Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku

Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku

Dagmar Dzúrová
Ladislav Csémy
Jana Spilková
Michala Lustigová
(ed.)

Státní zdravotní ústav
Praha, 2015

Recenzovali (část I a část II):
MUDr. Marie Nejedlá
MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

Vydal Státní zdravotní ústav
Šrobárova 48, 100 42 Praha 10
v Praze v roce 2015
Obálka, layout a zlom Karel Kupka (*www.p3k.cz*)
Tisk Carter\reproplus s. r. o.
1. vydání

© Státní zdravotní ústav, 2015

ISBN 978-80-7071-343-3

„Pijeme na cizí zdraví a ničíme si vlastní."
Jerome Klapka Jerome

Při čtení této a obdobných publikací mne vždy naplňují trochu smíšené pocity. Na jedné straně faktický obsah sdělení, v tomto případě o zdravotně rizikovém chování, který nedává příliš prostoru pro optimismus. Na straně druhé na nejvyšší odborné úrovni odvedená práce, precizně zpracovaná zpráva, vyčerpávající analýza dat a pojmenování problému. Proto si vždy musím nejprve uvědomit, že bohužel nebo bohudík nejsem laickým čtenářem, který s určitou emocí vstřebá informaci, ale že jsem pracovníkem v oblasti veřejného zdravotnictví a jako takový musím publikaci vnímat jako celek. Vždyť jakou cenu by pro mě mělo závažné sdělení bez jasných kontur odborné, vědecké práce. A naopak k čemu by mi byla precizně odvedená studie bez klíčových sdělení. Obojí se zde v tomto případě spojuje, a proto mohu publikaci vnímat jako objektivní a detailní obraz jedné z determinant zdraví a zároveň i jako východisko pro naše snahy tento faktor ovlivnit. Jsem zároveň velmi rád, že v tento moment mohu konstatovat, že naše snažení má velmi konkrétní podobu, a to „Akčního plánu Omezování zdravotně rizikového chování" schváleného Vládou České republiky. Realizace tohoto akčního plánu, stejně jako dalších třinácti, se pomalu rozjíždí. O tom, zda budeme či nebudeme ve své snaze úspěšní, rozhodne řada faktorů. Mimo jiné i průběžné hodnocení efektivity dílčích kroků, což vzhledem k periodicitě studie, o níž publikace podává zprávu, bude daleko jednodušší. Také z tohoto důvodu, jakož i z mnoha dalších bych chtěl touto cestou autorům poděkovat.

MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
Hlavní hygienik ČR a náměstek ministra zdravotnictví

Vážení čtenáři, dostává se Vám do rukou publikace, která popisuje rizikové chování dětí a mládeže v Česku. Získané údaje nejsou radostné. A jsou o to závažnější, že v porovnání se svými vrstevníky v zahraničí, vykazuje česká mládež mnohem větší sklon k tomuto chování. Dokládá to nejen studie ESPAD, která je analyzovaná v publikaci, ale stejné výsledky jsou zjišťovány i v rámci mezinárodní výzkumné studie Světové zdravotnické organizace zaměřené na životní styl dětí a školáků, známé spíše pod anglickou zkratkou HBSC. I ona potvrzuje vysoké procento pravidelných kuřáků mezi patnáctiletými, to, že v této věkové skupině pravidelně pije alkohol třetina dívek a téměř polovina chlapců a zkušenosti s marihuanou má již 30 % z nich. Nebuďme shovívaví k těmto „excesům" a netvařme se, že se nic neděje.
Podívejme se na tuto situaci i z jiné stránky. Nerovnoměrná věková struktura české populace a její stárnutí mění i strukturu nemocí a vyvíjí tlak na udržitelnost zdravotnických a sociálních systémů. Zlepšení zdraví dětí a mládeže je tak výhodnou investicí do budoucna podporující zdravé stárnutí již nyní. Investování do zdraví v průběhu celého životního cyklu a vytváření možností pro posilování zodpovědnosti občanů ke zdraví, které je jedním z nosných pilířů evropské strategie Zdraví 2020, není jen pouhou proklamací.
Rovněž existují fakta a přesvědčivé argumenty, že „zdraví má významný dopad na hospodářskou produktivitu a investice do zdraví představují ekonomický profit a odráží se pozitivně i ve výsledcích jiných odvětví a celkově v prosperitě státu". Některá fakta o stavu české populace jsou pro budoucnost a prosperitu tohoto státu již nyní natolik alarmující, že je nutné žádat o větší zodpovědnost ty, v jejichž kompetenci bylo a je situaci změnit.
A máme-li poskytnout vhodná doporučení ke změně a začít jednat, objektivní fakta potřebujeme. A ta tato publikace přináší.
Dík jejím autorům.

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH
Ředitelka Kanceláře WHO v České republice

Obsah

Seznam tabulek, obrázků a příloh 12
Seznam použitých zkratek 14

Úvod *(Dagmar Dzúrová)* 15

ČÁST I: Mládež a návykové látky v evropském kontextu (data ESPAD)

1. Užívání návykových látek mládeží v Česku a Evropě
(Ladislav Csémy) 20
1.1. Úvod 20
1.2. Projekt ESPAD: metodologické přístupy 20
1.3. Trendy v užívání návykových látek mládeží v Česku 21
1.3.1. Kouření cigaret 21
1.3.2. Pití alkoholických nápojů 21
1.3.3. Užívání nelegálních drog 22
1.4. Užívání návykových látek mládeží v Česku a v Evropě 26
1.4.1. Užívání nelegálních drog v Česku a v Evropě 30
1.4.2. Shrnutí vývoje trendů v užívání návykových látek 31
1.4.3. Rizikové chování a způsob trávení volného času 32
1.4.4. Česko ve srovnání s evropským průměrem 32
1.5. Shrnutí 33

2. Percepce rizika a rizikové chování v Česku a Evropě
(Dagmar Dzúrová, Jana Spilková) 35

3. Jakou roli hrají v Česku faktory rodinného, školního a geografického prostředí?
(Ladislav Kážmér, Dagmar Dzúrová, Ladislav Csémy, Jana Spilková) 38
3.1. Úvod 38
3.2. Teoretická východiska 38
3.3. Data a metody 39
3.4. Analýza a diskuse 39
3.5. Shrnutí 41

ČÁST II: Sonda do zdravotně rizikového chování české mládeže (vlastní on-line šetření)

Charakteristika šetření 46

4. Jak si stojí čeští teenageři? Prevalence rizikového chování
(Michala Lustigová, Dagmar Dzúrová) 49
4.1. Prevalence kouření cigaret 49
4.2. Prevalence konzumace alkoholických nápojů 49
4.3. Prevalence užívání marihuany 51
4.4. Syndrom rizikového chování 52
4.5. Výskyt zdravotně rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle vybraných ukazatelů 52

5. Na geografii záleží: kvalita prostředí v zázemí školy
(Michala Lustigová, Přemysl Štych) 59
5.1. Percipovaná kvalita prostředí 59
5.2. Objektivní kvalita prostředí 60

6. Syndrom rizikového chování: co posilovat, co oslabovat?
(Dagmar Dzúrová, Ladislav Csémy) 64
6.1. Teoretická východiska 64
6.2. Odhad faktorů pomocí analýzy rozhodovacích stromů 66
6.2.1. Doména rodinné zátěže 66
6.2.2. Doména percipovaného fyzického prostředí v zázemí školy 66
6.2.3. Doména percipovaného sociálního prostředí 66
6.2.4. Doména osobnostní 67
6.2.5. Doména urbanisticko-geografická 70
6.3. Shrnutí 70

7. Fyzické prostředí domova a školy: případová studie – Praha
(Jana Spilková, Michal Pitoňák, Dagmar Dzúrová) 72
7.1. Teoretické zarámování – kvalita fyzického prostředí a zdraví 72
7.2. Data a metodologie studie 74
7.3. Výsledky dotazníkového šetření mezi pražskými náctiletými 76
7.4. Terénní šetření charakteristik prostředí jednotlivých škol 79
7.5. Výsledky terénního šetření charakteristik jednotlivých školních prostředí – lokální kontext . . 80
7.6. Diskuze 81
7.7. Shrnutí 82

ČÁST III: Kapitoly expertů: praxe a politika v Česku

8. Cesta ke zdravému městu: příklad dobré praxe *(Nina Nováková)* . . . 86
8.1. Šance a povinnosti municipalit v prevenci rizikového chování dětí a mladistvých . . . 86
8.2. Komunitní plány . . . 86
8.3. Účast mladých při přípravě i realizaci . . . 86
8.4. Zdravé prostředí školy . . . 86
8.5. Co zmůže municipalita . . . 87
8.6. Podpora environmentální výchovy, trávení volného času, bezpečnost veřejných prostor, mezigenerační kontakt . . . 87
8.7. Nízkoprahová centra pro děti . . . 87
8.8. Co ještě obec může . . . 88

9. Přehled současné politiky v oblasti primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v Česku *(Eva Tušková)* . . . 89
9.1. Úvod . . . 89
9.2. Systém primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci Ministerstva vnitra . . . 89
9.3. Politika školské primární prevence rizikového chování dětí a mládeže . . . 90
9.4. Politika primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v resortu zdravotnictví . . . 92

10. Problematika podpory veřejného zdraví v Česku *(Lidmila Hamplová, Jana Lanžová)* . . . 94
10.1. Vývoj podpory veřejného zdraví v Česku . . . 94
10.2. Dotační program Národní program zdraví – projekty podpory zdraví (NPZ–PPZ) . . . 96
10.3. Dotační program Národní program řešení problematiky HIV/AIDS . . . 96
10.4. Podmínky poskytování dotací z obou dotačních programů MZ ČR . . . 97
10.5. Nejčastější nedostatky spojené s předkládáním žádostí o příspěvek z obou dotačních programů . . . 98
10.6. Vyhodnocení efektivity podpory zdraví financovaných z projektů . . . 99

Závěr *(Dagmar Dzúrová)* . . . 101

Summary — Health-risk behaviour among Czech adolescents . . . 105

Přílohy . . . 109

Seznam tabulek, obrázků a příloh

Tabulky

Tabulka 1.1 – Prevalence pravidelného pití alkoholu, chlapci a děvčata ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %) 22
Tabulka 1.2 – Vybrané ukazatele prevalence užívání návykových látek v jednotlivých evropských zemích, 2011 (v %) 27
Tabulka 2.1 – Subjektivní hodnocení rizikovosti návykového chování, ESPAD 2007 37
Tabulka 3.1 – Vzájemné asociace mezi rizikovým užíváním 3 vybraných návykových látek u adolescentů, Česko, ESPAD, 2007 41
Tabulka 3.2 – Prevalenční odhady jednotlivých úrovní vícečetného zdravotně rizikového chování mládeže dle typu rodinného prostředí a populační velikosti města, ESPAD, 2007 42
Tabulka 3.3 – Výstupy z multinomiální logistické regrese. Závisle proměnná – počet užívaných návykových látek. Tříúrovňový model: (1) student → (2) škola → (3) město. Česko, ESPAD, 2007 43
Tabulka 4.1 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle vybraných ukazatelů rodinného prostředí 54
Tabulka 4.2 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle typu zástavby 55
Tabulka 4.3 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle trávení volného času 56
Tabulka 4.4 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle subjektivního vnímání okolí, kvality života a zdraví 57
Tabulka 4.5 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle subjektivního vnímání problémů v zázemí školy 58
Tabulka 5.1 – Subjektivní vnímání problémů v zázemí školy 61
Tabulka 5.2 – Vnímání problémů v zázemí školy v jednotlivých městech a městských částech Prahy 62
Tabulka 5.3 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle objektivních charakteristik zázemí školy 63
Tabulka 7.1 – Datový soubor z hlediska rizikového chování a typů zástavby 76
Tabulka 7.2 – Zátěže u dvou komponent domácího prostředí (vnějšího i vnitřního) 77
Tabulka 7.3 – Zátěže u dvou komponent školního prostředí (vnějšího i vnitřního) 77
Tabulka 7.4 – Hodnocení vnějších rysů prostředí v okolí bydliště a školy dle jednotlivých typů zástavby (průměrné faktorové skóry) 77
Tabulka 7.5 – Hodnocení vnitřních rysů prostředí v okolí bydliště a školy dle jednotlivých typů zástavby (průměrné faktorové skóry) 78
Tabulka 7.6 – Hodnocení vnějších a vnitřních kvalit školního a domácího prostředí a syndromu rizikové chování (průměrné faktorové skóry) 79

Obrázky

Obrázek 1.1 – Prevalence denních a silných denních kuřáků, chlapci, děvčata, věk 16 let, Česko, 2007 a 2011 (v %) . . . 21
Obrázek 1.2 – Vývoj prevalence pravidelného pití alkoholu podle druhu nápoje, mládež ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %) . . . 22
Obrázek 1.3 – Prevalence častého pití nadměrných dávek alkoholu, chlapci a děvčata ve věku 16 let, Česko (%) . . . 23
Obrázek 1.4 – Celoživotní prevalence užití jednotlivých druhů drog, mládež ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %) . . . 23
Obrázek 1.5 – Celoživotní prevalence zkušeností s užitím marihuany, chlapci a děvčata ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %) . . . 24
Obrázek 1.6 – Celoživotní prevalence užívání nekonopných drog, chlapci ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %) . . . 24
Obrázek 1.7 – Celoživotní prevalence užívání nekonopných drog, dívky ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %) . . . 24
Obrázek 1.8 – Prevalence užívání marihuany podle typu navštěvované střední školy, mládež ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %) . . . 25
Obrázek 1.9 – Prevalence kouření cigaret v posledních 30 dnech, mládež ve věku 16 let, Evropa, ESPAD 2011 (%) . . . 26
Obrázek 1.10 – Prevalence pití alkoholu v posledních 30 dnech mezi všemi studenty, v % . . . 28
Obrázek 1.11 – Prevalence pití nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti (tj. pití 5 a více sklenic alkoholu) mezi všemi studenty celkem, v % . . . 29
Obrázek 1.12 – Celoživotní prevalence užití konopných látek mezi studenty celkem, v % . . . 30
Obrázek 1.13 – Rozsah užívání návykových látek mezi českými studenty ve srovnání s evropským průměrem, v % . . . 33
Obrázek 2.1 – Míra prevalence užívání marihuany (A) a percepce rizika užívání marihuany (B) . . . 36
Obrázek 3.1 – Lokalizace škol zařazených do studie ESPAD 2007 v Česku . . . 39
Obrázek 3.2 – Prevalence rizikového užívání návykových látek mezi adolescenty, Česko, ESPAD, 2007 . . . 40
Obrázek II.1 – Webové rozhraní dotazníku . . . 46
Obrázek II.2 – Přehled škol účastnících se výzkumu . . . 47
Obrázek II.3 – Přehled pražských škol účastnících se výzkumu . . . 47
Obrázek 4.1 – Frekvence kouření v posledních 30 dnech . . . 50
Obrázek 4.2 – Prevalence denního kuřáctví ve sledovaných městech a v městských částech Prahy . . . 50
Obrázek 4.3 – Prevalence nadměrné konzumace alkoholu ve sledovaných městech a v městských částech Prahy . . . 50
Obrázek 4.4 – Konzumace pěti nebo více sklenic alkoholu za sebou v posledních 30 dnech . . . 50
Obrázek 4.5 – Frekvence užití marihuany v posledním roce . . . 51
Obrázek 4.6 – Prevalence užívání marihuany ve sledovaných městech a v městských částech Prahy . . . 51
Obrázek 4.7 – Prevalence rizikových faktorů a syndromu rizikového chování ve sledovaných městech a v městských částech Prahy . . . 52
Obrázek 5.1 – Průměrná hodnota kvality prostředí v okolí školy ve sledovaných městech a v městských částech Prahy . . . 60
Obrázek 6.1 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 6 nezávisle proměnných popisujících doménu rodinné zátěže . . . 66
Obrázek 6.2 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 8 nezávisle proměnných popisujících percipované fyzické prostředí v zázemí školy . . . 67
Obrázek 6.3 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 4 nezávisle proměnných popisujících percipované sociální prostředí . . . 68
Obrázek 6.4 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 5 osobnostních proměnných . . . 69

Obrázek 6.5 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 5 urbanisticko-geografických proměnných 69
Obrázek 6.6 – Okolí školy 70
Obrázek 7.1 – Příklad výsledku šetření v zázemí základní školy, buffer 100 metrů a „hot-spoty" . . 80
Obrázek 7.2 – Typický obchod se smíšeným zbožím ve vnitřním městě Prahy 81
Obrázek 7.3 – Typická školní budova zasazená do klasického panelákového sídliště 81
Obrázek 9.1 – Systém prevence kriminality dle Strategie prevence kriminality v Česku na léta 2012–2015 90
Obrázek 9.2 – Systém školské primární prevence rizikového chování dětí a mládeže dle Strategie 2013–18 na příkladu hl. m. Prahy 91
Obrázek 10.1 – Finanční prostředky přidělené v rámci dotačního programu NPZ–PPZ v letech 1993–2015 95
Obrázek 10.2 – Dotační program NPZ–PPZ – počty podpořených projektů, nepodpořených projektů a projektů vyřazených z důvodů formálních nedostatků 95
Obrázek 10.3 – Finanční prostředky přidělené v rámci dotačního programu Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v letech 1992–2015 97
Obrázek 10.4 – Národní program řešení problematiky HIV/AIDS – počty podpořených projektů, nepodpořených projektů a projektů vyřazených z důvodů formálních nedostatků 97

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník on-line šetření 110
Příloha 2 – Abstrakta vyšlých článků autorského týmu s využitím dat ESPAD a vlastního on-line šetření (2011–2015) 126

Seznam použitých zkratek

GIS – geografický informační systém
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV ČR – Ministerstvo vnitra ČR
MZ ČR – Ministerstva zdravotnictví ČR
NPZ–PPZ – Národní program zdraví – projekty podpory zdraví
SRCH – syndrom rizikového chování
WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

DAGMAR DZÚROVÁ

Období dospívání představuje v epidemiologickém výzkumu chování specifické, a pro další vývoj jedince zvlášť kritické období. Jeho důsledky se mohou projevit až v pozdějších etapách jeho individuální životní dráhy. Dospívání je obdobím nejen prvního kontaktu s legálními, snadno dostupnými návykovými látkami (tabák a alkohol), ale také prvních kontaktů a zkušeností s nelegálními návykovými látkami, v prvé řadě marihuanou. Zkušenost s jednou návykovou látkou může vést k zájmu o další látky. Často dochází nejen k rozšíření zkušeností s více návykovými látkami, ale také ke zvyšování frekvence užívání a zvyšování objemu užité látky. Výzkum závislostí potvrzuje, že rané a intenzivní užívání návykových látek u mladých lidí následně vede k četným fyzickým, mentálním a sociálním problémům, a to buď již v samotném období dospívání, nebo později v dospělosti (Newcomb 1997). Z těchto důvodů má výzkum, zaměřený na otázky rizikového užívání více návykových látek současně, zvláštní význam.

Dnes je již také prokázáno, že tolerantní normy dospělých formují postoje mladých lidí. Je známo, že výskyt onemocnění v dospělém věku souvisí s celoživotní zkušeností, zejména s chováním a podmínkami života v časných vývojových stádiích. Je doloženo, že sociálně ekonomické faktory po dobu celého lidského života jsou hlavními determinanty výsledného zdravotního stavu. Rozdíl ve výsledných ukazatelích zdraví (z hlediska úmrtnosti, funkční výkonnosti či kognitivních schopností) se mezi sociálními skupinami s přibývajícím věkem zvyšuje. Přestože zdravotní stav jedince odráží jeho celoživotní způsob života, začátky zdravotně rizikového chování mají zásadní důležitost, a prevence ve vyšším věku má již jen omezenou účinnost.

Konzumace alkoholu, užívání tabáku a ostatních návykových látek patří v Česku k přetrvávajícím závažným společenským problémům. Česká společnost je tradičně velmi tolerantní ke konzumaci návykových látek, v českých rodinách je časté, že sami rodiče nechávají své nezletilé děti si připít alkoholem „na zdraví" a pivní značky podporují vrcholový sport. V rámci Česka stále nemáme dostatek důkazů o stavu zdraví naší mladé populace, o porovnání zdravotně rizikového chování mládeže u nás a v zahraničí a zejména nedostatek ukázek dobré praxe. Výzkum autorského kolektivu této publikace v oblasti zdraví mládeže, nerovností ve zdraví a zdravotních rizik přinesl mnohá zjištění, která byla opublikována v prestižních zahraničních časopisech, často ale nedostupných pro českého čtenáře. Přicházíme proto s touto knihou, která má za cíl opublikovaná zjištění shrnout a posunout poznání v oblasti základního i aplikovaného výzkumu.

Kniha si klade za cíl zařadit se mezi nástroje podpory zdraví. V širším pojetí kniha představuje zdraví české mládeže v kontextu faktorů životních podmínek, životního stylu a interakce s prostředím. Kniha je i o politikách, opatřeních, která zdraví a zdravotní stav populace podporují, a je i o statistikách, které o zdravotně rizikovém chování české mládeže přinášejí podrobnější informace. Podporu zdraví zde chápeme nejen v rovině chování jednotlivců, ale především v kontextu kvality sociálních vazeb a kvality prostředí.

Vlastní obsah knihy je v prvních dvou částech výsledkem práce řešitelského týmu Centra výzkumu zdraví, kvality života a životního stylu GeoQol* na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v Praze, ve třetí, závěrečné části s doplněním o kapitoly přizvaných expertů. Všechny

empirické příspěvky v knize orientované do oblasti základního výzkumu jsou založeny na výsledcích zpracování dvou hlavních zdrojů dat. První tři kapitoly knihy vycházejí z dat mezinárodního projektu *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD (Evropské školní studie o užívání alkoholu a jiných drog), následující čtyři kapitoly rozšiřují poznatky na základě vlastního on-line šetření provedeného ve vybraných základních školách Česka. Ač jsme si dobře vědomi, že výběr respondentů není zcela reprezentativní a že neumožňuje zobecňovat získané poznatky ve statistickém smyslu, jsme přesvědčeni, že má své opodstatnění. Naše hlavní výzkumná metodologická strategie spočívá v tom, že nejprve podrobujeme dostupná data z projektu ESPAD detailním analýzám a následně si pro doplnění chybějících poznatků sestavujeme vlastní dotazník a provádíme on-live šetření. Takovéto propojení umožňuje podle nás věrohodněji podchytit zkoumané rizikové chování mládeže a porozumět více jeho podstatě.

Vlastní obsah knihy je členěn do tří částí. V úvodní kapitole první části knihy *(Ladislav Csémy)* bude konfrontováno užívání návykových látek české mládeže s mládeží evropských zemí. Cílovou skupinou jsou studenti ve věku 16 let a čtyři hlavní zdravotně rizikové kategorie: kouření cigaret, pití alkoholu, užívání nelegálních návykových látek a užívání ostatních návykových látek. Druhá kapitola *(Dagmar Dzúrová* a *Jana Spilková)* rozvíjí předešlou kapitolu a krátce představí rozdíly v subjektivně vnímané míře rizikovosti jednotlivých substancí mládeží evropských zemí. Třetí kapitola *(Ladislav Kážmér, Dagmar Dzúrová, Ladislav Csémy* a *Jana Spilková)* se již zaměří pouze na českou mládež, resp. na prevalenci rizikového chování českých adolescentů, jejich vzájemnou propojenost a podmíněnost v kontextu specifických podmínek rodinného a školního prostředí.

Druhá část knihy má za cíl seznámit čtenáře s poznatky z vlastního on-line šetření. Začíná kapitolou *(Michala Lustigová* a *Dagmar Dzúrová)* podávající přehled o užívání návykových látek 1 025 studentů ve věku 14–15 let z 35 základních škol, vytypovaných na základě předchozích výsledků šetření ESPAD. Prevalence rizikového chování (denní kouření cigaret, nadměrná konzumace alkoholu a užívání marihuany) a prevalence syndromu rizikového chování bude analyzována především v kontextu životního stylu a kvality venkovního prostředí školy, tedy prostředí, které lze cílenými intervencemi nejsnáze ovlivnit. Netradiční pohled na kontext rizikového chování přinese kapitola pátá *(Michala Lustigová* a *Přemysl Štych)*, ve které bude rizikové chování konfrontováno s kvalitou zázemí škol prostřednictvím subjektivně vnímané kvality prostředí a objektivního hodnocení za využití nástrojů GIS. V šesté kapitole *(Dagmar Dzúrová* a *Ladislav Csémy)* budou podrobněji představeny tři teoretické koncepty syndromu rizikového chování (teorie sociálního učení, sociálních norem a problémového chování). K identifikaci rizikových a protektivních faktorů sledovaných domén, dle Jessorovy teorie problémového chování, bude využito vizualizační statistické analýzy rozhodovacích stromů. Poslední kapitola druhé části knihy, sedmá kapitola *(Jana Spilková, Michal Pitoňák* a *Dagmar Dzúrová)* představí první studii zaměřenou na vliv fyzického prostředí. V rámci této kapitoly bude vliv zastavěného území a zdravotně rizikového chování studován optikou vlivu domácího a školního prostředí v rámci několika rozdílných typů pražské zástavby.

Poslední, třetí část knihy je věnována praxi a politice. První z těchto kapitol *(Nina Nováková)* bude příkladem podpory zdravého města. Kapitola reaguje na výsledky šetření v základních školách města Brandýs nad Labem - Stará Boleslav a zasazuje je do širšího rámce činnosti veřejné správy. Druhá kapitola této části *(Eva Tušková)* podá přehled současné politiky v oblasti primární prevence rizikového chování mládeže, systému prevence kriminality, systému školské prevence a systému zdravotnické prevence. Poslední kapitola *(Lidmila Hamplová* a *Jana Lanžová)* pak zastřešuje celé zaměření knihy a informuje o problematice podpory veřejného zdraví a dotačních programech v oblasti zdraví.

A co sdělit závěrem? Věříme, že obsah knihy zaujme, povede k pohloubení poznání a snad tím i nepřímo přispěje ke změně chování české mládeže směrem k upevňování vlastního zdraví a spolutvorbě zdravého prostředí.

---

* GeoQol – geoqol.natur.cuni.cz
Centrum výzkumu zdraví, kvality života a životního stylu v geo-demografických a společensko-ekonomických souvislostech je pracovní skupina složená především z vědecko-pedagogických pracovníků a doktorandů katedry sociální geografie a regionálního rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Poděkování

Dík patří především Interní grantové agentuře Ministerstva zdravotnictví České republiky, s jejíž finanční podporou kolektiv týmu GeoQol v letech 2011–2015 realizoval projekt „Analýza vztahu zdravotně rizikového chování mládeže a sociogeografických determinant prostředí" (č. 12118-5/2011) a rovněž 7. rámcovému programu EU-SOPHIE „Hodnocení dopadu strukturálních politik na nerovnosti v oblasti zdraví a jejich sociální determinanty a podporu změny" (grantové dohody č. 278173). Hlavní výsledky prvního projektu jsou uvedeny v prvních šesti kapitolách knihy, výsledky druhého projektu v kapitole sedmé.

Poděkování je rovněž adresováno 35 základním školám, které se zapojily do projektu zkoumajících rizikové chování mládeže. Bez jejich spolupráce by výzkum nemohl být realizován a nevznikla by ani tato monografie.

V neposlední řadě poděkování patří účastníkům tří „Kulatých stolů", při nichž se formou workshopu diskutovaly strategie s hlavními aktéry a zainteresovanými institucemi.

Literatura

NEWCOMB, M. D. (1997): Psychosocial predictors and consequences of drug use: A developmental perspective within a prospective study. J Addictive Diseases, 16, s. 51–89.

ČÁST I

Mládež a návykové látky v evropském kontextu (data ESPAD)

1. Užívání návykových látek mládeží v Česku a Evropě

LADISLAV CSÉMY

Cílem kapitoly je srovnání užívání návykových látek české mládeže s mládeží evropských zemí za využití dat mezinárodního projektu Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách *(European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* – ESPAD). Projekt ESPAD je jedinou celoevropskou studií zaměřenou na zjištění rozsahu užívání návykových látek v populaci dospívajících. Význam projektu spočívá ve vysoké míře srovnatelnosti výsledků, které je dosaženo důslednou aplikací jednotné výzkumné metodologie ve všech zemích zapojených do projektu. Projekt je realizován každé čtyři roky od roku 1995, v roce 2011 proběhla zatím poslední vlna studie. Cílovou skupinou jsou studenti ve věku 16 let, u níž sledujeme tři hlavní zdravotně rizikové kategorie: kouření cigaret, pití alkoholu a užívání nelegálních návykových látek.

1.1. Úvod

Kouření tabáku představuje nejzávažnější preventabilní rizikový faktor, ovlivňující vznik, rozvoj a průběh mnoha onemocnění, přičemž má výrazný dopad na mortalitu celé populace. Odhady provedené nepřímou metodou (Peto a kol. 2003) nebo přímou metodou (Sovinová a kol. 2008a) dokládají, že kouření lze v Česku připsat (rok 2002) celkem 17 700 úmrtí. Každé úmrtí související s kouřením zkracuje očekávanou střední délku života o 15 let. Prevalence kuřáctví v dospělé české populaci se během posledních 15 let podstatně nezměnila (Škodová a kol. 2003; Sovinová, Sadílek, Csémy 2010). U dětí a mladých lidí je vývoj dynamický a zdá se, že regulační opatření mohou mít větší vliv (Sovinová a kol. 2008b). Komplexní studie jako je projekt ESPAD mohou poskytnout poznatky nutné pro cílené preventivní aktivity.

Nadměrná spotřeba alkoholu má obdobně nepříznivé zdravotní dopady jako kouření cigaret. Jak u kouření, tak u rizikového pití alkoholu platí, že raný začátek pravidelného užívání je silným prediktorem pozdějších problémů. Užívání nelegálních drog má devastující účinek na život mladých lidí. Zpravidla narušuje normální psychologický vývoj a sociální integraci, nezřídka znamená zlom ve studiu a v přípravě na povolání, destruuje rodinné a mezilidské vztahy. Marihuaně a jiným drogám budeme věnovat pozornost vzhledem k značnému rozšíření jejich užívání v Česku.

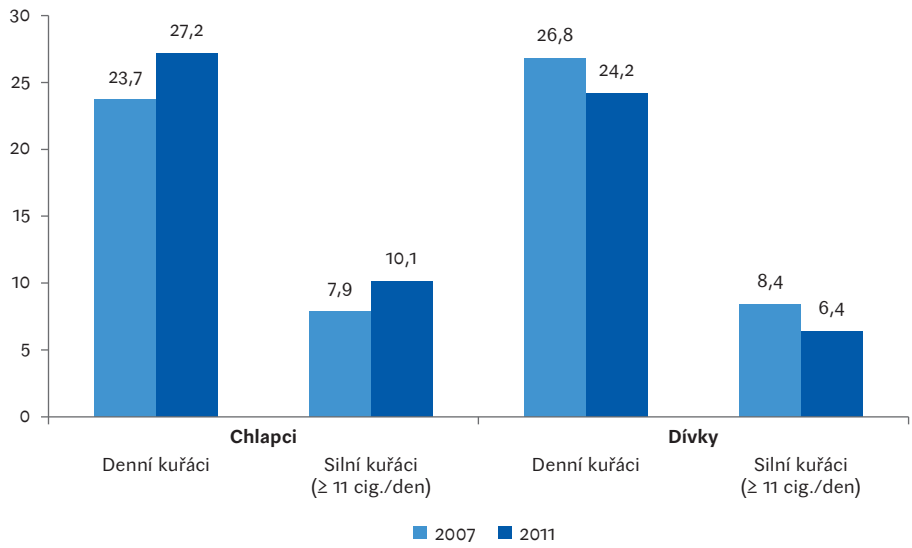
Hlavním cílem projektu ESPAD je podat přehled o rozsahu užívání legálních a nelegálních drog mezi mládeží a porovnat ji se situací v ostatních evropských zemích. Dalším cílem projektu je sledovat trendy ve vývoji situace od roku 1995 a analyzovat základní kontextové vztahy u vybraných indikátorů návykového chování. Hlavní výsledky projektu jsou pravidelně zpřístupňovány formou výzkumných zpráv (Csémy a kol. 2006; Csémy, Chomynová, Sadílek 2009), mezinárodní zprávy jsou vydávány od první vlny studie v roce 1995 (Hibell a kol. 1997, 2000, 2004, 2009, 2012).

Cílem této kapitoly je poskytnout čtenářům přehled o hlavních vývojových trendech pokud jde o užívání návykových látek mezi českými dospívajícími a podat srovnání mezi Českem a ostatními evropskými státy, které se účastnily poslední vlny studie v roce 2011.

1.2. Projekt ESPAD: metodologické přístupy

Projekt ESPAD se primárně zaměřuje na užívání legálních a ilegálních návykových látek adolescenty. Vedle užívání látek zahrnuje výzkumný

Obrázek 1.1 – Prevalence denních a silných denních kuřáků, chlapci, děvčata, věk 16 let, Česko, 2007 a 2011 (v %)
Zdroj dat: projekt ESPAD



dotazník i postoje k návykovým látkám ve smyslu jejich rizikovosti a dostupnosti, očekávání vzhledem k jejich účinkům a problémy, které dotázaní měli s užíváním návykových látek. Výzkumný instrument obsahoval položky zjišťující demografické, rodinné, sociální a ekonomické charakteristiky dotázané osoby. Vedle povinných otázek a otázek z fakultativních modulů si každá země mohla podle zájmu zařadit do studie také vlastní otázky. Jednotný metodologický postup dodržovala každá země, díky tomu byla zaručena vysoká míra srovnatelnosti dat.

Cílovou skupinou studie ESPAD jsou studenti ve věku 16 let, resp. studenti, kteří v roce realizace studie dosáhnou 16 let. V roce 2011 se tedy jednalo o kohortu narozených v roce 1995. Převážně šlo o studenty prvních ročníků středních škol, a zčásti i devátých ročníků základních škol. Výběr souboru byl tedy proveden tak, aby v odpovídajícím poměru zahrnoval žáky 9. tříd základních škol i studenty středních škol. V roce 2011 tvořilo výběrový soubor celkem 3 913 respondentů.

1.3. Trendy v užívání návykových látek mládeží v Česku

1.3.1. Kouření cigaret

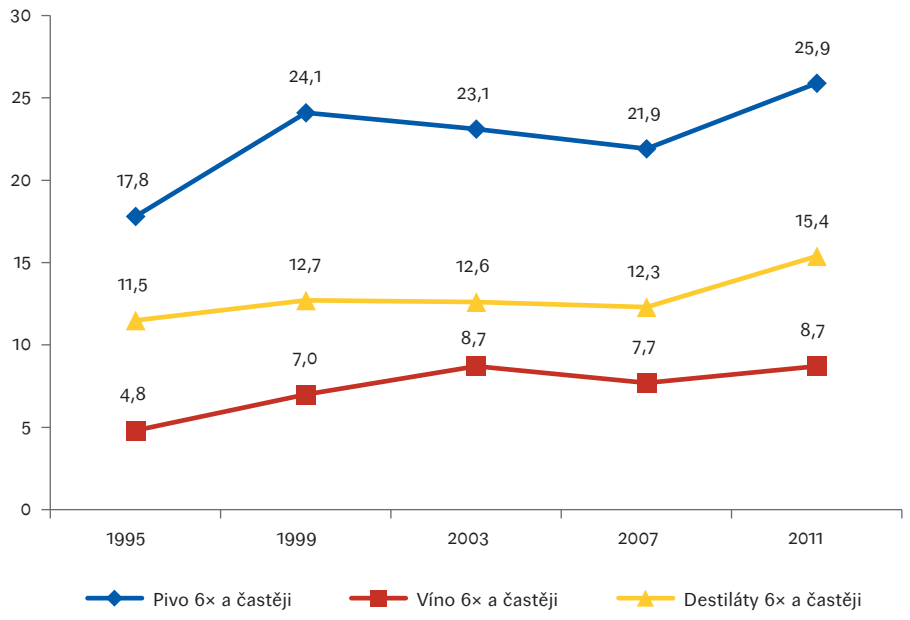
Kouřit cigarety vyzkoušeli tři ze čtyř šestnáctiletých Čechů. Během posledního měsíce před dotazováním kouřilo 42 % dotázaných. Prevalence kuřáctví se prakticky nezměnila, vezmeme-li v úvahu roky 2007 a 2011: denními kuřáky bylo 25,3, resp. 25,7 % souboru a 8 % dotázaných bylo silnými denními kuřáky (11 nebo více kusů cigaret denně). Mezi chlapci bylo v roce 2011 celkem 27 % denních kuřáků, u dívek byla prevalence denního kouření 24 %, kouření 11 a více cigaret denně uvedlo 10 % chlapců a 6 % dívek (obr. 1.1). Ve srovnání s rokem 2007 zůstává denní kuřáctví i silné kouření na stejné úrovni. V roce 2007 uváděly denní kouření více dívky, v roce 2011 byli častějšími denními kuřáky chlapci. Výskyt denního kuřáctví mezi šestnáctiletými je jen o málo nižší než denní kouření mezi dospělými. Zdá se, že u části dospívajících se již v tomto věku vytvořila závislost na nikotinu.

1.3.2. Pití alkoholických nápojů

Pití alkoholických nápojů je mezi dospívajícími v Česku velmi rozšířené. Celoživotních abstinentů bylo jen 2 %. Za pravidelné konzumenty alkoholu (pili alkohol více než 20krát v životě) lze považovat 60 % vzorku (66 % chlapců a 50 % dívek). V posledních 30 dnech pilo alkohol 79 % studentů; téměř 72 % pilo pivo, 47 % pilo víno a téměř 59 % uvedlo pití destilátů v posledních 30 dnech. Vzrůstá obliba pití *alkopops*, tj. limonád s obsahem alkoholu. V západoevropských zemích je tento trend mezi mladými lidmi sledován již delší dobu, u nás potvrzují jeho rostoucí oblibu výzkumy z roku 2007 a 2011. Podle nich pilo *alkopops* někdy v posledním měsíci 41 %, resp. 47 % dotázaných.

Pravidelnou konzumaci alkoholických nápojů jsme operacionalizovali jako pití daného druhu nápoje šestkrát nebo častěji během posledních 30 dnů. Pravidelné pití piva uvedlo 26 %

Obrázek 1.2 – Vývoj prevalence pravidelného pití alkoholu podle druhu nápoje, mládež ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %)
Zdroj dat: projekt ESPAD



dotázaných, 9 % uvedlo pravidelnou konzumaci vína, 10 % konzumaci *alkopops* a více než 15 % konzumaci destilátů (obr. 1.2). Časté pití alkoholických nápojů v posledních 30 dnech) udávají více chlapci, přičemž preferovaným nápojem je u nich pivo. U dívek není preference nápoje tak výrazná jako mezi chlapci, nicméně od roku 1995 vzrůstá u dívek procento těch, které pravidelně pijí pivo. Od roku 1995 vzrostl podíl častých konzumentů všech typů alkoholických nápojů (tabulka 1.1). Mezi lety 2007 a 2011 je možné sledovat nárůst častého pití piva a destilátů u chlapců a nárůst častého pití všech druhů alkoholických nápojů s výjimkou piva u dívek.

Časté pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti (konzumace 5 a více sklenic alkoholu třikrát anebo častěji v posledním měsíci) lze považovat za zdravotně rizikové chování nebo již problémové pití. Data dokládají, že takové formy pití jsou velmi rozšířené mezi chlapci a stávají se stále běžnějšími mezi dívkami. Výskyt v tomto smyslu definovaného rizikového pití lze v roce 2011 odhadnout na 26 % populace chlapců a 16 % populace dívek ve věku 16 let (obr. 1.3).

1.3.3. Užívání nelegálních drog

Celoživotní prevalence

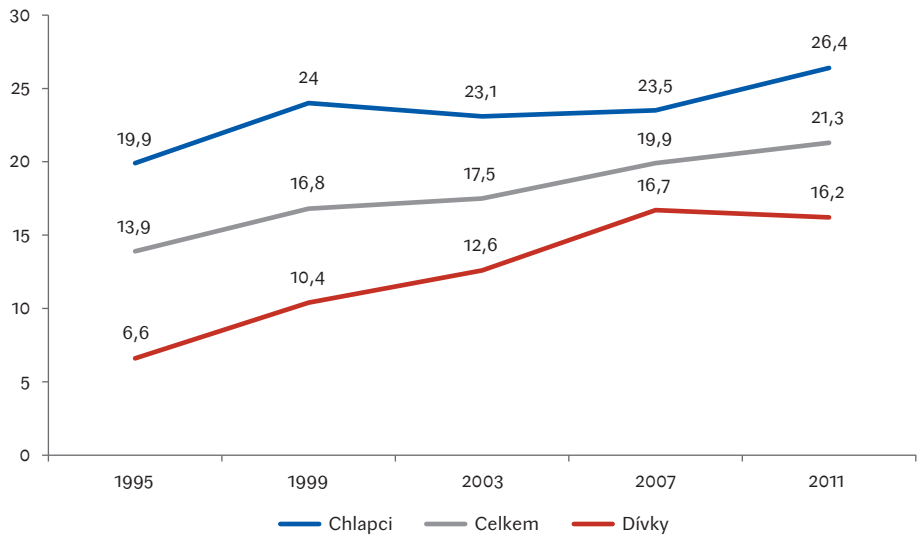
Nejrozšířenější drogou mezi mladými Čechy je jednoznačně marihuana. V roce 2011 s ní mělo zkušenost 42 % šestnáctiletých. Užití jiné nelegální drogy uvedlo celkem 11 % respondentů. Nejrychleji rostly zkušenosti studentů s marihuanou mezi lety 1995 až 2003. V roce 1995 uvedlo užití marihuany 22 % studentů, v roce 2003 již 44 % studentů, v roce 2007 byly zkušenosti studentů s marihuanou prakticky stejné jako při výzkumu

Tabulka 1.1 – Prevalence pravidelného pití alkoholu, chlapci a děvčata ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %)

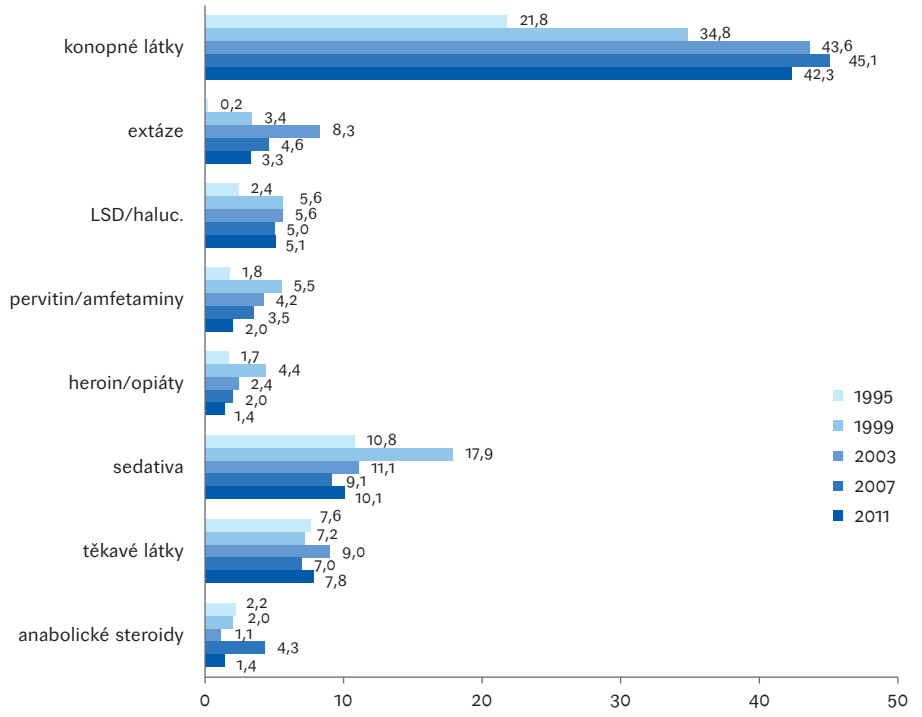
	Chlapci					Dívky				
	1995	1999	2003	2007	2011	1995	1999	2003	2007	2011
Pivo 6krát a častěji	26,7	37,4	33,6	28,7	36,9	6,9	12,1	14,4	15,7	15,6
Víno 6krát a častěji	5,8	6,3	7,8	7,7	7,7	3,7	7,5	9,4	7,8	9,3
Alkopops 6krát a častěji	—	—	—	7,3	10,6	—	—	—	7,0	9,3
Destiláty 6krát a častěji	13,0	15,5	14,0	13,8	18,8	9,7	10,1	11,4	10,8	12,2

Zdroj dat: projekt ESPAD

Obrázek 1.3 – Prevalence častého pití nadměrných dávek alkoholu, chlapci a děvčata ve věku 16 let, Česko (%)
Zdroj dat: projekt ESPAD



Obrázek 1.4 – Celoživotní prevalence užití jednotlivých druhů drog, mládež ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %)
Zdroj dat: projekt ESPAD



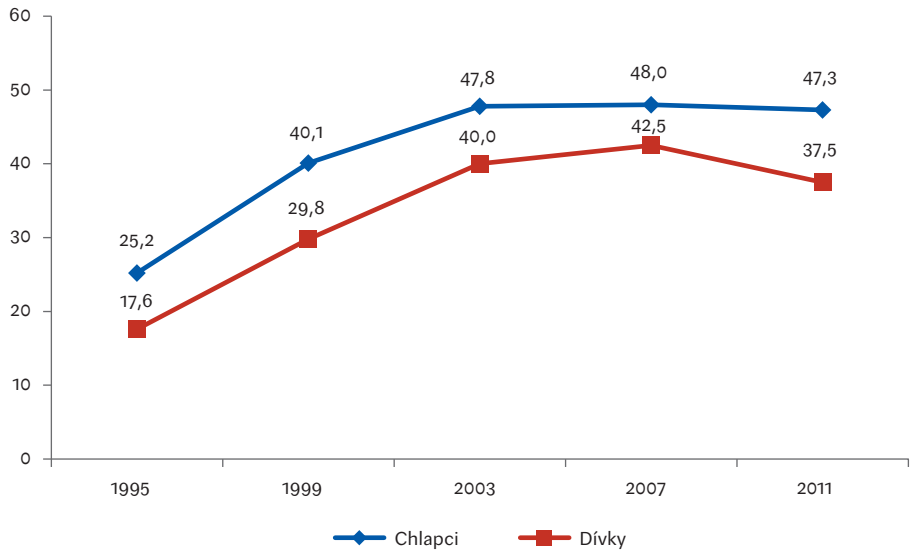
v roce 2003 (45 %). V roce 2011 byl poprvé zaznamenán pokles na 42 % (obr. 1.4).

Užití jiné než konopné drogy narostlo mezi roky 1995 a 1999 a od té doby je stabilně na úrovni kolem 10 %. Výskyt injekčního užití drog mezi studenty je dlouhodobě na minimální úrovni.

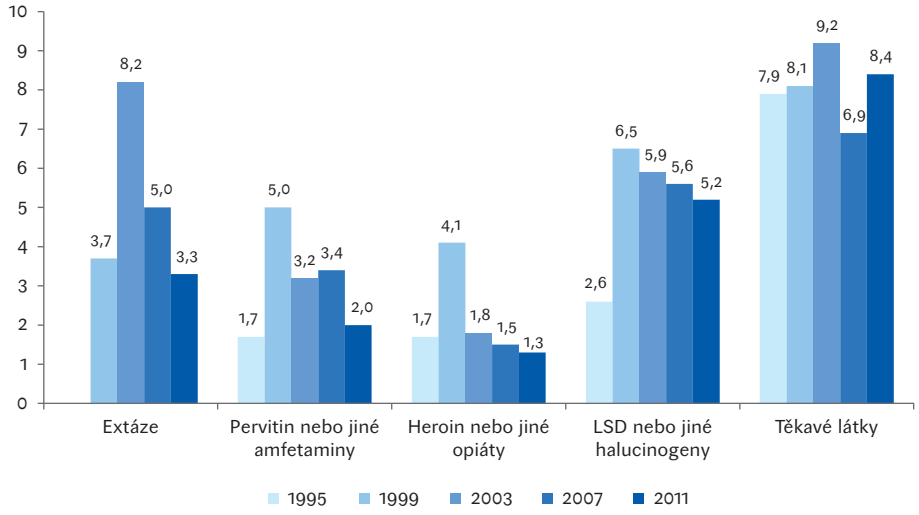
Užívání dalších nelegálních drog bylo v roce 2011 výrazně méně rozšířené: halucinogenní houby (7 %) a LSD (5 %), teprve za nimi následovalo užití extáze (3 %). Užití pervitinu v životě uvedla 2 % dotázaných, heroin nebo jiné opiáty užilo 1 % respondentů. Relativně rozšířené byly mezi studenty zkušenosti s užitím léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře (10 %) a inhalování rozpouštědel (8 %).

Při porovnání změn mezi roky 2007 až 2011 lze konstatovat, že u většiny sledovaných drog došlo k poklesu prevalence jejich užívání, a to včetně konopných látek, kde se trend obrátil poprvé od roku 1995. Zároveň pokračoval zřetelný pokles užívání extáze, což může souviset se změnou obliby techno party, hudebních stylů. Svou roli sehrály asi i změny na trhu s extází a s novými syntetickými drogami.

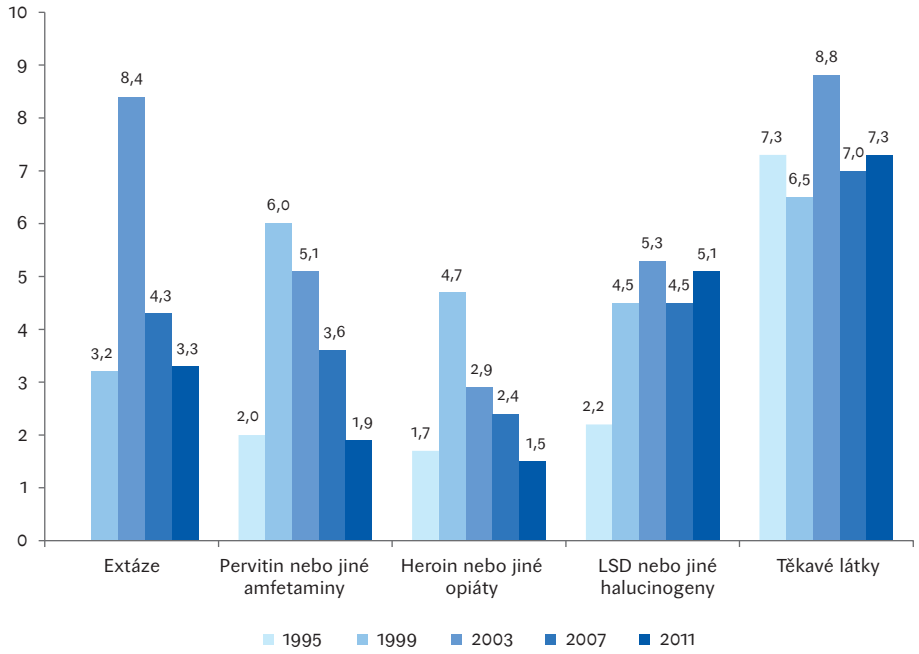
Obrázek 1.5 – Celoživotní prevalence zkušeností s užitím marihuany, chlapci a děvčata ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %)
Zdroj dat: projekt ESPAD



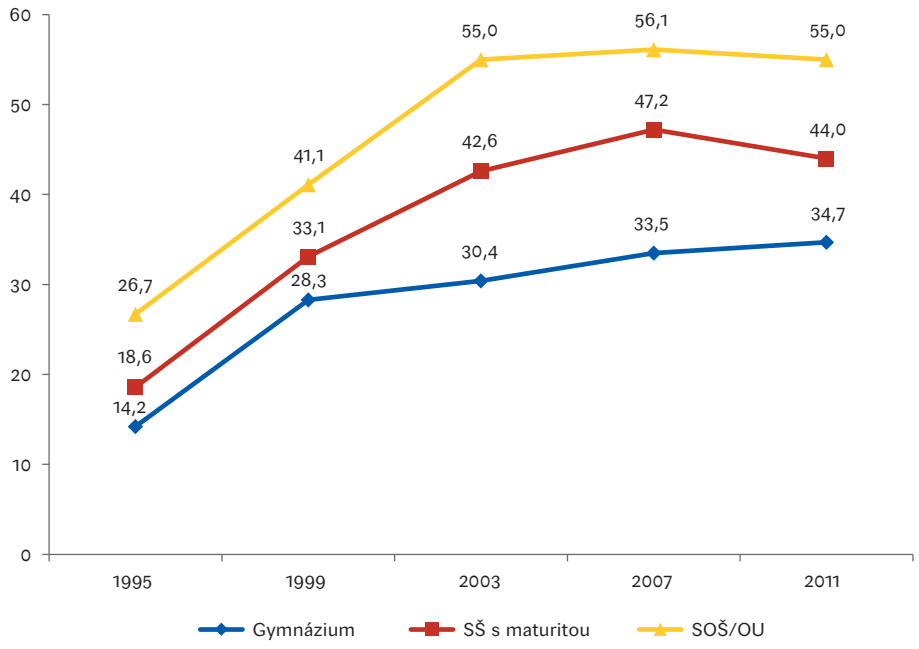
Obrázek 1.6 – Celoživotní prevalence užívání nekonopných drog, chlapci ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %)
Zdroj dat: projekt ESPAD



Obrázek 1.7 – Celoživotní prevalence užívání nekonopných drog, dívky ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %)
Zdroj dat: projekt ESPAD



Obrázek 1.8 – Prevalence užívání marihuany podle typu navštěvované střední školy, mládež ve věku 16 let, Česko, 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011 (v %)
Zdroj dat: projekt ESPAD



Užívání nelegálních drog v posledním roce a posledních 30 dnech

Užívání drog v posledním roce a posledním měsíci má větší informační význam než celoživotní prevalence. Marihuanu užilo v posledním roce 30 % dotázaných, necelých 15 % ji užilo v posledních 30 dnech. Extázi užila v posledních 12 měsících necelá 2 % šestnáctiletých, pervitin 1 % a těkavé látky 4 % studentů. Prevalence užívání drog v posledním roce vztažená k celoživotní prevalenci naznačuje, že k první zkušenosti s drogami došlo často právě v období uplynulého roku. S výjimkou užití konopných drog je prevalence užití nelegálních drog v horizontu posledních 30 dní mezi šestnáctiletými na minimální úrovni.

Genderové rozdíly

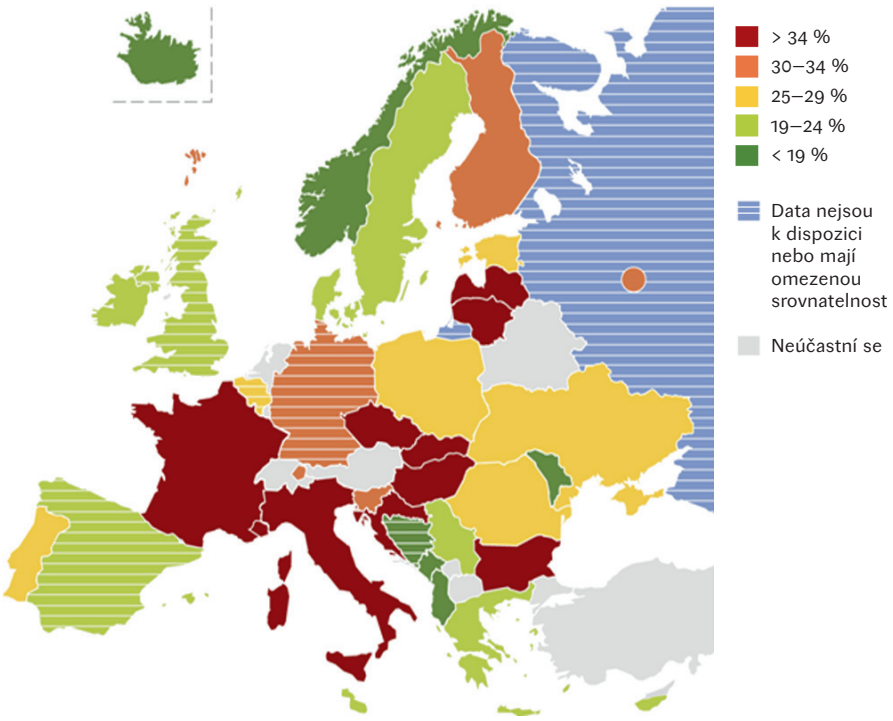
S výjimkou užívání konopných drog nejsou genderové rozdíly nijak výrazné. Celoživotní zkušenost s užíváním marihuany byla u dívek v roce 2011 o deset procentních bodů nižší než u chlapců a rozdíly přetrvávaly od roku 1995 (obr. 1.5). Obrázky 1.6 a 1.7 ukazují, že rozdíly mezi pohlavími jsou u užívání nekonopných drog zanedbatelné. Stírání rozdílů v prevalenci užití drog mezi pohlavími naznačují, že ve vztahu k užívání nelegálních drog jsou postojové normy mladých chlapců a dívek shodné a subjektivní norma přípustnosti užívání drog není ovlivňována pohlavím. Určité rozdíly zůstávají pouze u užívání sedativ a analgetik, které bylo vždy více rozšířené mezi dívkami, a u užívání anabolik, kde mají naopak výrazně vyšší hodnoty chlapci.

Rozdíly v užívání drog podle typu školy

Ve výběrovém souboru byli středoškoláci ze tří typů škol: gymnázií, středních odborných škol s maturitou a učňovských škol. Zastoupení studentů podle typu školy bylo shodné s distribucí pro celou populaci. Výsledky průzkumu ukázaly, že rozšířenost zkušeností s drogami byla nepřímo úměrná akademickým aspiracím studentů (obr. 1.8). Nízká úroveň vzdělání či nízká úroveň studijních aspirací patří mezi sociodemografické rizikové faktory, které ovlivňují rozsah zkušeností s návykovými látkami. Ukázalo se, že v období mezi roky 1995 až 2003 sice užívání drog mezi studenty gymnázií rostlo, avšak mnohem mírněji než mezi studenty odborných středních škol a především studenty středních odborných učilišť.

Mezi lety 2003 až 2011 byla situace již více stabilní; dále však platí, že studenti učňovských škol a studenti odborných středních škol měli zkušenosti s užitím drog výrazně vyšší než gymnazisté. Zatímco studenti gymnázií uvedli v roce 2011 zkušenost s konopnými látkami v 35 % případů, obdobnou zkušenost uvedlo 44 % studentů středních škol s maturitou a dokonce 55 % studentů středních odborných škol a učilišť (obr. 1.8.). Zároveň se však také ukázalo, že ve srovnání s rokem 2007 došlo k největším změnám

Obrázek 1.9 – Prevalence kouření cigaret v posledních 30 dnech, mládež ve věku 16 let, Evropa, ESPAD 2011 (%)
Zdroj: Hibell et al. 2012, str. 67



v rozsahu užívání drog mezi studenty středních škol s maturitou – došlo k poklesu zkušeností s konopnými látkami a zároveň nárůstu zkušeností s nekonopnými drogami.

1.4. Užívání návykových látek mládeží v Česku a v Evropě

Při srovnávání situace v Česku a v Evropě budeme vycházet především z výsledků zatím poslední vlny studie, která byla provedena v roce 2011. Údaje jsou převzaty z mezinárodní zprávy (Hibell a kol. 2012). Studie ESPAD se v roce 2011 kromě Česka účastnily tyto země: Albánie, Belgie (Vlámsko), Bosna a Hercegovina (Republika srbská), Bulharsko, Černá Hora, Dánsko, Estonsko, Faerské ostrovy, Finsko, Francie, Chorvatsko, Island, Irsko, Itálie, Kypr, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Moldavsko, Monako, Německo (pět spolkových zemí), Norsko, ostrov Man, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Rusko (Moskva), Řecko, Slovensko, Slovinsko, Srbsko, Švédsko, Ukrajina a Velká Británie. Mezinárodní zpráva neobsahuje data z Nizozemska, které se do studie ESPAD zapojilo, nicméně sběr dat probíhal až v podzimních měsících roku 2011 a data nebyla pro mezinárodní srovnání ještě k dispozici.

Mezinárodní srovnání sledovalo čtyři hlavní kategorie: kouření cigaret, pití alkoholu, užívání nelegálních návykových látek a užívání ostatních návykových látek. V této části se budeme věnovat především kouření, pití alkoholu a užívání nelegálních drog s důrazem na užívání marihuany. Z mnoha proměnných jsme vybrali tyto: kouření cigaret během posledních 30 dnů, konzumace jakéhokoliv alkoholického nápoje během posledních 30 dnů, množství (čistého) alkoholu vypitého při poslední příležitosti, pití nadměrných dávek alkoholu v posledních 30 dnech, užití marihuany nebo hašiše (konopných látek) v životě, užití nekonopné drogy v životě. Výsledné hodnoty vybraných ukazatelů jsou shrnuty v tabulce 1.2.

Kouření cigaret mezi mládeží v Česku a v Evropě

Kouření cigaret alespoň jednou v životě uvedlo 54 % dotázaných šestnáctiletých studentů. Nejčastěji kouřili cigarety v životě studenti z Lotyšska (78 %) a Česka (75 %), nejméně z Islandu (26 %), Norska a Černé Hory (30–37 %).

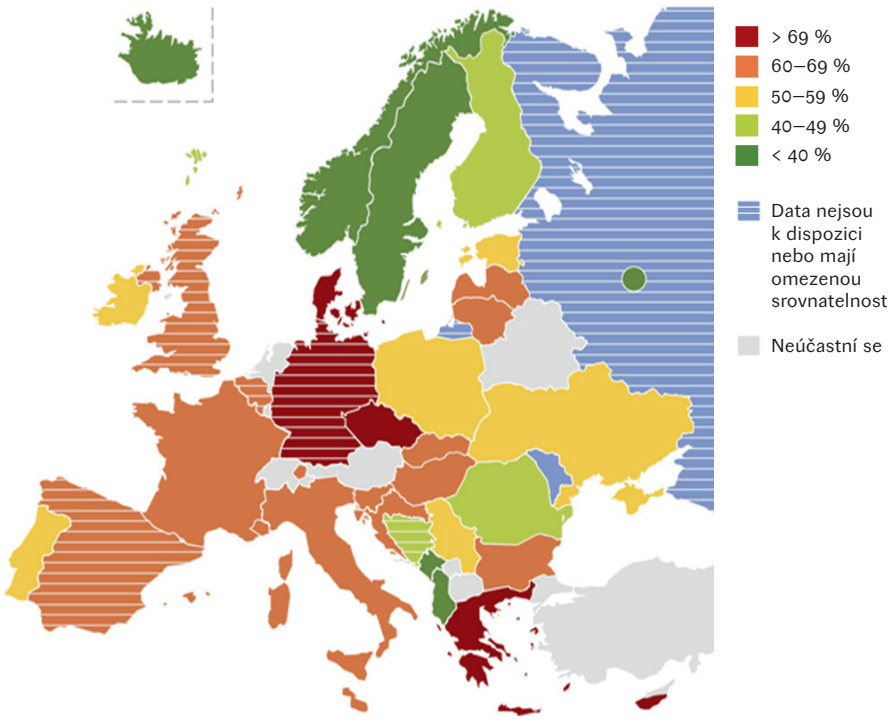
Kouření v posledních 30 dnech vypovídá o aktuální situaci, kterou si celkem spolehlivě vybaví většina respondentů, včetně slabých a příležitostných kuřáků. V posledních 30 dnech kouřilo v Česku 42 % studentů (evropský průměr

Tabulka 1.2 – Vybrané ukazatele prevalence užívání návykových látek v jednotlivých evropských zemích, 2011 (v %)

Země	Kouření cigaret (30d)	Pití alkoholu (30d)	Pití nadměrných dávek alkoholu (30d)*	Množství alkoholu (v cl, 100%) při poslední příležitosti	Užití konopných látek v životě	Užití neko-nopných drog v životě
Albánie	13	32	21	3,0	4	6
Belgie (Vlámsko)	26	69	38	4,7	24	9
Bosna a Hercegovina	15	47	31	3,6	4	2
Bulharsko	39	64	48	4,0	24	10
Černá Hora	12	38	27	3,3	5	5
Česko	*42*	*79*	*54*	*5,6*	*42*	*8*
Dánsko	24	76	56	9,7	18	5
Estonsko	29	59	53	6,0	24	8
Finsko	34	48	35	7,5	11	3
Francie	38	67	44		39	10
Chorvatsko	41	66	54	6,6	18	5
Irsko	21	50	40	6,7	18	6
Island	10	17	13	4,8	10	4
Itálie	36	63	35	4,1	21	6
Kypr	23	70	44	4,5	7	7
Lichtenštejnsko	32	66		5,1	21	8
Litva	37	63		4,3	20	6
Lotyšsko	43	65	49	5,0	24	9
Maďarsko	37	61	45	5,2	19	8
Malta	22	68	56	4,7	10	6
Moldavsko	15		37	2,7	5	4
Německo (5 spolkových zemí)	33	73		5,6	19	8
Norsko	14	35	30	7,1	5	2
Polsko	28	57	37	5,3	23	7
Portugalsko	29	52	22	5,0	16	8
Rumunsko	29	49	36	3,1	7	5
Rusko (Moskva)	31	37	24	3,8	15	5
Řecko	21	72	45	4,2	8	5
Slovensko	39	60	50	5,3	27	7
Slovinsko	32	65	53	5,4	23	6
Srbsko	20	52	36	4,2	7	3
Švédsko	21	38	31	7,0	9	4
Ukrajina	29	54	30	4,2	11	4
Velká Británie	23	65	52	6,7	25	9
Průměr	*28*	*57*	*39*	*5,1*	*17*	*6*

Pozn.: * Pět a více sklenic alkoholu vypitých při jedné příležitosti
Zdroj: Hibell a kol. 2012, s. 12

Obrázek 1.10 – Prevalence pití alkoholu v posledních 30 dnech mezi všemi studenty, ESPAD 2011 (%)
Zdroj: Hibell et al. 2012, str. 71



odpovídá 28 %). Mezi země s vysokou prevalencí (přibližně 40 % kouření v posledních 30 dnech patří kromě Česka také Bulharsko, Chorvatsko, Francie, Lotyšsko a Slovensko (obrázek 1.9). Nízkou prevalenci naopak vykazují Albánie, Island, Černá Hora a Norsko (přibližně 12 %). Denní kouření ve 13 letech a dříve uvedlo 7 % studentů, přibližně 2 % dotázaných vykouřila nejméně jednu krabičku cigaret denně.

Pokud jde o užívání tabáku v posledních třiceti dnech, bylo možné v roce 2011 sledovat velké rozdíly mezi pohlavími v jednotlivých zemích (v 11 zemích byly rozdíly mezi pohlavími významné). Chlapci vykazovali vyšší hodnoty u kouření v posledních 30 dnech v šesti zemích (např. Albánie, Černá Hora, Kypr, Moldavsko, Ukrajina) a dívky v pěti zemích (např. Bulharsko a Francie).

V zemích, kde jsou k dispozici data ze všech proběhlých vln studie, je možné v letech 1999 a 2007 sledovat pokles míry kouření v posledních 30 dnech o 7 procentních bodů, nicméně ve srovnání s rokem 2007 se situace v roce 2011 nezměnila. Ve srovnání let 2007 a 2011 bylo zjištěno, že významně narost podíl studentů, kteří kouřili během posledních 30 dnů, a to v 7 zemích (např. Monako, Portugalsko). Mezi země s největším poklesem míry kouření mezi studenty patří Irsko, Island a Norsko.

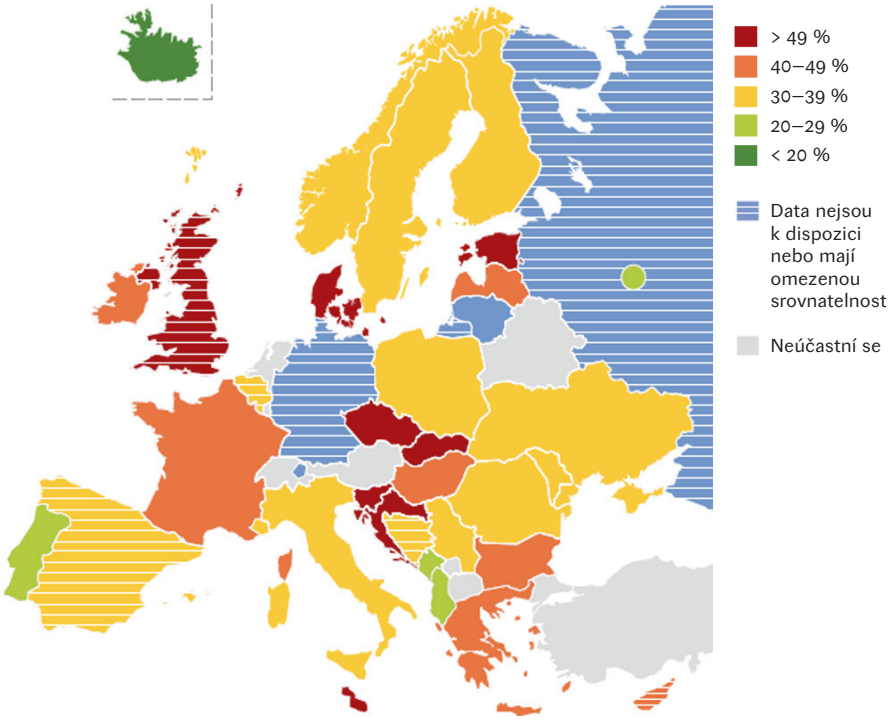
Česko je sice na předních místech, pokud jde o prevalenci kouření cigaret v životě i během posledního měsíce, nicméně mezi českými studenty je oproti jejich vrstevníkům z jiných zemí vyšší procento těch, kdo nekouří denně, a také je jich relativně více mezi slabšími kuřáky.

Konzumace alkoholu mezi mládeží v Česku a v Evropě

Evropa je oblastí světa s velmi nízkou mírou abstinence, a to i mezi mladými lidmi, kdy se pití alkoholu stává v mnoha zemích naprosto běžnou formou chování. Celkem 81 % dotázaných považuje dostupnost alkoholu za celkem snadnou nebo velmi snadnou – nejčastěji se jedná o studenty v Česku, Dánsku, Německu a Řecku (více než 90 % dotázaných), naopak za nejméně dostupný považují alkohol v Albánii (55 %) a na Islandu (62 %).

Zkušenost s užitím alkoholu v životě uvedlo 87 % šestnáctiletých Evropanů; ve všech zemích s výjimkou Islandu pilo alkohol nejméně 70 % dotázaných. Opakovanou konzumaci alkoholu v životě (40krát a vícekrát) uváděli nejčastěji studenti z Česka, Dánska, Německa a Lotyšska (více než 35 % studentů), nejméně naopak studenti z Islandu, Norska a Švédska (méně než 10 %). K nízké frekvenci pití alkoholu ve skandinávských zemích přispívá omezená (státem kontrolovaná)

Obrázek 1.11 – Prevalence pití nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti (tj. pití 5 a více sklenic alkoholu) mezi všemi studenty celkem, ESPAD 2011 (%)
Zdroj: Hibell et al. 2012, str. 79



dostupnost alkoholických nápojů a také jejich vyšší cena. Ve většině zemí bylo u chlapců nejčastěji konzumovaným nápojem pivo, zatímco u dívek destiláty.

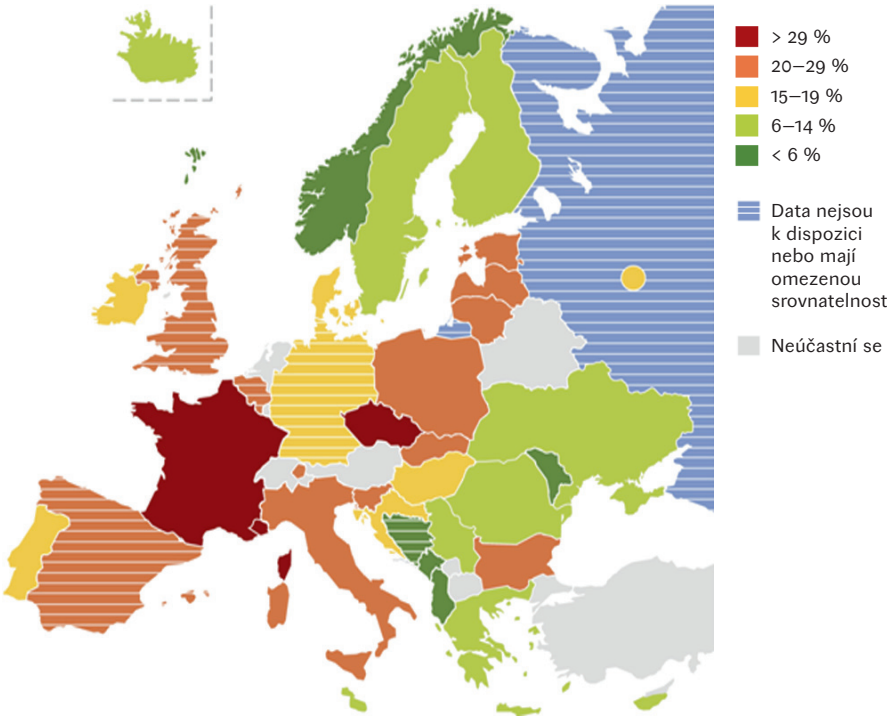
V posledním roce pilo alkohol 79 % studentů, v posledním měsíci 57 % studentů (75 % v Česku a Dánsku, naopak 32 % v Albánii a 17 % na Islandu, obrázek 1.10).

Mezi zeměmi existují odlišnosti v míře konzumace alkoholu mezi chlapci a dívkami – v 15 zemích bylo pití alkoholu v posledních 30 dnech významně vyšší mezi chlapci. Výrazné rozdíly mezi pohlavími byly také zaznamenány v případě odhadované průměrné spotřeby alkoholu při jedné příležitosti, kdy s výjimkou Islandu a Švédska (kde dívky konzumovaly alkohol ve stejné míře jako chlapci) vypili chlapci v průměru o třetinu více alkoholu než dívky. V průměrné spotřebě existují také významné rozdíly mezi zeměmi – vysoká množství alkoholu konzumují studenti v severských zemích a Velké Británii, a to přibližně 3krát vyšší množství než studenti v Albánii, Moldavsku, Černé Hoře nebo Rumunsku. Ukazuje se, že množství zkonzumovaného alkoholu při poslední příležitosti také koresponduje s vnímanou mírou intoxikace mezi studenty v jednotlivých zemích. Průměrné množství alkoholu vypitého při poslední příležitosti v roce 2011 bylo přibližně stejné jako v roce 2007.

Naopak k významným změnám došlo v průběhu času v případě pití nadměrných dávek alkoholu (tj. pití 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti v posledních 30 dnech), kdy došlo k nárůstu podílu konzumentů nadměrných dávek alkoholu z 29 % v roce 1995 na 41 % v roce 2007, a k následnému mírnému poklesu na 38 % (s rozptylem 13 % na Islandu a 56 % v Dánsku a na Maltě – obrázek 1.11). Zároveň došlo také ke snížení podílu chlapců ze 45 % v roce 2007 na 43 % v roce 2011, chlapci však stále vykazují vyšší míru konzumace nadměrných dávek alkoholu při poslední příležitosti. Výjimkami v Evropě jsou Švédsko, kde dívky uváděly výrazně vyšší procento konzumace nadměrných dávek alkoholu, dále pak Finsko, Island a Norsko, kde dívky uváděly stejné hodnoty jako chlapci. K poklesu míry tzv. *binge drinking* došlo především ve skandinávských zemích (Island, Norsko, Švédsko), naopak k nárůstu došlo mezi roky 2007 a 2011 především na Kypru, v Řecku, Maďarsku a Srbsku.

V průměru 6 z 10 studentů uvedlo, že se alespoň jednou napilo alkoholu ve věku 13 let nebo dříve a 12 % z nich již v tomto věku bylo alespoň jednou opilých. Co se týká otázky, zda měli v uplynulém roce v důsledku konzumace alkoholu studenti nějaké problémy, uvedlo 13 % dotázaných sníženou výkonnost ve škole nebo v práci a 12 % vážné problémy ve vztazích s rodiči nebo

Obrázek 1.12 – Celoživotní prevalence užití konopných látek mezi studenty celkem, ESPAD 2011 (%)
Zdroj: Hibell et al. 2012, str. 89



přáteli, chlapci dále uváděli rvačky a nesnáze s policií. Mezi země s nejčastěji uváděnými problémy pramenícími z konzumace alkoholu patří Bulharsko, Česko, Lotyšsko a Slovensko.

V celkem 18 zemích převažovala mezi studenty pozitivní očekávání od konzumace alkoholu, nejčastěji uváděli pozitivní očekávání studenti v Česku a Lichtenštejnsku, následovaní Finskem, Německem, Norskem a Velkou Británií. Studenti v 11 zemích uváděli především negativní očekávání od konzumace alkoholu, jednalo se zejména o studenty v Albánii, Itálii, Bosně a Hercegovině, Černé Hoře a Rumunsku.

1.4.1. Užívání nelegálních drog v Česku a v Evropě

V projektu ESPAD byly v kategorii nelegální drogy sledovány konopné látky (marihuana a hašiš), extáze, amfetaminy, LSD a jiné halucinogeny, kokain, crack, heroin a GHB. V evropském kontextu není do konceptu nelegálních drog celkem započítáváno užívání halucinogenních hub.

Celoživotní zkušenost s užitím jakékoli nelegální drogy se mezi zeměmi významně liší. Jakoukoli nelegální drogu užilo alespoň jednou v životě v průměru 18 % evropských šestnáctiletých, 21 % chlapců a 15 % dívek. Nejvyšší celoživotní prevalenci užití drogy uváděli studenti v Česku (43 %), Francii (39 %) a na Slovensku (28 %). Nejnižší zkušenosti s užitím drogy hlásili studenti v Norsku (5 %), Bosně a Hercegovině (6 %), Černé Hoře a Moldavsku (7 %).

Ze srovnání v čase se ukázalo, že rostoucí trend v užívání nelegálních drog pozorovaný mezi roky 1995–2003 se v roce 2007 zastavil (na hodnotě o 2 procentní body níže než v roce 2003) a situace do roku 2011 se nijak nezměnila. V roce 1995 uvedlo užití jakékoliv nelegální drogy alespoň jednou v životě celkem 11 % studentů, v roce 2011 to bylo 18 %. Významný pokles mezi roky 2007 a 2011 byl zaznamenán v Česku, na Slovensku, v Rusku, Ukrajině, Itálii, Bosně a Hercegovině a na Maltě. Řada zemí však současně zaznamenala další nárůst rozsahu užívání nelegálních drog – např. Francie, Lotyšsko, Polsko, Maďarsko a Portugalsko.

Užívání marihuany

Většina dotázaných, kteří uvedli zkušenost s nelegální drogou, měla zkušenost s marihuanou nebo hašišem. Celoživotní prevalence užití konopných látek tedy do velké míry kopíruje prevalenci užití nelegální drogy. Užití konopných látek v životě uvedlo 17 % evropských studentů (19 % chlapců a 14 % dívek). Nejvyšší výskyt zkušeností s užitím konopných drog je hlášen z Česka (42 %), Francie a Monaka (38 %), naopak nejnižší hodnoty

uvádějí v Albánii, Bosně a Hercegovině, v Moldavsku, Černé Hoře a Norsku (4–5 %; obrázek 1.12).

Užití konopných látek v posledních 12 měsících uvedlo 13 % všech studentů (15 % chlapců a 11 % dívek). Celkem 7 % (8 % chlapců a 5 % dívek) uvedlo užití konopných látek v posledních 30 dnech, přičemž rozdíly mezi pohlavími se ukázaly jako statisticky významné. Užití konopných látek v posledním měsíci uváděli nejčastěji studenti ve Francii a Monaku (24 % a 21 %), v Česku se jednalo o 15 %. V zemích s nejvyšší mírou prevalence užívání konopí v posledním měsíci (s výjimkou Česka) bylo odhadem 10 % studentů, kteří konopné látky užívali s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji. Ve 13 zemích byla součástí dotazníkového formuláře screeningová škála zaměřená na intenzivní užívání konopných látek (tzv. *Cannabis Abuse Screening Test*, CAST), která hodnotila výskyt problémů spojených s užíváním konopných látek. Bylo zjištěno, že každý třetí student (33 %), který v roce 2011 uvedl, že během uplynulých 12 měsíců užil konopnou látku, splňuje kritéria pro zvýšené riziko vzniku problémů souvisejících s užíváním marihuany. Celkový podíl rizikových uživatelů se v jednotlivých zemích pohyboval mezi 1 % a 9 %.

V zemích s vysokou mírou prevalence zkušeností studentů s užitím konopných látek je zároveň vyšší i subjektivně vnímaná dostupnost konopných látek – za celkem snadné nebo velmi snadné považuje obstarání si konopných látek 29 % studentů v Evropě. Snadnou dostupnost konopí uvedlo 59 % studentů v Česku, 45 % ve Slovinsku, 44 % Monaku a 43 % v Dánsku a ve Francii. Nejnižší dostupnost konopných látek uváděli studenti v Moldavsku (6 %), na Ukrajině, v Albánii a Rumunsku (10–13 %). Ve všech evropských zemích uváděli vyšší dostupnost konopných látek chlapci.

Užívání nekonopných drog

Jinou než konopnou drogu užilo v Evropě celkem 6 % studentů. Druhou nejčastěji užívanou nelegální drogou je po konopných látkách extáze – zkušenosti s extází měla 3 % evropských studentů, stejně jako s užitím amfetaminů (včetně pervitinu v Česku). V průměru 1–2 % studentů v Evropě uvedlo zkušenost s LSD nebo jinými halucinogeny, ale také kokainem, crackem a heroinem. V některých zemích (např. Česku, Francii a na Slovensku) je relativně vysoké také užívání hub s halucinogenním účinkem. Nejvyšší hodnoty celoživotní prevalence užití jakékoliv drogy mimo konopných látek patřily v roce 2011 Belgii, Bulharsku, Francii, Lotyšsku a Velké Británii (kolem 10 %). Užití jiných než konopných látek uváděli výrazně častěji chlapci (7 % oproti 5 % dívek).

1.4.2. Shrnutí vývoje trendů v užívání návykových látek

Evropské srovnání ukazuje, že situace v jednotlivých zemích se značně liší, a to jak co se týče míry prevalence užívání sledovaných návykových látek, tak i co se týče trendů vývoje jednotlivých indikátorů v čase. Situace v jednotlivých zemích je často srovnávána s tzv. evropským průměrem, tedy průměrnou hodnotou uváděnou v zemích zapojených v daném roce do projektu ESPAD. Průměrným hodnotám se u řady indikátorů blíží výsledky zaznamenané v Polsku a Portugalsku, mezi země s nižším výskytem návykového chování patří Albánie, Bosna a Hercegovina, Moldavsko a Černá Hora, naopak mezi země s vyšším výskytem návykového chování mezi studenty patří Česko, Estonsko, Francie, Lotyšsko a Slovinsko. Žádná z těchto zemí však nevykazuje nadprůměrné hodnoty u všech sledovaných proměnných, ale pouze u některých z nich.

Každá ze sledovaných proměnných vykazuje odlišný vývoj. V případě kouření tabáku v horizontu posledních 30 dnů lze obecně sledovat pokles v období mezi roky 1999 a 2007 a stabilizaci v roce 2011, kdy hodnoty zůstaly na stejné úrovni jako v roce 2007. V případě alkoholu byl v období 1995–2007 zaznamenán nárůst pití nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti, který lze vysvětlit rostoucí mírou konzumace alkoholu u dívek v mnoha evropských zemích. Tento trend se však v roce 2011 zastavil a hodnoty mírně poklesly jak u chlapců, tak u dívek.

V roce 2011 již dále nepokračoval v Evropě ani vzestupný trend v užívání nelegálních drog (zejména konopných látek), zaznamenaný v období 1995 až 2003, situace je tak od roku 2007 relativně stabilní. Stabilní zůstává také rozsah užívání nekonopných drog mezi šestnáctiletými studenty, a to již od roku 1999. Dlouhodobě je vyšší rozsah zkušeností se všemi návykovými látkami mezi chlapci, ovšem z výsledků z roku 2011 se ukázalo, že rozdíl mezi pohlavími byl již víceméně vyrovnán v případě kouření a pití alkoholu v posledních 30 dnech. Značné snížení rozdílů mezi chlapci a dívkami lze také pozorovat u častého pití nadměrných dávek alkoholu v posledních 30 dnech.

Mezi země, kde v období mezi roky 2007 a 2011 došlo k poklesu hodnot u sledovaných proměnných, patří například Bosna a Hercegovina nebo Malta, kde byl zaznamenán pokles u 6 ze sledovaných indikátorů včetně celoživotní prevalence užití konopných látek i nekonopných drog, Island a Norsko, kde došlo k poklesu hodnot u všech proměnných týkajících se konzumace alkoholu, a Rusko. Díky trendům zaznamenaným i v předchozím období patří Island k zemím s nejnižší mírou konzumace alkoholu i užívání dalších návykových látek v Evropě. Pokles rozsahu konzumace alkoholu byl dlouhodobě sledován také ve Finsku a na Ukrajině. V Irsku a Velké Británii je naopak možné sledovat dlouhodobý pokles celoživotní prevalence zkušeností s konopnými i nekonopnými drogami.

Významný nárůst v posledním období můžeme naopak sledovat na Kypru v případě konzumace alkoholu i užívání nelegálních drog, v Řecku a Maďarsku především v případě konzumace alkoholu. Dlouhodobý nárůst míry konzumace alkoholu lze sledovat v Chorvatsku, Slovinsku a na Slovensku, nejvyšší nárůst celoživotní prevalence užití konopných látek v období 1995 až 2011 pak v Česku, Estonsku a na Slovensku, ovšem v některých zemích je možné pozorovat stabilizaci situace a mírný pokles v období 2007–2011.

1.4.3. Rizikové chování a způsob trávení volného času

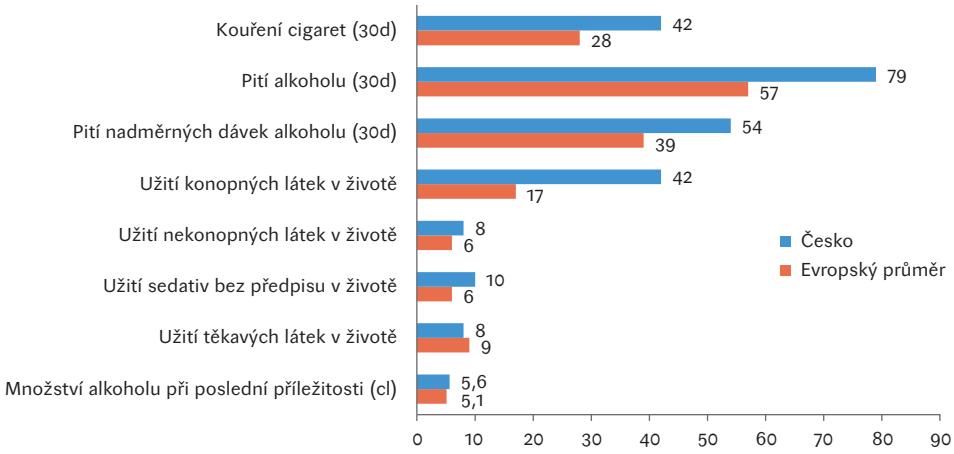
Preferovaný způsob trávení volného času má souvislost s rizikovým chováním. Spilková a Dzúrová (Spilková, Dzúrová 2012; Spilková 2013) se věnovaly hlubší analýze těchto souvislostí v mezinárodním kontextu. Z dat projektu ESPAD se zaměřily na země visegrádské čtyřky (Česko, Slovensko, Polsko a Maďarsko). V těchto zemích je rizikové chování dospívajících (kouření cigaret, pití alkoholu a užívání marihuany) zřetelně více rozšířené než v zemích západní Evropy, ale také více ve srovnání se všemi postkomunistickými zeměmi. Pro analýzu asociací mezi rizikovým chováním a trávením volného času definovaly pomocí analýzy hlavních komponent tři typy studentů charakterizovaných společnými znaky. První typ studentů byl charakterizován chozením s partou ven po večerech, trávením času v obchodních centrech, hraním na automatech. Pro druhý typ studentů byla typická záliba v četbě a v kvalitní zájmové činnosti. Poslední skupinu tvořili studenti se zájmem o sport, internet a počítačové hry. Výrazně pozitivní asociaci k rizikovému chování měli studenti zařazení do prvního typu. *Časté trávení volného času s partou bez strukturované náplně bylo spojené s několikanásobným zvýšením pravděpodobnosti jak pravidelného pití alkoholu, tak častého pití nadměrných dávek alkoholu, kouření cigaret a užívání marihuany.* Při zohlednění pohlaví v analýzách se ukázalo, že u děvčat jsou pravděpodobnosti výskytu rizikového chování ještě vyšší než u chlapců. Autorky uzavírají, že musí být větší pozornost věnována prostředí, kde mladí lidé tráví volný čas. Ve veřejném prostoru by měla být důsledně prosazována přiměřená regulace dostupnosti alkoholu a jiných návykových látek.

1.4.4. Česko ve srovnání s evropským průměrem

Ve srovnání s průměrem za všechny státy, které se do projektu ESPAD v roce 2011 zapojily, se ukazuje, že studenti v Česku ve vyšší míře oproti svým vrstevníkům z ostatních evropských zemí kouří cigarety a konzumují alkohol, a to i co se týče konzumace nadměrných dávek alkoholu. Nejvýznamnější rozdíl je v případě užití konopných látek v životě, které v roce 2011 uvedlo 42 % českých studentů oproti 17 % studentům z celé Evropy (obrázek 1.13). Ve zbývajících indikátorech (užití nekonopných drog v životě, užití sedativ bez lékařského předpisu nebo užití těkavých látek v životě) není rozdíl mezi českým a evropským průměrem zásadně rozdílný.

Jak již však bylo uvedeno dříve, výsledky studie ESPAD v Česku v roce 2011 potvrzují stabilizaci situace v oblasti užívání nelegálních drog – dále pokračoval pokles zkušeností s užitím všech nelegálních drog sledovaný již mezi roky 2003 a 2007 a poprvé byl zaznamenán také pokles v případě konopných látek. Zároveň došlo v posledním období k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog a k nárůstu subjektivně vnímaných rizik spojených s jejich užitím. Dlouhodobě závažným problémem je tak v Česku především přetrvávající vysoká míra konzumace alkoholu mezi dospívajícími.

Obrázek 1.13 – Rozsah užívání návykových látek mezi českými studenty ve srovnání s evropským průměrem, v %
Zdroj: Hibell et al. 2012, str. 105



1.5. Shrnutí

Poznatky studie ESPAD o vývoji kuřáctví v období dospívání naznačují, že došlo ke stabilizaci prevalence a vyrovnání rozdílů mezi chlapci a dívkami. Uvážíme-li, že každý čtvrtý mezi šestnáctiletými dospívajícími kouří denně, pak je zřejmé, že nelze považovat prosazování regulačních opatření ani zdravotní osvětu za dostatečně účinné. Také srovnání s ostatními evropskými zeměmi naznačuje, že dospívající v Česku jsou z hlediska dopadů kouření na zdraví ohroženi více než většina dospívajících v Evropě. V budoucnu bude nutné věnovat ve výzkumu více pozornosti kognitivním a behaviorálním faktorům spojeným s kouřením cigaret. Další omezování kuřáctví dětí a mládeže si vyžádá kombinovat regulační opatření s inovativními přístupy v oblasti výchovy ke zdraví.

Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. Výsledky studie ESPAD potvrzují, že pokud jde o indikátory spotřeby alkoholu, patří Česku mezi státy s nejvyšším rozšířením pití alkoholu vůbec a především častého pití nadměrných dávek alkoholu. Ukazuje se, že tolerantní normy dospělých se generačně přenášejí na jejich děti a formují postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití alkoholu jako normální, společensky schvalovanou formu sociálního chování a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav. Poznatky o rozsahu užívání alkoholu u dospívajících naznačují, že i v budoucích letech zůstane alkohol závažným problémem v oblasti zneužívání návykových látek. Prevence problémů spojených s alkoholem je ve srovnání s prevencí jiných nežádoucích zdravotně sociálních jevů, jakými jsou např. abúzus drog nebo HIV/AIDS dlouhodobě podceňována. Teprve v posledních letech a zčásti i v důsledku metylalkoholové aféry na přelomu let 2012 a 2013 se i v politické oblasti prosazuje potřeba vytvořit národní strategii, která by napomohla mírnit problémy a společenské ztráty, které alkohol působí. Je dobře, že v této rodící se strategii je ochraně mládeže věnována značná pozornost.

V oblasti protidrogové politiky je situace mnohem příznivější, zejména pokud jde o koordinaci, léčbu a minimalizaci škod. Existuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, existuje Strategie pro boj proti drogám s konkrétními prioritami a existují také prostředky vyčleněné pro řešení těchto problémů. Navzdory značnému úsilí, které bylo v této oblasti v posledních 15 letech vyvinuto, nelze mluvit o uspokojení z dosažených výsledků. Zdroje jsou využívány hlavně na pokrytí služeb pro problémové uživatele drog, aktivity v oblasti prevence zůstávají dlouhodobě na okraji.

Systémové zavádění krátkých intervencí do primární zdravotní péče by mohlo být velkým přínosem, zejména v případech, kdy jde o rizikové případně škodlivé užívání návykových látek. Širší zapojení praktických lékařů pro děti a dorost lze považovat za žádoucí vzhledem k nízké účinnosti a mnohdy i absenci programů primární prevence.

Literatura

CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P., SADÍLEK, P. (2009): Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Úřad vlády České republiky, Praha, 172 s.

CSÉMY, L., LEJČKOVÁ, P., SADÍLEK, P., SOVINOVÁ, H. (2006): Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Úřad vlády České republiky. Praha, 120 s.

HIBELL, B., ANDERSSON, B., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., MORGAN, M. (2000): The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm, Sweden, 383 s.

HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASON, T., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., KOKKEVI, A., MORGAN, M. (2004): The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm, Sweden, 436 s.

HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., MORGAN, M., NARUSK, A. (1997): The 1995 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm, Sweden, 309 s.

HIBELL, B., GUTTORMSSON, U., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., KRAUS, L. (2009): The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Stockholm, Sweden, 406 s.

HIBELL, B., GUTTORMSSON, U., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., KRAUS, L. (2012): The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group of the Council of Europe, Stockholm, Sweden, 390 s.

PETO R., LOPEZ A. D., BOREHAM J., THUN M., HEATH C. (2003) Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000. Oxford University Press, Oxford 1994. (Second edition; data updated 15 July 2003.)

SOVINOVÁ H., CSÉMY L., PROCHÁZKA B., KOTTNAUEROVÁ S. (2008a): Smoking attributable mortality in the Czech Republic. J. Public Health, 16, s. 37–42.

SOVINOVÁ H., CSÉMY L., WARREN C. W., LEE J., LEA V. (2008b): Changes in tobacco use among 13–15 year-olds in the Czech Republic – 2002 and 2007. Cent Eur J Public Health, 16, č. 4, s. 199–204.

SOVINOVÁ H., SADÍLEK P., CSÉMY L. (2010): Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů k ČR k problematice kouření (období 1997–2009. Výzkumná zpráva. Státní zdravotní ústav, Praha, http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/koureni/Zprava2009DEF.pdf.

SPILKOVÁ, J. (2013): Leisure time preferences and health-risk behavior of teenagers in the post-communist Central European countries. Children's Geographies, (2013 ahead-of-print), s. 1–16.

SPILKOVÁ, J., DZÚROVÁ, D. (2012): The Quality of Life and Risk Behavior of Teenagers in the Mirror of the ESPAD Data. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 35, s. 237–244.

ŠKODOVÁ Z. a kol. (2000): Development of smoking habits in the population of Czech Republic during 1985–1997/98. Časopis lékařů českých, 136, s. 143–147.

2. Percepce rizika a rizikové chování v Česku a Evropě

DAGMAR DZÚROVÁ, JANA SPILKOVÁ

Vnímání důsledků rizikového chování a možných zdravotních komplikací je rozhodující determinantou přístupu, resp. chování ke zdraví. Cílem této kapitoly je představit závěry studie (Dzúrová a kol. 2015) cílené na percepci nebezpečnosti návykového chování pro zdraví mládeže. Problematika vnímání rizikovosti užívání návykových látek byla hodnocena na základě studie ESPAD následujícími třemi otázkami:

- Myslíte si, že kouření jednoho či více balíčků cigaret denně je zdravotně rizikové?
- Myslíte si, že jeden či dva alkoholické nápoje denně jsou zdravotně rizikové?
- Myslíte si, že občasné kouření konopí je zdravotně rizikové?

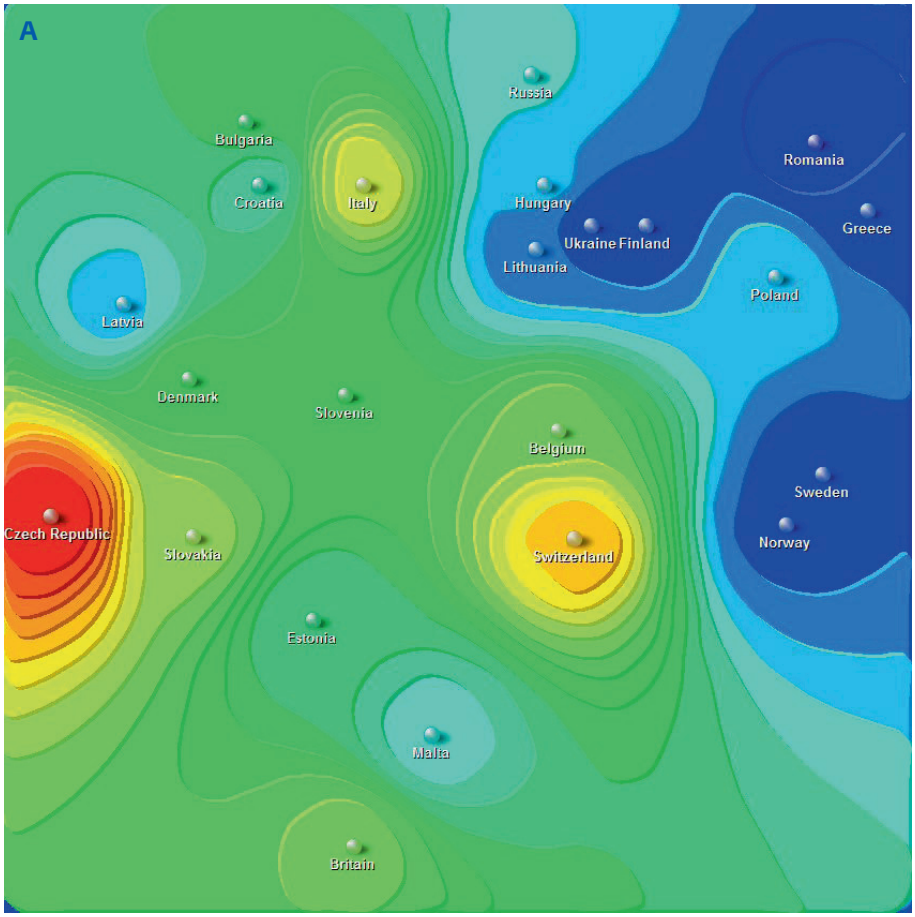
Výběrový soubor studie tvořilo přes 70 tisíc studentů z 23 evropských zemí (rok narození 1997, ve věku 16 let; tabulka 2.1). Bylo potvrzeno, že existují významné rozdíly v subjektivně vnímané míře rizikovosti jednotlivých substancí ve sledovaných zemích, přičemž průměrná míra rizikovosti za všechny země byla nejvyšší pro kouření cigaret, a sice 64 %, pro užívání marihuany byla 46,8 % a pro pití alkoholu 28,3 %. Hodnoty rizikovosti udávané českými adolescenty byly výrazně nižší (54 %, 20,7 % a 15 %). Z hlediska jednotlivých zemí bylo za nejméně rizikové považováno nadužívání alkoholu maltskou, belgickou a českou mládeží, kouření cigaret pak mládeží z Ukrajiny, Ruska, Malty, Slovenska a Česka. Percepce rizika při užívání marihuany byla nejnižší u české mládeže. Z uvedeného je zřejmé, že právě česká mládež považovala užívání návykových látek za nejméně zdravotně rizikové.

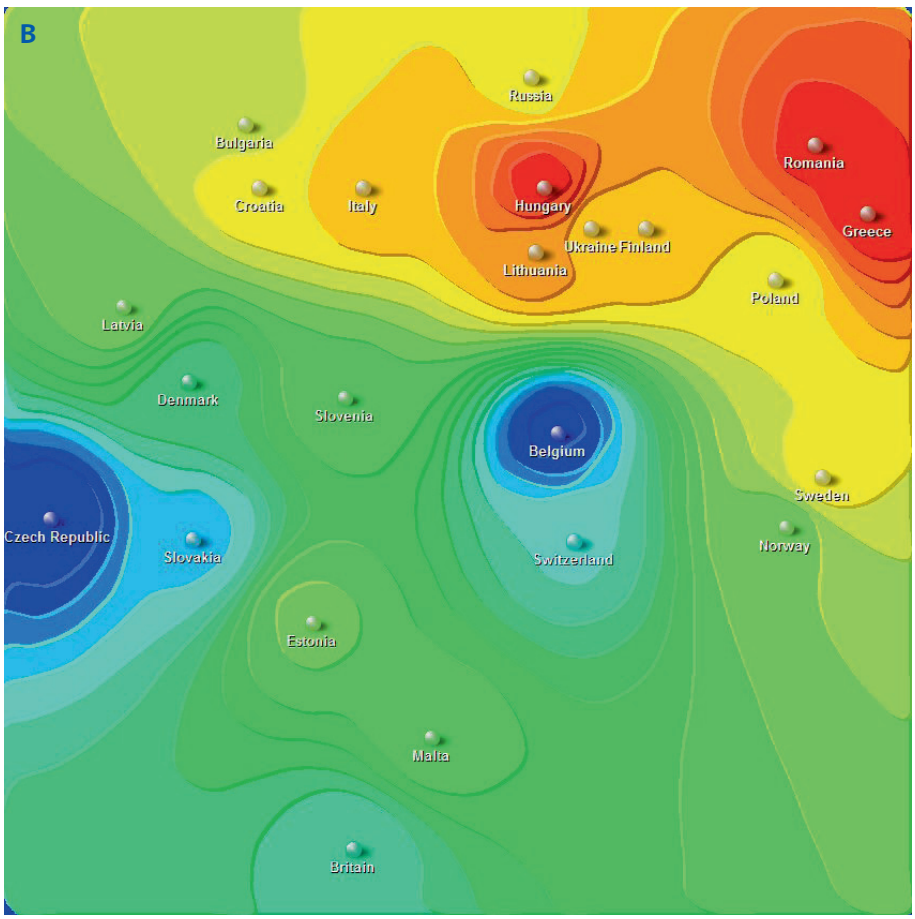
Na základě analýzy dat evropské mládeže se potvrdila souvislost mezi prevalencí užívání návykových látek a vnímáním rizika, resp. čím nižší vnímání rizika, tím vyšší prevalence – tuto negativní závislost dokumentuje obrázek na příkladu prevalence percepce rizika a užívání marihuany (obrázek 2.1.). Nejnižší pozice (nízké vnímání zdravotního rizika užívání marihuany a nízká míra prevalence užívání marihuany) jsou zobrazeny modrou barvou a nejvyšší pozice (vysoké vnímání rizika a vysoká míra prevalence užívání marihuany) v červené barvě. Země, kde studenti vnímají užívání marihuany jako velké riziko (červená barva – Rumunsko, Řecko, Maďarsko) vykazují nízkou prevalenci (modrá barva) a naopak. Česko a Belgie dokumentují nejsilnější podcenění rizika marihuany v rámci evropského prostoru. Česko následně vykazuje nejvyšší míru prevalence užívání marihuany, spolu se Švýcarskem. Výsledky i dalších analýz jednoznačně prokázaly vztah mezi výší subjektivního rizika a skutečným výskytem rizikového chování. Země, kde studenti deklarují vyšší uvědomění si rizik spojených s užíváním návykových látek, mají nižší výskyt rizikového chování.

Lze konstatovat, že nebyl potvrzen významný rozdíl v rizikovém chování mezi mládeží západní Evropy a postkomunistických zemí, jedinou skutečně odlišnou zemí se prokázalo Česko. Nejvýraznější rozdíly jsou pak patrné u užívání marihuany. Vnímání rizika užívání marihuany představuje v Česku méně než polovinu evropského průměru, ale skutečné užívání této drogy dosahuje trojnásobku úrovně evropského průměru!

Analýzy prokázaly statisticky významný nepřímý vztah mezi vnímáním rizikovosti a rizikovým chováním. Platí tedy, že čím nižší je subjektivně vnímaná rizikovost užívání, tím vyšší je skutečná míra prevalence rizikového chování. Tento vztah

Obrázek 2.1 – Míra prevalence užívání marihuany (A) a percepce rizika užívání marihuany (B)
Poznámka: Vzdálenost mezi státy (umístění) na základě podobnosti uvažovaných pěti proměnných. Výška, resp. modře hloubka – nejnižší úroveň vnímání rizika a míry prevalence, červeně vrcholy – nejvyšší úroveň vnímání rizika a míra prevalence. Nástroj vizualizace – metoda sociomapování (autor M. Vraný). Hlavním cílem sociomapování je převod komplexních informací do srozumitelného grafického zobrazení – sociomapy. Metodu vyvinul na počátku devadesátých let Dr. Radvan Bahbouh.





byl ilustrován na příkladu Česka, kde percepce rizika užívání marihuany byla nejnižší ze všech zemí (20,7 %) a míra prevalence byla nejvyšší (14,9 % uvedlo užití 6× nebo častěji za rok, zatímco průměr za všechny země byl 5,5 %). Vizualizace nálezů prostřednictvím sociomapování dobře demonstrovala závěr, z nichž vyplývá nutnost přijetí komplexnější preventivní strategie, která by zvýšila povědomí o rizicích užívání návykových látek mezi dospívajícími.

Literatura

DZÚROVÁ, D., SPILKOVÁ, J., VRANÝ, M. (2015): Substance misuse and its risk perception in European teenagers. Children's Geographies, DOI: 10.1080/14733285.2015.1028895.

Tabulka 2.1 – Subjektivní hodnocení rizikovosti návykového chování, ESPAD 2007

Země	Percepce rizika (%)			Počet zúčastněných studentů
	Kouření cigaret	Nadměrná konzumace alkoholu	Užívání marihuany	
Ukrajina	40,0	34,5	52,8	2 447
Rusko	47,7	43,0	51,2	3 939
Malta	52,6	11,7	42,5	3 668
Slovensko	53,8	17,1	28,7	2 468
Česko	*54,0*	*15,0*	*20,7*	*3 901*
Chorvatsko	57,9	31,1	51,9	3 008
Slovinsko	60,2	26,5	42,4	3 085
Velká Británie	60,6	19,3	32,4	2 179
Itálie	62,7	23,1	54,3	9 981
Norsko	63,5	40,8	44,3	3 482
Bulharsko	63,7	26,1	48,6	2 353
Litva	65,0	41,3	56,1	2 411
Lotyšsko	66,2	35,8	45,0	2 275
Švédsko	66,9	35,7	51,5	3 179
Finsko	67,4	32,6	54,1	4 988
Řecko	69,1	34,7	62,9	3 060
Maďarsko	72,6	26,8	63,5	2 817
Estonsko	72,7	29,8	43,9	2 372
Polsko	75,1	30,3	50,5	2 120
Dánsko	75,9	21,3	35,0	877
Švýcarsko	77,6	25,5	31,6	2 499
Rumunsko	78,1	41,5	62,2	2 289
Belgie-Flandry	80,1	13,5	22,0	1 889
Celkem	*63,3*	*28,3*	*46,8*	*71 287*

Poznámka: Řazeno podle vnímání rizikovosti kouření
Zdroj dat: projekt ESPAD.

3. Jakou roli hrají v Česku faktory rodinného, školního a geografického prostředí?

LADISLAV KÁŽMÉR, DAGMAR DZÚROVÁ, LADISLAV CSÉMY, JANA SPILKOVÁ

3.1. Úvod

V této kapitole se zaměřujeme na prevalenci rizikového chování českých adolescentů, jejich vzájemnou propojenost a podmíněnost, a to v kontextu specifických podmínek rodinného a školního prostředí, které ve své každodennosti dospívající mládež obklopují na mikroúrovni. Zaměřujeme se i na specifické sociogeografické faktory a vlivy působící na jejich chování v prostorově širším aspektu. Využitím tří indikátorů zdravotně rizikového chování (denní kouření, nadměrná konzumace alkoholu a užívání marihuany) byl odvozen ukazatel syndrom rizikového chování a následně byly identifikovány jeho základní prediktory ve vztahu k výše uvedeným sociálně prostorovým podmíněnostem.

Pro účely analýz byla využity data ze studie ESPAD 2007 pro Česko, obsahující individuální údaje o rizikovém užívání návykových látek českou mládeží v dokončeném věku 15 až 16 let, přičemž vedle běžných analytických technik byly aplikovány i pokročilé postupy víceúrovňového statistického modelování dat. Kapitola je souhrnem hlavních zjištění, která byla publikována již jinde (Kážmér a kol. 2014).

3.2. Teoretická východiska

V kontextu užívání návykových látek existují jak faktory rizikové, tak protektivní (Jessor 1991; Brooks a kol. 2012), a to jednak na úrovni individuální (např. pohlaví, věk, vzdělání, disponibilní příjem, životní styl, přítomnost chronického onemocnění, hodnotová orientace apod.), tak i prostorové (sociálně environmentální) – např. struktura a kvalita rodinného prostředí, prostředí školy, kulturní vzorce a normy dané sociální skupiny, resp. komunity v užším měřítku; nebo dokonce i specifický vliv jednotek sociálně prostorové organizace v měřítku prostorově širším (např. rozdíly mezi městským a venkovským prostředím, příp. i rozdíly mezi sídly téže velikostní úrovně). Rodičovská podpora a její pozice v rámci sociální strukturace (socioekonomický status) mohou v kontextu rizikového chování typicky působit jako protektivní faktor (Vakalahi 2001). Bobakova a kol. (2012) např. poukazuje na skutečnost, že rodičovský dohled je u dospívající mládeže spojen s významně nižším výskytem užívání návykových látek. Mladí lidé, kteří naopak vyrůstají v prostředí neadekvátní nebo nedostatečné rodinné péče jsou zase k takovému rizikovému chování náchylnější. Přítomnost vychovatele mimo přímou rodičovskou příbuznost však může na úroveň rizikového chování působit kompenzačně (Fergus, Zimmerman 2005). Příslušné faktory je přitom možné vystopovat jednak v rámci užívání návykových látek samostatně, tak i simultánně (tj. situace, kdy dospívající užívá více návykových látek souběžně, viz např. Pickett a kol. 2002).

Kromě zmíněných individuálních a sociálních vlivů jsou rovněž k dispozici doklady o další, širší podmíněností rizikového chování, jež spadají do kategorie „geografických faktorů" (např. Atav, Spencer 2002; Jiang a kol. 2008). Fergus a Zimmerman (2005) v tomto ohledu odkazují na koncept „odolnosti" (resilience). Vycházejíc z jejich práce, mládež žijící v sociálně deprimovaných oblastech má obecně vyšší sklon k zdravotně rizikovému chování než ostatní jedinci, žijící v prostředí, ve kterém se tato (relativní) deprivace nevyskytuje. Intervenční preventivní programy rizikového chování, explicitně cílené na problémové území, mohou výskyt takovýchto negativních jevů snížit.

Obrázek 3.1 – Lokalizace škol zařazených do studie ESPAD 2007 v Česku

3.3. Data a metody

Do analýz bylo celkem zahrnuto 7 616 respondentů ve věku 15–16 let, kteří v dotazníku ESPAD 2007 zodpověděli všechny 3 otázky týkající se frekvence užívání vybraných návykových látek (chybějící odpovědi byly tedy z dalších analýz vyloučeny): (1) kouření cigaret, (2) konzumace alkoholu, (3) užívání marihuany. Výběrového zkoumání se zúčastnilo 342 škol (průměrný počet respondentů v jedné škole = 22,3; SD = 5,9). Celkově se jednalo o studenty 4 různých typů škol: základních škol (studenti 9. třídy; 22,5 %), gymnázií (22,1 %), středních odborných škol (30,3 %) a odborných učilišť (25,1 %).

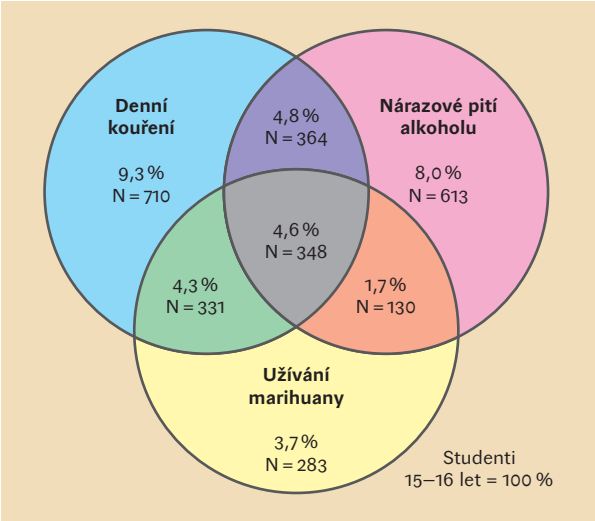
Geografickou polohu škol zařazených do šetření prezentuje obrázek 3.1. V prvním kroku byli studenti hodnoceni ve vztahu k jednotlivým formám rizikového užívání návykových látek. Následně byli klasifikováni do skupin (úrovní) s „ani jednou", „jednou", „dvěma" nebo všemi „třemi" formami syndromu rizikového chování.

3.4. Analýza a diskuse

Obrázek 3.2 sumarizuje prevalenci rizikového užívání sledovaných tří návykových látek mezi šetřenou českou mládeží v roce 2007, a to jak samostatně, tak v kombinované formě. Téměř čtvrtina z šetřených studentů (23,0 %) deklarovala, že denně kouří cigarety (alespoň jednu cigaretu za den). Přibližně pětina dotázaných (19,1 %) uvedla, že v průběhu posledního měsíce minimálně třikrát pila nárazově nadměrné dávky alkoholu (konzumace 5 a více alkoholických nápojů na jedno posezení). Celkově 14,3 % studentů uvedlo, že užívá marihuanu opakovaně (více než 6 užití za posledních 12 měsíců).

Z obrázku 3.2 je patrné, že „výluční" denní kuřáci (tj. bez užívání jiných z analyzovaných návykových látek) tvoří z rizikově se chovající mládeže největší část (9,3 % z celku). Za nimi následuje skupina těch, kteří přiznávají časté epizodické pití alkoholu, tj. opět bez dalších z uvažovaných forem rizikového chování (8,0 %). Jak je z navzájem se překrývajících diagramů zřejmé, kouření a pití alkoholu jsou navzájem silně propojeny. Celkově 9,4 % českých studentů (4,8 % + 4,6 %) uvedlo, že kromě denního kouření cigaret má také sklony k pití velkých dávek alkoholu.

Silnou provázanost kouření a pití je přitom možné dokumentovat také pomocí ukazatele Mantel-Haenszelova poměru šancí: OR = 4,71 (95% CI = 4,197–5,274), viz tabulka 3.1. Výskyt jedné z forem rizikového chování tedy zvyšuje šance výskytu druhé v průměru 4,7krát. Podobně silnou provázanost je možné pozorovat taky mezi kouřením cigaret a užíváním marihuany, nebo nárazovým pitím alkoholu a užíváním marihuany (tabulka 3.1). Analýzy ukazují, že všechny tři vybrané indikátory rizikového chování spolu



Obrázek 3.2 – Prevalence rizikového užívání návykových látek mezi adolescenty, Česko, ESPAD, 2007 (N = 7 616)
Poznámka: Obrázek byl vytvořen na základě kombinatorického pravidla součtu, zobrazuje čtverec se třemi kružnicemi, podsoubory (denní kuřák, konzument nárazového pití a uživatel marihuany) s neprázdnými průniky, mimo kružnice je doplněk celku (respondenti bez rizikového chování).
Výchozí soubor 7 616 studentů tvořilo 100 %. Bez rizikových faktorů (mimo kružnice celkem 63,6 % studentů). Jeden či více rizikových faktorů vykázalo 36,4 % studentů a zbylá část studentů (63,6 %) byla bez rizikového chování. Podíl studentů se třemi rizikovými faktory byl 4,6 % (N = 348).

úzce souvisejí, tj. výskyt jedné z forem vede často i k formě jiné. Z příslušných tří primárních ukazatelů byl tedy pro účely analýz odvozen i sekundární ukazatel četnosti rizikového chování. V následujícím textu se zaměříme na identifikaci základních (sociogeografických) faktorů, které jednotlivé formy vícečetného rizikového užívání návykových látek podmiňují.

Tabulka 3.2 podává informaci o prevalenci jednotlivých úrovní vícečetného rizikového chování českých adolescentů odděleně podle typu rodinného a geografického prostředí, ze kterého příslušná mládež pochází. Téměř dvě třetiny studentů (63,5 %) se na rizikovém užívání sledovaných návykových látek nepodílelo, přibližně pětina (21,1 %) uvedla jednu látku, 10,8 % dvě a 4,6 % všechny tři návykové substance. Příslušné prevalence jsou přitom významně strukturovány podle obou uvažovaných faktorů. Výskyt kombinovaných forem rizikového chování roste s neúplností rodiny. Například rizikové užívání všech tří návykových látek bylo přítomno u 3,6 % adolescentů s oběma vlastními rodiči. V případě rodiny s jedním vlastním a jedním nevlastním rodičem byl však tento podíl už 6,8 %, u rodin jenom s jedním (vlastním) rodičem 7,1 % a u adolescentů pocházejících z prostředí bez vlastního rodiče až 9,5 %.

Obdobnou strukturaci vidíme i v tabulce 3.2 v případě populační velikosti města, kde je poměrně překvapující, že výskyt vícečetného rizikového užívání návykových látek je relativně vyšší nejen u adolescentů pocházejících z hlavního města Praha, ale i z populačně nejmenších sídel Česka (do 5 000 obyvatel). Příslušné rizikové faktory užívání návykových látek jsou však podmíněny rovněž individuálními faktory (v daném případě hlavně pohlavím), nebo i jinými faktory prostředí, které s uvedenými sociogeografickýni proměnnými úzce souvisí. Zde se uplatňuje především typ navštěvované školy, kde např. „výskyt" žáků základní školy / respondentů může být typický hlavně pro malá města, nebo „protektivní efekt gymnázií" může být lokalizován především do měst s vyšším počtem obyvatel). Příslušné vlivy a jejich efekt na prevalenci vícečetného rizikového chování je proto v analýzách nutno navzájem kontrolovat.

Tabulka 3.3 pak dokumentuje výstupy z komplexní, víceúrovňové regresní analýzy, kde jsou efekty uvedených faktorů navzájem kontrolovány a odstupňovány (hierachizovány) – tj. např. individuální efekt pohlaví či věku na úrovni 1 je na další (prostorové) úrovni 2 efekt typu navštěvované školy explicitně kontrolován. Výsledky analýzy podávají následující závěry.

Rodinné prostředí s oběma vlastními rodiči vytváří společně se spokojenými vzájemnými vztahy studenta ke svým rodičům výrazně protektivní efekt na úroveň rizikového užívání návykových látek. V kontextu efektu rodinné struktury a vnímané kvality vzájemných vztahů se však jako rizikovější jeví mládež pocházející z rodin s relativně vyšším příjmem. Tato souvislost se může jevit na první pohled jako překvapující, protože je obecně známo, že osoby s nižším vzděláním (a následně i celkově nižším příjmem) jsou častějšími (rizikovými) konzumenty alkoholu či tabáku, přičemž mladé osoby od svých rodičů takovéto chování často přebírají. Zde nutno podotknout, že uvedené výsledky jsou získané po explicitní kontrole jak na vzdělání rodičů, tak na efekt (studentem) navštěvované školy. Můžeme se tedy domnívat, že vyšší (disponibilní) příjem (oproti osobám se stejnou úrovní vzdělání) může v kontextu vícečetného zdravotně rizikového chování české mládeže působit rizikověji, a to v důsledku vyšší

Tabulka 3.1 – Vzájemné asociace mezi rizikovým užíváním tří vybraných návykových látek u adolescentů, Česko, ESPAD, 2007

Mantel-Haenszelův poměr šancí (Ano/Ne)	Nárazové pití alkoholu		Užívání marihuany	
	Poměr šancí	95% CI	Poměr šancí	95% CI
Denní kouření cigaret	*4,71*	(4,197–5,274)	*8,29*	(7,278–9,435)
Nárazové pití alkoholu	.	.	*4,45*	(3,911–5,055)

(finanční) dostupnosti sledovaných návykových látek. K účinkům rodinného prostředí se přidávají také efekty prostředí školy, ve které mládež dospívá. Studenti gymnázií mají z ostatních typů škol nejnižší prevalenci (vícečetného) rizikového chování.

Naopak, jako nejrizikovější se jeví studenti středních odborných učilišť. Vyšší náročnost studia působí na rizikové chování mládeže protektivním účinkem. V souladu s předchozími výsledky v tabulce 3.2 je rovněž vidět, že prevalence (vícečetného) rizikového užívání návykových látek je významně diferencována podle populační velikosti města. K příslušné diferenciaci se přidává i míra nezaměstnanosti v daném městě. Ukazuje se, že kromě hlavního města Prahy jsou dalšími rizikovými místy populačně nejmenší a (socioekonomicky) deprimované oblasti Česka. Toto empirické zjištění lze interpretovat v rámci skutečnosti, že menší sídla mají nižší nabídku možností aktivního i pasivního trávení volného času (např. různé kulturní, sportovní, širší vzdělávací aktivity apod.), což v kontextu české mládeže následně může zvyšovat její sklon k zdravotně rizikovému chování.

3.5. Shrnutí

Výsledky studie nabízejí významná zjištění pro tvorbu doporučení a plánování preventivních programů rizikového chování mládeže. I navzdory skutečnosti, že „kultura rizikového chování" je v domácím českém prostředí v porovnání s jinými evropskými zeměmi více rozšířená a celkově tolerovaná, základní normy jsou v daném kontextu stále nastaveny skrze strukturu a kvalitu rodinného prostředí, ve kterém adolescent vyrůstá. Vlivy rodinného prostředí jsou následně moderovány sociálním a normotvorným prostředím školy, ve které dospívající studenti tráví významnou část svých každodenních aktivit. Zdravotně rizikové chování mládeže je však významně podmíněno také širšími sociálně prostorovými vlivy, ve kterých má pozice města/sídla v hierarchii prostorové organizace společnosti na straně jedné a relativní socioekonomická deprivace příslušného prostředí na straně druhé, také významné postavení. Pro plánování úspěšných a efektivních preventivních programů by projektové plány měly ve své komplexnosti a prostorové víceúrovňovosti klást důraz také na socioekonomickou a sociokulturní specifičnost daného města/místa, ve kterém daná mládež žije, studuje a dospívá.

Literatura

ATAV, S., SPENCER, G. A. (2002): Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: a comparative study. Family and Community Health, 25, č. 2, s. 53–64.

BOBAKOVA, D., GECKOVA, A. M., KLEIN., D., REIJNEVELD, S. A., VAN DIJK, J. P. (2012): Protective factors of substance use in youth subcultures. Addictive Behavior 37, č. 9, s. 1063–1067.

BROOKS, F. M., MAGNUSSON, J., SPENCER, N., MORGAN, A. (2012): Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. Journal of Public Health, 34, č. 1, s. 48–56.

FERGUS, S., ZIMMERMAN, M. A. (2005): Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. Annual Review of Public Health, 26, s. 399–419.

JESSOR, R. (1991): Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health, 12, s. 597–605.

JIANG, X., LI, D., BOYCE, W., PICKETT, W. (2008): Alcohol consumption and injury among Canadian adolescents: variations by urban-rural geographic status. The Journal of Rural Health, 24, č. 2, s. 143–147.

KÁŽMÉR, L., DZÚROVÁ, D., CSÉMY, L., SPILKOVÁ, J. (2014): Multiple health risk behaviour in Czech adolescents: Family, school and geographic factors. Health and Place, 29, č. 9, s. 18–25.

PICKETT, W., GARNER, M. J., BOYCE, W., KING, M. A. (2002): Gradients in risk for youth injury associated with multiple-risk behaviours: a study of 11,329 Canadian adolescents. Social Science & Medicine, 55 č. 6, s. 1055–1068.

VAKALAHI, H. F. (2001): Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: a literature review. Journal of Drug Education, 31 č. 1, s. 29–46.

Tabulka 3.2 – Prevalenční odhady jednotlivých úrovní vícečetného zdravotně rizikového chování mládeže dle typu rodinného prostředí a populační velikosti města, ESPAD, 2007 (N = 7 616)

	Počet užívaných návykových látek													
	Ani jedna			Jedna			Dvě			Tři			Celkem	
	N	%	(95% CI)	N	%	(95% CI)	N	%	(95% CI)	N	%	(95% CI)	N	%
TYP RODINNÉHO PROSTŘEDÍ														
Oba rodiče vlastní	3 712	*67,2*	(66,0–68,5)	1 099	*19,9*	(18,8–20,9)	516	*9,3*	(8,5–10,2)	198	*3,6*	(3,1–4,1)	5 525	100
Jeden vlastní a jeden nevlastní rodič	510	*52,6*	(49,4–55,5)	247	*25,5*	(22,8–28,0)	147	*15,2*	(12,8–17,5)	66	*6,8*	(5,3–8,4)	970	100
Jen jeden vlastní rodič	525	*55,1*	(52,3–58,1)	215	*22,6*	(19,9–24,9)	145	*15,2*	(13,0–17,7)	68	*7,1*	(5,5–8,7)	953	100
Ani jeden vlastní rodič / jiný	90	*53,6*	(45,2–61,8)	45	*26,8*	(20,1–34,0)	17	*10,1*	(5,8–15,3)	16	*9,5*	(5,5–14,5)	168	100
Asymp. sig. (oboustranný test)							< 0,0001							
POPULAČNÍ VELIKOST MĚSTA														
do 5 000	138	*51,9*	(46,0–58,2)	62	*23,3*	(18,1–28,3)	44	*16,5*	(12,0–21,1)	22	*8,3*	(5,0–12,0)	266	100
5 000 – 19 999	1 611	*61,6*	(59,7–63,4)	594	*22,7*	(21,1–24,4)	298	*11,4*	(10,1–12,7)	112	*4,3*	(3,6–5,2)	2 615	100
20 000 – 99 999	1 640	*65,3*	(63,4–67,2)	493	*19,6*	(18,1–21,2)	262	*10,4*	(9,3–11,6)	115	*4,6*	(3,8–5,5)	2 510	100
Krajská města	1 054	*66,4*	(63,9–68,6)	323	*20,3*	(18,3–22,4)	143	*9,0*	(7,6–10,4)	68	*4,3*	(3,3–5,4)	1 588	100
Praha – hlavní město	394	*61,9*	(58,3–65,5)	134	*21,0*	(18,1–24,0)	78	*12,2*	(9,6–14,9)	31	*4,9*	(3,3–6,5)	637	100
Asymp. sig. (oboustranný test)							< 0,0001							
Celkem	4 837	*63,5*	(62,4–64,6)	1 606	*21,1*	(20,1–22,0)	825	*10,8*	(10,1–11,6)	348	*4,6*	(4,1–5,1)	7 616	100

Poznámka: konfidenční intervaly vypočteny použitím metody *bootstrap*, počet *bootstrapových* výběrů = 1 000

Tabulka 3.3 – Výstupy z multinomiální logistické regrese. Závisle proměnná – počet užívaných návykových látek. Tříúrovňový model: (1) student → (2) škola → (3) město. Česko, ESPAD, 2007 (N = 7 616)

	Poměr šancí (rel. riziko)*	95% CI		Poměr šancí (rel. riziko)*	95% CI		Poměr šancí (rel. riziko)*	95% CI	
		Dolní	Horní		Dolní	Horní		Dolní	Dolní
	1 návyková látka = 1 / ani jedna = 0			2 návykové látky = 1 / ani jedna = 0			3 návykové látky = 1 / ani jedna = 0		
RODINNÉ PROSTŘEDÍ									
Typ rodiny: Oba rodiče vlastní *(ref.)*	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ani jeden vlastní rodič / jiný	1,45	0,996	2,107	1,12	0,653	1,929	*2,48*	1,391	4,436
Jen jeden vlastní rodič	*1,30*	1,080	1,554	*1,84*	1,477	2,293	*1,97*	1,445	2,687
Jeden vlastní a jeden nevlastní rodič	*1,53*	1,292	1,821	*1,94*	1,568	2,404	*2,20*	1,621	2,982
Percepce rodinné ekonomická situace: Dobrá *(ref.)*	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Průměrná	*0,77*	0,665	0,881	*0,67*	0,561	0,808	*0,71*	0,544	0,933
Špatná	*0,64*	0,496	0,820	*0,51*	0,363	0,712	*0,56*	0,345	0,900
Percepce spokojenosti se vztahem s matkou: Vysoká *(ref.)*	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Střední	*1,34*	1,096	1,638	*1,45*	1,127	1,871	1,41	0,977	2,042
Nízká	*1,57*	1,189	2,074	*1,99*	1,426	2,779	*3,31*	2,232	4,922
Percepce spokojenosti se vztahem s otcem: Vysoká *(ref.)*	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Střední	1,14	0,945	1,379	*1,41*	1,117	1,785	*1,69*	1,209	2,362
Nízká	*1,55*	1,272	1,883	*1,59*	1,236	2,041	*2,36*	1,705	3,270
Vzdělání matky: VŠ *(ref.)*	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ZŠ	1,19	0,964	1,474	1,05	0,795	1,384	0,75	0,505	1,120
SŠ nižší, SŠ vyšší	1,07	0,880	1,290	0,89	0,693	1,152	0,77	0,537	1,113
Vzdělání otce: VŠ *(ref.)*	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ZŠ	1,21	0,997	1,473	1,26	0,969	1,649	1,38	0,930	2,040
SŠ nižší, SŠ vyšší	1,10	0,914	1,327	1,25	0,970	1,613	1,28	0,877	1,879
ŠKOLNÍ A GEOGRAFICKÉ PROSTŘEDÍ									
Typ školy: Gymnázium *(ref.)*	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Střední odborná škola	*1,68*	1,406	2,011	*2,68*	2,057	3,505	*3,50*	2,255	5,438
Odborné učiliště	*2,77*	2,294	3,348	*5,12*	3,904	6,723	*8,25*	5,329	12,768
Základní škola	1,17	0,927	1,465	*1,48*	1,060	2,063	*1,74*	1,012	2,999
Populační velikost města: Krajská města *(ref.)*	1	1	1	1	1	1	1	1	1
do 5 000	*1,45*	1,035	2,037	*2,35*	1,568	3,512	*2,54*	1,476	4,364
5 000 – 19 999	*1,28*	1,093	1,509	*1,54*	1,232	1,920	1,28	0,930	1,769
20 000 – 99 999	0,98	0,828	1,159	1,19	0,944	1,493	1,16	0,834	1,602
Praha – hlavní město	*1,36*	1,058	1,750	*1,88*	1,351	2,604	1,54	0,952	2,499
Míra nezaměstnanosti	*1,03*	1,002	1,050	*1,03*	1,003	1,067	1,03	0,982	1,075

Poznámka: ZŠ – základní, SŠ – středoškolské, VŠ – vysokoškolské
* standardizováno současně na *pohlaví* a *věk*, statisticky významné koeficienty zvýrazněny kurzivou (p-hodnota < 0,05)

ČÁST II

Sonda do zdravotně rizikového chování české mládeže (vlastní on-line šetření)

Druhá část knihy podává přehled o on-line šetření GeoQol 2014 zaměřeném na užívání návykových látek souboru 1 025 žáků ve věku 14–15 let z 35 základních škol, vytipovaných na základě předchozích výsledků mezinárodního šetření ESPAD a rozšiřujícího poznatky ESPAD. Hlavním smyslem vlastního on-line šetření tak bylo zpřístupnit zjištěné skutečnosti pro politická rozhodování v oblasti životního stylu a zdraví, například pro ministerstva zdravotnictví a školství, ale i širší odbornou veřejnost a odborníky v praxi.

Charakteristika šetření

Kritéria výběru respondentů

Kritéria výběru do výzkumného souboru byla dvě: (1) respondenty byli žáci 9. ročníku základní školy; (2) v rámci jedné základní školy se mohli šetření účastnit žáci pouze dvou tříd školy. Pro výběr základní školy byl použit záměrný (účelový) výběr dvojího typu, a sice: (3) základní škola v Praze byla zařazena do šetření podle převládajícího typu bytové zástavby a (4) základní škola mimopražská byla zařazena do šetření podle předchozích výsledků ESPAD šetření, kdy školy byly rozděleny podle trendu vývoje sledovaného zdravotně rizikového chování na zlepšující se, stagnující a problémové.

Při kontaktování základní školy bylo postupováno tak, že vytipovaným školám, resp. ředitelům škol byl zaslán e-mailem dopis představující jednotlivé kroky a cíle výzkumu se žádostí o spolupráci. Někteří ředitelé reagovali obratem a se šetřením vyjádřili souhlas či nesouhlas, zbývající ředitelé byli následně kontaktováni telefonicky anebo i osobně.

Sběr dat

Před vlastním sběrem dat proběhlo pilotní šetření v průběhu června 2013. Tohoto šetření se zúčastnilo 28 respondentů. Na základě vyhodnocení odpovědí byly provedeny drobné korekce dotazníku. Hlavní sběr dat probíhal v časovém úseku od září 2013 do března 2014 za využití webového dotazníku, který žáci vyplňovali v průběhu hodiny výpočetní techniky. Každá škola obdržela unikátní přístupový kód, kterým se žáci dané školy přihlásili do webového šetření. Anonymita žáků tím byla zachována. Vyplňování on-line dotazníku trvalo žákům průměrně 30 minut.

Etika výzkumu

Samozřejmostí výzkumu byla dobrovolnost a anonymita. Součástí úvodní části dotazníku bylo zdůraznění dobrovolnosti vyplnění a ujištění o anonymitě údajů. V dotazníku respondenti neuváděli žádné osobní identifikátory, typu jméno nebo adresu bydliště (plné znění dotazníku příloha 1). Šetření se uskutečnilo po představení záměru a odsouhlasení výzkumu ředitelem školy.

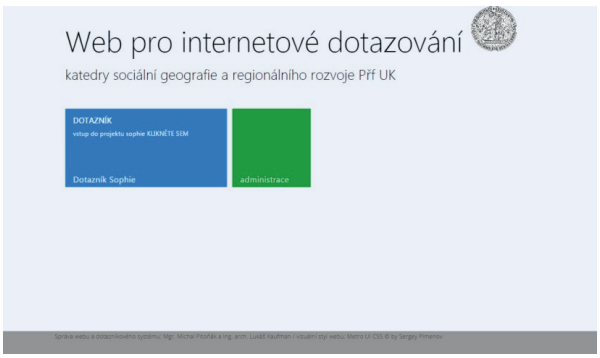
Všem ředitelům škol, kteří souhlasili s provedeným šetřením, byla po ukončení výzkumu a jeho vyhodnocení zaslána nabídka návštěvy návštěvy Přírodovědecké fakulty UK s celodenním programem, zaměřeným zejména na představení výsledků šetření.

Použitá metoda – dotazník

Webový dotazník byl sestaven na základě předchozích zkušeností týmu výzkumníků s dotazníkovými šetřeními a zejména jako doplněk k šetření ESPAD (*The European School Survey on Alcohol and Other Drugs* – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), které probíhá v českých školách opakovaně každé čtyři roky již od roku 1995.

Dotazník měl celkem 48 otázek rozčleněných do čtyř částí (Část A: Obecné úvodní otázky – 9 otázek; Část B: Místo bydliště, okolí školy – 19 otázek; Část C: Cigarety, alkohol, drogy – 13 otázek; Část D: Zdraví a pohyb – 7 otázek), viz příloha 1. V závěru bylo možno vložit vlastní zhodnocení dotazníku.

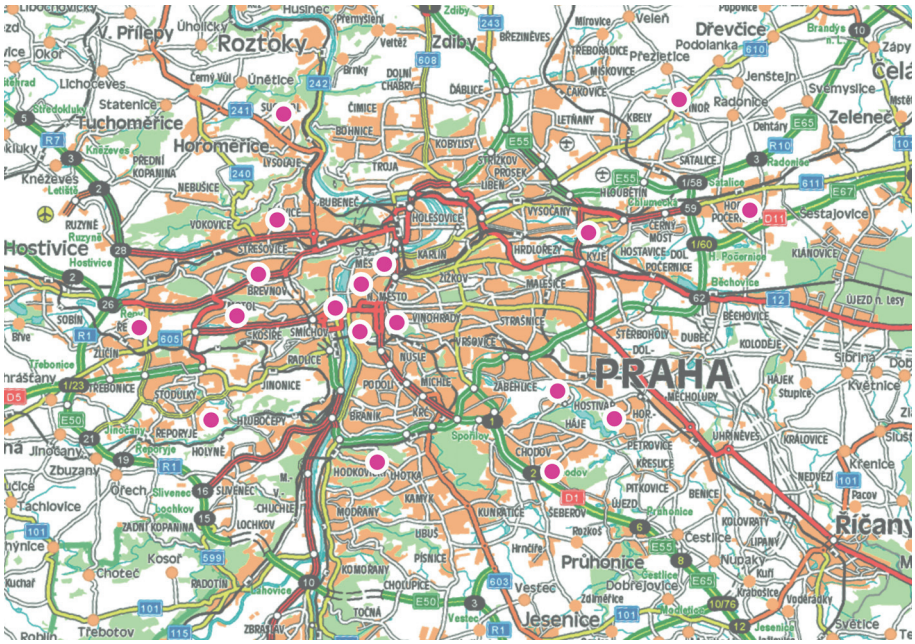
Dotazník vytvořili L. a M. Pitoňákovi v serverovém prostředí Přírodovědecké fakulty UK (natur.cuni.cz), kde získal alias doménu survey.natur.cuni.cz. Dotazníkový systém, který byl využit, je volně dostupným (*open source*) serverovým systémem napsaným v programovacím jazyce



Obrázek II.1 – Webové rozhraní dotazníku

Obrázek II.2 – Přehled škol účastnících se výzkumu

Obrázek II.3 – Přehled pražských škol účastnících se výzkumu



PHP, běžící v databázových prostředích na straně serveru (*MySQL*, *MSSQL* či *PostgreSQL*). Dotazníkový systém, resp. jeho online webová aplikace nese jméno *LimeSurvey* a je volně přístupnou alternativou, oceněnou v prestižních soutěžích vedených mezi volně dostupnými programy (*Les Trophées du Libre 2007*, *SourceForge 2008*). V mnoha ohledech se jedná o systém kvalitnější, s vyšší funkcionalitou, než kterou nabízí drahé placené alternativy. Odkaz na systém a tvůrce *LimeSurvey*: https://www.limesurvey.org/en/.

Po zprovoznění *LimeSurvey* na databázovém serveru byl v jeho prostředí vytvořen dotazník. Zabezpečení dotazníku bylo zajištěno trojfázově:

1. K aplikaci na serveru měl přístup pouze administrátor dotazníku, který komunikoval se svými kolegy v rámci výzkumného týmu a byl jediný, kdo měl přístup k úpravám v dotazníku.
2. Protože byl dotazníkový server nahrán do serverů na Přírodovědecké fakultě (natur.cuni.cz), byl chráněn proti útoku stejně přísnou měrou, kterou jsou chráněny další webové složky Přírodovědecké fakulty UK.
3. Přístup k vlastnímu vyplňování dotazníku byl poskytnut pouze vybraným školám, kterým administrátor dotazníku vygeneroval unikátní přístupové klíče s omezeným počtem přístupů.

Možnost snadného vyplnění dotazníku (např. ve vzdálených učebnách vybraných základních škol) byla zajištěna skrze vytvořenou webovou stránku na aliasu survey.natur.cuni.cz, po kliknutí na přítomné tlačítko „DOTAZNÍK vstup do projektu KLIKNĚTE ZDE" a po zadání přístupového klíče (žákům sdělil učitel) došlo ke spuštění dotazníku (obrázek II.1).

Zpracování dat

Po elektronickém vyplnění dotazníku byly informace automaticky odeslány do databáze dotazníku na serveru, odtud mohla být data okamžitě podrobena analýzám.

Všechny získané odpovědi byly v databázi zakódovány na základě přístupového klíče (jímž bylo možné identifikovat pouze školu) a časového záznamu o datu a trvání vyplňování dotazníku. Žádné informace, kterými by bylo možné identifikovat konkrétní žáky, nebyly zaznamenávány.

Veškeré statistické analýzy dat šetření probíhaly ve statistickém programu SPSS, verze 17 nebo 20.

Základní popis souboru

Vyplněný dotazník byl ve finále získán od 1 085 žáků ve věku 14–18 let. Vzhledem k tomu, že se jednalo o žáky 9. tříd, byli v souboru ponecháni pouze jedinci ve věku 14–15 let. Celkem tedy bylo v následujících analýzách použito 1 025 dotazníků.

Výzkumu se zúčastnili žáci 35 škol z celého Česka (18 pražských a 17 mimopražských škol, blíže obrázek II.2 a obrázek II.3). Žáci pražských škol tvořili 39 % souboru, mimopražských tedy 61 %. Regionální rozdíly ve výskytu rizikového chovaní jsou hodnoceny cíleně pouze na úrovni měst, v případě Prahy na úrovni městských částí.

4. Jak si stojí čeští teenageři? Prevalence rizikového chování

MICHALA LUSTIGOVÁ, DAGMAR DZÚROVÁ

V této kapitole jsou podány základní výsledky tematicky široce založeného on-line dotazníkového šetření, které se zabývalo rizikovými a protektivními faktory zdravotně rizikového chování školní mládeže (příloha 1). Za indikátory zdravotně rizikových forem chování mládeže byly v této publikaci proto zvoleny následující čtyři ukazatele:

- prevalence denních kuřáků,
- prevalence pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě *(„binge drinking"),*
- prevalence zkušenosti s užitím marihuany, nejčastěji užívanou nelegální drogou,
- syndrom rizikového chování (*„risk behaviour syndrome"*; sestrojen na základě předchozích tří ukazatelů).

Alkohol a cigarety patří mezi legální návykové látky, v případě mládeže ve věku 14 až 15 let se tak v podstatě jedná rovněž o látky nelegální.

4.1. Prevalence kouření cigaret

Výskyt a vážnost kouření zjišťovala v našem dotazníku otázka C4: „Jak často a kolik cigaret jsi vykouřil/a během posledních 30 dnů?" Možnosti odpovědí byly: *vůbec / méně než 1 cigaretu za týden / méně než 1 cigaretu za den / 1–5 cigaret denně / 6–10 cigaret denně / 11–20 cigaret denně / více než 20 cigaret denně.*

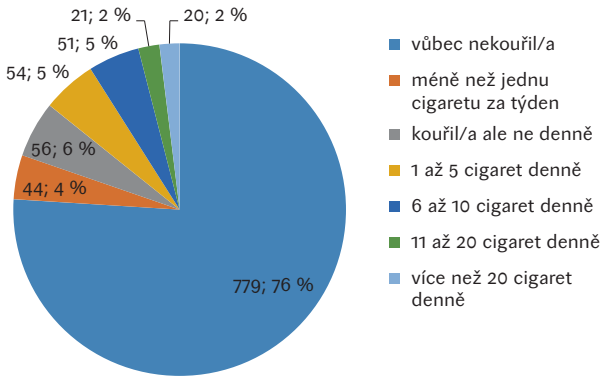
Mezi čtrnácti- až patnáctiletými žáky vůbec nekouřilo 76 % žáků. Zbylých 24 % kouřilo s různou frekvencí (obrázek 4.1). Pokud žák uvedl, že kouřil jednu anebo více cigaret každý den, byla tato skutečnost považována za zdravotně rizikové chování a žák byl označen jako denní kuřák. Proměnná denní kuřáctví byla kódována tak, že pokud žák uvedl, že vůbec nekouřil, kouřil méně než jednu cigaretu za týden anebo kouřil, ale nikoliv denně, tak nebyl považován za denního kuřáka. Denní kuřáctví tedy deklarovalo 146 žáků, což představovalo 14,2 % souboru. V Praze to činilo 13,2 %, v ostatních městech 14,9 %, rozdíly prevalence kuřáctví mezi Prahou a ostatními městy nelze považovat za statisticky významné.

Prevalence denního kuřáctví se však výrazně lišila ve sledovaných městech (obrázek 4.2). Žáci z měst Krnov (30 %), Brandýs - Stará Boleslav a Benešov (více jak 20 %) patřili častěji mezi denní kuřáky. Na druhou stranu výrazně nižší podíl denních kuřáků (méně jak 5 %) byl zjištěn mezi žáky v Horní Bříze, Jindřichově Hradci a v Ostravě. Signifikantní rozdíl mezi městy v prevalenci denního kuřáctví byl potvrzen *chí-kvadrát testem** ($chi^2(15) = 25{,}447$, p-hodnota = 0,044). Obrázek 4.2 dále uvádí zjištěné rozdíly v prevalenci tohoto zdravotně rizikového faktoru v městských částech Prahy.

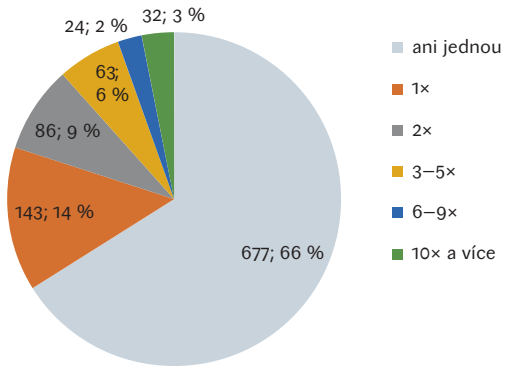
4.2. Prevalence konzumace alkoholických nápojů

Sociální vědci a epidemiologové používají kvantitativní definici nárazového pití založenou na množství vypitých nápojů při jedné příležitosti. Tradiční měřítko pěti a více skleniček alkoholu

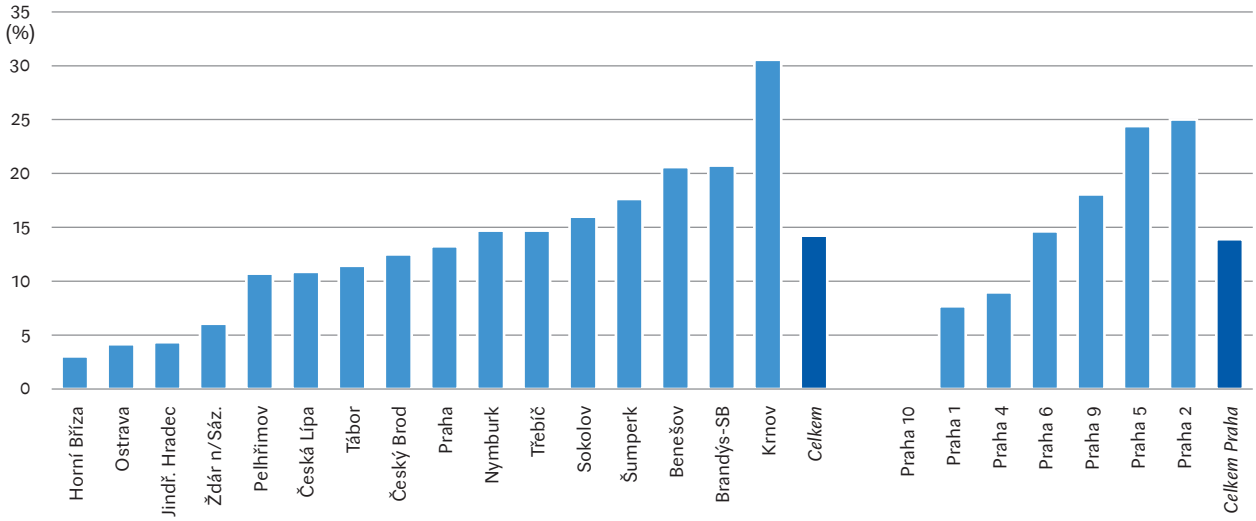
* Hypotéza o shodě procentuálního zastoupení hodnocených kategorií v kontingenční tabulce byla testována pomocí chi^2-testu dobré shody (testu nezávislosti). Významnost testu byla posuzována na základě p-hodnoty, která odpovídá nejnižší hladině testu, na které je ještě možno zamítnout nulovou hypotézu. Testy byly prováděny na 5% hladině významnosti, hodnota $p < 0{,}05$ tedy znamená statisticky významný rozdíl v rozložení/rozdělení sledovaného jevu mezi kategoriemi.



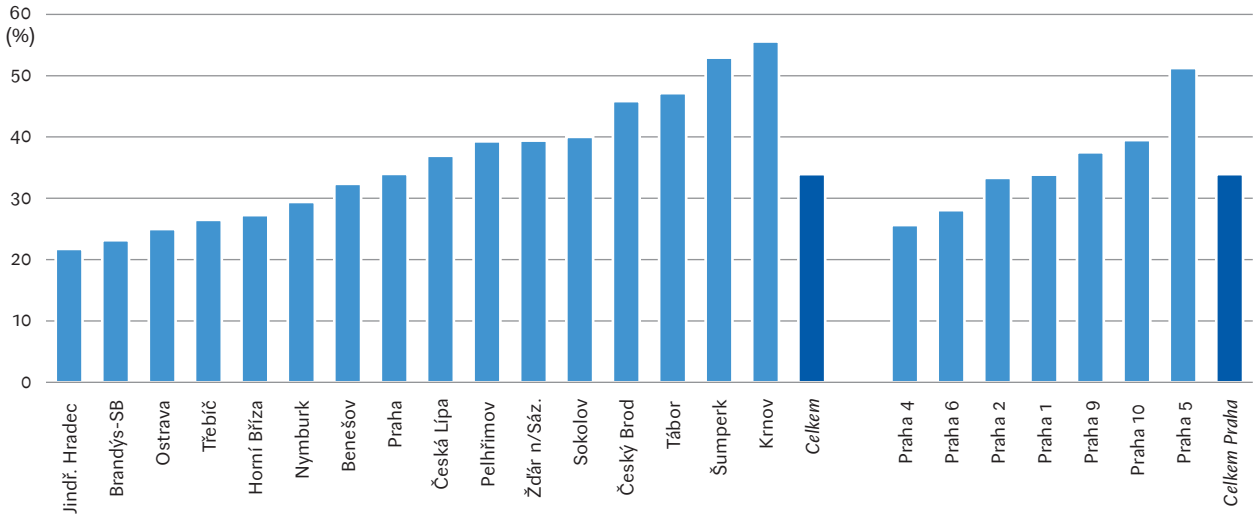
Obrázek 4.1 – Frekvence kouření v posledních 30 dnech
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014



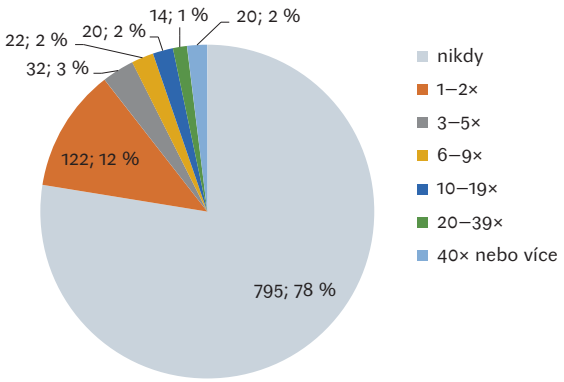
Obrázek 4.4 – Konzumace pěti nebo více sklenic alkoholu za sebou v posledních 30 dnech
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014



Obrázek 4.2 – Prevalence denního kuřáctví ve sledovaných městech a v městských částech Prahy
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014



Obrázek 4.3 – Prevalence nadměrné konzumace alkoholu ve sledovaných městech a v městských částech Prahy
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014



Obrázek 4.5 – Frekvence užití marihuany v posledním roce
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

při jedné příležitosti je používáno jako indikátor rizika spojeného s konzumací alkoholu (Jackson 2008). V dotazníku (otázka C8) jsme se studentů ptali: „Pokud se zamyslíte nad posledními 30 dny, kolikrát jste vypili pět nebo více alkoholických nápojů při jedné příležitosti?" Proměnná nadměrná konzumace alkoholu byla u žáků ve věku 14 až 15 let kódována tak, že konzumace pěti a více skleniček alkoholu při jedné příležitosti v předchozím 30denním období byla považována za nadměrnou konzumaci alkoholu.

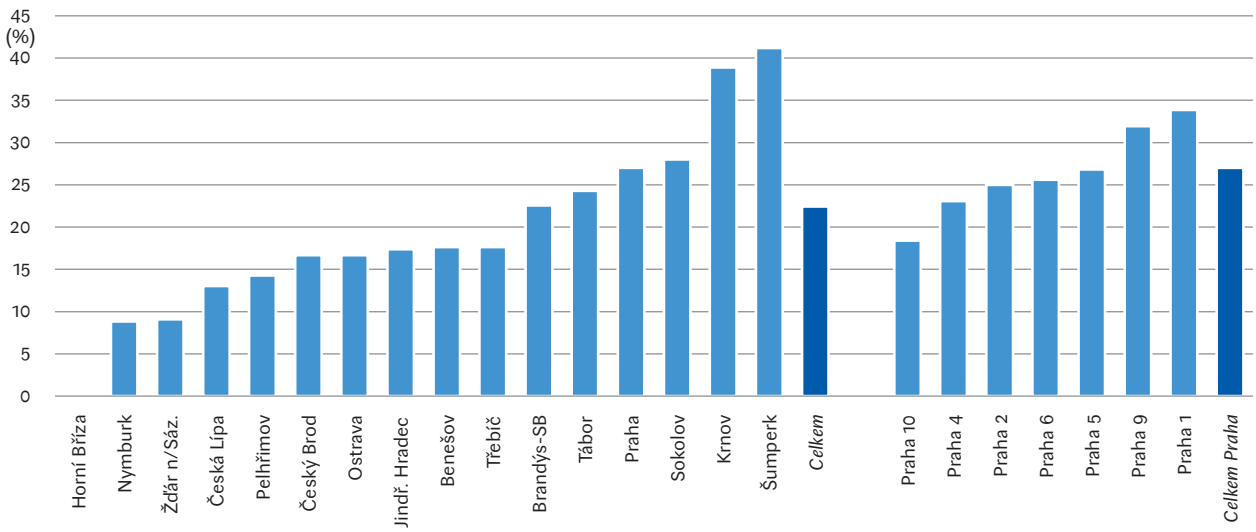
Ve sledovaném souboru 348 žáků deklarovalo, že konzumovali nadměrně alkohol, což představovalo 34 % z celku – blíže obrázek 4.4. Zkušenost s nadměrnou konzumací alkoholu se nelišila u žáků v Praze a mimo Prahu, statisticky významné rozdíly však byly zjištěny na úrovni jednotlivých měst. Více jak polovina žáků měla zkušenost s nadměrnou konzumací alkoholu v Krnově a Šumperku a téměř polovina také v Táboře (obrázek 4.3). Více jak polovina žáků měla také zkušenost s nadměrnou konzumací alkoholu v městské části Praha 5 (obrázek 4.3).

4.3. Prevalence užívání marihuany

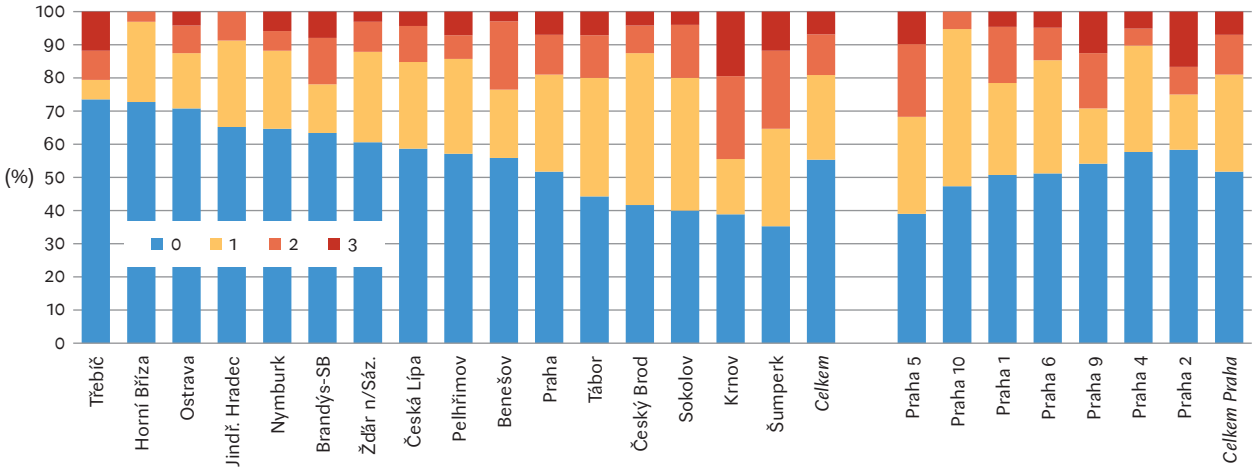
Žáci byli dotazováni na frekvenci užívání marihuany (otázka dotazníku C12 a) následovně: „Kolikrát jsi (pokud vůbec) užil marihuanu (‚trávu') nebo hašiš za posledních 12 měsíců?" Možnosti odpovědí byly: *vůbec / 1–2krát / 3–5krát / 6–9krát / 10–19krát / 20–39krát / 40krát a více*. Proměnná užívání marihuany byla kódována tak, že užití marihuany za posledních 12 měsíců bylo považováno za zdravotně rizikové.

Ve sledovaném souboru 795 (78 %) žáků nikdy marihuanu nevyzkoušelo a zbylých 230 (22 %) žáků již mělo zkušenosti s užitím marihuany (obrázek 4.5). Velmi časté užívání marihuany (10krát a více za rok) deklarovalo 5,4 % žáků. V Praze byla prevalence užívání marihuany vyšší než v ostatních městech (27 % vs. 20 %), rozdíl byl statisticky významný ($chi^2(1) = 7{,}8$, $p < 0{,}05$).

Prevalence užívání marihuany se také výrazně lišila ve sledovaných městech (obrázek 4.6). Studenti z měst Šumperk a Krnov patřili mezi města s extrémně vyšší prevalencí uživatelů marihuany, statisticky významné rozdíl v prevalenci



Obrázek 4.6 – Prevalence užívání marihuany ve sledovaných městech a v městských částech Prahy
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014



Obrázek 4.7 – Prevalence rizikových faktorů a syndromu rizikového chování ve sledovaných městech a v městských částech Prahy
Poznámka: 0 – bez rizikového chování, 3 – současně všechny tři formy rizikového chování
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

mezi městy byly potvrzeny chí-kvadrát testem ($chi^2(15) = 36{,}5$, p-hodnota < 0,001).

4.4. Syndrom rizikového chování

Vícečetné užívání návykových látek nemá v literatuře jednotnou a ucelenou definici, přičemž jednotný není ani metodologický postup, jak s příslušným konceptem pracovat a jak ho měřit. Obecně autoři používají buď ukazatele počtu, nebo množství užívaných látek současně, ze kterých následně konstruují různé indexy; nebo se zajímají o identifikaci období, resp. věku jedince, při kterém k experimentování s drogami dochází, přičemž se snaží odhalit okolnosti, které k takovému chování vedou (Kokkevi 2012).

Syndrom rizikového chování *(risk behaviour syndrome, SRCH)* představil na počátku 90. let ve svých studiích rizikového chování mládeže R. Jessor (1994). V naší studii se syndrom rizikového chování pojí se škodlivým zneužíváním návykových látek (kouřením, konzumací alkoholu a drog). Podle Jessora jde o takové chování, které se projevuje v několika formách často se prolínajících.

Ukazatel prevalence SRCH byl sestaven na základě deklarace předchozích tří ukazatelů zdravotně rizikového chování (denní kuřák cigaret, zkušenost s nadměrným konzumem alkoholu a užití marihuany v průběhu posledního roku). Ve sledovaném souboru bylo 55 % žáků bez jediného sledovaného zdravotně rizikového faktoru, 26 % žáků (195 žáků) s jedním RF, 12 % (93 žáků) se dvěma a 7 % žáku (38 žáků) dokonce se třemi rizikovými faktory. Rozdíl mezi Prahou a ostatními městy nebyl v prevalenci syndromu rizikového chování zjištěn.

Prevalence SRCH se však výrazně lišila ve sledovaném souboru měst (obrázek 4.7). Studenti z měst Krnov a Šumperk vykázali nejvyšší prevalenci SRCH, statisticky významné rozdíly v prevalenci mezi městy byly potvrzeny *chí²-testem* (počítáno pro 2 a více faktorů $chi^2(30) = 66{,}4$, p-hodnota < 0,001). Závažným zjištěním jistě je, že žáci z Krnova vykázali ve 44 % případů dva nebo tři rizikové faktory.

4.5. Výskyt zdravotně rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle vybraných ukazatelů

Dosažená úroveň vzdělání rodičů významně ovlivňovala rizikové zdravotní návyky mládeže. Mezi žáky s otcem či matkou pouze se základním vzděláním byl mnohem vyšší podíl kuřáků, nadměrných konzumentů alkoholu a konzumentů marihuany – blíže tabulka 4.1. Syndrom rizikového chování (kumulace všech tří sledovaných rizikových faktorů) se výrazně častěji vyskytoval u žáků, jejichž otec nebo matka měli pouze základní vzdělání (16 % v případě otce a 14 % v případě matky se základním vzděláním).

Finanční situace rodiny se výrazně neodrážela v prevalenci kuřáctví u adolescentů, podíl kuřáků

se ve všech skupinách pohyboval kolem průměru od 13 do 16 %. V případě nadměrné konzumace alkoholu a užívání marihuany byla vyšší prevalence než průměr zjištěna u žáků, kteří deklarovali finanční rodinou situaci jak velmi dobrou a dobrou, tak špatnou a velmi špatnou. Například mezi žáky z rodin se špatnou finanční situací bylo více jak 32 % uživatelů marihuany, blíže tabulka 4.1. Jako protektivní se jevila průměrná finanční situace rodiny, mezi žáky z takovýchto rodin bylo 58,5 % bez zjištěného rizikového závislostního chování.

Hodnocení vztahu s rodiči a přáteli představuje jednu z nejvýraznějších determinant pro rozvoj rizikového chování u dospívajících (Jessor a kol. 1994). Mezi žáky, kteří byli se svým vztahem s matkou nespokojení, bylo zjištěno 50 % kuřáků, téměř 70 % nadměrných konzumentů alkoholu a 63 % uživatelů marihuany. Syndrom rizikového chování byl pak zjištěn u 38 % z nich. Podobné výsledky byly zjištěny i v případě negativně hodnoceného vztahu s otcem, blíže tabulka 4.1. Pozitivně hodnocený vztah s rodiči naopak eliminoval vznik syndromu rizikového chování.

Jako klíčové prediktory zdravotně rizikového chování se v adolescenci uplatňují normy a chování rodičů. Prevalence denního kouření byla u žáků, jejichž rodiče také kouřili, výrazně vyšší. Mezi adolescenty, jejichž otec kouřil, bylo 28 % kuřáků a mezi těmi, jejichž matka kouřila, 33 % kuřáků. Výrazně vyšší byla u žáků z kuřáckých rodin také prevalence konzumace marihuany (30 % v případě otce kuřáka a dokonce 40 % v případě matky kuřačky).

Riziko nadměrné konzumace alkoholu potom souviselo se zvyklostmi konzumace alkoholu u rodičů. Žáci z rodin, kde otec nebo matka denně konzumují lihoviny, v 70 % konzumovali nadměrné množství alkoholu. V rodinách, kde matka denně konzumovala alkohol, měli navíc žáci v nadpoloviční většině zkušenost s marihuanou. V takovýchto rodinách byla také enormně nízká prevalence nerizikového chování (15 % v případě matky denní konzumentky lihovin).

Mezi žáky žijícími v domácnosti bez vlastních rodičů bylo dvakrát více kuřáků než v celé populaci respondentů, výrazně vyšší byl také podíl žáků se zkušenostmi nadměrného pití a užití marihuany. Syndrom rizikového chování (3 HRB) byl potom zjištěn u 16 % z nich.

Subjektivní percepce a hodnocení školy (na základě otázky „Jak rád chodíš do školy?") výrazně ovlivňovalo rizikové chování mládeže. U žáků, kteří uvedli, že chodí do školy rádi nebo velmi rádi, působilo sociální prostředí jako protektivní faktor. 65 % z nich nevykazovalo rizikové chování. Na druhou stranu mezi těmi, kteří uvedli, že velmi neradi chodí do školy, bylo výrazně vyšší procento denních kuřáků (24 %), nadměrných konzumentů alkoholu (50 %) a konzumentů marihuany (34 %).

Subjektivní percepce lokality, ve které žáci bydlí, výrazně ovlivňovala jejich rizikové chování (tabulka 4.2). Negativní vnímání lokality zvyšovalo riziko kouření, nadměrné konzumace alkoholu i marihuany. Výskyt rizikových faktorů se také lišil podle typu lokality z hlediska zástavby. Největší podíl žáků bez rizikového chování (75 %) byl mezi žáky, žijících v zástavbě řadových domků a dvojdomků. Naopak častější výskyt rizikového chování byl u žáků žijících v zástavbě starších městských bytových domů (s pavlačemi či dvorem) a v zástavbě novějšími bytovými domy.

Aktivní zapojení do činnosti zájmových kroužků působilo jako nejsilnější protektivní faktor (z aktivit trávení volného času) před vznikem rizikového chování (blíže tabulka 4.3). Z žáků, kteří navštěvovali nějaký kroužek, nevykazovalo 62 % rizikové zdravotní návyky. Vyšší výskyt rizikového chování byl u těch žáků, kteří trávili volný čas v obchodních domech, venku s kamarády nebo se nudili. Největší podíl kuřáků (20 %) byl pak mezi žáky, kteří ve volném čase nesportují, nejnižší (5 %) naopak mezi žáky, kteří netrávili volný čas s kamarády. Netrávení volného času s kamarády působilo protektivně i u zbylých sledovaných rizikových faktorů.

Mezi adolescenty, kteří hodnotili svoje zdraví jako špatné nebo velmi špatné, bylo výrazně více kuřáků (18,5 %), konzumentů nadměrného množství alkoholu (50 %) a konzumentů marihuany (33 %) než mezi adolescenty, kteří hodnotili svoje zdraví jako velmi dobré nebo dobré (tabulka 4.4).

Literatura

JACKSON, K. M. (2008): Heavy Episodic Drinking: Determining the Predictive Utility of Five or More Drinks. Psychology of Addictive Behavors, 22, s. 68–77.

JESSOR, R., DONOVAN, J. E., COSTA, F. M. (1994): Beyond adolescence – problem behavior and young adult development. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge, 293 s.

KOKKEVI, A. (2012): Polydrug use by European adolescents: Examining the prevalence of cannabis-related problems among adolescents in 13 European countries. In: Hibell a kol. (2012): The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, Stockholm, s. 166–170.

Tabulka 4.1 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle vybraných ukazatelů rodinného prostředí

		N (abs.)	Denní kuřák (%)	Nadměrná konzumace alkoholu (%)	Užití marihuany (%)	Syndrom rizikového chování (%)			
						0	1	2	3
Typ rodiny Otázka B4	bez vlastních rodičů	19	31,6	42,1	36,8	36,8	31,6	15,8	15,8
	jeden vlastní rodič	333	19,2	36,9	28,2	49,5	25,5	15,9	9,0
	oba vlastní rodiče	673	11,3	32,2	19,2	58,7	25,4	10,4	5,5
Ekonomická situace rodiny Otázka A6 – Jak dobře je na tom vaše rodina finančně?	velmi dobře, dobře	298	16,1	38,9	27,5	51,3	24,5	14,4	9,7
	průměrně	619	13,1	30,5	18,3	58,5	25,8	11,0	4,7
	špatně, velmi špatně	108	15,7	39,8	32,4	48,1	26,9	13,9	11,1
Intelekt otce Otázka A7 – Jaké nejvyšší ukončené vzdělání má tvůj otec?	základní	56	25,0	44,6	37,5	46,4	16,1	21,4	16,1
	střední	699	13,9	33,3	20,3	56,2	26,0	11,7	6,0
	vysokoškolské	270	13,0	33,3	24,8	54,8	26,3	11,9	7,0
Intelekt matky Otázka A8 – Jaké nejvyšší ukončené vzdělání má tvá matka?	základní	50	28,0	40,0	34,0	46,0	20,0	20,0	14,0
	střední	713	14,3	33,2	21,0	56,4	25,1	12,1	6,5
	vysokoškolské	262	11,5	34,7	24,0	54,2	27,9	11,5	6,5
Vztah s matkou Otázka A9 – Jak jsi spokojen/a s tvým vztahem k matce?	velmi spokojen	659	10,9	31,9	19,9	58,9	25,0	10,6	5,5
	spokojen	223	17,0	31,8	20,2	55,2	26,5	12,6	5,8
	průměrně	115	22,6	42,6	33,9	43,5	26,1	18,3	12,2
	nespokojen	16	50,0	68,8	62,5	12,5	31,3	18,8	37,5
	velmi nespokojen	12	16,7	58,3	41,7	33,3	25,0	33,3	8,3
Vztah s otcem Otázka A9 – Jak jsi spokojen/a s tvým vztahem k otci?	velmi spokojen	514	9,5	31,5	16,3	61,1	25,7	8,0	5,3
	spokojen	254	14,6	36,2	25,6	52,0	26,8	14,2	7,1
	průměrně	154	20,8	32,5	27,9	50,6	24,0	18,8	6,5
	nespokojen	49	22,4	32,7	30,6	51,0	20,4	20,4	8,2
	velmi nespokojen	54	31,5	51,9	42,6	33,3	27,8	18,5	20,4
Otec – denní kuřák Otázka C5	ne	764	9,7	32,5	19,9	58,4	26,4	9,9	5,2
	ano	261	27,6	38,3	29,9	46,4	23,0	19,2	11,5
Matka – denní kuřačka Otázka C6	ne	836	10,0	32,8	18,5	58,5	26,6	10,0	4,9
	ano	189	32,8	39,2	39,7	41,3	21,2	22,2	15,3
Oba rodiče – denní kuřáci Otázka C5, C6	ne	922	11,3	33,3	20,0	57,4	26,4	10,6	5,6
	ano	103	40,8	39,8	44,7	36,9	18,4	27,2	17,5

Tabulka 4.1 (dokončení)

		N (abs.)	Denní kuřák (%)	Nadměrná konzumace alkoholu (%)	Užití marihuany (%)	Syndrom rizikového chování (%)			
						0	1	2	3
Otec – denní konzumace lihovin Otázka C9	ne	997	14,0	33,0	22,3	56,2	25,3	11,6	6,9
	ano	28	21,4	67,9	28,6	25,0	35,7	35,7	3,6
Matka – denní konzumace lihovin Otázka C10	ne	1012	14,2	33,5	22,0	55,8	25,3	12,2	6,7
	ano	13	15,4	69,2	53,8	15,4	46,2	23,1	15,4
Oba rodiče – denní konzumace lihovin Otázka C9, C10	ne	1015	14,3	33,6	22,5	55,7	25,4	12,1	6,8
	ano	10	10,0	70,0	50,0	20,0	40,0	30,0	10,0
Rizikové chování rodičů, počet rizikových faktorů u rodičů Otázka C5, C6, C9, C10	0	666	8,0	30,6	18,0	60,8	26,1	8,7	4,4
	1	242	19,8	38,8	25,2	49,6	26,0	15,3	9,1
	2	104	39,4	42,3	40,4	36,5	21,2	26,0	16,3
	3, 4	13	30,8	46,2	53,8	30,8	23,1	30,8	15,4
Celkem		*1025*	*14,2*	*34,0*	*22,4*	*55,3*	*25,6*	*12,3*	*6,8*

Poznámky: a) Denní kuřák, Nadměrná konzumace alkoholu a Užití marihuany – prevalence v %
b) Syndrom rizikového chování: 0 – bez rizikového chování, 3 – současně tři formy rizikového chování, 0–4 = 100 %
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

Tabulka 4.2 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle typu zástavby

Typ zástavby Otázka B2 – Kterému z následujících typů se nejvíce podobá oblast, ve které bydlíš?	N (abs.)	Denní kuřák (%)	Nadměrná konzumace alkoholu (%)	Užití marihuany (%)	Syndrom rizikového chování (%)			
					0	1	2	3
1 Panelový dům (zpravidla v oblasti není osamocený)	389	12,6	36,5	23,7	52,4	28,8	12,3	6,4
2 Nový rodinný dům s dalšími podobnými ve svém okolí (typ satelitní městečko / suburb)	184	11,4	32,1	19,6	60,9	21,7	10,9	6,5
3 Řadový domek (více než 2 domy v řadě)	50	10,0	24,0	16,0	74,0	8,0	12,0	6,0
4 Starší městský bytový dům (s pavlačí či dvorem)	76	26,3	35,5	25,0	47,4	28,9	13,2	10,5
5 Novější bytový dům (ne panelák)	96	20,8	37,5	26,0	49,0	26,0	16,7	8,3
6 Starší samostatný dům (často se zahradou)	206	14,6	34,0	22,8	54,9	25,7	12,6	6,8
7 Dvojdomek	24	4,2	8,3	12,5	75,0	25,0		
Celkem	*1025*	*14,2*	*34,0*	*22,4*	*55,3*	*25,6*	*12,3*	*6,8*

Poznámky: viz tabulka 4.1. Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014.

Tabulka 4.3 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle trávení volného času

Trávení volného času Otázka B17 – Jak trávíš volný čas?		N (abs.)	Denní kuřák (%)	Nadměrná konzumace alkoholu (%)	Užití marihuany (%)	Syndrom rizikového chování (%)			
						0	1	2	3
Sportuji	ne	304	20,4	33,6	25,0	53,9	22,4	14,5	9,2
	ano	721	11,7	34,1	21,4	55,9	26,9	11,4	5,8
U počítače – na internetu	ne	221	13,1	33,5	25,3	55,2	24,9	12,7	7,2
	ano	804	14,6	34,1	21,6	55,3	25,7	12,2	6,7
U počítače – hry	ne	563	16,5	35,5	25,0	53,3	24,9	13,3	8,5
	ano	462	11,5	32,0	19,3	57,8	26,4	11,0	4,8
Navštěvuji nějaký kroužek	ne	631	16,3	36,6	25,0	51,0	27,4	14,1	7,4
	ano	394	10,9	29,7	18,3	62,2	22,6	9,4	5,8
V obchodních centrech	ne	732	12,8	30,7	21,2	59,3	23,1	11,2	6,4
	ano	293	17,7	42,0	25,6	45,4	31,7	15,0	7,8
Venku s kamarády/kami	ne	284	5,3	23,9	13,7	69,0	20,8	8,5	1,8
	ano	741	17,7	37,8	25,8	50,1	27,4	13,8	8,8
Nudím se	ne	731	13,0	32,6	21,9	56,4	25,3	12,9	5,5
	ano	294	17,3	37,4	23,8	52,7	26,2	10,9	10,2
Celkem		*1025*	*14,2*	*34,0*	*22,4*	*55,3*	*25,6*	*12,3*	*6,8*

Poznámky:
a) Denní kuřák, Nadměrná konzumace alkoholu a Užití marihuany – prevalence v %
b) Syndrom rizikového chování: 0 – bez rizikového chování, 3 – současně tři formy rizikového chování, 0–4 = 100 %
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

Tabulka 4.4 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle subjektivního vnímání okolí, kvality života a zdraví

		N (abs.)	Denní kuřák (%)	Nadměrná konzumace alkoholu (%)	Užití marihuany (%)	Syndrom rizikového chování (%)			
						0	1	2	3
Ohodnocení života Otázka D3 – Jak bys ohodnotil svůj život?	nejlepší	595	10,8	33,3	19,0	59,7	23,7	10,6	6,1
	průměrný a dobrý	369	19,0	34,4	27,6	48,5	29,8	13,8	7,9
	nejhorší	61	19,7	37,7	24,6	54,1	18,0	19,7	8,2
Vztah s přáteli Otázka A9 – Jak jsi spokojen/a s tvým vztahem k přátelům?	velmi spokojen	518	16,0	37,8	23,7	51,9	26,8	12,9	8,3
	spokojen	359	12,3	27,6	20,6	59,3	25,6	10,3	4,7
	průměrně	127	13,4	34,6	18,1	59,8	20,5	13,4	6,3
	nespokojen	13	15,4	23,1	46,2	53,8	23,1	7,7	15,4
	velmi nespokojen	8		75,0	50,0	25,0	25,0	50,0	
Obliba školy Otázka B9 – Jak rád/a chodíš do školy?	velmi rád/a	34	14,7	20,6	20,6	64,7	20,6	8,8	5,9
	rád/a	214	9,8	27,1	17,8	65,4	20,1	8,9	5,6
	tak napůl	543	13,1	33,1	23,0	56,0	25,0	12,7	6,3
	nerad/a	145	19,3	40,0	20,7	49,0	29,0	15,2	6,9
	velmi nerad/a	89	23,6	50,6	33,7	33,7	38,2	14,6	13,5
Kvalita prostředí Otázka B13 – Myslíš si, že místo, kde žiješ, je dobré pro život?	ano, je to velmi dobré místo	333	14,4	36,0	20,4	55,3	26,7	9,9	8,1
	ano, je to dobré místo	441	12,0	29,5	21,3	59,0	24,7	10,9	5,4
	jde to	205	17,1	38,0	26,3	50,2	24,9	18,0	6,8
	není to dobré a vůbec dobré místo	46	21,7	43,5	30,4	43,5	28,3	17,4	10,9
Spokojenost se zdravím Otázka D5 – Co soudíš o svém zdravotním stavu?	velmi dobrý	442	11,1	33,3	19,2	57,9	26,2	10,2	5,7
	dobrý	529	16,4	32,9	24,0	54,8	24,4	13,4	7,4
	špatný a velmi špatný	54	18,5	50,0	33,3	38,9	31,5	18,5	11,1
Index životní spokojenosti Otázka D4	pozitivní	824	12,5	33,5	20,6	57,4	24,9	11,4	6,3
	negativní	201	21,4	35,8	29,9	46,8	28,4	15,9	9,0
Celkem		*1 025*	*14,2*	*34,0*	*22,4*	*55,3*	*25,6*	*12,3*	*6,8*

Poznámky:
a) Denní kuřák, Nadměrná konzumace alkoholu a Užití marihuany – prevalence v %
b) Syndrom rizikového chování: 0 – bez rizikového chování, 3 – současně tři formy rizikového chování, 0–4 = 100 %
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

Tabulka 4.5 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle subjektivního vnímání v zázemí školy

Percipovaná kvalita prostředí v zázemí školy Otázka B14 – Do jaké míry vnímáš tyto skutečnosti jako problémy v okolí tvé školy		N (abs.)	Denní kuřák (%)	Nadměrná konzumace alkoholu (%)	Užití marihuany (%)	Syndrom rizikového chování (%)			
						0	1	2	3
Neklid díky rasovým, etnickým či náboženským rozdílům	problém	464	15,5	37,7	25,0	50,6	28,7	12,5	8,2
	neproblém	455	14,3	32,5	21,1	57,1	24,4	11,9	6,6
Nepořádek, odpadky, rozbité sklo v ulicích, na chodnících, dvorech	problém	760	15,0	34,1	22,4	53,8	27,5	12,1	6,6
	neproblém	225	11,1	34,2	21,8	60,0	20,9	11,1	8,0
Drogy nebo přílišná konzumace alkoholu	problém	608	16,1	37,0	25,0	50,8	27,3	14,8	7,1
	neproblém	332	11,1	31,6	18,7	60,8	24,4	7,2	7,5
Násilí, vandalismus a zločinnost	problém	614	16,1	34,9	25,6	52,1	27,2	12,7	8,0
	neproblém	339	10,3	33,9	15,9	59,6	25,4	10,3	4,7
Přílišná doprava, zácpy	problém	505	15,6	33,7	21,6	55,6	25,0	12,3	7,1
	neproblém	469	13,2	33,9	23,2	54,8	26,7	11,9	6,6
Opuštěné a neudržované budovy v okolí	problém	441	17,7	37,0	24,3	51,9	25,6	14,1	8,4
	neproblém	510	11,2	31,6	20,4	58,0	26,3	10,2	5,5
Špatné životní prostředí a nedostatek zeleně	problém	510	13,1	32,5	23,1	55,9	25,5	12,5	6,1
	neproblém	475	14,7	36,2	21,1	54,5	26,7	10,9	7,8
Nedostatek hřišť (sportovišť)	problém	502	14,7	34,1	21,9	55,4	25,5	12,2	7,0
	neproblém	467	13,7	33,6	21,8	55,7	26,1	11,6	6,6
Celkem		*1 025*	*14,2*	*34,0*	*22,4*	*55,3*	*25,6*	*12,3*	*6,8*

Poznámky:
a) Denní kuřák, Nadměrná konzumace alkoholu a Užití marihuany – prevalence v %
b) Syndrom rizikového chování: 0 – bez rizikového chování, 3 – současně tři formy rizikového chování, 0–4 = 100 %
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

5. Na geografii záleží: kvalita prostředí v zázemí školy

MICHALA LUSTIGOVÁ, PŘEMYSL ŠTYCH

Kvalita prostředí, ve kterém žijeme, a individuální vnímání tohoto prostředí mohou ovlivnit naše zdraví. Vztahy mezi charakteristikami prostředí a rizikovým chováním jsou ale velmi komplexní a komplikované. Vliv prostředí, ve kterém člověk žije, na jeho zdravotní problémy je studován z mnoha různých úhlů pohledu. Příkladem je rostoucí počet studií nejen lékařských, ale i psychologických, sociálně epidemiologických, environmentálně vědních, zdravotně politických apod. Rostoucí zájem lze ovšem zaznamenat i u sociálních geografů v oblasti studia vztahu mezi kvalitou fyzického (zastavěného) prostředí a zdravím (Krieger, Higgins 2002; Handy a kol. 2002; Cohen, Inagami, Finch 2008). Množí se odborné studie, jejichž výsledky jasně ukazují, že vlastnosti prostředí pro život v dané oblasti ovlivňují zdraví a zdravotní chování obyvatel a důsledky jejich zdravotně rizikového chování.

5.1. Percipovaná kvalita prostředí

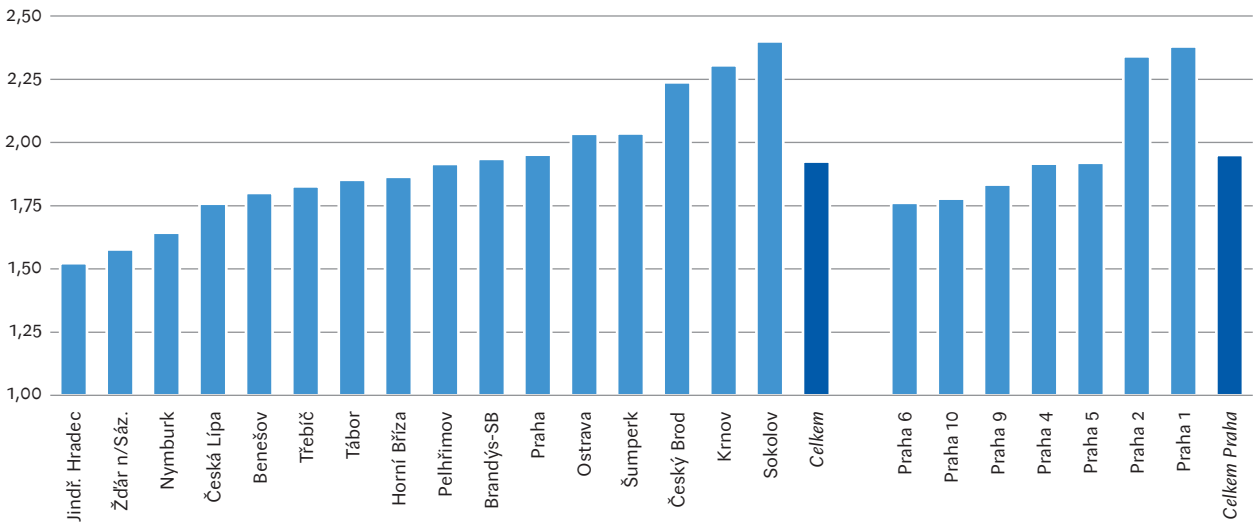
Žáci hodnotili osm různých aspektů kvality venkovního prostředí školy na škále *žádný problém – malý problém – střední problém – velký problém* (otázka B.14). Za největší problém (nejvyšší výskyt odpovědí velký problém) považovali adolescenti v zázemí školy „drogy a přílišnou konzumaci alkoholu" (17 %), „násilí, vandalismus a zločinnost" (15 %) a „nepořádek, odpadky…" (13 %), blíže tabulka 5.1. „Nepořádek, odpadky…" v zázemí školy byl zároveň mezi žáky vnímán jako bezproblémový pouze ve 22 %.

Pro přehlednější hodnocení celkové kvality venkovního prostředí v různých skupinách byly vytvořeny souhrnné proměnné; jednak souhrnné proměnné pro jednotlivé aspekty zázemí a dále souhrnná proměnná průměrné ohodnocení kvality zázemí školy. Osm otázek na kvalitu venkovního prostředí škol bylo kódováno následně: žádný problém (1) … velký problém (4). Odpovědi hodnocené „nevím" byly označeny jako chybějící hodnoty a tedy nehodnoceny. Na základě odpovědí byl pak vypočítán průměr pro jednotlivé otázky (aspekty kvality zázemí) a průměrná souhrnná proměnná.

Průměrná hodnota kvality prostředí v zázemí školy byla 1,92. Žáci z pražských škol deklarovali mírně horší kvalitu okolí školy než žáci ostatních měst (1,95 vs. 1,91). Průměrná hodnota v jednotlivých městech a městských částech Prahy se pak pohybovala od 1,5 v Jindřichově Hradci a 1,6 ve Žďáru nad Sázavou a Nymburce po hodnoty vyšší než 2,2 v Sokolově, Praze 1, Praze 2, Krnově a Českém Brodě (obrázek 5.1).

V zázemí školy dle těchto souhrnných ukazatelů vnímali žáci nejvíce negativně „nepořádek, odpadky…" (průměrné ohodnocení 2,3), následně pak „drogy a přílišnou konzumaci alkoholu" a „násilí, vandalismus a zločinnost" (průměrné ohodnocení 2,2, resp. 2,1). Naopak neudržované budovy v okolí školy vnímali žáci jako nejmenší problém (průměrné ohodnocení 1,7).

Téměř ve všech osmi sledovaných kategoriích zázemí školy deklarovali žáci ve městě Sokolov nejvážnější problémy; v případě vandalismu a zločinnosti, neklidu díky rasovým rozdílům a nepořádku na ulicích dokonce hodnotou 2,8. Vnímání jednotlivých aspektů kvality venkovního prostředí jednotlivých měst a městských částí pak uvádí tabulka 5.2, kdy pro lepší přehlednost jsou jednotlivé sloupce, tj. průměrné hodnoty v jednotlivých městech, barevně označeny na škále zelená (nejnižší hodnoty) – žlutá (průměrné hodnoty) – červená (nejvyšší hodnoty).



Obrázek 5.1 – Průměrná hodnota kvality prostředí v okolí školy ve sledovaných městech a v městských částech Prahy
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

Doplňující informaci popisující zázemí školy je způsob dopravy do školy (otázka dotazníku B7). Bylo zjištěno, že se nejčastěji žáci dostávají do školy pěšky (54 %), následovala veřejná doprava či auto (38 % a 7 %) a pouze necelé jedno procento dětí využilo na cestu do školy kolo – celkem 5 z celkového počtu 1 025 dětí! V kontextu zjištěného lze doplnit, že více jak čtvrtina dětí (27 %) deklarovala nespokojenost se svou postavou z důvodu nadměrné tloušťky, spokojena se svoji postavou byla polovina dotázaných. Závěry vedou k zamyšlení nad změnou podmínek obytného prostředí (obezitogenní prostředí viz Marinov, Pastuch a kol. 2012) na prostředí jednoznačně podporující pohybové aktivity dětí, např. vybudováním bezpečných cyklostezek vedoucích ke školám.

5.2. Objektivní kvalita prostředí

Zázemí škol a jeho vliv na zdravotně rizikové chování mládeže bylo dále hodnoceno na základě dvou objektivních proměnných, které byly zkonstruovány s využitím nástrojů GIS. Jednalo se jednak o proměnou „podíl zeleně v zázemí školy“, a jednak o proměnou „intenzita dopravy v zázemí školy“.

Podíl zeleně byl vypočítán pro okolí 500 m každé zkoumané školy. Jako vstupní data pro vymezení zeleně v okolí každé školy byla použita Základní mapa ČR v měřítku 1 : 10 000, Základní báze geografických dat České republiky (ZABAGED®) a barevná ortofota. Datové podklady jsou volně dostupné na http://geoportal.cuzk.cz. Zeleň byla zakreslována v GIS a jako objekty zájmu byly zpracovány lesy, travní porosty, okrasná vegetace a zahrady. Podíl těchto ploch ve vymezeném zázemí školy, tzn. okolí 500 m, vyjadřuje „podíl zeleně v zázemí školy“.

Intenzita dopravy byla určena na základě zastoupení jednotlivých významových tříd silnic v blízkém okolí školy. Školy byly rozděleny do čtyř kategorií podle následující metodiky:

1. v blízkém okolí školy se vyskytují dálnice, rychlostní silnice či silnice 1. třídy
2. v blízkém okolí školy se vyskytuje silnice 2. třídy
3. v blízkém okolí školy se vyskytuje silnice 3. třídy
4. škola se nachází v klidové zóně, v blízkém okolí školy se nenachází žádná z výše uvedených tříd silnic.

Jako datové zdroje byly využity Databáze ArcČR 500 a mapové podklady Ředitelství silnic a dálnic ČR (https://www.rsd.cz/wps/portal/web/Silnice-a-dalnice/mapy). Silnice jsou členěny do tříd dle zákona o pozemních komunikacích (č. 13/1997 Sb.).

Statisticky významné rozdíly ve výskytu zdravotně rizikového chování byly v případě intenzity dopravy v zázemí škol zjištěny u denního kuřáctví a v případě prevalence syndromu rizikového chování (SRCH). U žáků škol, které se nacházely v blízkosti dopravní tepny, byl zjištěn

Tabulka 5.1 – Subjektivní vnímání problémů v zázemí školy (v %)

	Žádný problém	Malý problém	Střední problém	Velký problém	Nevím
Neklid díky rasovým, etnickým či náboženským rozdílům	44,4	26,4	11,5	7,3	10,3
Nepořádek, odpadky, rozbité sklo v ulicích, na chodnících, dvorech	22,0	38,7	22,8	12,6	3,9
Drogy nebo přílišná konzumace alkoholu	32,4	26,5	15,5	17,3	8,3
Násilí, vandalismus a zločinnost	33,1	31,0	14,0	14,9	7,0
Přílišná doprava, zácpy	45,8	31,3	12,6	5,4	5,0
Opuštěné a neudržované budovy v okolí	49,8	27,1	11,0	4,9	7,2
Špatné životní prostředí a nedostatek zeleně	46,3	26,7	12,5	10,5	3,9
Nedostatek hřišť (sportovišť)	45,6	25,3	13,3	10,4	5,5

Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

signifikantně vyšší podíl denních kuřáků (23,6 %) než v celé populaci (14,2 %). Dále byl u těchto žáků zjištěn vyšší výskyt syndromu rizikového chování, dva nebo tři sledované rizikové faktory se vyskytovaly u 30 % z nich (blíže tabulka 5.3).

V případě vlivu podílu zeleně v zázemí škol na zdravotně rizikové chování žáků se projevil jak protektivní efekt dostatku zeleně v okolí školy, tak negativní efekt nižšího podílu zeleně v zázemí školy. Mezi žáky škol, v jejichž okolí je nižší podíl zeleně, bylo signifikantně více denních kuřáků a žáků, kteří mají zkušenost s marihuanou. Je mezi nimi také výrazně více jedinců se syndromem rizikového chování (blíže tabulka 5.3). Na druhou stranu mezi žáky škol nacházejícím se v prostředí s dostatkem zeleně je výrazně více těch, u kterých se nevyskytuje žádný ze sledovaných rizikových faktorů (61 % vs. 55 %).

Literatura

COHEN, D. A., INAGAMI, S., FINCH, B. (2008): The built environment and collective efficacy. Health & place, 14, s. 198–208.

HANDY S. L., BOARNET, M. G., EWING, R., KILLINGSWORTH, R. E. (2002): How the built environment affects physical activity: views from urban planning. American journal of preventive medicine, 23, s. 64–73.

KRIEGER J., HIGGINS, D. L. (2002): Housing and health: time again for public health action. American Journal of Public Health, 92, s. 758–768.

MARINOV, Z., PASTUCH, D. a kol. (2012): Praktická dětská obezitologie. Grada, 224 s.

Tabulka 5.2 – Vnímání problémů v zázemí školy v jednotlivých městech a městských částech Prahy

Město/městská část	Neklid díky rasovým, etnickým či náboženským rozdílům	Nepořádek, odpadky, rozbité sklo v ulicích, na chodnících, dvorech	Drogy nebo přílišná konzumace alkoholu	Násilí, vandalismus a zločinnost	Přílišná doprava, zácpy	Opuštěné a neudržované budovy v okolí	Špatné životní prostředí a nedostatek zeleně	Nedostatek hřišť (sportovišť)	*Průměrné ohodnocení zázemí školy*
Benešov	1,7	2,2	2,1	1,9	1,5	1,6	1,6	1,6	*1,8*
Brandýs-SB	1,6	2,2	2,4	2,2	1,8	1,9	1,8	2,1	*1,9*
Česká Lípa	1,8	2,0	1,9	1,9	1,5	1,7	1,7	1,7	*1,8*
Český Brod	2,0	2,7	2,4	2,7	1,6	2,1	2,3	2,4	*2,2*
Horní Bříza	2,2	2,4	2,3	2,5	1,2	1,4	1,6	1,6	*1,9*
Jindř. Hradec	1,5	2,0	1,9	1,7	1,2	1,5	1,5	1,7	*1,5*
Krnov	2,3	2,5	2,8	2,6	1,9	2,1	2,1	2,4	*2,3*
Nymburk	2,0	2,0	1,8	1,8	1,5	1,7	1,9	1,6	*1,6*
Ostrava	1,6	2,3	1,9	1,9	2,0	1,5	2,0	1,8	*2,0*
Pelhřimov	1,8	2,2	2,3	2,2	1,4	1,5	1,7	1,8	*1,9*
Praha 1	2,0	2,7	2,5	2,3	2,2	1,9	2,6	2,4	*2,4*
Praha 10	1,6	2,2	1,7	1,9	1,9	1,4	1,8	1,9	*1,8*
Praha 2	2,2	2,4	2,6	2,5	2,2	1,9	2,3	2,1	*2,3*
Praha 4	1,7	2,4	2,4	2,4	2,0	1,6	1,9	1,7	*1,9*
Praha 5	1,8	2,0	2,1	1,9	2,0	1,6	2,1	1,7	*1,9*
Praha 6	1,7	2,3	2,1	2,0	1,7	1,4	1,7	1,5	*1,8*
Praha 9	1,7	2,1	2,1	1,9	1,9	1,7	1,7	1,7	*1,8*
Sokolov	2,8	2,8	2,2	2,8	2,1	2,2	2,7	2,5	*2,4*
Šumperk	2,2	2,5	2,1	2,1	1,5	1,8	2,0	1,7	*2,0*
Tábor	1,7	2,3	2,0	1,8	1,9	1,5	1,6	1,8	*1,9*
Třebíč	1,8	2,0	2,5	2,1	1,6	1,5	1,7	1,8	*1,8*
Žďár n/Sáz.	1,7	1,8	1,7	1,5	1,5	1,3	1,4	2,0	*1,6*
Celkem	*1,8*	*2,3*	*2,2*	*2,1*	*1,8*	*1,7*	*1,9*	*1,9*	*1,9*

Poznámky:
a) Denní kuřák, Nadměrná konzumace alkoholu a Užití marihuany – prevalence v %
b) Syndrom rizikového chování: 0 – bez rizikového chování, 3 – současně tři formy rizikového chování, 0–4 = 100 %
c) Barevné označení na škále zelená (nejnižší hodnoty) – žlutá (průměrné hodnoty) – červená (nejvyšší hodnoty)
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

Tabulka 5.3 – Srovnání výskytu rizikových faktorů a syndromu rizikového chování podle objektivních charakteristik zázemí školy

		N (abs.)	Denní kuřák (%)	Nadměrná konzumace alkoholu (%)	Užití marihuany (%)	Syndrom rizikového chování (%)			
						0	1	2	3
Intenzita dopravy v zázemí školy	klidová zóna – bez dopravy	183	9,3	34,4	23,0	56,8	25,1	12,6	5,5
	ulice 3. třídy	383	10,7	34,7	20,1	54,8	30,8	8,4	6,0
	ulice 2. třídy – větší dopravní zátěž	319	17,2	29,5	22,9	57,1	22,3	14,7	6,0
	dálnice – dopravní tepna	140	23,6	41,4	27,1	50,7	19,3	17,1	12,9
Podíl zeleně v zázemí školy	do 40 %	178	20,8	39,3	29,8	48,9	21,9	19,7	9,6
	40–65 %	715	13,1	32,6	21,3	55,9	27,1	10,9	6,0
	65 % a více	132	11,4	34,1	18,9	60,6	22,0	9,8	7,6
Celkem		*1 025*	*14,2*	*34,0*	*22,4*	*55,3*	*25,6*	*12,3*	*6,8*

Poznámky:
a) Denní kuřák, Nadměrná konzumace alkoholu a Užití marihuany – prevalence v %
b) Syndrom rizikového chování: 0 – bez rizikového chování, 3 – současně tři formy rizikového chování, 0–4 = 100 %
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

6. Syndrom rizikového chování: co posilovat, co oslabovat?

DAGMAR DZÚROVÁ, LADISLAV CSÉMY

6.1. Teoretická východiska

Existuje více teoretických koncepcí, v rámci nichž je možné vysvětlit rizikové chování v dospívání. Mezi teoretickými koncepty jsou tři, které je vhodné zmínit.

Velmi proslulou a stále plausibilní je *teorie sociálního učení* (Bandura 1969, 1986; Ward, Gryczynski 2009). Teorie sociálního učení překonává některá omezení behavioristického přístupu k výkladu chování především tím, že zahrnuje vliv kognitivních procesů. Vedle psychologických nebo kognitivních faktorů pracuje i s vlivem prostředí. V teorii sociálního učení se počítá s tím, že jedinec přijímá chování na základě podnětů z více zdrojů, přičemž má tendenci přijímat ty formy chování, které odpozoruje od sociálně významných vzorů ve svém prostředí (rodiče, vrstevníci). Současně pro vytváření vlastního chování mají větší význam ty modely chování, které jsou významným vzorem pozitivně hodnoceny a které vedou k očekávanému a žádoucímu výsledku. V rámci teorie sociálního učení je tedy možné vysvětlit rozvoj pozitivních a prosociálních forem chování, ale stejně tak rozvoj rizikového nebo sociálně deviantního chování, které je determinováno přejímáním modelu chování negativních vzorů.

Druhým vlivným konceptem je *teorie sociálních norem* (Berkowitz 2005; Perkins, Craig 2006), která částečně vychází z teorie sociálního učení a teorie plánovaného chování. Tato teorie nachází determinanty chování v subjektivních normách a percepci očekávání druhých lidí, která schvalují nebo odmítají určité projevy chování a zaujímají pozitivní nebo negativní postoje k danému projevu chování. Autoři teorie považují sociální normy za komplexní oblast, která v sobě zahrnuje jak postoje, tak přesvědčení a chování, včetně kulturních tradic, společenských standardů a obecně sdílených zvyků. Podobně jako v teorii sociálního učení, i zde je praktická použitelnost teorie dokumentována tím, že v rámci ní lze vysvětlit jak pozitivní, společensky zdravé jednání, tak společensky neadaptované. Jako příklad se uvádí, že např. když je jedinec přesvědčen o tom, že většina lidí pije alkohol a jeho pití schvaluje, pak sám bude mít tendenci jednat ve shodě s takto vnímanou a interpretovanou normou. Výsledky výzkumu podpořily názory autorů, že prostřednictvím sociálního marketingu je možné ovlivňovat společenské normy a v důsledku tedy i chování lidí.

Třetí teorie ovlivnila naše představy o faktorech, které ovlivňují rizikové chování dospívajících nejvíce. *Teorie problémového chování*, kterou koncipoval Jessor (Jessor, Jessor 1977; Jessor 1991; Jessor, Donovan, Costa 1991), reprezentuje multifaktoriální přístup k determinantám chování, kde původně byly udávány tři základní domény nebo systémy odpovědné za chování jedince: behaviorální systém, osobnostní systém a systém percipovaného prostředí. V Jessorově modelu problémového chování jsou integrovány koncepty hodnot a očekávání z teorie sociálního učení a sociologický koncept anomie (zde chápán jako „vzdálení se od" nebo „odmítání" společensky schvalovaných norem). Jako základní východisko pro vysvětlení jakéhokoli chování je postulována interakce jedince s jeho prostředím. V rámci jednotlivých systémů lze pak definovat proměnné, které mají z hlediska rizikového chování buď protektivní, nebo rizikový účinek. Zastoupení protektivních a rizikových faktorů v postulovaných systémech definuje míru vulnerability jedince ve vztahu k sociálně nebo

zdravotně rizikovému chování. Jessor později rozšířil tři již zmíněné základní systémy o *systém biologických a genetických faktorů* a o *systém sociálního prostředí*. Převaha rizikových faktorů a absence ochranných faktorů u dospívajícího vede k *rizikovému* životnímu stylu nebo k *syndromu* rizikového chování. Rizikovým chováním v dospívání se rozumí široká paleta projevů, kam vedle užívání návykových látek jsou zahrnovány i nezdravé stravovací zvyklosti, záškoláctví, kriminální chování, předčasný začátek sexuálního života, příp. promiskuita. Důsledkem rizikového životního stylu v dospívání jsou dopady na zdraví, sociální role a osobnostní vývoj. Dopady v těchto oblastech života mohou být různě závažné a někdy i trvalé. V oblasti zdraví jde především o nemocnost a nízkou fyzickou odolnost. V oblasti sociálních rolí vede rizikový životní styl k selhávání ve škole, problémům se zákonem a předčasnému rodičovství. V oblasti osobnostního vývoje může být důsledkem rizikového chování neadekvátní sebeobraz, depresivní ladění a suicidální tendence. Připravenost na dospělost je rizikovým chováním rovněž ovlivněna a manifestuje se především nízkou úrovní dosažených dovedností (kvalifikace) a nízkými šancemi na slušné pracovní uplatnění, které může vést k pocitům frustrace a ztrátě motivace.

Základními vysvětlujícími proměnnými v teorii problémového chování jsou z vývojového hlediska rizikové a protektivní faktory. Ty vytvářejí individuálně specifický vzorec určující vývoj jedince. Rizikové nebo protektivní faktory jsou v některých systémech dané a nelze je měnit. Týká se to například genetických faktorů, které jedinec získává po rodičích nebo osobnostních faktorů, jejichž základ je rovněž geneticky determinován, jako například temperamentové vlastnosti. Celkový vzorec přítomných rizikových a protektivních faktorů se dynamicky mění v průběhu dospívání v závislosti na změnách sociálního a fyzického prostředí. Právě dynamická interakce vlastností prostředí a jedince ovlivňuje vývoj jedince a jeho sociální adaptaci.

Víceúrovňová analýza vztahu mezi prostředím a zdravotně rizikovým chováním musí zahrnovat široké komplexní spektrum nejrůznějších proměnných. Je jasné, že výzkum rizikového chování adolescentů v kontextu komunitního prostředí je značně komplexní oblastí, ve které musíme vzít v potaz mnoho aspektů od zastavěného prostředí, společenského prostředí, soudržnosti komunity, až po vlastnosti školy, vliv spolužáků, rodinné zázemí či zdraví osoby, které zprostředkovává její behaviorální volby.

Při koncipování naší studie jsme adaptovali Jessorovu teorii problémového chování, s cílem postihnout významné proměnné, které predikují výskyt rizikového chování u dospívajících žáků ve věku 13 až 15 let. Jessorem postulované systémy jsme adaptovali na domény obsahově velmi podobné. Pracujeme s *doménou rodinné zátěže*, jíž odpovídá biologický a genetický systém. Sledujeme zde tři proměnné: intelekt rodičů operacinalizovaný dosaženou úrovní vzdělání, pití alkoholu a kouření u rodičů, jako proměnné, které mohou geneticky disponovat potomka k návykovému chování. Druhou doménou je *percipované fyzické prostředí v okolí školy*, měřené proměnnými jako drogy, nepořádek, násilí a vandalismus v okolí školy. Třetí doménu tvoří *percipované sociální prostředí* určené spokojeností ve vztahu k rodičům a trávením volného času s partou. Čtvrtou doménou je *osobnostní systém*, charakterizovaný subjektivní mírou životní spokojenosti, vztahem ke škole a způsobem trávení volného času. Poslední doménu tvoří *urbanisticko-geografické prostředí*, v rámci něhož sledujeme objektivní fyzické vlastnosti prostředí, v němž dospívající žije (jaké dopravní zátěži je vystaveno prostředí školy, jaká je míra zeleně v okolí, jaký má charakter urbanistická zástavba, v níž dospívající vyrůstá, apod.).

6.2. Odhad faktorů pomocí analýzy rozhodovacích stromů

K posouzení toho, které faktory v jednotlivých doménách určují přítomnost rizikového chování u dospívajícího, jsme zvolili analýzu rozhodovacích stromů. Cílem metody je vytvoření stromové struktury a pomocí ní analyzovat vliv vysvětlujících proměnných na proměnnou vysvětlovanou tak, abychom pro objekt s neznámou hodnotou vysvětlované proměnné mohli tuto hodnotu odhadnout*, v podstatě jde o obdobu mnohonásobné regrese. Grafickým výstupem metody je vytvoření přehledného diagramu, tzv. klasifikačního stromu posloupností hlavních interakčních vztahů. Na vrcholu stromu je heterogenní (kořenový) uzel, tedy celý soubor, který se pak

* Z hlediska terminologie neuronových sítí jde o „*supervised learning*".

na základě zvolených kritérií* *(chi-kvadrát testu)* štěpí (algoritmus *CHAID – Chi-Squared Automatic Interaction Detection*) do dalších uzlů obsahujících podmnožinu souboru. Každý uzel obsahuje sumu objektů v uzlech pod ním. Štěpení je ukončeno tehdy, jakmile jsou koncové uzly statisticky homogenní.

Obrázek stromové struktury mimo jiné udává pro každý uzel (angl. *Node*) počet a procento případů ve všech čtyřech kategoriích závisle proměnné SRCH – syndromu rizikového chování (0 = bez SRCH, 3 = všechny tři formy SRCH), celkový počet případů, predikované kategorie závisle proměnné; nad uzlem pak se objevuje hodnota signifikace (p-hodnota), hodnota chí-kvadrát testu a počet stupňů volnosti (df).

6.2.1. Doména rodinné zátěže (6 proměnných) – obr. 6.1

Intelekt rodičů v pásmu nadprůměru (otázky dotazníku A6 a A7)

- Vzdělání otec (VŠ ANO = 0, ostatní = 1)
- Vzdělání matka (VŠ ANO = 0, ostatní = 1)

Kuřáctví v rodině (otázky dotazníku C5 a C6)

- Otec denní kuřák (ANO = 1, ne = 0)
- Matka denní kuřák (ANO = 1, ne = 0)

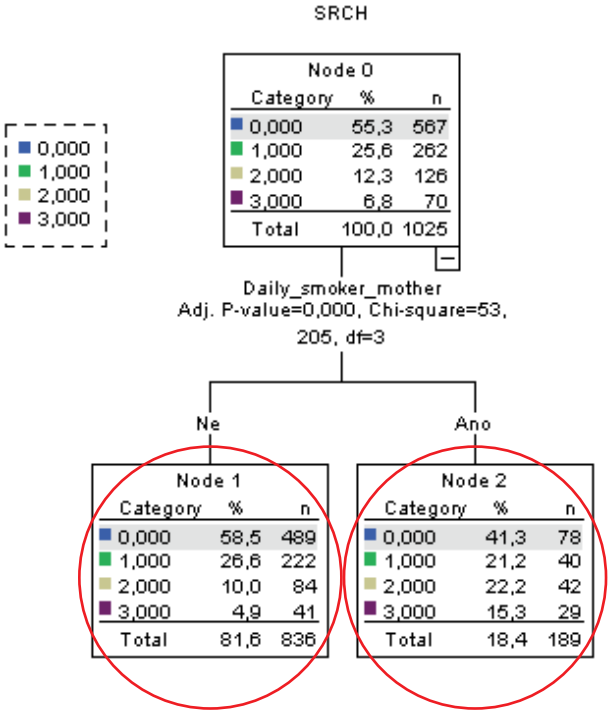
Alkoholismus v rodině (otázky dotazníku C9 a C10)

- Otec denní konzument lihovin (ANO = 1, ne = 0)
- Matka denní konzument lihovin (ANO = 1, ne = 0)

6.2.2. Doména percipovaného fyzického prostředí v zázemí školy (8 proměnných) – obr. 6.2

Otázka dotazníku B14: Do jaké míry vnímáš tyto skutečnosti jako problémy v okolí tvé školy? (1 = žádný problém, 4 = velký problém)

- Neklid díky rasovým, etnickým či náboženským rozdílům
- Nepořádek, odpadky, rozbité sklo v ulicích, na chodnících, dvorech
- Drogy nebo přílišná konzumace alkoholu



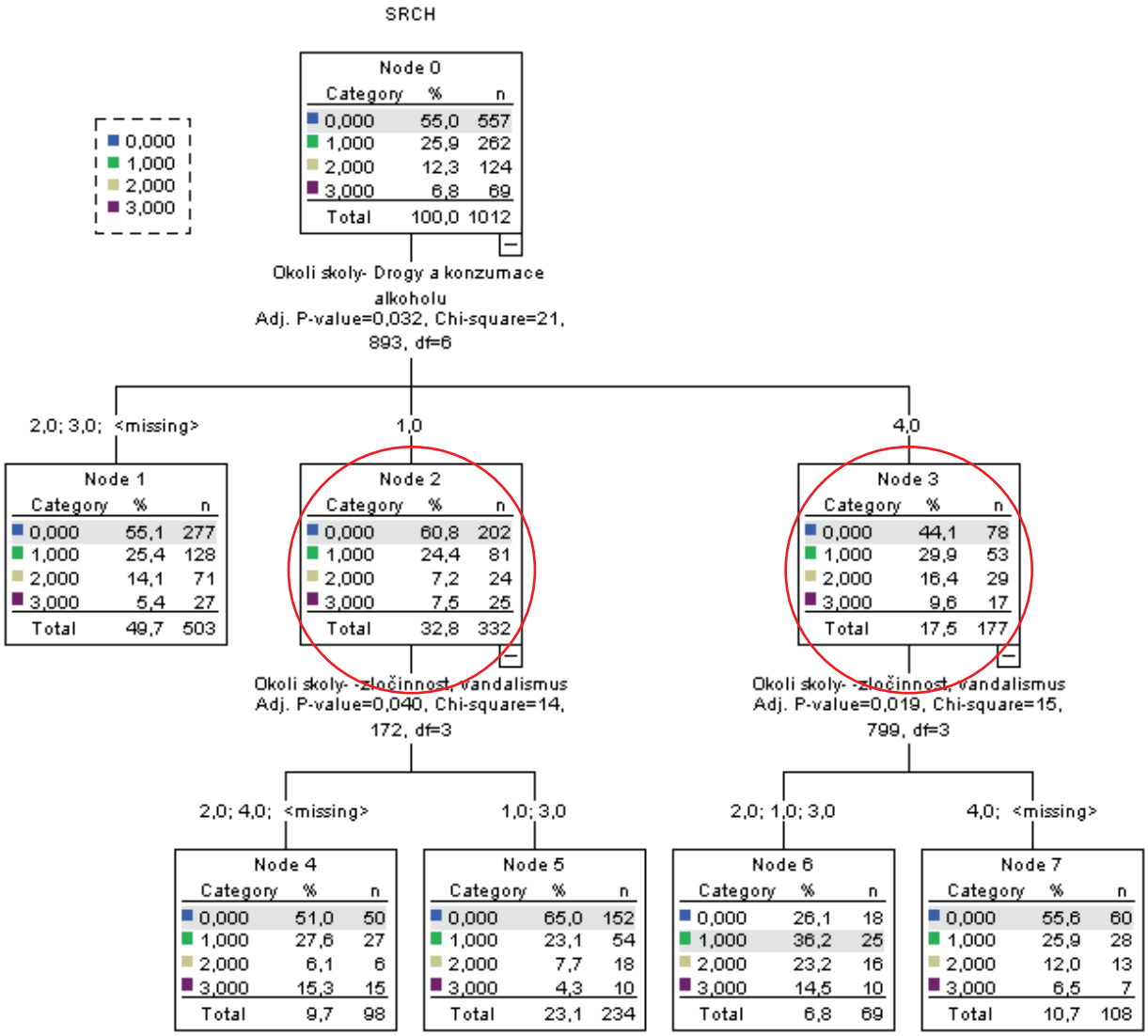
Obrázek 6.1 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 6 nezávisle proměnných popisujících doménu rodinné zátěže (N = 1 025 žáků)
Ochranný faktor – matka žáka není denní kuřačka (Node 1; N = 836). V podsouboru žáků, kdy matka není denní kuřačkou, bylo bez SRCH 59 % žáků, v pěti procentech se jednalo o tři formy SRCH.
Rizikový faktor – matka žáka je denní kuřačkou (Node 2; N = 189). V rámci podskupiny žáků, jejichž matka je denní kuřačkou, bylo pouze 41 % žáků bez SRCH a přes 15 % žáků dokonce s třemi formami SRCH.
Z hlediska rodinné zátěže se potvrdilo, že rozhodujícím faktorem je, zda matka je či není denní kuřačkou. Další uvažované proměnné (intelekt rodičů, alkoholismus v rodině a denní kuřáctví otce) se neprokázaly jako tak zásadní pro úroveň SRCH.
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

- Násilí, vandalismus a zločinnost
- Přílišná doprava, zácpy
- Opuštěné a neudržované budovy v okolí
- Špatné životní prostředí a nedostatek zeleně
- Nedostatek hřišť (sportovišť)

6.2.3. Doména percipovaného sociálního prostředí (4 proměnné) – obr. 6.3

Otázka A9: Spokojenost vztahu s matkou, otcem, přáteli (velmi spokojen, spokojen, někdy spokojen/někdy nespokojen, nespokojen, velmi nespokojen)
Otázka B17: Trávení volného času s partou (ano/ne)

* Podstatou testu je zjistit, pro které dvě skupiny existuje největší variabilita (heterogenita) mezi skupinami a nejmenší variabilita uvnitř skupin (homogenita).



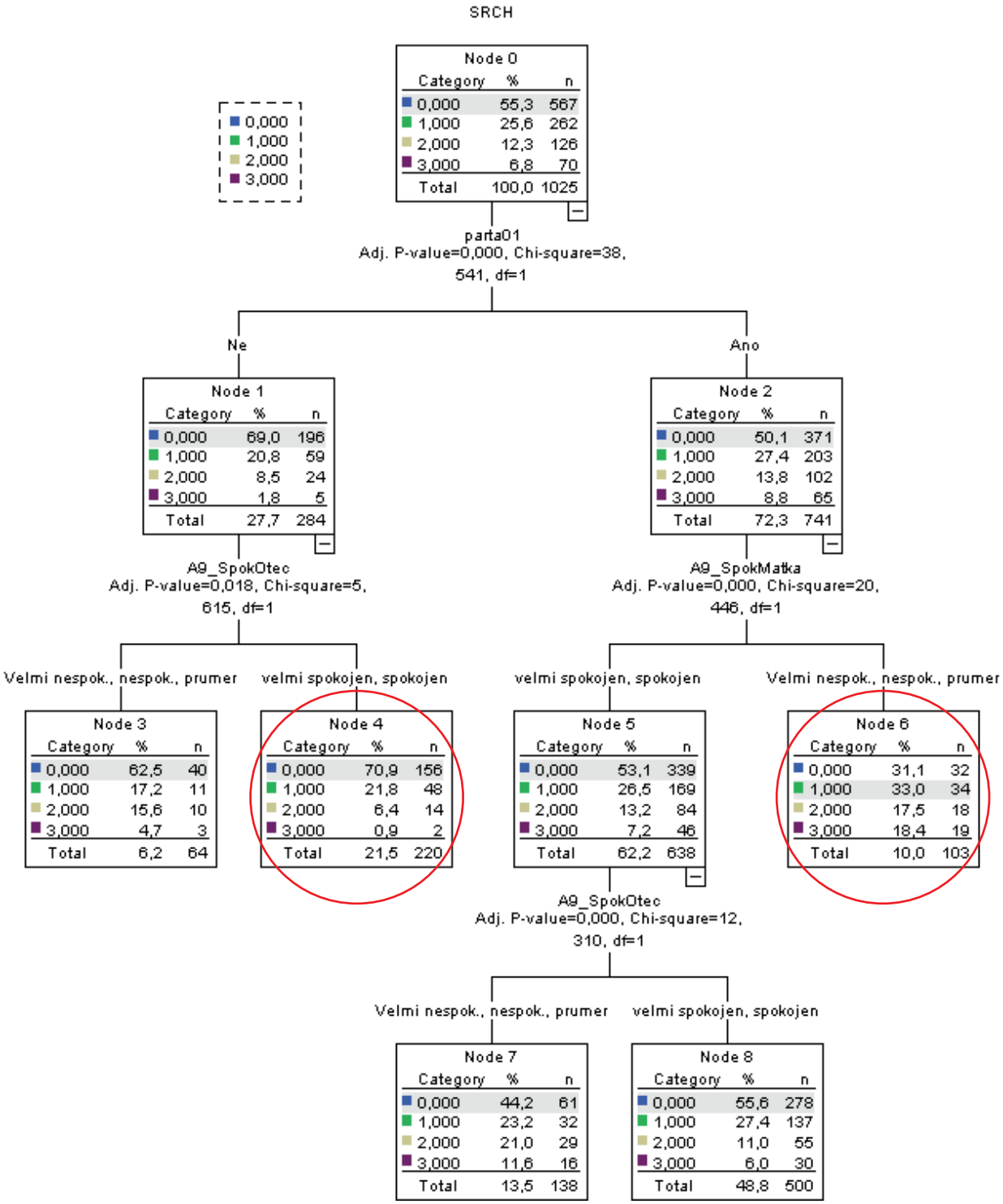
Obrázek 6.2 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 8 nezávisle proměnných popisujících percipované fyzické prostředí v zázemí školy (N = 1 025 žáků)
Ochranný faktor (Node 2) – drogy a konzumace alkoholu není v zázemí školy vnímána jako problémová (N = 332). V rámci skupiny žáků, kteří drogy a alkohol nedeklarují v zázemí školy jako problém, bylo bez SRCH 61 % žáků.
Rizikový faktor (Node 3) – drogy a alkohol jsou v zázemí školy vnímány jako vážný problém (takto vnímáno téměř jednou pětinou dotázaných žáků, N = 177). Pokud žáci deklarovali, že v zázemí školy vnímají problém drog a alkoholu, tak bez SRCH bylo pouze 44 % žáků a téměř desetina z nich měla tři formy SRCH.
Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

6.2.4. Doména osobnostní (5 individuálně psychologických proměnných) – obr. 6.4

Otázka B9: Obliba školy (Jak rád chodíš do školy: 1 = velmi nerad/nerad, 0 = rád/velmi rád, tak napůl)
Otázka D5: Spokojenost se zdravotním stavem (velmi dobrý, dobrý = 0, špatný, velmi špatný = 1)
Otázka B17: Trávení volného času (Ano = 1, Ne = 0)

- Sportuji
- Navštěvuji nějaký kroužek (např. tanec, zpěv, hra na hudební nástroj)

Dále byla hodnocena životní spokojenost žáka, která posloužila k zachycení individuálního obrazu celkové životní spokojenosti. Na základě odpovědí na šest podotázek D4 byl zkonstruován *index životní spokojenosti* (odpovědi 1 = nikdy, 2 = zřídka, 3 = často, 4 = téměř vždy). Podotázky: Jsem spokojen/a s tím, jak mi věci vycházejí; v mém životě je vše dobře; ve svém životě bych chtěl/a změnit mnoho; přál/a bych si mít úplně jiný život; mám dobrý život; mám dobrý pocit z věcí, které mě potkávají.



Obrázek 6.3 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 4 nezávisle proměnných popisujících percipované sociální prostředí (N = 1 025 žáků)

Ochranný faktor – žák netráví volný čas s partou a ve vztahu s otcem je spokojen. V podsouboru žáků, kteří volný čas netráví s partou (Node 1) a zároveň jsou spokojeni se vztahem s otcem (Node 4), bylo celkem 220 žáků, z nich bez SRCH jich bylo 71 % a tři rizikové formy SRCH byly v necelém jednom procentu případů.

Rizikový faktor – žák tráví volný čas s partou a ve vztahu s matkou je nespokojen. Tedy v podsouboru žáků, kteří volný čas tráví s partou (Node 2) a zároveň nejsou spokojeni se vztahem s matkou je bez SRCH pouze 31 % žáků a přes 18 % žáků má tři typy rizikového chování (Node 6, N = 103)!

Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

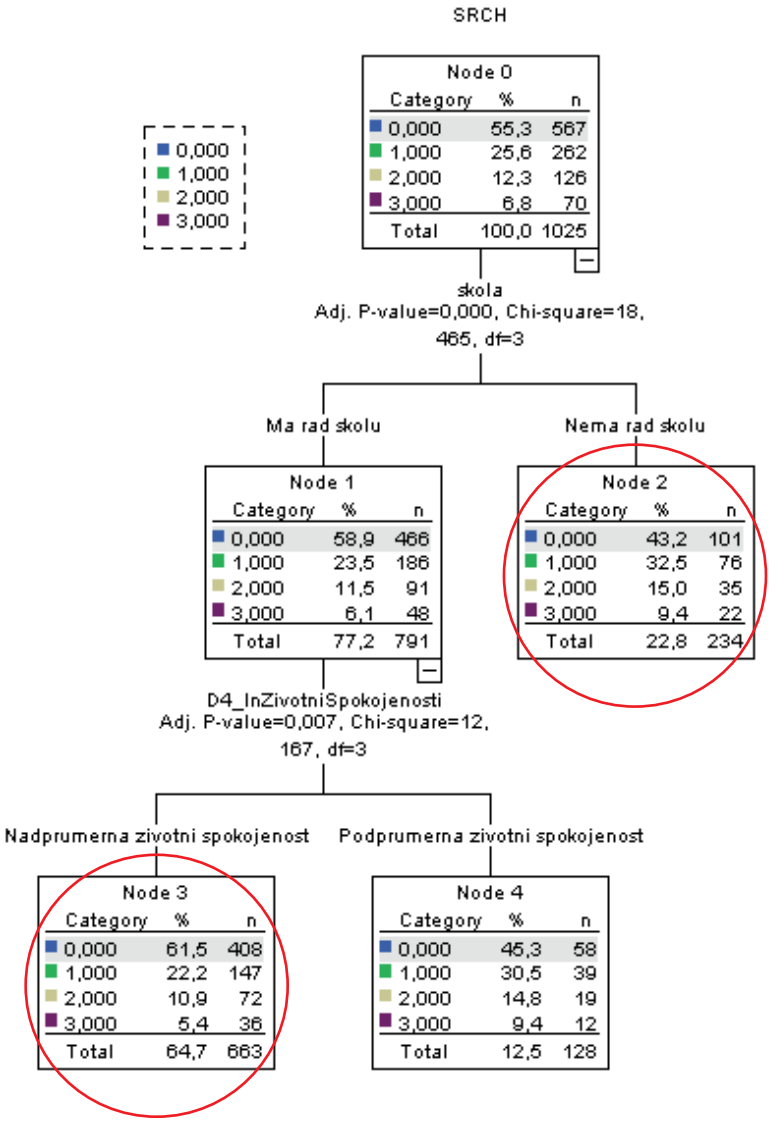
Obrázek 6.4 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 5 osobnostních proměnných (N = 1 025 žáků)

Ochranný faktor – žák má rád školu (Node 1) a má vyšší životní spokojenost (Node 3). V rámci podskupiny žáků, kteří mají rádi školu a zároveň deklarují vyšší životní spokojenost (N = 663), bylo 62 % žáků bez SRCH a u 5 % žáků byly přítomny všechny tři formy SRCH.

Rizikový faktor – žák nemá rád školu (Node 2, N = 234). V rámci této podskupiny žáků bylo bez SRCH pouze 43 % a se třemi formami SRCH bylo 9 % žáků.

Pouze dvě proměnné osobnostní domény, popisující oblíbenost školy a spokojenost se životem, se prokázaly jako významné pro úroveň SRCH. Další tři proměnné (spokojenost se zdravím a trávení volného času sportem nebo v zájmovém kroužku) nikoliv.

Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014



Obrázek 6.5 – Rozhodovací stromová struktura pro závisle proměnnou SRCH a 5 urbanisticko-geografických proměnných (N = 1 025 žáků)

Ochranný faktor – podíl zeleně v zázemí školy je vyšší (Node 3, N = 99), resp. pokud podíl zeleně v zázemí školy byl vyšší než 67 %, tak bez SRCH bylo 69 % žáků.

Rizikový faktor – nižší podíl zeleně v zázemí školy (Node 1, N = 300), resp. pokud podíl zeleně v zázemí školy byl výrazně nižší (< 43 %), tak bez SRCH bylo 48 % žáků.

Pouze podíl zeleně se prokázal jako významný faktor pro úroveň SRCH. Naopak proměnné: město, míra nezaměstnanosti, typ silnice a typ zástavby se neprokázaly jako rozhodující.

Zdroj dat: On-line šetření GeoQol 2014

Nejprve byl vypočten celkový skór životní spokojenosti jako součet šesti položek. Variační rozpětí skóre činilo 6–24, průměr byl roven 16,54 a směrodatná odchylka SD 3,38. Index životní spokojenosti byl následně sestrojen jako binární proměnná tak, že respondentům s nižším skórem než 13,16 (průměrný skór minus SD) byl přiřazen kód 1 (problém), ve všech ostatních případech kód 0 (téměř vždy spokojen).

6.2.5. Doména urbanisticko-geografická (5 proměnných) – obr. 6.5

- 22 měst či městských částí (v případě Prahy 7 MČ – Praha 1, 2, 4, 5, 6, 9 a 10) a 15 měst Česka
- 4 typy zástavby bydliště (1 = panelový dům, 2 = nový rodinný dům, 3 = starší samostatný dům, 9 = ostatní typy zástavby)
- 4 typy silniční sítě v zázemí školy, dle GIS metody (4 = silnice dálničního typu, 1 = silnice 3. třídy)
- Podíl zeleně v 500metrovém zázemí školy (dle GIS metody, průměrný podíl byl roven 49,8 % a SD činila 17,2), spojitá proměnná
- Míra nezaměstnanosti z integrovaného portálu MPSV Statistiky nezaměstnanosti v obcích k 1. 3. 2014 (průměr 6,87 % a SD 2,32), spojitá proměnná

6.3. Shrnutí

Na základě výše představených teorií byla provedena analýza SRCH s cílem detekovat rizikové a protektivní faktory. Hodnoceno bylo celkem 28 proměnných rozdělených do pěti domén.

V rámci domény rodinné zátěže bylo zjištěno, že rozhodujícím faktorem rizika SRCH je skutečnost, zda je *matka denní kuřačka* či nikoliv. Matka denní kuřačka se prokázala jako rizikový faktor pro přítomnost SRCH (obrázek 6.1). Pokud byla matka denní kuřačka, tak bez SRCH bylo pouze 41 % žáků a se třemi formy SRCH dokonce 15 % žáků. V opačném případě, tedy že matka nebyla kuřačkou, tak bez SRCH bylo 59 % žáků a se třemi formy SRCH 5 % žáků.

Z hlediska domény percipovaného fyzického prostředí se odhalilo jako rizikové, pokud byl v okolí školy deklarován *problém drog a alkoholu*, bez SRCH bylo 44 % žáků, v opačném případě 61 % žáků (obrázek 6.2).

V rámci domény percipovaného sociálního prostředí se prokázala jako nejzásadnější proměnná *příslušnost k partě*. V případech, kdy žáci deklarovali, že volný čas tráví s partou, tak určitou formu rizikové chování měl každý druhý žák (obrázek 6.3).

V osobnostní doméně se prokázala jako nejvýznamnější proměnná popisující *vztah ke škole*. Pokud žáci deklarovali, že nedocházejí do školy rádi, tak bez SRCH bylo pouze 43 % žáků, v opačném případě to bylo téměř 60 % žáků (obrázek 6.4).

V urbanisticko-geografické doméně se prokázalo, že s výskytem SRCH nejvíce asociuje *podíl veřejné zeleně* v zázemí školy (obrázek 6.5). V případech, že byl podíl přístupné zeleně nízký, tak bez SRCH bylo pouze 48 % žáků, v případech vyššího podílu zeleně bylo bez SRCH téměř 70 % žáků.

Výše uvedená zjištění dokládají, jakou významnost pro výskyt rizikového chování mládeže mají jednotlivé sledované faktory. Podle očekávání se pozitivní rodinné modely chování a rodinné vztahy prokázaly jako protektivní faktor rozvoje rizikového chování. Naopak percipovaná

Obrázek 6.6 – Okolí školy
Foto: Markéta Tošnarová

zátěž nekvality zázemí školy se prokázala jako velmi silný rizikový faktor zdravotně nevhodného chování. Z pohledu podpory zdravého životního stylu vyplývá ze závěrů studie *potřeba* zkvalitnění zázemí škol, zejména:

- rekultivací a rozšířením ploch veřejné zeleně a přístupných, udržovaných sportovišť,
- zajištěním ochranných zón v zázemí školy bez prodeje a užívání návykových látek (alkoholu, tabáku a drog).

Literatura

BANDURA, A. (1969): Social-learning theory of identificatory processes. In: Goslin, D. A. (ed.): Handbook of socialization theory and research, Rand McNally, Chicago, s. 213–262.

BANDURA, A. (1986): Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 617 s.

BERKOWITZ, A. (2005): An Overview of the Social Norms Approach. Chapter 13 in Lederman, LC & Stewart, LP. Changing the Culture of College Drinking: A Socially Situated Health Communication Campaign by Hampton Press, Cresskill, NJ.

JESSOR, R. (1991): Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health, 12, s. 597–605.

JESSOR, R., JESSOR, S. L. (1977): Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press, 281 s.

JESSOR, R., DONOVAN, J. E., COSTA, F. M. (1991): Beyond adolescence. Problem behavior and young adult development. Cambridge University Press, 312 s.

PERKINS, H. WESLEY, CRAIG, D. (2006): A Successful Social Norms Campaign to Reduce Alcohol Misuse among College Student-Athletes. Journal of Studies on Alcohol, 67, č. 6, s. 880–888.

WARD, B. W., GRZCZYNSKI, J. (2009): Social learning theory and the effects of living arrangement on heavy alcohol use: results from a national study of college students. Journal Stud. Alcohol Drugs, 70, č. 3, s. 364–372.

7. Fyzické prostředí domova a školy: případová studie – Praha

JANA SPILKOVÁ, MICHAL PITOŇÁK, DAGMAR DZÚROVÁ

Cílem této kapitoly je představit první studii zaměřenou na vliv fyzického prostředí, tj. typu zástavby v co nejširším slova smyslu, na zdravotně rizikové chování pražských mladistvých. V této kapitole tedy představujeme postup a výsledky studie vypracované týmem GeoQol, která byla zaměřena na území hlavního města Prahy. V rámci této studie jsme vliv zastavěného území a zdravotně rizikového chování studovali optikou domácího a školního prostředí v rámci několika rozdílných typů zástavby. Není nám známa žádná další srovnatelná studie, která by tento vztah v rámci postkomunistického prostředí studovala stejnými prostředky či přístupy.

Na úvod kapitoly nejprve představíme nejznámější teorie a koncepty z oblasti sociální epidemiologie i dalších věd, které se v minulosti zabývaly právě vlivem charakteristik sousedství a komunity na zdraví a zdravotní chování obyvatel. Neopomeneme také zmínit specifický kontext postkomunistických zemí, kde odlišný historický a společenský vývoj zajisté ovlivňuje jednotlivé charakteristiky prostředí, společenské stratifikace i samotné zdravotní návyky populace.

V další části kapitoly již představíme vlastní studii pražských náctiletých včetně podrobného popisu metodologie této studie, vytyčení výzkumných otázek, popisu sběru dat pro tuto studii a jejich zpracování. Následující sekce již přináší výsledky naší studie, a to nejprve její kvantitativní fáze a poté i fáze kvalitativní – šetření v terénu. V diskuzi se věnujeme nejzajímavějším výstupům analýz a snažíme se je konfrontovat se strategiemi, politikami či konkrétními opatřeními, které se projevily jako efektivní v obdobných případech v zahraničí apod.

Závěr této kapitoly shrnuje význam naší pilotní studie a poukazuje na nutnost studia dalších úrovní – zejména komunitní a rodinné – pro řešení problémů zdravotně rizikového chování mladých lidí (nejen) v Česku a Praze.

7.1. Teoretické zarámování – kvalita fyzického prostředí a zdraví

Weich a kol. (2002) prokázali, že lidé v lokalitách s horší kvalitou fyzického prostředí vykazují vyšší míru deprese. Na komunitní úrovni pak vědci sledovali určité charakteristiky okolí vykazující škodlivý dopad na lidské zdraví. Mezi tyto charakteristiky patří společenská struktura, příjmy lidí či rasové složení komunit. Mnoho studií rovněž zmiňuje kriminalitu, způsob potírání kriminality, další místní problémy jako fyzické či přírodní bariéry, hluk, znečištění, atd. Tyto charakteristiky označují prostředí, které bývá v zahraniční literatuře označováno jako *vysoce stresové (high stress neighborhoods)*.

Harburg a kol. (1973) již v sedmdesátých letech minulého století definovali tyto oblasti jako oblasti s nízkým socioekonomickým statusem obyvatel, vysokou hustotou zalidnění, vysokou mobilitou obyvatelstva, vysokou kriminalitou, vysokou mírou rozpadu manželství, vysokým výskytem stresu apod.

Sampson a Groves (1989) rozpracovali koncept tzv. *rozkladu sousedství (neighborhood disorganisation)*. Různí autoři však chápou tento fenomén jinak. Crum, Lillie-Blanton, Anthony (1996) sem řadí vnímání stavu pěších zón nebo dětských hřišť, bezpečí, kriminalitu, rasismus, nepořádek, vandalismus, veřejnou konzumaci alkoholu či užívání drog, přítomnost opuštěných budov atd. Jiní (Agyemang a kol. 2007; Hill, Angel 2005) dále zahrnují graffiti, hluk a špínu.

Bernstein a kol. (2007) poznamenávají, že bychom neměli hodnotit jen budovy v sousedství, ale také ulice, parky, hřiště, veřejné prostory a další faktory, které rovněž potenciálně ovlivňují lidské zdraví. Ve vztahu k teoriím *společenské disorganizace*, sociálně ekologický výzkum předpokládá, že některá místa svými vlastnostmi tedy přímo poskytují příležitosti, resp. usnadňují zdravotně rizikové chování. Tyto *teorie příležitostí (opportunity theories)* obecně vysvětlují variace v kriminalitě či v dalších sociálně patologických fenoménech na základě kvality fyzického prostředí, předurčené sociální dynamiky v okolí (proto sociální disorganizace) a životního stylu zasažených obyvatel (Gouvis a kol. 2008).

Další vlastností komunity s jasným škodlivým vlivem na lidské zdraví je neexistence sociální sítě a sociálních vazeb. Sociální prostředí je důležité, protože formuje sociální normy v okolí a posiluje mechanizmy sociální kontroly (Kuipers a kol. 2006). Silný sociální kapitál ale nemůže být vytvořen v rámci nestabilních komunit. Nedůvěra a podezřívavost vůči ostatním vede k sociální izolaci, která je následně spojována s negativním vlivem na lidské zdraví (House, Landis, Umberson 1988). Vysoká míra sociální izolace rovněž zabraňuje lidské spolupráci, spojení úsilí např. při řešení nejrůznějších problémů v sousedství apod. (Ross, Mirowsky, Pribesh 2001).

V souvislosti se sociálním kapitálem a stabilními komunitami rozlišuje *teorie životního stylu* (Hindelang, Gotfredson, Garofalo 1978) rozdílné sociální skupiny s jejich životními styly, které vykazují různou míru jejich expozice vůči nebezpečným místům, okolnostem či dalším jednotlivcům. Na základě této teorie by pak měla být zkoumána místa socializace i všechna místa vně domova, ve kterých jednotlivci tráví svůj čas (v našem případě školy). Zmíněné aspekty nekvalitního fyzického a sociálního prostředí (okolí a sousedství) jsou často studovány právě v souvislosti se zdravotně rizikovým chováním adolescentů (Jang, Johnson 2001; Hadley-Ives a kol. 2000; Duncan 2002). V tomto smyslu mnoho studií upozorňuje, že nelze studovat pouze aspekty sousedství a čtvrtí, ve kterých lidé pobývají, ale je potřeba se zaměřovat i na prostředí škol (Leatherdale, Manske 2005). V případě zdravotně rizikového chování adolescentů jsou to často školní prostředí, školní normy, vztah se spolužáky, sociální vazby, a další faktory často spojovány s užíváním drog u adolescentů (Hawkins, Catalano, Miller 1992; Ensminger, Juon, Fothergill 2002).

Výzkum v oblasti *rozkladu sousedství* a jeho vlivu na lidské zdraví však často přináší i některé sporné výsledky. Odborné práce z oblasti vlivu prostředí na rizikové chování většinou naznačují, že nekvalitní prostředí v sousedství souvisí se ztrátou společenské kontroly, a proto zvyšuje riziko užívání drog (Clayton 1992), podporuje užívání drog jako *„coping mechanism"* (Boardman a kol. 2001), zvyšuje pravděpodobnost konzumace alkoholu (Hill, Angel 2005) a naopak vyšší sociální soudržnost a spokojenost s kvalitou sousedství znamenají nižší míru konzumace alkoholu a drog mezi adolescenty (Winstanley a kol. 2008, Hembree a kol. 2005, Duncan 2002). Mnoho studií nicméně rovněž poukazuje na to, že i sousedství a oblasti s vysokými příjmy svých obyvatel mohou vykazovat vyšší míru konzumace alkoholu u rodičů, což v důsledku zvyšuje míru konzumace alkoholu u adolescentů (Chang, Hillier, Mehta 2009). I bohaté čtvrti či oblasti tak mohou mít nežádoucí vliv na zdravotní chování svých obyvatel díky tzv. relativní deprivaci, kulturním konfliktům atd. (Jencks, Mayer 1990).

Tato fakta naznačují, že je potřeba zkoumat více druhů prostředí, jak disorganizované a nekvalitní, tak bohaté a relativně kvalitní. Zároveň je potřeba zamyslet se také nad změnou analytického měřítka a zaměřit se na úroveň mikroprostředí (blok, několik bloků v rámci sousedství či čtvrti). Tato perspektiva pak poskytuje nezbytné podrobnosti pro zkoumání a zachycení nejrůznějších rozdílností a nezávislých odchylek, které ovlivňují rizikové chování (Sherman, Gartin, Buerger 1989). Gottfredson (1998) poznamenává, že velké agregované průzkumy, zaměřené na velká měřítka, nedokážou rozlišit vlastnosti či specifické rysy jednotlivých oblastí, a tak odhalit faktory, které mohou ovlivňovat rizikové chování.

V kontextu postkomunistických zemí, které vykazují mnohá specifika společenského vývoje, to platí obzvlášť. Na rozdíl od amerických studií, kde vliv rasové, socioekonomické, nebo dokonce náboženské heterogenity dané oblasti determinuje či alespoň značně koreluje s kvalitou sousedství, v komunistických společnostech, kde dlouhodobě fungovaly nivelizační politiky, se sociální nerovnosti začaly objevovat až poté, co došlo k znovuzavedení tržního hospodářství. Panelová sídliště, která se stala typickou ukázkou komunistické éry, byla odjakživa bydlištěm pestré palety sociálních skupin – dělníků, učitelek, intelektuálů, univerzitních profesorů, právníků atd. V Praze jsou tak i dnes díky nedostatku

dostupného bydlení tyto oblasti a čtvrti obydleny rozmanitou socioekonomickou směsí lidí. To stejné platí pro příměstské oblasti (suburbia), kde původní obyvatelé žijící ve svých tradičních domech sdílejí prostor svých „vesnic" s „nově zbohatlými" lidmi, kteří žijí v luxusních vilách často umístěných v rámci uzavřených komunit. Dalším rozdílem jsou odlišnosti v charakteru kriminality a delikvence, kde se evropské podmínky odlišují od těch amerických. Zásadní odlišnosti ovlivňují nejrůznější mechanizmy a příležitosti jako možnost nákupu drog, přítomnost drogových dealerů, regulaci držení zbraní atd. V Česku je proto třeba zahrnout jiné proměnné, které zde (na rozdíl od USA) ovlivňují zdravotně rizikové chování obyvatel. Všechny tyto proměnné musí být vybrány s ohledem na daný kontext a specifické prostředí studovaného sousedství. Dalším faktorem, který odlišuje postkomunistické studie od těch amerických, je fakt, že tyto státy (především pak Česko) a jejich společnosti jsou mnohem tolerantnější vůči rizikovému chování, to pak usnadňuje přístup mladistvých k alkoholu, cigaretám i k nelegálním drogám, protože v komunitách funguje jen snížený práh společenské kontroly. Z těchto důvodů je proto nesmírně důležité předložit pilotní studii zaměřenou na identifikaci a pochopení vztahu mezi fyzickým prostředím a zdravotně rizikovým chováním mladistvých, která studuje proměnné, které jsou relevantní v našem, lokálním, kontextu postkomunistického města.

Několik dřívějších studií (Dzúrová, Spilková, Pikhart 2010; Spilková, Dzúrová, Pikhart 2011) poukazuje na to, že se zvyšující se velikostí sídla signifikantně roste i pravděpodobnost vzniku určitých typů zdravotně rizikových chování mezi mladistvými (kouření, konzumace alkoholu, kouření marihuany). Z těchto důvodů je možné situaci v Praze srovnávat s trendy v rozvinutých zemích. Struktura a dynamika v rámci postkomunistických zemí je ale na druhou stranu rozmanitá a může se odlišovat v závislosti na důsledcích odlišných transformačních procesů a historického kontextu, které v dané zemi panují. Podle Enyediho (1998) kombinace místních polických a ekonomických transformačních procesů posunula přechod středoevropských zemí z industriální do postindustriální fáze rozvoje. V kombinaci s všudypřítomnou obecnou transformací globální ekonomiky jsou tak v postkomunistických zemích střední Evropy vytvářeny unikátní podmínky sociálních proměn.

7.2. Data a metodologie studie

Metodologie průzkumu je založena na myšlence smíšeného výzkumu, který lze definovat jako výzkumnou strategii, jež zahrnuje vícero výzkumných metod. V současnosti se jedná o jednu z nejuznávanějších metodologií (Creswell 2003), která zahrnuje spojení kvalitativních a kvantitativních technik v různém pořadí (např. primární mapování prostředí, zúčastněné pozorování prostředí, sběr fotografického materiálu, poznámky v terénu, dotazníkové šetření, statistická analýza dat, užití hloubkových strukturovaných rozhovorů atd.).

Naše výzkumná strategie byla rozdělena do dvou etap, kvalitativní a kvantitativní.

1. V rámci první etapy pilotní studie bylo využito dotazníkové šetření. V něm jsme se zaměřili na subjektivní vnímání vlastností kvality vnějších a vnitřních prostředí domova a školy studentů za současného zájmu o výpovědi sledující jejich zdravotně rizikového chování. Hlavní výzkumná otázka zněla: Ovlivňuje kvalita prostředí domova a školy zdravotně rizikové chování mladistvých, kteří žijí v nejrůznějších typech zastavěného prostředí?
2. Ve druhé etapě jsme uskutečnili terénní šetření a dokumentovali tak specifické charakteristiky čtvrtí a sousedství, ve kterých jsme vybírali školy, zahrnuté do výzkumu. Klíčové *„hot-spoty"* (dále kritická místa) jsme zaznamenali do mapy a zároveň fotograficky zdokumentovali. Hlavní otázky v rámci kvalitativní fáze byly: Odlišují se nějak „problematické" a „méně problematické" čtvrti v míře příležitostí, které poskytují pro zdravotně rizikové chování z perspektivy fyzického prostředí, predispozic v rámci strukturálních dynamik dané čtvrti a rutinních aktivit mladistvých? Jaké charakteristiky, na které by měly prioritně cílit politiky veřejného zdraví, mají problémová prostředí?

Pro naši studii jsme využili data získaná během on-line šetření mezi studenty 18 základních škol v Praze. Toto šetření probíhalo od září 2013 do března 2014. Jednotlivé školy byly vybrány tak, aby reprezentovaly různé typy zástavby. V šetření tak bylo zohledněno celkem sedm typů fyzického prostředí – sídliště, nové rodinné domky v suburbiích, řadové domy, staré městské činžovní domy, novější bytové domy v rezidenčních komplexech,

rodinné domky a dvojdomky (otázka dotazníku B2). Dotazování byli pouze studenti ve věku 14 až 15 let, tj. v tomto případě žáci nejvyšších ročníků. Celkem bylo získáno 407 kompletně zodpovězených dotazníků.

Nejvíce respondentů pocházelo ze sídlišť s panelovými domy, která představují typický druh zástavby z komunistické éry (43,7 %), druhý nejvyšší počet studentů pocházel z nově postavených rodinných domků v suburbiích (15 %), další početné skupiny dotazovaných studentů žily ve starších rodinných domcích (12 %) a starších činžovních domech (11,5 %). Novější bytové domy v nově zbudovaných rezidenčních komplexech byly bydlištěm 10,3 % respondentů, 3,9 % žilo v řadových domcích a 3,4 % ve dvojdomcích.

Z hlediska rizikového chování byla hodnocena následující tři rizika:

- *Konzumace alkoholu:* Studenti, kteří odpověděli na otázku dotazníku C8, že pili 5 či více nápojů při 3 a více příležitostech, byli považováni za rizikové uživatele a zakódováni jako případy rizikového chování (tabulka 7.1 ukazuje jejich distribuce v rámci jednotlivých typů zástavby).
- *Kouření:* Studenti, kteří odpověděli na otázku dotazníku C4, že kouřili více než jednu cigaretu denně, byli považováni za denní kuřáky, tj. rizikové uživatele tabáku a takto zakódování (tabulka 7.1 opět ukazuje jejich distribuce v rámci jednotlivých typů zástavby).
- *Užívání marihuany:* Ti studenti, kteří uvedli, že marihuanu užili více než šestkrát za poslední rok (otázka dotazníku C12), byli považováni za uživatele marihuany a zakódováni jako případy tohoto typu rizikového chování (tabulka 7.1 opět ukazuje jejich distribuce v rámci jednotlivých typů zástavby).

Výše uvedené typy rizik byly použity pro zjištění prevalence jednotlivých rizikových chování mezi studenty. Následně jsme přistoupili k tomu, že jsme zjistili, kteří studenti vykazují žádné, jedno, dva nebo dokonce všechny tři typy rizikového chování – syndrom rizikového chování. Distribuce respondentů dle fyzického prostředí, ve kterém žijí, a jejich rizikového chování včetně jeho kombinací je uvedena v tabulce 7.1.

U studentů byl zjišťován také názor na kvalitu jejich vnitřního a vnějšího prostředí domova a školy. Prostředí jsme hodnotili 26položkovou škálou, přičemž jsme hodnotili jak externí prostředí, tak interní prostředí domova (10 položek – 5 položek pro prostředí bydliště a 5 pro samotnou budovu domova) a školy (16 položek – 8 položek pro prostředí školy a 8 pro školní budovu). Zatímco v amerických studiích jsou často sledovány charakteristiky rozkladu sousedství, jako je např. distribuce a užívání drog, aktivita gangů, zpustošené budovy, násilí, střelba, prostituce, neochota policie zasahovat apod., takové problémy nejsou typické pro evropský (či středoevropský kontext). Použili jsme tedy obdobné charakteristiky, ale tak, aby lépe odpovídaly české realitě (např. neklid v sousedství kvůli rasovým, etnickým či náboženským rozdílům, nepořádek, vandalismus, opuštěné budovy, chátrání sousedství, nedostatek zeleně a hřišť, dopravní kongesce apod.).

Druhým významným rysem charakterizujícím metodiku naší pilotní studie bylo také to, že jsme nechali studenty hodnotit jejich okolí na základě jejich vlastní percepce, tj. toho, jak jej sami vnímají. Mnoho zahraničních studií v tomto bodě spoléhá na agregátní data a jen několik (Weden, Carpiano, Robert 2008; Pacione 2003) volí metodu subjektivního hodnocení sociálního kontextu skrze vlastní percepci školního a domácího prostředí adolescentů. Winstanley a kol. (2008) přitom ukazují, že individuální percepce okolí je ve výzkumu alkoholových a drogových závislostí u mladých stejně důležitá jako externí či objektivní míry. Položky týkající se kvality prostředí (otázky dotazníku B10, B11, B14 a B15) byly hodnoceny na škále 1 až 4 bodů od nejméně problematických a žádoucích prostředí k nevhodným a problematickým (hodnocení bylo kódováno takto: 1 – žádný problém, 2 – malý problém, 3 – větší problém, 4 – vážný problém), tzn., vyšší hodnocení indikovala vyšší stupeň znevýhodnění dané lokality.

Nejprve byla provedena klasická deskriptivní analýza, abychom poznali charakter dat a jejich základní distribuce skrze různá prostředí a napříč jednotlivými typy rizikového chování. Pro multidimenzionální škálování jsme využili analýzu hlavních komponent na základě položek hodnotících vnitřní a vnější prostředí domova a školy, abychom zjistili hlavní faktor stojící za názory studentů na jejich prostředí. Analýza hlavních komponent nám umožnila identifikovat skryté proměnné, které vysvětlují vzorec korelací v rámci sady pozorovaných proměnných a zkoumat tak latentní strukturu proměnných v daném souboru. Spočítali jsme komponentní

Tabulka 7.1 – Datový soubor z hlediska rizikového chování a typů zástavby

Typ zástavby	Denní kouření		Nárazové pití		Užívání marihuany		Bez rizikového chování		Jedno rizikové chování		Dvě/tři riziková chování		*Velikost vzorku*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sídliště	20	11,2	23	12,9	51	28,7	113	63,5	44	24,7	21	11,8	*178*
Nové rodinné domy v suburbiích	10	16,4	5	8,2	13	21,3	43	70,5	11	18,0	7	11,5	*61*
Řadové domy	3	18,8	2	12,5	4	25,0	11	68,8	3	18,8	2	12,5	*16*
Starší činžovní domy	9	19,1	5	10,6	10	21,3	31	66,0	9	19,1	7	14,9	*47*
Nové bytové domy	5	11,9	4	9,5	10	23,8	29	69,0	9	21,4	4	9,5	*42*
Rodinné domy	7	14,3	6	12,2	20	40,8	27	55,1	12	24,5	10	20,4	*49*
Dvojdomky	0	0,0	0	0,0	3	21,4	11	78,6	3	21,4	0	0,0	*14*
Celkem	*54*	*13,3*	*45*	*11,1*	*111*	*27,3*	*265*	*65,1*	*91*	*22,4*	*51*	*12,5*	*407*

zátěže a skóry. Komponentní skóry vypočítané pro každého účastníka šetření byly pak základem pro další analýzy. Ve třetím kroku jsme pak provedli porovnání průměrných komponentních skórů, abychom zjistili jak je hodnocení školního a domácího prostředí ovlivněno různým typem fyzického prostředí – zástavby.

7.3. Výsledky dotazníkového šetření mezi pražskými náctiletými

Vzhledem k tomu, že jsme neodhalili žádné signifikantní rozdíly mezi pohlavími, nebudeme prezentovat následující výsledky odděleně pro chlapce a děvčata. Jak ukazuje tabulka 7.1, nárazové pití alkoholu bylo uváděno nejčastěji studenty žijícími na sídlištích (12,9 %), v řadových domcích (12,5 %) a v rodinných domcích (12,2 %). Pokud hovoříme o kouření, nejčastější výskyt pravidelných denních kuřáků byl zaznamenán ve starších činžovních domech (19,1 %), ve čtvrtích řadových domků (18,8 %) a v rezidenčních komplexech s novými rodinnými domky (16,4 %). Tabulka 7.1 ukazuje také vysokou prevalenci rizikového užívání marihuany prakticky ve všech typech zástavby, které jsme sledovali, přičemž nejhorší situace byla zaznamenána ve starších rodinných domcích (40,8 %) a poté na sídlištích (28,7 %).

Méně než dvě třetiny studentů nepřiznalo vícenásobné rizikové chování, 22,4 % uvedlo jedno riziko, 12,5 % dvě či více rizikových chování. Nejlepší situace byla zaznamenána pro prostředí dvojdomků, nových rodinných domků a nových bytových domů. Nejméně náctiletých bez rizikového chování bychom našli v prostředí starších rodinných domů, zde uvedla vícenásobné rizikové chování až jedna pětina respondentů.

V analytické sekci naší kapitoly používáme analýzu hlavních komponent pro zjištění faktorů, které by mohly vysvětlit vzorec vztahů v rámci sady sledovaných charakteristik domácího a školního prostředí. Touto metodou jsme extrahovali dvě komponenty u domácího prostředí. Jak je vidět v tabulce 7.2, první komponenta (C1) je nejvíce sycena externími charakteristikami prostředí, zejména vnímáním užívání drog v okolí, rasovými nepokoji, násilím a obecným úpadkem sousedství. Druhá komponenta (C2) je naopak nejvíce spojena s interními charakteristikami fyzického prostředí, např. s kvalitou vzduchu a teplotou v budově. Obdobnou analýzu jsme pak provedli také pro subjektivně hodnocené prostředí školy (tabulka 7.3). Problematické položky formující první komponentu byly opět ty popisující externí prostředí školy, zejména nedostatek zeleně, násilí a vandalismus, drogy a zchátralé budovy. Druhá komponenta byla sycena především charakteristikami vnitřního prostředí školy, jako je např. stav sportovišť, kvalita vzduchu ve škole a možnosti venkovních hřišť apod.

V dalším kroku jsme analyzovali vztah mezi percepcí externích rysů domácího a školního prostředí a jednotlivými typy zástavby, odkud respondenti pocházejí (tabulka 7.4), tím, že jsme porovnali průměrné skóry jednotlivých komponent vnitřní a vnější kvality pro oba typy sledovaných prostředí. Vyšší skóre u těchto indexů tedy znamená horší vnímání prostředí a vyšší stupeň nespokojenosti. Není asi překvapením, že vnímání

Tabulka 7.2 – Zátěže u dvou komponent domácího prostředí (vnějšího i vnitřního)

Položky domácího prostředí	Komponenta	
	C1	C2
Užívání drog a alkoholu v okolí	*0,869*	0,136
Násilí a vandalismus v okolí	*0,847*	0,193
Chátrání čtvrti	*0,826*	0,258
Zanedbané přírodní prostředí, nedostatek zeleně	*0,812*	0,217
Rasové, etnické či náboženské problémy	*0,754*	
Teplotní komfort	0,146	*0,847*
Kvalita vzduchu v budově	0,156	*0,840*
Stav toalet		*0,807*
Nutnost oprav	0,180	*0,649*
Kvalita sportovních zařízení	0,199	*0,601*

Pozn.: v tabulce jsou uvedeny dvě hlavní komponenty z celkového počtu deseti. Proměnné týkající se vnějšího prostředí nejvíce sytí komponentu 2, proměnné týkající se vnitřního prostředí nejvíce sytí komponentu 2. Hodnoty zátěží nižší než 0,100 nejsou v tabulce zobrazeny.

Tabulka 7.3 – Zátěže u dvou komponent školního prostředí (vnějšího i vnitřního)

Položky školního prostředí	Komponenta	
	C1	C2
Zanedbané přírodní prostředí, nedostatek zeleně	*0,841*	0,120
Násilí a vandalismus v okolí školy	*0,809*	
Užívání drog v okolí školy	*0,790*	
Zchátralé či opuštěné budovy	*0,743*	0,132
Chátrání čtvrti	*0,701*	0,285
Dopravní problémy	*0,678*	0,168
Nedostatek sportovních a volnočasových zařízení	*0,661*	0,256
Rasové, etnické či náboženské problémy	*0,650*	
Stav tělocvičny	0,130	*0,742*
Kvalita vzduchu ve škole	0,143	*0,700*
Kvalita venkovních sportovišť		*0,685*
Dostupnost pro vozíčkáře		*0,661*
Nutnost oprav	0,140	*0,652*
Stav toalet	0,183	*0,642*
Stav specializovaných učeben	0,132	*0,616*
Teplotní komfort	0,143	*0,606*

Pozn.: v tabulce jsou uvedeny dvě hlavní komponenty z celkového počtu deseti. Proměnné týkající se vnějšího prostředí nejvíce sytí komponentu 2, proměnné týkající se vnitřního prostředí nejvíce sytí komponentu 2. Hodnoty zátěží nižší než 0,100 nejsou v tabulce zobrazeny.

Tabulka 7.4 – Hodnocení vnějších rysů prostředí v okolí bydliště a školy dle jednotlivých typů zástavby (průměrné faktorové skóry)

Typ zástavby	Prostředí domova	Prostředí školy
Sídliště	0,197	0,010
Nové rodinné domy v suburbiích	−0,329	−0,153
Řadové domy	−0,167	−0,259
Starší činžovní domy	−0,021	0,115
Nové bytové domy	−0,056	0,165
Rodinné domy	−0,052	−0,051
Dvojdomky	−0,503	0,111

Pozn.: Vyšší pozitivní skóry ukazují vážnější situaci v percepci prostředí a vyšší stupeň nespokojenosti.

Tabulka 7.5 – Hodnocení vnitřních rysů prostředí v okolí bydliště a školy dle jednotlivých typů zástavby (průměrné faktorové skóry)

Typ zástavby	Prostředí domova	Prostředí školy
Sídliště	0,088	0,109
Nové rodinné domy v suburbiích	–0,160	–0,134
Řadové domy	–0,427	–0,081
Starší činžovní domy	0,023	–0,166
Nové bytové domy	–0,194	0,032
Rodinné domy	0,109	–0,181
Dvojdomky	0,253	0,074

Pozn.: Vyšší pozitivní skóry ukazují vážnější situaci v percepci prostředí a vyšší stupeň nespokojenosti.

zhoršujícího se fyzického prostředí (externích charakteristik) bylo spojeno s bydlením na sídlištích v Praze. Bydlení v dvojdomcích a suburbiích naopak vedlo k pozitivnímu hodnocení prostředí jejich obyvatel. Místo bydliště v nových bytových domech, starších činžovních domech a dvojdomcích vedlo k horšímu hodnocení fyzického prostředí v okolí škol, což lze vysvětlit skutečností, že tyto školy jsou umístěny v typických čtvrtích pražského vnitřního města, jejich výstavba je datována do počátků dvacátého století a také jejich vnitřní struktura odpovídá této době. Není zde tedy mnoho prostorových možností pro rozvoj moderních školních zařízení (např. dětská hřiště, zahrady, sportoviště).

Stejnou analýzu jsme pak provedli pro charakteristiky vnitřních rysů prostředí (tabulka 7.5). V tomto případě byla kvalita vnitřního prostředí nejhůře hodnocena studenty žijícími v rodinných domcích a dvojdomcích. Pokud jde o školní budovy, nejproblematičtěji jsou vnímány kvality školních budov na sídlištích, což odpovídá tomu, že studenti ze sídlišť nejčastěji navštěvují školy v tom samém prostředí, zbudované ve stejné době komunistické éry, a tudíž se stejnou architektonickou kvalitou.

Nakonec jsme porovnali průměrná hodnocení odpovědí na kvalitu domácího a školního prostředí napříč jednotlivými typy zástavby (tabulku nepředkládáme), abychom zjistili, které charakteristiky prostředí jsou vnímány jako nejproblematičtější studenty z různých fyzických prostředí dle typu zástavby. Vyšší průměry představovaly opět menší spokojenost s jednotlivými charakteristikami prostředí. Náctiletí ze sídlišť viděli jako největší problém především chátrání budov v sousedství a existenci drog a násilí v jejich čtvrtích. Druhým nejkritičtěji hodnoceným prostředím bylo prostředí dvojdomků, jejichž obyvatelé nejhůře hodnotili dostatek sportovních zařízení, dostupnost drog a existenci násilí v jejich okolí. Studenti ze starších činžovních domů kriticky hodnotili spíše vnitřní kvalitu jejich domů, které často potřebují opravy. Stejně tak se vyjadřovali i studenti ze starších rodinných domků. Respondenti z nových rodinných domů v suburbiích, z nových bytových domů a řadových domů naopak hodnotili svá domácí prostředí nejlépe, je tedy jasné, že nově postavené rezidenční komplexy a domy mají vyšší kvalitu vnějšího i vnitřního prostředí a jsou tak lépe vnímány svými obyvateli.

Studenti byli nakonec více kritičtí v hodnocení jejich školních prostředí. Nejvyšší průměry hodnocených charakteristik tak nalezneme u náctiletých žijících ve čtvrtích dvojdomků, jejichž hodnocení byla vyšší než 3 téměř ve všech případech hodnocených charakteristik. Největším problémem byla dostupnost školy, neklid v okolí, dostupnost drog v okolí školy. Dostupnost, kvalita vzduchu v budově a čistota toalet byly nejvíce problematické z pohledu studentů bydlících na sídlištích, neklid, drogy a násilí v okolí školy byly však také vysoce kritizovány. Studenti ze starších rodinných domů zdůrazňovali ve své kritice dostupnost škol, kvalitu vzduchu a teplotu ve škole. Stejně tak studenti z nových rodinných domků v suburbiích kritizovali dostupnost, kvalitu vzduchu, teplotu a toalety ve svých školách. To samé platí pak i pro studenty ze čtvrtí řadových domů a z nových rezidenčních komplexů s nově postavenými bytovými domy. Tyto výsledky ukazují, že prostředí škol a jejich okolí je obecně věnována menší pozornost než domácímu prostředí, jelikož i studenti z „lepších" čtvrtí hodnotí některé rysy jejich základní školy velmi kriticky.

Skutečnost, že prostředí školy a jeho vnímání je pro predikci zdravotně rizikového chování mladých lidí důležitější než prostředí domova, je prezentována také v tabulce 7.6, kde jsme srovnali průměrné komponentní skóry pro každou z extrahovaných komponent (domácí a školní prostředí, vnitřní a vnější charakteristiky) a pro výskyt rizikového chování a jeho kombinací. Nekvalitně hodnocené prostředí školy je signifikantně asociováno právě s výskytem více rizikových chování najednou – v případě dvou a více rizik je to právě charakter vnějšího prostředí školy, které hraje, jak se zdá, nejsilnější roli. Vnější charakteristiky prostředí domova jsou ale také velmi důležité pro výskyt jak jednoho, tak kombinace rizikových chování, zatímco vztah k vnitřním charakteristikám domova je pozitivní, ač slabší.

Školní prostředí bylo tedy vnímáno kritičtěji než prostředí domova, což poukazuje na významný stupeň nespokojenosti s atmosférou pro učení mezi studenty v Praze. Navíc se ukázalo, že se jedná o významný prediktor zdravotně rizikového chování a jeho kombinací (tabulka 7.6). Vrátíme-li se tedy k premisám teorie životního stylu, která zdůrazňuje roli prostředí, kde jednotlivec tráví většinu svého času mimo domov, a teorie příležitostí obecně – o nich jsme hovořili v teoretickém úvodu naší kapitoly – bylo jasné, že v dalším kroku našeho výzkumu bude vhodné zaměřit se blíže na okolí jednotlivých škol vybraných pro naši studii. Toto rozhodnutí zkoumat školní prostředí do detailu a přímo v terénu bylo podpořeno také tím, že právě školy jsou často označovány za tzv. generátory kriminality. Jsou tím myšlena zařízení nebo budovy, které přitahují množství různých lidí dohromady (McCord a kol. 2007), což v našem případě funguje opět jako silný rizikový faktor. Přítomnost mnoha náctiletých zvyšuje pocit anonymity v daném místě a vede k neefektivní aktivitě jejich dohlížitelů a vychovatelů (Gouvis a kol. 2008).

7.4. Terénní šetření charakteristik prostředí jednotlivých škol

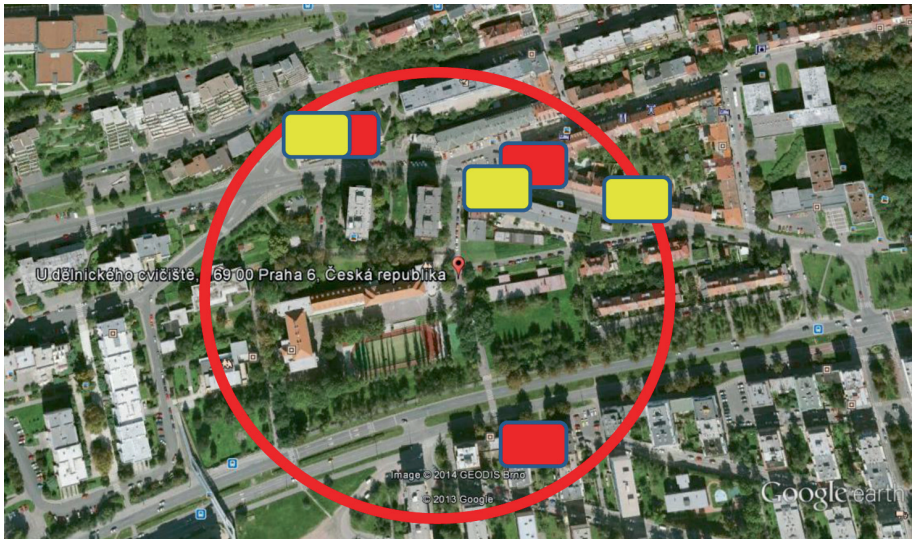
Přesto, že mnoho amerických studií dokazuje, že většina alkoholu, tabáku a drog, ke kterým se mladí lidé dostanou, pochází z tzv. sociálních zdrojů, tzn. od starších kamarádů, v partě apod. spíše než z komerčních zdrojů (Harrison, Fulkerson, Park 2000), přístup nezletilých k alkoholu a tabáku z běžných komerčních zdrojů je velmi vážný problém (např. případě, kdy roste věk náctiletých, ale stále zůstává pod legislativním minimem; Hearst a kol. 2007). Celá situace se komplikuje v českém prostředí, kde je nejvyšší vnímaná dostupnost marihuany, alkoholu a cigaret (ESPAD 2011), podpořená velmi slabou vymahatelností zákonů v praxi (zejména pokud jde o legislativní zákaz užívání alkoholu, cigaret či drog) a téměř neexistujícími politikami prevence zneužívání alkoholu či tabáku u nezletilých. Volba zkoumat kritická místa přitahující příležitosti k rizikovému chování okolo jednotlivých škol se tedy zdála být navýsost vhodným směrem dalšího výzkumu.

Každá z 18 základních škol, které byly vybrány v první fázi našeho šetření, byla navštívena školeným výzkumníkem. Již před touto návštěvou byl okolo každé školy na mapě a za pomoci GIS vyznačen kruh s poloměrem přibližně 250 m (často upravený podle typu zástavby a konkrétních podmínek v území, tak aby obsahoval celé bloky domů či domy), vymezující oblast, kterou má výzkumník navštívit a podrobně prozkoumat případy jednotlivých kritických míst – tj. obchody s alkoholem, „večerky", herny, restaurace, novinové stánky, tržiště apod. (obrázek 7.1). Tato místa byla vyznačena do mapy a fotograficky zdokumentována. Prozkoumána byla i samotná budova školy, její vybavení a okolí bylo také vyfoceno a formou poznámek z terénu byla připojena také stručná charakteristika a popis okolí. Abychom podpořili takto nasbírané informace,

Tabulka 7.6 – Hodnocení vnějších a vnitřních kvalit školního a domácího prostředí a syndromu rizikové chování (průměrné faktorové skóry)

Kombinace SRCH	Vnější charakteristiky školního prostředí	Vnitřní charakteristiky školního prostředí	Vnější charakteristiky domácího prostředí	Vnitřní charakteristiky domácího prostředí
Bez rizikového chování	–0,072	–0,129	–0,194	–0,074
Jedno rizikové chování	–0,091	*0,350*	*0,288*	0,085
Dvě a tří riziková chování	*0,535*	0,082	*0,414*	0,204

Pozn.: Vyšší pozitivní skóry ukazují vážnější situaci v percepci prostředí a vyšší stupeň nespokojenosti – nejvyšší hodnoty skórů.



Obrázek 7.1 – Příklad výsledku šetření v zázemí základní školy, buffer 100 metrů a „hot-spoty"
Poznámka: obdélník červený – obchody s alkoholem a tabákovými výrobky, obdélník žlutý – restaurace

navštívili jsme webové stránky každé z dotčených škol a prozkoumali hlavní vnitřní předpisy školy, které se přímo věnují či alespoň obsahují nějakou zmínku o prevenci rizikového chování (Minimální preventivní programy).

7.5. Výsledky terénního šetření charakteristik jednotlivých školních prostředí – lokální kontext

Výsledky první, kvantitativní, fáze naší analýzy ukázaly, že vnější prostředí domova a jeho charakteristiky byly nejhůře hodnoceny studenty ze sídlišť a vnitřní podmínky prostředí domova, překvapivě, studenty z dvojdomků a rodinných domů (což může být způsobeno vyšším stářím těchto staveb a tudíž nižší vnímanou kvalitou jejich interiérů). Vzhledem k tomu, že druhá fáze výzkumu se orientovala přímo na prostředí škol a jejich okolí, předchozí výsledky nasměrovaly naší pozornost hlavně k novým bytovým domům, kde hodnocení vnějšího prostředí školy bylo velmi slabé, a také k sídlištním školám, kde studenti naopak kritizovali vnitřní charakteristiky školních budov (čtvrti s dvojdomky nebyly blíže popisovány zejména kvůli nízkým počtům studentů, kteří zde bydleli a zodpovídali náš dotazník).

Zatímco školy ve čtvrtích s nově postavenými rezidenčními komplexy bytových domů nevykazovaly alarmující počet kritických míst pro příležitosti k rizikovému chování, školy ve čtvrtích s tradičními činžovními domy (typické historické centrum a čtvrti vnitřního města) naopak patří zcela jasně mezi prostředí s nejvyšší hustotou kritických míst. Pět škol lokalizovaných v těchto čtvrtích mělo v průměru 41 kritických míst ve svém okolí (pro srovnání s průměrným počtem sedmi kritických míst okolo škol v suburbiích, které byly hodnoceny jako nejlepší vnější školní prostředí). Není překvapením, že čtvrti se staršími činžovními domy představují nejhorší prostředí pro školy dle dotazovaných teenagerů. Jedná se totiž o čtvrti s hustou zástavbou, a tudíž zanedbaným přírodním prostředím, nedostatkem zeleně, známkami vandalismu v okolí školních budov, zchátralými stavbami v okolí a mnoha dopravními problémy. Tyto čtvrti nepředstavují zdravý prostor pro děti a náctileté, ale naopak ideální místo pro restaurace, bary, kluby, obchody s alkoholem a menší obchody smíšeného zboží (obrázek 7.2), jelikož je zde vysoká hustota zalidnění a také se zde vyskytuje mnoho turistů a návštěvníků nerezidentů.

Panelová sídliště představují další velmi zajímavou kategorii. Jsou prostředím, kde studenti cítili nejhorší kvalitu vnitřního prostředí škol. To může být způsobeno skutečností, že školy na těchto sídlištích byly vystavěny současně s těmito lokalitami (tj. v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století). Přesto, že často prochází různými renovacemi a rekonstrukcí, zjevně nepředstavují právě stimulující prostředí pro studium (obrázek 7.3). To platí také pro prostředí domova v rámci sídlišť. I přesto, že sídliště nenabízejí vysoký počet kritických míst příležitostí k rizikovému chování (v průměru 8 kritických míst na školu), postrádají mnoho jiných kvalit zdravého

Obrázek 7.2 – Typický obchod se smíšeným zbožím ve vnitřním městě Prahy
Poznámka: Tento obchod se nachází naproti jedné ze základních škol zahrnutých do naší studie. Zatímco nápisy na výkladní skříni říkají „To dobré máte nablízko", nabídka za sklem mluví sama za sebe – Becherovka, whisky, absint, víno a pivo jsou inzerovány jako klíčové prvky nabídky obchodu.
Foto: Jana Spilková.

Obrázek 7.3 – Typická školní budova zasazená do klasického panelákového sídliště
Poznámka: Obrázek ukazuje celkem typickou budovu základní školy uprostřed panelového sídliště z osmdesátých let. Přesto, že škola byla renovována, stále nepředstavuje právě inspirující prostředí pro učení a hraní si.
Zdroj: Jana Spilková

prostředí, zejména hovoříme-li o požívání drog či alkoholu v blízkosti domů, násilí a vandalismu v těchto čtvrtích, obecnému úpadku, zanedbané zelení a také častějším rasovým konfliktům.

7.6. Diskuze

Naše analýza ukázala, že různé rizikové faktory se objevují v rozličných prostředích. Zneužívání alkoholu bylo typické spíše pro rezidenční prostředí „staršího" data – panelová sídliště, řadové domky či starší rodinné domy. To je způsobeno především tím, že např. v prostředí sídlišť je obecně menší sociální kontrola. Jak naznačují některé studie (ESPAD 2011), alkohol je stále velmi jednoduše přístupný pro většinu teenagerů. Jeho cena je navíc velmi příznivá, takže není překvapením, že je alkohol nadužíván v prostředích, kde mladí lidé vidí příklady alkoholismu jak na veřejných prostranstvích, tak doma (Spilková, Dzúrová 2012). Strategie zaměřené na snížení spotřeby alkoholu u mladých se často zaměřují na redukci či eliminaci primárních zdrojů alkoholu (Dent, Grube, Biglan 2005), tzn. na komerční zdroje (Freisthler a kol. 2003). To však může být v případě Prahy ošidné řešení, neboť, jak jsme zjistili, není pravdou, že by na sídlištích byla vyšší hustota obchodů s alkoholem. Navíc, jak dokazují mnohé zahraniční práce, nejčastějšími zdroji alkoholu jsou často rodiče, kamarádi apod. (Hearst a kol. 2007), a ti zajisté nebudou ovlivněni

žádnou strategií zaměřenou na vymáhání zákona či kontrolu nezletilých uživatelů alkoholu.

Kouření pak bylo doloženo zejména ve čtvrtích se staršími činžovními domy, řadovými domy a nových rodinných domcích v suburbiích. Cigarety jsou naopak položkou, jejíž cena neustále stoupá a jejich spotřeba tudíž vyžaduje více finančních prostředků. Lze se tedy domnívat, že mladí lidé ve čtvrtích s vyššími příjmy, jako jsou např. suburbia či nové rezidenční komplexy a řadové domky, mají více prostředků na nákup cigaret (Ennet a kol. 1997). V tomto případě by bylo naopak vhodné intervenovat u prodejců cigaret. Landrine, Klonoff, Alcaraz (1996) např. uvádí, že pokud se prodejci ptají na věk nebo přímo vyžadují občanský průkaz či jiný dokument, prodeje cigaret mladistvým klesají.

Konzumace marihuany ukázala neobvykle vysoké výsledky napříč všemi typy zástavby, odkud pocházeli naši respondenti, což potvrzuje nechvalně známé pravdy o vysoké prevalenci užívání marihuany v Česku a zejména v jeho velkých městech (Spilková, Dzúrová, Pikhart 2011). Takto vysoká čísla jsou zarážející také v porovnání s ostatními středoevropskými zeměmi. Česko je tranzitní zemí a množství drog je dopravováno skrze naši zemi na své cestě do západní Evropy. Dostupnost marihuany je tedy veliká a ceny jsou obvykle přijatelné i pro mladé zákazníky. Zatímco klesá procento těch, kteří nikdy v životě marihuanu nevyzkoušeli, kategorie studentů, kteří s drogami experimentovali či je pravidelně užívají, neustále početně narůstají. Tento český fenomén vyžaduje zajisté hlubší studium, a to ať již jde o stranu nabídky, či o příčiny vysoké poptávky po marihuaně mezi českými náctiletými. Kombinace omezeného přístupu k drogám i motivace k jejich užívání je pak uznávanou strategií v prevenci užívání drog (Harrison, Fulkerson, Park 2000).

Kvalita prostředí, ve kterém jedinec žije, a kvalita školního prostředí, které náctiletí denně navštěvují, má silný vztah k tomu, zda se jedinec přikloní k některému z typů zdravotně rizikového chování nebo dokonce k jejich kombinování. V našem výzkumu jsme dokázali, že školní prostředí (a zejména jeho vnější charakteristiky) má silný vliv na výskyt vícenásobného rizikového chování. Typ zástavby, kde studenti bydlí, je také rozdílně vnímán našimi respondenty. V naší studii se ukázalo, že prostředí novější zástavby, o které je lépe pečováno a která zatím nestihla zchátrat, jsou studenty mnohem lépe hodnocena než ty typy, které byly vystavěny dříve, jako tradiční rodinné domy, dvojdomky v klasických čtvrtích vnějšího města a činžovní domy, zejména v těch čtvrtích, které neprošly procesem gentrifikace. Tento výsledek jasně dokumentuje význam a důležitost projektů obnovy a regenerace města, které jsou zaměřeny na fyzickou, sociální a ekonomickou obnovu v rámci znevýhodněných oblastí města. Dopady takových projektů na zdraví, zdravotní nerovnosti a kvalitu života jsou známy např. ze studie Mehdipanaha a kol. (2014) na příkladu Barcelony. Je tedy zcela jasné, že nestačí, pokud jsou renovace zaměřeny pouze na zlepšení fyzické stránky budov, ale musí zahrnovat mnohem širší spektrum intervencí v rámci upadajících čtvrtí a znevýhodněných komunit.

7.7. Shrnutí

Kvalita prostředí, ve kterém žijeme, a individuální vnímání tohoto prostředí mohou ovlivnit naše zdraví. Vztahy mezi charakteristikami prostředí a rizikovým chováním jsou ale velmi komplexní a komplikované. Naše pilotní studie poukázala na skutečnost, že školní prostředí jsou našimi náctiletými hodnocena mnohem kritičtěji než prostředí jejich domovů. Pokud je škola místem, kde náctiletí tráví velkou část jejich dne, musí být kvalitě školního prostředí věnována náležitá pozornost. To platí zejména pro místní samosprávy, které spravují veřejný prostor v okolí a blízkosti škol.

Potenciál naší studie tkví především v tom, že se jedná o jednu z prvních analýz rizikového chování v kontextu kvality obytného prostředí v rámci postkomunistických zemí. Proti obecně akceptovaným názorům naše studie ukazuje, že to nejsou typická komunistická sídliště, která stresují pražské náctileté nejvíc (pokud jde o školní prostředí), ani neposkytují více příležitostí ke konzumaci alkoholu či cigaret. Sídliště představují ve většině rozvinutých zemí zejména synonymum pro druh sociálního bydlení. V postkomunistickém kontextu jsou však charakteristická mnohem diverzifikovanější sociální strukturou než např. v USA či západní Evropě a bydlí zde již tradičně mnoho rozdílných skupin obyvatel. To samé platí také pro vlastnictví rodinného domu, které nemusí být nezbytným důkazem vyššího standardu bydlení. Lidé žijící v suburbiích pocházejí z různých sociálních vrstev a vyznačují se různým sociálním statusem. Jedná se jak o původní obyvatele příměstských částí, tak i nové „bohaté“, kteří

přišli až v posledních letech s vidinou kvalitního bydlení, vlastnictví rodinného domu v dostupné vzdálenosti od centra města.

Nejproblematičtějšími čtvrtěmi jsou v našem případě ty v historickém centru či ve vnitřním městě s klasickými činžovními domy, kde je vysoká hustota různých lidí a aktivit a komerční zájmy limitují možnosti politik veřejného zdraví, prevence a ochrany mladých lidí před rizikovými vlivy.

Přesto, že role jedincova prostředí k životu a jeho vnitřních i vnějších aspektů se jeví jako důležitá, je to především příklad ze strany rodičů, rodinné zázemí a komunita, které jsou zásadní pro zdravý rozvoj. Jelikož naše studie neodkryla zcela jasně spojitosti mezi fyzickým prostředím – typem zástavby – a rizikovým chováním, musí být další výzkumné úsilí zaměřeno především právě na úroveň komunity a rodiny.

Literatura

AGYEMANG, C., VAN HOOIJDONK, C., WENDEL-VOS, W., LINDEMAN, E., STRONKS, K., DROOMERS, M. (2007): The association of neighbourhood psychosocial stressors and self-rated health in Amsterdam, The Netherlands. Journal of epidemiology and community health, 61, s. 1042–1049.

BERNSTEIN K. T., GALEA, S., AHERN, J., TRACY, M., VLAHOV, D. (2007): The built environment and alcohol consumption in urban neighborhoods. Drug and alcohol dependence, 91, s. 244–252.

BOARDMAN, J, D., FINCH, B. K., ELLISON, C. G., WILLIAMS, D. R., JACKSON, J. S. (2001): Neighborhood disadvantage, stress, and drug use among adults. Journal of health and social behavior, 42, s. 151–165.

CLAYTON, R. R. (1992): Transitions in drug use: Risk and protective factors. In Vulnerability to Drug Abuse. Glantz, M. D., Pickens, R. W., Washington, D. C. (eds.): American Psychological Association, s. 15–51.

CRESWELL, J. W. (2003): Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. Thousand Oaks, CA, Sage.

CRUM, R. M., LILLIE-BLANTON, M., ANTHONY, J. C. (1996): Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. Drug and alcohol dependence, 46, s. 155–161.

DENT, C. W., GRUBE, J. W., BIGLAN, A. (2005): Community level alcohol availability and enforcement of possesion laws as predictors of youth drinking. Preventive Medicine, 40, s. 355–362.

DUNCAN, G. A. (2002): Beyond love: A critical race ethnography of the schooling of adolescent Black males. Equity &Excellence in Education, 35, s. 131–143.

DZÚROVÁ, D., SPILKOVÁ, J., PIKHART, H. (2010): Social inequalities in alcohol consumption in the Czech Republic: A multilevel analysis. Health and Place, 16, s. 590–597.

ENNETT, S. T., FLEWELLING, R. L., LINDROOTH, R. C., NORTON, E. C. (1997): School and neighborhood characteristics associated with school rates of alcohol, cigarette, and marijuana use. Journal of Health and Social Behavior, 38, s. 55–71.

ENSMINGER, M. E., JUON, H. S., FOTHERGILL, K. E. (2002): Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood. Addiction, 97, s. 833–844.

ENYEDI, G. (1998): Transformation in Central European postsocialist cities. In: Enyedi, G. (ed.): Social Change and Urban Restructuring in Central Europe. Akadémiai Kiadó, Budapest, s. 9–34.

ESPAD 2011: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs: The 2011 ESPAD Report. Stockholm; 2011.

FREISTHLER, B., GRUENEWALD, P. J., TRENO, A. J., LEE, J. (2003): Evaluating alcohol access and the alcohol environment in neighborhood areas. Alcohol, Clin Exp Res., 27, s. 477–484.

GOTTFREDSON, M. (1998): On the etiology of criminal victimization. Journal of Criminal Law and Criminology, 172, s. 712–726.

GOUVIS, R. C., REID, S. E., BHATI, A. S., TERESCHENKO, B. (2008): Alcohol outlets as attractors of violence and disorder: A closer look at the neighborhood environment. Urban Institute, Washington, D. C., 139 s.

HADLEY-IVES, E., RUBIN STIFFMAN, A., ELZE, D., JOHNSON, S. D., DORE, P. (2000): Measuring Neighborhood and School environments perceptual and aggregate approaches. Journal of Human behaviour in the social environment, 3, s. 1–28.

HARBURG, E., ERFURT, J. C., HAUENSTEIN, L. S., CHAPE, C., SCHULL, W. J., SCHORK, M. A. (1973): Socio-ecological stress, suppressed hostility, skin color, and black-white male blood pressure Detroit. Psychosomatic medicine, 35, s. 276–296.

HARRISON, P. A., FULKERSON, J. A., PARK, E. (2000): The relative importance of social versus commercial sources in youth access to tobacco, alcohol and other drugs. Preventive Medicine, 31, s. 39–48.

HAWKINS, J. D., CATALANO, R. F., MILLER, J. Y. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112, s. 64–105.

HEARST, M. O., FULKERSON, J. A., MALDONADO-MOLINA, M. M., PERRY, C. L., KOMRO, K. A. (2007): Who needs liquor stores when parents will do? The importance of social sources of alcohol among young urban teens. Preventive Medicine, 44, s. 471–476.

HEMBREE, C., GALEA, S., AHERN, J., TRACY, M., MARKHAM PIPER, T., MILLER, J., VLAHOV, D., TARDIFF, K. J. (2005): The urban built environment and overdose mortality in New York city neighborhoods. Health and Place, 11, s. 147–156.

HOUSE, J. S., LANDIS, K. R., UMBERSON, D. (1988): Social relationships and health. Science, 241, s. 540–545.

HILL, T. D., ANGEL, R. J. (2005): Neighborhood disorder, psychological distress, and heavy drinking. Social science and medicine, 61, s. 965–975.

HINDELANG, M. J., GOTFREDSON, M. R., GAROFALO, J. (1978): Victims of personal crime: An empirical foundation for a theory of personal victimization. Ballinger, Cambridge, 349 s.

CHANG, V. W., HILLIER, A. E., MEHTA, N. K. (2009): Neighborhood racial isolation, disorder and obesity. Social forces; a scientific medium of social study and interpretation, 87, 2063 s.

JANG, S. J., JOHNSON, B. R. (2001): Neighborhood Disorder, Individual Religiosity, and Adolescent Use of Illicit Drugs: A Test of Multilevel Hypotheses. Criminology, 39, s. 109–144.

JENCKS, C., MAYER, S. E. (1990): The social consequences of growing up in a poor neighborhood. In Inner-city poverty in the United States. National Academies Press, Washington, DC, 111 s.

KUIPERS, M. A., VAN POPPEL, M. N., VAN DEN BRINK, D., WINGEN, M., KUNST, A. E. (2006): The association between neighbourhood disorder, social cohesion and hazardous alcohol use: A national multilevel study. Drug and alcohol dependence, 126, s. 27–34.

LANDRINE, H., KLONOFF, E. A., ALCARAZ, R. (1996): Asking age and identification may decrease minors' access to tobacco. Preventive Medicine, 25, s. 301–306.

LEATHERDALE, S. T., MANSKE, S. (2005): The relationship between student smoking in the school environment and smoking onset in elementary school students. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 14, s. 1762–1765.

MCCORD, E. S., RATCLIFFE, J. H., GARCIA, R. M., TALOR, R. B. (2007): Nonresidential crime attractors and generators elevate perceived neighborhood crime and incivilities. Journal of Research in Crime and Deliquency, 44, s. 295–320.

MEHDIPANAH, R., RODRIGUEZ-SANZ, M., MALMUSI, D., MUNTANER, C., DÍEZ, E., BARTOLL, X., BORRELL, C. (2014): The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: A quasi-experimantal study in Barcelona. Journal of Epidemiology and community health, in press, doi. 10.1136/jech-2013-203434.

PACIONE, M. (2003): Urban environmental quality and human wellbeing: a social geographical perspective. Landscape and Urban Planning, 65, s. 19–30.

ROSS, C. E., MIROWSKY, J., PRIBESH, S. (2001): Powerlessness and the amplification of threat: Neighborhood disadvantage, disorder, and mistrust. American Sociological Review, 66, s. 568–591.

SAMPSON, R. J., GROVES, W. B. (1989): Community structure and crime: Testing social-disorganization theory. The American Journal of Sociology, 94, s. 774–802.

SHERMAN, L., GARTIN, P., BUERGER, M. (1989): Hot spots of predatory crime: Routine activities and the criminology of place. Criminology, 27, s. 27–56.

SPILKOVÁ, J., DZÚROVÁ, D., PIKHART, H. (2011): Inequalities in smoking in the Czech Republic: Societal or individual effects? Health and Place, 17, s. 215–221.

SPILKOVÁ, J., DZÚROVÁ, D. (2012): Life style changes and risk behavior among Czech teenagers. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 50, s. 614–622.

WEDEN, M. M., CARPIANO, R. M., ROBERT, S. A. (2008): Subjective and objective neighborhood characteristics and adult health. Social science & medicine, 66, s. 1256–1270.

WEICH, S., BLANCHARD, M., PRINCE, M., BURTON, E., ERENS, B., SPROSTON, K. (2002): Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. The British Journal of Psychiatry, 180, s. 428–433.

WINSTANLEY, E. L., STEINWACHS, D. M., ENSMINGER, M. E., LATKIN, C. A., STITZER, M. L., OLSEN, Y. (2008): The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. Drug and alcohol dependence, 92, s. 173–182.

ČÁST III

Kapitoly expertů: praxe a politika v Česku

8. Cesta ke zdravému městu: příklad dobré praxe

NINA NOVÁKOVÁ

8.1. Šance a povinnosti municipalit v prevenci rizikového chování dětí a mladistvých

Většina základních škol je zřizována obcemi, komunita však oblast prevence rizikového chování často zcela přenechává vzdělávacímu systému řízenému Ministerstvem školství a přeneseně kraji. Zřizovatel ví o povinnosti škol zpracovávat minimální preventivní program i o existenci koordinátorů prevence, snad proto se většinou omezí na finanční podporu jednotlivých aktivit škol.

8.2. Komunitní plány

Změna může nastat v okamžiku, kdy obec vstoupí např. do projektu Národní sítě zdravých měst nebo začne komunitním způsobem zpracovávat strategický plán sociálních služeb. Komunikace, která dosud měla vertikální orientaci – žádosti o poskytnutí finančních zdrojů a jejich přidělování, odevzdání povinných dokumentů a jejich kontrola – se v celé škále sociální struktury změní na horizontální. Obec, firmy, příspěvkové a neziskové organizace i jednotliví občané v diskusích definují a hierarchizují potřeby a problémy a navrhují řešení. U komunitních plánů lze hovořit o přímé úměře mezi počtem zúčastněných tvůrců a motivovaností plány realizovat i uplatnit institut veřejné kontroly. Šance realizovat pojem zdravé město ve smyslu definice zdraví jako pohody tělesné, psychické, vztahové i estetické jistě existuje.

8.3. Účast mladých při přípravě i realizaci

Aktivní účast dětí a mládeže je při koncipování prevence rizikového chování důležitá. Je škoda omezit se na vyzkoušené *peer* programy, sociální učení může probíhat také v rámci mezigenerační interakce. Například v oblasti environmentální výchovy, která už pevně zapustila kořeny ve školách všech typů, se žádoucí postoje dětí oslabují vinou příkladů ze světa dospělých a naopak žáci mohou s úspěchem působit jako zkušení a poučení rádci. Výrazné osobnosti pedagogů dokážou zcitlivět žáky natolik, že vnímají nešvary, nad nimiž se dospělí nepozastavují.

Probíhají-li debaty s dětmi a mladými v atmosféře respektu, setkáváme se s nečekanou otevřeností, originálními postřehy a především se starostlivým přístupem k životu a ke světu, v němž žijí. Za důležité je možno považovat dva závěry. Dospělým jsou adresovány vyčítavé otázky: „Přece o tom musíte vědět, proč něco neděláte?“ Druhý poznatek ukazuje, že děti nechtějí trávit čas zcela odděleny od dospělých, ale preferují situaci, kdy je dospělý „někde nablízku“.

8.4. Zdravé prostředí školy

Žádný prostor v rámci komunity obce nevybízí tolik ke konstruktivní spolupráci, jako škola. Posun od poměru „kdo s koho“ mezi učitelem a žákem, od vztahu zákazník a formační servis mezi rodiči a školou směrem k vědomému partnerství, vyplývajícímu ze společného zájmu o budoucnost dětí, se může odehrát nejen díky inkluzi, která s sebou přivede nové typy odborníků i nové promýšlení metod, ale také díky školským radám, žákovským parlamentům a většímu zapojení zákonných zástupců do života školy. Škola je životní prostředí a každé sociální skupině se bude dařit dobře tehdy, bude-li chápat svou spoluúčast jako příležitost k rozvoji sebe samého a zároveň

využívat šancí, které umožňuje pospolitost. Kvalifikovaným pedagogickým i dalším pracovníkům má být partnerem kvalifikovaný rodič. Jen tak nebude dítě objektem, který svou subjektivitu hledá tápavě a mnohdy prostřednictvím rizikového chování.

8.5. Co zmůže municipalita

Nutným předpokladem je přijetí postoje de facto, nejen *de iure*. Prvním úskalím je strategický plán, který nemá zůstat v „šuplíku". Zatímco v dokumentech celostátních a krajských dominuje odbornost ve všech souvislostech, na úrovni obce je třeba zachytit detailně praxi. Účinným nástrojem je komunitní plánování.

Uvedu příklad středně velkého města a začátek jeho cesty ke „zdravému městu" se zřetelem ke sledovanému tématu prevence rizikového chovaní dětí. Město má tři základní školy, jejichž druhý stupeň navštěvují děti z okolních obcí, víceleté gymnázium, střední odbornou školu a integrované odborné učiliště.

Se vstupem do Národní sítě zdravých měst jsme se zaměřili na tři oblasti – veřejná prostranství včetně zeleně, trávení volného času a mezigenerační kontakt.

8.6. Podpora environmentální výchovy, trávení volného času, bezpečnost veřejných prostor, mezigenerační kontakt

Před každoroční akcí Dny země jsme uspořádali Ekokonferenci mladých, na které žáci ze všech základních škol a z nižšího stupně gymnázia prezentovali, jak probíhá výchova na jejich škole a jak využili prostředky, které jim poskytlo město. Součástí setkání byla vždy akce v terénu: otevření ekoučebny pod širým nebem na frekventované cyklostezce, umístění vývěsních skříněk prezentujících EVVO (Environmentální vzdělávání, výchova a osvěta) vzdělávání v základních i mateřských školách v navštěvovaném parku, otevření ekokoutku v zapomenuté části školního dvora.

Další skupina žáků ze všech škol se začala scházet na Fóru mladých. V podstatě se vznikla další pracovní skupina komunitního plánování. Na návrh dětí jsme diskutovali za účasti kompetentních hostů na téma: dopravní situace, bezpečnost veřejných prostor, možnosti uměleckého vyžití mladých, neorganizovaný sport. Děti byly informovány o práci skupin (dospělých) komunitního plánování sociálních služeb a vyjadřovaly se k pokusům zmírnit některé negativní jevy, kterých jsou svědky při cestě ze školy. Jedním z nich byla Vyhláška o zákazu konzumace alkoholu na veřejných prostranstvích. Přímo u jedné ze základních škol bylo oblíbené místo bezdomovců. Děti s uspokojením přijaly, když město ve spolupráci s charitou otevřelo v nevelké, ale bezpečné vzdálenosti Nízkoprahové centrum pro lidi ohrožené sociálním vyloučením.

8.7. Nízkoprahová centra pro děti

Z hlediska rizikového chování dětí jsou kritickými hodinami časy po vyučování, před organizovanými volnočasovými aktivitami, čekání na dopravní spojení. Byly otevřeny dva kluby, v jednom z nich mohou děti uspořádat vlastní akci nebo výstavu. Oba kluby jsou umístěny na strategickém místě v centru města, v blízkosti dvou základních škol, gymnázia, základní umělecké školy a parku.

Využili jsme přechodný nedostatek míst v mateřských školách a podpořili jsme dva projekty rodinných klubů. Tradičnímu mateřskému centru stačilo jen poskytnout podporu finanční, jeho činnost je z hlediska práce s rodiči, s matkami na rodičovské dovolené i se zapojením seniorů příkladem dobré praxe. Mateřskému centru jsme poskytli prostory v nově vzniklém Komunitním centru, kde jsou volnočasové aktivity pro seniory, nízkoprahový klub pro náctileté, psychologická poradna a další služby. Do objektu se nakonec vešla i centrála MAS – místních akčních skupin (projekt spolupráce mezi obcemi na úrovni municipalit, firem a neziskových organizací).

Ve starém historickém objektu s přístupem do největší přírodní plochy ve městě jsme otevřeli Rodinné ekocentrum, kde se během krátké doby shromáždily rodiny inklinující k alternativě přírodě blízké.

Celkově se pomohlo sedmdesáti rodinám umístit děti do varianty předškolního zařízení, za stejně důležité lze však považovat posílení budoucí sociální skupiny, která vnímá svět výchovy institucionální a svět výchovy v rodině jako propojené.

8.8. Co ještě obec může

- Smysluplná a důsledně dodržovaná restrikce na úrovni vyhlášek je pro děti příklad jasného postoje dospělých k negativním jevům.
- Zpracování strategického plánu prevence rizikového chování dětí i dospělých pro mikroregion, resp. v rámci obce s rozšířenou působností, který nesupluje celostátní ani regionální strategické plány. Dokumenty s vysokou odbornou ambicí je třeba lokálně aplikovat v detailně odpozorované praxi.
- Realizace prorodinné komunální politiky znamená vedle zajištění potřebné infrastruktury také vytváření příležitostí pro společnou vícegenerační činnost, včetně vzdělávání a osvěty.

9. Přehled současné politiky v oblasti primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v Česku

EVA TUŠKOVÁ

9.1. Úvod

Ze sektorového hlediska figurují v politice primární prevence rizikového chování dětí a mládeže tři systémy, které se navzájem prolínají: systém prevence kriminality, který koordinuje Ministerstvo vnitra (MV), systém školské prevence, který spadá do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a systém zdravotnické prevence, který je v gesci Ministerstva zdravotnictví (MZ). Text je proto členěn dle těchto tří oblastí. Jak píše Miovský a kol. (2010), vícekolejnost primární prevence rizikového chování dětí a mládeže je dána historickým vývojem diskuse o pojetí, smysluplnosti a efektivitě prevence jako takové a někdy ne příliš úspěšnou komunikací mezi jednotlivými resorty. V evropském kontextu však dle Miovského není v tomto ohledu Česko výjimkou.

Jelikož výsledná podoba věcného obsahu politiky je dle autorky odvislá od interakce klíčových aktérů a institucí (tedy pravidel, která jsou v dané oblasti nastavena), je v textu kladen důraz na tyto dva prvky, přičemž je patrné, že všechny tři výše systémy se vyznačují tzv. víceúrovňovým vládnutím, tzn., že k formulaci a realizaci politiky dochází na různých úrovních veřejné správy.

Cílem této kapitoly je poskytnout čtenáři přehled o obsahu existující formulované politiky a klíčových aktérů v oblasti primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v Česku. Kapitola se podrobněji nevěnuje zkoumání vlastní praktické implementace politiky primární prevence rizikového chování, ale představuje dobrý základ pro realizaci výzkumu implementace jak na národní úrovni, tak v konkrétním regionu či obci, např. prostřednictvím podrobnějších případových studií.

9.2. Systém primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci Ministerstva vnitra

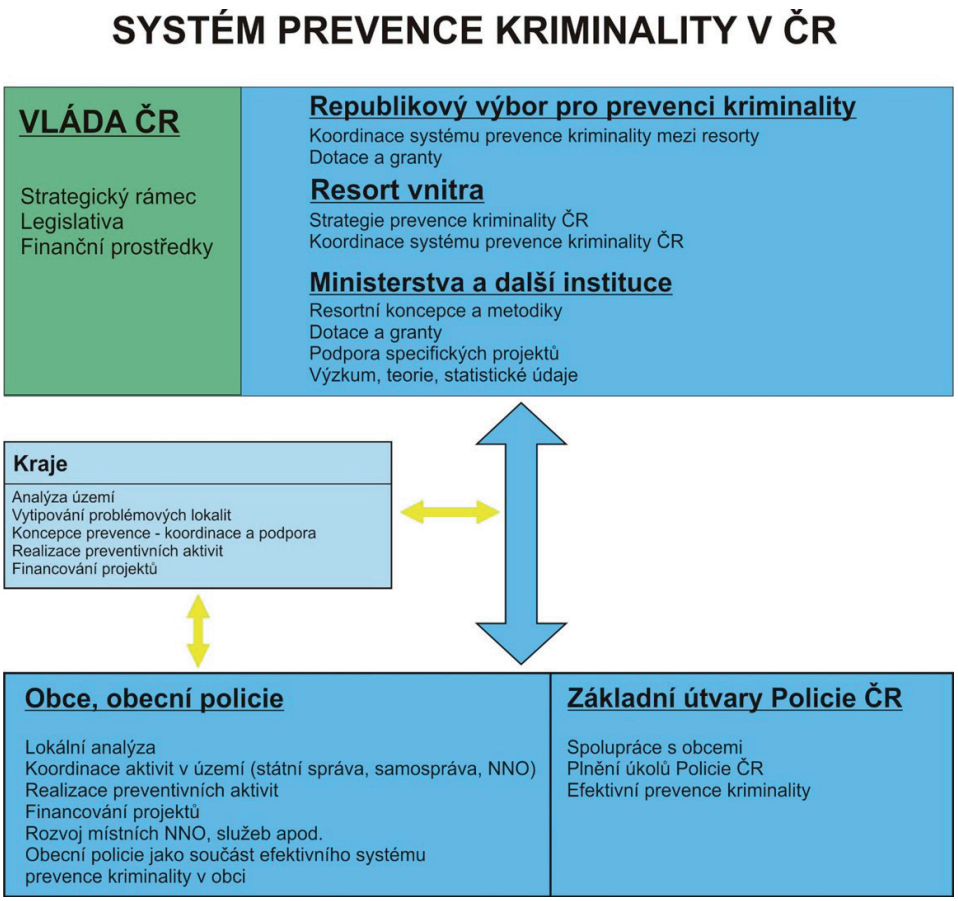
Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže je jednou ze součástí systému prevence kriminality. Základní rámec systému prevence kriminality v současnosti vymezuje *Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012–2015* (dále *Strategie 2012–15*), formulovaná Republikovým výborem pro prevenci kriminality (dále Republikový výbor). Výbor vznikl na základě usnesení vlády č. 617 ze dne 3. 11. 1993 a jako meziresortní orgán je zodpovědný za iniciaci, koordinaci a metodické vedení v oblasti prevence kriminality. Jeho činnost je garantována MV.

Dle *Strategie 2012–15* se „těžiště práce v oblasti prevence kriminality (…) odehrává v obcích, na základních útvarech a územních odborech Policie ČR a jim odpovídajících úrovních ostatních institucí a subjektů veřejné správy (včetně justice). Obce vykonávají prevenci kriminality jako součást svých kompetencí, a to v úzké spolupráci s občanskou společností, policií a institucemi veřejné správy. Do tohoto procesu je v odpovídající míře zapojen i komerční a soukromý sektor. Vyšší správní úřady a vyšší samosprávné celky mají v prevenci kriminality jim odpovídající koordinační a podpůrnou roli" (Zdraví 2020, 2014).

Systém prevence kriminality v Česku, tak jak je vymezen ve *Strategii 2012–15*, zachycuje obrázek 9.1. Do formulace a realizace politiky prevence kriminality by se měly zapojovat všechny úrovně veřejné správy v Česku.

Prevence kriminality je z národní úrovně podporována odpovídajícím dotačním programem, jehož správu provádí Ministerstvo vnitra, resp. Republikový výbor. Příjemci dotace mohou být

Obrázek 9.1 – Systém prevence kriminality dle Strategie prevence kriminality v Česku na léta 2012–2015
Zdroj: Strategie 2012–15



kraje nebo obce, přičemž faktickým realizátorem preventivního projektu mohou být další organizace, se kterými příjemce dotace uzavře smlouvu. *Kraje a obce mají v případě žádosti o státní dotaci povinnost zpracovat koncepční dokumenty zacílené na prevenci kriminality,* podložené podrobnou analýzou rizikovosti území. Při zpracovávání těchto materiálů mají možnost spolupracovat s MV a Policií ČR.

Mezi priority aktuálního Dotačního programu pro projekty prevence kriminality na rok 2015 patří:

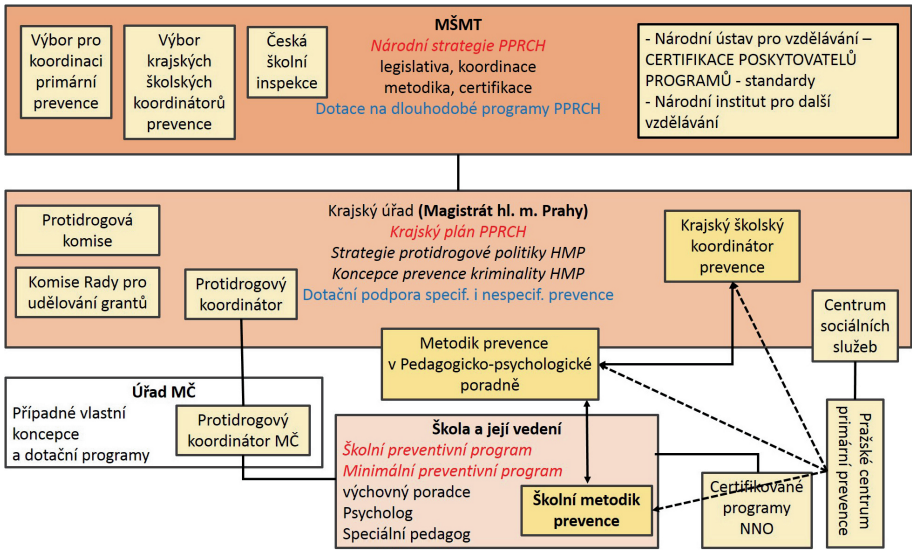
- snižování míry a závažnosti trestné činnosti a zvyšování pocitu bezpečí občanů;
- snížení výskytu delikventní činnosti u cílových skupin definovaných ve Strategii prevence kriminality, nebo jejich ochrana (cílovými skupinami sociální prevence jsou dle Strategie 2012–15 mj. děti a mladí dospělí, a také jejich rodiny);
- efektivní a koordinovaný systém prevence kriminality;
- komplexní přístup v komunitách postavený na spolupráci obce, Policie ČR a dalších subjektů.

Na dotační programy v období 2012–2015 mělo být dle *Strategie 2012–15* vynaloženo celkem 225 mil. Kč. Za období 2012–2014 bylo vyčerpáno celkem téměř 150 mil. Kč, přičemž přibližně 90 mil. Kč bylo využito na sociální prevenci, která byla převážně zaměřena na práci s rizikovými skupinami dětí a mládeže. Mezi podpořenými projekty byly např. projekty na rozšíření dětských hřišť, zážitkové pobyty určené pro specifické rizikové skupiny, informační kampaně cílené na rodiče či pedagogy apod.

9.3. Politika školské primární prevence rizikového chování dětí a mládeže

Základním strategickým dokumentem v oblasti školské primární prevence rizikového chování dětí a mládeže je *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018* (dále *Strategie 2013–18*), která vymezuje pravidla v oblasti školské prevence a hlavní prvky systému. Ke strategii měl být vytvořen akční plán, který dle sdělení MŠMT ještě není zpracován.

Obrázek 9.2 – Systém školské primární prevence rizikového chování dětí a mládeže dle Strategie 2013–18 na příkladu hl. m. Prahy
Zdroj: autorka dle Strategie 2013–18



Problematika prevence rizikového chování dětí a mládeže je v sektoru školství v kompetenci oddělení prevence a speciálního vzdělávání MŠMT. Vedoucí oddělení spolu s pracovníkem zodpovědným za protidrogovou prevenci a pracovníkem zodpovědným za prevenci kriminality tvoří tzv. Tým prevence MŠMT. MŠMT je resortem, který by v rámci Česka měl koordinovat aktivity v oblasti primární prevence rizikového chování dětí a mládeže.

Z hlediska vertikálního řízení spolupracuje MŠMT s kraji, resp. krajskými školskými koordinátory prevence (mj. prostřednictvím Výboru krajských školských koordinátorů prevence), pedagogicko-psychologickými poradnami na úrovni bývalých okresů a metodiky prevence ve školách a školských zařízeních. Na horizontální (meziresortní) úrovni má ministerstvo zřízen poradní orgán Výbor pro koordinaci primární prevence a dále spolupracuje s neresortními orgány, zejména s Úřadem vlády – Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Republikovým výborem (viz obrázek 9.2).

MŠMT se také může opřít o odborné kapacity Národního ústavu pro vzdělávání a Národního institutu pro další vzdělávání, které poskytují služby v metodické, vzdělávací a výzkumné oblasti, a dále o činnost České školní inspekce, která zajišťuje inspekční hodnocení vzdělávací soustavy v Česku.

Jak je z obrázku 9.2 patrné, do systému školské primární prevence vstupují ještě aktéři z oblasti protidrogové politiky*. Krajský školský koordinátor prevence spolupracuje především s krajským protidrogovým koordinátorem, manažerem prevence kriminality v kraji a koordinátorem pro romské záležitosti, případně s dalšími koordinátory. Na úrovni obcí metodicky podporuje ředitele škol a školských zařízení, školní metodiky prevence ve všech typech škol a metodiky prevence v pedagogickopsychologické poradně.

Politika na úrovni obcí a městských částí je velmi variabilní. Některé mají zpracovánu vlastní koncepci prevence rizikového chování a vypisují dotační programy, jiné nikoliv.

MŠMT vydává metodické dokumenty pro oblast primární prevence rizikového chování. Důležitým dokumentem je *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* (dále *Metodické doporučení*), které obsahuje také pokyny pro vypracování tzv. *Minimálního preventivního programu* školy a doporučení pro postup školy v případě výskytu vybraných forem rizikového chování.

Dle článku 2 odst. (Zdraví 2010, 2014) *Metodického doporučení* je Minimální preventivní program definován jako „konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu a vzdělávání žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a emočně sociální rozvoj a komunikační

* Široká oblast protidrogové politiky je řízena Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která zpracovává příslušnou národní strategii a akční plán, vypisuje každoroční dotační řízení na realizaci programů protidrogové politiky a spravuje systém certifikace odborné způsobilosti k poskytování služeb pro uživatele drog.

dovednosti. Minimální preventivní program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce s žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci nezletilých žáků školy. Minimální preventivní program je zpracováván na jeden školní rok školním metodikem prevence, podléhá kontrole České školní inspekce, je vyhodnocován průběžně a na závěr školního roku je hodnocena kvalita a efektivita zvolených strategií primární prevence. Dané hodnocení je součástí výroční zprávy o činnosti školy" (Kříž 2013).

Školy dále zpracovávají tzv. Školní preventivní strategii jako dlouhodobý preventivní program, který je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu, popř. přílohou dosud platných osnov a učebních plánů. Školy zpracovávají závěrečné zprávy k naplňování minimálních preventivních programů a školních preventivních strategií. Za koordinaci a kontrolu naplňování preventivních programů na školách je zodpovědný školní metodik prevence.

Stejně jako MV, také MŠMT poskytuje každoročně ze svého rozpočtu prostředky pro dotační program na realizaci aktivit v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže. V rámci tohoto programu jsou podpořeny zejména programy dlouhodobé všeobecné primární prevence, projekty evaluace potřebnosti, dostupnosti a efektivnosti služeb, projekty zaměřené na poskytování odborných a ověřených informací a vzdělávání. Dotace může být přidělena škole, školskému zařízení, nestátní neziskové organizaci a dalším organizacím, které pracují s dětmi a mládeží v oblasti primární prevence. Celkem bylo v období 2011–2013 podpořeno 498 z 1 321 žádostí celkovou částkou cca 61 mil. Kč. Podporované projekty musí být v souladu se strategiemi na národní a krajské úrovni.

V průběhu roku 2013 byl z pověření MŠMT obnoven systém certifikací a ověřování kvality poskytovatelů programů školské primární prevence zaměřený jak na protidrogovou prevenci, tak na primární prevenci dalších forem rizikového chování.

MŠMT každoročně podporuje také programy nespecifické primární prevence, tedy zájmové a neformální vzdělávání. Pro Program státní podpory práce s dětmi a mládeží na oblast zabezpečení volného času dětí a mládeže byly v roce 2015 vyčleněny finanční prostředky ve výši cca 190 mil. Kč.

9.4. Politika primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v resortu zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví se do politiky primární prevence rizikového chování dětí a mládeže zapojuje především prostřednictvím opatření týkajících se primární prevence zdravotních škod působených užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. MZ je koordinátorem a garantem naplňování několika strategických dokumentů, zaměřených na primární prevenci a podporu zdraví. V nedávné době bylo Státním zdravotním ústavem vyhodnoceno naplňování *Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatel České republiky: Zdraví pro všechny v 21. století* (dále *Zdraví 21*). Rizikového chování dětí a mládeže se týkaly zejména následující cíle: cíl 4 – zdraví mladých (konkrétně pak cíl 4.3 věnující se škodlivým formám chování), cíl 12 – snížit škody způsobené tabákem, alkoholem a jinými návykovými látkami (konkrétně cíl 12.1, věnující se mj. kouření u osob pod 15 let a 12.2 zaměřený mj. na konzumaci alkoholu u dětí a mládeže). U všech cílů hodnotitelé konstatují, že je možné sledovat mírně pozitivní trendy, které však nejsou dostačující (SZÚ 2013). Plnění cílů vyplývajících ze strategie Zdraví 21 mělo být koordinováno a kontrolováno Radou pro zdraví a životní prostředí, jejíž činnost byla dle expertů v dané oblasti spíše formální (Kříž 2013).

V září 2012 Regionální výbor WHO pro Evropu schválil rámcový program ZDRAVÍ 2020, zpracována byla v nedávné době také *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020* (Dále *Zdraví 2020*). Hlavní teze strategie mají být realizovány prostřednictvím akčních plánů, k nimž byla ustanovena resortní pracovní skupina a odborné pracovní skupiny. V období 2014–2015 by měla probíhat příprava implementačních dokumentů ve spolupráci s WHO (Regionální úřadovnou WHO pro Evropu). *Zdraví 2020* vychází z výše zmíněné Zprávy o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 SZÚ (2013) a z Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví (2013). Pro oblast prevence rizikového chování dětí a mládeže budou zásadní zejména v současnosti vznikající Akční plán pro vytvoření interdisciplinárního meziresortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice, Akční plán pro oblast kontroly tabáku v České republice a Akční plán k omezení škod působených alkoholem. Zpracování akčních

plánů ke Zdraví 2020 ukončí platnost dokumentu *Zdraví 21*.

Mezi hlavní subjekty, které se podílejí na realizaci opatření v oblasti primární prevence a podpory zdraví, patří Státní zdravotní ústav v Praze, krajské hygienické stanice a další aktéři. Státní zdravotní ústav je např. koordinátorem programu „škola podporující zdraví".

MZ každoročně vypisuje několik dotačních programů, cílených na primární prevenci a podporu zdraví. Mezi priority Národního programu zdraví pro rok 2015 patří ozdravění výživy a optimalizace pohybové aktivity a dále prevence užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu. Pro rok 2015 počítá MZ s částkou cca 3,5 mil. Kč*, přičemž v dlouhodobém horizontu (od roku 1993) došlo ve vývoji objemu přidělených finančních prostředků k poklesu na cca desetinu původní částky.

V rámci programu *Péče o děti a dorost* bylo v roce 2014 přiděleno cca 1,4 mil. Kč na aktivity cílené na prevenci úrazů v dorostovém věku, prevenci násilí a podporu bezpečnosti pro děti. Program *Prevence kriminality* je zaměřen na prevenci rizikového chování se zaměřením na kyberšikanu a v roce 2014 bylo na tyto aktivity alokováno cca 400 tis. Kč. Prevence rizikového chování dětí a mládeže se také částečně týká *Národní program řešení problematiky HIV/AIDS*, jehož součástí jsou také preventivní edukační aktivity zaměřené zejména na rizikově se chovající populační skupiny a skupiny adolescentů. Dlouhodobě je na program vynakládáno každoročně cca 3 mil. Kč, v roce 2015 ministerstvo počítá s alokací cca 4,3 mil. Kč. V neposlední řadě MZ vypisuje *Program protidrogové politiky*, na jehož realizaci bylo pro rok 2015 uvolněno cca 19 mil. Kč.

* V letech 2011–2013 byl v každém roce přidělen 1 mil. Kč.

Seznam použitých zdrojů

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel České republiky: Zdraví pro všechny v 21. století. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002.

Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013.

KŘÍŽ, J. (2013): Hodnocení programu Zdraví 21. Vystoupení na semináři Společnosti sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, ČLS JEP, 6. 2. 2013.

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2010.

MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P., eds. (2010): Primární prevence rizikového chování ve školství. Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze, Togga, Praha, 253 s.

Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014.

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2013.

Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012–2015. Republikový výbor pro prevenci kriminality, 2011.

SZÚ (2013): Zpráva o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003–2012. Státní zdravotní ústav.

10. Problematika podpory veřejného zdraví v Česku

LIDMILA HAMPLOVÁ, JANA LANŽOVÁ

10.1. Vývoj podpory veřejného zdraví v Česku

K naplnění své definice zdraví jako stavu fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci, zpracovala Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) program *„Zdraví pro všechny do roku 2000"*, z jehož filozofie vycházel první strategický dokument řešící oblast podpory veřejného zdraví po roce 1990 v Česku. Jde o strategii schválenou usnesením vlády v roce 1991 pod názvem *„Národní program obnovy a podpory zdraví"* a tento dokument následovaný střednědobou (1992) a dlouhodobou strategií (1995) se pod názvem *„Národní program zdraví"* stal základem národní zdravotní politiky cíleně zaměřené na podporu zdraví a prevenci nemocí obyvatel Česka. Zdrojem financování aktivit na podporu plnění cílů a úkolů výše uvedených strategických dokumentů se staly dva dotační programy sekce ochrany a podpory veřejného zdraví Ministerstva zdravotnictví ČR (dále také MZ ČR), zřízené již na počátku 90. let minulého století v souvislosti s přijatými strategiemi.

Dotační řízení s názvem *„Národní program zdraví – projekty podpory zdraví"* (dále jen NPZ–PPZ) od svého ustanovení zajišťuje finanční prostředky vládním i nevládním subjektům na podporu edukačních a intervenčních aktivit v oblasti podpory zdravého životního stylu, zejména zdravé výživy, pohybové aktivity, prevence kuřáctví a nadměrné konzumace alkoholu a pozitivního ovlivnění dalších faktorů životního stylu.

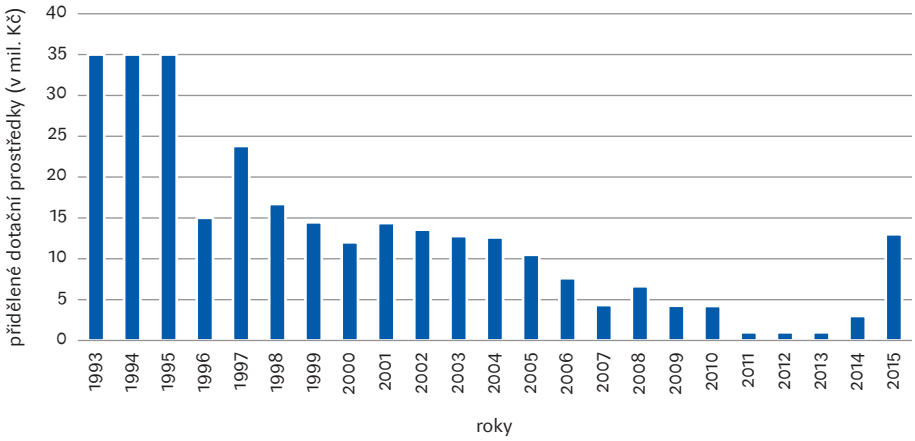
Dotační řízení s názvem *„Národní program řešení problematiky HIV/AIDS"* slouží od svého ustanovení k naplňování cílů stejnojmenného strategického dokumentu, který je pravidelně aktualizován vždy pro období 5 let. Cílem dotačního programu je podpora vládních a nevládních organizací realizujících aktivity k zabránění vzniku a šíření HIV infekce edukací a intervencí v cílové populaci a zajišťujících dostupné bezplatné anonymní testování *(HIV screening)*.

V roce 2000 byl přijat zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, který stanovuje povinnosti krajským hygienickým stanicím a zdravotním ústavům podílet se na vytváření a realizaci zdravotní politiky regionu, realizovat programy ochrany a podpory zdraví a zajistit výchovu ke zdraví.

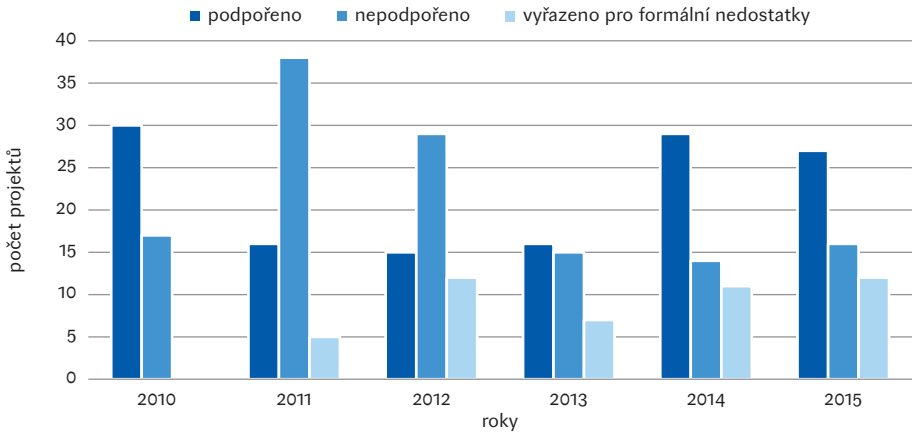
V roce 2002 přijala vláda České republiky svým usnesením stěžejní strategický dokument s názvem *„Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století"*, který opět vycházel z programu WHO, konkrétně z programu *Zdraví pro všechny v 21. století* (*Zdraví 21*). Smyslem programu WHO *Zdraví 21* bylo snížit rozdíly ve zdravotním stavu obyvatelstva mezi jednotlivými státy Evropy i mezi populačními skupinami uvnitř jednotlivých států. Národní varianta *„Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století"* si klade za cíl dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny cestou posilování a ochrany zdraví lidí během jejich celého života a zejména snížením incidence chronických neinfekčních nemocí. Program představuje dobře strukturovaný model komplexní péče o zdraví a jeho rozvoj a definuje úkoly v primární a sekundární prevenci, včetně zodpovědných aktérů, termínů a indikátorů pro jejich hodnocení. Zodpovědnost za plnění cílů a dílčích úkolů programu má vláda, na jeho naplňování se účastní všechny složky společnosti.

Zdrojem financování aktivit na podporu plnění cílů výše uvedených národních strategických dokumentů se staly kromě již zmíněných dotačních

Obrázek 10.1 – Finanční prostředky přidělené v rámci dotačního programu NPZ–PPZ v letech 1993–2015
Zdroj: MZ ČR, 2015



Obrázek 10.2 – Dotační program NPZ–PPZ – počty podpořených projektů, nepodpořených projektů a projektů vyřazených z důvodů formálních nedostatků
Zdroj: MZ ČR, 2015



programů MZ ČR také Evropské strukturální fondy, dotační řízení krajských úřadů, municipalit apod. Řadu úkolů *„Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21 století"* se již podařilo splnit, většina aktivit programu je však nadále realizována a mnohé dílčí cíle a aktivity jsou naplánovány ke splnění až do roku 2020. Mezi hlavní úspěchy programu patří výrazné a setrvalé snižování úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění u mužů i u žen po roce 1990 a v posledních letech mírný, ale plynulý pokles úmrtnosti na nádorová onemocnění, výrazné a trvalé snižování počtu nežádoucích těhotenství, trvale vysoká úroveň pre-, peri- a postnatální péče, setrvale stoupající střední délka života populace Česka a celkově se zvyšující zdravotní gramotnost všech populačních skupin. Mezi neúspěchy programu patří přetrvávající vysoká prevalence kuřáctví, nadváhy a obezity v adolescentní i dospělé populaci, nadměrná konzumace alkoholu a celkově nízká úroveň pohybové aktivity.

V roce 2014 přijala vláda další strategický dokument, který je pokračováním již realizovaných aktivit v souladu s novými prioritami tak, aby byla zajištěna kontinuita zdravotní politiky v Česku. Tento strategický dokument s názvem *„Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí"* vychází z programu WHO *„Health 2020"* a klade si za cíl stabilizovat systém prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartovat účinné a dlouhodobě udržitelné mechanizmy k dalšímu zlepšení zdravotního stavu populace. Rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a je určen nejen institucím veřejné správy, ale také všem ostatním složkám – jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím. Tato národní strategie bude postupně dále rozpracovávána do konce roku 2015 do jednotlivých implementačních dokumentů (národních strategií a národních akčních plánů) dle prioritních témat veřejného zdravotnictví a ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí. Filozofií a hlavním úkolem všech výše uvedených strategických dokumentů byla a je cestou prevence nemocí

a ochrany a podpory veřejného zdraví postupně a trvale zlepšovat zdravotní stav populace Česka a minimalizovat dosud existující rozdíly v úrovni zdravotního stavu obyvatel Česka a populace nejvyspělejších států Evropské unie.

10.2. Dotační program Národní program zdraví – projekty podpory zdraví (NPZ–PPZ)

Dotační program NPZ–PPZ je důležitým nástrojem MZ ČR pro naplňování vybraných cílů a priorit všech strategických dokumentů týkajících se podpory veřejného zdraví, zejména *„Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století"* a *„Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí"*.

Hlavním cílem dotačního programu je dlouhodobé vytváření podmínek pro zlepšení zdraví občanů Česka zvyšováním jejich zdravotní gramotnosti, výchovou ke zdravému životnímu stylu, posilováním zdraví, prevencí nemocí a omezováním zdravotních rizik.

Dotační program tvoří provázaný systém primární prevence chronických neinfekčních onemocnění a podpory zdraví poskytované definovaným populačním skupinám obyvatel Česka, potenciálním konzumentům zdravotnických služeb. V rámci tohoto dotačního programu podporuje MZ ČR širokou škálu projektů v rámci primární prevence zaměřených na podporu zdravé výživy a pohybové aktivity jako prevenci obezity v populaci, dále na omezování kuřáctví a nadměrné spotřeby alkoholu a podporovány jsou i projekty komplexní, které zahrnují komplexní přístup k řešení výskytu rizikových faktorů chronických neinfekčních onemocnění. Finanční příspěvky MZ ČR podporují realizaci kvalitních projektů podpory zdraví kladoucích si za cíl dosažení pozitivních změn v životním stylu obyvatel Česka a v jejich chování ve vztahu ke svému zdraví. Edukace v rámci primární prevence je mimořádně důležitá, neboť pomáhá vybraným populačním skupinám jako potencionálním příjemcům zdravotní péče oddálit a snížit spotřebu zdravotních služeb. Program se snaží o začlenění všech složek společnosti do všeobecného zájmu o zdraví (obrázek 10.1 a 10.2).

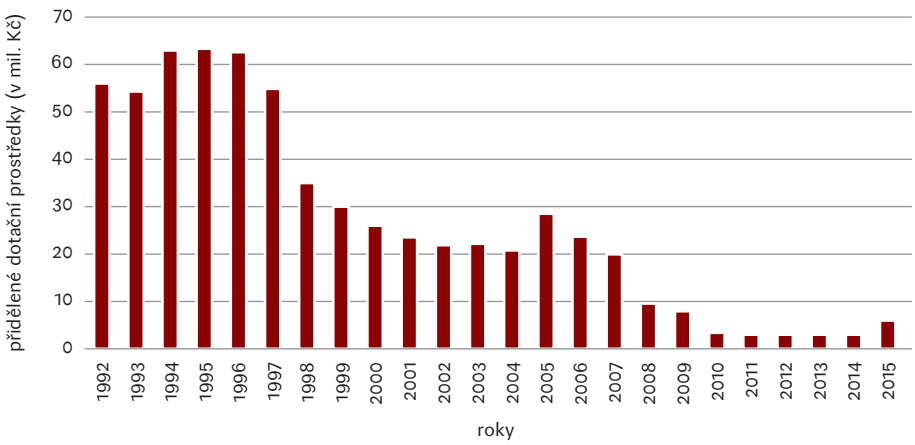
Dotační programy sekce ochrany a podpory veřejného zdraví jsou nástrojem i pro naplňování dalších mezirezortních strategických dokumentů, ke kterým patří např. *„Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018"* a *„Strategie bezpečnosti potravin a výživy 2014–2020"*.

10.3. Dotační program Národní program řešení problematiky HIV/AIDS

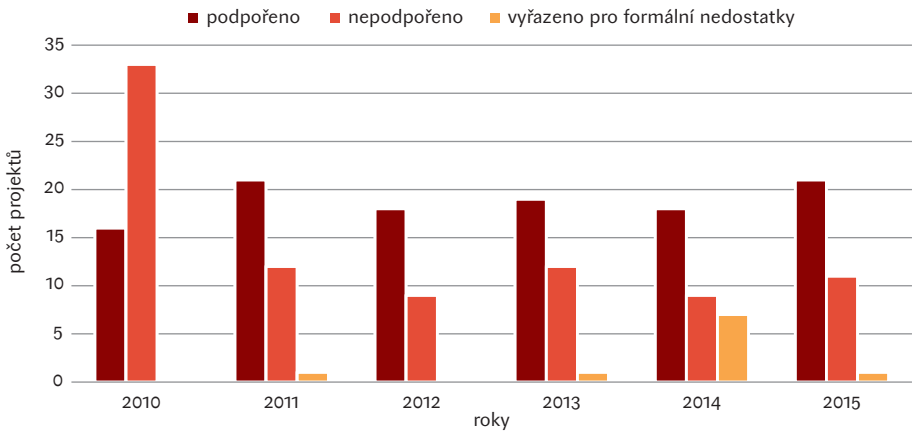
S ohledem na nepříznivou situaci ve vývoji šíření HIV infekce v Česku přijala vláda České republiky již v roce 1990 usnesením strategii boje proti šíření této nákazy pod názvem Národní program prevence HIV/AIDS a součástí této strategie se stalo od roku 1993 dotační řízení s názvem *Národní program řešení problematiky HIV/AIDS,* jehož účelem je poskytování státní finanční dotace na projekty směřující k organizaci a provádění výchovy ke zdraví celé populace a jejich částí, které jsou ve zvýšeném riziku této nákazy virem HIV. Přestože byly od té doby dosaženy výrazné pokroky v oblasti terapie HIV/AIDS, neexistuje dosud taková léčba, která by vedla k úplnému vyléčení osob s rozvinutým onemocněním AIDS nebo u HIV pozitivních osob k eliminaci viru z organizmu. Rovněž dosud není k dispozici účinná vakcína, a proto prevence a zvyšování zdravotní gramotnosti o nákaze HIV infekcí a její prevenci je stále nejúčinnější a také nejméně nákladnou cestou k potlačení šíření této závažné nákazy v populaci.

V současné době jsou díky dotačnímu programu naplňovány úkoly a cíle *„Národního programu řešení problematiky HIV/AIDS v období let 2013–2017"*, který plynule navazuje na předcházející stejnojmenné strategické dokumenty zpracovávané na období 5 let. Plnění úkolů a cílů dokumentu je také plně v souladu s cíli a dílčími úkoly *„Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století"* a strategie *„Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí"*. Program zajišťuje péči a sociální pomoc pro HIV pozitivní osoby a jejich rodiny a podporu akcí a aktivit směřujících ke snížení sociálních a ekonomických dopadů epidemie HIV/AIDS na společnost (obrázek 10.3 a 10.4). V rámci tohoto dotačního programu podporuje MZ ČR širokou škálu projektů zaměřených zejména na populační skupiny ve zvýšeném riziku HIV/AIDS, interaktivní preventivní programy komplexního typu zaměřené na zapojení mládeže do procesu ochrany a podpory zdraví v problematice nechtěných těhotenství, prevence sexuálně přenosných infekcí a HIV/AIDS. Úlohou realizovaných projektů je

Obrázek 10.3 – Finanční prostředky přidělené v rámci dotačního programu Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v letech 1992–2015
Zdroj: MZ ČR 2015



Obrázek 10.4 – Národní program řešení problematiky HIV/AIDS – počty podpořených projektů, nepodpořených projektů a projektů vyřazených z důvodů formálních nedostatků
Zdroj: MZ ČR 2015



zabránění vzniku a šíření HIV infekce edukací a intervencí v cílové populaci (prevence sexuálního přenosu HIV v populaci se zaměřením na mládež a osoby s rizikovým sexuálním chováním) a dále v zajištění dostupného bezplatného anonymního testování a poradenství poskytovateli zdravotních služeb v zařízeních zdravotní a sociální péče *(HIV screening)*.

10.4. Podmínky poskytování dotací z obou dotačních programů MZ ČR

Ministerstvo zdravotnictví ČR zveřejněním Metodik pro žadatele o poskytnutí státní dotace obou dotačních programů na svém webu (www.mzcr.cz) vyhlašuje začátek dotačního řízení pro nadcházející kalendářní rok.

Žádosti o podporu z obou dotačních programů mohou podávat:

- nestátní neziskové organizace,
- příspěvkové organizace v rámci kapitoly zdravotnictví,
- orgány samosprávy s výjimkou krajských úřadů (tj. města a obce),
- organizace v působnosti územních orgánů (organizace v působnosti krajských, městských a obecních úřadů),
- organizace v působnosti jiných resortů než MZ ČR.

Žadatelé žádají o poskytnutí finanční dotace na realizaci projektu prostřednictvím formuláře Žádosti o poskytnutí státní dotace na realizaci projektů z obou dotačních programů. Žádosti se podávají řádně vyplněné dle podmínek stanovených v metodice každého dotačního programu ve třech vyhotoveních (jeden originál a dvě kopie) a v elektronické verzi na CD vždy do 30. 9. příslušného kalendářního roku. Žádosti lze zaslat poštou na adresu Ministerstva zdravotnictví ČR nebo osobně doručit do podatelny úřadu (Palackého náměstí 4, Praha 2). Současně je třeba doložit a dodat čestné prohlášení o bezdlužnosti organizace (formulář je na webu MZ ČR jako součást metodiky), dokumenty potvrzující vznik subjektu nebo oprávnění k činnosti (úředně ověřené kopie)

a souhlas žadatele se zveřejněním dokumentů a údajů dle zákona 218/2000 Sb. (formulář je na webu MZ ČR jako součást metodiky).

Finanční dotace ze státního rozpočtu přidělená MZ ČR na realizaci projektu je výhradně účelová a lze ji použít jen na činnosti, které jsou v souladu s filozofií a metodikou obou dotačních programů a s Rozhodnutím o poskytnutí neinvestiční dotace ze státního rozpočtu. Dotace se všem typům předkládajících organizací poskytuje maximálně do výše 70 % rozpočtovaných nákladů na schválený projekt, finanční spoluúčast žadatele na celkovém rozpočtu projektu musí tedy činit minimálně 30 %. Finanční prostředky z dotace se žadateli poskytují jen na úhradu nezbytně nutných nákladů spojených s realizací projektu a požadavky musí být přiměřené navrhovaným aktivitám. Podrobné informace k čerpání prostředků jsou uvedeny vždy v aktuálních metodikách obou dotačních programů, které jsou zveřejněny na webu MZ ČR a lze je vyhledat postupem Občan/pacient – Dotace – státní rozpočet na příslušný rok – Odbor strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví – Národní program zdraví – projekty podpory zdraví pro příslušný kalendářní rok/Národní program řešení problematiky HIV/AIDS pro příslušný kalendářní rok.

Každá žádost zaslaná na MZ ČR do stanoveného termínu a splňující podmínky výběrového řízení dotačních programů je řádně zaevidována a je provedena kontrola formálních náležitostí, poté jsou žádosti zaslány ke zpracování odborného posudku dvěma nezávislým oponentům z řad pracovníků krajských hygienických stanic a následně ke zpracování odborného posudku členovi hodnotící komise. Komisi provede vyhodnocení předložených projektů, přičemž se zaměřuje zejména na soulad obsahu projektu se souvisejícími strategickými dokumenty a s cíli dotačního programu, shodu s tematickými okruhy, platnou metodikou, hodnotí se reálnost stanovených cílů projektu, úroveň zpracování projektu z hlediska odborného obsahu, vhodnost a reálnost navrženého způsobu hodnocení efektu projektu a přiměřenost a zdůvodnění výše požadované finanční dotace ze státního rozpočtu. Současně se zohledňují výsledky závěrečných hodnocení předchozích projektů žadatele, jestliže byly v minulosti realizovány.

Příjemce dotace je v případě jejího přidělení povinen MZ ČR předložit Závěrečnou zprávu o splnění projektu, zahrnující popis a zhodnocení realizace odborné části projektu včetně objektivního vyhodnocení efektu projektu, vyúčtování a komentář k čerpání poskytnutých dotačních finančních prostředků. Závěrečné zprávy jsou posouzeny komisí a realizace projektu je ohodnocena stupněm 1 až 4 od výborného splnění po nesplnění. O výsledku závěrečného hodnocení projektu je příjemce dotace písemně informován. Všechny důležité termíny obou dotačních programů jsou zveřejněny v metodikách na příslušný kalendářní rok.

10.5. Nejčastější nedostatky spojené s předkládáním žádostí o příspěvek z obou dotačních programů

- předložený projekt svým zaměřením nepatří do dotačního programu, kam je předložen, měl být předložen do dotačního programu jiné sekce MZ ČR či dokonce na jiný ústřední orgán státní správy, např. na MŠMT (v případě NPZ–PPZ se jedná zejména o projekty, jejichž aktivity nespadají do oblasti primární, ale sekundární či terciární prevence)
- projekt není v souladu se schválenou metodikou pro příslušný rok
- předložený projekt nesplňuje formální náležitosti
- předložený projekt nemá jiné zdroje financování než požadovanou dotaci
- předložený projekt nemá jasně stanovena objektivní kritéria vyhodnocení efektu projektu, tedy chybí indikátory pro vyhodnocení jeho efektivity, měřitelné výstupy
- předložený projekt nemá edukační a intervenční charakter, ale výzkumný
- v předloženém projektu jsou pouze požadavky na výrobu, tisk a expedici zdravotně výchovného materiálu bez vlastní edukace a intervence u cílové populace
- není jasně popsán způsob výběru cílové populace, způsob expedice zdravotně výchovných materiálů
- požadované finanční prostředky jsou nepřiměřeně vysoké (v případě materiálových nákladů se jedná o odborné publikace, v případě mzdových nákladů neodpovídá hodinová mzda vzdělání a dosažené praxi, v případě provozních nákladů je požadováno vysoké poštovné, balné apod. a v případě předložení několika projektů stejným předkladatelem se opakují stále stejné náklady ve všech projektech)

- předložený projekt nemá záruku odborné úrovně jeho plnění

Přehled konkrétních termínů obou dotačních programů je zveřejněn každoročně vždy v metodice příslušného dotačního programu na webu www.mzcr.cz.

10.6. Vyhodnocení efektivity podpory zdraví financovaných z projektů

Vyhodnocení efektivity realizovaných projektů a vynaložených finančních prostředků je možné v krátkodobém časovém horizontu, a to zlepšením biochemických parametrů, fyziologických funkcí či posunem v úrovni znalostí cílové populace. Podporovány jsou tedy projekty, které prokazatelně vedou ke zvýšení úrovně znalostí či chování cílové populace (např. ověřeno dotazníkovým šetřením) či ke zlepšení biochemických parametrů (snížení BMI, snížení procenta tělesného tuku, pokles hladiny celkového cholesterolu, triglyceridů, glykémie apod.) V dlouhodobém horizontu je stěžejním kritériem efektu vynaložených finančních prostředků hodnocení vývoje zdravotního stavu populace. Podporovány jsou tedy ty projekty, kde je v dlouhodobém horizontu předpoklad, že dojde jejich realizací k zlepšení ukazatelů zdravotního stavu cílové populace a tyto projekty tak přispějí k řešení složitých zdravotních problémů 21. století spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem v Česku.

Uvědomění si hodnoty vlastního zdraví od nejútlejšího věku je možno dosáhnout především dalším zkvalitněním prevence a podpory zdraví, zejména přijetím osobní zodpovědnosti za vlastní zdraví a akcentováním zdravého životního stylu od dětství do seniorského věku, což je úloha obou dotačních programů sekce ochrany a podpory veřejného zdraví. Trvalé a plynulé zlepšování zdravotního stavu populace Česka je jasně měřitelným výstupem a je důsledkem nejen stále stoupající úrovně českého zdravotnictví, tedy diagnostiky a léčby, ale také důsledkem efektivní primární prevence a podpory zdraví.

Bližší informace o dotačních programech lze získat také u kontaktní osoby na MZ ČR:

Ministerstvo zdravotnictví ČR
Odbor strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví
Oddělení podpory zdraví a primární prevence
www.mzcr.cz

Závěr

DAGMAR DZÚROVÁ

Hlavní těžiště celé knihy spočívalo ve studiu interakcí: mládež – chování – prostředí. Chování mládeže bylo zúženo na výzkum zdravotně rizikového chování, zde ve spojení s pravidelným kuřáctvím, nadměrnou nárazovou konzumací alkoholu a užíváním nelegálních drog. Jednalo se o zaměření na ty návykové látky, které zvyšují pravděpodobnost nepříznivých důsledků pro zdraví a které přispívají k hlavním příčinám nemocnosti a úmrtnosti.

V Česku se podobně jako v dalších zemích střední a východní Evropy politické změny v období transformace promítly do změny životního stylu a chování obyvatel, což s sebou přineslo mimo jiné i zvýšení konzumace alkoholu, užívání drog a kouření. Česká společnost navíc patří tradičně k těm tolerantnějším, a to jak vůči běžnému pití alkoholu, tak k jeho nadměrné konzumaci. Tyto tolerantní normy mohou ovlivňovat formování podobných postojů u mladistvých. Navíc ceny alkoholu jsou v Česku ve srovnání se západními státy relativně nízké, což ovlivňuje jeho dostupnost a v konečném důsledku umožňuje jeho nežádoucí (zne)užívání.

Poznatky o zdravotně rizikovém chování mládeže byly čerpány ze dvou hlavních zdrojů. Prvním zdrojem informací bylo mezinárodní šetření Evropské studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), kterého se v posledních vlnách šetření účastnilo přibližně 75 tisíc adolescentů ve věku 16 let z 25 evropských zemí, včetně Česka *(Ladislav Csémy)*. Výsledky ESPAD z roku 2011 ukázaly, že plných 93 % českých mladistvých mezi 15. a 16. rokem užilo v posledních 12 měsících alkoholický nápoj a 79 % pilo alkohol během měsíce předcházejícího šetření. Podobně představuje zásadní problém i kouření, kdy 43 % mladistvých uvedlo, že během měsíce, který předcházel studii, kouřilo cigarety (prevalence kouření byla lehce vyšší u dívek). Obdobně znepokojující výsledky lze spatřit u drog, přičemž hrozí, že užívání nelegální drogy se v podstatě stalo mezi mladými lidmi „módou". Na základě výsledků ze studie ESPAD je celoživotní prevalence užívání marihuany mezi českými adolescenty 42 % a tato hodnota je signifikantně vyšší než ve zbytku zkoumaných zemí (evropský průměr je 17 %). Výsledky v Česku rovněž naznačují, že je zde nejvyšší vnímaná dostupnost marihuany – 59 %, což je dvojnásobek evropského průměru (ESPAD 2011).

Z hlediska alkoholu je Evropa oblastí světa s velmi nízkou mírou abstinence, a to i mezi mladými lidmi, kdy se pití alkoholu stalo v mnoha zemích naprosto běžnou formou chování. Celkem 81 % dotázaných teenagerů považuje dostupnost alkoholu za celkem snadnou nebo velmi snadnou – nejčastěji se jednalo o studenty v Česku, Dánsku, Německu a Řecku (více než 90 % dotázaných), naopak za nejméně dostupný považují alkohol v Albánii (55 %) a na Islandu (62 %).

Z hlediska kouření cigaret byla česká mládež také na předních místech v Evropě, např. v posledních 30 dnech kouřilo v Česku 43 % studentů (evropský průměr odpovídá 28 %). Mezi země s vysokou prevalencí kouření v posledních 30 dnech patřilo kromě Česka také Bulharsko, Chorvatsko, Francie, Lotyšsko a Slovensko (přibližně 40 %).

Druhá kapitola *(Dagmar Dzúrová* a *Jana Spilková)* byla zaměřena na subjektivně vnímanou míru rizikovosti jednotlivých substancí mládeží evropských zemí. Studium percipované rizikovosti odhalilo statisticky významný nepřímý vztah mezi vnímáním rizikovosti a rizikovým chováním, resp. čím nižší byla subjektivně vnímaná rizikovost užívání, tím vyšší byla skutečná míra prevalence rizikového chování. Tento vztah byl

ilustrován na příkladu Česka, kde percepce rizika užívání marihuany byla nejnižší ze všech zemí a míra prevalence byla nejvyšší. Vizualizace výsledků prostřednictvím tzv. sociomapování nejen představilo novou metodu vizualizace socioepidemiologických dat, ale zároveň také podpořilo závěr o nutnost přijetí komplexnější preventivní strategie, která by zvýšila povědomí o rizicích užívání návykových látek mezi dospívajícími.

Třetí kapitola *(Ladislav Kážmér, Dagmar Dzúrová, Ladislav Csémy* a *Jana Spilková)* byla zaměřena již pouze na českou mládež, resp. na prevalenci rizikového chování českých adolescentů, jeho vzájemnou propojenost a podmíněnost v kontextu specifických podmínek rodinného a školního prostředí. Vstupní soubor analýzy zahrnoval 7 616 respondentů ve věku 15–16 let z Česka zařazených do projektu ESPAD 2007. Bylo zjištěno, že téměř čtvrtina českých adolescentů (23 %) denně kouřila (alespoň jedna vykouřená cigareta za den). Přibližně pětina (19 %) studentů uvedla, že v průběhu posledního měsíce alespoň 3krát podlehla nadměrné konzumaci alkoholu (konzumace 5 a více alkoholických nápojů na jedno posezení). Celkově 14 % českých adolescentů užívalo marihuanu (více než 6 užití za posledních 12 měsíců). Celkově 9,4 % českých studentů uvedlo, že kromě denního kouření cigaret má také sklony k nárazovému pití alkoholu.

Řadu zajímavých zjištění přinesla aplikace víceúrovňové regresní analýzy. Potvrdilo se, že rodinné prostředí s oběma vlastními rodiči vytváří společně se spokojenými vzájemnými vztahy adolescenta ke svým rodičům výrazně protektivní efekt na úroveň rizikového užívání návykových látek. V kontextu efektu ekonomické situace rodiny se pak jako rizikovější ukázala mládež pocházející z rodin s relativně vyšším příjmem.

K účinkům rodinného prostředí se přidal také efekty prostředí školy, ve které daná mládež dospívá. Studenti gymnázií měli z ostatních typů škol nejnižší prevalenci rizikového chování, nejvyšší studenti středních odborných učilišť. Je tedy vidět, že vyšší náročnost studia působí na rizikové chování mládeže protektivním účinkem. Dále byla prevalence rizikového užívání návykových látek také významně diferencována podle populační velikosti města. K příslušné diferenciaci se přidala také míra nezaměstnanosti v daném městě. Kromě hlavního města Prahy se ukázala na straně druhé rizikovějšími také populačně nejmenší města a (socioekonomicky) deprivované oblasti Česka.

Druhá část knihy představila poznatky z vlastního on-line šetření, kterého se účastnilo celkem 1 025 respondentů ve věku 14–15 let z 35 základních škol, 18 škol bylo pražských a 17 mimopražských. V páté kapitole *(Michala Lustigová* a *Dagmar Dzúrová)* byly představeny základní výsledky šetření, např. že denní kuřáctví deklarovalo 14 % žáků, nadměrnou konzumaci alkoholu 34 % žáků a zkušenosti s užitím marihuany 22 % žáků. Bez syndromu rizikového chování bylo 55 % žáků, s jedním rizikovým faktorem 26 % žáků, 12 % se dvěma a 7 % žáků dokonce se třemi rizikovými faktory.

Hodnocení vztahu s rodiči a přáteli představovalo jednu z nejvýraznějších determinant pro rozvoj rizikového chování u dospívajících. Mezi žáky, kteří byli se svým vztahem s matkou nespokojení, bylo zjištěno 50 % kuřáků, téměř 70 % nadměrných konzumentů alkoholu a 63 % uživatelů marihuany. Syndrom vícenásobného rizikového chování (souběžně všech tří forem) byl pak zjištěn u 38 % z nich. Podobné výsledky byly zjištěny i v případě negativně hodnoceného vztahu s otcem. Pozitivně hodnocený vztah s rodiči naopak eliminoval vznik syndromu rizikového chování. Mezi žáky žijícími v domácnosti bez vlastních rodičů bylo dvakrát více kuřáků než v celé populaci respondentů, výrazně vyšší byl také podíl žáků se zkušenostmi nadměrného pití a užití marihuany. Syndrom rizikového chování byl potom zjištěn u 16 % z nich.

Jako klíčové prediktory zdravotně rizikového chování se v adolescenci uplatnily normy a chování rodičů. Mezi adolescenty, jejichž otec kouřil, bylo 28 % kuřáků a mezi těmi, jejichž matka kouřila 33 % kuřáků. Výrazně vyšší byla u žáků z kuřáckých rodin také prevalence konzumace marihuany (30 % v případě otce kuřáka a dokonce 40 % v případě matky kuřačky). Riziko nadměrné konzumace alkoholu potom souviselo se zvyklostmi konzumace alkoholu u rodičů. Žáci z rodin, kde otec nebo matka denně konzumovali lihoviny, v 70 % konzumovali nadměrné množství alkoholu. V rodinách, kde matka denně konzumovala alkohol, měli navíc žáci v nadpoloviční většině zkušenost s marihuanou. V takovýchto rodinách byla také enormně nízká prevalence nerizikového chování (15 % v případě matky denní konzumentky lihovin). Subjektivní percepce lokality, ve které žáci bydlí, výrazně ovlivňovala jejich rizikové chování.

V páté, geograficky laděné, kapitole *(Michala Lustigová* a *Přemek Štych)* bylo rizikové chování

konfrontováno s kvalitou zázemí škol prostřednictvím subjektivně vnímané kvality prostředí a objektivního hodnocení za využití nástrojů GIS. Pro hodnocení celkové kvality venkovního prostředí byly vytvořeny souhrnné proměnné; pro jednotlivé aspekty zázemí a dále souhrnná proměnná průměrné ohodnocení kvality zázemí školy. Průměrná hodnota kvality prostředí v zázemí školy byla 1,92 bodové škály. Žáci z pražských škol deklarovali mírně horší kvalitu okolí školy než žáci ostatních měst (1,95 vs. 1,91). Průměrná hodnota kvality prostředí v jednotlivých městech a městských částech Prahy se pak pohybovala od 1,5 v Jindřichově Hradci a 1,6 ve Žďáru nad Sázavou a Nymburce po hodnoty vyšší než 2,2 v Sokolově, Praze 1, Praze 2, Krnově a Českém Brodě. V zázemí školy dle těchto souhrnných ukazatelů vnímali žáci nejvíce negativně „nepořádek, odpadky atd.", následně pak „drogy a přílišnou konzumaci alkoholu" a „násilí, vandalismus a zločinnost".

V šesté kapitole *(Dagmar Dzúrová* a *Ladislav Csémy)* byly diskutovány teoretické koncepty týkající se syndromu rizikového chování, tj. klíčového jevu analyzovaného v předchozích kapitolách této knihy. Na základě výše představených teorií byla provedena analýza SRCH s cílem detekovat rizikové a protektivní faktory. Hodnoceno bylo celkem 28 proměnných rozdělených do pěti domén na základě statistické analýzy regresních stromů. Zvolenou analýzou bylo zjištěno, jakou významnost pro výskyt rizikového chování mládeže mají jednotlivé sledované faktory. Podle očekávání se pozitivní rodinné modely chování a rodinné vztahy prokázaly jako protektivní faktor rozvoje rizikového chování. Naopak percipovaná zátěž nekvality zázemí školy se prokázala jako velmi silný negativní faktor rozvoje rizikového chování. Z pohledu podpory zdravého životního stylu vyplývá ze závěrů studie potřeba zkvalitnění zázemí škol, zejména rekultivací a rozšířením ploch veřejné zeleně, včetně podpory pohybových aktivit (vybudování cyklostezek vedoucích do škol) a zajištěním ochranných zón v zázemí školy bez prodeje a užívání návykových látek (alkoholu, tabáku a drog).

Sedmá kapitola, případová studie Prahy *(Jana Spilková, Michal Pitoňák* a *Dagmar Dzúrová)* odhalila řadu nových poznatků o vlivu fyzického prostředí na rizikové chování. Ve vnímání vnějšího prostředí v okolí bydliště dopadla nejhůře sídliště panelových domů, nejlépe dvojdomky a rodinné domy v suburbanizované zóně. Okolí škol bylo hodnoceno jako nejlepší v řadové zástavbě a špatně hodnocené v nové i staré zástavbě ve městě a v blízkosti dvojdomků. V hodnocení vnitřních prostor domovů a škol si nejhůře vedou znovu dvojdomky, zejména kvůli malé vybavenosti sportovními prvky a školy ve staré zástavbě. Navzdory rekonstrukcím škol na sídlištích se v těchto budovách žáci stejně necítí dobře. V prostředí sídlišť byla také nejčastěji zmiňována drogová problematika a násilí. Největší negativní vliv na užívání návykových látek se prokázal u vnitřního prostředí škol a zejména jejich okolí. Autoři proto mapovali místa v blízkosti školy, která mohou být potenciálním ohniskem rizikového chování mládeže. Tato místa jako restaurace, herny, drobné samoobsluhy, špinavá zákoutí, často souvisí s vyšší mírou užívání návykových látek teenagery. Nejvyšší koncentraci takových míst najdeme v blízkosti škol, které jsou situované ve staré zástavbě města. Obecně lépe hodnocená byla novější zástavba, to vede k zamyšlení nad důležitostí revitalizací některých zanedbaných veřejných prostor a škol ve starší zástavbě. Výsledkem tak je, že stará zástavba a sídliště jsou v očích žáků nejnebezpečnějšími prostory ve vztahu k užívání návykových látek.

V našem výzkumu jsme prokázali, že školní prostředí má silný vliv na výskyt vícenásobného rizikového chování. Kvalita prostředí, ve kterém jedinec žije, a kvalita školního prostředí, které žáci denně navštěvují, má silný vztah k tomu, zda se jedinec přikloní k některému z typů zdravotně rizikového chování nebo dokonce k jejich kombinování.

■■■

Rizikové chování české mládeže je podle dat projektu ESPAD výrazně odlišné od ostatních zemí Evropy ve smyslu vyššího výskytu zdravotně rizikových forem. Dostupnost alkoholických a tabákových produktů je pro mladé lidi v Česku i navzdory legislativním opatřením vysoká, míra vnímání zdravotního rizika ve srovnání s vrstevníky ostatních zemí Evropy naopak nízká. Vnímání rizikovosti návykových látek má u české mládeže zcela odlišnou funkci než u mladých lidí ostatních evropských zemí. Ze zjištění lze předpokládat, že modelový vzor chování dospělé české populace ovlivňuje postojové charakteristiky dospívajících prokonzumně.

Zdravý vývoj mladých lidí v Česku je podle závěrů předložené knihy úzce podmíněn nejen dobrým rodinným zázemím (optimálně plnou funkční rodinou a spokojeným vztahem s oběma rodiči) a dobrými sociálními vztahy (spokojený vztah s přáteli, nikoliv ale zapojení v partě), ale také bezpečným a kvalitním zázemím škol (bez vandalismu, alkoholu, drog a s dostatkem veřejné zeleně a dostatkem příležitostí pro pohybové aktivity). Tento výsledek jasně dokládá význam a důležitost projektů regenerace města, které jsou zaměřeny na fyzickou, sociální a ekonomickou obnovu v rámci znevýhodněných oblastí města.

Summary —— Health-risk behaviour among Czech adolescents

Within the realm of epidemiologic research, teen years represent a specific period, particularly important for the further development of an individual. This period is critical especially when it comes to the consequences of one's health behavior which may manifest themselves after many years of given individual's life-path. Teen years are often the period of risk contact with legal, well accessible addictive substances (tobacco, alcohol), and also of the first experience with illicit substances, mainly with marihuana. The experience with one substance can lead to the interest in trying other substances. Often, not only the widening of experience happens, but also it leads to the increasing frequency of risk use and constantly rising volume of the consumed substance. The research on addictions confirms, that early intensive risk substance use in youth leads to numerous physical, mental and social problems, both already during the adolescence, and later, during the adulthood (Newcomb 1997). All these facts make the research focused on the issues of risk substance use and their combination extremely important.

It has also been proved that tolerant norms of adults form the attitudes of young people. The incidence of a disease in adulthood relates to the lifetime experience, especially to the behavior and life conditions during the early developmental stages. It is confirmed that socioeconomic factors during the lifetime are the main determinants of one's final health status. The difference in the health status measures (as regards the mortality, functional efficiency or cognitive abilities) increase with age. Despite the fact, that the individual's health status mirrors his or hers lifelong lifestyle, the initiation of a health risk behavior is a crucially important moment and later prevention during the higher age has only a limited efficiency.

The focus of this book resided in the study of interactions: youth – behavior – environment. The behavior of young people was narrowed to the research of the health risk behavior, here related to frequent smoking, excessive alcohol consumption and use of illicit substances. This is to say of those substances which increase the probability of consequent unfavorable health outcomes and which contribute to the main causes of illness and death.

In Czechia, similarly to the other countries of Central and East Europe, the political changes during the transformation period influenced the lifestyle and behavior of their inhabitants, introducing above all also the increasing alcohol consumption, drug use and smoking. What is more, the Czech society is traditionally among those rather tolerant to the alcohol consumption, including its excessive consumption. These tolerant norms can influence the formation of similar attitudes in youth. Moreover, the prices of alcohol are extremely low (in comparison with the countries of Western Europe) and this also increases its accessibility and enables its misuse. The situation with cigarettes is very much the same.

The information about the health risk behavior of youth stemmed from two main sources. The first chapter introduces the first one – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – embracing during its last wave's information about more than 75 thousand 16 years old teenagers from 25 countries in Europe, including Czechia *(Ladislav Csémy)*. The results of this survey in 2011 show that 93% of Czech teenagers 15–16 years old have consumed alcohol during the last

12 months prior to the survey, 79% drank alcohol during the month prior to the survey. Similarly serious results were evidenced also for smoking, where 43% of teenagers reported smoking during the last month (with a slightly higher prevalence in girls). On top of that, there were shocking results in the realm of drugs, showing that the use of an illicit substance practically became a "fashion" among young people. Based on the results of the ESPAD study, the lifetime prevalence of marihuana use among the Czech teenagers is 42% and this number is significantly higher than in the rest of European countries (the European average is 17%). The Czech results also suggest that the perceived accessibility of marihuana is the highest – 59% – which is twice the European average (ESPAD 2011).

As regards alcohol, Europe remains the world's region with very low level of abstinence, including young populations. Drinking of alcohol became a norm of behavior in many countries. Together 81% of surveyed teenagers think that alcohol is easy or very easy to obtain, most often these were the students in Czechia, Denmark, Germany and Greece (more than 90% of respondents), on the contrary, alcohol is perceived the least accessible in Albania (55%) and Iceland (62%).

When we turn to cigarette smoking, Czech youth is also on the first positions within Europe. 43% of students have smoked during the last 30 days (the European average is 28%). Countries with the highest prevalence of smoking during the last 30 days are (besides Czechia) also Bulgaria, Croatia, France, Latvia and Slovakia (about 40%).

The second chapter *(Dagmar Dzúrová* and *Jana Spilková)* investigated the subjective perception of risk related to particular substances among the teenagers in Europe. The study of perceived risk revealed statistically significant indirect relation between the perception of risk and risk behavior. Thus, the lower the perceived risk of substance use was, the higher the real prevalence of risk behavior. This relation has been depicted on the example of Czechia, where the perception of the risk related to marihuana use has been the lowest within all the countries surveyed and the prevalence of its use was the highest. Visualization of these results with the help of the so-called sociomapping not only introduced a new method of the social epidemiologic data, but also supported the call for a more complex preventive strategy which would increase the awareness about the risks of illicit substance use among teenagers.

The third chapter *(Ladislav Kážmér, Dagmar Dzúrová, Ladislav Csémy* and *Jana Spilková)* aimed to study the prevalence of risk behavior and its underlying factors in context of the specific conditions of family and school environment of Czech teenagers only. The population consisted of 7,616 students in the age of 15–16 years from Czechia, from the 2007 wave of the ESPAD survey. It has been proved that almost one fourth (23%) of the Czech teenagers smoked daily (at least one cigarette a day), almost one fifth (19%) of the students reported binge drinking (consumption of five and more alcoholic drinks at one occasion) three times and more during the last month. In total, 14% of Czech teenagers used marihuana (more than six times during the last year). In addition, 9.4% of all the students stated that besides daily smoking, they also tend to binge drink. The application of a multilevel regression analysis revealed more interesting results. It proved that the family environment with both biological parents, together with the satisfying relations with parents, have strong protective effects on the health risk behavior and substance use. In the context of the economic situation of the family, the youth from relatively affluent families showed to be more risk sensitive.

Besides the family environment, the effect of school environment, where teenagers spend their time, resulted important. Students from grammar schools have the lowest prevalence of risk behavior, the highest prevalence was on the contrary among the students of apprenticeship type of schools. Higher study requirements thus represent a more protective factor in the case of risk behavior. More, the prevalence of risk behavior has been differentiated by the population size of the settlement and unemployment rate in the city. Besides the capital city of Prague, the most risky places were found in the smallest towns and socioeconomically deprived areas of Czechia.

The second part of the book introduced the results of an on-line survey, which reached 1,025 students in the age of 14–15 years in 35 elementary schools, from which 18 schools were in Prague and 17 in the cities outside Prague. The fifth chapter *(Michala Lustigová* and *Dagmar Dzúrová)* presented the basic results of the survey, i.e. that the daily smoking has been declared by 14% of students, excessive alcohol consumption

by 34% of students and experience with marihuana by 22% of students. 55% students in total were without the risk behavior syndrome, 26% had one risk factor, 12% two risk factors and 7% with three risk factors.

The evaluation of the relation with parents and peers represented one of the most distinctive determinants for the development of a risk behavior in teenagers. Among the students who were not satisfied in their relation with mother, there were 50% smokers, almost 70% excessive alcohol drinkers and 63% of marihuana users. Risk behavior syndrome has been reported in 38% of them. Similar results were obtained also for the negative evaluation of one's relation to father. Positively evaluated relation with parents on the contrary had the power to eliminate the development of risk behavior syndrome. Among the students living in households without biological parents, there were twice the number of smokers than in the rest of student population, the proportion of excessive drinkers and marihuana users has also been much higher. Risk behavior syndrome has been reported for 16% of them.

Norms and behavior of parents became key predictors of risk behavior in adolescence. Among the teenagers whose father smoked, there were 28% smokers, and among those whose mother smoked, 33% of smokers. There was also remarkably higher marihuana consumption among the students from smoker families (30% in the case of smoker father and 40% in the case of smoker mother). The risk of alcohol overconsumption was related to the alcohol consumption habits of parents. The students from families, where father or mother consumed alcohol on a daily basis, binge drank in 70%. In the families, where mother consumed alcohol daily, there were also more students with the marihuana experience. In these families, the prevalence of non-risk behavior has been extremely low (15% in the case of mother daily consuming alcohol).

In the fifth chapter *(Michala Lustigová* and *Přemysl Štych)*, the risk behavior has been confronted with the quality of the school environment using the subjective evaluation of neighborhood's quality and objective measurement by means of GIS. To evaluate the quality of outdoor environment, the complex variables for the home and school locations were constructed. Average value of school environment quality was 1.92. Students of Prague's elementary schools declared slightly lower quality of school environment than the students from outside of Prague (1.95 vs. 1.91). Average value in particular cities and city parts of Prague ranged from 1.5 in Jindřichův Hradec and 1.6 in Žďár nad Sázavou and Nymburk to the values over 2.2 in Sokolov, Prague 1, Prague 2, Krnov and Český Brod. According to these complex variables, the most negative features in the school environments reported by the students were: "litter, garbage etc.", followed by "drugs and alcohol consumption in public" and "vandalism".

Theoretical concepts related to the risk behavior syndrome, the key feature analyzed throughout the previous chapters of this book, were discussed in the sixth chapter *(Dagmar Dzúrová* and *Ladislav Csémy)*. On the basis of the theories presented in this chapter, the analysis of risk behavior syndrome has been conducted in order to detect the main risk and protective factors. Together, 28 variables divided into five domains were analyzed by the means of regression trees method. It has been revealed what is the importance of particular factors for the emergence of risk behavior in teenagers. As expected, positive family models and family relations proved to be the main protective factors of risk behavior development. On the contrary the perceived quality of school neighborhood showed to be a strong risk factor. Therefore, for the promotion of a healthy lifestyles, it is important to improve the environments of the schools in the first step, mainly to improve the status of the public greenery, including the greenery for physical exercise (cycling paths leading to schools) and creation of a buffer protective zones around schools without the sale and use of illicit substances.

The seventh chapter, a case study of Prague *(Jana Spilková, Michal Pitoňák* and *Dagmar Dzúrová)*, revealed lots of new insights into the influence of built environment on the risk behavior. Regarding the perception of the outdoor home environment, the housing estates were evaluated the worse, the family houses in the suburbia and semi-detached houses the best. The school environment was perceived as the best in the neighborhoods with row houses and perceived as bad in both the new and old apartment house neighborhoods in the city. When dealing with the indoor characteristics of home and school, again the worst evaluation has been given to semi-detached houses and old apartment house neighborhoods due to the low number of sporting facilities. Despite the ongoing reconstructions

of many schools within the housing estates, also in these facilities, the students does not seem to feel comfortable. In the neighborhoods of housing estates, there were also many problems with drugs, vandalism and violence in the neighborhood. Thus the strongest negative influence of school indoor and outdoor facilities has been revealed. This led to the need to map the school environments and authors mapped the hot spots with the highest potential of risk behavior around the surveyed schools. The hot spots such as restaurants, gambling clubs, pubs, convenience stores, dilapidated spaces etc., are often related to the severer rate of illicit substances use by teenagers. The highest concentration of such places was found around the school in the inner city, in the neighborhoods with old apartment houses. In general, there are less such spaces in the neighborhoods constructed more recently, which leads to reconsideration of the importance of revitalizations of some dilapidated public spaces and schools in the older parts of the city. The neighborhoods with older apartment houses in the inner city parts are thus seen as the most dangerous areas when it comes to illicit substance use.

Throughout our research, we have found that school environment has a strong influence on the occurrence of multiple health risk behavior. The quality of environs we live in, and the quality of school environment which students occupy on a daily basis, relates strongly with the result if a teenager will incline to one of the possible risk behaviors or even to their combination.

Acknowledgement

The authors would like to thank the Grant agency of the Ministry of Health of the Czech Republic for financing the research endeavor of the GeoQol team during 2011–2015 with the project "The analysis of the relation of youth health risk behavior and sociogeographical determinants of the environment" (No. 12118-5/2011) and also the European Community›s Seventh Framework Programme for the project EU-SOPHIE "Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities" (no. 278173). The main results of the first projects are included in the first six chapters of the book, the results of the second project are reflected in the seventh chapter.

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník on-line šetření

sophie

Přírodovědecká fakulta
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

Ahoj,

na základě souhlasu vedení školy jsi zapojen(a) do mezinárodního výzkumu kvality života žáků 9. tříd vybraných pražských škol. Výzkum je zcela anonymní a v tomto smyslu není v rozporu se zákonem o ochraně osobních údajů a není vyžadován informovaný souhlas rodičů.

Vyplnění dotazníku on-line je snadné a netrvá déle než 30 minut.

Moc ti děkujeme za spoluúčast a svědomité vyplnění.

Výzkum koordinuje za Laboratoř sociální psychiatrie dr. Ladislav Csémy a za Centrum GeoQol Přírodovědecké fakulty UK doc. Dagmar Dzúrová.

Section A: Obecné úvodní otázky

Popis skupiny otázek

A1. Kolik je ti let?

- 13 ☐
- 14 ☐
- 15 ☐
- 16 ☐
- 17 ☐
- 18 ☐

A2. Jsi chlapec nebo dívka?

- chlapec ☐
- dívka ☐

A3. Ve které zemi jsi se narodil(a)?

- ČR - Česko ☐
- SR - Slovensko ☐
- jinde, napiš do komentáře kde ☐

A4. Ve které zemi se narodil tvůj otec?

- ČR - Česko ☐
- SR - Slovensko ☐
- jinde, napiš do komentáře kde ☐

A5. Ve které zemi se narodila tvoje matka?

- ČR - Česko ☐
- SR - Slovensko ☐
- jinde, napiš do komentáře kde ☐

A6. Jak dobře je na tom vaše rodina finančně?

- je na tom velmi dobře (je velmi bohatá) ☐
- je na tom dost dobře (je spíše bohatá) ☐
- je tak průměrná ☐
- není na tom moc dobře (není bohatá) ☐
- není na tom vůbec dobře (není vůbec bohatá) ☐

A7. Jaké nejvyšší ukončené vzdělání má tvůj otec?

- základní ☐
- střední ☐
- vysokoškolské ☐

A8. Jaké nejvyšší ukončené vzdělání má tvá matka?

- základní ☐
- střední ☐
- vysokoškolské ☐

A9. Jak jsi spokojen/a s tvým vztahem k ...

	Velmi spokojen/a	Spokojen/a	Někdy spokojen/a, někdy nespokojen/a	Nespokojen /a	Velmi nespokojen /a
matce	☐	☐	☐	☐	☐
otci	☐	☐	☐	☐	☐
přátelům	☐	☐	☐	☐	☐

Section B: Místo bydliště, okolí školy

B1. Do školy chodím ve stejné čtvrti, části města, kde bydlím

- Ano ☐
- Ne ☐

B2. **Kterému z následujících typů se nejvíce podobá oblast ve které bydlíš? (možnost pak vyber dole)***

1 Panelový dům (zpravidla v oblasti není osamocený)

2 Nový rodinný dům s dalšími podobnými ve svém okolí (typ satelitní městečko / suburb)

3 Řadový domek (více než 2 domy v řadě)

4 Starší městský bytový dům (s pavlačí či dvorem)

5 Novější bytový dům (ne panelák)

6 Starší samostatný dům (často se zahradou)

7 Dvojdomek

* v původním dotazníku se u dané volby zobrazil příslušný obrázek

B3. Je byt nebo dům, ve kterém bydlíš zateplený?

- Ano ☐
- Ne ☐
- Nevím ☐

B4. Vyznač všechny, kteří s tebou bydlí doma:

- Vlastní matka ☐
- Vlastní otec ☐
- Nevlastní matka (nebo otcova družka) ☐
- Nevlastní otec (nebo druh matky) ☐
- Babička ☐
- Děda ☐
- Sourozenci ☐
- Žiji v dětském domově ☐
- Je to jinak, napiš slovy: ☐

Je to jinak, napiš slovy:

B5. Jak dlouho bydlíš v místě svého současného bydliště?

- méně než 1 rok ☐
- 1-3 roky ☐
- 4-6 let ☐
- 7-10 let ☐
- více než 10 let ☐

B6. Pokoj, ve kterém bydlíš:

- máš jen pro sebe ☐
- sdílíš s 1 sourozencem ☐
- sdílíš se 2 sourozenci ☐
- nemáš vlastní dětský pokoj ☐

B7. Jakým způsobem cestuješ ze školy či do školy v tvůj typický den?

- pěšky, chůzí ☐
- na kole ☐
- autobusem, vlakem, tramvají, metrem ... ☐
- v autě, na motorce či skůtru ☐
- jiným způsobem ☐

B8. Jak dlouho ti obvykle trvá cesta z domova do školy?

- Méně než 5 minut ☐
- 6 - 15 minut ☐
- 16 - 30 minut ☐
- 31 min až hodinu ☐
- více než hodinu ☐

B9. Jak rád/a chodíš do školy?

- Velmi rád/a ☐
- rád/a ☐
- tak napůl ☐
- nerad/a ☐
- velmi nerad/a ☐

B10. Do jaké míry souhlasíš s následujícími tvrzeními o <u>tvojí škole</u>?

	naprosto souhlasím	souhlasím	nesouhlasím	naprosto nesouhlasím	nemohu posoudit	toto se naší školy netýká
škola nevyžaduje zásadní opravy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
hřiště je v dobrém stavu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tělocvična je v dobrém stavu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
odborné učebny (přírodopisu, laboratoř, dílny, apod.) jsou dobře vybaveny	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sociální zařízení (WC) jsou v dobrém stavu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
škola je bezbariérová (včetně WC)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
teplota v učebnách je během celého roku odpovídající	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kvalita vzduchu je v učebnách dobrá	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B11. Do jaké míry souhlasíš s následujícími tvrzeními o tvém bydlišti a jeho okolí?

	naprosto souhlasím	souhlasím	nesouhlasím	naprosto nesouhlasím	nemohu posoudit	toto se naší školy netýká
dům nevyžaduje zásadní opravy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
hřiště je v dobrém stavu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
záchody jsou v dobrém stavu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
teplota v domě je během celého roku odpovídající	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kvalita vzduchu je v domě dobrá	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B12. Řekl/a bych, že se cítím v místě svého bydliště bezpečně:

- vždy. ☐
- většinou. ☐
- někdy. ☐
- zřídka nebo nikdy. ☐

B13. Myslíš si, že místo kde žiješ je dobré pro život?

- Ano, je to velmi dobré místo ☐
- Ano, je dobré ☐
- Jde to ☐
- Není to moc dobré místo ☐
- Ne, není to vůbec dobré místo ☐

B14. Do jaké míry vnímáš tyto skutečnosti jako problémy v okolí tvé školy?

	žádný problém	malý problém	střední problém	velký problém	nevím
Neklid díky rasovým, etnickým či náboženským rozdílům	☐	☐	☐	☐	☐
Nepořádek, odpadky, rozbité sklo v ulicích, na chodnících, dvorech	☐	☐	☐	☐	☐
Drogy nebo přílišná konzumace alkoholu	☐	☐	☐	☐	☐
Násilí, vandalismus a zločinnost	☐	☐	☐	☐	☐
Přílišná doprava, zácpy	☐	☐	☐	☐	☐
Opuštěné a neudržované budovy v okolí	☐	☐	☐	☐	☐
Špatné životní prostředí a nedostatek zeleně	☐	☐	☐	☐	☐
Nedostatek hřišť (sportovišť)	☐	☐	☐	☐	☐

B15. Do jaké míry vnímáš tyto skutečnosti jako problémy v okolí tvého bydliště?

	žádný problém	malý problém	střední problém	velký problém	nevím
Neklid díky rasovým, etnickým či náboženským rozdílům	☐	☐	☐	☐	☐
Násilí, vandalismus a zločinnost	☐	☐	☐	☐	☐
Špatné životní prostředí a nedostatek zeleně	☐	☐	☐	☐	☐
Nepořádek, odpadky, rozbité sklo v ulicích, na chodnících, dvorech	☐	☐	☐	☐	☐
Drogy nebo přílišná konzumace alkoholu	☐	☐	☐	☐	☐

B16. Kdyby ses dozvěděl/a, že někdo ve vaší třídě je homosexuál, co by sis o tom pomyslel/a?

- je to každého osobní věc, považuji to za normální ☐
- je to každého osobní věc, ale nepovažuji to za normální ☐
- je to každého osobní věc, ale vadilo by mi, že máme takového spolužáka/čku ve třídě ☐
- je to sice každého osobní věc, ale já bych se nechal/a přepsat do jiné třídy nebo školy ☐

B17. Jak trávíš svůj volný čas? (zaškrtni všechny možnosti, které platí alespoň 1x týdně), můžeš k nim i něco připsat.

- Sportuji ☐
- U počítače - na internetu ☐
- U počítače - hry ☐
- Navštěvuji nějaký kroužek (např. tanec, zpěv, hra na hudební nástroj, ale i technický či vědecký kroužek) ☐
- Nudím se ☐
- V obchodních centrech ☐
- Venku s kamarády/kami (např. s partou) ☐
- Jiné ☐

Jiné

B18. Znáš v okolí svého bydliště nějakou knihovnu?

- Ano ☐
- Ne ☐

B19. Navštěvuješ v okolí svého bydliště knihovnu?

- Ano ☐
- Ne ☐

Section C: Cigarety, Alkohol, Drogy

popis skupiny otázek

C1. V jakém věku (pokud vůbec) jsi POPRVÉ zkusil/a následující věci?

Označ jeden kroužek v každém řádku

	nikdy	9 let či dříve	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let či později
kouřil/a první cigaretu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kouřil/a cigarety denně	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zkusil/a marihuanu nebo hašiš	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pil/a alkohol (myslíme tím sklenku, či panák, ne když sis jen lízl/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
opil/a se	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zkusil jiné nelegální drogy	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C2. Jak často kouříš v současné době cigarety?

- každý den ☐
- nejméně jednou týdně, ale ne denně ☐
- méně často, než jednou týdně ☐
- nekouřím ☐

C3. Kolik kusů cigaret v průměru vykouříš za týden?

☐☐☐☐☐

C4. Jak často a kolik cigaret jsi kouřil/a během posledních 30 dní?

- vůbec nekouřil/a ☐
- méně než jednu cigaretu za týden ☐
- kouřil/a ale ne denně ☐
- 1 až 5 cigaret denně ☐
- 6 až 10 cigaret denně ☐
- 11 až 20 cigaret denně ☐
- více než 20 cigaret denně ☐

C5. Jak velkým kuřákem cigaret je tvůj otec?

- Denně vykouří balíček cigaret či více ☐
- Denně kouří 1-20 cigaret ☐
- Příležitostně ☐
- Dříve kouřil, ale přestal ☐
- Nikdy nekouřil ☐

C6. Jak velkým kuřákem cigaret je tvá matka?

- Denně vykouří balíček cigaret či více ☐
- Denně kouří 1-20 cigaret ☐
- Příležitostně ☐
- Dříve kouřila, ale přestala ☐
- Nikdy nekouřila ☐

C7. Jak často se v současné době napiješ nějakého alkoholického nápoje, jako je pivo, víno, nebo lihoviny?

Do odpovědi započítej i případy, nebo situace, kdy piješ i jen velmi malá množství těchto nápojů.

(V každé řádce označ jeden rámeček)

	každý den	každý týden	každý měsíc	zřídka (méně než jednou za měsíc)	nikdy
Pivo	☐	☐	☐	☐	☐
Víno	☐	☐	☐	☐	☐
Lihovina (rum, vodka ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Míchané nápoje s alkoholem, např. tonik s fernetem a pod.	☐	☐	☐	☐	☐
jiné alkoholické nápoje	☐	☐	☐	☐	☐

C8. Měj na mysli POSLEDNÍCH 30 DNÍ. Kolikrát (pokud vůbec) jsi vypil/a pět nebo více sklenic alkoholu za sebou, tedy při jedné příležitosti?

Sklenicí alkoholu myslíme sklenici vína (2dcl), nebo 0,5l piva nebo jednu skleničku (0,5 dcl) destilátu.

- ☐ ani jednou
- ☐ 1x
- ☐ 2x
- ☐ 3x až 5x
- ☐ 6x až 9x
- ☐ 10x a vícekrát

C9. Jak často pije alkohol tvůj otec?

	denně	příležitostně	téměř vůbec	nikdy
pivo	☐	☐	☐	☐
víno	☐	☐	☐	☐
lihoviny (vodka, rum ..)	☐	☐	☐	☐

C10. Jak často pije alkohol tvá matka?

	denně	příležitostně	téměř vůbec	nikdy
pivo	☐	☐	☐	☐
víno	☐	☐	☐	☐
lihoviny (vodka, rum ..)	☐	☐	☐	☐

C11. Měl/a jsi během posledního roku nějaký problém v důsledku užívání alkoholu? Pokud ano, napiš stručně co to bylo:

- ☐ Neměl/a
- ☐ Měl/a

C12. Kolikrát jsi (pokud vůbec) užil/a marihuanu ("trávu"), nebo hašiš?

označ jeden čtvereček v každém řádku

	nikdy	1-2krát	3-5krát	6-9krát	10-19krát	20-39krát	40krát nebo vícekrát
Za posledních 12 měsíců	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Za posledních 30 dnů	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C13. Jak velké je podle tvého názoru riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, nebo nějak jinak), když ...

	žádné riziko	malé riziko	střední riziko	velké riziko	nevím
Kouří jeden nebo více balíčků cigaret denně	☐	☐	☐	☐	☐
Pijí jednu nebo dvě sklenice alkoholu každý den	☐	☐	☐	☐	☐
Kouří příležitostně marihuanu nebo hašiš	☐	☐	☐	☐	☐

Section D: Zdraví a pohyb

D1. Uveď prosím svou výšku v centimetrech

☐☐☐☐☐

D2. Uveď prosím svou váhu v kilogramech

☐☐☐☐☐

D3. Zaškrtni na škále, jak bys ohodnotil/a svůj život, když vezmeš v úvahu všechny okolnosti.

	10 - Nejlepší možný život	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0 - Nejhorší možný život
Tvůj život	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

D4. U každé z následujících otázek označ, jak často jsi měl/a uvedené pocity v posledních týdnech:

	nikdy	zřídka	často	téměř vždy
Jsem spokojen/a s tím, jak mi věci vycházejí	☐	☐	☐	☐
V mém životě jsem vše dobře	☐	☐	☐	☐
Ve svém životě bych chtěl/a změnit mnoho věcí	☐	☐	☐	☐
Přál/a bych si mít úplně jiný život	☐	☐	☐	☐
Mám dobrý život	☐	☐	☐	☐
Mám dobrý pocit z věcí, které mě potkávají	☐	☐	☐	☐

D5. Co soudíš o svém zdravotním stavu?

- Velmi dobrý ☐
- Dobrý ☐
- Špatný ☐
- Velmi špatný ☐

D6. Podle tvého vlastního mínění, je tvá postava:

- příliš hubená ☐
- trochu hubená ☐
- tak akorát ☐
- trochu tlustá ☐
- příliš tlustá ☐

D7. Jakou formou provozuješ pohybové aktivity?

- osvobozen/a od školní tělesné výchovy ☐
- pouze ve škole ☐
- ve škole a pohyb s kamarády, s rodinou ☐
- ve škole a v klubu (Sokol, Skaut ...) ☐
- ve škole a závodní sportovní příprava ☐
- ve svém volném čase, sám/a či s kamarády/kamarádkami ☐
- Jiné ☐

Jiné

Section E: Závěrem

E1. **Na závěr tě poprosíme o stručné zhodnocení dotazníku - jak se ti vyplňoval? Bylo něco nesrozumitelné?**

Děkujeme ti za vyplnění dotazníku.

Příloha 2 – Abstrakta vyšlých článků autorského týmu s využitím dat ESPAD a vlastního on-line šetření (2011–2015)

1. SPILKOVÁ, J., DZÚROVÁ, D. (2012): The Quality of Life and Risk Behavior of Teenagers in the Mirror of the ESPAD Data. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 35 (December 2011), s. 237–244, http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.084.
2. SPILKOVÁ, J., DZÚROVÁ, D. (2012): Life Style Changes and Risk Behavior among Czech Teenagers. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 50 (July), s. 614–622, http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.08.064.
3. SPILKOVÁ, J. (2015): Leisure time preferences and health-risk behavior of teenagers in the post-communist Central European countries. Children's Geographies, 13, č. 4, s. 435–450, http://doi.org/10.1080/14733285.2013.848742.
4. DZÚROVÁ, D., SPILKOVÁ, J., VRANÝ, M. (2015): Substance misuse and its risk perception in European teenagers. Children's Geographies, April 2015, s. 1–14, http://doi.org/10.1080/14733285.2015.1028895.
5. KÁŽMÉR, L., DZÚROVÁ, D., CSÉMY, L., SPILKOVÁ, J. (2014): Multiple health risk behaviour in Czech adolescents: Family, school and geographic factors. Health & Place, 29, s. 18–25, http://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.05.009.
6. SPILKOVÁ, J., DZÚROVÁ, D., PITOŇÁK, M. (2014): Perception of neighborhood environment and health risk behaviors in Prague's teenagers: a pilot study in a post-communist city. International Journal of Health Geographics, 13, č. 1, s. 41, http://doi.org/10.1186/1476-072X-13-41.
7. SPILKOVÁ, J., PIKHART, H., DZÚROVÁ, D. (2015): Multilevel analysis of health risk behaviour in Czech teenagers. AUC Geographica, 50, č. 1, s. 91–100.

Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

Procedia - Social and Behavioral Sciences 35 (2012) 237 – 244

Procedia
Social and Behavioral Sciences

AicE-Bs 2011 Famagusta

Asia Pacific International Conference on Environment-Behaviour Studies, Salamis Bay Conti Resort Hotel, Famagusta, North Cyprus, 7-9 December 2011

The Quality of Life and Risk Behavior of Teenagers in the Mirror of the ESPAD Data

Jana Spilková* and Dagmar Dzúrová

Charles University in Prague, Albertov 6, Prague 2, 128 43, Czechia

Abstract

The quality of life may be threatened by various health risk factors, among those most serious is the risk behavior and substance use. In the Czech Republic, the transition period brought changes in the life style and behaviour, including higher alcohol consumption, drug use, and cigarette smoking which become a substantial problem among young people. This paper aims to reveal the trends of risk behaviour influencing the quality of life of young people based on the statistical analysis of the comparative data from the European School Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD).

© 2012 Published by Elsevier B.V. Selection and/or peer-review under responsibility of Centre for Environment-Behaviour Studies(cE-Bs), Faculty of Architecture, Planning & Surveying, Universiti Teknologi MARA, Malaysia

Keywords: risk behavior; quality of life; Czechia; ESPAD

Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

Procedia - Social and Behavioral Sciences 50 (2012) 614 – 622

Procedia
Social and Behavioral Sciences

AcE-Bs 2012 Bangkok
ASEAN Conference on Environment-Behaviour Studies,
Bangkok, Thailand, 16-18 July 2012

Life Style Changes and Risk Behavior among Czech Teenagers

Jana Spilková* and Dagmar Dzúrová

Charles University in Prague, Albertov 6, Prague 2, 128 43, Czechia

Abstract

The democratization of the society and economic freedom was one of the most important steps for the Czech Republic. Nevertheless, it had some negative consequences. The objective of the paper is to report the development of risk behaviour during the transformational period, based on data from the ESPAD study. We focus mainly on the issue of availability of the alcohol, cigarettes and illicit drugs to Czech teenagers. Responses from the survey show that an easy access to alcohol, cigarettes and illicit drugs for the majority of students tends to be a norm. This is, however, to a certain extent enabled by the context and life style of their parents and the whole population which is relatively tolerant to risk behaviour.

© 2012 Published by Elsevier Ltd. Selection and peer-review under responsibility of the Centre for Environment-Behaviour Studies (cE-Bs), Faculty of Architecture, Planning & Surveying, Universiti Teknologi MARA, Malaysia
Open access under CC BY-NC-ND license.

Keywords: Czech Republic; teenagers; risk behavior; availability; accessibility.

This article was downloaded by: [Charles University in Prague]
On: 25 November 2013, At: 03:52
Publisher: Routledge
Informa Ltd Registered in England and Wales Registered Number: 1072954 Registered office: Mortimer House, 37-41 Mortimer Street, London W1T 3JH, UK

Children's Geographies
Publication details, including instructions for authors and subscription information:
http://www.tandfonline.com/loi/cchg20

Leisure time preferences and health-risk behavior of teenagers in the post-communist Central European countries

Jana Spilková[a]
[a] Department of Social Geography and Regional Development, Faculty of Science, Charles University in Prague, Prague, Czechia
Published online: 28 Oct 2013.

To cite this article: Jana Spilková , Children's Geographies (2013): Leisure time preferences and health-risk behavior of teenagers in the post-communist Central European countries, Children's Geographies, DOI: 10.1080/14733285.2013.848742

To link to this article: http://dx.doi.org/10.1080/14733285.2013.848742

This article was downloaded by: [85.71.203.148]
On: 09 April 2015, At: 13:53
Publisher: Routledge
Informa Ltd Registered in England and Wales Registered Number: 1072954 Registered office: Mortimer House, 37-41 Mortimer Street, London W1T 3JH, UK

Children's Geographies
Publication details, including instructions for authors and subscription information:
http://www.tandfonline.com/loi/cchg20

Substance misuse and its risk perception in European teenagers

Dagmar Dzúrová[a], Jana Spilková[a] & Martin Vraný[b]
[a] Department of Social Geography and Regional Development, Charles University in Prague, Prague, Czech Republic
[b] Institute of Philosophy and Religious Studies, Charles University in Prague, Prague, Czech Republic
Published online: 07 Apr 2015.

CrossMark
Click for updates

To cite this article: Dagmar Dzúrová, Jana Spilková & Martin Vraný (2015): Substance misuse and its risk perception in European teenagers, Children's Geographies, DOI: 10.1080/14733285.2015.1028895

To link to this article: http://dx.doi.org/10.1080/14733285.2015.1028895

Health & Place 29 (2014) 18–25

Contents lists available at ScienceDirect

Health & Place

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthplace

Multiple health risk behaviour in Czech adolescents: Family, school and geographic factors

Ladislav Kážmér[a], Dagmara Dzúrová[a,*], Ladislav Csémy[b], Jana Spilková[a]

[a] Charles University in Prague, Faculty of Science, Department of Social Geography and Regional Development, Albertov 6, 128 43 Prague 2, Czech Republic
[b] Prague Psychiatric Center, Ústavní 91, 181 03 Prague 8-Bohnice, Czech Republic

ARTICLE INFO

Article history:
Received 20 November 2013
Received in revised form
1 May 2014
Accepted 27 May 2014

Keywords:
Multiple risk behaviour
Adolescence
Individual factors
Contextual factors

ABSTRACT

The study examines the relationship of family, school and geographic factors in relation to the prevalence of different health risk behaviours among Czech adolescents (aged 15–16 years) based on cross-sectional study design. Risk behaviours such as cigarette smoking, alcohol drinking and marijuana use among adolescents have often been shown to co-occur with each other. Data from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2007 were used. A total of 7616 students from the Czech Republic were analysed in the study. About two thirds of students (63.5%) did not engage in any type of considered health risk behaviour, 21.1% reported one risk, 10.8% two risks, and 4.6% three risks. Thus, in sum 15.4% of Czech, students were engaged in multiple risk behaviour forms. Separate multilevel logistic regression models were performed in order to explore the redistribution of factors on categories of multiple health risk behaviour.

© 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Spilkova *et al. International Journal of Health Geographics* 2014, **13**:41
http://www.ij-healthgeographics.com/content/13/1/41

INTERNATIONAL JOURNAL
OF HEALTH GEOGRAPHICS

RESEARCH Open Access

Perception of neighborhood environment and health risk behaviors in Prague's teenagers: a pilot study in a post-communist city

Jana Spilkova*, Dagmar Dzúrova and Michal Pitonak

Abstract

Background: A youths' neighborhood can play an important role in their physical, health, and emotional development. The prevalence of health risk behavior (HRB) in Czech youth such as smoking, drug and alcohol use is the highest in Europe.

Aim: To analyze differences in HRB in youth residents within different types of Prague's neighborhoods in relation to the perception of the built environment, quality of their school and home environments.

Data and methods: The data is based on the on-line survey among elementary school students aged between 14–15 years, which was administered in19 selected schools in Prague, during the months of October 2013 to March 2014. Respondents were asked their opinions on various issues related to their HRB, about their indoor and outdoor housing and school environments. The questionnaire was completed by 407 students. Factor analysis with a principal components extraction was applied to determine the underlying structure in the variables. A consequent field research was conducted to map the opportunity hot spots and critical places around the elementary schools.

Results: Binge drinking has been reported mainly by the students living in the housing estates with blocks of flats. The most frequent occurrence of daily smokers was found in the neighborhoods of old city apartment houses. High prevalence of risky marijuana use almost in all the surveyed types of neighborhoods. The respondents were more critical in their evaluation of school characteristics. The neighborhoods critically evaluated by the students as regards the school outdoor environments were the older apartment houses in the historical centre and inner city, the school indoor environment was worst assessed within the housing estate neighborhoods.

Conclusions: Our results suggest that perceptions of problems in both residential and school environment are associated with HRB. This fact makes this issue of a serious importance also from the policy point of view. Mainly the school surroundings have to be better managed by the local authorities responsible for the public space. This research thus forms part of the Sophie project aiming to find the most efficient policies that would tackle with the inequalities in the health and quality of life.

MULTILEVEL ANALYSIS OF HEALTH RISK BEHAVIOUR IN CZECH TEENAGERS

JANA SPILKOVÁ[1], HYNEK PIKHART[2], DAGMAR DZÚROVÁ[1]

[1] Charles University in Prague, Faculty of Science, Department of Social Geography and Regional Development, Czech Republic
[2] University College London, Department of Epidemiology and Public Health, United Kingdom

ABSTRACT

The health risk behaviour (HRB) of teenagers, especially substance abuse, is one of the most serious problems of today's public health arena. The aim of this paper is to assess the extent of the multiple health-risk behaviours within the teenage population and to analyse the role of the individual and family structure as well as educational and geographic factors in the combination of their risk behaviours (frequency of smoking, alcohol intoxication and lifetime cannabis use). The data for this paper comes from an on-line survey among elementary school students in 19 selected schools in Prague and 18 other elementary schools throughout Czechia. Family composition and relationship with the adolescent's mother were confirmed as significant variables associated with risk behaviours. Adolescents coming from two-parental families had a significantly lower prevalence rate of all three HRB than students living with only one parent or in zero-parent families. Respondents who declared the highest satisfaction with the relationship with their mother had the lowest prevalence of all three HRB characteristics. Regarding leisure time activities, going out with friends clearly increased the risk of HRB, and having specific hobbies reduced the risk of HRB's. The strongest association revealed was the one between the co-occurrence of health risk behaviours and going out with friends. Significant associations with the aggregate municipality characteristics were confirmed only in the case of marijuana use. It is thus mainly the family and peer domain where the prevention and health policies have to focus.

Keywords: health risk behaviour, teenagers, family and individual factors, school environment, municipality characteristics

Doc. RNDr. Dagmar Dzúrová, CSc. pracuje na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v Praze, na katedře sociální geografie a regionálního rozvoje (nyní v pozici vedoucí katedry). Ve své vědecké činnosti interdisciplinárního charakteru se zabývá studiem zdravotního stavu obyvatel, kvalitou života a sociálně patologických procesů v populacích. Na toto téma publikovala řadu odborných článků, je autorkou či spoluautorkou několika monografií a mnoha kapitol. Je nositelkou/spolunositelkou řady výzkumných projektů pro české i mezinárodní instituce (např. MZ ČR, GA ČR, 7RP). V rámci českého výzkumného prostoru je vedoucí univerzitního centra excelence cíleného na výzkum sociálně prostorových nerovností a rizik na počátku 21. století a spoluvedoucí výzkumného týmu GeoQol (geoqol.natur.cuni.cz).

PhDr. Ladislav Csémy, Ph.D., psycholog, působí v Národním ústavu duševního zdraví jako vedoucí Centra epidemiologického a klinického výzkumu závislostí. Jeho profesní zájmy zahrnují psychologické a socio-medicínské aspekty závislostního chování, psychiatrickou epidemiologii a psychologii zdraví. Publikoval články v mezinárodních i domácích odborných časopisech, autorsky se podílel na více než deseti monografiích. Účastnil se mnoha výzkumných studií, od roku 1995 je národním koordinátorem Evropské školní studie o užívání alkoholu a jiných drog (European School Survey Project on Alcohol & other Drugs [ESPAD]). Za výsledky své výzkumné práce byl oceněn Národní psychiatrickou cenou profesora Vladimíra Vondráčka.

Doc. RNDr. Bc. Jana Spilková, Ph.D. je sociální geografka pracující na katedře sociální geografie a regionálního rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Je také senior výzkumnicí v Národním ústavu duševního zdraví, kde vede pracovní skupinu epidemiologického výzkumu v rámci Centra epidemiologického a klinického výzkumu závislostí NUDZ. V rámci svého výzkumu se zabývá geografickými aspekty životního stylu, zdraví a spotřeby s hlavním zaměřením zájmu na rizikové chování mládeže a prostředí či kontexty, ve kterém k tomuto chování dochází.

Mgr. Michala Lustigová, Ph.D. pracuje jako demografka na katedře sociální geografie a regionálního rozvoje na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v Praze a zároveň jako odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví ve Státním zdravotním ústavu. V rámci svého výzkumu se zabývá determinanty vzniku kardiovaskulárních onemocnění v české populaci, studiem zdravotního stavu české populace, vlivem životního stylu a životního prostředí na zdraví, demografickými metodami ve výzkumu veřejného zdraví či zdravotními a sociálními aspekty stárnutí populace. Je členkou univerzitního centra excelence cíleného na výzkum sociálně prostorových nerovností a rizik na počátku 21. století a členkou výzkumného týmu GeoQol.

Spoluautoři kapitol

Mgr. Ladislav Kážmér absolvoval magisterské studium na Přírodovědecké fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě. Od září 2011 působí jako interní doktorand na katedře sociální geografie a regionálního rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze, kde se věnuje teoreticko-metodologickým přístupům k analýze zdravotního stavu obyvatelstva v časoprostorovém kontextu, jakožto i širším aplikacím uvedených technik v sociodemografickém výzkumu.

RNDr. Michal Pitoňák, Ph.D. absolvoval doktorský obor sociální geografie a regionálního rozvoje na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Ve své dizertační práci se zabýval rozvojem sociální geografie, tzv. geografiemi sexualit. V současné době pracuje v Národním ústavu duševního zdraví, kde rozvíjí a aplikuje svůj výzkum v oblasti sledování a prevence sociálně patologických jevů ohrožujících zdraví v populaci sexuálních menšin.

RNDr. Přemysl Štych, Ph.D. je vedoucím katedry aplikované geoinformatiky a kartografie na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Ve svém výzkumu se zaměřuje na dlouhodobé změny využití krajiny a aplikace geoinformačních metod v přírodních vědách. Pedagogickou činnost rozvíjí v oblasti GIS, dálkového průzkumu Země a změn využití krajiny.

O přizvaných expertech

Mgr. Eva Tušková je doktorandkou na katedře veřejné a sociální politiky na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze. Ve své dizertační práci se zabývá vývojem formulace a realizace politiky podpory zdraví v České republice. V současné době pracuje v Národním ústavu duševního zdraví, kde se podílí na výzkumu míry stigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR a efektivity destigmatizačních opatření.

Mgr. Nina Nováková je středoškolský pedagog v oborech latina, základy společenských věd a etická výchova. Od roku 1993 učila na Gymnáziu J. S. Machara v Brandýse n. L. - Staré Boleslavi a zastávala funkce koordinátora prevence a koordinátora školního vzdělávacího programu, byla také zástupkyní ředitele a pro svou školu vytvořila koncepci předmětu základy humanitní vzdělanosti. Působí v České křesťanské akademii a je předsedkyní Matice staroboleslavské. Od roku 2011 byla místostarostkou města pro oblast školství a sociální, od roku 2013 je členkou Poslanecké sněmovny PČR, pracuje ve Výboru pro vědu, vzdělání, kulturu, mládež a tělovýchovu.

MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D. se po ukončení studia na Lékařské fakultě hygienické Univerzity Karlovy v Praze věnovala specializaci v oblasti epidemiologie a veřejného zdravotnictví. V letech 1989–2009 pracovala na Krajské hygienické stanici Středočeského kraje. V letech 2009–2012 pracovala na Ministerstvu zdravotnictví ČR, kde se podílela na koncepci a metodickém vedení podpory veřejného zdraví na celostátní úrovni, přípravě strategických dokumentů pro oblast podpory veřejného zdraví a na jejich naplňování. Od roku 2012 působí na Vysoké škole zdravotnické jako vedoucí katedry Specializace ve zdravotnictví a na Jihočeské univerzitě.

Jana Lanžová v roce 1983 po ukončení nástavbového pomaturitního studia – obor asistentka hygienické služby – nastoupila na Krajskou hygienickou stanici v Hradci Králové a následně přešla do Prahy na Městskou hygienickou stanici Praha 10, pobočka Praha 2, kde prováděla státní zdravotní dozor v rámci hygieny práce, pracovního lékařství a epidemiologie. Od roku 2002 pracuje na Ministerstvu zdravotnictví ČR, nejprve jako asistentka hlavního hygienika ČR a náměstka ministra zdravotnictví a od roku 2011 na oddělení podpory zdraví a primární prevence.

Tato kniha se zabývá zdravotně rizikovým chováním české mládeže, zde ve spojení s pravidelným kuřáctvím, nadměrnou konzumací alkoholu a užíváním nelegálních drog.
V širším pojetí kniha představuje zdraví české mládeže v kontextu faktorů životních podmínek, životního stylu a interakce s prostředím. Kniha je i o politikách, opatřeních, která zdraví a zdravotní stav populace podporují, a je i o statistikách, které o zdravotně rizikovém chování české mládeže přinášejí podrobnější informace.

■■■

„Vždyť jakou cenu by pro mě mělo závažné sdělení bez jasných kontur odborné, vědecké práce. A naopak k čemu by mi byla precizně odvedená studie bez klíčových sdělení. Obojí se zde v tomto případě spojuje, a proto mohu publikaci vnímat jako objektivní a detailní obraz jedné z determinant zdraví a zároveň i jako východisko pro naše snahy tento faktor ovlivnit."

MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.,
Hlavní hygienik ČR a náměstek ministra zdravotnictví

„Existují fakta a přesvědčivé argumenty, že zdraví má významný dopad na hospodářskou produktivitu a investice do zdraví představují ekonomický profit a odráží se pozitivně i ve výsledcích jiných odvětví a celkově v prosperitě státu. Některá fakta o stavu české populace jsou pro budoucnost a prosperitu tohoto státu již nyní natolik alarmující, že je nutné žádat o větší zodpovědnost ty, v jejichž kompetenci bylo a je situaci změnit. A máme-li poskytnout vhodná doporučení ke změně a začít jednat, potřebujeme objektivní fakta. A ta přináší tato publikace."

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH,
Ředitelka Kanceláře WHO v České republice

9 788070 713433