s rodiči existuje signifikantní pozitivní vztah.

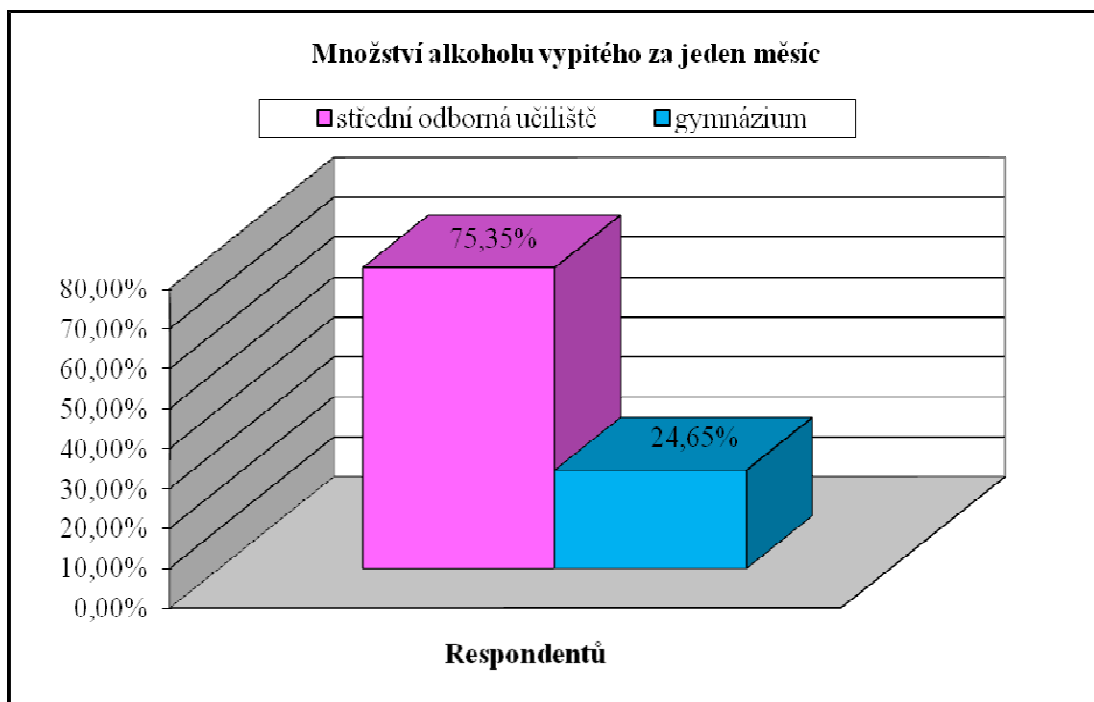
**Hypotéza č.4 byla ověřena a přijata.**

## Hypotéza č.5 Očekávám, že u žáků středních odborných učilišť bude signifikantně vyšší spotřeba alkoholu než u žáků středních škol.

Pro porovnání výsledků naměřených průměrných hodnot měsíční spotřeby alkoholu žáků středních odborných učilišť a žáků střední školy bylo využito jednostranného Studentova t-testu s rovností rozptylu. Takže výsledné  $t = 3,59$ , což je větší než  $t_{0,05}$ , je tedy možné konstatovat, že rozdíl průměrů těchto dvou výběrů je statisticky významný. Došlo tak k potvrzení očekávání, že žáci středních odborných učilišť vypijí více alkoholu než žáci středních škol.

Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že spotřeba alkoholu je signifikantně vyšší u žáků středních odborných učilišť než u žáků středních škol.

**Graf č.21 Množství alkoholu vypitého za jeden měsíc**



**Hypotéza č.5 byla ověřena a přijata.**



**Hypotéza č. 6 Předpokládám, že mezi mírou sociální opory a mírou konzumace alkoholických nápojů existuje signifikantní negativní korelace.**

Pro porovnání výsledků míry sociální opory a míry konzumace alkoholických nápojů, bylo využito Pearsonova koeficientu korelace. Výsledné  $r = -0,032$ . Protože je  $r$  menší než  $r_{0,01}$ , dá se konstatovat, že mezi mírou sociální opory a mírou konzumace alkoholických nápojů je sice negativní korelace, ale není statisticky významná. Předpoklad, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou sociální opory a mírou konzumace alkoholických nápojů, se nepotvrdil.

Podle získaného výsledku je tedy možné konstatovat, že mezi mírou sociální opory a mírou konzumace alkoholických nápojů není statisticky významná negativní korelace.

**Hypotéza č.6 byla ověřena a nebyla přijata.**

# DISKUSE

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku pití alkoholu u školní mládeže, a to zejména z hlediska jejich zkušeností a pohnutek ve vztahu ke konzumaci alkoholických nápojů. Dále se naše pozornost zaměřovala také na nejrůznější sociální faktory, které mohou ovlivňovat vztah dospívajícího člověka k alkoholu. A v neposlední řadě šlo i o to, udělat si obrázek o úrovni informovanosti mládeže stran alkoholu a možných důsledků jeho nadužívání.

Jak bylo již naznačeno, naší cílovou skupinou byla školou povinná mládež, která z vývojového hlediska právě prochází obdobím dospívání. Dalším kritériem pro zařazení do souboru respondentů bylo studium na nějaké škole středního typu. Pro účel jedné z hypotéz byli žádanou skupinou také studenti učňovských oborů. Z těchto důvodů byly dotazníky rozdány na třech školách ve městě Prostějov. Celkem se rozdalo a zase vrátilo 145 dotazníků, z toho 60 na Gymnázium Jiřího Wolkerova, kde 5 z nich bylo nehodnotitelných, z 24 dotazníků distribuovaných na ART ECON – Střední škola Prostějov se nedal hodnotit pouze jeden dotazník a z 61. dotazníků, vyplněných žáky SOU stavebního Prostějov, nebylo hodnotitelných 24.

Tímto způsobem byl vygenerován soubor respondentů čítající celkem 115 jedinců mužského i ženského pohlaví ve věku mezi patnácti a sedmnácti lety. Tito všichni odpovídali dobrovolně na celkem 30 otázek anonymního dotazníku vytvořeného přesně pro účely této práce a na dalších 12 otázek standardizovaného *Dotazníku sociální opory PSSS* vytvořeného J. A. Blumenthalem a kol.. Naměřená data byla následně vyhodnocena, utříděna a prezentována v praktické části této diplomové práce a to v logickém sledu, který vychází z jejich vztahu k jednotlivým cílům a hypotézám práce.

Prvním důležitým zjištěním této práce byl fakt, že všichni respondenti, tedy 100% dospívajících jedinců z našeho souboru, má již zkušenost s konzumací nějakého alkoholického nápoje. Přesto, že se jedná o alarmující číslo, s přihlédnutím ke studii Kyasové (2003), kde ze souboru respondentů tvořeného počtem 835 žáků škol středního typu, jejichž průměrný věk činil 15,5 roku, mělo již zkušenost s alkoholem 83% respondentů, se dalo očekávat, že počet mladistvých zkušených stran konzumace alkoholu bude vysoký i v našem případě, i když výsledek 100% předčil všechna naše očekávání. Kyasová (2003) také poukazuje na skutečnost, že alkohol je pro děti nejen

snadno dostupnou návykovou látkou, ale že i jeho užívání dětmi je dospělou populací tolerované coby součást rodinných oslav. Nám nezbyvá než s autorkou souhlasit. Alkohol je takřka neodmyslitelnou součástí rodinných sešlostí, stejně jako přípitky a pokud dá některý z rodinných příslušníků dítěti při této příležitosti „cucnout“ alkoholického nápoje, není se pak čemu divit, že všichni naši respondenti už alkohol ochutnali.

Výše uvedené souvisí i s dalším zajímavým zjištěním. Podle naší hypotézy č.2 jsme totiž očekávaly, že dvě třetiny (66,6%) a více dotazovaných budou svoji první zkušenost s alkoholem datovat do věku 13 let a méně, což se nám také potvrdilo. 70% našich respondentů napsalo, že poprvé alkohol ochutnali ve věku třinácti let a nižším. Hypotéza byla tedy ověřena a následně přijata.

Podobně i Mlčoch (<http://www.alkoholik.cz/>) uvádí, že do věku 13 let seznámí své tělo s alkoholem dvě třetiny dětí a navíc dodává, že tento alkohol dostávají z rukou rodičů. Podobný výsledek přinesl také *Evropský školní projekt o alkoholu a jiných drogách* (ESPAD) z let 1995 až 2007, jehož výsledky prezentují ve svojí práci Csémy a Hamanová (2009). Podle výsledků tohoto projektu se děti a dospívající ke svému prvnímu ochutnání alkoholu dostávají ve věku 11 až 13 let.

Kromě první zkušenosti s alkoholem nás zajímala také zkušenost školní mládeže stran zážitku opilosti. Na otázku, zda byli respondenti již někdy v životě opilí, nám odpovědělo 89% z nich kladně. Navíc se z celkového počtu 115 respondentů přiznalo hned 74 %, že se to nestalo pouze jednou. S podobným závěrem přišel v roce 2003 i ESPAD, který ve svojí publikaci zmiňuje Marádová (2006), kdy ze všech, v rámci tohoto projektu dotázaných, šestnáctiletých studentů bylo již někdy opilých 80%. Zvážíme - li navíc skutečnost, že 84% našich respondentů také přiznalo, že by se alkoholu napili, pokud by jim ho nabídl kamarád či kamarádka, můžeme předpokládat, že na tak vysokém procentu zkušeností s opilostí se do značné míry podílejí právě kamarádi dospívajících jedinců.

V rámci první hypotézy této práce jsme pak předpokládali, že mezi mladými lidmi bude statisticky významně vyšší konzumace piva než jiných alkoholických nápojů. Přestože mezi počty vypitých sklenic každého jednoho druhu alkoholických nápojů, pivo se svými 47.% vedlo, nepodařilo se nám prokázat, že by ve srovnání s celkovým počtem všech jiných, mladými lidmi vypitých, alkoholických nápojů byla konzumace piva statisticky významně vyšší. Naše očekávání, že konzumace piva bude

mezi mladými lidmi signifikantně vyšší než konzumace jiných alkoholických nápojů, se tak nepotvrdilo a tato hypotéza tudíž nebyla přijata. Při formulaci hypotézy jsme přitom vycházely z práce Csémyho a Hamanové (2009), ve které, jak je již uvedeno výše, prezentovali výsledky vycházející z ESPAD 1995 – 2007, podle nichž je mezi mladými lidmi nejrozšířenější konzumace piva. Domnívaly jsme se tedy, že množství piva, které mladí lidé vypijí, bude natolik vysoké, že jednoznačně převáží nad všemi ostatními alkoholickými nápoji dohromady. Je možné, že kdybychom v nabídce uvedli pouze tři základní možnosti, tedy pivo, víno a panák, byly by nyní výsledky zcela jiné. Stejně tak bychom možná k jinému závěru došli, kdyby se naše pozornost soustředila výlučně na chlapce.

Dále jsme v souvislosti s naší v pořadí třetí hypotézou očekávaly, že mezi mírou problematických vztahů v rodině a mírou konzumace alkoholu existuje signifikantní pozitivní vztah, což by v podstatě znamenalo, že původně špatné vztahy v rodině vedou ke zvýšení konzumace alkoholu u dospívajících. Ani v tomto případě se nám však nepodařilo prokázat, že by mezi těmito dvěma proměnnými existoval statisticky významný pozitivní vztah. Hypotéza proto nebyla přijata. K opačným závěrům ale došli Kuendig a Kuntsche (in Kožený, Csémy, Tišanská, 2007), kteří prokázali, že dospívající, jejichž rodinné vazby lze označit jako problematické konzumují alkohol více, než ti s pozitivními rodinnými vazbami.

Přestože, v případě 72% našich respondentů žijí rodiče ve společné domácnosti a navíc 69% respondentů, z celkového počtu stopatnácti jedinců zařazených do našeho souboru, vnímá situaci doma jako neproblematickou nebo jen mírně problematickou, vypila tato mládež za měsíc celkem 2471 sklenic alkoholu. Přičemž největší počet vypitých sklenic mnohdy uváděli právě ti, kteří považují situaci doma za neproblematickou. K jinému výsledku bychom ale třeba dospěly, pokud by byl vzorek respondentů tvořen pouze studenty učňovských oborů.

Co se nám však prokázat podařilo, je existence signifikantního pozitivního vztahu mezi mírou konzumace alkoholických nápojů a zhoršením vztahů s rodiči. Potvrdil se tak předpoklad, že pití alkoholu u adolescentů má negativní dopad na jejich vztahy s rodiči. Hypotéza č. 4 tak mohla být přijata. Toto zjištění koresponduje s výsledkem získaným v rámci projektu ESPAD 1995 až 2007 a uvedeným v práci Csémyho a Hamanové (2009), podle kterého bylo u mladých lidí zhoršení vztahů s rodiči nejčastějším problémem vzniklým v důsledku užívání alkoholu. Tomu, co bylo

zjištěno, může nahrávat i fakt, že rodiče našich respondentů v 77.% vědí, že jejich dítě pije alkohol.

V souladu se zněním hypotézy číslo pět jsme zase čekaly, že u žáků středních odborných učilišť bude signifikantně vyšší spotřeba alkoholu než u žáků středních škol. Předpokládaly jsme tudíž, že žáci středních odborných učilišť vypijí statisticky významně více alkoholu než žáci středních škol, což se potvrdilo a hypotéza tak mohla být přijata. Pro ilustraci byl k výsledku hypotézy připojen také graf, z něho je jasné, že 75% vypitých sklenic alkoholu připadá na žáky učiliště a pouze 25% na studenty gymnázia. Takový markantní rozdíl může být způsoben třeba tím, že studium gymnázia vyžaduje daleko větší studijní úsilí, jelikož na rozdíl od učňovských oborů je zaměřeno výhradně na všeobecné teoretické vzdělání, díky čemuž nedisponují tito studenti takovým množstvím volného času jako ti z učilišť. Za pravdu nám dává i projekt ESPAD 1995 až 2007, jehož výsledky najdeme v práci Csémyho a Hamanové (2009), kde také stojí, že na konzumaci alkoholu má vliv i typ studované školy, přičemž žáci středních odborných učilišť pijí alkohol podstatně více. Že více alkoholu vypijí žáci středních odborných učilišť než studenti středních škol s maturitou, potvrzuje také Matoušek (1997).

Ve znění poslední, šesté, hypotézy této práce očekáváme, že mezi mírou sociální opory a mírou konzumace alkoholických nápojů existuje signifikantní negativní korelace. Nicméně se nám nepodařilo potvrdit předpoklad, že nižší míra sociální opory povede u dospívajících k vyšší konzumaci alkoholu. Vzhledem k tomu, že nebyla prokázána existence signifikantní negativní korelace mezi těmito dvěma proměnnými, hypotéza nebyla přijata.

Náš závěr tedy stejně jako v případě třetí hypotézy neodpovídá například tomu, k čemu došli Kuendig a Kuntsche (in Kožený, Csémy, Tišanská, 2007), podle kterých pijí více ti dospívající, jejichž rodinné vazby jsou problematické. Wills et al. (in Kožený, Csémy, Tišanská, 2007) potom zmiňuje i vrstevnické vlivy, na které je podle něj časteji pohlíženo spíše jako na zdroj rizikového chování. Zároveň však upozorňuje i na jejich možný protektivní účinek. Snad se nám náš výše uvedený předpoklad nepodařilo potvrdit i proto, že výsledné hodnoty použitého *Dotazníku sociální opory PSSS* byly většinou spíše vyšší. Zde mohla sehrát svoji roli právě zástupná funkce vrstevníků ve smyslu tom, že nefunguje – li opora na straně rodiny, uchýlí se

dospívající jedinec ke svým vrstevníkům, kteří mu poskytnou oporu, v důsledku buď pozitivní, nebo negativní.

Z výše uvedených výsledků je patrné, že problematika pití alkoholu u školní mládeže je u nás velmi aktuálním problémem a je proto důležité se mu věnovat. Na čež ostatně upozorňuje ve své práci také Csémy (2003), podle kterého je v České republice problém zneužívání alkoholu dospívající mládeží podceňován, o čemž svědčí i mizivé zastoupení cílených preventivních programů věnovaných právě této problematice. V závislosti na tom se pak ani není čemu divit, když z celkového počtu 115. našich respondentů jich 76 uvedlo jako jeden ze zdrojů informací o alkoholu své kamarády.

Toto výzkumné šetření otevřelo další možnosti výzkumu dané problematiky, konkrétně by bylo dobré zaměřit se na otázku informovanosti studentů stran problematiky pití alkoholu a tuto oblast hlouběji prozkoumat, zjistit například, co dospívající vede k názoru, že alkohol není drogou. Výsledky takového šetření by mohly pomoci odhalit, odkud toto jejich přesvědčení pramení, což by odkrylo oblasti, na něž je třeba se zaměřit v rámci prevence přednostně.

# ZÁVĚR

Pití alkoholu u školní mládeže je vážným problémem, o kterém se v dnešní době ví, ale není mu věnován dostatek pozornosti. Školy sice poskytují dětem nějaké informace o alkoholu v rámci realizace některých preventivních programů, ale i přesto jsou dospívajícími nejuváděnějším zdrojem informací o alkoholu jejich kamarádi, kteří disponují často zkreslenými a nepřesnými údaji a představami. Nicméně svůj podíl viny na tom nesou i rodiče, vždyť od koho jiného než od matky nebo otce, by tyto informace mohly děti získat ještě předtím, než na ně začne působit tlak vrstevníků. Bohužel rodiče si pravděpodobně závažnost této problematiky často ani neuvědomují nebo ji podceňují, co více, mnohdy jsou to právě oni, kdo dítěti zprostředkují první doušek alkoholického nápoje. Podobně negativní vliv mají na výchovu dětí v tomto ohledu i televizní reklamy, kde se krásní, mladí a úspěšní lidé velmi dobře baví ve společnosti přátel, ale co hlavně, pod vlivem alkoholu. Není se pak čemu divit, když děti nabudou dojmu, že pití alkoholických nápojů je normální a patří k dobré zábavě.

My jsme se s otázkami týkajícími se této problematiky obrátily na nezletilou středoškolskou mládež. Zcela záměrně jsme prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření vytvořily soubor respondentů z dívek a chlapců ve věku 15 až 17 let, kteří studují nějaký typ střední školy ve městě Prostějov, v našem případě gymnázium nebo střední odborné učiliště bez maturity.

Práce jako taková se skládá ze dvou základních částí, a sice teoretické a praktické. Obsah teoretické části práce odpovídá tomu, na co jsme se zaměřily v části praktické. Najdeme tam tedy informace o alkoholu jako takovém, o alkoholismu, možných somatických, psychických a sociálních důsledcích spojených s jeho nadužíváním, zařazena je i charakteristika věkového období dospívání a najdeme zde i zmínku o sociální opoře a prevenci. Praktická část této práce obsahuje, graficky znázorněné a slovy okomentované, získané výsledky, jejichž pořadí odpovídá sledu dílčích cílů práce. Další její součástí jsou potom vyjádření k ověřeným hypotézám práce.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zmapovat problematiku pití alkoholu u školní mládeže. V rámci dílčích cílů práce se pak naše pozornost soustředila na zkušenosti mládeže s alkoholem, na její důvody k pití alkoholických nápojů, na vliv

sociálních faktorů ve vztahu ke konzumaci alkoholu a na informovanost mládeže stran možných zdravotních a sociálních důsledků nadužívání alkoholu. V návaznosti na čež byl vytvořen edukační materiál pro mládež. Všechny stanovené cíle práce byly splněny.

Podstatou prvního dílčího cíle bylo tedy zmapování zkušeností školní mládeže stran konzumace alkoholických nápojů. V této oblasti jsme došli k zajímavým zjištěním. Všichni naši respondenti totiž alkohol už někdy v životě pili a velká část z nich se nebála přiznat ani to, že zkušenost mají i se zážitkem opilosti, ke kterému poprvé došlo u většiny ve věku mezi 13. a 16. lety. Jediné, co podle výsledků šetření, není vlastní více jak dvěma třetinám respondentů, je časté pití nadměrných dávek alkoholu.

Ve znění druhého dílčího cíle šlo o to, zmapovat důvody, jaké vedou mládež k pití alkoholu. Nejvíce respondentů uvedlo, že alkohol poprvé získali od kamaráda, nezanedbatelný byl ale i podíl těch, jimž ho nabídli rodiče nebo jiný příbuzný. V celkovém součtu by dokonce rodina předčila kamarády. Nejčastější příčinou ochutnání alkoholu pak byla zvědavost dětí. Velká část respondentů by se také alkoholického nápoje napila, kdyby jim byl nabídnut z rukou kamaráda.

Třetí dílčí cíl byl zaměřen na posouzení toho, jaký vliv má na vztah dětí k alkoholu jejich sociální prostředí a sociální opora. Bylo zjištěno, že většina rodičů našich respondentů žije ve společné domácnosti a situace doma je vnímána více jak dvěma třetinami dotázaných jako neproblematická nebo mírně problematická. Rodiče většinou také vědí, že jejich děti pijí alkohol. Část respondentů uvedla, že po – té, co začali s konzumací alkoholu, se jejich vztahy s rodiči poněkud zhoršily. Konkrétními vztahy mezi proměnnými jsme se ale zabývaly až ve znění hypotéz.

Čtvrtým dílčím cílem bylo posoudit, zda dospívající považují alkohol za hrozbu z hlediska zdravotního a sociálního. Většina našich respondentů uváděla, že zdravotní důsledky nadměrného pití alkoholu zná, o něco horší to bylo s důsledky sociálními, nicméně přesto se jimy jen malokterý cítí ohrožený. Alkohol za drogu z větší části nepovažují a zřejmě proto se asi dvě třetiny respondentů nebojí ani vzniku závislosti na něm.

V souladu s pátým dílčím cílem byl vypracován edukační materiál pro mládež. Splnění tohoto cíle považujeme za důležité mimo jiné i proto, že nejčastěji uváděli respondenti jako zdroj informací své kamarády.



V rámci praktické části této práce bylo stanoveno také celkem šest následujících hypotéz:

**H1:** Předpokládám, že mezi mladými lidmi bude statisticky významně vyšší konzumace piva než jiných alkoholických nápojů.

**H2:** Očekávám, že dvě třetiny (66,6%) a více dotazovaných budou svoji první zkušenost s alkoholem datovat do věku 13 let a méně.

**H3:** Očekávám, že mezi mírou problematických vztahů v rodině a mírou konzumace alkoholu existuje signifikantní pozitivní vztah.

**H4:** Očekávám, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou konzumace alkoholických nápojů a zhoršením vztahů s rodiči.

**H5:** Očekávám, že u žáků středních odborných učilišť bude signifikantně vyšší spotřeba alkoholu než u žáků středních škol.

**H6:** Předpokládám, že mezi mírou sociální opory a mírou konzumace alkoholických nápojů existuje signifikantní negativní korelace.

Všechny tyto hypotézy byly ověřeny, přijmout jsme však mohly pouze H2, H4 a H5, zbývající tři, tedy H1, H3 a H6, přijaty nebyly.

Informace, které jsme získaly dotazníkovým šetřením byly využity při tvorbě edukačního materiálu pro mládež. Tento materiál bude následně poskytnut ředitelům škol, jejichž žáci se zúčastnili dotazníkového šetření a poslouží jako prostředek prevence. Z naměřených dat je zřejmé, že právě prevence je v oblasti problematiky pití alkoholu u školní mládeže tím, čemu by měla být věnována zvýšená pozornost a to nejen ve školách.

# LITERATURA A PRAMENY

1. BUDINSKÝ, V. *Ať žije alkohol*. Vimperk: Lucie, 2007. 131 s. ISBN 80-903639-8-9.
2. CSÉMY, L., HAMANOVÁ, J. Užívání alkoholu českými adolescenty. *Československá pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 10, s. 454-460. ISSN 0069-2328.
3. CSÉMY, L. Užívání drog mezi českými a evropskými adolescenty. Trendy a souvislosti. *Československá pediatrie*, 2003, roč. 58, č. 11, s. 675-680. ISSN 0069-2328.
4. ČAČKA, O. *Nástin psychologie II: pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2002. 103 s. ISBN 80-7315-016-6.
5. ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. 173 s. ISBN 80-7178-034-0.
6. GANERI, A. *Drogy: od extáze k agonii*. 1. vyd. Praha: Amulet, 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8.
7. GOODYER, P. *Drogy + teenager*. 1. české vydání. Praha: Slovanský dům, 2001. 162 s. ISBN 80-86421-44-9.
8. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.
9. HAMPL, K. Zdravotní následky abúzu alkoholu. In ed. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
10. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
11. CHROMÝ, J. *Kriminalita páchaná na mládeži, aktuální jevy a nová právní úprava v České republice*. Praha: Linde, 2010. 239 s. ISBN 978-80-7201-825-3.
12. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

13. KLENEROVÁ, V., HYNIE, S. *Závislost na návykových látkách*. 1. vyd. Praha: MŠMT ČR: 1. LF UK, 2002. 267 s. ISBN 80-239-0910-X.
14. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
15. KOŽENÝ, J., CSÉMY, L., TIŠANSKÁ, L. Koreláty užívání návykových látek u adolescentů. *Československá psychologie*, 2007, roč. LI, č. 6, s. 557-578. ISSN 0009-062X.
16. KRÁLOVÁ, J. Mladiství a specifická sociální zátěž. In ed. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. 2. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 152 s. ISBN 80-86225-19-4.
17. KYASOVÁ, M. Kouření cigaret a další formy rizikového chování adolescentů. *Československá psychologie*, 2003, roč. XLVII, č. 1, s. 57-64. ISSN 0009-062X.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. Negativní sociální projevy. In ed. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. 2. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2002. 188 s. ISBN 80-86225-25-9.
20. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
21. MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 27 s. ISBN 80-86991-70-9.
22. MAREŠ, J. Diagnostika sociální opory u dětí a dospívajících. In ed. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. 2. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 152 s. ISBN 80-86225-19-4.
23. MAREŠ, J. Záměrné nevyhledávání pomoci u žáků nacházejících se v tísní. In ed. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. 2. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2002. 188 s. ISBN 80-86225-25-9.

24. MAREŠ, J. Problémy s definováním sociální opory. In ed. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I.* 2. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 152 s. ISBN 80-86225-19-4.
25. MAREŠ, J. Vyhledávaná pomoc u dětí a dospívajících. In ed. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících II.* 2. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2002. 188 s. ISBN 80-86225-25-9.
26. MATOUŠEK, O. *Dospívání chlapců v Čechách a na Moravě.* 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 176 s. ISBN 80-7178-121-5.
27. MELGOSA, J. *Žít naplno.* 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 1999. 191 s. ISBN 80-7172-300-2.
28. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti.* 2. vyd. Praha: Sportpropag: Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy České republiky, 1994. 159 s. ISBN (Brož.)
29. NEŠPOR, K., DVOŘÁK, V. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami.* Praha: Armex, 1998. 98 s. ISBN 80-902283-9-9.
30. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby.* 3. vyd. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
31. NEŠPOR, K. Poruchy vyvolané alkoholem, prevence, diagnostika a krátká intervence. In ed. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice.* 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
32. NEŠPOR, K. Prevence a léčba problémů způsobených alkoholem a tabákem u dětí a dospívajících – dobré možnosti existují. *Československá pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 10, s. 451-453. ISSN 0069-2328.
33. NEŠPOR, K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech.* 1. vyd. Praha: Portál, 1995. 128 s. ISBN 80-7178-086-3.
34. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.

35. GROHMANNOVÁ, K. Dělení drog, účinky, komplikace. In ed. RADIMECKÝ, J. a kol. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 89 s. ISBN 978-80-239-9961-7.
36. PETR, P., KALOVÁ, H., CHMELAŘOVÁ, V., ZDRAŽILOVÁ, A. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. 2. vyd. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2007. 64 s. ISBN 80-86708-31-4.
37. POPOV, P. Alkohol. In ed. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: I. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISSN: 80-86734-05-6.
38. RADIMECKÝ, J. Děti a mladiství a užívání drog I. a II.. In ed. RADIMECKÝ, J. a kol. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 89 s. ISBN 978-80-239-9961-7.
39. RADIMECKÝ, J. Úvod do adiktologie – terminologie, modely a přístupy. In ed. RADIMECKÝ, J. a kol. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 89 s. ISBN 978-80-239-9961-7.
40. ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994. 77 s. ISBN 80-7067-359-1.
41. SHAPIRO, H. *Drogy – obrazový průvodce*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co., 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.
42. SKORUNKA, D. Východiska sociální opory poskytované rodinám a dospívajícím v náročné životní situaci. In ed. MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. 2. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2002. 188 s. ISBN 80-86225-25-9.
43. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

44. SOURNIA, J-CH. *Dějiny pijáctví*. 1. vyd. Praha: Garamond, 1999. 304 s. ISBN: 80-86379-01-9.
45. ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kol. *Návykové látky a současnost*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2.
46. ÜHLINGER, C., TSCHUI, M. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 140 s. ISBN 978-80-7367-610-0.
47. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

## Internetové zdroje

1. ALKOHOLIK. CZ, Aspekty dětského pití alkoholu a potenciální závislosti na něm (alkoholismu), [online] [cit. 27-02-11] Dostupné na [http://www.alkoholik.cz/zavislost/deti\\_a\\_alkohol/aspekty\\_detskeho\\_piti\\_alkoholu\\_a\\_potencialni\\_zavislosti\\_na\\_nem\\_alkoholismu.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/deti_a_alkohol/aspekty_detskeho_piti_alkoholu_a_potencialni_zavislosti_na_nem_alkoholismu.html).
2. ALKOHOLIK. CZ, Pití alkoholu v těhotenství a fetální alkoholický syndrom FAS, [online] [cit. 27-02-11] Dostupné na [http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi\\_a\\_alkohol/piti\\_alkoholu\\_v\\_tehotenstvi\\_a\\_fetalni\\_alkoholicky\\_syndrom\\_fas.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html).
3. MINISTERSTVO VNITRA, Sbírka zákonů Česká republika, Ročník 2005, Částka 133, [online] [cit. 07-02-11] Dostupné na <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2005/sb133-05.pdf>.
4. MLČOCH, Z. České děti a pití alkoholu - statistiky, [online] [cit. 04-04-10] Dostupné na [http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky\\_a\\_statistiky/ceske\\_deti\\_a\\_piti\\_alkoholu\\_statistiky.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/ceske_deti_a_piti_alkoholu_statistiky.html).
5. UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUC: E-LEARNING, Ukázka 1: Zpracování získaných dat, [online] [cit. 26-03-09] Dostupné na [http://unifor.upol.cz/fzv/download/zavprace/organizace\\_vyzkumu1.pdf](http://unifor.upol.cz/fzv/download/zavprace/organizace_vyzkumu1.pdf).

# SEZNAM ZKRATEK

<b>atd.</b>	a tak dále
<b>apod.</b>	a podobně
<b>CNS</b>	Centrální nervový systém
<b>č.</b>	číslo
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>DSM-IV</b>	Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace
<b>ESPAD</b>	Evropský školní projekt o alkoholu a jiných drogách
<b>FAS</b>	Fetální alkoholický syndrom
<b>H</b>	hypotéza
<b>ICL</b>	Learyho dotazník interpersonální diagnostiky
<b>ISBN</b>	International Standard Book Numbering (Systém mezinárodního standardního číslování knih)
<b>ISSN</b>	International Standard Serials Numbering (Systém mezinárodního standardního číslování seriálových publikací)
<b>MAST</b>	Michigan Alcohol Screening Test
<b>MEOS</b>	Mikrosomální ethanol oxidační systém
<b>MKN-10</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize
<b>např.</b>	například
<b>MŠMT</b>	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
<b>PSSS</b>	Dotazník sociální opory J. A. Blumenthal a kol.
<b>PV</b>	Prostějov
<b>ROR</b>	Rorschachův test
<b>SOU</b>	střední odborné učiliště
<b>tj.</b>	to je(st)
<b>tzv.</b>	takzvaný
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace

# SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1	Zkušenost s alkoholem.....	57
Tabulka č.2	Zážitek opilosti.....	58
Tabulka č.3	Věk v době prvního zážitku opilosti .....	60
Tabulka č.4	Počet alkoholických nápojů vypitých za 1 měsíc .....	61
Tabulka č.5	Časté pití nadměrných dávek alkoholu.....	62
Tabulka č.6	Zdroj prvního alkoholického nápoje .....	64
Tabulka č.7	Příčina prvního ochutnání alkoholu .....	66
Tabulka č.8	Důvodem k napití se alkoholu je.....	67
Tabulka č.9	Rodiče žijí spolu.....	69
Tabulka č.10	Hodnocení problematičnosti situace doma.....	71
Tabulka č.11	Povědomí rodičů o pití jejich dětí .....	72
Tabulka č.12	Vliv alkoholu na míru zhoršení vztahů s rodiči .....	73
Tabulka č.13	Alkoholik v rodině.....	74
Tabulka č.14	Znalost zdravotních a společenských důsledků pití alkoholu .....	76
Tabulka č.15	Alkohol = droga? .....	77
Tabulka č.16	Názor na riziko vzniku své vlastní alkoholové závislosti .....	78
Tabulka č.17	Alkohol = hrozba pro vlastní zdraví a společenský život .....	79
Tabulka č.18	Zdroj informací o alkoholu.....	81
Tabulka č.19	Setkání s vhodným informačním materiálem.....	82
Tabulka č.20	Počet alkoholických nápojů vypitých za 1 měsíc.....	85
Tabulka č.21	Věk v době první zkušenosti s alkoholem.....	86



# SEZNAM GRAFŮ

Graf č.1	Zkušenost s alkoholem.....	58
Graf č.2	Zážitek opilosti.....	59
Graf č.3	Věk v době prvního zážitku opilosti .....	60
Graf č.4	Počet alkoholických nápojů vypitých za 1 měsíc .....	62
Graf č.5	Časté pití nadměrných dávek alkoholu.....	63
Graf č.6	Zdroj prvního alkoholického nápoje .....	65
Graf č.7	Příčina prvního ochutnání alkoholu .....	67
Graf č.8	Důvodem k napití se alkoholu je.....	67
Graf č.9	Rodiče žijí spolu.....	70
Graf č.10	Hodnocení problematičnosti situace doma.....	71
Graf č.11	Povědomí rodičů o pití jejich dětí .....	72
Graf č.12	Vliv alkoholu na míru zhoršení vztahů s rodiči .....	73
Graf č.13	Alkoholik v rodině.....	74
Graf č.14	Znalost zdravotních a společenských důsledků pití alkoholu .....	76
Graf č.15	Alkohol = droga? .....	77
Graf č.16	Názor na riziko vzniku své vlastní alkoholové závislosti .....	78
Graf č.17	Alkohol = hrozba pro vlastní zdraví a společenský život .....	79
Graf č.18	Zdroj informací o alkoholu.....	81
Graf č.19	Setkání s vhodným informačním materiálem.....	82
Graf č.20	Věk v době první zkušenosti s alkoholem.....	86
Graf č.21	Množství alkoholu vypitého za jeden měsíc.....	88

# SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č.1 Dotazník k diplomové práci
- Příloha č.2 Dotazník sociální opory PSSS J. A. Blumenthal a kol.
- Příloha č.3 Žádost o povolení výzkumného šetření na Gymnáziu Jiřího Wolкера
- Příloha č.4 Žádost o povolení výzkumného šetření na ART ECON - Střední škola PV
- Příloha č.5 Žádost o povolení výzkumného šetření na SOU stavebním
- Příloha č.6 Informace pro rodiče studentů

## **Příloha č.1 Dotazník k diplomové práci**

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Pohůnková a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studijního programu Učitelství pro střední školy oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Moje závěrečná diplomová práce je zaměřena na problematiku pití alkoholu u školní mládeže. Tyto dotazníky jsou součástí mé diplomové práce a tímto bych Vás chtěla požádat o Vaši spolupráci a to ve formě jejich pravdivého vyplnění. Zároveň Vás ujišťuji, že dotazníky jsou zcela anonymní a informace v nich uvedené se nedostanou do rukou Vašich rodičů ani učitelů a budou použity výhradně pro zpracování mé diplomové práce.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Správné odpovědi zakroužkujte, popř. vypište.

### **1. Jsem :**

- a) muž
- b) žena

### **2. Kolik je Vám let?**

.....

### **3. Jaký typ školy studujete?**

- a) gymnázium
- b) střední odborné učiliště s maturitou
- c) střední odborné učiliště bez maturity

### **4. Zkoušel/a jste již někdy pít nějaký alkoholický nápoj?**

- a) ano
- b) ne

### **5. Kolik Vám bylo let, když jste alkohol poprvé ochutnal/a?**

.....

### **6. Byl/a jste již někdy opilý/á?**

- a) ano 1x
- b) ano více než 1x
- c) ne

### **7. Pokud jste se již někdy opil/a, kolik Vám bylo let v době Vašeho prvního zážitku opilosti?**

.....

### **8. Pil/a jste v posledním měsíci alkohol opakovaně?**

- a) ano
- b) ne

**9. Prosím, uveďte číselnou hodnotu (počet), kolik během měsíce vypijete jednotlivých typů alkoholických nápojů ?**

- a) pivo 0,5 l .....
- b) víno 0,2 l .....
- c) destiláty 0,05 l .....
- d) likéry 0,05 l .....
- e) alkopops (limonáda s obsahem alkoholu) .....
- f) míchané nápoje .....

**10. Pijete často (tj. 3x a častěji v posledních 30 dnech) nadměrné dávky alkoholu (tj. 5 a více sklenic při jedné příležitosti, kdy 1 sklenice = 0,5 l piva nebo 0,2 l vína nebo 0,05 l destilátu či likéru nebo 1 sklenice alkopops či míchaného nápoje) ?**

- a) ano
- b) ne

**11. Jak jste se poprvé dostal/a k alkoholu?**

- a) kamarádi mi ho dali / koupili
- b) nabídli mi ho rodiče
- c) nabídl mi ho někdo z rodiny, ale ne rodiče
- d) vzal/a jsem ho rodičům
- e) sám / sama jsem si ho koupil/a
- f) nezkoušel/a jsem pít alkohol
- g) jinak (jak?) .....

**12. Co Vás vedlo k Vašemu prvnímu ochutnání alkoholu?**

**(Můžete zvolit více možností.)**

- a) zvědavost
- b) nuda
- c) osobní problém
- d) strach z výsměchu
- e) fakt, že pili všichni kolem mne
- f) nevím
- g) neochutnal/a jsem
- h) jiný důvod (jaký?).....

**13. Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste zapadl/a do kolektivu, protože pijí ostatní?**

- a) ano
- b) ne

**14. Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste dosáhl/a lepší nálady?**

- a) ano
- b) ne

**15. Napijete se, když Vám kamarád/ka nabízí alkoholický nápoj?**

- a) ano
- b) ne

**16. Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste vypadal/a dospělejší?**

- a) ano
- b) ne

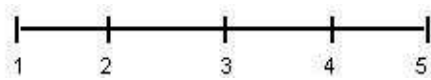
**17. Napijete se alkoholického nápoje proto, abyste zapomněl/a na problémy?**

- a) ano
- b) ne

**18. Žijí Vaši rodiče ve společné domácnosti?**

- a) ano
- b) ne

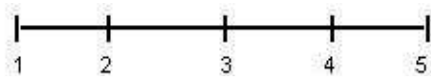
**19. Do jaké míry vnímáte situaci u Vás doma jako problematickou ? (Označte, prosím, číselnou hodnotu na stupnici, kdy 1 = neproblematická a 5 = maximálně problematická).**



**20. Ví Vaši rodiče, že pijete alkoholické nápoje?**

- a) ano
- b) ne

**21. Do jaké míry se zhoršily Váš vztahy s rodiči po-té, co jste začal/a pít alkoholické nápoje? (Označte, prosím, číselnou hodnotu na stupnici, kdy 1 = vůbec se nezhoršily a 5 = maximálně se zhoršily).**



**22. Má někdo ve Vaší rodině problém s nadměrným pitím alkoholu?**

- a) ano
- b) ne

**23. Znáte možné zdravotní důsledky nadměrného pití alkoholu?**

- a) ano (vyjmenujte)

.....  
.....

- b) ne

**24. Myslíte si, že konzumace alkoholu má vedle zdravotních důsledků, také nějaké společenské dopady?**

- a) ano (Jaké?)

.....  
.....

- b) ne

**25. Považujete alkohol za drogu?**

- a) ano
- b) ne

**26. Znáte důsledky užívání „návykové látky“?**

- a) ano
- b) ne

**27. Myslíte si, že i Vy se můžete stát na alkoholu závislým/ou?**

- a) ano
- b) ne

**28. Myslíte si, že jste ohrožen/a zdravotními a sociálními dopady pití alkoholických nápojů?**

- a) ano
- b) ne

**29. Jakou formou se k Vám dostaly informace o alkoholu?**

**(Můžete zvolit více možností.)**

- a) prostřednictvím rádia či televize
- b) ve formě informačních letáků
- c) od rodičů
- d) od kamarádů
- e) od lékaře
- f) ve škole od učitelů
- g) četl/a jsem odbornou knihu nebo článek
- h) jinak (Jak?).....

**30. Setkal/a jste se již v minulosti s informačním materiálem o alkoholu, který by byl určen přímo Vaší věkové kategorii?**

- a) ano
- b) ne

## Příloha č.2 Dotazník sociální opory PSSS – J. A. Blumenthal a kol.

Pročtěte si prosím, pozorně každou položku a podle Vašeho názoru zakroužkujte u ní to číslo, které vyjadřuje úroveň Vašeho souhlasu nebo nesouhlasu.

Uvedená čísla znamenají:

7 – rozhodně souhlasím

6 – souhlasím

5 – spíše souhlasím

4 – nevím

3 – spíše nesouhlasím

2 – nesouhlasím

1 – rozhodně nesouhlasím

---

1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku.	7	6	5	4	3	2	1
2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti.	7	6	5	4	3	2	1
3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat.	7	6	5	4	3	2	1
4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji.	7	6	5	4	3	2	1
5. Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti.	7	6	5	4	3	2	1
6. Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat.	7	6	5	4	3	2	1
7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně.	7	6	5	4	3	2	1
8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech.	7	6	5	4	3	2	1
9. Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti.	7	6	5	4	3	2	1
10. Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem.	7	6	5	4	3	2	1
11. Moje rodina mi při rozhodování pomáhá.	7	6	5	4	3	2	1
12. O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit.	7	6	5	4	3	2	1

---

**Příloha č.3**

**Žádost o povolení výzkumného šetření na** GYMNÁZIUM JIRÁHO WOLKERA V PROSTĚJOVĚ

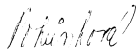
Vážený/á pan/í  
ředitel/ka Ing. MICHAL ČMUR  
GYMNÁZIUM JIRÁHO WOLKERA  
KOLÁŘOVA 3  
PROSTĚJOV 796 04

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření u studentů Vaší školy.

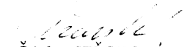
Vážený/á pane/í řediteli/ko,  
jmenuji se Lucie Pohůnková a jsem posluchačkou druhého ročníku denní formy navazujícího magisterského studijního programu Učitelství pro střední školy oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Touto cestou se na Vás obracím se žádostí o povolení spolupráce se studenty GYMNÁZIA JIRÁHO WOLKERA ve věci výzkumného šetření dotazníkovou formou. Dotazníky jsou anonymní. Data, která touto cestou získám, použiji ve výzkumné části mojí práce, vedené zástupkyní přednosty Ústavu společenských a humanitních věd Univerzity Palackého v Olomouci, Mgr.Šárkou Ježorskou, Ph.D. Práce má název: „Problematika pití alkoholu u školní mládeže.“ S výsledky šetření Vás ráda seznámím. Výstupem práce bude obrázkový edukační materiál ve formě letáku, který mohu Vám i studentům poskytnout. Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravy

Bc. Lucie Pohůnková  
Cyrila Boudy 8  
Prostějov 796 04



Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.  
Ústav společenských a humanitních věd  
Univerzita Palackého v Olomouci



Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, Ph.D.  
Ústav společenských a humanitních věd  
FZV UP  
Hněvotínská 3. 779 00 OLOMOUC

Vyjádření vedení školy

- souhlasím  
 nesouhlasím

důvody:.....  
.....  
.....

V Prostějov dne 12.11.2014

Razítko a podpis ředitele školy



GYMNÁZIUM JIRÁHO WOLKERA  
KOLÁŘOVA 3  
PROSTĚJOV 796 04



**Příloha č.4**

Žádost o povolení výzkumného šetření na ARTECON - STŘEDNÍ ŠKOLA PROSTĚJOV, s.r.o.

Vážený/á pan/í  
ředitel/ka Ing. LONA RAKOVÁ  
ARTECON - STŘEDNÍ ŠKOLA PROSTĚJOV, s.r.o.  
ZA DRAHOU 4239/2  
797 00 PROSTĚJOV

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření u studentů Vaší školy.

Vážený/á pane/í řediteli/ko,  
jmenuji se Lucie Pohůnková a jsem posluchačkou druhého ročníku denní formy navazujícího magisterského studijního programu Učitelství pro střední školy oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Touto cestou se na Vás obracím se žádostí o povolení spolupráce se studenty ARTECON - STŘEDNÍ ŠKOLA PROSTĚJOV, s.r.o. ve věci výzkumného šetření dotazníkovou formou. Dotazníky jsou anonymní. Data, která touto cestou získám, použiji ve výzkumné části méj práce, vedené zástupkyní přednosty Ústavu společenských a humanitních věd Univerzity Palackého v Olomouci, Mgr.Šárkou Ježorskou, Ph.D. Práce má název: „Problematika pití alkoholu u školní mládeže.“ S výsledky šetření Vás ráda seznámím. Výstupem práce bude obrázkový edukační materiál ve formě letáku, který mohu Vám i studentům poskytnout. Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravy

Bc. Lucie Pohůnková  
Cyrila Boudy 8  
Prostějov 796 04

*Pohůnková*

Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.  
Ústav společenských a humanitních věd  
Univerzita Palackého v Olomouci

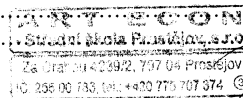
*Ježorská*  
Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, Ph.D.  
Ústav společenských a humanitních věd  
FZV UP  
Hněvotínská 3. 779 00 OLOMOUC

Vyjádření vedení školy

- souhlasím  
 nesouhlasím

důvody:.....  
.....

V Prostějov dne 11. 11. 2010



Razítko a podpis ředitele školy

**Příloha č.5**

Žádost o povolení výzkumného šetření na STŘEDNÍM ODBORNÉM UČILIŠTI STAVEBNÍM PROSTĚJOV

Vážený/á pan/í .....  
ředitel/ka .....  
.....  
.....  
.....

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření u studentů Vaší školy.

Vážený/á pane/í řediteli/ko,  
jmenuji se Lucie Pohůnková a jsem posluchačkou druhého ročníku denní formy navazujícího magisterského studijního programu Učitelství pro střední školy oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Touto cestou se na Vás obracím se žádostí o povolení spolupráce se studenty STŘEDNÍHO ODBORNÉHO UČILIŠTĚ STAVEBNÍHO PROSTĚJOV..... ve věci výzkumného šetření dotazníkovou formou. Dotazníky jsou anonymní. Data, která touto cestou získám, použiji ve výzkumné části moji práce, vedené zástupkyní přednosty Ústavu společenských a humanitních věd Univerzity Palackého v Olomouci, Mgr.Šárkou Ježorskou, Ph.D. Práce má název: „Problematika pití alkoholu u školní mládeže.“ S výsledky šetření Vás ráda seznámím. Výstupem práce bude obrázkový edukační materiál ve formě letáku, který mohu Vám i studentům poskytnout. Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravy

Bc. Lucie Pohůnková  
Cyrila Boudy 8  
Prostějov 796 04

*Lucie Pohůnková*

Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.  
Ústav společenských a humanitních věd  
Univerzita Palackého v Olomouci

*Šárka Ježorská*  
Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, Ph.D.  
Ústav společenských a humanitních věd  
FZV UP  
Hněvotínská 3. 779 00 OLOMOUC

Vyjádření vedení školy

- souhlasím  
 nesouhlasím

důvody:.....  
.....  
.....

V Prostějově dne 10. 11. 2010

**Střední odborné učiliště  
stavební**  
796 92 PROSTĚJOV  
Fanderlikova 25  
Razítko a podpis ředitele školy  
*Mgr. Šárka Ježorská* / *ŠRTV*

## **Příloha č.6 Informace pro rodiče studentů.....**

Vážení rodiče,

jmenuji se Lucie Pohůnková a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studijního programu Učitelství pro střední školy oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

V tématu mojí závěrečné diplomové práce se pod vedením zástupkyně přednosty Ústavu společenských a humanitních věd Univerzity Palackého v Olomouci,

Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D., zabývám problematikou pití alkoholu u školní mládeže. Součástí mojí práce jsou také anonymní dotazníky zaměřené na to jak je na tom dnešní mládež s informovaností a zkušenostmi stran problematiky pití alkoholu a jaký vliv na jejich vztah k této návykové látce má či nemá sociální prostředí, v němž mladí lidé žijí. Jako výstup práce vytvářím edukační materiál, který mohu dětem poskytnout. Tento výstup poslouží k prevenci nadměrného pití alkoholu.

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o spolupráci, tedy o Váš souhlas s tímto výzkumným šetřením.

V případě, že byste měli nějaké dotazy nebo připomínky kontaktujte mě, prosím,

na čísle 737 506 539 nebo na e-mailové adrese [pohunkovaluca@seznam.cz](mailto:pohunkovaluca@seznam.cz) .

Děkuji za Vaši spolupráci.

# ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Lucie Pohůnková
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2011

<b>Název práce:</b>	Problematika pití alkoholu u školní mládeže
<b>Název v angličtině:</b>	The issue of drinking alcoholic beverages by school youth
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zaměřuje na mapování zkušeností a pohnutek školní mládeže ve vztahu ke konzumaci alkoholu, jakož i na vztah rizika konzumace alkoholu a sociálních faktorů. Mimo to mapuje úroveň informovanosti mládeže stran rizik spojených s nadměrnou konzumací alkoholu. Na základě výstupů je cílem vytvořit edukační materiál. Metodou sběru dat byl nestandardizovaný dotazník vytvořený přímo pro účely této práce a standardizovaný Dotazník sociální opory PSSS. Realizace dotazníkového šetření proběhla na třech prostějovských školách středního typu u žáků ve věku mezi 15. a 17. lety. Šetřením bylo zjištěno například, že žáci středních odborných učilišť konzumují signifikantně více alkoholických nápojů než studenti středních škol (gymnázia). Další výsledky jsou pak k nahlédnutí v praktické části práce.
<b>Klíčová slova:</b>	alkohol, návyková látka, konzumace alkoholu, závislost, alkoholismus, adolescence, školní mládež, sociální opora
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis is focused on mapping experience and school youth incentives in relation to consumption of alcohol. The link between the risk of consumption of alcohol and social circumstances is also included. Furthermore this thesis investigates awareness of school youth about risks connected with excessive alcohol consumption. The aim is

	<p>to create an educational material on the base of findings acquired. Data were collected by questionnaire altered to fit the thesis purpose and by standard Social Support Questionnaire PSSS. The implementation of above mentioned questionnaires was in three high schools in Prostějov and the age range of students was from 15 to 17 years. As a result was, e.g. that students of vocational school consume much more alcohol than students of gymnasiums. Other findings are available in the thesis.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Alcohol, addictive substance, alcohol consumption, addiction, alcoholism, adolescence, school youth, social support
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Dotazník k diplomové práci  Dotazník sociální opory PSSS J. A. Blumenthal a kol.  Žádost o povolení výzkumného šetření na Gymnáziu Jiřího Wolkera  Žádost o povolení výzkumného šetření na ART ECON - Střední škola PV  Žádost o povolení výzkumného šetření na SOU stavebním  Informace pro rodiče studentů</p>
<b>Rozsah práce:</b>	106 stran, 6 příloh
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk