

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**Přehled drogové situace ve státech EU a význam pohybové aktivity v primární
prevenci užívání návykových látek**

Bakalářská práce

Autor: Zdeněk Kotoul, Tělesná výchova a sport

Olomouc 2014

Jméno a příjmení autora: Zdeněk Kotoul

Název bakalářské práce: Přehled drogové situace ve státech EU a význam pohybové aktivity v primární prevenci užívání návykových látek

Pracoviště: Katedra funkční antropologie a fyziologie

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Renáta Vařeková, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2014

Abstrakt:

Diplomová práce pojednává o současné situaci v užívání legálních a nelegálních drog mezi adolescenty v České republice. Shrnuje poznatky z české i zahraniční odborné literatury, které formuje jako celkový přehled. Je rozdělena na tři části.

První část popisuje vývojové období adolescence, pojem droga, rozdělení a druhy drog, druhy závislostí.

Druhá část je zaměřena na primární, sekundární a terciální prevenci. Zdůrazňuje protektivní faktory rodiny a školy s důrazem na pohybové aktivity ve všech úrovních prevence. Jsou zde představeny preventivní programy v rámci školního prostředí. Zmíněna je také důležitá role metodika primární prevence a pohybové aktivity, jako jeden z účinných prostředků.

Třetí část práce je zaměřena na prezentaci výsledků evropských studií. Srovnávají se se výsledky z oblasti užívání alkoholu, tabákových výrobků a marihuany studentů ve věku 16let.

Klíčová slova: alkohol, tabák, marihuana, drogy, adolescenti, prevence, pohybová aktivita

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Author's first Name and Surname: Zdenek Kotoul

Title of the thesis: Overview of the Drug Situation in the European Union's member states and the Importance of Physical Activity during the primary prevention of substance abuse.

Department: Catedry of Functional Anthropology and Physiology

Diploma Thesis Supervisor: MUDr. Renáta Vařeková, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract:

The thesis discusses the current situation of legal and illegal drug use among adolescents in the Czech Republic. It summarizes findings from either Czech and foreign literature into a general overview. It is divided into three parts.

The first part describes the period of adolescence, drug types and types of drug addiction.

The second part focuses on primary, secondary and tertiary prevention. It emphasizes the protective factors for families and schools and highlights importance of the physical activity at all levels of prevention. Also it presents preventive programs within the school environment. Further is mentioned the primary prevention methodology and physical activity as one of the effective means.

The third part focuses on presenting the results of studies within the European Union. There is a comparison of results of alcohol, tobacco and marijuana use among 16 year-olds students.

Key Words:

Alcohol, tobacco, marijuana, drugs, addiction, adolescents, prevention, physical activity

I hereby agree with lending this Master's thesis within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením MUDr. Renáty Vařekové, Ph.D. Uvedl jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 30. 6. 2014

.....

Děkuji vedoucímu práce MUDr. Renátě Vařekové Ph.D. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

OBSAH

1 ÚVOD	1
2 CÍLE	2
3 VÝSLEDKY	3
3.1 Adolescence.....	10
3.1.1 Střední adolescence	10
3.1.2 Tělesný vývoj	11
3.1.3 Pohybová aktivita	11
3.2 Droga	12
3.2.1 Rozdělení drog.....	12
3.2.2 Legální drogy:	13
3.2.3 Nelegální drogy:	15
3.3 Závislost	20
3.3.1 Typy závislostí.....	21
3.3.2 Cílové skupiny uživatelů	21
3.3.3 Osobnost jako ovlivňující faktor	22
3.3.4 Sociální prostředí.....	23
3.4 Prevence sociálně patologických jevů	23
3.4.1 Užívání versus zneužívání drog.....	24
3.4.2 Drogová prevence.....	25
3.4.3 Cílové skupiny protidrogové prevence.....	25
3.4.4 Rozdělení prevence:	26
3.4.5 Primární neboli všeobecná prevence	26
3.5. Význam pohybové aktivity v životě adolescenta a v prevenci sociálně patologických jevů	27
3.5.1 Možnosti dětí z měst a vesnic k vykonávání pohybové aktivity ve volném čase	28
3.5.2 Socializace ve sportu	29
3.5.3 Rodina jako součást primární prevence.....	30
3.5.4 Sekundární selektivní prevence	31
3.5.5 Terciální, indikovaná prevence.....	31
3.6 Škola jako prostředí efektivní prevence	32
3.6.1 Rizikové a protektivní faktory	33
3.6.1.1 Rozdělení rizikových faktorů	33
3.6.1.2 Rozdělení protektivních faktorů	34
3.6.2 Typy a využití primárních preventivních programů.....	35
3.7 Školní metodik prevence	38
3.7.1 Minimální preventivní program	38
3.8 Přehled drogové situace ve státech EU.....	39
3.8.1 Srovnání užívání alkoholu adolescenty v ČR se státy EU	39
3.8.2 kouření cigaret adolescentů ČR a EU.....	42
3.8.3 Užívání marihuany u adolescentů v ČR a EU	44

2.8.4 Užívání nelegálních drog ve školní populaci z pohledu jednotlivých krajů	48
4 ZÁVĚRY	50
5 SOUHRN	52
6 SUMMARY	53
7 REFERENČNÍ SEZNAM.....	54

1 ÚVOD

V současné době se stává trendem mezi adolescenty experimentování s návykovými látkami. Adolescenti si neuvědomují důležitost fyzického a psychického zdraví. Problém není v nedostatku informací, které jsou jim nabízeny. O drogách už toho bylo napsáno mnoho, informace o nich jsou volně přístupné na internetu, v časopisech a dalších médiích. Přesto je toto téma velkou hrozbou společnosti. Dnešním dětem chybí nabídka kvalitně stráveného času. Dalším problémem je často nedostatečná komunikace s rodiči. Žáci nedostávají patřičnou pozornost od rodičů a své problémy nemají možnost sdílet. Žádoucí je nabídnout tuto službu ze strany pedagogů a metodiků primární prevence na školách, které denně navštěvují. Nezpracovaný či nezvládnutý problém adolescenti řeší únikem, který jim můžou nabídnout právě drogy.

Mezi tradiční drogy, které adolescenti užívají, jako alkohol a tabák se v posledních letech zcela rovnocenně přidala i nelegální marihuana. Zkušenosti dětí s návykovými látkami přichází velmi brzy a pro dnešní školáky se poté snadno stávají každodenní záležitostí. Tyto drogy nejsou v očích žáků viděny jako nebezpečné. O to větší sebou přinášejí riziko.

Hlavním cílem práce je podat přehled o drogové situaci v zemích Evropské unie ve vztahu k České republice. V práci jsou zpracovány výsledky evropských studií, kde byli 16tiletí žáci dotazováni na své zkušenosti s těmito třemi drogami. Čeští studenti v těchto studiích zaujímají nejvyšší příčky, proto bychom měli nejen touto cestou upozorňovat na tento neblahý trend.

Vedlejšími cíli bakalářské práce je pak poukázat na typy návykových látek, se kterými se žáci nejčastěji dostávají do styku, jakož i důvody či předpoklady vedoucí k prvnímu či opakovanému užití. Dále se zabývá ve větší části popisem možností prevence těchto sociálně patologických jevů a preventivními programy určenými k těmto účelům. V práci je také zdůrazněn vliv pohybové aktivity na zdravý vývoj dospívajícího jako prostředek primární prevence. Dalším vedlejším cílem je prezentovat výsledky evropské studie ESPAD a české studie Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti.

2 CÍLE

Hlavní cíl:

Podat přehled o drogové situaci v zemích Evropské unie ve vztahu k České republice mezi adolescenty

Dílčí cíle:

Přehled legálních a nelegálních drog používaných v ČR

Seznámení s druhy prevence, preventivními programy a významem pohybové aktivity na všech úrovních prevence

Přehled výsledků evropských studií ESPAD a studie Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti z roku 2011

3 Výsledky

3.1 Adolescence

Studie se bude zabývat adolescenty, proto v úvodu této kapitoly považuju za vhodné blíže nastínit toto bouřlivé období, které v životě člověka představuje jedno z klíčových etap. Je to jedno z klíčových období v životě člověka.

Adolescence jako termín byl odvozen z latinského slova *adolescere* (dorůstat, dospívat, mohutnět). Mnohdy bývá termín *adolescent* zaměňován s označením *dospívající* či *dorost*. Časové vymezení období se u autorů různí. Vágnerová (2005, 321) zahrnuje adolescenci do období od 10 do 20 let života. Přičemž ji dále rozděluje na ranou trvající od 11. roku života do 15. a pozdní, trvající od 15 do 20 let. Macek (2003, 9) uvádí, že evropská psychologie rozděluje adolescenci od pubescence, kterou Vágnerová označuje jako ranou adolescenci.

V současnosti panuje všeobecná shoda v tom, že je vhodné toto období dále rozdělovat na 3 fáze: Časná adolescence, která se nachází v časovém pásmu zhruba 10(11) – 13 let (ve starší terminologii označována jako pubescence), střední adolescence, vymezenou intervalem 14 – 16 let a pozdní adolescence, trvající od 17 do 20 (i déle). Každá z těchto etap má své svébytné charakteristiky, které potvrzují, jak markantní změny se během tohoto období odehrávají (Macek, 2003).

V další části bude popsáno věkové období kolem 15 let. Později zveřejněné studie se týkají této věkové skupiny žáků.

3.1.1 Střední adolescence

Adolescent se snaží uvolnit z přílišné závislosti na svých rodičích a navázat významnější vztah se svými vrstevníky obojího pohlaví. Dítě si hledá svojí cestu k samostatnosti, aniž by ztrácelo pozitivní vztah ke svým rodičům. Sociálním mezníkem tohoto období je ukončení povinné školní docházky na základní škole. Později na střední škole, kdy se z žáka stává vydělávající samostatný jedinec či vysokoškolák (Langmaier, 1991). Adolescence je charakteristickým obdobím pro vytvoření vlastní identity, vybudování si postavení ve společnosti a uklidnění vztahu s rodiči se současným

osamostatněním. Je to tedy poslední období biologického dospívání, později je důležitější spíše rozvoj psychologický, sociologický a pedagogický (Macek, 2003).

3.1.2 Tělesný vývoj

Do 15. roku života člověk prodělal veliké změny jako pubescent a do fáze adolescence vstupuje jako pohlavně zralý. Zpočátku dochází k prvnímu pohlavnímu styku a vytváření hodnotnějšího heterosexuálního vztahu. Veliký význam v adolescentním věku je přisuzován postoji člověka k sobě samému. Ve fázi, kterou Vágnerová označuje jako druhou adolescentní, narůstá význam potřeby líbit se sobě i okolí. Adolescent si vytváří představu, které podřizuje svůj šatník a vystupování na veřejnosti. Obvyklými vzory jsou významné osobnosti probíhající doby. Jsou to sportovci, herci či zpěváci. Mohou to být také pro dítě jiným způsobem známé osoby. Adolescent konfrontuje poté své vlastní tělo s fyzickými kvalitami svých vrstevníků a jeho akceptovaným ideálem.

Fyzická atraktivita ovlivňuje výrazně sebevědomí. Pokud splňuje požadavky opačného pohlaví a sám se cítí jako atraktivní, může to znamenat velkou oporu pro jeho sebevědomí. V opačném případě přichází pocit méněcennosti, menší sebejistoty a důvěry ve své schopnosti. V pozdější adolescenci se stává zevnějšek cílem i prostředkem. V tomto věku jsou jedinci na nejvyšším bodě ve své výkonnosti a jsou ochotni obětovat mnoho práce pro zlepšení své fyzické kondice a získání potřebných fyzických kvalit. Fyzická síla má význam i ve vztahu k dospělým. Jedinec se necítí jako podřízený, jelikož jeho výška a síla je srovnatelná s dospělými. Do nevýhodné pozice se dostávají děti s opožděným pohlavním dozráváním. Stávají se nápadnými a odlišnými. U méně intelektuálně disponované mládeže může tato nápadnost hraničit až s projevováním agrese. Tyto děti se mohou například mezi učňovskou mládeží stát terčem nejen nepříjemných poznámek (Vágnerová, 2005).

3.1.3 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita podle Hodaně (2000) může být vymezena jako suma činností, které realizuje kosterní svalový systém; jsou podmíněny energetickým výdejem a součinnostmi všech fyziologických funkcí.

Měkota & Cuberek (2007, 37) uvádí, že: „přívlastkem pohybová zdůrazňujeme hybný (motorický) charakter činnosti, vyjadřujeme, že pohybová stránka je v dané činnosti rozhodující“.

Jedním z nejzákladnějších vyjádření lidské aktivity je proces vedoucí k uspokojení lidské potřeby, včetně potřeby pohybu (Měkota & Cuberek, 2007).

3.2 Droga

Pokud jde o účinky určité drogy, látka je takto definována v případě, že ovlivňuje CNS a její užití má za následek změnu psychického nebo fyzického stavu. Účinek následující po požití může být omamný, povzbuzující či může mít vliv na chápání reality a změnu vědomí. Některé drogy mají tyto účinky smíšené (Galla et. al., 2005).

V minulosti tento termín označoval surovinu živočišného či rostlinného původu, používanou mimo jiné i jako léčivo. Dnes je slovo droga využíváno spíše ve významu farmaceutickém, ale slouží také pro označení látek, které lidé užívají za účelem povzbuzení, změně nálady, odreagování či tlumení duševních či tělesných funkcí svého těla (Nožina, 1997).

V úmluvách OSN tento termín označuje látky, které podléhají mezinárodní kontrole. Ve farmakologii se tento termín může vztahovat k některým chemickým činitelům, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Často se pod pojmem droga skrývá psychoaktivní látka v rozporu se zákonem. Výjimku tvoří alkohol, tabák, kofein a další látky, které jsou užívány legálně. Jsou považovány také za drogy užívané pro svůj psychoaktivní efekt, ovšem nejsou v rozporu se zákonem. (Kalina et. al., 2003)

3.2.1 Rozdělení drog

Pod pojmem droga si můžeme představit širokou škálu věcí, kterými jsme každý den obklopeni. Na tyto předměty či látky si dokážeme vybudovat určitý druh závislosti a považujeme je za nezbytné pro každodenní funkci těla a mysli. Pro někoho je to šálek kávy nebo čaje po ránu, jiný zase cigaretu či jiný tabákový výrobek. Drogy posuzujeme podle jejich škodlivosti, postoje společnosti k nim a lidem je užívající. Rozdělit je můžeme na drogy legální a nelegální.

3.2.2 Legální drogy:

- Alkohol
- Tabák
- Léky
- Těkavé látky

Alkohol – vzniká chemickým procesem kvašení sacharidů, jednoduchých cukrů obsažených v ovoci všeho druhu nebo z polysacharidů obilných zrn a brambor. Při nedokonalých chemických procesech domácí výroby však může vzniknout pro nervový systém jedovatá látka nazvaná metanol. Etylalkohol neboli alkohol byl využíván lidstvem od dávných civilizací, svědčí o tom archeologické nálezy. Látka byla využívána při zvláštních událostech například náboženského charakteru, později se však stala nápojem. Známe je užívání látky v medicíně. Od doby, kdy byl vynalezen, lidstvo provází také negativní následky nepřiměřeného užívání. Nadměrné užívání nazýváme termínem alkoholismus (Kalina et al., 2003).

Britští vědci si uvědomují, že je to mnohostranný problém. Dítě v adolescentním věku prochází řadou změn – první vztahy, tlak ve škole. Tyto faktory je mohou velmi znepokojovat a vést k užívání alkoholu. V porovnání s dřívějšími generacemi mají dnešní děti více stresující život. Rodiče jsou často ve velkém stresu a to se projevuje v rodinném životě. Tlak na dospívající je opravdu velký. Správnou prevencí podle britského vědce Soreka je včasná promluva o alkoholu právě s dětmi ze strany rodičů (Moorhead, J. 2010).

Epidemiologické studie z posledních dvou dekad ukazují výrazný nárůst nadměrného pití alkoholu u adolescentů. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která je prováděna i u nás od roku 1995 a je současně organizována v dalších 35 zemích EU, prokázala vzestup procenta šestnáctiletých, kteří pijí nadměrné množství alkoholu. V České Republice byly tyto hodnoty v roce 1995 na 13,3% a v roce 2007 už se jednalo o 19,9%. Roste také počet hospitalizací následkem nadměrného pití alkoholu mladistvých. V průběhu let 2006 až 2010 bylo hospitalizováno 2176 dospívajících pro obtíže spojené s vlivem návykových látek, přičemž 1838 dospívajících pro intoxikaci alkoholem. Nejčastěji byly děti intoxikovány destilátem (57,5 %) samotným nebo v kombinaci s vínem či pivem. Nejčastějším místem požívání alkoholu je ulice či park (57,5%), dále následuje společenská událost typu diskotéky, zábavy či plesu (24,4%), (Kabíček et al., 2013).

Nadměrné užívání vymykající se kontrole nazýváme alkoholismem. Janík & Dušek (1990) soudí, že o alkoholismu můžeme hovořit v případě, že dosáhne závislost na pití takové míry, že škodí samotnému jedinci, společnosti či kombinace obou faktorů. Alkohol řadí mezi psychotropní látky výrazně ovlivňující nervovou činnost člověka.

Tabák

Obsahuje 4 – 5 tisíc složek tabákového kouře, ale pouze jedna z nich je opravdu návyková. Je to toxický rostlinný alkaloid nikotin. Bezbarvá tekutina nevydávající žádný zápach. Tabák pěstovali již Indiáni, jenže pro ně užívání tabáku neznamenovalo prakticky žádné poškození, jelikož ho nekouřili zdaleka v takové míře jako dnešní kuřáci a ke kouření používali dýmky, což znamenalo, že kouř nemuseli vtahovat až do plic. Na rozdíl od dnešních kuřáků a vyvarovali se tak nebezpečí. Nikotin se jim tak vstřebával v ústní dutině a ne na nebezpečném místě jako jsou plíce. Smutným faktem je, že ročně stoupá spotřeba tabáku celosvětově zhruba o 3% a to především v rozvojových zemích. Na rozdíl od západních zemí, kde je tendence klesající nebo stagnující. Nejčastěji se začíná kouřit kolem 14. roku života, 80 – 90% kuřáků začne před svým 18. rokem života. Mladí lidé jsou taktéž hlavním cílem tabákové reklamy (Kalina et al., 2003).

Většina uživatelů brzy pozná škodlivé účinky, avšak nejsou schopni snadno přestat. Recidiva je přítomna mezi lidmi, jenž přestávají s kouřením až z 80%. Tito lidé obvykle do tří měsíců po ukončení užívání začínají opět kouřit. Ještě problematičtější je fakt, že většina závislých začíná s kouřením právě v období adolescence, kdy se velmi rychle rozvíjejí návykové příznaky. Experimentování přechází na návyk a následně potřebu. Například ve Spojených státech je nikotin, ať už v podobě cigaret, žvýkacích tabáků či dýmek a doutníků, jedna z nejvíce využívaných návykových látek.

Takové kouření podle průměru snižuje věk o 14 let. Poškození zdraví začíná nejprve vnitřními orgány. Odhadem 8,6 milionu lidí mělo chronické onemocnění následkem pravidelného kouření cigaret nebo tím, že v minulosti právě pravidelným kuřákem byli. Mezi nejčastější onemocnění následkem kouření patří chronická bronchitida, infarkty a rakovina. Následky kouření cigaret činí nejméně 30% všech úmrtí na rakovinu. Výrazně také zhoršuje stav astmatiků a přispívá k rozvoji rakoviny plic, hrtanu, ústní dutiny či jícnu (Lewis, P. C., 2009).

Léky vyvolávající závislost

Hlavním společným účinkem těchto léků je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich užití osoba může pociťovat ospalost, otupělost a pozorovat drobné poruchy srozumitelnosti řeči. Tyto látky ovlivňují také rychlost reakce neboli reflex. Při předávkování mohou vést až ke kómatu. Chronické užívání způsobuje psychické a somatické závislosti na daném léku také u uživatelů, kteří je dostávají na předpis od lékaře. Pokud má uživatel patřičnou dávku svého léku, nemusí se to nijak zvlášť projevit do chvíle, kdy překročí svou toleranci. Při nedostatku tohoto druhu drogy se objevuje neklid, nespavost, zvýšená mrzutost s agresí, případně znovuobjevení bolestí. Zneužívání léků a následná závislost na nich je přítomna i u mladistvých. Nejvyšší míra kontaktu s těmito látkami je ve středním, případně vyšším věku. Závislost na lécích je problémem, které v preventčních programech nebývá věnována přehnaná pozornost. Uživatelé by měli věnovat zvýšenou pozornost při čtení příbalových letáků, kde by měla být uváděna případná možnost vytvoření návyku na tuto látku (Kalina et. al., 2003)

Těkavé látky

Mezi látky užívané jako omamné a psychotropní řadíme některá rozpouštědla, ředidla a lepidla. Dále plynné látky jako éter a rajský plyn. Jejich společným znakem je ovlivnění CNS projevující se euforií v podobě útlumu, mohou se též objevit zrakové a sluchové halucinace. Doposud nejrozšířenější inhalační drogou je toluen. Důležité rozpouštědlo zejména laků.

Počet uživatelů inhalačních drog v ČR je poměrně stabilní. S užíváním těchto látek obvykle brzy končí a přecházejí na jiné. Inhalační látky tak můžeme přiřadit mezi alkohol a tabák do skupiny iniciačních (startovacích) drog (Hampl, 1991).

Při delším užívání dochází k celkovému otupění, poruchám emotivity a předvídatelnosti chování. Také k agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti (Kalina et. al., 2003).

3.2.3 Nelegální drogy:

- Halucinogeny

- Konopné drogy
- Stimulancia
- Opioidy
- Taneční drogy

Halucinogeny

Obecně můžeme halucinogeny rozdělit do tří základních skupin:

- Přírodní halucinogeny rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin)
- Přírodní halucinogeny živočišného původu (např. bufetenin)
- Poloumělé a umělé halucinogeny (Kalina et. al., 2003).

Nejvíce užívané látky jsou lysohlávky obsahující látku psilocybin. Dalším velmi rozšířeným zástupcem halucinogenních drog na české drogové scéně je LSD.

Psilocybin

Psilocybin považujeme za snadno dostupnou a psychicky velmi aktivní látku. Tato droga patří v ČR mezi nejvíce rozšířené z oblasti halucinogenních látek. Dostupnost je snadná díky častému výskytu. Nebezpečí vysoké intoxikace při užívání vzniká následkem nemožného odhadu množství aktivní látky v houbě. Tato houba se užívá perorálně a řadíme ji spíše mezi sezónní drogy. Celková doba intoxikace po požití se pohybuje mezi 4-8 hodinami (Kalina et. al., 2003).

LSD

LSD se objevuje na našem trhu převážně ve formě tripů či krystalů. V prvním případě mluvíme o malých papírových čtvercích s potiskem. V druhém případě se jedná o malé granule připomínající umělé hnojivo. Užití probíhá taktéž perorálně v podobě rozpuštění v ústech pod jazykem. V rámci taneční scény patří k relativně oblíbeným látkám, ovšem tomuto prostředí jednoznačně dominuje extáze.

Účinky LSD a psilocybinu si jsou podobné. První příznaky se objevují již v řádu několika minut maximálně hodiny. Nástup i účinky aktivní látky jsou závislé na množství,

čistotě a individuální citlivosti jedince vůči jejím účinkům. U nižších dávek převládá výskyt iluzí a pseudo halucinací se zvýšenou barevnou citlivostí. Naopak u vyšší dávky účinné látky může nastat u uživatele až výrazný halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, což může být uživatelem vnímáno velmi negativně (Kalina et. al., 2003)

Konopné drogy

Na trhu se objevují dvě formy těchto drog:

- Marihuana
- Hašiš

Konopné drogy, hlavně tedy marihuana, jsou nejrozšířenější nelegální drogou v naší zemi. Česko patří dlouhodobě mezi země, kde se marihuana užívá v největší míře v celé Evropě. Kouření marihuany se stává v dnešní společnosti naprostou normou a setkáváme se s pravidelnými uživateli stále častěji. Mnoho uživatelů kombinuje tuto látku s alkoholem. Zastánci těchto konopných drog tvrdí, že intoxikace marihuanou nepřináší zvýšenou agresivitu jako je tomu u alkoholu a nepřináší druhý den žádné známky na samotném těle na rozdíl od požití velkého množství alkoholu.

Marihuana je rostlinnou dvoudomou, to znamená, že rostliny se dělí na samčího a samičího původu. Využitelnější a psychoaktivnější jsou rostliny samičího původu. Marihuana domácí produkce dosahuje co do počtu psychoaktivních látek 2-8%. Zahraniční v rozmezí 6-14%. Díky indoor pěstování šlechtěných odrůd ve vysoce potentní půdě při umělém osvětlení dosahují až hranici 20% (Kalina et. al., 2003).

Hašiš je konopná pryskyřice obsahující minimální množství květenství a nečistot na rozdíl od marihuany. Obsah aktivních látek může dosáhnout až 40%. Nové technologie pěstování marihuany ovšem tyto rozdíly v obsahu aktivních látek zmenšují.

Konopné drogy jsou užívány především kouřením. Ne příliš časté bývají užívány perorálně jako součást pokrmů či nápojů. Účinek po vykouření drogy nastává v řádu několika sekund či minut a intoxikace trvá po dobu 3-6 hodin. Po požití perorálně je nástup

drogy výrazně opožděný, avšak trvá daleko déle. Mezi nejčastější účinky konopných látek lze zařadit sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Dále je typická také deformace ve vnímání času, prostoru a hmatové či zrakové iluze. V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena lehkou euforií a příjemnou náladou, která může přejít až do nezadržitelného smíchu. Při častém, nadměrném a dlouhodobém užívání registrujeme u uživatelů poruchy soustředění a krátkodobé paměti (Kalina et. al., 2003).

Stimulancia

Pod tímto názvem se skrývají látky přírodního nebo syntetického původu. Už podle názvu se jedná o látky, které mají stimulační (budivý) efekt. Látky spadající do této skupiny můžeme řadit mezi látky amfetaminového a kokainového typu. Se svým stimulačním účinkem sem také patří MDMA čili extáze, ta ovšem patří také do skupiny halucinogenních drog (Martanová et al., 2007).

Hlavním představitelem je účinná látka kokain, dále syntetická látka amfetamin a deriváty z něj vytvořené, v naší republice hlavně pervitin. Ne vždy se však musí jednat o látky nelegální, jelikož mezi přírodní stimulancia můžeme zařadit také kávu, čaj a tabák.

Účinky stimulancií

Tyto látky zvyšují psychomotorické tempo a mozkou dodávají pocit bdělosti. Vyvolávají potlačení únavy a hladu, přidávají pocit psychické a fyzické síly, uvolňují zábrany a spouštějí euforii. Vlivem opakovaného užívání vysokých dávek se po určité době rozvíjí psychická porucha nazývaná amfetaminová psychóza, způsobující pocity intenzivního ohrožení, halucinace a delirium. Abstinenční příznaky se mohou projevit agresivním chováním vůči okolí a vést až k sebevraždě (Martanová et al., 2007).

Kokain

Jeho užívání není tolik rozšířené převážně kvůli vysoké pořizovací ceně. Nejvíce rozšířený je kokain v USA, Evropa nedosahuje těchto rozměrů. Do ČR se kokain sice pašuje, ale výskyt na české drogové scéně není tak častý. Poptávka bývá uspokojena spíše v našich poměrech cenově dostupnějším a účinky srovnatelným pervitinem. Přesto se

skupina uživatelů kokainu pomalu rozšiřuje. Jde spíše o občany s vyššími příjmy či děti ze sociálně vyšších vrstev (Nováková, 2000).

Pervitin

Radíme jej mezi nejužívanější ve své kategorii. Tato droga je vyráběna z volně dostupných léčiv. Bílá, krystalická látka aplikující se intravenózně nebo šňupáním. Jeho výroba není nákladná, je k ní potřeba látka nazývaná se efedrin obsažena ve volně dostupných léčivech, jako jsou např. Nurofen, Modafen apod. Česká výrobní praxe byla relativně proslulá a dostala tohoto zástupce stimulancií i na nezákonné trhy do Evropy. Převážně díky zkušeným „vaříčům“ této drogy, kteří takto cestovali za prací (Nováková, 2000).

Opioidy

Látky ovlivňující organismus působením opioidních receptorů. V lékařství jsou používány hlavně jako léky proti bolesti a kašli, jelikož dokáží tlumit reflex kašle. Opioidy způsobují uživateli naprosté uklidnění a můžou vyvolávat až ospalost. Dalším účinkem je útlum dýchacího centra, při čemž může dojít až k zástavě dechu. Opioidy dále rozšiřují cévy, zpomalují srdeční frekvenci, snižují krevní tlak a vyvolávají silnou zácpu. Nejrozšířenější drogou této skupiny v České republice je heroin, Braun a Metadon (Kalina et al., 2003).

Taneční drogy

V dnešním moderním světě vzrůstá význam a oblíbenost mezi adolescenty klubové hudby stylu house, techno. Elektronická hudební scéna se stále více rozšiřuje do klubů v České republice. Techno party a festivaly taneční hudby nabývají na významu zábavy dnešních adolescentů a s tím je spojená i větší oblíbenost užívání tanečních drog. Vznikají nové možnosti a místa, kde se adolescenti s těmito drogami mohou setkat. Je obecně známo, že tato místa jsou charakteristická častým výskytem a užíváním návykových látek.

Mezi nejrozšířenější látky taneční scény patří suverénně MDMA neboli extáze. Tato droga je nejrozšířenější v západním světě od 80. let minulého století. Nejčastější formou, ve které je nabízena uživatelům, jsou tablety všech tvarů, barev a velikostí. Požití

způsobuje euforii, pocity lásky a sounáležitosti a odebrání obvyklých zábran. Uživatel dokáže tancovat několik hodin bez pocitu únavy, žízně a hladu. Mezi akutní nebezpečí užití látky patří zejména kardiovaskulární komplikace jako porucha srdečního rytmu, riziko infarktu myokardu (Mravčík et. al., 2011).

3.3 Závislost

Závislost můžeme považovat za druh onemocnění. Je charakteristické naléhavou touhou po účinku drogy, i přestože uživatel ví, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů (Hajný, 2001).

Závislost popisujeme jako stav tělesné nebo psychické potřeby, která se objevuje u lidí, jenž drogy požívají kontinuálně nebo periodicky. Problematika návyku je společností chápána velmi široce. Rozdělit se dá na dva póly:

- farmakologický- jedná se o vytvoření vazby na specifické toxikomanické vlastnosti látky, kde příčinu závislosti můžeme hledat v látce samotné,
- psychologický- v podstatě jakákoliv činnost může přejít do návykové formy. Rozhodujícím předpokladem ke vzniku závislosti je struktura osobnosti (Janík & Dušek, 1990).

Dlouhodobým zneužíváním návykové látky vzniká závislost psychická nebo somatická.

Pojem **psychická** závislost představuje specifické ladění psychiky, které nutí jedince periodickému nebo soustavnému požívání látky. Uživatel tak činí proto, aby si naladil příjemný stav blaženosti a také aby zabránil vzniku nepříjemných pocitů a rozkol v jeho psychickém rozpoložení. Pojem může být chápán široce. Jsou známi i toxikomani, kterým činí příjemný stav, když se ocitnou vlivem drogy v úzkostném rozpoložení mysli, jenž vede k ohrožení života a smrti.

Pojem **somatická** závislost zahrnuje adaptaci organismu na užívanou látku. Dojde k tomu, že látka se stane nedílnou součástí metabolismu a její absence způsobuje vyvolání abstinčních příznaků (Janík & Dušek, 1990).

O závislosti můžeme hovořit v těchto případech:

- silné přání požívat psychotropní substance,

- snížená schopnost kontroly nad množstvím a ukončením požívání substance,
- užívání substance ke zmírnění abstinenčních syndromů,
- rozvoj tolerance,
- omezený úsudek o chování při požití substance,
- zanedbávání ostatních, dříve považovaných za důležité hodnocené zájmy,
- pokračující užívání substance přes dokázané škodlivé psychické, tělesné či sociální následky (Göhlert & Kühn, 2001).

3.3.1 Typy závislostí

Lidé užívající návykové látky vykazují určité znaky, podle kterých se řadí do skupin jedinců s podobnými příznaky. Závislosti můžeme také dělit na dva druhy: aktivující (stimulancia) a uklidňující (sedativa).

Stimulancia:

- Konopný typ
- Amfetaminový typ
- Halucinogenní typ
- Kokainový typ

Sedativa:

- Opiátový typ
- Benzodiazepinový typ
- Barbiturátový/ alkoholový typ
- Nikotinový typ (Kalina, et. al., 2003).

3.3.2 Cílové skupiny uživatelů

Rizikové skupiny – seskupení jedinců, kteří jsou negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohroženi drogami více než zbytek populace. V podstatě můžeme za rizikovou populaci označovat děti ve věku od 13. do 18.

Experimentátoři – tento název je nepřesný, přesto používaný. Označuje takové jedince, kteří drogu ze zvědavosti zkouší i přestože nemají v jiných oblastech svého života problémy.

Příležitostní a rekreační uživatelé – u této skupiny se droga člení mezi součást životního stylu a zábavy. Četnost užití drogy není častější než jednou za týden a neobjevuje se zde aspoň prozatím závislost. Typickým zástupcem užívané drogy je LSD, extáze a marihuana.

Pravidelní uživatelé – v této skupině jednotlivců bývá droga užívána více než 1x týdně.

Problémoví uživatelé – do tohoto pojmu nezahrnujeme užívání extáze a konopí. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) definovala tento pojem jako intravenózní užívání drog nebo dlouhodobé užívání opiátů, kokainu či drog amfetaminového typu.

Závislí (toxikomani) – obvykle užívaný termín k popisu dlouhodobého užívání drog (Kalina a kolektiv, 2003).

Dále Kalina a kolektiv (2003, 17) definuje toxikomanií jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v míře, kdy je uživatel (toxikoman) periodicky nebo chronicky intoxikovaný. Má nutkání k užití dané psychoaktivní látky, činí mu velké problémy úmyslně zastavit nebo změnit její užívání a má tendenci získat danou psychoaktivní látku téměř každým způsobem.

3.3.3 Osobnost jako ovlivňující faktor

Dalším činitelem v tvorbě závislosti na droze je samotná osobnost uživatele. Zahrnuje spojení duševních a fyzických vlastností člověka, které jsou vytvořeny během individuálního vývoje a projevující se v oblasti společenských vztahů. Osobnost se vyvíjí na základě vrozených dispozic organismu a v průběhu dospívání jsou dotvářeny získanými vlastnostmi. Proto by neměl být zanedbáván význam dědičných faktorů při možném vzniku závislosti. Je daleko větší možnost zisku závislosti u dítěte, které má nebo mělo jednoho či oba z rodičů závislých na návykové látce. V průběhu vývoje vznikají situace, se kterými se musí jedinec vyrovnávat. Dospívající disponující schopností vyrovnání, přizpůsobení a rozvíjení se na základě získaného poznatku nemívají obvykle problém tyto situace zvládat. Avšak jsou jedinci, kteří selžou a jako řešení vyhledávají právě drogu nebo alkohol (Janík & Dušek, 1990).

3.3.4 Sociální prostředí

Každý člověk je ovlivněn prostředím, ve kterém vyrůstá, chodí do školy či do zaměstnání nebo v něm tráví svůj volný čas. Při prvním kontaktu s návykovou látkou také mnohdy rozhoduje i prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Důležitým činitelem je škola. Ta by měla mít natolik naplňující charakter z hlediska výchovy a zájmu dítěte, že by se mohla stát jedním z hlavních zájmů života dítěte. Měla by mu také poskytnout návrh či usnadnění cesty k účelnému využití volného času (Janík & Dušek, 1990). Čím více dítě zůstává bez dozoru ať už pedagogů či po skončení výuky rodičů a má prostor na vyhledávání míst a osob, které mají spojitost s drogami, tím větší šance vzniká, že přijde dítě s touto látkou do kontaktu. Ke kouření se však člověk mnohdy uchyluje jenom proto, že ve společnosti nemá dost sebedůvěry. Cigareta mu dodává určitý pocit sebedůvěry. Může tomu tak být i s alkoholem. Mnozí lidé si alkoholem dodávají odvalu ať už k seznámení s opačným pohlavím nebo k tomu aby dokázali na veřejnosti vůbec promluvit. Některé důvody zkoušení alkoholu či kouření u dětí jsou však naprosto banální: zvědavost, touha prožít něco neobvyklého, únik před realitou a samotou či protest proti autoritě ze strany rodičů. Někdy se chce pouze dítě pomocí užití začlenit do kolektivu.

Mládež projevující odlišnost v psychice v zapojení se do společnosti ve škole označujeme jako problémovou. Rodinné zázemí těchto dětí může mít dva opačné extrémy, které dítě vede touto cestou. Může to být přehnaná autoritativnost ze strany rodičů nebo přehnaná shovívavost a tolerance. Dítě poté hledá útočiště v partě mladých lidí namísto své rodiny. Mezi další aspekty patří požadavky na výkonnost, rychlé zvraty v sociálním seskupení a tím zvýšené nároky na přizpůsobivost dítěte (Janík & Dušek, 1990).

3.4 Prevence sociálně patologických jevů

Pod pojmem sociálně patologický jev neboli v modernějším podání rizikové chování rozumíme takové chování, v jehož důsledku dochází k nárůstu zdravotních, sociálních či výchovných rizik pro jedince a společnost. Je to takové chování, které můžeme podrobit preventivním a léčebným intervencím.

Řadíme sem:

- násilí, týrání a zneužívání dětí, šikana či záškoláctví,
- užívání návykových látek (včetně alkoholu a kouření),

- vandalismus, delikvence, kriminalita,
- poruchy příjmu potravy,
- sekty a sociálně patologická náboženská hnutí,
- rasismus, intolerance, antiseminismus,
- ohrožování mravní výchovy mládeže,
- netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (Martanová et. al., 2007).

Za prevenci rizikového chování považujeme jakékoli typy zdravotních, sociálních, výchovných či jiných intervencí směřujících k předcházení a výskytu rizikového chování (Martanová et. al., 2007).

Tato kapitola pojednává o důležitosti předcházení užívání návykových látek, spadající pod pojem sociálně patologické jevy u mladistvých. Stejně tak jako se lidé snaží od dob, co se vůbec na planetě pohybují předcházet nemocem, je tomu stejně i zde (Nováková, 2000).

3.4.1 Užívání versus zneužívání drog

Je nutné dokázat rozeznat rozdíl mezi užíváním a zneužíváním. Mnoho dospívajících užívá legální či nelegální látky. K zneužívání této látky ovšem dochází pouze u malého procenta (5 až 10%). Ještě menší procento se později stane na droze závislými.

K experimentálnímu užívání drog obvykle dochází ve věku 12 až 25 let. Začíná se první cigaretou či prvním pivem v období dvanácti let. Mezi 16. a 20. rokem života dochází ke kontaktu s konopím, extází nebo tvrdým alkoholem. Jen u mála dospívajících v tomto věku se objevuje vážnější poškození zapříčiněné návykovými látkami.

V situaci, kterou popisují jako zneužívání drog s rizikem vedoucím k závislosti, nastává tehdy, kdy se daný uživatel dostává do konfrontace s negativními vlivy vlastního užívání látky (Gallá et al., 2005).

3.4.2 Drogová prevence

Galla et. al. (2005, 11) definují drogovou prevenci jako: „iniciativy, aktivity a strategie určené k tomu, aby se zamezilo negativním následkům spojeným s užíváním legálních a nelegálních drog“.

Cílem efektivní prevence je:

- předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku,
- pokusit se o posunutí setkání s návykovou látkou do pozdějšího věku, kdy je psychika a organismus dospívajícího vyspělejší a odolnější,
- snaha o snížení či zastavení experimentování s návykovými látkami, pokud k nim už došlo, předejít tak zdravotním poškozením zdravotním včetně závislosti vyžadující léčbu (Nešpor, 1998).

3.4.3 Cílové skupiny protidrogové prevence

Kategorie jedinců, kterých se tato prevence týká, se rozdělují:

Předškolní věk- prevence zaměřená hlavně na uvědomění zdraví jako nejdůležitější hodnoty lidského života. Čím nižší věk dítěte, tím více by tato prevence měla být orientována na ochranu vlastního zdraví. Tato prevence by se dala zařadit do primární prevence nespecifické, o níž se zmiňuji níže.

Mladší Školní věk- hlavním úkolem by mělo být prohloubení poznatků o vlastním zdraví a předcházení škodlivým vlivům. V této kategorii přicházejí první zmínky a vymezení pojmů i pravidel týkajících se alkoholu, tabáku a jiných návykových látek.

Starší školní věk- zde přichází na řadu postupné rozvíjení sociálních dovedností jednotlivce, které zahrnují zvládnání čelit tlaku, ujasnění důležitosti komunikace, nenásilné řešení konfliktů. Dospívající jsou do těchto programů už aktivně zapojováni. Jednotlivé situace by si měli vyzkoušet a dokázat je bez problému zvládnout. Efektivní bývají programy dlouhodobé, které posilují a stupňují účinky a vliv na samotné děti.

Mládež- zde je prevence zaměřena spíše na nabídku kvalitně stráveného času a seznámení s řešením obtížných situací. Žáci by měli vědět kam se obrátit v případě problému nejen týkající se návykových látek.

Dospělá populace- konzumenti faktů z oblasti drogové problematiky, snažící se je přenést poté do praxe (Martanová et. al., 2007).

3.4.4 Rozdělení prevence:

Drogovou prevenci dělíme na:

- Primární
- Sekundární
- Terciární

3.4.5 Primární neboli všeobecná prevence

Jedná se o strategii a aktivity vyvíjené k předejití prvního užití drog. Průběžně je zaměřena na jedince, kteří z největší části ještě nezačali užívat návykové látky. To znamená, že se snaží jedince zastihnout a včas odradit. Prostředkem může být snížení dostupnosti, administrativní opatření vymezující zákaz nebo omezení distribuce, reklamy či samotné výroby (Zášková, 1998). Jinými slovy, je to předcházení problému ještě předtím, než vůbec vznikne.

Zaměřuje se na celou populaci (obyvatelstvo určitého státu, komunitu, školu nebo čtvrť), přičemž platit by tento program měl pro každého jednotlivce dané populace. Příkladem může být zařazení všeobecné prevence do učebních osnov vybraných škol (McGrath, 2006/2007).

Primární prevenci můžeme dále dělit na specifickou a nespecifickou.

Specifická primární prevence zahrnuje takové aktivity, které jsou cíleně zaměřeny na práci se skupinou populace, u nichž lze v případě absence preventivních opatření očekávat negativní vývoj v oblasti sociálně patologických jevů. Je zaměřena na odolávání tlaku ze strany společnosti, zvládnání stresových situací, odmítnutí drogy, motivace k formulování a přemýšlení nad svými postoji či názory (Martanová et al., 2007).

Nespecifická primární prevence zahrnuje všechny aktivity podporující zdravý životní styl a volnočasové aktivity, působící na snížení rizika vzniku a rozvoje sociálně patologických jevů. Dalším záměrem je návod na lepší využití volného času prostřednictvím zájmových nebo sportovních aktivit, které napomáhají k socializaci jedince. Vedou k správnému rozvoji osobnosti, respektování společenských pravidel a odpovědnosti za své chování (Martanová et al., 2007).

3.5. Význam pohybové aktivity v životě adolescenta a v prevenci sociálně patologických jevů

Pohybová aktivita je nedílnou součástí správného vývoje jedince po psychické, fyzické i sociální stránce. Naše tělo je stvořeno pro pohyb a také ho potřebuje pro správnou funkci. Už naši předkové přežili výhradně z důvodu, že se dokázali neustále pohybovat. Nutily je k tomu podmínky, ve kterých žili. Postupem času a díky dopravním prostředkům přechází nutnost pohybu ve smyslu přemístění na potřebné místo do ústraní. Je nahrazena dopravními prostředky. Také povaha zaměstnání nutí člověka často k sedavému způsobu života.

Co do vývoje dítěte zasahuje pohyb hlavně v souvislosti s budoucím vlivem na zdravotní stav jedince v dospělosti. Sport a pohybová aktivita má mnoho pozitivních efektů ať už na dítě či dospělého jedince. Buduje charakter, učí spolupráci v týmu, rozvíjí mysl, orientaci v prostoru, učí dodržování specifického druhu pravidel a poskytuje možnost vynaložení přebytečné energie a agresivity na společensky vítaném místě (Davis et al., 2004).

Dále jsou aktivní účasti ve sportovních činnostech připisovány tyto výhody: zlepšené vnímání kompetencí, zvýšená sebeúcta, podpora emoční stability a morálního vývoje (Flemr et al., 2009).

Nejběžnějším stavem po cvičení je pocit relaxace a celkové pohody. Tyto pocity vyvolává vyplavování endorfinů z těla.

Pohybová aktivita napomáhá k celkové fyzické zdatnosti, která je pozitivně přijímána okolím. Fyzická zdatnost má pět složek: kardiopulmonální vytrvalost (schopnost oběhového a dýchacího systému dodávat energii při trvalé fyzické aktivitě a odstranění zplodin únavy po dodání živin), svalovou vytrvalost (schopnost vyvinout sílu po více opakováních nebo po sobě se opakující námaze), svalové síly (množství síly, kterou je jedinec schopný vyvinout), flexibility a složení těla (Belanger, 2009).

Bezprostředně po vykonání sportovní aktivity přiměřeného zatížení se děti cítí vitálněji a můžeme u nich pozorovat zlepšení nálady, které zapříčinilo vnitřní uspokojení. Zapojuje se výrazně pravá hemisféra mozku, v níž se nachází centrum kreativity. Učitelé tvrdí, že děti často nalézají řešení studijního problému po hodinách tělesné výchovy či zvýšené pohybové aktivitě (Galloway, 2007).

Pohyb podle Machové a Kubátové (2009, 58) přispívá k duševní svěžesti, zvyšuje pocit duševní pohody a odolnost vůči stresu a v neposlední řadě napomáhá lepšímu prokrvení a okysličení mozku.

V současnosti vlivem opakovaného zaujímání neměnné polohy po delší dobu (sezení u počítače, televize, v autě) dochází k vytváření svalových dysbalancí, poruch hybných stereotypů. Ze zdravotních hledisek je pohybová in aktivita po kouření, vysokém krevním tlaku a cholesterolu čtvrtým rizikovým faktorem neinfekčních onemocnění. Proto v dnešní době zastává organizovaná PA velice důležitou roli (Blahutková, Řehulka, Dvořáková, 2005).

O pozitivním vlivu fyzické aktivity nejen na vývoj dospívajícího lidského těla se můžeme nejen dočíst v literatuře, ale každý si tento vliv může na sobě vyzkoušet. Díky pravidelnému fyzickému výkonu reagují kladně nejen svaly a klouby, ale také vnitřní orgány. Člověku sportujícímu ať už v kolektivním či individuálním sportu se díky soutěžení ve svých věkových a výkonnostních kategoriích formuje postoj k přirozené autoritě například svého trenéra. Dále respektu ke svým soupeřům či spoluhráčům. Z fyzické aktivity se stává dále potřeba, která spojuje s dalšími lidmi a vytváří nová přátelství a pocit, že člověk někam patří. Četné studie nasvědčují, že socializační proces začíná v raném věku a je silně ovlivněn tím, zda se dítě zapojí do sportu a pohybové aktivity či nikoliv a zda si udrží zájem o tyto aktivity v dospívání a dospělosti (Smoll & Smith, 2002).

3.5.1 Možnosti dětí z měst a vesnic k vykonávání pohybové aktivity ve volném čase

Ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi Česká republika postrádá adekvátní finanční zázemí. Je patrná nízká úroveň veřejného financování sportu a rovněž nízká úroveň přímého financování domácnostmi. Vyskytuje se trend klesajícího objemu finančních prostředků plynoucích do českého sportu. Velkou část objemu prostředků plynoucích do sportu obstarávají v mnoha ostatních evropských zemích loterijní společnosti. Nicméně v České republice loterijní a sázkové společnosti vlastní soukromý sektor, a proto jsou možnosti získání zdrojů pro sport limitované (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).

Když porovnáme možnosti dětí z větších měst a maloměst či vesnic, dojdeme k závěru, že děti z více osídlených měst mají více možností k pravidelnému sportování.

Na vesnicích či maloměstech jsou možnosti omezeny nejen nedostatkem sportovních ploch, ale případně i odborně vzdělaných trenérů, kteří mohou tyto sportovní aktivity řídit. Na druhou stranu tyto děti mají daleko víc míst k využití, kde si svá hřiště mohou vytvořit a zabavit se zde. Ve větších městech jsou pouze jasně dána místa, kde se dá sportovat a také tato místa využívá více lidí, než v prvním případě. Mezi nevýhodu těchto hracích ploch můžeme počítat jejich provoz, který v zásadě sponzorují právě uživatelé. Pro některé z dospívajících je investice do vstupu na hrací plochu zbytečná a proto se může uchýlovat k jiné alternativě. Stále méně se setkáváme s hracími plochami, kde uživatelé nemusejí platit za svůj pobyt. Je nutné říci, že pro některé z potenciálních uživatelů sportovních ploch je i dvě stě korun za hodinu strávenou například na tenisovém hřišti velká investice. Hlavní rozdíl je v omezené kapacitě, která mnohdy nestačí potřebám dané komunity.

Důležitá je podpora města. Město a jeho řídicí orgány jako vedoucí složka celkového dění musí mít zájem o mládež v něm vyrůstající a proto by jim tuto možnost sportovního vyžití a seberealizace poskytnout volně přístupné. Ve městech jsou dětské hřiště či hrací plocha pro kolektivní sporty budovány také za komerčním účelem. Majitel inkasuje finance za jeho samotný provoz. Pokud v tomto ohledu nebude mít podporu města, regionu či státu, nemůže poskytnout bezplatné užívání těchto sportovních prostor.

Rozmanitost sportovních aktivit pro dnešní mládež je rozsáhlá, ale je dostupná jen v případě, že rodiče jsou schopni je podporovat s dopravou, vybavením či různými poplatky jako jsou členské příspěvky a podobně (Fleml & Valjent, 2010).

3.5.2 Socializace ve sportu

Při analýze socializace ve sportu je kladen důraz na účinky sportovní účasti zvláště v dalších oblastech života, zda je užitečný a má přenosnou hodnotu. Mezi účinky sportovní činnosti v přenášení do osobního života zdůrazněme sociální kompetence pro získání hodnot a norem, respektování pravidel. Jedinci ve sportovním prostředí získávají také určité role jako kapitán, trenér nebo neformální role jako bavič, heciv. Naučené sportovní dovednosti mohou děti později uplatnit v dospělosti. Sport a pohybové aktivity jsou obzvláště u dětí a mládeže jedním z nejefektivnějších prostředků k prevenci sociálně patologických jevů jako jsou kriminalita a užívání drog.

Horn in Fleml & Valjent (2010) zmínil, že sport je společenskou institucí, kde je činnost jednotlivce spojena s ostatními. Činnost jednotlivce je obvykle ovlivňována

lidmi kolem něj, dodržuje pravidla komunikace a pravidla, na která jsou lidé domluveni. Způsob řízení vztahů trenéry má důležitý vliv na sportovní prožitek a vnímání sebe sama.

Členové sportovních týmů mají obdobné zvyklosti jako lidé pracující ve skupině či rodinní příslušníci. Snaží se domluvit, čeho chtějí společně dosáhnout, jakou nejlepší cestou vytyčeného cíle dosáhnout. Účastníci chápou své místo v kolektivu a rozumí sociálním zvyklostem uvnitř týmu (Flemer & Valjent, 2010).

3.5.3 Rodina jako součást primární prevence

Rodina představuje prvotní sociální skupinu s určujícím významem pro správný růst a vývoj každého dítěte ať už po stránce biologické, psychické či sociální. Představuje dynamický celek, který je nucen se neustále přizpůsobovat a měnit.

Vodítkem může být samotný vztah abstinentů a konzumentů návykových látek k samotným rodičům. Zatímco abstinenti popisují vztah ke svým rodičům jako vřelý a otevřený, naopak konzumenti často pociťují ve vztahu s rodiči určité napětí, které je způsobeno zmenšeným zájmem o jejich osobu a problémy týkající se jejich aktuálních pocitů.

U dětí ve věku do 6let je důležité uspokojení základních psychologických potřeb. Rodiče by měli dítě přimět k pochopení významu zdraví a jeho důležitosti. Ve věku od sedmi do čtrnácti let je potřeba nabízet dítěti konkrétní dovednosti a informace. V tomto rozmezí jsou nabízeny dítěti základní informace o dopadu tabáku, alkoholu a dalších drog na jeho zdraví.

Následná období po 15. roku života bývají pro rodinu nejnáročnější, jelikož adolescenti nemají zájem přijímat rady a doporučení ze strany rodiny. Zkouší své možnosti, kam až můžou ve svých experimentech zajít. V tomto věku nabývá na významu prevence prostřednictvím školního prostředníků a vrstevníků stýkajících se s dospívajícím (Zášková, 1998).

3.5.4 Sekundární selektivní prevence

Mrazek & Haggerty (1994) ve své studii uvádějí, že selektivní prevence je zaměřena na takovou skupinu populace, u které je riziko užití větší nežli průměr a je určeno biologickými, psychologickými, sociálními a environmentálními faktory.

Selektivní prevence je zacílena na ohrožené skupiny, u kterých je větší šance vzniku rizikového chování.

Příkladem mohou být děti s poruchami chování, problémoví žáci se špatným prospěchem a další. Programy jsou náročnější nejen časově, ale i kvalifikací pracovníků provádějících je (Martanová et. al., 2007).

Příklady žáků vyžadujících selektivní prevenci:

- závislost na alkoholu u někoho z rodičů,
- zneužívání návykových látek jiným členem rodiny či blízkých přátel,
- poruchy chování,
- hyperaktivita a poruchy pozornosti,
- úzkostná porucha,
- zanedbávání nebo týrání ze strany rodičů,
- vysoce rizikové sociální prostředí (Nešpor et. al., 1998).

V rámci selektivní prevence klademe důraz na poznání individuálních potřeb jedince či skupiny, pro kterou je preventivní program určen. Dotyční dostanou ukázkou, jak zvládat problémové situace, kterou si mohou sami mezi sebou vyzkoušet. Touto cestou snížíme hněv spojený s napětím, naopak posílíme sebevědomí. Dále je kladen důraz na zajištění snížení dostupnosti návykových látek pro cílovou skupinu i tím, že škola nebo organizace vykonávající tento program spolupracuje s rodinou a dalšími organizacemi, které dítě navštěvuje (Švarcová, 2002).

3.5.5 Terciální, indikovaná prevence

Nováková (2000, 29) uvádí, že terciální prevence je určena lidem, kteří jsou na drogách již závislí a snaží se prodělat terapii, často s neúspěšným koncem a jejich návrat k předchozímu normálnímu životu je velmi složitý. Cílem této prevence je zabránit

relapsu a podílet se na resocializaci závislého jedince. Významnou součástí v resocializaci hraje právě pohybová aktivita.

3.6 Škola jako prostředí efektivní prevence

Efektivitu školy si níže převedeme na drogovou prevenci v 11 hlavních faktorech tak, jak ji popisuje Gallá et al. (2005):

1. Profesionální vedení
 - Vedení věnuje pozornost potřebám a problémům žáků,
 - škola má ve své strategii uvedeny jasné pokyny a pravidla ohledně užívání drog,
 - škola má k dispozici plán opatření pro případ výskytu drog,
 - dlouhodobé cíle programu prevence drog jsou realistické.
2. Sdílení vizí a dlouhodobých záměrů
 - Cíle prevence podporuje a přijímá celá školní komunita,
 - nevyskytují se protichůdné informace nebo špatné příklady v podobě učitelů, kteří ve škole kouří či požívají alkoholické nápoje.
3. Učební prostředí
 - Ve škole je navozena příjemná a bezpečná společenská atmosféra,
 - výuka obsahuje moderní a interaktivní metody
4. Soustředění na výuku
 - Primárním cílem hodiny je samotný vzdělávací proces,
 - učitelé dokáží pozorovat pohled studentů na drogovou problematiku a přizpůsobí se tak, aby redukoval nepoměr mezi tím, co je vyučuje a co se ve skutečnosti studenti učí.
5. Vysoká očekávání
 - Učitel se zavazuje k tomu, že dosáhne studijních úspěchů se všemi žáky, ve třídách se nesmí vyskytovat žádný druhořadý student, který bude přehlížen kvůli svému studijnímu prospěchu či nadání.
6. Pozitivní posilování
 - Pozitivní přístup ke studentům a jejich projevům: místo na problém se škola orientuje na jeho řešení,
 - pozitivní vztahy učitele a žáka a jejich vzájemná úcta a respekt.
7. Sledování dosaženého pokroku
 - Monitorování dopadů preventivních aktivit na jeho aktéry,

- školní program prevence užívání drog má definovány měřitelné cíle.
8. Práva a odpovědnost studentů
 - Zapojení vrstevníků (peerů),
 - participace,
 - studenti jsou bráni vážně,
 - důraz na odpovědné chování.
 9. Účelové vyučování
 - Učitelé jsou motivováni, dobře vyškolení a pracují profesionálně,
 - učitelům je jasné, jakých cílů by měli jejich studenti dosáhnout.
 10. Organizace výuky
 - Škola si bere ponaučení z předchozích chyb a události spojených v souvislosti s drogovou prevencí, přizpůsobuje se novým trendům včetně změn v pohledu a názorech společnosti na drogy a jejich užívání.
 11. Vztah mezi školou a domovem studentů
 - U komplexního preventivního přístupu hraje důležitou roli zapojení rodičů.

3.6.1 Rizikové a protektivní faktory

Při tvorbě efektivních programů primární prevence má zásadní význam znalost rizikových a protektivních faktorů.

Jako faktory rizikové označujeme výzkumem ověřené činitele nebo podmínky spojované s rostoucí pravděpodobností výskytu rizikového chování u jedince. Přítomnost rizikového faktoru nemusí vždy znamenat rozvoj rizikového chování (Jessor et al., 2005).

Za faktory protektivní považujeme ty, které zmírňují dopad a účinky rizikových faktorů, kompenzují je či působí proti nim. Jsou chápány jako samostatné jevy, které mohou na rozvoj lidského chování působit buď přímo, anebo působení rizikových faktorů ovlivňovat. Přítomnost protektivního faktoru však nemusí v každém případě jedince od rizikového chování či jeho následků ochránit (Jessor et al., 2005).

3.6.1.1 Rozdělení rizikových faktorů

Existuje mnoho autorů zabývajících se rizikovými faktory. Níže je uveden přehled pěti úrovní **rizikových** faktorů dle Offorda a Bennetta (2002):

1. **Individuální faktory**- pohlaví, temperament, vyhledávání vzrušení, pozitivní očekávání ohledně alkoholu, dědičnost a duševní problémy, nepříznivý genetický profil, poruchy emocionality, impulsivita, úzkostnost, deprese, deficit v sociálních dovednostech, agrese, násilí, nízké sebevědomí a sebehodnocení, negativní životní události a traumatické zážitky, selhání ve škole, problémy se zákonem.
2. **Rodinné faktory**- rodičovská psychopatologie, dysfunkce v rodině, užívání drog rodiči, pevnost vazby nebo pouta mezi rodičem a dospívajícím, nedostatek rodičovského dohledu, slabá rodičovská podpora, nedostatečný zájem a kontrola rodičů, nedůsledná výchova, chudoba a nezaměstnanost v rodině, hrubost a konflikty v rodině, souhlasný postoj k užívání drog.
3. **Vrstevnícké vztahy**- šikana, dysfunkční vztahy s vrstevníky, užívání drog kamarády, vrstevnícký tlak, členství ve skupině s rizikovým chováním či pozitivními postoji k němu, odmítnutí a vyřazení z vrstevnícké skupiny.
4. **Školní faktory**- nekvalitní školní programy, nezdravé školní klima, nízké očekávání pedagogů, zaměření na výkon.
5. **Komunita, společenství, sousedské vztahy**- nízká kvalita organizací pro mládež, vysoká dostupnost drog, ztráta ekonomických a vzdělávacích příležitostí, vysoká kriminalita, narušené sousedské vztahy, nedostatečná nabídka volnočasových aktivit.

3.6.1.2 Rozdělení protektivních faktorů

Níže jsou uvedeny kategorie ochranných faktorů dle Ferguse a Zimmermana (2005):

1. **Individuální faktory** (např. sociální dovednosti, emocionální stabilita, pozitivní vztah k sobě, přijatelná výkonnost ve škole, odolnost vůči zátěži, flexibilita, odolnost vůči skupinovému tlaku).
2. **Rodinné faktory** (podpora a soudržnost rodičů, rodičovský dohled, aktivní religiozita rodičů, zdravý životní styl rodičů, intolerance vůči rizikovému chování, jednoznačně definovaná pravidla chování a případné sankce za přestupky, pozitivní pouto mezi rodiči a dítětem, emocionální podpora, vysoká rodičovská očekávání).
3. **Vrstevnícké vztahy** (dobrá vrstevnícká skupina s přiměřenými zájmy a aktivitami, dobrá interpersonální komunikace, dostatek přátel, vzájemná podpora ze stran přátel).

4. **Školní faktory** (zdravé školní prostředí, dobré vztahy s učiteli, srozumitelná pravidla, včasná systematická a efektivní specifická primární prevence).
5. **Komunita, společenství** (např. organizace, které podporují pozitivní vývoj mládeže, sociální a ekonomické příležitosti, aktivity na bázi duchovního rozvoje).

3.6.2 Typy a využití primárních preventivních programů

Obecně platí, že efektivita primárních preventivních programů se zvyšuje, pokud jsou vzájemně kombinovány. Každý z programů v sobě může obsahovat důležitou součást či strategii, která se hodí pro individuální prostředí, ve kterém bude později vykonáván.

Gallà et al. (2005) rozděluje programy do dvou základních skupin:

Skupina 1: Programy zaměřené na rozvoj životních dovedností, do níž se řadí tyto 4 druhy:

1. Programy zaměřené na rozhodovací schopnosti

Jsou zaměřeny na zvýšení schopnosti cílové skupiny racionálně se rozhodovat v rizikových situacích, jimiž rozumíme například nabízení drogy. Dále se účastníci seznamují s tím, jak samotný problém poznávat, se strategiemi pomocnými k hledání řešení a rozhodování se mezi alternativami, jinými slovy s kritickým myšlením. Cílem tohoto programu je výuka a ukázka racionálního rozhodování, také volba postupů nutných k řešení problematických situací. Tyto programy mohou být realizovány formou přednášek, diskuzí, hraní rolí či úkolů.

2. Programy zaměřené na zvládnutí úzkosti a stresu

Učí cílovou skupinu vypořádání se se stresovou situací, která může nastat v rodině, partě přátel či ve vztazích. Vedle posouzení vlastních schopností a vypořádání se s vlastními obtížemi je výstupným efektem také snížení míry vnímaného stresu. Osvojení strategií vede jednotlivce k lepšímu zvládnutí stresu a nalézání pozitivních alternativ řešení stresové situace (např. sport místo užití drogy) při konfrontaci se stresovou situací. Využívá techniky k nábivce dovedností, diskusních forem práce nebo tištěné materiály s otázkami a cvičeními.

3. Programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností

Cílem tohoto typu programu je vybavit účastníky odpovídajícími komunikačními a interpersonálními dovednostmi. Schopnostmi rozpoznat, vyhodnotit a řešit konflikty mezi lidmi. Tento program bývá postaven na nácviku dovedností efektivně zvládat mezilidskou komunikaci- jedná se tedy o obecněji zaměřené programy. V programech jsou nacvičovány asertivní postoje, rozvíjení schopností komunikace a řešení konfliktů. Prostředkem je diskuze a hraní rolí.

4. Programy zaměřené na nácvik dovedností odolávat tlaku

Ukazují cílové skupině dovednosti, jak rozpoznat vnější tlak k rizikovému chování ze strany vrstevníků, médií, reklamy, rodičů či jiných dospělých. Po absolvování tohoto programu by měli mít účastníci dostačující výbavu pro asertivní odolávání negativnímu tlaku prostřednictvím rozvoje osobních dovedností, vedoucích k odmítnutí návykové látky. Program obsahuje sledování filmů, diskuze na dané téma, které poukazují na společenské tlaky vedoucí k rizikovému chování.

Skupina 2: Programy zaměřené na interpersonální rozvoj

1. Programy zaměřené na uvědomování si hodnot

Tato výuka napomáhá účastníkům uvědomit si své osobní hodnoty a přijetí následků jejich chování, kdy rizikové chování je neslučitelné s danými osobními hodnotami. Cílová skupina je učena rozpoznávat a aplikovat pozitivní hodnoty. Nejčastěji jsou aplikovány aktivity typu skupinové diskuze s využitím tištěných materiálů s otázkami a cvičeními.

2. Programy zaměřené na stanovení cílů

Jejich cílem je naučit dovednostem, které jsou důležité pro zvládnutí a samotné stanovení cílů. Podporují jedince ve zdravém pojetí, kdy to rizikové je chápáno jako neslučitelné se stanoveným cílem. Tento typ programu ukáže jedinci, kam se může jeho myšlení a chování ubírat, učí jej stanovit si priority a případné cíle si zvolit jako životní volbu.

3. Programy zaměřené na budování pozitivního sebehodnocení

Účastníci programu se učí přijímat neúspěchy, poučit se z nich, ale současně jim nevěnovat přílišnou pozornost- odrazují od vnímání sebe sama jako neúspěšného. Dále také učí přijímat i úspěchy jako například zvládnutí těžkého úkolu na úkor toho, že neskončil vítězně nebo nejlépe ze skupiny. Nejčastějšími aktivitami v těchto programech jsou diskuze a práce s cvičebnicí.

4. Programy zaměřené na stanovení norem

Tyto typy vycházejí z toho, že děti mají často mylné představy či informace o četnosti a rozšíření rizikových typů chování. Příkladem může být tvrzení: „každý v mém věku kouří, tak proč bych nemohl já?“. V rámci těchto programů jsou pak účastníkům prezentovány výsledky z vědeckých průzkumů a průzkumů veřejného mínění. Efektivita tohoto typu programů bývá při samostatném užití nízká, proto se používá v komplexních preventivních programech.

5. Programy informativní

Tyto programy se snaží předat dostupné informace o legálních a nelegálních látkách, jejich dopadu na psychické, fyzické a sociální zdraví. Jejich cílem je zvýšit znalosti cílové skupiny. Informace jsou nejčastěji zaměřeny na popis problémového chování, jeho druhů a příčin, které k němu vedou. Nejčastěji bývají realizovány pomocí promítání filmů, dokumentů, diskuzí a názorných příkladů.

6. Programy vrstevnické

Jsou nazývány také jako peer programy. Hlavním vykonavatelem a prostředkem tohoto typu programu je vrstevník, který je v roli poučeného člověka v této oblasti a je na stejné úrovni jako účastník. Peer poskytuje svým vrstevníkům pravdivé informace za účelem zabránění či co nejdříve oddálení užití návykové látky. Dává také pozor na dění ve skupině a včas upozorní kompetentní osoby. Výhodami zapojení peerů do prevence jsou především: pravidelná účast a přehled o dění v cílové skupině, posílená důvěra k této osobě, možnost ovlivňovat dění ve skupině. Mezi nevýhody patří nutnost

vysoké motivace peera do této práce, psychosociální vyzrálost pro tento náročný úkol a vysoké nároky nejen na vyjadřovací schopnosti ale i na osobnostní vlastnosti.

Člověk vykonávající tuto funkci ve skupině na ni musí být patřičně připraven a vyškolen. Umí použít své dostupné informace ve správný okamžik, na správném místě a jít příkladem pro ostatní tzn. nedělat to, proti čemu sám vystupuje (Gallá et al., 2005).

3.7 Školní metodik prevence

Školní metodik prevence má za úkol působit ve škole jako pomocná síla učitelскому sboru převážně výchovně vzdělávacích předmětů, ti poté mají možnost zapojit do své výuky etickou a právní výchovu, také výchovu ke zdravému životnímu stylu. Poskytuje pracovníkům školy potřebné informace z oblasti prevence a novinky z oblasti preventivních aktivit, které jsou využívány ať už úspěšně či neúspěšně v jiných školských zařízeních. Tento pracovník by měl za pomoci svých kolegů sledovat a citlivě posoudit každodenní dění ve třídách, následnými preventivními opatřeními a včasným upozorněním se snažit zabránit vzniku patologických jevů a doporučit případně správnou cestu svým kolegům při boji proti tomuto nešvaru. Měl by ve svém konání využívat takové metody, které jsou ověřené. Dalším měřítkem, které by měl metodik splňovat je měřitelnost použitých metod. Zpracovává a snaží se realizovat minimální preventivní program (MŠMT, 2000). Protidrogový koordinátor má být schopen čas od času zjišťovat situaci ve škole. K tomu mohou sloužit jednak dotazníky (existují i speciální standardizované dotazníky, dávající při správném použití široce srovnatelné výsledky, některé jsou k dispozici na pracovištích hygienické služby, nebo u okresních protidrogových koordinátorů; lze je nalézt i na Internetu), jednak je nutno využít signály z jednotlivých tříd, od rodičů, policie apod. Celková situace v rámci ČR je sice periodicky mapována, ale výsledky tohoto průzkumu nemusejí být pro zjištění situace na konkrétní škole prakticky použitelné (Poradenské centrum, 2014).

3.7.1 Minimální preventivní program

Minimálním preventivním programem můžeme nazvat strategii, kterou se školské zařízení snaží praktikovat v zájmu prevence sociálně patologických jevů. Může být praktikován a obnovován každý školní rok jako krátkodobý cíl primární prevence nebo

přetrvává delší časový úsek a je považován za dlouhodobou preventivní strategii. Tento program je považován za součást výchovně vzdělávacího procesu. Jeho obsah se liší podle regionu, typu školského zařízení, vychází z aktuální situace na škole a také z předchozího období neboli programu, který stávajícímu předcházel. Minimální preventivní program je vypracováván školním metodikem prevence spolupracujícím s učiteli a podporován vedením školy. Školní metodik prevence průběžně hodnotí zvolenou preventivní strategii a vytváří závěrečnou evaluační zprávu (Pedagogicko- psychologická poradna Brno, 2014).

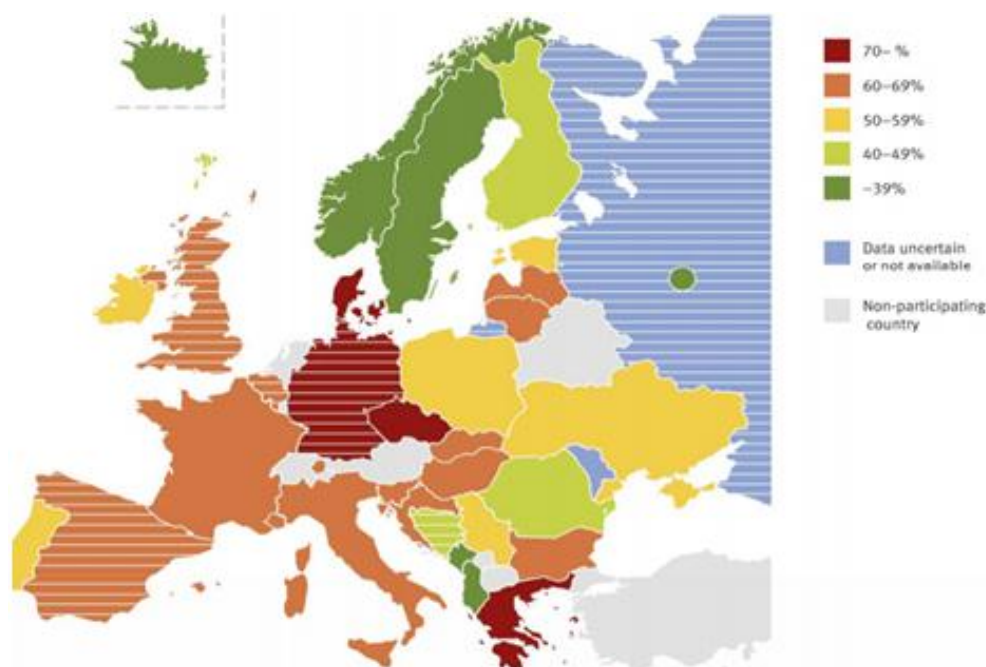
3.8 Přehled drogové situace ve státech EU

Tato kapitola prezentuje výsledky výzkumů studií v zemích Evropské unie ve vztahu k ČR. Jedná se o výsledky, které se vztahují k adolescentům. K interpretaci byla zvolena evropská studii EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction). Ve studii jsou převážně obsaženy výroční zprávy z monitorovacích středisek Evropských států a poté přehledně seřazena a vzájemně hodnocena. V práci se odkazují na jednotlivé studie zvlášť, jelikož jsem vycházel hlavně z nich. Studie EMCDDA mi dala prostředek k získání informací. Obsahuje i výroční zprávu o stavu ve věcech drog z České republiky, na kterou se zde budu také odkazovat. Budou prezentovány poslední oficiálně vydané studie tohoto typu. Jako zdroj informací byla použita i výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR 2012, obsahující data z roku 2011. Třetí prezentovaná studie je z Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti prováděna v roce 2012. V těchto studiích jsem se zaměřil hlavně na užívání cigaret, alkoholu a marihuany, jelikož tyto drogy jsou považovány za přestupní stanici k tvrdým drogám a proto by veřejnost měla mít přístup k těmto informacím.

3.8.1 Srovnání užívání alkoholu adolescenty v ČR se státy EU

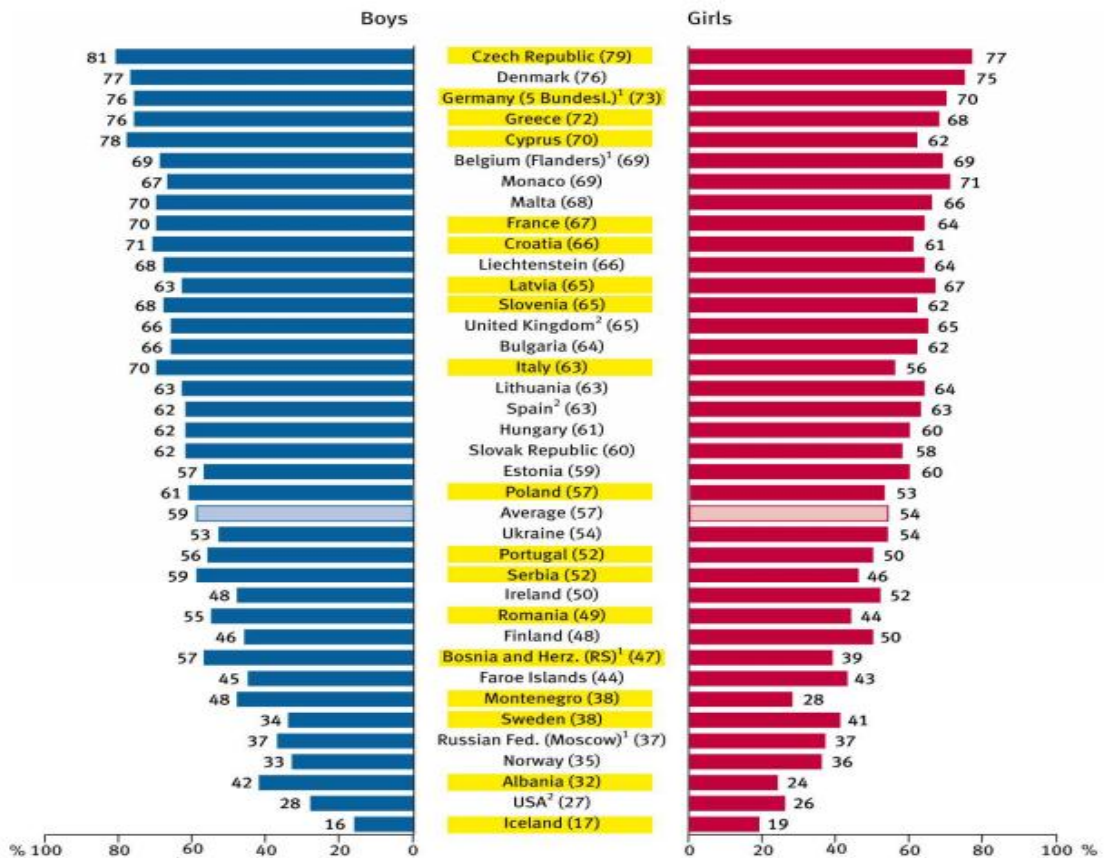
Je dokázáno, že čeští obyvatelé patří mezi největší konzumenty alkoholu. Srovnání pochází ze Studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) z roku 2011. Tyto studie vycházejí po 4 letech, proto je v práci zmíněna. Výzkumným souborem jsou studenti narozeni 1995, jimž bylo v roce sběru dat 16 let. V každé ze zkoumaných zemí bylo osloveno zhruba 2400 studentů. Z obrázku je patrné,

že více než 70% zkoumaných užilo v posledních 30 dnech alkoholický nápoj. Další země, ve kterých byla tato hranice překročena, jsou Německo a Dánsko (Obrázek 1). Na druhé straně v severovýchodních zemích užilo alkohol méně než 39% dotázaných.



Obrázek 1. Barevné vyjádření procentuálního užívání alkoholu v posledních 30 dnech adolescenty EU (Hibell, B. et. al., 2012).

Čeští studenti se umístili na prvním místě v procentuálním vyjádření konzumování alkoholických výrobků v posledních 30 dnech (obrázek 2). Celkový průměr je 79%. Z toho 81% chlapců a 77% dívek. Druzí nejvíce v Evropě konzumují alkohol adolescentní Dánové, Němci a Řekové. Nejméně adolescenti konzumují alkoholické nápoje na Islandu, ve Spojených Státech Amerických a v Albánii. Rozdíl například mezi mladými Čechy a Američany je 52% v celkovém průměru. Tato čísla nejsou příliš uspokojivá. K velkému překvapení, země známá svou tradiční konzumací vodky, Rusko (studie probíhala pouze v Moskvě) se nachází hluboko pod evropským průměrem a v porovnání s Českem uvádí o 42% méně (Hibell, B. et. al., 2012). Česká republika zaujímá velmi benevolentní přístup k této velmi škodlivé droze. Alkohol je jednou z nejvíce škodlivých drog a to by měli mít rodiče dětí na paměti.



Obrázek 2. Pití alkoholu v posledních 30dnech v % (Hibell, B. et. al., 2012).

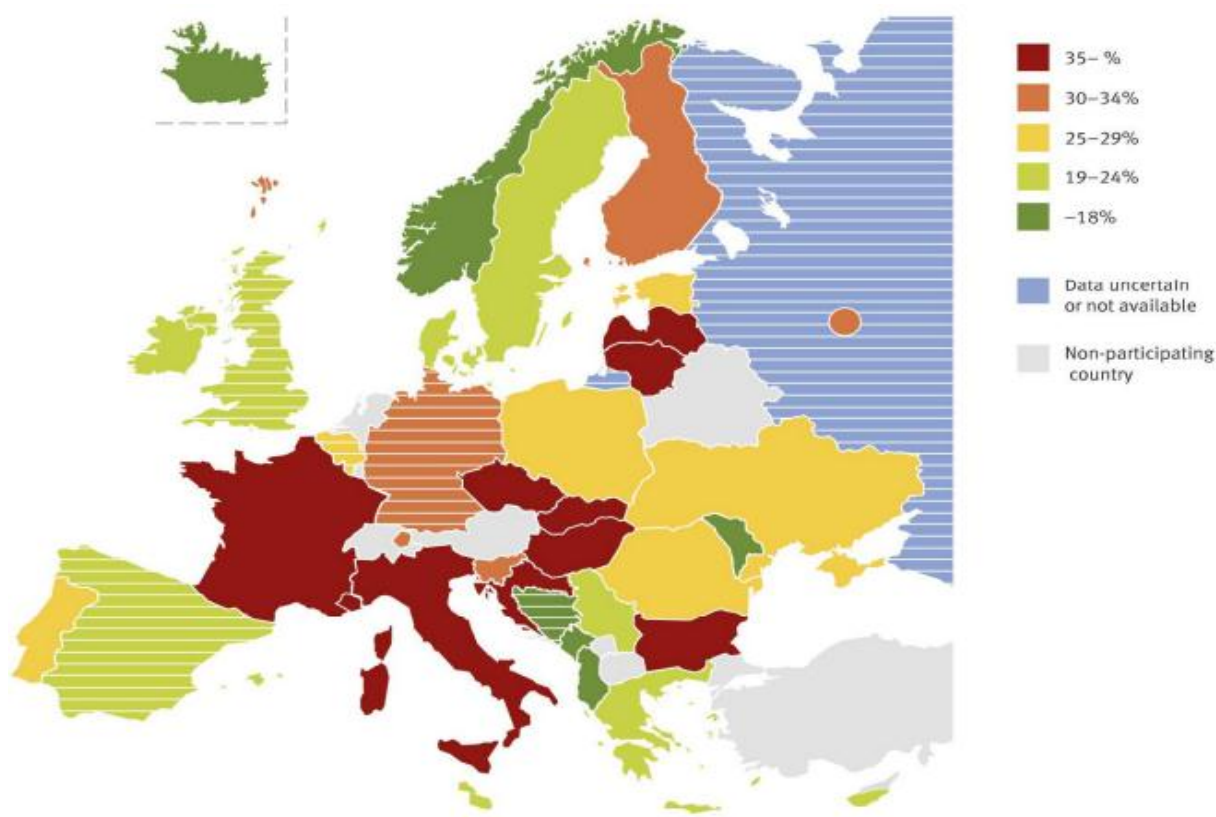
Dítě ve věku 16 let je vystavováno velkému tlaku nejen ze strany svého okolí, ale prodělává stále spoustu neurologických a kognitivních procesů. Z tohoto hlediska má alkohol na rozvíjející se mozek dítěte negativní vliv. Dítě prodělává v tomto věku velký přechod ze základní na střední školu, se kterým přichází do cesty mnoho nových ovlivňujících aspektů, které vedou k případnému užívání alkoholu. Nadměrné užívání alkoholu a nadměrné pití je pozorováno hlavně ve věku 16-20 let. V tomto věku se žáci mohou rozvinout po stránce sociální a udělat tak krok k dospělosti, ale také mohou začít nadměrně pít, ať už z jakýchkoliv důvodů. Pro jejich tělo a mozek má tato droga ničující dopad (Brown et. al., 2009).

České studie ESPAD v roce 2011, prováděné také mezi 16letými žáky, se zúčastnilo 3913 respondentů. Byli to žáci prvního ročníku středních škol, gymnázií a odborných učilišť. Mezi nimi byli i tací, kteří ještě navštěvovali 9. třídu základní školy. Ti v otázkách týkajících se alkoholu uvedli, že 98% z nich ve svém životě ochutnali alkohol. Přibližně 60% (66% chlapců a 50% dívek) můžeme přitom považovat za pravidelné konzumenty, protože ve svém životě pili více než dvacetkrát. V posledních 30 dnech pilo alkohol 79% dotazovaných studentů. Téměř 72% v těchto dnech pilo pivo, 47% víno a téměř 59% pilo

některý z destilátů. Četnost pití piva přesahující množství 6krát a více uvedlo více chlapců (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012).

3.8.2 kouření cigaret adolescentů ČR a EU

Další součástí výzkumu studie ESPAD bylo množství žáků kouřících cigarety, které odhalilo neméně uspokojujivé výsledky jako v předchozím případě. Zde Česká republika opět figuruje v zemích, kde se ke kouření přiznalo více než 35% dotazovaných (Obrázek 3) adolescentů. Na rozdíl od předchozí studie však můžeme pozorovat tyto vysoké hodnoty ve více zemích najednou. Nad hranicí 35% užití tabákových výrobků v posledních 30 dnech se ve studii objevuje Lotyšsko, Itálie, Francie, Slovensko, Bulharsko a Chorvatsko.

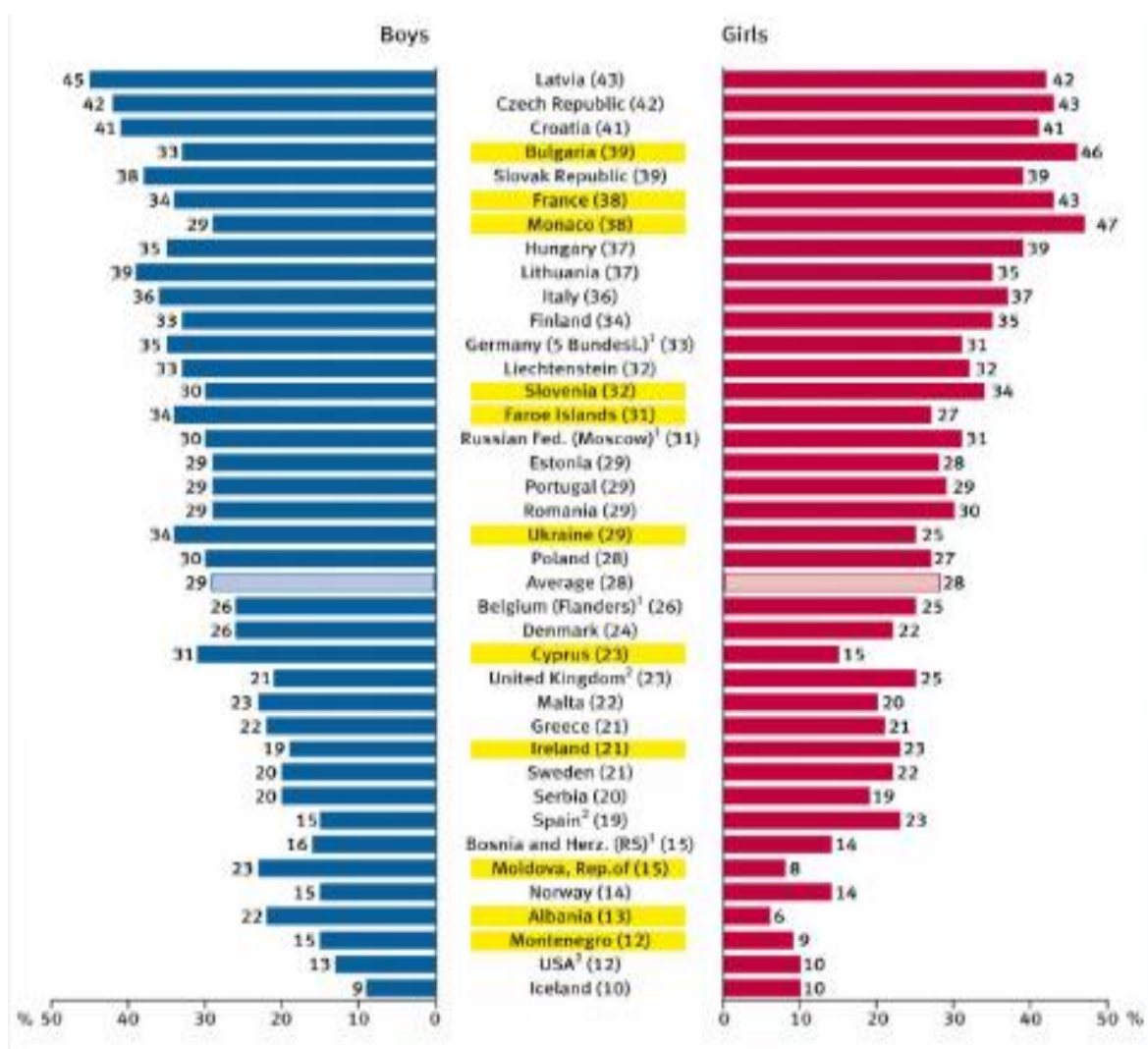


Obrázek 3. Barevné znázornění množství adolescentů kouřících tabákové výrobky (Hibell, B. et. al., 2012).

Nejvyšším procentuálním zastoupením kuřáků disponuje Lotyšsko (Obrázek 4). Dohromady 43 % žáků z celkového počtu. Z toho 45% chlapci a 42% dívky. Na druhé pozici se nachází Česká republika s celkovým počtem 42%. V této bilanci je poměr dívek a chlapců v podstatě rovný. 42% chlapců a 43% dívek. Markantního rozdílu si můžeme

všimnout například v Bulharsku, kde se ke kouření přiznalo více dívek nežli chlapců, konkrétně o 13%. Naopak na druhém pólu se nachází opět Island a Spojené státy Americké. Například v Albánii se přiznalo ke kouření pouze 6% z dotazovaných dívek, nejméně z celé Evropy. Naopak nejvíce kouřících dívek můžeme v tomto grafu nalézt u Monaka.

V Českém průzkumu studie ESPAD z roku 2011, která je zmiňována výše v kapitole týkající se alkoholu se studenti vyjadřovali také ke kouření cigaret. Mezi zúčastněnými studenty uvedlo 75% šestnáctiletých, že alespoň jednou v životě okusili kouření cigarety. V posledních 30 dnech přitom kouřilo 42% studentů. Každodenních kuřáků se mezi chlapci našlo celkem 27% a mezi děvčaty 24% dotazovaných (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012).



Obrázek 4. Procentuální vyjádření adolescentů kouřících v posledních 30 dnech (Hibell, B. et. al., 2012).

3.8.3 Užívání marihuany u adolescentů v ČR a EU

V práci budou prezentovány také výsledky týkající se konopných látek, kvůli jejich popularitě. Je to nejrozšířenější nelegální droga. Užívání během 90. let 20. století a v prvních letech 21. století stoupl. Jeho snadná dostupnost není překvapením, jelikož je možné jej pěstovat kdekoliv. Rostlina není náročná, v některých zemích roste i volně v přírodě. Druhou drogou konopného typu je konopná pryskyřice. Mezi největší světové dodavatele konopné pryskyřice je řazeno dlouhodobě Maroko a nyní se za největšího dodavatele považuje Afghánistán.

Užívání konopí je populární převážně u mladých lidí. V posledním roce je odhadovaná prevalence užívání nejvyšší ve věku 15-24 let. Údaje z průzkumu v populaci ukazují, že 32,5% mladých dospělých někdy užilo konopí, přičemž 15,4% ji užilo v posledním roce a 7,8% v posledním roce (EMCDDA, 2012).

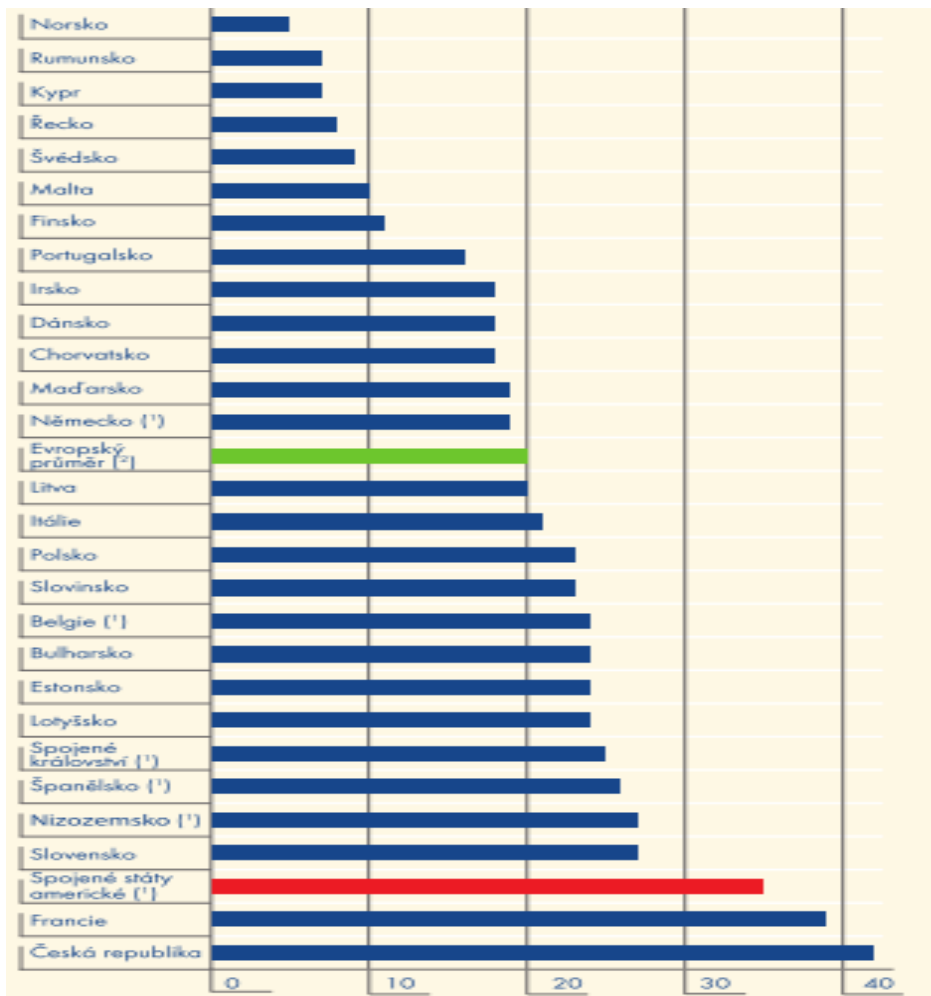
Česká republika v této studii (obrázek 5) je považována za zemi, ve které je celoživotní prevalence užívání nejvyšší a to 52,2%. Evropský průměr přitom činí 29,7%. Mezi další země přesahující evropský průměr můžeme zařadit například Španělsko, Francii a Dánsko.

Věková skupina	Časový rámec užívání		
	Celoživotní	V posledním roce	V posledním měsíci
15-24 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	18 milionů	9,5 milionu	5 milionů
Evropský průměr	29,7 %	15,4 %	7,8 %
Rozpětí	3,0-52,2 %	0,9-23,9 %	0,5-17,2 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (3,0 %) Řecko (9,0 %) Kypr (14,4 %) Portugalsko (15,1 %)	Rumunsko (0,9 %) Řecko (3,6 %) Portugalsko (6,6 %) Slovinsko, Švédsko (7,3 %)	Rumunsko (0,5 %) Řecko (1,2 %) Švédsko (2,2 %) Norsko (2,3 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Česká republika (52,2 %) Španělsko (39,1 %) Francie (38,1 %) Dánsko (38,0 %)	Španělsko (23,9 %) Česká republika (23,7 %) Itálie (22,3 %) Francie (20,8 %)	Španělsko (17,2 %) Francie (11,8 %) Itálie (11,0 %) Spojené království (9,0 %)

Obrázek 5. Odhad počtu uživatelů v Evropě ve věku 15-24 let (EMCDDA, 2012).

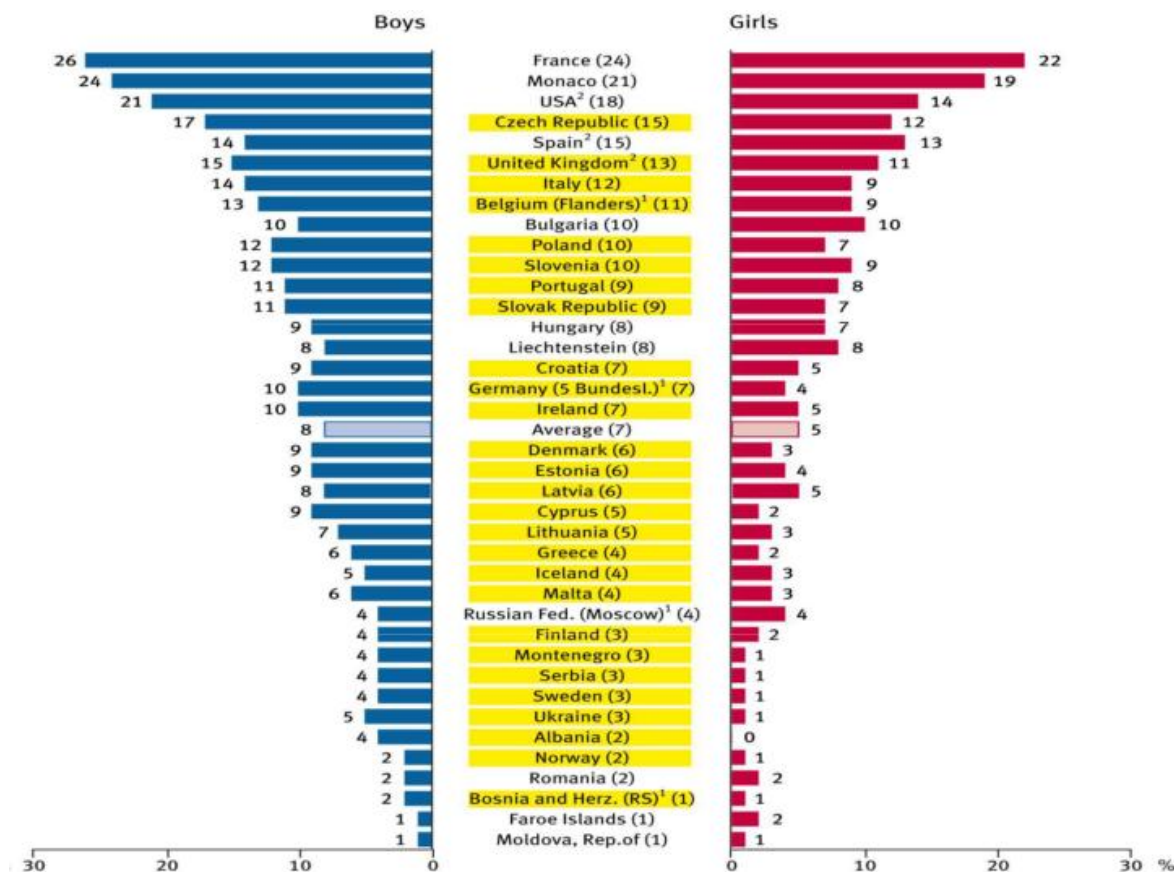
Studie ESPAD z roku 2011 shromáždila informace od studentů o trendech užívání konopí z 26 evropských zemí. Nejvyšší míru prevalence prokázala Česká republika (42%) a Francie (39%). To jsou jediné dvě země, které překročily míru celoživotního užívání vyšší než 27% (Obrázek 6). V porovnání s cigaretami a alkoholem zdaleka největší problém monitoruje USA, které hlásí 35%.

Během šestnácti let, po kterých jsou studie ESPAD prováděny, můžeme hovořit o celkovém nárůstu míry celoživotní prevalence. V tomto období vzestupný trend celoživotního užívání konopí u 15–16letých, který byl pozorován do roku 2003, v roce 2007 klesl a v roce 2011 zůstal na téže úrovni. Z 23 zemí, které se zúčastnily kola průzkumu v roce 2011, i kol v roce 1995 nebo 1999, je nyní prevalence užívání konopí nejméně o čtyři procentní body vyšší ve čtrnácti a nižší ve dvou. Při porovnání posledních dvou kol studie ESPAD jev polovině z 26 zúčastněných zemí EMCDDA patrný stabilní trend celoživotního užívání konopí mezi studenty, zatímco významné poklesy jsou pozorovány ve čtyřech zemích, devět zemí zaznamenalo významné nárůsty. Nejvýraznější nárůsty mezi šesti a osmi procentními body hlásí Francie, Lotyšsko, Maďarsko a Polsko (Hibell, B. et. al., 2012). Z obrázku je patrné, že míra prevalence v naší zemi přesahuje evropský průměr takřka o 22%.



Obrázek 6. Celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty ve věku 15-16 let(Hibell, B. et. al., 2012).

V části studie zabývající se užitím konopných látek v posledních 30 dnech čeští studenti zaujali čtvrtou pozici s celkovým průměrem 15%. Z toho 17% užilo chlapců a 12% dívek. Evropský průměr přitom činí 7%. Nejvíce přiznali užívání konopí žáci ve Francii. Celkově 24%, z čehož 26% tvořili chlapci a 22% dívky (Obrázek 7). Mezi státy, které se v částech zabývajících se alkoholem a kouřením cigaret umístili hluboko pod evropským průměrem a nyní okupují naopak velmi vysoké pozice, můžeme zmínit Španělsko či USA.



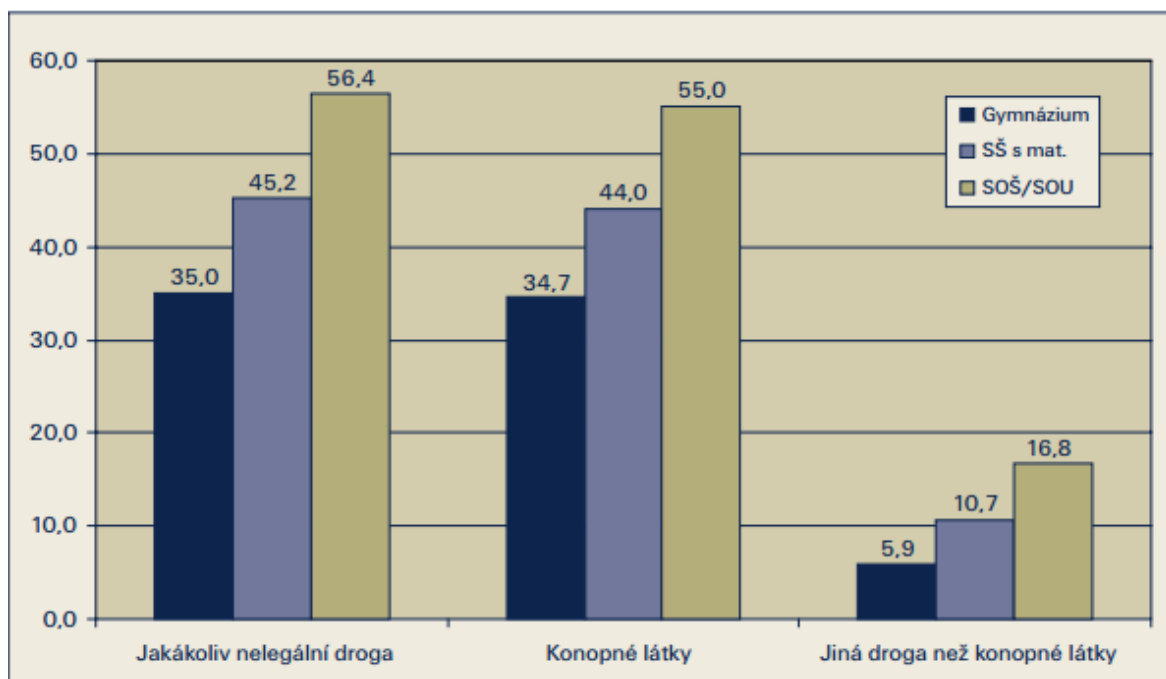
Obrázek 7. Užívání marihuany v posledních 30 dnech (Hibell, B. et. al., 2012).

K užívání nelegálních drog se v průzkumu z roku 2011 přiznalo nejvíce studentů středních odborných škol a odborných učilišť. 56,4% těchto studentů uvedlo tuto zkušenost oproti 35% studentů navštěvujících gymnázia. Rozdíl více než 21 % ukazuje, že by na školách tohoto typu měla být prevenci věnována větší pozornost.

Zajímavé je také porovnání prevalence užívání konopných látek mezi studenty jednotlivých typů středních škol. Dokázána byla také nepřímá úměra užívání konopných látek se studijními ambicemi. Nízká úroveň vzdělávacího procesu či nízké studijní ambice žáků jsou řazeny mezi jedny z rizikových faktorů ovlivňujících rozsah zkušeností s návykovými látkami. Studenti gymnázií uvedli v roce 2011 z celkového počtu zkušenost s konopnými látkami v 35%, zatímco studenti oborů středních škol zakončené maturitou uvedli v 44%, nejhůře na tom byli studenti středních odborných škol a učilišť s 55% (Obrázek 8). I v otázkách týkajících se jiných nelegálních drog uváděli studenti SOŠ/SOU vyšší procento zkušeností než studenti ostatních druhů středních škol.

Problémem může být také, že čeští šestnáctiletí nepovažují kouření ani pití alkoholu za příliš zdravotně rizikové chování, riziko pro jejich zdraví představuje až denní silné

kouření a pravidelná konzumace alkoholu. Kouření 20 a více cigaret denně považovalo za velmi rizikové 55 % studentů, konzumaci 4 a více sklenic alkoholu téměř denně jen 48 % respondentů. Užití konopných látek jednou nebo dvakrát v životě považovalo za velmi rizikové celkem 22 % dotázaných (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012).



Obrázek 8. Celoživotní prevalence užití drog podle typu střední školy v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012).

2.8.4 Užívání nelegálních drog ve školní populaci z pohledu jednotlivých krajů

Ve studii ESPAD z roku 2011 jsou analyzována také data na regionální úrovni. Ve srovnání jsou opět výzkumným vzorkem šestnáctiletí studenti českých středních škol. Upraveno tak, aby v každém kraji byl dostatek reprezentativních respondentů. Celkovým počtem dotázaných studentů bylo 5074 (2331 chlapců a 2743 dívek). Z hlediska zkušeností se sledovanými návykovými látkami patří mezi regiony s vyšším procentem žáků, kteří uvedli zkušenost s užitím nelegálních látek hlavně Praha, Ústecký, Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj (Tabulka 1). Mezi kraje, ve kterých studenti uváděli v

průměru menší procentuální zkušenost s těmito látkami, patří Středočeský, Plzeňský, Královéhradecký a Pardubický (Mravčík et. al., 2013).

Tabulka 1. Celoživotní prevalence užívání sledovaných návykových látek v krajích v roce 2011 v % (Mravčík et. al., 2013)

Kraj	Konopné látky*	Extáze	Halucinogenní houby	LSD a jiné halucinogeny	Pervitin a amfetaminy	Heroin a jiné opiáty	Kokain	Těkavé látky
Hl. m. Praha	53,8	4,4	6,5	7,9	2,2	1,8	2,2	9,2
Středočeský	40,4	1,6	4,7	4,0	1,6	0,9	0,0	6,4
Jihočeský	41,9	2,2	10,0	5,0	1,6	1,9	1,6	8,1
Plzeňský	38,9	2,6	6,3	4,3	2,3	1,0	1,0	7,6
Karlovarský	48,8	3,1	7,1	5,1	2,4	0,8	1,2	8,7
Ústecký	47,8	4,0	5,1	4,3	3,5	1,3	1,1	4,0
Liberecký	43,9	2,3	7,9	5,3	1,2	1,5	0,6	7,9
Královéhradecký	40,4	1,1	6,0	3,2	0,7	1,1	1,1	10,2
Pardubický	40,2	2,4	4,8	2,4	0,3	0,0	0,0	6,8
Vysočina	37,7	3,6	9,3	5,1	2,7	1,5	1,5	11,1
Jihomoravský	42,1	2,2	5,2	3,3	1,4	2,2	0,8	6,6
Olomoucký	48,5	4,3	7,0	5,8	2,1	1,8	0,6	7,6
Zlínský	37,2	2,7	6,9	6,1	3,0	1,5	0,6	9,9
Moravskoslezský	40,0	4,5	8,2	4,8	1,8	1,5	1,0	9,0

4 ZÁVĚRY

V práci byl podán přehled o drogové situaci v evropských zemích mezi adolescenty. Před zpracováním jsem vycházel z poznatku, že naše země patří k významným konzumentům alkoholu, tabákových výrobků a konopných drog, ale nečekal jsem, že situace u adolescentů bude až takto znepokojivá.

Na základě evropské studie ESPAD je patrné, že čeští adolescenti patří mezi největší konzumenty alkoholických nápojů. Co se týče kouření tabákových výrobků, jsou řazeni na druhou pozici a v užití marihuany se umístili na čtvrtém místě. Zarážejícím faktem, že čeští adolescenti v posledních 30 dnech v roce 2011, kdy byla prováděna, užilo 79% alkoholické nápoje, 42% tabákové výrobky a 15% marihuanu. Evropský průměr přesahují v případě alkoholu o 22%, u tabákových výrobků o 14% a marihuany o 8%. V porovnání se severskou zemí Norskem můžeme pozorovat markantní rozdíl. Alkohol norští adolescenti požili v 35% z celkového počtu zkoumaných, tabákové výrobky v 14% a marihuanu pouze v 2%. Adolescenti jsou nejvíce ohrožená skupina z hlediska rizik, která sebou drogy přináší. Experimentování s těmito látkami není opravdu nic výjimečného, jak dokazují i studie, které jsem uvedl. Na to, zda bude jedinec konzumovat drogy, má vliv několik rizikových faktorů, které jsem v práci popsal. Faktory, které bych vyzdvihnul jsou rodina a sociální prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje.

V boji proti drogám se osvědčila včasná prevence. V práci popisují možnosti prevence primární, která se obrací na populaci a její jednotlivé složky. Rodinu, školu a širokou veřejnost. Směřuje k předcházení užívání návykových látek. Sekundární prevence má za úkol pracovat s lidmi, kteří už s drogou do styku přišli, jejím prostřednictvím tak zamezit rozvoji závislosti. U terciální prevence jde o zmírnění škod způsobených braním drog a následné znovu zařazení do společnosti. Jako důležitou součástí prevence ve všech třech odvětvích, je zmíněna důležitost pohybové aktivity jako prostředek možné socializace. Dále zmiňují preventivní programy, které jsou využívány školami. V práci jsou popsány obsahy jednotlivých druhů programů, které je k jejich efektivnosti nutné kombinovat.

Můžeme sledovat rozdílné zkušenosti žáků gymnázií, středních odborných škol a žáků odborných učilišť s drogami. Ve studii prováděné národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogovou závislost zmiňují nejmenší celoživotní prevalenci užívání nelegálních drog nejméně gymnázia (35%), střední školy (45,2%) a nejvyššího procentuálního vyjádření celoživotní prevalence dosahují žáci odborných učilišť (56,4%).

Co se týče prevalence užívání konopných látek, je situace obdobná. Gymnázia opět zaznamenávají nejnižší hodnoty (34,7%), střední školy (44%) a opět nejhůře skončili ve studii žáci odborných učilišť (55%). Pro příklad přidám rozdíl mezi zkušenostmi s jinými návykovými látkami mezi studenty gymnázia (5,9%) a studenty odborných učilišť 16,8%. Tyto hodnoty mohou souviset s výší intelektu, který většinou souvisí s typem navštěvované školy, kolektivem spolužáků nebo příslušností ke skupině užívající drogy. Toto postavení vzhledem k ostatním zemím evropské unie je varovným signálem pro zahájení boje proti dalšímu šíření návykových látek mezi studenty.

5 SOUHRN

Práce podává přehled o znepokojivé situaci v oblasti návykových látek u adolescentů v České republice. Práce má několik stěžejních částí, které rozvíjí.

V první části se zabývá vysvětlením základních pojmů. Nejprve se zabývá vysvětlením pojmu adolescence, jelikož právě tomuto období se práce věnuje. Tento věk je objasněn z hlediska fyzického vývoje a vývojové psychologie. Poté je nastíněn pojem droga, rozdělení návykových látek a jednotlivé účinky na organismus. Zmiňovány jsou i druhy závislostí a faktory, které tuto chorobu mohou způsobovat. Mezi tyto faktory řadíme například osobnost uživatele a sociální prostředí, ve kterém žije.

Druhou částí práce jsou kapitoly týkající se prevence. Nejprve se zabývám uvedením do problému ve smyslu užívání návykových látek jakožto jednoho ze sociálně patologických jevů. Pojem prevence je popsán ve vztahu k jeho třem základním typům. Dalšími součástmi je zdůraznění sociálního prostředí, ve kterém adolescent žije a nemalý vliv pohybové aktivity. Významnost vlivu školního, rodinného prostředí a typy vykonávaných preventivních programů na školách.

Poslední část práce prezentuje výsledky evropských a českých studií ESPAD, dále studii Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Vybrané výsledky se týkají užívání alkoholu, tabákových výrobků a marihuany právě u šestnáctiletých adolescentů českých a evropských škol. Z těchto studií je patrné, že situace jak u alkoholu, kouření tabákových výrobků a marihuany je závažná. Ve všech zkoumaných oblastech výrazně přesahuje jak evropský průměr, tak i průměr s porovnáním s některými světovými velmocemi jako je USA a Rusko. Alkohol v posledních 30 dnech podle studie ESPAD užilo 79% z dotazovaných studentů v ČR. V USA to přitom bylo pouze 27%. To je více než 50% rozdíl. V kouření tabákových výrobků čeští adolescenti vyčnívají nad evropský průměr o 14%. V oblasti marihuany vyčnívají nad evropským průměrem o 8%, co se týče užití v posledních 30 dnech.

Výsledky této práce bych rád využil v budoucnosti jako metodik primární prevence na některém typu škol nebo při vedení volnočasových aktivit jako trenér.

6 SUMMARY

The thesis informs about the alarming situation of the use of addictive substances among the adolescents in the Czech Republic.

In the beginning it explains the basic concept of an adolescence period, which is the main focus of this paper. This period is described in terms of physical development and developmental psychology. Further there is explained the concept of drugs, drug types and their various effects on the body. Mentioned are also addictions and factors causing this disease such as the patient's personality or the social environment which he is a part of.

The second part contains chapters about the prevention. At first it views the problem of substance abuse as one of the socio-pathological phenomena. The prevention is described in relation to the abuse's three basic types. Following chapters write about the social environment which the adolescent lives in, the importance of physical activity on all prevention levels, school and family environment and the types of the school preventive programs.

The last part presents the results of european and czech studies ESPAD and studies of the National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The results concerns the alcohol, tobacco and marijuana use by 16-years old adolescents in the czech and european schools. It implies the seriousness of the situation. In all surveyed areas czech results significantly exceeds both the european averaverage and the USA and Russia average.

During the last 30 days 79 % of the surveyed students in the country have used alcohol, according to the ESPAD survey, while in the U.S. it was only 27 %. That is more than by 50 %. In smoking tabacco the czech adolescents exceed the european average by 14 %. In the use of marijuana we are above the european average by 8 %.

I would like to utilize the results of this paper as a methodist of primary prevention at some type of schools or as a coach of leisure activities.

7 REFERENČNÍ SEZNAM

Belanger, M. (2009). A longitudinal study of changes in physical activity during adolescence. (Order No. NR56892, McGill University (Canada). *ProQuest Dissertations and Theses*, 237-n/a. Retrieved 15. 5. 2014 from <http://search.proquest.com/docview/305109452?accountid=16730>.

Blahutková, M., Řehulka, E., Daňhelová, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.

Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Murphy, S. (2009). Underage alcohol use: Summary of developmental processes and mechanisms: Ages 16-20. *Alcohol Research and Health*, 32(1), 41-52.

Davis, B., Roscoe, J., Roscoe, D. et al. (2004). *Physical education and the study of Sport*. Fifth edition. London: Elsevier Mosby.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2012). *Přehled hlavních výsledků Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách v Evropě a České republice v roce 2011*. Retrieved 5. 4. 2014 from World Wide Web: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_droga_ch_espac_2011_mezinarodni_zprava.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2012). *Stav drogové problematiky v Evropě*. Výroční zpráva za rok 2012. Lucemburk: Úřad publikace Evropské unie.

Flemer, L. (2009). *Prostorové podmínky pro podporu aktivního životního stylu současné populace*. Praha: Karolinum.

Flemer, L., Valjent, Z. (2010). Socializace sportem. *Studia sportiva*, 4(1), 20.

Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R., & Fischer, U. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.

Galloway, J. (2007). *Děti v kondici: zdravé, šťastné, šikovné*. Praha: Grada Publishing.

- Göhlert, Fr. Ch., Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. Praha: Euromedia group.
- Hampl, K. (1991). *Parentální aplikace drog: startovací drogy, motivace k abstinenci, terapeutický přístup a výsledky*. *Protialk. Obzor*; 26 (2): 101-108.
- Retrieved 6. 3. 2014 from the World Wide Web: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tekave_latky/tekave_latky_podrobne.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012) The 2012 ESPAD Report. *Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe (Pompidou Group).
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing.
- Hodaň, B. (2000). *Tělesná kultura- sociokulturní fenomén; východiska a vztahy*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Janík, A., Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
- Jessore, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (2005). *Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change*. Chicago: University of Chicago Press
- Kabiček, P., Kobr, J., Šašek L., Obdržálková, Z., Svitálková, L., Hůrková, V., Zeman, J. (2013). Alkoholové a drogové intoxikace u dospívajících přijatých na dětská oddělení v ČR. *Čes- slov Pediat* 2013; 68 (5): 293- 300.
- Kalina, K. a kolektiv. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., Kuda, A., Nováková, D., Trávníčková, I. (2000). *Drogy ze všech stran 2*. Praha: Institut Filia.

Lewis, P. C. (2009). Tobacco: What is it and why do people continue to use it? *Dermatology Nursing*, 21(2), 88-93, 96-7.

Langmaier, J. (1991). *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*: 2. doplněné vydání. Praha: Avicenum.

Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.

Machová, J., Kubátová, D. a kol. (2006). *Výchova ke zdraví*. Ústí nad Labem: PF UJEP.

Martanová, V., Janíková, B., Daněčková, T. (2007). *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN.

McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M. (2007). *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací, nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády ČR. (originál vydán 2006)

Měkota, K., Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti, činnosti, výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Ministerstvo Zdravotnictví České republiky. (2012). *Sport, nejpřirozenější prevence zdravotních rizik*. Retrieved 25. 5. 2014 from the World Wide Web: http://www.top09.cz/files/soubory/sport-nejprirozenejsi-prevence-zdravotnich-rizik_760.pdf

Moorhead, J. (2010). Family: How much is enough?: Recent statistics show that underage alcohol consumption is higher in the UK than in most other EU countries. So do British parents need to be better role models? *The Guardian*.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L.,

Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I.,

Doležalová, P., Koňák, T. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mrazek, P. J., Haggerty R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for prevention intervention research*. Washington DC: National Academy Press.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. (2000). *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. Praha: Úřad vlády ČR.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2012). *Zaostřeno na drogy 1/2012*. Praha: Úřad vlády ČR.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2006). *Droga (Drug)*.

Retrieved 6. 3. 2014 from the World Wide Web:

http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/droga_drug

Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H. (1998). *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí, časná a krátká intervence*. Praha: Sportprag.

NOVÁKOVÁ, D. (2000). *Drogy ze všech stran II*. In sborník příspěvků o drogové problematice. Praha: Edice Filia.

Nožina, M. (1997). *Svět drog v českých*. Praha: KLP.

Offord, D. R., & Bennett K. J. (2002). Prevention. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science.

Poradenské centrum. (2014). *Minimální preventivní program*. Retrieved 28.5.2014 from the World Wide Web: <http://poradenskecentrum.cz/mpp.html>.

Pedagogicko- psychologická poradna Brno. (2014). *Minimální preventivní program*. Retrieved 6. 3. 2014 from World Wide Web: <http://www.casmp.cz/mpp.htm>

Smoll, F. L. & Smith, R. E. (2002). *Children and Youth in Sport. A Biopsychosocial Perspective*. Iowa: Kendall

Steinberg, L. Belsky, J. (1991). *Infancy, Childhood and Adolescence*. McGraw Hill, New York.

Švarcová, E. (2002). *Úvod do etopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie 1, Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

Zášková, H. (1998). *Psychosociální problémy adolescentů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.