

CO DĚLAT, KDYŽ – INTERVENCE PEDAGOGA
Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept

Příloha č. 4

Název: Alkohol

Autoři: Mgr. Jaroslav Vacek, Mgr. Jaroslav Šejvl

Typ rizikového chování

Místo alkoholu v naší společnosti

Alkohol má své místo v životním stylu a rituálech u mnohých národů po celém světě. V některých kulturách byl a dodnes je používán jako omamná látka při náboženských obřadech nebo jako součást oslav (Edwards, 2004). Odpradávná je užívání alkoholu spojováno také se způsobem, jak zvládat stresové situace. Zdá se, že uvolnění stresu je dnes primárním motivem, proč lidé užívají alkohol (Holcnerová, 2010).

Fakt, že alkohol je u nás společensky tolerovanou návykovou látkou, mnohdy vytěsňuje oblast problémů způsobených konzumací alkoholu na okraj veřejného zájmu. Výsledky mnoha výzkumů ale ukazují, že v Evropské unii je alkohol návykovou látkou číslo jedna a také primárním problémem z hlediska závislosti (Anderson, 2016). Míra spotřeby alkoholu v obecné populaci přitom setrvává na velmi vysokých hodnotách: vypijeme toho víc, než je dvojnásobek celosvětového průměru. V posledních deseti letech roční spotřeba v Evropě setrvává na množství kolem 11 litrů čistého alkoholu na osobu starší 15 let, což odpovídá necelým 30 g alkoholu (ekvivalent 800 ml desetistupňového piva, 3 dcl vína nebo 60 ml destilátu) na osobu a den (OECD, 2017). Alkohol je v ČR dlouhodobě nejužívanější návykovou látkou, prevalence užití v posledních 30 dnech v obecné populaci je v porovnání se srovnatelně škodlivými drogami sto- a vícenásobně vyšší; jde o desítky procent celkové populace u alkoholu oproti desetinám procent u pervitinu či heroinu (Vacek, Vondráčková, 2012).

Alkohol je v západní společnosti tzv. legální návykovou látkou, přičemž její dostupnost je v různých zemích upravena odlišně. V České republice je podle zákona možné podávat a prodávat alkohol zletilým osobám, tj. osobám od 18 let věku.

Co je alkohol

Alkohol je v chemické terminologii název používaný pro celou skupinu organických látek, konkrétně kyslíkaté deriváty uhlovodíků. Neodborný termín „alkohol“ typicky poukazuje na etylalkohol (etanol) s chemickým vzorcem C_2H_5OH , což je čirá bezbarvá kapalina, neomezeně mísitelná s vodou. Etanol je hlavní psychoaktivní složka alkoholických nápojů. V širším slova smyslu je termín „alkohol“ také používán ve významu alkoholický nápoj. Kromě psychoaktivních účinků má etanol také mírné baktericidní účinky, proto je často užíván jako lokální dezinfekční prostředek. Používá se často ve farmaceutickém a chemickém průmyslu, např. jako rozpouštědlo, konzervant nebo pohonná látka. Pro tyto účely se denaturuje,

znehodnocuje, např. benzinem, metanolem a dalšími látkami, aby nedošlo k jeho zneužití při nelegální výrobě lihovin.

Akutní účinky alkoholu

Alkohol je návyková látka s tlumivými účinky na centrální nervový systém, která ale působí komplexně v podstatě na všechny orgánové soustavy. Akutní intoxikace alkoholem, tj. opilost, bývá obvykle rozdělena podle intenzity na tři stadia, která se projevují různě v chování, myšlení a prožívání konzumenta (Holcnerová, 2010; Kabíček et al., 2012).

Stadia opilosti

1. **Lehká opilost** (u dětí do 0,5 ‰, tj. do 0,5 g alkoholu na 1 kg krve, u dospělých do 1,5 ‰) je charakterizována psychomotorickou excitací, ve které dochází k uvolnění, dobré náladě, snížení úzkosti, zvýšení hovornosti a nárůstu sebevědomí. U dětí bývá toto stadium kratší než u dospělých. Výše uvedené charakteristiky a zejména anxiolytický efekt jsou nejčastějšími důvody užívání alkoholu, přičemž redukce úzkosti hraje významnou roli v posílení dalšího užívání alkoholu, které pak může vést k samotné závislosti.
2. **Střední opilost** (0,5–1 ‰ u dětí, 1,6–3 ‰ u dospělých) vede dále ke zhoršení úsudku, snížení sebekritičnosti a zábran a ke zvýšení agresivity. Objevuje se únava, zpomalení psychomotorických reakcí a jejich další vážnější narušení, například v podobě kolísavé chůze, obtíží při stání či setřelé řeči. Může docházet k zastření vědomí či spánku. Komplikací druhého stadia opilosti mohou být tzv. okénka neboli částečná či úplná amnézie na epizodu užívání alkoholu.
3. **Těžkou opilost** (nad 1 ‰ u dětí, nad 3 ‰ u dospělých) charakterizuje zmatenost, apatie, únava, spavost a často i zvracení. Při velkých dávkách alkoholu dochází k úplnému bezvědomí, necitlivosti, mimovolnému močení a pokálení. Svalstvo je uvolněné, dýchání je pomalé, zornice jsou normální nebo rozšířené a nereagují na světlo. Někdy je člověk zmatený, blouzní, zmítá sebou a tropí povyk. V těžkých případech a při nedostatečné pomoci hrozí smrt následkem utlumení dýchacího centra v prodloužené míše (u dětí již nad 2 ‰).

Vzorci užívání alkoholu

Účinky alkoholu závisejí především na charakteristice konzumenta, zkonsumovaném množství a na vzorcích jeho užívání. Záleží tedy na tom, kdo, kolik alkoholu, jak rychle a za jakých okolností vypije. Vzorcem užívání rozumíme jak konzumentskou epizodu (jednotlivá situace v konkrétním čase a situaci), kdy dochází k pití alkoholu, tak dlouhodobý způsob konzumace. Okamžité účinky alkoholu závisejí na mnoha faktorech, jakými jsou předchozí zkušenosti s jeho užíváním, tolerance k jeho účinkům, očekávání a představy o jeho efektech, ale také množství zkonsumovaného alkoholu, atmosféra a sociální i kulturní kontext jeho užití. Děti a dívky jsou obecně k intoxikaci

citlivější. Chronické následky dlouhodobého užívání alkoholu nejvíce korelují s množstvím užívaného alkoholu a mají stálou podobu bez ohledu na kulturu uživatele (Holcnerová, 2010).

Za jediný bezpečný vzorec užívání alkoholu pro děti je možné považovat **abstinenci**, tedy zdržení se pití až do dospělosti. Většina dospívajících ale s alkoholem **experimentuje**, alespoň jednou vyzkouší jeho účinky. O tzv. **umírněném pití**, tedy konzumaci relativně bezpečného množství za nepřiliš rizikových okolností nelze u dětí uvažovat, protože už samotný fakt konzumace alkoholu dítětem je okolností psychologicky, zdravotně i sociálně rizikovou.

Velmi častým vzorcem užívání alkoholu u dospívajících je především **epizodické, nárazové užívání alkoholu**, které je vázáno na prostředí zábavy a skupinu vrstevníků. Za velmi rizikový vzorec pití je považováno tzv. **binge drinking**, tedy nárazové vypití většího množství alkoholu, které bývá definováno jako vypití 5 a více standardních sklenic při jedné konzumní příležitosti (Sheffield et al., 2005). Standardní sklenice je ale v různých zemích na základě kulturních zvyklostí definována různě. V České republice je za standardní alkoholický nápoj považován takový, který obsahuje 16–18 g etanolu, což zhruba odpovídá 0,5 l desetistupňového piva, 2 dcl vína nebo 1 velkému „panáku“ destilátu (40 ml); viz např. dotazník ESPAD. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v množství alkoholu ve standardním nápoji jsou ale opravdu značné, např. Velká Británie používá 8 g, zatímco Spojené státy 14 g (Miovský, 2017).

Dlouhodobé užívání alkoholu, které vede k poškození zdraví, ať už somatického, psychického, nebo sociálního, se v odborné literatuře nazývá **škodlivé užívání alkoholu**. Z medicínského hlediska je tato diagnóza jakýmsi předstupněm závislosti. **Závislost na alkoholu** je pak závažná psychiatrická porucha se specifickými příznaky (neodolatelná chuť na alkohol, ztráta jiných zájmů, zhoršené sebeovládání a neschopnost kontrolovat své pití, zvýšení tolerance, přítomnost odvykacího stavu – abstinčních příznaků a užívání i přes vědomí negativních následků), chronickým průběhem s častými relapsy a komplikovanou prognózou, a to i v případě intenzivní, komplexní a specializované léčby na úrovni somatické, psychické i sociální (Smolík, 1996). Výzkumné práce dokládají, že raný začátek pravidelného pití je silným prediktorem pozdějších problémů. Opakovaně byla výzkumně potvrzena skutečnost, že u osob, které začaly užívat alkohol před 14. rokem věku, se mnohem častěji a dříve (někdy i v průběhu prvních 10 let jeho konzumace) objeví syndrom závislosti na alkoholu (Hingson et al., 2006).

Rizika akutní opilosti

Užití alkoholu kvůli přímému vlivu na mozek negativně ovlivňuje učení, a to zejména **zhoršením pozornosti a poznávacích schopností**. Ovlivněn je zejména úsudek (vliv na mozkovou kůru), paměť – přijímání, uchování a vybavování informací (hipokampus) a koordinace pohybů (mozeček). Tyto negativní vlivy přetrvávají ještě mnoho hodin po odeznění intoxikace (např. v tzv. kocovině). I velmi malé množství užitého alkoholu významně zhoršuje pozornost,

prodlužuje reakční čas a snižuje schopnost koordinace, aniž si musí být těchto změn uživatel vědom, což je velmi nebezpečné zejména v dopravě či při práci se stroji (Vacek, Vondráčková, 2012).

Z akutního hlediska bývá opilost v souvislosti se snížením sebekritičnosti a zábran spojována se **zvýšením rizika úrazovosti**, zejména v dopravě, pracovních, školních, sportovních i rekreačních aktivitách (např. pády, ale i utonutí). Opilost rovněž zvyšuje pravděpodobnost rizikového sexuálního chování a následně i riziko pohlavně přenosných chorob, včetně nákazy HIV. Dále bylo zaznamenáno i zvýšené procento sebevražedného chování, sebepoškozování nebo úrazů v intoxikaci v důsledku mezilidských konfliktů (Holcnerová, 2010). Nejzávažnějším rizikem akutní intoxikace je **předávkování s následkem smrti**.

Rizika dlouhodobého užívání alkoholu

Užívání alkoholu obecně **zvyšuje nemocnost a úmrtnost**, přímo způsobuje přibližně 250 různých chorob a onemocnění (Anderson, 2016), negativní vliv má především na gastrointestinální a kardiovaskulární systém, poškozuje činnost jater a centrální i periferní nervové soustavy, spolupůsobí při rozvoji některých nádorových onemocnění, má negativní vliv na vývoj plodu a vede k některým duševním poruchám, jako např. k depresi. V současné době existují důkazy, že pití alkoholu zvyšuje výskyt rakoviny na minimálně sedmi místech těla. Samozřejmě platí to, že nejvyšší rizika výskytu rakoviny jsou spojena s konzumací vyšších dávek alkoholu, **významná a nikoli bagatelní je však také zátěž u konzumentů středního a malého množství**.

Dětský organismus je vzhledem k vývojové nezralosti mnohem zranitelnější než organismus dospělý. U dětí se při časté konzumaci alkoholu zvyšuje pravděpodobnost onemocnění jater, jelikož tento orgán ještě není schopný rychle odbourat škodlivé látky. Díky moderním zobrazovacím metodám jsou prokázány souvislosti užívání alkoholu v dospívání se změnami ve struktuře a funkcích mozku, které mají vliv jak na myšlení, tak na chování a přetrvávají i po delším období abstinence. Jde zejména o zhoršení paměti, prostorového vnímání a zpracování verbálních i neverbálních informací, čímž je prokazatelně snížena školní úspěšnost, sociální schopnosti a adaptabilita (Guerra, Pascual, 2010; Zucker et al., 2009).

Mýtus o neškodnosti alkoholu

Jak již bylo řečeno, účinky alkoholu závisejí zejména na dávce. Státní zdravotní ústav na základě doporučení Světové zdravotnické organizace stanovil pro naše národní vodítka hranici umírněného pití na max. 24 g/den pro muže a 16 g/den pro ženy, což přibližně odpovídá méně než dvěma sklenicím alkoholu denně pro muže, resp. jedné sklenici pro ženy (rozumějí se zdravé a dospělé osoby). Státní zdravotní ústav ale současně dodává, že pro splnění této definice musejí být v týdnu nejméně 2 dny bez konzumace alkoholu a nárazově nesmí spotřeba překročit 40 g etanolu při jedné konzumentské epizodě (Ruprich, 2015). V žádném případě se nejedná o doporučované denní

	<p>dávky, jde o horní hranici spotřeby, od které dochází k výraznému nárůstu rizik. Vodítka explicitně upozorňují na to, že ani tzv. umírněné, nízkorizikové pití neznamená pití bez rizika a nejlepším způsobem, jak se potenciálním (i když v tomto případě nízkým) rizikům vyhnout, je nepít alkohol vůbec. Vodítka v žádném případě nenabádají ke konzumaci alkoholu ani na úrovni tzv. umírněného/nízkorizikového pití a neobhajují ji (Miovský, 2017).</p> <p>Děti a dospívající by alkohol neměli užívat vůbec, protože by mohl ohrozit jejich zdravý vývoj. Věková hranice 18 let v České republice je ještě relativně benevolentní (např. v USA či Japonsku je konzumace alkoholu možná až od 21 let), i s ohledem na zjištění neurologů, podle nichž se mozek stále vyvíjí, a je tedy zranitelnější až do přibližně 25 let věku (Guerri, Pascual, 2010).</p>
<p>Východiska</p>	<p>Užívání alkoholu v ČR Alkohol je v České republice dlouhodobě nejvíce užívanou návykovou látkou. Z reprezentativního výzkumu v obecné populaci realizovaného v roce 2016, kterého se zúčastnilo 2 875 respondentů ve věku 15–64 let (Mravčík et al., 2017), víme, že v posledních 12 měsících konzumovaly alkohol více než čtyři pětiny respondentů (celkem 82,3 %). Přibližně polovina z nich (41,8 %) pila alkohol s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji, 6,9 % pilo alkohol denně nebo téměř denně (11,6 % mužů a 2,4 % žen). Denní konzumaci alkoholu, stejně jako konzumaci nadměrných dávek alkoholu (tj. konzumaci 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti), uváděli výrazně častěji muži. Denní konzumaci alkoholu uváděli častěji respondenti ve starších věkových skupinách (10,2 % ve věku 55–64 let), konzumaci nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti uváděli naopak častěji respondenti v mladších věkových kategoriích (25–34 let).</p> <p>Za rizikové konzumenty alkoholu lze označit více než 1,5 milionu dospělých (17–20 % dospělé populace), ve vysokém riziku vzniku závislosti nebo přímo závislých na alkoholu je přibližně 600 000 lidí (5–8 % populace). Výrazně častěji jsou přítomni ohrožení muži, ve skupině ohrožených a potenciálně závislých tvoří přibližně čtyři pětiny.</p> <p>Užívání alkoholu českými dětmi a dospívajícími Poznatky o chování dětí ve vztahu k alkoholu vycházejí zejména ze dvou rozsáhlých mezinárodních studií, jichž se Česká republika (ČR) účastní již od roku 1994, resp. 1995. Jde o studii Světové zdravotnické organizace HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, v češtině známá jako studie Mládež a zdraví) a studii ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drugs – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Výzkumné soubory každé studie čítají vždy několik tisíc jedinců a vzorek je svým rozsahem i skladbou reprezentativní pro ČR.</p> <p>Výsledky studie HBSC 2014 V roce 2014 proběhla již šestá vlna sběru dat pro studii HBSC (Gecková et al., 2016). Většina dětí školního věku udává první zkušenosti s</p>

alkoholem ve věku mezi 11. a 13. rokem. Zkušenost s konzumací alkoholu, pravidelné pití alespoň jednou týdně i výskyt opilosti stoupá s věkem, častější je u chlapců. Pití alkoholu v posledních 30 dnech uvádí 15 % chlapců a 8 % dívek v 5. ročníku, 28 % a 19 % v 7. ročníku a 52 % chlapců a 48 % dívek v 9. ročníku. Pravidelné pití alkoholu (alespoň jednou týdně) uvedla 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých. Opilost v posledních 30 dnech uvedla 3 % 11letých, 6 % 13letých a téměř 20 % 15letých. Pravidelné pití alkoholu v 5. a 7. třídě je častější mezi chlapci, v 9. třídě je situace vyrovnaná. Ukázalo se, že k výraznému nárůstu konzumace alkoholu dochází v období mezi 13. a 15. rokem. Ve srovnání s předchozí vlnou studie, realizovanou v r. 2010, byl zaznamenán pokles výskytu pravidelné konzumace alkoholu v kohortě 13letých a 15letých, srovnání indikátorů ovšem komplikuje fakt, že u některých otázek došlo k jejich přeformulování.

Výsledky studie HBSC naznačily také velmi těsnou souvislost mezi pitím alkoholu a jinými formami užívání návykových látek. Mezi nekuřáky je výskyt rizikového pití i kouření marihuany výrazně nižší než mezi denními kuřáky. Tyto poznatky naznačují, že vlivy rodiny, vrstevníků a blízkého sociálního prostředí významně ovlivňují chování dětí školního věku.

Výsledky studie ESPAD 2015

Podle studie ESPAD realizované v ČR v roce 2015 (Chomynová et al., 2016) a zaměřené na 16leté žáky/žákyně a studenty/studentky ochutnalo v životě alkohol 95,8 % studentů (v dalším textu je užíván pojem žák, student, spolužák či kamarád souhrnně pro osoby mužského i ženského pohlaví). V posledních 30 dnech pilo alkohol 68,5 % studentů, s frekvencí 6krát nebo vícekrát (tj. minimálně 1 týdně nebo častěji) konzumovalo alkohol 14,8 % studentů. Přibližně 42,5 % (48,2 % chlapců a 37,1 % dívek) lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu (pili alkohol více než 20krát v životě). Pět a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti (binge drinking) pilo v posledních 30 dnech 41,9 % studentů, 3krát a častěji v posledních 30 dnech toto velmi rizikové chování uvedlo 12,1 % studentů. Průměrný věk první zkušenosti s alkoholem (zjišťováno je vypítí celé sklenice piva, vína, destilátů nebo tzv. alkopops – nápojů obsahujících alkohol, např. vodku či rum, v kombinaci s nealkem, např. sodou, limonádou, ne jen „ochutnání“ nebo vypítí jednoho doušku alkoholu) zůstává dlouhodobě na stejné úrovni – do 9. roku věku (včetně) mělo dlouhodobě zkušenost s alkoholem více než 20 % studentů. První zkušenost s opilostí získávají studenti nejčastěji ve věku 15 let, stále je však v ČR vysoký podíl těch, kteří opilost zažili před svými 15. narozeninami (25,6 %). Preferovaným nápojem mezi 16letými zůstává dlouhodobě pivo, za ním následují destiláty. 3/4 těch, co konzumovali alkohol v posledních 30 dnech, ho pili v hospodě, restauraci, baru nebo na diskotéce.

Mezi roky 2011 a 2015 došlo k výraznému poklesu uváděné konzumace alkoholu, a to k poklesu u zkušeností jak s konzumací alkoholu, tak u rizikové konzumace alkoholu. U všech sledovaných ukazatelů byl zaznamenán pokles u chlapců i u dívek, v případě časté konzumace alkoholu došlo k poklesu u všech druhů alkoholických nápojů. S ohledem

na poměrně překvapivé výsledky, svědčící o výrazné změně trendů hlavních sledovaných indikátorů ve studii ESPAD 2015, byla na jaře 2016, tedy přibližně rok po sběrné fázi studie ESPAD, provedena opakovaná studie s cílem ověřit výsledky zjištěné ve studii ESPAD 2015, jejíž výsledky potvrdily trend snižování prevalence rizikového chování ve vztahu k alkoholu (Mravčík et al., 2017). Zatím se jako přijatelné, ale dosud nepotvrzené možné vysvětlení jeví přeliv rizikového chování části cílové populace směrem k jiným závislostem (např. k závislostnímu chování na internetu a hraní her).

Důvody užívání alkoholu u dětí a dospívajících

Alkohol je mezi mladými lidmi spojován s řadou nejrůznějších očekávání a zejména při pití ve skupině je vnímán jako faktor skupinové koheze. Účinek alkoholu na psychiku a sociální funkce alkoholu mohou již u dětí školního věku vést k aktivnímu vyhledávání příležitostí spojených s konzumací alkoholu. Často jde o okamžik, kdy se (byť zatím nepozorovaně) začíná problém s alkoholem formovat. Dospívající, kteří mají zkušenost s pitím alkoholu a kouřením, zažívají vyšší míru přijetí a zapojení do vrstevnické skupiny. V procesu formování identity pak užívání návykových látek může usnadňovat vyjádření osobního stylu a překonávání limitů, ať už vlastních, či společensky daných. Užívání návykových látek pak dospívající vnímají jako symbol nezávislosti a prostředek, kterým se vymezují vůči rodičovské autoritě. I přes zmiňovanou facilitační funkci, kterou užívání návykových látek sehrává v socializačním procesu v adolescenci, stále převažují rizika, zejména v případě, kdy dospívající začínají s jejich užíváním příliš brzy, kdy se vyskytuje v kombinaci s dalšími formami rizikového chování nebo kdy slouží jako nástroj, který vede k zúžení využívaných vzorců chování při zvládání vývojových problémů a úkolů (Miovský et al., 2015).

Na základě několika výzkumů bylo zjištěno, že během prázdnin stejně jako během volných dnů, svátků, na konci školního roku a prázdnin, na školních výletech či pobytech nebo sportovních událostech je u dětí vyšší riziko užívání alkoholu oproti ostatním dnům v roce (Wersch, Walker, 2009).

Souvislosti užívání alkoholu u dětí

U dětí užívajících alkohol byl zjištěn vyšší výskyt zkušeností s jinými návykovými látkami. Pro dospívající je také typická obliba v hazardování a experimentování, takže hrozí kombinování různých druhů alkoholu, možná otrava či provozování činností, které by ve spojení s alkoholem mohly být nebezpečné (např. sporty, při nichž hrozí úrazy).

Rizikové a protektivní faktory	Rizikové faktory	Doména	Protektivní faktory
	Genetické (závislost na alkoholu u rodičů zvyšuje pravděpodobnost	Rodina	Práce s rodinou, s rodinným systémem, podpora rodiny Dobré rodinné vztahy, jasná pravidla chování, která jsou

	<p>výskytu poruchy u potomků). Specifické: nevhodné konzumní zvyklosti rodičů, špatný rodičovský model.</p> <p>Obecné: Nedostatek rodičovské kontroly, duševní poruchy v rodině, konfliktní partnerské vztahy mezi rodiči, stres, nevhodný výchovný styl, málo času na dítě, neadekvátní komunikace.</p>		<p>sdílena a dodržována, pozitivní rodičovský model, pokud jde o vztah k alkoholu, dostatek času, který rodiče věnují potřebám dítěte a komunikaci s ním.</p>
	<p>„Prokonzumní“ orientace komunity (alkohol je považován za žádoucí součást zábavy). Nevhodné vzory (zpěváci, hudební skupiny, sportovci apod. reprezentující hodnotovou orientaci s vysokým oceněním jakéhokoliv a zejména nadměrného užívání alkoholu nebo jiných drog).</p>	Komunita	<p>Pozitivní vzory v komunitě, které prezentují úspěch ve sportu, umění, práci a životě bez asociace s alkoholem nebo jinými návykovými látkami.</p>
	<p>Silná pouta na nevhodnou vrstevnickou skupinu (kouření a užívání alkoholu ve skupině).</p>	Vrstevníci	<p>Dobrá vrstevnická skupina s přiměřenými zájmy a aktivitami (vhodné jsou i vrstevnické vazby v rámci organizované skupiny, jako např. Junák nebo jiné zájmové organizace).</p>
	<p>Impulzivita, ADHD, poruchy chování a další duševní poruchy.</p>	Osobnost	<p>Zdravá, emočně stabilní osobnost, schopnost sebekontroly.</p>
	<p>Nízké sebehodnocení, velká potřeba ocenění ze strany referenční vrstevnické skupiny.</p>	Jedinec	<p>Dobré sebehodnocení, samostatnost, odolnost vůči skupinovému tlaku, asertivita.</p>
	<p>Příliš kompetitivní školní prostředí, které se nevěnuje mezilidským vztahům a opomíjí zdravý životní styl.</p>	Škola	<p>Škola s důrazem na rozvoj vědomostí i sociálních dovedností, podněcující kooperaci a zdravý životní styl.</p>

<p>Sít' partnerů, spolupráce v komunitě, kraji</p>	<p>Koordinace a spolupráce: Krajští protidrogoví koordinátoři Krajští školští koordinátoři prevence Školská poradenská zařízení (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra) Střediska výchovné péče Zdravotnická centra Orgán sociálně-právní ochrany dětí Policie Školní metodici prevence Školní psychologové</p> <p>Odborná pomoc: Adiktologické ambulance pro děti a dospívající jsou dosud zřízeny pouze v několika krajích: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze (Praha) Prev-Centrum, z.ú. (Praha) Sananim, z.ú. (Praha) Zařízení sociální intervence (Kladno) DRUG-OUT Klub, z.s. (Ústí nad Labem) Pokud nejsou dětské adiktologické ambulance v dosahu, lze se obracet na organizace zabývající se prevencí rizikového chování, léčbou poruch způsobených užíváním drog a snižováním rizik užívání, jejichž aktuální adresář je na Mapě pomoci Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci nebo v Seznamu certifikovaných poskytovatelů programů primární prevence http://www.nuv.cz/t/pracoviste-pro-certifikace. Krajští (nebo místní) protidrogoví koordinátoři (pokud je jejich funkce zřízena) by zároveň měli mít aktuální přehled o dostupných službách v daném regionu.</p> <p>Lůžková detoxifikace určená pro děti je v celé ČR pouze jediná: Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boromejského (Praha)</p> <p>Poradna pro rodiče Sananim, z.ú. (Praha)</p>
<p>Legislativní rámec (krajské plány, strategie, webové odkazy)</p>	<p>Strategické dokumenty Národní strategie protidrogové politiky Akční plán Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže Krajské strategie Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR</p> <p>Zákony Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů, je základním zákonem, který upravuje nakládání a konzumaci alkoholu. V § 2 písm.</p>

f tohoto zákona je přehledná a jasná definice **alkoholického nápoje** – jedná se o jakýkoli nápoj obsahující více než 0,5 % objemových etanolu (nealkoholické pivo je tedy ve smyslu tohoto ustanovení nealkoholickým nápojem). Zákon dále v § 11 jasně vymezuje zákaz a omezení prodeje a podávání alkoholických nápojů. Je zakázáno, mimo jiné, prodávat a podávat alkoholické nápoje: 1) ve škole a školském zařízení, nejde-li o prodej nebo podávání v prostoru školy a školského zařízení využívaného v rámci soustavné přípravy na budoucí povolání v oborech vzdělání se zaměřením na gastronomii, hotelnictví, zemědělství, potravinářství nebo potravinářskou chemii, 2) na akci určené pro osoby mladší 18 let.

Podle odstavce 3 zákaz prodeje nebo podávání alkoholických nápojů neplatí ve škole a školském zařízení po dobu, kdy v něm neprobíhá vyučování nebo výchovná činnost a po kterou provozovatel školy nebo školského zařízení tento prostor poskytl pro jiné účely, než je určen. Podle odstavce 4 se zakazuje prodávat alkoholické nápoje prostřednictvím prodejního automatu a zakazuje se prodávat nebo podávat alkoholický nápoj osobě mladší 18 let.

Pokud se týká orientačního vyšetření žáka ve škole nebo školském zařízení v případě podezření na intoxikaci alkoholem či jinou návykovou látkou, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zásadně vychází ze souhlasu zákonných zástupců s tímto vyšetřením. Výjimku z nezbytnosti udělení souhlasu lze připustit pouze v krajním případě, a současně výhradně ve zvláštních formách výuky (laboratorní práce, sportovní kurz apod.), jež představují odůvodněné riziko ohrožení života či zdraví dětí, žáků, studentů nebo jiných osob, anebo odůvodněné riziko poškození majetku. Jinak smí osobu mladší 18 let, důvodně podezřelou z požití alkoholu nebo jiné návykové látky, podle § 21 odst. 1 a 2 zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, vyzvat k podstoupení orientačního nebo odborného lékařského vyšetření příslušník policie ČR, strážník obecní policie nebo ošetřující lékař povinné osoby. Podle § 22 odst. 1 téhož zákona je pak příslušník policie ČR, strážník obecní policie nebo zdravotnický pracovník osobou oprávněnou orientační vyšetření také provádět, souhlasu zákonného zástupce žáka není třeba. Zákonný zástupce nemůže provedení orientačního vyšetření bránit a nemusí o něm být předem informován. Pokud jde o problematiku testování, odkazujeme dále na přílohu č. 1 Návykové látky (podrobněji viz Šejvl, J. (2018). Limity pro testování dětí při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou ve škole a školském prostředí. *Drugs & Forencis Bulletin*, (24), 2, s. 41–45).

Prodejce alkoholických nápojů je povinen na místech jejich prodeje umístit pro spotřebitele zjevně viditelný text zákazu prodeje alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. Text zákazu prodeje musí být pořízen v českém jazyce černými tiskacími písmeny na bílém podkladě o velikosti písmen nejméně 2 cm (§ 13 odst. 1 cit. zákona). Fyzická osoba, která prodá nebo podá alkoholický nápoj osobě mladší 18 let, může dostat pokutu až 150 000 Kč [§ 35 1 písm. j) a odst. 2 písm. h) cit. zákona], pokud by se jednalo o osobu mladší 15 let, může být uložena pokuta až 300 000 Kč (§ 35 odst. 3 cit. zákona). V případě

	<p>právnícké osoby nebo podnikatele jsou maximální výše pokut obdobně stanoveny na 1 000 000 Kč [§ 36 odst. 1 písm. l) a odst. 10 písm. e) cit. zákona], resp. 2 000 000 Kč (§ 36 odst. 11 cit. zákona).</p> <p>Oblast alkoholu v trestním právu upravují zejména tři ustanovení – trestný čin ohrožování výchovy dítěte podle § 201 zákona č. 40/2009 Sb. (trestní zákoník), trestný čin podání alkoholu dítěti podle § 204 trestního zákoníku a trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 274 trestního zákoníku.</p> <p>Je důležité upozornit na to, že pedagogický pracovník nemůže překračovat v právních věcech své kompetence. Právní kvalifikace jednání je doménou pouze orgánů činných v trestním řízení – tedy Policie ČR, státního zástupce a soudce, nikoli školy, školského zařízení či pedagogického pracovníka.</p>
<p>Prevence – nesespecifická a specifická (všeobecná, indikovaná, selektivní)</p>	<p>Specifickou primární prevencí rizikového chování jsou takové aktivity a programy, které se úzce zaměřují na některou z konkrétních forem rizikového chování, v tomto případě tedy konkrétně na užívání alkoholu. Praxí i výzkumem je opakovaně prověřeným zjištěním, že nesespecifická primární prevence formou nabídky volnočasových aktivit je pro ohrožené děti nedostatečná a tedy neúčinná (Miovský et al., 2015).</p> <p>Specifickou prevencí lze rozdělit do celkem tří úrovní provádění.</p> <p>Všeobecná primární prevence se zaměřuje na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na méně či více rizikové skupiny, zohledňuje pouze její věkové složení a případná specifika daná např. sociálními nebo jinými faktory. Jedná se o programy většinou pro větší počet osob (obvykle jedna třída či obdobná sociální skupina). Selektivní primární prevence se zaměřuje na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj různých forem rizikového chování, tj. jsou víc ohrožené (např. zranitelnější nebo více vystavené působení rizikových faktorů) než jiné skupiny populace. Většinou zde pracujeme s třídním kolektivem či pouze s menšími skupinami. Indikovaná primární prevence je zaměřená na jedince, kteří jsou vystaveni působení výrazně rizikových faktorů, případně u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování. Snahou je zde podchytit problém co nejdříve, správně posoudit a vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a neprodleně tyto intervence zahájit. Jedná se o práci s populací s výrazně zvýšeným rizikem výskytu či počínajících projevů rizikového chování. V tomto smyslu je prakticky již nutná schopnost preventisty či poradenského pracovníka posoudit individuální povahu a specifika daného případu a následně navrhnout postup řešení, včetně posouzení dalších případných intervencí či v případné nutnosti zahájení cílené práce prostřednictvím zapojení školního psychologa či vnějšího poradenského subjektu. Tato úroveň prevence již bezpodmínečně vyžaduje např. speciální pedagogické, psychologické nebo jiné podobné vzdělání s průpravou pro práci preventisty (Miovský et al., 2015).</p>

Za **neúčinnou primární prevencí** považujeme zastrašování a triviální přístup „prostě řekni ne“, citové apely, pouhé předávání informací, samostatně realizované jednorázové akce, potlačování diskuse, stigmatizování a znevažování osobních postojů žáka/studenta, přednášky, pouhé sledování filmu, besedy s bývalými uživateli (ex-usery) na základních školách, nezapojení žáků/studentů do aktivit a nerespektování jejich názorů, politiku nulové tolerance ve škole a testování žáků jako náhražku za kontinuální primární prevenci. Také hromadné kulturní či sportovní aktivity nebo návštěva historických a kulturních památek s pasivní účastí nejsou považovány za prevenci. Naopak jako **účinná primární prevence** se jeví interaktivní, soustavné a dlouhodobé, aktivizující a potřebám cílové skupiny přizpůsobené programy, které kromě předávání pravdivých a vyvážených informací (znalostí) aktivně pracují také s postoji a chováním dětí (Miovský et al., 2015). Efektivní programy probíhají v menších skupinách (tj. třídní kolektiv, nikoliv několik tříd nebo celá škola najednou) a zahrnují nácvik sociálních a autoregulačních dovedností, mezi které patří zejm. dovednosti odmítání, zvládání úzkosti a stresu – relaxační techniky, řešení problémů, zvládání konfliktů, přiměřeného sebezproszování, rozhodování, mediální gramotnosti apod.

Cílem primární prevence je předcházet a redukovat míru rizik spojených s užíváním alkoholu. Snahou je zamezit u co nejvyššího počtu žáků tomu, aby se u nich výraznější projevy rizikového chování vůbec objevily. Tento cíl se však jeví v praxi jako neuskutečnitelný, proto jsou definovány také obecnější realistické cíle prevence užívání alkoholu, a to zejména: 1) oddálit iniciaci a rozvoj projevů rizikového chování do co nejvyššího věku a minimalizovat rizika spojená s tímto chováním; 2) působit a motivovat jedince k upuštění od rizikového chování a podporovat je k návratu k životnímu stylu, jenž není spojen s rizikovým chováním; 3) zajistit ochranu adekvátními prostředky před dopady rizikového chování a motivovat jedince k využití specializované pomoci v poradenské a léčebné oblasti. V případě výše zmíněných pragmatických cílů se v podstatě jedná již o **sekundární prevenci**, tedy o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování u osob, které jsou rizikovým chováním ohroženy.

Konkrétní doporučení pro realizaci primární prevence

Žáci by měli dostávat informace o alkoholu, jeho povaze, účincích a rizicích **přiměřeně věku, zkušenostem a postojům** k jeho užívání. První experimenty s alkoholem se objevují ve věku mezi 11 a 13 lety a největší nárůst zkušeností, včetně tzv. binge drinking, je před 15. rokem věku. Obdobně se proměňují také postoje. Zatímco děti na 1. stupni ZŠ mají postoj k alkoholu obvykle veskrze negativní a odmítají ho, na 2. stupni dochází u podstatné části žáků k obratu a po přechodu na střední školu je obraz alkoholu pro mnohé naopak spíše pozitivní, což se projevuje např. i v tom, že na střední škole je oblíbenost v kolektivu mnohem více spojena s užíváním alkoholu, než je tomu na základní škole (Diego et al., 2003).

1. stupeň ZŠ: Cílem prevence je pochopení rizik spojených s užíváním alkoholu, upevnění zdravých postojů, osvojení si dovednosti odmítání alkoholu a oddálení prvních experimentů s pitím do co nejpozdějšího věku. Forma by měla být srozumitelná, úměrná kognitivnímu vývoji dětí, interaktivní a hravá. Pedagog i rodič jsou pro děti mladšího školního věku klíčovými autoritami a mají tudíž významnou roli při formování jejich postojů k rizikovému chování včetně užívání alkoholu.

2. stupeň ZŠ: Vzhledem k často již proběhlým iniciačním experimentům s alkoholem je cílem prevence v tomto období navíc zabránit rizikovému a pravidelnému užívání alkoholu. Postoje k užívání alkoholu se již více formují na základě vlivu vrstevníků, důležité je proto posilovat dovednosti k odmítání a schopnost čelit tlaku vrstevníků. Poskytované informace o alkoholu, jeho účincích a rizicích užívání by měly být pravdivé a vyvážené (tedy např. včetně artikulace pozitivních účinků a dílčích přínosů), protože žáci již mají s alkoholem osobní zkušenosti a spolu se zkreslenou informací by mohli odmítnout celé sdělení pro nedůvěryhodnost informátora.

SŠ: Přejít na střední školu a formování nového kolektivu představuje velkou změnu, která se může ve vztahu k užívání alkoholu projevit jak pozitivně, tak negativně. U nemalé části studentů jsou již vytvořené vzorce rizikového a pravidelného užívání alkoholu, což rozšiřuje preventivní cíle o změnu chování směrem k abstinenci a zabránění rozvoji škod z užívání alkoholu. Preventivní snahy mohou směřovat k rozpoznání vlastní motivace k užívání alkoholu, pochopení osobních hodnot vztahujících se k rizikovému chování (zdraví, svoboda, zodpovědnost, vztahy apod.), a hlubšímu pochopení rizik spojených s užíváním alkoholu včetně rozvoje závislosti. Přístup pedagoga by neměl být represivní, ale naopak partnerský, respektující zodpovědnost dospívajících studentů.

Screening a krátká intervence

V případě žáků chovajících se ve vztahu k alkoholu rizikově nebo s podezřením na rozvíjející se závislost může pedagog využít metodu krátké intervence. Jedná se o individuální přístup ve formě krátkého rozhovoru s daným žákem vedoucího ke uvědomění konkrétních rizik užívání alkoholu, posílení motivace ke snížení užívání nebo k abstinenci a předání kontaktu na odbornou pomoc. Předpokladem smysluplné realizace takového rozhovoru je důvěra ze strany žáka, nehodnotící a partnerský přístup pedagoga. Metoda krátké intervence je primárně určena pro praktické lékaře, ale může ji využít kdokoli, kdo je s dítětem v kontaktu a má zájem o jeho zdraví.

Samotné krátké intervenci předchází **screening**, tedy zhodnocení užívání a míry rizika. Lze např. využít jednoduchou otázku na to, v kolika dnech dítě v uplynulém roce pilo alkohol, přičemž pro různé věkové skupiny odpovídá určitý počet dnů mírnému, střednímu nebo vysokému riziku (Pavlovská, 2012). U mladších dětí začínáme otázkou na pití alkoholu mezi přáteli dítěte, je to méně ohrožující a otevírá to

pole pro diskusi o alkoholu: „Máš nějaké kamarády, kteří pili v posledním roce pivo, víno nebo jiný nápoj obsahující alkohol?“ V případě kladné odpovědi pokračujeme: „A co ty – kolikrát jsi v posledním roce vypil/a víc než pár doušků piva, vína nebo jiného nápoje obsahujícího alkohol?“ U starších dětí se můžeme zeptat přímo na pití jedince a pak se dodatečně ptát také na binge drinking: „Pokud tví přátelé pijí alkohol, kolik drinků obvykle vypijí během jedné příležitosti?“ U dětí lze vypít již 3–5 skleniček (podle věku a pohlaví) při jedné příležitosti považovat za vysoce rizikové. Při záporných odpovědích je třeba ocenit výběr přátel a zdravé návyky, při kladných odpovědích identifikovat míru rizika podle následující tabulky a pokračovat v rozhovoru s intervencí.

Věk	Nízké riziko	Střední riziko	Vysoké riziko
méně než 11 let	–	–	1 a více dnů
12–15 let	–	1–5 dnů	6 a více dnů
16 let	1–5 dnů	6–11 dnů	12 a více dnů
17 let	1–5 dnů	6–23 dnů	24 a více dnů
18 let	1–11 dnů	12–51 dnů	52 a více dnů

U dětí, u nichž je zaznamenáno nízké riziko, je doporučeno poskytnout krátké poradenství k zastavení pití (viz níže). U dětí se středním a vysokým rizikem se lze dále ptát na vzorce jejich pití: „Kolik obvykle vypiješ?“ „Kolik jsi nejvíc vypil/a najednou?“, následně na problémy související s užitím alkoholu, případně na užívání dalších drog.

Další screeningovou metodou je jednoduchý dotazník s akronymem **CRAFFT** (Kabiček et al., 2012), který se skládá ze šesti otázek, na které se odpovídá ano/ne. Tuto metodu lze využít i pro zhodnocení rizika plynoucího z užívání jiných drog, např. marihuany.

C (car): Jel/a jsi někdy v autě či na motorce řízené někým pod vlivem alkoholu a/nebo jsi někdy řídil/a motocykl pod vlivem alkoholu?

R (relax): Napil/a ses někdy alkoholu, aby ses uvolnil/a, měl/a ze sebe lepší pocit a/nebo abys dobře zapadl/a mezi kamarády?

A (alone): Pil/a jsi někdy alkohol, když jsi byl/a o samotě?

F (forget): Stalo se ti někdy, že jsi zapomněl/a, co jsi dělal/a, když ses napil/a alkoholu?

F (family/friends): Řekl ti někdo z rodiny či kamarádů, že bys měl/a omezit své pití?

T (trouble): Dostal/a ses někdy do obtíží, když jsi pil/a alkohol?

Při vyhodnocování se sčítají kladné odpovědi:

0 – patrně se nejedná o závislost: měl by následovat krátký rozhovor, v němž vyjádříme souhlas s negativním postojem k užívání alkoholu a oceníme jeho/její odpovědnost.

	<p>1 – příležitostné užívání: měla by následovat krátká intervence.</p> <p>2–3 – škodlivé užívání: měla by následovat krátká intervence a odeslání k důkladnému vyšetření, případně do vhodné terapeutické péče.</p> <p>4–6 – patrně se jedná o závislost: je třeba odborná léčba – krátká intervence pravděpodobně nebude dostačující, odeslání do specializované adiktologické léčby.</p> <p>Krátká intervence vychází z techniky motivačních rozhovorů (podrobněji viz Kabíček et al., 2012) a jejím základem je zpětná vazba založená na výsledku screeningu. Lze doporučit následující schéma: Zpětná vazba – podání informací o riziku nebo poškození, např. zdůrazněním negativních následků užívání alkoholu a rozvoje rizika v případě dalšího pokračování nebo srovnáním míry užívání žáka s průměrnými hodnotami užívání v odpovídající vrstevnické skupině.</p> <p>Důraz na osobní odpovědnost za změnu chování – předání informací, že pouze žák sám je zodpovědný za to, jak se bude chovat ve vztahu k alkoholu, a tedy jakou kvalitu bude mít v důsledku jeho život.</p> <p>Rada ke změně – jasné, stručné a návodné sdělení, že doporučujete snížení užívání či abstinenci, která jednoduše vede ke snížení rizika a zvýšení kvality života.</p> <p>Nabídka alternativních možností změny – žák může zkusit svou konzumaci nějakým konkrétním způsobem omezit (co do množství nebo frekvence) nebo zcela abstinovat, může zkusit změnu uskutečnit sám, s vaší podporou, s podporou rodiny nebo v rámci nějakého existujícího programu či dostupné služby.</p> <p>Empatie – vyjádření obav o zdraví žáka a pochopení pro jeho prožitky v této konkrétní situaci (změna není snadná a v počátcích bývá nepřijemná).</p> <p>Zvyšování „sebeúčinnosti“ (z angl. „self-efficacy) a optimismu – podpora přesvědčení žáka, že může ovlivňovat svůj život a že je v jeho silách zvládnout těžkosti a překonávat překážky. Lze poukázat na předchozí i dílčí úspěchy a vyjádřit optimismus do budoucna.</p>
<p>Doporučené postupy z hlediska pedagoga – školy a školského zařízení vs. nevhodné postupy</p>	<p>Komunikace o alkoholu, případně o problémech s ním souvisejících</p> <p>Osvědčuje se věcnost, a to jak při předávání informací o návykových látkách, tak při řešení případných problémů. Z interakce s pedagogem mají žáci vycítit zájem o jejich zdraví a prospěch. Totéž platí pro jednání s rodiči. Při sdělování informací o návykových látkách není nutné, aby se pedagog stavěl do role experta, je však žádoucí, aby informace, které šíří, byly ověřené, věcné a odpovídaly stavu poznání o tématu.</p> <p>Prezentování příkrých hodnotících soudů bývá málo efektivní a někdy dokonce kontraproduktivní, zejména děti sdělení nepřijmou pro formu jeho podání. Sdělení formulovaná hodnotícím tónem (např. „Je špatné,</p>

	<p>když děti pijí alkohol.“ nebo „Kouření je špatné, protože způsobuje rakovinu plic.“) jsou méně účinná než sdělení, která jsou suchým konstatováním faktu (např. „Alkohol působí na vyvíjející se nervovou soustavu a může ohrozit zdravý vývoj psychiky. Lékaři i společnost chtějí chránit zdraví mladých lidí, proto ze zákona není dovoleno alkohol podávat nezletilým.“).</p> <p>Při práci s mládeží je velmi důležité klást důraz na informaci, že vznik závislosti není jediným rizikem pití alkoholu. Naprostá většina zdravotních škod i ekonomických ztrát pramení z nadměrného pití nebo pití při nevhodné příležitosti (úrazy, dopravní nehody, předávkování apod.). Proto není vhodné bagatelizovat nebo podcenit ani jednorázový exces s alkoholem, zároveň je třeba citlivě zvážit souvislosti a možné dopady zapojení veřejných složek do řešení daného případu.</p> <p>Doporučení pro rodiče</p> <p>Pokud se zjistí, že dítě opakovaně pije, je vhodné v roli pedagoga působit podpůrně a didakticky i na rodiče. Bez adekvátní spolupráce s rodiči je často snaha pedagogů marná. Rodičům je třeba vhodně připomenout jejich primární odpovědnost za zdravý vývoj dítěte a ve vztahu k alkoholu lze doporučit následující: mluvit o následcích, poukazovat na příklady, naslouchat dítěti, jeho potřebám a vytvořit pocit důvěry, vést dítě k přiměřené sebedůvěře a asertivitě, aby nebylo strženo partou, být pro dítě příkladem ve vztahu k užívání alkoholu, částečně dítěti organizovat čas nebo mu s tím pomoci (zájmy, koníčky, aktivity), stanovit pravidla a přiměřené tresty za jejich nedodržování a raději dříve než později vyhledat odbornou pedagogicko-psychologickou pomoc, případně zajistit další spolupráci se školou a s poradnami. Rodiče by se naopak měli vyhnout popírání nebo skrývání problému, oddalování psychologické pomoci, sebeobviňování, finančním příspěvkům, které by mohlo dítě vydat na nákup alkoholu, fyzickým trestům, odmítnutí pomoci dítěti, zbrklému a zkratkovitému jednání a v neposlední řadě propadání beznaději (Nešpor, Csémy, 1999).</p>
<p>Možnosti a limity pedagoga – školy a školského zařízení</p>	<p>V kompetenci pedagogických a preventivních pracovníků/pracovnic ve škole je zajistit bezpečné prostředí a smysluplné preventivní působení napříč věkovými kategoriemi dětí i tématy spojenými s rizikovým chováním. Pro otevřenou komunikaci s dětmi je vhodné uvědomovat si vlastní postoje k užívání alkoholu a obecně k rizikovému chování a reflektovat také své chování ve vztahu k nim (učitel/ka působí na děti jako vzor). V dalším textu je užíván pojem pracovník, učitel, poradce, lékař, odborník aj. souhrnně pro osoby mužského i ženského pohlaví. Nad tento rámec základního preventivního působení může učitel v mnoha případech odhalit problém v jeho počátcích a často stačí včasné usměrnění dítěte, které je pak schopné korigovat své chování. V případech, kdy je problém závažnější, by měl učitel pomáhat při zajištění vhodné odborné péče. Učitel není specialista na řešení problémů se závislostí a také nenese odpovědnost za řešení problémů,</p>

	<p>kteře přesahují jeho kompetence a poslání. V podmínkách základní školy není velký prostor na aktivní intervenci ze strany pedagoga, ani není možné zásadní intervenci od učitele očekávat. Nicméně je možné rozpoznat problém a v takovém případě je nutné jednat s rodiči, školním psychologem nebo poradnou.</p>
<p>Kdy, koho a v jakém případě vyrozumět (rodiče, PPP, OSPOD, Policii ČR atd.).</p>	<p>Jestliže si žák nebo student přinesl do školy alkohol a jde o porušení školního řádu, škola má postupovat podle § 31 zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon). Žákovi nelze prohledávat osobní věci.</p> <p>V případě nezletilého žáka spolupracujeme s rodiči (zákonnými zástupci dítěte). Je vhodné zjistit, od koho žák alkohol získal. Pokud žák uvede, že alkohol zakoupil v obchodě, je namístě vyrozumět Policii ČR nebo obecní policii o tom, že dochází k prodeji alkoholu dětem, aby bylo provedeno šetření. Pokud pedagogický pracovník zjistí, že žák má u sebe alkohol, může jej vyzvat, aby se ho zbavil nebo jej odložil, zároveň je možné uplatnit sankce podle školního (vnitřního řádu).</p> <p>V případě, že žák uvede, že alkohol vzal doma, je rozhodně vhodné událost probrat s rodiči dítěte a upozornit je na to, že musí zabránit tomu, aby se dítě k alkoholu dostalo, musí být přijata náležitá opatření, neboť rodiče jsou zodpovědní za výchovu dítěte. V případě, že se situace opakuje, je vhodné oznámit věc orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD) k provedení šetření v rodině. Jestliže se jedná o opakovaně nespolupracující rodiče, je namístě řešit situaci, kdy dítě přineslo alkohol z domu, přímo s Policií ČR. Lze podat oznámení, aby policie posoudila, zda nedochází k páchání trestné činnosti v rodině žáka nebo studenta.</p> <p>Pokud žák nebo student ve škole požil alkohol, okamžitě mu v další konzumaci zabráníme. V případě potřeby je poskytnuta předlékařská první pomoc pro intoxikaci alkoholem, při ohrožení života nebo zdraví se neprodleně volá zdravotnická záchranná služba na tísňové lince 155. Pokud je nezletilý žák ve stavu vylučujícím další vzdělávání, musíme vyrozumět zákonného zástupce, aby si dítě přišel vyzvednout. Se zákonným zástupcem je nutné také následně řešit, kde dítě alkohol vzalo a proč ho konzumuje ve škole. Konzumaci alkoholu ve škole je dobré řešit podle školního řádu, se zákonnými zástupci, opakované porušení hlásíme OSPOD a Policii ČR. V takovém případě lze doporučit postup, kdy si zákonný zástupce odvede žáka a následně vyučující hodiny nejsou žákovi omluveny. Opakované podávání nebo prodávání alkoholu dítěti, pokud zjistíme, kdo alkohol podal nebo prodal, zakládá podezření z trestného činu podávání alkoholu dítěti podle § 204 trestního zákoníku, viz výše.</p> <p>Jestliže žák nebo student nabízí ve škole alkohol ostatním žákům, dopouští se přestupku, viz výše. Pokud by podal alkohol jinému žákovi ve větší míře, opakovaně nebo sice v malém množství, ale velkému počtu dětí najednou (ve větší míře), může se jednat o podezření ze spáchání trestného činu podání alkoholu dítěti podle ustanovení § 204 trestního zákoníku (není zde ale povinnost takové jednání překazít ani oznamovací povinnost podle trestního zákoníku). Při zjištění této skutečnosti je namístě přivolat Policii ČR k prošetření události a u nezletilého žáka vyrozumět zákonné zástupce. V případě, že je ohrožen</p>

	<p>život a zdraví dítěte, je nutné zavolat zdravotnickou záchrannou službu. Namísto je také vyrozumění OSPOD, neboť se jedná o dítě požívající alkohol (jsou naplněny podmínky uvedené v § 6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí), a to podléhá oznamovací povinnosti.</p> <p>V případech, kdy se jedná o osobu mladší 18 let, je postup školy založen zpravidla pouze na školském zákoně: i) přinesení alkoholu do školského zařízení, ii) přinesení alkoholu z domova, iii) požití alkoholu ve školském zařízení. V případě nabízení alkoholu ve školském prostředí se může jednat o podezření z přestupku (případně, při splnění dalších, přísnějších podmínek, i o podezření ze spáchání trestného činu), a v takovém případě má školské zařízení možnost volat Policii ČR.</p>
<p>Doporučené odkazy (internetové, literatura apod.)</p>	<p style="text-align: center;">Doporučená literatura</p> <p>Kabíček P., Csémy L., Čápová E. et al. (2012). Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. Praha: Cepros.</p> <p>Kabíček, P., Sulek, Š., Mizerová, L. (2010). Syndrom rizikového chování v dospívání (možnosti efektivní prevence v oblasti abúzu návykových látek). <i>Pediatric pro praxi</i>, 11 (1), s. 46–48.</p> <p>Miovský, M. et al. (2015). Prevence rizikového chování ve školství. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.</p> <p>Nešpor, K., Csémy, L. (2003). Alkohol, drogy a vaše děti. Praha: Sportpropag.</p> <p>Šejvl, J. (Ed.) (2013). Testování dětí a mladistvých ve školských zařízeních při podezření z užití návykové látky: Manuál vhodného postupu. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s.</p> <p style="text-align: center;">Internetové poradny, svépomocné weby, výzkumné instituce</p> <p>http://www.drogovaporadna.cz/ https://www.prevcentrum.cz/nase-sluzby/webova-poradna/ http://poradna.adiktologie.cz/ http://kratke-intervence.info/ https://www.drogy-info.cz/ http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-zavislosti http://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skp.aspx http://www.policie.cz/clanek/drugs-forensics-bulletin-narodni-protidrogove-centraly.aspx</p> <p style="text-align: center;">Použitá literatura</p> <p>Anderson, P. (Ed.) (2016). Alkohol – opomíjená závislost. Zaostřeno 1/2016. Úřad vlády České republiky.</p> <p>Diego, M. A., Field, T. M., Sanders, C. E. (2003). Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. <i>Adolescence</i>, 38 (149), s. 35.</p> <p>Edwards, G. (2004). Záhadná molekula. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.</p> <p>Gecková, M., Dankulincová, Z., Sigmundová, D., Kalman, M. (Eds.)</p>

(2016). Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Guerri, C., Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44 (1), s. 15–26.

Hingson, R. W., Heeren, T., Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, s. 739–746.

Hladík, M. (2009). Alkohol – problém u dětí a mladistvých. *Pediatrica pre prax*, 10 (2), s. 91–93.

Holcnerová, P. (2010). Alkohol – Účinky. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze.

Chomynová, P., Csémy, L., Mravčík, V. (2016). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách 2015. Zaostřeno 5/2016. Úřad vlády České republiky.

Kabíček, P., Csémy, L., Čápková, E. et al. (2012). Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. Praha: Cepros.

Kabíček, P., Sulek, Š., Mizerová, L. (2010). Syndrom rizikového chování v dospívání (možnosti efektivní prevence v oblasti abúzu návykových látek). *Pediatrica pro praxi*, 11 (1), s. 46–48.

Miovský, M. (2017). Pozitivní vliv umírněného pití alkoholu na lidské zdraví: marné hledání třetí strany mince. *Adiktologie*, 17 (2), s. 147–160.

Miovský, M. et al. (2015). Prevence rizikového chování ve školství. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová et al. (2017). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K., Csémy, L. (2003). Alkohol, drogy a vaše děti. Praha: Sportpropag.

OECD (2017). Health at a Glance 2017, OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

Pavlovská, A. (2012). Screening užívání alkoholu a krátká intervence pro děti a mládež. <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/3411/Screening-uzivani-alkoholu-a-kratka-intervence-pro-deti-a-mladez>.

Ruprich, J. (Ed.) (2015). Přehled národních vodítek pro střídmostou konzumaci alkoholických nápojů: nízkorizikové dávky etanolu. Praha: SZÚ.

Sheffield, F. D., Darkes, J., Del Boca, F., Goldman, M. S. (2005). Binge drinking and alcohol-related problems among community college students: Implications for prevention policy. *Journal of American College Health*, 54 (3), s. 137–141.

Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf.

Šejvl, J. (2018). Limity pro testování dětí při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou ve škole a školském prostředí. *Drugs & Forensic Bulletin*, (24) 2, s. 41–45.

Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12) 2, s. 138–151.

	<p>Wersch, A. V., Walker, W. (2009). Binge-drinking in Britain as a Social and Cultural Phenomenon. <i>Journal of Health Psychology</i>, 14 (1), s. 124–134.</p> <p>Zucker, R. A., Donovan, J. E., Masten, A. S., Mattson, M. E., Moss, H. B. (2009). Developmental Processes and Mechanisms: Ages 0–10. <i>Alcohol Research & Health</i>, 32 (1), s. 16–29.</p>
--	--