

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Jitka HUBKOVÁ**

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Zkušenosti žáků speciální školy s legálními a nelegálními  
drogami**

Jitka Hubková

**Bakalářská práce  
2012**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka Hubková**  
Osobní číslo: **Z09068**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Zkušenosti žáků speciální školy s legálními a nelegálními drogami**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury a sběr informací, popis současné problematiky.
2. Stanovení cílů a výzkumných otázek.
3. Stanovení plánu výzkumu a vhodné metodiky.
4. Realizace výzkumu.
5. Analýza a interpretace získaných dat.
6. Závěr a kritické hodnocení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

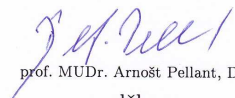
Seznam odborné literatury:

1. KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 319. ISBN 80-86734-05-6.
2. KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 343. ISBN 80-86734-05-6.
3. Kolektiv autorů sdružení SANANIM. Drogy, otázky a odpovědi. Praha : Portál, 2007, s. 198. ISBN 978-80- 7367-223-2.
4. MANN, John. Jedy, drogy, léky. Praha : Academia, 1996, s. 203. ISBN 80-200-0508-0.
5. NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi. Praha : Psychiatrické centrum, 1996, s. 199. ISBN 80-85121-52-2.
6. NOŽINA, Miroslav. Svět drog v Čechách. Praha : KLP Livingstone, 1997, ISBN 80-85917-36-X.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Jedlinská  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 16. července 2012

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2012

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č.121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

Ve Slatiňanech dne 24. června 2012

Jitka Hubková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Martině Jedlinské za odborné vedení při vypracovávání bakalářské práce. Rovněž chci poděkovat protidrogovému koordinátorovi v Chrudimi p. Zdeňku Jiráskovi za poskytnutí cenných informací týkajících se drogové problematiky. Můj dík patří i všem žákům, kteří se zúčastnili dotazníkového průzkumu, a i jejich učitelům, kteří mi umožnili ve svých hodinách uskutečnit dotazníkové šetření.

## **Anotace**

Bakalářská práce má za cíl popsat, jaké jsou zkušenosti žáků speciální školy v bývalém okresním městě v Pardubickém kraji s legálními a nelegálními drogami a jak je na sledované škole prováděna prevence.

Jedná se o práci teoreticko – výzkumnou. Teoretická část práce se věnuje obecným informacím o drogách, rozdělení drog, rizikovému chování a ochraně proti němu, příznaky užívání drog, dále se zabývá sociálními determinantami zdraví. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které se uskutečnilo na základní speciální škole v průběhu tří let (2009-2011). Jsou zde sledovány volnočasové aktivity žáků, celkový zájem rodičů o děti, mezi žáky nejužívanější legální a nelegální drogy a jejich dostupnost ve škole. Dále jsem se zaměřila na prováděnou prevenci na speciální škole.

Výsledky průzkumu užívání návykových látek jsou na sledované speciální škole příznivější, než uvádějí celorepublikové průzkumy v podobné věkové kategorii (studie ESPAD 2011). Na škole je patrný přátelský přístup učitelů k žákům, vzájemná důvěra a dobré vztahy. Je nezbytné se stále věnovat nejen prevenci užívání nelegálních drog, ale především prevenci konzumace tabáku a alkoholu, a to i ve spolupráci s rodiči, která zde však není jednoduchá. Dalším nutným předpokladem pro prevenci zneužívání návykových látek i jiného sociálně-patologického chování je zaměření se na kvalitnější, aktivní trávení volného času dětí - například ve spolupráci s nízkoprahovými zařízeními pro děti a mládež.

## **Klíčová slova**

Legální a nelegální drogy, žáci speciální školy, obecné informace o drogách, rozdělení drog, rizikové chování a ochrana, prevence.

## **Annotation**

The aim of this bachelor work is to describe the pupils' drug experience, with both legal and illegal drugs, and the prevention programme in a special school in a former district town in the Pardubice region.

This is a theoretical and research work. The theoretical part of this work deals with the general drug information, drug classification, risk behaviour and protection against it, drug use symptoms, further, it focuses on social determinants of health. In the research part there are presented the questionnaire survey results. The survey was carried out in the primary special school during three years (2009-2011). There are observed leisure time activities, parents' interest in their children, the most frequently abused legal and illegal drugs among pupils, and their availability at school. Further, I focused on the prevention in the special school.

The results of the drug abuse survey on the chosen special school are more positive than they are presented in the published national survey in the similar age category (the ESPAD 2011). The friendly attitude of teachers to pupils, mutual trust and good relationships are apparent in the school. It is necessary to focus on not only illegal drug prevention, but especially on the tobacco and alcohol prevention, in the cooperation with parents which is, however, not easy. Another important precondition not only of drug abuse prevention, but also of other social pathological behaviour prevention is to focus on better, active leisure time activities of children - e.g. in the cooperation with low threshold centres for children and youth.

## **Key Words**

Legal and illegal drugs, special school pupils, general drug information, drug classification, risk behaviour and protection, prevention.



## **Obsah**

Anotace .....	6
Úvod .....	9
Cíl práce .....	10
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Obecné informace o drogách</b> .....	<b>11</b>
1.1. Definice pojmu droga a rozdělení drog .....	11
1.2. Legální drogy .....	12
1.3. Nelegální drogy .....	15
1.4. Současná situace v ČR v oblasti užívání drog .....	18
<b>2. Rizikové chování</b> .....	<b>20</b>
2.1. Faktory podporující vznik závislosti .....	20
2.2. Děti a užívání návykových látek .....	21
2.3. Varovná znamení u uživatelů drog .....	21
<b>3. Ochrana</b> .....	<b>22</b>
3.1. Prevence .....	22
3.2. Léčebné programy .....	24
3.3. Represe .....	26
3.4. Obecné cíle Národní strategie protidrogové politiky .....	28
<b>4. Speciální základní škola - její specifika</b> .....	<b>28</b>
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>
<b>5. Výzkumné otázky</b> .....	<b>31</b>
<b>6. Metodika výzkumu</b> .....	<b>31</b>
<b>7. Interpretace výsledků</b> .....	<b>34</b>
7.1. Dotazník A: psychosociální determinanty zdraví .....	34
7.2. Dotazník B: legální a nelegální drogy .....	39
7.3. Dotazník C .....	48
<b>8. Diskuze</b> .....	<b>49</b>
<b>9. Závěr</b> .....	<b>53</b>
<b>SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ</b> .....	<b>54</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b> .....	<b>57</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>58</b>

## Úvod

Drogová problematika je i přes prováděnou prevenci a represii stále velice aktuálním tématem, a to nejen v Praze a dalších velkých městech. Již dávno neplatí, že drogy berou lidé od středoškolského věku. Stále častěji se objevují i na základních školách. (Nožina, 1997)

*„Kde jsou doby, kdy s drogami experimentovali středoškoláci? Dnes se s nimi setkáváme u dětí základních škol, mnohdy k překvapení rodičů a pedagogů. Drogy, alkohol a kouření začínají v poslední době silně zasahovat do života této věkové kategorie“.* (Nožina, 1997, s.239)

Žáci speciálních škol jsou v mnoha ohledech charakterističtí. Jsou v průměru méně inteligentní, často pocházejí z rozvrácených a nefunkčních rodin. Bývají mezi nimi nezřídka děti sociálně znevýhodněné (z prostředí s nízkým socioekonomickým statusem), osoby zdravotně hendikepované (s postižením mentálním, zrakovým, tělesným, s kombinovanými vadami), s poruchami učení a chování. Je zde rovněž vysoké zastoupení žáků romské národnosti. Z těchto důvodů lze považovat žáky speciálních základních škol za „více rizikové“ ve vztahu k užívání návykových látek. Proto jsem pokládala za zajímavé v praktické části této práce zjistit, jaká situace na základní speciální škole v oblasti užívání jakýchkoli návykových látek vlastně je, jakým způsobem je zde prováděna prevence. Zda je třeba bít na poplach a činit potřebná opatření, anebo zda tvrzení, že žák speciální (dříve zvláštní) školy musí být horší a zvrhlejší, je pouze mýtus.

## **Cíl práce**

Cílem práce bylo popsat a zhodnotit problematiku užívání návykových látek mezi žáky speciální školy v bývalém okresním městě v Pardubickém kraji.

Dílčí cíle:

- Zjistit, jaká je charakteristika vybraných psychosociálních determinant zdraví u oslovených žáků základní speciální školy.
- Zjistit, jaké bylo zastoupení kuřáků mezi oslovenými žáky základní speciální školy.
- Zjistit, jaká byla četnost uživatelů alkoholu mezi oslovenými žáky základní speciální školy.
- Zjistit, jaká byla nejčastěji užívaná nelegální droga mezi žáky speciální školy.
- Zjistit, jaká byla četnost uživatelů vybraných nelegálních drog ve sledované skupině respondentů.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Obecné informace o drogách

### 1.1. Definice pojmu droga a rozdělení drog

Podle Nožiny je „*droga v obecném i odborném úzu nadřazený pojem, označující jako drogy ve farmaceutickém smyslu i jiné léky a látky (včetně tekutých jako alkohol), zejména pokud jich je užíváno a zneužíváno ke změnám nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení duševních a tělesných funkcí a vyvolávání mimořádných zážitků (iluzí, halucinací, pseudohalucinací apod.)*.“ (Nožina, 1997, s. 9)

Látky ovlivňující psychiku, jež jsou schopny vyvolat závislost, jsou všude kolem nás. S vývojem naší civilizace se objevují drogy stále nové. Negativní účinek drog nelze popřít, ale nelze opomenout ani jejich účinky pozitivní, kterých se využívá v medicíně, ať už se jedná o léky proti bolesti, na kašel nebo na spaní. Zde záleží na předepsaném dávkování a jejich správném použití. (Presl, 1995)

Různé drogy jsou spojeny s různou mírou efektu a rizik. Podle míry rizika vzniku závislosti se někdy drogy dělí na tzv. „měkké“ a „tvrdé“, resp. „lehké“ a „těžké“. Příkladem lehkých drog je káva, tabákové výrobky, produkty z konopí (marihuana, hašiš), alkohol. Toto rozdělení však je v současné době do značné míry zavádějící, protože například marihuana, která je obecně jako lehká droga vnímána, se již pěstuje v různých speciálně vyšlechtěných odrůdách, které obsahují několikanásobně vyšší množství účinné látky THC než běžně. U těžkých drog je riziko vzniku závislosti jednoznačně vysoké, resp. jsou neakceptovatelným rizikem - např. LSD, pervitin, heroin, kokain, halucinogenní houby (např. lysohlávky), těkavé látky a další.

Podle vzniku drogy můžeme rozdělovat na přírodní a syntetické. Přírodní drogy jsou získávány z přírodních zdrojů, např. marihuana, hašiš, heroin, morfin, kokain, crack (Nožina, 1997, s.9-10) Naproti tomu syntetické drogy jsou vyráběny synteticky - patří mezi ně například lepidla a rozpouštědla, pervitin, LSD, MDMA.

Nožina drogy rozděluje na drogy legální a nelegální. V naší společnosti „tolerované“, tzv. legální drogy, v jejichž „legalizaci“ sehrál významnou úlohu kulturní a společenský úzus a historický vývoj, během něhož se tyto drogy staly tolerovanou součástí našeho životního stylu a naší tradice, jsou především alkohol, káva, čaj, tabák, některé léky. Naproti tomu nelegální drogy jsou v naší společnosti zákonem zapovězeny, zakázáno je jejich užívání, výroba a distribuce. Legislativa vztahující se v České republice k návykovým látkám je

uvedena v příloze č. 1 této práce. Drogy jsou od roku 1971 v odborné terminologii označovány jako omamné a psychotropní látky (OPL).

Podle specifického působení lze také drogy dělit na halucinogeny, látky tlumivé a stimulační. (Zábranský, 2003)

Důležité pojmy z oblasti drogové problematiky jsou uvedeny v příloze č. 2 této práce.

## **1.2. Legální drogy**

### **Alkohol (etanol, etylalkohol)**

Alkohol se získává z kvašením sacharidů - buď z jednoduchých cukrů nebo polysacharidů. Destilací se dosahuje vyšší koncentrace. Velice nebezpečná je domácí výroba destilátů, při které vzniká směs etylalkoholu a metylalkoholu, který je silným jedem působícím na nervový systém. (Kalina, 2003)

V ČR je podání alkoholu dítěti (adolescentovi do 18 let) zakázáno dle zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákon, § 204. Alkohol měl a má uplatnění při společenských událostech, a to jak sakrálního (při náboženských obřadech), tak i profánního charakteru (jako nápoj pro pobavení). S alkoholem se setkáváme vlastně po celý život. Přitom návykový potenciál při užívání alkoholu je na rovině tvrdých drog. Přesto je alkohol v naší společnosti velmi tolerován, ba i dokonce podporován (reklama). Alkoholismus je však velice nebezpečný. Alkohol působí tlumivě na centrální nervový systém. I malá dávka alkoholu má vliv na rychlost reakcí, úsudek, rozhodování, koordinaci pohybů, oslabuje vnímání bolesti. Užívání alkoholu je spojeno i s trestnou činností. U někoho způsobuje alkohol odstranění zábrán, po požití jeho velkého množství se mění chování jedince (zvýšená agresivita, vulgarismus). Opilost se projevuje snížením schopnosti výkonu po stránce soustředění a pozornosti. (SANAMIN, 2007)

*„Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu a alkoholických nápojů.“ (Kalina, 2003, s. 151)*

Vývoj závislosti na alkoholu je velice plíživý. Akutní intoxikace alkoholem, neboli opilost, závisí na množství alkoholu v krvi. Při delším přísunu alkoholu dochází k útlumu CNS. Při kombinaci alkoholu a nelegálních drog se jejich účinky sčítají.

Existují 4 stadia intoxikace alkoholem. Prvním stadiem je lehká opilost (excitační stadium) při alkoholémii do 1,5 g/kg. Druhé stadium je opilost středního stupně (hypnotické stadium) při hladinách v rozmezí 1,6 g/kg až 2 g/kg. Třetím stadiem je narkotické stadium - jsou zde

výrazné známky opilosti, hladina alkoholu je vyšší než 2 g/kg. Čtvrté stadium je těžká alkoholová intoxikace (asfyktické stadium) - může zde nastat i bezvědomí, zástava dechu a krevního oběhu, dávka alkoholu je nad 3 g/kg.

Odvykací stav vzniká u dlouhodobých alkoholiků, pokud tělo nemá svoji pravidelnou dávku alkoholu. Projevuje se již druhý den po vysazení alkoholu. Jedním z nejhorších příznaků odvykacího stavu je Delirium tremens, což je stav velice nebezpečný, ohrožující život. Závislost na alkoholu se řadí mezi chronická recidivující onemocnění, která omezují člověka na životě a musí se adekvátně léčit. Léčba spočívá především v abstinenci a senzitivaci – ve farmakoterapii se používá preparát Antabus, který zvyšuje vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu.

Komplikace alkoholismu je možné rozdělit na

- 1) somatické komplikace - nadměrná konzumace poškozuje gastrointestinální trakt, poškození se projevuje dysfagií, průjmy, gastritidami, hepatopatií, jícnovými varixy; zvyšuje se riziko jaterní cirhózy a karcinomu jater, poškození pankreatu, poruch krvetvorby, hypertenze, alkoholické epilepsie, zmatenosti a apatie;
- 2) psychické komplikace - patická reakce na alkohol (patická ebrieta); Vzniká po vypití relativně malého množství alkoholu, projevuje se poruchou vědomí s nepochopitelným jednáním; objevují se rovněž alkoholické halucinace sluchové i vizuální - u závislých osob 10 let a více. (Kalina, 2003)

Nešpor ve své knize „Návykové chování a závislost“ uvádí citát T. G. Masaryka: „Člověk nepijící, který má svěží všechny své smysly, uvidí tolik krásného v životě, přírodě, společnosti, ve své práci, o čem se mu ani nezdálo, pokud byl ve své alkoholické mlhovině.“ (Nešpor, 2007, s. 157)

## **Tabák**

Do Evropy se tabák dostal od dvou mořeplavců z výpravy Kryštofa Kolumba v roce 1492. Během 150 let se kouření rozšířilo po celé Evropě.

V ČR je tabák legální, dostupná, tolerovaná droga. Návykovou látkou v tabáku je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Je to bezbarvá tekutina bez zápachu. Smrtnou dávkou je 80 mg. Vznik závislosti je individuální, záleží na psychosociální genetice; nikotin je však považován za drogu nejrychleji návykovou. 60-70 % kuřáků je fyzicky závislých na nikotinu. (Mann, 1996)

V tabákovém kouři je obsaženo kromě nikotinu množství jiných látek (kolem 4000), z nichž mnohé jsou prudce jedovaté nebo karcinogenní. Kouření, ať už aktivní nebo pasivní, je jednou z nejčastějších příčin vzniku onemocnění srdečně cévního systému, dýchacích cest, gastrointestinálního traktu, nádorových onemocnění. Kuřák zemře v průměru o deset let dříve než nekuřák. Ženy kuřačky mohou být neplodné, a pokud kouří v období těhotenství, ohrožují vývoj a celkové zdraví plodu, hrozí jim také mnohem vyšší riziko spontánního potratu a narození dítěte s nízkou porodní hmotností. Dnes je tabák znám po celém světě. Jeho spotřeba každoročně stoupá neustále o 3%, a to především v rozvojových zemích. V České republice kouří necelých 30 % obyvatel ve věku nad 15 let, mezi 15. a 18. rokem však kouří 40-50 % mladých, především dívek ve věku 14 let. Děti ve věku 12-14 let jsou také cílovou skupinou tabákové reklamy. Léčba závislosti na nikotinu není jednoduchá. V první řadě musí kuřák sám chtít přestat kouřit, s tím je spojena nutnost změny stereotypního chování. Hlavní odvykací (abstinenční) příznaky jsou nezvládnutelná touha po cigaretě (carving), únava, nervozita, podrážděnost, změny nálady, smutek, nesoustředěnost. Pomocníkem v odvykání kouření je farmakologická léčba - k léčbě je využit tzv. placebo efekt, dále léčba nikotinem - žvýkačky, inhalátory, náplasti s nikotinem. Jde o přípravky potlačující vznik abstinenčních příznaků. (Kalina, 2003)

Mezi další legální drogy je možné zařadit například čaj, coca-colu, kávu nebo kakao - mají také stimulační účinek, a to díky obsahu kofeinu, teobrominu nebo teofylinu. Káva pochází z kávovníku *Coffea arabica* z Etiopie. Kakao pochází z kultury Mayů. Stimulační nápoj Jerba se získává jako nálev z listů jihoamerické rostliny *cesmíny*. Cola je ze západoafrických rostlin *Cola nitida* a *Cola acuminada*, obsahuje 2% kofeinu. Guarana obsahuje asi 5% kofeinu, je součástí energetických nápojů. (Mann, 1996)

Dnes se stále zvyšuje počet mladých kuřáků, především ve věkové skupině 12-15 let. Velmi často řada z nich postupně přechází od kouření cigaret ke kouření tzv. lehkých drog, jako je marihuana. (Váchová, 2008)

Alkohol a tabák, stejně jako marihuana, jsou považovány za tzv. průchozí drogy. Pro dospívající je průchozí droga drogou první. Dávky průchozí drogy se postupně zvyšují a později uživatelé přecházejí na jiné drogy. Je prokázáno, že kdo užívá průchozí drogy, více inklinuje k tvrdým drogám. (Nešpor, 2007)

## **1.3. Nelegální drogy**

### **Konopné drogy**

Cannabis sativa neboli konopí seté pochází z Indie a pěstuje se už 5000 let. Obsahuje látku THC (tetrahydrocannabinol). Konopné drogy jsou nejrozšířenější psychotropní drogou na světě. Jsou do těla vpravovány kouřením nebo perorálně v pokrmech nebo nápojích.

U kouření konopných látek nastupuje účinek během několika desítek vteřin až minut. Účinky drogy se projevují jako sucho v ústech, hlad, chlad, poruchy vnímání prostoru, hmatové, sluchové i zrakové iluze, převažuje příjemná nálada, nezadržitelný smích a euforie, stav hloubání, překrvené oči. Konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost, ale závislost psychickou. Při dlouhodobém a velmi častém užívání konopných drog nastupuje zhoršování krátkodobé paměti a schopnosti soustředit se. Jedná se o drogu experimentátorů, a to především u adolescentů. (Kalina, 2003)

Marihuana (marjánka, tráva) jsou usušené nebo jinak upravené listy a květenství samičí rostliny konopí. Hašiš je oddělená pryskyřice, získaná z kanabisové rostliny; poměr síly marihuany a hašišu je přibližně 1:6. Nejvyšší koncentrace účinné látky THC je obsažena v tzv. hašišovém oleji.

Marihuana je tzv. lehkou drogou s „akceptovatelným rizikem“. V kouři z marihuany je obsaženo o 50 % více polyaromatických hydrokarbonů než v tabáku, což zvyšuje riziko nežádoucích účinků na zdraví. (Presl, 1995)

Kanabinoidy mají i nezpochybnitelné léčivé účinky, kterých se využívá při léčbě nevolnosti a zvracení, dále při léčbě Alzheimerovy choroby, v neurologii (Parkinsonova choroba).

### **Halucinogenní drogy**

Jedná se o nevyzpytatelné, „tajemné“ drogy, působící na psychiku a způsobující změny vnímání. Halucinogeny ovlivňují receptory systémů a v mozku působí jak tlumivým, tak i stimulačním účinkem.

Halucinogenní drogy lze rozdělit podle původu do tří základních skupin. První skupinou jsou přírodní halucinogenní látky rostlinného původu a houby. Druhá skupina jsou přírodní halucinogenní látky živočišného původu (Bufetenin). Třetí skupina jsou semisyntetické a syntetické, poloumělé a umělé halucinogenní drogy (LSD, PCP-„andělský prach“).



LSD se objevuje na trhu nejčastěji ve formě tripů, krystalů nebo granulí. Tripy jsou malé papírové čtverečky napuštěné účinnou látkou, které mají na sobě různé symboly. Užití drogy je perorální, rozpuštění pod jazykem. (Kalina, 2003) LSD obsahuje diethylamid kyseliny lysergové. Velká obliba LSD nastala v šedesátých letech minulého století ve Spojených státech u příslušníků tzv. hnutí „dětí květin“.

Psilocybin je látka, která je obsažena v houbách lysohlávkách, běžně se vyskytujících v České republice. Jedná se o velmi rozšířenou drogu. Houby se užívají perorálně sušené, čerstvé nebo je z nich připravován vývar nebo výluh. Intoxikace lysohlávkami se projevuje neklidem, třesem, hypertenzí, zvýšeným pulzem, agresivním chováním, výskytem zrakových iluzí, pseudohalucinací, ornamentalizací. Bad trip se objeví při užití velké dávky, toxikoman vidí hrůzné obrazy, je vztahovačný, paranoidní, má poruchy chování. (Kalina, 2003)

Mezi další halucinogenní látky patří např. muskarin (jed v muchomůrce červené), halucinogeny obsahuje rovněž durman nebo rulík zlomocný. Všechny tyto látky mohou způsobit těžké otravy končící až smrtí.

### **Těkavé látky**

Mezi těkavé látky - inhalační drogy - řadíme ředidla (toluen, aceton), rozpustidla, lepidla (Chemopren, Styrofix), éter. Inhalační drogy jsou vdechovány buď přímo z lahví, nebo se jimi napouštějí různé tkaniny a pak jsou jejich výpary vdechovány pod dekou nebo z igelitového sáčku. Tyto látky ovlivňují centrální nervový systém - mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace, celkový útlum, euforie. Je to velmi nebezpečná skupina látek s narkotickými účinky, v důsledku kterých snadno může dojít k předávkování a smrti. Dlouhodobé užívání těchto látek vede k rozsáhlým a nevratným poškozením CNS.

*„Příliš málo dává a příliš mnoho bere“.* (Presl, 1995, s. 43)

Dříve (do konce 80. let minulého století) byly inhalační drogy u nás vůbec nejrozšířenějšími drogami, především u dospívajících. Dnes jsou užívány spíše skupinami sociálně špatně adaptovaných jedinců.

### **Stimulancia**

Jedná se o chemicky různorodou skupinu budivých látek se stimulačními účinky na centrální nervový systém, projevujícími se u uživatelů v různé míře - bdělostí, pocity svěžesti, euforií až nekontrolovatelným vzrušením. Po odeznění účinku, tzv. „dojezdu“, nastává kocovina, únava, „vlčí hlad“, zvyšuje se krevní tlak a tep.

Kokain se získává z listů jihoamerického keře koky pravé, Erythroxilon koka LAM. Chemicky byl izolován v roce 1859, byl využíván jako lokální anestetikum, za objevem stál Sigmund Freud. V České republice je kokain okrajovou záležitostí. Kokain se nejčastěji šňupe, ale i kouří nebo se podává perorálně nebo injekčně.

Pervitin (perník, piko, péčko) je látkou ze skupiny amfetaminů; je to bílý nebo nažloutlý prášek hořké chuti. Získává se z efedrinu nebo z léků obsahujících pseudoefedrin (Modafen, Nurofen,...). Pervitin je u nás hojně užívanou drogou, užívá se nitrožilně, ústy nebo šňupáním. Vzniká vysoká psychická závislost. Jedná se psychomotorické stimulans ovlivňující psychické funkce, motoriku, způsobuje anorexii, mydriázu. Toxikomané popisují zrychlený tok myšlenek, někdy na úkor kvality. (Kalina, 2003) Pervitin je „česká droga“, byla vařena běžně v domácích laboratořích. Je to budivý amid, s kterým se bojovalo proti obezitě, narkolepsii, únavě, využívala se také v armádě pro lepší výkon. Může vyvolat infarkt myokardu, toxickou psychózu. (Sanamin, 2007)

Crack má razantnější, ale krátkodobý účinek oproti kokainu a je především levnější, oslovil svojí dostupností více lidí.

Extase (extáze, MDMA, „droga vykoupení“) - viz. drogy technoscény

### **Opioidy a opiáty**

Jedná se o alkaloidy získávané z máku bílého setého nebo vyráběné synteticky. Název je odvozen od opia, jedná se o zaschlou šťávu nezralých makovic. Do řady opiátů řadíme chemickou strukturu blízkou morfinu. (Sananim, 2007) Při léčbě se uplatňuje antidotum opiátů Naloxon, nebo převedení na jiný opiát (buprenor), jejichž dávky se postupně snižují.

Heroin je znám od roku 1874. V roce 1898 jej německá farmakologická firma Bayer začala prodávat pod názvem Heroisch = „silný“, používal se mimo jiné k léčbě závislých na morfinu. Zdrojem heroínu je opium. Heroin se aplikuje nitrožilně, kouřením, šňupáním, inhalací. Závislost na heroínu vzniká velice rychle (po několika týdnech), jedná se o velmi těžkou závislost fyzickou i psychickou. U uživatele dochází k poškození osobnosti, ke kriminalitě; prostituce je mnohdy pro závislého jediným zdrojem příjmu financí. Riziko s sebou nese i užívání nitrožilní, a to nákazu HIV nebo viry hepatitid B a C. (Kalina, 2003)

Braun - směs derivátů kodeinu, je to speciální česká droga, vyráběná v domácích laboratořích (hlavně před rokem 1989) z léčiv se složkou kodeinu. Braun je tinktura hnědé barvy, aplikuje se nitrožilně.

Metadon - syntetický opioid, aplikuje se ústy, používá se legálně k léčbě jako substituční droga u závislých na opioidech. (Kalina, 2003)

Morfin je produkt ze surového opia, používá se v medicíně k tišení bolesti; vzniká na něj vysoká závislost psychická i fyzická. Je z něj vyráběn heroin.

### **Analgetika, sedativa a trankvilizéry – léky na předpis**

Léky tvoří obsáhlou skupinu látek, řada z nich může vyvolat závislost – např. sedativa, trankvilizéry, analgetika, antidepressiva, stimulanty. Lékové závislosti bývají často podceňovány ve srovnání se závislostmi na jiných drogách. Jsou však velmi úporné a těžko léčitelné, často také probíhají skrytě, za podpory rodiny a zdravotnického systému. (Kalina, 2003)

### **Drogy „technoscény“**

Extáze, MDMA - derivát amfetaminu, původně lék na hubnutí, používaný v psychoterapii. Nebezpečná je kombinace s alkoholem a kofeinem. Formy extáze jsou tablety s obrázky, kapsle. (Presl, 1995)

Fenylcyklidin, PCP („andělský prach“) má účinek na CNS, používá se jako anestetikum. Nejčastěji se kouří.

Ketamin („Ket“, „K“, „Vitamín K“) - používá se v anestezii, je podobný PCP. (Kalina, 2003)

## **1.4. Současná situace v ČR v oblasti užívání drog**

Drogová scéna v komunistických zemích se nevyvíjela tak dramatičticky jako v západních státech. V 70. a 80. letech v Československu byl trh zásoben domácími produkty, léky, podomácku vyráběnými tvrdými drogami (pervitin, braun), těkavými látkami. Po roce 1989 se situace u nás změnila, a to hlavně otevřením hranic a s tím spojeným pašováním i užíváním drog. Obchod s drogami a situace u nás se začala podobat situaci evropské. (Bruno, 1996)

Nejdostupnější drogou v ČR je dle údajů z roku 2009 marihuana. Konopí pěstované v indoorových podmínkách dosahuje vyššího obsahu účinné látky THC. Roste počet odhalených velkopěstíren konopí. Druhou nejčastější drogou v ČR je pervitin, i když se počet varen pervitinu za poslední roky snížil. Podle zákona č. 141/ 2009 Sb. byl od května 2009 v lékárnách omezen výdej léků s obsahem pseudoefedrinu, který slouží k výrobě pervitinu. Byl ale zaznamenán zvýšený nelegální dovoz těchto léků ze zahraničí, a to zejména z Polska. Kokain se stal etablovou stimulační drogou nočního života a zábavy. Počet záchytů heroínu

zůstal stabilní. Extáze v roce 2009 bylo evidováno méně a jedná se o nejnižší množství této drogy zachycené za poslední 4 roky. Na taneční scéně byl sledován vyšší zájem o stimulační látku mefedron. Podle odhadu drogového trhu v ČR v roce 2008 se spotřebovalo 19 tun konopných drog, 4,7 mil. tablet extáze a 1 mil. kusů LSD. Do ČR bylo dovezeno 550 kg kokainu o čistotě 70 % a spotřebována téměř 1 tuna kokainu o čistotě 45 %. Vyrobiti se 4,2 tuny 80 % pervitinu a spotřebovány byly 4,4 tuny 70-80% pervitinu. Do ČR bylo dovezeno 330 kg 40 % heroinu a spotřebováno bylo 1,3 tuny heroinu o čistotě 10 %. (Mravčík, 2010)

Od roku 1995 se ČR účastní evropské školní studie o alkoholu, tabáku a nelegálních drogách, která se aktualizuje po 4 letech a provádí se mezi žáky posledních ročníků základních a prvních ročníků středních škol - Studie ESPAD, která důsledně dodržuje předepsanou metodologii. Studie zkoumá primární zkušenosti s legálními a nelegálními drogami a související faktory, sleduje přecházení z legálních drog později na drogy nelegální. Dle této studie z roku 2011 v ČR pokračoval pokles zkušeností mládeže s nelegálními drogami, který byl zjištěn již mezi roky 2003 a 2007. Pokles zkušeností byl zaznamenán u všech sledovaných nelegálních drog, včetně konopných látek. Zároveň došlo k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog (včetně konopných látek) a k nárůstu subjektivně vnímaných rizik, spojených s jejich užitím. Z nelegálních drog uváděli respondenti v roce 2011 nejčastěji zkušenosti s užíváním konopných látek (42,3 %) - průzkum potvrdil rozdíly v užívání konopných drog mezi pohlavími (chlapci uváděli vyšší zkušenosti ve srovnání s dívkami).

U jiných drog nebyly rozdíly v závislosti na pohlaví respondentů významné - na dalších místech se objevovaly zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (10,1 %), s čicháním rozpouštědel (7,8 %) a s užitím halucinogenních hub (6,9 %). Zkušenosti s LSD (5,1 %), extází (3,3 %), amfetaminy (2 %) byly mezi studenty méně časté; zkušenosti s drogami typu heroin a kokain byly v populaci šestnáctiletých minimální. V oblasti legálních drog podíl denních kuřáků zůstává dlouhodobě na stejné úrovni. Denně kouřilo v roce 2011 celkem 25 % dotazovaných, z nichž bylo 8 % silných kuřáků (11 a více cigaret denně). V užívání alkoholických nápojů se situace téměř nezměnila od poloviny 90. let min. století. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva a destilátů, u děvčat vína a destilátů. Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné konzumační epizodě více než 3x v posledním měsíci) konzumovalo 21 % dotazovaných. Pití alkoholu mezi dospívajícími zůstává tedy dlouhodobě závažným problémem. Oproti studii z roku 2007 se nezměnilo subjektivní vnímání rizik, spojených s kouřením a pitím alkoholu (jen 55 % respondentů

považuje denní kouření více než 20 cigaret za velké zdravotní riziko a necelá 1/2 dotazovaných považuje za rizikové pití 4 a více sklenic alkoholu denně). (Úřad vlády ČR, 2012)

## **2. Rizikové chování**

### **2. 1. Faktory podporující vznik závislosti**

Konzumace drog a případný vznik závislosti je jev, který ovlivňuje mnoho faktorů. Svou roli sehrávají osobnostní charakteristiky člověka, vliv prostředí v němž člověk žije a také dostupnost drog.

V období dospívání mládež obecně láká experimentování a riskování, a s tím je spojené i užívání drog. Dospívající zkoušejí nové věci a chování, aby ostatním i sobě dokázali, co chtějí a co nechtějí. K prvním experimentům dochází již v raném věku, v období základní školní docházky. Častý je přechod z legálních drog na drogy nelegální. Marihuana má prvenství. Mládež láká, že užívání drog je zakázané, že drogy jsou spojeny s nepoznaným, s tajemnem a něčím novým. Mnohdy se k experimentům s drogami mladí lidé uchylují víceméně z „nedostatku jiných aktivit“, nemají žádné zájmy, koníčky. Zásadní vliv na dítě má jeho rodina – děti z nefunkčních a rozvrácených rodin tvoří podstatnou část mladých uživatelů drog. Dalším rizikovým faktorem je jistě parta - dítě, které se pohybuje ve skupině uživatelů drog, se braním drog přizpůsobuje této skupině. Vliv má také sociální prostředí mezi drogově závislými je jich mnoho z prostředí sociálně a ekonomicky znevýhodněného, kde je vyšší kriminalita a nezaměstnanost. Užívání drog je v takovém případě chápáno jako východisko ze stresujícího prostředí. (Bruno, 1996). Dítě bere drogy, protože uspokojí aktuální potřeby (uvolní se, zapomene na problémy, na svou beznadějnou budoucnost, lépe se prosadí, více komunikuje). Dle výsledků provedených studií (např. ESPAD) riziko užívání návykových látek a vzniku závislosti rovněž nepřímo úměrně souvisí s nízkou úrovní vzdělání či nízkou úrovní studijních aspirací.

První, kdo nabídne jedinci drogu, bývá nejčastěji známý, přítel či kamarád. (Hajný, 2001)

K častým uživatelům drog patří děti trpící úzkostnými stavy, stresem. Dalším problémem, který může vyústit až v závislost na drogách, je nepřijetí do požadované školy nebo neúspěchy ve škole vůbec, konflikty a rozvod rodičů, alkoholismus a kriminalita rodičů. (Nešpor, 1996).

Člověk je k užívání návykových látek více náchylný, pokud má nízké sebevědomí a sebehodnocení, neumí nebo nezvládá čelit tlaku vrstevníků, připadá si nevykonný, neumí se

asertivně chovat, trpí poruchou chování a depresemi. Ke drogám inklinují jak osoby se sníženým sebevědomím, tak i s opačnými problémy. V dospívání mnoho osob experimentuje s drogami, a to mnohdy z bizarního důvodu, např. z nudy, zvědavosti, z potřeby „obstát“ v partě, upozornit na sebe, pro zlepšení výkonnosti či oddálení problémů. (Kalina, 2003)

## **2.2. Děti a užívání návykových látek**

Užívání návykových látek a jejich působení na dětský organismus má svá specifika. Především u dětí vzniká závislost mnohem rychleji, již po několika měsících užívání drogy. Dětský uživatel je mnohem více ohrožen těžkou intoxikací, s ohledem na nižší toleranci; děti velice rády experimentují a riskují (např. intoxikace alkoholem). U dětí je velice nebezpečné i jednání pod vlivem omamné látky (riziko úrazu,...) a také je patrná porucha v jejich psychosociálním vývoji. I pouhé experimentování je nebezpečné, protože u dětí a dospívajících dochází v jeho důsledku k problémům v rodině, ve škole, k trestné činnosti. Děti a dospívající s oblibou experimentují nejen s jedním druhem drogy, ale kombinují různé druhy drog, jejichž účinky jsou pak mnohem rizikovější, zvyšuje se nebezpečí otrav a dalších komplikací. Alkohol a jiné drogy narušují vyvíjející se mozkové buňky a tím uživatele znevýhodňují. V této věkové skupině je častá recidiva závislosti, ale na druhou stranu dlouhodobá prognóza může být příznivější, protože dochází k postupnému zrání dítěte. (Nešpor, 2007)

## **2.3. Varovná znamení u uživatelů drog**

Mezi varovné příznaky možného užívání drog, které rodič nemá podceňovat, patří zhoršení prospěchu ve škole, změna kamarádů a přátel, děti se začnou stranit, mohou se projevit nápadné změny chování, oblékání, únava nebo naopak zvýšená aktivita, podrážděnost, spavost, lhaní, schovávání osobních věcí, zvýšená spotřeba financí a s tím spojená trestná činnost, izolace od rodiny a přátel, mizení věcí z domácnosti, alkoholu, léků, cigaret. (Hajný, 2001) Nastupují změny nálad, zvláštní neobvyklé chování, změna osobnosti, děti mají tajnosti před rodiči, opouštějí své koníčky, vyskytují se poruchy v komunikaci, nezřetelné mluvení, nesouvislá řeč, trhavé pohyby, červené oči a nos, skvrny ve tváři, stopy vpichů na těle, neklamným znamením je nálezy pomůcek pro aplikaci drog, zbytků drogy na oděvu. (Elliottová, 1995) Vznikne-li jakékoliv podezření, že se něco děje, je třeba především zachovat klid. Nikdy není dobré jednat okamžitě při prvním náznaku problému a nejhorší je řešit situaci ve vzteku a rozčilení. Vše si je třeba dobře rozmyslet a jednat teprve až když původní podezření zesílí, až se příznaky budou opakovat a množit. Předem a v klidu je třeba

si naplánovat s dítětem rozhovor (ne výslech) a nesklouznout při něm k vyhrožování a vydírání. Jisté je, že určitě něco někde neklape, někdo něco zanedbal nebo podcenil. Pokud se podaří najít příčinu, je „od čeho se odpíchnout“. Dítěti je třeba dát jasně najevo, že jej neodmítáme, ale drogy ano. Rozhodně není dobré řešit problém pouze v rodině, na místě je samozřejmě porada a spolupráce s odborníkem.

S každým nepřítelem se dá bojovat – musíme ho ovšem znát a mít strategii a také odvalu a chuť do boje jít. Chceme-li úspěšně bojovat s drogami, musíme mít o nich především dostatek informací. Obecně platí, že nejlepší obrana je účinná primární prevence. (Jirásek, 2010)

### **3. Ochrana**

#### **3. 1. Prevence**

Prevence v obecném slova smyslu představuje předcházení a zamezení vzniku nemoci. Dělíme ji na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence má za úkol zabránění vzniku drogového problému; je soustředěna na děti a mládež, ale taktéž na osoby, které bezprostředně na děti a mládež působí (učitele, rodiče). Primární prevence se provádí na školách, v zájmových kroužcích, v domovech a poradenských centrech. Účinná primární prevence spočívá v předávání dostatku kvalitních informací cílové skupině, a tím ovlivnění chování, jednání a podpoře zdraví jedinců. Prevence je zaměřena na snižování poptávky po návykových látkách. Rodina a rodiče jsou základem primární prevence, protože mají klíčový vliv na chování dětí a určují postoje v rodině. Rodič je nositelem domén (pravidel). Prevence v rodině je v první řadě postavena na vzájemné důvěře a kamarádkém vztahu rodiče a dítěte, na naslouchání problémům dítěte, rozhovorech o drogách a rizicích užívání drog. Rodič by měl svému dítěti umožnit smysluplné využití volného času (zájmové kroužky), vysvětlit nebo doporučit taktiky odmítání drog. S tím souvisí i jasně daná pravidla v rodině. Dítěti je třeba vysvětlit, jaká společnost je pro něj vhodná a nevhodná. (Nešpor, 1996)

V ČR mají všechny základní a střední školy zřízení funkci školního metodika prevence a realizují minimální preventivní programy v různých formách. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy je pověřeno koordinací primární protidrogové prevence v ČR. Nestátní neziskové organizace v ČR se významně podílejí na školní, indikované i selektivní prevenci. MŠMT řídí školní primární protidrogovou prevenci, ta je podporována okresními metodiky prevence a krajskými školskými koordinátory. (Úřad vlády ČR, 2006)

Primární prevence zahrnuje opatření a programy, které jsou zaměřené na dosud nezasaženou populaci. Má za úkol předcházet rizikovým formám chování, odradit populaci, která ještě nepřišla do kontaktu s drogou a oddálit první užití i kontakt. Cílem je vytváření povědomí a informovanosti o drogách, zdůraznění nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků spojených se zneužíváním drog, posílení osobních a sociálních dovedností, které pozitivně působí k rozvoji protidrogových postojů a podpoře zdravějšího chování a životního stylu.

Programy primární prevence se dělí na specifické a nespecifické. Nespecifická primární prevence zahrnuje aktivity, které podporují zdravý životní styl; nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek, jsou to aktivity, které nabízejí smysluplné využití volného času (zájmové kroužky, sportovní aktivity). Specifická primární prevence je rozdělena do 3 úrovní podle rizikových cílových skupin – na všeobecnou, selektivní a indikovanou:

Programy všeobecné primární prevence jsou zaměřeny na běžnou populaci dětí a dospívajících bez dělení na rizikové skupiny (programy nestátních neziskových organizací a pedagogicko - psychologických poraden ve školách).

Selektivní primární prevence je soustředěna na skupiny, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory. Je určena např. problematickým třídním kolektivům; cílem je společně s pedagogem najít řešení problémových situací ve třídách, předcházet vzniku sociálně nežádoucích jevů (šikana, rasismus), nenásilné zvládnutí konfliktů a zvyšování pozitivního sociálního klimatu. Cílem je zvýšení tolerance mezi žáky a posílení soudržnosti skupiny (třídního kolektivu).

Indikovaná primární prevence je zaměřena přímo na jedince, u nichž jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti. Jedná se o individuální odborné konzultace, které mohou využít děti, jejich rodiče, pedagogové.

Školní metodici prevence realizují prevenci ve školách prostřednictvím tzv. minimálních preventivních programů, koordinují aktivity školy v rámci primární prevence. (Úřad vlády ČR, 2007)

Sekundární prevence je soustředěna již na osoby závislé na návykových látkách, uživatele, abstinující osoby. Sekundární prevence spočívá v dodávání prostředků ochrany, cílené informační kampani, používání farmaceutických a jiných programů, změně rizikového chování a zabránění rozšíření jevu, vzdělávání odborných pracovníků. Existují terénní programy, nízkoprahová a vysokoprahová centra, poradenská centra, detoxikační střediska. (Bruno, 1996)



Léčebné a resocializační programy se podle tzv. prahu dělí do 2 typů – na nízkoprahové a vysokoprahové. Nízkoprahové programy nevyžadují na svých klientech bezpodmínečnou abstinenci jako podmínku pro vstup do programu. Nabízejí léčbu somatických škod plynoucích z rizikového užívání drog, psychologické a sociální poradenství, ve vhodných případech léčbu k abstinenci. Tyto programy jsou dostupné pro kteréhokoliv zájemce „z ulice“ a představují mezistupeň mezi životem bez kontaktu s pomáhající institucí a přechodem do programů vysokoprahových. Vysokoprahové programy naproti tomu podmiňují účast klienta abstinencí. Nabízejí psychiatrickou a psychologickou pomoc, někdy i sociální servis; cílem je posílit abstinenci chování a návyky. (Zábranský, 2003)

Terciární prevence zahrnuje přímou práci se závislými jednotlivci, vzdělávání a trénink přímo směřovaný na závislé osoby, který má minimalizovat negativní zdravotní a sociální důsledky užívání drog a závislostí. Terciární prevence je přímo zaměřená na uživatele, kteří nechtějí skončit s užíváním drog; jejím úkolem je informovat uživatele o méně škodlivých způsobech užívání, substitučních léčebných programech (pro uživatele opiátů), programech pro výměnu jehel, potravinovém, zdravotním, hygienickém a vitamínovém servisu. V ČR jsou zavedeny harm reduction programy – programy mírnění škod. Přínosy terciární prevence jsou snížení počtu předávkování opiátů, snížení přenosu infekčních chorob přenosných krví a zlepšení dostupnosti sociálních, léčebných, zdravotních služeb a snížení veřejného pohoršení. (Úřad vlády ČR, 2010)

Zásady efektivního provádění prevence jsou uvedeny v příloze č. 3 této práce.

Prevence aplikovaná v ČR vychází z programu Zdraví 21, který představuje rozsáhlý soubor aktivit, zaměřených na zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatel. Program je pracovním podkladem pro přípravu konkrétních projektů. Česká varianta byla zpracována mezioborovým týmem odborníků a přijata Vládou ČR v roce 2002. Obsahuje 21 cílů ke zlepšení zdravotního stavu naší populace a jeho udržení. S prevencí užívání drog úzce souvisí cíle 4 a 12 programu Zdraví 21 - viz příloha č. 4 této práce.

Na program Zdraví 21 navazuje program Zdraví 2020 (Budoucnost evropské zdravotní politiky) - viz příloha č. 5 této práce.

### **3.2. Léčebné programy**

Přestat brát drogy je pro člověka obvykle extrémně obtížné, potřebuje proto pomoc, aby se své závislosti zbavil – podporu rodiny a přátel. Často musí absolvovat dlouhodobou speciální protidrogovou terapii.

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. Světová zdravotnická organizace definuje tři hlavní cílové oblasti v léčbě a resocializaci uživatelů drog, kterými jsou snížení závislosti, snížení nemocnosti a úmrtnosti v souvislosti s užíváním drog a podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení jejich plné sociální integrace. (Kalina, 2003)

Každý léčebný program má svoje pozitivní i negativní stránky. Úspěšnost léčby je statisticky na první pohled sice nízká, na druhou stranu každý zachráněný člověk je výhrou.

Pro úspěšné vymanění se ze závislosti je podpůrným faktorem pozitivní motivace samotného klienta, touha s drogou dobrovolně skoncovat. Člověka závislého na jakýchkoli drogách (vč. alkoholu i nikotinu) i po úspěšném absolvování léčení nemůžeme považovat za „zdravého“ - je to pro zbytek života jen trvalý abstinent, kterému po novém kontaktu s drogou hrozí opakovaný návrat do stavu před léčbou. Recidivu může odstartovat cokoliv. Při léčbě závislostí je proto kladen důraz především na umění zvládání stresových zátěžových situací, asertivitu, náhradní aktivity, umění odmítnout.

Ideálem principů efektivní léčby závislosti na drogách jsou:

- 1) individuální přístup - pro konkrétního pacienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je pro něj nejvhodnější;
- 2) léčba by měla být rychle dostupná;
- 3) léčba by měla reagovat na potřeby pacienta vč. zdravotních, psychologických, sociálních a právních;
- 4) měla by být dostatečně pružná, reagující na měnící se potřeby pacienta;
- 5) pro efektivitu léčby je důležité její trvání – delší léčba přináší obvykle lepší výsledky;
- 6) léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy;
- 7) důležitou součástí léčby je mnohdy podávání vhodných léků;
- 8) pacienti, kteří kromě závislostí trpí i jinou duševní chorobou, by měli být současně léčeni pro oba problémy;
- 9) detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stádiem léčby; sama o sobě má malý efekt;
- 10) efektivní léčba nemusí být dobrovolná- její přijetí, setrvání v ní a konečný výsledek

může ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů;

- 11) během léčby je třeba zjišťovat a kontrolovat, zda nedochází k porušování abstinence;
- 12) léčba by měla zahrnovat i vyšetření na HIV, hepatitidy přenosné krevní cestou, tuberkulózu a další nemoci, jejichž výskyt je mezi závislými častější;
- 13) účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky léčby. (Nešpor, 2007)

### **Základní typy léčebných programů**

Ústavní léčba se uskutečňuje na psychiatrických klinikách a v léčebnách. Pacienti jsou udržováni v chráněném prostředí, mají k dispozici lékařský personál, spolupracující s odborníky z jiných oborů – psychoterapeuty, sociálními pracovníky, psychology atd. Terapeutické komunity umožňují závislému žít mimo rodinu a poskytují současně do jisté míry chráněné prostředí. Klienti společně v komunitě určitý čas žijí, kromě skupinových sezení mají společný program s pracovní a jinou činností. Je kladen důraz na získání náhledu klienta na vlastní problémy a osobní míru zavinění těchto problémů; prostředí pomáhá klientům pěstovat vůli a setrvat v dlouhodobé abstinenci. Stacionáře jsou vhodné pro klienty, kteří jsou již sami schopni regulovat touhu po návykové látce nebo pro ty, u nichž není nutné oddělení od rodiny; nehodí se v prvním stádiu odvykání. Jsou to zařízení „na půli cesty“ mezi ambulantní péčí a ústavní péčí. Klienti přicházejí přes den, jsou jim poskytnuty intenzivní denní služby jako v léčebně nemocničního typu; program obsahuje terapeutické, pracovní, sportovní a jiné aktivity; odpoledne nebo večer pak klienti odcházejí domů. Ambulantní péče poskytuje klientům, kteří jinak tráví čas svými každodenními povinnostmi (škola, zaměstnání), skupinová setkání, na která pravidelně docházejí – jedná se např. o doléčovací programy, klinické a soukromé poradny zajišťující skupinové terapie. Aby byly tyto programy úspěšné, musí být dokonale propracované.

### **3.3. Represe**

Pojem represe zahrnuje širokou škálu aktivit, které mají zastavit nebo alespoň omezit výrobu a distribuci a užívání nelegálních drog. Tyto aktivity obsahují vždy dva prvky – prohibiční a regulační. Prohibice znamená vynucování a kontrolu absolutního zákazu nakládání s některými drogami, příp. uvalování sankcí za porušení tohoto zákazu. Regulace je omezení dostupnosti některých drog tak, aby byly společenské škody co nejnižší, a vyloučení drog z některých činností (řízení vozidel, ovládání těžkých strojů.).

Mezi hlavní represivní intervence patří:

- prosazování práva (vyhledávání a potlačování výroby, dopravy a distribuce drog a postih pachatelů trestné činnosti podle platné legislativy);
- kontrola státních hranic (vyhledávání, kontrola a postih neoprávněného převážení a pašování psychotropních látek a surovin k jejich výrobě);
- regulace a kontrola chemických látek (povinné licencování výroby a zacházení s omamnými a psychotropními látkami, prekurzory a pomocnými látkami);
- regulace dostupnosti (např. omezená dostupnost některých léčiv). (Zábranský, 2003)

Od 1. ledna 2010 nabyl účinnosti nový trestní zákoník – zákon č. 40/2009 Sb., který obsahuje změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Jedná se o úpravu týkající se přechovávání drog pro vlastní potřebu, zde jsou rozlišeny drogy podle společenských a zdravotních rizik. V nižší trestní sazbě je postihováno přechovávání konopných drog v množství větším než malém, u ostatních drog platí vyšší trestní sazba než v původním znění zákona. Změna také nastala u nedovoleného pěstování rostlin a hub obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, je postihováno mírnější trestní sazbou než výroba drog. Pěstování malého množství rostlin nebo hub pro vlastní potřebu se stalo nově přestupkem. (Mravčík, 2010) Drogové trestné činy jsou v trestním zákoníku uvedeny v Hlavě VII, Dílu 1 v § 283 – 287.

Právní úprava postihu dětí a mládeže při drogových deliktech je zahrnuta v zákoně č. 218/2003 Sb. v platném znění – o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže. Pokud děti mladší 15 let spáchají čin jinak trestný, nejsou trestně odpovědné a soud pro mládež učiní potřebná opatření k nápravě, kterými jsou:

- dohled probačního úředníka;
- zařazení do programu ve středisku výchovné péče;
- ochranná výchova.

Mladiství, tedy osoby od 15 do 18 let, jsou již trestně odpovědní a jejich protiprávní činnost se nazývá provinění. Ukládají se za ně opatření:

- výchovná (dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti, výchovná omezení, napomenutí s výstrahou);
- ochranná (ochranné léčení, zabránění věci, ochranná výchova);

- trestní (obecně prospěšné práce, peněžité opatření, propadnutí věci, zákaz činnosti, vyhoštění, podmíněčné odsouzení, podmíněčné odsouzení s dohledem, odnětí svobody
- trestní sazby se oproti plnoletým snižují na polovinu). (Zákon č. 218/2003 Sb. - online)

### **3.4. Obecné cíle Národní strategie protidrogové politiky**

Obecné cíle Národní strategie protidrogové politiky České republiky jsou: snížení míry experimentálního užívání a příležitostného užívání drog zejména u mladých lidí; snížení míry problémového a intenzivního užívání drog; snížení potenciaálních rizik spojených s užíváním drog pro jedince a společnost a snížení dostupnosti drog - zejména pro mladé lidi.

Strategie se opírá o 4 základní pilíře protidrogové politiky: primární prevenci, léčbu a sociální začleňování, snižování rizik a snižování dostupnosti drog.

Z koncepce Národní strategie protidrogové politiky vychází rovněž i Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na toto období.

Na období let 2010-2012 byly stanoveny následující priority protidrogové politiky ČR: je třeba se zaměřit na vysokou míru užívání zejména konopí a dalších legálních a nelegálních drog mezi mládeží a mladými dospělými (ČR patří dlouhodobě mezi země s nadprůměrnou mírou zkušeností populace s alkoholem, tabákem a nelegálními drogami), dále se soustředit na vysokou míru problémového užívání opiátů a pervitinu formulací a aplikací programů specifických pro tuto cílovou skupinu (Akční plán se zaměří na rozšíření opiátů a posílení kontroly, úhrady, registrace). Je třeba posílit protidrogovou politiku v oblasti legálních drog (alkoholu, tabáku), zejména její koncepční a koordinační mechanismy a oblast léčebných opatření a rozvíjet a zefektivnit celkové legislativní, finanční a koordinační mechanismy protidrogové politiky (je potřeba více pozornosti při financování protidrogové politiky a zefektivnění využívání finančních zdrojů). (Vláda České republiky, 2011)

### **4. Speciální základní škola - její specifika**

Dítě je zařazeno do speciální (dříve zvláštní) školy po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb, a to na základě pedagogicko - psychologického vyšetření školským poradenským zařízením. Vše je podmíněno souhlasem zákonných zástupců.

Zásady a cíle vzdělávání na speciální škole jsou především rovný přístup ke vzdělání bez jakékoli diskriminace, zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce, vzájemná úcta, respekt,

solidarita a důstojnost a všeobecný rozvoj osobnosti s důrazem na poznávací, sociální, morální, mravní a duchovní hodnoty.

Organizace speciálního vzdělávání:

- forma a obsah vzdělávání je upravován podle individuálních potřeb žáka,
- jsou používány speciální učebnice, didaktické materiály,
- ve třídě je malý počet žáků,
- v případě potřeby jsou využívány služby asistentů,
- jsou využívány speciální metody, formy výuky a postupy,
- jsou zařazovány předměty speciální pedagogické péče,
- poskytovány pedagogicko – psychologické služby.

Žáci speciálních škol jsou v průměru méně inteligentní, často pocházejí z rozvrácených a nefunkčních rodin. Mezi žáky speciálních škol bývají nezřídka děti sociálně znevýhodněné (pocházející z prostředí s nízkým socioekonomickým statusem), osoby zdravotně hendikepované (s postižením mentálním, zrakovým, tělesným, s kombinovanými vadami), s poruchami učení a chování. Je zde rovněž vysoké zastoupení žáků romské národnosti. Z těchto důvodů lze považovat žáky speciálních škol za „více rizikové“ ve vztahu k užívání návykových látek.

Základní škola speciální je určena pro žáky, kteří vzhledem ke svým omezeným schopnostem nezvládají učivo běžné základní školy. Vzdělávací program ZŠ speciální umožňuje postupovat se všemi žáky individuálně, přizpůsobit se jejich potřebám a požadavkům. Vzdělávací stránka je rovnocenná stránce výchovné, proto jsou zastoupeny i složky výchovy. Jsou zde i žáci se zdravotním znevýhodněním - zdravotně oslabení, dlouhodobě nemocní, kteří vyžadují zohlednění při vzdělávání, a žáci se sociálním znevýhodněním – z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy.

Při vzdělávání žáků je velice důležitá spolupráce s rodiči. Škola se řídí zásadou, že rodič, dítě a učitel jsou rovnocenní partneři a podle toho k rodičům přistupuje – vstřícně a přátelsky.

Rodiče mohou v případě potřeby využít rady výchovného poradce, služby školního logopeda, ředitele, zástupce ředitele. Někteří rodiče se školou nespolupracují a neprojevují zájem o své děti. Tito rodiče jsou opakovaně zváni do školy. Snahou školy je tyto rodiče co nejvíce motivovat k odpovědnějšímu přístupu ke vzdělávání vlastního dítěte a k pozitivnímu přístupu

ke vzdělávací instituci. Zvyšuje se počet případů, kdy problémy v rodinném prostředí je třeba řešit ve spolupráci s příslušnými sociálními odbory. (MŠMT, 2011)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 5. Výzkumné otázky

- 1) **Jaká byla charakteristika vybraných psychosociálních determinant zdraví ve sledované skupině respondentů v roce 2009?**
- 2) **Jaké bylo zastoupení kuřáků ve sledované skupině respondentů mezi lety 2009 - 2011?**
- 3) **Jaká byla četnost uživatelů alkoholu ve sledované skupině respondentů mezi lety 2009 - 2011?**
- 4) **Jaká byla nejčastěji užívaná nelegální droga ve sledované skupině respondentů mezi lety 2009 - 2011?**
- 5) **Jaká byla četnost uživatelů vybraných nelegálních drog ve sledované skupině respondentů mezi lety 2009 - 2011?**

### 6. Metodika výzkumu

Cílem práce bylo popsat a zhodnotit problematiku užívání návykových látek mezi žáky speciální školy v bývalém okresním městě v Pardubickém kraji.

Výzkumnou metodou bylo dotazníkové šetření. Pro šetření u žáků speciální školy bylo využito dvou dotazníků vlastní konstrukce. Byly v nich použity jednoduché, krátké a srozumitelné otázky, přizpůsobené intelektuálním schopnostem respondentů. V dotaznících byly použity otázky uzavřené, alternativní, polynomické, otevřené, polozavřené. Dotazníky byly pro přehlednost označeny jako dotazník A a dotazník B (viz přílohy č. 6 a 7).

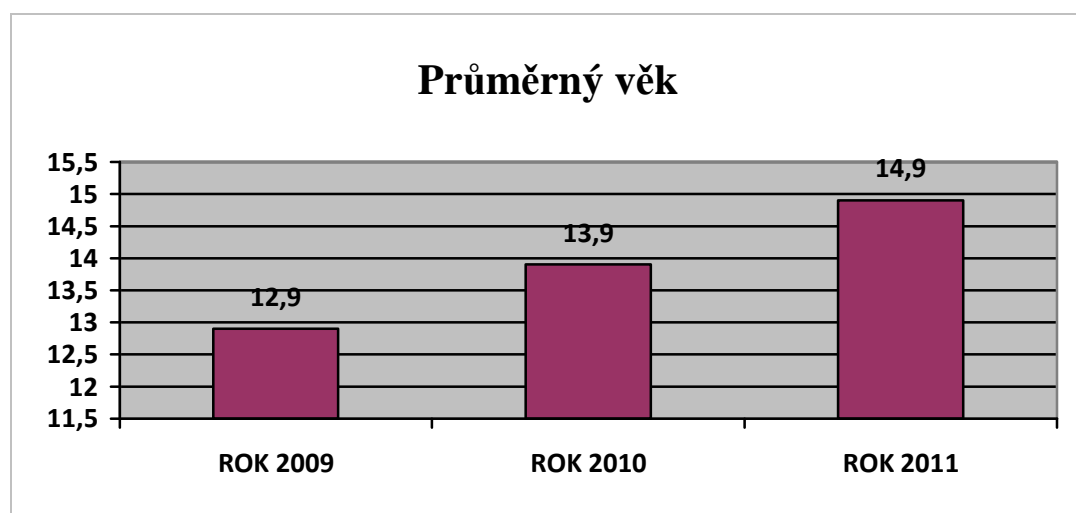
Dotazník A měl za cíl zjistit vybrané psychosociální determinanty zdraví, obsahoval 9 otázek koncipovaných různým způsobem. V úvodu respondenti označili své pohlaví a věk. Poté dotazovaní žáci uváděli, co dělají ve svém volném čase a zda jejich rodiče mají přehled o tom, s kým svůj volný čas tráví. Další otázky byly zaměřeny na zjištění, z jakého rodinného prostředí respondenti pocházejí, jestli mají oblíbenou osobu mezi pedagogy ve škole, zda vyrůstají v kuřáckém prostředí a v případě že ano, kdo z jejich rodiny kouří. V závěru dotazníku respondenti uváděli, zda se účastní besed o drogové problematice a zda navštěvují tzv. „nízkoprahová centra“.

Dotazník B obsahoval rovněž 9 otázek a měl zjistit četnost užívání návykových látek mezi dotazovanými žáky. V úvodu obsahoval otázky zaměřené na případné zkušenosti s tzv.



legálními drogami (tabákové cigarety, alkohol), dále se zaměřil na oblast nelegálních drog, a to na nejčastěji užívanou nelegální drogu, zda se jedná o náhodný experiment nebo pravidelné užívání. Jedna z položených otázek se snaží zjistit, zda respondenti vůbec jsou schopni rozlišit, které návykové látky jsou řazeny mezi tzv. legální, resp. nelegální drogy. Další část dotazníku se orientuje na dostupnost drog, dále zda respondenti vědí o někom, kdo se zabývá drogovou problematikou a lze se na něj v případě potřeby pomoci obrátit. Závěr je věnován finanční otázce - kolik peněz mají žáci k dispozici pro svou osobní potřebu.

Sběr dat se uskutečnil od prosince 2009 do prosince 2011 na základní speciální škole v jednom z bývalých okresních měst Pardubického kraje. Realizace dotazníkového šetření proběhla po souhlasu zástupkyně ředitelky základní speciální školy. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 26 žáků. Jednalo se o cílený výběr žáků druhého stupně speciální školy, kdy podmínkou zařazení do výzkumu bylo, aby navštěvovali tuto školu po dobu alespoň tří let. V roce 2009 bylo celkem osloveno 26 žáků 6. a 7. ročníku, kteří splňovali podmínky do zařazení do výzkumu a se svou účastí v dotazníkovém šetření souhlasili. V letech 2010 a 2011 nebyl ze sledovaného souboru nikdo vyloučen – celkem tedy bylo během tří let vyplněno oslovenými žáky 26 dotazníků A a 78 dotazníků B. Respondenti byli ve věku pohybujícím se v rozmezí 11-16 let, jejich průměrný věk byl (během celé doby výzkumu - po dobu 3 let) 13,9 roku. Věkové složení respondentů je znázorněno v následujícím grafu.



**Obr. 1: Graf - Průměrný věk respondentů**

Pohlaví respondentů ve sledované skupině nebyla rovnoměrně zastoupena – výzkumu se zúčastnilo celkem 18 chlapců a 8 dívek. Sběr dat probíhal ve třech fázích. V prosinci 2009 v první fázi výzkumného šetření jsem rozdala dotazníky A a B, ve druhé fázi jsem rozdala dotazník B stejné skupině respondentů. Tato druhá fáze proběhla v listopadu 2010. Ve třetí

fázi v prosinci 2011 tato stejná skupina respondentů opět vyplnila dotazník B. Šetření mělo vždy stejný charakter. Dotazníky byly rozdávány v době vyučování v předmětu občanská výchova. Žáci byli vždy seznámeni s podmínkami vyplnění dotazníku. Na samotné vyplnění měli 30 minut a poté vyplněné dotazníky vhodili do připravené schránky. Šlo o anonymní sběr dat a data byla následně shromažďována a zpracovávána tak, že je vyloučena identifikace konkrétní osoby. Vyplňování dotazníků jsem byla vždy osobně přítomna a zodpovídala případné otázky; někdy vysvětlování trvalo déle, vzhledem k intelektuálním schopnostem žáků. Získaná data byla zanesena do kontingenčních tabulek v programu Microsoft Office Excel 2003. Pro všechny výpočty a konstrukce tabulek a grafů bylo využito programu Microsoft Office Word 2003 a Microsoft Office Excel 2003. Tabulky četnosti byly doplněny o relativní četnost vyjádřenou v procentech. Byly použity následující typy grafů: sloupcové, koláčové a spojnicové. Relativní četnost bodu X použitá v tabulkách je vypočtena vzorcem

$$x_i = \frac{n_i}{n} * 100[\%] \quad .$$

Kromě žáků speciální školy jsem oslovila i pracovníka oddělení sociální prevence městského úřadu, který zastává funkci protidrogového koordinátora a provádí na sledované škole, ve spolupráci se školní metodičkou prevence, preventivní programy. I on dostal k vyplnění krátký dotazník (viz příloha č. 8 – dotazník C), který obsahoval 7 otázek. Zjišťovala jsem, jak často provádí na speciální škole preventivní programy a jakou formou, zda jejich množství pokládá za dostatečné a zda se na něj žáci v případě problémů obracejí. Dále jsem se zajímala, jaké drogy jsou podle jeho dlouhodobých zjištění na speciálních školách nejužívanější, zda pozoruje výrazné rozdíly v užívání návykových látek a názorech na ně mezi žáky základních škol a speciálních škol a také jaká je na sledované speciální škole spolupráce s rodiči žáků.

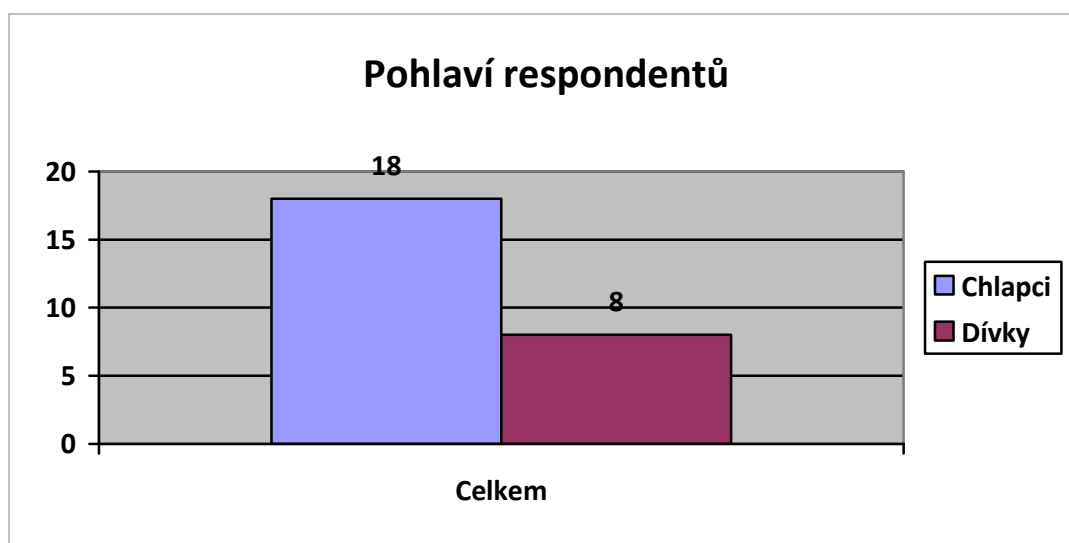
## 7. Interpretace výsledků

### 7.1. Dotazník A: psychosociální determinanty zdraví

Tento dotazník (uveden v příloze č. 6) byl během výzkumu rozdán respondentům 1x – v roce 2009.

#### OTÁZKA Č. 1: POHLAVÍ RESPONDENTŮ

Mezi respondenty nebyla rovnoměrně zastoupena obě pohlaví - z celkového počtu 26 účastníků dotazníkového šetření bylo 18 chlapců a 8 dívek.



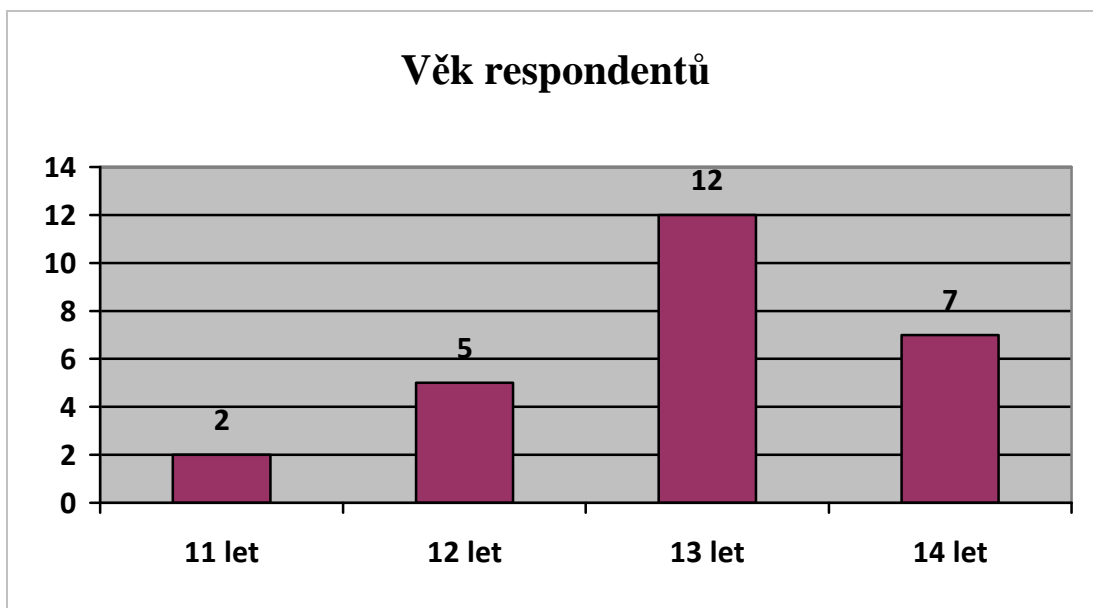
Obr. 2: Graf – Pohlaví respondentů

#### OTÁZKA Č. 2: VĚK RESPONDENTŮ

Nejčetnější věkovou skupinou byli žáci ve věku 13 let. Průměrný věk respondentů v roce 2009 byl 12,9 roku.

Tab. 1: Věk respondentů

Věk respondentů		
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
11 let	2	7,7
12 let	5	19,2
13 let	12	46,2
14 let	7	26,9
Celkem	26	100



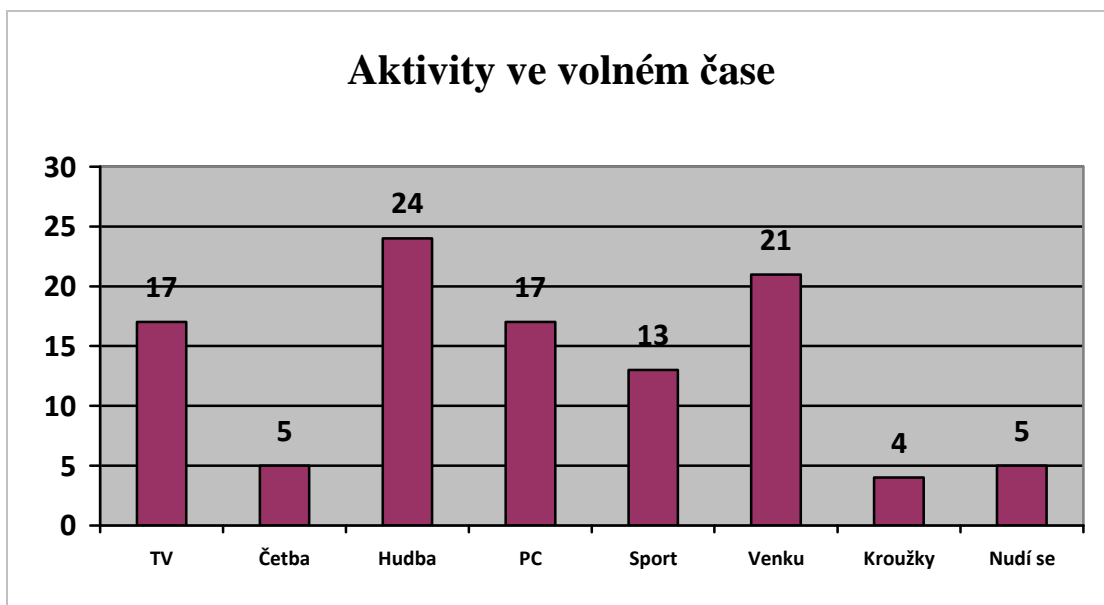
Obr. 3: Graf – Věk respondentů

### OTÁZKA Č. 3: CO DĚLÁŠ NEJČASTĚJI VE SVÉM VOLNÉM ČASE?

U této otázky se ke každé proměnné vyjadřovalo 100 % respondentů. V tabulce č. 2 je zaznamenaná relativní četnost pozitivních odpovědí. Nejčastěji uváděnou volnočasovou aktivitou je mezi dotazovanými hudba, jejímž poslechem si volný čas krátí 92,3 % (n=24) respondentů. Druhou nejoblíbenější aktivitou je pobyt venku s kamarády, následuje sledování televize, hry na počítači a sport. Četbu volilo pouze 19,2 % (n=5) respondentů. Pouze 15,4 % (n=4) dotazovaných žáků navštěvuje ve volném čase kroužky. Často se nudí 19,2 % (n=5) dotazovaných.

Tab. 2: Aktivity ve volném čase

Aktivity ve volném čase								
Aktivita	TV	Četba	Hudba	PC	Sport	Venku	Kroužky	Nudí se
<b>Absolutní četnost</b>	17	5	24	17	13	21	4	5
<b>Relativní četnost [%]</b>	65,4	19,2	92,3	65,4	50,0	80,8	15,4	19,2



Obr. 4: Graf – Aktivity ve volném čase

#### OTÁZKA Č. 4: VĚDÍ TVOJI RODIČE S KÝM TRÁVÍŠ SVŮJ VOLNÝ ČAS?

Na otázku, zda rodiče vědí, kde děti tráví svůj volný čas, odpovědělo celkem 23 respondentů (88,5 %), že ano. Pouze 3 dotazovaní žáci (11,5 %) odpověděli, že rodiče o jejich aktivitách nemají přehled.

Tab. 3: Povědomí rodičů o trávení volného času

Povědomí rodičů o trávení volného času				
	Absolutní četnost		Relativní četnost [%]	
	Ano	Ne	Ano	Ne
<b>Celkem</b>	23	3	88,5	11,5

#### OTÁZKA Č. 5 : ŽIJEŠ V ÚPLNÉ RODINĚ (s oběma vlastními rodiči)?

Na otázku, zda žijí v úplné rodině s oběma vlastními rodiči, odpovědělo 65,4 % žáků, že ano a zbylých 34,6 % žáků žije v rodinách neúplných.

Tab. 4: Úplnost rodiny

Úplnost rodiny				
	Absolutní četnost		Relativní četnost [%]	
	Ano	Ne	Ano	Ne
<b>Celkem</b>	17	9	65,4	34,6

## OTÁZKA Č. 6: MÁŠ VE ŠKOLE OBLÍBENOU UČITELKU, ZA KTEROU BYS ŠEL/ŠLA, KDYŽ BYS MĚL/A PROBLÉM?

24 dotazovaných žáků (92,3 %) uvedlo, že mají oblíbenou učitelku, za kterou by šli pokud by měli nějaký problém – to je jistě povzbudivé zjištění. 2 z respondentů (7,7 %) oblíbeného pedagoga ve škole nemají.

Tab. 5: Důvěrná osoba ve škole

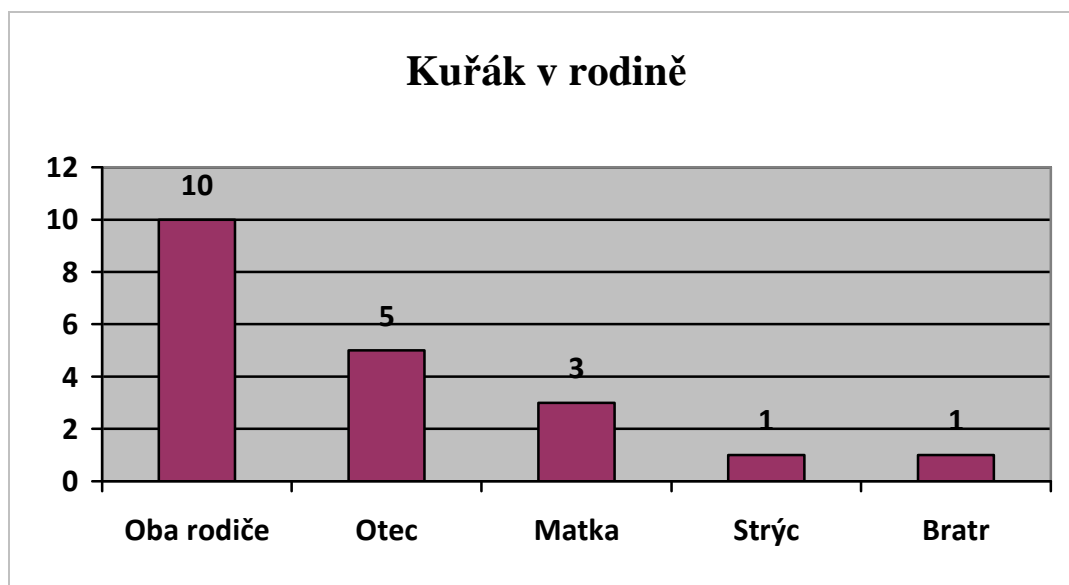
Důvěrná osoba ve škole				
	Absolutní četnost		Relativní četnost [%]	
	Ano	Ne	Ano	Ne
<b>Celkem</b>	24	2	92,3	7,7

## OTÁZKA Č. 7: KOUŘÍ NĚKDO VE TVÉ RODINĚ?

Více než  $\frac{3}{4}$  dotazovaných žáků (76,9 %) vyrůstají v rodinách, kde někdo kouří. Nečastěji kouří v rodině oba rodiče (v 10 případech), na druhém místě to je otec (u 5 dotazovaných žáků), dále následuje matka (3), strýc (1) a bratr (1). Pouze 23,1 % respondentů pochází z nekuřáckého prostředí.

Tab. 6: Kuřák v rodině

Kuřák v rodině				
	Absolutní četnost		Relativní četnost [%]	
	Ano	Ne	Ano	Ne
<b>Celkem</b>	20	6	76,9	23,1



Obr. 5: Graf - Kuřák v rodině

## OTÁZKA Č. 8: ÚČASTNIL/A JSI SE NĚKDY BESEDY O DROGÁCH?

Celkem 69,2 % dotazovaných žáků uvedlo, že se účastnilo besedy o drogách, 30,8 % respondentů označilo, že ne. Přitom dle informací získaných od vedení školy probíhají několikrát ročně ve škole besedy s preventistou, jejichž náplní bývá i problematika drog.

Tab. 7: Účast na besedě o drogách

Účast na besedě o drogách				
	Absolutní četnost		Relativní četnost [%]	
	Ano	Ne	Ano	Ne
<b>Celkem</b>	18	8	69,2	30,8

## OTÁZKA Č. 9: NAVŠTĚVUJEŠ „NÍZKOPRAHOVÁ CENTRA“

### V OKOLÍ SVÉHO BYDLIŠTĚ (Klub Agora, Kopretina, ...)?

Pouze 3 žáci (11,5 % dotazovaných) navštěvují „nizkoprahová centra“ v okolí svého bydliště, zbylých 23 žáků uvedlo, že je nenavštěvuje.

Tab. 8: Návštěvnost v nizkoprahových centrech

Návštěvy v nizkoprahových centrech				
	Absolutní četnost		Relativní četnost [%]	
	Ano	Ne	Ano	Ne
<b>Celkem</b>	3	23	11,5	88,5

## 7.2. Dotazník B – legální a nelegální drogy

Tento dotazník (viz příloha č. 7) byl stejným respondentům rozdán celkem 3x v průběhu 3 let – v roce 2009, 2010 a 2011.

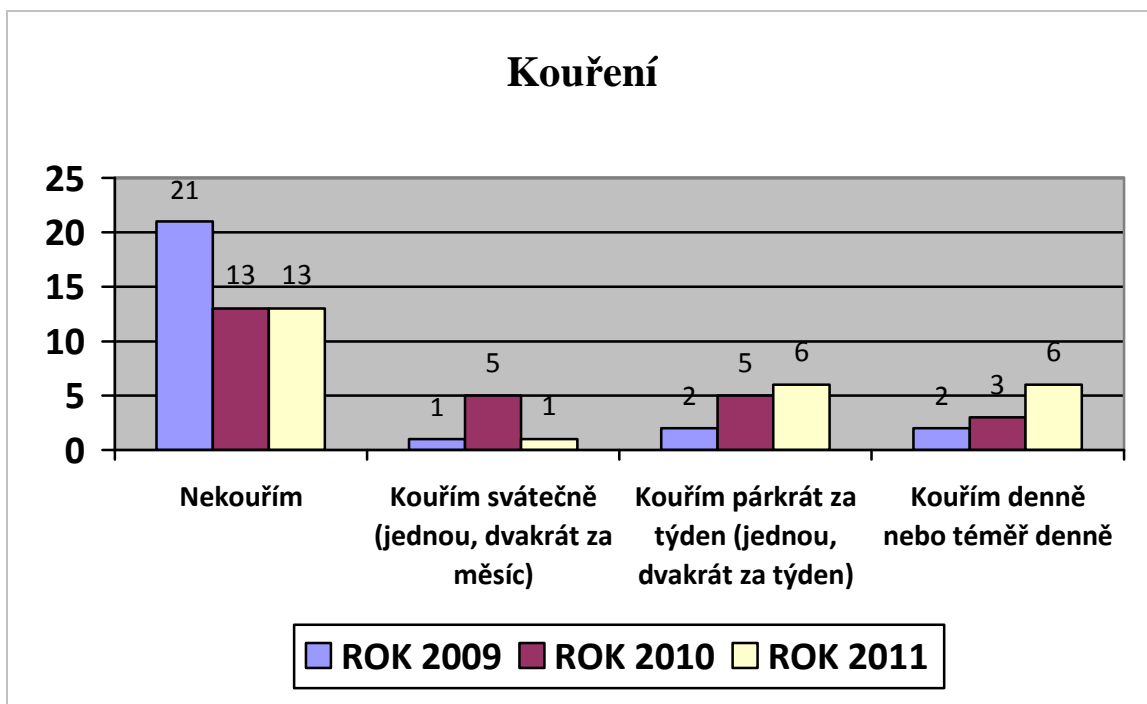
### OTÁZKA Č. 1: KOUŘÍŠ?

Výsledky průzkumu ukázaly, že dochází k postupnému nárůstu množství pravidelných kuřáků u žáků vyšších ročníků. V roce 2009 denně kouřili pouze 2 respondenti (7,7 %), v roce 2010 už denní kouření přiznali 3 respondenti (11,5 %) a v roce 2011 počet pravidelných denních kuřáků stoupl na 6 z dotazovaných žáků (23,1 %). Stejně tak rostl i počet respondentů, kteří přiznávali pravidelné kouření párkrát za týden – ze 7,7 % dotazovaných v roce 2009 na 19,2 % v roce 2010, resp. 23,1 % v roce 2011. V prvním roce prováděného průzkumu 80,8 % dotazovaných uvedlo, že nekouří; v následujících dvou letech se počet nekuřáků snížil, byl zjištěn po oba roky na stejné úrovni (50 % respondentů). Počet svátečních kuřáků, kteří konzumují cigaretu jednou nebo dvakrát za měsíc, byl zjištěn nejvyšší v roce 2010, kdy tuto možnost uvedlo 19,2 % dotazovaných. V následujícím roce se zřejmě pokles svátečních kuřáků dá vysvětlit tím, že tito začali kouřit pravidelně.

Tab. 9: Kouříš?

Kouříš?	Počet			Četnost [%]		
	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011
Nekouřím	21	13	13	80,8	50,0	50,0
Kouřím svátečně (jednou, dvakrát za měsíc)	1	5	1	3,8	19,2	3,8
Kouřím párkrát za týden (jednou, dvakrát za týden)	2	5	6	7,7	19,2	23,1
Kouřím denně nebo téměř denně	2	3	6	7,7	11,5	23,1





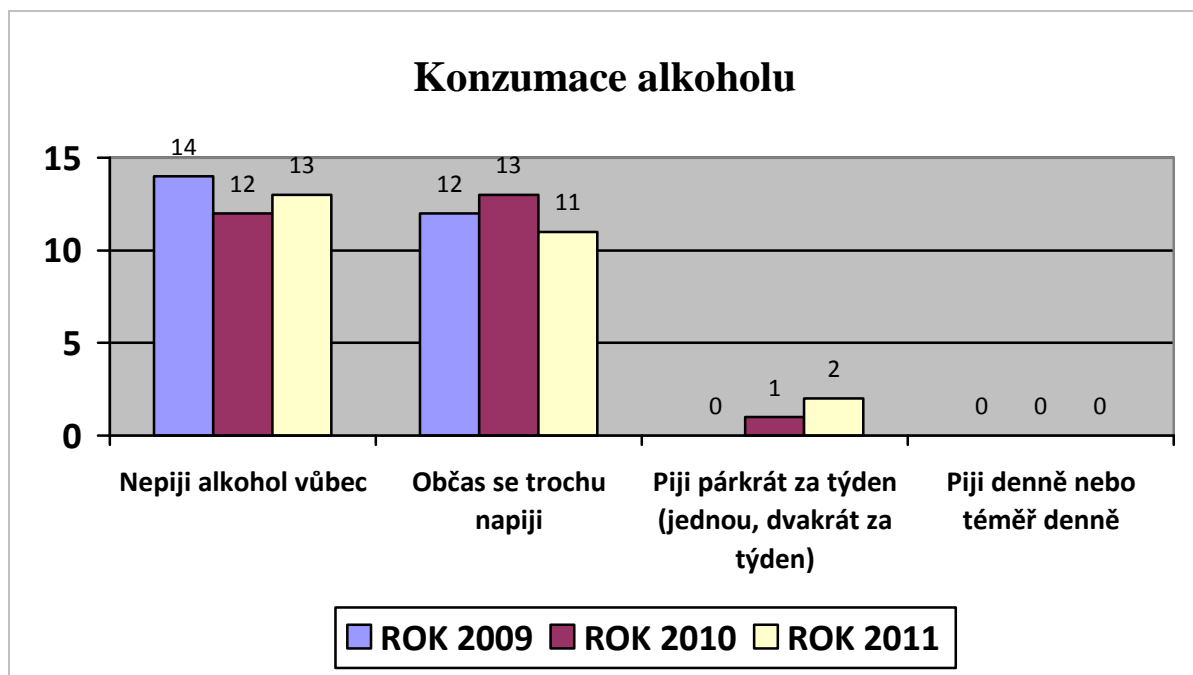
Obr. 6: Graf – Kouření

## OTÁZKA Č. 2: PIJEŠ ALKOHOL?

S přibývajícím věkem respondentů dochází k mírnému nárůstu konzumentů alkoholu. V roce 2009 nekonzumoval pravidelně (denně nebo téměř denně ani jednou nebo dvakrát za týden) alkohol žádný z dotazovaných žáků, ale v roce 2011 už s určitou pravidelností konzumuje alkohol 7,7 % respondentů (tito dotazovaní přiznali konzumaci alkoholu párkrát za týden). Při příležitostných oslavách, jako jsou narozeniny, Silvestr atd. se napilo v roce 2009 46,2 % respondentů, v roce 2010 50 % respondentů. V roce 2011 se oproti očekávání počet respondentů proti předcházejícím letům snížil na 42,3 %. Přibližně 1/2 dotazovaných uvedla, že nepije alkohol vůbec – jejich počet se během tří let provádění průzkumu výrazně neměnil.

Tab. 10: Konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu	Absolutní četnost			Relativní četnost [%]		
	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011
Nepiji alkohol vůbec	14	12	13	53,8	46,2	50,0
Občas se trochu napiji (oslav, Silvestr, narozeniny)	12	13	11	46,2	50,0	42,3
Piji párkrát za týden (jednou, dvakrát za týden)	0	1	2	0,0	3,8	7,7
Piji denně nebo téměř denně	0	0	0	0,0	0,0	0,0



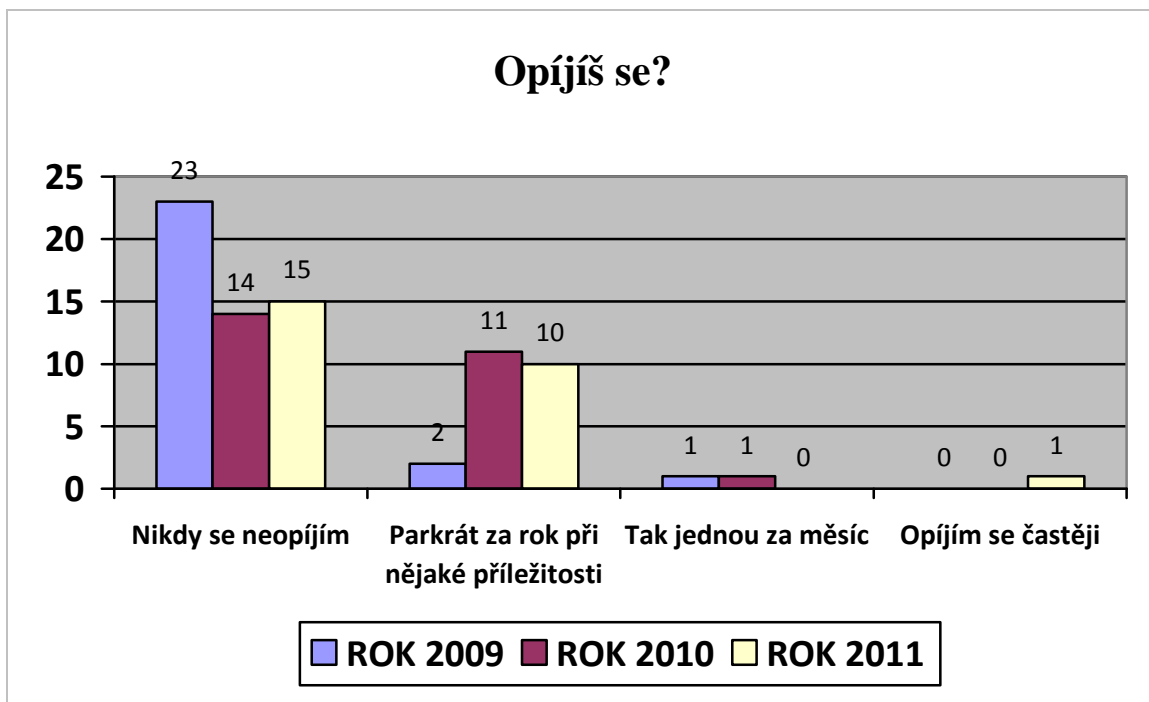
Obr. 7: Graf - Konzumace alkoholu

### OTÁZKA Č. 3: OPÍJÍŠ SE?

Na tuto otázku uvedlo v roce 2009 88,5 % respondentů, že se nikdy neopíjí. V roce 2010 to bylo už jenom 53,8 % respondentů a v roce 2011 57,7 % respondentů. K největšímu nárůstu došlo u respondentů, kteří se opíjí při nějaké příležitosti (oslavy, Silvestr, narozeniny) v roce 2010, a to ze 7,7 % v roce 2009 na 42,3 %. Jeden dotazovaný žák (3,8 %) v průzkumu v roce 2011 uvedl, že se opíjí častěji než jednou za měsíc.

Tab. 11: Opíjíš se ?

Opíjíš se?	Absolutní četnost			Relativní četnost [%]		
	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011
Nikdy se neopíjím	23	14	15	88,5	53,8	57,7
Párkrát za rok při nějaké příležitosti (oslavy, Silvestr, narozeniny)	2	11	10	7,7	42,3	38,5
Tak jednou za měsíc se opiji	1	1	0	3,8	3,8	0,0
Opíjím se častěji	0	0	1	0,0	0,0	3,8



Obr. 8: Graf - Opíjíš se?

#### OTÁZKA Č. 4: CO JE LEGÁLNÍ A NELEGÁLNÍ DROGA?

Dle zjištěných výsledků je patrné, že v průběhu 3 let provádění průzkumu informovanost dotazovaných žáků rostla; i přesto někteří z respondentů v rozlišení pojmů legálních a nelegálních drog nemají zcela jasno. Například u toluenu uvedli v posledním roce šetření 2 dotazovaní, že se jedná legální drogu, u LSD a pervitinu si to myslí 1 respondent. Naopak tabák 1 dotazovaný označil za drogu nelegální.

Tab. 12: Co je legální a nelegální droga?

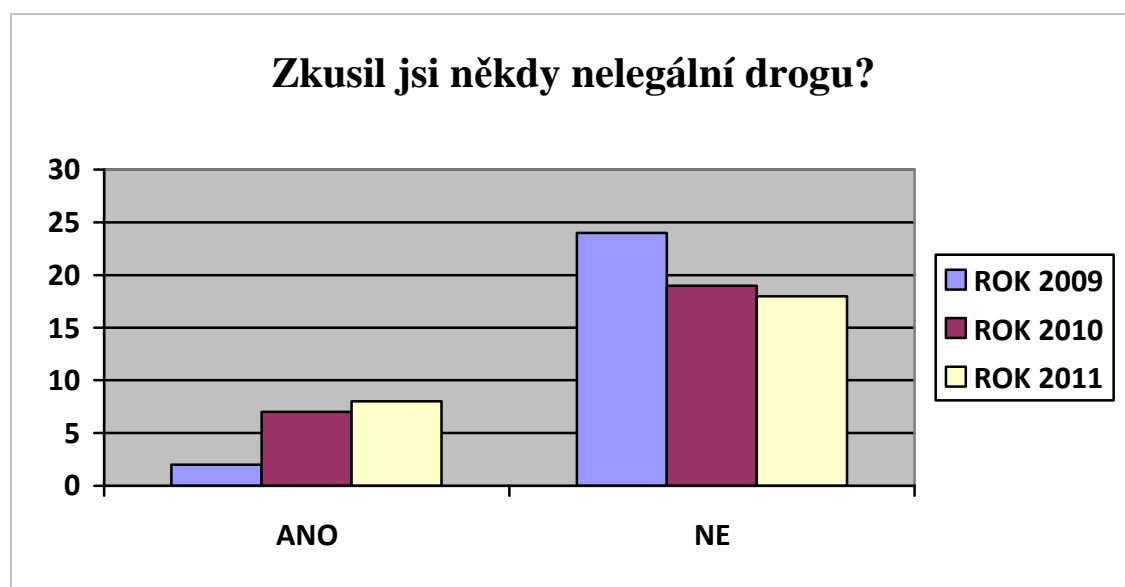
Co je legální a nelegální droga?						
	2009		2010		2011	
	Legální	Nelegální	Legální	Nelegální	Legální	Nelegální
<b>Pivo</b>	25	1	25	1	26	0
<b>Tabák</b>	23	3	25	1	25	1
<b>LSD</b>	2	24	1	25	1	25
<b>Toluen</b>	4	22	3	23	2	24
<b>Káva</b>	26	0	26	0	26	0
<b>Čaj</b>	26	0	26	0	26	0
<b>Pervitin</b>	2	24	1	25	1	25

## OTÁZKA Č. 5: ZKUSIL JSI NĚKDY NELEGÁLNÍ DROGU? POKUD ANO, O JAKOU DROGU ŠLO A KOLIKRÁT JSI JI ZKUSIL?

Na otázku, zda někdy zkoušeli nelegální drogu, odpovědělo kladně v roce 2009 7,7 % dotazovaných žáků, v roce 2010 došlo k nárůstu na 26,9 %, resp. na 30,8 % v roce 2011.

Tab. 13: Zkusil jsi někdy nelegální drogu?

Zkusil jsi někdy nelegální drogu?	Počet			Četnost		
	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011
ANO	2	7	8	7,7	26,9	30,8
NE	24	19	18	92,3	73,1	69,2

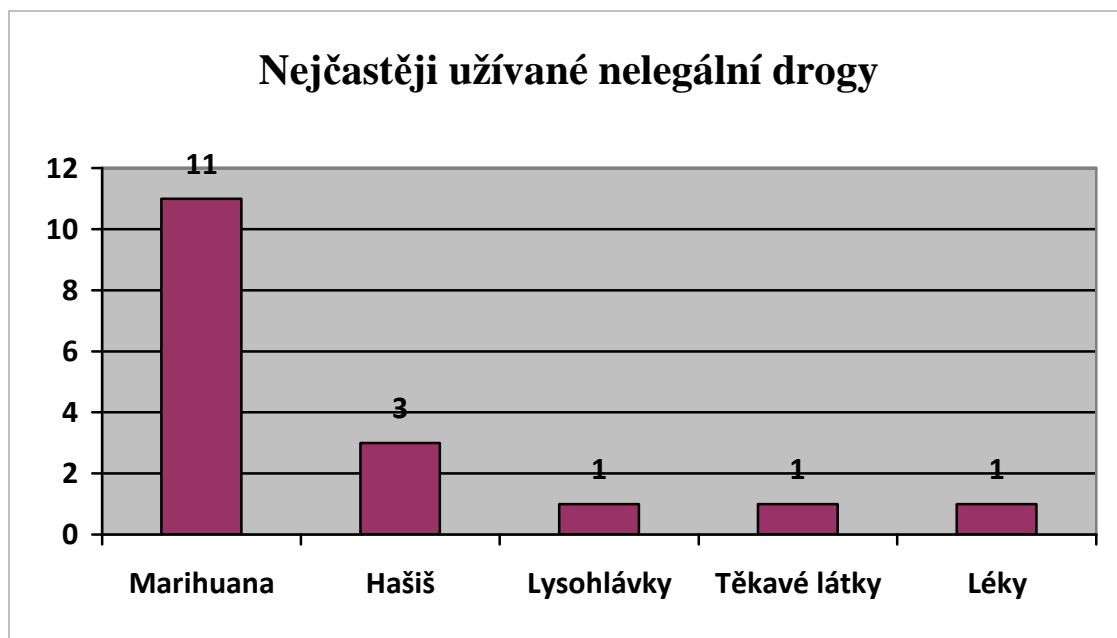


Obr. 9: Graf - Zkusil jsi někdy nelegální drogu?

Nejčastěji uváděnou nelegální drogu byla během 3 let průzkumu mezi dotazovanými žáky podle očekávání marihuana, u níž jako u jediné 5 dotazovaných uvedlo vícečetné užití. Celkem přiznalo konzumaci marihuany (ať už jednou nebo vícekrát) 11 respondentů. Hašiš vyzkoušeli jednou 3 z dotazovaných žáků, po jednom uvedli svou jednorázovou zkušenost žáci s lysohlávkami, těkavými látkami a s léky.

Tab. 14: Nejčastěji užívané nelegální drogy

Nejčastěji užívané nelegální drogy	2009		2010		2011		Celkem
	Jednou	Vícekrát	Jednou	Vícekrát	Jednou	Vícekrát	
Marihuana	1	1	2	4	0	3	11
Hašiš	0	0	1	0	2	0	3
Lysohlávky	0	0	0	0	1	0	1
Těkavé látky	0	0	0	0	1	0	1
Léky	0	0	0	0	1	0	1



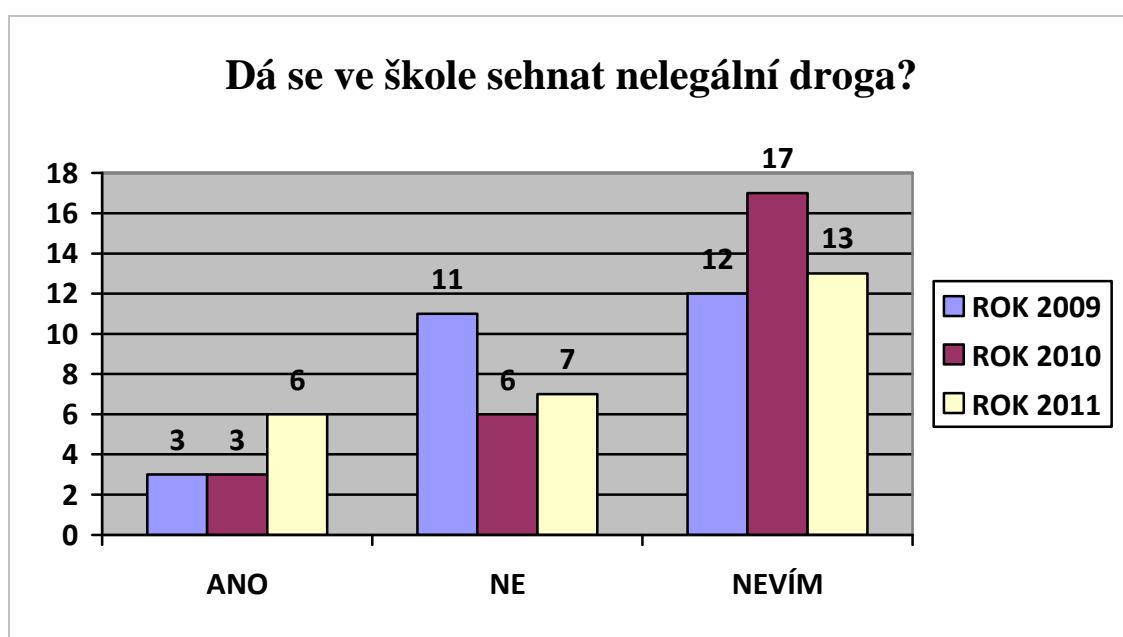
Obr. 10: Graf - Nejčastěji užívané nelegální drogy

## OTÁZKA Č. 6: DÁ SE VE ŠKOLE SEHNAT NELEGÁLNÍ DROGA?

Na tuto otázku odpovědělo kladně v roce 2009 11,5 % respondentů; v roce 2010 byla situace stejná, zatímco v roce 2011 již 23,1 % dotazovaných žáků uvedlo, že ve škole je možné si obstarat nelegální drogu. Poměrně velké množství dotazovaných uvedlo, že neví – v roce 2009 46,2 %, 65,4 % v roce 2010 a ½ respondentů v roce 2011.

**Tab. 15: Dá se ve škole sehnat nelegální droga?**

Dá se ve škole sehnat nelegální droga?	Absolutní četnost			Relativní četnost [%]		
	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011
ANO	3	3	6	11,5	11,5	23,1
NE	11	6	7	42,3	23,1	26,9
NEVÍM	12	17	13	46,2	65,4	50,0



**Obr. 11: Graf - Dá se ve škole sehnat nelegální droga?**

### **OTÁZKA Č. 7: NABÍZEL TI UŽ NĚKDO NELEGÁLNÍ DROGU?**

V roce 2009 uvedlo pouze 7,7 % respondentů (celkem 2 žáci), že jim byla nabízena nelegální droga. V následujících letech došlo k nárůstu - v roce 2010 na 26,9 % (7 žáků) a v roce 2011 byla droga někdy nabízena již 34,6 % respondentů (9 žákům).

**Tab. 16: Nabízel ti už někdo nelegální drogu?**

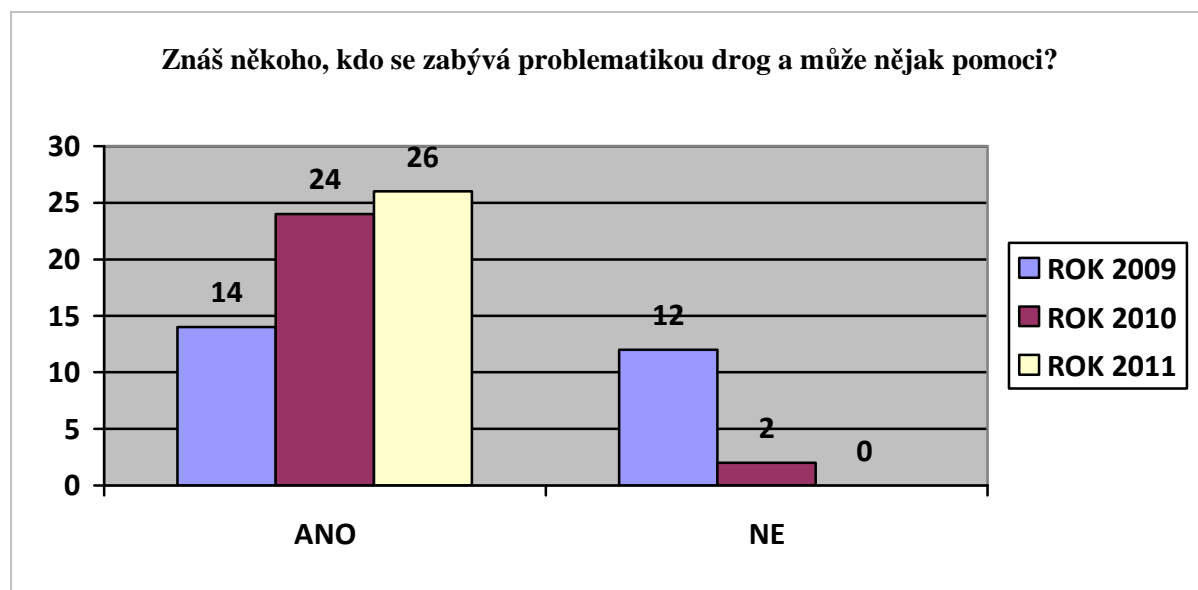
Nabízel ti už někdo nelegální drogu?	Počet			Četnost [%]		
	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011
ANO	2	7	9	7,7	26,9	34,6
NE	24	19	17	92,3	73,1	65,4

## OTÁZKA Č. 8: ZNÁŠ NĚKOHO, KDO SE ZABÝVÁ PROBLEMATIKOU DROG A MŮŽE TI NĚJAK POMOCI?

V roce 2009 uvedlo 46,2 % respondentů (12 žáků), že nikoho takového neznají. V roce 2010 už 92,3 % dotazovaných žáků (24) uvedlo, že v případě problému s drogami vědí na koho se obrátit se žádostí o pomoc. V roce 2011 už to věděli všichni respondenti. Zde je zřejmě patrný pozitivní vliv prováděných preventivních programů na škole.

Tab. 17: Znáš někoho, kdo se zabývá problematikou drog a může nějak pomoci?

Znáš někoho, kdo se zabývá problematikou drog a může nějak pomoci?	Počet			Četnost [%]		
	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011
ANO	14	24	26	53,8	92,3	100,0
NE	12	2	0	46,2	7,7	0,0



Obr. 12: Graf - Znáš někoho, kdo se zabývá problematikou drog a může nějak pomoci?

## OTÁZKA Č. 9: KOLIK PENĚZ MÁŠ PRO SVOU OSOBNÍ POTŘEBU NA TÝDEN?

Dotazovaní uváděli částky v rozmezí od 0,- do 200,- Kč. Nejčastěji disponují s obnosem 30,- až 50,- Kč na týden. Zjištěné odpovědi jsou uvedeny v následující tabulce.

**Tab. 18: Peníze pro osobní potřebu**

Peníze pro osobní potřebu	Absolutní četnost			Relativní četnost [%]		
	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011	ROK 2009	ROK 2010	ROK 2011
<b>0 Kč</b>	10	7	2	38,5	26,9	7,7
<b>do 30 Kč</b>	2	2	3	7,7	7,7	11,5
<b>30 - 50 Kč</b>	11	10	15	42,3	38,5	57,7
<b>50 - 80 Kč</b>	3	1	1	11,5	3,8	3,8
<b>80 - 100 Kč</b>	0	4	3	0,0	15,4	11,5
<b>100 - 200 Kč</b>	0	2	2	0,0	7,7	7,7
<b>200 - 500 Kč</b>	0	0	0	0,0	0,0	0,0



### 8.3. Dotazník C

Tento dotazník (viz příloha č. 8) jsem předložila k vyplnění městskému protidrogovému koordinátorovi, poté následoval rozhovor a upřesnění odpovědí z dotazníku, abych získala představu o tom, jak prevence na speciální škole z jeho strany probíhá. Zjistila jsem, že každoročně během podzimu proběhne v každé třídě speciální školy přednáška a dotazníkové šetření, zaměřené na drogy a šikanu mezi žáky. Podle výsledků vyhodnocení těchto dotazníků pak pokračuje následná práce s kolektivy v jednotlivých třídách i samostatně osobní sezení s jednotlivými žáky, zaměřená na aktuální zjištěný problém. Rovněž je pak tento pracovník zván do školy během roku školní metodičkou prevence, pokud se vyskytne nějaká problematická situace, kterou je třeba společně řešit. Koordinátor se také pravidelně zúčastňuje akcí školy, jako jsou školy v přírodě, lyžařské výcviky a akce podobného charakteru, při nichž jsou zařazovány preventivní zážitkové programy, především se jedná o fyzické a psychologické techniky za účelem stmelení kolektivu, zvýšení sebedůvěry žáků, posílení schopností čelit tlaku okolí – nácvik schopnosti odmítnout a podobně. Tyto aktivity přinášejí mnohem lepší výsledky než pouhé přednášky a besedy. Žáci speciální školy v případě problémů tohoto pracovníka i vyhledávají, buď sami, nebo přes školní metodičku prevence. Spolupráce zde tedy dobře funguje; problémem ale zůstává (a to je prý specifické i na ostatních speciálních školách) spolupráce s rodiči žáků.

Nejužívanějšími drogami na speciálních školách jsou podle koordinátora tabák, alkohol a marihuana – stejně jako na základních školách. Na speciálních školách je v porovnání se základními častější kouření tabákových cigaret, ale méně časté kouření THC.

## 9. Diskuze

### 1) Jaká je charakteristika vybraných psychosociálních determinant zdraví ve sledované skupině v roce 2009?

Ve sledované skupině žáků nejčastěji uváděnou volnočasovou aktivitou byl poslech hudby, následuje pobyt venku s kamarády, sledování televize a hraní na počítači. Málo respondentů tráví volný čas četbou. Velmi málo dotazovaných navštěvuje zájmové kroužky, někteří přímo uvádějí, že se ve volném čase nejčastěji nudí. Z výsledků výzkumu tedy vyplývá, že respondenti nejčastěji tráví čas pasivním způsobem.

Rodiče se podle názoru 88,5 % dotazovaných zajímají o trávení volného času svých dětí. 65,4 % dotazovaných žáků žije v úplné rodině s oběma vlastními rodiči a zbylých 34,6 % žáků žije v rodinách neúplných. Více než  $\frac{3}{4}$  dotazovaných žáků vyrůstají v rodinách, kde někdo kouří. Nečastěji kouří v rodině oba rodiče, na druhém místě to je otec, dále následuje matka. Pouze necelá  $\frac{1}{4}$  respondentů pochází ze striktně nekuřáckého prostředí.

Účast na besedách o drogách je pro respondenty velice důležitá, protože zde probíhá komplexní informovanost o návykových látkách, která je nepostradatelnou složkou prevence. Celkem 69,2 % dotazovaných žáků uvedlo, že se účastnilo besedy o drogách, 30,8% respondentů označilo, že ne. Přitom dle informací získaných od vedení školy probíhají několikrát ročně ve škole besedy s preventistou, jejichž náplní bývá i problematika drog.

Je milé zjištění, že kromě 2 respondentů mají všichni ve škole oblíbenou učitelku, za kterou by šli, když by měli nějaký problém. Je zde patrný přátelský přístup učitelů k žákům, vzájemná důvěra a dobré vzájemné vztahy.

Pouze 3 z dotazovaných žáků uvedli, že navštěvují „nízkoprahová centra“ v okolí svého bydliště, což není příliš pozitivní zjištění. Přitom ve městě je poměrně velká nabídka těchto zařízení, která se zaměřují na práci s problematickými dětmi, mezi něž žáci speciální školy z mnoha důvodů nepochybně patří.

Je také velice zajímavé, jaké mají dotazovaní žáci k dispozici finanční prostředky. Respondenti nejčastěji mají pro svou osobní potřebu týdně k dispozici 30,- až 50,- Kč, někdo však až 200,- Kč na týden. Každý rodič by měl vědět, kolik peněz má jeho dítě k dispozici, kde je získalo, a především za co je utrácí.

Lze se domnívat, že s drogami experimentují více děti z rozvrácených, problémových rodin, kde je menší péče a celkový nezájem o dítě ze strany rodičů, nezájem o volnočasové aktivity

dítěte a celkově špatně fungující rodinné zázemí. Dobře fungující rodinné prostředí je ochranným faktorem vůči sociálně patologickým jevům. Důležitou roli hraje úplnost či neúplnost rodiny. Je prokázáno, že rozvod rodičů ovlivní budoucí život dětí. Každý rodič by měl mít zájem o svého potomka, včetně informovanosti o trávení volného času svého dítěte. Rodiče by rovněž měli být pro děti pozitivním příkladem, děti může negativně ovlivnit například negativní přístup rodičů ke kouření. Děti by u rodičů, ale i u svých pedagogů ve škole, měly nacházet důvěru a porozumění. Značný vliv na případné rizikové chování mají u dětí neúspěchy ve škole, necitlivý přístup učitelů, neoblíbenost v kolektivu vrstevníků. (Bruno, 1996).

## **2) Jaké bylo zastoupení kuřáků mezi oslovenými žáky základní speciální školy mezi lety 2009 - 2011?**

Dle zjištěných výsledků dotazníkových šetření mezi lety 2009 až 2011 je možné podle očekávání konstatovat postupný nárůst počtu pravidelných kuřáků mezi žáky z vyšších ročníků. Zatímco v roce 2009 kouřili denně nebo téměř denně pouze 2 z dotazovaných žáků, v následujícím roce už pravidelně kouřili 3 respondenti a v roce 2011 přiznala denní kouření již téměř ¼ dotazovaných žáků (23,1 % - celkem 6 žáků). Stejně tak rostl v průběhu let i počet respondentů, kteří přiznali kouření jednou až dvakrát za týden: ze 2 kladných odpovědí v prvním roce průzkumu na 5 v roce 2010, resp. 6 v roce 2011. V posledním roce šetření tedy celkem 12 respondentů (46,2 %) uvedlo, že kouří pravidelně denně nebo alespoň 1x až 2x za týden, 1 dotazovaný žák kouří svátečně 1x až 2x za měsíc. Zkušenosti s kouřením má tedy v roce 2011, kdy byli dotazováni žáky 8. a 9. ročníku, přesně ½ z nich, zatímco v roce 2009 to bylo 19,2 % (5 žáků); v roce 2010 již zkušenost s tabákovými cigaretami uvádí již výše zmíněná ½ žáků, je zde však mezi nimi ve srovnání s posledním rokem šetření větší zastoupení svátečních kuřáků. Podle výsledků mezinárodní studie ESPAD (Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách) z roku 2011, které se účastnila kohorta žáků a studentů narozených v roce 1995, bylo zjištěno, že v České republice alespoň jednou kouřilo tabákové cigarety 75 % šestnáctiletých; 25,7 % bylo denních kuřáků. 68 % z těch, kteří někdy kouřili, zkusili cigaretu před dovršením svých 14. narozenin. S denním kouřením začala do 13 let věku 1/3 žáků. Výsledky zjištěné mezi žáky speciální školy jsou tedy příznivější než celorepublikový průměr.

### **3) Jaká byla četnost uživatelů alkoholu mezi oslovenými žáky základní speciální školy mezi lety 2009 - 2011?**

V roce 2009 nekonzumoval pravidelně (denně nebo téměř denně ani jednou nebo dvakrát za týden) alkohol žádný z dotazovaných žáků speciální školy, ale v roce 2011 už s určitou pravidelností konzumují alkohol 2 respondenti (7,7 %) - tito dotazovaní přiznali konzumaci alkoholu párkrát za týden. Denní nebo téměř denní pití nepřiznal nikdo z dotazovaných žáků ani v jednom roce průzkumu. Při příležitostných oslavách, jako jsou narozeniny, Silvestr, atd. se napilo v roce 2009 46,2 % respondentů, v roce 2010 50 % respondentů. V roce 2011 se oproti očekávání počet respondentů proti předcházejícím letům snížil na 42,3 % (to však lze vysvětlit zvýšením počtu konzumentů alkoholu párkrát za týden v tomto roce). Přibližně 1/2 dotazovaných uvedla, že nepije alkohol vůbec – jejich počet se během tří let provádění průzkumu výrazně neměnil. 88,5 % respondentů (23 žáků) speciální školy v roce 2009 uvedlo, že se nikdy neopíjí. V roce 2010 jejich počet klesl na 53,8 % (14 žáků), v roce 2011 to bylo 57,7 % (15 respondentů). K největšímu nárůstu došlo u respondentů, kteří se opíjejí při nějaké příležitosti (oslav, Silvestr, narozeniny) v roce 2010, a to ze 7,7 % (2 žáci) v roce 2009 na 42,3 % (11 žáků). Jeden dotazovaný žák (3,8 %) v průzkumu v roce 2011 uvedl, že se opíjí častěji než jednou za měsíc. Dle celorepublikových výsledků studie ESPAD 2011 alkohol v životě pilo téměř 98 % dotazovaných, přibližně 60 % lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu. Časté pití nadměrných dávek alkoholu uvedlo 26 % dotazovaných chlapců a 16 % dívek. Ze srovnání výsledků je patrné, že na speciální škole je situace o poznání příznivější.

### **4) Jaká byla nejčastěji užívaná nelegální droga mezi žáky speciální školy mezi lety 2009 - 2011?**

Nejčastěji uváděnou nelegální drogou, konzumovanou mezi dotazovanými žáky speciální školy, byla podle očekávání marihuana, kterou během 3 let průzkumu uvedlo celkem 11 žáků. Jedná se o jedinou nelegální drogu, u níž dotazovaní uvedli i opakované užití; v roce 2009 ji 1 dotazovaný žák konzumoval 1x a 1 vícekrát; v roce 2010 uvedli 2 respondenti jednorázovou zkušenost a 4 vícenásobné užití a v posledním roce průzkumu přiznali 3 dotazovaní opakované braní. Ve výsledcích studie ESPAD 2011 má alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy 43 % dotazovaných; nejčastěji se jedná rovněž o konopné látky (42 %), především marihuanu. Výsledky ze speciální školy jsou tedy opět povzbudivé.

## **5) Jaká byla četnost uživatelů vybraných nelegálních drog ve sledované skupině respondentů mezi lety 2009 - 2011?**

Jak již bylo napsáno výše, nejčastěji užívanými nelegálními drogami mezi žáky speciální školy byly konopné látky – marihuana a hašiš. Marihuanu v roce 2009 jeden dotazovaný žák konzumoval 1x a jeden vícekrát; v roce 2010 uvedli 2 respondenti jednorázovou zkušenost a 4 vícenásobné užití marihuany a v posledním roce průzkumu přiznali 3 dotazovaní její opakované braní. Jednorázový experiment s hašišem uvedl v roce 2010 jeden, resp. 2 žáci v roce 2011. Užití jiné drogy než konopných látek bylo u žáků speciální školy následující: 1 dotazovaný uvedl jednorázový experiment s lysohlávkami, 1 s těkavými látkami a 1 s léky. Užití LSD, pervitinu, heroinu nebo kokainu nebylo mezi dotazovanými žáky speciální školy zaznamenáno. Dle výsledků studie ESPAD 2011 jsou nejčastěji užívanými nelegálními drogami mezi šestnáctiletými konopné látky – marihuana a hašiš (42 % dotazovaných uvedlo alespoň jednorázovou zkušenost). Relativně rozšířené byly mezi dotazovanými zkušenosti s užitím léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře (10 %) a čichání rozpouštědel (8 %). Dalšími, v pořadí nejčastěji užívanými drogami, byly v populaci šestnáctiletých halucinogenní houby (7 %), LSD (5 %) a extáze (3 %), následuje pervitin (2 %), heroin nebo jiné opiáty (1 %). Výsledky průzkumu na speciální škole jsou opět příznivější, než uvádějí celorepublikové průzkumy. Zejména pozitivně hodnotím pouze 1 zaznamenaný experiment s těkavými látkami – zde jsem mezi dotazovanými očekávala vyšší výskyt.

Vyhodnocením stanovených výzkumných otázek a výsledků provedeného dotazníkového šetření, ale i na základě prostudovaných odborných materiálů se domnívám, že prevence je na sledované speciální škole prováděna pečlivě a dostatečně; jsou zařazovány důležité programy podporující sebevědomí a sebepojetí žáků. Je nezbytné se stále věnovat nejen prevenci užívání nelegálních drog, ale především prevenci konzumace tabáku a alkoholu, a to i ve spolupráci s rodiči, která zde však není jednoduchá.

## 9. Závěr

Získané výsledky jsou celkem jednoznačné a pro mnohé asi překvapivé. Z 26 respondentů v posledním roce průzkumu polovina vůbec nekouří a polovina nepije nikdy alkohol. Nelegální drogu si zkusilo 30,8 % dotazovaných (8 žáků). I celkový počet kuřáků marihuany je až překvapivě nízký – 3 dotazovaní žáci přiznali její častější kouření. A nejvíce pozitivní je zjištění, že na škole pouze jeden žák uvedl jednorázovou zkušenost s těkavými látkami.

Jen poměrně malé množství žáků (53,8 %) v prvním roce průzkumu uvedlo, že znají někoho, kdo by jim mohl při problémech s drogami pomoci. Přitom k nim do školy preventista dochází několikrát ročně. Je ovšem možné, že právě z důvodu, že ho znají dosti důvěrně, je tento člověk nenapadl a přemýšleli o někom „větším“. V následujícím roce již na tuto otázku odpovědělo kladně 92,7 % dotazovaných, v roce 2011 již všichni respondenti.

Mám-li své výsledky shrnout, pak mohu konstatovat, že situace na sledované speciální základní škole není vůbec horší než na školách základních, možná je dokonce příznivější. Jistě by bylo zajímavé provést porovnávací průzkum na běžných základních školách v regionu. Dotazník ukázal, že v naší skupině respondentů k drogám neinklinují ti „hloupější“, jak by se dalo předpokládat, ale že je tomu spíše naopak. Ostatně i v léčebnách závislostí absolventy speciálních škol prakticky nenajdeme, zato tam najdeme mnoho lidí s vysokoškolským vzděláním pokud jde o alkohol a množství nedostudovaných středoškoláků či vysokoškoláků pokud jde o tvrdé nelegální drogy. Největší význam vzhledem ke vcelku pozitivním výsledkům průzkumu na speciální škole však přikládám faktu, že prevence zde není brána na lehkou váhu a je zde systematicky prováděna. Preventivní programy, pokud jsou prováděny správně a skutečně „zapálenými“ lidmi, jsou velmi přínosné. Dalším nutným předpokladem pro prevenci zneužívání návykových látek i jiného sociálně-patologického chování je zaměření se na kvalitnější působení rodiny, pozitivní životní vzory, aktivní trávení volného času dětí. Nabídka volnočasových aktivit je základním prostředkem pro navázání kontaktu s cílovou skupinou dětí a mládeže ohroženou sociálně patologickými jevy nebo majícími vyhraněný životní styl (neakceptovaný většinovou společností). Proto se domnívám, že je nutno podporovat využívání služeb nízkoprahových zařízení ve městě těmito dětmi.

## **Bibliografické citace**

### **Knihy a časopisy:**

1. BRUNO, F. et al.; překlad MROZKOVÁ, I. *Drogy – drogová závislost*. Sananim Olomouc: 1996.
2. ELLIOTTOVÁ, M. překlad BUMBÁLEK, J. *Jak ochránit své dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. IBSN 80-7178-034-0.
3. GOODYER, P. překlad KUNCOVÁ, R. *Drogy a teenageři*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001. IBSN 80-86421-44-9.
4. GÖHLERT, F. Ch.; KÜHN, F. překlad LIEBLOVÁ, D. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group-Ikar, 2001. IBSN 80-7202-950-9.
5. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. IBSN 80-247-0135-9.
6. JIRÁSEK, Z. *Drogy-šikana-sekty, základní informace pro učitele a pedagogické pracovníky*. 1. vyd. Městský úřad Chrudim, oddělení sociální prevence, 2010.
7. a) KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. IBSN 80-86734-05-6.  
b) KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. IBSN 80-86734-05-6.
8. kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. IBSN 978-80-7367-223-2.
9. MANN, J. *Jedy, drogy, léky*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. IBSN 800508-0.
10. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. IBSN 80-85121-52-2.
11. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. IBSN 80-7178-515-6.
12. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. IBSN 978-80-7367-267-6.
13. NEŠPOR, K.; PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. vyd. Praha: SZÚ, 1999. IBSN 80-7071-123-X.

14. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách. 1. vyd.* Praha: KLP Livingstone, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
15. MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009.* Praha: Úřad vlády ČR, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6.
16. PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?. 2. vyd.* Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
17. Úřad vlády ČR. *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Zaostřeno na drogy* ISSN 1214-1089.
18. VÁCHOVÁ, L. *Mladých kuřáků stále přibývá.* Rodina a škola. 2008, roč. LV, č. 6, str. 18-19.
19. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0709-4.



## Elektronické zdroje

1. Vláda České republiky, *Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012*[online]. [cit. 2011-11-05]  
Dostupný z WWW: <<http://vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Akcni-plan-realizace-Narodni-strategie-protidrogove-politiky.pgf>>
2. KACHLÍK, P. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence*. Brno : PF Masarykovy univerzity, 2003 [online] [ cit. 2012-01-10].  
Dostupný z WWW: <<http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/>>
3. *zákon č. 218/2003 Sb. – o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže* [online]. [ cit. 2012-01-10].  
Dostupný z WWW:< <http://www.sagit.cz>>.
4. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřad vlády České republiky, *Drogy-info.cz-informační portál o ilegálních a legálních drogách*. Praha, 2003-2006 [online].[ cit.2011-12-10]  
Dostupný z WWW:< <http://www.drogy-info.cz/>>
5. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Speciální a inkluzivní vzdělávání a poradenství, MŠMT 2006-2012– informační portál[online] [cit- 2012-03-02].  
Dostupný z WWW:<<http://www.msmt.cz/socialni-programy/specialni-vzdelavani>>
6. TSOUROS, A. D. Developing the new European health policy: Health 2020, Andorra 9-11 march 2011 [online] [cit. 2012-04-10]  
Dostupný z WWW:  
<[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/134738/Andorra\\_Agis\\_Tsouros\\_pres\\_Health2020.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/134738/Andorra_Agis_Tsouros_pres_Health2020.pdf)>.
7. Policie České republiky informační portál, Národní protidrogová centrála, [online] [cit- 2012-03-20]. Dostupný z WWW:< [www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpvc.aspx](http://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpvc.aspx)>.

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

<b>Tabulka 1:</b> Věk respondentů .....	34
<b>Tabulka 2:</b> Aktivity ve volném čase .....	35
<b>Tabulka 3:</b> Povědomí rodičů o trávení volného času .....	36
<b>Tabulka 4:</b> Úplnost rodiny .....	36
<b>Tabulka 5:</b> Důvěrná osoba ve škole .....	37
<b>Tabulka 6:</b> Kuřák v rodině .....	37
<b>Tabulka 7:</b> Účast na besedě o drogách .....	38
<b>Tabulka 8:</b> Návštěvnost v nízkoprahových centrech .....	38
<b>Tabulka 9:</b> Kouření .....	39
<b>Tabulka 10:</b> Konzumace alkoholu .....	40
<b>Tabulka 11:</b> Opíjíš se .....	41
<b>Tabulka 12:</b> Co je legální a nelegální droga .....	42
<b>Tabulka 13:</b> Zkusil jsi někdy nelegální drogu .....	43
<b>Tabulka 14:</b> Nejčastěji užívané nelegální drogy .....	44
<b>Tabulka 15:</b> Dá se ve škole sehnat nelegální droga .....	45
<b>Tabulka 16:</b> Nabízel ti už někdo nelegální drogu .....	45
<b>Tabulka 17:</b> Znáš někoho, kdo se zabývá problematikou drog a může ti nějak pomoci .....	46
<b>Tabulka 18:</b> Peníze pro osobní potřebu .....	47

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<b>Obr.1:Graf-</b> Průměrný věk respondentů.....	32
<b>Obr. 2:Graf-</b> Pohlaví respondentů .....	34
<b>Obr. 3:Graf-</b> Věk respondentů .....	35
<b>Obr. 4:Graf-</b> Aktivity ve volném čase .....	36
<b>Obr. 5:Graf-</b> Kuřák v rodině .....	37
<b>Obr. 6:Graf-</b> Kouření .....	40
<b>Obr. 7:Graf-</b> Konzumace alkoholu .....	41
<b>Obr. 8:Graf-</b> Opíjíš se .....	42
<b>Obr. 9:Graf-</b> Zkusil jsi někdy nelegální drogu .....	43
<b>Obr. 10:Graf-</b> Nejčastěji užívané nelegální drogy .....	44
<b>Obr. 11:Graf-</b> Dá se ve škole sehnat nelegální droga .....	45
<b>Obr. 12:Graf-</b> Znáš někoho, kdo se zabývá problematikou drog a může ti nějak pomoci .....	46

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1: Návykové látky a zákon**

**Příloha č. 2: Důležité pojmy v drogové problematice**

**Příloha č. 3: Zásady efektivní prevence**

**Příloha č. 4: Prevence aplikovaná v ČR vychází z programu Zdraví 21**

**Příloha č. 5: Program Zdraví 2020 (Budoucnost evropské zdravotní politiky)**

**Příloha č. 6: Dotazník A**

**Příloha č. 7: Dotazník B**

**Příloha č. 8: Dotazník C**

## **PŘÍLOHA Č. 1:**

### **Návykové látky a zákon**

- *zákon č. 200/1990 Sb.*, o přestupcích
- *zákon č. 167/1998 Sb.*, o návykových látkách
- *zákon č. 379/2005 Sb.*, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (tabákový zákon)
- *zákon č. 40/2009 Sb.*, trestní zákoník
- *Nářízení vlády č. 454/2009 Sb.*, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za látky s anabolickým a jiným hormonálním účinkem a jaké je jejich množství, a co se pro účely trestního zákoníku považuje za metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu a za jiné metody s dopingovým účinkem
- *Nářízení vlády č. 455/2009 Sb.*, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku
- *Nářízení vlády č. 467/2009 Sb.*, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahující a jedů

(Policie ČR, 2012)

## PŘÍLOHA Č. 2:

### Důležité pojmy v drogové problematice

**Abstinenční příznaky** - jedná se o potíže, vznikající když se droga přestane užívat. Tělo si zvyklo na pravidelný přísun drogy a při jejím nedostatku se pak dostávají různé problémy, jako například podrážděnost, bolest hlavy, nespavost či pocení. ( Goodyer, 2001)

**Abúzus** - označení pro škodlivé užívání, zneužívání látky.

**Carving** - psychická žádostivost, bažení po droze, tlak k pravidelnému užití drogy.

**Flashback** - stav podobající se stavu po požití drogy, vznikající však v situaci, kdy droga nebyla vůbec aplikována. Objevuje se často u některých typů drog, a to i po dlouhodobé abstinenci.

**Intoxikace** - otrava

**Akutní intoxikace** - jedná se přechodný stav po požití psychoaktivní látky či alkoholu. Vede k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, poznávání, chování, emotivity, psychofyziologických funkcí a reakcí.

**Kontaktní centra (Drop-in centre)** - nabízejí služby drogově závislým osobám, které nejsou v kontaktu se zdravotními a sociálními institucemi. Překonávají psychické a administrativní bariéry dostupnosti. Umožňují přístup ke službám bez doporučení (anonymně), přímo z ulice, v neformálním prostředí, proto se nazývají „ nízkoprahová“ (low threshold).

Základním programem kontaktního centra je kontaktní péče, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, zdravotní ošetření, výměna injekčního náčiní. Klienti zde mohou využít potravinového servisu, rovněž i hygienický a vitamínový servis. Provádí se zde klientům anonymní testování na hepatitidy B, C a virus HIV. Dále se uskutečňuje poradenství, zaměřené na řešení zdraví, sociálních, psychologických, rodinných a právních problémů, podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu. Spolupracují s rodinnými příslušníky klientů.

**Odvykací syndrom** - vzniká při úplném nebo částečném vysazení drog nebo léků (opiáty, alkohol, tlumivé léky). Odvykací příznaky mohou být různého typu - duševní (např. deprese) nebo tělesné (křeče a podobně).

**Peer program** - je určitým druhem prevence; jedná se o aktivní program předem odborně připravených vrstevníků působících na své spolužáky, prováděný na některých základních a středních školách.

**Primární prevence** - má za úkol předcházet nemoci před jejím vznikem. Cílovou skupinou primární protidrogové prevence je populace, která se s drogami dosud nesečkala – úkolem je užívání drog předejít a oddálit první setkání s nimi do co nejpozdějšího věku.

**Protidrogový koordinátor** – pracovník městského nebo krajského úřadu, který koordinuje a plánuje realizaci protidrogové politiky v místních podmínkách. Má aktuální informace v protidrogové prevenci, má přehled o probíhajících protidrogových programech, zajišťuje spolupráci všech aktivních složek angažujících se v této oblasti, je v kontaktu s metodiky prevence na jednotlivých školách a podobně.

**Sekundární prevence** – provádí se, když už nemoc vznikla, ale ještě před tím, než způsobila poškození.

**Terciární prevence** – provádí se, když už nemoc vznikla a způsobila poškození, ale má za úkol předcházet dalšímu prohlubování škod. (Nešpor, Provazníková, 1999)

Její cílem je změnit rizikové chování uživatelů, kteří se drog nechtějí vzdát (rozdávání čistých jehel a stříkaček, substituční léčba,...).

**Tolerance** - při dlouhodobém požívání látek dochází ke klesání jejich účinku, proto dochází ke zvyšování dávek (u alkoholu, opiátů). (Goodyer, 2001)

**Závislost** - jedná se o chorobný stav, při kterém vynechání či neužití látky či jiného podnětu vyvolá v těle problémy - jak fyzické, tak i duševní. Závislost vzniká při dlouhodobém opakovaném užívání látky, nebo při určité činnosti, která přináší člověku nadměrné uspokojení. Závislost naruší osobnost, inteligenci i výkonnost jedince.

**Psychická závislost** - je stav nepřekonatelné touhy užít psychotropní látku, ať už se jedná o euforizující účinek nebo účinek povzbuzující. Touha je tak silná, že jí nelze odolat. S psychickou závislostí je spojena i trestná činnost, kterou jedinec získává finanční prostředky na opatření drogy.

**Tělesná závislost** - při úplné nebo částečné abstinenci, kdy v těle toxikomana látka chybí nebo je její množství malé, dochází k mučivým abstinenčním jevům a projevuje se fenomén tolerance. V rámci zvyšování tolerance si musí toxikoman dodávat stále vyšší dávky drogy.

(Gohlert, Kúhl, 2001)

**Terénní práce – streetwork** – jedná se o pomáhající aktivity, které jsou mimo instituce a zařízení; jsou přímo na ulicích, veřejně přístupných místech, nádražích, zábavních podnicích, klubech, ale i v azylových domech nebo i bytech cílové skupiny. Cílovou skupinou terénní práce jsou jednotlivci, kteří nejsou zachyceni existujícími institucemi, protože se jim vyhýbají a nedůvěřují jim. K těmto skupinám patří např. bezdomovci, „děti ulice“, migranti, prostitutky a příslušníci etnických menšin.

**Terénní programy** - zaměřují se na nitrožilní uživatele drog s cílem snížit jejich rizikové chování a omezit tak riziko šíření některých infekcí, například viru HIV nebo virů hepatitid B a C.

**Toxická psychóza - „bad trip, stíha“**- je psychická porucha, která je vyvolaná zneužitím halucinogenních a psychostimulačních látek (paranoidní syndrom). Obraz toxické psychózy se podobá schizofrenii, od níž je mnohdy obtížné tento stav odlišit; to lze zjistit na základě anamnestických údajů a průběhu. Při závažnějším obrazu může být jedinec nebezpečný sobě i okolí, proto se převáží na specializované psychiatrické oddělení. Toxická psychóza odezní bez použití medikamentů. (Úřad vlády ČR, 2011)

## **PŘÍLOHA Č. 3:**

### **Zásady efektivní prevence:**

- práce v malé skupině lidí do 30 osob nebo jedné třídy pro lepší navázání komunikace;
- aktivní účast cílové populace, jedná se o aktivní účast ať už formou diskuse, výtvarné či pohybové aktivity;
- práce s dětmi musí být dlouhodobá a kontinuální; rodiče a pedagogové jsou nejvíce s dětmi a mohou ovlivnit postoje jedince k drogám;
- řádná praktická a teoretická připravenost týmu;
- jasný a strukturovaný program, lektori si musí předem zjistit informovanost žáků;
- nabídka pozitivních alternativ zdravého života;
- důraz na spolupráci s pedagogy, rodiči a okolím cílové skupiny.



## **PŘÍLOHA Č. 4:**

### **Prevence aplikovaná v ČR vychází z programu Zdraví 21**

Program Zdraví 21 představuje rozsáhlý soubor aktivit, zaměřených na zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatel. Program je pracovním podkladem pro přípravu konkrétních projektů. Česká varianta byla zpracována mezioborovým týmem odborníků a přijata Vládou ČR v roce 2002. Obsahuje 21 cílů ke zlepšení zdravotního stavu naší populace a jeho udržení. S prevencí užívání drog úzce souvisí cíle 4 a 12 programu Zdraví 21:

#### **► Cíl 4 : Zdraví mladých**

**Vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti**

Dílčí úkol č. 4. 1.

Děti a dospívající mládež by měla být způsobilější ke zdravému životu a měla by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí.

→ preventivní programy, nácvik sociálních dovedností.

Dílčí úkol č. 4. 2.

Snížit počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí a nehod o 50 %, a to především dopravní úrazy zaviněné pod vlivem drog či alkoholu.

Dílčí úkol č. 4. 3.

Dostatečně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdravých škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog a tabáku, alkoholu.

→ v posledních letech došlo k nárůstu rizikového chování v dospívání. Je třeba dále posilovat odpovědný přístup dětí a dospívajících ke zdravému způsobu života.

#### **► Cíl 12: Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem**

**Do roku 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy**

Dílčí úkol č. 12. 1.

Mezi osobami staršími než 15 let by mělo být 80 % nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 %.

→ je nutno zajistit efektivní primární prevenci specificky zaměřenou na vybrané skupiny dětí a mládeže systémem preventivních aktivit na všech úrovních;

→ nutno zajistit účinnou ochranu nekuřáků, hlavně dětí, před pasivním kouřením.

Dílčí úkol 12. 2.

Spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 l za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová.

→ cílenými programy ve školách usilovat o snížení poptávky po alkoholu u dětí a dospívajících;

→ prosazení zákazu reklamy na alkoholické nápoje.

Dílčí úkol č. 12. 3.

Snížit rozšiřování drog alespoň o 25 % a úmrtnost v důsledku jejich užívání alespoň o 50 %.

→ preventivními programy usilovat o snížení poptávky po návykových látkách;

→ nadále zlepšovat dostupnost všech typů léčby, poradenství i programů mírnění škod.

(MŠMT, 2011)

## **PŘÍLOHA Č. 5:**

### **Program Zdraví 2020 (Budoucnost evropské zdravotní politiky)**

#### Cíl:

- posílit zdravotní systémy
- oživit infrastruktury a instituce veřejného zdravotnictví
- zapojit veřejnost
- připravit soubor navazujících a ověřených opatření, která by reagovala na zdravotní hrozby a přispívala soustavnému zlepšování zdravotní situace.

Dá se očekávat, že příprava, schválení i realizace programu ZDRAVÍ 2020 jako společnému projektu Evropské regionální úřadovny SZO a 53 evropských členských zemí se stane jedním z motivů pro návrhy a realizaci reformních opatření i v České republice.

#### Hlavní cíle:

1. Pracovat společně - záměrem programu ZDRAVÍ 2020 je spojit síly všech evropských členských států a Evropské úřadovny SZO s cílem dalšího rozvoje zdraví a životní pohody lidí.
2. Vytvářet lepší zdraví (Dále zvyšovat počet roků prožitých ve zdraví, zlepšovat kvalitu života chronicky nemocných)
3. Zlepšit řízení (governance) v oblasti péče o zdraví (Využít významných společenských změn pro zdraví a pojímat zdraví jako sílu, která napomáhá realizaci změn směřujících k trvale udržitelnému rozvoji a životní pohodě)
4. Stanovit společné strategické cíle (Na všech úrovních řízení společnosti, organizací i institucí podporovat rozvoj aktivit zlepšujících zdraví lidí, které by mělo být vnímáno jako společný sociální cíl.)
5. Urychlit poskytování informací, výměnu zkušeností a realizaci inovací (Rozšířit poznatkovou základnu pro přípravu zdravotní politiky zvyšováním kvalifikace zdravotnických i dalších pracovníků schopných rozvíjet nové přístupy v oblasti veřejného zdravotnictví a při poskytování zdravotnických služeb podle potřeb pacientů v podmínkách stárnoucí a multikulturní společnosti.)

6. Rozšiřovat a zlepšovat spolupráci (Zvyšováním úrovně zdravotní gramotnosti občanů Evropského regionu posilovat schopnost lidí podílet se na přípravě i realizaci zdravotní politiky prostřednictvím občanských aktivit a organizací se záměrem reagovat na aktuální zdravotní problémy a splnit svou roli ve zdravotnickém systému).

(WHO, 2012)

## PŘÍLOHA Č. 6:

### DOTAZNÍK A

Dobrý den,  
jmenuji se Jitka Hubková a jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra. Ráda bych vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který bude tvořit podklady pro moji bakalářskou práci. **Dotazník je anonymní.** Získané informace budou využity pouze pro potřebu výzkumu.

Označte prosím vždy pouze jednu odpověď, pokud není v zadání uvedeno jinak. Vyplněné dotazníky vhadzujte do předem určené schránky. Předem velice děkuji.

Jitka Hubková

### Dotazník A

1. Jsi:

Chlapec

Děvce

2. Napiš svůj věk .....

3. Co děláš nejčastěji ve svém volném čase?

sleduji TV     čtu si     poslouchám hudbu     navštěvuji kroužky

hraji hry na PC     sportuji     jsem venku s kamarády     nudím se

jiné, co? .....

4. Vědí tvoji rodiče s kým trávíš svůj volný čas?

ANO

NE

NEVÍM

5. Žiješ v úplné rodině (s oběma vlastními rodiči)?

ANO

NE

6. Máš ve škole oblíbenou učitelku, za kterou bys šel/šla, když bys měl/a problém?

ANO

NE

**7. Kouří někdo ve tvé rodině?**

- NE  ANO - kdo.....  
kolik cigaret denně .....

**8. Účastnil(a) jsi se někdy besedy o drogách?**

- ANO  NE

**9. Navštěvuješ „nizkoprahová centra“ v okolí svého bydliště (Klub Agora, Koproretina....)?**

- ANO  NE

## PŘÍLOHA Č. 7:

### DOTAZNÍK B

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Hubková a jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který bude tvořit podklady pro moji bakalářskou práci. Dotazník je anonymní. Získané informace budou využity pouze pro potřebu mého výzkumu.

Označte prosím pouze jednu odpověď, pokud není v zadání uvedeno jinak. Vyplněné dotazníky vzhazujte do předem určené schránky. Předem velice děkuji.

Jitka Hubková

### D O T A Z N Í K B

#### 1. Kouříš?

- Nekouřím
- Kouřím svátečně (jednou, dvakrát za měsíc)
- Kouřím párkrát za týden (jednou, dvakrát za týden)
- Kouřím denně nebo téměř denně

#### 2. Piješ alkohol?

- Nepiji alkohol vůbec
- Občas se trochu napiji (oslavy, Silvestr, narozeniny)
- Piješ párkrát za týden (jednou, dvakrát za týden)
- Piji denně nebo téměř denně

#### 3. Opíjíš se?

- Nikdy se neopíjím
- Párkrát za rok při nějaké příležitosti (oslavy, Silvestr, narozeniny)
- Tak jednou za měsíc se opiji
- Opíjím se častěji

#### 4. Co je legální a nelegální droga?

	Legální	Nelegální
Pivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Káva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čaj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pervitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Zkusil jsi někdy nelegální drogu? Pokud ano, o jakou nelegální drogu šlo a kolikrát jsi ji zkusil?**

<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO		<b>Jednou</b>	<b>Vícekrát</b>
		Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lysohlávky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pervitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Těkavé látky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Léky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Jiné( Napiš co)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Různé kombinace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Dá se ve škole sehnat nelegální droga ?**

- Ano  
 Ne  
 Nevím

**7. Nabízel ti už někdo nelegální drogu?**

- Ano  
 Ne

**8. Znáš někoho, kdo se zabývá problematikou drog a může nějak pomoci?**

- Ano  
 Ne

**9. Kolik peněz máš pro svou osobní potřebu na týden?**

- 0  
 do 30 Kč  
 30 - 50 Kč  
 50 - 80 Kč  
 80 - 100 Kč  
 100 - 200 Kč  
 200 - 500 Kč

Děkuji za vyplnění dotazníku.



## PŘÍLOHA Č. 8:

### DOTAZNÍK C

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Hubková a jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který bude tvořit podklady pro moji bakalářskou práci. Získané informace budou využity pouze pro potřebu mého výzkumu.

Předem velice děkuji za spolupráci.

Jitka Hubková

### D O T A Z N Í K C

#### 1. Jak často provádíte prevenci na speciální škole?

1x ročně     2x ročně     3-4 x ročně     průběžně (dle potřeby)

#### 2. Domníváte se, že by mělo být na speciální škole prováděno více preventivních programů?

ANO     NE

#### 3. Jakou formou provádíte preventivní programy na speciální škole?

přednášky     besedy se žáky     peer programy

zážitkové programy     osobní sezení s problémovými žáky

jinak - jak, napište.....

#### 4. Vyhledávají žáci speciální školy v případě potřeby Vaši pomoc, obrací se na Vás se svými problémy?

ANO     NE

**5. Která droga je nejužívanější mezi žáky speciálních škol?**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Pozorujete významné rozdíly (a jaké) v užívání návykových látek a názorech na ně mezi žáky základních škol a speciálních škol?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Jaká je spolupráce s rodiči dětí speciálních škol?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....