

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

**Aneta Rothová**

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

## **PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ DOSPÍVAJÍCÍCH**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Daniela Fránová

PLZEŇ 2014

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. března 2014

.....

vlastnoruční podpis

**Poděkování:**

Děkuji paní MUDr. Daniele Fránové za odborné vedení práce, konzultace a poskytování cenných rad při jejím zpracování.

## **ANOTACE**

Příjmení a jméno: Rothová Aneta

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Prevence rizikového chování dospívajících

Vedoucí práce: MUDr. Daniela Fránová

Počet stran: číslované – 59, nečíslované - 28

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: rizikové chování, dospívající, prevence, návyková látka, sexuální chování, psychosociální poruchy, respondent

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou prevence rizikového chování dospívajících.

Práce je v teoretické části zaměřena na popis tří oblastí rizikového chování dospívajících – užívání návykových látek, rizika v oblasti reprodukčního zdraví a poruchy v psychosociální oblasti. Poslední kapitolou v této části je popis možností prevence rizikového chování ze strany rodiny, školy a praktického lékaře pro děti a dorost.

Praktická část obsahuje zhodnocení výsledků dotazníkového šetření určeného pro dospívající a jejich rodiče. Výzkum je zaměřen na konzumaci alkoholu dospívajícími.

# **ANNOTATION**

Surname and name: Rothová Aneta

Department: Department of Paramedical rescue and Technical studies

Title of thesis: Prevention of high-risk behaviour in young adolescents

Consultant: MUDr. Daniela Fránová

Number of page: numbered - 59, unnumbered - 28

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 27

Key words: risk behaviour, adolescent, prevention, addictive substance, sexual behaviour, psychosocial disorders, respondent

## **Summary:**

This thesis is about the prevention of high-risk behaviour in young adolescents.

The theoretical part of the thesis is focused on the description of three areas of high-risk behaviour in young adolescents – drug abuse, risk in sexual behaviour and psychosocial disorders. The last chapter in this part is description of high-risk behaviour prevention possibilities provided by the family, school and practical pediatrician.

The practical part of this thesis contains results of a research survey involving adolescents and their parents. Research is focused on alcohol consumption among adolescents.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>12</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
<b>1 DOSPÍVÁNÍ.....</b>	<b>14</b>
1.1 Období pubescence a adolescence.....	14
1.2 Vývojové úkoly dospívání.....	15
<b>2 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ DOSPÍVAJÍCÍCH .....</b>	<b>16</b>
2.1 Syndrom rizikového chování dospívajících .....	16
2.1.1 Rizikové faktory.....	16
2.1.2 Ochranné faktory .....	17
2.2 Formy rizikového chování dospívajících .....	18
<b>3 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....</b>	<b>19</b>
3.1 Rozdělení návykových látek.....	19
3.2 Ilegální látky .....	20
3.2.1 Halucinogeny .....	20
3.2.2 Konopné látky .....	20
3.2.3 Opiáty.....	21
3.2.4 Stimulanty .....	22
3.2.5 Fakta o užívání ilegálních návykových látek dospívajícími.....	23
3.3 Legální látky .....	24
3.3.1 Těkavé látky .....	24
3.3.2 Léky vyvolávající závislost.....	25
3.3.3 Alkohol .....	25
3.3.4 Tabák .....	25

<b>4 ALKOHOL .....</b>	<b>27</b>
4.1 Absorpce a metabolismus alkoholu .....	27
4.2 Účinky alkoholu .....	27
4.3 Rizika konzumace alkoholu .....	28
4.4 Odvykací stav .....	29
4.5 Vznik závislosti a léčba .....	29
4.6 Ohrožení dětí a mladistvých alkoholem .....	29
4.6.1 <i>Projekt Respektuj 18</i> .....	30
<b>5 RIZIKA V OBLASTI REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ.....</b>	<b>31</b>
5.1 Vývoj sexuálního chování u dětí a dospívajících .....	31
5.2 Rizika předčasného pohlavního života dospívajících.....	31
5.2.1 <i>Pohlavní choroby</i> .....	32
<b>6 RIZIKA V OBLASTI PSYCHOSOCIÁLNÍ .....</b>	<b>33</b>
6.1 Psychosociální poruchy .....	33
6.2 Agresivní chování.....	33
6.2.1 <i>Definice šikany</i> .....	34
6.2.2 <i>Kyberšikana</i> .....	34
6.3 Poruchy příjmu potravy .....	34
6.3.1 <i>Mentální anorexie</i> .....	34
6.3.2 <i>Mentální bulimie</i> .....	35
6.3.3 <i>Zdravotní komplikace</i> .....	35
<b>7 PREVENCE .....</b>	<b>36</b>
7.1 Stupně prevence podle času.....	36
7.1.1 <i>Primární prevence</i> .....	36
7.1.2 <i>Sekundární prevence</i> .....	36
7.1.3 <i>Terciární prevence</i> .....	36

7.2	Prevence rizikového chování dospívajících .....	37
7.2.1	<i>Primární prevence SRCH D .....</i>	<i>37</i>
7.3	Prevence v rodině .....	38
7.3.1	<i>Prevence užívání návykových látek v rodině .....</i>	<i>38</i>
7.3.2	<i>Prevence rizikového sexuálního chování v rodině.....</i>	<i>39</i>
7.3.3	<i>Prevence psychosociálních poruch v rodině .....</i>	<i>39</i>
7.4	Prevence ve škole .....	39
7.4.1	<i>Prevence užívání návykových látek ve škole.....</i>	<i>40</i>
7.4.2	<i>Prevence rizikového sexuálního chování ve škole .....</i>	<i>40</i>
7.4.3	<i>Prevence psychosociálních poruch ve škole .....</i>	<i>41</i>
7.5	Poradenství P-centra .....	41
7.6	Prevence u praktického lékaře pro děti a dorost.....	42
7.6.1	<i>Prevence užívání návykových látek u praktického lékaře pro děti a dorost .....</i>	<i>43</i>
7.6.2	<i>Prevence rizikového sexuálního chování u praktického lékaře pro děti a dorost ..</i>	<i>43</i>
7.6.3	<i>Prevence psychosociálních poruch u praktického lékaře pro děti a dorost .....</i>	<i>43</i>
7.7	Dotazníky .....	43
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>45</b>
	<b>8 FORMULACE PROBLÉMU .....</b>	<b>46</b>
8.1	Cíle práce.....	46
8.2	Stanovení hypotéz .....	46
	<b>9 METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>47</b>
9.1	Metodika výzkumu.....	47
9.2	Dotazník určený pro dospívající.....	47
9.3	Dotazník určený pro rodiče .....	47
9.4	Sběr dat.....	48
9.5	Návratnost dotazníků a počet respondentů.....	48



<b>10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....</b>	<b>49</b>
10.1 Základní charakteristika zkoumaného souboru .....	49
10.2 Konzumace alkoholu dospívajícími .....	51
10.3 Dostupnost alkoholu pro dospívající .....	55
10.4 Informovanost dospívajících o rizicích konzumace alkoholu .....	59
10.5 Volnočasové aktivity dospívajících.....	64
<b>DISKUZE .....</b>	<b>66</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ</b>	
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b>	
<b>SEZNAM TABULEK</b>	
<b>SEZNAM GRAFŮ</b>	
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## ÚVOD

V posledních desetiletích došlo k rapidním změnám zdravotního stavu dospívajících. Syndrom rizikového chování dospívajících se stal hlavním důvodem nemocnosti i úmrtnosti adolescentů. Rizikový způsob života jedince neohrožuje jen v období dospívání, ale může mít následky i v dalších životních obdobích. Nejúčinnější ochranou dospívajících je prevence.

„Prevence rizikového chování dospívajících“ je tématem mé bakalářské práce. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zabývám charakteristikou období dospívání a syndromem rizikového chování dospívajících. Další kapitoly jsou zaměřeny na popis oblastí rizikového chování - užívání návykových látek, rizika v oblasti reprodukčního zdraví a psychosociální poruchy. V kapitole o užívání návykových látek jsem se zaměřila zejména na popis jejich vlivu na zdraví, na závěr jsou uvedena fakta o užívání návykových látek dospívajícími. Zvláštní pozornost jsem věnovala alkoholu. Na téma alkohol mám zaměřenou praktickou část bakalářské práce. Další dvě kapitoly se zabývají riziky v oblasti reprodukčního zdraví a psychosociálními poruchami. Zde je uveden stručný výčet rizik v těchto oblastech. Poslední kapitola je zaměřena na možnosti prevence – ze strany rodiny, školy a praktického dětského lékaře pro děti a dorost.

Praktická část obsahuje výsledky získané z dotazníkového šetření, které bylo určeno pro dospívající ve věku 14-16 let a jejich rodiče. Výzkum probíhal na třech školách prostřednictvím třídních učitelů. Sestavila jsem dva typy dotazníků, výsledky jsou zpracovány do tabulek a grafů. Dotazníky jsou přídány jako přílohy k bakalářské práci.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je charakterizované jako přechodná životní fáze, během které jedinec přestává být dítětem, avšak stále ještě není dospělým. Jedná se o jedno z formujících období života, z hlediska vývoje srovnatelné s úplně nejranějším dětstvím. V organismu probíhá řada změn, jak biologických, tak psychosociálních. Biologické změny jsou značné v období puberty, naopak adolescence zdůrazňuje především psychosociální stránku vývoje. Celkové zrání a vývoj člověka znesnadňují i rychlé proměny okolního světa. (1,2)

Nelze přesně vymezit věkové rozhraní dospívání, protože u každého jedince je vývoj zcela individuální. To je způsobeno intraindividuální a interindividuální variabilitou. Intraindividuální variabilita znamená, že u mnohých adolescentů jsou značné rozdíly mezi biologickým a psychosociálním vývojem. Interindividuální je, že se sekundární pohlavní znaky u některých adolescentů začínají objevovat už v osmi letech, u jiných až v pozdějším věku. S ohledem na výše zmíněné variability lze hranice dospívání vymezit dolní hranicí (od 11-12 let) a horní hranicí (do 20-22 let). Protože je věková hranice značně rozsáhlá, dospívání se dělí na období pubescence a adolescence. (3)

## 1.1 Období pubescence a adolescence

Období pubescence se věkově vymezuje zhruba od 11-15 let. Rozděluje se na fázi prepuberty a fázi vlastní puberty. Prepuberta začíná objevením prvních sekundárních pohlavních znaků a značným vytáhnutím do výšky, v průměru o 10 cm. Tělesná váha se může až zdvojnásobit, u chlapců zejména díky svalům, u dívek kromě svalů i ukládajícím se tukem na prsou a bocích. Dospívající dívky si proto mohou připadat tlustší a velmi často experimentují s nejrůznějšími dietami. Ve zdravé míře nebezpečí nehrozí, avšak u některých se může vyvinout tak ohromný strach z tloušťky, že se odmítají dotknout jakéhokoliv jídla a to je, bez pomoci druhých, přímá cesta ke vzniku poruchy příjmu potravy. Jedinci nemusejí být se změnami spokojeni a právě nespokojenost je jedním z typických znaků pubescenta. Prepuberta obvykle končí nástupem menarché (první menstruace) u dívek kolem 13 let. Pro chlapce je typická mutace hlasu způsobená zvětšením hrtanu. Vývoj u nich probíhá zhruba o rok až dva později. Fáze vlastní puberty trvá až do dosažení reprodukční schopnosti. U dívek je za dosažení reprodukční schopnosti

považován pravidelný ovulační cyklus, který se zpravidla ustálí přibližně do dvou let po první menstruaci. U chlapců vývoj hlavních sekundárních pohlavních znaků. Vlastní pubertu lze vymezit věkem od 13-15 let. (1,3)

Během období adolescence se postupně dosahuje reprodukční zralosti a dokončuje se tělesný růst, který je často značně nerovnoměrný. Výrazně se mění postavení jedince ve společnosti – vytvářejí se hlubší vztahy. V tomto období se liší tělesná stavba dívek a chlapců. Věkově lze adolescenci vymezit od 15 do 20-22 let. (3)

## **1.2 Vývojové úkoly dospívání**

Mezi hlavní vývojové úkoly dospívání patří uvolnění z přílišné závislosti na rodičích, navázání významnějších vztahů s vrstevníky obou pohlaví a vývoj sexuality. Emancipace od rodiny je způsob, jakým dosahuje dítě potřebné samostatnosti. V tom mu pomáhá např. studium mimo místo bydliště nebo partnerský život. Za normálních okolností si dospívající udržují pozitivní vztahy k rodičům. Konflikty vznikají obvykle kolem pravidel (zákazů a příkazů), které dospívající považuje za zbytečné a omezující. (3)

Navázání vztahů s vrstevníky dává dospívajícímu jistotu, kterou ztrácí odpoutáním od rodiny. V období puberty vznikají skupiny složené z jedinců stejného pohlaví. Postupně si dospívající vytváří bližší vztah k některému ze svých vrstevníků. Na přelomu pubescence a adolescence se objevují první skutečné vztahy mezi chlapci a dívkami. Obvykle jsou ještě poměrně nestálé a proměnlivé. Zpravidla až o hodně později se objevují vztahy založené na hlubším porozumění. (3)

Vývoj sexuality je v dospívání podmíněn nejen fyziologickými procesy v organismu, ale i výchovnými a sociálními podmínkami. Obvykle po dokončení vývoje sekundárních pohlavních znaků se objevují první masturbace u obou pohlaví. Heterosexuální styky (jednoduchý polibek, polibek s větší aktivitou jazyka, petting) jsou typické kolem 14 roku. Ankety poukazují na fakt, že motivací pro první pohlavní styk není hlubší emoční vztah, ale prostá zvědavost. Zejména u chlapců až z 82 %. (3)

## **2 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ DOSPÍVAJÍCÍCH**

V posledních desetiletích stále více adolescentů přijímá rizikový způsob života. Ukazuje se, že dospívání je v moderních technologických společnostech popisováno jako nejrizikovější vývojové období na cestě k dosažení dospělosti, zatímco dříve tomu tak bylo u období novorozeneckého. Světová zdravotnická organizace stanovila dospívající na počátku 90. let 20. století jako samostatnou rizikovou populační skupinu, u které je nutná zvýšená preventivní péče. (1,2)

### **2.1 Syndrom rizikového chování dospívajících**

Rizikové chování je jakékoliv chování, které může negativně ovlivnit zdravý vývoj dospívajícího. Důsledkem tohoto chování je nárůst sociálních, zdravotních i výchovných rizik jak pro jednotlivce, tak pro společnost. Jedná se o chování, které má vliv na zdraví ve smyslu vyvolání nemoci, úrazu nebo závislosti. (4)

Stále více adolescentů dává přednost rizikovému životnímu stylu, protože ten jim do určité míry pomáhá řešit jejich problémy. Výskyt se posunuje stále do nižšího věku. V zahraničních literaturách se mluví o tzv. nové nemoci mládeže. Následky rizikového chování jsou hlavní příčinou úmrtnosti 15-19letých. Do jisté míry rizikový způsob života přináší dospívajícím určitou pozitivní satisfakci – zvýšení sebevědomí nebo získání uznání vrstevníků. Právě z tohoto důvodu je velmi těžké chování měnit. (1,4)

Rizikové chování se rozděluje do tří oblastí: zneužívání návykových látek, rizikové chování v oblasti reprodukčního zdraví a v oblasti psychosociální. Komplexně se hovoří o syndromu rizikového chování dospívajících (SRCH D), protože mají společné jak rizikové, tak ochranné faktory. Nacházejí se na různých rovinách a ve vzájemné interakci. Na jejich vzájemném poměru závisí, zda se jedinec bude nebo nebude chovat rizikově. Pojem SRCH D a jeho vymezení zavedl na počátku 90. let prof. R. Jessor. (1)

#### **2.1.1 Rizikové faktory**

Rizikové faktory jsou takové podmínky nebo činitelé, které mají pravděpodobně negativní vliv na zdraví nebo na kvalitu života. Můžeme je nalézt v dětství, v období dospívání nebo obecně ve společnosti. (1,4)

Dětství: Vliv má genetika a sociální prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Rizikověji se chovají děti z nefunkčních nebo neúplných rodin. Může se jednat o děti týrané, zanedbávané nebo zneužívané. Velmi záleží na způsobu výchovy. V rodinách, kde je dítě podceňováno nebo kde jsou na něj naopak kladeny zvýšené nároky, je vyšší riziko, že se nakloní k rizikovému způsobu života. (1,4)

Dospívání: V tomto období dochází k vývoji osobnosti, proto se rizikové chování objevuje zejména u dětí, které mají malou sebedůvěru nebo sebeúctu. Klíčový je rovněž vliv vrstevníků. Děti, které berou rizikový způsob života jako běžný a samozřejmý se dětem, které tento způsob života odmítají, posmívají, zesměšňují je nebo dokonce šikanují. Problém obvykle nastává u adolescentů, kteří mají malé nebo nejisté perspektivy do budoucnosti, mají pocit, že nevědí, co budou v budoucnu dělat nebo nevidí smysl svého života. (1,4)

Společnost: Značně rizikověji se chovají příslušníci menšin (rasových, etnických). Mezi další rizikové faktory patří chudoba nebo naopak velké bohatství rodičů, nízká vzdělanost nebo nezaměstnanost. Největším problémem celé společnosti je, že jsou návykové látky dětem velmi snadno dostupné. (1,4)

### **2.1.2 Ochranné faktory**

Ochranné faktory jsou takové podmínky, které zmírňují dopad rizika na chování a vývoj dospívajícího. Působí v dětství, v období dospívání i ve společnosti. (1,4)

Dětství: Důležité jsou dobré vztahy v rodině, pevné citové vazby, funkční rodina, dobrý příklad rodičů, jejich zájem nebo neautoritativní způsob výchovy dospívajícího. Výchova by měla být laskavá, avšak důsledná. Každý dospívající by měl mít přesně stanovená pravidla chování. (1,4)

Dospívání: Nutné je přijímat adolescenta takového, jaký je. Ochranným faktorem v dospívání je podpora rodičů, pozitivní vzory dospělých, kladné perspektivy do budoucna. Nezpochybnitelný je vztah k nerizikové skupině vrstevníků, kteří rizikový způsob života odmítají. Mají společné zájmy a záliby. (1,4)

Společnost: Pozitivně obvykle působí náboženské vyznání a společnost netolerující tento typ patologií. Mohutným ochranným faktorem je vysoká inteligence, kvalitní škola, akademické úspěchy nebo zapojování do školních aktivit. (1,4)

## **2.2 Formy rizikového chování dospívajících**

Do koncepce rizikového chování je řazeno několik jeho forem - užívání návykových látek a nelátkové závislosti (gambling, závislost na počítači nebo internetu). Dále jsou to rizika v oblasti reprodukčního zdraví. Do těchto problémů patří zejména předčasný začátek pohlavního života, časté střídání partnerů, časná a nechtěná těhotenství nebo potraty. Do psychosociálních poruch patří agresivní chování a násilí, šikana nebo poruchy příjmu potravy. Může se sem řadit i sebevražedné chování, agresivní chování v dopravě, provádění adrenalinových sportů bez přiměřeného zácvičku a ochranných pomůcek nebo kriminální jednání. (4)



### 3 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Za návykové jsou považovány takové látky, které způsobují potřebu jejich pravidelného užívání. Mohou u svých uživatelů vyvolávat změny chování nebo vnímání. Na návykové látky po určité době užívání vzniká závislost. Závislost nebo také syndrom závislosti je definován jako soubor kognitivních, behaviorálních a fyzických fenoménů, které se u jedince objevují po opakovaném užití dané látky. Základním popisem závislosti je silná touha po braní těchto látek, změny chování při jejich užití, preference užití drog před ostatními aktivitami, zvýšenou nebo sníženou tolerancí a odvykacím stavem po jejich vysazení nebo nedostatku. Rozlišují se dva typy závislostí - fyzická a psychická. Fyzická závislost je založena na biochemických reakcích v organismu, psychická jen na vlastní vůli. (5,6)

Užívání návykových látek zejména v období dospívání je velmi časté. Je to dáno nejen snadnou dostupností těchto látek, ale také postojem veřejnosti, který je v tomto směru velmi tolerantní. Obecně začínají dospívající nejčastěji s nikotinem a alkoholem. Právě tyto dvě látky startují již zmíněný rizikový způsob života. (1)

V České republice patří k nejčastěji užívaným drogám marihuana, pervitin a heroin. Oblíbenost drog se neustále mění podle celé řady okolností. Jednak jsou to změny v osobnosti mladých lidí, roli hrají také životní perspektivy, dostupnost či aktuální „image“ drogy. (7)

#### 3.1 Rozdělení návykových látek

Návykové látky se mohou dělit podle její samotné povahy:

1. látky s tlumivým účinkem na CNS (alkohol, heroin, sedativa)
2. látky s budivým účinkem na CNS (amfetamin, kokain)
3. látky s halucinogenním účinkem (LSD) (8)

Další možností dělení je na návykové látky ilegální a legální:

1. ilegální (halucinogeny, konopné látky, opiáty, stimulanty)
2. legální (těkavé látky, léky, tabák, alkohol) (5)

## 3.2 Ilegální látky

Mezi ilegální návykové látky jsou zařazovány halucinogeny, konopné látky, opiáty a stimulanty. Jakákoliv výroba, dovoz, vývoz, přechovávání, distribuce omamných nebo psychotropních látek bez povolení se považuje za trestný čin. Pachatelům hrozí trest odnětí svobody. (8)

### 3.2.1 Halucinogeny

Do skupiny halucinogenů se zařazují látky, které zcela pozměňují vnímání okolní reality. Zahrnuje se sem stovka látek, mnohé z nich se vyskytují běžně v rostlinách. Užití tohoto typu drog bývá doprovázeno halucinacemi. Ty mohou být buď nádherné a optimistické, stejně tak jako děsivé. Nepříjemný zážitek po požití halucinogenních látek se nazývá „špatný trip“, během něho je zvýšené riziko agrese, úrazu nebo dokonce i sebevraždy. Účinek těchto látek vždy závisí na momentálním psychickém rozpoložení uživatele. (5,8,9)

Nejznámějším synteticky vyrobeným halucinogenem je LSD. Jedná se o derivát kyseliny d-lysergové, získávaný z námele paličkovice nachové. Vyskytuje se ve formě tzv. tripů nebo krystalů. Trip je papírový čtvereček s nejrůznějšími potisky, krystaly jsou drobné granulky zelené či tmavomodré barvy. Na LSD nevzniká závislost, ale brzy se vyvíjí tolerance. (5,8)

Dalším známým halucinogenem rostlinného původu je psilocybin. Jde o látku vyskytující se v houbách rodu Lysohlávek. Nejsilnější jsou lysohlávky české. Dostupnost je velmi vysoká. Houby se dají jíst čerstvé nebo se mohou sušit. Nízké dávky obvykle způsobují pocit euforie a radosti, vyšší mohou způsobovat zrakové iluze. Stejně jako u LSD se nevytváří závislost, ale velmi rychle se vyvíjí tolerance. (5,8)

### 3.2.2 Konopné látky

Jedná se o přírodní látky pocházející z indického konopí. Jsou zneužívány dvě základní formy: marihuana a hašiš. Účinnou látkou je tetrahydrokannabinol, neboli THC. Obsah v hašiši je až desetinásobně vyšší než u marihuany. Konopné látky se nejčastěji kouří, ale mohou se přidávat i do pití nebo do jídla. Droga se z těla vylučuje velice pomalu, ukládá se do tukové tkáně. Účinky těchto drog jsou velmi individuální. (5,7,9)

Marihuana (zelí, tráva, hulení, gandža) je droga získávaná usušením květenství rostlin. Většinou se kouří (joint). Ale v poslední době se velmi často přidává do jídla, hlavně do bramboráků nebo cukroví. Tento způsob je velice nebezpečný, protože v potravinách člověk zkonsumuje nekontrolovatelné množství látky a je zde zvýšené riziko otrav. Kannabinoidy a jejich produkty mohou v těle zůstat navždy, jsou rozpustné v tucích, a proto se ukládají v orgánech s vysokým obsahem tuku jako je mozek, vaječníky nebo játra. Při menších dávkách se u uživatelů objevuje euforie, zarudlé oči, zrychlený puls, výraznější vnímání barev, zvuků, snížení krevního tlaku, bezstarostnost, smích, sucho v ústech nebo zvýšená chuť k jídlu. Při větších dávkách je typický tělesný neklid, zmatenost, zhoršení krátkodobé paměti nebo poruchy myšlení. (5,8,9)

Lékařské výzkumy prokazují, že marihuana má řadu pozitivních účinků na lidský organismus. Snižuje nitrooční tlak při léčbě glaukomu, zmírňuje potíže při Alzheimerově chorobě, zlepšuje výživový stav u onkologických pacientů a potlačuje nevolnosti po chemoterapii. Názory veřejnosti i odborníků ohledně legalizace marihuany se velmi liší. (8)

Hašiš se získává usušením konopné pryskyřice. Během sušení vzniká řada nečistot, které ovlivňují výslednou barvu. Obvykle má hašiš barvu od tmavě zelené až po tmavě hnědou. (5)

### **3.2.3 Opiáty**

Opiáty jsou popisovány jako jedny z nejnebezpečnějších drog. Jedná se o látky tlumící bolest, mají sedativní účinek na centrální nervovou soustavu, způsobují euforii a navozují pocit ospalosti. Váží se na opiátové receptory. Mohou způsobovat zvracení nebo nevolnost. U dlouhodobých uživatelů heroinu se velmi často objevuje zácpa, protože dochází k tlumení střevní peristaltiky. Do skupiny nejnebezpečnějších drog jsou zařazovány hned z několika důvodů: závislost se objevuje do několika týdnů, jedná se o zcela nejdražší drogy, užívání je podle výzkumů nejhůře slčitelné se životem, opiáty se lze celkem snadno a rychle předávkovat. (5,8,9)

Heroin je látka tlumící bolest a úzkost, patří mezi jedny z neúčinnějších analgetik. Zařazuje se do skupiny opiátů, které se v lékařství užívají mimo jiné jako léky proti kašli nebo průjmů. Chemicky se jedná o diacetylmorfin, který patří mezi derivát morfinu.

Pokud je heroin čistý, jde o bílý, velice jemný prášek. Může se šňupat, kouřit, polykat nebo injekčně vpichovat (do svalů, pod tukovou tkáň nebo přímo do žíly). Nejvíce rizikový je právě injekční způsob užívání. Z opiátů účinkuje heroin nejrychleji a je vysoce návykový. Akutní intoxikaci charakterizují poruchy vědomí, zornice velikosti špendlíkové hlavičky, chladná kůže a typické zpomalení srdeční akce. (1,5,8)

„Braun“ je směs derivátů kodeinu. Jde o specificky českou drogu, která se vyrábí z léčiv obsahující kodein. Vzniká hnědá tinktura, která se aplikuje nitrožilně. V dnešní době je téměř zcela vytěsněn heroinem. (5)

### **3.2.4 Stimulanty**

Stimulanty jsou drogy působící budivě na centrální nervovou soustavu. Jejich hlavním úkolem je nabuzení pocitu euforie, pohody, síly a energie. Výrazně působí na oběhový systém - způsobují zvýšení krevního tlaku nebo nepravidelnou srdeční činnost, což může skončit smrtí. Stimulační drogy výrazně snižují chuť k jídlu. Patří sem kokainové drogy (kokain), amfetaminy (nejznámějším derivátem je metamfetamin – pervitin) a halucinogenní amfetaminy (extáze). Na všech těchto látkách se vytváří silná psychická závislost. (8,10)

Amfetaminy jsou synteticky vyráběné stimulační látky, které mají hlavně „nabudit“ jejich uživatele. Existuje několik druhů, mezi nejznámější patří metamfetamin neboli pervitin. Pervitin (piko, perník) je v České republice nejrozšířenější drogou. Jedná se o bílý prášek, který se může šňupat, kouřit nebo aplikovat injekčně. Výchozí látkou pro výrobu je efedrin, který se běžně vyskytuje v lécích proti nachlazení. Při výrobě se používá také fosfor a jód, tyto látky obvykle výrobci nejsou schopni odstranit, proto se zvyšuje jedovatost pervitinu. Problém je, že se proti pervitinu vytváří tolerance do několika málo minut. Účinky tedy odezní poměrně rychle, přestože droga se v těle stále vyskytuje. Uživatelé pervitinu ho tedy neustále doplňují a tím může dojít ke snadnému předávkování. Nebezpečí užívání je celá řada – zmatenost, úzkost, hypertermie, křeče, halucinace až paranoidní představy, které mohou končit sebevražednými sklony. Nebezpečná, zejména při injekční aplikaci, je také možná otrava olovem, protože při výrobě se jako jedno z činidel používá octan olovnatý. (8,9,10)

Kokain se v České republice vyskytuje pouze ojediněle. Získává se z listů keře koky (Erythroxylon coca). Aktivní složkou koky je kokain neboli hydrochlorid kokainu. Může se šňupat v podobě kokainového prášku, jako roztok užívat injekčně nebo kouřit. Forma kokainu určená pro kouření se nazývá crack. Má podobné účinky jako pervitin. Lékařsky se využívá jako lokální anestetikum, zejména při zákrocích v nose. Na kokain nevzniká tělesná, ale psychická závislost. Obecně je kokain považovaný za „drogu bohatých“, důvodem je zejména jeho vysoká cena. (8,10)

Extáze (MDMA) patří do halucinogenních amfetaminů. Jde o velmi oblíbenou drogu na taneční scéně. Uživatelé po ní často tančí až do úplného vyčerpání. Na černém trhu se vyskytuje ve formě tablet, obvykle s nějakým symbolem nebo značkou. Může se tedy polykat nebo v podobě prášku šňupat či kouřit. Dochází k navození pocitu pohody, klidu popř. empatie. Na MDMA se nestane člověk závislým, ale může se stát závislým na prožitcích po jejím užití. Nejzávažnější komplikací je hypertermie, tedy přehřátí organismu. Proto je nutné hodně pít, odpočívat nebo občas pobýt v chladnějším prostředí. (8,10)

### **3.2.5 Fakta o užívání ilegálních návykových látek dospívajícími**

Podle výsledků studie ESPAD (viz kapitola 7.6), které se v roce 2011 zúčastnilo v České republice 3 913 šestnáctiletých studentů, bylo zjištěno, že alespoň jednu zkušenost s užitím ilegální drogy za celý život má 43 % tázaných studentů. Nejčastěji se jednalo o konopné látky (marihuana a hašiš). Užití jiné než konopné látky se dlouhodobě stabilně udržuje na úrovni kolem 10 %. Výskyt injekčních uživatelů drog mezi studenty je v České republice na minimální úrovni. Dalšími nejvíce užívanými ilegálními látkami jsou halucinogeny – halucinogenní houby (7 %), LSD (5 %). Užívání extáze, pervitinu, heroinu a jiných opiátů se pohybuje kolem 1-2 %.

Zajímavé bylo zjištění, že poprvé od roku 1995 došlo k poklesu užívání konopných látek mezi studenty. Pokles byl zaznamenán ze 45 % na 42 %.

Studie potvrdila již dřívější zjištění, že u českých studentů neplatí fakt, že by ilegální drogy užívali více chlapci než dívky. Toto tvrzení platí pouze u konopných látek, u jiných nebyly rozdíly významné. Nejčastěji studenti odpověděli, že ilegální drogu získali

od staršího nebo stejně starého kamaráda. Dívky většinou drogu dostaly, chlapci si ji koupili.

Závěrečná zpráva této studie uvádí, že lze konstatovat u sledovaných drog pokles prevalence jejich užívání. Ve srovnání s předchozími roky se výrazně snížil počet studentů, kteří jsou vystaveni působení ilegálních látek. (11)

### **3.3 Legální látky**

Do skupiny legálních látek se zařazují těkavé látky, léky vyvolávající závislost, tabák a alkohol. Prodej tabáku a alkoholu je v České republice povolen pouze osobám starším 18 let. V případě některých těkavých látek po předložení živnostenského listu. (8)

#### **3.3.1 Těkavé látky**

Do skupiny těkavých látek (inhalantů) patří rozpouštědla, lepidla a další chemické látky, které se liší jak chemickým složením, tak i způsobem účinku. Společným znakem je ovlivnění centrální nervové soustavy, což se projevuje okamžitou euforií a následně útlumem, poruchami vědomí nebo blouzněním končícím spánkem. Protože nelze odhadnout odpovídající dávku, může se spánek změnit v kóma a bezvědomí se zástavou dechu. Při dlouhodobějším užívání jsou výrazně porušeny rozumové schopnosti (hloupenutí), dále dochází k celkové destrukci osobnosti. Nejznámějšími látkami jsou toulén nebo benzin. Úplně nejčastějším způsobem užívání je vdechování (sniffing, čichání, fetování) těchto komerčních přípravků napuštěných v oblečení nebo z igelitového sáčku. Pro zvýšení účinku si někteří „čichači“ přetahují přes hlavu igelitový sáček, tento způsob je velice nebezpečný z důvodu možného udušení. Uživatelé obvykle prozrazuje nápadná vyrážka kolem nosu a úst, rudé oči a typický zápach těchto chemikálií. Účinky těkavých látek rychle odeznívají, ale uhlovodíkové metabolity se z těla vylučují špatně. Rychle se vyvíjí tolerance a psychická závislost. Většina uživatelů se sniffingem těkavých látek poměrně brzy končí. (5,7,8)

Toulén (methylbenzen) je bezbarvá kapalina, která patří v České republice k nejčastěji užívané inhalační droze. Působí jako rozpouštědlo. Vdechování jeho par vede ve větších dávkách k poškození dýchacích cest. Při delším zneužívání se může objevit

poškození mozku nebo krvetvorby. Nelze přesně stanovit adekvátní dávku, proto často dochází k neúmyslnému předávkování. (5,9)

Podle výsledků studie ESPAD 2011 v České republice měli studenti relativně vysokou zkušenost s čicháním rozpouštědel, až 8 %. (11)

### **3.3.2 Léky vyvolávající závislost**

Léková závislost je závažný a společností velmi podceňovaný problém. Mezi léky, na které může vzniknout závislost, patří zejména hypnotika, sedativa, analgetika a anxiolytika. Většina těchto léků způsobuje útlum centrální nervové soustavy, ospalost a celkovou otupělost. V momentě neuzítí léku se objevují odvykací příznaky jako je neklid, nespavost, mrzutost, průjem, třes nebo dokonce zvýšená agresivita. Problémem je, že závislost probíhá téměř vždy skrytě. Většina hypnotik a dalších léků se užívá per os. Možný je také způsob nitrožilního užívání rozdrčené tablety. Nejčastěji takto zneužívaný lék se nazývá Rohypnol. Podle výzkumů mají studenti až 10 % zkušenost s užíváním léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře. Sedativa a analgetika jsou užívána zejména dívkami a anabolika jsou typická pro chlapce. (5)

### **3.3.3 Alkohol**

Problematicke alkoholu se podrobněji věnuji v kapitole č. 4.

### **3.3.4 Tabák**

Tabák je rostlina vyskytující se ve dvou druzích - Nicotonia tabacum a rustica. Listy této rostliny se suší a poté se balí do cigaret nebo doutníků. Na trhu se objevuje tabák dýmkový, žvýkací nebo šňupací. Nejčastěji užívanou formou je tabák, který je strojově balen do cigaret obsahujících filtr. Tabákový kouř obsahuje návykovou látku nikotin a další nebezpečné plyny jako je oxid uhelnatý, kyanid, oxidy dusíku nebo dehet. V tabákovém kouři je zhruba 40 karcinogenních látek. Nikotin je rostlinný alkaloid, který je silně toxický. Působí na mozek, a přestože je zařazen do skupiny mírných stimulantů, velmi rychle navozuje pocit úlevy od stresu a úzkosti. Na nikotin rychle vzniká závislost a lidé, kteří jsou pravidelnými kuřáky, mohou mít abstinenční příznaky. Ty se projevují hlavně nervozitou, podrážděností, poruchami spánku nebo nezvladatelnou touhou po cigaretě (craving). U dlouhodobých uživatelů se objevují kardiovaskulární problémy,

nádory a chronická onemocnění plic. Nejčastějším důvodem úmrtí v souvislosti s kouřením je infarkt myokardu. (5,8)

Z 3 913 studentů zúčastněných v roce 2011 dotazníkového šetření ESPAD v ČR uvedlo 75 % tázaných, že alespoň jednou za život kouřilo cigaretu. V posledních 30 dnech potom 42 % studentů. Mezi chlapci bylo 27 % denních kuřáků, mezi dívkami 24 %. S denním kouřením začala do věku 13 let téměř třetina kuřáků. Více než 80 % dospělých kuřáků uvedlo, že začalo kouřit v dětství nebo raném dospívání. (11)



## 4 ALKOHOL

Alkohol (etylalkohol, etanol) je chemická látka vznikající kvašením jednoduchých cukrů obsažených v ovoci, polysacharidů v bramborách nebo obilovinách. Takto lze dosáhnout koncentrace kolem 14 %, ta již kvasinky zabíjí. Vyšších koncentrací se dosahuje destilací. Při nedokonalých chemických procesech vzniká metylalkohol (metanol). Používá se v nejrůznějších technických kapalinách a je silným nervovým jedem, který způsobuje oslepnutí a vede ke vzniku metabolického rozvratu vyvolávajícího acidózu. Pouze ojedinele se alkohol používá jako čistá chemická látka, většinou se užívá ve formě alkoholických nápojů. (8,12)

Ve většině zemí je alkohol považován za legální drogu, výjimkou jsou islámské země, kde je konzumace alkoholu striktně zakázána. V některých státech USA je zákaz pití alkoholu na veřejnosti. (8)

### 4.1 Absorpce a metabolismus alkoholu

Alkohol se vstřebává v celém zažívacím ústrojí. Nejvíce však v žaludku a tenkém střevě. Do 15 minut se v těle vstřebává téměř polovina užitého alkoholu. Přibližně do půl - 1 hodiny po konzumaci je v krvi nejvyšší koncentrace etanolu. Vždy záleží na druhu alkoholického nápoje. Malé množství (do 10 %) je vylučováno plícemi a ledvinami v nezměněné formě. Zbytek je metabolizován oxidací v játrech. Na této přeměně se podílí celá řada enzymů, zejména alkoholdehydrogenáza a aldehyddehydrogenáza. Pomocí alkoholdehydrogenázy dochází k oxidaci alkoholu na acetaldehyd a za pomoci aldehyddehydrogenázy vzniká následnou oxidací acetát. Rozklad acetaldehydu je velmi rychlý a nehromadí se. Acetát je pro tělo 10x více toxický než alkohol. Acetát následně vstupuje do fyziologického metabolismu a spotřebovává se na syntézu mastných kyselin. (12)

### 4.2 Účinky alkoholu

Závisí nejen na vypitém množství, ale také na formě, způsobu užití a dalších biologických, sociálních a patologických vlivech. Kromě zdravotního stavu konzumenta má vliv také očekávaný efekt nebo prostředí, ve kterém je alkohol konzumován. Alkohol se zařazuje mezi látky s tlumivým účinkem na centrální nervovou soustavu. Při nižších

dávkách působí stimulačně, což se projevuje pocity euforie, celkovým uvolněním, ztrátou zábrán, zvýšeným sebevědomím. Ve větších dávkách působí tlumivě. Útlum je hlavní efekt etanolu. Takto má vliv i na nervové centrum řídící dýchání, proto může nastat bezvědomí a smrt. Dále se projevuje únavou, somnolencí, spánkem, zhoršenou koordinací pohybů. (5,12)

Akutní intoxikace se většinou projevuje jako prostá opilost (ebrietas simplex). V některých případech však může končit kómatem, aspirací zvratků nebo jinými komplikacemi (např. úrazy pod vlivem alkoholu), proto není dobré tento stav podceňovat. Podle hladiny alkoholu v krvi se rozlišují 4 typy intoxikací. Prvním z nich je excitační (euforické) stádium, které je do hladiny 0,5 – 1 ‰ alkoholu v krvi. Projevuje se jako lehká opilost - euforií, ztrátou kognitivních funkcí či zhoršenou sebekritičností. Další je hypnotické stádium od 1 – 2 ‰. To se vyznačuje prodlouženými reakcemi nebo poruchami koordinace. Třetím je narkotické stádium od 2-3 ‰. Projevuje se jako těžší stupeň opilosti zejména velkou zmateností. Posledním je asfyktické stádium s hodnotami od 3-5 ‰. Tento stupeň intoxikace je život ohrožující, může nastat cyanóza, selhání dýchacího centra, hluboké bezvědomí až kóma. (6)

Alkohol může mít i pozitivní účinek, ale pouze u dospělých a v určitém množství. Národním ústavem pro zneužívání alkoholu a alkoholismus v Americe (NIAAA, National institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) byly stanoveny za „bezpečné“ množství alkoholu dvě jednotky denně pro muže a jedna jednotka alkoholického nápoje denně pro ženy a seniory. Jednou jednotkou se rozumí láhev piva nebo sklenička vína. Toto množství má do určité míry pozitivní vliv na kardiovaskulární systém. Působí na biochemii krve a snižuje tak tvorbu krevních sraženin. (8)

### **4.3 Rizika konzumace alkoholu**

Hlavním rizikem spojeným s nadměrnou konzumací alkoholu je vznik jak tělesné, tak psychické závislosti. Často dochází k poruchám gastrointestinálního traktu, zejména poškození jater vedoucí až k jaterní cirhóze, karcinomu jater nebo žaludku. Chronický abúzus dále poškozuje endokrinní systém projevující se poruchou sekrece glukokortikoidů a testosteronů. Alkohol má negativní vliv i na nervovou a oběhovou soustavu. Mezi vzniklé poruchy patří arteriální hypertenze, kardiomyopatie, polyneuropatie až organické

poškození mozku. Dalším častým problémem je vznik avitaminózy, protože alkohol poskytuje sice dostatek kalorií, ale téměř žádné živiny. Nedostatkem vitamínu B1 (thiaminu) vzniká vážný neurologický syndrom zvaný Wernickeova encefalopatie. V neposlední řadě se u dlouhodobých uživatelů alkoholu objevují poruchy krvetvorby a hemokoagulace. U žen konzumujících alkohol během těhotenství vzniká celá řada negativních následků pro dítě. Obvykle mají děti nízkou porodní váhu, ale může dojít až k vážnějšímu poškození plodu tzv. fetálním alkoholovým syndromem (FAS). U dětí je značná růstová retardace, změny v oblasti obličeje (oční anomálie, plochý nos), mikrocefalie, nezralost nebo srdeční vady. Mimo jiné nadměrná konzumace alkoholu prohlubuje rodinné, osobní a finanční problémy. (5,6)

#### **4.4 Odvykací stav**

Rozvíjí se do několika hodin po vysazení látky. Maximální intenzity dosahuje druhý den po vysazení. Odvykací nebo také abstinenční stav je typický pro dlouhodobé uživatele alkoholu. Projevuje se třesem rukou, pocením, nevolností, slabostí, úzkostí a poruchami stability. Poměrně časté jsou také poruchy spánku, které mohou přetrvávat i několik měsíců. Nejtěžší forma se nazývá delirium tremens (tremens = třesoucí se). Je to život ohrožující stav s vysokou mírou mortality. Provází jej křeče, třes, poruchy vědomí, halucinace nebo dezorientace. (5,6)

#### **4.5 Vznik závislosti a léčba**

Závislost je recidivující onemocnění, které vzniká po dlouhodobém užívání alkoholu. Pokud není léčena, bývá důvodem umístění jedince do psychiatrického zařízení. Nutná je abstinence a to jak během léčby, tak i po ní. U závislých jedinců nelze dosáhnout kontrolovaného pití. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů se nazývá alkoholismus. Při léčbě je nutné, aby pacient získal nadhled a chtěl sám změnit svůj dosavadní životní styl. Hlavním rozhodnutím je motivace k abstinenci. (5)

#### **4.6 Ohrožení dětí a mladistvých alkoholem**

Užívání alkoholu dětmi a mladistvými je výrazněji nebezpečnější než jeho konzumace dospělými. Děti mají nižší tělesnou hmotnost, menší objem krve a játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých. Velmi rychle po konzumaci

v těle klesá hladina krevního cukru, což způsobuje hypoglykémii, která může končit až bezvědomím. Zároveň se u dětí rychleji vytváří závislost a je u nich vyšší riziko otrav s ohledem na nižší míru tolerance. Nelze stanovit bezpečný limit hladiny alkoholu pro děti a mladistvé. Alkohol, tabák a marihuana jsou považovány odborníky za tzv. „přúchozí drogy“. Proto je v civilizovaných zemích běžná ochrana dětí a mladistvých před konzumací alkoholu. (1)

Alkohol, podle studie ESPAD z roku 2011 v ČR, alespoň jednou za život zkusilo 98 % tázaných studentů, z nichž 60 % lze považovat za pravidelné konzumenty. Za posledních 30 dní pilo pivo přes 72 % tázaných, víno 47 % a 59 % uvedlo konzumaci destilátů. Na pravidelnou konzumaci kladně odpovědělo 26 % tázaných. Novým fenoménem jsou alkopops (limonády s obsahem alkoholu). Stále více dospívajících konzumuje právě tento typ alkoholických nápojů. (11)

Velkým problémem je, že se věk první konzumace alkoholu posouvá do stále nižšího věku, zpravidla se jedná o 13. rok života. Dospívající si nepřipouštějí žádná zdravotní rizika způsobována alkoholem. (11)

#### **4.6.1 Projekt Respektuj 18**

Nejaktuálnějším projektem v Plzeňském kraji, zaměřujícím se na omezení užívání alkoholu dětmi a mladistvými, je projekt Respektuj 18. Vznikl ve spolupráci s neziskovou organizací CPPT, o.p.s. (Centrum protidrogové prevence a terapie) a Plzeňským prazdrojem a.s.. Projekt má několik rovin. V roce 2013 byla spuštěna mediální kampaň k projektu vytvořením internetových stránek. Do restauračních zařízení a klubů v Plzeňském kraji byly předány informační letáky s logem, které upozorňuje na zákaz užívání alkoholu osobami do 18 let. Další rovinou je tzv. represe, tedy zvýšení kontroly policistů v plzeňských klubech zaměřených jednak na zákaz konzumace alkoholu mladistvými, jednak na zákaz nalévání alkoholu nezletilým osobám. Poslední rovina projektu plánovaná na letošní rok se týká školení, která budou zacílena na prodejce alkoholu, výčepní apod. Vyhodnocení projektu zatím ještě neproběhlo. (13)

## **5 RIZIKA V OBLASTI REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ**

Sexuální chování se u člověka utváří v souvislosti s vývojem pohlavních žláz. Mezi rizikové sexuální chování patří časný začátek pohlavního života, časté střídání partnerů, prostituce nebo styk s nejistým partnerem bez použití prezervativu. (1)

### **5.1 Vývoj sexuálního chování u dětí a dospívajících**

U dětí do šestého roku života nejsou podstatné rozdíly mezi tvary těla u chlapců a u dívek. Nejvýznamnějším obdobím pro osvojování ženských a mužských rolí je předškolní věk. Velký vliv na psychosociální vývoj dítěte mají rodiče - jejich způsob výchovy a způsob života, který dítě pozoruje a získává tak zkušenosti týkající se vztahů. U dětí předškolního věku se objevují tzv. sexuální hry, při nichž dochází ke zkoumání intimních tělesných částí ostatních dětí. Tyto hry nemají erotický charakter. Za „asexuální“ je považováno období od mladšího školního věku až do začátku puberty. Typické jsou otázky dětí ohledně sexuality. Důležité je, aby jim rodiče poskytli přiměřené informace a pokud možno dříve než se je dozví od svých vrstevníků. Informace od kamarádů jsou obvykle nepravdivé a dětem mohou způsobit těžkosti s pochopením této problematiky. (1,14)

Největší rozvoj erotické a sexuální aktivity nastává v období dospívání. Mladiství navazují první skutečné vztahy. Na počátcích dospívání u chlapců vystupuje do popředí biologická pudová složka, kdežto u dívek složka citová. Právě proto jsou dívky určitou „brzdou“ předčasně intimního života. Chlapci se naopak musejí učit sebekázní a sebeovládání. Kolem patnáctého roku života se objevují první sexuální kontakty. Velmi znepokojivý je fakt, že stále více dospívajících posouvá hranici začátku sexuálního života do stále nižšího věku. (1,14)

### **5.2 Rizika předčasně pohlavního života dospívajících**

Během dospívání se pro pohlavní život vytvářejí jak biologické, tak psychologické předpoklady. Předčasné zahájení pohlavního života je do značné míry ovlivňováno tlakem vrstevníků. Přináší s sebou řadu rizik. Prvním z nich je nezralost obou pohlaví. Pro sexuální život se u jedinců předpokládá určitá osobnostní zralost, které se většinou dosahuje až kolem osmnáctého roku života. Dále jsou to biologické důvody u dívek. Dívky mají děložní čípek pokryt cylindrickým epitelem, který ho nechrání tolik jako epitel

dlaždicový, který kryje čípek dospělým ženám. Proto je zde větší riziko průniku infekce do vnitřních pohlavních orgánů. Z tohoto důvodu je celosvětový výskyt pohlavních nemocí nejvyšší ve věku od 15-24 let. Citlivější cylindrický epitel na čípku také může snadněji podléhat patologickým změnám, které mohou v pozdějším věku přejít v karcinom. Dalším problémem je časté střídání partnerů. To přináší zvýšené riziko pohlavních chorob nebo nechtěných těhotenství. Za předčasné a nevhodné je považováno těhotenství před devatenáctým rokem života. Vychází z něj spousta nebezpečí pro matku, dítě i celou rodinu. Předčasná těhotenství jsou řešena potratem, což přináší pro matku kromě hrozby sterility také možné předčasné porody v dalších těhotenstvích. V České republice (za období od roku 2000 do roku 2012) je výskyt potratů u dívek ve věku 14-19 let konstantní (viz. příloha č.1) (1)

### **5.2.1 Pohlavní choroby**

Pohlavní nemoci jsou nemoci infekční. V literaturách se pro ně často užívá zkratka STI z anglického sexually transmitted infections. Mají velký sociální i ekonomický dopad na celou společnost. V dnešní době je známo více než 36 původců těchto chorob. Za tzv. klasické pohlavní nemoci je považována kapavka, syfilis a měkký vřed. Mezi další pohlavně přenosné nemoci patří chlamydiové infekce, hepatitida typu B nebo infekce HIV. Téměř výhradně dochází k přenosu pohlavním stykem, nejčastěji pak při styku dvou nahodilých partnerů. Toto jednání je často spojeno s užitím alkoholu nebo jiných návykových látek. (1)

Pohlavní nemoci mohou probíhat asymptomaticky nebo s typickými příznaky, které se podobají zánětu – bolest postiženého orgánu, pálení, svědění, výtok z močové trubice. Problém u asymptomatického průběhu nemoci je to, že jedinec o nemoci neví a šíří ji mezi další partnery. Vždy je nutné léčit oba (všechny) partnery. (1)

## **6 RIZIKA V OBLASTI PSYCHOSOCIÁLNÍ**

Do poruch v oblasti psychosociální jsou zařazovány zejména problémy s malaadaptací (přizpůsobením se), které jsou velmi často doprovázeny konfliktními situacemi. Dále to jsou poruchy chování, záškoláctví, útoky z domova nebo poruchy příjmu potravy. Často se u dětí v období dospívání objevuje vyšší kriminalita a s ní spojené agresivní chování, sebevražedné chování, agresivní chování v dopravě, provozování adrenalinových sportů bez přiměřeného zácvičku a ochranných pomůcek. Výjimkou nejsou úrazy, které ve většině případů vznikají v souvislosti s konzumací alkoholu nebo jiných návykových látek. (1)

V dalším textu uvádím informace o nejzávažnějších poruchách v psychosociální oblasti.

### **6.1 Psychosociální poruchy**

*„Psychosociální poruchy jsou v podstatě narušenou interakcí mezi individuálním chováním dítěte a jeho užším rodinným či širším kolektivním společenským prostředím.“*  
(Machová, 2009, s. 117)

Podle studií Světové zdravotnické organizace dochází k neustálému nárůstu psychosociálních poruch u dětí a mladistvých. Obvykle vznikají již v období dětství, ale největší progrese nastává právě v adolescenci. Nutné je odhalení těchto poruch již v začátcích a zamezení tím takovým projevům, kterým již později nelze čelit jinak než represivními opatřeními. (1)

### **6.2 Agresivní chování**

Agresivní sklony se u člověka vytvářejí již v prvních letech života. Podle psychologů se agresivnímu jednání jedinec učí na základě vlastní zkušenosti nebo zprostředkovaně (např. podle toho, co je k vidění na obrazovce nebo v PC hrách). Zvláště agresivní potom bývají děti, které jsou doma krutě trestány, často i bezdůvodně. Dítě vidí, jakým způsobem si rodič prosazuje svou moc. (15)

### **6.2.1 Definice šikany**

Jedná se o zvláštní případ lidské agrese. Pojem „šikana“ je odvozen od slova *chicane*, v překladu znamená ponižovat, obtěžovat, vydírat nebo zneužívat. V podstatě se jedná o chování, kdy se dítě nebo skupina dětí posmívá jinému dítěti nebo skupině dětí. Může se jednat o opakované slovní urážky, posměšky, bití, vyhrožování apod. Za šikanu se obvykle nepovažuje občasná hádka nebo rvačka. Rozdílný je způsob šikany mezi dívkami a chlapci, pro dívky je typické psychické násilí, zatímco u chlapců jsou to projevy násilí fyzického. (1)

### **6.2.2 Kyberšikana**

Kyberšikanou se rozumí zneužívání informačních a komunikačních technologií jako druhu šikany. Slouží k ní zejména mobilní telefony, e-maily, sociální sítě. Obvykle se jedná o zasílání obtěžujících nebo zesměšňujících zpráv, zveřejňování choulostivých informací nebo fotek na sociálních sítích, kradení hesel a poté zneužívání osvojeného uživatelského účtu. Kyberšikana má určité charakteristické rysy jako je anonymita, nezávislost na místě a čase, je obtížně kontrolovatelná a velmi rychle se šíří. S touto problematikou se pojí termín kybergrooming, kdy uživatel vyvolá u dítěte falešnou důvěru a domluví si s ním reálnou schůzku, kde hlavním úmyslem je pohlavní zneužití dítěte. (16)

## **6.3 Poruchy příjmu potravy**

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se pod pojem poruchy příjmu potravy zahrnují dva syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie. Obě poruchy jsou si velmi podobné, spojuje je chorobný strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná hmotnosti a vlastnímu vzhledu. Z toho vyplývá i následné popírání závažných problémů spojených s nízkou tělesnou hmotností. Jedná se o poruchy psychické. Mentální anorexie je nejčastější psychická porucha končící smrtí. U žen ve věku 15-25 let patří tyto poruchy k 4 nejčastějším příčinám nemoci. (17)

### **6.3.1 Mentální anorexie**

Mentální anorexie se definuje jako porucha spojená s úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, především extrémním omezováním přijaté potravy. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by na jídlo neměli chuť, ale proto, že jíst nechtějí, přestože toto tvrzení většina z nich odmítá. Ke snižování hmotnosti často využívají nejrůznější laxativa



(projímadla) nebo diuretika (léky na odvodnění). Charakteristické je rovněž nadměrné cvičení. Většina anorektiček jsou perfekcionistky zaměřené na výkon. (17)

### **6.3.2 Mentální bulimie**

Mentální bulimie se definuje jako opakující se záchvaty přejídání, které jsou spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Po záchvatu přejídání přichází tendence zbavení se požité stravy vyprovokovaným zvracením, užitím laxativ nebo diuretik. Bulimici také často střídají období hladovění s období přejídání. Bulimičky bývají často emocionálně labilní se sklony k depresím. (17)

### **6.3.3 Zdravotní komplikace**

Poruchy příjmu potravy jsou spojené s celou řadou zdravotních komplikací. Nejobvyklejší jsou kardiovaskulární problémy. Nadužívání laxativ způsobuje narušení elektrolytové rovnováhy a tím jsou vyvolány srdeční arytmie. Dehydratace, zvláštnosti ve stravování i již zmiňované užívání laxativ zvyšuje riziko vzniku močových kamenů. Známým příznakem mentální bulimie a anorexie je zduření parotických slinných žláz. Časté jsou záněty jícnu, nevolnost nebo zácpa. Roste vznik patologických zlomenin vlivem úbytku kostní hmoty. Výrazné jsou také endokrinní komplikace, hlavní z nich je amenorea (vynechávání menstruace). Poruchy menstruace jsou spojeny s dysfunkcí hypotalamu, přesný mechanismus jejího vzniku dosud není zcela jasný. Jestliže je začátek onemocnění před pubertu, jsou její projevy opožděny nebo zcela zastaveny. Dívkám se nevyvinou prsa, nepřichází první menstruace. U chlapců nedochází k dostatečnému vývoji genitálií. (17)

## **7 PREVENCE**

Pojmem prevence se rozumí soubor opatření vedoucích k eliminaci rizikových faktorů, které mají vliv na vznik určitého nežádoucího jevu (nemoci, závislosti, epidemie, zločinu, nehodě, rizikovému chování apod.). Prevence úzce souvisí s podporou zdraví, což je soustava činností, které mají za cíl chránit zdraví, prodlužovat aktivní život obyvatel a zabezpečovat zdravý vývoj budoucích generací. Preventivní procesy se mohou provádět u jednotlivců nebo na úrovni společnosti. Podle Světové zdravotnické organizace se rozlišují tři stupně prevence podle času: primární, sekundární a terciární. Primární prevence je součástí podpory zdraví, sekundární a terciární jsou spíše medicínskou záležitostí. Pro správnou účinnost prevence se předpokládá aktivní přístup. (1)

### **7.1 Stupně prevence podle času**

#### **7.1.1 Primární prevence**

Primární prevence se uplatňuje v období, kdy nemoc ještě nevznikla. Cílem je tedy zabránit vzniku onemocnění. Je nutné, aby byla primární prevence zaměřena na zdravé lidi a ve vhodnou dobu. Snahou je odstranění rizikových faktorů a posílení zdraví. Patří sem očkování, správná životospráva, výchova ke zdraví, zdravý životní styl (nekouření, nepítí nadměrného množství alkoholu, dostatek pohybu apod.). (1)

#### **7.1.2 Sekundární prevence**

Principem sekundární prevence je včasné zjištění nemoci. Dále se uplatňuje v případě, kdy nemoc již vznikla, ale ještě nezpůsobila žádné poškození organismu. Má zabránit následným komplikacím nebo nežádoucímu průběhu nemoci. Příkladem může být screening, pravidelné preventivní prohlídky, časná diagnostika a efektivní léčba. (1)

#### **7.1.3 Terciární prevence**

Terciární prevence je prevence komplikací nemocí. Hlavním zaměřením je zmírnění následků nemocí, které by mohly vést k imobilitě nebo invaliditě pacientů. Snahou je co nejdéle udržet kvalitu života pacienta. V případě již vzniklých následků se snaží o to je napravit. Patří sem komplexní rehabilitační, ošetrovatelská a léčebná péče. (1)

Aby prevence byla úspěšná, je zapotřebí vzájemná spolupráce pedagogů ve školách, rodiny a odborníků. Důležitá je také podpora vlády a meziresortní spolupráce pro tvorbu preventivních programů.

## **7.2 Prevence rizikového chování dospívajících**

Prevenčí rizikového chování dospívajících jsou jakékoliv výchovné, vzdělávací, sociální a zdravotní interakce, které směřují k předcházení vzniku těchto patologií, popř. k progresi již existujících projevů. Účinnou obranou je primární prevence.

### **7.2.1 Primární prevence SRCH D**

Pojem primární prevence rizikového chování dospívajících v současné době nahrazuje dříve užívaný termín prevence sociálně patologických jevů. Preventivní programy je nutné zaměřit na rizikové faktory, které se podílely na rozvoji rizikového chování. Zároveň je nutné snažit se posilovat faktory ochranné. (1)

Primární prevence rizikového chování se dělí na specifickou a nespecifickou. Specifickou primární prevencí jsou aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na některou z forem rizikového chování. Nespecifickou primární prevencí jsou veškeré aktivity a programy zaměřené na zdravý životní styl, smysluplné využívání volného času, zdravý rozvoj osobnosti apod. (18,19)

Dále se primární prevence může dělit na všeobecnou, selektivní a indikovanou. Všeobecná prevence je zaměřena na širokou veřejnost a preventivní program má přinést prospěch každému jedinci. Selektivní prevence je určena pro žáky a dospívající, u kterých lze předpokládat možné rizikové chování. Je zde přítomnost biologických, sociálních a psychologických faktorů. Indikovaná prevence je určena pro skupiny nebo jedince, u kterých byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů podílejících se na vzniku SRCH D. Prostřednictvím programů indikované prevence se provádí vyhodnocení míry rizika. (18,19)

### **7.3 Prevence v rodině**

Mezi základní prvky zvyšující odolnost dítěte vůči rizikovému chování patří stanovení určitých pravidel, zvyků a tradic. Rodiče by měli dbát na to, aby dítě dodržovalo stanovená pravidla a v případě jejich nesplnění ho adekvátně potrestat. Pokud se vyskytne nějaký problém, je ideální ho řešit okamžitě. Vhodné je dítě chválit a tím adekvátně zvyšovat jeho sebevědomí. Ze strany rodičů je rovněž na místě zajistit, aby dítě předcházelo nudě a tak mu vhodně organizovat čas. (9)

V rodinách se vyskytují i faktory, které mnohdy nevědomky naopak zvyšují pravděpodobnost výskytu rizikového chování u dítěte. Mezi ně patří nulová kontrola a nadměrná volnost dítěte. Paradoxně negativně působí kontrola nadměrná nebo nedůsledná. Rizikověji se chovají jedinci, jejichž rodiče jsou rozvedení. Nevhodné je rovněž, pokud se dítě stane důvěrníkem rodiče, který se mu se všemi svými problémy svěřuje. Často na problémy rodičů dítě není připravené. Rozumově je chápe, ale nedokáže se s nimi vyrovnat citově. (9,20,21)

#### **7.3.1 Prevence užívání návykových látek v rodině**

Rodina v otázce prevence užívání návykových látek není všemocná, ale je velice důležitá. Vliv rodiny je nejsilnější v období před dosažením adolescence. V tomto vývojovém stádiu mají klíčový vliv vrstevníci, škola a společnost. Rodiče by měli s dětmi o rizicích drog a alkoholu začít mluvit dříve, než se samy zeptají. Mnohdy totiž může být už pozdě. Styl sdělení informací o návykových látkách by měl rodič uzpůsobit věku dítěte a situaci, během které se daná problematika řeší. Ideální je začít alkoholem, protože ten obvykle doprovází běžný život rodin. Výrazně ve výhodě jsou rodiny, kde není alkohol doma dětem dostupný. Rodiče by rozhodně měli trvat u nezletilých na zákazu konzumace alkoholu doma, a to za všech okolností. Důležité je dítěti vysvětlit, že jsou za něj rodiče právně odpovědní a proto mají právo a povinnost jej kontrolovat. (9,20,21)

### **7.3.2 Prevence rizikového sexuálního chování v rodině**

Velmi příznivé pro vývoj mladého člověka je zahájení sexuálního života ve stabilním a důvěrném vztahu, kde jsou si partneři věrni. To je podpořeno pozitivními vztahy v rodině. Dospívající získají přesvědčení, že sexualita by se měla spojovat s láskou, vzájemným poznáním, úctou a odpovědností obou partnerů. Velmi rizikové jsou krátké nebo nahodilé známosti. (14)

V primární prevenci pohlavních chorob platí dodržování zásady prevence ABC (A= sexuální abstinence; B= být věrná/věrná; C=chránit se kondomem). (1)

### **7.3.3 Prevence psychosociálních poruch v rodině**

V chování dítěte se odráží jeho výchova. Již od narození by dítěti měly být vštěpovány základní normy lidského chování, sebeúcty, tolerování druhých lidí a demokratické principy v jednání s ostatními lidmi. (15)

V prevenci poruch příjmu potravy má rodina klíčovou roli. Od dětství je nutné dítěti podávat informace o důležitosti správného stravování. Podstatná je potom prevence těchto poruch v období dospívání. Rodiče by měli dětem poskytovat dostatečné informace o zdravém životním stylu, správném stravování a varovat je před vznikem a hlavně riziky PPP. Existuje evropský internetový program ProYouth zaměřený na prevenci poruch příjmu potravy. Primárně je učen pro mladé lidi ve věku 15-25 let, do programu se ale může přihlásit kdokoli. Program poskytuje informace o projevech rizikového chování a o možnostech pomoci. V České republice je program směřován na základní a střední školy. Je koordinován Centrem pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V současné době je vytvořená síť partnerů, kteří neustále pracují na zlepšování podpory zdraví a prevence poruch příjmu potravy. (17,22)

## **7.4 Prevence ve škole**

System školské primární prevence je zajišťován školními metodiky prevence. Základním klíčem k prevenci rizikového chování je výchova dětí a dospívajících ke zdravému životnímu stylu, rozvoji osobnosti a pozitivnímu sociálnímu chování. Důležitým bodem strategie prevence ve školách je neustálé vzdělávání pedagogů. (1)

Preventivní program je konkrétní dokument školy zaměřený na prevenci rizikového chování. Je založen na vlastní aktivitě žáků, spolupráci se zákonnými zástupci žáků a spolupráci celého učitelského sboru. Je vypracováván školními metodiky prevence (ideálně ve spolupráci s ostatními členy učitelského sboru a vedením školy) na každý školní rok, podléhá kontrole České školní inspekce. Měl by být pro omezený počet dětí, interaktivní, měl by zahrnovat nácvik základních dovedností (dovednost odmítat, relaxační techniky, jak řešit problémy, jak se rozhodovat). Další nutností je, aby byl program dostatečně intenzivní (za minimum je považováno 15 hodin v průběhu dvou let). Vždy na konci školního roku je vyhodnocena kvalita a efektivita celého programu. (18,23)

#### **7.4.1 Prevence užívání návykových látek ve škole**

Je nutné, aby se škola preventivním programům zaměřených na alkohol a jiné návykové látky soustavně věnovala. Pedagogové tráví s dětmi často více času než sami rodiče, proto si právě oni mohou všimnout jako první varovných signálů, které v některých případech mohou znamenat užívání návykových látek. Mezi tyto signály patří např. náhlé povahové změny, zhoršování školního prospěchu, absence žáka na vyučování, výrazná změna v oblékání, častá únava a ospalost, hubnutí apod. Ne vždy tyto signály ukazují na užívání návykových látek, ale je dobré na ně brát zřetel a včas o tomto zjištění informovat rodiče. Škola by měla poskytovat dětem dostatečnou možnost volby kroužků a tak zařídit aktivní využívání volného času dětí a mládeže. (1,23)

#### **7.4.2 Prevence rizikového sexuálního chování ve škole**

Preventivní opatření by mělo být zaměřené na časnou sexuální výchovu. Tato problematika by měla být zařazena ve vyučovacích osnovách. Sexuální výchova má mladé lidi vybavit schopnostmi otevřeně hovořit o sexualitě, seznámit je se základními informacemi o možné ochraně před pohlavními nemocemi, o možnostech užívání antikoncepce nebo o rizicích předčasného začátku pohlavního života. Díky sexuální osvětě a rozšíření přístupnosti hormonální antikoncepce je v České republice (za období od roku 2000 do roku 2012) počet těhotných dívek ve věku 14-19 let konstantní. (viz. příloha č.2). (1,24)

### **7.4.3 Prevence psychosociálních poruch ve škole**

Škola má odpovědnost mimo jiné i za prevenci šikany. Důležité je s dětmi na téma šikany pohovořit, ideálně hned na začátku školního roku. Učitel musí zdůraznit, že je toto chování nepřipustné a za žádných okolností nebude tolerováno. Dále by měla být podporována obranyschopnost dítěte a posilována jeho sebedůvěra. Učitel nesmí zapomenout na chválení dítěte před celým kolektivem, aby mělo uznání před ostatními. Další preventivní metodou je zapojování dětí do společných aktivit, jako je vedení školního časopisu nebo organizování sportovních turnajů, kde je na děti přenesena určitá odpovědnost a oni mezi sebou musí spolupracovat. (1)

V problematice prevence psychosociálních poruch na školách se nesmí jednat o jednorázovou akci, ale musí jít o kontinuální proces. Existuje školní program proti šikanování, který byl vytvořen Michalem Kolářem. Tento program vznikl jako projekt Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Metodický pokyn je zaměřen zejména na to, aby každý pedagogický pracovník vedl děti k osvojování mezilidských vztahů, aby děti respektovaly identitu a měly úctu k druhému člověku. Každá škola má mít vytvořený školní řád, kde jsou jasně stanovena pravidla chování a případné sankce za jejich porušení. (1)

### **7.5 Poradenství P-centra**

P-centrum je středisko primární prevence Centra protidrogové prevence a terapie o.p.s. v Plzni. Zabývá se odbornou péčí v oblasti všech forem rizikového chování dětí a dospívajících. Služby jsou poskytovány dětem a dospívajícím, třídním kolektivům, pedagogům i rodičům. (25)

Poradenství pro rodiny: Služba je poskytována ve formě jednorázových konzultací nebo formou kontinuální spolupráce. Během konzultací se stanoví společný cíl, kterého chtějí všichni zúčastnění dosáhnout. Pracuje se pouze s tím, kdo má zájem. Na konci úvodní konzultace je uzavřena ústní nebo písemná (záleží na přání klienta) dohoda o poskytování služeb. Pokud je klient nezletilý, bez osobní přítomnosti zapojení rodiče nebo jiného zákonného zástupce požaduje P-centrum podpis informovaného souhlasu o spolupráci. Odborníci pracují jak s jednotlivcem (dítě nebo dospělý), rodinou (rodiče, rodiče a dítě) nebo se skupinou osob (není mezi nimi rodinná vazba – pedagogové,

spolužáci apod.). Možné jsou i kombinované formy terapie, kdy dítě dochází k jednomu terapeutovi a rodiče spolu k druhému. Je sjednána vždy společná schůzka, během které jsou posuzovány pokroky k dosažení cílů. V případě této formy terapie jsou rodiče informováni pouze o docházce dítěte na konzultace, nikoli o jejím obsahu. Počet konzultací je vždy individuální podle potřeb klienta. (25)

Preventivní programy pro školy: P-centrum nabízí dlouhodobé nebo roční programy primární prevence pro školy. Dlouhodobý program PP je čtyřletý kontinuální program zaměřený na problematiku z oblasti rizikových forem chování. Probíhá v každém ročníku od 6. – 9. třídy, během každého roku proběhnou 4 setkání. Ty na sebe navazují a vzájemně se doplňují. Splňují tak podmínky efektivní prevence – systematickosti a dlouhodobosti. Pro každý ročník jsou nabídnuta témata a školní metodik prevence vždy jedno z nich vybere. Roční program PP je určen třídním kolektivům od 5. – 9. třídy. Program je sestaven ze tří setkání během jednoho školního roku. Opět školní metodik prevence vybírá z témat nabízených P-centrem. Oba programy jsou certifikovány Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Pracovníci P-centra také nabízejí interaktivní semináře pro střeň školy a odborná učiliště. (25)

## **7.6 Prevence u praktického lékaře pro děti a dorost**

V období dospívání probíhá zdravotní prevence formou zdravotních prohlídek, které by měly být prováděny v intervalech dvou let – v 11, 13, 15, 17 a 19 letech.

Prvním krokem je doplnění anamnézy, kde se poznamenávají stravovací návyky nebo míra pohybové aktivity dospívajícího. Dále se provádí somatické vyšetření, kde se lékař věnuje vyšetření páteře, měření krevního tlaku nebo orientačnímu vyšetření zraku. Důležitá je i kontrola psychického vývoje. Ke konci preventivní prohlídky by si měl lékař s dospívajícím promluvit o rizikovém chování. Rozhovor je dobré vést přátelsky a neautoritativně. PLPDD vede rozhovory i s rodiči. Měl by rodičům sdělit zásady chování, kterými mohou pomoci zdravému vývoji dospívajícího nebo jak s dospívajícím hovořit o problémech. (26)



### **7.6.1 Prevence užívání návykových látek u praktického lékaře pro děti a dorost**

Vždy se začíná tzv. psychosociálním screeningem, během kterého se zjišťuje adaptace jedince. Screening by měl být krátký a informativní (viz příloha č.3).

Dále by se měl lékař dospívajících zeptat na alkohol a kouření. Jaký mají jeho přátelé na tyto látky názor, jak se k tomuto problému staví dospívající sám, popř. zda již má nějakou zkušenost. V případě pozitivního drogového screeningu se dále postupuje podle Manuálu drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. Tento manuál dostali všichni praktiční lékaři pro děti a dorost do svých ordinací. (26)

### **7.6.2 Prevence rizikového sexuálního chování u praktického lékaře pro děti a dorost**

U všech dospívajících by mělo být prováděno zdravotní poradenství zaměřené na vysvětlení rizik časného začátku intimního života, včetně HIV a sexuálně přenosných infekcí. První gynekologická prohlídka bývá provedena u dívek v 15 letech a poté každý rok. Gynekolog podá dívkám informace o možných antikoncepčních metodách a možnostech ochrany proti sexuálně přenosným infekcím. Od podzimu roku 2006 je možnost očkování proti rakovině děložního čípku pro dívky. (26)

### **7.6.3 Prevence psychosociálních poruch u praktického lékaře pro děti a dorost**

Prevence je zaměřena zejména na agresivní chování a úrazy. PLPDD by měl dospívajícím zdůraznit, že se spory neřeší násilím. Dále je upozornit na rizika vyplývající z řízení motorových vozidel a dalších rekreačních dopravních prostředků, na nutnost užívání ochranných prostředků, jako jsou cyklistické helmy nebo bezpečnostní pásy. U dospívajících, kde byly zjištěny problémy, se společně s ním hledají příčiny a možné řešení. (26)

## **7.7 Dotazníky**

Ke sledování rizikového chování dospívajících slouží dotazníkové studie. Dotazník určující rizikové chování je tzv. Tarterův dotazník, který volně upravili Nešpor, Csémy a Müllerová. Dotazník se skládá z 10 oblastí. Respondent odpovídá buď souhlasně nebo nesouhlasně. Jednotlivé oblasti se týkají volného času a životního stylu, chování, zdravotního stavu, duševního zdraví, zdatnosti v jednání s druhými lidmi, rodiny, školy, schopnosti pracovního přizpůsobení, vztahy s vrstevníky a užívání návykových látek.

Slouží pro krátké a efektivní posouzení aktuálních problémů týkajících se rizikových oblastí. (27)

Dotazník ESPAD je užíván v rámci Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Zjišťuje postoj a zkušenosti středoškoláků s tabákem, alkoholem a dalšími návykovými látkami. Je určen především k hromadnému testování a cílovou skupinou jsou studenti ve věku 16 let. Projekt ESPAD vznikl na základě požadavku porovnávání zkušeností s drogami a alkoholem v jednotlivých evropských zemích. Česká republika se do tohoto projektu zapojila roku 2003. Poslední dotazníkové šetření probíhalo v roce 2011 a v České republice se ho zúčastnilo 3 913 studentů. (11)

Dotazník CRAFFT má za cíl u dětí a dospívajících provést zhodnocení aktuálního zdravotního stavu. Jedná se o šest otázek. Dotazník vyplňují děti a dospívající bez přítomnosti rodičů. Je doplněn Manuálem drogové prevence v praxi PLPDD. Díky těmto materiálům mohou lékaři včas a efektivně zasáhnout v situacích, kdy se ve své praxi setkají s drogovou problematikou. (26)

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **8 FORMULACE PROBLÉMU**

Jak jsem již popisovala v teoretické části bakalářské práce, SRCH D je považován za tzv. novou nemocnost mládeže a je hlavní příčinou úmrtnosti dospívajících. SRCH D se rozděluje na 3 základní oblasti. Z důvodu velké šíře tohoto syndromu jsem svoji praktickou část zaměřila na problematiku užívání návykových látek dospívajícími, konkrétně alkoholu. Alkohol je považován za průchozí drogu k dalším (tvrdším) návykovým látkám, tzn. užívání alkoholu může být startem pro užívání jiných návykových látek.

### **8.1 Cíle práce**

Pro bakalářskou práci jsem si zvolila několik cílů. Z následujících cílů vychází mnou stanovené hypotézy. Jako cílovou skupinu respondentů jsem zvolila dospívající ve věku 14-16 let a jejich rodiče.

1. Zjistit podíl dospívajících, kteří již konzumovali alkohol, ve kterém věku alkohol vyzkoušeli poprvé a jaký pohled na první konzumaci alkoholu děti mají jejich rodiče.
2. Zjistit možnosti dostupnosti alkoholu dospívajícími.
3. Zjistit, kým byli dospívající informováni o vlivu alkoholu na jejich zdraví.
4. Zjistit, zda mají dospívající volnočasové aktivity a další společné aktivity s rodiči. V kontextu volnočasových aktivit jako ochranného faktoru před rizikovým chováním dospívajících.

### **8.2 Stanovení hypotéz**

Pro svůj výzkum jsem si stanovila následující hypotézy (H):

H1: První zkušenost s alkoholem je u dospívajících před 13. rokem života. Rodiče první zkušenost jejich dětí s alkoholem posouvají do pozdějšího věku.

H2: Dospívající nemají problém s dostupností alkoholu.

H3: Nejčastěji jsou dospívající o vlivu alkoholu na zdraví a rizicích jeho konzumace informováni od rodičů.

H4: Volnočasové aktivity dětí působí jako ochranný faktor před konzumací alkoholu.

## **9 METODIKA VÝZKUMU**

### **9.1 Metodika výzkumu**

Pro získání dat jsem zvolila kvantitativní výzkum formou dotazníku. Metodu jsem si vybrala z toho důvodu, že dotazníkové šetření zajišťuje nestrannost.

Výzkum jsem prováděla v období listopadu – prosince roku 2013 na třech školách v Plzeňském kraji. Jednalo se o Gymnázium a Střední odbornou školu Plasy, Základní školu Plasy a Střední odbornou školu obchodu, užitého umění a designu v Plzni. Pro výzkum jsem používala dva typy dotazníků – jeden byl určen pro dospívající ve věku od 14 do 16 let, druhý pro jejich rodiče. Dotazníky byly zcela anonymní.

### **9.2 Dotazník určený pro dospívající**

Pro výzkum jsem sestavila vlastní dotazník obsahující 17 otázek. Jednalo se o 8 otázek uzavřených, 7 polootevřených a 2 otevřené. Během jeho sestavování jsem se inspirovala dotazníkem ESPAD z roku 2011.

Dotazník je rozdělen do 4 částí. První obsahuje základní charakteristiky zkoumaných respondentů jako je věk a pohlaví. V další části je zaměřen na zjišťování konzumace alkoholu dospívajícími. Třetí část se orientuje na zjištění informovanosti dospívajících o rizicích užívání alkoholu a prevenci, poslední na volnočasové aktivity dětí.

### **9.3 Dotazník určený pro rodiče**

Stejně tak jako u dětí jsem pro výzkum vytvořila vlastní dotazník obsahující 14 otázek, inspirací pro mne byl dotazník ESPAD z roku 2011. V dotazníku je 10 otázek uzavřených a 3 polootevřené a 1 otevřená.

Pro rodiče dětí ve věku 14 - 16 let byl dotazník zaměřen na stejné části. První část obsahuje základní charakteristiky dítěte jako je věk, pohlaví a v jakém vztahu rodič k dítěti je. Další část je zaměřena na zjištění názoru rodičů na konzumaci alkoholu jejich dětmi. Třetí na zjištění názoru rodičů na informovanost dětí o rizicích konzumace alkoholu a prevenci. Poslední na volný čas dětí a společné volnočasové aktivity s rodiči.

## 9.4 Sběr dat

Dotazník pro dospívající: Dotazníky byly předány do škol třídním učitelům, kteří je při vyučování rozdali dětem a poskytli tak prostor pro jejich vyplnění. Prostřednictvím třídních učitelů byly vyplněné dotazníky získány zpět.

Dotazník pro rodiče: Ve třídách, v nichž probíhal výzkum u žáků, bylo prováděno výzkumné šetření u rodičů těchto dospívajících. Rodiče byli osloveni na třídních schůzkách. Dotazníky jim byly předány prostřednictvím třídních učitelů. Menší počet respondentů odpovídá faktu, že ne všichni rodiče docházejí na třídní schůzky.

## 9.5 Návratnost dotazníků a počet respondentů

Dotazník pro dospívající: Šetření se zúčastnilo celkem 148 dětí – 31 ze Základní školy Plasy, 97 z Gymnázia a Střední odborné školy Plasy a 20 ze Střední odborné školy obchodu, užitého umění a designu v Plzni. Tři dotazníky byly vyřazeny z důvodu vyššího věku, než byl určen pro zkoumání. Návratnost byla 100 %, protože dotazníkové šetření bylo prováděno během výuky.

Dotazník pro rodiče: Šetření se zúčastnilo celkem 108 rodičů – 24 rodičů, jejichž děti navštěvují Základní školu Plasy; 66 rodičů, jejichž děti navštěvují Gymnázium a Střední odbornou školu Plasy a 18 rodičů, jejichž děti navštěvují Střední odbornou školu obchodu, užitého umění a designu v Plzni. Jeden dotazník byl vyřazen z důvodu nevyhovujícího věku dítěte, který je určen pro výzkum. Rozdáno bylo celkem 151 dotazníků, z nichž se vyplněných prostřednictvím třídních učitelů vrátilo 108. Návratnost je tedy 71 %.

Pro výzkum byly prioritní výsledky dotazníkového šetření určeného pro dospívající. Výsledky rodičovských dotazníků v praktické části spíše upozorňují na odlišné představy rodičů ohledně konzumace alkoholu jejich dětmi, dostupnosti alkoholu pro dospívající či informovanosti dětí o rizicích konzumace alkoholu.

# 10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

## 10.1 Základní charakteristika zkoumaného souboru

### a) dospívající

#### Vyhodnocení otázek č. 1 – Věk; č. 2 – Pohlaví; č. 3 – Jakou školu navštěvuješ?

(G a SOŠ Plasy – Gymnázium a Střední odborná škola Plasy, ZŠ Plasy – Základní škola Plasy, SOŠ Nerudovka – Střední odborná škola obchodu, užitého umění a designu Plzeň)

Věk	Počet	Podíl
14 let	21	15 %
15 let	91	63 %
16 let	33	22 %
	N=145	100 %

Pohlaví	Počet	Podíl
žena	85	58 %
muž	60	42 %
	N=145	100%

Škola	Počet	Podíl
G a SOŠ Plasy	95	66 %
ZŠ Plasy	31	21 %
SOŠ Nerudovka	19	13 %
	N=145	100 %

tabulka č. 1, zdroj vlastní

tabulka č. 2, zdroj vlastní

tabulka č. 3, zdroj vlastní

Tabulky č. 1, 2, 3 uvádějí základní charakteristiky dospívajících – věk, pohlaví a jakou školu děti navštěvují. Z tabulky č.1 je patrné, že 15 % tázaných respondentů je ve věku 14 let, 63 % ve věku 15 let a 22 % ve věku 16 let. Početnější skupinou byly ženy (58 %). Nejvíce respondentů bylo z Gymnázia a Střední odborné školy Plasy a to 95 (tj. 66 % všech tázaných dospívajících).

## b) rodiče

Vyhodnocení otázek č. 1 – Věk vašeho dítěte; č. 2 – Pohlaví vašeho dítěte; č. 3 – Ve vztahu k dítěti jste?

Věk	Počet	Podíl
14 let	15	14 %
15 let	64	60 %
16 let	28	26 %
	N=107	100 %

tabulka č. 4, zdroj vlastní

Pohlaví	Počet	Podíl
žena	63	59 %
muž	44	41 %
	N=107	100%

tabulka č. 5, zdroj vlastní

Vztah k dítěti	Počet	Podíl
matka	87	81 %
otec	20	19 %
	N=107	100 %

tabulka č. 6, zdroj vlastní

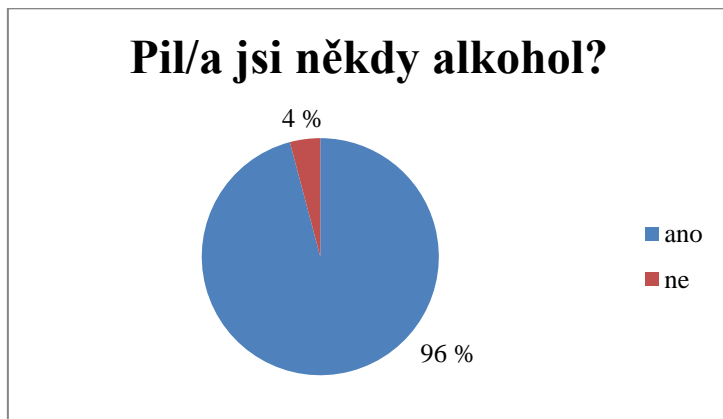
Tabulky č. 4, 5, 6 uvádějí věk dětí, pohlaví dětí a vztah rodiče k dítěti. Z tabulky č. 4 lze vyčíst, že nejvíce rodičů, kteří odpovídali na dotazníky, mají dítě ve věku 15 let (60 %). Tabulka č. 5 udává, zda pohlaví dítěte je žena nebo muž, větší zastoupení mají ženy (59 %). Na dotazník odpovídaly více matky dospívajících (81 %). Tento údaj odpovídá faktu, že jsou to většinou matky, které docházejí na třídní schůzky.



## 10.2 Konzumace alkoholu dospívajícími

### a) dospívající

#### Vyhodnocení otázky č. 4 – Pil/a jsi někdy alkohol?



graf č. 1, zdroj vlastní, N=145

Graf č. 1 znázorňuje, kolik dospívajících již konzumovalo alkohol – 96 % odpovědělo kladně. Pouze 4 % tázaných alkohol ještě nekonzumovalo. Vyhodnocení otázky jsem doplnila o dvě tabulky (tabulka č. 7, 8), které rozšiřují tuto otázku o rozdělení dospívajících podle pohlaví a školy, kterou navštěvují.

rozdělení podle pohlaví:			
		počet	podíl
<b>ano</b>	ženy	79	57 %
	muži	60	43%
		N=139	100 %
<b>ne</b>	ženy	3	50 %
	muži	3	50 %
		N=6	100 %

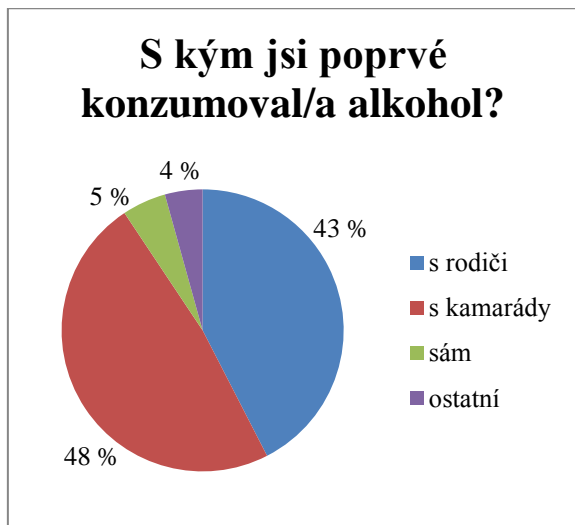
tabulka č. 7, zdroj vlastní

rozdělení podle škol:			
		počet	podíl
<b>G a SOŠ Plasy</b>	ano	89	94 %
	ne	6	6 %
		N=95	100 %
<b>ZŠ Plasy</b>	ano	31	100 %
	ne	0	
		N=31	100 %
<b>SOŠ Nerudovka</b>	ano	19	100 %
	ne	0	
		N=19	100 %

tabulka č. 8, zdroj vlastní

Z dotazovaných respondentů konzumovaly alkohol více dívky a to z 57 % - tímto údajem nemohu přesně potvrdit, zda obecně alkohol konzumují více dospívající chlapci nebo dívky, protože výzkumu se zúčastnilo více dívek. Na Gymnáziu a Střední odborné škole Plasy konzumovalo alkohol 94 % tázaných, 6 % ne. Na dalších dvou školách byla zkušenost s alkoholem 100 %.

**Vyhodnocení otázek č. 5 – S kým jsi poprvé konzumoval/a alkohol?; č. 6 Kde jsi poprvé konzumoval/a alkohol?**



graf č. 2, zdroj vlastní, N=139



graf č. 3, zdroj vlastní, N=139

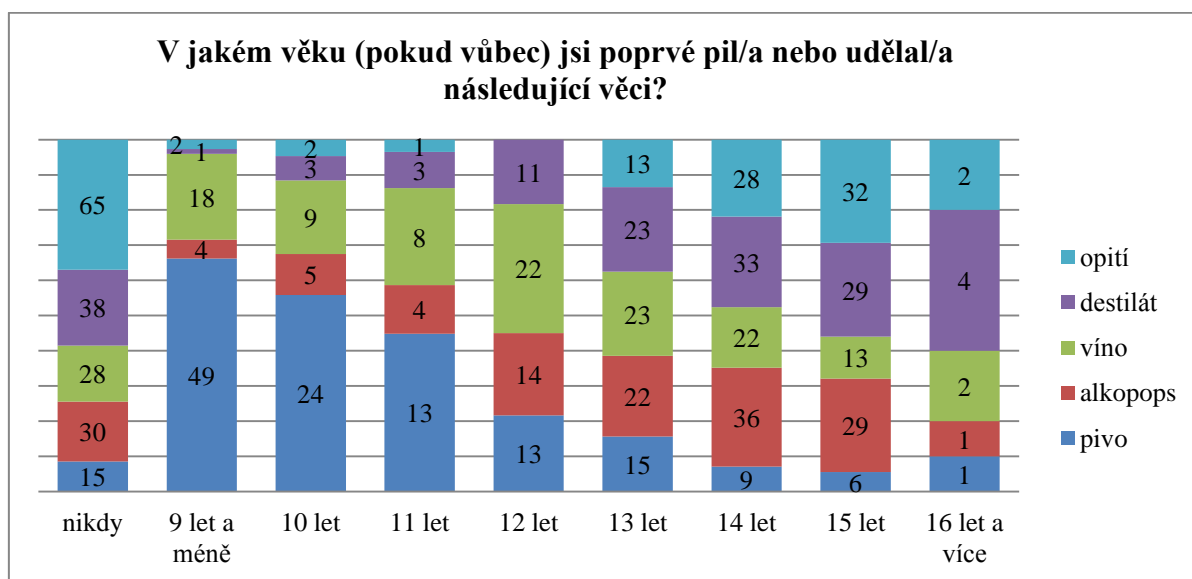
Otázky č. 5, 6 byly určeny pouze pro dospívající, kteří již alkohol konzumovali. Celkový počet tázaných byl 139.

Graf č. 2 znázorňuje, s kým dospívající poprvé konzumovali alkohol. Nejčastěji to byli kamarádi (48 %), dále rodiče (43 %) nebo dospívající sami (5 %). Otázka byla polootevřená a na možnost ostatní odpověděli pouze 4 % – nejčastějšími spolukonzumenty s dospívajícími byli poprvé prarodiče nebo starší sourozenci. Graf č. 3 znázorňuje, kde alkohol dospívající konzumovali poprvé. Nejvíce respondentů odpovědělo, že doma (62 %), 17 % tázaných poprvé konzumovalo alkohol na diskotéce a 2 % v restauraci. Odpověď ostatní využilo 19 % dospívajících, nejčastější odpovědí bylo: na oslavách nebo venku.

**Vyhodnocení otázky č. 7 – V jakém věku (pokud vůbec) jsi poprvé pil/a nebo udělal/a následující věci?**

	nikdy	9 let a méně	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let a více
<b>pivo</b>	10,3 %	34,0 %	16,5 %	8,9 %	8,9 %	10,3 %	6,2 %	4,2 %	0,7 %
<b>alkopops</b>	20,8 %	2,8 %	3,4 %	2,8 %	9,6 %	15,1 %	24,8 %	20,0 %	0,7 %
<b>víno</b>	19,5 %	12,5 %	6,2 %	5,5 %	15,1 %	15,8 %	15,1 %	8,9 %	1,4 %
<b>destilát</b>	26,2 %	0,7 %	2,1 %	2,1 %	7,6 %	15,8 %	22,7 %	20,0 %	2,8 %
<b>opití</b>	44,6 %	1,4 %	1,4 %	0,7 %		8,9 %	19,5 %	22,1 %	1,4 %

tabulka č. 9, inspirace ESPAD 2011, N=145



graf č. 4, inspirace ESPAD 2011, N=145

Otázkou č. 7 jsem se inspirovala v dotazníkovém šetření ESPAD z roku 2011. Tabulka č. 9 udává podíl odpovědí dospívajících respondentů. Graf č. 4 znázorňuje počty respondentů, kteří zkusili konzumovat pivo, alkopops, víno, destilát nebo se někdy opili.

Zjistila jsem, že pivo za svůj život konzumovalo více než 90 % tázaných dospívajících. Nejvíce jej poprvé pilo ve věku 9 let a méně, a to 34 %. Nikdy pivo nekonsumovalo 10,3 % tázaných. Alkopops (alkoholizované limonády) poprvé pilo přes 24 % tázaných ve věku 14 let. Nikdy alkopops nezkusilo přes 20 % dospívajících. Víno nejčastěji dospívající poprvé pili mezi 12-14 rokem. Věk 14 let je pro většinu dospívajících rokem, kdy poprvé konzumovali destilát. Přes 26 % tázaných destilát ještě nikdy nezkusilo. Vysoký podíl prvního opití je kolem 15 roku (22,1 %), důvodem bývají tzv. „rozlučky s 9. třídou“. Dosud se neopilo přes 44 % dotazovaných.

## b) rodiče

### Vyhodnocení otázky č. 4 – Myslíte si, že vaše dítě již konzumovalo alkohol?



graf č. 5, zdroj vlastní, N=107

Graf č. 5 znázorňuje odpovědi rodičů na otázku, zda si myslí, že jejich dítě již konzumovalo alkohol. Ano odpovědělo 79 % tázaných rodičů, ne 21 %.

### Vyhodnocení otázky č. 5 – V jakém věku se domníváte, že vaše dítě pilo nebo udělalo následující věci?

	nikdy	9 let a méně	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let a více
<b>pivo</b>	31,9 %	14,0 %	8,4 %	1,9 %	6,5 %	10,2 %	13,1 %	13,1 %	0,9 %
<b>alkopops</b>	53,3 %		0,9 %	1,9 %	1,9 %	2,8 %	14,9 %	18,7 %	5,6 %
<b>víno</b>	46,8 %	2,8 %	1,9 %	2,8 %	2,8 %	12,1 %	15,8 %	13,1 %	1,9 %
<b>destilát</b>	65,5 %	0,9 %	0,9 %		1,9 %	0,9 %	7,5 %	16,8 %	5,6 %
<b>opití</b>	84,2 %		0,9 %			0,9 %	2,8 %	9,3 %	1,9 %

tabulka č. 10, inspirace ESPAD 2011, N=107

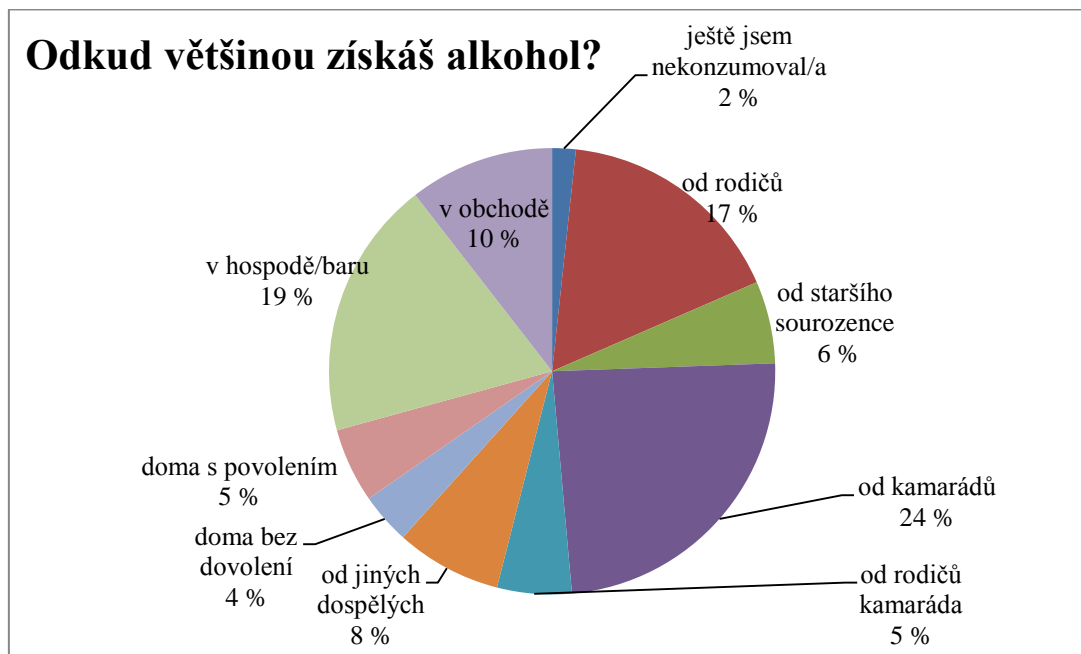
Tabulka č. 10 uvádí podíl odpovědí rodičů na otázku, v jakém věku se domnívají, že jejich dítě konzumovalo pivo, alkopops, víno a destilát. Dále také věk prvního opití.

Ve většině případů rodiče odpovídali, že nikdy. Věk první konzumace piva je podle rodičů u dětí ve věku 9 let a méně. Alkopops a destilát podle většiny rodičů jejich dítě poprvé zkusilo konzumovat kolem 15 roku (18,7 %), víno ve 14 letech (15,8 %). Přes 80 % tázaných rodičů se domnívá, že jejich dítě se ještě nikdy neopilo.

## 10.3 Dostupnost alkoholu pro dospívající

### a) dospívající

#### Vyhodnocení otázky č. 8 – Odkud většinou získáš alkohol?



graf č. 6, zdroj vlastní, N=145

Graf č. 6 znázorňuje, odkud většinou dospívající získají alkohol. Bylo možné zvolit všechny odpovědi, které pro daného jedince platily. Nejčastěji dospívající získají alkohol od kamarádů (24 %), dále v hospodě (19 %) nebo od rodičů (17 %). Další častou odpovědí byl zisk alkoholu z obchodu (10 %) nebo od jiných dospělých (8 %). Otázka byla polootevřená, nabízenou možnost odpovědět jinde nevyužil žádný z tázaných dospívajících.

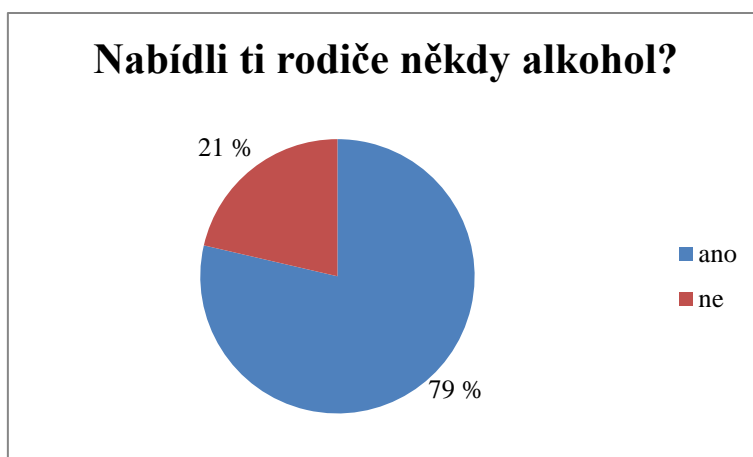
### Vyhodnocení otázky č. 9 – Pokud jsi již kupoval/a alkohol, byl/a jsi někdy vyzván/a od prodejce alkoholu k prokázání svého věku?



graf č. 7, zdroj vlastní, N=145

Většina dotazovaných alkohol ještě nekupovala (43 %). Pokud alkohol již kupovali, byli dospívající k prokázání věku vyzváni většinou v 9 %, výjimečně ve 25 % a nikdy ve 22 %. Odpověď vždy využilo pouze 1 % respondentů. Výsledky této otázky jsou velmi znepokojivé, protože prodejci alkoholu jej nesmí prodat osobám mladším 18 let. Jak dokazují odpovědi, většina prodejců toto nařízení nedodrжуje.

### Vyhodnocení otázky č. 10 – Nabídli ti rodiče někdy alkohol?

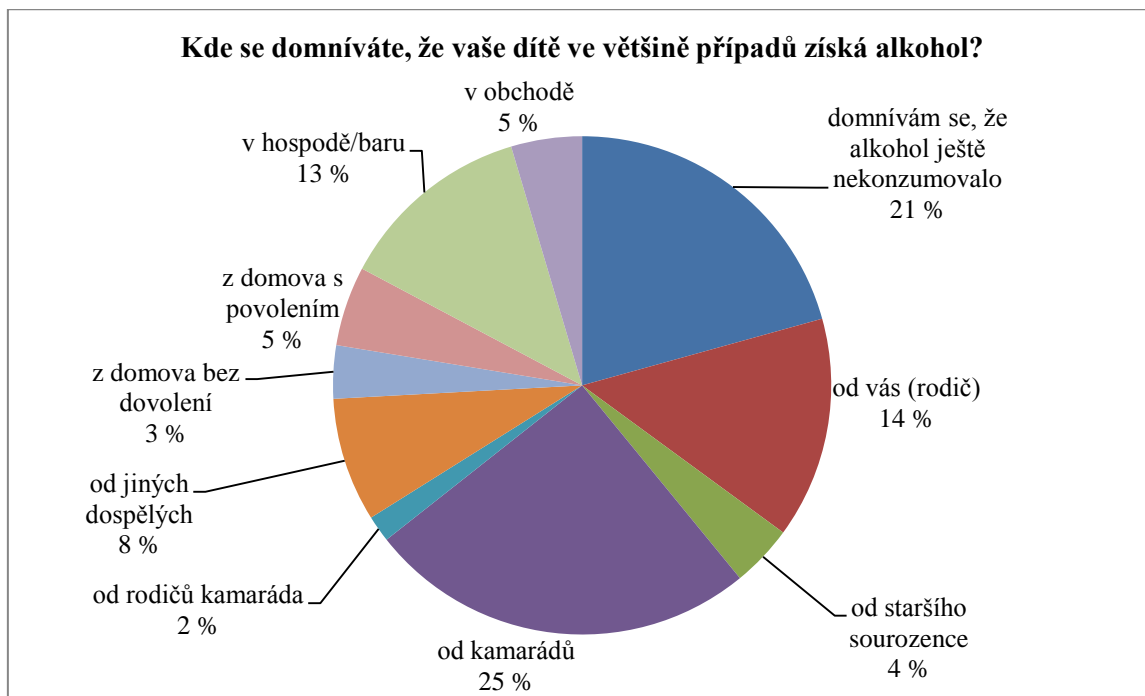


graf č. 8, zdroj vlastní, N=145

Z grafu lze vyčíst, že 79 % tázaným dospívajícím respondentům alkohol rodiče sami nabídli. V otázce dále nebylo specifikováno množství nabídnutého alkoholu.

## b) rodiče

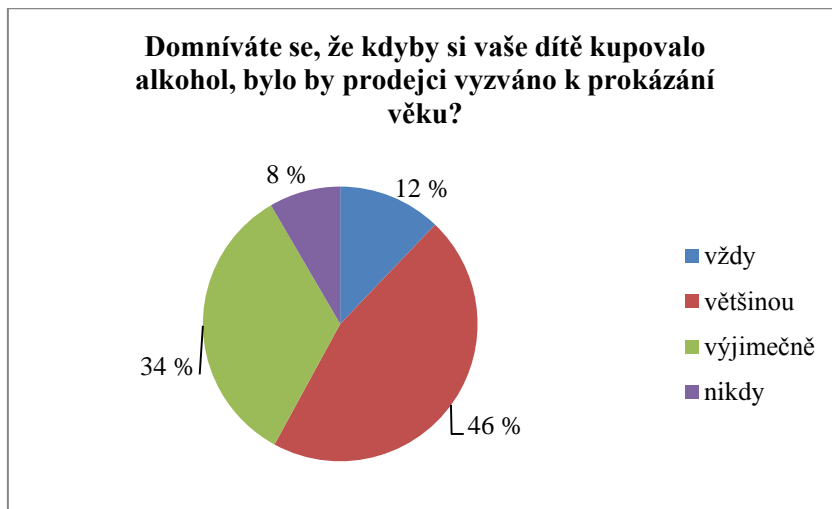
### Vyhodnocení otázky č. 6 – Kde se domníváte, že vaše dítě ve většině případů získá alkohol?



graf č. 9, zdroj vlastní, N=107

Z grafu č. 9 je patrné, že 21 % tázaných rodičů si myslí, že jejich dítě alkohol ještě nekonzumovalo. Dalších 25 % je toho názoru, že alkohol jejich dítě ve většině případů získá od kamarádů, 13 % v hospodě, restauraci nebo baru. 14 % dospívajících ve většině případů dají alkohol sami rodiče. Ostatní odpovědi se pohybovaly do 10 %.

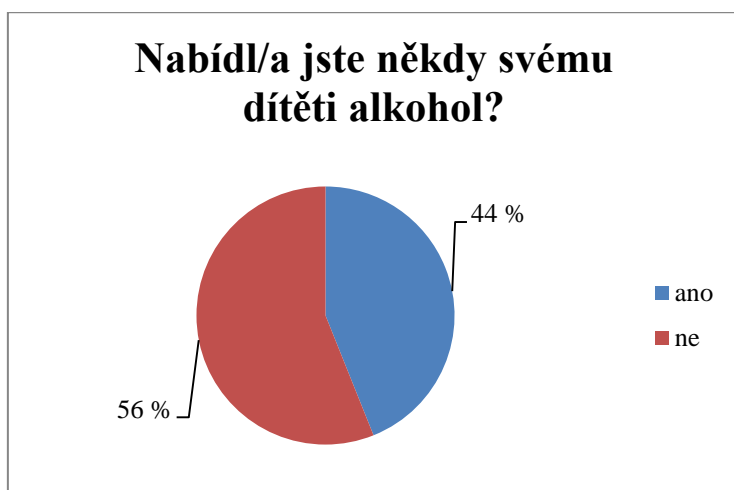
**Vyhodnocení otázky č. 7 – Domníváte se, že kdyby si vaše dítě kupovalo alkohol, bylo by prodejci vyzváno k prokázání věku?**



graf č.10, zdroj vlastní, N=107

Graf č. 10 znázorňuje, že 46 % tázaných rodičů se domnívá, že pokud by jejich dítě kupovalo alkohol, bylo by prodejci k prokázání věku vyzváno většinou. 34 % rodičů má takový názor, že by dospívající byl při koupi alkoholu vyzván výjimečně, 12 % vždy a 8 % nikdy.

**Vyhodnocení otázky č. 8 – Nabídl/a jste svému dítěti alkohol?**



graf č. 11, zdroj vlastní, N=107

56 % tázaných rodičů svým dětem alkohol nikdy nenabídlo, 44 % ano.



## 10.4 Informovanost dospívajících o rizicích konzumace alkoholu

### a) dospívající

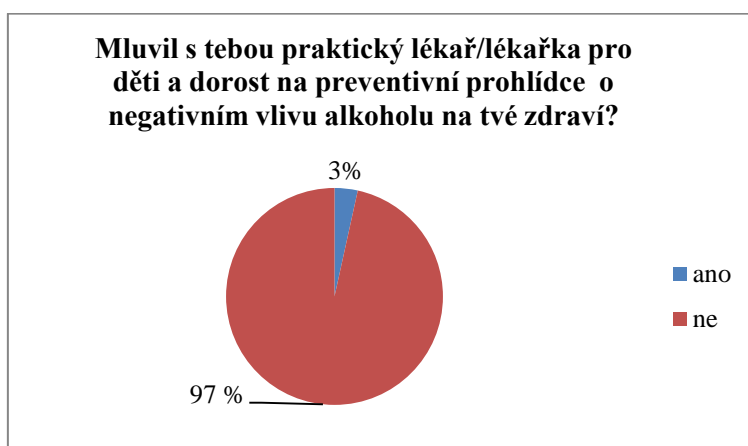
Vyhodnocení otázky č. 11 – Mluvili s tebou rodiče o rizicích konzumace alkoholu?



graf č. 12, zdroj vlastní, N=145

Z grafu je patrné, že 74 % tázaných dospívajících problematiku rizik konzumace alkoholu řešili s rodiči. S 26 % dospívajícími rodiče na toto téma nehovořili.

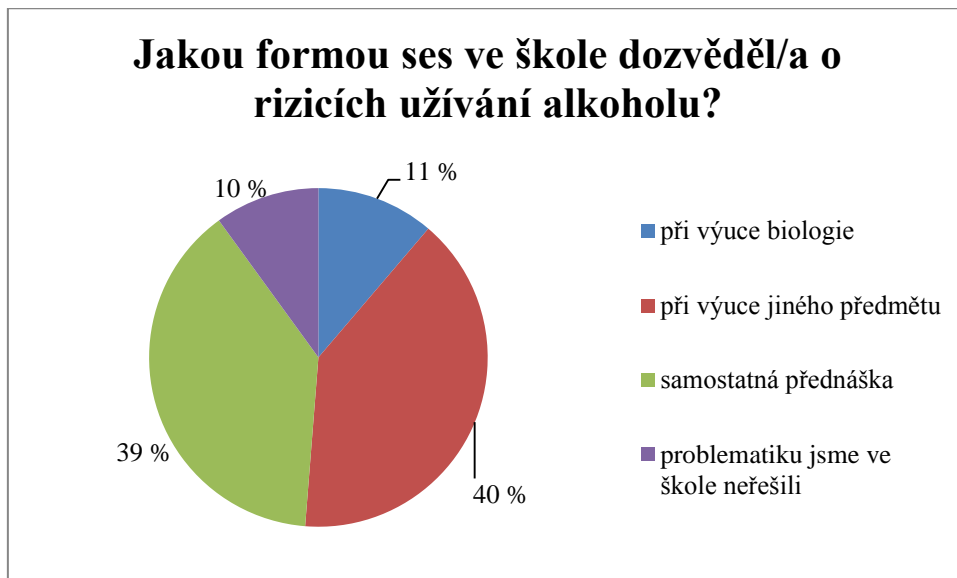
Vyhodnocení otázky č. 12 – Mluvil s tebou praktický lékař/ lékařka pro děti a dorost na preventivní prohlídce o negativním vlivu alkoholu na tvé zdraví?



graf č. 13, zdroj vlastní, N=145

Graf č. 13 znázorňuje, podíl dospívajících, kteří byli o rizicích konzumace alkoholu seznámeni od praktického lékaře/lékařky pro děti a dorost. Pouze 3 % tázaných odpovědělo kladně, 97 % záporně. Respondenti (5), kteří o rizicích konzumace alkoholu byli od praktického dětského lékaře seznámeni, uvedli věk 12, 14, 14 a 15 let.

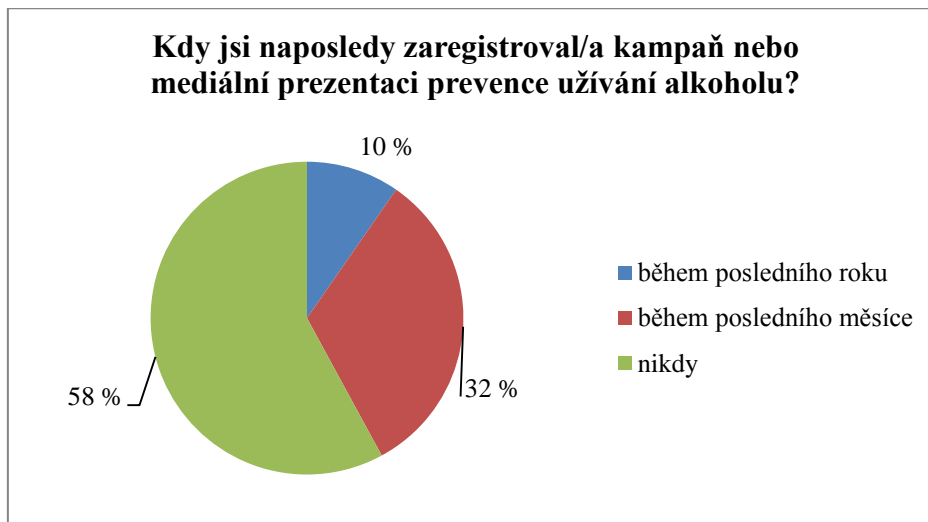
**Vyhodnocení otázky č. 13 – Jakou formou ses ve škole dozvěděl/a o rizicích užívání alkoholu?**



graf č. 14, zdroj vlastní, N=145

Otázka č. 13 byla zaměřena na informovanost dospívajících o rizicích konzumace alkoholu ze strany školy. 51 % respondentů bylo o rizicích informováno během výuky některého předmětu, nabídku biologie zvolilo 11 % tázaných, 40 % zvolilo jiný předmět (nejčastěji to byla výchova ke zdraví – 17 %, občanská výchova – 15 % a rodinná výchova – 8 %). Samostatnou přednášku od odborníka ve škole na toto téma zvolilo 39 % tázaných. Odpověď, že taková problematika nebyla ve škole řešena, uvedlo 10 % dotazovaných.

**Vyhodnocení otázky č. 14 – Kdy jsi naposledy zaregistroval/a kampaň nebo mediální prezentaci prevence užívání alkoholu dospívajícími?**



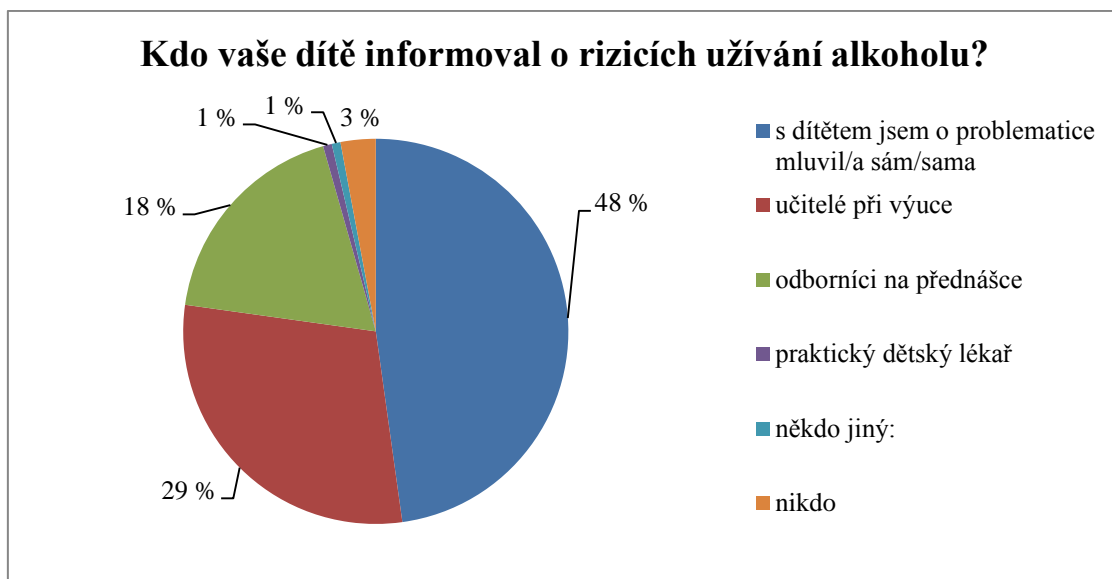
graf č. 15, zdroj vlastní, N=145

Z grafu č. 15 lze vyčíst, že více než polovina tázaných dospívajících nikdy nezaregistrovala kampaň nebo mediální prezentaci prevence užívání alkoholu dospívajícími. Během posledního roku ji zaregistrovalo 10 % tázaných, během posledního měsíce 32 %. Na otázku č. 14 navazovala otázka **č. 15**, která zněla: **Pokud jsi nějakou kampaň nebo mediální prezentaci zaregistroval/a, napiš, prosím, jakou?**

Na otázku č. 14 všech 42 % respondentů, kteří nějakou kampaň nebo mediální prezentaci zaregistrovali, neodpověděli. Ze získaných odpovědí dospívající zaregistrovali kampaně: Řekni drogám ne, Pij s rozumem, Respektuj 18, Nemyslíš-zaplatíš, Alkohol za volant nepatří.

## b) rodiče

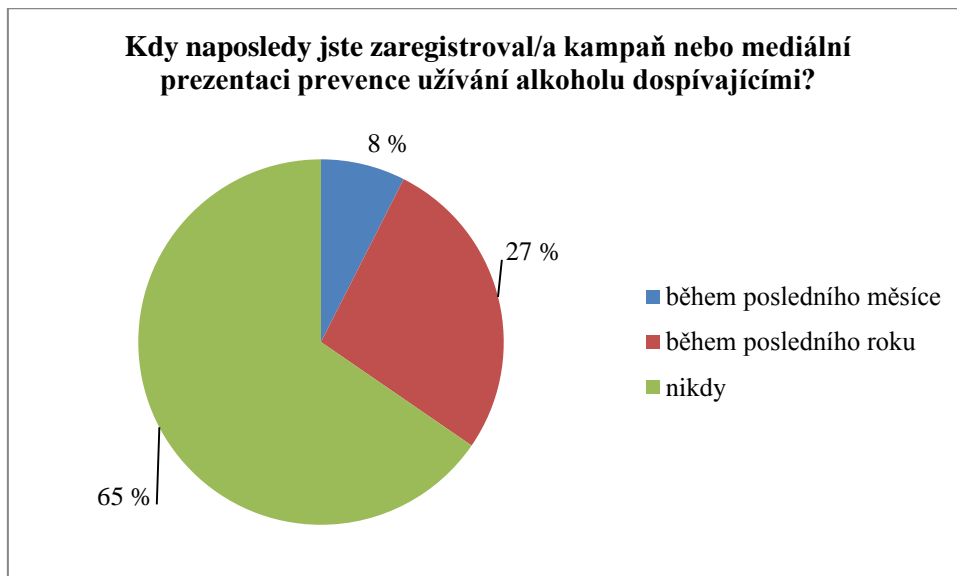
### Vyhodnocení otázky č. 9 – Kdo vaše dítě informoval o rizicích užívání alkoholu?



graf č. 16, zdroj vlastní, N=107

Téměř polovina rodičů své děti o rizicích konzumace alkoholu informovala sama. Dále se 29 % tázaných rodičů domnívá, že jejich děti byly o rizicích konzumace alkoholu informovány ve škole, 18 % od odborníků na přednášce. Pouze 1 % dotazovaných se domnívá, že jejich děti informoval praktický lékař nebo lékařka pro děti a dorost. Možnost odpovědi: někdo jiný využilo pouze 1 % rodičů, odpovědi byli prarodiče. 3 % rodičů tvrdí, že jejich dítě o této problematice neinformoval nikdo.

**Vyhodnocení otázky č. 10 – Kdy naposledy jste zaregistroval/a kampaň nebo mediální prezentaci prevence užívání alkoholu dospívajícími?**



graf č. 17, zdroj vlastní, N=107

Graf znázorňuje, že 65 % dotazovaných rodičů nikdy nezaregistrovalo kampaň nebo mediální prezentaci prevence užívání alkoholu dospívajícími. Během posledního roku ji zaregistrovalo 27 % rodičů, během posledního měsíce 8 %. Na otázku č. 10 navazovala otázka **č. 11**, která zněla: **Pokud jste nějakou kampaň nebo mediální prezentaci zaregistroval/a, napište, prosím, jakou?**

Na otázku č. 11, stejně tak jako u dospívajících, všech 35 % respondentů, kteří nějakou kampaň nebo mediální prezentaci zaregistrovalo, neodpovědělo. Ze získaných odpovědí rodiče zaregistrovali kampaň: Respektuj 18. Další rodiče odpovídali BESIP, informace zaslechnuté v rádiu nebo v TV, informace spojené s metanolovou aférou, internet a besedy na městském úřadě.

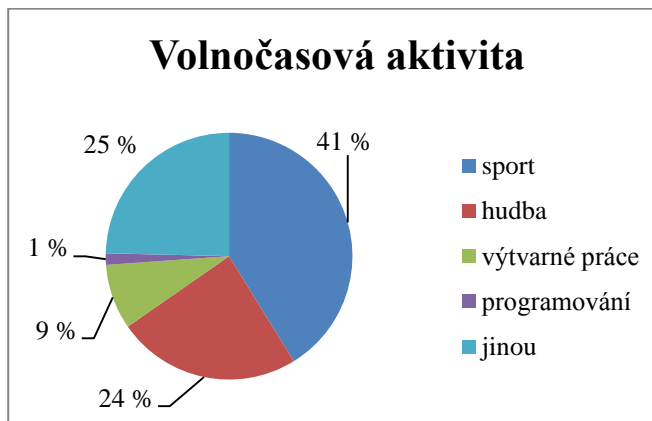
## 10.5 Volnočasové aktivity dospívajících

### a) dospívající

#### Vyhodnocení otázky č. 16 – Máš nějakou volnočasovou aktivitu?



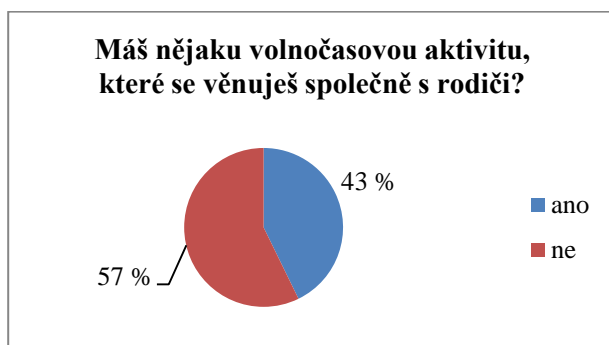
graf č. 18, zdroj vlastní, N=145



graf č. 19, zdroj vlastní, N=145

Většina tázaných dospívajících uvedla, že mají nějakou volnočasovou aktivitu. Ze 41 % se jednalo o sport, 24 % uvedlo hudbu, 9 % výtvarné práce, 1 % programování. Poměrně početná skupina dospívajících (25 %) využila možnosti jiné odpovědi. Odpovědi byly velmi variabilní, mezi nejčastější patřily tanec, dobrovolní hasiči, koně, zpěv, airsoft, aerobic, zumba, kamarádi, PC, hraní na hudební nástroj a péče o zvířata.

#### Vyhodnocení otázky č. 17 – Máš nějakou volnočasovou aktivitu, které se věnuješ společně s rodiči?

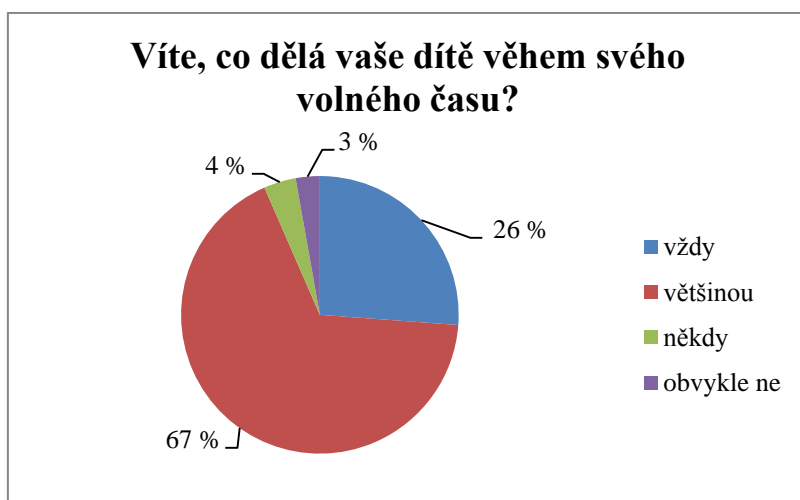


graf č. 20, zdroj vlastní, N=145

Více než polovina respondentů uvedla, že žádné volnočasové aktivity společné s rodiči nemají. Dospívající, kteří společné aktivity s rodiči mají, obvykle odpovídali, že se jedná o zimní sporty, sportovní utkání, sportování – běh, jízda na kole nebo tenis, dále práce na zahradě nebo hraní bowlingu.

## b) rodiče

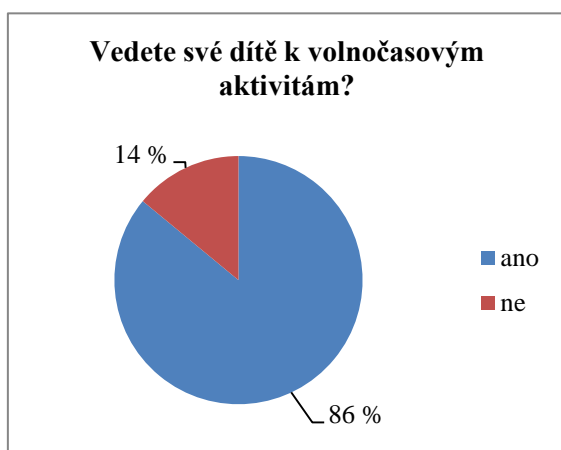
### Vyhodnocení otázky č. 12 – Víte, co dělá vaše dítě během svého volného času?



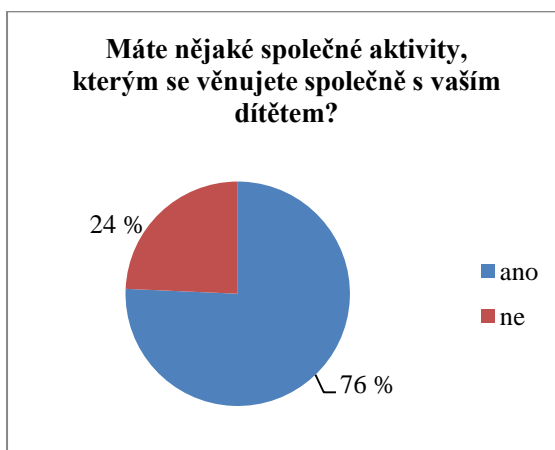
graf č. 21, zdroj vlastní, N=107

Graf č. 21 uvádí, jaký mají rodiče přehled o tom, co dělá jejich dítě během svého volného času. 26 % tázaných respondentů odpovědělo, že o tom, co dělá jeho dítě ve volném čase, ví vždy. 67 % tázaných rodičů odpovědělo většinou ano, 4 % někdy a 3 % obvykle ne.

### Vyhodnocení otázky č. 13 – Vedete své dítě k volnočasovým aktivitám?; č. 14 Máte nějaké aktivity, kterým se věnujete společně s vaším dítětem?



graf č. 22, zdroj vlastní, N=107



graf č. 23, zdroj vlastní, N=107

86 % tázaných rodičů vede své děti k volnočasovým aktivitám. Více než 70 % rodičů má aktivity, kterým se věnují společně s dětmi.

## DISKUZE

Téma rizikového chování dospívajících je v posledních desetiletích velmi diskutované. Zejména z důvodu velké mortality dospívajících, která je s tímto chováním. Výsledky celé řady studií jsou velmi znepokojivé a v zájmu společnosti je tento typ patologií potlačovat, zejména možnostmi efektivní prevence. Svým výzkumem jsem výsledky studií ve většině případů potvrdila. V diskuzi zhodnocuji výsledky mého šetření, z kterého vychází potvrzení nebo naopak vyvrácení mnou stanovených hypotéz.

*H1: První zkušenost s alkoholem je u dětí před 13. rokem života. Rodiče první zkušenost jejich dětí s alkoholem posouvají do pozdějšího věku.*

Výzkum byl zaměřen na dospívající ve věku 14-16 let a jejich rodiče. Většina dotazovaných byla ve věku 15 let, stejně tak dotazovaní rodiče měli děti v tomto věku. Výzkum ukázal, že 96 % tázaných dospívajících za svůj život již alkohol konzumovalo, zbylá 4 % ne. Adolescenti, kteří alkohol ještě nikdy nepili, byli z Gymnázia a Střední odborné školy Plasy. Přestože se jednalo o velmi malý podíl tázaných respondentů, mohu tímto výsledkem potvrdit literárně známý údaj, že vyšší vzdělání a inteligence jsou jedním z ochranných faktorů před rizikovým chováním dospívajících. Vůbec nejčastěji alkohol dospívající poprvé konzumovali s kamarády nebo s rodiči. Velmi znepokojivý byl dále zjištěný fakt, že 62 % tázaných dospívajících konzumovalo alkohol poprvé doma.

Hypotézou jsem se snažila zjistit, který věk je pro dospívající prvním ve vztahu s konzumací alkoholu. Z dospívajících respondentů již konzumujících alkohol jej poprvé pilo před 13. rokem života. Ve většině případů se jednalo o pivo. Destiláty a další alkoholické nápoje jsou dospívajícími konzumovány až v pozdějším věku.

Protikladem k výsledkům získaných od dospívajících jsou výsledky získané od tázaných rodičů, kteří se domnívají, že alkohol konzumovalo 79 % dospívajících, 21 % ne. Věk první zkušenosti dětí rodiče posouvají do 15. roku jejich života.

**Těmito skutečnostmi byla H1 potvrzena.**



## *H2: Dospívající nemají problém s dostupností alkoholu.*

Tázání dospívající ve většině případů získají alkohol od kamarádů nebo rodičů. Zejména zjištění, že 17 % dospívajících získají ve většině případů alkohol od rodičů, je více než znepokojivé. Protože hlavně rodiče mají být ti, kteří své dítě před negativním vlivem alkoholu mají chránit. Přesto většina (79 %) dospívajících odpověděla, že jim právě rodiče alkohol sami nabídli. Ze zjištěných výsledků není pro dospívající problém sehnat alkohol v obchodě, supermarketu, v hospodě, baru nebo na diskotéce.

Každý prodejce alkoholu má zákaz prodávat alkohol osobám mladším 18 let. Přesto pouze 1 % dospívajících respondentů bylo při koupi alkoholu vždy vyznáno k prokázání věku, naproti tomu nikdy nebylo vyzváno 22 % tázaných. Projekt Respektuj 18 (viz kapitola 4.6.1) má jako jeden ze svých hlavních cílů zvýšení kontroly policií nad dodržováním zákazu projeje alkoholu mladistvým. Problémem je, že většině prodejců nejde o zdraví mladé generace, ale o vlastní zisk.

Získaná data od rodičů v podstatě odpovídají výsledkům získaným od jejich dětí. Rodiče se většinou domnívají, že jejich dítě získá alkohol od kamarádů. Velký podíl rodičů však sám odpověděl, že to byli právě oni, od kterých dítě většinou alkohol získá. V porovnání s dětmi však pouze 44 % rodičů na otázku nabídnutí alkoholu dítěti odpovědělo kladně. Rodiče jsou rovněž toho názoru, že zisk alkoholu z obchodu, supermarketu, hospody, baru nebo na diskotéce není pro děti problém.

Rozdílné jsou názory na prokázání věku při koupi alkoholu. Pouze 8 % rodičů se domnívá, že jejich dítě by při koupi alkoholu k prokázání věku nebylo vyzváno nikdy. Dalších 8 % rodičů je přesvědčeno, že by jejich dítě bylo k prokázání věku vyzváno vždy, 46 % většinou a 34 % výjimečně. Dost možná většina rodičů „spoléhá“ na poctivost prodejců alkoholu a doufají v to, že jejich dítěti alkohol neprodá. Tato domněnka je ale podle získaných výsledků zcela mylná.

**H2 byla výzkumem potvrzena.**

*H3: Nejčastěji jsou dospívající o vlivu alkoholu na zdraví a rizicích jeho konzumace informováni od rodičů.*

Prevence v rodině, ve škole i u praktického lékaře pro děti a dorost není všemocná, ale pro dospívající velmi důležitá. Právě rodiče, kterým by mělo jít o zdraví jejich dětí, by měli prioritně o rizicích konzumace alkoholu dítě informovat. Ze zjištěných dat s dospívajícími o této problematice hovořilo 74 % rodičů, 26 % ne. Praktický lékař pro děti a dorost by s dospívajícími na téma rizikového chování měl hovořit na preventivních prohlídkách. Avšak podle zjištěných výsledků tomu tak bylo pouze u 3 % tázaných dětí. Jednalo se pouze o 4 respondenty. Stejně tak jako rodiče i lékař by měl mít zájem o zdraví dospívající populace. Tento zjištěný fakt je proto značně zarážející.

Problematika rizik konzumace alkoholu je ve školách podle 90 % tázaných řešena. Ve většině případů během vyučování biologie, výchovy ke zdraví, rodinné výchovy nebo občanské výchovy, kdy je toto téma součástí školních osnov. Téměř 40 % dospívajících zvolilo jako formu získaných informací o této problematice samostatnou přednášku ve škole vedenou odborníkem.

Více než polovina tázaných rodičů se svými dětmi o rizicích konzumace alkoholu hovořila sama. Ostatní respondenti byli toho názoru, že děti byly informovány jinak – ve škole, od praktického lékaře pro děti a dorost nebo od někoho jiného. Celkem uspokojivý byl zjištěný fakt, že pouze 3 % rodičů se domnívá, že jejich dítě informováno nebylo od nikoho.

Povědomí dospívajících i rodičů ohledně kampaní nebo mediálních prezentací prevence užívání alkoholu dospívajícími je v obou případech velmi malé. Více než 50 % tázaných dospívajících žádnou kampaň nebo mediální prezentaci nezaregistrovali nikdy, u rodičů to bylo dokonce 65 %. Důvodem tohoto velkého podílu je často nedostatečná propagace těchto preventivních aktivit.

**H3 byla potvrzena.**

*H4: Volnočasové aktivity působí jako ochranný faktor před konzumací alkoholu dospívajícími.*

Volnočasové aktivity jsou považované za jeden z ochranných faktorů před rizikovým chováním dospívajících. Výzkumem jsem zjistila, že 90 % tázaných dospívajících má nějakou volnočasovou aktivitu. Zpravidla se jednalo o sport. Téměř každý dospívající, který nějakou volnočasovou aktivitu měl, uvedl více než jednu činnost. S rodiči má společné aktivity 43 % dospívajících.

Odpovědi rodičů a dětí se značně rozcházel, protože 76 % rodičů odpovědělo, že mají aktivity, kterým se věnují společně s dětmi. K volnočasovým aktivitám své dítě vede více než 80 % tázaných rodičů. Přesto 7 % odpovědělo, že o tom, co dělá jejich dítě během volného času, ví jen někdy nebo obvykle ne.

Z důvodu malého podílu dospívajících, kteří alkohol ještě nekonzumovali a velkého podílu dospívajících, kteří mají volnočasové aktivity, se tato **hypotéza nepotvrdila**.

## ZÁVĚR

Zmírnění rizik již vzniklého rizikového chování je u dospívajících značně nesnadné, proto zde má zcela klíčovou roli prevence. V této problematice je neúčinnější prevence primární, kdy je cílem zabránit rozvinutí syndromu rizikového chování. Každá preventivní akce musí splňovat pravidla efektivity. Efektivní programy začínají (pokud možno) brzy a jsou určeny pro vhodnou věkovou skupinu dětí, jsou interaktivní a oslovují menší skupiny. Dalšími prvky efektivní prevence je dlouhodobost, soustavnost a odbornost.

V práci jsem si stanovila 4 cíle, z nichž 3 za pomoci výzkumu byly splněny. Zjištěné výsledky potvrdily, že alkohol je dospívajícími konzumován, přestože jim nebylo ještě 18 let. Většina dospívajících si neuvědomuje rizika spojená s konzumací alkoholických nápojů. Nedomyšlejí, jaké následky konzumace alkoholu v nízkém věku může mít pro jejich budoucí život. Výzkumem jsem také potvrdila, že získat alkohol není pro dospívající problém a jeho dostupnost je vysoká. Tento fakt je problémem zejména společnosti, která je k otázce konzumace alkoholu dospívajícími velmi tolerantní. Nesmím zapomenout na prodejce alkoholu, kteří opomíjí kontrolu věku a prodávají alkohol osobám mladším 18 let. Mnohdy i s vědomím, že dětem 18 let evidentně není. Zjištěný výzkum naopak nepotvrdil, že jako ochranný faktor před rizikovým chováním jsou volnočasové aktivity.

Rozdíly mezi odpověďmi dětí a rodičů byly u některých otázek značné. Otázky, u kterých jsem zaznamenala největší rozdíl, jsou součástí informačního letáku (viz příloha č. 6). Tento informační leták je určen pro rodiče, kteří se výzkumu zúčastnili. Doufám, že nejenom rodiče, ale i další čtenáři mé práce se na chvíli zamyslí, před jak velkým problémem společnost stojí a budou se snažit dospívající před rizikovým chováním chránit.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

1. MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8
2. FENWICKOVÁ, E.; SMITH, T. *Kniha o dospívání pro rodiče a děti (návod, jak toto období přežít)*. INA, 1994. 286 s. ISBN 80-85680-52-1
3. LANGMAIER, J.; KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie – 2.*, aktualizované vydání. Grada, 2006. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0
4. JESSOR, R. *Rizikové chování v dospívání: psychosociální rámec pro chápání a jednání*. [online].[cit. 2014-03-10]. Dostupné na: [http://www.ppp-hodonin.eu/doc/Prevence\\_rizikoveho\\_chovani\\_Jessor\\_preklad.pdf](http://www.ppp-hodonin.eu/doc/Prevence_rizikoveho_chovani_Jessor_preklad.pdf)
5. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – 1. díl*. [online].[cit. 2014-02-25]. Dostupné na: [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/drogy\\_a\\_drogove\\_zavislosti\\_k\\_kalina\\_a\\_kol\\_dil\\_1\\_dil\\_2](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/drogy_a_drogove_zavislosti_k_kalina_a_kol_dil_1_dil_2)
6. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
7. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Grada, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9
8. SHAPIRO, H. *Obrazový průvodce DROGY*. Svojtka & Co., s. r .o., 2005. 360 s., ISBN 80-7352-295-0
9. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti – jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Sportpropag, 1995. 104 s.
10. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4
11. *Zaostřeno na drogy*. [online].[cit. 2014-03-01].Dostupné na: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press\\_centrum/vysledky\\_evropske\\_skolni\\_studie\\_o\\_alkoholu\\_a\\_jinych\\_drogach\\_espad\\_v\\_cr\\_v\\_r\\_2011\\_tiskova\\_zprava](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/vysledky_evropske_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espad_v_cr_v_r_2011_tiskova_zprava)
12. *Adiktologická poradna*. [online].[cit. 2014-02-20]. Dostupné na: <http://poradna.adiktologie.cz/article/>
13. *Respektuj 18*. [online].[cit. 2014-03-07]. Dostupné na: [www.respektuj18.cz](http://www.respektuj18.cz)

14. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova – Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. Grada, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6
15. ŘÍČAN, P. *Agresivita a šikana mezi dětmi – Jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Portál, 1995. 95 s. ISBN 80-7178-049-9
16. ROTTOVÁ, N.; KOVÁŘOVÁ, V.; PEKAŘOVÁ, L.; PEKAŘ, R. a kol. *Kyberšikana a její prevence*. DRAGON PRESS s. r. o., 2009. 108 s. ISBN 978-80-86961-78-1
17. KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy – 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X
18. *Prevence rizikového chování*. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné na: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence>
19. McGRATH, Y.; SUMNALL, H.; McVEIGH, J.; BELLIS, M. *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. National Institute for Health and clinical excellence, 2006. 74 s. ISBN 1-84629-147-X
20. NEŠPOR, K. *Prevence návykových nemocí v rodině*. [online]. [cit. 2014-03-05]. Dostupné na: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fcIKrMFszxgJ:www.drnespor.eu/PrevRo3.doc+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>
21. PRESL, J. *Drogová závislost – může být ohroženo i Vaše dítě?*. MAXDORF, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X
22. *ProYouth*. [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné na: <https://www.proyouth.eu/>
23. MIOVSKÝ, M.; SKÁCELOVÁ, L.; ZAPLETALOVÁ, J.; NOVÁK, P. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. SCAN, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7
24. TROJAN, O. *Jak mluvit s dětmi o sexu – rádce pro rodiče a učitele*. Fragment, 2009. 160 s. ISBN 978-80-253-0833-2
25. *Centrum protidrogové prevence a terapie, o. p. s.* [online]. [cit. 2014-03-09]. Dostupné na: <http://www.cppt.cz/>
26. FAIT, T.; VRABLÍK, M.; ČEŠKA, R. *Preventivní medicína*. MAXDORF, 2011. 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7
27. NEŠPOR, K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Portál, 1995. 128 s. ISBN 80-7178-086-3

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod.	a podobně
ČR	Česká republika
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
H	hypotéza
LSD	derivát kyseliny d-lysergové
MDMA	3,4 methylenedioxy-N-methylamfetamin
např.	například
N	počet
PLPDD	praktický lékař pro děti a dorost
PPP	poruchy příjmu potravy
PP	primární prevence
SRCH D	syndrom rizikového chování dospívajících
THC	tetrahydrokannabinol
tzn.	to znamená

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1	Věk
Tabulka č. 2	Pohlaví
Tabulka č. 3	Jakou školu navštěvuješ?
Tabulka č. 4	Věk vašeho dítěte?
Tabulka č. 5	Pohlaví vašeho dítěte?
Tabulka č. 6	Ve vztahu k dítěti jste?
Tabulka č. 7	Rozdělení podle pohlaví
Tabulka č. 8	Rozdělení podle škol
Tabulka č. 9	V jakém věku (pokud vůbec) jsi poprvé pil/a nebo zkusil/a následující věci?
Tabulka č. 10	V jakém věku se domníváte, že vaše dítě pilo nebo zkusilo následující věci?



## SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Pil/a jsi někdy alkohol?
- Graf č. 2 S kým jsi poprvé konzumoval/a alkohol?
- Graf č. 3 Kde jsi poprvé konzumoval/a alkohol?
- Graf č. 4 V jakém věku (pokud vůbec) jsi poprvé pil/a nebo zkusil/a následující věci?
- Graf č. 5 Myslíte si, že vaše dítě již konzumovalo alkohol?
- Graf č. 6 Odkud většinou získáš alkohol?
- Graf č. 7 Pokud jsi již kupoval/a alkohol, byl/a jsi někdy vyzván/a od prodejce alkoholu k prokázání svého věku?
- Graf č. 8 Nabídli ti rodiče někdy alkohol?
- Graf č. 9 Kde se domníváte, že vaše dítě ve většině případů získá alkohol?
- Graf č. 10 Domníváte se, že kdyby si vaše dítě kupovalo alkohol, bylo by prodejci vyzváno k prokázání věku?
- Graf č. 11 Nabídl/a jste někdy svému dítěti alkohol?
- Graf č. 12 Mluvili s tebou rodiče o rizicích konzumace alkoholu?
- Graf č. 13 Mluvil s tebou praktický lékař/lékařka pro děti a dorost na preventivní prohlídce o negativním vlivu alkoholu na tvé zdraví?
- Graf č. 14 Jakou formou ses ve škole dozvěděl/a o rizicích užívání alkoholu?
- Graf č. 15 Kdy jsi naposledy zaregistroval/a kampaň nebo mediální prezentaci prevence užívání alkoholu dospívajícími?
- Graf č. 16 Kdo vaše dítě informoval o rizicích užívání alkoholu?
- Graf č. 17 Kdy naposledy jste zaregistroval/a kampaň nebo mediální prezentaci prevence užívání alkoholu dospívajícími?
- Graf č. 18 Máš nějakou volnočasovou aktivitu?
- Graf č. 19 Volnočasová aktivita
- Graf č. 20 Máš nějakou volnočasovou aktivitu, které se věnuješ společně s rodiči?
- Graf č. 21 Víte, co dělá vaše dítě během svého volného času?
- Graf č. 22 Vedete své dítě k volnočasovým aktivitám?
- Graf č. 23 Máte nějaké aktivity, kterým se věnujete společně s vaším dítětem?

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1 Počet potratů podle věku matky
- Příloha č. 2 Počet živě narozených podle věku matky
- Příloha č. 3 Psychosociální screening u dospívajícího
- Příloha č. 4 Dotazník pro dospívající
- Příloha č. 5 Dotazník pro rodiče
- Příloha č. 6 Informační leták

## PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Počet potratů podle věku matky

<b>Zdravotnická ročenka České republiky počet potratů podle věku matky</b>		
<b>rok</b>	<b>věk</b>	<b>počet potratů</b>
<b>2000</b>	pod 14 let	28
	15-19 let	3 538
<b>2001</b>	pod 14 let	21
	15-19 let	3 319
<b>2002</b>	pod 14 let	35
	15-19 let	3 225
<b>2003</b>	pod 14 let	46
	15-19 let	3 016
<b>2004</b>	pod 14 let	33
	15-19 let	2 979
<b>2005</b>	pod 14 let	47
	15-19 let	2 950
<b>2006</b>	pod 14 let	49
	15-19 let	2 783
<b>2007</b>	pod 14 let	39
	15-19 let	2 868
<b>2008</b>	pod 14 let	56
	15-19 let	2 967
<b>2009</b>	pod 14 let	51
	15-19 let	2 756
<b>2010</b>	pod 14 let	43
	15-19 let	2 462
<b>2011</b>	pod 14 let	33
	15-19 let	2 350
<b>2012</b>	pod 14 let	34
	15-19 let	2 196

zdroj: <http://www.uzis.cz/search/node/ro%C4%8Denky>

Příloha č. 2 – Počet živě narozených podle věku matky

<b>Zdravotnická ročenka České republiky počet živě narozených podle věku matky</b>		
<b>rok</b>	<b>věk</b>	<b>počet živě narozených</b>
<b>2000</b>	pod 14 let	17
	15-19 let	4 451
<b>2001</b>	pod 14 let	17
	15-19 let	3 810
<b>2002</b>	pod 14 let	20
	15-19 let	3 775
<b>2003</b>	pod 14 let	26
	15-19 let	3 687
<b>2004</b>	pod 14 let	14
	15-19 let	3 645
<b>2005</b>	pod 14 let	19
	15-19 let	3 483
<b>2006</b>	pod 14 let	19
	15-19 let	3 471
<b>2007</b>	pod 14 let	18
	15-19 let	3 516
<b>2008</b>	pod 14 let	14
	15-19 let	3 596
<b>2009</b>	pod 14 let	15
	15-19 let	3 599
<b>2010</b>	pod 14 let	15
	15-19 let	3 341
<b>2011</b>	pod 14 let	19
	15-19 let	3 054
<b>2012</b>	pod 14 let	12
	15-19 let	3 054

zdroj: <http://www.uzis.cz/search/node/ro%C4%8Denky>

Příloha č. 3 – Psychosociální screening u dospívajícího

<b>Typ školy</b>	<input type="checkbox"/> ZŠ	<input type="checkbox"/> SOU	<input type="checkbox"/> SŠ	<input type="checkbox"/> gymnázium	<input type="checkbox"/> jiný typ
<b>Prospěch</b>	Nejhorší známka na posledním vysvědčení ..... kolikrát .....				
	Zhoršil/a ses v posledním roce v učení?			<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Opakuješ ročník?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Proč? .....	
	Byl/a jsi vyloučen/a ze školy?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Proč? .....	
<b>Volný čas, záliby</b>	Většinu volného času trávím		1. .... 2. ....		
	Co si myslíš o drogách? .....				
	A co si myslí tvoji přátelé o drogách? .....				
	Užil jsi nějakou drogu? .....				

zdroj: FAIT, T.; VRABLÍK, M.; ČEŠKA, R. Preventivní medicína. MAXDORF, 2011. 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7, strana 50

## Příloha č. 4 – Dotazník pro dospívající

Vážený dospívající,

jmenuji se Aneta Rothová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma: **Prevence rizikového chování dospívajících**. Je zaměřen na **užívání alkoholu** dospívajícími.

Ráda bych Vás poprosila o jeho vyplnění. Dotazník je **zcela anonymní** a zjištěné údaje budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. U každé otázky zaškrtněte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Dotazník je určen pro dospívající, kteří navštěvují deváté třídy základních škol a první ročníky středních škol.

Děkuji za Vaši spolupráci a pravdivé vyplnění dotazníku.

Aneta Rothová

1. **Věk:**       14       15       16       jiný: .....
2. **Pohlaví:**  žena       muž
3. **Jakou školu navštěvuješ?** .....
4. **Pil/a jsi někdy alkohol?**     ano     ne (pokud jsi odpověděl/a ne, pokračuj otázkou č.7)
5. **S kým jsi poprvé konzumoval/a alkohol?**  
 s rodiči                       s kamarády  
 sám                               ostatní: .....
6. **Kde jsi poprvé konzumoval/a alkohol?**  
 doma                               v restauraci  
 na diskotéce                       ostatní: .....

**7. V jakém věku (pokud vůbec) jsi poprvé pil/a nebo zkusil/a následující věci?**

(označ jeden rámeček v každém řádku)

Poprvé ve věku: Nikdy    9 let, méně    10 let    11 let    12 let    13 let    14 let    15 let    16 let, více

- |                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Pil/ a pivo*                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Pil/a alkopops* <sup>o</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Pil/a víno*                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Pil/a destilát*              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Opil/a alkoholem             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

( \* alespoň jednu sklenici ) ( <sup>o</sup> alkopops – alkoholizované limonády např. s vodkou )

**8. Odkud většinou získáš alkohol? (zaškrtni všechny možnosti, které pro tebe platí)**

- alkohol jsem ještě nekonzumoval/a       od rodičů
- od staršího sourozence       od kamarádů
- od rodičů tvého kamaráda/kamarádky     od jiných dospělých
- vezmu ho z domova bez dovolení
- vezmu ho z domova s povolením rodičů
- v hospodě/baru/na diskotéce       v obchodě/supermarketu
- jinde: .....

**9. Pokud jsi již kupoval/a alkohol, byl/a jsi někdy vyzván/a od prodejce alkoholu**

- k prokázání svého věku?**     vždy     většinou     výjimečně  
 nikdy     ne, protože alkohol jsem zatím nekupoval/a

**10. Nabídl ti rodiče někdy alkohol?**     ano     ne

**11. Mluvili s tebou rodiče o rizicích konzumace alkoholu?**     ano     ne

**12. Mluvil s tebou praktický lékař/ lékařka pro děti a dorost na preventivní**

**prohlídce o negativním vlivu alkoholu na tvé zdraví?**

- ano, v kolika letech?.....
- ne

**13. Jakou formou ses ve škole dozvěděl/a o rizicích užívání alkoholu?**

- při výuce biologie  při výuce jiného předmětu, jakého? .....
- měli jsme samostatnou přednášku na toto téma
- ve škole jsme takovou problematiku neřešili
- jinak: .....

**14. Kdy jsi naposledy zaregistroval/a kampaň nebo mediální prezentaci prevence užívání alkoholu dospívajícími?**

- během posledního měsíce
- během posledního roku
- nikdy

**15. Pokud jsi nějakou kampaň nebo mediální prezentaci zaregistroval/a, napiš prosím jakou?**

.....

**16. Máš nějakou volnočasovou aktivitu?**  ano,  sport

- hudba
- výtvarné práce
- technický kroužek, programování
- jinou: .....

ne

**17. Máš nějakou volnočasovou aktivitu, které se věnuješ společně s rodiči?**

ano  ne



## Příloha č. 5 – Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

jmenuji se Aneta Rothová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma: **Prevence rizikového chování dospívajících**. Je zaměřen na **užívání alkoholu** dospívajícími.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku. Dotazník je **zcela anonymní** a zjištěné údaje budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. U každé otázky zaškrtněte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Dotazník je určen pro rodiče, kteří mají děti ve věku 14 až 16 let.

Děkuji Vám za Vaši spolupráci.

Aneta Rothová

1. **Věk vašeho dítěte:**  14  15  16  jiný: .....
2. **Pohlaví vašeho dítěte:**  žena  muž
3. **Ve vztahu k dítěti jste:**  matka  otec
4. **Myslíte si, že vaše dítě již konzumovalo alkohol?**  ano  ne
5. **V jakém věku se domníváte, že vaše dítě pilo nebo zkusilo následující věci?**

(označte jeden rámeček v každém řádku)

Poprvé ve věku:	Nikdy	9 let, méně	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let, více
a) Pilo pivo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pilo alkopops* <sup>o</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pilo víno*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pilo destilát*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Opilo alkoholem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(\* alespoň jednu sklenici) ( <sup>o</sup> alkopops – alkoholizované limonády např. s vodkou )

**6. Kde se domníváte, že vaše dítě ve většině případů získá alkohol?**

- domnívám se, že alkohol ještě nekonzumovalo       od vás
- od staršího sourozence       od kamarádů
- od rodičů kamaráda/kamarádky       od jiných dospělých
- vezme si ho z domova bez dovolení       vezme si ho z domova s povolením
- v hospodě/ baru/ na diskotéce       v obchodě/supermarketu
- jinde: .....

**7. Domníváte se, že kdyby si vaše dítě kupovalo alkohol, bylo by prodejci vyzváno k prokázání věku?**       vždy       většinou       výjimečně       nikdy

**8. Nabídl/a jste někdy svému dítěti alkohol?**       ano       ne

**9. Kdo vaše dítě informoval o rizicích užívání alkoholu?**

- s dítětem jsem o problému mluvil sám/sama
- učitelé při výuce
- odborníci při přednášce nebo besedě
- praktický dětský lékař/lékařka
- někdo jiný: .....
- nikdo

**10. Kdy naposledy jste zaregistroval/a kampaň nebo mediální prezentaci prevence užívání alkoholu dospívajícími?**       během posledního měsíce

během posledního roku

nikdy

**11. Pokud jste nějakou kampaň nebo mediální prezentaci zaregistroval/a, napište prosím jakou?**

.....

12. Víte, co dělá vaše dítě během svého volného času?  vždy
- většinou
- někdy
- obvykle ne
13. Vedete své dítě k volnočasovým aktivitám?  ano  ne
14. Máte nějaké aktivity, kterým se věnujete společně s vaším dítětem?  ano  ne

Vážená paní/Vážený pane,

v listopadu 2013 jste se zúčastnil/a výzkumu týkajícího se konzumace alkoholu dospívajícími. Dotazník jste vyplňoval/a odpoledne na třídních schůzkách, vaše dítě ve stejný den dopoledne během výuky. Výzkumu se zúčastnilo 145 dospívajících a 107 rodičů.

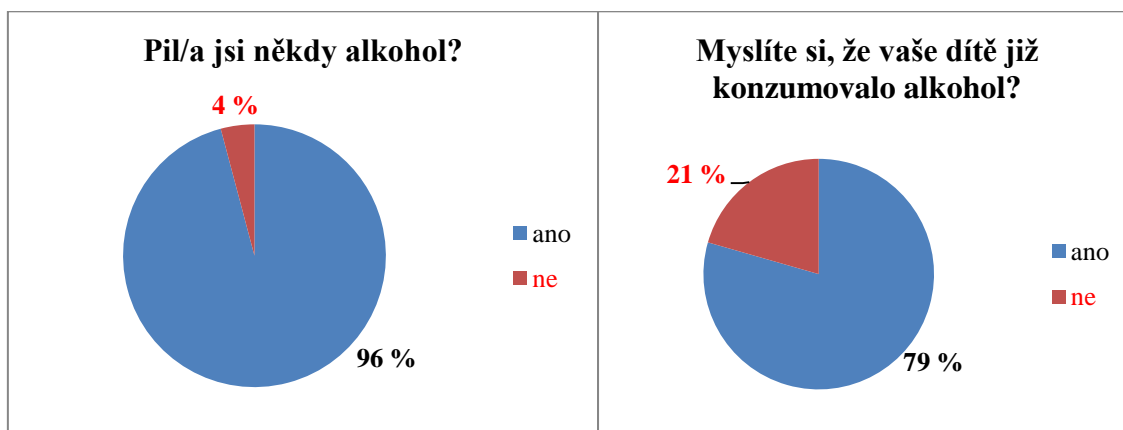
Dovolte mi Vám předložit nejzajímavější výsledky z mého výzkumu.

Otázka: *Pil/a jsi někdy alkohol? (dospívající)*

*Myslíte si, že vaše dítě již konzumovalo alkohol? (rodiče)*

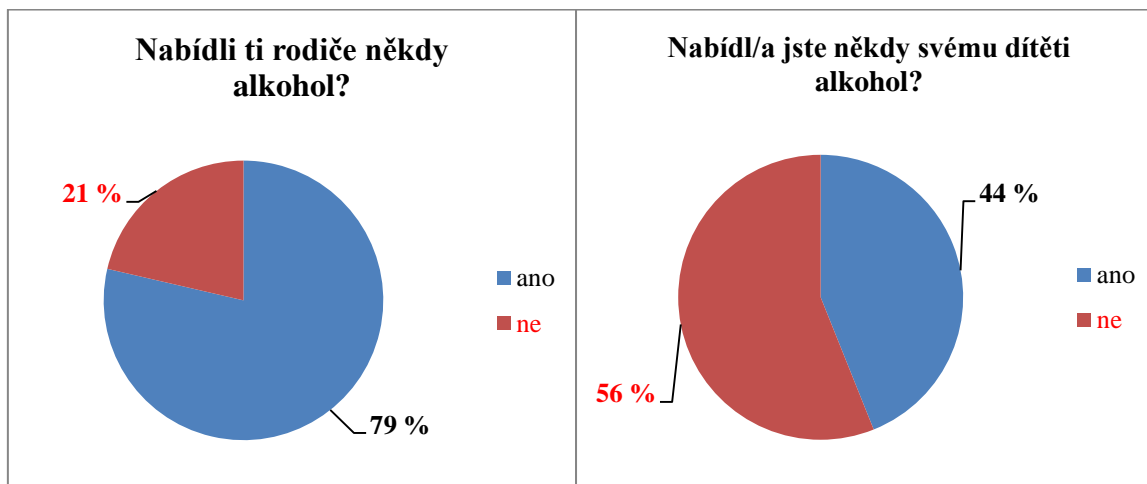
**odpovědi dospívající**

**odpovědi rodiče**



Otázka: *Nabídl ti rodiče někdy alkohol? (dospívající)*

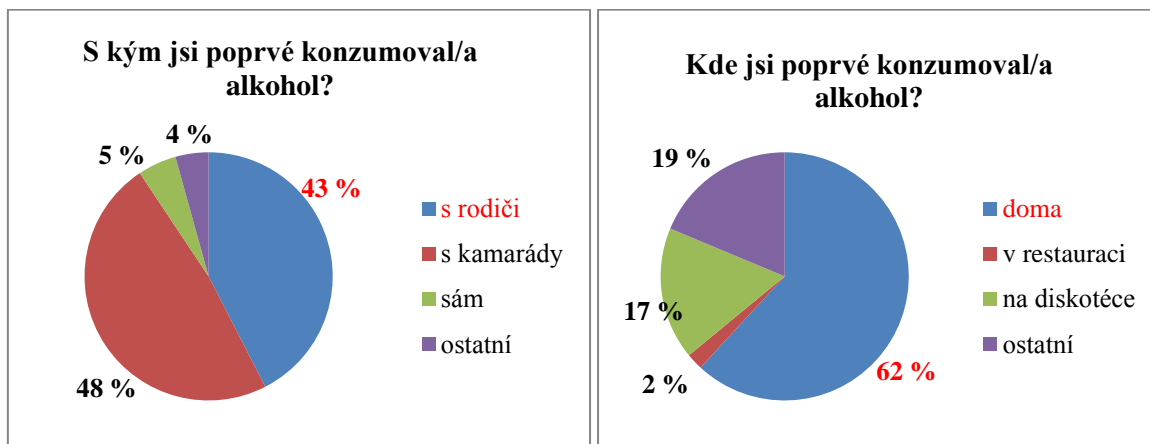
*Nabídl/a jste někdy svému dítěti alkohol? (rodiče)*



Otázka: *S kým jsi poprvé konzumoval/a alkohol? (dospívající)*

*Kde jsi poprvé konzumoval/a alkohol? (dospívající)*

**odpovědi dospívající**



Otázka: *Máš zkušenost s pitím uvedených alkoholických nápojů nebo s opitím? (dospívající)*

*Myslíte si, že má vaše dítě zkušenost s pitím uvedených alkoholických nápojů nebo s opitím? (rodiče)*

**odpovědi dospívající**

**odpovědi rodiče**

	Nemám zkušenost s pitím uvedených alkoholických nápojů, ani s opitím		Domnívám se, že dítě nemá zkušenost s pitím uvedených alkoholických nápojů, ani s opitím
<b>pivo</b>	10,30%	<b>pivo</b>	31,90%
<b>alkopops</b>	20,80%	<b>alkopops</b>	53,30%
<b>víno</b>	19,50%	<b>víno</b>	46,80%
<b>destilát</b>	26,20%	<b>destilát</b>	65,50%
<b>opití</b>	<b>44,60%</b>	<b>opití</b>	<b>84,20%</b>