

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**ZKUŠENOST S ALKOHOLEM U STUDENTŮ STŘEDNÍCH  
ODBORNÝCH ŠKOL V CHOMUTOVĚ**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Jméno autora: Jana Razakowská

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Datum odevzdání: 5. 5. 2008

## **Abstract**

### **Experience with alcohol at students of secondary vocational schools in Chomutov**

Alcohol consumption has been widespread among young people in the Czech Republic. Since our society accept this phenomenon the problematics has become more and more serious.

The thesis should map the situation concerning alcohol consumption among 15–19 year old students of secondary technical schools in Chomutov, their first experience with this drug, where they first tasted it and how often they use it, and compare the results of the survey to the ESPAD study. Some other information was requested, e.g. students' opinion on abstinence from drinking at social events or their personal experience of illegal drugs.

The theoretical part of the thesis is concerned with the impact of alcohol use on a human body, alcohol abuse rise, alcoholism as a psychosomatic disease, risks resulting from drinking alcohol and prevention of this pathological phenomenon.

The hypothesis stated at the beginning, that most students have personal experience with alcohol drinking, has been proved. A quantitative method based on the unnamed questionnaires for 15–19 year old students was used for collecting the data. It was proceeded by a test survey at secondary nursing school where only some students were chosen to respond so that the functionality and completeness of the questionnaire could be checked. There were 259 students asked to fill in the questionnaire. 96,5 % of them drink alcohol occasionally, they first tasted it at home parties when they were 13 years old. The results of this survey were referred to school headteachers and those who are working on social pathological phenomenon prevention so that they can use the information in the framework of primary prevention at schools.

**Prohlášení:**

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

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

Datum: v Českých Budějovicích 5. 5. 2008

Podpis studenta

V úvodu bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Pavlu Váchovi za cenné připomínky a pomoc při zpracování této diplomové práce.

## OBSAH

ÚVOD .....	7
1 SOUČASNÝ STAV .....	8
1.1 Alkohol .....	8
1.1.1 Alkohol v historii lidstva .....	8
1.1.2 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách .....	10
1.1.3 Trendy v pití alkoholu u mládeže mezi roky 1995–2007 v ČR .....	11
1.2 Alkohol v organismu .....	12
1.2.1 Účinky alkoholu v organismu .....	12
1.2.2 Metabolismus alkoholu .....	13
1.2.3 Opilost a její stadia .....	14
1.3 Závislost na alkoholu .....	14
1.3.1 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti .....	16
1.3.2 Základní faktory vzniku závislosti .....	18
1.3.3 Vývojová stadia závislosti .....	20
1.3.4 Bažení .....	23
1.4 Alkoholismus jako nemoc .....	24
1.4.1 Psychické změny a poruchy .....	25
1.4.2 Somatické poruchy .....	27
1.4.3 Fetální alkoholový syndrom .....	28
1.4.4 Sociálně ekonomické dopady alkoholismu .....	29
1.5 Alkohol a mládež .....	30
1.5.1 Zvýšená rizika zneužívání alkoholu pro mládež .....	31
1.5.2 Rizika alkoholu ve vztahu k jiným návykovým látkám .....	31
1.5.3 Signály zneužívání alkoholu a drog mládeží .....	32
1.5.4 Ochranné a rizikové činitele .....	33
1.5.5 Příčiny rizikového chování mládeže .....	40
1.6 Prevence zneužívání alkoholu mezi mládeží .....	44
1.6.1 Primární prevence .....	44

1.6.2	Sekundární prevence .....	46
1.6.3	Terciární prevence .....	48
1.7	Alkohol – legislativa a sankce .....	49
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	52
2.1	Cíl práce .....	52
2.2	Hypotézy .....	52
3	METODIKA .....	53
3.1	Metodický postup .....	53
3.2	Charakteristika souboru .....	54
4	VÝSLEDKY .....	55
5	DISKUZE .....	79
6	ZÁVĚR .....	86
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	88
8	KLÍČOVÁ SLOVA .....	93
9	PŘÍLOHY .....	94

## ÚVOD

Úvodem diplomové práce bych chtěla zdůvodnit, proč jsem si dané téma vybrala. Učím na střední škole, jsem tedy v každodenním kontaktu s mladými lidmi. Součástí mé práce je i prevence sociálně patologických jevů, přičemž jedním z nejzávažnějších je problematika drogových závislostí. Velkou měrou se týká alkoholu, který ovlivňuje život větších kolektivů, zejména mladé generace. Zneužívání alkoholu a ostatních návykových látek se v posledních desetiletích staly skutečnou hrozbou celé civilizace. Fakt, že alkohol je mezi lidmi běžně akceptovanou a tolerovanou drogou tento problém navíc prohlubuje. Rostoucí nabídka alkoholu je mohutně podporovaná reklamou, věková hranice 18 let, kdy je povoleno podávat alkohol, se nedodrží.

Oblast prevence není dostatečně aktivní a důrazná, intoxikace alkoholem není jevem výjimečným. Alkohol je také mnohdy vstupní branou na cestě k drogám ostatním, i když většina společnosti si toto nebezpečí příliš nepřipouští. Podle doc. PhDr. Michala Miovského, je „alkohol v současnosti (spolu s tabákem) nejužívanější drogou v ČR a je opakovaně jako zdroj značných lidských i ekonomických škod bagatelizován“ (2).

Jsme jednou z mála zemí, kde pivo je levnější než nealkoholické nápoje. Kdo se pozastaví nad tím, že prodej či podávání alkoholu mladistvým je u nás pouze přestupek, zatímco prodej či držení marihuany je trestný čin, přičemž je známo, že závislost na alkohol vznikne stejně snadno?

Problém s alkoholem je hlubší. Když má někdo problémy, nabízíme mu skleničku na kuráž, když ve společnosti někdo pít odmítá, kazí náladu, není normální. Oslavy, diskotéky, večírky, vše je úzce spjato s konzumací alkoholu. Tam kde se alkohol nepodává, nekonzumuje, je to podle řady lidí nezábavné, nudné. Navíc se běžně setkáváme s názorem, že alkohol v „rozumné“ míře je zdravý a našemu organismu prospěšný, že pivo a víno nejsou škodlivé ani ve vyšších dávkách.

Základním úskalím této problematiky je nedostatečná informovanost mladých lidí, nedostatečná prevence a velmi snadná dostupnost alkoholických nápojů. Tato práce by měla poukázat na to, že je potřeba hledat kroky, které by vedly ke snížení

konzumace alkoholu mladými lidmi, a že je potřeba řešit tento problém za aktivní účasti rodiny, školy i státu.

## 1 SOUČASNÝ STAV

### 1.1 *Alkohol*

Alkohol je název pro celou skupinu organických látek, které odvozujeme od uhlovodíků nahrazením atomu vodíku hydroxylovou skupinou. Většina alkoholů jsou prudké jedy, pouze etylalkohol zkráceně etanol je do určité dávky slučitelný se životem **(19)**.

Pokud mluvíme o alkoholu, máme na mysli nápoje, které jsou z největší části směsí ochucené vody a lihu **(1)**.

Etanol vzniká kvašením cukrů působením kvasinek. Po dosažení 13 % kvasinky hynou a dále probíhá octové kvašení, výsledkem je ocet. Pouhým kvašením tedy získáme jen přírodní vína. Vína s vyšším obsahem alkoholu (do 20 %) vznikají dodatečným ochucením a alkoholizací. Koncentrované nápoje – destiláty (s obsahem alkoholu 40–60 %) vyrábíme destilací. Pivo se vaří ze sladu, nahořklou chuť mu dodává chmel **(19)**.

#### 1.1.1 *Alkohol v historii lidstva*

Alkohol se váže k člověku od počátku dějin. Byl využíván ve všech středověkých říších. Zprvu to byly nápoje kvašené, především víno, pivo a medovina. Člověk si jejich přípravu osvojil i přesto, že podstatu kvasného procesu a kvasinkové buňky popsal vědecky až v druhé polovině dvacátého století Louis Pasteur **(14)**.

Archeologické nálezy potvrzují, že již ve staré Číně před 6–7 tisíci lety vyráběli lidé alkohol z obilí. Symptomy chronického alkoholismu popsal řecký lékař Hippokrates už 400 let před Kristem **(49)**.

V Evropě se podařilo alchymistům vytvořit z hroznů vína „aqua vini“ ve 12. století. Staří Egypťané, Sumerové i Číňané znali toto umění sice mnohem dříve



(jeho výroba začala asi před 6–7 tisíci lety), ale bylo vyhrazeno pouze osobám zasvěceným **(49)**.

Řekové víno dováželi, často pro čistě lékařské účely. Po staletí znali Japonci víno z rýže, Inkové z kukuřice a mexičtí Indiáni z agáve. Staří Vikingové i Slované znali medovinu z kvašeného medu. Pivo vařili již staří Babylóňané před 7–8 tisíci lety. Postupně se velmi rozšířilo v Egyptě a západních částech Římského impéria **(49)**.

V podstatě lze říci, že za starých časů nebyl alkohol zneužíván, lidé jej považovali za zázračný elixír a běžně nebyl používán ke konzumaci. Opilství bylo samozřejmě známo, v legislativě všech starých kultur na něj bylo pamatováno a většinou se trestalo **(49)**.

Pro příklad uvádím:

- 1220 př. n. l. – Čína – smrt každému, kdo je přistižen opilý.
- 5. a 6. století – Konfucius a Budha zakázali pít alkoholických nápojů.
- Indie – při přistižení v ebrietě (opilosti) byli opilci nuceni pít vařící víno, vodu, kraví moč nebo vřelé mléko až k smrti.
- Indické ženě, která byla přistižena v opilosti, žhavým železem vypálili do kůže čela podobu nádoby, z níž alkohol pila. Pak byla vyhnána.
- Papežové se snažili zabránit pití alkoholu tím, že dali příkaz k vylití sudů s alkoholem do řek.
- Každý Říman měl právo zabít svou ženu, pokud ji přistihl opilou.
- Opilý otrok byl trestán 80 ranami holí, opilý svobodný člověk 40 ranami. Byli i záměrně opíjeni otroci a ti byli ukazováni mládeži jako odstrašující příklady.
- Athény – za opilost smrt.
- Karel Veliký – opilci trestáni, pokud pili dál, byli popraveni **(29)**.

Na druhé straně bylo víno považováno za lék, který zlepšuje plodnost žen, dává zdraví, dále jako antidotum (protijed) proti hadímu uštknutí a jedovatým rostlinám. Některé druhy alkoholických nápojů byly určeny k různým liturgickým úkonům, válečným rituálům apod. Víno bylo podáváno jako lokální anestetikum a ostatním bylo dopřáno jako odměna za mimořádné hrdinské skutky **(29)**.

V posledních desetiletích byl problém s pitím alkoholu především ve Švédsku, Švýcarsku a bývalém Sovětském svazu. Vytvářelo se mnoho skupin bojujících proti alkoholismu. V Polsku zavedli zákon, že kdo poškozuje v opilosti svou rodinu, např. fyzické násilí, může jít až na 5 let do vězení. V bývalém SSSR bylo zavedeno více opatření, např. snižování výroby alkoholu, v pracovních dnech byl prodej alkoholu povolen až od 14 hodin, zákaz prodeje a požívání alkoholických nápojů do 21 let (29).

### ***1.1.2 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách***

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, ESPAD – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, je zaměřena na užívání alkoholu a jiných návykových látek, tedy tabáku a nezákonných drog, mezi mládeží ve věku 15–16 let. Hlavními cíli projektu ESPAD je získání spolehlivých odhadů prevalence užívání návykových látek u mládeže, srovnání situace v jednotlivých evropských zemích a analýza trendů v čase (12).

Studie ESPAD byla realizována pod záštitou Rady Evropy (Pompidou Group) poprvé v roce 1995 ve 26 evropských zemích jako školní dotazníkové šetření. Druhá vlna výzkumu proběhla v roce 1999 a zúčastnilo se jí již 30 zemí. Zatím poslední nábor dat proběhl v roce 2007. Podmínkou účasti bylo přijetí jednotné metodiky, která zahrnovala jak dotazníkový formulář, tak principy konstrukce výběrového souboru a způsob náboru dat. Cílem bylo, aby mezinárodní projekt, koordinovaný Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách, přinesl srovnatelná data o užívání návykových látek mezi mládeží v Evropě (5).

Dotazníkový formulář obsahově pokrýval oblast užívání legálních i nelegálních návykových látek a postojovou oblast vztahující se k návykovým látkám. Vedle základních sociodemografických údajů byla také sledována další témata, např. způsob využití volného času, vrstevnické vlivy, psychosociální adaptace (5).

Datové soubory, které jsou základem analýz v tomto sdělení, byly pořízeny metodou vícestupňového náhodného výběru středních škol. Kritérii pro reprezentativitu byly typ studované střední školy a geografická poloha školy (úroveň kraj). Těžiště výzkumu se týká populace dospívajících ve věku 16 let (tj. pro ČR a většinu evropských

zemí věk nižší než legální z hlediska dostupnosti tabáku a alkoholu). Český soubor se skládal z 2 962 jedinců v roce 1995, 3 579 v roce 1999, 3 172 v roce 2003 a 3 914 osob v roce 2007. V roce 2003 a 2007 byly pro účely porovnání regionálních rozdílů dotazovány i jiné ročníky narození a celkový počet všech dotázaných byl vyšší než 15 000, resp. 10 000. S výjimkou regionálních rozdílů se dále uváděná data opírají vždy jen o kohortu narození, která byla v daném roce předmětem mezinárodního srovnání, tj. za rok 2007 jde o studenty narozené v roce 1991 (5).

### ***1.1.3 Trendy v pití alkoholu mezi roky 1995–2007 v ČR***

V případě konzumace alkoholických nápojů jsou sledovány tyto ukazatele: výskyt častého konzumu alkoholických nápojů v posledním měsíci, a výskyt zdravotně rizikových forem konzumu alkoholu, tj. časté pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti 3krát a častěji v posledních 30 dnech). Časté pití alkoholických nápojů udávají více chlapi, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. U dívek není preference nápoje tak výrazná jako u chlapců, nicméně od roku 1995 vzrůstá u dívek procento těch, které pravidelně pijí pivo, zatímco u jiných druhů alkoholu tomu tak nebylo. V roce 1995 byly dokonce u dívek nejčastěji konzumovaným druhem alkoholu destiláty. Ve srovnání s rokem 1995 bylo v roce 1999 více častých konzumentů alkoholických nápojů u obou pohlaví a u všech druhů alkoholických nápojů (5).

Mezi rokem 1999 až 2007 je možné sledovat mírný pokles častého pití u chlapců a stabilizaci u dívek. Za indikátor již zcela nepochybně zdravotně rizikové formy konzumu alkoholu, případně také již problémového pití, lze považovat výskyt častého pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (v tomto případě konzumace ekvivalentu 100 a více ml čistého lihu 3krát anebo častěji v posledním měsíci). Výsledky naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou velmi rozšířené u chlapců a stávají se stále běžnějšími u dívek. Výskyt v tomto smyslu definovaného rizikového pití lze v roce 2007 odhadnout na 24 % populace chlapců a 17 % populace dívek ve věku 16 let. Rozdíly mezi rokem 2003 a 2007 naznačují nárůst u dívek z 12,6 % na 16,7 % (5).

Novým fenoménem je pití alkopops, tj. limonád s obsahem alkoholu. V západoevropských zemích je rostoucí obliba alkopops mezi mladými lidmi sledována již delší dobu, u nás oblibu těchto nápojů potvrzuje právě výzkum z roku 2007, podle něž alkopops pilo někdy v životě 41 % dotázaných (5).

## **1.2 Alkohol v organismu**

### **1.2.1 Účinky alkoholu v organismu**

Alkohol řadíme mezi tlumivé látky, ačkoliv jeho účinky jsou mnohostranné. Prakticky žádná jiná droga nenabízí tak široké spektrum účinků, jako alkohol, který poskytuje chuťové požitky, ale především je vyhledáván pro své účinky na lidskou psychiku (19).

V oblasti psychiky nabízí alkohol pocit zvýšených schopností. Jde pouze o subjektivní pocit, který není podložený skutečným zvýšením výkonnosti. Současně zhoršuje některé funkce, zejména koordinaci pohybů a zpomaluje reakce, např. pozornost (19).

Má výrazný *vazodilatační* účinek – rozšiřuje cévy, což vede ke ztrátám tepla z organismu (50).

Dále odstraňuje špatnou náladu a nahrazuje ji dobrou – *trankvilizační* účinek, uspává – *hypnotický* účinek, odstraňuje úzkost – *anxiolytický* účinek, potlačuje strach – *antifobický* účinek, tlumí bolest – *analgetický* účinek a znecitlivuje – *anestetický* účinek (19).

Alkohol způsobuje celkový útlum činnosti centrální nervové soustavy od nejvyšších etáží k nejnižším (od mozkové kůry přes podkorová centra až po prodlouženou míchu, kde jsou centra vitálních funkcí, např. dýchání) (19).

Hlavní nebezpečí spočívá právě v útlumu těchto center při intoxikaci alkoholem. Může nastat smrt zadušením zástavou činnosti dýchacího centra nebo vdechnutím zvratků pro útlum obranných reflexů při zvracení v hlubokém spánku. Dlouhodobé zneužívání alkoholu je spojeno s řadou závažných důsledků, viz kapitola alkoholismus jako nemoc (19).

### ***1.2.2 Metabolismus alkoholu***

Resorpce alkoholu probíhá difúzí. Alkohol se vstřebává v průběhu celého trávicího traktu. Ze žaludku se vstřebává asi 20 % přijatého alkoholu, rozhodující část vstřebávání, celých 80 % zajišťuje horní úsek tenkého střeva. Rychlost resorpce závisí na řadě okolností. Nejdůležitějšími aspekty jsou především náplň žaludku, prokrvení žaludeční sliznice a koncentrace nápoje. Rychleji se vstřebávají nápoje s vyšším obsahem alkoholu. Resorpci zpomaluje plný žaludek. Část alkoholu se může navázat na bílkoviny a nevstřebá se, to nazýváme resorpční deficit **(19)**.

Alkohol se eliminuje z organismu z 90 až 95 % oxidačními pochody v procesu látkové přeměny, 5 až 10 % se vylučuje v nezměněné formě. Dechem asi ze 4 až 7 %, močí v 1 až 3 %. Eliminace alkoholu v nezměněné formě dechem a močí není konstantní, je závislá na hladině alkoholu v krvi. Vylučování alkoholu jinými cestami je prakticky zanedbatelné **(56)**.

Oxidace alkoholu probíhá v játrech. Ta jsou vybavena potřebnými enzymy. Hlavní část etylalkoholu je oxidována pomocí alkoholdehydrogenázy (enzym, podílející se na metabolismu alkoholu) na acetaldehyd, který se přemění na kyselinu octovou + acetylkoenzym A, ten se dále v Krebsově cyklu metabolizuje na vodu a oxid uhličitý **(3)**.

V menší míře, asi 10 %, se alkohol oxiduje systémem kataláz (enzym rozkládající peroxid vodíku na vodu a molekulární kyslík) převážně ve svalech **(50)**.

Dalším metabolickým systémem je MEOS (mitochondriální etanoloxidační systém), který je uplatňován při vyšších koncentracích alkoholu. Tento systém, obsažený v hepatocytu – jaterní buňce, chrání organismus před vysokou hladinou alkoholu v krvi. Pomocí tohoto systému se organismus může přizpůsobit opakovanému příjmu velkého množství alkoholu. Při chronickém abúzu (nadužívání) alkoholu dochází ke zvýšení aktivity tohoto systému, čímž je vysvětlena rostoucí tolerance na alkohol **(56)**.

### **1.2.3 Opilost a její stadia**

Akutní intoxikace alkoholem se většinou projevuje jako prostá opilost. Při nižších dávkách a na začátku konzumace se působení alkoholu projevuje stimulačně. Dochází k zvýšené psychomotorické aktivitě, mnohomluvnosti a zvýšenému sebevědomí. Posléze se objevuje snížení sebekritičnosti a zábran. Při rychlé konzumaci alkoholických nápojů, zejména s vyšším obsahem alkoholu dochází k projevům hlavního efektu alkoholu na centrální nervový systém, kterým je útlum (44).

Podle hladiny alkoholu v krvi se popisují tři stadia intoxikace alkoholem.

1. stadium – při hladině alkoholu v krvi 1–1,5 ‰ vzniká u člověka stav spokojenosti. Obvykle se to projevuje i navenek veselým výrazem obličeje, živou mimikou, smíchem a výřečností. Člověk je rozpustilý, snadno a rád uzavírá přátelství, dostavuje se u něho dojem, že by snadno překonal všechny životní těžkosti (7).
2. stadium – při hladinách v rozmezí 1,5–3 ‰ se pijící člověk stává nekritickým až netaktním, zpívá, nedbá o své okolí. Jeho chování a jednání je impulsivní, nepromyšlené. Takoví lidé již postrádají schopnost naslouchat druhým, neumějí kontrolovat svou řeč, jejich obličej rudne, tep stoupá nad 100 za minutu. Pohyby jsou neuspořádané, opilý člověk má závratě, při chůzi vrávorá, vidí dvojité (7).
3. stadium – při hladině alkoholu v krvi nad 3 ‰ se dostavuje již únava, spavost, často nevolnost a zvracení. Při velkých dávkách alkoholu se opilost podobá narkóze kdy dochází k úplnému bezvědomí, necitlivosti, mimovolnému močení a pokálení. Svalstvo je uvolněné, dýchání pomalé, zornice normální nebo rozšířené, na světlo nereagují. Někdy je člověk zmatený, blouzní, zmítá s sebou a tropí povyk. V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může nastat smrt ochrnutím dýchacího centra (7).

### **1.3 Závislost na alkoholu**

Mezinárodní klasifikace nemocí říká, že při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky v tomto případě alkoholu, přednost před jiným jednáním, kterého si člověk dříve cenil více. Jako ústřední charakteristiku onemocnění označuje touhu, často silnou, přemáhající, užívat alkohol. Odpovídajícím pro označení síly, touhy, by mohlo být

slovo žádostivost nebo chtíč. Touhu užívat tuto drogu si jedinec uvědomuje (i když ji nemusí přiznávat) a snaží se často užívání kontrolovat, nebo i zastavit, často však neúspěšně **(33)**.

Pro diagnózu závislosti na alkoholu je potřeba, aby byly přítomny některé z následujícího seznamu příznaků.

- a) Silná touha užívat látku.
- b) Potíže v kontrole užívání látky.
- c) Užívání látky k odstranění tělesných příznaků.
- d) Průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek alkoholu k dosažení žádoucího stavu).
- e) Zanedbávání jiných zájmů a potěšení ve prospěch užívání alkoholu.
- f) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, cirhóza jater) **(33)**.

Martin Hajný k danému problému píše. „K závislosti se člověk obvykle dostane přes experimentování a postupem času i přes pravidelné užívání drogy. Mnoho lidí trpí závislostí v chronické podobě, kdy po obdobích abstinence opět upadají do návyku. Zpočátku může dotyčný užívání drogy kontrolovat, ale to obvykle nedělá natolik, aby s tím přestal“ **(16)**.

Rozhodujícími prvky v rozvoji vzniku závislosti na alkoholu jsou dva mechanismy, typicky se mění v jednotlivých stadiích vývoje závislosti. Jsou to tolerance a kontrola **(19)**.

- Tolerance je reakce organismu na určitou hladinu alkoholu v krvi. Při častém opakujícím se příjmu alkoholu je potřeba stále většího množství alkoholu k dosažení určité typické reakce. V terminálním stadiu, viz níže, se tolerance snižuje, avšak do výchozí úrovně se již nevrací **(19)**.
- Kontrola je schopnost reálně a kriticky vyhodnocovat situaci z hlediska potřeb a povinností osobních i společenských. Při rostoucí hladině alkoholu v krvi dochází ke změnám v psychických procesech a ke změně kontroly. Tato změna se postupně s rozvojem závislosti prohlubuje a stává se méně spolehlivou i při nižší hladině alkoholu v krvi **(19)**.

Vztah mezi změněnou kontrolou a rostoucí tolerancí vede k nutnosti trvalého se zřeknutí alkoholu. Změna kontroly tvoří podstatu poruchy v organismu a chorobného stavu bez možnosti vyléčení, lze dosáhnout uzdravení bez odstranění základní poruchy **(19)**.

### ***1.3.1 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti***

Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo dispoziční pro vznik závislosti. Není známá žádná predisponovaná alkoholická osobnost. Nejčastěji se jedná o kombinaci řady faktorů, fyziologických (hereditárních nebo získaných), psychologických a sociokulturních **(24)**.

#### *Biologická dimenze:*

Význačné výzkumy prokázaly, že mozek je elektrochemický systém zpracovávající informace. Podařilo se identifikovat důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony, které se účastní přenosu informací. Alkohol a jiné drogy vstupují do chemického prostředí mozku a způsobují v něm hluboké změny, které doprovázejí změny kognitivních funkcí, afektů a chování. Hodnota různých drog pravděpodobně závisí na jejich schopnosti navodit změny v mozkovém chemismu **(45)**.

Psychoaktivní látky nebo stimulační drogy zvyšují vyplavení dopaminu. Výsledkem jsou příjemné pocity jako euforie, vzrušení, zbavení úzkosti a zlepšení sebehodnocení. Zároveň brání jeho zpětnému vychytávání, což posléze vede k vyčerpání tohoto efektu, a ke zvratu v opačné pocity, které se pak rozvíjejí v potřebu další stimulace a jsou základem cravingu, viz níže. Je jasné, že takové zacházení je jaksi na dluh, který se později neblaze projeví v depresivních náladách a komplexu odvykacích stavů **(24)**.

#### *Psychologická dimenze*

Výše uvedené změny v chemismu mozku se sdružují s dalšími poruchami nálad a emocí. Například častá konzumace vysokých dávek alkoholu může vést k úzkosti a



depresím. Další negativní psychologické důsledky nejsou přímo vyvolány vlivem alkoholu či jiných drog, ale jsou výsledkem životního stylu závislých. Alkoholici často trpí nedostatkem sebeúcty. U mnoha alkoholiků se také objevuje problém s identitou a seberepozucením často pramenící z opakovaného konfliktu mezi morálními hodnotami střizlivé osobnosti a jejím jednáním v opilosti. Negativní psychologické důsledky alkoholismu či drogové závislosti zahrnují nízké sebehodnocení, zlost a zášť vůči ostatním. Dalším z důsledků mohou být hostilita, sebelítost, nízká frustrační tolerance a různé obavy. Chronický abúzus alkoholu a jiných drog doprovázejí zpravidla události vyúsťující v mnohočetné psychické problémy. Nepříjemné pocity s nimi spojené vedou k dalšímu vyhledávání a konzumu drogy, což vede k nárůstu osobních obtíží (45).

#### *Sociální dimenze*

Alkoholici a jiní drogově závislí se také musí potýkat s narůstajícími sociálními problémy. Nejprve trpí systém blízkých osobních vztahů, manželství závislých jedinců jsou často narušována zlostí, frustrací, strachem, lítostí a bezmocí. Dalším důsledkem je ztráta dovedností k řešení manželských konfliktů a k udržení intimních vztahů. Naučenou strategií v řešení je pití nebo konzumace jiných drog. Kromě partnerů závislých lidí trpí i jejich děti řadou sociálních a citových problémů, včetně strachu, problémů ve škole, delikvencí a také zneužíváním alkoholu a jiných drog (45).

Alkoholici a závislí na jiných drogách mívají potíže v zaměstnání, finanční problémy, rozpory se zákonem, narušená přátelství, ztrátu společenského postavení nebo zadržení a uvěznění (45).

#### *Spirituální (existenciální) dimenze*

U mnoha závislých jedinců vrcholí abúzus alkoholu nebo jiných drog v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a smyslu života. Dochází k úbytku morálních hodnot. S prohlubující se závislostí vzrůstá zmatek a nejistota. Alkoholiky a jiné závislé můžeme přirovnat k „lodi bez kormidelníka na rozbouřeném moři“. Tito lidé popisují pocity vnitřní prázdnoty a ztráty smyslu. Nic nemůže vnitřní prázdnotu alkoholiků naplnit stejně jako alkohol. Nevadí ani, že stál na počátku vnitřní prázdnoty

a zoufalství, protože má schopnost dočasně tyto pocity „napravit“. Poté však obvykle následuje ještě větší stres. Okamžitá úleva od nepříjemných pocitů však vede závislé jedince k další konzumaci alkoholu (45).

### **1.3.2 Základní faktory vzniku závislosti**

Vznik drogové závislosti je většinou dlouhodobý a složitý proces, v němž se uplatňuje řada faktorů. Dnes se nejčastěji jako hlavní příčina vzniku abúzu drog uvádí tzv. multifaktoriální podmíněnost, zahrnující faktory genetické, biologické, psychické a sociální (48).

#### *a) Genetické dispozice*

Genetické faktory jsou považovány za etiologicky významný faktor, který může zvyšovat tendenci užívat psychoaktivní látku, v tomto případě alkohol. Není ovšem jednoznačně určeno, zda jde např. o vznik poruchy osobnosti a s tím související potřebu nadměrného vzrušení, nebo o geneticky podmíněnou změnu produkce enzymu, který se podílí na zpracování alkoholu, viz níže metabolismus alkoholu. Je potřeba si uvědomit, že familiární výskyt může být podmíněn pouhou nápodobou tohoto modelu chování. U alkoholu se předpokládá, že genetické dispozice ovlivňují riziko vzniku závislosti z 25–50 % (49).

#### *b) Psychické faktory*

Sklon k užívání návykových látek mají lidé pro něž je typický nedostatek vnitřní pohody, zvýšená labilita, časté prožívání psychického napětí a deprese. Nezvládnutí emočních stavů a potřeba dosáhnout lepší emoční bilance je jedním z motivů, dalším bývá zvýšená touha po vzrušení, než jaké poskytuje běžný život (49).

Sklon užívat psychoaktivní látku mají také lidé, kteří mívají neadekvátní sebehodnocení, nízkou sebedůvěru, podobně nepřiměřená bývají i jejich očekávání do budoucnosti. Výrazným faktorem je i učení. Užívání alkoholu, nebo jiné návykové látky, se snadněji zafixuje, pokud je pozitivně posilováno, když přináší uspokojení.

Člověk si je zvykne brát, jestliže přináší nějaký zisk (zbavuje úzkosti, zvyšuje sebevědomí, dává pocit moci) (49).

Více ohroženi experimentováním drogy jsou také mladí lidé v období dospívání, nejistí a nezralí adolescenti. Ti bývají impulzivnější a ve svém reagování nezdrženliví. Mají silnější tendence ke zkratovým a rizikovým reakcím (49).

Dalším aspektem jsou osobnostní vlastnosti. Uživatelé psychoaktivních látek mohou mít specifickou poruchu osobnosti. Zejména disociální typ osobnosti – lidé s lhostejnými postoji ke společenským pravidlům, necitliví, s nízkým prahem pro agresivní explozi. Další skupinou jsou lidé s emočně nestabilní poruchou osobnosti – lidé emočně nestálí, kteří mají nejasné představy o sobě samém, o cílech a vnitřních preferencích (17).

Avšak specifický typ osobnosti, která by byla jednoznačně předurčena k užívání návykových látek, neexistuje (49).

### *c) Sociální faktory*

Sociální faktory mohou ve značné míře zvyšovat tendenci k užívání návykových látek (49).

Patří sem:

Společnost – obecná dostupnost psychoaktivních látek, dosažitelnost, např. alkoholu pro dospívající.

Městské prostředí – větší pravděpodobnost nabídky drog, větší anonymita a možnost menší kontroly je pro nežádoucí chování dostupnější.

Rodina – vliv dysfunkční rodiny, kdy dítě není citově akceptováno, vhodně vychovááno, kde chybí model přijatelného způsobu řešení problémů. Užívání návykových látek může vzniknout jako nápodoba rodičovského chování (49).

Protipólem je nadměrná protektivnost, pečlivost, autoritativnost a dominantnost rodičů (19).

Sociální skupina – vliv kamarádů popřípadě subkultury, která má své odlišné hodnoty a normy, kde je užívání alkoholu nebo drog běžné. Za rizikové můžeme považovat i

některé profese, jež s sebou nesou větší množství stresových situací nebo umožňují snadnější přístup k návykovým látkám, např. číšníci (49).

Nižší vzdělání – lidé s nižším vzděláním, jemuž předcházela neúspěšnost ve škole, často posilovaná dysfunkcností rodiny a s tím související sociální znevýhodnění (49).

### **1.3.3 Vývojová stádia závislosti**

#### *1. stadium – iniciální, počáteční*

Během tohoto stadia se člověk pijící alkohol navenek neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. On sám si může, avšak nemusí uvědomovat, že pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí mnohem lépe, než střízlivý. Pije stále častěji, tolerance na alkohol roste a s ní i nutná dávka k „vyřešení problému“. V tomto období nemívají lidé zneužívající alkohol obvykle vyšší hladinu než 0,5 ‰. Neobjevují se viditelné opilosti. Ve společnosti, kde se konzumuje alkohol mívá dotyčný pověst člověka, který „hodně snese a není to na něm vidět“. V tomto stadiu člověk obvykle pije proto, že neumí jinak řešit svůj problém, pokud najde jeho řešení, často omezuje i své pití. Je však pravděpodobné, že další problémy bude opět řešit pitím (19).

#### *2. stadium – prodromální, varovné*

Rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání dobré nálady je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, která je stále blíže hladině, projevující se zřetelnou opilostí a ta se zatím objevuje jen jako občasné „nedopatření“. S „hladinkou“ se dotyčný cítí fit, proto vyhledává příležitost k tomu se napít. K dosažení žádoucí hladiny musí pít rychleji než ostatní. Je si vědom, že jeho pití si mohou ostatní povšimnout, a za své jednání se začíná stydět. Své pití dotyčný skrývá a bývá citlivý na sebemenší zmínku o alkoholu. Opilosti si maximálně kontroluje, tudíž okolí zatím nic nepozoruje. Rostoucí pocit viny vyvolává v závislém jedinci odhodlání se vypořádat s alkoholem a ovládnutí účinků alkoholu se pro něj stává primární záležitostí (19).

Druhé stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a řešením prvotních problémů. První a druhé stadium závislosti řadíme do před stadia nemoci. Ve

chvíli, kdy se do druhého stadia přidávají „okénka“ je neklamnou známkou, že končí druhé stadium a začíná vlastní nemoc **(19)**.

### *3. stadium – krucální, rozhodné*

V tomto stadiu stále roste tolerance na alkohol. Závislý člověk snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byla patrná intoxikace. Postupně však dochází k tomu, že hladina, kterou vnímá jako příjemnou, splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. Dotyčný pije stále častěji, opíjí se v marné snaze se napít a přitom se neopít, přestat včas. To je již však nemožné, protože došlo k tzv. změně kontroly v pití. Alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů a došlo ke změně reakce organismu na určitou dávku. Na prakticky zanedbatelnou částku, již organismus reaguje změnou psychických procesů a rozjíždí se nezadržitelná kaskáda dalšího pití končící opilostí. Jediným řešením situace je nenapít se vůbec, abstinovat, to však pacient neví a vědět ani nechce. Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede ke konfliktům s okolím. Závislý člověk na ně reaguje budováním racionalizačního systému – systému zdůvodnění, jimž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. Získávání alkoholu, jeho ukrývání a zdůvodňování, proč drogu potřebuje, postupně vyžaduje stále více jeho času a schopností, stává se středem světa závislého – mluvíme o alkoholocentrickém chování. U takového člověka upadají koničky a zájmy, přestává stačit na své povinnosti **(19)**.

Čím více se chování alkoholika přičí jeho původnímu systému hodnot, tím více rostou jeho pocity viny. V tomto stavu sám věří svému racionalizačnímu systému. Začíná se měnit jeho osobnostní struktura, manifestují se negativní stránky osobnosti. Dosud spolehlivý a čestný člověk začíná lhát, podvádět. Roste vztahovačnost a snaha nedat na sobě znát, jak na tom ve skutečnosti je. Tato vztahovačnost stupňuje konflikty s okolím, zejména s nejbližšími. Dotyčný na každé domnělé napadení reaguje protiútokem. Droga je tak důležitá, že závislý člověk přestává být vybíravý ve značce. V tuto dobu už řada závislých zanedbává správnou výživu, což se odráží na zhoršování zdravotního stavu. Tlak okolí donutí závislého někdy abstinovat, což se může i delší dobu dařit, obvykle však tyto pokusy o abstinenci končí, když povolí tlak okolí. V tomto stadiu se již objevují zdravotní poruchy, které jsou provázeny řadou zdravotních obtíží **(19)**.

Původní problémy, které stály na počátku pití ustupují do pozadí za problémy způsobené alkoholem. Abúzus alkoholu je již projevem choroby s rychlým spádem, který nemůže zastavit ani pacient ani jeho okolí bez odborné pomoci. Každé otálení s vyhledáváním specializované léčby je zbytečným prodlužováním trápení pacienta i jeho okolí a může způsobit nenapravitelné škody. Většina závislých i přesto pokračuje v pití dál. Počet opilostí vzrůstá, závislý člověk bývá v tomto stadiu častěji opilý než střízlivý. Tím končí třetí stadium a přichází stadium konečné **(19)**.

#### *4. stadium: terminální, konečné*

Charakteristickým znakem čtvrtého stadia je nepříjemný stav po vystřízlivění, který je nemocný nucen zahánět „ranními doušky“. Pokračuje-li od ranního doušku pití dál, vzniká tah – několikadenní období, projevující se opilostí. Nyní jsou nemocní schopní vypít i technické prostředky, jen když obsahují alkohol **(19)**.

V důsledku celkového vyčerpání a poškození jater klesá ve čtvrtém stadiu tolerance na alkohol. Člověk se opije menší dávkou alkoholu než dříve. Objevují se různá orgánová postižení (jater, žaludku, jícnu, nervového systému, cév a také duševní poruchy). Nastupuje degradace osobnosti, prioritou je získání alkoholu. To už závislý člověk upřednostňuje před nezákladnějšími životními hodnotami jako je péče o sebe, děti, zaměstnání apod. Většinou až v této fázi vyhledává postižený pomoc **(19)**.

Ve třetím nebo čtvrtém stadiu může kdykoli dojít k chronifikaci choroby, kdy následkem dlouhodobého nadužívání alkoholu vzniknou trvalé následky. Vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu **(19)**.

Pro příklad uvádím dělení vzniku závislosti dle německých autorů Göhlerta a Kühna: **(15)**.

#### *1. Euforické, počáteční stadium*

V tomto stadiu je účinek drogy téměř jen pozitivní. Postižený jedinec se zbavuje úzkosti, prožívá uvolnění, omámení. V euforii, opojení se často projevuje zvýšené sebevědomí **(15)**.

## *2. Kritické stadium navykání*

V tomto stadiu účinek drogy ustupuje, stává se nutností zvyšování dávek. Projevují se poruchy koncentrace, pozornosti, schopnosti zapamatování. U jednotlivců se zvětšuje propast mezi ideálním a reálným obrazem sebe sama. Také dochází k úbytku schopnosti snášet nepříjemné pocity, jako bolest, úzkost a napětí. Alkohol začíná být postupně upřednostňován, jednatel si už nedovede představit, že by se obešel bez alkoholu (15).

## *3. Stadium návyku, respektive závislosti*

Zde již dochází ke značnému stupňování dávek na základě většího vývoje tolerance. Nastává ztráta kontroly, s konzumem drogy se již nedá skoncovat. V tomto stadiu autoři poukazují na zvláštnost u alkoholismu. Piják neztrácí kontrolu, ale přesto může skončit v chronické fázi alkoholismu. Takto závislý člověk „musí mít kapku v sobě“, aby vše zvládal. Odborníci to nazývají „ztráta abstinence“. Vztahy v okolí se rozpadají. Jedinec již vykazuje psychosomatické abstinenci symptomy (15).

## *4. Chronické stadium rozkladu*

Snášenlivost drogy v tomto stadiu značně ubývá. Příčinou toho jsou poškozené orgány, játra již nemohou odbourávat jedovaté substance, ledviny je nemohou eliminovat. Projevují se postupující procesy tělesného rozkladu (jaterní cirhóza, poškození centrální nervové soustavy). Následuje úpadek duševních schopností a rozpad osobnosti (15).

### **1.3.4 Bažení**

Jedním ze společných rysů závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách, ale i patologického hráčství nebo chorobného nakupování bývá craving nebo-li bažení, dychtění (39).

Bažení se prakticky vždy objevuje při odvykacím stavu, ale nastává i u dlouhodobě abstinujících, typicky po setkání se spouštěčem (např. reklama na alkoholický nápoj). Při bažení po alkoholu dochází k typickým tělesným změnám (např.

zvýšené slinění, změny kožní galvanické reakce). Předpokládá se, že v průběhu bažení se zhoršují kognitivní funkce, protože závislý při něm není často schopen předvídat následky svého jednání, ani čerpat z minulé zkušenosti (43).

Kdy je bažení nejsilnější?

- Bažení je nejsilnější v situaci, kdy je jeho předmět snadno dosažitelný (jinými slovy alkohol je dostupnější v restauraci než v cele předběžného zadržení).
- Bažení je nejsilnější v počátcích abstinence, tedy v prvních dnech, kdy závislý na alkoholu přestane pít, než po delší době.
- Negativní duševní stavy zvyšují intenzitu bažení.
- Důležitý je druh návykové látky a trvání závislosti. Víme, že některé drogy vyvolávají velmi silné bažení (vedle alkoholu je tomu tak např. u heroínu) (39).

Typy bažení po alkoholu:

1. Bažení při abstinenci spuštěné psychosociálními podněty.
2. Bažení během delší abstinence bez zjevného spouštěče.
3. Bažení při abstinenci jako reakce na negativní emoční stav.
4. Bažení po nahodilém požití malých dávek alkoholu nebo jiné návykové látky.
5. Bažení jako způsob jak mírnit odvykací obtíže (39).

Subjektivní projevy bažení:

- Vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem návykové látky (uvolnění, dobrá nálada, zvýšené sebevědomí).
- Nepříjemné tělesné potíže během abstinence (svírání na hrudi, bušení srdce, pocení, třes, bolesti hlavy) (39).

#### 1.4 Alkoholismus jako nemoc

Termín alkoholismus je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v roce 1849. Teprve však o sto let později byl alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém (42).



### **1.4.1 Psychické změny a poruchy**

Alkoholismus vyvolává psychické změny, které jsou důsledkem abúzu alkoholu a psychické poruchy, jež vznikají jako následek dlouhodobého zneužívání alkoholu (49).

#### *a) Psychické změny*

- Změny emočního prožívání

Nadměrné užívání alkoholu ovlivňuje celkové emoční ladění. Zvyšuje se sklon k úzkostnému prožívání, depresivním stavům, roste podezíravost a nedůvěřivost. Dochází k vyhasínání citových vztahů k lidem, k odcizení, k pocitům osamělosti a prázdnoty. Emoční prožívání ovlivňují jak nepříjemné abstinenční příznaky, které vznikají následkem občasných pokusů o omezení pití, tak negativní, odmítavé reakce okolí (49).

- Změny v oblasti kognitivních procesů

Pod vlivem alkoholu se zhoršuje koncentrace pozornosti, výkonnost i paměť. Člověk není schopen zpracovat všechny informace standardním způsobem, přičemž tato porucha se objeví zejména tehdy, když jde o složitější nebo méně obvyklý problém (49).

Uvažování alkoholiků bývá méně kritické, častěji je vztahovačné. Na situaci nemívají náhled, nejsou schopni posoudit, jak je pití alkoholu ovlivňuje, ani správně vyhodnotit reakce ostatních lidí. Racionalizace se projevuje ve způsobu interpretace vlastních potíží, které mají sklon přičítat jiným okolnostem, často se cítí nespravedlivě hodnoceni. Problémy s porozuměním těmto potížím a opakované zážitky spojené s kritikou posilují jejich vnitřní nejistotu a úzkost. Svět se jim jeví nespravedlivý (49).

Alkoholici mívají narušené nebo kolísající sebehodnocení. Lze se setkat s pocity méněcennosti, sebelítosti, ale i s vychloubáním a demonstrací nadměrného sebevědomí. Postupně může dojít k úpadku kognitivních schopností, k demenci (viz níže) (49).

- Změny v oblasti chování

Alkoholikům ubývá vůle, ztrácí schopnost sebeovládání. Zúžení motivace a dominantní zaměření na získání alkoholu se projevuje egocentrickým chováním,

neohleduplností k jiným lidem a často úpadkem sociálních kompetencí. Míží sociální zábrany v jejichž důsledku stále častěji reaguje závislý člověk na alkoholu nepřiměřeným způsobem (např. agresivně). Mnohé z těchto projevů bývají i obrannými reakcemi (49).

- Osobnostní změny

Mohou být rozmanité, jednotná osobnost alkoholika neexistuje. Bylo zjištěno, že jde o dvě osobnostní dimenze. První je možné označit jako disinhibici chování, projevující se nezdrženlivostí, impulzivitou, zvýšenou dráždivostí spojenou s vysokou potřebou vzrušení. U těchto lidí se alkohol stává součástí jejich životního stylu (49).

Druhou je možné charakterizovat převahou negativního emočního ladění, projevující se nepříjemným napětím, zvýšenou úzkostí a sklonem k depresivnímu ladění. Alkohol se stává prostředkem ke zvládnání negativních pocitů (49).

*b) Psychické poruchy podmíněné dlouhodobým zneužíváním alkoholu*

- Odvykací stav (dříve nazývaný jako alkoholový abstinenční syndrom) vznikající následkem snížení nebo vysazení alkoholu se projevuje souborem vegetativních příznaků (třes, zrychlená akce srdeční, žaludeční nevolnost) a v psychické oblasti úzkostmi, neklidem, poruchami vědomí, někdy iluzemi a halucinacemi (26).
- Delirium tremens – je nejčastější alkoholickou psychózou, propukající zpravidla po přerušení konzumu alkoholických nápojů. Vyskytuje se u několikaletých alkoholiků. K prodromálním příznakům patří úzkostné stavy, nespavost, neklid, předrážděnost, nespavost, děsivé sny. Dále se objevuje třes, noční pocení a nevolnost s neschopností polknout tuhou stravu, vyčerpanost. Po těchto příznacích přicházejí zrakové halucinace, zmatenost a dezorientace. Objevují se vidiny lidských postav a malých zvířat. Vedle zrakových halucinací se vyskytují i sluchové halucinace. Nejčastěji propuká v noci a obvykle trvá 2–5 dní. Úmrtnost se v tomto případě pohybuje mezi 1–10 % (19).
- Alkoholická demence – znamená povšechný úbytek duševních schopností. Je konečným vyústěním alkoholismu. Projevuje se postupným otupováním a ztrátou

zájmů, oslabením citového života, poruchami sociability, poruchami paměti a zrakovými halucinacemi (47).

- Alkoholová paranoidní psychóza a halucinóza – je také reakcí na sníženou dávku alkoholu. Průvodními symptomy jsou masivní bludy, děsivé sny a zrakové halucinace. Přítomny jsou porucha myšlení a vnímání (26).
- Korzakovova alkoholická psychóza – dlouhodobý alkoholismus vede k poškození mozku, projevující se poruchami krátkodobé paměti a úpadkem inteligence, dezorientací v čase a místě, kterou si postižený vyplňuje konfabulacemi (smyšlenka, vymyšlení minulých událostí, které má zakrýt těžkou poruchu paměti), kterým sám věří (49).

#### **1.4.2 Somatické poruchy**

Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací alkoholu se mohou týkat prakticky všech systémů lidského organismu (47).

Velmi často se vyskytují chronické potíže a známky poškození následujících systémů:

- Nemoci oběhové soustavy.
  - a) Arteriální hypertenze – vysoký krevní tlak, nezávisle na hmotnosti, kouření či spotřebě kávy.
  - b) Alkoholická kardiomyopatie – onemocnění srdeční svaloviny (myokardu) (47).
- Nemoci trávicí soustavy (47).
  - a) Onemocnění jícnu – jícnové varixy – patologicky rozšířené žilní pleteně, vznikající v důsledku zhoršeného průtoku krve postiženými játry (50).

Ty jsou komplikací jaterní cirhózy (viz níže), mohou na sebe prvně upozornit až těžkým krvácením, často s fatálním koncem (47).
  - b) Onemocnění žaludku a dvanácterníku – časté jsou záněty žaludeční sliznice a sliznice dvanácterníku (47).
  - c) Onemocnění jater – alkoholická cirhóza je obávaným a nejzávažnějším, ireverzibilním onemocněním. Je charakterizována zmnožením vaziva s uzlovitou

přestavbou jaterní tkáně. Je narušen průtok krve játry. Cirhotická játra jsou vhodným terénem pro vznik primární rakoviny jater (47).

d) Onemocnění slinivky břišní – obvyklé jsou záněty slinivky břišní s akutním nebo chronickým průběhem a rozvoj cukrovky z důvodu porušené sekrece inzulínu (47).

- Nemoci vylučovacího systému.

Zhoršená funkce ledvin až selhání ledvin (47).

- Nemoci krevtovorného aparátu (47).

Anémie - chudokrevnost, nedostatek krevního barviva a červených krvinek (50).

- Nemoci nervového systému

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

b) Mozková atrofie – zmenšení normálně vyvinuté mozkové tkáně, rozvíjí se již v raných stádiích závislosti na alkoholu.

c) Alkoholická epilepsie – záchvaty křečí způsobené snížením křečového prahu působením alkoholu (47).

- Nemoci kůže.

Změny na kůži – červené a bílé zbarvení kůže, převážně v obličeji (47).

- Pohlavní systém.

a) U žen bývá přítomna snížená funkce pohlavních hormonů s poruchou funkce vaječnicků až neplodností, dále se zvyšuje riziko karcinomu prsu. V těhotenství se zvyšuje riziko potratu, dále je vysoké riziko poškození plodu a vzniku fetálního alkoholového syndromu (viz níže).

b) U mužů se vyskytuje snížená produkce testosteronu projevující se poruchou sexuální funkce, snížením libida, impotencí (19).

### ***1.4.3 Fetální alkoholový syndrom***

Nadměrný konzum alkoholických nápojů během těhotenství může narušit embryonální a fetální vývoj a být příčinou vzniku FAS – fetálního alkoholového

syndromu. Existuje široké spektrum efektu alkoholu na plod. Nejzávažnější forma FAS se projevuje: (47).

1. Prenatální a postnatální růstovou retardací – děti narozené matkám alkoholičkám zaostávají v růstu, mají nízkou hmotnost. U těchto dětí je redukce tukové tkáně, proto bývají velmi hubené (47).
2. Postižením centrální nervové soustavy – patří mezi nejzávažnější důsledky působení alkoholu. Nejčastější formou malformace mozkové tkáně je omezený růst mozku, projevující se mentální retardací. Syndrom hyperaktivity bývá téměř u dvou třetin dětí. Ta se projevuje již v novorozeneckém věku zvýšenou dráždivostí a třesy končetin. V pozdějším věku jsou zaznamenány poruchy chování (47).
3. Kraniofaciální dysmorfii – jedná se o nakupení anomálií v oblasti obličeje a hlavy (mikrocefalie, oční anomálie, krátké oční štěrbin, plochý kořen nosu, vymizelé střední části horního rtu, tenký horní ret, nízko položené uši). Postižené děti jsou si vzájemně podobné.

Mírné formy FAS nemusejí být vůbec rozpoznány (47).

#### ***1.4.4 Sociálně ekonomické dopady alkoholismu***

Alkohol je v celosvětovém měřítku jednou z nejrozšířenějších drog. Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití, ale také vůči nadměrnému pití alkoholu. Tato tolerance je mnohdy schovávána za přeceňované protektivní účinky alkoholu (51).

Závislost na alkoholu má trochu odlišné sociální důsledky než závislost na jiných psychoaktivních látkách. Důvodem je odlišný postoj společnosti. Alkohol má určitou sociální funkci, přičemž společnost, kde se alkohol konzumuje, očekává, že lidé vědí, kde je hranice přijatelného chování (49).

Role alkoholika má nízký sociální statut, tyto lidé bývají odsuzováni, společnost jimi opovrhuje. Bývá tak zejména pokud se alkoholik chová nápadně, nebo pokud v rodině alkoholika dochází k viditelnému sociálnímu úpadku. Ženy závislé na alkoholu bývají více odsuzováni než muži (49).

Mezi nejzávažnější dopady patří:

- Devastace rodiny alkoholika – rodiny zažívající problém s alkoholem, jsou méně stabilní a křehké. Škody s nadužíváním alkoholu se zdaleka neomezují na pijáky samotné. Dětství prožité v takové rodině může znamenat léta naplněná strádáním, často skryté navenek (49).
- Alkoholik v rodičovské roli – rodič, alkoholik může nepříznivě ovlivňovat psychický vývoj svého dítěte. Je pravděpodobné, že děti v rodinách alkoholiků budou trpět nějakou formou subdeprivace. Pro dítě není rodina zdrojem bezpečí a jistoty, děti přestávají tohoto rodiče respektovat.. Tyto děti mohou mít problémy ve škole, adaptační potíže a problémy s chováním. Další problémy mohou být důsledkem výchovného zanedbávání
- Obecné sociální důsledky – alkohol narušuje schopnost sebeovládání a adekvátního reagování, proto se pod jeho vlivem zvyšuje riziko úrazů, dopravních nehod a materiálních škod. Člověk v ebrietě se častěji dopouští násilných trestných činů. Neléčený alkoholik může skončit jako bezdomovec, ztrácí soběstačnost. Zdrojem obživy se stává žebrání a drobné krádeže (49).
- Ekonomické důsledky – škody vzniklé působením alkoholu jsou ekonomickou zátěží pro jednotlivce, rodinu i stát, vzhledem k nákladům na zdravotní péči, v důsledku vyšší nemocnosti a ztráty produktivity práce. Zvýšené jsou také náklady v důsledku škod na majetku, ušlém příjmu a následkem předčasných úmrtí. Tyto náklady se odhadují až na 5 % hrubého národního produktu. Výrazné finanční ztráty vznikají i daňovými úniky např. pašováním alkoholu (13).

### **1.5 Alkohol a mládež**

Hlavními trendy v užívání alkoholu u mladých lidí jsou vyšší míra experimentování s alkoholem, přičemž globalizace masmédií a trhů stále více ovlivňuje způsob vnímání a chování mladých lidí. Mnoho mladých lidí má dnes větší možnosti a disponuje i většími finančními prostředky, zároveň je však mládež více ohrožena prodejními technikami, které se u spotřebitelských produktů včetně alkoholu, stávají stále agresivnějšími.

Převaha volného trhu v mnoha zemích zároveň oslabila existující veřejnou síť ochrany zdraví a sociální struktury zaměřené na mládež **(35)**.

### ***1.5.1 Zvýšená rizika zneužívání alkoholu pro mládež***

Působením návykových látek má u dospívajících svá specifika. Vzhledem k nižší toleranci alkoholu, je u mládeže vyšší riziko těžkých intoxikací s ohrožením života. Děti a mladiství mají sklony k riskování, což se pod vlivem alkoholu zesiluje. Závislost na alkoholu se u mládeže vytváří mnohem rychleji. U dospělých trvá rozvoj závislosti roky i desítky let, u dospívajících jsou to řádově měsíce. Mladí lidé mají častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházení od jedné ke druhé, nebo zneužívání více látek současně **(33)**.

Tendence experimentovat s nelegálními drogami v dospívání může být podnícena zkušeností s alkoholem jakožto látkou pronikavě ovlivňující psychiku. V dospívání vzniká závislost na alkoholu, ale i na jiných návykových látkách (např. tabáku), častěji, než v pozdějším věku, přičemž recidivy jsou v tomto věku relativně časté **(34)**.

U mladé generace existují také výrazné souvislosti mezi vysoce rizikovým pitím alkoholu, násilím a nebezpečným sexuálním chováním. Vlivem konzumace alkoholu jsou mladiství zvláště fyzicky, emocionálně i sociálně zranitelnější **(13)**.

Podle světové zdravotnické organizace je třeba přičíst alkoholu 5 % všech úmrtí osob ve věku od 15–29 let. V evropském regionu v důsledku nadměrné konzumace alkoholu tvoří čtvrtinu úmrtí u mužů ve věku 15–29 let. Česká mládež je alkoholem mimořádně ohrožená, dostupnost alkoholu je pro ni vysoká. Z tohoto hlediska je pro mládež alkohol významně nebezpečný **(41)**.

### ***1.5.2 Rizika alkoholu ve vztahu k jiným návykovým látkám***

Alkohol v dětství a dospívání zvyšuje míru rizikových faktorů ve vztahu k dalším návykovým látkám. Známkou signalizující přechod k ilegálním drogám je zejména prudký vzestup spotřeby alkoholu u dospívajícího. Z klinické praxe je znám

značný výskyt závislostí na více látkách současně, ať legálních, nebo nelegálních, i přechody mezi závislostí na jedné látce k závislosti na jiné. Alarmující situace, týkající se zneužívání návykových látek u dospívajících, se patrně v nejbližší době nezlepší. Lze tedy předpokládat další nárůst prevalence závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách (29).

Dospívající alkohol poměrně často kombinují s marihuanou a tlumivými léky. Účinky takových kombinací na jednání a myšlení bývají dramatické a obtížně předvídatelné, zvyšuje se riziko nebezpečného jednání. Kombinace tlumivých léků a alkoholu zvyšuje nebezpečí těžké intoxikace (37).

Vzestup spotřeby alkoholu a tabáku u dospívajících může být varovnou známkou přechodu k jiným drogám. Uvedené lze vysvětlit následovně. Dospívající si zvykne ovlivňovat svoji psychiku alkoholem, zjistí však, že alkohol jako droga má své hranice a meze, a že zvyšování dávek nepřináší žádoucí efekt. V tomto bodě pak neznárodně přechází k jiným návykovým látkám (41).

### ***1.5.3 Signály zneužívání alkoholu a drog mládeži***

Včasně rozpoznání problémů může předejít nebezpečným komplikacím jako jsou otravy, trestná činnost nebo rozvoj závislosti.

Známky zneužívání alkoholu popřípadě jiných drog můžeme rozdělit na přímé a nepřímé (30).

*Přímé známky zneužívání alkoholu a jiných drog:*

- Vyšetření krve, moči nebo jiného biologického materiálu prokáže návykovou látku.
- Prokazatelnost alkoholu záleží na dávce, může to být od 2 hodin do 24 hodin i déle.
- O užívání drog nebo pití alkoholu existují hodnověrná svědectví – typický zápach z úst, který se může dítě snažit maskovat mentolovými bonbóny, ústními vodami, žvýkačkami apod.
- U dítěte se najde alkohol nebo drogy (30).

*Nepřímé známky vysoké závažnosti*

- Dítě má přátele a známé, kteří berou drogy nebo nadměrně pijí alkohol.



- Dospívající vysvětluje braní drog, zastává se jich, poukazuje na jejich “léčivé” účinky, nepřiměřeně se věnuje studiu literatury o drogách, zdobí se drogovými přívěsky apod.
- Krádeže ve třídě nebo v domácnosti u předtím bezúhonného dítěte (to bývá časté i u problémů s hazardní hrou).
- Nevysvětlitelné útěky z domova po kterých se dítě vrací ve špatném stavu **(30)**.

*Nepřímé známky nižší závažnosti:*

- Ztráta dobrých přátel, uzavírání se do sebe nebo pochybní starší známí.
- Dříve normální dítě začne být nezdravé, neduživé a odmítá lékařské vyšetření. Časté úrazy a nemoci u dříve zdravého dítěte.
- Narůstající potřeba peněz (opět se může jednat o hazardní hry).
- Zanedbává péči o zevnějšek.
- Náhlé se zhoršil prospěch ve škole, neomluvené hodiny a pozdní příchody do školy, dříve nezvyklé problémy s chováním ve škole.
- Nespolehlivost.
- Nevolnost, zvracení.
- Náhlá změna jídelních návyků (u dívek se zde může jednat o poruchy příjmu potravy, tyto dívky bývají zároveň více ohroženy alkoholem a drogami).
- Náladovost, podrážděnost, nesoustředěnost, poruchy paměti.
- Úzkosti a deprese.
- Nadměrná aktivita nebo apatie či jejich střídání.
- Nespavost nebo nadměrná spavost.
- Tajnůstkářství.
- Náhlá ztráta kvalitních zájmů.
- Náhlé zhoršení chování, konfliktnost, podrážděnost, nervozita a agresivita **(30)**.

#### **1.5.4 Ochranné a rizikové činitele**

Při vzniku návykové nemoci vzájemně působí ochranné a rizikové činitele. Převáží-li rizikové činitele, vzniká návyková nemoc.

Rodiče v nesnázích se často ptají, proč se u jejich dětí objevila závislost, zatímco u jiných ne? Většinou se nedá označit jednotná příčina. Dobrý nebo špatný příklad rodičů má sice určitý význam, ale není zdaleka jediným vlivem, který na dítě působí. Následující přehled shrnuje jednak rizika zvyšující nebezpečí problémů s alkoholem a drogami, jednak okolnosti, které dítě chrání **(36)**.

1) Činitele týkající se dítěte nebo dospívajícího:

a) *Snižující riziko*

- Vysoká míra duševního zdraví.
- Dobré tělesné zdraví.
- Pozdní nebo žádné setkání s drogou.
- Dostatek dovedností týkajících se mezilidských vztahů, schopnost vytvářet citové vazby, dobré sebevědomí.
- Dobré způsoby, jak zvládat obtížné situace a řešit problémy. Alkohol a drogy jsou špatně snášeny.
- Dobrá schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí.
- Vnitřní přijetí hodnot, které jsou v rozporu s alkoholem a drogami.
- Veselost, vytrvalost, pilnost, přizpůsobivost, odolnost vůči neúspěchu.
- Schopnost plánovat a řešit problémy, vyšší inteligence.
- Účinné způsoby jak mírnit nepříjemné duševní stavy jako úzkost, smutek nebo hněv (např. tak, že se dítě svěří, pěstuje zájmy, odreaguje se, umí relaxovat, cvičí jógu, sportuje apod.). Umí si navodit příjemné stavy zdravými způsoby **(36)**.

b) *Zvyšující riziko*

- Duševní poruchy a poruchy chování u dítěte.
- Dítě utrpělo tím, že matka v těhotenství pila alkohol nebo zneužívala drogy.
- Setkání s alkoholem, tabákem nebo drogou v mladém věku.
- Poškození mozku při porodu, úrazy hlavy.
- Dlouhodobé bolestivé onemocnění.
- Nedostatek dobrých způsobů, jak zvládat stresové situace.
- Nedostatek dovedností v mezilidských vztazích.

- Nízké sebevědomí.
- Po alkoholu a drogách výrazně převažují příjemné pocity. Nízká schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí.
- Sklony k násilí a agresivitě, špatné sebeovládání, nižší inteligence **(36)**.

## 2) Činitele týkající se rodiny:

### a) *Snižující riziko*

- Jasná pravidla týkající se chování dítěte.
- Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství, přiměřený dohled.
- Pevné citové vazby dítěte.
- Dobré hodnoty (např. vzdělání).
- Rodiče na výchově spolupracují.
- Styl výchovy je vřelý a středně omezující (tedy ani přehnaně přísný, ani bezvládní).
- Rodiče alkohol a jiné drogy nezneužívají.
- Přiměřená a jasná očekávání od dítěte, respekt vůči němu, dobré způsoby, jak v rodině zvládat stres.
- Je zajištěna ochrana, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte.
- Rodiče jsou duševně zdraví, dobré přizpůsobování rodičů ve společnosti, rodiče mají snahu pomáhat druhým.
- Výchova napomáhá vytvářet kvalitní vztahy dítěte s dospělými mimo rodinu.
- Sdílená zodpovědnost v rodině.
- Rodiče vytvářejí prostor pro kvalitní zájmy a záliby.
- Dobré, fungující mezigenerační vztahy a mezigenerační spolupráce **(36)**.

### b) *Zvyšující riziko*

- Nejasná pravidla týkající se chování dítěte.
- Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, malá péče, nedostatečný dohled.
- Nesoustavná a přehnaná přísnost, nedostatečné citové vazby dítěte, manželský konflikt.
- Schvalování alkoholu a drog u dětí.

- Zneužívání alkoholu, tabáku nebo jiných drog rodiči nebo příbuznými.
- Malá očekávání od dítěte a podceňování ho, špatné duševní a společenské fungování rodičů.
- Rodiče osamělí, vůči společnosti lhostejní nebo nepřátelští.
- Duševní choroba rodičů.
- Chudoba či nezaměstnanost rodičů.
- Sexuální zneužití dítěte v rodině. Rodina ve zmatku a špatně funguje.
- Výchova pouze jedním rodičem bez pomoci dalších příbuzných.
- Dítě žije bez rodiny a bez domova, časté stěhování rodiny (36).

### 3) Činitele týkající se školy

#### a) *Snižující riziko*

- Škola provádí prevenci problémů působených návykovými látkami soustavně a systematicky a používá účinné postupy jako nácvik sociálních dovedností, práce s motivací, programy za aktivní účasti připravených vrstevníků, nebo pozitivní alternativy pro ohrožené.
- Škola při prevenci spolupracuje s rodiči a dobře s nimi komunikuje.
- Škola efektivně komunikuje a spolupracuje s dalšími relevantními organizacemi (např. zdravotníci) a institucemi ve svém okolí.
- Prosazují se rozumná a přiměřená pravidla týkající se návykových látek na škole.
- Alkohol, tabák i drogy jsou ve škole a v jejím okolí žákům nebo studentům málo dostupné.
- Učitelé jsou vnímáni jako pomáhající, dávající, pečující. Napomáhají rozvoji žáků, dobře s nimi komunikují a spolupracují, dokáží rozpoznat jejich pozitivní možnosti.
- Pro selhávající a problémové žáky škola hledá pozitivní alternativy i cesty, jak jim pomoci a chránit jejich sebevědomí.
- Škola vede k formování prosociálního chování, pomoci druhým, pozitivním hodnotám.
- Škola poskytuje možnosti a prostor pro rozhodování a vedení druhých.

- Prevence na škole je dlouhodobá a systematická.
- Je dobrá návaznost na kvalitní způsoby trávení volného času a mimoškolní aktivity **(36)**.

*b) Zvyšující riziko*

- Neexistuje systematická prevence, případně škola spoléhá na neúčinné postupy (přednášky, hromadné akce, promítání filmů, besedy).
- Škola při prevenci s rodiči nespolupracuje a nekomunikuje s nimi.
- Škola nekomunikuje a nespolupracuje s relevantními organizacemi a institucemi ve svém okolí.
- Neprosazují se nebo dokonce neexistují žádná pravidla týkající se zákazu návykových látek ve škole.
- Alkohol, tabák i drogy jsou ve škole a v jejím okolí žákům nebo studentům snadno dostupné.
- Učitelé jsou vnímáni jako nepřátelští nebo lhostejní.
- S žáky nespolupracují, zdůrazňují pouze jejich nedostatky.
- Selhávající a problémoví žáci jsou zesměšňováni a ponižováni.
- Atmosféra na škole je cynická, odcizená, postrádá nabídku pozitivních hodnot.
- Neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času **(36)**.

4) Činitele týkající se zaměstnání

*a) Snižující riziko*

- Přiměřeně stresu, možnost zotavení se, možnost práci si organizovat a spolurozhodovat.
- Dobrá perspektiva, pocit smysluplnosti, možnost domluvit se s kolegy znalými problémů pracoviště.
- Preventivní programy a dobrá sociální politika zaměstnavatele.
- Odpovědnost odpovídá pravomoci, dobré vztahy a dobrá komunikace na pracovišti.
- Alkohol a drogy na pracovišti nedostupné, jejich zákaz jasný a respektovaný.

- Jasná hranice mezi soukromím a prací, kvalitní zájmy s prací nesouvisející.
- U nejnáročnějších profesí možnost dočasného nebo dlouhodobého zástupu **(36)**.

*b) Zvyšující riziko*

- V práci je hodně stresu, trojsměnný provoz, existenční nejistota, bezperspektivnost.
- Nezaměstnanost, zejména dlouhodobá.
- Nárazovost, termínovaná práce.
- Odpovědnost bez možnosti rozhodovat, napjaté pracovní vztahy.
- Snadná dostupnost alkoholu a drog na pracovišti, nejasná nebo nedodržovaná pravidla týkající se jejich zákazu.
- Spolupracovníci nebo nadřízení zneužívají alkohol či drogy.
- Neostrá hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem.
- Zaměstnání spojená s cestováním, výrobou nebo prodejem alkoholu a drog nebo s hazardní hrou **(36)**.

5) Činitele týkající se vrstevníků

*a) Snižující riziko*

- Přátelé a známí respektují dobré dospělé autority.
- Kamarádi s vazbou na nějakou dětskou organizaci s dobrým programem.
- Mají zájmy a záliby neslučitelné nebo nesouvisející s alkoholem a drogami.
- Alkohol a drogy odmítají, alkohol a drogy nezneužívají.
- Kamarádi schopni přijímat dobré hodnoty dospělých.
- Respekt k jednotlivým členům dětského kolektivu a jejich přínosu pro ostatní.
- Vrstevníci mají přátele, kteří žijí zdravým způsobem života.
- Vrstevníci aktivně odrazují od alkoholu, tabáku a drog (ať sami nebo v důsledku cílené prevence) **(36)**.

*b) Zvyšující riziko*

- Přátelé a známí mají problémy s autoritami a rebelují.
- Protispolečenské chování kamarádů.

- Odcizení, cyničtí vrstevníci.
- K alkoholu a drogám se staví pozitivně.
- Začínají brzy alkohol a drogy zneužívat, jsou více ovlivňováni svými kamarády než rodiči.
- Mají sklon dítě zesměšňovat a snižovat jeho sebevědomí.
- Kamarádi dítěte mají přátele, kteří zneužívají alkohol, tabák nebo drogy **(36)**.

## 6) Činitele týkající se společnosti

### a) *Snižující riziko*

- Alkohol, tabák a drogy jsou dětem obtížně dostupné, jejich dostupnost je striktně regulována.
- Alkohol, tabák a jiné návykové látky jsou velmi drahé.
- Přiměřené materiální podmínky, dostatek příležitostí k uplatnění při studiu nebo v zaměstnání, sociální stabilita.
- Společnost nabízí dobré možnosti jak trávit volný čas.
- Dobrá zdravotní péče a sociální péče.
- Společenské normy a zákony omezují dostupnost a poptávku (omezení týkají se reklamy), odpovědný postoj ke zdraví ve společnosti.
- Informovaní a zodpovědní političtí vůdci, spolupracující sdělovací prostředky orientované prosociálně, nabízející pozitivní modely a poskytující prostor pro skutečnou prevenci.
- Malá migrace obyvatel a stabilita vztahů.
- Dostatečné sociální zajištění a přiměřené bytové podmínky. Rasová i náboženská tolerance, nízká kriminalita.
- Rodičovské i další organizace aktivní v prevenci.
- Zájem soukromého sektoru na prevenci.
- Společnost je vnímána jako přátelská a podporující, což pomáhá vytvářet společenské vazby **(36)**.

#### *b) Zvyšující riziko*

- Alkohol, tabák a drogy dostupné a aktivně nabízené (reklama).
- Nízké zdanění alkoholu a tabáku.
- Nízká cena návykových látek.
- Chudoba, nedostatek příležitostí, náhlé sociální a politické změny, nestabilita.
- Nedostatek příležitostí k uplatnění i v práci.
- Společnost nenabízí dobré možnosti jak trávit volný čas.
- Nedostatečná zdravotní péče, sociální péče, vzdělávání.
- Společenské normy a zákony se ke zneužívání drog staví kladně, cynický postoj ke zdraví ve společnosti.
- Neinformovaní nebo lhostejní političtí vůdci, nespolupracující sdělovací prostředky orientované na senzaci a reklamu.
- Velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů.
- Nedostatečné sociální zajištění, chudoba špatné bytové podmínky.
- Rasová nebo jiná diskriminace, jazyková bariéra, v okolí vysoká kriminalita nebo drogové gangy (36).

#### **1.5.5 Příčiny rizikového chování mládeže**

Rizikové chování může být zapříčiněno různými faktory, i zde mluvíme o multifaktoriální etiologii. Faktory mající vliv na rizikové chování jsou následující:

1) Dědičnost – genetická zakotvenost lidského chování je aspekt současnými společenskými vědami stále nedoceněný. Prakticky všechny osobnostní vlastnosti i většina lidských postojů, a zájmů je dědičná. Lidské individuální charakteristiky jsou však z tohoto hlediska mnohem méně prozkoumány než z hlediska vlivů prostředí.

Dědičnost je jedním z mnoha faktorů, které mají vliv na chování. Genetická dispozice může být odpovědná např. za hyperaktivitu nebo sníženou sebekontrolu. Tyto vlohy však samy o sobě nevedou k rizikovému chování. Genetická vloha jen zvyšuje práh pro působení vlivů prostředí (27).



2) ADHD – „Attention deficit hyperactivity disorder“ – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, jedná se o poruchu psychickou, přičemž diagnóza ADHD říká, že na pozadí této poruchy stojí pouze příčina biologická. ADHD tedy není rozhodně zapříčiněna sociálním prostředím (46).

ADHD se projevuje především impulzivitou, hyperaktivitou a nepozorností. Právě impulzivita a hyperaktivita většinou způsobují nejvýraznější potíže, protože v jejich důsledku se tyto děti výrazně liší od svých vrstevníků. Dítě se nedokáže koncentrovat, proto je pro něj učení velmi náročné, ve škole podává podprůměrné výkony, ačkoli intelekt není narušen. Mezi dalšími příznaky se potom může objevit například agresivita, nebo nízké sebevědomí (55).

3) Vrozené osobnostní dispozice – psychopatie je pojímána jako trvalá, vrozená osobnostní dispozice, která staví člověka mimo normu. Mezi normou a psychopatií se ještě rozlišují akcentované osobnosti a anomální osobnosti. U mladistvých je ovšem nesnadné odlišit povahové změny vyvolané bouřlivěji probíhajícím dospíváním od stálých povahových rysů. Pro diagnostiku psychopatie je hlavním kritériem stálá, od dětství se projevující nerovnováha ve skladbě osobnostních vlastností, takže některé jsou nápadně vyvinuté a některé nápadně chybí. Nositel této poruchy má kvůli ní opakované konflikty v sociálním prostředí (27).

4) Rodina je velmi silným činitelem, který ovlivňuje chování dítěte a dospívajícího. Rodinné vazby – tedy kvalita vazby mezi dítětem a matkou, později i mezi dítětem a otcem a dalšími členy rodiny, je klíčovým činitelem osobnostního vývoje. Nejmocnější instinkt novorozence je hledání ochrany u nejbližšího dospělého – dítě chce být u něj co nejbližší, cítí úzkost, když ho nemá nablízku. Pokud rodič nedokáže přiměřeně reagovat na dětskou potřebu bezpečí, dítě si o něm vytváří představu, kterou pak může zobecnit i na jiné lidi. Dítě si nevytvoří “základní důvěru” k dospělému, svou neuspokojenou potřebu vazby pak buď zdůrazňuje zesilováním emočních projevů (ambivalentní vazba čili vazba s dvojznačným postojem k rodičovské postavě, v němž na povrchu převládá závislost), nebo ji naopak potlačuje a stylizuje se do úlohy nezávislého jedince (vyhýbavá vazba, která je doprovázena staženým chováním). Zvláštní kategorii tvoří děti, které rodinné prostředí vůbec nepoznaly. Byly vychovávány v kolektivních

zařízeních. Tyto v pravém slova smyslu deprivované děti mají nejen oslabenou schopnost navazovat vztahy a nalézat v nich uspokojení, mají i oslabený smysl pro neústavní realitu (27).

5) Disciplína v rodině, rodičovský dohled.

Dospívající, který nedokáže dodržovat společenské normy, byl pravděpodobně rodiči špatně trénován ve smyslu vnitřní disciplíny. Dlouhodobými výzkumy je dnes dostatečně potvrzeno, že příliš volná výchova v rodině nebo v opačném případě tvrdá disciplína zahrnující agresivní chování rodiče k dítěti, má za následek rizikové chování adolescenta. Dohled je další parametr rodičovského chování, který má prokazatelnou souvislost se souběžným nebo pozdějším rizikovým chováním dítěte. Míní se jím míra rodičovské informovanosti o tom, co dítě dělá ve volném čase, s jakými kamarády se stýká, kde se zdržuje, když není doma, kdy se vrací domů, v jakém stavu atp. (27).

6) Nepřítomnost rodiče v rodině.

V neúplných rodinách chybí nejčastěji otec, a to vinou rozvodu nebo kvůli tomu, že s matkou dítěte nikdy nezačal žít. Chlapec pak postrádá vzor, s nímž by se mohl identifikovat, dívka postrádá model mužského chování, děti obojího pohlaví postrádají druhý zdroj opory a druhou autoritu. Také matka dětí je více zatížena nároky výchovy než matka, která děti vychovává společně s mužem.

Rodič, který sám pije nebo bere drogy, také zvyšuje pravděpodobnost, že dítě během dospívání bude experimentovat s návykovými látkami (27).

7) Škola – novověká škola ve skutečnosti nikdy nebyla institucí, kde by se děti jen učily předmětům a kde by se učitelé nezajímali o jejich socializaci, osobnostní a morální vývoj a kde by se soudilo, že tyto aspekty výchovy mají být přenechány rodinám, nebo jiným institucím. Jak slábne vliv některých rodin na děti, jak se mocným socializačním vlivem stávají také média a zároveň rostou obavy z neřízeného socializačního působení vrstevnických skupin, začíná být škola viděna jako málem jediné prostředí schopné garantovat “optimální” působení na dítě, jež je v souladu se zájmy společnosti. Od socializačního působení školy se dnes očekává víc, než je reálné. Přechodem do školy každé dítě ztrácí výlučné postavení, které do té doby mělo v

rodině. Musí se přizpůsobovat novému životnímu rytmu. Děti si velmi záhy začínají ve třídě vytvářet svou vlastní “subkulturu” vyznačující se zvláštním jazykem, zvyklostmi a rituály, na níž jsou učitelé méně či více napojeni. Ve třídě vznikají i podskupiny zvláštních “sub-subkultur”, jež jsou k bližšímu kontaktu motivovány společnými zájmy, společnými činnostmi. Pravidelné a přirozené je dělení třídy na “subkultury” dívek a hochů. V některých případech mohou být tyto podskupinky zárodkem asociálních part, a to už u dětí na prvním stupni základní školy. Jejich vzniku napomáhá neangažovanost učitele, resp. jeho zřetelné preferování či zatracování některých dětí. Vyšší riziko sociálního selhání mají děti, resp. podskupiny dětí špatně ve škole prospívající, s vyšším potenciálem agresivity, s vlastní subkulturou “odpojenou” od vlivu učitele a školy, resp. napojenou na potenciálně asociální vlivy (27).

8) Vrstevnické party – pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin je vrstevnická skupina důležitější než pro mladé lidi vyrůstající v rodinách, jež dětem poskytují přiměřenou míru podpory a vedle toho jim přiměřeně vytyčují meze dovoleného chování. Vrstevnická skupina však není pro nikoho jen neproblémovým zázemím, tím spíše jí není pro mladé lidi vyrůstající bez rodičovského zájmu, bez jasných pravidel, ohrožované despotickým trestáním rodičů apod. I pro dítě vychované funkční rodinou představuje každá vrstevnická skupina více nebo méně stresující nárok: obstát v očích vrstevníků jako někdo, kdo je “v pořádku”, kdo plně sdílí její hodnoty. Nároky na konformitu jsou ve vrstevnické skupině mládeže obvykle vyšší než ve všech jiných skupinách. Zahrnují nejen způsob vyjadřování, ale i úpravu zevnějšku, druh preferované hudby, způsob chování k opačnému pohlaví, postoj ke škole, případně práci, k rodičům, k penězům, k alkoholu, kouření, atd. U dětí frustrovaných nízkou podporou rodiny je pravděpodobné, že potřeba kladného přijetí vrstevnickou skupinou bude ještě silnější než u dětí s dobrým rodinným zázemím. Na tyto děti má vůdce party velký vliv a také ho využívá (27).

9) Vliv médií – o vlivu médií, zejména televize, na socializaci dnešních dětí a mládeže nemůže být ve vyspělých zemích pochyb. Negativní důsledky vlivu elektronických médií na děti a mládež jsou obecně známy. V zásadě jsou negativa zahrnuta ve dvou sférách. V první řadě jsou to viditelné a zřejmé obsahové vlivy

(obsažené v programech rozhlasu a televize) jako je násilí, sex, krutost. Druhou oblastí je cílené ovlivňování diváka, často víceméně skryté – především reklamní působení (vědomé i podprahové) (10).

### **1.6 Prevence zneužívání alkoholu mezi mládeží**

Cílem prevence je snížit škody působené návykovými látkami. K takovým škodám patří vznik závislosti, ale i intoxikace, zdravotní komplikace a úrazy. Cílem není předat maximum informací bez ohledu na to, jak budou použity. Účinná prevence má ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví. Preventivní strategie se dělí do dvou skupin:

- Snížování nabídky – tj. omezování dostupnosti návykových látek.
- Snížování poptávky – toto opatření vyžaduje širokou prevenci zneužívání drog.

Je potřebná orientace na životní styl bez návykových látek u širokých vrstev populace, u ohrožených skupin a postižených osob (40).

V souvislosti s pojmem prevence se setkáváme s označením primární, sekundární a terciální prevence (19).

#### **1.6.1 Primární prevence**

Její obecným cílem je „odradit od užívání drog“ resp. poskytnout podklady k vědomému rozhodnutí abstinovat od užívání psychotropních látek, v tomto případě alkoholu. Protidrogová primární prevence v ČR představuje část protidrogové politiky, opticky vzbuzující dojem velké obsazenosti a působení velkého množství programů (52).

U dospívajících je nutnou součástí účinného preventivního programu účast předem připravených vrstevníků – peer programy (40).

Při přípravě peer programů pro střední školy je potřeba brát v potaz následující aspekty:

- Středoškoláci dokáží lépe komunikovat a jejich účast v programu coby spolupracovníků může být kvalitnější a intenzivnější.

- Středoškoláci mají ovšem s alkoholem, tabákem i jinými návykovými látkami častější osobní zkušenosti. Jejich postoje se již dříve utvářely a to ne vždy tím nejlepším a nejzdravějším způsobem.
- Středoškoláci chtějí také více o věcech diskutovat a je důležité jim jednotlivé prvky programu i jeho uspořádání racionálně zdůvodnit **(32)**.

*Prevence ve škole by měla být:*

- a) Prováděna jako kontinuální proces.
- b) Přiměřená a přizpůsobená věkovým skupinám.
- c) Koncipovaná jako možnost zisku informací a poznatků o problémech závislosti.
- d) Orientovaná na vytvoření postojů a dovedností, které žákům umožní nacházet řešení životních situací bez drog.
- e) Opřena o oblíbené a směřodatné osoby s přirozenou autoritou a schopností vytvořit vztah s dětmi a dospívajícími.
- f) Organicky spojená s primární prevencí jiných sociálních a zdravotních rizik a zároveň s orientací na zdravý způsob života.
- g) Schopná zapojit rodinu žáka a zlepšit schopnost komunikovat o problémech a vyrovnávat se s nimi **(19)**.

*Prevence v rodině*

Hlavní zásady prevence v rodině jsou:

- a) Získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat.
- b) Umět s dítětem o návykových látkách hovořit.
- c) Předcházet nudě.
- d) Pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítat.
- e) Vytvořit zdravá rodinná pravidla.
- f) Pomoc dítěti bránit se nevhodné společnosti.
- g) Posílit sebevědomí dítěte.
- h) Spolupracovat s dalšími dospělými **(19)**.

Celkově lze říci, že pro prevenci je nejvýhodnější vřelá a středně omezující výchova. Rodič má zájem, stará se, snaží se porozumět, prosazuje však rozumná pravidla, na jejichž dodržování trvá.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat výchově problémových dětí v rodině:

- Děti s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (viz výše) – trestat dítě za jeho problém nemá význam. Nároky na dítě se mají přizpůsobovat jeho možnostem. Vhodné je klidné prostředí, pracovat častěji a krátce. Tyto děti potřebují pravidelný režim. Učitel by měl být informován.
- Děti se sklonem k násilí – prevence v této oblasti by měla zahrnovat osobní příklad obou rodičů. Nebezpečný je vliv sdělovacích prostředků, tyto vlivy jsou pro tvárnou dětskou psychiku mnohem nebezpečnější. Rodiče by měli před těmito vlivy děti chránit.
- Děti trpící strachem a úzkostnými stavy – zde je vhodná emoční podpora rodičů, postupný nácvik, relaxační techniky a v některých případech i jiná psychoterapie.
- Děti nepřijaté do školy a nezaměstnaná mládež, v tomto případě má rodina více možností. Důležité je pomoci najít dítěti jiná uplatnění, aby se vytvořily pracovní návyky nebo znalosti, které mu budou později užitečné. Zvláště významná je emoční podpora rodiny, posilování sebevědomí dítěte, které bývá otřeseno. Rodiče by měli trvat na tom, aby dítě nebralo návykové látky (40).

### **1.6.2 Sekundární prevence**

Cílem sekundární prevence je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život. Léčebné a resocializační programy jsou typu:

- Nízkoprahové programy – na klientech nevyžadují bezpodmínečnou abstinenci jako podmínku vstupu do programu. Nabízejí léčbu somatických následků, psychologické a sociální poradenství. Jako takové jsou dostupnější pro větší část klientely a představují významný mezistupeň mezi kontaktem s pomáhajícími institucemi a přechodem do následujících programů.

- Vysokoprahové programy – podmiňují účast v programu abstinencí, nabízejí psychologickou a psychiatrickou pomoc, někdy také sociální servis s cílem posílit abstinenční návyk **(52)**.

Příklady léčebných a resocializačních programů:

- Poradny – obvykle poskytují kvalifikovanou pomoc a psychoterapii. Terapeutické programy využívají především různé formy psychoterapie (příkladem je alkoholicko-toxikologická poradna).
- Kontaktní centra – jsou určena přímo drogové klientele, u kterých není jiný poradenský přístup vhodný, nutný nebo možný. Jejich předpokladem je nízkoprahovost **(20)**.
- Detoxifikační jednotky – detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) až střednědobá (několik týdnů), většinou medicínská a psychologická pomoc při vysazování drog. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu
- Denní stacionář – jedná se o denní psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči o pacienty, pro které v danou chvíli není nutný nebo možný pobyt v lůžkovém zařízení a běžná ambulantní nebo poradenská péče je pro ně málo intenzivní **(20)**.
- Doléčovací a resocializační centra – jsou určena pro klienty, kteří prošli určitým typem léčby. Pomáhají jim při stabilizaci ve zcela nových podmínkách života. Podle individuálních případů trvá doléčovací program od dvou měsíců do jednoho roku. Velký důraz se klade na nácvik situace selhání, jak se zachovat a co konkrétně dělat, dojde-li k opětovnému užití návykové látky **(20)**.
- AT poradny, jsou lékařská ambulantní zařízení, která se zaměřují na alkoholové a jiné závislosti. Pacienti, kteří se bojí „označkování alkoholika“ mohou být vyšetřeni a ošetřeni anonymně a být vedeni pod heslem nebo jménem, které si sami určí. Každý nový pacient je komplexně vyšetřen lékařem, po somatické i psychické stránce. Důležitá je anamnéza. Mezi klientelu AT ordinace patří i ti, kterým byla léčba uložena soudem jako ochranná protialkoholní léčba. Nezdravotnickým předstupněm návštěvy AT ordinace může být nízkoprahové kontaktní centrum.

Další návaznost je především na ústavní léčbu, komplexní a systematická ambulantní péče však může její potřebu či délku u mnoha pacientů snížit **(18)**.

- Střednědobá ústavní léčba – je pobytová léčba trvající 3–6 měsíců, u nás je poskytována některými psychiatrickými léčebnami, popřípadě některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Střednědobé léčby u nás vycházejí z apolinářského modelu – model zavedený Jaroslavem Skálou, směřují k abstinenci jako prostředku k vyšší subjektivní kvalitě života a co nejkompletnějšímu znovupřevzetí původní životní role. Model funguje na principu terapeutické komunity v kombinaci s behaviorálními přístupy, vyznačuje se zejména náročným léčebným režimem s bodovacím systémem. Program střednědobé léčby je komplexní, sdružuje přístupy terapeutické a výchovně-edukativní. Na střednědobou léčbu je třeba nahlížet jen jako na etapu dlouhodobého terapeutického procesu. Změny, ke kterým dojde během doby léčení mají tendenci mizet, jakmile se klient vrátí do původního prostředí. Větší část klientů se vrací do původního prostředí a využije následnou ambulantní péči. Psychiatrické léčebny poskytují jako jeden z prvků následné péče tzv. opakovací pobyty – většinou 3 týdenní pobyty v prvním roce abstinence **(11)**.

### ***1.6.3 Terciární prevence***

Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání alkoholu či jiné návykové látky. V tomto smyslu terciární prevencí je:

- a) resocializace či sociální rehabilitace klientů, kteří prošli léčbou směřující k abstinenci, nebo se zapojili do substituční léčby,
- b) intervence u klientů, kteří návykovou látku užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat. Tato opatření souborně nazýváme harm reduction, zaměřují se na snižování a minimalizaci zdravotních a ekonomicko sociálních rizik.

Terciární prevence využívá přístupů zejména z úrovně sociální. Ty mívají podobu konkrétní pomoci závislému jedinci na úrovni chráněného zaměstnání, chráněného bydlení, právního poradenství apod. Součástí terciární prevence je i



psychologická pomoc. Jedná se o komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevence relapsu, rodinné poradenství i edukace rodiny. Významná je i psychologická podpora v terminálních fázích závislosti, kdy medicínská léčba selhává, nebo není jedincem akceptována (23).

## 1.7 Alkohol – legislativa a sankce

Legislativu o alkoholu upravuje především zákon č. 379/2005 Sb. O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, a o změně souvisejících zákonů. Hlava třetí § 10 ustanovuje podmínky prodeje a podávání alkoholických nápojů (53).

V § 12 se stanovují omezení prodeje a dovozu alkoholických nápojů, v odstavci 1 se vymezuje zákaz prodeje nebo podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. V odstavci 2 je uvedeno, že prodej alkoholických nápojů pomocí automatů, u nichž nelze vyloučit prodej osobám mladším 18 let, se zakazuje.

§ 14 ukládá povinnost provozovateli prodeje alkoholických nápojů umístění viditelný text zákazu prodeje alkoholických nápojů osobám mladším 18 let.

V hlavě čtvrté jsou vymezena opatření k předcházení a mírnění škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. § 15 ustanovuje zákaz vstupu pro osoby, které jsou zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, v němž bezprostředně ohrožují sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek. V písmenu a) – e) téhož paragrafu jsou vytyčeny prostory a místa zákazu vstupu (53).

Zákon dále řeší v § 16 vyšetření přítomnosti alkoholu nebo jiné návykové látky, v § 17 ošetření v protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici, § 18 realizaci preventivních opatření, v § 19 provádění krátké intervence u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol či jiné návykové látky, spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání, a v § 20 typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým.

Sankce vyplývající z toho zákona jsou ustanoveny v hlavě šesté, § 24, odstavci 6, kde se píše, že za správní delikt lze uložit provozovateli, který je fyzickou osobou,

pokutu do 50 000 Kč nebo zákaz činnosti až na dobu 2 let a provozovateli, který je právnickou osobou, pokutu do 500 000 Kč nebo zákaz činnosti až na dobu 2 let. Při stanovení sankce se přihlédne k délce doby, po kterou porušování povinnosti trvalo, k okolnostem, za nichž k protiprávnímu jednání došlo a k následkům tohoto jednání **(53)**.

Zákon č. 140/1961 Sb. – Trestní zákon, v souvislosti s alkoholovou a nealkoholovou toxikomanií (ve znění pozdějších předpisů) **(25)**.

Hlava čtvrtá stanoví trestné činy obecně. V § 187 řeší nedovolenou výrobu a držení omamných a psychotropních látek a jedů. V odstavci 1–4 jsou vymezeny sankce. Nej přísněji bude potrestán pachatel, který způsobí svým činem uvedeným v odstavci 1 (nedovolená výroba, dovoz, vývoz, nabídka či prodej omamných či psychotropních látek) újmu na zdraví nebo smrt, získá-li svým činem prospěch velkého rozsahu nebo tento čin spáchá ve spojení s organizovanou skupinou. Tento pachatel bude potrestán odnětím svobody na 10–15 let. Mírnější trest (odnětím svobody na 1–5 let nebo zákazem činnosti, nebo peněžitým trestem, nebo propadnutím věci) postihne pachatele, kteří přechovávají omamné či psychotropní látky v množství větším než v malém pro vlastní potřebu (stanovení konkrétního množství ponechává zákon na výkladu a rozhodnutí soudu) **(25)**.

Hlava šestá řeší trestné činy proti rodině a mládeži. § 218 se týká podávání alkoholických nápojů mládeži, kde je ustanoveno, že kdo soustavně nebo ve větší míře podává osobám mladším než osmnáct let alkoholické nápoje, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok **(25)**.

Zákon č. 200/1990 Sb. o přestupcích řeší nedovolené nakládání s omamnými a psychotropními látkami, kam spadá § 30, přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Přestupky jsou vytyčeny v odstavci 1, písmena a) – i), přičemž písmeno a) řeší, že tomu kdo prodá, podá nebo jinak umožní požití alkoholického nápoje osobě zjevně ovlivněné alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou, osobě mladší 18 let, bude uložena pokuta do výše 3 000 Kč. Písmeno e) řeší, že tomu kdo úmyslně umožňuje požívání alkoholických nápojů nebo

užívání jiných návykových látek, než látek omamných a psychotropních osobě mladší osmnácti let, ohrožuje-li tím její tělesný nebo mravní vývoj, bude uložena pokuta do 5 000 Kč a zákaz činnosti do šesti měsíců **(54)**.

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zmapovat zkušenost studentů středních odborných škol v Chomutově ve věku 15–19 let, s konzumací alkoholických nápojů a srovnání výsledků se studií ESPAD. Na základě svých zkušeností a poznatků z literatury jsem si stanovila hypotézy:

### **2.2 Hypotézy**

H1 Osobní zkušenost s konzumací alkoholu má většina studentů v uvedeném věkovém rozpětí

H2 První zkušenost s konzumací alkoholu získávají studenti v rodinném prostředí.

H3 Mládež nepovažuje alkohol za nebezpečnou návykovou látku.

### 3 METODIKA

#### 3.1 *Metodický postup*

Výše uvedené hypotézy jsem ověřovala kvantitativním výzkumem. Ke sběru dat byla použita kvantitativní metoda formou předem připravených anonymních dotazníků pro věkovou skupinu 15–19 let na třech středních odborných školách v Chomutově. Funkčnost a úplnost dotazníku byla ověřena předvýzkumem na střední odborné škole u náhodně vybraných respondentů (viz příloha 1). Po dohodě o zachování anonymity se školskými zařízeními, neuvádím názvy škol. Všechny školy nabízejí čtyřleté studijní obory ukončené maturitní zkouškou. Ve všech školách byly dotazníky rozdány v 1.–4. ročnících. Na první škole jsem rozdala 80 dotazníků, návratnost byla 100 %, 5 dotazníků muselo být vyřazeno pro nevalidnost. Na druhé škole jsem rozdala 100 dotazníků, návratnost byla 100 %, 2 dotazníky musely být vyřazeny pro nevalidnost. Na třetí škole bylo dotázáno celkem 86 respondentů, návratnost dotazníků byla také 100 %, žádný dotazník nebyl vyřazen pro nevalidnost. Pro výzkum bylo použito 259 dotazníků. Struktura respondentů podle pohlaví byla vyrovnaná. Na první škole výrazně převažovaly dívky, na druhé škole výrazně převažovali chlapci, na třetí škole mírně převažovaly dívky nad chlapci. Celkem bylo 126 chlapců a 133 dívek. Poměr mezi chlapci a dívkami je 48,6 % ku 51,4 %.

Dotazník obsahoval 21 otázek. V první části se zaměřoval na názor studentů na alkohol jako drogu, první zkušenost s konzumací alkoholických nápojů, včetně místa první konzumace. Dotazník také obsahoval otázky na pravidelnost a množství konzumovaných nápojů, četnost opilostí a na dostupnost koupě alkoholu. V dotazníku byly také položeny otázky na zkušenost s kouřením a nelegálními drogami. V závěru byly studentům položeny otázky, mapující spokojenost v navštěvované škole, rodinnou situaci a spokojenost se svým životem.

### 3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor pro sběr dat byl tvořen celkem 259 respondenty ve věku 15–19 let. Z toho bylo 126 chlapců, celkem 48,65 % a 133 dívek, tedy 51,35 %. Po dohodě o anonymitě se školskými zařízeními neuvádím názvy škol.

**Tabulka č. 1 – Charakteristika souboru**

Škola	počet dívek	počet chlapců	celkem	průměrný věk
Škola 1	68	7	75	16,65
Škola 2	1	97	98	17,16
Škola 3	64	22	86	17,08
<b>Celkem</b>	133	126	259	16,96
<b>Celkem [%]</b>	51,35	48,65		

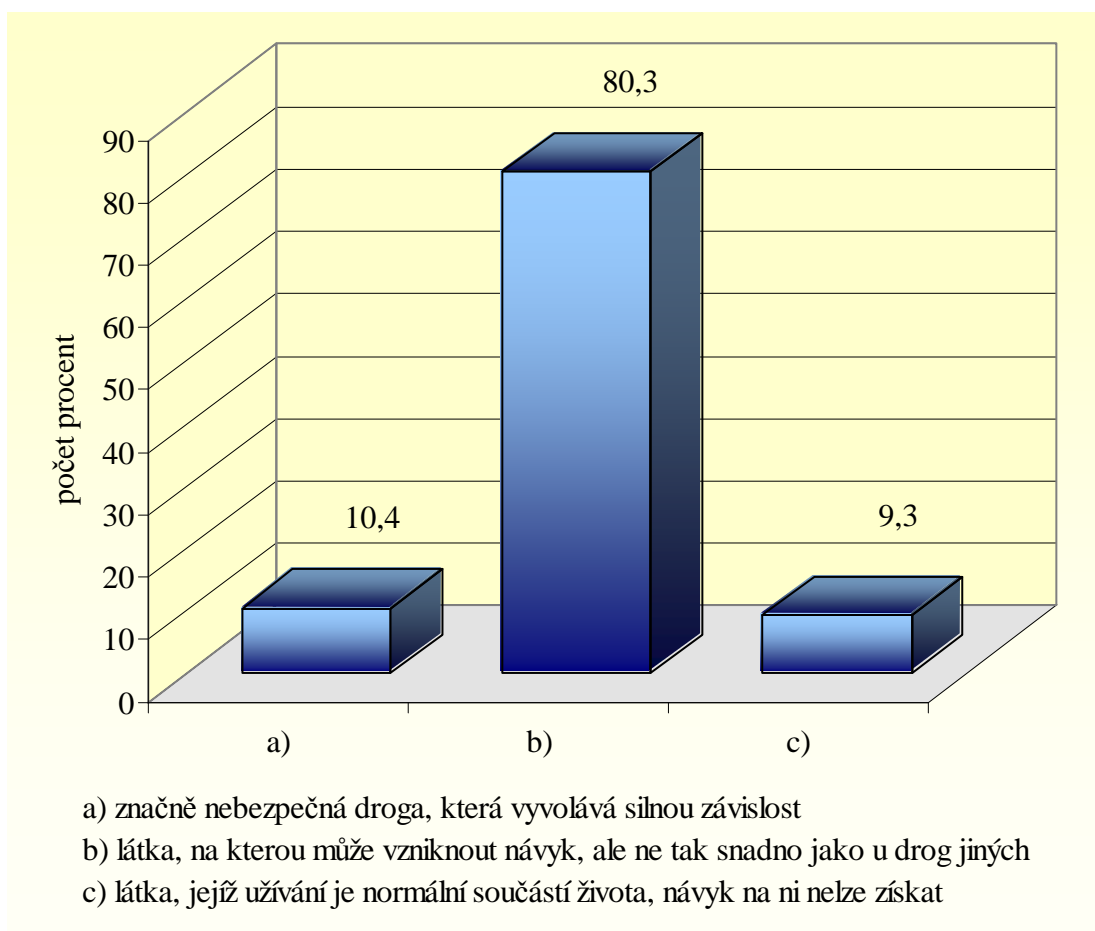
**Zdroj: vlastní výzkum**

Dotázaných studentů první střední odborné školy v Chomutově bylo 75, z toho 7 chlapců a 68 dívek. Studentů druhé SOŠ v Chomutově bylo 98, z toho 97 chlapců a 1 dívka. Studentů třetí SOŠ v Chomutově bylo 86, z toho 22 chlapců a 64 dívek. Všechny výše jmenované školy jsou čtyřleté, ukončené maturitní zkouškou.

## 4 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu jsou prezentovány grafickým znázorněním získaných dat a jejich slovním popisem.

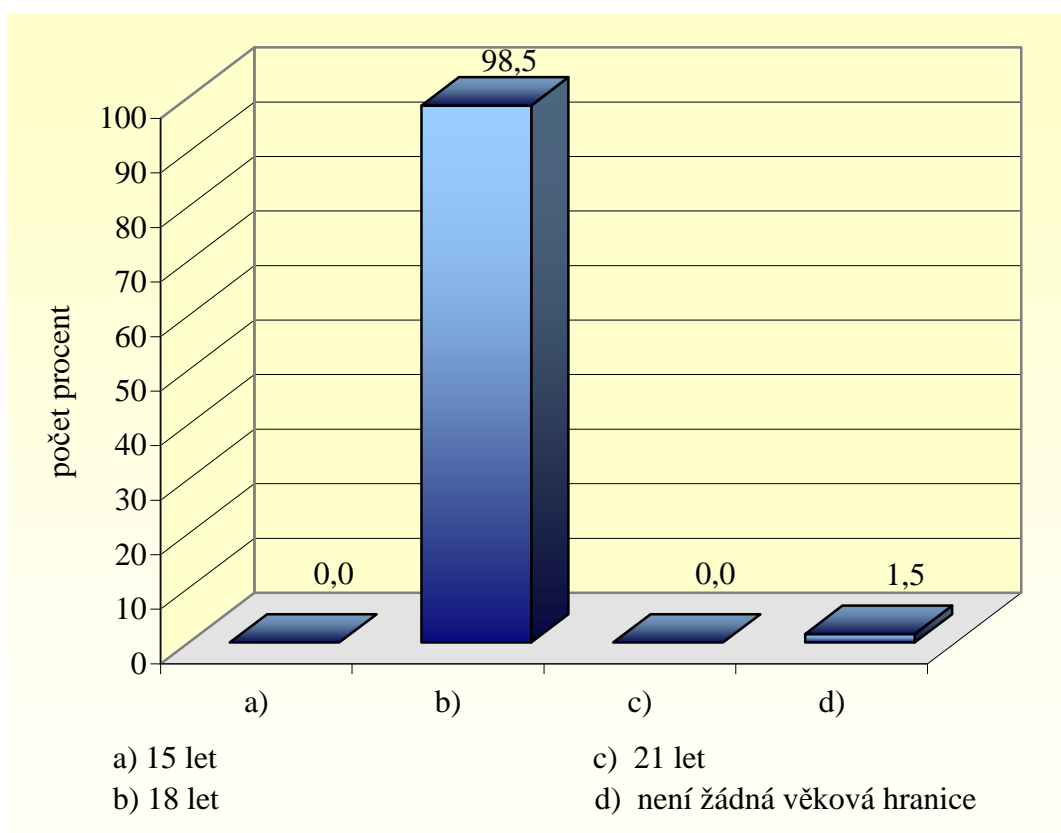
**Graf č. 1 – Názor na alkohol**



**zdroj: vlastní výzkum**

Na otázku č. 1, odpovědělo 80,3 % studentů, že alkohol je látkou, na kterou může vzniknout návyk, ale ne tak snadno jako u jiných drog. 10,4 % studentů si myslí, že alkohol je značně nebezpečnou drogou, která vyvolává silnou závislost. A 9,3 % studentů bere užívání alkoholu jako normální součást života bez možnosti vzniku návyku. Výsledky znázorňuje graf č. 1.

**Graf č. 2 – Znázornění odpovědí na otázku legální konzumace alkoholu**

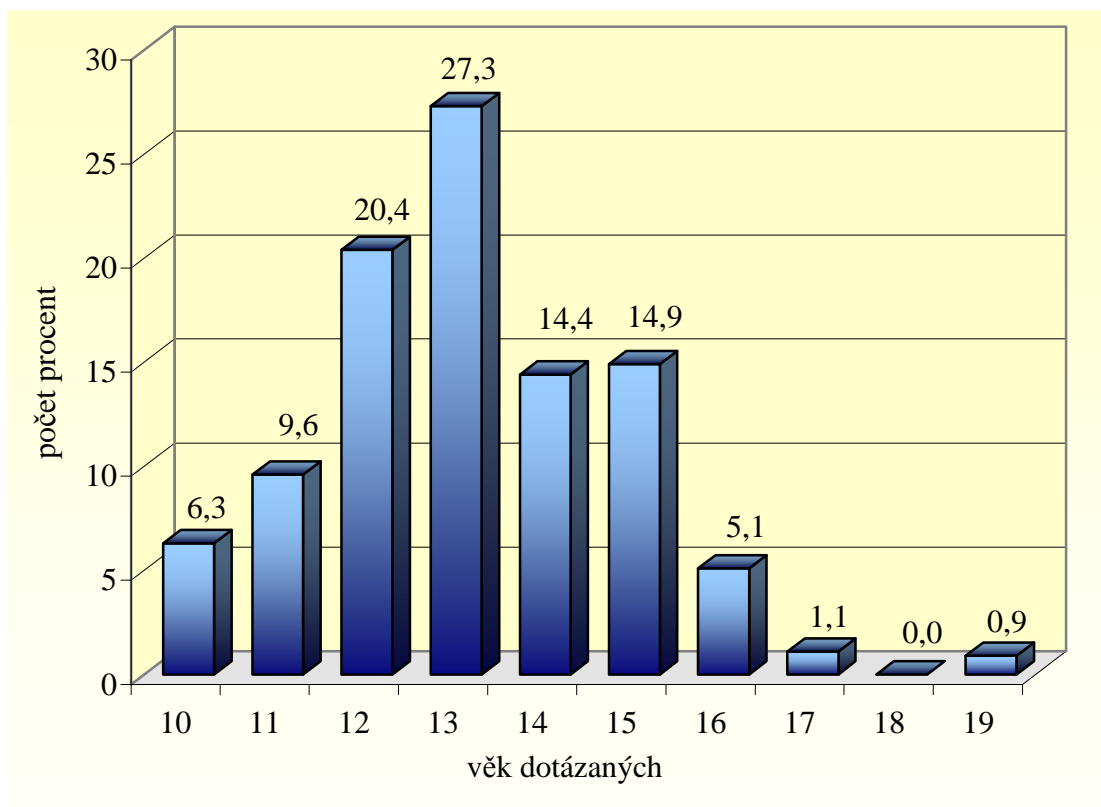


**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 2 byli studenti tázáni na věkovou hranici legální konzumace alkoholu (viz graf č. 2). 98,5 % studentů odpovědělo, že hranicí legální konzumace alkoholu je dosažení 18 let. Pouze 1,5 % studentů si myslí, že pití alkoholu není omezeno žádnou věkovou hranicí.



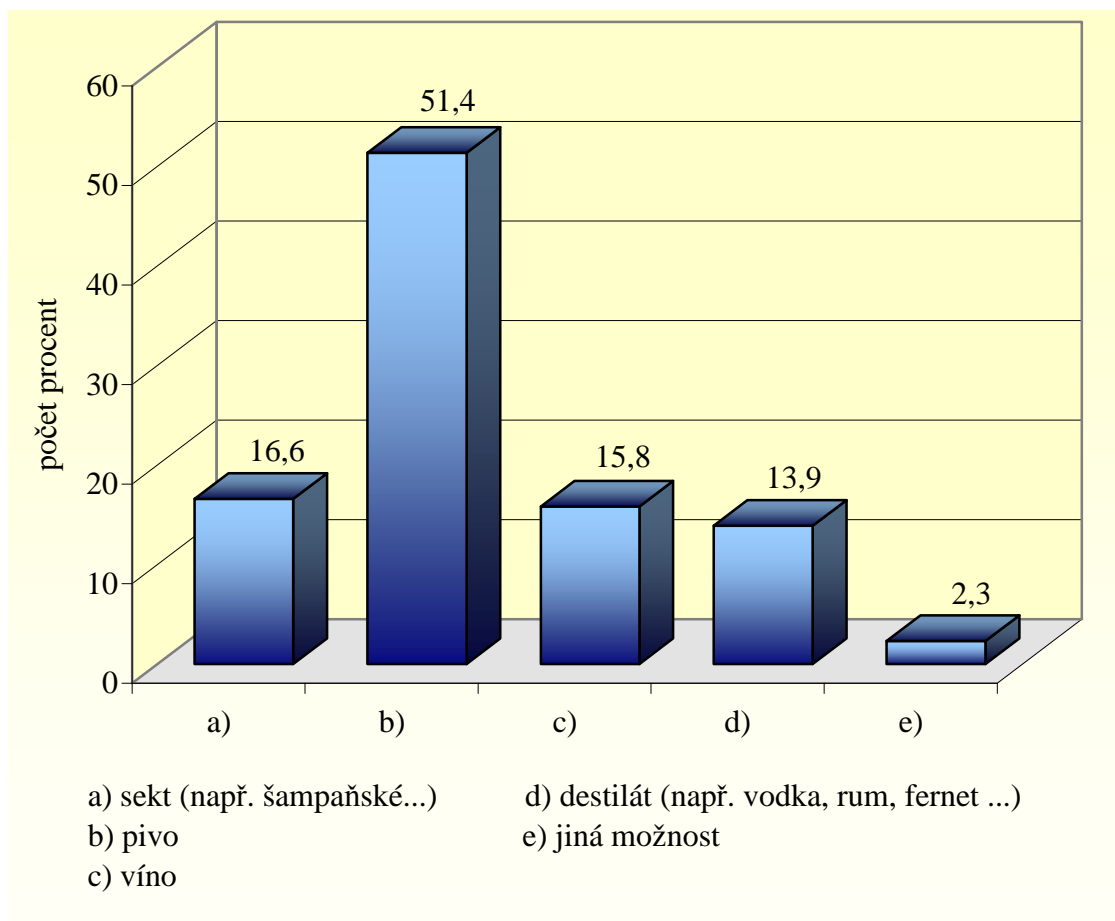
**Graf č. 3A – Průměrný věk první konzumace alkoholu**



**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 3 bylo mapováno v kolika letech studenti prvně ochutnali alkohol. Celkový průměr všech respondentů je 13,1 let. Procentuální zastoupení ve věkovém rozpětí 10–19 let nám znázorňuje graf č. 3A.

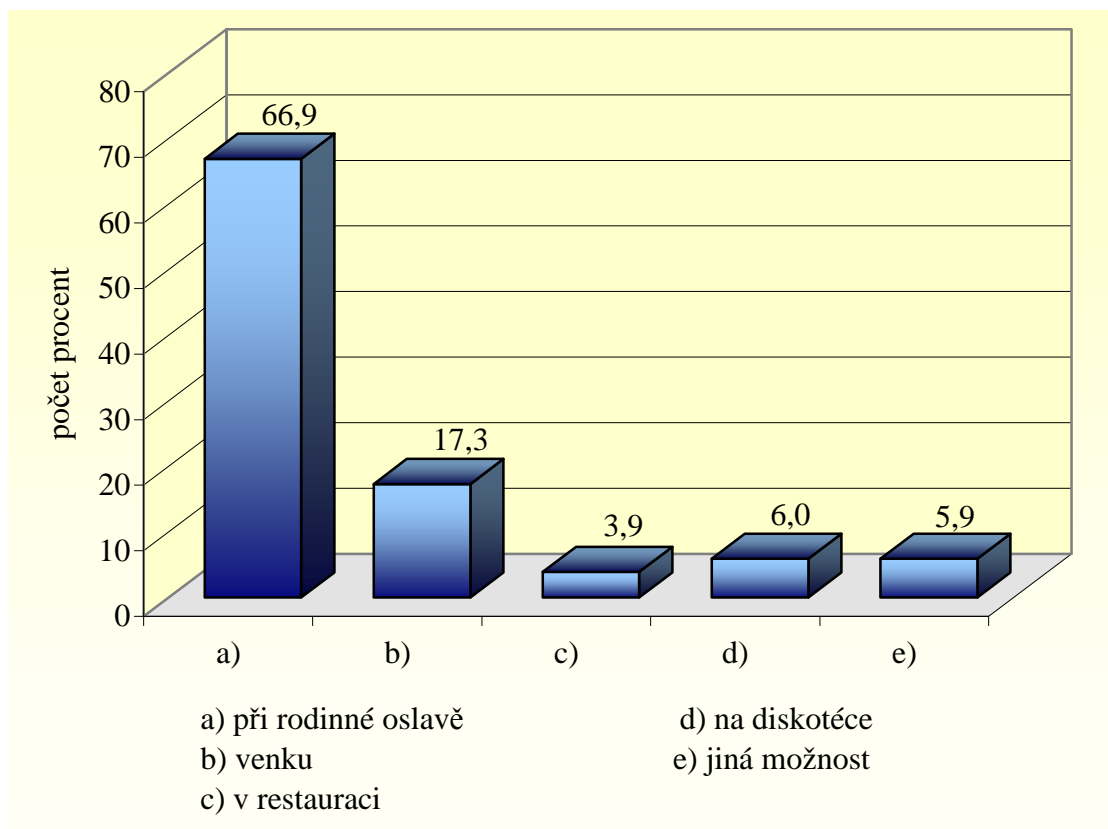
**Graf č. 3B – Druh alkoholického nápoje při první konzumaci**



**zdroj: vlastní výzkum**

Dále byl v otázce č. 3 zjišťován druh alkoholického nápoje, který studenti konzumovali jako první (viz graf č. 3). Nejvíce studentů jako první pilo pivo, celkem 51,4 %. Druhým nápojem byl sekt, který okusilo celkem 16,6 % dotazovaných. Víno jako první alkoholický nápoj si vybralo 15,8 % studentů. 13,9 % studentů jako první ochutnalo destiláty. Jako jinou možnost studenti uváděli žádný nápoj. Bylo jich celkem 2,3 %.

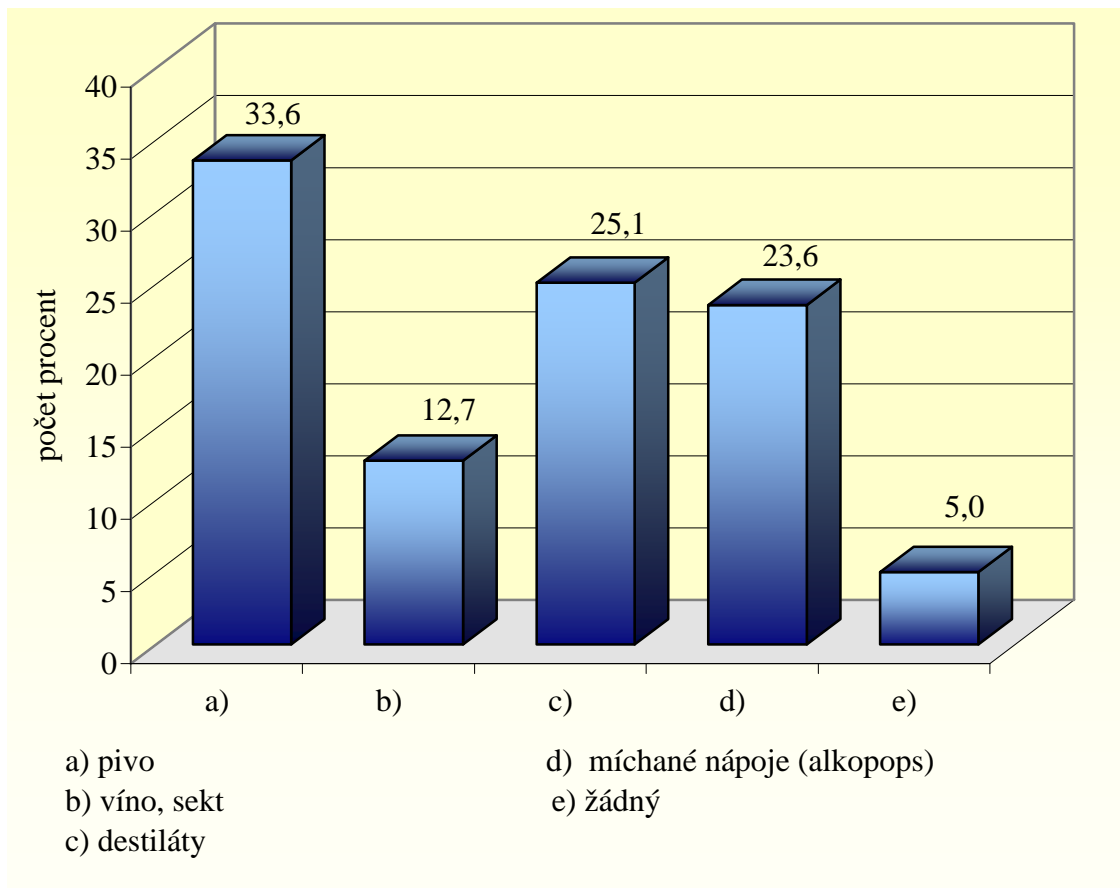
**Graf č. 4 – Příležitost první konzumace alkoholu**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázka č. 4 se zaměřila na to, při jaké příležitosti studenti poprvé ochutnali alkohol. 66,9 % dotazovaných odpovědělo, že alkohol ochutnali při rodinné oslavě. Celkem 17,3 % studentů alkohol prvně ochutnalo venku. Odpověď na diskotéce zvolilo 6 % respondentů. 3,9 % studentů prvně okusilo alkohol v restauraci. Jinou možnost zvolilo 5,9 % respondentů.

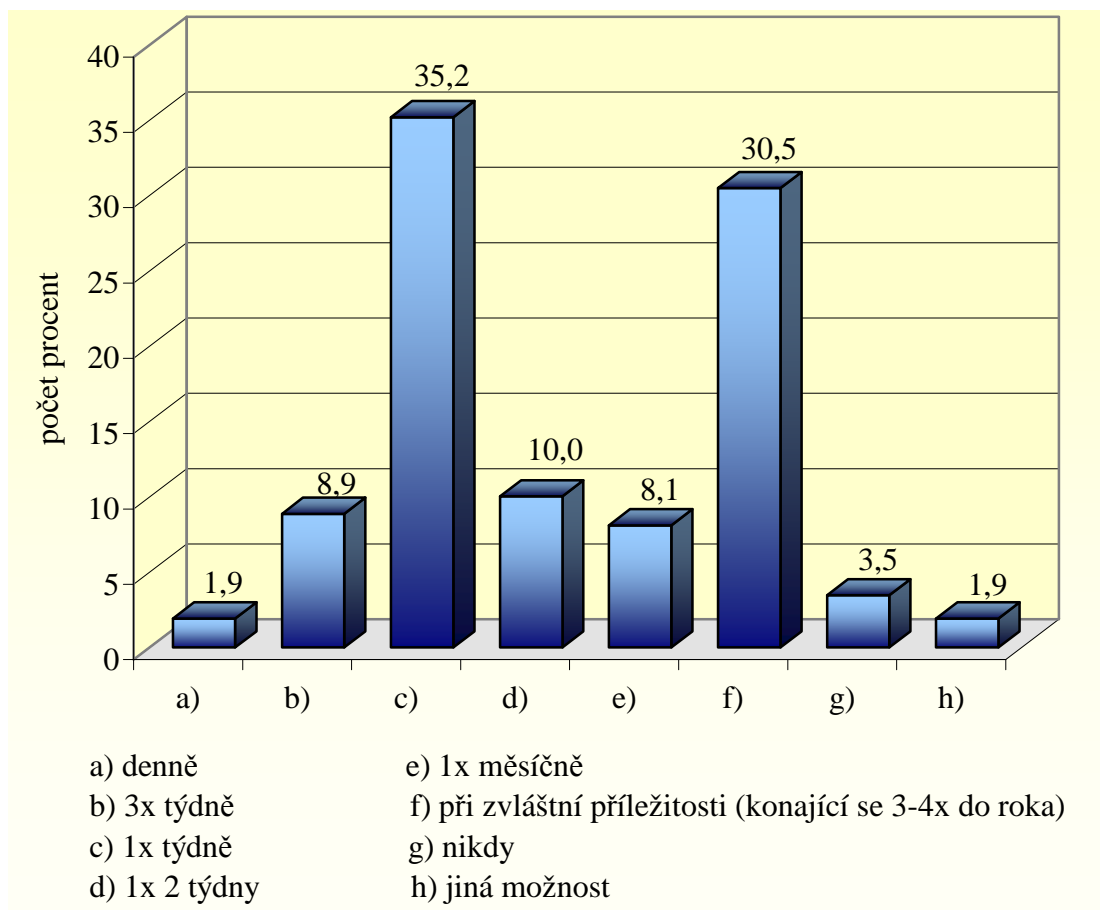
**Graf č. 5 – Oblíbenost alkoholických nápojů**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázkou č. 5 byla zjišťována oblíbenost alkoholických nápojů (viz. graf č. 5). Nejvíce chutná studentům pivo a to celkem 33,6 %. Druhým nejoblíbenějším nápojem jsou míchané nápoje. Odpovědělo tak 25,1 % respondentů. Oblibě se také těší destiláty, které nejvíce chutnají 23,6 % dotázaných. Víno a sekt zvolilo 12,7 % studentů. Žádný alkoholický nápoj nechutná 5 % dotázaných.

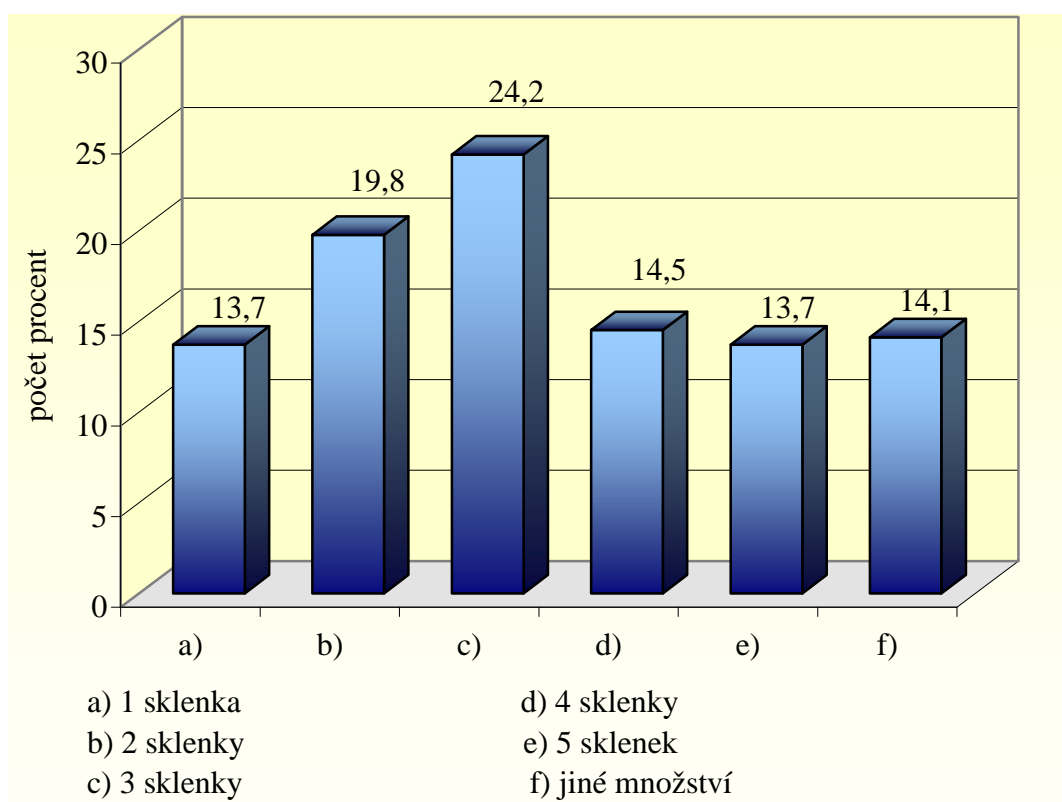
**Graf č. 6A – Hodnocení četnosti konzumace alkoholu**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázka č. 6A se zabývala pravidelností konzumace alkoholu. Jak nám ukazuje graf č. 6A, jednou týdně pije alkohol celkem 35,2 % studentů. Při zvláštní příležitosti, konající se 3–4x do roka pije alkohol 30,5 % dotázaných. 10 % studentů označilo odpověď d), tedy jednou za dva týdny. Třikrát týdně pije alkohol 8,9 % dotázaných. Odpověď jedenkrát měsíčně označilo 8,1 % respondentů. 3,5 % studentů nepije alkohol nikdy. 1,9 % dotázaných jsou denními konzumenty alkoholu. Jinou možnost zvolilo 1,9 % studentů.

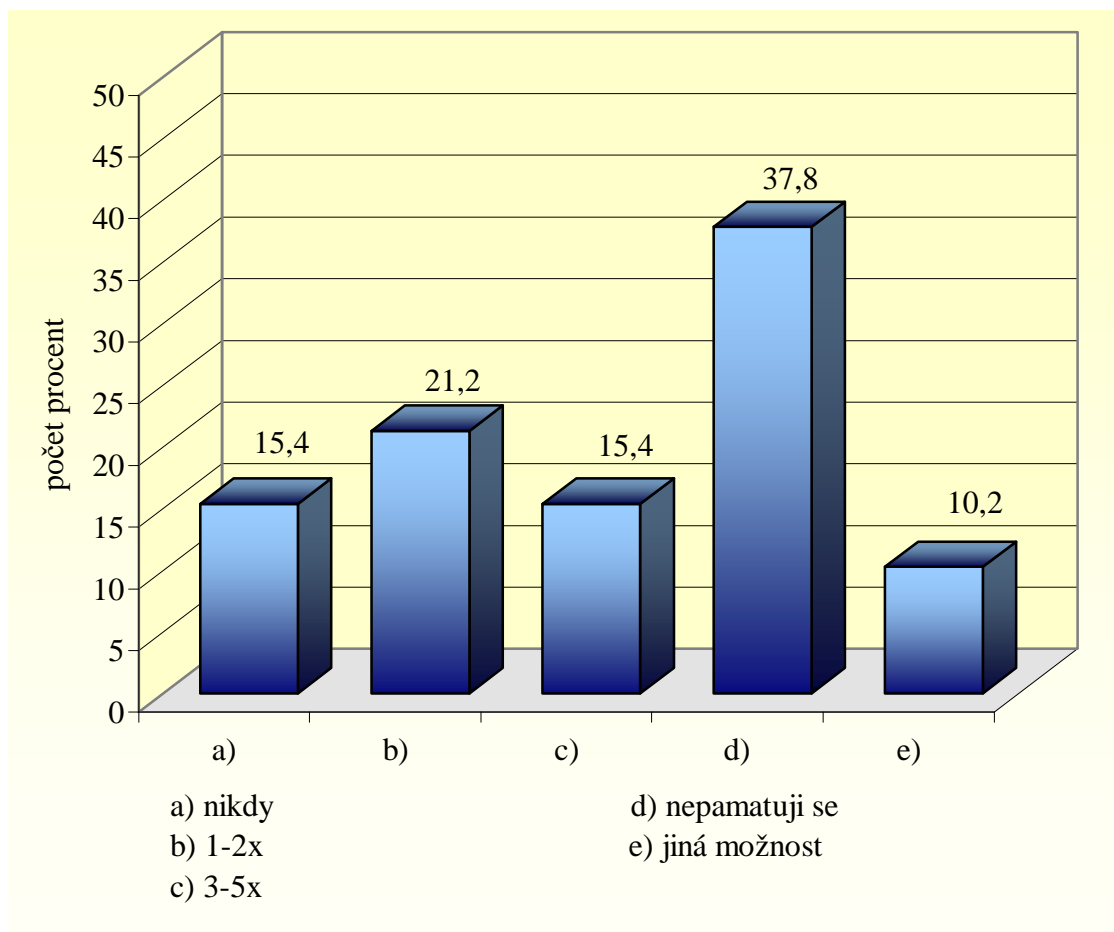
**Graf č. 6B – Průměrné množství konzumace alkoholu při jedné příležitosti**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázkou č. 6B bylo zjišťováno průměrné množství konzumace alkoholu při jedné příležitosti (viz graf č. 6B). Nejvíce studentů, celkem 24,2 % odpovědělo, že průměrně vypije 3 sklenky alkoholu. 19,8 % dotázaných průměrně vypije při jedné příležitosti 2 sklenky alkoholu. 4 sklenky alkoholu průměrně vypije 14,5 % studentů. Jiné, větší množství alkoholu vypije celkem 14,1 % respondentů. Odpověď a) tedy 1 sklenku alkoholu označilo 13,7 % studentů. Stejný počet, tedy 13,7 % dotázaných, označilo odpověď e), tedy 5 sklenek.

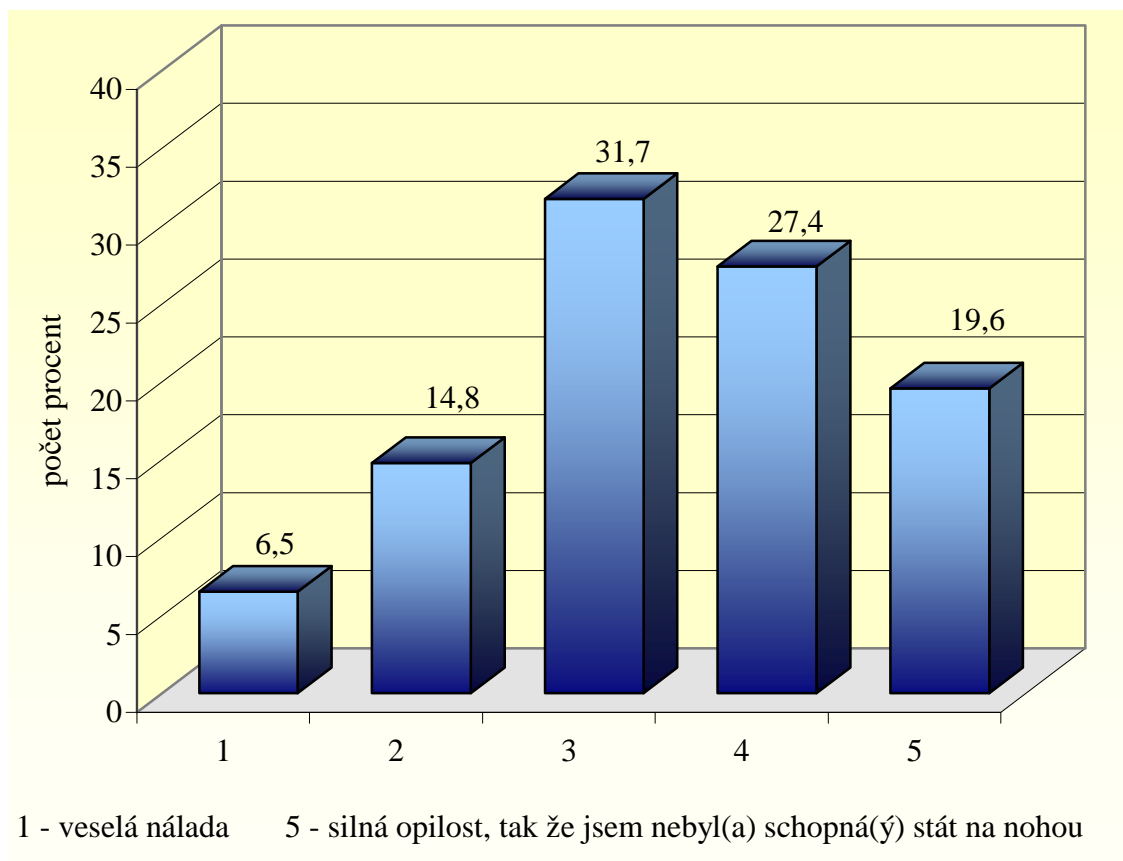
**Graf č. 7 - Hodnocení četností opilství**



**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 7 byla mapována četnost opilství. Jak je vidět v grafu č. 7, celkem 37,8 % studentů uvedlo, že si nepamatuje, kolikrát byli opilí. Odpověď b), tedy jedenkrát až dvakrát, označilo 21,2 % studentů. Nikdy nebylo opilých 15,4 % dotázaných. Stejný počet, tedy 15,4 % respondentů uvedlo, že bylo opilých třikrát až pětkrát. Celkem 10,2 % studentů uvedlo jinou možnost.

**Graf č. 8 – Hodnocení stupně opilosti**

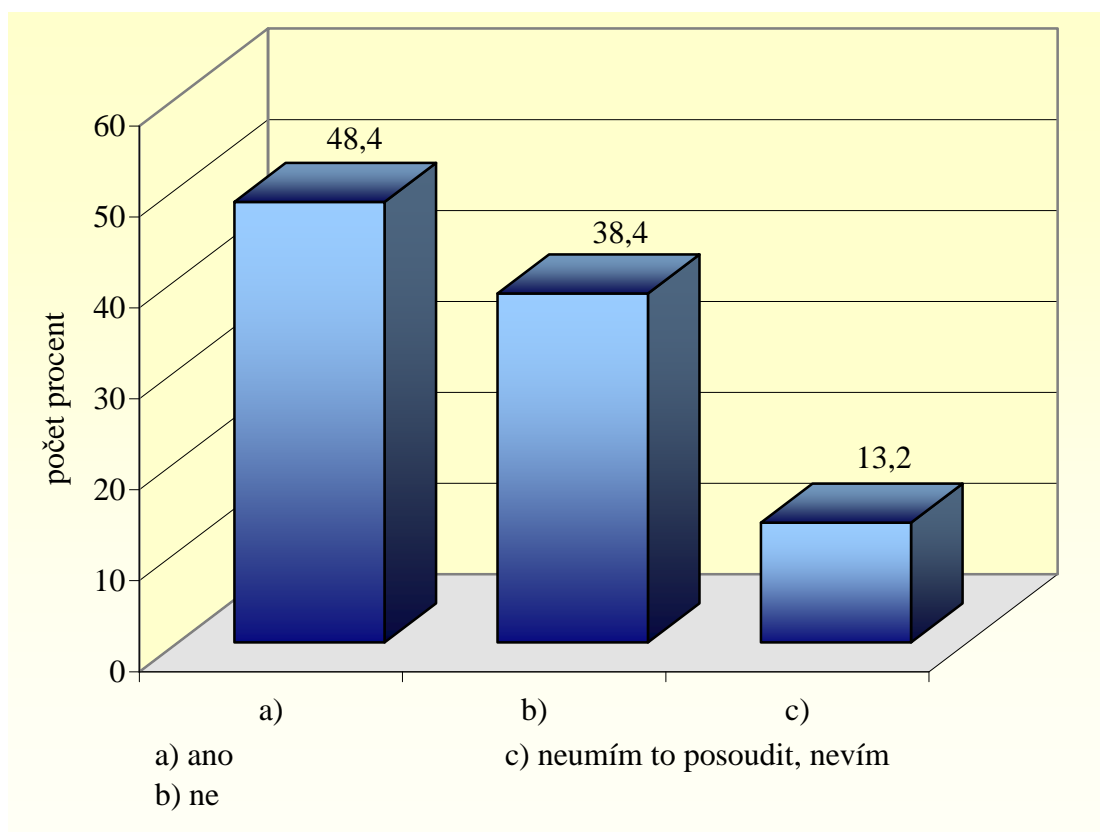


**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 8 byla zjišťována míra opilosti. Studenti označili svou odpověď na škále od 1 do 5 (viz graf č. 8). Nejvíce dotázaných, celkem 31,7 % uvedlo, že byli opilí na úrovni 3. Celkem 27,4 % studentů zvolilo úroveň 4. Na úrovni 5 bylo opilých 19,6 % respondentů. 14,8 % studentů označilo svou míru opilosti úrovní 2. A celkem 6,5 % dotázaných uvedlo úroveň 1.



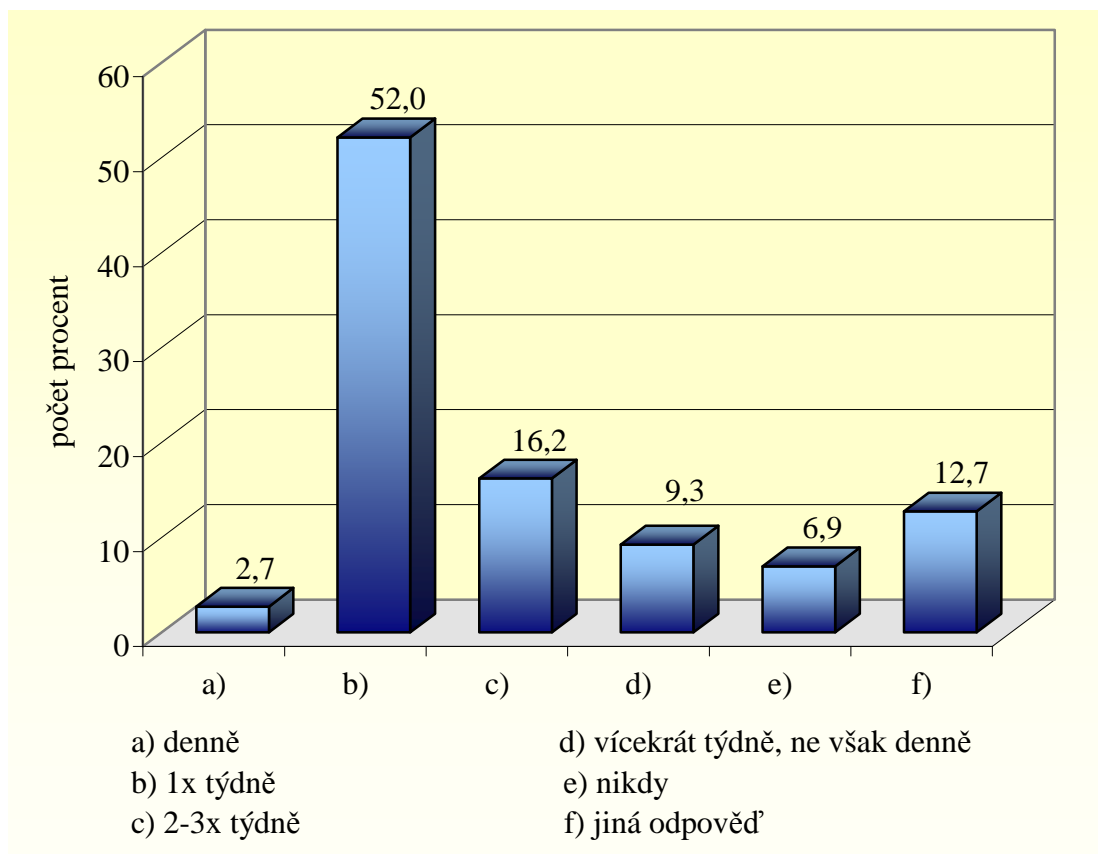
**Graf č. 9 – Vyjádření studentů, zda znají ve svém blízkém okolí osobu, která má problémy s nadužíváním alkoholu**



**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 9 byla zjišťována skutečnost, zda studenti ve svém blízkém okolí znají někoho, o kom se domnívají, že má problémy s alkoholem. Výsledky nám ukazuje graf č. 9. Celkem 48,4 % dotázaných odpovědělo na tuto otázku ano. Nikoho takového nezná ve svém okolí 38,4 % studentů. 13,2 % respondentů uvedlo, že odpověď na tuto otázku neumí posoudit.

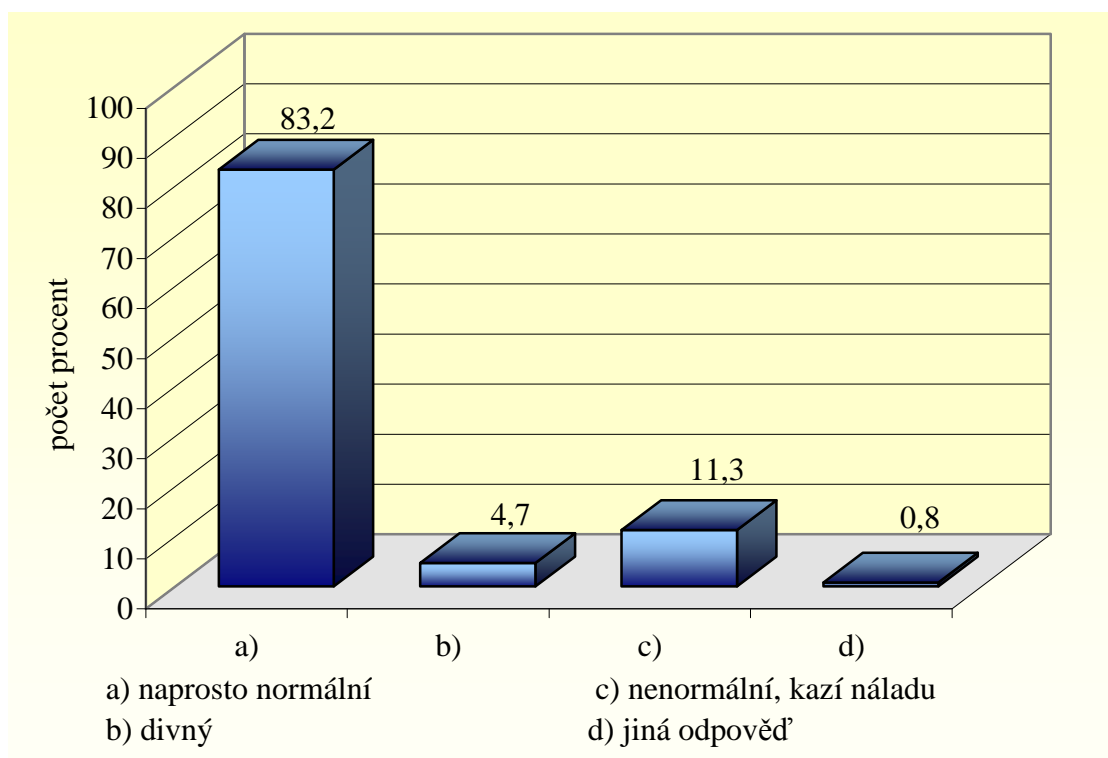
**Graf č. 10 – Četnost návštěv zařízení podávajících alkohol**



**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 10 bylo mapováno, jak často studenti navštěvují zařízení, kde se podává alkohol (viz graf č. 10). Celkem 52 % dotázaných navštěvuje tato zařízení 1x týdně. Odpověď 2–3x týdně uvedlo 16,2 % respondentů. 12,7 % studentů zvolilo jinou odpověď. Vícekrát týdně, ale ne však denně navštěvuje tato zařízení celkem 9,3 % dotázaných. 6,9 % respondentů zvolilo odpověď e), tedy, že se těmto zařízením vyhýbá. Denně navštěvuje zařízení, kde se podává alkohol 2,7 % studentů.

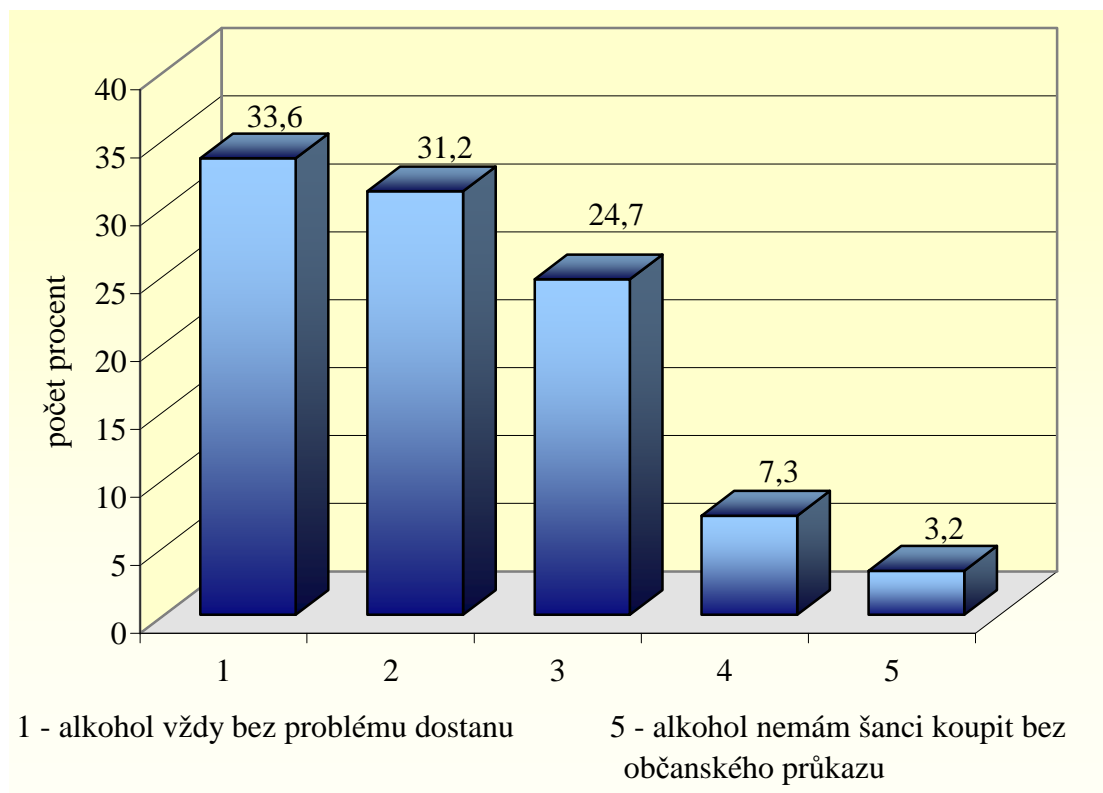
**Graf č. 11 – Hodnocení názoru respondentů na jedince, kteří při společenské události nepijí alkohol**



**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 11 byl zjišťován názor na člověka, který při společenské události vůbec nepije alkohol. Takový člověk je podle celkem 83,2 % studentů naprosto normální. Celkem 11,3 % dotázaných odpovědělo, že takový člověk je nenormální a kazí náladu. Divný připadá tento člověk 4,7 % respondentů. 0,8 % studentů zvolilo jinou odpověď. Celkové výsledky jsou znázorněny v grafu č. 11.

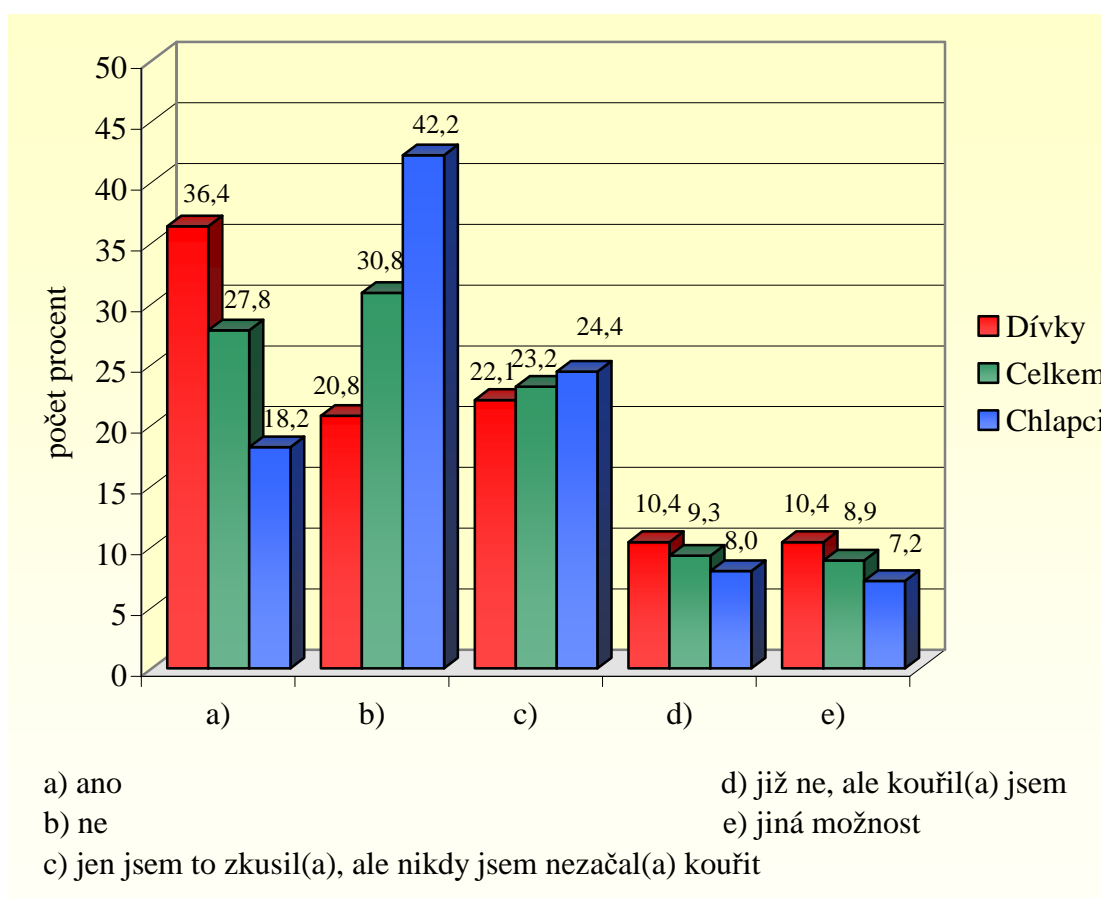
**Graf č. 12 – Vyžadování občanského průkazu při koupi alkoholu**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázka č. 12 se týkala skutečnosti, zda je po studentech při koupi alkoholu požadován občanský průkaz. Studenti označovali dostupnost alkoholu na číselné škále od 1 do 5 (viz graf č. 12). Celkem 33,6 % studentů uvedlo, že alkohol vždy bez problémů dostanou, tedy úroveň 1. Úroveň 2 si jako svou odpověď vybralo 31,2 % dotázaných. Celkem 24,7 % studentů uvedlo, že je po nich občanský průkaz vyžadován asi v polovině případů, označili úroveň 3. Celkem 7,3 % dotázaných zvolilo úroveň 4. Alkohol bez občanského průkazu nekoupí 3,2 % studentů.

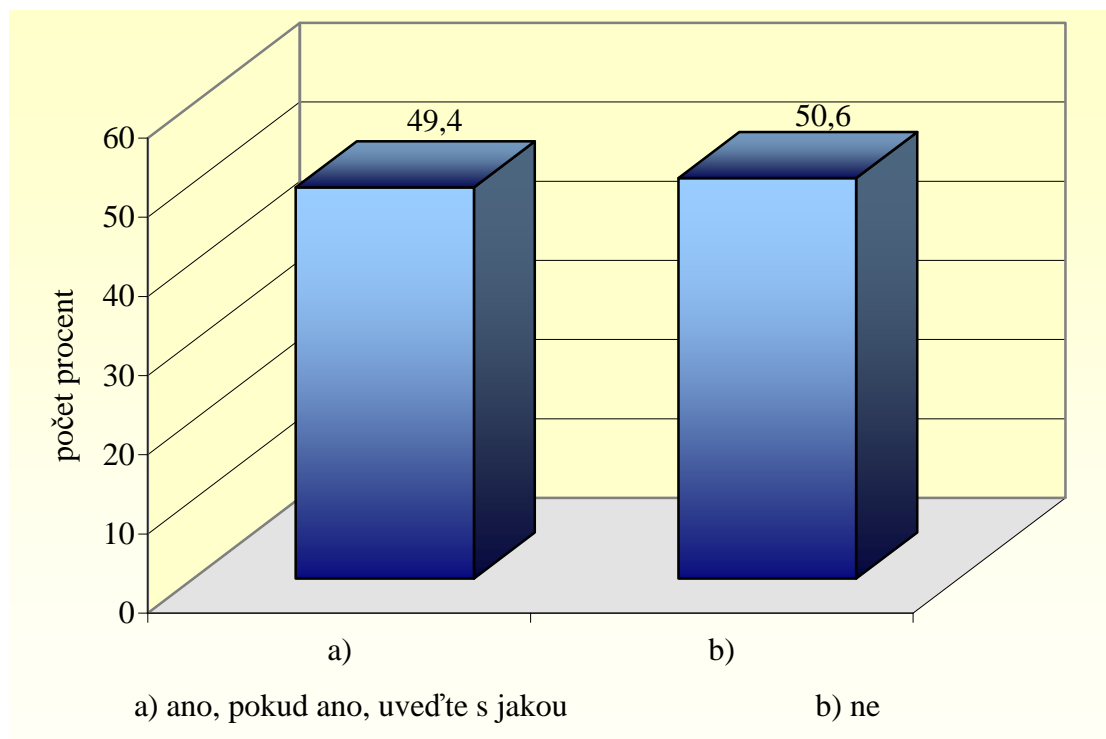
**Graf č. 13 – Hodnocení otázky kouření respondentů**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázka č. 13 byla zaměřena na kouření studentů. Nekuřáků je mezi dotazovanými celkem 30,8 %. Naopak 27,8 % studentů odpovědělo, že kouří. Celkem 23,2 % respondentů kouření pouze zkusilo, ale nikdy nezačalo kouřit. 9,3 % studentů uvedlo, že přestalo s kouřením a již nekouří. Jinou možnost, příležitostní kouření, označilo 8,9 % respondentů. Celkové výsledky včetně rozdělení dle pohlaví zobrazuje graf č. 13.

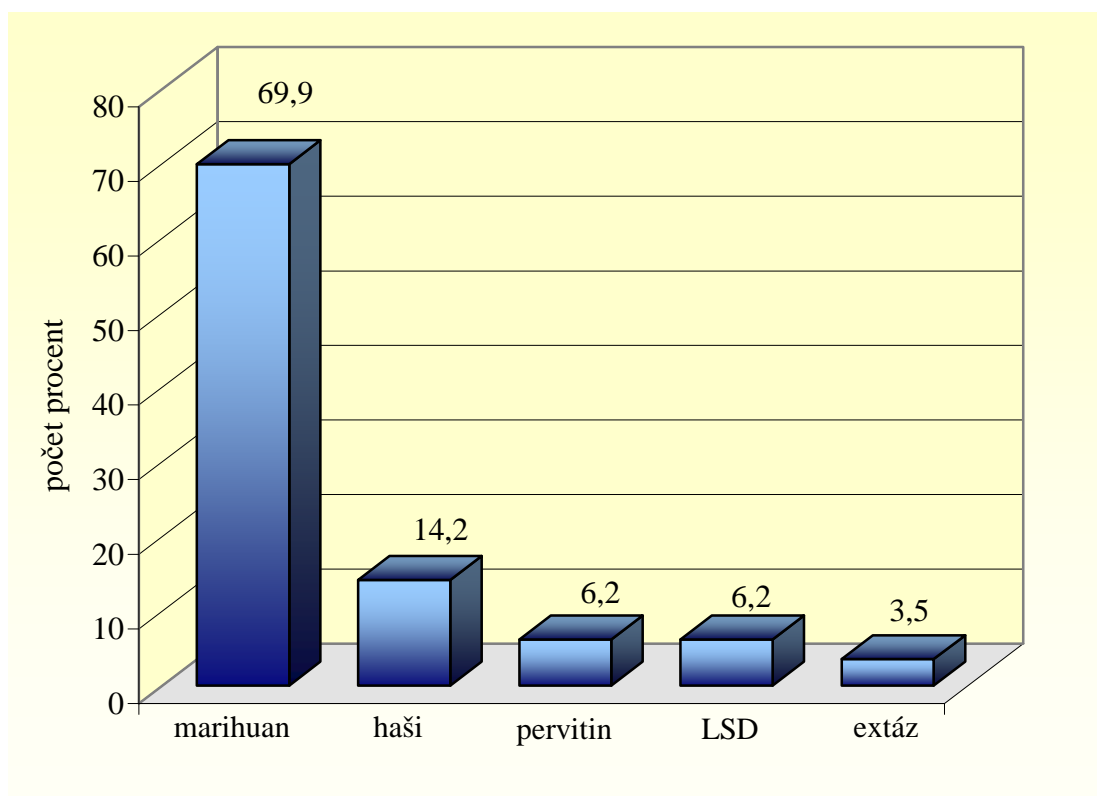
**Graf č. 14A – Osobní zkušenost s jinou drogou**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázka č. 14 byla zaměřena na osobní zkušenost s jinou drogou než je alkohol. Jak je vidět v grafu č. 14, celkem 50,6 % studentů uvedlo, že nemá zkušenost s žádnou drogou. Zkušenost s nelegálními drogami potvrdilo 49,4 % dotázaných.

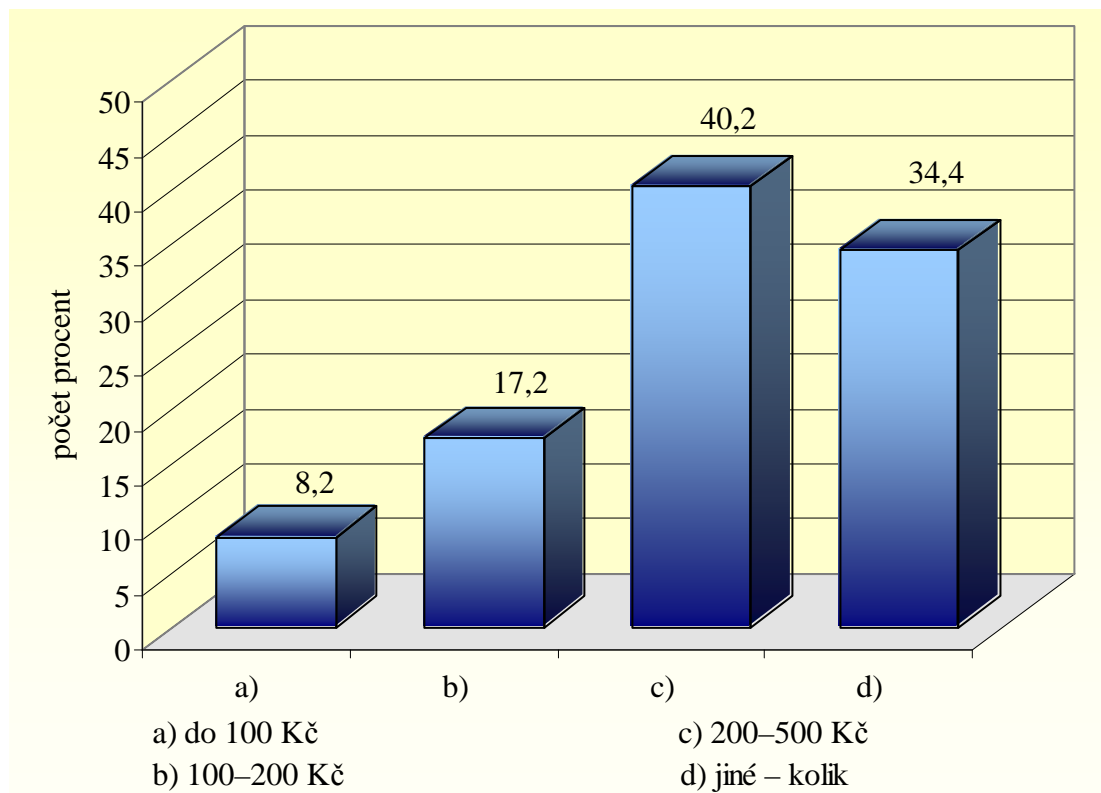
**Graf č. 14B – Zastoupení užívaných drog u respondentů, kteří s nimi mají zkušenost**



**zdroj: vlastní výzkum**

Procentuelní zastoupení jednotlivých nelegálních drog u studentů, kteří odpověděli, že s nimi mají zkušenost, je patrné z grafu č. 14B. Z těchto studentů uvedlo 69,9 %, že má zkušenost s marihuanou. 14,2 % respondentů zkusilo hašiš. Pervitin a LSD vyzkoušelo shodně 6,2 % studentů. Extázi vyzkoušelo 3,5 % studentů.

**Graf č. 15 – Průměrné měsíční kapesné dotázaných**

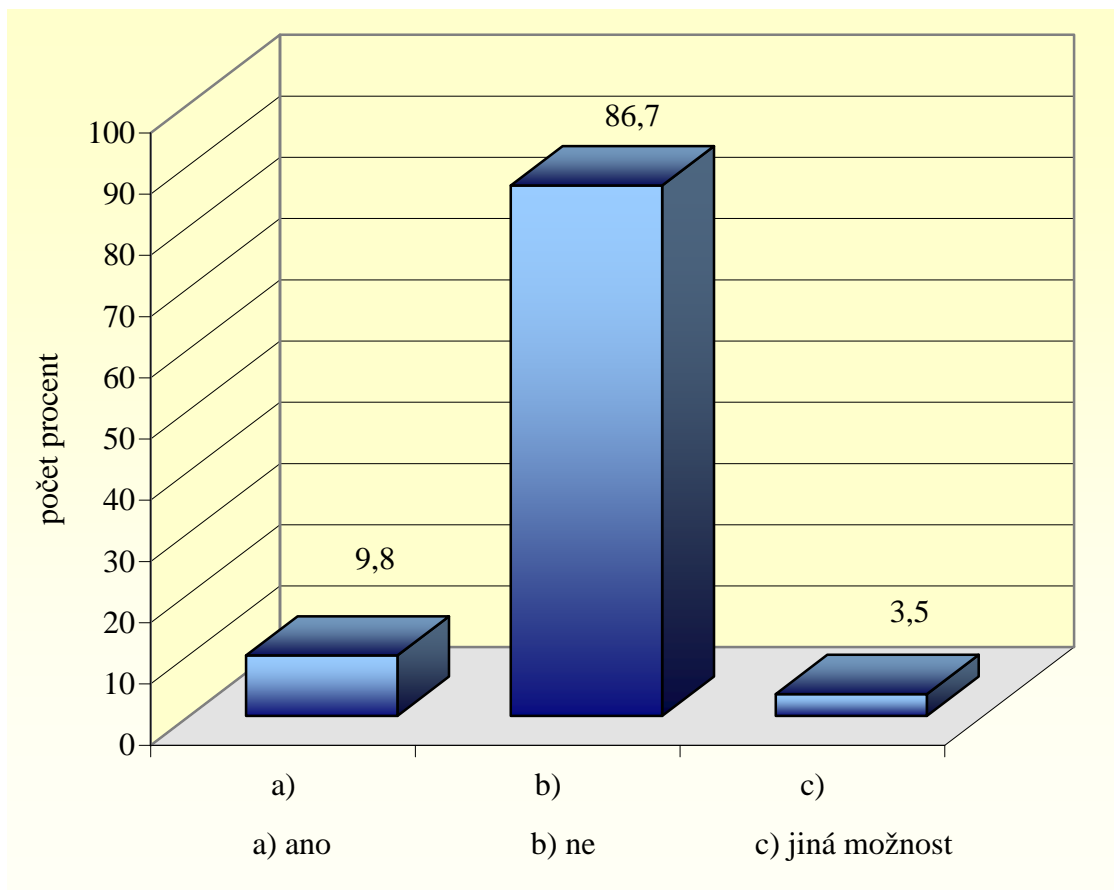


**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 15 byli studenti dotazováni na velikost měsíčního kapesného (viz graf č. 15). Celkem 40,2 % studentů dostává kapesné v rozmezí 200 až 500 korun. Odpověď d) jiné, větší kapesné má 34,4 % dotázaných. Kapesné 100 až 200 korun dostává celkem 17,2 % studentů. A méně než 100 korun dostane každý měsíc 8,2 % respondentů.



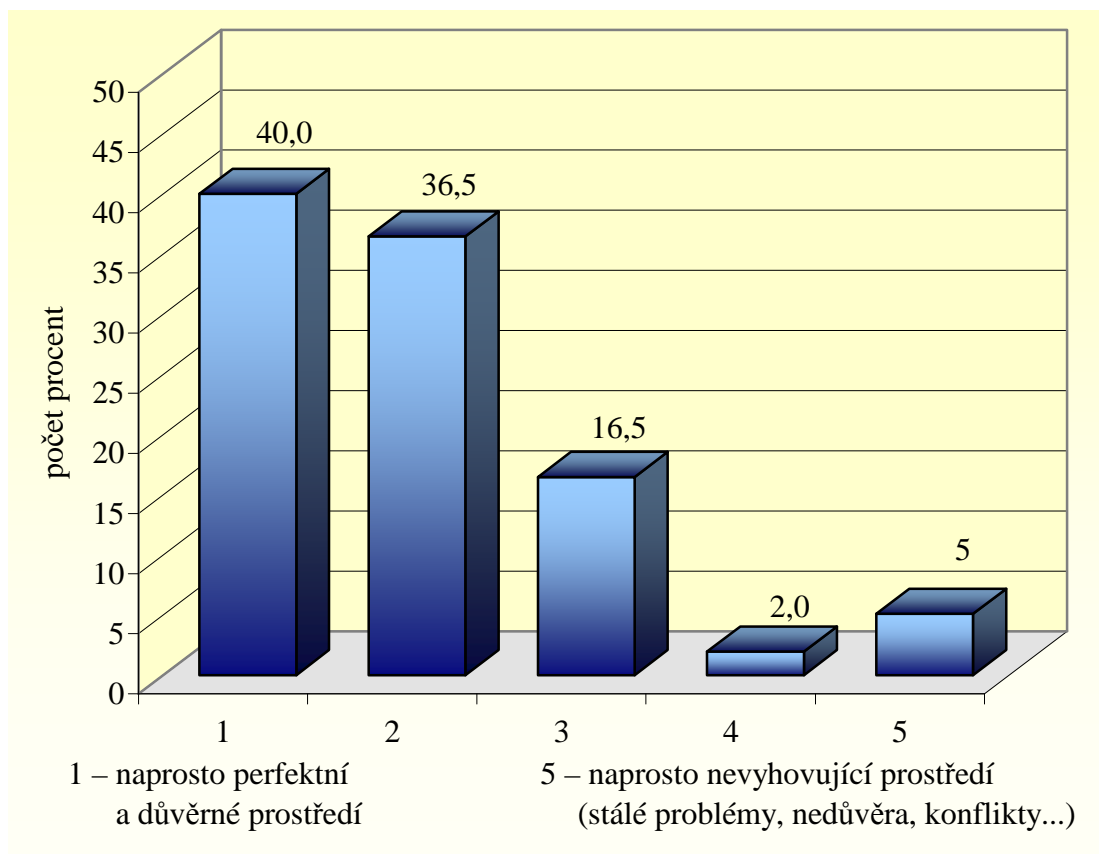
**Graf č. 16 – Hodnocení častějšího kupování alkoholu v souvislosti s větším množstvím volných finančních prostředků**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázkou č. 16 byl u studentů zjišťován názor, zda by si kupovali alkoholické nápoje častěji, kdyby měli více peněz. 86,7 % dotázaných odpovědělo na tuto otázku ne. Opačný názor mělo 9,8 % studentů. Jinou možnost, nevím, zvolilo 3,5 % dotázaných. Vše zobrazuje graf č. 16.

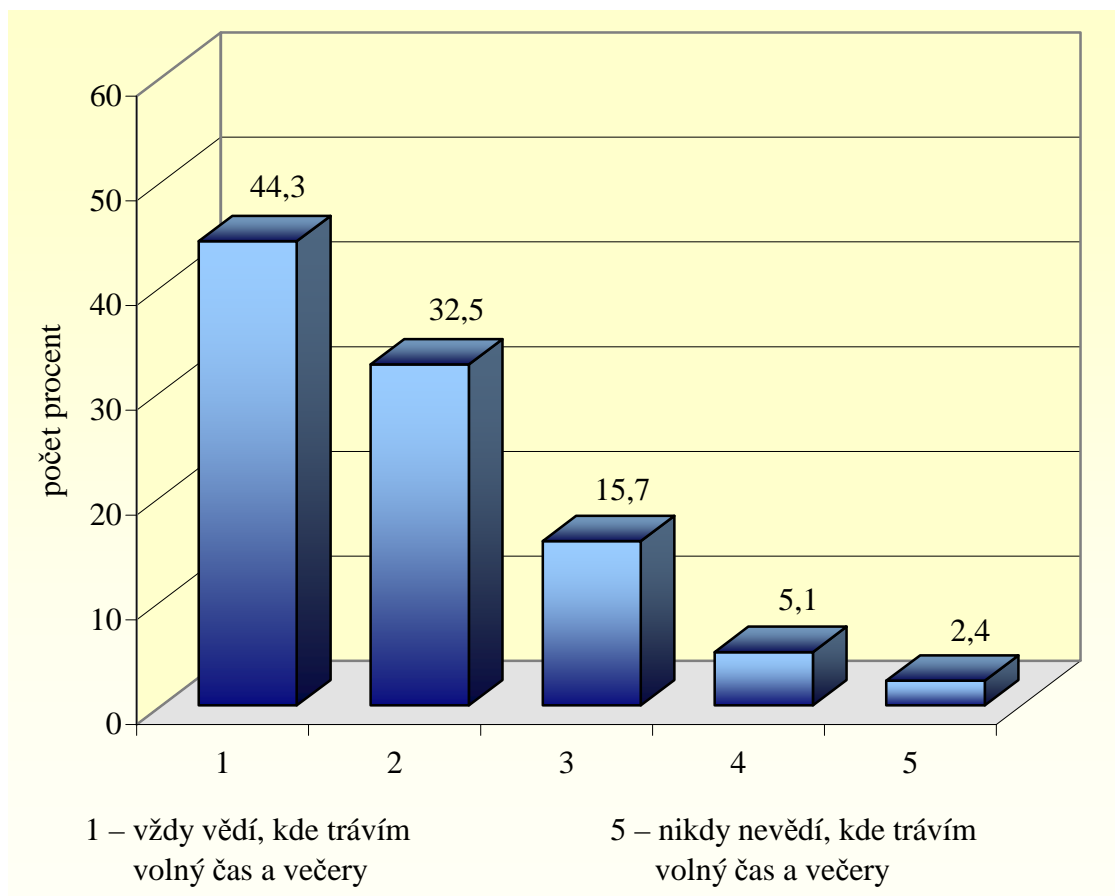
**Graf č. 17 – Hodnocení vztahů v rodinách respondentů**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázka č. 17 se týkala rodinných poměrů dotázaných, kteří odpovídali na tuto otázku výběrem úrovně od 1 do 5 (viz graf č. 17). Úroveň 1, tedy naprosto perfektní a důvěrné prostředí zvolilo 40 % respondentů. Celkem 36,5 % studentů vidí prostředí ve své rodině na úrovni 2. Prostřední úroveň 3 si jako svoji odpověď na tuto otázku vybralo 16,5 % dotázaných. 5 % všech studentů označilo vztahy v rodině na úrovni 5. Úroveň 4 zvolily 2 % respondentů.

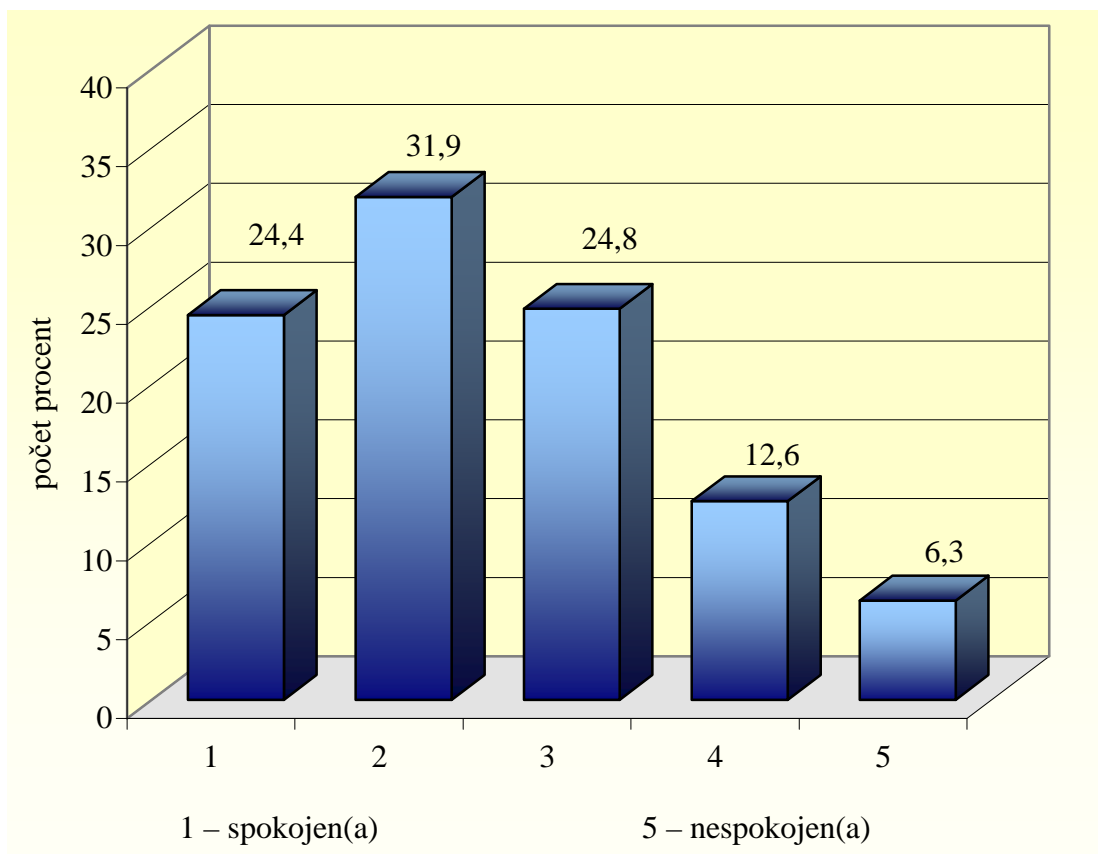
**Graf č. 18 – Obeznamení rodičů s volným časem dotázaných**



**zdroj: vlastní výzkum**

Kde studenti tráví volný čas a večery zjišťovala otázka č. 18 (viz graf č. 18). Celkem 44,3 % dotázaných uvedlo, že jejich rodiče vždy vědí, kde tráví volný čas a večery, vybrali úroveň 1. Úroveň 2 vybralo 32,5 % všech studentů. 15,7 % respondentů zvolilo odpověď 3. Rodiče 5,1 % dotázaných většinou neví, kde jejich děti tráví volný čas a večery (úroveň 4). Odpověď nikdy uvedlo 2,4 % studentů.

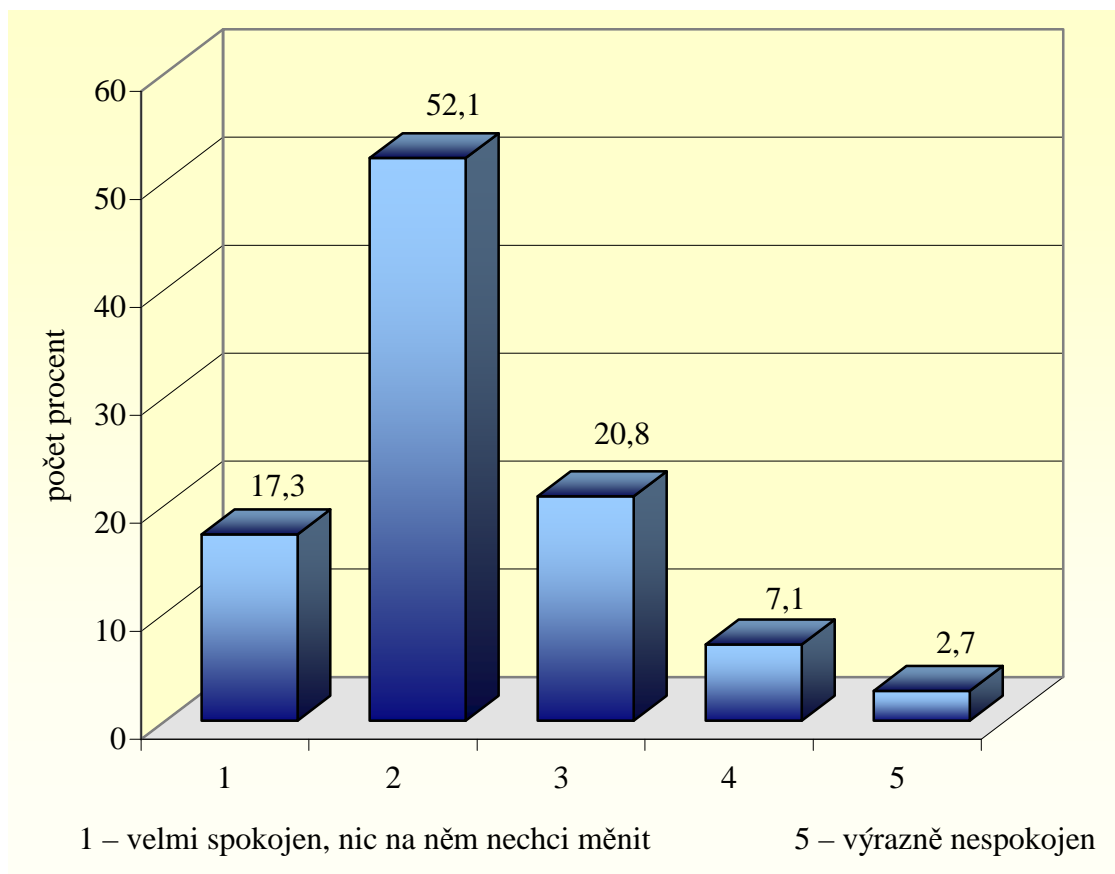
**Graf č. 19 – Hodnocení spokojenosti respondentů ve školách, které navštěvují**



**zdroj: vlastní výzkum**

Svou spokojenost studenti ve škole, kterou navštěvují, vyjádřili na číselné škále od 1 do 5 v otázce č. 19. Celkem 31,9 % dotázaných uvedlo svou spokojenost na úrovni 2. Na úrovni 3 je ve škole spokojeno 24,8 % respondentů. 24,4 % vyjádřilo svou spokojenost číslem 1, 12,6 % úrovní 4. Nespokojeno je ve škole, kterou navštěvují, 6,3 % studentů. Celkový grafický přehled nám ukazuje graf č. 19.

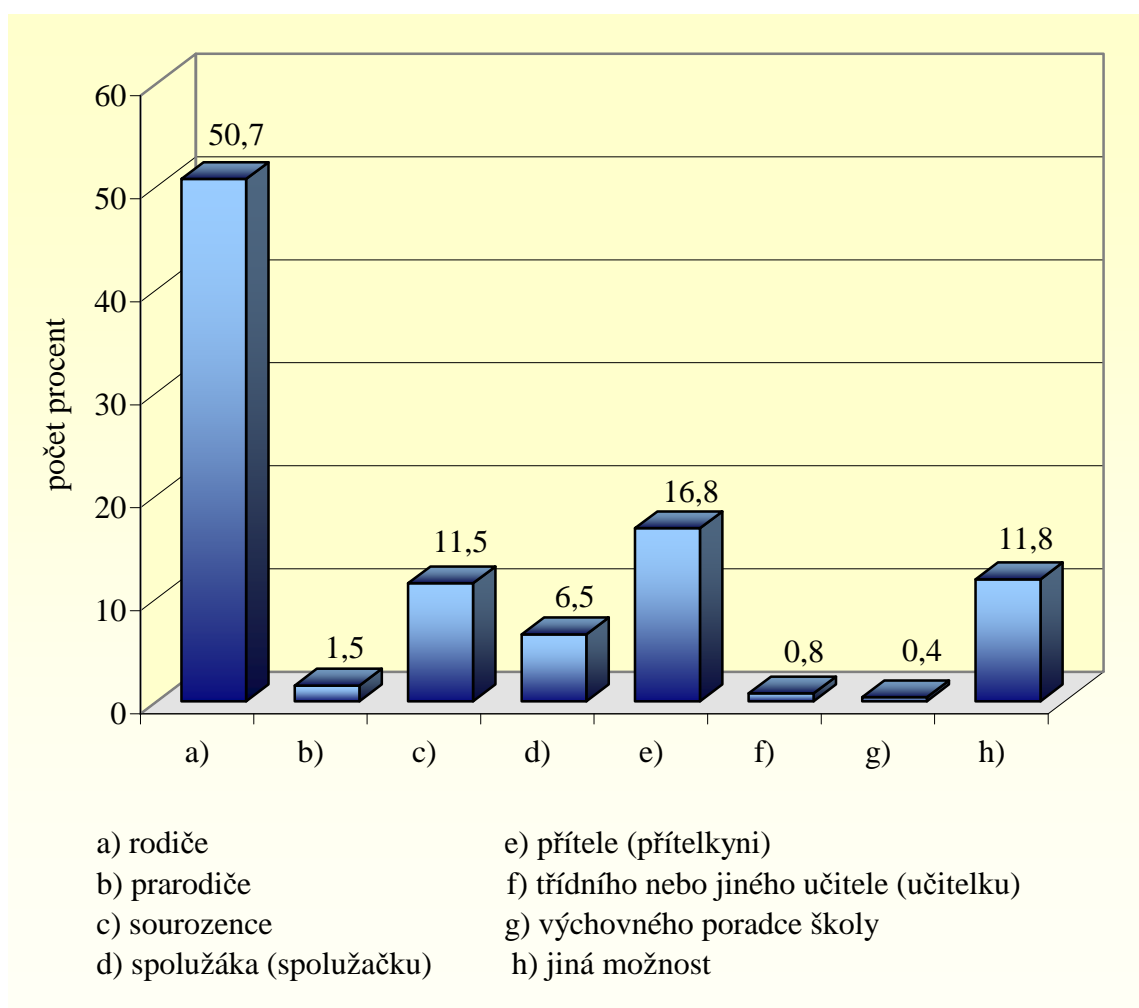
**Graf č. 20 – Hodnocení spokojenosti respondentů se svým životem**



**zdroj: vlastní výzkum**

Otázka č. 20 se zabývala spokojeností studentů v jejich dosavadním životě (viz graf č. 20). Celkem 52,1 % dotázaných vidí svou spokojenost na úrovni 2. Číslem 3 označilo svou odpověď 20,8 % respondentů. Velmi spokojeno se ve svém životě cítí 17,3 % studentů. 7,1 % dotázaných odpovědělo číslem 4. Výrazně nespokojeno je 2,7 % studentů.

**Graf č. 21 – Hledání pomoci s řešením problémů studentů s alkoholem nebo jinou návykovou látkou**



**zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 21 odpovídali studenti na otázku, koho by požádali o pomoc při problémech s alkoholem nebo jinou návykovou látkou (viz graf č. 21). Nejvíce dotázaných, celkem 50,7 %, by pomoc hledalo u rodičů. Přitele nebo přítelkyni by na pomoc vyhledalo 16,8 % respondentů. Celkem 11,8 % dotázaných označilo jinou možnost. Sourozence by požádalo o pomoc 11,5 % studentů. 6,5 % dotázaných by si vybralo spolužáka. U prarodičů by pomoc hledalo 1,5 % studentů. 0,8 % dotázaných by požádalo o pomoc třídního učitele a 0,4 % výchovného poradce školy.

## 5 DISKUZE

Cílem diplomové práce je zmapovat situaci s užíváním alkoholických nápojů, první zkušenost a místo setkání s touto drogou, frekvenci a rozsah konzumace alkoholu u studentů středních odborných škol v Chomutově ve věku 15–19 let a srovnání výsledků šetření se studií ESPAD.

V diskusi budu, mimo jiné, srovnávat získané výsledky se studií ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Tato studie je zaměřena na užívání alkoholu a jiných návykových látek, tedy tabáku a nezákonných drog mezi mládeží. Hlavními cíli projektu ESPAD je získání spolehlivých odhadů prevalence užívání návykových látek u mládeže a srovnání situace v jednotlivých evropských zemích a v čase (6).

První hypotéza zní: Osobní zkušenost s konzumací alkoholu má většina dotázaných v uvedeném věkovém rozpětí. K posouzení této hypotézy se vztahuje otázka č. 6 A, výsledky naznačuje graf č. 6 A. V této otázce zjišťuji, jak často dotazovaní konzumují alkohol. Odpověď nikdy zvolilo pouhých 3,5 % ze všech respondentů. Nejčastější odpovědí bylo 1x týdně, což zvolilo 35,2 % studentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo příležitostně 3–4x do roka, tuto možnost udalo 30,5 % dotázaných. Denně konzumuje alkohol 1,9 % studentů, 3x týdně 8,9 %, 1x za dva týdny 10 %, 1x měsíčně 8,1 % a jinou možnost udalo 1,9 % respondentů. Z výsledků je patrné, že 96,5 % má osobní zkušenost s konzumací alkoholu, přičemž varujícím zjištěním je, že 51,3 % studentů středních odborných škol v Chomutově jsou pravidelnými konzumenty alkoholických nápojů. Za pravidelnost považují denně, 3x týdně, 1x týdně a 1x za dva týdny. Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Při dotazníkovém šetření studie ESPAD se k pravidelnému pití alkoholických nápojů přiznává 46 % studentů ČR, což je o 5,3 % méně, než zjišťuji u zkoumaného souboru já. V pravidelné konzumaci alkoholu se ČR umístila na třetím místě za Dánskem a Rakouskem. (6)

Druhá hypotéza zněla: První zkušenost s konzumací alkoholu získávají studenti v rodinném prostředí. K posouzení hypotézy číslo 2, slouží graf č. 4. Při rodinné oslavě

získalo první zkušenost s konzumací alkoholického nápoje celkem 66,9 % studentů. Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

Zbylých 33,1 % studentů získalo první zkušenost venku (17,3 %), na diskotéce (6 %), v restauraci (3,9 %), nebo jinde (5,9 %).

Mé výsledky se tedy shodují s tím co uvádí Heller, a to, že děti získávají alkohol nejčastěji doma a z rukou rodičů, také dostávají alkohol od rodičů jako lék a opakovaně zjišťuje, že rodiče mají velmi benevolentní postoj k pití alkoholu svých dětí **(19)**.

Třetí ověřovaná hypotéza: Mládež nepovažuje alkohol za nebezpečnou návykovou látku. Tato hypotéza byla ověřována v dotazníku otázkou číslo 1, jejíž výsledky znázorňuje graf č. 1. Zde je vyjádřen názor studentů na alkohol, jako drogu. Z celkového počtu dotázaných má názor, že alkohol je látka, na kterou může vzniknout návyk, ale ne tak snadno, jako u jiných drog, 80,3 % studentů. Pouze 10,4 % studentů uvedlo, že alkohol je značně nebezpečná látka, vyvolávající silnou závislost. Podle zbylých 9,3 % studentů je alkohol látka, na kterou návyk nelze získat. I tato hypotéza byla potvrzena.

Souhlasím s názorem Krause, který uvádí, že mládež alkohol za drogu nepovažuje. Mladí lidé vnímají alkohol, jako příjemnou součást života **(22)**.

Graf č. 2 znázorňuje věk, kdy je podle studentů možno pít legálně alkohol. Celkem odpovědělo 98,5 % studentů správně, že věkovou hranicí je 18 let. 1,5 % studentů si myslí, že není žádná věková hranice, kdy je možné legálně konzumovat alkoholické nápoje. Z výsledků vyplývá, že většina studentů je dobře informována s legislativou upravující věkovou hranici, týkající se konzumace alkoholu, přesto ji vědomě porušují.

Heller uvádí, že už naprostá většina žáků základních škol má zkušenost s alkoholem ve věku, kdy je zákonem zakázáno podat jim alkoholický nápoj **(15)**.

Vytvořením zákona upravující věkovou hranici konzumace alkoholu, je ochrana dětí a mladistvých před alkoholem. Jak uvádí Nešpor, je v civilizovaných zemích tato hranice kolem 20 let (Švédsko 20 let, Spojené státy 21 let), v České republice se nedodrží ani věková hranice 18 let **(31)**.



Další otázkou bylo zjišťováno v kolika letech dotázaní poprvé ochutnali alkohol. Výsledky znázorňuje graf č. 3A. Průměrný věk je 13,1 let z celkového počtu respondentů.

Kraus uvádí, že poprvé děti ochutnají z alkoholických nápojů pivo a sekt (22).

Graf č. 3B zobrazuje výsledky, jaký alkohol respondenti poprvé ochutnali. Z výsledků vyplývá, že prvním konzumovaným nápojem bylo pivo. Z celkového počtu respondentů takto odpovědělo 51,4 % dotázaných. U ostatních studentů to byl v 16,6 % sekt, 15,8 % studentů uvedlo víno, 13,9 % destilát. Zbylých 2,3 % uvedlo jiný nápoj. Tento výsledek se tedy shoduje s Krausem (22).

Další zkoumanou otázkou byla oblíbenost alkoholických nápojů, kterou znázorňuje graf č. 5. Celkem vyšlo jako nejoblíbenější nápoj pivo, ze 100 % dotázaných jej uvedlo 33,6 %. Druhým oblíbeným nápojem jsou alkopops, což uvedlo 23,6 % dotázaných.

Mé výsledky se shodují s výsledky studie ESPAD, kde u chlapců vychází preferovaným nápojem pivo, u dívek není preference tak výrazná. Výsledky studie ESPAD potvrzují oblibu alkopops u mladých lidí, což je vzrůstající fenomén ve všech západoevropských zemích (53).

Odpověď na otázku 6 B nám podávají informace o množství konzumovaného alkoholu při jedné příležitosti. Výsledky znázorňuje graf č. 6 B. Odpověď studenti uváděli ve sklenkách („1 sklenka alkoholu“ znamená 2 dcl vína, 0,5 l piva nebo 0,5 dcl destilátu). Z celkového počtu dotázaných byla nejčastěji volená možnost 3 sklenky, což odpovědělo 24,2 % studentů. 2 sklenky průměrně pije 19,8 % respondentů, 1 sklenku uvedlo 13,7 % studentů, 4 sklenky 14,5 % studentů, 5 sklenek 13,7 % z dotázaných. Jinou možnost uvedlo 14,1 % respondentů, z nichž 3,5 % nepije vůbec, 10,5 % udávalo více jak 5 sklenek. Z výsledků vyplývá, že tři a více sklenek vypije 62,9 % studentů středních odborných škol v Chomutově. Pět a více sklenek při jedné příležitosti pije 24,2 % studentů.

Studie ESPAD zkoumá u šestnáctiletých pití „binge drinking“ čili nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti, přičemž za nadměrnou dávku odborníci počítají 5

a více sklenek alkoholického nápoje. Studie ESPAD odhaduje konzum nadměrných dávek alkoholu u 20,8 % studentů, tedy o 3,4 % méně než zjišťuji já (5).

Sedmá a osmá otázka byly zaměřeny na opilost. Sedmá otázka mapovala četnost opilostí u dotazovaných, výsledky jsou graficky znázorněny v grafu č. 7. Ze 100 % dotázaných respondentů odpovědělo, že nikdy nebyli opilí 15,4 % dotázaných. 1–2x opilost odpovědělo 21,2 % studentů, 3–5x opilost uvedlo 15,4 %, nepamatují se uvedlo 37,8 % dotázaných, a jinou možnost udalo 10,2 %. Z výsledků vyplývá, že 84,6 % studentů bylo opilych, alespoň jednou v životě. Z tohoto počtu dva a vícekrát 63,4 % respondentů.

Výsledky jsou o 6,1 % vyšší než uvádí výsledky studie ESPAD, kde opilost přiznalo 78,5 % studentů, přičemž šlo většinou o ojedinělou zkušenost (1–2x v životě). Více než 40x opilost v životě však přiznalo 11,5 % dotázaných (6).

Při výzkumu ESPAD 2003 byla poprvé také zjišťována míra opilosti. Silný stupeň opilosti udalo 8,8 % gymnazistů a 20,4 % učňů, což je průměrně 14,6 % (6).

V osmé otázce studenti uváděli, jak silně byli opilí, což znázorňuje graf č. 8. K vyjádření byla použita číselná škála, kdy č. 1 vyjadřovalo veselou náladu a č. 5 silnou opilost, tak že dotyčný nebyl schopen stát na nohou. Nejčastěji studenti zvolili číslo 3, a to 31,7 % a silnou opilost s neschopností stát na nohou uvedlo 19,6 % studentů.

Tyto výsledky se přibližují výsledkům ESPAD u učňů (20,4 %), což je znepokojující.

Souhlasím s vyjádřením studie ESPAD, že nadužívání alkoholu je závažný a trvalý problém, který by v kontextu s ostatními návykovými látkami neměl být opomíjen. (5).

V následující otázce bylo zjišťováno, zda studenti znají někoho ve svém okolí, o kom se domnívají, že má problémy s nadužíváním alkoholu (graf č.9). Z celkového počtu dotázaných uvedlo 48,4 % ano, 38,4 % ne a 13,2 % studentů uvedlo, že to neumějí posoudit.

Na otázku, zda navštěvují zařízení, kde se podává alkohol (graf č. 10), nejčastěji odpovědělo, že 1x týdně 52 % dotázaných. Denně tato zařízení navštěvuje 2,7 %

studentů, 2–3x týdně 16,2 %, vícekrát týdně, ne však denně 9,3 % a jinou možnost uvedlo 9,3 % dotázaných. Nikdy tato zařízení nenavštěvuje 6,9 % respondentů.

Dvanáctá otázka zjišťuje, zda byl po studentech při koupi alkoholu prodejcem žádán občanský průkaz. K vyjádření dostupnosti alkoholu byla použita číselná škála od 1 do 5, kdy číslo 1 vyjadřuje bezproblémovou koupi alkoholu bez občanského průkazu a číslo 5 nedostupnost alkoholu bez občanského průkazu. Výsledek znázorňuje graf č. 12. Z výsledků vyplývá, že 64,8 % koupí alkohol bez větších problémů (odpověď na škále 1 a 2), dostupnost alkoholu s problémy udalo 32 % studentů (odpověď na škále 3 a 4) a bez občanského průkazu nemá možnost alkohol koupit 3,2 % z dotázaných.

Výsledky se shodují s tím co uvádí Nešpor, a to, že dostupnost alkoholu pro děti je u prodejců vysoká, i když je to v rozporu se zákonem **(41)**.

Další otázky byly zaměřeny na užívání jiných návykových látek.

Třináctá otázka mapuje zkušenost studentů s tabákovými výrobky. Výsledky podrobně znázorňuje graf č. 13. Z výsledků vyplývá, že pravidelnými kuřáky je z celkového počtu respondentů 27,8 %. Výrazné rozdíly jsou však mezi chlapci a dívkami. Pravidelně kouří 36,4 % dívek, zatímco chlapců kouří pravidelně 18,2 %.

Avšak Králíková uvádí, že u nás kouří mezi 15–18 rokem, 40–50 % mladých lidí, což je výrazně více, než zjišťuji já. Dále uvádí, že s výraznou převahou kouří dívky. S Králíkovou se mé výsledky shodují v tom, že v uvedeném věkovém rozmezí pravidelně kouří výrazně více dívek než chlapců **(21)**.

Následující otázka mapuje zkušenost s nelegálními návykovými látkami. Výsledky znázorňuje graf č. 14. Z celkového počtu respondentů má osobní zkušenost s nelegální drogou 49,4 % studentů, přičemž nejčastěji byla uváděna marihuana. 50,6 % uvedlo, že nemá žádnou zkušenost.

Miofský uvádí, že alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami má dle školských studií 35–50 % středoškoláků, což se s mými výsledky shoduje **(28)**.

V dotazníkovém šetření studie ESPAD zkušenost s marihuanou přiznalo 45,1 %, tedy o 4,3 % méně, než uvedli studenti středních odborných škol v Chomutově **(5)**.

Jak vnímají studenti rodinné prostředí zjišťovala sedmnáctá otázka, jejíž výsledky znázorňuje graf č.17. Zde byla využita číselná škála od 1 do 5, kdy č. 1 znamená naprosto perfektní a důvěrné prostředí a č. 5 znázorňuje naprosto nevyhovující prostředí s nedůvěrou a konflikty. Nejvíce studenti volili možnost č. 1 (40 %) a č. 2 (36,5 %), dohromady 76,5 % studentů. Číslo 3 zvolilo 16,5 %, číslo 4 volili 2 % a číslo 5 zaškrtnulo 5 % studentů. Z výsledků vyplývá, že 76,5 % studujících hodnotí vlastní rodinné prostředí kladně.

Následující otázka zjišťuje, zda rodiče studentů vědí, kde jejich děti tráví volný čas a večery. Výsledky znázorňuje graf č. 18. Ke zjištění této otázky byla použita číselná škála 1–5. Číslo 1 vyjadřuje plnou informovanost rodičů o tom, kde jejich děti tráví čas mimo rodinu, číslo 5, naopak, rodiče nikdy nevědí, kde se jejich děti pohybují mimo rodinu. Výsledky naznačují, že plně své rodiče informuje 44,3 % studentů.

Nešpor uvádí, že je omyl se domnívat, že děti očekávají od svých rodičů neomezenou svobodu. Děti z rodin, kde neexistují žádná pravidla a kde vládne zmatek, nebývají šťastné. Součástí prevence užívání návykových látek je informovanost rodičů o tom, jak jejich děti tráví volné chvíle **(38)**.

V závěru dotazníku jsou zjišťovány otázky týkající se spokojenosti s navštěvovanou školou, spokojenost se svým životem a poslední otázka mapuje, koho by studenti žádali o pomoc, pokud by měli problém s návykovou látkou.

Spokojenost s dosavadním životem znázorňuje graf č. 20. K této otázce byla opět použita číselná škála od 1 do 5, kdy 1 vyjadřuje plnou spokojenost, bez přání cokoli měnit, 5 znázorňuje výraznou nespokojenost se svým životem. Úplnou spokojenost vyjádřilo 17,3 % dotázaných, výraznou nespokojenost pak vyjádřilo 2,7 % studentů. Nejčastější volbou bylo na číselné škále č. 2, kterou zvolilo 52,1 % respondentů. Z výsledků vyplývá, že studenti jsou spokojeni se svým dosavadním životem (na číselné škále označeno čísly 1 a 2), celkem se takto vyjádřilo 69,4 % dotázaných.

Poslední otázka zjišťuje, koho by studenti požádali o pomoc, v případě problému s návykovou látkou. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 21. Nejčastěji dotazovaní volili rodiče, a to 50,7 % ze všech respondentů. Druhou nejčastější volbou byl přítel

nebo přítelkyně, takto odpovědělo 16,8 % studentů. Hodnotím kladně, že studenti by požádali o pomoc rodiče.

Zároveň vyjadřuji souhlas s Nešporem, který píše, že profesionální pomoc je užitečná, avšak velmi důležitá je také iniciativa rodičů **(38)**.

Závěrem bych chtěla shrnout, že se domnívám, že cíl práce byl naplněn, a výše uvedené hypotézy byly potvrzeny.

## 6 ZÁVĚR

Významným úsekem v životě člověka je období adolescence. Toto období patří k nejvíce krizovým. Osobnost jedince se v této životní etapě musí vyrovnat nejen s novými podstatnými tělesnými i duševními změnami, ale i s řešením složitých sociálních problémů v dynamicky se rozvíjejícím vnějším světě. Dospívání je obdobím intenzivního ujasňování a uvědomování si vlastní struktury hodnot, na jedince jsou kladeny velké nároky. Dospívající nechce být dítětem a neumí být dospělým, stojí před mnohými rozhodnutími, které jej nutí k osobní zodpovědnosti. V tomto citlivém období je častý rozvoj rizikového chování, jako je experimentování s drogami, počínaje drogou legální - alkoholem. Ten je v České republice velmi snadno dostupný a společností tolerovaný, mezi mladými lidmi se jeho konzumace stává normou. Hranice 18 let, kdy je legálně povoleno pít alkohol je formální hranicí, velká část mládeže získává zkušenosti s alkoholickými nápoji v naprosté většině mnohem dříve. Rodiče považují často malé množství alkoholu za neškodné a většinou právě z jejich rukou děti prvně alkohol dostávají k ochutnání. Abstinentní životní styl se dnešní mládeži nejvíce jako imponující.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat zkušenost studentů středních odborných škol v Chomutově ve věku 15–19 let s konzumací alkoholických nápojů a srovnání výsledků šetření se studií ESPAD. Cíl práce považuji za splněný.

Na základě studia odborné literatury a osobní zkušenosti jsem si stanovila následující hypotézy.

Hypotéza 1: Osobní zkušenost s konzumací alkoholu má většina dotázaných v uvedeném věkovém rozpětí. Tato hypotéza byla potvrzena, protože téměř 97 % z dotázaných studentů již konzumovalo alkoholické nápoje.

Hypotéza 2: První zkušenost s konzumací alkoholu získávají studenti v rodinném prostředí. I tato hypotéza byla potvrzena, neboť dvě třetiny studentů odpovědělo, že prvně konzumovali alkohol při rodinné příležitosti.

Hypotéza 3: Mládež nepovažuje alkohol za nebezpečnou návykovou látku. I třetí hypotéza byla potvrzena. Podle většiny z dotázaných nevznikne na alkohol závislost tak

snadno, jako u jiných návykových látek, pouhá desetina studentů bere alkohol za nebezpečnou drogu vyvolávající silnou závislost.

Závěrem bych chtěla shrnout, že práce měla přínos i pro mě samotnou. Na jedné ze zkoumaných škol vyučuji a výsledky, které byly předány ředitelům a metodikům školní prevence, využijeme v rámci primárních preventivních programů. V tomto shledávám práci za přínosnou pro praxi.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Alkohol* [online]. c2002 [cit. 2008-01-05]. Dostupné z: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=45>>.
2. *Alkohol nás stojí více než ilegální drogy* [online]. [cit. 2008-01-21]. Dostupné z: <[http://www.drogy.net/portal/hlavni\\_portal/tisk-2/cesky-tisk/alkohol-nas-stoji-vicenez-ilegalni-drogy-\\_2006\\_07\\_10.html](http://www.drogy.net/portal/hlavni_portal/tisk-2/cesky-tisk/alkohol-nas-stoji-vicenez-ilegalni-drogy-_2006_07_10.html)>.
3. *Alkohol v přípravcích Rabštejnské apatyky, s.r.o.* [online]. c2007 [cit. 2007-12-28]. Dostupné z: <<http://www.rapatyka.cz/alkohol.htm>>.
4. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů.* [online] Ver. 3.0. c1999–2004, poslední aktualizace 11.11.2004. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
5. CSÉMY, Ladislav et al. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách ČR 2007.* [online]. 25.1.2008. [cit. 2008-01-05]. Dostupné z: <[http://www.vlada.cz/assets/cs/tiskove/aktuality/NMS\\_20080125\\_ESPAD\\_souhrne\\_vysledky\\_TK.doc](http://www.vlada.cz/assets/cs/tiskove/aktuality/NMS_20080125_ESPAD_souhrne_vysledky_TK.doc)>.
6. CSÉMY, Ladislav – LEJČKOVÁ, Pavla et al. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003.* 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 120 s. ISBN 80-86734-94-3.
7. DANKO, Pavel. *Alkohol.* [online]. c2003 [cit. 2008-02-05]. Dostupné z: <<http://www.paveldanko.com/alkohol/index.htm>>.
8. *Deklarace mládež a alkohol.* [online]. 21.2.2001. [cit. 2007-12-14]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/deklsto.doc>>.
9. *Dopamin.* [online]. 9.12.2007 [cit. 2008-01-24]. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Dopamin>>.
10. DUSPIVA, Zdeněk. *Vliv elektronických médií na děti a mládež ČR v roce 2003.* [online]. 19.8.2003. [cit. 2008-01-18]. Dostupné z: <<http://www.blisty.cz/2003/8/19/art15104.html>>.



11. DVOŘÁČEK, Jiří. Střednědobá ústavní léčba. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 172-179. ISBN 80-86734-05-6.
12. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*. [online]. 24.4.2003. [cit. 2008-01-05]. Dostupné z: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/klicove\\_indikatory/populacni\\_pruzkumy/evropska\\_skolni\\_studie\\_o\\_alkoholu\\_a\\_jinych\\_drogach](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_pruzkumy/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach)>.
13. *Evropský akční plán o alkoholu*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. ISBN 80-7071-151-5.
14. FILIP, Jenč. *Alkohol jako lék*. 1. vyd. Praha: Volvox globator, 1998. 253 s. ISBN 80-7207-151-3.
15. GÖHLERT, Fr. Christoph – KÄHN, Frank. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.
16. HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.
17. HÁLA, Jaroslav. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2005. 52 s. ISBN 80-7040-815-4.
18. HAMPL, Karel. Lékařská ambulantní léčba o závislé. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 172-179. ISBN 80-86734-05-6.
19. HELLER, Jiří – PECINOVSKÁ, Olga et al. *Závislost známá neznámá*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.
20. HEŘMANOVÁ, Alena. *Drogové stránky*. [online]. 2.7.1999. [cit. 2007-12-16]. Dostupné z: <[http://knihovna.adam.cz/drogy99/prev\\_cr.htm](http://knihovna.adam.cz/drogy99/prev_cr.htm)>.
21. KRÁLÍKOVÁ, Eva. Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205-210. ISBN 80-86734-05-6.
22. KRAUS, Blahoslav et al. *Jak žije středoškolská mládež ne počátku XXI. Století*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. 171 s. ISBN 80-7041-738-2.

23. KUDRLE, Stanislav. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 145-150. ISBN 80-86734-05-6.
24. KUDRLE, Stanislav. Úvod do bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.
25. *Legislativa v souvislosti s alkoholovou a nealkoholovou toxikomanií*. [online]. [cit. 2008-01-11]. Dostupné z: <[http://www.mvcr.cz/souteze/2006/sod/navykove/14\\_legisl.pdf](http://www.mvcr.cz/souteze/2006/sod/navykove/14_legisl.pdf)>.
26. MALÁ, Eva – PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
27. MATOUŠEK, Oldřich – KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 340 s. ISBN 80 7178-771-X.
28. MIOVSKÝ, Michal. Halucinogenní drogy. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 169-173. ISBN 80-86734-05-6.
29. MLČOCH, Zbyněk. *Historie alkoholismu* [online]. [cit. 2008-01-11]. Dostupné z: <[http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/historie\\_alkoholismu.htm](http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/historie_alkoholismu.htm)>.
30. NEŠPOR, Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u dětí – Prevence v rodině*. [online]. duben 2004. [cit. 2007-12-14]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/szurod04.doc>>.
31. NEŠPOR, Karel. *FIT IN 2001 plus: příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách*. Praha: Besip, 1996. 119 s.
32. NEŠPOR, Karel. *Metodika prevence ve školním prostředí*. [online]. 2.9.2004. [cit. 2007-12-14]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/meto1.doc>>.
33. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.
34. NEŠPOR, Karel. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-7262-002-9.

35. NEŠPOR, Karel. *Příručka pro život ve 21. století*. [online]. 26.4.2004. [cit. 2007-12-14]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/fitnew.doc>>.
36. NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.
37. NEŠPOR, Karel. *Vzestup spotřeby alkoholu v České republice – důsledky pro psychiatrickou praxi*. [online]. 20.7.2001. [cit. 2007-12-14]. Dostupné z: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH201/10.htm>>.
38. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 128 s.
39. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Bažení (Craving)*. Praha: Sportpropag, 1999. 80 s.
40. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
41. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Průchozí drogy: Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha: Fortuna, 2002. 28 s.
42. POPOV, Petr. Alkohol. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151-158. ISBN 80-86734-05-6.
43. PREISS, Marek – KUČEROVÁ, Hana. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 416 s. ISBN 80-247-1460-4.
44. RABOCH, Jiří – ZVOLSKÝ, Petr et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
45. ROTGERS, Frederick et al. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
46. ŘÍČAN, Pavel – KREJČÍKOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1049-8.
47. SKÁLA, Jaroslav et al. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 208 s. ISBN 08-077-87.

48. TRÁVNÍČKOVÁ, Ivana. *Základní model vzniku drogové závislosti*. [online]. c1999 [cit. 2008-01-25]. Dostupné z: <[http://www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog\\_zav.html](http://www.mvcr.cz/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog_zav.html)>.
49. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s, ISBN 80-7178-802-3.
50. VOKURKA, Martin – HUGO, Jan et al. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 966 s. ISBN 80-7345-037-2.
51. *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006. 74 s. ISBN 80-7280-636-X.
52. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
53. *Zákon 379/2005 o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami*. [online]. 19.8.2005. [cit. 2008-01-06]. Dostupné z: <[http://www.drogy.net/portal/alkohol/legislativa-3/zakon-3792005-o-opatrenich-k-ochrane-pred-skodami-zpusobenymi-tabakovymi-vyrobky-alkoholem-a-jinymi-navykovymi-latkami\\_2006\\_02\\_18.html](http://www.drogy.net/portal/alkohol/legislativa-3/zakon-3792005-o-opatrenich-k-ochrane-pred-skodami-zpusobenymi-tabakovymi-vyrobky-alkoholem-a-jinymi-navykovymi-latkami_2006_02_18.html)>.
54. *Zákon o přestupcích (zák. č. 200/1990 Sb.)*. [online]. říjen 2005. [cit. 2007-11-28]. Dostupné z: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy\\_a\\_zakon/prosazovani\\_prava/zakon\\_o\\_prestupcich\\_zak\\_c\\_200\\_1990\\_sb](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/prosazovani_prava/zakon_o_prestupcich_zak_c_200_1990_sb)>.
55. ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. 10.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.
56. ZIKMUND, Jaroslav. *Etanol, alkohol, líh* [online]. [cit. 2007-12-14]. Dostupné z: <<http://web.quick.cz/zikmund/alkohol.htm>>.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

**ABÚZUS**

**ALKOHOL**

**MLÁDEŽ**

**PREVENCE**

**ZÁVISLOST**

## 9 PŘÍLOHY

Příloha číslo 1: Dotazník: Zkušenost s alkoholem u studentů středních odborných škol v Chomutově.

### **DOTAZNÍK:**

Vážení studenti,  
prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí výzkumu. Získaná data budou použita pouze pro vypracování praktické části diplomové práce na téma: **Zkušenost s alkoholem u studentů středních odborných škol v Chomutově.** Zaměřuje se na alkohol a s tím spojenou problematiku. Je připraven pro věkovou skupinu 15–19 let. Aby informace bylo možno použít k výzkumu, prosím uvádějte odpovědi podle pravdy a co nejpřesněji. Dotazník je anonymní, informace, které poskytnete nemohou být spojeny s vaší osobou, budou použity pouze pro statistické zpracování.

Postupujte následovně:

Zakroužkujte odpověď, pro kterou jste se rozhodli, nebo odpovídající číslo na číselně škále, popřípadě dopište jinou odpověď. **U každé otázky je možná pouze jedna odpověď.**

Razakowská Jana. Zdravotně sociální fakulta v Českých Budějovicích

Věk (vyplňte) ..... Pohlaví (zakroužkujte)    žena    muž

Střední škola, kterou studujete (vyplňte)

.....

### **1. Alkohol je dle mého názoru:**

- a) značně nebezpečná droga, která vyvolává silnou závislost
- b) látka, na kterou může vzniknout návyk, ale ne tak snadno jako u drog jiných
- c) látka, jejíž užívání je normální součástí života, návyk na ni nelze získat

**2. Hranice, kdy člověk může pít legálně alkohol je dána věkovou hranicí:**

- a) 15 let
- b) 18 let
- c) 21 let
- d) není žádná věková hranice

**3. V kolika letech a jaký alkohol jste poprvé ochutnal(a)?**

- Kolik Vám bylo let? ..... prosím vypište
- Jaký alkohol? (prosím zakroužkujte)

- a) sekt (např. šampaňské....)
- b) pivo
- c) víno
- d) destilát (např. vodka, rum, fernet ...)
- e) jiná možnost..... prosím uveďte

**4. Při jaké příležitosti jste poprvé alkohol ochutnal(a)?**

- a) při rodinné oslavě
- b) venku
- c) v restauraci
- d) na diskotéce
- e) jiná možnost..... prosím uveďte

**5. Jaký alkoholový nápoj Vám chutná nejvíce? Prosím vypište:**

**6. A) Jak často pijete alkohol?**

**B) Jaké množství alkoholu průměrně pijete při jedné příležitosti? Uvádějte ve sklenkách: ("1 sklenka alkoholu" znamená 2 dcl vína, nebo 0,5 l piva, nebo 0,5 dcl destilátu).**

- A)**
- a) denně
  - b) 3x týdně
  - c) 1x týdně
  - d) 1x 2 týdny
  - e) 1x měsíčně

- f) při zvláštní příležitosti (konající se 3–4 x do roka)
- g) nikdy
- h) jiná možnost ..... prosím uveďte

**B)**

- a) 1 sklenka
- b) 2 sklenky
- c) 3 sklenky
- d) 4 sklenky
- e) 5 sklenek
- f) jiné množství ..... prosím uveďte

**7. Kolikrát (pokud vůbec) jste byl(a) opilý(á)?**

- a) nikdy
- b) 1–2x
- c) 3–5x
- d) nepamatuji se
- e) jiná možnost..... prosím uveďte

**8. Pokud jste již někdy byl(a) opilý(á), označte na této škále od 1 do 5, jak silně jste byl(a) opilý(á).**

1      2      3      4      5

**1** - veselá nálada

**5** - silná opilost, tak že jsem nebyl(a)  
schopná(ý) stát na nohou

**9. Znáte někoho ze svého blízkého okolí o kom se domníváte, že má problémy s nadužíváním alkoholu?**

- a) ano
- b) ne
- c) neumím to posoudit, nevím

**10. Navštěvujete zařízení, kde se podává alkohol?**

- a) denně
- b) 1x týdně
- c) 2–3x týdně
- d) vícekrát týdně, ne však denně



- e) nikdy
- f) jiná odpověď..... prosím vypište

**11. Člověk, který při společenské události vůbec nepije alkohol je podle vašeho mínění:**

- a) naprosto normální
- b) divný
- c) nenormální, kazí náladu
- d) jiná odpověď..... prosím vypište

**12. Byl po vás při koupi, objednání alkoholu žádán prodejcem občanský průkaz (OP)? Označte na této škále od 1 do 5.**

1      2      3      4      5

*1 - alkohol vždy bez problému  
dostanu bez OP*

*5 - alkohol nemám šanci koupit bez OP,  
vždy jej musím předložit*

**13. Kouříte?**

- a) ano
- b) ne
- c) jen jsem to zkusil(a), ale nikdy jsem nezačal(a) kouřit
- d) již ne, ale kouřil(a) jsem
- e) jiná možnost ..... prosím uveďte

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

- a) ano, pokud ano, uveďte s jakou .....
- b) ne

**15. Jaké máte průměrně měsíční kapesné?**

- a) do 100 Kč
- b) 100–200 Kč
- c) 200–500 Kč
- d) jiné – kolik..... prosím uveďte

**16. Myslíte si, že kdybyste měli více peněz, kupovali byste si alkohol častěji?**

- a) ano
- b) ne
- c) jiná možnost..... prosím uveďte

**17. Máte pocit, že v rodině v níž vyrůstáte, panuje vzájemná důvěra, vstřícnost a porozumění?**

1      2      3      4      5

**1** – *naprosto perfektní a důvěrné prostředí*

**5** – *naprosto nevyhovující prostředí  
(stálé problémy, nedůvěra,  
konflikty...)*

**18. Vědí vaši rodiče, kde trávíte volný čas a večery?**

1      2      3      4      5

**1** – *vždy vědí, kde trávím volný čas a večery*

**5** – *nikdy nevědí, kde trávím volný  
čas a večery*

**19. Jste spokojen(a) ve škole, kterou navštěvujete? Vyjádřete na číselné škále.**

1      2      3      4      5

**1** – *spokojen(a)*

**5** – *nespokojen(a)*

**20. Jak spokojen(a) jste se svým dosavadním životem?**

1      2      3      4      5

**1** – *velmi spokojen, nic na něm nechci měnit*

**5** – *výrazně nespokojen*

**21. Pokud byste měl(a) problém s alkoholem nebo jinou návykovou látkou koho byste požádal(a) o pomoc?**

- a) rodiče
- b) prarodiče
- c) sourozence

- d) spolužáka (spolužačku)
- e) přítele (přítelkyni)
- f) třídního nebo jiného učitele (učitelku)
- g) výchovného poradce školy
- h) jiná možnost..... prosím uveďte