

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

2024

Helena Šandová Šmahelová

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

**Preventivní programy zaměřené na psychoaktivní látky  
u adolescentů s diagnózou mentální retardace**

Bakalářská práce

Autor: Helena Šandová Šmahelová

Studijní program: B0114A300063 – Učitelství praktického  
vyučování Studijní obor: Učitelství praktického vyučování

Vedoucí práce: Mgr. Sylvie Tichotová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Radka Skorunková, Ph.D.

## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Helena Šandová Šmahelová

**Studium:** P21K0325

**Studijní program:** B0114A300063 Učitelství praktického vyučování

**Studijní obor:** Učitelství praktického vyučování

**Název bakalářské práce:** **Preventivní programy zaměřené na psychoaktivní látky u adolescentů s diagnózou mentální retardace**

**Název bakalářské práce AJ:** Preventative programs focused on psychoactive substances in adolescents diagnosed with mental disability

### Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tato bakalářská práce je přehledovou studií zaměřenou na preventivní programy ohledně psychoaktivních látek u adolescentů s diagnózou mentální retardace. Bude se věnovat preventivním programům využívaným v ČR, ale i v USA. Teoretická část se bude zabývat historií, rozdělením a popisem psychoaktivních látek spolu se studií nejvíce používaných psychoaktivních látek v ČR. Dále bude pozornost věnována rozdělení a popisu mentální retardace podle klasifikace MNK-10 a DSM-5. Též bude charakterizována adolescence jakožto jedno z vývojových stádií člověka. Zvláštní důraz pak bude kladen na popis prevence a její rozdělení. Cílem praktické části této práce je porovnání a kritická analýza jednotlivých preventivních programů v USA a ČR vzhledem k jejich aplikaci v praxi. Problematika závislosti na psychoaktivních látkách u běžné populace je v naší společnosti často diskutovaným tématem. Z mého pohledu se u osob s mentální retardací na tuto problematiku nahlíží spíše jako na ojedinělé případy. Považuji prevenci za nesmírně důležitou a je zapotřebí si uvědomit, že osoby s mentální retardací bývají důvěřivé a v plném rozsahu nemusejí pochopit možná rizika vznikem závislosti na psychoaktivní látce a jejich vlivem na kvalitu života. Vzhledem k tomuto faktu je nutné dbát na vysokou kvalitu relevantních preventivních programů.

JUKLOVÁ, Kateřina a Radka SKORUNKOVÁ. *Základy psychopatologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN isbn978-80-7041-815-4. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN isbn978-80-7435-080-1. KŘÍŽOVÁ, Ivana. *Závislost: pro psychologické obory*. Praha: Grada, 2021. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-271-1754-3. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-247-1284-0. NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN isbn978-80-86723-85-3. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN isbn978-80-271-0095-8.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-271-0378-2.

**Zadávací pracoviště:** Katedra pedagogiky a psychologie,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Sylvie Tichotová, Ph.D.

**Oponent:** Mgr. Radka Skorunková, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 5.1.2023

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Preventivní programy zaměřené na psychoaktivní látky u adolescentů s diagnózou mentální retardace, vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

**Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Sylvii Tichotové, Ph.D., za poskytování cenných rad a obrovskou trpělivost.

## **Anotace**

Helena Šandová Šmahelová: Preventivní programy zaměřené na psychoaktivní látky u adolescentů s diagnózou mentální retardace

Bakalářská práce. Hradec Králové, Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024.

Jméno vedoucí práce: Mgr. Sylvie Tichotová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá preventivními programy zaměřenými na psychoaktivní látky u adolescentů s diagnózou mentální retardace

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na definici základních výrazů mentální retardace a preventivní programy

Praktická část obsahuje porovnání a analýzu jednotlivých preventivních programů v USA a ČR.

Klíčová slova: adolescence, mentální retardace, psychoaktivní látky, závislost, prevence, preventivní programy

**Anotation**

Helena Šandová Šmahelová: *Preventative programs focusing on psychoactive substances in adolescents with intellectual disability.*

Bachelor's thesis, Hradec Králové, Pedagogical faculty, University of Hradec Králové, 2024.

Supervisor's name: Mgr. Sylvie Tichotová, Ph.D.

Bachelor's thesis examines preventative programs focused on psychoactive substances among adolescents diagnosed with intellectual disability.

The theoretical part of the bachelor's thesis concentrates on defending the fundamental terms of intellectual disability and preventive programs.

The practical section contains a comparison and analysis of various preventative programs in the USA and THE Czech Republic.

Keywords: adolescence, intellectual disability, psychoactive substances, addiction, prevention, preventative programs

# Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část.....	10
1. Adolescence .....	10
1.1 Sociální vývoj.....	11
1.2 Tělesný vývoj.....	11
1.3 Psychický vývoj .....	12
2 Mentální retardace.....	15
2.1 Definice mentální retardace .....	15
2.2 Klasifikace mentální retardace podle MNK-10 (F70-F79).....	15
2.3 Klasifikace mentální retardace podle DSM-5 (2013) .....	18
3 Psychoaktivní látky .....	20
3.1 Historie psychoaktivních látek v ČR.....	20
3.2 Definice psychoaktivních látek .....	21
3.3 Rozdělení psychoaktivních látek.....	21
3.4 Výběr a popis nejvíce užívaných psychoaktivních látek v ČR .....	22
4 Závislost .....	28
4.1 Definice závislosti .....	28
4.2 Vznik závislosti na psychoaktivních látkách .....	30
4.3 Typy závislosti na psychoaktivní látce .....	31
4.4 Fáze závislosti na psychoaktivní látce .....	32
4.5 Účinky psychoaktivních látek na zdraví .....	32
4.6 Problematika závislosti u osob s mentální retardací v České republice.....	34
5 Primární prevence rizikového chování.....	35
5.1 Definice prevence.....	35
5.2 Vymezení pojmu rizikové chování .....	35
5.3 Význam preventivních programů.....	35
5.4 Druhy prevence .....	37
5.5 Programy primární prevence a jejich druhy .....	38
6 Praktická část.....	40
6.1 Vymezení pojmu SWOT analýza .....	40
6.2 Stanovení výzkumných cílů .....	40
6.3 Charakteristika primárního preventivního programu ve Spojených státech amerických 41	
6.4 Charakteristika primárního preventivního programu v České republice .....	45
6.5 SWOT analýza primárního preventivního programu v České republice .....	50
6.6 SWOT analýza primárního preventivního programu ve Spojených státech amerických 53	
6.7 Porovnání výsledků SWOT analýzy .....	57
6.8 Diskuse.....	59
Závěr .....	64
Seznam použité literatury: .....	65
Internetové zdroje: .....	67



## Úvod

Bakalářská práce se zaměřuje na důležité aspekty adolescence, mentální retardace, na psychoaktivní látky, závislosti a preventivní programy. Analyzuje souvislosti mezi těmito tématy a snaží se přinést komplexní pohled na vlivy, výzvy a možnosti v oblasti duševního zdraví a prevence. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, tedy na teoretickou a praktickou. V první části se zabývám pojmem adolescence. Ta je jedním z klíčových období lidského života, během kterého dochází k významným fyzickým, sociálním a psychickým změnám. Zároveň se v této fázi objevují nové výzvy a otázky týkající se identity, sociálního začleňování a rozhodování o budoucnosti. Současně je tématem bakalářské práce i mentální retardace, což je stav, který může ovlivnit jedince již od raného věku a vyžaduje specifický přístup a podporu. Dále se práce zabývá popisem psychoaktivních látek, které hrají roli ve společnosti po celá tisíciletí, ovlivňují kulturu, náboženství a medicínu. Jejich užívání však může vést k závislosti, což je problém, se kterým se potýká mnoho lidí ve světě.

V praktické části mé práce se zaměřuji nejen na prevenci, ale také na primární preventivní programy zaměřené na psychoaktivní látky u adolescentů s mentální retardací, které jsou v České republice a Spojených státech amerických klíčovými nástroji v boji proti závislostem. Tyto programy jsou zásadním prostředkem pro včasnou intervenci a osvětu.

Cílem bakalářské práce je provést kritickou analýzu vybraných preventivních programů s cílem určit oblasti, kde lze provést zlepšení nebo změny.

# **Teoretická část**

## **1. Adolescence**

Období adolescence je klíčovou fází životního cyklu, která se nachází mezi dětstvím a dospělostí. Toto období je obvykle definováno od puberty do dosažení plnoletosti, což přibližně odpovídá věku od 11 do 22 let. Adolescence je charakterizována podstatnými fyzickými, emocionálními, sociálními a psychickými změnami. Jedinci v této fázi procházejí procesem hledání vlastní identity, experimentování s různými rolemi a začleňováním se do společnosti. Tato období mohou být náročná, ale zároveň poskytují příležitost k individuálnímu růstu a formování osobnosti. Adolescence je klíčovým obdobím pro sebepoznání a sociální integraci.

První období adolescence, obvykle zahrnující věkové rozmezí mezi 11 a 13 lety, znamená začátek nárůstu fyzického a psychosociálního vývoje. Mladí lidé se začínají aktivněji zabývat svým okolím, formují si identitu a hledají své místo ve společnosti.

Druhé období, které přichází mezi 13 a 15 lety, je obdobím hlubšího prozkoumávání vlastní identity, budování sociálních vztahů a přijímání větších životních rozhodnutí.

Puberta a hormonální změny ovlivňují nejen tělesný vývoj, ale také emoční stabilitu. Třetí a poslední období adolescence, trávající od 15 let až do 22 let je charakterizováno přechodem do dospělosti. Mladí lidé se potýkají s novými výzvami, jako je volba povolání, vzdělávání a budování vlastní nezávislosti. Tato fáze může být klíčovým obdobím pro formování dlouhodobých cílů a životního směru.

Celé období adolescence je poznamenáno nejen fyzickými a sociálními změnami, ale také rozvojem osobnosti a schopností, které mladé jedince připravují na náročné výzvy dospělosti (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Macek (2003) popisuje adolescenci jako druhou fázi vývoje. Období dospívání, se obvykle vyskytuje mezi 15 a 20 lety našeho života. Termín "adolescence" pochází z latinského slova "adolescens", což znamená dospívající nebo mladý, a byl poprvé použit v 15. století.

Z biologické perspektivy je toto období charakterizováno pohlavním dozríváním a dosažením reprodukční schopnosti jedince.

Adolescenci můžeme chápat jako fázi přípravy na dospělost, kdy jedinec začíná vyvíjet dovednosti a schopnosti nezbytné pro plné začlenění do společnosti. Během tohoto období dosahuje jedinec téměř vrcholu svých rozumových schopností. Avšak současně s tím může docházet k některým rizikovým chováním, jako jsou pokusy o sebevraždu, užívání drog nebo poruchy příjmu potravy. Je důležité tuto fázi vnímat komplexně, s ohledem na rozvoj nejen fyzický, ale i psychosociální.

## **1.1 Sociální vývoj**

Sociální vývoj během adolescence představuje období intenzivního hledání identity a hledání smyslu života. Mladí lidé se často zamýšlejí nad otázkami, jako je cíl jejich existence, vlastní role ve společnosti a světový názor. Tato fáze života je charakterizována také kritikou dospělého světa, který je vnímán jako stereotypní, zastaralý, nepružný a nespravedlivý. Adolescenti jsou náchylní k postavení otázek týkajících se spravedlnosti, globálních i lokálních problémů a hledání autenticity hodnot a ideálů. Často touží žít podle vlastních pravidel a názorů, což může vyústit ve vytváření vlastní kultury a způsobu vyjadřování. V některých případech se mladí lidé staví do opozice vůči zavedeným normám a vytvářejí alternativní formy společenství, často se zapojují do různých náboženských, filozofických nebo politických skupin. Tímto způsobem vyjadřují svůj odpor vůči vnímaným nedostatkům a nedostatkům v dospělém světě a snaží se najít vlastní směr a identitu (Vágnerová, Lisá 2021).

## **1.2 Tělesný vývoj**

Fyzický vývoj je v období adolescence klíčovým prvkem, kdy dochází k významným proměnám v tělesné struktuře mladých lidí. U chlapců pozorujeme nárůst výšky a síly, což přináší postupné mužnění postavy. Naopak u dívek dochází k postupnému zaoblování postavy a získávání ženských tvarů. Výškové změny a transformace v postavě jsou nejvýraznější během adolescence.

Kromě fyzických změn hraje také významnou úlohu psychologický aspekt. Po dosažení fyzické výšky srovnatelné s dospělými začíná jedinec měnit svůj vztah k autoritě.

Adolescent se cítí méně podřízený a získává díky fyzické síle větší sebejistotu a určitou míru soběstačnosti.

Ve fázi adolescence hraje vzhled důležitou roli, ovlivňující sebevědomí mladých lidí. Chlapci mohou klást důraz na šířku ramen a sílu svalů, zatímco dívky mohou preferovat štíhlost a krásu. Vzhled má významný vliv na posilování křehkého sebevědomí a sebejistoty adolescentů ve skupině vrstevníků (Vágnerová, Lisá 2021).

### **1.3 Psychický vývoj**

V oblasti psychického vývoje adolescentů se projevují výrazné až extrémní emocionální projevy, což je klíčovým rysem tohoto období. Adolescenti prožívají náladovost, která se vyznačuje intenzivním střídáním nálad od pocitů méněcennosti po úplný entuziasmus. Tato variabilita emocí odráží složitost jejich vnitřního prožívání, kdy se snaží identifikovat sebe, své pocity a najít své místo ve světě.

Dominantní pozitivní emotivita je spojena s obdobím opozičního chování, což je součástí procesu osamostatňování a vyjadřuje snahu o nezávislost a hledání vlastní identity. Adolescenti projevují schopnost empatie a soucitu ve vztazích s vrstevníky, což představuje projevy rozvíjející se sociální inteligence.

V citové rovině prožívají romantické a idealizované city, snaží se porozumět emocionálním perspektivám druhých a vyvíjejí zvýšenou citlivost na kritiku. Tato křehkost formující se identity může přispívat k psychickým obtížím, včetně možného sebevražedného chování. Podpora adolescentů ve správném zvládnutí emocí a sociálních výzev a pomoc při konstrukci identity jsou v tomto období klíčové (Thórová, 2015).

V procesu formování identity, který je klíčovým aspektem adolescence, se opíráme o teorii vyvinutou Eriksonem a rozpracovanou Jamesem Marciou (1966) podle Thórové (2015), Marciov přístup zdůrazňuje krize identity a uvádí čtyři hlavní formy ve vývoji identity.

- **Dosažená identita**

Lidé s dosaženou identitou pevně stojí za svými názory a postoji. Odcizili se náboženským a politickým přesvědčením svých rodin, protože neodpovídala jejich vlastní identitě. Prošli vlastní krizí identity a aktivně formovali svůj jedinečný pohled na svět.

- **Přejatá identita**

Osoby s přejatou identitou už obsadily pracovní pozice a vyvinuly si názory, ale dosud neprošli vlastní krizí identity. Jejich identita byla spíše převzata od autority, často od rodiny. Tito lidé mohou stále hledat svůj vlastní hlubší smysl života.

- **Moratorium**

V této fázi mladí lidé aktivně hledají odpovědi na otázky týkající se identity. Ačkoli stále nepřekonalí svoji krizi identity, aktivně zkoumají různé možnosti a hledají svoji jedinečnou cestu. Moratorium může být pozorováno jako období intenzivního hledání a experimentování.

- **Difuze identity**

Tato skupina zahrnuje jedince, kteří buď neprošli krizí identity, nebo ji prožili jen částečně. Jejich identita je nejistá a může být ovlivněna vnějšími faktory. Tito jedinci mohou mít problémy s ustanovením stabilního sebepojetí a rozhodováním o své budoucnosti. Během adolescence, kdy se jedinec potýká s výzvami a otázkami týkajícími se identity, je klíčové pochopení těchto stavů, které odrážejí různé způsoby, jak jedinec může přistupovat k otázkám vlastní identity. Tato etapa života může být náročná a plná výzev, ale zároveň je klíčovým obdobím pro formování jedinečného a autentického já.

Adolescent, který dosáhl vlastní identity, prochází procesem, během něhož formuje jasnou představu o sobě samém a svém místě ve společnosti. Tento proces má několik významných projevů a vlastností.

- **Pozitivní sebehodnocení**

Dosáhnutí vlastní identity zahrnuje uvědomění si svých silných stránek, hodnot a cílů.

Adolescent začíná vnímat sebe sama v pozitivním světle a s větší jistotou.

- **Více flexibilní**

Pro dosažení identity je nezbytné zkoumat různé aspekty vlastní osoby. Tato pružnost v myšlení a adaptabilita jsou výsledkem procesu, který umožňuje lépe reagovat na nové situace.

- **Nezávislost**

Formování vlastní identity zahrnuje vytváření vlastních hodnot a přesvědčení. To vede k větší nezávislosti na vnějších vlivech a očekáváních.

- **Odmítání autoritářství okolí**

Adolescent s vyvinutou identitou má tendenci kriticky zkoumat autoritářské postavy nebo názory okolí a rozhoduje se podle vlastního hodnocení.

- **Školní úspěchy**

Sjednocení identity může pozitivně ovlivnit školní úspěchy. Jasná představa o sobě a svých cílech může posílit motivaci a směřovat k dosažení školních cílů.

- **Postoj k drogám**

Adolescent, který dosáhl identity, může vykazovat zdravý postoj k rizikovým chováním, včetně postojů k užívání drog, s ohledem na své hodnoty a cíle.

- **Odpovědnost ve vztazích**

Získání identity zahrnuje také rozvoj emocionální inteligence a lepší porozumění vztahům. Adolescent s identitou má tendenci lépe porozumět svým emocím a efektivněji komunikovat ve vztazích. Tato schopnost vede k odpovědnějšímu chování ve vztazích s vrstevníky, rodinou a ostatními lidmi ve svém okolí (Thórová, 2015).

## **2 Mentální retardace**

### **2.1 Definice mentální retardace**

Skupina jedinců s mentální retardací neboli mentálním postižením se řadí do nejpočetnější skupiny osob s postižením v celé naší společnosti. Charakteristická pro tuto skupinu lidí je snížená úroveň rozumových schopností (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Stupeň mentální retardace se nejčastěji měří standardizovanými testy inteligence. V některých případech mohou být testy nahrazeny škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Měření škálami stanovuje jen přibližně stupeň mentální retardace. Jedná se o poruchu trvalou a neléčitelnou, protože nejde o nemoc, ale o poškození mozku. Na základě výchovně vzdělávacího postupu může dojít ke zlepšení. Mentální postižení se může projevit sníženou schopností učení, což znamená, že absorbování a udržení nových informací může být obtížné.

Někteří jedinci s mentálním postižením mohou mít omezenou schopnost abstraktního myšlení, což ovlivňuje jejich schopnost plánování a řešení problémů. Potíže s orientací v prostoru mohou být dalším projevem mentálního postižení, ovlivňujícím schopnost jedince navigovat a vykonávat každodenní aktivity.

Orientace v čase může být také ovlivněna mentálním postižením, což může ztížit porozumění časovým konceptům a událostem.

V sociálním prostředí může mentální postižení narušit schopnost porozumět sociálním normám, navazovat vztahy a efektivně komunikovat s ostatními (Slowík, 2016).

### **2.2 Klasifikace mentální retardace podle MNK-10 (F70-F79)**

Na základě Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů – 10. revize (MNK-10), vydanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě s účinností 1.1.1993.

MNK-10 vstoupila v platnost v České republice dne 1. ledna 1994. Tato klasifikace slouží

k systematické kategorizaci a kódování různých nemocí a zdravotních stavů pro statistické účely a pro usnadnění výměny zdravotnických informací mezi zdravotnickými pracovníky a institucemi (Nývltová, 2010).

Aktuálně se připravuje 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (ICD-11). Tato nová revize má za cíl rozšířit a aktualizovat klasifikaci, aby lépe odrážela současné poznatky a trendy ve zdravotnictví (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

### **Mentální retardace se člení do následujících kategorií:**

#### **• Lehká mentální retardace (F70)**

Intelligenční kvocient (IQ) se u jedinců pohybuje přibližně mezi 50 až 69, dříve debilita (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Do tří let věku dítěte lze pozorovat pouze lehké opoždění psychomotorického vývoje.

Hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy a v prvních letech školní docházky.

U dospělých jedinců tyto hodnoty odpovídají mentálnímu věku, který přibližně odpovídá 9 až 12 letům. Řada dospělých s touto diagnózou je schopna pracovat, navazovat sociální vztahy a zapojovat se do běžného života a vést rodinný život. Při vzdělávání by měla být výuka zaměřena hlavně na praktickou stránku (Slowík, 2016).

#### **• Střední mentální retardace (F71)**

Intelligenční kvocient (IQ) se u jedinců pohybuje přibližně mezi 35 až 49, dříve imbecilita (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Dochází k vývojovému opoždění již v dětství. U dospělých tyto hodnoty odpovídají mentálnímu věku, který přibližně odpovídá 6 až 9 letům. Mnozí jedinci dospějí k určité nezávislosti a soběstačnosti. Dosáhnou přiměřené schopnosti komunikace a školních dovedností. Tito jedinci v dospělosti budou potřebovat určitý stupeň podpory v práci a při začlenění se do společnosti. Jedinci nacházejí uplatnění v chráněných dílnách (Slowík, 2016).



- **Těžká mentální retardace (F72)**

Intelligenční kvocient (IQ) se u jedinců pohybuje přibližně mezi 20 až 34, dříve prostá idiocie (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

U dospělých s těžkou mentální retardací se projevuje mentální věk přibližně odpovídající věku 3 až 6 let. Tito jedinci vyžadují neustálou podporu a často jsou závislí na péči druhé osoby. Výuka by měla být zaměřená zejména na nácvik samoobslužných dovedností a hygienických návyků, s důrazem na individuální potřeby a možnosti každého jednotlivce. Odpovídající péče a podpora jsou klíčové pro zajištění kvalitního života těchto jedinců (Slowík, 2016).

- **Hluboká mentální retardace (F73)**

Intelligenční kvocient (IQ) u jedinců dosahuje do 19, dříve vegetativní idiocie (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

U dospělých se projevuje mentálním věkem přibližně odpovídajícím dětskému věku pod 3 roky. Osoba s touto formou postižení je zcela nesamostatná a vyžaduje pomoc při základních činnostech jako je sebeobsluha, komunikace a pohyb. V důsledku těchto výrazných omezení se jedinci s hlubokou mentální retardací obvykle nedožívají vyššího věku. Tento stav klade velké nároky na péči a podporu ze strany rodiny nebo odborných poskytovatelů péče (Slowík, 2016).

- **Jiná mentální retardace (F78)**

Při diagnostice zastává klíčovou roli, kdy stanovení přesného stupně mentální retardace může být obtížné nebo nemožné. Tato klasifikace se vztahuje na případy, kde jsou přítomny komplexní faktory, jako jsou poruchy chování, slepota, hluchota, kombinace těchto smyslových postižení (hluchoslepota), hluchoněmota nebo závažné somatické postižení a další podobné situace.

Například, pokud jedinec trpí poruchou chování, která výrazně ovlivňuje standardní hodnocení intelektuálního postižení, nebo je postižen slepotou, hluchotou nebo jejich kombinací, kde měření IQ není realizovatelné, bude tato osoba zařazena do této kategorie. Tato diagnostická kategorie je navržena tak, aby poskytla flexibilitu a odpověděla na různorodé a komplexní situace, které mohou ovlivnit hodnocení intelektuálního postižení.

Jejím cílem je umožnit diagnostikům a odborníkům v oblasti mentálního zdraví přesnější a relevantnější hodnocení, zejména v případech, kdy tradiční metody mohou narazit na omezení nebo nemožnost použití (Slowík, 2016).

- **Nespecifikovaná mentální retardace (F79)**

Nespecifikovaná mentální retardace označuje stav, kdy je u jedince prokázána mentální retardace, ale nedostatek informací neumožňuje přesné zařazení do některého z konkrétních stupňů této poruchy, jak jsou definovány v předchozích kategoriích. Tato kategorie slouží k označení případů, kde není k dispozici dostatek údajů nebo detailních informací o rozsahu a závažnosti mentálního postižení jedince (Slowík, 2016).

### **2.3 Klasifikace mentální retardace podle DSM-5 (2013)**

Podle páté revize diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) vydanou v roce 2013 Americkou psychiatrickou asociací (APA), se název mentální retardace nevyskytuje a je tento výraz nahrazen termínem porucha intelektu.

Diagnostická kritéria mentální retardace se mnoho let již neměnila. DSM-5 pracuje na rozdíl od České republiky se statistickou chybou.

DSM-5 (2013) definuje intelektuální postižení pomocí tří klíčových oblastí: intelektuálních funkcí, adaptivního chování a původu před 18. rokem věku. Tato tři kritéria poskytují komplexní pohled na celkový rozvoj jedince vzhledem k jeho schopnosti porozumění, interakci se svým okolím a získání dovedností nezbytných pro každodenní život.

Prvním kritériem je snížená úroveň kognitivních předpokladů stanovená na základě standardizovaných metod a klinického posouzení. Je zásadní, aby se tyto deficity projevovaly v několika klíčových oblastech kognitivních funkcí. Patří sem logické myšlení, schopnost řešení problémů, plánování, abstraktní myšlení, úsudek a schopnost učení ze zkušeností. Tyto oblasti jsou kritické pro celkovou intelektuální funkci a adaptivní chování jedince s mentálním postižením.

Druhým kritériem je omezená úroveň adaptivního fungování. Projevuje své znaky v několika klíčových oblastech, mezi něž patří komunikace, sociální participace, schopnost nezávislého života v různých prostředích, jako je domov či škola, pracovní aktivity a

integrace do komunity. V těchto konkrétních sférách mohou být patrná omezení, a proto je nezbytná podpora, aby jedinec dosáhl plného zapojení a samostatnosti v běžném životě. Pro DSM-5 (2013) se jeví toto měřítko jako klíčové. V České republice na toto kritérium není kladen takový důraz.

Třetím kritériem jsou počátky poruchy v dětském věku (tj. do 18 let).

Intelektuální postižení, nově definované jako "intelektuální postižení" podle DSM-5 (2013), představuje propracovaný diagnostický rámec pro hodnocení a identifikaci poruch intelektuálního rozvoje. Americká psychiatrická asociace (APA) představila tuto moderní terminologii v roce 2013 s úmyslem eliminovat původní termín "mentální retardace" a zdůraznit jedinečnost a potřeby postižených jednotlivců.

Stupně intelektuálního postižení jsou dále rozděleny podle závažnosti, vyjádřené inteligenčním kvocientem a adaptivním chováním. Tato klasifikace zahrnuje lehký, střední, těžký a velmi těžký stupeň, umožňující diferencovaný přístup k různým úrovním postižení a individuálním potřebám každého pacienta.

DSM-5 klade důraz na adaptivní chování jako rozhodující faktor při stanovení diagnózy intelektuálního postižení, což odráží současné trendy v oblasti pedagogické psychologie a speciální pedagogiky. Důraz na adaptivní dovednosti při hodnocení schopnosti jedince zvládat každodenní situace reflektuje moderní perspektivu, která přisuzuje nižší výpovědní hodnotu inteligenčnímu kvocientu, zejména u dolního okraje spektra. Vzhledem k tomu, že výskyt intelektuálního postižení, přibližně dosahuje 1 % populace, je klíčové, aby diagnostické postupy byly citlivé k individuálním potřebám, a včasné intervence byly poskytovány, aby minimalizovaly dopady postižení na kvalitu života jednotlivců. Školy a podpůrné služby by měly nejen identifikovat postižení, ale také aktivně přispívat k rozvoji adaptivních dovedností a poskytovat potřebnou podporu. DSM-5 zavádí nový přístup k hodnocení intelektuálního postižení, respektující individuální různorodost a kladoucí důraz na adaptivní schopnosti jako klíčový prvek stanovení diagnózy. Tato moderní perspektiva otevírá cestu k lepšímu pochopení a podpoře jednotlivců s intelektuálním postižením po celý jejich život (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

## 3 Psychoaktivní látky

### 3.1 Historie psychoaktivních látek v ČR

Vzhledem k nedostupnosti psychoaktivních látek došlo v 80. letech 20. století nárůst poptávky po farmaceutických přípravcích, což vedlo k domácí výrobě. Mezi vyhledávané látky patřily bromadryl, fenmetrazin, kodein a další. Zejména populární byl "braun," opíát vyrobený z kodeinu a pervitinu. Produkce, spotřeba a distribuce těchto látek byly omezeny na uzavřené skupiny s malým počtem lidí, které sdílely vzájemnou solidaritu. V této době se také objevila extáze, která rychle získala popularitu po celé Evropě. Nejvíce pak byly v této době oblíbené kokain a morfin. Ve 20. letech byl v Praze kokain šňupán bez větších restrikcí. To bylo možné díky tolerantním zákonům. Kokain si užívali bohatí, tanečnice, umělci a další známé osobnosti.

Do roku 1960 byla drogová problematika vnímána spíše jako odborný problém. Mezi lety 1960–1990 se však stala společenským problémem. V roce 1990 byla celosvětově označena za globální problém. Po roce 1989 byl zaznamenán zvýšený zájem o psychoaktivní látky a odstranění vnějších kontrol ze strany států. Následně došlo k nárůstu užívání ilegálních drog, jejich pašování a obchodu s nimi.

Po roce 1989 se zájem zvýšil ještě více, což vedlo ke zvýšenému počtu uživatelů, zatímco vnější kontroly států byly odstraněny. V roce 1990 byla drogová problematika globálně označena za vážný problém. Nastal nárůst užívání ilegálních drog, pašování a obchodování s nimi. Společenské změny a touha po nových zážitcích ovlivnily dostupnost a zvýšení jejich užívání. V roce 1994 došlo k mapování České republiky ze strany zahraničních distributorů, což vedlo k dostupnosti levnějšího a kvalitnějšího heroínu. Toto období přineslo i nárůst drogové kriminality.

V současné době je pervitin na prvním místě mezi "tvrdými" drogami v České republice. Naopak marihuana se stala oblíbenou drogou, zejména mezi mladistvými, a taneční drogy jako je LSD nebo extáze si získaly také velkou popularitu (Tyler, 2000).

## 3.2 Definice psychoaktivních látek

Psychoaktivní látky jsou chemické sloučeniny, ovlivňující činnost centrálního nervového systému. Mohou způsobit změny ve vnímání, náladě, vědomí, myšlení a chování jedince. Psychoaktivní látky mohou mít různé účinky na psychiku a fyziologii a jsou často užívány pro své stimulační, tlumivé nebo halucinogenní vlastnosti.

Psychoaktivní látku můžeme definovat těmito vlastnostmi.

Psychotropní efekt znamená schopnost psychoaktivní látky ovlivnit psychické procesy, jako jsou nálada, myšlení, vnímání a chování. Tento efekt může být stimulační, tlumivý nebo halucinogenní, v závislosti na charakteru konkrétní látky.

Potenciál závislosti odkazuje na schopnost psychoaktivní látky vyvolat fyzickou nebo psychickou závislost u jednotlivce. Látky s vysokým potenciálem závislosti mohou vést k fyzické závislosti, kde tělo vykazuje adaptaci na látku, a při odebrání této látky mohou vznikat nepříjemné abstinenci příznaky. Psychická závislost se projevuje touhou nebo nutkáním opakovaně užívat látku kvůli příjemným efektům nebo pro zmírnění nepříjemných stavů (Kalina, 2015).

## 3.3 Rozdělení psychoaktivních látek

Podle Kaliny (2015) se rozdělují psychoaktivní látky do těchto skupin.

Podle účinku na nervový systém poskytuje pohled na jejich různorodé vlivy na lidské tělo. Stimulanty a halucinogeny nabízejí odlišné zážitky, což nám umožňuje lépe pochopit rozmanitost psychoaktivních látek a přizpůsobit přístup k prevenci a léčbě.

Rozdělení drog podle míry rizika se často zakládá na hodnocení potenciálu zdravotních, společenských rizik spojených s užíváním dané látky. Následující obecný přehled rozdělení drog podle míry rizika:

- **Legální látky s nízkým rizikem**

Patří sem legální látky, jako jsou alkohol a nikotin.

Mají vysokou společenskou akceptaci, ale mohou přesto přinášet zdravotní rizika při nadměrném užívání.

- **Legální látky s vysokým rizikem**

Sem spadají léky na předpis, zejména opioidy a benzodiazepiny.

Při nekontrolovaném užívání mohou způsobovat vážné zdravotní důsledky a vyvolat závislost.

- **Nelegální látky s mírným až středním rizikem** Patří sem látky jako je marihuana a extáze.

Užívání může nést rizika pro zdraví a sociální funkci, ale jsou obvykle považovány za méně nebezpečné než některé jiné psychoaktivní látky.

- **Nelegální látky s vysokým rizikem**

Sem spadají látky jako je kokain, heroin nebo metamfetaminy.

Užívání těchto látek nese vážná zdravotní, společenská rizika a může vést k závislosti.

- **Nové psychoaktivní látky (NPS)**

Jedná se o syntetické látky navržené tak, aby napodobovaly účinky tradičních drog.

Není však známo vše o jejich rizicích, a proto jsou považovány za nebezpečné.

### **3.4 Výběr a popis nejvíce užívaných psychoaktivních látek v ČR**

- **Tabák**

Tabák je rostlina, jejíž listy slouží k výrobě cigaret, doutníků a dalších tabákových výrobků. Aktivní složkou v tabáku je nikotin, látka vyvolávající psychickou závislost. Různé způsoby konzumace tabáku zahrnují kouření cigaret, doutníků, náplní do doutníků a žvýkání tabáku. Kouření je nejběžnějším, ale také nejrizikovějším způsobem, protože vdechovaný kouř obsahuje mnoho škodlivých látek, včetně karcinogenů.

Nikotin vyvolává stimulaci centrálního nervového systému, zvyšuje hladinu adrenalinu a uvolňuje neurotransmitter dopamin, což vede k pocitům euforie a relaxace. Tato stimulace vytváří fyzickou závislost.

Lidé, kteří se snaží přestat kouřit, mohou zažívat odvykací příznaky, včetně podrážděnosti, úzkosti, nespavosti a zvýšené chuti k jídlu. Při odvykání může být psychická závislost pro uživatele překážkou.

Rizika spojená s kouřením tabáku jsou rozmanitá a zahrnují onemocnění dýchacího ústrojí, srdeční choroby a různé formy rakoviny. Kouření má také negativní dopad na celkové zdraví a snižuje kvalitu života (Kalina, 2015).

#### • **Alkohol**

Alkohol je chemická látka obsahující pomocí kvašení cukrů etanol, který má vliv na centrální nervový systém a způsobuje změny ve vnímání, náladě a chování. Je běžně dostupný a nejčastěji se konzumuje ve formě nápojů.

Účinky alkoholu jsou ovlivněny množstvím, rychlostí konzumace, hmotností jedince a individuální tolerancí. V menších množstvích může působit jako stimulant s uvolněním zábran a zlepšením nálady. Při vyšším množství může způsobit ospalost, ztrátu koordinace a zpomalení psychomotorických schopností.

Rizika spojená s alkoholem zahrnují závislost, zdravotní problémy, sociální konflikty a nebezpečné chování, včetně řízení pod vlivem alkoholu.

Odvykací syndrom může nastat u jedinců, kteří byli dlouhodobě závislí a náhle přestanou pít, s příznaky jako třes, úzkost, nespavost a v extrémních případech i ohrožení života (Kalina, 2015).

#### • **Léčiva s psychotropním účinkem**

Zneužívaná léčiva s psychotropními účinky představují skupinu látek, které jsou běžně předepisovány pro léčebné účely. Mohou však být nelegálně a nekontrolovaně užívány za účelem dosažení psychotropních efektů. Léčiva mohou být různorodá a zahrnovat sedativa, hypnotika, anxiolytika a další látky ovlivňující centrální nervový systém. Způsob podání těchto léčiv závisí na konkrétní látce a může zahrnovat orální užívání, injekce, inhalaci nebo dokonce kombinace různých metod. Mnozí uživatelé těchto látek je však často upravují nebo kombinují s jinými látkami, což neblaze zvyšuje riziko vedlejších účinků a komplikací.

Psychotropní účinky zneužívaných léčiv mohou zahrnovat euforii, relaxaci, změny vnímání a narušení kognitivních funkcí. Látky obsažené v léčivech často vyvolávají psychickou závislost a odvykání může být velmi obtížné. Abstinenční příznaky mohou zahrnovat úzkost, podrážděnost, nespavost a další nežádoucí efekty.

Mezi rizika spojená se zneužíváním léčiv patří vysoké riziko předávkování, nelegální získávání, nebezpečné vzájemné působení s jinými látkami a závažné zdravotní problémy, včetně poškození orgánů a psychických poruch (Kalina, 2015).

- **Marihuana a hašiš**

Marihuana a hašiš jsou přírodní látky získávané z indického konopí. Často využívány pro psychoaktivní účinky. V České republice je většina těchto látek produkována z domácích pěstíren, avšak část je také importována z jiných zemí. U marihuany se používá usušená květenství rostliny, zatímco u hašiše usušená pryskyřice. Oba druhy obsahují látky s různými účinky, které mohou navodit pocity euforie a zvýšené citlivosti na vnímané podněty nebo pocity úzkosti a deprese.

Užívání marihuany a hašiše je spojeno s různými skupinami uživatelů, kteří často mají své specifické rituály spojené s jejich zpracováním a užíváním. Někteří uživatelé je považují jen za další látku měnící vědomí a kombinují je s alkoholem nebo jinými drogami.

Účinky těchto látek jsou proměnlivé, přičemž hlavní účinky obvykle odeznívají do dvou hodin od užití. Účinky těchto látek mohou přetrvávat po celý den a uživatelům tak narušovat vnímání okolí. Při užívání v potravinách je nástup účinků pomalejší, ale účinky samotné trvají mnohem déle.

Marihuana a hašiš jsou nejčastěji konzumovány kouřením, buď samostatně nebo smíchané s tabákem. Dále mohou být přidány do jídla nebo nápojů. Marihuana se často šíří mezi mladými lidmi při sklizni a sušení, někdy zdarma nebo výměnou, zatímco hašiš se běžně kupuje.

Diskuse o těchto látkách jsou běžná jak v rodinách, tak v celé společnosti. Odůvodnění pro jejich užívání zahrnují tvrzení, že nezpůsobují závislost a mají nižší zdravotní rizika než alkohol nebo tabák. Nicméně moderní zdravotní pohled se zaměřuje na celkovou



kvalitu života uživatelů, která může být v případě pravidelného užívání výrazně snížena nebo ohrožena.

Mezi rizika užívání patří úrazy nebo dopravní nehody způsobené pod jejím vlivem, riziko rozvoje závažných psychických poruch, snížená pozornost a krátkodobá paměť, omezení zájmů a sociální a kulturní perspektivy, a zvýšená pravděpodobnost užívání dalších drog (Hajný, 2001).

#### • **Pervitin**

Pervitin je syntetický přípravek, jehož hlavní zaměření se zakládá v povzbuzujícím efektu. Podobné účinky jsou charakteristické i pro další stimulační drogy, jako je například kokain. Uživatelé vyhledávají pervitin zejména pro pocity euforie spojené s větším sebevědomím, překonáním únavy, bolesti a potlačením spánku. Pervitin se převážně vyrábí v domácích podmínkách, je znám svou rychlou a krátkodobou účinností.

Pervitin lze užívat různými způsoby, včetně šňupání, kouření nebo nitrožilnímu požití.

Prezentuje se jako bílý prášek, přičemž jeho kvalita a koncentrace mohou výrazně kolísat. Diskuse ohledně závislosti na pervitinu bývá složitá, ale na rozdíl od marihuany se obecně uznává, že pravidelné užívání může vyvolat závislost. Při přerušení užívání se projevují převážně psychické abstinенční příznaky a obtíže.

Zdravotní rizika spojená s užíváním pervitinu se především týkají způsobu podávání, a to nitrožilním podáním, které může zahrnovat přenos infekčních nemocí, jako je žloutenka zejména typ C a HIV (Hajný, 2001).

#### • **Heroin**

Heroin je opiat s tlumivými účinky, vyvolávající euforii. Je tvořen v domácích podmínkách a užívá se různými formami, včetně kouření, šňupání, polykání a nitrožilního způsobu podání. Jeho účinky jsou spojeny s pocitem pohody a radosti, který však stojí za řadou negativních důsledků.

Heroin vyvolává vysokou závislost i po krátkodobém užívání. Závislost se u větší části uživatelů se projevuje fyzickými abstinенčními příznaky, včetně nevolnosti, nespavosti, deprese a silné touze po droze. Kromě toho existuje riziko předávkování, což může být buď záměrné, nebo způsobené nečekaným složením zakoupené drogy. Jedním z hlavních

rizik spojených s užíváním heroinu nitrožilním podáním, je nebezpečí přenosu infekčních nemocí, například žloutenka typ C a HIV. S postupujícím užíváním heroinu dochází k zvyšování snášenlivosti, která vede k nebezpečnému navyšování dávek. Cena heroinu může způsobit rizikové chování u uživatelů, včetně krádeží, prostituce a prodeje drog. Užívání heroinu je spojeno s vážnými negativními zdravotními a sociálními důsledky (Hajný, 2001).

- **Halucinogeny**

Halucinogeny zahrnují látky, které ovlivňují vnímání okolního světa a vnitřních prožitků. Často je provázejí halucinace a nové fantazie a odvádějí pozornost od reálného světa. Mezi ně patří především LSD, ale i některé kaktusy a houby. Účinky těchto látek se projevují s časovým odstupem a mohou trvat několik hodin. LSD se často konzumuje ve formě potištěných papírků nebo tablet, zatímco houby se jedí nebo se připravuje odvar. Vzhledem k vysoké účinnosti vyžaduje konzumace malé dávky těchto látek. Různorodost účinných látek a kombinace s jinými drogami mohou vést k nečekaným účinkům, což zvyšuje riziko užívání. Během intoxikace může být narušeno vnímání, což zvyšuje možnost nehod nebo nebezpečného chování. Pravidelné užívání těchto látek může také vyvolat rozvoj skrytých duševních poruch a dlouhodobě ovlivnit psychiku, což může vést k depresím a úzkostem (Hajný, 2001).

- **Těkavé látky**

Těkavé látky, jako jsou ředidla, lepidla a další chemické látky s těkavým charakterem, sice nejsou hlavní zneužívanou drogou, ale stále představují značné riziko. Očekávaným hlavním efektem užívání těchto látek je okamžitá euforie a změněné vnímání, přičemž změny mohou hraničit s halucinacemi. Těkavé látky jsou běžně dostupné v obchodech (toluen, benzin atd.), uživatelé vdechují jejich výpary například z igelitových pytlíků nebo přímo z lahví.

Zdravotní rizika spojená s užíváním těkavých látek jsou významná. Uživatelé si často způsobují narušení sliznic a dýchacího aparátu, může dojít k poškození mozku a srdečního svalu. Vzhledem k obtížnému dávkování hrozí předávkování, které může vést k ztrátě vědomí nebo k smrti. Dlouhodobé užívání může způsobit poruchu jaterní činnosti a celkový úpadek osobnosti.

Mezi uživatele těkavých látek patří mladší děti a lidé žijící na místech, kde nejsou jiné psychoaktivní látky k dispozici (Hajný, 2001).

## 4 Závislost

### 4.1 Definice závislosti

Syndrom závislosti, nebo jen závislost, je souhrn symptomů, kdy se látka nebo aktivita, na které je osoba závislá, stává pro tuto osobu mnohem významnější, než aktivity nebo hodnoty před vznikem závislosti. U osob, které mají stálý přístup k psychoaktivním látkám nebo aktivitě, nadměrnou konzumací sociální, psychické, následně i fyzické fungování. Dopadem rozvinutého syndromu závislosti dochází k duševním poruchám a poškození organismu. Z psychiatrického hlediska je závislost nekontrolovatelnou posedlostí opakovat určité chování bez ohledu na dlouhodobé následky (Křížová, 2021).

Hajný (2001) označuje závislost jako nemoc, která se vyznačuje neustálou touhou po účincích drogy, přestože jedinci způsobuje celou řadu obtíží. Jediný experiment s drogou může vést k dlouhodobému užívání. Jedinci, trpící chronickou závislostí se po určité době abstinence k návyku opět vrací. Z počátku může jedinec své užívání drogy kontrolovat. Většinou je toto opatření jedincem nedůsledné a k odvykání návyku to nestačí. Pokud v jedinci přetrvávají důvody, proč v užívání pokračovat, není možné přestat.

Nešpor (2011), popisuje závislost jako fyziologický, behaviorální a kognitivní jev, při kterém je užívání látky nebo určitého typu látky mnohem více preferováno než jiné chování, které bylo pro jedince kdysi důležitější. Hlavním ze šesti kritérií (MNK-10) syndromu závislosti je touha (silná chtivost), která ovlivňuje jedince k užívání psychoaktivních látek (alkohol, tabák, nebo léky na předpis). Potíže se sebekontrolou na začátku a při ukončení užívání látek a jeho množství. Tolerance a neustálá potřeba navyšovat dávky látek, které dříve stačily i v nižším množství k uspokojení potřeb. Fyzický odvykací stav, kde se použitím stejné, nebo jiné podobné látky snaží zmírnit již předešlé příznaky způsobené užíváním látky. Částečné nebo úplné zanedbávání jiných dříve pro jedince důležitých aktivit, jehož důvodem může být vynaložený čas na zajištění a užívání látek. Pokračující užívání i přes dostatečnou informovanost o závažných a nepříznivých důsledcích působení látek na lidské zdraví a psychiku. O posouzení, zda se

jedná o syndrom závislosti. Ten je výčtem minimálně tří anebo více kritérií trvajících déle než jeden rok.

Nešpor (2011)<sub>2</sub> dále poukazuje na rozdílnost mezi MNK-10 klasifikací syndromu závislosti a DSM-IV-TR (2000).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MNK-10) je uvedeno šest kritérií podle kterých se diagnostikuje syndrom závislosti:

- Touha neboli craving
- Sebekontrola
- Nárůst tolerance na užívanou látku
- Somatický odvykací stav
- Zanedbávání dřívějších aktivit
- Vědomí o závažných a nepříznivých důsledcích vyplývajících z užití látky

V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM – IV-TR) je těchto kritérií sedm:

- Nárůst tolerance na užívanou látku
- Symptomy spojené s odvykáním po vysazení látky
- Vyšší dávky přijímané látky po delší dobu, než jak chtěl jedinec sám
- Jeden nebo více pokusů omezit užívání látky
- Vynaložení velkého množství času na zajištění, užívání a následné zotavování z působení látky
- Vynechání nebo jen omezení dříve pro jedince důležitých aktivit
- Neustávající užívání látek s vědomím poškození psychického i fyzického zdraví

Pro DSM-IV-TR platí, že jedinec musí splňovat minimálně tři kritéria ze sedmi po dobu trvajících déle než jeden rok, aby mu byl diagnostikován syndrom závislosti. Obě klasifikace jsou si velmi podobné. Rozdíl se nachází v DSM-IV-TR, kde se nepoužívá touha, jako kritérium pro diagnostiku syndromu závislosti, ve kterém vidí Nešpor (2011) zásadní význam.

## 4.2 Vznik závislosti na psychoaktivních látkách

U dětí a dospívajících vzniká závislost mnohem dříve než u dospělých. U dospívajících vzniká závislost během několika měsíců, zatímco u dospělých se může závislost vytvořit až po letech užívání psychoaktivní látky. Přestože u dětí a dospívajících dochází často k recidivám, dlouhodobá prognóza i přes bouřlivý průběh je velmi dobrá. Důvodem je proces vývoje dospívajících, který může kladně ovlivnit terapeutické úsilí.

Negativní prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, má zásadní vliv na užití psychoaktivní látky. Zvědavost je jedna z možných příčin vzniku závislosti. Lidé si tak většinou ověřují, co jim droga může přinést. Další možností je snaha překonat stresové a jinak závažné životní situace, které by jinak nezvládli vyřešit sami. Další a velmi častou možností vzniku závislosti, je skupina lidí obklopující jedince, která má již nějaký vztah k droze a může jej snáze přesvědčit k jejímu užívání (Nešpor 2011).

Hajný (2001) uvádí existující vztah mezi vlastním vývojem a touhou k poznávání něčeho nového nebo zakázaného. U začínajících je mnoho příčin ke vzniku závislosti. U některých je závislost spojena s vlastním pokusem se přizpůsobit, nebo je přesvědčen svým okolím k užívání drogy. Experimenty s psychoaktivními látkami vznikají již kolem dvanáctého roku života. Děti a dospívající většinou začínají legálními drogami, jako je alkohol a tabák. V častých případech přechází užívání legálních drog k užívání nelegálních drog. U nás nejčastěji k marihuaně, pervitinu a heroinu. Počáteční experimenty užívání drog s sebou přináší i značná rizika. Jednou z možností je předávkování z neznalosti účinku, kvality a množství užívané drogy. Mezi prvotními zdroji k seznámení a získání drogy bývá partner, známý, přítel, spolužák, ale i rodina. Méně častou možností je pouliční prodejce drog (dealer). Mezi hlavní důvody patří stres, nemoc, vytvořený nátlak z okolí a neuspokojení potřeb jedince. Postupem času ztrácejí závislí schopnost užívání kontrolovat a vzhledem k výrazné změně životního stylu i ukončit. Závislost na účincích drog, zahrnuje i sociální závislost na skupině, v níž je droga distribuována a užívána, a na izolaci od ostatních, kteří mohou jedinci pomoci. Závislost nezahrnuje pouze užívání, ale i celou řadu chování neslučitelného s normálním fungováním v rodině, ve škole a na pracovišti. Lidé si pod pojmem závislost představují pouze zvyk, a proto se domnívají, že léčba závislosti spočívá pouze v tom, že závislý

začne drogu odmítat a přijme skutečnost lepšího života bez ní. Neberou však v úvahu všechny aspekty, které ke vzniku a užívání vedly. Léčba by proto měla brát v úvahu komplexní pohled na jedince a přinést změny. Příznivě ovlivnit jeho fyzický a psychický stav, ale také sociální vztahy a prostředí ve kterém žije.

Podle Kaliny a kol. (2003) mohou mít velký význam špatné nebo narušené vztahy jedince s druhými lidmi. Narušené vztahy k sobě samému a nízká schopnost zvládat a tolerovat nepříjemné emoce. Nezvládnuté vývojové obtíže a užívání drog jako prostředek odloučení od rodičů. Vznik a význam traumatu pro vznik a udržování závislosti, kdy většina závislých prožívá určitý stupeň traumatu. Například týrání, zanedbávání, sexuální násilí a potíže ve vztazích.

### **4.3 Typy závislosti na psychoaktivní látce**

Látky, které mají schopnost ovlivňovat nervový systém a vyvolávat psychoaktivní účinky, zahrnují různé druhy, od legálních, jako je alkohol a nikotin, až po nelegální, jako jsou drogy typu kokainu a heroinu. Závislost na těchto látkách má škodlivé následky na fyzické a duševní zdraví jednotlivce a společnost.

Alkoholismus, jedna z nejrozšířenějších forem závislosti, postihuje lidi různých věkových skupin a sociálních vrstev. Zneužívání alkoholu může způsobit vážné problémy s játry, srdcem a nervovým systémem, vedoucí k chronickým onemocněním a snižování kvality života.

Narkomanie, spojená s užíváním nelegálních drog, přináší další rozměr problému. Látky mají devastující účinky na zdraví, vedou k sociálním problémům a kriminalitě. Léčba závislosti na drogách je často velmi náročný proces, který vyžaduje komplexní péči a podporu od odborníků.

Nikotinová závislost, spojená nejen s kouřením tabáku, má negativní dopad na plicní a kardiovaskulární systém, přispívá k výskytu rakoviny a zkracuje délku života. Navzdory známým rizikům si mnoho lidí stále udržuje tento špatný návyk.

Významným aspektem je i závislost na léčivech, kde se může u lidí vyvinout závislost na léčivech předepsaných k léčbě bolesti nebo úzkosti. Tento druh závislosti často začíná

legálním užíváním léků, které postupně přechází v nekontrolované užívání (Křížová, 2021).

#### **4.4 Fáze závislosti na psychoaktivní látce**

Karel Nešpor (2007), v rámci svého zkoumání vývoje závislosti, popisuje čtyři fáze, které postupně charakterizují jednotlivce v průběhu jejich vztahu k psychoaktivním látkám.

- **Fáze experimentování**

V této fázi jedinec začíná zkoumat psychoaktivní látku. Motivace může být různá, od zvědavosti až po vnější tlak. Experimentování není vždy spojeno s rozvojem závislosti, ale představuje první setkání s danou látkou.

- **Fáze pravidelného užívání**

Po fázi experimentu může následovat období pravidelného užívání, kdy jedinec začíná pravidelně užívat psychoaktivní látku. V této fázi si stále může udržovat kontrolu nad frekvencí a množstvím užívání.

- **Fáze návyku**

V této fázi se projevují známky návyku. Jedinec může vykazovat zvýšenou toleranci, což znamená potřebu vyšší dávky látky pro dosažení stejného účinku. Odvykání může způsobit nepříjemné příznaky.

- **Fáze plně vyjádřené závislosti**

V poslední fázi jedinec dosahuje plné závislosti. Užívání látky se stává jádrem jeho života, ovlivňující vše od mezilidských vztahů po pracovní a zdravotní sféru.

#### **4.5 Účinky psychoaktivních látek na zdraví**

Stupeň oblíbenosti jednotlivých drog se mění v závislosti na různých faktorech, jako jsou společenské proměny, změny v osobních životech a dostupnost těchto látek. Situace před



dvaceti lety byla zcela odlišná, což bylo způsobeno nejen vývojem v naší zemi, ale i v celosvětovém měřítku. Také se mění preference mladých lidí, struktura rodin a jejich životní perspektivy, což má vliv na jejich postoj k užívání drog.

Celkově lze říci, že obliba určité drogy je formována jejími účinky, dostupností a vnímáním v rámci kultury a image. Dochází k neustálému vývoji a přizpůsobení se podmínkám a trendům ve společnosti. Při detailnějším zkoumání zdravotních a duševních rizik spojených s touto problematikou se odhalují různé pohledy, které mohou ovlivnit jednotlivce i celé rodiny.

- **Zdravotní rizika:**

Z hlediska zdravotních rizik je klíčové zaměřit se na fyzické dopady užívání drog, nejen na krátkodobé negativní účinky, ale i na dlouhodobé poškození orgánů. Užívání drog může vést k selhání jater, kardiovaskulárním onemocněním a vážným respiračním problémům. Tyto komplikace znamenají nejen zhoršení kvality života, ale mohou vést i k trvalým zdravotním postižením.

Kromě fyzických dopadů jsou také rizika spojená s šířením infekcí. Většina injekčních drogových uživatelů je vystavena riziku nákazy viry, jako je HIV nebo hepatitida C, což zvyšuje zátěž na zdravotnický systém a vyžaduje specifická opatření v péči o tyto jedince.

- **Duševní rizika:**

V oblasti duševního zdraví mohou nastat mnohostranné dopady užívání drog. Psychické poruchy, jako jsou deprese, úzkost a schizofrenie, vznikají v důsledku vystavení se psychoaktivním látkám. Riziko sebevražedných myšlenek a ovlivnění kognitivních schopností jsou dalšími důsledky.

Sociální izolace a vyloučení z rodiny a společnosti patrně představují další hrozby pro duševní pohodu jedince. Důsledky užívání drog nejsou izolovaným problémem, ale mají širší dopad na sociální interakce a vztahy. Zdravotní a duševní rizika spojená s užíváním drog jsou závažnými stanovisky, které nejen postihují jednotlivce, ale i rodiny a společnost jako celek. Prevence a včasná intervence a poskytování podpory jsou klíčové v procesu zvládnání komplexní problematiky. Pouze komplexní přístup může přinést

skutečnou pomoc jednotlivcům a rodinám, které se potýkají s následky užívání drog (Hajný, 2001).

V České republice čelíme problematické situaci v péči o osoby s mentálním postižením. Jejich historická segregace a umístování do ústavních zařízení bylo běžné a teprve nedávno dochází k pozitivním změnám. V těchto institucích byli jedinci s mentálním postižením stále pod přísným dohledem, což omezovalo jejich přístup k psychoaktivním látkám. Ovšem v rodinách nebo v chráněném bydlení je situace odlišná.

#### **4.6 Problematika závislosti u osob s mentální retardací v České republice**

Zvláštní pozornost si zasluhují jedinci s lehkým mentálním postižením, kteří nejsou integrováni do běžných škol, a jsou tak vzděláváni v praktických školách. Tyto školy mají svá specifika, neboť kromě žáků s lehkým mentálním postižením je navštěvují i žáci ze sociálně znevýhodněného prostředí, mezi nimiž je značný podíl Romů. Bohužel zatím nebyla provedena širší epidemiologická studie zaměřená na užívání psychoaktivních látek v těchto školách.

I přes absenci celkového pohledu na situaci lze z menších výzkumů a zkušeností učitelů vyčíst, že užívání návykových látek v této populaci, zejména v případě jedinců s lehkým mentálním postižením, představuje závažný problém (Nepustil, 2012).

## **5 Primární prevence rizikového chování**

### **5.1 Definice prevence**

Prevence představuje systematický a organizovaný soubor opatření a strategií, jejichž cílem je minimalizovat nebo zcela zabránit vzniku nemocí, poruch, škodlivého chování a vznik nepříznivých situací. Tato koordinovaná snaha směřuje k ochraně a posílení zdraví jak jednotlivců, tak i skupin. Prevence je rozdělená do různých úrovní, od primární po terciární, které sledují obecné postupy strategií pro zachování a podporu celkového zdraví (Zábranský, 2003).

### **5.2 Vymezení pojmu rizikové chování**

Rizikové chování můžeme charakterizovat jako aktivity či jednání, které nesou s sebou potenciál nežádoucích následků pro jednotlivce nebo společnost. Činnosti mohou zahrnovat různá rizika, jako je fyzické nebo duševní zdraví, sociální izolace a jiné negativní dopady, které odporují normám či pravidlům platným v dané kultuře nebo společnosti. Je důležité si uvědomit, že vnímání rizikového chování může být subjektivní a může se lišit v závislosti na kontextu a individuálních faktorech (Bártík, Miovský, 2010).

### **5.3 Význam preventivních programů**

Význam preventivních programů spočívá nejen ve snižování rizikových faktorů, ale také v posilování ochranných faktorů a podporování celkového zdraví. Tyto programy představují klíčový nástroj pro vytváření odolnějšího a zdravějšího společenství, přinášející prospěch jak jednotlivcům, tak celé společnosti (Zábranský, 2003).

Mezi významy preventivních programů patří.

- **Snížení zdravotních nákladů**

Preventivní programy jsou klíčovým prostředkem ke snižování celkového počtu nákladů na zdravotní péči. Práce na zabránění vzniku onemocnění či poruchy vytváří příležitost pro dlouhodobé úspory spojené s léčbou a samotnou péčí o nemocné.

- **Zlepšení kvality života**

Prevence přispívá ke zlepšení celkové kvality života minimalizací rizik spojených s nemocemi a poruchami a umožňuje jednotlivcům plnohodnotný a aktivní život.

- **Ochrana veřejného zdraví**

Dalším úkolem preventivních programů je ochrana veřejného zdraví. Preventivní programy efektivně předcházejí šíření infekčních chorob, omezují epidemie a minimalizují rizika spojená s nevhodně zvoleným životním stylem.

- **Zamezení sociálními problémy**

Preventivní programy mají schopnost předcházet sociálním problémům, jako jsou kriminalita, nezaměstnanost a rozpad rodin. Posilují sociální struktury a přispívají k celkové stabilitě společnosti.

- **Podpora individuální odpovědnosti**

Preventivní programy aktivně podporují individuální odpovědnost za vlastní zdraví. Poskytováním informací, vzděláváním a dostupnými zdroji motivují jednotlivce k aktivnímu přístupu k péči o své zdraví.

- **Dlouhodobá udržitelnost zdraví**

Investice do prevence jsou především investicí do budoucnosti. Prevence udržuje zdraví populace dlouhodobě a minimalizuje tíhu nemocí a poruch, čímž přispívá k celkovému zlepšení kvality života (Zábranský, 2003).

Prevence u jedinců s mentálním postižením má zvlášť důležitý význam. Osoby s mentálním postižením mohou být více náchylné k rizikovému chování, než jak je tomu u běžné populace, včetně závislosti na psychoaktivních látkách.

Omezené sociální dovednosti u mentálně postižených způsobují potíže s navazováním zdravých vztahů. To je zvláště důležité, jejich izolací se zvyšuje riziko kontaktu s návykovými látkami a jejich zneužíváním.

Další problematikou je omezený přístup k informacím o rizicích spojených s užíváním psychoaktivních látek. Správně nastavené preventivní programy mohou poskytnout srozumitelné informace, které odpovídají jejich potřebám.

Programy mohou poskytovat podporu pro rozvoj životních dovedností, řešení problémů, efektivní komunikaci a zvládání stresu, což je pro prevenci klíčové.

Zamezení nadužívání léků u mentálně postižených jedinců, užívajících více léků současně, může zvyšovat riziko interakcí s psychoaktivními látkami. Prevence může zahrnovat pro ně důležité informace o nebezpečích spojených s kombinací léků a psychoaktivních látek.

Cílem prevence není pouze minimalizovat rizika, ale také zlepšit celkovou kvalitu života osob s mentálním postižením. Pomáhá vytvářet podmínky pro aktivní a zdravý život, s důrazem na jejich individuální potřeby.

Vytváření a implementace preventivních programů vyžaduje ohled na specifika této skupiny a spolupráci s odborníky, aby byly programy co nejefektivnější a přístupné (Zábranský, 2003).

## **5.4 Druhy prevence**

Prevenci lze obecně rozdělit do tří základních úrovní: primární, sekundární a terciární. Primární prevence je zaměřena na zabránění vzniku rizikového chování u jedinců, u kterých se ještě rizika neprojeví. Jejím cílem je rozvíjet biologické, psychologické, sociální aspekty osobnosti s důrazem na celou společnost a cílové skupiny. Pokud primární prevence selže, přichází na řadu sekundární a terciární prevence, zaměřené na osoby, s již projeveným rizikovým chováním, jako jsou drogové závislosti nebo kriminální jednání, s cílem eliminovat rizika a zabránit recidivě (Kalina, 2003).

Primární prevence lze dále rozčlenit na specifickou a nespecifickou. Nespecifická prevence zahrnuje aktivity nepřímo spojené s konkrétními druhy rizikového chování, zaměřené na podporu zdravého životního stylu a osobní integrity, prováděné především v rodinném a školním prostředí. Naopak specifická primární prevence cíleně řeší konkrétní formy rizikového chování a je realizována ve specifickém čase a prostoru, často ve školním prostředí.

Specifická primární prevence se dále dělí na všeobecnou, selektivní a indikovanou. Všeobecná prevence je určena celé populaci bez ohledu na individuální rizikovost a působí na velké skupiny osob, jako je například školní třída. Selektivní prevence se zaměřuje na ohrožené a znevýhodněné skupiny jedinců, zatímco indikovaná prevence je určena těm, kteří jsou nejvíce ohroženi nebo u nichž se již projevuje rizikové chování. Je zřejmé, že primární prevence má klíčový význam v ochraně jedinců a skupin před negativními dopady rizikového chování. Jejím cílem není izolovat jedince od rizika, ale vytvořit osobnost schopnou rozpoznat a eliminovat rizika (McGrath, Yuko, 2007).

## **5.5 Programy primární prevence a jejich druhy**

Jedním z důležitých kritérií primárních programů prevence je především jejich efektivita, schopnost programu skutečně snížit výskyt rizikového chování u cílové skupiny, na kterou byl zaměřen. Existuje široká škála různých programů primární prevence, které lze klasifikovat podle jejich zaměření nebo způsobu realizace (Miovský 2010, 2015).

Miovský (2010, 2015) klasifikuje preventivní programy do několika kategorií:

- **Programy zaměřené na rozvoj životních dovedností**

Programy soustředící se na rozvoj rozhodovacích schopností, zvládání úzkosti a stresu, sociálních dovedností a odolávání tlaku. Mohou zahrnovat různé formy výuky, diskusí, a cvičení.

- **Programy zaměřené na intrapersonální rozvoj**

Programy zabývající se uvědomováním si hodnot, určení cílů, budování pozitivního sebehodnocení, stanovení norem. Mohou zahrnovat skupinové diskuse, cvičebnice a interaktivní aktivity.

- **Programy informativní**

Programy zaměřující se na předávání informací o dopadech rizikového chování.

Obsahují detailní informace o různých typech rizikového chování, jeho příčinách a historických souvislostech. Mohou zahrnovat běžnou výuku, promítání filmů a diskusní setkání.

Miovský (2015) zdůrazňuje, že efektivita těchto programů se zvyšuje, pokud jsou založeny na kombinaci více typů programů. Důležité je také pečlivě vymezit cílovou skupinu a vhodně přizpůsobit obsah a techniky programu věku a vzdělání účastníků.

Formy realizace, programy primární prevence mohou být:

- **Frontální programy**

Zahrnují přednášky, projekce nebo výstavy.

- **Interaktivní programy**

Obsahují skupinovou práci, zážitkové aktivity nebo terénní programy.

- **Výcvik/trénink**

Zahrnuje praktické tréninky a cvičení.

## 6 Praktická část

V oblasti prevence drogových závislostí se primární preventivní programy staly klíčovými nástroji jak v České republice, tak ve Spojených státech amerických. Tyto programy mají za cíl nejen poskytovat informace a osvětu o rizicích užívání drog, ale také podporovat zdravý životní styl a posilovat ochranu proti různým faktorům vedoucím k závislostem.

Právě v této souvislosti je důležité provést detailní analýzu primárních preventivních programů s ohledem na jejich strukturu, cíle, účinnost a klíčové faktory ovlivňující jejich implementaci.

### 6.1 Vymezení pojmu SWOT analýza

SWOT analýza je nástroj, který slouží k systematickému posouzení silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb spojených s určitým subjektem, jako je například firma, projekt nebo program. Tento analytický přístup umožňuje organizacím a jednotlivcům podrobněji zkoumat jejich interní a externí prostředí a lépe porozumět faktorům ovlivňujícím jejich úspěch či neúspěch. Identifikuje klíčové aspekty a trendy, SWOT analýza poskytuje důležitý základ pro strategické plánování a rozhodování. Pokud je prováděna důkladně a objektivně, může vést k informovaným strategiím a efektivnějšímu řízení rizik (ProjectManager.com., 2024).

### 6.2 Stanovení výzkumných cílů

Záměrem výzkumu je provést charakteristiku a SWOT analýzu jednotlivých preventivních programů v České republice a ve Spojených státech amerických se zaměřením na psychoaktivní látky u mentálně postižených žáků. V bakalářské práci se zaměřím na možnosti jejich uplatnění u jedinců s mentálním postižením a porovnání SWOT analýz mezi sebou.

**Jaký jsou primární preventivní programy zaměřené na psychoaktivní látky pro žáky s mentální retardací v současnosti používané v České republice a v USA?**



**Jaké jsou hlavní cíle těchto programů a jak jsou strukturovány?  
Jaká je účinnost a dosah těchto programů v prevenci drogových závislostí? Jaké  
jsou klíčové faktory ovlivňující úspěšnost implementace primárních  
preventivních programů u mentálně postižených žáků?  
Kde jsou hlavní slabiny a nedostatky těchto programů a jak lze tyto oblasti zlepšit  
nebo změnit?**

### **6.3 Charakteristika primárního preventivního programu ve Spojených státech amerických**

Národní průzkum užívání drog a zdraví (NSDUH), prováděný federální vládou, prošel v průběhu let řadou významných změn. Změny mají především sloužit ke zlepšení přesnosti sběru dat a zapojení respondentů.

První zásadní změnou bylo rozšíření v roce 1999, kdy se průzkum rozšířil na všech 50 států USA a okres Kolumbie, což umožnilo lepší reprezentaci populace.

Další významnou změnou byl přechod na počítačově asistovaný rozhovor (CAI) téhož roku. Tento krok umožnil personálu snížit administrativu většiny otázek pomocí zvukového počítačově asistovaného samoobslužného rozhovoru, což zvýšilo důvěrnost a pravdivost odpovědí.

V roce 2002 došlo k dalšímu vývoji, kdy byl průzkum přejmenován na NSDUH, což odráželo širší zaměření na celkové zdravotní chování. Současně byla zavedena pobídka ve výši 30 dolarů pro respondenty, aby se zlepšila jejich účast a kvalita poskytnutých dat. V dalších letech, konkrétně v letech 2014 a 2015, byly provedeny další změny v návrhu vzoru dotazníku, pravděpodobně s cílem zlepšit reprezentativnost a aktualizovat otázky na základě nových trendů a výzkumných poznatků.

V roce 2020 NSDUH zahrnul do svých metod internetové rozhovory vedle tradičních osobních rozhovorů v domácnostech, čímž reagoval na moderní technologické změny a poskytl respondentům pohodlnější možnosti účasti.

Takové změny ukazují na neustálou snahu udržet krok s vývojem metodologie průzkumu a technologií, s cílem poskytovat přesnější a komplexnější data o užívání návykových látek a zdravotního chování v USA.

Průzkum NSDUH v roce 2022 použil kombinovaný způsob sběru dat, kdy respondenti mohli vyplnit průzkum osobně nebo online. Výsledky z roku 2022 nejsou přímo srovnatelné s předchozími roky, odhady je možné porovnat mezi lety 2021 a 2022. Podle průzkumu z roku 2022 téměř 60 % osob ve věku 12 až 25 let užívalo tabákové výrobky, konzumovalo alkohol nebo užívalo nelegální drogy. Mezi těmito lidmi tvořili aktuální uživatelé alkoholu největší podíl. Zvláště mezi mladými dospělými ve věku 18 až 25 let byla výraznější tendence k nárazové konzumaci alkoholu ve velkém množství. Mezi nelegálními drogami, byla marihuana nejčastěji užívanou látkou. Naopak, užívání opioidů bylo zaznamenáno jako nižší.

Užívání návykových látek postihuje značný počet lidí, přičemž adolescenti jsou vystaveni zvláštnímu riziku. Významný podíl populace trpí poruchami užívání alkoholu, drog nebo kombinací obou, přičemž osoby ve věku 18 až 25 let jsou nejvíce ohroženou skupinou. Mezi adolescenty je výskyt závažných depresivních epizod poměrně vysoký a tito jedinci jsou častěji spojováni s užíváním návykových látek. Mezi dospělými je duševní onemocnění běžné, přičemž mladí dospělí jsou nejvíce postiženi. Ti, kteří trpí vážnými duševními poruchami, jsou také často uživateli nelegálních drog.

Sebevražedné myšlenky a závislostní chování jsou alarmující jak u adolescentů, tak u dospělých, přičemž výskyt je značně vyšší mezi mladými lidmi. Potřeba léčby poruch užívání látek je vysoká, avšak mnoho postižených lidí ji nepřijímá nebo o ni nejeví zájem, což ukazuje na nutnost posílení dostupnosti a vhodnosti prevence (SAMSA, 2022).

Program ALERT představuje významnou iniciativu v oblasti prevence drogové závislosti, která byla vyvinuta a testována výzkumníky z RAND Corporation na počátku 80. let 20. století. Od svého zrodu získal program podporu od nadace Hilton Foundation a později BEST Foundation for a Drug-Free Tomorrow, které ho aktivně podporovaly po dobu více než dvou desetiletí. Jednou z klíčových charakteristik programu je jeho nezávislost na finančních prostředcích od průmyslu s alkoholem a tabákem, což mu poskytuje

důvěryhodnost a autoritu. Díky svému úspěchu se program ALERT rozšířil do tisíců škol po celých Spojených státech a také do dalších zemí jako Kanada, Indie, Mexiko, Chile, Austrálie a Japonsko.

Kurikulum programu ALERT je navrženo s ohledem na individuální rozdíly mezi žáky. Zaměřuje se nejen na dlouhodobé, ale i na okamžité a krátkodobé důsledky užívání návykových látek a varuje před riziky spojenými s alkoholem, nikotinem a marihuanou i při malých dávkách. Jeho cílem je snížit užívání návykových látek tím, že předchází prvním zkušenostem s nimi a brání, aby se z těchto experimentů stalo pravidelné užívání. Učební plán zahrnuje 11 lekcí, které se rozprostírají do 11 týdnů v sedmé třídě, a tři posilovací lekce v osmé třídě po dobu tří týdnů. Plán je veden záměrně s frekvencí 45minutových lekcí, aby se umožnilo efektivní učení a upevnění dovedností. Program je určen pro žáky, kteří jsou ve fázi nových přátelství a zkušeností. Statistiky naznačují, že vzdělávací instituce jsou klíčovými pro preventivní programy, neboť s věkem se zvyšuje riziko užívání návykových látek.

Pedagogové i žáci mají k dispozici řadu materiálů a doplňků.

Na začátku každé lekce je přehled cílů, aktivit a stručný popis toho, čeho se má v lekci dosáhnout. Jsou tam i předem připravené instrukce, seznam potřebných materiálů, seznam aktivit s doporučeným tempem pro každou lekci a stručným popisem plánu v několika odstavcích i vysvětlení, jak aktivity souvisejí s cílem.

Každá lekce začíná úvodní aktivitou, která představuje cíl lekce, a pokračuje dalšími aktivitami. Mezi ně patří diskuse ve třídě, kde se využívají například plakáty a vizuální pomůcky, hraní rolí, včetně videí a scének provedených žáky.

Základních 11 lekcí Programu ALERT je rozděleno do čtyř částí. Lekce jsou navrženy tak, aby postupovaly za sebou.

- **Motivace k neuzívání návykových látek (lekce 1-3), bezpečné a legální užívání léčivých přípravků. Rizika spojená s jejich zneužitím (lekce 8).** Část lekcí se zaměřuje na motivaci žáků k odolání užívání látek a uvědomění si rizik spojených

s jejich užíváním, stejně jako na bezpečné a odpovědné užívání léčivých přípravků.

- **Identifikace tlaků spojených s užíváním návykových látek. Učení, jak odolat těmto tlakům a procvičování této dovednosti (lekce 4-6).**

Lekce se soustředí na identifikaci různých tlaků vedoucích k užívání návykových látek a poskytují žákům dovednosti k odolávání těmto tlakům.

- **Přezkoumání klíčových konceptů a procvičování dovedností odolávání (lekce 7, 9, 11).**

Lekce posilují předchozí učení a pomáhají žákům pevněji upevnit své dovednosti a přesvědčení o odolávání užívání návykových látek.

- **Motivace k ukončení kouření a vapování (lekce 10):**

Závěrečná lekce se zaměřuje na motivaci k ukončení kouření a vapování, zejména pro ty, kteří jsou pravidelnými uživateli nikotinu.

Od lekce 5 a opakovaně v lekcích 6, 7, 8, 9 a 11 se Program ALERT zaměřuje na budování dovednosti odolávání, což jsou různé způsoby, jak říci "ne". Kurikulum využívá osvědčené metody modelu, praxe a zpětné vazby jako přístup k vybudování dovedností. Pedagogové využívají různé strategie, včetně modelování prostřednictvím videí a procvičování dovednosti odolání s následnou zpětnou vazbou, aby posílili schopnosti žáků odolávat tlakům vnitřního a vnějšího prostředí k užívání návykových látek.

Na rozdíl od celkového preventivního zaměření Programu ALERT je lekce o odvykání kouření a vapování zaměřena na konkrétní skupinu pravidelných uživatelů nikotinu. Pomáhá jim motivovat se k odbourání užívání tabáku a modeluje úspěšné chování při odvykání.

Mnoho výzkumů v psychologii naznačuje, že mladí lidé myslí jinak než dospělí. Tyto rozdíly ve způsobu myšlení činí mladé lidi více náchylnými k riskování svého zdraví. Program ALERT se snaží být citlivý k těmto rozdílům v myšlení adolescentů. Zaměřuje se na několik klíčových aspektů, které jsou relevantní pro prevenci užívání návykových

látek a podporu odolnosti vůči nim. Adolescenti mají problém přemýšlet o budoucích následcích svých rozhodnutí. Často věří, že jsou imunní vůči negativním událostem, což někteří psychologové nazývají "mýtem osobní nesmrtnosti". Často bagatelizují rizika spojená s užíváním drog na základě pozorování ve vlastní rodině, obtíže s porozuměním pravděpodobnosti a jejím významem pro jejich vlastní životy a zdraví.

Program ALERT se snaží tyto rozdíly v myšlení adolescentů zohlednit ve svém kurikulu. Zaměřuje se na okamžité i dlouhodobé důsledky užívání látek a poskytuje žákům specifické dovednosti odolávání tlakům k užívání drog.

Zaměřuje se na sociální vlivy, které mohou vést k užívání drog, a snaží se motivovat žáky k odporu proti nim. Věří, že aktivní zapojení žáků do vzdělávacího procesu a použití různých metod, kdy si žáci nacvičují odmítnutí drogy nabízené kamarádem či dealerem, hry a diskuse ve skupinách, může posilovat jejich odolnost vůči užívání drog (RAND Corporation, 2023).

#### **6.4 Charakteristika primárního preventivního programu v České republice**

Význam prevence ve školách je při formování osobnosti mládeže je klíčový. Politika primární prevence rizikového chování v České republice začala získávat na významu v 90. letech 20. století, zejména kvůli rostoucímu počtu mladých uživatelů psychoaktivních látek.

Důležitými kroky směrem k profesionálnímu přístupu v oblasti prevence zahrnují vytvoření standardů kvality programů zaměřených na prevenci užívání návykových látek a následnou systematizaci preventivních opatření. Programy financované z Evropského sociálního fondu, spolupracující s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) sehrávají v tomto procesu klíčovou roli.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy má klíčovou úlohu v implementaci politiky prevence rizikového chování u dětí a mládeže. Stanovuje základní standardy a podílí se na financování projektů v této oblasti.

Standardem primární prevence rizikového chování se neomezují pouze na prevenci užívání návykových látek, ale zahrnují i další formy rizikového chování, jako je šikana, záškoláctví, rasismus a xenofobie.

Prvním úkolem je stanovování základních standardů primární prevence rizikového chování, které byly vypracovány v rámci projektu financovaného z Evropského sociálního fondu. Tyto standardy specifikují požadavky na kvalitu programů zaměřených na prevenci sociálně patologických jevů, zejména u pedagogů a poradenských pracovníků ve školách.

Dále MŠMT formuluje strategie v oblasti primární prevence rizikového chování a stanovuje priority pro budoucí období. Podporuje také vytváření propojení mezi subjekty, které se podílejí na implementaci priorit primární prevence.

Dalším úkolem je podpora vytváření nezbytných materiálních, personálních a finančních podmínek pro realizaci primární prevence ve školství. To zahrnuje poskytování metodické podpory subjektům působícím v oblasti primární prevence.

Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2019-2027, která vychází z předchozí strategie platné v letech 2013-2018, je vypracována ve spolupráci s odborníky z různých oblastí a zástupci státní správy, samosprávy, škol, vysokých škol a neziskových organizací. Tato strategie je v souladu s dalšími relevantními koncepčními dokumenty, včetně strategií vzdělávací politiky, prevence kriminality, protidrogové politiky, rovnosti žen a mužů, zdravotní strategie a dalších.

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže pro období 2019-2027 je základním strategickým dokumentem MŠMT v České republice, který určuje rámec pro politiku v této oblasti. Tento dokument staví na předchozí verzi z let 2013-2018 a definuje šest hlavních oblastí politiky primární prevence. Každá z těchto oblastí má své cíle a priority.

- **System**

Zajištění fungování efektivního a integrovaného systému prevence rizikového chování dětí a mládeže.

- **Koordinace**

Zabezpečení koordinace a spolupráce mezi různými subjekty a organizacemi zapojenými do prevence.

- **Legislativa**

Aktualizace právního rámce a příslušných zákonů, aby podporovaly prevenci rizikového chování.

- **Vzdělávání**

Zajištění kvalitního vzdělávání pro pedagogy a další odborníky v oblasti prevence.

- **Financování**

Zajištění dostatečných finančních prostředků pro realizaci preventivních programů a opatření.

- **Monitoring, hodnocení a výzkum**

Průběžné sledování účinnosti preventivních opatření a jejich pravidelné hodnocení a aktualizace na základě nových poznatků a potřeb.

Součástí strategie jsou i konkrétní akční plány, které obsahují detailní opatření směřující k dosažení stanovených cílů. Implementace strategie je rozdělena do tří etap, přičemž každé tři roky je prováděno vyhodnocení a aktualizace akčního plánu s cílem zajištění relevance a efektivity preventivních opatření.

Hlavním účelem strategie je poskytnout jasný rámec pro politiku primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v České republice, informovat odbornou i širší veřejnost o cílech a prioritách této politiky a poskytnout nástroje pro efektivní realizaci preventivních opatření v praxi (MŠMT, 2019).

Advaita je zájmovou organizací, která se zasazuje o podporu jedinců ohrožených rizikovým a závislostním chováním v Libereckém kraji a celé České republice. Zaměřuje se na poskytování kvalitních a potřebných služeb v oblasti prevence a léčby závislostí, a to v souladu s nejvyššími standardy odbornosti a etiky.

Advaita působí jako stěžejní součást sítě zařízení v oblasti sociální péče, přičemž se zaměřuje na čtyři hlavní oblasti: činnosti primární prevence, ambulantní poradenství, terapeutickou komunitu a doléčovací program.

Primární prevence slouží jako první linie obrany proti rizikovému chování a závislostem, nabízející informační kampaně, osvětu a podporu zdravého životního stylu. Ambulantní poradenství zajišťuje individuální podporu a poradenství pro jednotlivce a jejich rodiny, kteří se potýkají s problémy spojenými s rizikovým chováním či závislostmi.

Terapeutická komunita poskytuje prostředí pro dlouhodobou podporu a rehabilitaci jedinců s vážnějšími problémy, kde mohou v bezpečném prostředí pracovat na svém zotavení a reintegraci do společností. Doléčovací program pak slouží jako důležitý most mezi léčebnými procesy a návratem do běžného života, poskytující kontinuální podporu a sledování pro nedávno léčené jedince.

Služby jsou poskytovány s důrazem na individuální potřeby a respekt k jedinečnosti každého člověka.

Všeobecný preventivní program "Drogy a my I., II." je zaměřen na osvětu a prevenci v oblasti užívání návykových látek s důrazem na konopné drogy. Jeho cílem je pomoci žákům ve věku od 6 do 15 let lépe porozumět této problematice, ujasnit si své postoje a motivovat je ke zdravému životnímu stylu.

**I. Program:** První část programu, určená žákům 6. tříd, se soustředí na základní pojmy jako jsou návykové látky a závislost. Žákům jsou poskytnuty informace o legálních návykových látkách, jako je alkohol, tabák, léky a energetické nápoje a jsou upozorněni na rizika spojená s jejich užíváním. Dále je program zaměřen na posílení jejich schopnosti odolávat skupinovému tlaku a motivuje je k zdravému životnímu stylu.



**II. Program:** Druhá část programu, určená žákům od 7. do 9. tříd, se detailněji zabývá problematikou nelegálních návykových látek, včetně konopných drog. Poskytuje žákům komplexní informace o účincích a rizicích užívání, možnostech léčby a legislativě v této oblasti. Stejně jako první část i druhý program motivuje žáky k zdravému životnímu stylu a posiluje jejich schopnost odolat skupinovému tlaku a odmítnout užívání drog.

Program "Drogy a my I., II." je navržen tak, aby se zapojil do různých oblastí Rámcového vzdělávacího programu. Podporuje výchovu ke zdraví, posiluje povědomí o vlastních hodnotách a rozvíjí schopnosti žáků jednat zodpovědně ve společnosti. Tím se aktivně přispívá k formování žáků jako občanů se silnými morálními a zdravotními hodnotami.

Program selektivní primární prevence je určen pro skupiny, ve kterých se vyskytují faktory, které mohou přispět k rozvoji různých druhů rizikového chování. Jeho cílem je intervenovat v raném stádiu a pomoci těmto skupinám zvládat a řešit problémy spojené s chováním, které může negativně ovlivnit jejich rozvoj a vztahy.

Tento program je zaměřen na žáky 3. až 9. ročníku základních škol a na studenty středních škol, stejně jako na jiné skupiny s podobným věkem (8-18 let).

Každá skupina je jedinečná, a proto je program individuálně přizpůsoben specifickým potřebám a situaci konkrétní třídy. Častá témata zahrnují problematické vztahy uvnitř skupiny, nedůvěru, šikanu nebo skupiny ohrožené závislostmi.

Program se skládá ze čtyř setkání, která trvají celkem 11 vyučovacích hodin, a obsahuje fáze mapování, intervence a závěrečného hodnocení. Před započatím spolupráce probíhá schůzka, na které se vzájemně snažíme pochopit očekávání a možnosti.

Po prvním setkání se skupinou se společně rozhoduje, zda chceme ve spolupráci nadále pokračovat. V případě souhlasu následují další tři setkání, každé trvající 3x45 minut.

Klíčovou součástí programu jsou konzultace s třídním učitelem/učitelkou před a po každém setkání. Před setkáním lektori získávají informace o aktuální situaci ve skupině, po setkání dochází k vzájemnému hodnocení průběhu a hledání strategií pro další práci. Cílem programu selektivní primární prevence je co nejlépe reagovat na potřeby konkrétní

skupiny a poskytnout podporu v raném stádiu, kdy lze ještě efektivně ovlivnit vývoj rizikového chování (Advaita, 2024).

## **6.5 SWOT analýza primárního preventivního programu v České republice**

### **Silné stránky:**

- **Kvalitní a potřebné služby**

Advaita se vyznačuje poskytováním kvalitních a nezbytných služeb v oblasti prevence a léčby závislostí. Tento důraz na kvalitu pomáhá lidem v ohrožení žít zdravější a soběstačnější životy.

- **Široké spektrum služeb**

Organizace nabízí širokou škálu služeb, zahrnující primární prevenci, ambulantní poradenství, terapeutickou komunitu a doléčovací program. Tento komplexní přístup umožňuje individuální péči a podporu přizpůsobenou potřebám jednotlivých klientů.

- **Expertní tým**

Advaita disponuje odborným týmem s bohatými znalostmi a zkušenostmi v oblasti prevence a léčby závislostí. Tento tým zajišťuje kvalitní a profesionální péči pro klienty.

### **Slabé stránky:**

- **Omezené zdroje**

Organizace může čelit omezeným finančním a lidským zdrojům, což může omezovat rozsah a dostupnost poskytovaných služeb.

- **Omezená dostupnost**

Pokud není Advaita dostatečně propagována, může existovat riziko, že lidé nebudou vědět o jejích službách nebo nebudou schopni je využít.

### **Příležitosti:**

- **Rozšíření působnosti**

Advaita může rozšířit svou činnost do dalších regionů nebo komunit, čímž by mohla poskytnout služby více lidem ohroženým rizikovým a závislostním chováním.

- **Partnerství a spolupráce**

Organizace může vytvořit partnerství s dalšími institucemi nebo komunitními organizacemi, což by umožnilo sdílení zdrojů a znalostí a posílilo efektivitu poskytovaných služeb.

### **Hrozby:**

- **Konkurence**

Existence konkurenčních organizací v oblasti péče o závislosti může omezovat růst a úspěch Advaita.

- **Finanční nestabilita**

Organizace čelí riziku finanční nestability, zejména pokud ztratí zdroje financování ze státních nebo grantových programů. Diversifikace zdrojů financování může pomoci snížit toto riziko.

Programy primární prevence v České republice jako je "Drogy a my I., II." je důležitá iniciativa zaměřena na osvětu a prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Tento program je navržen tak, aby poskytoval informace, podporu a dovednosti potřebné k prevenci užívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů. Nicméně, při zvažování jejich použití pro mentálně postižené žáky by bylo třeba provést několik úprav a adaptací.

- **Jednodušší jazyk a vizuální podpora**

Obsah programů by měl být přepracován do jednoduššího jazyka a doplněn o vizuální podporu, jako jsou obrázky, ilustrace nebo videa, aby byl srozumitelnější pro mentálně postižené žáky.

- **Zjednodušení konceptů a informací**

Komplexní pojmy a informace by měly být rozloženy na menší části a prezentovány strukturovaným a snadno pochopitelným způsobem. Důraz by měl být kladen na klíčové body a praktické aplikace v reálném životě.

- **Interaktivní a praktické aktivity**

Programy by měly zahrnovat více interaktivních a praktických aktivit, které by umožnily mentálně postiženým žákům zapojit se do učení prostřednictvím konkrétních zkušeností a experimentování.

- **Individuální podpora a asistence**

Pedagogové by měli poskytovat individuální podporu a asistenci mentálně postiženým žákům při studiu programu. To může zahrnovat opakování informací, poskytování dodatečného vysvětlení a přizpůsobení tempo učení podle potřeb jednotlivých žáků.

- **Inkluzivní prostředí**

Je důležité vytvořit inkluzivní prostředí, které podporuje účast mentálně postižených žáků a respektuje jejich individuální potřeby a schopnosti. To zahrnuje vytvoření podpůrného prostředí, kde je akceptována různorodost a podpora vzájemného respektu a porozumění.

- **Průběžné hodnocení a přizpůsobení**

Programy by měly být pružné a umožňovat průběžné hodnocení efektivity a účinnosti. Na základě zpětné vazby od pedagogů a žáků by měly být prováděny úpravy a přizpůsobení, aby co nejlépe vyhovovaly potřebám mentálně postižených žáků. Tyto úpravy by měly umožnit efektivní implementaci programů primární prevence pro mentálně postižené žáky a přispět k posílení jejich schopností a znalostí v oblasti prevence rizikového chování.

## **6.6 SWOT analýza primárního preventivního programu ve Spojených státech amerických**

SWOT analýza programu ALERT poskytuje komplexní pohled na jeho silné stránky, slabé stránky, příležitosti a hrozby v oblasti prevence drogové závislosti mezi mládeží. Analýza umožňuje lepší porozumění vnitřních a vnějších faktorů, které mohou ovlivnit úspěch a efektivitu programu. Navzdory své dlouhé historii úspěchu a podpoře významnými nadacemi, program ALERT čelí určitým výzvám a hrozbám, ale zároveň nabízí mnoho příležitostí pro další rozvoj a rozšíření. Následující analýza detailněji zkoumá faktory a poskytuje základ pro strategické plánování a posilování programu v boji proti drogové závislosti mezi mladými lidmi.

### **Silné stránky:**

- **Dlouhodobý úspěch**

Program ALERT má dlouhou historii úspěšného působení od počátku 80. let 20. století. Tato kontinuita ukazuje na jeho dlouhodobou účinnost a schopnost přizpůsobit se měnícím se potřebám.

- **Podpora nadací**

Získal podporu od renomovaných nadací, jako je Hilton Foundation a BEST Foundation, což zvyšuje jeho důvěryhodnost a umožňuje pokračování ve výzkumu a vývoji nových přístupů k prevenci drogové závislosti.

- **Nezávislost na průmyslu**

Jeho nezávislost na financích od průmyslu s alkoholem a tabákem posiluje jeho důvěryhodnost a autoritu v očích veřejnosti, rodičů, pedagogů a školních úředníků.

- **Rozšíření do více zemí**

Program ALERT se úspěšně rozšířil do mnoha zemí po celém světě, což svědčí o jeho adaptabilitě a univerzální použitelnosti v různých kulturách a prostředích.

- **Individualizované kurikulum**

Kurikulum je navrženo s ohledem na individuální rozdíly mezi žáky, což zvyšuje jeho relevanci a účinnost v různých vzdělávacích prostředích.

**Slabé stránky:**

- **Omezené finanční zdroje**

Program ALERT může být zranitelný vůči výkyvům ve financování, ačkoli získal podporu od nadací, může stále čelit omezením v rozpočtu a zdrojích pro další rozvoj a rozšíření.

- **Omezený dosah**

Navzdory svému rozšíření stále existují regiony, ve kterých není dostatečně dostupný nebo známý. Nedostatečná dostupnost a povědomí mohou omezit jeho potenciální dopad.

- **Omezené zdroje pro implementaci**

Mnoho škol může mít omezené zdroje pro implementaci programu ALERT, což může zahrnovat nedostatek času, vyškoleného personálu a finančních prostředků potřebných k úplnému provedení kurikula.

**Příležitosti:**

- **Rozšíření do dalších škol a regionů**

Existuje možnost dalšího rozšíření programu do nových škol a regionů, což by mohlo zvýšit jeho dosah a dopad v boji proti drogové závislosti mezi mladými lidmi.

- **Online přístup**

V době digitalizace a distančního vzdělávání je zde příležitost rozšířit dostupnost programu prostřednictvím online platform a zdrojů, což by mohlo zvýšit jeho dosah a efektivitu.

- **Partnerství s dalšími organizacemi**

Spolupráce s dalšími organizacemi v oblasti prevence drogové závislosti může poskytnout další zdroje, znalosti a podporu pro program, což by mohlo posílit jeho účinnost a dosah.

### **Hrozby:**

- **Konkurence**

Existuje konkurence s jinými programy a iniciativami v oblasti prevence drogové závislosti, což může omezit dosah a úspěch programu ALERT a jeho schopnost zajistit financování a pozornost.

- **Změny ve financování**

Změny ve financování nadací nebo vládních programů mohou negativně ovlivnit finanční stabilitu programu ALERT a jeho schopnost pokračovat v provozu a rozvoji.

- **Omezený zájem škol a pedagogů**

Některé školy a pedagogové mohou mít omezený zájem o implementaci programu ALERT z důvodu jiných priorit, nedostatku povědomí o jeho účinnosti nebo nedostatečné podpory ze strany školských úřadů. Tato nedostatečná podpora může omezit jeho potenciální dopad a účinnost.

Program ALERT je významnou iniciativou v oblasti prevence drogové závislosti, který je adaptabilní a univerzální. Jeho úspěch využívá individuálních rozdílů mezi žáky a zaměřuje se na různé aspekty prevence drogové závislosti. Nicméně, pokud by měl být úspěšně aplikován u mentálně postižených žáků, musel by být upraven a přizpůsoben jejich specifickým potřebám a schopnostem. Mentálně postižení žáci mohou vyžadovat

zvláštní přístup a metodiky, které by braly v úvahu jejich omezení a schopnosti. Tímto způsobem by mohl být Program ALERT upraven pro účinnou prevenci drogové závislosti u mentálně postižených žáků.

- **Speciální materiály a metody výuky**

Program by měl zahrnovat speciálně navržené materiály a metody výuky, které by byly vhodné pro mentálně postižené žáky. To zahrnuje jednoduché a srozumitelné instrukce, vizuální pomůcky, interaktivní aktivity a příklady relevantní pro jejich životní situaci.

- **Individuální přístup**

Je důležité mít individuální přístup k mentálně postiženým žákům a respektovat jejich jedinečné potřeby a schopnosti. Program by měl být flexibilní a přizpůsobitelný tak, aby mohl efektivně reagovat na různé úrovně mentálního postižení a rozvojové potřeby každého žáka.

- **Dostupnost speciálních zdrojů**

Je nezbytné zajistit, aby byly speciální zdroje a materiály pro mentálně postižené žáky snadno dostupné. To zahrnuje přístupnost k alternativním formátům materiálů, jako jsou audio nebo tiskové materiály, které mohou být vhodnější pro tyto žáky.

- **Školení pedagogů**

Pedagogové by měli absolvovat školení zaměřené na práci s mentálně postiženými žáky a aplikaci programu ALERT v tomto kontextu. To zahrnuje porozumění specifickým potřebám jednotlivých žáků s mentálním postižením a jejich různým potřebám. Je důležité také získání dovedností pro efektivní vedení a podporu.

- **Zapojení rodin a podpůrných služeb**

Rodiny a další podpůrné služby hrají klíčovou roli v podpoře mentálně postižených žáků. Program by měl zahrnovat spolupráci s těmito zainteresovanými stranami a poskytnout jim potřebné informace a zdroje pro podporu prevence drogové závislosti doma a ve společenství.



- **Vytváření bezpečného a podpůrného prostředí**

Je nezbytné vytvořit prostředí, které je pro mentálně postižené žáky bezpečné, podpůrné a inkluzivní. To zahrnuje podporu emocionálního a sociálního rozvoje, důraz na respekt a soucit mezi spolužáky a vytváření pozitivních vztahů v rámci školního prostředí.

Adaptace Programu ALERT pro mentálně postižené žáky by vyžadovala pečlivou analýzu jejich potřeb a schopností a tvůrčí přístup k vytvoření prostředí, které by podporovalo jejich zdravý životní styl a prevenci drogové závislosti.

## **6.7 Porovnání výsledků SWOT analýzy**

### **Silné stránky:**

- **Kvalitní služby**

Oba programy, jak v České republice, tak ve Spojených státech amerických, jsou vysoce hodnoceny za poskytování kvalitních služeb v oblasti prevence a léčby závislostí. Tento důraz na kvalitu je zásadní pro podporu jedinců ohrožených rizikovým chováním a pro vytváření zdravějších komunit.

- **Široká škála služeb**

Organizace nabízejí rozmanité služby, které zahrnují primární prevenci, ambulantní poradenství, terapeutickou komunitu a doléčovací program. Tento komplexní přístup umožňuje individuální péči a podporu přizpůsobenou potřebám každého jedince.

- **Expertní tým**

S oběma programy je spojen odborný tým s bohatými znalostmi a zkušenostmi v oblasti prevence a léčby závislostí. Tento tým zajišťuje vysokou úroveň péče a profesionální a individuální přístup k jedincům.

### **Slabé stránky:**

- **Omezené zdroje**

Oba programy mohou čelit omezeným finančním a lidským zdrojům, což může omezovat jejich schopnost rozšířit rozsah poskytovaných služeb a zvýšit jejich dostupnost.

- **Omezená dostupnost**

Pokud nejsou programy dostatečně propagovány, existuje riziko, že lidé nebudou informováni o jejich službách nebo nebudou schopni je využít. Nedostatečné povědomí může omezit dosah a účinnost programů.

### **Příležitosti:**

- **Rozšíření působnosti**

Existuje příležitost pro oba programy rozšířit svou činnost do dalších regionů a komunit, což by mohlo zvýšit dostupnost služeb a podpořit širší spektrum jedinců ohrožených rizikovým chováním. Své působení mohou zaměřit také na jedince s mentálním postižením, neboť v této oblasti je primární prevence nedostatečná.

- **Partnerství a spolupráce**

Spolupráce s dalšími organizacemi a institucemi může poskytnout dodatečné zdroje, znalosti a podporu, což by mohlo posílit efektivitu a účinnost programů.

### **Hrozby:**

- **Konkurence**

Existence konkurenčních organizací v oblasti péče o závislosti může omezit dosah a úspěch obou programů a jejich schopnost zajistit financování a pozornost.

- **Finanční nestabilita**

Riziko finanční nestability může ohrozit provoz a rozvoj obou programů, zejména pokud ztratí financování ze státních nebo grantových programů. Diversifikace zdrojů financování může pomoci snížit toto riziko.

- **Porovnání**

Celkově jsou oba programy podobné v jejich silných stránkách a slabých stránkách, ale mohou se lišit ve svých příležitostech a hrozbách v závislosti na specifických podmínkách a prostředí, ve kterém působí. Je důležité, aby oba programy využívaly své silné stránky k maximalizaci svého dosahu a účinnosti, zatímco aktivně řeší své slabiny a hrozby prostřednictvím strategického plánování a inovací.

## **6.8 Diskuse**

### **Jaký jsou primární preventivní programy zaměřené na psychoaktivní látky pro žáky s mentální retardací v současnosti používané v České republice a v USA?**

Primární preventivní programy v oblasti drogové závislosti, jako je Program ALERT, jsou v současnosti v USA široce používané a podporované. Tyto programy jsou navrženy tak, aby předcházely začátku užívání návykových látek mezi mladými lidmi a posilovaly jejich odolnost vůči tlakům a rizikům spojeným s užíváním drog.

Mnoho škol v USA implementuje podobné programy do svých vzdělávacích osnov jako součást školního zdravotního vzdělávání. Tyto programy mohou být prováděny jako součást učiva v rámci biologie, zdravotní výchovy nebo sociálních věd.

Kromě toho existují i neziskové organizace a komunitní iniciativy, které je podporují a poskytují primární preventivní programy v oblasti drogové prevence. Tyto organizace často spolupracují se školami, rodiči a dalšími institucemi, aby dosáhly co největšího dopadu a pokrytí ve své komunitě.

Důležitou součástí těchto programů je také vědecké ověření jejich účinnosti a sledování výsledků. To znamená, že programy jsou pravidelně hodnoceny a aktualizovány podle nejnovějších poznatků a potřeb komunity.

Primární preventivní programy v České republice poskytují informační kampaně, osvětu a individuální podporu, aby chránily jednotlivce před rizikovým chováním a závislostmi. Spolupracují se školami a komunitami, aby efektivně dosáhly svého cíle vytvoření zdravější společnosti.

Je důležité si uvědomit, že preventivní programy obecně nejsou vždy přímo přizpůsobeny specifickým potřebám a schopnostem mentálně postižených žáků. To může vést k nedostatečné účinnosti těchto programů pro tuto zranitelnou populaci.

Pro mentálně postižené jedince by bylo vhodné vyvinout a implementovat specifické preventivní programy, které by braly v úvahu jejich individuální potřeby, schopnosti a výzvy spojené s mentálním postižením.

**Jaké jsou hlavní cíle těchto programů a jak jsou strukturovány?** Zaměření na poskytování informací a dovedností, které žákům pomáhají vyhnout se prvním zkušenostem s návykovými látkami a zabránit jim stát se pravidelnými uživateli. Kurikulum těchto programů se soustředí na varování žáků před dlouhodobými i krátkodobými důsledky užívání drog, včetně alkoholu, nikotinu a marihuany.

Programy se snaží vybavit žáky dovednostmi a strategiemi, které jim pomáhají odolávat tlakům a nabídkám k užívání drog, kterým mohou být vystaveni ve svém prostředí. Kromě prevence užívání drog se tyto programy často také zaměřují na podporu zdravého životního stylu a správného užívání léčivých přípravků.

Struktura těchto programů je obvykle rozdělena do několika částí nebo lekcí, které jsou navrženy tak, aby postupovaly za sebou a pokrývaly různé aspekty prevence drogové závislosti. Jednotlivé lekce mohou obsahovat různé aktivity, jako jsou diskuse ve třídě, vizuální prezentace nebo praktické cvičení dovedností odolávání tlakům.

**Jaká je účinnost a dosah těchto programů v prevenci drogových závislostí?**

Hodnocení účinnosti primárních preventivních programů v oblasti drogové prevence je zásadním prvkem boje proti závislostem. Tyto programy, jako například Program ALERT, jsou navrženy tak, aby poskytovaly mladým lidem klíčové informace a

dovednosti potřebné na odolání tlaku k užívání drog a k vytvoření zdravějšího životního stylu.

Program ALERT, významná iniciativa vyvinutá výzkumníky z RAND Corporation, se zaměřuje na prevenci drogové závislosti mezi mladými lidmi. Jeho strukturované kurikulum je navrženo s ohledem na individuální rozdíly mezi žáky a obsahuje 11 lekcí, které se postupně rozprostírají během 11 týdnů v sedmé třídě a tři posilovací lekce v osmé třídě. Díky svému strategickému plánu a frekvenci 45minutových lekcí umožňuje efektivní učení a upevnění dovedností.

Hlavními cíli Programu ALERT jsou motivace k neužívání návykových látek, identifikace tlaků spojených s užíváním drog, posílení odolnosti vůči nim a podpora zdravých rozhodnutí. Obsah lekcí se zaměřuje nejen na dlouhodobé, ale i na okamžité a krátkodobé důsledky užívání drog, včetně alkoholu, nikotinu a marihuany.

Účinnost těchto programů závisí na kvalitě jejich implementace, délce a intenzitě, zaměření a obsahu, na zapojení rodiny a komunity a na kvalitě hodnocení jejich účinků. Dobře strukturované a kvalitně implementované programy mohou poskytnout mladým lidem nezbytné dovednosti a informace k prevenci drogové závislosti a k podpoře zdravého životního stylu.

Účinnost a dosah primárního preventivního programu "Drogy a my I., II." v prevenci drogových závislostí jsou klíčovými faktory pro posouzení jejich úspěšnosti a vlivu na cílovou populaci. K měření účinnosti těchto programů se používají různé metody, včetně sledování změn v chování účastníků, analýzy statistických dat o užívání drog a provádění průzkumů a dotazníkových šetření k vyhodnocení změn v povědomí a postoje k užívání drog.

Účinnost programu vede ke snížení frekvence užívání návykových látek mezi cílovou populací.

Efektivnost programu spočívá ve zlepšení schopnosti účastníků odolávat tlaku vrstevníků a reklamy na drogy. Povědomí a postojích účastníků k užívání návykových látek, zahrnuje zvýšené uvědomění si rizik spojených s užíváním drog. Kromě změn v postojích je důležité sledovat také faktické změny v chování účastníků, jako je například snížení

frekvence užívání návykových látek nebo k odmítnutí jejich užívání v rizikových situacích.

Dosah primárních preventivních programů se měří počtem účastníků, kteří se jich zúčastnili, a jejich geografickým rozšířením. Programy s širším dosahem mohou ovlivnit větší počet jedinců a přispět ke změně kultury a postoje k užívání drog ve společnosti. Pro získání vysokého dosahu je důležité, aby byly programy dostatečně dostupné a atraktivní pro cílovou populaci, a aby byla vynaložena úsilí na jejich propagaci a šíření informací o nich.

### **Jaké jsou klíčové faktory ovlivňující úspěšnost implementace primárních preventivních programů u mentálně postižených žáků?**

Implementace primárních preventivních programů zaměřených na prevenci drogové závislosti je komplexní proces, který zahrnuje několik klíčových faktorů. Kvalita obsahu programu je jedním z hlavních hledisek. Obsah by měl být založen na aktuálních vědeckých poznatcích a osvědčených metodách prevence drogové závislosti. Programy by měly poskytovat komplexní informace o rizicích spojených s užíváním návykových látek a rozvíjet dovednosti potřebné k odolávání těmto tlakům.

Dále je důležitá struktura a průběh programu. Dobře navržený program má mít jasně stanovené cíle a strukturu, která bude přizpůsobena potřebám a schopnostem cílové skupiny. Interaktivní metody výuky jako jsou, diskuse ve skupinách a využití vizuálních pomůcek, mohou zvýšit zapojení účastníků a efektivitu výuky.

Zapojení rodiny a komunity do programu je více než důležité. Spolupráce s rodiči, školními pracovníky a místními komunitami může posílit účinnost a udržitelnost programů. Kvalita školního prostředí, podpora školního vedení a dostatečné zdroje jsou rovněž důležité pro úspěšnou implementaci.

Důkladné hodnocení účinnosti programů a průběžné monitorování jsou klíčové pro zajištění kvality a úspěšnosti. Průběžná zpětná vazba od účastníků a systematické vyhodnocování výsledků umožňují identifikovat silné stránky programu a oblasti, které potřebují zdokonalení.

Úspěch primárních preventivních programů v prevenci drogové závislosti je závislý na kombinaci těchto faktorů, které společně přispívají k efektivnímu a udržitelnému snižování rizika užívání návykových látek mezi mladými lidmi.

**Kde jsou hlavní slabiny a nedostatky těchto programů a jak lze tyto oblasti zlepšit nebo změnit?**

Nedostatečná aktualizace obsahu programů může způsobit jejich zastarání a neschopnost reagovat na nové vývoje a poznatky v oblasti drogové problematiky. Nepřítomnost zapojení rodiny a komunity může omezit účinnost programů mimo školní prostředí. Nedostatečné hodnocení a monitorování brání v identifikaci silných a slabých stránek programů a brání i možnosti provádět potřebné úpravy. Nedostatečné přizpůsobení individuálním potřebám mentálně postiženým žákům může snížit účinnost programu. Nedostatek finančních prostředků může omezit dostupné zdroje a infrastrukturu potřebnou k úspěšnému provádění programů.

Pro zlepšení těchto oblastí je důležité pravidelně aktualizovat obsah programů, zlepšit spolupráci s rodinami a komunitami, pravidelně hodnotit a monitorovat účinnost programů, flexibilně přistupovat k potřebám všech účastníků a zajistit dostatečné finanční zdroje. Tato opatření by mohla přispět ke zvýšení účinnosti a udržitelnosti primárních preventivních programů a k účinné prevenci drogové závislosti u mládeže.

## **Závěr**

Primární preventivní programy v oblasti drogové prevence, jako je Program ALERT a program "Drogy a my I., II.", hrají klíčovou roli v ochraně mladých lidí před začátkem užívání návykových látek a podporují vytváření zdravějších společností. Programy se zaměřují na poskytování informací, rozvoj dovedností a posílení odolnosti vůči tlakům spojeným s užíváním drog.

Nicméně, existují určité nedostatky a slabiny, jakými jsou nedostatečná aktualizace obsahu, nedostatečné zapojení rodiny a komunity, nedostatečné hodnocení a monitorování, nedostatek přizpůsobení individuálním potřebám jedinců a nedostatek finančních prostředků, které mohou snižovat účinnost a dosah těchto programů. Je také důležité zdůraznit nedostatek dostupných dat o užívání návykových látek u mentálně postižených jedinců. Tato populace může být zvláště zranitelná a potřebuje zvláštní pozornost a podporu v rámci primárních preventivních programů. Je třeba provést další výzkum a shromáždit data, abychom lépe porozuměli potřebám této cílové skupiny a mohli lépe přizpůsobit preventivní opatření.

Je klíčové neustále zdokonalovat a upravovat tyto programy na základě nejnovějších poznatků a potřeb komunity, aby byly co nejefektivnější v prevenci drogové závislosti a ochraně mladých lidí.

V České republice je situace ohledně primárních preventivních programů v oblasti drogové prevence často odlišná od situace ve Spojených státech. Zde si školy vytvářejí minimální preventivní programy samy na základě vlastních dat a znalostí o potřebách svých žáků a místní komunity. To znamená, že tyto programy jsou často přizpůsobeny specifickým potřebám a situaci ve školním prostředí. Školy mohou provádět průzkumy a sbírat data o užívání drog mezi svými žáky, aby lépe porozuměly problému a mohly lépe cílit svá preventivní opatření.

Tak to lokálně vytvořené programy mohou být flexibilnější a lépe odpovídat potřebám konkrétní školní populace. Nicméně je důležité zajistit, aby tyto programy byly založeny na důkladné analýze dat a vědeckých poznatků a aby byly pravidelně aktualizovány a hodnoceny s cílem zachovat jejich účinnost a relevanci. Spolupráce s externími odborníky a organizacemi přispívá k obohacení těchto školních programů o osvědčené postupy a nové perspektivy v oblasti prevence drogové závislosti.



## Seznam použité literatury:

1. BÁRTÍK, Pavel, MIOVSKÝ, Michal (ed.). *Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie]*. Praha: Sdružení SCAN, c2010. ISBN isbn97880-87258-47-7.
2. GALLÀ, Maurice. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Přeložil Jindřich BAYER. Metodika (Úřad vlády České republiky). [Praha]: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN isbn80-86734-38-2.
3. HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Pro rodiče. Praha: Grada, 2001. ISBN isbn80-247-0135-9.
4. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN isbn80-86734-05-6.
5. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN isbn978-80-247-4331-8.
6. KRAUS, Blahoslav a HRONCOVÁ, Jolana. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN isbn978-80-7435-080-1.
7. KŘÍŽOVÁ, Ivana. *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada, 2021. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-271-1754-3.
8. LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN isbn978-80-247-1284-0.
9. MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. ISBN isbn807178-747-7.
10. MCGRATH, Yuko. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. Monografie (Úřad vlády České republiky). [Praha]: Úřad vlády České republiky, c2007. ISBN isbn97880-87041-16-1.
11. MIOVSKÝ, Michal; SKÁCELOVÁ, Lenka; ZAPLETALOVÁ, Jana; NOVÁK, Petr; BARTÁK, Miroslav et al. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN isbn978-80-7422-391-4.

12. NEPUSTIL, Pavel. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám: situace v ČR: analýza informačních zdrojů*. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2012. ISBN isbn978-807440-072-8.
13. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN isbn:978-80-7367-267-6.
14. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN:978-80-7367-908-8.
15. NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN isbn978-80-86723-85-3.
16. PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN isbn80-7178-579-2.
17. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN isbn9788027100958.
18. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN isbn978-80-262-0714-6.
19. TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích: mýty – fakta – rady*. Praha: I. Železný, 2000. ISBN isbn80-237-3606-X
20. VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN isbn:978-80-246-4961-0.
21. VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2018. ISBN isbn978-80-271-0378-2.
22. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN isbn80-244-0709-4.

## Internetové zdroje:

1. Burgard, J. F., Donohue, B., Azrin, N. H., & Teichner, G. (2000). Citováno 2024-03-28. Prevalence a léčba zneužívání návykových látek v mentálně retardované populaci: empirický přehled. *Časopis psychoaktivních drog*, 32(3), 293–298. Dostupné z <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400452>
2. Centrum primární prevence ADVAITA. "Programy." (2024). Citováno 2024-03-23, [online] Dostupné z: <https://prevence.advaitaliberec.cz/programy/>
3. MŠMT. Národní strategie primární prevence u rizikového chování u dětí a mládeže 2019-2027. [online] 2019. Citováno 2024-04-07. Dostupné z [www:narodni\\_strategie\\_primarni\\_prevence\\_2019\\_27.pdf](http://www.narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf) (msmt.cz)
4. ProjectManager.com. (2024). How to Perform a SWOT Analysis. Citováno 2024-04-07 [Online]. Dostupné z: <https://www.projectmanager.com/training/how-to-perform-a-swot-analysis>
5. RAND Corporation. (2023). Project ALERT Curriculum [Curriculum]. Adapted from an original curriculum developed and tested by RAND with funding from the Conrad N. Hilton Foundation. Copyright 2023. Citováno 2024-03-20. [Online]. Dostupné z: <https://www.projectalert.com/curriculum>
6. SAMHSA. (2022). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2022. National Survey on Drug Use and Health Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Citováno 2024-04-07. [Online]. Dostupné z <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt42731/2022-nsduhmain-highlights.pdf>

