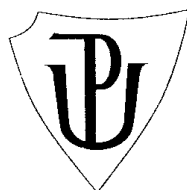


UNIVERZITA PALACKÉHO

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií



ALKOHOLISMUS MLADISTVÝCH

Diplomová práce

Olomouc

2011

Autor práce: Petra Koutná

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Škobrtal Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 8. dubna 2011

Petra Koutná

Poděkování

Děkuji PhDr. Pavlu Škobrtalovi Ph.D. za odborné vedení a spolupráci, cenné rady a připomínky při realizaci této diplomové práce.

Dále bych chtěla touto cestou poděkovat vedení a pedagogickému sboru ZŠ Jesenická v Bruntále za umožnění realizace výzkumu.

Obsah

Úvod.....	6
1. TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 ZÁVISLOST.....	7
1.1.1 Diagnostika problémů působených alkoholem podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí	8
1.1.2 Specifika působení návykových látek u dětí a mladistvých.....	12
1.1.3 Úzus, abúzus, misúzus	13
1. 2. ALKOHOL	16
1.2.1 Charakteristika a rozšíření	16
1.2.2 Alkoholické nápoje	17
1.2.3 Alkoholismus	19
1.2.4 Skupiny lidí ve vztahu k alkoholu	21
1.3 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU.....	23
1.3.1 Etiologie	23
1.3.2 Vývoj závislosti	23
1.3.3 Fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu	24
1.3.4 Typy závislosti.....	27
1.3.5 Výskyt vzniku závislosti.....	28
1.3.6 Příčiny vzniku závislosti.....	32
1.4 NÁSLEDKY ABÚZU ALKOHOLU.....	36
1.4.1 Somatická poškození	36
1.4.2 Psychická poškození.....	39
1.4.3 Úrazy a otravy.....	41
1.5 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....	42
1.5.1 Vymezení období dospívání.....	42
1.5.2 Vývoj myšlení, zpracování informací a řešení problémů	43

1.5.3	Emoční vývoj	45
1.5.3	Vlivy působící na adolescenta.....	47
1.5.4	Vlivy týkající se společnosti	49
1.5.5	Varovné známky konzumace alkoholu	50
1.6	PREVENCE	52
1.6.1	Zvláštnosti prevence v různých věkových kategoriích	53
1.6.2	Prevence v rodině v období dospívání.....	55
1.6.3	Prevence ve škole	56
2.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	57
2.1	VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	57
2.2	CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ	58
2.3	ZKOUMANÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU.....	59
2.4	METODOLOGIE	60
2.4.1	Škála FEA.....	60
2.4.2	NEO pětifaktorový osobnostní inventář.....	60
2.4.3	Vlastní výzkum.....	61
2.5	VÝSLEDKY A INTERPRETACE	61
2.5.1	Postup ověření první hypotézy	63
2.5.2	Postup ověření druhé hypotézy	65
2.5.3	Postup ověření třetí hypotézy	66
	DISKUSE	69
	ZÁVĚR	70
	SOUHRN	71
	SEZNAM LITERATURY	73
	SEZNAM PŘÍLOH	75
	ANOTACE	

Úvod

Nelze pochybovat o tom, že alkoholismus je problém, který mezi lidmi vždycky byl, je a bude. O samotném alkoholu se ví mnoho, ale otázce závislosti se věnuje pozornosti málo.

Téma diplomové práce jsem si vybrala, protože mě problematika alkoholismu zajímá. Jsem si vědoma, že není v mých silách obsáhnout celou problematiku alkoholismu v jedné diplomové práci a proto jsem si zvolila problematiku alkoholu právě ve vztahu k mladistvým. Chtěla bych poukázat na zvyšující se procento mladistvých, kteří požívají alkoholické nápoje před 18. rokem života. A také na snižující se věkovou hranici první zkušenosti s alkoholem, či stavem podnapilosti. V současné době je problematika alkoholismu mladistvých více zmiňována než v letech minulých, ale myslím si, že se stále tento problém podceňuje.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 ZÁVISLOST

Pod pojmem závislost si většina lidí představí osoby, které mají problém s užíváním drog. Neexistuje ale pouze závislost drogová. Mezi námi se vyskytují i další, a v poslední době i více zmiňované, závislosti. Patří mezi ně např. závislost na nikotinu, hracích automatech, práci, nakupování, ale také třeba na jídle či sexu. Dospělý člověk si může vybudovat závislost na čemkoliv, o to více jsou ohroženi děti a mladiství. Mezi zvláště nebezpečné závislosti patří závislost na tzv. legálních drogách, mezi které patří cigarety a alkohol. Alkohol má mezi drogami výjimečné postavení, patří mezi nejstarší, nejrozšířenější a nejvíc užívané drogy. Jeho zneužívání má velmi závažné důsledky.

V naší společnosti je alkohol drogou velmi tolerovanou a bez kapky alkoholu se neobejde téměř žádná oslava. Touto tolerancí se alkohol stává nebezpečnější, než se v mnohých případech může zdát. Ze statistik vyplývá, že věková hranice první zkušenosti s alkoholem klesá a není překvapením, že touto první zkušeností bývají ve většině případů právě rodinné oslavy a alkohol děti ochutnají nejčastěji z rukou rodičů či příbuzných. Také, pokud se rozhlédneme kolem sebe, potkáváme stále více matek posedávajících u sklenice piva nebo vína a dítě sedí v kočárku, případně si hraje v dětském koutku, kterých je dle mého názoru v poslední době víc než dost. Tato skutečnost je již předzvěstí toho, že pro tyto děti je a bude pití alkoholu věcí naprosto normální a ve společenském životě nepostradatelnou.

Užívání alkoholu je sice omezeno některými zákonnými úpravami, nicméně je ve většině zařízení či obchodech pro většinu populace legálně dostupný. Klíčovou roli hraje zlepšení systému kontroly dodržování zákona. V tomto případě zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem

a jinými návykovými látkami. Konkrétně se jedná o §12, kterým se zakazuje prodej a podávání alkoholických nápojů a povinnosti osob prodávající alkoholické nápoje:

(1) Zakazuje se prodávat nebo podávat alkoholické nápoje

- a) osobám mladším 18 let,*
- b) na všech akcích určených osobám mladším 18 let,*
- c) osobám zjevně ovlivněným alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou,*
- d) ve zdravotnických zařízeních,*
- e) v prostředích výlučně určených pro vnitrostátní hromadnou dopravu osob s výjimkou železničních jídelních vozů, palub letadel a určených prostor plavidel veřejné lodní dopravy,*
- f) na sportovních akcích, s výjimkou výčepního piva s extraktem původní mladiny do 10 hmotnostních procent,*
- g) ve všech typech škol a školských zařízení).*

(2) Prodej alkoholických nápojů pomocí prodejních automatů, u nichž nelze vyloučit prodej osobám mladším 18 let věku, nebo umístěných v prostorách, do nichž mají vstup osoby mladší 18 let, se zakazuje. Veškeré další formy prodeje, při kterých není možno ověřit věk kupujícího, se zakazují.

1.1.1 Diagnostika problémů působených alkoholem podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek mají v MKN zkratku F10-F19. Poruchy vyvolané požíváním alkoholu F10., na desetinném místě se pak kóduje specifikace duševní poruchy.

F1x.0 – Akutní intoxikace

Je to přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, poznávání, emotivity nebo chování, nebo také jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog.

F1x.1 – Škodlivé užívání

Vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být fyzické nebo psychické. Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání měla za následek fyzické nebo psychické poškození. Škodlivé užívání by se nemělo diagnostikovat, jestliže je přítomen syndrom závislosti, psychotická porucha apod. U dospívajících jedinců se vyskytuje často. (Říčan, Krejčířová, 2006)

F1x.2 – Syndrom závislosti

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobnovení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;

- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.“

(Říčan, Krejčířová, 2006, s. 272)

Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV).

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

- a) růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování),
- b) odvykací příznaky po vysazení látky,
- c) přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu,
- d) dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky,

- e) trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
- f) zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení,
- g) pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

[On line]. [cit. 19.březen 2011] <<http://www.alkoholik.cz>>

Můžeme zjistit, že uvedená americká kritéria závislosti jsou skoro totožná s kritérii uváděné Světovou zdravotnickou organizací.

F1x.3 – Odvykací stav a F1x.4 Odvykací stav s deliriem

K odvykacím stavům dochází po výrazném snížení nebo vysazení obvykle vysokých dávek psychoaktivních látek. U dospívajících se lze nejčastěji setkat s odvykacími stavy po nikotinu a heroinu. Konopí výraznější odvykací stavy vyvolává méně často s ohledem na pomalé vylučování účinné látky této drogy z těla.

F1x.5 – Psychotická porucha, F1x.6 Amnestický syndrom a F1x.7 Residuální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem

S psychotickými poruchami po návykových látkách se setkáváme u dětí a dospívajících zejména po halucinogenech nebo pervitinu. Patří sem také většina alkoholických psychóz, se kterými se ovšem setkáváme až v pozdějším věku. To se týká i amnestických syndromů (tedy poškození paměti psychoaktivními látkami). Kódem F1x.7 označíme i psychotickou reminiscenci (flashback), tedy stav, kdy se člověk cítí jako by byl pod vlivem drogy dlouho poté, co ji přestal užívat. (Říčan, Krejčířová, 2006)

1.1.2 Specifika působení návykových látek u dětí a mladistvých

Říčan, Krejčířová (2006) uvádějí tato specifika:

- „Nevyzrálost metabolických procesů a nízká tolerance zpomaluje eliminaci návykových látek, takže hrozí těžší tělesná poškození a nebezpečnější otravy.
- Závislost se v dětském a dorostovém věku rozvíjí rychleji a vzhledem k nedostatku zkušeností a sociálních dovedností jsou zde závažnější rizika.
- Během dospívání dochází nejen k tělesným a hormonálním změnám, ale také k vytváření nových neuronových sítí v mozku. I jen mírné poškození poznávacích funkcí alkoholem vede k horším studijním a později i pracovním výsledkům. U adolescentů závislých na alkoholu ve věku 15-16 let byla zjištěna horší schopnost pamatovat si slova a geometrické obrazce.
- Při prevenci i léčbě ještě ve větší míře, nežli je tomu u dospělých brát v úvahu rodinné interakce a pokud je to možné, pracovat i s rodiči nebo jinými relevantními dospělými z okolí klienta.
- Pro dospívání je do značné míry typická tendence testovat hranice, přehánět a riskovat. To zvyšuje riziko úrazů a násilného chování pod vlivem alkoholu i jiných látek.
- Dlouhodobá prognóza těchto problémů může být příznivější než krátkodobá. Přirozený proces zrání je často tichým spojencem terapeutických snah. V terapii jde často i o to, získat čas a překlenout rizikové období.
- Z uvedených důvodů je třeba děti a dospívající před alkoholem a jinými návykovými látkami energičtěji chránit, než jak je tomu dosud u nás. Pro zajímavost uvádím, že věk, odkdy je povoleno kupovat alkohol, je v USA i Japonsku 21 let.“ (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 261-262)

Užívání alkoholu dětmi a mladistvými může být spojeno i s dalšími riziky. Nejenže alkohol může být bránou k dalším drogám, ale je zde také riziko nechráněného sexu, nebo projevy agrese. U mladistvých je alkohol příčinou mnoha úrazů, násilí i dopravních nehod.

1.1.3 Úzus, abúzus, misúzus

„**Úzus** znamená „mírné“ požívání (konzum) alkoholických nápojů. Mluvíme o něm, jestliže alkohol v alkoholických nápojích je požíván v přijatelném množství, v přijatelném věku, v přijatelném zdravotním stavu a ve vhodné době. U dospělého zdravého člověka to bude požití takové dávky po práci a po jídle, kdy hladina alkoholu nepřestoupí 0,6g/l (%) v krvi. Alkoholické nápoje jsou konzumovány jako nápoj doplňující jídlo i jako pochutina: alkohol jako droga se při úzu prakticky neuplatňuje.

Misúzus (zneužívání) představuje všechno ostatní, než bylo uvedeno. Misúzus je širší pojem než abúzus, tyto dva pojmy se zdaleka nekryjí.(Skála, 1987) Např. ze zákona č. 361/2000 Sb. podle §5 odst. 2a), 2b) platí naprostý zákaz požívání alkoholických nápojů před a při řízení motorových vozidel. Dopravní policisté v současné době při zjišťování hladiny alkoholu v krvi používají dechový analyzátor Dräger 7410 (dechový analyzátor většinou ukazuje na displeji hladinu alkoholu v krvi na dvě desetinná místa), který je přesnější než dříve používané detekční trubičky. Řidič, u kterého by byl zjištěn alkohol, uvedený zákon porušil – v jeho případě mluvíme o zneužití alkoholu – misúzu, ale nikoliv o abúzu (tj. nadužívání). Podobně je tomu u mladistvých, u kterých zákon vyžaduje abstinenci. U nich i konzum malých dávek alkoholických nápojů představuje misúzus. Osoba, která trpí záchvatovitým onemocněním, má zachovávat naprostou abstinenci, protože epileptický záchvat mohou vyprovokovat i malé dávky alkoholu. Podobně žena, která pije během těhotenství, může ohrozit

zdraví svého budoucího dítěte, i když při tom nejde o velké dávky alkoholických nápojů. Poškození plodu může zavinit i konzumace 30g alkoholu denně představující hladinu kolem 0,6 g/l alkoholu v krvi. Osoba závislá na alkoholu může dosáhnout úzdravy jen trvalou a důslednou abstinencí. Půllitr piva, který znamená u zdravého člověka úzus, představuje u osoby závislé na alkoholu misúzus.

Abúzus (tj. nadužívání alkoholických nápojů) představuje všechny další formy nadměrného konzumu, které nebyly uvedeny pod pojmem úzus či misúzus. Abúzus může být občasný, periodický nebo pravidelný, systematický. I jednorázový abúzus, zejména ve formě velkých dávek alkoholu, představuje riziko stejně jako abúzus periodický či systematický. V prvním případě může docházet k projevům agresivního chování, k těžké intoxikaci apod., v druhém případě pak k nepříznivým důsledkům na psychickém a duševním zdraví člověka, na degradaci jeho osobnosti atd. Abúzus doprovází nejružnější společenské zvyklosti a setkání, kdy lidé vědomě (či nevědomě) vyhledávají účinek alkoholu jako drogy.

Úzus i abúzus mohou, ale také nemusí vést k závislosti: tato představuje abúzus zpravidla již nutkavého charakteru s charakteristickými projevy chování podmíněnými mimo jiné nespolehlivou (poruchovou) kontrolou v průběhu konzumu alkoholických nápojů. Osoba závislá na alkoholu na počátku konzumace si nikdy nemůže být jistá, zda u ní dojde k alkoholické intoxikaci nebo ne. V těchto případech mluvíme o osobě na alkoholu závislé místo dřívějšího označení alkoholik.“ (Skála, 1987, s. 17)

Tabulka č. 1: Způsob konzumace alkoholických nápojů (Skála, 1987, s. 18)

Způsob konzumace alkoholických nápojů	Označení členů skupiny	Hladina alkoholu g/l (‰)	Bližší charakteristika
Abstinence	abstinenti	0,0-0,3	zásadoví, nezásadoví: abstinenti poruší max. 4krát do roka
Úzus	konzumenti	0,6-1,0	zásadoví, nezásadoví: uvedenou hladinu 0,6 – 1,0 dosahují max. 4krát do roka
Abúzus	abuzéři, pijáci	0,6 a více	příležitostní: hladinu 1,0 přesahují max. 4krát do roka, pravidelní: hladinu 1,0 přesahují častěji – občasný výskyt intoxikace
Závislost	Osoby závislé na alkoholu	(tolerance na alkoholu zpočátku stoupá, později klesá)	Alkohol v alkoholických nápojích je oceňován především jako drogy s psychotropním účinkem

1. 2. ALKOHOL

Nejznámějším alkoholem je víno z vinné révy. Poprvé se začalo vyrábět asi před 6-8 tisíci lety v oblasti Blízkého východu. Asi v 10. století vynalezli Arabové proces destilace a od té doby máme silnější vína a tvrdý alkohol. Název slova alkohol pochází z arabského slova Al-Kahal, což v překladu znamená jemná substance. To, jestli je alkohol jemný nebo nám, jak se lidově říká, vypálí červa, záleží především na jeho koncentraci v daném nápoji. Běžně se do takových nápojů přidává cukr i různé jiné látky, jako jsou například extrakty z ovoce nebo bylin, aby se dosáhlo charakteristické chuti, vůně, ale i barvy.

1.2.1 Charakteristika a rozšíření

Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol $C_2H_5 - OH$) obvykle znám pod názvem líh, vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – a to z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů, které jsou obsaženy v obilných zrnech nebo bramborách. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech (např. při domácí výrobě destilátu vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, metylalkoholem (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv (působí oslepnutí) a později vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy. Charakteristiku nervového jedu a schopnost vyvolat acidózu má i etylalkohol, i když v menší míře (Popov in Kalina, 2003).

Etylalkohol (dále zde již jen alkohol) byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách dávných civilizací, jak o tom svědčí četné archeologické nálezy – někdy jako látka zvláštního

významu (např. při náboženských obřadech), později stále častěji jako nápoj. Znamé jsou též zprávy o léčebném používání alkoholu. I v současnosti se používá alkohol poměrně široce jak v oficiální (farmakologie), tak i v lidové medicíně. Nepochybně stejně dlouho jak je alkohol znám, tak lidstvo provází i negativní následky jeho nemírného požívání (Popov in Kalina, 2003).

1.2.2 Alkoholické nápoje

Pivo – vyrábí se ze sladu získaného z ječmene, dále z chmelu, kvasnic a vody. Alkohol v pivu vzniká kvašením po přidání kvasnic. Při spodním kvašení vzniká ležák (koření získané ze sladu se vaří), při horním kvašení vzniká „bílé“ pivo anglického typu, při kterém se koření většinou nevaří. Koření získané ze sladu obsahuje kyselinu mléčnou, která pivu propůjčuje charakteristickou chuť. Pivo je spíše pochutinou než poživatinou, současně však alkoholickým nápojem. Chemické složení závisí na použitých surovinách, na původní stupňovitosti a na prokvašení. Alkohol v konzumovaný v podobě piva se na rozdíl od silných alkoholových nápojů vstřebává pomaleji (zejména při požití po jídle), hladina alkoholu v krvi stoupá relativně pomalu.

Víno – je nápoj, který vzniká alkoholickým kvašením šťáv z čerstvých vinných hroznů. Co se týká účinků v něm přítomných těkavých látek, rozeznává se aroma (mladé víno) a buket (zralé víno). Tyto látky sestávají především z vyšších alkoholů a jejich esterů. Bílé víno obsahuje více cukrů, červené víno více esterů a méně cukru. Dezertní vína jsou posílena alkoholem až do celkového obsahu z 20 objemových procent (tj. 16 hmotnostních %). Perlivé druhy, jako je šampaňské, prochází druhotným kvašením, během kterého se vedlejší produkt, oxid uhličitý, udržuje v láhvi nápoje pod tlakem. Alkoholizovaná vína, jako je sherry, portské, madeira, vermut, jsou kombinace vín s brandy nebo jinými lihovinami a s příchutěmi.

Likéry - jsou vyráběny z výtažků rostlin, plodů, ovocných šťáv nebo emulzí z tukových látek (vejce, čokoláda).

Lihoviny, destilované alkoholické nápoje – pálenka (brandy) je vyráběna destilací vína. Slivovice je pálenka vyráběná ze švestek, cherry brandy z třešní atd. Výroba whisky počala patrně ve 12. století. Skotská whisky je vyráběna hlavně z ječmenného sladu, irská whisky z ovesa. Bourbon je vyráběn rovněž z ovesa s malým přídavkem rýže a sladovaného žita. Rum se vyrábí z cukrové třtiny a vodka je destilát vyrobený z nejrůznějších produktů a filtrovaný přes živočišné uhlí. (Skála, 1987)

Tabulka č. 2: Obsah alkoholu v nápojích [on line]. [18. března 2011]
< <http://alkohol.klobuckamafie.cz/html/co-je-to-alkohol.html> >

Obsah alkoholu v nápojích		
název, množství	obsah alkoholu v ‰	množství alkoholu v g
pivo 0,5l 12%	5	25
světlé pivo 0,5l	3,5	18
víno 2dl	12	24
sherry 0,5dcl	20	10
whisky 0,5 dcl	40	20

1.2.3 Alkoholismus

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholismus“. Tento termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v roce 1849. O sto let později (v r. 1951, díky WHO) však začal být alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém. První definice pijáctví jako nemoci pochází z roku 1784. Jejím autorem byl americký lékař Benjamin Rush, který sepsal první učebnici psychiatrie v USA (Popov in Kalina, 2003).

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100%ní alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deseti litrů na jednoho obyvatele za rok. V konzumaci piva jsme se spotřebou 160 litrů na jednoho obyvatele za rok dokonce na prvním místě celosvětových tabulek. V pěti zemích s nejvyšší spotřebou piva (ČR, SRN, Belgie, Lucembursko, Austrálie) žijí sice jen 4 % světové populace, vypijí však téměř 1/3 světové produkce piva. Tato „světovost“ má však pro občany ČR řadu negativních dopadů. Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. Při pravidelné konzumaci vyšších dávek (20 – 60 g) může docházet k řadě vážných zdravotních potíží.

Pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách vyšších než 18 g u žen a 20g u mužů sebou nese riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé, závislí na alkoholu 30 – 40% celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení (Popov in Kalina, 2003).

Psychoaktivní účinky alkoholu jsou závislé především na množství, formě a způsobu požití alkoholického nápoje a mají komplexní charakter. Na charakteristických projevech chování se podílejí vlivy biologické (osobní dispozice, zdravotní stav, kondice), vlivy psychologické (předzvěst účinku, očekávaný efekt) a vlivy sociální

(působení prostředí, společnosti a dalších osob když dochází k požívání alkoholu).

Akutní intoxikace CNS alkoholem se obvykle projevuje jako prostá opilost. Na začátku konzumace a při nižších dávkách se působení alkoholu projevuje stimulačně. Dochází k psychomotorickému nabuzení a následnému zvýšení nálady, přidává se mnohomluvnost, zvýšené sebevědomí. Následně na to se objevuje snížení zábran nebo sebekritičnosti a roste agresivita. Při rychlé konzumaci vyšších dávek alkoholických nápojů popřípadě při déle trvající a nepřerušené konzumaci dochází k projevům hlavního efektu etylalkoholu na CNS, tedy k útlumu. Objeví se únava, somnolence, spánek v horších případech bezvědomí a smrt (Popov in Kalina, 2003).

Podle hladiny alkoholu v krvi, závislé v zásadě na množství vypitých alkoholických nápojů se popisuje několik stádií intoxikace alkoholem:

- 1) excitační opilost – při množství alkoholu do 1,5g/kg nebo do 0,99‰ – hovorný, povznešenější nálada, veselost
- 2) mírná opilost – od 1,00 – 1,49‰ – opět hovorný, místy planě vtipkuje, euforie, zvýšené sebevědomí a sebedůvěra, ovlivněna psychomotorika – pozdější reakce
- 3) hypnotické stádium – při množství alkoholu od 1,6 – 2g/kg také 1,50 – 1,99‰ opilost středního stupně – již výrazně narušena psychomotorika, přítomny poruchy koordinace a zpomalení tělesných pohybů, snížena pozornost, nálada se může zlepšit nebo naopak nastupuje celkový útlum
- 4) narkotické stádium - hladina alkoholu vyšší než 2g/kg nebo 2,00 – 2,99‰ těžká opilost - blábolivá řeč, neschopnost samostatné chůze, psychické poruchy, výraznější poruchy chování, agresivita, zvracení
- 5) vážná otrava alkoholem – při hladině alkoholu vyšší než 3g/kg, také 3,00 - 3,99‰ – těžké poruchy vědomí, nereaguje na

podněty, dýchání je pomalé, mohou být poruchy srdečního rytmu, riziko zástavy dechu a oběhu

- 6) riziko smrtelné otravy alkoholem – alkoholémie nad 4g/kg; 4,00‰ – komatózní stav, letální dávka – u 50 % pacientů je 5% alkoholu v krvi

[on-line].[cit. 27. března 2011]

<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Opilost>>

1.2.4 Skupiny lidí ve vztahu k alkoholu

Abstinenti – odmítá z jakéhokoliv důvodu alkohol. Žízeň hasí nealkoholickým nápojem např. minerálkou. Společností nebývají pochopeni a stávají se často terčem posměchu. Dle medicínských směrnic je abstinent těžko dosažitelný. Abstinentem se může považovat člověk, který nepožil žádný alkoholický nápoj v jakémkoliv množství a formě po dobu tří let. Nejvíce abstinentů se vyskytuje mezi dětmi ve věku do 6 let.

Konzument – většina lidí pijících příležitostně. Pijí pro tekutinu a chuť např. při společenském styku nebo při oslavách. Mezi konzumenty patří malé procento mužů, značné procento žen a v neposlední řadě i docela velké procento mládeže. Mnozí členové skupiny konzumentů se dostávají nejdříve občas a nakonec definitivně do skupiny následující, do skupiny pijáků.

Piják – pije pro účinky alkoholu tedy především, pro pocit euforie, lepší náladu a pocit uvolnění od starostí. Když člověk začne hledat v alkoholickém nápoji zdroj euforie, tj. příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, odstranění potíží a duševního napětí, zapomnění apod., začíná kratší, delší či dlouhá cesta, během níž se z nevinného pijáka může vyvinout a někdy se skutečně vyvíjí těžký, často tragicky končící člověk závislý na alkoholu.

Alkoholik - osoba závislá na alkoholu. Alkoholici jsou lidé, kterým pití alkoholu přináší řadu osobních a společenských problémů. Alkoholik má již plně vytvořenou závislost na alkoholu a nedokáže se již bez alkoholu obejít. Při abstinenci (např. v nemocničním ošetření) trpí fyzicky i psychicky, podobně jako toxikoman. Dostaví se třes, pocení, křeče, úzkost, dezorientace až delirium tremens, což je stav provázený halucinacemi, oblužením a pomateností. [on line]. [cit. 19. března 2011].

<<http://www.alkoholik.cz>>

1.3 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

1.3.1 Etiologie

„Vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje „dispozičně-existenční model“: čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav aj.), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace-množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti. Vždy však jde o komplexní působení řady faktorů, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji závislosti (biologické psychosociální). Co se týče dědičnosti, existuje řada dokladů (rodinné studie, studie dvojčat, sledování adoptovaných dětí aj.), potvrzujících význam dědičných vlivů, které se mohou více, či méně uplatnit. Naopak žádný výzkum nedokázal existenci specifické osobnostní struktury, zakládající vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti, či dokonce determinující pro vývoj do závislosti na alkoholu.“ (Popov in Kalina, 2003, s. 152)

1.3.2 Vývoj závislosti

„Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro vývoj závislosti jsou „postupné“ změny („postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu“, „postupná ztráta kontroly užívání alkoholu“, „postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů“). Současně dochází (zpočátku většinou rovněž nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se vlastně o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných jeho pitím. Tyto změny myšlení a z nich vycházejícího chování se označují jako „alkoholické obrany“.

Alkoholik jimi zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhazuje („racionalizuje“) pití.“ (Popov in Kalina, 2003, s. 153)

„Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv. „okénka“). Alkoholická „okénka“ (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti (akutní amnézie), při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během akutní intoxikace alkoholem. Pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Závislá osoba je tak schopna denně konzumovat značné množství alkoholu, přičemž se často nechová nápadně, takže nebudí pozornost, nepůsobí dojmem opilého člověka. Postupně však dochází naopak k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol – snížení tolerance, při kterém i malé množství vypitého alkoholu vyvolává u postiženého rychlé příznaky těžké opilosti. To je zvláště nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu, konzumovaným v minulosti.“ (Popov in Kalina, 2003, s. 153)

1.3.3 Fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu

Vývoj vzniku závislosti na alkoholu rozdělil Skála (1987) do čtyř fází:

1. Fáze občasné konzumace – období, kdy lidé pijí alkohol většinou ve společnosti. Jeho konzumace je většinou projevem sociální konformity, v určitých sociálních vrstvách se stala normou. Když je jedinec členem této skupiny, je značné riziko, že se zvýší frekvence jeho pití alkoholu nebo stoupnou denní dávky. Konzumace alkoholu v zátěžové situaci slouží k potlačení nepříjemného napětí, k dosažení uvolnění a dobré nálady. Rizikovým faktorem je zafixování si zkušenosti, že alkohol přináší úlevu. Potřebné dávky alkoholu rostou

zejména tehdy, když se problémy nahromadí a takto disponovaný člověk se je ani nepokouší řešit účelnějším způsobem.

2. Fáze prodromální, varovná – v této fázi alkohol pomáhá zvládat stresové situace, jedinec se cítí výkonnější, sebejistější a bez problémů přijímá různá rizika. K tomu, aby byl schopen takto fungovat, potřebuje pít stále víc. V důsledku dlouhodobě zvýšené konzumace stoupá tolerance k alkoholu, a proto dochází ke zvyšování dávek nebo jsou dávky častější. Stává se, že někdy pije sám, popřípadě tajně. Člověk nad svým pitím občas ztratí kontrolu a opije se. Začínají se objevovat alkoholové výpadky paměti (palimpsesty), kdy si nevzpomíná, co v této době dělal, signalizují, že své jednání už plně neovládá. V této fázi si začíná uvědomovat svou potřebu alkoholu a to vše pociťuje jako nepříjemné varování (Vágnerová, 2004).
3. Fáze kritická – pokračuje růst tolerance k alkoholu a v závislosti na tom i míra jeho konzumace. Tento člověk přestává své pití regulovat, stavy opilosti jsou stále častější, objevují se alkoholické amnézie, nepamatuje si, co v opilosti dělal. I když si po vystřízlivění dělá výčitky, nedokáže se ovládat. Není toho schopen, i když by rád, a někdy se o to pokouší. V tomto stádiu ztrácí kontrolu nad svým pitím, nedovede pít s mírou. Stal se závislým, potřebuje alkohol denně, neobejde se bez něj, ať už byla jeho primární motivace k pití jakákoli. Alkohol mu přestal poskytovat tak žádoucí pocity jako dříve, ale kdyby se nenapil, cítil by se tak špatně, že by dlouho abstinovat nevydržel. Nechce si svou závislost přiznat, je přesvědčen, že by kdykoli dokázal přestat pít. Užívání alkoholu vede ke vzniku různých problémů, zejména sociálních (např. konflikty v rodině, na pracovišti), alkoholik na ně reaguje obrannou racionalizací. Dává přednost společnosti lidí, kteří rovněž pijí, a nic mu nevyčítají. Pod vlivem alkoholu začíná

měnit některé osobnostní vlastnosti. Dochází ke změně v hodnotovém systému a k oploštění zájmů i vztahů k lidem.

4. Fáze terminální, období úpadku – v důsledku poškození funkce jater se tolerance k alkoholu začíná snižovat. Jedinec se rychleji opije, ale bez alkoholu nevydrží. Pije prakticky nepřetržitě. První dávku si dává hned po ránu. V tomto období se začínají projevovat psychické i somatické poruchy. Sociálněadaptační problémy a konflikty s lidmi jsou stále častější a závažnější. Postoj okolí je negativní, odmítavý a odsuzující. Důsledkem toho je sociální izolace. Kontakty s lidmi se nakonec omezují jen na ty, kdo je ochoten jej přijmout a pít s ním. Pro toto stádium jsou typické stavy bezmocnosti. Alkoholik si uvědomuje svou neschopnost zvládnout závislost. Má potíže, když pije, ale i když nepije. Pokračuje psychické, ale i fyzické chátrání a úpadek v sociální oblasti (Vágnerová, 2004).

„Závislost na alkoholu přetrvává i tehdy, když se pacient naučí abstinovat. Už nesmí nikdy pít, ani v malých dávkách. Bývalá alkoholička středního věku, tento problém formulovala naprosto přesně: „Kdo se jednou stal alkoholikem, strachu se nikdy nezbatí. Nazývat alkoholika vyléčeným je matení pojmů. Alkoholismus máme po úspěšné léčbě pouze odléčený, závislost v nás však zůstává a do konce života nad námi bude viset Damoklův meč selhání. Málokdo z alkoholiků si to však přizná.“ (LN, 1995 in Vágnerová, 2004)

Tento vývoj vzniku závislostí poprvé popsal v roce 1952 americký alkohololog českého původu E. M. Jellinek. Tato typologie bývá ještě dnes citována v odborné literatuře. Rozlišuje 5 typů abúzu, respektive závislosti na alkoholu:

Typ alfa: „problémové pití“, abusívus alkoholu, používaný jako „sebemedikace“ k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti či depresivních pocitů, často pití o samotě

Typ beta: „společenské pití“, příležitostný abusus, výrazně charakterizovaný sociokulturálně, častým pitím ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické poškození

Typ gama: (bývá označován jako „anglosaský typ“, s preferencí piva a destilátů) závislost na alkoholu, charakterizována poruchami kontroly pití, postupným zvyšováním tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, následovanou somatickým a psychickým poškozením, výrazněji bývá vyjádřena psychická závislost

Typ delta: (označován jako „románský typ“, preferující víno) typická je chronická (denní) konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, výrazněji bývá vyjádřena somatická závislost s tělesným poškozením

Typ epsilon: epizodický abusus (dipsomanie, „kvartální pijáctví“) s obdobím delší, občas úplné abstinence, nepřilíš častá varianta závislosti, provázejí někdy afektivní poruchy. (Kalina, 2003).

1.3.4 Typy závislosti

Jednotlivé psychoaktivní látky mají různé účinky a mohou vyvolávat různý typ závislosti. (Přesné rozlišení je obtížné, mnozí autoři soudí, že na buněčné úrovni jde o obdobný mechanismus. Halgin a Whitbourne, 1994).

Somatická závislost – je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení téhož efektu potřebuje stále větší dávku). Projevuje se při vysazení drogy abstinčním syndromem. Ten může mít v závislosti na druhu látky různé příznaky, ale téměř vždy zahrnuje neklid, napětí a vegetativní potíže, jako je zvýšené pocení a třes (Berkow a kol., 1996; Rahn a Mahnkopf, 2000).

Psychická závislost – se projevuje „obtížně přemožitelnou touhou vzít svou dávku drogy“, potřebou užívat ji opakovaně s přesvědčením,

že pokud by to neudělal, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost vyvolává i pouhá představa, že by svou dávku neměl. Závislý jedinec se naučil takto reagovat, zafixoval si, že mu droga něco přináší (Dörner a Plog, 1999 in Vágnerová, 2004).

1.3.5 Výskyt vzniku závislosti

Konkrétnější odhad počtu závislých na užívání psychoaktivní látky je obtížný. V naší společnosti se rozlišuje četnost lidí závislých na alkoholu a na nealkoholových drogách. Počet alkoholiků je stále vyšší než počet drogově závislých. Alkoholismus je převážně problémem mužské populace, i když počet žen-alkoholiček stále stoupá. Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší u mladých lidí (Vágnerová, 2004).

S alkoholem získávají děti první zkušenost již ve věku 11-13 let.

Tabulka č. 3: Pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věkové skupiny. (Sovinová, Csémy, 2003, s. 42)

Druh nápoje	Pohlaví	Věková skupina					
		11 let		13 let		15 let	
Pivo		1998	2002	1998	2002	1998	2002
	Chlapec	14,1	9,3	15,0	21,1	29,3	36,9
	Dívka	6,7	4,0	8,5	8,0	14,2	23,1
Víno	Chlapec	3,0	2,1	2,5	6,4	4,7	10,9
	Dívka	0,5	1,0	1,8	3,3	6,5	12,1
Lihoviny	Chlapec	1,9	1,4	2,8	2,7	5,5	10,6
	Dívka	0,7	0	0,8	0,5	3,2	6,4
Míchané nápoje	Chlapec	5,2	3,7	4,9	5,3	8,4	9,8
	Dívka	1,6	1,1	3,3	3,0	7,9	9,1

(uvedené hodnoty jsou v %)

„Tabulka shrnuje informace o výskytu relativně pravidelného pití (tj. pití daného druhu alkoholického nápoje alespoň jednou týdně) u dětí ve věku 11 let, 13, let a 15 let (žáci 5., 7. a 9. tříd ZŠ). Ve věkové skupině 11 let je s výjimkou piva pití alkoholu relativně řídké, s rostoucím věkem se pak pití stává běžnějším. Sledujeme-li změny mezi rokem 1998 a 2002, nejvýraznější posuny jsou patrné ve věkové skupině patnáctiletých. Až na pití míchaných nápojů je výrazný nárůst pití u všech druhů alkoholických nápojů a u obou pohlaví. V pití piva se rozdíly mezi chlapci a dívkami zmenšují. Podle dat z roku 2002 pije pivo běžně více než jedna třetina patnáctiletých chlapců a téměř čtvrtina děvčat. Obliba míchaných alkoholických nápojů může být ovlivněna skutečností, že konzumace alkoholických nápojů v této formě je sociálně méně viditelná.“(Sovinová, Csémy 2003, s. 42)

„Poznatky o spotřebě alkoholu u dospívajících jsme získali ze studie ESPAD¹ 1995, 1999 a 2003. Tato studie sledovala reprezentativní soubor středoškoláků ve věku 16 let. V případě spotřeby alkoholických nápojů byl sledován výskyt častého konzumu alkoholických nápojů v posledním měsíci a časté pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu 3x a častěji v posledních 30 dnech) a opilost udávaná 3x a častěji v posledních 30 dnech (viz tabulka č. 4)“. (Sovinová, Csémy 2003, s. 43)

Tabulka č. 4: Pravidelné pití alkoholických nápojů u 16 letých středoškoláků (Sovinová, Csémy 2003, s. 44)

Alkohol za posledních 30 dnů	Chlapci			Dívky			Studenti celkem		
	1995	1999	2003	1995	1999	2003	1995	1999	2003
Pivo 6x*	26,7	37,4	33,6	6,9	12,1	14,4	17,8	24,1	23,1
Víno 6x*	5,8	6,3	7,8	3,7	7,5	9,4	4,8	7,0	8,7
Destiláty 6x*	13,0	15,5	14,0	9,7	10,1	11,4	11,5	12,7	12,6

*znamená „a více“ nebo „a častěji“ (uvedené hodnoty jsou v %)

„Časté pití alkoholických nápojů udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. U dívek není preference nápoje tak výrazná jako u chlapců. V roce 1995 byly dokonce destiláty u dívek nejčastěji konzumovaným druhem alkoholu, postupně však narůstala u dívek obliba piva.

¹ Školní projekt o alkoholu a jiných drogách - studie ESPAD byla realizována pod záštitou Rady Evropy (Pompidou Group) poprvé v roce 1995 ve 26 evropských zemích jako školní dotazové šetření. Druhá vlna výzkumu proběhla v roce 1999 a zatím poslední v roce 2007. Cílem bylo, aby mezinárodní projekt, koordinovaný Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách (CAN), přinesl srovnatelná data o užívání návykových látek mezi mládeží v Evropě.

Ve srovnání s rokem 1995 je v roce 1999 více častých konzumentů alkoholických nápojů u obou pohlaví a u všech druhů nápojů. Mezi rokem 1999 a 2003 není již nárůst tak výrazný. U dívek je relativní nárůst vyšší než u chlapců, a pokud jde o druh nápoje, největší nárůst je u piva.

Za indikátory již zcela nepochybně zdravotně rizikových forem konzumu alkoholu, případně také již forem problémového pití, lze považovat výskyt časté alkoholové intoxikace (v našem případě opilost udávaná častěji než 3x v posledním měsíci) a výskyt častého pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (v našem případě konzumace ekvivalentu 100 a více ml čistého lihu 3x anebo častěji v posledním měsíci). Výsledky naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou velmi rozšířené u chlapců a stávají se stále běžnějšími u dívek. Výskyt v tomto smyslu definovaného rizikového pití lze v roce 2003 odhadnout na 17 až 23% populace chlapců a 8 až 13% populace dívek ve věku 16 let. Rozdíly mezi rokem 1999 a 2003 nebyly významné a pouze u dívek byl zjištěn mírný nárůst.“ (viz tabulka č. 5)

(Sovinová, Csémy 2003, s. 43-44)

Tabulka č. 5: Pití nadměrných dávek alkoholu a opakovaná opilost u 16 letých středoškoláků (Sovinová, Csémy 2003, s. 44)

Alkohol za posledních 30 dnů	Chlapci			Dívky			Studenti celkem		
	1995	1999	2003	1995	1999	2003	1995	1999	2003
Časté pití nadměrných dávek alkoholu (3x+)	19,9	24,0	23,1	6,6	10,4	12,6	13,9	16,8	17,5
Opilost 3x+	14,3	18,5	17,2	5,5	8,2	10,3	10,3	13,1	13,5

+ znamená „a více“ nebo „a častěji“ (uváděné hodnoty jsou v %)

„Sledujeme-li konzumní zvyklosti dospívajících z hlediska typu navštěvované střední školy, pak musíme konstatovat, že rizikové formy pití, tj. časté pití nadměrných dávek a častá alkoholická intoxikace, se statisticky významně častěji vyskytují u žáků středních odborných učilišť. Je to zřejmě dáno jejich sociálním prostředím včetně takových činitelů, jako je více volného času, a oproti studentům středních odborných škol a gymnázií také více finančních prostředků.“ (Sovinová, Csémy 2003, s. 44)

1.3.6 Příčiny vzniku závislosti

Závislost na užívání psychoaktivní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou. Na jejím vzniku se mohou podílet somatické a psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního. Je třeba diferencovat působení obecných sociokulturních faktorů, menších sociálních skupin i situační podněty, jako je např. aktuální dostupnost drogy. Jejich interakce určuje pravděpodobnost experimentace i míru rizika vzniku závislosti.

U vzniku závislosti záleží na chemickém složení psychoaktivní látky a na jejím působení na lidský organizmus. Užívání některých látek

vyvolá závislost téměř u kohokoli, bez ohledu na specifické, biologické nebo psychické vlastnosti jedince. Toto se děje v případě tzv. tvrdých drog (např. heroin) (Vágnerová, 2004).

Genetické dispozice

Genetické dispozice mohou velmi zvýšit tendenci užívat psychoaktivní látku, jsou považovány za etiologicky velmi významný faktor. Nemůžeme ovšem jednoznačně říci, zda jde o komplex specifických genetických informací nebo o dědičně podmíněnou produkci určitého mediátoru, resp. změnu jeho receptorů či enzymu, který se podílí na zpracování psychoaktivní látky. Je potřeba si uvědomit, že výskyt závislosti v rodině může být podmíněn jen nápodobou tohoto modelu chování.²

Biologický základ

Biologickým základem vzniku závislosti na psychoaktivní látce je určitý způsob jeho zpracování v organismu. Tato látka se zpracovává v mozku bez ohledu na chemické složení pomocí tzv. mezolimbokortikálního systému. Důsledkem chronického užívání určité látky se mění fungování některých oblastí mozku. Mnohé z těchto změn jsou společné pro všechny psychoaktivní látky, jiné jsou specifické. Může se změnit množství i senzitivita receptorů různých neurotransmiterů, např. dopaminu. Přerušení dávky drogy vede k poklesu hladiny dopaminu v příslušné oblasti a následnému pocitu nelibosti, který vyvolává

² Příkladem může být alkoholismus, který je z čistě genetického hlediska heterogenní poruchou zahrnující mnoho různých odchylek v oblasti obecně metabolických či specifických neurotransmiterových systémů. U alkoholu se předpokládá, že dědičné dispozice ovlivňují riziko vzniku závislosti z 25-50%. (V tomto případě jde o primární alkoholismus, který se rozvíjí velmi brzy.) Dosud byly nalezeny různé mutace, které mohou ovlivnit sklon k pití alkoholu, resp. toleranci k této látce. Jsou lokalizovány na 2., 4., 5., 6., 9., 11., 12. a 13. chromozomu. Z těchto nálezů je ale zřejmé, že i když se všechny nepotvrdí, lze dispozici k alkoholismu považovat za geneticky multifaktoriální. Závislost na alkoholu může u různých lidí vzniknout jako výsledek působení většího množství faktorů, které jsou ve vzájemné interakci (Gelder a kol., 1996; Cook a Gurling, 2001; Cox a kol., 2001).

potřebu ji získat. I když postupně ubývá schopnosti dosáhnout pomocí této látky žádoucích prožitků, neztrácí se nutkání k jejímu užívání. Riziko užívání alkoholu mohou ovlivnit určité fyziologické reakce, průběh jejího metabolického zpracování nebo kvalita či intenzita příznaků akutní intoxikace (nevolnost, zvracení). Jedinec, kterému alkohol přináší zvlášť příjemné pocity a jeho metabolické zpracování nemá negativní následky, jej bude s větší pravděpodobností užívat častěji nebo také ve větším množství (Vágnerová, 2004).

Psychické faktory

Důvod, který bývá spouštěčem experimentování s psychoaktivní látkou, může vycházet z individuálních potřeb nebo je také důsledkem sociálního tlaku vrstevnické skupiny, spolupracovníků, aj. Nejčastěji jde o potřebu:

- získat něco pozitivního – např. potřeba uniknout stereotypu, nudě, dosáhnout uspokojení, slasti, uvolnit zábrany, získat inspiraci
- uniknout něčemu negativnímu – např. vyřešit nějaký problém, vyhnout se frustraci, stereotypu,...
- sociální konformity – uchování určitých vztahů, akceptace skupinou, nebo subkulturou v níž užívání této látky (alkoholu, drog) patří k oceňovanému, resp. standardnímu chování

Dále dle Vágnerové (2004) mezi psychické faktory můžeme zařadit **emoční prožívání** (hlavně nedostatek vnitřní pohody, zvýšená labilita, úzkosti, deprese,...), **jiný způsob uvažování a hodnocení situace** (lidé, kteří nejsou schopni adekvátně posoudit sebe sama ani okolní realitu), také je zde důležitý **faktor učení**, kdy si člověk zafixuje, že mu užívání psychoaktivních látek přináší nějaký zisk, zvyšuje mu sebevědomí, dávají mu pocit moci, tendence k určitému způsobu chování (tyto osoby mívají sníženou sebekontrolu a sklony k impulzivitě, tento způsob je běžnější v období dospívání) a nakonec také osobnostní vlastnosti –

jedinci, kteří jsou nejistí, labilní, neschopni zvládat své problémy, mívají i větší tendence riskovat a mají menší citlivost k ohrožení.

Důležitým rizikovým faktorem je existence jiné psychické poruchy či choroby, např. schizofrenie, deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti, které výrazněji zvyšují generalizované pocity nepohody a zároveň eliminují mechanismy autoregulace. V tomto případě se mluví o **sekundárním alkoholismu**. (Epstein, 2001 in Vágnerová, 2004)

Sociální faktory

Také sociální faktory mohou v nemalé míře zvyšovat tendenci k užívání psychoaktivních látek.

- a) Společnost – dosažitelnost psychoaktivních látek ve společnosti, především jejich dostupnost pro populaci mladistvých.
- b) Městské prostředí – větší pravděpodobnost nabídky drog, také větší anonymita a možnost menší kontroly.
- c) Rodina – vliv dysfunkční rodiny, kde chybí disciplína, kde dítě není vhodně vychováváno, tendence k užívání psychotropních látek může vzniknout jako nápodoba chování rodičů.
- d) Sociální skupina – vliv kamarádů, party, za rizikové můžeme považovat i některé profese, kde je větší přístupnost k psychoaktivním látkám, nebo přinášejí větší množství stresových situací (lékaři, barmani).
- e) Nižší úroveň vzdělání – neúspěšnost ve škole, především vlivem dysfunkční rodiny.
- f) Sociální deprivace – chybějící možnost seberealizace, nezaměstnanost, bezdomovectví.

(Vágnerová, 2004)

1.4 NÁSLEDKY ABÚZU ALKOHOLU

Spousta konzumentů alkoholických nápojů si neuvědomuje, jaké to může mít rozsáhlé následky, a to jak zdravotní tak i sociální. Často potom bývají překvapeni zdravotními potížemi a nechtějí si připustit, že za tyto obtíže může z větší části právě alkohol. Tyto sociální a zdravotní následky jsou dnes již dobře známé a řadu z nich můžeme najít i v mezinárodní klasifikaci nemocí, kde jsou zařazené jako specifické onemocnění způsobené alkoholem. Zdravotní poškození lze rozdělit na onemocnění v oblasti psychické a onemocnění v oblasti somatické. Mezi somatické můžeme zařadit různá poškození žláz, nemoci krve, nemoci trávicí nebo nervové soustavy, díle zhoubné nádory, různá infekční onemocnění, onemocnění kůže a svalů nebo také se mohou objevit komplikace v těhotenství. Mezi psychická poškození patří postižení intelektu, poruchy orientace, vnímání a jednání, ale hlavně rozvoj psychické složky závislosti na alkoholu. Také je alkohol příčinou řady psychotických stavů.

1.4.1 Somatická poškození

MUDr. Karel Hampl (in Sovinová, Csémy, 2003) mezi somatická poškození řadí především:

1) Infekční nemoci – mezi infekční nemoci můžeme zmínit plicní tuberkulózu, která se u těchto jedinců vyskytuje ve značně vyšší míře než u ostatní populace, dochází k rozpadu plicní tkáně a k nečekaným reinfekcím a superinfekcím. Alkohol také přispívá k šíření různých venerických onemocnění, protože potlačuje zábrany a vede k nevybíravému střídání partnerů.

2) Zhoubné nádory – ve spoustě případů hraje alkohol roli kokarcenogenu, ale může působit i přímo. U pijáků alkoholu je výskyt rakoviny dutiny ústní a nosohltanu 2,5krát větší, asi 24krát je vyšší riziko u pijáků, kteří kouří. Také stoupá výskyt rakoviny jater, slinivky, jícnu, žaludku a tenkého střeva.

3) Nemoci žláz s vnitřní sekrecí – alkohol přispívá ke snížení hladiny testosteronu, způsobuje atrofii varlat a může vést až k impotenci. Nedostatek jaterního glykogenu může vést k hypoglykémii až k hypoglykemickému kómatu. V důsledku toho se může alkohol podílet i na vzniku diabetu 2. stupně.

4) Poruchy výživy a přeměny látek – tyto poruchy můžou mít různé klinické projevy a jsou velmi časté. Na jedné straně se jedná o proteinoenergetickou podvýživu nebo naopak může vést k obezitě zejména u pijáků piva. Také dochází k nedostatku vitamínů, zejména vitamínu skupiny B. Projevuje se porucha metabolismu proteinů, ta se ukáže ve změnách spektra krevních bílkovin. Současně je utlumena i tvorba hemokoagulačních bílkovin v játrech, to se projevuje sníženou srážlivostí krve. Porucha metabolismu lipidů vede ke zvyšování hladiny HDL (high density lipoproteins) a ty se podílejí na zpětném návratu cholesterolu z cév do jater. Tímto se zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění. Další poruchy metabolismu se týkají kyseliny močové, kde alkohol zvyšuje její tvorbu a může docházet až k hyperurikémii, ke zvyšování hodnot draslíku v krvi a ke zvýšenému vstřebávání železa a jeho ukládání v játrech. Pití alkoholu také výrazně ovlivňuje tvorbu některých enzymů, jako jsou např. GMT (gamma-glutamyl-transferáza), který je jedním z nejcitlivějších ukazatelů jaterního poškození alkoholem, také ASP (asparátaminotransferázy) a ALT (alaninaminotransferáza).

5) Nemoci krve a krvetvorných orgánů – jak už bylo zmíněno výše, mezi nejzávažnější poškození patří porucha hemokoagulace, tedy špatná srážlivost krve. Po zranění dochází k těžkému krvácení nebo krvácení do zažívacího systému zejména po prasknutí jícnových varixů.

6) Nemoci nervové – alkohol zvyšuje práh citlivosti pro bolest, ale snižuje křečový práh. Může vyvolávat změny na EEG a poškozuje REM fázi spánku. Dále je viditelný alkoholický tremor, který se projevuje třesem očních víček, rukou a někdy i celého těla. Zvyšuje se po odnětí alkoholu. Jako další následek pití alkoholu byla prokázána mozková atrofie postihující mozkové hemisféry, což může vést až k demenci.

Proces atrofie postihuje i mozeček což má za následek poruchu koordinace hybnosti, nejistou chůzi a třes. Mezi nejčastější neurologická onemocnění způsobené alkoholem patří výskyt epileptických záchvatů a alkoholická polyneuropatie, při které nejčastěji onemocní periferní nervy. Projevuje se paresteziemi, svalovou slabostí a křečemi. Charakteristický je nález na distálních partiích dolních končetin, později i horních. Výskyt epileptických záchvatů je způsoben snížením křečového prahu a mohou být vyvolány jak abúzem alkoholu tak i jeho náhlým odnětím. Jsou vázány výhradně na alkohol a většinou po delší abstinenci zcela vymizí. Někdy jsou úvodem do deliria tremens. Není zde žádný EEG nález a pacienti neužívají žádná antiepileptika.

7) Nemoci oběhové soustavy – v poslední době se můžeme setkat s názory, že malé pravidelné dávky alkoholu (2dcl červeného vína) mají projektivní účinek na vznik infarktu myokardu. Toto zatím nebylo prokázáno. U abuzérů alkoholu dochází ke zvyšování hladiny cholesterolu a to často ukazuje i na přítomnost aterosklerózy. Dále dochází k arteriální hypertenzi. Kombinace alkoholu a hypertenze může vést až k alkoholické kardiomyopatii se srdečním selháním. Na jejím vzniku se podílí i nedostatek vitamínů skupiny B, nahromadění lipidů a pokles hladiny hořčíku v krvi.

8) Nemoci trávicí soustavy – alkohol výrazně zvyšuje peristaltiku duodena a tenkého střeva. Větší množství může vyvolat pylorospasmus (křečovitě sevření žaludku) a zvracení. Závažným onemocněním jsou jícnové varixy, které se objevují jako komplikace jaterní cirhózy. Uvádí se, že vznik jaterní cirhózy je možný již za pět let při denní spotřebě 60g alkoholu u mužů a 20g alkoholu u žen. V dnešní populaci je více než 50% jaterních cirhóz alkoholického původu a se stoupající spotřebou alkoholu stoupá i počet úmrtí na jaterní cirhózu. Dochází také často ke zvětšení jater způsobené jejich ztukovatěním. To lze upravit při zachování abstinence. Pokud pacient pije dále, dojde k dalším poškozením jater, která již nejsou reverzibilní. Mezi další projevy v oblasti trávicího traktu patří známky chronické alkoholové

hepatitidy. To lze zjistit především biochemickým vyšetřením. Klinický obraz je málo výrazný, dochází ke zvýšené unavitelnosti a k nechutenství. Časté je také onemocnění slinivky břišní. Za 12 – 48 hodin po alkoholovém excessu může dojít k akutní pankreatidě pod obrazem náhlé příhody břišní. Toto onemocnění způsobené alkoholem je nutné pokládat vždy za závažné a může vést až k invaliditě.

9) Nemoci kůže a svalů – diagnostickým vodítkem abúzu alkoholu mohou být také změny na kůži. Můžeme pozorovat červený a bílý dermografismus nebo také mramorování kůže. Dále dochází k atrofii podkožní tukové tkáně v obličeji, trvalému rozšíření kapilár viditelných na kůži v podobě červených nitek (teleangiektázie) a objevuje se rinofyma, což je známo jako „opilecký červený nos“. Vytváří se tak facies alcoholica což je doplněno o zarudnutí oční víčka, překrvení spojivek a trhlínky kolem ústních koutků (ragády). Jako projev jaterní cirhózy se na kůži mohou objevit pavoukovité névy a rozšíření povrchních žil na břicho a hrudníku. Na nehtech lze pozorovat symetrické bílé proužkování. Také se může objevit chronická alkoholická myopatie se svalovými bolestmi, hypotrofie a ochablost svalů.

10) Fetální alkoholový syndrom (FAS) – u tohoto syndromu byl vliv alkoholu plně prokázán. Jedná se o pití alkoholu během těhotenství matky. To může závažně poškodit plod a narození dítěte se somatickým a psychickým poškozením. Dochází k dysfunkci centrálního nervového systému, k postižení růstu, vzhled obličeje, na kterém jsou patrné různé anomálie (pokleslá oční víčka, široký, nízký nosní můstek, úzký horní ret a nízko položené uši).

1.4.2 Psychická poškození

Hampl (in Sovinová Csémy 2003) řadí mezi psychická poškození:

1) Psychická závislost na alkoholu – psychickou závislost můžeme popsat jako nepřekonatelnou touhu po alkoholu (craving) spojenou se ztrátou kontroly nad pitím. Na základě této závislosti dochází

k zanedbávání povinností, upřednostňování pití alkoholu před ostatními zájmy a povinnostmi. Časem dochází ke zvyšování tolerance, která se následným neustálým pitím snižuje tak, že jedinec projevuje známky opilosti již po malých dávkách alkoholu. V konzumaci alkoholu pokračuje i přesto, že byl upozorněn na následné komplikace a hrozící nebezpečí.

2) Postižení intelektu – následkem pití alkoholu se snižují i intelektové schopnosti pijáka, zaznamenáváme zhoršení paměti, jedinec zapomíná, co chtěl říci, udělat nebo kde měl být. Zapomíná na své povinnosti. Dochází ke globálnímu postižení kognitivních funkcí i osobnosti jinak nazýváno jako alkoholová demence.

3) Poruchy osobnosti – zpočátku dochází k poruchám orientace, jednání nebo vnímání. Objevit se mohou projevy nedostatečné vůle a podléhání jiným osobám. Tak se postupně začíná rozvíjet specifická porucha osobnosti označována jako osobnost nezdrženlivá.

4) Syndrom z odnětí – nebo také označovaný jako odvykací stav. Objevuje se za několik hodin nebo dní po odnětí nebo přerušení pití alkoholu. Projevuje se jak psychicky (psychomotorický neklid, zrakové, sluchové halucinace, poruchy spánku, také křeče a epileptické záchvaty) tak i somaticky.

5) Delirium tremens – odvykací stav může přejít až do této fáze, což je závažná komplikace, která může ohrozit i život pacienta. Je nutná hospitalizace a léčba nejlépe v psychiatrickém zařízení. Projevuje se poruchami vědomí, také zrakovými nebo sluchovými halucinacemi, je zde značný psychomotorický neklid, při kterém je pacient schopen „odejít“ oknem ve vyšším patře, bez toho aniž by si uvědomoval, co dělá. Je doprovázeno tachykardií, pocením, inverzí spánku (noční bdění, denní spánek), také hypoglykémie a záchvaty křečí.

6) Alkoholická halucinóza – zde je pacient dobře orientován v místě a čase, vlastní osobou a má neporušené vědomí. Vyskytují se ale u něj halucinace, kterým věří a na které reaguje. Jedná se převážně

o halucinace sluchové, které nemocnému něco nařizují, nebo slyší různé rozhovory, do kterých se zapojuje. Tento stav se dá léčit psychofarmaky, ale nejlépe by se měl pacient podrobit ústavní protialkoholní léčbě a trvalé abstinenci.

7) Korsakovova alkoholická psychóza – objevuje se po proběhlém deliriu tremens nebo také v průběhu abúzu alkoholu. Nejčastěji se objevují poruchy paměti, které jsou většinou krátkodobé. Pacient si domýšlí situace, aby doplnil mezery v paměti, bývá často dezorientován, přičemž je přesvědčen, že je vše v pořádku. Následně se uzavírá do sebe a ztrácí zájem okolí.

8) Paranoidní alkoholická psychóza – toto onemocnění se nejčastěji projevuje bludnými představami o nějaké situaci anebo nějakém dění. Nejčastěji se uvádí příklad bludné představy o nevěře partnerky (partnera), to narušuje vzájemné vztahy a vede k rozchodu partnerů. Pacient se stává agresivní a může se stát, že bezdůvodně napadne jak partnerku, tak i domnělého milence.

9) Patická opilost – jde o zvláštní stav jedince, ke kterému dochází už po vypití malé dávky alkoholu. Objeví se zcela jiné neadekvátní chování, které je zcela odlišné od chování, když není jedinec pod vlivem alkoholu. Objevuje se strach, úzkost a pacient neovládá svoje emoce. Opět se objevují zrakové a sluchové halucinace a dochází k poruchám vnímání. Pacient se stává agresivním a může dojít i k trestné činnosti. Tento stav trvá pouze několik minut nebo hodin a končí zpravidla spánkem, po kterém se objevuje amnézie (dotyčný si nepamatuje vůbec nic, nebo jen útržky).

1.4.3 Úrazy a otravy

Úrazy a otravy patří k nejčastějším příčinám smrti abuzérů alkoholu do 40 let. Pokud dojde k úrazu v různě těžkém stupni akutní otravy alkoholem, může být komplikován zvýšeným krvácením. Úrazy a otravy také mívají těžší průběh a delší dobu rekonvalescence (Sovinová, Csémy, 2003).

1.5 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Období dospívání lze vymezit jako životní úsek mezi dětstvím a dospělostí. Většina autorů se shoduje, že se jedná o období od 10 do 20 let (Vágnerová, 2005) respektive od 11 do 22 let (Langmeier, 2006). Během tohoto období jsou na jedince kladeny požadavky dospělé společnosti, musí se podřídít normám chování, které jsou u dospělého vyžadovány. Očekává se od něj, že se stane nezávislým na rodičích, začne si vytvářet sexuální vztahy, přizpůsobovat se vrstevníkům, vytvořit si vlastní filosofii života anebo se připravit na volbu povolání. Charakteristické pro toto období jsou také změny jak v psychickém, tak hlavně ve fyzickém vývoji. V poslední době se růst dětí zrychlil, narůstá jejich výška i hmotnost a i fyzické změny nastupují dříve. Tento jev je nazýván sekulární akcelerací. (Binarová in Šimíčková-Čížková, 2005)

1.5.1 Vymezení období dospívání

V literatuře se můžeme setkat s různým dělením. Na období rané a pozdní adolescence (Vágnerová, 2005) nebo prepuberta, puberta a adolescence (Binarová, 2008). My se budeme držet rozdělení dle Langmeiera na období pubescence a adolescence.

1) Období pubescence – asi od 11 do 15 let:

- a) Fáze prepuberty – začíná se projevovat prvními známkami pohlavního dospívání, objevují se první sekundární pohlavní znaky a obvykle rychleji narůstá i výška. U většiny dívek trvá toto období od 11 do 13 let, u chlapců probíhá fyzický vývoj o 1 – 2 roky později.
- b) Fáze vlastní puberty – nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení schopnosti reprodukce. Zhruba můžeme toto období vymezit mezi 13 – 15 rokem.

2) Období adolescence – asi 15 – 22 let:

v této době je dosahována plná reprodukční zralost a je dokončován také tělesný růst. Mění se postavení jedince ve společnosti – přechod ze základní školy na střední, začínají hlubší erotické vztahy. Běžně se tato věková skupina označuje jako dorost, teenagers, mladiství. (Lemgmeier, Říčan, 2006)

Označením mladistvý se v naší společnosti rozumí člověk, který dovršil patnáctý rok života, ale nepřekročil osmnáctý rok svého věku. Tento pojem se zejména užívá v trestním právu.

1.5.2 Vývoj myšlení, zpracování informací a řešení problémů

V období pubescence dochází ke kvalitativní proměně způsobu uvažování. Piaget nazval toto období stádiem formálních logických operací. Pro vývoj myšlení je v tomto období charakteristické postupné uvolňování ze závislosti na konkrétní realitě. Myšlení mladších školáků bylo spojeno s poznáváním reálného světa a skutečného dění. Děti tohoto věku akceptovaly skutečnost takovou, jaká byla a jaké s ní měly zkušenosti. O jiných než reálně existujících alternativách neuvažovaly. Pro dospívajícího je typická potřeba přemýšlet o tom, jaký by tento svět mohl být nebo měl být. Realita je pro něj pouze jednou variantou mnoha možných. Dospívající je schopen uvažovat hypoteticky o různých možnostech, i o těch, které reálně neexistují nebo jsou málo pravděpodobné.

Typické znaky způsobu myšlení dospívajících (podle Keatinga, 1991)

- **připouštění variability různých možností** – tento způsob myšlení přispívá k rozšíření a obohacení úvah, formálně logické operace umožňují posuzovat problém z více hledisek, toto je předpoklad k chápání a pochopení různorodosti názorů jiných lidí

- **dovednost uvažovat systematičtěji** – mění se způsob manipulace s informacemi, dospívající je schopen stanovit si různé hypotézy

a postupnými kroky je vyloučit nebo potvrdit; jedinec akceptuje více možností, a proto dovede uvažovat o různých způsobech řešení; ověřování hypotéz můžeme chápat jako návrat k realitě popř. konfrontaci hypotetických úvah se skutečností; myšlení směřuje od možného k reálnému

- **experimentování s vlastními úvahami** - jedinec dovede úvahy kombinovat a integrovat v jeden celek, rozvíjí se flexibilita jejich myšlení a experimentace s novou schopností představuje standardní prostředek jejího dalšího vývoje

- **abstraktní způsob myšlení** – tento způsob myšlení si dospívající postupně osvojí; obsah je zaměnitelný, ale forma zůstává stejná, na této úrovni je nepodstatné, zda ve svých úvahách jedinec manipuluje s konkrétními pojmy nebo znaky vysoce abstraktními, které nic konkrétního neoznačují (př. v matematice bývají číslíčky nahrazovány symboly)

- **hypoteticko-deduktivní myšlení** – jedná se o formální logické operace; jde o přesah poznávání do oblasti, kterou nelze přímo pozorovat a na úroveň přesahující vlastní, obvykle dílčí zkušenosti, schopnost takového uvažování se postupně zlepšuje a zdokonaluje; deduktivní myšlení se projevuje schopností aplikovat obecné pravidlo

Dále se také na abstraktní úrovni rozvíjí **induktivní uvažování**, kdy dospívající dovedou své poznatky zobecňovat a jedinec dovede vymezit nadřazenou kategorii i pro abstraktně vymezené dvojice (Vágnerová, 2005).

V souvislosti s rozvojem formálně logických operací dochází k rozšiřování množství uvažovaných aspektů a jejich vzájemných vztahů a jsou schopni vzít v úvahu různé kombinace neboli **kombinační myšlení**. To umožňuje úspěšně řešit slovní úlohy a projevuje se komplexnějším způsobem zpracování vstupních informací, jejich kombinováním, řazením a srovnáváním. Dále se v adolescenci rozvíjí **pružnost myšlení**, kdy dospívající chápe, že tato závislost platí i opačně. Pod vlivem nového způsobu uvažování dochází také ke změně

vztahu k časové dimenzi. Zatím co pro mladší školáky je důležitá přítomnost, pro dospívajícího nabývá na významu především budoucnost.

Změna pohledu na svět vede dočasně k posílení poznávacího egocentrismu, kdy dospívající bývá nadměrně kritický a má sklon polemizovat. Tato tendence vyplývá z potřeby procvičit si své schopnosti a dokázat, co dovede. Jedinec je přesvědčen, že jeho argumenty jsou dostatečně jasné, aby je každý pochopil a přijal. Jiný názor berou jako projev neochoty či omezenosti. Tato tendence se často projevuje preferencí a ulpíváním na jednom názoru, který považuje za nejlepší, a odmítají o něm pochybovat. Z tohoto důvodu dospívající podléhá klamu, že jeho úvahy jsou zcela výjimečné a domnívají se, že uvažují jinak než ostatní lidé. Toto přesvědčení vzniká v důsledku proměny vlastního myšlení a subjektivního prožitku. Pocit výjimečnosti podporuje neznalost způsobu uvažování jiných lidí. Z toho také pramení fakt, že dospívající bývá přecitlivělý a vztahovačný. Je přesvědčen, že jej neustále někdo sleduje a kritizuje. Opět jde o projev nezralosti a nevyrovnanosti, který s pokračujícím vývojem zmizí. Postupem času jedinec dospěje k názoru, že pro ostatní není natolik zajímavý, aby mu věnovali nadměrnou pozornost (Vágnerová, 2005).

1.5.3 Emoční vývoj

Období dospívání je spojeno s hormonální proměnou, která stimuluje změny v oblasti citového prožívání. To se projevuje kolísavostí emočního ladění, větší labilitou, dráždivostí, tendencí reagovat přecitlivěle i na běžné podněty a nárůstem emočního zmatku. Pubescent ztrácí bývalou citovou jistotu a stabilitu. Emoční reakce jsou ve srovnání s jejich dřívějšími projevy nápadnější a ve vztahu k vyvolávajícím podnětům se zdají být méně přiměřené. Tyto citové prožitky mohou být dost intenzivní, bývají spíše krátkodobé a navíc proměnlivé a proto lze jen těžko předvídat, jakým způsobem zareagují příště. Změny pocitů a proměny bývají pro dospívající spíše

nepříjemné a často je překvapí. Jelikož je neznají a nejsou schopni vysvětlit jejich příčinu, reagují na vlastní pocity podrážděně a rozmrzele. Sekundární reakcí bývá další zhoršení nálady a výkyvy v chování. Dále se tyto změny projevují vyšší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání. Nízká frustrační tolerance, proměnlivost nálad a přecitlivělost přispívá ke vzniku konfliktů a stává se rušivým faktorem v mezilidských vztazích. Jedinec věnuje svým pocitům větší pozornost než dříve, má tendenci o svých pocitech uvažovat a analyzovat je. Tak jako u myšlení se zde objevuje emoční egocentrismus. Dospívající bývá přesvědčen, že nikdo jiný nemůže mít takové intenzivní prožitky a věří, že jeho pocity jsou výjimečné. Na druhou stranu je pro toto období typická nechuť projevovat svoje city navenek, jedinec bývá uzavřenější a introvertnější. Ubývá infantilní citové bezprostřednosti a otevřenosti. Často se snaží nedávat najevo, jak se cítí a ve svých pocitech sami nemají jasno. Někdy je neumí dobře verbalizovat a navíc se obávají nepochopení nebo výsměchu (Vágnerová, 2005).

V období dospívání se zvyšuje tendence k přemýšlení vlastních pocitů, k ulpívání na problému a opakovanému rozebírání negativních prožitků. Dospívající mají větší sklon k prožitkům smutku a nejistota se může proměnit v úzkost. S celkovou nejistotou a emoční nevyrovnaností souvisí i výkyvy v sebehodnocení. Nejistota a zranitelnost sebeúcty se projevuje přecitlivělostí na projevy jiných lidí, které bývají, ne zcela adekvátně, interpretovány jako nepřátelské nebo urážlivé. Výrazem osobní nejistoty je vztahovačnost, která je typická pro období zásadnější proměny vlastní identity. V této době narůstá i agresivita a negativismus. Zvyšuje se četnost subjektivně vnímaných interpersonálních problémů, které jedinec hodnotí jako závažnější než ve skutečnosti jsou (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Ke konci adolescence dochází ke stabilizaci emočního prožívání. Důvodem je adaptace organismu na pohlavní dospělost a hormonální vyrovnaní. (Vágnerová, 2005)

Všechny zmíněné skutečnosti týkající se změn v emočním prožívání dospívajících mohou být spojeny s mnoha zmatky a nespokojenostmi. Ty jsou přirozené a motivují jedince k vývoji. Zároveň se však vyskytují i jiné možnosti, jak tyto nespokojenosti odstraňovat. Jednou z nich je řešení pomocí návykových látek, které navozují jiné (příjemnější) stavy vědomí. Na dospívajícího jedince přestávají nespokojenosti doléhat, přestává je vnímat ve své skutečné podobě a ztrácí motivaci se s nimi vypořádat.

1.5.3 Vlivy působící na adolescenta

Důležité pro osobnostní rozvoj dospívajících jsou obdobné skupiny a instituce jako v mladším školním věku, ale nyní mají jiný subjektivní význam a změnil se i jejich vliv. Některé z těchto vlivů mohou rodiče ovlivnit přímo a významně, jiné jsou ovlivnitelné obtížněji. [Nešpor on line].[cit. 30.března 2011]

- 1) Rodina – rodina má na dítě jeden z největších vlivů. Mezi okolnosti zvyšující riziko alkoholu a drog patří zejména nejasná pravidla týkající se chování dítěte, nedostatek času na dítě (hlavně v časném dětství), také nedostatečný dohled nebo na druhé straně přehnaná přísnost. Dále benevolence rodičů a nedůsledný přístup k chování a projevům dítěte. Může zde hrát důležitou roli špatné duševní nebo společenské fungování rodičů, chudoba a nezaměstnanost. Dítě má s rodiči nedostatečné citové vazby nebo je svědkem manželských konfliktů. Jako jedno z největších rizik je uváděno zneužívání alkoholu rodiči nebo jinými příbuznými, sexuální zneužívání dítěte či fakt, že dítě žije bez domova nebo rodiny.
- 2) Škola – mezi rizika užívání alkoholu můžeme zařadit i školní vlivy jako je například záškoláctví, neúspěšnost ve škole, větší dostupnost psychoaktivních látek nebo označování žáka jako „černá ovce“, svůj podíl na tom může

mít také časté střídání škol, či přerušení školní docházky. Důležité je, aby se škola soustavně věnovala prevenci problémů působených alkoholem. Vhodné jsou především interaktivní programy, kdy se žák zapojuje, je aktivní. Vyzkouší si například jak odmítat alkohol a drogy, jak trávit volný čas, jak se zdravě vyrovnat s některými těžkými událostmi v životě.

- 3) Vrstevníci – vrstevníci mají na dospívajícího jedince větší vliv než rodina a jiné autority. Jako rizikové můžeme pokládat vrstevníky, kteří mají problém s autoritami, pozitivně se staví k užívání alkoholu a drog, začali brzy s jeho užíváním nebo mají sklon jedince zesměšňovat a snižovat jeho sebevědomí.
- 4) Budoucí zaměstnání - k nejnebezpečnějším povoláním patří ta, kde je přítomen stres, snadná dostupnost alkoholu nebo drog. Dále zaměstnání kde je nepravidelná životospráva jako např. trojsměnný provoz nebo časté cestování. V neposlední řadě také existenční nejistota, nárazové nebo sezónní práce či nezaměstnanost.

(Nešpor, Csémy, 2003)

Mezi rizikové skupiny dětí patří děti s poruchami pozornosti a s hyperaktivitou, jedinci, kteří mají sklony k násilí, děti zanedbané a s nedostatečně uspokojenými citovými potřebami, děti trpící strachem a úzkostmi. Ohrožené jsou děti rodičů, kteří mají problém s alkoholem nebo drogami. Také sem patří skupiny dětí, které nebyly přijaty do školy, učení nebo jejich nedokončení. A v neposlední řadě děti, které jsou svědky velkých problémů v rodině (rozvod rodičů, časté hádky,...).

1.5.4 Vlivy týkající se společnosti

Okolnosti zvyšující riziko alkoholu a drog

Nízká cena návykových látek a jejich snadná dostupnost. Alkohol a tabák jsou aktivně nabízené (reklama). Nespolupracující sdělovací prostředky orientované na senzaci a reklamu. Společenské normy a zákony se ke zneužívání drog staví kladně. Chudoba, nedostatek příležitostí, náhlé sociální a politické změny, nestabilita. Lhostejní a neinformovaní političtí vůdci. Nedostatek příležitostí k uplatnění i v práci. Společnost nenabízí dobré možnosti jak trávit volný čas. Cynický postoj ke zdraví ve společnosti. Špatné bytové podmínky. Velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů. Rasová nebo jiní diskriminace, jazyková bariéra. V okolí se vyskytuje vysoká kriminalita nebo drogové gangy (Nešpor, Csémy, 2003).

Okolnosti snižující riziko alkoholu a drog

Omezená dostupnost alkoholu a drog, hlavně pro děti. Společenské normy a zákony jsou pro zneužívání drog, tabáku a alkoholu nepříznivé. Přijatelné ekonomické a sociální poměry. Dostatek příležitostí pro uplatnění ve škole, v práci. Nabídka dobrých možností, jak trávit volný čas. Kvalitní zdravotní a sociální péče, dobré školy, psychoterapie, poradenství. Informovaní a angažovaní političtí vůdci. Společnost je stabilizovaná, předvídatelné sociální prostředí. Přijatelné ekonomické a sociální poměry. Spolupracující sdělovací prostředky nabízející pozitivní příklady a poskytující prostor pro skutečnou prevenci. Společnost vnímána jako přátelská a podporující, což pomáhá vytvářet pozitivní společenské vztahy. Nevládní organizace aktivní v prevenci (Nešpor, Csémy, 2003).

1.5.5 Varovné známky konzumace alkoholu

Brzké známky

Objevuje se alkohol v dechu, často maskovaný bonbóny nebo žvýkačkami, zarudlé oči, zhoršená pohybová souhra, nejistá chůze, bolesti hlavy v kocovině, ospalost, nezřetelná výslovnost, časté oslabení zábran, slovní nebo i fyzická agrese, rozladěnost, deprese. Opilost nebo otrava alkoholem může u dětí nastat již po malých dávkách. Roste riziko úrazů ve sportu, při práci nebo i v dopravě. Otravy alkoholem jsou nebezpečné, hrozí vdechnutí zvratků a zástava dechového centra v mozku. Roste riziko sebevraždy, sexuálního zneužití či násilné trestné činnosti. Alkohol vstupuje do nebezpečných interakcí především s psychofarmaky, ale i s běžnými léky. V důsledku toho se mohou dostavit dramatické vedlejší účinky léků či otravy (Nešpor, Csémy, 2003).

Pozdní známky

Začínají se objevovat „okénka“ (nepamatují si, co dělali pod vlivem alkoholu), dostavuje se třes, i když nebyl požit alkohol, začíná se zvyšovat tolerance vůči alkoholu, častá ospalost. Objevuje se samotářské a hltavé pití, ztráta nepijících přátel nebo je alkohol používán k uklidnění. Snižuje se schopnost pití ovládat a zastavit, jsou častější úrazy, pády, popáleniny, pořezání. Začínají se projevovat různá tělesná onemocnění. Duševní nemoci a povahové změny. Pití při nevhodných příležitostech (např. při řízení automobilu) (Nešpor, Csémy, 2003).

Konzumace alkoholu je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější než pro dospělé. Jejich játra nejsou schopna jej odbourávat v takové míře jako u dospělých a navíc mají menší tělesnou hmotnost. Již malé množství může vyvolávat otravy a návyk se u dětí a mladistvých vytváří velmi rychle. Proto je zvykem v civilizovaných společnostech děti před alkoholem chránit. Alkoholické nápoje u mladých lidí zvyšují nebezpečí jatrných onemocnění, vysokého krevního tlaku či jiná onemocnění (trávicí, nervové, duševní).

Alkohol, podobně jako tabák a marihuana se někdy nazývají „průchozí drogy“. Znamená to, že část dětí z nich přechází k látkám ještě nebezpečnějším. Podle jistého amerického výzkumu je riziko škodlivého užívání drog vyšší u dětí, které začaly kouřit a pít alkohol v mladším věku (Nešpor, Csémy, 2003).

1.6 PREVENCE

Zastřešujícím pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je prevence, kterou WHO rozděluje:

Primární prevence - předcházení užití drogy v populaci, která s ní dosud není v kontaktu, nebo alespoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií.

Sekundární prevence - předcházení vzniku, rozvoje a přetrvávání závislostí u jedinců, kteří jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ní stali závislými. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.

Terciální prevence - předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme zde sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů.

Aktéry snižování poptávky jsou především poradenské, výchovné, sociální a zdravotní služby, často poskytované nevládními organizacemi. (Kalina a kol., 2003)

Cílové skupiny lze charakterizovat:

Obecná populace - zejména je důležitá v primární prevenci.

Rizikové skupiny - označení určité skupiny (podle věku, profese, zájmů,...), která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více než zbytek populace. V souvislosti s užíváním alkoholu se takto označuje celá věková skupina 13 – 18 let.

Rizikovní jednotlivci - individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, dysfunkční primární rodina, ale také děti, sourozenci a partneři uživatelů.

1.6.1 Zvláštnosti prevence v různých věkových kategoriích

Nešpor uvádí:

- 1) Od narození do 1 roku – dítě v tomto věku je ve všem podstatně závislé na dospělém člověku, převážně na matce. Zkušenost s přiměřeně pečující a laskavou matkou může dítěti v pozdějším věku pomoci důvěřovat okolí. Z hlediska prevence je tedy důležitá péče, vřelost a uspokojování citových potřeb dítěte.
- 2) Od 1 do 3 let – dítě se začíná duševně oddělovat od matky a začíná si prosazovat svou vůli. Myšlení v tomto věku je zaměřené na sebe, fantastické, magické, nepružné. Chování rodičů by mělo být vřelé a klidné. Mělo by dítěti dávat jasně najevo, že je v pořádku, že se chce prosadit, ale jsou zde nějaká omezení.
- 3) Od 3 do 6 let – rodiče zůstávají nejdůležitějšími osobami, ale většina dětí začíná pronikat i do širšího světa mimo rodinu (školka, vrstevníci, sousedé). K tomuto věku patří nekonečné vyptávání se. Dítě zkoumá okolí hrou a učí se zjišťovat co je skutečné a co ne. Jeho chování se dostává (v příznivém případě) do souladu s autoritou rodičů a získává smysl a cíl.
- 4) Již od tohoto věku je důležité začít dítěti vštěpovat, že zdraví je důležitá hodnota a je nutné je chránit a podporovat. Z tohoto důvodu je nutné se některým věcem vyhnout (zápalky, ostré předměty, alkoholické nápoje, léky). Dítě by mělo vědět, že okolní svět skrývá jistá nebezpečí a mělo by se v mezích svých možností naučit jak se jim bránit, už by nemělo spoléhat jen na ochranu rodičů.
- 5) Od 7 do 12 let – dítě se v tomto věku učí spoustě potřebným dovednostem. Učí se vycházet s vrstevníky, zapojit se do skupiny, duševně pracovat, uspokojovat své fyzické i psychické potřeby a začíná být schopno rozumově uvažovat.

Má tendence o sobě přemýšlet černobíle podle očekávání a měřítek ostatních.

Informace, které dítěti v tomto věku poskytujeme, by měly být velmi konkrétní. Je třeba pokračovat ve zdůrazňování hodnoty a důležitosti zdraví a vštěpovat jim přání, být zdravý. Postupem času je nutné tyto informace přeměňovat v pravidla a návyky a srozumitelně je vysvětlovat. Cílená prevence zaměřená proti škodám způsobené alkoholem, tabákem nebo jinými drogami by měla začínat již v tomto věku.

- 6) Od 13 do 22 let – tento věk je velmi náročný. Dochází k fyzickému i psychickému dozrávání. Objevuje se a rozvíjí se schopnost řešit problémy, rozhodovat se, abstraktně myslet, vytvářet hypotézy a věci si spojovat. Dítě se postupně odděluje d rodiny a vytváří si předpoklady pro budoucí život. V časném dospívání bývá tento vývoj provázen vzpourou. Rámec rodiny si dospívající doplňuje dalším rámcem vrstevníků a kamarádů. Kritičnost vůči rodičovské autoritě, jestliže je přijata s láskou a je pro utváření osobnosti nutná. K pozdnímu dospívání patří rozhodování o budoucím povolání a navazování dlouhodobějších citových vztahů. Neúspěchy v těchto oblastech jsou velmi bolestivé.

Pro jedince tohoto věku je velmi důležitá jeho skupina vrstevníků, která mu může pomoci se alkoholu a drogám vyhnout nebo naopak představuje nebezpečí. Prevence v této skupině je velmi důležitá, protože bývá zvláště ohrožena. Zneužívání psychoaktivních látek v dospívání může vést k rychlému vytvoření návyku a tomu je potřeba předcházet.

(Nešpor, Csémy, 2003)

1.6.2 Prevence v rodině v období dospívání

Nešpor (2001) radí:

Vnější okolnosti:

- zajistit dospívajícímu vhodnou vrstevnickou společnost
- povzbuzovat ho ke kvalitním zájmům a zálibám
- umožnit rozvoj jeho nadání a schopností, ale zároveň na něj neklást nerealistické nároky
- přiměřený dohled ze strany rodičů

Emoční potřeby:

- stabilní a předvídatelné rodinné prostředí
- vřelá a středně omezující výchova přiměřená věku dítěte
- možnost přiměřeně projevit své emoce

Oblast poznávání:

- dobrá znalost pozitivních alternativ k návykovým látkám
- rodiče by měli být schopni s dospívajícími o návykových nebezpečích informovaně a poučeně hovořit
- všestranný rozvoj osobnosti
- příprava na samostatný život mimo rodinu

Sociální a jiné dovednosti:

- pomoc při navazování vztahů mimo rodinu
- nácvik a prohlubování sociálních dovedností (komunikace, zdravé sebeprosazení, schopnost čelit sociálnímu tlaku, rozhodování)
- specifická prevence problémů působených návykovými látkami
- dobré znalosti o tom, kde hledat pomoc

- prohlubování dovedností v oblasti sebeuvědomování, relaxace a autoregulace
- schopnost předvídat následky svého chování a jednání
- prohlubování mediální gramotnosti

(Nešpor, 2001)

Zásady prevence: získat si důvěru dítěte, mluvit s dětmi o alkoholu a drogách, snažit se předcházet nudě a zdravá pravidla v rodině.

1.6.3 Prevence ve škole

V dnešní době již má každá škola zpracovaný minimální preventivní program, který vychází z pokynů MŠMT - Metodické pokyny k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Mezi účinné preventivní programy patří především ty, které jsou interaktivní. Žáci jsou při nich aktivní a při těchto programech nacvičují podstatné dovednosti, např. jak odmítat alkohol i drogy, jak trávit volný čas, jak se uvolnit, jak se zdravě vyrovnat s úzkostí, strachem či smutkem apod.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Praktická část diplomové práce je zaměřena na zjištění vztahu mladistvých k alkoholu na základě jejich osobnostních předpokladů. Výzkum probíhal na ZŠ Jesenická v Bruntále. Byl zaměřen na zjištění, jaký mají žáci 9. tříd vztah k alkoholu a do jaké míry se na tomto vztahu podílí jejich osobnostní vlastnosti. V dnešní době dospívající mládež provozuje daleko méně koníčků a volnočasových aktivit než tomu bývalo v minulosti. Z toho vyvstává problém, jakým způsobem tráví volný čas dnešní mladiství. Potkáváme po ulicích skupinky teenagerů, kteří hledají různé aktivity jak zahnat nudu. Mezi takovéto aktivity můžeme zařadit kouření cigaret, nebo marihuany, různé projevy vandalizmu či konzumaci alkoholu. Vycházíme z předpokladu, že členy takovýchto skupinek jsou ve většině případů jedinci, kteří se v kolektivu projevují jako extroverti³. Náš výzkum jsme postavili právě na zjištění extroverze dotázaných a jejich vztahu k alkoholu. Dalším bodem výzkumu bylo také zjištění, zdali jsou tito dotazovaní otevření více či méně novým zkušenostem.

³ Extrovert je chápán jako jedinec, který se ve skupině projevuje společenským a veselým chováním. Je otevřený, spontánní, výmluvný. Lehce navazuje kontakty a přátelství, je sebejistý, má rád společnost, vzrušení, udržuje si veselou mysl. Introvert je brán jako člověk, který těmito vlastnostmi nedisponuje.

2.2 CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ

Cílem naší práce bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje konzumaci alkoholických nápojů fakt, zdali je jedinec spíše extrovert nebo spíše introvert. Na základě stanoveného cíle, jsme se rozhodli zkoumat tyto hypotézy:

- 1) Zajímalo nás, zda a jak se mezi sebou liší v konzumaci alkoholických nápojů chlapci a dívky.
- 2) Snažili jsme se zjistit, zda a jak se mezi sebou liší v konzumaci alkoholických nápojů soubor extrovertů a soubor introvertů.
- 3) Sledovali jsme, jak otevřenost k novým zkušenostem ovlivňuje vztah ke konzumaci alkoholických nápojů.

Hypotézy

Ad 1)

H_0 : Dívky a chlapci se neliší ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

H_A : Dívky a chlapci se liší ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

Ad 2)

H_0 : Extroverti a introverti se neliší ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

H_A : Extroverti a introverti se liší ve vztahu k alkoholu.

Ad 3)

H_0 : Jedinci otevřenější k novým zkušenostem se neliší od méně otevřenějších jedinců ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

H_A : Jedinci otevřenější k novým zkušenostem se liší od méně otevřenějších jedinců ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

2.3 ZKOUMANÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU

Náš výzkum jsme provedli na souboru žáků 9. tříd základní školy. Z původního souboru 50 zkoumaných osob, jsme museli část respondentů vyřadit, protože odevzdali dotazníky z části nevyplněné, které nebylo možno dále použít pro naše výzkumné záměry. Dále jsme museli vyřadit respondenty mladší 15 let a to z důvodu, že test NEO je doporučený až od 15 let, tak aby nedošlo ke zkreslení výsledků. Zkoumaný soubor v konečném počtu tvořilo 36 žáků ve věku 15 let. Z toho soubor zahrnoval 18 dívek a 18 chlapců.

Soubor nebyl příliš reprezentativní, tím pádem závěry nelze příliš zobecňovat. Vybíraly jsme studenty 9. tříd. Bohužel pouze jedna škola v Bruntále byla ochotna zúčastnit se výzkumu. Pro většinu oslovených škol byl problém s časovou náročností, kterou vyplnění testů vyžadovalo.

Tabulka č. 6: *Procentuální zastoupení pohlaví ve zkoumaném vzorku*

Věk	Pohlaví	počet	%	Σ%
15	muži	18	50,00	100
	ženy	18	50,00	

2.4 METODOLOGIE

Při zkoumání dané problematiky jsme použili následující metody.

2.4.1 Škála FEA

V souvislosti se zkoumáním vztahu k alkoholu jsme pro tento účel zvolili FEA dotazník. (viz příloha č. 1). Škála FEA je standardizovaný nástroj používaný k diagnostice problémů s abúzem alkoholu. Jejím úkolem je zjistit, jak respondenti vnímají stupeň svých problémů se závislostí na alkoholu. Zahrnuje 60 otázek a pod každou otázkou je možnost odpovědi (a, b, c). Výsledné skóre tvoří sumární hodnota jednotlivých položek. Platí, že čím je skóre nižší, tím jsou problémy s alkoholem menší a naopak čím je skóre vyšší, tím je problém s alkoholem větší. Tato škála se využívá jako standardizovaný test na potvrzení alkoholismu u dospělých jedinců. Bylo tedy nutné jej modifikovat do formy, které by porozuměli žáci základní školy. (viz příloha č. 2).

2.4.2 NEO pětifaktorový osobnostní inventář

K rozdělení zkoumaného souboru na extroverty a introverty a k určení zda je jedinec otevřenější k novým zkušenostem či nikoliv, jsme použili NEO pětifaktorový osobnostní inventář (NEO Five-Factor Inventory P. T. Costy a R. R. McCraee) v úpravě autorů M. Hřebíčkové a T. Urbánka (viz příloha č. 3). Jedná se o časově nenáročnou metodu, která poskytuje údaje o úrovni pěti obecných dimenzí osobnosti (N = neuroticismus, E = extroverze, O = otevřenost vůči zkušenosti, P = přívětivost a S = svědomitost). Ke každé z těchto dimenzí osobnosti se vztahuje 12 výpovědí z celkového počtu 60 výpovědí. Nás zajímala oblast E=extroverze a oblast O=otevřenost. Dotazovaní svou odpověď musí vyznačit křížkem na připojené škále čísel. Jednotlivé odpovědi nelze posuzovat ani jako správné ani jako nesprávné a proto není možné dosáhnout dobrých nebo špatných výsledků. Tento inventář se využívá především ve výzkumných studiích i v klinické, poradenské

psychologii. Jeho použití je vhodné v případech, kdy jsou žádoucí údaje o podrobném profilu osobnosti. Výsledky v tomto osobnostním inventáři jsme porovnávali s bodovými výsledky dotazníku FEA.

2.4.3 Vlastní výzkum

Vlastní výzkum probíhal v lednu 2011 na ZŠ Jesenická v Bruntále v dopoledních hodinách. Výzkum probíhal během jednoho dne, kdy za pomoci třídních učitelů jsme rozdělili žáky do pěti skupin po deseti jedincích. Zkoumané osoby byly seznámeny s cílem našeho výzkumu a poté obdrželi instrukce, jak mají při vyplňování FEA dotazníku a NEO inventáře postupovat. Po seznámení s administrací byly žákům rozdány oba dva dotazníky současně. Ostatní instrukce byly zadávány a dotazy zodpovídány průběžně a individuálně. Doba vyplnění FEA dotazníku a osobnostního inventáře byla 45 minut, tedy jednu vyučovací hodinu. Celý výzkum byl zcela anonymní. Žáci udávali pouze své pohlaví. Celý proces se opakoval 5x, vždy pro každou skupinu individuálně. Snažili jsme se zařídit, aby se při výměně skupiny nepotkávaly a bylo tak možné zabránit předávání informací. O prováděném výzkumu bylo informováno vedení školy i rodiče zkoumaných žáků.

2.5 VÝSLEDKY A INTERPRETACE

Po bodovém vyhodnocení dotazníku FEA, (kdy jsme přidělovali 1 bod za odpověď a, 2 body za odpověď b a 3 body za odpověď c), jsme přešli k vyhodnocování osobnostního inventáře. To jsme prováděli pomocí barevné šablony (viz příloha č. 4), podle které určujeme počet bodů za jednotlivé výpovědi. Nás zajímaly výsledky pouze výpovědi označených modrou (extroverze) a zelenou (otevřenost) barvou. Součtem všech zjištěných hodnot jsme dostaly jednotlivé skóre pro E (extroverzi) a pro O (otevřenost). Protože existují rozdíly mezi muži a ženami různého věku, museli jsme zjištěné skóre jednotlivých škál porovnat s normami (viz tabulka č. 8). Normy byly vytvořeny ve formě

percentilů, což znamená, že hrubému skóru příslušné škály odpovídá podíl (procento) osob příslušného pohlaví a věkové skupiny, které mají výsledek stejný jako nebo nižší jako daný respondent (viz příloha č. 5, 6, 7). Převodli jsme tedy skóry, které získali naši respondenti na percentily. To vše je uvedeno v tabulce v příloze č. 8.

Tabulka č. 7: *Charakteristiky jednotlivých osobnostních dimenzí zjišťované NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem*

Lidé s vysokým skórem	Škála	Lidé s nízkým skórem
sociabilní aktivní povídavý optimistický zábavný orientovaný na lidi	E: extroverze – zjišťuje kvalitu a kvantitu interpersonálních interakcí, úroveň a aktivace, potřebu stimulace	uzavřený vážný mlčenlivý orientovaný na úkoly tichý
zvědavý všestranné zájmy originální imaginativní tvořivý pokrokový	O: otevřenost vůči zkušenostem – zjišťuje aktivní vyhledávání nových zážitků, toleranci k neznámému a jeho objevování	konvenční přízemní úzké zájmy neanalytický neumělecký

Testovací proceduře předcházela F-test, kterým byla potvrzena nebo vyvrácena hypotéza o shodnosti rozptylů v obou testovaných souborech. Podle výsledků F-testu jsme pak volili t-test při shodných nebo rozdílných rozptylech. Statistická analýza získaných dat byla zpracována za podpory programu Microsoft Excel 2007. Výsledky statistické analýzy jsou uspořádány v tabulkách.

2.5.1 Postup ověření první hypotézy

H_0 : Dívky a chlapci se neliší ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

H_A : Dívky a chlapci se liší ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

Pomocí F-testu jsme ověřili, zda rozptyl veličiny FEA je stejný jak mezi muži tak mezi ženami. Pomocí programu MS Excel jsme dostali výstupní tabulku:

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl		
	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>
Stř. hodnota	76,16666667	85,77777778
Rozptyl	86,97058824	323,0065359
Pozorování	18	18
Rozdíl	17	17
F	0,269253339	
P (F<=f) (1)	0,004947349	
F krit (1)	0,440161596	

Stř. hodnota je aritmetický průměr veličiny FEA, **rozptyl** nám udává hodnotu rozptylu v obou souborech, v řádku **pozorování**, je uvedeno kolik respondentů bylo zařazeno do jednotlivých souborů, a položka **rozdíl** nám udává počet stupňů volnosti. **F**=hodnota testového

kritéria, **P**=dosažená hladina statistické významnosti, **F_{krit}**=kritická hodnota

Pokud je P-hodnota větší nebo rovna 0,05 znamená to, že rozptyly v obou souborech jsou shodné.

Pokud je P-hodnota menší než 0,05, rozptyly ve sledovaných souborech nejsou shodné.

V našem případě $P = 0,049$, což je menší než 0,05, rozptyly tedy nejsou shodné.

Dále jsme opět pomocí MS Excel provedli t-test s nerovností rozptylů:

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>
Stř. hodnota	76,16666667	85,77777778
Rozptyl	86,97058824	323,0065359
Pozorování	18	18
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	26	
t Stat	-2,013863535	
P (T<=t) (1)	0,027240309	
t krit (1)	1,705617901	
P (T<=t) (2)	0,054480618	
t krit (2)	2,055529418	

Hypotetický rozdíl středních hodnot je nulový, což je v souladu s naší nulovou hypotézou. Položka **rozdíl**, nám opět udává počet stupňů volnosti. Vzhledem k formulaci alternativní hypotézy nás zajímá hladina dosažené statistické významnosti pro oboustranný test **P (2) = 0,054**.

Je zřejmé, že dosažená hodnota signifikance je o málo vyšší než stanovená hladina 0,05, musíme tedy přijmout nulovou hypotézu.

Závěr testování: Přijímáme nulovou hypotézu: „Dívky a chlapci se neliší ve vztahu ke konzumaci alkoholu.“ Dvouvýběrovým t-testem bylo prokázáno, že dívky i chlapci konzumují alkohol ve stejné míře.

2.5.2 Postup ověření druhé hypotézy

H_0 : Extroverti a introverti se neliší ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

H_A : Extroverti a introverti se liší ve vztahu k alkoholu.

Postupovali jsme obdobně jako při ověřování první hypotézy. Pomocí F-testu jsme opět ověřili, zda rozptyl veličiny FEA je stejný jak u extrovertů, tak u introvertů.

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	74,42857	85,13636
Rozptyl	81,18681	274,5043
Pozorování	14	22
Rozdíl	13	21
F	0,295758	
P ($F \leq f$) (1)	0,01383	
F krit (1)	0,408506	

Dosažená hladina statistické významnosti pro F-test nabyla hodnoty $P = 0,013$ je tedy menší než 0,05, rozptyly v obou souborech tedy nejsou shodné. Je evidentní, že veličina FEA je ve skupině extrovertů variabilnější (má výrazně větší rozptyl) než ve skupině introvertů. Na základě výsledků F-testu jsme provedli dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů.

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	74,42857	85,13636
Rozptyl	81,18681	274,5043
Pozorování	14	22
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	33	
t Stat	-2,50468	
P (T<=t) (1)	0,008687	
t krit (1)	1,69236	
P (T<=t) (2)	0,017373	
t krit (2)	2,034515	

Hypotetický rozdíl středních hodnot je nulový, což je v souladu s naší nulovou hypotézou. Vzhledem k formulaci alternativní hypotézy nás zajímá hladina dosažené statistické významnosti pro oboustranný test $P(2) = 0,017$.

Je zřejmé, že hodnota signifikance je podstatně menší než stanovená hladina 0,05, je tedy opodstatněné zamítnout nulovou hypotézu.

Závěr testování: Zamítáme nulovou hypotézu: „Extroverti a introverti se neliší ve vztahu ke konzumaci alkoholu.“ Dvouvýběrovým t-testem bylo prokázáno, že extroverti mají větší předpoklad ke konzumaci alkoholu než introverti.

2.5.3 Postup ověření třetí hypotézy

H_0 : Jedinci otevřenější k novým zkušenostem se neliší od méně otevřenějších jedinců ve vztahu ke konzumaci alkoholu.

H_A : Jedinci otevřenější k novým zkušenostem se liší od méně otevřenějších jedinců ve vztahu ke konzumaci alkoholu

Opět jsme zvolili stejný postup jako při ověřování prvních dvou hypotéz. Pomocí F-testu jsme ověřili, zda rozptyl veličiny otevřenost je stejný jak u extrovertů, tak u introvertů.

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl		
	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	85,88235	76,57895
Rozptyl	334,1103	93,25731
Pozorování	17	19
Rozdíl	16	18
F	3,582671	
P (F<=f) (1)	0,005429	
F krit (1)	2,249587	

Dosažená hladina statistické významnosti pro F-test nabyla hodnoty $P = 0,005$, je tedy nižší než $0,05$, rozptyly v obou souborech tedy nejsou shodné. Na základě výsledků F-testu jsme provedli dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>Introvert</i>	<i>Extrovert</i>
Stř. hodnota	85,88235	76,57894737
Rozptyl	334,1103	93,25730994
Pozorování	17	19
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	24	
t Stat	1,877205	
P (T<=t) (1)	0,036349	
t krit (1)	1,710882	
P (T<=t) (2)	0,072698	
t krit (2)	2,063899	

Nás opět zajímá hladina dosažené statistické významnosti pro oboustranný test $P(2) = 0,072$. Z výsledkové tabulky t-testu je zřejmé, že hodnota signifikance je mírně vyšší než stanovená hladina 0,05, a tudíž není možné zamítnout nulovou hypotézu.

Závěr testování: Přijímáme nulovou hypotézu.: „Jedinci otevřenější k novým zkušenostem se neliší od méně otevřenějších jedinců ve vztahu ke konzumaci alkoholu.“

DISKUSE

Dle výsledků škály FEA (viz příloha č. 7) je patrné, že v konzumaci alkoholu jsou mírně napřed děvčata před chlapci. Ovšem po provedení statistické analýzy dat u první hypotézy, jsme museli přijmout nulovou hypotézu, tedy, že děvčata a chlapci se v konzumaci alkoholu neliší. Ve většině statistik figurují muži jako větší konzumenti alkoholu. V poslední době je ale ženy začínají dohánět. Z vlastní zkušenosti barmanky mohu říci, že dívky v dnešní době vypadají starší, než ve skutečnosti jsou a proto mají menší problém se dostat k alkoholu než chlapci. Náš výsledek testování může být především ovlivněn malým vzorkem dotázaných.

Po statistické analýze dat, která byla provedena pro potvrzení, či vyvrácení druhé hypotézy jsme museli přijmout alternativní hypotézu, že extroverti a introverti se liší ve vztahu k alkoholu. A to ve smyslu, že extroverti mají větší předpoklady ke konzumaci alkoholických nápojů než introverti. S tímto výsledkem jsme tak trochu počítali z důvodu osobnostní charakteristiky extrovertů.

U třetí hypotézy jsme opět, na základě výsledků statistické analýzy, přijali nulovou hypotézu, že jedinci, kteří jsou otevřenější k novým zkušenostem, nemají větší vztah ke konzumaci alkoholických nápojů, než jedinci kteří jsou k novým zkušenostem otevřenější méně. Tato skutečnost může být daná především skutečností, že v tomto smyslu není myšlena pouze otevřenost ve vztahu k alkoholu či jiným psychoaktivním látkám, ale jedná se o zájmy a míru zaujetí pro nové zkušenosti, vědychtivost, fantazii nebo zájem o umění.

ZÁVĚR

Dle celkových výsledků, které nám po statistické analýze dat vyšly, můžeme zhodnotit, že v konzumaci alkoholu není rozdíl mezi dívkami a chlapci. Co se týče extroverze a introverze, výzkum ukázal, že větší vztah k alkoholu mají jedinci, kteří jsou spíše extroverty než introverty. Ve vztahu konzumace alkoholu a otevřenosti k novým zkušenostem můžeme říci, že mezi našimi respondenty nebyl rozdíl. Ať je jedinec otevřenější k novým zkušenostem či ne, vztah k alkoholu má téměř stejný. V našem výzkumném vzorku nejsou příliš velké rozdíly, aby se tyto výsledky daly pokládat za směrodatné. Důvodem může být, jak už bylo uvedeno výše, malý počet respondentů nebo v tomto případě hraje svou roli náhoda a my jsme zrovna narazili na vyváženou skupinu, ve které se nám neprojevíly žádné značné rozdíly mezi jedinci.

SOUHRN

Jak jsem již zmiňovala ve své práci několikrát, alkohol je problémem, který zde vždy byl, je a určitě i bude. V dnešní době je téma alkoholu velmi zmiňované a to především ve spojitosti s mladistvými uživateli. Myslím si, že hlavní problém tkví v tom, že se sice o tomto problému hodně a velmi často mluví, ale skutečnost je jiná. Ať se jedná o legislativní vymezení, či o prevenci na školách. Pořád si ale myslím, že největší problém je ve společnosti, v její toleranci k alkoholu a především v rodině, která ve většině případů nabídne alkohol jako první.

Práce se snaží popsat problematiku užívání a závislosti na alkoholu u mladistvých. Problematika alkoholismu je rozsáhlá a proto zde nemůže být zpracována úplně celá.

Teoretická část práce se zabývá problémem závislosti, kde je uvedena diagnostika problémů působených alkoholem dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Dále se práce zabývá specifiky, která se vyskytují u mladistvých při užívání návykových látek. Jsou zde definovány pojmy úzus, abúzus a misúzus. Další oddíl teoretické části se zabývá otázkou alkoholu samotného. Je zde zmíněna jeho stručná historie, charakteristika, rozšíření, a rozdělení alkoholických nápojů. Dále je zde definován pojem alkoholismus a skupiny lidí ve vztahu k alkoholu. Ve třetí části je zmíněna samotná závislost na alkoholu, její etiologie, vývoj závislosti, fáze vzniku závislosti, typy závislosti, její výskyt a příčiny. Čtvrtá část je věnována somatickým a psychickým následkům abúzu alkoholu, úrazům a otravám. V předposlední části se práce věnuje vývoji dospívajících. Vývojovým změnám v jejich myšlení a emočním prožívání. V neposlední řadě jsou zde zmíněny vlivy, které působí na adolescenta a také varovné známky konzumace alkoholu. Poslední oddíl je věnován prevenci. Zabývá se zvláštnostmi prevence v jednotlivých obdobích vývoje jedince, ale také prevencí v rodině nebo ve škole.

Praktická část popisuje vymezení výzkumného problému, cíle výzkumu a metody, které byly použity. Je zde popsán vlastní výzkum, který se zbývá zjištěním, zdali je rozdíl v konzumaci alkoholu mezi dívkami a chlapci a do jaké míry se na konzumaci alkoholu podílejí osobnostní vlastnosti jedinců. Zejména zdali je rozdíl mezi extrovertem a introvertem ve vztahu k alkoholu a jsou-li jedinci, kteří jsou otevřenější k novým zkušenostem, také více nakloněni konzumaci alkoholických nápojů, než jedinci jejichž otevřenost k novým zkušenostem je menší. Výzkumem se potvrdilo, že sice není rozdíl mezi chlapci a dívkami v přístupu ke konzumaci alkoholu, ale je rozdíl mezi extrovertem a introvertem. Bylo zjištěno, že extroverti jsou přístupnější ke zkušenostem s alkoholem, než introverti. Ovšem, co se týče otevřenosti k novým zkušenostem, výzkum ukázal, že v této oblasti nejsou rozdíly.

Cílem práce bylo dokázat, jak nebezpečná a nesmyslná je závislost a konzumace alkoholu a to především v důsledku zdravotních problémů a následků v oblasti sociální. A že zkušenosti s alkoholem mají i děti mladší 18 let, což by se stávat nemělo.

Závěrem bych chtěla uvést, že mě tato práce velmi obohatila o nové poznatky a zkušenosti. Seznámila jsem se jak pracovat s odbornou literaturou, jak provést a vyhodnocovat šetření a v neposlední řadě také spolupracovat s ostatními lidmi.

SEZNAM LITERATURY

1. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9
2. HŘEBÍČKOVÁ, M., URBÁNEK, T. *NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum, 2001. ISBN 80-86471-06-3
3. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4
4. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1- mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
5. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2- mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
6. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
7. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9
8. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fenci, gambleři*. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8
9. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6
10. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7
11. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: BESIP, 1995.
12. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: BESIP, 2003.

13. PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009. ISBN 978-80-254-5971-3
14. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8
15. SKÁLA, J. *...až na dno!?* Praha: Avicenum, 1988
16. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987
17. SOURNIA, J. C. *Dějiny pijáctví*. Praha: Garmont, 1999. ISBN 80-86379-01-9
18. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-230-9
19. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4
20. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-246-0956-8
21. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

INTERNETOVÉ ZDROJE

www.alkoholik.cz

http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/rozdeleni_konzumentu_alkoholu_pijaku

http://www.drogy.info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/prevence/alkohol_a_jine_navykove_latky_u_deti_clanek

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Opilost>

< <http://alkohol.klobuckamafie.cz/html/co-je-to-alkohol.html> >

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: *Původní standardizovaný dotazník FEA*

Příloha č. 2: *Modifikovaný dotazník FEA*

Příloha č. 3: *NEO pětifaktorový osobnostní inventář*

Příloha č. 4: *Šablona NEO*

Příloha č. 5: *Percentily muži*

Příloha č. 6: *Percentily ženy*

Příloha č. 7: *Průměry škál pro jednotlivé skupiny*

Příloha č. 8: *Zpracované výsledky dotazníku FEA a NEO*

Příloha č. 9: *Výchozí tabulka, kterou jsme použily pro ověření hypotéz*

Příloha č. 10: *Tabulka extroverti*

Příloha č. 11: *Tabulka introverti*

Příloha č. 1 Původní standardizovaný dotazník FEA

FEA

INSTRUKCE: Dotazník sleduje účinky užívání alkoholu a je sestavený tak, že pod každou otázkou jsou tři možné odpovědi (a, b, c) a je třeba si z nich vybrat JEDNU, která tě vystihuje. Když si pozorně přečtete možné odpovědi a zvolíte jednu z nich, zakroužkujte JEDNO z písmen vedle ní.

- 1) Měli jste v poslední době pocit, že vaše práce vás velmi vyčerpává?
a. Ne b. Občas c. Ano, často
- 2) Když jste na oslavě nebo s partou co pije, zdržíte se déle (vrátíte se domů později), než jste původně zamýšleli?
a. Ne b. Občas ano c. Poměrně často
- 3) Když se chcete ve společnosti dostat do takové nálady jako ostatní, musíte vypít víc jak ostatní? (dáte se 1 – 2 skleničky předem)?
a. Nemusím b. Občas ano c. Téměř vždy
- 4) Pijete, jen když se najíte (tj. až k jídlu nebo po něm)?
a. Ne b. Do jisté míry c. Ano, když něco sním
- 5) Máte silný pocit, že za vaše problémy a nepříjemnosti můžou vlastně jiní lidé?
a. Ne, nemám b. Do jisté míry c. Ano, mám
- 6) Zabírá vám pití a zotavování se z něho příliš mnoho času na úkor vašich domácích povinností?
a. Ne, nezabírá b. Do jisté míry c. Ano, zabírá
- 7) Máte sklon „sesypat se“ (podlehnout) pod nátlakem?
a. Ne b. Občas ano c. Většinou ano
- 8) Ukrýváte po sobě prázdné lahve od alkoholu a snažíte se jich nenápadně zbavovat?
a. Ne b. Občas se to stane c. Dost často
- 9) Užíváte léky proti bolestem nebo nespavosti?
a. Ne, vůbec b. Občas ano c. Často, anebo denně
- 10) Když pocítíte, že příjemná nálada („špička“) se při pití ztrácí, dáte si 1-2 skleničky, aby se vám vrátila?
a. Ne, nikdy b. Občas ano c. Zpravidla je to tak
- 11) Když pijete, končí to opilostí anebo tím, že vypijete víc, než jste chtěli?
a. Ne b. Občas c. Často

- 12) Ráno po pití vám bývá zle (pocení, třesení rukou, bolest hlavy, atd.) a vy to překonáváte 1-2 skleničkami nebo pivem?
a. Ne b. Zřídka c. Často
- 13) Konzumujete malé dávky na různých místech (kupujete láhve ve více obchodech), aby to nevypadalo, že příliš pijete?
a. Ne. b. Občas to udělám c. Dělán to pravidelně
- 14) Potřebujete se napít, když si chcete vyjasnit nějaký problém s partnerem/kou (např. upřímně si promluvit)?
a. Nepotřebuji b. Občas ano c. Téměř vždy
- 15) Používáte ústní sprej (mentolky, tic-tac apod.), abyste zakryli, že máte něco vypité?
a. Ne b. Občas c. Pravidelně
- 16) Stává se, že na druhý den si nemůžete vzpomenout na některé věci, které jste dělali při pití?
a. Nestává b. 1-2krát ročně c. Vícekrát
- 17) Dá se říci, že těžko snášíte neúspěch nebo prohru?
a. Ne b. Do jisté míry c. Ano, těžko
- 18) Pociťujete značný ostych nebo pocit trapnosti, když přijde řeč na sex?
a. Ne, vůbec b. Trochu ano c. Ano, značně
- 19) Obírá vás pití o čas, který jste předtím vynakládali na rekreační činnosti (sport, zábavu, turistiku, kulturu, atd.)?
a. Vůbec ne b. Trochu ano c. Ano, značně
- 20) Schováváte si láhve s alkoholem tak, aby byly vždy po ruce (např. ve spižírně, zásuvkách, ložnici, ve sklepě, v garáži, holínkách, apod.)?
a. Neschovávám b. Někdy se to stane c. Zpravidla
- 21) Vybrali jste si za poslední rok 1- 2 dny dovolené, protože jste po pití nemohli jít do práce (resp. byste měli absenci)?
a. Ne b. Jednou c. Vícekrát
- 22) Když máte být den- dva bez alkoholu, zkoušíte se zásobit, případně vypít co nejvíc?
a. Ne, nestává se to b. Občas se to stane c. Téměř vždy
- 23) Míváte strach, úzkostné stavy anebo sny po delším pití?
a. Ne b. Zřídka c. Často
- 24) Potřebujete se jednou za čas pořádně opít, abyste zapomněli na své problémy?
a. Ne b. Občas ano c. Ano, často

- 25) Zažili jste při delším pití pocit, že se „nedokážete opít“, obrátili do sebe pár skleniček a ani jste nevěděli, která z nich vás dorazila?
a. Ne, nikdy b. 1-2krát c. Vícekrát
- 26) Když máte vypité, navazujete erotické známosti (i takové, které byste za střízliva nenavázali)?
a. Ne b. Občas c. Dost často
- 27) Stává se, že si odpijete z láhve alkoholický nápoj a dolijete vodou, aby nikdo nic nepoznal?
a. Ne b. 1-2krát se to stalo c. Vícekrát se to stalo
- 28) Napijete se, i když zrovna berete léky proti nervozitě anebo bolestem hlavy (např. Belaspon, Rudotel, Diazepam, Alnagon apod.)?
a. Ne, nikdy b. Zřídka c. Dost často
- 29) Máte ve zvyku vypít na ex („do dna“) první 1-2 skleničky?
a. Nemám b. Někdy se to stane c. Zpravidla
- 30) Stalo se, že z nějakého důvodu (nic není po ruce, jste bez peněz, „z rozčilení“) vypili nekonzumní alkohol jako Alpa, Okena apod.?
a. Ne b. 1-2krát c. Vícekrát
- 31) Zjistili jste při pití, že se vám rozplývají písmena a nemůžete přečíst běžný text (noviny, telefonní seznam, jídelní lístek apod.)?
a. Ne, ani jednou b. 1-2krát c. Vícekrát
- 32) Stalo se při pití, že jste se ráno probrali na neznámém místě nebo s neznámým člověkem a nevěděli jste, jak jste se tam ocitli?
a. Ne b. Jednou c. Vícekrát
- 33) Pijete, abyste se zbavili napětí, (zlosti, podrážděnosti)?
a. Ne b. Občas c. Často
- 34) Jste zvyklí pít alkohol v malých dávkách (tj. rozloženě, vícekrát za den)?
a. Ne b. Jak kdy c. Ano
- 35) Když jste zkoušeli úplně abstinovat (nepít), za jak dlouho jste se „rozpili“ po první skleničce?
a. Za pár měsíců b. Za pár týdnů c. Za pár dní
- 36) Museli jste si v poslední době půjčit peníze (anebo něco prodat, založit apod.), abys jste mohli pít dál?
a. Ne b. 1-2krát c. Vícekrát
- 37) Máte pocit viny vůči dětem a rodině, anebo se jim nevěnujete v důsledku pití a zotavení se z něho?
a. Ne b. Občas ano c. Ano, často

- 38) Dokážete lidem otevřeně říct, co se vám na nich nelíbí („pravdu do očí“) i bez alkoholu, natvrdo?
a. Ano, dokážu b. Jak kdy c. Ne, nedokážu
- 39) Stává se, že po pití na druhý den pokračujete („udržujete hladinu“), aby vám nebylo zle?
a. Ne, nestává b. Jen výjimečně c. Dost často
- 40) Jak jste se pokoušeli omezit pití (tj. ne abstinovat, ale pít méně, s mírou)? Jak dlouho se vám to dařilo?
a. Vůbec b. Několik týdnů c. Několik měsíců
- 41) Stalo se vám, že už více nedokážete snést svoje těžkosti a zvládnout své povinnosti (že se z nich „sesypete“)?
a. Ne b. Občas ano c. Ano, často
- 42) Stává se, že při pití „smícháte“ (např. pivo a tvrdé), aby byl rychlejší a silnější účinek?
a. Nestává b. Občas c. Ano, často
- 43) Měli jste v životě větší smůlu („pech“) než jiní lidé?
a. Ani ne b. Možná ano c. Určitě ano
- 44) Stalo se, že jste utekli (nebo velmi chtěli a, chystali se) na delší dobu pryč z domu?
a. Ne b. Jednou c. Vícekrát
- 45) Nosíte při sobě (pod kabátem, v tašce, s nákupem apod.) láhev, aby vás partner/ka, či jiný příbuzný neviděl pít?
a. Ne b. Občas c. Často
- 46) Musíte brát utišující léky, abyste se emočně uspokojili?
a. Ne b. Občas c. Často
- 47) Zvykli jste si dát skleničku – dvě jako „odměnu“ za jednotvárné domácí práce?
a. Ne b. Sem tam ano c. Ano, zpravidla
- 48) Zjistili jste, že příjemný pocit z účinku 2-3 skleniček je slabší (trvá kratší dobu) než když kdysi a je třeba na jeho dosáhnutí vypít víc?
a. Ne b. Účinek se snížil c. Ano, účinek je slabší
- 49) Pohrozil vám někdy partner/ka rozchodem nebo rozvodem kvůli vašemu pití?
a. Vůbec ne b. Ano, ale ne vážně c. Ano, jednoznačně
- 50) Po prvních skleničkách dostanete chuť („chytíte slinu“) a postupem času obrátíte skleničky čím dál rychleji?
a. Ne b. Občas c. Většinou ano
- 51) Pijete samotářsky (anebo o samotě doma)?
a. Ne b. Občas c. Většinou ano

- 52) Máte svoji „bezpečnou dávku“ alkoholu a té se držíte, bez toho, abyste ztratili nad sebou kontrolu?
a. Ne b. Jak kdy c. Ano, mám
- 53) Když nemůžete usnout, anebo se v noci vzbudíte, vypijete si trochu pro lepší spaní?
a. Ne b. Občas c. Dost často
- 54) Měli jste v období pití pocit, že je úplně jedno co pijete, nebo přes různé příchutě nápojů jste vnímali jen stejnou chuť alkoholu?
a. Ne, nikdy b. 1-2krát c. Vícekrát
- 55) Máte dojem, že ztrácíte své předchozí zájmy („koníčky“) apod.?
a. Ne, věnuji se jim b.Trochu ano c. Ano, do značné míry
- 56) Stává se, že vás úplně ovládne chuť anebo neodolatelná touha napít se a alkohol sis vámi dělá, co chce?
a. Ne b. Zřídka kdy c. Často
- 57) Patříte (anebo jste jistý čas patřil) k partě, která se pravidelně chodí bavit a přitom popíjet?
a. Ne, nepatřím b. Občas se přidám c. Ano
- 58) Jsou takové dny, kdy pocítíte potřebu opít se a je vám jedno kde, s kým a kolik toho vypijete?
a. Ne b. Občas c. Dost často
- 59) Stalo se, že vás život tak „uzemnil“, že jste úplně ztratili zájem o všechno?
a. Ne b. Do jisté míry c. Ano, stalo
- 60) Když si chcete něco vypít, raději se vytratíte („ztratíte se z dohledu“), aby vám partner/ka či jiný příbuzný nevyčítal, že zas pijete?
a. Ne b. Občas c. Skoro vždy

Příloha č. 2: Modifikovaný dotazník FEA

FEA

INSTRUKCE: Dotazník sleduje účinky užívání alkoholu a je sestavený tak, že pod každou otázkou jsou tři možné odpovědi (a, b, c) a je třeba si z nich vybrat JEDNU, která tě vystihuje. Když si pozorně přečtete možné odpovědi a zvolíte jednu z nich, zakroužkujte JEDNO z písmen vedle ní.

Jsem: a. žena b. muž

- 1) Měl/a jsi v poslední době pocit, že tě škola velmi vyčerpává?
a. Ne b. Občas c. Ano, často
- 2) Když si na oslavě nebo s partou co pije, zdržíš se déle (vrátíš se domů později), než jsi původně zamýšlel?
a. Ne b. Občas ano c. Poměrně často
- 3) Když se chceš ve společnosti dostat do takové nálady jako ostatní, musíš vypít víc jak ostatní?
a. Nemusím b. Občas ano c. Téměř vždy
- 4) Piješ, jen když se najíš (tj. až k jídlu nebo po něm)?
a. Ne, i na lačno b. Do jisté míry c. Ano, když něco sním
- 5) Máš silný pocit, že za tvoje problémy a nepříjemnosti můžou vlastně jiní lidé?
a. Ne, nemám b. Do jisté míry c. Ano, mám
- 6) Zabírá ti pití a zotavování se z něho příliš mnoho času na úkor tvých školních povinností?
a. Ne, nezabírá b. Do jisté míry c. Ano, zabírá
- 7) Máš sklon „sesypat se“ (podlehnout) pod nátlakem?
a. Ne b. Občas ano c. Většinou ano
- 8) Ukrýváš po sobě prázdné lahve od alkoholu a snažíš se jich nenápadně zbavovat?
a. Ne b. Občas se to stane c. Dost často
- 9) Užíváš léky proti bolesti nebo nespavosti?
a. Ne, vůbec b. Občas ano c. Často, anebo denně
- 10) Když pocítíš, že příjemná nálada („špička“) se při pití ztrácí, dáš si 1-2 skleničky, aby se ti vrátila?
a. Ne, nikdy b. Občas ano c. Zpravidla je to tak
- 11) Když piješ, končí to opilostí anebo tím, že vypiješ víc, než jsi chtěl/a?
a. Ne b. Občas c. Často

- 12) Ráno po pití ti bývá zle (pocení, třesení rukou, bolest hlavy, atd.) a ty to překonáváš 1-2 skleničkami nebo pivem?
a. Ne b. Zřídka c. Často
- 13) Konzumuješ malé dávky na různých místech (v různých barech), aby to nevypadalo, že příliš piješ?
a. Ne. b. Občas to udělám c. Dělam to pravidelně
- 14) Potřebuješ se napít, když si chceš vyjasnit nějaký problém s partnerem/kou (např. upřímně si promluvit)?
a. Nepotřebuji b. Občas ano c. Téměř vždy
- 15) Používáš ústní sprej (mentolky, tic-tac apod.), aby jsi zakryl/a, že máš něco vypité?
a. Ne b. Občas c. Pravidelně
- 16) Stává se, že na druhý den si nemůžeš vzpomenout na některé věci, které jsi dělal/a při pití?
a. Nestává b. 1-2krát ročně c. Vícekrát
- 17) Dá se říci, že těžko snášíš neúspěch nebo prohru?
a. Ne b. Do jisté míry c. Ano, těžko
- 18) Pociťuješ značný ostych nebo pocit trapnosti, když přijde řeč na sex?
a. Ne, vůbec b. Trochu ano c. Ano, značně
- 19) Obírá tě pití o čas, který jsi předtím vynakládal/a na své koníčky?
a. Vůbec ne b. Trochu ano c. Ano, značně
- 20) Schováváš si láhve s alkoholem tak, aby byly vždy po ruce (v pokoji, v šatníku, ve sklepě, atd.)?
a. Neschovávám b. Někdy se to stane c. Zpravidla
- 21) Chyběl/a jsi za poslední rok, protože jsi po pití nemohl/a přijít do školy?
a. Ne b. Jednou c. Vícekrát
- 22) Když máš být den- dva bez alkoholu, zkoušíš se zásobit, případně vypít co nejvíce?
a. Ne, nestává se to b. Občas se to stane c. Téměř vždy
- 23) Míváš strach, úzkostné stavy anebo sny po delším pití?
a. Ne b. Zřídka c. Často
- 24) Potřebuješ se jednou za čas pořádně opít, aby si zapomněl/a na své problémy?
a. Ne b. Občas ano c. Ano, často

- 25) Zažil/a při delším pití pocit, že se „nedokážeš opít“, obrátil/a jsi do sebe pár skleniček a ani nevíš, která z nich tě dorazila?
a. Ne, nikdy b. 1-2krát c. Vícekrát
- 26) Když máš vypité, navazuješ erotické známosti (i takové, které by si za střízliva nenavázal/a)?
a. Ne b. Občas c. Dost často
- 27) Stává se ti, že odpiješ z láhve alkohol a doliješ ho vodou, aby nikdo nic nepoznal?
a. Ne b. 1-2krát se to stalo c. Vícekrát se to stalo
- 28) Napiješ se, i když zrovna bereš léky (proti bolesti hlavy, alergii, na angínu nebo rýmu atp.)?
a. Ne, nikdy b. Zřídka c. Dost často
- 29) Máš ve zvyku vypít na ex („do dna“) první 1-2 skleničky?
a. Nemám b. Někdy se to stane c. Zpravidla, je to tak
- 30) Stalo se ti, že si z některého důvodu (nic není po ruce, nejsou peníze) vypil/a nekonzumní alkohol (Okena, Alpa apod.)?
a. Ne b. 1-2krát c. Vícekrát
- 31) Zjistil/a jsi při pití, že se ti rozplývají písmena a nemůžeš přečíst běžný text?
a. Ne, ani jednou b. 1-2krát c. Vícekrát
- 32) Stalo se ti při pití, že ses ráno probral/a na neznámém místě s neznámým člověkem a nevěděl/a jsi, jak ses tam ocitl/a?
a. Ne b. Jednou c. Vícekrát
- 33) Piješ, aby ses zbavil napětí (zlosti, podrážděnosti)?
a. Ne b. Občas c. Často
- 34) Jsi zvyklý/á pít alkohol v malých dávkách (tj. rozloženě, vícekrát za den)?
a. Ne b. Jak kdy c. Ano
- 35) Zkoušel/a jsi někdy úplně abstinovat (nepít ani, když ostatní pili)?
a. Ne b. c. Ano
- 36) Musel/a sis v poslední době půjčit peníze (nebo něco prodat apod.), abys jsi mohl/a pít dál?
a. Ne b. 1-2krát c. Vícekrát
- 37) Máš pocit viny vůči rodičům anebo kamarádům?
a. Ne b. Občas ano c. Ano, často
- 38) Dokážeš lidem otevřeně říct, co se ti na nich nelíbí i bez alkoholu?
a. Ano, dokážu b. Jak kdy c. Ne, nedokážu

- 39) Stává se ti, že po pití na druhý den pokračuješ („udržuješ hladinku“), aby ti nebylo zle?
- a. Ne, nestává b. Jen výjimečně c. Dost často
- 40) Pokoušel/a jsi se omezit pití (ne abstinovat, ale pít méně, s mírou)? Jak dlouho se ti to dařilo?
- a. Vůbec b. Několik týdnů c. Několik měsíců
- 41) Stalo se ti, že už více nedokážeš snést svoje těžkosti a zvládnout své povinnosti?
- a. Ne b. Občas ano c. Ano, často
- 42) Stává se ti, že při pití smícháš (např. pivo a tvrdé), aby byl rychlejší a silnější účinek?
- a. Nestává b. Občas c. Ano, často
- 43) Měl/a jsi v životě větší smůlu („pech“) než jiní lidé?
- a. Ani ne b. Možná ano c. Určitě ano
- 44) Stalo se ti, že jsi utekl/a (nebo si velmi chtěl/a, chystal/a se) na delší dobu pryč z domu?
- a. Ne b. Jednou c. Vícekrát
- 45) Nosíš při sobě (pod bundou, v tašce, s nákupem apod.) láhev, aby tě rodiče, kamarádi či někdo jiný neviděl pít?
- a. Ne b. Občas c. Často
- 46) Musíš brát utišující léky, aby ses emočně uspokojil?
- a. Ne b. Občas c. Často
- 47) Zvykl/a sis dát skleničku jako „odměnu“ za práci ve škole nebo doma?
- a. Ne b. Sem tam ano c. Ano, zpravidla
- 48) Zjistil/a jsi, že příjemný pocit z účinku 2-3 skleniček je slabší (trvá kratší dobu) než dříve a je třeba na jeho dosažení vypít víc?
- a. Ne b. Účinek se snížil c. Ano
- 49) Pohrozil ti někdy přítel/přítelkyně rozchodem kvůli tvému pití?
- a. Vůbec ne b. Ano, ale ne vážně c. Ano
- 50) Po prvních skleničkách dostaneš chuť („chytíš slinu“) a postupem času obrácíte skleničky čím dál rychleji?
- a. Ne b. Občas c. Většinou ano
- 51) Piješ samotářsky (o samotě doma)?
- a. Ne b. Občas c. Většinou ano
- 52) Máš svoji „bezpečnou dávku“ alkoholu a té se držíš bez toho, abys jsi nad sebou ztratil/a kontrolu?
- a. Ne b. Jak kdy c. Ano, mám

- 53) Když nemůžeš usnout, anebo se v noci vzbudíš, vypiješ si trochu na lepší spaní?
a. Ne b. Občas c. Dost často
- 54) Měl/a jsi někdy pocit, že je úplně jedno co piješ nebo přes různé příchutě alkoholu si vnímal/a stejnou chuť?
a. Ne, nikdy b. 1-2krát c. Vícekrát
- 55) Máš dojem, že ztrácíš své předchozí zájmy (koníčky)?
a. Ne, věnuji se jim b.Trochu ano c. Ano, do značné míry
- 56) Stává se ti, že tě úplně ovládne chuť nebo touha napít se?
a. Ne b. Zřídka kdy c. Často
- 57) Patříš (nebo jsi jistou dobu patřil/a) k partě, která se pravidelně chodí bavit a při tom popíjet?
a. Ne b. Občas se přidám c. Ano
- 58) Jsou takové dny, kdy cítíš potřebu se opít a je ti jedno kde a s kým?
a. Ne b. Občas c. Dost často
- 59) Stalo se ti, že tě život tak „uzemnil“, že jsi ztratil/a zájem o všechno?
a. Ne b. Do jisté míry c. Ano, stalo
- 60) Když si chceš něco vypít, raději se vytratíš („ztratíš se z dohledu“), aby ti kamarádi nevyčítali, že piješ?
a. Ne b. Občas c. Skoro vždy

Příloha č. 3: NEO pětifaktorový osobnostní inventář

INVENTÁŘ

NEO pětifaktorový osobnostní inventář

M. Hřebíčková, T. Urbánek (podle NEO Five-Factor Inventory P. T. Costy a R. R. McCrae)

Jméno:

Věk:

Pohlaví: ☐ muž ☐ žena

Datum:

Inventář obsahuje 60 výpovědí, kterými byste mohli popsat sami sebe. Přečtěte si pozorně každou výpověď a posuďte, do jaké míry Vás vystihuje. Svoji odpověď označte křížkem X na připojené škále čísel:

①	②	③	④	
vůbec nevystihuje	spíše nevystihuje	neutrální	spíše vystihuje	úplně vystihuje
výpověď Vás vůbec nevystihuje	výpověď Vás spíše nevystihuje	ani výstižná ani nevýstižná výpověď	výpověď Vás spíše vystihuje	výpověď Vás úplně vystihuje

Jednotlivé výpovědi nelze posuzovat ani jako správné ani jako nesprávné, a proto není možné dosáhnout dobrých nebo špatných výsledků.

Pracujte prosím pozorně a po vyplnění zkontrolujte, zda jste posoudili každou výpověď.

Pokud se rozhodnete změnit svou odpověď, označte nově zvolené číslo opět křížkem a navíc je i výrazně podtrhněte.

Před tím, než začnete odpovídat, vyplňte prosím údaje v záhlaví této strany.

N
E
O
P
S

①	②	③	④	
vůbec nevystihuje výpověď Vás vůbec nevystihuje	spíše nevystihuje výpověď Vás spíše nevystihuje	neutrální ani výstižná ani nevýstižná výpověď	spíše vystihuje výpověď Vás spíše vystihuje	úplně vystihuje výpověď Vás úplně vystihuje

	Nakolik mě vystihuje tato výpověď?				
	vůbec nevystihuje				úplně vystihuje
1. Obvykle si nedělám starosti.	①	②	③	④	
2. Mám rád(a) kolem sebe mnoho lidí.	①	②	③	④	
3. Nerad(a) ztrácím čas denním sněním.	①	②	③	④	
4. Snažím se být zdvořilý(á) ke každému, s kým se setkám.	①	②	③	④	
5. Svě věci udržuji v pořádku a čistotě.	①	②	③	④	
6. Často se cítím horší než ostatní.	①	②	③	④	
7. Snadno se rozesměji.	①	②	③	④	
8. Neměním vyzkoušené způsoby, jak něčeho dosáhnout.	①	②	③	④	
9. Často se dostanu do sporu se svou rodinou nebo spolupracovníky.	①	②	③	④	
10. Svůj čas si dovedu dobře zorganizovat tak, abych vyřídil(a) všechny nutné záležitosti.	①	②	③	④	
11. Pokud jsem vystaven(a) velkému stresu, mám občas pocit, že se zhroutím.	①	②	③	④	
12. Nepovažuji sám (sama) sebe za příliš veselého (veselou).	①	②	③	④	
13. Jsem fascinován(a) motivy, které nalézám v umění a v přírodě.	①	②	③	④	
14. Někteří lidé si o mně myslí, že jsem sobecký(a) a egoistický(a).	①	②	③	④	
15. Nejsem příliš systematickým člověkem.	①	②	③	④	
16. Málokdy se cítím osamělý(á) nebo smutný(á).	①	②	③	④	
17. Velmi rád(a) se bavím s jinými lidmi.	①	②	③	④	

- 3 -

	Nakolik mě vystihuje tato výpověď?				
	vůbec nevystihuje				úplně vystihuje
18. Je zbytečné, aby člověk naslouchal rozdílným názorům, protože si z nich stejně nedovede žádný vybrat.	0	1	2	3	4
19. Raději bych s ostatními spolupracoval(a), než soupeřil(a).	0	1	2	3	4
20. Pokouším se o splnění všech svěřených úkolů s maximální svědomitostí.	0	1	2	3	4
21. Často se cítím napjatý(á) a nervózní.	0	1	2	3	4
22. Jsem rád(a) tam, kde se něco děje.	0	1	2	3	4
23. Poezie na mě má malý nebo žádný účinek.	0	1	2	3	4
24. Vůči záměrům druhých jsem nedůvěřivý(á) a rezervovaný(á).	0	1	2	3	4
25. Mám přesně vymezené cíle a pracuji systematicky na jejich dosažení.	0	1	2	3	4
26. Někdy se cítím zcela bezcenný(á).	0	1	2	3	4
27. Raději bývám sám (sama) než ve společnosti.	0	1	2	3	4
28. Mám-li možnost, rád(a) si dávám nová nebo cizokrajná jídla.	0	1	2	3	4
29. Když to člověk dovolí, tak ho ostatní lidé zneužijí pro své cíle.	0	1	2	3	4
30. Promarním mnoho času, než se pustím do práce.	0	1	2	3	4
31. Málokdy pocítím strach nebo úzkost.	0	1	2	3	4
32. Často mám pocit, že překypuji energií.	0	1	2	3	4
33. Málokdy si u sebe povšimnu nálad nebo pocitů vyvolaných okolními vlivy.	0	1	2	3	4
34. Většina lidí, které znám, mě má ráda.	0	1	2	3	4
35. Pracuji tvrdě na dosažení svých cílů.	0	1	2	3	4
36. Často mě rozčilí, jak se mnou lidé jednají.	0	1	2	3	4
37. Jsem radostný, dobře naladěný člověk.	0	1	2	3	4
38. Při řešení závažných životních situací se řídím názory autorit.	0	1	2	3	4
39. Někteří lidé mne považují za chladného (chladnou) a vypočítavého (vypočítavou).	0	1	2	3	4

- 4 -

①	②	③	④	
vůbec nevystihuje	spíše nevystihuje	neutrální	spíše vystihuje	úplně vystihuje

Nakolik mě vystihuje tato výpověď?

	vůbec nevystihuje				úplně vystihuje
40. Pokud něco slíbím, vždy to dodržím.	①	②	③	④	
41. Pokud se něco nedaří, až příliš často se tím nechávám odradit a mám pocit, že to vzdám.	①	②	③	④	
42. Nejsem příliš optimistický(á).	①	②	③	④	
43. Při čtení poezie či pohledu na umělecké dílo mi někdy naskakuje husí kůže a pociťuji mrazení.	①	②	③	④	
44. Ve svých postojích jsem tvrdošijný(á) a neústupný(á).	①	②	③	④	
45. Někdy na mne není takové spolehnutí, jaké by mělo být.	①	②	③	④	
46. Málokdy jsem smutný(á) a depresivní.	①	②	③	④	
47. Často žiji v rychlém tempu.	①	②	③	④	
48. Nemám zájem hloubat o podstatě světa nebo smyslu existence člověka.	①	②	③	④	
49. Obvykle se snažím být ohleduplný(á) a citlivý(á).	①	②	③	④	
50. Jsem výkonný(á) a svou práci vždy zvládnou.	①	②	③	④	
51. Často se cítím bezmocný(á) a potřebuji někoho, kdo by mi pomohl vyřešit mé problémy.	①	②	③	④	
52. Jsem velmi aktivní.	①	②	③	④	
53. Toužím po poznání a vědomostech.	①	②	③	④	
54. Pokud někoho nemám rád(a), dám to dotyčnému najevo.	①	②	③	④	
55. Snad nikdy nebudu schopen (schopna) uspořádat si své záležitosti.	①	②	③	④	
56. Někdy se tak stydím, že bych se nejraději neviděl(a).	①	②	③	④	
57. Nebaví mě vést druhé lidi.	①	②	③	④	
58. Často si rád(a) pohrávám s teoriemi nebo abstraktními myšlenkami.	①	②	③	④	
59. Je-li to nutné, neváhám manipulovat lidmi, abych dosáhl(a) toho, čeho chci.	①	②	③	④	
60. Usiluji o dokonalost ve všem, co dělám.	①	②	③	④	

Příloha č. 4: Šablona NEO

- 2 - - 3 - - 4 -

NEO pětifaktorový osobnostní inventář

Skórovací šablona

☐ N (Neuroticismus)

☐ E (Extraverze)

☐ O (Otevřenost vůči zkušenosti)

☐ P (Plíživost)

☐ S (Svědomitost)

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

4 3 2 1 0

0 1 2 3 4

Copyright © 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2

Příloha č. 5: Percentily muži

	muži					muži 15 – 21 let					muži 22 – 75 let					celý soubor (muži a ženy)				
HS	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S
0																				
1																				
2																				
3											2									
4	2					1					4									
5	3					2					4					1				
6	3					3					9					1				
7	4					4					9					2				
8	6					5					12					3				
9	8					8					12		2			4				
10	9			1	1	9			1	1	12		2			6				1
11	12		1	1	2	11		1	2	2	14		4			8				2
12	14		2	2	2	14		2	2	2	14		7			10	1	1	1	2
13	16		3	3	4	16		3	3	4	21		7			13	1	2	1	3
14	20		5	3	5	19		4	4	6	29		7			16	1	2	2	4
15	25		6	4	7	24	1	6	4	8	31		7			20	1	3	2	5
16	30	1	8	5	7	29	1	8	6	8	41		7			25	2	5	3	5
17	34	3	11	6	9	32	3	11	7	10	46		7	2	2	28	3	6	3	7
18	39	5	14	8	12	37	5	15	9	12	51		7	2	4	33	4	8	5	9
19	43	6	17	10	15	41	7	18	11	16	60		7	4	7	36	5	11	6	11
20	46	7	22	12	18	45	8	24	13	19	63		7	7	7	41	7	14	8	14
21	51	10	26	14	22	49	10	28	15	23	63	2	7	9	12	46	9	17	10	17
22	56	13	30	17	27	56	13	33	18	28	65	7	9	9	14	50	11	21	12	20
23	63	15	36	21	31	62	16	39	22	31	70	7	9	12	26	56	13	27	15	24
24	68	19	40	26	36	68	21	42	28	37	70	9	24	12	29	61	18	31	18	28
25	72	23	46	30	39	72	24	48	32	40	73	12	26	12	31	66	20	36	21	31
26	75	28	53	37	46	75	29	55	39	47	73	24	34	17	36	70	24	42	25	36
27	79	33	60	42	51	80	34	62	45	53	73	31	39	19	39	74	28	50	31	41
28	82	38	65	48	55	83	38	66	51	56	78	39	53	21	41	76	32	56	37	45
29	86	41	69	54	60	86	41	71	56	62	82	39	58	29	46	80	36	61	42	51
30	89	45	73	60	66	89	45	74	63	68	90	46	60	34	51	83	40	65	48	57
31	90	51	76	68	69	90	50	78	70	71	90	58	65	46	53	85	45	70	56	60
32	92	58	81	73	74	92	58	82	76	76	90	60	70	48	56	88	50	75	61	67
33	94	62	83	79	79	94	63	85	81	80	92	60	70	53	63	90	54	79	68	73
34	95	67	87	83	82	96	68	87	85	84	95	63	82	68	65	91	59	83	74	78
35	97	73	88	87	84	98	73	89	88	86	95	65	87	75	65	93	64	86	79	81
36	98	79	91	92	89	98	80	91	93	91	95	68	90	80	73	95	71	89	85	86
37	99	81	92	93	91	99	82	92	94	93	97	73	95	90	80	96	75	91	89	89
38	99	84	94	95	93	99	84	94	96	94	97	78	97	90	85	97	79	93	93	91
39	99	87	96	97	94	99	88	96	98	95	97	82	97	90	87	97	84	96	95	94
40	99	89	97	98	95	99	89	97	99	96	97	85	97	92	87	98	87	97	97	95
41	99	91	99	99	96	99	92	99	99	97	97	87		92	90	98	90	99	98	96
42	99	93	99	99	98	99	93	99	99	98		92		95	92	99	92	99	99	97
43		95		99	98		95		99	99		92			92	99	94	99	99	98
44		97			98		97			99		97			92	99	96	99	99	98
45		98			99		98			99		97			97	99	98	99	99	99
46		99			99		99			99		97			97		99	99	99	99
47		99			99		99					97			97		99	99		99
48																				
	N = 416					N = 375					N = 41					N = 1101				

Poznámky: HS = Hrubý skóre, N = Neuroticismus, E = Extraverze, O = Otevřenost vůči zkušenosti, P = Přívětivost, S = Svědomitost

Příloha č. 6: Percentily ženy

	ženy					ženy 15 – 21 let					ženy 22 – 75 let					celý soubor (muži a ženy)				
HS	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S	N	E	O	P	S
0																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																1				
6											1					1				
7											1					2				
8	1					1				1	1					3				
9	2				1	2				1	3	1				4				
10	4				1	3				1	6	1				6				1
11	5	1			1	4				2	9	2				8				2
12	8	1			2	7	1	1		2	12	2				10	1	1	1	2
13	11	2	1		2	9	1	1		3	16	3				13	1	2	1	3
14	14	2	1		3	12	1	1		4	22	3	1			16	1	2	2	4
15	17	2	2	1	3	15	2	2	1	4	26	3	2	1		20	1	3	2	5
16	21	3	3	1	4	19	3	3	1	5	29	3	2	1	1	25	2	5	3	5
17	24	3	4	1	6	23	3	4	1	7	31	3	3	1	1	28	3	6	3	7
18	29	4	5	2	7	26	4	5	3	8	39	5	4	1	3	33	4	8	5	9
19	32	5	7	4	8	29	4	7	4	10	43	7	6	2	3	36	5	11	6	11
20	38	6	8	5	11	35	6	8	5	13	48	7	9	3	3	41	7	14	8	14
21	42	8	12	7	14	38	8	12	7	16	57	7	11	3	5	46	9	17	10	17
22	47	10	15	8	16	43	11	15	9	19	61	8	16	4	5	50	11	21	12	20
23	52	12	21	11	20	47	12	21	12	23	67	13	21	5	7	56	13	27	15	24
24	57	17	26	13	23	53	17	26	15	27	70	18	28	6	9	61	18	31	18	28
25	62	18	31	16	25	58	17	30	18	29	75	20	33	6	12	66	20	36	21	31
26	67	21	35	19	30	62	20	33	22	35	82	24	40	6	14	70	24	42	25	36
27	71	25	44	25	34	67	24	41	30	39	84	31	52	9	16	74	28	50	31	41
28	73	29	51	30	39	69	27	47	35	45	85	35	64	11	20	76	32	56	37	45
29	76	33	56	34	45	73	31	52	40	51	88	38	70	14	26	80	36	61	42	51
30	80	38	60	40	51	77	36	56	46	57	91	43	73	18	30	83	40	65	48	57
31	83	41	67	49	55	80	39	64	55	61	92	49	75	26	34	85	45	70	56	60
32	86	45	72	54	63	83	43	70	60	69	94	52	78	31	39	88	50	75	61	67
33	87	49	77	61	70	85	46	75	66	77	95	57	84	43	45	90	54	79	68	73
34	89	54	81	68	76	87	53	78	73	82	95	60	90	51	54	91	59	83	74	78
35	91	59	84	75	79	90	58	82	79	85	97	64	92	58	58	93	64	86	79	81
36	93	67	88	80	84	92	65	86	84	89	97	73	94	67	67	95	71	89	85	86
37	95	71	90	87	87	94	68	89	90	91	98	80	95	75	75	96	75	91	89	89
38	96	76	92	92	90	95	73	91	94	93	98	85	98	84	83	97	79	93	93	91
39	97	81	95	94	93	96	80	95	96	95	99	86	98	90	88	97	84	96	95	94
40	97	86	97	96	95	97	84	96	98	97	99	92	98	92	89	98	87	97	97	95
41	98	89	98	98	96	98	88	98	98	97		93		97	94	98	90	99	98	96
42	99	92	99	99	97	98	91	98	98	97		95			98	99	92	99	99	97
43	99	94	99	99	98	99	93	99	99	98		96			98	99	94	99	99	98
44	99	96	99	99	98	99	95	99	99	98		96			98	99	96	99	99	98
45	99	97	99	99	99	99	97	99	99	99		98				99	98	99	99	99
46		98	99	99			99	99	99			98					99	99	99	99
47		99	99				99	99									99	99		99
48																				
	N = 685					N = 532					N = 153					N = 1101				

Poznámky: HS = Hrubý skór, N = Neuroticismus, E = Extraverze, O = Otevřenost vůči zkušenosti, P = Přívětivost, S = Svědomitost.

Příloha č. 7: Průměry škál pro jednotlivé skupiny

		15 – 21 let	22 – 75 let	Celý soubor
Muži	Neuroticismus	20,96	19,68	20,83
	Extraverze	30,78	32,20	30,92
	Otevřenost	25,85	28,44	26,11
	Přívětivost	27,74	31,80	28,14
	Svědomitost	26,92	30,68	27,29
Ženy	Neuroticismus	24,14	20,76	23,39
	Extraverze	32,82	31,29	32,48
	Otevřenost	28,96	27,46	28,63
	Přívětivost	30,42	33,82	31,18
	Svědomitost	28,49	33,04	29,50
Celý soubor	Neuroticismus	22,82	20,53	22,42
	Extraverze	31,97	31,48	31,89
	Otevřenost	27,68	27,67	27,68
	Přívětivost	29,31	33,39	30,03
	Svědomitost	27,84	32,54	28,67

Příloha č. 8: Zpracované výsledky dotazníku FEA a NEO

Tazatel č.:	FEA	N	E	O	P	S	ch/d
1	121	40	40	14	11	20	2
2	119	24	34	24	26	28	2
3	114	22	30	18	29	24	2
4	95	30	37	27	23	35	2
5	94	30	33	23	25	32	1
6	94	22	40	19	30	23	2
7	92	33	26	23	24	21	2
8	91	28	29	18	33	26	2
9	90	20	38	17	33	27	1
10	90	29	30	31	24	26	2
11	83	26	31	25	29	30	1
12	85	19	24	12	36	33	1
13	85	14	33	21	35	19	1
14	84	22	44	14	28	34	1
15	83	38	27	18	29	28	2
16	83	34	42	28	31	39	2
17	79	33	35	27	17	38	1
18	77	36	20	30	19	28	1
19	77	19	30	11	31	25	1
20	77	24	34	24	28	30	2
21	75	13	31	22	36	36	1
22	75	29	24	21	28	25	1
23	74	41	16	34	25	22	2
24	74	15	21	26	17	32	2
25	72	22	31	25	31	27	2
26	71	3	18	13	19	46	1
27	70	17	26	24	13	33	1
28	69	19	37	19	30	29	2
29	69	21	26	29	31	28	1
30	68	20	22	26	34	30	2
31	66	19	29	20	37	38	2
32	66	21	25	31	22	29	1
33	65	26	34	19	29	26	1
34	64	14	25	27	27	31	1
35	62	13	38	23	36	37	1
36	62	29	40	19	32	27	2

N=neuroticismus, E=extroverze, P=prívětivost, O=otevřenost,
S=svědomitost
chlapei = 1, dívky = 2

Příloha č. 9: Výchozí tabulka, kterou jsme použily pro ověření hypotéz

Tazatel č.:	FEA	E	E/percentil	extro/intro	O	O/percentil	ch/d
1	121	40	84	2	14	1	2
2	119	34	53	2	24	26	2
3	114	30	36	2	18	5	2
4	95	37	68	2	27	41	2
5	94	33	63	2	23	39	1
6	94	40	84	2	19	7	2
7	92	26	20	1	23	21	2
8	91	29	31	1	18	5	2
9	90	38	84	2	17	11	1
10	90	30	36	2	31	64	2
11	83	31	50	2	25	48	1
12	85	24	21	1	12	2	1
13	85	33	63	2	21	28	1
14	84	44	97	2	14	4	1
15	83	27	24	2	18	5	2
16	83	42	91	2	28	47	2
17	79	35	73	2	27	62	1
18	77	20	8	1	30	74	1
19	77	30	45	2	11	1	1
20	77	34	53	2	24	26	2
21	75	31	50	2	22	33	1
22	75	24	21	1	21	28	1
23	74	16	3	1	34	78	2
24	74	21	8	1	26	33	2
25	72	31	39	2	25	30	2
26	71	18	5	1	13	16	1
27	70	26	29	1	24	42	1
28	69	37	68	2	19	7	2
29	69	26	29	1	29	71	1
30	68	22	11	1	26	33	2
31	66	29	31	1	20	8	2
32	66	25	24	1	31	78	1
33	65	34	68	2	19	18	1
34	64	25	24	1	27	62	1
35	62	38	84	2	23	39	1
36	62	40	84	2	19	7	2

Příloha č. 10: Tabulka extroverti

Tazatel č.:	FEA	E	E/percentil	extro/intro	O	O/percentil	ch/d
1	121	40	84	2	14	1	2
2	119	34	53	2	24	26	2
3	114	30	36	2	18	5	2
4	95	37	68	2	27	41	2
5	94	33	63	2	23	39	1
6	94	40	84	2	19	7	2
9	90	38	84	2	17	11	1
10	90	30	36	2	31	64	2
11	83	31	50	2	25	48	1
13	85	33	63	2	21	28	1
14	84	44	97	2	14	4	1
15	83	27	24	2	18	5	2
16	83	42	91	2	28	47	2
17	79	35	73	2	27	62	1
19	77	30	45	2	11	1	1
20	77	34	53	2	24	26	2
21	75	31	50	2	22	33	1
25	72	31	39	2	25	30	2
28	69	37	68	2	19	7	2
33	65	34	68	2	19	18	1
35	62	38	84	2	23	39	1
36	62	40	84	2	19	7	2

Příloha č. 11: *Tabulka introverti*

Tazatel č.:	FEA	E	E/percentil	extro/intro	O	O/percentil	ch/d
7	92	26	20	1	23	21	2
8	91	29	31	1	18	5	2
12	85	24	21	1	12	2	1
18	77	20	8	1	30	74	1
22	75	24	21	1	21	28	1
23	74	16	3	1	34	78	2
24	74	21	8	1	26	33	2
26	71	18	5	1	13	16	1
27	70	26	29	1	24	42	1
29	69	26	29	1	29	71	1
30	68	22	11	1	26	33	2
31	66	29	31	1	20	8	2
32	66	25	24	1	31	78	1
34	64	25	24	1	27	62	1

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Petra Koutná
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Pavel Škobrtal Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Alkoholismus mladistvých
Název v angličtině:	Teenagers and the alcohol problems
Anotace práce:	Práce se zabývá mladistvými a jejich vztahem k užívání alkoholických nápojů a je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části je popsáno, co je alkohol a co je závislost na alkoholu. Vývoj závislosti, jak závislost poznáme a jak se projevuje na jedinci a na jeho zdravotním stavu. Dále jsou zde uvedeny faktory, které ovlivňují vztah k alkoholu, a také, je zde popsán vývoj dospívajícího jedince. Poslední kapitola teoretické části se zabývá prevencí. V praktické části se práce zabývá zjištěním, zda je rozdíl mezi chlapci a dívkami ve vztahu k alkoholu a nakolik je ve vztahu k alkoholu rozdíl mezi extrovertem a introvertem.
Klíčová slova:	alkohol, závislost, závislost na alkoholu, psychotropní látka, abúzus, mladiství, dospívající

Anotace v angličtině:	This thesis is about teenagers and their problems with using alcohol. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part covers the development of an addict, how the addiction is recognized and the impact on the teen's health. Next are some factors that influence the addict and the impact on the emotional and physical development of the adolescent. Last part is about prevention. In the practical part, differences between girls and boys and their use of alcohol is evaluated and how alcohol impacts personality traits (extraversion and introversion).
Klíčová slova v angličtině:	alcohol, addiction, alcohol addiction, psychotropic substance, abuser, teenager, maturing
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: <i>Původní standardizovaný dotazník FEA</i> Příloha č. 2: <i>Modifikovaný dotazník FEA</i> Příloha č. 3: <i>NEO pětifaktorový osobnostní inventář</i> Příloha č. 4: <i>Šablona NEO</i> Příloha č. 5: <i>Percentily muži</i> Příloha č. 6: <i>Percentily ženy</i> Příloha č. 7: <i>Průměry škál pro jednotlivé skupiny</i> Příloha č. 8: <i>Zpracované výsledky dotazníku FEA a NEO</i> Příloha č. 9: <i>Výchozí tabulka, kterou jsme použily pro ověření hypotéz</i> Příloha č. 10: <i>Tabulka extroverti</i> Příloha č. 11: <i>Tabulka introverti</i>
Rozsah práce:	75 s. + 22 s. příloh
Jazyk práce:	Jazyk český