

Konzumace alkoholických nápojů a její primární prevence u žáků 2. stupně základní školy

Šárka Horňáková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Šárka HORŇÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H10030**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Konzumace alkoholických nápojů a její primární
prevence u žáků 2. stupně základní školy**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti prevence požívání alkoholu na základní škole.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu metodou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

EDWARDS, Griffith. Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu. Praha: Lidové noviny, 2004. ISBN 80-710-6696-6.

NEŠPOR, Karel. Vaše děti a návykové látky. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.

SKÁLA, Jaroslav. ...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (Zneužívání a závislost). Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08-045-88.

ŠIMÍČKOVÁ-CÍŽKOVÁ et al. Přehled vývojové psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Renata Polepilová

Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce:

20. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

2. května 2014

Ve Zlíně dne 20. ledna 2014



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20. 4. 2014.

Demakova

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou konzumace alkoholických nápojů a její primární prevencí u žáků 2. stupně základní školy. Teoretická část přináší zprvu široký vhled do probírané tematiky, a to částmi zabývajícími se alkoholem, opilstostí a alkoholismem jak z pohledu současného, především z pohledu adiktologie a psychologie, tak z pohledu historického. Dále uvádí důsledky dlouhodobé nadměrné konzumace alkoholických nápojů, kdy se zaměřuje na somatickou a psychosociální stránku lidské osobnosti. V psychosociální oblasti pak zdůrazňuje dopady alkoholismu na děti osob závislých. Krom toho přináší přehledem příčin a důsledků nadměrné konzumace nápojů s obsahem alkoholu u dětí a dospívajících v návaznosti na vývojové změny období pubescence. Poslední kapitola uvedené části, v souvislosti aktuálnosti a závažnosti uvedeného problému, je věnována specifické všeobecné primární prevenci u dané skupiny populace, kdy neopomíná široké pole působnosti sociální pedagogiky. Praktická část předkládá výsledky kvantitativně orientovaného výzkumu, provedeného na vybraných školách Uherskobrodsko, spolu s odvozenými závěry a doporučením pro praxi.

Klíčová slova: alkoholický nápoj, závislost, alkoholismus, žák 2. stupně základní školy, pubescence, specifická všeobecná primární prevence

ABSTRACT

This bachelor thesis is addressing the issue of alcoholic beverage consumption and its primary prevention within a radius of secondary school students. The theoretic part is giving us a broad view into discussed issue with parts focusing on alcohol, inebriation and alcoholism from today perspective, mainly from the perspective of adictology and psychology and then from the historic perspective. It also introduces consequences of the long-term excessive alcoholic beverages consumption with more detailed look at the somatic and psychosocial part of the personality. In the psychosocial part it highlights the impacts of alcoholism on the children of alcohol addicted individuals. Moreover, this thesis shows how excessive alcohol consumption of children and adolescents relates to changes in development in pubescent period of these young people. The last chapter is dedicated to specific general primary prevention, not omittning the large field of activity of the social pedago-

gy. The practical part submits results from quantitatively oriented research carried out at selected schools in Uherskobrodsko with conclusions and recommendations for practice.

Keywords: alcoholic beverage, addiction, alcoholism, secondary school student, pubescent, specific general primary prevention

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Renatě Polepilové za trpělivost, odborné rady a náměty při tvorbě celé práce.

Dále celé mé rodině za oporu a trpělivost po celou dobu studia, hlavně pak při psaní bakalářské práce.

Poděkování patří, v neposlední řadě, zaměstnancům škol na Uherskobrodsku, kteří mi umožnili realizovat výzkum, a také samotným respondentům za čas a ochotu na otázky předloženého dotazníku odpovědět.

Motto:

Bez pití život v každém ohledu jest krásnější. Člověk nepijící, který má svěží všechny své smysly, uvidí tolik krásného v životě, přírodě, společnosti, ve své práci, o čem se mu ani nezdálo, pokud byl ve své alkoholické mlhovině.

(T. G. Masaryk, [19. století] cit. podle Nešpor, Pernicová a Csémy, 1999, s. 86)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ALKOHOL	13
1.1 ALKOHOL, OPILOST A ALKOHOLISMUS V HISTORII LIDSKÉ SPOLEČNOSTI.....	15
1.2 ZÁVISLOST A ZNAKY ZÁVISLOSTI	19
2 DŮSLEDKY DLOUHODOBÉ NADMĚRNÉ KONZUMACE ALKOHOLU	26
2.1 SOMATICKÉ (FYZICKÉ) DŮSLEDKY	26
2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ DŮSLEDKY	31
2.2.1 Děti rodičů závislých na alkoholu.....	35
3 KONZUMACE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ U ŽÁKŮ 2. STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY V SOUVISLOSTI S VÝVOJOVÝMI ZMĚNAMI	38
3.1 PŘÍČINY A PŮSOBNÍ KONZUMACE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	40
3.1.1 Osobnost žáka druhého stupně základní školy z pohledu vývojové psychologie	46
3.1.1.1 Somatické (fyzické) změny v období pubescence.....	48
3.1.1.2 Psychické změny v období pubescence	50
3.1.1.3 Sociální změny v období pubescence	62
4 PRIMÁRNÍ PREVENCE	71
4.1 RODINA A JEJÍ ÚLOHA VE SPECIFICKÉ VŠEOBECNÉ PRIMÁRNÍ PREVENCI KONZUMACE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ U ŽÁKŮ 2. STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY.....	73
4.2 ŠKOLA A JEJÍ ÚLOHA VE SPECIFICKÉ VŠEOBECNÉ PRIMÁRNÍ PREVENCI KONZUMACE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ U ŽÁKŮ 2. STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY.....	78
II PRAKTICKÁ ČÁST	83
5 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	84
5.1 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ	84
5.2 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A VYVOZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	85
5.3 STANOVENÍ VĚCNÝCH HYPOTÉZ	87
5.4 DRUH VÝZKUMU	87
5.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU	88
5.6 ZVOLENÁ VÝZKUMNÁ METODA.....	88
6 ANALÝZA DAT	90
7 INTERPRETACE DAT (DISKUSE, SHRUTÍ)	120
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	124
ZÁVĚR	127
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	129
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	143
SEZNAM GRAFŮ	145
SEZNAM TABULEK	147
SEZNAM PŘÍLOH	148

ÚVOD

Alkohol, ať už jako čistá esence, nebo jako složka nápojů, je součástí lidské existence již od nepaměti. Jeden zorný úhel jej vidí jako látku, která může člověku pomoci (např. v medicíně, v potravinářství). Jiný úhel však představuje látku, která sice navozuje příjemné pocity (viz psychotropní látka), ale v nestřeženém okamžiku se její konzumace může změnit ve vědomé poškozování vlastního života ve všech oblastech, a to nejen u dospělé populace.

Námi zvolené téma pojednává o konzumaci alkoholických nápojů a její primární prevenci u žáků 2. stupně základní školy. Nejedná se o výběr náhodný, vede nás k němu mnoho okolností. K hlavním z nich patří aktuálnost a, dle našeho názoru, také závažnost rozsahu daného problému. Pokud se totiž zaměříme na výsledky nedávno provedených výzkumů např. *Kouření a alkohol u dětí na základních školách Jihočeského kraje* autorky Markéty Kastnerové, realizovaného na jaře roku 2006 nebo výzkumu *Zdraví a životní styl dětí a školáků 2010*, uskutečněného v rámci mezinárodního projektu *Health Behaviour in School-Aged Children: WHO Collaborative Cross-National Study (HBSC)*, který je realizován ve čtyřletých intervalech atd., zjistíme, že stav je opravdu alarmující. Specifikem naší práce je také to, že se konkrétně věnujeme aktuálnímu stavu dané problematiky na vybraných základních školách Uherskobrodsko, kdy, jak lze vyvodit z dalšího textu práce, jedná se o výběr záměrný, neboť z dostupných informací soudíme, že je toto téma i zde aktuální a závažné (incidents opilsti v prostorách školy, ničení majetku školy v důsledku konzumace alkoholických nápojů apod. u dané skupiny jedinců).

Pokud se podíváme na konkrétní obsah námi předložené práce, zjistíme, že je koncipována tak, aby přecházela plynule od širokého uchopení tématu k úzké specifikaci. V reálu to znamená, že v první kapitole teoretické části práce se zabýváme alkoholem, opilsti a alkoholismem jak z pohledu historie, tak současnosti. Vyzdvihujeme při tom pohled na alkohol z úhlu dvou oborů, které mají neodmyslitelné místo na poli sociální pedagogiky, a to adiktologie a psychologie. Ve druhé kapitole upozorňujeme čtenáře na dalekosáhle důsledky dlouhodobé nadměrné konzumace nápojů s obsahem alkoholu, které se promítají jak do somatické, tak do psychosociální složky lidské osobnosti. Zvláštní význam, v rámci naší práce, připisujeme podkapitole věnované psychosociálním dopadům alkoholismu na děti osob závislých. I zde se stále pohybujeme v oblasti širokého uchopení tématu. To se však mění kapitolou třetí, kdy uvádíme příčiny a důsledky konzumace alkoholických nápojů u dětí a dospívajících. Protože je však naše práce zaměřena na žáky 2. stupně základní

školy, nezapomínáme daný přehled uvést do souvislosti vývojových změn období pubescence. V návaznosti na předchozí kapitolu koncipujeme také poslední kapitolu teoretické části, která se věnuje primární prevenci, lépe řečeno specifické všeobecné primární prevenci daného rizikového chování, neboť, jak po přečtení práce samotný čtenář vyvodí, nemůžeme pouze konstatovat, že stav dané problematiky je opravdu kritický, ale musíme se mu snažit předcházet. Jednu z možností účinného boje pak vidíme ve spojení primární prevence a sociální pedagogiky.

Protože se jedná o téma s širokou teoretickou základnou, jak z předchozí části lze vydedukovat, uvádíme několik klíčových publikací v kontinuitě na osnovu teoretické části. V první kapitole s názvem **Alkohol** zvýrazňujeme publikaci *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu* (Edwards, 2004) a publikace Skály: *Alkohol a jiné psychotropní drogy: abuzus a závislost* (1986), *Závislost na alkoholu a jiných drogách* (1987) a *...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (Zneužívání a závislost)* (1998), které jsou také klíčovým zdrojem pro kapitolu s názvem **Důsledky dlouhodobé nadměrné konzumace alkoholu**. V kapitole věnované **konzumaci alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy v souvislosti vývojových změn** upozorňujeme na publikaci *Přehled vývojové psychologie* (Šimíčková-Čížková et al., 2008) a publikace, pro naše téma klíčového autora, Nešpora a dalších autorů např. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat* (1992), *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat* (1994), *Vaše děti a návykové látky* (2001) se kterými pracujeme i v kapitole věnované **primární prevenci** (specifické všeobecné primární prevenci).

Praktická část pak přináší, v hlubších souvislostech, výsledky výzkumu provedeného na vybraných základních školách Uherskobrodsko. Hlavním cílem daného šetření bylo pomocí kvantitativně zvoleného výzkumu zjistit aktuální situaci problematiky konzumace alkoholických nápojů a uskutečňování opatření primární prevence konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALKOHOL

Předkládaná část bakalářské práce se zaměřuje na teoretické uchopení problematiky konzumace alkoholických nápojů u žáků druhého stupně základní školy. Jedná se o téma velmi rozsáhle právě na úrovni teoretické.

Pro uvedení do tématiky vymezíme v první kapitole pojem alkohol a oblasti s ním související. Původ slova nalezneme v arabštině, kde „**al-kuhul**“ lze volně přeložit jako „**něco lepšího**“ (Šedivý a Válková, 1988, s. 22).

Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol) vzniká kvašením sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Alkohol tvoří celou skupinu látek. Etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jméno celé skupiny. (Kalina et al., 2003, s. 151) Pivo obsahuje podle druhu a stupně až 8 % alkoholu. Ve víně je jeho koncentrace o něco vyšší, přesněji 10-18 %. Mezi alkoholické nápoje s nejvyšší koncentrací patří destiláty s obsahem 30-40 %. V některých destilátech může být koncentrace alkoholu více než 50 %. (Martanová et al., 2007, s. 93) Z analýzy *Spotřeba potravin 2011* (ČSÚ, 2012) z části *Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret (na obyvatele za rok)* vyplývá, že spotřeba alkoholických nápojů na osobu v roce 2011 byla následující: celkově připadlo na osobu **168,8 l**, kdy se jednalo o **6,9 l lihovin** se 40 % obsahem alkoholu, dále pak **19,4 l vína**. V největším množství bylo konzumováno pivo, konkrétně spotřeba činila **142,5 l** na osobu. V celkovém součtu pak připadlo **9,8 l čistého lihu na osobu**. Pro srovnání uvádíme spotřebu alkoholických nápojů na osobu, kterou zveřejnila *Světová zdravotnická organizace (WHO)* v publikaci *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Českou republiku řadí mezi země, kde se spotřeba čistého lihu pohybuje v rozmezí **15-19 l** na osobu (Anderson, Møller a Galea, 2012, s. 13). Proti tomuto tvrzení vystala řada ostrých kritik. Uveřejněné statistiky ČSÚ totiž dokazují, že spotřeba alkoholu v uplynulých letech mírně klesla. My však v naší práci zastáváme názor, že spotřeba alkoholu je stále velmi vysoká a představuje „skryté nebezpečí“, které si jednotlivci ani společnost neuvědomuje nebo uvědomit nechce. Alkohol, jak z následujícího textu lze vydedukovat, zastává téměř neodmyslitelnou „složku“ lidského života.

V předchozí části textu jsme se zaměřili na původ slova alkohol a alkohol jako substanci. Nyní uvedeme pohled z úhlu několika oborů úzce propojených se sociální pedagogikou. Alkohol patří k nejčastěji **užívaným návykovým látkám** v České republice (Mar-

tanová et al., 2007, s. 93). Ovlivňuje nervový systém, jedná se tedy o látku psychotropní (Šedivý a Válková, 1988, s. 22). Z hlediska návykového potenciálu se alkohol zařadí mezi drogy tvrdé, přesněji doprostřed na zmiňované škále (Bečková a Višňovský, 1999, s. 98). Obliba alkoholu se zakládá na schopnosti zbavit člověka obvyklých zábran v chování a v dodání dobré nálady. Ve skutečnosti se jedná o otupující, ohlupující tekutinu, která ani nevyvolává hluboké kontemplace (stavy rozjímání, přemýšlení, hlubokého uvažování) nebo snění jako jiné drogy. Tím se vysvětluje, proč jej společnost tak snadno toleruje. (Tyrel, 2000, s. 25) Dále je důležité zmínit, že alkohol řadíme mezi tzv. „**průchozí drogy**“, což znamená, že konzumace může vést k užívání ještě nebezpečnějších návykových látek (Nešpor, 2002, s. 2). Proto, jak ještě několikrát v rámci naší práce zazní, považujeme za nezbytné zachytit první zkušenosti s konzumací alkoholických nápojů u dětí a dospívajících, aby bylo možno předejít jak rozvoji závislosti na alkoholu, tak užívání návykových látek mnohem nebezpečnějších.

Pro zajímavost uvádíme některé statistické údaje vztahující se na obecnou populaci. Stav ve věci problematiky alkoholu u dětí a dospívajících uvedeme v dalších částech práce. Z výzkumu *Prevalence v užívání drog v populaci ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Factum Invenio, 2011 cit. podle Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012, s. 21-22)* vyvstává následující: celoživotní prevalence (rozšíření užívání, konzumace) alkoholu se objevuje u 91,9 % mužů, 90,4 % žen, roční prevalence u 90,1 % mužů a 86,5 % žen. Měsíční prevalenci uvedlo 76,3 % mužů a 61,7 % žen. Populaci celkově charakterizuje celoživotní prevalence ve výši 91,1 %, roční prevalence 88,4 % a 69,1 % dosahuje prevalence alkoholu v posledních 30 dnech. Pro upřesnění uvádíme, že se jednalo o populaci ve věku 15-64 let, konkrétně o 1028 respondentů, kteří byli vybráni kvótním výběrem, aby reprezentovali populaci České republiky z hlediska věku, vzdělání, kraje a velikosti sídla bydliště.

Vliv alkoholu na lidskou psychiku a chování je předmětem zájmu **psychologie** a **adiktologie**. Uvedené pojetí je pro naši práci stěžejní. Dostupné statistiky potvrzují, že alkohol je ve společnosti nejen drogou rozšířenou, ale také tolerovanou, jak bylo již uvedeno. Neblahé následky konzumace se stávají stále častějším problémem jak jednotlivců, tak společností. Mimo další obtíže, které konzumace alkoholu přináší, uvedeme jedno z nebezpečí již nyní. Objevilo se v nedávné době právě na našem území. Jedná se o výrobu nekvalitního alkoholu, který obsahuje jedovaný metylalkohol (metanol). Jeho konzumace způsobí buďto vážné poškození zdraví nebo dokonce smrt.

V následující podkapitole se budeme zabývat pozicí alkoholu v historii lidské společnosti. Ta, jak si dovoluujeme tvrdit, je alkoholem ovlivněna ve velké míře.

1.1 Alkohol, opilst a alkoholismus v historii lidské společnosti

Alkohol jako látka je velmi starý. Jeho účinky poznali lidé již ve starověku. **Víno** je známé lidské civilizaci **více než osm tisíc let**. První zmínku o tomto alkoholickém nápoji nalézáme v *Eposu o Gilgamešovi*, dílo pochází z 3. - 4. tisíciletí př. n. l. (Šedivý a Válková, 1988, s. 22)

První zaznamenané důkazy o **výrobě piva** se objevují v Egyptě na **papyru z roku 3500 př. n. l.** Záznam o oblibě výroby piva nalézáme v eposu *Kalevale*, kde jsou, mimo jiné, zmíněny i blahodárné účinky konzumace nápoje na lidský organismus. (Tyler, 2000, s. 39) Nadměrné pití, hlavně pak opilst, se však odsuzovala a přísně trestala a to zejména v Číně, Indii nebo Egyptě veřejnou popravou (Zášková, 1998, s. 15).

Již na hliněné tabulce z roku 2200 př. n. l. byl sepsán předpis lékaře na přípravu medicínského vína. Blahodárné účinky alkoholu na lidský organismus zmiňují ve svých pracích také antický lékař **Hippokrates** (4. stol. př. n. l.) a lékař a filozof **Ibn Siny (Avicenny)** (10. - 11. st. n. l.). Proslulé a známé po celé Evropě byly obzvláště jeho spisy, *Avicennovy lékařské spisy*, hlavně *Kánon medicíny*. (Šedivý a Válková, 1988, s. 22) V kontrastu blahodárných účinků alkoholu Hippokrates už 400 př. n. l. popsal symptomy chronického alkoholismu (Sournia, 1991 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 554; Popov, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 554; Thom, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 554).

V období **středověku** se na území Evropy pohled společnosti na alkohol posunul. Rozšířila se škála nápojů s nízkým obsahem alkoholu, bylo možno je **používat i jako tekutinu**. Podobně jako ve zmiňovaném starověku se na konzumaci nápojů s obsahem alkoholu tresty nevztahovaly, opakem byl stav opilsti. Společností byl považován za morální úpadek a byl sankciován tělesnými tresty. (Zášková, 1998, s. 15) Příkladem může být situace za vlády Karla Velikého, kdy opilci byli pro výstrahu bičováni, když ani to nepomohlo, byli veřejně trestáni na pranýři. V českých zemích byl v roce 1039 vydán první protialkoholní zákon, který kromě omezení pití alkoholických nápojů zahrnoval přísné tresty pro opilce a krčmáře, kteří jim nalávali. (Sournia, 1991 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 555; Popov, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 555; Thom, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 555) Tresty se tedy nevztahovali jen na toho, kdo alkohol konzumoval, ale také na toho, kdo mu alkohol prodal nebo podal. V souvislosti s námi zvoleným tématem nalézáme

podobná opatření také dnes. Konkrétně uvádíme zákon č. 379/2005 Sb., o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů kde, mimo jiné, nalézáme zákaz prodeje a podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let (v minulosti zákon 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi). Potrestána tedy nebude osoba mladší 18 let, ale dospělá osoba, která dítěti nebo dospívajícímu (nezletilému) alkoholický nápoj prodá nebo podá.

Alkohol, jako **čistá esence**, byl poprvé vyroben **v 11. st. n. l.** na jihu Itálie (Šedivý a Válková, 1988, s. 22). Destilace lihovin trvá tedy podle odhadů 1000 let, ale až v 80. letech 18. století se zlepšením dopravy a masové výroby lahví začaly alkohol distribuovat první mezinárodně známé značky jako **Martell, Hennessy, Haig nebo Johnnie Walker** (Tyrel, 1998, s. 40). Jak z názvu firem vyplývá, pohybujeme se na území Anglie. Ve většině knih, které se tematikou zabývají, je popsána historie alkoholu a alkoholismu právě na území Britských ostrovů nebo Evropy.

Velká Británie s alkoholem bojovala. Bylo vydáno mnoho zákonných opatření týkajících se omezení konzumace alkoholických nápojů, kdy se v roce 1834 zvolený výbor parlamentu zabýval „**problémem opilství mezi pracující chudinou**“. Po vyslovení **Buckinghamova výboru** bylo zjevné, že neřest opilosti je nějakou dobu na ústupu ve vyšších a středních vrstvách společnosti. Naopak ve třídě pracujících se s ní setkáváme čím dál častěji. Členové výboru se snažili ukázat alkoholismus jako sociální zlo a navrhli mnohá opatření, která měla společenský problém opilosti omezit. (Edwards, 2004, s. 45) Nařízení bylo nespočet. My, vzhledem k tématu bakalářské práce, uvádíme poslední bod na **Burckinghamově seznamu** (1834) „**okamžitých opatření**“, který říká: *Národní systém vzdělávání... by měl za nedílnou součást vyučování pro každé dítě v království považovat správné informace o škodlivosti požívání silných alkoholických nápojů.* (cit. podle Edwards, 2004, s. 47) Již zde nalézáme snahu o upozornění dětí a dospívajících v co nejranějším věku školní docházky na škodlivost konzumace alkoholických nápojů. V dalších částech práce se budeme zabývat právě primární prevencí na úrovni školy, která je nedílnou součástí **Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání** (MŠMT, 2013).

S konzumací nápojů s obsahem alkoholu se britská města potýkala i ve **století devatenáctém** a to nejen ve vrstvách obyvatel **nižší třídy**, ale i ve **třídách vyšších** (Edwards, 2004, s. 47). **William Booth** (1890 cit. podle Edwards, 2004, s. 47-48), zakladatel Armády spásy, popisuje v roce 1890 konzumaci alkoholu jako: *koření všeho zla. Pouhé přednášky*

o tomto zlovyku nemohou dosáhnout účinku. Konzumace alkoholu je totiž důsledkem sociálních podmínek. Ten, kdo žije v pohodlí a klidu, nepotřebuje alkohol k tomu, aby zapomněl. I když se jedná o charakteristiku vyslovenou v 19. století, dala by se v určitých situacích použít i dnes. Jak zmíníme v příslušné kapitole (viz kapitola 4), pouhé přednášky nelze považovat za účinný boj proti konzumaci alkoholu u dětí a dospívajících. A to, že konzumace nápojů s obsahem alkoholu je důsledkem sociálních podmínek, je v dnešní společnosti více než patrné. Mnoho našich spoluobčanů, kteří se ocitli v hmotné nouzi, hledají únik z reality častokrát pomocí konzumace alkoholických nápojů.

Dochází také k obratu nahlížení na alkoholismus. Od poloviny 19. století je pojímán jako nemoc tělesná, přesněji nemoc chronická, která má konkrétní příznaky, ale také konkrétní důvody, které k ní vedou. V USA byl otevřen první léčebný ústav, jenž se specializoval na léčbu osob trpících touto nemocí. Rozšiřuje se zde (USA) také *hnutí absolutní abstinence*, které po první světové válce ústí k vlně prohibice trvajících do roku 1935. Prohibiční vlna zasahuje později některé další státy např. Rusko, Austrálie, Island, státy severní Evropy. (Záškodná, 1998, s. 15) Podobný pokus byl uskutečněn v letech 80. na území bývalého Sovětského svazu. Lze ovšem konstatovat, že ani jeden z pokusů nepřinesl očekávaný úspěch (SANANIM, 2007, s. 139).

Problém se zneužíváním alkoholu vyřešila na mnoho let **první světová válka**. Výroba alkoholických nápojů byla licencovaná, nebyl dostatek surovin. Vliv alkoholu na lidský organismus se stal předmětem výzkumů především v kontextu vlivu na vojenský potenciál u civilistů. Probíhaly plakátové kampaně varující před opíjením vojáků, kteří se vraceli domů na dovolenku. I po skončení války existovaly chudinské čtvrti, zvané slumy, ale přímé propojení mezi chudobou a alkoholismem bylo narušeno. Poklesl počet zatčených opilců na ulici a z hospod se stalo místo jak pro místní, tak pro návštěvníky. (Edwards, 2004, s. 48)

Ve století minulém (20. stol.) již převažuje pojetí alkoholismu jako nemoci, a to především rozvíjením poznatků v oblasti biologie, biochemie a psychologie (Záškodná, 1998, s. 16). **V průběhu druhé světové války** byly uskutečňovány projekty německých antipopulačních opatření na území SSSR, které předpokládaly degeneraci prostřednictvím alkoholu v průběhu dvou až tří generací. Se stejným záměrem přichází také Hitler, ten jej směřoval vůči Polákům. Jedním z opatření dané politiky bylo vydávání poukázek na alkohol jako část platby za povinné odvody (dodávky). Zmiňované úmysly byly inspirovány např. násilnou kolonizací Ameriky. Alkohol zde sloužil k ovládnutí protestujících Indiánů. U

řady kmenů dříve alkoholem nedotčených docházelo k rychlé degeneraci. Není proto překvapivé, že i dnešní život je v indiánských rezervacích poznamenán nadměrným požíváním alkoholu. (Šedivý a Válková, 1988, s. 24)

Problematika alkoholu a situace v Čechách v novodobé historii

Situace na našem území byla na přelomu 19. a 20. století podobná jako v zahraničí. Vznikaly spolky střízlivosti, které organizovaly abstinenci hnutí. I zde byly budovány odborné léčebny za podpory legislativních opatření, kterými byly např. protialkoholní zákony z roku 1922 a 1928. V roce 1948 bylo zřízeno specializované zařízení pražské kliniky *Apolinář*. Jeho součástí se o několik let později stala první protialkoholní záchranná stanice u nás. Dané pracoviště mělo a stále má výsadní postavení v léčbě alkoholismu. (Zášková, 1998, s. 16)

V návaznosti na zmíněné zákony uvádíme *zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi*, kde nalézáme, mimo jiné, výchovná a omezující opatření, která mají za úkol chránit děti a dospívající před riziky konzumace alkoholu, lépe řečeno, mají této situaci předcházet.

V kontextu výše popisovaného období připomínáme také dva stěžejní dokumenty týkající se konzumace alkoholu. Konkrétně se jedná o *European Charter on Alcohol (Evropskou chartu o alkoholu)*, která byla jednohlasně přijata zástupci vlád evropských zemí 14. 12. 1995 v Paříži. Dokument se orientuje na vytvoření účinné strategie boje proti škodnosti užívání alkoholických nápojů v členských zemích. Už i zde nalézáme body zaměřené na zamezení patologického jevu konzumace alkoholických nápojů u dětí a dospívajících. Konkrétně můžeme hovořit o bodech:

2. *Všichni lidé mají od časného věku právo na nestranné informace a vzdělávání týkající se následků konzumu alkoholu na zdraví, pro rodinu i na společnost.*

3. *Všechny děti a všichni dospívající mají právo vyrůstat v prostředí, které je chráněno před negativními důsledky konzumu alkoholu a, v největší možné míře, i před propagovanými alkoholickými nápoji.*

O odpovídajících opatřeních, která se vztahují na uvedené body, se zmíníme v kapitole, která bude věnována primární prevenci daného patologického jevu v rodině a ve škole (viz kapitola 4).

Na výše zmíněný dokument v pozdějších letech navazuje *Declaration on Young People and Alcohol (Deklarace o mládeži a alkoholu)* přijatá ve Stockholmu 21. 2. 2001.

Z jejího obsahu jasně vyplývá, že rizika spojená s konzumací alkoholických nápojů u dětí a dospívajících jsou celospolečensky známá, ale velmi špatně řešitelná. *Deklarace* si klade za cíl: *podporu a investice do zdraví a životních podmínek mladých lidí tak, aby byly zajištěny podmínky pro jejich kvalitní život a jejich budoucnost a to především pokud jde o pracovní příležitosti, volný čas, rodinný a společenský život.*

Pokud se však podíváme na situaci problematiky konzumace alkoholu u dětí a dospívajících, je možno podotknout, že zmiňovaná *Deklarace* má skutečně jen deklarativní charakter.

V podkapitole následující se zaměříme na objasnění pojmu *závislost* a v neposlední řadě uvedeme její charakteristické znaky.

1.2 Závislost a znaky závislosti

Definovat jednoznačně *syndrom závislosti*, jak se *závislost* odborně označuje, je poměrně složité a nalézáme odlišnosti podle pojetí autora.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1994) nyní označovaná jako *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (2004) uvádí, dle expertů *Světové zdravotnické organizace (WHO)*, že se jedná o *soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vyvíjí po opakovaném užití substance*. Součástí tohoto vymezení jsou také znaky doprovázející závislost:

- silné přání užít drogu,
- porušené ovládání při jejím užívání,
- přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky,
- užívání se stává prioritou před ostatními aktivitami a závazky,
- zvýšená tolerance pro drogu,
- v některých případech nastávající somatický odvykací stav.

Definice závislosti podle *Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace* (DSM – IV, 1994 cit. podle Nešpor, 2007, s. 21-22) obsahuje následujících sedm kritérií závislosti:

1. *Růst tolerance,*
2. *Odvykací příznaky po vysazení látky,*
3. *Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu,*
4. *Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků,*

5. Zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení,

6. Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobých nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

U pacienta, který vykazuje alespoň tři kritéria v období 12 měsíců, může dojít k diagnostikování závislosti (Nešpor, 2007, s. 21).

Uvedené definice jsou téměř totožné. My se přikláníme k vymezení závislosti (*syndromu závislosti*) dle Světové zdravotnické organizace (WHO). Důvodem je zahrnutí *carvingu* (bažení) mezi znaky závislosti. Zmiňovaný znak považujeme za stěžejní.

Pro upřesnění uvádíme další vymezení *syndromu závislosti*, které je ve své podstatě totožné, jako dvě předchozí. Klíčovým je zde ovšem pojem návyk. Závislost dle Riesela (1999, s. 10) je *chorobnou a vystupňovanou formou návyku*. Uvádí totožně potřebu i nutkání pokračovat ve zneužívání drogy bez ohledu na její škodlivost. Člověk pocítuje puzení drogu získat jakýmkoliv prostředky, aby zneužívání mohlo pokračovat. Postižený dosahuje intoxikace s psychickými změnami. Brání se vystřízlivění, neboť vyvolává nepříjemné stavy, ty u něj vedou k opětovnému užití drogy. Poukazuje také na to, že **závislost** může být **fyzická** nebo **psychická**. Pro **závislost fyzickou** je typické nutkání drogu zneužívat bez ohledu na škodlivé následky, je doprovázena nepříjemnými obtížemi, které vznikají při odnětí drogy nebo při jiném důvodu nedostupnosti drogy (Riesel, 1999, s. 10). Jak tedy vyplývá, jedná se o stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy je doprovázen zvyšující se tolerancí. Jejím zjevným projevem je abstinenci syndrom. (Berkow et al., 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 549; Rahn a Mahnkopf, 2000 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 549) Tento typ závislosti na alkoholu může vzniknout u predisponovaných a zejména mladých lidí (Gronský a Zábranský, 1997, s. 10).

Závislost psychická označuje obtížně překonatelnou touhu vzít si dávku drogy. Přítomná je potřeba užít ji opakovaně, jedinec se domnívá, že pokud by tomu tak nebylo, bude se cítit špatně. I pouhá představa, že by svoji dávku neměl, vyvolává úzkost a podráždění. Jedinec si zafixuje, že mu droga něco přináší. (Dörner a Plog, 1999 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 549) Lze ji pokládat za neméně trýznivou než závislost tělesnou, je však někdy považována za méně nebezpečnou (Riesel, 1999, s. 10). V naší společnosti fyzická závislost na alkoholu celkem obvyklá a dokonce tolerovaná, jak uvádí Gronský a Zábranský (1997, s. 10).

Z uvedeného výčtu rozdělení závislosti je patné, podle našeho mínění, že rozlišení mezi *závislostí fyzickou* a *psychickou* je poměrně složité. Je dále zjevné, že oba typy jsou pro člověka jak pro jednotlivce, tak pro společnost nebezpečné z důvodů poškozování zdraví, ale i důvodů jiných např. ekonomických, pokud vezmeme v potaz náklady na léčbu osob závislých. Uvedený problém ovšem nesouvisí jen se *závislostí na alkoholu*, ale všeobecně se všemi typy *závislosti*.

V následující části se již zaměříme na téma alkoholismu. Podrobněji uvedeme zakotvení pojmu „alkoholismus“ v historických souvislostech. Především uvedeme osobnosti, které prosazovali názor, že se jedná o nemoc. Dále vymežíme „alkoholismus“ z pohledu medicíny.

Závislost na alkoholu neboli alkoholismus

V návaznosti na zmíněné historické shrnutí lze doplnit, že formulace **závislosti na alkoholu jako nemoci** je připisována americkému psychiatrovi **B. Rushovi**. Daný lékař ji koncem 18. století (1784) definoval jako *defekt vůle vedoucí k chudobě a zločinu* (cit. podle Zášková, 1998, s. 15). Zjevný odklon od dřívějšího pojmání alkoholismu, jako morálního úpadku, lze považovat za velký posun, co se týká řešení problémů s alkoholem.

Na zmiňovanou koncepci navazují lékaři. Bojují za vybudování ústavů pro opilce a ustanovení zákonných opatření řešících chování notorických pijáků. Důležité je ale podotknout, že i zde se objevovaly spory. Část hnutí nahlíželo na teorii alkoholismu jako choroby jako na snahu odpoutat pozornost, když by bylo zapotřebí alkohol zcela vymýtit ze společnosti. Na začátku 20. století se teorii o pití jako chorobě přestala věnovat pozornost. Zařízení, která díky uvedené teorii vznikla v Americe a Velké Británii, byla většinou zavřena nebo využita k jiným účelům. K znovuzrození teorie o alkoholismu jako nemoci došlo ve čtyřicátých letech 20. století. Pojem „**alkoholismus**“ byl poprvé použit v roce 1849 švédským lékařem **M. Hussem**. (Edwards, 2004, s. 92-94)

Hussovo vymezení pojmu „alkoholismus“ se od pojetí dnešního liší. Huss (1849) pod tímto pojmem uvádí *spektrum fyzických komplikací, ve které může vyústit přehnané požívání alkoholu* (cit. podle Edwards, 2004, s. 94).

Další významnou osobou, která se zasloužila o to, že alkoholismus je považován za nemoc, byl **E. M. Jellinek**. Pracoval v *Centru pro alkoholové studie*, kde, mimo jiné, publikoval studii, která potvrzovala, že alkoholismus je skutečně nemoc s předvídatelným zhoršujícím se průběhem a několika specifickými fázemi. V roce 1960 vyšlo Jellinkovo

mistrovské dílo *The Disease Concept of Alcoholism* (*Alkoholismus jako nemoc*). Jednalo se o vlivnou vědeckou práci, která způsobila, že teorie o alkoholismu jako nemoci přestala být zpochybňována. (Edwards, 2004, s. 95) Sám Jellinek ([cca. 1952], cit. podle Mečíř, 1965, s. 32) definuje alkoholismus jako *jakékoliv požívání alkoholických nápojů, které způsobují škodu jedinci, společnosti nebo oběma*.

Než přejdeme k popisu vývojových stádií (fází) alkoholismu a typů alkoholismu je důležité uvést, že pojmání alkoholismu jako nemoci, je zřejmé. Svědčí o tom i jeho klasifikace v *MKN-10* (2004), kdy *závislost na alkoholu* nalézáme pod kódem F10. 2 u již zmiňovaného *syndromu závislosti*. Klasifikace také uvádí duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním alkoholu.

E. M. Jellinek (1952 cit. podle Skála, 1986, s. 12-13; cit. podle Skála, 1988, s. 42-46) rozlišuje čtyři vývojová stádia (dříve vývojové fáze) alkoholismu. Skála (1986, s. 12) uvádí, že poprvé je rozlišil v roce 1952, u nás se používají od roku 1957.

1. vývojové stádium neboli stádium počáteční. Piják pozná účinky alkoholu jako drogy, ta mu přináší pocit dobré nálady. Po kratší nebo delší době piják pocituje nutnost zvyšovat dávky alkoholu, aby dosáhl „dobré nálady“. Zároveň si zvyká, že přestávky mezi jednotlivým pitím se zkracují. V tomto stádiu se piják neopíjí (nedochází k intoxikaci), konzumuje jen tolik alkoholu, aby se dostal do stavu podnapilosti neboli subintoxikaci. Alkohol je pro něj sice drogou, která mu však zatím jenom „dává“ a nic „nebere“.

2. vývojové stádium neboli varovné stádium. U pijáka dochází častěji nejen k podnapilosti (subintoxikaci), ale i ke skutečné, i když jen občasné, opilosti (intoxikaci). Ani pro jedince, ani pro jeho okolí není však nějaká ta opilost dostatečným varovným znamením. Mění se i způsob pijákova pití: postupně snáší stále větší dávky alkoholu, jeho organismus se však zatím dokáže přizpůsobit. Piják, až na nějaká drobná vybočení, „umí pít“. Nemůže pít tak volným tempem jako dříve, protože mu trvá déle, než dojde k pocitu „dobré nálady“. Zároveň přechází od méně koncentrovaných alkoholických nápojů k nápojům s vyšší koncentrací alkoholu. Stádium je také spojeno s vyhledáváním společníků, neboť pití o samotě by bylo nápadné. „Okénka“ jsou v tomto stádiu výjimkou.

3. vývojové stádium neboli stádium rozhodné. Do tohoto stádia se dostává přibližně každý 7. – 10. piják. Stává se na alkoholu víceméně závislým. „Okénka“ jsou pro dané stádium charakteristická. Alkohol se dostává do centra pozornosti pijáka. Člověk závislý na alkoholu nyní považuje schopnost abstinence za důraz své silné vůle a začíná vždy znovu a znovu pít s přesvědčením, že „bude alkohol ovládat“. U člověka závislého na alkoholu

došlo v daném stádiu k rozhodujícímu obratu, který nazýváme změnou, sníženou či „ztracenou kontrolou“ v pití. Uvedená změna je trvalá, její vývoj však trvá poměrně krátké časové období od 6 do 12 měsíců. Abstinovat je pro závislého snazší než pít s mírou, které natrvalo již nikdy nedokáže. Trvá 5-10 let, než závislý přizná, že jeho problém vyřeší jen trvalá abstinence. To však jen výjimečně dokáže sám, ve většině případů je potřeba pomoc ve formě ambulantní nebo ústavní léčby.

4. vývojové stádium neboli stádium konečné. Typickým znakem je snížení tolerance na alkohol, z čehož vyplývá, že jedinec závislý na alkoholu se opije častěji. Do stavu opilosti (intoxikace) se dostane mnohem rychleji než dříve, opijí se mnohdy při nevhodné příležitosti. Stav opilosti trvá i několik dní (označujeme jako „tahy“ trvající 2-3 dny). Závislý mnohdy začíná pít již od rána, den začíná tzv. „raním douškem“. Z popsaných znaků konečného stádia lze vyvodit dostavující se příznaky v podobě alkoholických psychóz. Jedná se o stádium trvající 3, 10 až 15 let.

V návaznosti na vývojová stádia závislosti na alkoholu uvádíme typy abúzu alkoholu také dle Jellinka.

Typ alfa lze popsat jako abúzus pro ulehčení v souvislosti s vnitřními konflikty. Piják zná účinky alkoholu jako drogy a čas od času jej zneužívá jako anxiolytika k odstranění úzkosti, jindy k potlačení tenze, k navození euforie nebo alespoň k odstranění dysforie. Alkohol často slouží jako prostředek sbližující pijáká s druhými lidmi. Kontrola je víceméně spolehlivá. Somatická ani psychická závislost se zatím neobjevuje. Daný typ doprovázejí rizika rostoucí tolerance i frekvence konzumace alkoholu, úrazů a trestné činnosti. ([cca. 1952] cit. podle Skála, 1986, s. 11; cit. podle Skála et al., 1987, s. 44)

Typ beta je charakteristický příležitostným abúzem spojeným např. se zvyklostmi. Motivace vychází ze snahy neodlišovat se od ostatních a nezůstat v izolaci. Rizika vyvstávají převážně ze zvyšující se tolerance alkoholu. ([cca. 1952] cit. podle Skála, 1986, s. 11; cit. podle Skála et al., 1987, s. 44-45)

Typ gama neboli anglosaský typ závislosti ([cca. 1952] cit. podle Skála, 1988, s. 46). Zde již hovoříme o závislosti na alkoholu. Kontrolu nad konzumací alkoholu lze popsat jako nespolehlivou, změněnou a poruchovou. Konzumace je spjata s nejistotou. Při překročení určité hranice alkoholu v krvi jedince (0,5-0,6 ‰) není totiž zaručeno, že nebude v pití pokračovat až do intoxikace. Pokud k intoxikaci dojde, je schopen kratší či delší dobu abstinovat („vynucená abstinence“). Tolerance na alkohol i nadále stoupá. Je vyjádřena

především závislostí psychickou. Odvykací příznaky při detoxikaci jsou zpravidla nevýrazné. ([cca. 1952] cit. podle Skála, 1986, s. 11; cit. podle Skála et al., 1987, s. 45-46)

Typ delta, románský typ závislosti ([cca. 1952] cit. podle Skála, 1988, s. 46) doprovází protrahovaná (dlouhodobá) konzumace alkoholických nápojů vyúsťující spíše v podnapilosti (subintoxikaci) než k opilosti (intoxikaci) ([cca. 1952] cit. podle Skála, 1986, s. 12; cit. podle Skála et al., 1987, s. 46). Rizikem je větší poškození tělesného a psychického zdraví než u typu gama. ([cca. 1952] cit. podle Skála, 1986, s. 12)

Typ epsilon je blízký typu gama, kdy představuje epizodický abúzus, často s dramatickým a protrahovaným (dlouhodobým) průběhem. Kontrola nad konzumací alkoholu je prakticky „ztracena“. Tento typ doprovází mnohdy také některá z alkoholových psychóz. ([cca. 1952] cit. podle Skála, 1986, s. 12; cit. podle Skála et al., 1987, s. 46)

V kontextu zvoleného tématu uvádíme typy alkoholismu u dospělého, jež uvádí D. Volta ([cca. 1960], cit. podle Mečíř, 1965, s. 25).

1. **Primární chronický alkoholismus:** objevuje se nepřetržitá posloupnost od pití dítěte, přes počáteční alkoholismus dítěte a chlapce, k excesům v mladistvém věku až k chronickému alkoholismu dospělého.

2. **Primární reaktivovaný alkoholismus:** u jedince se v dětství vyskytoval iniciální alkoholismus, ale tendence k nadměrnému požívání pak byla utlumena. V dospělosti se nadměrné pití u tohoto jedince objevuje v situacích, kdy mají být překonány neurotické obtíže. Uvedený způsob hledání úlevy se stává zvykem.

3. **Sekundární (symptomatický) alkoholismus:** doprovází jako symptom některá duševní onemocnění.

Jen pro upřesnění uvádíme, že typy závislosti na alkoholu (alkoholismu) jsou součástí **varovné fáze**, pokud hovoříme o skupině konzumentů alkoholických nápojů zvaných **pijáci** (Jellinek, [1952] cit. podle Orel a Facová, 2009, s. 202-203).

Jak je z uvedených typů alkoholismu dle D. Volta ([cca. 1960]) zjevné, závislost na alkoholu (alkoholismus) se v poměrně velké míře vyskytuje i ve věkové kategorii dětí a dospívajících. Je proto nezbytné, pokud takový problém nastane, zachytit jej již v počáteční fázi, aby nedošlo k takovému rozvoji, kdy závislost doprovází daného jedince až do dospělosti.

V následující kapitole uvedeme důsledky dlouhodobé nadměrné konzumace alkoholu. Důvodem zařazení uvedené kapitoly do naší práce je seznámení čtenářů, hlavně pak samotných dětí (dospívajících) a jejich rodičů, popřípadě učitelů se škodlivostí nadměrné

dlouhodobé konzumace alkoholických nápojů. Zároveň upozorňujeme, že není v možnostech práce obsáhnout danou oblast v celém rozsahu. Jedná se jen o stručný přehled, který má sloužit k lepšímu vhledu do námi zvoleného tématu a snad i k varování před škodlivostí nadměrné konzumace alkoholických nápojů.

2 DŮSLEDKY DLOUHODOBÉ NADMĚRNÉ KONZUMACE ALKOHOLU

Dlouhodobá nadměrná konzumace (*abúzus*) alkoholu neboli závislost na alkoholu nepoškozuje jenom jednu složku osobnosti jedince. Její dopady členíme na fyzické (somatické), psychické a sociální (psychosociální), kdy my se v naší práci budeme věnovat především psychosociálním důsledkům dlouhodobé nadměrné konzumace (*abúzu*) alkoholu u rodičů, přesněji dopadům na děti těchto jedinců.

2.1 Somatické (fyzické) důsledky

V následující podkapitole uvedeme somatické (fyzické) důsledky dlouhodobé nadměrné konzumace (*abúzu*) alkoholu. Považujeme za důležité uvést, že existují přímé a nepřímé (např. infekce) dopady na somatickou (fyzickou) složku osobnosti jedince. My se orientujeme na dopady přímé. Nejdříve si všimneme škod způsobených alkoholem na trávicím ústrojí.

ALKOHOL A TRÁVICÍ ÚSTROJÍ

Dochází nejen ke změnám na **žaludeční a střevní sliznici**, ale také ke změně složení žaludečních šťáv. Složení žaludečních šťáv pak souvisí s rozsahem poškození sliznice a má pochopitelně velký význam při využívání potravy. Piják často dobře jí, dopřává si, ale neumí spotřebované, třeba i hodnotné, jídlo využít ve prospěch svého organismu. Porucha trávení následně vede ke změně chuti a jídelníčku, nakonec vyústí k nechutenství doprovázenému zácpou, průjmem a někdy i obojím. Těžcí abuzéři často trpí **vředovou nemocí**. (Skála, 1988, s. 29)

Jaterní onemocnění, souhrnně označována jako **alkoholická choroba jaterní** nebo **alkoholická hepatopatie**. Ke změnám v jaterní tkáni může docházet již při denní konzumaci 15 g alkoholu. (Černý, 1982 cit. podle Skála et al., 1987, s. 62) Konkrétní příčinou je toxický účinek alkoholu vystupňovaný karencí (nedostatečnou) a chybnou výživou. K chronickému onemocnění jater ovšem může dojít i při adekvátní výživě výhradně toxickým působením alkoholu. (Skála, 1986, s. 16) Jedním z nejznámějších jaterních onemocnění je **alkoholická hepatitida** (Skála, 1987 et al., s. 62-63). Následuje **jaterní cirhóza**. Jedná se o onemocnění nevléčitelné. Dochází k trvalému poškození jaterního parenchymu, který se stává méně výkonným. (Feuerlein, 1978 cit. podle Skála, 1987 et al., s. 63)

Nejčastější formou cirhotického onemocnění jater je *stacionární, inaktivní alkoholická cirhóza*. Představuje klidový proces, dochází k nezvratné změně části jaterního parenchymu ve vazivo. *Progresivní, aktivní alkoholická cirhóza* vede ke komplikacím, které jsou způsobeny úbytkem jaterní tkáně a vyvíjející se portální hypertenzí (městnání krve ve větších nitrobřišních orgánech). (Skála et al., 1987, s. 63-64) Jaterní cirhóza a zvýšená konzumace alkoholu se jeví jako jediný faktor, který se zdá být v korelaci se zvýšeným výskytem *primární rakoviny jater* (Skála, 1986, s. 17; Skála et al., 1987, s. 63).

ALKOHOL A OBĚHOVÁ SOUSTAVA

Vlivem velkého množství tekutin dochází často u pijáků piva nebo vína ke změnám na **srdci**, které je zbytnělé, nejde však o zvětšení přizpůsobením se větší námaze, ale spíše o ztučnění. Při takovém stavu srdce se pijáci zadýchávají a nesnesou větší námahu tak dobře, jako dříve. Srdce musí vykonávat daleko více práce než dříve, neboť je zatíženo několika litry piva a současně přiotráveno alkoholem. (Skála, 1988, s. 30) Zmíníme-li v dnešní době nejrozšířenější srdeční chorobu, tedy *infarkt myokardu*, a vliv alkoholu na toto srdeční onemocnění je překvapivé, že u pacientů, kteří pijí pravidelně větší dávku alkoholu, je menší výskyt *infarktu myokardu*. Existuje domněnka, že projektivním mechanismem je protisrážlivý účinek alkoholu bránící rozvoji trombotických komplikací. Piják je sice jako by chráněn před *ischemickou chorobou*, ale zároveň je ohrožen nebezpečím zvýšeného krvácení při úrazech. Jestliže totiž „protektivní“ dávka je udávána na 60 g alkoholu denně, pak již hovoříme o množství, které pacienta může ohrozit různými somatickými komplikacemi. (Skála, 1986, s. 15-16; Skála et al., 1987, s. 60)

Z vyšetření očního pozadí a stavu cév na sítnici pijáka bylo zjištěno, že *sklerózu* (ztkornatění) těchto **cév** lze u pijáka pozorovat častěji a dříve než u konzumentů a mírných pijáků (Skála, 1988, s. 30). I když z dalších dostupných zdrojů lze vyčíst, že vliv alkoholu na samotný *aterosklerotický (sklerotický)* proces nebyl ještě dořešen. Experimentálně byl však zjištěn určitý pozitivní vliv alkoholu proti cholesterolovému tuku. (Rosnowská et al., 1978 cit. podle Skála et al., 1987, s. 61)

Co se týče **krevního tlaku**, především jeho změn, nenacházíme u pijáků zvláštní odchylky od normálního krevního tlaku nepijáků. Je ovšem překvapující, s jakou oblibou si pomáhají pijáci trpící nízkým tlakem 1 dl vína nebo sklenkou lihoviny, často i se souhlasem lékaře. Právě lidé trpící nízkým nebo kolísavým tlakem totiž pocítují vliv alkoholu na

svou labilní nervovou soustavu subjektivně neobyčejně příznivě, ale patří k těm, kteří by se měli alkoholu vždycky spíše vyvarovat. (Skála, 1988, s. 30) Osoby, které pijí relativně velké množství alkoholu, mají krevní tlak v průměru vyšší než osoby pijící malé množství alkoholu. *Alkoholem indukovaná hypertenze* je nezávislá na obezitě, spotřebě kávy a cigaret. Je stejně škodlivá jako jiné formy *hypertenze* (vysokého krevního tlaku). (Friedman et al., 1983 cit. podle Skála et al., 1987, s. 60) Kombinovaný vliv *hypertenze* a alkoholu často vede k *alkoholové kardiomyopatii* (poruchy čerpací funkce srdce a výskyt srdeční arytmie) se *srdečním selháním* (Skála et al., 1987, s. 60).

ALKOHOL A ROZMNOŽOVACÍ SOUSTAVA

Výzkumy prokázaly, že u 60 % mužů, kteří trpí *jaterní cirhózou* je nutno počítat se **sexuálními poruchami**. Rozsah jaterního onemocnění je přitom přímo úměrný závažnosti sexuální poruchy. U osob závislých na alkoholu nebyla zjištěna žádná významnější abnormalita v souvislosti s hladinou *plazmatického testosteronu*. Byly zjištěny také normální hladiny *folikulostimulačního hormonu* (podporuje tvorbu pohlavních buněk). Hladina *lutinizačního hormonu* (podpora tvorby mužských a ženských pohlavních hormonů) byla také v normálu, zvýšená byla ale hladiny *prolaktinu* (např. řídí rozvoj mléčných žláz). (Skála, 1986, s. 17; Skála, 1987 et al., s. 108) U osob závislých na alkoholu byly ve velké míře zjištěny **abnormní spermiologické nálezy**, dokonce i proti kontrolnímu souboru impotentních mužů. Nejvíce byl postižen objem ejakulátu, hustota a pohyblivost spermií. Během několika týdnů abstinence se mnohé nálezy často upravily až k normě (Skála, 1986, s. 17-18; Brzek, 1978, 1980 cit. podle Skála et al., 1987, s. 108) Stalo se tak i v případě opakovaně potvrzených **azoospermií** (neplodnosti) (Skála, 1986, s. 18; Brzek, 1980 cit. podle Skála et al., 1987, s. 108). *Je tedy oprávněný pojem „alkoholická reverzibilní azoospermie“* (Brzek, 1980 cit. podle Skála et al., 1987, s. 108). Nejedná se o zástavu *spermatogeneze* (tvorba spermií), ale spíše o druhotné poškození spermií ve vývodných semenných cestách (Skála et al., 1987, s. 108). Alkohol se k zárodečným buňkám dostane prostřednictvím krevního oběhu, tak jako ke všem tělesným tkáním, buňkám a tekutinám. Daný výrok potvrzuje zjištění koncentrace alkoholu ve spermatu muže, jemuž byla naměřena hladina 1 promile alkoholu v krvi. Koncentrace alkoholu ve spermatu za dvě hodiny po požití alkoholického nápoje byla jen o něco menší než zmiňovaná koncentrace alkoholu v krvi. (Skála, 1988, s. 79)

Jak vyplývá, dochází k poškození pohlavní soustavy jedince a zárodečných buněk. Nyní se zaměříme na situaci, kdy došlo k aktu oplodnění u osob závislých na alkoholu. Konkrétně působením alkoholu na vyvíjející se plod. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů během *gestačního období* (těhotenství) může narušit embryonální a fetální vývoj a zavinit porod dítěte se specifickým obrazem somatického a psychického postižení – tzv. ***fetálním alkoholovým syndromem (FAS)***. Alkohol volně prochází placentární bariérou a může dosahovat v krvi plodu i vyšší hladiny než u matky. Aktivita jeho alkoholdehydrogenázy je totiž nízká a schopnost eliminace alkoholu nepatrná. Nadměrný přísun alkoholu je škodlivý po celé *gestační období*. Během **prvního trimestru** může docházet k alternování (změně) buněčné membrány a embryologické organizace tkání. Během *gestace* (těhotenství) dochází k ovlivňování metabolismu sacharidů, lipidů a proteinů. Obdobím nejrychlejšího růstu mozku je **třetí trimestr**. Vysoká koncentrace alkoholu v tomto období může zhoršit růst *CNS*, vývoj intelektových funkcí a zavinit poruchy chování dětí v budoucnosti. (Skála, 1986, s. 30-31; Skála et al., 1987, s. 100-101)

Klinický obraz fetálního alkoholového syndromu (FAS)

Klasický obraz *fetálního alkoholového syndromu (FAS)* zaujímá, vedle širokého spektra efektů alkoholu na plod, nejzávažnější místo na konci uváděné škály. Mírné formy *fetálního alkoholového syndromu (FAS)* nemusejí být vůbec rozpoznány nebo jejich vznik bývá připisován jiným faktorům. (Skála et al., 1987, s. 101)

Klinický obraz fetálního alkoholového syndromu (FAS) zahrnuje (Skála, 1986, s. 32; Skála et al., 1987, s. 101-102):

1. prenatální a postnatální růstové postižení,
2. dysfunkci *CNS* a možné projevy (psychomotorická retardace až mentální deficit, poruchy chování, *hypotonie* (snížený svalový tonus), *mikrocefalie* (zmenšení obvodu hlavy),
3. zvláštní vzhled obličeje, tzv. *kraniofaciální dysformie*, vyznačující se drobnými faciálními anomáliemi,
4. soubor nespecifických, převážně málo závažných anomálií (kardiální, urogenitální, skeletální atd.).

Pokud se u dítěte matky nadužívající alkohol v průběhu těhotenství vyskytují pouze poruchy intelektu a chování, je tento syndrom označován jako ***fetální alkoholový efekt***

(Popov, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 571; Knight, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 571). Nadměrná konzumace alkoholu u matky v průběhu těhotenství neovlivní jen vývoj embrya a plodu, ale také následný život daného jedince. Jeho život je „znehodnocen“ neuvážlivým chováním matky. V naší práci zmíníme i situaci neblahého vlivu dlouhodobé nadměrné konzumace alkoholu rodičů (nejen matky) na již narozené děti. Situaci, kdy dítě vyrůstá v rodině, kde rodičem je jedinec (nejen matka) závislý na alkoholu.

ALKOHOL A NERVOVÝ SYSTÉM

Nervový systém je na účinky konzumace alkoholu nejcitlivější. Určování škod je mnohem obtížnější než u jiných orgánů. (Skála, 1988, s. 30) Alkohol způsobuje poškození vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh citlivosti pro bolest, poškozuje *REM* spánek a vyvolává změny na *EEG* (vyšetřovací metoda aktivity mozku) (Skála et al., 1987, s. 57). Mezi hrubé příznaky porušení nervové činnosti řadíme třes prstů, noční pocení, nespavost, celková dráždivost, slabost, malátnost a bolest hlavy. K dalším charakteristickým znakům patří krátkodobé výpadky paměti, nazývané „okénka“. (Skála et al., 1987, s. 57-58; Skála, 1988, s. 30-31) Pod vlivem nadměrné konzumace alkoholu dochází k oslabení paměti. Pokročilejší stádia závislosti na alkoholu jsou doprovázena záněty nervů, které se mohou ohlašovat mravenčením v končetinách, křečemi v lýtkách, jejich bolestmi až přecitlivostí. Mezi závažné poruchy nervové soustavy patří pomočování nebo pokálení při akutní intoxikaci alkoholem. (Skála, 1988, s. 30) Mezi konkrétní dopady patří:

1. **Mozková atrofie** (zmenšení objemu mozku). Jedná se o jeden z nejčastějších nálezů u osob závislých na alkoholu. Objevuje se již v raných stádiích závislosti na alkoholu. Mezi základní faktory však řadíme věk a délku abúzu. (Skála, 1986, s. 18; Skála et al., 1987, s. 58) V návaznosti na zmiňovanou atrofii mozku dále uvádíme epileptické záchvaty a alkoholickou atrofii mozečku.

2. **Epileptické záchvaty**. Mohou být způsobeny jak abúzem alkoholu, tak i náhlým odnětím alkoholu. Někdy jsou úvodním jevem nástupu *deliria tremens*. Jsou výhradně vázány na alkohol, po delší abstinenci však zcela vymizí. (Škopková, 1977 cit. podle Skála et al., 1987, s. 59; Valihrač a Mikulec, 1982 cit. podle Skála et al., 1987, s. 59)

3. **Alkoholová atrofie mozečku**. Hlavním projevem je porucha koordinace hybnosti, nejistá chůze a třes. Může se vyskytovat i u mladších jedinců závislých na alkoholu. Ke

zhoršení stavu dochází pomalu, příznaky se stanou viditelnějšími po odnětí alkoholu. (Skála, 1987 et al., s. 58)

Důsledky nadměrné dlouhodobé konzumace (*abúzu*) alkoholu na nervový systém (*CNS*) se projevují také v rovině psychické (psychosociální). Daným dopadům je věnována následující podkapitola.

2.2 Psychosociální důsledky

Dočasné i trvalé poškození **nervového systému** (*CNS*) se projevuje jak v psychice, tak i v jednání člověka, v jeho společenské činnosti a společenských vztazích (Skála, 1988, s. 31). Řadíme sem:

1. **Změny emočního prožívání.** Vlivem nadměrné konzumace alkoholu se mění celkové ladění jedince. Je posilována tendence k výkyvům nálad, emoční dráždivosti, event. až afektivní výbušnosti, mnohdy spojené s agresí. Stává se příčinou častější *dysforie* (špatná nálada), zvyšuje sklon k úzkostnému prožívání, které může vyústit až k depresivním stavům. Roste podezíravost a nedůvěřivost. Dochází k vyhasínání emočních vztahů k lidem, k odcizení, osamělosti a pocitům prázdnoty. Vztah ke světu se stává lhostejným, převažuje apatie. Emoční prožívání je ovlivněno jak nepříjemnými abstinenciálními příznaky, tak negativními odmítavými reakcemi okolí. (Vágnerová, 2008, s. 557)

2. **Změny v oblasti kognitivních procesů.** Pod vlivem nadměrného množství alkoholu dochází ke zhoršení koncentrace pozornosti, paměti i celkové výkonnosti. Člověk ztrácí schopnost zpracovat všechny informace standardním způsobem. Tato porucha se projeví zejména tehdy, když jde o méně obvyklý či složitější problém. Uvažování osob závislých na alkoholu bývá méně kritické, častěji je ulpívavé a vztahovačné. Pozbývají schopnost nadhledu nad situací, což se projevuje také neschopností odhadnout vliv konzumace alkoholu na jejich osobu, nesprávně interpretují reakce ostatních lidí. Hodnocení může být značně kolísavé, mění se v závislosti na aktuálním stavu. Racionalizace se projeví ve způsobu interpretace vlastních potíží, které mají sklon přičítat jiným lidem resp. okolnostem. Často se cítí nespravedlivě hodnocení. Problémy v porozumění těmto potížím a opakované nepříjemné zážitky spojené s odmítáním, kritikou, opovržením apod. vyúsťují v pocit vnitřní nejistoty a úzkosti. Svět se jeví ohrožující a nespravedlivý. Občas jsou sice schopni přiznat si svůj podíl viny, ve většině případů však nemají sílu svou situaci řešit. Mívají narušené nebo kolísající sebehodnocení. Lze se setkat s projevy pocitů méněcennosti, sebelítosti, ale naopak i s chvástavostí a demonstrací nadměrného sebevědomí. Postupně může

dojít k úpadku kognitivních schopností, který může vyústit až do stavu demence. (Vágnerová, 2008, s. 558)

3. **Změny v oblasti chování.** Ubývá vůle a ztrácí se schopnost sebeovládání. Motivace je zúžená, dominantním záměrem je získání alkoholu, což se projevuje egocentrickým chováním, nedostatkem ohledu k jiným lidem a často generalizovanějším úpadkem sociálních kompetencí. Mizí sociální zábrany a v důsledku toho osoby závislé na alkoholu reagují stále častěji nepřiměřeným způsobem. Mnohé z těchto projevů jsou mnohdy obrannými reakcemi. (Vágnerová, 2008, s. 557-558)

4. **Osobnostní změny** mohou být různé, neexistuje žádná typická osobnost osoby závislé na alkoholu. Nápadnosti mohou být příčinou i důsledkem nadměrné konzumace alkoholu. Hovoříme o dvou osobnostních dimenzích: **první** lze označit jako **disinhibici chování** projevující se nezdrženlivostí, impulzivitou, nekonformností, zvýšenou dráždivostí, která je spojena s vysokou potřebou vzrušení. U těchto jedinců se alkohol stává součástí životního stylu. **Druhou** dimenzi charakterizuje převaha **negativního emočního ladění** projevující se pocity diskomfortu a nepříjemným napětím. Alkohol se v druhé osobnostní dimenzi stává prostředkem ke zvládnutí nepříjemných pocitů. (Cox et al., 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558). Uvedené změny v chování, jednání a prožívání člověka mohou vyústit v psychickou nemoc.

U poruch psychických, alkoholických psychóz, je v klinické praxi užíváno tradiční třídění založené na klinických projevech a průběhu (Skála et al., 1987, s. 68). Mezi nejčastější psychické poruchy řadíme:

Alkoholový odvykací syndrom, syndrom odnětí alkoholu (Skála, 1986, s. 18) neboli **alkoholový abstinenční syndrom** vzniká jako reakce na snížení nebo vynechání potřebné dávky (Mareček, 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558; Knight, 2001, cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558). Osoba závislá na alkoholu reaguje úzkostí, neklidem, depresivní nebo podrážděnou náladou, bývá malátná, mívá *vegetativní potíže* (pocení, nevolnost, tachykardie), třes a bolest hlavy (Skála, 1986, s. 18-19; Mareček, 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558; Knight, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558). *Abstinenční syndrom* svědčí o existenci metabolické závislosti na alkoholu (Mareček, 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558; Knight, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558).

Alkoholový abstinenční syndrom s deliriem (Mareček, 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558; Knight, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558), **delirium tremens** (Skála, 1986, s. 19; Skála, 1987 et al., s. 68; Skála, 1988, s. 31) vzniká jako reakce na snížení či

vynechání dávky (Skála et al., 1987, s. 69; Mareček, 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, 558; Knight, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 558) nebo také po excesivním pití v „tahu.“ Objevuje se na vrcholu vývoje závislosti na alkoholu (Skála et al., 1987, s. 68-69). Nejčastěji se vyskytuje u pijáků lihovin, časté je však i po abúzu vína a piva (Skála, 1988, s. 31). Mezi příznaky *deliria tremens* patří halucinace, zejména zrakové a tělesné. Nápadný je třes celého těla, zvýšená teplota, zrychlený tep. Náklady jedince se střídají od pocitu strachu a úzkosti až k pocitu euforie. Vědomí je obluzené, jedinec je dezorientován místem a časem, nikoli však vlastní osobou. (Skála, 1986, s. 19; 1988, s. 31) *Delirium tremens* končí zpravidla po dvou až pěti dnech, někdy může trvat i déle. Kritickým zakončením je dlouhodobý spánek nebo pozvolné zmírňování projevů. Ztráta paměti (*amnézie*) na daný stav je spíše částečná. (Skála, 1988, s. 31)

Korsakovova (alkoholická) psychóza (Skála et al., 1987, 71; Skála, 1988, s. 32) neboli **Korzakovův syndrom** (Mareček, 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, 558; Knight, 2001 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 560) se objevuje buďto nepodmíněně v průběhu závislosti na alkoholu nebo jako vyústění dlouhodobě probíhajícího *deliria tremens* (Skála et al., 1987, s. 71; Skála, 1988, s. 32). Projevuje se výraznou poruchou vstřípivosti paměti, kdy je zasažena paměť krátkodobá. Paměť dlouhodobá zůstává zachována. Porucha paměti má za následek dezorientaci časem a místem. Svůj stav posuzuje jedinec nekriticky, často se objevují konfabulace, které jsou pro tuto psychózu typické. (Skála et al., 1987, s. 71; Skála, 1988, s. 32) Nálada je zpočátku euforická, později dochází ke ztrátě zájmu o okolí, uzavřenosti a tupé rezignaci (Skála et al., 1987, s. 71). V některých případech dochází k úpravě *Korzakovovi psychózy*, většinou však postupuje a vyúsťuje v *alkoholickou demenci* (Skála, 1988, s. 32).

Alkoholická halucinóza se zpravidla objevuje náhle po větším *abúzu* alkoholu u osob závislých na alkoholu, ale také při opakovaném vzplanutí nebo po malé dávce. V některých případech již po prvním napití. (Skála et al., 1987, s. 70) V počátečním stádium nemoci je doprovázena úzkostmi, bolestmi hlavy a nespavostí (Skála, 1988, s. 32). V další fázi se u pacienta projevuje převážně sluchovými halucinacemi, někdy s protikladným obsahem (některé hlasy jedince kritizují nebo mu vyhrožují tresty, jiné jej naopak hájí). Vědomí není porušeno. U jedince převládá úzkostná nálada. Někdy se u něho objevují *perzekuční bludy* (bludy pronásledování vlastní osoby nepřátelskými silami) a nebezpečí násilných činů. (Skála et al., 1987, s. 70; Skála, 1988, s. 32) Popsaný stav trvá týdny i měsíce.

Neodezní-li příznaky do 6 měsíců, zvyšuje se riziko *demence* nebo *schizofrenní psychózy*. (Skála, 1988, s. 32)

Diagnosticky odlišujeme od *alkoholické halucinózy* tzv. **alkoholické halucinace** (Dobíáš, 1984 cit. podle Skála et al., 1987, s. 70). Projevují se zrakovými halucinacemi, většinou v noci při probuzení z děsivého snu. Mají podobu strašidelných postav. Po probuzení si jedinec pamatuje, co halucinoval a je si vědom, že se jednalo o halucinace. (Skála et al., 1987, s. 70; Skála, 1988, s. 32) V případě, přestane-li jedinec pít (Skála, 1988, s. 32), mohou charakterizované halucinace přecházet v *alkoholické delirium* (delirium tremens) (Skála, 1987 et al., s. 70; Skála, 1988, s. 32).

Paranoidní alkoholická psychóza se projevuje bludy vztahovačnosti (Skála, 1988, s. 32). Především se jedná o bludy žárlivosti vůči manželce, partnerce (Skála et al., 1987, s. 72; Skála, 1988, s. 32). Vyskytuje se zpravidla u mužů na vrcholu jejich alkoholické kariéry. Prvotními projevy jsou obvykle selhávání a odmítání v partnerském životě a řada dalších sociálně chorobných faktorů, které nemocného jedince utvrzují, až nakonec jeho přesvědčení dosáhne charakteru bludu. Může docházet k agresí vůči partnerce nebo domnělému sokovi, partnerské vztahy se rozpadají. (Skála et al., 1987, s. 72) Uvedený stav může trvat často měsíce i roky, a to i v případě, kdy jedinec již abstínuje (Skála, 1988, s. 32).

Alkoholická epilepsie je poměrně vzácným onemocněním, kdy vyvolávacím faktorem je alkohol (Skála et al., 1987, s. 72). Výskyt čistě abúzem alkoholu podmíněné *epilepsie* se odhaduje na 10 % (Skála, 1988, s. 32). Nezahrnujeme sem záchvaty v průběhu *alkoholického deliria*, při odnětí alkoholu ani při intoleranci alkoholu po mozkových traumatech (Skála, 1987 et al., s. 72). Vysazením alkoholu (abstinenčí) daná forma *epilepsie* zpravidla zmizí (Skála et al., 1987, s. 72; Skála, 1988, s. 32).

Alkoholická demence je vyústěním „alkoholické kariéry“. Jedná se buď o následek opakovaných a neúspěšně léčených *alkoholických delirií* a příbuzných *alkoholických psychóz* nebo o terminální projev chronického alkoholického poškození mozku a celého organismu bez předchozích psychotických epizod. (Skála et al., 1987, s. 72) Dané psychické poškození je možno pozorovat u osob závislých s dlouholetým *abúzem* piva. Intelektové schopnosti jedince jsou více či méně sníženy, není schopen se učit nové poznatky a těžko se orientuje v novém prostředí. (Skála, 1988, s. 32) Dále se projevuje otupěním a ztrátou zájmů, sociální degradací (Skála et al., 1987, s. 72).

Jak lze vyvodit z předchozího textu, nadměrná dlouhodobá konzumace (*abúzus*) alkoholu způsobuje nezvratné změny v osobnosti jedince. Ty neovlivňují jen život samotné

osoby závislé na alkoholu, ale také životy osob, které s ní musí její závislost „prožívat“ v každodenním životě. Po přečtení předcházejícího výčtu změn chování, jednání a prožívání osoby závislé na alkoholu si nelze, vzhledem ke zvolenému tématu, nepoložit otázku: „Pokud se osoba závislá na alkoholu stane rodičem, je vhodným vzorem pro své dítě?“ Na položenou otázku navážeme podkapitolou následující.

2.2.1 Děti rodičů závislých na alkoholu

Výčet vlivů nadměrné dlouhodobé konzumace (*abúzu*) alkoholu u rodičů na jejich potomky je velmi široký. Záleží na úhlu pohledu, jakým se budeme na danou problematiku dívat. My se v naší práci zaměříme na chování, prožívání, školní prospěch a adaptaci dětí vyrůstajících s rodiči závislými na alkoholu v jedné domácnosti. Dále, protože chceme upozornit na vážnost a rozsah uvedeného vlivu, orientujeme se na problémy, které si daný jedinec přináší do dospělosti, tedy do doby, kdy ve většině případů, přímý vliv závislosti na alkoholu u rodičů již pominul. Budeme hovořit o oblasti navazování vztahů, manželského a rodinného soužití a o vlivu závislosti na alkoholu u rodičů na vznik závislosti u samotných dětí těchto jedinců.

V domácnosti narušené všudypřítomným alkoholem nebývají děti výřečné. Ve vlastním zájmu jsou mlčenlivé, aby neměly problémy. Své pocity si nechávají pro sebe. Mimo domov jim o svých problémech brání mluvit strach a také starost, že by měly být s rodiči loajální. Snaží se být co možná nejméně nápadné, aby se vyhnuly scénám a ranám, pokouší se také chránit mladší sourozence. Pokud je na alkoholu závislá matka nebo oba rodiče, v mnoha případech připadnou dítětem na starost úkoly, které neodpovídají jejich věku, např. péče o domácnost. Popisovaná situace přejímání úkolů se označuje jako *parentifikace*. Děti rodičů závislých na alkoholu přicházejí o bezstarostnost normálního dětství. Spoléhají se samy na sebe a jsou neustále ve střehu. Žijí v nedůvěře, postupně se obrní a uzavírají se do sebe. (Ühlinger a Tschui, 2009, s. 71)

Rodič není vhodným modelem, a pokud se s ním dítě identifikuje, jeho chování se stává zdrojem mnoha sociálních problémů. Problémy v chování dětí rodičů závislých na alkoholu jsou často interpretovány jako přetrvávající, ne zcela přiměřená obranná reakce (Vágnerová, 2002, s. 294; 2008, s. 571-572). Zvýšená **agresivita**, kterou lze v některých případech u těchto dětí pozorovat, může být právě výsledkem nápodoby chování rodiče (alkoholika). (Vágnerová, 2002, s. 294) V souvislosti se zmíněnou nápodobou chování rodiče (alkoholika) se nabízí myšlenka, že osobnost dítěte (dospívajícího) je jakýmsi „for-

mujícím se materiálem“, který se přizpůsobuje prostředí, jež ho obklopuje. Pokud tedy dítě vidí, že mu nejbližší osoby řeší problémy každodenního života nadměrnou konzumací alkoholu, hrozí, že daný způsob řešení budou považovat za správný a identifikují se s ním (*internalizace* (zvnitřnění) způsobu chování). Samotná Vágnerová (2002, s. 294; 2008, s. 572) uvádí také protikladnou situaci, kdy dochází k narušení vztahu mezi otcem (alkoholikem) a dětmi. Přestávají jej respektovat, protože je jeho chování děsí nebo vyvolává jejich odpor.

Problémy, se kterými se děti rodičů závislých na alkoholu v rodině setkávají, mohou být osobně významnější než potřeba uspět ve škole (Vágnerová, 2002, s. 294). Děti z rodin alkoholiků **nedovedou plně využít své inteligence** ve školním vzdělávání – při dobré inteligenci častěji selhávají. (Matějček et al., 1982 cit. podle Skála, 1986, s. 34; cit. podle Skála et al., 1987, s. 96; cit. podle Skála, 1988, s. 85; Vágnerová, 2002, s. 294; 2008, s. 571) Významné nedostatky v prospěchu dětí rodičů závislých na alkoholu byly zaznamenány zejména v češtině a matematice. Mají adaptační potíže (Vágnerová, 2002, s. 294; 2008, s. 571), inteligenci nedovedou projevit a uplatnit ani v dětské skupině, mezi vrstevníky (Matějček et al., 1982 cit. podle Skála, 1988, s. 85). Vykazují více **neurotických rysů**, jsou méně připraveny na pracovní zařazení (školní hodnocení) a na zařazení do společnosti (*sociogram*). Pro jejich chování a postoje je charakteristické více sociálně nevýhodných krajností. (Matějček et al., 1982 cit. podle Skála, 1986, s. 34; Skála et al., 1987, s. 97) Otcova závislost na alkoholu působí na dítě v podstatě nevýběrově, pokud jde o pohlaví. Postižení jsou chlapci i dívky: chlapci spíše v pracovním či společenském uplatnění, dívky spíše ve společenských postojích a psychosociálním vývoji. Pokud jde o věk, nejnápadněji postižena se jeví střední skupina (9-11 let). (Matějček et al., 1982 cit. podle Skála, 1986, s. 35; cit. podle Skála et al., 1987, s. 97)

Závislost na alkoholu u rodičů v mnoha případech ovlivňuje život dítě i v době, kdy už je dospělým jedincem. Zmiňovaná uzavřenost těchto jedinců se promítá i do navazování vztahu. V souvislosti s obdobím dospělosti hovoříme především o vztazích milostných a o založení a fungování rodiny. Ühlinger a Tschui (2009, s. 72) uvádí že, „**ochranný krunýř**“, který si spousta dětí rodičů závislých na alkoholu vytvoří, aby příliš netrpěly, jim v dospělosti brání navazovat autentické vztahy v milostné oblasti. Woititzová, 1998 (cit. podle Vágnerová, 2008, s. 572) uvádí, že častým důvodem blokace v tomto směru je nízké sebehodnocení a přesvědčení, že nikdo je nemůže akceptovat takové, jací jsou. Mají pocit, že si přízeň jiné osoby musí nějak zasloužit.

Psychosexuální vývoj těchto jedinců je ohrožen a zproblematizován je i vývoj jejich rodičovských postojů. Vzniká nebezpečí tzv. „**patologie třetí generace**“ (Matějček et al., 1982 cit. podle Skála, 1986, s. 35; Skála, 1987, s. 97) Pokud dojde k uzavření manželství, dochází častěji k manželským neshodám (Jelinek [cca. 1952] cit. podle Skála, 1988, s. 82-83). Ke vztahovým problémům přispívá také fakt, že se neměli kde naučit řešit tyto problémy účelným způsobem. Mívají obtíže i v interpretaci běžných projevů chování ostatních lidí. Jejich zkušenost posiluje nedůvěru k ostatním, přetrvávající nejistotu a strach z opuštění. K udržení vztahu nepřispívá ani zafixovaná tendence vysvětlovat si všechny potíže jako důsledek vlastní nedostatečnosti či selhání. Zátěž způsobuje i naučené neprojevení svých pocitů a omezení spontánnosti. Totéž platí i pro jejich reakce na případný odklad uspokojení, který posuzují jako zmaření. Vlivem zafixované nedůvěry jsou přesvědčeni, že k němu nikdy nedojde. (Často zažili, že rodič-alkoholik sliboval, ale nikdy nic nedodržel). (Woititzová, 1998 cit. podle Vágnerová, 2008, s. 572)

Z předchozího textu lze odvodit, že děti, které vychovává rodič závislý na alkoholu, mají problémy se sociálním začleněním. Jejich chování je problémové, což s sebou přináší další a další problémy. Položme si nyní pár otázek: „Řeší tyto jedinci své životní trable stejným způsobem jako jejich rodiče? Stávají se potomci alkoholiků častěji závislými na alkoholu?“ M. Bleuler ([20. století] cit. podle Mečíř, 1965, s. 15) uvádí, že mezi dětmi etyliků je o 50 % více osob závislých na alkoholu než v běžné populaci. Jiných příbuzných se to však netýká, nejde tedy o rodovou, genetickou záležitost. Jelinek ([cca. 1952]) odhaduje, že pravděpodobnost výskytu závislosti na alkoholu u potomků rodičů závislých na alkoholu je desetkrát větší než u dětí ne-alkoholiků. Uvádí shodně, že příčinou není některá dědičná specifická vloha vedoucí k závislosti na alkoholu nebo alkoholem zaviněné poškození, které se přenáší na dítě. Dědičná je spíše stavba těla a typ vyšší nervové soustavy, které nemají dostatek síly a odolnosti, aby se ubránili *abúzu* alkoholu a jeho důsledkům. (cit. podle Skála, 1988, s. 82)

V závěru dodáváme, že dlouhodobá nadměrná konzumace (*abúzus*) alkoholu je začarovaným kruhem, který je ovlivněn mnoha faktory. Důvodem pro zařazení podkapitoly ***Děti rodičů závislých na alkoholu***, je fakt, že rodina je *přirozené prostředí, do něhož se člověk rodí, aniž si mohl vybrat jiné, přijímá to, co mu připravili rodiče* (Přadka, 1983, cit. podle Kraus, 2008, s. 80). Rodina je místem, kde nadměrná konzumace (*abúzus*) alkoholu zanechává nejzávažnější a nejrozsáhlejší škody.

3 KONZUMACE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ U ŽÁKŮ 2. STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY V SOUVISLOSTI S VÝVOJOVÝMI ZMĚNAMI

Dříve než se zaměříme na teoretické vymezení konzumace alkoholických nápojů u žáků druhého stupně základní školy v souvislosti s vývojovými změnami, uvedeme konkrétní zjištění týkající se konzumace alkoholických nápojů u dané věkové kategorie, která svědčí o tom, že i přes zmiňovaná zákonná opatření (viz kapitola 1) se jedná o problém velmi aktuální, ale bohužel, dle našeho názoru, společností opomíjený. Aktuálnost problému potvrzuje i poslední provedený výzkum *Zdraví a životní styl dětí a školáků 2010*, uskutečněný v rámci mezinárodního projektu *Health Behaviour in School-Aged Children: WHO Collaborative Cross-National Study (HBSC)*, který je realizován ve čtyřletých intervalech. Jeho výsledky shrnuje *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Česká republika se poprvé uvedeného mezinárodního projektu účastnila v roce 1994 spolu s dalšími 24 převážně evropskými státy (v roce 2006 to bylo již 35 resp. 41 států). Předmětem výzkumného projektu je provedení komparativních analýz behaviorálních kompetent (nezaměřuje se pouze na konzumaci nápojů s obsahem alkoholu) u reprezentativního souboru českých dětí ve věkovém rozmezí 11 až 15 let. Jako výzkumná metoda byl použit dotazníkový formulář vycházející z mezinárodní (anglické) verze dotazníku. Nábor dat proběhl v červnu 2010. Výzkumný soubor po vyřazení některých případů tvořilo 4425 respondentů (2145 chlapců, 2280 dívek). (Kalman et al., 2011, s. 40-41)

Klíčová zjištění tohoto šetření jsou dosti alarmující. Dvě třetiny 15letých respondentů pily alkohol poprvé před svými 13. narozeninami, většina z nich se také takto brzy poprvé opila. Pravděpodobnost pití alespoň jednou týdně stoupá s věkem, častěji se vyskytuje u chlapců. V 15 letech pije třetina dívek a téměř polovina chlapců. Pití všech druhů alkoholu stoupá s věkem, pivo pijí významně více chlapci. Bezmála polovina 15letých dívek se opakovaně opila, tři čtvrtiny z nich nejméně jedenkrát za poslední měsíc. Třetina všech 15letých respondentů se opila v posledním měsíci, většina z nich již vícekrát za život. Až polovina mládeže se opije ve 13 letech. (Kalman et al., 2011, s. 80-88)

Srovnání v kontextu výsledků států Evropy a Severní Ameriky přináší *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey* (Currie et al., 2012, s. 151-161). Z uvedeného srovnání vyplývá že, Česká republika je na 4. místě v pro-

centuálním zastoupení 11letých jedinců, kteří konzumují alkohol alespoň jednou týdně. Na 1. místě v procentuálním zastoupení 13letých jedinců, kteří konzumují alkohol alespoň jednou týdně. Na 1. místě v procentuálním zastoupení 15letých jedinců, kteří konzumují alkohol alespoň jednou týdně. Na 11. místě v procentuálním zastoupení 15letých jedinců, kteří uvedli opilost ve věku 13 let nebo nižší. Na 10. místě v procentuálním zastoupení 11letých jedinců, kteří byli opilí nejméně dvakrát. Na 6. místě v procentuálním zastoupení 13letých jedinců, kteří byli opilí nejméně dvakrát. A na 8. místě v procentuálním zastoupení 15letých jedinců, kteří byli opilí nejméně dvakrát.

Obdobný výzkum *Kouření a alkohol u dětí na základních školách Jihočeského kraje* autorky Markéty Kastnerové, realizovaný na jaře roku 2006, zahrnoval věkovou kategorii 10-16 let. Celkem bylo rozdáno 3000 dotazníků, nazpět se vrátilo 2764 dotazníků. Návratnost tedy činila 92 %. Při zpracování bylo nutné 114 dotazníků vyřadit, protože nebyly úplně vyplněny. Do výzkumu bylo tedy zahrnuto 2650 dotazníků, což představovalo 7 % populační skupiny žáků ve věku 10-16 let základních škol Jihočeského kraje. Ve vzorku byly paritně zastoupeny dívky (50 %) a chlapci (50 %). Z výsledků výše zmíněného výzkumu, který je zveřejněn na stránkách *Centra pro výzkum veřejného mínění*, lze vyvodit následující:

- pouhých 16 % dotazovaných v životě alkohol nepožilo,
- jen necelá polovina (44 %) dotazovaných v posledním měsíci nekonzumovala alkohol,
- pivo je nejrozšířenějším alkoholickým nápojem, který se pije s největší frekvencí, následuje víno a destiláty,
- mezi chlapci je 19 % abstinentů, mezi dívkami pak 12 % abstinentů (v životním horizontu),
- během posledního měsíce je aktuálními abstinenty 38 % dívek a 49 % chlapců,
- zkušenost s konzumací alkoholu roste s věkem (pod průměrem v abstinenci jsou jen jedinci ve věku 10, 11, 12 let),
- mezi dotazovanými často pije (více jak 3krát měsíčně) 8 % desetiletých, 16 % jedenáctiletých, 12 % dvanáctiletých, 18 % třináctiletých, 22 % čtrnáctiletých, 35 % patnáctiletých a 48 % šestnáctiletých,

- nejvíce zkušeností s alkoholem měli dotazovaní do věku 10 let, kdy alespoň 1 sklenici piva vypilo do 10 let 40 % dotazovaných, v dalších letech podíl dotazovaných, kteří měli první zkušenost s konzumací piva, klesá,
- alespoň 1 sklenici vína vypilo do 10 let věku 22 % dotazovaných, s rostoucím věkem se první zkušenost s konzumací vína opět snižuje,
- alespoň 1 sklenici destilátu vypilo 14 % dotazovaných do 10 let věku, v letech následujících opět podíl první zkušenosti s konzumací destilátu klesá, kdy k dalšímu maximumu dochází ve 12 (7 %) a 13 (8 %) letech,
- v životním horizontu se nikdy neopilo 57 % dotazovaných, 25 % dotazovaných zažilo pocit opilosti jen jednou či dvakrát,
- za poslední měsíc se do stavu opilosti dostalo 21 % dotazovaných a navíc zhruba každý sedmý se dokázal opít každý týden,
- podíl intoxikovaných a četost opilosti v životním a měsíčním horizontu roste plynu s věkem až do 16 let, v 16 letech tvoří podíl dětí s aktuální zkušeností intoxikace alkoholem za poslední měsíc 56 %,
- téměř čtvrtina (24 %) dotazovaných se poprvé opilo do 13 let věku, kdy 13 % dotazovaných se stihlo opít do 10 let věku.

My se v následujících částech práce zaměříme na teoretické zakotvení problematiky konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy do hlubšího kontextu informací, mimo jiné, také z oblasti vývojové psychologie.

3.1 Příčiny a působení konzumace alkoholických nápojů u dětí a dospívajících

Dříve než začneme vymezovat příčiny a působení konzumace alkoholických nápojů u dětí a dospívajících, rádi bychom upozornili na skutečnost, že se jedná pouze o přehled orientační s důrazem na specifika vývoje osobnosti žáků 2. stupně základní školy z pohledu vývojové psychologie, které jsou pak podrobněji rozebrány v podkapitole 3.1.1. Důvodem je orientace naší práce na zmíněný věkový úsek, který se vyznačuje mnohými osobitými znaky. Lze tedy říci, že tato kapitola je jakýmsi úvodem, který bude v následujících částech práce ještě více upřesněn.

Příčiny konzumace alkoholických nápojů u dětí a dospívajících

Nešpor a Csémy (1992, s. 14-20; 1994, s. 11-17) ve své knize *Alkohol, drogy a vaše děti* a sám Nešpor (2001, s. 44-54) v knize *Vaše děti a návykové látky* předkládají poměrně komplikovaný přehled příčin (nikdy se nejedná jen o jedinou příčinu), který je částečně převzat ze zahraniční literatury. Dělí je na několik částí, a to na *okolnosti týkající se dětí, rodiny, školy, budoucího zaměstnání, vrstevníků, se kterými se dítě stýká, společnosti a životního prostředí*. My se v naší práci zaměříme jen na některé okolnosti v návaznosti na zbývající obsah práce:

1. Okolnosti týkající se dítěte: duševní poruchy a poruchy chování, setkání s alkoholem (tabákem nebo drogou) v mladém věku, poškození mozku při porodu, úrazy hlavy, dlouhé bolestné onemocnění, nedostatek vhodných způsobů jak zvládat stresové situace, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích, nízké sebevědomí, alkohol (tabák a drogy) přináší příjemné pocity, nízká schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu prostředí, agrese a špatné sebeovládání, nízká inteligence (Nešpor a Csémy, 1992, s. 14; 1994, s. 11; Nešpor, 2001, s. 44-45), poruchy pozornosti s nadměrnou aktivitou, neosvojení dobrých hodnot, neschopnost vyvolat příjemné stavy zdravým způsobem, nízká odolnost vůči neúspěchu, zklamání (nízká frustrační tolerance), neschopnost mírnit úzkost, smutek nebo hněv dobrými způsoby, sklon k sebelítosti, depresím a malá pružnost myšlení (Nešpor, 2001, s. 45).

2. Okolnosti týkající se rodiny: nejasná pravidla týkající se chování dítěte, nedostatek času na péči o dítě, nedostatečný dohled, nesoustavná a přehnaná přísnost, nedostatečné citové vazby s dítětem, manželský konflikt, schvalování alkoholu (tabáku a drog) u dětí, zneužívání alkoholu (tabáku, drog) rodiči nebo příbuznými, malé očekávání od dítěte a podceňování ho, špatné duševní a společenské fungování rodičů, osamělí rodiče (vůči společnosti lhostejní nebo nepřátelští), duševní choroba rodičů, sexuální zneužívání dítěte v rodině (dlouhodobá traumatizace), rodina ve zmatku, špatné fungování (nejasné nebo nepřiměřené rozdělení rolí), nezaměstnanost rodičů, výchova pouze jedním rodičem bez pomoci jiných příbuzných, život bez rodiny a bez domova, časté stěhování rodiny (Nešpor a Csémy, 1992, s. 15; 1994, s. 12; Nešpor, 2001, s. 46-47), nespolupráce ve výchově mezi rodiči, výchova nevytváří dobré vztahy dítěte s dospělými mimo rodinu, rodiče nevytvářejí prostor pro kvalitní zájmy a záliby, špatné mezigenerační vztahy a mezigenerační spolupráce, špatné vztahy v širší rodině (Nešpor, 2001, s. 46-47).

3. Okolnosti týkající se školy: nepříznivá nebo neprosazená pravidla týkající se alkoholu (tabáku a drog), dostupnost alkoholu (tabáku a drog) ve škole a okolí, střídání škol, selhání ve škole, nezájem o školu, označení jako žák problémový („černá ovce“), záškoláctví, přerušení školy (Nešpor a Csémy, 1992 s. 16; 1994, s. 13; Nešpor, 2001, s. 48-49), škola neprovádí prevenci nebo používá neúčinné postupy jako jednorázové přednášky nebo tzv. „komponované pořady“, pokusy o prevenci mají neinteraktivní charakter, škola v prevenci málo spolupracuje s rodiči, škola nespolupracuje s užitečnými organizacemi a institucemi ve svém okolí, učitelé jsou vnímáni jako nepřátelé nebo lhostejní a zdůrazňují především nedostatky žáků, atmosféra ve škole je cynická, odcizená, postrádá nabídku pozitivních hodnot, neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času (Nešpor, 2001, s. 48-49).

Okolnostem týkajících se spolupráce rodiny a školy, v kontextu primární prevence, bude věnována také značná část poslední kapitoly (viz kapitola 4). Zde blíže specifikujeme pravidla, která by naopak měla zabránit tomu, aby dítě (dospívající jedinec) konzumovalo alkoholické nápoje.

4. Vrstevníci se kterými se dítě stýká: problémy kamarádů s autoritami, rebelství, protispolečenské chování ve skupině kamarádů, odcizení, cyničtí vrstevníci, ke konzumaci alkoholu (tabáku a drog) se staví pozitivně, začínají brzy alkohol (tabák, drogy) zneužívat, jsou více ovlivněni kamarády než rodiči, kamarádi mají sklon vaše děti zesměšňovat a snižovat jejich sebevědomí, kamarádi mají další přátele, kteří zneužívají alkohol (tabák a drogy) (Nešpor a Csémy, 1992, s. 18; 1994, s. 15; Nešpor, 2001, s. 51), skupiny nemají vazby na organizaci s dobrým programem nebo je zde vazba na organizaci s destruktivními rysy, zájmy a záliby blízké k alkoholu (tabáku, drogám), vrstevníci aktivně vybízejí jedince k pití alkoholu (braní drog, kouření) (Nešpor, 2001, s. 51-52).

5. Okolnosti týkající se společnosti a životního prostředí: přelidněnost, velká města, nedostatek prostoru a soukromí, hluk (zejména pak nepředvídatelný), znečištění ovzduší, prostředí otupující smysl pro krásu, nestabilita životního prostředí, dobré klimatické nebo zeměpisné podmínky k výrobě drog nebo jejich převážení (Nešpor a Csémy, 1992, s. 20; 1994, s. 17), snadná dostupnost alkoholu (tabáku a drog), aktivní nabízení návykových látek, nízká cena, chudoba, nedostatek příležitostí k vzdělání a uplatnění, náhlé sociální a politické změny, nestabilita, nedostatek možností, jak kvalitně trávit volný čas, nedostatečná zdravotní a sociální péče, normy a zákony (psané a nepsané) se k alkoholu (tabáku, drogám) staví kladně, cynický postoj společnosti ke zdraví, neinformovanost, lhostejnost a

zkorumpovanost politických vůdců, nespolupracující sdělovací prostředky orientované na senzaci a reklamu, velký pohyb obyvatel (nestabilní vztahy), nedostatečné sociální zajištění, chudoba, špatné bytové podmínky, rasová (nebo jiná) diskriminace, jazyková bariéra, vysoká kriminalita (drogové gangy) (Nešpor a Csémy, 1992, s. 19; 1994, s. 16; Nešpor, 2001, s. 52-53), malá aktivita nevládních organizací nebo používání neefektivních postupů, malý nebo žádný podíl soukromého sektoru na efektivní prevenci, vnímání společnosti jako špatné a nepřátelské (Nešpor, 2001, s. 53). Uvedené okolností týkající se společnosti a životního prostředí jsme do naší práce zařadili zejména proto, že obor sociální pedagogika se výrazně orientuje také na vliv lokálního prostředí na jedince, tedy na jeho chování. Vliv prostředí na konzumaci alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy, bude pak jedním z bodů, na které narazíme v praktické části naší práce. Zároveň narazíme na otázky dostupnosti alkoholu apod. Jak je tedy zřejmé, nalézt konkrétní příčinu (lépe řečeno příčiny) proč žáci 2. stupně základní školy (děti a dospívající) sahají po alkoholickém nápoji je velmi obtížná. Proto, pokud se na tuto otázku snažíme nalézt odpověď, musíme brát v potaz řadu faktorů (jak vnějších, tak vnitřních).

V souvislosti se změnami společenského fungování uvádíme vývojové problémy dospívajících jedinců v dnešní společnosti. Domníváme se, že v kontextu zvolené tematiky nemohou být opomíjeným zdrojem a měly by se stát ohniskem pozornosti řady odborníků. Jak již bylo zmíněno, uvedený přehled je pouze orientační a naznačené body budou zařazeny do hlubších souvislostí v textu následujícím.

Vývojové problémy dospívajících v dnešní společnosti

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 164-166) ve své knize *Vývojová psychologie* shrnují specifické problémy dospívajících v dnešní společnosti. Přináší tak ucelený přehled, který lze vyvodit z následných charakteristik období pubescence (viz podkapitola 3.1.1), čili první fáze dospívání. Jedná se konkrétně o:

1. *Rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí*

*Sekulární akcelera*ce tělesného růstu a pohlavní zralosti posunula dolní hranici dospívání do stále nižšího věku, zatímco složitost společenských požadavků a nároky na vzdělání a profesní přípravu oddalují dosažení sociální zralosti. Těžkosti, které jsou způsobeny rozporem mezi fyzickou a sociální zralostí, mohou být někdy patrné i v poruchách chování u některých jedinců.

2. Rozpor mezi rolí a statusem

V souvislosti s obdobím dospívání lze tento rozpor popsat následovně: Od těch jedinců, kteří jsou už fyzicky skoro plně zralí, se očekává vyspělé a plně odpovědné postavení (role „dospělého“), přitom jejich status (práva a povinnosti) je v mnoha ohledech nízký („dětské“ postavení - poslušnost, vnější kontrola, v mnohých případech ukládání stejných omezení jako dětem).

3. Rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace

Převratné technické, vědecké i společenské změny s sebou přinášejí stále častější rozdíly v názorech, v hodnotách a postojích generací, které vyrůstaly za zcela odlišných podmínek a těžily z jiných zkušeností. Starší generace ulpívá na hodnotách dřívějších, jež jsou pro ně jediným platným měřítkem. Nová generace si sbírá vlastní zkušenosti a odmítá přijmout stará měřítka za platná. Na druhou staru však v druhé polovině minulého století došlo ke sblížení vzájemného přístupu generací uvolněním patriarchální struktury rodiny a rozbitím autoritativního principu ve výchově. Odmítá se „generační konflikt“ jako nutný a poukazuje se na to, že více záleží na porozumění, toleranci a názorové pružnosti.

4. Rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti

Rozpor mezi charakterem citových vztahů v rodině a v širší společnosti je příčinnou konfliktů během celého vývoje dítěte, ale v období dospívání se jedná o rozpor kritický. Jedinec již není tak jednoznačně vázán na normy a hodnoty svých rodičů a stále častěji je kriticky posuzuje. Přesto je na svých rodičích v mnohých ohledech závislý. V diskusích se svými kamarády a přáteli častěji srovnává, vzdoruje a revoltuje.

Působení alkoholu na děti a dospívající

Jak alkohol, tak i jiné návykové látky působí jinak na organismus dítěte (dospívajícího) a jinak na organismus jedince dospělého. Rozdílné působení lze odvodit od již několikrát zmiňovaných vývojových odlišností. Zvláštnosti působení alkoholu na dítě a dospívajícího jedince shrnujeme v následujících bodech:

1. Závislost na návykových látkách se vytváří mnohem rychleji (Nešpor a Csémy, 1992 s. 49; Nešpor, Pernicová a Csémy, 1999, s. 15; Říčan et al., 2006, s. 261; Nešpor, 2007, s. 52) (to, k čemu potřebuje dospělý jedinec často roky nebo desetiletí, stihne dospívající i řádově během měsíců) (Nešpor, 2007, s. 52). Jejich játra nejsou schopna odbourat

alkohol v takové míře jako játra dospělých jedinců a navíc mají nižší tělesnou hmotnost (Nešpor a Csémy, 1992 s. 49).

2. Objevuje se zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci (Říčan et al., 2006, s. 261; Nešpor, 2007, s. 52), menší zkušenosti a sklon k riskování, který u dospívajících jedinců pozorujeme v mnohých případech (Říčan et al., 2006, s. 261; Nešpor, 2007, s. 52). Existuje zde i úzká souvislost mezi zneužíváním návykových látek, zejména alkoholu, a nejčastějšími příčinami smrti u dětí a dospívajících. Mezi ně pak patří úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti. (Nešpor, Pernicová a Csémy, 1999 s. 15; Nešpor, 2007, s. 52) Konzumace alkoholických nápojů u těchto jedinců zvyšuje také nebezpečí jaterních onemocnění, vysokého krevního tlaku, onemocnění trávicího ústrojí, onemocnění nervového systému i duševních chorob (Nešpor a Csémy, 1992, s. 49).

3. Z obdobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem alkoholu (Říčan et al., 2006, s. 261; Nešpor, 2007, s. 52).

4. U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách (nebo je zneužívajících) bývá viditelné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyzrávání, sebekontroly, sociálních dovedností apod.) (Nešpor, 2007, s. 52).

5. I „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je spojeno s většími problémy v různých oblastech života (rodiny, škola, trestná činnost atd.) (Nešpor, 2007, s. 52).

6. Je zde častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně. To opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací. (Nešpor, 2007, s. 52) Zneužívání alkoholu v dospívání zvyšuje riziko přechodu k jiným návykovým látkám. Většina jedinců v období dospívání se k nelegálním drogám dostává právě přes alkohol a tabák. (Nešpor, Pernicová a Csémy, 1999, s. 15)

7. Alkohol (patrně i jiné drogy) narušují vytváření sítí mozkových buněk, které probíhá v období dospívání (Říčan et al., 2006, s. 261; Nešpor, 2007, s. 52). Vyústěním je znevýhodnění těchto dospívajících (Nešpor, 2007, s. 52). I mírné poškození poznávacích funkcí alkoholem vede k horším studijním a později pracovním výsledkům (Říčan et al., 2006, s. 261).

8. Recidiva závislosti je u dětí a dospívajících častá (Nešpor, 2007, s. 52), dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval v mnohých případech bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebného úsilí. (Říčan et al., 2006, s. 262; Nešpor, 2007, s. 52)

Shrnuli jsme tedy příčiny a důsledky konzumace alkoholických nápojů u dětí a dospívajících. Jak už bylo několikrát zmíněno, jedná se jen o úvod a k hlubšímu vhledu do těchto nastíněných bodů bude složit následující podkapitola, která seznamuje s vývojovými specifiky osobnosti žáka druhého stupně základní školy z pohledu vývojové psychologie, kdy v některých částech upozorníme právě na možnou souvislost s konzumací alkoholických nápojů u těchto jedinců.

3.1.1 Osobnost žáka druhého stupně základní školy z pohledu vývojové psychologie

Období navštěvování druhého stupně základní školy, resp. starší školní věk trvá od 11-12 let do ukončení povinné školní docházky, to znamená do 15 let (Vágnerová, 2005, s. 237; 2012, s. 255-256). Dle vývojové psychologie lze pro dané věkové rozmezí nalézt označení jako *pubescence* (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 143; Řičan, 2006, s. 169; Vágnerová, 2005, s. 237; 2012, s. 256; 2012, s. 369) nebo *raná adolescence* (Vágnerová, 2005, s. 323; 2012, s. 369). Uvedené období lze dále dělit a to na:

a) *Fázi prepuberty (první pubertální fáze)*: u většiny dívek trvá tato fáze přibližně od 10 (11) let do 12 (13) let. U chlapců probíhá fyzický vývoj o 1-2 roky později.

b) *Fázi vlastní puberty (druhá pubertální fáze)*: můžeme vymezit věkem 13-15 let. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 143; Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 102)

V kontextu období dospívání (10-20 let) a rané adolescence (Vágnerová, 2005, s. 321; 2012, s. 369) rozlišujeme fázi:

a) *Časná adolescence*: obvykle datované od 10 (11) let do 13 let věku (Alsaker, 1992 cit. podle Macek, 2003, s. 35).

b) *Střední adolescence*: ve většině případů datované od 14 do 16 let věku (Havighurst, 1987 cit. podle Macek, 2003, s. 36; Abma, 1992 cit. podle Macek, 2003, s. 36).

My se přikláníme k označení *pubescence*, s rozlišením dvou zřetelných fází a to *prepuberty* (11-13 let) a *puberty* (13-15). Kritický bod, vyvrcholení pubescence, nastává totiž zpravidla kolem 13. roku. (Příhoda, 1963, s. 347) Příhoda (1963, s. 347) ve své knize *Ontogeneze lidské psychiky* vychází z latinského slova *pubesco* (dorůstat v muže, dospívání). Sloveso bylo v latině vytvořeno od *pubes* (chmýří, vousy; přeneseně ohanbí). Souhlasíme s názorem, že se jedná o termín velmi výstižný, neboť označuje počínající a neukončené dění dospívání zcela plasticky.

Důvodem je také to, že období mezi 11. - 15. rokem života chceme uchopit jako samostatnou životní etapu. Domníváme se totiž, že vzhledem k předcházejícímu mladšímu školnímu období (věku) (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 117; Říčan, 2006, s. 157; Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 93), resp. ranému a střednímu školnímu věku (Vágnerová, 2005, s. 237; 2012, s. 255) se jedná o etapu výrazných vývojových změn. To stejné, ve srovnání s obdobím *pubescence*, platí i pro období následující, tedy adolescenci (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 143; Říčan, 2006, s. 205; Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 111), resp. pozdní adolescenci (Vágnerová, 2005, s. 327; 2012, s. 370; Macek, 2003, s. 36).

Než přejdeme k samotnému popisu vývojových změn období *pubescence*, považujeme za stěžejní uvést velmi důležité charakteristiky vývoje celého období dospívání, které můžeme ve vysoké míře pozorovat právě v pubescenci. Hovoříme o *intraindividuální variabilitě*, která se u řady jedinců vyznačuje existencí diskrepance mezi změnami somatickými, psychickými a sociálními. Jsou často označovány jako změny „pubertální“. (Jedinec nemusí vykazovat žádné změny pohlavního zrání, ale začíná myslet vyspělým abstraktním způsobem. Opakem je jedinec, u něhož zřetelně začalo pohlavní dospívání, stále je však emočně, intelektuálně a sociálně „dětský.“) (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 143) Pokud tedy popíšeme vývojové změny jedince v období pubescence, bude se jednat jen o jakýsi nástin, neboť, jak uvádí Macek (2003, s. 42), jsou sice popsány typické modely vývoje, resp. modely biologického, psychického či sociálního vývoje, žádný jedinec však nezažívá tyto typické vývojové vzorce (patterns) souběžně bezvýtku. Změny jsou u jedince načasovány vždy v jedinečné konstelaci.

Další výraznou vývojovou charakteristikou daného období je *interindividuální variabilita*. Jedná se o odlišnosti mezi jedinci. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 143) popisují příklad dívek, kdy se u některých začínají pohlavní znaky objevovat už v osmi letech, u jiných nastupují teprve v patnácti letech, aniž by šlo o patologické jevy. Podobně v oblasti intelektového vývoje dochází u některých jedinců velmi rychle k vytváření abstraktních pojmů a formálních úsudků, zatímco u jiných tento vývoj zůstane i v pozdějším věku jenom naznačen.

Na závěr připomínáme odlišnosti mezi pohlavími, které lze pozorovat již při vymezování věku nástupu pubertálních změn. Chlapci jsou v tomto směru zhruba o **1-2 roky** pozadu za dívkami.

3.1.1.1 Somatické (fyzické) změny v období pubescence

Pubescence je důležitým biologickým mezníkem, dítě se mění v člověka schopného reprodukce. Tělesné dospívání se projevuje viditelnými i pocitovými důsledky (růst postavy, proměna proporcí, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů, sexuální prožitky atd.), jejichž subjektivní zpracování může být pro pubescenta náročné. (Steinberg a Belsky, 1991 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 326; 2012, s. 373; Gullotta et al., 2000 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 326; 2012, s. 373; Santrock, 2012 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 373) Náročné je, podle našeho názoru, také vytvoření adekvátního „modelu“ těchto změn, proto pro lepší přehlednost dané období dělíme na *prepubertu a pubertu* (dle vzoru Příhody, 1963). Domníváme se rovněž, že toto rozdělení je pro uchopení zvolené tematiky vhodnější. Nalézáme totiž značné rozdíly mezi uvedenými etapami vývoje.

Somatické změny v období prepuberty

V somatickém vývoji nastávají výrazné změny v proporcích těla. Začíná období vytažování, které je charakteristické intenzivním růstem končetin i trupu. (Šimíčková–Čížková et al., 2008, s. 102) Zvláště výrazný je tzv. *růstový spurt* (dočasné prudké zrychlení růstu u chlapců i dívek). Dívčí spurt dosahuje svého vrcholu nejčastěji mezi jedenáctým a dvanáctým rokem, chlapecký o dva roky později. Proto dívky nejdříve chlapce o něco předhoní, mužský spurt je však prudší a vede k trvalému rozdílu mezi muži a ženami. Průměrná dívka vyroste za rok, v němž vrcholí její *růstový spurt*, asi o 9 cm a přibere o 5 kg, chlapec vyroste o 10 až 12 cm a přibere kolem 6 kg. U některých pubescentů je spurt méně výrazný, u jiných naopak ještě výraznější. (Říčan, 2006, s. 171)

Začínají působit endokrinní změny ve fyziologických pochodech. Zvyšuje se produkce pohlavních hormonů, což má za následek objevení druhotných pohlavních znaků. (Šimíčková–Čížková et al., 2008, s. 102) Hladina hormonů se ve většině případů zvyšuje okolo osmého roku života, přičemž zjevné sekundární pohlavní znaky se objevují obvykle o čtyři až pět let později (Hopwood et al., 1990 cit. podle Macek, 2003, s. 43; Koliba, 1994 cit. podle Macek 2003, s. 43). Jiní autoři (Steinbrg a Belský, 1991 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 326; 2012, s. 373; Gullotta et al. 2000 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 326; 2012, s. 373; Santrock, 2012 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 373) uvádí, že ke změně hormonální produkce dochází nejméně 2-3 roky předtím, než dojde k výrazným tělesným změnám. **Nastávají tak nápadné intersexuální rozdíly ve fyzickém vzhledu** (Šimíčková–Čížková et

al., 2008, s. 102). U chlapců dochází hlavně k rozšíření ramen, u dívek pak k růstu pánve do šířky i do hloubky, přičemž se linie pasu snižuje a u dívek je výraznější. U obou pohlaví se na bocích a nohou objevuje vrstva podkožního tuku, která u chlapců mizí, u dívek zůstává zachována. Paže a nohy nasazují, spolu s krkem, k růstovému spurtu o rok dříve než trup. Zpočátku rostou také ruce rychleji než paže, koncové části nohou rychleji než celé nohy. Chlapcům růst hrtanu a hlasivek (*mutace*) znemožňuje zpívat a řeči dá typický chraplavý hlas. U dívek dochází pouze k plynulému prohlubování hlasu a získávání bohatších modulací. K prvním náznakům růstu ňader dochází v 10 nebo v 11 letech. U obou pohlaví se také pozvolna vyvíjí typicky dospělé ochlupení, zvětšují se i vnější pohlavní orgány. Zároveň však rostou a zrají vnitřní pohlavní orgány, především vaječníky u dívek a varlata u chlapců. Vaječníky začínají produkovat zralá vajíčka a varlata zralé spermieschopné spojit se a zplodit tak nového jedince. K tomuto dozrání dochází kolem patnáctého roku života. (Říčan, 2006, s. 171-172) Podrobněji změny lidského organismu předkládá Příhoda (1963, s. 348-362), v již zmiňované knize *Ontogeneze lidské psychiky*.

Biologicky období prepuberty končí právě **první menstruací** (Šimíčková- Čížková et al., 2008, s. 102) (*menarche*) (Macek, 2003, s. 43) u dívek a **prvními ranními polucemi** u chlapců. Vlivem uvedených biologických změn (hlavně hormonální činností) začíná mít na chování pubescenta účinek i sexuální pud, který v počátku působí nerovnoměrně a intenzivně. Jeho vliv je intenzivnější u chlapců, což se projevuje obtížnějším potlačováním tohoto působení. Jedinec je často vystaven střetu potřeby uvolnit sexuální pud a nemít pocit viny, kontrolovat jeho působení a nemuset jej patologicky potlačovat. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 102) V souvislosti uvedených biologických (hormonálních změn) a jejich působení na projevy sexuálního pudu v chování pubescenta, uvádíme okrajově pojmání pohlavního dozrání z pohledu *psychoanalýzy*. Ta význam pohlavního dozrání a nastupujících sexuálních aktivit zdůrazňovala. Freud ([19./20. století] cit. podle Vágnerová, 2005, s. 322; 2012, s. 368) označil období dospívání jako **genitální fázi**, ve které dochází k novému oživení sexuálního pudu, jedná se však o jinou úroveň než v předcházejících obdobích vývoje. Objektem uspokojování sexuální potřeby již není rodič, ale náhradní objekt, dívka či chlapec (období *druhé oidipovské fáze*).

Akcelerace fyzického vývoje je rychlejší a není v souladu s vývojem psychickým. Dochází k diskrepanci (rozdílu) mezi somatickým a psychickým vývojem, somatický vývoj předstihuje vývoj psychický. Tato rozdílná vývojová akcelerace s sebou přináší přechodné

projevy, typické pro prepubertu (viz *intraindividuální variabilita*, podkapitola 3.1.1). (Šimíčková–Čížková et al., 2008, s. 102)

Somatické změny v období puberty

Období puberty s sebou přináší **vyrovnání diskrepance** mezi somatickým a psychickým vývojem (viz *prepuberta*). Dochází ke zpomalení fyzického růstu a rozvoji funkcí psychických. Puberta je obdobím pohlavního dozrávání, které přeměňuje dítě na biologicky zralého dospělého, schopného sexuální reprodukce. (Šimíčková- Čížková et al., 2008, s. 105) Pubertální změny, jak lze odvodit z předchozího textu (viz podkapitola 3.1.1), nastávají kolem 13. roku života. Můžeme se však setkat s případy **časného nebo pozdního nástupu puberty**, které život pubescenta ovlivní v mnoha směrech. Zde připomínáme charakteristiku *interindividuální variability* (viz podkapitola 3.1.1). O časném nebo pozdním nástupu puberty se pak ve svých knihách zmiňují např. Říčan (2006, s. 173-174) nebo Vágnerová, 2005, s. 327-328; 2012, s. 374-375). My uvedený jev zmiňujeme v souvislosti „vývojových problémů“, které by, dle našeho názoru, mohly vést právě ke konzumaci nápojů s obsahem alkoholu.

3.1.1.2 Psychické změny v období pubescence

(Kognitivní a emocionální vývoj)

Jak již bylo naznačeno v části předchozí, somatické (fyzické) změny v období **pubescence**, jsou doprovázeny změnami psychickými. Psychický vývoj je v mnohých případech opožděn za vývojem somatickým, hlavně pak v období prepuberty. Období puberty přináší počátek vyrovnání této diskrepance. Jedná se však opět o přeměnu velmi výraznou, jejíž znalost, dle našeho názoru, může v mnohých případech vést k objasnění vnějších projevů v chování pubescenta.

Kognitivní vývoj je v tomto období výsledkem interakce zrání a učení. Teprve tehdy, když je jedinec dostatečně zralý z hlediska neurofyziologického a díky systematickému vzdělávání získal potřebné zkušenosti, může dále rozvíjet své poznávací schopnosti. (Vágnerová, 2005, s. 332; 2012, s. 379) Vývojově podmíněné změny určitých kognitivních funkcí vytváří předpoklady pro rozvoj dalších schopností a jejich propojení. (Vágnerová, 2012, s. 379) Vytvářejí se určité způsoby myšlení a řešení problému, dochází k jejich zafixování, takže nemusí být tak snadné je později změnit. Je to období *divergence vývoje poznávacích funkcí* a schopností je užívat. (Kuhn, 2009 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 383)

Období *pubescence* je také spojeno s hormonální proměnou, která stimuluje změny v oblasti **citového prožívání** (Vágnerová, 2005, s. 340; 2012, s. 390; 2005). Je často označováno jako období emoční lability, která je domněle podmíněna právě vnitřními změnami v organismu jedince (Hall [?] cit. podle Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 147; Gesell [?] cit. podle Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 147 ; Zeller [?] cit. podle Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 147; Remplein [?] cit. podle Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 147). Jde především o **sebeakceptaci**. Pubescent se musí přijmout v nové, často nehotové, proměnlivé podobě. Nejistota a nespokojenost se sebou samým bývá v této fázi běžná a následkem toho nejsou neobvykle ani problémy s přijetím sebe sama. (Vágnerová, 2005, s. 403; 2012, s. 459)

My opět dělíme dané období na období prepuberty a puberty. V každém z období se pak nejdříve soustředíme na změny v oblasti *kognitivní*, poté na změny v oblasti *emoční*.

Kognitivní a emoční vývoj v období prepuberty

Období *prepuberty* přináší v oblasti **percepce** na jedné straně **zdokonalení a zpřesnění diskriminace podnětů**, na straně druhé přechodné **zhoršení percepční výkonnosti**, neboť vlivem emoční lability, kterou podrobněji popíšeme v dalším textu, a zvýšené nepozornosti může dojít ke zhoršení registrace podnětů. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 103). V souvislosti s dále zmiňovaným rozvojem formálně logických operací dochází k rozvoji množství posuzovaných aspektů a k uvědomění si jejich vzájemných vztahů. Jedinec již postupně dokáže brát najednou v úvahu minimálně 2 nebo 3 aspekty dané situace. (Kuhn, 2009 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 384-385) Významný je i plynulý růst kapacity pracovní paměti umožňující udržet ve vědomí potřebné informace (Kuhn, 2009 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385; van Duijvenvoorde et al., 2010 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385; Santrock, 2012 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385). Výkyvy v emocích bývají však často spojovány s kolísavostí *aktivační úrovně*. Intenzivní aktivitu lehce vystřídá apatie a nechuť k jakékoli činnosti. (Vágnerová, 2012, s. 391)

Vzrůstá význam **fantazie**, která se stává pojítkem mezi skutečností, reálným prožíváním a ideálem. Projevuje se formou **denního snění**, ve kterém se jedinec vidí v ideálním světě, má ideální představy o vlastních kvalitách i dovednostech. (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 103) V kontextu denního snění u jedinců v období *prepuberty* připomínáme zmíněnou charakteristiku alkoholu (viz kapitola 1) jako *psychotropní látky*, která ovlivňuje

nervový systém (Šedivý a Válková, 1988, s. 22). Muže být tedy u těchto jedinců prostředkem k dosažení změněného vnímání reality a únikům do snů. **Představy** začínají mít **obecnější charakter**, nejsou tak živé, dochází k pomalé proměně názorných představ, které jsou vytvořeny na základě konkrétní věci nebo události, na představy, které jsou ovlivněny **rozvojem abstrakce** (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 103; Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 148). „Eidetická“ schopnost popisovaná jako zvláštní psychická vlastnost, která dovoluje vybavovat si četné detaily dříve vnímaného obrazce do velkých podrobností, zřetelně klesá. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 148) Na samotný rozvoj abstrakce má vliv pokročilá analýza (percepce), svědčí o tom schopnost abstraktního myšlení v období *puberty* (Příhoda, 1963, s. 375).

Výrazné vývojové změny se projevují v **myšlení**. Jedinci v období *prepuberty* zažívají kvantitativní i kvalitativní změny myšlení. To se projevuje narůstajícím počtem úspěšně řešených problémů novým způsobem. Charakteristický je počínající postupný přechod od konkrétních operací k **operacím formálním** (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 103), **formálním logickým operacím** (Říčan, 2006, s. 174), tedy počátek abstraktního myšlení, jehož vývoj je dokončen v obdobích následujících (puberta a adolescence). Vedle názorného myšlení, kdy dítě třídí, srovnává a řadí různé konkrétní věci a dovede z těchto soudů o konkrétních věcech vyvozovat logické závěry (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 149; Šimíčková-Čížková, 2008, s. 104), se pozvolna začínají vytvářet formální (logické) operace (schopnost usuzovat **hypoteticko-deduktivně** a vyvozovat logické závěry). Pro vyvození logického závěru už nepotřebují jen názorné, konkrétní vstupy (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 104), myslí nezávisle na obsahu. Formální (logické) operace umožňují jedincům myslet o neexistujícím „kdyby“. (Říčan, 2006, s. 174-175) Tyto změny také evokují rozvoj **logické paměti**, kdy děti opouští memorování textu bez pochopení souvislostí. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 104) Mechanická paměť zdánlivě klesá, ve skutečnosti dosahuje svého vrcholu (Příhoda, 1963, s. 382). Objevuje se samostatnost v myšlení a kritičnost vůči dospělým v tom smyslu, že je zpochybňována jejich autorita. Jedinci objevují v chování lidí nové kvality, postřehnou rozpory mezi verbálním projevem a uskutečňovanou aktivitou dospělých. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 104) Hovoříme o **rozvoji mravního usuzování** a přísném posuzování toho, jak jednají dospělí. Jedinci začínají srovnávat realitu s vyhlašovanými ideály. Začíná kriticky uvažovat o smyslu hodnot, které mu společnost vštěpuje. (Příhoda, 1963, s. 406; Říčan, 2006, s. 175-176) Zmohutnělý intelekt poprvé proniká do hloubky pojmů hmota, čas, příčina, ale i pravda, spravedlnost a právo. Objevuje se

také schopnost psychologického myšlení, zájem o to, jak se lidé povahově liší, jaké jsou pohnutky jejich jednání. (Říčan, 2006, s. 175-176) Macek (2003, s. 48) hovoří o období „*prvního vystřízlivění*“, *jež člověk zažívá při konfrontaci reality všedního dne se svými vysněnými představami a ideály*. Nabytá schopnost uvažovat o různých možnostech vede k odmítnutí automatické akceptace dosud respektovaných norem chování. V mnohých případech jde o projev **generalizovaného negativismu**, který zahrnuje i normy chování. (Vágnerová, 2005, s. 396) Napadá nás myšlenka, která se vztahuje k podkapitolám 4.2 a 4.3, konkrétně k situaci, kdy nastává rozpor mezi verbálním projevem a uskutečňovanou aktivitou dospělých v souvislosti s konzumací alkoholických nápojů. Rodič (učitel apod.) dítě přesvědčuje o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů, ale sám jej konzumuje. Domníváme se, že se jedná o situaci, která jedince v období *prepuberty* může značně ovlivnit a zmást.

Již v období *prepuberty* se také objevují **rozdíly v kognitivních funkcích** mezi pohlavími, které se projevují zejména ve škole. Dívky bývají zdatnější ve verbálních projevech, jsou více orientovány na jazykové vzdělání. Chlapci prokazují lepší výkon v řešení početních a prostorových problémů. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 104)

Pokud se zaměříme na **emoční vývoj** v období pubescence, je toto období označováno za období „**vulkanismu**“, *kdy každá tendence tu má vyšší teplotu než v dětství i v následujících obdobích* (Příhoda, 1963, s. 431; cit. podle Říčan, 2006, s. 177; Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 147). Hormonální proměna stimuluje změny v oblasti citového prožívání, jedinec ztrácí bývalou citovou jistotu a stabilitu (Klusáková, 1994 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 390). V období *prepuberty* se **emoční vývoj mění kvalitativně i kvantitativně** a výrazně se projevuje v chování. Patrná citová labilita (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 104), „*citový rozkyv*“ (Říčan, 2006, s. 177), vede k proměnlivosti citů, které mají afektivní ráz, tedy rázně vzniknou, jsou prudké a krátkodobé a bývají vystřídány jinou citovou kvalitou. Chování je výbušné, stačí nepatrný podnět a objeví se intenzivní reakce vzteku, smíchu, smutku. Příhoda (1963, s. 408; [cca. 1970] cit. podle Říčan, 2006, s. 178) usuzuje že, *výbušnost citů neznamena ještě jejich intenzitu, hloubku*. My se k tomuto tvrzení přikláníme, tak jako samotný Říčan, který spíše vyzdvihuje přecitlivělost, případně prudkou sentimentalitu (2006, s. 178). Důsledkem oné citové lability budí značná zájmová říše přechodnou vědychtivost. Dívka či chlapec se dozvídají stále tolik nového, že musí neustále přebíhat od předmětu k předmětu. (Příhoda, 1963, s. 378) Různorodost citových projevů je závislá na dosavadních zkušenostech, které dospívající nabyt v průběhu před-

chozího vývoje, hlavně ve vlastní rodině a ve skupině vrstevníků. Vliv na jejich chování má i aktuální reakce ze strany rodičů a učitelů. U jednoho jedince je možno setkat se na straně jedné s přecitlivělostí, na straně druhé až s necitelností a hrubostí, která může být maskováním skutečného emočního ladění. Stává se tak v situaci, kdy je ze strany okolí zraněn nebo ponížen jeho sebecit a sebedůvěra. V prepubertě začíná citlivost vůči nespravedlnosti a vůči kritice, která přichází od vychovatelů. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 104) Samotný jedinec nerozumí tomu, co se děje (Říčan, 2006, s. 177). Vlastní pocity ho samotného překvapí, bývají pro něj nepříjemné. Neznají a nejsou schopni vysvětlit jejich příčinu. Reagují na své vlastní pocity jako něco obtěžujícího, tj. podrážděně a rozmrzele. (Vágnerová, 2005, s. 340; 2012, s. 390) Vysvětlení hledá právě především v tom, jak se k němu chová jeho okolí. U citlivějších jedinců se objevují poruchy soustředění. Bývají rozháraní, nelze předpovědět, jak kdy zareagují. Mívají, již zmíněný, pocit nejistoty. Není proto divu, že se problematické, pro dítě (dospívajícího) nové, protichůdné city občas projeví výbuchem destruktivního chování, výtržnostmi i násilím. (Říčan, 2006, s. 177-178) Nízká *frustrační tolerance*, přecitlivělost a proměnlivost nálad přispívá ke vzniku konfliktů. Jedinci bývají občas nepříjemní, tudíž jsou i méně akceptováni. (Vágnerová, 2005, s. 341; 2012, s. 391) Dle našeho názoru, se alkohol opět může stát jedním z „destruktivních“ prostředků, s jehož pomocí se bude jedinec snažit uniknout z pocitu nejistoty, způsobeného citovou nerovnováhou, kterému nerozumí.

Nový způsob myšlení dovoluje pohlížet na sebe, svůj život i na své pocity, myšlenky jakoby zvnějšku analyzovat a kriticky je posuzovat (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 152). S popsányými somatickými (fyzickými) změnami (viz podkapitola 3.1.1.1) dochází i k **proměně citů k sobě**. Jedinci se výrazně zaměří na sebe, na změnu tělesných proporcí, introvertují se. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 104-105, Vágnerová, 2012, s. 391) Rousseau označuje obrat do nitra za *druhé narození* ([18. století] cit. podle Říčan, 2006, s. 180; Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 152). Skořepa (1940 cit. podle Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 152) hovoří o *centripetální tendenci*. Utváření formálních logických operací vede ke zvýšenému egocentrismu (Inhelderová a Piaget, 1958 cit. podle Macek, 2003, s. 46). Míček (1988 cit. podle Macek, 2003, s. 49) mluví v období prepuberty o sebepercepci, kdy si jedinci uvědomují sami sebe jako nositele nejrůznějších rolí, jako aktéra vlastního chování. Mají tendenci své pocity analyzovat a uvažovat o nich. *Emoční egocentrismus* je podobný vztahu k vlastním myšlenkám, jedinec v tomto období života věří, že nikdo jiný nemůže mít tak intenzivní prožitky, věří, že jejich pocity jsou výjimečné. (Vágnerová,

2012, s. 391) Soustředí se více na probíhající změny, které způsobí citový zmatek, vyvolávají nespokojenost se sebou samým, tím se snižuje i pocit sebedůvěry jedinců v období *prepuberty*. Fyzickému vzhledu připisují značnou důležitost, jsou proto velmi citliví na jeho kritiku. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 105) Elkind (1985 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 338) označuje přesvědčení jedince, že je neustále centrem něčí pozornosti jako „iluzi imaginárního publika“. Mnoho dospívajících, hlavně pak dívky, se svým zevnějškem zabývá více než čímkoli jiným, alespoň po určitou dobu. Pochybnosti o svém zevnějšku mají i ti nejatraktivnější jedinci. V této době již nepovažují své tělo za danost, vědí, že by mohli vypadat i jinak, samozřejmě lépe. Ke srovnání jim slouží vrstevnický standard atraktivity, zahrnující i úpravu zevnějšku. (Vágnerová, 2012, s. 375) Tím, že je objeveno Já svoje a Já cizí, vzniká problém zcela pubescentní. Jedinec ještě neumí vyrovnat svou nehotovou, probouzející se osobnost s ustálenou psychikou dospělých, a tím méně se svými vrstevníky. Právě sebeanalýza a vhléd do psychiky jiných lidí způsobuje onu nejistotu a labilitu. (Příhoda, 1963, s. 403) Z vývojového hlediska jde o proces individuace osobnosti jedince. R. Josselsonová mluví o *psychické diferenciaci (fázi diferenciaci)*, kdy si jedinec začíná uvědomovat odlišnost své osobnosti od ostatních jak vrstevníků, tak rodičů. Zvyšuje se kritičnost. Zejména rodiče a další dospělí v mnohých případech ztrácejí hodnotu neomylné autority a jednoznačného kladného vzoru. (1980 cit. podle Macek, 2003, s. 63; cit. podle Vágnerová, 2005, s. 412; 2012, s. 462) Jsou v tomto smyslu vztahovační, mají dojem, že je okolí stále pozoruje a posuzuje. To, jak si sebe pubescent cení a váží, jaké má sebevědomí, má své kořeny již v obdobích předcházejících. Dítě má být tož jako kojeneček a na počátku batolecího období považováno za nejkrásnější na světě, má získat neotřesitelnou jistotu, že je rodiči ceněno, že se mu obdivují. Takto nabytá jistota je základní výbavou pro složitou a klikatou cestu *pubescenci*. (Říčan, 2006, s. 179-180) Jedinec, jehož zevnějšek neodpovídá normě, bude tento rozpor vesměs prožívat jako nespravedlnost. Bude pociťovat zklamání, úzkost, napětí v situacích, kde má zevnějšek nějaký význam, popřípadě vztek a úzkost, kterou si může různým způsobem ventilovat, někdy i autoagresí. (Vágnerová, 2012, s. 376) Narůstá negativismus, hostilita a agresivita, zvyšuje se četnost interpersonálních problémů, které jsou hodnoceny jako závažnější, než ve skutečnosti jsou (Medvedřová, 2002 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 342; 2012, s. 392). Nepříjemné pocity zklamání, úzkosti, napětí se opět mohou stát živnou půdou rozvoje konzumace alkoholických nápojů, jako jednoho z prostředků úniku. Alkoholické nápoje však, dle našeho názoru, mohou

sloužit i jako nástroj k zdánlivému dosažení dospělosti (chtějí se dospělým vyrovnat v chování, chtějí být považováni za stejně rovné).

Prepubescenti jsou **ostýchaví v projevování svých citů** vůči rodičům a rovněž se brání projevům citů od nich, chovají se k nim hrubě až odtažitě (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 105). Charakteristická je ba i nechuť projevovat city navenek. Ubývá infantilní citové bezprostřednosti a otevřenosti, dospívající považuje své prožitky za intimní součást vlastní osobnosti a není ochoten je s kýmkoli sdílet. Často se snaží nedávat najevo, jak se cítí, zejména pokud jde o negativní pocity. Ve svých pocitech nemá sám jasno, občas je nedokáže dobře verbalizovat, obává se nepochopení. (Vágnerová, 2012, 2005, s. 341; s. 391) To však neznamená, že by *pubescent* neměl potřebu citového kontaktu s rodiči, touží po uznání, chce být akceptován. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 105) Úlohu rodičů v životě pubescenta podrobněji rozebereme v podkapitole následující (3.1.1.3).

Kognitivní a emoční vývoj v období puberty

V období *puberty* dochází k **precizaci percepční diskriminace** (Příhoda, 1963, s. 376; Šimíčková-Čížková, et al., 2008, s. 106), i když přechodně a v závislosti na situaci dochází krátkodobě ke zhoršení percepční kapacity (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 106). Jedinci již dovedou účinnějším způsobem zpracovat větší množství vstupních informací, dokážou je různě kombinovat, řadit, srovnávat (Kuhn, 2009 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385; van Duijvenvoorde et al., 2010 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385; Santrock, 2012 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385). Důsledkem vyšší osobní relevance se zvyšuje selektivita a tím, v určitém slova smyslu, i efektivnost pozornosti. Kombinace *selektivní pozornosti*, kvality zapamatovaných zkušeností, vědomí osobní relevance určitých informací a schopnost formálních operací vede k větší strukturální a funkcionální kapacitě procesu zpracování informací. (Macek, 2003, s. 46-47) Pozornost je flexibilní, jedinci jsou ji schopni lépe ovládat, protože se učí využívat různé strategie usnadňující její zaměření, udržení, ale i pružné přesouvání. I v této oblasti je patrný vliv zralejšího způsobu uvažování (Vágnerová, 2012, s. 386), který popíšeme v další části textu.

Nárůst kapacity zpracovaných informací, tj. zvýšení počtu *informačních jednotek*, je významným předpokladem rozvoje uvažování a naopak (Kuhn, 2009 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385; van Duijvenvoorde et al., 2010 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385; Santrock, 2012 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 385). V období *puberty* se výrazně rozvíjí **logická**

paměť, která má výběrový charakter. Jedinci v průběhu puberty si lépe a dlouhodobě pamatují obsahy, které mají logické souvislosti, a proto efekt mechanického učení je krátkodobější. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 106) V souvislosti s rozvojem logické paměti uvádíme, že u většiny jedinců dochází k rozvoji schopnosti vytčení podstatných momentů v daném textu. Uvedená analýza si žádá syntézu, seskupení částí. (Příhoda, 1963, s. 381) Smirnov hovoří o „grupírovce“, činnou asociaci těchto celků pak označuje jako „sootnošenie“ ([20. století] cit. podle Příhoda, 1963, s. 381). Výběrovost se projevuje hlavně v učení. Lépe si pamatují a vybavují ty poznatky a fakta, která je zajímají. Samotná výběrovost pak souvisí se zájmy. I přesto, že se v tomto období objevuje zájmová rozkolísanost, můžeme se setkat s tím, že ve specializovaných činnostech, které jedince baví, mohou dosahovat hlubokých faktických znalostí. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 106-107) Dochází k rozvoji metamaměti, především znalosti o možnostech vlastních paměťových schopností (Vasta et al., 1995 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 340; 2012, s. 390; Siegler, 1998 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 340; 2012, s. 390). Vlivem emoční stability (Vágnerová, 2012, s. 394) se zlepšuje sebekontrola, zvyšuje se vytrvalost. Jedinci dovedou lépe potlačovat rušivé vlivy, jsou vytrvalejší, než byli dříve, ale jen tehdy, mají-li dostatečně silný motiv. (Demetriou et al., 2002 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 386) Vývoj specifického nadání, pokud jde o intelektuální činnosti, pak souvisí s rozvojem obecné inteligence. Jedinec se snaží nalézt, probouzet své vlohy a zaměřit postupně své zájmy ve shodě s vlastním založením. (Příhoda, 1963, s. 399)

Přetrvává význam **fantazijní produkce**, která se projevuje svou nápaditostí a originalitou. Jedinci jsou schopni při zadání úkolu volit neotřelé a jedinečné postupy. Bohatá představivost ovlivňuje, již zmíněné, denní snění, které je prostředníkem mezi realitou a ideálem a častým obsahem je sexuálně-erotické zabarvení (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107) (sexuální přání, ctižádost, touhy; zvláště pak u děvčat) (Příhoda, 1963, s. 373). Fantazijní představy nahrazují neuskutečněné erotické zážitky nebo idealizované navazování kontaktů s druhým pohlavím. Ve fantazii se tak projevuje *naivní romantismu*, který má vliv i na chování jedinců v období *puberty*. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107)

Pro **vývoj myšlení** je charakteristické zdokonalování schopnosti **abstrakce** (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107; Vágnerová, 2012, s. 379-380), usuzování hypotetické (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107; Vágnerová, 2012, s. 379-380), deduktivní (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107; Vágnerová, 2012, s. 379-380) na hladině dospělých

(Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107). Na úrovni abstraktní se rozvíjí také induktivní uvažování, dospívající dovedou svoje poznatky zobecňovat, jsou schopni uvažovat o *vztazích mezi vztahy a o třídách tříd* (Siegler, 1998 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 390). Postupně dochází k uvolňování ze závislosti na konkrétní realitě. Realita je pro jedince pouze jednou variantou z možných množin (Vágnerová, 2012, s. 379), **připouští si variantu různých možností** (Keating, 1991 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 333; 2012, s. 381). Dovede osamostatnit některý prvek celku a operovat s ním bez ohledu na všechny ostatní vlastnosti předmětu nebo jevu. Naučí se také snáze zacházet se symboly skutečnosti. (Příhoda, 1963, s. 375) Při přechodu z jedné vývojové fáze do druhé mohou dospívající užívat různých způsobů uvažování často i v závislosti na situaci, typu problému či na svém aktuálním stavu. Mohou uvažovat jinak než na formálně logické úrovni, kterou lze považovat za maximum jejich možností. Hypotetické myšlení má ještě řadu nedostatků, jedním z nich může být např. neschopnost přesněji diferencovat mezi reálně existujícím a pouze možnými alternativami. (Vágnerová, 2012, s. 379-380) Pro uvedené změny přišel Piaget s označením období puberty jako *stádia formálních operací* (1958 cit. podle Macek, 2003, s. 46; cit. podle Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 149; [20. století] cit. podle Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107; 1966; 1970 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 322; 2012, s. 379), kdy jedinci dokážou myslet logicky o abstraktních pojmech a neustále si ověřují stanovené hypotézy (1958 cit. podle Macek, 2003, s. 46; [20. století] cit. podle Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107; 1966; 1970 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 379). Jedná se tedy o *systém druhého řádu* v tom smyslu, že se konkrétní operace samy berou znovu za objekt dalších operací. Hlavní pokroky v myšlení lze pak shrnout do několika bodů. Jedinec je schopen (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 150-151):

1. Pracovat s pojmy, které jsou vzdáleny od bezprostřední smyslové zkušenosti, jsou obecnější, abstraktnější.
2. Má-li řešit nějaký problém, nespokojí se už s jedním řešením, které se nejspíš nabízí, ale uvažuje o možných alternativních řešeních a systematicky je zkouší a hodnotí.
3. Vytvářet si domněnky, které nejsou opřeny o reálnou skutečnost, jsou pouze možné, popřípadě až fantastické. Srovnávat skutečnost s pouze myšleným.
4. Aplikovat logické operace nezávisle na obsahu soudu.
5. Myslet o myšlení, vytvářet soudy o soudech.

Úroveň **myšlení** ovlivňuje snahu po sebezdokonalení, které se projeví zájmem o specializované poznatky z určitého oboru. Hnací silou se v mnohých případech stává snaha

překonat vědomosti dospělých. Odborný zájem bývá úzce spojen se vzorem dospělého (rodič, učitel apod.). (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107) *Inteligenční gradient* se v období pubescence nachází ve fázi vztahové a abstrakční. Jedinec je tedy schopen nejvyšší činnosti *myšlenkově konstruktivní*. (Příhoda, 1963, s. 396) Udává se, že vývoj inteligence se ukončuje kolem 16. roku života, má tedy rozumovou kapacitu pro přijímání nových poznatků, ale chybí ještě hlubší životní zkušenost. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107) Myšlení je méně absolutní a více relativní, vztahové a sebereflektující (Petersen a Leffert, 1992 cit. podle Macek, 2003, s. 47). Dochází k rozvoji *metakognice*, zlepšuje se odhad vlastních schopností a dovedností (Ferrari a Sternberg, 1998 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 339; 2012, s. 383). Rozvoj *metakognice* je spojen s adekvátním využíváním pozornosti. Jedinci začínají chápat, co podpoří jejich soustředění a tudíž i dosažení lepších výsledků. (Vágnerová, 2012, s. 386) **Myšlení** se mnohdy orientuje i na **vnitřní dění pubescenta**. Ten se snaží poznat vlastní individualitu tím, že sebe porovnává s druhými lidmi, všimá si vlastních nedostatků a má tendenci tyto nedostatky kompenzovat buď jinými činnostmi, nebo pozměněným chováním. Jedinci v tomto období začínají **hledat smysl života**, všimá si a zkoumat hodnoty, které se okolo objevují. Zkoumají jejich hloubku, trvalost a významnost pro život. Porovnávání a hodnocení sebe sama napomáhá tomu, že se snaží hlouběji poznat pohnutky druhých lidí, hodnotit jejich charakterové vlastnosti. V hodnocení druhých lidí, právě proto, že má málo zkušeností, je tendence k zjednodušeným úsudkům. *Pubescenti* se projevují **racionalismem**, který se vyznačuje tím, že neuznávají citové důvody lidského jednání, více lpí na rozumovém zdůvodnění, a to i přesto, že jeho chování ovlivňují citové pohnutky. Tento rys hodnocení se někdy jeví jako bezcitnost jednání. Myšlení se také vyznačuje **radikalismem, unáhleným hodnotícím soudem** (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107) (**zkratkovitými generalizacemi** (Vágnerová, 2005, s. 337; 2012, s. 388)), kdy jednu získanou zkušenost jedinci generalizují a přijímají jako platný fakt. Objevuje se tendence vytvářet si tak unáhlené a generalizované názory, které jsou často i převzaté od jiných jedinců, k nimž pociťují sympatie. Pro pubertu je proto typická názorová proměnlivost, dospívající ještě nejsou individualitami, které si stojí za svým. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 107-108) Jak uvádí Vágnerová (2012, s. 388), *jejich postoj lze chápat jako důsledek zaujetí vlastními úvahami, ale i jako výraz nejistoty, která hledá cokoliv, co by mohlo být považováno za přijatelně spolehlivé*. Jedná se o **fázi zkoušení a experimentování**. Jedinci získávají pocit, že sami vědí, co je pro ně nej-

lepší. Snaží se zbavit všech „závislostí“ na formálních autoritách. (Josselsonová, 1980 cit. podle Macek, 2003, s. 63; cit. podle Vágnerová, 2005, s. 412; 2012, s. 462)

Citová labilita, která byla uvedena v charakteristice období *prepuberty*, není u *puberty* již tak výrazná vlivem hormonizace somatického vývoje (viz podkapitola 3.1.1.1) (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 108). Odeznívá vysoká náladovost a vysoká labilita. Přibývají a diferencují se silné prožitky, které se integrují do nových kvalit. (Macek, 2003, s. 48) Většina jedinců vychází z přelétavosti a upíná se vysloveně k nějakému směru myšlení, ať už humanitnímu nebo realistickému (Příhoda, 1963, s. 378). Roste tělesná energie, která způsobuje pocit výkonnosti a zdatnosti. U většiny pubescentů se objevuje více pozitivního ladění. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 108) Stoupá sebekontrola a ubývá citová bezprostřednost (Příhoda, 1963, s. 407; Říčan, 2006, s. 178). Ubývá také pudovosti a přímočarosti (Příhoda, 1963, s. 407). Jedná se o přirozený důsledek reflexe, pozornosti obrácené k vlastnímu jednání a prožívání. (Říčan, 2006, s. 178) Mezi citový podnět a odpověď se vkládají stále častější momenty, které činí reakce daleko složitějšími (Příhoda, 1963, s. 407).

Emoční ladění jedinců se projevuje převážně v sociálních vztazích, mluvíme o **sociálních citech**. Emoční vázanost k rodičům se výrazně uvolňuje, odmítají jejich citové projevy, jejich chování hodnotí více racionálně, neprojevují vůči nim přílišnou vřelost a spontánnost. Rozkolísanost v sociálních citech se manifestuje často v krajnostech od vřelosti až po hojné rozepře a konflikty. Pubescent může k rodičům pociťovat od pocitu úcty a obdivu na straně jedné až po pocit lhostejnosti a nenávisti na straně druhé, podle toho s jakými reakcemi se u nich setkává. Citové odpoutání od rodičů vyvolává v tomto období potřebu sblížit se citově s někým jiným. Vznikají pevnější kamarádské vztahy, ve kterých nový přítel může být až nekriticky přijímán, jsou idealizovány jeho projevy chování. Ve vztahu k opačnému pohlaví mizí vzájemná izolovanost chlapců a dívek, dochází ke vzájemnému sblížování (škádlení, koketování). (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 108) Blíže se roli rodičů a kamarádů v životě jednotlivce v období *puberty* budeme věnovat v podkapitole 3.1.1.3.

S rozvojem poznávacích procesů souvisí i změna chápání vlastní identity. Schopnost uvažovat abstraktně umožňuje jedinci překonat hranici aktuálního sebepojetí a usilovat o budoucí, hypotetické sebeomezení. I zde se projevuje tendence uvažovat o různých možnostech, které se sice ještě nestaly, ale vyloučeny nejsou. (Vágnerová, 2005, s. 403-404; 2012, s. 460) Mladý člověk v tomto období začíná hledat odpovědi na řadu otázek – kým

jsem a jaký jsem, kam patřím a kam směřuji, jaké hodnoty jsou v mém životě nejvýznamnější. Znamená to dobře poznat své možnosti i meze, přijmou svoji jedinečnost i s omezeními a nedostatky. Jedinec směřuje k dosažení **jasného a stabilního pocitu vlastní identity**. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 160) Snaží se vyrovnat z proměnami vlastního těla a sociálním prostředím, které ho obklopuje. **Eriksonův model epigenetického vývoje** lidské osobnosti hovoří o etapě lidského života od počátku *puberty* po dospělost (období *adolescence*) jako o období **hledání vlastní identity** ([20. století] cit. podle Vágnerová, 2005, s. 322-323; 2012, s. 368-369). Dochází ke konfliktu rolí mezi potřebou integrace sebe samého (ego identity) a potřebou vyrovnat se s nejasnými požadavky společnosti tak, aby byl jedinec v období dospívání schopen najít a akceptovat svoje vlastní místo a hodnotu jako člen daného společenství (Erikson, 1968 cit. podle Macek, 2003, s. 62). **Sebecity** jsou nevyrovnané, staví se k sobě kriticky, v porovnání s druhými se oslabuje sebejistota, pochybuje o vlastních kvalitách, přecitlivěle reaguje na kritiku vůči své osobě, což může vést přechodně až k pocitům osamění a izolace. Může však dojít i k opačnému případu, kdy jedinec pociťuje pocit vlastní jedinečnosti vedoucí k sebeobdivování až narcismu. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 108-109) Takto založené sebehodnocení je ovšem závislé na kognitivní zralosti a rozvíjí se právě s nástupem *formálních operací* (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 161).

Pro popisované období puberty je také již typický **rozvoj vyšších citů morálních** (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109) (nového způsobu morálního hodnocení (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 152)), citů estetických, přijímání mravní hodnoty vlastní rodiny a celé společnosti (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109). Mravní soudy berou ohled na druhé. Dívá se sám na sebe z jejich zorného úhlu. Je schopen, díky novému způsobu myšlení, *pohlížet na sebe a na svůj život i na své city a myšlenky jakoby zvnějšku* (viz *druhé narození*), *analyzovat je a kriticky posuzovat* (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 152). **Kognitivní teorie morálního vývoje** (Kohlberg) vztahuje k období pubescence (puberty) především období tzv. **konvenční morálky** (**Kohlbergovo stadium 3**), která je založena na principech, které jedinec odvozuje z jednání lidí v nejrůznějších situacích v jeho okolí. „Být dobrý“ v očích lidí, na nichž mu záleží, má pro něj velkou hodnotu. (1976 cit. podle Macek, 2003, s. 66)

Začínají se rozvíjet metafyzické úvahy o smyslu života, o mravních zásadách, o normách společnosti. Výrazně se projeví i noetické (poznání) city, citové vztahy k poznání

jsou velmi intenzivní. Dychtí po nových poznacích a jejich získávání je provázáno pozitivním emočním laděním. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109)

Na závěr kapitoly zaměřené na kognitivní a emoční změny období puberty opět připomínáme *interindividuální variabilitu* (viz podkapitola 3.1.1), o které se okrajově dočítáme např. v knihách Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 152), Vágnerové (2012, s. 383), Macka (2003, s. 47; 65) nebo Šimíčkové-Čížkové et al. (2008, s. 108).

V následující podkapitole se budeme zabývat tématem, které pramení ze všech uvedených změn období *pubescence* a to změnami v oblasti sociální, přesněji řečeno začleněním a vlivem sociálních skupin, které mají pro jedince nacházející se v životní etapě *pubescence* největší význam. Klíčovou úlohu zde sehrává, jak lze vyvodit z předchozího textu, rodina a vrstevnická skupina, které je možno, dle Krause (2008, s. 79), označit jako *přirozená prostředí*.

3.1.1.3 Sociální změny v období pubescence

Jak bylo již několikrát vysloveno, stěžejní úlohu v životě pubescenta sehrává rodina a skupina vrstevníků. Dochází k pozvolné změně úloh těchto sociálních skupin. Změna však nenastává náhle, ale je výsledkem poměrně dlouhotrvajícího vývoje, který shrnujeme v následujícím textu.

Přestože závislost na rodičích klesá již už od kojeneckého věku a od předškolního věku se vytváří vazby k vrstevníkům, na něž se dítě stále více orientuje, má proces odpoutávání a začleňování mezi vrstevníky v každém stádiu trochu jinou podobu, ale nezastavuje se. *Pubescence* je dalším **krokem k samostatnosti**. Přesto jsou vztahy k rodičům, a to nejen existenční závislost, ale i citové vazby, stále ještě na prvním místě. *Pubescent* potřebuje také výchovné vedení, které by mělo být opatrné, nenásilné, ale pozorné (Říčan, 2006, s. 181) a přiměřenou kontrolu (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 154). Rodič se stává partnerem, vůči němuž se dospívající vymezuje. Rodičovská autorita prochází kvalitativní proměnou, dochází k redukci její formálně dané nadřazenosti. (Vágnerová, 2005, s. 347; 2012, s. 396) Osamostatnění v *pubescenci* bývá bolestivé. Jedinec si uvědomuje, že se loučí s dětsky samozřejmou loajalitou k rodičům, s dětskou něhou a důvěřivostí. Nově objevené odstíny citového spektra mohou dávat vztahu k rodičům i novou vřelost, dítě o ní dovede uvažovat a dokáže ji i vyjádřit, třeba nepřímou a s ostychem. (Říčan, 2006, s. 181) Rozšiřování a rozrůznění sociálních vztahů je v období dospívání klíčové a rozhodující pro uspokojivé převzetí pozdějších základních rolí (manželských, rodičovských) (Langmeier a

Krejčířová, 2006, s. 152). V souvislosti s procesem odpoutávání a vytváření vazeb s vrstevníky znovu připomínáme již zmiňovanou teorii psychoanalýzy (viz podkapitola 3.1.1.1; Somatické změny v období prepuberty), kdy dochází k oživení oidipovské touhy vůči rodičům. Tyto touhy jsou tabuizovány, zůstávají převážně v nevědomí. Projevují se zvýšeným napětím, podrážděností, pubescentním negativismem. Jediným přijatelným řešením je nalezení nového, přijatelného objektu sexuálního zájmu mimo rodinu. (Freud, [19./20. století] cit. podle Říčan, 2006, s. 183)

Vrstevnická skupina plní v této fázi života řadu důležitých funkcí. Předně má specifickou a v mnohých případech nezastupitelnou roli získávání **pocitu vlastní autonomie**. Rovněž **stabilizuje a zakotvuje dospívajícího v procesu vlastních fyzických, psychologických a sociálních změn**, kdy si jedinec uvědomuje, že podobné změny prožívají i jeho vrstevníci. (Hamachek, 1980 cit. podle Macek, 2003, s. 58) Členstvím ve vrstevnické skupině dospívajících získávají mimo jiné **sociální status a pocit vlastní hodnoty** (Macek, 2003, s. 58). Dle Vágnerové (2005, s. 371-375; 2012, s. 427-430) mohou vztahy s vrstevníky uspokojovat různé psychické potřeby:

1. potřeba stimulace,
2. potřeba smysluplného učení,
3. potřeba zpětné vazby chování (referenční význam),
4. potřeba srovnávat svoji zkušenost s rodiči (svou pozici v rodině s tím, co prožívají jeho kamarádi),
5. potřeba jistoty a bezpečí,
6. potřeba být akceptován,
7. potřeba určit si vlastní pravidla.

Chování vrstevníků ve skupině je zdrojem *standardů chování* (Lloyd, 1985 cit. podle Macek, 2003, s. 58), sociálních standardů. Má své hodnoty, normy a ideály. (Vágnerová, 2005, s. 374; 2012, s. 430) Ovlivňuje významně procesy rozhodování v běžných každodenních situacích. Stává se příležitostí k osvojení nových rolí a jako zpětná vazba vlastního chování. Sílu standardu má i skupinová konformita, která v určitém stupni chrání jedince v období dospívání před požadavky autorit. (Lloyd, 1985 cit. podle Macek, 2003, s. 58) Nejvyšší vrstevnická konformita je zpravidla v *časné a střední adolescenci* (Macek, 2003, s. 58). Vliv vrstevnické skupiny, který lze vyjádřit intenzitou obavy ze zavržení, je pak nejvyšší v 15-16 letech (Gullota et al., 2000 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 434). V *rané a*

střední adolescenci je důležité být členem populární skupiny resp. z nějakých důvodů cenné. Stoupá počet těch, kteří jsou členy více skupin. Období dospívání je i oblastí vrstevnických vztahů charakteristické značnou proměnlivostí, hledáním a experimentováním, které může být zdrojem většího napětí. (Hill a Lynch, 1985 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 433; Urberg et al., 1995 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 433; Janošová, 2002 cit. podle Vágnerová, 2012, s. 433)

Sociální vývoj v období prepuberty

Pro období *prepuberty* je příznačný začátek osamostatňování od rodiny. Citové vazby k rodičům se uvolňují, akceptují u rodičů spíše chování, které je racionálnější, dospělejší. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 105) Což vlastně doplňuje tvrzení uvedené v podkapitole 3.1.1.2, konkrétně pak pasáž zaměřená na citové projevy jedinců v období *prepuberty*. Rodiče stále připisují jedincům jen roli dítěte. Jejich postavení, především povinnosti a práva, která z něho vyplývají, se sice postupně mění, ale nerovnoměrným, pro dospívajícího, nepřijatelným způsobem. Rodiče mají stále větší požadavky. Jsou přesvědčeni, že je jejich potomek dost velký, aby mohl mít více povinností a nést zodpovědnost za jejich plnění. Taktéž si všimli změny dané dospíváním, ale nejsou příliš ochotní přiznat jedinci více práv a větší samostatnost. Vyžadují poslušnost a nechtějí brát v úvahu jeho názor. (Vágnerová, 2005, s. 350-351; 2012, s. 401) V rodině dominuje, v mnohých případech, snaha o „zrovnoprávnění“ vlastní pozice, ve vztahu k vrstevníkům jde především o vlastní „zhodnocení“. Ve fázi *prepuberty* (*časné adolescence*) se při utváření identity přechodně odděluje *osobní a sociální aspekt* (Problém vlastní jedinečnosti, akceptace sama sebe (*osobní identity*), je častěji reflektován v kontextu původní rodiny. *Sociální aspekt identity*, tedy vědomí vlastní příslušnosti k určité skupině (vlastní hodnota založená na hodnocení druhých), se spíše vztahuje k vrstevnickým skupinám. Na úrovni chování se to projevuje *selektivní konformitou*, kdy vysoká konformita vzhledem k vrstevníkům pocit vlastní autonomie a hodnoty obvykle zvyšuje, vysoká konformita ve vztahu k rodičům naopak těmto pocitům často brání. V období *časné adolescence* je oddělení obou aspektů identity patrné a jsou silně vázány na konkrétní prostředí. V dalších fázích *adolescenc* (*dospívání*) se oba aspekty identity sblížují a nejsou již tak závislé na konkrétním prostředí. (Macek, 2003, s. 53)

Jedinci navazují více kontaktů s vrstevníky, sdružují se do skupin podle společného zájmu. Navázané vztahy však nejsou pevné. Často střídají kamarády, objevují se mezi nimi rivalitní střety. Pohlavní vzrušení je směřováno směrem ke svému tělu (autosexuální), nikoliv k druhému pohlaví. V tomto směru hovoříme převážně o chlapcích. Proto kontakty mezi chlapci a děvčaty jsou sporadické, v mnohých případech až averzivní. Mezi vrstevníky se tvoří skupiny čistě chlapecké a dívčí. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 105) Langmeier a Krejčířová (2006, s. 154) hovoří o **skupinové izosexuální fázi**. Starší klasifikace Dunphyho (1963 cit. podle Macek, 2003, s. 57) uvádí že, vznikají v prvním stádiu (*prepuberta*) **malé skupiny-party** (*cliques*). Příčinnou je to, že děvčata bývají vývojově vyspělejší, mohou se proto více orientovat na starší chlapce (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 105). Vývojovou vyspělost v kontextu konzumace alkoholických nápojů zmiňujeme již v podkapitole 3.1.1.1 (Somatické změny v období puberty). U chlapců v tomto období dochází k vytváření první party, kde se objevuje vůdce jako přirozená autorita, která svým vlivem na chování jedinců překoná autoritu rodičů (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 105). Skupina vystupuje zpravidla jako kladný a nutný sociální činitel, může však působit až tyranizujícím vlivem a dokonce svést dítě na scesti rozkolísaného nebo výslovně antisociálního postoje (*tlupy*) (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 154).

Sociální vývoj v období puberty

Sociální vývoj období *puberty* je **ovlivněn převážně snahou po nezávislosti**, která se projevuje v tendenci samostatně se rozhodnout, uplatnit vlastní názor v diskusi s dospělými (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109). Jedinec odmítá podřazené postavení, resp. odmítá demonstrovanou formální nadřazenou autoritu. Neútočí ovšem na autoritu, aby ji zničil, ale aby se jí sám stal. (Vágnerová, 2005, s.346; 2012, s. 395) Diskuse pak častokrát vedou ke **konfliktu**, kdy se *pubescent* snaží názorově odlišit od svých vychovatelů. Touha po odlišnosti se může projevit i v chování, kdy proti spontánnímu projevu u rodičů nebo učitelů stojí reakce nezájmu a malého nadšení. (V situaci, kdy se dospělí raduje, *pubescent* reaguje vážně, až apaticky.). (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109) Sleduje chování rodičů, diskutuje o jejich názorech a někdy až nápadně zastává stanovisko opačné. (Říčan, 2006, s. 181) Odmítají automaticky přejímat hodnoty a normy chování dospělých, snaží se najít lepší, a proto experimentují s různými variantami. Tato tendence bývá označována jako **adolescentní neofilie**. (Lorenz, 1993 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 358; 2012, s. 414) Erikson (1964) v této souvislosti hovoří o **autoidentifikaci**, kdy si sám jedinec vybírá hod-

noty a normy, k nimž chce být loajální. Už nejsou schopni akceptovat jakákoli pravidla jen proto, že je dospělí považují za důležité, mají tendenci s nimi polemizovat. (cit. podle Vágnerová, 2005, s. 396; 2012, s. 446) Bývají k dospělým netolerantní. Lpění na absolutní spravedlnosti („*morálka obecné spravedlnosti*“ (Vágnerová, 2005, s. 396-397; 2012, s. 453)), která mívá, kromě uspokojení potřeby jistoty, ještě další smysl, a to rovnoprávnost. Důraz na spravedlnost může být silnější, jestliže zároveň funguje jako obranný mechanismus v situaci ohrožení sebeúcty, k níž dospělí přispívají mnohdy oprávněnou kritikou chování jedince. (Vágnerová, 2005, s. 347; 2012, s. 395) Řada výzkumů se kterými pracoval A. Petersen (1988 cit. podle Macek, 2003, s. 53-54) dokládají, že vysoká míra konfliktů byla charakteristická především pro jedince (v období *adolescence*) s tzv. rizikovým chováním, ve kterém se mimo jiné objevila také konzumace drog (v našem případě alkoholu). Naproti tomu tam, kde se rizikové chování u jedinců nevyskytovalo, ubývalo konfliktů mezi rodiči a adolescenty. Dle výzkumu Colemana a Hendryho dochází často k rizikovému chování také v případech, kdy není vysoká potřeba autonomie propojena s přiměřenou emoční podporou a vřelostí na straně rodičů (1999 cit. podle Macek, 2003, s. 54). Podobnou odlišnost projevují i v oblékání. (Pečlivost u dospělých a upřednostňování nedbalosti, neupravenosti u pubescentů.) Potřeba nezávislosti se může projevit také nápodobou určitého druhu chování, se kterým mají spojen pocit vlastní dospělosti např. kouření, pití alkoholu, přehnané požívání vulgarismů. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109) Vzpouora se týká i dalších autorit, zejména učitelů. Uvedený výčet lze souhrnně označit jako *pubescentní negativismus*, který je možno chápat jako útok na autority. Převládá kritika, až vzpoura. Místo lásky je zde náhlá zloba a snad i nenávisť, místo citů pohrdání. Jedná se však o normální stádium, které má svůj vývojový smysl. Usnadňuje vymanění z dětské citové závislosti, později vytvoření nového, zralejšího citového vztahu. (Říčan, 2006, s. 181-182) Grotevand a Cooper (1985 cit. podle Macek, 2003, s. 54) popisují tento proces jako proces *individuace* a charakterizují ho jako vztah mezi sebezdurazňováním či sebe-prosazováním (*individuality, self-assertion*) na straně jedné a citlivostí a vstřícností k druhým (*connectedness*) na straně druhé.

Vzpouora může proběhnout nenápadně ve třech případech (Říčan, 2006, s. 182):

1. Jedinec je zakřiknutý, nedovolí si postavit se proti rodičům a jiným autoritám otevřeně. Vzpouora je překryta vynucenou poslušností. *Pubescent* přitom v mnoha případech ochotně vývojově „couvne“ do pozice mladšího dítěte, protože je to pohodlnější a bezpečnější. Vzpouora se pak může projevit podivným způsobem za deset nebo patnáct let.

2. Jedinec se nemá proti čemu bouřit. Jsou-li citové vztahy vlažné a rodiče ze slabosti povolní, probíhá vlastně místo vzpoury bezobsažný odvrát, který má pro vývoj osobnosti spíše negativní význam.

3. Rodiče uvítají každý samostatný projev jedince, jemně a ve správnou chvíli *pubescenta* sami postrkují k samostatným letům z hnízda a kdykoli ho vítají zpět, vážně s ním diskutují, vychovávají demokraticky. Vzpoura se pak projeví jako řada menších konstruktivních sporů. Tento případ popisují také Youniss a Smollar (1995 cit. podle Macek, 2003, s. 53) kteří říkají, že *vztah může zůstat trvale pozitivní, a přitom se závislost může snižovat*.

Dle našeho názoru je v souvislosti s problematikou konzumace alkoholických nápojů u jedinců v období *pubescence* nejideálnějším případem právě situace třetí, kdy rodiče podporují samostatný projev jedince, ale drží nad ním stále pomyslnou „ochrannou ruku“. Na uvedenou situaci narazíme také v případě úlohy rodiny (rodičů) jako hlavního činitele v otázce primární prevence konzumace alkoholických nápojů (viz podkapitola 4.2). A opět připomínáme již několikrát zmíněnou *interindividuální variabilitu* (viz podkapitola 3.1.1).

Jedinci v období *puberty* mají **intenzivní potřebu navazování nových kontaktů**, hraní nových rolí v různých skupinách jedinců (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109). Jedná se o jednu z hybných sil *pubescentního vývoje* (Říčan, 2006, s. 183). Jedinec v období *puberty* se se skupinou vrstevníků identifikuje, stává se pro něj zdrojem emoční a sociální opory (Vágnerová, 2005, s. 347; 2012, s. 396). Mezi vrstevníky je význačná uniformita jak v oblékání, tak v chování, tak názorech (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109). Veřejné mínění třídy nebo jiné skupiny vrstevníků je teď tak silné, že jeho odsudek může představovat těžkou hrozbu. Jedinec raději riskuje i dost vážný konflikt s rodiči a učiteli (Říčan, 2006, s. 184). V těchto skupinách ztrácí svou individualitu, přejímá skupinové vzory i hodnoty, diskutuje o morálce, o smyslu života, zažívá podporu svých vlastních názorů. Vliv skupiny má důležitou roli pro vyžívání osobnosti, neboť se posiluje sebepojetí, sebevědomí, nabírá síly pro další střety se společenskými požadavky. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109) Jedinec se identifikuje příslušností ve skupině, tzv. skupinovou identitou, která mu pomáhá překonat nejistotu v procesu osamostatňování, v jeho *individuaci* (*individuální identita*) Vazba na skupinu snižuje individuální zodpovědnost a zvyšuje pocit sebevědomí a sebejistoty, jehož by jedinec jinak velmi pravděpodobně nedokázal dosáhnout. (Vágnerová, 2005, s. 371; 2012, s. 421) Snaží se být za každou cenu populární, nebo alespoň vybočovat. V takových případech je až překvapivě sugestibilní vůči partě, dá se vyhecovat k jednání, které neodpovídá jeho povaze (opije se, bere drogy, zachová se bezo-

hledně ke starému člověku, provokuje policii atd.). (Říčan, 2006, s. 184) Výrazně rozlišují své teritorium, zejména ve volnočasových aktivitách. Vrstevnická skupina má svá oblíbená místa, kde se obvykle schází, ale i obchody kam chodí nakupovat, cukrárny, bistra, pizzerie, kina, diskotéky a sportovní stadiony. Jedná se o místa, kam obvykle nechodí s dospělými a která jsou tudíž pojímána jako jejich teritorium. Tam by také podle nich neměli mít příslušníci jiné generace přístup. (Vágnerová, 2012, s. 396) Vrstevníci usnadňují nevyhnutelnou citovou emancipaci od rodiny a získání nezávislosti. V mnohých případech je tento tlak příliš silný a dítě se ocitá v bolestném konfliktu. (Říčan, 2006, s. 184) Pokud dochází k situaci, kdy je význam party jedincem přeceňován, idealizován, kdy je tendence k absolutnímu přimknutí, kdy přestává komunikovat s jinými členy sociálních skupin, pak se pravděpodobně jedná o nezralého jedince, u kterého selhala rodinná výchova, škola nebo jiná instituce. (Šimíčková-Čížková et al., 2008, s. 109)

Účast na společenském životě může přetrvávat dlouhou dobu. Také se ale ozývá potřeba intimního párového přátelství, kterou vztahy ve skupině neuspokojují. Hovoříme o **fázi individuálně izosexuální**. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 154) *Pubescent* v této fázi touží po věrném kamarádovi, se kterým by si rozuměl. Kdy přátelství chlapců bývá založeno častěji na společných zájmech a činnostech, přátelství dívek pak spíše na hlubší emoční náklonnosti. (Říčan, 2006, s. 184-185) Rozvíjí a posilují se některé sociální dovednosti. S blízkým přítelem se nesdílí jen příjemné zážitky, ale i problémy. (Vágnerová, 2005, s. 380; 2012, s. 437) V období *puberty* se začíná také ohlašovat zájem o druhé pohlaví, i když zprvu se jedná o zájem tápavý, bázlivý a nejistý, hovoříme o **přechodné fázi**. V mnohých případech však chlapci i dívky zůstávají ve skupině a projevují zájem jen „na dálku“. U některých jedinců ještě na přelomu pubescence a adolescence dochází k rozvoji skutečných vztahů mezi chlapci a dívkami („první lásky“, nestále a proměnlivé), kdy hovoříme o **heterosexuální fázi polygamní**. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 155) Nejdříve dochází k vytváření a setkávání malých chlapeckých a dívčích skupin ve větších skupinách (zvaných *crowds*), později k navázání prvních partnerských heterosexuálních vztahů (Dunphy, 1963 cit. podle Macek, 2003, s. 57-58).

V souvislosti s navazováním přátelských vztahů také uvádíme **vztah sourozenecký**. Sourozenec je příslušníkem stejné generace, která sdílí určité názory, postoje a hodnoty, ale mohou se v mnoha směrech lišit. Jejich osobní významnost závisí na míře shody pohlaví a věku. (Gecková et al., 2000 cit. podle Vágnerová, 2005, s. 359-360; 2012, s. 411) My v naší práci zvýrazňujeme úlohu staršího sourozence a sourozence přibližně ve stejném

věku. Starší sourozenec je dle Vágnerové (2005, s. s. 360-361; 2012, s. 411-412) napodobován, obdivován, *pubescent* mu závidí volnost a zralost. Často se s ním identifikuje ve větší míře než dříve. Starší sourozenci většinou ovlivňují dospívajícího více než mladší, protože jsou chápáni jako dospělejší a představují vzor pro dosažení určitého postavení. Na druhé straně mohou mít dospívající opačnou tendenci k deidentifikaci a co největšímu odlišení. Tento případ nastává zejména tehdy, je-li starší sourozenec úspěšný a dlouhodobě více ceněný. Sourozenci přibližně stejného věku pak mohou vytvářet koalici, která jim slouží jako opora v osamostatňování. Mohou si poskytnout vzájemnou podporu a pomoc.

Vyvstává proto otázka, zda se mladší sourozenec neidentifikuje s chováním sourozence staršího do takové míry, že by např. považoval konzumaci alkoholu (byť jen občasnou) za prostředek k dosažení dospělosti, větší volnosti apod. V případě, že se jedná o sourozence ve stejném věku (tedy období *puberty*) může, dle našeho názoru, nastat podobná situace. Jeden ze sourozenců konzumuje alkohol a druhý se k němu přidává. Opět ale zároveň připomínáme individualitu každého jedince.

Nyní opětovně zmiňujeme situace, ke kterým může dojít, pokud socializace období *pubescence* neprobíhá standardním způsobem (*interindividuální variabilita*, viz podkapitola 3.1.1). Dle našeho názoru mohou dané okolnosti opět vyústit do takové míry, že jedinec sahá po alkoholickém nápoji jako po prostředku, který má sloužit k vyřešení nebo alespoň zmírnění obtíží. O problematice *interindividuální variability* v oblasti sociálního vývoje se pak okrajově vyjadřují např. Vágnerová (2005, s. 362; 2012, s. 411), Langmeier a Krejčířová (2006, s. 153) v oblasti odpoutání od rodiny. A opět Vágnerová (2005, s. 362; 2012, s. 427) v oblasti vrstevnických skupin.

V úplném závěru podkapitoly věnované charakteristice osobnosti žáka 2. stupně základní školy (období *pubescence*) je nutno říci, že nelze jednoznačně vymezit, zda ve větší míře konzumují alkoholické nápoje jedinci v období *prepuberty* nebo *puberty*, jedinci dříve nebo později dospívající atd. *Pubescence*, je dle našeho názoru, tak bouřlivým a chaotickým obdobím, plným zvrátů, které mohou vést ke konzumaci alkoholických nápojů. Na druhou stranu je však nutné říci, že každý si tímto obdobím musí zákonitě projít a je na každém, jak se s ním vyrovná a zda se mu alkohol stane „pomocníkem“ v případě plnění vývojových úkolů.

Jak lze také z předchozího textu vyvodit, konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy (dětí a dospívajících) je problém velmi aktuální a ožehavý. Je nutné mu tedy předcházet. V souvislosti se sociální pedagogikou uvádíme jednu z hlavních funk-

cí sociální pedagogiky a to funkci *preventivní* (profylaktickou), konkrétně pak prevenci primární (*PP*), jež má za úkol navrhovat, na základě teoretické analýzy oblastí rozvoje osobnosti, kde je dominujícím faktorem působení prostředí, tedy rodiny, různého typu lokality, vrstevnické skupiny, společenských organizací apod., pedagogické zásahy, které budou přispívat k neutralizaci ohrožujících činitelů. Prakticky se jedná o utváření životního způsobu zdravé populace. (Kraus, 2008, s. 46) Výstižné je i vymezení *PP* dle Ondřejkoviče (1999 cit. podle Kunák, 2007, s. 35) který říká, že *PP* by měla naplňovat charakter určité „imunizace“ před nežádoucími sociálními jevy. O tom, že se nejedná o spojení náhodné svědčí širší pojetí sociální pedagogiky dle Klímy (1994 cit. podle Kraus, 2008, s. 43) který vidí prostor pro rozvoj sociální pedagogiky právě v primární prevenci. Obsah i cíl sociální pedagogiky pak vidí v *rozvoji sociální kreativity a vytváření a rozvíjení životního způsobu jedinců i sociálních skupin, a to ve smyslu kultivace a estetizace jejich životního způsobu tak, aby byl minimalizován rozpor mezi společností a jedincem* (Klíma, 1993 cit. podle Procházka, 2012, s. 67). My v následující části práce pojem primární prevence vymežíme v návaznosti na probírané téma.

4 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Na konci předchozí kapitoly jsme definovali *primární prevenci* v rovině studovaného oboru. Nyní se pokusíme o její vymezení v kontextu užívání alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy. Nejdříve se opět jedná o vymezení bez závislosti na konkrétní prostředí, kdy vymezení konkrétních opatření v kontextu prostředí rodiny a školy je obsahem podkapitol následujících. Nezapomínáme také na možné propojení *primární prevence* a oboru *sociální pedagogiky*, které již bylo zmíněno.

Dříve než přejdeme k onomu vymezení základních pojmů a uvedení do problematiky, považujeme za neopomenutelné zmínit již nyní dva koncepty zařazení konzumace alkoholických nápojů do pole působnosti *primární prevence*. V některých textech se totiž setkáme se zařazením konzumace alkoholických nápojů do *prevence sociálně patologických jevů* (viz *Metodický pokyn ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže* (MŠMT, 2000, s. 1)), jinde do oblasti *prevence rizikového chování* (viz *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* (MŠMT, 2010, s. 1)). My se stejně jako např. Martanová (2007, s. 9) ve své knize *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence* přikláníme k názoru, že pojem *sociálně patologické jevy*, je již zastaralý a přikláníme se k pojmu *rizikové chování (sociálně nežádoucí chování)*. V textu naší práce tyto pojmy chápeme jako synonyma a uvádíme je v závislosti na autorovi.

Pod pojmem *primární prevence užívání návykových látek* rozumíme programy, strategie a aktivity zaměřené na předcházení prvního užití a vlastního začátku užívání drogy (Martanová, 2007, s. 9).

Specifickou primární prevencí (SPP) rozumíme veškeré aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny na cílenou práci se skupinami populace, u nichž lze v případě absence prevence předpokládat další negativní vývoj v oblasti *sociálně patologických jevů (SPJ* – v našem případě *užívání návykových látek*). ***SPP*** je prováděna formou práce s menšími skupinami dětí a dospívajících, které motivuje k formování vlastních názorů, přemýšlení nad svými postoji, vzájemnému předávání zkušeností s cílem učit se ***zvládat situace odmítání návykových látek***. Dále naučit žáky zvládat stresové situace, odolávat tlaku, strachu, úzkosti apod. (Martanová, 2007, s. 10) ***Doporučení*** (MŠMT, 2010, s. 2) uvádí v rámci ***SPP*** *aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků. Jedná se o:*

a) **všeobecnou prevenci**, která je zaměřena na širší populaci, aniž by byl dříve zjišťován rozsah problému nebo rizika (MŠMT, 2010, s. 2). Martanová (2007, s. 10-11) uvádí, že **PP všeobecnou** lze charakterizovat jako univerzální, zacílenou na velké skupiny populace bez zohlednění specifických rizikových skupin (např. školní třída). Cílem je ovlivňování postojů a chování dětí a poskytování dostatečného množství informací a dovedností k tomu, aby se zabránilo výskytu *rizikového chování*.

b) **selektivní prevenci**, která je zaměřena na žáky, u nichž lze předpokládat zvýšený výskyt *rizikového chování* (MŠMT, 2010, s. 2). Martanová (2007, s. 10) dodává že, **PP selektivní** je zacílena na ohrožené skupiny, u kterých lze předpokládat zvýšenou možnost *rizikového chování* (např. děti osob závislých na alkoholu nebo jiných návykových látek, hyperaktivní děti, děti s poruchami chování apod.). Programy vyžadují individuální přístup a jsou náročné na čas i kvalifikaci pracovníků, kteří aktivity provádějí.

c) **indikovanou prevenci**, která je zaměřena na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt *rizikového chování*, *problematických vztahů v rodině*, *ve škole nebo s vrstevníky* (MŠMT, 2010, s. 2), *problematického užívání*. Cílem je snížení frekvence a objemu *sociálně patologických jevů* a zmírnění následků *problémového chování*. (Martanová, 2007, s. 11)

S tímto dělením *prevence na všeobecnou, selektivní a indikovanou* seznamuje Matula (2004 cit. podle Kunák, 2007, s. 36), který vytváří v roce 1994 dle vzoru Mrazekovej a Haggertyho tzv. „*prevenční spektrum*“ nebo také „*prevenční kontinuum*“, kdy hovoříme o všeobecné prevenci ve smyslu *prevence primární*, selektivní prevenci ve smyslu *prevence sekundární* a indikované ve smyslu *prevence terciární*. U nás s tímto vymezením *prevence* seznamuje například Nešpor, Csémy a Pernicová (1998, s. 6), ve své knize ***Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí: Časná a krátká intervence*** nebo samotný Nešpor (2007, s. 153) ve své knize *Návykové chování a závislosti*. Vychází při tom z americké literatury.

Nespecifická primární prevence představuje *veškeré aktivity podporující zdravý životní styl* (Martanová, 2007, s. 10; MŠMT, 2010, s. 2), *osvojování pozitivního sociálního chování* (MŠMT, 2010, s. 2), aktivity, které obecně přispívají ke snížení rizika vzniku a rozvoje *SPJ* (užívání návykových látek) (Martanová, 2007, s. 10). *Prostřednictvím smysluplného využívání a organizací volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání*. (Martanová, 2007, s. 10;

MŠMT, 2010, s. 2) Programy specializované na zlepšení životního stylu (Martanová, 2007, s. 10). Uvádíme rovněž, že se stejným dělením *primární prevence* na *nespecifickou*, jako prevenci zaměřenou na podporu žádoucích forem chování, a *specifickou* zaměřenou proti konkrétnímu chování seznamuje také *Pedagogický slovník* (Průcha, Walterová a Mareš, 2003, s. 178).

Dále lze *primární prevenci* dělit dle věku cílové skupiny. A to na *PP* u jedinců v **předškolním věku, mladším školním věku, starším školním věku, ve věku mládeže a dospělé populace.** (Martanová, 2007, s. 11)

Z předchozího vymezení tedy vyplývá, že v naší práci se orientujeme na **specifickou všeobecnou primární prevenci užívání návykových látek, konkrétně alkoholu u jedinců staršího školního věku, čili žáků 2. stupně základní školy.** Dříve než se ale zaměříme na konkrétní opatření *specifické primární prevence* u skupiny žáků 2. stupně základní školy, připomínáme vývojové zvláštnosti dané skupiny (viz podkapitola 3.1.1), tentokrát právě v kontextu *primárních preventivních opatření.*

Po vymezení pojmů týkajících se *PP* se v podkapitole 4.1 a 4.2 orientujeme na konkrétní opatření v kontextu rodiny a prostředí školy. V souvislosti se *sociální pedagogikou* (Kraus, 2008, s. 101-118; Procházka, 2012, s. 126-178) lze totiž, vedle prostředí rodiny, považovat prostředí školy za klíčové v životě dítěte (*dospívajícího*).

4.1 Rodina a její úloha ve specifické všeobecné primární prevenci konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy

Řada autorů kritéria účinných opatření *PP* v prostředí rodiny uvádí a dále rozvádí. Dalo by se konstatovat, že každý autor uvedené vymezení předkládá z různého úhlu pohledu (např. Göhlert a Kühn, 2001; Goodyer, 2001), podstata však zůstává totožná. My za klíčového autora uvedené oblasti považujeme, již citovaného, Nešpora, který jí věnuje řadu svých knih (Nešpor a Csémy, 1992; 1994; Nešpor, 2001). Dříve než přejdeme k samotnému obsahu kapitoly, připomínáme, že předkládaná opatření jsou pouze jakýmsi nástinem, který je nutno přizpůsobovat dané situaci.

Rodina totiž reprezentuje *základní přirozenou sociální skupinu* s rozhodujícím významem pro růst a vývoj lidského jedince po stránce biologické, psychické i sociální. Počátky preventivního působení závisí na strukturních a dynamických charakteristikách *primární rodiny.* (Zášková, 1998, s. 35) Nyní už přejdeme ke konkrétní podobě účinné *primární prevence* v prostředí rodiny. V první řadě nesmíme opomenout **způsob výchovy v rodině,**

kdy Nešpor a Csémy (1992, s. 26-27; 1994, s. 23-24) v souvislosti s konzumací drog (alkoholických nápojů) shrnují, že vychovávat není snadné, neexistuje žádný univerzální způsob výchovy. Každá rodina si najde svůj vlastní. Existuje několik typů výchovy, kdy některé pomáhají předcházet problémům s alkoholem a drogami lépe, některé hůře.

1. **Přijímající rodič:** Je s dítětem spokojen, vyhledává dítě a má z něj radost, povzbuzuje ho. Je citlivý k jeho potřebám a názorům.

2. **Odmítající rodič:** Je k dítěti kritický, dítě nevyhledává a netěší se z něj, málo ho povzbuzuje. Vůči potřebám a názorům dítěte je necitlivý.

3. **Omezující rodič:** Jasně stanovuje pravidla a následky jejich porušení. Pevně a předvídatelně prosazuje daná pravidla, zřídka kdy podlehe nátlaku a vynucování.

4. **Povolný rodič:** Jasně nestanovuje pravidla, nestanoví ani důsledky jejich porušování. Pravidla pevně ani předvídatelně neprosazuje. Nátlaku a vynucování podléhá snadno.

Oba autoři pak v závěru vyslovují názor, že dobře vychovávají ti rodiče, kteří dítě přijímají, očekávají zralé chování, poskytují jasná pravidla. Zároveň však v rodině pravidla prosazují a dokážou přikázat nebo i potrestat. Dítě povzbuzují k nezávislosti, komunikují otevřeně. Dovedou vyslechnout jeho názor, zároveň vyjádřit svůj vlastní. Respektují práva dětí i práva vlastní. Nejvhodnější se proto jeví kombinace **přijímajícího** a **omezujícího rodiče**. Popsali jsme ideální způsob výchovy, z kterého budou pramenit další zásady *pre-vence* předcházení problémům působených drogami a alkoholem. Jako zásadní lze vidět **získání důvěry dítěte**. Důvěru lze získat pomocí dodržování několika pravidel.

1. Když vám dítě něco vypráví, věnujte pozornost jen jemu (vypněte televizi, odložte časopis, apod.).

2. Porovnejte to, co říkají slova a co říká dítě mimoslovně. Nemluví k vám totiž jen slovy, ale také výrazem tváře, gesty, tónem hlasu.

3. Povzbuzujte dítě, aby s vámi mluvilo. Přitom ho ale neodrazujte přílišným vyptáváním.

4. Pokuste se vyjádřit to, co vám dítě řeklo vlastním slovy, a zeptejte se ho, zda to tak opravdu myslelo.

5. Dbejte na tón hlasu.

6. Dítěti můžete odpovídat nejen slovy, pokud se vám svěřil s něčím důležitým, ale např. laskavým úsměvem, poplácáním po zádech, pokýváním hlavou, obětím apod.

7. Denně si vyhraňte chvíli času, kdy se budete věnovat jenom jemu.

8. Pokud je to možné, dítěti nelžete. Jeho důvěru tím neztratíte, naopak posílíte vaše vzájemné vztahy. (Nešpor a Csémy, 1992, s. 28-29; 1994, s. 25-26)

Pokud jsme získali důvěru, můžeme navázat dalšími kroky. Prvním z nich je **mluvit s dětmi o alkoholu (a drogách)**. I zde se však mohou vyskytnout problémy, které vyplývají ze složitého období dětství a *dospívání*. **Vyberte si proto pro rozhovor vhodnou chvíli**, kdy jste vy i děti v přátelské a uvolněném ladění. **Poučte je o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů (drog)** (viz kapitola 2), **současně doplňte, že i pouhá experimentace s konzumací alkoholických nápojů (drog) je velmi nebezpečná a může vyústit až do závislosti**. **Nepřete se s nimi, nevyvracejte city a pocity které pociťují vaše děti ve vztahu k alkoholickým nápojům (drogám)**. **Pochvalte je za jejich lásku ke svobodě, která rozhodně patří mezi pozitivní lidské hodnoty** (Ale zároveň namítněte, že alkohol (a drogy) svobodu nedávají, naopak berou.). Uvědomte si, že dítě, je ve složitém období, kdy je součástí party. Chce být jedním z uznávaných členů. Přizpůsobuje se proto jejím pravidlům. **Chyba ovšem není v tom, že dítě nepije, ale v tom, že si našlo špatnou partu**. Zároveň se **připravte na možný pesimismus až nihilismus dítěte**. Svět je podle něj zlý, plný násilí a stejně spěje ke strašnému konci, takže je jedno jestli konzumuje alkoholické nápoje (užívá drogy) nebo ne. Připravte si proto reálné argumenty o spotřebě alkoholických nápojů např. ze Spojených států nebo západní Evropy, kde spotřeba statisticky průkazně klesá. (Nešpor a Csémy, 1992, s. 29-32; 1994, s. 26-29)

Další zásadou účinné *prevence (primární)* konzumace alkoholických nápojů (a drog) v rodině je **předcházení nudě**. **Posilujte proto vazbu dítěte na rodinu**. Obzvláště u starších dětí a *dospívajících* je přínosné, pokud se mohou podílet do určité míry na rozhodování. S tím také souvisí účast na provozu domácnosti. Děti se naučí věci prakticky užitečné. Společná práce navíc vyvolává pocit sounáležitosti. Nesmíme však zapomenout, že úkoly které dítěti svěříme, musí odpovídat jeho věku a možnostem a nezapomínat na pochvalu. Současně je nutno **povzbuzovat dítě ke kvalitním zálibám mimo domov**. Nenuťte ale dítě, aby vyniklo nebo bylo nejlepší. Protože právě děti neobratné, selhávající a neúspěšné bývají alkoholem (a drogami) více ohroženy. (Nešpor a Csémy, 1992, s. 33-34; 1994, s. 29-31)

Prevenci (primární) problému s konzumací alkoholických nápojů (a drog) pomáhají i následující „zdravá“ **pravidla v rodině** (Nešpor a Csémy, 1992, s. 34-35; 1994, s. 31):

1. **Žádné alkoholické nápoje (nebo drogy) u nezletilých.**
2. **Předem dané a logicky související důsledky porušení pravidla.**

3. **Neústupnost vůči vydírání.**

4. **Právo na kontrolu.**

5. **Informovanost.**

V návaznosti na předchozí bod z výčtu doporučení pro účinnou (*primární*) prevenci konzumace alkoholických nápojů je důležité uvést, že **rodiče jsou nositelem hodnot a vzorů pro své děti**. Hodnoty, důležité v pomoci naučit dítě odmítat alkoholické nápoje (drogy), jsou charakteristické **pravidelností a zdůvodněním, důrazem na svobodu, nezávislým rozhodováním a originalitou tam, kde je pití nebo zneužívání drog rozšířeno, respektem vůči tělesnému a duševnímu zdraví a jeho ochranou a podporou a v neposlední řadě schopností se ovládat a být odpovědný za své jednání a důležitostí hodnot za všech okolností**. Slouží jako pomoc odmítat látky, které tyto schopnosti decimují. Vedle předávání uvedených hodnot je důležité také chování rodičů. Ve výhodě jsou pak ti, kteří:

1. Nepijí alkoholické nápoje nebezpečným způsobem, neopijí se, nekonzumují bez lékařského doporučení kvanta léků, nekouří atd.

2. Odmítají důsledně u sebe (a druhých) vysoce *rizikové chování* (např. řízení pod vlivem alkoholu).

3. Umožňují dítěti setkání s jinými dospělými. Alkohol zde však není tím podstatným. Nenabízejí a nevnučují alkoholické nápoje hostům. Baví se dobře a na úrovni i bez užití alkoholických nápojů (drog).

4. Jsou pro dítě vzorem při hledání východiska ve složitých situacích, při rozhodování a plánování střízlivým způsobem. (Nešpor a Csémy, 1992, s. 35-37; 1994, s. 33)

V situaci, kdy jsou „dodržována“ zdravá pravidla v rodině, však může nastat problém další. A to ten, že se **dítě dostane do nevhodné společnosti**. Dalším úkolem rodiny je tedy naučit dítě, jak se oné nevhodné společnosti bránit. Způsoby jsou následující:

1. **Nejlepší pomoc představuje jiná, kvalitnější společnost**. Rodiče se mají sami zabývat o možnosti zájmových sdružení, sportovních klubů apod.

2. **Učit dítě vážit si vlastní osobnosti**. Nemusí se vrstevníkům přizpůsobovat, pokud bude mít dost sebedůvěry. Dítě musí vědět v čem je jedinečné.

3. **Pomoc dítěti rozlišovat mezi skutečným přátelstvím** naplněným úctou k příteli a jeho zdravím a bezohlednými vztahy, které chtějí druhého využít ve svůj prospěch.

4. **Naučit dítě za správných okolností odmítnout nabízený alkoholický nápoj (drogu) a stát si za svým**. (Nešpor a Csémy, 1992, s. 37-39; 1994, s. 35) Konkrétní způsoby

odmítání nabízeného alkoholického nápoje pak nalzááme v knize Nešpora a Csémyho (1994, s. 36-39) *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*.

Další krokem je **posilování zdravého sebevědomí dítěte**. Nesebevědomé dítě bude mít totiž potíže s odmítnutím nabízeného alkoholického nápoje (drog), s prosazením sebe sama apod., jak vyplývá z předcházejícího textu. Rodiče by pro rozvoj sebevědomí dítěte měli podniknout následující kroky:

1. **Chválit dítě**. Chválit jej i tehdy, když nedosáhlo úspěchu, ale vyvinulo poctivou a upřímnou snahu. Všimát si i malých úspěchů a oceňovat je.

2. **Pomáhat dítěti dávat si rozumné cíle**. Uvědomit si nač dítě má a nač ne. Zklamání z neuskutečněního cíle by pro sebevědomí dítěte bylo bolestnou ranou. To, že ví, že jej rodiče mají rádi a že mu na něm záleží bez závislosti na úspěchu, mu může dát potřebný klid a sebevědomí.

3. **Kritizovat konkrétní špatné chování, ne samotné dítě**.

4. **Neslibovat dítěti vzdušné zámky**. Pomoci mu laskavě a věcně poznat i jeho slabé stránky a chyby. Bez ostychu přiznat i vlastní slabé stránky.

5. **Dát dítěti pocit přiměřené odpovědnosti za různé úkoly** (např. v domácnosti). Dítě se tak naučí vnímat se jako někoho, kdo má druhým co nabídnout.

6. **Dát dítěti najevo, že ho máte rádi**. Utváří se tak jeho vztah k sobě samému. (Nešpor a Csémy, 1992, s. 41; 1994, s. 39-41)

Posledním uvedeným bodem zásad účinné (*primární*) *prevence* konzumace alkoholických nápojů (drog) je pak utváření **užitečných spojení**, kdy za nejdůležitější samozřejmě považujeme **spojení obou rodičů dítěte a spolupráci v širší rodině**. Mimo rodinu pak hovoříme o **spolupráci se školou** (viz podkapitola 4.1.2). Ta může být důležitá ve více směrech. Jednak zde dítě tráví velkou část svého času a proto by rodiče měli vědět, co se ve škole děje a zároveň druzí rodiče a učitelé jsou přirozenými spojenci, kteří musí mít zájem na tom, aby se těmto problémům předcházelo. Spojenci se mohou stát i **dospělí jedinci z některé zájmové nebo náboženské organizace, sportovního oddílu apod.** **Důležitá je i spolupráce rodičů navzájem**. Druzí rodiče se mohou dozvědět o problémech v okolí, o kterých dítě neřekne nebo o nich neví. Mohou společně dohlížet na mimoškolní aktivity dětí, dokážou účinněji komunikovat (spolupracovat) se školou nebo místními úřady atd. (Nešpor a Csémy, 1992, s. 42-44; 1994, s. 42-43)

Předložili jsme přehled „zásad“ *primární prevence* konzumace alkoholických nápojů (drog) v rodině. O dané problematice hovoří Nešpor (2001, s. 14-30) ve své knize *Vaše děti a návykové látky*. Za velmi přínosné pak považujeme testy, které jsou obsaženy v každé jednotlivé části. Rodič tedy může sám zjistit, jaká je úroveň *primární prevence* konzumace alkoholických nápojů (drog) v jeho rodině. Je ovšem důležité si také uvědomit, navzdory různým vysloveným principům, že každé dítě je jedinečné a vyžaduje osobitý přístup.

4.2 Škola a její úloha ve specifické všeobecné primární prevenci konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy

Škola, jako další klíčové prostředí, které sehraává neodmyslitelnou úlohu v životě jedince, který zažívá období *pubescence (dospívání)*, sehraává také nemalou úlohu jako jeden z hlavních činitelů *primární prevence* rizikového chování (Nejedná se o spojení náhodné a nové, viz podkapitola 1.1.). Pokud se zaměříme na konkrétní podobu této činnosti, nesmíme opomenout několik stěžejních dokumentů. Prvním z nich je **Zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů**, ze kterého vyplývá, že *pro každý obor vzdělávání v základním a středním vzdělávání a pro předškolní, základní umělecké a jazykové vzdělávání se vydávají rámcové vzdělávací programy. Rámcové vzdělávací programy (RVP) vymezují povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání; jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů (ŠVP), (Česko, 2012)* Protože se téma naší práce váže na konzumaci alkoholických nápojů, v předkládané kapitole na prevenci konzumace alkoholických nápojů, kterou lze, jak již vyplynulo z předcházejícího textu, zařadit mezi *sociálně patologické jevy*, (resp. *rizikové chování*) uvádíme § 29 odst. 1 a navazující § 30 odst. 1c **zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů**, které zní:

§ 29 odst. (1) *Školy a školská zařízení jsou při vzdělávání a s ním přímo souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb povinny přihlížet k základním fyziologickým potřebám dětí, žáků a studentů a vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj a pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů.*

§ 30 odst. (1) c) *Ředitel školy vydá školní řád; ředitel školského zařízení vnitřní řád. Školní řád a vnitřní řád upravuje podmínky zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí,*

žáků nebo studentů a jejich ochrany před sociálně patologickými jevy a před projevy diskriminace, nepřátelství nebo násilí.

Naše práce v návaznosti na zvolenou cílovou skupinu bude, jak z předchozího textu lze vyvodit, vycházet z **Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV)** (MŠMT, 2013). Po prostudování RVP ZV zjistíme, že seznamuje se vzdělávacími oblastmi, kdy pro námi zvolené téma zaujímají klíčovou úlohu především oblasti dvě. Konkrétně pak oblast s názvem **Člověk a jeho svět** (MŠMT, 2013, s. 38-45) a **Člověk a zdraví** (MŠMT, 2013, s. 76-86). Vzdělávací oblast **Člověk a jeho svět** je pak dále členěna do *tematických okruhů*, kdy, v našem případě, uvádíme okruh s názvem **Člověk a jeho zdraví** (MŠMT, 2013, s. 44) (jedná se o okruhy koncipované jen pro 1. stupeň základní školy). Součástí učiva jsou, mimo jiné, znalosti z oblasti nazvané **návykové látky a zdraví** (návykové látky, odmítání návykových látek) (MŠMT, 2013, s. 45). Očekávaným výstupem je pak ve 2. období 1. stupně základní školy schopnost *žáka předvést v modelových situacích osvojené jednoduché způsoby odmítání návykových látek* (MŠMT, 2013, s. 44).

Na 2. stupni základní školy na tuto *tematickou oblast* navazuje vzdělávací obor **Výchova ke zdraví** (součást vzdělávací oblasti **Člověk a zdraví**) V rámci učiva daného vzdělávacího oboru nalezneme okruh **Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence**, jehož součástí jsou i informace týkající se **auto-destruktivních závislostí – rizikové chování (alkohol, aktivní a pasivní kouření** atd.) (MŠMT, 2013, s. 80). Konkrétním očekávaným výstupem je schopnost *žáka uvádět do souvislostí zdravotní a psychosociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek a životní perspektivu mladého člověka; uplatňovat osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy ve škole i mimo ni; v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc sobě nebo druhým* (MŠMT, 2013, s. 79).

Uvedená součást **školního vzdělávacího programu**, popř. příloha dosud platných osnov a učebních plánů, který vychází z příslušného **rámcového vzdělávacího programu**, se nazývá **školní preventivní strategie** (dlouhodobý preventivní program pro školy a školská zařízení). Poskytuje podmínky ke zpracování **Minimálního preventivního programu (MPP)**. **Minimální preventivní program** je pak konkrétním dokumentem školy zaměřeným zejména na výchovu a vzdělávání žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a emočně sociální rozvoj a komunikační dovednosti. Je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce s žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci nezletilých žáků školy. **MPP** je zpracován

na jeden školní rok školním *metodikem prevence*, podléhá kontrole České školní inspekce, je vyhodnocován průběžně a na závěr školního roku je hodnocena kvalita a efektivita zvolených *strategií primární prevence*. Dané hodnocení je součástí výroční zprávy o činnosti školy. Do systému organizace a řízení **PP** rizikového chování pak řadíme *MŠMT, krajský úřad (krajské úřady i Magistrát hl. m. Prahy), krajského školského koordinátora prevence, metodika prevence v pedagogicko-psychologické poradně, ředitele školy a školského zařízení, školního metodika prevence a třídního učitele*. (MŠMT, 2010, s. 3-7) Úkoly jednotlivých orgánů daného systému popisuje, již několikrát uvedené, **Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (Doporučení)** (MŠMT, 2010, s. 3-7). Protože naše práce je koncipována přímo do prostředí školy, jsou pro nás stěžejními úkoly *ředitele školy (a školského zařízení), školního metodika prevence a třídního učitele*. Uvádíme proto jejich úkoly vyplývající z **Doporučení** (MŠMT, 2010, s. 5-7; viz příloha **P II**).

Jak již bylo mnohokrát uvedeno, naše práce se váže na studovaný obor *sociální pedagogika*. V oblasti *primární prevence* v prostředí školy pak proto nesmíme opomenout proces realizace *minimálního preventivního programu*. V publikaci *Učební texty ke specifikačnímu studiu pro školní metodiky prevence* (Martanová, 2007, s. 28-29) nalézáme jakási pravidla efektivitativy minimálního preventivního programu (*MPP*). Autorka považuje za klíčovou **pestrost forem a metod využívaných při realizaci MPP**. Jednotlivé formy a metody se střídají, vhodně na sebe navazují a doplňují se. Jsou voleny podle osobnostních a odborných předpokladů realizátorů. Preventivní témata jsou ve školách zařazována do výuky (viz *RVP*), čímž se zabraňuje využívání formy hromadných jednorázových akcí. Je využíváno skupinové práce či jiných interaktivních a dalších aktivizujících metod, zážitkové či prožitkové metody, dramatizace apod. Na řadě škol pracují peer aktivisté. Je organizována činnost školních klubů, v nichž probíhají setkání zaměřená na rozvoj různých dovedností, besedy, diskuse, programové bloky. Nácviky dovedností a programy zaměřené na rozvoj osobnosti jsou realizovány i při různých pobytových akcích pořádaných v rámci preventivních programů. V preventivní výchově jsou využívány i školní časopisy, internetové stránky. Pro zvýšení účinnosti všech využitých forem a metod je třeba také žáky před jednotlivými preventivními aktivitami připravit na to „co se vlastně bude dít“ a následně s nimi ve společné diskusi „všechno, co se dělo“ rozebrat. Prostor by zde měli dostat všichni žáci, kteří chtějí k právě proběhnuté aktivitě cokoli říct. Dále se ukazuje jako efektivní, když **program realizují především ti, kteří ho vytvářeli**. Realizátoři by měli být

děťmi akceptováni jako pozitivní vzory. Musí své postoje v příslušné oblasti preventivního působení vyjadřovat nejen slovy, ale i chováním. Podobně jako u přípravy, tak i u **realizace programu je žádoucí široká spolupráce** školního metodika prevence a dalších členů pedagogického sboru, ředitele školy, žáků, studentů a – pokud se to podaří – i spolupráce rodičů. Nelze také opomenout **všestrannou a stabilní spolupráci hlavních realizátorů** (školní metodik prevence a další pedagogové školy) **se subjekty, které se na místní či okrasní úrovni problematice prevence věnují** (pedagogicko-psychologická poradna, krizová a preventivní centra, policie, referáty sociálních věcí místních a okrasních úřadů apod.). Pro doplnění uvádíme, že shrnutí (obdobné povahy) zásad efektivních preventivních programů nalezneme např. v knize *Jak zůstat fit a předejít závislostem* (Nešpor, Pernicová a Csémy, 1999, s. 91-92) nebo v publikaci *Návykové chování a závislost* (Nešpor, 2007, s. 154).

Předchozí popis koresponduje s výčtem charakteristik *efektivní primární prevence* a v textu následujícím nalézáme společné body pod termínem *neúčinná primární prevence*. Vycházíme přitom z již citovaného *Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a studentů ve školách a školských zařízeních*. (MŠMT, 2010, s. 2-3) Pro zajímavost uvádíme, že o problematice chyb prevence drogových závislostí hovoří také Ondrejkovič ve své knize *Sociální patológia* (2009, s. 287-289).

V knize *Sociální pedagogika* (Procházka, 2012, s. 178-179), konkrétně v kapitole nazvané *Závěrem – problémy realizace školní prevence jako prostoru pro sociální pedagogiku*, nalézáme přehled aktuální podoby realizace prevence na školách, který přináší ovšem zcela opačná tvrzení:

- Preventivní akce mají ještě stále ve svém základě monologickou metodu přednášky.
- Při realizaci programů se nečerpá ze zkušeností žáků, nejsou dostatečně zmapovány potřeby těchto dětí a organizátorům programů není dostatečně známá realita školního prostředí.
- Na preventivních výstupech se opakují informace, jež jsou již známé. Akce jsou proto pro děti v mnohých případech nezajímavé.
- Přístup edukátorů je vnímán celkově pozitivně, přesto převládá tradiční pojetí lektorské činnosti, klasická přednáška. Tento názor podporuje i zjištění, kdy edukanti vyjadřují pocit, že mají malý prostor pro vlastní názory a řešení vlastních problémů.

- Preventivní aktivity jsou realizovány ve velkých skupinách, chybí možnost pohovořit s edukátorem tváří v tvář, kdy je možno řešit i ty situace, které vyžadují individuální přístup.

Ze závěru této kapitoly vyplývá, že *sociální pedagog* by se mohl stát (spolu se školním psychologem) součástí odborného minitýmu, který bude pro školu (sít' škol v dané lokalitě) zajišťovat odpovídající pomoc a služby. Přenesení odpovědnosti za programy na jednoho z učitelů, tedy *metodika prevence*, se nejeví jako možné, a to bez ohledu na výborné výsledky, které v preventivně výchovných postupech řada škol má. I zde tedy má *sociální pedagogika* prostor pro prosazení svých možností i zde je pak další prostor pro uplatnění profesionálních *sociálních pedagogů*. Školu lze totiž pojímat jako ideální prostředí pro realizaci dlouhodobé, systematické výchovy a prevence v optimálním životním období dítěte a na široké populaci. Bude-li prevence a výchova prováděna profesionálně a efektivně předejdeme výrazným problémům.

Pro úplnost a v návaznosti na předchozí kapitolu považujeme také za důležité uvést očekávání v oblasti *prevence* problémů s návykovými látkami (konzumací alkoholických nápojů) *rodičů od školy a naopak* (viz příloha **P III**, **P IV**). Domníváme se totiž, že právě oblast spolupráce rodiny a školy je jednou z hlavních oblastí, kde se může *sociální pedagogika* projevit jako perspektivní obor s mnohými možnostmi využití v reálném životě, *sociální pedagog* pak jako specializovaný odborník s širokým polem působnosti.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Problematika konzumace alkoholických nápojů (nemusíme hovořit jen o věkové skupině žáků 2. stupně základní školy), hlavně pak v oblasti primární prevence daného jevu, je rozsáhlým polem působnosti studovaného oboru **sociální pedagogika**. V předchozí části bakalářské práce jsme se pokusili vymezit **teoretická východiska problematiky konzumace alkoholických nápojů, která jsme specifikovali, v souvislosti se žáky 2. stupně základní školy**, z pohledu vývojové psychologie období pubescence (prepuberta, puberta). Nejednalo se o výběr náhodný, domníváme se totiž, že samotné období pubescence přináší do života jedince řadu úkolů a z nich vyplývajících problémů, se kterými je nutno se vypořádat.

Ke stanovení cíle naší práce nás vedly výzkumy zaměřené na problematiku konzumace alkoholu, konkrétně, *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*, který se uskutečňuje každé čtyři roky mezi evropskou mládeží ve věku **15-16 let; naposled byl realizován v roce 2011**. Cílovou věkovou skupinou výzkumu byli žáci ve věku 15-16 let. My jsme se zaměřili na skupinu žáků 2. stupně základní školy, neboť se domníváme, že hranice první zkušenosti a dalšího užívání alkoholických nápojů se snižuje. Pokud zmíníme již realizované výzkumy u této věkové kategorie na krajské úrovni, jedná se například o *Kouření a alkohol u dětí na základních školách Jihočeského kraje*, jehož výsledky jsou zveřejněny na stránkách *Centra výzkumu veřejného mínění Sociologického ústavu akademie věd České republiky*. Mezi další výzkumy týkající se této problematiky můžeme zahrnout výzkum *Mládež a drogy 2012* realizovaný v Brně a Jihomoravském kraji (A Kluby ČR o. p. s., 2012), a, v neposlední řadě, také výzkum *Zdraví a životní styl dětí a školáků 2010*.

5.1 Stanovení výzkumných cílů

Hlavním výzkumným cílem našeho šetření je **zjistit aktuální situaci problematiky konzumace alkoholických nápojů a uskutečňování opatření primární prevence konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku**.

Pro upřesnění bychom rádi popsali také polohu škol, kde se námi provedený výzkum uskutečnil. Jedná se o školy, které se nachází na území **Slovácka**, pro které je typické, že každá kulturní akce je doprovázená konzumací alkoholu.

Po stanovení hlavního výzkumného cíle následovalo vyvození cílů dílčích.

Dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit zkušenosti žáků 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku s nabídkou, obstaráním si a konzumací alkoholických nápojů (dotazník otázka č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

2. Zjistit, zda jsou u žáků 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku v prostředí rodiny uskutečňována opatření primární prevence konzumace alkoholických nápojů (dotazník otázka č. 21, 22, 24).

3. Zjistit postoje žáků 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku k uskutečňovaným opatřením primární prevence konzumace alkoholických nápojů v prostředí rodiny (dotazník otázka 23, 25).

4. Zjistí, zda by žáci 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku požádali rodiče o pomoc (radu) v případě, že by oni nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů (dotazník otázka č. 26).

5. Zjistit, zda jsou u žáků 2. stupně v prostředí vybraných základních škol na Uherskobrodsku uskutečňována opatření primární prevence konzumace alkoholických nápojů (dotazník otázka č. 27, 29, 31).

6. Zjistit postoje žáků 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku k uskutečňovaným opatřením primární prevence konzumace alkoholických nápojů v prostředí školy (dotazník otázka č. 28, 30, 32).

7. Zjistí, zda by žáci 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku požádali někoho ze zaměstnanců školy o pomoc (radu) v případě, že by oni nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů (dotazník otázka č. 33).

5.2 Stanovení výzkumného problému a vyvození výzkumných otázek

Pro naše výzkumné šetření byl, dle dělení Gavory (2010, s. 56), zvolen *deskriptivní (popisný) výzkumný problém*. Ten hledá odpověď na otázku „jaké to je?“. Zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu. V našem případě zní následovně:

Jaká je aktuální situace problematiky konzumace alkoholických nápojů a uskutečňování opatření primární prevence konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku?

Následně jsou vyvozeny výzkumné otázky:

VO 1.1: Nabídli někdy starší sourozenci žákům alkoholický nápoj?

VO 1.2: Jaká je, dle názoru a zkušeností žáků, náročnost obstarání si alkoholického nápoje?

VO 1.3: Konzumovali již žáci v průběhu života alkoholický nápoj? Pokud ano, jaký je u žáků průměrný věk první konzumace alkoholického nápoje, o jaký druh alkoholického nápoje se jednalo a kdo jim jej poprvé nabídl?

VO 1.4: Jaká je u žáků četnost konzumace alkoholických nápojů v průběhu života?

VO 1.5: Mají žáci nějaký nejoblíbenější alkoholický nápoj? Pokud ano, o jaký alkoholický nápoj se jedná?

VO 1.6: Co je u žáků nejčastější příčinou konzumace alkoholických nápojů?

VO 1.7: Na jakém místě (kde) konzumují žáci alkoholické nápoje nejčastěji?

VO 1.8: Zažili žáci v průběhu života již pocit opilosti? Pokud ano, jaký je průměrný věk, kdy žáci zažili pocit opilosti poprvé?

VO 1.9: Jaká je u žáků četnost, se kterou zažili pocit opilosti v průběhu života?

VO 1.10: Mohou žáci konzumovat (konzumují) alkoholické nápoje v přítomnosti rodičů?

VO 2.1: Konzumují rodiče žáků alkoholické nápoje v přítomnosti svých dětí?

VO 2.2: Mluví rodiče žáků a škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů se svými dětmi a učí je, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj?

VO 3.1: Přesvědčili rodiče žáků své děti o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů?

VO 3.2: Myslí si žáci, které rodiče učili, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj, že jim to pomohlo zvládnout odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje v reálné situaci (ve skutečnosti)?

VO 4.1: Požádali by žáci své rodiče o pomoc (radu) v případě, že by oni nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů?

VO 5.1: Mluví učitelé ve škole s žáky o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů a učí je, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj?

VO 5.2: Byly ve škole žákům poskytnuty informace potřebné k vyhledání odborné pomoci sobě nebo druhým v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů?

VO 6.1: Přesvědčily tyto akce, konané ve škole, žáky o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů?

VO 6.2: Myslí si žáci, které učitelé učili, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj, že jim to pomohlo zvládnout odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje v reálné situaci (ve skutečnosti)?

VO 6.3: Myslí si žáci, kterým ve škole poskytl informace potřebné k nalezení odborné pomoci sobě nebo druhým, v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů, že by ji uměli vyhledat v reálné situaci (ve skutečnosti)?

VO 7.1: Požádali by žáci někoho ze zaměstnanců školy o pomoc (radu) v případě, že by oni nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů? Pokud ano, koho ze zaměstnanců?

5.3 Stanovení věcných hypotéz

1H: Chlapci konzumují alkoholické nápoje v životě vícekrát než dívky (dotazník otázka č. 1 a č. 13).

2H: Žáci v období (vlastní) puberty konzumují alkoholické nápoje v životě vícekrát než žáci v období prepuberty (dotazník otázka č. 2 a č. 13).

3H: Žáci žijící na vesnici konzumují alkoholické nápoje v životě vícekrát než žáci žijící ve městě (dotazník otázka č. 3 a č. 13).

4H: Rodiče na vesnici mluví se svými dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů častěji než rodiče ve městě (dotazník otázka č. 3 a č. 22).

5H: Na základních školách městského typu se přednášky zaměřené na problematiku škodlivosti konzumace alkoholických nápojů konají častěji než na školách vesnického typu (dotazník otázka č. 4 a č. 27).

5.4 Druh výzkumu

V našem případě, v návaznosti na výzkumný problém, byl zvolen výzkum orientovaný kvantitativně. S číselnými údaji, které tímto druhem výzkumu získáme, můžeme dále matematicky pracovat. Jsme schopni **je sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech nebo můžeme využít další metody matematické statistiky.** Hovoříme-li o

filozofickém základu klasických, tedy kvantitativně orientovaných výzkumů, máme na mysli pozitivismus (logický novopozitivismus) (Gavora, 2010, s. 37), lépe řečeno novopozitivismus (Chráska, 2007, s. 12).

5.5 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

V publikaci *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu* (Chráska, 2007, s. 20) nalézáme vymezení dvou klíčových pojmů pro stanovení výzkumného souboru. Prvním z nich je pojem **základní soubor**, kterým rozumíme všechny prvky (osoby, situace) patřící do skupiny, kterou zkoumáme. **Výběrovým souborem** (výběrem, vzorkem) rozumíme část prvků vybranou ze základního souboru, která vybraný soubor zastupuje (reprezentuje).

V našem případě výzkumné sobory definujeme následovně:

Základním souborem jsou žáci 2. stupně základních škol na Uherskobrodsku. **Výběrovým souborem** jsou žáci 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku.

Z předchozího shrnutí vyplývá, že se jedná o **výběr záměrný**. Je nám tedy jasné, jak uvádí Gavora (2010, s. 79), že se jedná o kvalifikovaný výběr. Jedná se o to, že osoby, na kterých provádíme náš výzkum, **se vyznačují určitým znakem a nejsou vybírány způsobem, „co je po ruce, to беру.“**

5.6 Zvolená výzkumná metoda

Pro získání údajů potřebných pro náš výzkum jsme zvolili metodu **dotazníku** (Chráska, 2007, s. 163).

Struktura a obsah použitého dotazníku

Samotný dotazník, jak již bylo řečeno, je výzkumný nástroj, který nám umožňuje poměrně jednoduše získat požadované informace. Samotná konstrukce dotazníku vyžaduje zkušenosti a orientaci v dané problematice.

Námi předkládaný dotazník (viz příloha **P I**) obsahuje položky (dělení dle formy požadované odpovědi (Chráska, 2007, s. 165-168)) **uzavřené** (respondenti vybírají z nabízených možností - **27 položek dotazníku**), **položky polozavřené** (**4 položky dotazníku**) a **otevřené** (respondenti uvádí své vlastní odpovědi – **2 položky dotazníku**).

Dotazník je strukturován do **4 částí**, konkrétně se jedná o část zjišťující demografické údaje (částečně v kontextu konzumace alkoholických nápojů), zkušenosti s konzumací

alkoholických nápojů v průběhu života, dále zkušenosti a z nich vyplývající účinnost (z pohledu žáků) uskutečňovaných opatření primární prevence v prostředí rodiny. Na uvedený úsek navazuje poslední část dotazníku, která je věnována zjišťování zkušeností a z nich vyplývající účinnosti (z pohledu žáků) uskutečňovaných opatření primární prevence v prostředí základní školy.

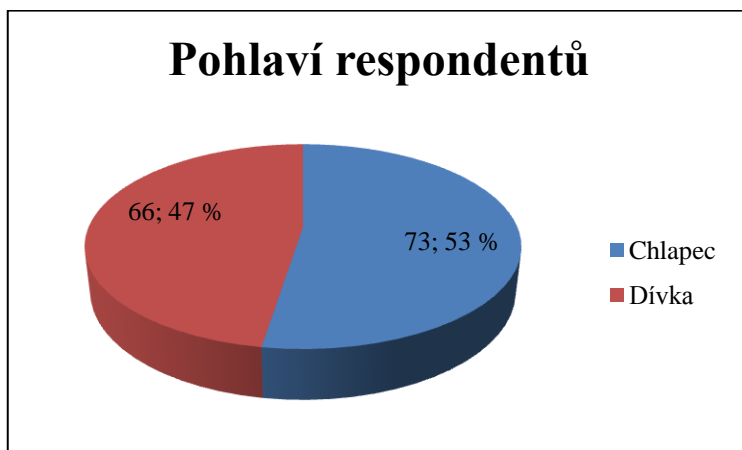
Dotazník byl v průběhu prosince 2013 předložen, v rámci předvýzkumu, 12 žákům vybraných základních škol na Uherskobrodsku. Účelem bylo zjištění případných nedostatků a zhodnocení srozumitelnosti jednotlivých položek dotazníku. Na základě daných zjištění byla změněna grafická podoba dotazníku. Důvodem byla snadnější orientace v dotazníku. Dále jsme u otázky č. 15 (viz dotazník, příloha **P I**) zvolili, v návaznosti na upozornění, možnost výběru více odpovědí.

Následovala osobní distribuce **150** dotazníků na zvolené základní školy na Uherskobrodsku v termínu **14. - 24. ledna 2014**. Návratnost činila **100 %**. Zpět jsme tedy obdrželi všech **150** rozdaných dotazníků. Z důvodu vynechání nebo špatného vyplnění některých položek dotazníku bylo nutno **11** z nich vyřadit. Celkový počet respondentů proto byl **139**. Získaná data byla postupně zaznamenávána, vyhodnocována a analyzována.

6 ANALÝZA DAT

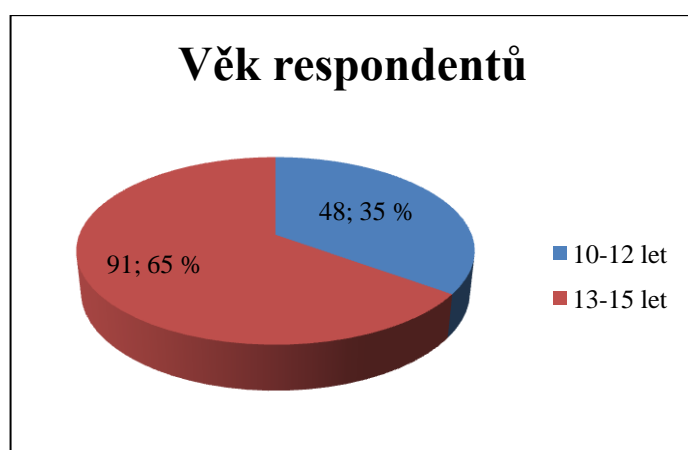
Tato kapitola je věnována zpracování a vyhodnocení dat ze získaných dotazníků. Pro přehlednost jsou údaje, ve většině případů, uspořádány do podoby grafů. Celkový počet respondentů je **139**. Na základě některých odpovědí na otázky (otázka č. 6, 9, 14, 17, 22, 24, 27, 29, 31) se jejich počet mění (viz analýza níže).

1. Část dotazníku



Graf č. 1 Pohlaví respondentů

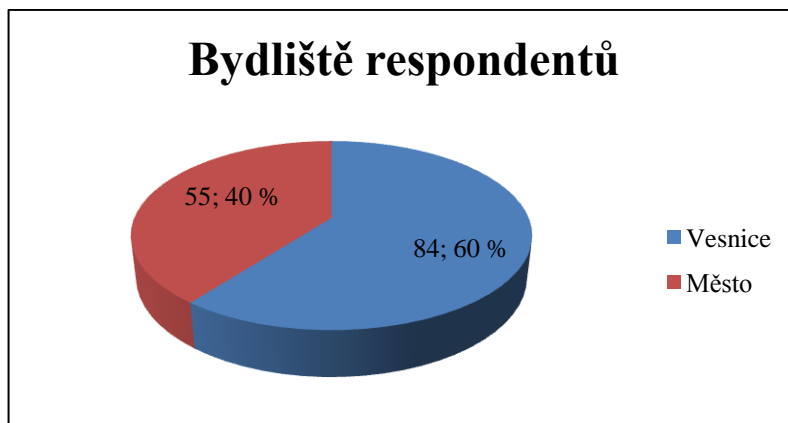
Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví respondentů. Ze získaných dat vyplývá, že **73** (53 %) respondentů tvoří chlapci. Zastoupení dívek je **66** (47 %) z celkového počtu respondentů. Zastoupení jednotlivých pohlaví je, jak lze vyvodit z předkládaných dotazníků, téměř totožné. Získaná data, týkající se pohlaví respondentů, budou využita při další analýze.



Graf č. 2 Věk respondentů

Otázka č. 2 zjišťovala věkové složení výzkumného vzorku. Rozdělení věkových úseků bylo stanoveno v návaznosti na kapitolu 3, resp. na její část zaměřující se na popis žáků 2. stupně základní školy z pohledu vývojové psychologie, kdy daný věkový úsek *pubes-*

cence dělíme, dle uvedených autorů, na období *prepuberty* (10-12 let) a období (vlastní) *puberty* (13-15 let). Ze získaných dat vyplývá, že **91** (65 %) respondentů se pohybuje ve věkovém rozmezí 13-15 let a **48** (35 %) respondentů ve věkovém rozpětí 10-12 let. Získaná data týkající se věkového složení souboru respondentů budou také využita při další analýze dat.



Graf č. 3 Bydliště respondentů

Otázka č. 3 byla zaměřena na zjištění bydliště respondentů. Ze získaných dat vyplývá, že **84** (60 %) respondentů bydlí na vesnici a **55** (40 %) respondentů žije ve městě. Pro obor sociální pedagogika je daný údaj zajímavý zejména v kontextu lokálního prostředí. My v našem výzkumu využijeme, opět, uvedená data při další analýze.



Graf č. 4 Typ navštěvované základní školy v kontextu lokálního prostředí

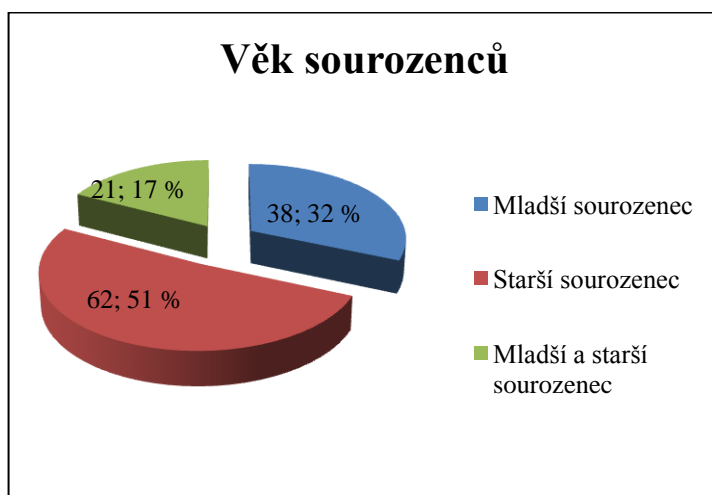
Otázka č. 4 zjišťovala typ navštěvované základní školy v kontextu lokálního prostředí. Z dat získaných výzkumem vyplynulo, že **76** (55 %) respondentů navštěvuje základní školu městského typu. Základní školu venkovského typu pak navštěvuje **63** (45 %) respondentů. Otázka toho typu byla do dotazníku zařazena zejména v souvislosti s problémem

uskutečňování opatření *primární prevence* na základních školách, která jsou součástí *Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV)*.



Graf č. 5 Existence sourozeneckého vztahu

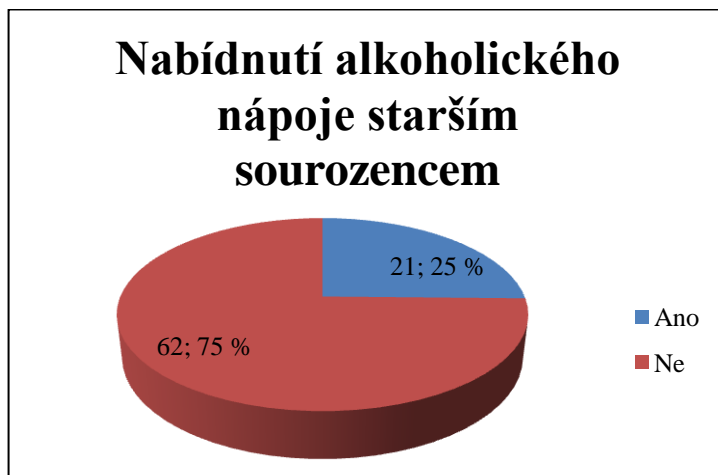
Otázka č. 5 zjišťovala, zda mají respondenti sourozence (existenci sourozeneckého vztahu). Z uvedených odpovědí vystává, že **121** (87 %) respondentů sourozence má. Pouze **18** (13 %) respondentů sourozence nemá, jedná se tedy o jedináčky. U dané otázky také poprvé dochází k dělení respondentů, což má za následek jejich rozdílné pokračování ve vyplňování předkládaného dotazníku. U následující otázky budeme pracovat právě jen s respondenty, kteří uvedli, že sourozence mají. To znamená, že 121 respondentů tvoří 100 % souboru dotazovaných, pro které je určena otázka č. 6 (**n = 121**).



Graf č. 6 Věk sourozenců

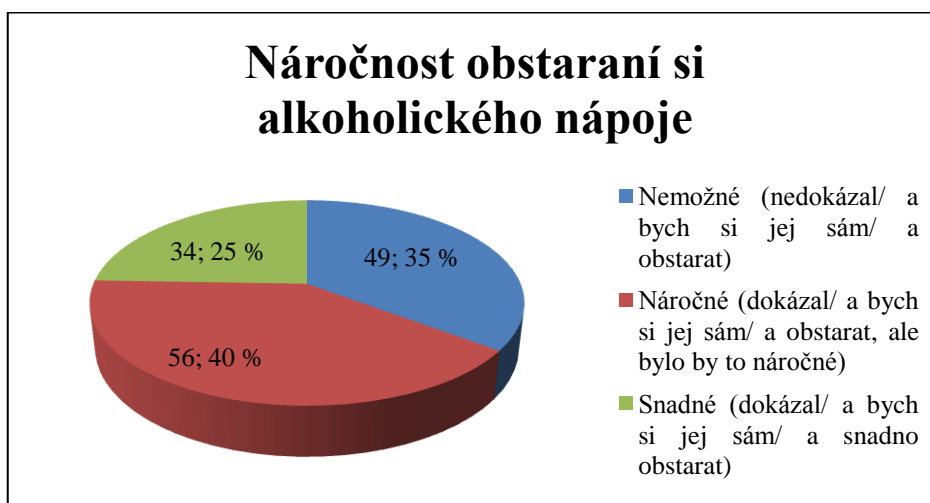
Otázka č. 6 byla zaměřena na zjištění věku sourozenců v porovnání s věkem respondentů. Z předloženého grafu (graf č. 6) vyplývá, že **62** (51 %) respondentů má staršího sourozence, **38** (32 %) respondentů má sourozence mladšího a **21** (17 %) respondentů má

mladšího i staršího sourozence. Klíčovými údaji pro další otázku dotazníku (otázka č. 7) je zastoupení starších a starších a mladších sourozenců. Budeme tedy pracovat z 83 respondenty. Ti tvoří 100 % souboru dotazovaných pro již uvedenou otázku ($n = 83$).



Graf č. 7 Nabídnutí alkoholického nápoje starším sourozencem

Otázka č. 7 (navazující na otázku č. 6) přináší zjištění, týkající se toho, zda starší sourozenci nabídli někdy žákům 2. stupně základní školy alkoholický nápoj. Získaná data ukazují, že **62** (75 %) respondentům starší sourozenec nikdy alkoholický nápoj nenabídl, **21** (25 %) respondentů tuto nabídku od staršího sourozence již někdy ve svém životě dostalo.



Graf č. 8 Náročnost obstarání si alkoholického nápoje

Otázka č. 8 mapovala názor a zkušenosti žáků 2. stupně základní školy na náročnost obstarání si alkoholického nápoje. Opět pracujeme s celým výzkumným souborem, to

znamená, 139 respondentů ($n = 139$). Z předkládaného grafu (graf č. 8) lze vyvodit, že 56 (40 %) žáků považuje obstarání si alkoholického nápoje za náročné, 49 (35 %) z nich vnímá obstarání si alkoholického nápoje jako nemožné a 34 (25 %) žáků 2. stupně základní školy pokládá obstarání si alkoholického nápoje za snadné.

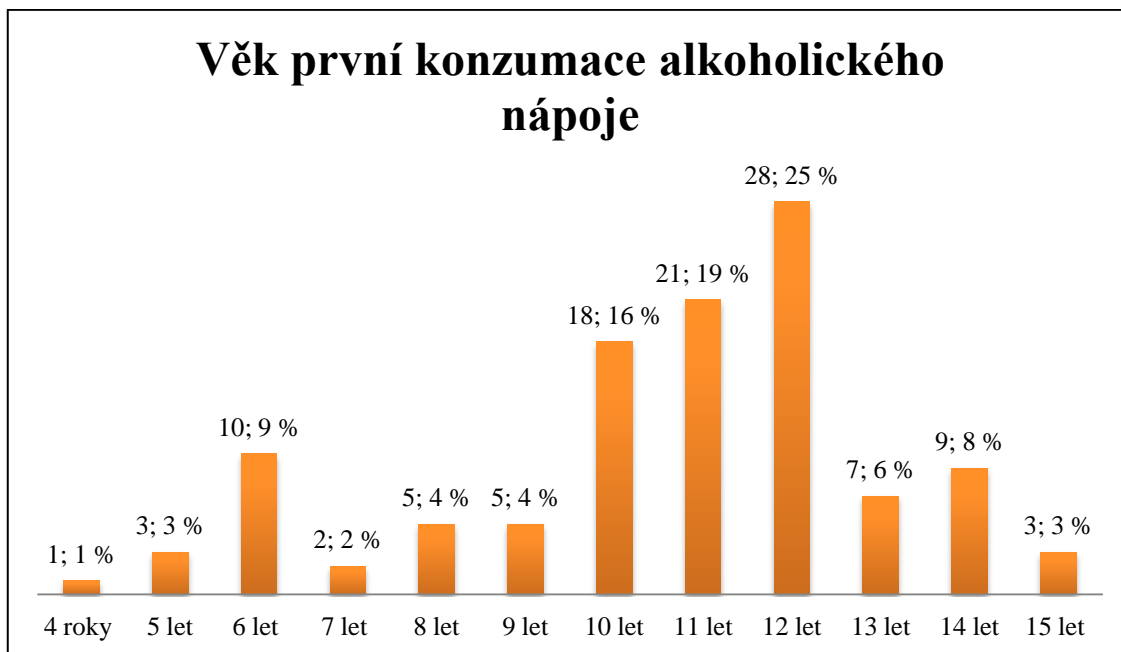
2. část dotazníku

Zkušenosti s konzumací alkoholických nápojů



Graf č. 9 Konzumace alkoholického nápoje někdy v životě

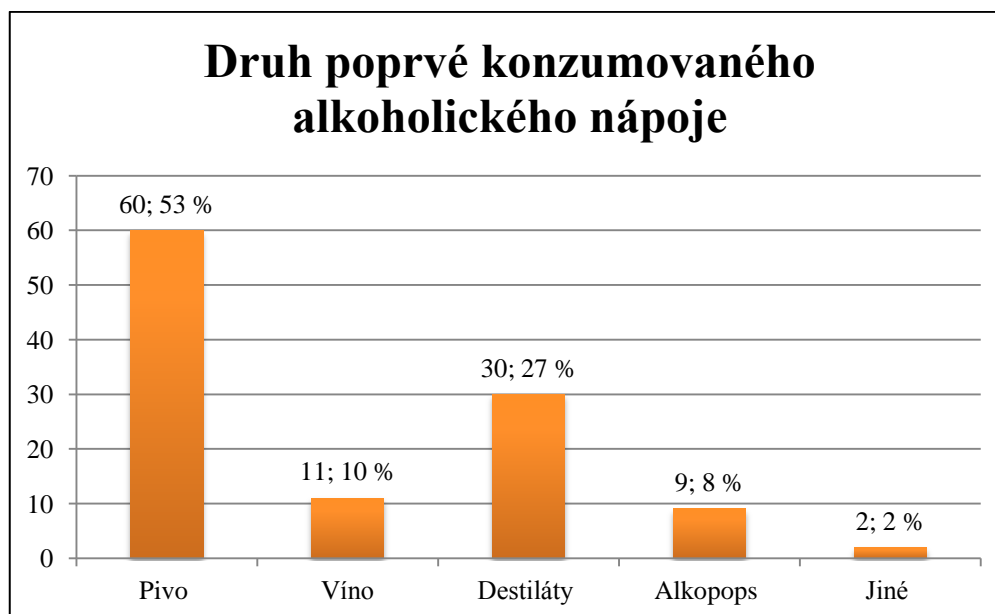
Otázka č. 9 ozřejmuje poměr žáků 2. stupně základní školy, kteří již někdy v životě konzumovali alkoholický nápoj. Z výsledků výzkumu vyvozujeme, že 112 (81 %) respondentů, již někdy v životě konzumovalo alkoholický nápoj. Nikdy v životě alkoholický nápoj nekonzumovalo pouze 27 (19 %) respondentů našeho výzkumu. Uvedená otázka (otázka č. 9) je také 1. otázkou 2. části dotazníku (*Zkušenosti s konzumací alkoholických nápojů*). Uvedený úsek je určen jen pro respondenty, kteří již někdy v životě alkoholický nápoj konzumovali. To znamená, že celkový soubor bude tvořen 112 respondenty ($n = 112$).



Graf č. 10 Věk první konzumace alkoholického nápoje

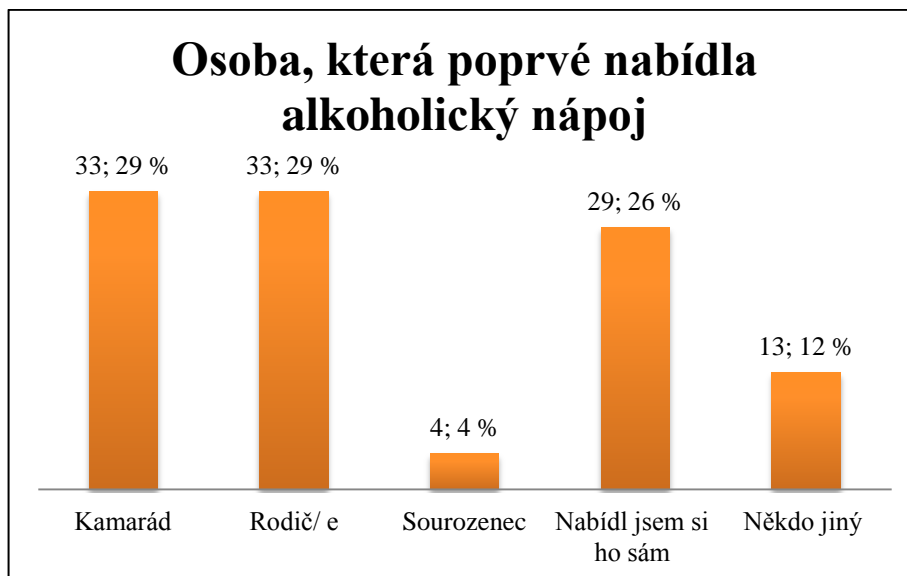
Otázka č. 10 zjišťovala průměrný věk první konzumace alkoholického nápoje. Z předkládaného grafu (graf č. 10) je zřejmé, že **28** (25 %) respondentů poprvé konzumovalo alkoholický nápoj ve věku 12 let, **21** (19 %) respondentů ve věku 11 let, **18** (16 %) ve věku 10 let. Ve věku 6 let pak poprvé konzumovalo alkoholický nápoj **10** (9 %) respondentů, **9** (8 %) respondentů ve věku 14 let, **7** (6 %) respondentů ve věku 13 let. S nejmenší četností pak byly zastoupeny věkové skupiny 8 a 9 let s **5** (4 %) respondenty, 5 a 15 let se **3** (3 %) respondenty, 7 let se **2** (2 %) respondenty a 4 roky, kde se objevuje jen **1** (1 %) respondent.

Po dosažení příslušných hodnot do vzorce pro výpočet *aritmetického průměru* (viz Chráška, 2007, s. 45) nám vyšla hodnota věku, kdy respondenti poprvé konzumovali alkoholický nápoj, **11 let**.



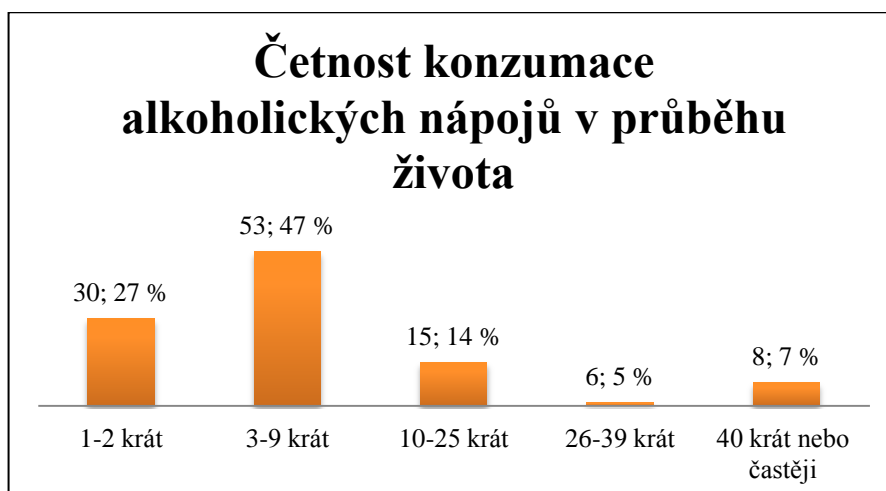
Graf č. 11 Druh poprvé konzumovaného alkoholického nápoje

Otázka č. 11 souvisí s otázkou předchozí. Objasňuje, jaký druh alkoholického nápoje konzumovali respondenti poprvé. Z předkládaného grafu (graf č. 11) vidíme, že **60** (53 %) respondentů poprvé konzumovalo pivo, **30** (27 %) respondentů konzumovalo poprvé destiláty, **11** (10 %) respondentů uvádí, že prvně konzumovaným alkoholickým nápojem bylo u nich víno. Překvapujícím výsledkem bylo zjištění, že u pouhých **9** (8 %) respondentů byl prvně konzumovaným alkoholickým nápojem alkopops. Důvodem je, dle našeho názoru, rostoucí popularita a propagace těchto nápojů. Jinou možnost odpovědi pak zvolili **2** (2 %) respondenti, kdy jeden uvedl, že poprvé konzumoval vaječný likér a druhý respondent uvedl „šampus“. Pozorný čtenář si povšimne toho, že uvedené nápoje lze zařadit do námi zvolených skupin druhů alkoholických nápojů (víno, destiláty). Rozhodli jsme se však, že zvolíme uvedené znázornění výsledků. Chtěli jsme totiž upozornit na to, že děti (*dospívající jedinci*) v některých případech neodhadnou, o jaký druh alkoholického nápoje se jedná, a zároveň tedy neumějí předvídat následky případné konzumace.



Graf č. 12 Osoba, která poprvé nabídla alkoholický nápoj

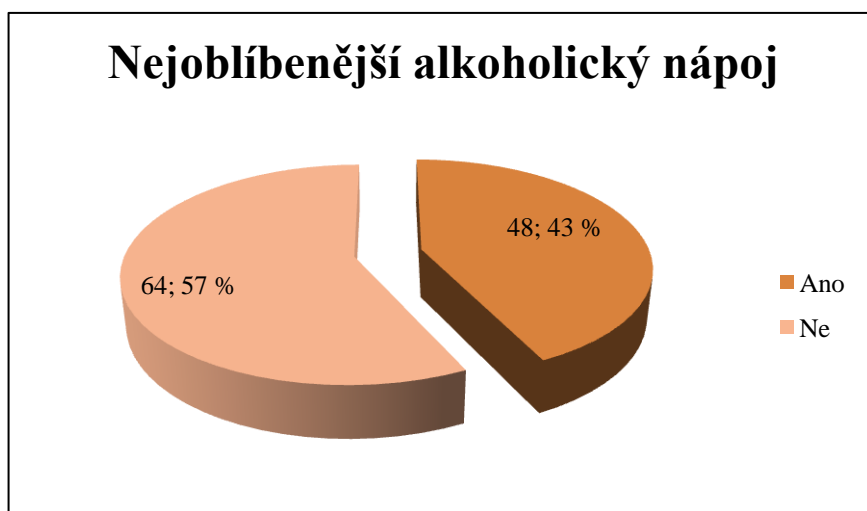
Otázku č. 12 lze opět zahrnout do skupiny otázek týkajících se první konzumace alkoholických nápojů. Objasňuje, která osoba (kdo) respondentům alkoholický nápoj poprvé nabídl. Z předloženého grafu (graf č. 12) je zřejmé že stejné zastoupení, a to **33** (29 %), mají kamarádi a rodiče. Následuje možnost, kdy si jej žáci 2. stupně základní školy nabídli sami. Tuto možnost uvedlo **29** (26 %) respondentů. **13** (12 %) respondentů uvádí, že jim alkoholický nápoj poprvé nabídl někdo jiný (viz tabulka 7; **Jiná osoba, která poprvé nabídla alkoholický nápoj**). Sourozenec pak poprvé nabídl alkoholický nápoj **4** (4 %) respondentům.



Graf č. 13 Četnost konzumace alkoholických nápojů v průběhu života

Otázka č. 13 se ptala na četnost konzumace alkoholických nápojů v průběhu života. Z uvedeného grafu (graf č. 13) lze vyvodit, že **53** (47 %) respondentů uvádí, že konzumovali

alkoholický nápoj 3-9 krát v průběhu života. **30** (27 %) respondentů říká, že četnost jejich konzumace alkoholických nápojů v průběhu života je 1-2 krát. 10-25 krát konzumovalo alkoholický nápoj v průběhu života **15** (14 %) respondentů. **6** (5 %) respondentů uvádí, že konzumovalo alkoholický nápoj 26-39 krát v průběhu života. **8** (7 %) respondentů dokonce uvádí četnost konzumace alkoholických nápojů z průběhu života 40 krát nebo častěji.



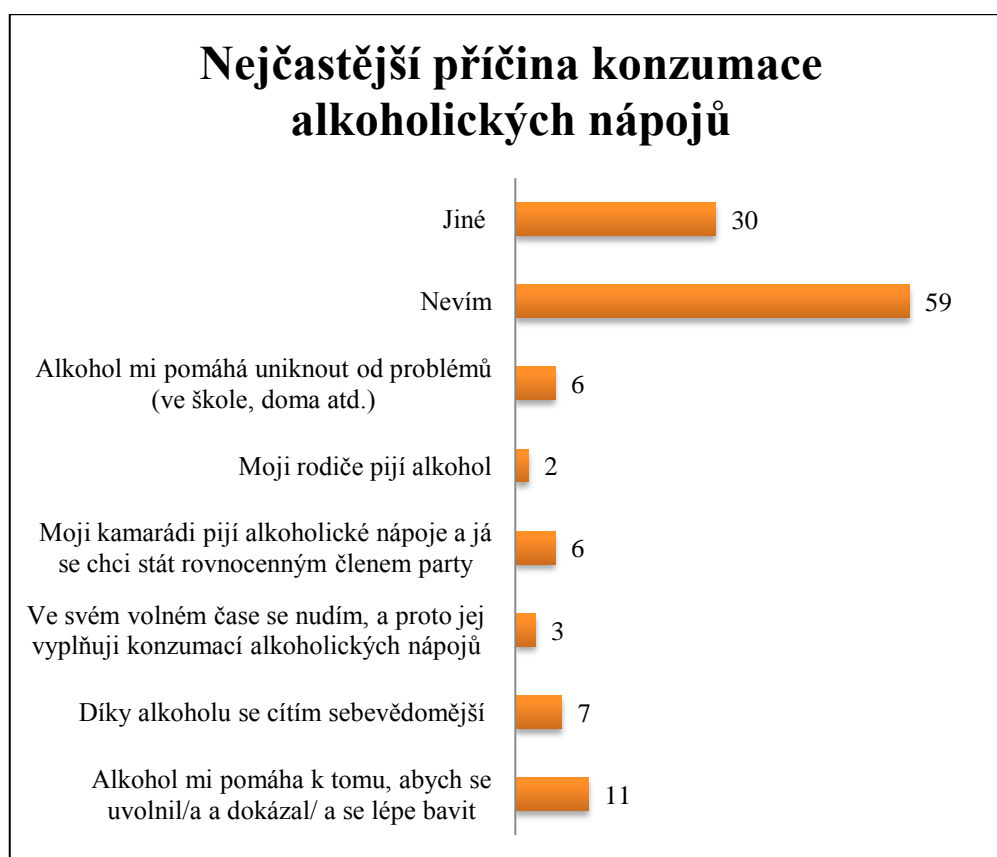
Graf č. 14 *Nejoblíbenější alkoholický nápoj*

Otázka č. 14 předkládaného dotazníku mapovala, zda mají respondenti nějaký nejoblíbenější alkoholický nápoj. Dalo by se říci, že otázka byla rozdělena na dvě části, respektive dělila respondenty do dvou skupin. První skupinu tvořili respondenti, kteří uvedli, že nemají žádný nejoblíbenější alkoholický nápoj. Uvedenou kategorii tvořilo **64** (57 %) žáků 2. stupně základní školy. Druhá kategorie je pak tvořena žáky 2. stupně základní školy, kteří uvedli, že mají nejoblíbenější alkoholický nápoj. Toto seskupení je tvořeno **48** (43 %) respondenty. Se zmiňovanou skupinou dále pracujeme - ptáme se, o jaký alkoholický nápoj se jedná (viz tabulka 1; *Nejoblíbenější alkoholický nápoj*).

Nejoblíbenější alkoholický nápoj

Alkoholický nápoj	Absolutní četnost
Pivo	19
Vodka	9
Rum	5
Víno	4
Rum	3
Slivovice	3
Whisky	2
Likér	1
Medovina	1
Tonik	1
Celkem	48

Tabulka 1 Nejoblíbenější alkoholický nápoj



Graf č. 15 Nejčastější příčina konzumace alkoholických nápojů

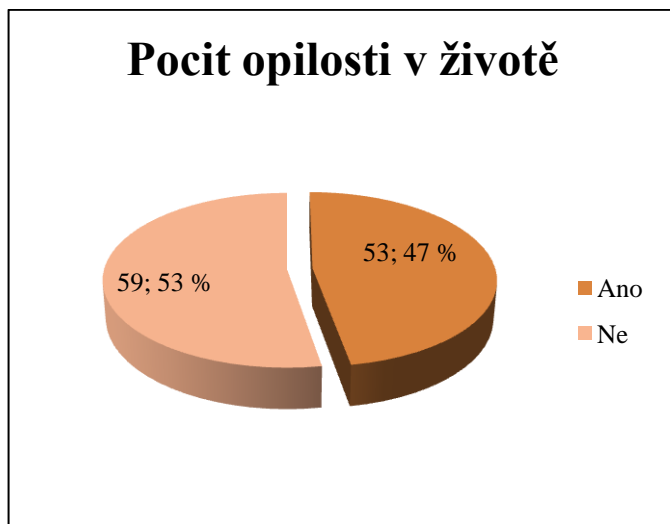
Graf č. 15 ozřejmuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 15. Ta se týká nejčastější(ch) příčin(y) konzumace alkoholických nápojů. Z grafu (graf č. 15) vyvozujeme, že **59** respondentů neví, co je nejčastější příčinou jejich konzumace alkoholických nápojů. **11** respondentů uvádí jako příčinu to, že alkohol jim pomáhá k tomu, aby se uvolnili a dokázali se lépe bavit. Díky alkoholu se cítí sebevědomější **7** respondentů našeho výzkumu. Stejný počet osob, tedy **6**, je zastoupen u odpovědi – moji kamarádi pijí alkoholické nápoje a já se

chci stát rovnocenným členem party a odpovědi – alkohol mi pomáhá uniknout od problémů (ve škole, doma atd.). Možnost – ve svém volném čase se nudím, a proto jej vyplňuji konzumací alkoholických nápojů, zvolili 3 jedinci. 2 respondenti pak volí možnost – moji rodiče pijí alkohol. Jako poslední, ale v tomto případě, významnou skupinu uvádíme 30 respondentů, kteří zvolili jinou možnost odpovědi. Dále je nutno podotknout, že 2 z těchto 30 respondentů do jiné možnosti uvedli 2 varianty, proto uvádíme celkem 32 možností odpovědi (viz tabulka 8; *Jiná nejčastější příčina konzumace alkoholických nápojů*).



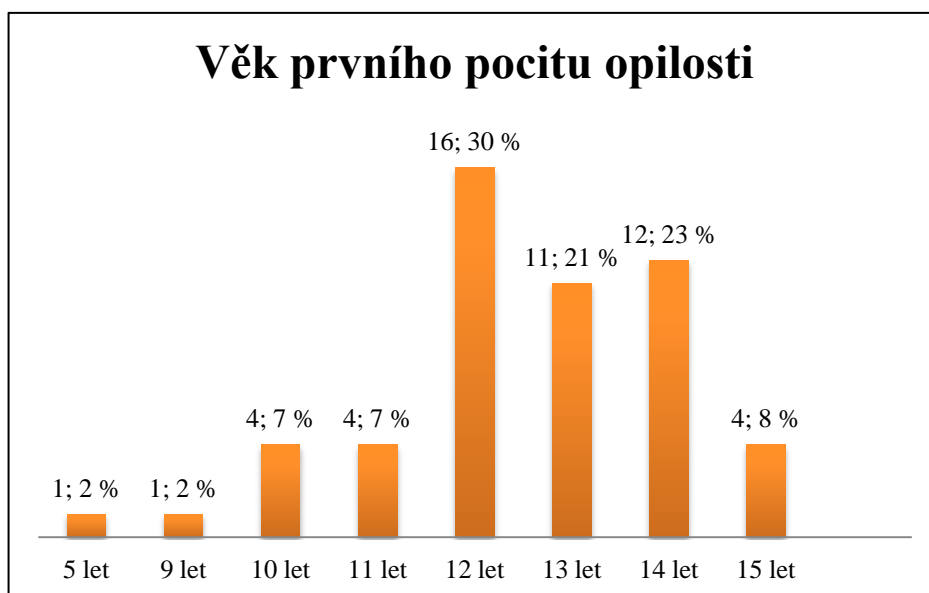
Graf č. 16 Místo nejčastější konzumace alkoholických nápojů

Otázka č. 16 objasňovala, na jakém místě konzumují respondenti alkoholické nápoje s největší četností. Z předkládaného grafu (graf č. 16) vyvstává, že 54 (48 %) respondentů nejčastěji konzumuje nápoje s obsahem alkoholu doma, 25 (22 %) respondentů u kamaráda (např. doma). 10 (9 %) respondentů uvádí jako místo, kde nejčastěji konzumují alkoholické nápoje, park nebo ulici. Na diskotéce pak nejčastěji konzumuje alkoholické nápoje 6 (5 %) respondentů. 3 (3 %) respondenti uvádí, že nejčastěji konzumují nápoje s obsahem alkoholu v restauraci a jen 1 (1 %) respondent nejčastěji konzumuje alkoholické nápoje v baru. Jiné místo nejčastější konzumace alkoholických nápojů pak uvádí 13 (12 %) respondentů (viz tabulka 9; *Jiné místo nejčastější konzumace alkoholických nápojů*).



Graf č. 17 Pocit opilosti v životě

Otázka č. 17 zjišťovala, jaké je zastoupení respondentů, kteří již v životě zažili pocit opilosti. Z předloženého grafu (graf č. 17) vyvozujeme že, **59** (53 %) respondentů nikdy v životě pocit opilosti nezažilo, z čehož vyplývá, že **53** (47 %) respondentů tento pocit již někdy v životě zažilo. Daný údaj je stěžejní pro následující dvě otázky, které se vztahují právě k pocitu opilosti (otázka č. 18, 19). Při vyhodnocování výsledku odpovědí na dané otázky tedy budeme pracovat s 53 respondenty ($n = 53$).

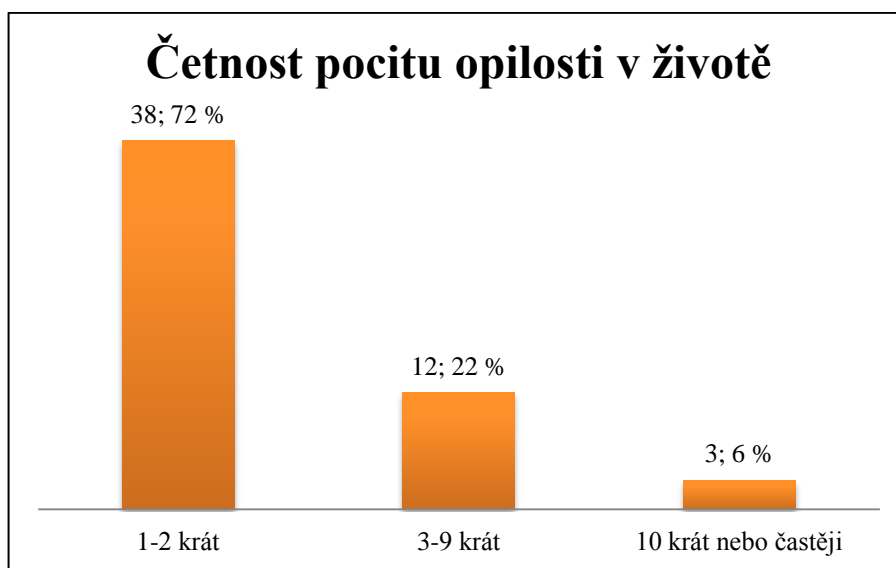


Graf č. 18 Věk prvního pocitu opilosti

Otázka č. 18 zjišťovala věk, kdy respondenti zažili poprvé pocit opilosti. Z předloženého grafu (graf č. 18) vyčteme, že **16** (30 %) respondentů zažilo tento pocit ve

věku 12 let, **12** (23 %) respondentů uvádí věk 14 let a **11** (21 %) respondentů věk 13 let. Stejný počet jedinců, to znamená **4** (7 %; 8 %) respondenti, uvádí 10, 11 a 15 let, jako věk, kdy zažili první pocit opilosti. Pouze **1** (2 %) respondent se vyskytuje u věkové skupiny 5 a 9 let.

Po dosazení příslušných hodnot do vzorce pro výpočet **aritmetického průměru** (Chráska, 2007, s. 45) nám vyšla hodnota věku prvního pocitu opilosti **12 let**.



Graf č. 19 Četnost pocitu opilosti v životě

Otázka č. 19 zjišťovala četnost pocitu opilosti u respondentů v průběhu života. Z předloženého grafu (graf č. 19) vyplývá, že **38** (72 %) respondentů zažilo pocit opilosti 1-2 krát v průběhu života. **12** (22 %) respondentů uvádí četnost pocitu opilosti 3-9 krát v průběhu života a pouze **3** (6 %) jedinci uvádí četnost pocitu opilosti 10 krát nebo častěji v průběhu života.

3. část dotazníku

Zaměřená na uskutečňování opatření primární prevence

Rodina



Graf č. 20 Konzumace alkoholických nápojů v přítomnosti rodičů

Graf č. 20 zobrazuje vyhodnocení výsledků na otázku č. 20, která měla za úkol ozřejmit, zda respondenti konzumují alkoholické nápoje v přítomnosti rodičů. Otázka byla použita záměrně. Vztahovala se ke kapitole 4 (zdravá pravidla v rodině - teoretické části). Z uvedeného grafu (graf č. 20) vyvozujeme, že **66** (59 %) respondentů nemůže konzumovat (nekonzumuje) alkoholické nápoje v přítomnosti rodičů. Naopak **46** (41 %) respondentů uvádí, že alkoholické nápoje v přítomnosti rodičů konzumovat může (konzumuje). Připomínáme, že i pro tuto otázku je celkový počet respondentů roven 112 (respondenti, kteří již někdy v životě alkoholický nápoj konzumovali; **n = 112**).



Graf č. 21 Konzumace alkoholických nápojů rodiči v přítomnosti dětí

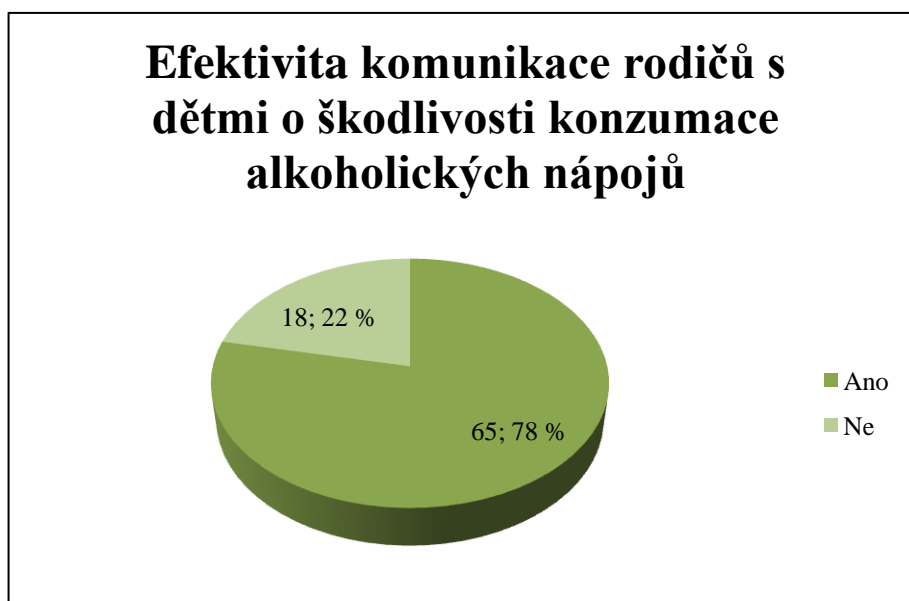
Graf č. 21 ukazuje, v jaké míře konzumují alkoholické nápoje v přítomnosti dětí jejich rodiče. Lze vyčíst, že **118** (85 %) respondentů uvádí, že jejich rodiče alkoholické nápoje v jejich přítomnosti konzumují a **21** (15 %) respondentů uvádí, že rodiče alkoholické nápoje v jejich přítomnosti nekonzumují (celkový počet respondentů je 139; **n = 139**). Dle našeho názoru, je zastoupení rodičů, kteří v přítomnosti svých potomků alkoholické nápoje konzumují, vysoké, pro by mu měla být věnována náležitá pozornost. Nejen děti, ale i jejich rodičové by se měli naučit, jak se správně chovat (jak být správným vzorem pro své děti).



Graf č. 22 Komunikace rodičů s dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů

Graf č. 22 zobrazuje výsledky odpovědí na otázku č. 22 předkládaného dotazníku. Ptá se, zda rodiče mluví se svými dětmi o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických

nápojů. Jak je z grafu zřejmé (graf č. 22), **83** (60 %) respondentů uvádí, že s nimi jejich rodiče o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů mluví. **56** (40 %) respondentů uvádí odpověď opačnou, tedy, že s nimi jejich rodiče o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů nemluví. U další otázky (otázka č. 23) budeme pracovat s respondenty, kteří zvolili možnost „ano“ (**n = 83**).



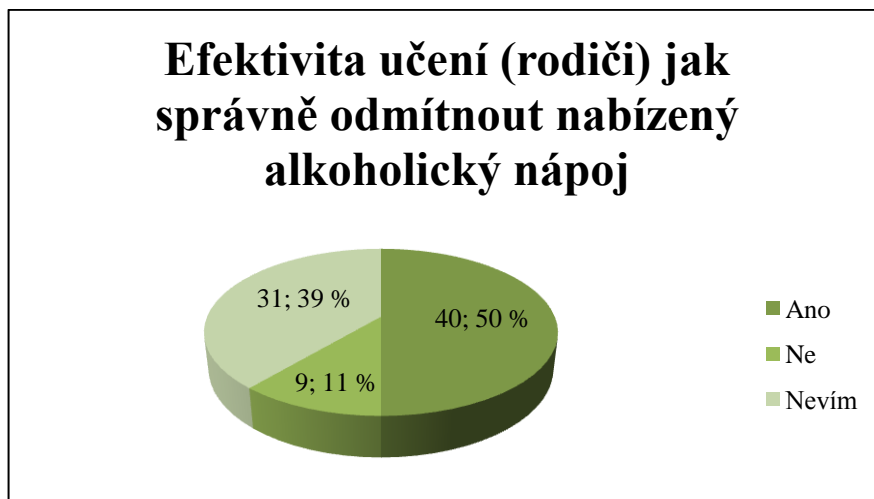
Graf č. 23 Efektivita komunikace rodičů s dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů

Otázka č. 23 se ptala na to, zda respondenty, se kterými rodiče mluví o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů, komunikace o daných rizicích skutečně přesvědčila. Z předloženého grafu (graf č. 23) vyplývá, že **65** (78 %) respondentů uvedené opatření *primární prevence* skutečně o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů přesvědčilo. **18** (22 %) respondentů naopak uvádí, že uvedené opatření *PP* je o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů nepřesvědčilo. Opět otázkou narážíme na kapitolu 4 (teoretická část).



Graf č. 24 Učení (rodiči) jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj

Otázka č. 24 zjišťuje, zda rodiče učí respondenty (své děti), jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj. Z uvedeného grafu (graf č. 24) vidíme, že **80** (58 %) respondentů jejich rodiče učí, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj (daná skupina respondentů bude odpovídat na otázku následující (otázka č. 25); **n = 80**), naopak **59** (42 %) respondentů uvádí, že, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj, je jejich rodiče neučí. Pozorujeme, že zastoupení obou skupin je vysoké. Domníváme se však, že se zastoupením rodičů, kteří své potomky neučí, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj, by se mělo dále pracovat, aby docházelo k jeho snižování.



Graf č. 25 Efektivita učení (rodiči) jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj

Graf č. 25 ozřejmuje vyhodnocení odpovědí na otázku, jestli si respondenti, které rodiče učili, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj ($n = 80$), myslí, že by jim to pomohlo zvládnout odmítnutí v reálné situaci (ve skutečnost). Graf (graf č. 25) uvádí, že **40** (50 %) respondentů si myslí, že by jim to pomohlo zvládnout odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje v reálné situaci (ve skutečnosti), naopak **9** (11 %) respondentů uvádí odpověď „ne“. Možnost „nevím“ pak volilo **31** (39 %) respondentů. Důvodem uvedení této možnosti odpovědi („nevím“) je fakt, že v případě účinné *primární prevence*, si respondent není zcela jist a a důvodem další je, že respondent nemusel danou situaci nikdy zažít, neví tedy, jak by se zachoval.



Graf č. 26 Požádání rodičů o pomoc (radu) v případě problému s konzumací alkoholických nápojů

Graf č. 26 znázorňuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 26. Jejím účelem bylo zjistit, zda by děti (respondenti) požádali o pomoc (radu) rodiče v případě, že by oni sami nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů. Ze získaných odpovědí vyvozujeme, že **56** (40 %) respondentů by rodiče o pomoc (radu) požádalo, naopak **30** (22 %) respondentů by rodiče o pomoc (radu) nepožádalo a **53** (38 %) respondentů neví, zda by rodiče požádali o pomoc (radu) v případě, že by oni nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů. Opět upozorňujeme na možnost odpovědi „nevím“. Pracujeme se souborem 139 respondentů (**n = 139**).

Primární prevence – škola

Graf č. 27 Uskutečňování přednášek o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů

Graf č. 27 osvětluje vyhodnocení odpovědí na otázku zaměřenou na zjištění uskutečňování přednášek o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů v prostředí školy. Je zřejmé (viz graf č. 27), že **102 (73 %)** respondentů uvádí, že na jejich škole se přednášky zaměřené na uvedenou tematiku uskutečňují. Naopak **37 (27 %)** respondentů uvádí, že daná problematika není na jejich škole probírána. Jak z uvedených čísel vyplývá, pracujeme opět se souborem 139 respondentů (**n = 139**). Z výsledků odpovědí na otázku č. 27 by se tedy dalo vyvodit, že uvedené *opatření primární prevence* (viz **Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání**) je ve vybraných školách opravdu prováděno. Další otázky námi předkládaného dotazníku (viz příloha **P I**) zjišťují uskutečňování a účinnost jednotlivých částí onoho opatření. Pracujeme tedy se souborem 102 respondentů (**n = 102**).



Graf č. 28 Efektivita přednášek zaměřených na škodlivost konzumace alkoholických nápojů

Graf č. 28 zobrazuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 28. Ta je zaměřena na účinnost přednášek hovořících o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů. Ptá se, zda žáky tyto akce skutečně přesvědčily o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů. Z předloženého grafu (graf č. 28) vyvozujeme, že **74** (73 %) respondentů tyto akce o škodlivosti alkoholu skutečně přesvědčily. **28** (27 %) respondentů uvedené akce o škodlivosti alkoholu nepřesvědčily ($n = 102$).



Graf č. 29 Učení (ve škole) jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj

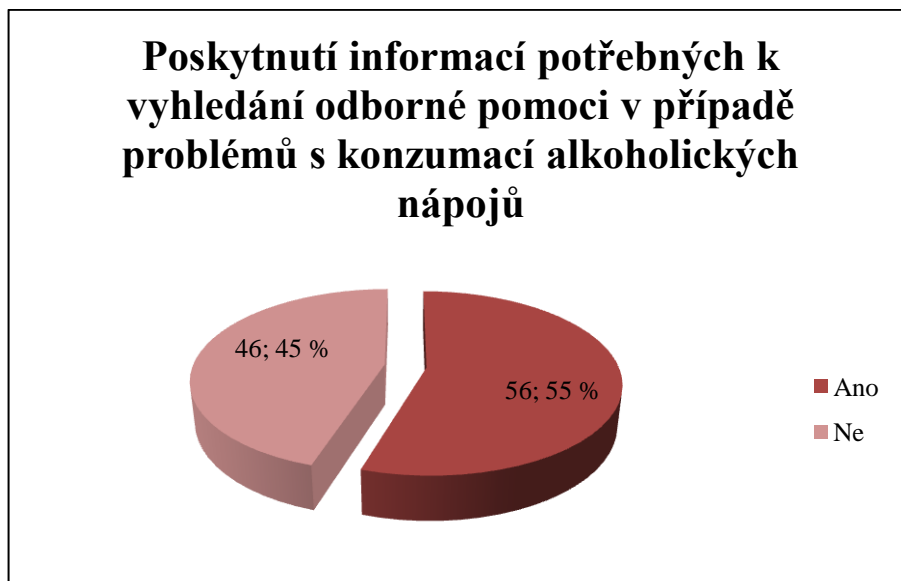
Otázka č. 29 dotazníku byla zaměřena na zjištění, zda ve škole žáky učí, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj. Z uvedeného grafu (graf č. 29) vyvstává, že **58** (57

%) respondentů uvádí, že je ve škole učí, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj. **44** (43 %) respondentů naopak uvádí, že je ve škole neučí, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj. Daná otázka (otázka č. 29) se váže na otázku následující, která je zaměřená právě na účinnost uvedeného opatření *primární prevence*. Budeme tedy pracovat se souborem respondentů, kteří zvolili možnost „ano“ (**n = 58**).



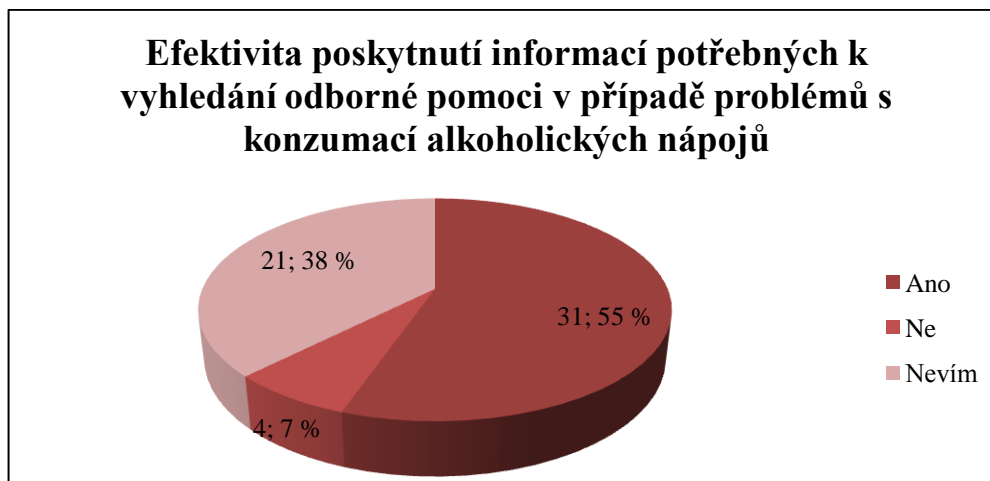
Graf č. 30 Efektivita učení (ve škole) jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj

Graf č. 30 osvětluje výhodnocení odpovědí na otázku č. 30. Ta je zaměřena na zjištění účinnosti učení (ve škole) odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje v reálné situaci (ve skutečnosti). **25** (43 %) respondentů uvádí, že si myslí, že jim to pomohlo zvládnout odmítnutí alkoholického nápoje v reálné situaci (ve skutečnosti). **10** (17 %) respondentů volí možnost „ne“ a **23** (40 %) respondentů neví, zda jim to pomohlo zvládnout odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje v reálné situaci (ve skutečnosti). Opět zvyrazňujeme význam odpovědi „nevím“ v souvislosti účinné *primární prevence* a nezažití dané situace v životě.



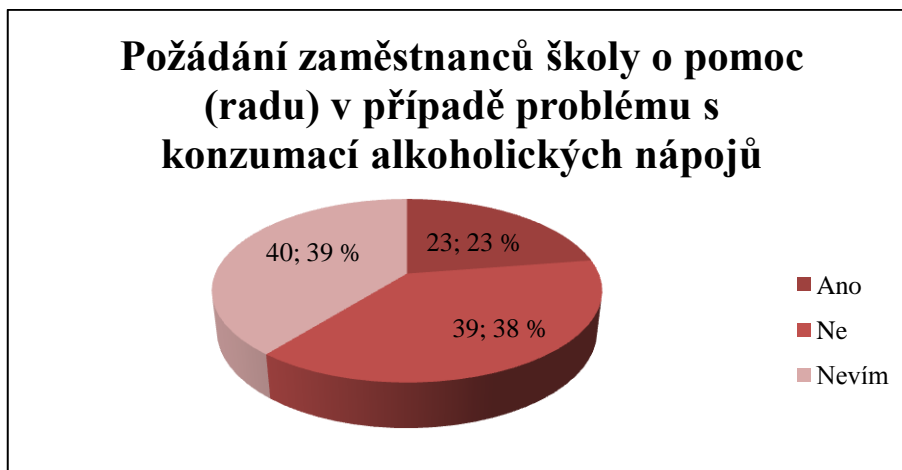
Graf č. 31 Poskytnutí informací potřebných k vyhledání odborné pomoci v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů

Graf č. 31 zobrazuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 31. Daná otázka se ptala na to, zda ve škole poskytli žákům informace potřebné k vyhledání odborné pomoci sobě nebo druhým v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů. Možnost „ano“ pak, dle předkládaného grafu (graf č. 31), volilo **56** (55 %) ze 102 respondentů (**n = 102**), kteří uvádí, že na jejich škole s nimi učitelé mluví o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů. (Na jejich škole se konají přednášky, semináře atd. o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů.) Naopak **46** (45 %) respondentů uvádí, že jim ve škole neposkytli potřebné informace k vyhledání odborné pomoci v případě, že by oni sami nebo někdo druhý měl problémy s konzumací alkoholických nápojů. Pro otázku následující, zaměřenou na účinnost tohoto opatření, je tedy klíčový počet 56 respondentů, kteří volili možnost „ano“ (**n = 56**).



Graf č. 32 Efektivita poskytnutí informací potřebných k vyhledání odborné pomoci v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů

Otázka č. 32 navazovala na otázku 31. Jejím úkolem bylo zjistit účinnost poskytnutí informací (ve škole) potřebných k vyhledání odborné pomoci v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů. Z předloženého grafu (graf č. 32) lze vyčíst, že **31** (55 %) respondentů, kterým tyto informace byly ve škole poskytnuty (**n = 56**), si myslí, že by díky nim uměli vyhledat odbornou pomoc sobě nebo druhým v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů v reálné situaci (ve skutečnosti). **4** (7 %) respondenti si naopak myslí, že by, nehledě na tyto informace, neuměli vyhledat odbornou pomoc v reálné situaci (ve skutečnosti) a **21** (38 %) respondentů neví (spojitost s účinnou primární prevencí a zažitím dané situace; viz např. otázka č. 25, 26,...), zda by to díky těmto poskytnutým informacím v reálné situaci (ve skutečnosti) uměli.



Graf č. 33 Požádání zaměstnanců školy o pomoc (radu) v případě problému s konzumací alkoholických nápojů

Graf č. 33 zobrazuje vyhodnocení odpovědí na otázku č. 33, která byla zaměřena na to, za by žáci požádali o pomoc (radu) někoho ze zaměstnanců školy v případě, že by oni sami nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů. Z uvedeného grafu (graf č. 33) vyvozujeme, že **23** (23 %) žáků by někoho ze zaměstnanců školy o pomoc (radu) požádalo. Koho konkrétně zobrazuje tabulka níže (Tabulka č. 2; *Požádání zaměstnance školy o pomoc (radu) v případě problému s konzumací alkoholických nápojů*). Celkový počet odpovědí je zde 25, je tomu tak proto, že 1 respondent uvádí odpověď „školní psycholog a učitel“ a 1 respondent odpověď „učitel a výchovný poradce“. Ve výzkumu byly ponechány, i když u této otázky nebyla možnost více odpovědí. Dále je zajímavé zjištění, že někteří žáci uvádí přímo konkrétní jména zaměstnanců. My jsme si však zjistili jejich zaměstnaneckou pozici a jména neuvádíme. Naopak **39** (38 %) respondentů by nikoho ze zaměstnanců školy a pomoc (radu) v případě problému s konzumací alkoholických nápojů nepožádalo a **40** (39 %) respondentů neví (spojitost s účinnou primární prevencí a zažitím dané situace; viz např. otázka č. 25, 26,...), zda by někoho ze zaměstnanců školy o pomoc (radu) požádalo (**n = 102**).

Zaměstnanec školy	Absolutní četnost
Třídní učitel/ ka	12
Učitel	7
Výchovný poradce	2
Školní psycholog	1
Zástupce (ředitele)	1
Všichni zaměstnanci	1
Metodik prevence	1
Celkem	25

Tabulka 2 Požádání zaměstnance školy o pomoc (radu) v případě problému s konzumací alkoholických nápojů

Verifikace hypotéz

V následující části práce uvedeme verifikaci hypotéz, které byly stanoveny v úvodu praktické části.

Pro otázku č. 1 a č. 13 byla stanovena hypotéza 1H (četnost konzumace alkoholických nápojů závisí na pohlaví). Pro možnost využití testu nezávislosti dobré shody chí-kvadrát však bylo nutno sloučit četnost odpovědí možností 10-25 krát, 26-39 krát a 40 krát nebo častěji do odpovědi jedné (10 krát nebo častěji).

1H₀: Chlapci konzumují alkoholické nápoje v životě se stejnou četností jako dívky.

2H_A: Chlapci konzumují alkoholické nápoje v životě s rozdílnou četností jako dívky (četnost konzumace alkoholických nápojů v průběhu života je vyšší u chlapců).

	Dívka	Chlapec	Σ
1-2 krát	19 (13,125)	11 (16,875)	30
3-9 krát	21 (23,188)	32 (29,813)	53
10 krát nebo častěji	9 (12,687)	20 (16,312)	29
Σ	49	63	112

Tabulka 3 Kontingenční tabulka k hypotéze 1H

Stupeň volnosti: $f = 2$

Vypočítané testové kritérium $\chi^2 = 6,945$

Zvolená hladina významnosti: $\alpha = 0,05$

Kritická hodnota testového kritéria: $\chi^2_{0,05} (2) = 5,991$

Vypočítaná hodnota testového kritéria χ^2 je vyšší než kritická hodnota testového kritéria, odmítáme proto nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a přijímáme hypotézu alternativní.

Pro otázku č. 2 a č. 13 byla stanovena hypotéza $2H$ (četnost konzumace alkoholických nápojů závisí na věku). Pro možnost využití testu nezávislosti dobré shody chí-kvadrát však bylo nutno sloučit četnost odpovědí možností 10-25 krát, 26-39 krát a 40 krát nebo častěji do odpovědi jedné (10 krát nebo častěji).

$2H_0$: Žáci v období (vlastní) puberty konzumují alkoholické nápoje v životě se stejnou četností jako žáci v období prepuberty.

$2H_A$: Žáci v období (vlastní) puberty konzumují alkoholické nápoje v životě s rozdílnou četností jako žáci v období prepuberty (četnost konzumace alkoholických nápojů v průběhu života je vyšší u žáků v období (vlastní) puberty).

	Věk 10-12 let	Věk 13-15 let	Σ
1-2 krát	15 (9,643)	15 (20,357)	30
3-9 krát	14 (17,036)	39 (35,964)	53
10 krát nebo častěji	7 (9,321)	22 (19,679)	29
Σ	36	76	112

Tabulka 4 Kontingenční tabulka k hypotéze $2H$

Stupeň volnosti: $f = 2$

Vypočítané testové kritérium: $\chi^2 = 6,035$

Zvolená hladina významnosti: $\alpha = 0,05$

Kritická hodnota testového kritéria: $\chi^2_{0,05} (2) = 5,991$

Vypočítaná hodnota testového kritéria χ^2 je vyšší než kritická hodnota testového kritéria, odmítáme proto nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a přijímáme hypotézu alternativní.

Pro otázku č. 3 a č. 9 byla zvolena hypotéza $3H$ (četnost konzumace alkoholických nápojů závisí na místě bydliště). Pro možnost využití testu nezávislosti dobré shody chíkvadrát však bylo nutno sloučit četnost odpovědí možností 10-25 krát, 26-39 krát a 40 krát nebo častěji do odpovědi jedné (10 krát nebo častěji).

$3H_0$: Žáci žijící na vesnici konzumují alkoholické nápoje v životě se stejnou četností jako žáci žijící ve městě.

$3H_A$: Žáci žijící na vesnici konzumují alkoholické nápoje v životě s rozdílnou četností jako žáci žijící ve městě (četnost konzumace alkoholických nápojů v průběhu života je vyšší u žáků žijících na vesnici).

	Vesnice	Město	Σ
1-2 krát	18 (18,75)	12 (11,25)	30
3-9 krát	34 (33,125)	19 (19,875)	53
10 krát nebo častěji	18 (18,125)	11 (10,875)	29
Σ	70	42	112

Tabulka 5 Kontingenční tabulka k hypotéze $3H$

Stupeň volnosti: $f = 2$

Vypočítané testové kritérium: $\chi^2 = 0,143$

Zvolená hladina významnosti: $\alpha = 0,05$

Kritická hodnota testového kritéria: $\chi^2_{0,05} (2) = 5,991$

Vypočítaná hodnota testového kritéria χ^2 je nižší než kritická hodnota testového kritéria, přijímáme proto nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a odmítáme hypotézu alternativní.

Pro otázku č. 3 a č. 22 byla zvolena hypotéza 4H (frekvence komunikace rodičů s dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů závisí na místě bydliště). U dané hypotézy (4H), stejně jako u hypotézy následující (5H), je nutno uvést, že se jedná o stanovení závislosti dle názoru žáků 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku.

$4H_0$: Frekvence komunikace rodičů s dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů na vesnici je stejná jako frekvence komunikace rodičů s dětmi ve městě.

$4H_A$: Frekvence komunikace rodičů s dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů na vesnici je rozdílná jako frekvence komunikace rodičů s dětmi ve městě (frekvence komunikace rodičů s dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů je vyšší na vesnici).

	Vesnice	Město	Σ
Ano	53 (50,158)	30 (32,842)	83
Ne	31 (33,842)	25 (22,158)	56
Σ	84	55	139

Tabulka 6 Čtyřpolní tabulka pro hypotézu 4H

Stupeň volnosti: $f = 1$

Vypočítané testové kritérium: $\chi^2 = 1,011$

Zvolená hladina významnosti: $\alpha = 0,05$

Kritická hodnota testového kritéria: $\chi^2_{0,05} (1) = 3,841$

Vypočítaná hodnota testového kritéria χ^2 je nižší než kritická hodnota testového kritéria, přijímáme proto nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a odmítáme hypotézu alternativní.

Pro otázku č. 4 a č. 27 byla zvolena hypotéza $5H$ (frekvence konání přednášek zaměřených na problematiku škodlivosti konzumace alkoholických nápojů závisí na místě školy).

$5H_0$: Frekvence konání přednášek zaměřených na problematiku škodlivosti konzumace alkoholických nápojů na škole městského typu je stejná jako frekvence konání přednášek na škole vesnického typu.

$5H_A$: Frekvence konání přednášek zaměřených na problematiku škodlivosti konzumace alkoholických nápojů na škole městského typu je rozdílná jako frekvence konání přednášek na škole vesnického typu (frekvence konání přednášek zaměřených na problematiku škodlivosti konzumace alkoholických nápojů je vyšší na škole městského typu).

	Vesnice	Město	Σ
Ano	40 (46,230)	62 (55,770)	102
Ne	23 (16,770)	14 (20,230)	37
Σ	63	76	139

Tabulka 7 Čtyřpolní tabulka pro hypotézu $5H$

Stupeň volnosti: $f = 1$

Vypočítané testové kritérium: $\chi^2 = 5,773$

Zvolená hladina významnosti: $\alpha = 0,05$

Kritická hodnota testového kritéria: $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

Vypočítaná hodnota testového kritéria χ^2 je vyšší než kritická hodnota testového kritéria, odmítáme proto nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05 a přijímáme hypotézu alternativní.

7 INTERPRETACE DAT (DISKUSE, SHRNUTÍ)

Kapitolou nazvanou *Interpretace dat* (diskuse, shrnutí) přinášíme stručný přehled zjištěných výsledků šetření, které jsou již prezentovány v kapitole předchozí (*Analýza dat*). Jak již bylo několikrát, v rámci předložené práce, řečeno, problém konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy nebo i u starších jedinců, kteří však nedosáhli věku 18 let, je rozsáhlý, ale, dle našeho názoru, opomíjený nebo řešený jen okrajově. Výsledky námi provedeného výzkumu tento fakt potvrzují. Zjišťujeme totiž, že většina respondentů (pozn. žáci 2. stupně vybraných základních škol na Uherskobrodsku) již někdy v životě alkoholický nápoj ochutnalo (konzumovalo). Průměrný věk první zkušenosti s alkoholem se pohybuje v rozmezí, které uvádí i výzkumy zmíněné v obsahu samotné práce (viz *Konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy v souvislosti s vývojovými změnami*). Konstatujeme, že se jedná o věk opravdu nízký. Jako druh prvně konzumovaného alkoholického nápoje je s největší četností uváděno pivo. Což, vzhledem k národním zvyklostem, pokud opomeneme věk, není až tak překvapující. Zajímavé je také zjištění, kdo poprvé dospívajícímu jedinci nápoj s obsahem alkoholu nabídl. Zastoupení kamarádů a rodičů je shodné (viz *Sociální změny v období pubescence*). Překvapující je nejen zjištění vysokého zastoupení rodičů, ale i další fakt, a to, jak vysoké je zastoupení jiné osoby z nejbližší rodiny (např. prarodiče, teta....; viz tabulka 7; *Jiná osoba, která poprvé nabídla alkoholický nápoj*). V souvislosti s uvedenou otázkou a věkem respondentů je také zarážející četnost, s jakou si alkoholický nápoj poprvé nabídli respondenti sami. Je ovšem také otázkou, zda to bylo v přítomnosti dospělé osoby nebo např. ve skupině vrstevníků (zde již narážíme na otázku č. 20 (3. část dotazníku – *Otázky zaměřené na prevenci problematiky konzumace alkoholických nápojů; Rodina; Konzumace alkoholických nápojů v přítomnosti rodičů*)).

Následující otázky dané části dotazníku (2. Část dotazníku; *Zkušenosti s konzumací alkoholických nápojů*) se věnují nejen první zkušenosti s alkoholem, ale přináší ucelený přehled zjištění, týkajících se stavu problému tohoto rizikového chování u žáků 2. stupně základních škol (na Uherskobrodsku). Již samotná četnost konzumace alkoholických nápojů v průběhu života (u respondentů) je varující. Průměrná hodnota není sice nejvyšší ze zvolených možností, ale je patrné, že respondenti nemají s alkoholem jedinou zkušenost. Zjištěnou hodnotu lze brát jako varovný signál rozvoje závislosti na alkoholu. Překvapující je také četnost respondentů, kteří uvádí, že je nějaký druh alkoholického nápoje jejich nejoblíbenější. V našem výzkumu pak oblíbenost piva.

Žáci ale, v návaznosti na předchozí otázky, s nejvyšší četností uvádí, že neví, co je nejčastější příčinou jejich konzumace nápojů s obsahem alkoholu nebo uvádí možnost jinou, než jim byla ve výčtu nabídnuta (viz tabulka 8; *Nejčastější příčina konzumace alkoholických nápojů*).

Jako místo nejčastější konzumace alkoholických nápojů je uváděn domov, což poukazuje na, již zmíněnou, otázku, zda děti konzumují opravdu, s takovou četností, alkohol v přítomnosti rodičů. Poměrně vysoké je, opět, zastoupení místa nejčastější konzumace nápojů s obsahem alkoholu u kamarádů (např. doma).

Série několika otázek dané části je také věnována problematice zažití pocitu opilosti v životě (*2. část dotazníku; Zkušenosti s konzumací alkoholických nápojů*), kdy první otázka je věnována zažití pocitu opilosti někdy v životě. Dalo by se říci, že zde není tak markantní rozdíl v zastoupení respondentů, kteří již tento pocit zažili a kteří ne. Zastoupení obou skupin je téměř shodné. Průměrný věk, kdy pocit opilosti respondenti našeho výzkumu zažili poprvé, je pak jen o rok více, než průměrný věk, kdy poprvé ochutnali samotný alkoholický nápoj. Pozitivní ovšem je, že, na rozdíl od četnosti konzumace nápojů s obsahem alkoholu v průběhu života, je nejčastěji zastoupená četnost zažití opilosti v životě nižší.

Jak lze opět vyvodit, jedná se opravdu o problém velmi rozsáhlý a proto, v návaznosti na studovaný obor (sociální pedagogika), byla do dotazníku zařazená část věnována otázkám *primární prevence* (*3. část dotazníku; Otázky zaměřené na prevenci problematiky konzumace alkoholických nápojů*). První část této série otázek je věnována *rodině* (jako základnímu činiteli účinné primární prevence), druhá *škole*, která sehrává, zejména v období 2. stupně základní školy, rovněž stěžejní úlohu v životě jedince.

Z výsledků lze konstatovat, že je sice vyšší zastoupení žáků 2. stupně základních škol (na Uherskobrodsku), kteří nemohou konzumovat alkoholické nápoje v přítomnosti rodičů, ale zastoupení jedinců, kteří jej naopak v přítomnosti rodičů konzumují, je také opravdu vysoké. Naopak velmi vysoké, v porovnání se zastoupením rodičů, kteří alkoholické nápoje v přítomnosti dětí nekonzumují, je procento těch rodičů, kteří nápoje s obsahem alkoholu v přítomnosti dětí konzumují. Což je, vzhledem k pravidlům *účinné primární prevence*, nepřipustné.

Jiný přecházíme k otázkám dotazníku, které byly totožné jak pro prostředí rodiny, tak školy v oblasti účinné primární prevence. V kapitole *Analýza dat* jsou odpovědi na tyto

otázky vyhodnocovány a prezentovány samostatně. Pokusíme se proto, v následující části textu, o jejich vzájemné propojení a srovnání.

Jako součást *účinné primární prevence*, jak se lze dočíst v teoretické části, sehrává klíčovou úlohu **komunikace o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů**. Z odpovědí respondentů našeho průzkumu je parné, že je vyšší procento respondentů, kteří uvádí, že s nimi mluví učitelé o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů, ve srovnání s procentuálním zastoupením respondentů, kteří uvádí, že s nimi mluví rodiče o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů. Z odpovědí (z jejich procentuálního zastoupení), lze také vyčíst, že tato komunikace je účinnější v prostředí školy.

U odpovědí na další otázku však docházíme k závěru opačnému. A to, že je vyšší procentuální zastoupení respondentů, kteří uvádí, že je rodiče učili, jak **správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj**, ve srovnání s procentuálním zastoupením jedinců, kteří uvádí, že je ve škole učili, jak **správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj**. Pokud hovoříme o účinnosti rozvoje dané dovednosti jak v prostředí rodiny, tak v prostředí školy, nelze jednoznačně vyvodit, zda je v tomto směru úspěšnější rodina nebo škola. Procentuální zastoupení u jednotlivých odpovědí je totiž téměř shodné v obou prostředích.

Poslední společná otázka pak byla zaměřena na to, zda by žáci 2. stupně základních škol (na Uherskobrodsku) **požádali rodiče a zaměstnance školy o pomoc (radu) v případě, že by oni sami nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů**. Z vyhodnocení odpovědí na danou otázku vyplývá, že častěji by respondenti požádali o pomoc (radu) rodiče, než některého ze zaměstnanců školy.

V úseku věnovanému primární prevenci daného rizikového chování v prostředí školy pak byla ještě jedna otázka, která vychází také z *Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání* (MŠMT, 2013). Týkala se toho, zde jsou ve škole žákům poskytovány informace potřebné k vyhledání odborné pomoci v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů, kdy je téměř totožné zastoupení respondentů, kteří uvádí, že jim ve škole tyto informace byly poskytnuty a respondentů, kteří uvádí, že jim tyto informace poskytnuty nebyly. Z odpovědí na otázku následují, která byla zaměřena na využití těchto informací v praxi, lze vyvodit, že tuto součást *primární prevence* nelze považovat ani za účinnou, ani za neúčinnou.

V závěrečné části kapitoly nazvané *Interpretace dat* (diskuse, shrnutí) považujeme také za důležité připomenout, že v průběhu tvorby práce (jak teoretické, tak praktické části) bylo vytvořeno několik hypotéz (viz *Analýza dat*) a jejich vyhodnocení přineslo zajímavé

výsledky. Konkrétně se pak jedná o zjištění týkající se četnosti konzumace alkoholických nápojů v průběhu života u žáků 2. stupně základní školy a frekvence konání přednášek zaměřených na problematiku škodlivosti konzumace alkoholických nápojů. Lze totiž říci (dle výpočtu testu nezávislosti dobré shody chí-kvadrát), že mezi pohlavím respondentů a četností konzumace alkoholických nápojů v průběhu života je statisticky významná závislost, mezi věkem respondentů a četností konzumace alkoholických nápojů v průběhu života je statisticky významná závislost a že mezi místem školy a frekvencí konání přednášek zaměřených na problematiku konzumace alkoholických nápojů se také objevuje statistický významná závislost (viz *Analýza dat; Verifikace hypotéz*).

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z teoretické části práce, ale i ze samotné analýzy a interpretace dat je zřejmé, že jakási *primární prevence* rizikového chování (konzumace alkoholických nápojů) probíhá jak v prostředí rodiny, tak v prostředí školy. Její efektivnost a vzájemná provázanost je však otázkou. Proto vnímáme jako velmi důležité to, aby se vzájemná spolupráce rodiny a školy stala běžnou součástí každodenního dění. Naším návrhem je realizace kurzu **MLUVME S DĚTMI O**, který by byl veden právě *sociálními pedagogy* ve spolupráci s metodikem prevence a dalšími členy pedagogického sboru. Náplní daného kurzu by pak nemusela být jen problematika konzumace alkoholických nápojů, ale i další témata z oblasti rizikového chování u žáků (nejen 2. stupně základní školy). Naším tématem je však právě problém konzumace alkoholických nápojů u žáků 2. stupně základní školy. Předkládáme proto možnou podobu realizovaného kurzu, který je určen jak rodičům, celému pedagogickému sboru, tak všem zájemcům.

NÁPLŇ KURZU

- Existuje správná výchova
- Jak získat důvěru dítěte
- Jak posilovat vazbu dítě na rodinu (společný volný čas, pomoc v domácnosti...)
- Tvoříme „zdravá“ pravidla v rodině (ve škole)
- Rodič (dospělý) jako nositel hodnot a vzor chování pro dítě
- „Kvalitní“ přátelství pro naše děti, kvalitní záliby mimo domov
- Posilujeme zdravé sebevědomí dítěte
- Jak mluvit s dětmi o alkoholu (somatická a psychosociální rizika konzumace alkoholických nápojů)
- Jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj
- Kde můžete spěchat pro radu vy

ZÁKLADNÍ LITERATURA KURZU

- 1) NEŠPOR, Karel a Ladislav Csémy, 1992. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag.
- 2) NEŠPOR, Karel a Ladislav Csémy, 1994. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2. rozšířené vydání. Praha: Sportpropag (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky).

- 3) NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ, 1998. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí: Časná a krátká intervence*. Praha: Sponrtprog.
- 4) NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ, 1999. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál. ISBN 8071782998.
- 5) NEŠPOR, Karel, 2001. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-515-6.
- 6) NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 2002. *"Průchozí" drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha: Státní zdravotní ústav v nakl. Fortuna. ISBN 80-707-1198-1. Dostupné z: www.drnespor.eu/gatew6.doc
- 7) NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3., dopl. a opr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-676.
- 8) SKÁLA, Jaroslav, 1986, *Alkohol a jiné psychotropní drogy: abusus a závislost*. Praha: AVICENUM. Novinky v medicíně, sv. 36. ISBN 08-090-86.
- 9) SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
- 10) SKÁLA, Jaroslav, 1988. *...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (Zneužívání a závislost)*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Avicenum, Život a zdraví. ISBN 08-045-88.
- 11) ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ et al., 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2141-4.
- 12) VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-717-8678-0.

REALIZACE KURZU

Kurz bude realizován během měsíce **října** a **listopadu roku 2014**.

<i>DATUM</i>	<i>ČAS</i>	<i>NÁPLŇ LEKCE</i>
4. 10.	14–16 hod.	Existuje správná výchova
11. 10.	14–16 hod.	Jak získat důvěru dítěte
18. 10.	14–16 hod.	Jak posilovat vazbu dítě na rodinu (společný volný čas, pomoc v domácnosti...)
25. 10.	14–16 hod.	Tvoříme „zdravá“ pravidla v rodině (ve škole)
1. 11.	14–16 hod.	Rodič (dospělý) jako nositel hodnot a vzor chování pro dítě
8. 11.	14–16 hod.	„Kvalitní“ přátelství pro naše děti, kvalitní záliby mimo domov Posilujeme zdravé sebevědomí dítěte
15. 11.	14–16 hod.	Jak mluvit s dětmi o alkoholu (somatická a psychosociální rizika konzumace alkoholických nápojů)
22. 11.	14–16 hod.	Jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj
29. 11.	14–16 hod.	Kde můžete spěchat pro radu vy

VYUŽITÉ METODY

- monologická (přednáška)
- týmová práce
- dialogická (tvořivá diskuse)

O akci budou rodiče informováni na **třídních schůzkách**, pedagogičtí pracovníci v rámci **pracovních porad**, veřejnost pak prostřednictvím **webu** (školy, obce, města) a prostřednictvím **plakátů** na veřejných místech k tomu určených.

ZÁVĚR

Prezentovaná bakalářská práce se zabývala tématem konzumace alkoholických nápojů a její primární prevencí u žáků 2. stupně základní školy. I přes to, že se jedná o téma podložené jak v oblasti teoretické, tak praktické, otevírá se před námi široké pole úrodné pro tvůrčí nápady, a to zejména v oblasti primární prevence daného rizikového chování.

V teoretické části práce přinášíme ucelený pohled na zvolenou problematiku. Postupujeme od obecných informací (alkohol, opilost, závislost, alkoholismus, důsledky nadměrné dlouhodobé konzumace alkoholu) až k úzkému zaměření přímo na oblast konzumace alkoholických nápojů a její primární prevence u žáků 2. stupně, kdy neopomínáme uvést daná zjištění v souvislosti vývojových změn období pubescence. V praktické části pak přinášíme výsledky výzkumu realizovaného na vybraných základních školách Uherskobrodsko, na kterých se již setkali s problémy, které se sebou dané rizikové chování přináší, což potvrzuje i námi provedené výzkumné šetření.

Zásadním důvodem vypracování práce, vyhodnocení dotazníků a prezentace jejich výsledků spolu s doporučením pro praxi je fakt, že se, dle našeho názoru, jedná o téma mnohokrát probírané, ale neřešené v hlubších souvislostech. Můžeme totiž jen konstatovat, že žáci opravdu alkoholické nápoje konzumují, ale pokud nezjistíme, co je k tomu vede, jak rozvoji tohoto problému u konkrétních jedinců zabránit atd., budeme se stále pohybovat v začarovaném kruhu problémů.

Dalším důvodem je také fakt, že dotazníkové šetření bylo realizováno na konkrétních základních školách Uherskobrodsko. Jeho výsledky tedy poslouží k odpovídajícím účelům a lze je propojit s konkrétním prostředím.

Hlavním záměrem, jak lze vyvodit, bylo, aby podoba dotazníku byla srozumitelná pro žáky daných základních škol a zároveň přinesla cenné informace jak pedagogickému sboru, tak rodičům a dalším zájemcům. Jak také, z dostupných informací, víme, samotné získávání informací od těchto jedinců je velmi náročné, dalo by se říci, až nemožné. Metoda sběru dat (výzkum realizovaný pomocí dotazníkového šetření) byla tedy vybrána záměrně s přihlédnutím na fakt, že pokusy mluvit s žáky např. o incidentech s alkoholem se jeví jako nemožné. Vzhledem ke studovanému oboru se samotný dotazník ale nezaměřuje pouze na získávání údajů o konzumaci alkoholických nápojů, ale zjišťuje také užitečné informace týkající se uskutečňování a účinnosti opatření primární prevence neboť, jak již bylo uvedeno, pokud se nezačne proti rizikovému chování (nejen konzumaci nápojů s obsahem alkoholu) brojit již ve fázi, kdy nedošlo k jeho rozvoji, následný boj s již započatým pro-

blémem je mnohem náročnější. Zjištění o podobě primární prevence daného rizikového chování jak v prostředí rodiny, tak v prostředí školy se také právě proto stala inspirací pro doporučení pro praxi, které je jakýmsi přínosem celé naší práce. Stručně lze konstatovat, že opatření primární prevence jsou uskutečňována v obou prostředích, ale stále ještě nelze hovořit o uceleném konceptu účinné primární prevence. Proto bychom rádi, právě pomocí předkládané práce, upozornili na to, že primární prevence je nejúčinnějším bojem proti rizikovému chování, musí být však prováděna odborníkem na slovo vzatým, kterým může být zejména sociální pedagog spolu s metodikem prevence a celým pedagogickým sborem. V prostředí rodiny jsou těmito „odborníky“ právě rodiče. Je proto stěžejní i u nich rozvíjet kompetence potřebné k utváření prostředí příznivého k primární prevenci rizikového chování v rodině. K posilování těchto kompetencí by pak, dle našeho názoru, mohla sloužit spolupráce rodiny a školy, která je v našem prostředí spíše jen ve fázi rozvoje. Součástí naší práce je proto také, již uvedené, doporučení pro praxi (realizace kurzu *Mluvme s dětmi o...*), které se může stát možnou oblastí uplatnění sociálních pedagogů, a to nejen v prostředí školy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABMA, R., 1992 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
2. A KLUBY ČR O. P. S., 2012. *Statistika mládež a drogy, Brno 2012*. Dostupné z: <http://www.akluby.cz/Files/DrogyAMladez-Vyzkum11.pdf>
3. A KLUBY ČR O. P. S., 2012. *Statistika mládež a drogy, JMK 2012*. Dostupné z: <http://www.akluby.cz/Files/DrogyAMladez-Vyzkum10.pdf>
4. ALSAKER, F., 1992 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
5. AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIACE, 1994 cit. podle NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3., dopl. a opr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-676.
6. ANDERSON, Peter, Lars MØLLER a Gauden GALEA, 2012. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. ISBN 92-890-0264-6. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf
7. BEČKOVÁ, Ilona a Peter VIŠŇOVSKÝ, 1999. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4864-6.
8. BERKOW et al., 1996; RAHN a MAHNKOPF, 2000 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-802-6202-257.
9. BLEULER, Manfred, [20. století] cit. podle MEČÍŘ, Jan, 1965. *Alkoholismus nezletilých*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-014-65.
10. BOOTH, William, 1890 cit. podle EDWARDS Griffith, 2004. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Překlad Kateřina BODNÁROVÁ. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-710-6696-6.
11. BRZEK, Antonín, 1978 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
12. BRZEK, Antonín, 1980 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
13. BUCKINGHAM, James Silk, 1834 cit. podle EDWARDS Griffith, 2004. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Překlad Kateřina BODNÁROVÁ. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-710-6696-6.

14. COLEMAN, J. C. a L. HENDRY, 1999 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
15. COX et al., 2001 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
16. CURRIE Candace et al., 2012. *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978-928-9014-236. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
17. ČERNÝ, E., 1982 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
18. ČESKO. Zákon č. 37 ze dne 28. března 1989 o ochraně před alkoholem a jinými toxikomaniemi. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1989, částka 10, s. 373-378. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=37&r=1989>.
19. ČESKO, Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 161, s. 6317-6327. Dostupné z: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Owner/Dokumenty/Downloads/472-2011_novela_SZ.pdf
20. ČESKO. Zákon č. 379 ze dne 19. srpna 2005 o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákon. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 133, s. 7093-7102. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?O=4&T=265>.
21. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2012. *Spotřeba potravin 2011* [online]. 30. 11. 2012 [cit. 2013-08-11]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/2139-12>.
22. DEMETRIOU, Andrea set al., 2002 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
23. DOBIÁŠ, Jan, 1984 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.

24. DÖMER a PLOG, 1999 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-802-6202-257.
25. DUIJVENVOORDE, Anna et al., 2010 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
26. DUNPHY, D. C., 1963 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
27. EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Překlad Kateřina Bodnárová. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-710-6696-6.
28. ELKIND, David, 1985 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
29. ERIKSON, Erik H., 1698 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
30. ERIKSON, Erik H., [20. století] cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
31. ERIKSON, Erik H., 1964 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
32. ERIKSON, Erik H., [20. století] cit. podle FERRARI a STERNBERG, 1998 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
33. FERRARI a STERNBERG, 1998 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
34. FERRARI a STERNBERG, 1998 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
35. FEUERLEIN, Wilhelm, 1978 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
36. FREUD, Sigmund, [19./20. století] cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.

37. FREUD, Sigmund, [19./20. století] cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
38. FREUD, Sigmund, [19./20. století] cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
39. FRIEDMAN et al., 1983 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
40. GARRIGUE MASARYK, Tomáš [19. století] cit. podle NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ, 1999. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál. ISBN 8071782998.
41. GAVORA, Petr, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rouš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
42. GECKOVÁ et al., 2000 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8
43. GECKOVÁ et al., 2000 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
44. GESELL, [?] cit. podle LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
45. GÖHLERT, Fr a Frank KÜHN, 2001. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar Z pohledu lékaře. ISBN 80-720-2950-9.
46. GOODYER, Paula, 2001. *Drogy teenager*. Praha: Slovanský dům. ISBN 80-864-2144-9.
47. GROTEVAND H. D. a C. R. COOPER, 1985 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
48. GRONSKÝ, Libor a Tomáš ZÁBRANSKÝ, 1997. *Racionální protidrogová politika: uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-719-8032-3.
49. GULLOTTA et al., 2000, cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

50. GULLOTTA et al., 2000 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
51. HALL, [?] cit. podle LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
52. HAMACHEK D. E., 1980 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
53. HAVIGHURST, R. J., 1987 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
54. HILL A LYNCH, 1985 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
55. HOPWOOD et al., 1999 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
56. HUSS, Magnus, 1849 cit. podle EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Překlad Kateřina BODNÁROVÁ. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-710-6696-6.
57. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
58. INHELDEROVÁ, Bärber a Jean Piaget, 1958 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
59. JANOŠOVÁ, Pavlína, 2002 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
60. JELLINEK, Elvin Morton, [cca. 1952] cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
61. JELLINEK, Elvin Morton, [cca. 1952] cit. podle MEČÍŘ, Jan, 1965. *Alkoholismus nezletilých*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-014-65.
62. JELLINEK, Elvin Morton, 1952 cit. podle SKÁLA, Jaroslav, 1988. *...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (Zneužívání a závislost)*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Avicenum. Život a zdraví. ISBN 08-045-88.

63. JELLINEK, Elvin Morton, [cca. 1952] cit. podle SKÁLA, Jaroslav, 1986, *Alkohol a jiné (psychotropní drogy: abusus a závislost*. Praha: AVICENUM. Novinky v medicíně, sv. 36. ISBN 08-090-86.
64. JELLINEK, Elvin Morton, [1952] cit. podle OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ, 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-175.
65. JOSSELSONOVÁ, Ruthellen, 1980 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
66. JOSSELSONOVÁ, Ruthellen, 1980 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
67. JOSSELSONOVÁ, Ruthellen, 1980 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
68. KALINA, Kamil et al., © 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-61.
69. KALMAN, Michal et al., 2011. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků: na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu "Health behaviour in school-aged children: WHO collaborative cross-national study (HBSC)"* Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2985-4. Dostupné z: http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/AKTUALITY_2012/HBSC_2010_narodni_zprava_o_zdravi_a_zivotnim_stylu_deti_a_skolaku_offline.pdf
70. KASTNEROVÁ, Markéta, 2008. *Kouření a alkohol u dětí na základních školách Jihočeského kraje*, Praha. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a3983/f11/Kastnerov%C3%A1,%20Mark%C3%A9ta.%20Kou%C5%99en%C3%AD%20a%20alkohol%20u%20d%C4%9Bt%C3%AD%20na%20z%C3%A1kladn%C3%ADch%20C5%A1kol%C3%A1ch%20Jiho%C4%8Desk%C3%A9ho%20kraje.pdf
71. KEATING, 1991 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

72. KEATING, 1991 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
73. KLÍMA, P., 1994 cit. podle KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3673-833.
74. KLÍMA, P., 1993 cit. podle PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-705.
75. KLUSÁKOVÁ, Ludmila, 1994 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
76. KNIGHT, R. G., 2001 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
77. KOHLBERG, Lawrence cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
78. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM, 2007. *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3672-232.
79. KOLIBA, 1994 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
80. KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3673-833.
81. KUHN, 2009, cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
82. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
83. LLOYD, M. A., 1985 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
84. LORENZ, 1993 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

85. LORENZ, 1993 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
86. MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
87. MAREČEK, P., 1996 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
88. MARTANOVÁ, Veronika, 2007. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Editor Barbara Janíková, Tereza Daněčková. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova. ISBN 978-80-254-0525-3.
89. MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
90. MATĚJČEK et al., 1982 cit. podle SKÁLA, Jaroslav, 1986, *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. Praha: AVICENUM. Novinky v medicíně, sv. 36. ISBN 08-090-86.
91. MATĚJČEK et al., 1982 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
92. MATĚJČEK et al., 1982 cit. podle SKÁLA, Jaroslav, 1988. *...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (Zneužívání a závislost)*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Avicenum, Život a zdraví. ISBN 08-045-88.
93. MATULA, Štefan, 2004 cit. podle KUNÁK, Stanislav, 2007. *Vybrané možnosti primárnej prevencie vplyvov na deti a mládež*. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89256-10-5.
94. MEDVEĎOVÁ, Hana, 2002 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
95. MEDVEĎOVÁ, Hana, 2002 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
96. MÍČEK, Libor, 1988 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
97. MŠMT, 2000. *Metodický pokyn ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (Č. j. 14514/2000-51)*. Praha: MŠMT.

98. MŠMT, 2010. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (Č. j. 21291/2010-28)*. Praha: MŠMT.
99. MŠMT, 2013. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: MŠMT.
100. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI a FACTUM INVENION, 2011 cit. podle NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, 2012. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, [cit. 2013-08-11]. ISBN 978-80-7440-067-4. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/Vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_CR_2011_v2.pdf
101. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, 2012. *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách: Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011)*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISSN 1214-1089. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Zaostreno-1_12_web.pdf
102. NEŠPOR, Karel a Ladislav Csémy, 1992. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag.
103. NEŠPOR, Karel a Ladislav Csémy, 1994. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2. rozšířené vydání. Praha: Sportpropag (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky).
104. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ, 1998. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí: Časná a krátká intervence*. Praha: Sportpropag.
105. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ, 1999. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál. ISBN 8071782998.
106. NEŠPOR, Karel, 2001. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-515-6.
107. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 2002. *"Průchozí" drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha: Státní zdravotní

- ústav v nakl. Fortuna. ISBN 80-707-1198-1. Dostupné z: www.drnespor.eu/gatew6.doc
108. NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3., dopl. a opr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-676.
109. ONDREJKOVIČ, Peter, 1999, cit. podle KUNÁK, Stanislav, 2007. *Vybrané možnosti primárnej prevencie vplyvov na deti a mládež*. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89256-10-5.
110. ONDREJKOVIČ, Perter, 2009. *Sociálna patológia*. 3., dopl. a preprac. Vyd. Bratislava: Veda. ISBN 978-80-224-1074-8.
111. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ, 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-175.
112. PARIS, 1995. *European Charter on Alcohol*. In: http://search.who.int/search?q=European+charter+on+alcohol&site=euro&client=euro&proxystylesheet=euro&output=xml_no_dtd Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf
113. PETERSEN, A., 1988 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
114. PETERSEN a LEFFERT, 1992 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
115. PIAGET, Jean, 1958 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
116. PIAGET, Jean 1958 cit. podle LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
117. PIAGET, Jean, [20. století] cit. podle ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ et al., 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2141-4.
118. PIAGET, Jean 1966; 1970 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
119. PIAGET, Jean 1966; 1970 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

120. POPOV, 2001 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
121. PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ, 2003. *Pedagogický slovník*. 4., aktualit. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.
122. PŘADKA, Milan, 1983 cit. podle KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
123. PŘÍHODA, Václav, 1963. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 234 s. ISBN 80-7178-747-5.
124. PŘÍHODA, Václav, 1963 cit. podle ŘÍČAN, Pavel, 2006. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-736-7124-7.
125. REMPLÉIN, [?] cit. podle LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
126. RIESEL, Petr, 1999. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-719-8348-9.
127. ROSNOWSKÁ et al., 1978 SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
128. ROUSSEAU, Jean-Jacques, [18. století] cit. podle ŘÍČAN, Pavel, 2006. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-736-7124-7.
129. ROUSSEAU, Jean-Jacques, [18. století] cit. podle LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
130. RUSH, Benjamin, 1784 cit. podle ZÁŠKODNÁ, Helena, 1998. *Psychosociální problémy adolescentů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-704-0306-3.
131. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.
132. ŘÍČAN, Pavel, 2006. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-736-7124-7.
133. SANTROCK, John W., 2012 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

134. SIEGLER, Robert S., 1998 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
135. SIEGLER, Robert S., 1998 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
136. SKÁLA, Jaroslav, 1986, *Alkohol a jiné psychotropní drogy: abusus a závislost*. Praha: AVICENUM. Novinky v medicíně, sv. 36. ISBN 08-090-86.
137. SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
138. SKÁLA, Jaroslav, 1988. *...až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (Zneužívání a závislost)*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Avicenum, Život a zdraví. ISBN 08-045-88.
139. SKOŘEPA, 1940 cit. podle LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
140. SOURNIA, 1991 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
141. STEINBERG a BELSKY, 1991 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
142. STEINBERG a BELSKY, 1991 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
143. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO), 2004. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize*. Překlad: Ministerstvo zdravotnictví. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2013), Druhá edice. (Česká verze) [online]. [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
144. SWEDEN, 2001. *Declaration on Young People and Alcohol*. In: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/declaration-on-young-people-and-alcohol>. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/88589/E73074.pdf

145. ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ, 1988. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko. ISBN 28-049-88.
146. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ et al., 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2141-4.
147. ŠKOPKOVÁ, Helena, 1977 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
148. THOM, 2001 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
149. TYLER, Andrew, 2000. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. Praha: Ivo Železný. ISBN 80-237-3606-X
150. ÜHLINGER, Claude a Marlyse TSCHUI, 2009. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu: Rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3676-100.
151. VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-717-8678-0.
152. VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
153. VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
154. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
155. VALIHRACH, J. a A. MIKULEC, 1982 cit. podle SKÁLA, Jaroslav et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. ISBN 08-077-87.
156. VASTA et al., 1995 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
157. VASTA et al., 1995 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
158. VOLTA, Dalla, [cca. 1960] cit. podle MEČÍŘ, Jan, 1965. *Alkoholismus nezletilých*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-014-65.
159. URBERG et al., 1995 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

160. WOITITZOVÁ, Janet Geringer, 1998 cit. podle VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
161. ZÁŠKODNÁ, Helena, 1998. *Psychosociální problémy adolescentů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-704-0306-3.
162. ZELLER, [?] cit. podle GESELL, [?] cit. podle LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
163. YOUNISS, J. a SMOLLAR, J., 1995 cit. podle MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
CNS	Centrální nervová soustava
č.	Číslo
ČSU	Český statistický úřad
EEG	Elektroencefalogram
Event.	Eventuálně
FAS	Fetální alkoholový syndrom
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků)
MPP	Minimální preventivní program
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
Např.	Například
Odst.	Odstavec
Popř.	Popřípadě
PP	Primární prevence
Pozn.	Poznámka
PPP	Pedagogicko-psychologická
Resp.	Respektive
RVP	Rámcový vzdělávací program
RVP VZ	Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
SPJ	Sociálně patologický jev
SPP	Specifická primární prevence

ŠVP	Školní vzdělávací program
Tj.	To je
Tzv.	Takzvaný
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
§	Paragraf
%	Procento

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Pohlaví respondentů</i>	90
<i>Graf č. 2 Věk respondentů</i>	90
<i>Graf č. 3 Bydliště respondentů</i>	91
<i>Graf č. 4 Typ navštěvované základní školy v kontextu</i>	91
<i>Graf č. 5 Existence sourozeneckého vztahu</i>	92
<i>Graf č. 6 Věk sourozenců</i>	92
<i>Graf č. 7 Nabídnutí alkoholického nápoje starším sourozencem</i>	93
<i>Graf č. 8 Náročnost obstarání si alkoholického nápoje</i>	93
<i>Graf č. 9 Konzumace alkoholického nápoje někdy v životě</i>	94
<i>Graf č. 10 Věk první konzumace alkoholického nápoje</i>	95
<i>Graf č. 11 Druh poprvé konzumovaného alkoholického nápoje</i>	96
<i>Graf č. 12 Osoba, která poprvé nabídla alkoholický nápoj</i>	97
<i>Graf č. 13 Četnost konzumace alkoholických nápojů v průběhu života</i>	97
<i>Graf č. 14 Nejoblíbenější alkoholický nápoj</i>	98
<i>Graf č. 15 Nejčastější příčina konzumace alkoholických nápojů</i>	99
<i>Graf č. 16 Místo nejčastější konzumace alkoholických nápojů</i>	100
<i>Graf č. 17 Pocit opilosti v životě</i>	101
<i>Graf č. 18 Věk prvního pocitu opilosti</i>	101
<i>Graf č. 19 Četnost pocitu opilosti v životě</i>	102
<i>Graf č. 20 Konzumace alkoholických nápojů v přítomnosti rodičů</i>	103
<i>Graf č. 21 Konzumace alkoholických nápojů rodiči v přítomnosti dětí</i>	104
<i>Graf č. 22 Komunikace rodičů s dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů</i> ...	104
<i>Graf č. 23 Efektivita komunikace rodičů s dětmi o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů</i>	105
<i>Graf č. 24 Učení (rodiči) jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj</i>	106
<i>Graf č. 25 Efektivita učení (rodiči) jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj</i>	107
<i>Graf č. 26 Požádání rodičů o pomoc (radu) v případě problému s konzumací alkoholických nápojů</i>	108
<i>Graf č. 27 Uskutečňování přednášek o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů</i>	109
<i>Graf č. 28 Efektivita přednášek zaměřených na škodlivost konzumace alkoholických nápojů</i>	110

<i>Graf č. 29 Učení (ve škole) jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj.....</i>	<i>110</i>
<i>Graf č. 30 Efektivita učení (ve škole) jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj</i>	<i>111</i>
<i>Graf č. 31 Poskytnutí informací potřebných k vyhledání odborné pomoci v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů</i>	<i>112</i>
<i>Graf č. 32 Efektivita poskytnutí informací potřebných k vyhledání odborné pomoci v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů.....</i>	<i>113</i>
<i>Graf č. 33 Požádání zaměstnanců školy o pomoc (radu) v případě problému s konzumací alkoholických nápojů</i>	<i>114</i>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Nejoblíbenější alkoholický nápoj.....</i>	<i>99</i>
<i>Tabulka 2 Požádání zaměstnance školy o pomoc (radu) v případě problému s konzumací alkoholických nápojů</i>	<i>115</i>
<i>Tabulka 3 Kontingenční tabulka k hypotéze 1H</i>	<i>115</i>
<i>Tabulka 4 Kontingenční tabulka k hypotéze 2H</i>	<i>116</i>
<i>Tabulka 5 Kontingenční tabulka k hypotéze 3H</i>	<i>117</i>
<i>Tabulka 6 Čtyřpolní tabulka pro hypotézu 4H</i>	<i>118</i>
<i>Tabulka 7 Čtyřpolní tabulka pro hypotézu 5H</i>	<i>119</i>
<i>Tabulka 8 Jiná osoba, která poprvé nabídla alkoholický nápoj.....</i>	<i>161</i>
<i>Tabulka 9 Jiná nejčastější příčina konzumace alkoholických nápojů</i>	<i>162</i>
<i>Tabulka 10 Jiné místo nejčastější konzumace alkoholických nápojů</i>	<i>163</i>

SEZNAM PŘÍLOH

P I	Dotazník
P II	Úryvek ze systému primární prevence (Hlava II); Systém organizace a řízení primární prevence rizikového chování (Článek 3)
P III	Co čekají od školy rodiče
P IV	Co čeká od rodičů škola
P V	Jiné odpovědi k otázce č. 12
P VI	Jiné odpovědi k otázce č. 15
P VII	Jiné odpovědi k otázce č. 16

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Ahoj,

jsem studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studuji obor sociální pedagogika a v rámci své bakalářské práce bych Tě chtěla poprosit o vyplnění krátkého dotazníku, který se týká problematiky **KONZUMACE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ A JEJÍ PRIMÁRNÍ PREVENCE**. Dotazník je zcela anonymní (nebudeš uvádět jméno) a jeho výsledky budou použity jen pro účely mé bakalářské práce. Vyplnění Ti bude trvat pár minut.

Předem děkuji za Tvoji ochotu.

Šárka Horňáková

Pokyny pro vyplnění: Žádná otázka nemá správné ani špatné řešení, proto Tě prosím o vyplnění dotazníku podle Tvé vlastní zkušenosti. Pokud se stane, že mezi nabízenými možnostmi nenajdeš odpověď, která zcela odpovídá Tvé zkušenosti, označ odpověď, **KTERÁ TVOJI ZKUŠENOST VYSTIHUJE NEJLÉPE**.

U některých otázek budeš vybírat jen jednu možnost odpovědi, u otázek, kde budeš upozorněn, budeš moci vybírat více možností odpovědí. Odpovědi, které zvolíš, označ, prosím, kroužkem nebo pomocí křížku. V některých případech budeš odpověď na otázku tvořit sám (slovně nebo pomocí číslovky).

V případě, že Ti nebude během vyplňování něco jasné, přihlas se, já Ti na dotaz ráda odpovím a vše Ti vysvětlím.

1. ČÁST DOTAZNÍKU

1. Jsi:

- a) chlapec
- b) dívka

2. Je Ti:

- a) 10-12 let
- b) 13-15 let

3. Bydlíš:

- a) na vesnici
- b) ve městě

4. Základní škola, kterou navštěvuješ, se nachází:

- a) na vesnici
- b) ve městě

5. Máš sourozence?

a) ano

b) ne (přejdi na otázku číslo 8)

6. Máš:

a) mladšího sourozence (přejdi na otázku číslo 8)

b) staršího sourozence

c) mladšího i staršího sourozence

7. Nabídl Ti někdy **starší sourozenec** alkoholický nápoj?

a) ano

b) ne

8. Pokud bys si chtěl obstarat alkoholický nápoj, bylo by to, dle Tvého názoru a zkušenosti, pro Tebe:

a) nemožné (nedokázal/a bych si jej sám/a obstarat)

b) náročné (dokázal/a bych si jej sám/a obstarat, ale bylo by to náročné)

c) snadné (dokázal/a bych si jej sám/a snadno obstarat)

2. ČÁST DOTAZNÍKU

ZKUŠENOSTI S KONZUMACÍ ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ

9. Pil/a (konzumoval/a) jsi **někdy v životě** alkoholický nápoj?

a) ano

b) ne (přejdi na otázku číslo 21)

10. Kolik Ti bylo let, když jsi pil/a alkoholický nápoj **poprvé**?

Napiš věk (číslicí):

11. Když jsi pil/a **poprvé** alkoholický nápoj, o jaký druh se jednalo?

a) pivo

b) víno

c) destiláty (rum, slivovice, vodka atd...i jako součást míchaných nápojů)

d) alkopops (limonáda, která obsahuje alkohol)

e) jiné:.....(uved')

12. Kdo Ti alkoholický nápoj **poprvé** nabídl?

- a) kamarád
- b) rodič/e
- c) sourozenec
- d) nabídl jsem si ho sám
- e) někdo jiný:..... (uved')

13. Kolikrát jsi pil/a (konzumoval/a) alkoholický nápoj v **průběhu života**?

- a) 1-2 krát
- b) 3-9 krát
- c) 10-25 krát
- d) 26-39 krát
- e) 40 krát nebo častěji

14. Máš nějaký **nejoblíbenější** alkoholický nápoj?

- a) ano,(uved' jaký)
- b) ne

15. Co je **nejčastější příčinou** Tvé konzumace alkoholických nápojů?

(Můžeš vybrat i více možností)

- a) alkohol mi pomáhá k tomu, abych se uvolnil/a a dokázal/a se lépe bavit
- b) díky alkoholu se cítím sebevědoměji
- c) ve svém volném čase se nudím, a proto jej vyplňuji konzumací alkoholických nápojů
- d) moji kamarádi pijí alkoholické nápoje a já se chci stát rovnocenným členem party
- e) moji rodiče pijí alkohol
- f) alkohol mi pomáhá uniknout od problémů (ve škole, doma atd.)
- g) nevím
- h) jiné:.....(uved')

16. Na **jakém místě/kde** konzumuješ alkoholické nápoje nejčastěji?

- a) doma
- b) u kamaráda (např. doma)
- c) v parku nebo na ulici
- d) v baru
- e) na diskotéce
- f) v restauraci
- g) jinde:.....(uved')

POCIT OPILOSTI

17. Zažil/a jsi **v životě** již pocit opilosti (Následkem konzumace alkoholického nápoje se cítíš uvolněně, jsi výřečný, sebevědomý. Můžeš mít problémy s koordinací pohybů (vratká chůze) nebo se Ti chce spát)?

- a) ano
- b) ne (přejdi na otázku číslo 20)

18. Kolik Ti bylo let, když jsi tento pocit zažil/a **poprvé**?

Napiš věk (číslici):.....

19. Kolikrát jsi **tento pocit** zažil/a v průběhu života?

- a) 1-2 krát
- b) 3-9 krát
- c) 10 krát nebo častěji

3. ČÁST DOTAZNÍKU

OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA PREVENCI PROBLEMATIKY KONZUMACE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ RODINA

20. Můžeš konzumovat (konzumuješ) alkoholické nápoje v přítomnosti rodičů?

- a) ano
- b) ne

21. Konzumují rodiče ve Tvé přítomnosti alkoholické nápoje?

- a) ano
- b) ne

22. Mluví s Tebou rodiče o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů?

- a) ano
- b) ne (přejdi na otázku číslo 24)

23. Přesvědčili Tě tím rodiče o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů?

- a) ano
- b) ne

24. Učili Tě rodiče, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj?

a) ano

b) ne (přejdi na otázku číslo 26)

25. Myslíš si, že Ti to pomohlo zvládnout odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje v reálné situaci (ve skutečnosti)?

a) ano

b) ne

c) nevím

26. Požádal/a bys rodiče o pomoc (radu), v případě, že bys Ty nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů?

a) ano

b) ne

c) nevím

ŠKOLA

27. Mluví s Vámi učitelé ve škole o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů (konají se na Vaší škole přednášky, semináře apod. o škodlivosti konzumace alkoholických nápojů apod.)?

a) ano

b) ne (pokud si zvolil/a tuto možnost, můžeš dotazník odevzdat. Ještě jednou moc děkuji za Tvoji ochotu a čas.)

28. Přesvědčily Tě o škodlivosti (rizicích) konzumace alkoholických nápojů?

a) ano

b) ne

29. Učili Tě ve škole, jak správně odmítnout nabízený alkoholický nápoj?

a) ano

b) ne (přejdi na otázku číslo 31)

30. Myslíš si, že Ti to pomohlo zvládnout odmítnutí nabízeného alkoholického nápoje v reálné situaci (ve skutečnosti)?

a) ano

b) ne

c) nevím

31. Poskytli Ti ve škole informace potřebné k vyhledání odborné pomoci sobě nebo druhým v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů?

a) ano

b) ne (přejdi na otázku 33)

32. Myslíš si, že bys díky těmto informacím uměl/a vyhledat odbornou pomoc Tobě nebo druhým v případě problémů s konzumací alkoholických nápojů v reálné situaci (ve skutečnosti)?

a) ano

b) ne

c) nevím

33. Požádal/a bys někoho ze zaměstnanců školy o pomoc (radu), v případě, že bys Ty nebo někdo druhý měl problém s konzumací alkoholických nápojů?

a) ano.....(uved' koho, např. třídní učitel, školní psycholog apod.)

b) ne

c) nevím

Ještě jednou Ti děkuji za ochotu a čas, moc jsi mi tím pomohl/a.

Přeji hezký zbytek dne. ☺

PŘÍLOHA P II: ÚRYVEK ZE SYSTÉMU PRIMÁRNÍ PREVENCE (HLAVA II); SYSTÉM ORGANIZACE A ŘÍZENÍ PRIMÁRNÍ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ (ČLÁNEK 3)

Ředitel školy a školského zařízení

Je přímo zodpovědný za prevenci a za řešení zjištěných projevů rizikových forem chování. Vytváří podmínky pro předcházení rozvoje rizikového chování zejména

a) zabezpečením poskytování poradenských služeb ve škole se zaměřením na primární prevenci rizikového chování, koordinací tvorby, kontrolou realizace a pravidelným vyhodnocováním Minimálního preventivního programu školy,

b) zapracováním do školního řádu a vnitřního řádu řešením aktuálních problémů souvisejících s výskytem rizikového chování ve škole,

c) jmenováním školního metodika prevence, pedagogického pracovníka, který má pro výkon této činnosti odborné předpoklady, kvalifikaci, případně mu zajistí podmínky ke studiu k nezbytnému výkonu specializovaných činností v oblasti prevence rizikového chování,

d) pro systematické další vzdělávání školního metodika v oblasti specifické primární prevence a pro činnost školního metodika s žáky a zákonnými zástupci nezletilých žáků ve škole,

e) podporou týmové spolupráce školního metodika, výchovného poradce, školního psychologa/školního speciálního pedagoga, třídních učitelů a dalších pedagogických pracovníků školy při přípravě, realizaci a vyhodnocování Preventivního programu,

f) spoluprací s metodikem prevence v PPP a s krajským školním koordinátorem prevence,

g) podporou aktivit příslušného obecního úřadu zaměřených na rozvoj zdravého životního stylu,

h) monitorováním a vyhodnocováním realizace Preventivního programu a realizace dalších opatření, ve školním řádu a vnitřním řádu musí být popsána kontrolní a sankční opatření v oblasti rizikového chování ve škole.

Školní metodik prevence

Standardní činnosti školního metodika prevence jsou vymezeny příslušným právním předpisem. Standardní činnosti školního metodika prevence

Metodická a koordinační činnosti

- 1) Koordinace tvorby a kontrola realizace preventivního programu školy.*
- 2) Koordinace a participace na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci záško-
láctví, závislostí, násilí, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, prekrimi-
nálního a kriminálního chování, rizikových projevů sebepoškozování a dalších sociálně
patologických jevů.*
- 3) Metodické vedení činnosti pedagogických pracovníků školy v oblasti prevence soci-
álně patologických jevů (vyhledávání problémových projevů chování, preventivní práce
s třídními kolektivy apod.).*
- 4) Koordinace vzdělávání pedagogických pracovníků školy v oblasti prevence sociálně
patologických jevů.*
- 5) Koordinace přípravy a realizace aktivit zaměřených na zapojování multikulturních
prvků do vzdělávacího procesu a na integraci žáků/cizinců; prioritou v rámci tohoto pro-
cesu je prevence rasizmu, xenofobie a dalších jevů, které souvisí s otázkou přijímání kul-
turní a etnické odlišnosti.*
- 6) Koordinace spolupráce školy s orgány státní správy a samosprávy, které mají
v kompetenci problematiku prevence sociálně patologických jevů, s metodikem preventiv-
ních aktivit v poradně a s odbornými pracovišti (poradenskými, terapeutickými, preventiv-
ními, krizovými, a dalšími zařízeními a institucemi), které působí v oblasti prevence pato-
logických jevů.*
- 7) Kontrolování odpovídajícího odborného pracoviště a participace na intervenci a
následné péči v případě akutního výskytu sociálně patologických jevů.*
- 8) Shromažďování odborných zpráv a informací o žácích v poradenské péči speciali-
zovaných poradenských zařízení v rámci prevence sociálně patologických jevů v souladu
s předpisy o ochraně osobních údajů.*
- 9) Vedení písemných záznamů umožňujících doložit rozsah a obsah činnosti školního
metodika prevence, navržená a realizovaná opatření.*

Informační činnost

1) *Zajišťování a předávání odborných informací o problematice sociálně patologických jevů, o nabídkách programů a projektů, o metodách a formách specifické primární prevence pedagogickým pracovníkům školy.*

2) *Prezentace výsledků preventivní práce školy, získávání nových odborných informací a zkušeností.*

3) *Vedení a průběžné aktualizování databáze spolupracovníků školy pro oblast prevence patologických jevů (orgány státní správy a samosprávy, střediska výchovné péče, poradny, zdravotnická zařízení, Policie ČR, orgány sociální péče, nestátní organizace působící v oblasti prevence, centra krizové intervence a další zařízení, instituce i jednotliví odborníci).*

Poradenská činnost

1) *Vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy sociálně patologického chování; poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich zákonným zástupcům, případně zajištění péče odpovídajícího odborného pracoviště (ve spolupráci s třídním učitelem).*

2) *Spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje sociálně patologických jevů u jednotlivých žáků a tříd a participace na sledování úrovně rizikových faktorů, které jsou významné pro rozvoj sociálně patologických jevů ve škole.*

3) *Příprava podmínek pro integraci žáků se specifickými poruchami chování ve škole a koordinace poskytování poradenských a preventivních služeb těmto žákům školou a specializovanými školskými zařízeními.*

Třídní učitel (ve vztahu k primární prevenci):

a) *spolupráce se školním metodikem prevence při zachycování varovných signálů, podílí se na realizaci Preventivního programu a na pedagogické diagnostice vztahu ve třídě,*

b) *motivuje k vytvoření vnitřních pravidel třídy, která jsou v souladu se školním řádem, a dbá na jejich důsledné dodržování (vytváření otevřené bezpečné atmosféry a pozitivního sociálního klimatu ve třídě); podporuje rozvoj pozitivních sociálních interakcí mezi žáky třídy,*

c) zprostředkovává komunikaci s ostatními členy pedagogického sboru a je garantem spolupráce školy se zákonnými zástupci nezletilých žáků třídy,

d) získává a udržuje si přehled o osobnostních zvláštностech žáků třídy a o jejich rodinném zázemí.

PŘÍLOHA P III: CO ČEKAJÍ OD ŠKOLY RODIČE

Co čekají od školy rodiče

Realistická očekávání	Nerealistická očekávání
Škola bude bezpečným místem, kde nebudou dostupné alkohol, drogy a tabák.	Škola se o prevenci v této oblasti postará sama a rodiče se tím nemusí zabývat.
Škola bude používat postupy, které mají smysl a jsou účinné.	Do školy budou chodit pouze ideální děti, které nemají s alkoholem, drogami ani tabákem problémy.
Škola zprostředkuje rodičům informace, které jim při prevenci pomohou. Může jim také doporučit, kde hledat pomoc pro různé problémy jejich dětí.	Škola nebude nutit rodiče, aby i jenom uvažovali o tak nepříjemných záležitostech, jako jsou návykové látky u dětí.
Škola bude povzbuzovat žáky ke kvalitním způsobům trávení volného času a ke zdravému způsobu života.	Škola převeze odpovědnost i za to, jak dítě tráví volný čas.
Škola bude s rodiči v soustavném kontaktu i za normálních okolností a tím spíše v případě problémů nebo komplikací.	Škola nebude rodiče zdržovat tím, že by je zvala k osobním návštěvám apod., a své případné problémy s dítětem si vyřeší sama.

(Nešpor, 2001, s. 71)

PŘÍLOHA P IV: CO ČEKÁ OD RODIČŮ ŠKOLA

Co čeká od rodičů škola

Realistická očekávání	Nerealistická očekávání
Rodiče budou se školou spolupracovat, zejména pokud by se objevily komplikace.	Rodiče to nějak zařídí, aby se z problémového žáka stal žák neproblémový.
Rodiče vytvoří podmínky pro to, aby se dítě mohlo do školy připravit a aby tam přicházelo v přiměřeném stavu (např. vyspalé).	Rodiče se o prevenci postarají sami (jako by dítě ve škole, kde není pod pohledem rodičů, netrávilo značnou část svého času).
Rodiče povedou dítě k dobrým způsobům trávení volného času a zdravému způsobu života.	Rodiče mají při prevenci u dětí neomezené časové i materiální možnosti.
Rodiče budou mít přehled o tom, s kým se dítě stýká ve volném čase.	Rodiče budou automaticky souhlasit se vším, co škola při prevenci i v jiných oblastech dětem nabízí.
Rodiče zajistí pro dítě přiměřenou lékařskou a psychologickou pomoc.	Rodiče dokážou sami i bez odborné pomoci včas rozpoznat i zvládat problémy a návykovými látkami u dětí.
Rodiče budou mít pochopení pro často nelehkou práci pedagoga a nebudou bezdůvodně oslabovat jeho autoritu u dětí. Své případné výhrady dokážou sdělit škole přímo.	Rodiče nebudou mluvit do toho, co se ve škole odehrává.

(Nešpor, 2001, s. 74)

PŘÍLOHA P V: JINÉ ODPOVĚDI K OTÁZCE Č. 12

Jiná osoba, která poprvé nabídla alkoholický nápoj	Absolutní četnost
Děda	7
Babička	3
Sestřenice	1
Strýc	1
Teta	1
Celkem	13

Tabulka 8 Jiná osoba, která poprvé nabídla alkoholický nápoj

PŘÍLOHA P VI: JINÉ ODPOVĚDI K OTÁZCE Č. 15

Jiná nejčastější příčina konzumace alkoholických nápojů	Absolutní četnost
Oslavy, párty	12
Zkusit jak chutná	3
Po jídle, obědě	3
Je pak sranda	2
Výjimečné akce	2
Na chatě	1
Když mi někdo nabídne	1
Když je, tak si dám	1
Doma popíjím s rodiči	1
Na rybách, když začínáme lovit	1
Rodinná setkání	1
Chutná mi	1
Jsem hyperaktivní	1
„Ucucnout si“	1
Nic	1
Celkem	32

Tabulka 9 Jiná nejčastější příčina konzumace alkoholických nápojů

PŘÍLOHA P VII: JINÉ ODPOVĚDI K OTÁZCE Č. 16

Jiné místo nejčastější konzumace alkoholických nápojů	Absolutní četnost
Chata	2
U babičky	2
Oslavy, párty	2
Nikde	2
Venku	2
U vody	1
Kroužek	1
Tak různě	1
Celkem	13

Tabulka 10 Jiné místo nejčastější konzumace alkoholických nápojů