

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ/DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Anna Plašilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika užívání alkoholu u žáků ZŠ

Anna Plašilová

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Plašilová**
Osobní číslo: **Z15130**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Problematika užívání alkoholu u žáků základní školy**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BÁRTÍK, Pavel, MIOVSKÝ, Michal (ed.). Primární prevence rizikového chování ve školství. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
2. MATOUŠEK, Oldřich a MATOUŠKOVÁ Andrea. Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-825-8.
3. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
4. SOBOTKOVÁ, Veronika. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.
5. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. Přehled vývojové psychologie. 3. upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.

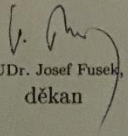
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Adéla Michková, Ph.D.

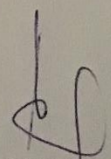
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracoval/vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

Anna Plašilová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Adéle Michkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, ochotu, trpělivost a věnovaný čas při zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří i respondentům, kteří se zúčastnili mého průzkumu a zařízení, kde mi bylo umožněno průzkum realizovat.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma „Problematika užívání alkoholu u žáků ZŠ“ je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. Teoretická část se zaměřuje na období dospívání, rizikové chování, alkohol, jeho účinky, na alkohol v dětství a dospívání. Dále se zaměřuje na závislostní chování, na faktory, které zvyšují rozvoj závislosti, a přímo na závislost na alkoholu. Také je popsána léčba závislosti na alkoholu a protidrogová prevence. Průzkumná část se zabývá hodnocením a interpretací dat, která byla získána na základě dotazníkového šetření u žáků 9 tříd na základní škole v Královéhradeckém kraji.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alkohol, adolescence, závislost, prevence, léčba

TITLE

The problematics of alcohol consumption among primary school children.

ANNOTATION

Bachelor thesis themed “The problematics of alcohol consumption among primary school children” is split into theoretical and research part. The theoretical part focuses on adolescence, risk behavior, alcohol, its effects in childhood and adolescence. It also focuses on addictive behaviors, factors that increase the development of addiction, and addiction to alcohol. Also, I described is the treatment of alcohol dependence and drug prevention. The research part deals with evaluation and interpretation of data, which was obtained based on a questionnaire survey of pupils of 9 classes at elementary school in the Hradec Králové region.

KEYWORDS

Adolescence, alcohol, reliance on alcohol, prevention, therapy

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1 Teoretický cíl	13
1.2 Průzkumný cíl	13
1.2.1 Dílčí cíle.....	13
Teoretická část	14
2 Období dospívání.....	14
2.1 Zdravé a rizikové chování v adolescenci	16
3 Rizikové chování v dospívání.....	18
3.1 Příčiny rizikového chování v dospívání.....	18
3.2 Prevence syndromu rizikového chování a pomoc v praxi	19
3.3 Mezinárodní studie rizikového chování	19
3.3.1 Studie ESPAD.....	19
3.3.2 Studie HBSC.....	20
4 Alkohol	21
4.1 Účinky alkoholu	21
4.1.1 Krátkodobé účinky.....	22
4.1.2 Dlouhodobé účinky.....	22
4.1.3 Intoxikace alkoholu.....	22
4.2 Alkohol v dětství a dospívání.....	23
4.2.1 Negativní vliv alkoholu na děti a dospívající	24
5 Závislost.....	25
5.1 Definice závislosti.....	25
5.2 Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti	26
5.2.1 Psychické faktory.....	26
5.2.2 Sociální faktory.....	26

5.2.3	Genetické predispozice	26
5.2.4	Biologické predispozice.....	26
5.3	Závislost na alkoholu	27
5.3.1	Vliv alkoholové závislosti na organismus	28
6	Léčba závislosti na alkoholu.....	29
6.1	Ambulantní léčba	29
6.2	Ústavní léčba.....	29
6.3	Terapeutické komunity.....	30
6.4	Senzibilační léčba.....	30
6.4.1	Antabus	30
7	Protidrogová prevence	32
7.1	Charakteristika	32
7.2	Primární prevence	32
7.2.1	Rizikové a protektivní faktory v primární prevenci.....	33
7.3	Sekundární prevence	35
7.4	Terciální prevence.....	35
7.5	Školská protidrogová prevence v České republice	35
7.5.1	Minimální preventivní program.....	35
	Průzkumná část.....	36
8	Průzkumné otázky.....	36
9	Metodika průzkumu.....	37
9.1	Organizace průzkumu	37
9.2	Zpracování dat.....	37
9.3	Průzkumný soubor	37
10	Prezentace výsledků.....	39
10.1	Okruh informovanosti a znalosti rizik spojené s konzumací alkoholu.....	39
10.2	Zkušenosti respondentů s alkoholem.....	43

11	Diskuze	53
12	Závěr	56
13	Použitá literatura	57
14	Internetové zdroje	60
15	Přílohy.....	61

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Věk respondentů	38
Obrázek 2 - Informovanost respondentů o rizicích	39
Obrázek 3 - Upřesnění kategorie zdravotní problémy	40
Obrázek 4 - Rizika týkající se respondentů	41
Obrázek 5 - Zdroj informací	42
Obrázek 6 – Názor studentů, zda mají vrstevníci zkušenost s alkoholem	43
Obrázek 7 - Obstarání si piva	44
Obrázek 8 - Obstarání si vína	45
Obrázek 9 - Obstarání si míchaných nápojů	45
Obrázek 10 - Obstarání destilátů	46
Obrázek 11 - Zkušenost s alkoholem (dívký vs. chlapci)	47
Obrázek 12 - Věk první konzumace	47
Obrázek 13 - Nejčastější druh alkoholu, který respondenti ochutnali	48
Obrázek 14 - Důvod první konzumace	49
Obrázek 15 - Místa první konzumace	50
Obrázek 16 - Získávání alkoholu dívky vs. chlapci	52
Tabulka 1 - Rizika alkoholu, které považují respondenti za nejvýznamnější	40
Tabulka 2 - Co si myslí dívky, že zajímá vrstevníky na alkoholu	43
Tabulka 3 - Co si myslí chlapci, že zajímá vrstevníky na alkoholu	44
Tabulka 4 - Zdroj první konzumace	50
Tabulka 5 - Porovnání četnosti konzumace dívky vs. chlapci	51
Tabulka 6 - Kde respondenti získávají alkohol	52

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CAN	Child Abuse and Neglect
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiogram
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
HBSC	The Health Behavior in School-aged Children
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
Odst.	Odstavec
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSN	Organizace spojených národů
Sb.	Sbírka zákonů
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
ZŠ	Základní škola

ÚVOD

„Mladí lidé mají sklon myslet si, že jsou moudří, jako si opilí myslí, že jsou střízliví.“

Charlie Chaplin

Konzumace alkoholu mezi dospívajícími je v současnosti celosvětovým problémem, který se stále nedaří dostat pod kontrolu. Proto jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila téma „Problematika užívání alkoholu u žáků ZŠ“. Důslední nejsou mnohdy ani rodiče, ani školy, a tak může mladý jedinec z nedostatku znalostí, zájmů, jen tak ze zvědavosti nebo ovlivněn kamarády, začít experimentovat s návykovými látkami, kterými jsou prvotně právě alkohol a nikotin.

Ve své práci jsem využila poznatků mezinárodní studie HBSC (The Health Behavior in School-aged Children), která probíhá každé čtyři roky. Studie HBSC mapuje u jedince, kteří jsou ve věku 11, 13 a 15 let, úroveň pohybové aktivity, trávení volného času, šikanu, užívání alkoholu, tabákových výrobků, marihuany a další determinanty zdraví v sociálním prostředí (rodina, škola, vrstevníci). Česká republika je zapojena od roku 1994. Studie vychází ze stanoviska WHO, že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Do studie je zapojeno 220 tisíc školáků ze 42 zemí světa. Výzkum pod záštitou Světové zdravotnické organizace v České republice zajišťuje Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

Dle studie HSBC z roku 2014 české děti začínají výrazně dříve ve srovnání s mezinárodním průměrem pít alkohol, kouřit cigarety a marihuanu. Pravidelně pije alkohol 20 % patnáctiletých chlapců a 14 % dívek. Opakovanou opilost uvádí přibližně 30 % patnáctiletých, což je výrazně více, než je mezinárodní průměr zemí HSBC.

Teoretická část bakalářské práce je členěna na kapitoly a je zaměřena na období dospívání, rizikové chování v dospívání, alkohol (alkohol obecně, účinky alkoholu, alkohol v dětství a dospívání), závislost (definice, faktory zvyšující riziko závislosti, závislost na alkoholu). Dále se zaměřuje na léčbu závislosti a na protidrogovou prevenci.

Průzkumná část se zaměřuje na to, zda jsou mladí lidé o této problematice dostatečně informováni a znají rizika konzumace alkoholu, a jaké mají zkušenosti s alkoholem.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Teoretický cíl

Shrnout základní informace o problematice konzumace alkoholu u dospívajících a popsat možnosti prevence a léčby.

1.2 Průzkumný cíl

Zjistit zkušenosti žáků 9 tříd s užíváním alkoholu.

1.2.1 Dílčí cíle

Zjistit, jaké jsou první zkušenosti u žáků 9 tříd s užíváním alkoholu.

Zjistit, jaká rizika spojená s užíváním alkoholu znají žáci 9 tříd.

TEORETICKÁ ČÁST

2 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je velmi dynamickým obdobím v životě člověka, které modifikuje všechny složky jeho osobnosti. Je to přechodná fáze života, kdy jedinec již není dítě, ale ještě není dospělý. Je jakýmsi druhým zrodem člověka, biologickým i psychosociálním. Dospívání probíhá mezi 11. až 20. rokem života jedince (Šimíčková, Čížková, 2010, s. 77).

V tomto období dochází k proměně osobnosti ve všech oblastech. Jsou to oblasti somatické, psychické a sociální. Většina změn je podmíněna biologicky, ale ovlivňují je psychické a sociální faktory. Dospívání v rámci životního cyklu má svoje typické znaky a svůj objektivní i subjektivní význam. Je to období, ve kterém jedinec má zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity (Vágnerová, 2012, s. 367).

Sigmund Freud nazval období dospívání genitálním stadiem, kdy dochází k novému oživení sexuálního pudu na jiné úrovni než dříve. Erik Ericsson, na rozdíl od Freuda, považuje za důležitější psychosociální aspekt tohoto období, a to především osamostatnění dospívajícího od rodiny, hledání vlastní identity a své pozice ve společnosti. Sexuální složka je pro něj pouze součástí identity (Vágnerová, 2012, s. 368,369).

Šimíčková (2010, s. 77) toto období rozděluje na tři fáze, na fázi **prepuberta**, **puberta** a **adolescence**.

Fáze **prepuberty** začíná pohlavním dospíváním a objevením prvních sekundárních pohlavních znaků. Tělesné dozrávání se projevuje mezi 11 až 12 rokem, zde je velmi zrychlený tělesný růst. Toto období je odlišné u dívek a chlapců. U dívek končí nástupem první menstruace a trvá přibližně od 11 do 13 let. U chlapců tato fáze končí první polucí¹ (Šimíčková, Čížková, 2010, s. 77-78).

Puberta neboli období vlastního dospívání, začíná u dívek již 12,5 letech a u chlapců ve 13 letech. U dívek je puberta kratší a uzavřenější. Oproti dívkám chlapci mají tento vývojový proces dlouhodobější a rozmanitější (Šimíčková, Čížková, 2010, s. 79). Toto období začíná prvními projevy pohlavní zralosti, u dívek nástupem menstruace a u chlapců polucí. Dále je

¹ <https://cs.wikipedia.org/wiki/Poluce>

charakteristické vyrovnáním rozdílů mezi rychlým tělesným a pomalejším psychickým vývojem. Fáze puberty končí dosažením reprodukční schopnosti (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 143).

Naopak Šimíčková (2010, s. 83) uvádí tyto sociální mezníky adolescence:

- „ukončení povinné školní docházky,
- první pohlavní styk,
- dovršení profesní přípravy (s výjimkou vysokoškoláků),
- právní dosažení plnoletosti.“

Třetí fáze dospívání nazýváme **adolescence**. Termín „adolescence“ byl objeven v 15. století a byl odvozen z latinského slova *adolescere*, což v překladu znamená „vyrůst“ či „dospět“ (Lerner, Steinberg, 2009).

Období adolescence je zhruba od 15 do 20 let. Je to doba, která je biologicky vymezena pohlavním dozráním, v této době často dochází k prvnímu pohlavnímu styku. V adolescenci se mění osobnost dospívajícího i jeho společenské pozice. Sociálním mezníkem bývá ukončení profesní přípravy, následované nástupem do zaměstnání nebo pokračováním studia. Tato věková skupina bývá označována jako mladiství, dorost nebo teenagers (Vágnerová, 2012, s. 370).

Matoušek (2013, s. 53) rozděluje dospívání na etapy:

- časná adolescence (11-14 let),
- střední adolescence (15-17 let),
- pozdní adolescence (18-20 let).

Matoušek (2013, s. 53) ve své knize uvádí, že **časná adolescence** je především u jedince spojována s pubertálními změnami, které vedou k dosažení reprodukční schopnosti. Jedinec prochází tak některými psychickými a sociálními změnami, které lze považovat za přímý důsledek pubertálních změn a projeveného sexuálního pudu. Mezi sexuální pudy patří např. zvýšený zájem o erotiku, sexualitu, partnerské vztahy a zvýšenou emoční labilitu. V této době zraje i lidský organismus, rozvíjí se abstraktní myšlení a jiné kognitivní funkce.

Střední adolescence je především charakteristické psychickými a sociálními změnami, které souvisejí s prohloubeným sebeuvědoměním, s potřebou rovnocenných vztahů s druhými lidmi

a s potřebou sociálního ocenění. Adolescenti se snaží lišit od svého okolí oděvem, mluvou, trávením volného času, sportovními a kulturními aktivitami (Matoušek, 2013, s. 53).

Pozdní adolescence je období od 18 do 20 let. Tato etapa je většinou spojována s posledními lety na středoškolských studiích a s dosažením zletilosti (v ČR 18 let). V tomto období se jedinec zamýšlí nad svou budoucností, uvažuje o svých plánech a cílech, které se především týkají profese a partnerských vztahů. Velikost změn závisí na důležitosti naplňované role, např. jestli se jedinec rozhodne pro pokračování studia nebo nastoupí do zaměstnání, zda se ekonomicky osamostatní, bydlí či nebydlí s rodiči, vstupuje do dlouhodobých partnerských vztahů, anebo se stává rodičem. Z hlediska psychologie by v tomto období mělo být u jedince dosažena psychosociální zralost, osobní a sociální identita. Identita se koncem adolescence neuzavírá, ale získává novou kvalitu. Vztah k sobě samému a k okolí se stabilizuje. Aby dospívající pokročil do období mladé dospělosti, měl by být schopen přebírat zodpovědnost za svůj život, naplňovat své osobní potřeby, usilovat o blízké vztahy, přijímat a zvládat společenské role a vytvářet si dlouhodobou osobní perspektivu (Matoušek, 2013, s. 53).

2.1 Zdravé a rizikové chování v adolescenci

Chování a jednání dospívajících, ať rizikové, nebo zdravé, slouží k dosažení identity a autonomie. Adolescenti jednají nenáhodně, tak aby dosáhli pro ně osobně důležitých cílů, které jsou spojeny s vývojovými úkoly. Pro období adolescence jsou důležité adaptační mechanismy, aspekty socializace (důvody chování) a způsoby chování (rizikové či bezpečné) (Sobotková, 2014, s. 34).

Boninová, Cattelinová a Ciaranová (2005) důvody chování v adolescenci rozdělují do tří skupin, které jsou propojeny a vymezují způsoby chování:

- formování identity (dosažení autonomie, sebe-potvrzování a experimentování, překračování limitů, nápodoba dospělých, vyhledávání nových zážitků, vnímání vlastní kontroly),
- vztahy s vrstevníky (komunikace, sdílení zážitků a emocí, napodobování a soutěživost, zkoumání reakcí a limitů),
- vztahy s dospělými (zkoumání reakcí a limitů, aj.).

Sobotková (2014, s. 34-36) uvádí ve svém díle jednotlivé způsoby adaptace v adolescenci:

- **Nápodoba dospělých** – Adolescenti se snaží začlenit do světa dospělých prostřednictvím rizikového chování. Do rizikového chování, které je v dospělosti považováno za normální, patří kouření cigaret, konzumace alkoholu nebo sexuální chování. Tímto způsobem mohou adolescenti zažívat pocit dospělosti, ačkoliv jiné základní atributy dospělosti jim nejsou zatím dosažitelné.
- **Dosažení autonomie** – Adolescent se během procesu dosahování vlastní identity má osvobodit ze závislosti na nukleární rodině a názorech ostatních, charakteristiky typické pro dětství, a dosáhnout tak autonomie. Adolescent žijící rizikovým chováním demonstruje jak sobě, tak ostatním (rodičům, dospělým), že je schopen dělat rozhodnutí nezávisle a neovlivněně. To je např. sexuální chování, užívání drog. Naopak bezpečnou strategií může být např. rozhodnutí, že bude vegetarián.
- Identifikace a diferenciaci,
- Sebe-potvrzování a experimentování,
- Překračování limitů,
- Vyhledávání nových zážitků,
- Vnímání vlastní kontroly,
- Coping a únik,
- Komunikace,
- Sdílení zážitků a emocí,
- Sdílení rituál,
- Napodobování a soutěživost,
- Zkoumání reakcí a limitů,
- Diferenciaci a opozice.

3 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ

Rizikové chování je chování, v jehož důsledku dochází k nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Do rizikového chování řadíme šikanu a násilí ve školách, záškoláctví, kriminální jednání, sexuální rizikové chování (např. nechráněný pohlavní styk při náhodné známosti, pornografie, vysoká frekvence pohlavních styků), vandalismus, xenofobii, rasismus, užívání návykových látek, nelátkové závislosti (např. gambling), užívání anabolik a steroidů, zneužívání a týrání dětí aj. (Bártík, Miovský, 2010, s. 30-31).

Dle Sobotkové (2014, s. 43) se rizikové chování opírá o tři skupiny faktorů:

- Biologické – sem patří pohlaví, hormonální systém, tělesná konstituce, vrozené handicap, fyzická odolnost vůči bolesti atd.
- Psychologické – rysy osobnosti, sebepojetí, postoje, a hodnotová orientace.
- Sociální kontext – prostředí, rodinná konstelace, vrstevníci, sociodemografické charakteristiky, aj.

V dospívání rizikové chování je nejvíce zastoupeno konzumací alkoholu, kouřením cigaret a zkušeností s drogami, hlavně s marihuanou. Toto chování je spojeno s typem vrstevníků a se způsobem trávení volného času (Sobotková, 2014, s. 47).

3.1 Příčiny rizikového chování v dospívání

Rizikové faktory se nacházejí již v dětství a dále v dospívání. V dětství jsou to faktory zanedbávání a zneužívání dítěte, problémové chování v dětství, významná ztráta v rodině, zavržení svým rodičem, chronické onemocnění rodičů (tělesné či duševní). V dospívání patří mezi rizikové faktory malá sebedůvěra a sebeúcta, těhotenství a rodičovství v období dospívání, chronická nemoc, handicap, malé a nejisté perspektivy pro budoucnost (Machová, Kubátová, 2015, s. 189).

V období dospívání příčinou rizikového chování je v životě určitého jedince převaha rizikových faktorů nad ochrannými. I při nepříznivých podmínkách mohou ochranné faktory působit velmi mocně. Mezi nejdůležitější ochranné faktory jsou vždy dobré vztahy v rodině, zdravý, normální vývoj v dětství, otevřená komunikace, neautoritativní podpora dospívajícího. Dalším ochranným faktorem jsou pozitivní perspektivy v oblasti zaměstnání a v osobních vztazích. Také velice důležitý v dospívání je vztah prosociální, k pozitivní skupině vrstevníků (Machová, Kubátová, 2015, s. 190).

3.2 Prevence syndromu rizikového chování a pomoc v praxi

Prevence syndromu rizikového chování a pomoc při něm znamená identifikovat u jedince rizikové i ochranné faktory. Dále rizikové faktory důsledně odstraňovat nebo oslabovat, a to u každého jedince i ve společnosti, a posilovat faktory ochranné (v rodině, ve škole i v jiných mimoškolních zařízeních). Zda se dospívající jedinec rizikového chování vyvaruje, nebo je naopak přijme, závisí na jejich poměru. Závisí i na závažnosti rizikového chování. Ochranné faktory mohou působit velmi mocně a neutralizovat i závažné rizikové faktory (Machová, Kubátová, 2015, s. 189).

Prevence syndromu rizikového chování v dospívání obecně promítnuta do každodenního života znamená:

- *„Dbát o to, aby si jedince z dětství do dospívání, pokud možno nepřinášel žádná zranění nebo handicap. Pokud však jsou přítomny, aby mu bylo pomoheno vyrovnat se s nimi již v dětství.*
- *Na obvyklé křížovatce dobrých a špatných možností v dospívání zjistit, aby mladý člověk byl provázen zralým dospělým (optimálně rodičem), který je mu spolehlivou, ale neautoritativní oporou, jenž je motivován mu nezištně pomáhat a který současně vytyčuje nutné hranice a ponechává prostor pro jeho současné názory, rozhodování i pro jeho osobitý vývoj.*
- *Pokud je dospívající konfrontován se společenskou normou očekávaného chování pro tento věk, která se výrazně liší od hodnotového systému jeho a jeho rodiny, pak je velmi důležité, aby měl návaznost na skupinu vrstevníků stejných zásad.“* (Machová, Kubátová, 2015, s. 190)

3.3 Mezinárodní studie rizikového chování

3.3.1 Studie ESPAD

Studie ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) je projekt, který je realizován od roku 1995 a probíhá každé 4 roky. Tématem této studie je užívání návykových látek (alkohol, tabák, marihuana, hašiš a další tvrdé drogy). ESPAD patří mezi největší celoevropské studie zaměřené na zjištění rozsahu užívání legálních i nelegálních návykových látek u šestnáctiletých studentů. V roce 2015 proběhla šestá vlna studie ESPAD. V České republice se analýzy dat účastnilo 215 škol. Mezi roky 2011 a 2015 došlo k výraznému poklesu jak u zkušeností s konzumací alkoholu, tak u rizikové konzumace alkoholu. Preferovaným nápojem mezi 16letými zůstává dlouhodobě pivo a za ním následují destiláty. 3/4 těch, co

konzumovali alkohol v posledních 30 dnech, ho konzumovali v hospodě, restauraci, baru nebo na diskotéce. Z ESPAD studie z roku 2015 95,8 % studentů ochutnalo v životě alkohol a v posledních dnech pilo alkohol 68,5 %.

3.3.2 Studie HBSC

Studie HBSC (The Health Behavior in School-aged Children) je mezinárodní výzkumná studie zabývající se výzkumem dětského zdraví, zdravého chování a faktory, které zdravé chování ovlivňují. Studie vychází ze stanoviska WHO, že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. HBSC studie byla zahájen v roce 1982 a probíhá každé čtyři roky. Česká republika je zapojena od roku 1994. Studie HBSC je určena pro děti, kteří jsou ve věku 11, 13 a 15 let. Poslední studie proběhla v roce 2014 a té se účastnilo 42 zemí. Dle studie HSBC z roku 2014 české děti začínají výrazně dříve pít alkohol, kouřit cigarety a marihuanu. Pravidelně konzumuje alkohol 20 % patnáctiletých chlapců a 14 % dívek. Opakovanou opilost uvádí přibližně 30 % patnáctiletých, což je výrazně více, než je mezinárodní průměr zemí HSBC.

4 ALKOHOL

Alkohol pochází z arabského slova „al-ka-hal“. Je to nejrozšířenější a nejčastější užívaná psychoaktivní látka, která patří mezi legální drogy. Nadměrná konzumace alkoholu ničí zdraví jednotlivce, může zasahovat rodinu i celou společnost (Kopecká, 2011, s. 92).

K výrobě alkoholických nápojů se používá ethanol. Je to čirá velice hořlavá kapalina typického zápachu. Ethanol vzniká kvašením rostlinných produktů, které obsahují velké množství sacharidů, např. obilí, ovoce, cukrová řepa a brambory (Fischer, Škoda, 2009, s. 100).

Alkohol má tlumivé, euforizující a analgetické účinky. Také plní mnoho funkcí. Fyziologická funkce se používá jako nápoj, ale i jako lék. Psychologická pomáhá k úniku z reality, zlepšuje náladu či zvyšuje sebevědomí. V sociální funkci alkohol slouží k lepší adaptaci a komunikaci, je projevem pohostinství. Ekonomická sloužila jako platidlo. V rituální funkci alkohol byl součástí oslav, obřadů včetně náboženských (Kraus, Hroncová, 2010, s. 83).

„Alkoholickými nápoji“ podle §2 odst. 1 Zákona č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, jsou lihoviny, destiláty, víno, pivo a jiné nápoje, které obsahují více než 0,5 % objemový ethanol.“

4.1 Účinky alkoholu

Alkohol se vstřebává tenkými cévami ve stěnách žaludku a tenkého střeva do krve. Během několika minut od požití se alkohol ze žaludku dostane do mozku a začne se projevovat snížením činnosti nervových buněk. Člověk vstřebává přibližně 20 % alkoholu v žaludku a zbytek 80 % vstřebává stěnami tenkého střeva (Hirt, Vorel, 2016, 81).

Alkohol může mít různé účinky na různé lidi. Existují dva typy účinku, krátkodobý a dlouhodobý účinek. Vliv užití alkoholu na jedince je různý. Záleží, jaké množství požitého alkoholu jedinec konzumoval, jaká je jeho hmotnost a co předtím jedl. Potrava je důležitá z důvodu zpomalení přechodu alkoholu v žaludku do krevního řečiště. Účinek alkoholu je také ovlivněn rychlostí konzumace alkoholu. Čím rychleji alkohol osoba vypije, tím hůře lidské tělo odbourává alkohol z krve. Jelikož se alkohol váže na vodu a ženy v porovnání s muži mají v těle méně vody, na ženy alkohol působí silněji. Je to z toho důvodu, že ženy mají obvykle nižší tělesnou hmotnost než muži, a proto dochází u žen rychleji ke stavům opilosti a negativním vlivům pití na organismus. (Kukla, 2016, s. 333)

4.1.1 Krátkodobé účinky

Alkohol může způsobovat, v závislosti na zkonsumovaném množství a tělesné kondici dotyčného, tyto účinky; ospalost, zvracení, průjem, bolesti hlavy, obtíže s dýcháním, poruchy vidění a sluchu, narušení schopnosti uvažování, sníženou schopnost vnímání a koordinace, bezvědomí, chudokrevnost, kóma a výpadky paměti (Kukla, 2016, s. 333).

4.1.2 Dlouhodobé účinky

Dlouhodobá konzumace velkého množství alkoholu způsobuje řadu problémů. Mezi zdravotní problémy, které jsou spojovány s velkou mírou konzumace alkoholu, patří otrava alkoholem, vysoký krevní tlak, mrtvice, srdeční onemocnění, onemocnění jater, poškození nervů, trvalé poškození mozku, žaludeční vředy, zánět žaludku, podvýživa, rakovina dutiny ústní a jícnu, nedostatek vitamínu B1, neúmyslná zranění (pády, dopravní nehody, utonutí, popáleniny). Do sociálních problémů řadíme snížená produktivita v práci, problémy v rodině, rozvrácení vztahů, sexuální napadení, či násilí v domácnosti (Kukla, 2016, s. 334).

4.1.3 Intoxikace alkoholu

Podnapilost lze dělit na lehkou, střední, středně těžkou a těžkou. Útrata (1986) ve své knize uvádí příznaky při různých stupních ovlivnění alkoholem:

- **podnapilost** – hladina do 1,0 ‰ – porucha pozornosti, prodloužení reakčního času, zhoršení procesu a stavu koordinace pohybů končetin a zraku;
- **lehká opilost** – 1,0-1,5 ‰ – útlum zábran, euforie, zhoršen úsudek, přeceňování vlastních schopností;
- **středně těžká opilost** – 1,5-2,5 ‰ – snižuje se kritičnost a úsudek, narůstá nevhodné chování;
- **těžká opilost** – 2,5-3,0 ‰ – jsou přítomny neurologické příznaky (dysartrie, porucha koordinace pohybů, závratě, poruchy paměti), nastupuje útlum;
- **intoxikace alkoholem** – nad 3,0 ‰ – útlum vitálních funkcí, rozvíjí se bezvědomí.

Otrava alkoholem může být v krajním důsledku i smrtelná. Smrtelná dávka etylalkoholu se u dospělého pohybuje mezi 250–750 g, což je cca 600–1800 ml 40 % alkoholu. Toto množství odpovídá hladině alkoholu v organismu v rozmezí 3,5 – 5 promile (Mlčochová, 2018).

U každého jedince dochází k otravě alkoholem při různém množství promile v krvi. Příznaky předávkování alkoholem jsou:

- zvracení,
- tělesná ochablost,
- bledý obličej,
- neschopnost mluvit,
- pomalé dýchání,
- zpomalená srdeční činnost,
- ztráta vědomí (Burkart, 2016).

Osoba, která je předávkovaná, nemusí nutně vykazovat všechny tyto symptomy. Dávka alkoholu, která způsobí u konkrétního jedince předávkování, se stejně jako u jiných návykových látek, nedá předem určit. Záleží na koncentraci alkoholického nápoje, ale i na momentální zdravotní stránce konzumenta. Mnohem vyšší riziko předávkování je u člověka, pokud vypije rychle velké množství alkoholu nebo pokud alkohol kombinuje s jinými drogami (Burkart, 2016).

4.2 Alkohol v dětství a dospívání

Právo na zdraví a na kvalitu života je základním právem u každé lidské bytosti. Ochrana a podpora zdraví a kvality života dětí a mládeže je zakotvena v Úmluvě OSN o právech dítěte (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009 s. 58).

Z hlediska alkoholu a jiných návykových látek české děti a dospívající patří k nejohroženějším v Evropě. Podle ESPAD studie (2011, s. 12) došlo k nárůstu pravidelné konzumace alkoholu mezi dospívajícími. „Častou konzumaci nadměrných dávek alkoholu (tj. konzumaci 5 a více sklenic alkoholu třikrát a častěji v posledních 30 dnech) uvedlo v roce 2011 celkem 21 % studentů (27 % chlapců a 16 % dívek); nárůst byl zaznamenán především u chlapců.“ U chlapců se zvýšila pravidelná konzumace piva a u dívek vína a destilátů.

Pro prodej alkoholu v ČR je věková hranice 18 let. V jiných zemích, např. v USA a v Japonsku se podává alkoholický nápoj až od 21 let. Pití alkoholu v ČR není zakázáno, ale je zakázáno podávat a prodávat alkohol osobám mladším 18 let. Pro tuto problematiku existuje zákon.

„Zákon č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (5) Zakazuje se prodávat a podávat alkoholické nápoje osobě mladší 18 let“ (Česko, 2017).

4.2.1 Negativní vliv alkoholu na děti a dospívající

Při časté konzumaci alkoholu u dětí se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění jater, protože játra nedokáží rychle odbourat škodlivé látky. Poškozená bývá i nervová soustava. Kromě tělesných a duševních změn v dospívání dochází také k tvorbě mozkových sítí. Pokud jedinec v tomto období konzumuje alkohol je značně omezen jejich vznik. Následkem pak může být horší paměť, problémy s učením, nižší schopnost soustředit se a později neuplatnění v zaměstnání. Stejná dávka alkoholu u dětí a mladistvých, jakou by vypil dospělý, může způsobit vážné a nezvratné poškození tělesných orgánů. Organismus dítěte se stále vyvíjí, a proto tělo nedokáže alkohol metabolizovat a odbourat tak rychle jako u dospělého. Proto u dětí a mladistvých není žádná bezpečná dávka alkoholu. (Kukla, 2016, s. 332)

Závislost u mládeže vzniká mnohem rychleji než u dospělých. Dospívající mají oblibu v hazardování a experimentování. Proto u nich hrozí, při kombinaci různých druhů alkoholu, otrava či provozování nebezpečných činností (např. sporty, při nichž hrozí úraz). K dalším rizikům spojených s alkoholem patří dopravní nehody, otravy, sebevraždy, zvyšuje se nebezpečí násilí, trestná činnost a další formy rizikového chování. U dětí je také vysoké nebezpečí přechodu na další návykové látky, které mohou mít ještě horší důsledky. (Kukla, 2016, s. 332)

5 ZÁVISLOST

Tato kapitola se zabývá závislostí, její charakteristikou, typologií a druhy. Dále se zabývá faktory, které zvyšují pravděpodobnost rozvoje závislosti, a samotnou závislostí na alkoholu.

5.1 Definice závislosti

MKN (2011, s. 198) definuje závislost jako: „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“

Synonymem pro závislost je toxikománie. Ta může být psychická a fyzická. Psychická závislost se u člověka projevuje touhou znovu užívat látku. Fyzická neboli somatická závislost vzniká, když se droga stává součástí metabolismu člověka, a proto organismus reaguje negativními příznaky při její absenci (Kraus, Hroncová, 2010 s. 75).

Pokud se u člověka zastaví přísun drogy, dochází k abstinčním příznakům. Mezi abstinční příznaky, které jsou velmi pro jedince nepříjemné, řadíme touhu po droze, bolesti a křeče, zvracení, průjem, epileptické záchvaty, pocení, změny tělesné teploty a změny chování (Kraus, Hroncová, 2010 s. 77).

Typologie drogových závislostí je mnoho. Drogy obvykle dělíme na měkké a tvrdé drogy, legální a nelegální drogy. Mezi legální drogy řadíme alkohol a tabák. Do nelegálních drog patří halucinogeny, stimulancia, těkavé látky a tlumivé látky (Kraus, Hroncová, 2010 s. 83-90).

Závislost může být na různé návykové látky, mezi ně patří:

- F10.2 Závislost na alkoholu, (Nešpor, 2011, s. 9-10)

Podle Nešpora (2011, s. 12-20) se závislost vyznačuje určitými znaky. Jsou to znaky silná touha či pocit puzení užívat danou látku (craving, bažení), zhoršené sebeovládání, tělesný odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, pokračování v užívání látky, před důkaz škodlivých následků.

5.2 Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti

5.2.1 Psychické faktory

Užívání psychoaktivních látek zvyšuje tendence k:

- Prožívání – je charakteristické emocionálním laděním, které je spojené se zvýšenou úrovní aktivace, dráždivostí, labilitou, se stavy deprese a anxiозity.
- Uvažování a hodnocení různých situací – někteří jedinci nejsou schopni posoudit sami sebe ani okolí, mají sklony k sebepodceňování, nebo naopak sebe a okolí vnímají a hodnotí nepřiměřeně, přeceňují se.
- Chování – jedinci mohou mít nižší míru sebekontroly a volních vlastností, mají nižší míru flexibility. Vyšší riziko vzniku závislosti mají osoby depresivní, nepřizpůsobivé (neshodují se s normami a cíli společnosti), nevyrovnané, úzkostné, u žen s extravertí².

Dále vyšší riziko závislostního chování se může projevit u osob s poruchami osobnosti a psychickým onemocněním (Fischer, Škoda, 2009, s. 97).

5.2.2 Sociální faktory

Všechny předchozí faktory (genetické, biologické a psychické predispozice) působí v určitém sociálním a kulturním prostředí, které ovlivňuje jedince. Mezi ty nejvýznamnější sociální faktory zvyšující sklony k rozvoji závislosti patří vliv:

- rodiny (dysfunkční rodina, afunkční rodina, syndrom CAN, neúplná rodina apod.),
- sociální skupiny (party, subkultury, vrstevníci),
- životního prostředí (migrace obyvatel, prostředí měst – sídliště a průmyslové zóny),
- sociální konformita (Fischer, Škoda, 2009, s. 98).

5.2.3 Genetické predispozice

Podle Fischera (2009, s. 95) dosud neexistují specifické genetické informace, které by vedli jednoznačně ke vzniku závislostního chování. Důležitý je fenotypový výsledek, který vzniká na základě interakce genetické výbavy s prostředím. Tato problematika je nejvíce zkoumána s alkoholizmem.

5.2.4 Biologické predispozice

Riziko požívání psychoaktivních látek, jako je např. alkohol, může být ovlivněno fyziologickými reakcemi. Po požití látky mohou mít někteří jedinci oproti druhým příjemné

² Extroverze – snazší přizpůsobivost, otevřenost vůči ostatním.

pocity, nemusí mít se zpracováním látky obtíže, necítí kocovinu, proto je pravděpodobnost častějšího a vyššího množství užívání látky (Fischer, Škoda, 2009, s. 96).

5.3 Závislost na alkoholu

Závislost na alkoholu, dříve alkoholismus, je charakterizována nadměrnou a pravidelnou konzumací alkoholických nápojů. Závislost na alkoholu ohrožuje nejen samotného jedince, ale i jeho rodinu a celou společnost. Nadměrné užívání alkoholu zvyšuje riziko vzniku jaterních onemocnění, vysokého krevního tlaku, onemocnění trávicího a nervového systému, i duševních chorob (Kraus, Hroncová, 2010, s. 79, 83). „Alkoholismus“ poprvé použil švédský lékař Magnuss Hussov v r. 1849. (Kalina, 2003, s. 151).

V jednotlivých společnostech charakter konzumace alkoholu bývá rozlišován do tří typů. Typ románský je charakteristický pravidelnou konzumací v mírných dávkách a preferuje víno. Anglosaský se vyznačuje nepravidelnou konzumací, často se dostává do stádia opilosti a preferuje destiláty. Středoevropský typ konzumuje pravidelně a je to především pivo (Kraus, Hroncová, 2010, s. 83).

Vývoj závislosti můžeme rozlišit na 4 etapy. Počáteční (iniciální) je charakteristická poznáváním pocitu euforie a postupně se zvyšuje frekvence i dávka. Ve varovné (prodromální) etapě dochází k vyhledávání alkoholu i tajnému pití, objevují se častěji stavy podnapilosti, klesá schopnost sebekontroly. Obvykle toto období může trvat i řadu let. Rozhodná (krucální) fáze se vyznačuje stálou vzrůstovou tolerancí, jedinec nedokáže přestat pít, nedaří se mu abstinovat. Dostávají se fyziologické a psychické problémy (změna chování, konflikty s okolím). Konečná (terminální) etapa je charakteristická, že se u jedince dostávají abstinenci příznaky a snižuje se odolnost vůči alkoholu (Kopecká, 2011, s. 93-94).

V přístupu k alkoholu rozlišujeme 4 stupně Abstinent, konzument, pijan a alkoholik. Abstinent je osoba, která nepožila alkohol v jakékoliv formě alespoň za poslední tři roky. Konzumenta dělí na zásadový a nezásadový. Zásadový konzument pije v mírných dávkách a neopíjí se. Nezásadový konzument se neopije více jak 4krát do roka. Pijan neboli abuzér je člověk, který je ve stavu opilosti příležitostně a častěji. Alkoholik je notorický pijan se všemi důsledky, vyskytují se u něj i abstinenci příznaky (Mlčochová, 2018).

5.3.1 Vliv alkoholové závislosti na organismus

Dlouhodobá konzumace alkoholu vyvolává změny ve většině mozkových struktur. Specifické změny se objevují zejména ve funkci mezimozku, mozečku, spánkového a čelního laloku koncového mozku. Neuropatologické změny ve středním mozku jsou příčinou zhoršení kognitivních funkcí. Jelikož oblast prefrontálního kortexu je velmi citlivá na zvýšenou hladinu ethanolu, je snadnější vznik a rozvoj závislosti na alkoholu. V této oblasti také dochází ke snížení objemu mozkové tkáně a výraznému omezení jejich funkcí. S pokračující konzumací alkoholu se tento stav zhoršuje, nicméně může dojít k opětovnému částečnému zlepšení, když jedinec bude abstinovat (Fischer, 2014, s. 94).

Po snížení potřebného množství alkoholu či jeho vysazení dochází k odvykacím stavu. Odvykací stav neboli alkoholový abstinenci syndrom je charakteristický fyziologickými a psychickými symptomy. Do fyziologických příznaků řadíme palpitaci, tachykardii, tremor, pocení a zvýšený krevní tlak. Naopak do psychických symptomů patří neklid, deprese, úzkost, poruchy koncentrace, neschopnost výkonu, pocit únavy a vyčerpání (Dušek, Večeřová, 2010, s. 212).

Odvykací stav s deliriem (delirium tremens) je reakce na odvykací stav bez deliria. Tento stav se vyznačuje především úzkostí, poruchami spánku a předchozími uvedenými příznaky. Největším nebezpečím bývá vznik křečových stavů, které mohou vyústit až v epileptický záchvat. Dále se objevují bludy a halucinace. Tento stav může přejít do psychózy (Korsakova psychóza, alkoholová halucinóza) a skončit smrtí (Lata, Vaňásek, 2005, s. 128).

Dlouholeté škodlivé užívání alkoholu může vést k poruchám CNS, zejména paměti a úpadku inteligence. V takovém případě hovoříme o alkoholové demenci. V současnosti se alkoholová demence nelze vyléčit, pouze zlepšit, pokud postižený abstinuje, má přiměřenou výživu a dobré sociální zázemí. Alkoholová demence se častěji vyskytuje ve středním věku, ale může se objevit i u seniorů (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 64).

6 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Léčba závislosti na alkoholu je náročný a zdlouhavý proces. Léčba může být nařízená soudem, nebo je jedincem dobrovolná. Probíhá formou pobytovou nebo ambulantní v psychiatrických zařízeních. Je závislá na odhodlání klienta naučit se abstinovat. Součástí léčby bývá farmakoterapie, psychoterapie a ochranný léčebný režim (Kopecká, 2011, s. 94).

Závislost na alkoholu může přetrvat i když se jedinec naučí abstinovat. Závislost nelze vyléčit, pouze zaléčit. Pokud jedinec nechce znovu spadnout do závislosti, už nikdy nesmí ochutnat alkohol ani v malých dávkách (Kopecká, 2011, s. 95).

V České republice existují 3 základní typy léčebných zařízení pro závislost na alkoholu. Je to ambulantní léčba, terapeutické komunity a ústavní léčba (Raboch, Pecinovská, 2012, s. 211-215).

6.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba znamená docházení klienta/pacienta do psychiatrické ambulance. Většinou se jedná o psychiatra pro dospělé, nebo o psychiatra specializujícího se na léčbu závislostí v AT (alkohol a jiné toxikomanie) ambulanci. Setkávání probíhá několikrát do měsíce dle stavu klienta. Psychiatr při setkání odebírá klientovy krev pro zjištění, zda dotyčný abstínuje. Také předepisuje léky pro boj se závislostí (Heller, Pecinovská, 2011, s. 124).

Ambulantní léčba podporuje a rozvíjí pacientovy schopnosti zvládnout rozhodnutí k abstinenci a přijetí programu k vytvoření potřebných psychických a fyzických schopností. Pacient na podkladě svého rozhodnutí by měl být schopný abstinenci dodržet alespoň půl roku.

Výhodou ambulantní léčby je, že klient může dál chodit do zaměstnání a není mu vystavena pracovní neschopnost. Ambulantní léčba je určena pro klienty, kteří jsou motivovaní a vydrží nepít alkohol bez dohledu (Polách, 2015).

6.2 Ústavní léčba

Ústavní léčba se doporučuje hlavně lidem, kterým nestačí nebo nevyhovuje ambulantní péče. Dále se poskytuje v případě, kdy pacient ztratil možnost vlastními silami zvládnout stav po odnětí alkoholu bez ohledu na škody na zdraví a jeho okolí. Proto je nezbytná hospitalizace v nemocnici na psychiatrickém oddělení nebo v psychiatrické léčebně. Hospitalizace je dlouhodobá, většinou trvá 3-6 měsíců. Tato doba je potřebná k odstranění drogy z těla a k odstranění následků způsobených drogou v organismu (Heller, Pecinovská, 2011, s. 126).

6.3 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity představují možnost dobrovolné léčby pro pacienty, kteří jsou motivovaní. Komunitní léčba je realizovaná mimo nemocnice a léčebny. Komunita představuje komplexní léčebný přístup. Klienti v terapeutických komunitách nejsou v roli pacientů, ale jsou jim dány určité kompetence a sami se podílejí na chodu komunity. Díky tomu dochází k posílení jejich sociálních dovedností, sebedůvěry a schopností. Klient musí zde dodržovat pravidla a při jejich porušení může dojít k předčasnému ukončení léčby. Klient do této komunity může docházet jen za těchto podmínek:

- musí mít proběhlý detoxifikační pobyt v délce 10-14 dnů,
- musí mít platné zdravotní pojištění,
- musí mít potvrzení o evidenci na Úřadu práce,
- musí mít vyplněný dotazník
- a vyplnění životopis (Polách, 2015).

6.4 Senzibilační léčba

Senzibilační léčba je u některých závislostí zvláštní formou terapie. V léčba závislosti na alkoholu se využívá inhibiční působení na biotransformaci acetaldehydu, který vzniká v organismu oxidací alkoholu. Nahromadění acetaldehydu vede k rozvoji nepříjemných subjektivních a objektivních příznaků, které brání požívat alkohol během odvykací léčby disulfiramem (Antabus). Příznaky po požití alkoholu se rozvíjí během 15 minut a mohou přetrvávat až několik hodin (Dušek, Večeřová, 2010, s. 494).

6.4.1 Antabus

Antabus je nejčastěji užívaným preparátem při léčbě závislosti na alkoholu a používá se od roku 1948. Tento lék zvyšuje citlivost organismu na alkohol a slouží jako pojistka pro lidi, kteří se rozhodli abstinovat (Mlčochová, 2018).

Antabus blokuje jaterní fragmenty, takže odbourávání alkoholu je pomalé. Po požití i malé dávky alkoholu během několika minut dochází k rozvoji toxických příznaků. Ti způsobí zrychlení tepu, pokles krevního tlaku, zrudnutí, pocit dušení, mravenčení, znecitlivělos v končetinách, ale i mdlobu. Intenzita příznaků závisí na množství požitého alkoholu. Při velké reakci po podání Antabusu a následného požití alkoholu může dojít až k smrti v důsledku zástavy dechu (Dušek, Večeřová, 2010, s. 495).

Vzhledem k výše uvedeným obranným mechanismům je potřeba, aby užívání Antabusu bylo pod odborným dohledem. Před podáváním Antabusu je nutno udělat základní vyšetření jako je krevní rozbor, rozbor moči, EKG, a to z důvodu, že i přes podání Antabusu dojde k požití alkoholu. Antabus nezabrání požití alkoholu, slouží pouze jako pojistka. Pacient, který bere Antabus by si měl vědom těchto obranných mechanismů (Dušek, Večeřová, 2010, s. 495).

Antabus se vždy podává ve specializované ordinaci obvykle dvakrát týdně. Před podáním Antabusu musí pacient projít zkouškou, zda nepožil alkohol a následně dostal Antabus zcela střízlivý. Bezpečné požití alkoholu po Antabusu je možné až po dvou týdnech od posledního podání Antabusu. Antabus není hrazen zdravotními pojišťovnami a stojí okolo 430,- Kč (Mlčochová, 2018).

7 PROTIDROGOVÁ PREVENCE

Tato kapitola vymezuje pojem prevence, její druhy a školskou protidrogovou prevenci v České republice.

7.1 Charakteristika

Slovo prevence pochází z latinského slova „*praevenire*“ a znamená předcházet. Prevence je soubor opatření, která mají za úkol předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například drogovým závislostem (Linhart, 2017, s. 285).

Účinná prevence nemá jedince strašit, zakazovat, nebo přikazovat, ale má pravdivě vysvětlovat, objasňovat a nabízet jiné možnosti (Kraus, Hroncová, 2010, s. 108).

WHO definuje prevenci jako soubor intervencí s cílem zamezit výskyt a rozvoj daného negativního jevu. Rozlišují tři druhy prevence, primární, sekundární, terciální (Machová, Kubátová, 2015, s. 89).

7.2 Primární prevence

Primární prevence u jedince programově podporuje jeho zrání, aby cestou hledání vlastní identity prošel bezpečněji. Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální složky člověka (Kalina, 2008, s. 101).

Cílem **primární protidrogové prevence** je odradit jedince od prvního užití drogy, co nejdéle oddálit první kontakt s drogou, vyvarovat se či zastavit experimentování s návykovými látkami a předejít tak zdravotním a sociálním dopadům užívání drog (Machová, Kubátová, 2015, s. 89).

Machová (2015 s. 89-90) uvádí, že primární prevence musí přijít včas a rozlišuje 4 druhy. **Specifická prevence** je příslušná preventivní činnost, která se přímo dotýká problematiky drog. Jsou to např. besedy, přednášky, techniky odmítání drog. **Nespecifická prevence** se věnuje péči o smysluplné trávení volného času dětí a podporou aktivit vedoucích k rozvoji osobnosti, posílení sebevědomí, schopnosti rozhodovat se a komunikovat. Je zaměřena obecně na prevenci negativních sociálních vlivů, nejen na prevenci drog. **Selektivní prevence** se zaměřuje na žáky ve speciální škole, na handicapované, sídlištní party apod. **Indikovaná prevence** se věnuje rizikovým jednotlivcům. Sourozencům a dětem závislých osob, šikanovaným, dětem s poruchami chování aj.

„Zásady efektivní primární prevence:

- Program začíná, pokud možno brzy a odpovídá věku.
- Program je malý a interaktivní
- Program zahrnuje podstatnou část žáků.
- Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život včetně dovedností odmítání, zvládání stresu atd.
- Program bere v úvahu místní specifika.
- Program využívá pozitivní vrstevnické modely.
- Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky.
- Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik i poptávky po nich.
- Program je soustavný a dlouhodobý.
- Program je komplexní a využívá více strategií (např. prevenci ve školním prostředí i práci s rodiči).
- Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat.
- Selektivní a indikovaná prevence je náročnější na čas, kvalifikaci i prostředky a často vyžaduje individuální přístup a pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby.“
(Nešpor, 2011, 157 s.)

7.2.1 Rizikové a protektivní faktory v primární prevenci

V primární prevenci rozlišujeme rizikové a protektivní faktory. Rizikové faktory jsou v primární prevenci výzkumem ověřené činitele nebo podmínky spojené s rostoucí pravděpodobností výskytu rizikového chování u jedince. Ne vždy, když je přítomný rizikový faktor, může dojít k rozvoji rizikového chování. Naopak protektivní faktory neboli ochranné, jsou faktory, které dopad a účinky rizikových faktorů zmírňují, působí proti nim nebo je kompenzují. Jsou to samostatné jevy, které mohou na rozvoj rizikového chování působit buď přímo, anebo ovlivňovat působení rizikových faktorů. Přítomnost protektivních faktorů nemusí vždy jedince ochránit před následky rizikového chování (Nevoralová, 2014).

Offord a Bennett (2002) uvádí 5 úrovní rizikových faktorů:

1. **Individuální faktory** (např. pohlaví, temperament, vyhledávání vzrušení, pozitivní očekávání ohledně alkoholu, dědičnost a duševní problémy, nepříznivý genetický profil, poruchy emocionality, impulsivita, úzkostnost, deprese, deficity v sociálních

dovednostech, hostilita a agrese, násilí, nízké sebevědomí a sebehodnocení, negativní životní události a traumatické zážitky, selhání ve škole, problémy se zákonem).

2. **Rodinné faktory** (např. rodičovská psychopatologie, dysfunkce v rodině, užívání drog rodiči, pevnost vazby nebo pouta mezi rodičem a dospívajícím, nedostatek rodičovského dohledu, slabá rodičovská podpora, nedostatečný zájem a kontrola rodičů, nedůsledná výchova, chudoba a nezaměstnanost v rodině, hrubost a konflikty v rodině, souhlasný postoj k užívání drog).
3. **Vrstevnické vztahy** (např. šikana, dysfunkční vztahy s vrstevníky, užívání drog kamarády, vrstevnický tlak, členství ve skupině s rizikovým chováním či pozitivními postoji k němu, odmítnutí a vyřazení z vrstevnické skupiny).
4. **Školní faktory** (např. nekvalitní školní programy, nezdravé školní klima, nízké očekávání pedagogů, zaměření na výkon).
5. **Komunita, společenství, sousedské vztahy** (např. nízká kvalita organizací pro mládež, vysoká dostupnost drog ztráta ekonomických a vzdělávacích příležitostí, vysoká kriminalita, narušené sousedské vztahy, nedostatečná nabídka volnočasových aktivit).

Dále jsou uvedeny kategorie ochranných faktorů dle Ferguse a Zimmermana (2005):

1. **Individuální faktory** (např. dobré copingové strategie, sociální dovednosti, emocionální stabilita, pozitivní vztah k sobě, výkonnost ve škole, odolnost vůči zátěži, flexibilita, svědomitost, přívětivost, odolnost vůči skupinovému tlaku).
2. **Rodinné faktory** (podpora rodičů, soudržnost rodičů, rodičovský dohled, aktivní religiozita rodičů, zdravý životní styl rodičů, kontrola, intolerance vůči rizikovému chování, jednoznačně definovaná pravidla chování a případné sankce za přestupky, pozitivní pouto mezi rodiči a dítětem, emocionální podpora, vysoká rodičovská očekávání, jasná pravidla a hranice, rodičovská kontrola a důslednost).
3. **Vrstevnické vztahy** (dobrá vrstevnická skupina s přiměřenými zájmy a aktivitami, dobrá interpersonální komunikace, dostatek přátel, vzájemná podpora).
4. **Školní faktory** (zdravé školní prostředí, dobré vztahy s učiteli, srozumitelná pravidla, včasná systematická a efektivní specifická primární prevence, participace žáků a rodičů).
5. **Komunita, společenství** (např. organizace, které podporují pozitivní vývoj mládeže, sociální a ekonomické příležitosti, aktivity na bázi duchovního rozvoje).

7.3 Sekundární prevence

Sekundární protidrogová prevence se zaměřuje na jedince, kteří již drogu užívají. Cílem je předcházení vzniku a rozvoji závislosti. Realizace sekundární prevence patří do působnosti psychologických, zdravotnických, sociálních a edukačních institucí (Kraus, Hroncová, 2010, s. 100).

7.4 Terciální prevence

Terciální protidrogová prevence minimalizuje škody v souvislosti s drogovou závislostí a zaměřuje se na prevenci recidivy. Sem patří léčení, rehabilitace a resocializace (Machová, Kubátová, 2015, s. 90).

7.5 Školská protidrogová prevence v České republice

System školské primární protidrogové prevence je v kompetenci MŠMT České republiky. Základním cílem protidrogové prevence ve školách a školských zařízeních je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, pozitivnímu sociálnímu chování a rozvoji osobnosti. Na všech školách pracují školní metodici prevence, kteří realizují minimální preventivní program. Kromě interních školních programů jsou ve školách realizovány i další projekty institucí, které jsou zapojeny do protidrogové prevence (Machová, Kubátová, 2015, s. 90). Mezi ty nejznámější projekty realizované ve školách jsou např. projekt „Fit in“, peer programy, program „Bezpečné klima v českých školách“ (<http://www.msmt.cz/>).

7.5.1 Minimální preventivní program

Žáci základních škol a studenti středních škol by měly zvládnout různě obsáhlý minimální preventivní program (dále jen MPP) a měly by být informovány o drogách v rámci stanovených předpisů.

MPP je konkrétní dokument školy, který je zaměřený na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Dále je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce se žáky, zapojení celého pedagogického týmu školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy. MPP je zpracován na jeden školní rok a zodpovídá za něj školní metodik prevence. MPP podléhá kontrole České školní inspekce. (Bártík, Miovský, 2010, s. 140).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část bakalářské práce se věnuje průzkumným otázkám, metodice průzkumu a interpretaci výsledků. Dále obsahuje diskuzi a závěr.

8 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Průzkum byl realizován na základě následujících průzkumných otázek.

1. Jak jsou žáci 9 tříd na ZŠ informováni o rizicích spojených s konzumací alkoholu?
2. Jaké zkušenosti s konzumací alkoholu mají žáci 9 tříd na ZŠ?

9 METODIKA PRŮZKUMU

Bakalářská práce má teoreticko-průzkumný charakter. Pro průzkumní šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu s využitím dotazníkového šetření pro sběr dat. Reichel (2009, s. 118) charakterizuje dotazníkové šetření jako nejrozšířenější průzkumnou techniku, kterou lze v krátké době získat velké množství dat. Dotazník vlastní tvorby byl určen pro žáky 9 tříd na základní škole. Žáci vyplňovali dotazník anonymně. Ten se skládal ze 17 otázek (Příloha B). Byly použity otázky uzavřené výběrové, uzavřené výčtové, polouzavřené a otevřené. U uzavřených výběrových otázek žáci volili jednu z nabízených odpovědí, u uzavřených výčtových otázek volili žáci možnost výběru z několika nabízených variant zároveň.

Dotazník je rozdělen na tři části. První část dotazníku se věnuje identifikačním údajům (věk a pohlaví). Druhá část se zaměřuje na okruh znalostí (rizika spojené s alkoholem) u žáků. Ve třetí části se zaměřuje na zkušenosti respondentů s alkoholem.

9.1 Organizace průzkumu

Průzkum byl realizován se souhlasem ředitele základní školy a zapojili se do něj jen ti žáci, s jejichž zapojením souhlasili zákonní zástupci (viz vzor písemného informovaného souhlasu v příloze A). Průzkum probíhal v období února až března 2018 na základní škole v Královéhradeckém kraji.

V této instituci bylo rozdáno 62 informovaných souhlasů, zpět se jich vrátilo 54. Z toho 3 zákonní zástupci nesouhlasili s realizací průzkumu. Žákům bylo rozdáno 51 dotazníků. Z důvodu neúplného vyplnění všech otázek či chybně vyplněných otázek v dotazníku, bylo vyřazeno 6 dotazníků. V 9 ročníku bylo 62 žáků z toho se účastnilo dotazníkového šetření 82 %. Celkem bylo zpracováno 45 dotazníků, které tvoří 100 %.

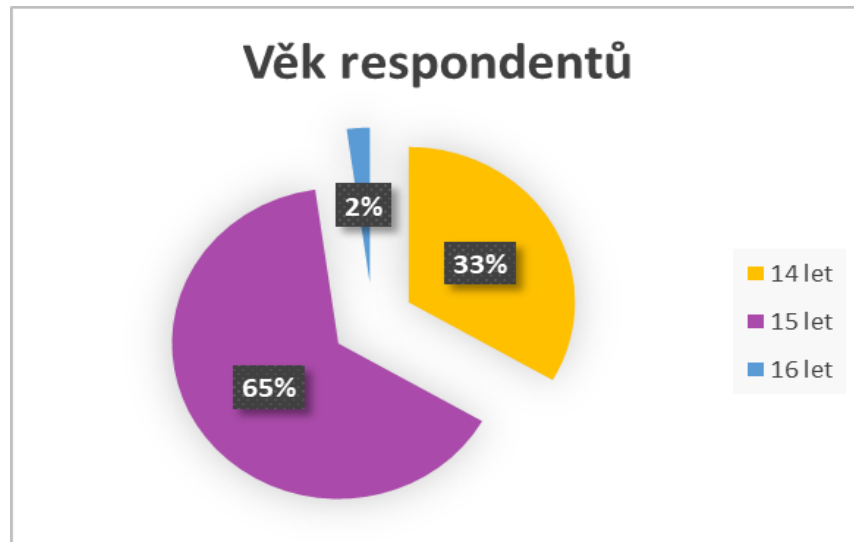
9.2 Zpracování dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla vyhodnocena v programech Microsoft Word 2016 a Microsoft Excel 2016 pomocí popisné statistiky. Výsledky průzkumu budou prezentovány formou grafů a tabulek.

9.3 Průzkumný soubor

Průzkumný vzorkem byli žáci 9 tříd základní školy v Královéhradeckém kraji. Průzkumný soubor tvořilo 45 žáků ve věku 14-16 let. Průzkumné šetření bylo provedeno formou anonymního dotazníku, který byl respondentům rozdán během vyučovací hodiny občanské výchovy. Časový limit na vyplnění dotazníku měli respondenti 15 minut.

V průzkumném souboru bylo rovnoměrně zastoupeni chlapci a dívky. Průměrný věk žáků byl 15 let. Věk dotazovaných se pohyboval od 14 do 16 let. Čtrnáctiletých žáků bylo 15 z toho 6 mužů a 9 žen. Patnáctiletých žen bylo 13 a mužů 16. Z dotazovaných byla pouze jedna žena ve věku 16 let (Obrázek 1).



Obrázek 1 - Věk respondentů

10 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

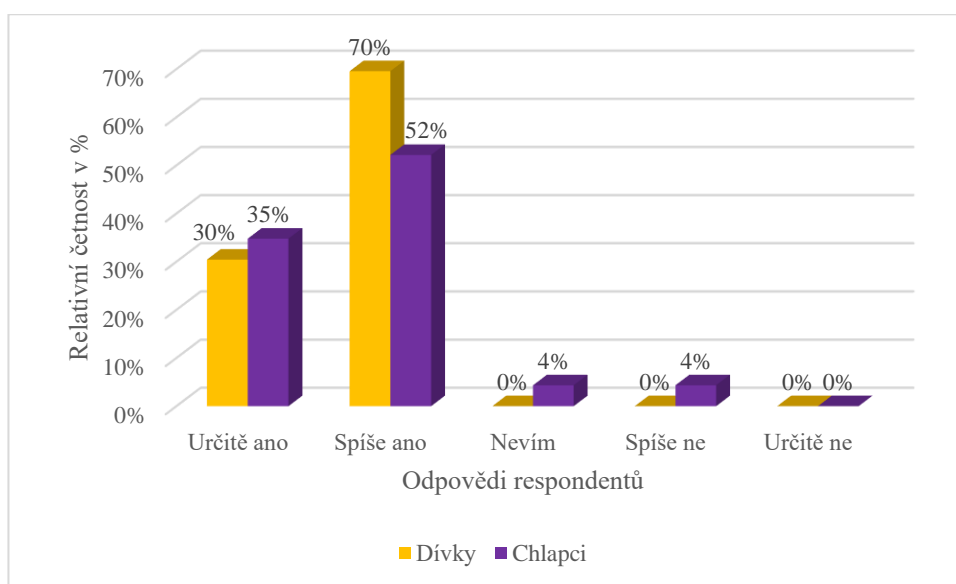
Výsledky průzkumu jsou znázorněny pomocí tabulek a grafů, které jsou slovně doplněny. Otázky č.1 a 2 se nacházejí v kapitole Metodika u popisu průzkumného souboru.

10.1 Okruh informovanosti a znalosti rizik spojené s konzumací alkoholu

V této části dotazníku (otázky č. 3-6) bylo cílem zjistit, jaká je úroveň znalostí respondentů o rizicích spojených s konzumací alkoholu a jak moc jsou o rizicích informováni. Dále byla byl tento okruh rozdělen na subjektivní a objektivní znalost respondentů.

Subjektivní znalost

Do subjektivní znalosti spadala otázka č. 3, kde bylo cílem zjistit, zda se respondenti domnívají, že mají dostatek informací o rizicích spojených s konzumací alkoholu. Z uvedeného grafu (Obrázek 2) lze vyčíst, že nejčastější odpověď byla odpověď „*Spíše ano*“. Tuto odpověď uvedlo 16 (70 %) dívek a 12 (52 %) chlapců. Naopak nikdo nezvolil odpověď „*Určitě ne*“.



Obrázek 2 - Informovanost respondentů o rizicích

Z uvedeného grafu (Obrázek 2) lze vyčíst, že nejčastější odpověď byla odpověď „*Spíše ano*“. Tuto odpověď uvedlo 16 (70 %) dívek a 12 (52 %) chlapců. Naopak nikdo nezvolil odpověď „*Určitě ne*“.

Objektivní znalost

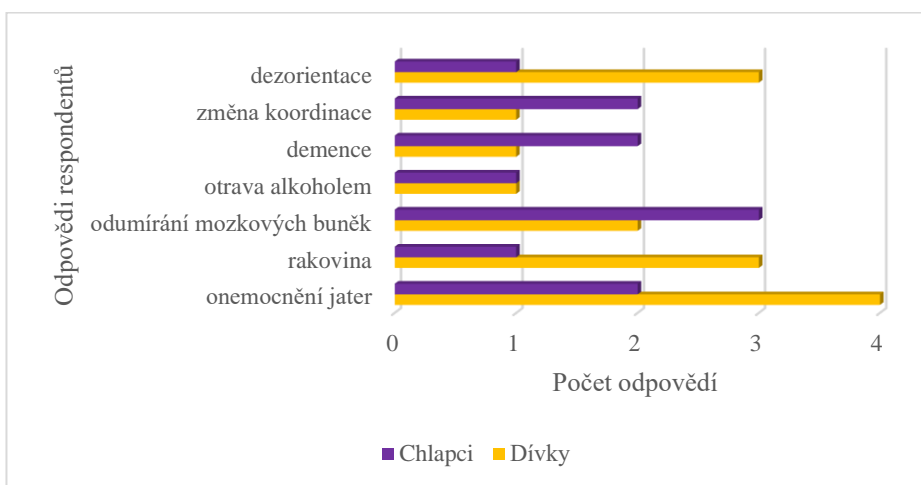
Do objektivní znalosti respondentů spadali otázky č. 4-6.

Otázka č. 4 zjišťovala, zda respondenti vědí o rizicích spojené s konzumací alkoholu a která rizika považují za nejvýznamnější. Zde byl typ otevřené otázky. Jelikož respondenti nenapsali vždy pouze jedno riziko, odpovědi byly rozděleny do kategorií. Respondenti průměrně uváděli 1 riziko.

Tabulka 1 - Rizika alkoholu, které považují respondenti za nejvýznamnější

Odpověď	Počet respondentů	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Zdravotní problémy	27	60 %
Změny chování	14	31 %
Závislost	11	24 %
Trestná činnost	9	20 %
Smrt	6	13 %
Finanční problémy	5	11 %
Ztráta blízkých	3	7 %
Styk s policií	1	2 %

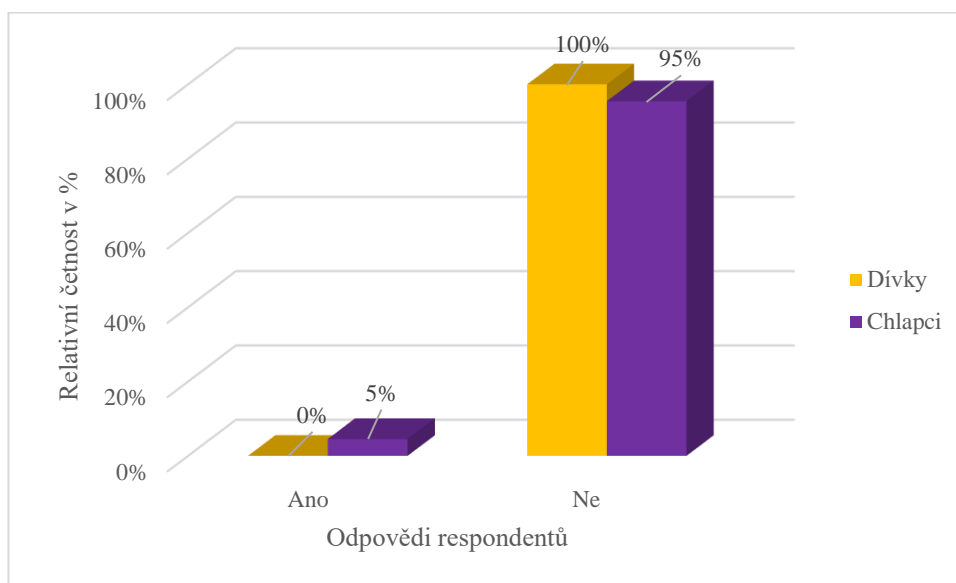
Nejčastěji 27 respondentů (60 %) uvedlo odpovědi ze zdravotnického hlediska, proto jsem zvolila kategorii „zdravotní problémy“. Do této kategorie spadali nejčastější odpovědi; onemocnění jater, rakovina, odumírání mozkových buněk, otrava alkoholem, dezorientace, demence a změna koordinace. Druhá nejčastější kategorie byla „změna chování“, kde 14 respondentů (31 %) uvedlo odpovědi; změna chování a agresivita. Do kategorie trestná činnost byli zařazeni odpovědi; krádeže, vraždy, řízení v opilosti, domácí násilí, poškození cizí věci a autonehody (Tabulka 1).



Obrázek 3 - Upřesnění kategorie zdravotní problémy

Z uvedeného grafu (Obrázek 3) lze vyčíst, co respondenti považují za rizika, které jsem zařadila do kategorie zdravotní problémy. Nejčastější odpověď bylo „onemocnění jater“. To uvedly 4 dívky (9 %) a 2 chlapci (4 %). Druhou nejčastější odpovědí respondentů bylo riziko „odumírání mozkových buněk“. Toto riziko uvedlo více chlapců (7 %) než dívek (4 %). Odpověď „otrava alkoholem“ uvedli obě pohlaví po jednom respondentu.

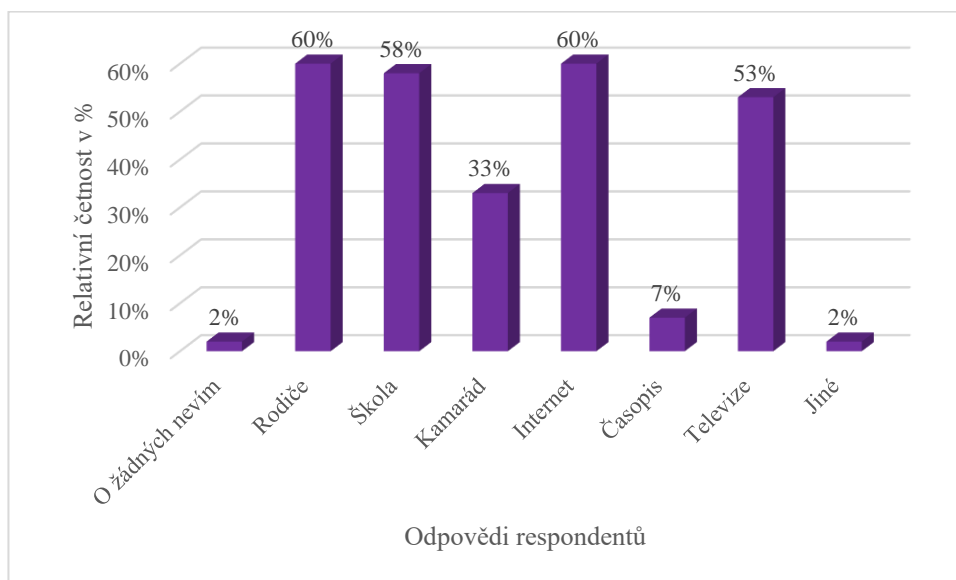
Otázka č. 5 zjišťovala u respondentů, zda jimi uvedená rizika, se týká i jich samotných. Respondenti měli možnost vybrat jednu ze dvou nabízených odpovědí. Pokud respondent zvolil odpověď „Ano“, bylo vyžadováno upřesnění rizika, které se týká přímo jich samotných.



Obrázek 4 - Rizika týkající se respondentů

Na tuto otázku „Týká se některé z rizik, které jsi napsal/a, také tebe?“, označilo nejvíce žáků položku „Ne“. Jednalo se o 23 dívek (100 %) a 21 chlapců (95%). Pouze jeden chlapec (5 %) uvedl, že riziko, které napsal se ho týká. Uvedené riziko bylo „styk s policií“ (Obrázek 4).

V otázce č. 6 bylo zjišťováno, odkud studenti čerpají informace týkající se rizik konzumace alkoholu. Jednalo se o otázku, ve které respondenti měli možnost zvolit jednu či více odpovědí. Pokud respondent zvolil položku „jiné“, bylo vyžadováno upřesnění této odpovědi. U této otázky respondenti průměrně volili 3 zdroje.



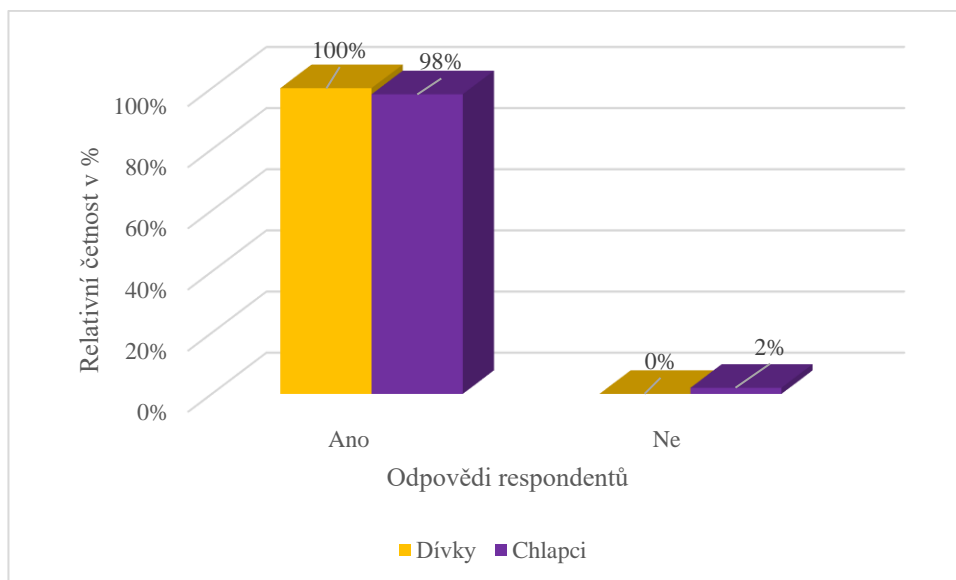
Obrázek 5 - Zdroj informací

Mezi nejčastějším zdrojem poskytování informací byli *rodiče* a *internet*, kterou označilo 27 respondentů (60 %). Odpověď „*škola*“ zakroužkovalo pouze o jednoho respondenta méně než u nejčastějších odpovědí, tedy 26 dotazovaných (58 %). Třetím nejvýznamnějším zdrojem informací je mezi žáky *televize*. Tu vybralo 24 respondentů (53 %). 15 žáků (33 %) o této problematice hovoří se svými *kamarády*. Varianty „*o žádných nevím*“ a „*jiné*“ vybral 1 respondent (2 %). V položce „*jiné*“ byl respondentem zařazen Lékař (Obrázek 5).

10.2 Zkušenosti respondentů s alkoholem

Následující otázky (č. 7-17) zjišťují, jaké zkušenosti mají respondenti s alkoholem.

Otázka č. 7 zjišťovala, zda se žáci domnívají, že jejich vrstevníci již vyzkoušeli alkohol. Respondenti měli možnost vybrat jednu ze dvou nabízených odpovědí.



Obrázek 6 – Názor studentů, zda mají vrstevníci zkušenost s alkoholem

Ze 45 dotazovaných (100 %) odpovědělo 44 žáků „ano“. 21 chlapců (98 %) a 23 dívek (100 %) se domnívá, že jejich vrstevníci již mají zkušenost s alkoholem. Pouze jeden chlapec (2 %) se domnívá, že zkušenost vrstevníci ještě nemají (Obrázek 6).

Cílem **otázky č. 8** bylo zjistit, co si myslí respondenti, že jejich vrstevníky zajímá na alkoholu. Respondentům bylo nabídnuto 8 odpovědí, z nichž měli možnost vybrat jednu či více odpovědí. Pokud respondenti zvolili položku „jiné“, bylo vyžadováno upřesnění této odpovědi.

Tabulka 2 - Co si myslí dívky, že zajímá vrstevníky na alkoholu

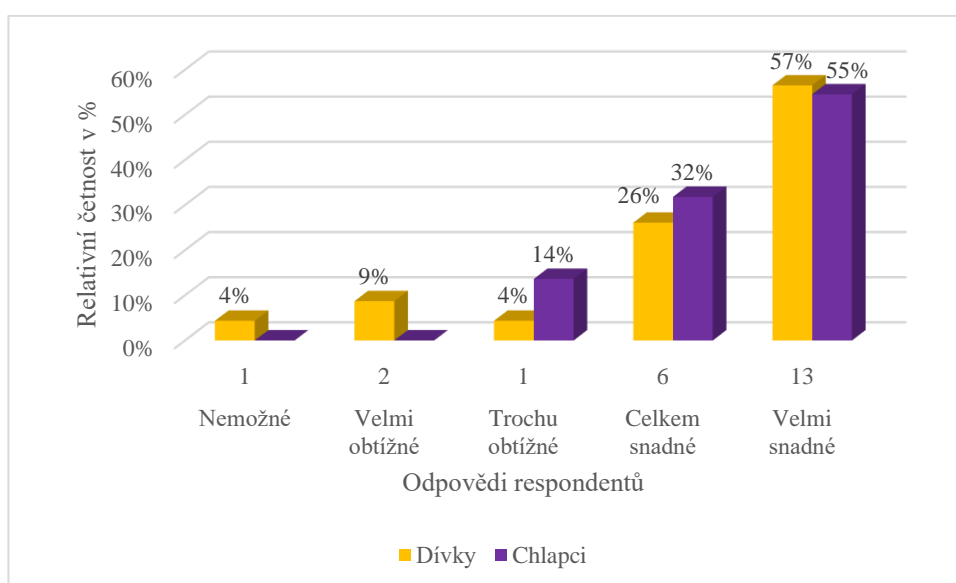
Odpovědi	Dívky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Pít alkohol je zakázané	2	4 %
Být jako dospělí	6	13 %
Hrdinství	8	18 %
Zvědavost	11	24 %
Nuda	2	4 %
Udržet se v partě	10	22 %
Vrstevníky alkohol nezajímá	0	0 %
Jiné	0	0 %

Tabulka 3 - Co si myslí chlapci, že zajímá vrstevníky na alkoholu

Odpovědi	Chlapci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Pít alkohol je zakázané	3	7 %
Být jako dospělí	5	11 %
Hrdinství	5	11 %
Zvědavost	6	13 %
Nuda	4	9 %
Udržet se v partě	7	16 %
Vrstevníky alkohol nezajímá	0	0 %
Jiné	3	7 %

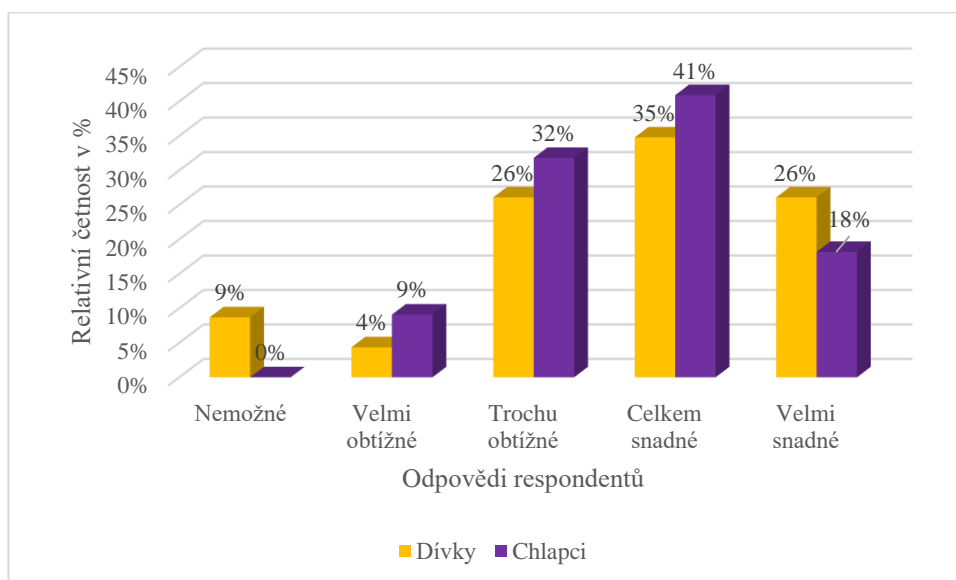
Nejčastější odpověď u pohlaví dívek byla „*zvědavost*“. 11 dívek (24 %) si myslí, že vrstevníky zajímá alkohol ze zvědavosti. Naopak u chlapců s tímto tvrzením souhlasí jen 6 respondentů (13 %). Druhá nejčastější odpověď u dívek a zároveň nejčastější u chlapců byla „*udržet se v partě*“. To zvolilo 10 dívek (22 %) a 7 chlapců (16 %). Dále mezi ty nejčastější zakroužkované položky byly u obou pohlaví „*hrdinství*“ a „*být jako dospělí*“. Ani jedno pohlaví nezakroužkovalo variantu „*vrstevníky alkohol nezajímá*“. Pouze 3 chlapci (7 %) odpověděli položku „*jiné*“, kde uvedli, že vrstevníky alkohol zajímá z důvodu chuti, kvůli zážitkům a že mohou být opilí (Viz Tabulka 2, Tabulka 3).

V **otázce č. 9** bylo zjišťováno, jak je pro respondenty obtížné obstarat si pivo, víno, míchané nápoje a destiláty. Respondenti měli zvolit v každém řádku jednu z nabízených odpovědí.



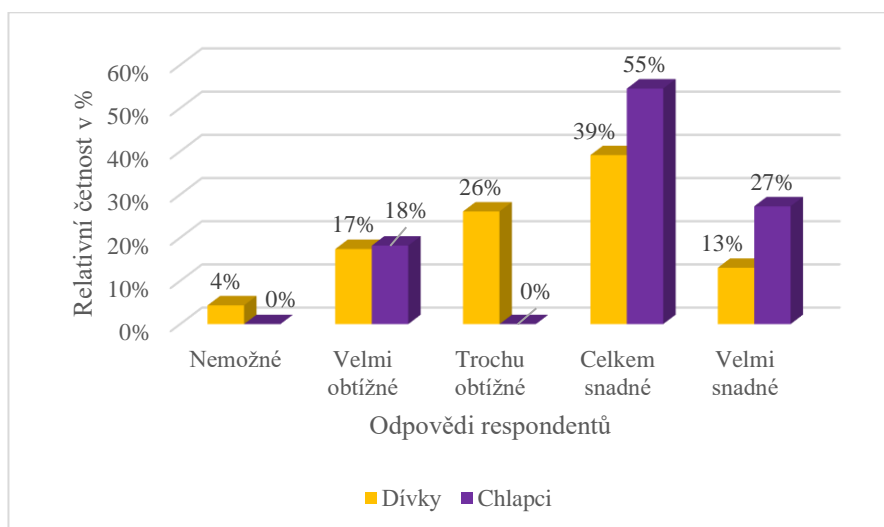
Obrázek 7 - Obstarání si piva

Nejvíce žáků označilo, že je pro ně „*velmi snadné*“ obstarat si pivo. Tuto odpověď uvedlo 13 dívek (57 %) a 12 chlapců (55 %). Druhá nejčastější odpověď zvolená žáky při obstarání piva byla „*celkem snadné*“. Jednalo se o 6 dívek (26 %) a 7 chlapců (32 %). Zajímavé zjištění bylo u chlapců. Ti si myslí, že *není nemožné* si obstarat pivo (Obrázek 7).



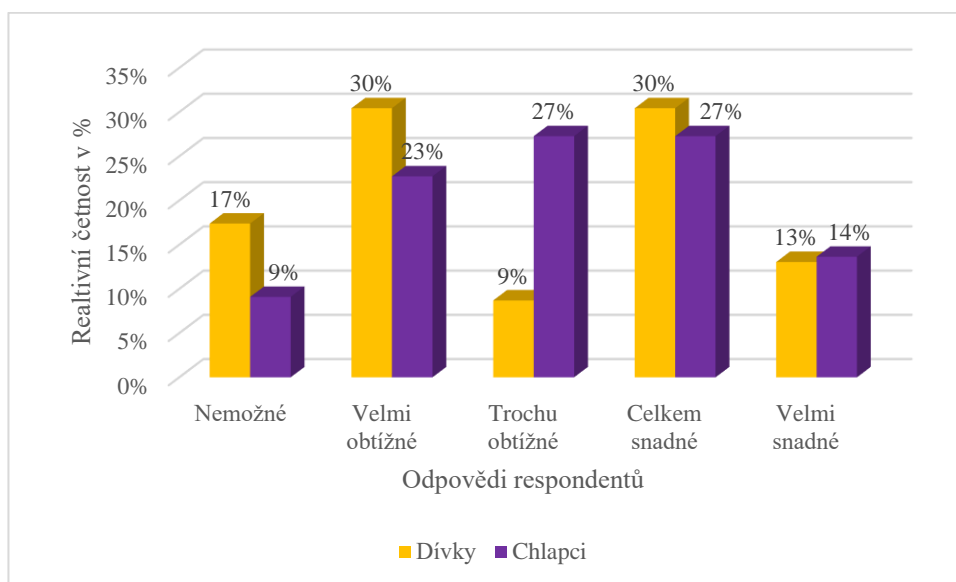
Obrázek 8 - Obstarání si vína

Na grafu můžeme vidět, že nejvíce žáků označilo odpověď „*celkem snadné*“ při obstarání si vína. Tuto odpověď uvedlo 8 dívek (35 %) a 9 chlapců (41 %). Druhá nejčastější odpověď zvolená respondenti při opatření vína byla „*trochu obtížné*“. To zvolilo 6 dívek (26 %) a 7 chlapců (32 %). Možnost „*velmi snadné*“ zodpovědělo 10 (22 %) žáků. Velký rozdíl mezi dívkami a chlapci byl u odpovědi „*nemožné*“. 2 dívky se domnívají, že obstarat si víno je *nemožné*. Naopak u chlapců si toto tvrzení nemyslí nikdo (Obrázek 8).



Obrázek 9 - Obstarání si míchaných nápojů

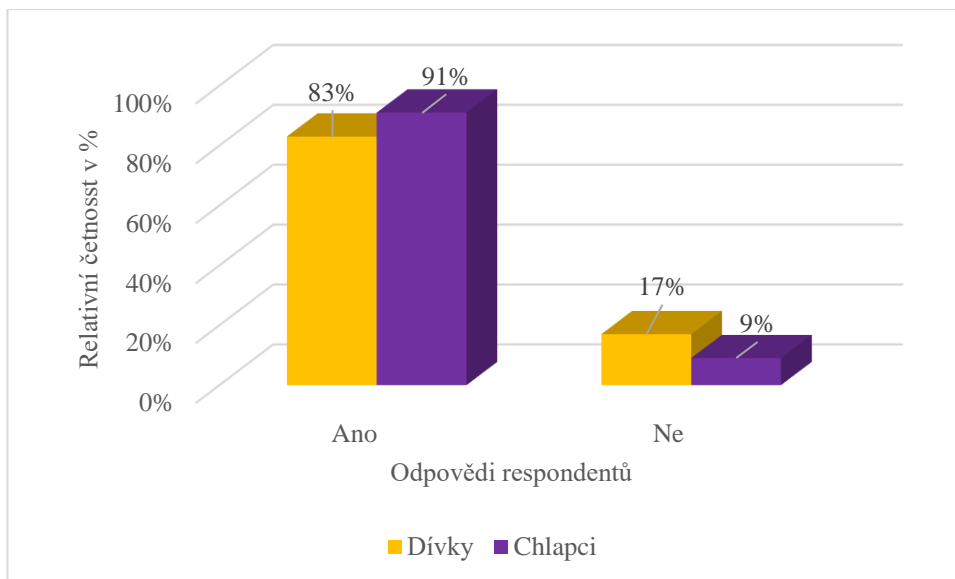
Předcházející Obrázek 9 popisuje, jak je pro respondenty obtížné obstarat si míchané nápoje z hlediska pohlaví. Při grafickém porovnání rozdílů mezi chlapci a dívkami je patrné, že pro chlapce je snadnější obstarat si míchané nápoje než u děvčat. 9 dívek (39 %) a 12 chlapců (55 %) se domnívá, že je pro ně „*celkem snadné*“ obstarat si míchaný nápoj. „*Velmi snadné*“ obstarání míchaných nápojů si myslí 3 dívky (13 %) a 6 chlapců (27 %). „*Trochu obtížné*“ uvedlo pouze 6 dívek (26 %).



Obrázek 10 - Obstarání destilátů

Z uvedeného grafu (Obrázek 10) vyplývá, že nejčastější zaškrtnuté odpovědi u obou pohlaví při obstarávání destilátů byly „*Velmi obtížné*“ a „*Celkem snadné*“. *Velmi obtížné* uvedlo 7 dívek (30 %) a 5 chlapců (23%). Variantu *celkem snadné* zvolilo také 7 dívek (30 %) a 6 chlapců (27 %). Další dvě odpovědi byly také poměrně u obou pohlaví vyrovnané. Týkalo se to odpovědi „*nemožné*“ a „*velmi snadné*“. 3 chlapci a 3 dívky se shodli na odpovědi „*velmi snadné*“.

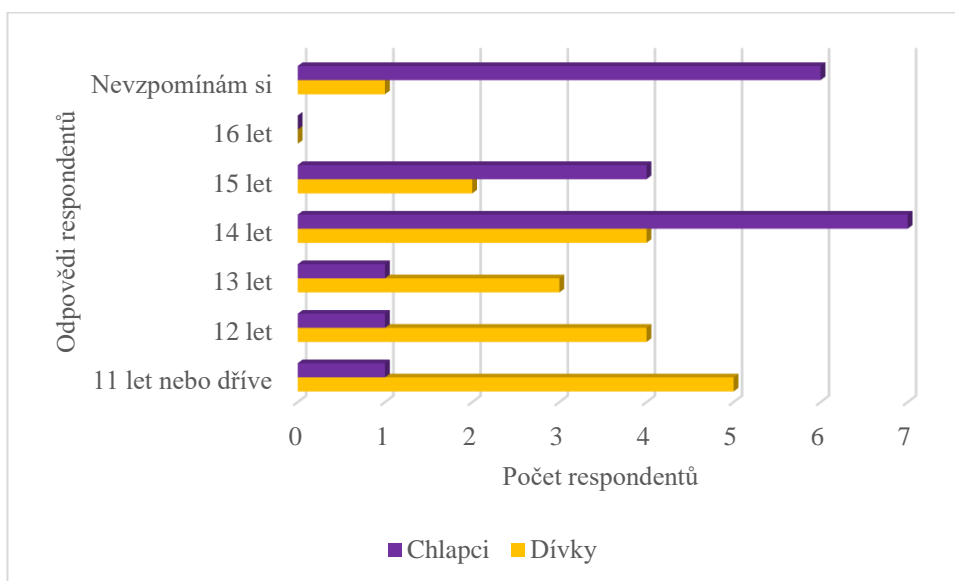
Otázka č. 10 zjišťovala, zda žáci již ochutnali či zkusili někdy konzumovat alkohol. Respondenti měli možnost vybrat jednu ze dvou nabízených odpovědí. Pokud respondent zvolil odpověď „ne“, dále dotazník nevyplňoval.



Obrázek 11 - Zkušenost s alkoholem (dívky vs. chlapci)

Na otázku, zda zkusili respondenti alkohol, bylo zodpovězeno 87 % „Ano“. Pouhých 13 % odpovědělo, že nikdy alkohol nezkusili. 19 dívek (83 %) již konzumovali alkohol. Také 20 chlapců (91 %) mají zkušenost s alkoholem. Naopak 4 dívky (17 %) a 2 chlapci (9 %) nikdy alkohol neochutnali (Obrázek 11).

Cílem **otázky č. 11** bylo zjistit v kolika letech respondenti ochutnali alkohol. Typ otázky byl uzavřený a respondenti měli na výběr ze 7 položek.

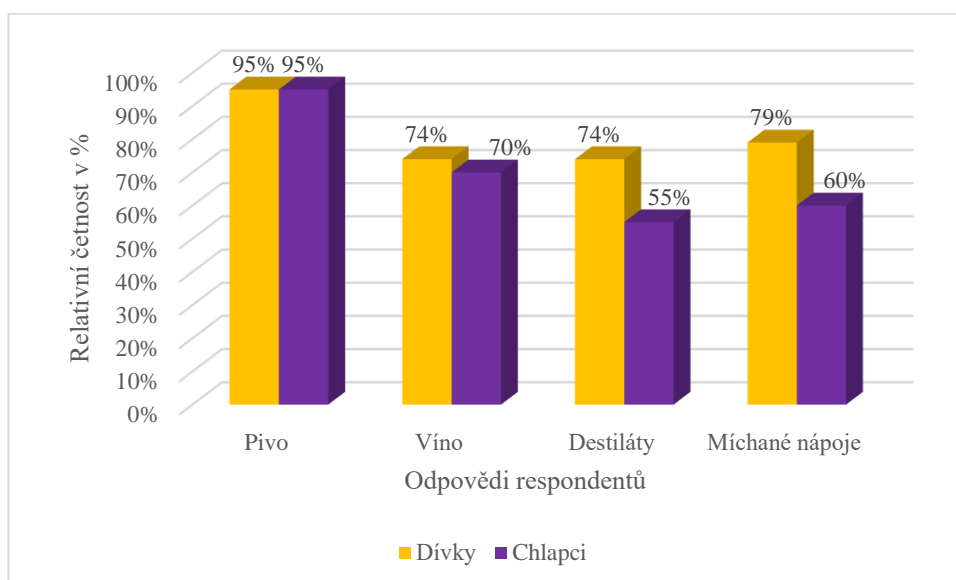


Obrázek 12 - Věk první konzumace

Jak znázorňuje výše uvedený Obrázek 12, byl věk při první zkušenosti s alkoholem u většiny chlapců ve věku 14 let, zatímco u dívek v průměru o tři roky dříve, a to v 11 letech nebo dříve.

První zkušenost s alkoholem ve věku 16 let nevedl nikdo. První zkušenost s alkoholem ve věku 15 let mají 2 dívky (11 %) a 4 chlapci (20 %), 4 dívky (21 %) a 7 chlapců (35 %) mělo první zkušenost s alkoholem ve věku 14 let. 5 dívek (26 %) a 1 chlapec (5 %) mělo první zkušenost s alkoholem ve věku 11 let nebo dříve. Variantu nevzpomínám si vedlo 6 chlapců (30 %) a 1 dívka (5 %)

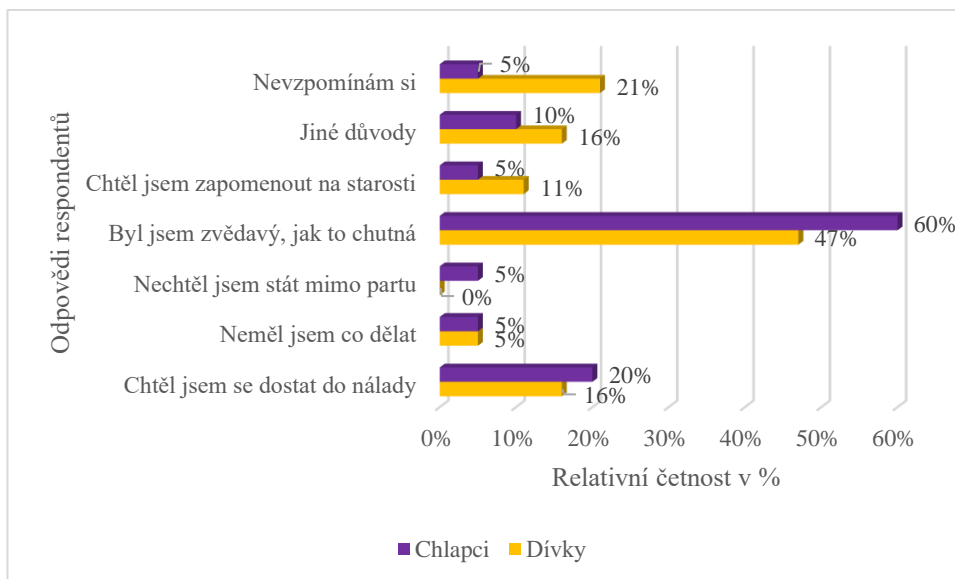
Otázka č. 12 zjišťovala, který z uvedených druhů respondentů alkoholu ochutnali nejvíce. Zde by typ uzavřené výběrové otázky. Respondenti měli možnost označit více odpovědí.



Obrázek 13 - Nejčastější druh alkoholu, který respondenti ochutnali

Nejčastější odpověď, kterou respondenti uvedli byla ochutnávka *Piva*, to uvedlo 37 respondentů, z toho 95 % dívek a 95 % chlapců. Druhou nejčastější variantou u dívek (79 %) byli *Míchané nápoje*. Naopak u chlapců bylo *Víno* (70 %). Z uvedeného grafu je vidět, že dívky mají vyšší nebo stejné procento ochutnání u všech druhů alkoholu než chlapci (Obrázek 13).

Otázka č. 13 se zaměřuje na důvody první konzumace alkoholu u respondentů. Zde byl typ uzavřené otázky a respondenti měli možnost označit více odpovědí.



Obrázek 14 - Důvod první konzumace

Z grafu je patrné, že nejčastější důvodem první konzumace u dívek i u chlapců byla zvědavost, jak alkohol chutná. Toto uvedlo 12 chlapců (60 %) a 9 dívek (47 %). Druhá nejčastější odpověď byla u chlapců „*Chtěl jsem se dostat do nálady*“, to zaškrtnli 4 chlapci (20 %). Naopak dívky jako druhý nejčastější důvod konzumace uvedli, že si *nevzpomínají*. Další odpověď, na které se shodli obě pohlaví, byla „*jiné*“. Variantu „*Jiné důvody*“ odpovědělo celkem 13 % dotazovaných. Do jiných důvodů obě pohlaví psali oslavy, ze srandy, anebo je rodiče nutili (Obrázek 14).

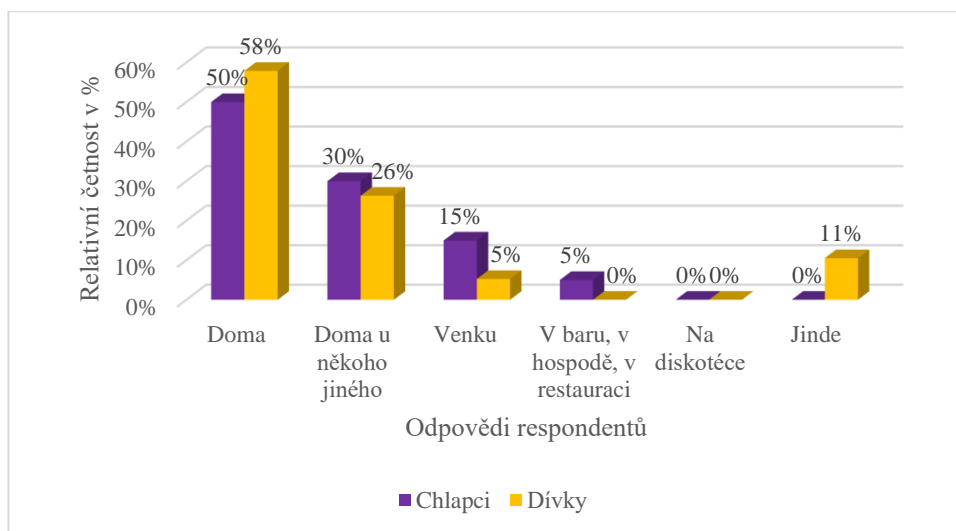
V otázce č. 14 bylo zjišťováno, kdo respondentům poprvé nabídl alkohol. Respondenti měli možnost vybrat jednu ze šesti nabízených odpovědí.

Tabulka 4 - Zdroj první konzumace

Odpovědi	Celkem		Dívky		Chlapci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Rodiče	11	28 %	5	26 %	6	30 %
Příbuzní	15	38 %	7	37 %	8	40 %
Sourozenec	1	3 %	1	5 %	0	0 %
Kamarád	6	15 %	4	21 %	2	10 %
Nevzpomínám si	6	15 %	2	11 %	4	20 %
Někdo jiný	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Příbuzní jako první zdroj alkoholu uvedlo 8 chlapců (40 %) a 7 dívek (37 %). Druhý zdroj u obou pohlaví byli rodiče. To uvedlo 6 chlapců (30 %) a 5 dívek (26 %). Třetí nejčastějším zdrojem alkoholu u respondentů byl kamarád a varianta nevzpomínám si (Tabulka 4).

Cílem otázky č. 15 bylo znázornit první místa konzumace alkoholu. Nejméně voleným místem první konzumace alkoholu byla „diskotéka“. Tu ne zvolil nikdo. Hned poté byla konzumace alkoholu v baru, v hospodě, restauraci. Tuto variantu zvolil pouze 1 chlapec (5 %). Venku uvedla 1 dívka (5 %) a 3 chlapci (15 %). Nejčastější konzumace alkoholu byla u obou pohlaví v domácím prostředí, to uvedlo 10 chlapců (50 %) a 11 dívek (58 %). Druhým nejoblíbenějším místem konzumace byla konzumace „doma u někoho jiného“. Tuto možnost zvolilo 6 chlapců (30 %) a 5 dívek (26 %). Možnost jinde zvolili pouze 2 dívky (11 %) a uvedli místo na chatě a na oslavě (Obrázek 15).



Obrázek 15 - Místa první konzumace

Cílem **otázky č. 16** bylo zjistit, jak často dotazovaní pijí alkoholické nápoje za poslední 3 měsíce. Zde byl jeden výběr odpovědi z 5 položek.

Tabulka 5 - Porovnání četnosti konzumace dívky vs. chlapci

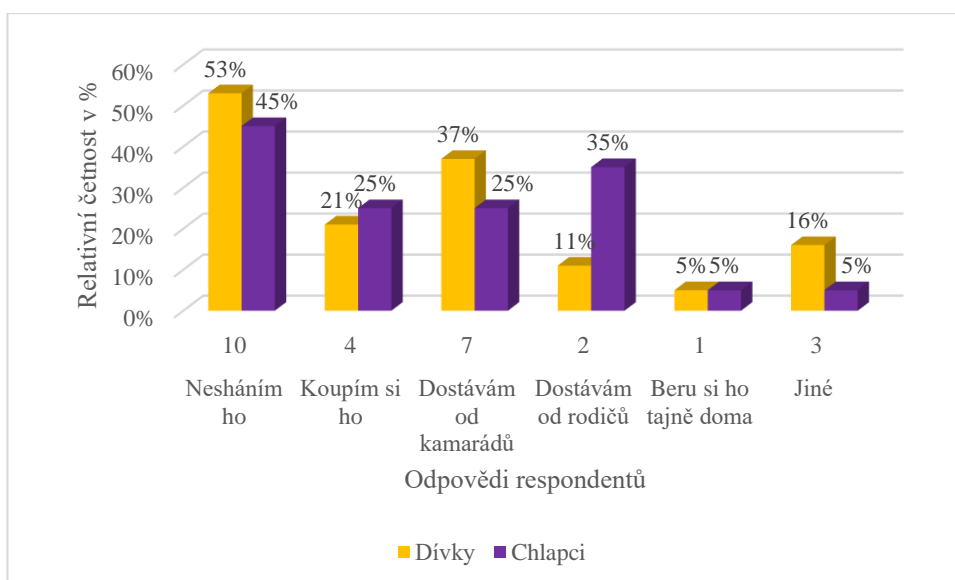
Odpovědi	Dívky		Chlapci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nikdy	5	26 %	2	10 %
1 - 2krát	6	32 %	9	45 %
3 - 5krát	5	26 %	1	5 %
6 - 9krát	2	11 %	4	20 %
10krát a více	1	5 %	4	20 %

Podle uvedené Tabulky 5 je patrné, že dívky za poslední tři měsíce konzumovali alkohol méně než chlapci. 5 dívek (26 %) a 2 chlapci (10 %) za poslední tři měsíce vůbec nekonzumovali alkohol. Naopak 4 chlapci (20%) a 1 dívka (5 %) konzumovali alkohol za poslední tři měsíce *10krát a více*. Odpověď *1 - 2krát* uvedlo 6 dívek (32 %) a 9 chlapců (45 %). 6 respondentů přiznalo, že alkohol konzumovalo za poslední tři měsíce *6 - 9krát*. Největší rozdíl v konzumaci za poslední tři měsíce u dívek a chlapců byl *3 - 5krát*. To uvedlo 5 dívek (26 %) a 1 chlapec (5 %).

V otázce č. 17, bylo cílem zjistit, odkud respondenti získávají alkohol. Zde byl výběr odpovědí z více možných odpovědí, a proto někteří respondenti udali víc než jednu odpověď.

Tabulka 6 - Kde respondenti získávají alkohol

Odpovědi	Počet respondentů	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nesháním ho	19	49 %
Koupím si ho	9	23 %
Dostávám od kamarádů	12	31 %
Dostávám od rodičů	12	31 %
Beru si ho tajně doma	2	5 %
Jiné	1	3 %



Obrázek 16 - Získávání alkoholu dívky vs. chlapci

19 dotazovaných (49 %) alkohol neshání. Tuto položku si vybralo 10 dívek (53 %) a 9 chlapců (45 %). Druhá nejčastější odpověď u dívek byla, že alkohol dostávají *od kamarádů*, to uvedlo 7 dívek (37 %). Další více častá položka byla u dívek *koupím si ho*, to přiznaly 4 dívky (21 %). Méně častou odpovědí u dívek bylo *dostávám od rodičů*. Pouze jedna dívka (5 %) uvedla, že si alkohol *bere tajně doma*. Druhá nejčastější odpověď u chlapců byla, že dostávají alkohol *od rodičů*. S tím se ztotožnilo 7 chlapců (35 %). 5 chlapců (25 %) sdělilo, že alkohol si *sami kupují*. Dalších 5 chlapců (25 %) dostává alkohol od svých *kamarádů*. Pouze jeden chlapec (5 %) sdělil, že si alkohol *bere tajně doma*. Jiné odpověděli 3 dívky (16 %) a 1 chlapec, které uvedli, že alkohol dostali od příbuzných (Tabulka 6, Obrázek 16).

11 DISKUZE

Tato kapitola se zabývá diskuzí nad výsledky dotazníkového šetření a porovnáním výsledků s výsledky jiných výzkumů. Cílem průzkumné části bylo zjistit, jaká rizika spojená s konzumací alkoholu znají žáci 9 tříd, jaký mají žáci 9 tříd zkušenosti s užíváním alkoholu.

Jednotlivé průzkumné otázky byly formulovány na základě stanovených cílů a poznatků z odborné literatury. Průzkumné otázky jsou vyhodnocovány na základě odpovědí 45 respondentů.

Průzkumná otázka č. 1: Jak jsou žáci 9 tříd na ZŠ informováni o rizicích spojených s konzumací alkoholu?

Cílem znalostní a informační části dotazníku bylo zjistit, jaká je úroveň znalostí žáků 9 tříd o rizicích spojených s konzumací alkoholu a jak moc jsou o rizicích informováni. Porovnávala jsem objektivní a subjektivní pohled respondentů.

V naší společnosti je alkohol velmi oblíbený. Krátkodobé a dlouhodobé účinky alkoholu mají vliv na lidské tělo i na duševní zdraví každého jedince. Alkohol způsobuje nejenom fyzické a psychické poškození, ale i sociální. Alkoholické nápoje u mladých lidí zvyšují nebezpečí jaterních onemocnění, vysokého krevního tlaku, onemocnění trávicího ústrojí, onemocnění nervového systému i duševních chorob (Nešpor, 2003). Z mého průzkumu vyplynulo, že žáci 9 tříd se domnívají (subjektivní stránka), že mají dostatek informací o rizicích spojených s konzumací alkoholu. Respondenti v mém průzkumu nejčastěji uváděli zdravotní rizika, jako je onemocnění jater, rakovina, odumírání mozkových buněk, otrava alkoholem, alkoholová demence a mnoho dalších. Bohužel povědomí o těchto rizicích, které se domnívám, že jsou nejdůležitější, má pouze dvě třetiny respondentů. V kategorii sociální problémy, respondenti uváděli nejčastěji rizika trestná činnost, ztráta blízkých a finanční problémy. K tomuto názoru je mohou vést například ukázky případů závislých v médiích, dokumentárních filmech, či ve vlastním okolí.

Ačkoliv rizika konzumace alkoholu jsou vyučována v rámci předmětu výchovy ke zdraví, čekala jsem vyšší informovanost žáků o rizicích. V mém průzkumu respondenti uváděli, že zdrojem informací byli na prvním místě rodiče a internet. Obě tyto varianty označilo 60 % dotazovaných, tedy 60 % rodiče a 60 % internet. Já si naopak myslím, že hlavním zdrojem informací o rizicích alkoholu by měla být právě škola a rodiče, a to z důvodu, že právě škola a rodiče mají největší vliv na daného jedince.

Průzkumná otázka č. 2: Jaké zkušenosti s konzumací alkoholu mají žáci 9 tříd na ZŠ?

Cílem zkušenostní části dotazníku bylo zjistit, jaké mají žáci 9 tříd zkušenosti s konzumací alkoholu. Na tuto otázku odpovídali dotazníkové otázky č. 7-17.

Konzumace alkoholu mladistvými je v dnešní době fenomén, který má charakter doutnajícího problému a není zatím naší společností akceptován s vážností, kterou si zasluhuje jako skutečné ohrožení mladé generace. Podle studie Evropské fórum pro zodpovědné pití začínají v Evropské unii s konzumací alkoholu jako první právě české děti (Hladík, 2009).

Přes varující následky pro zdraví a život alkoholické nápoje začínají konzumovat děti již v brzkém věku. Zkušenost s alkoholem v ČR podle zprávy OECD (2015) má 94 % patnáctiletých. V mém průzkumu z celkového počtu 45 dotazovaných (100 %), bylo 29 žáků, kterým bylo patnáct let. Zkušenost s alkoholem má 90 % patnáctiletých.

Podle HBSC studie z roku 2014 mají děti ve věku 13 let a méně první zkušenosti s alkoholem, u děvčat je to 22 % a u chlapců 28 %. V mém průzkumu 16 % dívek uvedlo, že první zkušenost s alkoholem měly ve věku 13 let, ve 12 letech mělo 21 % dívek a v 11 letech či dříve uvedlo 26 % dotazovaných dívek. Naopak u chlapců byla první zkušenost s alkoholem ve vyšším věku. Průměrný věk první konzumace alkoholu v mém průzkumu, bez ohledu na věk respondentů, byl u dívek 13 let a u chlapců 14 let. Je to z důvodu snadné dostupnosti alkoholu pro mladistvé ale i neomezenou tolerancí ze strany jejich rodičů.

Buchtík (2016) ve svém díle uvádí, že děti získávají první zkušenosti s alkoholem ve dvou krocích. Prvním zkušeností s alkoholem bývá přípitek, který se odehrává téměř vždy v rodině, a to před 15. rokem života jedince. K další větší zkušenosti s konzumací alkoholu dochází ve vrstevnických skupinách, a to většinou na akcích, kde přenocují mimo domov. V mém průzkumu 38 % respondentů uvedlo, že první, kdo jim nabídl alkohol byli právě příbuzní při různých rodinných akcích či oslavách. Hned po nich následovali rodiče, to uvedlo 28 % respondentů.

Zásadnější otázkou je, proč vlastně dospívající alkohol vyzkouší. Podle výzkumu, který provedlo Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví, jsou nejčastějšími důvody: zvědavost, touha patřit do party, touha po zábavě a snaha překonat úzkost a smutek (Buchtík, 2016). Z mého průzkumu 13 % chlapců a 24 % dívek konzumovalo alkohol právě ze zvědavosti. Naopak Ježková (2014) uvádí, že důvodem konzumace alkoholu bývá udržení se

v partě, cítit se být jako dospělý, připadají si zajímavější či se nudí. V mém průzkumu důvod konzumace, protože se nudí uvedlo pouze 4 % respondentů.

Nejčastějším užívaným alkoholickým nápojem bývá u dospívajících pivo a víno. Podle ESPAD studie (2011) se zvýšila u chlapců pravidelná konzumace piva a u dívek vína. Naopak v mém průzkumu obě pohlaví mají vyšší zkušenost právě s pivem 32 %.

Alkohol děti často konzumují v rodinném prostředí. Obvykle je to v rámci rodinné oslavy, kde dospělí nalijí dětem „panáčka“. (Ježková, 2014) Podle zprávy ESPAD (2011) čeští teenageři konzumují alkohol běžně v restauracích nebo diskotékách, i když je nelegálním jim alkohol prodat. Můj průzkum se s tímto tvrzením neshoduje. 50 % chlapců a 58 % dívek konzumují alkohol doma. Naopak žádný respondent neuvedl, že by alkohol konzumoval na diskotékách.

Na druhou průzkumnou otázku lze odpovědět tak, že žáci mají zkušenosti s alkoholem. Již v brzkém věku žáci konzumují alkohol. Většina z nich dostává alkohol od rodičů a alkohol konzumují doma. Nejčastějším důvodem, proč mladí lidé ochutnají alkohol, bývá zvědavost. Pro děti, dle jejich názoru je snadné obstarat si jakýkoliv druh alkoholického nápoje, a dokonce někteří si ho i sami koupí. Toto zjištění mě zaskočilo, předpokládala jsem, že je tato problematika o prodeji a dostupnosti alkoholu dětem v ČR dostatečně hlídána.

12 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byla Problematika užívání alkoholu u žáku základní školy. Teoretická část byla zaměřena na období dospívání, čím je toto období charakteristické a jaké je rizikové chování v tomto období. Dále jsem objasnila termín alkohol, jeho účinky a zaměřila se na specifika alkoholu v dětství a dospívání. Další kapitolou byla závislost, kde jsem popsala, co je to vůbec závislost, jaké jsou faktory, které zvyšují riziko závislosti a samotnou závislost na alkoholu. Poslední dvě kapitoly se věnovaly léčba závislosti na alkoholu a protidrogové prevenci, její charakteristikou, druhy prevence a školskou protidrogovou prevencí v České republice, čímž byl naplněn cíl stanovený pro teoretickou část. V průzkumné části byl vytvořen přehled výsledků z dotazníkového šetření. Cíle průzkumné části, které byly stanoveny na začátku práce, byly splněny.

Průzkum přinesl především tato zjištění: Žáci se domnívají, že mají dostatek znalostí o rizicích alkoholu, prezentované výsledky tomu však neodpovídají. Informace nejčastěji získávají od rodičů a z internetu. Dále z průzkumu vyplynulo, že žáci již v brzkém věku konzumují alkohol. Většina z nich dostává alkohol od rodičů a alkohol konzumují doma. Nejčastějším důvodem, proč mladí lidé ochutnají alkohol, bývá zvědavost. Pro děti, dle jejich názoru je snadné si jakýkoliv alkoholický nápoj obstarat. Děti nejčastěji konzumují pivo a víno.

13 POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTÍK, Pavel, MIOVSKÝ, Michal (ed.). Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie] Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN, 2010, s. 30-31. ISBN 978-80-87258-47-7.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada, 2009, s. 58. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010, s. 212, 494-495. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

FERGUS, S., & ZIMMERMAN, M. A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review Of Public Health*, 26(1), 399-419.

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, s. 95-98, 100. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, ed. Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

HIRT, Miroslav a František VOREL. Soudní lékařství. Praha: Grada Publishing, 2016, s. 81. ISBN 978-80-271-0268-6.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, s. 151. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHOMYNOVÁ, Pavla. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky, c2014, s. 12. Výzkumné zprávy (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-101-5.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009, s. 64. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 151. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008, s. 101. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KOPECKÁ, Ilona. Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011, s. 92-95. ISBN 978-80-247-3877-2.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. Sociální patologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, s. 75, 77, 79,83-90, 100, 108. ISBN 978-80-7435-080-1.

KUKLA, Lubomír. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. Praha: Grada Publishing, 2016, s. 332-334. ISBN 978-80-247-3874-1.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 143. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

LATA, Jan a Tomáš VAŇÁSEK. Kritické stavy v hepatologii. Praha: Grada, 2005, s. 128. ISBN 80-247-0404-8.

LINHART, Jiří. Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky, abecední seznam chemických prvků, jazykovědné pojmy: 30000 hesel. Litvínov: Dialog, 2007, s. 285. ISBN 80-7382-006-4.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015, s. 89-91 . Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013, s. 53. ISBN 978-80-262-0366-7.

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-, s. 198. ISBN 978-80-904259-0-3.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, s. 9-10, 12-20, 157. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel. Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. Brno: Host, 2006, s. 60. ISBN 80-7294-206-9.

OFFORD, D. R., & BENNETT K. J. (2002). Prevention. In: Rutter, M., Taylor, E., (Ed.), Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Science.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

SOBOTKOVÁ, Veronika. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada, 2014, s. 47, 87. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. Přehled vývojové psychologie. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, s. 77-79, 83. ISBN 978-80-244-2433-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, s. 367-370. ISBN 978-80-246-2153-1.

14 INTERNETOVÉ ZDROJE

BUCHTÍK, Martin. Mladí lidé a alkohol [online]. 2016 [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: http://www.alkoholzodpovedne.cz/blob/pdf/Mladi_lide_a_alkohol_final_report.pdf

BURKART, Jaroslav. První pomoc [online]. [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <https://www.pijsrozumem.cz/prvni-pomoc/>

ČESKO. Zákon č. 65/2017 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 24. 2. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65>

HAMPLOVÁ, Ludmila. Zdravotnický deník. Nabízet alkohol dětem není normální. Přesto to čeští rodiče dělají. [online]. 2015 [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/09/nabizet-alkohol-detem-neni-normalni-presto-to-cesti-rodice-delaji/>

HLADÍK, Michal. *Pediatric pro praxi*. Alkohol - problém u dětí a mladistvých [online]. 2009 [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200901-0014_Alkohol-problem_u_deti_a_mladistvych.php

JEŽKOVÁ, Zuzana. Šance dětem. Alkohol není pro dítě menší zlo než drogy [online]. 2014 [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/alkohol-neni-pro-dite-mensi-zlo-nez-drogy-125.html>

MLČOCHOVÁ, Eva. Příznaky a projevy alkoholismu, stádia alkoholizmu. *Alkoholik.cz* [online]. 2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/alkoholismus/index.html>

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. Alkohol drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat [online]. Páté revidované vydání. Praha, 2003 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>

POLÁCH, Ladislav. Léčba alkoholismu [online]. SYMEDIS, ©2015 [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/lecba-alkoholismu/>

15 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Informovaný souhlas</i>	62
Příloha B – <i>Dotazník</i>	63

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYPLNĚNÍM DOTAZNÍKU

Vážení rodiče, zákonní zástupci,

jmenuji se Anna Plašilová a jsem studentkou Zdravotnické fakulty na univerzitě v Pardubicích. V rámci své bakalářské práce uskutečňuji průzkumné šetření, jehož cílem je zjistit, jaké jsou první zkušenosti s konzumací alkoholu u dětí a zda znají rizika s ním spojená. Zaměřuji se především na žáky 9. ročníků. Průzkumné šetření uskutečňuji formou dotazníku. Průzkum je zcela anonymní, získané informace jsou důvěrné a budou sloužit pouze pro účely zmiňované bakalářské práce.

V případě Vašeho souhlasu předejte, prosím, vyplněný souhlas třídní učitelce Vašeho dítěte. Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci na průzkumném šetření.

Anna Plašilová

Souhlasím – nesouhlasím s vyplněním dotazníku mým dítětem.

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Ročník:

.....

Podpis rodiče/zákonného zástupce:

.....

DOTAZNÍK O ALKOHOLU

Dobrý den,

Jmenuji se Anna Plašilová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotně-sociální pracovník na Univerzitě Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o pomoc při vypracování praktické části mé bakalářské práce, která je na téma: Problematika s užíváním alkoholu u žáků ZŠ. V otázkách vybírejte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Dotazník je anonymní.

Mnohokrát děkuji.

A – identifikace

1) Tvoje pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2) Jaký je tvůj věk? (prosím dopište) let

B – rizika

3) Domníváš se, že máš dost informací o rizicích spojených s konzumací alkoholu?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

4) Napiš prosím, která rizika spojená s konzumací alkoholu považuješ za nejvýznamnější.

.....
.....
.....

5) Týká se některé z rizik, které jsi napsal/a, také tebe?

a) Ano, uveď, prosím, jaké

.....
.....

b) Ne

6) O rizicích konzumace alkoholu ses dozvěděl/a? (Možnost více odpovědí)

- a) O žádných nevím
- b) Od rodičů
- c) Ve škole
- d) Od kamarádů
- e) Z internetu
- f) Z časopisu
- g) Z televize
- h) Jiné.....

12) **Zakroužkuj, který alkohol si ochutnal/a.** (Možnost více odpovědí)

- a) Pivo
- b) Víno
- c) Destiláty (rum, vodka, slivovice)
- d) Míchané nápoje (např. rum s kolou)

13) **Co tě vedlo k prvnímu ochutnání alkoholu?**

- a) Chtěl/a jsem se dostat do nálady
- b) Neměl/a jsem co dělat
- c) Nechtěl/a jsem stát mimo partu
- d) Byl/a jsem zvědavá, jak to chutná
- e) Chtěl/a jsem zapomenout na starosti
- f) Bylo to z jiných důvodů, uveď jakých
- g) Nevzpomínám si

14) **Kdo ti poprvé nabídl alkohol?**

- a) Rodiče
- b) Příbuzní
- c) Sourozenec
- d) Kamarád, spolužák
- e) Nevzpomínám si
- f) Někdo jiný

15) **Kde jsi ochutnala svůj první alkoholický nápoj?**

- a) Doma
- b) Doma u někoho jiného
- c) Venku (na ulici, v parku, u vody atd.)
- d) V baru, v hospodě nebo v restauraci
- e) Na diskotéce
- f) Jinde (uveď kde)

16) **Kolikrát jsi v POSLEDNÍCH 3 MĚSÍCÍCH ochutnala/vypila nějaký alkoholický nápoj?**

- a) Nikdy
- b) 1-2 krát
- c) 3-5 krát
- d) 6-9 krát
- e) 10 krát a více

17) **Kde získáváš obvykle alkohol? (možnost více odpovědí)**

- a) Nesháním ho
- b) Koupím si ho
- c) Dostávám od kamarádů
- d) Dostávám od rodičů
- e) Beru si ho tajně doma
- f) Jiné (uveďte)