

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce
Mgr. Barbora Friedrichová

Návykové látky a jejich výskyt na základních školách

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedených pramenů a literatury.

V Litovli dne 8. dubna 2013

.....

Děkuji Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálů k práci.

Obsah práce

ÚVOD	6
------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1. NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	8
1.1. NÁVYKOVÉ LÁTKY V ČR – UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY	8
1.2. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	10
1.3. KLASIFIKACE A CHARAKTERISTIKA NÁVYKOVÝCH LÁTEK	12
2. LEGISLATIVA ČR.....	24
2.1. ZÁKONY ČR	24
2.1.1. ZÁKONY MINISTERSTVA SPRÁVEDLNOSTI	24
2.1.2. ZÁKONY MINISTERSTVA VNITRA	24
2.1.3. ZÁKONY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ.....	24
2.1.4. ZÁKONY MINISTERSTVA ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY	24
2.1.5. ZÁKONY MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ	24
2.2. METODICKÉ POKYNY	24
2.3. MEZINÁRODNÍ NORMY	25
3. PREVENCE	27
3.1. KLASIFIKACE A STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA PREVENCE.....	27
3.2. KOMUNITNÍ PREVENCE.....	30
3.2.1. PREVENCE NA ZŠ	31
3.2.2. ODBORNÍCI PŮSOBÍCÍ V OBLASTI PREVENCE VE ŠKOLSTVÍ.....	33
4. INTERVENCE	37
4.1. KRIZOVÁ POMOC	38
4.2. NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ	38
4.2.1. Kontaktní centra	38
4.3. TERÉNNÍ PROGRAMY, TERÉNNÍ PRACOVNÍCI.....	38
4.4. TERAPEUTICKÁ POMOC	39
5. SHRNTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK	41

PRAKTICKÁ ČÁST

1. CÍLE PRŮZKUMU	43
2. POUŽITÉ METODY	43
3. CHARAKTERISTIKA VZORKU, POSTUP PŘI SBĚRU DAT	43
4. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	45
5. ANALÝZA DOTAZNÍKŮ	45
5.1. OBLAST ZÁJMŮ RESPONDENTŮ	45
5.2. NÁVYKOVÉ LÁTKY – KOUŘENÍ.....	46
5.3. NÁVYKOVÉ LÁTKY – ALKOHOL.....	48
5.4. NÁVYKOVÉ LÁTKY – MARIHUANA	52
5.5. JINÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	53

5.6.	ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI Z HLEDISKA VĚKU	55
5.7.	NÁZORY RESPONDENTŮ NA UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	56
6.	DISKUSE	57
ZÁVĚR	59
RESUMÉ	61
SUMMARY	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM TABULEK		
SEZNAM OBRÁZKŮ		
SEZNAM GRAFŮ		
PŘÍLOHY		
ANOTACE		

Úvod

Je zřejmě zbytečné zmiňovat, že problematika návykových látek a jejich výskytu ve společnosti je velice palčivý problém. A to bohužel nejen v České republice a rozvojových zemích, jedná se o problém celospolečenský, celosvětový. Nezasahuje jen určitou společnost a sociální vrstvu, výskyt návykových látek a jejich zneužívání jde napříč všemi zeměmi a sociokulturními skupinami. K tomuto tématu bylo již řečeno mnoho, mnohé z řečeného má již podobu jakéhosi řečnického klišé, což je bohužel chyba. Není dobré tuto problematiku zlehčovat ani bagatelizovat. Bohužel, právě vlivem nesprávné a neaktuální osvěty a jistých stereotypů a klišé dochází k tomu, že skupina nejohroženějších, to jest mladistvých, teenagerů, tuto problematiku nebere vážně a dopady zneužívání návykových látek zlehčuje. Není ojedinělé, že se i u dětí setkáme s názorem, že například konzumace alkoholu je normální a kouří a pije kdekdo. Musíme se však zamyslet nad tím, jak posun těchto pomyslných hranic již u dětí na základní škole působí na jejich vnímání „normálnosti“ užívání jiných návykových látek. Jak asi teenagera ovlivní fakt, že marihuana je v podstatě také akceptovaná, i když je ilegální? Vždyť když se podíváme kolem, v každém hollywoodském filmu ze života vysokoškoláků se „balí jointy“ a hlavní hrdina je i přesto idolem obklopeným krásnými dívkami. Vždyť hudební i filmové idoly dívek se běžně opíjejí na večírcích a nechají se při tom fotit bulvárními periodiky. Co si asi dospívající myslí? Je toto chování v normě, společensky a morálně přijatelné? Na tuto otázku by byli schopni odpovědět pouze ti, kterých bychom se tázali.

Cílem této práce je proto mimo jiné zjistit názor žáků 2. stupně ZŠ na návykové látky a jejich užívání, pokusím se zjistit, do jaké míry se děti na 2. stupni ZŠ setkávají s návykovými látkami, kde se s nimi setkávají a jaký postoj k této problematice zaujímají. V praktické části vyhodnotím data získaná dotazníkovým šetřením. Dotazník vychází z okruhů použitých v dotazníkovém šetření ESPAD, proto obsahuje nejen údaje týkající se návykových látek a chování, ale i např. postoje, rodinného zázemí atp.

V teoretické části se zaměřím na stručnou charakteristiku situace v ČR (v této kapitole jsou záměrně citována denní periodika a tisk, protože ten dle mě reflektuje stav nejaktuálněji). Dále budu pokračovat vymezením základních souvisejících pojmů, zaměřím se na klasifikaci návykových látek a stručně na legislativu ČR v oblasti návykových látek. Kapitola věnovaná legislativě je záměrně zpracována pouze v rozsahu nezbytného základu, protože legislativa je téma velice rozsáhlé a není cílem mé práce se jí podrobně věnovat. Podrobněji se zaměřím na možnosti prevence, zejména prevence na ZŠ a okrajově se dotknu i oblasti intervence.

Doufám, že tato práce bude přínosná např. i jako jistá analýza situace v dané oblasti na konkrétních školách. Vzhledem k tomu, že spolupracuji se školami a výchovnými pracovníky škol, na kterých byl průzkum realizován, bude zjištěných údajů využito i školami. Konkrétně dle výsledků průzkumu školy aktualizují a upraví minimální preventivní program, zaměří se na tu oblast návykových látek, která se během šetření ukázala jako nejrizikovější. Domnívám se, že se tím zefektivní nejen oblast prevence, ale i práce pedagogů v dané oblasti.

TEORETICKÁ ČÁST

1. NÁVYKOVÉ LÁTKY

1.1. NÁVYKOVÉ LÁTKY V ČR – UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Výskyt a užívání či zneužívání návykových látek v ČR je velice specifické vzhledem k západním zemím. Zajisté je to způsobeno izolovaností nejen naší země od západního světa až do počátku 90. let. Zatímco na užívání legálních návykových látek bylo a stále je pohlíženo velmi benevolentně, situace okolo ilegálních látek se po roce 1989 dramaticky změnila.

Jak bylo zmíněno již výše, konzumace alkoholu a cigaret je u nás tradičně tolerována, trůfáme si říci přímo zlehčována a bagatelizována. V mezinárodních výzkumech se ČR v konzumaci alkoholu na počet obyvatel stabilně umísťuje na prvních příčkách. Dle výzkumu agentury Bloomberg (zveřejněného na severu www.patria.cz) je ČR na prvním místě v konzumaci alkoholu (16,5 l/osobu) a na pátém místě v oblasti kouření, i když i tato oblast podléhá jistým trendům. Zatímco ještě před 20 lety bylo standardem kouřit v kancelářích, restauracích, na veřejných místech, dnes jsou jistá omezení ukotvena i legislativně. Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami mimo jiné zakazuje kouřit na veřejných místech (mimo místa vyhrazená pro kuřáky), ve školách, prostorách společného stravování (pokud nemá oddělená místa pro kuřáky), na úřadech. Omezuje prodej a dostupnost tabákových výrobků. Dále omezuje dostupnost alkoholických nápojů, zakazuje podávat alkohol mladistvým do 18 let, na akcích pro děti a mládež, osobám podnapilým nebo ovlivněným jinou látkou, v prostorách vyhrazených pro dopravu, ve zdravotnických zařízeních a školách, na sportovních akcích (kromě piva) aj. Zákon č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání uvádí, že: „*Provozovatelé vysílání jsou povinni nezařazovat do vysílání reklamy na tabák a tabákové výrobky*“.

I tato opatření se ovšem s ohledem na výzkumy a šetření jeví jako nedostatečná. Co se týče alkoholu, domníváme se, že je v ČR nadále celospolečensky tolerovaný a jeho dopady na zdraví jedince nejsou společností vnímány jako dramatické. Ani prevence v oblasti kouření nepřináší uspokojivé výsledky. Na negativní důsledky kouření je společnost stále upozorňována, přesto výzkumy, např. Csémy, Sadílek, Sovinová (2011), ukazují, že se počty kuřáků od 90. let výrazně nezměnily. Na druhou stranu je ovšem nutné uvědomit si, jak se změnila situace u mládeže. Alarmující jsou výsledky šetření ESPAD (2011), v němž celých 75 % respondentů uvedlo, že má zkušenosti s cigaretami. Z toho denních kuřáků je 25 % (27 % chlapců a 24 % dívek), přičemž silných kuřáků (kouřících 11 a více cigaret denně) je 8 % (www.drogy-info.cz). Tato situace je alarmující a právě na zneužívání alkoholu a cigaret, jakožto nejpřístupnějších návykových látek, by dle nás měla být nejvíce zaměřena prevence již od útlého věku.

Nejmarkantnější změny se ale udály na poli ilegálních návykových látek. Zatímco v dobách totality bylo dle Presla (1995a) zneužívání ilegálních návykových látek pouze záležitostí izolované skupiny lidí, po roce 1989 se situace zcela změnila. Česká republika se stala ze země tranzitní zemí cílovou a dostupnost zejména tvrdých drog zaznamenala obrovský nárůst.

Vlivem dlouholeté společenské izolace se drogová scéna v tehdejší Československu vyvíjela jinak než v západní společnosti. Dostupnost tvrdých drog byla omezená, šířitelná pouze v úzkém okruhu uživatelů. Tradičně se u nás vyráběl a užíval pervitin (stimulant) a braun (opiát). Situace byla poměrně dobře monitorována, proto neexistoval černý trh s drogami v podobě, jak jej známe dnes. Drogou vyráběli a distribuovali často samotní konzumenti, opět v úzkém okruhu svých známých, proto se tato problematika příliš neobjevovala na veřejnosti (Presl, 1995a).

Jak jsme uvedli již výše, obrovské změny se udály po revoluci. Jednalo se o změny celospolečenské. Otevření se západu znamenalo nejen příliv turistů, ale i ilegálních návykových látek. Jak uvádí Presl (1995a), počátkem 90. let minulého století vzrostla obliba návykových látek u mládeže, zejména marihuany a hašiše. Pervitin se stal společně s LSD rekreační drogou na party. Mezi novými uživateli se jeho konzumace omezila na „šňupání“, přesto narostlo riziko rozšíření HIV. Jak ale zmiňuje ve své publikaci Joanne Csete (2012), počet injekčních uživatelů narkotik nakažených virem HIV byl a je v ČR poměrně nízký. Je to dáno především efektivní prevencí – výměnou injekčních stříkaček a dostupnou substituční léčbou.

Presl (1995a) uvádí, že od roku 1993 došlo k další změně. Začali se objevovat jedinci závislí na heroinu. Zatímco dříve u nás heroin nebyl příliš rozšířený, vlivem poklesu ceny od roku 1994 se začal objevovat i v klubech a mezi mládeží. Na konci 90. let minulého století zaznamenalo užívání heroinu obrovský boom, dle odborníků se dá v této souvislosti hovořit doslova o epidemii. Borník (2001) se domnívá, že velký podíl na tomto „drogovém boomu“ měla i tehdejší legislativa, která se dá z dnešního pohledu označit přinejmenším za benevolentní (držení drog pro osobní potřebu nebylo trestné a množství pro osobní potřebu nestanovoval zákon).

Změnila se také dostupnost tvrdých drog – vznikala tzv. otevřená drogová scéna, tj. místa, kde se scházeli dealeri i uživatelé drog za účelem obchodu.

Z výše uvedeného je patrné, že 90. léta byla opravdu dynamická jak ve vývoji společnosti, tak i ve vývoji drogové situace na našem území.

Viktor Mravčík pro server www.ihned.cz uvádí, že počet závislých se za posledních 20 let příliš nezměnil. Podle neoficiálních statistik bylo na konci 80. let a v 90. letech cca 25 000 – 30 000 závislých, dnešní statistiky uvádí také zhruba 30 000 závislých jedinců (na ilegálních drogách). Velice zásadně se ale změnil systém péče o drogově závislé. Zatímco v 90. letech minulého století se jednalo pouze o několik málo neziskových organizací, v současnosti jejich počet narůstá. Jako efektivní a velice důležitá se jeví i výše zmiňovaná možnost výměny injekčních stříkaček. Ročně jsou vyměněny více než 4 miliony použitých jehel za nové. Tím se výrazně snižuje riziko přenosu HIV i jiných chorob. Mravčík (2005) uvádí četné studie, jež souhlasí s efektivitou výměny injekčního materiálu u intravenózních uživatelů drog, přičemž poukazuje na důležitý fakt – s přístupem ke sterilnímu materiálu nedochází ke zvyšování konzumace drog u uživatelů. Mravčík (2005) mimo jiné uvádí výsledky studie Heimera a kol. (1993), kteří zjistili, že již po třech měsících fungování výměnného programu došlo ke snížení počtu stříkaček infikovaných virem HIV o celou třetinu. Uváděných studií je samozřejmě více, za zajímavé považujeme například ty, jež prokázaly,

že u jedinců zapojených do „výměnného programu“ došlo k výraznému poklesu „sdílení jehel“ a pravděpodobnost dalšího sdílení stříkaček byla nižší.

Jiné počty uživatelů ilegálních návykových látek uvádí Šéf Národní protidrogové centrály Jakub Frydrych. Ten v rozhovoru pro Deník.cz uvedl, že počet uživatelů drog je v současnosti okolo 40 000. Frydrych dále uvádí, že statistika z roku 1987 udává zhruba 9000 uživatelů návykových látek v tehdejší Československu, což dle něj značí opravdu markantní nárůst konzumentů drog. Dle Frydrycha za to může poměrně velká dostupnost drog v ČR. Shodně s jinými odborníky uvádí, že na konci 90. let 20. století ČR zaznamenala heroinový boom, ten už ale naštěstí opadá, zejména díky stárnutí heroinových uživatelů z 90. let.

Stabilně nejrozšířenější tvrdou drogou u nás je stále pervitin.

1.2. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Pro charakteristiku a klasifikaci návykových látek považujeme za důležité vymezení základních pojmů.

Za stěžejní považujeme termíny „návykové látky“ a „závislost“.

NÁVYKOVÉ LÁTKY

Dle zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, návykovými látkami rozumíme omamné látky a psychotropní látky uvedené v přílohách tohoto zákona. Štablová (1997, s. 11) s odkazem na trestní zákoník definuje návykové látky následovně: „*alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobí nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování*“.

ZÁVISLOST

„MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí – pozn. autorky) *definuje závislost jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kde užívání nějaké látky nebo skupiny látek má u jedince mnohem vyšší přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více*“ (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996, s. 15). Základním rysem je touha po látce, při vynechání dávky se dostávají abstinční příznaky. Mezi další příznaky patří nekontrolované užívání, zvyšování dávek, zanedbávání ostatních aspektů života, pokračování v užívání i přes zjevné problémy aj.

Presl (1987) uvádí faktory zvyšující riziko vzniku závislosti. Těmi jsou: dostupnost drog, osobnostní charakteristika jedince a vliv sociálního prostředí. Do poslední skupiny můžeme zařadit působení rodiny, vrstevnických skupin, školy a komunity. A právě tuto poslední oblast máme jako pedagogové možnost nejvíce ovlivnit, ať již kvalitní prevencí, předáváním informací, pozitivním příkladem či formováním postojů jedince.

Další pojmy uvádíme v abecedním pořadí:

ABSTINENCE – zdržení se něčeho, co přináší požitky, např. alkoholu, tabáku, drog (Nešpor, 1999).

ALKOHOLISMUS – zvýšená konzumace alkoholu, která často přerůstá v závislost na alkoholu.

Jellinkova typologie uvádí 5 typů „píjáctví“:

- Typ alfa – problémové pití,
- Typ beta – společenské pití,
- Typ gama – anglosaský typ (destiláty, pivo),
- Typ delta – románský typ (víno),
- Typ epsilon - kvartální píjáctví (Kalina a kol., 2003).

ALKOHOLOVÁ PSYCHÓZA – dle Popova psychotická porucha vyvolaná alkoholem, je následkem dlouholetého chronického užívání alkoholu (Kalina a kol., 2003).

ANALGETIKA – léky proti bolesti, většinou návykové (Nešpor, 1999).

BAD TRIP – špatný účinek drogy. Droga měla vyvolat libé pocity, místo toho vyvolala pocity nepříjemné (Nešpor, 1999).

BENZODIAZEPINY – tlumivé léky, rychlá rezistence, mohou vyvolat závislost (Nešpor, 1999).

DELIRIUM TREMENS – životu nebezpečná alkoholová psychóza, doprovázená optickými halucinacemi, rozrušením, nespavostí, úzkostmi (Schmidbauer, 1994).

DROGA – přírodní nebo syntetická látka, která mění psychické a fyzické funkce jedince (Nešpor, 1999). Drogy jsou: „*ilegální, nezákonné, státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky*“ (Zábranský, 2003, s. 14).

HYPNOTIKA – léky na spaní (Nešpor, 1999).

INHALAČNÍ DROGY – těkavé látky, které se užívají vdechováním (Nešpor, 1999).

NIKOTIN – účinná látka tabáku, vyvolává závislost (Nešpor, 1999).

PSILOCYBIN – halucinogenní látka v lysohlávkách (Miovský, Kalina a kol., 2003).

PSYCHICKÁ, PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁVISLOST – potřeba užívat drogu, aby došlo k nabuzení příjemných pocitů či potlačení negativních stavů psychiky (Schmidbauer, 1994).

SEDATIVA – tlumivé léky (Nešpor, 1999).

TOXIKOMANIE – viz závislost na drogách.

TOXICKÁ PSYCHÓZA – psychická porucha vznikající během užití návykové látky nebo těsně po něm, je doprovázena halucinacemi, tzv. stíhou (Nešpor, 1999).

1.3. KLASIFIKACE A CHARAKTERISTIKA NÁVYKOVÝCH LÁTEK

V následující kapitole si uvedeme několik příkladů možné klasifikace návykových látek.

Nejzákladnější dělení návykových látek uvádí Kubánek a Polívka (2010, s. 5):

- **legální** (alkohol, tabák, léky na předpis a léky volně prodejné),
- **nelegální** (např. konopné drogy, stimulanty, opiáty aj.).

Dle serveru www.substitutni-lecba.cz můžeme velmi obecně návykové látky dělit z hlediska:

- **postoje společnosti ke droze** na legální (alkohol, tabák, léky, rozpouštědla) a ilegální (konopné drogy, stimulanty, opiáty, halucinogeny), dále na měkké (s nižším rizikem vzniku závislosti, např. tabák, konopné drogy, extáze) a tvrdé drogy (s vysokým rizikem vzniku závislosti, např. heroin, pervitin, kokain).
- **rizika vzniku závislosti** na drogy s mírným rizikem (kofein, marihuana) a drogy s vysokým rizikem (heroin, pervitin, organická rozpouštědla).
- **působení na psychiku zdravého člověka** na tlumivé látky (heroin, opium, ale i alkohol a tlumivé léky), povzbuzující látky (pervitin, kokain, ale i kofein) a halucinogenní látky (konopné látky, LSD, lysohlávky).

V roce 1992 vešla v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která mimo jiné uvádí následující klasifikaci duševních poruch vyvolaných psychotropními látkami:

- F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F10 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu,
- F11 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů,
- F12 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů,
- F13 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik,
- F14 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu,
- F15 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu,
- F16 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů,
- F17 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku,
- F18 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel,
- F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek.

Na desetinném místě se uvádí kód příslušného klinického obrazu

- F1x.0 Akutní intoxikace,
- F1x.1 Škodlivé použití,
- F1x.2 Syndrom závislosti,
- F1x.3 Odvykací stav,

- F1x.4 Odvykací stav s deliriem,
 - F1x.5 Psychotická porucha,
 - F1x.6 Amnestický syndrom,
 - F1x.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem,
 - F1x.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování,
 - F1x.9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování.
- (MKN – 10, 1992, s. 142–145)

Zábranský (2003) zmiňuje dělení drog:

a) dle vzniku

b) podle typu působení a chemického složení

c) podle stupně společenské nebezpečnosti

společenská nebezpečnost je „*zákonný status jednotlivých látek*“ (Zábranský, 2003, s. 16)

Dle vzniku	Přírodní	konopné produkty, opium, koka aj.,
	Semisyntetické	morfín, heroin, kokain, crack,
	Syntetické	amfetaminy, opioidy, těkavé látky, extasy aj.
Podle typu působení	Tlumivé látky	opiáty, anxiolitika, hypnotika,
	Stimulancia	amfetaminy, kokain a crack,
	Halucinogeny	konopné produkty, LSD, těkavé látky, psilocybin aj.
Podle stupně společenské nebezpečnosti	Prohibice	látka je zakázaná,
	Dekriminalizace	držení drogy a její užití není trestné, výroba a obchod ano,
	Neprohibiční regulace	obchod s nimi není zakázán, podléhá ale pravidlům a kontrolám, př. konopí v Nizozemí,
	Legalizace	zákaz prodeje dětem a mladistvým, jinak bez omezení, př. alkohol, tabák.

Tabulka č. 1: Dělení návykových látek, zpracováno dle Zábranského (2003)

Jako poslední uvádíme klasifikaci dle Kaliny a kol. (2003), který uvádí návykové látky následovně:

- **ALKOHOL**
- **OPIOIDY A OPIÁTY**
- **STIMULANCIA**
- **HALUCINOGENNÍ DROGY**
- **KONOPNÉ DROGY**
- **ANALGETIKA, SEDATIVA A TRANKVILIZÉRY**
- **LÉKY VYVOLÁVAJÍCÍ ZÁVISLOST**
- **TĚKAVÉ LÁTKY**

- **MDMA A JINÉ DROGY „technoscény“**
- **TABÁK**

Stručná charakteristika jednotlivých návykových látek:

ALKOHOL

Alkohol (chemicky etylalkohol) vzniká kvašením ze sacharidů, silnější koncentráty lze získat destilací (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996). Při nedokonalém chemickém procesu ovšem vzniká i methylalkohol, který je pro organismus smrtelně jedovatý. Po požití dochází k oslepnutí, při větším množství až ke smrti.

Jak jsme uvedli výše, nadměrná konzumace alkoholu, přerůstající v závislost, bývá označována jako alkoholismus. Ten způsobuje nejen rozsáhlé fyzické komplikace, ale působí negativně i na psychiku. Jak uvádí Popov, při nadměrném užívání alkoholu se vyskytují chronické potíže zažívacího a trávicího traktu, cirhózy, karcinomy jater, žaludku, střev. Dalšími přidruženými problémy jsou avitaminózy, poruchy krve tvorby. U těhotných žen konzumace alkoholu poškozuje plod (vzniká FAS – Fetální alkoholový syndrom). Protože většina alkoholiků je zároveň i silnými kuřáky, vyskytují se bronchitidy, karcinomy aj. (Kalina a kol, 2003).

Nešpor a kol. (1998) uvádí např. následující rizika spojená s konzumací alkoholu: otrava, nebezpečné jednání ve stavu opilosti, možný rozvoj závislosti, oslabení imunitního systému, zvýšení rizika nádorů, zejména jater, žaludku, hltanu, duševní nemoci aj.

Mezi nejzávažnější psychické potíže řadí Kalina a kol. (2003) **patickou ebrietu**, ke které dochází po vypití vcelku malého množství alkoholu. Dochází k poruše vědomí, agresivnímu a nezvyklému jednání. Tento stav trvá několik minut až hodin a po něm obvykle následuje spánek a amnézie.

K alkoholové psychóze řadíme alkoholické halucinace (sluchové i vizuální), delirium tremens, Korsakovu chorobu (selhávání paměti) a alkoholické bludy (mající většinou podobu chorobné žárlivosti, viz Schmidbauer, 1994).

Většina psychických potíží (jako je nespavost, anxiózně-depresivní stavy atp.) odezní do několika měsíců po začátku abstinence. Jako problém se jeví to, že poměrně velké procento pacientů (alkoholiků) trpí přidruženou duševní poruchou a závislostí na jiné návykové látce. I přes tyto alarmující skutečnosti se Česká republika umísťuje na předních místech nepopulárního žebříčku v konzumaci alkoholu. Popov uvádí, že zkonzumujeme v přepočtu 10 litrů 100% alkoholu na obyvatele za rok. Mezi chronické konzumenty alkoholu patří v ČR až 25 % mužů (Kalina a kol., 2003).

OPIOIDY A OPIÁTY

Opioidy bychom mohli stručně charakterizovat jako látky se silně tlumícím efektem. V lékařství se využívají jako silné léky proti bolesti – analgetika a léky k tlumení kašle (Borník, 2001). Opiáty působí na centrální nervovou soustavu (dále jen CNS), potlačují a zmírňují bolest, působí euforii, ospalost, hypotenzi. Projevují se také poklesem kožní teploty, při užití dochází

k radikálnímu útlumu dechového centra (účinek proti kašli), což může vést ke smrti intoxikovaného (Klenerová, Hynie, 2002)

Opiáty patří mezi látky s nejvyšším rizikem vzniku závislosti. Ta vzniká již po pár týdnech užívání a při vysazení dávky se dostávají silné abstinenční příznaky. Kromě již výše zmíněných účinků na CNS a dýchací ústrojí ovlivňují opiáty i trávicí trakt (zácpy), způsobují retenci moče, v těžších případech způsobují sterilitu u žen a chronické svědění „mravenčení“ kůže. Výrazným ukazatelem na intoxikaci opiáty je miosa (zúžení zornic do velikosti špendlíkové hlavičky). Při dlouhodobém užívání dochází k psychické degradaci jedince, zejména etické a morální. Prostituce ani krádeže nejsou u „heroinistů“ výjimkou (Minařík, Kalina a kol., 2003).

Borník (2001) řadí do skupiny opiátů opium, morfin, kodein, heroin, Klenerová a Hynie (2002) uvádí navíc typicky český braun a při substituční léčbě využívaný metadon.

HEROIN

Heroin byl původně prezentován jako lék proti závislosti na morfinu a lék proti kašli, od roku 1898 rozsáhle vyráběn firmou Bayer. Až později bylo zjištěno, že vyvolává silnou závislost a jeho legální výroba byla zastavena po 2. opiové konferenci v roce 1925 (Kubánek, Polívka, 2010).

Heroin je neúčinnější při nitrožilní aplikaci, při které dochází k silnému rauši a stavům silné euforie a mimořádně libých pocitů (Iversen, 2006). Dle Minaříka je tento stav označen jako Flash, (Kalina a kol., 2003).

Vzhledem k tomu, že má heroin velice devastující vliv na psychiku člověka, jeho hodnoty a etické zásady, bývá právem považován za nejrizikovější drogu. K tomu zajisté přispívá i již zmíněná častá intravenózní aplikace, která se velkou měrou podílí na přenosu infekčních chorob, jako je virus HIV a hepatitidy. Dalším rizikem je rychle se zvyšující tolerance lidského organismu a tím potřeba stále větší dávky drogy. Heroin má také poměrně krátkou dobu účinnosti, proto je nutná jeho častá aplikace, aby nedošlo k rozvoji abstinenčních příznaků (Minařík, Kalina a kol., 2003).

Poměrně vysoké je i riziko smrti způsobené předávkováním. Zejména proto, že heroin má různou koncentraci (sílu), samotnými dealery bývá různě ředěn a „nastavován“. Koncový uživatel tak nezná sílu drogy a nemusí ji odhadnout (Nešpor, 2003).

Prognózy jsou však povzbudivé. Jak uvádí Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) ve své výroční zprávě za rok 2012, počet uživatelů i dostupnost heroinu klesá. Je to dáno jednak kontrolou „heroinových tras“, jednak rozšířením substituční léčby. Snížil se také počet trestných činů souvisejících s heroinem.

BRAUN

Braun bývá označován za specificky českou drogu, vyrábějící se z léků obsahujících kodein.

Vzhledem k tomu, že kodein sám o sobě nemá euforizující účinky, bývá z něj vyráběn právě účinnější braun. Stejně jako pervitin bývá vyráběn v domácích laboratořích. Jedná se o tekutou látku hnědé barvy, která je určena k nitrožilní aplikaci. V současnosti nepatří mezi příliš rozšířené drogy, jeho spotřeba roste zejména v obdobích nedostatku heroinu na černém trhu (Minařík, Kalina a kol., 2003, Klenerová, Hynie, 2002). Naopak Presl (1995b) zmiňuje značnou oblibu braunu i u uživatelů

heroinu, a to zejména díky jeho účinkům. Celkový útlum je nižší než u heroinu, naopak euforizační efekt je silnější.

METADON

Metadon je v současnosti hojně využíván při substituční léčbě závislosti na heroinu. Jak ale uvádí Borník (2001) i užívání metadonu je velice nebezpečné, v kombinaci s jinými látkami (např. alkoholem) totiž působí toxicky a je zde zvýšené riziko silné otravy či úmrtí na otravu. Díky pomalému vstřebávání, delší době účinnosti a minimálnímu prožitku euforie (nevyvolává rauš, který bývá hlavním důvodem bažení po droze) nebývá zneužíván v takové míře jako jiné opiáty a jeví se jako vhodný právě pro substituční („náhražkovou“) léčbu (Iversen, 2006).

Při popisu stimulancií, halucinogenů a konopných drog vycházíme jednak z odborných publikací, ale také z poznatků, které byly získány osobními rozhovory s bývalými i současnými uživateli těchto látek (zejména popis „stavů“, účinků látek na organismus).

STIMULANCIA

Stimulanty můžeme charakterizovat jako látky s budivým účinkem na CNS. Jsou také označovány jako „uppers“ (zvyšují úroveň psychiky), při jejich užívání dochází ke zvýšeným psychickým i fyzickým výkonům. Jedinec nepocítuje únavu ani hlad (anorektika). Při dlouhodobém užívání dochází k toleranci, nárazové vysazení látky může působit psychogenně (Klenerová, Hynie, 2002).

Je poměrně běžné, že uživatelé (zejména začínající) užívající amfetamin v kuse (např. na večírcích či diskotékách) nemusí několik dní spát ani přijímat potravu. Amfetaminy zvyšují sebevědomí, urychlují myšlení, člověk se cítí psychicky a fyzicky silnější. Po odeznění účinku následuje „dojezd“ – nepříjemný fyzický stav, doprovázený pocitem nutkání na zvracení, třesem, může se objevit zvýšená teplota, bušení srdce aj.

Stimulanty zatěžují celý organismus, nejvíce kardiovaskulární systém. Při intoxikaci dochází k prudkému vzestupu srdeční činnosti, hrozí i srdeční a mozkové příhody. Organismus je aktivován na maximum s minimálním příjmem živin, u kuřáků tento stav doprovází velmi vysoká spotřeba cigaret. Na rozdíl od opiátů, kdy jsou zornice malé, dochází při užití amfetaminu k mydriáze (rozšíření zornic téměř přes celou duhovku). Chronické užívání může mít za následek toxickou psychózu – tzv. „stíhu“. Objevují se sluchové a vizuální halucinace (u pervitinu), taktilní (u kokainu), jak uvádí Minařík (Kalina a kol., 2003). Nešpor a kol. (1998) považují za velmi rizikové „doprovodné jevy“ užívání zejména: zvýšenou možnost srdečního selhání, otok plic, poruchy myšlení, výskyt deprese po odeznění účinku drogy, náchylnost k nemocem, poškození jater a srdce aj.

Do této skupiny návykových látek řadíme amfetamin (tzv. speed), metamfetamin (pervitin), efedrin, Fermetrazin, kokain, crack aj.

PERVITIN

Pervitin (metamfetamin) byl ještě ve 30. letech minulého století podáván jako lék proti rýmě, obezitě, depresi, migréně aj. a k jeho hojnému užívání docházelo také v období 2. světové války (mezi vojáky) a ve válce ve Vietnamu (v USA byl schválen pro využití piloty armády až do roku 1991). Vzhledem k tomu, že se jedná o syntetický stimulant, jsou jeho účinky podstatně vyšší, než je tomu u výchozí suroviny (Kubánek, Polívka, 2010).

Pervitin je tradiční českou drogou, po konopných látkách nejrozšířenější. Jeho specifika tkví v tom, že byl zneužíván už v době totality, tudíž u nás existuje již několikátá generace uživatelů. Bývá často „vařen“ v domácích laboratořích samotnými uživateli (jeho výroba je poměrně jednoduchá, z dostupných léčiv a cenově nenákladná) a těmi také distribuován. Mezi mládeží, která jej užívá příležitostně jako drogu např. na diskotéky či jiné večírky, se aplikuje nejčastěji šňupáním, přesto je intravenózní aplikace nejrozšířenější způsob užití této drogy u nás (Presl, 1995a).

Pervitin způsobuje především psychickou závislost, fyzické příznaky (dojezd) odezní po několika hodinách až několika málo dnech. Celková rovnováha organismu se však obnovuje pozvolna. Sociální rizika mohou být u dlouhodobých uživatelů stejně závažná jako u uživatelů heroinu (kriminalita, prostituce, život na okraji společnosti). Časté jsou také deprese, agresivita, výpadky paměti, podezřívavost až paranoia (Minařík, Kalina a kol., 2003).

KOKAIN

Kokain je alkaloid rostliny Koka pravá, původně se užíval jako lokální anestetikum. Jeho užívání je popisováno ve velké míře v USA, Kanadě, Velké Británii a Holandsku, ve střední Evropě není příliš rozšířen. Je to způsobeno zřejmě jeho mírnějšími účinky a vyšší cenou v porovnání s pervitinem. Jeho doba účinnosti je nízká, ustupuje již po 30 minutách. Proto uživatelé konzumují větší množství ve více dávkách. Vliv na organismus, účinky i příznaky intoxikace jsou obdobné jako u pervitinu. Kokain je také silné anorektikum s velkou tendencí vést k psychické závislosti (Minařík, Kalina a kol., 2003). Iversen (2006) jako hlavní důvod vysokého rizika vzniku závislosti na kokainu uvádí jeho „dvojitý“ účinek. Jednak stimuluje, ale také euforický, „zlepšující náladu“. Nověji je zneužíván i crack (báze kokainu), při jehož kouření jsou popisovány stavy „rauše“ jako podstatně intenzivnější než u kokainu.

HALUCINOGENNÍ DROGY

Účinky halucinogenů na psychiku jsou velmi silné. Při intoxikaci dochází ke chvění, iluzím až po prostorovou zkreslenost, vyskytují se barevné obrazové halucinace. Dostavuje se pocit euforie, mnohdy doprovázený neovladatelnými záchvaty smíchu. Po stránce fyzické jedinec může vnímat zkresleně své tělo, pohybuje se jakoby na „gumových nohou“, návaly horka jsou střídány pocitem chladu. Vnímání času bývá velmi zkresleno.

Při užití halucinogenu velmi závisí také na prostředí a společnosti, ve které k užití dochází. V případě, že jedinci „nesedne“ společnost a objeví se popř. i nepříjemné halucinace, popisuje Miovský tento stav jako tzv. bad trip (špatný trip). Při něm se objevuje vztahovačnost, změny úsudku, paranoia aj. (Kalina a kol., 2003).

Mezi další rizika užívání halucinogenů patří možný rozvoj depresivních stavů u náchylných jedinců, možná nebezpečnost sobě a druhým po užití drogy, riziko psychického návyku, vyšší riziko epileptického záchvatu, flashback (pocit jako po užití halucinogenu, i když užit nebyl – viz Nešpor, Csémy, Pernicová, 1995).

V 50. a 60. letech minulého století se s halucinogeny experimentovalo i v lékařství a psychoterapii. Například v Československu probíhal v letech 1954 až 1974 výzkum účinků LSD, meskalinu a psilocybinu ve spolupráci s pacienty psychiatrických klinik a umělci (Kubánek, Polívka, 2010). Po masivním nárůstu užívání halucinogenů (zejm. v 60. a 70. letech minulého století) bylo však užívání LSD zakázáno.

Nešpor, Csémy, Pernicová (1996) uvádí dělení těchto látek na látky:

1. rostlinného původu (např. lysohlávky),
2. živočišného původu,
3. polosyntetické (LSD – z alkaloidů námelu),
4. syntetické (MDMA).

LSD

LSD má nejčastěji podobu tzv. tripů (čtverečky papírků napuštěné roztokem) nebo krystalů, želatiny či tablet. Užíváno bývá nejčastěji perorálně, ale i injekčně, či vložením pod víčka. Účinek se dostavuje v rozpětí několika desítek minut až hodiny (Borník, 2001).

Mioviský zmiňuje statistiky, podle nichž má s LSD zkušenosti téměř 14 % středoškoláků a jeho užívání je spojeno zejména s tanečními kluby (Kalina a kol., 2003).

PSILOCYBIN

Psilocybin je u nás v podstatě nejdostupnější halucinogen, ne-li přírodní droga vůbec. Obsahují jej houby lysohlávky, které běžně v ČR rostou. Přesto je užívání těchto „houbiček“ spíše okrajovou záležitostí (vyjma skupin narkomanů, které je užívají v kombinaci s jinými látkami), mezi středoškoláky s ní má zkušenost 5-9 % respondentů (Mioviský, Kalina a kol., 2003).

KONOPNÉ DROGY

Jak uvádí Mioviský, aktivní (účinné) látky v konopí jsou cannabinoidy (THC), které mají jednak psychotropní efekt, jednak analgetický účinek (Kalina a kol, 2003). Proto se kanabisové produkty odpradávná používaly k léčebným účelům, např. k léčbě nechutenství, při bolestech, migrénách a jako tišící lék při závislosti na alkoholu či morfinu. Na sklonku 19. století se již vyráběly různé konopné produkty, jako tinktury, pastilky aj., postupně však byly v medicíně vytlačeny morfinem (zejména díky jeho silnějším účinkům) viz Kubánek, Polívka (2010).

V současnosti se opět objevují hlasy poukazující na pozitivní léčebné účinky konopí. Velmi diskutovaným tématem byla legalizace konopí pro lékařské účely i u nás. Parlament ČR, následně i Senát a prezident republiky schválil legislativní změnu a od 1. 4. 2013 je u nás konopí vedeno jako legální lék. Jeho užívání však podléhá jistým předpisům (ČTK, 2013).

Konopí užívané ilegálně (ne pro léčebné účely) je u nás nejrozšířenější, masově užívaná návyková látka, zejména mezi mládeží a mladými dospělými. Jak je uvedeno ve výroční zprávě

EMCDDA za rok 2010, Česká republika opět zaujímá nelichotivé prvenství v užívání konopí. Z hlediska prevalence užívání konopí ve věkové skupině 15-64 let je ČR na 2. místě s 34,2 % celoživotních uživatelů konopných drog. Ve věkové skupině 15-34 let se řadíme s 53,3 % uživatelů konopí na špičku v rámci Evropské Unie. Data získaná v roce 2011 (studie ESPAD 2011) však ukazují jistý pozitivní trend, mezi mládeží dochází k poklesu užívání většiny látek, včetně konopí (u tohoto poprvé od roku 1995).

Konopné látky jsou mezi mládeží často brány jako „sociální pojítko“. Tak jako si na oslavách dáme „skleničku“, spousta mladistvých si takhle „zakouří jointa“. Marihuanu ani hašiš její uživatelé často nevnímají jako ilegální, naopak marihuana bývá vnímána jako látka srovnatelná s tabákem a alkoholem. Stejně jako tyto látky může vyvolat závislost, ne však somatickou. Miovský uvádí, že jsou popisovány pouze případy psychické závislosti u cca 10 % dlouhodobých uživatelů. Stejně jako halucinogeny může být konopí spouštěcím mechanismem duševních nemocí u predisponovaných jedinců (Kalina a kol., 2003).

MARIHUANA

Marihuana určená ke kouření (či užívání per or v podobě pokrmů, nápojů) má nejčastěji podobu sušených „paliček“ květenství a lístků. Při užití se dostávají pocity euforie, záchvaty smíchu, dobrá nálada (častěji u začínajících uživatelů). U těchto se však také mohou ve větší míře objevit nežádoucí účinky, jako je zvracení, motání hlavy, závratě, zejména při současném požití alkoholu (Presl, 1995b). Klenerová a Hynie (2002) upozorňují, že i když kanabinoidy nezpůsobují závislost v takové míře jako jiné, „silné“ drogy, jejich nebezpečí spočívá v tom, že jsou to látky psychotomimetické, tzn. halucinogenní. Ovlivňují myšlení, paměť, koncentraci a prožívání. Také jsou považovány za látky iniciační, autoři zmiňují fakt, že uživatelé marihuany se potkávají i s uživateli jiných drog a to je může k těmto silnějším látkám dovést.

U dlouhodobých kuřáků marihuany se postupně vytrácí nežádoucí účinky, jedinci nebývá špatně ani při kombinaci s alkoholem nebo při vykouření větší dávky. Zároveň se však člověk stává rezistentní vůči příjemným účinkům, marihuana po delší době nevyvolává euforické pocity, jedinec je po ní spíše pasivní. Často se také „zkouřenost“ stává běžným stavem uživatelů. Podobně popisuje znaky dlouhodobého užívání i Marhoulová a Nešpor (1995). Autoři uvádí pasivitu, neochotu přebírat zodpovědnost, delší reakční čas, zhoršenou paměť, užívání drogy i při nevhodných příležitostech aj.

Je také nutné upozornit na rizika spojená s perorálním užíváním marihuany. Marihuana přidaná do potravin (bábovky, koláčky aj.) nebo do nápojů (např. mléka), má daleko intenzivnější a déletrvající účinky. Ty jsou ne vždy příjemné. Může se vyskytnout zvracení, mdloby, v případě silné „otravy“ až halucinace.

HAŠIŠ

Jedná se o konopnou pryskyřici, jejíž účinná látka je stejná jako u marihuany (THC), ale v hašiši je obsažena v koncentrovanější podobě, a to až desetinásobně vyšší. To znamená, že i účinky na organismus se zvyšují až desetkrát (Borník, 2001). Miovský zmiňuje, že v minulosti byl populární zejména díky vyšší koncentraci účinné látky, nyní se ale rozdíl mezi „sílou“ hašiše

a marihuany stírají vlivem laboratorního pěstování konopí. Takto „uměle“ vypěstovaná marihuana je daleko silnější než konopí pěstované přirozeně.

Za pozitivní považujeme skutečnost, že v souvislosti s marihuanou a konopím obecně nebyl zaznamenán případ předávkování s následkem smrti (Kalina a kol., 2003).

ANALGETIKA, SEDATIVA A TRANKVILIZÉRY

Analgetika stručně charakterizujeme jako léky proti bolesti, sedativa mají zklidňující účinek, hypnotika jsou léky na spaní a trankvilizéry ovlivňují náladu (povzbuzují, zmírňují pocity úzkosti a paniky). Podrobněji viz Léky vyvolávající závislost.

LÉKY VYVOLÁVAJÍCÍ ZÁVISLOST

Do této skupiny léků řadíme analgetika, sedativa, hypnotika, anxiolitika (trankvilizéry), ale také některé léky se stimulačním účinkem. Dle Hampla je obecným účinkem těchto léků (vyjma léků se stimulačním účinkem) útlum CNS, projevující se ospalostí, otupělostí, někdy též blábolivou mluvou (jako u silně opilých). Dlouhodobé užívání vede k psychické i somatické závislosti, což je jedno z největších rizik těchto léků (Kalina a kol., 2003). Nepatří (stejně jako alkohol a tabák) mezi ilegální látky, i když jejich výdej bývá vázán na lékařský předpis. Proto si zřejmě spousta pacientů plně neuvědomuje rizika spojená se zneužíváním těchto přípravků. Pouze výčtem uvádíme největší rizika zneužívání tlumivých léků: riziko otrav, riziko vzniku závislosti (i těžké fyzické), „maskování“ symptomů nemoci, negativní účinky na paměť, poškození plodu (Nešpor a kol., 1998).

Základní dělení:

ANALGETIKA	- opioidní - neopioindní (antipyretika)	př. Subutex, Morfin, Tramal aj. př. Alnagon, Coldrex aj.
ANXIOLITIKA	- benzodiazepinová - nebenzodiazepinová	př. Neurol, Xanax, Lexaurin př. Meproamat
SEDATIVA	- barbituráty	př. Bellaspon
HYPNOTIKA	- benzodiazepinová - nebenzodiazepinová	př. Nitrazepam, Rohypnol aj. př. Stilnox
LÉKY SE STIMULAČNÍM ÚČINKEM	- deriváty amfetaminu - anorektika - expektorans	př. Ritalin př. Fenmetrazin př: Solutan, Bromhexin

Tabulka č. 2: Základní dělení léků, sestaveno a upraveno dle Hampla (Kalina a kol., 2003)

Je nutné si uvědomit, že i na první pohled neškodná skupina léků -antipyretika- může vážným způsobem poškodit zdraví. Jedná se o léky většinou prodejně bez lékařského předpisu, proto si zřejmě spousta pacientů neuvědomuje možná rizika jejich užívání. Proto nejen lékaři, ale i lékárníci a samotní výrobci formou příbalových informací na tato rizika upozorňují. Při jejich příliš častém

užívání může dojít k poškození jater a ledvin, k vředovým onemocněním žaludku, gastritidě atp. (podrobněji viz informace u každého léku).

Dalšími specifiky jsou léky s „budivými“ účinky a léky obsahující pseudoephedrin. Ty bývají často zneužívány i jako výchozí surovina pro výrobu pervitinu.

Léková závislost, i když se to na první pohled nemusí jevit, je stejně nebezpečná jako kterákoli jiná. Popov ji srovnává s alkoholovou a stejně jako při alkoholové závislosti je dle něj nutná doživotní abstinence, a to jak na zneužívaných lécích, tak i na alkoholu (Kalina a kol., 2003). Mravčík, Nechanská a Popov (2012) zmiňují rizikové skupiny uživatelů léků, mezi něž patří zejména školní mládež, starší lidé a ženy. Autoři mimo jiné uvádí i výsledky studie ESPAD – oblast zaměřená na užívání léků u školní mládeže. Z výzkumu vyplynulo, že celých 10, 1 % respondentů má zkušenosti s užíváním sedativ, z toho 8,4 % chlapců a 11,7 % dívek. Vyšší prevalence užívání sedativ pak byla zaznamenána u žáků a studentů v Olomouckém kraji (11,4 % uživatelů, oproti např. Zlínskému kraji- 6,6 % uživatelů).

TĚKAVÉ LÁTKY

Těkavé látky neboli inhalační drogy považujeme z hlediska jejich sociálního i zdravotního rizika za jedny z nejnebezpečnějších. Jak uvádí Presl (1995b) – zjištění, že dítě „čichá rozpouštědla“ nebývá bráno tak vážně, jako např. zneužívání ilegálních drog. Proto se jej často snaží rodiče řešit sami, což ovšem obvykle nepřináší kýžený efekt a problém může přerůst do větších rozměrů.

Do této skupiny řadíme rozpouštědla, ředidla (toluen, chlorid uhličitý, trichloretylen neboli Čikuli, benzin), lepidla a plynné látky (Klenerová, Hynie, 2002). Jako zvláště módní a v posledních letech rozšířený uvádíme i „poppers“ (amylnitrit), látku prodávanou jako afrodiziakum. Samotní distributoři uvádí, že „poppers“ prochází plicemi a působí přímo na CNS. Způsobuje euforii, záchvaty smíchu, pocity podobné jako při užití rajského plynu a zvýšený prožitek sexuálního styku. Ze zákona je brán jako léčivo a nebezpečná hořlavina.

Jako další konkrétní případ zneužívané těkavé látky uvádíme trichloretylen neboli Čikuli. V ČR došlo k masivnímu zneužívání inhalačních látek v 70. letech a to zřejmě i v důsledku masivní kampaně proti těmto látkám (Hampl, Kalina a kol., 2003). Čisticí prostředek Čikuli byl poté hojně inhalován zejména mezi dětmi na ZŠ (ve věku 13 a 14 let). Od té doby se cyklicky objevují případy zneužívání těkavých látek, především mezi žáky 2. stupně ZŠ a uční odborných učilišť. Doba užívání těchto látek však nebývá dlouhá, jedinci buď inhalace zanechají, nebo začnou s užíváním jiných drog (dle Hampla se tedy jedná o drogy iniciační).

Borník (2001) upozorňuje na obrovské nebezpečí inhalace (sniffingu) těkavých látek. Kromě poruchy krvetvorby, odumírání nervových buněk, poškození jater a ledvin, poruch paměti, poruch chování a jednání jedince, se jako život nejvíce ohrožující jeví riziko předávkování. K úmrtí může dojít již při prvním pokusu o inhalaci, stačí jen několik vdechů „navíc“. Další rizika s užíváním těkavých látek spojená viz např. Nešpor a kol. (1998), Marhoulová, Nešpor (1995).

MDMA A JINÉ DROGY „technoscény“

Tak jako většina psychotropních látek byla i MDMA (extáze) původně určena jako lék, konkrétně na hubnutí, ve 40. letech minulého století se objevily neúspěšné pokusy pomocí MDMA léčit Parkinsonovu chorobu (Iversen, 2006). Avšak stejně jako v případě ostatních látek byly záhy objeveny nežádoucí účinky. Po požití mohou být přítomny stavy jako nervozita, neklid, nespavost a deprese, možná až „stíha“. Podobně jako amfetaminy působí na kardiovaskulární systém, urychlují srdeční činnost. Stejně jako jiné látky poškozují játra a ledviny, může dojít k předávkování s následnou smrtí (Borník, 2001).

Extáze je obvykle užívána mladistvými a mladšími lidmi na tanečních akcích, technoparties, v klubech, méně bývá užívána jednotlivcem např. ve všední dny. Při užití dochází k nabuzení organismu, odezní zábrany, dostavuje se vyšší míra empatie a souznění, „záplavy“ citu. Vzhledem k tomu, že je většinou užívána na tanečních akcích, uživatelé podávají nadměrné výkony, často tančí non-stop několik hodin a tím roste i riziko hypertermie (přehřátí organismu). Následkem toho může v krajním případě dojít i k úplnému metabolickému rozvratu organismu a smrti (Minařík a Páleníček, Kalina a kol., 2003).

Autoři však uvádí, že mezi klienty různých zařízení pro drogově závislé je jen nepatrné procento uživatelů extáze, jedná se většinou o ty, u nichž došlo k nějakým psychickým komplikacím.

TABÁK

Jak je uváděno již v úvodu práce, kouření cigaret je celosvětový problém. Návykovou látkou tabáku je nikotin a jak uvádí Kukačka (2009), po dvou letech kouření nejsou kuřáci schopni tuto závislost ovládat. Králíková definuje nejprve závislost psychosociální, např. spojení cigarety s určitými činnostmi, která se objevuje u všech kuřáků po poměrně krátké době. U 60–70 % kuřáků vzniká i závislost fyzická, tzn. závislost organismu na nikotinu (Kalina a kol., 2003). I přesto, že je prodej cigaret i kouření legální, nebo právě proto, rizika s tím spojená jsou obrovská a cigarety mají ničující dopad na zdraví. Marádová (2004) dokonce zmiňuje, že cigarety jsou spojeny s větším počtem úmrtí než jiné drogy. Králíková udává, že kouření se přímo podílí na nemocech kardiovaskulárních (podíl kouření 25–30 %), chronických plicních onemocněních (75 %) a nádorových onemocněních (30 %). Výsledky četných studií dokládají, že kuřáci trpí ve vyšší míře nejen již výše zmíněnými chorobami, ale také předčasně umírají (Kalina a kol., 2003). Kukačka (2009) dokonce uvádí alarmující hodnotu, totiž, že kuřáci umírají až o 15 let dříve než kdyby nekouřili. Dále uvádí, že v ČR zemře ročně na následky kouření až 18 tisíc lidí.

Za hlavní riziko spojené s kouřením lze považovat vysokou návykovost, jež je spojena se složkou tabáku – nikotinem (Klenerová a Hynie, 2002). S návykovostí přímo souvisí pravidelnost a množství škodlivin, které se dostávají při inhalaci do těla. Jedná se o obrovské množství látek, z nichž je zhruba 100 karcinogenních. Nikotin dále zužuje cévy, podílí se na vzniku rozedmy plic, rakoviny a dalších plicních onemocněních. U těhotných žen – kuřáček hrozí poškození plodu, muži naopak mohou mít problémy s potenci. Je prokázáno, že cigarety také snižují imunitu, ničí pokožku a mají negativní vliv na celkovou kondici organismu (Marádová, 2004).

I přesto, že společnost vnímá rizika spojená s kouřením a (vyjma zemí „třetího“ světa) spotřeba cigaret klesá, domníváme se, že zejména mezi mládeží je situace stále znepokojivá. Králíková zveřejňuje následující hodnoty: počet kuřáků je u nás zhruba 30 % populace nad 15 let, mezi 15. a 18. rokem však kouří 40–50 % mladistvých, zejména děvčat (Kalina a kol., 2003).

2. LEGISLATIVA ČR

Oblast užívání, zneužívání, pěstování, výroby, distribuce, ochrany před škodlivými vlivy návykových látek aj. jsou v ČR legislativně ošetřeny. Tato legislativní opatření mají podobu zákonů, metodických doporučení, strategií, vyhlášek, mezinárodních smluv a úmluv aj. Blíže se s jednotlivými legislativními prvky seznámíme v následující kapitole. Domníváme se, že pro účely naší práce, jež je zaměřena zejména na oblast návykových látek na ZŠ, je dostatečné následující vymezení a popis zákonů. Uvádíme proto pouze základní právní normy a jejich úryvky související s naším tématem.

2.1. ZÁKONY ČR

Zákony vztahující se k dané problematice můžeme rozdělit dle rezortů, které je vydaly.

2.1.1. ZÁKONY MINISTERSTVA SPRAVEDLNOSTI

Více v **Příloze 1**.

2.1.2. ZÁKONY MINISTERSTVA VNITRA

Více v **Příloze 1**.

2.1.3. ZÁKONY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

Více v **Příloze 1**.

2.1.4. ZÁKONY MINISTERSTVA ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Více v **Příloze 1**.

2.1.5. ZÁKONY MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

Více v **Příloze 1**.

2.2. METODICKÉ POKYNY

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních

Zmíněné doporučení vymezuje systém primární prevence rizikového chování. Uvádí preventivní činnost na několika úrovních (institucích):

- **MŠMT** (např. zpracovává akční plán, vymezuje finanční prostředky, vytváří informační systém, zajišťuje mezirezortní spolupráci, spolupracuje s odborníky, metodicky podporuje krajské školské koordinátory prevence aj.)
- **krajský úřad** (rozvíjí spolupráci jednotlivých institucí rezortu MŠMT, pověřuje funkcí krajského školského koordinátora prevence, organizuje další vzdělávání pedagogů v dané oblasti, zřizuje PPP aj.)

- **krajský školský koordinátor prevence** (spolupracuje s organizacemi, monitoruje situaci ve školách, vede školní metodiky prevence, shromažďuje informace o Preventivních programech a kontroluje jejich plnění, vytváří zprávu pro MŠMT atp.)
- **metodik prevence v PPP** (prevence v PPP, porady a další vzdělávání školních metodiků prevence, ve spolupráci s nimi řeší aktuální problémy ve školách, spolupracuje s dalšími organizacemi a krajským koordinátorem)
- **ředitel školy** (vytváří podmínky pro primární prevenci)
- **školní metodik prevence** (činnost vymezena právním předpisem)
- **třídní učitel** (spolupracuje se školním metodikem prevence, uplatňuje Preventivní program ve výuce, vytváří pozitivní třídní klima, monitoruje situaci, spolupracuje s rodiči atp.)

Metodické doporučení se zabývá také začleněním primární prevence do ŠVP tak, aby byla přirozenou součástí výuky. Pedagogové by měli dbát na komplexní provádění prevence ve všech aspektech výchovně-vzdělávacího procesu. Obsahuje návod pro školy, jaký Preventivní program vhodně zvolit pro své individuální potřeby. Součástí jsou přílohy 1-14, věnující se podrobně problematice jednotlivých patologických jevů (drogy, doprava, poruchy příjmu potravy, alkohol, syndrom CAN, šikana, kyberšikana, homofobie, extremismus, vandalismus, záškoláctví, tabák, násilí, krádeže, viz Navrátilová, 2010).

2.3. MEZINÁRODNÍ NORMY

104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte (s účinností od 6. 2. 1991)

Čl. 33

„Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají všechna nezbytná opatření, včetně zákonodárných, správních, sociálních a kulturních opatření, k ochraně dětí před nezákonným užíváním narkotických a psychotropních látek definovaných příslušnými mezinárodními smlouvami a k zabránění využívání dětí při jejich nezákonné výrobě a obchodování s těmito látkami“.

47/1965 Sb. Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961 (s účinností od 13. 12. 1964)

Byla přijata 31. 3. 1961 v New Yorku, 13. 9. 1961 s ní vyslovila souhlas Vláda Československé socialistické republiky. Vymezuje pojmy, podmínky kontroly, kontrolní orgány, shromažďování dat o spotřebě jednotlivých omamných látek, vyjadřuje se k omezení výroby, kontroly opia, koky aj. Vztahuje se k obchodu a distribuci, držení drog, jejich zabavení. Obsahuje i přechodné výhrady, např. povolení kouření opia nebo žvýkání koky, dále udává lhůty pro jejich odstranění. V příloze dokumentu jsou uvedeny seznamy omamných látek.

Samotné užívání drog není v ČR ilegální. Z výše uvedených legislativních norem ale vyplývá, že jakékoli zacházení či držení omamných či psychotropních látek (vyjma povoleného zacházení stanoveného Zákonem č. 167/1998 Sb.) je ilegální a je postihováno dle platných právních norem.

V souvislosti s výše uvedeným úzce souvisí pojmy „malé množství drogy“ a „množství větší než malé“. Pokud má u sebe osoba malé množství drogy a neprokáže se úmysl prodeje, může jí být udělena pokuta či varování. V případě držení většího než malého množství drogy může být osobě uložen trest odnětí svobody (Zábranský, 2005).

Přehled omamných a psychotropních látek a stanovení množství většího než malého je uvedeno v Nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů.

TYP LÁTKY	Mezinárodní název v českém jazyce	MNOŽSTVÍ VĚTŠÍ NEŽ MALÉ
Pervitin	Metamfetamin	Více než 2 g
Heroin	Heroin	Více než 1,5 g
Kokain	Kokain	Více než 1 g
Amfetamin	Amfetamin	Více než 2 g
Extáze (MDMA)	3,4-Methylen-dioxy- methamfetamin	Více než 4 tablety nebo více než 0,4 g práškové substance
LSD	LSD- 25	Více než 5 papírků, tablet, želatinových kapslí nebo krystalů
Marihuana	Konopí	Více než 15 g sušiny
Hašiš	Pryskyřice s konopí	Více než 5 g
Lysohlávky	Psilocybin	Více než 40 plodnic houby

Tabulka č. 3: Množství větší než malé u nejčastěji se vyskytujících drog v ČR (výběr z Nařízení vlády č. 467/2009 Sb. – Příloha nařízení 2)

Uvedené prameny dále ochraňují děti a mládež mj. i stanovením pravidel pro tvorbu preventivních programů, právem dětí na zdravý život, vyššími postihy pro distributory návykových látek v případě ohrožení dětí a mládeže aj. Samotné užívání a distribuce návykových látek mládeži je také ilegální (jak jsme uvedli výše, není ilegální užívání, ale držení látky, jež se samotným užitím nezbytně souvisí) a je postihováno dle platných právních norem (Zákon č. 218/2003 Sb., Zákon č. 109/2002 Sb.).

Cílem společnosti, ve věcech dětí a mládeže především, ovšem není primární postih, ale kvalitní prevence. Ta je zaměřená jednak na ochranu mladistvých a celé společnosti před návykovými látkami a jinými patologickými vlivy (Zákon č. 40/2009 Sb., Zákon č. 283/1991 Sb., Zákon č. 200/1990 Sb., Zákon č. 379/2005 Sb., aj.), ale i na prevenci ve smyslu pozitivního chování a kvalitního způsobu života.

Podrobněji se na oblast prevence zaměříme v následující kapitole.

3. PREVENCE

Prevence obecně je předcházení nežádoucím vlivům, návykům a jejich důsledkům, např. nemocem, drogovým závislostem, nehodám atp. (Pražské centrum primární prevence, 2010).

Server www.drogy-info.cz definuje prevenci následovně: „*Prevence (u alkoholu a drog) je v širším smyslu slova definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog.*“

Nešpor, Csémy (1996) považují za důležité cíle prevence. Hlavním cílem prevence je (tamtéž, str. 20): „*snížit škody působené návykovými látkami*“. Mezi tyto „škody“ patří jednak vznik závislosti, dále např. nemoci užíváním způsobené, patologické a kriminální chování, úrazy aj. Autoři dále upozorňují, že cílem nemůže být pouhé strohé a bezmyslenkovité předání informací, ale prevence vedoucí k posilování žádoucího chování a zdravého životního stylu.

Nešpor a Dvořák (1998) za efektivní prevenci považují:

- snížení dostupnosti návykových látek a diskuze kolem jejich legalizace,
- prevenci zaměřenou na riziková prostředí a na rizikové jedince,
- snižování poptávky po návykových látkách,
- prevenci pomocí masmédií (široce založené kampaně týkající se podpory zdraví).

3.1. KLASIFIKACE A STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA PREVENCE

Kachlík (2011) uvádí několik možných způsobů dělení a chápání prevence podle několika autorů. Za základní považujeme dělení do tří stupňů na prevenci primární, sekundární a terciární.

PRIMÁRNÍ PREVENCE

Její hlavním cílem je předejít problému, tzn. zamezit vzniku závislosti, zamezit experimentálnímu užití, oddálit první užití a kontakt s drogou. Jedná se o osvětovou činnost zaměřenou na celou populaci, využívá např. i podpory masmédií, školy (Kachlík 2011, drogy-info.cz).

SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Zaměřuje se na rizikovou skupinu, vyhledává jedince s problémovým chováním (Kachlík, 2011). Server www.drogy-info.cz definuje sekundární prevenci jako: „*Předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní staly závislými.*“ Bývá označována také jako včasná intervence. Dle Radimeckého (2007) je jejím cílem snížení poptávky po drogách, tzn. snížení počtu uživatelů.

TERCIÁRNÍ PREVENCE

Dle Nešpora a Dvořáka (1998) je cílem terciární prevence předcházení škodám, které vznikají jako důsledek nemoci (v našem případě užívání drog). Terciární prevenci lze chápat jako **resocializaci** u jedinců, kteří abstinují nebo jsou v programu substituční léčby, nebo jako **intervenci**

u uživatelů drog s cílem snížit zdravotní rizika s užíváním drog spojená (tzv. Harm Reduction, více na www.drogy-info.cz).

Pro potřeby prevence na ZŠ a naší práce je stěžejní primární prevence. Touto se budeme podrobněji zabývat v následující podkapitole **Prevence na ZŠ**.

Nešpor a kol. (1998), dále také Kachlík (2011) uvádí další dělení, typické pro anglosaskou literaturu. Tato klasifikace uvádí:

PREVENCI

- **všeobecnou** – v podstatě totožná s primární prevencí, je určena široké veřejnosti, zaměřená celoplošně, snaží se populaci vstřípit dovednosti ochraňující ji před užíváním drog a jiných návykových látek, podporuje zdravý životní styl. Patří sem i oblast školní prevence, nácvik životních dovedností.
- **selektivní** – odpovídá sekundární prevenci, působí na jedince, kteří jsou užíváním více ohroženi, např. ze sociálně znevýhodněného prostředí, zaměřuje se na rodiny, kde se již problémy s návykovými látkami vyskytly atp.
- **indikovanou** – vyhledává jedince vykazující problémové chování, jde např. o včasnou intervenci osobám již drogy experimentálně užívajícím.

LÉČBU – je určena jedincům, kteří již návykové látky užívají.

UDRŽOVÁNÍ STAVU A PREVENCE RECIDIV – jde např. o programy pro bývalé narkomany (uživatele návykových látek), resocializační programy, chráněné bydlení aj.

Dále uvádíme typy prevence dle MŠMT (2005), a to:

prevenci nespecifickou – jež je zaměřena zejména na vštěpování zdravých životních návyků, a na rozvoj pozitivního sociálního chování. Je zajišťována pestrou nabídkou vhodných volnočasových aktivit a programů. Nespecifická prevence je považována za stěžejní oblast prevence, zaměřená na nejširší populaci již od raného dětství. Měla by být automaticky prováděna v rodině, ve škole, v zájmových organizacích aj. I přes veškerou snahu však tento typ prevence nepostihne všechny jedince dané populace.

prevenci specifickou – jejímž hlavním cílem je zamezit co nejširší populaci v užívání návykových látek, popř. jejich užití oddálit, snížit rizika užívání a jeho důsledky. Bývá zaváděna na 2. stupni ZŠ, jedná se např. o nácvik odmítání drogy, nabídku vhodnější alternativy zábavy aj.

Jak z dříve uvedeného vyplývá, prevence by měla být prováděna automaticky, nenásilně a přirozeně, a to zejména v rodině a ve škole. Měla by být přiměřená, pochopitelná a úměrná věku. Juráková (2000) uvádí příklady preventivních aktivit, které mohou mít podobu minimálního preventivního programu, peer programů (preventivní programy za účasti proškolených vrstevníků), přednášek, vhodných volnočasových aktivit, zvyšování odborné připravenosti pedagogů, vhodné seberealizace žáka, spolupráce s rodinou atp.

Již v předškolním a mladším školním věku rodina buduje postoje dítěte, jeho sebepojetí, sebehodnocení a hodnotovou orientaci. V období puberty výrazně upadá vliv rodiny a školy na jedince (pubescent je značně kritický k názorům dospělých) a naopak posiluje vliv vrstevnické

skupiny. V této době je velké riziko, že dítě podlehne patologickým jevům a návykům (Nešpor, Csémy, 2003).

Domníváme se, že děti jsou více či méně imunní vůči negativním vlivům, s nimiž se v období dospívání mohou setkat, mají-li pevně ukotvené hodnotové normy, podnětné zázemí a umí-li kvalitně trávit volný čas. Proto by měla být specifická prevence v tomto období zaměřena spíše na jedince, kteří jsou z nějakého důvodu ohroženi. Tzv. rizikové skupiny uvádí Nešpor (2000, in Kachlík, 2011), jedná se mimo jiné o:

- děti a mladistvé,
- osoby pocházející z disharmonického rodinného prostředí,
- osoby s disharmonickou strukturou osobnosti,
- příslušníci minorit s jiným hodnotovým systémem aj.

Dále je třeba věnovat zvláštní pozornost „problémovým“ dětem, za které Nešpor, Csémy (1996) považují:

- děti s poruchou pozornosti a hyperaktivitou,
- děti se sklony k násilí,
- děti trpící strachem a úzkostnými stavy,
- děti nepřijaté do školy nebo do učení, nezaměstnaná mládež,
- děti rodičů, kteří mají problém s alkoholem nebo drogami,
- děti z disharmonické rodiny (rozvody, manželské konflikty).

Také je třeba zmínit nejčastější důvody, proč mládež „sáhne“ po droze, a s těmito důvody v rámci prevence efektivně pracovat, tzn. eliminovat je.

Radimecký (2007) jako hlavní důvody užívání návykových látek uvádí (zde pouze výčtem):

- pomoc při náboženských praktikách (u nás ne příliš časté),
- prozkoumání self (vlastního já),
- změna nálady (překonání strachu, úzkosti, deprese, bolesti aj.),
- léčba nemoci (zejména v minulosti byly dnes již zakázané látky chápány jako léčiva),
- únik před nudou a beznadějí,
- podpora sociální interakce (snižování zábran, zvyšování sebevědomí atp.),
- zlepšení smyslové zkušenosti a rozkoše (drogy ozvláštňují všední situace),
- stimulace kreativity a výkonu,
- zlepšení fyzického výkonu,
- rebelie (lákovost zakázaných věcí, protest, provokace),
- zařazení mezi vrstevníky,
- vytvoření si vlastní identity (snaha upoutat pozornost, popř. získat uznání okolí).

Autor zmiňuje, že neexistuje jen jediný důvod, proč lidé drogu zkusí a berou, jde o komplex důvodů a ani výše uvedené není uceleným komplexem. Každá osobnost je individualita a jako taková má i své důvody, které by např. pro někoho jiného byly absurdní (např. touha po štíhlé postavě může vést k užívání kokainu, pervitinu).

V souvislosti s výše uvedeným je třeba upozornit na některá úskalí nekvalitní prevence, např. plytká informace v médiích nebo přednáška může být kontraproduktivní a může sloužit spíše jako návod, „jak na to“ (Nešpor, Csémy, 1996).

Nešpor (1996, str. 34) uvádí přehled preventivních strategií a jejich účinnosti:

Přehled strategií	Účinnost
Zastrašování	Neúčinné
Citové apely	Neúčinné
Prosté informování (např. přednáška)	Neúčinné
Nabízení lepších alternativ než alkohol či jiné návykové látky	Účinné u skupin se zvýšeným rizikem
Peer programy (aktivní účast předem připravených vrstevníků v normální populaci)	Účinné u skupin se středním rizikem
Prevence založená ve společnosti (community based prevention) tj. spolupráce různých složek společnosti včetně rodičů	Účinné
Snižování dostupnosti návykových látek včetně alkoholu	Účinné, jestliže je provázeno snižováním poptávky po nich
Léčba anebo mírnění následků	Relativně účinné, zejména pokud jsou poskytnuty včas

Tabulka č. 4: Účinnost strategií prevence škod působených návykovými látkami

3.2. KOMUNITNÍ PREVENCE

Václavková a Černý uvádí, že komunita (z latinského „communitas“) v překladu znamená „lidské společenství“. Komunitní prevence je založena na podpoře a pomoci členům společenství, s cílem řešit problémy komunity (např. i drogovou problematiku) vlastními silami (Miovský, 2010). Důležité je vytvoření sítě intermediátorů, můžeme říci preventistů, kteří pomáhají na všech úrovních prevence. Mezi tyto intermediátory patří:

- výrazné osobnosti (skautští vedoucí, sportovci, umělci, pedagogové aj.),
- občanská sdružení a iniciativy (sportovní kluby, volnočasové organizace, nízkoprahová centra aj.),
- politici,
- instituce a organizace (školy, kulturní zařízení, úřady aj.) (www.alkohol-alkoholismus.cz).

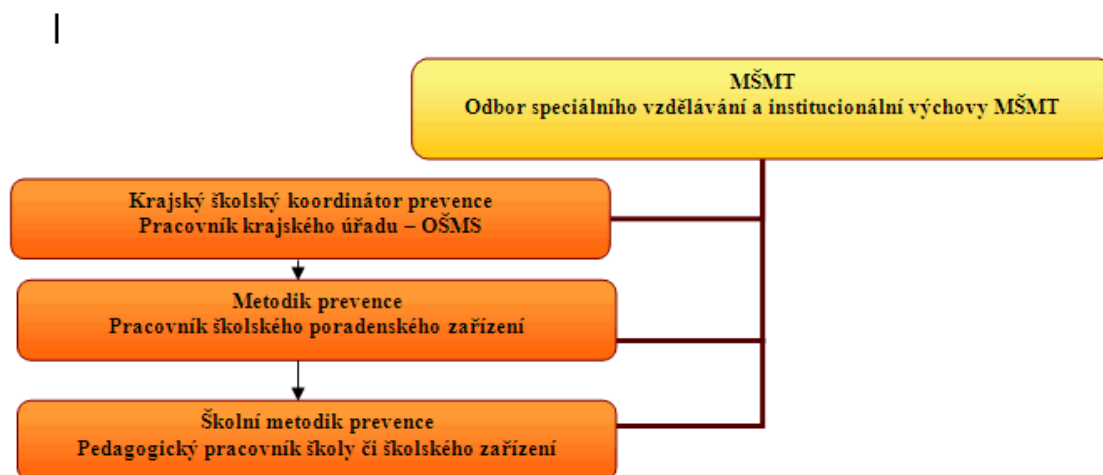
V rámci komunitní prevence je realizována specifická i nespecifická prevence. Nespecifická primární prevence může zahrnovat veškeré činnosti, jež podporují zdravý způsob života (např. pravidelný pohyb, vhodné volnočasové aktivity apod.). Specifickou primární prevenci v komunitě může zajišťovat i resort školství. Dlouhodobé preventivní programy týkající se drogové problematiky by měly být samozřejmou součástí výchovně vzdělávacího procesu od MŠ až po SŠ.

3.2.1. PREVENCE NA ZŠ

Jak již bylo několikrát zmíněno, mají školy v oblasti primární prevence nezastupitelné místo. Bém a Kalina uvádí, že hlavním úkolem primární prevence je posilování protektivních a oslabování rizikových faktorů (nejčastěji nízké sebehodnocení, nedostatek asertivity, poruchy chování, úzkostnost, stres aj.) působících na jedince (v našem případě děti a mládež), (Kalina, 2003). Autoři dále zmiňují i provokující faktory (zvědavost, nuda, zlepšení výkonu, zlepšení nálady, snaha zapadnout do party atp.). Nešpor a Dvořák (1998) za rizikové faktory působící ve školním prostředí mj. považují: nedostatek systematické prevence, nedostatečná spolupráce školy s rodinou, dostupnost návykových látek v okolí školy, nepříznivé školní klima aj.

V prevenci se snažíme o záchyt těchto rizikových vlivů a jedinců a o zařazení vhodných strategií při práci s nimi. Za základní považujeme vybudování a posílení postoje, že droga není akceptovaná (a to ani kouření marihuany, které se v současné době stává téměř normou). Vedle toho je nutné posílit vědomí, že aktivní a zdravý životní styl je žádoucí a společností ceněný.

Prevence ve školách a školských zařízeních je realizována pod záštitou MŠMT a dalších institucí. Podrobněji níže viz schéma.



Obrázek č. 1: *Struktura poskytovatelů primární prevence spadající pod MŠMT (převzato z MŠMT, 2009)*

Provádění preventivních akcí na školách vymezuje Minimální preventivní program. Jedná se dokument školy, jenž je vytvořen školním metodikem prevence na období jednoho školního roku. Dále se na jeho realizaci podílejí pedagogové, vedení školy a ostatní pracovníci školy. Velice důležitá je i spolupráce s rodiči, institucemi a příslušnými organizacemi (Pražské centrum primární prevence, 2010).

V souvislosti s touto tématikou bylo vydáno Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010-28., které:

a) vymezuje aktuální terminologii, jež je v souladu s terminologií zemí EU, vymezuje a začleňuje prevenci do školního vzdělávacího programu a školního řádu,

- b) popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka,
- c) definuje Preventivní program,
- d) doporučuje postupy škol a školských zařízení při výskytu rizikových forem chování dětí a mládeže.

Minimální preventivní program by měl vycházet ze zásad efektivní prevence. Ty uvádí Nešpor a kol. (1999, s. 8 - 12):

- Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku,
- Program je malý a interaktivní,
- Program zahrnuje podstatnou část žáků,
- Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život,
- Program bere v úvahu místní specifika,
- Program využívá pozitivní modely,
- Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky,
- Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových látek,
- Program je soustavný a dlouhodobý,
- Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně,
- Program je komplexní a využívá více strategií,
- Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat.

Nováková uvádí dělení preventivních programů na jednorázové a dlouhodobé. Z hlediska efektivity se jednoznačně jako účinnější jeví dlouhodobé preventivní aktivity. S jejich aplikací by se mělo začít již v MŠ, kde by se prevence měla obecně zabývat podporou zdraví. Na prvním stupni ZŠ (raný školní věk, 1.–3. třída) se rozvíjí zdravé návyky a poznatky zejména v předmětu Prvouka, od 4. třídy se můžeme soustředit na důvody, proč lidé berou drogy a na předcházení jejich užití. Začínáme s nácvikem adekvátních reakcí odmítání. Na 2. stupni ZŠ se zabýváme i účinky jednotlivých látek, zdravotními a sociálními následky, možnostmi pomoci aj. Pozornost je věnována i nabízení vhodných alternativ trávení volného času, mezilidským vztahům, hodnotám, řešení konfliktů atp. Tato témata spadají zejména do předmětů Výchova ke zdraví (rodinná výchova) a Člověk a společnost (občanská výchova). Na SŠ je program zaměřen na společenské souvislosti, upevňování vhodných postojů, ale též na orientaci v organizacích nabízejících pomoc při problémech s drogami a na jejich případné řešení.

Dále autorka uvádí důvody, proč některé školy preferují spíše jednorázové akce, před kvalitní dlouhodobou prevencí (časová nenáročnost, pocit uspokojení, alibismus) a dělí jednorázové preventivní programy do 2 skupin:

- a) přednášky a besedy (zaměřené na druhy drog, účinky, vznik závislosti, důvody, proč lidé berou drogy, následky užívání, nácvik schopnosti odmítnout aj.),
- b) komponované pořady (přednáška a diskuse doplněná projekcí filmu, koncertem aj.).

Jednorázové preventivní programy můžeme považovat za prospěšné v případě, že jsou doplňkem dlouhodobých a soustavných programů. V opačném případě mohou mít až opačný efekt, tedy podnítit zvědavost a touhu experimentovat (Kalina a kol., 2003).

Kalina (2003) uvádí míru zapojení účastníků podle typu aktivity. Domníváme se, že čím větší je míra zapojení žáků do preventivního programu, tím lze předpokládat jeho větší efektivitu.

přednáška	5 %
čtení	10 %
audio/video	20 %
demonstrace	30 %
diskuse	50 %
praktické vyzkoušení dovednosti	70 %
vyučovat jiné (peer programy)	90 %

Tabulka č. 5: Míra aktivity účastníků na jednotlivých typech preventivních aktivit (převzato z Kalina, 2003, str. 294)

Za neméně důležitý lze považovat požadavek jednotnosti a komplexního přístupu, jednotnosti všech zainteresovaných osob a spolupráce institucí a organizací, včetně spolupráce školy a rodiny.

3.2.2. ODBORNÍCI PŮSOBÍCÍ V OBLASTI PREVENCE VE ŠKOLSTVÍ

Poradenské služby ve škole zajišťuje výchovný poradce, školní metodik prevence, případně školní psycholog či školní speciální pedagog ve spolupráci s konzultačním týmem složeným z vybraných pedagogů školy (Věstník MŠMT, 2005). Stejný zdroj dále definuje povinnosti ředitele související s prevencí, a to zejména zodpovědnost za tvorbu preventivního programu školy a zajištění poradenské činnosti. Poskytování poradenských služeb ve školách upravuje vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Jak již bylo uvedeno, práce v oblasti prevence je týmovou záležitostí a také otázkou kvalitní spolupráce nejen mezi organizacemi, ale zejména mezi odborníky dané školy. Ta je zásadní podmínkou úspěchu. Věstník MŠMT (2005) rozlišuje pedagogické pracovníky dle rozsahu jejich činnosti na:

- poradenské pracovníky škol (výchovný-kariérový poradce, školní metodik prevence, školní psycholog/školní speciální pedagog),
- pracovníky, kteří se podílejí na poradenských službách (třídní učitel, učitel-metodik pro přípravu školního vzdělávacího programu, učitelé vzdělávací oblasti Výchova k volbě povolání (ZŠ) a Úvodu do světa práce (SŠ), další pedagogové, zejména učitelé výchov).

Poradenskou činnost ve škole zajišťují všichni zmínění odborníci, v případě potřeby je ředitel oprávněn spolupracovat dále se školním psychologem či speciálním pedagogem.



Obrázek č. 2: Schéma poskytování poradenských služeb ve škole (převzato a upraveno z Věstník MŠMT, 2005)

Při popisu jednotlivých školních odborníků působících v oblasti prevence vycházíme z Věstníku MŠMT (2005).

VÝCHOVNÝ PORADCE

Je poskytovatelem poradenských služeb ve škole, společně s dalšími odborníky (školní metodik prevence, školní psycholog, speciální pedagog a vybraní učitelé). Předmětem jeho působnosti je zejména kariérní poradenství a problematika integrace žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Obecně lze říci, že se zaměřuje na oblast poradenství, koordinaci, metodickou pomoc a informační činnost.

V oblasti poradenství se jeho činnost zaměřuje především na kariérní poradenství, vyhledávání žáků se specifickými potřebami, diagnostiku a intervenci u žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, integraci žáků se speciálními potřebami a koordinaci poradenství pro tyto žáky.

Do metodické a informační činnosti spadá zprostředkování nových metod diagnostiky a intervence, metodická pomoc pedagogům, zprostředkování aktuálních informací v oblasti kariérního poradenství u žáků se speciálními potřebami, poskytování informací o poradenských službách pedagogům, rodičům, žákům, shromažďování odborných zpráv o žácích a vedení dokumentace.

ŠKOLNÍ METODIK PREVENCE

Působí v oblasti prevence sociálně patologických jevů. Mezi jeho hlavní činnosti patří koordinace tvorby preventivního programu školy a následná kontrola jeho plnění a efektivity.

Dohlíží a realizuje aktivity vedoucí k prevenci sociálně patologického chování, v případě výskytu nežádoucího a rizikového chování kontaktuje příslušná odborná pracoviště a podílí se na intervenci.

Mezi další důležité činnosti školního metodika prevence patří podpora a metodické vedení učitelů v oblasti prevence, poskytování poradenství v oblasti dalšího vzdělávání pedagogů a spolupráce s dalšími organizacemi působícími v oblasti prevence patologických jevů.

Dále shromažďuje odborné zprávy o žácích (z jiných pracovišť) a vede dokumentaci v dané oblasti.

Mimo jiné také předává aktuální informace z oblasti prevence kolegům, žákům, rodičům, provádí šetření výskytu sociálně patologických jevů a snaží se ve spolupráci s ostatními učiteli o záchyt tzv. rizikových žáků.

ŠKOLNÍ PSYCHOLOG

Školní psycholog spolupracuje při zápisu do 1. ročníku ZŠ, vyhledává děti se SPU, věnuje se diagnostice při výchovných a výukových obtížích, depistáži nadaných dětí, zjišťuje klima školy, třídy, věnuje se sociometrii. V oblasti poradenské pečuje o integrované žáky (podílí se na sestavení IVP), nabízí krizovou intervenci pro učitele, žáky, rodiče aj.

ŠKOLNÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOG

Mezi jeho činnosti patří podpora integrovaných žáků se speciálními potřebami a ostatních žáků, jež potřebují speciálně pedagogickou podporu. V rámci depistáže vyhledává žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a zařazuje je do speciálně pedagogické péče. Věnuje se diagnostice a realizuje intervenci u těchto žáků, upravuje podmínky pro integraci žáků, spolupracuje s dalšími odborníky a podílí se na vytváření vzdělávacích plánů pro žáky se specifickými potřebami. V neposlední řadě poskytuje poradenství a odbornou pomoc ostatním kolegům, rodičům, žákům.

PEDAGOGOVÉ

Ostatní pedagogové pod vedením a ve spolupráci s výše uvedenými odborníky realizují výchovně vzdělávací proces, do kterého uvážlivě zařazují prvky prevence, osvěty, lidského přístupu. Jsou žákům vzorem, vedou je k odpovědnosti, vzdělání, solidaritě.

Domníváme se, že obecné i lidské kvality pedagoga si každý stanoví sám, s ohledem na obecné zásady morálky a etiky.

PEER PROGRAMY

V této kapitole uvádíme i tzv. peer programy, vedené proškolenými vrstevníky. Nejedná se sice o odborníky či pedagogy v pravém slova smyslu, ale s ohledem na jejich zaměření a činnosti je můžeme také považovat za odborníky působící v oblasti primární prevence na školách.

Filozofie peer programů vychází z poznatku, že vrstevnické skupiny v období puberty a adolescence působí na jedince daleko více než jiné autority (škola, rodina). Z četných šetření vyplynulo, že tyto programy jsou z hlediska pozitivního ovlivňování postojů efektivnější než jiné metody. Je však třeba je realizovat v kombinaci s jinými aktivitami a velkou pečlivostí je třeba věnovat výběru tzv. peerů (Skalík, Kalina, 2003).

Nešpor a kol. (1998) uvádí kritéria zapojení zájemců do peer programů. Dítě nesmí v průběhu školního roku, v němž je program realizován, kouřit, pít alkohol a konzumovat návykové látky. Také nesmí mít horší známku než dostatečnou z hlavních předmětů. Tato kritéria si však může každá škola specifikovat.

V části věnující se klasifikaci prevence jsme uvedli, že dlouhodobé programy jsou efektivnější než jednorázové akce. Odkazujeme tedy na literaturu, ve které jsou zpracovány programy pro MŠ, ZŠ i SŠ (např. AUJEZKÁ, A. et al. *Příklady dobré praxe programů školní prevence rizikového chování*).

Bohužel i prevence má své limity a omezení, nikdy zcela nepostihne celou populaci. V momentě, kdy selhává prevence a jedinec propadá patologickým vlivům, nastupuje intervence a léčba. Ta již není v kompetenci školy, ale spolupráce školy, rodiny a ostatních organizací je naprosto nezbytná. Komplexnost péče je jednou z podmínek uzdravení klienta.

4. INTERVENCE

Intervence je „v kontextu drogové politiky jakákoli akce podniknutá s cílem snížit nepříznivé důsledky užívání drog pro jednotlivce a/nebo pro společnost“ (Radimecký, 2006), dále také „opatření, kterými se reaguje na zvýšené riziko zdravotního či sociálního selhání“ (Nešpor, 1999, str. 15).

Tato opatření vymezuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách následovně: „*Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách*“.

S výše uvedeným předmětem úpravy Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách velice úzce souvisí některé termíny, které objasníme v následujícím textu.

Sociální službou rozumíme pomoc a podporu osobám za účelem zabránění sociálního vyloučení či osobám v nepříznivé životní situaci, kterou můžeme chápat jako oslabení nebo ztrátu schopnosti řešit vzniklou situaci společensky přijatelným způsobem z rozličných důvodů. Tyto důvody mohou být např. vysoký věk, nemoc, patologické životní návyky (závislosti, kriminální činnost), působení nevhodného prostředí. Za sociálně vyloučeného jedince lze považovat osobu vyloučenou mimo běžný život společnosti, se ztíženými podmínkami nebo nemožností se do běžného života opětovně začlenit.

Sociální služby poskytují sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci a to formou pobytovou (klient je ubytován v zařízení sociální služby), ambulantní (klient dochází za sociální službou) a terénní (sociální služba „dochází“ za klientem).

Zařízení sociálních služeb jsou uvedena v § 34 tohoto zákona následovně:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,

- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče.

S přihlédnutím k tématu naší práce se podrobněji zaměříme zejména na tyto sociální služby:

- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- terapeutické komunity.

4.1. KRIZOVÁ POMOC

Krizová pomoc je určena lidem v kritické životní situaci (ohrožení života nebo zdraví), kteří ji z nějakého důvodu nemohou řešit sami. Pomoc je zaměřena na akutní poskytnutí ubytování, stravy, terapeutické podpory a pomoci uplatnit práva při zařizování osobních záležitostí (Zák. 108/2006 Sb.).

4.2. NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, tak jak je vymezuje zákon, jsou denní centra pro děti ohrožené sociálně patologickými jevy a pro děti s neakceptovatelným životním stylem, jejichž smyslem je nabídnout těmto jedincům vhodné volnočasové aktivity a snížit rizika související s jejich způsobem života (Zák. 108/2006 Sb.).

4.2.1. Kontaktní centra

Kontaktní centra řadíme mezi nízkoprahová zařízení. Grohmannová vysvětluje, že za nízkoprahové služby můžeme považovat ty, které jsou určeny jedincům, jež nechtějí vyhledat institucionální formu pomoci. Služba je určena především drogově závislým a jejich rodinám (Radimecký, 2007). Stěžejní je možnost anonymity, využívání služeb bez úplaty a fakt, že abstinence, která je pro mnoho klientů nepředstavitelná, není podmínkou využití sociální služby (Libra, Kalina a kol., 2003). Autor dále uvádí složky práce kontaktních center dle Kudrleho a Kaliny (2001). Jedná se zejména o včasnou intervenci, poradenství v oblasti lékařské, psychologické, sociální, navazování kontaktů s klienty, výměnný program a další doplňkové služby, jakými jsou např. hygienický servis, strava atp..

4.3. TERÉNNÍ PROGRAMY, TERÉNNÍ PRACOVNÍCI

Zákon 108/2006 Sb., říká, že terénní služba má za úkol vyhledávat jedince stojící na okraji společnosti, uživatele návykových látek, jedince bez přístřeší aj., s cílem minimalizovat rizika s jejich způsobem života spojená. Hrdina a Korčičová za cílovou skupinu považují tzv. skrytou populaci, kam spadají experimentátoři (mladí lidé), „dětí ulice“, pravidelní uživatelé drog a problémoví uživatelé (s rozvinutou závislostí). Autoři dále do cílové skupiny řadí bezdomovce,

prostitutky, migranty, jakožto patologickým prostředím extrémně ohrožené skupiny (Kalina a kol., 2003).

Terénní programy jsou prováděny pomocí tzv. streetworkerů (terénních pracovníků), kteří jednak nabízejí informace, mohou poskytnout základní ošetření, ale také zprostředkovávají výměnný program injekčních stříkaček. Terénní programy tedy spadají do oblasti terciární prevence (www.substitucni-lecba.cz).

4.4. TERAPEUTICKÁ POMOC

Terapeutická pomoc zahrnuje mnoho oblastí (farmakoterapie, psychoterapie, socioterapie, sociální práce aj.) a v praxi se doporučuje vhodně zkombinovat všechny, tzn. využití multidisciplinárního přístupu. Jak jsme již výše uvedli, pouze komplexní přístup může být účinný. Je např. zbytečné zabývat se psychoterapií, když se jedinec nachází v akutní fázi odvykacího stavu. Zde se jeví vhodné začlenit farmakoterapii, naopak pouhá farmakoterapie bez jiných přístupů se jeví jako krátkodobá a neefektivní.

Jako velmi důležité se ukázalo také sociální začlenění jedince, velké procento recidiv je způsobeno tím, že jedinec „nikam nepatří“ a „zná jen narkomany“. Je nutné plnohodnotně jej začlenit do společnosti a vytrhnout ho z původní, patologické společnosti (www.substitucni-lecba.cz).

V naší práci se blíže zaměříme pouze na oblast psychoterapie, jelikož se domníváme, že je z výše uvedených terapeuticko-formativních přístupů nejbližší oborům pedagogika a speciální pedagogika. Ostatní terapie jsou předmětem zájmu jiných disciplín a příslušných odborníků. Zde považujeme za nutné zdůraznit, že psychoterapii nesmí vykonávat nikdo bez příslušného psychoterapeutického vzdělání. Ovšem používání psychoterapeutického přístupu (ne psychoterapie) se doporučuje všem lidem; pracujícím se závislími či problémovými klienty, tedy i speciálním pedagogům (Miovský, Bartošiková, Kalina a kol, 2003).

Psychoterapii můžeme charakterizovat jako souhrnný pojem pro psychologické metody, „*kteří slouží k odstranění poruch prožívání a chování*“ (Schmidbauer, 1994, s. 130). Co se týče indikace drogově závislých klientů, bývá psychoterapie tradičně hojně využívána a jeví se jako vhodná složka celkové léčby. S ohledem na individuální potřeby každého klienta volí terapeut jednak vhodné přístupy, ale i formy psychoterapie. Miovský, Bartošiková (Kalina a kol, 2003) uvádí jako vhodné formy pro práci s drogově závislími klienty:

- terapii individuální,
- terapii skupinovou,

Je vhodná zejména díky působení tzv. skupinové dynamiky a obecně se doporučuje ve všech doléčovacích programech, vhodné a účinné je i začlenění klienta do podpůrné či jiné skupiny tak, aby pro něj přechod do běžného života byl co nejjednodušší.

- terapii rodinnou

Jak jsme již několikrát zmiňovali, spolupráce všech zainteresovaných je v péči o závislé nesmírně důležitá. Je to právě rodina, která formuje jedince a do které se klient po léčbě vrací. Flaks uvádí, že v případě výskytu problému v rodině se stává klientem celá rodina. Rodinná terapie by měla nejen zlepšit komunikaci a porozumění, ale i nastavit pravidla pro další fungování rodiny a připravit prostor pro nutné změny (Radimecký a kol., 2007).

➤ terapeutickou komunitu

Terapeutická komunita může být chápána jako přechod z léčby do běžného života. Je charakterizována jako pobytová služba pro jedince léčící se ze závislosti na návykových látkách, která poskytuje mimo ubytování stravu, terapeutické činnosti, začlenění do společnosti a pomoc při vyřizování osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb).

Každá komunita má svůj program, metody, formy práce a cíle, které se víceméně shodují. Obecně lze říci, že cílem komunity je resocializace jedince, pomoc k trvalé abstinenci, zvyšování sebevědomí a rozvoj komunikace, osvojování si pracovních návyků a v neposlední řadě vyrovnání se s minulostí (www.sananim.cz), což považujeme za velmi důležité pro budoucí život trvale abstinujících klientů terapeutických komunit.

5. SHRNUÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK

V teoretické části práce jsme se zaměřili na klasifikaci návykových látek a jejich účinky a rizika pro organismus. Domníváme se, že nejen metodici prevence či školní psychologové by měli být seznámeni s účinky drog. Jsou to především „řadoví“ pedagogové, kteří jsou s dítětem v každodenním kontaktu a kteří mají možnost rozpoznat první varovné signály. I proto zastáváme názor, že jakési „minimum“ by v této oblasti měl znát každý, kdo pracuje s dítětem.

Další, neméně důležitou, oblastí je prevence patologických jevů. Jak jsme již uvedli, kvalitní prevence předpokládá zainteresovanost všech pedagogů, s čímž úzce souvisí nejen jejich odborná „vybavenost“ v této oblasti, ale i osobnostní charakteristiky.

Na oblast prevence jsme stručně navázali intervencí. Zmínili jsme spíše možnosti intervence pro jedince, již jsou z nějakého důvodu již mimo dosah „běžné pomoci“, a to spíše pro zajímavost. Nevěnovali jsme se organizacím běžně spolupracujícím se školou, protože předpokládáme, že každý pedagog zná instituce, na které se může v případě výskytu patologického jevu ve škole obrátit.

V praktické části vyhodnotíme výsledky dotazníkového šetření.

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíle průzkumu

Jak jsme již v úvodu zmínili, cílem této práce je mimo jiné i zmapování „drogové“ situace na základních školách, konkrétně v Litovli. Ve spolupráci s výchovnými poradci daných škol byl realizován průzkum, jehož výsledky jsou shrnuté v následující části této práce. Věříme, že výsledků bude využito i v praxi, při aktualizaci minimálního preventivního programu zúčastněných škol.

- zjistit, jaký způsob trávení volného času mezi žáky ZŠ dominuje,
- zjistit, do jaké míry mají žáci ZŠ zkušenosti s návykovými látkami,
- zjistit, jaký typ návykových látek je mezi respondenty nejrozšířenější,
- zjistit věk, ve kterém došlo k prvnímu kontaktu s návykovou látkou,
- zjistit názory respondentů na uživatele jednotlivých typů návykových látek.

Do dotazníku byly zařazeny i otázky týkající se rodiny, vztahu mezi rodiči a sourozenci, otázky týkající se sebehodnocení a situací, jež jsou žáci nuceni běžně řešit, a také otázky vztahu ke škole a příčinám absence. Tyto oblasti jsou vyhodnoceny a znázorněny graficky v **Příloze 3**, a to z důvodu, že nebyly primárním cílem našeho šetření. Do šetření byly zařazeny jako rozšiřující materiál, jehož ale bude využito při aktualizaci školního preventivního programu zúčastněných škol.

2. Použité metody

Při realizaci průzkumu bylo využito anonymního dotazníku, který respondenti vyplňovali „online“. Nejen anonymita, ale také způsob práce s dotazníky měly zaručit vyšší ochotu respondentů a vyšší míru pravdivých odpovědí.

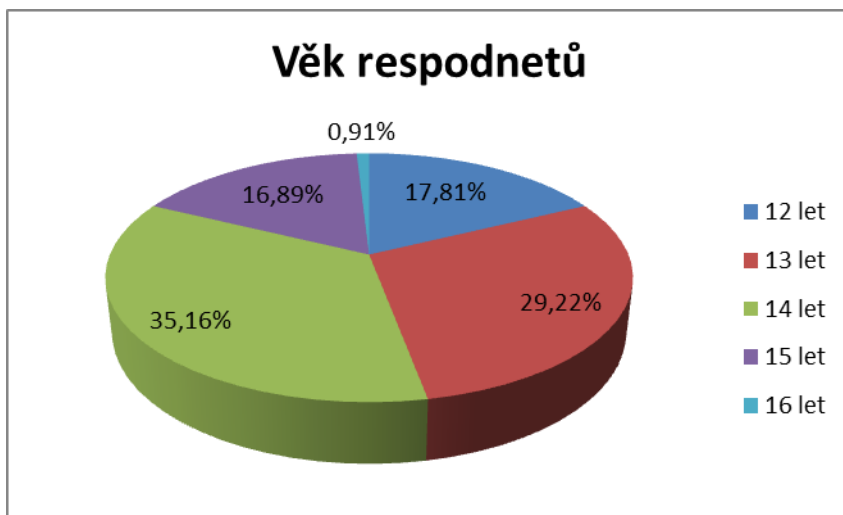
Dotazník chápeme jako soubor předem připravených, písemně položených otázek, na které respondent odpovídá. Využití dotazníku se jeví jako vhodné v případě požadavku kvantitativního sběru dat. Mezi jeho nedostatky však patří zejména fakt, že nezjišťuje, jací respondenti jsou, ale jak sami sebe vnímají, popř. jak chtějí být vnímání okolím. Z toho vyplývá, že výsledky mohou být zkreslené jednak respondentem, ale i nevhodnou interpretací samotným realizátorem (Chráška, 2007).

Námi sestavený dotazník (viz **Příloha 2**) vycházel z dotazníku používaného při hromadném šetření – ESPAD 2011. Z tohoto dotazníku jsme vycházeli z několika důvodů, mj. i proto, že zabírá celé spektrum oblastí. Dalším důvodem je možnost srovnání výsledků obou šetření. Samozřejmě chápeme úskalí tohoto srovnání. Jsou dána mj. zkoumaným vzorkem, rozsahem i způsoby vyhodnocení, nicméně alespoň pro ilustraci uvedeme vybrané výsledky obou šetření.

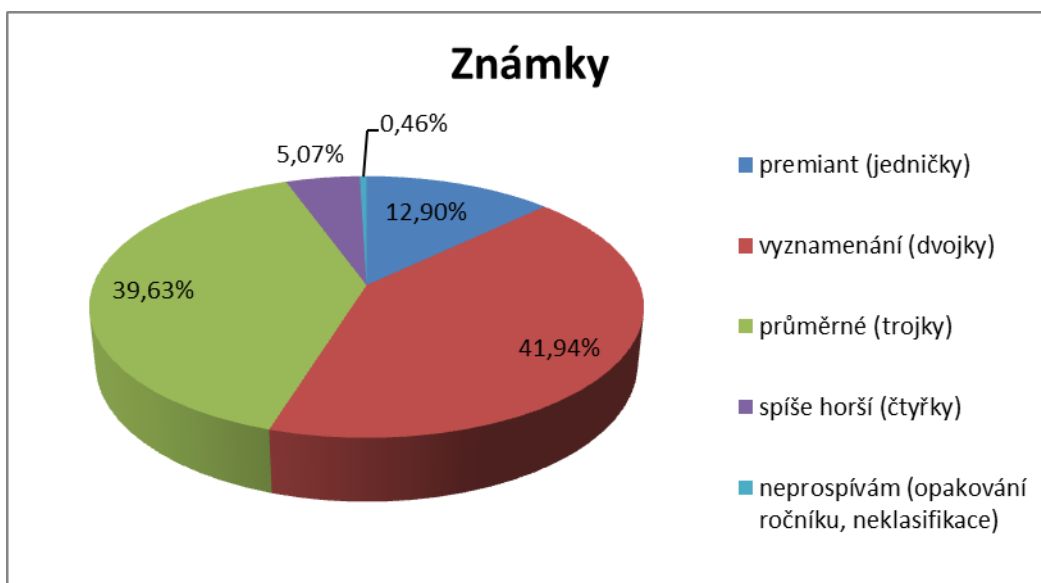
3. Charakteristika vzorku, postup při sběru dat

Průzkum probíhal v prosinci 2012 na základních školách v Litovli, konkrétně na Základní škole Litovel, Vítězná a na Základní škole Litovel, Jungmannova. Samotná administrace probíhala během vyučování, formou práce na PC. Dotazníky byly vyplňovány a odesílány „online“, návod na práci s dotazníkem byl součástí úvodních informací obsažených v dotazníku.

Šetření se zúčastnilo celkem 220 respondentů (53 % dívek a 47 % chlapců), žáků 7., 8. a 9. tříd základních škol. Žáci 7. ročníků tvořili 29,68 % respondentů, žáci 8. ročníků 37,44 % respondentů a žáci 9. ročníků byli zastoupeni 32,88 %. Z hlediska věku byli respondenti zastoupeni žáky ve věku 12–16 let (viz graf č. 1).



Graf č. 1: Věkové zastoupení respondentů



Graf č. 2: Charakteristika respondentů z hlediska školního prospěchu

Pro účely charakteristiky respondentů uvádíme také jejich zastoupení z hlediska prospěchu.

Z grafů je patrné, že průzkumného šetření se zúčastnili žáci ve věku 12–16 let, se spíše nadprůměrnými a průměrnými školními výsledky. Pouze 5,54 % respondentů patří mezi žáky podprůměrné a nedostatečné.

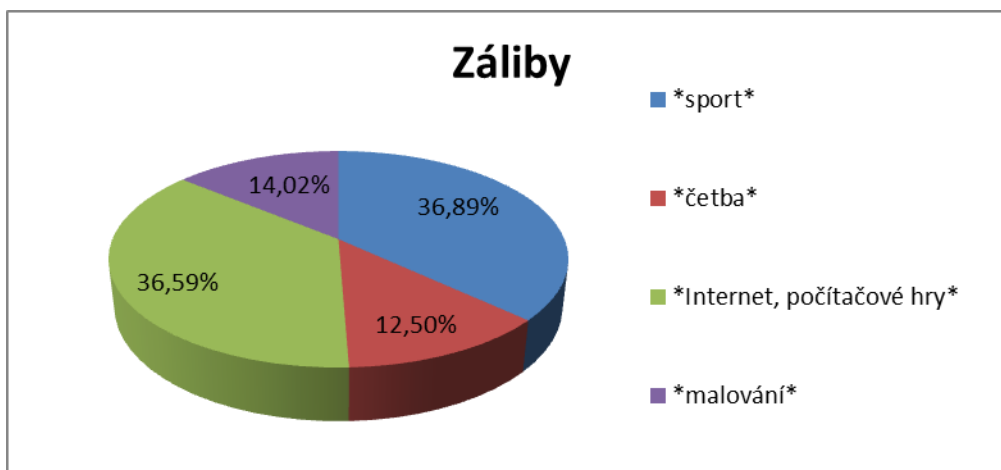
4. Výsledky dotazníkového šetření

Vzhledem k tomu, že se dotazník zaměřoval na několik oblastí, budou i výsledky průzkumu seřazeny dle jednotlivých témat následovně:

- oblast zájmů respondentů,
- návykové látky – kouření,
- návykové látky – alkohol,
- návykové látky – marihuana,
- jiné návykové látky,
- zkušenosti respondentů s návykovými látkami z hlediska věku,
- názory respondentů na uživatele návykových látek.

5. Analýza dotazníků

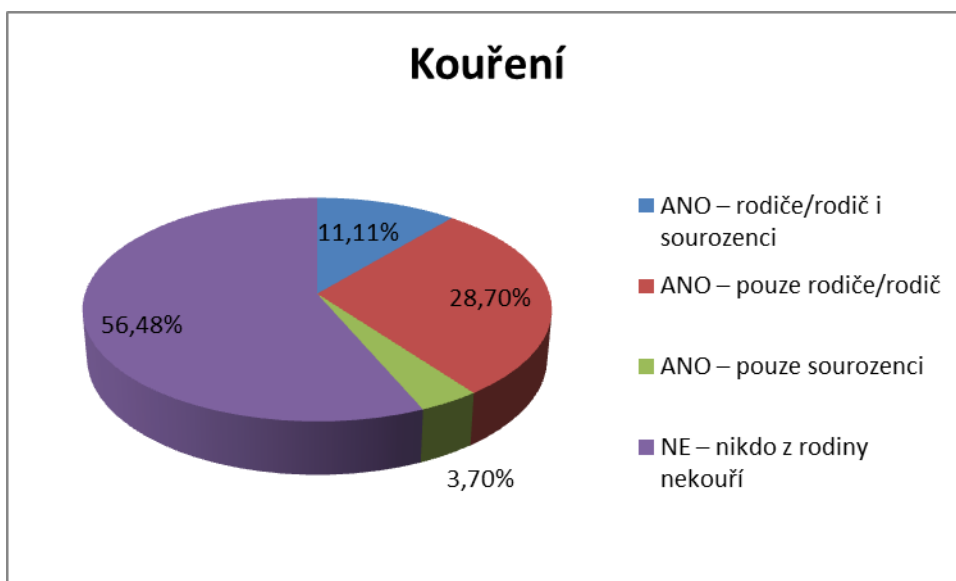
5.1. Oblast zájmů respondentů



Graf č. 3: Záliby respondentů

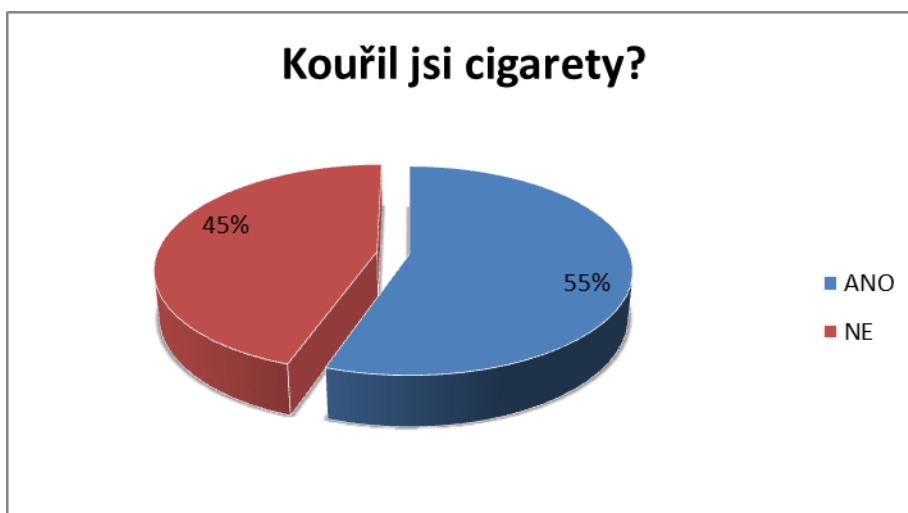
Z pohledu na graf je patrné, že poměrně shodné zastoupení v oblasti zájmů mají čtenba a umělecky zaměřené aktivity. Tyto dvě oblasti jsou však méně četné. Za hlavní oblast trávení volného času respondentů lze považovat sportovní aktivity, jež jen těsně zaostávají za dominantní zálibou – trávením času u PC.

5.2. Návykové látky – kouření



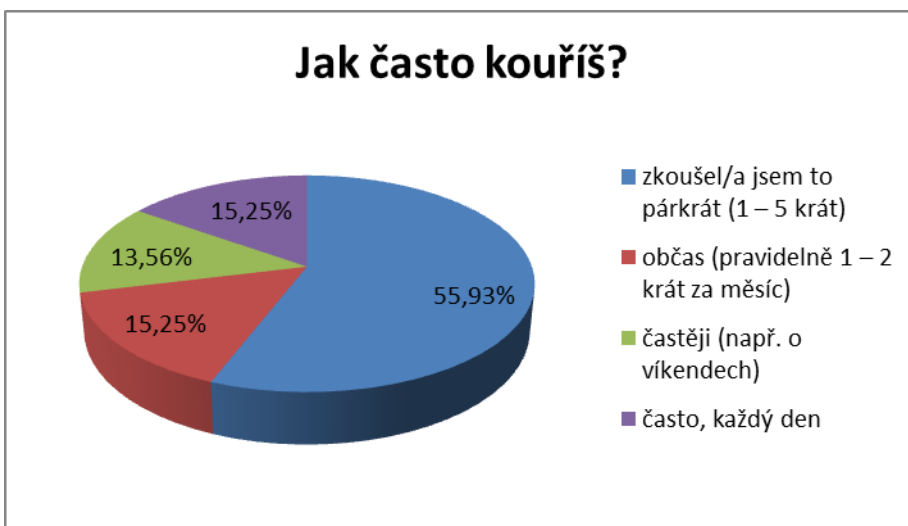
Graf č. 4: Výskyt kuřáků v rodinách respondentů

Jako pozitivní se jeví zjištění, že více jak polovina účastníků šetření pochází z nekuřácké rodiny. Naopak poměrně vysoko jsou zastoupeny rodiny, v nichž kouří jak rodiče, tak sourozenci. Domníváme se, že tento stav, ve kterém jedinec nemá v rodině vzor nekuřáka, může negativně ovlivnit následné postoje respondenta.



Graf č. 5: Zkušenosti respondentů s cigaretami

Z grafu vyplývá, že se naše zjištění ohledně počtu kuřáků mezi mládeží neliší od jiných statistik. Procento mladistvých kuřáků je opravdu markantní, více než polovina dotazovaných má zkušenosti s cigaretami.



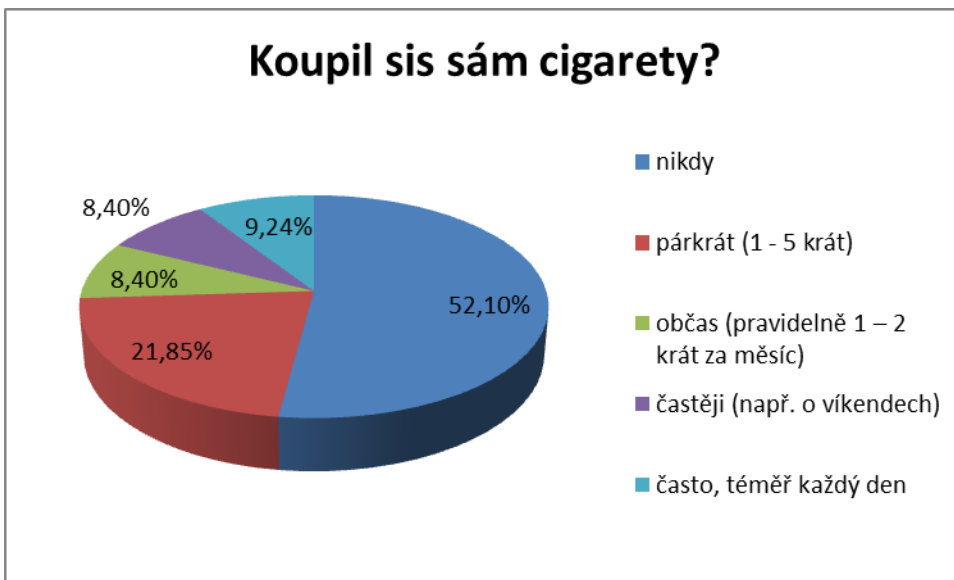
Graf č. 6: Frekvence kouření mezi respondenty

Na otázku týkající se frekvence kouření odpověděla nadpoloviční většina „kouřících respondentů“, že zkusila kouřit jen párkrát. Tuto skutečnost považujeme za pozitivní a měli bychom se zaměřit na budování odmítavého postoje právě u těchto žáků. Za alarmující ovšem považujeme zjištění, že více jak 15 % kouřících žáků jsou pravidelní, každodenní kuřáci.



Graf č. 7: Sociální faktory kuřáctví

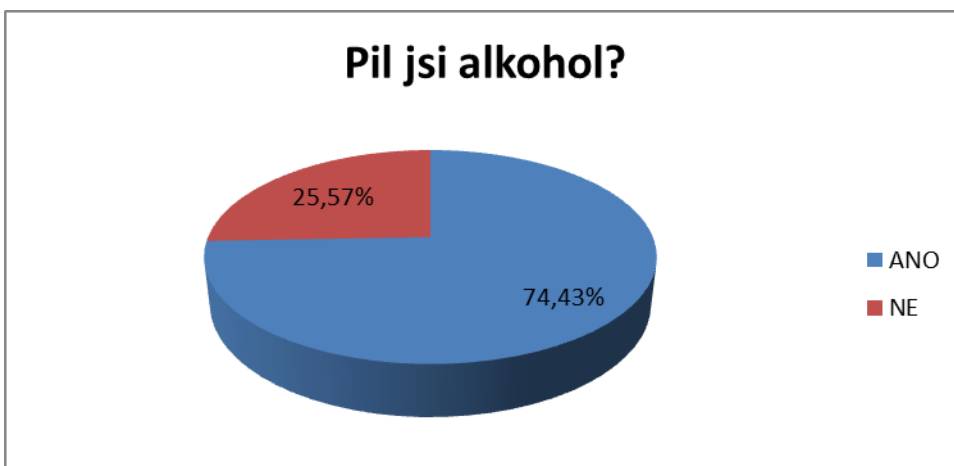
Odpovědi na otázku, s kým žák poprvé kouřil, nepřímou potvrdily velký vliv vrstevnické skupiny v tomto období. Naprostá většina žáků uvedla, že první kontakt s cigaretou zažila právě v okruhu přátel. Poměrně překvapivé pro nás bylo zjištění, že více jak 6 % „kouřících“ respondentů kouřilo samo a nezanedbatelná je dle nás i hodnota značící vliv rodiny (předpokládáme zejména negativní vliv sourozenců).



Graf č. 8: Výskyt koupě tabákových výrobků mezi respondenty

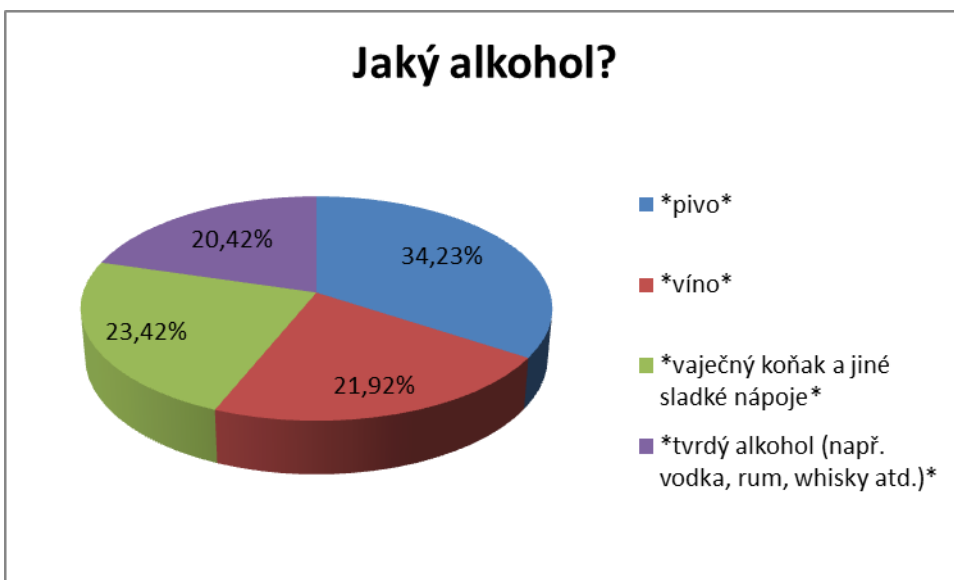
Vzhledem k věkovému zastoupení respondentů je zarážející zjištění, že téměř polovina dotazovaných žáků si někdy koupila cigarety (ať již výjimečně či každodenně). Zde se zamýšlíme zejména nad přístupem prodejců tabákových výrobků, kteří nejen že tímto prodejem porušují zákon, ale dle nás i morální hodnoty a zdraví dětí a mládeže.

5.3. Návykové látky – alkohol



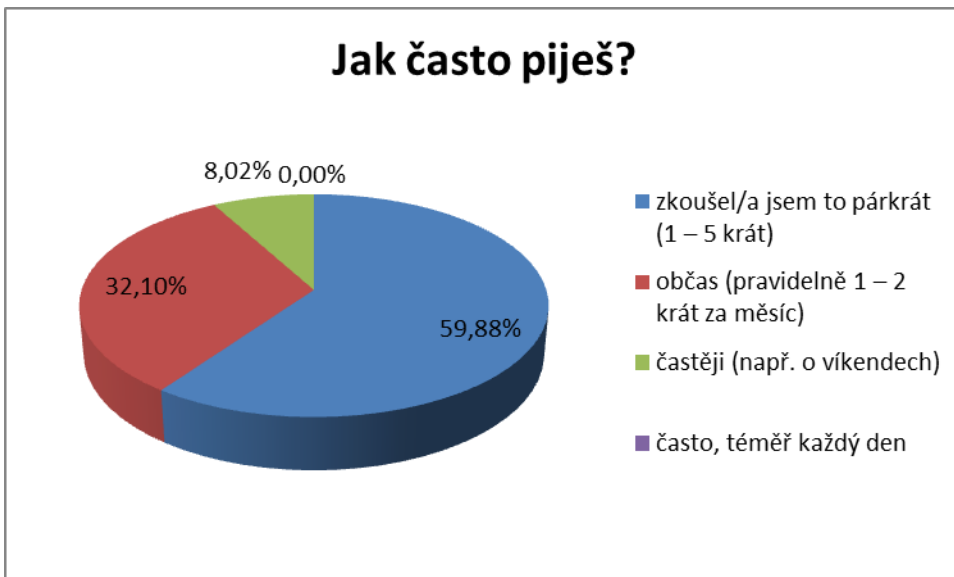
Graf č. 9: Zkušenosti respondentů s alkoholem

Při pohledu na graf se opět shodujeme s již dříve uvedenými statistikami, které řadí Česko na první místa ve spotřebě alkoholu na osobu, jelikož celé tři čtvrtiny dotazovaných žáků mají zkušenosti s alkoholem. Opět s odkazem na legislativu ČR a s ohledem na věk dotazovaných považujeme toto číslo přinejmenším za šokující.



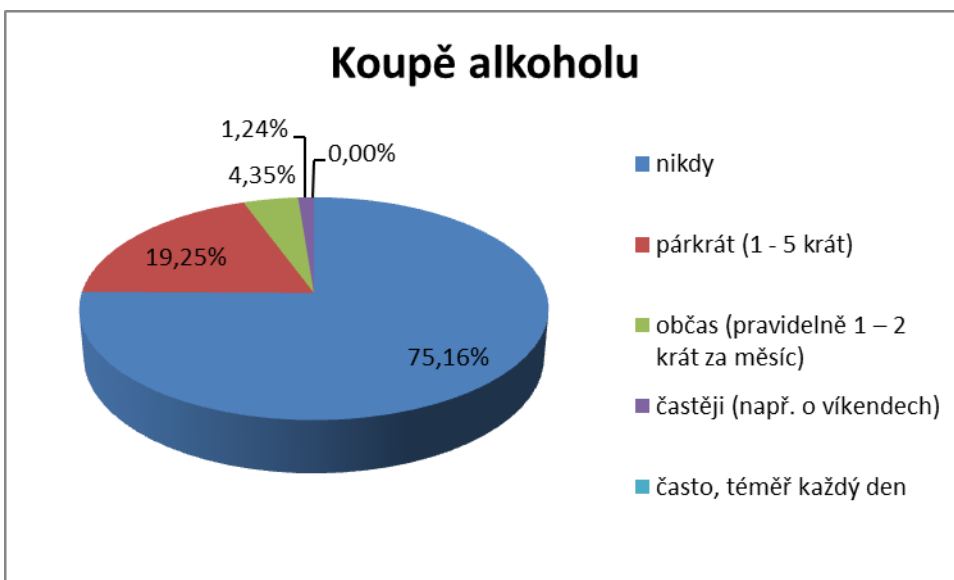
Graf č. 10: Zastoupení jednotlivých druhů konzumovaného alkoholu

Stejně překvapivé, jako množství respondentů se zkušeností s alkoholem, je pro nás výsledek zastoupení konzumovaného alkoholu. Obecně jsme předpokládali, že mezi mládeží převládá konzumace piva, vína, popř. sladkých likérů, ovšem téměř shodné zastoupení destilátů pro nás bylo nečekaným zjištěním.



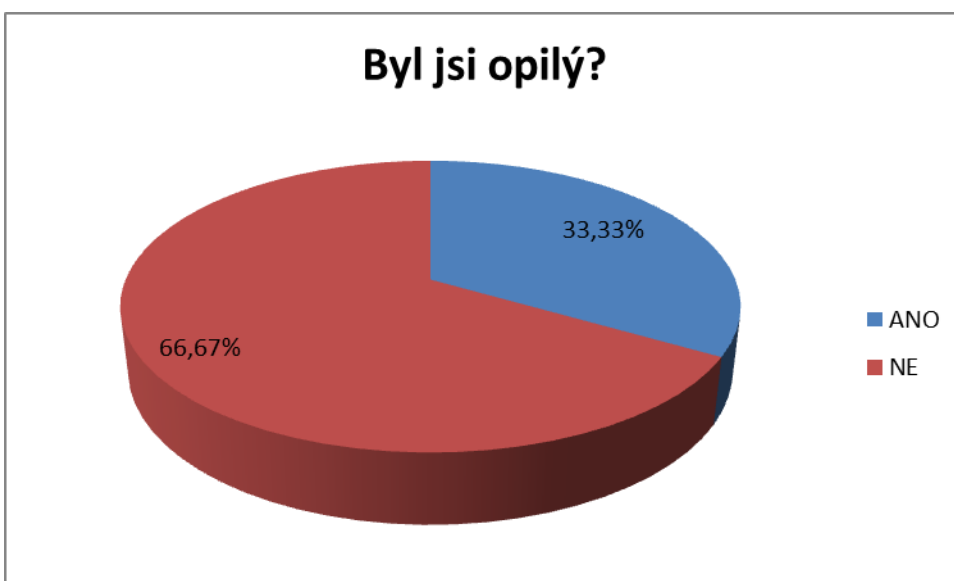
Graf č. 11: Frekvence konzumace alkoholu mezi respondenty

Při pohledu na graf je patrné, že chybí zastoupení odpovědi „často“, což je při otázce týkající se konzumace alkoholu jistě potěšující okolnost. Stejně pozitivně hodnotíme, že více než polovina dotazovaných, majících zkušenosti s alkoholem, jej pouze několikrát zkusila a v další konzumaci (zatím) nepokračuje. Na druhou stranu více než 40 % respondentů této skupiny uvedlo, že alkohol konzumují pravidelně, což nás nutí položit si otázku: „Jak je možné, že k tomu mají příležitost?“



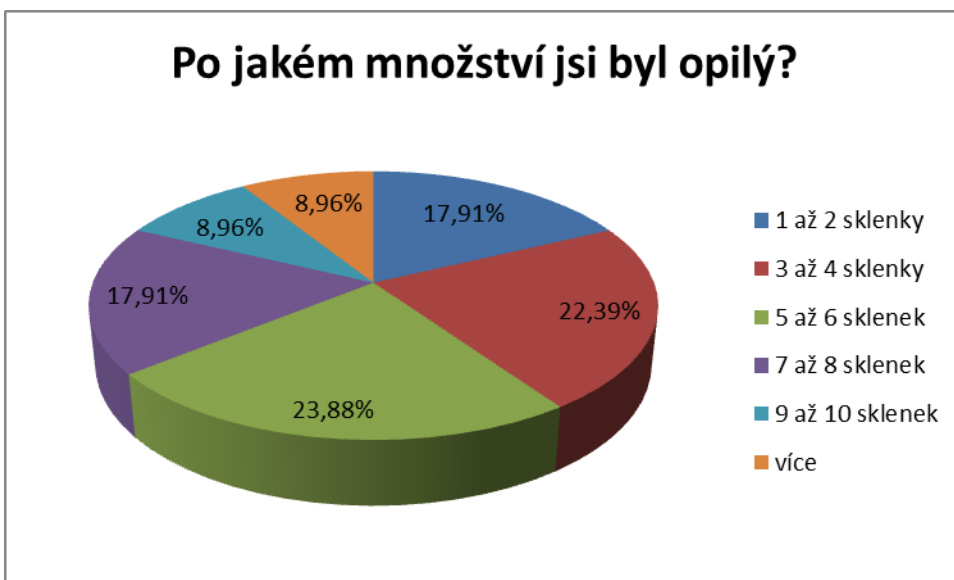
Graf č. 12: Výskyt koupě alkoholu mezi respondenty

Na rozdíl od údajů souvisejících s koupí cigaret, se jeví možnost koupě alkoholu mladistvými jako méně častá. Přesto zhruba čtvrtina žáků uvedla, že si alkohol sama koupila.



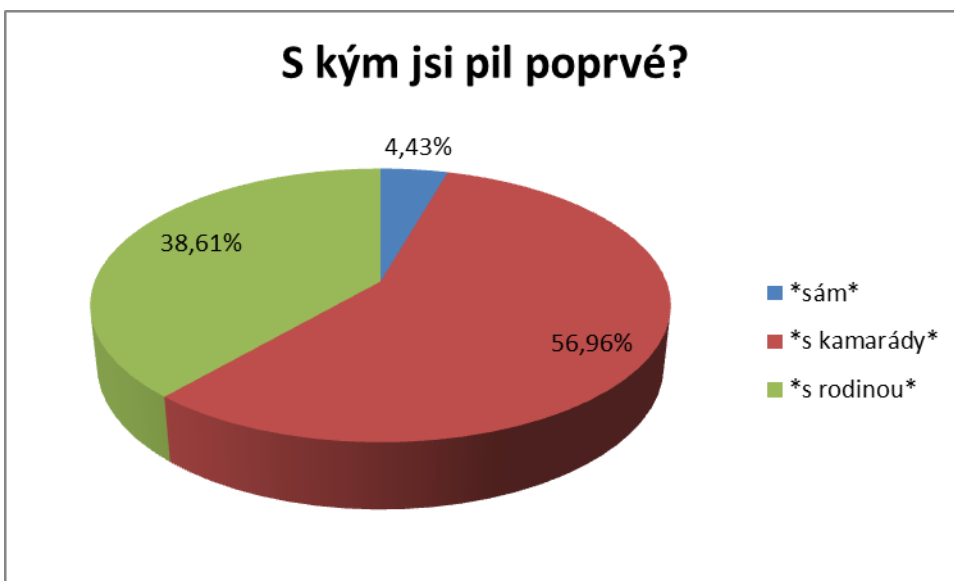
Graf č. 13: Výskyt opilosti u respondentů

Z grafu vyplývá, že téměř tři čtvrtiny respondentů nebyly nikdy opilé. Toto zjištění se nám jeví jako pozitivní, i s ohledem na stále častější mediální zprávy o opilých dětech, např. na diskotékách.



Graf č. 14: Množství alkoholu potřebného k opití

Méně optimistická jsou ovšem zjištění týkající se množství zkonsumovaného alkoholu. Nadpoloviční většina žáků, jež mají zkušenosti s alkoholem, uvedla, že k opití potřebovali 5 a více sklenek tvrdého alkoholu. Téměř 9 % z nich pak uvádí, že k dosažení stavu opilosti potřebovali více než 10 sklenek alkoholu. Toto množství je dle nás riskantní, s možným vznikem otravy alkoholem, příp. ohrožením na životě.



Graf č. 15: Sociální faktory konzumace alkoholu

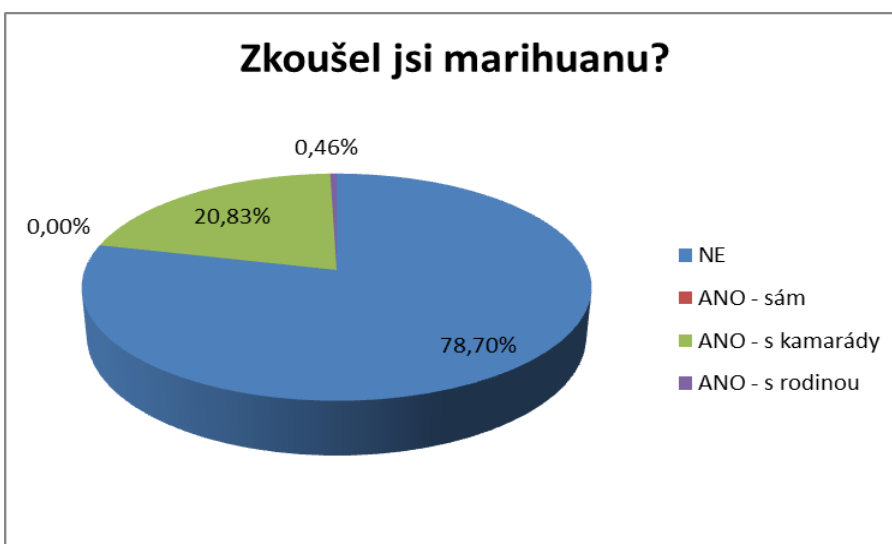
Při pohledu na tento graf se nám potvrzují „staré známé“ pravdy, že s alkoholem přijdou děti do styku v rodině. Zejména na rodinných a silvestrovských oslavách se mnohdy najde příležitost „ochutnat, cucnout si“ piva či jiného alkoholu. Stejně jako u cigaret je zde patrný i vliv vrstevníků. Naopak nečekané je pro nás zjištění, že děti pijí alkohol i samy, bez „společenské“ příležitosti.



Graf č. 16: Pocity při konzumaci alkoholu

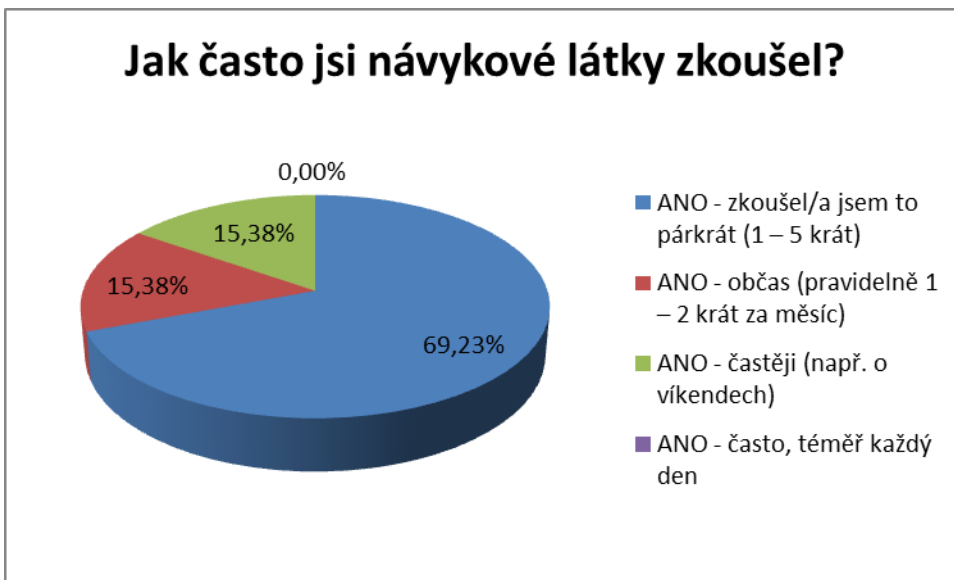
Jistého optimismu se nám dostává při hodnocení tohoto grafu. Z něj je patrné, že pouze asi čtvrtina respondentů konzumujících alkohol zažila v souvislosti s tím libé pocity. Zbytek dotazovaných uvádí pocity buď „nijaké“, nebo nepříjemné.

5.4. Návykové látky – marihuana



Graf č. 17: Zkušenosti respondentů s marihuanou

Výsledky šetření nám ukázaly, že ve srovnání s jinými statistikami je zkušenost litovelské mládeže s marihuanou nižší, než jsme očekávali. Více jak tři čtvrtiny žáků ZŠ nemají s marihuanou zkušenosti.



Graf č. 18: Frekvence užívání marihuany a alkoholu u respondentů

V souvislosti s konzumací alkoholu a marihuany se potvrdil obecný předpoklad, že mezi žáky ZŠ se nevyskytují pravidelní konzumenti v takovém počtu, jako mezi starší populací. Denně nekonzumuje marihuanu či alkohol nikdo z dotazovaných, občasných či víkendových konzumentů je kolem 30 %. Téměř 70 % dotazovaných je ve stadiu „experimentu“, což opět poukazuje na nutnost preventivního působení v této oblasti.

5.5. Jiné návykové látky



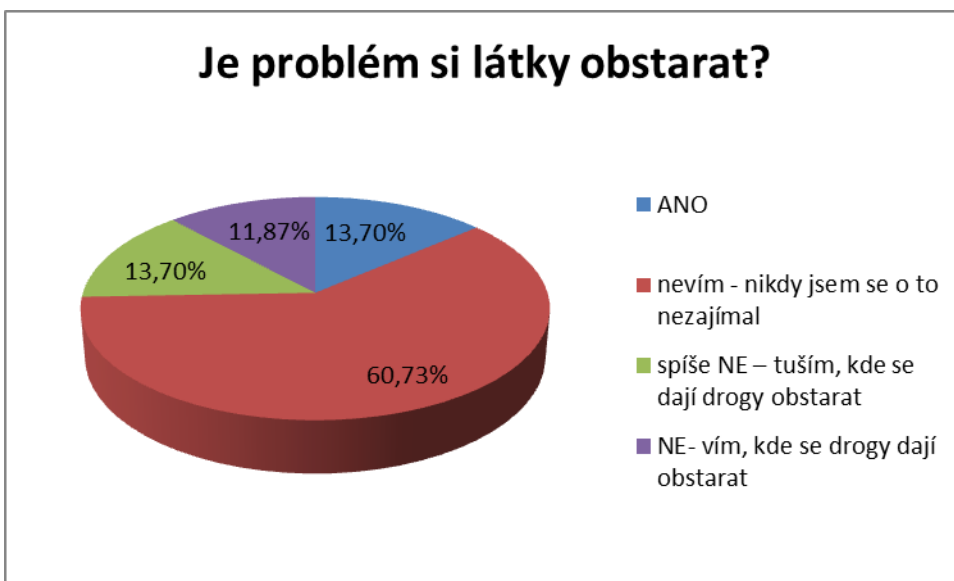
Graf č. 19: Zkušenosti s jinými návykovými látkami

Co se týče zneužívání jiných návykových látek než je alkohol, tabák a marihuana, domníváme se, že není na ZŠ (alespoň v naší lokalitě) příliš rozšířená. Toto nám potvrdila i získaná data, více jak 90 % oslovených žáků potvrdilo, že s užíváním jiných návykových látek nemají zkušenosti.



Graf č. 20: Sociální faktory užití návykových látek

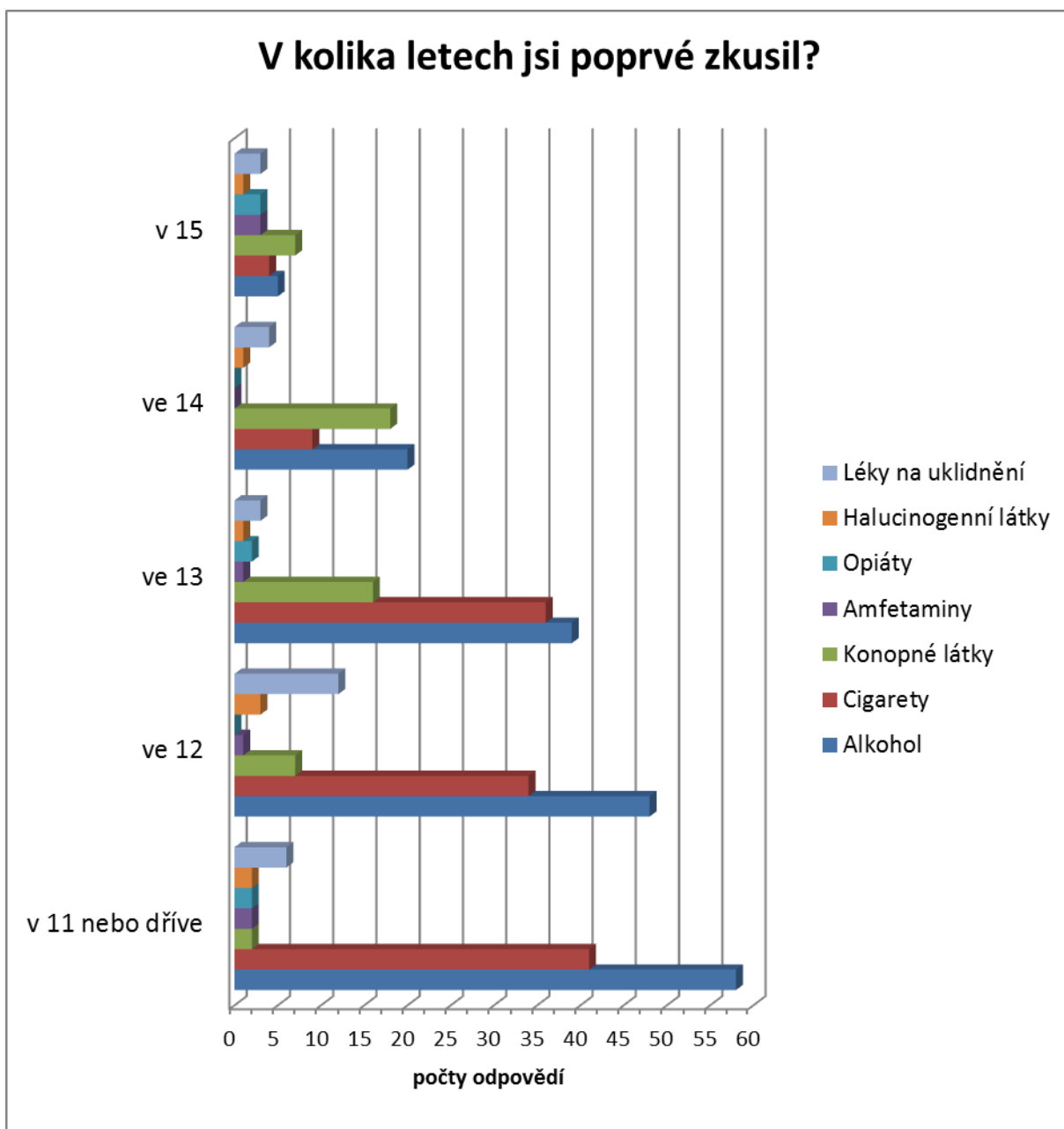
Zde můžeme, stejně jako u alkoholu a tabáku, předpokládat působení vlivu vrstevnické skupiny na jedince. Je patrné, že téměř všichni, kdo užívali i jiné látky, takto učinili ve společnosti přátel. Opět (stejně jako u alkoholu) je pro nás překvapivé zjištění, že je i skupina „individuálních“ uživatelů, kteří zkusili látky sami.



Graf č. 21: Dostupnost návykových látek

Při analýze těchto dat jsme byli upřímně překvapeni tím, že čtvrtina respondentů ví, kde by si návykové látky obstarala. Jako pozitivní shledáváme fakt, že zbylé tři čtvrtiny toto neví, nebo se o to vůbec nezajímají.

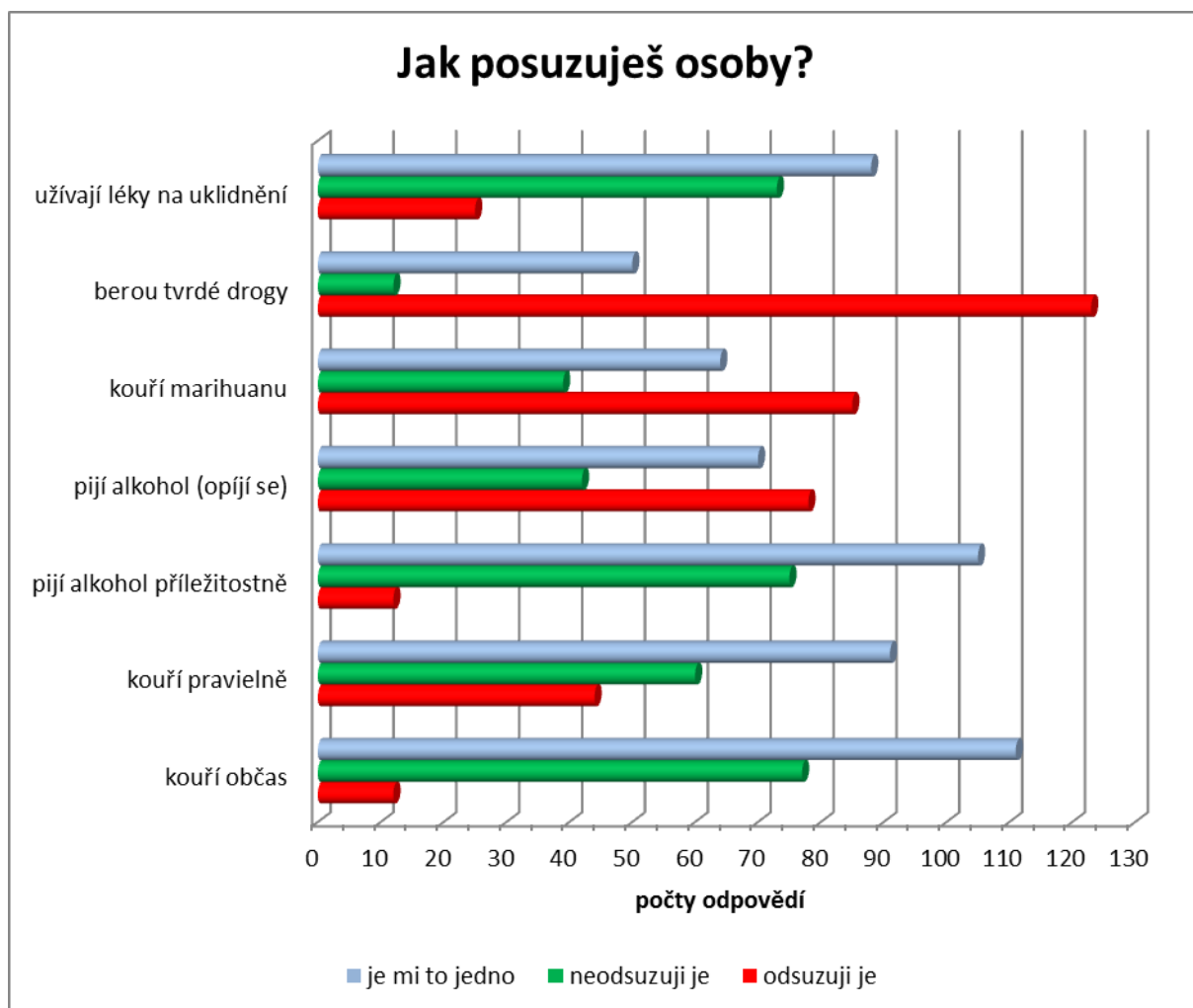
5.6. Zkušenosti respondentů s návykovými látkami z hlediska věku



Graf č. 22: Zkušenosti s návykovými látkami z hlediska věku

Při pohledu na graf je zřejmé, že zkušenosti s alkoholem a cigaretami většinou děti „sbírají“ do 12, resp. 13 let věku. Z grafu dále vyplývá, že v této době někteří také začínají užívat léky na uklidnění. Od 12. roku potom narůstají zkušenosti s konopnými drogami. Tento trend se drží do věku 14 let, kdy má již většina respondentů tyto „zkušenosti“ za sebou. V 15 letech se v menší míře přidružují amfetaminy a opiáty, jejich výskyt je však poměrně zanedbatelný. Domníváme se, že zjištěné údaje jsou výstražné, můžeme z nich vyvozovat nutnost cílené prevence již v nižších ročnících.

5.7. Názory respondentů na uživatele návykových látek



Graf č. 23: *Názor respondentů na uživatele návykových látek*

Z uvedeného je patrné, že více jak polovina respondentů odsuzuje uživatele „tvrdých“ drog a poměrně velký počet také uživatele marihuany a „náruživé“ konzumenty alkoholu. Konzumenty „tvrdých drog“ neodsuzuje pouze 11 dotazovaných, z čehož můžeme vyvodit závěr, že dotazovaní nemají kladný postoj k tvrdým drogám. Poměrně laxní je ovšem postoj žáků k příležitostným konzumentům alkoholu, kuřákům a uživatelům léků, což nám potvrzuje již výše zmíněné – zaměřit prevenci zejména na užívání těchto látek a konopí.

6. Diskuse

Volba průzkumného vzorku i oblasti průzkumu vycházela jednak ze samotného tématu práce, ale především z osobní zkušenosti autorky s prací pedagoga a se zkušenostmi při realizaci preventivních aktivit ve škole jejího působení. Vzhledem k tomu, že autorka působí jako učitelka na 1. stupni ZŠ a jako vychovatelka v ŠD a MŠ, jedním z důvodů realizace šetření na 2. stupni vybraných škol byla snaha zjistit, zda metody a koncepce preventivních programů na 1. stupni ZŠ padají na úrodnou půdu, zda jsou efektivní. Dalším důvodem byl předpoklad, že realizace šetření v oblasti výskytu návykových látek na 1. stupni ZŠ by byla nereálná.

Při sestavování dotazníku jsme vycházeli z dotazníku použitého při šetření ESPAD, jednak z důvodu dosažení jisté úrovně dotazníku, jednak pro možnost srovnání zjištěných údajů. V této části práce se pokusíme námi získaná data komparovat s údaji získanými ve studii ESPAD v roce 2011 (šetření proběhlo ve skupině šestnáctiletých).

V oblasti kouření cigaret jsme zjistili následující údaje: Zkušenosti s cigaretami má 55 % respondentů ve věku 12–16 let (121 žáků), z toho je každodenních kuřáků 15 %. Studie ESPAD 2011 uvádí, že 75 % respondentů má zkušenosti s kouřením, z toho je 25 % pravidelných kuřáků, z nich pak 8 % silných. Tento poměrně shodný výsledek dle nás poukazuje na velkou rozšířenost kuřáctví mezi mládeží, jež překračuje stadium experimentu.

Zkušenosti s konzumací alkoholu má dle studie ESPAD 2011 téměř 98 % respondentů ve věku 16 let. Naše zjištění udávají, že 74 % dotazovaných má zkušenosti s alkoholem. Vzhledem k tomu, že naše šetření proběhlo ve skupině mladších jedinců, domníváme se, že v případě dosažení věku 16 let by byly výsledky významně podobné. Tutéž situaci pozorujeme v oblasti konzumace druhů alkoholu (pivo, víno, destiláty), zejména obliba destilátů i mezi mladšími respondenty může poukazovat na zvýšenou spotřebu tohoto alkoholu v pozdějším věku. Naše šetření uvádí 20 % respondentů se zkušeností s destiláty, ESPAD 2011 uvádí, že destiláty v posledních 30 dnech pilo 59 % dotazovaných, pravidelně je konzumuje 15 % dotazovaných.

Zkušenosti s ilegální drogou uvedlo 43 % respondentů (ESPAD 2011), nejčastěji se jednalo o konopné produkty (42 %), zkušenosti s jinými látkami uvádí 11 % tazovaných. Z našeho průzkumu vyplývá, že konopné drogy zkusilo asi 21 % dotazovaných žáků, jiné látky než konopné zkusilo 7 % respondentů. I tyto výsledky by bylo možno interpretovat tak, že s přibývajícím věkem bude počet uživatelů dále narůstat.

Z našich grafů je patrné, že zkoumaní žáci mají za sebou již první zkušenost především s alkoholem, tabákem, marihuanou, event. tisíci léky. Zkušenosti s halucinogeny, amfetaminy či opiáty má v příslušné věkové kategorii 0–5 respondentů (tzn. žádný dotazovaný nebo max. 5 dotazovaných v dané skupině). ESPAD 2011 uvádí první kontakt s drogou u třináctiletých a mladších respondentů (kteří drogu užili) v následujícím procentuálním vyjádření: cigareta – 68,7 %, denní kuřáci – 31,2 %, čichání těkavých látek – 38,9 %, užití konopí – 18,5 %, užití extáze – 13,4 % a užití amfetaminu – 20,5 % třináctiletých respondentů s drogovou zkušeností.

Dostupnost návykových látek byla pro čtvrtinu našich respondentů snadná, podobně vnímají dostupnost těchto látek i účastníci šetření ESPAD 2011.

Jak jsme zmínili již výše, uvedení výsledku obou šetření je spíše orientační, nelze je objektivně srovnávat, pouze můžeme subjektivně stanovit jisté prognózy vycházející z výsledků šetření.

Za zajímavé považujeme také srovnání námi získaných výsledků s šetřením NEAD 2000, jež bylo realizované na středních školách v Olomouci. Zde se zaměříme na srovnání výskytu první zkušenosti s cigaretami. Mezi našimi respondenty má první zkušenost s cigaretou 18,18 % jedinců 11letých a mladších, mezi 12letými tázanými má první zkušenost 15 % žáků, ve věku 13 let zkusilo první cigaretu 15,9 % jedinců. Ve skupině 14letých vykouřilo první cigaretu 3,63 % dotazovaných a mezi 15letými bylo jen 1,36 % jedinců s prvotní zkušeností (jedná se o skupinu respondentů, která uvedla zkušenosti s cigaretami). Dle NEAD 2000 kouřilo poprvé 18,4 % respondentů v 11 letech, 12,6 % tázaných ve 12 letech, 15,1 % respondentů ve 13 letech, 15,1 % respondentů ve 14 letech, 12,8 % dotazovaných v 15 letech, 8,6 % jedinců v 16 letech a později. Tyto výsledky však neukazují příznivý trend, naznačující, že s rostoucím věkem ubývá kouřících dětí, naopak potvrzují fakt, že zkušenosti dětí s cigaretou se posouvají do stále nižšího věku. Obdobně můžeme srovnat výsledky týkající se alkoholu a jiných návykových látek.

Domníváme se však, že tato srovnání jsou přes veškerou snahu o objektivní interpretaci zkreslená. Nemožnost objektivního srovnání je dána zejména tím, že dílčí šetření na lokální úrovni nejsou realizována v potřebném rozsahu. Dle našeho mínění by si každá škola měla realizovat podobná šetření pravidelně, jednak jako přehled vývoje situace, jednak jako jeden z možných zdrojů pro evaluaci efektivity minimálního preventivního programu.

Závěr

Téma této práce bylo zvoleno na základě mých osobních zájmů a zkušeností, jelikož působím jako pedagožka na ZŠ a s realizací preventivních aktivit mám jisté zkušenosti. Domnívám se, že práce splnila cíle, které si kladla.

V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku návykových látek. Klasifikaci a charakteristiku návykových látek jsem se snažila pojmut podrobněji, ovšem s ohledem na limitující rozsah práce ne striktně odborně, či z medicínského hlediska. Domnívám se, že takto uvedená charakteristika návykových látek je dostačující.

Kapitola věnující se legislativě je záměrně uvedena pouze v základním rozsahu, spíše aby čtenář získal povědomí, jaké legislativní zdroje jsou v souvislosti s tematikou vydané, a v případě zájmu si je sám podrobněji prostudoval. V souvislosti s tématem práce považuji za stěžejní zejména **Zákon č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, dále **Zákon č. 561/2004 Sb.**, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, **Vyhlášku č. 72/2005 Sb.**, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Znalost „školského zákona“ a Vyhlášky č. 72/2005 Sb., považuji za samozřejmou u všech pedagogů.

V oblasti prevence jsem stručně charakterizovala jednotlivé typy preventivního působení dle různých autorů a podrobněji se zaměřila na prevenci realizovanou na základních školách. Důvodem bylo zejména to, že průzkumné šetření bylo realizováno na 2. stupni ZŠ. Získané výsledky můžeme chápat jako jisté zhodnocení situace a efektivity prevence realizované ve školách.

Intervence již plně nespádá do kompetencí pedagogů či škol, proto jsem se jí věnovala spíše okrajově. Čtenář byl seznámen zejména s krizovou či nízkoprahovou „pomocí“ a formami terapeutického působení a práce s jedinci s problémy v oblasti návykových látek. Domnívám se, že zejména psychoterapeutický přístup či seznámení se pedagogů s možností psychoterapie je důležité. Ať již pro vlastní přístup k dětem, či možnosti doporučit dítěti návštěvu psychoterapeuta či jiného odborníka.

Praktická část je zaměřena na interpretaci získaných dat. Obecně můžu říci, že zjištěná data mě příliš nepřekvapila. Po prostudování jiných statistik jsem očekávala podobné výsledky. Nečekaná však byla zejména zjištění, že poměrně velké procento respondentů konzumuje alkohol a jiné návykové látky o samotě. Dalším poměrně překvapujícím zjištěním byl fakt, že čtvrtina respondentů ví, kde se dají návykové látky obstarat. Dále bylo zjištěno, že je poměrně vyrovnaná obliba různých typů alkoholických nápojů, mimo piva a vína jsou hojně konzumovány mezi respondenty i destiláty.

Jsem ráda, že práce našla uplatnění i v praxi. Jak jsem zmiňovala již dříve, zejména výsledků šetření bude využito výchovnými poradci a školními metodiky prevence při aktualizaci minimálního preventivního programu. Věřím ale, že přínosem pro pedagogy bude i teoretická část, ve které jsou shrnuty empirické poznatky dané oblasti.

Za zvážení stojí realizace podobného šetření v pravidelných intervalech, zejména jako reflexe situace a jisté evaluace preventivního působení. Domnívám se, že vedení školní či oblastní statistiky by mohlo být pro školy přínosné a v mnohém by mohlo napomoci zkvalitnění práce a prevence.

Resumé

V teoretické části jsme soustředili poznatky týkající se návykových látek, platné legislativy ČR, možnosti preventivního působení a intervence. Charakterizovali jsme si jednotlivé odborníky působící ve škole, zainteresované do tvorby školního preventivního programu a nastínilí jsme možnosti spolupráce školy s jinými organizacemi a institucemi.

V praktické části jsme se zabývali analýzou zjištěných údajů a interpretací výsledků šetření. Šetření bylo realizováno na základě požadavku zjistit stav drogové problematiky na základních školách v Litovli.

Při realizaci průzkumného šetření bylo použito anonymního dotazníkového šetření. Dotazník byl žákům předložen v elektronické podobě a výsledky odeslány on-line. Šetření se zúčastnilo 220 respondentů, chlapců i dívek, žáků 2. stupně základních škol v Litovli.

Bylo zjištěno, že zkušenosti s alkoholem a tabákem má poměrně velké procento dotazovaných, tento výsledek byl ovšem očekávaný, vzhledem k výsledkům jiných šetření. Navzdory zjištěním, že poměrně velké procento respondentů toleruje alkohol a tabákové výrobky, poměrně striktně netolerují užívání tvrdých drog. Zejména toto zjištění považujeme za pozitivní.

Summary

In the theoretical part of the thesis, we've presented information concerning addictive substances, valid legislature and possibilities for prevention and intervention. We've characterized individual specialists working at a school involved in the school preventive program and we've outlined possible collaborations between the school and other organizations and institutions.

The practical part of the thesis consists of analysis of the data we've collected and interpretation of the results of our inquiry. The inquiry was conducted on the basis of a request for data concerning the drug problem at primary schools in Litovel.

One of the methods used during the inquiry was an anonymous questionnaire. The questionnaire was presented to the pupils in an electronic format and the results were stored online. 220 respondents, both boys and girls, were involved in the inquiry – all of them pupils of the upper level of primary schools in Litovel.

The inquiry has shown that a large number of respondents have experience with alcohol and tobacco. These results, however, were expected because similar results were arrived at other inquiries. Even though a large percentage of respondents tolerate alcohol and tobacco products, they strictly reject usage of the so-called heavy drugs. This result must be deemed positive.

Seznam použité literatury

1. ALKOHOL-ALKOHOLISMUS.CZ. *Prevence a léčba závislosti na alkoholu: Komunitní prevence – termíny primární prevence*. [online]. c2010. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <<http://alkohol-alkoholismus.cz/slovník-k/komunitni-prevence-termíny-primární-prevence>>.
2. AUJEZKÁ, A. et al. *Příklady dobré praxe programů školní prevence rizikového chování*. 1. vyd. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. 173 s. ISBN 978-80-87258-91-0.
3. BORNÍK, M. *Drogy: co bychom o nich měli vědět*. 1. vyd. Praha: Themis, 2001. 31 s. ISBN 80-85821-98-2.
4. CSÉMY, L.; CHOMYNOVÁ, P. *Zaostřeno na drogy 1: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012, 10. ročník, č. 1. ISSN 1214 – 1089.
5. CSÉMY, L.; SADÍLEK, P.; SOVINOVÁ, H. 2011. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 – 2010), výzkumná zpráva*. [online] Státní zdravotní ústav, 2011. [cit. 2013-01-14]. Dostupné z <<http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/Zprava2010.pdf>>.
6. CSETE, J. *Hledání rovnováhy: koncepce protidrogové politiky v České republice*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. 56 s. ISBN 978-80-7440-066-7.
7. ČTK. *Senát schválil používání marihuany k léčebným účelům*. [online]. c2013, poslední revize 30. 1. 2013. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/domov/zpravy/senat-schvalil-pouzivani-marihuany-k-lecebny-ucelum/895390?utm_source=rss&utm_medium=feed>.
8. DENÍK.CZ., JANOUSH, V. *Ředitel Národní protidrogové centrály Jakub Frydrych: Tolerance nás dostala na drogový vrchol*. [online]. c2005–2013, poslední revize 24. 6. 2011 [cit.2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/z_domova/jakub-frydrych-20110624.html>.

9. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2012*. [online], poslední revize 15. 11. 2012. [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://www.drogy-ifo.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zprava_za_rok_2012_drogova_situace_v_evrope_zverejnena>.
10. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2010*. [online], poslední revize 10. 11. 2010. [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/zpravy-a-statistiky/cesi-maji-radi-konopi-a-extazi-v-evrope-jde-nahoru-heroin_2010_11_10.html>.
11. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
12. IHNED.CZ, ČTK. *Počet Čechů závislých na drogách se po dvaceti letech nezměnil*. [online]. c1996–2013, poslední revize 18. 11. 2009 [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <<http://zpravy.ihned.cz/lehke-zpravy/c1-39112440-pocet-cechu-zavislych-na-drogach-se-po-dvaceti-letech-nezmenil>>.
13. IVERSEN L. *Léky a drogy: průvodce pro každého*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Dokořán, 2006. 143 s. ISBN 80-7363-061-3.
14. JURÁKOVÁ, M., ed. *Primární protidrogová prevence: sborník pro metodiky primární prevence škol a školských zařízení*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2000. 160 s. ISBN 80-7083-455-2.
15. KACHLÍK, P. *Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2011. 343 s. ISBN 978-80-210-5724-1.
16. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
17. KLENEROVÁ, V.; HYNIE, S. *Závislost na návykových látkách*. 1. vyd. Praha: MŠMT ČR: 1. LF UK. 2002. 267 s. ISBN 80-239-0910-X.
18. KUBÁNEK, V.; POLÍVKA, L. *Drogy a jejich účinky na lidský organismus*. 1. vyd. Praha: Policejní Akademie České republiky v Praze, 2010. 115 s. ISBN 978-80-7251-319-2.
19. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
20. MARÁDOVÁ, E. *Informační příručka k problematice zneužívání návykových látek*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2004. 51 s. ISBN 80-7311-052-9.

21. MIOVSKÝ, M. et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství: monografie*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
22. MIOVSKÝ, M.; URBÁNEK, T. *NEAD 2000: nealkoholové drogy 2000: přehled hlavních výsledků výzkumné studie: město Olomouc*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2001. 53 s. sv. 13. ISBN 80-85834-92-8.
23. MRAVČÍK, V. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. 83 s. ISBN 80-86734-74-9.
24. MRAVČÍK, V.; NECHANSKÁ, B.; POPOV, P. *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice: Identifikace a analýza zdrojů dat*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-073-5.
25. MŠMT. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. [online]. Praha: MŠMT, 2005. [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: < www.msmt.cz/file/1622_1_1>.
26. MŠMT. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012*. [online]. Praha: MŠMT, 2009. [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: < www.msmt.cz/file/7325_1_1>.
27. MŠMT. *Věstník* [online]. Sešit 7, červenec 2005. [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: <aplikace.msmt.cz/DOC/7-2005.doc>.
28. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Drogy-info.cz: Glossář pojmů*. [online]. c2003-2006. [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: < http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/p>.
29. NAVRÁTILOVÁ, M. *Zkola: Informační a vzdělávací portál školství Zlínského kraje: Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže*. [online]. c2003–2013, poslední revize 10. 11. 2010. [cit. 2013-02-04]. Dostupné z: <http://www.zkola.cz/zkedu/management/prehledskolskychpredpisu/metodickepokyny_msmt/32713.aspx>.
30. NEŠPOR, K. a kol. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí: časná a krátká intervence*. Praha: Sportpropag, 1998. 104 s. ISBN nevedeno.
31. NEŠPOR, K. a kol. *Zásady efektivní primární prevence*. [online]. Praha: Sportpropag, 1999. 40 s. [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <www.pppuk.cz/soubory/kadan-zasady_efektivni_primarni_prevence-nespor.doc>.
32. NEŠPOR, K. *Romantické období končí*. 2. rev. vyd. Praha: Sportpropag, 1996. 48 s. ISBN nevedeno.

33. NEŠPOR, K. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. rozš. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X.
34. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.
35. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách*. Praha: Sportpropag, 1996. 156 s. ISBN neuvedeno.
36. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: BESIP MV, 1995. 124 s. ISBN neuvedeno.
37. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat* [online]. 5. vyd. Praha: Sportpropag, 2003. 104 s. [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <<http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>>.
38. NEŠPOR, K.; DVOŘÁK, V. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. 1. vyd. Praha: Armex, 1998. 98 s. ISBN 80-902283-9-9.
39. NEŠPOR, K.; MARHOUNOVÁ, J. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. 110s. ISBN 80-901618-9-8.
40. PATRIA.CZ., ČTK. *Česko je první na světovém žebříčku konzumace alkoholu a drog*. [online]. c1997–2013, poslední revize 2. 5. 2012 [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <<http://www.patria.cz/zpravodajstvi/2066256/cesko-je-prvni-na-svatovem-zebricku-konzumace-alkoholu-a-drog.html>>.
41. POPPERS.IC.CZ. *Poppers – o co se jedná?* [online]. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: <<http://poppers.ic.cz/poppersonas.html>>.
42. PRAŽSKÉ CENTRUM PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu*. Praha: [online]. 2010. [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <www.msmt.cz/file/16437>.
43. PRESL, J. *Drogová závislost*. 1. vyd. Praha, ČR: Ústav zdravotní výchovy, 1987. ISBN neuvedeno.
44. PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě?* 2. rozš. vyd. Praha: MAXDORF, 1995b. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
45. PRESL, J. Současná situace a vývojové trendy v oblasti drogové problematiky v ČR. In Hlavatý, L.; Nožina, M. *Česká republika ve světě drog*. 1. vyd. Praha: KLP, 1995a. s. 66 – 69. ISBN 80-85917-06-8.

46. RADIMECKÝ, J. KLINIKA ADIKTOLOGIE. *Drogová politika – teoretický úvod*. [online]. © 2011, poslední revize 1. 3. 2006. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/200/>>.
47. RADIMECKÝ, J. et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: učební podklady ke kurzu*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 89 s. ISBN 978-80-239-9961-7.
48. SANANIM OS. *Terapeutická komunita Němčice*. [online]. c2007. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z: <<http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-nemcice-%28tkn%29/nase-cile.html>>.
49. SCHMIDBAUER, W. *Psychologie: Lexikon základních pojmů*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1994. 208 s. ISBN 80-206-0459-6.
50. SUBSTITUČNÍ-LÉČBA.CZ - STRÁNKY O ZÁVISLOSTI. *Rozdělení drog*. [online]. c2013, poslední revize 4. 4. 2013 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <<http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>>.
51. SUBSTITUČNÍ-LÉČBA.CZ - STRÁNKY O ZÁVISLOSTI. *Terénní programy*. [online]. c2013, poslední revize 4. 4. 2013 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/terenni-programy?utm_source=substitucni-lec-ba&utm_medium=autolinks&utm_term=Ter%C3%A9nn%C3%AD+programy&utm_campaign=autolinks>.
52. ŠTABLOVÁ, R. *Drogy, kriminalita a prevence*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie České republiky, 1997. 214 s. ISBN 80-75981-64-5.
53. WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 2. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1992. ISBN nevedeno.
54. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
55. ZÁBRANSKÝ, T. ed. *Užívání drog v EU: legislativní přístupy*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 48 s. ISBN 80-86734-50-1.

Legislativní zdroje

1. Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.
2. Zákon č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání.

3. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů.
4. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník ve znění: zákona č. 306/2009 Sb.
5. Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), ve znění pozdějších předpisů.
6. Zákon č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
7. Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů.
8. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.
9. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.
10. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
11. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.
12. 104/1991 Sb. Úmluva o právech dítěte (s účinností od 6. 2. 1991).
13. 47/1965 Sb. Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961(s účinností od 13. 12. 1964).
14. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
15. Nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů.
16. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č. j. 21291/2010-28.

Seznam tabulek

TABULKA Č. 1:	DĚLENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK, ZPRACOVÁNO DLE ZÁBRANSKÉHO (2003)	13
TABULKA Č. 2:	ZÁKLADNÍ DĚLENÍ LÉKŮ, SESTAVENO A UPRAVENO DLE HAMPLA (KALINA A KOL., 2003)	20
TABULKA Č. 3:	MNOŽSTVÍ VĚTŠÍ NEŽ MALÉ U NEJČASTĚJI SE VYSKYTUJÍCÍCH DROG V ČR (VÝBĚR Z NAŘÍZENÍ VLÁDY Č. 467/2009 SB. – PŘÍLOHA NAŘÍZENÍ 2)	26
TABULKA Č. 4:	ÚČINNOST STRATEGIÍ PREVENCE ŠKOD PŮSOBENÝCH NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI	30
TABULKA Č. 5:	MÍRA AKTIVITY ÚČASTNÍKŮ NA JEDNOTLIVÝCH TYPECH PREVENTIVNÍCH AKTIVIT (PŘEVZATO Z KALINA, 2003, STR. 294)	33

Seznam obrázků

OBRÁZEK Č. 1:	STRUKTURA POSKYTOVATELŮ PRIMÁRNÍ PREVENCE SPADAJÍCÍ POD MŠMT (PŘEVZATO Z MŠMT, 2009)	31
OBRÁZEK Č. 2:	SCHÉMA POSKYTOVÁNÍ PORADENSKÝCH SLUŽEB VE ŠKOLE (PŘEVZATO A UPRAVENO Z VĚSTNÍK MŠMT, 2005).	34

Seznam grafů

GRAF Č. 1:	VĚKOVÉ ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ.....	44
GRAF Č. 2:	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ Z HLEDISKA ŠKOLNÍHO PROSPĚCHU.	44
GRAF Č. 3:	ZÁLIBY RESPONDENTŮ.....	45
GRAF Č. 4:	VÝSKYT KUŘÁKŮ V RODINÁCH RESPONDENTŮ.	46
GRAF Č. 5:	ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S CIGARETAMI.	46
GRAF Č. 6:	FREKVENCE KOUŘENÍ MEZI RESPONDENTY.	47
GRAF Č. 7:	SOCIÁLNÍ FAKTORY KUŘÁCTVÍ.	47
GRAF Č. 8:	VÝSKYT KOUPEŤ TABÁKOVÝCH VÝROBKŮ MEZI RESPONDENTY	48
GRAF Č. 9:	ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S ALKOHOLEM.	48
GRAF Č. 10:	ZASTOUPENÍ JEDNOTLIVÝCH DRUHŮ KONZUMOVANÉHO ALKOHOLU.	49
GRAF Č. 11:	FREKVENCE KONZUMACE ALKOHOLU MEZI RESPONDENTY.	49
GRAF Č. 12:	VÝSKYT KOUPEŤ ALKOHOLU MEZI RESPONDENTY.....	50
GRAF Č. 13:	VÝSKYT OPILOSTI U RESPONDENTŮ.	50
GRAF Č. 14:	MNOŽSTVÍ ALKOHOLU POTŘEBNÉHO K „OPITÍ“.	51
GRAF Č. 15:	SOCIÁLNÍ FAKTORY KONZUMACE ALKOHOLU.....	51
GRAF Č. 16:	POCITY PŘI KONZUMACI ALKOHOLU.	52
GRAF Č. 17:	ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S MARIHUANOU	52
GRAF Č. 18:	FREKVENCE UŽÍVÁNÍ MARIHUANY A ALKOHOLU U RESPONDENTŮ.	53
GRAF Č. 19:	ZKUŠENOSTI S JINÝMI NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI.	53
GRAF Č. 20:	SOCIÁLNÍ FAKTORY UŽITÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.	54
GRAF Č. 21:	DOSTUPNOST NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	54

GRAF Č. 22:	ZKUŠENOSTI S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI Z HLEDISKA VĚKU.....	55
GRAF Č. 23:	NÁZOR RESPONDENTŮ NA UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK.	56

Grafy uvedené v Příloze 3

GRAF Č. 24:	VZTAH KE ŠKOLE
GRAF Č. 25:	PŘÍČINY ABSENCE
GRAF Č. 26:	RODINNÁ SITUACE
GRAF Č. 27:	SEBEHODNOCENÍ
GRAF Č. 28:	SITUACE, DO KTERÝCH SE ŽÁK „DOSTÁVÁ“
GRAF Č. 29:	ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ
GRAF Č. 30:	KONZUMACE ALKOHOLU U RODIČŮ
GRAF Č. 31:	KONZUMACE ALKOHOLU U SOUROZENCŮ
GRAF Č. 32:	RODINNÉ ZÁZEMÍ
GRAF Č. 33:	ATMOSFÉRA RODINY (DŮVĚRA)
GRAF Č. 34:	SLOŽENÍ ČLENŮ DOMÁCNOSTI

Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: Legislativa ČR – stručný přehled

Příloha 2: Použitý dotazník

Příloha 3: Grafické znázornění dalších zjištěných údajů

Příloha 1

ZÁKONY MINISTERSTVA SPRÁVEDLNOSTI

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník Ve znění: zákona č. 306/2009 Sb., (účinnost od 1. ledna 2010)

V § 283 – 287 trestního zákoníku je definovaná „nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy“. Zákoník mj. uvádí tresty od peněžitého trestu až po odnětí svobody za výrobu, dovoz, vývoz, nabízení, zprostředkování a prodej psychotropních látek. Dále za přechovávání pro vlastní potřebu, tresty za pěstování, výrobu a přechovávání předmětů k nedovolené výrobě omamných látek, tresty za šíření toxikomanie. Délka a typ trestu se liší v některých případech (např. tvrdší sankce pro značný rozsah trestné činnosti, v případě organizované skupiny, při trestné činnosti proti dítěti, mladistvému aj.). Podrobněji viz § 283 – 287 trestního zákoníku.

§ 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy

„(1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) jako člen organizované skupiny,

b) ač byl za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán,

c) ve značném rozsahu, nebo

d) ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let.

(3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví,

b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch,

c) spáchá-li takový čin ve velkém rozsahu, nebo

d) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu patnácti let.

(4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt,

b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu, nebo

c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.

(5) Příprava je trestná.“

§ 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu

„(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku než uvedenou v odstavci 1 nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.

(4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.“

§ 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku

„(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(3) Odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.

(4) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.

§ 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu

(1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává prekursor nebo jiný předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku, který obsahuje omamnou nebo psychotropní látku, nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody až na pět let, peněžitým trestem, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny,

b) spáchá-li takový čin ve značném rozsahu,

c) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti, nebo

d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.

§ 287 Šíření toxikomanie

(1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) jako člen organizované skupiny,

b) vůči dítěti, nebo

c) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem.

(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči dítěti mladšímu patnácti let. “

Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 218/2003 Sb. mj. definuje základní terminologii (mládež, mladiství a dítě, provinění, trestný čin, čin jinak trestný, protiprávní čin), vykládá trestní odpovědnost mladistvého, průběh řízení, možná uložená opatření a možnosti upuštění od stíhání či zániku trestnosti.

Mládeží dle tohoto zákona rozumíme děti a mladistvé, přičemž dítě je jedinec mladší 15 let, mladistvý dovršil 15 let a nepřekročil 18 let.

Protiprávní čin (pro účely zákona o soudnictví ve věcech mládeže)

- provinění (trestný čin spáchaný mladistvým)
- trestný čin
- čin jinak trestný (spáchaný dítětem do 15 let)

Trestní odpovědnost mladistvého je závislá na jeho rozumové a mravní vyspělosti. Řízení musí respektovat osobnost, věk, má předcházet dalším protiprávním činům. Zákon také uvádí podmínky **zániku trestnosti** (účinná lítost, promlčení), **upuštění od opatření** (lítost – čin ovšem nesmí být na horní hranici odnětí svobody větší než 5 let, skutečnost, že již samotné projednávání vede k nápravě, čin byl spáchan z neznalosti zákonů, za jedince se zaručí vhodná osoba), **upuštění od trestního opatření** (duševní porucha, uloženo ochranné nebo výchovné opatření – mírnější sankce).

Při spáchání **provinění** může být uloženo **opatření** (musí respektovat osobnost, věk, rozumovou a mravní vyspělost jedince, zdravotní stav, rodinné a sociální prostředí):

- výchovné (např. dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti a omezení, napomenutí s výstrahou aj.)
- ochranné (např. ochranná léčba, zajišťovací detence, zabrání věci, ochranná výchova aj.)

- trestní – ukládáno pouze v případě spáchání mimořádně závažného činu nebo při selhání jiných opatření (př. veřejně prospěšné práce, pokuta, vyhoštění, domácí vězení, podmíněčné odnětí svobody s dozorem či bez dozoru, v krajním případě odnětí svobody).

Při spáchání **činu jinak trestného** může být uloženo **opatření**:

- výchovná povinnost,
- výchovné omezení,
- napomenutí s výstrahou,
- zařazení do terapeutického nebo jiného výchovného programu,
- dohled probačního úředníka,
- ochranná výchova.

Dále jsou v zákoně uvedena práva a povinnosti mladistvého, zákonných zástupců, poškozeného, úkony ve věcech mladistvých, důvody vzetí do vazby, průběh výslechu, vyšetření duševního stavu, průběh líčení aj.

ZÁKONY MINISTERSTVA VNITRA

Zákon č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů

- policie mj. odhaluje přestupky, trestné činy a pachatele,
- chrání bezpečnost osob a majetku.

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů

„Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo

a) prodá, podá nebo jinak umožní požití alkoholického nápoje osobě zjevně ovlivněné alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou, osobě mladší osmnácti let, osobě, o níž lze mít pochybnost, zda splňuje podmínku věku, nebo osobě, o níž ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohla ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,

b) neoprávněně prodá, podá nebo jinak umožní druhé osobě škodlivé užívání jiné návykové látky, než jsou omamné látky, psychotropní látky a alkohol,

c) se nepodrobí opatření postihujícímu nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek,

d) úmyslně vyrobí líh nebo destilát bez povolení anebo úmyslně líh nebo destilát bez povolení vyrobený přechovává nebo uvádí do oběhu,

e) úmyslně umožňuje požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek než látek omamných a psychotropních osobě mladší osmnácti let, ohrožuje-li tím její tělesný nebo mravní vývoj,

f) umožní neoprávněně požívání omamných a psychotropních látek osobě mladší osmnácti let, nejde-li o čin přísněji trestný,

g) požije alkoholický nápoj nebo užije jinou návykovou látku, ačkoliv ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohl ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,

h) po požití alkoholického nápoje nebo užití jiné návykové látky vykonává činnost uvedenou v písmenu g),

ch) ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil požitím alkoholického nápoje nebo užitím jiné návykové látky, vykonává činnost uvedenou v písmenu g),

i) odepře se podrobit vyšetření, zda není ovlivněn alkoholem nebo jinou návykovou látkou, k němuž byl vyzván podle zvláštního právního předpisu 3o),

j) neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku,

k) prodá jednotlivé cigarety nebo neuzavřené jednotkové balení cigaret,

l) kouří na místech zákonem zakázaných,

m) prodá výrobek podobný tabákovému výrobku, tabákové potřebě ve formě potravinářského výrobku nebo hračky, anebo podobný alkoholickému nápoji ve formě hračky,

n) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu nebo alkoholický nápoj v zařízení nebo na akcích určených osobám mladším 18 let,

o) prodá, podá nebo jinak umožní užití tabákového výrobku osobě mladší 18 let nebo neodepře jejich prodej fyzické osobě, o níž lze mít pochybnost, že splňuje podmínku věku.

(2) Za přešupek podle odstavce 1 písm. a) až d) lze uložit pokutu do 3 000 Kč, za přešupek podle odstavce 1 písm. e) a f) pokutu do 5 000 Kč a zákaz činnosti do 1 roku, za přešupek podle odstavce 1 písm. g) až i) pokutu od 25 000 Kč do 50 000 Kč a zákaz činnosti od 1 do 2 let a za přešupek podle odstavce 1 písm. j) pokutu do 15 000 Kč.

(3) Sankci za přešupek uvedený v odstavci 1 písm. g) až i) lze snížit pod stanovenou hranici jen tehdy, že byl prokázán dechovou zkouškou nebo lékařským vyšetřením obsah alkoholu v krvi v množství pod 0,5 promile a současně nebylo užito žádné jiné návykové látky“.

ZÁKONY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Tento zákon upravuje legální zacházení (např. pro vědecké či lékařské účely) s návykovými látkami, s přípravky obsahujícími návykové látky, s prekurzory (tj. látkami používanými při výrobě omamných látek), zabývá se podmínkami dovozu a vývozu, pěstováním máku, konopí, koky. Definuje pojmy jako omamné a psychotropní látky, přípravky, prekurzory.

Dále se zabývá povolením k zacházení (licencemi) s omamnými látkami pro vědecké, terapeutické, výukové a veterinární účely, vymezuje, kdo může s těmito látkami pracovat bez povolení (lékární, lékaři, laboranti, veterináři aj.). Uvádí podmínky skladování, obchodu, výdeje léčiv, zneškodňování odpadu, vývozu a dovozu látek. Vymezuje sankce za porušení evidence, dokumentace, skladování, obchodu atd.

Dále mimo jiné zakazuje pěstování konopí (s obsahem účinné látky THC vyšší než 0,3 %) a koky.

V příloze tohoto zákona jsou uvedeny látky zařazené do seznamu psychotropních látek.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými toxikomaniemi a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

„ Tento zákon stanoví

- a) opatření směřující k ochraně před škodami na zdraví působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami,*
- b) opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu,*
- c) působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků při tvorbě a uskutečňování programů ochrany před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. “*

Tento zákon omezuje dostupnost tabáku:

- zákaz prodeje tabáku a tabákových výrobků do 18 let,
- v prodejnách a restauračních zařízeních musí být umístěny viditelně cedule se zákazem prodeje tabáku jedincům mladším 18 let,
- prodávající musí být starší 18 let (např. student mladší 18 let vykonávající praxi v restauračním zařízení nesmí prodávat cigarety).

Dále zakazuje kouření:

- na veřejných místech,
- ve školách,
- uvnitř nekuřáckých prostor,
- v uzavřených zábavních prostorách (kina, divadla atp.),
- v nemocnicích (až na výjimky a vyhrazená místa),
- na úřadech, v bankách.

Mimo jiné je zde uvedena i povinnost označení restaurací za kuřácké/nekuřácké a povinnost zajistit dostatečné odvětrávání kuřáckých prostor.

Co se týče omezení dostupnosti alkoholu, jsou podmínky podobné jako u tabáku. Zakazuje se:

- podávání a prodej alkoholických nápojů osobám mladším 18 let,
- prodej alkoholu na akcích pro děti,
- podnapilým, či jedincům pod vlivem jiných omamných látek,
- prodej a podávání alkoholu v nemocnicích,
- prodej a podávání alkoholu v dopravních prostředcích,
- prodej a podávání alkoholu na sportovních akcích (kromě piva),
- prodej a podávání alkoholu ve školách.

Definována je i potřeba kvalitní prevence, péče o uživatele alkoholu, tabáku, návykových látek a péče o jedince závislé.

ZÁKONY MINISTERSTVA ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY (MŠMT)

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů

V zákoně je mj. uvedeno právo na „*bezpečnost a ochranu zdraví ve školách a školských zařízeních*“. Škola má zajistit „*podmínky pro zdravý rozvoj a předcházení sociálně patologickým jevům*“. Kázeňská opatření jsou uvedena ve školním řádu.

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

Zařízení uvedená v zákoně:

- diagnostický ústav,
- dětský domov,
- dětský domov se školou,
- výchovný ústav.

Zákon zároveň vymezuje podmínky umístování dětí a mladistvých do uvedených zařízení.

ZÁKONY MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV)

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

„Sociálně právní ochranou dětí se rozumí:

*ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,
ochrana oprávnění zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění,
působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny.“*

Příloha 2

DOTAZNÍK – NÁVYKOVÉ LÁTKY

Tento dotazník bude součástí bakalářské práce studentky Univerzity Palackého v Olomouci a jeho výsledky budou v práci zveřejněny. Proto je velice důležité, abys uváděl/a pravdivé údaje.

Děkuji za pravdivé vyplnění dotazníku. Je zcela anonymní, NIKDO, ani já (autorka) se NIKDY nedozví, které odpovědi jsou tvé. Žádná odpověď není dobrá nebo špatná, jde jen o zmapování situace na základních školách. Na dotazník budou odpovídat žáci i z jiné školy, takže se nebude vědět, jak odpovídali žáci právě z tvoji školy. Výsledky budou brány celkově, z obou škol. Proto nemusíš mít strach odpovídat PRAVDIVĚ. Opravdu upřímné a pravdivé odpovědi jsou důležité pro platnost průzkumu. Ještě jednou děkuji za tvůj čas a upřímné odpovědi.

VĚK: 12. let, 13 let, 14 let, 15 let, 16 let

TŘÍDA: 7., 8., 9. třída

POHLAVÍ : chlapec dívka

1. Jaké jsou tvoje záliby?

- a) sport
- b) četba
- c) internet, pc hry
- d) diskotéky, kluby
- e) ostatní- malování, hra na hudební nástroje atp.
- f) jiné:

2. Baví tě škola a studium?

ANO NE POUZE NĚKTERÉ PŘEDMĚTY

3. Chybíš ve škole často?

- a) ANO – jsem často nemocný
- b) ANO – škole se vyhýbám (chodím za školu, zůstávám doma...)
- c) NE - jenom občas, v případě nemoci
- d) jiné:.....

4. Jaké jsou tvé známky?

- a) premiant (jedničky)
- b) vyznamenání (dvojky)
- c) průměrné (trojky)
- d) spíše horší (čtyřky)
- e) neprospívám (opakování ročníku, neklasifikace)

5. Jsou tvoji rodiče rozvedení?

- a) ANO – již několik let
- b) ANO – právě se rozvádí, nedávno se rozvedli
- c) NE- ale žijí každý sám
- d) NE – jsme úplná rodina
- e) jiné:.....

6. Kouří tvoji rodiče nebo sourozenci?

- a) ANO – rodiče (nebo jeden z rodičů)
- b) ANO – sourozenec/ci
- c) NE – nikdo z rodiny nekouří

7. Pijí tvoji rodiče alkohol?

- a) nikdy
- b) méně často (oslavy, Vánoce a jiné významné události)
- c) občas (např. o víkendu při sledování televize atd.)
- d) často
- e) hodně často (skoro každý den)

8. Pijí tvoji sourozenci alkohol?

- a) nikdy
- b) méně často (oslavy, Vánoce a jiné významné události)
- c) občas (např. příležitostně na dovolené, o víkendu při sledování televize atd.)
- d) často
- e) hodně často (skoro každý den)

9. Užívají tvoji rodiče nebo sourozenci jiné látky(léky, konopné látky, halucinogeny atp.)?

- a) ANO – rodiče (nebo jeden z rodičů), jaké:.....
- b) ANO – sourozenec/ci, jaké:.....
- c) NE – nikdo z rodiny

10. Jsi šťastný/á ve své rodině?

- a) ANO – vždy
- b) ANO – téměř vždy
- c) ANO - NĚKDY
- d) VĚTŠINOU NE
- e) VŮBEC NE

11. Svěřujete se vzájemně (děti rodičům a naopak, mezi sourozenci) se svými starostmi a radostmi?

- a) ANO – vždy
- b) ANO – téměř vždy
- c) ANO - NĚKDY
- d) VĚTŠINOU NE
- e) VŮBEC NE

12. Kolik členů rodiny s vámi žije v jedné domácnosti?

- a) rodiče
- b) nevlastní rodiče

- b) sourozenci
- c) nevlastní sourozenci
- d) prarodiče
- e) jiní příbuzní
- f) lidé, kteří nejsou vaši příbuzní

13. Kouřil/a jsi někdy cigarety?

ANO NE

14. Jak často kouříš?

- a) nikdy
- b) zkoušel/a jsem to párkrát (1 – 5krát)
- c) občas (pravidelně 1 – 2 krát za měsíc)
- d) častěji (např. o víkendech)
- e) často, každý den, kolik cigaret denně:

15. Jak (s kým a kde) jsi poprvé kouřil/a cigarety?

- a) sám
- b) s kamarády
- c) s rodinou
- d) jinde:

16. Pil/a jsi někdy alkohol?

ANO NE

17. Jaký?

- a) pivo
- b) víno
- c) vaječný koňak a jiné sladké nápoje
- d) tvrdý alkohol (např. vodka, rum, whiskey atd.)
- e) jiné:

18. Jak často piješ alkohol?

- a) nikdy
- b) zkoušel/a jsem to párkrát (1 – 5krát)
- c) občas (pravidelně 1 – 2 krát za měsíc)
- d) častěji (např. o víkendech)
- e) často, téměř každý den, jaký alkohol:

19. Koupil/a sis někdy alkohol nebo cigarety sám/a pro svoji potřebu?

- a) nikdy
- b) párkrát (1 – 5krát)
- c) občas (pravidelně 1 – 2 krát za měsíc)
- d) častěji (např. o víkendech)
- e) často, téměř každý den

20. Byl/a jsi někdy opilý/á?

ANO NE

21. Po jakém množství alkoholu jsi byl/a opilý/á?

- a) 1 – 2 sklenky
- b) 3 – 4 sklenky
- c) 5- 6 sklenek
- d) 7 – 8 sklenek
- e) 9 – 10 sklenek
- f) více

22. Jak (s kým a kde) jsi poprvé pil/a alkohol?

- a) sám
- b) s kamarády
- c) s rodinou
- d) jinde:

23. Jaké jsi měl/a pocity po požití alkoholu?

- a) bylo mi špatně
- b) nic jsem necítil/a
- c) cítil/a jsem se jinak, zvláště, ani dobře, ani špatně
- d) cítil/a jsem se příjemně
- e) cítil/a jsem se velice příjemně

24. Slyšel/a jsi někdy o těchto návykových látkách?

- a) marihuana
- b) halucinogenní houby
- c) extáze
- d) halucinogeny
- e) amfetaminy
- f) opiáty
- g) návykové léky (např. tišící, na spaní..)

25. Lákalo tě někdy nějakou z těchto látek vyzkoušet?

ANO, jakou: NE

26. Zkoušel/a jsi někdy marihuanu?

ANO NE

27. Jak (s kým a kde) jsi poprvé zkoušel/a marihuanu?

- a) sám
- b) s kamarády
- c) s rodinou
- d) jinde:

28. Zkoušel/a jsi někdy jiné návykové látky (kromě alkoholu, cigaret, marihuany)?

ANO, jaké: NE

29. Jak často (kolikrát) jsi tyto látky užil/a?

- a) nikdy
- b) zkoušel/a jsem to párkrát (1 – 5krát)
- c) občas (pravidelně 1 – 2 krát za měsíc)
- d) častěji (např. o víkendech)
- e) často, téměř každý den, jaká látka:

30. Jak (s kým a kde) jsi poprvé zkoušel/a tyto látky?

- a) sám
- b) s kamarády
- c) s rodinou
- d) jinde:

31. V kolika letech jsi poprvé zkusil/a následující návykové látky?

ALKOHOL

- a) dříve než v 11
- b) ve 12
- c) ve 13
- d) ve 14
- e) v 15
- f) nikdy

CIGARETY

- a) dříve než v 11
- b) ve 12
- c) ve 13
- d) ve 14
- e) v 15
- f) nikdy

KONOPNÉ LÁTKY

- a) dříve než v 11
- b) ve 12
- c) ve 13
- d) ve 14
- e) v 15
- f) nikdy

AMFETAMINY

- a) dříve než v 11
- b) ve 12
- c) ve 13
- d) ve 14
- e) v 15
- f) nikdy

OPIÁTY

- a) dříve než v 11
- b) ve 12
- c) ve 13
- d) ve 14
- e) v 15
- f) nikdy

**HALUCINOGENÍ
LÁTKY**

- a) dříve než v 11
- b) ve 12
- c) ve 13
- d) ve 14
- e) v 15
- f) nikdy

LÉKY na uklidnění

- a) dříve než v 11
- b) ve 12
- c) ve 13
- d) ve 14
- e) v 15
- f) nikdy

32. Myslíš, že je problém obstarat si návykové látky (např. marihuanu, léky na předpis, amfetaminy aj.)?

- a) ANO
- b) NEVÍM – nikdy jsem se o to nezajímal
- c) SPÍŠE NE – tuším, kde se dají drogy obstarat
- d) NE- vím, kde se drogy dají obstarat

33. Kolik lidí z tvého okolí (přátelé, známí, sourozenci) mají zkušenosti s ilegálními návykovými látkami (drogami)?

34. Jak posuzuješ osoby, které:

KOUŘÍ OBČAS

- a) odsuzuji je
- b) neodsuzuji je
- c) je mi to jedno

KOUŘÍ PRAVIDELNĚ

- a) odsuzuji je
- b) neodsuzuji je
- c) je mi to jedno

PIJÍ ALKOHOL
PŘÍLEŽITOSTNĚ

- a) odsuzuji je
 - b) neodsuzuji je
 - c) je mi to jedno
- BEROU TVRDÉ ROGY
- a) odsuzuji je
 - b) neodsuzuji je
 - c) je mi to jedno

PIJÍ ALKOHOL (OPÍJÍ
SE)

- a) odsuzuji je
- b) neodsuzuji je
- c) je mi to jedno

KOUŘÍ MARIHUANU

- a) odsuzuji je
- b) neodsuzuji je
- c) je mi to jedno

UŽÍVAJÍ LÉKY NA UKLIDNĚNÍ

- a) odsuzuji je
- b) neodsuzuji je
- c) je mi to jedno

35. Jak hodnotíš sám/a sebe?

- a) jsem na sebe pyšný/á, hodně jsem toho dokázal/a
- b) mám spoustu dobrých vlastností
- c) někdy myslím, že jsem hrozný/á
- d) mám spoustu špatných vlastností
- e) mám k sobě pozitivní postoj
- f) myslím, že nic nedokážu
- g) nevážím si sebe sama
- h) zvládám věci dobře, jako ostatní
- i) mám pocit, že nejsem úspěšný/á
- j) mám pocit, že jsem neúspěšný/á

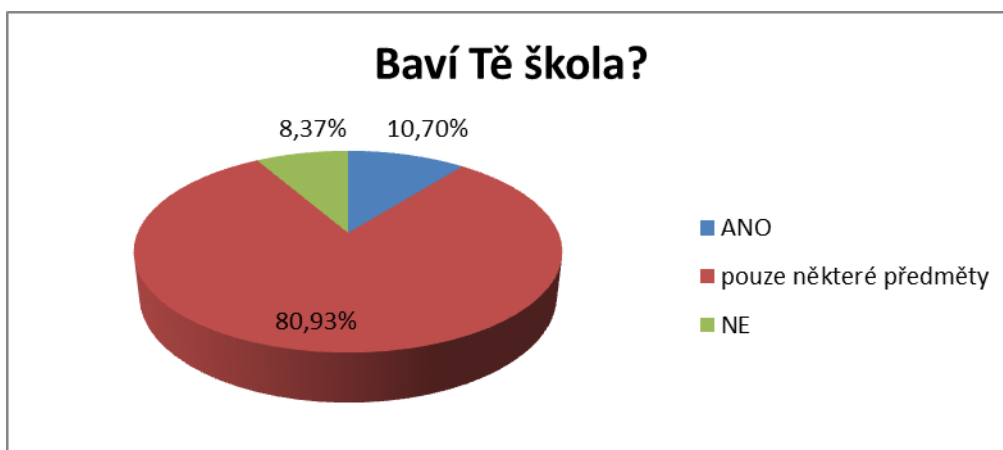
36. Během posledního týdne jsem zažil/a:

- a) únavu
- b) nevolnost
- c) podrážděnost
- d) smutek
- e) neochotu splnit úkoly a povinnosti
- f) nesoustředěnost
- g) jiné:

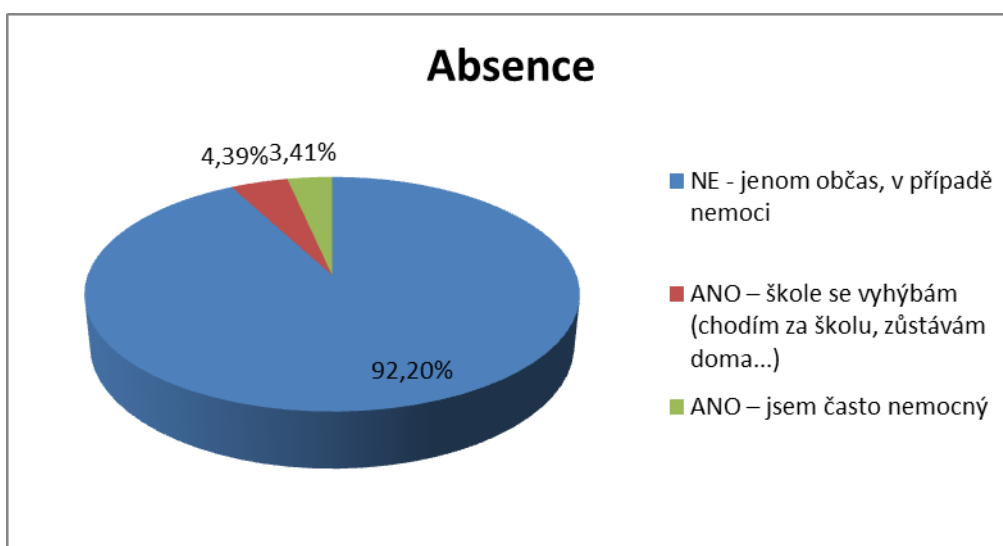
37. Už jsem zažil/a:

- a) hádka
- b) rvačka
- c) ztráta cenin (peníze, šperky, notebook, mobilní telefon atp.)
- d) konflikt s rodiči
- e) konflikt s přáteli
- f) konflikt s učiteli
- g) že mi někdo něco vzal nebo poškodil
- h) že jsem byl ve škole horší než obvykle
- i) nesnáze s policií
- j) sexuální kontakt
- k) hospitalizaci (záchytná stanice, JIP, krizové centru...)

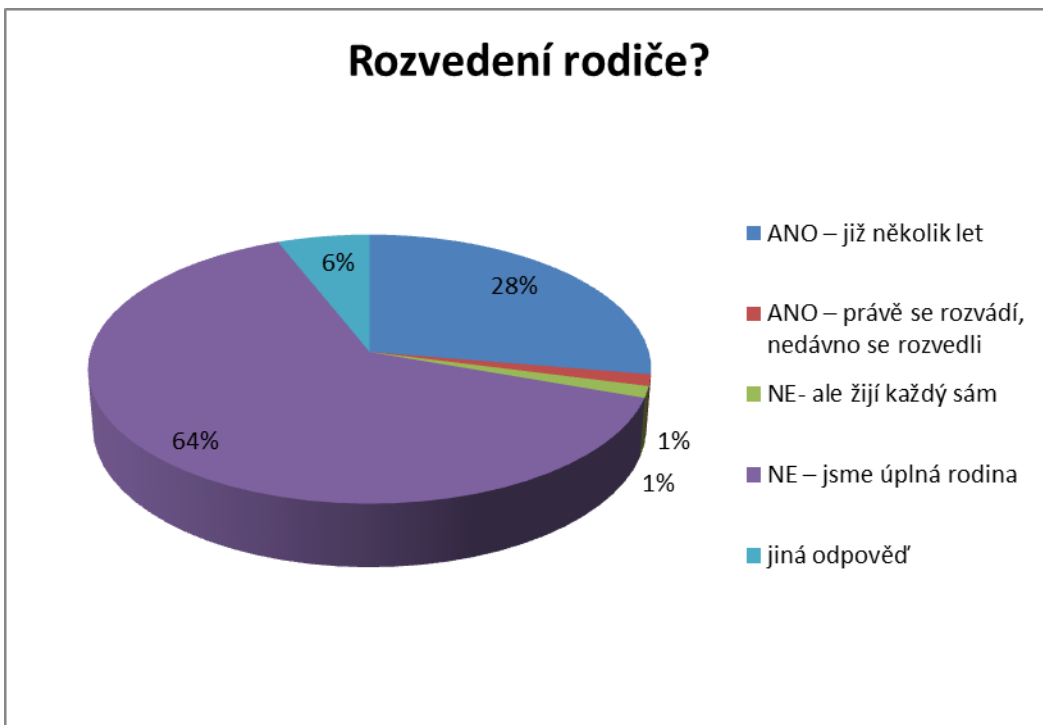
Příloha 3



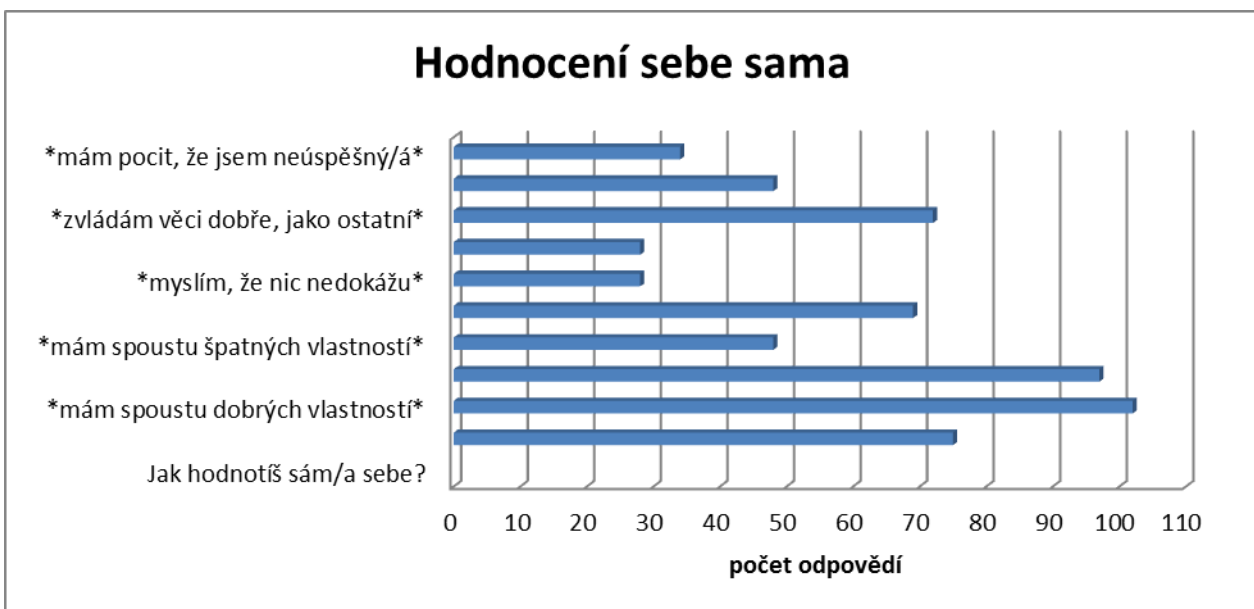
Graf č. 24: Vztah ke škole



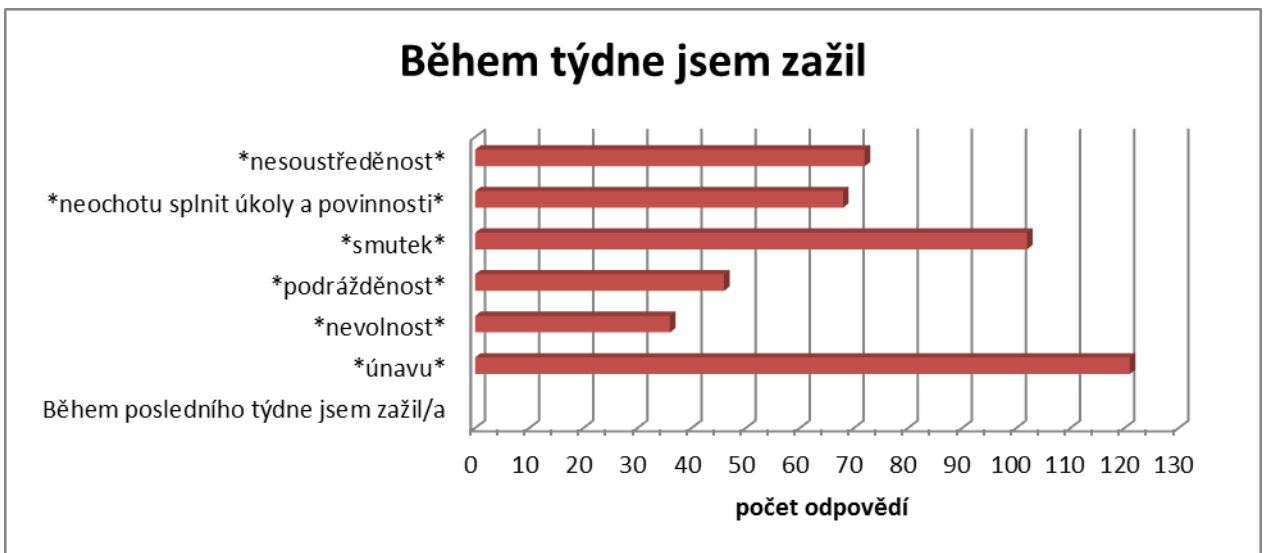
Graf č. 25: Příčiny absence



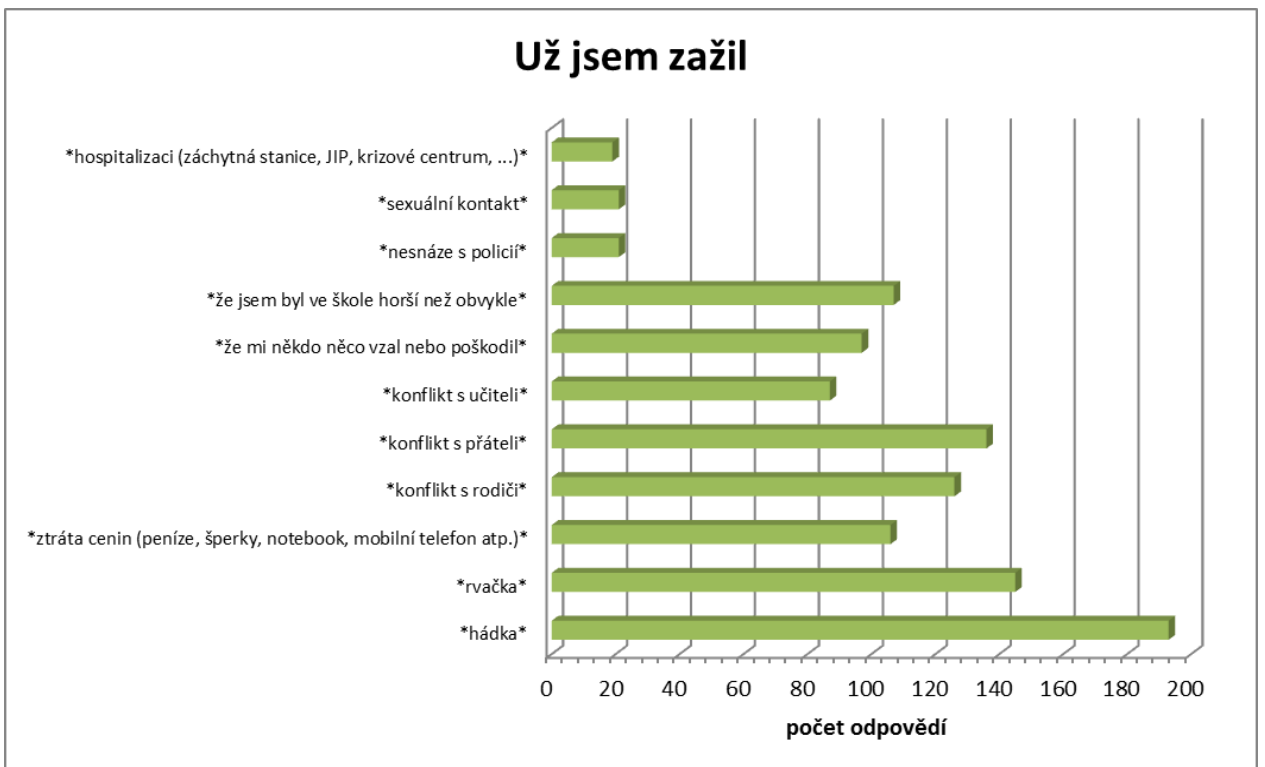
Graf č. 26: Rodinná situace



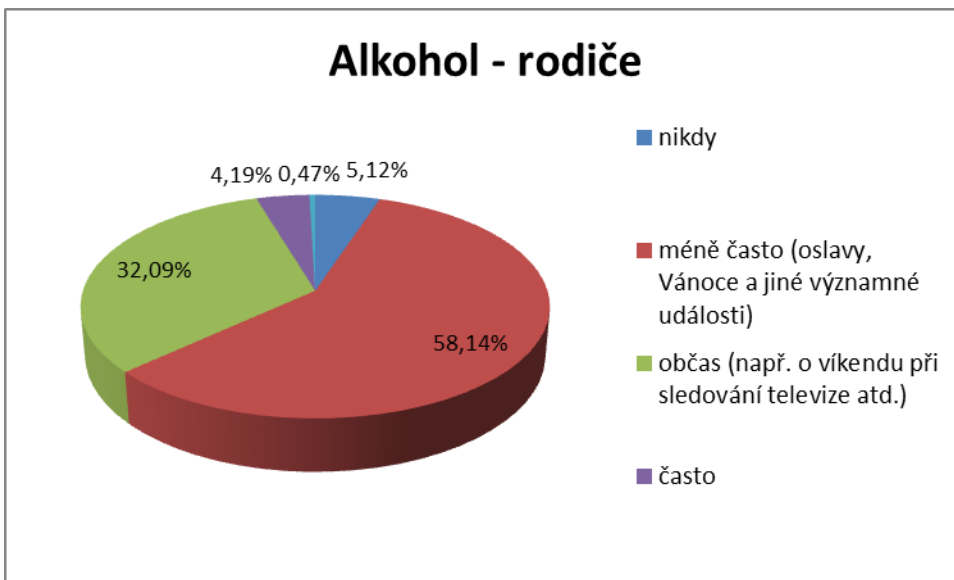
Graf č. 27: Sebehodnocení



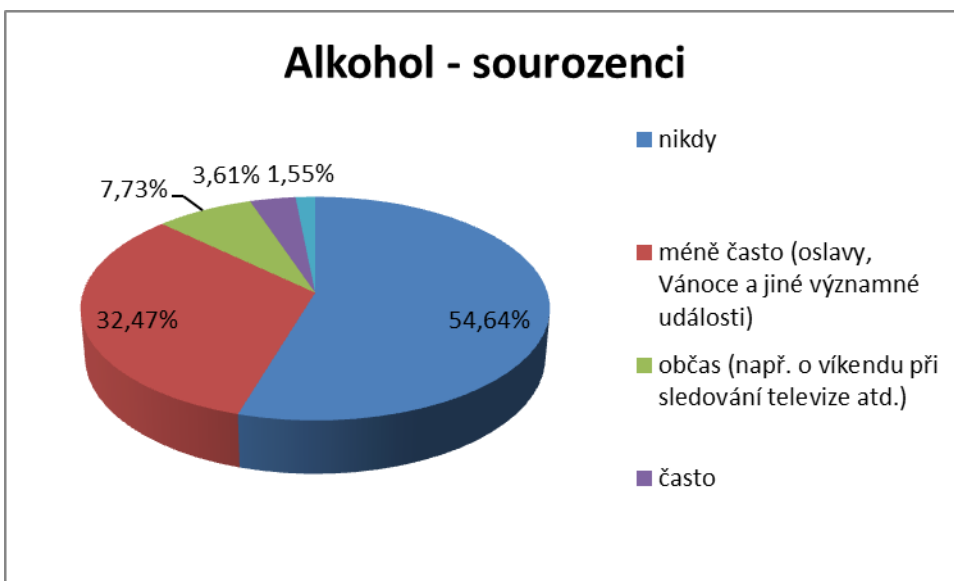
Graf č. 28: Situace, do kterých se žák dostává



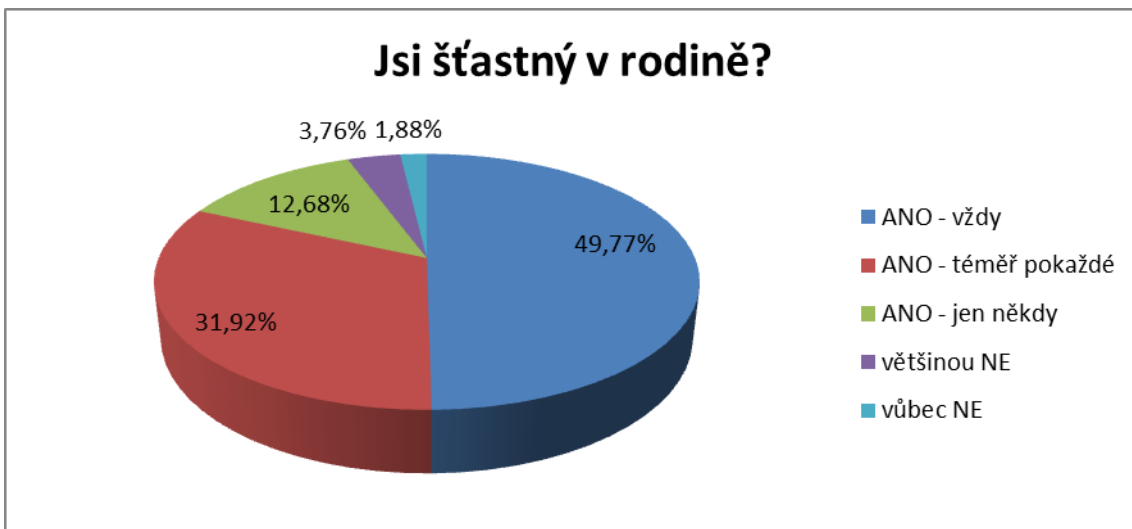
Graf č. 29: Zkušenosti respondentů



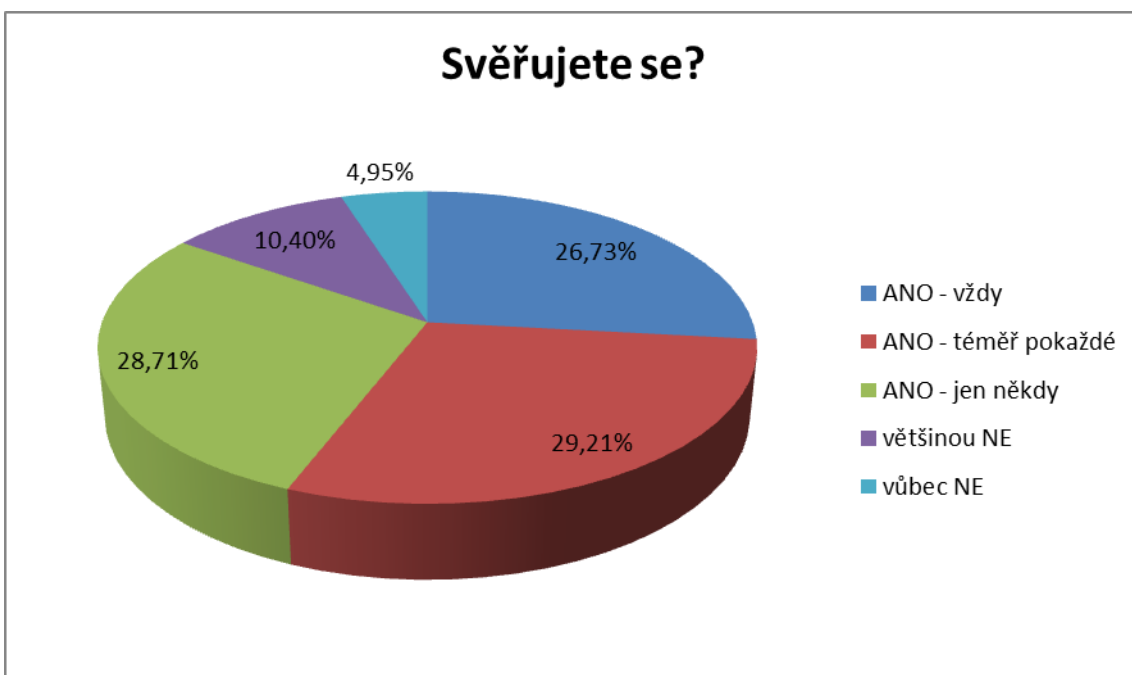
Graf č. 30: Konzumace alkoholu u rodičů



Graf č. 31: Konzumace alkoholu u sourozenců

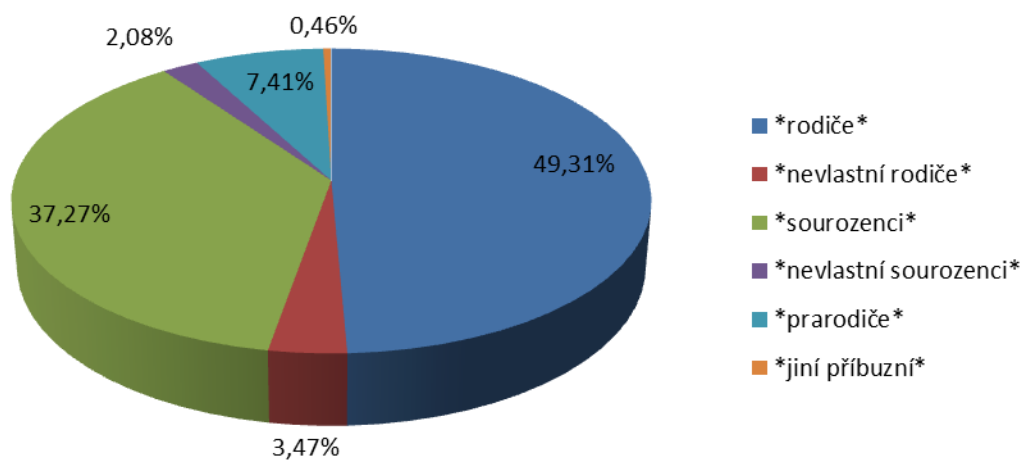


Graf č. 32: Rodinné zázemí



Graf č. 33: Atmosféra rodiny (důvěra)

Kdo s Tebou žije v domácnosti?



Graf č. 34: Složení členů domácnosti

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Barbora Friedrichová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Návykové látky a jejich výskyt na základních školách
Název v angličtině:	Occurrence and Misuse of Addictive Substances at Primary Schools
Anotace práce:	Cílem práce je zjistit zkušenosti žáků základních škol s návykovými látkami, rozložení jejich zájmů, názory a životní postoje týkající se návykových látek. Práce se zabývá také charakteristikou a klasifikací návykových látek, legislativou ČR v dané oblasti, možnostmi prevence a intervence.
Klíčová slova:	Návykové látky, závislost, prevence, intervence, minimální preventivní program.
Anotace v angličtině:	The aim of my work is to find out the experience of primary school pupils with addictive substances, distribution of their interests, opinions and attitudes regarding addictive substances. The work also deals with the characterization and classification of drugs, national legislation in the field, possibilities of prevention and intervention.
Klíčová slova v angličtině:	Addictive substances, addiction, prevention, intervention, minimal preventive program.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Legislativa ČR – stručný přehled Příloha 2: Použitý dotazník Příloha 3: Grafické znázornění dalších zjištěných údajů
Rozsah práce:	68 s.
Jazyk práce:	český