

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2013

Bc. Zuzana Koudelková, DiS.

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra FYZIKY, CHEMIE A ODBORNÉHO VZDĚLÁVÁNÍ



# ANALÝZA KONZUMACE ALKOHOLU VE VYBRANÉ SKUPINĚ ŽÁKŮ NA SŠ

Diplomová práce

Brno 2013

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.**

Vypracovala:

**Bc. Zuzana Koudelková, DiS.**

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Souhlasím, aby byla práce uložena na Masarykově univerzitě v Brně v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Pardubicích dne 5. března 2013

.....  
Bc. Zuzana Koudelková, DiS.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji svému vedoucímu diplomové práce, panu doc. MUDr. Petru Kachlíkovi, Ph.D., za vstřícnou a podnětnou pomoc při tvorbě této práce. Dále děkuji své rodině za podporu a trpělivost.

# OBSAH

Úvod.....	6
<b>1. Základní pojmy .....</b>	<b>8</b>
1.1 Vlastnosti alkoholu .....	8
1.2 Stručná historie konzumace alkoholu .....	9
1.3 Alkoholismus .....	10
1.4 Mládež a alkohol .....	12
<b>2. Závislost na alkoholu .....</b>	<b>15</b>
2.1 Definice závislosti na alkoholu .....	15
2.2 Vznik závislosti na alkoholu .....	18
2.3 Stadia opilosti.....	19
2.4 Typy alkoholové závislosti .....	21
2.5 Bažení (craving).....	23
<b>3. Léčba alkoholové závislosti .....</b>	<b>33</b>
3.1 Léčba intoxikace .....	33
3.2 Léčba odvykacího syndromu .....	34
3.3 Terapie komplikací odvykacího syndromu.....	36
3.4 Terapeutické kluby a svépomocné organizace.....	40
<b>4. Analýza konzumace alkoholu ve vybrané skupině žáků na SŠ .....</b>	<b>47</b>
4.1 Metodické poznámky .....	47
4.2 Vyhodnocení a interpretace dotazníků.....	52
4.3 Analýza pracovních hypotéz a výzkumných tezí.....	66
4.4 Souhrn .....	70
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>74</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>75</b>
<b>Resumé .....</b>	<b>76</b>
<b>Summary .....</b>	<b>76</b>
<b>Seznam literatury a elektronických zdrojů .....</b>	<b>77</b>
<b>Seznam obrázků, tabulek, grafů .....</b>	<b>82</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>86</b>

# ÚVOD

*„Ve sklenici alkoholu se skrývá všechno štěstí světa a všechno zoufalství z toho, že toho štěstí nemůžeme dosáhnout.“*

*Baudelaire*

V České republice je alkohol problémem, který je celospolečensky tolerován, a důsledky spojené s jeho užíváním jsou naopak podceňovány. Důvodem toho může být mimo jiné fakt, že je v České republice levnější dát si pivo než některé druhy nealkoholických nápojů. Je také pravdou, že prevence je zaměřena spíše na drogy ilegální a prevenci závislosti na alkoholu se nevěnuje až tolik prostoru. Dochází pak k tomu, že alkohol není vnímán jako droga, přitom jde o psychotropní látku, která výrazně ovlivňuje vnímání a prožívání člověka.

Alkohol, i přesto, že je drogou legální, pořád zůstává látkou srovnatelnou s drogami ilegálními. Dopady při jeho nadměrné konzumaci mohou být daleko vážnější. S alkoholem je vázána celá řada společenských, emočních a duševních škod, jako je kriminalita, domácí násilí, rozvodovost, sekundární chronická až smrtelná onemocnění, což představuje velké náklady pro společnost. Alkohol je na třetím místě (po kouření a vysokém krevním tlaku) nejdůležitějším rizikovým faktorem nemocí a předčasných úmrtí. (Nedbalová [on-line], 2012)

Alkohol neškodí jen jeho příjemci, ale i lidem kolem něj, včetně nenarozených dětí, členů rodiny a obětí kriminálních činů, násilí a dopravních nehod s účastí alkoholu. Pro individuálního pijáka platí, že čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší je riziko. (Nedbalová [on-line], 2012)

Diplomová práce se věnuje tématu konzumace alkoholu žáků na středních školách, jelikož si myslím, že toto téma je více než aktuální. Znepokojující je i rozšířenost konzumace alkoholu mezi mládeží.

Cílem práce je zjistit míru konzumace alkoholu na středních školách v Pardubickém okrese. To znamená zjistit názory a postoje žáků ke konzumaci alkoholu, určit, co je ke konzumaci vedlo, zmapovat stav znalostí žáků o rizicích spojených s konzumací alkoholu a preventivní opatření v dotazovaných školách.

Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. V úvodu jsou vysvětleny základní pojmy, jako definice alkoholu a s tím související historie alkoholu, vývoj alkoholismu. Dále je uvedena definice závislosti na alkoholu, její vznik, stádia opilosti, typy alkoholové závislosti. Informace o léčbě doplňují kapitoly o doléčování a nabídce svépomocných hnutí. Další část této práce je věnována výzkumu. Je popsána charakteristika metody výzkumu, výzkumný vzorek, charakteristika vybraných škol, metodika šetření a stanovení hypotéz. Poté následuje vyhodnocení a interpretace výsledků.

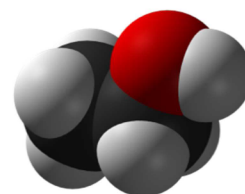
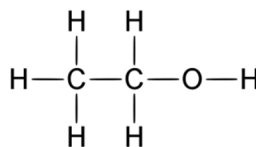
Autorka by si přála, aby tato práce pomohla v orientaci v této problematice nejen zdravotnickému personálu, ale i lidem bez předchozího zdravotnického vzdělání: závislým a jejich rodinným příslušníkům. Mohla by být též využita institucemi, které pracují s dětmi, jako jsou školy a školská zařízení.

# 1. ZÁKLADNÍ POJMY

## 1.1 Vlastnosti alkoholu

Označení „alkohol“ pochází z arabštiny (al-kahal = jemná substance). (Mlčoch, Z. [on-line], 2007).

Z chemického hlediska je alkohol bezbarvá, průzračná, lehce těkavá, hořlavá a palčivě chutnající tekutina s chemickým



Obr. 1: Strukturální vzorec molekuly ethanolu. (Wikipedia [on-line], 2012)

vzorcem  $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}$ , kterou je možné v jakémkoli poměru mísit s vodou. Alkohol – etanol je jednoduchá a malá molekula, která vzniká kvašením cukrů, tedy štěpením cukrů na alkohol a oxid uhličitý. Etanol se asi z 20% vstřebává již v žaludku, koncentrovaný alkohol i sliznicí v ústech a v hltanu, hlavní část však v tenkém střevě. Přijímání alkoholu zažívacím traktem je závislé na stavu jeho naplnění. Začíná prakticky pitím a po požití se alkohol rozděluje rovnoměrně ve všech tělesných tekutinách. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

V lidském organismu se etylalkohol hydrogenací alkoholu přemění na acetaldehyd, tato substance se poté odbourá na acetát, který se konečně rozloží na oxid uhličitý a vodu. Účinnou látkou působící na mozek je acetaldehyd. S požitím alkoholu začíná zároveň jeho vylučování, a to v nezměněném tvaru malá část ledvinami, dechem a kůží. Hlavní podíl je zpracován látkovou výměnou v játrech.

Odbourávání alkoholu v čase probíhá lineárně, to znamená, že se za časovou jednotku eliminuje konstantní množství alkoholu. Koncentrace alkoholu v krvi klesá s koncem resorpce konstantní měrou za časovou jednotku na 0,2%/hod. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Alkohol uvolňuje, podporuje komunikaci, uklidňuje, pozvedá náladu, potlačuje problémy, odstraňuje sexuální zábrany a některým lidem i chutná. V naší kultuře se požívání alkoholu odehrává především na veřejnosti. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001, s. 81)



## **Kdo je považován za alkoholika**

Jde o osobu, která nadměrně užívá alkoholické nápoje a stává se na jejich pravidelné nebo občasně konzumaci závislou. Opakovaná konzumace alkoholu jí škodí jak v pracovním, tak i osobním životě. Hlavním znakem alkoholika je, že zapírá požívání alkoholu. Chronický alkoholismus přináší významné škody na tělesném zdraví. (Hosek, J., 1998, s. 10)

*„Alkoholik je osoba, která pitím alkoholických nápojů působí sobě nebo jiným lidem vědomě či nevědomě hmotné nebo psychické škody, a které není sama schopna zanechat pití a změnit způsob svého života“.* (Tabus, R., 1984, s. 58)

Časopis Světové zdravotnické organizace se ve svém „Desateru“ vyjadřuje k otázce přijatelného množství alkoholu pro zdravého dospělého jedince takto: *„Po první sklenici piva či sklence vína čekej půl hodiny, než-li vypiješ druhou, a pak celou hodinu, než vypiješ třetí. Nikdy už nepij čtvrtou.“* Co je nad touto hranicí, lze pokládat za nadměrné pití alkoholu. Za rizikové požívání alkoholu se v současnosti u zdravého dospělého člověka považuje dávka nad 20 g 100% alkoholu. U dávky nad 40 g 100% alkoholu u ženy a 57 g u muže se pak jedná o škodlivé pití. (Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003, s. 151)

## **1.2 Stručná historie konzumace alkoholu**

Alkohol provází člověka snad po celou dobu jeho civilizovaného vývoje. Znali ho nejen staří Egypťané, ale i staří Sumerové, jak o tom svědčí četné archeologické nálezy. Někdy byl využíván jako látka zvláštního významu při náboženských obřadech, v léčitelství, později stále častěji jako nápoj. (Marhounová, J., Nešpor, K., 1995)

Z lidské historie máme doklady o tom, že již v dávných dobách přinášela všeobecná obliba piva, vína z datlí, fíků a medu řadu závažných problémů, které posléze vyvolaly dokonce potřebu mocenského řešení (první „protialkoholní zákon“, který byl vyhlášen Břetislavem I. roku 1039, měl výrazně prohibiční charakter a uvádí přísné tresty pro opilce a pro krčmáře, kteří jim nalévají). Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholizmus“. Zásadním obratem byl objev destilace, umožňující překročit hranici třinácti až čtrnácti procent koncentrace, při němž ustává kvašení. V USA se v době dobývání Západu v polovině 19. století pilo nadměrně mnoho kořalky, především whisky, protože muži tak údajně lépe snášeli podmínky

tvrdého života. Reakcí na tuto vlnu zneužívání byly nejprve spolky, které měly pít zmírnit, potom v dvacátých a třicátých letech 20. století došlo k úplnému zákazu alkoholu, prohibici. Koncem 19. století docházelo v Evropě v rámci industrializace tak často k výstřelkům s alkoholem, že bylo například ve Švédsku v roce 1892 z iniciativy Říšského sněmu nařízeno vyučovat ve školách a učitelských seminářích o alkoholu, jeho účincích a nebezpečích. Podobná nařízení byla vydána například v roce 1905 v Německu. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Alkohol je především droga, jejíž zrádnost spočívá v pozvolné tvorbě návyku. (Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003, s. 151)

Historie nás poučuje, že po tisíciletí se znovu setkáváme s lidskou touhou po překročení mezí, po nových zážitcích. Člověk měl odjakživa zájem, aby si své bytí ulehčil a přikrášlil, aby z nevládné reality uprchl alespoň občas do světa snů a fantazie. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

### **1.3 Alkoholismus**

Alkoholismus je chronické onemocnění, které nastupuje v důsledku častého a nadměrného pití alkoholických nápojů a vzniku chorobného návyku na ně. Postihuje celou osobnost jedince po stránce fyzické i psychické, ale i jeho nejbližší, zvláště rodinu. (Příznaky nemocí [on-line], 2012)

Dle Jellineka (1940) vývoj alkoholismu probíhá vždy v několika fázích. Tempo fází a stádium je závislé na typu pití a věku, kdy začal člověk pít. Je známo, že u mladých lidí, kteří se velmi brzo dostali do styku s alkoholem, se plný obraz alkoholismu rozvine daleko rychleji, než u těch, kteří začali pít v pozdějším věku. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

#### **Stádium počáteční (iniciální, prealkoholické, symptomatické)**

V tomto stádiu se zvyšuje frekvence pití u člověka, stoupají dávky alkoholických nápojů. Závislý jedinec poznává a oceňuje „odměňující“ účinek alkoholu. (Skála, J., 1987)

Alkohol v tomto stádiu slouží k odstranění napětí a přináší určitou úlevu. Okolí ještě nezaznamenává, že není něco v pořádku. Během několika měsíců může být tolerance alkoholu lehce zvýšená a užívání alkoholu se může stát každodenní rutinou.

### **Stádium varovné (prodromální)**

Toto stádium trvá půl roku až pět let a jednotlivec pije tajně z narůstající obavy z ostudy. Tento člověk stále myslí na alkohol, shromažďuje a zajišťuje si zásoby alkoholických nápojů. První dávku pije dychtivě a má pocit viny. Vyrůstá množství vypitého alkoholu, jedinec si občas nepamatuje na detaily, objevují se tzv. okna. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

„Okna“ se vyznačují tím, že při užívání alkoholu se po relativně malém množství objeví v den po požití výpadky paměti, které mohou být částečné nebo úplné. Výsledkem jsou postiženy události, které se udály při konzumu, a přitom je osoba během fází pití schopna intelektuálních činů, v té chvíli je v normě a na vše, co se děje při pití, si vzpomíná, avšak příštího rána si na to již není schopna upamatovat. Vzpomínka na události zapomenuté pod účinkem alkoholu se může při opakovaném požití alkoholu vrátit. (Popov, P., 2003)

Postižena není jen ultrakrátká, nýbrž krátkodobá paměť. Vjemy jsou u „oken“ nejdříve uloženy, ale během dvou až tří minut opět zapomenuty. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001, s. 88)

### **Stádium rozhodné (kritické, kruciální)**

Dochází ke ztrátě kontroly a abstinence po započetí pití. Typické je vyhýbání a bránění se ovlivnění ze strany svého okolí, co se týče užívání alkoholu. Člověk má výčitky, že vykazuje nápadné výkyvy nálad, činí opakované, zpravidla marné pokusy pít zdrženlivě. Dochází k zúžení zájmů. Časté jsou konflikty na pracovišti, společenský sestup. Objevují se i příznaky tělesného postižení související s užíváním alkoholu, mohou se vyskytnout sexuální problémy, které jsou spjaty se žárlivostí (označována jako alkoholická žárlivost s příznaky paranoidity). Tolerance dále stoupá a objevují se kratší nebo delší abstinence (vynucené). (Skála, J., 1987)

Je použita i slovní obrana s typickými výmluvami. Tento jedinec trpí sebelítostí a pocity viny, zastírá a bagatelizuje potřebu alkoholu, považuje se za zdravého a odmítá pomoc a léčení. Celkově však dochází k úbytku jeho intelektových vlastností. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

## **Stádium konečné (terminální, chronické)**

Vyznačuje se výrazným oslabením tělesného i duševního zdraví, klesá tolerance na alkohol, jsou přítomny ranní doušky a několikadenní „tahy“. Odpadají poslední zábrany. Objevují se také přechodné psychotické stavy, stavy úzkosti, třesy. Tento jedinec vyhledává osoby, které jsou pod jeho společenskou úrovní, aby měl příležitost k napití. Někdy dochází také ke konzumu technických prostředků obsahujících alkohol (Alpa, Okena, náplně do odšťikovačů autoskel aj.). Rozvijí se poškození jater, i nízká dávka vyvolá zjevnou opilost. V tomto stádiu je nejněsnější získat pacienta pro léčbu. (Skála, J., 1987)

## **1.4 Mládež a alkohol**

*„Bohužel výstupy nehovoří pro nás vůbec dobře, protože se ukazuje, že české děti patří mezi absolutní špičku, co se týče začátků pravidelné konzumace alkoholu a pak také na to navazujících škod, které působí alkohol v případě, že je konzumován zvláště rizikovým způsobem, např. nárazové pití,“* říká k problematice doktor Petr Popov, který je primářem Oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Malé i větší děti jsou požíváním alkoholických nápojů ohroženy. Jestliže zpočátku své malé dávky pijí pod kontrolou rodičů, neznamená, že se s tím spokojí. Časem budou pít již větší dávky – bez přítomnosti rodičů, ale ve společnosti svých kamarádů. Je třeba vědět, že i nízké hladiny alkoholu v krvi dětí a mladistvých znamenají daleko větší účín na jejich nervový systém a psychiku, než u dospělého. (Hosek, J., 1998)

Existují důkazy o důsledcích alkoholu na mozek dospívajících. Během dospívání totiž dochází k tělesným a duševním změnám a také k vytváření nových sítí mozkových buněk. I jen mírné poškození paměti a schopnosti učení alkoholem vede k horšímu studijním a později i k pracovním výsledkům. Poškození paměti v dospívání může přetrvávat i později, když spotřeba alkoholu klesne. Zhoršená paměť a schopnost se učit není jediným rizikem alkoholu v dospívání. K dalším patří úrazy, dopravní nehody, otravy, sebevraždy, sexuální násilí, nebezpečný sex, trestná činnost zejména násilného rázu, rychlý rozvoj závislosti na alkoholu či přechod od alkoholu k jiným drogám. (Nešpor, K., 2004)

U mnoha mladistvých je časný konzum tohoto legálního omamného prostředku východiskem k pozdější drogové kariéře. Protože alkohol patří stále k našemu všednímu dni a pije se při mnoha příležitostech, není pro rodiče snadné rozpoznat u dítěte a mladistvých přechod od příležitostného ochutnání k pravidelnému pití ve větším množství. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Je otázka primární prevence, minimalizace zneužívání alkoholu, vedení ke zdravému a odpovědnému životnímu stylu, stále více aktuální. Dosah psychoaktivních látek u mladistvých má určitá specifika, které nebezpečí užívání návykových látek zvětšují. (Nešpor, 2000, s. 54) označuje následující odlišnosti působení návykových látek u dětí a dospívajících:

- Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji (u dospělého může trvat roky nebo desítky let, u dospívajícího se může vytvořit iv průběhu měsíců). Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý.
- Z podobných důvodů je zde přítomno i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky.
- U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo masivní zneužívajících bývá zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, sebekontroly, citové zralosti, sociálních dovedností atd..).
- Je zde častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné k druhé nebo užívat více látek současně. To opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací.
- Recidivu závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčby.

<b>Životní nároky</b>	<b>Co pomáhá</b>	<b>Účinky alkoholu a drog</b>
Dokončení tělesného vývoje.	Péče o zdraví a kondici, rekreační sport, cvičení, zdravá výživa.	Zpomalují vývoj, vedou ke zhoršené výživě a nemocem.
Studium nebo příprava na zaměstnání.	Najít dobré učitele a vzory a získat od nich co nejvíce.	Vedou k nezájmu, lhostejnosti, zhoršují schopnost přesně myslet, dlouhodobě působí i poškození mozku.
Naučit se zacházet se sexualitou.	Opatřit si kvalitní informace, spojit citový a sexuální život. Vhodná společnost, umění. Sebekontrolu v sexu zlepšují jóga, cvičení.	Citově otupují, přinášejí vyšší riziko problémů, jako jsou pohlavní nemoci a nechtěná těhotenství. Dlouhodobě působí ztrátu zájmu o sex.
Najít životní cíle a hodnoty.	Dobré zájmy, společnost kvalitních lidí, organizace s dobrým programem jako je ochrana přírody, pomoc druhým nebo péče o zdraví. Duchovní život, spolupráce se zkušenými lidmi, kursy, četba atd.	Vedou často k planému filozfování bez praktického účinku v životě a ke ztrátě dlouhodobých cílů. Později už jde jen o alkohol nebo o drogu.
Získat užitečné znalosti.	Dobře se připravit na zaměstnání, najít si kvalitní přátele a zájmy.	Často působí zaostávání v různých oblastech života.
Získat jistotu ohledně svého vzhledu.	Péče o čistotu a vzhled, případně porada s odborníkem, rozumné oblékání.	Zvyšují riziko kožních chorob, okrádají o čas, snižují tělesnou i duševní výkonnost a vedou k předčasnému stárnutí. Kouření čehokoliv poškozuje pleť.
Postupné osamostatňování od rodiny.	Dobří přátele a kvalitní vlastní zájmy. Vnímat rodiče jací jsou - jejich silné stránky i omezení.	Působí zpomalení vývoje, nesamostatnost a větší závislost na druhých lidech včetně rodičů.
Naučit se čelit zátěži, stresu, únavě.	Zdravý způsob života, jóga, dostatek spánku, relaxace, cvičení, rozumná výživa, umět se svěřit a poradit atd.	Snižují odolnost, zvyšují riziko nemocí a úrazů.
Připravit se na život v moderní a rychle se měnící společnosti.	Vzdělání, studium jazyků, zájem o dění a trendy ve světě.	Okrádají o čas, snižují duševní i tělesnou výkonnost a vedou k předčasnému stárnutí.
Naučit se chránit své zdraví a bezpečnost	Přiměřená opatrnost, schopnost předvídat, péče o svoji kondici, dobrá a bezpečná společnost spolupráce se zdravotníky atd.	Úrazy, nemoci, trestná činnost pod vlivem alkoholu nebo drog nebo proto, aby si je člověk opatřil.

Tab. 1: Některé nároky na mladé lidi, co pomáhá a jaké jsou účinky alkoholu a jiných drog (Nešpor, K., 2000)

Pro mladé lidi tohoto věku je velmi důležitá skupina vrstevníků, která jim může pomoci se alkoholem a drogám vyhnout, nebo naopak představuje nebezpečí. Dospělý se může nabízet jako zdroj informací, zároveň by ale měl povzbuzovat k samostatnosti a sebedůvěře. Měl by počítat s tím, že mladí lidé tohoto věku se nespokojí s přijetím informace, ale budou chtít diskutovat. Zneužívání alkoholu v dospívání může vést k rychlému vytvoření návyku a tomu je třeba předcházet. (Nešpor, K., Csémy, L., 1995)

## 2. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

### 2.1 Definice závislosti na alkoholu

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je syndrom závislosti na alkoholu (F10.2 Závislost na alkoholu) definován jako skupina jevů fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se duševního života, zejména poznávání), kdy má požívání alkoholu pro daného jedince mnohem vyšší prioritu než jiné typy chování, které dříve měly větší hodnotu. Charakteristická pro syndrom závislosti je silná touha přijímat alkohol. Pokud dojde k abstinenci, a poté se člověk opět napije, rychleji se u něj znovu objeví syndrom závislosti. Syndrom závislosti na alkoholu je možné diagnostikovat (podle MKN-10), jestliže se u pacienta vyskytují v průběhu roku (jeden měsíc nebo opakovaně v kratších obdobích v období jednoho roku), minimálně tři ze šesti diagnostických znaků syndromu závislosti: (Kolektiv, 2008; Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003)

1. Silná touha nebo pocit puzení (craving) konzumovat alkohol, pacient není schopen se ovládnout.
2. Potíže v sebeovládání při začátku a ukončení konzumace alkoholu nebo v kontrole množství konzumovaného alkoholu (celá situace je ovlivněna hlavně tím, že alkohol je v České republice legální, proto je pro pacienty v začátku léčby velmi těžké přiznat si svoji závislost na látce, kterou běžně konzumuje většina dospělé populace v této zemi).
3. Projevy somatického odvykacího stavu při přerušení nebo ukončení konzumace alkoholu (často při nucené abstinenci vyvolané hospitalizací pacienta; stačí, aby došlo ke snížení pravidelně konzumované dávky, a mohou se objevit projevy odvykacího stavu, jehož nejzávažnějším stupněm je alkoholické delirium- „delirium tremens“).
4. Změny tolerance související s pravidelnou konzumací alkoholu (při abúzu alkoholu dochází k aktivizaci specifických enzymů, urychlení biodegradace alkoholu a s tím související potřebě konzumentů zachovat si „hladinku“ a předejít nástupu odvykacích potíží. Jedním z typických příznaků alkoholismu jsou tzv. „ranní doušky“ – závislý pacient pije záhy po probuzení, které bývá časné).

5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů v důsledku zvýšeného množství času ke konzumaci alkoholu (souvisí se sníženou či vymizelou schopností kontrolované konzumace alkoholu).
6. Pokračování v konzumaci alkoholu přes jasný důkaz škodlivých následků (požadavkem k přiznání tohoto diagnostického kritéria je, aby pacient byl o škodlivých následcích abúzu alkoholu informován). (Popov, P., 2003)

V prevenci a časně intervenci jsou důležité i další kategorie: (Kolektiv, 2008)

### **F10. 0 Akutní intoxikace**

Stav po užití alkoholu vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiným psychofyziologickým funkcím a reakcím. Tuto diagnózu stanovujeme jako hlavní pouze tehdy, když se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů vyvolaných požíváním alkoholu.

### **F10. 1 Škodlivé užívání**

Je charakterizováno užíváním, které poškozují zdraví. Tato diagnóza požaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození tělesného či duševního zdraví uživatele. Poškození může být somatické (hepatitida), nebo psychické (deprese až těžký alkoholismus). Toto užívání by se nemělo diagnostikovat, je-li přítomen syndrom závislosti, psychotická porucha nebo jiné specifické poruchy vyplývající z požívání alkoholu.

### **F10. 3 Odvykací stav**

Je určen skupinou příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užitá bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi.

### **F10. 4 Odvykací stav s delíriem**

Stav, který je komplikován delíriem - delirium tremens (vyvolaným alkoholem).



## **F10. 5 Psychotická porucha**

Soubor psychotických jevů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (často sluchovými), percepčními zkomoleními, bludy a psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo nadměrnou ztuhlostí, strnulostí). Patří sem např. alkoholická halucinóza, žárlivost, paranoia.

## **F10. 6 Amnestický syndrom**

Jedná se o syndrom, kdy je postižena paměť na nedávné i vzdálené skutečnosti. Postižený si vymýšlí minulé události, této smyšlenice věří, po čase ji však opět zapomíná a vytváří si novou. Patří sem např. amnestická porucha vyvolaná alkoholem, Korsakovova psychóza aj. (Kolektiv, 2008)

Závislost na alkoholu je chronické, recidivující, často progredující onemocnění. Termín „alkoholismus“ poprvé použil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Teprve až o 100 let později (WHO, 1951) začal být alkoholismus považován za medicínský problém oficiálně. Poté byl termín „alkoholismus“ vnímán jen jako zdravotnický problém a až v roce 1974 byl WHO zaveden termín „problémy související s alkoholem“. Tento termín zahrnuje celou škálu negativních a sociálních důsledků konzumace alkoholu. Přitom první koncept pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784, jeho autorem byl americký lékař Benjamin Rush (otec americké psychiatrie). (Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003, s. 151)

Rozhodujícím motivem pití alkoholu není např. žízeň, společenská událost, rozmluva s přáteli atd., ale nutnost získat pro své tělo odměřenou dávku alkoholu. Po jejím dosažení nastane zklidnění jedince i zvolnění jeho konzumace. Je to jakýsi vrchol spokojenosti, který pak lze menšími dávkami udržovat poměrně dlouhou dobu, jenž zpravidla uzavírá potřeba spánku. (Hosek, J., 1998)

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu. V přepočtu na 100% alkohol již řadu let zaznamenáváme průměrnou spotřebu téměř 10 litrů na jednoho obyvatele za rok. V konzumaci piva jsme

se spotřebou téměř 160 litrů na jednoho obyvatele za rok dokonce na prvním místě celosvětových tabulek. (Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003, s. 151)

## **2.2 Vznik závislosti na alkoholu**

Kolik při konkrétní konzumní epizodě člověk na posezení vypije, závisí na řadě faktorů:

### **Genetická teorie**

Závislost na alkoholu může být podmíněna geneticky. U alkoholismu se nedědí nemoc, ale dispozice, tedy náchylnost k ní. Alkoholici podléhají převážně lidé citlivější povahy, psychicky méně stálí, vnitřně nevyrovnaní. Tito lidé nejsou nikterak předurčeni propadnout alkoholu, nejsou bezbranní a mají šanci alkoholu vzdorovat a ubránit se mu. Alkoholikem se nenarodíte, alkoholikem se teprve můžete stát.

Svou výraznou roli zde hraje i prostředí, v němž postižený žije. Pod prostředím je třeba rozumět nejen příležitostné místo k pití, ale i spoluobčany a jejich postoje k této problematice. Také je rozdíl bydlet ve větším městě nebo na vesnici, kde se lidé navzájem dobře znají. Svůj význam má i stupeň sociální úrovně závislého, neboli jeho finanční situovanost. (Hosek, J., 1998)

### **Vliv rodiny v dětství, dospívání**

Uvádí se, že osoby závislé na alkoholu měly dominantní matku a pasivního otce. Rodinný výskyt závislosti na alkoholu byl znám odedávna. U mužů jde o dva typy závislosti na alkoholu mající vztah k rodinnému prostředí. První typ je vyprovokován nepříznivým rodinným prostředím, druhý typ je ovlivněn biologickou dědičností. Další teorie ukazují, že nadměrná konzumace alkoholu souvisí úzce s vlivem kamarádkových skupin v době dospívání. Z výzkumných studií vyplývá, že 84% mužů začalo silně konzumovat alkohol v partě. V literatuře je často uváděná teorie o manželce muže závislého na alkoholu, jejíž podvědomé psychické potřeby jsou uspokojovány manželovou závislostí na alkoholu. Naopak, jiná teorie praví, že manželky alkoholiků mívají málo šťastné dětství a odlišují se od ostatních žen obtížným soužitím s manželem závislým na alkoholu. V některých rodinách má alkohol funkci udržovací – udržuje rodinnou rovnováhu. (Hosek, J., 1998)

## **Sociologický přístup**

Alkohol odstraňuje napětí, které vzniká soutěžením, a odbourává přehradu mezi lidmi, kteří se dříve neznali. Požívání alkoholu narůstá při rekreačním a jiném sdružování. Vysoký výskyt alkoholismu je zaznamenán tam, kde došlo k rozpadu sociálních norem – velká část společnosti tak nemá prostředky k dosažení cílů, v něž věří. Teorie ambivalence tvrdí, že vysoký výskyt závislosti na alkoholu souvisí s nejasnými ambivalentními sociálními normami konzumu. To znamená, že pití má ráz zakázaného ovoce. Zastánci této teorie doporučovali, aby se mladí lidé učili sociálně pít v rodinách, a ne tajně ve skupinách. Věk je faktorem biologickým i sociálním, každému věku přísluší jiná sociální role s odpovídajícími normami forem konzumu alkoholu. Dalším faktorem může být i zaměstnání. Rizikové faktory v zaměstnání jsou: sociální nátlak na pití, příležitost k levnému napití, převaha mladých spolupracovníků, souhlas spoluzaměstnanců s pitím, nemožnost normálních sociálních a sexuálních vztahů, oficiální souhlas se silným konzumentem. (Skála, J., 1987)

## **Kulturní přístup**

V různých kulturách existuje velká rozmanitost zvyklostí při požívání alkoholu. Alkohol má různý význam, který vždy souvisí s hodnotami a tradicemi v různých společnostech. Těžké problémy s alkoholem se například objevily v zemích, které po delším období „primitivní“ kultury přišly do styku s kulturou vyspělou. Rozdíly jsou i v chování po požití alkoholu, v některých kulturách jsou lidé po napití extrémně agresivní, jinde dochází k sexuální promiskuitě atd. (Skála, J., 1987)

## **2.3 Stadia opilosti**

Alkohol se v těle odbourává stálou rychlostí. Okamžitý účinek alkoholu je ovlivněn tolerancí, kterou si konzument vytvořil. Přibližnou koncentraci alkoholu lze určit dle pohlaví, tělesné hmotnosti, počtu dávek a na základě doby, která uplynula od zahájení pití. (Skála, J., 1987)

Obsah alkoholu v nápoji závisí na síle nápoje a na jeho objemu. Z přehledu WHO vyplývá, že pivo obsahuje 2 – 5 % čistého alkoholu, víno 10,5 – 18,9 % a u lihovin to je 24,3 až 90 %. (Nedbalová [on-line], 2012)

Aspektem při měření množství alkoholu obsaženého ve standardním nápoji je převodní faktor etanolu. Ten umožňuje převést jakýkoli objem alkoholu na gramy. V jednom mililitru etanolu je 0,79 gramů čistého etanolu.

Např. 1 sklenka vína (140 ml) obsahuje 12 % alkoholu x 0,79 (převodní faktor) = 13,3 g etanolu (Nedbalová [on-line], 2012).

Intoxikaci alkoholem lze rozdělit na tři stádia (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001).

### **Lehká opilost**

Nastává při 0,6 – 1,5 promile alkoholu v krvi. Za těchto okolností dochází k všeobecnému psychomotorickému uvolnění zábran, neadekvátnímu povznesení nálady, nutkání k aktivitě, mnohomluvnosti a snížené sebekritičnosti. Na straně druhé se zlepšuje sociální navazování kontaktů. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001) Někteří lidé pociťují uvolnění úzkosti a snížení starostí. (Skála, J., 1987)

Dávky alkoholu při tomto typu opilsti vyvolávají příjemné pocity, které se projevují veselým výrazem obličeje, smíchem a výřečností. Alkohol člověku usnadňuje komunikaci, snadno navazuje nová přátelství, mizí zábrany v sexuálních kontaktech, dostavuje se u něho zvýšený pocit sebevědomí, dojem, že dokáže překonat všechny životní nástrahy. A právě tento stav, v němž se lidé nacházejí, je často nejsilnějším popudem, že člověk sahá po alkoholu a považuje ho za útěchu ve štěstí i neštěstí. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

### **Opilost středního stupně**

Opilost středního stupně se objevuje při koncentraci 1,5 – 2,5 promile. Euforie je silnější, schopnost kritiky zcela vymizela, schopnost ovládnutí je zmenšená. Dochází k poruchám vnímání vnějšího prostředí v myšlenkách a pocitech, což může vést k chybnému chování. Jde o krátkodobý efekt, nikoli trvalý. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Chování je tedy nepromyšlené a impulzivní. Člověk se stává netaktním, začíná křičet, nedbá o své okolí. Takoví lidé již postrádají schopnost naslouchat druhým, neumějí kontrolovat svou řeč. (Mlčoch [on-line], 2007)

## Těžká opilost

Jedná se o otravu alkoholem nad 2,5 promile v krvi. Dochází ke změnám vědomí, projevují se poruchy orientace a ztráta kontinuity myšlení. Postižený má sklony k výbuchům citů s agresí. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Při hladinách 2,6 – 3,0 promile alkoholu v krvi se postižený neudrží na nohou, je zmatený, popletený, dezorientovaný. Dostávají se poruchy dýchání a poruchy vědomí. Při 3,1 – 4,0 promile alkoholu v krvi jsou patrné známky těžké alkoholové intoxikace u všech postižených. Pacient je vážně ohrožen zástavou dýchání a oběhu, bezvědomí má charakter hlubokého kómatu. Při hladině 5,0 promile alkoholu v krvi umírá více než 90 % postižených. (Skála, J., 1987)

Hladina alkoholu v krvi	Pocity	Chování
0,4%	Pocit uvolnění	Vyšší riziko úrazů
0,6%	Další změny nálady	Zhoršený úsudek, zhoršená schopnost rozhodování
0,8%	Pocity tepla, euforie	Oslabení zábran, zhoršené sebeovládání, zhoršený postřeh, roste riziko úrazů
1,2%	Povídanost, emotivnost, přecitlivělost, vzrušení	Roste riziko ukvapeného, impulzivního jednání
1,5%	Zpomalenost, otupělost	Setřelá řeč, někdy sklon k násilnému chování
2,0%	Výrazná opilost, obtížná řeč, dvojitě vidění	Poruchy paměti, případně spánek
3,0%	Od této hladiny může nastat bezvědomí	Osoba nereaguje na zevní podněty a je ohrožena vdechnutím zvratků
4,0% a více	Hluboké bezvědomí	Riziko zástavy dechového centra v mozku a zadušení

Tab. 2: Hladina alkoholu v krvi, změny pocitů a změny chování (Hosek, J., 1998)

## 2.4 Typy alkoholové závislosti

V lékařství se rozlišuje pět fází alkoholové závislosti, které jsou nazvány podle prvních písmen řecké abecedy.

### Typ alfa

U tohoto typu existuje dočasná psychická závislost bez ztráty kontroly, bez neschopnosti abstinence a bez známek zesíleného pití. Občas může docházet i k lehkým rodinným a sociálním konfliktům. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Alkohol je zneužíván k potlačení napětí, k získání euforie, nebo alespoň k odstranění rozladěnosti. Hrozí tady riziko rostoucí tolerance a frekvence, nebezpečí

úrazů a trestných činů. Represivní opatření stačí k dočasnému omezení pití nebo abstinenci. (Skála, J., 1987)

### **Typ beta**

Tento typ se vyznačuje nadměrnou, nikoli pravidelnou konzumací alkoholu. Dochází k tělesným komplikacím, což jsou například záněty nervů, gastritida nebo také cirhóza jater. Patří sem víkendový a příležitostný uživatel alkoholických nápojů a společenský alkoholik. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Častou motivací je neodlišovat se od ostatních a nezůstat v izolaci. (Skála, J., 1987)

### **Typ gama**

Jedním ze znaků je zvýšení tolerance nastupující na základě změn výměny látkové. Množství nápojů se musí tedy dále zvyšovat. Z toho vzniká koloběh, což znamená, že přizpůsobením látkové výměny k alkoholu dochází ke změnám v orgánech, které se na nich projevují jako chorobné poruchy, zároveň však tyto orgány nyní potřebují alkohol ke své funkci. Dochází ke změnám osobnosti ve stylu tzv. deprivace syndromu, který se vyznačuje neřízenými náladami, emociálním otupením a úbytkem až ztrátou intelektuálních výkonů. Nastupuje psychická i tělesná závislost. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Typickým znakem je poruchová kontrola. Jednotlivec si při překročení určité hladiny alkoholu v krvi nikdy nemůže být jistý, že nebude v pití pokračovat až do intoxikace. Po proběhlé intoxikaci je schopen abstinovat kratší či delší dobu. Tolerance stoupá a je vyjádřena především psychickou závislostí. Tento typ je závažný kvůli progresi a může vést k psychickým, sociálním i ekonomickým škodám. (Skála, J., 1987)

### **Typ delta**

Od předchozího typu se typ delta liší výskytem ztráty abstinence, postižení nemohou snést další fázi bez alkoholu. Přitom je zachována kontrola nad užíváním alkoholu, nedochází proto k nadměrnému pití s intoxikacemi. Lidé zahrnutí do tohoto typu jsou zřídka opilí, musí však denně a popřípadě i během noci pít a jsou málokdy úplně střízliví. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Hrozí velké poškození tělesného (alkoholická cirhóza) i psychického (delirium tremens) zdraví. (Skála, J., 1987)

### **Typ epsilon**

Tento pátý typ závislosti je velmi vzácný. Periodicky každých pár měsíců dochází k vícedenním pijáckým excesům, které jsou spojeny se ztrátou kontroly a se stavy rozladěnosti. Jinak jsou tyto lidé klinicky i sociálně nenápadní a jenom v delších odstupech unikají z normálního života, aby se zase rychle vrátili. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Jedná se o epizodické užívání alkoholu obvykle s dramatickými dny i týdny trvajícím průběhem. (Skála, J., 1987)

Při klasifikaci těchto typů je třeba brát ohled na to, že se typy vzájemně překrývají. Nejčastěji se setkáváme s převahou typu gama, méně často typu delta. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

## **2.5 Bažení (craving)**

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (1992) se o cravingu hovoří jako o „silné touze nebo pocitu puzení užívat látku nebo látky“. Světová zdravotnická organizace definuje bažení jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. (Kolektiv, 2008)

Bažení může být **tělesné**, dochází k němu při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm, dochází také k útlumu řady mozkových center po jejich nadměrné aktivaci. Druhým typem je bažení **psychické**. Vzniká po delší abstinenci, např. při pohledu na návykovou látku, při setkání s typickým prostředím, kde člověk dříve návykovou látku požíval apod. Při tomto typu bažení se objevuje aktivita v poměrně specifických oblastech mozku (dorsolaterální prefrontální kortex, limbický systém, amygdala, mozeček). Dochází k objektivním změnám, jako je oslabení paměti, zhoršením postřehu, zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku, zvýšení aktivity potních žláz, snížení kožní teploty a vyšší slinění. (Nešpor, K., 1999)

Subjektivními projevy bažení jsou vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem návykové látky, dále to mohou být i nepříjemné tělesné pocity, jako svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a pocení.

K nepříjemným duševním pocitům patří úzkost, stísněnost, únava, slabost, neklid nebo také vzrušení a podrážděnost. (Nešpor, K., 1999)

Bažení je silnější v počátcích abstinence a přibývajícím časem abstinence slábne. Délka trvání jedné epizody bažení obvykle nepřesahuje deset minut, u někoho ani deset vteřin. (Nešpor, K., Csémy, L. [on-line], 2010)

Lidé závislí na návykových látkách často popisují craving jako nepříjemnou zkušenost a silný craving nezřídka předchází relapsu či recidivě. (Nešpor, K. in Kalina, K. et al., 2003)

## **Odvykáací stavy po alkoholu**

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) je to „*skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána.*“

Odvykáací stav by neměl být zaměňován s prostou kocovinou. Kocovina sama o sobě postiženého neohrožuje, pokud nejde o člověka, který je nějak nemocný a kocovina mu zhorší jeho zdravotní stav, nebo jedince věnujícího se v kocovině řízení auta. Těžký odvykáací stav po alkoholu může ohrozit postiženou osobu třeba epileptiformními záchvaty, kdy jde o křečové stavy podobné epilepsii. Nebezpečný může být také přechod do odvykáacího stavu s deliriem, což je život ohrožující stav. (Mravčík, V. [on-line], 2009)

Odvykáací stav začíná většinou několik hodin po ukončení pití, obvykle vrcholí druhý den abstinence a odeznívá do 5 dní. Odvykáací stav po alkoholu se vyznačuje pocením, zrychlenou činností srdce, svalovým napětím, úzkostí, nevolností, bolestmi hlavy, závratěmi, přechodnými halucinacemi, nespavostí a třesem jazyka, víček nebo prstů. Pro diagnostiku odvykáacího stavu po alkoholu by měla postižená osoba vykazovat nejméně tři z uvedených příznaků. Pokud nedojde ke komplikacím odeznívá odvykáací stav obvykle během čtyř až pěti dnů. (Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003)

Závažnost odvykáacího stavu je ovlivněna látkou samotnou, tj. schopností dané látky vyvolat závislost, faktory na straně uživatele (délkou a intenzitou užívání, motivací k vysazení drogy a jinými osobními dispozicemi). Důležitou roli mohou hrát i faktory prostředí, v němž dochází k manifestaci odvykáacího syndromu. (Nešpor, K. in Kalina, K. et al., 2003)



Při léčbě odvykacího stavu bývá potřeba doplňovat tekutiny a minerální látky, podávají se vitaminy skupiny B a vhodné léky se zklidňujícím účinkem. Léčba by měla probíhat pod lékařským dohledem s ohledem na možné další komplikace (delirium tremens nebo alkoholická psychóza). (Skála, J., 1987, s. 70)

Včasně rozpoznání a léčba odvykacího stavu po alkoholu může předejít vážným zdravotním škodám, někdy i zachránit život a stát se prvním krokem k překonání závislosti. (Nováková, E., Vaněk, M., 2002)

## Následky abúzu alkoholu

### Psychické následky

Důsledkem chronického abúzu alkoholu jsou alkoholické psychózy. Projevují se u osob závislých na alkoholu jako výsledek selhání adaptačních neurohumorálních systémů a v těžkých případech mohou souviset i s poškozením důležitých orgánů. (Heller, J., Pecinová, O., 1996)

Vážnou komplikaci odvykacího stavu po alkoholu může být **delirium tremens**, které se vyskytuje na vrcholu vývoje závislosti na alkoholu. Jde o závažný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. (Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003)

Delirium tremens je nejčastější alkoholickou psychózou a termín lze volně přeložit jako „třesoucí šílenství“. Rozvíjí se při vynucené abstinenci nebo při „pití v tahu“, při horečnatém onemocnění, úrazu apod. Výskyt deliria tremens je asi 15 % z celkového počtu osob závislých na alkoholu. Tito lidé tvoří asi 2 – 3 % nemocných přijímaných do psychiatrických léčen. Prodromálními příznaky deliria tremens jsou úzkostné stavy, neklid, nespavost, podrážděnost, děsivé sny, přesahující halucinační vsuvky po probuzení, nechutenství s celkovou vyčerpaností. Po prodromálních příznacích přicházejí masivní zrakové halucinace, stav zmatenosti a dezorientace, objevují se typické vidiny lidských postav a malých zvířat zasazené do scénických jevů i s delšími ději. Mohou být i čichové, sluchové halucinace a iluze. Dochází k poruchám vědomí, často bývají přítomny paranoidní bludy, psychomotorický neklid a hrubý třes. Dále dochází ke stupňování úzkosti, je přítomen agitovaný neklid a ztráta orientace v čase i místě. Somatickými projevy deliria tremens jsou poruchy zraku, tachykardie, zvýšený krevní tlak, zvýšená teplota nebo horečka, dehydratace, ataxie. Stav je komplikován sníženou hladinou cukru v krvi, minerálovou dysbalancí a hrozí také

metabolický rozvrat, kdy nemocný nepřijímá jídlo a tekutiny. Další, vzácnější charakteristikou, je „profesionální“ delirium, kdy nemocný na lůžku pracuje, jakoby byl ve svém zaměstnání.

Delirium tremens začíná obvykle v noci, trvá většinou 2 – 5 dní a je zakončeno terminálním spánkem nebo odezněním příznaků. Úmrtnost při deliriu tremens je v 1 - 10 % případů, někdy je možný přechod do demence nebo Korsakovovy psychózy. (Heller, J., Pecinovská, O., 1996)

Při deliriu je důležité přivolat lékařskou pomoc, jde o život ohrožující stav a hospitalizace je většinou nutná. (Skála, J., 1987)

**Korsakovovu psychózu** popsal v roce 1887 psychiatr S. Korsakov. Dochází k porušení krátkodobé paměti – nemocný si není schopen zapamatovat, co před chvílí vnímal, a k dezorientaci časem, místem a situací, při zachování dávných zážitků a profesionálních dovedností. Protože si pacient nepamatuje nové vjemy, vymýšlí si (konfabuluje) a smyšlenkám věří. Po krátké chvíli může odpovědět na tu samou otázku opět přiléhavě a opět fakticky nesprávně. (Marhounová, J., Nešpor, K., 1995)

Tato psychóza se častěji projevuje u žen, obvykle okolo padesátého roku věku a vzniká jako následek dlouholetého abúzu destilátů, ne piva. Choroba má regresivně chronický charakter s reziduálním defektem. (Walla, P. [on-line], 2010).

**Alkoholická halucinóza** se obvykle objevuje po větším abúzu alkoholu a charakterizují ji především sluchové a zrakové halucinace, které se vyskytují hlavně v noci. Takto postižený člověk nevnímá své sluchové halucinace a iluze pasivně, ale vysvětluje si je bludnou interpretací. Somatické projevy jsou mírnější jak u deliria tremens a akutní průběh trvá tři až deset dní, avšak doznívat může až několik měsíců. Při prvních útocích tato psychóza většinou nezanechává následky a chronifikace onemocnění je málo pravděpodobná. (Heller, J., Pecinovská, O., 1996; Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003, s. 154)

**Akutní alkoholická halucinatorní psychóza** se podobá deliriu tremens, ale liší se od něho jasným vědomím a mírnějším průběhem halucinací, které jsou převážně sluchové. Halucinace bývají antagonistické, kdy pacient slyší hádku dvou skupin lidí, přičemž první ho chválí a druhá mu vyhrožuje a pomlouvá ho. O něm samém se hovoří ve třetí osobě. (Marhounová, J., Nešpor, K., 1995)

**Alkoholická paranoidní psychóza** se projevuje masivními úkornými bludy, bludy pronásledování, nevěry, žárlivosti a vztahovačnosti. Tato psychóza je častá u mužů. Klinicky dochází k poruše vnímání a myšlení. Paranoický vývoj je součástí vývoje závislosti na alkoholu, jde v podstatě o obranný postoj vůči životním situacím a rozporům, do kterých se člověk díky alkoholu dostává. (Heller, J., Pecinová, O., 1996)

Pro **dipsománii** jsou charakteristické záchvatovité stavy, které jsou pravidelné, trvají několik dní, vyznačující se neodolatelnou touhou po alkoholu. V mezidobí je možná abstinence. Projevuje se neklidem, smutkem a pocitem tělesné slabosti. Pokud se postižený člověk napije, nedokáže přestat. Pije nadměrně a jedná impulzivně. (Mlčoch, Z., [on-line], 2006)

Konečným vyústěním je **alkoholová demence**. Dochází k povšechnému úbytku duševních schopností. Nejčastěji vzniká jako důsledek opakovaných a neúspěšně léčených alkoholických delirií nebo jiných psychóz. Od stařecké demence se tato demence liší dobou nástupu, u alkoholické demence je to věk okolo padesáti let i dříve. (Heller, J., Pecinová, O., 1996)

Chronický alkoholismus má za následek vznik různých psychóz. Zde uvedená charakteristika nepříznivého vlivu alkoholu na lidské zdraví není zdaleka úplná. Smyslem bylo upozornit konzumenta na riziko, jemuž se vystavuje při trvale nadměrné konzumaci.

## Somatické následky

Alkohol může v malých dávkách snížit riziko vzniku ischemické choroby srdeční, dosud ale nebylo potvrzeno, že by byl alkohol nezbytným ochranným faktorem pro oběhový systém.

Člověk závislý na alkoholu je výrazně ohrožen úrazy v důsledku ztráty kontroly nad koordinací pohybů. Úrazy bývají u lidí závislých na alkoholu důvodem k hospitalizaci. Riziko při takovéto hospitalizaci spočívá v tom, že člověk hospitalizovaný na somatickém oddělení nemá přístup k alkoholu a mohou se u něj objevit těžké odvykací příznaky, které mohou vyústit až v delirium tremens. (Heller, J., Pecinová, O., 1996)

## Vliv na zažívací trakt

*Jícen.* Na jícnu následkem působení alkoholu vznikají výchlípky, které se vyskytují u alkoholiků šestkrát častěji než u normální populace. Dalším onemocněním týkajícím se jícnu jsou jícnové varixy. Ty vznikají jako komplikace jaterní cirhózy na sebe někdy upozorní až těžkým krvácením. (Skála, J., 1987, s. 61)

*Žaludek a dvanáctník.* Alkohol má nepříznivý účinek na žaludeční sliznici, způsobuje zánětlivé změny (gastritidu) a také dochází k erozi žaludeční stěny, která může vést až k chrlení krve. (Skála, J., 1987, s. 62)

*Játra.* Jako souhrnný název pro obtíže způsobené alkoholem a postihující játra se někdy uvádí alkoholická choroba jaterní nebo alkoholická hepatopatie. Ke změnám v jaterní tkáni může dojít již při denní konzumaci patnácti gramů alkoholu. Zvětšená játra s elastickou konzistencí jsou označována jako *alkoholická steatóza*, při které nemusí mít pacient subjektivní potíže. (Skála, J., 1987, s. 63)

Toto onemocnění vzniká v jaterních buňkách, kde se začne ukládat zvýšené množství tuků, čímž se buňka zvětšuje a vzniká nebezpečí jejího rozpadu nebo žlutého zbarvení. (Hosek, J., 1998)

Abstinence vede k vymizení steatózy, pokračování v užívání alkoholu může vést k zánětu jater (hepatitidě) a jaterní cirhóze. (Skála, J., 1987, s. 62)

*Alkoholická hepatitida (zánět jater)* je těžké onemocnění, projevující se bolestmi v nadbříšku, zvracením, otoky, poklesem hmotnosti, horečkami, projevy zvýšené

krvácivosti, ikterem. Játra jsou při tomto onemocnění zvětšená, bolestivá a možný je i výskyt ascitu (tekutina v dutině břišní) a zvětšení sleziny. Při pokračování v užívání alkoholu hrozí přechod do chronické formy hepatitidy nebo do jaterní cirhózy. (Skála, J., 1987, s. 62)

K trvalému poškození jaterního parenchymu dochází při *Alkoholické cirhóze*. Jaterní parenchym je méně výkonný, játra jsou tvrdá, velká a nebolestivá. Cirhotická játra jsou vhodným terénem pro vznik primární rakoviny jater, hepatocelulárního karcinomu. Nejméně 50 % všech jaterních cirhóz je alkoholického původu. Trvalá abstinence je podmínkou udržení života. (Skála, J., 1987, s.63)

Léčbu alkoholové cirhózy přežívá asi 40-60% nemocných. (Hosek, J., 1998) Pokročilá cirhóza vede ke komplikacím, kterými jsou úbytek jaterní tkáně, vznik portální hypertenze, zhoršování ikteru aj. (Skála, J., 1987)

Asi 70 – 90 % těžkých alkoholiků končí svůj život jaterní cirhózou, zákeřnost choroby je obvykle v bezpříznakovém průběhu. (Hosek, J., 1998)

*Slinivka*. Alkohol může zapříčinit i *nealkoholickou pankreatitidu* (zánět slinivky břišní), jejíž akutní forma se objevuje náhle za 12-48 hodin a klinicky probíhá jako náhlá příhoda břišní, je tedy nutné chirurgické ošetření. Úvodním příznakem je prudká bolest, která často proniká do zad a trvá většinou několik hodin až dní. U alkoholiků je častější formou forma chronická recidivující. (Skála, J., 1987)

### **Vliv na nervový systém**

*Wernickova encefalopatie* je onemocnění, kdy se u aktivní formy může dostavit stupor a až hluboká ztráta vědomí. U neaktivních forem může být tato encefalopatie podkladem pro vznik Korsakovovy psychózy či alkoholické demence. Vyskytují se poruchy vědomí, ataxie, ztráta paměti, konfabulace a častá je i periferní neuritida. (Skála, J., 1987, s. 58)

Nejčastějším projevem abúzu alkoholu je *alkoholický tremor*. Dochází k třesu víček, prstů, rukou, někdy i jazyka, rtů, později i celého těla. (Skála, J., 1987, s. 58)

Poruchou hybnosti, nejistou chůzí a třesem se projevuje *alkoholická mozečková atrofie*. Vyskytuje se i u mladších osob závislých na alkoholu. (Skála, J., 1987, s. 58)

Alkoholická epilepsie je poměrně vzácné onemocnění, kdy provokujícím činitelem je ethanol, nepatří sem epileptomorfní záchvaty v průběhu deliria tremens. Epileptomorfní záchvaty mohou být vyvolány jak abúzem alkoholu, tak i jeho náhlým odnětím, tyto záchvaty jsou vázány výhradně na alkohol. Po delší abstinenci záchvaty zcela vymizí, i když pacient neužíval žádná antiepileptika. (Skála, J., 1987, s. 59)

Nejčastějším onemocněním periferních nervů u lidí závislých na alkoholu je *alkoholická polyneuropatie*. Projevuje se brněním, svalovou slabostí, svalovými křečemi, bolestmi v průběhu periferních nervů a třesem. (Skála, J., 1987)

### **Vliv na dýchací systém**

U lidí závislých na alkoholu hrozí inhalace zvratků v opilosti a následně pak inhalační pneumonie. (Skála, J., 1987, s. 61)

### **Vliv na kardiovaskulární systém**

Lidé závislí na alkoholu mají v průměru vyšší krevní tlak, který se obvykle po několika týdnech abstinence vrací k normě.

Alkohol a jeho metabolity toxicky působí na srdeční sval a způsobují tím alkoholickou kardiomyopatii, která se projevuje tachykardií, dechovou insuficiencí, bušením srdce. Pozdějšími příznaky tohoto onemocnění vyvolaného alkoholem je noční pocení a otoky. (Skála, J., 1987, s. 60)

### **Vliv na výživu a metabolismus**

Člověk závislý na alkoholu je ohrožen malnutricí, což znamená, že má méně než 90 % normy hmotnosti podle věku. Jde o to, že alkoholik značnou část energie kryje alkoholem a nemá dostatečný příjem potravy. Vzhledem ke zvýšené energetické hodnotě alkoholu může dojít i k opačné situaci, obezitě, která je častá u konzumentů dávajících přednost pivu. (Skála, J., 1987, s. 55)

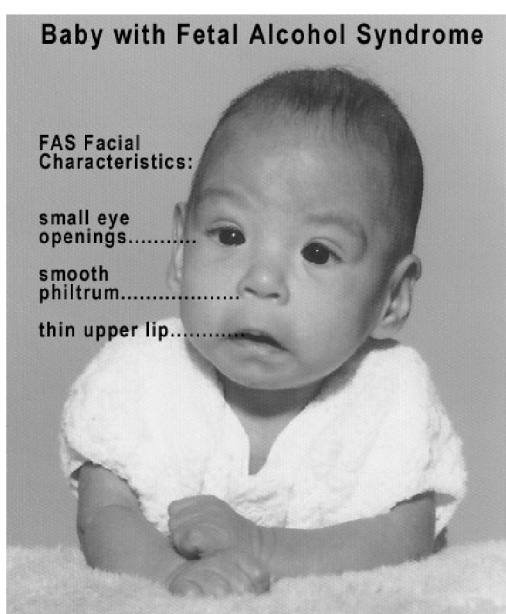
U závislé osoby je také často přítomen nedostatek vitaminů skupiny B, nejčastěji tiaminu, což může vést k poškození mozku nebo periferních nervů. Nedostatek vitaminů  $B_{12}$  a kyseliny listové může vést ke vzniku anemie. Dále lze jmenovat poruchy metabolismu cukrů, u závislých osob mohou být odchylky v hodnotách glykémie.

Změny v metabolismu tuků mohou mít vliv na vznik aterosklerózy. Nechybějí ani změny krevních bílkovin. (Skála, J., 1987, s. 56)

### Vliv na žlázy s vnitřní sekrecí

Chronický alkoholismus může vést k poruše sekrece inzulínu a podílet se tak na vzniku diabetu. Nedostatek jaterního glykogenu a ovlivnění sekrece inzulínu po požití alkoholu může vést až k hypoglykemickému kómatu. (Skála, J., 1987, s. 55)

### Vliv na reprodukční systém



Obr. 2: Dítě s FAS (Wikiskripta [on-line], 2009)

U mužů vede nadměrná konzumace alkoholu ke snížené sekreci testosteronu, někdy i ke zmenšení varlat. Při delším užívání alkoholu může dojít k impotenci vlivem poklesu kvality spermatu. U žen - alkoholiček, které otěhotní, hrozí riziko poškození plodu, které se u dětí projeví růstovou retardací, postižením CNS, zejména mozku, což může mít za následek vážné poruchy osobnosti a chování. Soubor těchto příznaků se označuje jako fetální alkoholový syndrom (FAS).

(Skála, J., 1987, s. 55)

### Vliv na kožní systém

Změny na kůži při abúzu alkoholu mohou posloužit k diagnostice alkoholismu. Kožní změny v obličeji se souhrnně označují jako facies alcoholica. Kožními změnami jsou také pavoukovité névy v okolí pupku, označované jako Caput medusae (kolaterální oběh při jaterním selhání). (Skála, J., 1987, s. 66)



Obr. 3: Caput medusae (Webmedlit [on-line], 2009)

## Fenomén co - alkoholismus

Většinou dlouholetá laskavá péče životního partnera o alkoholika představuje pro partnera (děti) někdy i nejdůležitější důvod k udržování nemoci. Tento rozpor, přijímaný velice bolestně, je založen na typickém vzorku chování rodinných příslušníků alkoholika, kteří jsou právě tak jako on lapeni v uzavřeném systému. Uvolnění z tohoto systému přijde zatěžko i partnerovi, který nepije, pokud to pro něj není vůbec ještě těžší než pro samotného nemocného. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

1. *fáze.* Rodinný příslušník udělá vše pro to, aby alkoholismus partnera nepronikl na veřejnost. Diskrétně odstraňuje lahve, popřípadě obstarává další alkohol. Při návštěvách používá výmluvy omlouvající nevolnost partnera. Pod nátlakem jsou často děti, které nesmějí mít návštěvy, protože by mohly vidět opilého partnera a vynesly tuto informaci na veřejnost (škola). Přátelé obou lidí se pomalu ztrácejí, zanikají kontakty celé rodiny a této krize si je partner, který nepije, velmi dobře vědom.
2. *fáze.* Partner, který nepije, se snaží dostat pití druhého partnera pod kontrolu. Poté, co fáze utajování nepřispěla ke změně chování alkoholika, bude partner, který není závislý na alkoholu, všechno v životě závislého partnera prozkoumávat a hlídat. Tato fáze je nejobtížnější, protože všechny denní aktivity závislého partnera se snaží nezávislý partner přesně kontrolovat a následně napravovat chyby. Dochází k ničení alkoholu, popřípadě zasvěcení příbuzných, aby také pomáhali. Normálně by se partner s alkoholikem za těchto okolností rozešel, není to však možné proto, že většina partnerů nechce nechat padnout vše, co po léta budovala. Hrozí, že partnerova kontrola dojde tak daleko, že také začne pít a stane se pak sám závislým.
3. *fáze.* Po mnoha letech soužení už není rodinný příslušník schopen udržovat všechny mechanismy utajování nebo kontroly. Teprve nyní (i po dlouhých letech od počátku závislosti partnera) u něj dochází k odmítání závislého partnera. Tato fáze přijde náhle a bezprostředně, takže se alkoholik neumí s novou situací hned vyrovnat a ani ostatní příbuzní situaci nechápu. Důsledkem je to, že partner abstinent zůstává často nepochopen. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)



## **3. LÉČBA ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI**

### **3.1 Léčba intoxikace**

Provádí se na detoxifikačním oddělení (detoxifikační jednotky v nemocničním komplexu, ambulantní nebo domácí detox). Cílem detoxifikace je zbavit organismus alkoholu, pomoci osobě závislé na alkoholu zvládnout odvykací příznaky a připravit ji na další léčbu. Důvodem detoxifikace bývá nebezpečnost intoxikovaného jedince vůči sobě nebo okolí. Dalším důvodem může být duševní onemocnění jedince (například alkoholová psychóza). Detox v nemocničním komplexu má výhodu v dostupnosti konziliárních služeb. Ambulantní detox je výhodný v dobré návaznosti na následnou ambulantní péči, problémy mohou nastat při zajišťování konziliárních služeb. Detox v domácím prostředí je možný u lehčích forem závislosti nebo intoxikace. V rámci domácího detoxu by měla být zajištěna návštěvní služba. Tato forma detoxifikace je relativně bezpečná, je-li zajištěna stabilní sociální situace, při dobrém somatickém stavu jedince, kdy odvykací syndrom neohrožuje jeho život. Nutná je spolupráce rodiny, která přebírá zodpovědnost za dodržování lékařských rozhodnutí. (Göhlert, Ch.-Fr., Kühn, F., 2001)

Prostá lehká intoxikace léčbu nevyžaduje, avšak při intoxikaci může dojít k úrazu, nejčastěji hlavy, a může hrozit až nitrolební krvácení. Jedinci v kómatu po požití alkoholu jsou ohroženi aspirací zvratků, útlumem dechového centra a asfyxií. (TIS [on-line], 2013)

Kritické jsou hladiny kolem 4 – 5 promile alkoholu v krvi, nejtěžší intoxikace se řeší na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a rozhodujících je prvních 24 hodin. Je nutné zajistit vitální funkce, podávají se infuze s vitamínem B, parenterálně thiamin a účinky alkoholu na mozek lze mírnit naloxonem. Nutná je monitorace hladiny krevního cukru a draslíku.

Nebezpečné jsou kombinace otravy alkoholem a podchlazení nebo kombinace alkoholu a dalších psychoaktivních látek. Akutní požití alkoholu může také vést k dekompenzaci různých chorob (například epilepsie).

## 3.2 Léčba odvykacího syndromu

Nutná je péče o minerální a vodní hospodářství (dodávání tekutin, draslíku, hořčiku). Podávají se vitaminy skupiny B, hepatoprotektiva a clomethiazol (Heminevrin). Heminevrin se po stabilizaci stavu vysazuje postupně o jeden až dvě kapsle denně. Léčba tímto preparátem se zbytečně neprodlužuje, protože nepříznivě ovlivňuje kognitivní funkce a oslabuje i pohyb řasinkového epitelu (hrozí bronchopneumonie). Místo Heminevrinu lze použít Diazepam ve vyšších dávkách. Neuroleptika se u odvykacího syndromu neužívají. (Csémy, L., Nešpor, K., 1996)

Po proběhlé intoxikaci bývá pacient ochoten přijmout nějakou další formu léčby. Má více možností:

1. **Krizová intervence** bezprostředně navazující na detox, která často zahrnuje také práci s rodinou. (Vodáčková, D., 2002)

2. **Ambulantní léčba**, která může probíhat v OAT (ordinace pro léčbu alkoholismu a jiných toxikománií), ve specializované ambulanci, jde o pravidelné návštěvy jedenkrát až třikrát týdně. Zájemce o ambulantní léčbu se účastní psychoterapeutických skupin, je mu nabízeno individuální poradenství a je tu také možnost farmakoterapeutické podpory (disulfiram, acamprosát), v případě potřeby je prováděna souběžná psychiatrická léčba (například antidepresivní léčba). (Popov, P., 2003)

V těchto ambulancích bývají obvykle přizpůsobeny ordinační hodiny, aby je bylo možné navštěvovat i po pracovní době. Některé poradny poskytují i možnost anonymní léčby nebo možnost pracovat s rodinou závislého klienta, někde funguje při ambulanci i socioterapeutický klub. Ambulantní léčba je praktická, ale má svá omezení. (Nešpor, K., 1999) Ambulantní léčba může také probíhat formou denního stacionáře. Jde o čtyř až šestitýdenní program s denní docházkou do terapeutického centra. (Popov, P., 2003). Klient dochází na léčbu jako do práce, přichází ráno a odchází večer, obvykle bývá v pracovní neschopnosti. Minimálně jeden týden denního stacionáře je nabízen klientům v závěru jejich ústavní léčby, což má za cíl usnadnit klientovi přechod k normálnímu životu. Denní stacionáře fungují buď samostatně, nebo při ambulantním zařízení. Výhodou je trvalý kontakt s rodinou. Zvláštní a u nás celkem vzácnou formou

stacionáře je noční stacionář, kam klient dochází po pracovní době, zůstává přes noc a ráno odchází do zaměstnání. Tento stacionář je vhodný pro lidi, kteří jsou v poměrně dobrém stavu, nemají však kde bydlet, nebo mají rodinné problémy. Takováto forma stacionáře může pracovat samostatně, nebo může navazovat na ústavní léčbu. (Nešpor, K., 1999)

3. Krátkodobá až středně dlouhá **ústavní léčba**, od dvou týdnů až do tří měsíců, která má dvě základní výhody oproti léčbě ambulantní. První výhoda ústavní léčby je v poskytování bezpečnějšího prostředí, k dispozici je nepřetržitě odborná péče, je tu podstatně nižší dostupnost alkoholu a méně „spouštěčů“ než v klientově běžném prostředí. Druhou výhodou je možnost zorganizovat intenzivnější program. Naopak, nevýhodou zůstává fakt, že ústavní léčba je dražší a klient se nemůže věnovat svému zaměstnání. Vhodnými indikacemi pro ústavní léčbu jsou stavy vyžadující nepřetržitě či průběžné sledování zdravotníky (například některé odvykací stavy, psychotické stavy apod.), emoční a behaviorální poruchy, vysoká rezistence vůči léčbě bez ohledů na důsledky způsobené alkoholem – je nutná intenzivní práce na motivaci, neúspěšnost ambulantního léčení a recidiva může být nebezpečná (například suicidální tendence), nebezpečné nebo nevhodné přirozené sociální prostředí klienta, nařízená léčba soudem jako ochranná protialkoholní léčba. V České republice je řada zařízení pro ústavní léčbu závislostí. Někde je délka ústavní léčby pevně stanovena, nebo se na ní ošetrovatelský tým a klient domlouvá a je individuální. Při navrhování délky ústavní léčby je třeba brát v úvahu stav při přijetí, životní situaci, délku předchozí abstinence, duševní a tělesnou kondici, schopnost využívat možnosti ambulantního léčení. Při ústavní léčbě závislosti se využívá skupinové terapie, relaxačních technik a jsou tu prvky terapeutické komunity. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

4. Dlouhodobé léčení v **terapeutických komunitách**, 1 - 2 roky. Základní myšlenkou terapeutické komunity je to, že lidé s určitým problémem si mohou navzájem účinně pomáhat. Jde o větší podíl léčících se lidí na chodu terapeutické komunity než v tradičních zařízeních. V terapeutických komunitách je také lepší možnost vzájemného dorozumění se. Dobře fungující léčebné společenství je místem, kde si lidé navzájem poskytují oporu a navzájem se od sebe učí. (Nešpor, K., 1999)

5. Programy typu „harm reduction“, které znamenají mírnění škod u pacientů, kteří nejsou schopni nebo ochotni detoxifikaci dokončit, nebo po ukončení detoxifikace nejsou ochotni přijmout léčbu orientovanou k abstinenci. Někdy se podaří díky tomuto programu navázat s klientem dobrý terapeutický vztah a on je později schopen přijmout nějakou intenzivnější formu léčení. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

### **3.3 Terapie komplikací odvykacího syndromu**

#### **Delirium tremens**

Při léčbě je nutná spolupráce internistů a odborníků na závislosti. Ideálním místem k léčbě je psychiatrická jednotka intenzivní péče s psychiatrickou konziliární službou. Nutná je péče o minerální a vodní hospodářství, protože bývá přítomna dehydratace a deplece draslíku a hořčíku. Nejde-li doplnit tyto látky per os, použije se infúze. Léčí se také psychomotorický neklid, a to farmakologicky, používá se clomethiazol (Heminevrin, Astra). Heminevrin má protizáchvatový účinek, nízkou toxicitu a nepůsobí nepříznivě na kognitivní funkce. Obvykle je dobře snášený. Není-li k dispozici Heminevrin, používá se Diazepam ve vysokých dávkách, ale není vhodná dlouhodobá léčba, protože existuje riziko vzniku návykovosti. Rychle roste tolerance a Diazepam má negativní vliv na kognitivní funkce. Dále se provádí léčba hepatoprotektivy (Flavobion, Lipovitan, vitaminy skupiny B). Nutný je dohled na nemocného, sledování fyziologických funkcí a úprava prostředí – klid, polosvětlo, je-li tma, u nemocného mohou být zvýšeně přítomny halucinace a strach. Provádí se léčba dalších komplikací, které jsou nejčastěji interní (anemie, bronchopneumonie). (Skála, J., 1987, s. 69)

#### **Alkoholové psychózy**

U alkoholové halucinózy a paranoidní psychózy je nutný nepřetržitý dohled (hrozí sebevražda). Podávají se neuroleptika, nejlépe parenterálně.

U alkoholové epilepsie se podávají vyšší dávky Heminevrinu nebo Diazepamu ke zvládnutí odvykacích potíží a prevenci záchvatů. Status epilepticus vyžaduje intenzivní péči, spolupráci s neurologem. Alkoholová epilepsie nevyžaduje

dlouhodobou udržovací léčbu antiepileptiky, naopak, tyto léky v kombinaci s alkoholem škodí.

Alkoholová demence a Korsakovova psychóza se léčí zvýšenými dávkami vitaminů skupiny B, nootropiky. Cvičí se paměť a provádí se léčba somatického stavu. (Skála, J., 1987, s. 70 – 71)

### **Psychoterapie v léčbě závislosti na alkoholu**

Psychoterapie má v České republice dlouhodobou a úspěšnou tradici, založenou doc. Skálou v Apolináři v roce 1948. Šlo o kombinaci psychoterapeutických skupin, prvků terapeutické komunity a farmakoterapie. Prosazovaná byla spíše skupinová psychoterapie než individuální. (Popov, P., 2003)

Psychoterapie by měla tvořit podstatnou součást léčebných programů pro závislé na alkoholu. Kaufman (1988) dělí léčbu závislých na alkoholu do tří stádií:

*První stádium* je stádiem dosažení střízlivosti, nejdůležitější bývá nějaká forma detoxifikace, posouzení stavu, léčba přídatných chorob a spoluúčast rodiny.

*Druhé stádium* časné uzdravy, kde je psychoterapie většinou suportivní a direktivní, vytváří se nové vzorce chování, napravují se sociální a jiné škody a zvyšuje se sebedůvěra. Toto stádium trvá šest měsíců až dva roky abstinence.

*Třetí stádium* je stádiem pokročilé uzdravy a teprve v tomto období doporučuje autor používat tradiční psychoterapii.

V léčbě závislosti na alkoholu se užívá různých psychoterapeutických postupů, kterými mohou být:

#### *Posilování motivace*

Jde o vytváření a udržování správné motivace k léčbě. Posilování motivace zahrnuje schopnost projevit pacientovi respekt, naslouchat mu, porozumět jeho problému, komunikovat s ním zpětnou vazbou. Důležité je klientovi pomoci uvědomit si rozpor mezi tím, jak žije nyní a jak by chtěl žít, což lze klientovi připomenout určitými skutečnostmi, avšak terapeut se s klientem nehádá, ale respektuje okolnost, že

existují určité obrany v určité fázi, které není vhodné atakovat. Terapeut by měl také podporovat soběstačnost a důvěru ve vlastní možnosti.

S motivací se pracuje průběžně a do léčby se přidávají konkrétní kroky, jak dosahovat pozitivních životních cílů a jak zvýšit soběstačnost. Na posilování motivace je vhodné pracovat i u příbuzných a lidí pro klienta důležitých. Posilování motivace se používá v rámci individuální terapie, některých jeho prvků lze i použít při práci se skupinou. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

### *Skupinová psychoterapie*

Ve srovnání s individuální psychoterapií, skupinová psychoterapie prokázala, že je nejen účinná, ale i lépe oslovuje některé osobnostní rysy osob závislých na alkoholu. Existují některé společné rysy skupinové terapie u lidí závislých na alkoholu. Jednou z nich je například nutnost redukovat úzkost ve skupině s terapeutem. (Skála, J., 1987)

Vhodná je také alespoň minimální příprava před vstupem do terapeutické skupiny, terapeut musí být obvykle aktivnější, přinášet nové podněty a často podněcovat práci skupiny, protože skupiny závislých osob bývají často pasivnější jak ostatní. Terapeut se stahuje do pozadí, teprve když začne skupina dobře pracovat. Skupina by také měla být bezpečným místem, kde je možné se svěřit bez posměchu nebo nepochopení. Pokud je nutná konfrontace, měla by být vyvážena emoční oporou a empatií. Terapeut by měl naformovat kohezi skupiny a vzájemné emoční podpoře ve skupině. (Skála, J., 1987, s. 82 – 83)

Při skupinové psychoterapii v léčbě závislosti na alkoholu se užívají různé techniky, kterými jsou techniky kognitivně behaviorální psychoterapie, gestalt terapie, strategická terapie, psychodrama. (Miovský, M., Bartošíková, I. in Kalina, K. et al., 2003)

### **Farmakologická léčba alkoholové závislosti**

Léky, které jsou v České republice užívané při léčbě závislostí, si musí hradit pacient sám, bez příspěvní zdravotní pojišťovny. (Popov, P., 2003)

### *Disulfiram (Antabus)*

V léčbě je od roku 1948 a dosud neztratil svůj význam. Antabus je enzymovým inhibitorem, který se vstřebává z trávicího traktu, jeho metabolismus probíhá rychle, ale jeho hladina 1mg na litr zůstává v krvi dlouho. (Skála, J., 1987)

Alkohol – antabusová reakce (AAR) se jako úvod do léčby užívá dnes jen zcela výjimečně, stejně jako aplikace preparátů s disulfiramem se u nás běžně neprovádí. (Popov, P., 2003)

Léčba tímto prostředkem je vhodná pro klienta usilujícího o abstinenci, který chce užívat Antabus a je bez kontraindikací. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

Antabus pomáhá těm, kteří chtějí přestat pít a chrání je před bezmyšlenkovitým, bezděčným napitím. Léčba Antabusem předpokládá souhlas klienta a předchozí lékařské vyšetření. (Nešpor, K., 1999)

Kontraindikacemi k léčbě Antabusem jsou arytmie, srdeční selhávání, ischemická choroba srdeční, kardiomyopatie, jaterní cirhóza, jícnové varixy, epilepsie, organické mozkové syndromy, dušnost, cukrovka, hypertenze, vředová choroba, suicidiální tendence, selhávání ledvin, alergické reakce. Klient léčený tímto přípravkem by se měl vyhýbat veškerým přípravkům obsahující alkohol. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

Je-li tento přípravek v těle v dostatečném množství, dochází po konzumaci alkoholu k typické reakci. Člověk zčervená, zarudnou mu spojivky, objeví se bušení srdce, bolesti hlavy, nevolnost, někdy také zvracení, změny krevního tlaku, případně i mdloba. (Nešpor, K., 1999)

Disulfiram se v organismu hromadí, jeho účinek je na začátku léčby nejmenší, v průběhu podávání se zvětšuje. Čas potřebný k docílení plného léčebného efektu je u jednotlivých klientů různý. Sledování hladiny disulfiramu v krvi poukazuje na to, že stejné dávkování je pro některé klienty příliš vysoké, pro jiné zase příliš nízké. Důsledkem vysoké hladiny potom mohou být vedlejší účinky, které mohou klienta přimět k přerušení léčby. V průběhu léčby si někteří klienti stěžují na únavu, větší potřebu spánku, páchnoucí dech, závratě a alergické reakce. (Skála, J., 1987)

Antabus se obvykle podává po dobu jednoho roku, lze se dohodnout na kratší době, nebo lze naopak podávat Antabus i déle. Antabus je také možné znovu nasadit

v případě krizí a nebezpečných recidiv. V průběhu léčby Antabusem je nutná somatická kontrola včetně jaterních testů. (Skála, J., 1987, s. 76)

Léčba disulfiramem je užitečná, ale sama o sobě obvykle nestačí. Proto je vhodné současně využívat dalších léčebných postupů, kterými mohou být terapeutické kluby, psychoterapie apod. (Nešpor, K. [on-line], 2006)

#### *Anticravingové látky*

Tyto látky představují zásadní průlom ve farmakoterapii závislosti na alkoholu. Přispívají ke zvýšení úspěšnosti odvykací léčby. Za prokazatelně účinné jsou považovány acamprosát a naltrexon. V České republice je dostupný acamprosát (Campral, Merck), který antagonizuje projevy objevující se při chronickém abúzu alkoholu – dochází k efektivnímu potlačení cravingu. Výhoda acamprosátu je ta, že výrazně neovlivňuje kardiovaskulární, respirační ani trávicí systém, takže ho lze podávat i osobám, které mají nějaké problémy týkající se těchto orgánových soustav. Kontraindikací k užívání tohoto přípravku je renální insuficience. Při léčbě acamprosátem nedochází k negativní reakci, acamprosát nemá nebezpečný „antabusový efekt.“ Je také možné kombinovat léčbu acamprosátem a disulfiramem, takže dojde ke zvýšení její celkové efektivity. Přípravek není návykový a neovlivňuje schopnost řídit motorové vozidlo. Nevýhodou léčby acamprosátem je jeho poměrně vysoká cena, měsíční dávka stojí asi dva a půl tisíce korun (stav k 1. 3. 2013). (Popov, P., 2003)

### **3.4 Terapeutické kluby a svépomocné organizace**

#### **Organizace Anonymní alkoholici**

Tato organizace vznikla v roce 1935 a jedná se o společenství osob, které se navzájem dělí o své zkušenosti spojené s konzumací alkoholu. Podmínkou pro členství v této organizaci je touha přestat pít. Prvořadým cílem Anonymních alkoholiků je zůstat střízlivý a pomáhat ke střízlivosti druhým. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

Tato organizace si vytvořila dvanáct zásad, kroků, kterými se řídí na cestě k abstinenci: (Kalina, K., Vobořil, J. in Kalina, K. et al., 2003, s. 83 - 87; Hosek, J., 1998, s. 176)

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu - naše životy začaly být



neovladatelné.

2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše obnoví naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho sami chápeme. Anonymní alkoholici nejsou vázaní k jednomu náboženskému vyznání, členem organizace může být i ateista. Pojem „Bůh“ si ateista může nahradit například pozitivními silami ve světě.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb. Zásady čtyři a pět popisují v podstatě psychotherapeutický proces. Je těžké přiznání chyb, ale chápající a podporující skupina může mírnit pocity stigmatizace.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady. Tato zásada vyjadřuje připravenost ke změně, očekávání, že k ní dojde a ochotu změnu podstoupit.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil. Člen organizace vyhledává a žádá změnu.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo. Zásady osm a devět převádějí změnu z psychologické roviny do každodenního života a nechávají ji projevit navenek. Náprava minulých chyb pozitivně ovlivní sebeuvědomování a sebedůvěru.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme ji přiznali. Změna je zde popisována jako nikdy nekončící a pokračující proces.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit. Tato zásada orientuje člena anonymních alkoholiků k pozitivním silám a vlivům.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho

jsme projevili snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech. Poslední zásada se týká důležitosti vzájemné pomoci, která vede ke zvyšování zdravého sebeuvědomění, utvrzení pozitivních změn. (Nešpor, K., 2000)

Při setkání Anonymních alkoholiků je respektována anonymita, oslovuje se výhradně křestním jménem. Nový člen se například představuje: „Já jsem Honza a jsem alkoholik“. Předseda Anonymních alkoholiků je volen na určitou dobu, zahajuje a končí setkání organizace a uděluje slovo. Při setkání jsou stanovena určitá pravidla - nepřerušovat toho, kdo mluví, vyslechnout ho. Lidé pod vlivem alkoholu se mohou schůzky zúčastnit, nesmějí však mluvit. Na začátku setkání se obvykle přivítají nováčci, poté většinou následuje modlitba míru („Ať dokáži přijmout to, co nemohu změnit, dostanu odvahu změnit to, co změnit mohu, a moudrost rozeznat jedno od druhého“). Někdo z účastníků může také přečíst 12 kroků organizace nebo jiný vhodný text, na nějž navazuje vyprávění příběhů členů, jsou vyvolány asociace s vlastními osudy a probíhá diskuse. Setkání obvykle končí četbou, modlitbou nebo pozváním na příští schůzku. Frekvence setkání je asi jednou týdně. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

Příznivé působení Anonymních alkoholiků je ve změně a posílení sítě sociálních vztahů, právě pro ty klienty, jejichž okolí pije, může být účast v Anonymních alcoholicích zvláště vhodná. Některým osamělým závislým lidem navíc poskytuje organizace zdroj psychologické podpory přinejmenším do doby, než si vytvoří nové mezilidské vztahy. Účast v organizaci Anonymních alkoholiků může závislého naučit dovednostem zvládání („coping skills“). Patří sem dovednosti týkající se překonávání cravingu, životního stylu i dovednosti týkající se zvládání emočních stavů a interpersonálních problémů. Uvažuje se o kognitivních změnách, k nimž dochází během dlouhodobé spolupráce s Anonymními alkoholiky. Styl práce Anonymních alkoholiků usnadňuje překonávání popírání problémů s alkoholem. Účast v organizaci Anonymních alkoholiků vede k nižší míře stresu, ti, kteří na program dlouhodobě spolupracují, jsou více ochotni v případě stresu vyhledat pomoc a podporu u přátel nebo v rodině a častěji používají adaptivní způsoby zvládání stresu (Zlotnick 2001). Program Anonymních alkoholiků vede ty, jež si jeho zásady osvojili, k většímu náhledu. Účast na setkání Anonymních alkoholiků také přirozeně oslabuje pocity stigmatizace, které jsou přítomny u většiny návykových nemocí. Účast v organizaci přispívá

k soběstačnosti a projevuje se příznivě i v rodině a při zvládnání negativních duševních stavů (Pare 2000). K důležitým mechanismům patří i soustavné posilování motivace. Člověk, který začíná abstinovat, nachází v organizaci pozitivní modely. Naproti tomu ti, kdo abstinují déle, jsou pozitivně motivováni respektem, který jejich abstinence vyvolává. (Nešpor, K., 2002)

V České republice fungují Anonymní alkoholici od roku 1990, spolupracují s profesionálními zdravotnickými zařízeními. (medicína [on-line], 2013).

Některá hesla Anonymních alkoholiků: ((Kalina, K., Vobořil, J. in Kalina, K. et al., 2003, s. 85 - 86; Hosek, J., 1998, s. 177)

„One Day at a Time“, neboli „abstinovat právě dnes“.

„First Things First“, neboli „nejdůležitější nejdříve“. Ze všeho nejdříve je třeba zachovávat abstinenci.

„This too will pass“, čili „I tohle přejde“.

„It can be done“, neboli „abstinovat se dá“.

„Be positive“, čili „dívej se na věci z jejich dobré strany“.

„Fake It Till You Make It“, neboli „napodobuj, až uspěješ“.

7/7. Zásada 7/7 říká, že je-li člověk v krizi, nebo začíná abstinovat, měl by navštívit setkání Anonymních alkoholiků 7 x během 7 dní v týdnu, tedy každý den. (Nešpor, K., 2006)

### *Socioterapeutické kluby*

Léčebné kluby znamenají vzájemné setkávání velkého množství lidí, které spojuje touha přestat pít. Terapeut zde může, a nemusí být přítomen. Účastí se závislý člověk utvrzuje ve zdravém způsobu života a pomáhá druhým. Spolupráce rodiny bývá vítána. (Nešpor, K., 1999)

### *KLUS – Klub usilující o střízlivost*

Jde o nejstarší socioterapeutický klub ve střední Evropě. Tento klub založil lékař Skála, který chtěl původně v Československu založit Anonymní alkoholiky, ale kvůli

politické situaci nebylo možné založit organizaci, která hovoří o předávání života do péče Boha. KLUS tedy využívá prvky Anonymních alkoholiků, ale je zde silná účast profesionálních terapeutů. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

## **Rodinná terapie**

K hlavním myšlenkám této terapie patří, že je prospěšné zapojit do léčebného procesu blízké osoby klienta. Nejčastěji jde o spolupráci s partnerkou dospělého na alkoholu závislého klienta (párová terapie) a o léčbu dětí z rodin, kde se vyskytuje problém závislosti na alkoholu. (Skála, J., 1987, s. 90)

Technikami, které se využívají při rodinné terapii, jsou *psychodynamické přístupy*, které zdůrazňují především odkrývání a práci s nevědomým materiálem, pozornost je věnována přáním, pocitům a nadějím. Využívá se také behaviorální přístup, který se užívá při párové terapii, behaviorální manželská terapie (BMT) byla srovnávána s ostatními druhy léčby alkoholismu a vedla si velice dobře (Holder, Miller a Rubonis, 1991). Tato terapie se zabývá pitím jednoho z partnerů a zdravím vztahu. Probíhá v několika fázích, v počáteční fázi se eliminuje alkohol, nebo se kontroluje jeho konzumace. V další fázi se zlepšuje manželský vztah. Behaviorální přístup zdůrazňuje význam stanovování cílů, procvičování nových způsobů interakce během terapeutického setkání i doma. Páry mohou hrát ve scéně své role v rámci nového chování – například poskytování a přijímání pozitivních komentářů, plánování společných aktivit apod. (Nešpor, K. [on-line], 2013)

Důraz je kladen na behaviorální dohodu, například, že závislý partner bude pravidelně užívat Antabus a druhý partner bude užívání Antabusu sledovat.

Jednou z dalších technik rodinné terapie je *Systémový přístup*, který se soustřeďuje na identifikaci a řešení rodinných otázek nebo procesů, které způsobily vytvoření „symptomu“, využívá se k tomu různých technik. (Mravčík, V. [on-line], 2009)

Další technikou je *Model rodinné nemoci*, jenž vede členy rodiny k tomu, aby vyhledali rodinnou nebo individuální terapii. Při rodinné terapii musí být terapeut na pozoru a udržet rámec konzultace, přiostrňuje-li se debata a objevují se hádky. Rodinná terapie je vhodná tam, kde interpersonální konflikty přímo přispívají ke škodlivému užívání alkoholu, nebo také tam, kde členové rodiny neúmyslně podporují užívání

alkoholu, protože o závažnosti problému nemluví, nebo podnikají jiné kroky, místo toho, aby se problému postavili a řešili ho. (Brown, 1988). Tímto problémem se zabývá kapitola Fenomén co – alkoholismus.

Indikací k rodinné terapii může také být situace, kdy chce rodina na alkoholika učinit určitý nátlak a přesvědčit ho, aby nastoupil na nějakou formu léčby. Rodinná terapie se může využít také, když je třeba pomoci ostatním členům rodiny, kteří jsou negativně ovlivňováni chováním alkoholika. (Nešpor, K., Csémy, L., 1996)

U člověka, který je závislý na alkoholu, je vhodné nejprve pracovat na individuální úrovni, teprve pak lze zahájit spolupráci s rodinou. Jedinec nejprve potřebuje vyřešit svou závislost, uzdravit se, aby byl schopen vytvořit zdravý vztah se svým partnerem, dětmi.

Rodiny se závislým klientem bývají oboustranně problematické. Často vzájemné problémy předcházely závislost a alkohol pak získal značku viníka, takže původní problémy vyžadující řešení zůstávají v pozadí. Současně se objevily specifické problémy vlivem partnerova alkoholismu – výbuchy hněvu, násilí, částečné deprese, nezodpovědnost, lhaní, citová nepřístupnost, nedostatek sexuální touhy, časté špatné nálady a mnoha výkyvů ve vztahu. Velmi často se závislý jedinec dostává do role nezodpovědného dítěte a druhý partner plní roli rodiče (dítě slibuje, že už to bylo naposledy, rodič trestá, vyhrožuje, pak odpouští a dává další šanci, dítě po chvíli nevydrží a vše se opakuje znovu). Důležitým prvkem v terapii je, aby klient převzal zodpovědnost za své jednání a přestal se „živit“ rolí nezodpovědného dítěte. Jako účinná se ukazuje kognitivní terapie zaměřená na rozebírání iracionálních myšlenek, rozpoznání chybných předpokladů a mýtů. Podstatou je posílení vnitřní kontroly kompetence ve smyslu „mám situaci ve svých rukou“. Jedná se obvykle o práci s jednotlivcem a očekává se, že jedinec vnese do rodinného systému něco, co ho bude nově motivovat. Rodinnou terapii je vhodné zahájit až v této fázi léčby, bývá neúčelné pracovat s rodinou hned při zahájení léčby, kdy jsou všichni plni hněvu a výčitek a klient své pití bagatelizuje, cítí se jako oběť okolností, nebo obviňuje partnerku, že ho zbytečně přiměla k léčbě. Nejčastěji se s rodinnou terapií začíná po 6 – 7 týdnech léčebného pobytu, kdy je již vidět změna v myšlení, v přístupu k problémům a nakládání se svými pocity a náladami. Rodinná terapie má specifický charakter, sezení se začíná vzájemným představením, ventilací pocitů, se kterými všichni přišli, a očekáváním od tohoto sezení. Poté je klientům vysvětleno, jak léčba probíhá. Dále

vzniká prostor pro jakési rodinné téma, které rodina momentálně pociťuje jako potřebné. Někdy má sezení tréninkový charakter, například nácvik pravidel asertivní komunikace. (Hroníková, J., 1996)

## **4. ANALÝZA KONZUMACE ALKOHOLU VE VYBRANÉ SKUPINĚ ŽÁKŮ NA SŠ**

Předchozí část diplomové práce byla zaměřena na zpracování poznatků o alkoholu, vývoj alkoholismu, závislost na alkoholu, léčbu a prevenci. Na uvedenou teorii navazuje vlastní výzkumné šetření, které se zabývá úrovní konzumace alkoholu u vzorku mladistvých ve věku 16 až 19 let.

### **4.1 Metodické poznámky**

#### **Výzkumný problém**

V současné době je otázka konzumace alkoholických nápojů u mládeže velmi aktuální. Hlavním výzkumným problémem diplomové práce byla otázka, jakou měrou je ohrožena mládež a zda je může ovlivnit postoj rodiny a preventivní opatření na školách. Ke zjištění těchto výzkumných problémů autorka sestavila vlastní výzkumné předpoklady, které byly stěžejní pro zpracování dat.

#### **Cíl výzkumu**

Cílem je zjistit úroveň konzumace alkoholu a postoje k němu ve vzorku žáků středních škol v Pardubickém okrese; určit, jaký druh alkoholických nápojů žáci nejčastěji konzumují; v jakém věku dochází k prvnímu kontaktu s alkoholem a jaká jsou preventivní opatření v dotazovaných školách. Na základě stanovených cílů byly vytyčeny pracovní hypotézy a realizováno vlastní výzkumné šetření.

#### **Charakteristika metody výzkumu**

Výzkumná část této diplomové práce byla zpracována metodou kvantitativně orientovaného výzkumu. Jako výzkumný nástroj byl použit nestandardizovaný dotazník vytvořený autorkou diplomové práce.

Dotazník se stává alternativou v případě, není-li možné použít metodu rozhovoru, pozorování či experimentu. Kvantitativní přístup umožňuje hlubší poznání skutečnosti v její racionální obecnosti. Může potvrdit nebo vyvrátit pedagogickou teorii. K výhodám kvantitativního přístupu patří zejména přehlednost, stručnost a syntetičnost

výsledku. Výsledky kvantitativního výzkumu jsou jednoznačně vyjádřeny číselnými údaji, které mohou být matematicky vyjádřeny v procentech. Pro ověřování hypotéz je kvantitativní přístup vhodnější než kvalitativní, neboť umožňuje zkoumání většího počtu respondentů a tím i zevšeobecnování závěrů (Gavora, P., 2000).

Pro potřebu výzkumu bylo osloveno 322 respondentů. Dotazník umožnil rychlé shromáždění dat od většího počtu respondentů. Dotazník tvořil úvod s instrukcemi k vyplnění, vlastní část a poděkování. Obsahoval celkem třicet čtyři otázky. Z osobních informací byl uveden věk, pohlaví a původ respondenta. Dotazník byl zcela anonymní.

Převážnou většinu stěžejních otázek tvořily uzavřené otázky, které nabídly hotové alternativní odpovědi. Některé z nich byly polootevřené, kde vedle nabízených odpovědí, měl respondent možnost se rozepsat či uvést své připomínky v podobě otevřené otázky. Znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 2.

### Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek představovali žáci prvního ročníku vytipovaných středních škol. Jednalo se o žáky věkové kategorie 16 až 19 let z různých sociálních vrstev. Školy navštěvují studenti z daného místa i z okolních vesnic. Zkoumaný soubor charakterizují odpovědi zaznamenané do tabulek 3 – 5. V dotazníku se jednalo o základní identifikátory, na kterých jsou založeny různé typy třídění zkoumaného souboru studentů.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
16 let	51	43,2	129	63,3	180	55,9
17 let	51	43,2	47	23,0	98	30,4
18 let	9	7,7	16	7,8	25	7,8
19 let	7	5,9	12	5,9	19	5,9
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 3: Přehled zastoupení respondentů dle věku ve zkoumaném vzorku

Ve věkové kategorii 16 let odpovědělo na dotazník 51 mužů (43 %) a 129 žen (63 %), ve věkové kategorii 17 let 51 mužů (43 %) a 47 žen (23 %), ve věkové kategorii 18 let odpovědělo na dotazník 9 mužů (8 %) a 16 žen (8 %), ve věkové kategorii 19 let bylo zastoupeno 7 mužů (6 %) a 12 žen (6 %).



Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muži	118	37
Ženy	204	63
<b>Celkem</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

Tab. 4: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví

Ve výzkumném vzorku byli zastoupeni muži cca 1/3 a ženy cca 2/3.

Škola	Rozdáno	Vráceno	Návratnost
Odpověď	abs.	abs.	%
Střední zdravotnická škola	70	62	88,6
Gymnázium Mozartova	60	55	91,7
Anglické gymnázium	70	70	100,0
SOŠ a SOU Poděbradská	60	53	88,3
Odborné učiliště Chroustovice	30	23	76,7
SPŠ elektrotechnická	60	59	98,3
<b>Celkem</b>	<b>350</b>	<b>322</b>	<b>92,0</b>

Tab. 5: Návratnost dotazníků od respondentů dle jednotlivých škol v souboru

### Charakteristika vybraných škol

- *Střední zdravotnická škola Pardubice, Průmyslová 395*: Jedná se o samostatnou příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je od r. 2001 Pardubický kraj. Zdravotní škola poskytuje úplné střední odborné vzdělání s maturitou pro absolventy ZŠ ve čtyřletém studiu (obor: Všeobecná sestra, Zdravotní asistent), dále pak dvouleté studium (obor: Ošetřovatel/ka) a ve tříletém studiu (obor: Ošetřovatel). Ve škole studuje 280 žáků, výuku zajišťuje 12 vyučujících všeobecných předmětů a 18 pedagogů odborných předmětů. (szs-pardubice [on-line], 2012)
- *Anglické gymnázium, SOŠ a VOŠ, s.r.o. Pardubice, Gorkého 867*: Privátní škola byla založena v r. 1994. Jedná se o víceoborovou střední školu, která nabízí možnost čtyřletého denního maturitního studia ve čtyřech školních vzdělávacích programech. Ve škole studuje 260 studentů, výuku zajišťuje 34 českých a zahraničních pedagogických pracovníků. Zřizovatelem školy je společnost ACADEMIA, s.r.o. (Agys [on-line], 2012)
- *Gymnázium Pardubice, Mozartova 449*: Gymnázium nabízí Školní vzdělávací program pro čtyřleté studium zaměřený na získání všeobecného vzdělání a na kvalitní přípravu ke studiu na vysokých školách. V současnosti má škola devět tříd ve čtyřletém studiu (dva první, druhé a třetí ročníky, tři čtvrté ročníky),

v těchto devíti třídách studuje 256 gymnazistů. Pedagogický sbor má v letošním roce 25 členů. (Gymozart [on-line], 2012)

- *Střední průmyslová škola elektrotechnická Pardubice, Karla IV.:* Škola nabízí žákům tři čtyřleté maturitní obory (Elektrotechnika, Informační technologie se zaměřením na grafiku a Informační technologie, zaměření Programování a hardware) vedoucí k získání všeobecného vzdělání a na kvalitní přípravu ke studiu na vysokých školách. Ve škole studuje 240 studentů, výuku zajišťuje 52 interních pedagogů a 8 externích pedagogů. (spse [on-line], 2012)
- *Střední odborná škola a Střední odborné učiliště Pardubice, Poděbradská 94:* Ve vzdělání se specializuje na obory zaměřené na služby. Absolventi ZŠ mají možnost studovat ve třech studijních oborech (Ekonomika a podnikání, Kosmetické služby, Oděvnictví), nebo si mohou vybrat z tříletých učebních oborů (Krejčí, Kuchař – číšník, Prodavač, Chemik, Kadeřník/kadeřnice). Zájemcům o získání maturitního vysvědčení je nabízena forma dálkového studia v délce 3 let v oboru Podnikání. (sspas [on-line], 2012)
- *Odborné učiliště Chroustovice, Zámek 1:* Učiliště patří do sítě středních škol, jejímž zřizovatelem je Pardubický kraj. Učiliště navštěvuje 252 studentů. Jsou to žáci prvních, druhých i třetích ročníků všech tříletých i dvouletých oborů. Učební obory jsou určeny žákům základních škol praktických a speciálních základních škol, případně žákům se zdravotním postižením nebo zdravotním znevýhodněním. Absolventi všech oborů po úspěšném vykonání závěrečných zkoušek získávají výuční list. Na škole působí 38 pedagogů, z čehož  $\frac{1}{3}$  je zaměřena na praktickou výuku a  $\frac{2}{3}$  na teoretickou. Nabídka oborů: dvouleté učební obory (Stavební práce, Pekař, Provozní služby – pokojská), tříleté učební obory (Kuchař, Cukrář, Zámečnický, Zahradnické práce, Opravářské práce aj.) (Chroustovice [on-line], 2013)

## **Zadávání, sběr a návratnost dotazníků**

### *Zadávání dotazníků*

Dotazník byl respondentům předán v tištěné formě. Jejich distribuce byla realizována osobně. Zadání dotazníků proběhlo prostřednictvím jiných osob – za laskavé pomoci vždy jednoho zástupce z každé školy. Oslovenými lidmi byla Mgr.

Beránková - výchovný poradce a protidrogový preventista z Anglického gymnázia, Mgr. Sobolová – pedagog ze střední školy elektrotechnické, Mgr. Junová – školní metodik prevence ze střední zdravotnické školy, Mgr. Klempířová – zástupce ředitele školy z gymnázia, Mozartova, Bc. Trávníčková – pedagog odborných předmětů a odborného výcviku z odborného učiliště Chroustovice a Bc. Beránková – pedagog odborných předmětů a odborného výcviku na SOŠ a SOU, Poděbradská. Uvedené školy a osoby byly autorce doporučeny Bc. Nedbalovou za Krajské hygienické stanice, která se zabývá zdravotní politikou a podporou zdraví v Pardubickém okrese, z důvodu dobrých zkušeností a spoluprací s uvedenými školami.

### *Sběr dotazníků*

Oslovení zástupci jednotlivých škol byli požádáni, aby dotazníky po jejich vyplnění odevzdali zpět autorce. Autorka byla kontaktována prostřednictvím telefonu nebo formou e-mailu. Poté si vyplněné dotazníky na příslušné škole vyzvedla. Díky velmi vstřícnému přístupu byly na jednotlivých školách všechny vyplněné dotazníky sebrány zpět během tří týdnů. Poté byly vyhodnoceny za účelem ověření stanovených předpokladů a byly doplněny o vlastní komentář autorky. Absolutní a relativní četnosti jednotlivých odpovědí jsou prezentovány tabulkově. Odpovědi jedné otázky i graficky. Analýza dat proběhla v listopadu 2012.

### *Návratnost dotazníků*

Prvotním záměrem bylo sesbírat alespoň 300 vyplněných dotazníků. Do vytipovaných škol po dohodě se zástupci těchto škol se umístilo celkem 350 dotazníků. Maximální počet byl 70 dotazníků a minimální 30 dotazníků. V případě malého procenta návratnosti byly připraveny další dotazníky do záložních škol, ale k tomuto kroku nebylo třeba sáhnout. Přestože se jednalo o pilotní šetření na aktuální téma, byla návratnost vyplněných dotazníků relativně vysoká (dle tabulky č. 5 činila 92 %), Z vytipovaných škol byla nejvyšší návratnost z Anglického gymnázia (100 %), nejnižší z Odborného učiliště v Chroustovicích (77 %).

### **Stanovení hypotéz**

*„Hypotéza je vědeckým předpokladem, tedy je vyvozena z vědecké teorie. Hypotézy vycházejí z poznatků, které jsou o zkoumaném jevu známy, nebo z praktických*

*zkušeností výzkumníka. Potvrzují, nebo zpochybňují určitou teorii, čímž rozvíjejí naše poznání.“ (Gavora, P., 2010, s. 63)*

Všechny hypotézy se vztahují ke konzumaci alkoholu mladistvými ve věku 16 až 19 let. Jsou vytyčeny z hlediska pohlaví respondentů, původu a frekvence konzumace alkoholu.

**H1:** Frekvence konzumace alkoholu je závislé na pohlaví

Respondenti ženského pohlaví konzumují alkohol častěji než respondenti mužského pohlaví.

**H2:** Studenti odborných středních škol mají více zkušeností s konzumací alkoholu než gymnazisté.

Tuto hypotézu autorka stanovila, jelikož se domnívá, že na odborných školách je lepší dostupnost alkoholu než na středních školách všeobecných

**H3:** Městská mládež konzumuje více alkoholu než mládež venkovská.

Autorka si myslí, že ve městech je anonymní prostředí. Z toho důvodu je lepší klima pro větší konzumaci alkoholu

### **Výzkumné teze**

**T1:** Mládež se poprvé seznámí s informacemi o škodlivosti alkoholu v domácím prostředí

**T2:** – K největší konzumaci alkoholu dochází na diskotékách, v souvislosti s vypitým množstvím

## **4.2 Vyhodnocení a interpretace dotazníků**

Data z dotazníků byla převedena do elektronické podoby a výsledky dotazníku byly sumarizovány verbálním a grafickým hodnocením a tabulkově. Hypotézy byly testovány v programu EpiInfo, verze 6.02 (Dean, A. G. et al., 1994) metodou testu dobré shody Chí-kvadrát ( $\chi^2$ ) pro kontingenční tabulku.

## Analýza dotazníků, grafické vyhodnocení a interpretace získaných dat

Původ	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Město	200	62
Vesnice	122	38
<b>Celkem</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

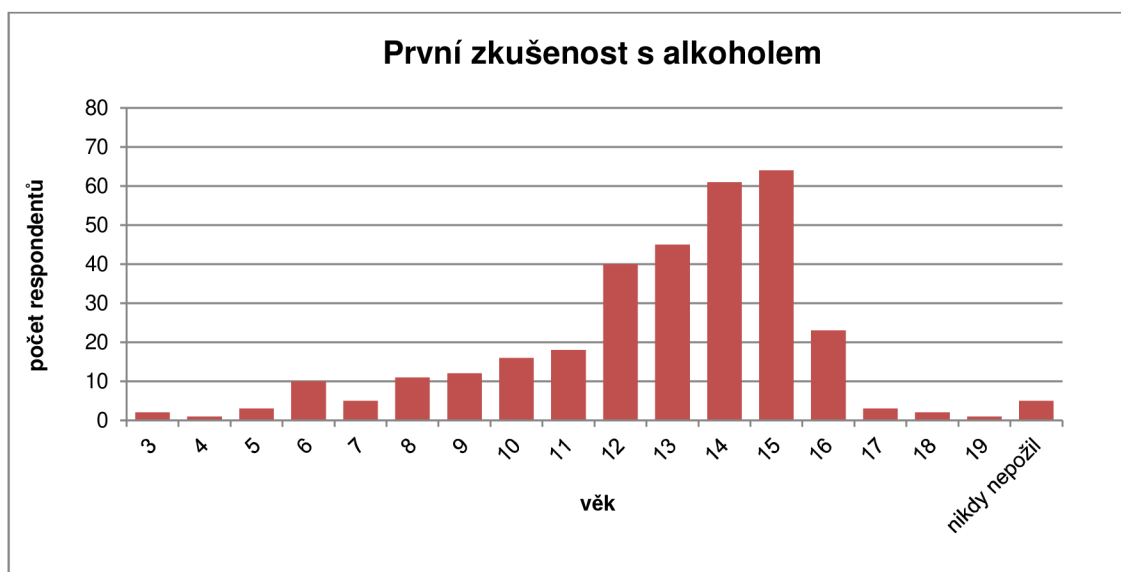
Tab. 6: Původ respondentů v souboru

Při vyhodnocování otázky, odkud respondenti pocházejí, bylo zjištěno, že 62 % studentů je z města a 38 % z vesnice.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ví	118	100,0	202	99,0	320	99,4
Neví	0	0,0	2	1,0	2	0,9
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 7: Odpověď na otázku, zda respondent ví, co je alkoholismus, tříděno dle pohlaví

Pokud jde o dotaz, zdali respondent ví, co je alkoholismus, bylo zjištěno, že téměř všichni ví, co tento pojem znamená.



Graf 1: Věk počátku konzumace alkoholu

Nejvíce respondentů ze všech dotázaných začalo užívat alkohol v 15 letech (20 %), následovala skupina 14 letých (19 %), o něco méně pak bylo 13 letých (14 %) a 12 letých (13 %). Další skupiny dotázaných začaly užívat alkohol v: 16 letech (7 %), 11 letech (6 %), 10 letech (5 %), 9 letech (4 %). 5 studentů ze všech dotázaných nikdy alkohol nepožilo.

Věk	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Celkem	2	1	3	10	5	11	12	16	18	40	45	61	64	23	3	2	1
%	0,6	0,3	0,9	3,2	1,6	3,5	3,8	5,0	5,7	12,6	14,2	19,2	20,2	7,3	0,9	0,6	0,3

Tab. 8: Věk počátku konzumace alkoholu

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Byl/a jsem k tomu nucena	2	1,7	2	1,0	4	1,2
Chtěl/a jsem to zkusit	54	45,8	97	47,5	151	46,9
Chtěl/a jsem si zlepšit náladu	22	18,6	27	13,2	49	15,2
Chtěl/a jsem vyřešit problém	2	1,7	9	4,4	11	3,4
Z nudy	10	8,5	7	3,4	17	5,3
Chtěl/a jsem na sebe upozornit	1	0,8	4	2,0	5	1,6
Chtěl/a jsem zapadnout do party	4	3,4	8	3,9	12	3,7
Jiné	22	18,6	44	21,6	66	20,5
<b>Celkem</b>	<b>117</b>	<b>99,1</b>	<b>198</b>	<b>97,0</b>	<b>315</b>	<b>97,8</b>

Tab. 9: Důvody, které vedou ke konzumaci alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)

Při vyhodnocování otázky, z jakého důvodu začal dotázaný konzumovat alkoholické nápoje, cca 50 % odpovědělo *chtěl/a jsem zkusit, co to se mnou udělá*, z čehož bylo 46 % mužů a 48 % žen, 15 % *ke zlepšení nálady*. Při vyhodnocení 1/5 jiných odpovědí byly nejčastějšími odpověďmi *rodinná oslava* ve 34 případech, *ochutnat chuť* ve 20 případech, *na lepší trávení* 7 případů, *omylem* 4 případy a 1 žák uvedl, že jeho důvodem bylo *uhasit žízeň*. Dále z tabulky č. 9 vyplývá, že 5 % účastníků ochutnalo alkohol z nudy, kdy můžeme sledovat, že větší % bylo mužů než žen (9 % ku 3 %), 4 % z důvodu *zapadnutí do party* a o 1% méně uvedlo z důvodu *vyřešení problémů*. Další 2 % tvořila skupina žáků, kteří na sebe *chtěli upozornit*. Vyskytly se také další reakce, v 1 % *byli k tomu donuceni*. Jelikož 7 respondentů neodpovědělo na otázku (6 žen a jeden muž), nebyl součet četností odpovědí roven 100%.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
doma	11	9,3	21	10,9	32	9,9
na diskotéce	40	33,9	131	64,2	171	53,1
v partě	13	11,0	49	24,0	62	19,3
v hospodě	41	34,7	34	16,7	75	23,3
jinde	18	15,3	20	9,8	38	11,8

Tab. 10: Místo, kde lze alkohol nejčastěji obstarat (třídění odpovědí dle pohlaví)

Při odpovědi na otázku, *kde lze alkohol nejčastěji obstarat*, je z odpovědí respondentů zřejmé, že z 1/2 je to *na diskotéce*. Cca 1/4 respondentů si myslí, že

nejčastější místo k obstarání alkoholu je *restaurace či hospoda*. Na třetím místě je obstarání *v partě* ( $\frac{1}{5}$ ). Ve skupině *Jinde* jsou nejčetnějšími odpověďmi *malé samoobsluhy a supermarkety* v 19 případech, u *Vietnamců* v 16 případech a jeden respondent uvedl jako místo *trafiky*. Zbylých 10 % respondentů uvádí, že *doma*. Tato otázka počítala s možností označení více odpovědí současně.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
téměř každý den	5	4,2	7	3,4	12	3,7
1 x týdně	54	45,8	68	33,3	122	37,9
1 x měsíčně	47	39,8	100	49,0	147	45,7
nepijí alkohol	12	10,2	29	14,3	41	12,7
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 11: Četnost konzumace alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)

Při odpovědi na otázku, *jak často respondenti konzumují alkoholické nápoje*, jich 46 % uvedlo, že *1 x měsíčně*, 38 % *1 x týdně* a 4 % konzumují alkoholické nápoje *téměř denně*. 13 % nepije alkohol *vůbec*.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
pivo	59	50,0	51	25,0	110	34,2
víno	10	8,5	60	29,4	70	21,7
likéry	5	4,2	12	5,9	17	5,3
míchané nápoje	13	11,0	69	33,8	82	25,5
tvrdý alkohol	35	29,7	34	16,7	69	21,4
nepijí alkohol	8	6,8	19	9,3	27	8,4

Tab. 12: Druh alkoholu, který respondent upřednostňuje (třídění odpovědí dle pohlaví)

Na základě otázky, *jaký typ alkoholu upřednostňujete*, se dozvídáme, že  $\frac{1}{3}$  studentů *pivo*. Další, početnější, skupinu tvoří respondenti, kteří upřednostňují *míchané nápoje*, jde o  $\frac{1}{4}$ .  $\frac{1}{5}$  tvoří konzumenti *vína* a  $\frac{1}{5}$  konzumenti *tvrdého alkoholu*. Zbytek respondentů,  $\frac{1}{20}$ , odpovědělo, že *likéry*. 8 % nekonzumuje *žádný alkohol*.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano	68	57,6	120	58,8	188	58,4
ne	50	42,4	83	40,7	133	41,3
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>99,5</b>	<b>321</b>	<b>99,7</b>

Tab. 13: Míchání různého typu alkoholu v celém souboru (třídění odpovědí dle pohlaví)

Podle odpovědí na otázku, *zda míchají různé typy alkoholu*, je patrné, že 58 % respondentů míchá různé typy alkoholu. Zbylé odpovědi, které tvoří 41 %, uvádějí, že nemíchají alkoholické nápoje, pokud je konzumují. Jedna žena na otázku neodpověděla.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
doma	36	30,5	57	27,9	93	28,9
ve škole	2	1,7	6	2,9	8	2,5
na diskotéce	60	50,8	142	69,6	202	62,7
v hospodě, restauraci	75	63,6	97	47,5	172	53,4
venku (např. park)	50	42,4	69	33,8	119	37,0
jinde	1	0,8	1	0,5	2	0,9
nepijí alkohol	8	6,8	18	8,8	26	8,1

Tab. 14: Místo obvyklé konzumace alkoholických nápojů (třídění odpovědí dle pohlaví)

Z odpovědí na otázku, na kterou bylo možno reagovat i více možnostmi, *kde respondenti obvykle pijí alkohol*, bylo zjištěno, že nejčastěji *na diskotéce*, tato možnost tvořila 63 %. Dalším možným místem, které bylo respondentům nabídnuto, byla *hospoda, restaurace*, tu zvolilo 53 % dotázaných. Dalších 37 % pak *venku (např. v parku)* a 29 % vybralo odpověď *doma*. 3 % lidí uvedlo místo obvyklé konzumace alkoholu *školu*, v 1 % šlo o konzumaci *jinde: na svatbě*. 8 % dotázaných nekonzumuje alkohol.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
sám/sama	3	2,5	7	3,4	10	3,1
s přáteli	90	76,3	165	80,9	255	79,2
se spolužáky	8	6,8	10	4,9	18	5,6
s rodinou	13	11,0	26	12,7	39	12,1
nepijí alkohol	9	7,6	19	9,3	28	8,7

Tab. 15: Osoba, s níž respondenti často pijí alkohol (třídění odpovědí dle pohlaví)



Na základě otázky, s kým často pijete alkohol, se dozvídáme, že 79 % pije nejčastěji s přáteli, 12 % s rodinou. O něco méně je to pak se spolužáky (6 %) a ve 3 % jsou konzumenti nejraději sami. 9 % respondentů uvedlo, že nekonzumují alkohol vůbec. I zde byla možnost výběru více odpovědí současně.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
pracovní dny	13	11,0	13	6,4	26	8,1
o víkendu	96	81,4	168	82,4	264	82,0
nekonzumují	9	7,6	22	10,8	31	9,6
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>203</b>	<b>99,6</b>	<b>321</b>	<b>99,7</b>

Tab. 16: Doba nejčastější konzumace alkoholických nápojů (třídění odpovědí dle pohlaví)

Na otázku, kdy nejčastěji konzumujete alkoholické nápoje, odpovědělo nejvíce respondentů, že o víkendu, bylo jich 82 %. V pracovních dnech konzumuje alkohol 8 % dotázaných. Další 10 %, což je 31 respondentů, nepije alkohol vůbec. Jedna žena se zdržela odpovědi.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano	91	77,1	143	70,1	234	72,7
ne	12	10,2	24	11,8	36	11,2
nemám zkušenost	15	12,7	37	18,1	52	16,1
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 17: Prodej alkoholu pod hranicí 18 let (třídění odpovědí dle pohlaví)

Nejvíce respondentů ze všech dotázaných uvedlo, že jim byl prodán alkohol, aniž by jim bylo 18 let. Tato kladná odpověď byla zaznamenána u  $\frac{3}{4}$  dotazovaných.  $\frac{1}{10}$  tvořila záporná odpověď a zbytek s koupí alkoholu nemá dosud žádnou zkušenost.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano	40	33,9	38	18,6	78	24,2
ne	64	54,2	117	57,7	181	56,2
nemám zkušenost	14	11,9	49	24,0	62	19,6
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 18: Předložení dokladu totožnosti při nákupu alkoholických nápojů

Vyhodnocení otázky týkající se faktu, *zda po dotazovaných dle pohlaví bylo při nákupu alkoholických nápojů vyžadováno předložení občanského průkazu a ověření věku*, ukazuje, že v 56 % to po nich nikdo nežádal (34 % mužů a 19 % žen). Kladnou odpověď vybralo 24 % dotázaných. Zbylé odpovědi, které tvoří 20 %, uvádějí, že s koupí alkoholu respondenti dosud neměli zkušenost.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
zvýšené sebevědomí	37	31,4	35	17,2	72	22,4
pocit uvolnění	75	63,6	140	68,6	215	66,8
radost ze života	61	51,7	115	56,4	176	54,7
pocit deprese, strachu	0	0,0	11	5,4	11	3,4
jiné	8	6,8	10	4,9	18	5,6

Tab. 19: *Pocity při konzumaci alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)*

jiné	celkem
agresivita	3
být upřímná	1
cítím se bez nohou	1
hlad	1
je mi všechno jedno	1
motání hlavy	1
pohodu	3
sexuální náruživost	2
spokojenost	1
únava	1
výřečnost, veselost	3

Tab. 20: *Druh a absolutní četnost jiných pocitů respondentů při konzumaci alkoholu*

Tato otázka měla zjistit *pocity, které nastanou, když respondenti požijí alkoholický nápoj*, a z výsledků vyplývá, že 67 % z nich cítilo *pocit uvolnění*. Další nejčastější reakcí byla *radost ze života*, jednalo se o 55 % respondentů. 22 % pocítilo *zvýšené sebevědomí*. Objevily se také jiné pocity, tvořící 6 % odpovědí. Mezi tyto „jiné“ pocity respondenti zařadili například *agresivitu, pocit pohody, výřečnost, veselost, upřímnost nebo pocit únavy*. Další z respondentů odpověděl, že se mu motá hlava a jiný, že má pocit hladu. *Pocit deprese a strachu* byl zastoupen u 3 % žáků. Při vyhodnocení se otázka brala jako položka s mnohočetnou odpovědí.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
únava	37	31,4	65	31,9	102	31,7
ztráta sebeovládání	39	33,1	72	35,3	111	34,5
nevolnost	24	20,3	65	31,9	89	27,6
bolest hlavy	20	16,9	46	22,5	66	20,5
jiné	24	20,3	18	8,8	42	13,0

Tab. 21: Pocity při větší konzumaci alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)

jiné	celkem
cítím se bez nohou	1
hlad	2
jedu bomby	13
lehkost	1
motání hlavy	2
motání hlavy, pálení žáhy	1
nepřemožitelnost	1
pohodu	5
radost	3
rozdováděnost	1
sexuální náruživost	1
šťěstí, bezstarostnost	1
uspokojení	1
uvolnění	3
víc energie	3
výpadky paměti	1
výřečnost, veselost	1
závrať	1

Tab. 22: Druh a absolutní četnost jiných pocitů respondentů při větší konzumaci alkoholu

Z odpovědí na otázku, *co studenti cítí po větší konzumaci alkoholu*, vyplývá, že 35 % respondentů *ztrácí nad svým stavem kontrolu*. Únavu volilo 32 %. Další pocit, *nevolnost*, se vyskytl u 28 % respondentů. Ostatní dotázaní uvedli jiné pocity, mezi ně patřily například *pohoda, radost, uvolnění, víc energie*, ale také *pocit hladu a motání hlavy*. Nejčetnější skupinu z této kategorie (13 respondentů) tvořila odpověď, že zvýšenou konzumací alkoholu doprovází i zvýšená tendence hrát počítačovou hru - „jedu bomby“. Zda tomu tak opravdu je, nebo si to 13 respondentů mužského pohlaví vymyslelo, se můžeme jen domnívat. Odpověď „Jiné“ pocity tvořila skupinu 13 % žáků.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Obtížné	5	4,2	16	7,8	21	6,5
Snadné	112	94,9	182	89,2	294	91,3
<b>Celkem</b>	<b>117</b>	<b>99,1</b>	<b>198</b>	<b>97,0</b>	<b>315</b>	<b>97,8</b>

Tab. 23: Obtížnost dostupnosti alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)

Od sedmi respondentů jsme nedostali na tuto otázku odpověď (od šesti a žen a jednoho muže). Zbýlých 91 % respondentů sdělilo, že nemají problém s dostupností alkoholu, pro 7 % dotázaných není dostupnost snadná.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano, léčil/a se	12	10,2	24	11,8	36	11,1
ano, zvládl/a to sám/a	20	16,9	24	11,8	44	13,7
vím o více lidech	30	25,4	61	29,8	91	28,3
ne, o nikom nevím	56	47,5	95	46,6	151	46,9
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 24: Znalost osoby v okolí, která má/měla s konzumací alkoholu problém (odpovědi tříděny dle pohlaví)

Při vyhodnocování otázky, zda respondenti znají ve svém okolí někoho, kdo má/měl problém s alkoholem, se autorka dozvěděla, že 47 % dotazovaných o nikom neví. V hodnotách četnosti se jednalo o 56 mužů a 95 žen. 28 % přiznalo, že ví o více lidech, kteří s konzumací alkoholických nápojů mají problém. 14 % respondentů prostřednictvím dotazníku sdělilo, že zná ve svém okolí někoho s tímto problémem, ale dotýčný/á to zvládla sám/a. 11 % zná ve svém okolí osobu, která podstoupila léčení.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Ano	8	6,8	30	14,7	38	11,8
Ne	34	28,8	35	17,2	69	21,4
Nevím	21	17,8	45	22,1	66	20,5

Tab. 25: Upozornění rodičů nebo pedagoga v případě, že respondenti znají ve svém okolí osobu mající problém s alkoholem (třídění odpovědí dle pohlaví)

Kladně odpovědělo 171 dotázaných, což je 53 %. Po vyhodnocení odpovědí jsme zjistili, že: 21 % žáků by nesdělilo rodičům ani učitelům žádné informace, kladně by reagovalo pouze 12 % případů. Pětina z dotázaných neví, jak by se měla rozhodnout.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano, nepiji	10	8,5	23	11,3	33	10,2
ano, pijí je, jen pro zpestření	85	72,0	156	76,5	241	74,9
ne, nepijí je, nudný večer	16	13,6	21	10,2	37	11,5
ne, nedokáží se bavit bez pití	7	5,9	4	2,0	11	3,4
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 26: Večerní zábava bez alkoholu (situace v celém souboru a třídění odpovědí dle pohlaví)

Z odpovědí na otázku, *zda si dotazovaní dokáží představit večer bez alkoholu*, jsme zjistili, že, nejčastější reakce byla „*ano, alkohol piji jen jako zpestření večera*“, s četností 75 %. Další skupinu tvoří 12 % dotázaných, kteří označili možnost „*ne, bez alkoholu je nudný večer*“. 10 % žáků ohodnotilo večer bez alkoholu jako *možný, nemají problém nepít* po celou dobu večera alkoholické nápoje. Zbytek respondentů, 3 %, si večer bez alkoholu *nedokáží představit*. U odpovědi na tuto otázku mají muži a ženy téměř shodné názory.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
od rodičů	50	42,4	100	49,0	150	46,6
ve škole	25	21,2	75	36,8	100	31,1
od přátel	8	6,8	15	7,4	23	7,1
z časopisů	4	3,4	7	3,4	11	3,4
z televize	29	24,6	43	21,1	72	22,4
jiný zdroj	13	11,0	4	2,0	17	5,3
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>109,4</b>	<b>244</b>	<b>119,7</b>	<b>373</b>	<b>115,9</b>

Tab. 27: Způsob, jakým dostali respondenti nejvíc informací o škodlivosti alkoholu (odpovědi tříděny dle pohlaví)

*Jaká je informovanost o škodlivosti alkoholu*, jsme zjišťovali v otázce číslo 21. Respondenti mohli označit více odpovědí, nejčastěji zvolili možnost od rodičů (47 %). Nabídka dalších možností ukázala, že na druhém místě pochází informovanost *ze škol*. 22 % mluví o *televizi* jako o prostředku zdroje informací. Zbytek odpovědí tvořily ze 7% informace *od přátel* a 5 % uvedlo *jiný zdroj*. Skupinu v kategorii „*jiný zdroj*“ tvořil jako nejčetnější odpověď internet a to u 11 žáků.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano	20	16,9	13	6,4	33	10,3
ne	90	76,3	176	86,3	266	82,6
nevím	8	6,8	15	7,3	23	7,1
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 28: Možnost vyřešení problémů konzumací alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)

U této otázky většina dotazovaných zvolila zápornou odpověď, 83 %, 10 % žáků si myslí, že alkoholové opojení vyřeší problémy člověka, zbylých 7 % neví.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano	16	13,6	8	3,9	24	7,5
ne	102	86,4	196	96,1	298	92,5
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 29: Zesměšnění z důvodu odmítnutí konzumace alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)

Při odpovědi na otázku, zda se dotazovaní zesměšní, když se odmítnou napít, jich 93 % uvedlo, že ne. Možnost „ano“ byla uvedena u zbylých 7 % případů.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano, vždy	44	37,3	107	52,5	151	46,9
ano, občas	60	50,8	84	41,2	144	44,7
ne	10	8,5	7	3,4	17	5,3
neptají se	4	3,4	6	2,9	10	3,1
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 30: Informovanost rodičů o volném čase (třídění odpovědí dle pohlaví)

Při vyhodnocování otázky, která se týkala informovanosti rodičů o činnostech, které respondenti dělají ve svém volném čase, autorka došla k závěru, že ve 47 % vědí rodiče o mimoškolní náplni svých dětí, ve 45 % jsou rodiče informováni jen občas. 5 % respondentů odpovědělo, že rodiče nevědí o volnočasových aktivitách, které mají. Poslední skupinu 3 % tvoří respondenti, kdy se rodiče ani nezajímají, neptají se.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
negativní, jsou proti	8	6,7	26	12,8	34	10,6
neznám jejich názor	10	8,5	19	9,3	29	9,0
nevadí jim to	42	35,6	70	34,3	112	34,8
tolerují „pití s mírou“	58	49,2	88	43,1	146	45,3
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>203</b>	<b>99,5</b>	<b>321</b>	<b>99,7</b>

Tab. 31: Postoj rodičů ke konzumaci alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)

Z otázky, jaký postoj mají ke konzumaci alkoholu rodiče, jsme se dozvěděli, že nejpočetnější skupinu tvoří rodiče, kteří *tolerují „pití s mírou,“* a to v 45 %. Že jim alkohol *nevadí*, odpovědělo 35 %. Rodiče, kterým naopak *alkohol vadí*, a jsou zásadně proti, se vyskytli u 11 %. 1/10 dotázaných uvedla, že neznají názor svých rodičů na tuto problematiku.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano, vždy	23	19,5	47	23,0	70	21,7
ano, někdy	53	44,9	103	50,5	156	48,4
většinou ne	24	20,3	36	17,7	60	18,7
vůbec ne	18	15,3	17	8,3	35	10,9
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>203</b>	<b>99,5</b>	<b>321</b>	<b>99,7</b>

Tab. 32: Pomoc rodičů v řešení problémů (třídění odpovědí dle pohlaví)

U této otázky odpovědělo 48 % žáků, že *rodiče mohou pomoci k vyřešení problému, když se jim svěřít*, 22 % dokonce uvedlo, že *vždycky*. Oproti tomu si 19 % respondentů myslí, že *spíš ne* a 11 %, že jim rodiče *vůbec nepomohli* při řešení jejich problémů.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano, vždy	37	31,3	74	36,3	111	34,5
většinou ano	59	50,0	101	49,5	160	49,7
většinou ne	16	13,6	22	10,8	38	11,8
vůbec ne	6	5,1	7	3,4	13	4,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 33: Pochopení ze strany rodičů, když je potřeba (třídění odpovědí dle pohlaví)

Vyhodnocení otázky týkající se *pochopení a pomoci ze strany rodičů, když je to zrovna třeba*, přineslo zjištění, že polovina dotázaných většinou může s pomocí rodičů

počítat. Odpověď „ano, vždy“ zvolilo 34 % dotázaných. Dalších 12 % tvořila skupinka respondentů, kdy se pomoci ze strany rodičů většinou nedočkají a u 4 % pak nepočítají s pomocí a pochopením rodičů vůbec.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
výborná	34	28,8	79	38,7	113	35,2
dobrá	61	51,7	84	41,2	145	45,0
není dobrá	19	16,1	31	15,2	50	15,5
není zájem o komunikaci	4	3,4	9	4,4	13	4,0
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>203</b>	<b>99,5</b>	<b>321</b>	<b>99,7</b>

Tab. 34: Komunikace mezi rodičem a respondentem (třídění odpovědí dle pohlaví)

Komunikaci mezi respondentem a rodiči hodnotí 45 % jako dobrou, 35 % přiznalo, že komunikace je výborná. 16 % prostřednictvím dotazníku sdělilo, že komunikace není příliš dobrá. Zbývá 4 % tvoří respondenti, kteří uvádějí, že v rodině není o komunikaci zájem.

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano	29	24,6	14	6,9	43	13,4
ne	69	58,5	153	75,0	223	68,9
nevím	20	16,9	37	18,1	56	17,7
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 35: Odvoz dopravním prostředkem osobou, která požíla alkoholický nápoj (třídění odpovědí dle pohlaví)

U této otázky si většina dotazovaných zvolila odpověď „ne“, jednalo se o plných 69 % respondentů. 18 % respondentů neví a uvádí, že by záleželo na situaci. A byli i tací, kteří uvedli kladnou odpověď, a to ve 13 %, nechali by se tedy odvést dopravním prostředkem, jehož řidič je pod vlivem alkoholu.



Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
beseda s lékařem	11	9,3	28	13,7	39	12,1
beseda s vyléčeným alkoholikem	16	13,6	54	26,5	70	21,7
beseda s metodikem prevence	3	2,5	1	0,5	4	1,2
exkurze do protialkoholní léčebny	34	28,8	85	41,7	119	37,0
návštěva skupiny AA	26	22,0	28	13,4	54	16,8
film o dané problematice	33	28,0	32	15,7	65	20,2

Tab. 36: Nejzajímavější aktivita (třídění odpovědí dle pohlaví)

Dotaz se týkal preventivních aktivit zaměřených proti alkoholismu. Mnoho respondentů v této otázce označilo i více odpovědí. Většinu by zajímala exkurze do protialkoholní léčebny, bylo jich 37 %, 22 % dotázaných by se rádo účastnilo besedy s vyléčeným alkoholikem. Film o dané problematice by byl poučný pro 20 % respondentů. Návštěva skupiny Anonymních alkoholiků zaujala 17 % dotázaných. 12 % označilo jako zajímavou aktivitu besedu s lékařem, psychologem a nejmenší zájem byl o besedu s metodikem prevence či výchovným poradcem (1 %).

Skupina	Muži		Ženy		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
ano	49	41,5	89	43,6	138	42,9
ne	4	3,4	10	4,9	14	4,3
nevím	65	55,1	105	51,5	170	52,8
<b>Celkem</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 37: Spokojenost s preventivními aktivitami na škole (situace v celém souboru, třídění odpovědí dle pohlaví)

Tato otázka měla zjistit, jak jsou žáci spokojeni s preventivními aktivitami na škole. Z výsledků vyplývá, že 53 % dotazovaných neví, 43 % je spokojeno a 4 % respondentů uvedla, že spokojeni nejsou (celkem 12 studentů). Jako návrhy na zlepšení bylo ve 2 případech uvedeno: „uvítal/a bych exkurzi do protialkoholní léčebny“ a 10 krát byla uvedena odpověď: „uskutečnit více exkurzí a besed“.

### 4.3 Analýza pracovních hypotéz a výzkumných tezí

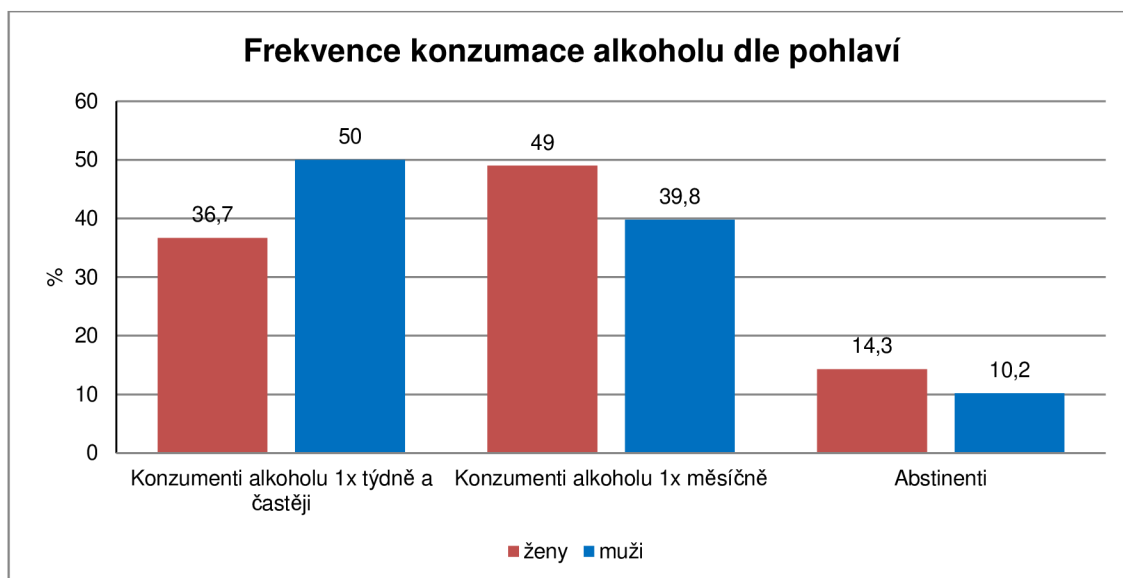
Na základě údajů zjištěných z dotazníků je možné provést ověření hypotéz.

**H1:** Respondenti ženského pohlaví konzumují alkohol častěji než respondenti mužského pohlaví

*Frekvence konzumace alkoholu dle pohlaví*

Odpověď	Celkem respondenti (n=322)		Celkem dívky (n=204)		Celkem chlapci (n=118)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Konzumenti alkoholu 1x týdně a častěji	134	41,6	75	36,7	59	50,0
Konzumenti alkoholu 1x měsíčně	147	45,7	100	49	47	39,8
Abstinenti	41	12,7	29	14,3	12	10,2

Tab. 38: Výpočtová tabulka – frekvence konzumace alkoholu dle pohlaví



Graf 2: Frekvence konzumace alkoholu dle pohlaví

Porovnáme-li četnost chlapců a dívek, kteří konzumují alkohol 1x týdně a 1x měsíčně, pak dosažená hladina signifikance  $p = 0,0372$  je nižší než 0,05 a nulovou hypotézu můžeme zamítnout. Konzumace alkoholu u chlapců a dívek je rozdílná a rozdíl je statisticky významný na hladině významnosti 5 %.

Mezi konzumenty alkoholu 1 x týdně a častěji je větší podíl chlapců než dívek (50 % vs. 36,7 %). Konzumace alkoholu 1 x měsíčně je naopak vyšší u dívek než u chlapců (49 % vs. 39,8%).

## H2 Konzumace alkoholu je větší na odborných středních školách než na všeobecných středních školách

Z hodnocení byla vyloučena Odborná škola Chroustovice – pro odlišný charakter skupiny respondentů (specifické výukové požadavky, žáci s mentálním postižením).

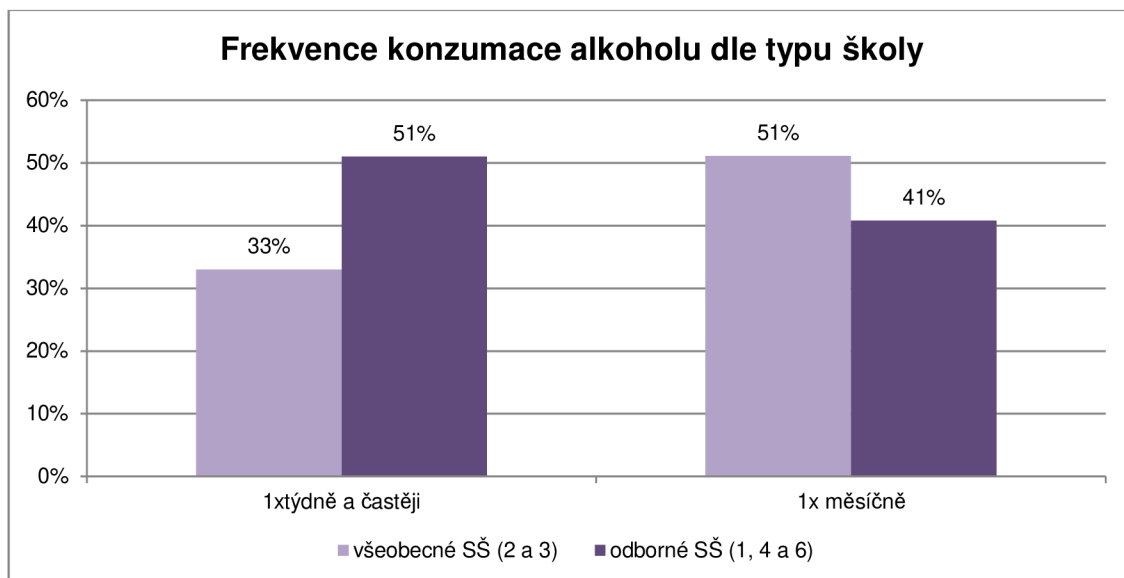
### Podíl žáků dle frekvence konzumace alkoholu

ID	Škola	1x týdně a častěji		1x měsíčně	
		absolutně	relativně	absolutně	relativně
1	Střední zdravotnická škola, Pardubice	32	51,6%	24	38,7%
2	Gymnázium Mozartova, Pardubice	23	41,9%	24	43,6%
3	Anglické gymnázium, Pardubice	17	24,3%	41	58,6%
4	SOŠ a SOU Poděbradská, Pardubice	29	54,7%	22	41,5%
6	SPŠ elektrotechnická, Pardubice	27	45,8%	25	42,4%
	všeobecné SŠ (2 a 3)	40	33,0%	65	51,1%
	odborné SŠ (1, 4 a 6)	88	51,0%	71	40,8%

Tab. 39: Výpočtová tabulka – podíl žáků dle frekvence konzumace alkoholu na jednotlivých školách

Škola	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1. Střední zdravotnická škola	62	19,3
2. Gymnázium Mozartova	55	17,1
3. Anglické gymnázium	70	21,7
4. SOŠ a SOU Poděbradská	53	16,5
5. Praktická škola Chroustovice	23	7,1
6. SPŠ elektrotechnická	59	18,3
<b>Celkem</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 40: Zastoupení respondentů dle jednotlivých škol v souboru



Graf 3: Frekvence konzumace alkoholu dle typu školy

Porovnáme-li konzumaci alkoholu na vzorku všeobecných a odborných středních školách, pak dosažená hladina signifikance  $p = 0,00605$  je významně nižší než  $0,05$  a nulovou hypotézu můžeme zamítnout. Konzumace alkoholu na jednotlivých typech škol je odlišná.

Na základě zjištěných dat lze **hypotézu H2 verifikovat** – frekvence konzumace alkoholu (1 x týdně a častěji) je vyšší u odborných středních škol (51 % vs. 33 %) než u všeobecných středních škol.

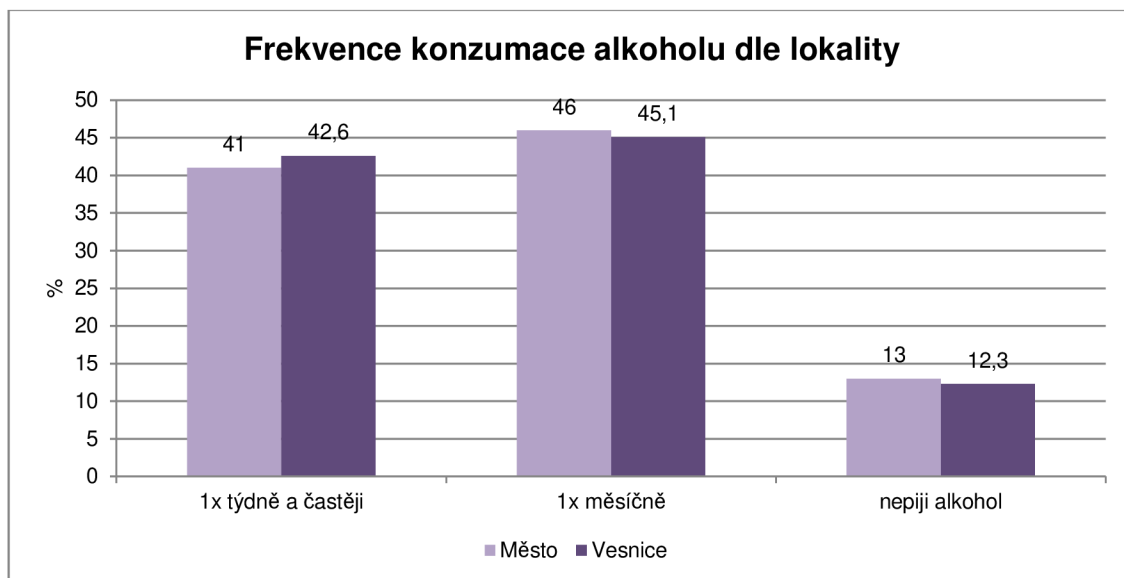
### H3 Městská mládež konzumuje více alkoholu než mládež venkovská

Původ	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Město	200	62
Vesnice	122	38
<b>Celkem</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

Tab. 41: Konzumace alkoholu mládeží dle lokality

Skupina	Město		Vesnice		Všichni	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
téměř každý den	10	5,0	2	1,6	12	3,7
1x týdně	72	36,0	50	41,0	122	37,9
1x měsíčně	92	46,0	55	45,1	147	45,7
nepijí alkohol	26	13,0	15	12,3	41	12,7
<b>Celkem</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>322</b>	<b>100,0</b>

Tab. 42: Konzumace alkoholu mládeží dle lokality – podrobná data



Graf 4: Frekvence konzumace alkoholu dle lokality

Porovnáme-li konzumaci alkoholu u vzorku městské a vesnické mládeže, pak dosažená hladina statistické významnosti  $p = 0,81045$  (u mládeže, která konzumuje alkohol denně resp. 1x týdně vs. konzumace 1x měsíčně) případně  $p = 0,77441$  (u mládeže, která konzumuje alkohol denně resp. 1x týdně vs. co alkohol vůbec nepije). V obou případech je vyšší než 0,05 a nulovou hypotézu není možné zamítnout. Rozdíl v konzumaci alkoholu městské i venkovské mládeže je statisticky nevýznamný.

**Hypotéza H3** u mládeže, která konzumuje alkohol denně resp. 1 x týdně byla na základě zjištěných dat **falzifikována** – podíl městské i venkovské mládeže, co se týká frekvence konzumace alkoholu, je téměř shodný (1 x týdně a častěji: město vs. venkov – 41 % vs. 42,6 %; 1 x měsíčně: 46 % vs. 45,1 %).

**T1:** *Mládež se poprvé seznámí s informacemi o škodlivosti alkoholu v domácím prostředí*

Informovanost o škodlivosti alkoholu byla zjišťována v otázce číslo 21 (tab. 25). Ze zjištěných skutečností je možné odvodit, že mládež získává nejvíce informací, co se týče škodlivosti alkoholu, od rodičů (47%). **Teze byla verifikována.**

**T2:** *Největší konzumace alkoholu je na diskotékách, v souvislosti s vypitým množstvím*

Domnívali jsme se, že k největší konzumaci alkoholu dochází na diskotékách. Vycházeli jsme ze skutečnosti, že na tomto místě není kontrolován věk dané osoby a je

podáván alkohol i pod hranicí 18 let, a také většinou dochází k možnosti „pašování“ alkoholických nápojů v příručních zavazadlech (kabelka, batoh). Vyhodnocení ukázalo, že z 63% dochází k obvyklému pití alkoholických nápojů na diskotékách. **Teze byla verifikována.**

#### 4.4 Souhrn

Podle dotazníkového šetření, zahrnující mládež ve věku 16 - 19 let na Pardubicku, vyústil v řadu závěrů.

Respondenti, kteří byli zahrnuti do výzkumu, pocházeli z  $\frac{1}{3}$  z vesnice,  $\frac{2}{3}$  pak z města. Užívat alkohol začala většina respondentů ve věku patnácti let (20,2 %). Za zamyšlení stojí i to, proč studenti konzumují alkohol. 46,9 % jich chtělo vyzkoušet jeho účinky. Ve 34 případech došlo ke konzumaci alkoholu z důvodu rodinné oslavy (přípitek). Za pováženu stojí zjištění, jaká je frekvence konzumace alkoholu u věkové skupiny 16 až 19 let. 1 x měsíčně konzumuje alkohol 45,7% dotázaných. Při rozdělení na chlapce a dívky to je: 39,8% vs. 49%. Při konzumaci alkoholu 1 x týdně je rozdělení chlapci vs. dívky, 45,8% vs. 33,3%. Z čehož vyplývá, že pokud se jedná o konzumaci častější, dominují chlapci. Při zjišťování, jaký typ alkoholu respondenti upřednostňují, nebyly výsledky nikterak překvapující. U chlapců je v 50% na prvním místě pivo, u dívek to jsou naopak míchané nápoje (33,8%) a víno (29,4%). Místo, kde dochází k nejčastější konzumaci alkoholických nápojů v Pardubickém okrese, je ze 62,7% diskotéka, 53,4% respondentů si myslí, že v hospodě či restauraci. S přáteli pije alkohol 79,2% dotázaných a nejčastěji o víkendu (82%). Pokud se jednalo o nákup alkoholických nápojů pod hranicí 18 let, 72,7% studentů s tím nemělo žádný problém, což stojí za úvahu, jak je to vůbec možné. V 56,2% prodejci nevyžadovali předložení dokladu totožností, a tím ověření věkové hranice 18 let. Pocit uvolnění (66,8%) a radost ze života (54,7%) dominují při konzumaci alkoholu. Kromě těchto pocitů byla uvedena i zvýšená agresivita, větší výřečnost, veselost. Naproti tomu, větší konzumace alkoholických nápojů vede ke ztrátě sebeovládání (34,5%), únavě (31,7%) a nevolnosti (27,6%). Pro 91,3% respondentů není obtížné sehnat alkohol. Alkohol je pro většinu dobře dostupný. Dále se autorka pokoušela zjistit, od koho mají respondenti nejvíce informací o škodlivosti alkoholu. Na prvním místě byli rodiče (46,6%), na druhém pak škola (31,1%) a na třetím místě televize (22,4%). V dnešní době se studenti mohou dozvědět řadu informací o alkoholu i na internetu, tuto možnost volilo 11 respondentů..

Z výsledků, jak hodnotí studenti preventivní aktivity na škole, vyplývá, že 52,8 % dotazovaných neví, 42,9 % je spokojeno a 4,3 % respondentů uvedla, že spokojeni nejsou. V návrzích na zlepšení bylo ve 2 případech uvedeno: „uvítal/a bych exkurzí do protialkoholní léčebny“ a 10 krát byla uvedena odpověď: „uskutečnit více exkurzí a besed“.

Na dotazník odpovědělo 63 % dívek a 37 % chlapců. Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno ve věkové skupině 16 let (55,9 %), dále následovala skupina 17 let (30,4 %). U 18 letých bylo zaznamenáno 7,8 % odpovědí a 5,9 % u 19 letých.

U hypotézy, kdy je konzumace alkoholu závislá na pohlaví, se autorka domnívala, že respondenti ženského pohlaví budou konzumovat alkohol častěji než respondenti mužského pohlaví, se celkově nepotvrdila. Při porovnání chlapců a dívek mezi konzumenty alkoholu 1x týdně a častěji je větší podíl chlapců než dívek 50 % vs. 36,7 %. Konzumace alkoholu 1x měsíčně je naopak vyšší u dívek než u chlapců 49 % vs. 39,8 %. Z čehož vyplývá, že pokud se jedná o konzumaci častější, dominují chlapci. Muži pijí s kamarády a většina z nich si závislost vypěstuje tím, že chodí do hospody a pije alkohol pravidelně několik let. Ženy naopak zapíjejí svoje problémy, nezvládají rodinu, práci, alkoholem řeší úzkostné stavy a deprese. Jejich cesta k závislosti trvá kratší dobu. To je dáno rozdílnou stavbou a fyziologií těla.

Hypotéza, že studenti odborných středních škol mají více zkušeností s konzumací alkoholu než gymnazisté, se potvrdila. Autorka se domnívala, že na odborných školách je lepší dostupnost alkoholu než na středních školách všeobecných. Konzumace alkoholu na jednotlivých typech škol je odlišná. Frekvence konzumace alkoholu (1x týdně a častěji) je vyšší u odborných středních škol 51 % vs. 33 % u všeobecných středních škol.

Dále autorka předpokládala, že městská mládež konzumuje více alkoholu než mládež venkovská. Zde bylo bráno v úvahu, že městská mládež má snazší přístup k legálním drogám než mládež venkovská a že ve městech existuje při nákupu alkoholických nápojů větší anonymita. U mládeže, která konzumuje alkohol denně, resp. 1x týdně, byla na základě zjištěných dat hypotéza falzifikována – podíl městské i venkovské mládeže, co se týká frekvence konzumace alkoholu je téměř shodný (1x týdně a častěji: město vs. venkov – 41 % vs. 42,6 %; 1x měsíčně: 46 % vs. 45,1 %).

Předpoklad, že se mládež poprvé seznámí s informacemi o škodlivosti alkoholu v domácím prostředí, se potvrdil. Ze zjištěných skutečností bylo možné odvodit, že mládež získává nejvíce informací, co se týče škodlivosti alkoholu, od rodičů (47 %).

Za zamyšlení stála i myšlenka, že k největší konzumaci alkoholu dochází na diskotékách.

Autorka vycházela ze skutečnosti, že na tomto místě není kontrolován věk dané osoby a je podáván alkohol i pod hranicí 18 let, a také většinou dochází k možnosti „pašování“ alkoholických nápojů v příručních zavazadlech (kabelka, batoh). Vyhodnocení ukázalo, že z 63 % dochází k obvyklému pití alkoholických nápojů na diskotékách, teze se potvrdila.

## **ESPAD**

Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD 2011) mezi šestnáctiletými studenty (žáci základních a studenti středních škol narození v r. 1995) uvedla následovná srovnání. (Mravčík, V., [on-line], 2006).

Alkohol v životě pilo téměř 98 % dotázaných, přibližně 60 % (66 % chlapců a 50 % dívek) lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu (pili alkohol více než 20 krát v životě). V posledních 30 dnech pilo alkohol 79 % studentů; téměř 72 % pilo pivo, 47 % pilo víno a téměř 59 % uvedlo pití destilátů v posledních 30 dnech. Novým fenoménem je pití alkopops, tj. limonád s obsahem alkoholu. V západoevropských zemích je rostoucí obliba alkopops mezi mladými lidmi sledována již delší dobu, u nás potvrzují rostoucí oblibu alkopops výzkumy z roku 2007 a 2011, podle nichž alkopops pilo někdy v posledním měsíci 41 %, resp. 47 % dotázaných. Pravidelnou konzumaci piva uvedlo 26 % dotázaných, 9 % uvedlo pravidelnou konzumaci vína, 10 % konzumaci alkopops a více než 15 % konzumaci destilátů. Časté pití alkoholických nápojů (6 krát a častěji v posledních 30 dnech) udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. Mezi studenty, kteří uvedli konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech, byl dále zjišťován způsob a frekvence získávání alkoholu. V posledních 30 dnech si alespoň jednou zakoupilo alkohol v obchodě (tj. supermarketu, menším obchodě nebo např. na benzínové stanici) pro vlastní spotřebu celkem 61 % z těch, co uvedli pití alkoholu v posledním měsíci (68 % chlapců a 54 % dívek), téměř 14 % zakoupilo alkohol v obchodě opakovaně (tj. více než pětkrát). Více než 77 % uvedlo konzumaci alkoholu v restauraci, hospodě, baru nebo na diskotéce, 18 % tímto



způsobem získávalo alkohol opakovaně. Studenti učňovských škol a studenti odborných středních škol měli zkušenosti s užitím drog výrazně vyšší než gymnazisté. Byly také sledovány rané zkušenosti mládeže s alkoholem. Do věku 13 let včetně, měli studenti zkušenosti pitím piva (71 %) a vína (56 %). Na vysoké úrovni zůstává subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu, a to i přesto, že se jedná o látku, která by šestnáctiletým studentům neměla být volně dostupná. Pivo: Celkem snadné nebo velmi snadné z 86,6%. Celkem obtížné nebo nemožné – 10,5. Destiláty Celkem snadné nebo velmi snadné 59,1%, Celkem obtížné nebo nemožné 34,5%. Nejvíce dotázaných uvedlo, že alkohol pili v baru nebo hospodě (35,2 %) a na diskotéce (29,9 %), což je vzhledem k jejich věku zarážející, protože v České republice ze zákona zakázáno podávat alkohol osobám mladším 18 let. Dále studenti konzumovali alkohol doma (25,1 %) nebo doma u někoho jiného (17,8 %).

## 5. DISKUSE

Po dokončení textu si myslím, že tato práce poskytuje dost základních informací o alkoholu. Tato práce je námětem k diskuzi. Podle epidemiologických šetření mezinárodního projektu ESPAD v České republice pronikavě vzrostla spotřeba alkoholu jiných ilegálních drog mezi mladými lidmi.

Z výsledků šetření vyplývá, že abstinence u nás končí v období 6 let věku, neboť první zkušenost s alkoholem mají děti často v rodině - okusí nejdříve pivo, později víno a jiné druhy alkoholu. V období od 6 - 14 let tak začíná chuťový nácvik na alkohol. Alarmující zprávou tak je, že do 15 let okusilo alkohol 20 % respondentů. To znamená, že už na základní škole se děti běžně seznamují s alkoholem.

Uspěchanost doby, nedostatek času a citových podnětů v rodině, vyšší četnost neúplných rodin, finanční nejistota s sebou nesou vyšší rizika pro různé patologie v chování dětí a mladých dospělých. Alkohol je potom díky vysoké toleranci v naší společnosti snadno dostupnou drogou. Společně s kouřením cigaret tak obvykle startuje další řadu návykových chování, která jsou pro zdraví populace velmi škodlivá (další drogy, gambling, prostituce,...). Takové chování samozřejmě ovlivňuje zdraví jedinců, zpravidla zatěžuje jejich blízké (rodina) a do budoucna představuje pro celou společnost nezanedbatelné ekonomické ztráty.

Zákaz pití alkoholu a jeho podávání je v populaci do 18 let porušován nejenom v rodinách, ale i ve veřejných místech. Je porušován zákaz pití alkoholu při řízení motorových vozidel. V České republice pod vlivem alkoholu zavíní řidiči přibližně 9000 nehod, což je 10 % z celkového počtu nehod za rok. Automobilové nehody pod vlivem alkoholu jsou nejčastější příčinou úmrtí u věkové kategorie 15 - 24 let. Pravděpodobnost dopravní nehody při hladině alkoholu v krvi do 1 % je 7x větší u střízlivého řidiče, do 1,5 % 31x větší a při vyšší hladině 128x větší.

## ZÁVĚR

Problematika alkoholismu je nejen v psychologické společnosti jednou z oblastí života s mimořádným významem pro její zkoumání. Když chceme mít tuto oblast alespoň z části pod kontrolou, eliminovat případné nebezpečí, musíme problému konzumace alkoholu věnovat zvýšenou pozornost - sledovat, vyhodnocovat a interpretovat jevy týkající se příčin, zákonitostí a zvláštností této choroby. Na základě těchto jevů lze přehodnocovat a zlepšovat oblast prevence, psychoterapie, léčby, resocializace, represe drogových závislostí.

Po analýze získaných dat a jejich statistickém zpracování konstatujeme následující: ze tří položených hypotéz se potvrdila jedna. To znamená, že při porovnání zkušeností s konzumací alkoholu mezi studenty středních odborných škol a studenty středních škol všeobecných jsme nezjistili signifikantní rozdíl v porovnávaných skupinách. Naopak – frekvence konzumace alkoholu v závislosti na pohlaví a frekvence konzumace alkoholu při srovnání městské a venkovské mládeže se liší.

Diplomová práce, především výsledky dotazníkového šetření, přinesly nepochybně mnoho informací o stavu konzumace alkoholu u věkové skupiny 16 - 19 let ve vytipovaných středních školách v Pardubickém okrese. Jak vypadá situace, co se týče spotřeby alkoholických nápojů? To je otázka důležitá nejen pro lékaře nebo pro politiky, ale i pro rodiče a vlastně pro každého z nás.

Je mnoho pravd, ale alkohol je zamlčuje, protože nabízí snadné řešení únikem do iluzí a příjemných nálad a umožňuje lidem vyhýbat se nesnadným a někdy i nepříjemným pravdám. Shromáždila jsem, zobecnila a vybrala fakta z dostupné literatury, opírám se o názory a zkušenosti jiných autorů.

## RESUMÉ

Diplomová práce se věnuje tématu konzumace alkoholu žáků na středních školách. Jsou zde vysvětleny základními pojmy, závislost na alkoholu a její léčba. Ve výzkumné části jsou zpracována data metodou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku. Šetření bylo provedeno na šesti různých středních školách v Pardubickém okrese. Zpracováno bylo celkem 322 dotazníků.

Východiskem pro teoretickou část byla použita odborná literatura, zabývající se alkoholismem. Některé informace byly zpracovány z odborných periodik, které se věnují této problematice, a bylo též využito elektronických zdrojů.

Cílem práce je zjistit úroveň a míru konzumace alkoholu na středních školách v Pardubickém okrese. To znamená zjistit názory a postoje žáků na konzumaci alkoholu, určit, co je ke konzumaci vedlo, zmapovat znalosti žáků o škodlivosti spojené s konzumací alkoholu, preventivní opatření v dotazovaných školách a připravit tak podklady pro vhodné a smysluplné preventivní činnosti v této oblasti

## SUMMARY

The diploma thesis deals with the issue of alcohol consumption of secondary school students. The elementary terms – alcohol addiction and its treatment, are explained. In the research part the data from the quantitative research, provided by the questionnaire, are analysed. The survey was carried out at six different secondary schools in the district of Pardubice. 322 questionnaires in total were analysed.

For the theoretical part specialized literature about alcoholism was used. Some information from the scholarly magazines and web pages dealing with this issue were analysed.

The aim of this thesis is to find out the level and volume of alcohol consumption at secondary schools at the district of Pardubice. That means – to find out the students' opinions and attitudes towards alcohol consumption, and to determine, what leads them to consumption, to find out the level of their knowledge about harmful effects of alcohol, furthermore, what precautions the surveyed schools take, and lastly, to prepare groundwork for suitable and meaningful preventive activities in this field.

# SEZNAM LITERATURY A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

## Seznam použité literatury

1. DEAN, A.G. et al. The Epi Info manual: version 6.02. A word processing, database and statistics system for public health on IBM-compatible microcomputers. 1st Ed. London : Brixton Books, 1994. 470 p. ISBN 9781873937211.
2. BATESON, G. The cybernetics of „self“: A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34, 1971, 1, s. 1 - 18
3. DVOŘÁČEK, Jiří. *Léčba odvykacího syndromu*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. ISBN 80-86734-05-6.
4. FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6.
5. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
6. GÖHLERT, CH.-Fr., KÚHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.
7. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*, 1. vyd. Grada Publishing, 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.
8. HOLDER, H.D., MILLER, W.R., & RUBONIS, A.V. *The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation*. *Journal of Studies on Alcohol*, 1991, 52(6): 51740.
9. HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 182 s. ISBN 80-7169-624-2.
10. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
11. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

12. KAUFMAN, E. *Family therapy other drugs*. In: Galanter, M., Kleber, H. D. (eds): Textbook of substance abuse. The American Psychiatric Press, Washington, London 1994, s. 331 - 348
13. KOLEKTIV. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10 revize*. 1. vyd. Praha: Bomton agency, 2008. počet stran a ISBN neuvedeno.
14. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR K. *Alkoholici, fetišci a gambleři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-901618-9-8.
15. MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 25 – 28. ISBN 80-86734-05-6.
16. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
17. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Bažení (craving)*. Praha: Sportpropag, 1999, 80. s., ISBN neuvedeno
18. NEŠPOR, K., CSÉMY, L.. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 3. vyd. Praha: Sportpropag, 1995. 160 s. ISBN neuvedeno
19. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách: příručka pro pedagogy*. Praha: BESIP, 1994. ISBN neuvedeno
20. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí*, 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1998. 104 s. ISBN neuvedeno
21. NOVÁKOVÁ, E., VANĚK, M. *Sedmdesát procent alkoholismu lze zvládnout ambulantně*. Zdravotnické noviny ČR, září 2002, č. 51, s. 18 – 19, ISSN 0044 – 1996.
22. PARE, L.C.: Role of self-efficacy in the recovery among multiple substance abusers in aftercare. Dissertation Abstracts International, 60, 2000, 12, s. 6378-B.
23. POPOV, P. *Závislost na alkoholu*. Psychiatrie pro praxi, leden 2003, č. 4, s. 29-32, ISSN 1213-0508.

24. RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. Olomouc: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9.
25. SKÁLA, J. ....*až na dno!?*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960. 112 s. ISBN – nevedeno
26. SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicium, 1987. 208 s. ISBN - nevedeno
27. TABUS, Robert. *Třináctý stupeň blaženosti*. 2. vyd. Praha: Avicium, 1984. 154 s. ISBN – nevedeno
28. TAYLOR, S. E., BROWN, J. D. (1988). Illusion and well-being: A *social psychological perspective on mental health* [Electronic version]. *Psychological Bulletin*, 103 (2), 193-210.
29. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty – fakta – rady*. Praha: Ivo Železný, 2000, 426 s., ISBN 80-237-3606-X
30. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2007, 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0
31. ZLOTNICK, R. Twelve steps to serenity: The stress management aspect of Alcoholics Anonymous. *Dissertation Abstracts International*, 2001, 62, 5, s. 1741A.

### **Internetové zdroje**

1. Alkoholismus [on-line]. c2012, [cit. 2012-09-12]. Dostupný na WWW: <<http://nemoci.vitalion.cz/alkoholismus/>>.
2. Anglické gymnázium Pardubice, SOŠ a VOŠ Pardubice. [on-line]. c2013, [cit. 2012-11-02]. Dostupný na WWW: <<http://www.agys.cz/>>.
3. DANKO, Pavel. Alkohol [on-line]. c2003, [cit. 2012-12-11]. Dostupný na WWW: <<http://www.paveldanko.com/alkohol/>>.
4. EFLEROVÁ, Aneta. Mládež a alkohol – problém dnešní doby [on-line]. [cit. 2012-11-25]. Dostupný na WWW: <<http://www.onlinezena.cz/rodina-a-domacnost/mladez-a-alkohol-problem-dnesni-doby>>.
5. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2011. [on-line]. c2003 – 2006, [cit. 2012-12-13]. Dostupné na WWW: <<http://www.drogy->

*info.cz/index.php/info/press\_centrum/evropska\_skolni\_studie\_o\_alkoholu\_a\_jinych\_drogach\_espad\_2011\_mezinarodni\_zprava*>.

6. Gymnázium Pardubice Mozartova. [on-line]. c2013, [cit. 2012-11-28]. Dostupný na WWW: <<http://www.gymozart.cz/>>.
7. CHMELÍK, Marek. Odborné učiliště Chroustovice, základní informace [on-line]. c2009 – 2013, [cit. 2012-09-02]. Dostupné na WWW: <[http://chroustovice.cz/?page\\_id=304](http://chroustovice.cz/?page_id=304)>.
8. Informační portál o ilegálních a legálních drogách [on-line]. c2009, [cit. 2012-12-09]. Dostupný na WWW: <[http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni\\_drogy/alkohol/alkohol\\_podrobne](http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/alkohol/alkohol_podrobne)>.
9. Konzumace alkoholu dětmi a mládeží je u nás častým jevem [on-line]. c2009 – 2013, [cit. 2012-12-09]. Dostupný na WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tiskove-zpravy/konzumace-alkoholu-detmi-a-mladezi-je-u-nas-castym-jevem-76255/>>.
10. Medicina.cz [on-line]. c2013, [cit. 2013-2-11]. Dostupný na WWW: <[http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s\\_id=2769&s\\_ts=40108,4978125](http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=2769&s_ts=40108,4978125)>
11. Mládež a alkohol [on-line]. [cit. 2012-12-13]. Dostupný na WWW: <[http://drugs.ie/cz/informace\\_o\\_alkoholu/mladezh\\_a\\_alkohol/](http://drugs.ie/cz/informace_o_alkoholu/mladezh_a_alkohol/)>.
12. MLČOCH, Z. Alkoholismus - úvod [online]. c2013, [cit. 2012-12-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.alkoholik.cz/zavislost/>>.
13. MLČOCH, Z. Delirium tremens a další alkoholické psychózy - příznaky [online]. c2013, [cit. 2012-12-11]. Dostupné na WWW: <[http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika\\_a\\_telo/delirium\\_tremens\\_a\\_dalsi\\_alkoholicke\\_psychozy\\_priznaky.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/delirium_tremens_a_dalsi_alkoholicke_psychozy_priznaky.html)>.
14. MRAVČÍK, V. et al. Alkohol podrobně [on-line]. [cit. 2012-12-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni\\_drogy/alkohol/alkohol\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/alkohol/alkohol_podrobne)>.
15. Nebezpečí alkoholu pro mládež [on-line]. c2006, [cit. 2012-11-16]. Dostupný na WWW: <[http://www.pobavmeseoalkoholu.cz/59\\_Nebezpeci-alkoholu-pro-mladez](http://www.pobavmeseoalkoholu.cz/59_Nebezpeci-alkoholu-pro-mladez)>.



16. NEDBALOVÁ, J. Alkohol [online]. c2012, [cit. 2012-1-28]. Dostupné na WWW: <<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/alkohol.html>>.
17. NEŠPOR, K. Jak rozdělit postupy, které mírní bažení (craving) [online]. c2013 [cit. 2012-11-5]. Dostupné na WWW: <<http://www.drnespor.eu/BaKla6.doc>>.
18. NEŠPOR, K., Csémy, L. Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání [on-line]. c2010, [cit. 2013-02-05]. Dostupný na WWW: <<http://drnespor.eu/cr12.doc>>.
19. NEŠPOR, K. Moderní léčba návykových nemocí [online]. c2013 [cit. 2012-11-11]. Dostupné na WWW: <<http://drnespor.eu/modlec.doc>>.
20. NEŠPOR, K. Zůstat střízlivý [online]. c2013 [cit. 2012-12-8]. Dostupné na WWW: <<http://www.drnespor.eu/tyka06e.pdf>>.
21. NOVÁ, K. Prevence a léčba závislosti na alkoholu [on-line]. c2010, [cit. 2012-12-05]. Dostupný na WWW: <<http://alkohol-alkoholismus.cz/novinky/kriminalita-mladeze-a-alkohol>>.
22. Odborné učiliště Chroustovice. [on-line]. c2013, [cit. 2012-11-25]. Dostupný na WWW: <<http://chroustovice.cz/>>.
23. PLOCOVÁ, Monika. Komplexní terapeutický program pro překonání závislosti na alkoholu, marihuaně a jiných drogách. [on-line]. c2013, [cit. 2013-01-26]. Dostupný na WWW: <[http://www.monikaplocova.cz/lecba-zavislosti?utm\\_source=Sklik&utm\\_medium=aktivita-zakaznika&utm\\_campaign=zavislosti](http://www.monikaplocova.cz/lecba-zavislosti?utm_source=Sklik&utm_medium=aktivita-zakaznika&utm_campaign=zavislosti)>.
24. POPOV, Petr. Zdravotnické noviny. [on-line]. c2013, [cit. 2013-02-20]. Dostupný na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/farmakologicka-lecba-zavislosti-novy-koncept-terapie-alkoholismu-467035>>.
25. Příznaky nemocí. [on-line]. [cit. 2012-10-29]. Dostupný na WWW: <<http://priznakynemoci.cz/alkoholismus/>>.
26. SOŠ a SOU Pardubice. [on-line]. c2012, [cit. 2012-11-20]. Dostupný na WWW: <<http://www.sspas.cz/verzesossou/>>.
27. Střední průmyslová škola elektrotechnická a Vyšší odborná škola, Pardubice. [on-line]. c 2012, [cit. 2012-11-20]. Dostupný na WWW: <http://www.spse.cz/>.

28. Střední zdravotnická škola Pardubice. [on-line]. c2013, [cit. 2012-11-09]. Dostupný na WWW: <http://www.szs-pardubice.cz/> .
29. Toxikologické informační středisko. [on-line]. c2013, [cit. 2012-10-20]. Dostupný na WWW: <http://tis.cz.cz/index.php/informace-o-stredisku/kontakty>.
30. WALLA, P. Prevence a léčba závislosti na alkoholu. [on-line]. c2013, [cit. 2012-11-21]. Dostupný na WWW: <http://alkohol-alkoholismus.cz/psychicke-komplikace-zavislosti-na-alkoholu/korsakovova-psychoza>.
31. Wikipedie: otevřená encyklopedie: Etanol [online]. c2013, [cit. 2012-11-2]. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Etanol>.

### **Zdroje obrázků**

Obr. 1: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ethanol>

Obr. 2: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Fet%C3%A1ln%C3%AD\\_alkoholov%C3%BD\\_syndrom](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Fet%C3%A1ln%C3%AD_alkoholov%C3%BD_syndrom)

Obr. 3: <http://www.webmedlit.com/conditions/caput-medusa>

## **SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ**

### **Seznam obrázků**

Obr. 1: Strukturní vzorec molekuly ethanolu. (Wikipedia [on-line], 2012)

Obr. 2: Dítě s FAS (Wikiskripta [on-line], 2009)

Obr. 3: Caput medusae (Webmedlit [on-line], 2009)

### **Seznam tabulek**

Tab. 1: Některé nároky na mladé lidi, co pomáhá a jaké jsou účinky alkoholu a jiných drog (Nešpor, K., 2000)

Tab. 2: Hladina alkoholu v krvi, změny pocitů a změny chování (Hosek, J., 1998)

Tab. 3: Přehled zastoupení respondentů dle věku ve zkoumaném vzorku

Tab. 4: Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví

- Tab. 5: návratnost dotazníků od respondentů dle jednotlivých škol v souboru
- Tab. 6: Původ respondentů v souboru
- Tab. 7: Odpověď na otázku, zda respondent ví, co je alkoholismus, tříděno dle pohlaví
- Tab. 8: Věk počátku konzumace alkoholu
- Tab. 9: Důvody, které vedou ke konzumaci alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 10: Místo, kde lze alkohol nejčastěji obstarat (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 11: Četnost konzumace alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 12: Druh alkoholu, který respondent upřednostňuje (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 13: Míchání různého typu alkoholu v celém souboru (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 14: Místo obvyklé konzumace alkoholických nápojů (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 15: Osoba, s níž respondenti často pijí alkohol (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 16: Doba nejčastější konzumace alkoholických nápojů (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 17: Prodej alkoholu pod hranicí 18 let (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 18: Předložení dokladu totožnosti při nákupu alkoholických nápojů
- Tab. 19: Pocity při konzumaci alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 20: Druh a absolutní četnost jiných pocitů respondentů při konzumaci alkoholu
- Tab. 21: Pocity při větší konzumaci alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 22: Druh a absolutní četnost jiných pocitů respondentů při větší konzumaci alkoholu
- Tab. 23: Obtížnost dostupnosti alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 24: Znalost osoby v okolí, která má/měla s konzumací alkoholu problém (odpovědi tříděny dle pohlaví)
- Tab. 25: Upozornění rodičů nebo pedagoga okolí osobu mající problém s alkoholem (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 26: Večerní zábava bez alkoholu (v celém souboru a třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 27: Způsob, jakým dostali respondenti nejvíc informací o škodlivosti alkoholu (odpovědi tříděny dle pohlaví)
- Tab. 28: Možnost vyřešení problémů konzumací alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 29: Zesměšnění z důvodu odmítnutí konzumace alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 30: Informovanost rodičů o volném čase (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 31: Postoj rodičů ke konzumaci alkoholu (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 32: Pomoc rodičů v řešení problémů (třídění odpovědí dle pohlaví)

- Tab. 33: Pochopení ze strany rodičů, když je potřeba (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 34: Komunikace mezi rodičem a respondentem (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 35: Odvoz dopravním prostředkem osobou, která požila alkoholický nápoj (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 36: Nejzajímavější aktivita (třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 37: Spokojenost s preventivními aktivitami na škole (situace v celém souboru, třídění odpovědí dle pohlaví)
- Tab. 38: Výpočtová tabulka – frekvence konzumace alkoholu dle pohlaví
- Tab. 39: Výpočtová tabulka – podíl žáků dle frekvence konzumace alkoholu na jednotlivých školách
- Tab. 40: Zastoupení respondentů dle jednotlivých škol v souboru
- Tab. 41: Konzumace alkoholu mládeží dle lokality
- Tab. 42: Konzumace alkoholu mládeží dle lokality – podrobná data

## **Seznam grafů**

Graf 1: Věk počátku konzumace alkoholu

Graf 2: Frekvence konzumace alkoholu dle pohlaví

Graf 3: Frekvence konzumace alkoholu dle typu školy

Graf 4: Frekvence konzumace alkoholu dle lokality

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Analýza v programu EpiInfo, verze 6.02, metodou dobré shody Chí-kvadrát ( $\chi^2$ ) pro kontingenční tabulku
- Příloha č. 2: Dotazník
- Příloha č. 3: Přehled současné platné legislativy
- Příloha č. 4: Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret v letech 2002 - 2010

# PŘÍLOHA Č. 1

	+ Disease	-	
+	75	100	175
-	59	47	106
E	134	147	281

Analysis of Single Table  
 Odds ratio = 0.60 (0.36 <OR< 1.00)  
 Cornfield 95% confidence limits for OR  
 Relative risk = 0.77 (0.61 <RR< 0.98)  
 Taylor Series 95% confidence limits for RR  
 Ignore relative risk if case control study.

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected :	4.34	0.0372755 ---
Mantel-Haenszel:	4.32	0.0376151 ---
Yates corrected:	3.84	0.0500515

F2 More Strata; <Enter> No More Strata; F10 Quit

	+ Disease	-	
+	75	29	104
-	59	12	71
E	134	41	175

Analysis of Single Table  
 Odds ratio = 0.53 (0.23 <OR< 1.18)  
 Cornfield 95% confidence limits for OR  
 Relative risk = 0.87 (0.74 <RR< 1.02)  
 Taylor Series 95% confidence limits for RR  
 Ignore relative risk if case control study.

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected :	2.84	0.0921010
Mantel-Haenszel:	2.82	0.0930356
Yates corrected:	2.26	0.1329208

F2 More Strata; <Enter> No More Strata; F10 Quit

	+ Disease	-	
+	100	29	129
-	47	12	59
E	147	41	188

Analysis of Single Table  
 Odds ratio = 0.88 (0.39 <OR< 1.99)  
 Cornfield 95% confidence limits for OR  
 Relative risk = 0.97 (0.83 <RR< 1.14)  
 Taylor Series 95% confidence limits for RR  
 Ignore relative risk if case control study.

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected :	0.11	0.7414108
Mantel-Haenszel:	0.11	0.7420749
Yates corrected:	0.02	0.8889072

F2 More Strata; <Enter> No More Strata; F10 Quit

		+ Disease -		
		+	-	
+		40	88	128
		+-----+-----+		
-		65	71	136
		+-----+-----+		
E		105	159	264

Analysis of Single Table  
 Odds ratio = 0.50 (0.29 <OR< 0.85)  
 Cornfield 95% confidence limits for OR  
 Relative risk = 0.65 (0.48 <RR< 0.89)  
 Taylor Series 95% confidence limits for RR  
 Ignore relative risk if case control study.

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected :	7.53	0.0060529 ---
Mantel-Haenszel:	7.51	0.0061496 ---
Yates corrected:	6.86	0.0088164 ---

F2 More Strata; <Enter> No More Strata; F10 Quit

		+ Disease -		
		+	-	
+		82	92	174
		+-----+-----+		
-		52	55	107
		+-----+-----+		
E		134	147	281

Analysis of Single Table  
 Odds ratio = 0.94 (0.57 <OR< 1.57)  
 Cornfield 95% confidence limits for OR  
 Relative risk = 0.97 (0.75 <RR< 1.25)  
 Taylor Series 95% confidence limits for RR  
 Ignore relative risk if case control study.

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected :	0.06	0.8104524
Mantel-Haenszel:	0.06	0.8107835
Yates corrected:	0.01	0.9069729

F2 More Strata; <Enter> No More Strata; F10 Quit

		+ Disease -		
		+	-	
+		82	118	200
		+-----+-----+		
-		52	70	122
		+-----+-----+		
E		134	188	322

Analysis of Single Table  
 Odds ratio = 0.94 (0.58 <OR< 1.52)  
 Cornfield 95% confidence limits for OR  
 Relative risk = 0.96 (0.74 <RR< 1.25)  
 Taylor Series 95% confidence limits for RR  
 Ignore relative risk if case control study.

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected :	0.08	0.7744082
Mantel-Haenszel:	0.08	0.7747493
Yates corrected:	0.03	0.8649422

F2 More Strata; <Enter> No More Strata; F10 Quit



## PŘÍLOHA Č. 2

### DOTAZNÍK

Dobrý den,

prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku, který má posloužit k výzkumu zkušeností s konzumací alkoholu mezi žáky Vašeho věku. Má-li být tento výzkum úspěšný, je důležité, abyste si otázky pozorně přečetli a zakroužkovali jednu, Vámi zvolenou odpověď a v otevřených otázkách odpověď doplnili. Pokud se v dotazníku objeví otázka, na kterou nebudete chtít odpovědět, nekroužkujte ji. Nejde o žádný test. Neexistují zde správné ani špatné odpovědi. Pokud nenajdete odpověď, která by vystihovala Váš názor nebo Vaše zkušenosti přesně, označte odpověď, která je významem nejbližší.

Můžu Vás ujistit, že veškeré Vaše odpovědi jsou důvěrné. V dotazníku neuvádějte své jméno, je anonymní.

#### 1. Pocházíte z:

- města
- vesnice

#### 2. Víte, co je alkoholismus?

- ano
- ne

#### 3. Už jste někdy požil/a alkoholický nápoj?

- ano
- ne

#### 4. Pokud ano, v kolika v letech:.....

#### 5. Z jakého důvodu? (vyberte nejzávažnější)

- byl/a jsem k tomu nucen/a
- chtěl/a jsem zkusit, co to se mnou udělá
- chtěl/a jsem si zlepšit náladu
- chtěl/a jsem vyřešit problém
- z nudy
- chtěl/a jsem na sebe upozornit
- chtěl/a jsem zapadnout do party
- jiné:.....

#### 6. Kde lze podle Vás alkohol nejčastěji obstarat?

- doma
- na diskotéce
- v partě
- v hospodě, restauraci
- jinde, kde:.....

**7. Jak často konzumujete alkoholické nápoje?**

- téměř každý den
- 1x týdně
- 1x měsíčně
- nepiji alkohol

**8. Jaký typ alkoholu upřednostňujete:**

- pivo
- víno
- likéry
- míchané nápoje
- tvrdý alkohol
- žádný, nepiji alkohol

**9. Mícháte různé typy alkoholu?**

- ano
- ne

**10. Kde obvykle pijete alkohol? (Je možné zakroužkovat více odpovědí)**

- doma
- ve škole
- na diskotéce
- v hospodě, restauraci
- venku (např. v parku)
- jinde, kde:.....
- nepiji alkohol

**11. S kým často pijete alkohol?**

- sám/ sama
- s přáteli
- se spolužáky
- s rodinou
- nepiji alkohol

**12. Kdy nejčastěji konzumujete alkoholické nápoje?**

- pracovní dny
- o víkendech
- nekonzumuji

**13. Už Vám někdy prodali alkohol, aniž by Vám bylo 18 let?**

- ano
- ne
- nemám zkušenost

**14. Chtěli po Vás ukázat při prodeji alkoholu doklad totožnosti?**

- ano
- ne
- nemám zkušenost

**15. Jaké pocity máte, když se napijete? (je možné označit i více odpovědí)**

- zvýšené sebevědomí
- pocit uvolnění
- radost ze života
- pocit deprese, strachu
- jiné pocity, uveďte jaké:.....

**16. Co cítíte po větší konzumaci alkoholu? (je možné označit i více odpovědí)**

- únavu
- ztráta sebeovládání
- nevolnost
- bolest hlavy
- jiné pocity, uveďte jaké:.....

**17. Je pro Vás obtížné sehnat alkohol?**

- ano
- ne

**18. Znáte někoho z Vašeho okolí, kdo má/měl problém s alkoholem?**

- ano, léčí/léčil se
- ano, zvládá/zvládl to sám
- znám víc lidí, co s tím mají problém
- ne, o nikom nevím

**19. Pokud odpovíte kladně na předchozí otázku, upozornili byste na to rodiče nebo učitele?**

- ano
- ne
- nevím

**20. Dokážete si užít večer i bez alkoholu?**

- ano, alkohol vůbec nepiji
- ano, alkohol beru jen jako zpestření
- ne, bez alkoholu je nudný večer
- ne, bez alkoholu si nedokáži zábavu představit

**21. Od koho jste dostali nejvíc informací o nebezpečí alkoholu?**

- od rodičů
- ve škole
- od přátel
- z časopisů
- z televize
- z jiného zdroje, odkud:.....

**22. Myslíte si, že alkoholové opojení vyřeší problémy člověka?**

- ano
- ne
- nevím

**23. Myslíte si, že se když odmítnete napít, že se tím zesměšníte?**

- ano
- ne

**24. Když jdete ven, vědí Vaši rodiče, kam jdete a kdy se vrátíte domů?**

- ano, vždy
- ano, občas
- ne
- nikdy jim to neřeknu a oni se mě na to neptají

**25. Jaký postoj ke konzumaci alkoholu mají Vaši rodiče?**

- negativní, jsou zásadně proti
- neznám jejich názor na pití alkoholických nápojů
- nevadí jim to, sami se občas napijí
- tolerují jen „pití s mírou“

**26. Myslíte si, že svěřením se rodičům pomůže k řešení Vašich problémů?**

- ano, vždy
- ano, někdy
- většinou ne
- vůbec ne

**27. Dokáží Vás rodiče pochopit a pomoci Vám, když to potřebujete?**

- ano, vždy
- většinou ano
- většinou ne
- vůbec ne

**28. Jak hodnotíte komunikaci mezi Vámi a Vašimi rodiči?**

- je výborná, vím, že s nimi můžu hovořit téměř o všem
- je dobrá, snaží se mě pochopit
- není velmi dobrá, nemluvíme spolu o problémech
- nedostatečná, nemají zájem ani čas komunikovat se mnou o problémech

**29. Dali byste se odvést autem či na motorce osobou, která požila alkohol, i když by to byl Váš příbuzný nebo partner/ka?**

- ano
- ne
- nevím

**30. Která z následných aktivit by Vás nejvíce zaujala?**

- beseda s lékařem, psychologem
- beseda s vyléčeným alkoholikem
- beseda s metodikem práce, výchovným poradcem
- exkurze do protialkoholní léčebny
- návštěva skupiny Anonymních alkoholiků
- film o dané problematice

**31. Jste spokojen/a s preventivními aktivitami na Vaší škole?**

- ano
- ne
- nevím

**32. V případě záporné odpovědi u otázky č. 31 uveďte proč a návrhy na zlepšení:**

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

**33. Jste:**

- žena
- muž

**Věk:**.....

Děkuji Vám za Vaši trpělivost a jsem Vám moc vděčná za zodpovězené otázky.

Zuzana Koudelková

## PŘÍLOHA Č. 3

Přehled současné platné legislativy

- Zákon č. 587/1992 Sb., o spotřebních daních, poslední novelizace 255/2002 Sb., stanoví se podmínky zdaňování piva, lihu, vína (obsaženého v alkoholických nápojích je uskutečněno na základě typu alkoholického nápoje) a tabákových výrobků spotřebními daněmi
- Zákon č. 65/1965 Sb., zákoníku práce, který obsahuje opatření na ochranu nekuřáků na pracovišti a zákaz požívání alkoholických nápojů na pracovišti.
- Trestní zákon č. 140/1961 Sb.
- Přestupkový zákon č. 200/1990 Sb.
- Zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, který mimo jiné obsahuje opatření vztahující se na prodej a podávání alkoholických nápojů.
- Závazný pokyn policejního prezidenta č. 12/1999, kterým se upravuje postup příslušníků Policie České republiky při odhalování protiprávních jednání souvisejících s toxikománií
- (379/2005 Sb.),

### **Zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů**

Novely zákona:

.... č. 320/2002 Sb. 1. 1.2003 - 31.12.2005

.... č. 132/2000 Sb. 1. 1.2001 - 31.12.2002

.... č. 190/1999 Sb. 2. 9.1999 - 31.12.2000

### **Zákon č. 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu, ve znění pozdějších předpisů**

Novely zákona:

.... č. 37/1989 Sb. 1. 7.1989 - v platnosti

.... č. 120/1962 Sb., základní znění zákona 27.12.1962 - 30. 6.1989

### **Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů**

1. 1.2006 - v platnosti

**Zákon č. 140/1961 Sb. Trestný čin šíření toxikomanie podle § 188a**  
**§218- Podávání alkoholických nápojů mládeži**

"Kdo opakovaně nebo ve větší míře podává osobě mladší než osmnáct let alkoholické nápoje, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok."

# PŘÍLOHA Č. 4

## Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret v letech 2002 - 2010

### Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret (na obyvatele za rok)

*Consumption of alcoholic beverages and cigarettes (annual per capita averages)*

02	ALKOHOLICKÉ NÁPOJE, CIGARETY	Měrná jednotka L/ztř	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Index 2010/2009	ALCOHOLIC BEVERAGES, CIGARETTES	
02.1	ALKOHOLICKÉ NÁPOJE	a	litry	184,4	186,4	184,6	188,1	184,3	185,8	183,2	177,6	<b>170,9</b>	96,3	ALCOHOLIC BEVERAGES
	(a - celkem, b - v hodnotě čistého lihu)	b	litry	10,0	10,2	9,8	10,2	10,2	10,4	10,4	10,4	<b>9,8</b>	94,5	(a - total, b - in terms of pure alcohol)
	Lihoviny (40%)	a	litry	8,3	8,4	7,6	7,8	8,0	8,2	8,1	8,2	<b>7,0</b>	85,8	Spirits (40%)
		b	litry	3,3	3,4	3,0	3,1	3,2	3,3	3,2	3,3	<b>2,8</b>	85,6	
	Vino celkem	a	litry	16,2	16,3	16,5	16,8	17,2	18,5	18,5	18,7	<b>19,4</b>	103,8	Wine total
		b	litry	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1	<b>2,2</b>	103,8	
	vino hroznové	a	litry	13,7	13,9	14,1	14,4	14,8	16,1	16,3	16,5	<b>17,3</b>	105,0	wine
	vino ostatní	a	litry	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,2	2,2	<b>2,1</b>	96,8	other than grape wine
	Pivo celkem	a	litry	159,9	161,7	160,5	163,5	159,1	159,1	156,6	150,7	<b>144,4</b>	95,9	Beer, total
		b	litry	4,8	4,9	4,9	5,2	5,0	5,0	5,2	5,0	<b>4,8</b>	96,4	
02.2	CIGARETY		ks	1893	2192	2243	2275	2338	2345	2107	2071	<b>2028</b>	97,9	CIGARETTES