

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Jakub Polešenský

Možnosti a meze odborné intervence abúzu návykových látek u žáků 2. stupně základních
škol praktických

Olomouc 2012

vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 20. června 2012

.....

Bc. Jakub Polešenský

Děkuji Mgr. Michalovi Růžičkovi Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytování rad při konzultacích, dále pak Mgr. Petře Tomalové za cenné rady a ochotu, ale i metodikům prevence na základních školách praktických, kde jsem prováděl šetření.

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Základní pojmy a jejich vymezení.....	8
1.1 Škodlivé užívání (abúzus neboli zneužívání)	8
1.2 Droga	9
1.3 Drogová závislost	9
1.4 Syndrom závislosti (závislost).....	10
1.5 Odvykací stav (abstinenční syndrom)	11
2 Základní škola praktická.....	13
2.1 Charakteristika zařízení, cíle, profilace	13
2.2 Dítě, žák a student s mentálním postižením	14
2.3 Rámcový vzdělávací program	14
3 Školský poradenský systém v ŽŠ praktické	16
3.1 Školní metodici prevence	16
3.2 Výchovní poradci.....	16
3.3 Speciálněpedagogická centra.....	17
3.4 Střediska výchovné péče.....	17
4 Rozdělení návykových látek a jejich účinky.....	19
4.1 Alkohol.....	20
4.2 Opioidy a opiáty.....	22
4.2.1 Opium	22
4.2.2 Morfin	22
4.2.3 Kodein.....	23
4.2.4 Heroin	23
4.3 Stimulancia.....	24
4.3.1 Amfetamin	25
4.3.2 Pervitin (metamfetamin).....	25
4.3.3 Kokain.....	26
4.4 Halucinogenní drogy	27
4.4.1 LSD	28
4.4.2 Psilocybin.....	28

4.5 Konopné drogy	29
4.5.1 Marihuana	29
4.5.2 Hašiš	30
4.6 Analgetika, sedativa a trankvilizéry	31
4.7 Léky vyvolávající závislost	31
4.8 Těkavé látky	32
4.8.1 Toluen	32
4.8.2 Trichlorethylen	33
4.8.3 Rajský plyn	33
4.9 MDMA a jiné drogy „technoscény“	33
4.9.1 MDMA (extáze)	33
4.9.2 PCP	34
4.9.3 Ketamin	35
4.10 Tabák	35
5 Rizika jednotlivých skupin některých psychoaktivních látek	38
5.1 Rizika zdravotní	41
5.2 Rizika kriminální	41
5.3 Rizika ekonomické	42
6 Prevence	43
6.1 Primární prevence	44
6.2 Sekundární prevence	44
6.3 Terciární prevence	44
6.4 Specifická a nespecifická prevence	45
6.5 Všeobecná, selektivní a indikována primární prevence	45
6.6 Neúčinná a efektivní primární prevence	46
6.7 Preventivní programy	47
7 Intervence	49
PRAKTICKÁ ČÁST	51
8 Metodologie výzkumu	52
8.1 Výzkumný problém	52
8.2 Výzkumné metody	52
8.2.1 Výběr výzkumného vzorku	52
8.2.2 Metoda sběru dat	53
8.2.3 Metody analýzy kvalitativních dat	54
8.2.4 Deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze	54

8.2.5 Metoda prostého výčtu	54
8.2.6 Metoda pro analýzu nomin. dat – test dobré shody chí – kvadrát	54
8.3 Realizace výzkumu	54
8.4 Dotazníkové šetření a jeho výsledky	55
8.5 Závěry šetření	78
ZÁVĚR	80
SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ	81
SEZNAM ZKRATEK	87
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	88
SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

Řekne-li se slovo droga, již dávno není pravda ta skutečnost, že se daný termín týká pouze dospělých osob. Tento globální problém lidstva čím dál více začíná postihovat osoby mladistvé.

Ze statistických údajů plyne zvyšující se počet uživatelů. Rok co rok počet závislých na drogách přibývá a řady uživatelů drog tak doplňuje právě výše uvedená skupina - děti a mládež. S tím úzce souvisí zvýšená úmrtnost osob v důsledku s užíváním psychotropních a omamných látek. Zpravidla také platí, že ten, kdo zkusí drogu lehkou (např. marihuanu) má do budoucna náběh k zneužívání drog tvrdších, jejichž zdravotní, kriminální i ekonomická hlediska mají na osobu mnohem fatálnější dopad.

Z jakých důvodů mladiství chtějí drogu zkusit je mnoho. Někdy to je zvědavost, někdy touha zkusit něco nového a mnohdy také jen z dlouhé chvíle, kterou mladí lidé nedokáží naplnit smysluplnější činností. Důležitou složkou v životě hraje především rodina. Rodiče se o své potomky nezajímají, mnohdy nevědí, jak jejich dítě tráví volný čas a s kým. V podstatě nemají na své děti čas. Z toho plyne fakt, že děti školou povinné si mohou dělat téměř vše, co se jim zamane.

Bohužel se také setkáváme s případy, kdy jsou rodiče natolik tolerantní a na výchovu moc nedbají, což vede k vystavení svého potomka nejrůznějším rizikům. V tom nejhorším případě pak sami doma popíjí alkoholické nápoje, kouří, občas dají ochutnat dítěti trošku alkoholu nebo dítě v tajnosti popíjí, protože se tak chce přiblížit dospělým. Takové jednání rodičů je opravdu chůze na tenkém ledě s následky na celý život. Mnohdy bývá alkohol i kouření tabáku velice podceňováno a opomíjeno, protože se jedná o drogy legální, lze je tedy poměrně jednoduše získat.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit v jaké míře je dle subjektivního názoru respondentů srovnatelná časová náročnost práce v pozici metodika prevence s jejím finančním ohodnocením, zdali spolupracují jednotliví metodici prevence mezi sebou, s dalšími organizacemi a zdali vnímají nějaká omezení ze stran spolupracujících organizací. Dále jsme zjišťovali, jaké metody jsou využívány při práci s rodinou žáka a samotným žákem při

prevenci užívání návykových látek a jestli podporují jednotlivé základní školy ve smysluplném trávení volného času jejich žáků.

Diplomová práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části diplomové práce na téma „Možnosti a meze odborné intervence abúzu návykových látek u žáků 2. stupně základních škol praktických“ si nejprve vymežíme nejčastější pojmy v souladu s uvedenou problematikou. Jelikož je práce zaměřená na žáky 2. stupně základních škol praktických, seznámíme se s tímto školským zařízením. Dále si vyjmenujeme a charakterizujeme nejčastější návykové látky. Značná část diplomové práce je věnována prevenci, především pak prevenci primární. Teoretickou část zakončíme kapitolou s názvem intervence.

1 Základní pojmy a jejich vymezení

Na počátku této diplomové práce je vhodné uvést a vymežit některé důležité pojmy, které budeme používat.

1.1 Škodlivé užívání (abúzus neboli zneužívání)

Dle definice Mayovy nadace pro vzdělávání a výzkum je zneužíváním „*konzumace jakékoliv drogy (omamné či psychotropní látky) za účelem, lišícím se od účelu, jenž byl zamýšlen, ve způsobu konzumace nebo v množství*“. (In Zábranský, 2003, s. 17)

Nešpor, Csémy (2003) považují za škodlivé užívání takový vzorec užívání, který vede k poškození zdraví. Poškození může být tělesné či duševní. Slovo abúzus vychází z následujících slov – úzus = užívání, ab-úzus = nadměrné užívání, zneužívání. (Nešpor, Provazníková, 1999) Poruchy duševní a poruchy chování, které jsou způsobené užíváním psychoaktivních látek, jsou nemocmi. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí jim náleží kódy F10 – F19. (Zábranský, 2003; MKN, 2012, s. 197)

Zábranský (2003, s. 18) uvádí čtyři stádia užívání, které vedou k závislosti. Jsou to:

„**Experiment** – jedinec aplikuje drogu jen s druhými, pokud je mu to nabídnuto. Poznává euforické zážitky, zdraví není narušeno. Převažuje zvědavost, tento druh užívání neovlivňuje ani finanční stránku dotyčného.

Stádium aktivního vyhledávání – uživatel drog se sdružuje s ostatními uživateli, vytváří si vlastní zásoby drog, podělí se s druhými, kteří taktéž tíhnou k drogám. Zdraví je většinou nenarušeno. Tento druh užívání vede k nakupování drog, čili jedinec utrácí peníze za drogy.

Stádium zaujetí drogou – narůstá spotřeba drog, s tím i značně strádá po finanční stránce, což vede k zadlužování se. Objevují se poruchy spánku, výživy, časté střídání nálad, nepříjemné stavy.

Stádium závislosti – nemá jiné přátele než uživatele drog, lže, krade, prodává drogy, půjčuje si peníze, má obrovské finanční problémy. Zdraví je značně narušeno duševními a fyzickými problémy. Překonává pocity viny, je plně zaujatý drogami“.

1.2 Droga

V odborné terminologii jsou od roku 1971 drogy označovány jako omamné a psychotropní látky. Dnes v sobě pojem "droga" zahrnuje více významů. V některých zemích je za drogu považováno každé léčivo. (Krmencík, 2006)

Presl (1995), Nešpor, Csémy (2003) považují za drogu každou látku (syntetickou nebo přírodní), která působí na psychiku, tedy nějakým způsobem ovlivňuje prožívání reality, mění vnitřní naladění člověka a může tedy vyvolat závislost.

Aby byla látka považována za drogu, musí dle Presla (1995) splňovat dva základní požadavky:

1. musí mít psychotropní efekt, ovlivňuje tedy nějakým způsobem naše vnímání a prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění,
2. může vyvolat závislost.

Výše uvedení odborníci se zřejmě shodují s experty Světové zdravotnické organizace, která zveřejnila svoji definici roku 1969, podle níž je za drogu považována *„jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“*. (In Zábranský, 2003)

1.3 Drogová závislost

Pokorný, Telcová, Tomko (2002) ve své publikaci uvádějí definici Světové zdravotnické organizace, jež byla přijata v roce 1969 a zní: *„Drogová závislost je psychický a někdy i fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými (dalšími) reakcemi, které vždy zahrnují patologické nutkání brát drogu, a to stále nebo pravidelně pro její psychologické účinky a někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemnostem vyplývajícím z její nepřítomnosti“*.

Drogová závislost je platný společenský problém s negativními dopady nejen v psychosociální oblasti, ale i v oblasti somatických onemocnění. Uživatel drog a jeho způsob

života vede ke vzniku řady chorob. (Minařík, Hobstová in Kalina, 2003) Závislost má rysy obsedantně kompulzivního chování.¹ (Fišerová in Kalina, 2003)

Jak uvádí Presl (1995), existuje celá řada definic a pojetí drogové závislosti na návykových látkách. Bezpochyby hovoří o onemocnění. Základ definice vždy tvořilo několik bodů:

- neodolatelná a těžko zvladatelná tužba po opakovaném aplikování drogy,
- snaha o zvyšování dávek,
- přítomnost fyzické nebo psychické závislosti na určité droze,
- negativní dopad na společnost i samotnou osobu. (Presl, 1995)

Drogová závislost představuje duševní i tělesný stav chronické intoxikace² organismu, který škodí jak jedinci, tak i samotné společnosti. Tento stav je vyvolán užíváním drogy přírodní či syntetické. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002, s. 21)

1.4 Syndrom závislosti (závislost)

Pokorný, Telcová, Tomko (2002, s. 14) používají pojem závislost pro popis vztahu mezi organismem a jevem, objektem, ale i předmětem závislosti. Vztah vzniká opakovaným kontaktem s předmětem závislosti, přičemž tento kontakt se stává postupně častějším, intenzivnějším a délka jeho trvání se prodlužuje.

Definice dle Mezinárodní klasifikace nemocí jest tato: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav*“. (MKN, 2012, str. 198)

¹Obsedantně kompulzivní chování: „*hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkavé činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy nebo popudy, které znovu a znovu vstupují do mysli pacienta ve stále stejné formě. Pro pacienta jsou téměř vždy obtížné. Snaží se jim často klást odpor, ale bez úspěchu*“. (MKN, 2012, s. 216)

²Intoxikací Pokorný, Telcová, Tomko (2002, s. 21) rozumí jakoukoliv otravu.

Nešpor, Csémy (2003, s. 23) obsáhlou definici Mezinárodní klasifikace nemocí³ zjednodušili a používají tuto: „*Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát drogy, alkohol nebo tabák*“. Syndrom závislosti může být pro určitou látku, třídu látek či širší řadu různých látek. (Nešpor, 2007; Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Pokorný, Telcová, Tomko (2002) stav závislosti konstatují při přítomnosti následujících kritérií:

- snížená schopnost sebeovládání jedince ve vztahu k vyhledávání kontaktu s objektem závislosti,
- jedincův vztah k předmětu závislosti začne postupně organizovat život jedince,
- neovladatelné tíhnutí jedince k předmětu závislosti,
- pravidelné a vytrvalé myšlení osoby na předmět závislosti, nutkavé myšlenky na předmět závislosti a vztah s ním v situacích, kdy provádí jinou činnost,
- neschopnost přerušit vztah s předmětem závislosti,
- preference vztahu s předmětem závislosti a myšlení o něm, před vztahy jinými jevy,
- vzájemné prolínání až vyvrácení mezí ve vztahu s předmětem závislosti, negativní důsledky, jimiž jsou neklid, podrážděnost, úzkost, beznaděj, deprese, strach, sebelítost, bezcennost, snížení vlastní hodnoty ke vztahu k druhým, ztráta smyslu života v situacích, kdy není možný vztah s předmětem závislosti.

Závislost je vyústěním v abúzus. (Kudrle in Kalina, 2003) Postihuje jedince i jeho okolí. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

1.5 Odvykací stav (abstinenční syndrom)

„Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup

³Nešpor (2007) postavil proti sobě definice Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). Srovnává kritéria pro diagnózu závislosti a závěrem vyvozuje vysokou podobnost u obou organizací.

a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi“. (MKN, 2012) Abstinenci syndrom představuje soubor symptomů. Dochází k nim po vysazení značných dávek určitých návykových látek – opiáty, alkohol a jiné. Drogy jako kokain či pervitin odvykací tělesné potíže nevyvolávají. (Nešpor, Csémy, 2003)

Doprovází jej třes, neklid, nespavost. (Nešpor, Provazníková, 1999) Pokorný, Telcová, Tomko (2002, s. 23) uvádějí konkrétní symptomy u skupiny opiátů. Jedná se o pokles obranyschopnosti organismu, svalová tenze až křeče, poruchy srdeční činnosti. Dále bývají přítomny poruchy nervového systému, které se u člověka projevují pocením, slzením, změnami tělesné teploty, nevolností, nechutenstvím, zvracením, obtížemi při vyměšování. V oblasti psychických příznaků se setkáváme s halucinacemi, se stavy zuřivosti či apatie. Kalina a kol. (2008) v této souvislosti hovoří o syndromu abstinence od drogy tzv. *syndromu odnětí*“, který dělí na fyzický a psychický. Do fyzického syndromu řadí nejrůznější tělesné obtíže, bolesti, křeče, průjmy, zácpy apod. Psychický syndrom skrývá stavy úzkosti, agresivity, vyčerpanosti, předrážděnosti atd.

2 Základní škola praktická

V České republice se školská soustava skládá z celé řady typů a druhů škol a školských zařízení. Základní škola praktická (dále jen ZŠ praktická) spadá dle Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání – ISCED (International Standard Classification of Education) do nižšího sekundárního vzdělávání. Jedná se o 2. stupeň základních škol (tzn. 5. – 9. ročník, ISCED 2). (Janiš a kol., 2008, str. 107)

Základní škola praktická byla dříve označována jakožto škola zvláštní. Považujeme ji za důležitou složku vzdělávacího systému, jelikož jejím úkolem je vzdělávat a vychovávat žáky, pro které jsou požadavky běžné základní školy nadměru náročné. (Franiok, 2007)

2.1 Charakteristika zařízení, cíle, profilace

Základní škola praktická se svojí skladbou příliš neliší od základní školy běžného typu. Škola se člení na první a druhý stupeň, žáci mají možnost navštěvovat školu devět let. (Valenta, Müller et. al., 2009) Franiok (2007) vypisuje konkrétně vyučovací předměty jako český jazyk, matematika, hudební, výtvarná, tělesná výchova a pracovní vyučování, které žáka provází od prvního do devátého ročníku.

Vzdělávání a výchova v ZŠ praktické se zaměřuje především na rozvíjení, nabývání dovedností a návyků, které jsou potřebné nejen pro další uplatnění absolventa tohoto typu školského zařízení, ale především pro praktický život. (Franiok, 2007)

Děti přicházejí do ZŠ praktických na základě doporučení stávající základní školy, pedagogicko-psychologické poradny, speciálně-pedagogického centra nebo dětského oddělení psychiatrie. Další možností jak se dítě může dostat na ZŠ praktickou je přestup. Vyžaduje se spolupráce nejen žáka, jeho rodičů, učitelů, vedení školy, ale i spolužáků a ostatních odborníků. (Franiok, 2007)

Posláním ZŠ praktické je vybavit absolventy takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které je připraví po absolvování na přijetí odborného učiliště, praktické školy a v současnosti již také středního odborného učiliště, eventuálně dalších typů středních škol. V těchto získávají odbornou přípravou vědomosti a dovednosti potřebné k výkonu kvalifikovaného povolání. (Franiok, 2007, s. 50) Cíle vzdělávání jsou uvedeny v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (RVP ZV). (Rámcový vzdělávací program

pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, 2006)

2.2 Dítě, žák a student s mentálním postižením

Problematika mentální retardace přímo souvisí s žáky základních škol praktických, proto si uvedeme v této kapitole její vymezení. Černá a kol. (2009) zmiňuje dva termíny, používající se v současné době. Jedná se o termín jedinec s mentálním postižením a jedinec s mentální retardací. Tyto pojmy jsou k sobě postaveny ve vztahu synonym. Mentální retardace je pak považována za samotný syndrom. V české literatuře nacházíme i dřívější termíny jako např. slabomyslnost, duševní či mentální zaostalost, rozumová nebo duševní vada aj., avšak pro svou pejorativnost se však dnes neuvžívají. (Černá a kol, 2009; Kozáková, 2005; Valenta, Müller et. al., 2009)

Termín mentální postižení má širší význam. Dokazuje to skutečnost, že tento pojem bývá označován ve vztahu k osobám, jejichž inteligenční kvocient (IQ) odpovídá hodnotě nižší než 85. Ovšem Mezinárodní klasifikace nemocí a její 10. revize považuje za osoby s mentálním postižením i ty jedince, kteří mají hodnotu IQ pod 70. (Kozáková, 2005; Valenta, Müller et. al., 2009) V této souvislosti hovoří Valenta, Müller et. al. (2009) o jedincích s mentální retardací a osobách v tzv. hraničním pásmu mentální retardace. Žáci, kteří se v současné době vyskytují na základních školách praktických, jsou mnohdy právě děti v hraničním pásmu mentální retardace, které lze vymezit v rozmezí od 85-70 IQ.

O zařazování či přeřazování dětí na ZŠ praktické pojednává novela vyhlášky č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

2.3 Rámcový vzdělávací program

Otázky vzdělávání žáků na ZŠ praktických řeší Školní vzdělávací programy (ŠVP), které vycházejí z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV-LMP). Tento program umožňuje uplatňování speciálně pedagogických metod, forem, postupů a prostředků pro vzdělávání a podpůrná opatření, díky kterým žáci dosáhnou výsledků, které odpovídají jejich

možnostem. (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, 2006) Vzdělávací obsah je členěn do devíti oblastí. Ty jsou pojímány tak, aby uznávaly sníženou úroveň schopností a dovedností žáků. (Franiok, 2007) RVP ZV-LMP je součástí Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, 2006)

Podstatná část v RVP je věnována klíčovým kompetencím. Zastupují soubor vědomostí, schopností, dovedností, východisek a hodnot významných pro osobní rozvoj a uplatnění každého jedince společnosti. Jejich pojetí a výběr úzce souvisí s hodnotami přijímanými ve společnosti a vedou k jedincovu vzdělávání, spokojenému a úspěšnému bytí. K utváření a rozvíjení klíčových kompetencí pak musí přispívat kterýkoli vzdělávací obsah, jakožto i aktivity a činnosti probíhající ve škole. (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, 2006).

Za klíčové kompetence jsou považovány především kompetence k učení, k řešení problémů, sociální a personální kompetence, též kompetence komunikativní, občanské, pracovní. (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, 2006) Černá et al. (2009) promlouvá ke vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením s důrazem na smysluplné vzdělávání a vyzdvihuje především učení se v oblastech sociálních a personálních, pracovních a komunikativních. Právě ve vzdělávacím procesu si mohou jedinci osvojovat potřebné a pro život důležité sociální zkušenosti, snadněji se přizpůsobovat požadavkům svého okolí, mohou se stávat samostatnějšími a méně závislými na pomoci druhých osob. (Černá et al., 2009)

3 Školský poradenský systém v ŽŠ praktické

V rozsahu školské soustavy může speciální pedagog využívat odborných služeb nebo konzultaci celého souboru poradenských zařízení, jejichž zaměření mohou být odlišné, avšak při řešení problémů s žáky se mohou navzájem doplňovat. (Novosad, 2010)

Poradenské služby jsou především zabezpečovány školním metodikem prevence, výchovným poradcem, popřípadě školním psychologem a jejich konzultačním týmem skládající se z vybraných pedagogů školy. Operativnější poskytování kvalitnějších školních poradenských služeb vede k rozdělení rolí, vytvoření časového prostoru na poskytování služby, zkvalitnění školních poradenských odborníků v oblasti vzdělávání, týmová práce a spolupráce s poradenskými pracovišti ve školství tj. speciálně pedagogickými centry (potažmo i s pedagogicko-psychologickými poradnami), ale i se středisky výchovné péče. Nyní si charakterizujeme tyto osoby a zařízení. (Zapletalová in Miovský et al., 2010)

3.1 Školní metodici prevence

Za jmenování školního metodika prevence je přímo odpovědný ředitel školy. Jedná se o pedagogického pracovníka, jehož odborné dispozice a kvalifikace jsou předpokladem k výkonu této činnosti. (MŠMT, 2010)

Příslušný právní předpis vymezuje standardní činnosti školního metodika prevence. Jedná se o přílohu č. 3 vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Činnosti metodika prevence jsou taktéž zahrnuty v „Koncepci poskytování poradenských služeb ve škole č. j. 27317/2004-24“. (MŠMT, 2005b) Zejména se jedná o činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské. O všech aktivitách vede písemnou dokumentaci. Školní metodik pracuje především v oblasti prevence rizikového chování. (Slavíková, Zapletalová in Miovský et. al., 2010)

3.2 Výchovní poradci

Výchovní poradci jsou často jedni z prvních, na které se mohou žáci i rodiče v případě problémů obrátit.

Standardní činnosti výchovného poradce vymezuje příloha č. 3 vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. (MŠMT, 2005b) Jsou to především činnosti poradenské, metodické a informační. Výchovný poradce se tak může věnovat problematice kariérového poradenství a procesu integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. (Zapletalová in Miovský et. al., 2010)

3.3 Speciálněpedagogická centra

Speciálněpedagogická centra (dále jen SPC) jsou školská poradenská zařízení specializující se na určitý typ zdravotního postižení. SPC poskytují poradenské služby školám a školským zařízením, rodičům postižených dětí, ústavům, orgánům státní správy i nejrůznějším neziskovým organizacím, které se podílejí na péči o postižené jedince. (Novosad, 2010)

V kapitole 3 jsme zmínili i pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP), které se od SPC liší. Základní rozdíl v činnosti PPP a SPC je ten, že PPP provádí pedagogicko-psychologickou diagnostiku u dětí předškolního a školního věku obecnějšího rázu, zatímco specificky zaměřená SPC se zabývají jedinci s konkrétním typem postižení. (Novosad, 2010)

Standardní činnosti SPC jsou vymezeny přílohou č. 2 vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. (MŠMT, 2005b)

3.4 Střediska výchovné péče

Úkolem středisek je poskytování všestranné ambulantní i internátní výchovné péče, dále poradenské péče a pomoc dětem, jejím rodičům, učitelům a vychovatelům. Snaží se o podchycení dětí a mladistvých prvních signálů vedoucích k poruchám chování. Zaobírají se i dětmi s nízkých sociálních poměrů, závislými na hracích automatech a drogách. (Novosad, 2010)

Legislativní zakotvení udává Zákon č. 109/2002 o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

„Středisko na území své působnosti spolupracuje s pedagogicko-psychologickými poradnami, v případě klientů se zdravotními postiženími se speciálně pedagogickými centry při poskytování metodické pomoci předškolním zařízením, školám a školským zařízením, a s orgány, které se podílejí na prevenci sociálně patologických jevů a drogových závislostí“.
(MŠMT, 2002)

4 Rozdělení návykových látek a jejich účinky

Návykové látky můžeme rozdělit dle velkého výběru systémů dělení psychoaktivních látek. Společensky nejužívanější dělení je na zákonné a nezákonné. (Zábranský, 2003) Presl (1995) dělí drogy na měkké (marihuana, hašiš) a tvrdé (kokain, pervitin) či lehké (káva, alkohol) a těžké (heroin, extáze). Vyzdvihuje však srozumitelnější způsob, který je využíván v Holandsku, kde dělí drogy na skupiny s akceptovaným, přijatelným rizikem a s nepřijatelným rizikem. (Presl, 1995)

Dále drogy můžeme dělit na legální (tabák, alkohol) a nelegální (pervitin, heroin). (Presl, 1995)

Zábranský (2003, s. 14) uvádí dělení drog dle tří typů klasifikace:

1. podle vzniku (přírodní, semisyntetické, syntetické),
2. podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny),
3. podle stupně společenské nebezpečnosti (podle závažnosti společenských následků).

Za látky přírodní považujeme především konopné produkty (marihuana, hašiš), opium, koku, psychoaktivní rostliny a houby. V odborné literatuře se uvádí až 2500 psychoaktivních rostlin a hub. Pod látkami semisyntetickými se ukrývá morfin, heroin, kokain, crack. Do skupiny syntetických látek řadíme pervitin, opioidy, ecstasy, těkavé látky atd. (Zábranský, 2003; Kol. aut., 2007)

Do skupiny tlumivých látek spadá opiátová skupina (šŕáva z makovic, morfin, heroin a další opioidy). Za stimulancia považujeme amfetaminy, kokain, crack či těkavé nitráty. Látky jako marihuana, hašiš, LSD, exstasy a některé těkavé látky považujeme za halucinogeny. (Zábranský, 2003; Kol. aut., 2007)

Pro účely této práce je vhodné rozdělit si návykové látky. V následujících podkapitolách se budeme držet právě tohoto dělení dle Kaliny (2003):

- alkohol,
- opioidy a opiáty,
- stimulancia,
- halucinogenní drogy,

- konopné drogy,
- analgetika, sedativa a trankvilizéry,
- léky vyvolávající na závislost,
- těkavé látky,
- MDMA a jiné drogy „technoscény“,
- tabák.

Dle výše uvedeného výčtu drog se budeme držet právě klasifikace drog dle Kaliny (2003).

4.1 Alkohol

Alkohol neboli chemický etylalkohol, etanol ($C_2H_5 - OH$) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů, a to z polysacharidů z obilných zrn či brambor anebo z jednoduchých cukrů, jež jsou obsaženy v ovoci. Destilací se pak dosahuje vyšší koncentrace. (Popov in Kalina, 2003) Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž elyalkohol převzal jméno celé skupiny pro jeho známost celé společnosti. Mühlpachr (2002) považuje za alkohol jednoduchou chemickou látku, která snadno proniká k různým orgánům, včetně mozku. Obsah takové látky v alkoholických nápojích bývá zhruba od 2-3% u piva a až 40% a více u destilátů. Za důležité pokládají Nešpor, Csémy (2003) i množství alkoholu.

Konzumace alkoholických nápojů je zahrnuta do většiny lidských rituálů, které provázejí člověka po celý život. Ve společnosti odmítnutí alkoholu vzbuzuje pozornost a neadekvátní reakce. Mühlpachr (2002) zmiňuje ten fakt, že jedinec, který odmítá požívání alkoholu, je považován za patologického. Nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů pak označujeme jako alkoholismus. Znamená tedy závislost na etylalkoholu. (Popov in Kalina, 2003; Kol. aut., 2007)

Rituály spojené s požíváním alkoholu jsou vysoce nebezpečné pro děti a mládež. Mühlpachr (2002) Tuto skutečnost potvrzují i Nešpor, Csémy (2003) když apelují na vyšší nebezpečí u dětí a mladistvých, nežli u dospělé populace, protože návyk se u mládeže vytváří podstatně rychleji, než u dospělých jedinců. Proto je taky žádoucí chránit mladistvé před alkoholem. Pochopitelně i dospělí by měli být ve vztahu k alkoholu opatrní. (Nešpor, Csémy,

2003) Mühlpachr (2002) se domnívá, že abúzus alkoholu je značně rozšířen právě mezi osobami mladšími 21 let. Za nejintenzivnější požívání alkoholu považuje v období studií na vysoké škole. Presl (1995) považuje za další rizikové skupiny kromě dětí a mládeže i jedince, kteří jsou psychicky labilní, trpící různými duševními poruchami či poruchami chování, dále pak lidé, kteří vykonávají silně psychicky náročná povolání nebo jedinci, s ne zcela spokojeným životem v oblasti vztahů, u lidí s nízkým sebevědomím a sebehodnocením. Presl (1995) také poukazuje na osoby z neuspořádaných rodinných poměrů, kde mladistvý vyrůstá, na osoby z neúplných rodin, jedince zneužívané apod.

Alkohol stejně jako tabák je tzv. průchozí drogou. Tento pojem chápeme jakožto skutečnost, že děti z nich přecházejí k dalším látkám, které jsou mnohdy ještě nebezpečnější. (Nešpor, Csémy, 2003) Mühlpachr (2002) pak poukazuje na americké výzkumy, které uvádějí neuspokojivé výsledky. Riziko užívání drog je vyšší u dětí, které začaly kouřit nebo pít alkohol v mladším věku.

Situace u nás je podle Popova (In Kalina, 2003) taková, že český národ patří k největším spotřebitelům alkoholických nápojů. Průměrná spotřeba se pohybuje okolo deseti litrů na jednoho obyvatele za rok. Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se týká asi 25 % dospělé mužské populace a 5 % populace ženské. Pokud se jedná přímo o konzumaci piva, Česká republika zaujímá 1. místo v celosvětových tabulkách, následuje Německo, Belgie, Lucembursko a Austrálie. (Popov in Kalina, 2003)

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách ve svém výzkumu zaměřila na studenty ve věku 16 let. Sběr dat byl pomocí tištěných dotazníků, které se zaměřovaly na konzumaci alkoholu. Ze studie vyplynula následující čísla. Alkoholický nápoj v životě pilo 98% studentů, kolem 60 % dotázaných lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu (popíjeli alkohol více než 20krát v životě). Mezi nejčastější požívané nápoje patří pivo (požilo jej 72 % studentů), víno (47 % respondentů) a destiláty (59 % dotázaných). Do popředí se žene nový fenomén – alkopops tj. limonáda s obsahem alkoholu. Ze studií z roku 2011 je uváděno až 47 % studentů, kteří za poslední měsíc alkopops pilo. Opakované pití alkoholických nápojů udávají více chlapi, jejichž preferovaným nápojem je pivo. (ESPAD, 2012)

4.2 Opioidy a opiáty

Opioidy výrazným způsobem působí na organismus. Používají se v lékařství jako jedny z nejsilnějších léků proti bolesti (morfin) či jako léky proti kašli (kodein). Později byly nahrazeny syntetickými přípravky s podobnými či ještě silnějšími účinky, avšak s menším rizikem vzniku závislosti. Podléhají proto zvláštním pravidlům zacházení při výrobě a distribuci ve zdravotnických zařízeních. Opiáty jsou pak podskupinou opioidů. (Minařík in Kalina, 2003; Krmenčík, 2007)

Do této skupiny látek patří především opium, morfin, kodein, heroin. (Presl, 1995) Minařík (In Kalina, 2003) uvádí i drogy jako metadon a „braun“. Nešpor, Csémy (2003) ještě zmiňují další zneužívané látky této skupiny. Jsou to dolsin a buprenorfin (subutex).

4.2.1 Opium

Opium byla dříve používaná droga v Číně jako prostředek sloužící k přeměně jednotvárné práce v poutavý zážitek. Opium je zaschlá šťáva, kterou lze získat z nezralých makovic. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002). Nařezáním nezralé makovice docílíme vytékání žlutozeleně zbarvené tekutiny. Tato tekutina na vzduchu začne zasychat v hnědou hmotu. V této souvislosti pak hovoříme o samotném surovém opiu. Takto připravené opium a používání jeho psychotropních efektů je známo z dávných dob. Od nepaměti bylo využíváno jako lék či jako omamná látka, po jejímž požití následoval chvilkový únik od starostí v normálním životě. (Presl, 1995)

Opium obsahuje celou řadu alkaloidů. Za základní alkaloidy Presl (1995) považuje především morfin a kodein. Obě látky byly postupem času ze surového opia chemickou úpravou odděleny na účinnější deriváty, například z morfinu vznik heroin.

4.2.2 Morfin

V období první světové války se morfin masově používal jako prostředek, který tlumil bolest. Spousta lidí ho brala delší dobu, která byla dostatečně dlouhá na to, aby vznikl abstinenční syndrom. Po odeznění bolesti však u většiny postižených došlo k odabstinování a další vyhledávání této látky nebylo nutné. (Presl, 1995) Pokorný, Telcová, Tomko (2002)

popisují abstinenční syndrom jako stavy hysterie, jež jsou doprovázeny poruchou funkcí vnitřních orgánů, poruchami dýchání a krevního oběhu.

Morfin je získáván ze surového opia. Dnes se vyrábí především syntetickým způsobem. Tato látka vyvolává euforii, při níž stoupá sebevědomí a člověk se tak stává lhostejným ke starostem. Morfin tlumí i dráždivost dýchacího ústředí. Vysoké dávky morfinu mohou mít hypnotické účinky, ale mohou vést až k ochrnutí dýchacího centra. Z toho plyne ten fakt, že při předávkování morfinem je hrozbou udušení vedoucí k úmrtí. Závislost na morfiu bývá označována jako morfinismus. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

4.2.3 Kodein

Na konci devadesátých let minulého století se zrodil způsob jak upravit kodein, jenž byl obsažen v lécích dosažitelných bez receptu. Vznikla tak ještě účinnější látka nazývaná „braun“. (Presl, 1995) Tato látka patří mezi polysyntetické opioidy a má hnědou barvu. Svoji strukturou je podobná heroinu a jako jiné drogy ji lze vyrobit v domácích laboratořích. (Minařík in Kalina, 2003)

Presl (1995) uvádí tu skutečnost, že pokud závislý jedinec má možnost porovnat účinky braunu a heroinu, naprostá většina z nich upřednostňuje právě braun. Důvodem je jeho silnější euforizační účinek. V české drogové scéně je braun užíván nitrožilně vpichováním jehlou a stříkačkou. Tato skutečnost platí i při prvních experimentech. (Nešpor, Csémy, 2003)

Minařík (In Kalina, 2003); Nešpor, Csémy (2003) hovoří o vytěsnění braunu heroinem v 2. polovině 90. let z české drogové scény.

4.2.4 Heroin

Slovo heroin pochází z německého slova „heroisch“, což znamená hrdinský nebo mocný. (Scott, Grice, 1998) Nešpor, Csémy (2003) považují heroin za nejsilnější látku této skupiny. Je silně návykový. Jeho efekty jsou podobné morfinu. Prvně byl syntetizován jako běžný lék proti kašli. Paradoxem je, že heroin byl zpočátku považován za lék téměř s žádným rizikem závislosti. (Minařík in Kalina, 2003) Závislími jedinci byl ochotně přijímán, avšak v podstatě jen přešli od jednoho opiátu k druhému. (Presl, 1995)

Heroin je šňupán nebo jej lze aplikovat nitrožilně i do oblasti svalů. Možnost aplikace je možná i vpíchnutím pod jazyk. Obvykle má nárazový účinek. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002) Scott, Grice, (1998) popisují další ze způsobů aplikace, což je smíchání s tekutinou a vypití. Presl (1995) zmiňuje i nový způsob užívání, kterým není vpichování do žíly, nýbrž kouření. Tím pádem se snižuje riziko infekce.

Závislost na heroinu označujeme jako heroinismus. Vzniká poměrně za krátkou dobu, zhruba po 2-3 měsících. Závislost má dvě složky – psychickou a fyzickou. Závislost psychická je charakteristická značným úbytkem kontroly nad užíváním a neovladatelným pokušením po droze. Fyzická závislost se jeví stoupáním tolerance a nutností zvyšování dávek. (Presl, 1995; Nešpor, Csémy, 2003) Presl (1995) hovoří o dvou populacích mezi uživateli heroinu. Za první považuje emigranty převážně z balkánských států, kteří v České republice trvale žijí, a kteří již přicházejí v závislosti na heroinu. Část z nich se prodejem heroinu živí. Druhou skupinou jsou většinou mladí, zdařilí podnikatelé, kteří žijí ve vysokém pracovním nasazení. Možnou relaxací pak může být mnoho množností. Jednou z těchto variant může být i heroin, který je prodáván právě tam, kde se cílová skupina vyskytuje a baví. Vedlejší účinky heroinu mohou nastat ve formě zvracení, svědění a zácpy. (Scott, Grice, 1998)

4.3 Stimulancia

Za stimulancia Kol. aut., (2007) považují drogy, které mají za úkol povzbudit, celkově stimulovat. Jsou to látky s budivým efektem na centrální nervovou soustavu. Za typické zástupce považujeme amfetamin, pervitin (metamfetamin) a kokain. (Minařík in Kalina, 2003)

Stimulancia zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Děje se tak zvýšenou aktivitou, představivostí, zlepšuje se sebevědomí. Zkracují spánek, oddalují únavu, vzbuzují euforii a příjemné pocity duševní i tělesné síly či energie. Chuť k jídlu naopak zmenšují. Na straně druhé dochází ke značnému uvolnění zábran, což může mít např. v oblasti sexuálního života negativní dopady. Někdy bývají užívány jako dopingové látky. (Minařík in Kalina, 2003; Nešpor, Csémy, 2003)

Dlouhodobé užívání stimulantů vede k závislosti. U této skupiny návykových látek se jedná především o závislost psychickou. V této souvislosti hovoří odborníci o bažení po

droze, tzv. cravingu⁴. (Minařík in Kalina, 2003; Nešpor, Csémy, 2003) Minařík (In Kalina, 2003) pokládá psychickou závislost za vážnější následek, neb je dlouhodobější záležitostí léčby.

4.3.1 Amfetamin

Amfetamin je ve světě nejrozšířenější drogou této skupiny. Má obdobné, avšak o něco slabší účinky jako pervitin (Minařík in Kalina, 2003)

Amfetamin je látkou, po jejíž aplikaci dochází k urychlení řeči, člověk je více hovorný, je se sebou více spokojen, vnímání se stává silnější. Nastává stav, který má s realitou společného opravdu málo. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Mezi fyziologické funkce, které amfetamin ovlivňuje, patří především zvýšení krevního tlaku, zrychlení metabolismu, navození třesu, pocení, vyvolává kašel. Při dlouhodobějším požívání této látky Pokorný, Telcová, Tomko (2002) poukazují na změny v centrální nervové soustavě jedince, které mohou vést až k demenci.

4.3.2 Pervitin (metamfetamin)

Droga, jež má na drogové scéně v České republice hojně zastoupení ze skupiny stimulačních látek, nese název pervitin. Je zástupcem derivátů základní stimulační látky – amfetaminu. (Presl, 1995)

V posledních letech se hovoří o pervitinu v souvislosti s jeho domácí výrobou. Pravdou je skutečnost, že jeho výroba není nikterak složitá. Vstupní látkou je jiná látka s psychostimulačním účinkem – efedrin, který je součástí řady vyráběných léků. Výroba pervitinu potřebuje určitý stupeň odborných dovedností a znalostí. Vyrobí-li se pervitin vadným postupem, po aplikaci takové látky mnohem výraznějším způsobem poškozuje organismus jedince. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

⁴ Silná touha nebo pocit puzení užívat psychoaktivní látku. (Nešpor, Csémy 1999)

Čistý pervitin má formu bílého prášku, bez zápachu a hořké chuti. Aplikuje se nitrožilně, což je v České republice nejužívanějším způsobem, dále pak šňupáním nebo ústy. Po odeznění efektu dochází k nepříjemným stavům, tzv. „dojezdům“, avšak psychotropní účinek pervitinu je záležitostí příjemnou, výraznou, a proto opakovaně velmi žádanou. (Minařík in Kalina, 2003)

Riziko vzniku závislosti je značné s následujícími rysy – rychle vznikající psychický návyk, fyzická závislost není přítomna, rychlý vzestup tolerance k vyšším dávkám. Kombinace pervitinu s jinými drogami či léky zvyšuje vznik negativních účinků. (Minařík in Kalina, 2003)

Pokorný, Telcová, Tomko (2002) poukazují na skutečnost, že osoby beroucí pervitin s ním po určité době skončí a tím pak skončí s tvrdými drogami vůbec, anebo přejdou k jiným látkám – opiátům.

4.3.3 Kokain

Kokain je klasickým představitelem stimulačních drog. Je to droga přírodního původu obsažena v listech Jihoamerického keře *Erythroxylon coca* (Koka pravá). (Minařík in Kalina, 2003) Presl (1995) hovoří o zajímavosti drogy v souvislosti s jejím užíváním v původní podobě. Šlo o žvýkání listů obsahujících kokain, což je klasickým příkladem společenského užívání spjatého s kulturou jihoamerických Indiánů. Existuje až 90% dospělých indiánských mužů, kteří stále pravidelně žvýkají listy s obsahem kokainu. (Scott, Grice, 1998)

Zajímavostí je skutečnost, že známý lékárník John Pemberton pracoval na vzniku Coca Coly, která původně obsahovala výtažky z listů koky a byla prodávána jako nealkoholický nápoj. Avšak jakmile byly zjištěny následky užívání kokainu, látka z Coca Coly byla odebrána. (Scott, Grice, 1998)

Kokain jak bílá, práškovitá, krystalická hmota, která se v této podobě stala hitem v 80. letech v USA a později se jeho zalíbení přeneslo i do Evropy. Pro jeho zřejmý stimulační psychotropní účinek zažil rozmach tzv. kokainismus v období 1. světové války po celém světě. Kokain byl zde testován jako látka pro léčbu morfinových závislostí. Tento fakt pak vedl ke vzniku další závislosti u pacientů. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002; Presl, 1995)

Výše zmiňovaný způsob aplikace žvýkáním listů se u nás neobjevuje. Mnohem častějším užíváním je šňupání, injekční aplikace je taktéž méně častá. (Minařík in Kalina, 2003) Nešpor, Csémy (2003) poukazují na nový způsob užívání, což je kouření. Podobně jako u pervitinu dochází u lidí, kteří kokain šňupají k proděravění nosní přepážky. Kokain vyvolává především psychickou závislost. Dostavují se nepříjemné duševní stavy přirovnatelné k depresím, silné touhy po opětovném zneužití drogy.

Kokain má obdobný efekt jako pervitin, avšak za hlavní rozdíl považujeme to, že kokain působí kratší dobu. Jeho zneužívání dětmi a dospívajícími není typické, neb je jeho cena stále dosti vysoká. (Nešpor, Csémy, 2003)

4.4 Halucinogenní drogy

Halucinogenní látky jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných drog. Představují skupinu látek přírodních i syntetických. Za základní efekt při požití je změna vnímání. U člověka vyvolávají především halucinace, přeludy, bludy či zmatenost. Popisovány jsou především zrakové a sluchové halucinace (Miovský in Kalina, 2003; Pokorný, Telcová, Tomko, 2002).

Halucinogenní drogy jsou považovány za nejdéle známé látky, které působí na psychiku člověka. Obsaženy jsou v různých rostlinách a od dávných časů byly součástí rituálních obřadů. Své výjimečné postavení mezi drogami získali tím, že málo z nich vyvolává závislost. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Scott, Grice (1998) uvádějí až kuriózní zmínku o tom, že se v Jižním Pacifiku vyskytuje ryba, jejíž tělo obsahuje halucinogenní látky. Maso bylo konzumováno pro své halucinogenní účinky. Lidé po konzumaci masa z této ryby uváděli vidiny a slyšeli neexistující zvuky.

Za nejznámější halucinogeny, které jsou v České republice k dispozici, řadíme především LSD a psilocybin.

4.4.1 LSD

LSD či jinými slovy taktéž derivát kyseliny lysergové je polysyntetickou drogou, psychedelickou. Její objev a zjištění účinků je svázáno s Albertem Hoffmanem, který se po dlouhou dobu věnoval vědecké práci v oblasti farmaceutik a taktéž stál u zrodu přípravy psilocybinu. (Miovský in Kalina, 2003)

Dříve se u nás jednu dobu využívalo LSD v rámci výcviku psychologů a psychiatrů. Předpokladem byl prožitek halucinací, což mělo za úkol vcítit se do psychického stavu pacientů. (Nešpor, Csémy, 2003)

V současné době se na našem trhu LSD vyskytuje převážně ve formě krystalů či tzv. tripů. Ve formě krystalů se jedná o malé granulky zpravidla zelené či tmavomodré barvy. Trip je popisován jako malý čtvereček potištěn různými symboly. Oba prostředky se pak umístí do úst pod jazyk, kde se postupně rozpouštějí. (Miovský in Kalina, 2003) Psychotropní efekty se dostavují do 90 minut. Délka účinku se pohybuje okolo 8 hodin. Někdy může být aplikována injekčně. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

LSD je schopno tzv. flashbacku. Jedná se o moment, kdy se stav bez jeho užití opět dostaví. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002) Presl (1995) vysvětluje, že malé množství drog je uchováváno ve tkáních po dlouhou (u halucinogenů může jít až o dobu dvanácti měsíců) a za vypjatých situací se může tato látka uvolnit do oběhu, poté neblaze působí na centrální nervovou soustavu.

4.4.2 Psilocybin

Jedná se o drogu obsaženou v houbách rodu *Lysohlávek*, které se ve velké míře vyskytují na našem území. Z historického hlediska patří tato stará známá droga v České republice k nejužívanější přírodní halucinogenní látce (Miovský in Kalina, 2003)

Dostupnost této drogy není nikterak složitá. Houby rostou obvykle v trsech a místa, kde se vyskytují, jsou již dávno známá. Množství psychoaktivní látky v houbě nelze přesně odhadnout, což s sebou nese značná rizika. Užívají se perorálně. Obvykle se houby suší či nakládají a pak se požívají různým způsobem především její hlavičky. (Presl, 1995; Miovský in Kalina, 2003)

U psilocybinu a potažmo i u LSD se nevyskytuje syndrom odnětí drogy. Značí to ten fakt, že nevyvolávají závislost, jak ji známe u jiných drog. Vysoké dávky u lysohlávek mohou způsobovat nevratné poškození orgánů, především ledvin a jater, dále může také dojít k různým srdečním potížím. (Miovský in Kalina, 2003)

4.5 Konopné drogy

Jak uvádí Miovský (in Kalina, 2003) historie užívání konopí spadá do pradávných dob. Autor se zmiňuje o pramenech z doby 10 000 let př. Kr. Užívání produktů z konopí bylo spjato především s náboženskými obřady. Pravděpodobně se jedná o psychotropní látku nejvíce rozšířenou po celém světě. (Presl, 1995) I v České republice se konopí hojně pěstuje. Lze jej pěstovat na celém území ČR, avšak nejvíce se mu vede v oblastech severní a jižní Moravy, kde konopí dosahuje největší kvality v souvislosti s obsahem psychoaktivních látek. (Miovský in Kalina, 2003) Zábranský (2003) staví konopné drogy na 3. místo nejrozšířenějších drog v ČR po alkoholu a tabákových výrobcích.

Konopí seté neboli Cannabis sativa je jednoletou rostlinou. Známý jsou její různé formy, které se liší především množstvím psychoaktivní látky THC (tetrahydrocannabinol) a obsahem pryskyřice. (Presl, 1995)

Miovský (In Kalina, 2003) za cannabinoidy označuje obecně všechny látky obsažené v konopí, jež působí na psychiku člověka. Dle Presla (1995) je konopí pěstováno na průmyslově využití, ale i takzvaně „na marihuanu“. Marihuanou jsou pak označovány sušené či jinak upravené listy a květenství stejné rostliny. (Presl, 1995) Miovský (In Kalina, 2003) uvádí výčet chorob, kde cannabinoidy bývají využívány k léčení. Řadí sem léčbu afektivních poruch, chronických bolestí, chemoterapii nádorových onemocnění a další. Své uplatnění nachází cannabinoidy i v neurologii či v očním lékařství. (Miovský in Kalina, 2003)

V našich podmínkách se nejčastěji vyskytují a užívají dvě základní podoby drogy - marihuana a hašiš. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

4.5.1 Marihuana

Jak už bylo dříve řečeno, marihuana spadá do skupiny látek označující drogy lehké, tedy drogy s akceptovaným rizikem. Presl (1995) ji považuje za symbol, díky svému

rozšíření. Bývá také námětem boje za její legalizaci. Slangových názvů pro marihuanu je vícero. Presl (1995) uvádí názvy jako bang, ganja, marjánka, tráva. Miovský (In Kalina, 2003) doplňuje slangové názvosloví pro marihuanu ještě termíny jako zelí či maruška.

Marihuana je zpravidla tmavě zelené barvy. Při nekvalitní přípravě, vlhkého sběru či rychlého sběru může mít barvu černozelelou. Lze ji užívat několika způsoby, přičemž k nejpoužívanějším patří kouření. Nešpor, Csémy (2003) přirovnávají zápach marihuanového kouře k zápachu při pálení trávy či bramborové natě. Marihuana se obvykle plní marihuanou buď čistou, anebo smíchanou s tabákem cigarety, vodní dýmky či dýmky. Po zapálení se kouř vdechuje. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002) Marihuana může být užívána i perorálně, obvykle je součástí pokrmů či nápojů. (Mioviský In Kalina, 2003)

Při začátečnickém užívání marihuany kouřením se účinky dostavují již do 10 minut, ale i dříve. Záleží na obsahu psychoaktivních látek. Typické je zčervenání očního bělma, neklid, nemístné poznámky a především smích. Dostavují se změny v zrakovém, sluchovém, chuťovém či čichovém vnímání, které je značně vitální. Po odeznění euforie osoba setrvává ve stavu, kdy jen tak hledí do prostoru a nemyslí na nic konkrétního nebo je unaven a volil by spánek. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Užívání marihuany nemusí nutně vést k požívání ostatních drog, ale toto riziko marihuana pronikavě zvyšuje. (Nešpor, Csémy, 2003) Mioviský (In Kalina, 2003) tento názor přímo neopětuje, avšak uvádí tu skutečnost, že za tzv. startovací drogy u dětí a adolescentů je považováno pití alkoholových nápojů a kouření nikotinových cigaret.

4.5.2 Hašiš

Za hašiš je považována konopná pryskyřice obsahující nepatrný obsah květenství a nečistot. Barva přechází z tmavě zelené až do nahnědlé. (Mioviský in Kalina, 2003) Hašiš je luhována za pomoci tuků ve vařící vodě, načež se nechá vykrystalizovat. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002) Hašiš taktéž obsahuje THC, ale ve srovnání s marihuanou může být až desetinásobně větší. (Nešpor, Csémy, 2003)

Pokorný, Telcová, Tomko (2002) popisují několik způsobů užívání hašiše. Aplikuje se buď ústy jako sladká či kyselá látka nebo se pije v čajích či různých nápojích. Největší účinek se však dosahuje obdobně jako u marihuany kouřením. Kouř se vdechuje do plic, kde se jej

uživatel snaží několik vteřin podržet. Jedinec obvykle dostane prudký záchvat kašle, avšak postupem času si dechové ústrojí na tento kouř zvykne. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Účinky hašiše jsou obdobné jako u marihuany, především ale závisí na typu osobnosti. Po užití kouřením se pocity naprostého klidu a příjemného snění u jedince objevují zhruba okamžitě až po dobu 1 hodiny. Nejčastěji se přidává do tabáku, anebo pro větší účinek se kombinuje přímo s marihuanou. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

4.6 Analgetika, sedativa a trankvilizéry

Za analgetika jsou považovány látky, které snižují vnímání bolesti. Lze je rozdělit na dvě základní skupiny – opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika. První uvedené působí přímo na centrální nervovou soustavu a slouží k útlumu středně silné až silné bolesti. Druhé uvedené působí přímo v místě bolesti a jsou stanovena k tišení bolesti nižší např. u bolesti kloubů, svalů či revmatických onemocnění. (Bayer in Kalina, 2003)

Látky se všeobecně zklidňujícím účinkem, to jsou sedativa. Jedná se o skupinu medikamentů, mezi které se řadí barbituráty, bromidy. Dnes se barbituráty už jen zřídka používají jako antiepileptika, tedy léky proti zamezení vzniku epileptického záchvatu. Za sedativa lze považovat i hypnotika, což jsou léky na spaní. Vyvolávají ospalost a navozují pocity spánku. Jsou tak mnohdy předepisovaným léky. (Bayer in Kalina, 2003)

Trankvilizéry jsou skupinou léků ovlivňující psychickou stránku člověka velice pozitivním způsobem. Slouží především k odstranění či snížení úzkosti, napětí a strachu. Cílovou skupinou pro podávání těchto látek jsou lidé s poruchami spánku, lidé s odvykacím syndromem při závislosti na alkoholu a barbiturátech. (Bayer in Kalina, 2003)

4.7 Léky vyvolávající závislost

Do této skupiny léků tvoří velká řada látek. Zařadit lze můžeme sedativ, hypnotika či léky s opioidním účinkem. Všechny tyto látky působí na centrální nervovou soustavu a navozují ospalost až celkový útlum, který vede k blábolivé řeči.

Bayer (In Kalina, 2003) hovoří o chronickém užívání, které vede jak k psychické, tak i somatické závislosti na určité návykové látce. Závislost nastává i u uživatelů, kteří ji

dostávají jako lék předepsaný svým praktickým lékařem. Jestliže má uživatel svoji dávku drogy, svého léku, nemusí se to nikterak zjevně projevit do doby, než překročí svoji toleranci.

Objeví-li se nedostatek drogy nebo léku, zpravidla nastane odvykací syndrom doprovázený neklidem, nespavostí, agresivním jednáním. Dostaví se také bolesti svalů, třeš, průjmy aj. (Bayer in Kalina, 2003)

Bayer (In Kalina, 2003) také uvádí, že nejvíce postižených pacientů, kteří jsou na lécích závislí, jsou osoby ve středním a vyšším věku, avšak závislost je známá i u pacientů mladých a mladistvých.

4.8 Těkavé látky

Jedná se o skupinu organických rozpouštědel, ředidel, lepidel, ale i plyných látek. V Mezinárodní klasifikace nemocí a její 10. revizi jsou pod označením F 18. Těkavé látky se od sebe liší chemickou strukturou a způsobem účinku na organismus. Za společný rys po užití je ovlivnění centrální nervové soustavy, které se projevuje euforií, mohou se objevit sluchové a zrakové halucinace. (Hampl in Kalina, 2003)

Z mnoha důvodů jsou organická rozpouštědla velmi nebezpečná. Pokud mladistvý nebo dítě upadne do bezvědomí po inhalaci takových látek, hrozí otrava s možným následkem smrti. Právě tato cílová skupina jedinců pak přechází k drogám jiným, může se vytvořit závislost, což vede k dalšímu pokračování jejich drogové kariéry. (Nešpor, Csémy, 2003)

Těkavé látky jsou v obchodech dodávány v láhvích, plechovkách či sprejích (ředidla, čistidla). (Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007)

Za inhalační drogy, jak jsou také někdy těkavé látky označovány, považujeme toluen, trichlorethylen, rajský plyn či benzin. (Hampl in Kalina, 2003)

4.8.1 Toluen

Toluen je nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog v České republice. Jedná se o organické rozpouštědlo, jež poškozuje tkáň organismu, se kterými přijde do styku. Kapalina je bezbarvá, získává se z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Vdechováním

par toluenu vede k trvalému poškození cest dýchacích, postupem času dochází i k poškození jaterní tkáně. (Hampl in Kalina, 2003; Presl, 1995)

„Na rozdíl od všech ostatních drog jde totiž při čichání toluenu jen těžko odměřit přesnou dávku. Tím se markantně zvyšuje riziko nechtěného předávkování. O tomto faktu svědčí skutečnost, že naprostá většina úmrtí prokazatelně u nás spojená s předávkováním drogou není zapříčiněna pervitinem nebo heroinem – ale toluenem.“ (Presl, 1995, s. 43)

4.8.2 Trichlorethylen

Jedná se o kapalinu – rozpouštědlo, které se užívá na pracovištích v průmyslových objektech. Cílovou skupinou mohou být uživatelé z řad pracovníků. Po užití této látky se dostávají sluchové či zrakové halucinace. (Hampl in Kalina, 2003)

4.8.3 Rajský plyn

Jedná se o oxid dusný smíšený s kyslíkem. Toto složení má za následek vyvolání opojného bezbolestného stavu, a to ihned krátce po vzdechnutí. Především se používá ke krátkodobějším narkózám. Vdechuje se z nafukovacích balónků nebo lahvíček na výrobu šlehačky. (Hampl in Kalina, 2003)

4.9 MDMA a jiné drogy „technoscény“

V této kapitole se budeme zabývat drogami MDMA, PCP a ketamin.

4.9.1 MDMA (extáze)

MDMA je v odborné literatuře označení pro drogu extázy neboli extáze, které bylo odvozeno od jejího chemického názvu. Jde o drogu, jejíž velké „boom“ nastalo v 70. a 80. letech minulého století především ve spojitosti s velkými diskotékami. Jedná se především o užívání v klubech a na velkých masových akcích za doprovodu hudby stylu techno, house, rave apod. Proto je extáze považována za nejtypičtějšího zástupce ze skupiny tzv. tanečních drog. (Minařík, Páleníček in Kalina, 2003)

Dle Minaříka a Páleníčka (In Kalina, 2003) extázy uživatelé pokládají za příjemnou a bezpečnou záležitost, kterou lze mít dlouhodobě pod kontrolou a na níž nevzniká závislost. Takový uživatel obvykle velice intenzivně tančí třeba i do naprostého vyčerpání, což vede k následkům tělesného poškození.

Extáze výrazně posiluje smyslové vnímání, osobní kontakt a dotyky se k druhým lidem, ale i k sobě samému stávají velice příjemnými. Vyšší dávky extáze mohou vyvolávat nervozitu, nespavost, zvýšenou srdeční činnost, nespavost či závratě. Za varovné signály považujeme především prudký vzestup tlaku a pulzu, v ústech se dostaví pocit sucha a skřípání zubů což může vést k dehydrataci a přehřátí organismu. Takové zdravotní komplikace vedou k velkým nepříjemnostem. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Extáze lze na trhu sehnat v podobě tablet či kapslí. Do tablet bývají z jedné strany vytlačené obrázky v podobě delfína, holubice a jiné. Tablety mohou být různého tvaru, nejčastěji však kulaté. V čisté formě je extáze bílá krystalická látka velmi silně nahořklá. Minařík a Páleníček (In Kalina, 2003) hovoří o konzumaci až deseti tablet za večer, avšak autoři se zmiňují i o případu, kdy jedinec užil až několik desítek tablet extáze. Vždy záleží na složení tablet.

Nežádoucí účinky a vážně komplikace mohou také nastat s kombinováním extáze a jiných druhů drog. Uživatelé chtějí tímto dosáhnout lepší a silnější účinek. Za typické považujeme kombinaci s alkoholem, THC či amfetaminy. (Minařík, Páleníček in Kalina, 2003)

4.9.2 PCP

Jedná se o psychoaktivní látku, které se někdy mezi uživateli říká „andělský prach“. Látka působí na centrální nervovou soustavu s bolest tlumícími a halucinogenními účinky. Zkratka PCP je odvozena z chemického názvu phenylcyclidine phosphate, kterou lze levně a poměrně jednoduchým postupem vyrobit. (Minařík, Páleníček in Kalina, 2003)

PCP se požívá orálně, lze jej i šňupat avšak mnohem častěji se kouří. Efekt se dostavuje 5 minut po užití a vrchol nastává již po 30 minutách. V počátku se dostavují pocity euforie, tepla, vznášení se. Doprovázeny mohou být halucinace sluchové i zrakové. Účinky PCP

mohou trvat zpravidla 4-6 hodin, někdy však trvá i několik dní, než definitivně vymizí. (Minařík, Páleníček in Kalina, 2003)

4.9.3 Ketamin

V drogové společnosti se lze setkat s touto drogou i pod názvem „Ket“, „K“, či „Vitamín K“. Jedná se o silné anestetikum, chemicky příbuzné s PCP. Intoxikace je často prožívána jako nelibá. Pletou se časové souvislosti, nastupují halucinace. Za dominační zážitek považujeme ztrátu hmatu. Po intoxikaci prudce stoupá tlak krve, přidružuje se nevolnost, jedinec je v omezené míře schopen slovního projevu či pohybu. Intoxikace odeznívá zhruba po hodině. (Minařík, Páleníček in Kalina, 2003)

„V některých případech byly důsledkem dlouhodobého užívání stavy chronické disociace, provázené schizoidními projevy, včetně paranoidních bludů. V souvislosti s tím se pak vyskytly i zdravotní obtíže, zranění a dokonce i několik úmrtí. Jakmile se konzumace omezí, tyto stavy poměrně rychle odeznívají.“ (Stafford, 1997, s. 51)

4.10 Tabák

Tabák se do Evropy dostal v 16. století spolu s Kolumbovými námořníky, jakožto s prvními muži, kteří se s tabákem seznámili. Od této doby se pak tabák začal pěstovat i v Evropě. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002) Dnes je tabák rozšířen po celém světě. (Králíková in Kalina, 2003)

Kouř vznikající spalováním tabáku obsahuje velkou až 5 tisíc chemických látek. Najedeme v něm například dehty, oxid uhelnatý, nikotin, kyanid, formaldehyd a jiné. Pouze jedna z takových chemických látek je návyková. Nazývá se nikotin. Jedná se o bezbarvou tekutinu, bez zápachu. Nikotin je vstřebáván sliznicemi, odbourává se až po 4 dnech v játrech. Jedna cigareta obsahuje 1-2 mg, přičemž smrtelná dávka je okolo 80 mg, avšak velice rychle vzniká tolerance. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002; Králíková in Kalina, 2003)

Králíková (In Kalina, 2003) hovoří o dvou způsobech aplikace tabáku v České republice. První způsob je bezdýmý tabák. Ten lze rozdělit na šňupací a orální. Šňupací tabák se aplikuje vdechnutím do nosních dutin. Tabák orální je žvýkací, kdy se listy tabáku vkládají do úst a žvýkají. Dále může být tabák ve formě papírových pytlíků (podobné čajovým)

naplněné tabákem, které se vloží do úst, kde se z nich postupně uvolňuje nikotin s dalšími chemickými látkami.

Druhým způsobem aplikace je tabák, který hoří. Známy je především ve formě cigarety, doutníku či dýmky. Tabák v cigaretách i v dýmkách je různě doplňován a upravován. Dodávají se různé přísady na zlepšení hoření, barvy popela, vinutí kouře apod. (Králíková in Kalina, 2003)

Kouří-li jedinec více jak 20 cigaret denně, nastává tzv. nikotinismus. Jedná se o chronickou otravu nikotinem. Pokorný, Telcová, Tomko (2002) uvádějí tyto symptomy nikotinismu:

- nespavost (převažující symptom),
- chronické záněty dýchacích cest,
- nechutenství, zvracení,
- střídání průjmu a zácpy,
- zvýšení produkce moči,
- u žen poruchy menstruačního cyklu, u budoucích matek dochází k poškození vývoje plodu,
- u mužů snížená schopnost potence až impotence,
- vznik zánětů, vředů, kolik.

Autoři upozorňují na riziko vzniku nádorů v kombinaci potrava – vzduch – voda – kouření. Nádory postihují především dýchací a trávicí ústrojí, močový měchýř. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Králíková (In Kalina, 2003, s. 206) vyzdvihuje 3 skupiny, které nejčastěji postihují nemoci vzniklé kouřením: kardiovaskulární (podíl kouření asi 20-25 %), nádorová onemocnění (30 %) a chronická plicní onemocnění (75 %). Nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření je infarkt myokardu. Přímé důsledky kouření s následkem smrti zasáhnou v ČR více než 20 000 lidí za rok. (VZP ČR, s. 12) Nešpor, Csémy (2003) popisují typické obtíže u začátečníků s kouřením, což mohou být ve valné většině právě děti a mládež. Jedná se o bledost, studený pot, nevolnost či zvracení, bolesti hlavy a pokleslá nálada. Dalším typickým pro kuřáka je zápach z úst, načichlé oblečení od kouře z cigaret, avšak i popáleniny

způsobené cigaretou lze především u dětí a mládeže považovat za varovné signály. (Nešpor, Csémy, 2003)

Jak uvádějí Pokorný, Telcová, Tomko (2002) odnaučení se kouřit není vůbec jednoduché. V první řadě se předpokládá motivace kuřáka k tomu, aby s kouřením přestal. Jelikož je kouření naučené chování, které si jedinec upevňuje mnoho let, není možné očekávat okamžitý výsledek. Změna chování může trvat i několik let, průměrné období je však kolem 3 měsíců. (Králíková in Kalina, 2003)

Během tohoto poměrně dlouhého období nastupují u kuřáků typické abstinenci příznaky. Ty jsou v závislosti na době, po kterou jedinec kouřil, ale i na celkovém tělesném stavu. Objevují se do několika hodin po posledním užití nikotinu. Pokorný, Telcová, Tomko (2002) uvádějí tyto příznaky: únava, zažívací potíže, brnění ve svalech až křeče slabé povahy, poruchy spánku, neklid. Králíková (In Kalina, 2003) doplňuje předchozí výčet symptomů o craving (nezvladatelná touha po cigaretě), nervozitu, podrážděnost, o změny nálad, smutek až deprese.

„Bez rizika nejsou ani pasivní kuřáci, tedy ti, kdo se zdržují v zakouřených prostorách, i když sami nekouří. To se týká zvláště dětí, protože jejich odolnost je menší. Hrozí jim záněty dýchacích cest a astma. Ten, kdo žije ve společné domácnosti s málo ohleduplným kuřákem, zatěžuje své tělo dávkou zhruba dvou cigaret za den, i když sám nekouří“. (Nešpor, Csémy, 2003, s. 30)

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách ve svém výzkumu orientovala na chlapce a dívky ve věku 16 let. Z výzkumu vzešly následující informace. Alespoň jedenkrát v životě kouřilo 75% studentů, za poslední měsíc kouřilo 42% respondentů. Mezi dívkami bylo v roce 2011 celkem 24% denně kouřících, u chlapců se číslo vyšplhalo k 27% denně kouřících. „Zatímco v roce 2007 uváděly denní kouření více dívky, v roce 2011 byli častějšími denními kuřáky chlapci. (ESPAD, 2012)

5 Rizika jednotlivých skupin některých psychoaktivních látek

Jelikož nelegální látky narušují psychickou i fyzickou stránku člověka, užívání vede k patologickým následkům. Bohužel v podmínkách České republiky má způsob užívání drog závažnější škodlivé efekty než je látka samotná. (Zábranský, 2003) Znalost rizik považujeme za velice podstatné, nabízejí totiž důvody, jež se dají využít při upevňování motivace ke změně. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998)

Nešpor, Csémy, Pernicová (1998) hovoří o těchto rizicích jednotlivých skupin návykových látek:

Rizika společná pro většinu návykových látek:

- otravy,
- vybudování závislosti,
- poškození tělesného i duševního zdraví,
- rozpad mezilidských vztahů, především vztahů rodinných,
- trestná činnost, násilné nebo agresivní chování (při opatření si drogy, pod vlivem návykové látky apod.),
- velké riziko k užívání i jiných psychoaktivních látek,
- při dlouhodobějším užívání návykových látek negativní změny osobnosti.

Rizika u drog, jež jsou aplikovány nitrožilně:

- stoupá riziko těžké intoxikace (v krvi koncentrace drogy prudko stoupá),
- zrod hnisavých ložisek v různých částech těla, především však v místě vpichu,
- vysoký potenciál k zanesení infekce do těla jedince (vznik žloutenek a AIDS),
- větší pravděpodobnost při otravě příměsmi, jež vznikají při výrobě drog.

Rizika návykových látek, jež jsou kouřeny:

- onemocnění dýchacího systému, dutiny ústní ale i nádorová choroba v jiných oblastech,
- chronické záněty průdušek, plicní rozedma,
- vyšší riziko zrodu zápalu plic či jiných infekcí dýchacího systému.

Dle uvedeného rozdělení návykových látek dle Kaliny (2003) přiřazují Nešpor, Csémy, Pernicová (1998) k jednotlivým látkám tato hlavní rizika:

Alkohol:

- ohrožující jednání pod vlivem alkoholu (pády, úrazy, dopravní nehody), zvýšené riziko sebevražedného chování, trestná činnost fyzické či slovní agresivní chování,
- otrava alkoholem (u mladistvých může vypuknout i po malých dávkách alkoholických nápojů),
- duševní onemocnění (deprese, alkoholické psychózy), zhoršení série onemocnění (cukrovka, vysoký krevní tlak),
- u žen vzniká riziko poškození plodu v těhotenství,
- postupné oslabení imunitního systému.

Opioidy a opiáty:

- velice rychle stoupající růst závislosti,
- riziko smrtelných otrav (předávkování), odolnost vůči látce se mění,
- odvykací příznaky krutých forem,
- alergická reakce, šok.

Stimulancia:

- typické deprese po odeznění efektu látky,
- závislost se rychle rozvíjí,
- otrava s následky smrti jako následek selhání srdce,
- poškození srdce a jater,
- vznik toxických psychóz, které se projevují úzkostnými vztahy.

Halucinogeny:

- nebezpečné jednání či chování k sobě samotnému nebo k druhým lidem,
- hrozba pro duševní složku člověka (bludy, halucinace, deprese)
- nebezpečí ve formě příměsí, které drogy získaly během výrobního procesu.

Konopné drogy:

- riziko zrodu nádorů dutině ústní, hltanu či jícnu,
- onemocnění dýchacího ústrojí,
- zvyšování rizika k přechodu k jiným, těžším formám návykových látek,
- úzkostné a nepředvídané nepříjemné stavy u jedinců – začátečníků.

Analgetika, sedativa, trankvilizéry:

- riziko otravy, které roste v kombinaci s alkoholickými nápoji,
- negativní účinky na paměť,
- po vyšších dávkách vzniká závislost se somatickými odvykacími příznaky.

Těkavé látky:

- vznik závislosti,
- otravy s následkem smrti, pokud jedinec zůstane při otravě v prostředí s výpary těkavých látek,
- poruchy paměti, negativní vlivy na činnost mozku,
- choroby krevetvorby a jater,
- velké riziko přechodu k jiným psychoaktivním látkám.

Tabák:

- velká pravděpodobnost vzniku závislosti na tabáku,
- úpadek tělesné výkonnosti,
- negativní účinky na pokožku kuřáka,
- riziko vzniku onemocnění tepen na dolních končetinách,
- srdeční choroby (především infarkt myokardu),
- riziko poškození plodu u těhotných žen.

Zábranský (2003) rozlišuje 3 typy rizik dle oblastí, ve kterých vznikají, na:

- zdravotní,
- kriminální,
- ekonomické.

Ekonomické riziko vyjadřuje promítnutí finančních prvků prvních dvou rizikových oblastí.

5.1 Rizika zdravotní

Zdravotní rizika užívání drog můžeme dělit dle nositele škody nebo dle mechanismu vzniku škody na individuální – nese je přímo uživatel drogy a populační – nesou je i jiné osoby než je sám uživatel. (Zábranský, 2003, s. 20-21)

Individuální zdravotní rizika lze ještě rozdělit na přímé a nepřímé. Za přímá rizika považujeme somatická a psychická poškození, vznikají tedy přímo v důsledku interakce psychotropní látky a organismu. Nepřímá rizika neplynou z chemického složení dané látky, ale jsou způsobeny jinými důsledky. Jedná se např. o následky způsobu aplikace, následek kontextu, ve kterém se osoba pod vlivem látky nachází, následky nechtěného obsahu látek v dávkách drog, následek socioekonomických poměrů u uživatelů látek. Populační riziko nese obyvatelstvo jako celek. Řadíme sem rizika jako je např. šíření krevně přenosných nemocí injekční jehlou, sexuální styk, dopravní či jiné nehody, při kterých jsou aktivní účastníci jednak osoby užívající psychotropní látky a i osoby bez známek omamných látek apod. (Zábranský, 2003, s. 20-21)

5.2 Rizika kriminální

Jak už z názvu plyne, drogy souvisí se zákonem. Dotkneme se zde tedy drogové legislativy. Zábranský (2003) rozeznává primární a sekundární drogové trestné činy.

Výroba, držení, prodej atd. nelegálních drog spadají do kategorie primárních drogových trestných činů. Dle Trestního zákona platného v České republice jsou výše uvedené činy chápány jako trestní nebo jsou brány jako přestupky. Za nosné body drogové legislativy považujeme Trestní zákon s jeho konkrétními paragrafy. Jedná se o §187, §187a, §188, §188a. Přestupky podléhají Přestupkovému zákonu, konkrétně pak §30. (Zábranský, 2003; Krmenčík, 2007b)

Sekundární drogové trestné činy jsou dle Zábranského (2003, s. 21-22) „*ostatní trestné činy, které jsou páčány v jakékoliv souvislosti s drogami nebo pod jejich vlivem*“. Patří sem páčání trestných činů pod vlivem drog, za pomoci drog nebo často za účelem obstarání si

různých potřeb na návykové látky, což je taky nejčastější způsob těchto drogových činů. Hovoříme hlavně o drobné majetkové kriminalitě, výjimečně pak o trestných činech v doprovodu násilí. (Zábranský, 2003)

5.3 Rizika ekonomické

V důsledku užívání drog jednotlivci či společností jsou právě ekonomické škody považovány za indikátory zátěže. Ekonomické rizika lze vyjádřit jako škody peněžní předchozích dvou škod. (Zábranský, 2003)

„Základem nejrůznějších ekonomických vyjádření škod, plynoucích z nemoci negativního jevu obecně, je ocenění těchto škod. Za standard takového postupu je metodika Nákladů na nemoc (Cost of Illness – COI)“. (Zábranský, 2003, s. 23)

„COI studie se zabývají společenskými náklady na zdroje, vynaložené na léčbu, prevenci, výzkum a prosazování práva (represi), peněžně vyčíslují ztráty produktivity, jež společnost utrpěla v důsledku zvýšené nemocnosti a úmrtnosti“. (Zábranský, 2003, s. 23)

Náklady zahrnované do COI studií v oboru psychotropních látek jsou trojího typu, a to přímé, nepřímé a hmotné. Náklady přímé představují hotové peníze vydané pro zájem řešení drogového problému. Spadají sem náklady zdravotní a sociální péče; prevence, výzkumu a vzdělávání apod. Nepřímé náklady jsou brány jakožto ztráty produktivity, neb v případě neexistence drog by uživatelé návykových látek byli považováni za produktivní členy společnosti. Ztráta produktivity nastává v důsledku nemoci, ztráty svobody či nulové ekonomické výkonnosti. (Zábranský, 2003) Poslední kategorií jsou náklady nehmotné, kam Zábranský (2003) řadí utrpení a bolest, rodinné zdraví, ztrátu blízkých, psychosociální vývoj.

6 Prevence

„Slovo *prevence* je latinského původu a znamená *opatření učinění předem, včasnou obranu nebo ochranu*“. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1999, s. 6) V našem případě se zaměřujeme na zabránění zrodu negativních jevů, čímž je kupříkladu rizikové chování. (Miovský et al., 2010) Opakem prevence je *represe*⁵. Zábranský (2003, s. 57) chápe *represi* jakožto širokou škálu různých aktivit zaměřenou na zastavení nebo omezení výroby a distribuci drog.

Miovský et al. (2010, s. 23) rozumí pod pojmem rizikové chování „*chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost*“. Tento termín pak nahrazujeme doposud užívaný pojem sociálněpatologické jevy. K vzorcům rizikového chování, o kterých Miovský et al. (2010, s. 24) hovoří jako o „*souborech fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi*“, řadíme i užívání návykových látek.

Rozlišujeme následující užívání návykových látek:

- „experimentální užití drog
 - rekreační – příležitostné užívání drog
 - problémové užívání drog
 - závislé užívání drog“.
- (Prevence-info.cz, 2012)

Za prevenci rizikového chování Miovský et al. (2010, s. 24) pokládá „*jakékoliv typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky*“.

Klasický model rozdělení prevence uvádí Zábranský (2003, s. 55 - 56) i jiní odborníci (Kalina, 2003; Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, 1999; Miovský et al., 2010) a člení ji tradičně v souladu s WHO na *primární, sekundární a terciární*.

⁵ Bém, Kalina, Radimecký (In Kalina, 2003, s. 39) považují *represi* za jeden z pilířů protidrogové politiky ČR a znamená „soubor zákonných opatření a aktivit k potlačování nabídky drog“.

6.1 Primární prevence

Jak uvádí Zábanský (2003, s. 55) „*Cílem primárně (proti)drogových preventivních aktivit je předejít zneužívání drog anebo oddálit první setkání dětí a mladých lidí s drogami do co nejpozdějšího věku*“. „*Cílovou skupinou primární prevence je dosud nezasažená populace*“.

Nováková (in Kalina, 2003b) pak hovoří o preventivních aktivitách, za které považuje především volnočasové aktivity pro mládež, poradenské služby, poskytování informací, rozvoj sociálních dovedností apod.

6.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence lze také označit za časnou intervenci. (Nešpor, Csémy, Pernicová (1998, s. 6) Jak uvádí Zábanský (2003, s. 56) cílem sekundární prevence „*je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život*“.

Resocializační a léčebné programy jsou dvou druhů. Jedná se o nízkoprahové a vysokoprahové programy. První uvedené na klientech přímo nevyžadují abstinenci jakožto podmínku pro vstup. Poskytují léčbu tělesných poškození, poradenství v psychologické i sociální oblasti a též léčbu k abstinenci. Druhý typ programů pro vstup striktně vyžaduje abstinenci. Poskytují služby psychiatrické či psychologické pomoci s cílem vytvořit, posílit či upevnit návyky a abstinenčnímu chování. (Zábanský, 2003)

6.3 Terciární prevence

Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení závažnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu defektu z užívání drog. (Kundrle in Kalina, 2003a)

Zábanský (2003, s. 56) se vyjadřuje k tomuto pojmu takto: „*Terciární prevence je zaměřena na ty uživatele drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni se užívání drog vzdát. Cílem intervencí či opatření je předejít nebo změnit rizikové chování, jež může mít za následek poškození či zhoršení jejich zdravotního stavu nebo jejich sociální situace*“.

Využívá především přístupu ze sociální úrovně. Pomoc uživatelům návykových látek má podobu zdravotního pojištění, chráněného zaměstnání, chráněného bydlení, poradenství atp. (Kundrle in Kalina, 2003a)

Nešpor, Csémy, Pernicová (1998) označují terciární prevenci jakožto léčbu závislosti na návykových látkách.

6.4 Specifická a nespecifická prevence

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a jeho Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č. j. 21291/2010-28 rozhodlo o rozdělení primární prevence rizikového chování na tzv. specifickou a nespecifickou formu. Tímto Metodickým doporučením byl zrušen dříve platný Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže č. j.: 20 006/2007-51. (MŠMT, 2010)

Specifickou primární prevencí rozumíme takové aktivity a programy, jež jsou zaměřeny specificky na přecházení a snižování výskytu jednotlivých forem rizikového chování. Primární prevence nespecifická obsahuje veškeré aktivity posilující zdravý životní styl, pozitivní sociální jednání za pomoci vhodného využívání sportovním, zájmových a jiných volnočasových aktivit či programů, které směřují k upevnování a respektování určitých společenských norem, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za své činy a jednání. (MŠMT, 2009; MŠMT, 2010)

6.5 Všeobecná, selektivní a indikována primární prevence

Pro potřeby této diplomové práce se zaměříme zejména na prevenci primární. Harmonicky se Černý (in Miovský et al., 2010, s. 42-43) shoduje s Galla a s výše uvedeným pokynem MŠMT, při definování tří úrovní specifické primární prevence:

- a) **Všeobecná primární prevence** je zaměřená na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělení na rizikové skupiny. V úvahu bere pouze věkové složení populace a případné zvláštnosti (sociální či jiné faktory).

- b) **Selektivní primární prevence** se orientuje na osoby, u kterých jsou zvýšeně přítomny faktory pro vznik a vývoj různých forem rizikového chování, tedy pro osoby, jež jsou více ohrožené, než běžná populace.
- c) **Indikovaná primární prevence** se zabývá jedinci, jež jsou vystaveni působení zřejmých rizikových příznaků, popřípadě u kterých se již projeví známky rizikového chování.

Pro shrnutí lze použít tvrzení Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost, 2009, s. 10) „*Zatímco obecná prevence je zaměřena na celou populaci s průměrným rizikem, selektivní prevence je určena skupinám se zvýšeným rizikem a indikovaná prevence má zasáhnout u jedinců s počínajícími problémy*“.

6.6 Neúčinná a efektivní primární prevence

Ve výše uvedeném Metodickém doporučení se také lze setkat s pojmy neúčinná primární prevence a efektivní primární prevence. Do neúčinné primární prevence spadají hromadné aktivity kulturního či sportovního charakteru, návštěvy historických míst. Měly by být pouze doplňkem navazujícím na diskuzi. Radíme sem také pouhé předávání informací, jednorázové akce, přednášky, sledování dokumentu, besedy s ex-uživateli návykových látek. (MŠMT, 2010)

Druhý z uvedených pojmů reprezentuje komplexní, kontinuální a interaktivní programy za účelem pomoci žákům ke zkvalitnění komunikace, osvojování a rozvoji sociálních a emočních dovedností, zvládnutí konfliktů a stresujících situací, odmítání legálních a nelegálních látek, zvyšování sebevědomí a sebehodnocení, posilování odvahy, zvládnutí úzkosti apod. (MŠMT, 2010) Nešpor, Csémy, Pernicová (1999, s. 6) považují za cíle efektivní prevence předcházení užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku; posunutí setkání s drogami do pozdějšího věku, kdy je psychická stránka i organismus dospívajícího odolnější a na vyspělejší stupni; snížení či zastavení experimentů s návykovými látkami, což vede k předcházení různých zdravotních poškození a vzniku závislosti.

Jaké by měly být požadavky na efektivní prevenci a jaké jsou její zásady, velice pěkně popisují Miovský et al. (2010) v monografii Primární prevence rizikového chování ve

školství. K Danému tématu se také vyjadřují např. Nešpor, Csémy, Pernicová (1999), Nešpor (2003) nebo Bém, Kalina (in Kalina, 2003b).

6.7 Preventivní programy

Minimální preventivní program je dokumentem školy zaměřující se především na výchovný a vzdělávací proces směřující ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji v oblastech sociálních, osobnostních a komunikačních. Opírá se o podporu vlastní aktivity žáků, zapojení celého sboru pedagogických pracovníků školy a součinnost se zákonnými zástupci žáků. Životnost programu je jeden rok. Vytváří jej školní metodik prevence. Hodnocení je uvedeno ve výroční zprávě o činnosti školy. (MŠM, 2010)

Základní typy programů, se kterými se můžeme v preventivní praxi setkat, popisuje a dělí Gabrhelík (in Miovský et al., 2010, s. 48-52) na dvě skupiny:

Skupina 1: Programy zaměřené na rozvoj životních dovedností

- Programy zaměřené na rozhodovací schopnosti.
- Programy zaměřené na zvládání úzkosti stresu.
- Programy zaměřené na nácvik a rozvoj sociálních dovedností.
- Programy zaměřené na nácvik dovedností odolávat tlaku.

Skupina 2: Programy zaměřené na interpersonální rozvoj

- Programy zaměřené na uvědomování si hodnot.
- Programy zaměřené na stanovování cílů.
- Programy zaměřené na budování pozitivního sebehodnocení.
- Programy zaměřené na stanovování norem.
- Programy spojené se složením přísahy.
- Programy informativní.
- Programy vrstevnické.
- Programy pro rodiče.

Obecně pak platí, že pokud jsou výše uvedené programy používány samostatně, jejich efektivita není příliš vysoká. Pokud chceme zvýšit efektivitu programů, dosáhneme tím jejich kombinacemi. (Gabrhelík in Miovský et al., 2010)

7 Intervence

Nešpor, Provozníková (1999, s. 13) považují za intervenci „opatření, kterými se reaguje na zvýšené riziko zdravotního či sociálního selhání“. Libra (In Kalina, 2003, s. 276) doporučuje „používat termín krizová intervence pro soubor technik, selektivně a strategicky užívaných pro okamžité a efektivní zacházení s lidmi, kteří akutně reagují na nadměrné množství životní událostí“.

Krizová intervence si klade za cíle uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí prohlubování krize a propracovat s klientem brzkou budoucnost. V průběhu krizové intervence pracovník poskytuje služby klientovi za účelem usnadnění komunikace, umožňuje mu správný odhad problému a jeho účelné řešení, snaží se zmapovat možnosti podpory v okolí klienta, podporuje klienta při vyjadřování emocí, napomáhá k získání sebedůvěry. Za základní pilíř programů krizové intervence považujeme efektivní pomoc, v co nejméně omezujícím prostředí. (Libra in Kalina, 2003) Intervenci lze třeba realizovat s ohledy na stav jedince, získané návyky konkrétních návykových látek, zřetel, jemuž s největší pravděpodobností bude vystaven. (Miovský et al., 2010)

Může probíhat na úrovni učitelů, praktických lékařů, v pracovním prostředí či za pomoci dalších jiných odborníků, jejichž specializace není přímo specializovaná na léčbu závislostí. (Nešpor, 2003)

Nešpor, Csémy, Pernicová (1998; 1999) hovoří o pojmech krátká intervence nebo časná intervence. „Kromě pojmu časná intervence, která se týká pomoci v časných stádiích problému, se lze v literatuře setkat i s pojmem krátká intervence. Tento pojem charakterizuje spíše formu pomoci než jejího adresáta“. „Efektivita krátké intervence ve vztahu k jednotlivému dospívajícímu nebude patrně taková jako efektivita několikaměsíčního programu indikované intervence⁶“. Jelikož lze krátkou intervenci používat v širokém měřítku, její význam pro školní zařízení či společnost je velmi zásadní. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1998, s. 7)

⁶ „Indikovaná prevence je určena těm žákům, kteří s návykovými látkami experimentují, ale ještě u nich není možné diagnostikovat škodlivé užívání návykových látek nebo závislost na nich.“ (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1999, s. 15)

Zábranský rozděluje intervence drogových politik do dvou velkých okruhů – preventivního a represivního. (Zábranský, 2003, s. 55)

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část se zabývá vyhodnocováním výsledků dotazníků. V této části diplomové práce jsou uvedeny metody, které byly pro šetření použity. V kapitole dotazníkové šetření a jeho výsledky jsou objasněny zjištěné fakta. V praktické části jsou taktéž uvedeny závěry z šetření.

8 Metodologie výzkumu

Výzkum byl proveden za účelem získat informace o užívání návykových látek u žáků 2. stupně základních škol praktických v Olomouckém kraji. Dále nás pak zajímali metodici prevence na základních školách praktických a jejich možnosti spolupráce s jednotlivými subjekty; způsoby, prostředky či postupy, se kterými pracují a jejich účinnost.

8.1 Výzkumný problém

V jaké míře je dle subjektivního názoru respondentů srovnatelná časová náročnost práce v pozici metodika prevence s jejím finančním ohodnocením?

Spolupracují jednotliví metodici prevence mezi sebou, s dalšími organizacemi a vnímají nějaká omezení ze stran spolupracujících organizací?

Jaké metody jsou využívány při práci s rodinou žáka a samotným žákem při prevenci užívání návykových látek?

Podporují jednotlivé základní školy ve smysluplném trávení volného času jejich žáků?

Zajímá nás, zda existuje statisticky významný rozdíl při užívání jednotlivých návykových látek u dětí Základních škol praktických v Olomouckém kraji.

8.2 Výzkumné metody

V následující podkapitole se seznámíme s metodami, jež byly využity při sběru dat, jejich rozboru vedoucích k vyvození závěrů.

8.2.1 Výběr výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl vybrán metodou záměrného (úcelového) výběru přes instituce. Dle Miovského (2006) je to metoda, kdy využíváme činnosti určité instituce, určené pro cílovou skupinu, která je předmětem našeho zkoumání. V našem konkrétním případě se jí staly jednotlivé základních škol praktických v Olomouckém kraji. Daný výběr byl zvolen pro jeho efektivnost (z hlediska času a nákladů). Výběrovým kritériem tedy byla skutečnost, že jednotliví respondenti jsou zaměstnanci dané školy na pozici metodika prevence.

8.2.2 Metoda sběru dat

Ke sběru dat jsme použili metodu zjišťování dat - dotazníku. „*Dotazník v jeho základní podobě není nic jiného než standardizované interview předložené v písemné podobě*“. (Ferjenčík, 2000, s. 183) Gavora (In Chráska, 2007, s. 163) vymezuje dotazník jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“.

Dotazník obsahuje celkem 17 otevřených otázek. Mezi otevřené otázky Chráska (2007) řadí tzv. kontrolní položky, které dotazujícím nenavrhují žádné přípravné odpovědi. U tohoto typu položek není respondent nijak ovlivňován, ustanovený je pouze předmět, ke kterému se mají vyjádřit.

V úvodu dotazníku se nachází hlavička s oslovením a představením, kde jsou uvedeny údaje o názvu diplomové práce, cílu práce a informace o ochraně osobních údajů.

Dotazník je rozdělen na tři části.

Část první obsahuje otázky zaměřující se na profesi metodika prevence, ve kterých zjišťujeme, kolik let daná osoba vykonává funkci metodika prevence, jaký je její úvazek, jak hodnotí práci metodika prevence, další vzdělávání v této oblasti a zda považují metodici prevence svoji práci za smysluplnou. Bylo zde položeno 5 otázek.

Druhá část se zabývá otázkami o spolupráci s jednotlivými subjekty – různé organizace, odborníky v rámci kraje, s rodiči. Dále pak zdali jsou nějaká omezení, co se týče legislativního zakotvení v pozici metodika prevence či jakými způsoby probíhá podpora využití volného času žáků v rámci profese metodika prevence. Bylo položeno 6 otázek.

Třetí část je cílena na specifické oblasti v práci metodika prevence. Respondenti odpovídali na otázky týkající se řešení prevence na škole, vypracování speciálních preventivních programů, používání metod, postupů a programů při užívání návykových látek. Nechybí ani dotaz na počet případů za kalendářní měsíc a o jaké návykové látky se jedná.

V závěru dotazníku je prostor pro uvedení emailu dotazovaných k seznámení s výsledky výzkumu.

8.2.3 Metody analýzy kvalitativních dat

Proces analýzy je zaměřen především na celkovou deskripci získaných dat a jejich komentování a doplňování. Dle Miovského (2006, s. 220) spočívá Komentování a doplňování dat v psaní komentářů a doplňků, které vhodným způsobem rozšiřují existující data či je uvádějí do kontextuálních vztahů, čímž usnadňují a zpřesňují analýzu.

8.2.4 Deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze

„V širším pojetí chápeme deskriptivní přístup jako jakýsi první stupeň analytické práce. Kvalitní práci by měla předcházet jakékoli interpretaci, jinými slovy deskriptivní přístup v oblasti analýzy kvalitativních dat tvoří jakousi základní bázi, z níž vycházíme a k níž se zpětně při interpretaci vztahujeme. Validní interpretace má vždy pevné zakotvení v kvalitní deskripci a obě části od sebe nelze oddělit“. (Miovský, 2006, s. 221-222)

8.2.5 Metoda prostého výčtu

Tato metoda stojí na pomezí kvalitativního a kvantitativního přístupu a pomocí ní se vyjadřuje vlastnost určitého jevu. Může se týkat poměrů, četnosti či intenzity výskytu. Kvantita je v určitých případech nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů. (Miovský, 2006, s. 222-223)

8.2.6 Metoda pro analýzu nominálních dat – test dobré shody chí – kvadrát

Tato metoda ověřuje, zda četnosti, které byly získány měřením, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají nulové hypotéze. Test dobré shody chí – kvadrát začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy. (Chráška, 2007) Daná metoda je zde vybrána z důvodu ověření získaných dat vyjádřených metodou prostého výčtu.

8.3 Realizace výzkumu

Dotazníky byly rozesílány v elektronické podobě e-mailem, ve dvou případech byly osobně předávány metodikům prevence.

Dotazníky byly odeslány či osobně předány metodikům prevence v základních školách praktických Olomouckého kraje. Spadají sem tyto školská zařízení:

- Dětský diagnostický ústav, středisko výchovné péče, ZŠ a školní jídelna, Olomouc - Svátý Kopeček, Ústavní 97/9.
- Střední škola a Základní škola Lipník nad Bečvou, Osecká 301.
- Střední škola, základní škola a mateřská škola o. p. s., Tetín 1.
- Výchovný ústav, dětský domov se školou, základní škola a střední škola, Šumperk, Vyhlídka 1.
- Základní škola a Mateřská škola Mohelnice, Masarykova 4.
- Základní škola a Mateřská škola Přerov, Malá Dlážka 4.
- Základní škola Jeseník, Fučíkova 312.
- Základní škola Kojetín, Sladovní 492.
- Základní škola Moravský Beroun, Masarykova 357.
- Základní škola prof. Z. Matějčka, Svatoplukova 11.
- Základní škola Šternberk, Olomoucká 76.
- Základní škola Uničov, Šternberská 35.
- Základní škola, Dětský domov a Školní jídelna Litovel, Palackého 938.

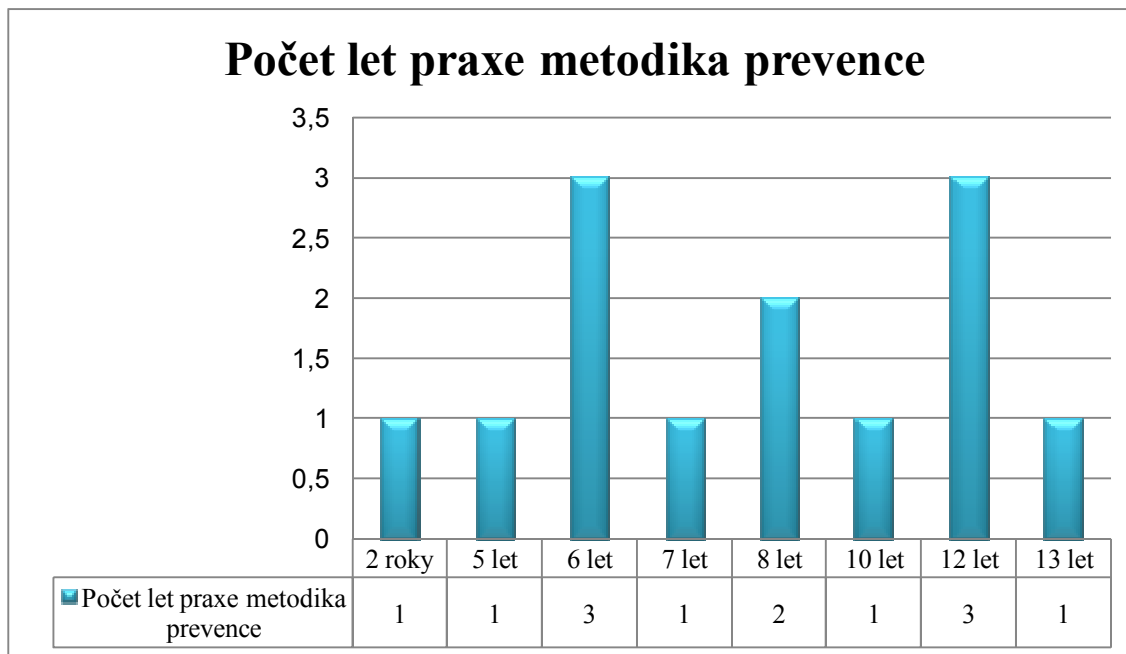
Celkem respondentů	Návratnost vyjádřena číselně	Návratnost v %
13	13	100

Tab. 1 Návratnost dotazníků z celkového počtu oslovených osob

Celkem bylo požádáno o spolupráci 13 metodiků prevence z výše uvedených školských zařízení. Dotazník vyplnilo všech 13 respondentů. Návratnost tedy byla 100%.

8.4 Dotazníkové šetření a jeho výsledky

Otázka č. 1.: Kolik let v praxi působíte na pozici metodika prevence na Vaší škole?



Graf 1 Počet let praxe metodika prevence

Na pozici školního metodika prevence pracuje jeden člověk 2 roky, jedna osoba 5 let, tři osoby 6 let, jeden respondent 7 let, dvě osoby 8 let, jeden člověk 10 let, tři lidé 12 let a jedna osoba 13 let.

Otázka č. 2.: Jaký je Váš pracovní úvazek v pozici metodika prevence?



Graf 2 Úvazek na pozici metodika prevence

V grafu 2 je uvedeno, že 10 metodiků prevence nemá úvazek na této pozici. Nabízí se otázka, z jakého důvodu pedagogičtí pracovníci tuto funkci vykonávají? Vzhledem k tomu, že důležitost této pracovní pozice je více než jasná, nelze v žádném případě náplň práce školního metodika prevence vypustit. Bohužel ředitelé škol a školských zařízení nemají dostatek prostředků na ohodnocení této práce. Variantou je zkrácení úvazku o několik hodin týdně, což také uvedli 3 respondenti. Z této skutečnosti plyne fakt, že mnozí z řad metodiků prevence vykonávají svoji činnost (ať už jakkoliv) zcela zdarma.

Otázka č. 3.: Absolvoval/a jste během své praxe vzdělávací či jiné kurzy, které by souvisely s danou profesí (pokud ano, jaké)?

Základní škola	Odpovědi respondentů
ŽŠ Jeseník	Studium pro školní metodiky 250 hodin v Olomouci
ŽŠ Kojetín	Ano
ŽŠ Prof. Matějčka - Olomouc	Studium k výkonu specializovaných činností - prevence sociálně patologických jevů - 250 hod, kurz ANEBO2 při PPP Olomouc
ŽŠ Šternberk	Kurz pořádaný krajským pracovištěm
ŽŠ Uničov	Ne
ŽŠ Litovel	Ano
ŽŠ Přerov	Vzdělávání metodiků prevence, výcviky zaměřené na problematiku drog
ŽŠ Šumperk	Specializační studium pro metodiky prevence 250 hod, projekt etické výchovy, minimalizace šikany, problémové dítě ve třídě, metodika prevence a řešení šikanování, e-nebezpečí, společnou prevencí proti drogám, zásady vedení komunitního kruhu
ŽŠ Olomouc – Svatý Kopeček	Vzdělávání metodiku prevence, sociálně psychologické výcviky a výcviky zaměřené na problematiku psychotropních látek, 550 hod dynamické psychoterapie
ŽŠ Moravský Beroun	Učitel a nebezpečí rozvoje závislostí (70 hodin), Prostor pro terciární vzdělávání a kooperaci subjektů v oblasti prevence sociálně patologických jevů a sociální exkluze u dětí a mládeže v Olomouckém kraji (252 hod)
ŽŠ Lipník n. Bečvou	Studium pro metodiky prevence - 250 hod, v rámci DVPP každoroční vzdělávání
ŽŠ Mohelnice	Kurz v Olomouci s certifikátem, který se týkal užívání drog
ŽŠ Prostějov	Kurz zaměřený na problematiku drog, syndrom vyhoření, Nadace Naše dítě - výcvik lektorů, návykové látky, šikana ve škole, prevence drogových závislostí

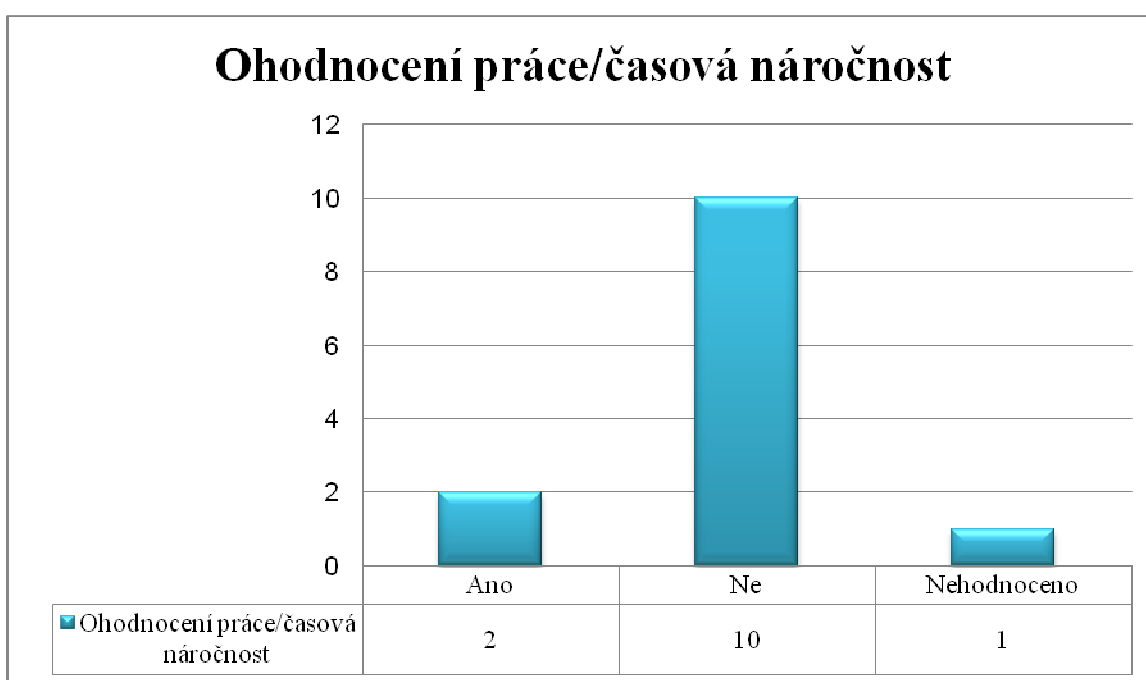
Tab. 2 Vzdělávací a jiné kurzy

Z tab. 2 vyplývá, že pouze jeden metodik prevence se po dobu své činnosti v roli metodika prevence nezúčastnil dalšího vzdělávání, které by souviselo s danou profesí. To může být zapříčiněno řadou důvodů, o kterých lze pouze polemizovat, nikoliv je potvrdit.

Důležitou informací je skutečnost, že zbylých 12 metodiků prevence ze základních škol praktických v Olomouckém kraji pravidelně dochází a aktivně se tak zúčastňuje různých vzdělávacích či jiných kurzů, které vedou k prohlubování vědomostí a zkušeností v náplni profese metodika prevence.

Kurzy a výcviky pro školní metodiky prevence v Olomouckém kraji zpravidla zařizuje Krajský školský koordinátor prevence Olomouckého kraje ve spolupráci s okresními metodiky prevence.

Otázka č. 4.: Domníváte se, že ohodnocení této práce je srovnatelné s její časovou náročností?



Graf 3 Ohodnocená práce/časová náročnost

Drtivá většina dotazovaných zvolilo zápornou odpověď na otázku č. 4., což koresponduje s grafem 2. Pokud si vyložíme fakta, na otázku č. 2. odpovědělo deset respondentů a to tak, že nemá snížený úvazek v pozici metodika prevence, tudíž nemůže být za svou práci pravidelně finančně odměňováno.

Otázka č. 5.: Považujete svoji práci za užitečnou a smysluplnou?

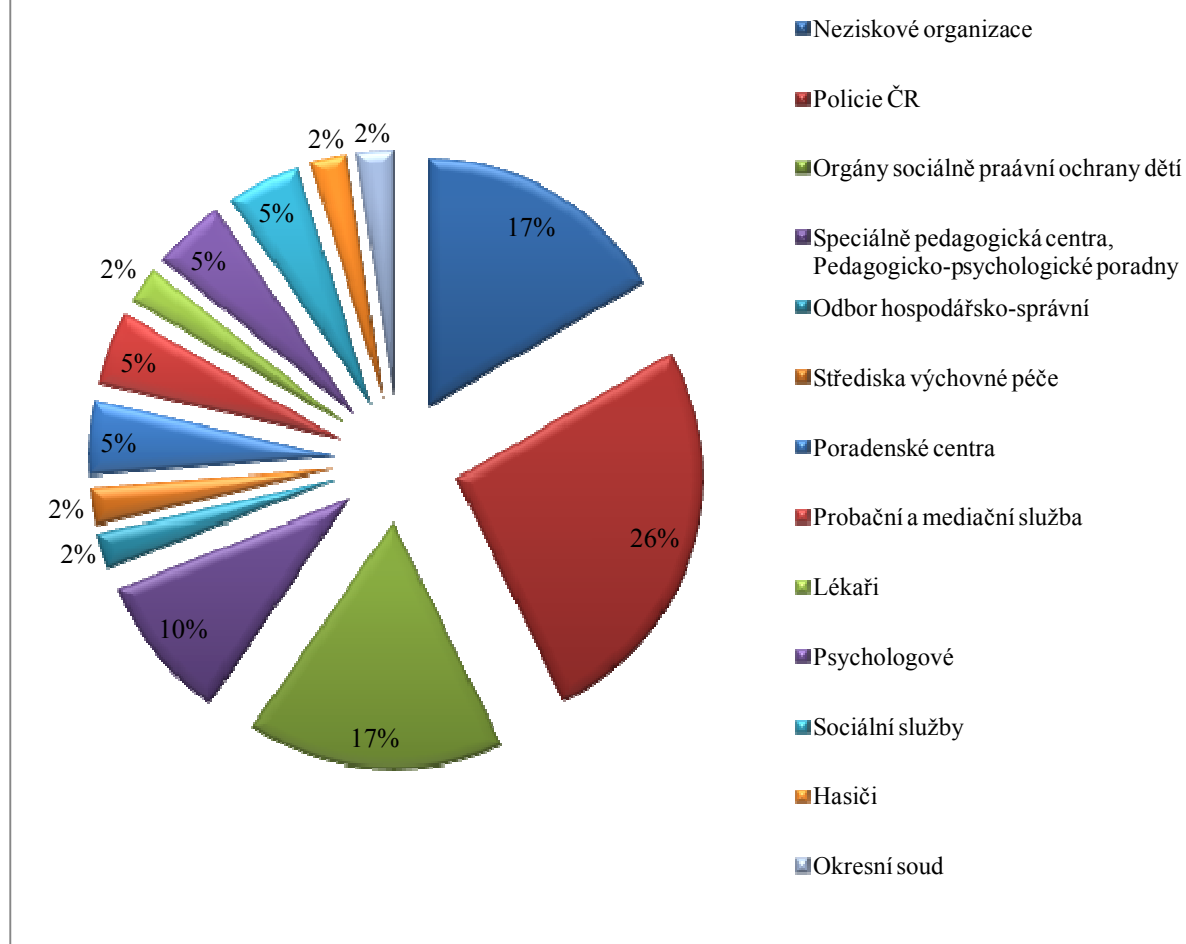
Všichni školní metodici prevence považují svoji práci za smysluplnou a užitečnou. Ve většině případů se metodici prevence shodují na větším kontaktu s žáky, s třídními učiteli, kteří mnohdy nemají na řešení problémů nejen v oblasti návykových látek dostatek prostoru.

Svoji činnost spatřují metodici prevence důležitou především v podchycení rizikového chování v tom nejútlejším věku, protože jak uvádějí, rizikové chování (sociálně patologické jevy) jsou nedílnou součástí současné společnosti a bez včasného zásahu, prevence a regulace by se staly nekontrolovatelnými. Je proto žádoucí vést mládež ke zdravému životnímu stylu, naučit děti zvládat krizové situace, které jim v životě mnohdy zkříží cestu.

V neposlední řadě do jisté míry mohou metodici prevence ovlivňovat žákům volný čas formou volnočasových aktivit, nabídek různých aktivit (viz otázka č. 11.).

Otázka č. 6.: S jakými konkrétními organizacemi spolupracujete v rámci Vaší profese? (neziskové organizace, instituce zřizované resorty MŠMT, MV, MZ, MS)

Spolupracující organizace



Graf 4 Spolupracující organizace

Základní škola	Odpovědi respondentů
ŽŠ Jeseník	Neziskové organizace - Darmoděj, Virtus, Ester, Středisko volného času Duha, Orgány sociálně právní ochrany dětí, Policie ČR
ŽŠ Kojetín	Orgány sociálně právní ochrany dětí, Policie ČR
ŽŠ Prof. Matějčka - Olomouc	P-Centrum Olomouc, Sdružení D Olomouc, Klub Zóna Olomouc, Orgány sociálně právní ochrany dětí, Preventivně informační skupiny Policie ČR
ŽŠ Šternberk	Policie ČR, Okresní soud, Orgány sociálně právní ochrany dětí, Obvodní lékaři, Domov pro seniory ve Šternberku, psycholog
ŽŠ Uničov	Speciálně pedagogické centrum, Pedagogicko-psychologická poradna, konkrétní pracovníci odborů sociálních věcí MěÚ, Policie ČR
ŽŠ Litovel	Speciálně pedagogické centrum a Pedagogicko-psychologická poradna Olomouc, Orgány sociálně právní ochrany dětí, Odbor hospodářsko-správní, Městská policie Litovel, KAPPA - Help, Městský klub Litovel, Poradna pro ženy a dívky Olomouc,
ŽŠ Přerov	Orgány sociálně právní ochrany dětí, Policie ČR
ŽŠ Šumperk	Policie, Městská policie, KÚ, MěÚ - Orgány sociálně právní ochrany dětí, Probační a mediační služba, Speciálně pedagogické centrum, Pedagogicko-psychologická poradna, Středisko výchovné péče, lékaři, psychiatři, psychologové, Dům dětí a mládeže Vila Doris, Neziskové organizace - Pontis, Res-sef, Poradna pro ženy a dívky
ŽŠ Olomouc – Svatý Kopeček	P- Centrum Olomouc, Policie ČR
ŽŠ Moravský Beroun	Sdružení Ecce Homo Šternberk, Policie ČR, Hasiči, Výchovně vzdělávací centrum Moravský Beroun
ŽŠ Lipník n. Bečvou	Městská Policie, Policie ČR, Orgány sociálně právní ochrany dětí, Probační a mediační služba
ŽŠ Mohelnice	Policie ČR, Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež NITKA, Městský Úřad Mohelnice - sociální odbor
ŽŠ Prostějov	Policie ČR, Orgány sociálně právní ochrany dětí, K-centrum, IRIS, Pedagogicko-psychologická poradna, Nízkoprahové zařízení Podané ruce

Tab. 3 Spolupracující organizace

Z důvodu přesnosti vymezení jednotlivých organizací, autor uvádí základní rozsah jejich činnosti:

Nestátní neziskové organizace:

- Středisko volného času Duha – Organizace volnočasových aktivit pro děti a mládež.
- Klub Zóna Olomouc – Poskytuje smysluplné trávení volného času a bezpečná místa pro setkávání mládeže.
- Pontis – Poskytuje sociální služby osobám v nepříznivé sociální situaci.
- Res-sef – Poskytuje spektrum sociálních služeb ve městě Šumperk.
- Poradna pro ženy a dívky – nabízí řadu služeb ženám, dívkám, rodinám a partnerským párům v obtížných životních situacích.
- Sdružení Ecce Homo Šternberk – Poskytuje sociálně aktivizační služby dětem a jejich rodinám.
- Sdružení D Olomouc – Nabízí prožitkové interaktivní programy pro žáky základních a středních škol v oblasti prevence kriminality, sociálního a osobnostního rozvoje.

Policie ČR - úkolem je chránit bezpečnost osob a majetku, chránit veřejný pořádek a předcházet trestné činnosti.

OSPOD – Orgány sociálně právní ochrany dětí.

Poradenská centra:

- Speciálně pedagogická centra – viz kapitola 3.3
- Pedagogicko-psychologické poradny – viz kapitola 3.3

Sociální služby:

- Darmoděj – Kontaktní centrum pro uživatele psychotropních a omamných látek.
- Virtus – Nízkoprahové zařízení zaměřené na sociální a výchovou práci s dětmi a mládeží.
- Ester – Sociálně terapeutické dílny
- P-Centrum Olomouc – Poskytuje služby z oblastí prevence, péče o rodinu s dětmi, poradenství, léčby a doléčování závislostí.

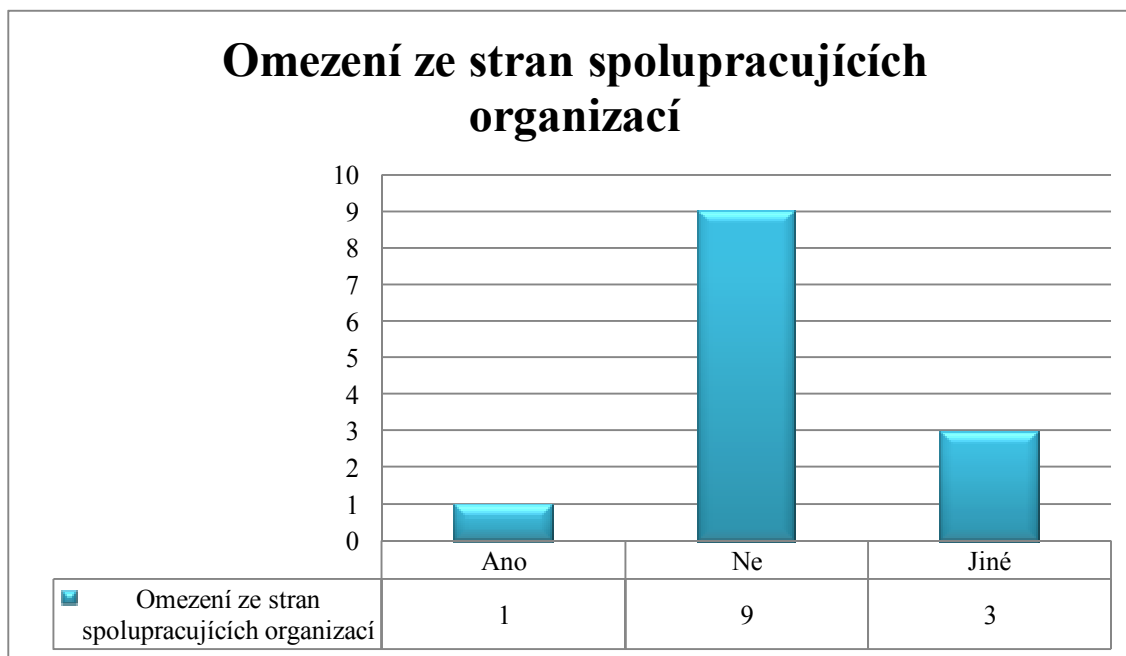
- K-centrum – Poskytuje uživatelům nealkoholových drog a osobám s kombinovanou závislostí, kteří se v důsledku užívání dostali do nepříznivé životní situace poradenství, informační a sociální servis, hygienický servis, základní ošetření a odbornou podporu.
- Domov pro seniory – Poskytují pobytovou sociální službu lidem – seniorům.
- Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež – poskytují podporu prostřednictvím sociálních služeb dětem a mládeži.

Probační a mediační služba – Probační a mediační služba usiluje o zprostředkování účinného a společensky prospěšného řešení konfliktů spojených s trestnou činností a současně organizuje a zajišťuje efektivní a důstojný výkon alternativních trestů a opatření s důrazem na zájmy poškozených, ochranu komunity a prevenci kriminality.

Střediska výchovné péče – viz kapitola 3.4

Výchově vzdělávací centrum Moravský Beroun – Centrum pro kulturní život ve městě.

Otázka č. 7.: Vnímáte ze stran spolupracujících institucí nějaké omezení ve své práci?



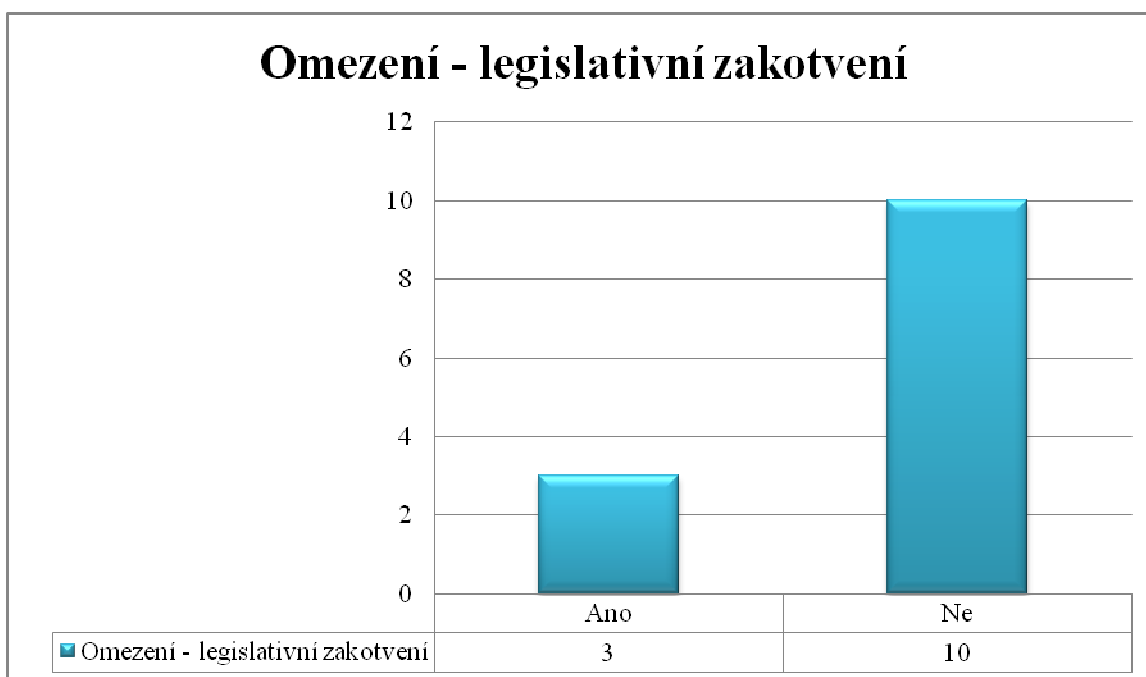
Graf 5 Omezení ze stran spolupracujících organizací

Z grafu 5 je patrné, že na danou otázku odpověděl jeden metodik prevence kladně, přičemž důvody omezení ze stran institucí uvádí tyto: pouze písemná domluva s pracovníky soudu, s psychology, uvádění nepřesných údajů, nesprávné stanovení diagnóz.

Jeden z tázaných respondentů považuje za omezení ve své práci další nespolupráci s Policií ČR, neboť škola nemá nárok na další informace od této instituce.

Další z metodiků prevence považuje za omezení ve své práci tvrzení, že ne všechny instituce v rámci svých možností spolupracují. Za zajímavé mínění lze považovat i tu odpověď, že instituce jsou spíše připraveni na práci s dětmi bez specifických omezení.

Otázka č. 8.: Spatřujete nějaká omezení, co se týká legislativního zakotvení pozice metodika prevence?



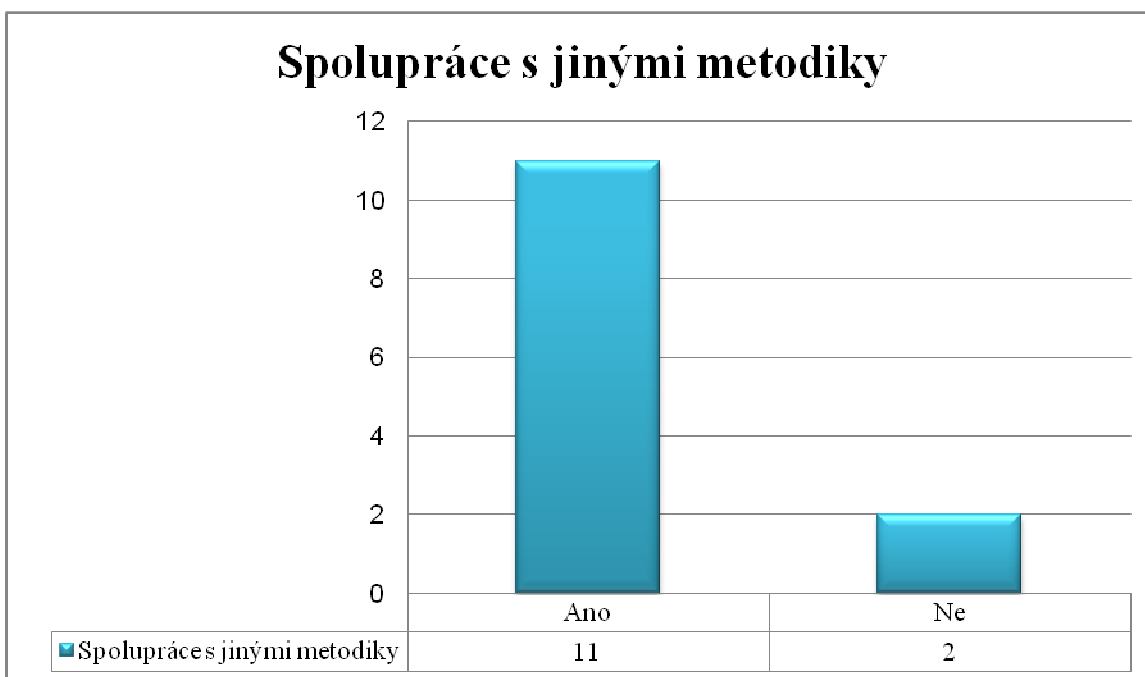
Graf 6 Omezení v legislativním zakotvení

Jeden z metodiků prevence považuje omezení ve špatně nastavené legislativě, neboť jak uvádí: „Naše možnosti jsou „bezzubé“, což mi vadí na oběti projevů rizikového chování“. Dva metodici prevence spatřují omezení v doposud nesníženém počtu vyučovacích hodin.

Z celkového počtu 13 respondentů omezení v legislativním zakotvení ve své práci nepocítuje 10 metodiků prevence.

Náplň práce školního metodika prevence je uvedena v kapitole č. 3.1.

Otázka č. 9.: Spolupracujete v rámci kraje s jinými metodiky prevence?



Graf 7 Spolupráce s jinými metodiky

Dotazovaní metodici prevence spolupracují převážně s okresním metodikem prevence z PPP Olomouc, spolupracují i s ostatními metodiky prevence ze základních škol praktických a speciálních v rámci seminářů a schůzek metodiků prevence.

Dva respondenti s jinými metodiky prevence nespolupracují.

Otázka č. 10.: Jakým způsobem probíhá spolupráce s rodinou žáka?

Základní škola	Odpovědi respondentů
ŽŠ Jeseník	Pohovory, výchovné komise
ŽŠ Kojetín	Osobní kontakt, popřípadě telefonicky
ŽŠ Prof. Matějčka - Olomouc	Neprobíhá - žádná není
ŽŠ Šternberk	Individuální jev - někdy rodič chodí pravidelně, někdy vůbec; pomocí žákovské knížky
ŽŠ Uničov	Těžko - rodina nevnímá problém jako problém, v případě nezájmu rodičů kontaktujeme sociální odbor - oddělení péče o dítě
ŽŠ Litovel	Osobní kontakt s rodiči
ŽŠ Přerov	Formou pohovoru nebo telefonicky
ŽŠ Šumperk	Rodičovské schůzky, snažíme se rodiče zapojovat do akcí školy (výlety, ...)
ŽŠ Olomouc – Svatý Kopeček	Osobní či telefonicky kontakt
ŽŠ Moravský Beroun	Nejčastěji ve výchovných komisích
ŽŠ Lipník n. Bečvou	Konzultace, výchovné komise
ŽŠ Mohelnice	Nabídka konzultačních hodin třídního učitele, výchovného poradce, školního metodika prevence, nabídka informačních materiálů
ŽŠ Prostějov	Pohovory s rodiči - třídní učitel, metodik prevence i výchovný poradce, což vede k poskytnutí informací a materiálů

Tab. 4 Průběh spolupráce s rodinou žáka

Spolupráce s rodinou obvykle probíhá osobním či telefonickým kontaktem. Většinou se jedná o pohovory. Dle názoru autora, vždy bude záležet na přístupu rodičů k danému problému. Pokud nebudou mít rodiče zájem, metodik prevence se mnohdy osobního kontaktu s rodičem nedočká, což může vést ke kontaktování sociálních odborů.

K dispozici jsou taktéž konzultační hodiny metodika prevence, výchovného poradce i třídního učitele vedoucí k poskytnutí informací a materiálů o dané problematice, se kterou se dítě potýká. Otázkou je, zdali je rodiče využijí či nikoliv.

V praxi se můžeme často setkat s případy, kdy se rodiče dostaví do školy k projednání chování svého potomka pouze tehdy, až je domov dítěte a jeho rodičů kontrolován návštěvou příslušné osoby ze sociálního odboru na popud školského zařízení. Při takovém prvním kontaktu je dán znát rodiči nebo zákonnému zástupci žáka apel na to, aby dítě nebylo zanedbáváno. V některých případech si takoví nezodpovědní rodiče dají říci, protože jsou jim velice dobře známé důsledky – mnohdy není nejhorší zjištění, že mohou „přijít“ o dítě, avšak pozastavení nejrůznějších přídatků na dítě je bohužel mnohem bolestivější záležitostí.

Pokud bych měl navrhnout vlastní postup, přikláněl by se k názoru, že na nezodpovědné rodiče se musí právě přes sociální odbory, které skrze možné odebrání finančních prostředků donutí tyto osoby spolupracovat se školou. Pokud se pak vyskytne problém, rodič v rozumném časovém úseku školu musí navštívit a řešit tak potřebné záležitosti.

Otázka č. 11.: Jakými způsoby v rámci profese podporujete smysluplné využití volného času žáků?

Základní škola	Odpovědi respondentů
ŽŠ Jeseník	Volnočasové aktivity - kroužky, sportovní nebo kulturní akce dle zájmu žáků (bruslení, ledová Praha)
ŽŠ Kojetín	Zapojení do zájmové činnosti ve škole i mimo ni, exkurze, výlety, hledání vhodných aktivit v tisku, na internetu apod., kroužky různých zaměření
ŽŠ Prof. Matějčka - Olomouc	Nabídka s neziskovými organizacemi - P centrum, K centrum, Zónaclub
ŽŠ Šternberk	Odpolední aktivity pro žáky, nabídka kroužku mimo školu
ŽŠ Uničov	Návštěva výstav, koncertů, besed, filmových a divadelních představení, sportovní a výtvarné soutěže, kroužky - výtvarný, keramický, turistický
ŽŠ Litovel	Rekreační sporty, zájmové sporty, zdravý životní styl, pěstování právního vědomí, mravních a morálních hodnot
ŽŠ Přerov	Nabídka aktivit výtvarné práce, sportovních aktivit, rozhovory
ŽŠ Šumperk	Škola nabízí velké množství kroužků, (basketbal, angličtina, dramatický, výtvarný, hudební kroužek, beat box,...)
ŽŠ Olomouc – Svatý Kopeček	Nabídka alternativních aktivit vedoucích k prožívání - skupinové činnosti v přírodě, výtvarné práce, sport, individuální a skupinové rozhovory, komunitní sezení
ŽŠ Moravský Beroun	Jsme škola s dětmi převážně romského etnika a ovlivňování jejich preferencí je běh na dlouhou trať
ŽŠ Lipník n. Bečvou	Diskuze o trávení volného času, zájmové kroužky školy, zapojení do projektů EU, školní akce - módní show)
ŽŠ Mohelnice	Nabídka zájmových kroužků a aktivit při škole, seznámení s nabídkou volnočasových aktivit v městě a okolí, v rámci "Dnů zdraví", lyžařských kurzů apod.
ŽŠ Prostějov	Zájmové kroužky v odpoledních hodinách, lyžařské kurzy, škola v přírodě, výtvarné soutěže, tvořivé dílny, ekocentrum IRIS, dopravní hřiště, kurzy zdravotní výchovy

Tab. 5 Podpora smysluplného využití volného času žáků

Nabídka volnočasových aktivit je zajišťována nejen samotným metodikem prevence, např. v rámci projektového vyučování, zájmových kroužků apod., ale především

prostřednictvím nestátních neziskových organizací, které poskytují širokou škálu činností vedoucích ke smysluplnému naplnění volného času. Některé z neziskových organizací jsou uvedeny v tab. 3.

Otázka č. 12.: Jakými způsoby u Vás na škole řešíte prevenci návykových látek?

Základní škola	Odpovědi respondentů
ŽŠ Jeseník	Výuka v předmětech výchova ke zdraví, výchova k občanství, projektové dny zaměřené na zdravý životní styl, besedy, filmy osvěta
ŽŠ Kojetín	Besedy s žáky v rámci výukových předmětů, případně organizovanými MÚ či jinými organizacemi - bohužel těchto akcí v regionu ubývá
ŽŠ Prof. Matějčka - Olomouc	Workshopy - s pedagogickým pracovníkem Dr. Hutyrovou, s P-centrem, se sdružením D, interaktivní program "Drogy trochu jinak"
ŽŠ Šternberk	Informační besedy, výuková videa, rozhovory s žáky (individuální i skupinové)
ŽŠ Uničov	Besedy, diskuze, sociální hry, samostatné vyhledávání informací - tisk, internet, výklad - poskytnutí základní informace
ŽŠ Litovel	Dle školního Minimálního preventivního programu
ŽŠ Přerov	Vycházíme z Minimálního preventivního programu
ŽŠ Šumperk	Díky ŠVP je prevence návykových látek součástí výuky - osobnostně sociální výchova, multikulturní výchova, výchova ke zdraví; škola je zapojena do části projektu EUDAP; využíváme metodiku UNPLUGGED určenou pro žáky 6. tříd; škola je dále zapojena do Komplexně primárně preventivního programu pro žáky 5.7 a 9. tříd
ŽŠ Olomouc – Svatý Kopeček	Nabídkou alternativních zážitků - jde hlavně o tabák, THC)
ŽŠ Moravský Beroun	Informacemi o zdravém životním stylu, snahy o zlepšení sebeúcty a sebedůvěry u dětí; ve vyšších ročnících také upozorněními na možnost vzniku a nebezpečí závislosti
ŽŠ Lipník n. Bečvou	Přednášky, besedy, diskuze, projekty s preventivní tematikou
ŽŠ Mohelnice	Návštěvy preventivních akcí - Zdravé plíce, nástěnky, publikace o škodlivosti látek, besedy v hodinách výchova ke zdraví
ŽŠ Prostějov	Besedy, návštěvy přednášek a kurzů, praktická cvičení, nácvik odmítání návykových látek

Tab. 6 Způsoby řešení prevence návykových látek

Pokud bychom si měli chronologicky seřadit způsoby, kterými metodici prevence řeší prevenci návykových látek a budeme-li vycházet z tab. 6, prvním krokem jsou besedy, výuková videa, rozhovory s žáky, návštěvy preventivních akcí, přednášek a kurzů, filmy apod. Někteří metodici spolupracují s neziskovými organizacemi, podporu nalézají i ve spolupráci s městským úřadem v dané lokalitě.

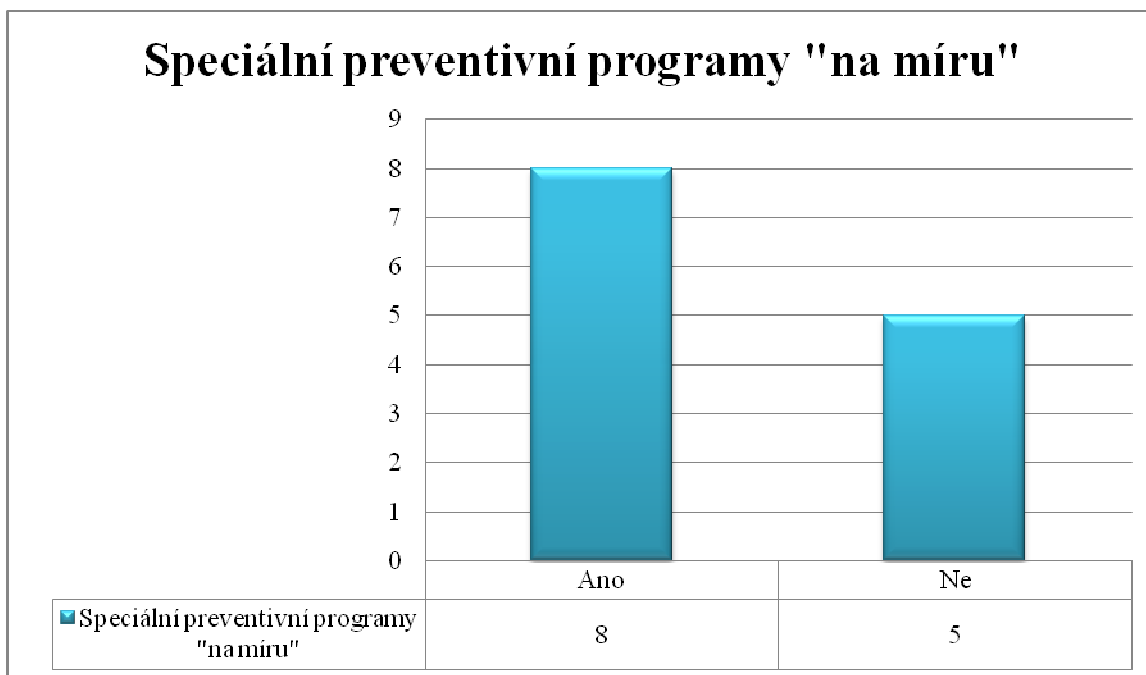
Důležitým faktem je ta skutečnost, že k dané problematice by se měli dostat učitelé v rámci ŠVP, která je zakomponovaná např. v předmětech výchova ke zdraví, výchova k občanství, osobnostně sociální výchova nebo multikulturní výchova.

Možností účinné prevence návykových látek by dle autora mohla být osvěta a výuka pomocí interaktivních programů, kde musí žáci spolupracovat.

Ovšem uveďme si případ, kdy např. žák 6. ročníku má zálibu v kouření tabáku. Rodiče proti tomuto jevu nezasáhnou, protože jsou sami aktivními kuřáky, kouří i doma, v podstatě své dítě podporují. Ve chvílce nepozornosti si dítě může snadno obstarat cigaretu. Chci tím ukázat na důležitost rodiny, protože pokud rodiče budou své dítě v kouření podporovat, metodik prevence nemá dle mého názoru šanci na jakoukoliv změnu v chování a tudíž je jeho úsilí bezpředmětné.

Domnívám se té skutečnosti, že pokud dítě má oblibu v kouření tabáku či v častém popíjení alkoholu nebo kouření marihuany apod. a rodina, popřípadě některá osoba, která má na dítě vliv v kladném slova smyslu, důrazně nezasáhne, není velká šance na změnu v lepší chování, tedy neuzívání návykových látek. Důležité je však neustále doufat a neupouštět od intervence metodika prevence.

Otázka č. 13.: Máte vypracované nějaké speciální preventivní programy, které jsou Vámi vypracovány "na míru" Vaším žákům?



Graf 8 Speciální preventivní programy „na míru“

Z celkového počtu 13 respondentů uvedlo kladnou odpověď 8 metodiků prevence s tím, že speciálním preventivním programem „na míru“ je Minimální preventivní program školy (dále jen „MPP“). Zbýlých 5 respondentů uvedlo, že speciální preventivní programy „na míru“ nepoužívají. Autor se domnívá, že metodici prevence mohou využívat jiných dostupných programů (viz tab. 6).

MPP je dokument školy orientovaný především na výchovu a vzdělávání žáků ke zdravému životnímu stylu, na emočně sociální a osobnostní rozvoj a komunikační dovednosti. Základem je podpora vlastní aktivity žáků, formy preventivní práce s žáky, zapojení pedagogického sboru školy a spolupráce s rodiči či zákonnými zástupci žáků školy. MPP zpracovává školní metodik prevence na dobu jednoho školního roku. Tento dokument bývá průběžně vyhodnocován a v závěru školního roku se hodnotí kvalita zvolených strategií primární prevence. (MŠMT, 2010)

Otázka č. 14.: Kolik řešíte jako metodici prevence případů užívání návykových látek za jeden kalendářní měsíc?

Základní škola	Odpovědi respondentů
ŽŠ Jeseník	2x kouření tabáku
ŽŠ Kojetín	1-2x kouření tabáku
ŽŠ Prof. Matějčka - Olomouc	1x za měsíc
ŽŠ Šternberk	1x za měsíc
ŽŠ Uničov	Kouření - několikrát měsíčně, alkohol výjimečně
ŽŠ Litovel	Tabák - každý měsíc, alkohol 1x ročně, drogy - dosud ne
ŽŠ Přerov	3x za měsíc
ŽŠ Šumperk	2-3x alkohol, THC 4x za rok
ŽŠ Olomouc – Svatý Kopeček	10x měsíc
ŽŠ Moravský Beroun	Žádný případ
ŽŠ Lipník n. Bečvou	Tabák - 5x měsíčně, THC - 1x, léky 1x, alkohol 1x ročně
ŽŠ Mohelnice	1-2x měsíčně kouření, 1x ročně alkohol
ŽŠ Prostějov	2x za měsíc

Tab. 7 Případy užívání návykových látek

Z tabulky 7 vyčteme kolik řeší metodici prevence případů užívání návykových látek za jeden kalendářní měsíc. Pouze jeden metodik prevence uvedl, že nemusí řešit žádný případ. Nabízí se dotaz, zdali opravdu nemusí řešit, nebo zdali nechce řešit, čili nevidí žákův problém. Uvědomíme-li si, že návykové látky jsou celosvětově masivně rozšířeny a věková hranice jejich užívání se rapidně snižuje, kdy velké procento z řad uživatelů navštěvují právě základní školy různých typů, autor s touto odpovědí respondenta přímo nesouhlasí.

Můžeme však uvést, že každý z dvanácti metodiků prevence řeší alespon 1x za měsíc užívání některé z návykových látek. Nejčastější návykové látky jsou uvedeny v tab. 8 a v grafu 9.

Otázka č. 15.: O jaké návykové látky se nejčastěji jedná při jejich užívání žáky?

Základní škola	Odpovědi respondentů
ŽŠ Jeseník	Alkohol, tabák, konopné drogy
ŽŠ Kojetín	Alkohol, tabák, konopné drogy
ŽŠ Prof. Matějčka - Olomouc	Alkohol, tabák, konopné drogy
ŽŠ Šternberk	Tabák, Konopné drogy
ŽŠ Uničov	Alkohol, Tabák
ŽŠ Litovel	Alkohol, Tabák
ŽŠ Přerov	Tabák, Konopné drogy
ŽŠ Šumperk	Alkohol, Tabák
ŽŠ Olomouc - Svatý Kopeček	Alkohol, tabák, konopné drogy
ŽŠ Moravský Beroun	Alkohol, Tabák
ŽŠ Lipník n. Bečvou	Tabák
ŽŠ Mohelnice	Tabák
ŽŠ Prostějov	Tabák

Tab. 8 Žáky nejčastěji užívané návykové látky



Graf 9 Užívání návykových látek

Z grafu 9 vyplývá nejčastější užívání návykových látek – tabáku, alkoholu a konopných drog.

Zamyslíme-li se nad tím, proč zrovna tabák, alkohol a konopné drogy, odpověď je jednoznačná. Jsou ve společnosti nejčastější, mnohdy snadno dostupné, finančně méně nákladné než jiné drogy. Lze tvrdit i tu skutečnost, že žáci vidí cigarety nebo alkohol v rodině, chtějí se dospělým jedincům přiblížit a toto kompenzují tím, že sami kouří, popíjí alkohol.

V neposlední řadě je třeba zmínit, že se jedná o jakýsi trend ve společnosti. Případů, kdy dítě ve věku 16 let vyrazí na svou první párty, kterou si chce maximálně užít, a proto se musí opít a z kapsy mu kouká krabička cigaret, je jistě mnoho. A takhle bychom mohli pokračovat dále.

Účinky tabáku na organismus a jeho charakteristika je popsána v kapitole č. 4.10, popis alkoholu je uveden v kapitole č. 4.1 a kapitola č. 4.5 se zabývá konopnými drogami.

Otázka č. 16.: Jaké metody, programy a postupy používáte při užívání návykových látek u žáka?

Základní škola	Odpovědi respondentů
ŽŠ Jeseník	Pohovory, besedy s odborníky, projekty, pohovory s rodiči
ŽŠ Kojetín	Rozhovor ve dvojici, vysvětlování, filmové ukázky a příběhy, literatura a denní tisk, internet
ŽŠ Prof. Matějčka - Olomouc	Interaktivní besedy, pohovory, spolupráce s rodiči, návrhy na konkrétní řešení s organizacemi či institucemi
ŽŠ Šternberk	Rozhovor s žákem, kontakt rodičů, případné přivolání policie nebo pracovníků OSPOD
ŽŠ Uničov	Podpora sebedůvěry, kamarádských vztahu i nabídka odporné pomoci, pozitivní vzory - sportovní, populární osobnosti, kamarádi) i negativní (odstrašující případy)
ŽŠ Litovel	Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a studentů ve školách a školských zařízeních
ŽŠ Přerov	Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a studentů ve školách a školských zařízeních
ŽŠ Šumperk	Přednášky, projekty, spolupráce s kurátorem, OSPOD
ŽŠ Olomouc – Svatý Kopeček	Individuální sezení, motivace, snaha o změnu v přístupu k původnímu prostředí
ŽŠ Moravský Beroun	Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a studentů ve školách a školských zařízeních
ŽŠ Lipník n. Bečvou	Máme zpracovaný krizový plán zjištění výskytu a zneužívání návykových látek ve škole, se kterým jsou seznámeni všichni zaměstnanci školy a který je doplňován. V případě užívání návykových látek u žáka postupujeme dle tohoto krizového plánu. Ve škole také funguje školní poradenské pracoviště.
ŽŠ Mohelnice	Vše uvedeno ve školním řádu - prevence a opatření při výskytu drog, při výskytu tabákových výrobků ve škole, ...)
ŽŠ Prostějov	Domluva, pohovor s rodiči, kázeňské postihy

Tab. 9 Metody, programy a postupy používané při užívání návykových látek

Z tab. 9 lze vyčíst jednotlivé metody, programy a postupy, jaké metodik prevence používá při užívání návykových látek. Ve valné většině se jedná o pohovory či rozhovory s žáky, vysvětlování, besedy nebo projekty. Patrný je také fakt, že pouze tři metodici prevence

uvedli postupy dle Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a studentů ve školách a školských zařízeních.

Zpravidla vždy by se měl provést pohovor s žákem, pokud je schopen adekvátně reagovat (vyhodnotí metodik prevence), důležitý je kontakt rodičů a podání informace vedení školy. Velice bude záležet na individuálních osobnostních vlastnostech žáka a typu provinění se, na kterém závisí popřípadě přivolání Policie ČR nebo kontaktování dalších institucí, jež jsou připraveny odborně řešit daný problém.

Statistická metoda pro analýzu nominálních dat: test dobré shody – chí kvadrát

Na základě výše zjištěných nominálních dat byl proveden výzkum, který měl potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

Výzkumný problém

Zajímá nás, zda existuje statisticky významný rozdíl při četnosti výskytu užívání jednotlivých návykových látek u dětí Základních škol praktických v Olomouckém kraji.

Formulace hypotézy

Nulová hypotéza:

H_0 Četnost výskytu užívání jednotlivých návykových látek u dětí základních škol praktických je přibližně stejná.

Alternativní hypotéza:

H_A Četnost výskytu užívání jednotlivých návykových látek u dětí základních škol praktických je výrazně různá.

Test významnosti provedeme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Výpočet očekávaných četností:

Při výpočtu očekávaných četností vycházíme z toho že, oslovení metodici prevence uvedli, že při užívání návykových látek žáky základních škol praktických se tabák objevil u 13 ZŠ, alkohol u 6 ZŠ a konopné drogy u 6 ZŠ.

Návykové látky	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P - O) ²	(P - O) ² /O
Tabák	13	8,33	4,67	21,8089	2,6181
Alkohol	6	8,33	-2,3	5,4289	0,6517
Konopné drogy	6	8,33	-2,3	5,4289	0,6517
	Σ 25	Σ 25			Σ 3,9215

Tab. 10 *Chi - kvadrát*

Vypočítaná hodnota testového kritéria je chí-kvadrát $\chi^2 = 3,9215$

Tabulka četností v tomto případě 2 stupně volnosti. Kritická hodnota testového kritéria pro hladinu významnosti 0,05 je $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$. Je zřejmé, že vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 3,9215$ je nižší než hodnota kritická $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$, a proto musíme přijmout nulovou hypotézu

Závěr

Četnost užívání jednotlivých návykových látek u dětí základních škol praktických je skutečně přibližně stejná.

8.5 Závěry šetření

Za pomoci testu dobré shody – chí kvadrát, která začíná formulací nulové a alternativní hypotézy, jsme zjišťovali, zdali existuje statisticky významný rozdíl při užívání návykových látek u dětí Základních škol praktických v Olomouckém kraji. Po doplnění údajů do tab. 10 jsme mohli přijmout nulovou hypotézu, čili četnost užívání jednotlivých návykových látek u dětí Základních škol praktických je skutečně přibližně stejná.

Jako další v pořadí nás zajímala skutečnost, v jaké míře je dle subjektivního názoru respondentů srovnatelná časová náročnost práce v pozici metodika prevence s jejím finančním ohodnocením. Z grafu 3 je patrné, že většina dotazovaných metodiků nemá za svoji práci žádné finanční ohodnocení, neboť nemá snížený úvazek. Výjimku tvoří pouze dva respondenti, jež zvolili kladné odpovědi, a považují tak náplň své práce v pozici školního metodika prevence a její časovou náročnost v rozumné míře ohodnocenou finančními prostředky.

V našem šetření jsme se také zaobírali zjištěním, jestli metodici prevence spolupracují nejen mezi sebou, ale i s ostatními organizacemi a zdali vnímají nějaká omezení ze stran spolupracujících organizací. Z šetření vyplynula skutečnost, že metodici spolupracují nejen mezi sebou, avšak i s organizacemi, přičemž největší zastoupení má Policie ČR, dále pak neziskové organizace a Orgány sociálně právní ochrany dětí. Omezení ze stran spolupracujících organizací metodici prevence téměř nepovažují, jen tři dotazovaní uvedli omezení. Za nejdůležitější omezení autor považuje právě další nespolupráci s Policií ČR, neboť zastupuje největší organizaci, na kterou se metodici prevence často obracejí při řešení problémů s žáky v oblasti zneužívání psychotropních látek.

Důležitou část šetření zastupuje zaměření se na metody, které jsou využívány při práci s rodinou žáka a dále pak se samotným žákem při prevenci užívání návykových látek. Z šetření jsme zjistili, že nejčastější metody využívané při práci s rodinou žáka jsou za pomoci osobního setkání nebo telefonicky. Bohužel ne vždy se rodiče zajímají o svého potomka v závislosti na vzdělání, a proto je mnohdy těžké se s rodičem kontaktovat jakýmkoliv způsobem. Postupy využívané při práci s žáky začínají pohovory či rozhovory, následují besedy, projekty. Některé školy se striktně drží Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a studentů ve školách a školských zařízeních. Pokaždé je řešení problému individuální, záleží na osobnosti žáka. Dle názoru autora by měl být značný apel na zdravé rodinné prostředí, ve kterém se dítě realizuje.

Jako poslední jsme zkoumali, zdali jednotlivé základní školy svou činností podporují smysluplné trávení volného času jejich žáků. Lze pokládat všechny základní školy praktické v Olomouckém kraji za aktivní v této činnosti. Děje se tak pomocí různých volnočasových aktivit, kroužků, filmových a divadelních představení, besed, návštěv výstav a koncertů. Tuto záslužnou činnost doplňují i neziskové organizace a další instituce, které se snaží vytvořit mladistvým velké množství aktivit nejrůznějšího typu.

ZÁVĚR

Je žádoucí si uvědomit důležitost školního metodika prevence ve školských zařízeních. Funkce a náplň práce, kterou vykonává nelze přiřadit třídnímu učiteli či výchovnému poradci. Do jisté míry má možnost působit na žáky ve smyslu zdravého životního stylu a rozumného naplnění volného času formou volnočasových a preventivních akcí či aktivit, což může být pro prevenci užívání návykových látek cesta úspěchu. Lze to pokládat za nelehký úkol, protože řádné vykonávání funkce metodika prevence s sebou nese hojné množství činností. Na paměti musíme mít tu skutečnost, že většina metodiků prevence nemá snížený úvazek.

Funkce metodika prevence mi přijde jednak přínosná pro všechny pedagogické pracovníky, protože koriguje oblast prevence a orientuje se nejen v oblasti návykových látek, ale i v dalších oblastech rizikového chování, které je ve školách a školských zařízeních stále častější. Je proto žádoucí žáky vhodně motivovat, předkládat potřebné vzory a vést je různými metodami a přístupy k takovému chování a jednání, které nebude pro společnost nijak vychýleno od normy.

Závěrem bych rád poděkoval všem osobám, které byly činné při zpracování této práce.

SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

Monografie

ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha : Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Prevence pozdějších návykových poruch u dětí a adolescentů s rizikovým chováním. Přehled teorie a důkazní báze indikované prevence*. Lucembursko : Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2009. 84 s. ISBN 987-92-9168-349-9.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením (Inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. 2. opravené vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 80-7368-274-5.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANIŠ, K. a kol. *Kapitoly ze základů pedagogiky*. 4. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-371-5.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

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

Kolektiv autorů. *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367223-2.

KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0991-7.

MIOVSKÝ, M. (ed.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN; Centrum adiktologie – Psychiatrická klinika; 1. LF UK v Praze; VFN v Praze, 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno : MU, 2002. ISBN 80-210-2511-5.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. uprav. vyd. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat.* 5. vyd. Praha : Sportpropag, 2003.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnutí.* Praha : Sportpropag, 1999. 80 s.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence.* Praha : Sportpropag, 1998. s. 104.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence.* Praha : Sportpropag, 1999. s. 40.

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy.* 3. rozšíř. vyd. Praha : Fortuna, 1999. ISBN 80-7071-123-X.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním* 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati. Poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče.* Písek : Arkáda – sociálně psychologické centrum, 2007. ISBN 978-80-239-9405-6.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti.* 2. vyd. Brno : Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2002. ISBN 80-86568-02-04.

PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?* 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25.

SCOTT, T., GRICE, T. *The great brain robbery*. London: Aurum Press, 1998. ISBN 1 85410 569 8.

STAFFORD, P. *Encyklopedie psychedelických látek*. 1.vyd. Praha : Volvox Globator, 1997. s. 495. ISBN 80-7207-057-6.

VALENTA, M., MÜLLER, O., et. al. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. doplněné a upravené vyd. Praha : Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VZP ČR. *My, drogy a Evropa*. Medea Kultur.

ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1.vyd. Olomouc : UP, 2003. ISBN 80-244-0709-4.

Zákony, vyhlášky, metodické pokyny, programy

MŠMT: *Koncepce poskytování poradenských služeb ve škole*, č.j. 27317/2004-24, Věstník MŠMT, sešit 7/2005. [online]. 2005. [cit. 2012-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://aplikace.msmt.cz/PDF/MSMT14072005.PDF>>.

MŠMT: *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*, č.j. 21291/2010-28. [online]. 2010. [cit. 2012-05-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/file/20274>>.

MŠMT: *Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2009-2012*. [online]. 2009. [cit. 2012-05-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/file/20270>>.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2006. [cit. 2012-04-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.vuppraha.cz/wpcontent/uploads/2009/12/rvpzv-lmp.pdf>>.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. 126 s. [cit. 2012-04-23]. Dostupné z WWW: <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf>.

Vyhláška MŠMT č. 147/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. 2011. [cit. 2012-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/file/16097>>.

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [online]. 2005b. [cit. 2012-05-16]. Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf>.

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. 2005a. [cit. 2012-05-16]. Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf>.

Zákon MŠMT č. 109/2002 o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. [online]. 2002. [cit. 2012-05-22]. Dostupné na WWW: <<http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>>.

Internetové zdroje

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). [online]. 2012. [cit. 2012-05-16]. Dostupné na WWW: <http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/press_centrum/zaostreno_na_drogy_2012_01_c_1_2012>.

KRMENČÍK, P. *Enpsyro - Drogy a zákon - domácí po 1990. Encyklopedie psychotropních rostlin*. [online]. 2007b. [cit. 2012-05-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/index.php?R=pj3zak5>>.

KRMENČÍK, P. *Enpsyro - Pojmy a definice. Encyklopedie psychotropních rostlin*. [online]. 2006. [cit. 2012-05-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3opoj.html#Droga>>.

KRMENČÍK, P. *Enpsyro - Základní dělení drog. Encyklopedie psychotropních rostlin*. [online]. 2007a. [cit. 2012-05-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/index.php?R=pj3oroz>>.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) [online]. 2012. [cit. 2012-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

Prevence-info.cz [online]. 2012. [cit. 2012-05-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/uzivani-navykovych-latek>>.

SEZNAM ZKRATEK

ISCED – Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání

RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

RVP ZV-LMP – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením

IQ – Inteligenční kvocient

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

SPC – Speciálně pedagogické centrum

SVP – Střediska výchovné péče

LSD – Derivát kyseliny lysergové

MDMA – Extázy neboli extáze

PCP – Phenylcyclidine phosphate

DVPP – Další vzdělávání pedagogických pracovníků

THC – Tetrahydrocannabinol

OSPOD – Orgány sociálně právní ochrany dětí

MPP – Minimální preventivní program

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek:

<i>Tab. 1</i> Návratnost dotazníků z celkového počtu oslovených osob	55
<i>Tab. 2</i> Vzdělávací a jiné kurzy	58
<i>Tab. 3</i> Spolupracující organizace	62
<i>Tab. 4</i> Průběh spolupráce s rodinou žáků	67
<i>Tab. 5</i> Podpora smysluplného využití volného času žáků	69
<i>Tab. 6</i> Způsoby řešení prevence návykových látek	70
<i>Tab. 7</i> Případy užívání návykových látek	73
<i>Tab. 8</i> Žáky nejčastěji užívané návykové látky	74
<i>Tab. 9</i> Metody, programy a postupy používané při užívání návykových látek	76
<i>Tab. 10</i> χ^2 – kvadrát	78

Seznam grafů:

<i>Graf 1</i> Počet let praxe metodika prevence	56
<i>Graf 2</i> Úvazek na pozici metodika prevence	57
<i>Graf 3</i> Ohodnocená práce/časová náročnost	59
<i>Graf 4</i> Spolupracující organizace	61
<i>Graf 5</i> Omezení ze stran spolupracujících organizací	64
<i>Graf 6</i> Omezení v legislativním zakotvení	65
<i>Graf 7</i> Spolupráce s jinými metodiky	66
<i>Graf 8</i> Speciální preventivní programy „na míru“	72
<i>Graf 9</i> Užívání návykových látek	75

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Dotazník pro metodiky prevence

Příloha č. 2. Obrázky

Dotazník pro metodiky prevence

Vážení metodici prevence,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci. Zpracovávám diplomovou práci na téma **Možnosti a meze odborné intervence abúzu návykových látek u žáků 2. stupně ZŠ praktických** na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem dotazníku je zjistit u žáků zkušenosti s návykovými látkami, zjistit jaké jsou možnosti spolupráce s jednotlivými subjekty, zjistit způsoby, prostředky či postupy, se kterými metodici prevence pracují a jejich účinnost.

Vycházím z vlastní zkušenosti speciálního pedagoga na ZŠ Šternberk (*Olomoucká 76*), kdy vnímám zvyšující se tendence žáků k abúzu návykových látek.

Prosím Vás o pravdivé vyplnění dotazníku, který bude sloužit zásadně pro výzkumné účely. Dané šetření je anonymní a řídí se zákonem 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

Za vyplnění Vám velice děkuji.

S přáním všeho dobrého

Bc. Jakub Polešenský

I. Profese metodika prevence

1. Kolik let v praxi působíte na pozici metodika prevence na Vaší škole?
2. Jak velký je Váš pracovní úvazek v pozici metodika prevence?
3. Absolvoval/a jste během své praxe vzdělávací či jiné kurzy, které by souvisely s danou profesí (*pokud ano, jaké*)?
4. Domníváte se, že ohodnocení této práce je srovnatelné s její časovou náročností?
5. Považujete Vaší práci za užitečnou a smysluplnou?

Ano (*zdůvodněte*):

Ne (*zdůvodněte*):

II. Spolupráce s jednotlivými subjekty

6. S jakými konkrétními organizacemi spolupracujete v rámci Vaší profese? (neziskové organizace, popř. instituce zřizované resorty MŠMT, MPSV, MV, MZ, MS).

7. Vnímáte ze stran spolupracujících institucí nějaké omezení ve své práci?

8. Spatřujete nějaká omezení, co se týká legislativního zakotvení pozice metodika prevence (*pokud ano, jaká*)?

9. Spolupracujete v rámci kraje s jinými metodiky prevence?

10. Jakým způsobem probíhá spolupráce s rodinou žáka?

11. Jakými způsoby v rámci profese podporujete smysluplné využití volného času žáků?

III. Specifické oblasti v práci metodika prevence

12. Jakými způsoby u Vás na škole řešíte **prevenci** návykových látek?

13. Máte vypracované nějaké speciální preventivní programy, které jsou Vámi vypracovány „na míru“ Vašim žákům?

14. Kolik řešíte jako metodici prevence případů užívání návykových látek za jeden kalendářní měsíc?

15. O jaké návykové látky se nejčastěji jedná při jejich užívání žáky? (zaškrtnout lze více možností).

- Alkohol
- Tabák
- Konopné drogy – marihuana, hašiš
- Opiáty – opium, heroin, morfium
- Stimulační drogy – pervitin, kokain,
- Halucinogenní drogy – LSD, extáze, lysohlávky
- Těkavé látky – toluen

16. Jaké metody, programy a postupy používáte při užívání návykových látek u žáka?

17. Pokud existuje nějaká informace, která nebyla v rámci otázek položena a vy ji považujete za důležitou, zde máte možnost „doplnit“ informace k dané problematice.

Pokud si budete přát být seznámeni s výsledky šetření v Olomouckém kraji, uveďte svůj email a informace Vám budou zaslány. Práce bude také vyvěšena na webových stránkách Univerzity Palackého v Olomouci – www.upol.cz koncem měsíce září 2012.

Příloha č. 2 Obrázky



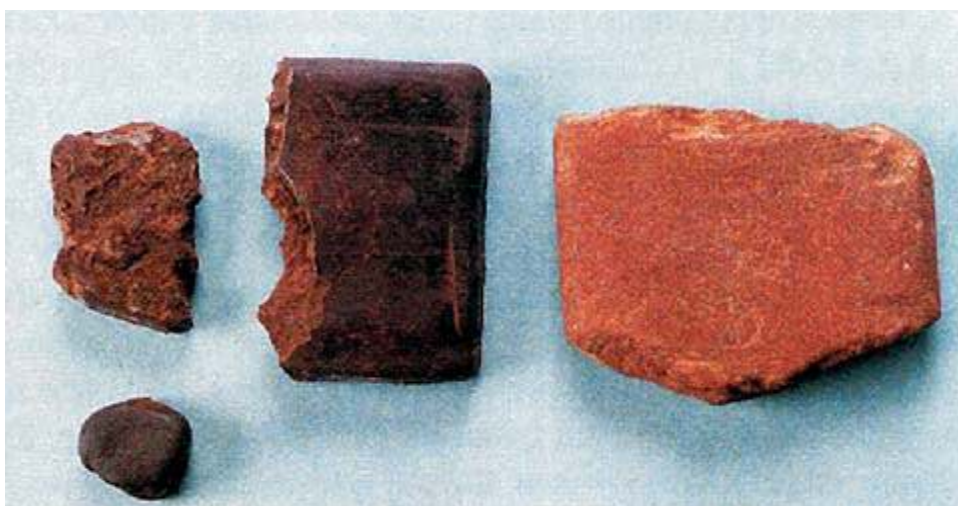
Morfín a heroin (Zdroj: Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007, s. 37)



Balení a tableta Subutexu s účinnou látkou buprenorfinem. (Zdroj: Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007, s. 37)



Marihuana (zdroj: <http://www.legalizace.cz/konopi/konopi-jako-droga/marihuana/>)



Hašiš (Zdroj: Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007, s. 33)



Pervitin a efedrin (Zdroj: Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007, s. 34)



Extáze a její podoby (Zdroj: Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007, s. 35)



Tablety, kapsle, krystalky, papírky LSD (Zdroj: Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007, s. 36)



Lysohlávky (Zdroj: <http://stopdrogy.ic.cz/info/index.html>)



Těkavé látky (Zdroj: Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007, s. 39)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jakub Polešenský
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Možnosti a meze odborné intervence abúzu návykových látek u žáků 2. stupně základních škol praktických.
Název v angličtině:	Possibilities and limits of professional intervention about abuse problems among pupils on the second grade at primary schools.
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na užívání návykových látek žáky 2. stupně základních škol praktických. Teoretická část pojednává o drogách, jejich účinků na organismus člověka a různých rizicích, která způsobují. V teoretické části jsme si vymezili cílovou skupinu, dále jsme se zabírali prevencí, zvláště pak prevencí primární. V praktické části jsme se zabývali dotazníkovým šetřením a jeho závěry.
Klíčová slova:	Psychotropní a omamné látky, drogy, závislost, abúzus, prevence, primární prevence, intervence, školní metodik prevence.
Anotace v angličtině:	The thesis is focused on using addictive substances among students on the second grade of primary schools practical. The theoretical part discusses the effects of drugs on the human organism and the various risks it causes. In the theoretical part, we define the target group and then we are concerned about prevention, especially primary prevention. In the practical part,

	we examined the questionnaire survey and its conclusions.
Klíčová slova v angličtině:	Psychotropic and narcotic substances, drugs, dependence, abuse, prevention, primary prevention, intervention, school prevention methodologist.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Dotazník pro metodiky prevence Příloha č. 2 - Obrázky
Rozsah práce:	89 stran
Jazyk práce:	Český