

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Alena Veselá

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Popis primární prevence rizikového chování z pohledu konzumace alkoholu  
u nezletilých pacientů ošetřených Zdravotnickou záchrannou službou  
Kraje Vysočina  
Alena Veselá

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Veselá**  
Osobní číslo: **Z14243**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Popis primární prevence rizikového chování z pohledu konzumace alkoholu u nezletilých pacientů ošetřených Zdravotnickou záchrannou službou Kraje Vysočina**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

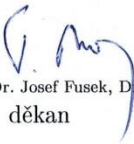
Seznam odborné literatury:

1. BLATNÝ, Marek a kolektiv. Psychologie osobnosti - Hlavní témata, současné přístupy. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 304 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
2. DOBIÁŠ Viliam a kolektiv. Prednemocničná urgentná medicína. 2., dopl. a přeprac. vyd. Martin: Osveta, spol. s.r.o., 2012, 740 s. ISBN 978-80-8063-387-5.
3. JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
4. KALINA, Kamil a kolektiv. Klinická adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
5. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie - 2., aktualizované vydání. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, dotisk 2013, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
6. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost - Současné poznatky a perspektivy léčby. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
7. NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika a kolektiv. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
8. SIKOROVÁ, Lucie. Dětská sestra v primární a komunitní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Zezulová**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2017**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Hofáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 21. 04. 2017



Alena Veselá

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Zezulové za odborné vedení, cenné rady a čas věnovaný konzultacím, které mi významně pomohly při zpracování bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá primární prevencí rizikového chování v kontextu četností výjezdů posádek Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina (ZZS KV) k nezletilým pacientům konzumujících alkohol v období 2006 – 2015.

Teoretická část definuje jednotlivá vývojová období nezletilých z hlediska psychologického vývoje, rizikové chování, alkohol jako návykovou látku, vývoj primární prevence zaměřenou na konzumaci alkoholu a principy komunitní péče, podle kterých se programy primární prevence prezentují.

Výzkumná část práce je rozdělená do dvou úseků. První úsek se věnuje nastavení koncepce primární prevence rizikového chování u nezletilých v Kraji Vysočina (KV). Druhý úsek na základě stanovených proměnných retrospektivně zkoumá četnosti výjezdů posádek ZZS KV k nezletilým pacientům konzumujících alkohol. Dosažené výsledky mohou následně využívat realizátoři programů ke zkvalitnění primární prevence rizikového chování v Kraji Vysočina. Výsledky jsou znázorněny do tabulek a grafů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

alkohol, komunitní péče, nezletilý, primární prevence, rizikové chování, zdravotnická záchranná služba

## **TITLE**

Description of primary prevention of risk behavior in terms of alcohol consumption by underage patients treated with the Emergency Medical Service of the Vysocina region

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis deals with the primary prevention of risk behaviour in the context of the departure frequency of Emergency Medical Service crews in the Vysocina Region (EMS VR) to underage patients consuming alcohol in 2006 – 2015.

Theoretical part defines individual development stages of underage patients in terms of their psychological development, risk behaviour, alcohol as an addictive substance, the development of primary prevention focused on alcohol and community care principles according to which primary prevention programmes are presented.

The research is divided into two sections. The first section is dedicated to the setting the concept of primary prevention of risk behaviour among the underage youth in the Vysocina region (VR). The second section, which is based on the defined variables, retrospectively examines the frequency of departures EMS crews VR to underage patients consuming alcohol. The results can be consequently used by the programmes implementers to improve the primary prevention of risk behaviour in the Vysocina region. The results are represented in the charts and graphs.

## **KEYWORDS**

alcohol, community care, underage, primary prevention, risk behaviour, Emergency Medical Services

# OBSAH

ÚVOD .....	14
CÍLE PRÁCE.....	16
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	17
1.1 Vývojová období v pojetí vývojové psychologie.....	17
1.1.1 Předškolní věk 3 – 6 let.....	17
1.1.2 Mladší školní období 6/7 – 11/12 let .....	18
1.1.3 Pubescence 11 – 15 let.....	19
1.1.4 Adolescence 15 – 20/22 let.....	20
1.2 Rizikové chování.....	23
1.2.1 Nejkritičtější období pro vznik rizikového chování .....	23
1.2.2 Faktory ovlivňující vznik rizikového chování .....	23
1.3 Primární prevence rizikového chování.....	25
1.3.1 Vývoj systému školské primární prevence rizikového chování v ČR .....	25
1.3.2 MŠMT – meziresortní koordinátor primární prevence rizikového chování .....	27
1.3.3 Dělení programů primární prevence rizikového chování .....	28
1.3.4 Minimální preventivní program.....	29
1.3.5 Cílové skupiny programů primární prevence rizikového chování.....	30
1.3.6 Certifikace a evaluace programů primární prevence rizikového chování .....	30
1.3.7 Prevence užívání návykových látek.....	31
1.3.8 Strategie SZO vztahující se k užívání návykových látek u nezletilých .....	32
1.3.9 Strategie ČR vztahující se k užívání návykových látek u nezletilých .....	33
1.4 Komunitní péče .....	34
1.4.1 Komunita .....	34
1.4.2 Primární prevence užívání návykových látek v komunitě.....	34
1.5 Alkohol.....	35
1.5.1 Otrava alkoholem.....	35

1.5.2	Účinky alkoholu na lidský organismus při dlouhodobém užívání .....	36
1.5.3	Závislost na alkoholu .....	37
2	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	38
2.1	Výzkumné otázky .....	38
2.2	Metodika výzkumného šetření .....	39
2.2.1	Charakteristika výzkumného souboru .....	40
2.2.2	Technika sběru dat .....	40
2.2.3	Zpracování získaných dat .....	41
2.3	Prezentace získaných informací .....	42
2.3.1	Stručný popis koncepce primární prevence rizikového chování zaměřené na konzumaci alkoholu u nezletilých, která je aktuálně realizována v Kraji Vysočina ....	42
2.3.2	Poskytovatelé programů primární prevence užívání návykových látek v KV ...	43
2.3.3	Programy neziskových organizací v Kraji Vysočina zaměřené na alkohol.....	44
2.4	Analýza a interpretace výsledků kvantitativního výzkumného šetření .....	47
3	DISKUZE .....	69
4	ZÁVĚR .....	76
5	POUŽITÁ LITERATURA .....	78
6	PŘÍLOHY .....	87

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

<b>Obrázek 1</b> Vývoj četností výjezdů v jednotlivých letech 2006 – 2015 .....	47
<b>Obrázek 2</b> Celkové počty výjezdů k nezletilým a dospělým pacientům za jednotlivé roky 2006 – 2015 .....	48
<b>Obrázek 3</b> Procentuální vyjádření počtu výjezdů k nezletilým pacientům za období 2006 – 2015 podle diagnózy .....	49
<b>Obrázek 4</b> Vývoj četností výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za jednotlivé roky 2006 – 2015 .....	50
<b>Obrázek 5</b> Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015.....	51
<b>Obrázek 6</b> Procentuální vyjádření počtu výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle pohlaví.....	53
<b>Obrázek 7</b> Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za jednotlivé roky 2006 – 2015 podle pohlaví.....	54
<b>Obrázek 8</b> Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle pohlaví.....	55
<b>Obrázek 9</b> Procentuální vyjádření počtu výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle ročního období.....	56
<b>Obrázek 10</b> Vývoj četností výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle měsíců v roce .....	57
<b>Obrázek 11</b> Vývoj četností výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle dnů v týdnu .....	60
<b>Obrázek 12</b> Procentuální vyjádření počtu výjezdů za období 2006 – 2015 podle pracovní doby posádek ZZS KV .....	63
<b>Obrázek 13</b> Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 podle pracovní doby posádek ZZS KV.....	64
<b>Obrázek 14</b> Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle pracovní doby posádek ZZS KV.....	65
<b>Obrázek 15</b> Procentuální vyjádření počtu výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle přítomnosti přidruženého úrazu .....	66
<b>Obrázek 16</b> Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 podle přítomnosti přidruženého úrazu .....	67

**Obrázek 17** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle přítomnosti přidruženého úrazu .....68

**Tabulka 1** Celkové počty výjezdů za jednotlivé roky 2006 – 2015 podle věku nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 .....52

**Tabulka 2** Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0. za jednotlivé roky 2006 – 2015 podle měsíců v roce .....58

**Tabulka 3** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle měsíců v roce .....59

**Tabulka 4** Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 podle dnů v týdnu .....61

**Tabulka 5** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle dnů v týdnu.....62

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
Dg.	Diagnóza
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)
ELSPAC	Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství (The European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood)
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a mládež (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
HBSC	Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků (The Health Behavior in School-aged Children)
ISSP	Integrovaný systém školské prevence rizikového chování
KV	Kraj Vysočina
MMP	Minimální preventivní program
MŠMT	Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MŠ	Mateřská škola
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PP	Primární prevence
PPRCH	Primární prevence rizikového chování
PPUNL	Primární prevence užívání návykových látek
SŠ	Střední škola

SURPS	Substance Use Risk Profile Scale – psychodiagnostická metoda
SZO	Světová zdravotnická organizace
VYNSPI	Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
WHO	World Health organization (Světová zdravotnická organizace)
ZŠ	Základní škola
ZZS KV	Zdravotnická záchranná služba Kraje Vysočina

## ÚVOD

Svět kolem nás je obklopen bohatou nabídkou legálních i nelegálních návykových látek. Jednou z nejrozšířenějších a často užívanou návykovou látkou je alkohol. Tato psychoaktivní látka je zároveň v našem, tedy evropském sociokulturním prostředí, látkou dostupnou a značně akceptovanou (Fischer, Škoda, 2014, s. 91). Mění psychický stav a může vyvolat návyk nebo až závislost. V České republice (ČR) je alkohol legální návykovou látkou, která není vnímána jako droga, a možná i proto se stala dlouhodobě nejužívanější návykovou látkou. Tento fakt potvrzují ve svém článku Vacek a Vondráčková, kde uvádějí, že prevalence užívání za posledních třicet dnů je v obecné populaci sto a vícenásobně vyšší v porovnání s podobně škodlivými drogami (2012, s. 140). *Podle Světové zdravotnické organizace (SZO) a Evropské komise je konzumace čistého alkoholu na jednoho dospělého obyvatele ČR 16,6 litru, tedy nejvíce v Evropské unii (EU), kde je průměr 12,5 litru na osobu* (Antašová a kol., 2014, s. 106). Z výše uvedených informací vyplývá, že konzumace alkoholu v ČR patří mezi zásadní problémy. Pití alkoholu obecně snižuje produktivitu ve společnosti a zároveň zvyšuje náklady, a to nejen na úrovni zdravotní a sociální, ale i v systému trestní justice, protože pod vlivem alkoholu dochází také k páčání trestné činnosti. Proto se snaží jak SZO, tak EU i jednotlivé státy nastavit funkční koncepční systém zaměřený na snížení konzumace alkoholu.

Problematika užívání alkoholu u nezletilých je celospolečenský problém. Česká společnost je tolerantní vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, což u těchto nezletilých brzy způsobuje vytváření dojmu, že alkohol je normální, společensky schválená součást různých sociálních kontaktů, a tedy logicky patří k různým oslavám a zábavám. I rodiče často považují malé množství alkoholu za neškodné. Nezřídka se stává, že nezletilí dostanou alkoholický nápoj právě v domácím prostředí. Kalina a kol. upřesňuje, že závislost a problémy s tím spojené nevznikají až v dospělosti, ale ve většině případů mají svůj základ před 18. rokem života (2015, s. 545). V období dospívání nastává v mozku jakási reorganizace, dochází k tvorbě a zániku mnoha synapsí i neuronů. Tyto procesy trvají do věku 20 let někdy i déle. Proto konzumace alkoholu v období dospívání narušuje učení a paměť více než u dospělých. Zároveň u těchto konzumentů alkoholu dochází k menším potížím s rovnováhou a svalovou koordinací, protože jsou celkově méně tlumeni. Konečným důsledkem je zvýšená konzumace alkoholu a vytváření názoru o větší schopnosti tolerovat alkohol (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2009, s. 31–32).

Konzumaci alkoholu nezletilých monitorují různé národní i mezinárodní studie. Největší evropská studie s názvem „*Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*“ (ESPAD) je zaměřena na věk 15 – 16 let. Je realizována každé 4 roky a dotazníkovým šetřením sleduje užívání alkoholu a dalších legálních i nelegálních návykových látek. ČR se účastní tohoto projektu od roku 1995. Její výsledky vedou, jak uvádí Chomynová a kol., k dlouhodobé evaluaci strategií protidrogové politiky na evropské i národní úrovni a formulují konkrétní opatření v prevenci a léčbě (2016, s. 1). Na mezinárodní úrovni tuto problematiku monitoruje „*Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*“ (HBSC), která je koordinovaná SZO a je zaměřena na celkové hodnocení zdraví, zdravotní potíže, úrazy, nadváhu, stravovací návyky, pohybovou aktivitu, sexuální chování a také na užívání legálních i nelegálních drog. Cílovou skupinou jsou žáci základních škol (ZŠ) ve věku 11, 13 a 15 let. Probíhá také ve čtyřletých intervalech a v ČR je realizována od roku 1994.

Dospívání je bouřlivá část života, ve které dochází k řadě zásadních změn přeměny nezralého a závislého jedince v jedince relativně soběstačného a dospělého. Není snadné najít co nejbezpečnější cestu v hledání vlastní identity. Jako důležité se v této oblasti jeví aktivity primární prevence užívání návykových látek (PPUNL). Podle Sikorové je jedním z hlavních cílů primární prevence odradit dospívající od prvního experimentu s návykovou látkou, nebo alespoň co nejdéle posunout její první užití (2012, s. 139). Programy primární prevence (PP) jsou realizovány zejména ve školském prostředí, proto je školská prevence středem celé primární prevence. Důvodem je fakt, že děti a mládež tráví velkou část svého času právě v tomto prostředí. Prováděna je ve skupinách, tedy využívá principy komunitní péče. Školní prevenci je dobré budovat na poznatcích z výzkumů a také z praxe, a tím dotvářet komplexnost této problematiky. Proto se bakalářská práce zaměřuje na vyhledání a popis potencionálně rizikových skupin a faktorů, které mohou souviset s konzumací alkoholu nezletilých v přednemocniční neodkladné péči (PNP) v KV. Dosažené poznatky mohou využít realizátoři programů primární prevence zaměřených na konzumaci alkoholu u nezletilých v KV.

## CÍLE PRÁCE

1. V teoretické části popsat u nezletilých jednotlivá vývojová období z pohledu psychologického vývoje, definovat rizikové chování, alkohol, popsat principy komunitní péče a popsat koncepci primární prevence rizikového chování.
2. Ve výzkumné části stručně popsat koncepci primární prevence rizikového chování zaměřenou na konzumaci alkoholu u nezletilých, která je aktuálně realizována v KV.
3. Ve výzkumné části zjistit četnosti výjezdů k nezletilým s diagnózou (dg.) F10.0 nebo T51.0 vyžadujících péči ZZS KV a zároveň popsat jejich charakteristiky dle sledovaných proměnných za období 2006 – 2015.
4. Ve výzkumné části popsat dosažené poznatky výzkumného šetření za období 2006 – 2015 pro realizátory preventivních programů zaměřených na konzumaci alkoholu u nezletilých v KV.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

Alkohol patří mezi návykové látky. Užívání návykových látek patří do kategorie závislostního chování, která spolu se záškoláctvím, šikanou, extrémními projevy agrese, extrémně rizikovými sporty, chováním v dopravě, rasismem, xenofobií, negativním působením sekt a sexuálním rizikovým chováním tvoří základní typy rizikového chování, na které se zaměřují primární preventivní programy pod souhrnným názvem „*Primární prevence rizikového chování*“ (PPRCH) (Miovský a kol., 2015c, s. 29). Výzkumná část této bakalářské práce se věnuje nezletilým z pohledu PPRCH, tedy období od předškolního věku po adolescenci, proto jsou v teoretické části popsány oblasti, které uvádějí čtenáře do dané problematiky. Vývojová psychologie se zaměřuje na jednotlivá vývojová období, přičemž je kladen důraz na faktory, které přímo, či nepřímo mohou souviset s konzumací alkoholu u nezletilých. Následující kapitola se zabývá rizikovým chováním, konkrétně faktory a obdobími pro jeho vznik. Zásadní kapitolou je primární prevence rizikového chování, která provádí čtenáře vývojem, nastavením a její celkovou koncepcí. Navazující kapitola se věnuje komunitní péči, ve které se programy primární prevence realizují. Poslední kapitola definuje alkohol, příznaky otravy a důsledky jeho dlouhodobého užívání.

## 1.1 Vývojová období v pojetí vývojové psychologie

Vývojová (ontogenetická psychologie) je vědní disciplína, která sleduje vývoj a změny v prožívání a chování v čase (Thorová, 2015, s. 19). Členění vývojových etap se u jednotlivých psychologů liší. Zejména při dělení adolescence, které například Macek člení na tři etapy: ranou (10/11 – 13/14), střední (13/14 – 16/17) a pozdní (16/17 – 20/21) a Langmeier s Krejčířovou na dvě etapy: pubescence (11 – 15) a adolescence (15 – 20/22) (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 27). Pro tuto práci je vybráno členění dle Langmeiera a Krejčířové, kteří vývoj nezletilých rozdělují na období: prenatální, novorozenecké (4 týdny – měsíc), kojenecké (do 1 roku), batolecí věk (1 – 3 rok), předškolní věk (3 – 6 let), mladší školní období (6/7 – 11/12 let), pubescenci (11 – 15), kterou dále dělí na prepubertu (11 – 13 let), vlastní pubertu (13 – 15 let) a adolescenci (15 – 20/22 let) (Thorová, 2015, s. 312).

### 1.1.1 Předškolní věk 3 – 6 let

Dle Freuda, dítě v období předškolního věku prochází nejdříve anální fází. Zde při osvojování hygienických návyků řeší konflikt mezi fyzickým uspokojením a požadavky rodičů. Kolem 4. roku života začíná falická fáze, kdy u dítěte nastávají významné psychosexuální změny ve vývoji (Blatný a kol., 2010, s. 168). Podle Freuda vzniká tzv. „*oidipovský komplex*“,

kdy se malí chlapci zamilovávají do svých matek, které chtějí mít pouze pro sebe. Zároveň cítí velkou žárlivost vůči otci, jehož se snaží odstranit z matčiny přízně. Nepřátelství k mnohem silnějšimu otci v dítěti vyvolává obavu z potrestání odnětím penisu, vzniká tzv. „*kastrační úzkost*“. Strach z kastrace nakonec zapříčiní odstoupení od milostných tužeb k matce a ztotožnění s agresivním otcem. Podle Freuda je „*oidipovský komplex*“ univerzální, historicky podmíněný jev, odpovědný za značnou část citění viny. Tento názor nesdílí Jung, který uvádí, že se rozhodně nejedná o univerzální jev. Podle Junga je citové připoutání dítěte k matce zapříčiněno její láskyplnou péčí, kterou zajišťuje nejdůležitější životní potřeby. I Adler odmítá všeobecnou platnost oidipovských tužeb, spíše se přiklání k názoru, že se jedná o perverzní přání zhyčkaných dětí, které nechtějí přijmout jinou osobu než svoji rozmazlující matku (Jedlička, 2011, s. 89–81). Toto období končí přechodem na latentní fázi. Nyní se dítě zaměřuje na vnější, sociální svět (Blatný a kol., 2010, s. 169). Langmeier a Krejčířová doplňují, že nejdůležitějším socializačním prostředím je rodina, která zajišťuje primární socializaci a uvádí dítě do společnosti lidí (2006, s. 93). Chceme-li změnit chování dítěte, je nutné se zaměřit na celý sociální systém dítěte (Kalina, a kol. 2008, s. 255–256). Erikson ve svém členění psychosociálních krizí vymezuje předškolní období jako mezníky „*iniciativy a viny*“. Pokud se rodiče snaží příliš regulovat iniciativní chování dítěte, dostanou se do popředí pocity viny. Erikson se shoduje s Langmeierem a Krejčířovou, že základní rodina má zásadní význam pro vývoj předškoláka (Blatný a kol., 2010, s. 170–171). V kognitivním vývoji dle Piageta je předškolák v předoperačním stádiu, které je definováno věkem 2 – 7 let. Předškolák má egocentrické myšlení, používá symbolických pojmů, nemá rozvinutou příčinnost, množství ani úhel pohledu (Nielsen Sobotková, 2014, s. 30).

### **1.1.2 Mladší školní období 6/7 – 11/12 let**

Toto období začíná zahájením školní docházky a končí prvními známkami biologických znaků pohlavního dospívání, s psychickými projevy, které tyto změny doprovázejí (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 117). Dítě již není členem pouze úzké rodiny, ale stává se součástí nové a pro něj neznámé školní skupiny. Začátek školní docházky je spojený s napětím, radostným očekáváním, ale i úzkostnými obavami, zda vše zvládne. Podle zkušených učitelů je první rok školní docházky charakterizován zásadními a prudkými kulturními změnami, které se už v takovéto intenzitě během další školní docházky nebudou opakovat (Jedlička, 2011, s. 117). Erikson upozorňuje, že už nikdy není v člověku více zvědavosti, nedočkavosti, touhy po nových znalostech, touhy učit se jako v počátečním období školní docházky (Jedlička, 2011, s. 150). Podle Freuda dělení mladšího školního období zahrnuje fázi latence a počátek genitální fáze,

kteřá pokračuje ještě v pubescenci (Blatný a kol., 2010, s. 169). Latentní období se jeví jako zdánlivý spánek sexuálních impulzů (Drapela, 2011, s. 26), sexualita je uspokojována v asexuálních oblastech – škola, sport, zájmy, kamarádi. V genitální fázi již přestává být pud převážně autoerotický, jedinec nachází sexuální objekt i mimo nejužší rodinu (Blatný a kol., 2010, s. 169). V pojetí Eriksonova členění psychosociálních krizí vstupuje do popředí „*snaživost versus méněcennost*“. Dítě se srovnává s ostatními spolužáky, a pokud má při své snaze pocit nedostatku znalostí, nastupuje méněcennost. V socializačním procesu dochází k zaměření na vnější svět, zatímco v předškolním období byly pro dítě nejdůležitější vztahy v základní rodině, ve školním věku zastřešuje významné vztahy sousedství a škola, a to zejména vrstevníci. Tato psychosociální krize zaujímá celé školní období, tedy spadá i do pubescence (Blatný a kol., 2010, s. 170). Dle Piageta na začátek mladšího školního věku je dítě schopno skutečně logicky myslet, usuzovat dle zákonů logiky bez nutnosti viděné podoby, dochází k přesunu od názorného myšlení (intuitivní) do stádia konkrétních operací (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 124–125).

### **1.1.3 Pubescence 11 – 15 let**

*„Přeji si prudce odmrštit dětství a dělají si nároky na dospělý svět zvýšenou a výbušnou emocionalitou, kterou v záchvatu úzkostné tísně nedokážou opanovat“* (Jedlička, 2011, s. 187).

Podle Langmeiera a Krejčířové je období pubescence děleno na fázi prepuberty, která začíná prvními známkami pohlavního dospívání a navazující fázi vlastní puberty, která trvá až do dosažení dospělosti (2006, s. 143). Helus uvádí, že mezi školním věkem a pubescencí je ostrý předěl. Jedná se o jeden z nejostřejších předělů ze všech, jenž jedinec prochází. Je to období neklidu, dramatických proměn duše i těla (2009, s. 248). Vnější změny vývoje jsou v pubertě patrné u obou pohlaví ve výšce a hmotnosti. Růstový výšvih začíná u dívek ve 12 letech, u chlapců později ve 14 letech. Dívky fyzicky vyžívají asi o 1,5 – 2 roky dříve. Naopak vývoj u chlapců se zrychluje pomaleji a trvá déle. Změny růstu obsahují rovněž vývoj primárních a sekundárních pohlavních znaků. První pozorovatelnou změnou je u dívek růst prsou a u chlapců růst genitálu (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 28–29). Zatímco u děvčat dochází vlivem estrogenů k ukládání tuku zejména do hýždí, boků, stehna a prsou, u chlapců v důsledku androgenů, zvláště testosteronu, raší vousy, rostou svaly a jsou přítomny charakteristické změny na kostře. Dospívající se těmito změnami velmi zabývají, zkoumají své postavy před zrcadlem a při každé příležitosti v dalších reflexních pozadích (Jedlička, 2011, s. 171). Ne vždy je jedinec s těmito změnami spokojený a ztotožněný (Kalina a kol., 2008, s. 257). Projevuje se vzdor, kdy jedinec vstupuje častěji do konfliktu s rodiči a učiteli,

což je dáno vyostřenou kritičností pubescentů vůči autoritám, zvláště vůči rodičům. Pubescent se vyznačuje vlastní přecitlivělostí a zranitelností vůči všemu co je pro něj ponižující, zesměšňující, urážející. Začíná novým způsobem prožívat sám sebe, hledá svoji podobu v sociální rovině (Helus, 2009, s. 251–252). Prožívá pocity nejistoty, pochybností i urážlivou vztahovačnost. Dochází ke střídání návalů chmurně zamyšlené sebelítosti s výbuchy popudlivého vzteku, nebo hlučně bujarého veselí. Odpovědí na frustraci bývá bagatelizace či silácký cynismus s popíráním všech mravních hodnot. Protichůdné a kontrastní postoje bývají v pubertě časté (Jedlička, 2011, s. 183). Pubescent řeší mnoho náročných situací, kdy nechce být již dítětem, ale ještě neumí být dospělým. Nastupuje potřeba nahradit dětský svět novými sociálními vazbami, což jej nutí k osobní zodpovědnosti. Objevuje mnoho způsobů žití a především hledá smysl života a sám sebe (Kalina a kol., 2008, s. 257). Konflikty mohou vyústit do vážných negativních důsledků pro další rozvoj socializace (Jedlička, 2011, s. 187). Helus připomíná, že po 11. roce života stoupá význam vrstevnických vztahů. Dramata, konflikty a krize spojují pubescenty dohromady jako účastníky podobného „údele“, kterým podle nich nikdo jiný nemůže rozumět. Důsledek tohoto vývoje může být pozitivní, ale také negativní ve smyslu rizikového chování v extrémní podobě i s kriminálním chováním (2009, s. 251). Období pubescence je dle Havighurstovy teorie vývojových úkolů významným obdobím pro tělesné a psychické zrání. Ovlivněno je nejen společností, ve které jedinec dospívá, ale také jejími hodnotami. Nejvýznamnější vliv má hodnocení skupinou vrstevníků. Vrstevníci stanovují normy v módě, účesech, hudbě, hodnocení atd. Toto Havighurstovo vývojové období pokrývá celé období pubescence a zasahuje i do prvních třech let adolescence dle členění Langmeiera a Krejčířové (Blatný a kol., 2010, s. 175). Vágnerová uvádí, že se u 5 – 10 % dospívajících vyskytují závažnější poruchy chování. Příčiny vzniku těchto poruch jsou různé, obvykle jde o kombinaci biologických i sociálních faktorů ovlivňujících se navzájem (2014, s. 716).

#### **1.1.4 Adolescence 15 – 20/22 let**

Erikson uvádí, že *„adolescence je období sexuálního a kognitivního zrání s dosud schvalovaným odkladem definitivních závazků. Zajišťuje relativně volný prostor pro experimentování s rolemi, včetně sexuálních rolí“* (Kalina a kol., 2015, s. 114).

Adolescence je typická několika důležitými biologickými a fyziologickými procesy: akcelerace výšky, hmotnosti, růstu svalové hmoty a dalšími tělesnými znaky. Důvodem této akcelerace jsou změny v činnosti žláz s vnitřní sekrecí, dochází k pohlavnímu zrání. Autoři často definují konec tohoto období jako dobu úplné pohlavní zralosti (Dolejš, 2010, s. 83). Podle Langmeiera

a Krejčířové adolescent řeší rozpory mezi fyzickou a psychickou zralostí, mezi rolemi a statusy, očekáváním a možnostmi a v neposlední řadě se zabývá konflikty mezi mladou a starou generací (Kalina a kol., 2008, s. 258). V pojetí Eriksonova členění psychosociálních krizí vstupuje do popředí „*identita versus zmatení rolí*“, kdy si jedinec vytváří vlastní žebříček hodnot, který je ovlivněn sociokulturním prostředím. Rizikovým bodem se stává nadměrné ztotožnění s partou, dospívající tak ztrácí vlastní identitu, nastává rozptýlení ega, což vede ke zmatení rolí (Blatný a kol., 2010, s. 170–171). Ve vyhledávání nové identity mohou přenášet zodpovědnost za své činy na nejrůznější náboženské nebo moderní spirituální vůdce, hrdiny a vzory (Jedlička, 2011, s. 193). Období dospívání je plné zvrátů, nadšení, pochybností, ale i nejistot. U dospívajících se objevují výkyvy, nastupuje duševní zmatek, vnitřní neklid a nepokoj (Jedlička, 2011, s. 202). Kalina a kol. uvádějí, že během hledání identity hrají mnohoznačnou úlohu drogy, které mohou být součástí experimentu, hledání, prohlubování zmatků v identitě, mohou podporovat problematická řešení vývojové krize (2015, s. 114). Rizikovní jedinci jsou ti, kteří byli nedostatečně připraveni na zvládání překážek, tedy nebyli dostatečně psychicky a sociálně vybaveni. Nedostatečně vyrovnané, podnětné a stabilní prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal, zapříčiňuje nestandardní vývoj v dospělého a odpovědného jedince, který hledá řešení v užívání návykových látek. Disponovaní jedinci, ale i všichni dospívající mohou vyzkoušet drogu, protože dospívání je standardní záležitostí, kdy všichni tito jedinci řeší stejný vývojový úkol a potřebují být „in“. Důležité je, aby užití návykové látky, i když opakovaně, zůstalo pouze ve fázi experimentu a nebylo použito k řešení vývojových problémů (2008, s. 258–259). Nielsen Sobotková a kol. dodávají, že až 50 % adolescentů se během svého vývoje začlení alespoň do jedné oblasti rizikového chování a po dovršení dospělosti vymizí (2014, s. 39). Umírněné experimentální a explorativní chování usnadňuje socializaci a sebepojetí. Zkušenost s alkoholem přináší vyšší míru přijetí a začlenění do vrstevnické skupiny a tím zesiluje kvalitu vrstevnických vztahů. Do jisté míry je nástrojem k vymezování vůči autoritám a znakem nezávislosti. I přes zmíněná pozitiva v socializačním procesu stále převažují zdravotní i psychosociální rizika spojená s užíváním návykových látek (Miovský a kol., 2015c, s. 54). S tímto názorem souhlasí Nešpor, jenž uvádí, že i pouhé experimentování s návykovou látkou vede k problémům ve škole, rodině, zapříčiňuje trestnou činnost a podobně (2011, s. 53). Macek dále objasňuje, že u adolescentů se mění charakter vrstevnických skupin. Zatímco dříve tvořili pubescenti malé skupiny stejného pohlaví, tak v počátcích adolescence se utváří pohlavně promíchané skupiny, u kterých později dochází k prvním partnerským sexuálním vztahům (Dolejš, 2010, s. 87). Vrstevnická skupina nabízí adolescentovi jakési sociální zrcadlo. Umožňuje si vyzkoušet různé role, emoce,

kdy experimentuje s osobními ambicemi a sleduje reakci, která může být souhlasná či nikoliv (Jedlička, 2011, s. 197). Pokud se mezi vrstevníky dospívajícímu dostane ocenění ve chvíli úspěchu a podpory ve chvíli neúspěchu je schopen se dobře s neúspěchy vyrovnat a pouštět se do nových výzev (Jedlička, 2011, s. 211). Hlavní vývojovou úlohou je vytvoření identity, jež umožňuje odpoutání od rodičů a dosažení míry autonomie, která umožní samostatné fungování ve světě. Emoční závislost adolescenta k rodiči se proměňuje ve vzájemný vztah podpory respektu a spolupráce. Pro adolescenta jsou rodiče velmi potřební. Důležitou roli hraje společné trávení volného času s primární rodinou. Borkowsky et al. doplňuje, že vysoce kvalitní vztahy rodičů a adolescentů nejlépe předpovídají dobré sociální, psychické a emoční fungování v období dospívání a mladé dospělosti (Thorová, 2015, s. 416–417). Pokud si adolescent není jistý svým postavením v rodině, vnímá nedostatek podpory a respektu dostavuje se úzkost (Jedlička, 2011, s. 202). Období adolescence je přechodná etapa, kdy je jedinec chráněn, zabezpečován, ale i omezován dobou, kdy se postupně osvobodí z tohoto vlivu, tak aby se stal nezávislým a samostatným (Jedlička, 2011, s. 210). Dochází k rozvoji sebevědomí, sebejistoty a postupné integraci všech částí osobnosti (Jedlička, 2011, s. 2010). Většině adolescentů se nakonec účinně podaří ovládat vnější projevy sociálně nežádoucích emocí, kdy začínají odeznívat náporů hněvu, přívalů pláče, výbuchy veselí, nasupená nevraživost i lítostivost. Dozrají ve schopnost prosadit si vlastní zájmy bez zbytečných konfliktů s okolím (Jedlička, 2011, s. 212).

## **1.2 Rizikové chování**

Pod pojmem rizikové chování „*chápeme takové chování, které přímo nebo nepřímo ústí v psychosociální nebo zdravotní poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí*“ (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 40).

### **1.2.1 Nejkritičtější období pro vznik rizikového chování**

SZO považuje adolescenty za samotnou rizikovou skupinu a zneužívání návykových látek za jednu ze složek syndromu rizikového chování (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 45). Foltová ve svém článku upřesňuje, že nejkritičtější období pro vznik rizikového chování je raná adolescence (10/11 – 13/14 let). A to zejména s ohledem na fakt, že následně ve střední a pozdní adolescenci již dochází ke změnám v myšlení, kdy ubývá absolutního a přibývá relativního myšlení, dochází k uvědomování si možných rizik, více se přemýšlí o důsledcích i o pomoci a radě odborníka (2012, s. 331). V období adolescence je ohroženo psychické zdraví, začínají se objevovat nebo prohlubovat psychiatrické onemocnění zejména deprese, poruchy příjmu potravy a poruchy chování. Fyzické zdraví je ohroženo důsledky vyplývajících z užívání návykových látek, nebezpečného riskantního a rizikového chování (Nielsen Sobotková a kol., 2014 s. 41).

### **1.2.2 Faktory ovlivňující vznik rizikového chování**

Podle různých teorií jsou jádrem rizikového chování biologické, psychologické a sociální faktory nebo jejich kombinace (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 40). Evropské monitorovací centrum zaměřené na drogy a mládež (EMCDDA) ve své publikaci uvádí, že na užívání alkoholu mají společný vliv sociální učení, postoje a chování vrstevníků i vnitřní hlas jako vymezená norma. Tedy konzumaci alkoholu adolescentů lze předpovědět podle očekávaných pocitů spojených s užitím alkoholu a delikvencí vrstevníků (2009, s. 18). Dle Nielsen Sobotkové a kol. je konzumace alkoholu spolu s kouřením cigaret a zkušenostmi s drogami nejčastější formou rizikového chování v adolescenci, která bývá spojována s typem vrstevníků a způsobem trávení volného času (2014, s. 47). Vlivem vrstevníků na rizikové chování se zabývala „*Evropská dlouhodobá studie o těhotenství a dětství*“ (ELSPAC), z jejichž výsledků vyplývá, že adolescenti s projevy rizikového chování jsou vnímavější k přebírání názorů od svých vrstevníků. Přitom zásadní je struktura těchto kamarádkých skupin, kde si rizikovní jedinci vybírají opět rizikové kamarády (Foltová, 2012, s. 325). Dalším důležitým faktorem pro vznik rizikového chování, konkrétně užívání návykových látek, je rodina (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2009, s. 19). Zásadně ovlivňuje rané užívání návykových látek. Tam kde rodiče mají dlouhodobé problémy

s užíváním těchto látek, stoupá počet dětí užívajících také návykové látky téměř na dvojnásobek v porovnání s rodinou abstinující (Majzlíková, 2009, s. 224). Proto modely chování rodičů jsou nejsilnějším ukazatelem chování potomků (Foltová, 2012, s. 326). Dále je známa souvislost s abúzem návykových látek v rodině a také s nedostatkem rodičovské kontroly. Naopak ochrannými faktory jsou v tomto případě pozitivní rodinné prostředí, dobře nastavená pravidla s kontrolními mechanismy a kladné emoční vztahy (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2009, s. 19). Důležité je i přijetí názoru rodičů. Děti, které nepovažují názory rodičů za důležité, mají sklony k problémovému chování (Foltová, 2012, s. 326). A právě problémy s chováním včetně agresivního i delikventního chování považuje EMCDDA za faktory pro vznik rizikového chování (2009, s. 24). Základem teorie problémového chování je kombinace osobnosti jedince a prostředí, ve kterém žije (Miovský a kol., 2015c, s. 55). Psychologické teorie vzniku rizikového chování se zaměřují na osobnostní rysy, kognitivní styly, temperament a sociální učení (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 42). Jedna školní dotazníková studie zkoumala pomocí psychodiagnostické metody SURPS konkrétní osobnostní rysy, které jsou více méně celý život neměnné a jsou určitou předpovědí závažnosti budoucího rizikového nebo návykového chování. Porovnávala negativní myšlení, přecitlivělost, impulzivitu a vyhledávání vzrušení. Studie byla zaměřena na žáky 8. a 9. ročníků ZŠ, tercií a kvartu víceletých gymnázií (Skopal, Dolejš, 2014, s. 56–57). Z výsledků vyplývá, že celoživotní prevalence v užívání alkoholu má statisticky významný vztah k impulzivité a vyhledávání vzrušení. Frekvence opilosti je vázána na impulzivitu a vyhledávání vzrušení stejně tak jako užívání alkoholu v posledních 30 dnech, kde se navíc přidává přecitlivělost (Skopal, Dolejš, 2014, s. 61). Závěry studie ukazují, že psychodiagnostická metoda SURPS je účinná pro vyhledávání rizikových jedinců a lze ji využít pro tvorbu programů PPRCH (Skopal, Dolejš, 2014, s. 55). V ČR je součástí programu „*Preventure*“ a je zaměřena na žáky ve věku 12 – 15 let. Je to metoda cílené intervence, která má včasné identifikovat příznaky rizikového chování a naučit jedince zvládat své rizikové osobnostní vlastnosti, které jsou spojené s rozvojem závislostí (Čablová a kol., 2011, s. 97). Dalším zajímavým zjištěním je i zvýšení rizika užívání alkoholu u dětí, které v raném věku měly potíže se spánkem (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2009, s. 20).

### 1.3 Primární prevence rizikového chování

Primární prevence užívání návykových látek není samostatnou oblastí, ale společně s dalšími formami rizikového chování spadá pod jednu ucelenou oblast, která se nazývá „*Primární prevence rizikového chování*“. Proto tato kapitola nejprve shrnuje vývoj PPRCH a obecně definuje její programy. Následně se zabývá primární prevencí užívání návykových látek a dále přibližuje přístup SZO i ČR k problematice užívání návykových látek nezletilých.

#### 1.3.1 Vývoj systému školské primární prevence rizikového chování v ČR

Protidrogová politika ČR spadá do oblasti primární prevence a její počátky spadají do roku 1993, kdy Ministerstvo vnitra (MV) vytvořilo základní dokument „*Strategie protidrogové politiky*“. Tento dokument poprvé uvedl nutnost změnit systém, tak aby byla vytvořena síť efektivních primárních a léčebných programů. Následně došlo k přenesení koordinace na meziresortní úroveň, kdy vznikla „*Meziresortní protidrogová komise*“. V polovině 90. let se do oblasti provádění primárních programů a školení pedagogů zapojili i neziskové organizace. V druhé polovině 90. let se začalo diskutovat o nastavení prevence návykových látek v odborných kruzích. Ministerstvo mládeže a tělovýchovy (MŠMT) se v tomto období zasloužilo o zavedení profesionálního přístupu k primární prevenci, která vycházela z vědeckých podkladů, tím došlo k nastartování pozitivních trendů, na které se dalo navázat. Byly vytvořeny důležité publikace, které také ovlivnily směřování primární prevence. Jejich autory byly Nešpor, Csémy a Dvořák. Avšak příchozí změny byly komplikovány nastupujícími politickými i ekonomickými potížemi, jako byly finanční potíže nebo nesystémové a masové preventivní programy s velmi nízkou efektivitou (Mioviský a kol., 2015c, s. 20–21). Koncepce primární prevence se rozvíjela také samostatně pod Ministerstvem zdravotnictví (MZ) a MV, bohužel s minimální úrovní vzájemného propojení. Tato vícekolejnost je patrná od samého začátku její tvorby (Mioviský, 2015a, s. 63). Po dobře nastartovaném rozvoji v 90. letech bohužel v následném období 1998 – 2001, pod vedením MŠMT, dochází k pozastavení tvorby „*specifické prevence*“, která je klíčová pro prevenci užívání návykových látek a zaměření se na „*nespecifickou prevenci*“. Dochází i k řídicím změnám a přesunutí kompetencí z „*Oboru speciálního školství a prevence*“ na „*Obor pro mládež a tělovýchovu*“. Vzniká dokument „*Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998 – 2000*“, který obsahoval značné množství chyb a nepravdivých tvrzení vycházejících z neznalostí a neprofesionality autorů, což bylo v koncepci primární prevence krokem zpět. Ale ani následná koncepce MŠMT v roce 2000 v oblasti primární prevence nebyla žádným posunem (Mioviský a kol., 2015c, s. 22–24). Pro posílení národní

protidrogové prevence vznikl v oblasti koordinace primární protidrogové prevence usnesením vlády č. 549/2003 mezirezortní koordinátor, kterým se stalo MŠMT (Miovský a kol., 2015d, s. 92). Hlavním odůvodněním byl počet dětí a studentů vzdělávajících se ve školských zařízeních a celkově doba strávená ve školském prostředí. Toto období vzdělání je velmi důležité pro formování osobností a jakýkoliv nezdar v tomto procesu se velmi špatně napravuje v dospělosti (Miovský a kol., 2015c, s. 103). Následoval vznik několika koncepčních dokumentů napříč resorty (MŠMT, 2005, 2009, MV, 2007, MZ, 1999), které se často překrývaly, byly bez návaznosti a kompatibility (Miovský, 2015a, s. 64). Zlepšení situace nastává po opětovném přenesení koordinace v rámci resortu MŠMT zpět na „*Odbor speciálního školství a prevence*“, kdy ve spolupráci se sekretariátem „*Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky*“ došlo k vytvoření pracovní skupiny složené ze zástupců zodpovědných resortů, krajů a poskytovatelů služeb. Tato skupina začala pracovat na vypracování standardů primární prevence, manuálů a dalších koncepčních záležitostí. Nastavila se cesta k profesionalizaci primární prevence, zlepšení koordinace, kontroly a i stabilizaci financování (Miovský a kol., 2015c, s. 25). Zásadní dopad na celý systém měly dva projekty VYNSPI 1 (2009 – 2011) a VYNSPI 2 (2014 – 2015) pod názvem: „*Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni*“. Z projektu VYNSPI 1 vznikl pracovní návrh celonárodního systému školské PPRCH. Ten byl výsledkem desetileté práce stovek profesionálů v prevenci v ČR, v roce 2011 byl předán příslušným organizacím a na MŠMT, kde bylo rozhodnuto návrh prakticky ověřit. Zjistilo se, že navrhovaný systém může sloužit jako základ pro tvorbu a praktickou realizaci preventivních programů (Miovský, 2015a, s. 65). Vyšly tři zásadní publikace: „*Primární prevence rizikového chování*“, „*Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování*“ a „*Výkladový slovník základních pojmů mezioborové školské prevence rizikového chování*“ (Gabrhelík, Miovský, 2012, s. 232–234). Následně v dalších letech v rámci projektu VYNSPI 2 byly v roce 2015 vydány další 4 monografie. Každá popisuje určitou část, nebo komponenty systému primární prevence a celkově představuje rámec, ve kterém se celý koncept primární prevence pohybuje (Miovský, 2015a, s. 66). Ale ani dnes není jasná hranice mezi prevencí školskou, zdravotnickou a prevencí kriminality. Všechny se vzájemně doplňují, ale často překrývají. Z toho vyplývá fakt, že prevence rizikového chování je mezioborová problematika, kde se setkávají pedagogika, psychologie, sociologie i veřejné zdraví (Miovský, 2015a, s. 63–64). Koncept „*Integrovaného systému školské prevence rizikového chování*“ (ISSP) se v průběhu let 1999 – 2015 postupně vyvíjel. Poslední podoba je výsledkem projektu

VYNSPI 2. Pracovní návrh je předložen klíčovými resortům a to MŠMT, MZ i široké odborné veřejnosti. Plánován je na období 10 let (2015 – 2025) a má deset klíčových aktivit. Navazuje na akční plány programů SZO „Zdraví 2020“ (Miovský, Gabrhelík, 2015b, s. 90–92). Hlavním cílem v návrhu integrovaného systému školské prevence je řešení dlouhodobě nedostatečné meziresortní koordinace a sjednocení postupů v oblasti rizikového chování mládeže (Miovský, Gabrhelík, 2015b, s. 104).

### **1.3.2 MŠMT – meziresortní koordinátor primární prevence rizikového chování**

Tvorba klíčových koncepčních dokumentů a formování strategií podle stanovených priorit, vznik a podpora spolupráce jednotlivých subjektů realizujících PPRCH a v neposlední řadě vytváření materiálních, finančních a personálních podmínek jsou hlavní úkoly MŠMT v oblasti primární prevence (Miovský a kol., 2015c, s. 103). Na dotační programy v této oblasti ze svého rozpočtu přiděluje za rok průměrně 20 milionů Kč (MŠMT, 2013, s. 19) a pro Kraje uvolňuje částku 5 milionů Kč na práci metodiků prevence v pedagogicko – psychologických poradnách (MŠMT, 2013, s. 21). MŠMT koordinuje PPRCH na „horizontální“ a „vertikální“ úrovni. „Horizontální“ úroveň spolupracuje s příslušnými resorty ministerstev (MZ, MV, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo obrany) a dalšími nadresortními orgány jako jsou „Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky“, „Republikový výbor prevence kriminality“ a jiné. Od roku 2010 byla spolupráce rozšířena i o Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo financí. V resortu MŠMT byly vytvořeny dvě pracovní skupiny „Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence“ a „Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů“. Formulace „sociálně patologické jevy“ je terminologicky zastaralá, ale doposud nebyla v názvu skupiny upravena (Miovský a kol., 2015c, s. 101–102). V moderní koncepci školské prevence byl pro přílišnou stigmatizaci a velký důraz na společenskou normu nahrazen termínem „rizikové chování“ (Miovský a kol., 2015c, s. 28). Pracovní skupiny jsou složeny ze zástupců ministerstev, krajů, obcí, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení a dalších vybraných odborníků na příslušnou problematiku. Důležitá je spolupráce, sjednocení postojů a vedení ve vzájemném souladu napříč resorty. Na „vertikální“ úrovni řídí a metodicky vede skupinu školských koordinátorů, mezi které patří krajský školský koordinátor prevence pod krajským odborem MŠMT, dále metodici prevence, což jsou pracovníci pedagogicko – psychologických poraden a školní metodici prevence, jimiž jsou jednotliví pedagogové ve školách a školských zařízeních (Miovský a kol., 2015c, s. 102).

### **1.3.3 Dělení programů primární prevence rizikového chování**

Programy PPRCH jsou „*specifické a nespecifické*“. „*Specifické*“ jsou cíleny na konkrétní formu rizikového chování, která má vztah k přesně vymezené skupině a má jasnou časovou a prostorovou realizaci. Mají tři úrovně provádění: „*všeobecná*“, „*selektivní*“ a „*indikovaná primární prevence*“ v závislosti na intenzitě programu, na volbě prostředků a nástrojů realizace, na úrovni zapojení cílové skupiny a podobně. Obecně lze říci, že čím hlubší a intenzivnější je program, tím jsou i specifičtější metody postupů (psychologické, pedagogické, psychoterapeutické) a nároky na požadavky, profesní znalosti a vzdělání realizátora programu (Miovský a kol., 2015c, s. 60–61). Programy PPRCH lze provádět ve školském (např. třída, klubovna, společenská místnost) nebo v mimoškolském prostředí. Mimoškolsky to jsou nejčastěji prostory státních nebo nestátních neziskových organizací, které se zaměřují na rizikovou mládež, uživatele návykových látek a podobně (Miovský a kol., 2015d, s. 152–153). Mezi další typ mimoškolní PPRCH patří i mediálně podporované kampaně pořádané pro větší počet nezletilých, realizovaných ve veřejných prostorech. Bohužel efektivita těchto programů je nízká (Miovský a kol., 2015d, s. 152–153).

#### **Všeobecná primární prevence**

Všeobecná primární prevence je zaměřena na běžnou populaci mládeže, která není rozdělena na více či méně rizikové. Zohledňuje pouze věk a případné sociální a jiné faktory. Cílovou skupinou bývá větší počet lidí (třída nebo menší sociální skupina). Do této kategorie spadají i preventivní programy zaměřené proti užívání návykových látek (Miovský a kol., 2015c, s. 61). Středem všeobecné primární prevence je dokument „*Minimální preventivní program*“ (MMP). Jeho struktura je definována v „*Metodickém pokynu MŠMT ČR č. j.: 20006/2007-51*“ a je určený pro ZŠ (Miovský, 2015a, s. 72).

#### **Selektivní primární prevence**

Selektivní primární prevence se zaměřuje na více ohrožené jedince, u kterých se ve zvýšené míře nachází rizikové faktory pro vznik rizikového chování. Pracuje se v menších skupinách nebo individuálně (Miovský a kol., 2015c, s. 61). V případě návykových látek se jedná o jedince, kteří mají pozitivní vztah k těmto látkám a užívajícím skupinám (Kalina a kol., 2015, s. 266). Programy jsou zaměřeny na posilující techniky, vrstevnické modely, sociální dovednosti a komunikaci (Miovský a kol., 2015c, s. 61). Klade se větší důraz i na zapojení rodičů, celého rodinného i školského systému, protože multisystémovost se prokázala nejúčinnější (Kalina a kol., 2015, s. 266). Tyto programy vyžadují odpovídající vzdělání preventivní typy speciálního pedagoga, psychologa či adiktologa (Miovský a kol., 2015c, s. 61).

### **Indikovaná primární prevence**

Indikovaná prevence je mezník mezi léčebnou a selektivní prevencí (Nevoralová, Šťastná, 2013, s. 26). Z pohledu užívání návykových látek je cílena na vysoce rizikové jedince a to ještě před jejím zahájením, nebo v období počátečních experimentů, přičemž je důležitá znalost rizikových faktorů (Nevoralová, Šťastná, 2013, s. 36) jako jsou školní potíže, problémy se zákonem, zdravotní nebo psychické onemocnění, násilí či agrese, nárazové pití nebo porušení pravidel v užívání návykových látek (Kalina a kol., 2015, s. 268). Cílem programů je co nejdříve podchytit, vyhodnotit a neprodleně zahájit intervenci (Miovský a kol., 2015c, s. 61). Snaha je zabránit rozvoji závislosti, projevům nebezpečných vzorců chování a snížit frekvenci užívání návykové látky (Nevoralová, Šťastná, 2013, s. 26). Posuzuje se individuální povaha, specifika problému a navrhuje se postup řešení. Je nutná cílená práce se zapojením školního psychologa nebo vnějšího poradenského subjektu (Miovský a kol., 2015c, s. 61–62). Bohužel v ČR je tato část PPRCH málo rozvinutá. Jak uvádí Nevoralová a Šťastná v ČR je 8 programů, z nichž 6 postrádá informace o evaluaci a konkrétních screeningových nástrojích (2013, s. 36).

#### **1.3.4 Minimální preventivní program**

*Je konkrétním dokumentem školy zaměřeným na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností* (Miovský a kol., 2015e, s. 20). Je navržen pro cílovou skupinu nezletilých ve věku 6 – 15 let, tedy je tvořen pro celou základní školní docházku s předpokládaným rozsahem 86 hodin (Miovský, 2015a, s. 72–73). Celý musí být ve shodě se školním řádem, rámcovým vzdělávacím programem a celkovými podmínkami školy. Vytváří se na jeden školní rok. Zodpovědnost za něj má školní metodik prevence a podléhá kontrole „České školní inspekce“ (Miovský a kol., 2015e, 19–20). Na tvorbě a realizaci se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy a škola využívá dotačních programů MŠMT. Při tvorbě a hodnocení MMP spolupracuje školní metodik prevence s metodikem příslušné pedagogicko – psychologické poradny, případně neziskovými organizacemi, Policií ČR a s dalšími subjekty. Má dlouhodobé i krátkodobé cíle, které jsou navrženy tak, aby mohly být řádně prováděny a kontrolovány (Miovský a kol., 2015d, s. 99). Krátkodobé cíle jsou hlavní částí dokumentu, dlouhodobé jsou více obecné a oboje navazují na preventivní strategii školy. Zohledňují všechny oblasti prevence rizikového chování a musí se shodovat s koncepcí na regionální úrovni (Miovský a kol., 2015e, s. 28). MMP se skládá ze tří částí. První je „bezpečnost žáků ve škole a na školních akcích“. Druhá je zaměřena na „rozvoj dovedností pro život“, tedy rozvoj sociálních dovedností

a sebeovlivňování. Patří mezi ně schopnost odolat sociálnímu tlaku, zvládnání konfliktních a zátěžových situací, ale i asertivita, komunikace, předvídání následků a jiné. Poslední částí jsou „komponenty specifické pro jednotlivé typy rizikového chování“, z nichž jedna se věnuje užívání návykových látek (Miovský a kol., 2015d, s. 101–103).

### 1.3.5 Cílové skupiny programů primární prevence rizikového chování

Žádný preventivní program není všemocný a nefunguje u všech skupin. Proto je nutné specifikovat kritéria pro vymezení cílové skupiny a tím ji rozlišit (Miovský a kol., 2015c, s. 89). Obecný popis a klasifikace skupiny se třídí podle čtyř kritérií.

1. **Kritérium náročnosti** definuje vztah rizikového chování k sociální a zdravotní zátěži.
2. **Kritérium věku** rozděluje jednotlivce do 5 cílových skupin. První jsou předškoláci 3 – 6 let, dále mladší školní věk 6 – 12 let, starší školní věk 12 – 15 let, mládež 15 – 18 let a mladí dospělí 18 – 26 let. Toto třídění zohledňuje vývojově – psychologické období i školní docházku.
3. **Sociálně – společenské kritérium** je úzce spojeno s předešlými kritérii, vzájemně se doplňují a tvoří jednotný celek (Miovský, 2015a, s. 69–70).
4. **Institucionální kritérium** je spojeno s profesním kritériem a vzájemně tvoří slučitelný celek. Účastníci preventivních programů se pak rozdělují na žáky ZŠ, studenty středních škol (SŠ), vysokých škol, ústavních zařízení a jiných (Miovský a kol., 2015d, s. 23–24).

### 1.3.6 Certifikace a evaluace programů primární prevence rizikového chování

Programy specifické PPRCH je možné od roku 2006 certifikovat (Kalina a kol., 2015, s. 262). Udělená certifikace je garantem kvality programu a ovlivňuje tok finančních dotací. Je udělována certifikační agenturou, kterou jmenuje MŠMT a podléhá „*Certifikačnímu řádu*“ (Miovský, 2015a, s. 80). Jedná se o proces posouzení programu podle kritérií definovaných „*Standardy*“ (Miovský, 2015a, s. 80). Ty ve své obecné části vymezují základní pojmy, cílové skupiny preventivních programů a zásady efektivity primárně – preventivního působení. Do roku 2012 se certifikovaly pouze specifické programy zaměřené na PPUNL, následně byly rozšířeny na všechny typy rizikového chování (Pavlas Martanová, 2012, s. 176). Udělením této certifikace získává daný program uznání, že odpovídá stanoveným kritériím a komplexnosti (Miovský a kol., 2015c, s. 176). O certifikaci svých programů mohou požádat Policie ČR, Městská policie, poradenské subjekty, osoby samostatně výdělečně činné i neziskové organizace (Pavlas Martanová, 2012, s. 183), tedy jedná se o komunitní činitele (Vacek, Vondráčková, 2012, s. 144). V případě PPUNL je principem udělení dobrovolnost,

transparentnost a nezávislost šetření (Miovský a kol., 2015c, s. 177). Pro školy představuje certifikace možnost poznat odborný kredit daného programu (Pavlas Martanová, 2012, s. 176) a tím vybrat vhodného poskytovatele pro své žáky (Miovský, 2015a, s. 80). Důraz na kvalifikační požadavky pracovníka v primární prevenci klade dokument „*Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže*“ v působnosti resortu MŠMT na období 2009 – 2012 a v jeho návaznosti byl navržen model kvalifikačních stupňů pro pracovníky na poli PPRCH (Charvát a kol., 2012, s. 193). Vztahuje se na pedagogické pracovníky, adiktology, sociální pracovníky, policisty, zdravotnické pracovníky i dobrovolníky (Charvát a kol., 2012, s. 192).

Každý preventivní program, který je prováděn ve škole a je financován z veřejných peněz, by měl být evaluován, tedy zhodnocen, zda byl dobře nastaven, cílen, proveden a nebyl kontraproduktivní. Ne všechny programy lze standardně a průběžně evaluovat. Některé je možné provádět jen s časovým odstupem ve velkých evaluačních studiích (Miovský a kol., 2015c, s. 168). Bohužel z výsledků projektu VYNPSI 1 (2009 – 2011) vyplynula roztržitost evaluace programů PPRCH. Nejvíce evaluačních nástrojů je v oblasti primární prevence návykových látek, ale pro jiné formy rizikového chování jich mnoho neexistuje (Nevoralová a kol., 2012, s. 252). Proto bylo vytvořeno „*Evaluační centrum*“, které se zabývá evaluacemi intervencí na všech úrovních primární prevence (Nevoralová a kol., 2012, s. 247).

### **1.3.7 Prevence užívání návykových látek**

„*Pojmem prevence označujeme všechna opatření směřující k předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků*“. A to nejen různá poškození, onemocnění a úrazy, ale také snížení rozmanitých forem rizikového chování poškozujících společnost i jedince. Prevence užívání návykových látek má tři stupně: „*primární, sekundární a terciární*“ (Miovský a kol., 2015d, s. 143). Jejich účinnost se zvyšuje při vzájemné kombinaci metod. V případě prevence užívání návykových látek se jedná o metody informační a interaktivní s rozvojem sociálních dovedností (Miovský a kol., 2015c, s. 62).

1. **Primární prevence** se dělí na „*specifickou*“, která je zaměřena přímo na předcházení zneužívání návykových látek a „*nespecifickou*“, která se soustředí na podporu zdravého životního stylu a lepšího využití volného času. Tím pomáhá nepřímo snižovat vznik a rozvoj rizikového chování.

2. **Sekundární prevence** je zaměřena na poradenství, léčení a zejména časnou intervenci. Jedinec ohrožený drogou rychle ztrácí schopnost situaci zvládnout sám, proto čím časnější je intervence, tím je úspěšnější (Sikorová, 2012, s. 140–142).
3. **Terciární prevence** se provádí u jedinců, kteří užívají návykovou látku nebo absolvovali léčení (Sikorová, 2012, s. 145). Zaměřuje se na předcházení vážnému či trvalému poškození zdraví v souvislosti s užíváním návykové látky a zasahuje i do sociální oblasti.

Prováděné preventivní intervence jsou na principu komunitní péče a mohou být výchovného, vzdělávacího, zdravotního, sociálního nebo jiného typu (Miovský a kol., 2015d, s. 143).

### **1.3.8 Strategie SZO vztahující se k užívání návykových látek u nezletilých**

Na 63. zasedání Světového zdravotnického shromáždění v květnu 2010 byl přijat dokument „*Globální strategie pro omezení škodlivého užívání alkoholu*“. Dokument vymezuje 10 prioritních oblastí pro celosvětová opatření na místní, celostátní i regionální úrovni a má pět základních cílů. V souvislosti se škodlivým užíváním alkoholu má zvýšit celosvětové povědomí o komplexu problémů, zvýšit dostupnost kvalitních informací o škodách, účinných intervencích a prevenci. Dále zkvalitnit odbornou pomoc členským státům v prevenci a řešení zdravotních problémů, rozvíjet spolupráci a koordinaci zúčastněných stran, zajistit větší objem potřebných prostředků v zájmu prevence a zkvalitnit monitorovací a kontrolní systémy. Nutná je minimalizace důsledků škodlivého užívání alkoholu u skupin obyvatel, kteří jsou ohroženi zvýšeným rizikem, jako jsou děti a dospívající, ženy těhotné, kojící a v plodném věku i příslušníci původního obyvatelstva a menšin (SZO, 2011, s. 21–23). Mezi cílové oblasti strategie patří „*regulace veřejné a komerční dostupnosti alkoholu*“ (McGovern a kol., 2011, s. 17). Metodou jsou stanovení nejnižší věkové hranice pro nákup a konzumaci alkoholu, regulování dostupnosti alkoholu legislativou, politikou a programy, zohlednění sekundárních zdrojů dostupnosti alkoholu (rodiče, přátelé) a nastavení koncepčního opatření proti prodeji alkoholu podnapilým a nezletilým (WHO, 2010, s. 15). Další cílovou oblastí je „*omezení vlivu reklamy cílené na mládež*“ (McGovern a kol., 2011, s. 17), která je důležitým hlediskem pro snížení škodlivého pití mladých a dospívajících. Zásadní je atraktivnost, obsah i rozsah působení na mladé lidi. Je nutné zvažovat ochranu před reklamními praktikami (WHO, 2010, s. 15). „*Cenová politika vedoucí k omezení konzumace alkoholu nezletilých*“ je další oblastí strategie SZO (McGovern a kol., 2011, s. 17). Efektivním způsobem, jak omezit konzumaci alkoholu nezletilých, je zvýšení cen alkoholických nápojů (WHO, 2010, s. 16). Tento dokument má být návodem na realizaci opatření na všech úrovních a má být použit na národní úrovni

s ohledem na konkrétní podmínky daného státu (SZO, 2011, s. 32). V návaznosti na tento dokument byl v roce 2011 na 61. zasedání Regionálního výboru WHO (Světová zdravotnická organizace) pro Evropu přijat „*Evropský akční plán pro omezování škodlivého užívání alkoholu 2012 – 2020*“ (Úřad vlády ČR, 2013, s. 10).

### **1.3.9 Strategie ČR vztahující se k užívání návykových látek u nezletilých**

V ČR je od roku 2003 mezíresortním koordinátorem PPUNL MŠMT. Kromě programů realizovaných MŠMT existují další paralelní preventivní programy realizované jinými subjekty jako je MZ pro zdravotní prevenci, MV zabývající se například prevencí drogové kriminality (2015c, s. 100–103). Problematika alkoholu nebyla zásadně a koncepčně řešena, proto byla v prosinci 2014 přijata Vládou ČR revidovaná „*Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018*“ (MZ, 2015, s. 1), která má 4 základní pilíře: snižování dostupnosti drog, primární prevence, snižování rizik, léčba a sociální začlenění (Úřad vlády, 2011, s. 14). Jako nástroj realizace byl přijat „*Akční plán k omezení škod působených alkoholem v ČR pro období 2015 – 2018*“ (MZ, 2015, s. 1). Odpovídá 4 prioritním oblastem dokumentu „*Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevenci nemocí*“ přijatého Vládou ČR v lednu 2014 v gesci resortu MZ a je v souladu s výše uvedeným dokumentem SZO (MZ, 2015, s. 14).

Resort MŠMT má koncepční dokument s názvem „*Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018*“, který vychází z výsledků jednání s krajskými koordinátory a z dlouhodobých cílů strategií mezíresortních orgánů a z předešlých koncepcí prevence užívání návykových látek a projevů rizikového chování z období 1998 – 2000, 2001 – 2004, 2005 – 2008, 2009 – 2012. Koresponduje s „*Národní strategií protidrogové politiky na období 2010 – 2018*“ a standardy primární prevence rizikového chování (MŠMT, 2013, s. 3). Jeho hlavním cílem je minimalizovat vznik a snížit rozsah rizikového chování u dětí a mládeže a to efektivním systémem prevence, který funguje díky společnému působení všech zúčastněných subjektů (MŠMT, 2013, s. 6). Druhým dokumentem je „*Koncepce podpory mládeže na období 2014 – 2020*“, který navazuje na předešlou koncepci 2007 – 2013. Jeho primární cílovou skupinou jsou jedinci ve věku 13 – 30 let (MŠMT, 2014, s. 2). Mezi strategické cíle patří podpora programů, individuálního poradenství v primární prevenci rizikového chování, snižování podílu dětí a mládeže užívající návykové látky (MŠMT, 2014, s. 15). Na těchto základech vydává MŠMT, jako koordinátor, metodická doporučení vztahující se k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.

## **1.4 Komunitní péče**

Komunitní péče zahrnuje zdravotní, sociální a další služby nemocným i zdravým lidem, skupinám i komunitám (Jarošová, 2007, s. 25). Je prováděna v blízkosti života jedinců a tím se stává dostupnou péčí. Cílem je směřovat jedince k zodpovědným rozhodnutím za své zdraví, vhodnému využívání zdravotních služeb, což má ekonomický a společenský význam v komplexu podpory zdraví (Sikorová, 2012, s. 126). Plánování komunitní péče poskytované dětem a dospívajícím je skládáno z vyhledávání cílových skupin, určení věkové struktury a stanovení potřeb jednotlivců komunity, zhodnocení stávajících dostupných služeb, posouzení situace a stanovení společné koncepce (Sikorová, 2012, s. 130–131).

### **1.4.1 Komunita**

Komunita je společnost lidí, kteří jsou citově vázáni k místu, kde žijí a kde existují vzájemné sociální vazby, jako je přátelství, známost, ekonomická spoluúčast, respekt k tradicím (Šťastná, 2016, s. 9). Specifickým rysem komunity je komunitní sounáležitost (Jarošová, 2007, s. 23). Tedy komunita je tvořena hranicemi (politické, ekonomické, sociální i místní), je postavena na pilířích (hodnoty, tradice, zájmy...) a má strukturu (Sikorová, 2012, s. 125).

### **1.4.2 Primární prevence užívání návykových látek v komunitě**

Účast všech členů komunity na předcházení problémů s užíváním návykových látek je základem prevence v komunitě. Spojuje komunitní práci a poznatky jednotlivých členů o prevenci užívání návykových látek. Cílem je nebýt zodpovědný pouze za sebe, ale také za rizikové členy komunity, vytvořit pro ně specifické programy pro rizikové situace, tvořit a podporovat zdravý životní styl, poskytovat objektivní informace a spolupracovat s místními jednotlivci i skupinami při efektivním řešení problémů. Primární prevence je určena pro cílovou rizikovou skupinu (např. děti a mladí lidé) a sekundární pro skupinu lidí, která jakýmkoliv způsobem může ovlivnit skupinu primární (např. rodiče, pedagogové, sociální pracovníci a další). Důležitý je koordinátor, který může být členem místní správy nebo neziskové organizace. Vytváří multidisciplinární tým, který koordinuje aktivity v komunitě a spolupracuje s organizacemi podílejícími se na realizaci celého projektu. Pro úspěšné komunitní plánování je důležitá aktivní účast koordinátora, zástupců komunity a poskytovatelů preventivních programů (Miovský a kol., 2015c, s. 97–99). Komunitní projekty na minimalizaci rizik a škod způsobených užíváním alkoholu jsou také často zaměřeny přímo na bary, kluby a podobné podniky, dále na jejich návštěvníky a okolí (Vavrinčíková, 2012, s. 24).

## 1.5 Alkohol

Alkohol vzniká kvašením cukrů (Kalina a kol., 2015, s. 51), jeho vyšší koncentrace se dosahuje destilací (Vavrinčíková, 2012, s. 12) a společně s nikotinem patří v ČR mezi legální návykové látky (Kalina a kol., 2015, s. 51). Chemický název je etylalkohol a jako hlavní psychoaktivní látka je součástí alkoholických nápojů (Fischer, Škoda, 2014, s. 92). Patří mezi látky tlumivé, i když jeho účinky jsou všestranné. V oblasti psychiky navozuje subjektivní pocit zvýšené výkonnosti, odstraňuje špatnou a navozuje dobrou náladu, uklidňuje a uspává, odstraňuje úzkosti i vnímání bolesti (Heller, Pecinová, 2011, s. 49). Alkohol je přijímán ústy a vstřebáván do krve v průběhu celého trávicího traktu. Množství alkoholu v jednotlivých orgánech závisí na jejich prokrvení. Zatímco odbourávání alkoholu je konstantní a lze jej minimálně ovlivnit, tak vstřebávání lze ovlivnit náplní žaludku, prokrvením sliznice i koncentrací nápoje (Heller, Pecinová, 2011, s. 50–51). Známe je od starověku a dostupnost alkoholu nezletilým je u nás zákonem č. 379/2005 Sb. zakázána. Tedy osobám mladším 18 let se nesmí prodat ani podat alkoholické nápoje, nesmí je konzumovat v barech ani podobných zařízeních, nesmí je koupit v obchodech ani nikde jinde (Vavrinčíková, 2012, s. 12).

### 1.5.1 Otrava alkoholem

Otrava alkoholem vzniká individuálně, při různé hladině alkoholu v krvi, přičemž může být náhodná, nebo dobrovolná (Dobiáš a kol., 2012, s. 475). Akutní otrava je závislá na množství a koncentraci alkoholického nápoje, s přihlédnutím na individuální snášenlivost, duševní a fyzickou kondici (Novák a kol., 2008, s. 418). Jedná se tedy o akutní či krátkodobý stav spojený s přechodnými psychickými, fyzickými i změnami chování (Fischer, Škoda, 2014, s. 85). U dospívajících nastávají otravy i při relativně nízkých dávkách, což je způsobeno nižší hmotností, menší tolerancí organismu vůči alkoholu a pomalejším odbouráváním (Csémy, Nešpor, 2011, s. 360).

Příznaky otravy alkoholem lze rozdělit do 4 stádií.

1. **Excitační** = první stádium a nastupuje asi při 0,5 promile alkoholu, odpovídá mírné ztrátě svalové koordinace, zhoršení zraku a zpomalení reakcí na podněty.
2. **Hypnotické** = druhé stádium a odpovídá asi 1 – 2,5 promile alkoholu, kdy nastupuje setřelá řeč, ztráta citů a svalové koordinace, pocit na zvracení a zvracení.
3. **Narkotické** = třetí stádium se projevuje při hladině 2,5 – 3,5 promile alkoholu, kdy dochází k rozmazanému nebo dvojitému vidění, zvracení a vystupňování špatné svalové koordinace.

4. **Asfyktické** = poslední stádium projevující se snížením reflexních odpovědí, snížením dýchání, ztrátě citlivosti i křečím při hladině více než 3,5 promile alkoholu. Nad 4 promile alkoholu nastupuje těžké bezvědomí až smrt (Polák, 2014, s. 460).

Hlavní nebezpečí u předávkování alkoholem spočívá v útlumu center základních životních funkcí. Smrt může nastat v důsledku zástavy dýchání při útlumu dechového centra, nebo vdechnutí zvratků v důsledku útlumu obranných reflexů v hlubokém bezvědomí (Heller, Pecinová, 2011, s. 49). Tedy jedinec je více ohrožený bezvědomím, nebo úrazem než přímými účinky alkoholu na mozek, srdce a cévy. Specifickými riziky nadměrné konzumace jsou: neschopnost odebrat kvalitní anamnézu, maskování ztráty paměti při úrazech hlavy a mozku, překrývání hypoxie z jiných chorobných příčin, prohlubování bezvědomí vzniklé z jiné příčiny, zvyšování rizika aspirace do dýchacích cest, maskování rozvoje šoku a prohloubení chronických onemocnění (Dobiáš a kol., 2012, s. 476–477).

### **1.5.2 Účinky alkoholu na lidský organismus při dlouhodobém užívání**

Alkohol dobře prostupuje biologickými membránami a po vstřebání ze zažívacího traktu se přes hematoencefalickou bariéru dostává do mozku. Je značně orgánově toxický, včetně neurotoxicity (Kalina a kol., 2015, s. 51–52) a v závislosti na počtu užití jsou jeho škodlivé účinky hromaděny v organismu (Fischer, Škoda, 2014, 85). Dlouhodobé užívání alkoholu způsobuje také nenápadné, nebo naopak nápadné kožní projevy. Typický je alkoholový obličej - zmenšení podkožní tukové tkáně, zarudnutí obličeje, zduřelý červený nos, zarudnutí víček, překrvení spojivek a ragády ústních koutků (Heller, Pecinová, 2011, s. 63). Alkohol poškozují trávicí trakt, bývá příčinou alkoholického zánětu žaludku, slinivky (Kalina a kol., 2015, s. 246), může vyústit ke vzniku cukrovky, nebo může vyvolat nádorová onemocnění jater, jícnu, žaludku i tenkého střeva a rekta (Kalina a kol., 2015, s. 53). Pravidelné pití alkoholu způsobuje onemocnění jater. Nejprve vzniká ztukovatění a následně zánět jater, po kterém nastupuje nevratný stav jaterní cirhózy a její komplikace. Nejzávažnějšími komplikacemi je portální hypertenze, vznik a krvácení z jícnových varixů, jejichž mortalita v prvních šesti týdnech je 30 – 50 % (Kalina a kol., 2015, s. 243). Neméně závažný je i život ohrožující stav nedostatečné výživy s nedostatkem vitamínů B1, B12, kyseliny listové, v důsledku čehož vzniká anemie, poruchy krvetvorby a poruchy srážení krve (Kalina a kol., 2015, s. 53). Na srdci alkohol snižuje stažlivost, která je zapříčiněna poškozením srdeční svaloviny (Dobiáš a kol., 2012, s. 476). Toxický účinek alkoholu na nervový systém se projevuje mnohočetným poškozením nervů a organickým poškozením mozku. Vznikají psychotické poruchy s projevy halucinací, bludů, změny kognitivních funkcí. Projevem je těžké

narušení krátkodobé paměti se vznikem zkreslování vzpomínek pacienta. Tento stav se nazývá „*Korsakovův syndrom*“ a může končit demencí (Kalina a kol., 2015, s. 53). Na periferním nervovém systému vyvolává mnohočetné poškození nervů a svalů. Celkově dochází k narušení periferního i centrálního nervového systému spíše se špatnou prognózou (Kalina a kol., 2015, s. 243–244). Snad nejčastějším projevem dlouhodobého užívání alkoholu je alkoholický třes, který souvisí s poškozením mozečku a podkorových center (Heller, Pecinová, 2011, s. 64).

### **1.5.3 Závislost na alkoholu**

Syndrom závislosti je soubor psychických a somatických změn, které souvisí s opakovaným užitím psychoaktivních látek. Touha získat látku, navazující problémy spojené s užíváním, zvýšená tolerance a odvykací syndrom jsou typické známky závislosti (Fischer, Škoda, 2014, s. 86). Podle Nešpora je u dětí a dospívajících vznik závislosti na návykových látkách výraznější, přičemž to co u dospělých trvá roky či desítky let, vzniká u dospívajících řádově v měsících (2011, s. 53). Tato skutečnost souvisí s nedostatkem zkušeností a sociálních dovedností (Majzlíková, 2009, s. 224). Dětský organismus je méně odolný a snadněji se u něj rozvíjí závislost. Zásadní vliv na rychlost jejího vzniku má rodina a blízké okolí (Heller, Pecinová, 2011, s. 175). Heller a Pecinová dodávají, že většina adolescentů, kteří se dostali do psychiatrické péče, jsou primárně psychicky změněni. Užíváním alkoholu se snažili ovlivnit nudu, bezradnost, nízké sebevědomí, zmenšit negativní a zvětšit pozitivní zkušenosti (2011, s. 179). Nešpor upřesňuje, že děti a dospívající závislí na alkoholu jsou viditelně zaostali v oblastech emočního zrání, sebekontroly, sociálních dovedností, vzdělávání, tedy jsou zpomalení v psychosociálním vývoji. Časté je i riziko recidivy závislosti, i když naopak dlouhodobá prognóza hovoří příznivěji, a to díky přirozenému procesu zrání, který funguje jako podpora všech léčebných snah (2011, s. 53–54).

V teoretické části byl popsán vývoj nezletilých z psychologického hlediska a faktory, které je vedou ke konzumaci návykových látek. Mezi často užívanou návykovou látku patří alkohol, který specifikovala jedna z kapitol, přičemž se zaměřila na rizika spojená s jeho konzumací. Užívání návykových látek patří mezi projevy rizikového chování, na které se soustředila druhá kapitola. Na prevenci tohoto chování se zaměřuje PPRCH pod kterou patří i PPUNL. Vývoj, nastavení, struktura programů, jejich prezentace v komunitě zaujímala významné místo v teoretické části. Přiblížila celou koncepci PPRCH i přístup SZO a ČR k problematice užívání návykových látek nezletilých.

## **2 VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **2.1 Výzkumné otázky**

1. Jaká je incidence výjezdů k nezletilým pacientům s diagnózou F10.0 nebo T51.0 vyžadujících péči ZZS KV za období let 2006 – 2015 vzhledem k celkovému počtu výjezdů?
2. Která věková skupina nezletilých s diagnózou F10.0 nebo T51.0 je nejčastěji ošetřena posádkami ZZS KV za období 2006 – 2015?
3. Která skupina nezletilých s diagnózou F10.0 nebo T51.0 v závislosti na pohlaví je nejčastěji ošetřena posádkami ZZS KV za období 2006 – 2015?
4. Jaké časové období je nejfrekventovanější pro výjezd ZZS KV k nezletilým s diagnózou F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015?
5. Jaká je četnost přidruženého traumatu ve sledované skupině nezletilých pacientů s diagnózou F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015?

## 2.2 Metodika výzkumného šetření

Tato bakalářská práce patří do teoreticko – průzkumné/výzkumné práce. Výzkumná část byla rozdělena do dvou úseků. První úsek výzkumné části byl zpracován na základě analýzy získaných informací z dokumentů, které byly poskytnuty jednotlivými osobami na úrovni primární prevence v Kraji Vysočina. Pro získání dokumentů byl navštíven krajský školský koordinátor prevence, preventista kriminality v krajském sekretariátu hejtmána, dále projektový manažer a metodik projektu na krajském odboru sociálních služeb, okresní preventistka v pedagogicko – psychologické poradně ve Žďáře nad Sázavou a preventisti na dvou vybraných středních a vyšších odborných školách ve Žďáře nad Sázavou. Od výše uvedených osob byly získány dokumenty o koncepci primární prevence v KV. V elektronické formě byl zaslán dokument s názvem „*Krajský plán prevence Kraje Vysočina 2016 – 2017*“ (Příloha B). Dále byly předány odkazy na webové portály, které zveřejňují dokumenty: „*Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016 – 2017*“, „*Evaluace primární prevence sociálně patologických jevů žáky 8. ročníků ZŠ v KV*“ a „*Sekundární analýza dat – dotazník pro ředitele a školní metodiky prevence ZŠ KV*“ vztahující se k projektu s názvem „*Podpora systému primární prevence sociálně patologických jevů*“. Souhrnné informace o realizaci tohoto projektu byly vyhledány na příslušných webových portálech. Následovně byla navštívena jedna z neziskových organizací poskytujících primární prevenci v KV, a to ve Žďáře nad Sázavou. Zde byly předány kompetentní osobou informace o programech primární prevence tohoto centra vztahující se k užívání alkoholu. Ostatních 5 neziskových organizací bylo osloveno elektronickou formou. Cestou emailové komunikace byly požádány o poskytnutí informací k jejich konkrétním programům PPUNL. Všechny odpověděly a zaslaly odkazy na své webové portály, kde mají všechny své aktuálně nabízené programy dostupné a definované. Zde byly následně čerpány prezentované informace.

Pro druhý úsek výzkumné části byla zvolena metoda kvantitativního výzkumného šetření formou retrospektivního sběru dat z dokumentace ZZS KV za 10 let. ZZS KV vytváří zdravotnickou dokumentaci v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., který uvádí, že „*zdravotnická dokumentace může být za podmínek stanovených tímto zákonem vedena v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou těchto podob*“ (Česko, Zákon o zdravotních službách č. 372/2011). Stanoveným úsekem bylo období od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2015 včetně. V bakalářské práci je uveden název Zdravotnické záchranné služby KV na základě souhlasu s vedením této instituce zřizované Krajem Vysočina. Nástrojem pro sběr dat byla zvolena elektronická forma dokumentu „*Záznam o výjezdu*“. Sběr dat probíhal

na základě předem stanovených kritérií. Výzkumné šetření probíhalo od 1. 5. 2016 do 31. 10. 2016 po potvrzení souhlasu hlavní sestry ZZS KV.

### **2.2.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Vybraný výzkumný soubor nebyl nahodilý. Jako cílový výzkumný soubor byla zvolena skupina nezletilých ve věkových kategoriích od 3 do 17 let včetně, kterým byla poskytnuta přednemocniční neodkladná péče posádkami ZZS KV v období od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2015 včetně. Spodní hranice věku nezletilých, tedy věk 3 roky, byl stanoven s ohledem na skutečnost, že nejnižší věkovou skupinou pro prezentaci programů primární prevence jsou předškoláci, tedy věk 3 – 6 let. Pro mladší děti (do dovršení 3 let) nejsou realizovány programy primární prevence. Horní hranice věku nezletilých, tedy věk 17 let včetně, uzavírá nezletilost. Dověšením 18 let věku se jedinec stává zletilým. Z toho vyplývá, že kategorie 3 – 17 let včetně jsou nezletilí, u kterých, jak již bylo uvedeno, je zákonem zakázán prodej i podání alkoholických nápojů, tedy je nesmí konzumovat a zároveň jsou na tuto vybranou skupinu nezletilých cíleny programy primární prevence užívání návykových látek.

Přítomnost alkoholu byla ošetřena výběrem diagnózy podle „*Mezinárodní klasifikace nemocí 10*“ (MKN 10) a to diagnózou F10.0 případně diagnózou T51.0. Diagnóza F10.0 je stav akutní intoxikace alkoholem, kdy dochází k poruchám vědomí, vnímání, emotivity, chování nebo jiných psychofyziologických jevů. Poruchy jsou vyvolány přímo farmakologickým účinkem látky a časem odeznívají (SZO, 2008, s. 193–194). Diagnóza T51.0 je definována jako toxický účinek etylalkoholu na organismus (SZO, 2008, s. 688). Na základě ověření diagnózy byla ve výjezdových záznamech vyhledávána následující kritéria: četnost výjezdů, pohlaví, věk, časové údaje (den v týdnu, měsíc v roce, roční období, pracovní doba posádek ZZS KV) a přítomnost přidruženého úrazu.

Z celkového počtu 458 ošetřených nezletilých pacientů s dg. F10.0 nebo T51.0 bylo z důvodu nesplněného kritéria věku vyřazeno 7 dětí. Konečný výzkumný vzorek tvořil celkem 451 nezletilých. Pro neúplnost dat nemusel být žádný dokument „*Záznam o výjezdu*“ z výzkumného šetření vyřazen, což je dáno opakovanou kontrolou jeho elektronické verze.

### **2.2.2 Technika sběru dat**

Nejprve byla písemnou formou požádána hlavní sestra ZZS KV Mgr. Marta Machátová o možnost sběru dat z dokumentace ZZS KV. Po schválení této žádosti byla zpřístupněna požadovaná data z celého Kraje Vysočina v elektronické formě pomocí intranetu ZZS KV. Pro práci s daty byly vyfiltrovány celkové počty výjezdů, celkové počty výjezdů k nezletilým,

celkové počty výjezdů k nezletilým s diagnózou F10.0 nebo T51.0. Vstup do dokumentace ZZS KV byl elektronickou cestou, kde byly zpřístupněny elektronické verze dokumentu „*Záznam o výjezdu*“ k nezletilým pacientům s diagnózou F10.0 nebo T51.0. Přístup k těmto datům byl možný kdykoliv po zadání osobního hesla v pracovním počítači na výjezdové základně ZZS KV v Novém Městě na Moravě.

### **2.2.3 Zpracování získaných dat**

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Word a Excel 2010. Výsledky jsou prezentovány v tabulkách a grafech, které jsou doplněny komentářem. V grafech jsou zaznamenány získané údaje v absolutních četnostech, méně často v relativních četnostech. Tabulky prezentují absolutní četnosti. Všechna zpracovaná data byla získána pouze pro výzkumné účely a jsou anonymní.

## 2.3 Prezentace získaných informací

### 2.3.1 Stručný popis koncepce primární prevence rizikového chování zaměřené na konzumaci alkoholu u nezletilých, která je aktuálně realizována v Kraji Vysočina

Kraj Vysočina k 1. 1. 2015 je svojí rozlohou 6795 km<sup>2</sup> pátým největším krajem v ČR a má 509 895 obyvatel. Území KV je rozděleno na 5 okresů, 15 správních obvodů obcí s rozšířenou působností, 26 obvodů pověřených obecním úřadem a 704 obcí (Krajský úřad Kraje Vysočina, 2016, s. 5).

Koncepce primární prevence užívání alkoholu v KV patří do koncepce „*Primární prevence užívání návykových látek*“ a ta spadá pod jednu koncepci „*Primární prevence rizikového chování*“. Spolupráce v této oblasti vychází od krajského školského koordinátora prevence, který spolupracuje s krajským protidrogovým koordinátorem a manažerem prevence kriminality. Pravidelně se scházejí na úrovni odborných pracovních skupin i s dalšími odborníky v oblasti primární prevence. Společně si předávají informace a plánují další aktivity. Krajský školský koordinátor prevence se pravidelně účastní schůzek pracovních skupin prevence kriminality, prevence alkoholismu, protidrogové prevence a s pracovní skupinou e-bezpečnosti. Krajský preventista vytváří pravidelně krajský plán prevence KV, který je v souladu s dokumentem „*Strategie protidrogové politiky KV*“, poslední na období 2016 – 2019 s jeho navazujícími akčními plány realizace protidrogové politiky KV (viz Příloha B). Koncepce protidrogové politiky KV vychází z dokumentů: „*Protidrogové strategie EU na období 2013 – 2020*“ a „*Národní protidrogové politiky na období 2010 – 2018*“ (Krajský úřad Kraje Vysočina, 2016, s. 3). Východiska plánu PPRCH korespondují s průzkumem situace v terénu a doporučením vycházejícím z dokumentu „*Evaluace primární prevence sociálně patologických jevů žáků 8. tříd ZŠ KV*“ z roku 2012 (viz Příloha B). Zde bylo osloveno celkem 1001 žáků z 55 ZŠ KV (Hanzl, 2012, s. 58). Nejčastěji se žáci účastnili programů zabývajících se užíváním návykových látek (Hanzl, 2012, s. 10). Tři čtvrtiny oslovených studentů se domnívají, že programy PPRCH jsou přínosné a mají smysl. Nové informace se dozvědělo více než 3/4 studentů, přičemž nejlépe byly hodnoceny programy zaměřené právě na užívání návykových látek (Hanzl, 2012, s. 12–15). Mezi doporučení, která z této evaluace vzešla, patří mimo jiné: pokračovat v programech zaměřených na užívání návykových látek a to především na alkohol a cigarety, podporovat školy v oblasti primární prevence a to odborně a finančně, zvyšovat povědomí o subjektech odborné pomoci (krizová centra, neziskové organizace, pedagogicko – psychologické poradny, nízkoprahová centra, policie, linky bezpečí)

také zaměřit programy primární prevence i na rodiny (Hanzl, 2012, s. 60). Stanoveným cílem v oblasti primární prevence je vytvoření vhodného výchovně vzdělávacího prostředí pro děti a mládež, více začleňovat do programů PP problematiku užívání alkoholu, tabáku, léků, energetických nápojů i hazardních hry. Cílovou skupinou jsou žáci mateřské školy (MŠ), ZŠ, SŠ a odborných učilišť, ale také pedagogové, sociální pracovníci, zástupci neziskových organizací, odborná veřejnost i rodiče a další osoby zodpovědné za výchovu včetně široké laické veřejnosti (Krajský úřad Kraje Vysočina, 2016, s. 19–20). Financování PPRCH z pozice kraje probíhá prostřednictvím finančních prostředků v rámci udržitelnosti projektu EU pod názvem „*Individuální projekt – Podpora systému PP sociálně patologických jevů*“ (viz Příloha B). Tento projekt byl spolufinancován z operačního programu „*Vzdělávání pro konkurenceschopnost*“, byl zahájen 7. 4. 2010 a ukončen 28. 2. 2013. Projekt byl financován z celkových nákladů 85 % z Evropského sociálního fondu a z 15 % ze státního rozpočtu ČR. Celková částka na realizaci projektu byla ve výši 19 945 501,40 Kč (Kraj Vysočina, 2011). Hlavními cíli projektu byly vznik a fungování „*Krajského centra primární prevence*“, dodávka certifikovaných programů do škol a školských zařízení, realizace vzdělávacích aktivit pro pedagogy, tvorba a zavedení metodik do škol. Všechny cíle byly dosaženy a navíc překročeny. Vznikl fungující systém primární prevence sociálně patologických jevů v KV. Proto se vedení Kraje Vysočina rozhodlo i nadále v rámci udržitelnosti tohoto projektu každoročně finančně podporovat tyto nastavené aktivity (Švanda, 2013, s. 1–6) a na rok 2016 vyčlenil částkou 4 000 000,- Kč. Další finanční zdroje doplňuje i „*Grantový program Fondu Vysočiny: Prevence kriminality*“ částkou 1 500 000,- Kč (viz Příloha B). Hlavními zájmy protidrogové politiky KV je snížit počet uživatelů návykových látek, snížení experimentálního, příležitostného, problémového a intenzivního užívání návykových látek zejména mladých lidí. Snížení potenciačních rizik s tím spojených jak pro jedince, tak pro společnost, a snížení dostupnosti návykových látek zejména pro mladé lidi. Základní oblasti jsou: primární prevence, snižování rizik, léčba a sociální začleňování a snižování dostupnosti návykových látek (Krajský úřad Kraje Vysočina, 2016, s. 15–16).

### **2.3.2 Poskytovatelé programů primární prevence užívání návykových látek v KV**

Instituce, které se zabývají primární prevencí, jsou pedagogicko – psychologické poradny, orgány sociálně – právní ochrany dětí, probační a mediační služby, Policie ČR, Městská policie, neziskové organizace, ale i také jakákoliv fyzická osoba nebo společnost, která se zabývá danou problematikou (Švanda, 2013, s. 1). V KV je celkem šest neziskových organizací poskytujících programy PP: „*Vrakbar – Centrum primární prevence*“ v Jihlavě,

„Portimo o.p.s. – Centrum prevence CéPéčko“ v Novém Městě na Moravě, „Spektrum – Centrum primární prevence“ ve Žďáře nad Sázavou, „Střed – Středisko výchovné péče“ v Třebíči, „Oblastní charita Třebíč – Primární prevence“ a „Oblastní charita Žďár nad Sázavou – Centrum prevence“. Tyto organizace jsou hlavními poskytovateli programů PP, jelikož mají své programy certifikovány, tedy zaručují potřebnou kvalitu, a jsou tedy spolufinancovány z finančních zdrojů KV (Krajský úřad Kraje Vysočina, 2016, s. 20). Obecně platí, že všichni jmenovaní poskytovatelé programů PP nabízí ředitelům jednotlivých škol a školských zařízení své programy a ten si dle svého uvážení a aktuálního klima v daném zařízení řídí výběr, frekvenci i poskytovatele programů PPRCH sám.

### **2.3.3 Programy neziskových organizací v Kraji Vysočina zaměřené na alkohol**

#### **Vrakbar – Centrum primární prevence**

Programy centra jsou realizovány v budově svého centra prevence, výjimečně po dohodě ve školách samotných. Zaměřeny jsou již na děti v mateřské škole. Program „Prevence závislosti – Alkohol“ je cílen na znalosti a zkušenosti dětí s alkoholem a tyto znalosti následně prohlubuje. Délka programu je 1 hodina. Pro 1. stupeň ZŠ realizuje program „Prevence závislosti – Alkohol“ určený pro 3. třídu (1 – 2 vyučovací hodiny), rozšiřuje a prohlubuje znalosti o účincích alkoholu. Následně v 5. třídě ZŠ (3 vyučovací hodiny) program „Prevence závislosti – Drogy“ žáci získají informace o účincích drog i bourání mýtů o návykových látkách. Pro 2. stupeň (6. – 9. třída) realizuje program „Prevence závislosti“ v délce 3 vyučovacích hodin. Prezentuje legální i nelegální látky, závislost, postoje společnosti a rizikové chování (Vrakbar, 2017).

#### **Portimo o.p.s. – Centrum prevence CéPéčko**

Centrum nabízí a realizuje přímo ve školách programy ve tříhodinové verzi a během školního roku proběhnou dvakrát. Alkoholů se týkají následující programy: „Vesnická a městská myš“, doporučený pro 1. – 3. třídu, který je zaměřen na budování zdravého životního stylu a specifickou prevenci nebezpečí virtuálních drog, dále „Čeho je moc, toho je příliš!“ je doporučen pro 4. – 5. třídu a zaměřuje se na tabák a alkohol. Pro 7. třídu realizuje program „Drogy kolem nás“ zaměřený na specifickou prevenci užívání návykových látek, stejný program pokračuje a navazuje ve dvou blocích „Drogy kolem nás I a II.“ v 8. třídě. V 9. třídě realizují „Nejsem divnej, když jsem jinej“ zaměřený na předcházení užívání návykových látek. Ve středoškolském a odborném učňovském vzdělávání následuje v 1. ročníku program „Drogy bez nás“ zaměřený na vymezení hranic experimentování, užívání a nadužívání návykových látek a tento program se opakuje ještě v druhém ročníku (Portimo o.p.s., 2016).

### **Spektrum – Centrum primární prevence**

Centrum nabízí a realizuje své programy přímo ve školách tříhodinové programy a také dvakrát ve školním roce. Na 1. stupni pro 4. – 5. třídu je to program „*Co mi (ne)prospívá*“, který se zaměřuje na podporu zdravého životního stylu a prevenci užívání alkoholu a tabáku. Pro 2. stupeň ZŠ a SŠ, odborné učňovské vzdělávání realizuje „*Pouta (ne)závislosti*“ zaměřený na prevenci užívání návykových látek a s nimi spojená rizika (Spektrum, 2014).

### **Střed – Středisko výchovné péče**

Centrum má programy zaměřené na předškolní děti a žáky ZŠ jako programy všeobecné primární prevence. V mateřských školách představuje program „*S předškoláky o návykových látkách*“, kde uvádí základní informace o rizicích návykových látek formou pohádky. Je realizován ve dvou 30 minutových blocích. Pro 1. stupeň ZŠ (3. – 5. třída) realizuje program „*Na tenkém ledě*“ zaměřující se na schopnost odmítnout návykovou látku. Pro 2. stupeň ZŠ (6. – 9. třída) nabízí program „*(Ne)bojíme se říct droze ne?*“ zaměřený na problematiku užívání alkoholu v širším slova smyslu, na závislost i na právní povědomí k této problematice. Je realizován ve dvou blocích po 3 vyučovací hodiny. Pro 2. stupeň ZŠ a 1. – 2. ročník středoškolské a odborné učňovské žáky má připravený selektivní program (určené pro kolektivy s vyšší mírou rizika nebo vyšším ohrožením) „*Zdravý životní styl (návykové látky, poruchy příjmu potravy, syndrom CAN, sebepoškozování)*“. Ten probíhá ve dvou blocích po 4 vyučovací hodiny, ale před samotnou realizací jsou 1 – 2 hodiny věnovány třídnímu učiteli pro vyjasnění zakázky. Dále realizuje program pro pečující osoby s názvem „*Seminář pro rodiče*“, který upozorňuje na možné jevy rizikového chování včetně užívání návykových látek (Střed, z. ú, 2015).

### **Oblastní charita Třebíč – Primární prevence**

Charita poskytuje pro 1. stupeň ZŠ (4. – 5. třída) program „*Až do dna*“, který je zaměřený na užívání návykových látek, zejména alkoholu a nikotinu. Pro 2. stupeň ZŠ (7. – 9. třída) nabízí program „*Kruh závislosti*“, který rozšiřuje vědomosti o návykových látkách a učí nácvik odmítání a schopnostem odolat negativnímu vlivu party. Programy jsou realizovány ve dvou blocích po 3 vyučovací hodiny. Pro střední školy a střední odborná učiliště nenabízí žádný preventivní program zaměřený na užívání návykových látek (Oblastní charita Třebíč, 2017).

### **Oblastní charita Žďár nad Sázavou – Centrum prevence**

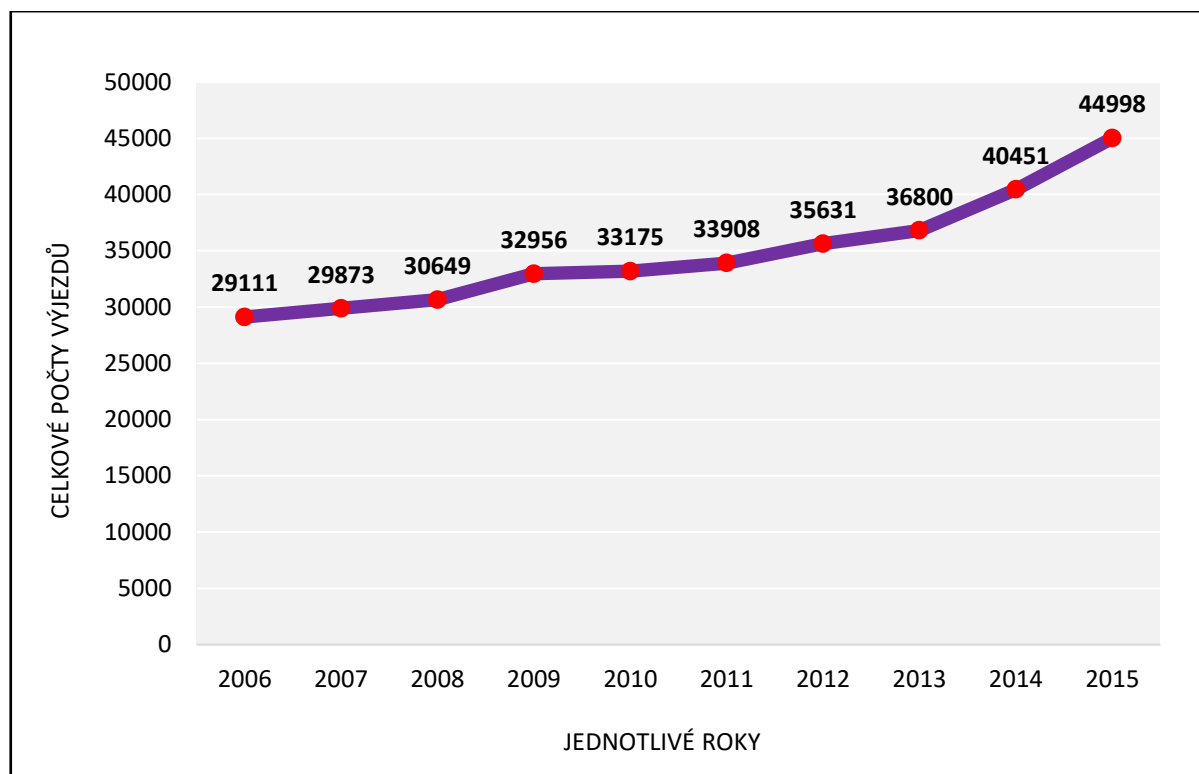
Charita nabízí programy všeobecné a selektivní primární prevence. Pro 5. třídu ZŠ program „*Nechci, díky*“, který se zaměřuje na užívání návykových látek zejména alkoholu, cigaret

a marihuany. Vysvětluje rizika s tím spojená a učí žáky odmítat nabízenou drogu. Pro 7. třídu ZŠ realizuje program „*Dvě strany mince*“, který prohlubuje znalosti o legálních (alkohol, tabák) i nelegálních drogách a popisuje oblast závislosti. Jsou také realizovány ve dvou blocích po 3 vyučovacích hodinách. Pro střední školy a odborná učiliště nabízí bloky primární prevence, které jsou přizpůsobeny věku studentů a aktuálním požadavkům škol, tedy po individuální konzultaci lze zrealizovat téma přímo na míru (Oblastní charita Žďár nad Sázavou, 2017).

Z výše uvedeného vyplývá, že není zcela jednotný obsah programu PP, ani není jednotné, pro jaké věkové skupiny jsou programy realizovány. Konkrétní programy se většinou netýkají pouze alkoholu, ale dotýkají se více návykových látek. Jsou poskytovány zpravidla v jednotlivých třídách školských zařízení, v rámci komunitní péče a nejsou rozděleny podle pohlaví účastníků skupiny. Školy zpravidla spolupracují s jednou neziskovou organizací, která jim vede preventivní programy zaměřené na všechny typy rizikového chování v průběhu celé školní docházky, a to podle svého nastaveného plánu. Je to pro ně výhodnější i z finančního hlediska, protože tyto programy, jak již bylo uvedeno, jsou spolufinancovány z KV eventuálně i od nějakého sponzora, tedy představují pro školu menší finanční zátěž. Pro představu jedna oslovená střední a vyšší odborná škola ve Žďáře nad Sázavou využívá pravidelně jednu neziskovou organizaci, naproti tomu druhá oslovená střední a vyšší odborná škola, také ze Žďáru nad Sázavou, nevyužívá žádnou neziskovou organizaci.

## 2.4 Analýza a interpretace výsledků kvantitativního výzkumného šetření

### Vývoj počtu výjezdů ZZS KV za období 2006 – 2015

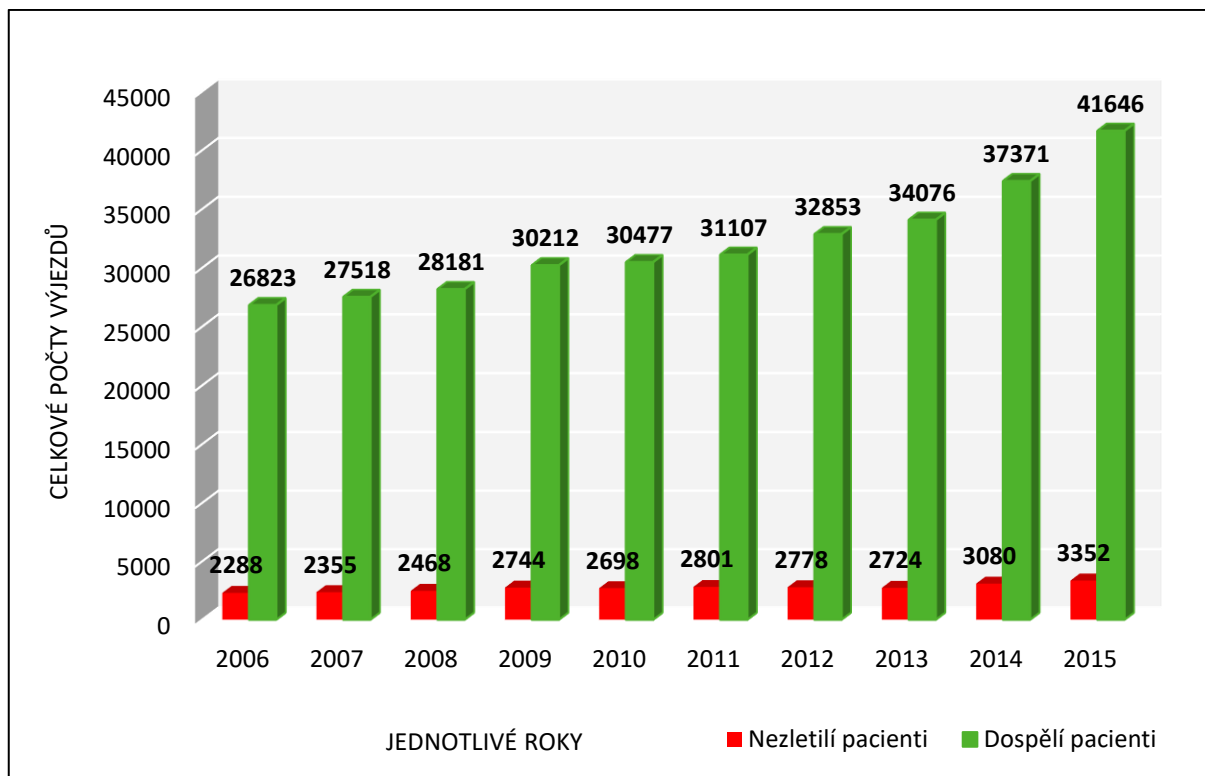


**Obrázek 1** Vývoj četností výjezdů v jednotlivých letech 2006 – 2015

Obrázek 1 poukazuje na vývoj celkového počtu výjezdů ZZS KV za sledované období let 2006 – 2015. Za celkové období 10 let ZZS KV absolvovala celkem 347 552 výjezdů.

Nejméně výjezdů se uskutečnilo v roce 2006, naopak nejvíce jich proběhlo v roce 2015. Graf má vzestupnou tendenci. Mezi lety 2006 – 2015 je nárůst o 54,6 % ( $n = 15\,887$ ) výjezdů. Nejmenší nárůst výjezdů je viditelný mezi lety 2009 – 2010, kdy se zvýšil celkový počet výjezdů pouze o 219 výjezdů. Naopak největší nárůsty byly zaznamenány mezi lety 2013 a 2015, kdy se nárůst v letech 2013 – 2014 navýšil o 3 651 výjezdů a na konci sledovaného období (2014 – 2015) dokonce o 4 547 výjezdů.

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým a dospělým pacientům v jednotlivých letech 2006 – 2015



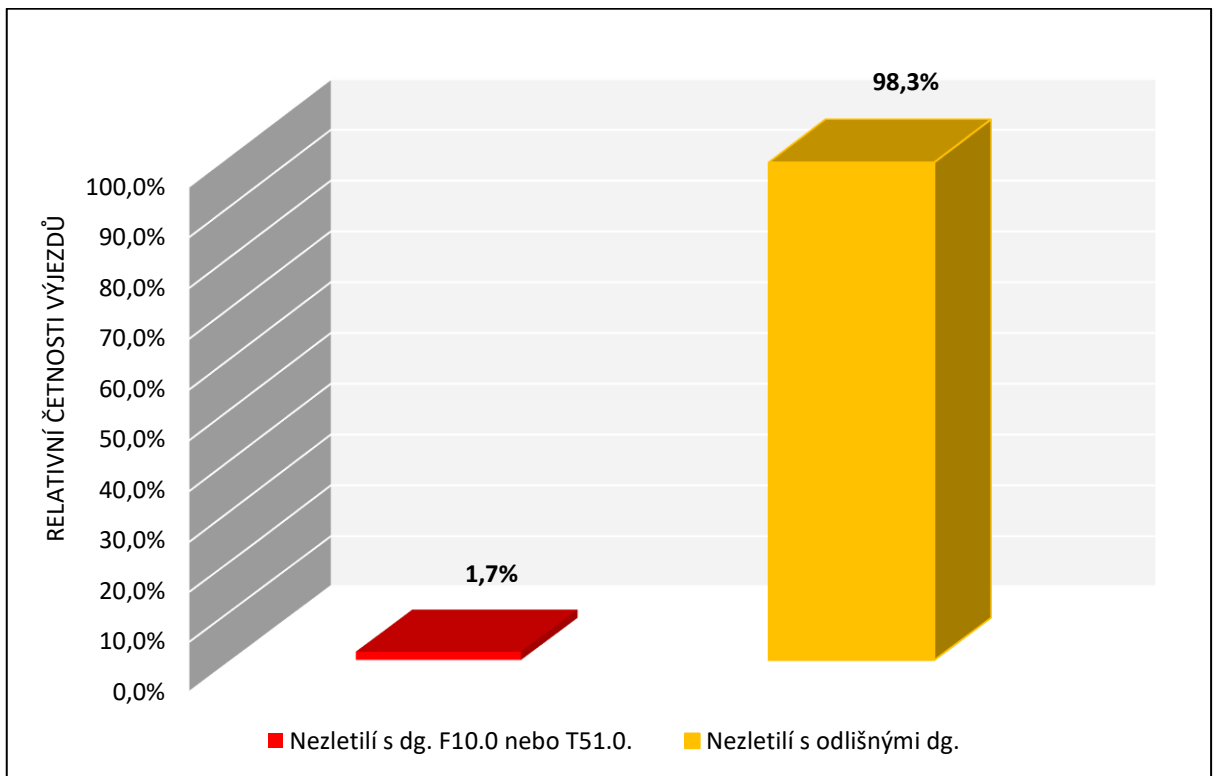
**Obrázek 2** Celkové počty výjezdů k nezletilým a dospělým pacientům za jednotlivé roky 2006 – 2015

Celkové počty výjezdů za jednotlivá období rozdělených na skupinu nezletilých a dospělých pacientů ukazuje obrázek 2. Celkový počet realizovaných výjezdů ZZS KV byl 347 552 (viz Obr. 1), z toho posádky ošetřily 7,9 % ( $n = 27\ 288$ ) nezletilých a 92,1 % dospělých ( $n = 320\ 264$ ) pacientů.

Ve skupině dospělých pacientů bylo nejvíce ošetřených dospělých osob v roce 2015 a nejméně v roce 2006.

Ve skupině nezletilých se od roku 2006 do roku 2015 počet výjezdů zvýšil o 46,5 % ( $n = 1064$ ). Pro bližší představu, v roce 2006 uskutečnilo 2 228 výjezdů, což činí 7,9 % z celkového počtu výjezdů v daném roce. V letech 2006 – 2009 má vývoj pozvolnou vzestupnou tendenci. Nejvyšší nárůst je viditelný mezi lety 2013 a 2014, kdy došlo k navýšení výjezdů až o 13,1 % ( $n = 356$ ). V roce 2015 vyjžděla ZZS k 3 352 nezletilým pacientům, což představuje 7,4 % ze všech výjezdů v tomto roce.

## Zastoupení nezletilých pacientů za období 2006 – 2015 v závislosti na diagnóze

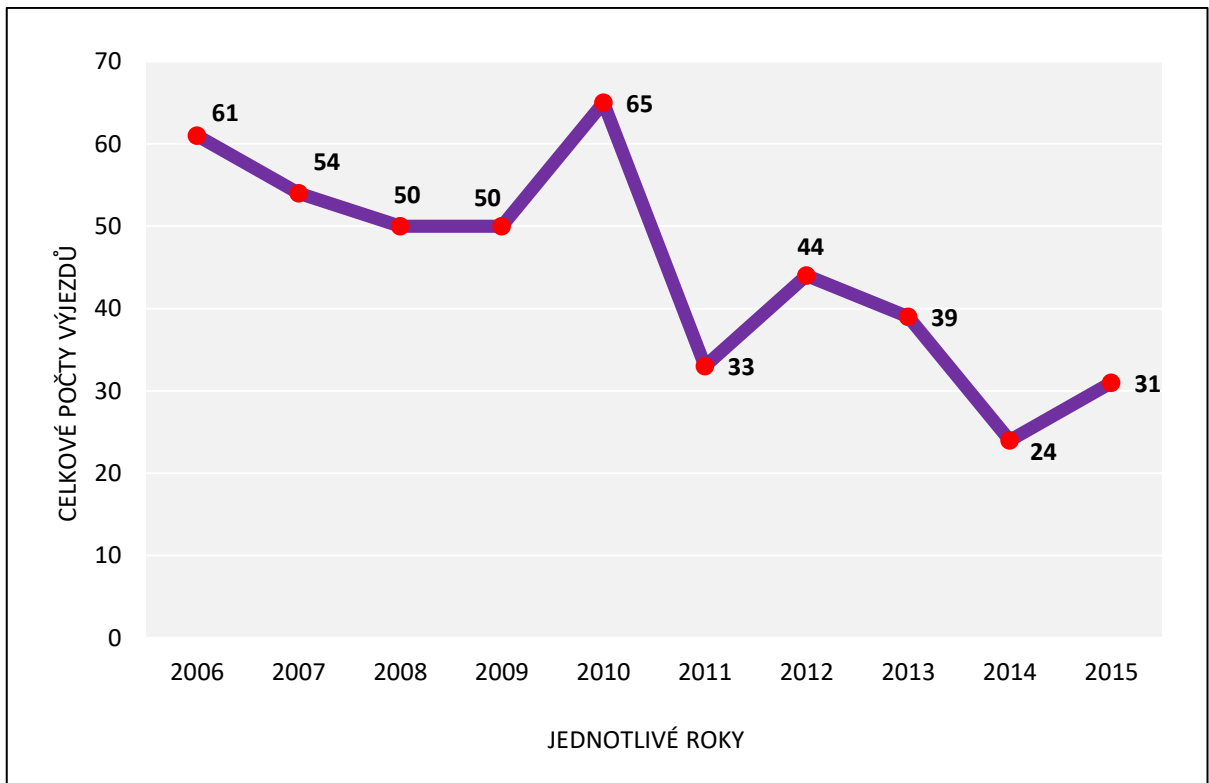


**Obrázek 3** Procentuální vyjádření počtu výjezdů k nezletilým pacientům za období 2006 – 2015 podle diagnózy

Za celkové období 10 let ZZS KV absolvovala celkem 27 288 výjezdů (100 %) ke všem nezletilým pacientům (viz Obr. 2). Z tohoto celkového počtu vyžadovalo 1,7 % (n = 458) nezletilých s diagnózou F 10.0 nebo T 51.0 ošetření posádkou ZZS KV a 98,3 % (n = 26 830) nezletilých s odlišnou diagnózou (viz Obr. 3).

Po vyřazení 7 dětí mladších 3 let zbývá 451 nezletilých, na které se blíže zaměřuje následující výzkumné šetření.

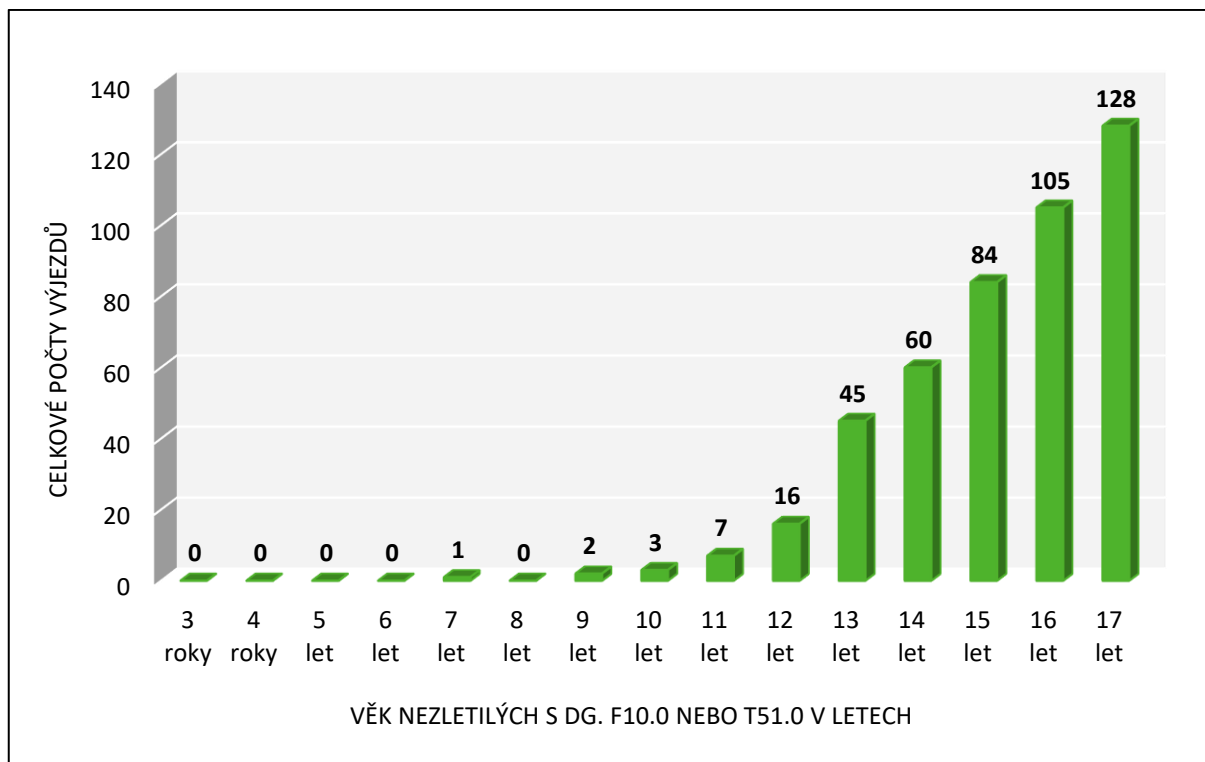
## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým pacientům s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015



**Obrázek 4** Vývoj četností výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za jednotlivé roky 2006 – 2015

Obrázek 4 graficky znázorňuje vývoj počtu výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v desetiletém období. Mezi krajními lety sledovaného období bylo zaznamenáno snížení počtu výjezdů o 30 (49,2 %). V roce 2014 bylo ošetřeno pouze 24 nezletilých pacientů, což znamená 5,3 % ze 451 výjezdů k nezletilým. Naopak v roce 2010 byl viditelný nárůst výjezdů k nezletilým, přičemž celková výjezdovost ke skupině všech nezletilých pacientů klesala (viz Obr. 2). V roce 2010 došlo k 65 výjezdům, což představuje 14,4 % výjezdů ke sledované skupině. V následujícím roce 2011 došlo naopak k výraznému snížení počtu výjezdů o 32 (49,2 %).

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 v závislosti na věku



**Obrázek 5** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015

Celkový počet výjezdů ZZS KV k nezletilým pacientům s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 v závislosti na věku ukazuje obrázek 5. U věkové kategorie mezi 3 – 6 lety neproběhl žádný výjezd, podobně to platí i pro věkovou kategorii 8 let. Ošetření posádkou ZZS KV na základě požití alkoholu potřeboval jeden sedmiletý pacient (0,2 %). Jak je patrné z obrázku 5, následný počet výjezdů výrazně narůstal se zvyšujícím se věkem pacientů. Viditelný přírůstek výjezdů je již v kategorii 13 let, kdy bylo ošetřeno 10,0 % nezletilých z celkového počtu výjezdů ve sledované skupině. K věkové skupině 17 let proběhlo zřetelně nejvíce výjezdů, a to až 28,4 %. Mezi věkovou skupinou 12 – 17 let došlo k nárůstu až o 112 výjezdů.

Vzhledem k tomu, že ve věkových kategoriích 3, 4, 5, 6 a 8 let neproběhly žádné výjezdy, nebudou proto uváděny v následující prezentaci dat.

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s diagnózou F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 v závislosti na věku

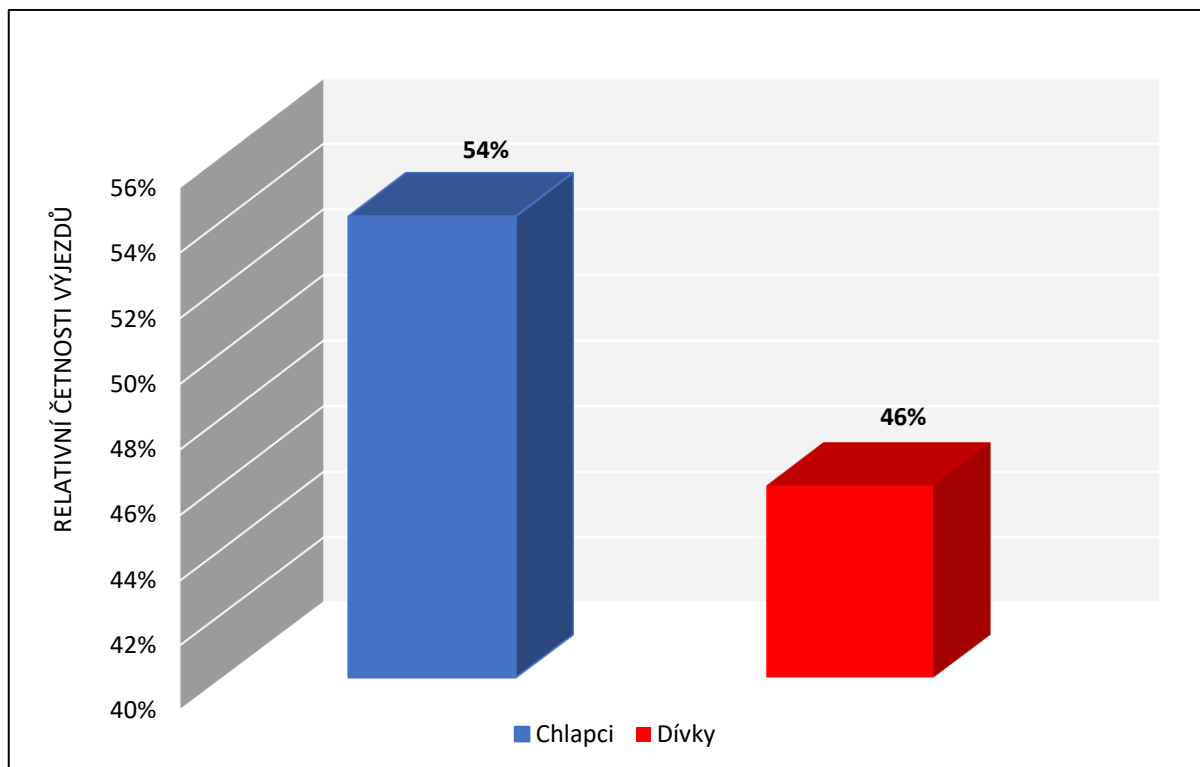
**Tabulka 1** Celkové počty výjezdů za jednotlivé roky 2006 – 2015 podle věku nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0

Věk	Jednotlivé roky									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
7 let	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
9 let	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
10 let	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
11 let	0	1	2	1	1	0	0	0	2	0
12 let	6	1	0	3	1	2	1	1	1	0
13 let	6	6	7	6	6	1	6	3	2	2
14 let	8	8	7	7	10	3	8	5	1	3
15 let	10	6	13	8	12	4	8	11	4	8
16 let	14	14	9	10	12	13	8	7	12	6
17 let	17	17	12	15	21	8	13	11	2	12
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>65</b>	<b>33</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>31</b>

Tabulka 1 ukazuje četnosti výjezdů v jednotlivých letech sledovaného období v návaznosti na věk nezletilých. Z tabulky je patrné, že kategorie 17 let byla 7 krát nejčetnější ošetřovanou skupinou, konkrétně v roce 2006, 2007, 2009, 2010, 2012, 2013 a 2015. V roce 2008 a 2013 se posádky ZZS KV nejvíce věnovaly nezletilým ve věku 15 let. Naopak v kategorii 16 let nejvíce dominovala v letech 2011 a 2014.

K těmto třem nejčetnějším věkovým skupinám 15, 16 a 17 let byla výjezdovost 70,3 % (n = 317) tedy více než 2/3 výjezdů v dané skupině nezletilých (viz Obr. 5).

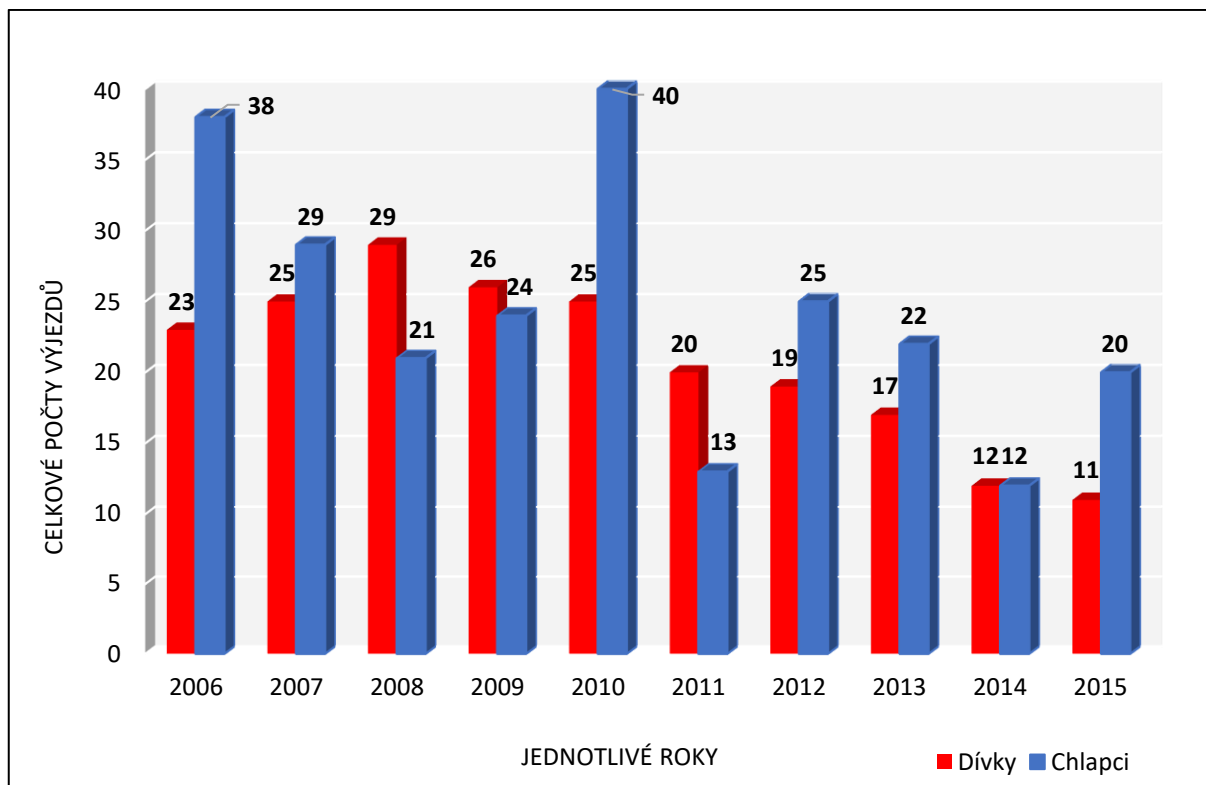
## Zastoupení nezletilých s diagnózou F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 v závislosti na pohlaví



**Obrázek 6** Procentuální vyjádření počtu výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle pohlaví

Obrázek 6 zaznamenává poměr všech dívek a chlapců ve výzkumném souboru, k nimž vyjížděla ZZS KV za desetileté období. Z celkového počtu výjezdů 451 (100 %) ošetřovala ZZS KV více chlapce, a to v 54 % případů ( $n = 244$ ). Dívky byly ošetřeny ve zbývajících 46 % případů ( $n = 207$ ).

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s diagnózou F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 v závislosti na pohlaví



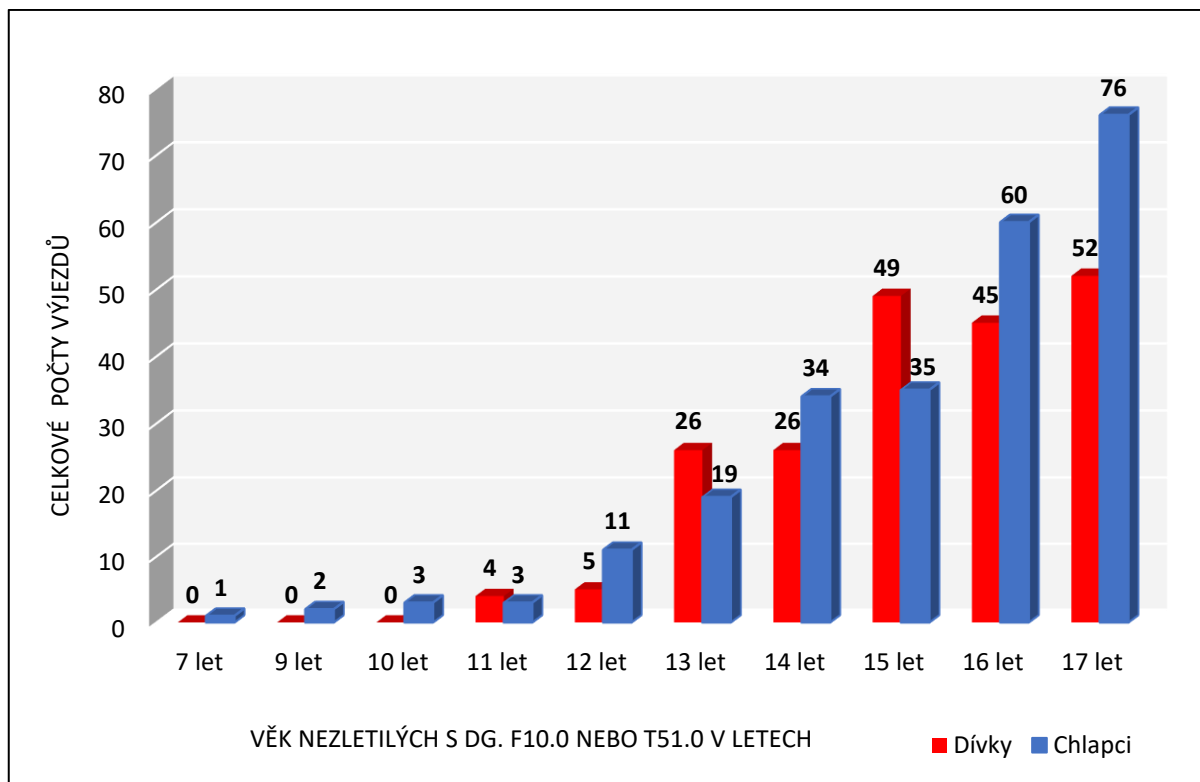
**Obrázek 7** Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za jednotlivé roky 2006 – 2015 podle pohlaví

Vývoj četností výjezdů k nezletilým s diagnózou F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 podle pohlaví zobrazuje obrázek 7. Chlapci zaujímali četnější skupinu v letech 2006, 2007, 2010, 2012, 2013 a 2015. Z grafu je patrné, že nejvíce chlapců bylo ošetřeno v roce 2006 (8,6 %) a v roce 2010 (8,9 %). Naopak nejméně chlapců bylo ošetřeno v roce 2011 (2,9 %) a v roce 2014 (2,7 %).

Dívky byly četnější celkem ve třech letech, konkrétně v 2008, 2009 a 2011. K dívkám nejvíce vyjížděla ZZS KV v roce 2008 (6,4 %). Naopak nejméně výjezdů k dívkám bylo uskutečněno v letech 2014 (2,7 %) a 2015 (2,4 %).

V roce 2014 byl shodný počet výjezdů k chlapcům i dívkám.

**Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých věkových kategoriích za období 2006 – 2015 v závislosti na pohlaví**

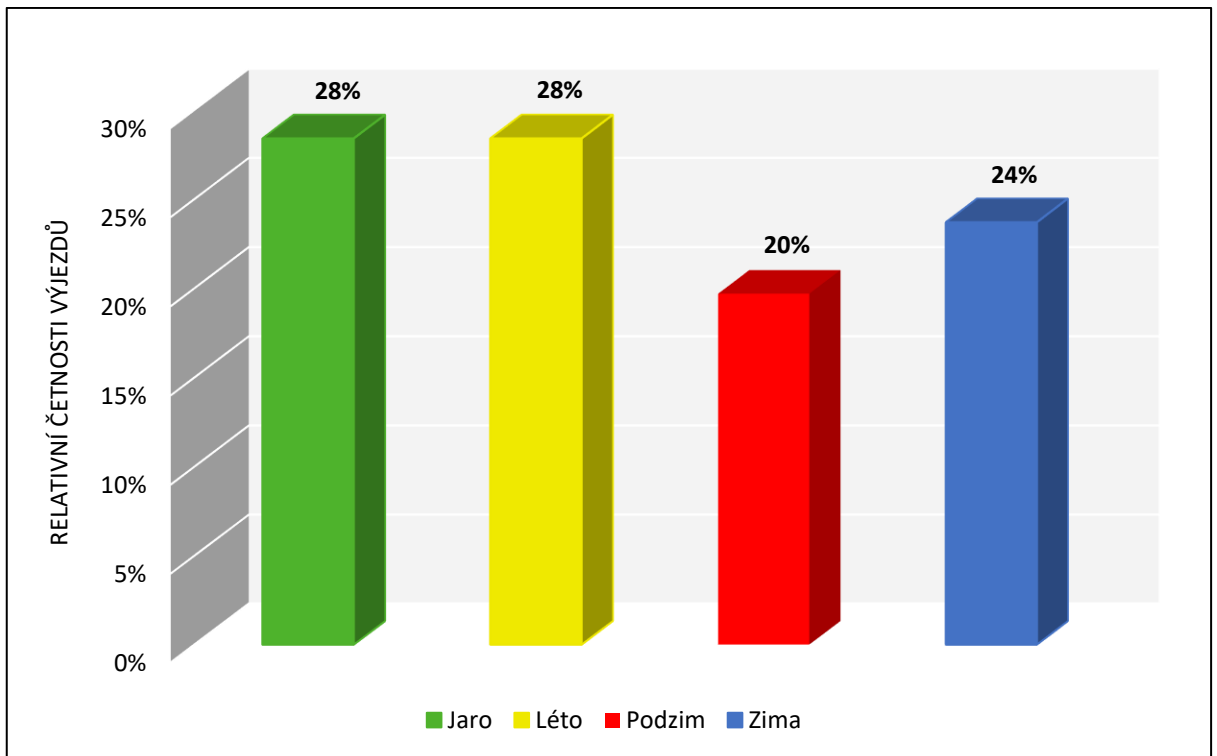


**Obrázek 8** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle pohlaví

Obrázek 8 ukazuje četnost výjezdů u dívek a chlapců v jednotlivých věkových skupinách. Z grafu je možné vidět, že ZZS KV ošetřovala po konzumaci alkoholu převážně chlapce, a to v sedmi věkových kategoriích. Nejvíce chlapců bylo ošetřeno ve věku 17 let (16,9 %). Jediný 7letý pacient, ke kterému vyjžděla ZZS, byl také chlapec (0,2 %).

Posádky ZZS KV vyjžděly k dívkám nejčastěji ve věku 11, 13 a 15 let. Nejvíce dívek bylo ošetřeno ve skupině 17 let, podobně jako v téže chlapecké skupině, a to 11,5 %.

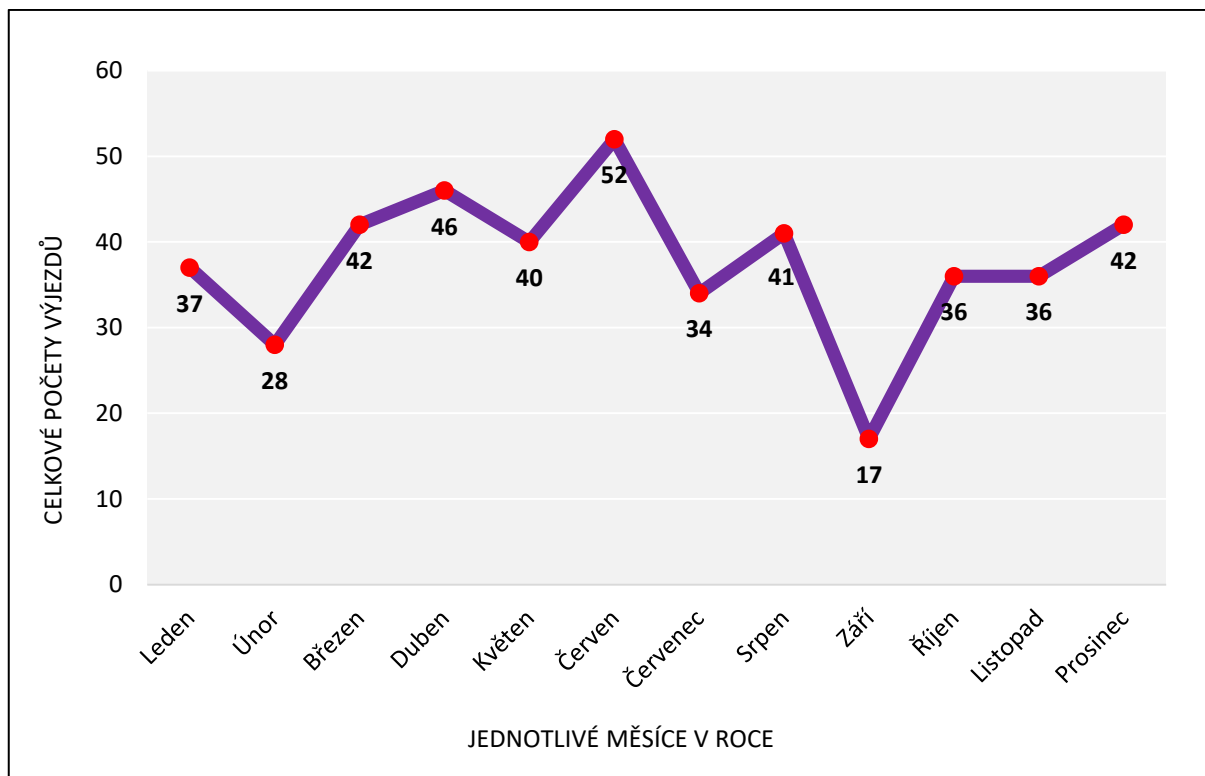
**Zastoupení nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 v závislosti na ročním období**



**Obrázek 9** Procentuální vyjádření počtu výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle ročního období

Poměr výjezdů k nezletilým v ročních periodách za celkové desetileté období ukazuje obrázek č. 9. Z celkového počtu 451 (100 %) výjezdů bylo 28 % (n = 128) realizováno na jaře a stejný počet 28 % (n = 127) i v létě. Naopak 24 % výjezdů (n = 107) proběhlo v zimě a 20 % (n = 89) na podzim.

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 v závislosti na měsících v roce



**Obrázek 10** Vývoj četností výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle měsíců v roce

Vývoj četností výjezdů v jednotlivých měsících roku ukazuje obrázek 10. Nejméně výjezdů k nezletilým konzumentům alkoholu bylo v měsíci září, což odpovídá 3,8 % z celkového počtu 451 výjezdů.

Naopak nejvíce nezletilých vyžadujících přednemocniční neodkladnou péči ošetřila ZZS KV v měsíci červnu, což činilo 11,5 % ze všech výjezdů. Mezi měsíci červen a září došlo k rozdílu 35 výjezdů.

V prázdninových měsících červenci a srpnu bylo realizováno 7,5 % a 9,1 % výjezdů.

V rozmezí 8 % – 9 % výjezdů se pohybovaly čtyři měsíce (leden: 8,2 %, květen: 8,9 %, říjen: 8 % a listopad: 8 %).

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 v závislosti na měsících v roce

**Tabulka 2** Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0. za jednotlivé roky 2006 – 2015 podle měsíců v roce

Měsíce	Jednotlivé roky									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Leden	5	1	3	6	5	3	5	5	3	1
Únor	6	2	6	0	6	0	4	1	1	2
Březen	7	6	7	5	6	1	1	6	1	2
Duben	5	8	5	6	2	3	4	5	4	4
Květen	4	7	4	5	7	4	3	2	3	1
Červen	5	7	2	6	9	7	6	5	2	3
Červenec	8	6	2	2	5	4	2	2	1	2
Srpen	2	4	6	4	8	2	6	5	3	1
Září	2	2	1	6	2	0	1	0	2	1
Říjen	3	1	4	5	4	5	4	2	2	6
Listopad	7	8	5	0	5	1	4	0	0	6
Prosinec	7	2	5	5	6	3	4	6	2	2
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>65</b>	<b>33</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>31</b>

Tabulka 2 ukazuje počty výjezdů v jednotlivých letech v návaznosti na jednotlivé měsíce v roce. Za sledované desetileté období byla výjezdovost v jednotlivých měsících v roce proměnlivá. Únor a květen se nestaly ani jednou nejčetnějšími. Pouze jedenkrát se stalo nejfrekventovanějším celkem šest měsíců, a to leden, červenec, srpen, září, říjen a prosinec. Naopak během sledovaného období se nejvíce opakovala výjezdovost k nezletilým v měsíci červnu v letech 2009 – 2012.

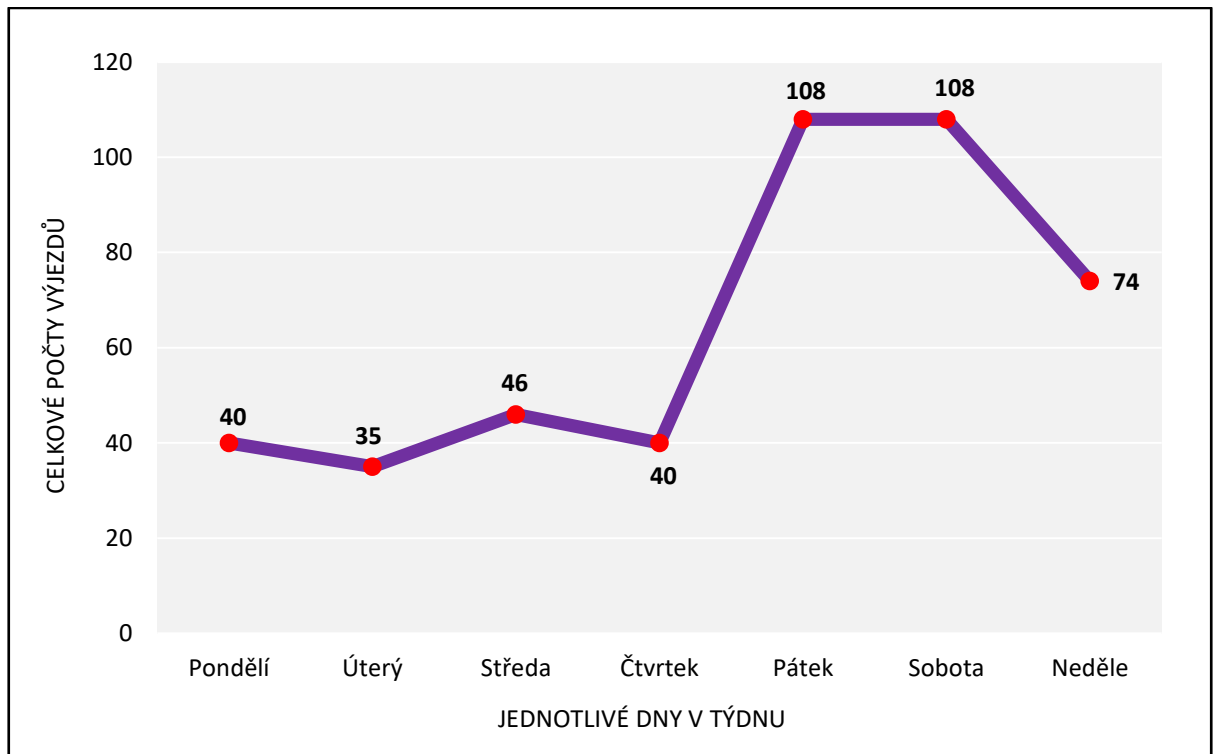
## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých věkových kategoriích za období 2006 – 2015 v závislosti na měsících v roce

**Tabulka 3** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle měsíců v roce

Měsíce	Věk v letech									
	7 let	9 let	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let	17 let
Leden	0	0	1	1	2	3	4	5	11	10
Únor	0	0	0	0	1	2	7	5	7	6
Březen	1	0	0	0	2	7	4	8	12	8
Duben	0	0	1	0	1	6	4	5	8	21
Květen	0	0	1	0	1	3	5	6	12	12
Červen	0	1	0	0	3	5	8	8	11	16
Července	0	0	0	0	3	3	5	7	6	10
Srpen	0	0	0	2	0	2	8	10	6	13
Září	0	0	0	1	0	2	0	2	5	7
Říjen	0	0	0	1	2	4	6	6	9	8
Listopad	0	1	0	1	1	5	2	8	9	9
Prosinec	0	0	0	1	0	3	7	14	9	8
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>84</b>	<b>105</b>	<b>128</b>

Tabulka 3 prezentuje četnosti výjezdů ve sledované skupině v jednotlivých věkových kategoriích podle měsíců, ve kterých byly realizovány. I zde je patrná určitá proměnlivost. Měsíce únor, září a říjen nebyly nejčetnějšími měsíci ani v jedné věkové kategorii. Naopak z pohledu celkově viditelně čtenějších věkových skupin 13 – 17 let, byly nejfrekventovanější tři jarní měsíce (březen, duben, květen), dva letní (červen, srpen) a jeden zimní měsíc (prosinec).

**Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0. za období 2006 – 2015 v závislosti na dnech v týdnu**



**Obrázek 11** Vývoj četností výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle dnů v týdnu

Rozložení všech výjezdů za období 2006 – 2015 podle jednotlivých dnů v týdnu ukazuje obrázek 11. Nejčetnějším dnem pro výjezd ZZS KV k nezletilým po konzumaci alkoholu vykazuje shodně pátek (23,9 %) a sobota (23,9 %). Poměrně vysoký počet výjezdů zaznamenala ZZS KV i v neděli, což činilo 16,4 % ze všech výjezdů. Naopak nejméně výjezdů k nezletilým bylo realizováno v úterý (7,8 %).

Na víkendové dny sobotu a neděli připadá 40 % výjezdů ( $n = 182$ ) a na pracovní dny 60 % výjezdů ( $n = 269$ ).

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 v závislosti na dnech v týdnu

**Tabulka 4** Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 podle dnů v týdnu

Dny v týdnu	Jednotlivé roky									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pondělí	4	6	5	5	7	2	6	1	2	2
Úterý	9	7	2	3	1	2	1	7	1	2
Středa	9	1	10	2	9	2	4	2	2	5
Čtvrtek	5	7	1	8	4	6	3	3	1	2
Pátek	<b>14</b>	<b>12</b>	13	<b>15</b>	<b>19</b>	2	5	8	<b>9</b>	<b>11</b>
Sobota	9	11	<b>14</b>	12	17	<b>13</b>	<b>14</b>	7	6	5
Neděle	11	10	5	5	8	6	11	<b>11</b>	3	4
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>65</b>	<b>33</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>31</b>

Tabulka 4 ukazuje rozložení výjezdů k nezletilým v jednotlivých letech desetiletého období v návaznosti na dny týdne. Z tabulky je patrné, že nejfrekventovanějším dnem pro výjezd ZZS KV k nezletilým po požití alkoholu byl šestkrát pátek, a to přesně v roce 2006, 2007, 2009, 2010, 2014 a 2015. Sobota byla nejčetnější v roce 2008, 2011 a 2012 a neděle pouze jednou v roce 2013.

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých věkových kategoriích za období 2006 – 2015 v závislosti na dnech v týdnu

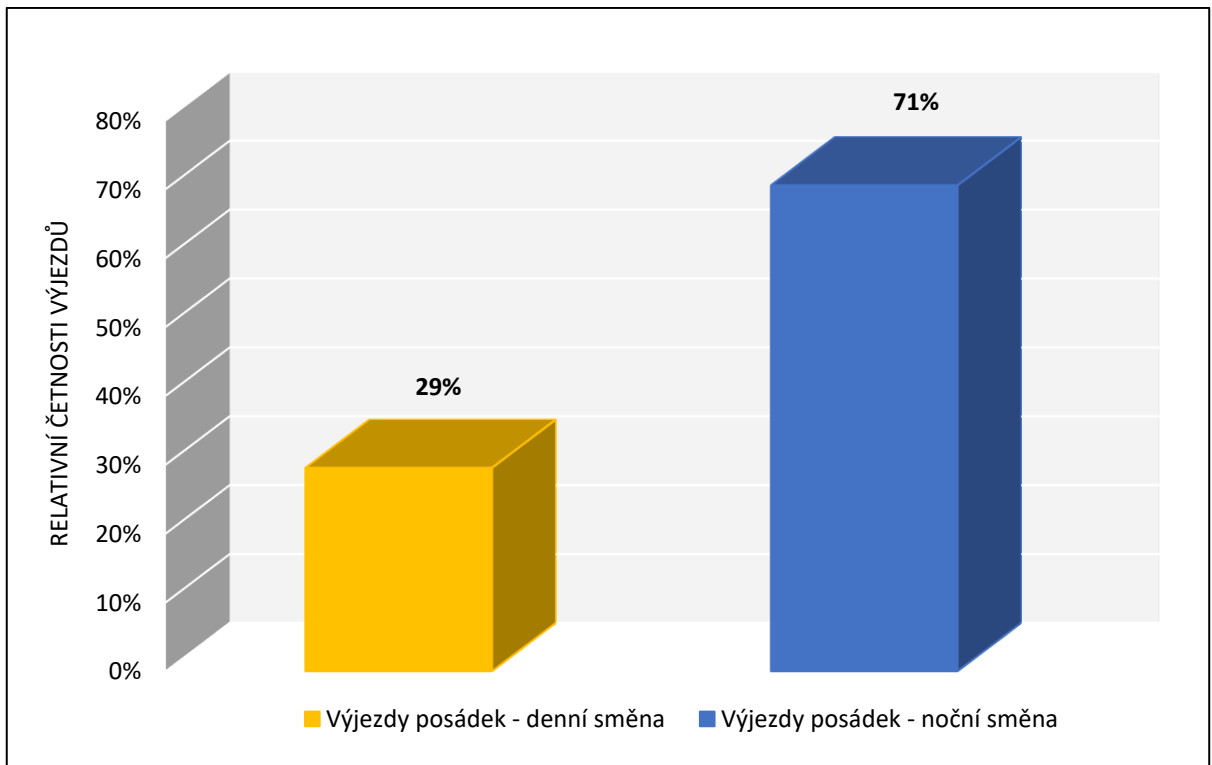
**Tabulka 5** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle dnů v týdnu

Dny v týdnu	Věk v letech									
	7 let	9 let	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let	17 let
Pondělí	0	0	0	0	1	5	6	7	10	11
Úterý	0	0	1	1	3	2	2	9	9	8
Středa	0	0	0	1	0	4	10	7	10	14
Čtvrtek	0	0	0	1	4	5	3	8	8	11
Pátek	0	0	1	1	3	18	17	25	24	19
Sobota	0	2	0	3	1	5	13	18	29	37
Neděle	1	0	1	0	4	6	9	10	15	28
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>84</b>	<b>105</b>	<b>128</b>

Rozložení výjezdů podle věku nezletilých za celé desetileté období v návaznosti na dny v týdnu ukazuje tabulka 5. Celkem osmkrát byly nejčetnějšími dny pátek a sobota. V pátek se vyjíždělo nejčastěji ke skupině nezletilých ve věku 10, 13, 14 a 15 let. Sobota byla nejfrekventovanější pro výjezd k nezletilým ve věku 9, 11, 16 a 17 let. V kategorii 10 let byly nejfrekventovanějšími dny shodně úterý, pátek a neděle. Naopak nejfrekventovanějšími dny v jednotlivých věkových kategoriích se nestaly pondělí a středa.

V celkově viditelně četnějších věkových skupin 13 – 17 let byly nejfrekventovanější pouze pátek a sobota.

## Zastoupení nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 v závislosti na pracovní době posádek ZZS KV

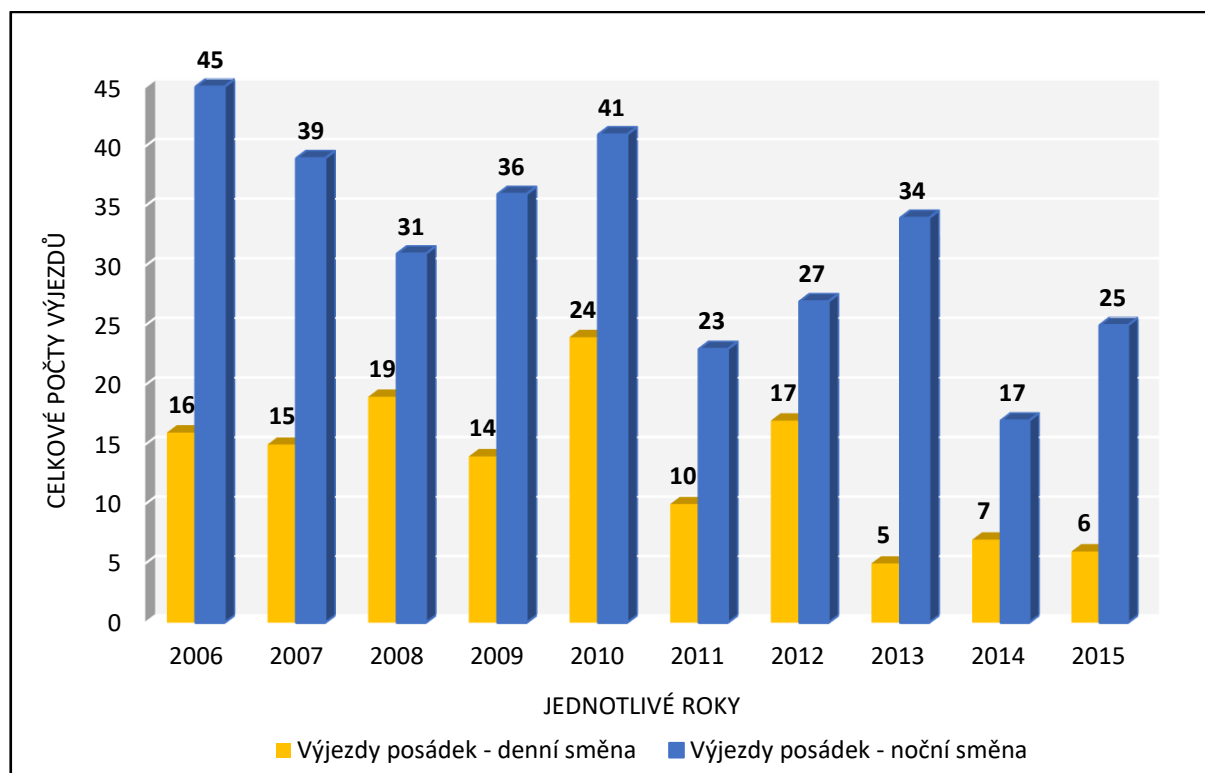


**Obrázek 12** Procentuální vyjádření počtu výjezdů za období 2006 – 2015 podle pracovní doby posádek ZZS KV

Pracovní doba posádek ZZS KV probíhá ve dvou směnách – denní a noční, přičemž denní směna začíná v 7:00 a končí v 19:00, noční směna začíná v 19:00 a končí v 7:00.

Podíly výjezdů v desetiletém období rozdělených podle pracovní doby posádek ZZS KV ukazuje obrázek 12. Z celkového počtu 451 výjezdů byly téměř 2/3 realizovány během nočních směn, konkrétně 318 výjezdů. Na denní směně posádky ZZS KV řešily 133 výjezdů.

**Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 v závislosti na jejich pracovní době**

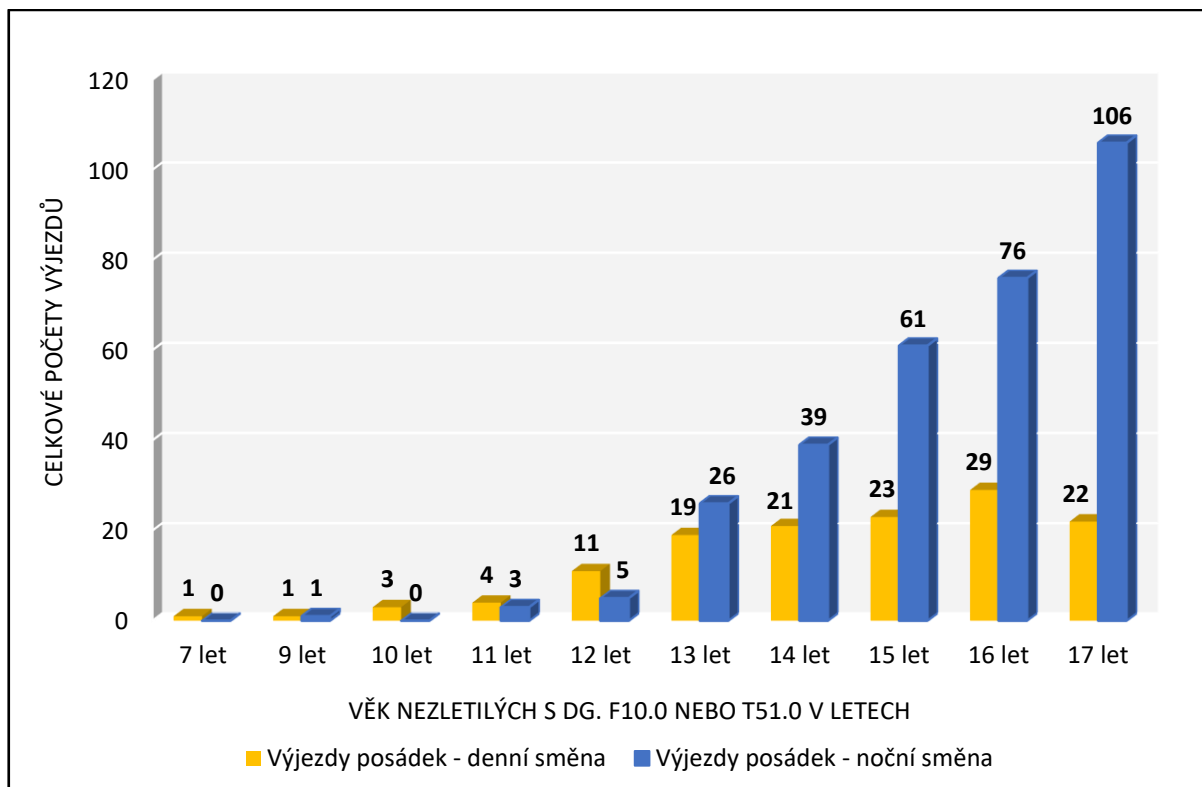


**Obrázek 13** Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 podle pracovní doby posádek ZZS KV

Obrázek 13 znázorňuje výjezdy posádek ZZS KV v jednotlivých letech sledovaného období v závislosti na jejich pracovní době. Ve všech letech jsou patrné častější výjezdy posádek ZZS KV o nočních směnách.

Nejčetnější noční výjezdy se uskutečnily v roce 2006, kdy bylo z celkového počtu 451 výjezdů realizováno 10,0 % ošetření nezletilých. Posádky denní směny nejčastěji vyjízďely v roce 2010, kdy ošetřily 5,3 % nezletilých.

**Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých věkových kategoriích za období 2006 – 2015 v závislosti jejich pracovní době**

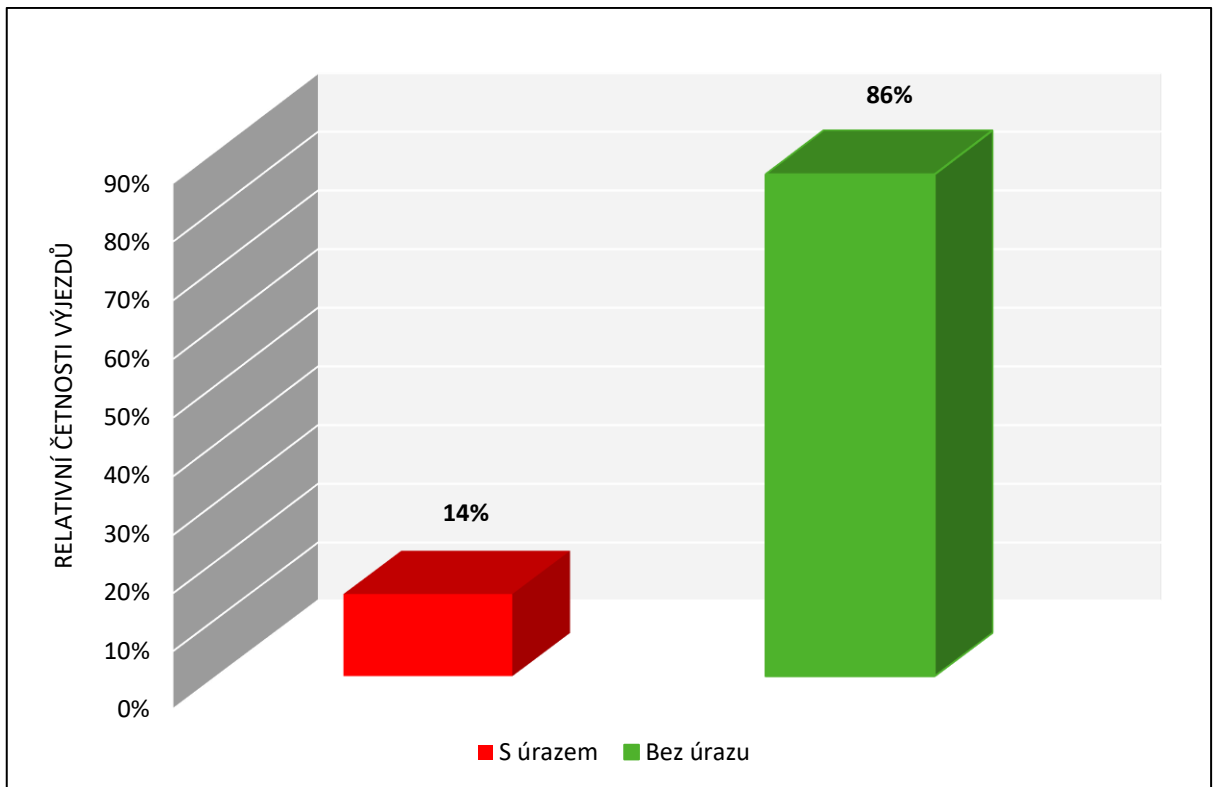


**Obrázek 14** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle pracovní doby posádek ZZS KV

Obrázek 14 obsahuje výčet výjezdů na základě věku nezletilých a pracovní doby posádek ZZS KV. O denních směnách posádky ZZS KV ošetřovaly častěji nezletilé, kteří byli z pohledu celkového počtu výjezdů méně zastoupení. Konkrétně se jednalo o věkové kategorie 7 (0,2 %), 10 (0,7 %), 11 (0,9 %) a 12 let (2,4 %). V kategorii 9 let byl stejný počet ošetřených nezletilých (0,2 %) na denní i noční směně.

V celkově čteněji zastoupených věkových kategoriích 13 – 17 let byla převážná část výjezdů realizována o nočních směnách. Nejvíce těchto výjezdů spadá do kategorie 17 let, jejichž celkový počet činil téměř čtvrtinu ošetřených nezletilých, konkrétně 23,5 % ze všech výjezdů ve sledované skupině.

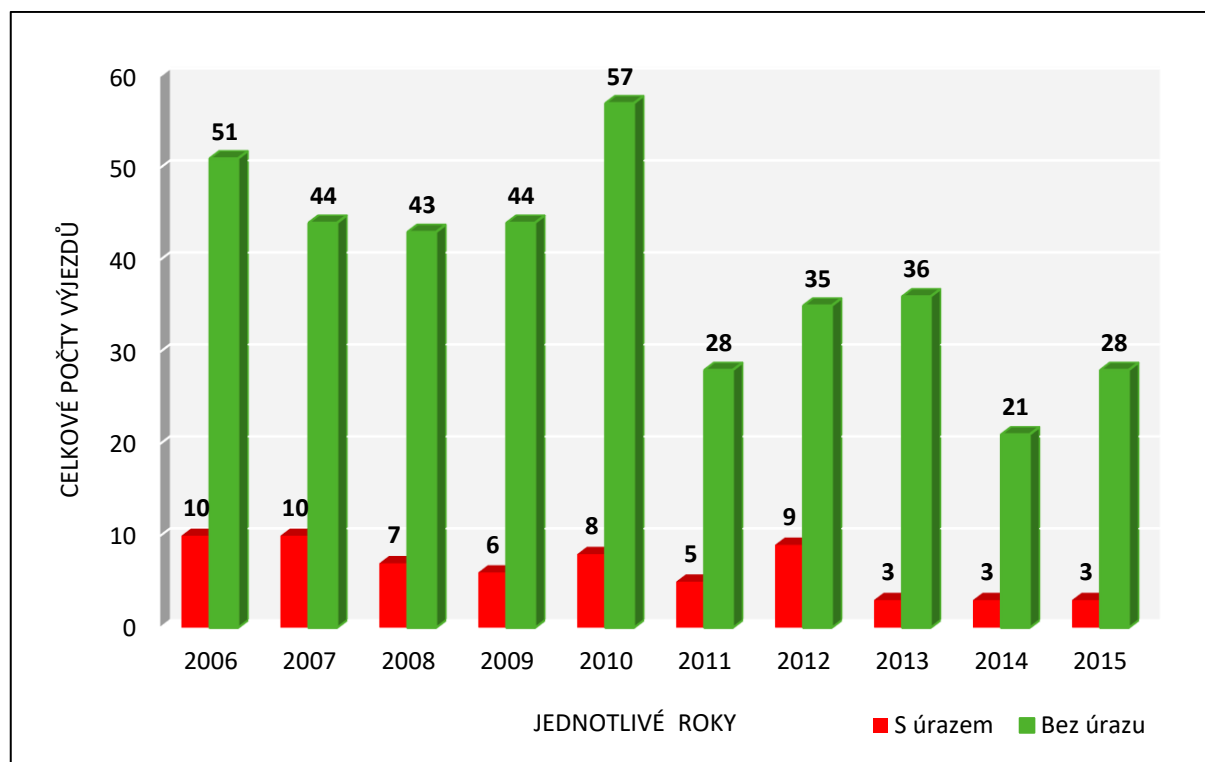
## Zastoupení nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 v závislosti na přidruženém úrazu



**Obrázek 15** Procentuální vyjádření počtu výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle přítomnosti přidruženého úrazu

Rozložení relativních četností podle přítomnosti přidruženého úrazu ukazuje obrázek 15. Realizovaných výjezdů ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 a zároveň přidruženým úrazem bylo 14 % (n = 64). Více jak 4/5 výjezdů připadalo na výjezdy bez přítomnosti úrazu u nezletilých (n = 387).

## Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 v závislosti na přidruženém úrazu

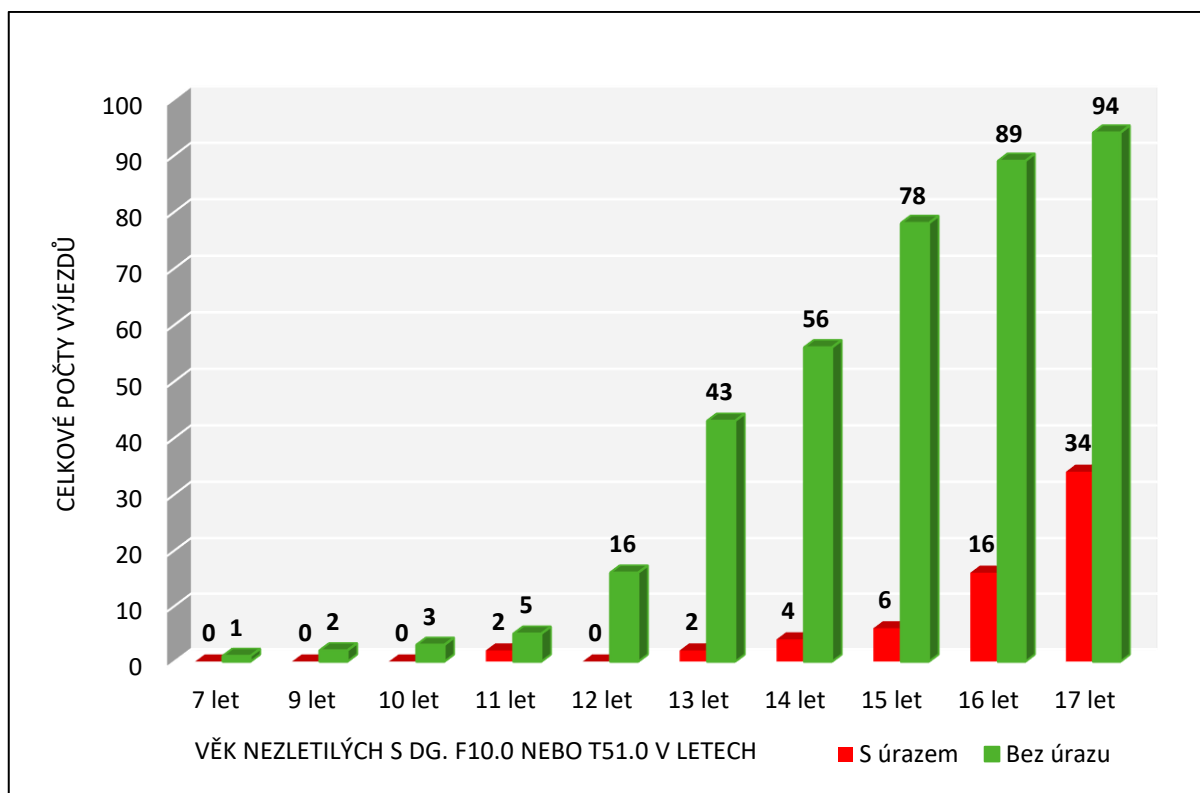


**Obrázek 16** Celkové počty výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých letech 2006 – 2015 podle přítomnosti přidruženého úrazu

Obrázek 16 ukazuje rozložení výjezdů v jednotlivých letech 2006 – 2015 podle přítomnosti nebo nepřítomnosti přidruženého úrazu. Ve všech letech posádky ZZS KV častěji vyjízděly k nezletilým bez přidruženého úrazu. Nejvíce, a to 12,6 % z celkového počtu výjezdů, jich bylo v roce 2010.

Nejvíce výjezdů s přidruženým úrazem bylo shodně v letech 2006 a 2007. Celkově se jednalo o 10 výjezdů, což jsou 2,2 % z celkového počtu výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T51.0.

**Výjezdy posádek ZZS KV k nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 v jednotlivých věkových kategoriích za období 2006 – 2015 v závislosti na přidruženém úrazu**



**Obrázek 17** Celkové počty výjezdů v jednotlivých věkových skupinách nezletilých s dg. F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015 podle přítomnosti přidruženého úrazu

Obrázek 17 znázorňuje přehled výjezdů na základě věku nezletilých a přítomnosti přidruženého úrazu. Ve všech věkových kategoriích bylo více výjezdů bez přidruženého úrazu. Se zvyšujícím se věkem zároveň stoupal i počet těchto výjezdů. Nejvíce jich tedy bylo v kategorii 17 let a to 20,8 % z celkového počtu výjezdů ve sledované skupině.

Věková kategorie 17 let zároveň zastupuje i nejvíce výjezdů s přítomností přidruženého poranění, konkrétně 7,5 % z celkového počtu výjezdů a zároveň 26,6 % výjezdů ve své věkové kategorii. Se snižujícím věkem nezletilých se paralelně snižuje počet výjezdů s přidruženým úrazem. V kategorii 16 let 3,5 %, v kategorii 15 let 1,3 % a v kategorii 14 let už pouze 0,9 % všech výjezdů. Žádný přítomný úraz nebyl v kategorii 7, 9, 10 a 12 let. Kategorie 11 a 13 let měly shodně 0,4 % výjezdů.

### 3 DISKUZE

**Výzkumná otázka č. 1: Jaká je incidence výjezdů k nezletilým pacientům s diagnózou F10.0 nebo T51.0 vyžadujících péči ZZS KV za období let 2006 – 2015 vzhledem k celkovému počtu výjezdů?**

Celkový počet všech výjezdů ZZS KV ve sledovaném období 2006 – 2015 kontinuálně vzrůstal. V průběhu let, která byla zahrnuta do výzkumného šetření, absolvovala ZZS KV celkem 347 552 výjezdů (viz Obr. 1). Z tohoto celkového počtu výjezdů ZZS KV provedla 27 288 výjezdů ke všem nezletilým pacientům, což činilo 7,9 % všech výjezdů (viz Obr. 2). Z tohoto celkového počtu vyžadovalo 458 nezletilých (1,7 %) ošetření posádkou ZZS KV s diagnózou F10.0 nebo T51.0 (viz Obr. 3). Z počtu 458 ošetřených nezletilých pacientů s dg. F10.0 nebo T51.0 bylo pro nesplnění podmínek věkového kritéria vyřazeno 7 dětí mladších 3 let. Konečný výzkumný vzorek tvořil tedy 451 nezletilých.

I přes zmiňovanou skutečnost, že během sledovaného období docházelo k navýšení počtu výjezdů ke všem pediatrickým pacientům (viz Obr. 2), tak u počtu výjezdů k nezletilým pacientům s dg. F10.0 nebo T51.0 docházelo k jejich nepravidelnému snižování (viz Obr. 4). Mezi krajními lety 2006 – 2015 bylo zaznamenáno snížení počtu výjezdů až o 49,2 %. V roce 2014 bylo ošetřeno pouze 24 nezletilých pacientů, což činí 5,3 % ze všech výjezdů vybraného výzkumného souboru. V roce 2010 došlo k nápadně vysokému nárůstu výjezdů k nezletilým až na celkový počet 65. Naopak hned v následujícím roce 2011 se počet výjezdů snížil téměř o polovinu (49,2 %). Rozdíl mezi lety 2010 a 2011 činil 32 výjezdů. V roce 2015 bylo ošetřeno 31 pediatrických pacientů (6,9 %) (viz Obr. 4).

Podobný trend popisuje i největší evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky z roku 2015 v porovnání s rokem 2011 ukazují viditelný pokles výskytu rizikového užívání návykových látek. Konkrétně „*pokles pití alkoholu v posledních 30 dnech*“ ze 79,0 % na 68,5 %, „*pití nadměrných dávek*“ z 54 % na 41,9 % i „*časté pití nadměrných dávek*“ z 21,2 % na 12,1 %. „*Výskyt opilosti*“ se z téměř 40 % studentů v roce 2007 i 2011 snížil v roce 2015 na 25,6 % (Chomynová a kol., 2016, s. 4–5). Tato data potvrzuje i validační studie realizovaná na jaře 2016 na 115 školách (Chomynová a kol., 2016, s. 9).

I mezinárodní studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků (HBSC), která je zaměřena na cílovou skupinu žáků ZŠ ve věku 11, 13 a 15 let, zaznamenala pokles „*pravidelné konzumace alkoholu*“ v roce 2014 oproti roku 2010 a to ve skupině 13 a 15 let (Mravčík a kol., 2015, s. 50–51). Stejně tak snížení počtu výjezdů v těchto skupinách prezentuje i toto výzkumné

šetření. V kategorii 13letých pacientů došlo v roce 2010 celkově k 6 výjezdům a v roce 2014 pouze ke 2 výjezdům. Kategorie 15letých byla ošetřena v roce 2010 celkově 12 krát a v roce 2014 pouze 4 krát (viz Tab. 1). Je možné se domnívat, že pokles výjezdů k pediatrickým pacientům s dg. F 10.0 nebo T 51.0 by mohl být ovlivněn spuštěním projektu „Podpora systému primární prevence sociálně patologických jevů“, který byl zahájen 7. 4. 2010.

## **Výzkumná otázka č. 2: Která věková skupina nezletilých s diagnózou F10.0 nebo T51.0 je nejčastěji ošetřena posádkami ZZS KV za období 2006 – 2015?**

Z dosažených výsledků vyplývá, že mezi věkovými kategoriemi 9 – 17 let dochází ke kontinuálnímu nárůstu počtu výjezdů a to shodně se zvyšujícím se věkem nezletilých. Viditelný nárůst těchto výjezdů je především od věkové kategorie 13 let (viz Obr. 5).

Během sledovaného období (2006 – 2015) nebyl realizován žádný výjezd ZZS KV k dětskému pacientovi ve věku 3, 4, 5, 6 a 8 let. Oproti tomu nejčastěji ošetřenou věkovou skupinou za sledované období byla jednoznačně věková kategorie 17letých. Celkově zaujímala 28,4 %, tedy více než 1/4 všech výjezdů k pediatrickým pacientům (viz Obr. 5). Tato věková kategorie byla nejčastěji zastoupena v sedmi jednotlivých letech sledovaného období. Výjimku tvořily roky 2008, 2011 a 2014, kdy se posádky ZZS KV nejvíce věnovaly nezletilým ve věku 15 a 16 let (viz Tab. 1). Tento fakt by mohl být ovlivněn nízkou odlišností mezi zevnějškem 17letých nezletilých a 18letých zletilých, kteří již podle zákona alkohol konzumovat mohou, ale i krátkou dobou k dovršení plnoletosti. Lze tedy předpokládat, že ze strany dospělých bude k této věkové skupině mladistvých větší tolerance v dostupnosti i samotné konzumaci alkoholu než k jiným věkovým kategoriím.

Nejčetnější ošetřené věkové kategorie v jednotlivých letech 2006 – 2015 se staly pouze kategorie 15, 16 nebo 17 let (viz Tab. 1), což odpovídá v pojetí Langmeierova vývojového členění období konce vlastní puberty a začátku adolescence (Thorová, 2015, s. 312). Tyto věkové kategorie zaujímaly 70,3 % (n = 317), tedy více než 2/3 z celkového počtu 451 ošetřených nezletilých (viz Obr. 5). Tento trend potvrzují svými závěry i následující autoři. Macek uvádí, že adolescence je obdobím, kdy se mění charakter vrstevnických skupin, kdy se začínají tvořit pohlavně smíšené skupiny (Dolejš, 2010, s. 87), Kalina a kol. dodávají, že dospívající hledají vlastní identitu, experimentují (2015, s. 114) a potřebují být „in“ (2008, s. 258). Určitou roli zde může sehrávat i fakt, že v 15 letech se nezletilý stává mladistvým a je tedy relativně zodpovědným za své chování. Obdrží občanský průkaz a může mít pocit určité volnosti, svobody a dospělosti.

Pro srovnání jsou uvedena data ze zahraničního retrospektivního výzkumu zaměřeného na sběr údajů z výjezdů ZZS k dětem s akutní intoxikací. Výzkumný vzorek byl vytvořen výběrem dětských pacientů ve věku 0 – 18 let z Nitranského kraje, kteří byli ošetřeni pracovníky ZZS při FN Nitra v období od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2010. Otrava alkoholem připadala na 44 (63,8 %) dětí z celkových 69 intoxikovaných nezletilých dětských pacientů. Ve skupině dětských pacientů s otravou alkoholem nebyl ve věku 0 – 6 let realizován žádný výjezd podobně jako v tomto výzkumném souboru nezletilých ve stejném věku (viz Obr. 5). Rozdíl nastává ve věkové kategorii 7 – 14 let, kdy data této bakalářské práce ukazují téměř dvojnásobné zastoupení nezletilých konzumujících alkohol, konkrétně 29,7 % (n = 134) (viz Obr. 5), oproti výskytu dětí s otravou alkoholem ve studii ZZS FN v Nitře, která vykazuje 16% zastoupení. Jako poslední zkoumaná skupina ve studii ZZS FN v Nitře byl věk 15 – 18 let, kdy četnost jejich skupiny byla 84%, zatímco v tomto výzkumném šetření byl podíl nezletilých 70,3 % (viz Obr. 5) (Boledovičová a kol., 2011, s. 26–29). Rozdíly v těchto datech by mohly být ovlivněny nejen délkou sledovaného období, ale i odlišným výběrem výzkumné oblasti, kdy pro retrospektivní studii v Nitře byla stanovena pouze diagnóza akutní intoxikace alkoholem a nebyli zde zahrnuti pacienti, kteří nebyli v akutním ohrožení života jako v této studii. Dále zde může hrát určitou roli i fakt, že do slovenské studie byli zařazeni pacienti s věkovou hranicí 18 let včetně a do této studie pouze nezletilí pacienti před dovršením 18 let.

**Výzkumná otázka č. 3: Která skupina nezletilých s diagnózou F10.0 nebo T51.0 v závislosti na pohlaví je nejčastěji ošetřena posádkami ZZS KV za období 2006 – 2015?**

Ve sledovaném období 2006 – 2015 byli častěji ošetřováni chlapci, jejich podíl byl 54 %. Dívky zaujímaly 46 % z celkového počtu 451 ošetřených nezletilých (viz Obr. 6). Při porovnání jednotlivých let sledovaného období je nutné konstatovat, že četnější skupina chlapců byla více zastoupena v šesti letech a to 2006, 2007, 2010, 2012, 2013 a 2015, ve třech letech byly četnější skupinou dívky a ve zbývajícím roce 2014 byl počet výjezdů u obou pohlaví shodný (viz Obr. 7). V porovnání jednotlivých věkových kategorií byla skupina chlapců četnější ve věkové kategorii 7, 9, 10, 12, 14, 16 a 17 let, kdy zaujímala většinu věkových skupin. Oproti tomu pouze v kategorii 11, 13 a 15 let byly ošetřeny ZZS KV častěji dívky. Z dosažených výsledků vyplývá, že častější výjezdy posádek ZZS KV byly realizovány k dětským pacientům mužského pohlaví, ale i výjezdy k děvčatům představovaly poměrně velký podíl ze všech 451 zásahů. Například ve věkové kategorii 15 let byly výjezdy k dívkám realizovány v 58 % a k chlapům ve 42 % (viz Obr. 8).

Problematikou konzumace alkoholu nezletilých se v bakalářské práci zabývá i Vladimíra Kolaříková (2010). Zjistila, že ve vzorku 175 respondentů ve věku 14 – 16 let na otázku: „*Už jsi pil alkohol?*“ odpovědělo kladně 49 % chlapců a 39 % dívek. Tedy se shoduje s výsledky této bakalářské práce, že chlapci jsou častějšími konzumenty alkoholu. Podobné výsledky pozoruje v diplomové práci i Bc. Pavlína Kosíková (2016), která zjistila, že ve vzorku 116 respondentů 7. a 9. tříd ZŠ odpovědělo na otázku: „*Už jsi se někdy opil/a?*“ kladně 38 % chlapců a 27,9 % děvčat. Naopak těmto výsledkům oponuje již výše zmiňovaná retrospektivní studie ZZS při FN v Nitře, kde ve skupině dětských pacientů s akutní otravou alkoholem zaujímala větší podíl děvčata (57 %), chlapci byli zastoupeni ve 43 % (Boledovičová, a kol., 2011 s. 25–26). Také Iva Balíková (2009) v bakalářské práci zaměřené na nezletilé nepotvrdila stanovenou hypotézu, že „*chlapci pijí více alkohol než děvčata*“. Výzkumný vzorek měl 70 nezletilých respondentů a aritmetický průměr byl 2,3 u chlapců a 2,5 u dívek. Podobně studentka Dominika Dubská (2012) v bakalářské práci cílené na žáky 7. – 9. tříd ZŠ statisticky nepotvrdila hypotézu, že „*od 15 let konzumuje alkohol více chlapců než dívek*“, protože neshledala statisticky významný rozdíl. Celkový počet těchto zkoumaných žáků byl 63.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Jaké časové období je nejfrekventovanější pro výjezd ZZS KV k nezletilým s diagnózou F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015?**

Tato otázka hledá odpověď na časové okolnosti výjezdů posádek ZZS KV k dětským pacientům konzumujících alkohol. Jako časové okolnosti jsou stanoveny: dny v týdnu, měsíce v roce, roční období a rozložení výjezdů podle směn posádek ZZS KV (denní směna 7 – 19 hod. a noční směna 19 – 7 hod.).

Z dosažených výsledků je patrné, že četnější ošetření zaznamenala ZZS KV na jaře a v létě se shodnými 28 %. Naopak nejméně frekventovaným ročním obdobím pro výjezd ZZS KV k nezletilým pacientům s diagnózou F10.0 nebo T51.0 byl podzim s 20 % výjezdů (viz Obr. 9), a to především díky měsíci září, kdy bylo realizováno pouze 3,8 % výjezdů (viz Obr. 10). Tato skutečnost by mohla souviset se zahájením nového školního roku a příchodem nových informací a povinností, které v tomto měsíci nastávají. Z pohledu dělení jednotlivých věkových kategorií v návaznosti na měsíce roku se měsíc září nestal nejčetnějším ani jedenkrát (viz Tab. 3) a v členění jednotlivých let sledovaného období byl nejčetnějším pouze jednou, a to v roce 2009, kdy se navíc o tuto pozici dělil s měsícem lednem, dubnem a červnem (viz Tab. 2).

V letním období se nejfrekventovanějším měsícem pro výjezd ZZS KV k nezletilým pacientům s diagnózou F10.0 nebo T 51.0 stal především měsíc červen s 11,5 % výjezdů (viz Obr. 10). Takto vysoký podíl výjezdů by mohl souviset s blížícím se koncem školního roku, kdy žáci a studenti mají před sebou vidinu konce školních povinností, přicházejí představy o prožití prázdnin, o volnosti, zábavě a o nových zážitcích. Měsíc červen byl převážně nejfrekventovanějším měsícem v letech 2009 – 2012 (viz Tab. 2), ale překvapivě nebyl ani jednou nejčetnějším v kategorii 15 – 17 let (viz Tab. 3). Překvapivě první prázdninový měsíc červenec zaujímal až 10. místo v četnosti výjezdů se 7,5 % (viz Obr. 10). Nejfrekventovanějším se stal pouze v roce 2006 (viz Tab. 2) a dále pouze v jedné věkové skupině, konkrétně v kategorii 12 let (viz Tab. 3). Druhý prázdninový měsíc srpen se svými 9,1 % výjezdů se stal četnějším než první prázdninový měsíc (viz Obr. 10). Nejfrekventovanější byl pouze v roce 2012 (viz Tab. 2) a ve věkové kategorii 11 a 14 let (viz Tab. 3). Lze tedy konstatovat, že v daném výzkumném souboru se prázdninové měsíce jednoznačně nestaly nejrizikovějším obdobím pro konzumaci alkoholu nezletilými. Pokud se zaměříme na tři celkově nejčetnější věkové skupiny (15, 16, 17 let), zjistíme, že u 15letých byl nejrizikovějším měsícem prosinec, u 16letých březen a květen a u 17letých naopak duben (viz Tab. 3). V těchto třech celkově nejčetnějších kategoriích není patrná závislost mezi konkrétním měsícem a konzumací alkoholu těchto nezletilých. Předpokládám, že určitou roli zde sehrávají i okolnosti, které předpovídají zvýšenou konzumaci alkoholu, jako jsou velikonoční svátky, silvestr, pálení čarodějnic aj.

V rozložení jednotlivých dnů v týdnu se staly nejčastějšími dny pro výjezdy ZZS KV pátek a sobota, kdy se realizovalo shodně 23,9 % výjezdů (viz Obr. 11). Pátek byl nejfrekventovanější v jednotlivých letech sledovaného období celkem šestkrát (viz Tab. 4) a u věkových kategorií 10, 13, 14 a 15 let (viz Tab. 5). Sobota byla nejčetnější v letech 2008, 2011 a 2012 (viz Tab. 4) a u věkových kategorií 9, 11, 16 a 17 let (viz Tab. 5). Tyto dny se pravděpodobně staly nejčetnější v souvislosti s faktem, že po nich následuje volný den, kdy nezletilí nejdou do školy. Na třetím místě v četnosti výjezdů byla neděle s 16,4 % (viz Obr. 11), kdy se stala nejfrekventovanější pouze v roce 2013 (viz Tab. 4) a u celkově nejméně zastoupených věkových skupin 7, 10 a 12 let (viz Tab. 5). Neděle může zaujímat třetí nejvyšší příčku výjezdovosti i proto, že část těchto výjezdů bylo realizováno v brzkých hodinách, po sobotní půlnoci. Je pravděpodobné, že faktický začátek konzumace alkoholu spadá právě na sobotu. Například v kategorii 17 let připadá 28 (21,9 %) výjezdů na neděli (viz Tab. 5). Tuto domněnku potvrzuje i fakt, že téměř 3/4 výjezdů, přesně 71 % výjezdů bylo realizováno

nočními posádkami (viz Obr. 12). Zároveň tyto výjezdy byly nejčetnější ve všech letech sledovaného období (viz Obr. 13) a také ve věkové kategorii 13 – 17 let, kdy v kategorii 17 let tvořily 23,5 % ze všech výjezdů k nezletilým s dg. F10.0 nebo T 51.0 (viz Obr. 14). Pondělí až čtvrtek nebyly v jednotlivých letech sledovaného období nejčetnějšími ani jedenkrát (viz Tab. 4). V závislosti na věkových kategoriích nebyly nejfrekventovanější dny pondělí a středa (viz Tab. 5). Vůbec nejméně výjezdů, konkrétně 7,8 %, připadlo na úterý (viz Obr. 11). Heller a Pecinová také dodávají, že někdy, zvláště u adolescentů, je velmi těžké definovat hranici mezi návykem a závislostí. Jejich příležitostná rekreační konzumace alkoholu při různých formách zábavy může dosahovat frekvence až několika případů v týdnu (2011, s. 175–176).

Pokud se zaměříme na rozložení výjezdů podle víkendu a pracovních dnů, zjistíme, že 40 % výjezdů bylo realizováno o víkendu a 60 % v pracovní dny (viz Obr. 11). Zajímavé výsledky uvádí v bakalářské práci Andrea Svrčinová (2015), kdy ze 49 oslovených nezletilých studentů gymnázia téměř 3/4, konkrétně 74 % uvedlo, že alkohol konzumuje o víkendu, a ze 49 oslovených nezletilých studentů střední odborné školy přiznali, že téměř 3/4, tedy 71 % konzumuje alkohol také o víkendu. I Bc. Jana Pozdníková (2012) došla k podobným výsledkům v diplomové práci. Zde z 219 respondentů středních škol a učilišť uvedlo, že 79 % zvýšeně konzumuje alkohol o víkendu, 13,2 % v pracovní den a 7,8 % nepije vůbec. Bohužel v tomto vzorku respondentů bylo zařazeno až 36 % zletilých studentů. Otázkou zůstává, zda oslovení respondenti nepovažují za víkend již pátek odpoledne, tedy spíše by bylo vhodnější zjišťovat den, po kterém následuje školní a pracovní volno.

#### **Výzkumná otázka č. 5: Jaká je četnost přidruženého traumatu ve sledované skupině nezletilých pacientů s diagnózou F10.0 nebo T51.0 za období 2006 – 2015?**

Ze získaných dat bylo zjištěno, že četnost přidruženého úrazu ve sledované skupině dětských pacientů byla zastoupená ve 14 %. Ve většině zbývajících výjezdů, které tvořily 86 %, nebyl úraz přítomen (viz Obr. 15). Zároveň ve všech jednotlivých letech sledovaného období 2006 – 2015 je větší zastoupení výjezdů bez přidruženého úrazu (viz Obr. 16). I ve všech věkových kategoriích je většina výjezdů bez úrazového děje, dokonce v kategoriích 7, 9, 10 a 12 let nebyl přítomen žádný výjezd s přidruženým úrazem. Naproti tomu v celkově čtenějších věkových kategoriích 13 – 17 let docházelo ke zvyšování počtu výjezdů s přidruženým úrazem. Pokud se zaměříme na rozložení podílů výjezdů s úrazem a bez úrazu v konkrétní věkové kategorii, zjistíme, že dochází ke zvyšování podílu výjezdů s úrazem proti výjezdům bez úrazového děje pro zkoumanou věkovou skupinu. V kategorii 13 let je podíl výjezdů

s úrazovým dějem 4,4 %, u 14letých to je 6,7 %, ve skupině 15 let již 7,1 %, 16 let 15,2 % a v kategorii 17 let dokonce 26,6 % přítomných úrazů pro danou kategorii (viz Obr. 17). Lze tedy říct, že s přibývajícím věkem roste počet výjezdů s přidruženým úrazem, ale i podílové zastoupení těchto výjezdů pro danou skupinu. Mohlo by se předpokládat, že u nezletilých konzumentů alkoholu se s přibývajícím věkem snižují zábrany, naopak roste sebevědomí a tendence riskovat. Tento trend může být dán i množstvím požitého alkoholu a frekvencí jeho konzumace.

Otázkou úrazu v důsledku pití alkoholu se v diplomové práci zabývá již zmiňovaná Bc. Pavlína Kosíková (2016). Podobně jako tato studie zjišťuje, že většině dětských pacientů se v souvislosti s konzumací alkoholu úraz nestal. Konkrétně 88,5 % ze 116 dotázaných žáků 7. a 9. tříd odpovědělo, že neutrpělo v důsledku pití alkoholu úraz, 8,3 % dotázaných žáků utrpěli nějaký úraz a 3,2 % neví.

I přes to, že převážná část výjezdů ve sledované skupině dětských pacientů byla bez přidruženého úrazu, je třeba se ztotožnit s názorem Zatonského a kol., že zdravotní dopady konzumace alkoholu ve skupině adolescentů spočívají především ve zvýšeném riziku úrazů a jiných vnějších příčin poškození zdraví, případně úmrtí (Kalman a kol., 2011, s. 80). I Csémy a Nešpor uvádí, že v důsledku konzumace alkoholu nelze opomenout související riziko úrazů, úmyslné nebo neúmyslné poškozování včetně sebevražd i vyšší riziko sexuálně přenosných nemocí a nechtěných těhotenství (2011, s. 360–361).

Limitem tohoto výzkumného šetření je možný nepoměr mezi počtem výjezdů ZZS KV k nezletilým pacientům konzumujícím alkohol a skutečným počtem těchto nezletilých konzumentů. Záleží totiž na okolnostech, které vedou k tomu, že „někdo“ zavolá na tísňovou linku a přivolá ZZS. K těmto okolnostem patří aktuální zdravotní stav nezletilého (nepřirozené projevy, poruchy základních životních funkcí na různé úrovni, přítomnost přidruženého úrazu), podmínky prostředí (okolní teplota, místo konzumace alkoholu, tedy zda se jedná o veřejné prostranství nebo izolované místo), denní doba i sociální klima, ve kterém se konzument nachází. To zahrnuje strukturu svědků, jejich počet, věk i pohlaví. Tedy obecně se jedná o jakousi kombinaci bio – psycho – sociálních okolností účastníků dané situace.

## 4 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá primární prevencí rizikového chování z hlediska konzumace alkoholu u nezletilých vyžadujících přednemocniční neodkladnou péči v Kraji Vysočina. V teoretické části jsou specifikovány oblasti vztahující se k dané problematice. Výzkumná část vyhledala a popsala potencionální rizikové skupiny a faktory u nezletilých konzumujících alkohol v přednemocniční neodkladné péči pomocí retrospektivní metody. Cíle, které byly předem stanoveny, výzkumné šetření splnilo.

Z retrospektivního výzkumu vyplývá, že ačkoliv celkové počty všech výjezdů posádek ZZS KV a také výjezdy ve skupině nezletilých se navyšují, tak počty výjezdů k nezletilým konzumujícím alkohol nepravidelně klesají. Počty výjezdů stoupají se zvyšujícím se věkem nezletilých, přičemž nejohroženější věkovou kategorií jsou sedmnáctiletí mladiství. Obecně mladiství (věk 15 – 17 let) patří mezi nejvíce ohrožené věkové kategorie pro konzumaci alkoholu, protože zaujímali první místa nejfrekventovanějších skupin nezletilých v jednotlivých letech sledovaného období. Z pohledu pohlaví jsou ohroženější skupinou chlapci, i když v některých letech byly frekventovanější výjezdy k dívkám. Časové okolnosti konzumace alkoholu ukazují, že nejvíce výjezdů bylo realizováno v červnu a nejméně září. Jako nejfrekventovanější dny pro konzumaci alkoholu nezletilými se ukázaly pátek a sobota. Tedy dny, po kterých následuje pracovní a školní volno. Téměř 2/3 výjezdů k dětským pacientům konzumujícím alkohol bylo realizováno o nočních směnách. Výsledky také poukazují na to, že s přibývajícím věkem nezletilých stoupá počet výjezdů ZZS KV k nezletilým konzumentům alkoholu s přidruženým úrazem. Největší část připadala na věkovou kategorii 17 let, kde počet výjezdů s přidruženým úrazem zaujímal 1/4 výjezdů v dané věkové skupině.

Lze tedy říci, že výsledky této práce poukázaly na celkově snižující se trend konzumace alkoholu u nezletilých. Tento pozitivní trend by mohl být ovlivněn správně nastavenou a fungující koncepcí primární prevence realizovanou Krajem Vysočina, pro jejíž realizaci jsou zásadní především neziskové organizace, kterých je v Kraji Vysočina šest. Tyto organizace poskytují žákům a studentům preventivní programy a zároveň garantují odbornou úroveň poskytovaných programů. Kraj Vysočina i finančně aktivně vstupuje do celého procesu. Zásadní byla realizace projektu s názvem „*Individuální projekt – Podpora systému PP sociálně patologických jevů*“, který byl naplánován, zrealizována financován státem a z větší části ze zdrojů EU. Díky němu vznikl fungující systém primární prevence sociálně patologických jevů, kdy lze podotknout, že některé nastavené cíle tohoto projektu byly dokonce překročeny.

Podobně pozitivní výsledky snižování konzumace alkoholu nezletilých uvádějí i mezinárodní studie ESPAD a HBSC.

Součástí této práce bylo také popsat a předat dosažené poznatky výzkumného šetření realizátorům preventivních programů zaměřených na konzumaci alkoholu u nezletilých v KV (Příloha A), kteří na jejich základě mohou přizpůsobit náplň i směřování těchto programů tak, aby se staly cílenější a tím i efektivnější. V rámci prezentace programů formou komunitní péče získané poznatky využít tak, aby se jednotlivci stali zodpovědní nejen za sebe, ale i za ostatní vrstevníky, neboť jak uvádí Csémy a Nešpor soustavné a interaktivní preventivní programy prováděné ve školském prostředí zaměřené na nácvik důležitých dovedností se považují za efektivní (2013, s. 163). Dosažené poznatky výzkumného šetření byly předány krajskému školskému koordinátorovi prevence v KV.

## 5 POUŽITÁ LITERATURA

### Monografie

BLATNÝ, Marek a kolektiv. *Psychologie osobnosti – Hlavní témata, současné přístupy*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 304 s. ISBN 978-80-247-3434-7.

DOBIÁŠ Viliam a kolektiv. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Martin: Osveta, 2012, 740 s. ISBN 978-80-8063-387-5.

DOLEJŠ, Martin. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. 1. vyd. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 978-80-244-2642-6.

DRAPELA, J. Victor. *Přehled teorií osobnosti*. 6. vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-262-0040-6.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie – závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení, 2., rozšířené a aktualizované vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011, 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.

HELUS, Zdeněk. *Dítě v osobnostním pojetí*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 288 s. ISBN 978-80-7367-628-5.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

JEDLIČKA, Richard. *Výchovné problémy s žáky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 248 s. ISBN 978-80-7367-788-6.

KALINA Kamil a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil a kolektiv. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie - 2., aktualizované vydání*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006, dotisk 2013, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost – Současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika a kolektiv. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.

NOVÁK, Ivan a kolektiv. *Intenzivní péče v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Galén, 2008, 579 s. ISBN 978-80-7262-512-3.

POLÁK, Martin. *Urgentní příjem - Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 646 s. ISBN 978-80-204-3208-7.

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů-desátá revize*. 2. aktualizované vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008, 860 s. ISBN 978 -80-904259-0-3.

ŠŤASTNÁ, Jaroslava. *Když se řekne komunitní práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2016, 112 s. ISBN 978-80-246-3356-5.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015, 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2014, 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

### **Periodikum:**

BOLEDOVIČOVÁ, Mária, Andrea BRATOVÁ, Martina SUCHÁROVÁ a Marek RÁC. Otravy v detském veku. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2011, **7**(1), s. 25–24. ISSN 1801-0261.

CSÉMY, Ladislav a Karel NEŠPOR. Alkohol u dětí a dospívajících – prevence a léčba. *Praktický lékař*. 2011, **91**(6), s. 360–362. ISSN 0032-6739.

CSÉMY, Ladislav a Karel NEŠPOR. Kolik dospívajících je v Česku ohroženo postižením mozku při zneužívání alkoholu? *Psychiatrie*. 2013, **17**(3), s. 161–163. ISSN 1211-7579.

ČABLOVÁ, Lenka, L. ŠŤASTNÁ, L. CHARVÁT, M. MAIEROVÁ, E. ENDRODIOVÁ a M. DOLEJŠ. Preventure – Targeted Brief Intervention Method [Preveture – metoda krátké cílené intervence]. *Adiktologie*. 2011, **11**(2), s. 92–98. ISSN 1213-3841.

FOLTOVÁ, Lucie. Rodiče, nebo kamarádi? Aneb kdo má větší vliv na chování adolescenta? *Adiktologie*. 2012, **12**(4), s. 321–333. ISSN 1213-3841.

GABRHELÍK, Roman a M. MIOVSKÝ. Basic texts for the Further Development of Prevention Created as Part of the VYNSPI Project: Textbook, Dictionary, and Examples of Good Practice [Základní texty pro další rozvoj prevence vzniklé v projektu VYNSPI: učebnice, slovník, příklady dobré praxe]. *Adiktologie*. 2012, **12**(3), s. 232–243. ISSN 1213-3841.

CHARVÁT, Miroslav, L. JURYSTOVÁ a M. MIOVSKÝ. Four-level Model of Qualifications for the Practitioners of the Primary Prevention of Risk Behaviour in the School System [Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství]. *Adiktologie*. 2012, **12**(3), s. 190–211. ISSN 1213-3841.

CHOMYNOVÁ, Pavla, Ladislav CSÉMY a Viktor MRAVČÍK. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2016, 16 s. ISSN 2336-8241.

MAIEROVÁ, Eva, M. CHARVÁT, M. MIOVSKÝ a L. ŠŤASTNÁ. Preventure: Adaptation and Pilot Implementation of a Targeted Brief Intervention in the Czech Setting – Process Evaluation Study [Evaluace procesu české adaptace programu cílené krátké intervence PreVenture a její pilotní implementace pro žáky základních škol]. *Adiktologie*. 2015, **15**(1), s. 12–32. ISSN 1213-3841.

MAJZLÍKOVÁ, Jana. Užívání návykových látek v rané adolescenci. *Adiktologie*. 2009, **9**(4), s. 222–227. ISSN 1213-3841.

McGOVERN, T.F., S. MANNING a T. McMAHON. Globální strategie SZO pro omezení škodlivého užívání alkoholu. *Adiktologie*. 2011, **1**(1), s. 16–18. ISSN 1213-3841.

MIOVSKÝ, Michal. The development of the National Systems of Scholl-based Prevention of Risk Behaviour in the Czech Republic: Reflections on the outcomes of a 15-year process [Vývoj národního systému školské prevence rizikového chování v České republice: Reflexe výsledků 15letého procesu tvorby] *Adiktologie*. 2015a, **15**(1), s. 62–87. ISSN 1213-3841.

MIOVSKÝ, Michal a R. GABRHELÍK. Structure of an Implementation Plan for the National System of School-based Prevention of Risk Behaviour in the Czech Republic for 2015-2025: Harmonisation of the Approaches by the Ministries of Health and Education [Struktura návrhu implementačního plánu národního systému prevence rizikového chování v České republice pro období 2015-2025: Harmonizace přístupu resortu zdravotnictví a školství]. *Adiktologie*. 2015b, **15**(1), s. 88–105. ISSN 1213-3841.

NEVORALOVÁ, Monika, A. PAVLOVSKÁ a L. ŠŤASTNÁ. Evaluation of the School-based Primary Prevention of Risk Behaviour in the Czech Republic [Evaluace aktivit školních primární prevence rizikového chování v České republice]. *Adiktologie*. 2012, **12**(3), s. 244–255. ISSN 1213-3841.

NEVORALOVÁ, Monika a L. ŠŤASTNÁ. Indicated Preventio of Substance Use in Practice [Indikovaná primární prevence]. *Adiktologie*. 2013, **13**(1), s. 24–37. ISSN 1213-3841.

PAVLAS MARTANOVÁ, Veronika. Development of the Standards and the Certification Process in Primary Prevention – An Evaluation Study [Vývoj Standardů a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie]. *Adiktologie*. 2012, **12**(3), s. 174–188. ISSN 1213-3841.

SKOPAL, Ondřej a M. DOLEJŠ. School Questionnaire Survey of Substance Use and other Forms of Risk-taking Behaviour among Adolescents and their Personality Characteristics [Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a osobnostních charakteristikách adolescentů]. *Adiktologie*. 2014, **14**(1), s. 54–65. ISSN 1213-3841.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. Globální strategie pro omezení škodlivého užívání alkoholu. (Translated from WHO (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organisation). *Adiktologie*. 2011, **1**(1), s. 20–37. ISSN 1213-3841.

VACEK, Jaroslav a P. VONDRÁČKOVÁ. Harm Reduction Approach to Alcohol Use [Přístup harm reduction k užívání alkoholu]. *Adiktologie*. 2012, **12**(2), s. 138–151. ISSN 1213-3841.

### **Elektronické zdroje:**

ANTAŠOVÁ, Danuše a kol. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky* [online]. 1.vyd. Praha: MZČR, 2014, 155 s. [cit. 2016-04-01]. ISBN 978-80-85047-49-3. Dostupné z:

[http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/aktuality/Cesi\\_ziji\\_dele\\_ale\\_trapi\\_je\\_civilizacni\\_nemoci/Zprava\\_o\\_zdravi\\_obyvatel\\_CR\\_.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_nemoci/Zprava_o_zdravi_obyvatel_CR_.pdf)

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 8. prosince 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Prevence pozdějších návykových poruch u dětí a adolescentů s rizikovým chováním. Přehled teorie a důkazní báze indikované prevence*. [online]. Lucembursko, Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2009, 84 s., [cit. 2016-10-01] ISBN 987-92-9168-349-9. Dostupné z: [file:///C:/Users/doma/Downloads/MO\\_prevence EMCDDA\\_cz%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/doma/Downloads/MO_prevence EMCDDA_cz%20(2).pdf)

HANZL, Daniel. *Evaluace primární prevence sociálně patologických jevů žáky 8. ročníku základní školy v Kraji Vysočina pro Individuální projekt Podpora systému primární prevence sociálně patologických jevů*. [online]. Jihlava, 2012, 63 s. [cit. 2016-10-01]. Dostupné z:

[\[vysocina.cz/VismoOnline\\\_ActionScripts/File.ashx?id\\\_org=450008&id\\\_dokumenty=4046369\]\(https://www.kr-vysocina.cz/VismoOnline\_ActionScripts/File.ashx?id\_org=450008&id\_dokumenty=4046369\)](https://www.kr-</a></p></div><div data-bbox=)

KALMAN, Michal, Erik SIGMUND, Dagmar SIGMUNDOVÁ, Zdeněk HAMŘÍK, Luděk BENEŠ, Dana BENEŠOVÁ a Ladislav CSÉMY. *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)“*. [online] 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 112 s. [cit. 2017-01-11]. ISBN 978-80-244-2986-1. Dostupné z:

[http://hbsc.upol.cz/download/narodni\\_zprava\\_zdravi\\_ziv\\_styl.pdf](http://hbsc.upol.cz/download/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf)

KRAJ VYSOČINA. Úvodní informace o projektu. *Sociální portál Kraje Vysočina*. [online]. 2011, 31. 8. 2011 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://www.kr-vysocina.cz/uvodni-informace-o-projektu/d-4027572/p1=63753>

KRAJSKÝ ÚŘAD KRAJE VYSOČINA. *Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016 – 2019*. [online]. Jihlava: Odbor sociálních věcí, 2016, 30 s. [cit. 2016-09-28]

Dostupné z: [https://www.kr-vysocina.cz/VismoOnline\\_ActionScripts/File.ashx?id\\_org=450008&id\\_dokumenty=4071104](https://www.kr-vysocina.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4071104)

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Prevence rizikového chování ve školství*. [online]. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, 2015c, 328 s. [cit. 2016-09-22]. ISBN 978-80-7422-391-4. Dostupné z:

file:///C:/Users/doma/Downloads/1%20Prevence%20rizikoveho%20chovani\_1-328\_TISK%20(3).pdf

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. [online]. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, 2015d, 272 s. [cit. 2016-09-22]. ISBN 978-80-7422-392-4. Dostupné z:

file:///C:/Users/doma/Downloads/2%20Vykladovy%20slovník\_001-272\_TISK%20(1).pdf

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. [online]. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, 2015e, 405 s. [cit. 2016-09-22]. ISBN 978-80-7422-391-4. Dostupné z:

file:///C:/Users/doma/Downloads/3%20Programy%20a%20intervence%20%C5%A1kolsk%C3%A9%20prevence\_1-408\_TISK%20(2).pdf

MRAVČÍK, Viktor et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2015, 217 s. [cit. 2016-09-10]. ISBN 978-80-7440-134-3. Dostupné z: [http://www.drogy-](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/700/VZ_drogy_2014_fin03_v160202.pdf)

[info.cz/data/obj\\_files/23496/700/VZ\\_drogy\\_2014\\_fin03\\_v160202.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/700/VZ_drogy_2014_fin03_v160202.pdf)

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže*. [online]. Praha: 2013, 25 s. [cit. 2016-09-10].

Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Koncepce podpory mládeže na období 2014 – 2020*. [online]. 2014, 31 s. [cit. 2016-09-10]. Dostupné z:

file:///C:/Users/doma/Downloads/Koncepce%20podpory%20ml%C3%A1de%C5%BEE%20014%20-%202020%20(2).pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Akční plán č. 4c K omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015 – 2018*. [online]. 2015, 49 s. [cit. 2016-09-10].

Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2004c\\_rev%20AV.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2004c_rev%20AV.pdf)

OBLASTNÍ CHARITA TŘEBÍČ. *Nabídka preventivních programů na školní rok 2016 – 2017. Primární prevence*. [online]. ©2017. [cit. 2017-18-01]. Dostupné z:

<http://trebic.charita.cz/nase-sluzby/primarni-prevence/>

OBLASTNÍ CHARITA ŽDAR NAD SÁZAVOU. *Programy školské primární prevence. Centrum prevence*. [online]. ©2017. [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: <http://www.prevence-ochzr.cz/cs/cesta-k-dospelosti>

PORTIMO o.p.s. *Nabídka. Centrum Prevence CéPéčko*. [online]. Nové Město na Moravě, ©2016. [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: <http://www.portimo.cz/cp.php?t=54>

SPEKTRUM. *Nabídka programů školské všeobecné primární prevence rizikového chování. Centrum primární prevence*. [online]. ©2014. [cit. 2016-10-12]. Dostupné z:

<http://www.spektrum.kolping.cz/centrumprevence/content.aspx?id=1268&sid=120>

STŘED, z. ú. *Programy primární prevence. Středisko výchovné péče*. [online]. ©2015. [cit. 2016-10-12]. Dostupné z: <http://www.stred.info/cs/?category=odborna-verejnost&page=programy-primarni-prevence>

ŠVANDA, Petr. *Souhrnná informace o realizaci projektu Operačního programu Vzdělávání pro konkurenci schopnost. Reg. č. CZ.1.07/1.2.00/14.0126*. [online]. 2013, 18. 6. 2013 [cit. 2016-10-15]. Dostupné z: [http://www.kr-](http://www.kr-vysocina.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4078380)

[vysocina.cz/VismoOnline\\_ActionScripts/File.ashx?id\\_org=450008&id\\_dokumenty=4078380](http://www.kr-vysocina.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4078380)

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018*. [online]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011, 56 s. [cit. 2016-10-08]. ISBN 978-80-7440-045-2. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1592/289/nspp\\_2010-2018\\_02.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1592/289/nspp_2010-2018_02.pdf)

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015*. [online]. Praha: Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013, 41 s. [cit. 2016-10-15]. Dostupné z:

[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/CZ\\_Action%20plan%20for%20implementation%20of%20the%20National%20Drug%20Policy%20Strategy%202013-2015%20\(CZ\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/CZ_Action%20plan%20for%20implementation%20of%20the%20National%20Drug%20Policy%20Strategy%202013-2015%20(CZ).pdf)

VAVRINČÍKOVÁ, Lenka. *Harm reduction a alkohol*. [online]. 1 vyd. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, 2012, 42 s. [cit. 2016-10-08]. ISBN 978-80-7476-008-2. Dostupné z: [file:///C:/Users/doma/Downloads/imprim\\_HarmReduct\\_alkohol\\_via\\_03.pdf](file:///C:/Users/doma/Downloads/imprim_HarmReduct_alkohol_via_03.pdf)

VRAKBAR. Co děláme. *Centrum primární prevence*. [online]. Jihlava, ©2017 [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: [http://cpp.vrakbar.cz/?page\\_id=18](http://cpp.vrakbar.cz/?page_id=18)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. [online]. 1. vyd. Geneva: World Health Organization, 2010, 38 s. [cit. 2016-10-08]. ISBN 978-92-4-159993-1. Dostupné z:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44395/1/9789241599931\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44395/1/9789241599931_eng.pdf?ua=1)

### **Závěrečné práce:**

BALÍKOVÁ, Iva. *Zneužívání alkoholu u nezletilých na Pardubicku*. [online]. Pardubice, 2009, 67 s. [cit. 2017-01-12]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta Filozofická. Vedoucí práce PhDr. Martin Kocanda. Dostupné z:

<http://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/33226/Bakalarska%20prace1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

DUBSKÁ, Dominika. *Analýza a prevence sociálně patologických jevů u žáků ZŠ*. [online]. Pardubice, 2012, 72 s. [cit. 2017-01-12]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta Filozofická. Vedoucí práce PhDr. Marcela Ehlová. Dostupné z:

[http://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/45971/Dubsk%C3%A1D\\_Anal%C3%BDzaaprevence\\_ME\\_2012.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/45971/Dubsk%C3%A1D_Anal%C3%BDzaaprevence_ME_2012.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

KOLAŘÍKOVÁ, Vladimíra. *Vybrané sociálně patologické jevy na základních školách, závislosti – alkohol, kouření, drogy*. [online]. České Budějovice, 2010, 78 s. [cit. 2017-01-11]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Josef Hošek. Dostupné z:

[https://theses.cz/id/7euiqx/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_17153](https://theses.cz/id/7euiqx/downloadPraceContent_adipIdno_17153)

KOSÍKOVÁ, Pavlína. *Problematika užívání alkoholu u žáků 2. stupně na vybraných základních školách v Mikulově a v Brně*. [online] Brno, 2016, 88 s. [cit. 2017-01-11]. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Radim Slaný. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/401899/pedf\\_m/DP.pdf](http://is.muni.cz/th/401899/pedf_m/DP.pdf)

POZDŇÍKOVÁ, Jana. *Problematika alkoholu na vybraných středních školách v Ústí nad Orlicí*. [online] Brno, 2012, 73 s. [cit. 2017-01-12]. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Doc. MUDr. Petr Kachlík Ph. D. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/251976/pedf\\_m/Problematika\\_alkoholu\\_na\\_vybranych\\_strednich\\_skolach\\_v\\_Usti\\_nad\\_Orlici.pdf](http://is.muni.cz/th/251976/pedf_m/Problematika_alkoholu_na_vybranych_strednich_skolach_v_Usti_nad_Orlici.pdf)

SVRČINOVÁ, Andrea. *Návykové látky u mladistvých – role školy při řešení dané problematiky*. [online] Olomouc, 2015, 72 s. [cit. 2017-01-12]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého Olomouc. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Jitka Skopalová, PhD. Dostupné z: [https://theses.cz/id/1x607b/Svrinov\\_-\\_BP.pdf](https://theses.cz/id/1x607b/Svrinov_-_BP.pdf)

## 6 PŘÍLOHY

<b>Příloha A</b> <i>Popis dosažených poznatků výzkumného šetření za období 2006 – 2015 určené pro realizátory preventivních programů zaměřených na konzumaci alkoholu u nezletilých v Kraji Vysočina.....</i>	88
<b>Příloha B:</b> <i>Krajský plán prevence Kraje Vysočina 2015 – 2016.....</i>	90

**Příloha A** *Popis dosažených poznatků výzkumného šetření za období 2006 – 2015 určené pro realizátory preventivních programů zaměřených na konzumaci alkoholu u nezletilých v Kraji Vysočina*

POZNATKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ URČENÉ PRO REALIZÁTORY PROGRAMŮ  
PRIMÁRNÍ PREVENCE ZAMĚŘENÉ NA KONZUMACI ALKOHOLU NEZLETILÝCH  
V KRAJI VYSOČINA

Tyto poznatky vychází z bakalářské práce, ve které bylo vyhledáno metodou retrospektivního sběru dat četnosti výjezdů posádek Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina (ZZS KV) k nezletilým pacientům konzumujících alkohol. Sledovaným obdobím byly roky 2006 – 2015, kdy bylo celkově ošetřeno 451 nezletilých ve věku 3 – 17 let včetně. Z dat vyplývá, že přes zvyšující se počet výjezdů ZZS KV ke všem nezletilým pacientům se počet výjezdů k nezletilým konzumujících alkohol nepravidelně snižoval. Mezi okrajovými roky 2006 – 2015 se jednalo o zásadní snížení počtu výjezdů, konkrétně o 49,2 %. Tedy lze předpokládat, že nastavení a vývoj koncepce primární prevence v Kraji Vysočina zaměřené na konzumaci alkoholu ve sledovaném období 2006 – 2015 byl účinný.

Z pohledu věku nezletilých byly již u žáků na prvním stupni základní školy (ZŠ) zaznamenány případy konzumace alkoholu. Naopak u věkových kategorií předškolního a mladšího školního věku (konkrétně 3, 4, 5, 6 a 8 let) nebyl v souvislosti s konzumací alkoholu realizován žádný výjezd. Od věku 13 let je zaznamenán zjevný nárůst počtu výjezdů k nezletilým konzumujících alkohol (představoval 10 % výjezdů), ale nejčetnějšími věkovými kategoriemi v letech 2006 – 2015 byli 15, 16 a 17letí, kteří zaujímali více než 2/3 z celkového počtu 451 ošetřených nezletilých. Tedy stávající plán neziskových organizací, kdy prezentace programů primární prevence zaměřených na konzumaci alkoholu je realizována již na prvním stupni ZŠ, se ukazuje jako nutný. Druhý blok tohoto programu bývá realizován na druhém stupni ZŠ, zpravidla podle požadavků konkrétních škol. Určitě je dobré zohlednit podmínky a aktuální klima každé školy individuálně. Jako vhodnou dobu pro realizaci druhého bloku preventivních programů je věk 13 let, tedy žáci 7. a 8. tříd ZŠ, protože v této věkové skupině došlo k viditelnému nárůstu počtu výjezdů. Ale jako žádoucí se ukázalo ještě více se zaměřit na studenty středoškolského a učňovského vzdělávání, do kterých patří tři nejčastěji ošetřované věkové kategorie 15, 16, a také nejvíce ohrožená skupina 17letých mladistvých, která konkrétně představovala více než 1/4 všech výjezdů. V programech pro druhý stupeň ZŠ, středoškolského a učňovského vzdělávání by bylo vhodné zdůraznit rizika spojená s konzumací alkoholu, jako jsou úrazy, protože z tohoto výzkumného šetření vyplynulo, že podíl těchto výjezdů

s věkem nezletilých kontinuálně narůstá. V kategorii 13 let byl podíl výjezdů s úrazovým dějem 4,4 % a v kategorii 17 let už dokonce 26,6 %. Tedy 17letí, představovali více než 1/4 všech výjezdů s přítomným úrazem.

Z pohledu konkrétního časového naplánování prezentace programů zaměřených na konzumaci alkoholu by bylo vhodné soustředit je do závěru druhé poloviny školního roku, protože nejčetnějším měsícem pro konzumaci alkoholu nezletilých z tohoto výzkumu vychází měsíc červen. Nejméně vhodným měsícem pro prezentaci těchto programů je září. Překvapivě prázdninové měsíce červenec a srpen se nestaly jednoznačně nejrizikovějšími pro konzumaci alkoholu nezletilých.

Názor Veroniky Nielsen Sobotkové a kolektivu, který publikují ve své knize „*Rizikové a antisociální chování v adolescenci*“, že intervenční programy by měly brát zřetel na mezipohlavní rozdíly a měly by být zaměřeny zejména na chlapce, tento výzkum nepotvrdil. Chlapci jsou sice čtenější skupinou konzumující alkohol, ale dívky zaujímaly také velkou část konzumentů alkoholu, dokonce ve třech jednotlivých letech sledovaného období byly výjezdy k dívkám častější a v jenom roce byl počet těchto výjezdů shodný. Tedy stávající nastavení prezentace programů primární prevence realizovaných současně v komunitě chlapců i dívek je z tohoto pohledu vyhovující.

Výzkumné šetření dále ukázalo, že nejvíce výjezdů k dětským konzumentům alkoholu bylo realizováno shodně v pátek a v sobotu, tedy ve dnech, po kterých následuje školní a pracovní volno. Celkově se jednalo o 47,8 % výjezdů. Přičemž téměř 2/3 všech realizovaných výjezdů k těmto konzumentům připadalo na výjezdové posádky nočních směn, konkrétně od večerních 19 hodin do konce 7. hodiny ranní. Doporučením je apelovat na rodiče, aby prováděli důslednou kontrolu a měli přehled o aktivitách svých dětí, protože jak uvádí Jiří Heller a Olga Pecinovská ve své knize „*Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti její léčby*“, rodina zaujímá prvořadou a nespornou úlohu při formování životního stylu a celkové prosperity. Dále je důležitá aktivizace dětí v těchto rizikových dnech, například formou zajímavých sportovních aktivit.

Vhodné je také apelovat na dotyčné státní orgány a instituce pověřené monitoringem a kontrolou veřejných zařízení, které nabízejí alkoholické nápoje, jako jsou různé diskotéky, bary, pohostinství, ale i jednorázové akce typu zábav, koncertů, atd., aby prováděly pravidelnou kontrolu, zda nedochází k nabízení, podávání alkoholu, nebo zda není umožněna konzumace alkoholických nápojů nezletilým, a to zejména v těchto rizikových dnech.

## Krajský plán prevence Kraje Vysočina 2016 - 2017

### 1. Demografické údaje

Kraj Vysočina má centrální polohu v rámci ČR. Sousedí s krajem Jihočeským, Středočeským, Pardubickým a Jihomoravským. Od sousedních regionů se kraj odlišuje členitostí území, vyšší nadmořskou výškou a řídkým osídlením. Rozdrobená sídelní struktura způsobuje v některých případech vylidňování menších obcí a emigraci mladých a kvalifikovaných obyvatel.

Vysočina má vnitrozemskou polohu a její hranice se nedotýkají státní hranice ČR. Povrch území je tvořen pahorkatinami Českomoravské vrchoviny. Region je atraktivní svým poměrně nízkým znečištěním ovzduší, zdravými lesy, čistými a vodohospodářsky významnými vodními plochami a zdroji vody.

Rozlohou 6 795 km<sup>2</sup> (30. 12. 2011) se kraj řadí mezi regiony nadprůměrné velikosti – pouze 4 kraje ČR mají větší plošnou velikost.

Území kraje Vysočina se administrativně člení na 5 okresů, 15 správních obvodů obcí s rozšířenou působností (ORP) a 26 obvodů pověřených obecních úřadů (POÚ). Základní samosprávnou jednotkou jsou obce, kterých je v kraji 704 (stav k 30. prosinci 2011). Průměrná populační velikost obce na Vysočině je 725 obyvatel, což je nejméně ze všech krajů ČR. V kraji jsou nejčteněji zastoupeny obce s počtem obyvatel menším než 500. Statut města má v současnosti 33 obcí, což je v rámci ČR vzhledem k velikosti kraje mírně podprůměrné.

K 31. 12. 2014 žilo na Vysočině 509 895 obyvatel, což představuje třetí nejnižší lidnatost mezi kraji ČR.

#### Obyvatelstvo Kraje Vysočina k 31. 12. 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>ÚZEMÍ (k 31. 12.)</b>						
Výměra půdy celkem	679 556	679 554	679 560	679 571	679 567	679 574
v tom: zemědělská půda	410 917	410 389	409 911	409 470	409 161	408 939
z toho orná	317 962	317 455	316 832	316 504	316 251	315 884
nezemědělská půda	268 638	269 164	269 649	270 101	270 406	270 636
z toho lesní pozemky	206 601	206 723	206 842	206 977	207 160	207 230
Počet obcí	704	704	704	704	704	704
z toho se statutem města	34	34	34	34	34	34
Podíl městského obyvatelstva	58,2	57,9	57,3	57,1	57,0	56,8
Hustota obyvatelstva	75,8	75,7	75,3	75,2	75,1	75,0
<b>ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ</b>						
Měrné emise (REZZO 1–4)						
oxid siřičitý SO <sub>2</sub>	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	.
oxidy dusíku NO <sub>x</sub>	2,0	1,8	1,6	1,5	1,3	.
Investice na ochranu životního prostředí <sup>1)</sup>	594	778	1 289	1 355	1 372	2 812

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>OBYVATELSTVO</b>						
Střední stav obyvatelstva celkem	515 329	514 800	511 972	511 627	510 522	510 006
z toho ženy	259 620	259 402	258 028	257 758	257 155	256 807
Počet obyvatel (k 31. 12.) celkem	514 992	514 569	511 937	511 207	510 209	509 895
ženy	259 500	259 320	257 952	257 513	256 939	256 719
cizinci (bez osob s platným azylem)	8 583	8 023	7 873	7 752	7 814	7 806
Obyvatelé ve věku (k 31. 12.)						
0–14	74 566	74 698	75 331	75 454	75 488	76 104
z toho ženy	36 189	36 346	36 589	36 702	36 706	36 913
15–64	360 299	358 013	351 776	348 042	344 450	340 867
z toho ženy	175 784	174 488	171 393	169 431	167 575	165 756
65 a více	80 127	81 858	84 830	87 711	90 271	92 924
z toho ženy	47 527	48 486	49 970	51 380	52 658	54 050
Průměrný věk obyvatel (k 31. 12.)	40,5	40,8	41,1	41,3	41,6	41,9
<b>MAKROEKONOMICKÉ UKAZATELE</b>						
Hrubý domácí produkt	155 747	154 713	162 089	165 427	167 028	170 849
na 1 obyvatele	302 228	300 530	316 597	323 335	327 171	334 994
průměr ČR = 100	80,9	79,9	82,6	83,9	84,2	82,7
předchozí rok = 100 (srovnatelné ceny)	96,3	101,6	103,9	99,7	98,2	100,0
Tvorba hrubého fixního kapitálu	37 273	36 292	37 147	39 153	35 434	.
na 1 obyvatele	72 329	70 497	72 557	76 526	69 407	.
průměr ČR = 100	71,4	69,6	71,2	76,2	71,2	.

Demografické údaje jsou uváděny v historické územní struktuře, tj. ve struktuře platné k 30. 11. 2015 daného roku. (zdroj: ČSÚ)

Pramen: ČSÚ, Statistická ročenka kraje Vysočina 2015 - údaje za rok 2014

Údaje o počtu škol a dětí v Kraji Vysočina k 30. 11. 2015.

	Školní rok 2013/2014		Školní rok 2014/2015	
	Počet škol	Počet dětí	Počet škol	Počet dětí
<b>MŠ</b>	363	18 032	283	17 996
<b>ZŠ</b>	271	41 613	263	42 428
<b>SŠ</b>	71	21 362	65	22 360
<b>VOŠ</b>	14	911	13	1 445
<b>VŠ</b>	2	2 363	2	

Pramen: ČSÚ, Statistická ročenka kraje Vysočina 2015 - údaje za rok 2014

## 2. Východiska plánu s analýzou potřeb

Východiska plánu s analýzou potřeb v Kraji Vysočina by měly korespondovat s výsledky průzkumu situace v terénu, která byla provedena v Kraji Vysočina v roce 2012 pod názvem Evaluace primární prevence sociálně patologických jevů žáky 8. ročníků

základních škol v Kraji Vysočina a reflektovat výstupy jednání s odborníky pracujícími v oblasti prevence v Kraji Vysočina.

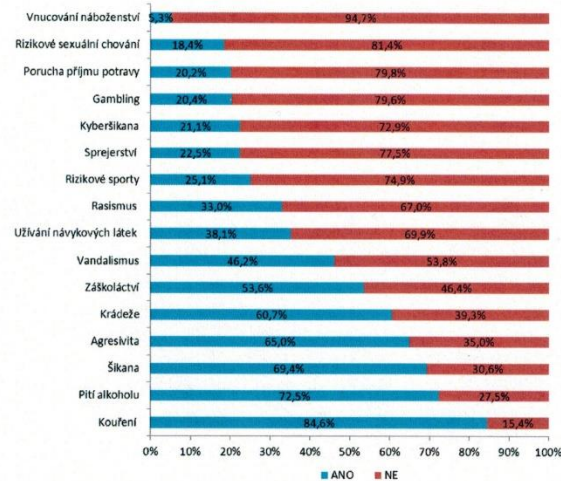
Jedním z výstupů průzkumu je zjištění situace na školách, kde v minulém období probíhala realizace programů primární prevence.

Tři čtvrtiny oslovených žáků se totiž domnívá, že absolvované programy primární prevence mají smysl a jsou přínosné. Opak si myslí pouze 7,3 % (v absolutní četnosti to představuje 37 žáků). 76,9 % oslovených žáků se dozvědělo nové informace, které před tím neznali, 81,4 % pak získalo díky programům informace, které jim umožní v krizových situacích pomoci sobě či kamarádovi a 75,9 % by se chtělo i nadále v rámci školní docházky takových programů účastnit. Pokud by nastala situace a žáci by museli vyhledávat informace o závažných problémech (těch, které byly řešeny v rámci jednotlivých programů), nejčastěji by se zeptali rodičů, hledali by na internetu či by oslovili kamaráda, o kterém vědí, že požadované informace má. 80,8 % dotázaných žáků tvrdí, že s nimi rodiče hovořili o návykových látkách (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky), 60,7 % přiznává „domácí“ diskusi o šikaně a násilí a více jak polovina oslovených absolvovala rozhovor s rodiči o netolismu, kriminalitě, delikvenci a vandalismu.

Důležitou otázkou především z hlediska budoucího plánování programů primární prevence je otázka směřující k tematickému zájmu žáků a očekávané formě prezentace témat. Největší zájem projevili respondenti o téma užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky), dále o téma šikany a násilí, netolismu a patologického hráčství. Nejmenší zájem je naopak o záškoláctví, politický a náboženský extremismus a divácké násilí. Forma prezentace témat, kterou žáci upřednostňují, je forma besed s odborníky, kteří se problematikou rizikového chování zabývají. Tento výstup nám vystihuje skutečnost, že rizikové faktory vstupující do školního i mimoškolního prostředí jsou zastoupeny poměrně v široké škále. Krajský koordinátor prevence chápe jako východisko plánu reflektovat na situaci vycházející z průzkumu (podrobněji viz obrázek č. 1 a obrázek č. 2) a nastavit priority kraje v souladu s průzkumem.

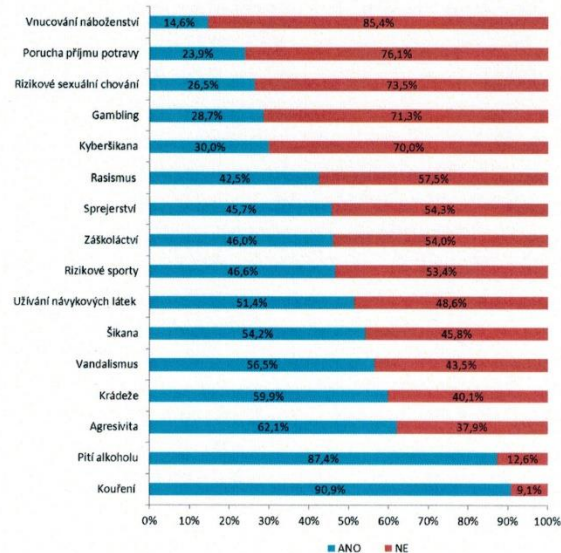
### Osobní zkušenost žáků 8. ročníků s rizikovým chováním

V části dotazníku byly osloveným žákům 8. ročníků položeny otázky směřující do oblasti osobní zkušenosti s rizikovým chováním v prostředí školy.



Obrázek č. 1: Výskyt rizikového chování v prostředí školy v percepci žáků 8. ročníků

V následující otázce měli respondenti hodnotit stejnou baterii rizikového chování, avšak v mimoškolním prostředí (hřiště, na cestě ze/do školy, ve sportovních a zájmových kroužcích, aj.). Obecně lze konstatovat, že pořadí jednotlivých aspektů se příliš nemění, opět se nejčastěji žáci v mimoškolním prostředí setkávají s kouřením a pitím alkoholu, nejméně často s vnucováním náboženství. Je nutné však říci, že procenta u jednotlivých položek se zvýšila s výjimkou jediné položky a to šikany. Ta je v mimoškolním prostředí méně častá, což lze považovat za velmi překvapující a alarmující výsledek. Podrobněji viz obrázek č. 2.



Obrázek č. 2: Výskyt rizikového chování v mimoškolním prostředí v percepci žáků 8. ročníků (viz. Evaluace primární prevence sociálně patologických jevů žáky 8. ročníků základních škol v Kraji Vysočina - duben 2012)

### 3. Priority kraje na rok 2016 - 2017

Na základě jednání s okresními metodiky prevence, zástupci občanských sdružení působících v oblasti primární prevence a subjekty působícími v této oblasti byly vytyčeny dílčí priority. Ty v základních bodech korespondují s vyhlášeným tématem krajského projektu a výsledky dotazníkového šetření Evaluace primární prevence sociálně patologických jevů žáky 8. ročníků základních škol v Kraji Vysočina - duben 2012, který se uskutečnil na vzorku 1001 respondentů na 55 školách Kraje Vysočina:

1. Věnovat zvýšenou pozornost problematice všech jevů rizikového chování, které se nějak výrazněji promítly do výstupů dotazníkového šetření a finančně podporovat jejich řešení (oblasti rizikového chování uvedené u vzorku respondentů nad 20%).
2. Podpořit programy a aktivity zaměřené na bezpečné klima ve školách. Informovat o akcích zaměřených na podporu prevence rizikového chování. Vytvářet podmínky pro eliminaci různých forem a projevů rizikového chování, které toto klima narušují. Zejména se jedná o šikanu, kyberšikanu, agresivní chování, vandalismus, krádeže a rizikové sexuální chování. Zajistit evaluaci v oblasti bezpečného klimatu u vybraného vzorku škol.
3. V rámci programů primární prevence rozšířit působení i na rodiny – vytvářet společné programy pro děti a rodiče; poradit rodičům, jak mají informovat své děti či jak se zachovat při výskytu rizikového chování.
4. Pokračovat v programech primární prevence zaměřených na užívání návykových látek, především alkohol a cigarety a věnovat pozornost problematice šikany na všech základních školách a středních škol v Kraji Vysočina.
5. Zvýšit informovanost o odborné pomoci prostřednictvím internetu, prezentace krizových center, pedagogicko-psychologických poraden, linek bezpečí, nestátních neziskových organizací, nízkoprahových center, policie.
6. Věnovat pozornost rizikovému chování spojenému s rozvojem moderních technologií, zejména nebezpečím a rizikům spojeným s používáním internetu a sociálních sítí. Informovat školy o aktivitách Kraje Vysočina v této oblasti a o možnostech spolupráce (soutěže, konference, školení učitelů).
7. Podpořit školy odbornou pomocí, metodickým vedením a vzděláváním ředitelů, školních metodiků prevence, pedagogických pracovníků a žáků, zaměřených na prevenci nebo řešení rizikového chování na školách.
8. Ve spolupráci s odborníky nadále podporovat tvorbu a aktualizaci metodických pokynů, předávat odborné informace prostřednictvím internetových stránek a informovat o akcích ředitele, výchovné poradce, metodiky prevence a učitele.
9. Umožnit odborný rozvoj, přístup ke vzdělávání a metodické vedení okresních metodiků prevence na pedagogicko - psychologických poradnách.

### 4. Síť služeb kraje

**Krajská Pedagogicko psychologická poradna s pobočkami v okresních městech** (Havlíčkův Brod, Jihlava, Třebíč, Žďár nad Sázavou, Pelhřimov)

**Občanská sdružení působící v oblasti primární prevence:**

#### Jihlava

**Centrum primární prevence Vrakbar (OCH Jihlava):** Formou efektivní primární prevence přispívá k pozitivnímu vývoji dětí a mladých lidí, žáků a studentů ze spolupracujících mateřských, základních a středních škol především v okrese Jihlava a také na některých školách okresu Pelhřimov. Důraz je kladen na dlouhodobé působení, individuální zaměření bloků pro jednotlivé třídy, na partnerský přístup a spolupráci se školami, učiteli a žáky. Programy jsou ideálně součástí vzdělávacího programu školy.

## **Žďár nad Sázavou**

### **Spektrum - centrum primární prevence**

Centrum primární prevence je zaměřené na realizaci komplexních a dlouhodobých programů primární prevence užívání návykových látek a dalších forem rizikového chování v regionu Žďár nad Sázavou a v regionu Havlíčkův Brod. Tyto programy jsou vytvořeny na základě soudobých poznatků o efektivitě preventivního působení s důrazem na přiměřenost dané věkové skupině dětí. Reagují na potřeby škol a školských zařízení v oblasti primární prevence v regionu Žďár nad Sázavou. Při tvorbě programů bylo čerpáno z odborných materiálů, uplatňovány jsou i vlastní dovednosti a zkušenosti lektorek programů. Programy jsou průběžně upravovány, inovovány a aktualizovány dle konkrétních potřeb cílové skupiny.

Centrum primární prevence realizuje v okrese Žďár nad Sázavou a Havlíčkův Brod dlouhodobé, návazné programy primární prevence.

**Cílem** programů je zaměřit se primárně na věkovou skupiny 6-18 let, u kterých je neefektivnější primární prevenci realizovat. Snahou je poskytnout škole kontinuální práci se třídou během celé docházky v základní i střední škole s cílem zaměřit se na co nejširší oblast problémů a témat, což se díky pěti propracovaným programům s různými tématy daří. Mezi sekundární cílovou skupinu patří třídní učitelé, školní metodici prevence, pedagogičti pracovníci a rodiče účastníků programu.

### **Centrum prevence OCH Žďár nad Sázavou**

Zařízení, které v roce 2013 vzniklo spojením Ponorky a centra prevence - Nadosah, nese název Centrum prevence Oblastní charity Žďár nad Sázavou.

Jeho cílovou skupinou jsou třídní kolektivy základních a středních škol, které se běžně setkávají s různými druhy rizikového chování. Centrum prevence: Udělena certifikace "Program specifické primární prevence užívání návykových látek poskytované v rámci školní docházky" od Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Posláním centra prevence je ovlivnění postoje mladých lidí vůči zneužívání návykových látek a dalších forem rizikového chování s podporou zdravého životního stylu. Základní činností je realizace interaktivních programů primární prevence, realizace adaptačních kurzů, poradenská činnost pro děti a mládež, konzultace na školách. Nabídka bloků školské všeobecné primární prevence a školské selektivní primární prevence.

**Cílová skupina:** Cílovou skupinou jsou třídní kolektivy základních a středních škol, které se běžně setkávají s různými druhy rizikového chování. Vedeme děti a mládež k samostatným odpovědím na nejrůznější otázky týkající se sociální adaptace a komunikace. Ovlivňujeme postoje uživatelů primární prevence tak, aby se žáci a studenti vyhnuli násilnému a nesociálnímu chování, závislostem, manipulaci a jinému nežádoucímu chování (šikanování, užívání drog, sexuální promiskuita apod.)

## **Nové Město na Moravě**

**Portimo, o.p.s., Nové Město na Moravě** – poskytuje zázemí dětem a mládeži ve věku 6 - 20 let, které se nacházejí v nepříznivé životní situaci nebo jsou jí ohroženi. Jedná se o dlouhodobé programy primární prevence, které jsou založeny na interaktivní práci s třídním kolektivem. Témata programů pro základní školy vycházejí z Rámcového vzdělávacího programu pro základní školy a mohou být vhodným doplněním školních vzdělávacích

programů. Vybraná témata se realizují ve dvou nebo tříhodinových variantách dle požadavků školy. Po programu poskytuje organizace každé třídě tematický nebo informační materiál, který může být východiskem pro další práci se třídou. Nabízí také konzultace pro žáky a pedagogy po ukončení programu. Výstupem z programu je potom zápis o realizaci programu. Programy splňují kritéria certifikace v oblasti primární prevence.

## **Třebíč**

**Primární prevence Třebíč** – centrum prevence Třebíč je jedním ze zařízení Oblastní charity Třebíč, jež je organizační složkou Diecézní charity Brno.

Programy jsou uskutečňovány ve školách na území okresu Třebíč a Jihlava. Cílem tohoto zařízení je předcházet nebo alespoň oddalovat rizikové chování do vyššího věku, popřípadě zmírňovat následky rizikového chování. Umožnit dětem a mládeži lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a začlenit je do skupiny vrstevníků a společnosti. Rozvíjet sociální kompetence, dovednosti a efektivní komunikaci ve skupině. Podporovat zdravý způsob života, nabízet alternativy trávení volného času. Posílit schopnost dětí a mladých lidí samostatně zvládat náročné životní situace a přijímat důsledky svých rozhodnutí.

**Střed, z. ú. Třebíč** - nabízí programy specifické primární a sekundární prevence pro děti a mládež se speciálními vzdělávacími potřebami, vzdělávání pracovníků škol a školských zařízení v rozsahu 80 hodin, supervize pracovníků škol a školských zařízení. Terénní forma Střediska výchovné péče STŘED, Program primární prevence, usiluje o předcházení vzniku a zamezení rozvoji rizikových jevů. Zaměřuje se na realizaci dlouhodobých programů všeobecné a selektivní prevence a jednorázových navazujících aktivit pro žáky, pro odbornou i laickou veřejnost.

Všeobecná prevence: Obecné zaměření na předcházení rizikovému chování a podpora žádoucího chování.

Selektivní prevence: Pro kolektivy s projevy vyšší míry rizika nebo s předpokladem vyššího ohrožení.

**Tematické okruhy:** Agrese a šikana, Rizikové chování v dopravě, Rasismus a xenofobie, Negativní působení sekt, Rizikové sexuální chování, Záškoláctví, Návykové látky a nelátkové závislosti

Programy jsou poskytovány po objednání školským zařízením. Jsou dostupné bez ohledu na pohlaví, věk a rasu klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomické možnosti.

Jsou poskytovány pouze v českém jazyce

## **5. Koordinace primární prevence na krajské úrovni**

Spolupráce na krajské úrovni v oblasti prevence je na vysoké úrovni. Na krajském úřadu Kraje Vysočina působí krajský školský koordinátor prevence na odboru školství, mládeže a sportu a oddělení mládeže a sportu. Dále na krajském úřadu pracuje krajský protidrogový koordinátor, který má pracoviště na odboru sociálních věcí a manažer prevence kriminality, který má pracoviště na odboru sekretariátu hejtmána. Spolupráce probíhá na úrovni

pravidelných schůzek, jak na úrovni odborných pracovních skupin, tak na domluvených setkáních společně s pozvanými odborníky působícími v jednotlivých oblastech prevence. Hlavním úkolem je předávání informací a plánování dalších aktivit.

Na krajském úřadu Kraje Vysočina také aktivně působí pracovní skupiny zaměřené na prevenci, kterých se krajský školský koordinátor pravidelně účastní. Pracovní skupina prevence kriminality, pracovní skupina prevence alkoholismu, pracovní skupina e-bezpečnosti a pracovní skupina protidrogové prevence.

## 6. Dokumenty upravující oblast primární prevence v kraji

Dokument upravující oblast primární prevence je provázán se Strategií protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016 – 2019.

### **Aktivity kraje v oblasti primární prevence**

**Projekty:** Fond Vysočiny – Prevence kriminality, Projekt i-bezpečná škola

**Konference:** Celá řada konferencí, besed a seminářů vyplívající z naplňování úkolů stanovených v pracovních skupinách kraje.

**Soutěže pro školy:** Elektronická bezpečnost, prevence alkoholismu.

**Web:** Na oficiálních stránkách kraje je umístěna stránka věnovaná e-bezpečnosti Kraje Vysočina s množstvím odkazů a doporučení.

**Školení:** Školení učitelů pro oblast IT technologií v rámci projektu na podporu e-bezpečnosti, projekty zabezpečující vzdělání pedagogů (metodiků prevence) v oblasti primární prevence, jednorázové semináře zaměřené na primární prevenci - etopedie (šikana, agresivita, atd.).

**Pracovní skupiny:** Pracovní skupina prevence kriminality, pracovní skupina prevence alkoholismu, pracovní skupina e-bezpečnost, pracovní skupina protidrogové prevence.

**Podpora Kraje Vysočina v rámci udržitelnosti projektu na podporu primární prevence v kraji z prostředků EU:** Individuální projekt - Podpora systému primární prevence sociálně patologických jevů. Podpora organizací poskytujících služby primární prevence pro školy a školská zařízení.

**Fond Vysočiny:** Prevence kriminality.

## 7. Financování služeb primární prevence v kraji

Z pozice kraje je to na úrovni financování především prostřednictvím finančních prostředků Kraje Vysočina v rámci udržitelnosti projektu EU - Individuální projekt - Podpora systému primární prevence sociálně patologických jevů, kdy na programy primární prevence vybraných poskytovatelů se vyčlenilo pro rok 2016 přibližně 4 000 000,- Kč.

Dále je prevence podpořena např. Grantovým programem Fondu Vysočiny: Prevence kriminality, na který je vyčleněno 1 500 000,- Kč.

## 8. Kdo plán vytvářel, podílel se na něm, projednal a schválil, proces vzniku:

**Vyhotovil: Mgr. Petr Horký**

**Schválil: RNDr. Kamil Ubr**