

JIHOČESKÁ UNIVERZITA

v Českých Budějovicích

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

**INCIDENCE ALKOHOLISMU
U STUDENTŮ VYSOKÝCH ŠKOL**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Autor:

Tereza Lysá

27. 4. 2011

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

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

.....

Datum

.....

Podpis studenta

Ráda bych touto cestou upřímně poděkovala vedoucímu práce Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D. za jeho čas, ochotu, trpělivost, cenné rady a kritické připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce. Velmi si vážím jeho pomoci a vedení.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku zneužívání alkoholu vysokoškolskými studenty. Sleduje především to, jakým způsobem alkohol ovlivňuje životní styl studentů, s jakým chováním je konzumace alkoholu doprovázena, jak charakterizuje život studentů různých oborů a různého zaměření studia. Práce se skládá ze dvou částí. V teoretické části je provedeno na základě rešerše dostupné literatury a studia pramenů porovnání názorů na problematiku závislosti, alkoholu a životního stylu mládeže. V praktické části je zpracován plán výzkumu, cíle a vyhodnocení získaných výsledků. Dotazníkové šetření proběhlo v období duben 2010 – únor 2011.

Klíčová slova: alkohol, alkoholismus, závislost, student, životní styl

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with abusing alcohol by university students. It mainly tracks the impact of alcohol on student lifestyle, on behavior accompanying its use and how it affects students attending different specialisations. The thesis consists of two parts. Comparison of opinions on addictions, alcohol and youth lifestyle questions based on available literature research and sources research is put across in the first, theoretical, part. In second, practical, part I treat with field research plan and targets and interpretation of acquired outcomes. Survey was realized between april 2010 – february 2011.

Key words: alcohol, alcoholism, addiction, student, lifestyle.

OBSAH

I. Úvod	str.7
II. Teoretická část	str.8
1. Závislost	str.9
1.1 <i>Typy závislosti na psychoaktivních látkách</i>	str.10
1.2 <i>Stádia závislosti</i>	str.12
2. Alkohol	str.13
2.1 <i>Ebrieta a stadia intoxikace alkoholem</i>	str.13
2.2 <i>Teorie alkoholismu</i>	str.14
2.2.1 <i>Charakteristika výkladu teorie vzniku alkoholismu dle</i> <i>Křivohlavého</i>	str.15
3. Závislost na alkoholu	str.18
3.1 <i>Typy závislosti na alkoholu</i>	str.18
3.2 <i>Stádia závislosti na alkoholu</i>	str.20
3.3 <i>Diagnostika poruch způsobených alkoholem</i>	str.22
4. Rizika spojená s užíváním alkoholu	str.23
4.1 <i>Užívání alkoholu v kombinaci s jinými drogami</i>	str.24
4.2 <i>Užívání alkoholu v těhotenství a FAS</i>	str.25
4.3 <i>Děti alkoholiků</i>	str.26
4.4 <i>Chování spojené s konzumací alkoholu</i>	str.27
4.5 <i>Co – alkoholismus</i>	str.28
5. Alkohol a trestná činnost	str.30
6. Prevence a terapie abúzu alkoholu	str.32
6.1 <i>Primární prevence</i>	str.32
6.2 <i>Sekundární prevence</i>	str.33
6.3 <i>Terciální prevence</i>	str.34
6.4 <i>SKI – skřínink a krátké intervence</i>	str.34
6.4.1 <i>Využití internetu v léčbě poruch způsobených alkoholem</i>	str.35
6.5 <i>Terapie závislosti na alkoholu</i>	str.36
6.5.1 <i>Anonymní alkoholici</i>	str.38
6.6 <i>Abúzus alkoholu a alkoholismus v ČR</i>	str.38
7. Student VŠ z pohledu vývojové psychologie	str.40
7.1 <i>Období pozdní adolescence</i>	str.40
7.1.1 <i>Konzumace alkoholu v období pozdní adolescence</i>	str.41

7.2 Časná dospělost.....	str.41
7.2.1 Konzumace alkoholu v období časné dospělosti.....	str.42
7.3 Terciální vzdělávání.....	str.42
7.3.1 Emerging Adulthood – specifika vývojového období studia na VŠ.....	str.43
7.3.2 Konzumace alkoholu studenty vysokých škol.....	str.43
8. Příčiny konzumace alkoholu studenty VŠ.....	str.45
8.1 Životní styl.....	str.45
8.2 Volný čas.....	str.46
8.3 Náročné životní situace – únik do alkoholu.....	str.48
8.3.1 Stres.....	str.49
8.4 Další výklady příčin konzumace alkoholu studenty VŠ.....	str.50
8.4.1 Alkohol jako nástroj zvyšování sebedůvěry.....	str.51
8.4.2 Společenský rituál.....	str.51
III. Praktická část.....	str.52
9. Cíle a zaměření výzkumu.....	str.53
10. Struktura výzkumného vzorku respondentů.....	str.56
10.1 Struktura výzkumného vzorku respondentů – dotazníkové šetření.....	str.56
10.2 Struktura výzkumného vzorku respondentů – rozhovor.....	str.56
11. Průběh výzkumu.....	str.57
11.1 Pilotní šetření.....	str.57
11.2 Předvýzkum.....	str.57
11.3 Výběr vzorku respondentů.....	str.58
11.4 Použité výzkumné metody.....	str.59
11.4.1 Dotazník AUDIT.....	str.59
11.4.1.1 Historie, vývoj a validace AUDITu.....	str.59
11.4.1.2 Deskripce, vyhodnocování a interpretace AUDITu.....	str.61
11.4.1.3 Statistické zpracování dat.....	str.63
11.4.2 Strukturovaný rozhovor.....	str.63
12. Výsledky a interpretace získaných dat.....	str.64
IV. Diskuse.....	str.72
V. Závěr.....	str.75
VI. Seznam použitých zdrojů.....	str.76
VII. Seznam příloh.....	str.82

I. Úvod

Zneužívání alkoholu je v současné době jedním z rizikových faktorů pro zdraví populace. Alkohol je snadno dostupnou legální drogou, se kterou se denně setkáváme. Terapie alkoholismu je náročným a dlouhodobým procesem. V České Republice se rizikové užívání alkoholu vyskytuje zhruba u 25 % studentů vysokých škol (3). Toto číslo považuji za alarmující z důvodu nesnadného rozlišení studentů, pro které je užívání alkoholu přechodnou záležitostí od těch, kteří ve škodlivém užívání budou pokračovat i v dospělosti.

Několik let jsem působila jako lektor primární prevence na základních a středních školách a o zneužívání alkoholu jejich studenty jsem se zajímala. Se vstupem na vysokou školu sleduji míru konzumace univerzitními studenty, proto mě zajímá, kde je jejich hranice mezi „bezpečným a nebezpečným pitím“.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. První část práce je vypracována na základě rešerše vybraných knižních, časopiseckých a internetových pramenů. Předmětem teoretické části je vymezení základních pojmů a psychologických teorií očima několika erudovaných odborníků jako jsou Karel Nešpor, Ladislav Csémy, Kamil Kalina, Jaro Křivohlavý, Petr Sak nebo Marie Vágnerová. Práce se zabývá deskripční teorií závislosti, abúzu alkoholu a alkoholismu, formulováním rizik souvisejících s konzumací alkoholu, prevencí a terapií poruch způsobených alkoholem, dále pojetím studenta VŠ z pohledu vývojové psychologie a popisem příčin, vedoucích k užívání alkoholických nápojů. Praktická část práce popisuje strukturu výzkumného vzorku respondentů a průběh výzkumu, dále stanovuje výzkumné předpoklady, metody a statistické zpracování dat, které jsou základem pro její závěr. Cílem práce je teoretické i praktické zmapování problematiky konzumace a abúzu alkoholu u studentů vybraných oborů VŠ.

II. Teoretická část

1. Závislost

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje závislost na psychoaktivních látkách jako: „stav periodické nebo chronické intoxikace psychotropními substancemi, jenž je vyvoláván opakovaným užíváním přirozené nebo syntetické drogy a je škodlivý pro jednotlivce a společnost.“ (15). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je syndrom závislosti (kód F102) souborem fyziologických, behaviorálních a kognitivních jevů, při kterých má užívání psychoaktivní látky pro daného jedince výrazně větší přednost než jiné jednání, které mu dříve bylo bližší a s kterým byl spokojen (15, 37).

Diagnózu závislosti lze stanovit, pokud byly během jednoho roku přítomny tři a více z následujících znaků:

- a) **craving, tedy silná touha a bažení po návykové látce,**
- b) **problematické sebeovládání,**
- c) **somatický odvykací stav,**
- d) **růst tolerance, což je „míra snášenlivosti organismu ke konkrétní droze, u většiny drog s dobou jejího užívání stoupá, k vyvolání téhož účinku je třeba větší množství drogy“ (16).**
- e) **zanedbávání původních zájmů,**
- f) **pokračování v užívání i přes evidentní důkaz škodlivých psychických, somatických nebo sociálních následků (37).**

Definice diagnózy závislosti Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) je podobná definici WHO v MKN-10, ale neobjevuje se zde craving, tedy touha a bažení po návykové látce. Nešpor a Csémy (37) vymezují dva typy bažení, a to somatické a psychické. Somatické bažení vzniká bezprostředně po odeznění účinku psychoaktivní látky, psychické bažení se může objevit i po dlouhodobé abstinenci. Definice DSM-IV nehovoří ani o jednom druhu bažení. Podle Diagnostického a statistického manuálu DSM-IV lze diagnózu závislosti stanovit, pokud pacient vykazuje v průběhu jednoho roku alespoň tři z následujících příznaků:

- a) **růst tolerance na drogu,**
- b) **odvykací příznaky po vysazení látky,**
- c) **přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu,**
- d) **dlouhodobá snaha nebo alespoň jeden pokus omezit a ovládat přijímání látky,**

e) trávení většiny času užíváním či obstaráváním látky, nebo zotavováním se z jejích účinků,

f) pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se somatickým, psychickým nebo sociálním problémům, které si člověk uvědomuje a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky (36, 37).

Kalina (23) popisuje pojetí závislosti jako bio – psycho – socio – spirituálního modelu. Závislost nejčastěji vzniká kombinací různých faktorů fyziologických, psychologických a sociokulturních. Závislost má tedy biologickou, psychologickou, sociální a spirituální úroveň. Vznik závislosti je viditelný v různých reakcích a změnách na úrovni neurobiologie, dále je znatelný ve specifických změnách chování a ve vyhledávání skupin, se kterými člověk dříve volný čas netrávil. „Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu.“ (23).

1.1 Typy závislosti na psychoaktivních látkách

Göhlert a Kühn (15) zmiňují rozdělení typů závislosti podle WHO na aktivující a uklidňující. Aktivující typ závislosti je charakteristický pro konopné drogy, amfetaminy a jejich deriváty, halucinogeny a kokain. Uklidňující typ závislosti se objevuje u opiátů, benzodiazepinů¹, barbiturátů², alkoholu a nikotinu (15).

Další typologie závislostí rozlišuje dva typy závislostí, které se nazývají:

a) somatická závislost,

b) psychická závislost.

Psychoaktivní látky mají rozličné účinky, každá má potenciál vyvolat určitý typ závislosti. Somatickou závislost lze překonat během dvou až čtyř týdnů v lékařské péči. Psychická závislost v pojetí klinické psychiatrie přetrvává celý život (15, 40, 42).

„Somatická závislost je definována jako stav adaptace biologických funkcí

¹ **Benzodiazepin** – je souhrnným označením pro látky s určitou chemickou strukturou; mají antikonvulzivní, myorelaxační, hypnotické a anxiolytické účinky. (Hartl, Hartlová, 2000, str. 72)

² **Barbiturát** patří do skupiny uspávacích prostředků, jako jsou hypnosedativa a narkotika. Působí na celkové zklidnění a snižují zvýšenou dráždivost CNS. Při nadměrném užívání dochází k poruchám paměti, při náhlém vysazení může dojít k epileptickému záchvatu. (Hartl, Hartlová, 2000, str. 68 - 69)

organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí. Projevuje se při vysazení drogy abstinenčním syndromem.“ (57). Pojem abstinenční syndrom bývá někdy nahrazován pojmem somatický odvykací stav. Abstinenční syndrom lze charakterizovat jako reakci na snížení nebo absenci obvyklé látky. Jeho prožívání bývá individuální a je závislé na typu užívané psychoaktivní látky. Klinické znaky tělesné aktivace se mohou projevit u otrav aktivujícími drogami či antidepresivy. Řadí se sem pocení, zvýšená dráždivost, třes, rozšíření zornic, zvýšené reflexy, zvracení, nevolnost, průjmy, zmatenost, horečka, vysoký tlak, zrychlené srdeční frekvence, psychotické znaky, poruchy vědomí a poruchy srdečního rytmu. Klinické tlumivé znaky se mohou vyskytovat u otrav opiáty, alkoholem, benzodiazepiny, barbituráty, rozpouštědly a beta-blokátory³. Patří sem zmámenost, ospalost, poruchy vědomí, pokles dechové frekvence, krevního tlaku, tepové frekvence, postupné vymizení reflexů nebo absence obrany proti bolesti. Pro stanovení diagnózy abstinenčního syndromu musí být dle Nešpora (37) splněna následující kritéria:

- a) vysazení nebo redukce návykové látky po pravidelném, opakovaném nebo dlouhodobém užívání,**
- b) prokazatelný výskyt symptomů abstinenčního syndromu,**
- c) příznaky nelze vysvětlit jiným somatickým onemocněním, ani psychickou či behaviorální poruchou.**

Ke stanovení diagnózy abstinenčního syndromu u alkoholu se musí u člověka objevit alespoň tři z následujících symptomů: bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, tzv. velké epileptické záchvaty⁴, nevolnost či zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, psychomotorický neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů (15, 37, 42, 57).

„Psychická závislost se projevuje obtížně přemožitelnou touhou vzít svou dávku drogy, potřebou užívat jí opakovaně a s přesvědčením, že pokud by to neudělal, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost vyvolává i pouhá představa, že

³ **Beta – blokátory** jsou látky, blokující beta – adrenergní receptory. Mohou snižovat somatické příznaky při úzkostných poruchách. (Hartl, Hartlová, 2000, str. 72)

⁴ **Tonicko-klonické záchvaty** jsou záchvaty spojené s bezvědomím, pádem v důsledku ztráty svalového napětí, kontrakcemi svalů končetin, trupu a hlavy, často i s inkontinencí moči, eventuelně stolice, někdy s pokousáním jazyka. Může jim předcházet tzv. aura, změna v oblasti subjektivních pocitů, vyskytující se před začátkem tonicko-klonického záchvatu. Po záchvatu se vyskytuje únava, dezorientace, ospalost, někdy bolesti hlavy. Na období záchvatu mívá člověk amnézii. (Vágnerová, 2004, str. 136 - 137)

by svou dávkou neměl. Závislý jedinec se naučil takto reagovat, zafixoval si, že mu droga něco přináší.“ (57). Základním znakem psychické závislosti je craving. Člověk psychicky závislý na psychoaktivní látce touží získat drogu všemi prostředky a konzumovat ji. Touha po droze je velmi silná a často vede k páchání trestných činů. Toxikoman si může být svého rizikového chování vědom (36, 37, 57).

1.2 Stadia závislosti

Podle Göhlerta a Kühna (15) jsou známa čtyři stadia vývoje závislosti na psychoaktivních látkách:

- a) euforické počáteční stádium,**
- b) kritické stádium navykání,**
- c) stádium závislosti,**
- d) chronické stádium rozkladu.**

V euforickém počátečním stádiu má člověk poměrně snadný přístup k droze. Psychoaktivní látka ho zbavuje úzkosti, uvolňuje ho a způsobuje pocit příjemného omámení. Člověku v důsledku intoxikace vzrůstá pocit sebehodnocení a jeho sebevědomí se zvyšuje. Účinek psychoaktivní látky v kritickém stádiu navykání je mírnější než dřív a je nutné dávku navýšit. V sociálním prostředí uživatele začínají vznikat konflikty. Volný čas uživatel tráví sháněním psychoaktivní látky nebo prostředků k jejímu opatření, dřívější zájmy a koníčky ustupují na pozadí. Objevují se poruchy v sebehodnocení. Ve stádiu závislosti uživatel ztrácí kontrolu nad drogou a dávkou. Klesá pracovní schopnost ve škole či zaměstnání. Často se objevuje páchání trestných činů a uživatel se ocitá na okraji společnosti. Objevují se abstinenční příznaky a somatická poškození. Obvykle jsou znatelné i změny osobnosti. Pro chronické stádium rozkladu je typické, že snášenlivost na drogu značně ubývá, díky počínajícímu poškození orgánů. Játra nemohou odbourávat toxické látky a ledviny je nemohou vylučovat. V některých případech dochází k trvalému upoutání na lůžko. Často se projevují cirhózy jater, žaludeční vředy a poškození CNS. Následuje deprivace syndrom, projevující se strádáním a nedostatečným uspokojováním potřeb. Dochází k duševnímu úpadku, člověk se nezdá stává povrchním a lhostejným, neschopným projevit city. Bývá dezorientovaný v okolí i v sobě. Společnost člověkem v chronickém stádiu rozkladu obvykle pohrdá (15, 26).

2. Alkohol

Jak uvádí kolektiv autorů sdružení SANANIM (28), alkohol (etanol, etylalkohol, $C_2H_5 - OH$) patří do skupiny látek, která se nazývá alkoholy. Alkoholy jsou sloučeniny, získané kvašením cukru. Účinnou chemickou látkou obsaženou v lihovinách, tedy toxickým prvkem, je etylalkohol. Jsou to chemické látky, které se poměrně snadno dostávají ke všem orgánům včetně mozku. V běžné řeči používáme výraz alkohol pro směsi ochucené vody a lihu. Alkohol je potravinou s vysokým energetickým obsahem. Působí toxicky a jeho toxický účinek se projevuje při předávkování. Kvůli omamným účinkům a schopnosti měnit vědomí má alkohol vysoký potenciál zneužívání. Bývá zneužíván také jako prostředek na spaní, který má do jisté míry uvolňující, tlumící a uklidňující účinek. Důvodem konzumace alkoholu může být i v neposlední řadě i to, že je součástí celoroční kuchyně a společenských rituálů (28, 35).

Právní řád ČR považuje za alkoholické nápoje lihoviny, destiláty, víno, pivo a jiné nápoje, obsahující více než 0,75 objemového procenta alkoholu. Užívání alkoholu je omezené některými zákonnými úpravami, ve kterých je řešena problematika konzumace alkoholu v souvislosti s věkem, dostupnost alkoholu nebo povolená hladina alkoholu v krvi pro řidiče (64).

2.1 Ebrieta a stádia intoxikace alkoholem

Ebrieta, neboli opilost, je psychický stav, způsobený intoxikací alkoholem, který ovlivňuje chování a prožívání intoxikovaného. Alkoholovou intoxikaci lze podle Kaliny (26) rozdělit do 4 stádií v závislosti na hladině alkoholu v krvi, která se nazývá alkoholémie (rozdělení na promile bývá chápáno spíše jako záchytný bod, protože reakce každého člověka na alkohol je individuální):

- a) lehká opilost – excitační stádium;** alkoholémie do 1,5g/kg; 0,5 – 1 promile,
- b) opilost středního stupně – hypnotické stádium;** alkoholémie 1,6 – 2,0 g/kg; 1 – 2 promile,
- c) těžká opilost – narkotické stádium;** alkoholémie 2,1 – 3,0 g/kg; 2 – 3 promile,
- d) těžká intoxikace se ztrátou vědomí – asfyktické stádium;** alkoholémie nad 3g/kg; 3 – 5 promile (26).

Excitační stádium je stádiem lehké opilosti. Dochází k uvolnění zábran, nálada nepřiměřeně rychle stoupá. Lidé mají tendence něco dělat, vyvíjet aktivitu. V mluvě mají tendence hodně hovořit, přehánět i lhát. Ustupuje kritičnost k sobě i druhým a přichází pocit subjektivní vysoké výkonnosti (i přes její objektivní pokles). Zlepšují se komunikační dovednosti a člověk lépe navozuje sociální kontakty (15, 26).

Pro hypnotické stádium je charakteristické nízké sebeovládání a impulzivní reakce. Euforie stále posiluje a kritičnost téměř vymizí. Schopnosti sebekontroly a sebeovládání se výrazně zmenšují. Může dojít k chybnému vnímání prostředí v myšlenkách i pocitech. Důsledkem mohou být nepřiměřené behaviorální reakce. Chování je orientováno zejména na povrchní věci. Obvykle je zaměřené na okamžitou a konkrétní situaci, v důsledku alkoholem zúženého vnímání. V myšlení jsou v hypnotickém stádiu charakteristické skoky a rozpory (15, 26).

V narkotickém stádiu intoxikovaný není schopen objektivně posoudit následky svého chování. Objevují se změny vědomí, poruchy orientace, v myšlení je znatelná ztráta kontinuity. Vznikají sklony k agresivnímu jednání. Člověk může páchat trestní činnost, nebo se v jeho chování může projevit výtržnictví. Po dobu intoxikace si neuvědomuje, co způsobuje a důsledky své činnosti (15, 26).

Asfyktické stádium je charakterizováno jako otrava alkoholem, spojená se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu (15).

Po konzumaci většího množství alkoholu se může objevit takzvaná kocovina. Je to stav, způsobený poklesem koncentrace alkoholu v krvi. Mezi další vlivy, způsobující kocovinu, patří narušení minerálního a vodního hospodářství a metabolismu, nevspání, účinky alkoholu na mozek a další faktory. Při kocovině je dobré minerály a tekutiny doplnit, další konzumace alkoholu je nevhodná (16, 26).

2.2 Teorie alkoholismu

Alkoholismus je choroba, vznikající v důsledku opakované a nadměrné konzumace alkoholických nápojů. Objevuje se ztráta kontroly nad pitím a další projevy syndromu závislosti. Somatické i psychické zdraví je narušeno, dochází ke komplikacím v sociálním prostředí. Mezilidské interakce jsou zanedbávány a může dojít ke vzniku osobnostních nebo psychotických poruch. Alkoholik není schopen dlouhodobě abstinovat a nedokáže vypít jen tolik alkoholu, kolik si před pitím stanovil. (10, 16).

2.2.1 Charakteristika výkladu teorie vzniku alkoholismu dle Křivohlavého

Jednotná teorie alkoholismu, objektivně vysvětlující jeho vznik a příčiny, popsána nebyla. V následující v části práce jsou charakterizovány jednotlivé výklady příčin vzniku alkoholismu tak, jak je představuje Jaro Křivohlavý (31). Ve své publikaci zmiňuje několik teorií, které nepodávají dokonalé vysvětlení alkoholismu, ale přinášejí podklady pro prevenci i terapii (31).

a) morální teorie

Morální teorie je první popsanou teoretickou koncepcí alkoholismu. Některé chování pro ni bylo morálně správné, jiné nepřístupné. Z hlediska morální teorie byly behaviorální projevy alkoholiků chápány právě jako nepřijatelné (31).

b) genetický model vzniku a příčin alkoholismu

Teorie genetického modelu alkoholismu je první lékařskou teorií alkoholismu. Díky genetickému modelu našeho chování začal být alkoholismus považován za projev dědičnosti. Toto zkoumali Bohman, Sigvardson a Cloninger porovnáváním behaviorálních projevů jednovaječných a dvojevaječných dvojčat s ohledem na alkoholismus. Odhadují, že část chování alkoholiků (zhruba 16%), je geneticky determinována. Teorii potvrzují i studie adoptivních dětí alkoholiků, které se dostaly do rodin, jejichž konzumace alkoholu byla neriziková. Genetický model ovšem nedokáže vysvětlit všechny faktory, ovlivňující vznik a trvání alkoholismu. Důkazem toho je, že ne všechny děti alkoholiků se musí stát alkoholiky. Vágnerová uvádí, že riziko vzniku alkoholismu je determinováno z 25 – 50% (31, 57).

c) pojetí alkoholismu jako nemoci

Existuje soubor projevů, které lze pozorovat u lidí, kteří propadají konzumaci alkoholu. Model popisuje sedm fází alkoholismu od první konzumace až po otravu alkoholem, příčiny vzniku ovšem nevysvětluje (31).

d) teorie očekávání – expaktance a její vliv na vysvětlení vzniku alkoholismu

Marlatt a Rohsenow dělali pokusy se závislými a nezávislými konzumenty alkoholu, ve kterých u jedné skupiny záměrně zaměnili alkohol za placebo. Alkoholici, domnívající se že dostali alkohol, ačkoli dostali placebo, se chovali tak, jakoby alkohol konzumovali. U zkoumaných osob, které neměly diagnózu alkoholismu, tomu tak nebylo. Očekávání, mající alkoholik od alkoholu, se stalo důležitým milníkem v teoriích alkoholismu (31).

e) teorie snížení napětí v důsledku pití alkoholu

Malé dávky alkoholu stimulují organismus a aktivitu, která umožňuje lepší zvládání stresových a konfliktních situací. Dalším pozitivním účinkem užívání alkoholu v malém množství je zlepšení nálady. Sher a Levenson objevili a popsali jev, nazvaný SRD (Stress – Response – Dampering). Vysvětlili jej jako snížení úrovně odpovědi na stresový podnět. Porovnávali reakce na náročnou situaci u dvou skupin. První skupinou byli alkoholici a druhou lidé, u kterých nebyla diagnóza závislosti prokázána. Výsledkem experimentu bylo zjištění, že alkoholici se řešení těžkých situací raději vyhýbají. Důvodem útěku je vyhnutí se vnitřnímu napětí (31).

Steele, Southwick a Pagano zjišťovali vliv alkoholu na snížení strachu, úzkosti a stresu. Dle výsledků výzkumu byla úzkost výrazně snížena pouze u osob, u kterých byla použita kombinace konzumace alkoholu a odvedení pozornosti. Přímý vliv užívání alkoholu na snížení úzkosti popsán nebyl (31).

f) model sníženého sebeuvědomování

Steele a Joseph objevili jev, který byl nazván jako duševní myopie. Křivohlavý duševní myopii vysvětluje jako velmi výrazné zúžení kognitivní sféry alkoholika. Alkoholik přestává vnímat sociální prostředí, přestává mít kontrolu nad časem a realitou i nad sebou samým. Jako následek zúžené percepce lze chápat výtržnosti, které konzumenti alkoholu pod vlivem dělají (31).

g) sebepovyšování alkoholiků

U alkoholiků byla prokázána tendence k sebepovyšování (self – inflation). Banaji a Steele to dokazují následujícím experimentem. Pokusným osobám závislým na alkoholu dali výčet 35 charakteristik reálného a ideálního sebepojetí. Výčet viděli jednou před konzumací alkoholu, podruhé v alkoholovém opojení. Z hlediska žádoucích

charakterových vlastností alkoholici sami sebe lépe prezentovali pod vlivem alkoholu (31).

h) model sociálního učení

Podle modelu sociálního učení je dnes nejčastěji vysvětlován vznik i rozvoj alkoholismu. Model využívá zákonitostí učení a podmiňování v sociálním kontextu. *„Počítá se s tím, že alkohol lidem přináší určitý druh potěšení (rozkoše), že je slučitelný s určitým sociálním souhlasem (konsenzem) a jeho příjem je viditelný na sociálních vzorech, které slouží jako modely.“* (31). Lied a Marlatt studovali vliv modelu při konzumaci alkoholu. Zjistili, že vliv vzoru není úplně jednoznačný – působil jen na silné alkoholiky. Důležitějšími faktory jsou síla vůle a zaujetí osobního postoje. Konzumenti, kteří nebyli na pravidelné užívání alkoholu zvyklí, se nenechali modelem ovlivnit, na rozdíl od pravidelných konzumentů. Teorie sociálního učení souvisí i s odvykacími stavy. V případě, že člověk závislý na alkoholu nemůže alkohol konzumovat, začnou se projevovat abstinenci příznaky. Pokud se alkoholu napije, dostaví se libé pocity, které posílí jeho kladný postoj k alkoholu (31).

3. Závislost na alkoholu

Barbor a Higgins – Biddle (6) uvádí tři typy konzumace alkoholu, které je třeba rozlišovat:

- a) užívání alkoholu** (low risk alcohol use)
- b) zneužívání alkoholu** (alcohol misuse)
- c) závislost na alkoholu** (alcohol dependency).

Užíváním alkoholu se rozumí pití alkoholu s nízkým rizikem v normách zákona. Zneužívání alkoholu je vykládáno jako označení pro hladinu rizika, kterou lze uvažovat od nebezpečného užívání až po samotnou závislost na alkoholu. Největším rizikem konzumace je možnost vzniku somatické a psychické závislosti na alkoholu. Počátku závislosti předchází určité časové období, kdy jsou patrné somatické nebo psychické symptomy závislosti, ale abúzus (termín, označující nadměrné užívání psychotropních látek) lze zastavit. Pokud se člověk stane závislým na alkoholu, závislosti už se nezbaví, ale dokáže se naučit abstinovat a žít bez alkoholu. Abstinenci je nutné přísně dodržovat, závislý se musí naučit alkohol odmítat a vyhýbat se rizikovému prostředí a společnosti (6, 16, 26, 37).

3.1 Typy alkoholové závislosti

Kalina (26) uvádí Jellinekovu typologii závislostí z roku 1940. Typologie „rozlišuje pět typů závislostí na alkoholu:

- a) typ alfa** – *problémové pití,*
- b) typ beta** – *příležitostný abúzus,*
- c) typ gama** – *anglosaský typ,*
- d) typ delta** – *románský typ,*
- e) typ epsilon** – *epizodický abúzus; kvartální pijáctví.“* (26).

Typ alfa, tedy problémové pití, se vyznačuje abúzem alkoholu z důvodu odstranění dysforie, potlačení problému, anxiety a depresivních pocitů. Může se objevit psychická závislost bez ztráty kontroly a bez neschopnosti abstinence. Někdy se mohou vyskytovat mírné rodinné či sociální konflikty (15, 26).

Typ beta je typický nepravidelným nebo příležitostným abúzem alkoholu. Jako typ beta lze označit takzvané víkendové konzumenty alkoholu, nebo konzumenty,

kteří pijí alkohol nadměrně při společenských akcích. Mohou se objevit první somatické komplikace, jako jsou záněty nervů, gastritida, nebo cirhóza jater (15, 26).

Typ gama, známý též jako anglosaský typ, preferuje konzumaci piva a destilátů. Objevují se některé symptomy psychické závislosti, jako ztráta kontroly nad pitím a zanedbávání jiných potěšení a zájmů. Později se vyvine i somatická závislost. Dalším znakem je průkazné zvýšení tolerance, nastupující na základě změn látkové výměny. Množství alkoholu konzument musí stále zvyšovat, aby dosáhl stavu alkoholového opojení, ke kterému dříve stačilo pít méně. Metabolismus se přizpůsobí příjmu alkoholu a dochází ke změnám orgánů. Ty se projevují jako chorobné poruchy, ale přitom potřebují alkohol ke své funkci. Tolerance vzniká díky navýšení počtu nebo citlivosti GABA – receptorů, které na pravidelný výskyt psychoaktivní látky reagují. Člověk tedy pije stále více, jinak je fungování jeho organismu ohroženo, přitom pravidelným abúzem alkoholu orgánům ubližuje. U typu gama se objevují změny osobnosti v důsledku deprivace syndromu. Alkoholik typu gama je ještě schopen abstinence (13, 15, 26, 37).

Typ delta, neboli románský typ, má podobné rysy jako typ gama. Vyznačuje se preferencí vína. Rozdíl je v abstinenci, které typ delta není schopen. Kontrola nad konzumací alkoholu je však zachována, tedy nedochází k abúzu alkoholu s těžkými intoxikacemi. U typu delta se téměř nevyskytuje ebrieta, ale potřebuje pít pravidelně. Takzvaná trvalá impregnace alkoholem je typická pro Francouze, kteří jsou pravidelnou konzumací vína pověstní. Po dlouhodobé, pravidelné konzumaci se mohou dostavit somatická i psychická onemocnění (15, 26).

Poslední typ závislosti, nesoucí název epsilon, se vyskytuje poměrně zřídka. Každých pár měsíců dochází k několikedennímu alkoholovému opojení, které je spojeno se ztrátou kontroly a dysforií. Tito konzumenti nebývají příliš nápadní. V dlouhodobých časových odstupech unikají z reálného života k alkoholu a po několikedenním abúzu alkoholu se opět vracejí ke svému životnímu stylu. Pro tuto skupinu je charakteristický pojem kvartální pijáctví. Mezi jednotlivými vícedenními obdobími, kdy člověk alkohol užívá, bývá delší nebo úplná abstinence. Závislost se objevuje zřídka, občas se vyskytují afektivní poruchy (15, 26).

Při klasifikaci typu alkoholové závislosti je nutné brát ohled na fakt, že je možné přecházet z jednoho typu do druhého. Göhlert a Kühn vysvětlují alkoholismus v užším slova smyslu jako výskyt pouze dvou typů problematického pijáctví, a to typu gama a typu delta (15).

3.2 Stádia závislosti na alkoholu

Vývoj alkoholismu lze popsat v několika charakteristických fázích. Americký alkohololog českého původu Jellinek rozdělil vývoj závislosti do čtyř charakteristických stadií:

a) počáteční – symptomatické stádium

b) varovné – prodromální stádium

c) rozhodné – krucální stádium

d) konečné – terminální stádium (15, 57).

Pro počáteční stádium je typický mírný konzum alkoholu a experimentování s alkoholem. Závislým na alkoholu se za určitých okolností může stát každý. V počátečním stádiu při první zkušenosti s psychoaktivní látkou, jsou významnými faktory:

a) aktuální stresová situace, fungující jako spouštěč

b) způsob jejího emočního i racionálního zpracování

c) míra schopnosti a ochoty uvědomit si a připustit řešení osobních problémů pomocí alkoholu

d) uspokojivé sociální zakotvení, rodinné a profesní zázemí

e) fungující vztahy s lidmi schopnými poskytnout potřebnou oporu, snižující pravděpodobnost takového způsobu reagování.

Fáze občasné konzumace, tedy počáteční stádium, je dále spojena s projevem sociální konformity. Sociální konformitu lze chápat jako tendenci přizpůsobovat své názory a jednání názorům a jednáním ostatních členů skupiny, případně společnosti. Motivací ke konformnímu chování je tendence být oblíbeným, nebo strach, že člověka skupina nepřijme. V určitých sociálních skupinách či společenských vrstvách se sociální konformita stala normou. Dále bývá konzumace alkoholu spojena s potlačením a uvolňováním napětí při zátěžových a konfliktních situacích. Problematické a vysoce rizikové je zafixování si zkušenosti, že po konzumaci alkoholu přichází úleva. Pokud se objeví problém, člověk pak často uniká do alkoholismu, namísto toho aby hledal efektivnější řešení (15, 16, 57).

Prodromální stádium se vyznačuje tajným pitím a palimpsesty, což jsou alkoholové výpadky paměti. Stresové situace člověk zvládá lépe po konzumaci alkoholu, v důsledku zvýšeného sebevědomí, sebejistoty a získaného pocitu lepší výkonnosti. Není k sobě kritický, nemá velké obavy ze selhání a přijímá rizika, na

která by si bez konzumace alkoholu netroufl. Při dlouhodobé konzumaci dochází k nárůstu tolerance. Projevem je vyšší příjem alkoholu, nebo častější konzumace. V prodromální fázi si člověk poprvé začíná uvědomovat, že alkohol potřebuje (15, 31, 57).

V rozhodném stádiu se vyskytují symptomy závislosti, jako ztráta kontroly nad pitím, abstinční příznaky, upuštění od původních koníčků a zájmů, potíže v sebeovládání a sebekontrolu. Růst tolerance pokračuje ruku v ruce s mírou jeho konzumace. V rozhodném stádiu se člověk stává závislým a má problémy sám sobě závislost přiznat. Častá je bagatelizace potřeby alkoholu, kdy se člověk považuje za zdravého, pomoc druhých přijímat nechce a o léčbě neuvažuje. Stále je schopen krátkých fází abstinence a proto si subjektivně nepřipouští závislost. Objevuje se snaha slovně ospravedlnovat abúzus alkoholu před okolím i před sebou samým. Člověk opomíjí dřívější zájmy a svou aktivitu směřuje zejména na shánění a konzumaci alkoholu. Dochází k proměně žebříčku hodnot. Alkohol přestává člověku působit příjemné, žádoucí pocity, zato jeho absence přináší pocity nelibé. Objevují se problémy v sociálním prostředí člověka, zejména v rodině a práci. Před společností, kterou dříve vyhledával, dává přednost lidem, kteří alkohol také pravidelně konzumují, tudíž mu pití nevyčítají (15, 57).

Pro konečné stádium jsou typická alkoholem způsobená poškození orgánů. Nejčastější jsou onemocnění trávicí soustavy, zejména poškození jater, záněty zažívacího traktu, žaludeční vředy, onemocnění slinivky břišní a jícnové varixy. Mezi hepatitické komplikace patří alkoholová žloutenka, ztučnění tkáně, nebo cirhóza. Neurologickými komplikacemi nejčastěji bývají periferní neuropatie a epilepsie. Objevují se i kardiovaskulární onemocnění, zejména vysoký krevní tlak, endokrinní onemocnění jako je cukrovka. Dále se často vyskytují hypovitaminózy. Tolerance na alkohol se začíná snižovat, v důsledku poškození funkce jater. To znamená, že se člověk dokáže výrazně rychleji opít. V konečném stádiu alkoholik obvykle žije na okraji společnosti a má sociálně – adaptační problémy s lidmi. Jeho kontakty se omezují pouze na lidi, kteří jsou ochotni s ním pít, komunikovat, poslouchat ho, nebo alespoň nevyhánět. Dokáže se uzdravit, nebo alespoň stabilizovat somatický stav, pouze v lékařské péči (10, 13, 15, 57).

3.3 Diagnostika poruch způsobených alkoholem

Pro získání objektivního pohledu se doporučuje zpracovat osobní, rodinnou, somatickou, sociální a alkoholovou anamnézu. Součástí osobní anamnézy bude školní, případně pracovní anamnéza, soustřeďující se na obtíže ve škole či v práci s důrazem na pondělní rána, dále na záškoláctví a opakované výpovědi v práci. Dále osobnostní, psychosexuální a forenzní anamnéza. Rodinná anamnéza popisuje výskyt alkoholismu a jiných psychických onemocnění v rodině, chování a výchovné styly rodičů. Somatická anamnéza sbírá informace o nemocnosti a úrazovosti člověka, dále také o alkoholem způsobených onemocněních. Sociální anamnéza řeší styl života závislého ve společnosti, s důrazem na trávení volného času, výskyt v rizikovém prostředí a sociální podporu. Pro posouzení průběhu obtíží je třeba vypracovat alkoholovou anamnézu, s důrazem na longitudinální i transverzální obraz, respektive dlouhodobou i současnou podobu. Dalšími z možných intervencí jsou například diagnostický rozhovor a posilování motivace (10, 23).

Vybrané diagnostické metody budou dále v práci nastíněny. Skinner a jeho spolupracovníci vyvinuli roku 1982 škálu závislosti na alkoholu (Alcohol Dependence Scale, ADS) o 25 položkách. Dotazník byl sestaven za účelem zmapování a zhodnocení závažnosti závislosti na alkoholu, jeho výsledky bývají využívány v plánování terapie. Skinnerova škála zahrnuje rozpoznání abstinčních syndromů, narušené sebekontroly nad konzumací alkoholu, uvědomování si nutkání pít, zvyšování tolerance na alkohol a behaviorální projevy vyhledávání příležitostí užívání alkoholických nápojů. V diagnostice je využíván také Kingův orientační skríninkový dotazník CAGE z roku 1986. Pro zjišťování alkoholem způsobených poruch navrhl Piccinelli identifikační test. WHO zavedla do praxe test AUDIT, zjišťující poruchy způsobené alkoholem⁵. Tento dotazník bude podrobně popsán v praktické části této práce, v kapitole 11.4.1. Z českých autorů lze zmínit například Nešporův dotazník závislosti (10, 12, 37, 41).

⁵ Příloha č. I

4. Rizika spojená s užíváním alkoholu

Abúzus alkoholu sebou přináší řadu rizik v oblasti somatické, psychické i sociální. Somatická poškození bývají obvykle spojena s dlouhodobým užíváním alkoholu. Největší rizika postižení se týkají trávicího traktu, jater a srdečního oběhu. Při pravidelném abúzu alkoholu probíhají hormonální změny, u mužů je snížena produkce testosteronu a může dojít i k impotenci. Při užívání alkoholu ženami v těhotenství může dítě postihnout syndrom FAS. Dalším rizikem je úrazovost, jejíž míra se zvyšuje ruku v ruce se stoupající hladinou alkoholu. Roku 2001 byla v ČR zrealizována studie, pořádaná WHO, která se zaměřovala na vliv alkoholu při vzniku úrazů v mezinárodním kontextu. Cílem studie bylo mimo jiné zjistit souvislosti mezi konzumací alkoholu a úrazovostí, dále zmapovat typy a množství poranění pod vlivem alkoholu na akutních ambulancích. Výsledky studie ukazují, že více než 90% úrazů, s nimiž pacienti navštívili nemocnice, jsou zlomeniny, výrony, otevřené rány, odřenyiny a povrchová poranění. Mezi muži a ženami se objevily rozdíly v druhu úrazu. U mužů převažovaly řezné, otevřené rány a jiná povrchová poranění. U žen převládaly zlomeniny a výrony. Přítomnost alkoholu byla zjišťována měřením alkoholu v dechu alkometrem a klinickým pozorováním, mezi další zdroje informací lze počítat výpovědi pacientů a řadu symptomů alkoholové intoxikace (10, 28, 51, 62).

Psychické komplikace mohou vzniknout při dlouhodobé konzumaci. Mohou se objevit halucinace a paranoidně psychotická porucha. Další psychickou komplikací spojenou s abúzem alkoholu je alkoholová demence. Alkoholová demence je jedním z typů sekundární demence, která vznikla v důsledku postižení CNS a nebyla způsobena onemocněním ani úrazem. Poškození CNS projevuje poruchou paměti a postupným úpadkem inteligence. Může se objevit Korzakovův syndrom, jehož charakteristickými rysy jsou celková otupělost a těžká amnézie, především na nové informace. Poruchy paměti jsou způsobeny nedostatečným příjmem vitamínů. Poškození CNS se soustředí zejména v oblasti hypokampu (16, 28, 57).

4.1 Užívání alkoholu v kombinaci s jinými drogami

Droga je podle Presla (42) označení pro přírodní nebo syntetickou látku, která má psychotropní účinek a potenciál závislosti. Psychotropním účinkem se chápe schopnost psychoaktivní látky ovlivňovat prožívání a měnit vnitřní ladění. Má potenciál závislosti, tedy schopnost vyvolávat závislost psychickou, somatickou, nebo obě. Psychotropní účinek i potenciál závislosti mohou mít různou intenzitu u různých drog. Rizikem užívání drog je ztráta kontroly nad častostí konzumace a již zmíněná možnost vzniku závislosti, a to i u společností tolerovaných drog (42).

Potenciál závislosti je kritériem pro diskutabilní, ale často používané, dělení drog na měkké a tvrdé, případně lehké a těžké. Mezi měkké drogy řadíme například kávu, tabákové výrobky, produkty konopí a alkohol. Alkohol se z hlediska účinků na psychické i somatické zdraví nachází na hranici mezi drogami měkkými a tvrdými. Do skupiny tvrdých drog patří stimulační drogy, opiáty, halucinogeny, těkavé látky a některé léky. Léková toxikomanie vzniká zejména při pravidelném užívání centrálně účinných euforizujících látek, jako jsou například Analgetika – Anodyna⁶ nebo Psychostimulancia⁷. Zacházení se zmíněnými léky upravuje zákon o návykových látkách číslo 141/2009 Sb. Další způsob dělení drog je právně – politický. Drogy lze rozdělit na legální a ilegální, podle toho, jestli k jejich opatření uživatelé porušují zákon. Mezi legální drogy v ČR patří například tabákové výrobky, alkohol, těkavé látky a léky. Do skupiny ilegálních drog lze zařadit stimulační drogy, opiáty, halucinogeny a produkty konopí. Drogy lze dělit také na přírodní a syntetické. Göhlert a Kühn (15) nabízejí rozdělení drog na stimulancia a sedativa, respektive aktivní a uklidňující drogy. Psychoaktivní látky dělí podle účinků. Do skupiny stimulancia patří produkty konopí, amfetaminy a jejich deriváty, halucinogeny a kokain. Mezi sedativa řadí opiáty, benzodiazepiny, barbituráty, rajský plyn a alkohol (15, 16, 27, 42).

Pojem polymorfní toxikomanie je označení pro užívání více psychoaktivních látek zároveň. Může být legální, jako například kombinace alkoholu a nikotinu, nebo

⁶ **Analgetika – Anodyna** - silně účinná léčiva tlumící bolest, např. Dolsin, Morfin, Tramal. (Kocinová, Šterbáková, 2003, str. 18)

⁷ **Psychostimulancia** – léčiva, vyvolávající pocit duševní svěžesti, fyzické výkonnosti, např. Ritalin. (Kocinová, Šterbáková, 2003, str. 70)

ilegální, čímž je myšleno kombinování dvou nelegálních substancí i kombinace legální a nelegální drogy, například pervitin a alkohol. Pravou polymorfní toxikomanií se chápe dlouhodobé užívání drogy, která je pro toxikomana základní a pozdější změna této skupiny na jinou. K užívání dvou psychoaktivních látek naráz může docházet nechtěně i záměrně. Kombinace drog s alkoholem je riziková, protože člověk není schopen předem odhadnout jejich účinek. Zvyšuje se riziko otravy. Nebezpečná je kombinace alkoholu s drogami působícími tlumivě na CNS, jako jsou opiáty, benzodiazepiny, nebo barbituráty. „*Mechanismy, které se zde uplatňují, mohou zahrnovat inhibici biotransformace a zesílení tlumivých účinků alkoholu a léků.*“ (40). Zesílení tlumivého účinku sedativ může vést až ke smrtelnému předávkování. Potenciálně smrtelné může být i kombinování těkavých látek s alkoholem. Společné užívání produktů konopí a alkoholu je též rizikové. Konopí oslabuje zvrací reflex. Pokud je potlačen při vyšší dávce alkoholu a současné intoxikaci konopím, vzniká zvýšené riziko smrtelných otrav. Alkohol i produkty konopí zatěžují srdce a zvyšují tak riziko kardiovaskulárních onemocnění. Nebezpečná je i interakce alkoholu s tabákovými výrobky, kvůli možnosti vzniku kancerogenních onemocnění a nádorů (15, 40).

4.2 Užívání alkoholu v těhotenství a FAS

Alkohol v těhotenství působí jako teratogen. „*Alkohol požitý matkou přechází zcela volně z jejího krevního oběhu do oběhu dítěte a poškozuje jeho mozkovou tkáň.*“ (54). Z toho plyne, že důsledkem konzumace alkoholu v těhotenství může být postižení CNS s postižením intelektu. Dítě může trpět fetálním alkoholovým syndromem (FAS), který poškozuje vývoj dítěte toxickým působením na nervovou tkáň zárodku. Fetální období trvá od 12. týdne do narození a je pro něj typické dokončení vývoje orgánů. Vágnerová (57) uvádí tři typy příznaků FAS:

a) růstová retardace

b) kraniofaciální dysmorfie

c) postižení CNS.

Růstová retardace se projevuje v prenatalním i postnatalním období. Děti bývají menšího vzrůstu a hůře tělesně prospívají. Kraniofaciální dysmorfie je označení pro atypické obličejové rysy dítěte, charakteristické plochou střední částí obličeje. Důsledky postižení CNS často bývají různé stupně mentální retardace, kognitivní

poruchy, poruchy učení a poruchy chování. Vznik poruchy intelektu je pravděpodobně způsoben úbytkem buněk CNS a abnormalit v jejich vývoji v prvním trimestru. Ačkoli k narušení vývoje mozku a poruchám celkového růstu může dojít i později. Pokud matka, užívající alkohol v těhotenství, sama trpí poruchami intelektu nebo chování, syndrom bývá nazýván fetální alkoholový efekt (FAE). Užívání alkoholu v těhotenství může způsobit rozvoj alkoholové závislosti u plodu (54, 57, 59).

4.3 Děti alkoholiků

Alkoholismus před otěhotněním nebo i v těhotenství může mít dopad na psychiku dětí, což je znatelné například ve zkoumání sebeúcty, sebedůvěry nebo sebehodnocení dětí alkoholiků. Děti alkoholiků mívají obvykle nižší sebehodnocení ve srovnání s dětmi, jejichž rodiče nemají diagnostikován syndrom závislosti na alkoholu. Sebehodnocení je závislé na míře zúčastněného a pozitivního zacházení s dítětem. Toho se dětem alkoholiků obvykle nedostává a důsledkem je neschopnost dítěte mít dobrý pocit ze sebe sama. Děti alkoholiků samy sebe hodnotí a posuzují bez slitování a berou se velmi vážně. Často vyžadují a hledají pochvaly a jistoty. Obvykle mívají problémy v chování. Souvisí to s tím, že si někdy nejsou schopny uvědomit, jaké chování je normální a společensky žádoucí, protože to z rodiny neznají. Bývají extrémně pečlivé a zodpovědné, nebo naopak mimořádně a extrémně nezodpovědné. To znamená, že mají tendence přetěžovat se nebo všechno vzdávat. Bývají impulzivní. Impulzivita dle Woititzové (62) vede k vnitřnímu chaosu a averzi k sobě i okolí. Dále je pro ně náročné dávat věci zpět do pořádku. Děti alkoholiků mívají tendence nedotahovat věci do konce, mají problém s finišováním. Nezřídka se u nich vyskytují tendence lhát a překrucovat realitu, ačkoli by nebylo náročné říct pravdu. Mívají problém se plnohodnotně bavit. Velmi často se u dětí alkoholiků vyskytují problémy s navazováním důvěrných vztahů, přestože po nich touží. Woititzová (62) to vysvětluje faktem, že děti byly doma jeden den milovány a další den odmítány, tudíž vyrůstaly ve strachu z opuštění (62).

4.4 Chování spojené s konzumací alkoholu

Účinek alkoholu a s ním spojené chování je závislé na prostředí, kde se konzumuje. Dále na společnosti, genetických dispozicích, aktuálním somatickém stavu a dalších faktorech. Po požití alkoholu se dostavuje ebrieta. Nejprve se intoxikovanému zlepšuje nálada, zvyšuje se sebevědomí, přichází zábava a smích. Alkohol dále podporuje komunikaci, potlačuje problémy, odstraňuje zábrany v chování i sexuální zábrany a snižuje sebekritičnost. Nakonec se dostaví útlum organismu, únava a spánek (26).

Při konzumaci alkoholu se setkávají různé sociální skupiny. Konzumace v České Republice probíhá převážně na veřejnosti. Pití alkoholu má potenciál stát se pravidelným společenským rituálem. Nešpor a Dvořák (39) uvádějí výčet projevů chování ovlivněného alkoholem, který sestavili odborníci WHO. O ovlivnění alkoholem můžeme uvažovat, pokud se projeví aspoň jeden z těchto znaků chování:

„a) odbrzděnost

b) citová labilita

c) hádavost

d) zhoršená soudnost

e) porucha pozornosti

f) agresivita

g) zhoršení výkonnosti.

K tomu ještě alespoň jeden z následujících znaků:

a) nejistá chůze

b) nejistý postoj

c) méně zřetelná řeč

d) nystagmus (rychlé mimovolní oční pohyby)

e) červeň v tváři

f) nastříknutí spojivek (nápadně zvýšené prokrvení oka)

g) porucha vědomí.“ (39).

Alkoholikům čím dál víc ubývá vůle a objevují se potíže v sebeovládání. Motivace se zužuje a je zaměřena zejména na opatrování a konzumaci alkoholu. To se často projevuje egocentrickým, bezohledným chováním a úpadkem sociální způsobilosti. V důsledku vymizení sociálních zábran se u alkoholiků často objevuje agresivní jednání. Zvýšená agresivita pramení ze zvýšené dráždivosti a souvisí se ztrátou

zábran. Agresivní chování může být viditelné u alkoholika intoxikovaného i střízlivého. Zmíněné chování má útočící, škodící a ničící charakter (39, 57).

Další behaviorální charakteristikou závislého je neschopnost snášet napětí. Napětí je prožíváno jako frustrace a lze jej zmírnit pouze přísunem alkoholu. Závislý často není schopen určit důvod vnitřního napětí. Toto napětí může souviset s traumatickou vztahovou zkušeností z dětství, kdy závislý toužil po přijetí, lásce a uznání a místo toho byl odmítán. Tyto reakce mohou vést ke stáhnutí člověka do sebe sama, zanedbávání, a užívání alkoholu, případně jiných psychoaktivních látek. Tento cyklus je znatelný na modelu cyklicky maladaptivního vztahového kruhu u pacientů se závislostním onemocněním⁸ (55, 58).

4.5 Co – alkoholismus

Co – alkoholismus je podle Hartla (16) odborný termín pro spoluzávislost na pijícím partnerovi. Kopřiva (29) jej definuje jako partnerství v závislosti. Partner nebo rodinný příslušník se chová tak, že alkoholikovi konzumaci umožňuje. Snaží se mu pomoci například mlčením, čímž nepřímo podporuje jeho závislost. Vodáčková (61) zmiňuje tři charakteristiky, typické pro spoluzávislé členy rodiny. Jsou to „*přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého na úkor vlastních; zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi v rodině; tendence ovládat druhé i na úkor vlastní sebeúcty.*“ (61). Z toho plyne, že se spoluzávislí členové rodiny chovají tak, že abúzus alkoholu, nebo alkoholovou závislost, umožňují. Závislá a spoluzávislá osoba žijí v jakémsi systému na sebe navazujících reakcí, který ve výsledku podporuje konzumaci alkoholu i starostlivé chování spoluzávislého. Mezi závislostí a spoluzávislostí, respektive alkoholismem a co – alkoholismem, existuje podobnost. Společnými znaky jsou obava z provalení alkoholismu, bagatelizace problému s alkoholem, očekávání změny bez přičinění závislé osoby, nechuť uvědomit si závislostí způsobené změny v chování a investice času k nápravě. Terapeuti, kteří pracují se závislými, partnerům alkoholiků příliš nedůvěřují. Ženy, které mají z původní rodiny zkušenost s pitím otce, si často nevědomě vybírají partnera, který má k alkoholismu sklony. Göhlert a Kühn (15) uvádějí tři fáze chování při fenoménu co – alkoholismus:

⁸ Příloha č. II

„a) 1. fáze – utajování

b) 2. fáze – kontrola

c) 3. fáze – odmítání“ (15, 16, 21, 29, 61).

V první fázi utajování se rodinný příslušník snaží alkoholismus v rodině utajit před společností. Uklízí prázdné lahve, občas i kupuje alkohol nový. Před známými chování závislého ospravedlňuje obvykle pracovní vyčerpáním, stresem, nebo zdravotními komplikacemi. Děti alkoholiků si obvykle nevodí domů přátele. To pramení ze strachu partnera nebo rodinného příslušníka alkoholika, který se bojí, že by se alkoholismus provalil mimo rodinu. Vzniká krize, kdy celá rodina přichází o sociální kontakty. Děti alkoholiků neznají trvalý důvěrný vztah s rodiči kvůli neustálému odmítání, ale ani s vrstevníky, protože je od nich rodiče izolují, aby okolí nezjistilo alkoholismus v jejich rodině (15, 62).

Partner alkoholika se ve druhé fázi snaží kontrolovat jeho konzumaci alkoholu. Snaží se znemožnit závislému dostupnost alkoholu a napravovat chyby a újmy, které závislý způsobil. O alkoholismu závislého bývají informováni příbuzní a nejbližší přátelé, od kterých bývá žádána pomoc (15).

Fáze odmítání začíná většinou po několika letech alkoholové toxikomanie. V třetí fázi odmítání rodinný příslušník nebo partner přestává být schopný udržovat alkoholismus závislého pod kontrolou. Fáze odmítání přichází nečekaně a bezprostředně a pro závislého, rodinu i přátele, bývá velmi náročná. Rodinný příslušník nebo partner se často setkává s nepochopením. V terapii alkoholových i drogových závislostí může být určitá míra nátlaku na léčení pozitivní a vedoucí k rozhodnutí podstoupit léčbu. Před nástupem do léčby se zkoumá a posiluje motivace k odvykání. Tlak blízké osoby může pomoci k uvědomění si problému. Z toho plyne, že odmítání je pro závislého vlastně nejpříznivější fází, která jej může motivovat k léčbě (15, 25).

5. Alkohol a trestná činnost

„Kriminální statistika v souvislosti s alkoholem vykazuje, že: výraznější podíl alkoholu je u násilné kriminality (20%), kde převládá u trestného činu vraždy; méně výrazný je u sexuální kriminality (7%), zejména u trestného činu znásilnění; méně výrazný podíl je u majetkové trestné činnosti (3%), zcela výrazný podíl je na trestném činu výtržnictví a na útoku na veřejného činitele (70%), alkohol je příčinou zhruba 10% dopravních nehod.“ (64). Z hlediska věku páchají trestnou činnost pod vlivem alkoholu nejčastěji osoby mezi 20 – 25 lety. Abúzus alkoholu nebo alkoholová toxikomanie souvisí s trestnou činností v několika odvětvích:

a) trestná činnost pod vlivem alkoholu

b) alkohol u obětí trestních činů

c) trestná činnost jako způsob opatření alkoholu

d) ekonomicky motivovaná trestná činnost související s alkoholem (39, 64).

Roku 2009 bylo podle evidence policie ČR spácháno 22, 2 tisíc trestných činů. Časté jsou dopravní nehody a úrazy způsobené intoxikovaným člověkem. Jiným problémem je výtržnictví a poškozování cizího majetku. Alkohol má potenciál zvyšovat agresivní chování. Člověk pod vlivem alkoholu se nechá pravděpodobněji vyprovokovat k agresivnímu konfliktu (zvláště pokud se cítí ohrožen), jehož následkem může být úmyslné nebo neúmyslné zabití. Kombinace alkoholové toxikomanie s užíváním jiných drog způsobuje větší pravděpodobnost trestní činnosti. Psychózy vyvolané alkoholem a schizofrenie v kombinaci s abúzem alkoholu mají potenciál ke spáchání násilného trestního činu. Někteří pachatelé trestnou činnost páchají záměrně pod vlivem alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek, kvůli subjektivnímu pocitu vyšší výkonnosti a vymizení zábran. Příčinami vzniku trestné činnosti pod vlivem alkoholu bývají oslabené sebeovládání a mylné chápání podnětů z okolí. Díky zúžené pozornosti má pachatel sníženou schopnost předvídat důsledky svého jednání. To bývá viditelné na řízení automobilu pod vlivem alkoholu. Podle evidence dopravní policie je podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu rok od roku vyšší. Takto zaviněných dopravních nehod stále přibývá. Rizikovost řízení pod vlivem alkoholu si řidiči uvědomují, ale při alkoholovém opojení mají pocit, že jízdu zvládnou. Mladí řidiči do 35 let jsou dle Šuchy (53) nejrizikovější skupinou z hlediska zavinění dopravních nehod pod

vlivem alkoholu (případně v kombinaci s jinými drogami). Z výzkumu Šuchy (53) vyplývá, že 5 ze 14 oslovených má zkušenost s řízením pod vlivem alkoholu a 10 z nich se spolujíždou s řidičem pod vlivem alkoholu (10, 34, 39, 53).

Nešpor a Dvořák (39) uvádí, že zhruba u 47% obětí trestních činů byla prokázána konzumace alkoholu. Anderson a Baumberg (4) uvádějí, že 7 milionů dospělých evropanů ve výzkumu uvedlo, že se pod vlivem alkoholu „dostali do rvačky“. Místa, kde se alkohol konzumuje, jsou obvykle riziková. Oběti trestné činnosti pod vlivem alkoholu bývají okrádány, mají zúženou pozornost, nebývají dostatečně opatrné, umí se hůře chránit a krádeže si nevšimnou, případně nejsou schopni uniknout. Občasné bývá přidání centrálních tlumivých léků do alkoholického nápoje, za účelem krádeže, nebo násilné či sexuální trestné činnosti (4, 39).

Alkohol není levný a snižuje pracovní produktivitu, respektive schopnost peníze vydělat legální cestou. Objevuje se craving a závislý alkohol potřebuje. Shání peníze ilegálními způsoby. Protivinský a Klvaňa (43) tento jev nazývají opatřovací kriminalitou. Nejprve to bývají drobné krádeže v domácnosti, později příležitostné krádeže mimo domov. Přestávají splácet půjčky, plánují podvody. Může dojít i k násilné trestné činnosti jako jsou loupeže a přepadení. Pohybují se v rizikovém prostředí, kde mohou propadnout například hazardní hře na automatech nebo sázení, za účelem snadného a rychlého výdělku peněz (39, 43).

Motivace trestného činu je důležitou záležitostí v celém trestním řízení. Trestné činy se rozdělují na úmyslné a nedbalostní. Psychologickou analýzou a posouzením motivace trestného činu lze zjistit konkrétní pohnutky, které ovlivnily jednání pachatele. Psychologická analýza motivace ke spáchání trestního činu bývá faktem, na základě kterého může být zvýšena nebo snížena trestní sazba. Ekonomicky motivovaná trestná činnost souvisí s ilegální distribucí a prodejem alkoholických nápojů, případně s ilegální výrobou alkoholu. Motivací trestné činnosti je vidina vysokého zisku, motivace je úmyslná. Motivace trestného činu je důležitou záležitostí v celém trestním řízení (14).

6. Prevence a terapie abúzu alkoholu

Prevence je podle Řezníčka (46) termín pro předcházení nežádoucím sociálně patologickým jevům. Prevence může být:

a) specifická prevence

b) nspecifická prevence.

Druhy specifické prevence můžeme rozlišovat z hlediska předmětu například na prevenci závislostí, prevenci agresivního chování, nebo prevenci kriminality. Nspecifická prevence je zaměřená komplexně na zdravý životní styl, bez předchozího výskytu problému s návykovými látkami. V prevenci je důležitý systémový přístup. Preventivní strategie by měly být provázané (46).

Podle metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních musí každá škola splnit takzvaný minimální preventivní program. Budinská (9) vysvětluje minimální preventivní program jako konkrétní dokument, zaměřený na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu. Zpracovává jej školní metodik prevence pod kontrolou České školní inspekce. Metodik prevence volí a zařizuje formy primární prevence, začleňuje ji do školních vzdělávacích programů, doporučuje postupy při výskytu sociálně – patologických jevů a upravuje školní řád v oblasti prevence sociálně patologických jevů (9, 46).

WHO definuje prevenci jako intervenci s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků alkoholu a nealkoholových drog. Prevence má dle WHO tři druhy:

a) primární prevence

b) sekundární prevence

c) terciální prevence (46).

6.1 Primární prevence

Primární prevenci alkoholismu lze dle Kaliny (26) chápat jako prevenci užívání osob, které se s alkoholem neseťkaly. Cílem primární prevence je posílení zodpovědnosti, odrazení od první zkušenosti nebo její oddálení a objektivní seznámení s riziky konzumace a souvisejícími platnými zákony. Křivohlavý (31)

chápe zábranu iniciace, tedy začátku příjmu drog, jako primární úkol prevence. Efektivní primární prevence má řadu zásad, ilustrativně zde budou některé z nich uvedeny. Měla by se konat od co nejnižšího věku a být mu přiměřená, soustavná a dlouhodobá. Vhodný je systémový přístup, provázanost různých preventivních přístupů a strategií, práce s rodinou. Program by měl být interaktivní a zážitkový. Ideální je zahrnutí do programu získávání některých sociálních dovedností, jako je vytváření přátelských vztahů, umění odmítnout drogu, nebo zvládání stresu. Efektivní prevence by měla používat efektivní modely, v tomto směru mohou působit například vrstevníci, proškoleni v rámci peer – programu. Peer – program je vrstevnickým skupinovým programem lidí přibližně stejného věku i sociálně ekonomického zázemí. Podle Příbylové (44) může mít primární prevence následující podoby:

a) všeobecná primární prevence

b) indikovaná primární prevence

c) selektivní primární prevence.

Všeobecná primární prevence je dlouhodobým programem předcházení užívání návykových látek a rizikového chování. Takové programy mají potenciál větší důvěry v lektory prevence. Jsou založeny na pravidelné a opakované kooperaci s třídními kolektivy. Indikovaná prevence se zabývá již vzniklými potížemi v třídním kolektivu. Pokud se v programu všeobecné primární prevence objeví například experimentování dětí s alkoholem, může na ni navázat prevence indikovaná. Tuto formu prevence obvykle poskytují pedagogicko – psychologické poradny nebo střediska výchovné péče. Selektivní prevence se vyloženě orientuje na rizikové skupiny, případně i jednotlivce a vyhledává je (16, 20, 24, 26, 31, 38, 44, 57).

6.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se koncentruje na včasné vyhledání pomoci a počátku léčby. Jedná se kontaktní a terapeutická zařízení, která poskytují anonymní pomoc a poradenství. Snaží se o předcházení vzniku, rozvoje a přetrvávání závislosti u osob, které už mají s alkoholem zkušenost. Syndrom závislosti u nich ovšem dosud nebyl diagnostikován. Součástí sekundární prevence je léčebné působení a terapeutická práce vycházející z komunitního uspořádání. V léčbě závislostí je často využívána skupinová terapie (26, 57).

6.3 Terciální prevence

Terciální prevence alkoholismu je charakteristická předcházením vážnému nebo chronickému zdravotnímu stavu, nebo sociálnímu poškození v důsledku abúzu alkoholu a alkoholové toxikomanie. Pracuje s lidmi, kteří začali abstinovat a zbavují se závislosti. Dále se do terciální prevence řadí aktivity harm reduction. V doslovném překladu harm reduction znamená snižování poškození. Jedná se například o prevenci HIV/AIDS, virové hepatitidy, bakteriálních infekcí, oslabení imunitního systému, otrav a úrazů. Dále má terciální prevence snahu o to, aby se alkohol nestal takzvanou startovací drogou. To znamená, aby závislý na alkoholu nepropadl, v důsledku pohybování se v rizikovém prostředí, k užívání jiné drogy (26, 57).

6.4 SKI – skrínink a krátké intervence

Jednou z preventivních možností je takzvaná SKI – skrínink a krátké intervence. Barbor a Higgins-Biddle (6) doporučují k provádění skríninku dotazník AUDIT. Krátká intervence je dostupná široké veřejnosti, kterou zahrnuje základní zdravotně – sociální péče (primární péče). To znamená, že je obvykle poskytována odborníky z oblasti zdravotnictví. Zdravotníci většinou vzbuzují u pacientů respekt, jejich rady jsou tím pádem brány vážněji. V neposlední řadě je prostředí zdravotní a zdravotně – sociální péče vhodné pro možnost zorganizování systematictějšího skríninkového výzkumu, uvádí Ritson (45). Krátká intervence většinou trvá 5 – 20 minut po dobu 1 – 6 návštěv. Odborník provede somatické vyšetření a vyslechne informace o problému pacienta. U rizikové skupiny uživatelů následuje jednoduché, strukturované poradenství. *„Při poskytnutí rady osmi pacientům je dosaženo prospěchu u jednoho z nich. To je velmi dobrý výsledek v porovnání s účinností stručné intervence praktických lékařů u kuřáků, kde přestane kouřit jeden z 20 pacientů, jimž byla poskytnuta rada; tento poměr se zvýší asi na 1:10 při doplnění informací o farmakoterapii.“*, uvádí Anderson, Gual a Colom (5). Krátké intervence tedy lze považovat za smysluplné a účinné. Metaanalytické přehledy, které byly zaměřeny na zkoumání efektivity krátkých intervencí, se shodují a považují krátké intervence za prospěšné. Jako efektivní se ukazují i motivační rozhovory, které se

soustředí na pacienta a snaží se o to, aby si uvědomil rizikovost svého chování a jednání. Ačkoli jsou krátké intervence považovány za vhodnou metodu při vzniku poruch způsobených alkoholem, odborníci ve zdravotnictví se často obávají dotazování pacientů na konzumaci alkoholu. Ritson (45) uvádí, že neochota lékařů a sester může pramenit z faktu, že samotným odborníkům chybí potřebné odborné znalosti a dovednosti, dalším z důvodů může být nedostatek času a strach o přízeň pacientů, kterých se budou „trapně“ tázat na pití alkoholu. Barbor a Higgins-Biddle (6) zmiňují argumenty zdravotníků, že jejich základní povinností je poskytování hlavně akutní péče, tedy reagování na akutní potřeby pacientů. Na tuto reakci lékařů namítají, že příslušné otázky je možné zařadit do běžné anamnézy. WHO proto jasně stanovila 12 potřebných kompetencí, které odborníci v primární péči potřebují (5, 6, 18, 45).

6.4.1 Využití internetu v léčbě poruch způsobených alkoholem

Novinkou v terapii abúzu alkoholu a syndromu závislosti na alkoholu je využití internetu v léčbě, jako jedné z možných forem poskytnutí krátké intervence. Na některých webových stránkách je možné i vyplnění online dotazníku, který vzápětí poskytne zpětnou vazbu. Internet má spousta uživatelů alkoholu doma. Nabízí jim anonymní pomoc v několika typech služeb:

a) informace

b) krátká online intervence

c) online psychoterapie či poradenství

d) online setkání svépomocných skupin.

Jako výhodu internetových služeb lze chápat zejména možnost zůstat v naprosté anonymitě, bezprostřední zpětnou vazbu po vyplnění dotazníku a dostupnost pro širokou veřejnost. Naopak riziková může být pro uživatele sociální izolace a zejména absence osobního kontaktu, který může být pro diagnostiku i léčbu klíčový. U některých klientů může dospět k závislosti na internetu (56).

6.5 Terapie závislosti na alkoholu

Terapie je podle Hartla, Hartlové (16) léčbou somatických a psychických poruch. WHO definovala psychoterapii jako napomáhání zdraví psychologickými prostředky. Psychoterapie jako činnost podle Kratochvíla (30) je léčebné působení využívající terapeutických metod, proces sociální interakce a záměrné působení. Cílem psychoterapie je odstranění nebo umírnění obtíží a odstranění jejich příčiny. Během psychoterapie dochází ke změnám chování a prožívání klienta. K výkonu psychoterapie je nutné absolvování psychoterapeutického výcviku. Kalina (26) definuje psychoterapii takto: „*Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky.*“ Dle Yaloma (63) a Kaliny (26) existuje řada psychoterapeutických systémů, s některými společnými účinnými faktory. Patří k nim: pozitivní očekávání, věnování pozornosti, terapeutický vztah, zvyšování vědomí, emoční uvolnění, konfrontace, volba alternativ a tvarování chování. (16, 26, 30, 63).

V léčbě závislostí se používají zejména terapie zaměřené na změnu chování, co je například behaviorální a kognitivně – behaviorální terapie (KBT). Dále se používají psychoterapie zaměřené na změnu osobnosti a podporu zdraví. Zde lze hovořit i o konceptech ego – psychologie nebo interpersonální terapie (IPT). V ČR lze zmínit psychoterapeutickou školu SUR, využívající zejména terapie ve skupině. Psychoterapeutické systémy lze kombinovat. Příkladem mohou být integrativní psychodynamicky/kognitivně behaviorální psychoterapie. KBT je takto obohacena například o témata obranných mechanismů a nevědomých konfliktů (25, 26).

Asi nejvyužívanější metodou práce v léčbě závislostí je skupinová psychoterapie. Ideálem v léčbě toxikomanie je kombinace individuální i skupinové terapie. Skupina funguje jako takzvaný sociální mikrosvět. To je interakční skupina s několika vlastními pravidly. Výhodou skupinové psychoterapie je využívání mechanismů zpětné vazby a skupinové dynamiky. Speciálními terapeutickými systémy pro skupinovou psychoterapii jsou úpravy KBT a IPT. V terapii závislostí jsou časté pobyty v terapeutických komunitách. První terapeutickou komunitu (TK) v ČR u Apolináře v Praze založil v 50. letech 20. století alkohololog Skála. Model TK byl inspirován modelem Jonese z Velké Británie. TK lze chápat jako systém léčebné organizace, podporující otevřenou komunikaci. Specifickou metodou práce jsou společná setkání odborného personálu a klientů, při kterých jsou využívány poznatky

z psychoterapie v organizovaném společenství. V TK bývá poskytována zejména psychoterapie, farmakoterapie a poradenství. TK má svůj řád, režim a rituály, které se přísně dodržují. Bývají propojeny a spolupracují se systémem péče o drogově závislé. V ČR o drogově závislé kromě TK pečují K – centra, denní sanatoria, domy na půl cesty a centra, nabízející ambulantní doléčovací programy (25, 26, 33, 41, 63).

V protialkoholní léčbě se nejčastěji setkáváme s ambulantní léčbou, ústavní léčbou a denními stacionáři. Ambulantní léčba obvykle nabízí individuální i skupinovou psychoterapii, poradenství a pomoc rodinám závislých na alkoholu. Výhodou ambulantní léčby je otevírací doba, umožňující chodit do práce. V případech rozvinuté závislosti ovšem nedokáže pomoci tolik, jako léčba ústavní. Ta bývá potřebná při zdravotních, nebo psychiatrických onemocněních. Specializovaná odvykávací léčba, nabízená výše popsanými TK, bývá považována za nejúčinnější. Pobyty v denních stacionářích bývají nabízeny v závěru odvykávací léčby, jako přechod z ústavní léčby do běžného života. Výhodou je možný kontakt s rodinou. V léčbě alkoholismu se podle Nešpora (41) osvědčily následující metody:

- a) somatické vyšetření, léčba zdravotních a psychiatrických obtíží,**
- b) individuální i skupinová psychoterapie,**
- c) léčebné kluby, svépomocné skupiny,**
- d) relaxační techniky a jóga,**
- e) farmakoterapie Disulfiramem.**
- f) farmakoterapie umírňující craving.**
- g) rodinná nebo manželská terapie**
- h) terapeutická komunita**
- i) aktivní trávení volného času a zdravý životní styl (26, 30, 36, 41).**

Disulfiram (neboli Antabus) je lék používaný ve farmakoterapii alkoholismu. Pokud při léčbě Disulfiramem člověk konzumuje alkohol, dojde k zarudnutí spojivek, bušení srdce, bolestem hlavy a nevolnosti. Nešpor (41) tvrdí, že Disulfiram nemá trestat, protože jeho užívání je závislé na dobrovolné léčbě, ale slouží jako sádrový obvaz, díky kterému se může rána hojit. Farmakoterapie umírňující craving je způsobem léčby, zmírňující bažení a touhu po alkoholu. Používají se léky Campral a ReVia. Tlumí nutkání k pití alkoholu a pomáhají předcházet recidivám. farmakoterapie zmírňující craving měla být součástí komplexní odvykávací léčby, ale zásadním problémem je, že Campral ani ReVia nehradí pojišťovny a cena měsíční potřebné dávky je kolem 2000 Kč (41).

6.5.1 Anonymní alkoholici

Anonymní alkoholici (AA) jsou svépomocnou, podpůrnou, nevýdělečnou skupinou, pomáhající v léčbě alkoholové toxikomanie. Roku 1935 byla v USA založená dobrovolná organizace závislých na alkoholu. Dnes jsou velkou organizací, která působí v různých zemích, včetně ČR. Odhaduje se, že mají kolem 1, 5 miliónů členů, jsou tedy největší svépomocnou skupinou na světě. Setkávají se zde osoby v léčbě i osoby co se neléčí. Uplatňují takzvaný léčebný systém 12 kroků⁹ (16, 41).

AA využívají některých metod skupinové psychoterapie. Mezi AA a skupinovou terapií dle Yaloma a Leszcze (63) existují dva výrazné rozdíly. U AA je předpokládán vztah k vyšší moci, skupinová terapie se pomáhá pomocí interakcí členů terapie. AA zakazují vztahy a hovory ve skupině, oproti tomu skupinová terapie využívá mezilidských interakcí a skupinové dynamiky. Později začaly po vzoru AA vznikat další svépomocné skupiny, jako například Al-Anon – svépomocná skupina pro partnerky a manželky závislých na alkoholu, nebo Alateen, což je svépomocná skupina pro děti závislých rodičů (16, 41, 63).

6.6 Abúzus alkoholu a alkoholismus ve světě a ČR

Alkohol má vybudovanou tradici už od starověku, stejně dlouho existují problémy s jeho nadužíváním. Ve většině zemí je pití alkoholu legální, s výjimkou islámských zemí. Tam je úplně zakázán. Některé státy USA jsou „suché“. Pojem suché státy používá Shapiro (50) pro státy, kde je konzumace alkoholu výrazně omezená zákony. V některých městech Velké Británie jsou platné vyhlášky, které zakazují pití alkoholu na veřejnosti. „Evropská unie je regionem s největší spotřebou alkoholu na světě“, uvádí Anderson a Baumberg (4). Na jednu osobu pak spadá spotřeba 15 litrů alkoholu za 1 rok. Zmiňují, že 44% alkoholu je užíváno ve formě piva, 34% tvoří konzumace vína a zbylých 23% destiláty (4, 50).

Na české drogové scéně bývá nebezpečnost alkoholu často podceňována, protože je legální a snadno dostupnou drogou, která je společností tolerována. V ČR je právní hranice pro legální konzumaci alkoholu stanovena od 18 let. Přesto se pití alkoholu objevuje už na základních školách. Adolescenti do 18 let dle Hubinkové

⁹ Příloha č. III

a kol. (19) konzumují alkohol z důvodů sociální prestiže a napodobování vzorů. Vlastní pití obvykle začíná mezi 18 – 25 lety (19, 28).

Kalina (26) uvádí, že roční spotřeba alkoholu se v ČR pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele. Nadměrně konzumuje alkohol asi 1/4 všech mužů a asi 1/10 žen. Alkohol je nejužívanější drogou v České Republice a do budoucna si pravděpodobně první místo udrží (26, 28, 50).

Nešpor a Csémy (35) uvádí, že v bývalém Československu (roku 1935) byla spotřeba alkoholu třikrát nižší než roku 2000 v ČR. Přesto občané ČR často obhajují zejména pití piva jako tradici. V současné době je nadměrná konzumace piva pro ČR poměrně typická. Objevuje se problém s uvědoměním si, že 0,5l. piva 12° obsahuje zhruba stejné množství alkoholu jako 0,2l. vína nebo 0,05l. destilátu. (35)

Nezbytné je preventivní působení. Dokladem jsou státy jako Austrálie, Nový Zéland, Kanada, Norsko, USA, nebo Itálie, kde spotřeba alkoholu začala klesat. Vyspělé země směřují k úbytku alkoholických nápojů nebo k úbytku alkoholu v nápojích a přeorientování na nápoje bez obsahu alkoholu (35).

Odborníci Českého statistického úřadu zveřejnili roku 2009 graf spotřeby alkoholických nápojů na jednoho obyvatele v ČR od roku 1989 do roku 2007. Spotřeba alkoholu v zemi se uvádí v přepočtu na 100% líh na jednoho obyvatele na rok. Z grafu vyplývá, že spotřeba alkoholu v ČR stoupá v závislosti na stoupající potřebě piva. Spotřeba vína a destilátů se v průběhu let výrazně nemění. Mezi lety 2007 – 2009 je znatelný mírný pokles. Grafické znázornění spotřeby alkoholických nápojů na jednoho obyvatele v ČR je k nahlédnutí v příloze této práce¹⁰ (11).

V dubnu 2010 proběhl v ČR celonárodní průzkum alkoholismu. Do nejrizikovější kategorie spadá 7,2% dotazovaných. Garant průzkumu Csémy tvrdí, že se jedná o nejhlubší průzkum svého charakteru, Nešpor doplňuje, že výsledky předchozích výzkumů byly výrazně podhodnoceny. V knize Zůstat střízlivý roku 2006 odhadoval, že alkoholiků v ČR může být kolem 300 000. Průzkum z roku 2010 uvádí, že 550 000 Čechů je závislých (41, 60).

¹⁰ Viz. Příloha č. IV

7. Student VŠ z pohledu vývojové psychologie

Při studiu vysoké školy prochází studenti náročnými životními obdobími, která budou popsána v následujících kapitolách. S věkem se mění i trendy v konzumaci alkoholických nápojů.

7.1 Období pozdní adolescence

Období dospívání (adolescence) lze rozdělit na dvě fáze. Období rané adolescence (11. – 15. rok) a období pozdní adolescence (15. – 20. rok). Vstup do pozdní adolescence je individuální, lze jej vymezit biologicky i sociálně (59).

Biologicky je vymezen pohlavním dozráním. Tělesný vývoj v adolescenci přináší určitá úskalí. Tělo je výrazným předmětem pozornosti. Obvykle dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Děvčata se bojí, aby nevypadala příliš mužsky (malá ňadra, velké kosti), chlapci se naopak obávají nedostatku mužnosti (úzká ramena, málo svalové hmoty). Přijetí vlastního těla ovlivňuje vztah k sobě samému (47, 59).

Sociálně lze období pozdní adolescence definovat ukončením profesní přípravy a volbou nástupu do zaměstnání, nebo dalšího studia. Pokud se adolescent rozhodne pro studium na vysoké škole (VŠ), obvykle tak oddálí vlastní ekonomickou samostatnost. Ekonomickou nezávislost na původní rodině často chápeme jako znak dospělosti. Potvrzení sociální identity je dalším rysem adolescence. Jedná se o příslušnost k určité skupině, charakteristické sdílením společných zážitků a uznáváním stejných hodnot. Období pozdní adolescence je zaměřeno na rozvoj vlastní identity. Objevuje se snaha o sebepoznání, často v rámci vrstevnické skupiny, která poskytuje adolescentovi zpětnou vazbu. Už v období rané adolescence je člověk schopný ovládat všechny základní myšlenkové obraty. Je schopen pracovat s obecnými a abstraktními pojmy, uvažuje o alternativách, které zkouší a hodnotí. V pozdní adolescenci je na základě předchozích zkušeností umí používat rychleji, spolehlivěji a efektivněji. Hlavní význam pozdní adolescence je v porozumění sobě samému a volbě, čeho chce dosáhnout. Dospělost je spjata s definitivní volbou další životní cesty. To se může adolescentům zdát náročné a volí cestu prodloužení přechodného období. Erikson tuto strategii nazval adolescentním psychosociálním moratoriem (22, 32, 47, 59).

7.1.1 Konzumace alkoholu v období pozdní adolescence

Konzumace alkoholu mezi 15 – 18 lety není v naší společnosti umožněna právním systémem, přesto k ní dochází. Do 18 let má podle Saka a Sakové (48) zkušenost s alkoholem 95% dotazované populace. Podle průzkumu v letech 1992 – 2002 konzumace alkoholu mládeží do 18 let narůstá. Sdružování adolescentů je charakteristickým rysem pro trávení jejich volného času. Základem je dobrovolný vstup, na rozdíl od rodiny a školy. Scházení se v těchto skupinách jde často ruku v ruce s alkoholismem a nikotinismem, případně dalšími psychoaktivními látkami. Konzumace alkoholu se může stát ve skupinách rituálem. Prodej alkoholických nápojů osobám starším 18 let je v ČR legální. Společenské rituály spojené s konzumací alkoholu po dovršení 18 let pokračují. Člověk si osvojuje určité vzorce chování a učí se je v konkrétních situacích používat. Při konzumaci alkoholu jsou tyto naučené rituály znatelné například na přítuknutí sklenicí při přípitku. Konzumace alkoholu bývá součástí oslav. Občasná konzumace alkoholu je obvyklá u adolescentů nad 18 let a je připisována 78%. Pravidelně konzumuje 13% adolescentů (17, 41, 48, 49).

7.2 Časná dospělost

Období časně dospělosti je vymezeno zhruba od 20 do 25 – 30 let. Tělesná konstrukce se upevňuje a mohutní, svalová síla dosahuje vrcholu v 25 letech. Časná dospělost je přechodným obdobím mezi adolescencí a takzvanou plnou dospělostí, respektive střední dospělostí. Existuje zde několik vývojových mezníků. Dochází k osamostatnění, člověk má poprvé úplnou svobodu v rozhodování. Zná sám sebe, své síly a možnosti. Upevnění identity dospělého a identifikace s rolí dospělého souvisí s dosažením osobní zralosti. Zralý člověk přejímá plnou zodpovědnost za své jednání a začíná být ekonomicky nezávislý na rodičích. Toto období může být spojováno s nalézáním životního partnera a zakládáním rodiny. Dalším charakteristickým znakem dospělosti je předběžná volba povolání, získávání kompetencí k výkonu profese, nalezení profese a postupné získávání odpovědnosti v získané profesi. Zralý člověk podává dobrý výkon bez zbytečných konfliktů a je schopen kooperace. Dokáže respektovat autoritu i vést tým, jedná vyspěle ve své profesi i studiu. Chápe smysl své práce, která ho činí soběstačným, nebo se

připravuje na VŠ k náročnější profesi. Rozumně plánuje budoucnost. Na rozdíl od adolescenta umí trávit volný čas sám, nevyhledává tolik skupiny. Dospělý má několik dobrých přátel, se kterými může sdílet své pocity a zkušenosti. Symetrické vztahy s vrstevníky jsou pro časnou dospělost charakteristické. Mezi 25. – 30. rokem, po úplném přijetí zodpovědnosti za řízení vlastního života, přichází období střední dospělosti (32, 47, 59).

7.2.1 Konzumace alkoholu v období časně dospělosti

Přijetí ekonomické samostatnosti nutí dospělého naučit se efektivně hospodařit s vlastními penězi, útrata za alkohol je menší než dříve. Občas se objeví somatické komplikace, které nutí člověka k omezení konzumace alkoholických nápojů. Své tělo musí vzít člověk na vědomí, musí se přizpůsobit možnostem, co mu tělo nabízí (síla, vytrvalost, zdraví, nervová odolnost). Častost konzumace alkoholu začíná klesat. Alkohol není tolik konzumován ve skupinách, spíše s důvěrným přítelem nebo několika dobrými přáteli. Konzumace alkoholu se může stát denním rituálem, jakým je například pivo u oběda (41, 48, 49).

7.3 Terciální vzdělávání

Terciální vzdělání chápeme jako navazující studium na úplné střední vzdělání, zakončené maturitní zkouškou. Terciální vzdělání poskytují instituce terciálního vzdělání, řadíme sem tedy vysoké školství a vyšší odborné školství. Terciální školství má odlišnou organizační strukturu od školství primárního a sekundárního. Poptávka po odborné kvalifikaci narůstá a alespoň bakalářský stupeň vysokoškolského vzdělání se stává pro mnoho profesí nutností. Organizační forma výuky je označení pro uspořádání vyučovacího procesu. V terciálním vzdělávání se využívá zejména následujících organizačních forem výuky: individuální výuka, projektová výuka, diferencovaná výuka, skupinová a kooperativní výuka, dále důraz na školní prostředí, prostory a didaktické pomůcky a techniky (audiovizuální zařízení, projekční zařízení, zvuková zařízení apod.). V jednotlivých organizačních formách výuky je třeba volit vhodné pomůcky a techniky, v závislosti na vyučovaném předmětu (22, 52).

7.3.1 *Emerging Adulthood – specifika vývojového období studia na VŠ*

„Emerging Adulthood“ („vynořující se dospělý“) je pojem, zavedený americkým psychologem J. J. Arnettem, označující věkové období studia na VŠ, které chápe jako kvalitativně odlišné od adolescence a rané dospělosti. Toto období je charakteristické zkoumáním vlastní identity v různých oblastech (kariéra, partnerské vztahy...), dále svobodou v jednání, zodpovědností za své chování a často i ekonomickou samostatností. Toto období je obvykle provázeno častými změnami (stěhování, brigády, navazování nových interpersonálních kontaktů). Významnými znaky tohoto období jsou experimentování a touha po nových zážitcích a zkušenostech. S tím je často spojovaná vysoká frekvencí abúzu alkoholu. Při studiu VŠ studenti se často osamostatňují, tedy ztrácejí kontrolu rodičů, což jim experimentování usnadňuje. Pro Emerging Adulthood je typické optimistické ladění. Adiktologická ambulance (3) popisuje experimentování s psychoaktivními látkami v tomto období za přirozené a tolerovatelné. Zároveň zmiňuje obtížnost v rozlišování jedinců, u kterých se jedná o přechodnou záležitost a jedinců, kteří ve škodlivém užívání budou pokračovat v dospělosti (3, 59).

7.3.2 *Konzumace alkoholu studenty vysokých škol*

V USA bylo rizikové užívání alkoholu studenty VŠ vyhlášeno jako závažný problém, ovlivňující zdraví populace. „Výsledky studií zaměřených na užívání alkoholu u této populace se shodují na tom, že prevalence užívání alkoholu a problémů spojených s jeho užíváním je v této populaci vyšší než ve stejné věkové kategorii nestudentů.“ (2). Studenti, rizikově užívající alkohol mívají častěji zkušenosti s ilegálními psychoaktivními látkami. Nejčastějším způsobem pití alkoholu je takzvané „binge drinking“ – užívání nadměrných dávek alkoholu v jedné konzumní epizodě, která dle Jellinekovy typologie nejvíce odpovídá typu beta. Výzkumy uvádějí, že v USA konzumuje alkoholické nápoje tímto způsobem 40 – 45% vysokoškolských studentů, ve Švédsku 51% žen a 71% mužů. 24% studentů lékařských fakult v Německu prožilo binge drinking během posledních dvou týdnů. V ČR je rizikové chování ve vztahu k alkoholu přítomno zhruba u 25% studentů vysokých škol (1, 2, 3, 26).

S konzumací alkoholu u studentů vysokých škol bývají nejčastěji spojována

následující rizika: řízení vozidla pod vlivem alkoholu, úrazy, násilné chování, rizikové sexuální chování, násilná trestná činnost, suicidální tendence, somatické komplikace, zmeškané vyučovací hodiny, zhoršené školní výsledky a předčasné ukončení studia (2).

V české vysokoškolské populaci nebyla věnována taková pozornost, v práci tedy budou popsány zejména zahraniční metody intervence. NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) uvádí, že nejefektivnější intervence má zahrnovat tři úrovně:

1. individuální přístup

2. zaměření na populaci studentů

3. prostředí univerzity a okolí.

NIAAA uvádí, že délka intervence nemá vliv na efektivitu programu. Jako efektivní se ukázaly ty programy, které zahrnují možnost osvojení si nových dovedností, týkajících se kontroly nad užíváním. V praxi se využívají nácviky kognitivně behaviorálních dovedností, krátké intervence a motivační rozhovory. Mezi nejpoužívanější metody lze zařadit program BASIC (Brief Alcohol Screening and Intervention of College Students). Jedná se o dvě 50 minutová sezení, ve kterých studenti vyplní dotazník týkající se způsobů užívání alkoholu, rizikových situací vedoucích k jeho užívání a postoje k alkoholu. Dotazníky jsou vyhodnoceny, porovnány s normami v obecné vysokoškolské populaci a interpretovány studentům. Cílem programu pro osoby s rizikovým užíváním je získání kontroly nad vlastním pitím a uvědomění si nebezpečných situací, které k němu vedou. Program BASIC obvykle vede k snížení množství konzumovaného alkoholu a četosti užívání. Dále se využívá internetových intervencí – studenti raději využívají metody s minimálním kontaktem, jako jsou e-CHUNG a MyStudentBody. Student vyplní online dotazník a dostane zpětnou vazbu, zahrnující srovnání se studentskou populací, hodnoty o množství užívané látky a množství peněz, utracených za alkoholické nápoje. Z programů pro skupiny studentů lze uvést ASTP (Alcohol Skills Training Programme). Intervence probíhají 6 – 8 týdnů formou prezentací. Vznikají webové stránky zaměřující se na informovanost vysokoškolských studentů o problematice vysokoškolského pití. Na prostředí univerzity a její okolí jsou též kladeny jisté požadavky, jako například zákaz užívání psychoaktivních látek (včetně alkoholu a tabákových výrobků) na vysokoškolských kolejích, nebo školení personálu kolejí v rozpoznávání studentů se sklony ke škodlivému pití alkoholu (1, 3).

8. Příčiny konzumace alkoholu studenty VŠ

Existuje řada příčin konzumace alkoholu studenty. Některé z nich budou v práci popsány. Může se jednat například o pití alkoholu, spojené s jejich životním stylem, možnost trávení volného času, formu útěku z náročné životní situace, konzumaci zapříčiněnou stresovou situací, nástroj zvyšování sebedůvěry nebo společenský rituál.

8.1 Životní styl

Životní styl (life-style) je termín, zahrnující síť mezilidských vztahů, stravování, pohybové aktivity, organizaci času, záliby a zájmy. Adler tak označoval originální způsob chování jedince, vycházející z jeho motivů, postojů, zájmů a hodnotového žebříčku. Sak (49) charakterizuje životní styl jako hodnotový systém jedince, který má jistou dynamiku a je promítnutý do sociálního časoprostoru jedince. Hodnotový systém jedince dle Hubinkové (19) vychází z kulturního prostředí, které je výsledkem lidské činnosti a určitou identitou člověka. Sociální prostředí po člověku žádá určité normy a způsoby chování a jednání, které si v dané kultuře společnost utváří. Životní styly se mění v závislosti na různých životních etapách. Do oblasti zdravého životního stylu Kopřiva (29) uvádí pohyb, stravovací návyky, pravidelnost a kvalitu spánku a organizaci času. Prevencí špatné organizace času může být plánování času, protože z takzvaného nestíhání pramení stres (16, 19, 29, 46, 49).

Problémem nepestrého životního stylu může být takzvaná každodennost. Tou chápeme soubor aktivit a činností, které vykonáváme denně. Každodennost je typická rytmičností, řazením a charakteristickou následností jednotlivých činností. Pokud dojde k narušení každodennosti, člověk může být vystaven novým problémům, které nechce, nemůže nebo neumí řešit. Narušení každodennosti je chápáno jako zátěžová životní situace (16, 19, 29, 46, 49).

Nešpor (41) vymezuje několik typů rizikových životních stylů:

- a) přešponovaný životní styl,**
- b) rizikový a stresující životní styl,**
- c) chaotický životní styl,**

d) neradostný životní styl,

e) nastražený životní styl,

f) prázdný životní styl.

Přešponovaný životní styl je charakteristický pro člověka, který chce stihnout mnoho věcí a klade na sebe přílišné nároky. Nestíhá, co si stanovil. Rizikový a stresující životní styl souvisí s rizikovými zaměstnáními. Týká se pracovníků integrovaného záchranného systému, pracovníků ve zdravotnictví, politiků, novinářů a vedoucích pracovníků. Chaotický životní styl je typický střídáním naprostého vytížení a nulové aktivity. Tento styl bývá zapříčiněn termínovou prací, nebo přípravou na konkrétní zkoušku. Zmíněný styl je často viditelný u studentů VŠ, kteří často mají sklon nechávat vše na přípravu na poslední chvíli. Neradostný životní styl je plný nepříjemných povinností, které člověku nepřinášejí uspokojení a potěšení. Takový člověk těžce pracuje do doby, kdy jeho trpělivost takzvaně přeteče. Poté udělá něco, co si později vyčítá a pokračuje v neuspokojivé činnosti, dokud jeho trpělivost nepřeteče znovu. Nastražený životní styl je založen na předpokladu člověka, že mu lidé chtějí ubližovat. Je nedůvěřivý a o lidech si nemyslí nic dobrého. Prázdný životní styl prožívají obvykle nezaměstnaní nebo nemocní, je pro něj typická nuda a prázdnota. Všechny zmíněné životní styly mohou vzbuzovat v určitých případech chuť na alkohol. Z toho plyne, že závislí na alkoholu nebývají pouze lidé, žijící na okraji společnosti, ale i lidé vzdělaní, snaživí a pracovití (41).

8.2 Volný čas

Hofbauer charakterizuje volný čas následovně: „*Volný čas je čas, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, jež vyplývají z jeho sociálních rolí, zvláště z dělby práce a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj život.*“ (17). Volný čas bývá též vymezován jako zbytkový čas po splnění všech pracovních i nepracovních povinností. Volný čas je tedy čas, který člověk věnuje nějaké činnosti s určitým očekáváním. Činnosti se účastní dobrovolně a rád, protože mu přináší jisté uspokojení, spojené s příjemnými zážitky. Hlavními funkcemi volného času jsou podle Hofbauera: odpočinek, zábava a spoluúčast na vytváření kultury. Francouzský sociolog volného času Sue definoval čtyři funkce volného času:

a) psychosociologická funkce volného času,

b) sociální funkce volného času,

- c) terapeutická funkce volného času,**
- d) ekonomická funkce volného času (17, 52).**

Psychosociální funkce volného času je charakteristická relaxací, uvolněním, zábavou a rozvojem osobnosti. Díky sociální funkci volného času máme možnost socializace v různých sociálních prostředích a skupinách. Terapeutická funkce zahrnuje zdravotní hledisko, zejména zdravý životní styl, prevenci chorob a smyslový rozvoj. Ekonomická funkce zastává názor, že volný čas má hospodářský význam pro člověka i společnost a už není chápán jako neproduktivní a promarněný. Volný čas lze trávit aktivním nebo pasivním odpočinkem (17, 52).

Bylo zjištěno, že jednotlivé aktivity ve volném čase lze sdružit v obecnější skupiny aktivit, podle předmětu zájmu. Faktorově analytické výzkumy volnočasových aktivit přinesly následující výsledky:

- a) faktor 1 – kulturní orientace**
- b) faktor 2 – sportovní orientace**
- c) faktor 3 – extrovertní orientace**
- d) faktor 4 – manuální orientace**
- e) faktor 5 – introvertně – konzumní orientace.**

S věkem se frekvence různých volnočasových aktivit mění. Různým volnočasovým aktivitám věnujeme různé množství času v různém věku. Kulturní orientaci chápeme návštěvy divadel, výstav, koncertů, četbu knih, uměleckou činnost a mimoškolní vzdělávání. Sportovní orientace je faktorem, oproštěným od intelektuálních a kulturních činností. Řadíme sem aktivní sportování, návštěvy a sledování sportovních utkání, domácí práce, počítačové a jiné hry. Extrovertní orientace je faktor obsahující kontakt s lidmi. Zahrnuje milenecké a sexuální aktivity, návštěvy kaváren a restaurací, večírky a párty, návštěvy diskoték a tanečních zábav. Manuální orientace je faktorem, zahrnujícím kutilství, práci na domě, bytě, zahradě, chov zvířat, ruční práci a vedlejší výdělečnou činnost. Položky introvertně – konzumní orientace patří mezi nejfrekventovanější v populaci. Lze sem zařadit poslech hudby (z rádia nebo přehrávače, nikoli návštěvu koncertů), sledování televize, takzvané nicnedělání (pasivní odpočinek), psaní dopisů, deníků a v současné době blogů, dále také četbu tiskovin. Konzumaci alkoholu ve volném čase obvykle zahrnuje extrovertní orientace. (48, 49)

8.3 Náročná životní situace - únik do alkoholu

Náročnými životními situacemi neboli krizemi si v životě projde každý. Jak uvádí Vodáčková, krizi lze chápat „jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým potenciálem, nábojem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání.“ (61). Z definice plyne, že krizi můžeme chápat jako přechodné období mezi různými stádii vývoje člověka. Podle Hartla a Hartlové je krize: „situace situace selhání dosavadních regulativních mechanismů, nefunkčnost v oblasti biologické (spánek, potrava), psychické (ztráta smyslu života), sociální (život s druhými); též výraz pro extrémní zátěž, nebezpečný stav, životní událost, rozhodný obrat v léčbě.“ (16). Fáze krizového stavu lze definovat následovně:

a) fáze ohrožení,

b) fáze zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací,

c) fáze predefinování krize,

d) fáze závažné psychologické dezorganizovanosti.

Ve fázi ohrožení se objevuje zvýšená úzkost. Nastoupí takzvané zvládací strategie, v případě že se neosvědčí, nastupuje druhá fáze. Člověk zažívá pocity zranitelnosti, uvědomuje si, že nemá situaci ve svých rukou. Zkouší náhodné strategie, jako je například kontaktování linky důvěry. Pokud to nepomůže, nastupuje třetí fáze- predefinování krize. Člověk se snaží krizi predefinovat a věří, že tak najde její řešení. Čtvrtá fáze se vyznačuje dezorganizovaností. Mohou se objevit kognitivní, emocionální a psychické změny jako následky krize. Krizová intervence nebo jiný druh odborné pomoci se v této chvíli jeví jako nezbytný. (16, 61)

Na krize může člověk reagovat různými způsoby. Běžné jsou agresivní reakce (verbální i fyzické), regresivní chování, nebo útekové chování. Regresivní chování je jistým návratem člověka ke dřívějšímu (vývojově nižšímu) chování, ve kterém se člověk cítí lépe. Útekovým (též únikovým) chováním chápeme nevědomé obranné strategie člověka. Jde o obranný mechanismus, při němž se člověk nevědomě vyhýbá nepříjemné události, nebo náročnému životnímu úkolu. Člověk může unikat například do nemoci, do virtuální reality, nebo do konzumace alkoholu. Únikem k alkoholu člověk odkládá řešení krizové situace. Náročná životní situace ho se stoupající hladinou alkoholu v krvi přestává tížit a na nutnost jejího řešení na chvíli zapomene (16, 61).

8.3.1 Stres

Endokrinolog a fyziolog H. Selye definoval stres jako charakteristickou fyziologickou odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, které se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu. Ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci nervového sympatického nebo adrenalinokortikálního systému a poté imunitního systému. R. S. Lazarus upozorňuje na značnou roli kognitivního odhadu, který může být ohrožující nebo může pomoci ve zvládnání stresu. „K. H. Pribram (1966) zjistil, že přehodnocení situace jedincem může redukovat stresovou reakci, proto kombinace kognitivních procesů, fyziologických reakcí a zpětné vazby z těchto reakcí znesnadňuje přijetí zjednodušující koncepce psychologického stresu.“ (16). Pavlov zkoumal reakce na stres u psů, zabýval se i chováním psů ve stresových situacích. Zjistil, stresové situace způsobují zvýšenou nervovou činnost. Některé stresové neurohumorální reakce mají i adaptivní charakter. To znamená, že mohou chránit organismus před poškozením. Opakované malé stresy pomáhají k dosažení pozitivní reakce u velkého stresu. Hartl a Hartlová (16) uvádí stres jako nadměrnou zátěž neúnikového druhu, vedoucí k trvalé stresové reakci, ústící v tkáňové poškození, k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám. Mezi znaky stresu patří zrychlení dechu, zvýšení tepové frekvence, svalového tonu, frekvence mozkových vln a vylučování serotoninu. Z hypofýzy se začne vyplavovat adrenokortikotropní hormon, který působí na sekreci nadledvinek. Nadledvinky začnou produkovat adrenalin, noradrenalin a kortizol, to způsobuje zvýšení krevního tlaku. Z jater se uvolňuje krevní cukr kvůli rychlému získání energie a z tukových tkání se spaluje tuk. Zmíněné fyziologické reakce pomáhají organismu vyrovnat se s nadměrnou zátěží, jakou je stres, a bojovat proti její příčině. Za stresující lze považovat i namáhavý sportovní výkon nebo náročnou a dlouhotrvající práci. Spokojená nálada po náročném sportovním nebo pracovním výkonu je způsobená vyplavením endorfinů. Při nemožnosti provádět navyklou sportovní nebo pracovní činnost se může objevit tak zvaný abstinční syndrom na endorfiny (16, 31).

Existují dva druhy stresu. Pozitivní stres neboli eustres a negativní stres neboli distres. Eustres může být spojen například s překonáváním překážek, příjemným očekáváním, sportovním výkonem, sledováním napínavého filmu nebo četbou detektivky. Eustres bývá pociťován v situacích, které máme pod kontrolou.

Přiměřená dávka takovéto zátěže člověku neškodí, naopak prospívá. Distres se naopak objevuje v situacích, které přestáváme zvládat. Přichází, když člověk ztrácí kontrolu nad situací, může se cítit přetížen, může být nejistý a ztrácí nadhled. Distres se může objevit v nepředvídatelných, neovlivnitelných a traumatických událostech. Z lékařského hlediska je důležitá míra stresu a častost objevování stresu (16, 31, 41).

Takzvané copingové strategie (vyrovnávací, zvládací strategie) pomáhají ve zvládání stresových, náročných, životních situací. Pojmem „coping behavior“ Maslow označuje chování za účelem zvládnutí požadavků prostředí. Copingové strategie bývají obvykle odvozeny od reakcí na zátěž – útoku, útěku a ochromení. Lazarus a Folkmanová popisují dvě základní strategie zvládání stresu:

a) zvládání, zaměřené na řešení problému,

b) zvládání, zaměřené na zlepšení emoční bilance.

Zvládání zaměřené na problém zahrnuje vymezení problému, hledání alternativních řešení, zvažování, volbu mezi nimi a realizaci vybrané alternativy. Zvládání zaměřené na zlepšení emoční bilance je zaměřené na zabránění zaplavení negativními emocemi, které by znemožnily provedení kroků k vyřešení problémů. Strategie zaměřená na zlepšení emoční bilance se používá v situacích, kdy průběh náročné, stresující, životní situace nelze nijak ovlivnit. Lidé, kteří se neumějí se stresem vyrovnat, často konzumují sacharidy nebo alkohol. Steele, Southwick a Pagano zjišťovali možný vliv alkoholu na snižování stresu. Sher a Levenson zjistili jev SRD, definovaný snížením úrovně reakce na stresový podnět. Obě zmíněné studie jsou popsány výše v teoriích alkoholismu. Oproti tomu Nešpor (30) uvádí některé neúčinné způsoby zvládání stresu. Užívání tabáku a kávy srdeční zátěž zvyšuje. Alkohol ve větších dávkách než 20 g 100% alkoholu denně (to odpovídá 0,5 l piva 12°, 2 dcl vína nebo 0,5 dcl destilátu) působí podobně. Po konzumaci alkoholu se mohou dostavit projevy agresivního chování, jehož důsledkem může být zvýšená míra stresu. (8, 16, 31, 39).

8.4 Další výklady příčin konzumace alkoholu studenty VŠ

Alkohol je možné užívat také jako „lék“. Zpěváci jej používají na uvolnění hlasivek. Alkohol bývá někdy konzumován jako prostředek na spaní. Dále lze alkohol chápat jako nástroj pro zvyšování důvěry. Za jednu z příčin konzumace se dá považovat i užívání při společenských setkáních a rituálech.

8.4.1 Alkohol jako nástroj zvyšování sebedůvěry

Sebedůvěru lze charakterizovat jako kladný postoj člověka k sobě samému. Je považována za součást sebepojetí (vlastní představa o sobě). Sebedůvěru je možné posilovat i snižovat přiměřenými či nepřiměřenými úkoly, pochvalami a lichotkami či napomínáním, zesměšňováním a trestáním. S konzumací alkoholu sebedůvěra roste. Pod vlivem alkoholu lidé obvykle prezentují sami sebe v lepším světle. Někteří lidé mohou alkohol konzumovat právě kvůli zvýšení jejich mínění o sobě. To jim může pomoci například v navazování kontaktů (nestydí se) nebo v komunikaci ve skupině (16, 31).

8.4.2 Společenský rituál

Konzumace alkoholu může mít rituální charakter. Rituál lze chápat jako pravidelné opakování určitých úkonů. Alkoholické nápoje bývají často konzumovány při společenských setkáních (například pravidelné srazy každý pátek v konkrétním podniku). Konzumace alkoholu může souviset i s chutí na konkrétní alkoholický nápoj (16).

III. Praktická část

9. Cíle a zaměření práce a výzkumu

Na základě prostudovaných pramenů a výstupů z výzkumů, zkoumajících otázky nadužívání alkoholu, jsou formulovány následující cíle praktické části.

a) cíl 1

Cílem práce je provést deskripci problematiky nadužívání alkoholu v teoretické části, zhotovení podkladů pro další, specializovanější výzkumy týkající se této problematiky a zpracování doporučení pro preventivní aktivity.

b) cíl 2

Dalším cílem je provést sondu, která přinese informace o výskytu abúzu alkoholu na vzorku respondentů z vybraných vysokých škol (více o zkoumaném vzorku v kpt. 10).

c) cíl 3

Na základě informací, zjištěných v dotazníkovém šetření, se provede analýza údajů a formulují se trendy, které charakterizují užívání alkoholu vysokoškolskými studenty. Výstupy šetření se autor pokusí zobecnit ve vztahu k vysokoškolské populaci ČR.

A) 1. část - kvantitativní výzkum

První částí výzkumu je dotazníkové šetření – použit je dotazník AUDIT pro zjišťování poruch způsobených alkoholem. Respondenty jsou studenti a studentky vybraných vysokých škol. Výstupy šetření jsou graficky znázorněny a popsány. Před samotným začátkem šetření byly stanoveny čtyři následující výzkumné předpoklady.

a) *Studenti VŠ konzumují alkoholické nápoje častěji a ve větším množství, než studentky VŠ.*

Hypotéza byla konstruována na základě pozorování. V restauračních zařízeních se častěji při konzumaci alkoholických nápojů objevují muži, než ženy.

b) *Studenti, kteří bydlí na koleji nebo v pronájmu, konzumují alkohol častěji, než studenti, bydlící u svých rodičů.*

Hypotéza je formulována na základě předpokladu, že doma jsou studenti stále "hlídáni rodiči", nechtějí se vracet v podnapilém stavu domů a nechtějí konzultovat konzumaci alkoholických nápojů s rodiči.

c) *Studenti prvních ročníků pijí alkoholické nápoje častěji, než studenti závěrečných ročníků.*

Hypotetický konstrukt vychází z předpokladu, že prvním ročníkům pomáhá sociální aspekt konzumace alkoholu ve snadnějším navazování nových kontaktů. Druhým předpokladem je, že končící ročníky se připravují na státní závěrečné zkoušky a na "zábavu" nemají čas.

d) *Studenti společenskovedních oborů konzumují alkoholické nápoje méně často, než studenti ostatních oborů.*

Je předpokládáno, že studenti společenskovedních oborů budou mít na základě studia více informací o poruchách, které alkohol způsobuje, proto budou v konzumaci opatrnější.

B) 2. část – kvalitativní výzkum

Druhá etapa výzkumu je provedena formou strukturovaných rozhovorů. Respondenty jsou studenti a studentky vysokých škol. Rozhovory jsou pro přesnost nahrávány na diktafon. Výstupem této metody jsou přepsané rozhovory a jejich interpretace. Před počátkem metody strukturovaného rozhovoru jsou kladeny následující výzkumné otázky.

- a) *Jaké preference a trendy v konzumaci alkoholických nápojů uvádějí nejčastěji studenti VŠ?*

- b) *Jak studenti VŠ nahlíží na vlastní chování po konzumaci alkoholických nápojů?*

- c) *Do jaké míry studenti dostatečně informováni o možnostech poradenství a terapie poruch způsobených alkoholem?*

10. Struktura výzkumného vzorku respondentů

10.1 Struktura výzkumného vzorku respondentů – dotazníkové šetření

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 565 respondentů, z nichž 425 přislíbilo účast na případném rozšíření studie (resp. přenechalo kontakt a souhlasilo s dalším oslovením touto cestou, výměnou za poskytnutí výsledků šetření). Čtenářovi bude nastíněno rozložení výzkumného vzorku z hlediska pohlaví, věku, studijního zaměření a bydliště (nikoli ve smyslu města nebo kraje, ale z vybraných možností: a) s rodiči, b) na koleji, c) v pronájmu nebo vlastním bytě, d) jiné...). Pro lepší představu bude struktura vzorku znázorněna graficky. Výzkumný vzorek respondentů lze popsat z těchto hledisek:

- **porovnání dle pohlaví:** z celkového počtu 565 vysokoškolských studentů ve věku 19 – 26 let je 270 mužů a 295 žen¹¹

- **porovnání dle věku:** šetření se zúčastnilo 174 respondentů je ve věku 19 – 21, 180 respondentů je ve věku 22 – 23 let a 211 respondentů mezi 24 – 26 lety¹²

- **porovnání dle bydliště:** 200 respondentů bydlí u rodičů, 210 na koleji, 147 v pronájmu nebo vlastním bytě. 8 respondentů v úvodním dotazníku označilo možnost "jiné.....", 6 z nich bydlí u partnera nebo partnerky, 1 u prarodičů a 1 u sourozence¹³

- **porovnání dle oborového zaměření studia:** respondenti jsou rozděleni do 9 kategorií dle zaměření jejich studia. 63 respondentů ekonomického zaměření, 50 filologického zaměření, 59 humanitního zaměření, 65 pedagogického zaměření, 39 přírodovědeckého zaměření, 73 společenskovedního zaměření, 114 technického zaměření, 34 teologického zaměření a 68 zdravotnického zaměření¹⁴.

10. 2 Struktura výzkumného vzorku respondentů – rozhovor

Pro metodu strukturovaného rozhovoru je vybrán z každé kategorie respondentů jeden zástupce. Rozhovorů se zúčastnilo 5 mužů a 4 ženy.

¹¹ Příloha č. VI-a

¹² Příloha č. VI-b

¹³ Příloha č. VI-c

¹⁴ Příloha č. VI-d

11. Průběh výzkumu

V následující kapitole je popsán celý průběh výzkumu. Nejprve bylo provedeno pilotní šetření za účelem zjištění, zda se vůbec ve vysokoškolské populaci objevují sklony k abúzu alkoholu a alkoholismu. Úkolem předvýzkumu bylo ověření srozumitelnosti a jednoznačnosti dotazníkových otázek. Dále se kapitola věnuje výběru vzorku respondentů, konkrétním výzkumným metodám a zpracování získaných dat.

11.1 Pilotní šetření

Cílem pilotního šetření je zmapovat, zdali se alkoholismus ve vysokoškolské populaci vůbec vyskytuje. Pilotního šetření proběhlo v březnu 2010 a zúčastnilo se jej 5 studentů stavebního inženýrství a 5 studentek psychologie. Jsou použity následující metody – nestrukturovaný rozhovor a pozorování. V krátkých rozhovorech respondenti pilotního šetření odpovídali na otázky týkající se častosti konzumace alkoholických nápojů a jejich množství, způsoby trávení volného času v souvislosti s jejich životním stylem a jejich vlastní názor na užívání alkoholických nápojů jimi samými. 6 z 10 dotazovaných studentů konzumuje alkohol alespoň 3x týdně a 7 z 10 studentů vypije minimálně jednou týdně více než 5 standardních sklenic alkoholu.

Pozorováním v restauračních a klubových zařízeních lze zmapovat, kolik návštěvníků se za účelem získání slevy a alkoholického "welcome drinku" prezentuje studentskou kartou. Z 80 účastníků se prokázalo potvrzením o studiu 58 studentů (vzhledem k přístupnosti akce od 18 let lze uvažovat, že většinou jde o studenty VŠ).

Na základě pozorování lze usuzovat, že studenti VŠ alkohol konzumují ve větší míře a vzhledem k informacím z rozhovorů lze předpokládat, že jej konzumují často. V rámci pilotního šetření vypořádanou vysokou frekvencí a množstvím konzumace alkoholických nápojů vysokoškolskými studenty je možno považovat za nebezpečné.

11.2 Předvýzkum

Předvýzkum byl proveden ve skupině 21 studentů psychologie a 25 studentů stavebního inženýrství. Zmíněné výzkumné skupině bylo zadáno vyplnění dotazníku

AUDIT tak, jak jeho zadání popisují Barbor, Higgins-Biddle a kol. (7). Dotazník AUDIT se ukázal jako vhodná metoda pro studenty VŠ – odpovídali jednoznačně, k otázkám neměli dotazy za účelem upřesnění a test hodnotili jako srozumitelný.

11.3 Výběr vzorku respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 565 respondentů. Toto nestandardní číslo nebylo určeno náhodně, ale snahou o kvalitní zpracování statistickou metodou, kdy se předpokládalo, že z každé zkoumané kategorie odpoví pokud možno alespoň 50 respondentů. Nebylo možné předem určit přesný počet respondentů, ani konkretizovat dobu trvání samotného sběru dat v rámci dotazníkového šetření. Celková doba sběru dat (duben 2010 – únor 2011) se odvíjela zejména od naplnění jednotlivých zkoumaných kategorií.

Data byla získávána lavinovitým výběrem. Konkrétně se data pořizovala díky využití internetu (zaručuje anonymitu a komfort pro respondenty), oslovením skupiny známých emailem nebo pomocí sociální sítě Facebook, se stručným popisem práce a prosbou o vyplnění dotazníku. Dále byl dotazník umístěn na několika vybraných diskusních fórech. Pro další rozšíření dotazníku bylo využito tzv. snowball technique – techniky sněhové koule. Každý respondent obdržel s dotazníkem i prosbu o jeho rozšíření ve svém okolí. Ne každý má přístup k internetu, proto byla data získávána i pomocí tištěného dotazníku, který byl rozdáván autorkou na akademické půdě vybraných vysokých škol. Respondenti byli získáváni individuálním osobním oslovením, kdy jim byla stručně popsána práce a její smysl. V závěrečné části sběru dat bylo oslovování respondentů cílenější, protože některé kategorie respondentů nebyly úplně naplněny. Získání dostatečného počtu respondentů všech kategorií se mělo dopomoci vhodnou strategií výběru respondentů – příležitostným výběrem z konkrétně zaměřených vysokých škol. I přesto se nepovedlo naplnit dvě ze zkoumaných kategorií studijního zaměření, a to teologické (vyplnilo pouze 34 respondentů) a přírodovědecké (vyplnilo pouze 39 respondentů).

Za 10 měsíců bylo získáno 455 dotazníků pomocí internetu a 110 tištěných dotazníků. Výsledky dotazníků sebraných pomocí internetu a sociálních sítí v porovnání s výsledky získanými osobně nevykazují žádné zásadní rozdíly, je tedy předpokládáno, že způsob vyplnění dotazníku nemá na výsledek šetření žádný vliv. Proto jsou oba typy dotazníků v práci nadále sloučeny do jednoho výzkumného vzorku.

11.4 Použité výzkumné metody

Ve výzkumu byly použity dvě hlavní výzkumné metody: dotazníkové šetření a strukturovaný rozhovor.

11.4.1 Dotazník AUDIT

Pro šetření byl zvolen skríninkový dotazník AUDIT. Dotazník je v původním, anglickém znění, dostupný v publikaci AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test; Guidelines for Use in Primary Care (7). V českém jazyce je uveřejněn ke stažení na webových stránkách internetového portálu o legálních a ilegálních drogách (12). Modifikaci dotazníku AUDIT lze najít v knize Zůstat střízlivý (41), kde je zmíněn terapeutický účinek samotného vyplnění dotazníku (7, 12, 41).

Orientační vodítka, podle kterých lze AUDIT vyhodnocovat, jsou v českém jazyce uveřejněna na internetovém portálu drogy – info (12) nebo v knize Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití od autorů Barbor a Higgins-Biddle (6). Některé podněty pro vyhodnocení přináší Nešpor (41), pro přesnější výsledky se ovšem doporučuje prostudovat původní zdroj. Kompletní manuál k dotazníku AUDIT v českém znění není uveřejněn, kvantitativní část výzkumu této práce vychází zejména z anglického překladu originálního znění (6, 7, 12, 41).

11.4.1.1. Historie, vývoj a validace AUDITu

AUDIT byl vyvinut v 80. letech 20. století mezinárodní skupinou odborníků WHO za účelem sestavení jednoduchého nástroje, zaměřujícího se na včasnou detekci osob s ranými problémy v užívání alkoholu. Oproti předchozím skríninkovým testům měl AUDIT umět identifikovat užívání s nízkým rizikem, rizikové a nebezpečné užívání i závislost. Samotný dotazník byl po dobu 20 let vyvíjen a testován, než byla prokázána jeho přesnost v měření rizika bez ohledu na pohlaví, věk a prostředí zkoumaných osob. Autoři nejprve bádali nad řadou autodiagnostických, laboratorních a klinických postupů v mezinárodním kontextu, posléze uvedli studii, jejímž cílem byl výběr těch nejlepších položek ze zkoumaných postupů. Zmíněná komparativní studie proběhla v 6 zemích (Norsko, Austrálie, Keňa, Bulharsko, Mexiko a USA). Cílem bylo

vybrat položky, nejlépe rozlišující užívání respondentů s nízkou mírou rizika od respondentů, u kterých jsou viditelné symptomy škodlivého užívání. AUDIT byl standardizován pro mezinárodní využití (jako jediný skríninkový test tohoto zaměření) a jeho validita byla ověřena v 6 zemích. Roku 1989 byl poprvé vydán uživatelský manuál AUDITu, napsaný těmito autory: Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders a Maristela G. Monteiro. Jeho reliabilita i validita byly několikrát potvrzeny v různých prostředích. Test je nadále využíván zdravotními a zdravotně-sociálními pracovníky v primární péči a dále v epidemiologických studiích (6, 7, 12).

Barbor a kol. (7) popisují, že z důvodu rozmanitých kritérií, jakými jsou například průměrná denní spotřeba alkoholu, opakující se intoxikace nebo vlastní percepce problémů s užíváním alkoholu, byla vypočtena citlivost a přesnost jednotlivých položek. Ve fázi vývoje testu přinesla hraniční hodnota 8 bodů výslednou citlivost dotazníku AUDIT pro rozličné ukazatele problematické konzumace alkoholu, která vykazovala směrodatnou odchylku 0,90. Přesnost v mezinárodním kontextu dosáhla průměrné směrodatné odchylky 0,80. Porovnání s ostatními skríninkovými testy (např. dotazník CAGE) ukázalo, že AUDIT vykazuje srovnatelnou nebo vyšší přesnost v řadě nejrůznějších kritérií (7).

Výsledky, týkající se reliability dotazníku AUDIT, ukazují na vysokou vnitřní soudržnost. To znamená, že AUDIT měří spolehlivým způsobem. Reliabilita testu byla zjišťována metodou test – retest. Tuto metodu lze vykládat jako opakované testování v určitém časovém intervalu, zjišťující spolehlivost testu pomocí takzvaného koeficientu stability. Studie, zjišťující reliabilitu, prokázala vysokou spolehlivost. Dále odborníci zkoumali vliv řazení otázek a změn formulací na spolehlivost vnitřní soudržnosti testu a odhad prevalence zkoumaného jevu. Změněné pořadí otázek ani odlišné formulace otázek neměly vliv na celkový skóre respondentů. Z toho plyne, že je možné v určité míře znění testových otázek a jejich pořadí modifikovat. Dotazník AUDIT může být použit v tištěné podobě, nebo formou strukturovaného interview. V Kanadě byl AUDIT zařazen i do telefonického skríninkového šetření (6, 7).

AUDIT je podle Barbora a kol. (7) vhodný pro širokou skupinu možných zkoumaných osob. Je vhodný pro muže i pro ženy. Vliv věku na AUDIT nebyl systematicky analyzován. Autoři zmiňují metodologickou studii, prokazující vysokou přesnost v určování alkoholové závislosti u studentů VŠ (6, 7).

11.4.1.2 Deskripce, vyhodnocování a interpretace AUDITu

AUDIT je skríninkový dotazník o 10 položkách. Je sestaven z 10 uzavřených otázek. Otázky 1 – 8 nabízí 5 možných odpovědí a týkají se posledních 12 měsíců. Otázky 9 – 10 nabízí 3 možnosti odpovědi. V dotazníku se používá pojem „standardní sklenice“, tou se rozumí 0,5l. 12° piva, 0, 2l. vína, nebo 0, 05l destilátu. Dotazník je standardizován pro dospělou populaci. Délka administrace trvá 2 - 4 minuty, délka vyhodnocení přibližně 1 minutu. (7, 12, 41).

První 3 otázky se týkají rizikového (nebezpečného) pití alkoholu. Další 3 otázky zjišťují výskyt možných příznaků závislosti, poslední 4 se ptají na indikátory škodlivého pití alkoholu. AUDIT pomáhá zjistit míru závažnosti konzumace alkoholu, umožňuje vytipovat osoby s problémy s alkoholem a určit vhodnou následnou intervenci. AUDIT umožňuje rozeznávat v konzumaci alkoholu 3 úrovně rizika (rizikové pití, škodlivé pití, závislost) a doporučuje následnou intervenci, kterou může být jednoduchá rada či doporučení, ale i návrh dalšího diagnostického vyšetření a léčby. AUDIT je v souladu s definicemi závislosti a škodlivého užívání alkoholu podle MKN-10.

"AUDIT není diagnostickým nástrojem a neopravňuje k závěru o formálním stanovení diagnózy závislosti na alkoholu. Skóre 20 a více bodů ukazuje na možnou závislost na alkoholu, nicméně vyžaduje další diagnostické vyšetření."(12). Zmíněné vyšetření by měli provádět pouze kvalifikovaní pracovníci ve zdravotnictví.

Vyhodnocení AUDITu není náročné. Všechny testové otázky obsahují uzavřenou sadu odpovědí, ohodnocených 0 – 4 body. Hodnoty všech odpovědí se sečtou. Celkový skór se může pohybovat od 0 do 40 bodů, přičemž platí, že čím vyšší hodnota, tím větší problémy s pitím alkoholu. Celkový skór 8 nebo více se doporučuje interpretovat jako indikátor rizikového nebo škodlivého užívání, případně jako jeden z ukazatelů závislosti na alkoholu. Zvýšené bodové hodnoty zároveň odráží vážnost problémů způsobených alkoholem. Dosažený skór se doporučuje interpretovat následujícím způsobem:

A) 0-7 bodů; pití alkoholu s nízkým rizikem

U respondentů, jejichž celkový skór se pohybuje v tomto bodovém rozpětí, není žádná intervence nutná. Vhodné je informování o alkoholu a jeho rizicích, pochvala a podpora pokračování v opatrné konzumaci. Informování o rizicích, se kterými může být konzumace alkoholu spjata, má také preventivní charakter. To může být účinné u osob, které při vyplňování testu zmenšili rozsah své konzumace.

B) 8-15 bodů; rizikové (nebezpečné) pití

V tomto bodovém rozmezí je vhodné krátké poradenství, dále se doporučuje průběžné sledování respondenta. Nejvhodnější intervencí je jednoduchá rada zaměřená na omezení rizikového pití. Nešpor (41) též doporučuje pití omezit nebo abstinovat.

C) 16 – 19 bodů; škodlivé pití nebo závislost

Toto bodové rozhraní odpovídá vysoké úrovni problémů s alkoholem. Doporučuje se kombinace jednoduchého poučení či poradenství a soustavného sledování. Kromě zmíněných intervencí Nešpor (41) doporučuje omezení konzumace nebo abstinenci.

D) 20 – 40 bodů; závislost na alkoholu

Počet 20 a více bodů ukazuje na možnou závislost na alkoholu. Dotazník však není diagnostickým nástrojem a neopravňuje k závěru o formálním stanovení diagnózy závislosti na alkoholu. Je nutné další diagnostické hodnocení. Dále se doporučuje odborné posouzení a léčba u specialisty (6, 7, 12, 41).

Vzhledem k absenci kvalitnějšího výzkumu by tato doporučení měla být chápána jako orientační. Měla by být předmětem dalšího klinického posouzení, které zohledňuje také zdravotní a rodinnou anamnézu, dále vnímanou čestnost při zodpovídání jednotlivých otázek dotazníku AUDIT. Klinický úsudek je nutný pro rozpoznání situací, kdy celkové skóre v AUDITu nemusí představovat skutečnou úroveň rizika, například pokud relativně nízká hladina pití maskuje významnou škodlivost nebo závislost.

Podrobnější interpretace celkového skóru jedince by měla vycházet z určení otázek, ve kterých získal alespoň 1 bod. Obecně platí, že 1 a více bodů v otázce 2 nebo v otázce 3 indikují spotřebu na rizikové úrovni. Body, získané v otázkách 4 až 6 (zejména týdenní nebo denní symptomy) naznačují přítomnost či vznikající závislost na alkoholu. Body získané za otázky 7 až 10 indikují, že dotazovaný již zakouší škodlivé účinky alkoholu. Poslední dvě otázky by měly být posuzovány velmi citlivě. Výzkumník by měl umět posoudit, zda-li jde o současné, nebo minulé problémy (12).

Aby bylo možné porovnávat odpovědi na otázky v dotazníku z různých demografických hledisek, byl sestaven krátký poznávací dotazník, který respondenti vyplňovali před dotazníkem AUDIT. V poznávacím dotazníku respondenti vyplňovali tyto údaje: pohlaví, věk, bydliště (nikoli ve smyslu měst nebo krajů, volili jednu z následujících možností: a) s rodiči; b) na koleji; c) v pronájmu nebo vlastním bytě; d) jiné.....), studijní obor a ročník. Dotazníku předcházel krátký úvod, seznamující se smyslem a cílem práce a s možností zanechání emailové adresy pro případ, že si respondenti přejí seznámení s výsledky práce.

11.4.1.1 Statistické zpracování dat

Deskriptivní neboli popisná statistika slouží k systematickému uspořádání sesbíraných údajů. Sebraná data neposkytují úplný a srozumitelný obraz o zkoumaném problému a je třeba je dále strukturovat, aby bylo možné vyčíst potřebné informace. Uspořádání a sumarizaci dat lze chápat jako hlavní účel deskriptivní statistiky. Toto je důvodem zvolení metody kvantitativní statistické analýzy.

Sesbírané údaje byly přepsány do konkrétní datové matice¹⁵ v programu Microsoft Excel, byly předány odborníkovi za účelem zpracování do sloupcových procent¹⁶. Zmíněná metoda poskytuje možnost porovnávat jednotlivé odpovědi z různých demografických hledisek, kterým se práce věnuje v kapitole 12.

11.4.2 Strukturovaný rozhovor

V kvalitativní části práce je použita metoda dyadického, strukturovaného, poznávacího rozhovoru.

Před samotným rozhovorem proběhla příprava, byl zkonstruován konkrétní rámec rozhovoru a jeho otázky. Dále byla připravena úvodní etapa rozhovoru, seznamující respondenta s obsahem a cílem práce. Konkrétní rámec rozhovoru je k nahlédnutí v příloze této práce¹⁷.

Před rozhovorem je respondent seznámen se stručným popisem práce a jejím smyslem, je mu nabídnuta možnost poskytnutí výsledků výzkumu. V rozhovoru jsou použity otevřené otázky, aby nebyla odpověď respondenta nijak limitována. Odpovědi na otevřené otázky mají často potenciál vysvětlování vlastních názorů či postojů, čímž umožňují autorovi kvalitnější vhled na problém. U otázky číslo 3 je škálová podotázka. Pokud je o typologii otázek uvažováno i z hlediska funkce, v rozhovoru se použijí primární i sekundární otázky. Pomocí primárních otázek se získají informace o respondentovi, díky sekundárním, podněcujícím otázkám bude naplněna kvalitativní složka rozhovoru. Pro větší přesnost se rozhovory nahrávají na diktafon, přesné odpovědi respondentů je možné pročíst v příloze této práce¹⁸.

¹⁵ Příloha č. IX

¹⁶ Příloha č. IX

¹⁷ Příloha č. V

¹⁸ Příloha č. VIII

12. Výsledky a interpretace získaných dat

A) 1. část - kvantitativní výzkum

Dotazníky AUDIT byly statisticky zpracovány a vyhodnoceny dle manuálu.

a) celkové skóre všech dotazníků

Nejprve bylo sečteno celkové skóre všech dotazníků. Šetření se zúčastnila 2% abstinentů (v dotazníku AUDIT nezískali ani jeden bod). Konzumace alkoholu s nízkým rizikem je charakteristická pro 33% respondentů, rizikové užívání alkoholu je typické pro 53% respondentů a škodlivé pití pro 10% zkoumaných osob. Tendence k závislosti mají dle šetření této práce 2% dotazovaných¹⁹.

b) porovnání celkového skóre mužů a žen

Při porovnání celkového skóre mužů a celkového skóre žen je možné zjistit určité charakteristiky pro obě pohlaví. Muži mají větší tendence k rizikovému a škodlivému pití alkoholu, pro ženy je typičtější konzumace alkoholu s mírným rizikem a rizikové pití. Muži mají větší tendence k závislostem, počty abstinentů jsou vyrovnané²⁰.

Je-li porovnávána častost konzumace alkoholických nápojů z hlediska pohlaví respondentů pomocí testové otázky číslo 1 dotazníku AUDIT, lze dojít k následujícím závěrům. 34,99% mužů konzumuje alkohol 4x týdně nebo častěji, 52,78% 2 – 3x týdně, 8,52% 3 – 4x měsíčně, 2,59% jednou za měsíc a 1,11% dotazovaných mužů nepije nikdy. U tázaných žen jsou procenta častosti konzumace alkoholických nápojů nižší. 24,49% uvedlo, že pijí alkoholické nápoje 4x nebo více za měsíc, 49,89% 2 – 3x týdně, 11,53% 3 – 4x měsíčně a 5,76% jednou v měsíci. Alkoholické nápoje nikdy nepije 3,39% zkoumaných žen. Grafické znázornění častosti konzumace alkoholických nápojů z hlediska pohlaví je k nahlédnutí v příloze této práce²¹.

Dále lze porovnat množství alkoholu, které při běžném pití vypijí muži s množstvím, které vypijí ženy. Toto je možné posoudit podle otázky číslo 2 dotazníku AUDIT. 7,12% dotazovaných mužů uvedlo, že při typické příležitosti, kdy konzumují

¹⁹ Příloha č. VII-a, VII-b

²⁰ Příloha č. VII-c

²¹ Příloha č. VII-f

alkoholické nápoje, vypije 10 a více standardních sklenic. 31,53% respondentů mužského pohlaví vypije 7, 8 nebo 9 sklenic alkoholického nápoje, 25,76% 5 - 6 sklenic, 16,95% 4 – 5 sklenic a 18,64% vypije nejvýše 2 sklenice. Výsledky žen vypadají následovně: 1,42% žen během jedné typické příležitosti kdy pijí, zkonsumuje 10 nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje, 8,15% vypije 7, 8 nebo 9 sklenic, 49,63% 5 - 6 sklenic a 17,78% 3 - 4 sklenice. 22,96% žen, které se zúčastnily šetření, nevypijí více než 2 sklenice. Z analýzy otázky číslo 2 lze usuzovat, že studenti VŠ konzumují alkoholické nápoje častěji a ve větším množství, než studentky VŠ. Grafická podoba zkoumání množství konzumovaného alkoholu během typického dne kdy respondenti pijí je k vidění v příloze práce²².

c) porovnání celkového skóre z hlediska věku

Je-li zkoumáno celkové skóre vzorku respondentů dle věku, lze vysledovat nárůst rizikové konzumace alkoholu a zvyšující se počty potenciálních závislých. Studenti VŠ pijí nejnebezpečněji na počátku a na konci studia, nejméně rizikově pijí studenti ve věkovém rozhraní 22 – 23 let²³.

Na základě dotazníkového šetření lze vysledovat častost konzumace alkoholu z hlediska věku. Míra rizikové konzumace se s věkem zvyšuje. 77,59% studentů prvních ročníků označilo, že konzumují alkoholické nápoje 2 – 3x týdně nebo 4x či vícekrát týdně, oproti tomu 85,78% studentů končících ročníků pije alkoholické nápoje 2 – 3x týdně nebo častěji. Na grafu, který je k nahlédnutí v příloze práce²⁴, je viditelný nárůst častosti konzumace s věkem.

d) porovnání frekventovanosti konzumace alkoholických nápojů z hlediska bydliště respondentů

Otázku, zdali bydliště (u rodičů, na koleji, v pronájmu nebo vlastním bytě) ovlivňuje frekventovanost konzumace alkoholických nápojů, lze na základě provedeného šetření zodpovědět následovně pomocí otázky číslo 1 dotazníku AUDIT. 25,5% respondentů, bydlících během studia VŠ u rodičů, konzumuje alkohol 4x týdně nebo častěji. 2 – 3x týdně pije alkoholické nápoje 57% respondentů, jejichž domov je u rodičů, 2 – 4x za měsíc pije 12,5% dotazovaných a jednou měsíčně pijí 3%. Nikdy

²² Příloha č. VII-g

²³ Příloha č. VII-d

²⁴ Příloha č. VII-i

nepijí alkohol 2% respondentů, kteří bydlí u rodičů.

24,29% studentů, bydlících na koleji, konzumuje alkohol 4x nebo častěji v týdnu. 60% ze vzorku studentů bydlících na koleji konzumuje alkoholické nápoje 2 – 3x týdně, 9,52% 2 – 4x měsíčně a 3,81% jednou za měsíc. 2,38% dotazovaných s bydlištěm na koleji nepije alkohol.

13,61% respondentů, kteří bydlí v pronájmu nebo vlastním bytu, pije alkoholické nápoje 4x týdně či vícekrát. 69,39% dotazovaných s vlastním bydlištěm pije 2 – 3x za týden, 7,48% pije 2 – 4x měsíčně a 6,8% jednou za měsíc. 2,72% ze studentů bydlících ve vlastním bytě nebo pronájmu nepije vůbec. Z výsledků této analýzy lze soudit, že místo bydliště nemá velký vliv na častost konzumace, jelikož výsledky jsou poměrně vyrovnané, jak značí grafy, uvedené v příloze práce²⁵.

e) zaměření studia v souvislosti s častostí konzumace alkoholických nápojů

Je-li předmětem zájmu sledování častosti konzumace alkoholických nápojů z hlediska oborového zaměření studia, výsledky analýzy otázky číslo 1 dotazníku AUDIT přinášejí následující poznatky. Otázka číslo 1 dotazníku AUDIT se zabývá tím, jak často pijí dotazovaní alkoholické nápoje včetně piva. 87,3% respondentů uvedlo, že konzumuje alkohol 2 – 3 v týdnu nebo 4x a častěji v týdnu. Šetření nabízí podrobnější analýzu zmíněného procenta respondentů, a to podle oborového zaměření studia. Nejméně rizikově konzumují nápoje obsahující alkohol studenti zdravotnických, společenskovedních a filologických oborů. Nejrizikovější konzumace je patrná u technických a přírodovědeckých oborů. Grafické znázornění častosti konzumace alkoholických nápojů z hlediska oborového zaměření studia je k dispozici v příloze této práce²⁶. Na základě výsledků analýzy otázky číslo 1 dotazníku AUDIT z hlediska pohlaví je možné uvažovat, že výstup šetření souvisí s pohlavím respondentů. Zkoumaný vzorek respondentů technických i přírodovědeckých oborů tvoří větší procento mužů než žen, filologické, společenskovední a zdravotnické obory jsou naopak zastoupeny zejména ženami.

f) analýza jednotlivých otázek

Otázky dotazníku AUDIT lze rozebrat jednu po druhé. Odpovědi respondentů na jednotlivé otázky dotazníku AUDIT jsou k nahlédnutí v grafickém znázornění v příloze

²⁵ Příloha č. VII-h

²⁶ Příloha č. VII-j

práce²⁷. Otázky číslo 1 až 8 se týkají posledních 12 měsíců.

První otázka zkoumá frekvenci konzumace alkoholických nápojů. 21,77% respondentů uvedlo, že konzumují alkoholické nápoje 4x týdně nebo častěji. Toto vysoké číslo zahrnuje i konzumaci alkoholického nápoje např. k jídlu. 61,59% konzumuje alkoholické nápoje 2 – 3x za týden. 2,3% respondentů nepijí alkoholické nápoje nikdy, ostatní pijí 1 až 4x za měsíc.

Druhá otázka se ptá na počet standardních sklenic, které dotazovaní vypijí během typického dne, kdy pijí (standardní sklenicí rozumíme 0,5l 12° piva, 0,2l vína nebo 0,05l destilátu). 4,43% respondentů uvedlo, že vypije 10 a více sklenic, 12,74% vypije 7, 8 nebo 9 sklenic, 33,63% respondentů během typického dne kdy pijí konzumuje 5 - 6 sklenic, 28,5% vypije 3 nebo 4 sklenice, ostatní dotazovaní nevypijí více než 2 sklenice. Trendem v konzumaci alkoholických nápojů u studentů vysokých škol je bingy drinking, tedy konzumace velkého množství alkoholu během jedné konzumní epizody.

Třetí otázka se zabývá četností konzumace 3 nebo více standardních sklenic v průběhu jedné příležitosti. 20,89% respondentů uvedlo, že 3 nebo více sklenic konzumují denně nebo téměř denně. 36,99% respondentů zvolilo možnost jednou za týden. 5,66% dotazovaných nepřekročí hranici 3 sklenic nikdy. Barbor a kol. (7) uvádí, že hodnota 1 nebo více u otázek 2 nebo 3 může naznačovat konzumaci v rizikové rovině.

Otázka číslo 4 se ptá, kolikrát během posledních 12 měsíců respondenti zjistili, že nejsou schopni přestat pít, když začali. Problematické sebeovládání je jedním ze symptomů, nutných pro stanovení diagnózy závislosti podle MKN-10. DCM-IV uvádí jako jeden s příznaků závislosti přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu. 62,12% respondentů označilo možnost nikdy, z čehož lze usuzovat, že mají konzumaci alkoholických nápojů pod kontrolou. Body nad hodnotou 0, zejména týdně (3,36%) nebo každodenně (0,35%) příznaky mohou značit počáteční stadium nebo přítomnost závislosti na alkoholu (7), proto se respondentům s tímto skóre doporučuje vyhledání odborné zdravotnické péče.

Pátá otázka se táže na zanedbávání povinností. 71,5% respondentů uvedlo, že nikdy kvůli pití zanedbali to, co se od nich očekávalo. Jak uvádí Barbor a kol. (7), hodnoty nad 0 mohou naznačovat závislost nebo počátek závislosti.

²⁷ Příloha č. VII-e

Šestá otázka zjišťuje, jak často respondenti potřebovali hned po ránu sklenici alkoholického pití, aby byli schopni po předchozím vydatném pití fungovat. 90,97% respondentů uvedlo, že sklenici alkoholického nápoje po ránu nepotřebují nikdy. Možnosti odpovědi „1x za týden“ a „denně nebo téměř denně“ nebyly označeny nikdy. Odpovědi s větším bodovým ohodnocením než 0 mohou svědčit pro závislost (7).

Další, sedmá otázka, zkoumá, jak často měli respondenti v průběhu posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí v důsledku konzumace alkoholických nápojů. 69,2% dotazovaných nemělo kvůli pití alkoholu pocity viny ani výčitky svědomí nikdy. 22,83% respondentů uvedlo možnost „méně než 1x za měsíc“, 7,43% označilo odpověď „1x za měsíc“ a 0,53% „1x za týden“. Denně nebo téměř denně nemá pocity viny ani výčitky svědomí kvůli užívání alkoholických nápojů nikdo z dotazovaných.

V následující, osmé otázce je zjišťováno, jak často za posledních 12 měsíců si nebyli respondenti schopni vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože pili. 55,75% dotazovaných odpovědělo, že nikdy. 31,15% označilo možnost „méně než 1x za měsíc“, 12,39% „jednou za měsíc“ a 0,71% „jednou za týden“. Nikdo z respondentů neuvedl, že si není schopen vzpomenout na průběh předchozího večera v důsledku pití denně nebo téměř denně. Body nad hodnotou 0 u otázek 7 a 8 mohou naznačovat škodlivé pití alkoholu (7).

Otázky číslo 9 a 10 se netýkají pouze posledních 12 měsíců, ptají se i na minulost. Otázka číslo 9 zkoumá, zdali byl respondent nebo někdo jiný zraněn v důsledku respondentova pití. 88,32% odpovědělo, že při jejich pití nikdy k úrazu nedošlo. 8,32% dotazovaných uvedlo, že „ano, ale ne v posledních 12 měsících“, 3,36% napsalo, že „ano, během posledních 12 měsíců“.

Poslední otázka se ptá, zdali byl někdo z příbuzných respondenta, lékař, nebo sociální pracovník znepokojen pitím respondenta a navrhoval omezení konzumace alkoholu nebo abstinenci. 67,08% respondentů napsalo, že jejich pitím nikdy nikdo znepokojen nebyl. 27,43% dotazovaných vysokoškolských studentů zmínilo, že v posledních 12 měsících někdo jejich pitím znepokojen byl a 5,49% přiznalo, že jim někdo doporučoval omezení pití nebo abstinenci, ale ne během posledních 12 měsíců. Body, získané u otázek 9 – 10 mohou indikovat konzumaci ve škodlivé rovině. Dvě poslední otázky je ovšem potřeba posuzovat individuálně, protože se nemusí nutně vztahovat k aktuálnímu problému, ale k ohlédnutí do minulosti (např. odpověď: ano, ale ne v posledních 12 měsících).

B) 2. část – kvalitativní výzkum

Pomocí metody strukturovaného rozhovoru byly zjišťovány postoje a názory respondentů v několika následujících otázkách.

a) Jak často pijete alkoholické nápoje?

První otázka byla vypůjčena z dotazníku AUDIT. Z přepisů rozhovorů lze vyčíst, že muži konzumují alkohol častěji než ženy. Respondenti nejčastěji zmiňují, že alkoholické nápoje konzumují 2 – 3x do týdne. U mužů se častěji objevovala odpověď 4x nebo 5x i vícekrát v týdnu. Jeden respondent přiznal téměř denní užívání alkoholu. Jedna žena pije zhruba jednou týdně, jiná jen párkrát do měsíce.

b) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

Inspirace dotazníkem AUDIT je znatelná i v otázce číslo 2. Z informací z rozhovorů lze vyvodit, že muži konzumují alkohol ve větším množství než ženy. Konzumují často více než 5 standardních sklenic. Ženy nejčastěji přiznávají konzumaci 2 nebo 3 sklenic. Jeden respondent pije 1 sklenici denně.

c) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste seřadit 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

Mezi respondenty mužského pohlaví na prvním místě vítězí rozhodně pivo, u žen je velmi populární víno. Oblíbené panáky (rum, zelená, fernet, vodka) patří z hlediska investice do alkoholu k těm levnějším, uvažujeme-li pouze o destilátech. Cenově méně dostupné destiláty (whiskey, tequila) uvedli ve svém žebříčku dva tázaní muži. Dotazované ženy mají v oblíbě míchané nápoje, jimž dominuje vodka a džus, dále pak víno s Colou a víno se Sprite. Dvě ženy uvedli ve svých preferencích konzumaci sektu.

d) Dokázal byste charakterizovat Vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k Vašemu příjmu?

Otázka měla být pokládána citlivě, jejím cílem nebylo zmapovat finanční příjem respondentů. Smyslem bylo zjistit například procentuelní část příjmu, kterou respondenti do koupě alkoholu investují. Přes toto upozornění dotazované osoby často

odpovídaly konkrétní částkou. Při porovnání průměrných cen alkoholických nápojů v ČR s částkami, které uvádějí respondenti, je možné dojít k závěru, že si respondenti plně neuvědomují, kolik peněz je alkohol stojí. Zkoumané osoby uvádějí poměrně nízké cifry, vzhledem k množství pití, které si za měsíc koupí. Je však možné uvažovat, že jsou k pití nápojů obsahujících alkohol někým zváni a neplatí za ně.

e) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

Respondenti uvádějí, že nejčastěji pijí s přáteli, s kamarády z koleje či zájmových klubů, partnery a rodinou. Nejčastější příležitostí konzumace je sraz s přáteli. Časté příležitosti k pití jsou na oslavách. Alkoholické nápoje dále slouží jako nápoje k jídlu. Jeden respondent uvádí denní konzumaci u televize.

f) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Respondenti uvádějí následující změny v chování: veselá nálada, vtipnost, komunikativnost, hádavost, agresivita, únava, ospalost, zábavnost, flegmaticnost, snížená pozornost a sebekontrola, spontánnost, špatná orientace, lhaní a neuvědomování si důsledků svého chování. Dále uvádějí některé fyziologické projevy, jako jsou nejistá chůze, točení hlavy, „hloupý výraz a věčný úsměv“ a problémy s artikulací. Z popsaných symptomů lze soudit, že respondenti nahlíží na své chování objektivně.

g) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Předmětem otázky nebylo zjišťování konkrétních nežádoucích jevů, které studenti spáchali, ale zjištění jejich vlastního názoru na své chování v souvislosti s platnými zákony. Čtyři respondenti uvedli, že v rozporu se zákonem jednali, z nichž jeden velmi stál o to, aby se rozhovor tomuto problému vyhnul. Bylo mu vyhověno. Jeden respondent uvedl konzumaci drogy pod vlivem alkoholu.

e) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Pět respondentů uvedlo, že omezení v užívání alkoholických nápojů není nutné. Ostatní tvrdí, že by příjem alkoholu omezit měli. Motivací pro snížení příjmu alkoholu jsou dále finanční důvody.

f) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem riziková?

Šest respondentů neshledává jejich konzumaci alkoholu jako rizikovou. Jeden respondent uvádí jako riziko obavu ze závislosti v důsledku dědičnosti (má v rodině alkoholika). Jiný uvádí jako riziko neuvědomování si důsledků svého jednání v alkoholovém opojení.

g) Věděli byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém s alkoholem?

Někteří respondenti zmínili pomoc odborníků, jako jsou zejména lékaři, adiktologové, psychologové, terapeuti, psychiatři, nebo pracovníci kontaktních center. Dále v odpovědích zazněli instituce jako nemocnice, záchytka, léčebny, pedagogicko-psychologické poradny a K- centra. Jednou byla zmíněna linka důvěry.

IV. Diskuse

Bakalářská práce zahrnující šetření zkoumající incidenci nadužívání alkoholu dle našeho názoru splnila svůj smysl. V diskusi budeme hovořit o zhodnocení celé práce a jejích výsledků, uchopitelnosti tématu v odborných pramenech a jejich dostupnosti a o výhodách a úskalích použitých metod. Dále se v této části práce zaměříme na porovnání výsledků práce s existujícími prameny a pokusíme se nastínit možné návrhy či doporučení pro prevenci rizikové konzumace alkoholických nápojů studenty VŠ.

V teoretické části jsme se pokusili o důkladné prozkoumání odborných zdrojů týkajících se incidence alkoholismu u studentů VŠ. Literatura, související s problematikou závislostí a jejich prevence či terapie, je dle našeho názoru poměrně bohatá. Komplikace v hledání zdrojů nastaly u kapitoly číslo 7 – student VŠ z pohledu vývojové psychologie. Máme pocit, že v literatuře je dobře zpracovaná problematika období pozdní adolescence i časně dospělosti (což jsou období, která z hlediska věku odpovídají období studia na VŠ). Samotné období vysokoškolského studia, pro které jsme si museli „vypůjčit“ anglický termín *Emerging Adulthood*, bychom doporučili jako předmět dalšího zájmu zkoumání, z důvodu jeho absence v českých zdrojích. Centrum adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze uveřejňuje na svém internetovém portálu rubriku „užívání psychoaktivních látek a informačních technologií u vysokoškolských studentů“, ze které jsme často čerpali. Dále pro nás bylo náročné vyhledat prameny, týkající se preventivních aktivit pro studenty VŠ.

Dále se pokusíme shrnout výsledky práce. Prvním cílem práce bylo provedení deskripce problematiky abúzu alkoholu a závislosti na alkoholu v teoretické části. Byly zhotoveny podklady pro další, specializovanější výzkumy, týkající se dané problematiky. Práce přináší návrhy a doporučení pro prevenci a terapii abúzu alkoholu u studentů VŠ, jak jsou popsány v kapitole 7.3.1. Doporučením je čerpání z modelů intervencí na VŠ, po vzoru efektivní prevence v USA. Zmíněný cíl práce byl naplněn.

Druhým cílem bylo provedení sondy, jejímž smyslem bylo přinést informace o výskytu abúzu alkoholu u studentů vybraných vysokých škol. Druhý cíl byl též naplněn. Šetření se zúčastnilo 565 respondentů, dále 9 studentů, kteří byli ochotní stát se respondenty pro kvalitativní část práce. Výzkumný vzorek pro dotazníkové šetření považujeme za dostatečně reprezentativní, abychom se mohli pokusit zobecnit některé vysledované charakteristiky a trendy v konzumaci alkoholu na populaci ČR.

Dalším, třetím cílem práce, bylo analyzovat údaje získané dotazníkovým šetřením a formulovat trendy, charakterizující užívání alkoholu vysokoškolskými studenty. V analýze údajů byla pozornost soustředěna zejména na faktory, ovlivňující četnost konzumace a množství konzumace alkoholu. Na jednotlivé otázky bylo nahlíženo z hledisek věku, pohlaví, bydliště a studijního zaměření respondentů. Lze se domnívat, že ve výběru výzkumného vzorku respondentů se mělo více dbát na vyváženost genderového zastoupení v jednotlivých kategoriích studijního zaměření. Pak by bylo možné kvalitněji posoudit trendy spojené s konkrétními obory.

První hypotéza byla stanovena následovně:

„Studenti VŠ konzumují alkoholické nápoje častěji a ve větším množství, než studentky VŠ.“

Hypotéza byla potvrzena. 34,99% mužů zkoumaného vzorku pije nápoje, obsahující alkohol 4x týdně nebo častěji. Ve zmíněné týdenní frekvenci konzumuje alkoholické nápoje 24,49% žen.

Druhá hypotéza zněla následovně:

„Studenti, kteří bydlí na koleji nebo v pronájmu, konzumují alkohol častěji než studenti, bydlící u svých rodičů.“

Tento hypotetický konstrukt nebyl potvrzen. Ačkoli procento respondentů, pijících alkohol 4x týdně nebo častěji, kteří bydlí v pronájmu nebo vlastním bytě je vyšší než procento respondentů bydlících u rodičů, procentuelní rozdíl není tak výrazný, aby jej bylo možné považovat za potvrzení hypotézy. Nabízí se úvaha, že místo bydliště nemá souvislost s konzumací alkoholických nápojů.

Třetí hypotéza byla formulována takto:

„Studenti prvních ročníků pijí alkoholické nápoje častěji, než studenti závěrečných ročníků.“

Předpokládalo se, že studenti vyšších ročníků budou konzumovat alkoholické nápoje méně často z důvodu přípravy na závěrečné zkoušky i z důvodu osobní vyzrálosti. Hypotéza byla vyvrácena. Frekventovanost konzumace alkoholu s věkem studentů stoupá. 77,59% studentů prvních ročníků pije alkohol 2x a vícekrát týdně. U závěrečných ročníků lze hovořit o 85,78%. Je možné se domnívat, že starší studenti si během studia přivydělávají a nejsou tedy závislí na příjmu od rodičů, kteří je v počátku studia více podporovali. Z toho plyne, že častější konzumace alkoholu v závislosti na věku může být způsobena vyšším příjmem. Dále se nabízí teorie úniku k pití alkoholu z důvodu očekávání náročné životní situace, kterou jsou státní závěrečné zkoušky.

Poslední, čtvrtá hypotéza, nebyla potvrzena ani vyvrácena. Její znění je následující:

„Studenti společenských oborů konzumují alkoholické nápoje méně často, než studenti ostatních oborů.“

Procentuálně sice byla hypotéza potvrzena, lze však uvažovat o souvislosti s pohlavím respondentů. Společenskovědní obor byl zastoupen výrazně větším množstvím studentek, než studentů. Tento považujeme za naši metodologickou chybu. Té by se dalo předejít vhodnějším výběrem respondentů do jednotlivých kategorií zaměření studia. Toho by se dalo docílit například příležitostným výběrem na konkrétních fakultách a oslovením stejného počtu mužů i žen.

Kdybychom se měli pokusit zhodnotit použité výzkumné metody sběru dat, můžeme jen doporučit rozšiřování dotazníků pomocí internetu. Metoda je rychlá a respondentům zaručuje anonymitu, to považujeme za její největší výhodu. Dotazníkové šetření je metodou, se kterou jsme měli základní zkušenost, získanou v průběhu studia. Výzkumný vzorek zmíněné velikosti jsme však zkoumali poprvé. Práce se získanými daty byla velmi náročná na přesnost a čas. Metodu rozhovorů shledáváme velice zajímavou.

Z našeho šetření plyne, že 53% zkoumaných studentů VŠ užívá alkohol rizikově, 10% škodlivě a 2% mají tendence k závislosti. Tato čísla považujeme za velmi vysoká. Trendem v konzumaci alkoholických nápojů studenty je takzvané binge drinking. Termín označuje konzumaci nadměrných dávek alkoholu v jedné konzumní epizodě. V USA tímto způsobem pije nápoje obsahující alkohol 40 – 45% vysokoškolských studentů (1). 24% německých studentů uvedlo, že prožili alespoň 1 epizodu binge drinking během posledních dvou týdnů. Odborníci z centra adiktologie (3) uvádí, že v ČR je rizikové chování ve vztahu k alkoholu přítomno u 25% studentů. Kromě binge drinking je pro studenty v ČR typická vysoká četnost konzumace alkoholických nápojů. Při rozhovorech jsme měli pocit, že respondentům dělá problém vymyslet, kam by se obrátili v případě, že by někdo z jejich přátel měl problém s konzumací alkoholu. Považujeme za vhodné v tomto ohledu studenty lépe informovat. Vzhledem k výsledku našeho šetření bychom doporučili věnovat problematice abúzu alkoholu u vysokoškolských studentů pozornost.

V. Závěr

Bakalářská práce na téma „Incidence alkoholismu u studentů vysokých škol“ byla v teoretické části zaměřena na deskripci teorií závislosti, abúzu alkoholu a alkoholismu, formulování rizik, která jsou spjatá s konzumací alkoholu, prevenci a terapii poruch způsobených alkoholem, pojetím studenta VŠ z hlediska vývojové psychologie a různé faktory, vedoucí ke konzumaci alkoholických nápojů.

Praktická část byla zaměřena na zjištění výskytu abúzu alkoholu na vybraném vzorku respondentů pomocí dotazníkového šetření. Strukturovanými rozhovory byly zjišťovány subjektivní pohledy studentů na jejich konzumaci alkoholu a s ní spojené chování, dále jejich informovanost o možnostech poradenství a terapie poruch způsobených alkoholem.

Cíle práce byly naplněny, první hypotéza byla potvrzena, dvě hypotézy byly vyvráceny a další hypotéza nebyla ani potvrzena ani vyvrácena.

S podklady, které práce přináší, lze dále pracovat. Přínosný by mohl být například výzkum jednotlivých, konkrétních oborů. Zajímavá studie by mohla zjišťovat například zda-li je možnost aplikovat osobnostní dotazník pro podchycení klíčových osobnostních charakteristik korelujících s abúzem alkoholu.

VI. Seznam použitých zdrojů

1. ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE. *Přehled nejčastěji používaných intervencí u vysokoškoláků s problémy s užíváním psychoaktivních látek nebo informačních technologií.* 2010 [cit 2010-12-31]. Dostupné na: <http://poradna.adiktologie.cz/article/uzivani-psychoaktivnich-latek-a-informacnich-technologii-u-vysokoskolskych-studentu/prehled-nejcasteji-pouzivanych-intervenci-u-vysokoskolaku-s-problemy-s-uzivanim-psychoaktivnich-latek-nebo-informacnich-technol/>
2. ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE. *Psychosociální specifika období studia na vysoké škole.* 2010 [cit 2010-12-31]. Dostupné na: <http://poradna.adiktologie.cz/article/uzivani-psychoaktivnich-latek-a-informacnich-technologii-u-vysokoskolskych-studentu/psychosocialni-specifika-obdobi-studia-na-vysoke-skole/>
3. ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE. *Užívání alkoholu u studentů vysokých škol.* 2010 [cit 2010-12-31]. Dostupné na: <http://poradna.adiktologie.cz/article/uzivani-psychoaktivnich-latek-a-informacnich-technologii-u-vysokoskolskych-studentu/uzivani-alkoholu-u-studentu-vysokych-skol/>
4. ANDERSON, P. - BAUMBERG, B. *Alkohol v Evropě. Zpráva pro Evropskou unii. Souhrn.* 2006. 19 s. Institute os Alcohol Studies. Anglie. Dostupné na: <http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/alkoholvevlope.pdf>
5. ANDERSON, P. - GUAL, A. - COLOM, J. *Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence.* 2005. 142 s. Department of Health of the Government of Catalonia. Barcelona. Dostupné na: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/alkohol/AlkoIVoditka.pdf>
6. BARBOR, T. F. - HIGGINS-BIDDLE, J. C. *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití. Manuál pro použití v primární péči.* 2., upravené vyd. Praha: Státní zdravotní ústav 2010. 47 s. Dostupné na: http://www.kratkeintervence.cz/dokumenty/kratke_intervence_publikace.pdf
7. BARBOR, T. F. - HIGGINS-BIDDLE, J. C – SAUNDERS, J. B – MONTEIRO, M. G. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care.* 2001. 40 s. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

8. BAŠTECKÁ, B. – GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
9. BUDINSKÁ, M. *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Prevence, 2007, roč. 4., č. 9, str. 4 - 5.
10. COHEN, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České Republice*. 2009 [cit 2009-10-20]. Aktualizováno [cit 2009-10-20]. Dostupné na:
http://www.czso.cz/csu/dyngrafy.nsf/graf/cr_od_roku_1989_alkohol .
12. DROGY-INFO.CZ – INFORMAČNÍ PORTÁL O LEGÁLNÍCH A ILEGÁLNÍCH DROGÁCH. *Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT)*. 2010, [cit 2010-03-09], aktualizováno [cit 2011-03-08]. Dostupné na:
http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/test_pro_identifikaci_poruch_pusobenych_uzivanim_alkoholu_audit
13. FISHER, S. – ŠKODA, J. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
14. GILLERNOVÁ, I. – BOUKALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly z kriminalistické psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2006. 280 s. ISBN 80-246-1293-3.
15. GÖHLERT, F. – KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.
16. HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
17. HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha: Portál 2004. 176 s. ISBN 80-7178-927-5
18. HOLCNEROVÁ, P. *Krátká intervence pro problémové uživatele alkoholu*. 2008 [cit 2008-10 -01]. Dostupné na: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1392/Kratka-intervence-pro-problemove-uzivatele-alkoholu>
19. HUBINKOVÁ, Z. a kol. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing 2008. 277 s. ISBN 978-80-247-1593-3.

20. HUPKOVÁ, I. *Poznámky k efektívnej prevencii závislostí alebo čo sa v prevenci osvedčuje?*. Prevence, 2008, roč. 5, č. 8, str. 7 – 8.
21. JÍLEK, J. *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní)*. Praha: Roční období 2008. 224 s. ISBN 978-80-85524-03-1.
22. KALHOUS, Z. – OBST, O. a kol. *Školní didaktika*. 1. vyd. Praha: Portál 2002. 448 s. ISBN 80-7178-253-X
23. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6. Dostupné na:
http://www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf
24. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6. Dostupné na:
http://www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf
25. KALINA, K. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
26. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
27. KOCINOVÁ, S. – ŠTERBÁKOVÁ, Z. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 4. vyd., Praha: INFORMATORIUM 2003. 93 s. ISBN 80-7333-012-1.
28. Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy: Otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Portál 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
29. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál 1997. 147 s. ISBN 80-7178-429-X
30. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál 2006. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
32. LANGMAJER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2006. 268 s. ISBN 80-247-1284-9.

33. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
34. MRAVČÍK, V. – PEŠEK, R. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha 2009. 123 s. ISBN 978-80-87041-99-4. Dostupné na:
http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2008
35. NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat a jak je zvládat*. Praha: Sportpropag 2003. Dostupné na:
<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>
36. NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládání*. Praha: Sportopag 1999. Dostupné na:
<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>
37. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd. Praha: Portál 2000. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
38. NEŠPOR, K. *Prevence návykových nemocí ve školním prostředí: přehled účinných postupů*. Prevence, 2007, roč. 4, č. 2, str. 14.
39. NEŠPOR, K. – DVOŘÁK, V. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. 1. vyd. Praha: Armex Publishing 1998. 98 s. ISBN 80-902283-9-9.
40. NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu*. Praha: Sportpropag 1999. Dostupné na:
www.drnespor.eu/at11w.doc
41. NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém přestat s alkoholem a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: HOST 2006. 240 s. ISBN 80-7294-206-9.
42. PRESL, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i vaše dítě?* 2. vyd. Praha: MAXDORF 1994. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
43. PROTIVINSKÝ, M. – KLVAŇA, K. *Základy kriminalistiky*. 2. vyd. Praha: Armex Publishing 2007. 159 s. ISBN 978-80-86795-50-8.
44. PŘIBYLOVÁ, M. *Formy primární prevence*. Prevence, 2008, roč. 5, č. 2, str. 14 – 15.

45. RITSON, B. *Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem*. Státní zdravotní ústav 2002. 85 s. ISBN 80 – 7071 – 203 – 1.
46. ŘEZNIČEK, M. *Systemická prevence sociálních deviací I. (úvahy, možnosti, hypotézy)*. 1. vyd. Praha: Karolinum 1994. 190 s. ISBN 80-7066-933-0.
47. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál 2004. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
48. SAK, P. – SAKOVÁ, K. *Mládež na křižovatce: Sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropské a informatizace*. 1. vyd. Praha: Svoboda servis 2004. 240 s. ISBN 80-86320-33-2.
49. SAK, P. *Proměny české mládeže: Česká mládež z pohledu sociologických výzkumů*. 1. vyd. Praha: Petrklíč 2000. 291 s. ISBN 80-7229-042-8.
50. SHAPIRO, H. *Drogy: Obrazový průvodce*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co. 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.
51. SOVINOVÁ, H. - CSÉMY, L. - HAMPL, K. - PACOVSKÝ, V. *Alkohol a úrazy*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav 2002. ISBN 80 – 7071 – 206 – 6.
52. ŠERÁK, M.: *Zájemové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál 2009. 208 s. ISBN 978-80-7367-551-6.
53. ŠUCHA, M. *Řízení pod vlivem alkoholu – některé možnosti prevence*. *Prevence*, 2008, roč. 5, č. 7, str. 8 – 9.
54. TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci 2001. Dostupné na:
<http://www.ok.cz/iksp/docs/267.pdf>
55. TRESS, W. – KRUSSE, J. – JÜRGEN, O. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál 2007. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
56. VACEK, J., HOLCNEROVÁ (VONDRÁČKOVÁ), P. *Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu*. *Adiktologie*, 2010. Dostupné na:
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/369/2550/Vyuziti-internetu-v-lecbe-abuzu-a-syndromu-zavislosti-na-alkoholu>

57. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
58. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
59. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-6.
60. VIKTORA, A. *Dva miliony Čechů neumějí odolat alkoholu. Každý dvanáctý je závislý*. MF Dnes, 2010. Dostupné na:
http://zpravy.idnes.cz/dva-miliony-cechu-neumeji-odolat-alkoholu-kazdy-dvacaty-je-zavisly-1f2-domaci.asp?c=A100405_173017_domaci_vel
61. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence: Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. 1. vyd. Praha: Portál 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
62. WOITITZOVÁ, J. *Dospělé děti alkoholiků*. Rozšířené vyd. Praha: Columbus 1998. 179 s. ISBN 80-85928-73-6.
63. YALOM, I. – LESZCZ, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál 2007. 648 s. ISBN 978-80-7367-304-8.
64. ZOUBKOVÁ, I. – MOULISOVÁ, M. *Kriminologie a prevence kriminality*. 1. vyd. Praha: Armex Publishing 2004. 146 s. ISBN 80-86795-05-5.

VII. Seznam příloh

Příloha č. I – dotazník AUDIT v plném znění

Příloha č. II – cyklicky maladaptivní vztahový kruh

Příloha č. III – 12 kroků

Příloha č. IV – spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele ČR

Příloha č. V – konkrétní rámec strukturovaného rozhovoru

Příloha č. VI - struktura výzkumného vzorku

Příloha č. VII – vyhodnocení dotazníku AUDIT

Příloha č. VIII – přepisy rozhovorů

Příloha č. IX – datová matice a statistické zpracování do sloupcových procent (CD)

Příloha č. I: Dotazník pro studenty VŠ

Dobrý den, jmenuji se Tereza Lysá a jsem studentkou 3. ročníku oboru Psychologie na PF JČU. Tento dotazník je základem praktické části mé bakalářské práce „Incidence alkoholismu u studentů vysokých škol“. Dotazník je složen z 2 částí. První část tvoří krátký poznávací dotazník a druhou část tvoří test zjišťování poruch způsobených alkoholem. Na otázky, prosím, odpovídejte pravdivě, výsledky budou sloužit výhradně pro vyhotovení mé práce.

I. část

Pohlaví: MUŽ ŽENA

Věk:

Bydlení:

- a) s rodiči
- b) na koleji
- c) v pronájmu nebo vlastním bytě
- d) jiné (uved'te)

Studijní obor:

II. část:

Instrukce:

U každé otázky označte křížkem možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

V testu se používá pojem „standardní sklenice“. Tou se rozumí v této verzi dotazníku půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo 0,05 l destilátu (velký panák).

1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje včetně piva?

0: Nikdy

1: Jednou měsíčně nebo méně často

2: Dva až čtyřikrát měsíčně

3: Dva až třikrát týdně

4: Čtyřikrát nebo vícekrát týdně

2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet standardních sklenic alkoholického nápoje)

0: 1 nebo 2

1: 3 nebo 4

2: 5 nebo 6

3: 7 nebo 8

4: 10 nebo více

3. Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

5. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

6. Jak často jste se během posledních 12 měsíců potřeboval/a hned ráno napít, abyste se dostal/a do formy po nadměrném pití předešlý den?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

7. Jak často jste během posledních 12 měsíců měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

8. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a schopen/schopna si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pil/a?

- 0: Nikdy
- 1: Méně než jednou za měsíc
- 2: Každý měsíc
- 3: Každý týden
- 4: Denně nebo téměř denně

9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?

0: Ne

2: Ano, ale ne v posledním roce

4: Ano, během posledního roku

10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel, lékař nebo sociální pracovník výhrady kvůli vašemu pití nebo vám doporučoval pití omezit nebo s pitím přestat?

0: Ne

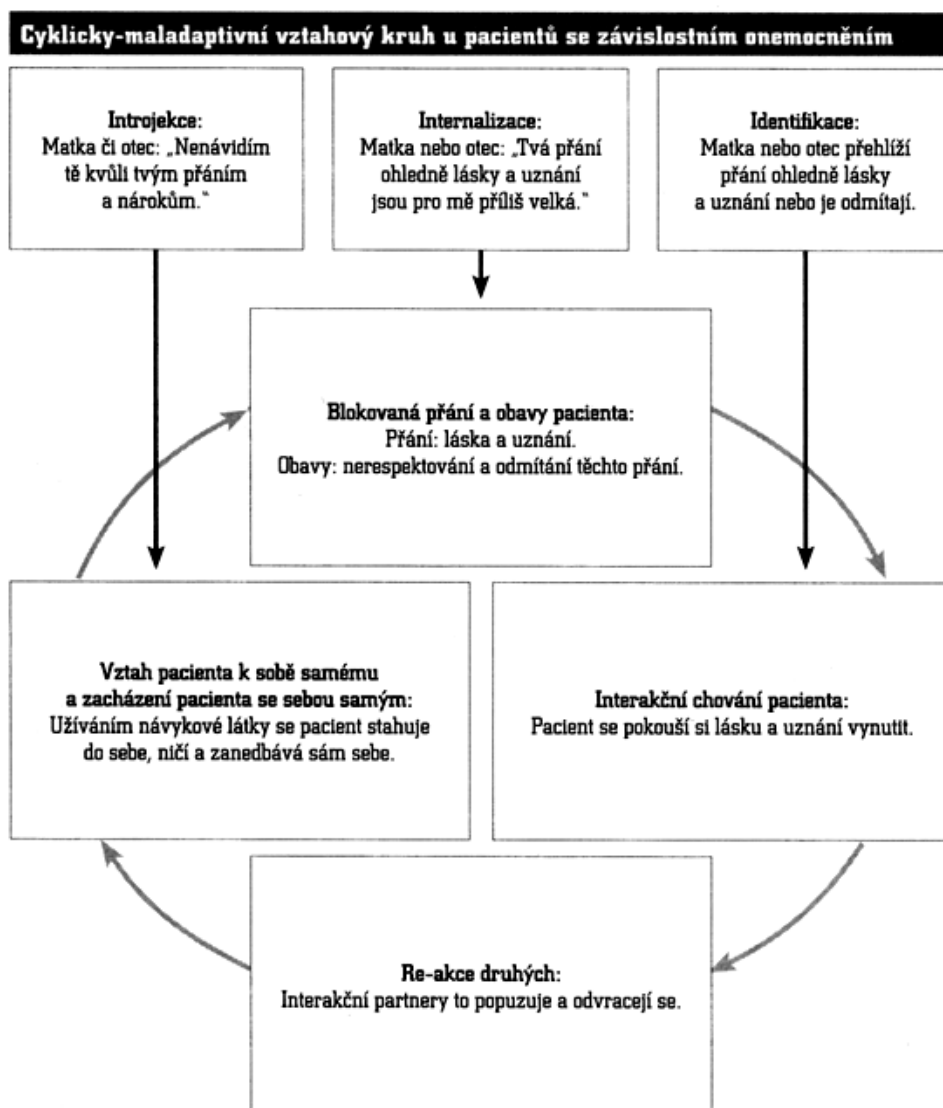
2: Ano, ale ne v posledním roce

4: Ano, během posledního roku

Děkuji Vám za pomoc a přeji hodně úspěchů ve studiu!

V případě zájmu o výsledky šetření mě můžete kontaktovat na email alkoholismus@email.cz.

Příloha č. II: Cyklicky maladaptivní vztahový kruh u pacientů se závislostním onemocněním (55)



Příloha č. III: 12 kroků

„1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.

2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše nás může vrátit duševnímu zdraví

3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jako ho chápeme.

4. Provedli jsme důkladné a nebojácné sebezpytování, inventuru sebe samých.

5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.

6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.

7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.

8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili, a kterým to chceme nahradit.

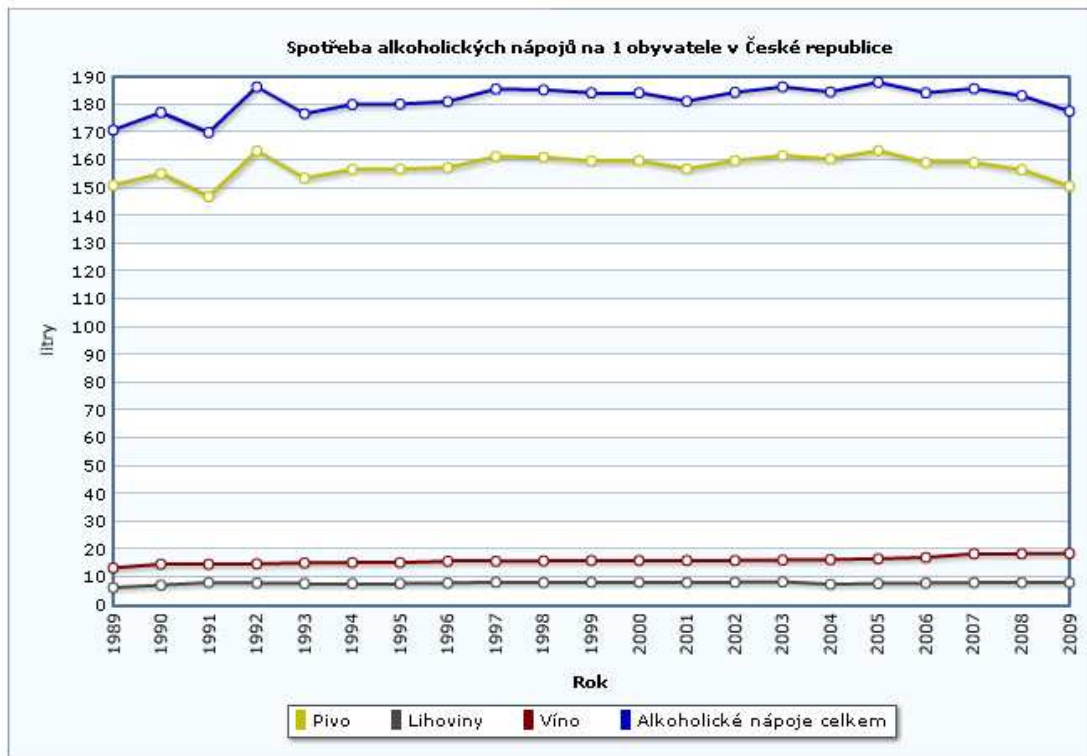
9. Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou těch situací, kdy by takové počínání druhým uškodilo.

10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury. A když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali.

11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.

12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.“ (41)

Příloha č. IV – spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v ČR



Příloha č. V) - **Konkrétní rámec strukturovaného rozhovoru**

Dobrý den, jmenuji se Tereza Lysá a jsem studentkou jednooborové psychologie na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích. Píšu bakalářskou práci na téma Incidence alkoholismu u studentů vysokých škol. Nedílnou součástí praktické části této práce je metoda rozhovoru. Pro přesnost bude celý rozhovor nahráván na diktafon. Ráda bych Vám touto cestou zaručila anonymitu a diskrétnost v zacházení se získanými údaji, které budou použity výhradně za účelem zpracování mé práce.

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

(pojem standardní sklenice je respondentovi vysvětlen)

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

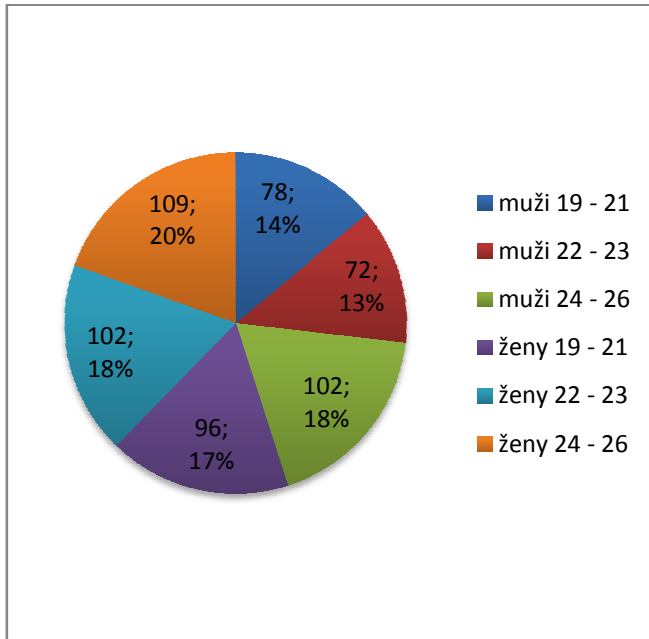
q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Příloha č. VI: **Struktura výzkumného vzorku respondentů dotazníkového šetření**

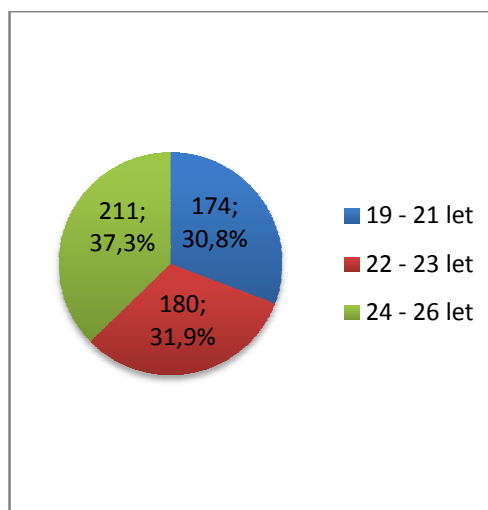
VI-a) Struktura výzkumného vzorku – porovnání dle pohlaví respondentů:

Muži	47,8%
Ženy	52,2%

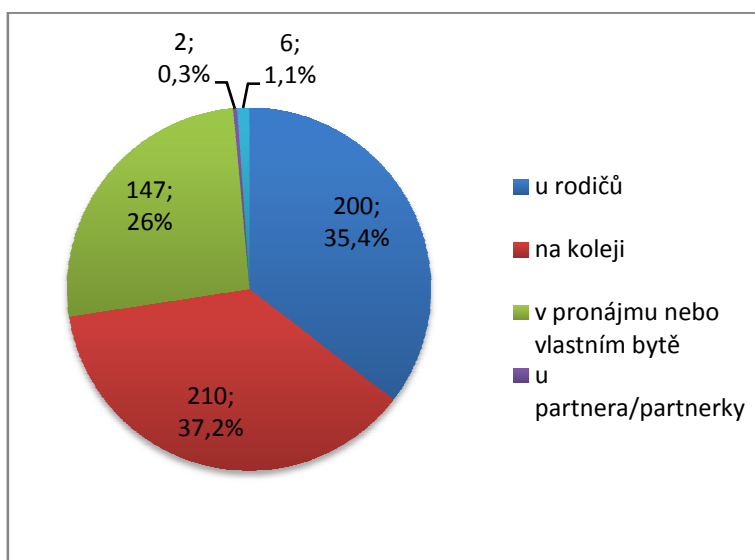


VI-b) Struktura výzkumného vzorku – porovnání dle věku respondentů:

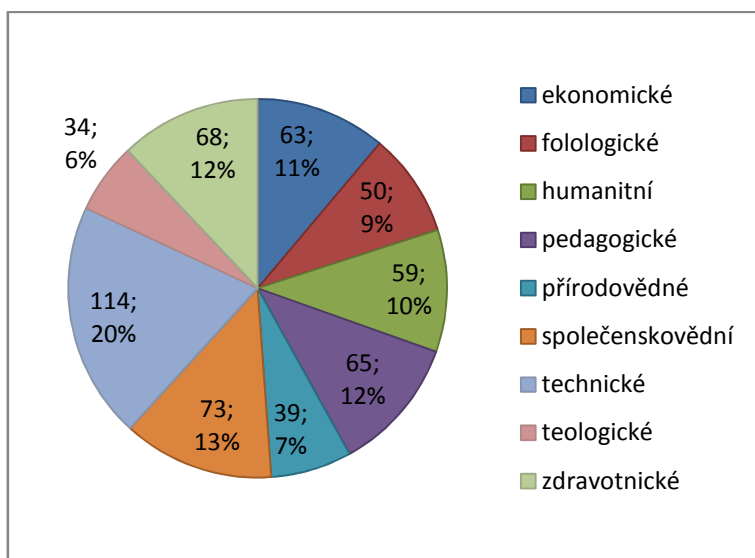
Věk v letech	%
19	4,1
20	12,9
21	13,9
22	15,2
23	16,6
24	21,2
25	9,9
26	6,2



VI-c) Struktura výzkumného vzorku – porovnání dle bydliště respondentů:

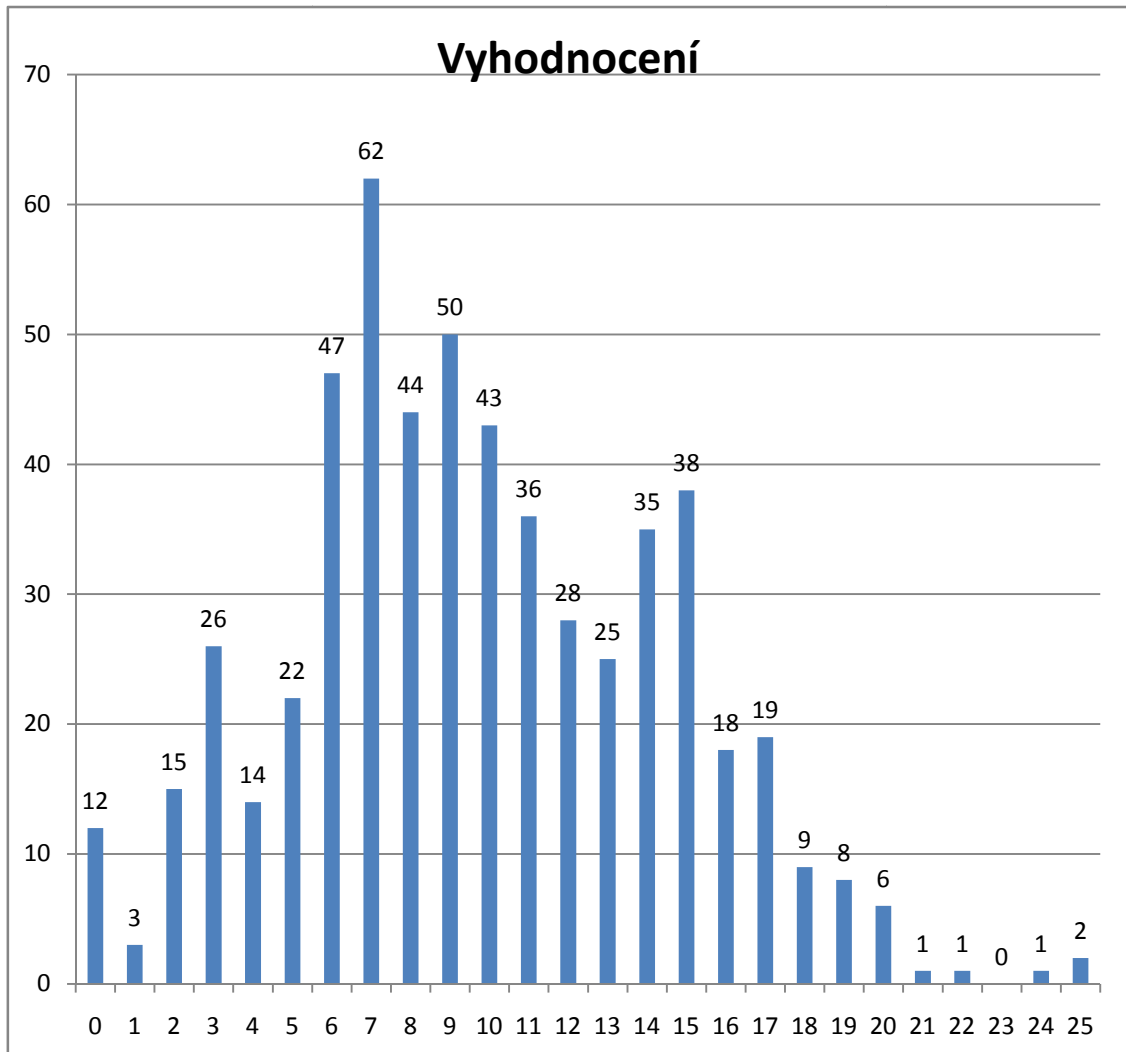


VI-d) Struktura demografického vzorku – porovnání dle studijního zaměření respondentů:

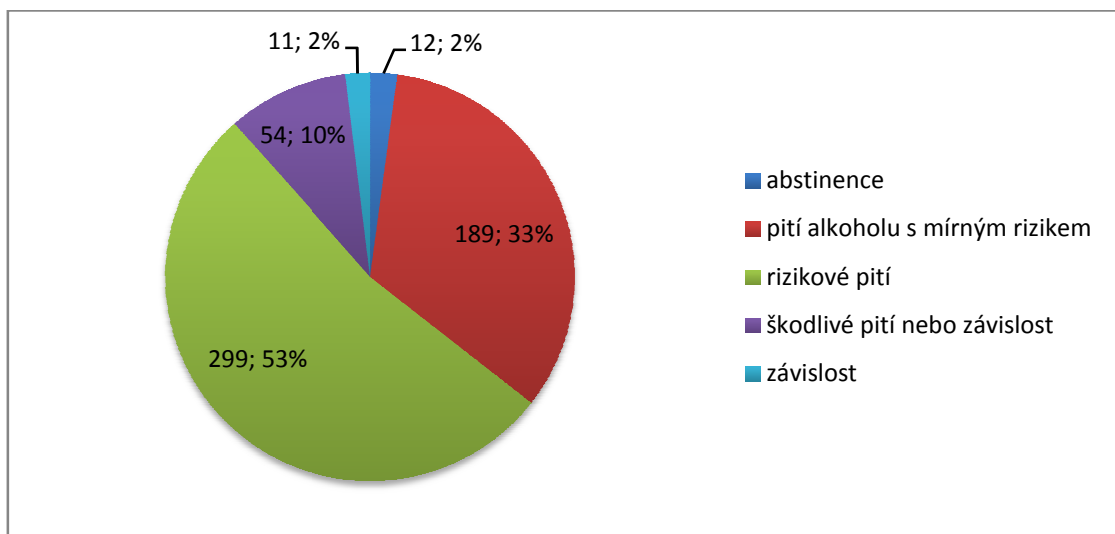


Příloha č. VII – vyhodnocení dotazníku AUDIT

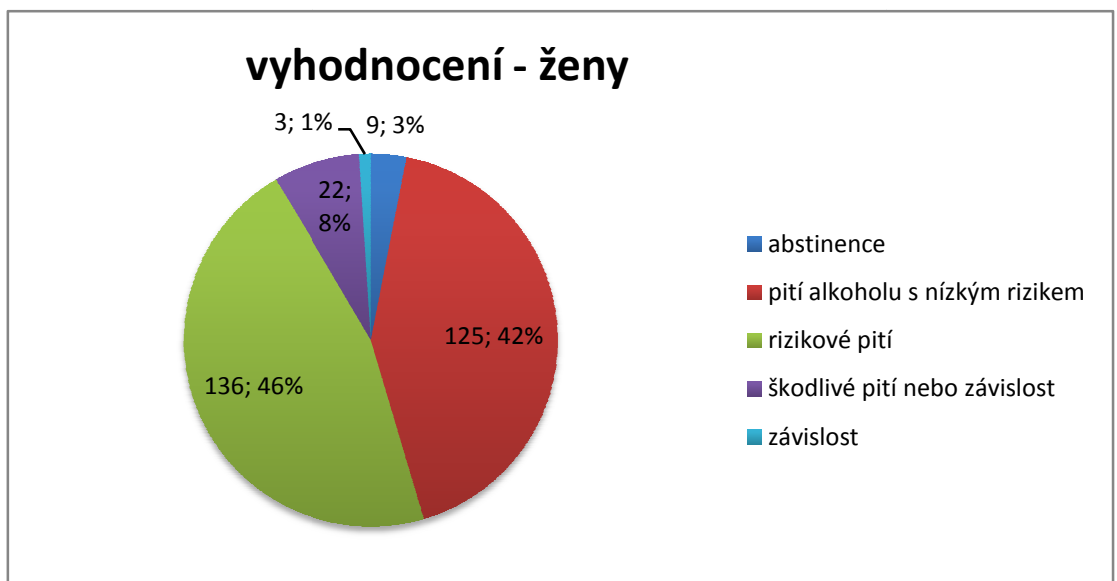
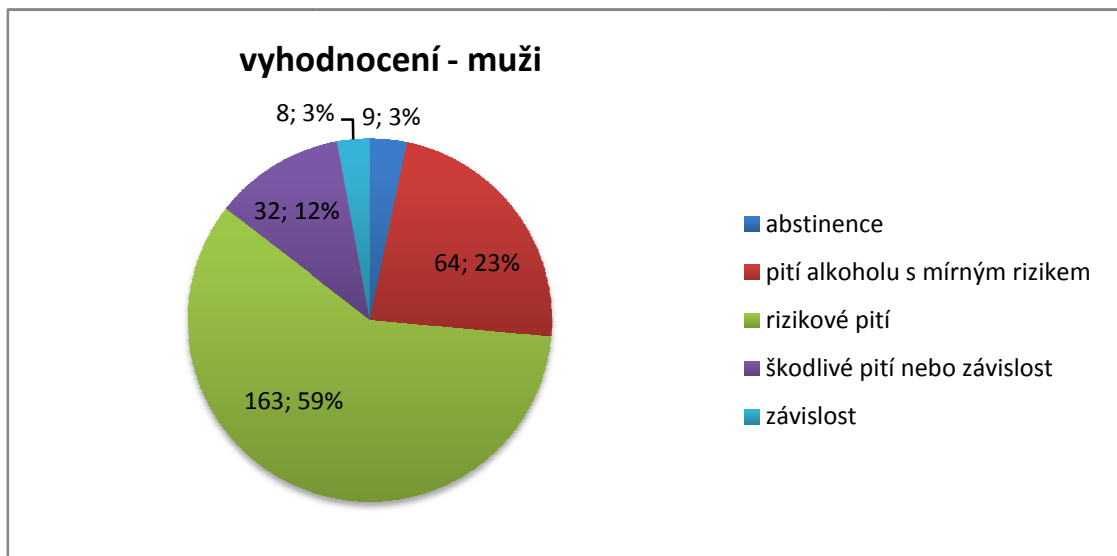
VII-a) celkové skóre dotazníku AUDIT



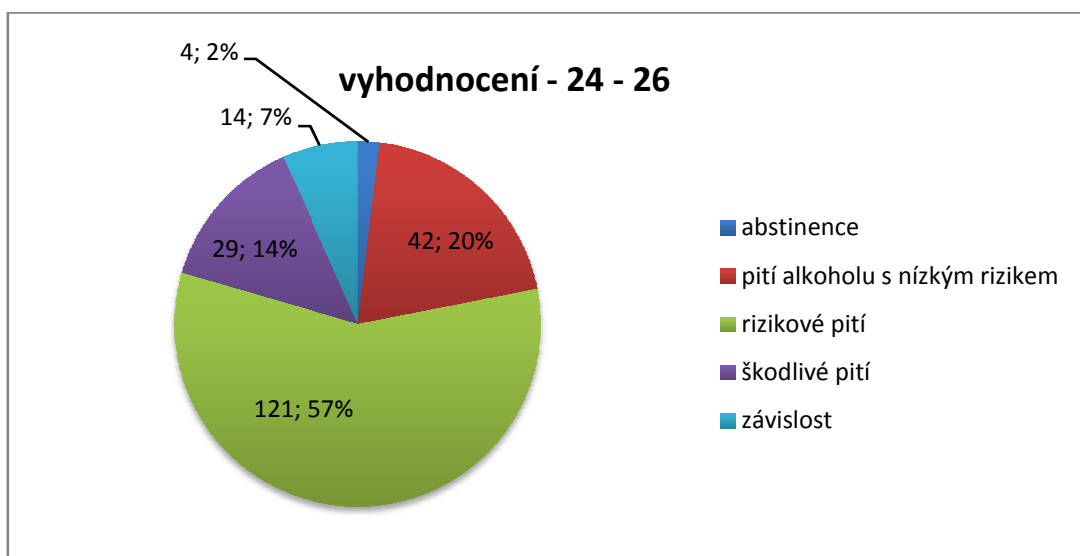
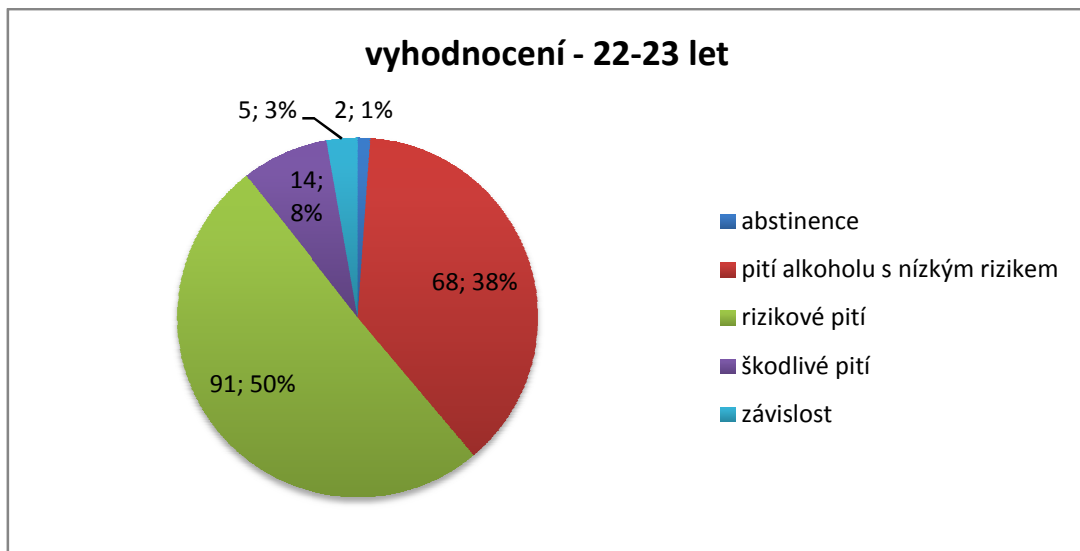
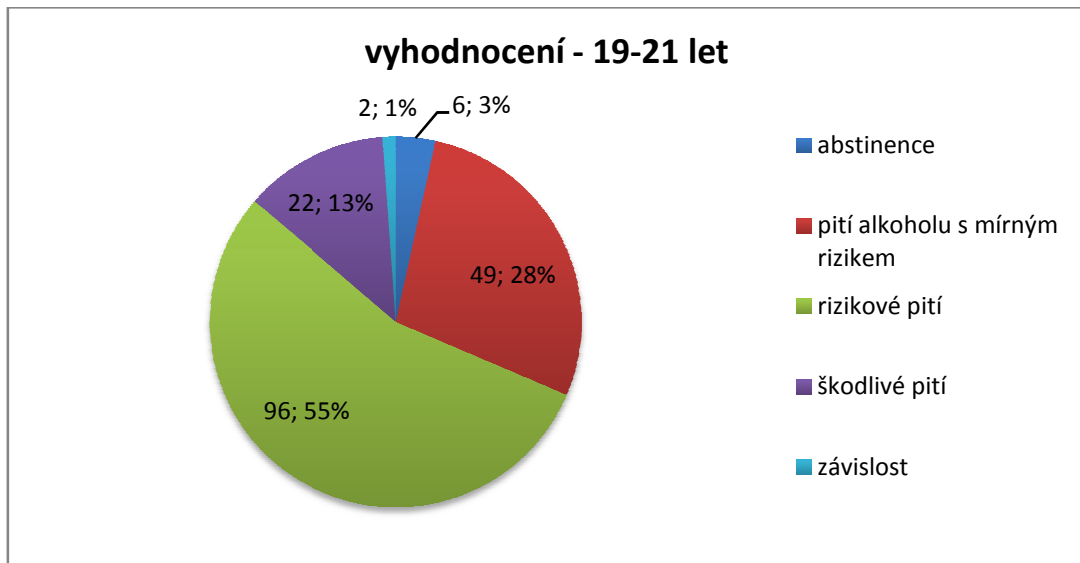
VII-b) celkové skóre dotazníku AUDIT



VII-c) porovnání celkového skóre dotazníku AUDIT dle pohlaví

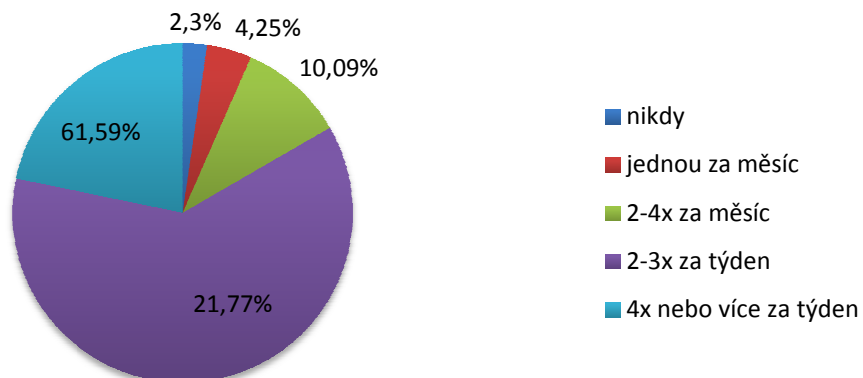


VII-d) porovnání celkového skóre dotazníku AUDIT dle věku

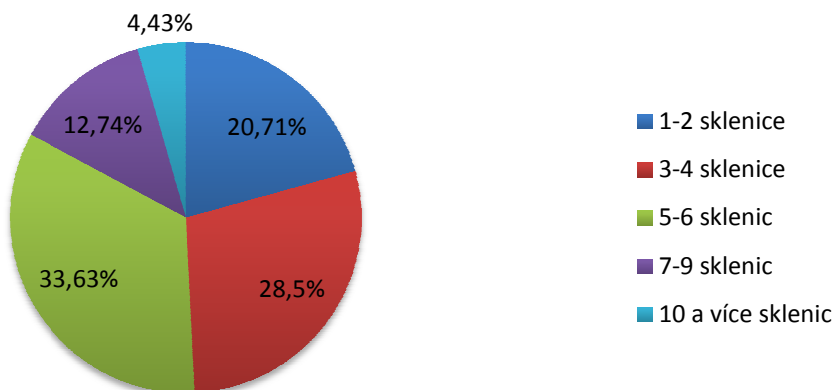


VII-e) analýza jednotlivých otázek

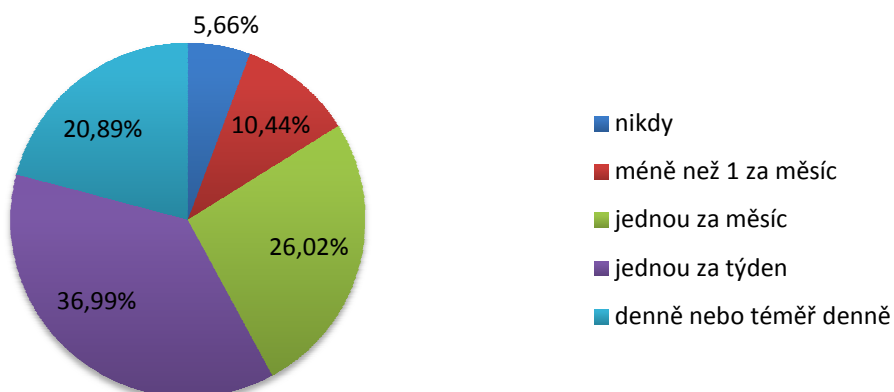
1. Jak často pijete nápoje obsahující alkohol včetně piva?



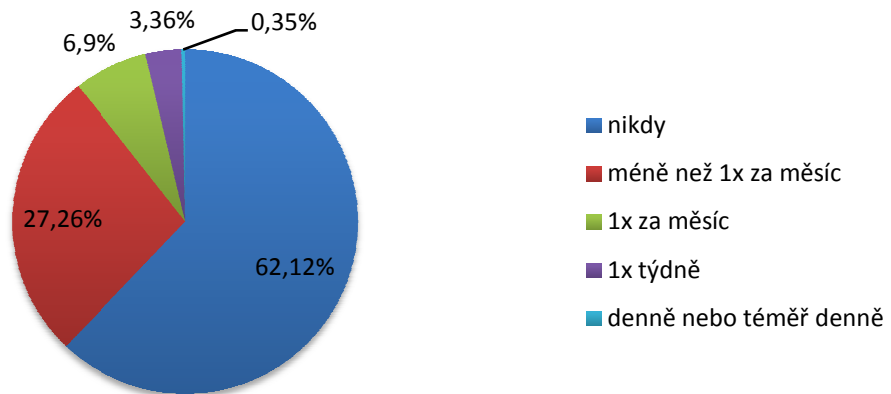
2. Kolik standardních sklenic vypijete během typického dne, kdy pijete?



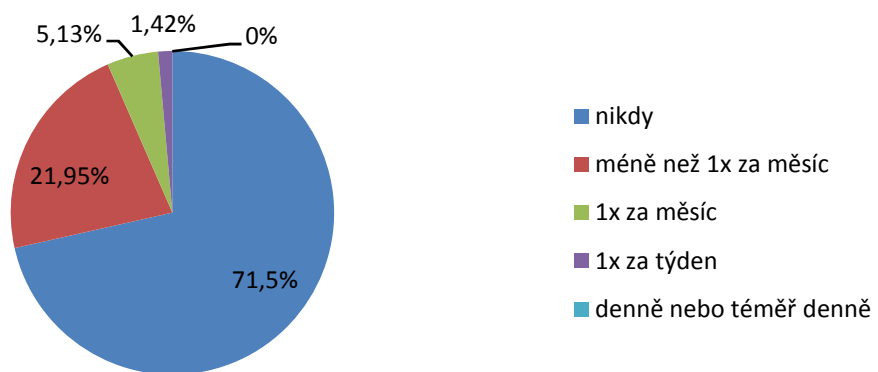
3. Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic při jedné příležitosti?



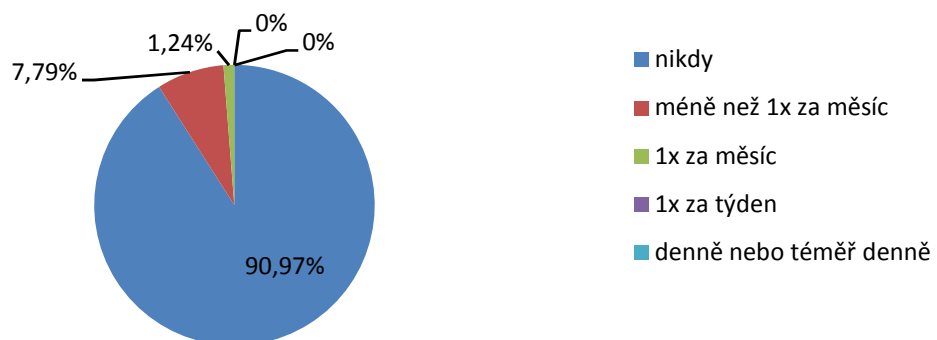
4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistil/a, že nejste schopni/schopna přestat pít, když jste začal/a?



5. Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců neudělala to, co se od vás běžně očekávalo?



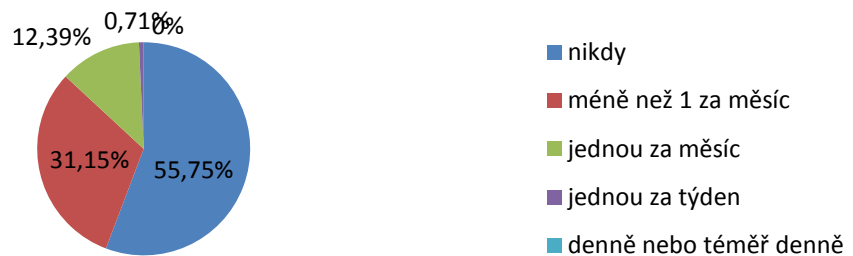
6. Jak často jste během posledních 12 měsíců potřeboval/a hned ráno sklenici alkoholického nápoje, abyste mohl/a fungovat po předchozím vydatném pití?



7. Jak často jste měl/a během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?



8. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a schopen/schopna si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pil/a?



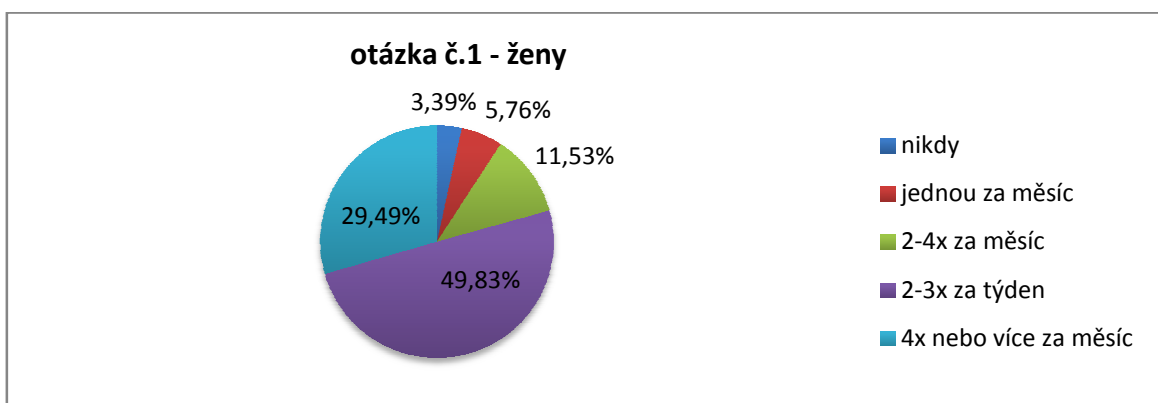
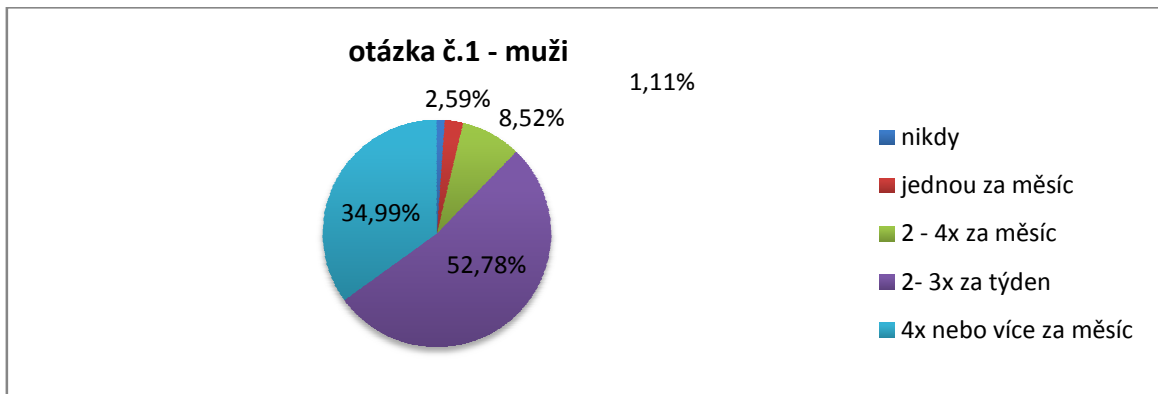
9. Byl/a jste vy nebo byl někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?



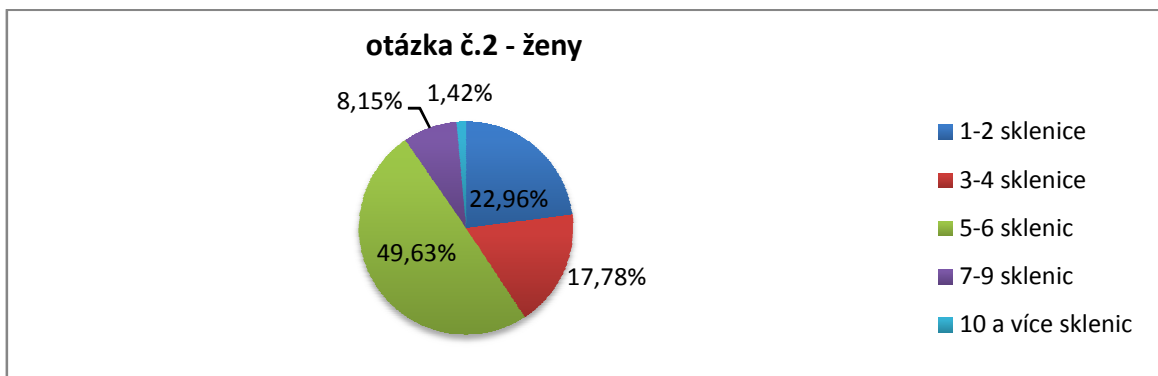
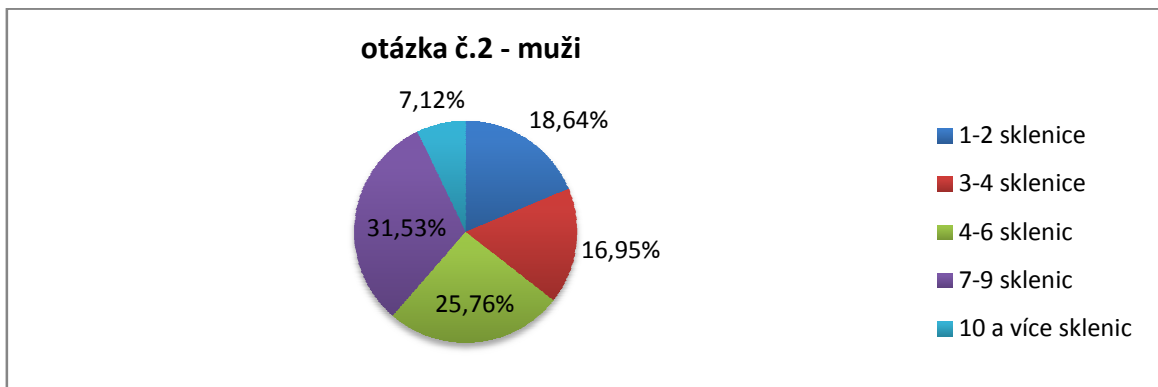
10. Byl někdo z příbuzných nebo přátel, lékař nebo sociální pracovník znepokojen vaším pitím a navrhoval, abyste pití omezili nebo pít přestali?



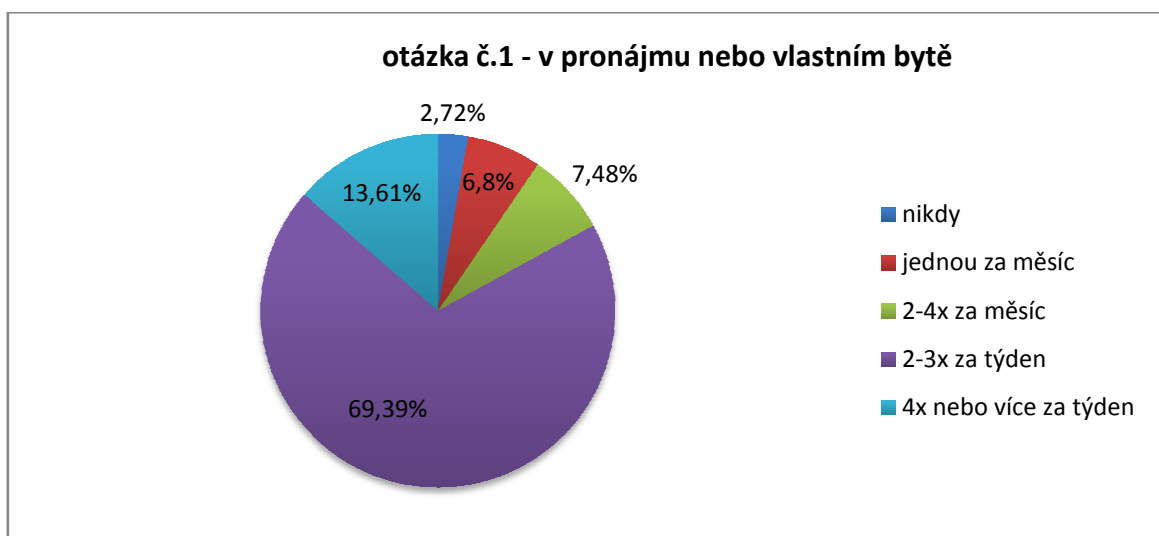
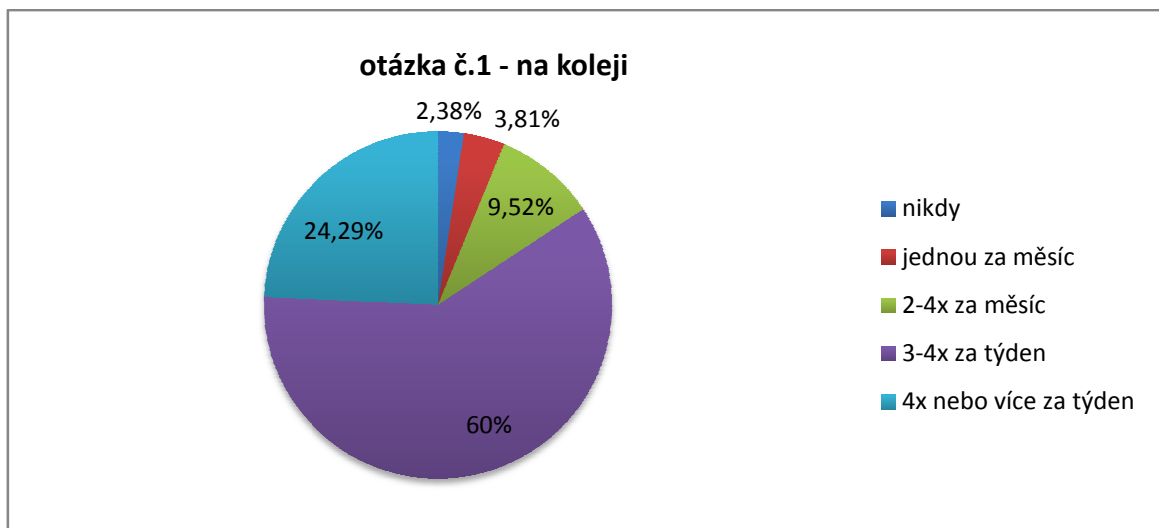
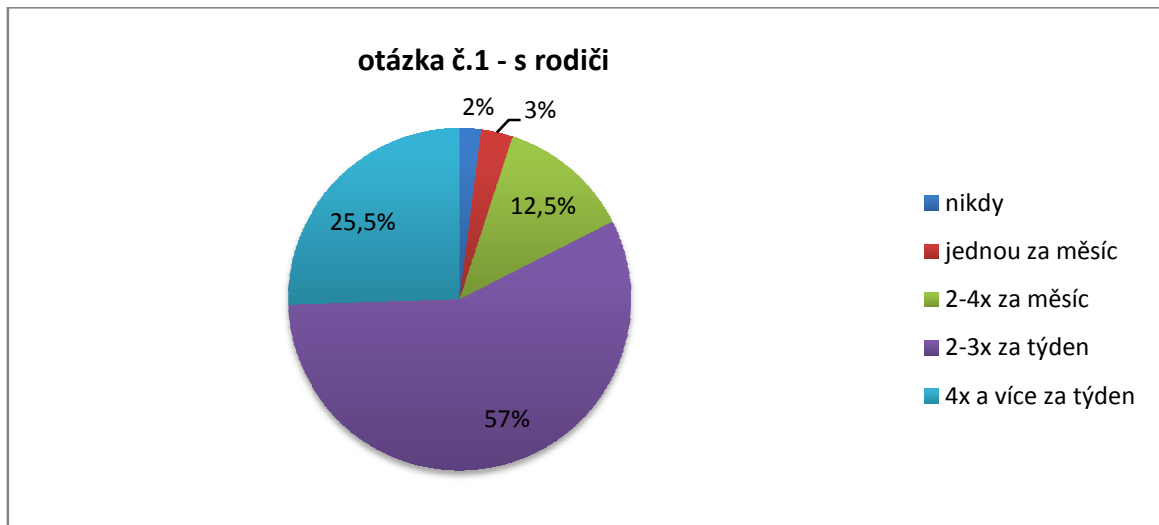
VII-f) porovnání frekventovanosti konzumace alkoholických nápojů z hlediska pohlaví



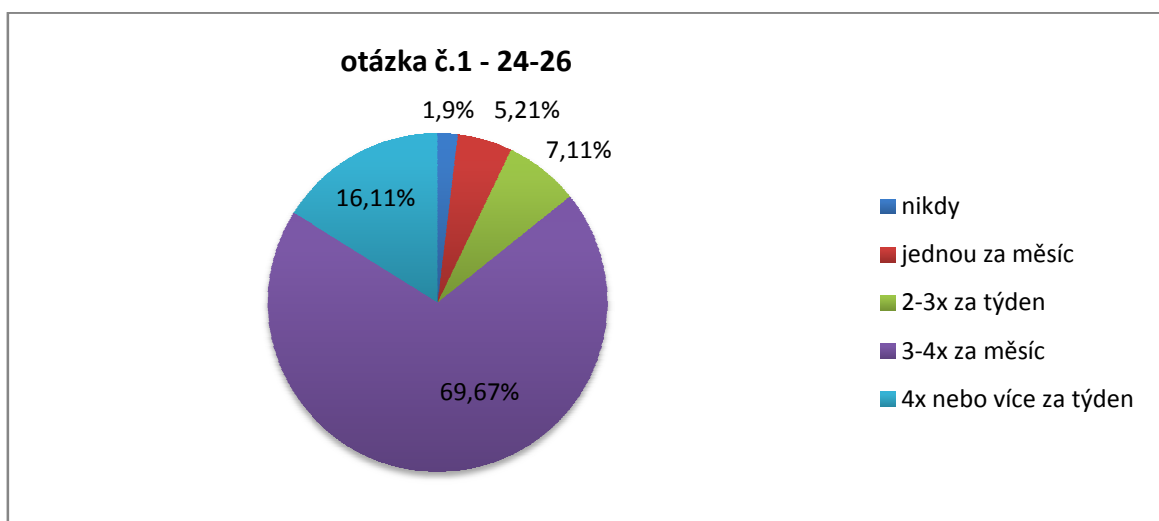
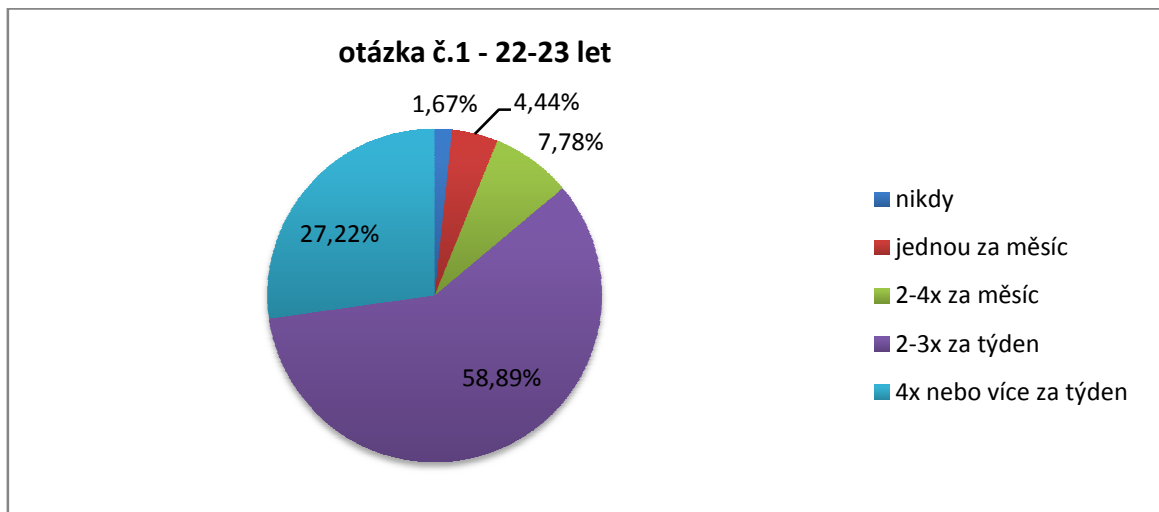
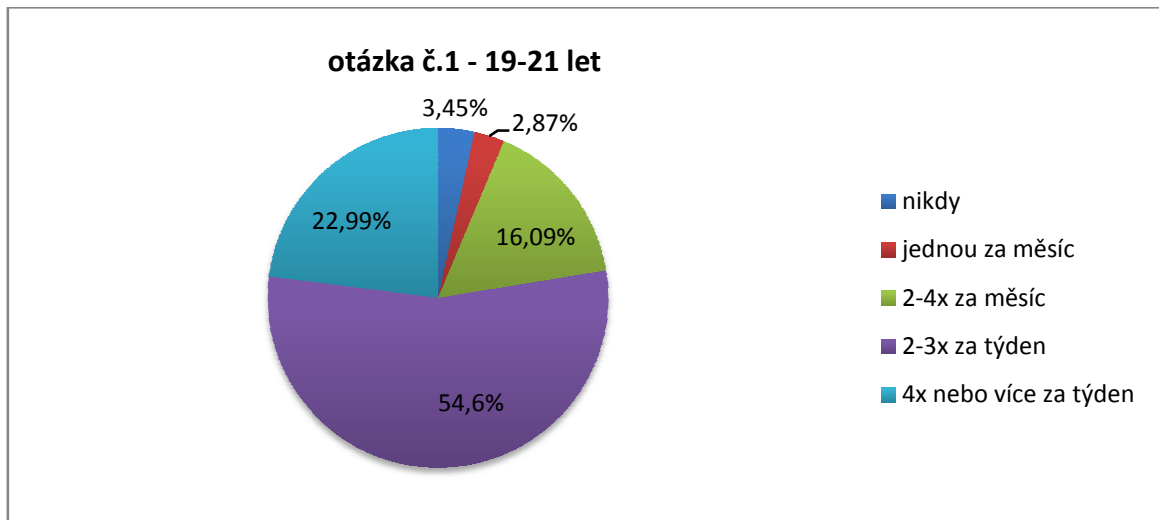
VII-g) porovnání množství běžně konzumovaného alkoholu z hlediska pohlaví



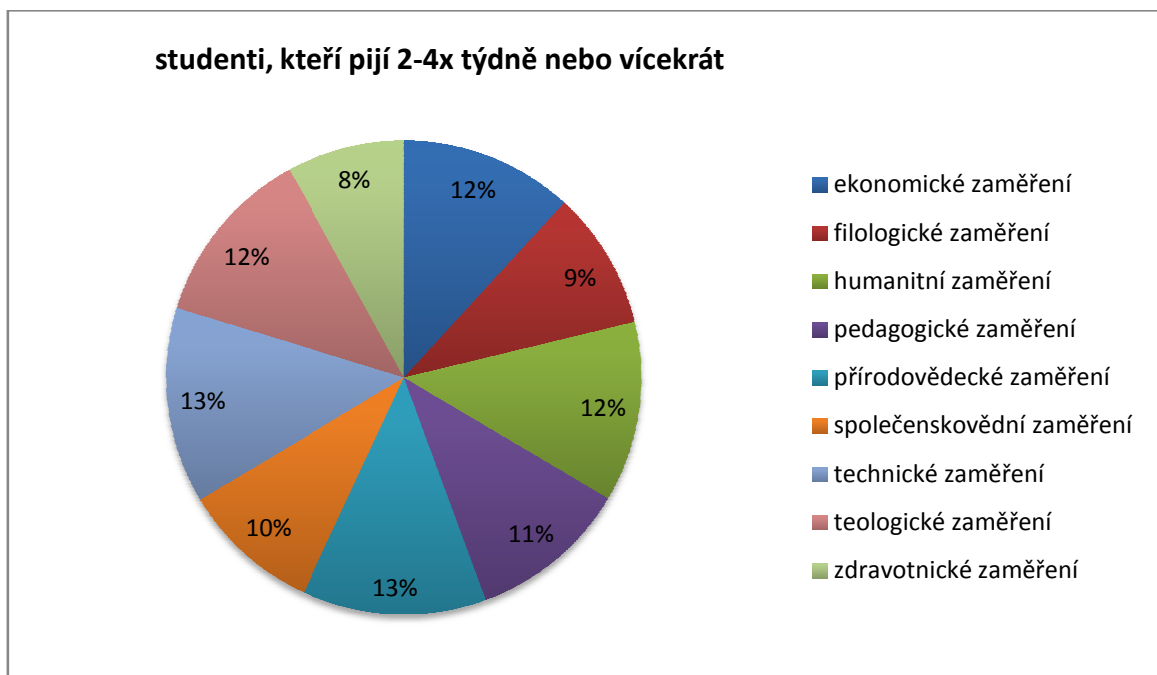
VII-h) porovnání frekventovanosti konzumace alkoholických nápojů z hlediska bydliště



VII-i) porovnání frekventovanosti konzumace alkoholických nápojů z hlediska věku



VII-j) porovnání frekventovanosti konzumace alkoholických nápojů z hlediska oborového zaměření studia



Příloha č. VIII – přepisy rozhovorů

Rozhovor č. 1: muž, ekonomika a management

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

2x – 3x za týden, záleží na příležitostech a přátelích.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

Podle toho, co piju. Když se akce vydaří tak 6 – 8 piv a nějakého panáka, jindy 4 – 5 piv, když jdeme jen tak do hospody.

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste 5 seřadit druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

1.pivo, 2.rum, 3.vodka, 4.zelená (respondent pije hlavně pivo, 5. nápoj ho nenapadl)

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

Do 2000 měsíčně maximálně.

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

Se spolužáky z VŠ a na koleji.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Jsem veselejší, komunikativnější, občas se hádám a jsem trochu agresivní.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ano, ale jen malé přestupky (rušení nočního klidu, rvačka v hospodě).

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ano, kvůli penězům.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ne.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Na záchytce nebo v nemocnici.

Rozhovor č. 2: žena, francouzský jazyk pro evropský a mezinárodní obchod

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

Zhruba 2x týdně.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

2 – 3 skleničky vína.

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste seřadit 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

Piju hlavně víno, na oslavách šampaňské, občas nějakého panáka (destiláty respondentovi nechutnají, pije je pouze když pijí ostatní, preferuje výhradně víno).

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

500 Kč za měsíc.

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

S partnerem u dobrého jídla, s přáteli, na oslavách.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Radost, smích, uvolněnost, opilost.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ne.

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ne.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ne.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Lékař, linka důvěry, léčebny.

Rozhovor č. 3: muž, historie

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

Často. Několikrát týdně. V pátek, sobotu, a 2-3 dny v týdnu.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

5 piv.

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste seřadit 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

1. Pivo, 2. rum, 3. Fernet, 4. víno, 5. Tequila

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

Tak 200Kč za týden (opravil na 500Kč).

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

S přáteli ze sportovního klubu, po dobrém jídle.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Nejistá chůze, hloupý výraz a věčný úsměv, potom únava a chce se mi spát.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ano.

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ano, potřebuju mnohem víc, než mi stačilo dřív.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ne.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Záchytka, K-centrum.

Rozhovor č. 4: žena, učitelství pro 2. stupeň ZŠ – Čj/Aj

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

Často, minimálně 2x týdně, i víckrát.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

2 – 3, moc toho nevydržím.

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

1. Víno, 2. Mojito, 3. bílé víno se Sprite, 4. červené víno s Colou, 5. Malibu

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

500-800Kč měsíčně.

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

S přítelem nebo s kamarády.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Jsem veselá, rádoby vtipná a točí se mi hlava.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ne.

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ano.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ne.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Zavolat záchytku nebo na linku důvěry, pedagogicko-psychologická poradna.

Rozhovor č. 5: muž, biologie

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

Několikrát týdně, vždycky o víkendu a zhruba 2x přes pracovní týden.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

6 piv, nebo s přítelkyní lahev vína, občas panáky, to záleží na situaci.

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste seřadit 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

1. Pivo, 2. víno, 3. pálenky, 4. Rum, 5. Zelená.

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

25 – 30%.

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

S dobrými přáteli při dobré zábavě.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Jsem veselejší, bavím se i v situacích, které by mě za střízliva nebavily, zpívám, bavím přátele.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ne.

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ano, ze zdravotních důvodů.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ano, táta má s alkoholem problémy, takže riziko že to zdědím.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Zavolal bych záchytku.

Rozhovor č. 6: žena, psychologie

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

Jednou za týden.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

2 – 3 skleničky vína.

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste seřadit 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

1. Bílé víno, 2. Cola s rumem, 3. džus s vodkou, 4. Míchané nápoje.

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

Zhruba 1000 Kč za měsíc.

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

Na koleji se spolubydlící.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Snížená pozornost, snížená koncentrace, otupělost, flegmaticnost, snížená sebekontrola.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ne.

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ne, víno je v malém množství zdravé.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ne.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Ano. U lékaře, adiktologa, psychologa, psychiatra nebo terapeuta.

Rozhovor č. 7: muž, architektura a stavitelství

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

4-5x za týden, podle nálady.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

5 - 6 piv.

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste seřadit 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

1. Pivo, 2. víno, 3. whiskey, 4. rumy, 5. Pálenky

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

25 – 30%.

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

S přáteli, se spolubydlícími, s přítelkyní, s rodinou.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Bývám opilý, motají se mi nohy, špatně artikuluju, mám problém zaostřit zrak na konkrétní předměty, jsem veselejší a zábavný, když to přeženu, bývám ospalý a nepříjemný.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ano, kouřil jsem marihuanu.

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ano, už mi to pár lidí řeklo.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ano, protože si po větším pití plně neuvědomuju, co dělám a pak toho můžu litovat.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Ano, u přátel, co se tomu věnují, u lékaře, v K-centru nebo v léčebnách.

Rozhovor č. 8: muž, husitská teologie/filozofie

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

Často, ale v malém množství.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

Denně pivo, na akcích třeba 4 piva a panáka, záleží kde jsem, s kým tam jsem a jaká je atmosféra

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste seřadit 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

1. pivo, 2. víno, 3. destiláty (v destilátech nemá preference).

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

Kolem 2000 z 8000Kč.

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

Večer u televize, na koncertech, s přáteli.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Veselý, komunikativní, spontánní, když piju moc, bývám agresivní, proto piju málo.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ano, ale nerad bych to rozváděl.

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ne.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ne.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Zavolat na záchytku nebo sanitku.

Rozhovor č. 9: žena, fyzioterapie

q1) Jak často pijete alkoholické nápoje?

Pouze při zvláštních příležitostech, párkrát do měsíce.

q2) Kolik standardních sklenic alkoholického nápoje vypijete během typického dne, kdy pijete?

1 pivo nebo 2 skleničky vína.

q3) Jaký alkohol preferujete? Dokázal byste seřadit 5 druhů alkoholu, který pijete, dle vašich preferencí?

1. Bílé víno, 2. džus s vodkou, 3. koktejly, 4. pivo, 5. sekt

q4) Dokázal byste charakterizovat vaši finanční investici do konzumace alkoholu vzhledem k vašemu příjmu?

Do 300Kč.

q5) Při jakých příležitostech a s kým pijete nejčastěji?

S přáteli z VŠ po zkouškách, s rodinou na oslavách.

q6) Jak byste charakterizoval změny svého chování po konzumaci alkoholu?

Podnapilost, špatná orientace, nesoustředěnost, neuvědomuju si úplně důsledky svého jednání, občas lžu, když toho pak lituju.

q7) Řekl byste o sobě, že jste někdy pod vlivem alkoholu jednal v rozporu se zákonem?

Ne.

q8) Řekl byste o sobě, že byste měl pití alkoholu omezit?

Ne, ale řekla bych že, spousta známých by měla.

q9) Myslíte si, že je míra vašeho pití nějakým způsobem "riziková"?

Ne.

q10) Věděl byste, kde hledat pomoc, kdyby někdo z vašich blízkých měl problém a alkoholem?

Ano, u lékaře, v kontaktním centru, nebo by se mohl přihlásit do protialkoholní léčebny (například Červený Dvůr).

