

# *Adiktologie*

**doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.**

Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity

Institut výzkumu školy a zdraví

Vytvořeno ve spolupráci se Servisním střediskem pro e-learning na MU  
Fakulta informatiky Masarykovy Univerzity, Brno 2014

© 2014 Masarykova univerzita

# Obsah

Obsah.....	1
Úvodem .....	3
Vybrané pojmy z oblasti adiktologie .....	7
Droga .....	7
Potenciál drogy.....	8
Závislost.....	9
Návyk.....	16
Tolerance.....	16
Abstinenční příznaky .....	17
Termíny související se vztahem osoby k droze .....	18
Klasifikace drog .....	25
Stručná charakteristika drog charakteru substancí nejčastěji užívaných v ČR.....	28
Alkohol .....	28
Tabák .....	30
Těkavé látky.....	32
Léky .....	34
Konopné drogy .....	36
Halucinogeny.....	38
Stimulační drogy.....	40
Opioidy .....	43
Taneční drogy.....	45
Patologické hráčství a jeho charakteristika .....	47
Rozdělení her .....	47
Přechod od zábavné hry ke hře hazardní.....	51
Projevy patologického hráčství .....	52

Patologické hráčství jako nemoc.....	53
Virtuální drogy a jejich stručná charakteristika.....	56
Osobní počítač.....	58
Internet .....	61
Další ICT, na nichž se uživatel potenciálně může stát závislým.....	63
Rizika související s moderními informačními a komunikačními technologiemi (ICT) .....	66
Rizikové populační segmenty ohrožené závislostí na virtuálních drogách .....	70
Poruchy duševního a tělesného zdraví vyvolané působením virtuálních drog.....	74
Prevence rizikového chování s rysy závislosti .....	82
Obecná charakteristika prevence.....	82
Komunitní prevence .....	91
Prevence závislostí ve školním prostředí .....	93
Školní preventivní program, Minimální preventivní program, školní metodik prevence .....	96
Modelový projekt školní prevence drog .....	108
Primární prevence .....	111
Sekundární prevence.....	125
Terciární prevence.....	134
Mapování situace v užívání návykových látek.....	137
Sledování užívání drog ve světě .....	137
Sledování užívání drog v Evropě.....	148
Sledování užívání drog v České republice .....	159
Sledování užívání drog v populačním segmentu vysokoškolských studentů .....	166
Literatura .....	169

# Úvodem

## MOTTO

*Nesmíme se zlobit  
a trpět kvůli tomu,  
že nejsme známi,  
spíše musíme usilovat o to,  
abychom stáli za poznání.*

*Konfucius*

Změny politických a ekonomických poměrů, rozvoj moderních informačních a komunikačních technologií, jejich miniaturizace a portabilita, zrychlení životního tempa, zvýšený tlak na výkon v zaměstnání, častý výskyt zátěžových situací i nutnost rychlé relaxace s sebou přinášejí řadu problémů, které mohou být řešeny zkratkovitým způsobem, např. užíváním návykových látek či činnostmi s rysy návykového chování. (Kachlík a Klech in Řehulka, 2010)

Od poloviny 90. let 20. století, kdy v České republice vznikla jasná a účinná koncepce protidrogové politiky, je věnována značná pozornost epidemiologicky rizikovým skupinám, zejména dětem a dospívajícím. V centru zájmu se rovněž ocitly osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, sociálně znevýhodněné, pocházející z disharmonického rodinného prostředí, rasově a etnicky odlišné. (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008b; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c)

Společnost doposud neměla potřebu, aby se věnovala „bezproblémovým“ dospělým, kteří studují na vysokých školách a z pohledu drogové epidemiologie nepředstavují ohroženou populační skupinu. (Csémy et al., 2004)

K zátěžovým momentům studia na vysoké škole náleží problémy s adaptací na jiný životní stereotyp, jenž klade vysoké nároky na samostatnost, zodpovědnost, účelné plánování a využívání času, schopnost koncentrace i relaxace mladého člověka. Po absolutoriu si mladí odborníci hledají práci a stále více jejich potenciálních zaměstnavatelů přihlíží kromě kvality dosaženého vzdělání a osobnostních charakteristik i k možným problémům uchazeče s návykovými látkami, a to včetně alkoholu a tabáku. (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c; Vondráčková et al., 2009)

Model vysokoškolsky vzdělaného odborníka tvoří součást normy hodnotového žebříčku, názorů a postojů veřejnosti. Vysokoškoláci po absolutoriu ve svých profesích působí na děti a mládež, pacienty, klienty, jednají se sdělovacími prostředky, představují autority. Jejich osobnostní image se stává součástí představy společnosti o úrovni zdravotnictví, školství, vědy, právního systému, ekonomiky a podnikání. Důležitý je individuální osobní příklad každého jedince, poněvadž se tak zviditelňují jeho vlastní kvality i nedostatky. Proto je velmi žádoucí, aby tento vzor byl co nejvíce pozitivní, aby jeho nositel preferoval zásady zdravého životního stylu bez sociálně patologických prvků, tedy i bez závislostí na substancích či tzv. závislostního chování. (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c)

Těžiště primární prevence patologických závislostí u dětí a dospívajících spočívá kromě rodiny především na bedrech základní a střední školy. Mladí dospělí, k nimž patří i vysokoškolští studenti, jsou pokládáni za dostatečně zralé osobnosti, aby dokázali účinně odolávat nabídce různých návykových látek a závislostnímu chování, a nestali se tak oběťmi patologických závislostí. (Kachlík, 2005b; Kachlík, 2005c)

Studium na vysoké škole nejčastěji spadá do věkového období 18–25 let, a právě tento interval je považován za specifické vývojové období, naplněné dynamikou a nestabilitami, kvalitativně odlišné od adolescence a časně dospělosti. K typickým rysům vysokoškolských studentů a osob těsně po ukončení studia patří experimentování a zkoumání vlastní identity, a to zejména v oblasti zaměstnání a partnerských vztahů. Hledají si vlastní cestu, zvažují různé možnosti bydlení a zaměstnání, navazují nové mezilidské vztahy. (Arnett, 2000; Arnett, 2005)

V období mezi adolescencí a dospělostí se vyskytuje vyšší prevalence užívání návykových látek a závislostního chování, lidé chtějí zkusit nové a dosud nepoznané věci, testují vlastní limity. (SAMHSA, 2007).

Po přijetí na vysokou školu a započetí studia se mladí lidé většinou dostávají z přímého vlivu rodičů, nejsou ještě začleněni do vazeb vlastní rodiny a zaměstnání, disponují zvýšeným syndromem osobní imunity a sebevědomím, takže si nemusejí uvědomit negativní následky vlastního počínání, ev. si je neuvědomí plně a včas. Experimenty s návykovými látkami jsou v tomto období obecně tolerovány, proto je značně nesnadné odlišit jedince, pro něž jde o přechodnou záležitost, od těch, kteří v nich budou pokračovat a u nichž se vyvine škodlivé užívání v dospělosti. (Arnett, 2000; Arnett, 2005)

Systematické sledování segmentu vysokoškolských studentů zprvu nebylo v ČR prováděno, v zahraničí mu však byla věnována pozornost v podobě celé řady výzkumných studií. Problematika

návykových látek byla rozšířena o závislosti na informačních a komunikačních technologiích a o patologické hráčství. (Csémy et al., 2004; Vondráčková et al., 2009)

Někteří slovenští autoři (např. Kolibáš a Novotný, 1998; Kolibáš et al., 2003; Novotný a Kolibáš, 1997; Novotný a Kolibáš, 2003; Novotný a Kolibáš, 2004) od 90. let 20. stol. varovně poukazovali na fakt, že lze pozorovat silné rozpory mezi faktografickými znalostmi vysokoškoláků o omamných a psychotropních látkách a mezi jejich postoji ke drogovým experimentům (týkalo se zejména konopí, halucinogenů, extáze, tlumivých léků) včetně tzv. látek legálních (alkoholu a nikotinu).

Mezi lety 1993–1995 byla na MU provedena pilotní sonda, která mapovala konzumaci návykových látek charakteru substancí a postoje k nim (Kachlík a Šimůnek, 1995). Později (1997) byla realizována deskriptivní epidemiologická studie na vzorku téměř 1600 respondentů – studentů 6 fakult MU (Kachlík a Šimůnek, 1998). Výsledky korespondovaly se zjištěními slovenských kolegů. V ČR se doposud této populační skupině věnovala menší pozornost než dětem a mladistvým, proto lze tvrdit, že MU sehrála průkopnickou roli (Csémy et al., 2004; Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008b). Tím MU podpořila své zařazení k univerzitám, které analyzují míru rizikového chování svých posluchačů, zajímají se o jejich adaptaci na studium a pobyt ve velkoměstském prostředí, o trávení volného času a život na kolejích, snaží se o radu a pomoc v případě problémů (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c).

V období 2005–2007 byl uskutečněn tříletý projekt s názvem „*Deskripce drogové scény na MU a návrh preventivních opatření*“. V první etapě byla realizována sonda do drogové scény na 2 fakultách MU (více než 200 respondentů z pedagogické a lékařské fakulty) k ověření metodiky studie (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2007).

Ve druhé etapě byl pomocí anonymního dotazníku umístěného na webu informačního systému Univerzity proveden výzkum na vzorku téměř 10000 prezenčních studentů všech 9 fakult MU. Frekvence zneužívání tzv. „těžkých“ drog se statisticky významně nelišila od údajů platných pro českou populaci mladých dospělých. Převážně u tzv. „lehkých“ drog (konopí, halucinogenů a extáze) však byl zaznamenán neuspokojivý stav, svědčící o jejich častější konzumaci mezi respondenty. Za velmi alarmující bylo možno považovat smířlivé postoje studentů ke drogovému experimentu a u některých látek (zvl. konopí a halucinogenů) i k jejich dlouhodobému užívání, výskyt překupníků drog na fakultách a podceňování nadměrného a chronického pití alkoholických nápojů a kouření tabáku i jejich společenské nebezpečnosti. (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008b)

Třetí, závěrečná etapa byla věnována mapování preventivních aktivit na Univerzitě. Obdobnou formou jako v předchozí etapě bylo osloveno více než 2200 studentů všech fakult MU, otázky byly zaměřeny na jejich zkušenosti, názory a postoje k prevenci. Ze šetření vyplynulo, že primární prevence závislostí na MU je na rozdíl od středoškolských aktivit nesystematická, formální, většinou nedostatečná a nezáživná. Studenti by se místo pouhého pasivního přenosu informací chtěli aktivně zapojit do diskusí a besed, navštívit zařízení, kde se pracuje se závislými klienty. (Kachlík a Havelková in Řehulka et al., 2008c)

V r. 2009 byl uskutečněn projekt „*Problematika virtuálních drog ve vzorku studentů Masarykovy univerzity*“. Anonymní dotazník dostupný na webu a cílený na používání informačních a komunikačních technologií, další potenciálně rizikové chování a trávení volného času vyplnilo téměř 2500 studentů prezenční formy ze všech 9 fakult MU. Ze šetření vyplynulo, že velmi snadná dostupnost výtvarných moderní techniky může být pro studenty ve vztahu k závislostnímu chování přitěžujícím faktorem. Řada respondentů zaujala k potenciálně rizikovým aktivitám smířlivé postoje. (Kachlík a Havelková in Linhartová et al., 2010)

# Vybrané pojmy z oblasti adiktologie

Pojmy „droga“ a „závislost“ mohou mít podle okolností různý význam. Veřejnost je často vnímá pejorativně, poněvadž jsou mnohdy spojeny s obrazem sociální a zdravotní devastace člověka. V odborném prostředí je patrná jejich souvislost zejména s medicínou, farmakologií a psychologií. (Nešpor a Provazníková, 1999)

## Droga

Pohled autorů na etymologický původ slova „droga“ není jednotný. Podle Zábranského (2003) pochází z francouzštiny, v níž označovalo léčivou látku v obecném smyslu, ev. sušené či jinak konzervované části rostlin a živočichů užívané k léčení. Urban (1973) připomíná souvislost s nizozemským výrazem „droog“, čili suchý. Jeho zkrácený tvar se dostal do angličtiny, kde znamená mj. léčivo, lék (Nožina, 1997).

Podle definice expertní komise Světové zdravotnické organizace (WHO) z r. 1969 je za drogu označována „*jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí*“. Vymezení se vztahuje na látky přírodní i umělé, na léčiva i substance jako léčiva obvykle neužívané, všímá si působení na jakoukoli soustavu organismu, tedy nejen na centrální nervstvo. (Nožina, 1997, s. 12)

Presl (1995, s. 9) definici zužuje a uvádí, že jako drogu můžeme chápat „*každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky*“:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – působí na psychiku,
2. může vyvolat závislost, má tzv. „*potenciál závislosti*“.

Riesel (1999) uvažuje o droze v obecném i užším smyslu slova. Jeho obecná definice se prakticky kryje s vymezením dle WHO, užší pohled pojednává o drogách jako o látkách, které v případě užívání či zneužívání vedou ke změně duševního stavu (nálady, bdělosti, útlumu) a chování. Zasahují tedy významně do funkce centrálního nervového systému.

Ganeri (2001) shrnuje, že drogou je obvykle chápána chemická substance, která působí na lidský organismus a může změnit naši náladu, chování, cítění, smyslové vnímání. Presl (1995) připomíná, že drogami jsme obklopeni doslova na každém kroku, ať jde o léčiva, nebo o součásti našeho jídelníčku. Jde však o látky zákonem povolené a společností tolerované, tzv. drogy legální.



Podle Nožiny (1997) se význam pojmu „droga“ v současné české společnosti posouvá, jsou jí označovány zejména látky přímo zákonem zakázané, resp. související se zákazem jejich výroby a šířením, tzv. ilegální drogy.

Drogy jako skupina mohou být nazývány různým způsobem, záleží na oboru, okolnostech, zvyklostech, regionu. Kalina et al. (2001) upozorňuje, že drogy mohou být označovány také termínem „návykové látky“. Jde o látky s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání. Označení se také užívá jako běžné synonymum pro látky, jež mají schopnost vyvolávat závislost.

Pojednáváme-li o omamných látkách či narkoticích, míníme tím chemické substance vyvolávající útlum, poruchu vědomí a necitlivost k bolesti (analgesii). Pojem je většinou vyhrazen pro opioidy, avšak v běžné řeči a právním prostředí se jím poněkud nepřesně míní všechny ilegální drogy bez ohledu na jejich farmakologické vlastnosti. V oblasti Severní Ameriky se narkotiky myslí silné stimulanty kokainového typu, opioidy i konopné drogy. Česká legislativa obsahuje termín „omamné a psychotropní látky“, ve zkratce OPL, který byl rovněž uveden v Jednotné úmluvě OSN o narkoticích z r. 1961. (Kalina et al., 2001)

Jiným termínem pro drogy je sousloví „psychotropní látky“, též „psychoaktivní látky“, které používá Úmluva o psychotropních látkách od r. 1971. Rozumí se jí látky, které dokáží ovlivňovat psychiku a duševní procesy, v širším slova smyslu jde o jakoukoli substanci, která primárně či sekundárně působí na centrální nervový systém. Mohli bychom sem zařadit látky užívané při léčbě duševních onemocnění, ale rovněž látky s razantními účinky na psychiku a z toho pramenícím vysokým rizikem návyku nebo závislosti – legální i nelegální drogy. (Kalina et al., 2001)

Mühlpachr (2002) připomíná, že problematika závislosti na návykových látkách substančního i nesubstančního charakteru spadá pod širší pojem „sociální patologie“. Jedná se o analogii mezi chorobou sociální a biologickou, mezi organismem společenským a biologickým. (Mühlpachr (2002, s. 7) dále uvádí, že *„sociální patologie je shrnující pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společnosti nebezpečné, negativně sankcionované formy deviantního chování, ale hlavně označení pro studium příčin jejich vzniku a existence“*.

## Potenciál drogy

Podle Rudgleyho (1996) a Kaliny et al. (2001) je možné u drog rozeznávat tzv. potenciál drogy pro závislost a potenciál drogy pro zneužívání.

Potenciálem drogy pro závislost, ev. rizikem závislosti, se rozumí rychlost a snadnost, s níž se při opakovaném užívání určité drogy rozvíjí závislost. Podílejí se na něm následující faktory (Rudgley, 1996; Kalina et al., 2001):

- atraktivita užití drogy (subjektivní přínos pro uživatele), vlastnosti drogy způsobující požitky, schopnost tlumit nepříjemné psychické stavy, ev. jim zabraňovat;
- rychlost účinku následující po užití drogy;
- spolehlivost nebo jistota, že se tyto účinky po užití dostaví;
- rychlost, s níž se rozvine tolerance ke droze;
- rychlost, s níž se objeví odvykací syndrom nebo efekty následující po opakovaném užití, rychlost vyloučení drogy z organismu.

Potenciálem drogy pro zneužívání, ev. rizikem zneužívání míníme pravděpodobnost, že určitá droga bude zneužívána pro svou atraktivnost ve větší míře, než jaká je vymezená medicínsky a (nebo) právně. V odhadu rizika zneužívání drogy hraje roli řada faktorů, např. rychlost a vlastnosti účinku drogy, dostupnost drogy a její aplikace, interakce s jinými psychoaktivními látkami, sociální status drogy. (Kalina et al., 2001)

## Závislost

Výskyt závislosti (přesněji drogové závislosti, ev. syndromu závislosti) je úzce spojen s užíváním různých typů drog.

Nešpor a Csémy (1997, [on-line], 2003) vycházejí z definice APA (Americké psychiatrické asociace) a doporučují hovořit o závislosti v případě, že jedinec užívání určité látky nebo skupiny látek dává přednost před jednáním, kterého si dříve cenil více. Vedoucí charakteristikou závislosti je silná, těžko odolatelná touha brát psychoaktivní látky vč. alkoholu a tabáku. Aby bylo možné zodpovědně stanovit diagnózu závislosti, obvykle se vyžaduje, aby se u sledovaného jedince vyskytly během posledního roku tři nebo více následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- potíže v sebeovládání ve vztahu k látce, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky;
- tělesný odvykací stav, postižený užívá stejnou nebo příbuznou látku s úmyslem zmenšit odvykací příznaky;
- růst tolerance, což se projevuje vyžadováním vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;

- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch návykové látky;
- zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Kalina et al. (2001) zpřesňuje, že podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti souborem behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a typicky zahrnuje projevy popsané výše. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

Stručnější a srozumitelnější vymezení závislosti podávají Stone a Darlingtonová (2003). Charakterizují závislost pomocí 3 základních kritérií:

- nutkání drogu brát,
- ztráta sebekontroly při užívání drogy,
- abstinenční projevy po odebrání drogy, které spočívají v psychologické touze po droze a ve fyzických potížích, jako např. bolestech hlavy, pocení, halucinacích a křečích.

Kalina et al. (2001) zmiňuje i jiný diagnostický systém, Diagnostický a statistický manuál, revizi IV, který popisuje závislost na návykových látkách jako maladaptivní model užívání návykové látky, prokázaný výskytem minimálně tří z následujících příznaků během jednoho dvanáctiměsíčního období:

- tolerance, projevující se jedním z následujících úkazů:
  - potřeba nápadně zvýšených dávek k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku,
  - nápadně snížený účinek při užívání stejného množství návykové látky.
- příznaky z vysazení drogy, projevující se jedním z následujících úkazů:
  - abstinenční příznaky typické pro danou návykovou látku,
  - užití stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků.
- návyková látka je často užita ve větším množství, než bylo zamýšleno,
- je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání,
- mnoho času je věnováno aktivitám nutným k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpamatování se z jejích účinků,
- kvůli užívání návykové látky nejsou vůbec nebo jen velmi omezeně provozovány důležité společenské, profesní nebo rekreační aktivity,

- užívání návykové látky nepřestává, i když je znám výskyt trvalých nebo opakujících se fyzických, psychických a sociálních problémů, pravděpodobně působených nebo zhoršovaných užitou návykovou látkou.

Kachlík ([on-line], 2003) zdůrazňuje, že závislost je důsledkem periodického nebo déletrvajícího soustavného užívání drogy.

Kromě rozlišení závislosti na jednotlivých substancích nebo jejich skupinách, ev. na chování s návykovými rysy, lze také hovořit o základních typech závislosti z pohledu ovlivnění psychických a fyzických funkcí organismu.

Nožina (1997) zmiňuje 2 základní typy závislosti: psychickou a fyzickou.

Psychickou závislost popisuje jako duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje patologickým puzením drogu znovu požívat. Toto puzení – označované také jako bažení či craving (Kalina et al., 2001) – bývá spojeno s neodolatelnou a velmi intenzivní nutkavou touhou opakovat užití drogy, a to i přesto, že si jedinec uvědomuje nebezpečnost svého počínání a nechce je uskutečnit. Psychická závislost se může pojít s některými okolnostmi doprovázejícími užívání drog, např. s prostředím, společností, rituály.

V případě fyzické závislosti jde o stav organismu, který vzniká většinou dlouhodobějším a častějším užíváním drogy (záleží na povaze drogy, např. u opiátů se může jednat o kratší období v řádu týdnů, výjimečně i dnů). Organismus fyzicky závislého člověka se droze přizpůsobí, zahrne ji do svého metabolismu, potlačí vlastní regulační mechanismy, přestaví jemnou fyziologicky danou rovnováhu. Na odnětí drogy reaguje výpadovými jevy, které se projevují jako abstinenční příznaky.

Hajný (2001) k uvedeným 2 typům závislosti přidává ještě třetí: sociální závislost. Podle něj jde o závislost na skupině lidí, v níž se droga obstarává, šíří a užívá. Důležitá je rovněž izolace od osob, které by mohly uživateli drog pomoci, což riziko závislosti zvyšuje.

Janík, Dušek (1988) a Mečíř (1989) zmiňují pojem „psychologická závislost“. Podle nich jde o stav, který vznikne i na látce, která nemusí mít psychotropní účinky. Např. pacient si vsugeruje, že mu pomáhá jen lék v určité formě nebo pouze zahraniční provenience. Podáme-li lék domácího výrobce nebo v jiném balení, pacient má pocit, že je jeho efekt menší nebo téměř žádný, i když účinná látka zůstala stejná. Z lékařské praxe je známá i závislost na placebo.

Presl (1995) připomíná, že je problematické přesné vyjádření míry vzniku závislosti u jednotlivých drog. U některých není patrná tendence ke zvyšování dávek, je těžké hovořit o modelu závislosti klasického typu, ev. některý typ závislosti nebyl dosud popsán (zástupci skupiny

halucinogenů). Na druhé straně u látek s velmi silným budivým či tlumivým účinkem může závislost u exponovaných jedinců vzniknout již po několika dávkách drogy.

Ve farmakologii se používá termín „zkřížená závislost“. Jde o schopnost jedné látky (nebo skupiny látek) potlačit zjevné odvykací příznaky po vysazení látky jiné. Je-li již jedinec závislý na určité substanci, rozvine se rychleji jeho závislost na substanci (nebo skupině substancí) příbuzné. Jako příklad lze uvést osobu závislou na alkoholu či barbiturátech, u níž se rychleji rozvine závislost v případě užití benzodiazepinů. Platí rovněž případ, kdy příznaky z odnětí je možné potlačit jinou látkou, která nahrazuje vysazenou či nedostupnou primární drogu. Tedy např. osoby závislé na heroinu mírní své abstinenční příznaky konzumací alkoholu a (nebo) benzodiazepinů. Jedinec, u něhož je pozorována zkřížená závislost mezi dvěma typy drog, bude také vykazovat fenomén zkřížené tolerance. (Kalina et al., 2001)

## *Vznik a rozvoj drogové závislosti*

Vznik a vývoj drogové závislosti se pokouší vysvětlit řada teorií. Jde o komplexní problém, a proto je obtížně nalézt jeho univerzální vysvětlení. Obecně se vždy jedná o souhru řady faktorů působících na daného jedince v určité době a prostředí (Presl, 1995).

Kalina et al. (2001) prezentuje následující modely, které se snaží ozřejmit etiologii závislosti a adekvátní reakce na ni:

- deficitní model (existuje porucha, kterou není možné napravit, pouze lze řešit její sociální důsledky na komunitní úrovni);
- starý medicínský model (existuje vrozená vada, jejíž řešení se děje na úrovni symptomatické či krizové péče);
- nový medicínský model (předpokládá poruchu, která zatím nebyla prozkoumána, abstinence pomáhá jejímu zakonzervování, řešení spočívá v psychoterapeutických postupech při přechodu osoby k dlouhodobé abstinenci);
- psychodynamický model (předpokládá vazbu závislosti s dosud neprokázanou psychickou poruchou na intrapersonální či interpersonální úrovni, individuální či partnerská psychoterapie může odstranit poruchu, a tím i závislost);
- humanistický model (vychází z psychodynamického modelu, obohacuje jej o respektování svobody volby jedince, který může žít svůj život i s drogou, pokud si nepřeje žádnou změnu, což se často pojí s moderním životním stylem);

- rodinný model (závislost je příznakem špatné funkce rodinného systému, má souvislost s jeho zásadními změnami, intervencí je rodinná terapie, jíž se ideálně účastní všichni členové, dále snaha o úpravu intrapsychických problémů);
- behaviorální model (vychází z teorie naučeného špatného chování, snaží se v terapii toto chování přeučit);
- sociální model (závislost je brána jako projev sociální či komunitní poruchy, její řešení se děje pomocí sociálních intervencí, záleží na postoji společnosti k droze);
- morální model (na závislého je nahlíženo jako na „hříšníka“, jehož může „napravit“ pobyt v nápravném zařízení);
- bio-psycho-sociální model (sjednocuje faktory individuální – somatické i psychické, sociální a specifické faktory potencující závislost).

Kachlík ([on-line], 2003) zmiňuje, že kariéra narkomana je proces složený z několika kroků. Abstinent nemá potřebu drogu užívat, v průběhu života s ní nezískal žádnou zkušenost. Důvody, proč nehodlá drogy zkoušet, jsou různé: např. filosofické, náboženské, zdravotní, profesní. Experimentátor hledá vhodnou látku, která by mu pomohla zahnat nudu, zpestřit šed' všedních dnů, vyvolala příjemné a neobvyklé zážitky, ulevila od stresu, úkolů a povinností. Obecně jde v populaci o třetinu až polovinu mladistvých. Následuje přechod k občasnému užívání (někdy nepřesně označovanému jako „víkendové užívání“), kdy se droga bere kvůli navození libých pocitů, ale jsou ještě zachována určitá pravidla (střízlivost doma, ve škole či zaměstnání, dočasná kontrola nad dávkou a situací). Pravidelné užívání zpočátku nepůsobí závažnější problémy, poněvadž přetrvává iluze kontroly. Za určitou dobu se ale objeví problémy sociálního charakteru spojené s drobnou trestnou činností, prokrastinací, absencemi, nespolehlivostí. Uživatel si neuvědomuje závažnost situace. Ze segmentu mladistvých experimentátorů se rekrutuje přibližně 5 % drogově závislých, kteří ke droze sahají kvůli potlačení syndromu z odnětí (abstinenčních příznaků), překonání fyzických a psychických potíží. U nich se již vyskytuje závažnější trestná činnost zaměřená zejména majetkově, ale též ohrožující zdraví či život, dále těžší poruchy zdravotní. Takový jedinec je nebezpečný pro společnost, ale ohrožuje i sám sebe. Kariéra závislého (narkomana) může skončit v krajním případě buď selháním základních životních funkcí, nebo trestním postihem a společenským úpadkem.

Ke specifickým znakům trestné činnosti mládeže řadíme zejména (Mühlpachr, 2002; Štablová in Černíková et al., 2002; Zoubková in Černíková et al., 2002):

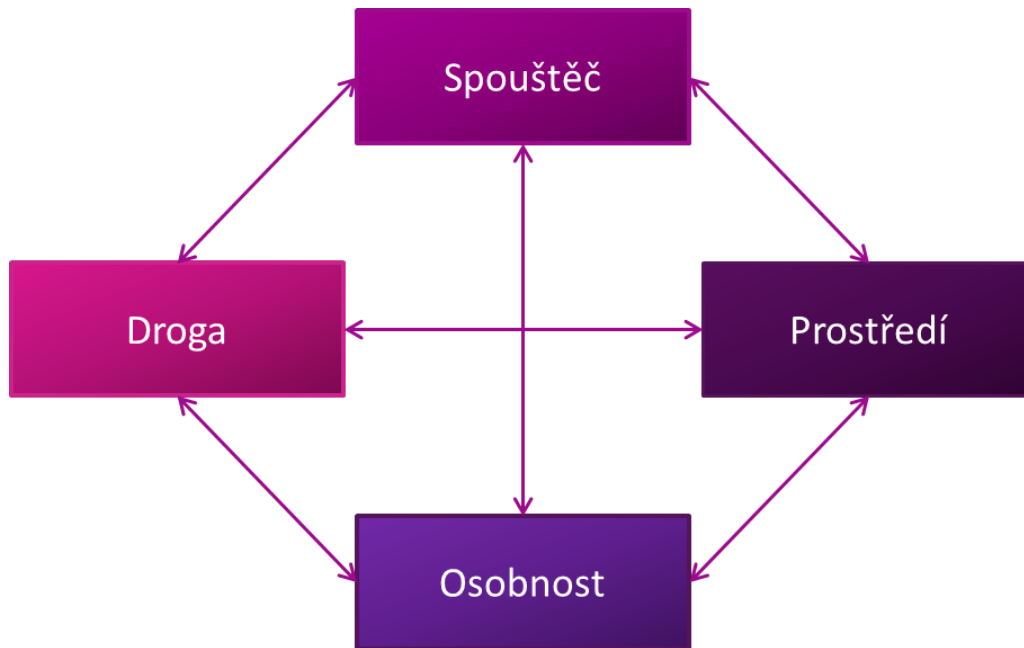
- výběr předmětu trestné činnosti je určován jiným hodnotovým systémem než u dospělých;
- trestná činnost je častěji páchána ve skupině (partě);

- plánování a příprava trestné činnosti jsou nedokonalé;
- chování mladistvých pachatelů není úměrné zisku z trestné činnosti, často bývá použito nadměrné tvrdosti, brutality, která neodpovídá situaci;
- pachatelům scházejí vědomosti a dovednosti nutné k účelnému překonání překážek;
- intoxikace návykovými látkami má značný vliv na agresivitu, psychomotorickou koordinaci, reakce na vnější podněty;
- trestná činnost bývá většinou páchána pod vlivem momentálního nápadu, emotivně;
- přípravě trestné činnosti i o její úspěšné realizaci se pachatelé rádi svěřují partě;
- pachatelé často odcizují předměty, které potřebují, líbí se jim, ev. je lze snadno zpeněžit;
- výtěžek z trestné činnosti je dělen ve skupině dle hierarchie a zásluh, finance se utrácejí kolektivně.

Zoubková (in Černíková et al., 2002) dodává, že trestná činnost související s návykovými látkami a chováním nemá pouze majetkový charakter, ale jedná se rovněž o loupeže, ublížení na zdraví, výtržnictví, znásilnění, pohlavní zneužívání.

Kachlík ([on-line], 2003) si všímá tzv. bio-psycho-sociálního modelu vzniku závislosti, který prezentuje 4 základní faktory, jež jsou vzájemně provázané:

- spouštěč (událost pozitivního či negativního ladění, která vyprovokuje drogový experiment),
- droga (tento faktor býval značně démonizován a jeho vliv nadhodnocován, mimo lidskou společnost se jedná o chemickou látku, která je přesně daná, ale není ani dobrá, ani špatná),
- osobnost (její vliv byl opět nadhodnocován, spekulovalo se, že existují vyhraněné osobnostní typy s vysokou predispozicí k závislosti, což se kromě těžkých a většinou vrozených poruch neprokázalo; je však možné popsat systém rizikových a protektivních faktorů, který je individuálně složen u každého jedince a ve výsledku osobnost oslabuje, zcitlivuje vůči drogovému riziku, nebo ji naopak posiluje a chrání),
- prostředí (rodina, škola, vrstevníci).



**Obr. 1** Psycho-sociální model drogové závislosti (Kachlík [on-line], 2003)

Riesel (1999. s 18) shrnuje, že „závislost je výsledkem vzájemného působení vlivu drogy na osobnost v čase za přispění zpomalovacích či urychlovacích prvků ze strany společnosti a prostředí, životních podmínek a spouštěcích mechanismů“.

Dáme-li do souvislosti účinky drog a faktory podílející se na vzniku a rozvoji závislosti, lze uvést několik základních nabídek, jimiž různé návykové látky disponují (Frouzová, 2003):

- dosažení větší kontroly, moci nad sebou nebo nad druhými;
- urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje, prožití zvláštního poznání, hlubší uvědomění si sebe sama, smyslu svého života;
- zbavení nepříjemného stavu, ať už akutního nebo chronického, např. pocitů neschopnosti, méněcennosti, nebo stavů, jež doprovázejí fyzické nemoci nebo jiné duševní poruchy;
- vyvolání slasti, příjemných stavů, zintenzivnění smyslových vjemů;
- usnadnění přizpůsobení, snazší začlenění do určité zájmové skupiny;
- posílení agresivity, které se pojí zejm. s asociálním životním stylem, posílení sebestřednosti, oslabení empatie, sebezpytování a výčitek svědomí.

Fišerová (in Kalina et al., 2003) a Hynie (1995) připomínají, že osoba závislá na drogách může mít ve svém organismu (především v centrální nervové soustavě) nevratně fixovány určité změny na úrovni nervových přenašečů a receptorů, což i po vysazení návykové látky a abstinenci představuje



riziko rychlejšího a silnějšího nástupu účinků v případě opětovného setkání s drogou. Zřejmě je to také jeden z podstatných důvodů, pro je možné závislé lidi léčit, ale nikoli zcela vyléčit.

## Návyk

Jedná se o starší, avšak široce užívaný termín, a to jak v odborných kruzích, tak i mezi veřejností. Nejde přímo o termín diagnostický, není již součástí diagnostických manuálů. WHO v r. 1960 doporučila užívat pojem „závislost“. (Kalina et al., 2001)

Návykem rozumíme opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v takovém množství, že se uživatel přivádí do stavu periodické nebo chronické intoxikace, pociťuje puzení k opakovanému užívání, má potíže užívání přerušit nebo ovlivnit (snížit dávku, prodloužit časové intervaly), projevuje snahu získat psychoaktivní látku téměř jakýmkoliv způsobem. Vyskytuje se tolerance, často též abstinenční příznaky. (Kalina et al., 2001) Podle jiných pramenů (Nešpor, Provazníková, 1999) je význam pojmu „návyk“ obdobný jako v případě závislosti, ale chybí výrazný abstinenční syndrom.

Kalina et al. (2001) upřesňuje, že jako „návyk“ je možné označovat dlouhodobé pravidelné i nepravidelné užívání, které má škodlivý vliv pro jedince i společnost.

## Tolerance

Janík, Dušek (1988), Mečíř (1989) a Heller, Pecinová (1996) hovoří o toleranci jako o postupném poklesu původní účinnosti látky. Během procesu vzniku závislosti dochází k interakci drogy a organismu. V organismu probíhá řada metabolických pochodů, jejichž cílem je mj. udržení stálosti vnitřního prostředí, získávání, uvolňování, ukládání, přeměna a využívání energie, likvidace zplodin a toxických látek. Návyková látka indukuje metabolické systémy, které ji rychleji a masivněji z organismu odstraňují, což vede k vzestupu tolerance. V praxi se tento efekt projevuje jako potřeba zvyšovat dávky drogy v průběhu jejího užívání k dosažení stejného účinku jako na počátku. Např. jedinci závislí na opiátech „nesou“ dávku, která by byla smrtelná pro osobu nenavyklou, ev. i pro ně, kdyby abstinovali.

Tolerance nevzniká vždy, u některých látek uživatel tedy nemusí masivně zvyšovat dávkování v průběhu času. Při užívání látek ze stejné skupiny se může objevit zkřížená tolerance, při vzniku tolerance na jednu látku pozorujeme stejnou odezvu i na látku obdobnou (patrné např. u morfinu a heroinu či u těžkých alkoholiků a užití anestetik v chirurgii). (Heller, Pecinová, 1996; Kalina et al., 2001)

Nešpor a Provazníková (1999) vymezují toleranci jako pokles účinku některých návykových látek po delším užívání a nutnost zvyšování jejich dávek. Dodávají, že toleranci můžeme zaznamenat i na alkohol nebo většinu léků s tlumivým účinkem.

Pro vytvoření obecné představy o rizikovosti vybraných návykových látek je uvedena tab. 1.

Typ látky	Fyzická závislost	Psychická závislost	Tolerance
Alkohol	+	+	+
Opioidy	++	++	++
Kanabinoidy	-/+	++	-/+
Tlumivé léky	+	+	+
Kokain	-	++	-
Efedrin, pervitin	-	++	+
Halucinogeny	-/+	++	+
Tabák	+	++	++
Inhalanty	-	+	++

**Tab. 1** Vlastnosti vybraných typů návykových látek (podle Novotné, 1997)

Legenda k tabulce:

(-) znamená, že sledovaný znak není přítomen, nebo nebyl doposud popsán

(-/+ ) znamená, že znak byl popsán, ale není vždy jasně vyjádřen

(+) znamená, že znak byl popsán a je silně vyjádřen

(++) znamená, že znak byl popsán a je velmi silně vyjádřen

## Abstinenční příznaky

Janík, Dušek (1988), Mečír (1989) a Nešpor, Provazníková (1999) uvádějí, že jde o celou řadu různě vyjádřených příznaků (somatických a psychických) spojených s látkou, která vytvořila závislost, záleží též na síle závislosti a aktuálním psychickém stavu jedince. Abstinenční příznaky (též abstinenční syndrom, syndrom z odnětí, odvykací syndrom, odvykací stav, slangově „absták“) se objevují při náhlém vynechání drogy, jestliže již byla vytvořena závislost. Tyto fenomény jsou dokladovány nejen u drog charakteru substancí, ale rovněž u tzv. virtuálních drog a dalších typů chování s návykovými rysy. Abstinenční příznaky mohou nastupovat velmi rychle, nebo naopak pozvolna, jejich obraz může být velmi bouřlivý, pestrý a proměnlivý, jindy pomalý, s potížemi určitého typu.

K nejčastějším abstinenčním příznakům řadíme bolesti hlavy, potíže s usínáním a spánkové poruchy. Objevují se pestré vegetativní projevy, jako např. nechutenství, nevolnost až zvracení. Častý je neklid, pocity úzkosti a strachu, nesoustředěnost, sklony k agresivitě. Závažné jsou poruchy vědomí, depresivní nálady se sebevražednou aktivitou, halucinaturní stavy, mohou se vyskytovat epileptické záchvaty. Celý obraz trvá buď krátkodobě (typicky několik hodin), nebo je dlouhodobý (dny, týdny). (Janík, Dušek, 1988; Nešpor, Provazníková, 1999)

Janík, Dušek (1988) a Novotná (1997) připomínají, že u osob užívajících návykové látky může dojít k projevům akutní intoxikace, výrazným zejména v případě předávkování. Při neodhadnutí správné dávky se kromě psychických vyskytují též somatické projevy intoxikace, osoba je ohrožena těžkou poruchou zdraví až úmrtím. Psychické příznaky mohou gradovat až v kvalitativní poruchy vědomí, deprese se sebevražedným chováním. Velmi obtížné dávkování látek a jeho kontrola jsou typické zejména v případě čichání těkavých organických rozpouštědel. Chronická intoxikace spojená s dlouhodobým užíváním drog se projevuje rovněž řadou psychických i somatických příznaků. Vyskytují se změny typu neurotických poruch a ovlivnění struktury osobnosti

Kalina et al. (2001) vymezení abstinenčních příznaků zpřesňuje. Jedná se o soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které přicházejí po vysazení nebo snížení dávek drogy, která byla užívána opakovaně, dlouhodobě a (nebo) ve vysokých dávkách. Abstinenční příznaky nelze vysvětlit somatickým či psychickým onemocněním, jsou jedním z kritérií pro diagnózu závislosti. Syndrom z odnětí se u různých látek liší, velmi obecně (a nikoli absolutně) lze říci, že mnohé příznaky mají opačný charakter než účinek dané látky.

## Termíny související se vztahem osoby k droze

Některé termíny uvedené v tomto oddíle jsou sice běžné v obecné mluvě, populární i vědecké literatuře, nejsou však jasně vymezené, ev. se v praxi široce používají, ale je doporučeno je postupně opouštět a nahrazovat přesnějšími výrazy. Autor vycházel z české adiktologické (oboru zabývajícího se problematikou závislostí) terminologie, čerpal především ze zdrojů Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003, z důvodu dokreslení a lepšího porozumění připojuje i označení a zdroje jiné či starší.

### *Drogová scéna*

Označuje se tak místo (místa), kde se shromažďují uživatelé ilegálních drog a kde obvykle probíhá konečný článek nezákonného obchodu a distribuce (dealing). Rozeznáváme drogovou scénu otevřenou (veřejné či veřejně dostupné prostory, např. parky, ulice, náměstí, nádraží, průchody),

polootevřenou (restaurace, kluby a jiné zábavní místnosti) a uzavřenou (byty, soukromé kluby a akce). (Kalina et al., 2001)

Termín se rovněž užívá v širších souvislostech a v obecnější rovině k charakteristice prostředí, kde se může vyskytovat konzumace ilegálních drog (škola, firma, odvětví, akce), ev. k popisu situace ve výskytu, typu a frekvenci chování s rysy závislosti (Kachlík [on-line], 2003)

## *Rizikové skupiny*

Takto se označují určité skupiny osob (podle pohlaví, stáří, profese, zájmů), jež jsou negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohroženy více než zbytek populace. Ve vztahu k užívání drog je přirozenou rizikovou skupina „náctiletých“, tedy osob mezi 13.–18. rokem věku. (Nešpor et al., 1994a)

Skupinová rizika mohou být definována profesně (např. umělci, pracovníci v pohostinských službách, zdravotníci), sociálně (např. nezaměstnaní, osoby ve výkonu trestu, osoby zabývající se prostitucí, návštěvníci hudebních akcí, členové sídlištních part) či etnicky. Individuální riziko zvyšují především psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, poškozené funkce primární rodiny. Také děti, sourozence a partnery uživatelů lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem. (Nešpor, Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001)

## *Rizika užívání*

Rizika užívání drog můžeme vnímat v několika úrovních, obvykle rozeznáváme psychická, somatická a sociální. Psychická rizika se pojí se vznikem a upevňováním závislosti, poruchami osobnosti, vnímání, paměti, úsudku, vůle, pudů, atp. Somatická rizika ohrožují uživatele infekcemi, rozmanitými problémy pramenícími z působení, typu a čistoty drogy, z jejího způsobu aplikace do organismu. Sociální rizika se týkají postižení vztahů na úrovni partnerské, rodiny, vrstevníků, osobnostní deklasace, ztráty bydlení, školy, zaměstnání, kriminálního chování. (Nešpor, Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001)

## *Rizikové chování, rizikové užívání*

Jde o chování nebo typ užívání, kdy hrozí vyšší pravděpodobnost zdravotního a sociálního poškození v důsledku užívání drogy. V užším slova smyslu se pojí se sdílením aplikačních pomůcek, jímž nitrožilní uživatel drog riskuje možnost nákazy krví přenosných chorob (AIDS, virový zánět jater typu B a C). V širším slova smyslu je možné tento termín použít v souvislosti s jakoukoli drogou

a jakýmkoli rizikem poškození zdraví, vztahů nebo sociálních poměrů. (práce, bydlení, škola). (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003)

Někdy se rozlišuje tzv. „risk pro sebe“ a „risk pro druhé“. Pojmem „hazardní chování (užívání)“ se označuje chování uživatele drog, jímž ohrožuje okolí, i když k poškození jeho zdraví nedochází či prozatím nedošlo. (Kalina et al., 2001)

## *Abstinence*

Označuje se tak jednání, které vede ke zdržení se užívání jakékoli drogy včetně legálních. Abstinentem je tedy osoba, která se v současné době vystříhá užívání drog. Může tak činit z různých pohnutek, např. zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, filosofických, morálních, právních. V některých výzkumných studiích je používán termín „současný abstinents“, což je člověk, který neužívá žádnou látku během určitého období, např. 3, 6 nebo 12 měsíců. Jiné vymezení považuje za abstinents osobu, která užila alkohol či jakoukoli jinou drogu 1–2krát během roku. Epidemiologické studie rozlišují mezi celoživotním abstinentem a bývalým uživatelem (ex-userem). (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003)

## *Experimentování*

Jde o výraz nepřesně ohraničený, který slangově znamená zkoušení různých typů drog. Nejasné vymezení se projevuje mj. i v tom, že osoba závislá na jednom typu drog může experimentovat s jiným typem návykových látek, rozhodně se nejedná o pokusy ve vědeckém pojetí. Experimentátorem je pak člověk, který občasně a nepravidelně užívá různé drogy, a může, ale nemusí mít problémy v oblasti zdravotní a sociální. V klinické praxi je doporučeno přesněji uvádění situace v užívání drog, které popisuje počet a opakování epizod užívání drog v anamnéze, přítomnost či absenci závislosti. (Nešpor, Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001)

## *Rekreační užívání*

Forma užívání drog, která může svádět k názoru, že jde o aktivitu pro zábavu, která je relativně bezpečná, s minimálními riziky, což je mylné. Jedná se o neodborně a nepřesně vymezené užívání obvykle nelegálních drog (především konopí, halucinogenů, tanečních drog) za určitých „rekreačních“ situací (večírky, diskotéky, hudební festivaly, sportovní akce), kdy konzumentovi akutně nehrozí vznik závislosti a dalších potíží. Pojem „rekreační užívání“ odmítají skupiny osob, které považují za problém jakékoli užívání nelegálních látek. (Nešpor, Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001)

## *Příležitostné užívání*

Obvykle se jím míní užívání drog, které nenaplnuje kritéria závislosti a není častější než jednou týdně. Pojem se upřednostňuje před výrazem „rekreční užívání“. (Kalina et al., 2001)

## *Pravidelné užívání*

Pravidelné užívání je vymezeno jako užívání určité drogy s předem danou minimální frekvencí, která závisí na způsobu života sledované komunity. Ve vyspělých zemích jde obvykle o frekvenci alespoň jednou týdně, může být stanovena i jiná, např. alespoň jednou za 14 dní či alespoň jednou měsíčně. (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003)

## *Úzus*

Janík, Dušek (1988) a Mečíř (1989) hovoří o úzu (užívání, běžné spotřebě) v případě, že je droga konzumována v takové formě a množství, jež nemají podstatnější vliv na fyzickou a psychickou činnost člověka. Pijeme-li v běžné míře např. čaj, kávu, kakao, jíme-li čokoládu, jedná se o úzus. V případě tzv. legálních drog jde o jejich společensky přijatelnou konzumaci, tzn., že si např. dospělý člověk dá po masném jídle jedno pivo, vypije při posezení s přáteli dva decilitry vína, ale nevykonává pak žádnou činnost, u níž platí zákaz konzumace alkoholu. Kuřák si může zapálit, avšak musí respektovat legislativní zákazy a etická omezení platná pro prostředí, kde se nachází.

## *Misúzus*

Termín lze přeložit jako nenáležitě či nepřiměřené užívání. Obvykle je vyhrazen pro samoléčitelství, zneužívání léků. Pokud si osoba bez vědomí a doporučení odborníka (lékaře, lékárníka) vezme lék, jehož účinná látka, forma a dávka neodpovídají situaci a charakteru onemocnění, nebo použije lék záměrně za účelem změnit svůj psychický stav (nabuzení, uklidnění), jedná se o misúzus. (Janík, Dušek, 1988; Mečíř, 1989)

## *Abúzus*

Nešpor, Provazníková (1999) uvádějí, že abúzem rozumíme zneužívání návykových látek, ve starší terminologii tak bylo označováno škodlivé užívání.

Kalina et al. (2001) podává širší charakteristiku pojmu „abúzus“. Upozorňuje, že v souvislosti s dokumenty Organizace spojených národů se abúzus týká jakékoli spotřeby kontrolované látky bez ohledu na frekvenci jejího užití. Diagnostický a statistický manuál, IV. revize (DSM-IV), pojednává o abúzu psychoaktivních látek jako o maladaptivním vzorci užívání látky vedoucím ke klinicky

významnému poškození nebo psychické úzkosti, jež se objevují jednou či vícekrát během následujících 12 měsíců, a mají tyto charakteristiky:

- opakované užití látky vede k neplnění zásadních povinností v rodině, škole, zaměstnání;
- opakované užití látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné;
- opakované právní problémy spojené s užíváním látky;
- pokračující užívání i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobené nebo obnovené efektem dané látky.

Obecně se termín „abúzus“ týká jakéhokoli užití především ilegálních látek. V Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi (MKN-10 či ICD-10) se abúzus týká pouze látek, které nevyvolávají závislost. U látek vyvolávajících závislost je doporučován termín „škodlivé užívání“. V odborných kruzích i mezi veřejností je široce rozšířen pojem „látkové zneužívání“ (substance abuse). Jde o užívání psychoaktivních látek následně spojené s různými problémy. (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003)

### *Ex-user (bývalý uživatel)*

Pojem označuje bývalého uživatele drog, který dlouhodobě (měsíce, léta) abstinuje spontánně či po léčbě. Ani v odborném světě, ani mezi laiky není jasně vymezená hranice, kdy už můžeme osobu pokládat za bývalého uživatele drog a kdy ještě za uživatele, který v přítomné době abstinuje (současného abstinenta). Obdobně se liší názory na čas, který musí uplynout, abychom mohli člověka přestat klasifikovat jako bývalého uživatele. Někteří lékaři a epidemiologové namítají, že jde o označení celoživotní, jiní odborníci preferují možnost zbavit se této „nálepky“ v anamnéze vývojovým překonáním období užívání drogy a změnou životního stylu. Shodnost nepanuje ani v názorech na roli bývalých uživatelů v preventivním působení, jeden směr s nimi zásadně počítá (dokáží se vžít do pocitů, myšlení a stavů uživatele), druhý pouze částečně, třetí jejich účast zcela zavrhuje. (Nešpor, Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003)

### *Zneužívání drog*

Podle mezinárodních dokumentů o kontrole drog se za zneužívání drog pokládá užívání každé položky ze seznamu kontrolovaných látek pro účely jiné než lékařské a vědecké. Je možné též hovořit o nezákonném užívání. Pojem je možno aplikovat rovněž na užívání léků bez medicínského opodstatnění, ale i na užívání předepsaných léčiv v nevhodné situaci, dávce a frekvenci. (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003)

## *Škodlivé užívání návykových látek*

V dřívější terminologii tak bylo označováno zneužívání drog. Podle MKN-10 jde o takový vzorec užívání návykových látek, který poškozuje zdraví. Poškození se může týkat tělesného zdraví (infekce po nitrožilní aplikaci drog, plicní embolie) či psychického zdraví (psychické poruchy, změny osobnosti). Diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního nebo somatického zdraví uživatele. Škodlivé užívání se nedagnostikuje tam, kde je již prokázána závislost. (Nešpor, Provazníková, 1999)

## *Problémové užívání drog*

Pojem podle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) znamená injekční užívání drog a (nebo) dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a (nebo) drog amfetaminového typu a (nebo) kokainu. (Kalina in Kalina et al., 2003)

## *Toxikomanie*

Janík, Dušek (1988) a Mečíř (1989) vysvětlují toxikomanii jako chorobnou touhu užívat jedy, jež je doprovázena ztrátou kontroly, euforií, zvýšeným sebevědomím.

Kalina et al. (2001) zmiňuje, že jde o jeden z nejstarších a nejběžnějších termínů k označení a vysvětlení dlouhodobého zneužívání drog. I když není uveden v MKN-10 (ICD-10), je stále často používán odborníky i širokou veřejností. Kalina et al. (2001) dále připomíná, že toxikomanii můžeme definovat jako opakované užívání látky (látek) s psychoaktivními účinky v míře, kdy se uživatel dostává opakovaně nebo dlouhodobě do stavu intoxikace, má silné puzení látku užívat, činí mu velké problémy záměrně zastavit nebo změnit její přívod, má snahu získat látku téměř jakýmkoli způsobem.

K indikátorům toxikomanie obvykle patřil nárůst tolerance a výskyt abstinčních příznaků, které rovněž skládají diagnózu závislosti. Světová zdravotnická organizace v r. 1960 doporučila opuštění termínu „*toxikomanie*“ a zavedení termínu „*závislost*“. (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003)

Podle Bergereta (1995) Světová zdravotnická organizace vymezila, že jako „*toxikomana*“ označuje každou oběť závislosti na lécích nebo psychické závislosti, ev. obou těchto formách současně.



## *Narkomanie*

Janík, Dušek (1988) a Mečíř (1989) uvádějí, že narkomanie je narkotickým stavem, do něhož se osoby úmyslně dostávají užitím látky s narkotickým účinkem. Bývají přítomny poruchy řeči, pozornosti, paměti, halucinace.

Narkotický stav se vyskytuje ve formě afektivní (je doprovázen pláčem, křikem, motorickým neklidem, agresivitou) a stuporosní (projevuje se netečností, utlumenou mimikou, strnulostí, areaktivitou). (Fišar, Jirák, 2001)

V odborné i laické praxi se termíny „toxikomanie“ a „narkomanie“ běžně směšují a oběma se označuje drogová závislost (Bergeret, 1995; Nešpor, Provazníková, 1999).

## *Intoxikace*

Takto je označován stav nastupující po aplikaci dostatečného množství psychoaktivní látky. Projevuje se porušeným vědomím, změnami rozpoznávacích schopností, vnímání, úsudku, emocí, chování a dalších psychických parametrů. Efekty mj. závisejí na farmakologickém účinku látky (typu, dávce, aplikační cestě drogy), naučené reakci organismu (citlivosti receptorů, toleranci, metabolismu), za určitou dobu odeznívají, mohou zanechat tkáňová poškození a další komplikace. Uživateli hrozí poranění, aspirace zvratků, komatosní a křečové stavy, celkové selhání organismu, smrt. Droga se většinou užívá k dosažení určité míry intoxikace, její projevy výrazně souvisejí s osobnostními charakteristikami jedince, s jeho očekáváními, s kulturním prostředím, v němž se nalézá. (Kalina et al., 2001; Kalina in Kalina et al., 2003)

## *Předávkování*

Termín znamená užití jakékoli drogy v množství, které vyvolá akutní somatické nebo psychické nežádoucí účinky. Může mít přechodné či trvalé následky, způsobit smrt. Smrtelná dávka pro konkrétní osobu je závislá na řadě faktorů (např. na podobě a koncentraci drogy, aplikační cestě, úrovni tolerance, nastavení metabolismu a stavu vnitřních orgánů, dalších přítomných onemocněních). Sebevražedné pokusy či dokonané sebevraždy jsou často spojeny se záměrným předávkováním, což se týká zejména předepsaných léků. Byla zaznamenána též úmrtí v důsledku sebevražd, kdy si uživatelé vědomě aplikovali drogu o vysoké čistotě (koncentraci), pak se slangově hovoří o tzv. „zlaté dávce“. V tomto smyslu je velmi nebezpečný heroin a kombinace různých drog s tlumivými účinky (léků a alkoholu). Neúmyslná předávkování většinou vznikají, když uživatel dobře neodhadne čistotu drogy, která se v pouliční distribuci často mění, nebo když jeho organismus po

určité době abstinence nesnese takovou dávku, na niž byl dříve zvyklý. (Nešpor, Provazníková, 1999; Kalina et al., 2001)

## *Současné užívání několika drog*

Vyskytují se synonyma, jako např. „*polymorfní užívání*“, „*polydrug use*“, „*polysubstance dependence*“. Jedná se o současné užívání více než jedné psychoaktivní substance, a to buď zároveň, nebo v různých časových odstupech, týká se drog ilegálních i legálních (alkoholu a tabáku). Při bližší specifikaci je třeba exaktně vyjádřit, o jaké typy drog jde, v jaké časové souslednosti jsou užívány, zda je některá látka preferována. Poněkud odlišný pohled je uveden v DSM-IV, kde je vymezeno, že polymorfnímu užívání odpovídá opakované užívání alespoň tří skupin látek (kromě alkoholu a nikotinu), kde užívání žádné z nich není dominantní. (Bergeret, 1995; Kalina et al., 2001)

## **Klasifikace drog**

V názorech na třídění látek s možným návykovým potenciálem existuje rozdíl mezi pohledem laické veřejnosti a odborníků zaměřených na adiktologickou problematiku. Veřejnost touží po jednoznačném a snadno zapamatovatelném systému s jasně vymezenými hranicemi mezi „bezpečím“ a „nebezpečím“. Tento požadavek však nelze jednoduše realizovat, poněvadž řada drog stojí na pomezí obou skupin, navíc záleží na chemické struktuře substancí, jejich interakci s organismem a na mnoha dalších parametrech. (Kachlík [on-line], 2004)

Běžně se lze v praxi setkat s dělením drog na tzv. „měkké“ a „tvrdé“, příp. „lehké“ a „těžké“. Podle něj se mezi „měkké“ drogy řadí především kofein a jeho deriváty, nápoje, v nichž je obsažen, tabákové výrobky, alkoholické nápoje, konopné produkty. Ke klasickým „tvrdým“ drogám podle tohoto systému patří např. heroin, kokain, pervitin. Z výčtu je patrná vysoká společenská tolerance alkoholu, v menší míře i tabáku. S tímto tříděním lze z adiktologického pohledu silně polemizovat, poněvadž nikotin se riziky a typem závislosti blíží heroinu, jde o „tvrdou“ drogu, alkohol by stál na pomezí obou skupin jako látka jednoznačně návyková a ohrožující, i když relativně méně než tabák. Podle tohoto problematického a neúplného systému je konzumace látek z první skupiny většinou možná, aniž by bylo riziko závislosti neúnosně vysoké, z druhé právě naopak. (Nožina, 1997)

Presl (1995) uvádí, že na základě zkušeností z Holandska je lépe přijímán způsob dělení drog na skupinu s akceptovatelným (přijatelným) rizikem a na skupinu s neakceptovatelným (nepřijatelným) rizikem, který je přesnější. Do první skupiny jsou zahrnuty látky, které při přijatelném způsobu konzumace (interval, množství) nevyvolávají neúnosnou míru rizika závislosti, sociálních a zdravotních problémů. U části uživatelů je sice možné výskyt závislosti a zdravotního poškození

očekávat, nejsou ale natolik alarmující, aby byly důvodem ke tvrdým restriktivním opatřením. Druhá skupina má charakteristiky právě opačné.

Řada autorů (např. Presl, 1995; Nožina, 1997; Nešpor, Csémy, 1997) popisuje další z možných dělení drog, a to na látky legální a nelegální. Legální drogy je možno obstatat v obchodní síti od určitého věkového limitu (v ČR od 18 let, v jiných státech se může lišit, zejména v zámoří je posunut až na 21 let) a konzumovat v souladu s danými společenskými konvencemi. Především se jedná o alkoholické nápoje a tabákové výrobky, rovněž o léky, které jsou v případě choroby užívány podle doporučení odborníka (lékaře, lékárníka). Výroba, vlastnictví a distribuce druhé skupiny – nelegálních drog – je pro veřejnost obecně zakázána a sankcionována, je vymezeno, které látky sem spadají, jak, kdo a za jakých okolností s nimi může a nesmí nakládat, jaké postihy hrozí v případě porušení zákonných norem.

Heller, Pecinová (1996) a Kachlík ([on-line], 2004) uvádějí dělení drog podle schopnosti vyvolávat závislost a toleranci:

- látky vyvolávající především psychickou závislost (např. kokain, konopné produkty, efedrinové a amfetaminové deriváty, LSD a jiné halucinogeny);
- látky vyvolávající psychickou i fyzickou závislost (např. alkohol, nikotin, opiáty, barbituráty).

V odborných kruzích se užívají klasifikační systémy, které přesněji vypovídají o rizicích. Látky se tedy rozdělují např. podle WHO dle typu závislosti na (Kachlík [on-line], 2004):

- alkoholovo-barbiturátový typ (ethanol, barbituráty);
- amfetaminový typ (amfetamin, metamfetamin, diskotékové drogy typu extáze);
- halucinogenový typ (LSD, halucinogenní houby);
- cannabisový typ (marihuana, hašiš);
- opiátový typ (opium, morfin, dolsin, kodein, heroin);
- inhalační typ (toluen, chlorované uhlovodíky);
- khatový typ (khat);
- kokainový typ (kokain, crack).

Jiné dělení návykových látek do poněkud upravených skupin je publikováno v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (Kachlík [on-line], 2004; Mann, 1996):

- látky typu morfinu (některé alkaloidy opia, syntetické a polosyntetické deriváty morfinu a kodeinu), jedná se o silná analgetika, působí narkoticky, vyvolávají silnou psychickou závislost, rychlý vývoj fyzické závislosti a nárůst tolerance;
- sedativa (látky typu barbiturátů, anxiolytika s hypnotickým účinkem ve vyšších dávkách), psychická závislost má nerovnoměrnou intenzitu, fyzická časově omezené abstinční příznaky, které jsou u barbiturátů tlumitelné alkoholem, a naopak, tolerance je různě intenzivní;
- kokain (kokové listy a hydrochlorid kokainu – crack), vyvolávají silný povzbudivý účinek a velmi silnou psychickou závislost;
- kanabis (hašiš, marihuana), vyvolávají psychickou závislost, fyzická závislost a tolerance byly popsány, nemusejí být ale výrazné;
- psychostimulancia, zvl. typu amfetaminu a efedrinu, léčiva tyto látky obsahující (např. anorektika, antihypotenziva) a látky typu tanečních drog (extáze a podobné), silně stimulují CNS, vzniká výrazná psychická závislost, tolerance se projevuje formou častější aplikace;
- halucinogeny (např. LSD a jeho deriváty, meskalin, psilocybin a přírodní produkty psilocybin obsahující – houby druhu lysohlávka, halucinogenní rostliny – durman), psychická závislost je rozdílná podle druhu, fyzická závislost byla u některých zjištěna, tolerance se postupně vyvíjí;
- prchavé syntetické látky (např. inhalace výparů z organických rozpouštědel, lepidel a čisticích prostředků), vyvolávají psychickou závislost, mají narkotické účinky;
- alkohol;
- kombinace různých látek a kombinace látek s alkoholem (polydrug use);
- anabolika (látky typu pohlavních hormonů vedoucí k růstu svalové hmoty).

# Stručná charakteristika drog charakteru substancí nejčastěji užívaných v ČR

## Alkohol

Jde o návykovou látku v ČR běžnou, legální drogu velmi snadno dostupnou a nejčastěji konzumovanou v podobě alkoholických nápojů. Ze statistik vyplývá, že se Češi v r. 2003 stali po Portugalcích a Irech třetími největšími konzumenty alkoholických nápojů na světě v přepočtu na hlavu (Mlčoch [on-line], 2007). Podle Petrášové et. al ([on-line], 2006) Češi v pití alkoholu skončili v r. 2006 na druhém místě v Evropě v závěsu za Lucemburskem, každý obyvatel ČR tak vypil 10,2 l čistého ethanolu. Alkohol požitý před jízdou nebo v jejím průběhu se vážným způsobem podepisuje na dopravní nehodovosti. Např. v r. 2003 se v souvislosti s řízením pod vlivem alkoholu stalo 9500 dopravních nehod, při nichž zahynulo 136 osob (Mlčoch [on-line], 2007).

Chemicky se jedná o ethylalkohol (ethanol) vznikající při kvasném procesu z jednoduchých cukrů přítomných v ovoci, nebo z polysacharidů obsažených v obilných zrnech a bramborách. Takto se dosahuje koncentrace alkoholu 12–14 %, při vyšší kvasinky hynou. (Popov in Kalina et al., 2003). Vyšších koncentrací alkoholu se dosahuje destilací. Její nedokonalé provedení může konzumenta vážně ohrozit – kromě podílu vyšších alkoholů měnících chuť výsledného produktu se do něj dostává i methanol, což je pro člověka silný jed poškozující nervovou soustavu, zejména zrakový nerv, kdy hrozí oslepnutí. (Minařík [on-line], 2004a).

Psychoaktivní působení alkoholu na organismus závisí na množství požitého alkoholického nápoje, návyku osoby na alkohol, věku, hmotnosti, pohlaví, rase, zdravotním stavu a genetické predispozici jedince (Nešpor, Csémy, 2003, Kachlík [on-line], 2003).

Nižší dávky alkoholu (hladina v krvi kolem 1 ‰) účinkují mírně stimulačně, objevuje se veselá nálada a zvyšuje sebevědomí, uvolňují se sociální a sexuální zábrany, ulehčuje komunikace. Člověk se cítí „velký, silný a chytrý“, rád se předvádí a riskuje. Vyšší dávky (hladina v krvi okolo 2 ‰) již způsobují těžkopádnost, otupení, zpomalení psychomotorického tempa, člověk je „společensky unaven“, může budit veřejné pohoršení a chovat se hlučně a agresivně. Pokračující konzumace alkoholu vede při hladině v krvi okolo 3 ‰ k silnému útlumu s usínáním, v případě ještě vyšší hladiny hrozí výpadek obranných reflexů, komatosní stav, zástava dechu a oběhu, příp. smrt. Pokračující konzumace vede k silnému útlumu, který se projevuje usínáním, při vyšších dávkách se útlum

prohlubuje až ke komatóznímu stavu. Může dojít až k bezvědomí, kdy hrozí zástava životních funkcí. (Minařík [on-line], 2004a)

Souvislost hladiny alkoholu v krvi, změny pocitů a chování je možné vyjádřit takto (Nešpor, Csémy, 2003, Kachlík [on-line], 2003):

- 0,4 ‰: pocit uvolnění, vyšší riziko úrazů;
- 0,6 ‰: změny nálad, zhoršený úsudek a schopnost se rozhodovat;
- 0,8 ‰: pocity tepla a euforie, oslabení zábran, zhoršený postřeh a sebeovládání, riziko úrazů;
- 1,2 ‰: vzrušení, emotivnost, povídavost, impulzivita a riziko ukvapeného jednání;
- 1,5 ‰: zpomalenost, otupělost, sklon k násilnému jednání a setřelá řeč;
- 2,0 ‰: výrazná opilost, dvojitě vidění, poruchy paměti, obtížná řeč, případný spánek;
- 3,0 ‰: možnost bezvědomí, osoba nereaguje na vnější podněty, nebezpečí vdechnutí zvratků;
- 4,0 ‰ a více: hluboké bezvědomí, riziko zástavy dechového centra v mozku a zadušení, smrtelné ohrožení.

Nešpor a Csémy (2003) rozlišují z hlediska dlouhodobého vztahu ke konzumaci alkoholu čtyři typy osob:

- **abstinent** – nepožívá žádné alkoholické nápoje;
- **konzument** – požívá alkohol v souladu se společenskými zvyklostmi (pivo po masném jídle, oslavy), pije pro chuť a osvěžení;
- **piják** – aktivně vyhledává společensky přijatelné příčiny k požívání alkoholických nápojů, pije, aby se dostal „do nálady“ a vyvolal příjemný pocit;
- **alkoholik** – je již na alkoholu zcela závislý, pije, aby zahnal abstinenční příznaky a nebylo mu zle.

Alkohol je návykovou látkou s relativně vysokým potenciálem psychické i fyzické závislosti. Platí, že čím dříve začne jedinec alkohol konzumovat, tím snáze může vzniknout závislost. (Minařík [on-line], 2004a)

Jednotlivá stádia kariéry alkoholika probíhají většinou postupně a poměrně nenápadně, s časem se mění tolerance vůči alkoholu a ztráta kontroly nad jeho užíváním. U osoby s rozvinutou závislostí nalezneme výrazně změněnou toleranci vůči alkoholu, výskyt abstinenčních příznaků

mírněných tzv. „ranními doušky“, výpadky paměti, tzv. „okénka“ s amnézií na dobu intoxikace. (Popov in Kalina et al., 2003)

Příznaky syndromu z odnětí se začnou ohlašovat již několik hodin po ukončení konzumace, vrcholu dosahují druhý až třetí den a odeznívají přibližně do týdne. Je pozorován třes, u těžkých případů i křečové stavy, dále vážná porucha vědomí doprovázená halucinacemi (delirium tremens). Bez léčby hrozí pětina pacientů smrt, ale i při vhodné terapii jde o velmi vážný stav doprovázený řadou komorbidit (přidružených onemocnění). (Minařík [on-line], 2004a)

Déletrvající a nadměrná konzumace alkoholických nápojů vede k řadě somatických i psychických potíží. Typická je jaterní cirhóza s možným vyústěním v jaterní selhání, dále poškození oběhového systému a trávicí trubice (žaludku, střev) ve formě chronických zánětů s poruchami trávení a malabsorpcí živin. Nelze pominout negativní vliv na mužskou plodnost a riziko poškození vyvíjejícího se plodu v těle ženy – alkoholičky – fetální alkoholový syndrom. Ušetřena nezůstává ani nervová soustava, alkohol působí a urychluje zánik neuronů, vyvolává záněty nervů, poruchy citlivosti, třes. Psychickými komplikacemi bývají halucinace, psychotické poruchy, následkem alkoholová demence s obtížným terapeutickým ovlivněním a špatnou prognózou do budoucna. (Minařík [on-line], 2004a)

## Tabák

V ČR, ale i v Evropě jde o druhou nejčastěji užívanou legální a snadno dostupnou návykovou látku hned po alkoholu. I když postupně dochází k různým restriktivním a ekonomickým opatřením, která si kladou za cíl omezení epidemie kuřáctví, přesto je toto chování ještě vysoce společensky tolerováno, a to především v postkomunistických státech. Výskyt kuřáctví v české dospělé i dětské populaci je stále vysoký. (NMSDDZ [on-line], 2005c) Nešpor a Csémy ([on-line], 2003) uvádějí, že v ČR umírá na choroby spojené s následky kouření tabáku 60 lidí denně.

Tabák je alkaloidem obsaženým v listech rostliny *Nicotiana tabacum*, která původně pochází z oblasti Jižní Ameriky. Zde domorodci kouřili její sušené a svinuté listy, které nazývali „tobago“. (Tyler, 2000; Stone, Darlingtonová, 2003).

Snaha o rychlou, masovou a levnou výrobu kuřiva způsobila, že se v současnosti tabák nejvíce konzumuje ve formě průmyslově produkováných cigaret. Méně časté je kouření dýmek a doutníků. Surové kuřivo je sofistikovanými postupy za přídavku různých chemikálií dále upravováno, aby bylo dosaženo požadovaného vzhledu, chuti, vůně, hoření, charakteristik kouře. Kromě tabáku určeného ke kouření existuje forma tzv. „bezdýmého“ tabáku, který je možné šňupat (sušený a rozemletý na

prášek se vdechuje do nosní dutiny) nebo žvýkat (tabáková hmota se vkládá do úst a žvýká, nebo se cucají papírové pytlíčky s tabákem). (Kachlík [on-line], 2003; Králíková in Kalina et al., 2003; Krměčík [on-line], 2007b).

Podle různých autorů a studií je v tabákovém kouři obsaženo 4–5 tisíc substancí, jediná z nich je ale návyková – nikotin. Jedná se o bezbarvou kapalinu bez zápachu. (NMSDDZ [on-line], 2005g). Riesel (1999) a Tyler (2000) připomínají, že nikotin patří k nejtoxičtějším známým látkám, dokáže způsobit smrt člověka v dávce asi 50 mg během několika minut. Z dalších jedovatých složek přítomných v tabákovém kouři lze zmínit např. kyanovodík, amoniak, oxid uhelnatý a uhličitý, arsen, polyaromatické uhlovodíky, formaldehyd, metan a sirovodík (Hrubá, Kachlík, 2000; Hrubá, Kyasová, 2001).

Cigaretový kouř se hluboce vdechuje (šlukuje) a jeho součásti přicházejí mj. do kontaktu s plicními sklípkami, odkud se velmi rychle vstřebávají do krve a jsou rozváděny do celého organismu (již za několik sekund se dostanou do mozku, takže se účinek podobá nitrožilní injekci). Kouř z doutníků nebo dýmky se nešlukuje, vstřebávání probíhá zejména v horních partiích dýchací a trávicí soustavy, tedy v oblasti dutiny ústní a nosohltanu. Začínající a nezkušení kuřáci prožívají intoxikaci nikotinem jako nepříjemný stav doprovázená celkovou zemdleností, zúžením zornic, spojený s pocením, nevolností, zvracením, bolestmi hlavy, závratěmi. Vysoké dávky nikotinu ovlivňují úroveň vědomí a vyvolávají poruchy prokrvení periferních částí těla, objevuje se tachykardie, silné pocení, křečové stavy. U pravidelných kuřáků se zmíněné příznaky prakticky nevyskytují, ev. jsou jen mírné. (Minařík [on-line], 2004c)

Tabák užívaný v běžných dávkách působí zlepšení koncentrace, kreativity, mírně stimuluje, ale nevyvolává silné euforické stavy, navozuje relaxaci zejména při duševní práci. Podporuje defekaci, tlumí či odstraňuje spastické stavy trávicí trubice. Za zmínku stojí, že za požitkem z kouření tabáku nestojí jen jeho chemické působení na organismus, ale též pozorování kouře. (Tyler, 2000; Krměčík [on-line], 2007b).

Konzument tabáku je návykem ohrožen relativně brzy. Zprvu převládá jeho složka psychosociální, fyzická (toxikomanická) se objevuje a zesiluje až v pozdějších fázích kuřácké kariéry. Psychosociální závislost se manifestuje potřebou manipulace s cigaretou a dalšími kuřáckými potřebami, tedy zaměstnáním rukou, pozorováním kouře, jde o určitou formu rituálu. (Králíková in Kalina et al., 2003; Krměčík [on-line], 2007b). Fyzická závislost na nikotinu bývá pozorována při dlouhodobém užívání, vyskytuje se u dvou třetin až tří čtvrtin kuřáků. Její výskyt a kvality jsou spojeny s genetickými predispozicemi, souvisejí mj. se stavbou a počtem mozkových receptorů. (Kachlík [on-line], 2003; Krměčík [on-line], 2007b)



Syndrom z odnětí se dostavuje za několik hodin po poslední konzumaci nikotinu. Projevuje se nevladatelnou touhou (bažením) po cigaretě, neklidem, nesoustředěností, podrážděností až agresivitou, únavou, změnami nálad, depresivitou, poruchami spánku. (NMSDDZ [on-line], 2005g).

Králíková in Kalina et al.(2003) upozorňuje na posouzení závislosti na nikotinu pomocí tzv. Fagerströмова testu (dotazníku). Rychle a orientačně se dá určit podle odpovědí na dvě podstatné otázky: kolik cigaret denně kuřák kouří (15 a více již většinou znamená závislost na nikotinu) a jak brzy po probuzení si musí zapálit první cigaretu (závislý si většinou zapaluje do jedné hodiny po probuzení).

Pokud kuřák uvažuje o řešení své závislosti, musí si uvědomit, že jde o postupný a dlouhodobý proces trvající měsíce až léta, v němž hraje podstatnou roli jeho vlastní rozhodnutí a motivace. Je třeba počítat s komplikacemi, kritické bývají první 3 měsíce, a učit se novému životnímu stylu bez tabáku. (Hrubá, Kyasová, 2001; Krmencič [on-line], 2007b).

Následky dlouhodobého kouření jsou velmi závažné. Řadíme k nim zejména poškození až zástavu samočisticího mechanismu dýchacích cest doprovázené vleklými záněty průdušnice, průdušek a plic, nádorová onemocnění (karcinom plic a průdušek). Rizikem vzniku nádorů jsou ohroženy i jiné orgánové soustavy, poněvadž se k nim krví dostávají vstřebané zplodiny a jsou ve tkáních metabolizovány, dochází rovněž k poklesu imunitních funkcí. Vážná jsou také onemocnění srdečně cévní soustavy (srdce, mozku, končetin). Kouření snižuje lidskou plodnost, jeho produkty mají negativní vliv na pohlavní buňky, proces oplození i vývoj plodu. Děti narozené silným kuřačkám trpí vývojovou a růstovou retardací, po narození mívají abstinenční příznaky. (Hrubá, Kachlík, 1999; Hrubá, Kachlík, 2000; Hrubá, Kyasová, 2001; Minařík [on-line], 2004c)

## Těkavé látky

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMSDDZ) označuje tuto skupinu látek za velmi nebezpečnou, snadno dostupnou, s podceňovaným nebezpečím zneužívání (NMSDDZ [on-line], 2007b). Primárně se nejedná o „pravé“ drogy, ale o látky náhražkové. Účel jejich původního použití je zcela jiný, slouží jako průmyslová organická rozpouštědla, odmašťovadla, čističe v domácnosti a paliva. Minařík ([on-line], 2004e) varuje, že nebezpečnost zneužívání těkavých látek může přesahovat „klasické tvrdé“ drogy, jakými jsou např. kokain, pervitin a heroin. Riziko je spojeno se změnami vědomí během inhalace a ztrátou kontroly nad dávkováním, které mohou skončit úmrtím. Tento fakt dokladuje i Presl (1995), uvádí, že většina úmrtí na předávkování drogami v ČR je zaviněna toluenem.

Těkavé látky jsou také označovány jako inhalační drogy či inhalanty, v literatuře se můžeme setkat s termínem „sniffing“ (čichání), jejich uživateli jsou čičači (snifferi). Jde o substance, které se při pokojové teplotě volně odpařují, jejich výpary uživatelé inhalují ústy nebo nosem. Řadíme k nim organická rozpouštědla jako taková, těkavé součásti ředidel, lepidel, čisticích prostředků, ale i některé látky plynné povahy. (Tyler, 2000)

Hampl in Kalina et al. (2003b) a Minařík ([on-line], 2004e) uvádějí následující přehled běžnějších inhalantů:

- toluen (slangově téčko, tuleň, vitamin T): prakticky nejčastěji zneužívaná látka u nás, donedávna snadno dostupný jako rozpouštědlo lepidel, ředidlo barev a laků, jeho lehká obstaratelnost pro malospotřebitele byla znesnadněna od poloviny r. 2007, kdy jej v obchodní síti nelze nakoupit bez firemní licence (NMSDDZ [on-line], 2007c);
- trichlorethylen: univerzální organické rozpouštědlo, byl součástí čističe pro domácnost Čikuli, díky nevhodně koncipované prevenci s nežádoucím návodným efektem došlo u školní mládeže k masovému rozšíření jeho čichání;
- aceton: běžně dostupný v drogeriích jako ředidlo;
- Chemopren: běžně dostupné a často zneužívané lepidlo;
- éter (diethylether): výborné rozpouštědlo tuků a olejů, dříve používané a zneužívané inhalační anestetikum;
- benzin;
- rajský plyn (oxid dusný): jeho směs s kyslíkem působí jako krátkodobé anestetikum, vyvolává po vdechnutí opojné stavy, mezi mládeží je oblíbená inhalace z tlakových bombiček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků.

Těkavé látky vyvolávají narkotický stav a celkový útlum. Uživatelé je vdechují přímo z obalu (lahve), nebo inhalují jejich výpary z nasáklé tkaniny, smotku vaty. Pro zesílení účinku se tak děje pod oděvem, dekou nebo plastickým sáčkem. (Minařík [on-line], 2004e; NMSDDZ [on-line], 2007b)

Po inhalaci rychle přichází intoxikace, která je doprovázena vzrušením, euforií, změněným stavem vědomí, živými barevnými vizemi. Čičač se nachází v jakémsi „polosnění“. Jsou pozorovány poruchy neuromotorické koordinace a rovnováhy, potíže s řečí (blábolení), dobrá nálada bez zjevné příčiny, nevolnost. Čičač je schopen na jedno „sezení“ spotřebovat i půl litru rozpouštědla, účinek přetrvává několik hodin. (Presl 1995; Nožina 1997) Uživatelé inhalantů hrozí silná psychická závislost. Nezřídka je nucen čichat denně, což vede k destrukci osobnosti, ke společenské deklasaci, k nezájmu o okolí, zejména o školní a domácí povinnosti, o udržení a výkon v zaměstnání. Závislost na

inhalantech je terapeuticky obtížně ovlivnitelná, může skončit úmrtím na předávkování nebo selháním některého orgánového systému. Čichači trpí vážným a chronickým poškozením výstelky dýchacích cest, poruchami ledvin, jater, mozkové kůry. Změny jsou v pozdějších stádiích viditelné i makroskopicky při pitvě. Ke smrti dochází neschopností obluzeného toxikomana zabránit dalšímu přívodu látky, nastává kóma a zástava dechu a oběhu. Osoby jsou často nalézány na odlehlých či obtížně přístupných místech (opuštěné objekty, sklepy, půdy, kolektory energetických rozvodů). Těkavé látky bývají nazývány „drogami hloupých“, poněvadž si za chvíli slasti vybírají velmi krutou a nejvyšší daň. (Presl, 1995; Nožina, 1997)

## Léky

Díky vědeckým objevům v chemii a farmakologii vznikla řada účinných látek využitelných jako léčiva, v medicíně se podařilo dostat pod kontrolu mnoho vážných onemocnění. Bohužel, některé léky obsahují návykové složky, které mohou v případě nevhodné ordinace preparátu, nevhodného dávkování nebo doby užívání způsobit významné ovlivnění psychiky a závislost. (Nožina, 1997) Je třeba neustále a pečlivě monitorovat trh s léky a upozorňovat na potenciálně rizikové výrobky s možností vzniku závislosti (Hampl in Kalina et al., 2003a).

Kachlík ([on-line], 2004) upozorňuje, že léková závislost nemusí zejména v počátcích vzbuzovat nežádoucí pozornost okolí, je někdy označována jako „narkomanie všedního dne“. Užívání léků, ať už na předpis, nebo volně dostupných, připadá společnosti normální, jde o běžné chování člověka v případě zdravotních obtíží, málokdy zjevně prezentované na veřejnosti. Proto je tento typ závislosti obtížně a pozdě odhalitelný. Šanci na dřívější odhalení má uživatel v případě, že mu jeho nevhodné samoléčitelství působí výraznější potíže ve zdravotní nebo sociální oblasti, což se týká rodiny, výkonu ve škole, v zaměstnání, řízení vozidel, vážného zhoršení úrovně zdraví. Výsledná léková závislost není jen „čistou“ závislostí na farmakologicky účinné látce (léčivu), ale modifikují ji i okolnosti, za nichž je lék užíván (jeho forma, vzhled, situace, rituál). Poněvadž se ne vždy musejí vyskytovat abstinenční příznaky, pohybuje se uživatel mezi návykem a klasickou formou drogové závislosti.

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a Hampla je možné léky s rizikem vzniku závislosti rozdělit na (Hampl in Kalina et al., 2003a; NMSDDZ [on-line], 2005d):

- **Analgetika:** dostupná volně i na předpis, široce užívaná v medicínské praxi, slouží k tlumení a odstraňování bolesti. Mimo běžných derivátů salicylátů a léků brufenové řady patří z hlediska rizika závislosti k nejvýznamnějším tzv. opioidní analgetika (např. morfin, dolsin, kodein). Jejich zneužívání může vést k závislosti morfinového typu, po užití se

objevují euforické účinky. Některé preparáty (Methadon, Subutex) se lege artis užívají k substituční terapii opiátové závislosti, mohou se ale stát předmětem krádeží, černém trhu a zneužívání.

- **Sedativa a hypnotika:** v praxi se ordinují jako léky ke zklidnění a navození spánku. Významným zástupcem této skupiny je zejména Rohypnol, který byl zneužíván k prodloužení stavu intoxikace heroinem, na „dojezd“ po aplikaci efedrinových a amfetaminových stimulantů. Obecně se většinou jedná o deriváty barbiturátů s delší nebo dlouhou dobou účinku a o modernější a bezpečnější benzodiazepiny.
- **Anxiolytika:** jsou lege artis podávána k odstranění úzkosti, psychického napětí a strachu. Jejich preskripce se značně rozšířila, často bez jasného opodstatnění, což také přispělo ke snadnější dostupnosti a možnému zneužívání. Z konkrétních výrobků stojí za zmínku Neurol, Xanax, Radepur, Elenium, Diazepam, Meproamat.
- **Ostatní léky:** do této skupiny můžeme zařadit stimulanty k ovlivnění chorobně sníženého krevního tlaku, narkolepsie, psychomotorického útlumu, léky užívané jako anorektika k potlačení patologicky zvýšené chuti k jídlu a jako pomocné prostředky ke zhubnutí při morbidní obezitě. V poslední době se na české drogové scéně vyskytl trend k obstarání velkého množství léků tlumících příznaky nachlazení a obsahujících efedrinové deriváty, z nichž je možné připravit pervitin. Po zákonném ošetření je narkomanská komunita získává ze zemí, kde jsou ještě volně v prodeji. Zájmu narkomanů nezůstaly ušetřeny ani léky, které podporují vykašlávání a tlumí kašel, také ony obsahují léčiva s návykovým potenciálem.

Společným rysem zmíněných léků je ovlivnění bdělosti, navození spánku, euforie, zklidnění, potlačení strachu, bolesti, křečí a uvolnění svalového napětí. Jiné preparáty mohou naopak zvyšovat psychomotorické tempo a mírnit depresivní nálady. V každém případě se podílejí na změnách psychického stavu způsobem, který uživatel považuje za „žádoucí“ (vylepšení nálady), proto si je bere dle vlastního uvážení, nikoli dle rady odborníka. Konzumenti silných stimulačních drog po prožité „jízdě“ vyhledávají zklidnění, k čemuž si dopomáhají léky z uvedených skupin. K dispozici je řada lékových forem (tablety, kapsle, injekce, čípky, kapky, sirupy), k nejoblíbenějším patří perorální konzumace tablet či kapslí. (Hampel in Kalina et al., 2003a; Kachlík [on-line], 2003)

Uživatelům hrozí závislost psychického a somatického charakteru. Velmi nebezpečná je vzájemná kombinace léků, často s protichůdnými účinky, což může pro organismus představovat smrtící „koktejl“. Dalším velmi riskantním počínáním je současné užívání léků a alkoholických nápojů kvůli vzniku zkřížené závislosti a potenciaci účinků (výrazné zejm. u sedativ, hypnotik, anxiolytik). K dalším příznakům lékové závislosti patří strach z nedostatku léků a hromadění jejich velkých zásob

získaných pod různými záminkami. Chronické zneužívání negativně ovlivňuje nejen psychiku, ale též orgány trávicího a vylučovacího ústrojí, v těhotenství může opozdit vývoj a růst plodu, vést k malformacím. Vysazování léků je nutné provádět postupně a kontrolovaně, jinak hrozí epileptické záchvaty, psychická destabilizace, poruchy vitálních funkcí. (Heřmanová [on-line], 1999b; Kachlík [on-line], 2003)

## Konopné drogy

Drogy získané z konopí se v ČR řadí k nejvíce rozšířeným nelegálním psychoaktivním látkám. Společnost je v názoru na tyto substance a na jejich uživatele značně polarizována: jedna její část je vášnivě obhajuje, požaduje legalizaci a dekriminlizaci, glorifikuje životní styl a kulturu s tím spojenou, druhá je naopak plamenně pronásleduje, odsuzuje a považuje za původce zla. (Presl, 1995)

Výchozí surovinou pro získávání konopných drog je konopí seté (*Cannabis sativa*). Jde o jednoletou dvoudomou bylinu původem zřejmě ze Střední Asie. Naši předkové konopí využívali především jako technickou plodinu, dnes z tohoto pohledu nastává jeho renesance: může být využito např. k výrobě oděvů, papíru, oleje, lan, potravy, energie z biomasy. Nejstarší doklady o pěstování konopí sahají více než 5000 let do minulosti. Užívání konopí bylo silně spojeno s náboženskými obřady, v hinduismu a islámu konopné produkty zcela nahradily alkohol. (Nožina, 1997). Konopí je pěstivelsky nenáročné, proto doznalo prakticky celosvětového rozšíření. V ČR se s ním setkáme zejména na severní a jižní Moravě (Mioviský in Kalina et al., 2003b).

Ke zneužívaným produktům z konopí především patří:

- **Marihuana** (slangově tráva, gras, seno, zelí, ganja, brko, joint). Takto se označují sušená květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Výsledná směs je tmavě zelené až hnědé barvy, hrudkovité, jemně lepivé konzistence, výrazného aromatu. Typicky se kouří buď samotná v dýmkách, nebo se v různém poměru míchá s tabákem a plní do ručně stočených cigaret, tzv. jointů. Lze ji konzumovat i perorálně přidanou do mléka, másla, cukrovinek, pečiva, zavařenin, ev. v odvarech a čajích. (Nožina, 1997; Mioviský in Kalina et al., 2003b; Krmenčík [on-line], 2007a).
- **Hašiš** (slangově haš, shit, čokoláda, černý afghán, maroko). Konopí pěstované zejména v horkých podmínkách vylučuje pryskyřici, která prosakuje z květů a listů v horních částech rostliny. Po ztuhnutí je hnědé barvy, obsahuje proměnlivé množství organických nečistot a více účinných látek oproti marihuaně. Hašiš může být kouřen samotný,

nejčastěji se ale užívá ve směsi s tabákem.(Nožina, 1997; Miovský in Kalina et al., 2003b; Krmenčík [on-line], 2007a)

- **Hašišový olej** (hash oil). Získává se při destilaci listů konopí, jde o hustou lepkavou kapalinu tmavohnědé až černé barvy s vysokým obsah účinných látek (20 % a více). Neužívá se přímo, většinou se přidává do pokrmů nebo k materiálu, z něhož se pak ubalí joint. (Nožina, 1997; Krmenčík [on-line], 2007a)

Konopí obsahuje tzv. cannabinoidy, k nejdůležitějším psychoaktivním látkám v něm patří THC (tetrahydrocannabinoly). Prožitek intoxikace THC může být silně ovlivněn předchozí zkušeností, osobností jedince, jeho fyzickým a psychickým rozpoložením, prostředím (Presl, 1995; NMSDDZ [on-line], 2006a). Intoxikovaná osoba může pociťovat velmi příjemné pocity, pohodu, mít dobrou náladu, smát se, uvolnit se, snáze komunikovat, výrazněji smyslově vnímat. Někdy je ale efekt právě opačný, s velmi negativními psychickými a fyzickými fenomény, je pociťována strach, úzkost, agresivita, poruchy nervosvalové koordinace, nevolnost, poruchy vědomí (Presl, 1995).

Záleží rovněž na způsobu aplikace – po kouření přicházejí účinky řádově za desítky sekund až minuty, trvají několik (3–6) hodin, po perorálním užití nastupují pomaleji a později, trvají déle. Obecně se za charakteristický efekt považuje pocit štěstí, rozjařenost, příjemná nálada, přetrvávající smích („vysmátost“) bez zjevné příčiny, zpomalené vnímání času, zostření smyslového vnímání, suchost sliznic v ústech, zvýšená chuť na jídlo (pocit hladu). (Nožina, 1997; Miovský in Kalina et al., 2003b; Stone, Darlingtonová, 2003).

Konopí se stalo předmětem intenzivních medicínských a farmakologických studií. Ukazuje se, že kromě psychotropního efektu dokáží účinné látky z něj potlačovat nevolnost a zvracení u onkologických pacientů s nasazenou chemoterapií a u pacientů s AIDS, dále jich lze využít v očním lékařství (antiglaukomatikum) a u pacientů trpících některými degenerativními chorobami centrální nervové soustavy. (Miovský in Kalina et al., 2003b; Krmenčík [on-line], 2007a)

I když byl již popsán fenomén fyzické závislosti, občasné užívání konopí k němu většinou nevede, obdobně není uživatel akutně ohrožen předávkováním s následkem úmrtí (Nožina, 1997). Podle Miovského (in Kalina et al., 2003b) se psychická závislost projevuje u 8–10 % dlouhodobých uživatelů, není popisován vzestup tolerance ani odvykací příznaky.

Intenzivní dlouhodobá konzumace konopných drog vede k poruchám paměti, apatii, poruchám vůle a motivace (Nožina, 1997; Minařík [on-line], 2004b). Dokumentován je též negativní vliv na plodnost, u žen jsou zmiňovány poruchy menstruačního cyklu, u mužů snížení pohyblivosti

spermií a snížení množství spermatu. Kouření ohrožuje uživatele chronickými záněty a karcinomy dýchacího traktu. Dochází k oslabení imunitního systému. (Presl, 1995)

Mezi odbornou i laickou veřejností se delší dobu vedou diskuse, zda jsou produkty konopí tzv. průchozími drogami. Jejich konzumenti se pohybují v prostředí, kde je možné obstarat i jiné látky se silnějším potenciálem závislosti, více rizikové, navíc hraje roli i odlišný životní styl uživatelů a jeho působení na dosud nerozhodnuté experimentátory. Ukazuje se, že v českých podmínkách jsou nejvýznamnějšími průchozími drogami alkohol a tabák. Konopné produkty a další látky ze skupiny tzv. "měkkých drog" se jimi také mohou stát, ovšem v menší míře. (Hrubá, Kachlík, 2000; Miovský in Kalina et al., 2003b; Popov in Kalina et al., 2003; Presl, 1995)

## Halucinogeny

V odborné literatuře se můžeme setkat s různým označením této skupiny látek: halucinogenní drogy, delirogeny, fantastika, psychedelika. Halucinogeny jsou úzce svázány s lidskou kulturou a užívány pokoleními řádově tisíce let ve všech významných civilizačních centrech Země. Přírodní národy dodnes věří, že halucinogeny dokáží zprostředkovat spojení mezi lidskou bytostí a vnějším světem, umožnit kontakt se zemřelými předky, nahlédnout do minulosti i do budoucnosti, komunikovat s celosvětovým vědomím. (Stafford, 1997; NMSDDZ [on-line], 2005a; Hagenbach, Werthmüller [on-line], 2007).

Řada předních československých psychologů a psychiatrů se ve druhé polovině minulého století podílela na intenzivním výzkumu působení halucinogenů na lidský organismus. Předmětem jejich zájmu se staly zejména účinky na psychiku, možnost získání náhledu duševního onemocnění, změny vnímání času a prostoru, smyslového vnímání. (Mioviský in Kalina et al., 2003a; Nožina, 1997)

Skupina halucinogenů je velmi rozsáhlá, podle Nožiny (1997) v ní lze vymezit 2 základní kategorie:

- látky přírodního původu: k běžnějším zástupcům řadíme psilocin a psilocybin (obsažen např. v houbách), meskalin (obsažen v kaktusech), hyoscyamin, atropin a scopolamin (alkaloidy z durmanu, rulíku a blínu),
- látky syntetického původu: LSD, PCP (fencyklidin, slangově „andělský prach“).

V ČR se nejčastěji zneužívají následující halucinogenní látky:

## Psilocybin

Psilocybin je psychoaktivní substance obsažená v některých houbách rodu lysohlávek (Psilocybe), na našem území především v lysohlávce kopinaté, tajemné a české. V literatuře bývá často popisován velmi starý indiánský kult užívání mexického druhu lysohlávky *Psilocybe mexicana* Heim (Presl, 1995; Miovský, 1996; Borovička [on-line], 2005).

Lysohlávky jsou v českém prostředí poměrně snadno dostupné. Pro uživatele je zajímavý zejména klobouk houby, který je možno pójídat syrový, sušit, přidávat do pokrmů, připravovat z něj odvar, máčet v medu. Kontrola intoxikace je nesnadná, poněvadž konzument nedokáže přesně odhadnout „sílu“, tedy množství účinné látky v houbě obsažené a její dávku. Užívání lysohlávek je jako doplňková droga rozšířeno především v řadách mládeže a mladých dospělých osob, které mají blízko k alternativnímu a nekonvenčnímu životnímu stylu, pocházejí z filosofických a uměleckých kruhů, hledají možnost sebevyjádření, sebepoznání, smysl života. (Miovský, 1996; Miovský in Kalina et al., 2003a).

## LSD

LSD (diethylamid kyseliny lysergové) patří k neznámějším halucinogenům a nejúčinnějším substancím (psychiku po podání ovlivňují již desítky mikrogramů). Připraveno bylo ve 30. letech 20. stol., účinky byly popsány r. 1943 jeho objevitelem, švýcarským chemikem Albertem Hofmannem. LSD se stalo předmětem intenzivního výzkumu v psychiatrii, psychologii a vojenství. Byla provedena řada experimentů s cílem pomoci duševně nemocným pacientům získat náhled na svoji chorobu, pochopit nutnost terapie a podrobit se jí. V armádě se očekávalo, že nasazení LSD učiní protivníkovy jednotky neschopnými boje „humánním“ způsobem, tedy bez masivních ztrát na životech. Kariéra aplikace LSD vyvrcholila v 60. a 70. letech 20. stol. hnutím hippies, v jejichž komunitách bylo masivně zneužíváno. Jeho další osud byl spojen s negativní armádní propagandou a zařazením látky k nejtvrdějším drogám. (Miovský, 1996; Stafford, 1997; OS Podané ruce [on-line], 2007).

LSD lze na nelegálním trhu získat ve formě tzv. „tripů“, papírových čtverečků velkých asi jako poštovní známka, s různými motivy potisku, nasáklých roztokem LSD a vysušených (slangově jsou mimo trip označovány též jako acid, kyselinka, papírek, nebo podle natištěných motivů – např. Bart Simpson, Jahůdka, Batman, Zodiak, Unicorn, Penguin, Psychedelic). LSD se vyskytuje i jako krystaly (malé granulky většinou tmavomodré nebo zelené barvy) a želatina (malé tenké průhledné čtverečky). Všechny formy LSD se užívají rozpuštěním v ústech pod jazykem (Miovský in Kalina et al., 2003a; Nožina, 1997).



Účinky psilocybinu a LSD se vzájemně dosti podobají. Jejich nástup začíná za 30–60 min. po konzumaci, trvají řádově 4–12 hod. v závislosti na dávce. Je u nich klíčový tzv. „set“ a „setting“, kdy je průběh intoxikace velmi výrazně ovlivněn osobností, náladou, motivací, postoji a očekávanými jedince (set), dále vnějšími podmínkami užití, k nimž patří okolní prostředí a ostatní přítomní lidé (setting). (Nožina, 1997; Miovský in Kalina et al., 2003a; OS Podané ruce [on-line], 2007)

Nástup účinku je doprovázen pocity chvění, žaludeční nevolností, pocením, rozšířením zorniček, zrychlením dechové frekvence. Nižší dávky podané látky vedou k euforizaci, stimulaci, dobré náladě vrcholící v podobě extatických stavů, mírnějším poruchám smyslového vnímání – zostření zrakových a sluchových vjemů, iluzím a pseudohalucinacím. Vyšší dávky provokují intenzivní halucinatorní stavy bez možnosti kontroly doprovázené hlubokým narušením psychiky, celkovým odosobněním (depersonalizací), izolací od okolí, obíráním se pouze vlastními prožitky. (Presl, 1995; Miovský in Kalina et al., 2003a)

Halucinogeny jsou mezi narkomany oblíbenou skupinou pro svoji snadnou dostupnost, početnost zástupců, pestrost účinků, relativně nízkou míru rizika. V odborných kruzích se ve vztahu k halucinogenům diskutuje o závislosti a jejich formách, obdobně o abstinenčním syndromu. Obecně lze shrnout, že zejména fyzická závislost v podobě typické pro jiné („klasické“) drogy dosud nebyla popsána, je proto problematické hovořit zde o syndromu z odnětí. Další vědecké teorie se týkají fyzického poškození organismu, o němž se uvažuje zejména u mozku v případech masivního chronického užívání. (Fišar, Jiráček, 2001; Jellinek [on-line], 2003; Kukleta, Šulcová [on-line], 2003)

Prokazatelným rizikem zůstává nevyočitatelnost účinků a prožití tzv. „bad tripu“, typického velmi nepříjemnými zážitky, výskytem strachu, pocitu ohrožení, paniky, někdy agresivitou, dezorientací a zmateností, kdy je uživatel vážně atakován poruchami fyzického i psychického zdraví, celkovým rozvratem duševní rovnováhy a vznikem tzv. latentní psychózy. K dalším možným rizikům typickým především pro halucinogeny řadíme tzv. „flashback“, útržkovité zpětné návraty nyní střízlivého jedince ke stavům, kdy byl pod vlivem drogy. Zřejmě jsou způsobeny metabolity, které i po dlouhé době od posledního užívání přetrvávají v mozkové tkáni a dokáží ovlivňovat její chemismus. (Presl, 1995; Nožina, 1997; Jellinek [on-line], 2003; Kukleta, Šulcová [on-line], 2003)

## Stimulační drogy

Stimulační drogy (též označované jako psychostimulancia, stimulanty, uppers) patří mezi uživateli kvůli svým silně povzbuzujícím účinkům k velmi oblíbené skupině (Presl, 1995). V ČR se tradičně těší přízni konzumentů „klasická“ látka pervitin, v posledních letech silně vzrůstá zájem o kokain (NMSDDZ [on-line], 2005b; Koukal, 2008).

Po chemické stránce jde o skupinu různorodých látek, které působí psychickou a fyzickou aktivaci organismu („nakopnutí“), jsou proto někdy nazývány „životabudiči“. Uživatel pociťuje pozitivní změny nálady, euforii, urychlení psychomotorického tempa (vyšší výkon na úkor přesnosti), posílení sebevědomí a empatie, odbrždění zábran, potlačení nepříjemných pocitů (hladu, chladu, únavy). Objevuje se motorický neklid (potřeba neustále něco dělat, přesvědčení, že aktivita hodnocená okolím jako bezúčelná je velmi cílevědomá a důležitá), nárůst krevního tlaku, tepové a dechové frekvence, výrazné rozšíření zornic. (Kachlík [on-line], 2003; Minařík in Kalina et al., 2003b; Minařík [on-line], 2004f; NMSDDZ [on-line], 2005f)

K typickým zástupcům stimulačních drog řadíme amfetaminy a jejich deriváty, např. pervitin (metamfetamin); efedrin (stimulans jako takové a výchozí látku pro výrobu pervitinu), kokainové drogy (koka, kokain, crack) (Nožina 1997; NMSDDZ [on-line], 2005f). Některé literární zdroje (např. Nožina, 1997) do skupiny stimulantů zařazují i tzv. taneční (dancing, diskotékové) drogy (typicky extázi, Ecstasy, MDMA). Jiní autoři (např. Kachlík [on-line], 2003; Zábranský, 2003) však poznamenávají, že taneční drogy je vhodnější uvádět v rámci zvláštní skupiny, jejíž účinky stojí na pomezí stimulantů a halucinogenů, spíše blíže stimulantům.

## *Amfetaminy*

V českém prostředí je z nelegálních stimulantů nejvíce rozšířen a zneužíván pervitin, amfetaminy obecně mají účinek kratší a o něco slabší (EMCDDA [on-line], 2008a; Minařík in Kalina et al., 2003b; Presl, 1995).

Pervitin (slangově péčko, piko, perník, peří, pedro, čeko) je znám jako tradiční česká syntetická droga, která byla poprvé připravena r. 1888 v Japonsku a na Západ se rozšířila až ve 20. letech 20. stol. Ve vojenství byl zejména ve 2. světové válce pervitin podáván stíhačům, sebevražedným japonským pilotům kamikadze, parašutistům a příslušníkům dalších speciálních jednotek, jimž umožňoval oslabit strach, pud sebezáchovy, hlad, žízeň, únavu, posiloval bdělost, sebevědomí a výkonnost v bojovém nasazení. V československém prostředí zažil pervitin renesanci, zprvu byl připravován narkomanskými komunitami v domácích laboratořích pro vlastní spotřebu, po změně politických a ekonomických poměrů se stal žádaným vývozním artiklem černého trhu. (Nožina, 1997; Heřmanová [on-line], 1999a)

Pervitin je vyráběn z jiných látek stimulační povahy, např. z efedrinu nebo pseudoefedrinu. Nelegální producenti jej získávají z preparátů vázaných na předpis i volně prodejných. Stát se distribuci těchto potenciálně rizikových léků snaží hlídat a omezovat, dokladem je neustále narůstající délka seznamu kontrolovaných látek. Nelegální varny pervitinu jsou zásobovány surovinami

získanými trestnou činností nebo nakupovanými ve velkém v zemích, kde prozatím neplatí přísnější restriktivní opatření. (Zábranský, 2003).

Čistý pervitin má podobu mikrokrytalického bílého prášku hořké chuti a bez zápachu, nečistý obsahuje řadu meziproductů a je různě zabarven použitými chemikáliemi, mnohdy silně toxickými. Nejčastější aplikační cestou v ČR je nitrožilní injekce, lze jej přijímat též perorálně nebo šňupáním. (Minařík in Kalina et al., 2003b)

## *Kokain a crack*

Kokain (přesněji benzoylekgoninmethylester, slangově koks, pudr, cukr, sníh, kokeš) pochází ze surových lístků keře kokainovníku pravého, rudodřevu koky (*Erythroxylon coca*), který se pěstuje v jihoamerických Andách, na území států Peru, Bolívie, Kolumbie a Ekvádoru. Izolace chemicky čistého kokainu proběhla poprvé v Německu v r. 1860. Kokain byl medicínsky využíván jako lokální anestetikum, zejména v ORL a očním lékařství. Jeho zneužívání se rozšířilo zejména v 80. letech 20. stol. v USA mezi tzv. „high society“ (yuppies), tedy mezi bohatými, vlivnými a úspěšnými lidmi, především z podnikatelských, politických a uměleckých kruhů. (Presl, 1995).

Psychotropní efekt kokainu je dosti krátký, trvá 20–30 min. na rozdíl od amfetaminů. Závislé osoby jsou nuceny brát dávku několikrát denně, pociťují zvýšení sexuální apetence, avšak oslabení skutečné potence. Kokainisté trpí výraznou nechutí k jídlu a nápadnou vyhublostí. Čistý kokain má vzhled bílého krystalického prášku, užívá se nejčastěji šňupáním, i když jsou možné i jiné aplikační cesty (injekce, kouření). (Presl, 1995; NMSDDZ [on-line], 2005b; OS Podané ruce [on-line], 2008c)

Crack je slangové označení pro hydrochlorid kokainu, který je přeměněn zpět na tzv. volnou bázi, jde vlastně o variantu kokainu. Uživatelé si jej opatřují ve formě bělavých krystalků, které se kouří ve speciálních malých dýmkách nebo cigaretách ve směsi s tabákem či marihuanou. Rovněž je možné vdechování kouře, který se uvolňuje spalováním cracku na kovové fólii. Při užívání cracku dochází velmi rychle k záplavě mozku náloží kokainu. Účinek cracku vrcholí za 30–60 min. po aplikaci, zhruba po hodině odeznívá. Zatímco čistý kokain je drahý a dostupný především movitějším společenským vrstvám, crack se díky relativně nízké ceně rozšířil mezi sociálně slabými skupinami, kde představuje stále narůstající problém jeho extrémní návykovost spojená s trestnou činností a dlouhodobou nezaměstnaností. (Nožina, 1997; NMSDDZ [on-line], 2005b)

Stimulancia obecně působí silnou psychickou závislost (vystupňovanou především u kokainu). Uživatel je nucen rychle zvyšovat dávky drogy (stoupá tolerance) až k výskytu psychotických příznaků, při chronickém zneužívání je ohrožen toxickou psychózou projevující se paranoidně-halucinatorním

syndromem, tzv. „stíhou“. Postižený má pocit, že je manipulován, pronásledován, monitorován, což může vyvrcholit agresivními projevy, sebevražedným pokusem nebo dokonanou sebevraždou. Stimulancia nadměrně zatěžují srdečně cévní soustavu, může dojít k vážnému ohrožení zdraví či života důsledkem srdečních a mozkových příhod. Šňupání kokainu s sebou často nese masivní poškození nosní sliznice až proděravění nosní přepážky díky chronické ischemizaci. Nitrožilní aplikaci stimulantů může doprovázet vážná otrava z příměsí v nečisté droze, místní infekce, septické stavy a poškození cévního systému z nesterilního podání, riziko nákazy virovou hepatitidou a HIV. (Minařík in Kalina et al., 2003b; Minařík [on-line], 2004f)

## Opioidy

Podle Evropského a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti lze opioidy považovat společně s těkavými látkami za nejnebezpečnější skupinu drog, s níž je spojena nejrizikovější a společensky nejškodlivější závislost (EMCDDA [on-line], 2007; NMSDDZ [on-line], 2006b). Po počátečním opioidovém boomu z 90. let 20. stol. se situace pomalu zklidňovala, epidemiologická data z let 2002–2003 svědčila pro postupné vyhasínání „heroinové epidemie“ (Zábranský, 2003). Světová zpráva o drogách z r. 2008 však varovala před prudkým vzestupem nabídky opioidů v poslední době (Informační centrum OSN v Praze [on-line], 2008).

V odborné praxi se lze setkat s termíny „opioidy“ a „opiáty“. Opioidy představují skupinu nadřazenou opiátům. V obou případech jde o látky, které ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů. (Kalina et al., 2001; Minařík in Kalina et al., 2003a)

Označení „opioidy“ se používá pro alkaloidy z máku *setého* (*Papaver somniferum*), jejich semi-syntetická či plně syntetická analoga i látky produkované v lidském organismu, které interagují se stejnými specifickými receptory. Tyto látky mají schopnost tlumit bolest, vyvolávají pocit pohody. Alkaloidy opia a jejich syntetické obdoby působí ve vyšších dávkách útlum vědomí až bezvědomí, útlum dýchání. (Kalina et al., 2001)

Termín „opiáty“ je generickým názvem užívaným pro alkaloidy z rostlin máku *setého* se schopností tlumit bolest, vyvolat euforii, ve vyšších dávkách poruchy vědomí, útlum dechového centra. Jedná se o látky ryze přírodní, nezařazujeme k nim tedy syntetické opioidy. (Kalina et al., 2001)

Skupina opiátů je odvozena od opia, zaschlé šťávy nezralých makovic (máku *setého*, *Papaver somniferum*). Šťáva na vzduchu a světle postupně tmavne a houstne. Opium může být přímo konzumováno kouřením, představuje jak cennou farmakologickou surovinu k výrobě řady léčiv, tak významnou komoditu nelegálního trhu a neoficiální „platidlo“ ve směnném obchodě. Z opia lze

izolovat řadu přírodních látek, např. morfin a kodein, či vyrobit polosyntetické deriváty (heroin). Opioidy obecně patří mezi tzv. analgetika-anodyna, tedy léky se silným psychotropním a protibolestivým účinkem, vč. ordinace u onkologických pacientů v pokročilých stádiích. Kontrolovaně se využívají též k tlumení prudkého a obtěžujícího kašle, průjmů, v chirurgii a medicíně akutních stavů. Medicínské aplikace si vyžádaly i produkci opioidů, jež představují ryze syntetické látky. Očekávalo se, že nové preparáty budou mít intenzivní žádoucí účinky (zejm. tlumení bolesti), a minimální nebo žádné účinky nežádoucí (závislost). Bohužel, návykovou složku se nikdy nepodařilo zcela odstranit. Dalšími zástupci skupiny opioidů jsou methadon a buprenorfin (Subutex), které jsou primárně určeny k substituční a detoxifikační léčbě závislých na opioidech, samy mohou být též užity jako drogy a nelegálně se s nimi obchoduje. Velmi diskutabilní (medicínsky, právně, eticky, nábožensky) je využití opioidů v některých státech světa k eutanázii v případě výslovného přání nevléčitelně nemocného a značně trpícího pacienta. Tento postup není v ČR povolen, vyvolává silně rozporuplné a emotivní reakce jak mezi odborníky, tak i laickou veřejností. Za zmínku stojí ještě braun (brown), který byl dříve (do 90. let 20. stol.) často pokoutně vyráběn a nitrožilně zneužíván. Jde o tekutou směs různých látek, především morfinových derivátů, vzhledu hnědavého roztoku. Dnes se s ním setkáme řídce, zejm. v metropoli a jejím okolí a ve starších narkomanských komunitách, jejichž členové dosud nepřešli k heroinu (Nožina, 1997; Minařík [on-line], 2004d).

## *Heroin*

Heroin (diacetylmorfin, slangově háčko, hero, herák, ejč) patří ze skupiny opioidů k nevýznamnějším (Minařík, [on-line], 2004d; OS Podané ruce [on-line], 2008b).

Poprvé byl syntetizován v r. 1874 a paradoxně podáván jako protilek při symptomech morfinové závislosti. Rovněž do něj byly vkládány velké naděje v chirurgii, měl sloužit jako anestetikum. Pro svou vysokou nebezpečnost však nenalezl uplatnění ani v humánní, ani ve veterinární medicíně. Na černém trhu jej lze obstarat ve dvou hlavních formách: hnědý heroin („brown sugar“) a bílý heroin („white dust“). Heroin se nejčastěji aplikuje nitrožilní injekcí (vysoce rizikové), méně frekventovaná je nitrokožní nebo nitrosvalová injekce. Relativně „bezpečnějším“ způsobem užívání je inhalace kouře vzniklého zahříváním látky na kovové fólii nebo šňupání. Účinek se dostavuje velmi rychle o podání (za 4–10 sekund), trvá několik hodin (6–8). K typickým účinkům opioidů vč. heroinu obecně patří celkový útlum (úleva od bolesti, mělké a pomalejší dýchání), relaxace, oproštění od starostí. Ihned po aplikaci jsou vyvolány slastné pocity, euforie (tichá nirvána). Uživatel je ospalý, strnulý, nereaguje na okolí. Bývá snížena tělesná teplota, zúžené zornice až na velikost špendlíkové hlavičky, svědění, nevolnost, poruchy vyprazdňování – chronická zácpa. (Minařík in Kalina et al., 2003a; NMSDDZ [on-line], 2005e; OS Podané ruce [on-line], 2008b)

Opioidy působí velmi silnou psychickou a fyzickou závislost, mají z dostupných látek nejvyšší „závislostní potenciál“. U konzumentů se zpočátku objevuje rychlý nárůst tolerance, takže berou mnohonásobek obvyklé dávky, což představuje pro nenavyklého člověka nebo pro osobu déle abstijnující dávku smrtelnou. Tolerance v průběhu abstinence rychle klesá, následné užití dávky, na niž byl narkoman dříve zvyklý, může snadno vést k předávkování a k úmrtí. Dalším zdrojem vážných zdravotních komplikací bývá značně rozdílná kvalita a koncentrace (5–90 %) drogy v pouličním prodeji. Opiátový typ závislosti vede k těžké sociální deklasaci (ztráta zaměstnání, kriminalita, prostituce, bezdomovectví). Nitrožilní aplikace s sebou nese riziko poškození oběhové soustavy, sepse, nákazy a šíření závažných infekcí (virové hepatitidy, AIDS). Závislost je třeba řešit pod odborným vedením. (Minařík in Kalina et al., 2003a; NMSDDZ [on-line], 2005e; OS Podané ruce [on-line], 2008b)

## Taneční drogy

Je možné se setkat i s označením „diskotékové drogy“ či „designer drugs“. Do této skupiny typicky řadíme extázi (Ecstasy), což je slangové označení pro MDMA (3,4-methylen-dioxy-N-methyl-metamfetamin) a v širším pojetí se také vztahuje na příbuzné sloučeniny, jako jsou MDA (3,4-methylen-dioxyamfetamin, „droga lásky“), MDEA (N-ethyl-methylen-dioxyamfetamin, „Eva“), MMDA (3-methoxy-4,5-methylen-dioxyamfetamin). (EMCDDA [on-line], 2008b; NMSDDZ [on-line], 2005h; Saunders, 1996).

Extáze se svými účinky pohybuje na pomezí stimulantů a halucinogenů. Kromě aktivizace organismu obvykle vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací, pocity štěstí a blaha, někdy doprovázené halucinacemi. (Minařík, Páleníček in Kalina et al., 2003)

Byla objevena r. 1912 německou společností Merk, která ji hodlala využít jako anorektikum. V 60. letech 20. stol. se extáze znovu stala objektem zájmu, probíhaly pokusy o její využití v psychoterapii. Později se v USA začala užívat jako rekreační droga na večírcích, následně se přes Velkou Británii rozšířila do ostatních zemí kontinentální Evropy. V současnosti je velmi vyhledávanou a oblíbenou drogou v tanečních klubech i na masových akcích, kde se hraje hudba ve stylu techno, house, apod. (odtud pochází označení „taneční droga“). (Minařík, Páleníček in Kalina et al., 2003; Saunders, 1996).

Nelegální distribuce nabízí extázi většinou ve formě tablet různého tvaru a barvy, na jedné straně opatřených ražbou (např. symbolem holubice, delfína, „hipíka“), nebo prášku v kapslích. Dávka se užívá nejčastěji ústy, její účinek nastupuje do 30 minut a trvá několik hodin (6 – 8). Osoba pociťuje celkovou psychickou i fyzickou stimulaci, odplavení stresu, vylepšení nálady. Přístupují pocity

empatie, lásky, sounáležitosti, potřeba dotýkat se, je usnadněná komunikace. Efekty jsou zesíleny přítomností dalších lidí (skupiny, davu). Psychické změny jsou doprovázeny zrychlením tepové frekvence, vzestupem teploty, pocením, rozšířením zornic a napětím žvýkacích svalů. Po odeznění žádaných účinků se osoba cítí unavená, stěžuje si na svalové a kloubní bolesti, je mrzutá až depresivní. (Minařík, Páleníček in Kalina et al., 2003; Minařík [on-line], 2004g)

Při pravidelném užívání extáze nebyla popsána fyzická závislost. Psychická závislost se vyskytuje, ale je mnohem slabší než u amfetaminových stimulantů. Problémy může uživatelům činit návyk na určitý životní styl spojený s braním drogy. Fyzická námaha (intenzivní a dlouhotrvající tanec), vyšší teplota prostředí, blokování signálů žízně (slabá potřeba pít tekutiny) a únavy ohrožují konzumenty vážnými komplikacemi, jakými je např. oběhový kolaps s rychlým úmrtím. Taneční drogy se často falšují, vydávají se za ně jiné látky (např. pervitin), objevují se nové syntetické deriváty, s nimiž dosud uživatelé nemají zkušenosti. Problematická bývá i nepředvídatelná kvalita tablet a příměsí, které mají za úkol zesílit účinek drogy, jsou však při špatném dávkování značně toxické. Aby si příležitostní konzumenti (zejména na hudebních akcích) mohli ověřit, zda je jimi získaná látka „pravá“ a „bezpečná“, byly jim k dispozici programy testovacích služeb v terénu. Dosavadní zkušenosti hovořily pro užitečnost a zájem veřejnosti o tyto projekty, v současné době se názory odborníků na tyto aktivity různí, proto se testování neprovádí. (Minařík, Páleníček in Kalina et al., 2003; NMSDDZ [on-line], 2005h; OS Podané ruce [on-line], 2008a).

# Patologické hráčství a jeho charakteristika

Hra vychází z přirozené lidské potřeby, patří k základním činnostem člověka. Je důležitou přípravou na budoucí „skutečný“ život po opuštění dětství, slouží k dobrému zvládnutí různých rolí a situací, trénuje obratnost, vytrvalost, sílu, logiku, týmovou spolupráci, strategii, poučení z neúspěchů. Později umožňuje kvalitní přípravu na budoucí povolání, trénuje a testuje nabyté znalosti před jejich reálným zúročením v praxi. Přirozené vzrušení a uspokojení doprovází touha hru opakovat. V případě patologického hráče nabývají tyto pocity ničující intenzity, je oslabena schopnost jeho sebeovládání a otevírá se cesta k závislosti. (Nešpor, 2006)

Podle Nešpora (2006) lze o patologickém hráčství hovořit v případě, když se u člověka objevují časté a opakované epizody hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků.

K významným rizikovým skupinám patří zejména děti, mládež a mladí dospělí, poněvadž touží po rychlém odreagování, vyniknutí, ocenění, chtějí zaujmout druhé pohlaví nebo kamarády, riskují, hledají své limity, v případě dospělých se ještě přidává snaha o návrat do dětských let. Hráčská kariéra je obvykle odstartována náhodnou výhrou. (Nešpor, 2006)

## Rozdělení her

Nešpor (1994, 2000) uvádí rozdělení her na ne hazardní, počítačové a hazardní. Každou skupinu níže stručně popisujeme.

### *Nehazardní hry*

- **Stolní společenské hry** (pexeso, Člověče, nezlob se, karty, domino, šachy, dáma, go, Monopoly). Věnují se jim už děti od útlého věku, většinou společně s rodiči či vrstevníky. Umožňují zábavu, vzdělávají, napomáhají vychovávat. Rozvíjejí logiku a matematickou představivost, předvídavost, fantazii, úsudek, procvičují paměť, učí pravidlům, trpělivosti, cílevědomosti, komunikaci, respektu a úctě ke spoluhráčům. Fyzické projevy (pohyb) jsou však při hře omezené.
- **Aktivní společenské hry** (hry s míčem, házení předmětů, švihadlo, prolézačky, „opičí“ dráha, kuželky). Umožňují vytižení a posilování pohybového aparátu, poskytují zábavu,



komunikaci se spoluhráči, učí pravidlům, trpělivosti, zvládnání neúspěchů, pomáhají vychovávat.

- **Vzdělávací společenské hry a programy** (kvízy, otázky a odpovědi, Milionář). Jsou velmi přínosné pro rozvoj znalostí a trpělivosti, mohou dobře vyplnit volný čas, bohužel jsou relativně málo využívané.
- **Elektronické hry.** Pro děti a mladistvé jsou velmi atraktivní, patří k nejrozšířenější formě her, čehož pružně využívají jejich výrobci a prodejci. Z výchovného hlediska mohou obsahovat nevhodné prvky pro děti a mládež, naružíví hráči jsou ohroženi statickou zátěží tělesných partií, nedostatkem pohybu, poruchami zraku.
- **Sportovní hry.** Jde o nevíce organizovanou skupinu her. Důraz je kladen na zvládnutí pohybu, na tělesnou zdatnost, obratnost, vytrvalost, cílevědomost. Je možné je dělit na mnohá sportovní odvětví, jejichž počet neustále narůstá. Sportovní hry posilují především fyzické schopnosti, odvahu, soupeření, spolehlivost, týmovost, spolupráci, překonávání překážek, zvládnání prohry. Jsou organizovány na různých úrovních, k nejvyšším patří světová mistrovství a olympijské hry. Vyšší úrovně sportovních her atakují meze lidských možností, objevuje se nezdravé soupeření, honba za rekordy, užívání dopingu, deklasace sportovních ideálů, velmi výrazná je finanční motivace sportovců a jejich týmů.

V případě, že se u ne hazardní hry objeví element sázky („o co“) a do hry dobrovolně vstoupí dva či více účastníků, mění se hra na hazardní (Nešpor, 2000).

## *Počítačové hry*

Počítačové hry jsou známy téměř padesát let. Většina příslušníků mladší generace si některou z počítačových her alespoň jednou v životě zkusila, prakticky všichni tento pojem znají. Jednou z výhod počítačových her je, že pokud nejsou k dispozici spoluhráči, osoba hraje sama proti počítači. Trénuje se postřeh, rozvíjí přesnost, logika, paměť, vyhodnocování situací, prostorová orientace, aplikace naučených informací a počítačová gramotnost. Nevýhodou je společenská izolovanost hráčů, jejich ohrožení možnou závislostí, jednostranná zátěž pohybové soustavy většinou statického charakteru, namáhání očí, psychiky. U disponovaných jedinců může intenzivní hra na počítači vyprovokovat epileptický záchvat. Vztah mezi hraním počítačových her a závislostí na hazardní hře dosud nebyl prokázán. Tento populační segment však může být více ohrožen, poněvadž se často pohybuje v prostředí internetu, kde na něj působí on-line reklamy vyzývající k hazardním hrám a sázkám. (Nešpor 2000, 2006)

K nejdůležitějším typům počítačových her patří (Nešpor, 2000; Wikipedia [on-line], 2005):

- **Logické hry.** Hráč řeší různé úkoly za pomoci logicky promyšleného postupu, vztahů a zákonitostí.
- **Arkády.** Typ dříve častý na herních videoautomatech, dnes běžný v oblasti počítačových her. Jde o zvládnutí jednoduchého úkolu, který s každou další úrovní nabývá na obtížnosti.
- **Plošinové hry, plošinovky.** v hantýrce označované též jako „skákačky“ nebo „hopsačky“. Dvourozměrný typ arkád, v nichž postava ve hře překonává nástrahy, skáče přes překážky, zabíjí nepřátele, sbírá hodnotné předměty, apod.
- **RPG hry** (Role Playing Games, hraní role). Postava ve hře je nadána určitými fyzickými a psychickými schopnostmi. Její vlastnosti se během hry neustále vyvíjejí, hráč plní úkoly, ničí nepřátele, spolupracuje s dalšími postavami, obstarává si různé užitečné předměty.
- **Simulátory.** Hry realisticky napodobující určité prostředí, co nejuvěrnější model části okolního skutečného světa. Do této skupiny řadíme sportovní hry, bojové simulátory, profesní simulátory (např. řízení techniky, dopravních prostředků).
- **Strategické hry.** Hráč na začátku dostane finanční a hmotné zdroje, pomocí nichž má za úkol vybudovat základnu, město, hotel, restauraci, zábavní park, farmu, apod. Postupně vyvíjí nové technologie, obchoduje, ničí nepřátele, bojuje s konkurencí.
- **Akční hry.** Nejrozšířenější typ her v prostorové (3D) podobě, existuje i starší varianta dvojrozměrná (2D). Hlavním cílem je likvidace nepřátel za využití mnohdy značně brutálních prostředků.

## *Hazardní hry*

Nešpor (1994) připomíná, že pro hazardní hru je typická koupě možnosti vyhrát, může jít o finanční hotovost nebo jakoukoli hmotnou věc či službu.

Nešpor (1994; 1996; 2006) uvádí tyto typy hazardních her:

- **Kostky.** Hra pochází již z pravěku, označení „kostka“ je odvozeno od výrazu „kost“, což byl dostupný a snadno opracovatelný materiál. ke hře či sázkám lze využít jedné či více (nejčastěji dvou) kostek. Symboly na stranách kostky se mohou lišit, užívají se barvy, tečky, čísla, obrázky.
- **Karetní hry** (mariáš, kanasta, poker, taroky, žolíky, black jack). Rozšířily se z Číny, kde vznikly ve 12. století. Mohou být společenskou hrou i hrou pro děti, karty využívají věštcí a astrologové. Zábavná karetní hra se stává hazardní, když se hráči dohodnou, že budou hrát o hmotný či nehmotný majetek. Hazardní karetní hry je v současnosti možné

provozovat v kamenných i on-line hernách. Vlnu silného zájmu zažívá zejména poker, který ale není ryze karetní hrou, jde o hru sázkovou, poněvadž hráči neovlivňují tažení jednotlivých karet.

- **Skořápky, kelímky a obdobné hry.** Jednalo se o podvodné aktivity, které se nabízely na ulici, jejich stanoviště se rychle měnilo. Náhodný kolemjdoucí byl přemluven a vtažen do hry. Podvodníci předvedli trik s předmětem (kuličkou) přikrytým např. ořechovou skořápkou, kelímkem. Předmět se umístil pod jednu krytku tak, aby si hráč zapamatoval jeho polohu. Poté se krytkami zamíchalo, hráč měl uhodnout, pod kterou předmět je. Poprvé ho podvodníci vždy nechali vyhrát, po uzavření sázky a dalším pokračování hry již nikoli. Závislost prakticky neměla šanci vzniknout, oběť podvodu se většinou rychle poučila. Obdobný ráz mají sázky na soupeřící zvířata a jakékoli další konání, v němž se účastníci vsázejí „o něco“.
- **Sportovní sázky.** Doprovázejí organizovaný sport, dokladovány jsou již od starověku, kdy se kromě majetku a peněz hrálo o svobodu a o život (gladiátorské hry). Především v aristokratických kruzích jsou oblíbenou kratochvílí sázky „na koníčky“, tedy dostihové. Tipy na sportovní výsledky se přijímají v řadě sázkových společností. Tato forma sázení je stále dostupnější, může vést k závislosti a k osobním tragédiím. Sázet je možno téměř na cokoli (výsledky voleb, soutěží, přírodních procesů), na co je vypsán kurz.
- **Automaty a kasina.** Do r. 1989 byla dostupná velmi omezeně a většinou jen pro cizince, s nástupem soukromého podnikání se rychle rozšířila. Česká společnost tento trend nezachytila včas, nevytvořila zákonné mechanismy obrany (prevence, restrikce, represe), což vedlo k mnoha osobním tragédiím postižených hráčů a jejich rodin, ke kritice zaznívající z odborných kruhů, z řad orgánů Evropské unie, příslušníků policie i místních samospráv. Daně a další poplatky z provozování heren, automatů a kasin nepokrývají náklady na léčbu závislých osob, řešení kriminality a dalších sociálních škod. Bém (2009) varuje, že současný stav ve výskytu hracích automatů, videoloterijních terminálů a kasin na území ČR nemá obdoby ve vyspělých státech západní Evropy, konkurovat naší republice může snad jen Las Vegas.
- **Elektronické, internetové, telefonické sázení a hry, interaktivní digitální televizní vysílání.** Jde o nové formy her, které oslovují hráče obrovskou nabídkou a možností hrát v pohodlí domova. Využívají nových informačních a komunikačních technologií, problematika závislosti a následných osobních a společenských škod zůstává obdobná jako u klasické formy her.

## Přechod od zábavné hry ke hře hazardní

Hra je u dětí (ale též u zvířat) přípravou na budoucí životní role, tréninkem síly, kooperace, komunikace, trpělivosti, vytrvalosti, logiky, úsudku, bystřením smyslů, zvládnutím proher a ztrát. Zejména mladí lidé jsou přirozeně zvědaví, co mohou očekávat od nového, dosud nepoznaného, atakují hranice svých možností, rádi se předvádějí v partě nebo před partnerem. Společenské hry přinášejí zábavu, poučení, kontakt s vrstevníky, uvolňují napětí. Jakmile se však objeví potřeba hrát „o něco“ (hmotný či nehmotný majetek – peníze, věci, služby, výhody), stává se hra hazardní. (Nešpor, 1994)

Nezkušenost a nevyzrálость mladých lidí způsobuje, že nedokáží včas rozpoznat a odmítnout nebezpečnou příležitost, která se zdála být pouhou zábavou. Neuvědomují si, že hrát neznamená vždy vyhrát. V ČR se etablovaly zločinecké struktury, které prostřednictvím zábavního průmyslu „čistí“ zisky z trestné činnosti (obchodu s lidmi, s drogami, krádeží velkého rozsahu). Hazardní hry jsou nabízeny školeným personálem, který ovládá umění získat a udržet klienta, přesvědčit ho a motivovat ke hře prvotní výhrou nebo záminkou jejího „nezávazného“ vyzkoušení. (Nešpor, 1994)

Výhra představuje pro potenciálního hráče velké riziko. Je materializací vložené investice (zdánlivě velký efekt za malé peníze), odměnou za dlouhodobé snažení, doprovázejí ji příjemné pocity, které člověk touží co nejčastěji zažívat znovu. Objevuje se bažení (craving), touha po hře a výhře. Svět hráče se redukuje na okolnosti spojené s hraním, na komunikaci s dalšími hráči, rozvolňují se rodinné vazby, dochází k zanedbávání školy, zaměstnání, přátel, volnočasových aktivit. Hráč se dostává do izolace, dlouhodobě postrádá finanční prostředky, zadluhuje se, ztrácí nad sebou kontrolu. Gambling, neboli hráčství, je tedy podíl na jakékoli aktivitě, v níž osoba riskuje peníze, cenný předmět nebo nehmotný majetek za účelem výhry. (Nešpor, 1994)

Podle Gamcare ([on-line], 2010) můžeme o gamblingu hovořit v případě, když:

- dvě a více osob dává souhlas ke hře;
- poražený obvykle dává vítězi peníze;
- výsledek hry je vždy nejistý;
- výsledek hry je do značné míry ovlivněn náhodou;
- účast na hře je aktivním zážitkem.

## Projevy patologického hráčství

Marhounová a Nešpor (1995) připomínají, že se v češtině pojem „*patologické hráčství*“ kryje a výrazem „*hráčská vášeň*“, hovoří se rovněž o *hazardním hráčství*, *náruživém hráčství* či *sociálním hráčství*.

Nešpor (2006) zmiňuje, že projevy a důsledky patologického hráčství byly zprvu zaznamenány v USA, od r. 1980 je tam bráno jako diagnóza (podle APA, Americké psychiatrické asociace). V ČR se patologické hráčství před r. 1989 téměř nevyskytovalo, během dvou let se ale tento problém ve společnosti rozmohl, psychiatrická pracoviště začali navštěvovat pacienti s rozvinutou závislostí. Od počátku r. 1994 byla diagnóza patologického hráčství oficiálně uznána i v ČR.

Podle Marhounové a Nešpora (1995) je diagnóza „*patologické hráčství*“ zakotvena v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, ev. ICD – International Classification of Diseases), její projevy jsou následující:

- časté opakované epizody hráčství dominující v životě osoby na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků;
- riskování zaměstnání, zadlužování, lhaní, porušování zákona směřující k zisku finančních prostředků nebo úniku od placení dluhů;
- intenzivní puzení ke hře, které je obtížně zvladatelné, myšlenky a představy spojené s hraním a okolnostmi doprovázejícími hru;
- zaujetí a puzení se obvykle zvyšují v dobách, které jsou pro osobu stresující.

Ve IV. revizi Diagnostického a statistického manuálu se o patologickém hráčství podle kritérií APA hovoří, když osoba vykazuje trvající a opakující se maladaptivní chování ve vztahu k hazardní hře a je u ní přítomno 5 nebo více následujících indikátorů (Nešpor, 1996):

- zaměstnává se hazardní hrou (znovu prožívá minulé zážitky související s hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o obstarání dalších financí ke hře);
- aby docílila žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry;
- opakovaně a neúspěšně se pokouší hazardní hru zvládat, omezovat ji nebo s ní přestat;
- v případě omezování hry nebo snahy o její ukončení cítí neklid a podrážděnost;
- hazardní hru používá jako prostředek k úniku před problémy a ke zlepšení nálady;
- v případě prohry peněz při hazardní hře se k ní co nejdříve vrací a snaží se vyhrát finance zpět;

- lže svým blízkým, terapeutovi, okolí, aby zakryla rozsah svého zaujetí hazardní hrou;
- dopouští se ilegálních činů, např. padělání, podvodů, krádeží, zpronevěry kvůli hazardní hře;
- ohrozila nebo ztratila kvůli hazardní hře důležité sociální vazby, zaměstnání, vzdělání, kariéru;
- spoléhá na okolí, aby jí poskytovalo finance a mírnilo zoufalou situaci, do níž se dostala kvůli hazardní hře;
- hazardní hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou.

Diagnostická kritéria závislosti u patologických hráčů a u osob závislých na drogách charakteru substancí jsou shodná či velmi podobná, Rozdílný je typ závislosti: u závislostního hraní nevzniká závislost fyzická, ale pouze závislost psychická (ev. psycho-sociální), což je způsobeno faktem, že do organismu hráče z vnějšího prostředí primárně neproniká žádná „toxická“ látka. (Nešpor, 1996)

Podobně jako u jiných závislostí, i patologické hráčství vytváří závislost do konce života. Úplné vyléčení není prakticky možné, pouze částečná úzdrava, a to za předpokladu dlouhodobé abstinence. Nedodržení této podmínky vrací pacienta do stádia před léčbou. (Nešpor, 1995)

## Patologické hráčství jako nemoc

Patologičtí hráči zažívají při hře uvolnění a pocit štěstí. Hra může být též způsobem ventilace napětí při úzkostných stavech. (Nešpor, 1994)

Kromě výše zmíněných hledisek diagnostiky patologického hráčství vztahujících se k ICD a DSM-IV můžeme hovořit o kvalitativních a kvantitativních kritériích (Marhounová, Nešpor, 1995):

- **Kvalitativní kritéria** prezentují schopnost jedince rozpoznat smysl, princip a systém dané hry, pochopit neblahé důsledky hraní a vnímat hrozící nebezpečí, z něhož vyvodí správné ochranné závěry. Běžný „normální“ hráč bere hru jako způsob zábavy a vzrušení, kdy si za finanční obnos kupuje šanci na výhru. Pravděpodobnost výhry lze u jednotlivých her statisticky vyjádřit, v případě jejich elektronické formy je naprogramována. Vždy platí, že případná výhra je menší než dosavadní ztráty, jinak řečeno – čím déle a častěji hráč hraje, tím více prohraje. Fungují-li u hráče kontrolní mechanismy, má své rozhodování pod kontrolou, dokáže hru včas ukončit. V případě patologického hráče kontrolní mechanismy selhávají. K významným kvalitativním kritériím patří:
  - progresivita (ojedinělý počáteční kontakt s hrou a hernou se neustále stupňuje);

- nerespektování meze přijatelných ztrát (dluhy, krach vztahů, kariéry, sociální izolace);
  - impulzivita (reakce hráče na určitý podnět, např. zvukový, světelný, jenž mu navodí impulzivní touhu po hře);
  - ambivalence k penězům (hráč je vázán na hru jako děj, nikoliv na touhu po penězích);
  - dluhy a krádeže (patologický hráč získává finance většinou nenásilným způsobem, násilí však může uplatňovat vůči blízkým příbuzným);
  - závislí hráči bývají většinou muži, ženy se vyskytují v menšině;
  - závislý hráč bývá obvykle inteligentní, narcistický, vychloubačný, bezohledný, uzavřený, neklidný, podrážděný;
  - závislý hráč okolí tvrdí, že hraje kvůli šanci na výhru, neguje závislost jako kardinální důvod hraní, je přesvědčen, že má nad hraním kontrolu, nepřipouští si problémy, k léčbě se uchyluje pod tlakem dluhů a rodiny.
- **Kvantitativní kritéria** se vztahují k vyhrané a prohrané částce peněz, k četnosti hraní, četnosti bažení, snění a přemýšlení nad hrou. Rozdílem mezi „normálním“ a patologickým hráčem je, že běžný hráč hraje a má peníze, patologický hraje i tehdy, když už žádné prostředky nemá, nedokáže hře odolat.

Podle Marhounové a Nešpora (1995) rozeznáváme 3 fáze vzniku patologického hráčství:

- **fázi výher** – osoba hraje občasně, sama, častěji vyhrává, zažívá stavy vzrušení před hrou a při ní, má tendenci ke zvyšování sázek, sní o velké výhře, v případě úspěchu se jí dlouho opájí a chlubí;
- **fázi prohrávání** – osoba myslí především na hru, chronicky prohrává, přesto nedokáže s hrou přestat, skrývá ji a lže, legálně, později ilegálně si půjčuje finance, zanedbává rodinu, školu a zaměstnání, posouvá termíny splátek dluhů, je podrážděná, neklidná, uzavřená, nestará se o své zdraví a zevnějšek;
- **fázi zoufalství** – hra zabírá podstatnou část dne, roste suma prohraných peněz, výčitky svědomí, panika, osoba má abstinenční příznaky, poškozenou pověst, odcizuje se od rodiny a přátel, obviňuje ze své situace okolí, páchá přestupky a trestné činy, je souzena, ev. ve výkonu trestu, přidává se konzumace návykových látek, rozpad rodiny, hrozí sebevražedné jednání a psychické zhroucení.

U chorobného hráčství většinou není pouze jedna samostatná příčina, spíše jde (obdobně jako u jiných závislostí) o komplex 4 základních skupin faktorů (Marhounová, 1995; Kachlík [on-line], 2003):

1. Faktory psychické (rizikové povahové rysy, zranitelnější osobnostní typ, maladaptace na stresovou zátěž).
2. Faktory fyzické (jde o formu závislosti, která narušuje holistický model zdraví, i když fyzické důsledky nemusejí být tak drastické, jako v případě závislosti na substancích).
3. Faktory rodinné (rodina může člověka před vlivem chorobného hráčství chránit, ale může také usnadňovat jeho vznik a živit jeho průběh).
4. Faktory sociální (společenské klima, které povoluje a podporuje hazardní hry, ev. závažnou situaci v této oblasti řeší jen pomalu a vlažně).

Nešpor ([on-line], 2009) shrnuje možné signály hazardního hraní:

- žádosti o vyplacení zálohy;
- neochota hovořit o finančních záležitostech;
- vybírání neplánovaných dnů dovolené;
- kolísání nálad a podrážděnost;
- půjčování si peněz na pracovišti a konflikty se spolupracovníky ohledně dluhů;
- ekonomická situace dotyčného je horší, než by odpovídalo jeho výdělku;
- exekuce na plat;
- návštěvy věřitelů na pracovišti nebo telefonáty s nimi;
- během pracovní doby návštěva webových stránek, které souvisejí s hazardní hrou;
- organizace sázek na pracovišti.



# Virtuální drogy a jejich stručná charakteristika

Jako virtuální drogy můžeme označit činnosti, na nichž vzniká především psychická závislost. Vymezení závislosti na virtuálních drogách se poněkud odlišuje od závislosti na drogách charakteru substancí, je ale možné najít řadu shodných znaků, např. bažení (nezvládnutelné puzení, craving), porušené sebeovládání, abstinenční příznaky. K nejčastějším virtuálním drogám patří patologické hráčství (gambling) vč. počítačových her (je mu věnována vlastní kapitola), náruživé využívání internetu (surfování, sociální sítě, chat) a přístrojů typu mobilního komunikátoru. Do kategorie virtuálních drog spadá též řada dalších činností, jež lidé v běžném životě „umírněně“ provádějí, ale jejich náruživé opakování již nese rysy závislosti (např. sledování televize, poslech hudby, elektronické bankovníctví). (Nešpor, 2000; Strach in Řehulka et al., 2008)

Vacek ([on-line], 2011) uvádí pro závislostní chování nového typu termíny „*behaviorální závislosti*“, „*nelátkové závislosti*“ či „*závislosti bez substancí*“. Upozorňuje, že mezi odborníky v oblasti psychiatrie, psychologie a adiktologie panuje dosud značná terminologická nejednotnost, poněvadž jde o relativně novou problematiku, kam spadají zejména technologické závislosti (počítače, hry, internet, mobilní telefony, televize, hudba, aj.), závislost na nakupování (oniomanie, ev. shopholismus) a závislost na práci (workholismus). Může se však jednat o mnohem širší paletu aktivit, poněvadž závislost si lze vypěstovat prakticky na jakémkoli chování, jež přináší uspokojení.

Vacek ([on-line], 2011) dále zmiňuje, že nadměrné či nevhodné užívání internetu může být označováno pojmy „*závislost na internetu*“, „*problémové používání internetu*“, „*porucha závislosti na internetu*“ či „*závislostní chování na internetu*“.

Youngová (2004) prezentuje 5 základních kategorií závislostního chování na internetu:

1. závislost na virtuální sexualitě (prohlížení webových stránek pornografického zaměření);
2. závislost na virtuálních vztazích (nadměrné užívání sociálních sítí, chatu, e-mailu);
3. internetové kompulze (hraní počítačových her po síti, nakupování po internetu);
4. přetížení informacemi (nadměrné surfování na internetu nebo vyhledávání v databázích);
5. závislost na počítači (nadměrné hraní počítačových her).

Griffiths (1996; 2003) zařazuje závislost na internetu mezi skupinu behaviorálních závislostí, které obsahují 6 základních složek:

1. význačnost (určitá aktivita se stane v životě člověka nejdůležitější, začne ovládat jeho myšlení, cítění a chování);
2. změny nálady v důsledku zapojení se do určité aktivity (mohou být vnímány jako kompenzační strategie sloužící k uklidnění);
3. tolerance (k dosažení míry uspokojení jako na počátku je nutná stále vyšší „dávka“ aktivity v průběhu času);
4. odvykací příznaky v důsledku ukončení či omezení aktivity;
5. konflikt mezi jedinci se závislostním chováním a ostatními osobami (v rodině, ve škole, na pracovišti), ale v důsledku problematické aktivity též vnitřní konflikt;
6. relaps (potřeba opakovat dřívější epizody závislostního chování).

Nejpoužívanějšími diagnostickými kritérii závislosti na internetu (Beard a Wolf, 2001; Vacek [on-line], 2011) jsou následující (musí být současně přítomno všech 5 příznaků):

1. zaujetí internetem (přemýšlení o předchozích činnostech na internetu nebo o budoucích plánech);
2. potřeba používat internet ve stále delších časových úsecích, aby bylo dosaženo uspokojení;
3. opakovaná neúspěšná snaha kontrolovat, přerušit nebo zastavit používání internetu;
4. neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo se vzdát používání internetu;
5. překračování původně plánovaného času připojení k internetu.

Současně s nimi musí být přítomen alespoň jeden z následujících příznaků:

1. v důsledku používání internetu ohrožení nebo riskování ztráty důležitého vztahu, zaměstnání nebo příležitosti v kariéře;
2. lhaní členům rodiny, terapeutům nebo dalším osobám kvůli zastírání nadměrného používání internetu;
3. používání internetu jako způsobu útěku od problémů nebo snahy zbavit se pocitů bezmoci, viny, úzkosti a deprese.

Strach (in Řehulka et al., 2008) připomíná, že bouřlivý rozmach moderních informačních a komunikačních technologií (ICT) zasahuje především mladé lidi. Smazává se rozdíl mezi mobilním telefonem, fotoaparátem (kamerou), multimediálním přehrávačem a osobním počítačem, vznikají nejrůznější typy přenosných zařízení (komunikátorů), které sdružují více funkcí. Strach (in Řehulka et al., 2008) varuje, že internet neslouží pouze poučení a zábavě, ale je rovněž prostředím, v němž se uživatel může setkat s nejrůznějšími riziky (šíření škodlivých kódů, hazardní hry, neoprávněná

manipulace s identitou, zneužití dat, propagace nevhodných ideologií a drog, pornografie, kyberšikana, špehování, aj.). Učitelé a rodiče jsou většinou o těchto problémech informováni nedostatečně, zatímco povědomost dětí o službách internetu (ale ne vždy o jeho rizicích) je obecně vysoká.

Informační a komunikační technologie (ICT) se velmi rychle rozšířily z vojenského a akademického prostředí mezi běžné uživatele, získaly si obrovskou oblibu, slouží nejen při výkonu zaměstnání, ale i v domácnosti a při trávení volného času (Procházka, 2010).

## Osobní počítač

Za počítač lze považovat elektronické zařízení, které dokáže data zadaná uživatelem na vstupu zpracovat pomocí předem vytvořeného programu a výsledky prezentovat pomocí výstupních zařízení. Je složen z tzv. hardware (fyzických součástí nezbytných pro vykonání zadaných úkolů, slangově „železa“: běžné zdroje, základní desky, procesoru, operační paměti, pevného disku, optické mechaniky, přídatných karet; k sestavě dále patří vstupní zařízení, jako např. klávesnice, myš, z výstupních zařízení monitor, tiskárna) a software o více vrstvách, z nichž jsou pro uživatele nejdůležitější operační systém a aplikace (např. kancelářský balík, internetový prohlížeč, přehrávač multimédií, grafický a zvukový editor, aj.). (Kmoč, 1997)

Myšlenka ulehčit si počítání je velmi stará. Ke sčítání a odečítání lidé zprvu využívali vlastní prsty, později (před cca 5000 lety v Malé Asii) byl vynalezen abakus. Abakus vypadal různě, obecně se jednalo o jakousi početní tabulku, předměty seřazené do sloupců, jež bylo možné přeskupovat. Tento model znali Číňané, Japonci, Řekové, Římané. Abakus byl neustále zdokonalován, v Rusku je dodnes používán jako sčot. Vzhledem mu přibližně odpovídá běžné dětské počítadlo. (Filípek [on-line], 2000)

V r. 1614 zveřejnil anglický matematik a filosof John Napier logaritmické tabulky, čímž umožnil převedení do té doby komplikovaných matematických operací (násobení, dělení) na elementární (sčítání a odečítání). Leonardo da Vinci se mj. zabýval projektem mechanické kalkulačky. Byly nalezeny jeho náčrtky a podle nich v současnosti vyroben funkční vzorek. V 17. století realizovali konstrukci mechanického počítacího stroje nezávisle Wilhelm Schickard a Blaise Pascal. Převratné zdokonalení mechanické konstrukce učinil ke konci 17. století Gottfried Wilhelm von Leibniz, použil místo tehdy běžných ozubených kol ozubený válec, šlo vlastně o pevný program. Přístroj dokázal kromě sčítání a odečítání i dělit, násobit a odmocňovat dvěma. V r. 1805 Hermann Hollerith v USA vymyslel princip děrných štítků, tedy způsob, jak programovat nějaké zařízení a uchovávat informace. Poprvé byl princip zúročen při řízení tkalcovských stavů, byl tak možno vytvářet i jemné a složité vzory. Dalšího využití se dočkal při sčítání lidu a v téměř nezměněné podobě přetrval až do 50. let 20.

století. V r. 1820 Thomas de Colmar sestrojil a do sériové výroby zavedl mechanický kalkulátor Arithmometr, který zvládal základní početní operace a jehož princip byl využíván dalších sto let. V r. 1848 Charles Babbage, profesor matematiky v Oxfordu, začal pracovat na sestrojení mechanického analytického stroje. Počítal s tím, že bude programovatelný dřevnými štítky, zvládne i komplikované vědecké výpočty, bude umět tisknout výsledky, bude univerzálně využitelný. Do vývoje mechanismu výrazně zasáhla nadaná matematická Augusta Ada, kněžna z Lovelace. Analytický stroj měl obsahovat kolem 50000 součástí, nikdy ale nebyl v plném rozsahu realizován. (Veřtát et al., 1993; Filípek [on-line], 2000)

Moderní počítače v sobě obsahují stovky dílčích vynálezů a patentů. Jejich vývojové předstupně – tzv. 0. generace – byly založeny na elektromagnetických spínacích prvcích – reléové logice. Významných úspěchů dosáhli v předválečném Německu Konrad Zuse a Helmut Schreyer. V období druhé světové války Němci zdokonalovali reléové počítače, které potřebovali k raketovému výzkumu, pro šifrování a dešifrování dat. Zuse později v poválečném období sestavil jeden z prvních programovacích jazyků. Ani spojenci nezůstávali pozadu, v r. 1943 na Harvardské univerzitě za podpory IBM uvedli do provozu první programovatelný elektromechanický kalkulátor – Harvard Mark I, jehož obecný koncept byl téměř shodný s dnešními počítači. V anglickém Bletchly sestrojili reléový počítač k dešifrování německých a japonských kódů – Heath Robinson. (Veřtát et al., 1993; Filípek [on-line], 2000)

Ještě v průběhu druhé světové války se zásadně mění koncept i výkon počítačů: relé jsou nahrazena elektronkami, jde o tzv. 1. generaci. Těsně po válce navrhl maďarsko-americký matematik a chemik John von Neumann koncepci prvního počítače s uloženým programem, čímž dal základ dnes běžně používanému pojmu „*počítač s von Neumannovou architekturou*“, ev. tzv. „*von Neumannovo schéma*“. U tohoto přístroje jsou postup programu, stejně jako data, která mají být zpracována, kódovány a uloženy do paměti počítače. Program sestává ze sledu jednotlivých instrukcí, kroků, může být složitě větven. Každý programový příkaz může být strojem změněn, stejně jako každý jiný parametr. Typický počítač 1. generace tvořilo mj. několik tisíc elektronek, zabíral plochu několika místností, omezeně se vyráběl sériově, mohl si jej dovolit pouze velký podnik či státní instituce. (Kmoč, 1997; Filípek [on-line], 2000)

Ve druhé polovině 50. let 20. stol. se počítače začínají osazovat tranzistory, vzniká jejich tzv. 2. generace. Roste spolehlivost a odolnost, významně klesají rozměry a spotřeba energie, vyrábějí se sériově. Byly vyvinuty nové typy pamětí (magnetická jádra a bubny), na počítači již mohlo současně pracovat více uživatelů, obchodní transakce bylo možné provádět bez čekání. Vznikly nové

programovací jazyky – Cobol, Algol, Fortran, Basic, Lisp, objevila se potřeba harmonizovat do té doby roztržštěné normy. (Veřtát et al., 1993; Kmoch, 1997; Filípek [on-line], 2000)

Počátkem 60. let 20. stol. je ve vyspělých zemích zahájena sériová velkovýroba integrovaných obvodů, což opět dovoluje snížit rozměry, cenu, spotřebu energie, zvýšit výkon a spolehlivost zařízení. Nastupuje 3. generace počítačů charakteristická paměťovými disky, obrazovkami a LED diodami. Začíná „honba za integrací“ – snaha vtěsnat co nejvíce elektronických součástek na jednotku plochy integrovaného obvodu. V r. 1964 Gordon Moore formuloval myšlenku, že se kapacita integrovaných obvodů každých 12–18 měsíců zdvojnásobí. Tento postulát vešel ve známost jako tzv. *Mooreův zákon* a zatím platí. Moore se v r. 1968 stává spoluzakladatelem Intel Corporation. Vyrábějí se sálové počítače (mainframy) určené pro komplikované výpočty a simulace, počítače k řízení průmyslových procesů, na konci 60. let 20. stol. je v Anglii sestrojen předchůdce moderního osobního počítače. (Veřtát et al., 1993; Kmoch, 1997; Zlatuška, 1997; Filípek [on-line], 2000)

Od počátku 70. let 20. stol. lze datovat 4. generaci počítačů typickou využitím mikroprocesorů – programovatelných integrovaných obvodů o velmi vysoké hustotě integrace. Rodí se první počítačové hry, počítač se stává protihráčem člověka. Je zvládnuta levná sériová výroba mikroprocesorů, které dokáží řídit jak spotřební elektroniku a hračky, tak i různé výrobní procesy, stroje vč. automobilů, prakticky cokoli, co je třeba. Integrované obvody je možné využít jako paměti, od r. 1980 se pracuje na laserovém holografickém záznamu dat, jsou vyvinuty vyšší programovací jazyky. Počítače v “krabicovém” provedení se stávají běžnou součástí kanceláří, roste snaha o jejich miniaturizaci a pokusy o “kapesní” provedení. Data se zprvu ukládají na magnetofonové pásky, později na diskety a pevné disky. Do domácností se cenově dostupná výpočetní technika dostává v podobě 8bitových mikropočítačů v 80. letech 20. stol. (ze zahraničních např. Sinclair ZX Spectrum, Atari, Commodore, Sord, z tuzemských IQ 151, PMD 85, Didaktik Gama). Od 90. let 20. stol. přijímá osobní počítač podobu, v jaké jej uživatelé znají do současnosti. Dnes je vybaven rychlými čipy (procesor, operační paměť), optickými mechanikami, vysokokapacitními pevnými disky, výkonnými grafickými i zvukovými funkcemi, síťovým připojením, novými typy rozhraní. Diskety nahradily flash paměti a paměťové karty, CD mechaniku DVD či BluRay, obraz a zvuk vyhovují požadavkům na domácí kino, počítač dostal multimediální charakter, přesouvá se z pracovních stolů do obývacích pokojů jako centrum domácí zábavy a poučení. Stírá se rozdíl mezi televizorem, audiosoustavou a počítačem. Místo kovových vodičů se začíná prosazovat rychlá světelná komunikace mezi základními moduly, výzkum pracuje na kvantovém počítači a umělé inteligenci. Trendem současnosti je přenosné, ev. kapesní zařízení, které v jednom přístroji spojuje schopnosti a výhody několika dílčích (počítač, mobilní telefon, radiopřijímač, televizor, fotoaparát, kamera, multimediální přehrávač, čtečka textů), je neustále po ruce, připojeno k internetu, přes malé rozměry výkonově

nezaostává za „klasickým“ provedením stolního počítače. Počítače dnes dokáží simulovat vznik, vývoj a zánik vesmíru, životní děje, zasahují prakticky do všech oborů lidské činnosti. (Veřtát et al., 1993; Kmoch, 1997; Zlatuška, 1997; Filípek [on-line], 2000; Sak [on-line], 2005)

## Internet

Přínosem internetu pro komunikační možnosti je umožnění informační dostupnosti a prostupnosti, interaktivnost při výměně zpráv a rychlost při zprostředkování kontaktu (Vybíral, 2000).

Historie celosvětové počítačové sítě započala v 50. letech 20. stol., kdy bylo snahou Američanů držet krok se Sovětským svazem, který v té době již získal vojensky využitelné kosmické technologie. Panovala obava zejména z jaderného napadení, které by mohlo ohrozit velkou část území Ameriky a jejích spojenců, vyřadit z provozu obranné a komunikační systémy, jež byly centralizované. Pracovníci společnosti RAND (Research And Development) přišli tehdy s unikátním řešením – vybudováním sítě, která nebude mít centrální uzel a v případě zničení některých linek může dopravit informace k příjemci jinými trasami. (Kras, 2001)

V USA vznikla speciální vládní agentura ARPA (Advanced Research Projects Agency), která se zabývala pokročilými výzkumnými projekty a v r. 1969 spustila experimentální síť s názvem ARPANET. Síť se z původních 20 uzlů ryze vojenského a vládního typu (r. 1971) rozrostla na více než 200 uzlů (r. 1981) zahrnujících též akademické prostředí. Výpočetní technika té doby byla dostupná pouze velkým institucím, byla značně rozměrná, drahá a z dnešního pohledu málo výkonná, vyžadovala kvalifikovanou obsluhu. Poprvé se objevuje pojem „internet“, k síti se mohou připojit a využívat ji i komerční uživatelé. Od 80. let 20. století se počítač zmenšuje, roste jeho výkon a dostupnost pro veřejnost, je koncipován jako osobní, tedy jednouživatelský. (Blábolil, 1997) Od 90. let 20. století množství uživatelů internetu geometricky vzrůstá, každý rok se více jak zdvojnásobuje, nastává doba, která zásadním způsobem ovlivňuje chování lidstva – doba internetová. Dnešní celosvětová počítačová síť představuje globální kyberprostor – nepřeborný zdroj informací a myšlenek, do něhož může vstoupit několik miliard účastníků. (Kras, 2001)

Dalším klíčovým mezníkem ve vývoji internetu je vznik celosvětové pavučiny stránek označované jako World Wide Web (WWW). Jde o způsob komunikace pomocí multimediálních a hypertextových odkazů, což učinilo webové prezentace uživatelsky i komerčně atraktivními. Dnes může prakticky každý uživatel na internetu publikovat své myšlenky. (Blábolil, 1997) V r. 1992 byl nastartován projekt Mosaic, šlo o vývoj grafického webového prohlížeče. (Kodýtek [on-line], 2006) Česká republika byla k internetu oficiálně připojena 13. 2. 1992. Zprvu disponovala dvěma uzly

(Praha, Brno) propojenými pevnou linkou, časem byla tato páteř rozšířena o další města, vznikly konkurenční projekty. Kapacita sítě nejdříve sloužila pouze akademickým a nevýdělečným organizacím, od r. 1995 i komerční sféře, která poskytuje finance k dalšímu rozvoji a provozu. (Zemánek, 2004)

V rámci internetové sítě mohou uživatelé využívat několika standardních služeb, nejčastěji jde o World Wide Web (WWW) – soustavu propojených hypertextových dokumentů, která poskytuje rozsáhlý informační virtuální prostor (Broža, 2004). Z dalších stojí za zmínku HTTP (Hyper Text Transfer Protocol) – strukturovaný text s odkazy na jiné stránky, texty, obrázky, zvuky, animace a jiné soubory (Říha, 1996), FTP (File Transfer Protocol) – nástroj k hromadnému přesouvání souborů, umístování grafiky, hudby a videa na webové stránky (Musil [on-line], 2003a). V případě elektronické pošty (e-mailu) se jedná o rychlou komunikaci mezi institucemi, podniky i soukromými osobami. Zprávy mohou obsahovat text, zvuky, obrázky, videa. Odesílatel a příjemce nemusejí být současně on-line, pošta se ukládá do elektronické schránky, kde je připravena k vybrání, až se její příjemce přihlásí. (Říha, 1996) E-banking (elektronické bankovníctví) nabízejí v současné době všechny banky. Prostřednictvím klientského čísla a hesla je možné okamžitě zjistit stav svého účtu a provádět různé bankovní operace v kteroukoliv hodinu a z jakékoliv vzdálenosti (Ceed.cz [on-line], 2010). IM (Instant Messaging) dovoluje přímou komunikaci uživatelů na síti v reálném čase, News (UseNet, NetNews, NewsGroup) jsou tématicky zaměřené diskusní skupiny, kde je možné pročitat si příspěvky, reagovat na ně a zveřejňovat vlastní. Veškerý obsah je přístupný všem. (Musil [on-line], 2003b) Služba Noviny urychluje přístup k informacím, které jsou přehledně tříděné do rubrik. Prakticky každý významnější tištěný titul má elektronickou mutaci, existují i tituly šířené výlučně elektronickou cestou. Na příspěvky je možné reagovat, diskutovat k nim. (Kras, 2001) Obchodování a nákupy (e-business, e-commerce, e-shop) představují rostoucí segment služeb internetu. V současnosti je možné nakupovat nepřebernou paletu zboží a služeb a platit přes internet nebo pomocí SMS zpráv. Zboží je většinou posíláno kurýrní službou nebo poštou na dobírku. (Vitovský, 2006) WAP (Wireless Application Protocol) zajišťuje provoz elektronických služeb optimalizovaných pro mobilní telefony, které pak umožňují na displeji totéž, co internetový prohlížeč. Televizní a rozhlasové vysílání šířené po internetu dovoluje zhlédnout většinu pořadů v přímém přenosu nebo po premiérovém odvysílání. (Kras, 2001)

Novým fenoménem internetu se staly P2P sítě, internetová telefonie, blogy a sociální sítě, jež využívají především mladí uživatelé ICT, ale není to vždy pravidlem. P2P (peer-to-peer) sítě jsou výměnné sítě ke sdílení dat v rámci určité komunity, kdy příjemce souboru je současně jeho poskytovatelem pro další účastníky provozu. P2P sítě jsou výhodné zejména k získávání velkých porcí

dat, bohužel představují také prostředí, v němž je velmi často páchána počítačová kriminalita (porušování autorských práv k počítačovým programům, filmům a audionahrávkám). (Jirovský, 2007)

Internetová telefonie, slangově „skajpování“, si získala velkou oblibu uživatelů, kteří se v síti mezi sebou mohli kontaktovat zdarma, za určitý poplatek bylo možno volat i do sítí jiných telefonních operátorů, a to na mobilní přístroje i na pevné linky. Prvním poskytovatelem těchto služeb byla firma Skype, dnes se rodí i konkurenční projekty. Kromě hlasu je možné v případě dostatečně stabilního a rychlého připojení přenášet i video. Na obdobném principu lze efektivně pořádat videokonference, pracovní porady vzdálených poboček firem, vyměňovat si specializované profesní informace. (Kuneš, 2006)

Blog je jakýmsi elektronickým zápisníkem, který je vystaven on-line. Umožňuje, aby si ostatní uživatelé přečetli aktuální reakce jeho autora (blogera) na různé věci a události a do blogu také sami aktivně přispívali, diskutovali, komentovali jeho obsah a události. Nemusí jít jen o text, v blogu mohou být začleněna i multimédia. (Procházka, 2010)

Sociální sítě mají primárně sdružovat lidi podle různých kritérií, např. věku, okruhu zájmů, problémů, oblíbených a neoblíbených událostí nebo činností, atp. Kromě hledání přátel je možné založit si vlastní skupinu a do ní přizvat ostatní uživatele, komentovat, diskutovat, dělit se o své pocity a zážitky, v rámci svého profilu vystavit prakticky jakékoli informace (text, obrázky, videa, zvuky), jež provozovatel dovolí publikovat. Sociální sítě mohou být užitečné pro osoby, které se chtějí setkávat, ale fyzicky jim to nedovoluje nějaká překážka (např. vzdálenost, ostych, choroba či vada, vězení). (Dědiček, 2010)

Přínosem rozlehlých počítačových sítí je sdílení informací bez ohledu na geografickou vzdálenost, informace jsou během vteřin k dispozici prakticky kterémukoliv účastníkovi sítě. (Veřtát et al., 1993)

## **Další ICT, na nichž se uživatel potenciálně může stát závislým**

### *Mobilní telefon (zkráceně mobil)*

Jde o přístroj, který funguje jako běžný telefon, ale jeho použití je možné ve velkém prostoru (sídla, krajina) bez napojení na drátovou telefonní linku. Telefon je vybaven řídicím mikroprocesorem a dalšími obvody zabezpečujícími udržení komunikace i v nepříznivých podmínkách. Pracuje ve spojení s tzv. SIM kartou (Subscriber Identity Module), což je modul otevírající přístup k uživatelským



funkcím telefonu na základě jednoznačné identifikace účastníka. Operátoři poskytují služby hrazené buď formou předplaceného kreditu na SIM kartě, nebo platí uživatel paušální poplatky a vyúčtování. Mobilní telefon potřebuje ke spojení mobilní síť. Ta je konstruována jako systém buněk (vysokofrekvenčních vysílačů a přijímačů), které si telefon účastníka „předávají“ při jeho pohybu v terénu tak, aby bylo zaručeno co nejlepší spojení. Z mobilního přístroje je možné volání do vlastní i cizích mobilních sítí, rovněž do sítí pevných telefonních linek. Zavádění mobilních telefonů započalo v 70. letech 20. stol., první sítě byly analogové, dnes jsou nahrazeny digitálními. Velký rozmach mobilních technologií vytlačil telefonování přes pevné linky. Kromě běžných hlasových služeb nabízí mobilní telefon posílání krátkých textových (SMS) či multimediálních (MMS) zpráv, přístup k internetu, správu kontaktů, tzv. time-managing (nástroje k organizaci času: diář, budík, textový, audio- či videozázpisník), řadu pomůcek a nástrojů (stopky, kalkulačka). Uživatel může rovněž hrát hry, spouštět různé aplikace, přehrávat a nahrávat multimédia, sledovat rozhlasové a televizní vysílání. Vybavení přístrojů se značně liší, původní mobilní telefon se proměnil v multifunkční komunikátor s dotykovou obrazovkou, relativně velkou a rozšiřitelnou pamětí a v některých ohledech konkuruje přenosným počítačům, zejména v případě telefonů vybavených vlastním operačním systémem. Řada telefonů dnes obsahuje přijímač GPS informací, takže je možné přesně určit polohu uživatele, sledovat jeho pohyb, čehož lze využít při osobní navigaci, v bezpečnostních aplikacích, ve službách záchranného systému, apod. Téměř každý mladý člověk a každý druhý senior v ČR vlastní alespoň jeden mobilní přístroj. Mobilní telefon Češi obměňují nejčastěji za 2 roky, tři čtvrtiny uživatelů si nepamatují ani 5 uložených čísel, polovina z nich má v přístroji více než 150 kontaktů, třetina telefon někdy ztratila. Průměrně zaplatí Češi za služby mobilních operátorů 800 Kč měsíčně. (Pužmanová, 2006)

## *Televizor*

Televizor je elektronický přístroj pro příjem televizního vysílání nebo vysílání průmyslové televize. Dřívější typy televizorů byly vybavené skleněnou obrazovkou na principu katodové trubice (Cathode Ray Tube, CRT), byly těžké a rozměrné, dokázaly přijímat jen analogový signál. Průnik moderních technologií umožnil vyšší komfort diváka, obrazovka CRT byla nahrazena obrazovkou plasmovou nebo na bázi tekutých krystalů. Televizní přijímače dneška vynikají vysokým rozlišením a stálostí obrazu, dovolují přijímat analogový i digitální signál, divák je může pověsit na zeď nebo použít jako součást domácího kina. Řada z nich je připojena k počítači, k internetu nebo domácí síti, slouží jako multimediální centra zábavy. Vyvíjí se interaktivní televizní vysílání. Má-li divák potřebu sledovat rozměrný obraz, může televizor nahradit dataprojektorem. K televizoru je možné připojit zařízení pro záznam obrazu a zvuku, např. videomagnetofon, BluRay/DVD rekordér, videokameru,

digitální fotoaparát, aj. V určitém směru může televizor nahradit přídatná karta do počítače pro příjem televizního signálu nebo internetové vysílání, obraz a zvuk pak obvykle zprostředkovávají monitor a reprosoustava počítače. (Řezníková, 2008; Sak, Saková [on-line], 2010)

## *Multimediální přehrávač*

Typicky jde o tzv. „empétrojku“, tedy přehrávač ztrátově komprimovaných zvukových souborů ve formátu mp3 (velikost hudebních stop z CD nosiče je ve formátu mp3 přibližně desetinová). Úložištěm dat bývá flash paměť, miniaturní pevný disk nebo externí paměťová karta. Komfortnější přehrávače (např. mp4) si dokáží poradit i s fotografiemi a videem, příp. rozhlasovými a televizními proudy. Přístroje jsou lehké, snadno přenosné, vybavené řadou funkcí, mezi mládeží značně oblíbené, lze je využívat při sportu i zábavě. Často jsou multimediální přehrávače součástí mobilního telefonu nebo „křížence“ mobilního telefonu a přenosného počítače. (Řezníková, 2008; Sak, Saková [on-line], 2010)

## *Video*

Video je označení pro technologii, která se zabývá zachycováním, zaznamenáváním, přehráváním, přenosem a obnovou pohyblivých obrázků, využívá elektrických signálů a různých nosičů dat, je spojena zejména s televizní produkcí. Pojem „*video*“ společně označuje digitální a analogové způsoby ukládání obrazových záznamů. Video může být nahráváno a přenášeno v různých formách, např. jako záznam na BluRay, CD či DVD médiích, videokazetách, jako soubory na pevném disku nebo jako přímé vysílání (do éteru, přes internet). (Řezníková, 2008; Sak, Saková [on-line], 2010)

## *DVD přehrávač (Digital Video Disc, též Digital Versatile Disc)*

Po vynálezu optického bezkontaktního snímání a záznamu informací se masově začala vyrábět CD média vhodná mj. pro záznam hudby a mluveného slova. Trh si však stále důrazněji žádal médium o vyšší kapacitě vhodné pro uchování filmových snímků. To bylo možné uložit i na CD, ale za cenu ztráty řady informací, a tím podstatného zhoršení kvality. DVD-Video je speciálně uspořádaný a kódovaný DVD disk se zaznamenaným filmem. Pro jeho přehrávání je potřebný DVD přehrávač a televizor nebo osobní počítač s DVD mechanikou, příslušným softwarovým dekodérem, a monitor. DVD-Video většinou obsahuje menu, jednotlivé kapitoly filmu, soubory hlavního filmu, několik zvukových stop v různých jazycích a kvalitě (dvoukanálový a vícekanálový – prostorový zvuk), soubory s titulky ve více jazycích. Je možné přidat i bonusy, titulky a popisy zvuků pro osoby se sluchovým postižením, jiné úhly pohledu filmové kamery, galerie fotografií, zvuků a mnoho dalšího. DVD záznam

je možné různými způsoby chránit před pořizováním pirátských kopií. Divák si přehrávaný film může vychutnat na kvalitní sestavě domácího kina, existují i formáty DVD s vysokým rozlišením, jemuž dnes vyhovují moderní televizory, a nový formát BR (BluRay), poskytující velmi věrné obrazové a zvukové zážitky. Zvuk je u DVD a BR filmů zaznamenán vícekanálově, takže divák získává prostorovou představu o rozložení scény, obraz však donedávna poskytoval pouze dvojrozměrnou (2D) informaci. V poslední době je možné se setkat s komerčně vyráběnými produkty pro domácí použití, ať již jde o videokamery, nebo o fotoaparáty či televizory, pracující se třemi dimenzemi (3D). (Řezníková, 2008; Sak, Saková [on-line], 2010)

## Rizika související s moderními informačními a komunikačními technologiemi (ICT)

Převratný rozvoj ICT ovlivňuje množství stránek lidského života: z jedné strany racionalizuje a usnadňuje nepřebornou řadu lidských činností, ze strany druhé poskytuje prostor pro páčání trestných činů. Dnešní děti a mládež tráví u počítače stále více času, fenoménem internetu bývají doslova pohlceny. Surfování (brouzdání) po internetu se v celosvětovém měřítku věnují děti již od 2 let věku. Odhaduje se, že v současnosti je v ČR k internetu připojeno více než 90 % domácností, nejvíce bezdrátově, následuje telefonní linka a kabelová televize, řídce jiné způsoby, např. pomocí elektrovodné sítě nebo mobilu. Více jak čtvrtina české dětské internetové populace je mladší 18 let. Téměř všechny děti mají v současné době přístup k internetu, část jejich života se tak odehrává ve virtuálním prostředí, a ony tento fakt považují za přirozený a běžný. (Procházka, 2010)

Při práci s počítačem a při pohybu na internetu se uživatel může setkat s řadou rizik. K nejvýznamnějším z nich patří:

- neopatrné a bezmyšlenkovité sdělování citlivých informací, kdy hrozí jejich zneužití, při propojení stop zanechaných v kyberprostoru lze i bez speciálních znalostí pomocí vyhledávačů sestavit profil konkrétního uživatele (Dočekal [on-line], 2010);
- komerční využití a zneužití dat především dětí a mladých lidí získaných ze sociálních sítí, sestavení komplexního profilu osobnosti i její rodiny, tipování budoucích obětí trestné činnosti (Procházka [on-line], 2010);
- publikace a zneužití nevhodného obsahu na sociálních sítích, celosvětovou doménou je Facebook, který během několika let získal v prostředí českého internetu více jak dva milióny uživatelů (Dědiček, 2010);

- flaming, tedy útočné, urážlivé, nepřátelské jednání vedené prostřednictvím internetu, kdy lze využít e-mailu, diskusních fór i chatu, vést plamennou diskusi bez logické argumentace s cílem urážet, zesměšňovat, útočit, dochází k porušování základních pravidel komunikace na internetu, tzv. netikety (Wikipedia [on-line], 2010b);
- hacking: průnik do informačních systémů s cílem jejich prozkoumání a poznání funkce, obvykle bez změn jejich činnosti a dalších škod (Jirovský, 2007);
- cracking: průnik do informačních systémů s cílem získání dat, změny jejich obsahu, funkce, obohacení se, páchání další trestné činnosti, speciálním případem jsou tzv. script-kiddies, dospívající s minimálními technickými znalostmi, kteří se zviditelňují prostřednictvím poškozování ICT. Je třeba také připomenout porušování autorských práv a práv k duševnímu vlastnictví, jichž se uživatelé dopouštějí nelegální nabídkou počítačových programů a multimediálních souborů, odstraňováním či obcházením ochranných prvků v nich. (Rychnovský, 2005);
- phishing (slangově „rhybaření“): forma podvodu na internetu, která spočívá v získání a zneužití důvěry nezkušeného, naivního uživatele, jde o vylákání a neoprávněné užití osobních dat, např. přihlašovacích jmen, hesel, čísel účtů, PIN kódů, apod. (Wikipedia [on-line], 2010c);
- cybergrooming: záměrné a manipulativní jednání s dětmi a mladistvými prostřednictvím internetu, nejčastěji chatu, e-mailu, seznamek a ICQ, které má v oběti vyvolat falešnou důvěru. Manipulátor (groomer) budí zdání, že dítěti naslouchá a rozumí, zároveň o něm sbírá co nejvíce informací, které pak užívá k vydírání, ubližování, při osobním setkání může dítě zneužít k pedofilním nebo teroristickým aktivitám. (Wikipedia [on-line], 2010a);
- kybersex: hanlivá, vulgární internetová komunikace (slovo, text, fotografie, video) sexuálního charakteru, má různý rozsah a formy – např. flirtování, pornografické materiály, intimní návrhy, spycams, což je voyerismus nebo exhibicionismus přes webkameru (Procházka [on-line], 2010);
- pedofilie, dětská pornografie, prostituce, komerční sexuální zneužívání dětí, obchod s lidmi: jejich propagace i obstarání jsou v prostředí internetu mnohem snazší (Weiss, 2002). Dětská pornografie představuje nejziskovější odvětví filmového průmyslu (Milfiát, 2008; Vaníčková, 2009). V řadě zemí není šíření pornografie ani trestným činem, ale díky nadnárodní povaze internetu jsou stránky s nelegálním obsahem viditelné i v zemích, kde šíření pornografie trestnou činností je (Matějka, 2002). Děti nejsou jen v pozici obětí, ale

i vědomých či nevědomých dodavatelů citlivých materiálů a sexuálních služeb (Milfiát, 2008; Viktora, Vokáč, 2010);

- SMS spoofing: všichni mobilní operátoři poskytují služby propojené s internetem, mj. lze posílat SMS zprávy, e-mail, prohlížet WWW stránky. Osoba, kterou většinou nenapadne ověřovat odesilatele přijaté SMS zprávy (může být anonymní a podvržená), se tak může dostat do nebezpečné situace (Klíma, 2005);
- malware: souhrnné označení pro šíření škodlivých kódů (např. viry, červi, trojské koně), které mohou proniknout do počítačových systémů a poškodit je, distribuovat nevyžádanou reklamu, vykrádat nebo zpřístupnit citlivá data (Hlavenka, Samšuk, 1996; Kocman, Lohniský, 2005; Kuneš, 2006);
- spamming: nevyžádaná sdělení většinou reklamního charakteru, která jsou masově rozepisována především e-mailem, ale zaplevelují i diskusní fóra a sociální sítě, otevření spamu ohrožuje uživatele např. zavirováním počítače, přesunem na závadové stránky (Matějka, 2002);
- hoax (výmysl, podvod, mystifikace, novinářská kachna): jde o řetězové e-maily, které mají většinou charakter poplašných zpráv, obsahují např. varování před neexistujícími hrozbami, vyzývají příjemce k dalšímu masovému rozepisování (Matějka, 2002);
- cyberbullying (kyberšikana): jde o násilné a ponižující aktivity jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, které nemůže ze situace uniknout, není schopen se účinně bránit (Vágnerová, 2004), v tomto případě se většinou jedná o nahrávání a publikaci videozáznamů nebo fotografií dětí a učitelů v diskreditujících situacích, je použito počítače, internetu (chat, blog, instant messaging, e-mail, portály s videem, napadené systémy virtuálního vzdělávacího prostředí) či mobilního telefonu (Doubrava, 2010);
- cyberstalking: pronásledování, slídění s následným útočným chováním prostřednictvím internetu a mobilních telefonů, vedoucí k poškození oběti a demonstraci moci a síly útočníka (Fischer, Škoda, 2009);
- kyberterorismus, propagace násilí a agresivity: násilí se postupně stává součástí běžné zkušenosti, dokonce i tehdy, jde-li o násilí symbolické, prezentované v médiích, začíná být považováno společností za normální jev (Vágnerová, 1997). Podle Jirovského (2006) je kyberterorismus spojení kyberprostoru s terorismem, jde o aktuální globální hrozby, nezákonné aktivity namířené proti počítačům, počítačovým sítím a v nich uloženým informacím s cílem zastrašit nebo donutit k podpoře sociálních či politických cílů.
- propagace náboženských sekt a extrémistických hnutí: velmi ohroženou a vysoce ovlivnitelnou skupinou jsou především děti a mladí lidé, vysoká anonymita internetového

prostředí umožňuje prezentaci aktivit těchto skupin, nábor nových členů, mobilizaci jejich sponzorů (Šmahel, 2003);

- šíření ideologie čistě konzumního způsobu života, preference financí, úspěchu, egoismu a moci na úkor klasického hodnotového žebříčku (zdraví, rodina, vztahy, záliby) (Říčan, 2007);
- závislost na virtuálních drogách (netolismus či netomanie) a ICT, např. mobilu, chatu, sociálních sítích, internetu, počítači: u dětí a dospívajících vzniká závislost rychleji než u dospělých, zasahuje všechny atributy zdraví (Strach in Řehulka, 2008), u závislosti dominuje psychická složka (Pokorný et al., 2002), jejímu vzniku napomáhá nejistá osobnost s nízkým sebevědomím a sebehodnocením a ztrátou reálných sociálních vazeb, může se objevit i tolerance (Nešpor, 2000; Vágnerová, 2004).

Každý má právo internet využívat k dobrým věcem, jinou věcí je, že jej někteří jedinci zneužívají ve svůj prospěch a potěchu. Základní informovanost o prevenci a bezpečnosti by mělo dítě dostat především v rodině (Fischer, Škoda, 2009).

Rodina dítěte je klíčovým faktorem pro predikci rizikového chování, jako prevence rizikového vývoje se zdůrazňuje otevřená komunikace, význam pozitivních emočních vztahů v rodině, existence a kvalita vztahů mezi rodiči a školou (Macek, 1999).

Elliottová (2000) a Bednář (2006) uvádějí několik základních pravidel dodržení počítačové bezpečnosti:

- nestahovat žádné ilegální programy;
- používat legální a aktualizovaný operační systém, oficiální webové prohlížeče;
- neotevírat e-maily a přílohy, které nebyly vyžádány, pocházejí z neznámých adres;
- řádně prostudovat výstrahy a další zprávy, které souvisejí s činností počítače;
- nenavštěvovat problematické stránky, zejména s nabídkou pornografie, nelegálních programů a médií, jsou nejčastějšími nositeli virů;
- pro různé služby používat různá hesla, která budou delší (kombinace písmen, číslic, speciálních znaků);
- po skončení práce s webovými aplikacemi se řádně odhlásit a uzavřít všechna okna prohlížeče, zabrání se tak možnému vykrádání informací;
- do registračních formulářů zadávat minimum osobních informací;
- nikomu, jehož identitou si nejsme jisti, nesdělovat žádné osobní informace.

# Rizikové populační segmenty ohrožené závislostí na virtuálních drogách

Nešpor (1996) připomíná, že se „rizikové hráčství“ v populaci české dospívající mládeže vyskytuje přibližně u desetiny chlapců ve věku 15–19 let a u 1 % dívek v téže věkové skupině. Drtivá většina studií je zaměřena na problematiku substančních drog, virtuálním drogám je prozatím věnována menší pozornost. Problémy se závislostí na virtuálních drogách se netýkají pouze dětí a mládeže, mohou postihnout osoby prakticky v jakémkoli věku, tedy i v produktivním či důchodovém. Chybějí systematické analýzy patologického hraní a obdobných typů závislostí na celonárodní úrovni, k dispozici jsou jen menší a specifické výzkumy, které však varují před nárůstem výskytu fenoménu závislosti na virtuálních drogách, zejména u dětí a dospívajících.

Z výsledků zámořských výzkumů realizovaných v USA, zemi s multikulturním prostředím a vysokou rasovou variabilitou, vyplývá, že fenomén patologického hraní je nejvíce rozšířen mezi rasovými a etnickými menšinami a mezi ekonomicky slabšími vrstvami. Doklady o podobné situaci nalézáme i v evropském prostoru. (Grusser et al., 2005; Bushman, Huesmann, 2006; Carnegey et al. [on-line], 2006)

Z dosavadních sond a kvalifikovaných odhadů lze odvodit, že se s obdobným stavem setkáváme i v ČR. Osoby silně ohrožené závislostí (včetně patologického hraní) v naprosté většině patří mezi sociálně slabší vrstvy, mají v anamnéze specifický typ trestné činnosti (násilná trestná činnost, výroba s dealerství drog, kuplířství, krádeže). (Nešpor [on-line], 2009)

U dětí do 15 let věku je hra z psychologického pohledu významným socializačním činitelem a důležitou potřebou, která rozvíjí a posiluje kognitivní procesy a osobní vlastnosti člověka. Dítě se pomocí herních aktivit učí novému a nabyté zkušenosti mu pomáhají v reálném životě. Příslušníci této věkové kategorie jsou více ohroženi závislostí, jež má tendenci rychleji se rozvíjet. Uspokojování hráčské vášně mnohdy vede k trestné činnosti nezletilých, drasticky zasahuje do plnění školních povinností a trávení volného času. Prvky násilí běžné v určitých kategoriích televizních programů a počítačových her svádějí k názoru, že násilí bere společnost jako běžnou normu, což se může negativně odrazit v psychickém vývoji dětí a mládeže i v jejich chování. Z výsledků studie Mládež a zdraví realizované v r. 2006 je patrné, že existuje významná závislost mezi častým hraním počítačových her a častější konzumací alkoholických nápojů (piva, destilátů, míchaných nápojů), častějším kouřením tabáku a marihuany. Byla také zaznamenána souvislost s častějšími rvačkami, projevy šikany a sníženou známkou z chování, což znamená, že děti, které se nadměrně věnují hraní počítačových her, dokáží hůře kontrolovat své projevy. (Nešpor, Csémy, 2007)

Nové ICT přinášejí dříve netušené možnosti, ale i hrozby, jimž je nutné čelit. V ČR vznikl projekt Bezpečný internet, primárně určený žákům základních škol. Jeho součástí je i Desatero pro školáky (Nadace Naše dítě [on-line], 2009):

1. Nezapomeň: opatrný internetový surfař je inteligentní surfař.
2. Nedávej nikomu adresu ani telefon! Nevíš, kdo se skrývá za obrazovkou.
3. Neposílej nikomu po internetu svoji fotografii, nesděluj svůj věk.
4. Udržuj heslo své internetové schránky v tajnosti, nesděluj ho ani kamarádovi.
5. Nikdy neodpovídej na neslušné, hrubé nebo vulgární e-maily.
6. Nedomlouvej si schůzku po internetu, aniž bys o tom řekl alespoň jednomu z rodičů.
7. Pokud Tě nějaký obrázek nebo e-mail šokuje, okamžitě opusť webovou stránku.
8. Svěř se dospělému, pokud Tě internet vyděsí nebo přivede do rozpaků.
9. Nedej šanci virům. Neotevírej přílohu zprávy, která přišla z neznámé adresy.
10. Nevěř každé informaci, kterou na internetu získáš.

Evropský projekt pro bezpečný kyberprostor nese označení SAFT. Zkratka pochází ze slov **S**afety (bezpečnost), **A**wareness (uvědomění), **F**acts (skutečnosti), **T**ools (nástroje). Jde o projekt, který je cílen na bezpečné užívání internetu dětmi a mladými lidmi, hodlá je naučit redukcí potenciálně rizikového chování na internetu. Počítá se zapojením rodičů, pedagogů a internetového průmyslu. SAFT uvádí některé poznatky o chování dětí na webu (Saftonline [on-line], 2009):

- děti jsou si vědomy, že o internetu vědí víc než jejich rodiče;
- většina dětí ví, že nemá poskytovat osobní údaje, ale přesto je ochotna uvádět víc informací, než by povolili rodiče;
- 14 % dětí se osobně setkalo s někým, koho poznaly prostřednictvím internetu, ale jen 4 % rodičů připouští, že k tomu mohlo dojít;
- 44 % dětí, které surfují internetem, navštívilo pornografické stránky;
- 30 % dětí vidělo webové stránky obsahující násilí, zatímco tuto možnost připouští jen 15 % rodičů;
- děti i rodiče se shodují na skutečnosti, že internet je užitečným zdrojem informací a zábavy.

Nešpor (2000), Nešpor, Csémy (2007) připomínají, že předcházení závislosti na ICT se do značné míry kryje s prevencí škod působených substančními drogami a patologickým hraním. Kromě otevřenosti, laskavosti a zájmu je třeba prosazovat jasná pravidla, rodičovský dohled a pevnost. Důležitá je i nabídka lepších alternativ. Doporučuje se (Nešpor, Csémy, 2007):



- Vhodně motivovat dítě ke zdravému životnímu stylu.
- Dbát, aby dítě mělo dostatek kvalitního spánku, vhodný a pravidelný stravovací a pitný režim.
- Pomáhat rozvíjet dobré zájmy dítěte.
- Zabezpečit dostatek přiměřeného pohybu.
- Posilovat sebeovládání, např. pomocí vhodné relaxační techniky.
- Mírnit stresové momenty a posilovat vztahy společnými příjemnými zážitky v rodině.
- Uplatňovat tzv. tough love, tzv. „tvrdou lásku“: dávat najevo zájem a pochopení, ale umět upozornit na problémy a trvat na změně.
- Pomáhat dítěti při hledání vhodné společnosti.
- S dítětem v nesnázích včas vyhledat odbornou pomoc.

U studentů na středních školách byla zaznamenána souvislost problémového hraní s konzumací alkoholu, tabáku a některých nelegálních drog, zejm. konopných (Bushman, Huesmann, 2006; Carnegie et al. [on-line], 2006). Podobně také Leung (2004) upozorňuje, že mladí lidé, kteří mají problémy s hraním, často pijí alkohol, kouří, užívají další návykové látky, nefunguje u nich rodinné zázemí, někdo z jejich rodiny též hraje nebo sází, nejsou úspěšní ve škole.

Kromě surfování je velmi častou činností dětí a mladistvých na internetu chatování a psaní e-mailů. Internetová komunikace (v případech tzv. instant messagingu – „kečáleků“ typu ICQ, či telefonie po síti v reálném čase) dovoluje oslovení velkého okruhu vrstevníků, rychlé navazování kontaktů, nese však s sebou i závažná a dosti podceňovaná rizika, s nimiž by měli být seznámeni zvláště mladí uživatelé internetu (Young, 1998; Nešpor, 2000):

- nadávky a urážky (mnozí uživatelé díky pocitu anonymity na internetu ztrácejí zábrany, původně nevinné vtipkování může snadno přerůst do hrubých urážek vč. rasových a sexistických, objevuje se kyberšikana);
- prezentace nevhodného obsahu (na něj může uživatel narazit při prohlížení webových stránek, ale i při chatování, zejm. se jedná o stránky propagující neetické či zakázané ideologické směry, vulgarismy, pornografii);
- virtuální sexuální obtěžování (zejm. děti a mladiství mohou být ohroženi osobami s pedofilními rysy, polovina již pokus o sexuální obtěžování zažila), vyžadování sexuálně laděných fotografií nebo komunikace (sex po telefonu, kybernetický sex, virtuální schůzky na internetu s využitím webové kamery), kromě veřejného chatu může tato forma obtěžování probíhat též prostřednictvím soukromého chatu, e-mailu, mobilního telefonu,

kam je pachatelem často převedena po „odlovení“ vhodné oběti na otevřeném fóru, přibližně třetina dospívajících se setkala s žádostí o poskytnutí důvěrných údajů;

- přímé sexuální zneužití (děti a mladiství touží kromě virtuálního setkání i po osobní schůzce, což může být velmi nebezpečné, poněvadž pachatel dokáže svoji skutečnou identitu skrývat a na schůzce může zaútočit).

V případě nezaměstnaných osob je ztráta práce častěji důsledkem hazardní hry, může být ale i příčinou. Nezaměstnaní hrou vyplňují čas a snaží se získat finance na své potřeby. Časté a opakované hráčské epizody zatlačují do pozadí sociální, rodinné, pracovní a materiální hodnoty. Propadnutí hře a závislost na ní vedou k zadlužování, lichvě, lhaní, trestné činnosti. Závislost na hře nebo obdobném typu návykového chování nutí osobu, aby v nich pokračovala i přes škody ve zdravotní a sociální oblasti. (Kachlík, Šmajsová-Buchtová, in Sborník z mezinárodní konference Firma a konkurenční prostředí-Sekce 8, 2002; Nešpor [on-line], 2009)

Ocitne-li se člověk v partnerské nebo životní krizi (např. rozpad rodiny, problémy zdravotní, ve škole, v zaměstnání, ve vztazích s rodiči, partnerem, vrstevníky, zajištění bydlení, těhotenství, zneužívání), pak jsou virtuální drogy obdobně nebezpečné jako drogy hmotné povahy. Mylný názor, že hra a podobné chování pomůže k úlevě, dostává postiženého do bludného kruhu, kdy se jeho potíže stupňují a již před nimi není úniku, situace vyžaduje včasnou a odbornou pomoc. Velkou chybou je posilování konfliktu, stažení se do sebe, vyhýbání se okolí, nedostatek komunikace. Důležité je klidné rozebrání tíživé situace, pozitivních i negativních momentů dne, umění sebeovládání, zdravého sebeprosazení, nalezení kompromisu, tolerance. Ve vztazích hraje také silnou úlohu schopnost odpouštět, empatie, rozvaha, odpovědnost. Pro zachování vztahu je třeba přiznat svůj podíl na problémech rodiny a nabídnout řešení, které dává perspektivu. Prvním krokem je převzetí odpovědnosti, druhým pak změna chování. (Nešpor, 1996; Nešpor, 2000)

Pokud se člověk rozhodne a začne řešit závislost na hře a jiných způsobech návykového chování, může získat (Nešpor, 1996):

- domácí pohodu, vnitřní pohodu, sebedůvěru, lepší pocit ze sebe sama, schopnost vážit si sebe sama, pocit prospěšnosti;
- odstranění lhaní, normální život, uspokojení z práce;
- vybudování zázemí, pozitivní příklad pro děti,
- větší míru nezávislosti, možnost kupovat dárky, udržet finanční prostředky;
- možnost realizovat své koníčky, kulturní aktivity, setkání s rodinou a přáteli;
- zlepšení životního stylu a svého zdraví;

- větší chuť na sex, možnost navazovat kvalitní a nové vztahy.

V běžné populaci se herním aktivitám věnují častěji muži, a to prakticky s dvojnásobnou intenzitou. Nelze však jednoduše říci, že by se problematika virtuálních drog ženám zcela vyhýbala. Společenské trendy prosazující jejich emancipaci a rovnost mužům za všech okolností způsobily, že se zvýšilo množství příležitostí k setkání s návykovým chováním a nebezpečí závislosti na virtuálních drogách. V budoucnu může rozdíl ve výskytu herních a podobných aktivit mezi muži a ženami zcela vymizet, navíc jsou důsledky závislosti ženy na rodinu zhoubnější, než tomu bývá v případě závislého otce – gamblera. Kromě pohlaví lze pozorovat spojitost osob potenciálně ohrožených závislostí na jejich věku. Neprokázano se, že se mezi seniory vyskytuje více osob, které mají problémy s hrou a obdobnými typy návykového chování, a to přesto, že disponují množstvím volného času a jsou vůči těmto vlivům citlivější. Vysvětlení zřejmě souvisí s vyšší konzervativností a fixovanými stereotypy životního stylu, jež starší lidé nejsou příliš ochotni měnit. (Lo et al., 2005; Carnegey et al. [on-line], 2006)

Nešpor ([on-line], 2009) zmiňuje, že i když výběr hráčských aktivit záleží na jejich dostupnosti, ženy upřednostňují „nestrategické“ hry (bingo, hrací automaty), naopak muži hry „strategické“, jež bývají více orientované na akci. Inklinaci k návykovému chování může podněcovat i typ profese, stres v zaměstnání, režim a charakter mezilidských vztahů na pracovišti, manipulace s vyššími objemy snadno dostupných hotových peněz, směnný provoz, pocity odcizení a ohrožení, výskyt drog (vč. alkoholu a tabáku) v pracovním prostředí.

## Poruchy duševního a tělesného zdraví vyvolané působením virtuálních drog

Na rozdíl od závislosti na substancích má závislost na virtuálních drogách psychický, ev. psycho-sociální ráz. Doprovázejí ji obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy nálad, celková devastace jedince spojená s nízkým sebehodnocením, závislostí na substančních drogách, problémy ve vztazích, finančními těžkostmi, úvahami o sebevraždě či pokusy o ni. Závislostní hraní působí jak na psychický, tak i na somatický stav postiženého člověka, přidávají se psychosomatické obtíže, rodinné a partnerské konflikty, selhávání ve škole a v zaměstnání, syndrom vyhoření. (Nešpor, Csémy, 2007; Strach in Řehulka et al., 2008; Řehulka in Řehulka, 2010)

U závislosti na virtuálních drogách jsou v případě jejich nedostatku či nedostupnosti popsány obdobné příznaky jako „pravý“ abstinenci syndrom u substančních drog. Zejména se jedná o výkyvy nálad, snadnou vznětlivost, nevolnost, křeče hladkého svalstva trávicí trubice, bolesti hlavy, stavy

úzkosti, deprese, halucinace a pocení. Podle neurobiochemických studií se v mozku gamblera a člověka závislého na substančních drogách odehrávají podobné pochody. Cílem je podráždění center slasti a uvolnění nervových přenašečů, především dopaminu, vyvolávajících příjemné pocity, uvolnění. U osoby s rozvinutou závislostí lze jen velmi obtížně či prakticky vůbec ne vyvolat radost a spokojenost přirozenými podněty kromě drogy substanční či virtuální povahy. (Fišerová in Kalina et al., 2003; Hynie, 1995; Vacek [on-line], 2009).

Nešpor, Csémy (2007) dodávají, že je možné zaznamenat častý souběh patologického hráčství a závislosti na droze substanční povahy (alkoholu, nikotinu, marihuaně, pervitinu), ev. jejich škodlivé užívání. Poruchy se vzájemně potencují, musejí se řešit společně. I malé dávky drog, které nemusejí vést ke zjevné intoxikaci, dokáží ovlivnit sebeovládání a puzení ke hře.

Na základě vymezení závislosti a patologického hráčství dle ICD-10 a DSM-IV byla Grusserem et al. (2005) vytvořena nová diagnostická kategorie označená jako „excesivní hraní počítačových her a videoher“. Leung (2004) zdůrazňuje rozdíl mezi osobami manipulujícími s ICT: na ICT závislí jedinci jich využívají k navození libosti či útěku před nepříjemnými duševními stavy, jedinci bez závislosti na virtuálních drogách ICT používají k racionální práci s informacemi.

U osob závislých na virtuálních drogách se často setkáváme s těmito jevy (Nešpor, Csémy, 2007; Strach in Řehulka et al., 2008):

- problémy s pozorností,
- problémy schopnosti vcítění se (empatie),
- problémy schopnosti rozpoznat riziko,
- záškoláctví,
- šikana (kyberšikana),
- krádeže,
- půjčky a dluhy.

Podle Vágnerové (2004) hovoříme o pozornosti jako o schopnosti zaměřit psychickou aktivitu na určitou činnost, předměty nebo děj. Jde o psychickou funkci podmíněnou bdělostí a jasným vědomím, která má za úkol vybírat ze spektra podnětů obklopujících organismus ty pro něj důležité. K parametrům pozornosti řadíme vytrvalost, soustředění, rozsah, selektivitu, stabilitu. Poruchy pozornosti mohou mít kvantitativní a kvalitativní charakter.

V souvislosti s virtuálními drogami se můžeme setkat s formou nadměrné pozornosti, kdy je osoba přecitlivělá na veškeré podněty, nedokáže selektivně utlumit málo podstatné a soustředit se

na pro ni důležité. Důsledkem je celková nesoustředěnost a roztržitost. V opačném případě osoba cíleně nedokáže zaměřit a udržet pozornost, soustředit se, je zvýšeně unavitelná, nevykonná. Z pozorování vyplynulo, že zatímco děti s poruchami pozornosti spojenými s hyperaktivitou (**Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD**) jsou ve vyučování roztěkané a neklidné, při hře u automatu dokáží trávit mnoho hodin. (Vacek [on-line], 2009)

Psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze praktikuje metodu léčby pomocí tzv. virtuální reality. Tato forma terapie byla zprvu určena válečným veteránům a lidem trpícím posttraumatickým syndromem či fobií, kterým byla předváděna simulace reality a postupně navozováno trauma, jež způsobilo onemocnění. Léčba se podobá hře, která věrně napodobuje skutečné prostředí, působí simultánně na smysly včetně čichu a hmatu, pacienta zapojuje do děje, má za cíl postupně „odbourat“ jeho problém. Léčbu pomocí virtuální reality je možno úspěšně aplikovat i u dětí s ADHD, kdy zlepšuje jejich chování. (Švrčková [on-line], 2009)

Opakované hraní her s prvky násilí spojené s pozitivním emočním nábojem, hudbou, humorem, odměna za násilné chování, rostoucí intenzita násilných podnětů představují zásah do lidské schopnosti vcítění se (empatie). Důsledkem může být podceňování závažnosti poranění či ohrožení života v reálných situacích, menší pozornost věnovaná násilí až vyhasnutí strachu z něj, nižší nebo téměř žádný soucit s oběťmi, nižší ochota jim pomoci, společenská necitlivost k násilí, přesvědčení, že jde o běžný jev, který není třeba explicitně odsuzovat. Hrozí vyšší pravděpodobnost zahájení agresivního chování, závažnější formy a delší trvání agresivního chování. (Nešpor, Csémy, 2007)

Strach (in Řehulka et al., 2008) a Nešpor ([on-line], 2009) připojují poznámku o on-line gamingu. Jedná se o herní sítě, do nichž se hráči zapojují prostřednictvím internetu. Hry jsou často bojového zaměření, s výraznými prvky agresivity a násilí, velmi věrně provedené. Účastníci hry mnohdy ztrácejí schopnost rozlišovat mezi reálným světem a virtuální realitou kyberprostoru, jsou hrou zcela pohlceni, jsou výrazně ovlivněny jejich životy. Lo et al. (2005) dodává, že u dospívajících, kteří se věnují on-line hrám, dochází ke zhoršení kvality interpersonálních vztahů a k úzkosti v sociálních vztazích, a to úměrně času, který takto trávili.

Carnagey et al. (2007) upozorňují, že více než 85 % videoher obsahuje nějakou formu násilí, přibližně polovina z nich pak závažnou formu násilného chování (brutální násilí). Lemmens et al. (2006) zjistili, že násilné videohry preferují spíše hoši s menší mírou empatie, sklonem k násilí a s nižší inteligencí. Videohry s prvky násilí působí negativně na schopnost empatie.

Bushman a Huesmann (2006) zkoumali vztah výskytu prvků násilí a agresivního chování ve veřejných sdělovacích prostředcích a počítačových hrách. Ukázalo se, že prezentace násilí v těchto způsobech komunikace s konzumenty/uživateli krátkodobě zvyšuje agresivitu u dospělých více než u dětí, z hlediska dlouhodobého efektu naopak roste agresivita u dětí více než u dospělých. Za velmi nebezpečné jsou považovány takové formy násilí, jež může dospívající v reálném životě snadno napodobit. K dalším zajímavým poznatkům patří, že násilně se chovající kladní hrdinové jsou z hlediska nápodoby násilí nebezpečnější, než násilně se projevující záporné postavy. Nešpor a Csémy (2007) uvádějí, že po hraní závodivé hry měly osoby tendenci více riskovat, než když hrály neutrální hry.

Vyrůstá-li dítě v harmonické rodině a mezi vrstevníky, kde se běžně nesetkává s projevy fyzického násilí, je pravděpodobné, že hry ovlivní jeho chování ve smyslu agresivních projevů podstatně méně než v opačném případě. Důležitou úlohu rovněž hraje inteligence, věk a morální hodnoty dítěte. (Nešpor, Csémy, 2007)

Moderní ICT rozšiřují obzory, nabízejí dříve netušené možnosti, ulehčují člověku život. Přinášejí ale s sebou také četná rizika, jež byla podrobně uvedena výše. Zejména děti a dospívající mnohdy nemyslí na svoji bezpečnost, což dokládají průzkumy realizované v prostředí českého internetu (projekt Bezpečnější internet) a mapující opatrnost jeho uživatelů. Vyplynulo z nich, že polovina dětí ve věku 12–17 let, které se na síti potkaly s neznámým komunikačním partnerem, byla ochotna prozradit o sobě důvěrné údaje. Nejčastěji šlo o e-mailovou adresu, poskytnutí fotografie a telefonního čísla. (Safeinternet [on-line], 2009, E-bezpečí [on-line], 2009)

Se závislostí na moderních ICT je u dětí často spojeno záškoláctví. Jde o úmyslné zanedbávání školního vyučování, kdy žák (většinou z vlastního rozhodnutí a bez vědomí rodičů) nechodí do školy, neplní školní docházku. Záškoláctví je projevem odporu ke škole, únikovým typem chování s cílem vyhnout se nepříjemnostem prožívaným ve škole. Jeho důvody jsou různé, např. strach ze zkoušení, písemek, šikany, disharmonické rodinné prostředí, existují i žáci, které „škola nebaví“. (Vágnerová, 2004)

Podle Vágnerové (2005) můžeme rozlišit záškoláctví, které má impulzivní charakter, a záškoláctví účelové:

- záškoláctví impulzivního charakteru můžeme charakterizovat jako náhlou a nepromyšlenou reakci, kterou dítě předem neplánuje, do školy vůbec nejde, nebo ji opouští v průběhu vyučování, stav může trvat několik dnů, dítě pokračuje v záškoláctví ze strachu z následků;

- záškoláctví účelové, promyšlené, je předem plánované, dítě nejde do školy, nebo se z ní vzdaluje pod nejrůznějšími záminkami, aby se vyhnulo zkoušení, neoblíbenému předmětu či učiteli.

Strach in Řehulka et al. (2008) popisuje, že ICT lze rovněž zneužít k demonstraci síly a moci nad vybranou obětí. Zejména děti a dospívající rádi zveřejňují videozáznamy, které jsou někdy vtipné, většinou však obsahují vulgarismy, prvky psychického či fyzického násilí a šikany. Myslí si, že násilí je součástí dospívání a cestou ke zbavení se slabosti. Běžně se lze na internetu setkat s těmito formami zneužití ICT:

- slovní zastrašování (urážky, pomluvy, diskreditace dobrého jména);
- negativní působení na psychiku (vzbuzování hrůzy, obav, strachu o život, zdraví, rodinu, majetek);
- výhrůžky fyzickou agresí (napadení, fyzická likvidace oběti, jejích blízkých);
- dehonestace osoby pomocí audio- či videonahrávek, fotografií v choullostivých situacích;
- sociální izolace osoby (zábrana její účasti na různých aktivitách, ignorování její přítomnosti);
- zastrašování určité etnické skupiny nebo minority (projevy rasismu, xenofobie);
- sociální inženýrství (manipulace obětí a identitou útočníka, vylákání citlivých dat, zneužití důvěry).

Závislí na ICT, především patologičtí hráči, potřebují k uspokojení své vášně značné sumy peněz. Poté, co vyčerpali své i rodinné úspory, rozprodali majetek, vypůjčili si a nadělali dluhy, které nezvládají umořovat, často sahají k obstarávání dalších prostředků formou přestupků i trestných činů (krádež, podvod, padělání, zpronevěra). Původně dobré vztahy v rodině, mezi přáteli, známými a kolegy v zaměstnání se výrazně zhoršují. I když převažují nenásilné způsoby získávání financí, násilí jsou vystaveni blízcí příbuzní závislého jedince (křik, agresivita, vyhrožování, vydírání). (Nešpor, Csémy, 2007; Nešpor, 2009)

Půjčky a dluhy se závislí na ICT zpočátku snaží utajit, lžou svému okolí o závislosti, získávání peněz i neschopnosti dostát závazkům. Spoléhají se nerealisticky na druhé, že jim vždy poskytnou prostředky k řešení jejich zoufalé finanční situace. Věřitelé vymáhají půjčené peníze nejen na dlužníkovi, ale též na jeho rodině, a to velmi nevybíravými způsoby. Půjčí-li blízcí závislému peníze, musí si uvědomit, že jde o mimořádnou výpomoc, kterou nelze libovolně opakovat, dluh je třeba čestně vrátit, poskytnuté peníze nejsou v žádném případě darem. Narůstající výskyt a obliba on-line

sázení představují velké nebezpečí pro hráče, kteří disponují bankovním kontem. Po závislého hráče není problémem vyprázdnit svůj účet během jediné seance. (Nešpor, 2009)

Při řešení vznikajících problémů je klíčový vliv rodiny, rodinné zázemí. Důležitá je otevřenost, možnost vyjádřit své emoce, i když může hrozit hádka. Po uvolnění psychického napětí lze racionálně volit další postupy. Rodiče jsou pro děti vzorem při zvládání krizových situací, překonávání životních obtíží. Riziko vzniku závislosti stoupá v rodinách, které se snaží negativní pocity místo jejich přirozeného řešení „přebíjet“ náhradními způsoby uspokojení, k extrémům patří rodiny osob zneužívajících návykové látky nebo osob s výskytem jiného typu návykového chování. Rovněž rodiny, kde panují příliš liberální vztahy hraničící až s chaosem či lhostejností, nebo rodiny, kde schází osobní prostor a soukromí pro každého člena, představují potenciálně nebezpečné prostředí. Z ochranných rodinných faktorů patří k nejdůležitějším vztah důvěry, opory, lásky a bezpečí, rodičovský dohled, jasná pravidla a disciplína, sociální interakce. (Young, 1998; Nešpor, 2000; Nešpor, 2006)

Nešpor a Csémy (2003) nabízejí několik pravidel, která by měla být uplatňována v rodině jako prevence k předcházení závislosti na ICT:

- rodiče hazardně nehrají, svými financemi na hru nepřispívají (utváření postoje dětí a jejich hodnotový žebříček, učí je o hodnotě peněz a o hospodaření v rodině);
- posilování zdravého sebevědomí dítěte;
- rodiče se snaží o získání důvěry dítěte, empatii, věnují se mu, posilují rodinné vazby;
- předcházení nudě, podpora kvalitních způsobů trávení volného času;
- rodiče si opatřují dostatek informací a o problému s dítětem zasvěceně hovoří, jasně vyjádří své postoje;
- stanovení a důsledné prosazování pravidel, za jejich porušení udělení úměrných a předem dohodnutých sankcí;
- vnesení řádu do finančního hospodaření dítěte, neposkytování vyšších finančních částek;
- vyhledání odborné pomoci v případě narůstání problémů.

ICT stále důrazněji zasahují do života celé společnosti i jejích jednotlivých členů. Lidé využívají ICT nejen k osobním cílům, ale pro mnohé jde o prostředek obživy, což představuje neustále rostoucí podíl času, který u ICT trávíme. Dochází k ovlivnění zdravotního stavu a životního stylu lidí, a to mnohdy negativně. K nejvýznamnějším problémům řadíme poruchy pitného a stravovacího režimu, poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku, sluchu a spánku. Stranou nezůstávají ani důsledky působení na srdečně cévní soustavu (arytmie, ischemie, hypertenze), trávicí systém (vředová choroba), endokrinní aparát (diabetes). (Nešpor, 1994; Nešpor, Csémy, 2007)



Jedinci, kteří se věnují nadměrně sledování televize nebo činnosti na počítači, trpí často nesprávnými jídelními návyky, mají porušen pitný a stravovací režim. Zejména děti v pubertálním věku si berou buď velké porce vysoce energetických potravin a nápojů (např. brambůrky, čokoládu, popcorn, sladké limonády), nebo při své zaujatosti činnostmi jídlo a pití zcela vynechají. Za současného nedostatku pohybu se převaha příjmu energie nad jejím výdejem projevuje nadváhou a později prostým typem obezity, trpí pravidelnost v příjmu potravy a dostatečné zásobení organismu vhodným typem tekutin, což má negativní vliv na tělesný vývoj. Hráči a náruživí diváci nepovažují jídlo a pití za podstatné, soustředí se jen na oblast svého zájmu. (Nešpor, 1994; Young, 1998; Nešpor, Csémy, 2007)

Dlouhodobá práce na počítači představuje značnou statickou zátěž pro řadu svalových skupin. Objevují se bolesti v oblasti krční páteře a bolesti zad v oblasti lopatek. K nejznámějším potížím spojeným s dlouhodobým používáním výpočetní techniky patří tzv. syndrom RSI (**R**epetitive **S**train **I**njury), poranění způsobená opakovaným napětím. Postižení nastává v důsledku intenzivního stisku nástroje při práci, která vyžaduje opakované drobné pohyby, jež nemusejí být silově náročné, ale chybí v nich relaxační moment. Může dojít k zánětu šlachových obalů, což zasahuje zápěstí, ruce, též lokty a části ramen. Pacient si stěžuje na necitlivost, pálení a pulzování příslušné oblasti, bolesti, ztuhnutí, zablokování zejm. krční páteře, svalovou slabost a zvýšenou únavnost. S postupujícím onemocněním se tyto příznaky neobjevují jen při práci, ale též v klidu během dne nebo v noci. Řešení spočívá ve vhodném ergonomickém uspořádání pracoviště, zařazení přestávek a relaxačních cviků, vhodné pohybové aktivity. Onemocnění je třeba včas začít léčit protizánětlivými preparáty, těžké případy operativně, změnit nevhodné umístění techniky, nábytek. Celkově je osoba pracující s počítačem vystavena nedostatku pohybu, což postupně vede k ochabování svalové soustavy. Zhoršený žilní návrat a statické zatížení pánve a dolních končetin mohou vyústit ve vznik křečových žil (varixů, městků). (Nešpor, 1999; Hrubá, 2005)

Déletrvající sledování monitoru, neustálá akomodace na obrazovku a na klávesnici (ev. psaný či tištěný text na stole), rychlé střídání jasu a kontrastu, ostré barvy – to vše značně namáhá oči. Po několika hodinách práce se objevují první známky zrakové únavy, které jsou doprovázeny slzením, pálením či řezáním očí, bolestí hlavy. Dále dochází ke zčervenání očí, pocitu napětí v nich, rozmazanému nebo dvojitému vidění, kolem světlých partií jsou patrné duhové okraje (irizace), osoba je nevrhá, zvýšeně unavitelná. Opakovaná, chronická a neřešená zraková zátěž ohrožuje zrakovou ostrost, schopnost akomodace, oči jsou náchylnější ke vzniku zákalů. (Nešpor, 1999; Hrubá, 2005)

Počítačové hry jsou pro zvýšení účinku na hráče programovány tak, aby akční děj doprovázely silné zvukové efekty. Rovněž hlasitý poslech hudby nebo zvukového doprovodu k videu není bez rizika. Chronická expozice hluku, náhlé změny intenzity zvuku, na něž se ucho nemá možnost rychle adaptovat, nadlimitní hodnoty akustického tlaku představují faktory značně ohrožující sluch. Při poslechu z reproduktorů ve větší místnosti se hlasité zvuky většinou mohou rozptýlit, horší je situace v případě používání sluchátek, jež se zasouvají do uší (slangově označovaných jako tzv. „špunty“). Těsné vyplnění zevního zvukovodu při jejich aplikaci směřuje prakticky veškerý akustický tlak na bubínek, přes středoušní převodní systém pak dále do vnitřního ucha, kde jsou poškozovány vláskové buňky, což se projeví sluchovou ztrátou na různých kmitočtech a nutností vyšší hlasitosti zvuku k dosažení subjektivně stejného sluchového počítka jako před poškozením. Rovněž mobilní telefony sloužící mj. jako hudební přehrávače či radiopřijímače a hlasité hands-free sady mohou poškozovat sluch. Uživatelům sluchátek se doporučuje nevyužívat maximální úroveň hlasitosti zdrojů zvuku, pravidelně čistit nebo vyměňovat měkké kryty sluchátek kvůli riziku infekce, nedopustit, aby v reprodukováných zvucích zanikly varovné signály z okolí (klakson, zvonek, siréna), což je velmi důležité pro osobní bezpečnost i pro bezpečnost ostatních účastníků provozu na komunikacích. (Young, 1998; Nešpor, 1999; Hrubá, 2005)

Náruživí hráči a osoby na hře závislé trpí často nedostatkem spánku. Nejde pouze o obavy a strach z následků prohry. Hra dokáže velmi rychle vtáhnout do děje, vysoká věrnost zobrazení a podobnost s realitou způsobují, že se od ní jen obtížně odpoutává. Riziko se ještě stupňuje v případě tzv. MMORPG her (**M**assively **M**ultiplayer **O**n-line **R**ole **P**laying **G**ame). Hráči se při nich vžívají do rozmanitých (většinou hrdinských – rytířských, legionářských, žoldnéřských) rolí, vytvářejí rozvětvenou síť propojenou technologií internetu. Herní prostředí se neustále mění, podobně i počet a aktivity hráčů, takže hra stále pokračuje. Stírá se hranice mezi virtuální realitou a skutečným světem, hráč silně touží být připojen co nejdéle, aby mu něco neuniklo. Během relativně krátké doby lze ve hře dosáhnout výrazných úspěchů, jimiž si její účastníci mohou kompenzovat selhání ve skutečném životě. (Nešpor, Csémy, 2007; Strach in Řehulka et al., 2008)

# Prevence rizikového chování s rysy závislosti

## Obecná charakteristika prevence

Nevhodná a nadměrná konzumace legálních drog, zneužívání zakázaných látek, závislost na nich, jejich nezákonná výroba a manipulace s nimi jsou aktivity, které ohrožují základní hodnoty jednotlivce, rodiny, komunity i občanské společnosti. Problémy spojené s drogami ovlivňují mnoho oblastí života, proto se musejí řešit aktivně, komplexně a koordinovaně, důležitou roli zde hraje široce zaměřená prevence. (Heller, Pecinová, 1996)

Termín „prevence“ pochází z latiny (*praeventia*) a znamená opatření učiněné předem, včasnou ochranu nebo obranu (Nešpor, Csémy, 1996).

Nešpor (1999) nepovažuje za prevenci pouhé samoúčelné poskytování informací o návykových látkách, ale upozorňuje, že jejím cílem by mělo být zejména předcházení zneužívání těchto látek mladistvými, nebo alespoň posun setkání s drogami do pozdějšího věku. Heller a Pecinová (1996) dodávají, že za preventivní lze považovat aktivity, které vedou k posilování a ochraně zdraví, výchově ke zdravému životnímu stylu. Kromě poskytnutí relevantních informací patří k dalším cílům prevence též omezení dostupnosti návykových látek.

Podle Kaliny et al. (2001) a Kachlíka ([on-line], 2003) je prevenci možno rozdělit do tří stupňů: na prevenci primární, sekundární a terciární. Stručně řečeno – primární prevence je orientována na opatření, která je možné učinit předem, aby populace dokázala riziku čelit. Sekundární prevence se zaměřuje na detekci populačních skupin a jedinců ohrožených rizikem, na řešení jejich problémů, terciární prevence pak na předcházení komplikacím. Hranice mezi těmito stupni není vždy ostrá, zejména pokud se jedná o prevenci sekundární a terciární. Kvapilík (1985) zmiňuje, že dělení prevence může být prováděno podle nejrůznějších kritérií, např. podle negativního jevu, kterému chceme předcházet, podle strategie, kterou využijeme, podle skupiny, na niž působíme.

V odborné literatuře, zejména západoevropské a severoamerické provenience, se můžeme setkat s poněkud odlišným způsobem klasifikace (Nešpor et al., 1998):

1. Prevence

- a. všeobecná (určená celé populaci, zejména na úrovni školy a komunity). Jejím úkolem je odvrácení nebo opoždění nástupu užívání návykových látek (jiného návykového chování) a problémů s ním spojených tím, že celé populaci, ev. zájmovému populačnímu segmentu poskytuje dovednosti chránící je před užíváním drog (jiným návykovým chováním). Vhodně koncipovaná intervence a všeobecná prevence (např. kombinovaný program pro děti a rodiče) mohou být efektivní. Naopak, málo důkazů existuje v případě velkých kampaní prezentovaných ve veřejných sdělovacích prostředcích, dokonce se vyskytl nežádoucí návodný efekt prevence, kdy se zvedla vlna zájmu o návykové látky a činnosti dříve se v populaci řídce vyskytující. (Nešpor et al., 1998) Přesto má většina evropských zemí vyhrazeny zdroje na varovné kampaně. Všeobecná školní prevence je v Evropě realizována s různou mírou pokrytí a s různým obsahem, k jejím důležitým rysům patří poskytování informací a nácvik životních dovedností. Strukturované preventivní programy jsou relativně řídké. Členské státy Evropské unie se snaží o standardizaci a koordinaci protidrogové politiky a prevence, o širší zavedení a podporu školních programů. (RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b)
- b. selektivní (působí na konkrétní skupiny, rodiny nebo komunity, kde kvůli nedostatečným sociálním vazbám a prostředkům reálně existuje vyšší pravděpodobnost užívání drog (jiného návykového chování) a rozvoje závislosti na substančních i nesubstančních drogách. Důkazy o účinnosti selektivní prevence jsou z hlediska experimentálního hodnocení obtížněji získatelné. O významu fungující selektivní prevence v prostředí ohrožených rodin však není pochyb. Došlo k poklesu rizik pro děti, hlášených případů antisociálního chování, problémů s prospěchem, kriminality mladistvých, domácího násilí, problémů v oblasti duševního a tělesného zdraví a zneužívání návykových látek. (Nešpor et al., 1998) Evropské země poskytují většinou selektivní prevenci v omezeném rozsahu, většina intervencí je cílena na mladistvé pachatele, zranitelné rodiny a etnické skupiny. Evropská unie usiluje o silnější pokrytí regionu selektivním typem prevence. (RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b)
- c. indikovaná (snaží se rozpoznat jedince s problémy chování nebo psychickými problémy, které mohou upozorňovat na rozvoj problémového užívání návykových látek (jiného návykového chování) v pozdějším věku, a zaměřit se na ně jednotlivě speciálními intervencemi (Nešpor et al., 1998) V Evropě jsou programy indikované prevence většinou pečlivě vyhodnocovány, mnohdy vykazují vysokou účinnost. Celkově ale zůstávají intervence v této oblasti omezené. Jde např. o intervenční

projekty určené dětem s poruchami pozornosti a chování, časnou intervencí a poradenství pro osoby, které začaly užívat drogy, zábavné vzdělávání mezi vrstevníky realizované ve školách vzdělávajících mladé lidi s problémovým chováním.

(RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b)

2. Léčba (určena těm, kteří návykové látky škodlivě užívají, nebo jsou na nich závislí, což se v současnosti týká i jiného chování s návykovými rysy, např. gamblingu, závislosti na ICT, apod.). (Nešpor et al., 1998)
3. Udržování stavu a prevence recidiv (např. podpůrné programy pro bývalé uživatele drog, resocializace, chráněné bydlení a zaměstnání) (Nešpor et al., 1998).

Drogovou prevenci lze rovněž rozdělit do několika úrovní nebo strategií v širším rozpětí – od těch, které se zaměřují na společnost jako celek (prevence prostředí), až po ty, které se soustředují na ohrožené jedince (indikovaná prevence). V optimálním případě mezi sebou různé strategie nesoutěží, ale vzájemně se doplňují. K nejobtížnějším úkolům protidrogové politiky patří, aby různé úrovně prevence odpovídaly stupni zranitelnosti cílových skupin, aby intervence byly založeny na důkazech a měly dostatečné pokrytí. Strategie prevence zaměřené na prostředí usilují o změnu bezprostředního kulturního, sociálního, fyzického a ekonomického prostředí, v němž se lidé rozhodují o užívání drog. Typicky zahrnují např. zákaz kouření, stanovování cen alkoholu nebo propagaci zdravého způsobu života ve školách. Důkazy svědčí o tom, že opatření prevence prostředí na úrovni společnosti a zaměření na sociální klima ve školách a komunitách jsou efektivními způsoby, jak změnit vnímání norem, a v důsledku toho užívání návykových látek (návykové chování). Téměř ve všech evropských zemích je dnes zaveden částečný nebo úplný zákaz kouření, reklama na tabák je zakázána směrnicí EU z r. 2003, debatuje se rovněž o návrzích minimálních cen a omezení propagace alkoholu. Deset členských států EU uvádělo v r. 2009 snahu vytvořit ve školách pozitivní a chráněné klima včetně přísných pravidel ohledně držení a užívání drog), země na severu Evropy také vytvořily koncept pozitivních chráněných prostředí na komunitní úrovni, například prostřednictvím obecních akčních plánů v oblasti alkoholu. (RADA EU 2005a; RADA EU 2005b)

Štablová (1998) podává přehled typů prevence dle vztahu mezi předmětem a etiologickou orientací (proces a vývoj jevu):

- praktický typ (otázka předmětu jevu není nastolena, není pro jeho řešení důležitá);
- empirický typ (o předmětu se hovoří, ale východiska, pojetí a přístup nejsou kategoriálně vymezeny);
- popisný typ (je vymezen předmět, popsán stav a výsledek, je stanovena organizace a metodika přístupu, chybí však etiologie);

- systémový (vysvětlující) typ (obsahuje etiologii, předmět, organizaci, metodiku, která vychází se zákonitostí vývoje);
- systematický typ (k systémovému typu prevence se připojí systémové řešení a vytýčení strategie).

Kvapilík (1985), Nešpor a Csémy (1996) zmiňují třídění prevence podle orientace na prevenci nespécifickou a specifickou. Nespécifická prevence není explicitně zaměřena na jasně vymezená rizika, ale je snahou o zachovávání pravidel zdravého životního stylu. Typicky je aplikována v rodině (jsou uspokojovány potřeby dítěte, vytvořeno podnětné a harmonické prostředí pro jeho zdravý růst a vývoj, předávány znalosti a dovednosti nezbytné ke zvládnutí hygienického, bezpečnostního a sociálního minima), pokračuje přechodem dítěte do předškolního zařízení a nástupem do školy, v různých zájmových organizacích. Cíle je, aby byly preventivní aktivity lehce zvládnutelné, technické nenáročné, byly vykonávány automaticky v příslušných situacích (např. umývání rukou po toaletě a před jídlem, ranní hygiena, rozhlédnutí před přecházením ulice, větrání, opatrnost při setkání s cizími lidmi). Specifickou prevenci lze aplikovat tehdy, kdy již dítě dokáže vstřebat faktografické znalosti o rizicích a konkrétní opatření k jejich předcházení, typicky na počátku druhého stupně základní školy. Specifická prevence je zaměřena na určité druhy rizik a možnosti, jak jim čelit (dopravní úrazy, závislosti, šikana, prostituce, rasismus, kriminalita, týrání, zanedbávání a zneužívání dětí, infekční choroby, neinfekční onemocnění hromadného výskytu, apod.).

Prevence by měla být vždy úměrná věku a znalostem cílové populační skupiny. Prioritou u malých dětí do 3 let věku je přiměřené a komplexní uspokojování jejich potřeb. Posiluje se všeobecná odolnost vůči vzniku závislostního chování. V předškolním věku (přibližně mezi 3.–6. rokem) je třeba dítěti zdůrazňovat, že zdraví je hodnotou, o kterou je nezbytné pečovat, chránit ji a podporovat. Dítě si postupně uvědomuje rizika, která jsou svázána s reálným životem a světem, učí se jim vyhýbat a čelit. V období mezi 7.–12. rokem je vhodné preferovat konkrétní informace a dovednosti před abstraktními koncepty, pokračovat v osvojování a posilování návyků souvisejících se zdravým způsobem života, prosazovat holistický model zdraví jako zásadní životní hodnotu. V tomto věku nabývá na významu specifická prevence zaměřená na odmítání tabáku, alkoholu, jiných drog a návykového chování. Období od 12 let (počátek adolescence) klade velké nároky na mladého člověka, rodinu i školu. Objevuje se negativismus, časté diskuse a zpochybňování autorit, zvýšené sklony k riskování, odmítání doporučení, hledání vlastních možností a limitů, adolescent je konfrontován s vrstevníky, kteří na něj silně působí. Dospívající patří z pohledu drogové epidemiologie k význačným rizikovým skupinám, vhodná prevence je u nich velmi důležitá. (Nešpor, Csémy, 2003)

Účinnost prevence se obecně zvýší při respektování cílových skupin, se zaměřením na skupiny rozdělené podle věku (děti, mládež, dospělí), na profesní skupiny, na rizikové skupiny (učňovská mládež, studenti, zdravotnický personál, nezaměstnaní, atd.). (Kvapilík, 1985; Nešpor, 1999)

Jádrem každého preventivního působení zůstává rodina, jejíž posílení má v současné době prvořadou důležitost pro udržení celé naší kultury. Rodina může usilovat o to, aby děti nepodlehly rizikovému chování s rysy závislosti. Funkční drogová prevence začíná již v dětství, a to rozvíjením pocitu sebeoceny, sebevědomí, zprostředkováním pozitivních lidských a etických hodnot v průběhu výchovy, jako je soucit, schopnost spolupráce, radost z učení, společenská odpovědnost a tolerance. Mladý člověk se tak postupně stane pevnou lidskou osobností, schopnou vybudovat trvalé vztahy a nalézt správný postup při konstruktivním řešení, vyskytnou-li se životní potíže. (Ondrejko, 1999; Nešpor, 2000)

Nešpor a Csémy (1997) připomínají, že prevence v rodině má mít vřelý a laskavý, ale zároveň do určité míry omezující styl. Dítě se v takové rodině cítí přijímáno a respektováno, zároveň ale jasně ví, kde jsou hranice toho, co ještě smí. Presl (1995) dodává, že riziko k braní drog snižujeme dobrou výchovou a účinnou prevencí.

Nešpor et al. (1994b) přidávají další rady a upozornění důležité při aplikaci prevence v rodině:

- Blízcí dítěte by si měli umět získat důvěru dítěte a naslouchat mu.
- Před diskusí s dětmi o problematice závislosti by si dospělí měli opatřit spolehlivé a aktuální informace, hovořit otevřeně.
- Důležité je rovněž vyvarovat se nudy a vhodně vyplnit volný čas. Buď je možné posílit vazbu dítěte na rodinu, nebo mu pomoci najít vhodné zájmy formou kroužků a dobrou společnost přátel mimo rodinu.
- Předcházení problémům se závislostmi podporují jasně formulovaná a dodržovaná pravidla rodinného soužití.
- Výhodné je předávání zásad zdravého životního stylu pomocí pozitivních vzorů (rodiče neberou návykové látky, preferují tradiční hodnotový systém, v němž má důležité místo zdraví a péče o jeho udržení, rodičovská láska a dobré rodinné klima).
- Dítě je třeba chránit před nevhodnou společností, mj. zvládnutím dovedností odmítání. Dobrou možností ochrany je naopak společnost pro dítě vhodná.
- Ochrana a posilování zdravého sebevědomí dítěte.
- Spolupráce členů rodiny, spolupráce s rodiči vrstevníků, se školou a jinými dospělými. V zahraničí jsou velmi aktivní a užitečné organizace rodičů.

Každou volnočasovou aktivitu u dětí a mládeže nelze automaticky považovat za prevenci, je třeba vybírat a podporovat takové programy a koncepce, které budou plnit funkce regenerační, relaxační, výchovné, sociálně preventivní a kompenzační. Volným časem je myšlen čas, v němž si dítě může svobodně, na základě své nálady, zájmu a pocitu volit činnost, jakou samo chce (Pávková et al., 2001).

Začlenění dítěte do volnočasové aktivity je poměrně složitým procesem, u něhož je nezbytné, aby obsahoval faktory informační, motivační, ekonomické i sociální. Řada sportovních a kulturních aktivit se zkomercializovala, děti tráví svůj volný čas mnohdy pasivním způsobem – u počítače, na internetu, sledováním televize, poslechem reprodukováné hudby. Schází-li dětem jasná představa o smysluplném využití svého volného času, hrozí, že podlehnou nudě. (Viehoffová, Reuysová, 2000)

Důležitým aspektem je výchova k rozvoji osobnosti dětí, osvojení si pozitivního sociálního chování, zdravého životního stylu a přirozeného odmítání všech forem porušování zákona. Nejzdravějšími volnočasovými aktivitami jsou sportovní a pohybové, které naplňují v mnoha oblastech zdravý životní styl, rozvíjejí socializaci a celou osobnost mladých lidí. Kvalitně vyplněný volný čas zmenšuje pravděpodobnost výskytu nežádoucích jevů spojeným se sociálními patologiemi, zároveň zvyšuje šanci, že dítě bude v něčem úspěšné. Při vytváření volnočasových aktivit není důležité množství, ale jejich skladba a kvalita. (Hájek et al., 2008)

Bém a Kalina (in Kalina et al, 2003) uvádějí, že prevence ve společnosti by měla být dána:

- podporou zdravého životního stylu;
- včasným začátkem preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku;
- cíleností a adekvátností informací i forem působení vzhledem k cílové populaci a jejím demografickým a sociokulturním charakteristikám;
- kontinuitou působení a systematickostí plánování;
- kombinací mnohočetných strategií působících na určitou cílovou skupinu;
- propojeností prevence zneužívání nelegálních drog a těkavých látek s prevencí problémů působených alkoholem a tabákem.

Nešpor a Csémy (1996) se zabývají strategiemi drogové prevence a jejich účinností. Připomínají, že některé z nich jsou velmi vhodné zejména pro děti a dospívající, jiné naopak selhávají. Běžně jsou k dispozici následující možnosti:

- emoční apely (obecně nevhodné, pouze u sociálně citlivého jedince dosud nezávislého na drogách mohou být částečně úspěšné);



- zastrahování (obecně nevhodné, obdobně jako u předchozí položky může být částečně úspěšně u sociálně citlivého jedince bez drogové závislosti, v osotaních případech hrozí blok komunikace, odcizení);
- prostá informace (obecně nevhodná, sdělení o typech, působení a rizicích drog musí být správné z pohledu soudobých odborných znalostí a stavu vědy, samo o sobě však není dostačující, je třeba začlenit zpětnou vazbu, aktivizaci posluchačů, diskusi, dávat pozor na návodný efekt – o čem se hovoří, může být impulzem k vyzkoušení);
- nabídka lepších alternativ, než jsou drogy (obecně vhodné, výběr přiměřených zájmových volnočasových aktivit pomáhá rozvíjet znalosti a schopnosti člověka, jeho odolnost vůči sociálním patologickým vztahům včetně závislosti);
- prevence založená na společnosti (komunitní prevence je velmi dobrou alternativou, snaží se o spolupráci různých pater společnosti a prosazování hodnot zdravého způsobu života);
- peer-programy (tzv. vrstevnické programy představují dobrou možnost, jak působit nejen na děti a dospívající, ale i na dospělé osoby, principem je prezentace „čistého“, tedy bezdrogového životního stylu jako hodnoty a normy, kterou provádějí vyškolení vrstevníci zhruba stejného stáří jako jejich cílová populační skupina);
- snižování dostupnosti drog (dobrá volba za určitých podmínek, je třeba ji propojit se systémem účinné prevence, navázat na represivní opatření vůči výrobcům a prodejcům drog);
- léčba a omezení komplikací (nezbytné v preventivním systému vyspělého státu, stojí na pomezí sekundární a terciární prevence, značně nákladné, výsledek záleží mj. na spolupráci pacienta/klienta).

Podle Nešpora a Provazníkové (1999) je třeba před výběrem vhodné preventivní strategie analyzovat situaci a zaměřit se na rizikové činitele, k nimž patří např. užívání drog v rodině, dysfunkční rodina, dlouhodobá nezaměstnanost, porušené mezilidské vztahy, časté konflikty, domácí násilí, nevhodný styl výchovy (tvrdý nebo značně liberální), absence povinností a trestů nebo jejich neúměrné využívání, přetěžování dítěte, nevhodné trávení volného času, sklony k násilí, záškoláctví, lhaní, útekům. Při realizaci prevence je možné s výhodou využít protektivních činitelů, jako např. fungující rodiny s harmonickými vztahy a klimatem, preference bezdrogového životního stylu jako normy, demokratického typu výchovy (přiměřené povinnosti, odměny a tresty), zábavných a obohacujících způsobů trávení volného času, dobrých vztahů s vrstevníky, kteří neužívají drogy, působení školy či zaměstnání.

K rizikovým vlastnostem, které se uplatňují při ohrožení osoby závislostí, patří zejména (Nešpor et al., 1994b; Nešpor, 2000):

- nezdrženlivost (malá frustrační odolnost, oddálení potřeb a přání činí osobě velké potíže, ihned vyžaduje jejich splnění);
- impulzivní jednání (osoba jedná pod vlivem okamžitého nápadu, je velmi aktivní, zábrany a korektivní mechanismy buď absentují, nebo jsou vyjádřeny jen chabě);
- zvýšená emoční labilita (rychlé střídání nálad neadekvátní situaci);
- hysteroidní rysy osobnosti (sebestřednost, sebeláska);
- psychická nestálost (osobou lze snadno manipulovat, chybí jí jasný vlastní názor, přejímá cizí a neustále je mění);
- psychopatické rysy osobnosti (negativně působící faktory v období prenatalního vývoje způsobily těžkou patologii osobnosti);
- snížené rozpoznávací schopnosti (osoby s mentálním postižením, osoby pocházející z nepodnětného prostředí, deprivované).

Řada těchto rysů může být psychiatrickými a neurologickými příznaky a souviset s organickým postižením centrálního nervového systému, proto je třeba pečlivého vyšetření pacienta a jejich vyloučení (Nešpor, 2000).

Rizikovými skupinami podle Nešpora et al. (1994) a Nešpora (2000) jsou zejména:

- děti a mladiství (žáci základních škol, studenti středních škol a učni);
- osoby, které se díky své profesi častěji setkávají s drogami (např. humánní a veterinární lékaři, farmaceuti, laboranti, barmani, číšníci);
- pacienti (hrozí jim iatrogenizace – obecně jde o neúmyslné poškození nevhodným diagnostickým či terapeutickým postupem, např. dlouhodobé podávání léku obsahujícího návykovou složku i poté, co pominuly důvody k jeho indikaci);
- osoby promiskuitní a věnující se prostituci;
- osoby pocházející z disharmonického rodinného prostředí;
- příslušníci minorit s odlišným životním stylem, běženci;
- lidé s disharmonickou strukturou osobnosti (zejména s poruchami emotivity);
- lidé s nižšími intelektovými schopnostmi.

K experimentům s návykovými látkami (chováním návykového typu) se nejčastěji sahá (Presl, 1995; Nešpor, 2000):

- ze zvědavosti (velmi častý důvod, touha zjistit, jaká je realita ve srovnání s informacemi od vrstevníků, z tištěných a elektronických zdrojů);
- kvůli navození příjemných pocitů (hledání náhradního zdroje uspokojení, když je obtížné či nemožné vyvolat slast v běžném životě přirozenými způsoby);
- z touhy po úniku z reality, z “šedi všedního dne“ (důvod bývá často uváděn v případě partnerské nebo rodinné krize, dlouhodobé nezaměstnanosti, dluhů a jejich vymáhání);
- kvůli relaxaci po náročném výkonu duševního nebo fyzického charakteru;
- z potřeby utlumit nepříjemné pocity a zdravotní obtíže (např. bolest, hlad, chlad, únavu);
- kvůli zásahu do přirozeného rytmu střídání aktivity a útlumu, k navození bdělosti a pozornosti nebo zklidnění a spánku;
- kvůli vztahu k sexu (řídce zmiňovaný důvod, většinou spojen s užitím alkoholu, nikotinu, pervitinu, kokainu);
- z potřeby družnosti (lidé podobných zájmů a “ladění“ si lépe rozumějí, dokáží snadněji sdílet své pocity a názory a chápat je);
- kvůli tlaku party, vrstevníků (vstupenkou do některých vrstevnických skupin je podstoupení rituálu, jímž může být užití drogy);
- z nudy (zejména ve velkých městských aglomeracích a nových satelitních sídlech, kde často chybí občanská vybavenost, existuje velká anonymita a odtrženost obyvatel, absentuje potřeba setkávat se na úrovni komunity);
- kvůli hrdinství (má ráz předvádění se před vrstevníky, souvisí s tzv. syndromem osobní imunity, kdy si experimentátor myslí, že se mu nemůže nic přihodit a že má situaci plně pod kontrolou);
- kvůli dobrodružství (očekávání a touha po neobvyklých zážitcích s příchutí nebezpečí);
- kvůli potřebě ztotožnit se nebo podobat se vzoru (snaha o identifikaci s osobností z oblasti hudby, filmu, sportu);
- z podlehnutí tlaku reklamy, médií (velmi silný vliv médií lze zaznamenat již u dětí předškolního věku, což se týká i reklamy a výchovy budoucích konzumentů).

Nešpor a Csémy (1996) uvádějí subjekty, které se účastní preventivních aktivit v ČR:

- jednotlivé školy a pracoviště,
- školské a sociální instituce,
- poradenský systém (pracovní, výchovné a rodinné poradenství),
- vyškolení vrstevníci v rámci vrstevnických (peer) programů,
- nestátní a neziskové organizace,
- Policie ČR a Městská policie,

- zdravotní ústavy,
- rodina,
- dětské, mládežnické, zájmové a sportovní organizace,
- praktičtí lékaři pro děti a dorost,
- sdělovací prostředky.

## Komunitní prevence

K nejúčinnějším strategiím preventivních programů patří komunitní prevence. Jedná se o vhodné oslovení, motivování a zapojení co nejširšího spektra jednotlivců a organizací v komunitě (např. vesnici, městě, regionu), z níž pochází populační skupina, na kterou bude program působit. (RADA EU, 2005b; Flaks, Trapková in Kalina et al., 2003)

Ze zkušeností různých komunit vyplývá, že na začátku řady preventivních iniciativ stojí nepříjemnost, která se přihodila v okolí, např. problémy s drogami u žáků, otrava nebo úmrtí dospívajícího pod vlivem alkoholu při dopravní nehodě, nebo stížnosti rodičů. Samozřejmě je vždy lepší, když se podobným tragédiím podaří předejít. Když už se ale přihodí, lze pomocí silných osobních příběhů lidi oslovit. Na počátku úspěšných programů také často stojí jedna osoba nebo skupina lidí, kteří nelitují námahy ani času pro dobrou věc, v projektu zdokonalují své sebevědomí a službu pro společnost. Šance na úspěch vzrůstá, podaří-li se zapojit do přípravy a uskutečňování programu co nejvíce oslovených členů cílové populační skupiny. Pokračování programu napomáhají pravidelné schůzky zapojených pracovníků a pokračující výchova nových pomocníků. Začleňují se drobnější akce během všedních dnů a akce mimořádné – např. výlety, výstavy, slavnosti, víkendová nebo prázdninová soustředění. O přijímání programu jeho účastníky vypovídá mj. zpětná vazba (dotazníky, ankety, rozhovory), která rovněž pomáhá program rozšiřovat a zdokonalovat. (Nešpor et al., 1994b)

K hlavním cílům prevence v komunitě patří (Flaks, Trapková in Kalina et al., 2003; Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- aktivizovat potenciál a schopnosti komunity;
- vytvářet specifické programy pro osoby v rizikových situacích, resp. ohrožené drogovou závislostí;
- podporovat zdravý životní styl komunity a vytvářet pro něj vhodné podmínky;
- poskytovat objektivní informace o drogové problematice a průběžně informovat o aktivitách zaměřených na prevenci v dané lokalitě;

- podporovat a budovat kvalitní spolupráci různých institucí, ale i jednotlivců v komunitě s důrazem na vytváření vhodných podmínek k řešení drogové problematiky;
- vytvořit funkční systém umožňující co nejsnadnější komunikaci a spolupráci institucí a organizací na různé úrovni.

Realizace prevence v komunitě probíhá v 5 krocích (Flaks, Trapková in Kalina et al., 2003; Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- 1) **mapování potřeb** (provede se inventarizace stávajících aktivit specifické i nespecifické primární prevence, tj. zdrojů v komunitě týkajících se přímo prevence, zjistí se míra informovanosti o drogové problematice, míra uvědomění závažnosti drogového problému a jeho rozšíření v komunitě, naléhavost a ochota tento problém řešit v rámci primární prevence);
- 2) **vytváření sítě, tzv. networking** (kontaktují a propojují se organizace, které se přímo zabývají programy primární prevence v komunitě – občanská sdružení, organizace a iniciativy různého typu, i když jejich program se problematiky přímo netýká, místní politiky a politické formace, důležité osobnosti – lékaři, spisovatelé, duchovní, podnikatelé, sportovci, hudebníci, důležité instituce a organizace na daném území – úřady, velké podniky, školy, univerzity, nemocnice, galerie, divadla);
- 3) **plánování** (shromažďování informací, vytváření databáze – adresáře jednotlivců, organizací, jejich zaměření a příspěvku k chodu projektu, zformulování problémů a cílů, možností řešení a zdrojů, seznámení zastupitelů místní správy a obyvatel komunity s výsledky mapování potřeb a s vlastním projektem, realizace pilotního projektu ve vybraných cílových skupinách, jeho průběžné vyhodnocování, sledování efektivity a cílů, reakce na podněty vzešlé ze zpětné vazby, úpravy a zpřesňování projektu, návrh rozšíření programu do celé komunity dle jejích potřeb);
- 4) **vlastní realizace** (uskutečňování a koordinace jednotlivých aktivit preventivního projektu, průhlednost a kontrolovatelnost financování, cílenost jednotlivých podprogramů, vhodná mediální prezentace, měřitelnost efektivity jednotlivých aktivit, vytváření podmínek pro nové aktivity a programy, které v komunitě scházejí, podpora programů, které již probíhají, respektování povahy již probíhajících projektů vzhledem ke specifickému či nespecifickému typu prevence, průběžné vyhodnocování, sledování efektivity a naplňování cílů, na jejichž základě probíhá postupné šíření projektu do celé komunity);
- 5) **vyhodnocení** (provádí realizační tým, mohou do něj vstupovat všichni zúčastnění či zainteresované cílové skupiny, hodnotí se přínos projektu pro celou komunitu, jeho prezentace v médiích, cíle projektu musejí být jasně definované a srozumitelné již na

začátku tak, aby byly výsledky dobře měřitelné a doložitelné, je nezbytné a užitečné, aby v rámci rozsáhlejšího projektu působil tzv. nezávislý evaluátor zvenčí, tedy hodnotitel nespojený s řešiteli projektu i s ovlivňovanou komunitou).

Základní rysy účinného programu komunitní prevence (RADA EU, 2005b; Flaks, Trapková in Kalina et al., 2003)

- Vychází ze znalosti prostředí (demografická, kulturní a sociálně-ekonomická hlediska, nejčastěji užívané návykové látky či chování s rysy závislosti, problémy etnických skupin, zdroje a možnosti na místní úrovni).
- Vytváří místní síť (místní osobnosti, instituce a organizace, oslovuje více generací, kombinuje „sváteční události“ a „činnosti všedního dne“).
- Stimuluje občanskou morálku (morální hodnoty, aktivní účast místních obyvatel v pomoci při řešení problémů).
- Obsahuje srozumitelné poselství, využívá účinných faktorů specifické i nespecifické prevence.
- Neobsahuje zjevné či skryté podněty, které posilují předsudky vůči uživatelům drog a brání zavádění a rozvoji prevence, léčby a sociálních služeb.

## Prevence závislostí ve školním prostředí

Ondrejko et al. (1999) označují školu za prostředí nadějně pro zdraví. Na světě prakticky neexistuje místo, kde by byl člověk chráněn před drogami, snahy o vytvoření bezdrogového území na Zemi selhaly. Stále ale mohou vznikat malé „ostrůvky zdraví“ ve školách, a to s lidmi, kteří ještě nemají vlastní zkušenosti s drogami a jsou názorově čistí – s našimi dětmi.

Obecně lze drogovou prevencí charakterizovat jako iniciativy, aktivity a strategie určené k zamezení negativních následků spojených s legálním a nelegálním užíváním drog a jinými typy návykového chování. Uvažujeme jak zdravotní poškození, tak právní, sociální a další důsledky pro uživatele drog a jejich okolí. Cílem těchto snah může být předcházení prvnímu užití drogy či jinému návykovému chování, prevence zneužívání drog a závislosti na nich i snížení míry nepříjemností pro uživatelské okolí, nebo opatření mohou být zaměřena na předcházení konfliktům včetně problémů se zákonem. (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Školní prevence drog sice obsahuje všechna uvedená hlediska, omezuje se však jen na specifické školní prostředí. Zahrnuje jak prevenci zneužívání drog či jiných typů návykového chování, tak i pravidla a předpisy ohledně návykových látek a návykového chování, předávání ohrožených

studentů do péče profesionálních zdravotnických služeb či jakékoli další postupy ohledně užívání drog ve školách. (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Obvykle se pod pojmem „primární prevence“ rozumějí strategie a aktivity určené k předcházení prvnímu užití drogy (či výskytu jiného návykového chování) a vlastnímu začátku užívání drog (jinému návykovému chování), pod pojmem „sekundární prevence“ pak programy, strategie a aktivity zaměřené na prevenci vlastního zneužívání drog (jiného návykového chování), včasnou identifikaci a léčbu zneužívatelů drog (nositelů jiného návykového chování) s cílem zabránit vzniku závislosti. Školní prevence by se měla zaměřovat na všechny legální i nelegální drogy (substanční i virtuální), které mohou vést k návyku či závislosti. (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Skácelová (in Kalina et al., 2003b) připomíná, že školní prostředí vytváří pro prevenci zcela specifický charakter. Škola může svým plánovitým přístupem a vlivem na žáka zajistit, že preventivní programy budou do činnosti zařazovány a žáci se jich účastní.

Ve všech členských státech Evropské unie jsou školy považovány za nejdůležitější zařízení pro všeobecnou prevenci. Z tohoto důvodu významně vzrostl důraz kladený na prevenci ve školách v národních strategiích a při strukturovaném uplatňování tohoto přístupu, což se odráží v rozšiřování školní protidrogové politiky, rozvoji specifických modulových programů protidrogové prevence pro školy a s tím souvisejícím zkvalitňováním pedagogického vzdělávání. (RADA EU, 2005a; RADA EU, 2005b)

Škola a rodina jsou v oblasti prevence problémů s návykovými látkami a jiným návykovým chováním partnery (Nešpor, Csémy, 2003).

## *Očekávání školy od rodičů*

Očekávání školy od rodičů jsou následující (Nešpor, Csémy, 2003):

### *Realistická očekávání*

- Spolupráce rodičů se školou, zejména v případě výskytu komplikací.
- Vytvoření podmínek pro náležitou přípravu dítěte do školy a uspokojování jeho potřeb.
- Vedení dítěte k dobrým způsobům trávení volného času a zdravému způsobu života.
- Přehled o tom, s kým se dítě stýká ve volném čase.
- Zajištění přiměřené lékařské a psychologické pomoci pro dítě.
- Budou mít pochopení pro mnohdy nelehkou práci pedagoga, nebudou bezdůvodně oslabovat jeho autoritu u dětí. Své případné výhrady dokáží sdělit škole přímo.

### *Nerealistická očekávání*

- Rodiče nějak zařídí, aby se z problémového žáka stal žák bezproblémový.
- prevenci se postarají sami (ignorování faktu, že dítě ve škole, kde není pod dohledem rodičů, tráví značnou část svého času).
- Mají při prevenci u dětí neomezené časové i materiální možnosti
- Budou automaticky souhlasit se vším, co škola v prevenci i v jiných oblastech dětem nabízí.
- Dokáží sami i bez odborné pomoci včas rozpoznat a zvládat problémy s návykovými látkami u dítěte.
- Nebudou mluvit do aktivit, které se ve škole odehrávají.

### *Očekávání rodičů od školy*

Očekávání rodičů od školy jsou tato (Nešpor, Csémy, 2003):

#### *Realistická očekávání*

- Škola bude bezpečným místem, kde nebudou dostupné návykové látky a činnosti.
- Bude používat postupy, které jsou smysluplné a účinné.
- Zprostředkuje rodičům informace, které jim pomohou při prevenci. Může rovněž doporučit, kde hledat pomoc pro různé problémy jejich dětí.
- Bude povzbuzovat žáky ke kvalitním způsobům trávení volného času a ke zdravému způsobu života.
- Bude s rodiči v soustavném kontaktu i za normálních okolností, a tím spíše v případě problémů nebo komplikací.

#### *Nerealistická očekávání*

- Škola se o prevenci v oblasti drog a jiného návykového chování postará sama, rodiče se tím nemusejí zabývat.
- Do školy budou chodit pouze ideální děti, které nemají problémy s návykovými látkami a činnostmi.
- Nebude nutit rodiče, aby i jen uvažovali o tak nepříjemných záležitostech, jako jsou návykové látky a činnosti u dětí.
- Převezme odpovědnost i za trávení volného času dětí.
- Nebude rodiče zdržovat tím, že by je zvala k osobnímu jednání, své případné problémy s dětmi si vyřeší sama.



# Školní preventivní program, Minimální preventivní program, školní metodik prevence

Nováková (in Kalina et al., 2003b) a Skácelová (in Kalina et al., 2003b) zdůrazňují, že základním článkem projektů prevence drog se stává škola, s čímž souvisí i požadavek na vzdělávání pedagogických pracovníků, zejména školních metodiků prevence, v problematice závislosti na drogách a jiného návykového chování, později v celé šíři sociálně patologických jevů.

Skácelová (in Kalina et al., 2003b) a Mužíková (2010) charakterizují školní preventivní strategii (školní preventivní program) takto:

- je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení;
- je součástí školního vzdělávacího programu, které vychází z příslušného Rámcového vzdělávacího programu, popř. je přílohou dosud platných osnov a učebních plánů;
- vychází z omezených časových, personálních a finančních investic se zaměřením na nejvyšší efektivitu;
- jasně definuje dlouhodobé a krátkodobé cíle;
- je naplánována tak, aby mohla být řádně uskutečňována;
- přizpůsobuje se kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v rámci školy, tak v jejím okolí, respektuje rozdíly ve školním prostředí;
- oddaluje, brání nebo snižuje výskyt sociálně patologických jevů;
- zvyšuje schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí;
- má dlouhotrvající výsledky;
- pojmenovává problémy z oblasti sociálně patologických jevů a případných dalších závislostí (anabolika, virtuální drogy, poruchy příjmu potravy);
- pomáhá zejména těm jedincům, kteří pocházejí z nejméně ohrožených skupin (minoritám, cizincům, pacientům či dětem) při ochraně jejich lidských práv;
- podporuje zdravý životní styl, tj. harmonickou rovnováhu tělesných a duševních funkcí s pocitem spokojenosti, chuti do života, tělesného i duševního blaha (výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybové aktivity);
- poskytuje podněty ke zpracování Minimálního preventivního programu.

Minimální preventivní program (MPP) je konkrétním dokumentem školy zaměřeným na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich

sociálně komunikativních dovedností. MPP je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce se žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků. MPP je zpracován školním metodikem prevence na jeden školní rok. Podléhá kontrole České školní inspekce, je průběžně vyhodnocován, písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy. Na tvorbě a realizaci MPP se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Koordinace tvorby a kontrola realizace patří ke standardním činnostem školního metodika prevence. Při tvorbě a vyhodnocování MPP školní metodik prevence spolupracuje dle potřeby s dalšími odborníky. (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003c; Skalík in Kalina et al., 2003b; Mužíková, 2010)

Při tvorbě a uplatňování MPP jsou využívány dokumenty platné školské legislativy pro oblast primární prevence, standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, koncepce primární prevence na různých úrovních (národní, krajské, obecní), dlouhodobá preventivní strategie školy, školní řád, krizový plán a postup školy při výskytu rizikových forem chování dětí a mládeže, sankční řád, přehled nabídky volnočasových aktivit. (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a)

Efektivní program vyžaduje spolupráci a odpovědnost na několika úrovních (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a):

- ředitel školy má odpovědnost za podporu, vytváření a realizaci programu;
- školní metodik prevence koordinuje přípravu a realizaci programu;
- členové pedagogického sboru začleňují preventivní témata do výuky „svých“ předmětů v souladu s Rámcovými vzdělávacími programy;
- třídní učitelé hrají při naplňování MPP klíčovou roli;
- žáci se aktivně podílejí na přípravě a realizaci programu;
- dohlížející metodik prevence (např. z regionálního poradenského centra pro problematiku závislostí) zajišťuje odbornou a metodickou pomoc, je garantem kvality programů;
- škola spolupracuje s jinými organizacemi v regionu (v komunitě).

Vedení škol a školských zařízení (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a):

- vytváří podmínky pro realizaci prevence v oblasti sociálně patologických jevů;
- zajišťuje spolupráci s rodiči (zákonnými zástupci) v oblasti prevence;

- zajistí zakotvení preventivních opatření proti sociálně patologickým jevům v řádu školy nebo školského zařízení;
- pověřuje vhodného pracovníka funkcí školního metodika prevence;
- zodpovídá za soustavné vzdělávání pracovníků školy nebo školského zařízení v oblasti prevence;
- provádí opatření při výskytu sociálně patologických jevů ve škole nebo školském zařízení;
- sleduje efektivitu jednotlivých preventivních aktivit.

V rámci MPP mají pedagogové plnit především následující úkoly (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a, Mužíková, 2010):

- věnovat pozornost chování žáků, zajímat se o jejich problémy;
- podle oboru, jemuž vyučují, vhodně začlenit problematiku drogové prevence do příslušných oblastí Rámcových vzdělávacích programů na školách a školských zařízeních, v nichž působí;
- podílet se na pořádání komponovaných pořadů, diskusí, přednášek, filmových představení s tematikou návykových látek, návykového chování, nebezpečí s nimi spojených;
- účastnit se akcí, jež jsou ve škole věnovány prevenci sociálních patologií a závislostí;
- probírat s rodiči výchovné problémy žáků;
- podávat návrhy a pomoci realizovat volnočasové aktivity žáků.

Vedení škol (školských zařízení), školní metodici prevence i další pedagogové považují v souvislosti s drogovou problematikou za nejpřínosnější následující aktivity (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b, Mužíková, 2010):

- mít znalosti o příznacích drogové závislosti i závislosti vyvolané jinými formami návykového chování, ovládat jednoduché techniky k diagnostice stavu drogové scény na škole;
- osvojit si dovednosti, umožňující použití moderních výchovných metod, které spočívají v poznání osobnosti žáka a přeměně její hodnotové orientace;
- využívat vrstevnických (peer) programů v oblasti prevence závislostí, podobně též metod sociálního učení;
- disponovat jednoznačným výkladem legislativy (doplnění a upřesnění tezí, jež se zabývají závislostmi a dalšími sociálními patologiemi, do školního řádu, zdůvodnění sankcí pro žáky, cesty spolupráce s rodiči, poradenskými organizacemi, policií, atd.).

Zpracování MPP probíhá ve čtyřech krocích, jedná se o přípravnou fázi, stanovení cílů, naplánování vhodných aktivit z oblasti primární a sekundární prevence pro cílové skupiny, evaluaci, dokumentaci a prezentaci výsledků (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a).

## *Přípravná fáze tvorby zpracování MPP*

Vychází z vnitřních a vnějších zdrojů školy (školského zařízení). (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b)

K vnitřním zdrojům pro tvorbu MPP řadíme (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a):

- stručný popis specifik a charakteristiky školy (např. velikost a typ sídla a školy, její umístění, počet žáků, rizikové faktory);
- popis rizikových míst ve škole důležitých pro výskyt nežádoucího chování žáků (toalety, šatny, jídelna, učebny, chodby);
- zmapování situace v jednotlivých třídách v souvislosti s rizikovými formami chování žáků (např. formou ankety, dotazníkového šetření, analýza pozitivních a negativních momentů – zodpovídají za ni třídní učitelé);
- podporu postavení pedagoga ve funkci školního metodika prevence vůči ostatním pedagogickým pracovníkům školy, jeho kompetencí, standardních činností, místa a spolupráce jednotlivých členů ve školním poradenském pracovišti ze strany vedení školy;
- představení školního metodika prevence, oznámení jeho konzultačních hodin i místa pro konzultační a poradenskou činnost žákům školy a jejich rodičům;
- vnitřní informační zdroje (např. odborná literatura, videotéka, webová stránka školy, schránka důvěry (je-li zavedena), e-mailová adresa školního metodika prevence pro podněty pocházející od žáků a rodičů, školní časopis, školní rozhlas, nástěnky, aj.).

K vnějším zdrojům pro tvorbu MPP řadíme (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b):

- vnější informační zdroje (oficiální webové stránky MŠMT ČR, stránky internetových portálů s informacemi o drogách, prevenci a poradenství, webové stránky odborných zařízení);
- metodickou pomoc z řad nadřízených metodiků prevence a poradenských zařízení;

- odbornou pomoc (internetové poradenství pro školní metodiky prevence v oblasti primární prevence, síť odborných zařízení na celostátní, a zejména regionální úrovni;
- přehled vzdělávacích programů pro školní metodiky prevence a ostatní pedagogické pracovníky;
- přehled volnočasových aktivit v regionu.

## *Stanovení cílů Minimálního preventivního programu školy*

V této fázi tvorby MPP je třeba si uvědomit, jaké negativní jevy ve škole hodláme ovlivňovat a jakými metodami budeme působit na zájmovou populační skupinu. Vymezíme tedy konkrétní cíle školního MPP pro daný školní rok. Cíle lze dělit na dlouhodobé a krátkodobé. Dlouhodobé (vize) mají spíše obecnější charakter, jsou časově náročné a uvedené především v preventivní strategii školy nadřazené MPP. Příkladem dlouhodobého cíle může být trénink sociálních dovedností žáků nebo snížení výskytu rizikového chování ve škole v horizontu několika let. Krátkodobé cíle jsou konkrétní, vztahují se k určité cílové skupině (žáci, rodiče, pedagogičtí pracovníci), jsou časově termínované (omezené). Příkladem může být zmapování situace ve výskytu rizikového chování ve třídě v pololetí a ke konci školního roku nebo vypracování komunikačního systému nutného pro práci školního metodika prevence (e-mail, webové stránky, schůzky s ostatními pedagogy a s rodiči, konzultace). (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a; Mužíková, 2010)

## *Plánování aktivit MPP pro jednotlivé cílové skupiny*

Je třeba zajistit, aby pedagogičtí pracovníci i nepedagogický personál školy byli informováni o skladbě MPP a nastavených pravidlech (školní řád, krizový plán, zdroje odborné pomoci, požadavky na práci třídních učitelů, kompetence členů školního poradenského pracoviště, vedení dokumentace, výměna informací), dodržovat plán vzdělávání školních metodiků prevence a ostatních pedagogických pracovníků v problematice primární prevence různých forem rizikového chování žáků. (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003a; Skalík in Kalina et al., 2003a)

Cílovou skupinou MPP jsou žáci školy, společně s učiteli se účastní preventivní strategie zakomponované v Rámcovém vzdělávacím programu školy (příslušná témata jsou probíraná v jednotlivých předmětech a ročnících). Do MPP školy mohou být začleněny též programy primární prevence sociálních patologií poskytované nestátními či neziskovými organizacemi, je však vhodné ověřit, zda mají udělenou akreditaci, poté z nich pečlivě vybírat. Obecně se může jednat o komplexní dlouhodobý program, jednorázové programy primární prevence, hromadné akce v oblasti primární prevence, programy indikované a selektivní primární prevence. Posuzujeme, zda konkrétní typ

programu zapadá do školní strategie, zda a jak navazuje na Rámcový vzdělávací program, zda existuje prostor pro vzájemnou informovanost a spolupráci pro další období, jaká je jeho finanční náročnost. Poté školní metodik prevence zpracuje časový harmonogram programů a akcí MPP ve školním prostředí, mimo školu, v komunitě, přehled nabídky mimoškolních aktivit pro žáky a rodičovskou veřejnost. (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003a; Skalík in Kalina et al., 2003a)

Preventivní aktivity a cíle programu „Zdraví 21“ jsou implementovány v Rámcovém vzdělávacím programu na různých úrovních (předškolní, základní, gymnaziální, odborné, speciální) vzdělávání. Školy a školská zařízení se mohou zapojit do projektů „Zdravá mateřská škola“ a „Zdravá škola“. (Havlíková et al. 2006; Havlíková et al., 2008; Mužíková, 2010)

Do výchovně vzdělávacího procesu na školách a ve školních zařízeních je nutné zapojit také rodiče, zabezpečit jejich informovanost o postojích školy nebo školského zařízení k preventivní strategii a o možnostech intervence v případě selhání jejich dítěte. Vzdělávání rodičů v problematice sociálních patologií pomocí tradičních aktivit nabízených školou se z dlouhodobého pohledu ukazuje jako málo účinné, proto je nutné hledat nové formy a metody k jejich zapojení do výchovně vzdělávacího procesu (využívat nových médií, profesionálně připravených kampaní, aktivního zapojení celých rodin). (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003a; Skalík in Kalina et al., 2003a)

V oblasti primární prevence lze realizovat informační servis pro rodiče (seznámení s preventivní strategií školy, se školním řádem, nabídka adresáře poskytovatelů služeb v oblasti zvládnutí sociálně nežádoucího chování dětí), aktivní formy spolupráce s rodiči (jejich přímá účast na preventivní strategii školy, komunikace s třídními učiteli, školní akce určené pro rodiče s dětmi, funkčnost poradenského systému školy, přednášková činnost), pasivní formy spolupráce s rodiči (písemná sdělení, distribuce informačních materiálů). V oblasti sekundární prevence se jedná o odbornou pomoc rodičům mimo rámec školy, besedy s rodiči žáků o určitém problému, poradenství (práce s jednotlivcem, rodinná terapie, zprostředkování léčby). (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b)

## *Evaluace, dokumentace a prezentace výsledků MPP*

Evaluace představuje vyhodnocení vlastního realizovaného programu, výsledků procesu změn, dopadu na účastníky programu a dosaženého efektu v porovnávání se záměrem. Týká se podstaty realizace jednotlivých fází a aktivit, informuje o počtech účastníků, finančních nákladech, schopnosti realizovat jednotlivé programy. Proces změn musí být vyhodnocován průběžně a trvale

pomocí prostředků poskytujících zpětnou vazbu (rozhovorů, e-mailů, dotazníků, anket), na jejímž základě se korigují cíle, metodika, obsah a forma programu. Evaluací lze zjistit, jak konkrétní preventivní program funguje, co komplikuje jeho realizaci, co vše ovlivnilo program mimo předpokládaných faktorů, čeho se při realizaci vyvarovat a na co se připravit. Evaluace a metodika včasného odhalování rizik patří mezi základní kritéria vypracování preventivních programů či vzdělávacích akcí v oblasti sociálně patologických jevů, zejména pak při udělování akreditací či výběru projektů ve výběrových řízeních. Hodnotitele preventivních projektů zajímá evaluace plánování, evaluace průběhu preventivní intervence a evaluace výsledku preventivní intervence. K důležitým otázkám, na něž by měla evaluace dát odpověď, patří, zda bylo skutečně dosaženo stanovených cílů, zda je možné použité přístupy či postupy opakovat a na co se zaměřit v dalším roce běhu preventivního projektu. Hodnocení se účastní třídní učitelé, rodiče i další členové komunity, vedení školy, podílejí se na něm všichni pedagogičtí a nepedagogičtí pracovníci školy či školského zařízení, ev. též nadřazení metodici prevence, pracovníci poradenských a jiných odborných center, příp. i nezávislí hodnotitelé mimo školský systém. (Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a)

Školní metodik prevence shromažďuje veškeré informace a zpětné vazby získané v průběhu MPP v daném období, eviduje výskyt rizikových forem chování u jednotlivých žáků školy. Je výhodné si tyto informace průběžně poznamenávat do deníku. Do dokumentace patří i záznamy o rozhovorech se žáky a s rodiči. V závěru školního roku školní metodik prevence vypracovává na základě dokumentace a podkladů od třídních učitelů hodnocení MPP, které je součástí závěrečné zprávy školy. (Skácelová in Kalina et al., 2003b; Mužíková, 2010)

Výsledky realizace MPP je vhodné prezentovat na různých úrovních (místní, regionální, celostátní), a to i v případě, že program nebyl úspěšný, aby se ostatním participantům ukázala východiska, upozornilo se na řešení, která nevedou k cíli, na možná úskalí. Pozitivní výsledky je možné publikovat v odborném tisku, na konferencích, seminářích, v regionálních médiích, na webu, atp.). (Nováková in Kalina et al., 2003a; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003a)

Na základních školách, středních školách, středních odborných učilištích a vyšších odborných školách jsou preventivní metody nejúčinnější, jsou-li programy zaměřeny tak, aby co nejlépe odpovídaly charakteristikám cílové skupiny populace školních dětí. (Ondrejko et al., 1999; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003c)

V oblasti speciálního školství jsou strategie, metody a přístupy v rámci MPP modifikovány se zaměřením na jedince s výchovnými problémy a jedince se sociálním znevýhodněním, včetně mládeže umístěné v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Základní principy vytváření

předpokladů pro zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti negativním sociálním jevům (sociálním patologiím) jsou obdobné jako v případě běžných základních a středních škol. Především se jedná o formování pozitivních postojů, posilování schopností zvládat životní problémy a konflikty, zvyšování odolnosti vůči stresu a dlouhodobým frustracím, motivaci k plnohodnotnému a smysluplnému prožití života. Dobré výsledky přinášejí zejména metody aktivního sociálního učení. Pro práci s dětmi a mládeží s určitým typem postižení je v oblasti prevence negativních sociálních jevů nutné vypracovat a realizovat alternativní preventivní strategie respektující jejich specifika (druh postižení), včetně speciálních potřeb a zájmů. (Richter et al., 2005; Vítková in Vítková et al., 2007; Vojtová, 2010; Vojtová in Bartoňová et Vítková, 2010)

V segmentu vysokého školství se systematicky vzdělávají pedagogičtí a ostatní pracovníci v problematice prevence především na pedagogických fakultách. Jde o vzdělávání odborně erudovaných, komunikativně a psychologicky vybavených učitelů, kteří již působí na školách, a také studentů všech učitelských oborů pedagogických fakult. Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti sociálně patologickým jevům vyžaduje systémovou a koordinovanou přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních. Vzdělávací projekty jsou podporovány MŠMT ČR a určeny zejména pro vzdělávání metodiků prevence na jednotlivých školách, případně další zájemce z řad učitelů na základních a středních školách. (Mužík et Mužíková in Řehulka, 2003; Mužíková, 2010)

Pokud se jedná o prevenci závislostí na tzv. virtuálních drogách, je třeba si uvědomit, že jsme se stali součástí informační společnosti, jejímž prostřednictvím se proměňuje prostředí, v němž se vzdělávání uskutečňuje. Značnou část znalostí v oblasti moderních ICT získávají děti ve škole. Mění se výukové cíle, přizpůsobují se Školní vzdělávací programy a v konečném důsledku i celkové úlohy škol. Orientovat se ve světě informací, získat elementární dovednosti v ovládnutí výpočetní techniky a dosáhnout základní úrovně gramotnosti v užívání moderních ICT dokáží děti již od základní školy prostřednictvím vzdělávací oblasti Informační a komunikační technologie, která je povinnou součástí Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Nabyté dovednosti jsou v informační společnosti nezbytným předpokladem dobrého uplatnění na trhu práce i podmínkou k efektivnímu rozvíjení profesní i zájmové činnosti. Cílové zaměření směřuje k poznávání, porozumění digitálním médiím a všem tokům informací od jejich vzniku, přenosu, zpracování až po praktické využití. Žáci se učí tvořivě myslet, porovnávat a třídit více informačních zdrojů, respektovat práva k duševnímu vlastnictví. Stěžejním cílem je zaujetí odpovědného, etického přístupu k nevhodným obsahům vyskytujícím se na internetu či jiných médiích. (Vítková et al., 2004; MŠMT ČR [on-line], 2009)



Hra je z psychologického hlediska jedním z nejvýznamnějších socializačních činitelů v procesu záměrného učení, vychází z přirozené lidské potřeby. Uplatňuje se při ní řada kognitivních procesů (představitivost, fantazie, hráčská inteligence, schopnost anticipace, pozornost, paměť), projevují se osobní vlastnosti (hravost, soutěživost, rozhodnost, míra dominance, kooperativnost, míra riskovat). V herních aktivitách se dítě učí novým dovednostem a získává řadu praktických zkušeností. (Lokšová, Lokša, 2003; Vágnerová, 2005)

Zařazení problematiky gamblingu a závislostí na moderních ICT včetně jejich prevence do MPP je velmi potřebné a nanejvýš žádoucí, poněvadž děti jsou ohroženy zejména náruživým hraním videoher a počítačových her. V životě dětí a mládeže hrají digitální média důležitou roli a bylo by špatné jim je zakazovat či jiným způsobem zatracovat. Je třeba mít na paměti, že čím jsou děti mladší a nevyzrálejší, tím větší mají média vliv na utváření jejich názorů a postojů. Děti v současnosti nelze od vlivu ICT izolovat, je třeba je naučit s nimi žít v realitě. (Nešpor, 2006; Vítková in Vítková et al., 2007)

Děti by měly být vedeny k tzv. „zdravému hraní“, které nekončí závislostí, ale při němž se posilují (Lokšová, Lokša, 2003; Nešpor, 2000; Nešpor, 2006):

- sociální dovednosti (začleňování a pozice ve skupině),
- zdravá soutěživost (hledání vlastních mezí, srovnávání předpokladů a výsledků s ostatními v kolektivu, motivace k lepším výkonům; přetrvávají i v období dospělosti),
- schopnost relaxace (uvolnění vnitřní tenze, redukce stresu, úzkosti, deprese),
- kognitivní procesy (trénink paměti, řešení taktických situací, využívání matematických znalostí, koncentrace, motorické koordinace).

Školní metodik prevence je osobou, která vypracovává MPP ve spolupráci se všemi pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky. Respektuje specifika školského zařízení a regionu, míru problémů ve vztahu k drogám mezi dětmi a mládeží. Zpracovává řád školy, ve kterém je jasně vyjádřen postoj zařízení k drogám legálním i nelegálním a následné kroky a opatření při jeho porušení. Rovněž spolupracuje s rodiči, jinými institucemi a organizacemi. (Skácelová in Kalina et al., 2003b, Mužíková, 2010)

Pedagogicko-psychologická poradna Brno prezentovala Desatero školního metodika prevence, které se vztahuje k úspěšné realizaci MPP (PPP BRNO [on-line], 2011):

1. Odpovědný výběr garanta programu (garantem programu je pedagogický pracovník – učitel nebo vychovatel, jeho výběr je ovlivněn velikostí školy a podmínkami v ní, aktivním zájmem kandidáta o práci garanta, jeho osobnostními a odbornými předpoklady, důvěrou dětí,

přirozenou autoritou u žáků a kolegů, časovými hledisky, vzděláním, ochotou pracovat na sobě, finančním ohodnocením, atp.).

2. Získání podpory řídicích pracovníků (seznámit vedení školy s programem, získat je pro jeho realizaci, preferovat dlouhodobost, komplexnost, koordinovanost, východiska výchovy ke zdravému životnímu stylu, změnu postojů a chování, vybudovat si pozici odborníka na prevenci, dále se v tomto směru vzdělávat, zajistit finanční a materiální zabezpečení programu, dohodnout pravidla realizace programu ve škole).
3. Vybudování týmu spolupracovníků (seznámit kolegy s filosofií programu, zapojit je do jeho uskutečňování, zajistit průběžnou spolupráci s vedením školy, výchovným poradcem, mezipředmětovou spolupráci, spolupráci úplných základních škol se spádovými malotřídkami a mateřskými školami, otevřít prostor pro sdílení vzájemných očekávání a diskusi, na poradě technického personálu školy informovat ostatní zaměstnance o programu, sdělit jim svá očekávání).
4. Příprava aktivit pro žáky (vytvořit prostor v jednotlivých vyučovacích předmětech i v celkovém působení školy; při koncipování tematických bloků s dětmi je nezbytná znalost vlastností cílových skupin – např. jejich jazyka, hodnot, vzorů; příprava zásobníku her, vhodného místa pro realizaci aktivit – pokud možno jinde než v klasické třídě; důležitá je vlastní odborná připravenost, vhodný výběr informací s ohledem na nežádoucí návodný efekt, materiálové zajištění, atmosféra důvěry, stanovení konzultačních hodin pro setkání dětí se školním metodikem prevence, školním poradenským pracovištěm; nabídka volnočasových aktivit, víkendových a prázdninových akcí, využití možnosti peer programu, ev. klubová činnost).
5. Zajištění metodických pomůcek, informací, kontaktů (vytvoření knihovny, videotéky, fonotéky pro potřeby školního metodika prevence a ostatních pedagogů, shromáždění všech dostupných informací o institucích, organizacích a odbornících, kteří v oblasti prevence působí v regionu – např. pedagogicko-psychologická poradna, krajská hygienická stanice, nízkoprahová zařízení, zřízení stálého informačního panelu, kde budou důležité informace zpřístupněny žákům a rodičům v odpovídající a přitažlivé formě).
6. Pořádání aktivit pro rodiče (informovat Radu školy a Sdružení rodičů a přátel školy, získat jejich podporu a pomoc, oslovovat rodiče, seznamovat je se záměry a způsoby realizace programu, nejlépe na třídních schůzkách, příp. prostřednictvím regionálních médií, zapojit je do uskutečňování projektu).
7. Spolupráce s ostatními odborníky (středisko výchovné péče, pedagogicko-psychologická poradna, nízkoprahová zařízení, lékaři, krajské hygienické stanice, oddělení péče o dítě a rodinu, sociální kurátoři, oddělení sociální prevence, probační pracovníci soudu, Městská

policie, Policie ČR, nadřízený protidrogový koordinátor, protidrogová komise), vždy je nutný osobní kontakt.

8. Pomoc při organizování volnočasových aktivit dětí a mládeže, oslovení státní správy a místní samosprávy – zastupitelstev (spolupráce s dalšími orgány státní správy a místní samosprávy, např. s obecními úřady všech úrovní, Úřady práce, centry volného času, sportovními a zájmovými organizacemi, nadacemi), opět je vždy nutný osobní kontakt.
9. Vhodná propagace programu (využití veřejných sdělovacích prostředků, např. místního a regionálního tisku, rozhlasu, televize, webových prezentací, školního časopisu, školního rozhlasu, oslovení laické i odborné veřejnosti a všech pater komunity s informacemi o existenci, průběhu, aktivitách, výsledcích a možnostech zapojení dalších zájemců do projektu).
10. Evidence a efektivita (vedení záznamů o přehledu realizovaných kroků a aktivit, plnění časového harmonogramu v průběhu školního roku, podnětech získaných ze zpětné vazby). Při hodnocení efektivity lze využít anket, dotazníků, rozhovorů, slohových prací, schránek důvěry, e-mailových schránek. Měřítkem efektivity může být ohlas u školních metodiků prevence, vedení škol, dalších členů pedagogického sboru, žáků, rodičů.

Strategie a programy snižování poptávky usilují především o snížení zájmu o užívání drog, ev. o jiné typy návykového chování (virtuálních drog). Poptávka může být snižována prostřednictvím preventivních programů, které mají odvracet uživatele nebo potencionálního uživatele od experimentování s ilegálními drogami (jinými typy návykového chování) nebo od jejich následného užívání (provozování). (Vodičková, 1998; Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b)

Příklad kurzu primární prevence pro pedagogy obsahuje soubor přednášek cílených na základní témata preventivní problematiky. Zejména je zaměřen na koncepci prevence a preventivní programy, sociálně právní propedeutiku, zdravý životní styl jako trvalou součást výchovného procesu, duševní hygienu jako prostředek prevence a zvládání stresových situací v práci učitele, ověřené metodiky preventivních programů, charakteristiku sociálně patologických jevů, úvod do teoretických základů speciální pedagogiky, chování osobnosti v zátěžových situacích, poruchy chování a jejich zvládání. (Dvořák, 1995, Nováková, 1995, MŠMT ČR, 1999, Cymbalová et al., 2003)

Prakticky se jedná o nácvik různých komunikačních metod, psychoterapeutických technik, aktivního sociálního učení, relaxačních metod, přípravu a uplatňování peer programů, apod. Osvojení metod a dovedností umožní pedagogům mj. efektivně komunikovat jak s jedinci bezproblémovými,

tak s jedinci s výchovnými problémy. (Dvořák, 1995, Nováková, 1995, MŠMT ČR, 1999, Cymbalová et al., 2003)

Mezi klíčová témata dalšího vzdělávání pedagogů v prevenci sociálních patologií a závislostí patří (Nováková in Kalina et al., 2003b; Mužíková, 2010):

- tvorba MPP pro konkrétní školu účastníka kurzu, práce na projektech;
- arteterapeutické techniky (motivace žáků ke tvořivé činnosti);
- aktivní sociální učení (zlepšení sociálních vztahů a dovedností, efektivní orientace v mezilidských vztazích, porozumění skupinovým procesům, kooperativní řešení interpersonálních problémů a konfliktů, apod.);
- relaxace, prevence stresu, duševní zdraví;
- posouzení vývoje zdravého jedince;
- komunikační metody (nonverbální komunikace, rétorická cvičení);
- zdravý životní styl a rozvoj osobnosti.

V případě dobře fungujícího programu předcházení závislostem a jiným sociálním patologiím školy provádějí prevenci problémů působených návykovými látkami (jiným návykovým chováním) soustavně a využívají účinných postupů, např. programů za aktivní účasti předem připravených vrstevníků nebo pozitivních alternativ. Při realizaci prevence existuje výborná spolupráce s rodiči, efektivní komunikace s dalšími relevantními organizacemi a institucemi v komunitě, v níž škola sídlí. Ve škole se prosazují rozumná a přiměřená pravidla týkající se návykových látek (jiných typů návykového chování), alkohol, tabák a jiné drogy (vč. virtuálních) jsou ve škole a v jejím okolí žákům nebo studentům málo dostupné. Učitelé jsou vnímáni jako pomáhající, dávající, pečující. Podporují rozvoj žáků, dobře s nimi komunikují a spolupracují, dokáží rozpoznat jejich možnosti. Pro selhávající a problémové žáky hledají pozitivní možnosti a cesty, jak chránit jejich sebevědomí. Vedou k formování prosociálního chování, pomoci druhým, pozitivním hodnotám. Poskytují možnosti pro rozhodování, výchovu a vzdělávání druhých. Existuje dobrá návaznost na kvalitní způsoby trávení volného času, také zaměření na mimoškolní aktivity. (Nováková, 1995; Dvořák, 1995; MŠMT ČR 1999; Cymbalová et al., 2003)

V případě selhávající nebo zcela nefunkční prevence neexistuje systematický program, školy se spoléhají nejvýše na jednorázové akce bez zpětné vazby a aktivního zapojení žáků (studentů). S rodiči nespolupracují a nekomunikují, rovněž absentuje komunikace s relevantními organizacemi a institucemi v komunitě. Jsou prosazována nepřiměřená pravidla, příp. pravidla týkající se závislostí a dalších sociálních patologií neexistují vůbec. Alkohol, tabák, jiné návykové látky a další typy

návykového chování jsou na školách i v jejich okolí žákům nebo studentům snadno dostupné. Učitelé jsou vnímáni jako nepřátelští a lhostejní, se žáky nespolupracují, pouze poukazují na jejich nedostatky a zdůrazňují je. Selhávající a problémoví žáci se stávají objekty zesměšňování a ponižování. Školní atmosféra je cynická, odcizená, postrádá nabídku pozitivních hodnot. Neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času. (Nováková, 1995; Dvořák, 1995; MŠMT ČR 1999; Cymbalová et al., 2003)

## Modelový projekt školní prevence drog

Nizozemský Trimbos-Instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) vypracoval modelový projekt školní prevence užívání drog (zkráceně školní drogové prevence) s názvem SMART (Galla et al., 2002). V české mutaci byl prezentován pod hlavičkou Úřadu vlády ČR a sdružení SANANIM (Richter et al., 2005).

Projekt je zaměřen na žáky 2. stupně základní školy, název pochází z počátečních písmen anglických slov, označujících jeho hlavní charakteristiky, a sice (Richter et al., 2005):

- **Specific** (specifický, jasně zaměřený),
- **Measurable** (měřitelný, kontrolovatelný),
- **Acceptable** (přijatelný),
- **Realistic** (dosažitelný, v souladu se současnou situací a podmínkami),
- **Time-bound** (časově vymezený, ohraničený).

Specifita programu spočívá v jasném definování krátkodobých cílů a aktivit, poněvadž velmi obecné vymezení vede k nejistým výsledkům. Ke specifickým krátkodobým cílům počítáme zvýšení znalosti studentů o drogách, oslovení všech studentů v dané věkové skupině relevantními informacemi, vyhrazení určitého počtu hodin v týdnu (obvykle dvou) v každé třídě pro školní prevenci drog. Ke specifickým aktivitám řadíme implementaci a dodržování nařízení ohledně drog a užívání drog na školních prostranstvích, výběr a vymezení předávaných informací, určení cílové skupiny a látek (aktivit) na něž by se měla zaměřit pozornost. (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Měřitelnost a kontrolovatelnost spočívá v nezbytném definování hmatatelných a jasných výstupů školního programu, posuzování aktivit, které jsou součástí projektu, komplexním hodnocení (evaluaci). Naplňování krátkodobých cílů je možné posuzovat podle konkrétních výstupů projektu, realizaci a úroveň aktivit v rámci projektu stanovením hodnotitelných ukazatelů (znaků). Výsledky je možné měřit pomocí monitorovacích nástrojů, např. sledovat, kolik žáků (studentů) jisté věkové

skupiny bylo v určitém počtu hodin osloveno specifickými informacemi a s jakým výsledkem (znalosti, postoje). (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Krátkodobé cíle anebo metody školního protidrogového preventivního programu se ne vždy setkají s příznivým ohlasem, pochopením či přijetím u všech zúčastněných přímo ve škole nebo v její blízkosti. Tento případ může nastat, není-li iniciátorem programu ředitel nebo vedení školy a pedagogický sbor nemá zájem investovat do programu energii ani čas. Někdy je k započatí účelné spolupráce nezbytné přijetí rozhodnutí v rámci hierarchie organizace. V rámci realizace preventivního programu je potřebné, aby spolu osazenstvo školy komunikovalo a podle svých možností se snažilo o dosažení jeho cílů. Personál školy, který není přesvědčen o přínosu školního programu prevence užívání drog, jej nemusí akceptovat, poněvadž pochybuje o jeho účinnosti a obává se práce navíc. Žáci mohou mít pocit, že pro ně zamýšlený program není vhodný, zaměřuje se na špatná témata, narušuje ochranu jejich soukromí. (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Základem kvalitního projektu je spoluúčast žáků (studentů) na stanovování krátkodobých cílů i na jeho implementaci. Míra přijetí obsahu programu se zvýší, pokud žáci (studenti) podporují jak přístup, tak vhodné začlenění daného programu do života školy. Rodiče (zákonní zástupci) se mohou zajímat o to, jaký typ prevence se provádí, někteří se dokonce mohou obávat, že preventivní aktivity podporují užívání drog. Je proto důležité informovat je o skutečnosti, že ve škole bude probíhat školní program protidrogové prevence a jak bude implementován do školního života. Poskytnutí relevantních informací, otevřený přístup a nabídka zodpovězení dotazů souvisejících s preventivním programem pomáhá nastolit vztah důvěry mezi školou a rodiči (zákonnými zástupci dítěte). Zároveň je velmi vhodné a důležité nabídnout rodičům (zákonným zástupcům) možnost podílet se na programu. (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Dobře koncipovaný projekt školní prevence užívání drog by měl být přijatelný pro všechny následující skupiny (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- žáci (studenti),
- vedení školy,
- učitelský sbor,
- personál školy,
- rodiče a zákonná zástupci dětí,
- komunita.

Z hlediska dosažitelnosti, pozitivní podpory a účasti na školním protidrogovém preventivním programu je nutné stanovení realistických a splnitelných cílů. Vedou-li aktivity a intervence

k nulovým nebo jen nepodstatným výsledkům, začne podpora chodu programu ochabovat. (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Řešitelé projektu by měli zvládat následující úkoly (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- stanovení dlouhodobých vizí (zejména se jedná o pozitivní změny postojů a chování cílové populační skupiny směrem ke zdravému životnímu stylu bez drog);
- střízlivá očekávání ohledně dosažení změn v chování žáků či studentů ve vztahu ke drogám (uvažované změny mohou nastat v menším měřítku a s delší časovou prodlevou, než tvůrci projektu původně plánovali, na názory a postoje cílové skupiny je třeba působit soustavně, což vyžaduje koncepci, systematickost, trpělivost, mohou být opomenuty faktory, jež preventivní působení komplikují);
- kritičnost (v případě potíží hledat chyby nejprve ve vlastních řadách, nejprve realizovat projekt v menší skupině osob jako pilotní studii, v případě úspěchu působení rozšiřovat, těžit z podnětů, které řešitelé projektu obdrží cestou zpětné vazby);
- využití podpory všech zúčastněných včetně personálu školy, žáků (studentů), rodičů či zákonných zástupců dítěte (kvalitní školní preventivní projekt vyžaduje, aby se neopomnělo nejen oslovení a angažování dětí a pedagogů, ale též zbylého osazenstva školy, rodin a dalších součástí komunity, jimž je třeba srozumitelně sdělit poselství programu a požádat je dle jejich možností o spolupráci);
- šetrné hospodaření s finančními prostředky (poskytovatel finančních prostředků má právo kontrolovat, jak je s nimi nakládáno, řešitelé projektu by s nimi měli hospodařit účelně a hospodárně);
- respektování typu a polohy školy (strategie preventivního projektu může být modifikována podle okolností, zda se škola nachází ve starší nebo nové zástavbě, jaká je její velikost a struktura žáků či studentů tak, aby byla mj. zohledněna rasová, etnická a náboženská práva cílové skupiny);
- rozhodování (včasné a správné rozhodování pevně souvisí se správným chodem a důvěryhodností projektu, každý projekt může narazit na problémy, jež je nutné včas a vhodně řešit, dodržovat časový harmonogram, kontrolovat využívání financí, lidských a materiálních zdrojů; řízení menších projektů zvládne řešitelský tým přímo, ve větších je zapotřebí pomoci koordinátorů a dalších odborníků);
- očekávání změn, důsledky programu (je nutné kontrolovat plnění krátkodobých cílů dle časového harmonogramu, dlouhodobých vizí dle změn chování, názorů a postojů cílové

populační skupiny, akceptovat informace ze zpětné vazby, uvažovat o působení programu na celou komunitu, její život a zvyklosti);

- kritické přebírání zkušeností odjinud (při realizaci prevence se nebráníme zkušenostem z ciziny, ale bereme je vždy s rezervou – co funguje v zámoří, nemusí fungovat (nebo jen omezeně) v českém prostředí, a naopak; vždy je potřebné zohlednit vlastnosti cílové populační skupiny a celé komunity a správně je zasadit do socioekonomického rámce příslušného regionu, znát problematické body a konflikty, které by dobrý program neměl jítřit, ale oslabovat);
- přijatelnost změn, limity intervence (řešitelé by měli uvažovat o dopadu změn působených preventivním projektem na komunitu, snažit se, aby byly v souladu s uznávanými společenskými, etickými a vědeckými normami; sebelepší projekt nemůže obsáhnout všechna rizika, je proto třeba zohlednit, že se chování a postoje zájmové populační skupiny i celé komunity mohou měnit pomaleji a v menším rozsahu, než se původně očekávalo).

Časová přiměřenost a vymezenost preventivního projektu souvisí s faktem, že se postoje a chování cílové populační skupiny nedají změnit okamžitě, ale vyžadují určitý čas. Obvykle lze první pozitivní signály zachytit za několik měsíců, za 2–3 roky by měly již být jasně patrné, ale jejich zesílení a fixace trvají několik let. Podpora účastníků projektu je svázána mj. s jeho časovou náročností. (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005)

Časová vymezenost projektu představuje (Galla et al., 2002; Richter et al., 2005):

- stanovení jasného časového rozvrhu,
- splnění úkolů v určitém a jasně definovaném časovém rámci,
- čas pro aplikaci prevence, čas pro působení prevence v populaci (změny chování, postojů),
- zahrnutí jak aktivit, které probíhají dlouhodobě (např. u obecného cíle snížit míru užívání drog), tak aktivit, které probíhají krátkodoběji (např. stanovení školních pravidel a nařízení ohledně drog, provedení monitorování, atd.).

## Primární prevence

Jde o opatření, kterými lze měnit způsoby jednání, chování a uvažování člověka, aby se rozhodl pro zdravý, „čistý“, bezdrogový životní styl, tedy o veškeré aktivity realizované s cílem předejít problémům spojených s užíváním návykových látek, případně oddálit první kontakt s drogou.



Primární prevenci lze členit na nespécifickou (veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek – protektivní faktory vzniku závislostí) a specifickou (aktivity zaměřené přímo na prevenci užívání návykových látek, tzn. programy cílené na určitou formu sociálně-patologického chování). (Nešpor et al., 1998)

Ondrejkoovič et al. (1999) dodávají, že se primární prevence týká nejvšeobecnějších podmínek předcházení vzniku závislostí, i když neznáme přesná data o její účinnosti, neboť je určena všem – ohroženým a nehroženým, mladým i starým, chlapcům i děvčatům bez rozdílu.

Aktivity primární prevence jsou cíleny na vybrané populační skupiny (či celou populaci) doposud zdravou, která nemá zkušenosti s rizikovým chováním závislostního typu, ev. má jen ojedinělou zkušenost, která ji negativně nepoznamenala. Výstupem je ovlivnění mechanismů vzniku a vývoje závislostí, „přeladění“ ovlivňované skupiny směrem k žádoucím návykům a zdravému způsobu života. (Heller, Pecinovská, 1996; Kachlík [on-line], 2003)

Do oblasti primární prevence můžeme zařadit všechny činnosti směřující k tomu, aby drogový problém vůbec nevznikl. Drogová prevence se postupně stává běžnou součástí výuky na všech dostupných školách, setkáváme se s ní i při nejrůznějších mimoškolních akcích. Otázkou zůstává, zda se její uskutečňování děje vhodnou formou spojenou s realistickým očekáváním. Základním motorem primární prevence byla, je a bude rodina. Je dobré vést dítě ke schopnosti umět se prosadit a být zodpovědný za svoje chování. (Presl, 1995)

Bém a Kalina (in Kalina et al., 2003) charakterizují smysl primární prevence takto:

- Užívání drog by nemělo být společensky tolerovanou formou chování mladých lidí.
- Život bez drog a s tím související zdravý životní styl by se měl stát atraktivním pro mládež.

Primární prevence se snaží ovlivnit populaci jako celek, nebo působí na tzv. cílové skupiny vybrané uvnitř populace. V souvislosti s rizikem vzniku drogové závislosti můžeme jako o cílových skupinách v české populaci hovořit o dětech a mládeži, zejména ve věkovém rozmezí 13–18 let. (Nováková, 1995; Heller, Pecinovská, 1996; Bém, Kalina in Kalina et al., 2003)

Těžištěm a klíčovým objektem zájmu primární prevence je rodina a dále škola, především základní a střední. Smysluplná protidrogová výchova má být komplexní, systematická, s jasným harmonogramem a dlouhodobou vizí, nízkoprahová, s interaktivitou a minimálními bariérami v komunikaci. Proto je zcela nezbytné, aby byla problematika rizikového chování závislostního typu vhodně začleněna do procesu výchovy a vzdělávání. K tomu lze využít různých postupů a výchovných programů, v ČR např. „Minimálního preventivního programu“ vedeného Ministerstvem školství,

mládeže a tělovýchovy. (Heller, Pecinovská, 1996; Kachlík [on-line], 2003; Kachlík, Havelková in Řehulka et al., 2007)

## *Strategie a efektivita primární prevence*

Nešpor (2000) uvádí stručný přehled preventivní účinnosti různých strategií, jež se v praxi používají:

- zastrášení (nadávky, hrozby fyzickými a psychickými tresty, jejich vykonání) – neúčinné;
- citové apely (citové vydírání, prosby, pláč, výčitky) – neúčinné;
- prosté informování (sdělení bez zpětné vazby, nepřizpůsobení posluchačům) – neúčinné;
- nabízení lepších alternativ, než je alkohol nebo jiné návykové látky (činnosti, které lze vykonávat např. ve volném čase místo konzumace drog) – účinné u skupin se zvýšeným rizikem;
- peer programy (programy s aktivním zapojením připravených vrstevníků) – účinné u skupin se středním rizikem;
- prevence založená na spolupráci různých složek společnosti (např. rodina, škola, zdravotnické služby, zájmové organizace, městská a republiková policie, průmyslové podniky, osobnosti komunity, politici) – účinná;
- snižování dostupnosti návykových látek včetně alkoholu – účinné, je-li provázeno též snižováním poptávky po nich;
- léčba anebo mírnění následků – relativně účinné, záleží na jejich včasném poskytnutí.

Za efektivní primární prevenci lze podle Nešpora et al. (1998) považovat programy, které:

- odpovídají věku (jejich poselství dokáže cílová skupina dobře vstřebat, poněvadž je vybavena znalostmi a dovednostmi, na nichž lze stavět);
- jsou malé a interaktivní (zejména v počátku většího projektu je vhodné oslovit menší cílovou skupinu osob, program se lépe sleduje, řídí a upravuje, jeho poskytovatelé dostávají rychlou zpětnou vazbu);
- zahrnují podstatnou část cílové populační skupiny (dobrý preventivní projekt se snaží vhodně oslovit prakticky všechny členy cílové skupiny, oslabit „třecí plochy“ mezi jednotlivými frakcemi v komunitě);
- zahrnují získání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život (účastníci si osvojí nezbytné minimum potřebné k předcházení obecným rizikům, ochraně svého zdraví a preferenci zdravého způsobu života, navazování vztahů, úspěšnému řešení konfliktů, mezilidské komunikaci);

- berou v úvahu místní specifika (je nutné zohlednit etnické, příp. rasové či náboženské zastoupení zájmové populační skupiny, velikost a typ školy a sídla, místní zvyklosti, v případě konfliktů poznat situaci, vyvarovat se zjevných i skrytých narážek, nejitřit rozmíšky, snažit se o stmelení a prosazení dobré věci);
- využívají pozitivní modely (rodiče, další blízcí dítěte, vrstevníci, osobnosti komunity z umělecké, sportovní, vědecké, politické oblasti žijící v souladu s holistickým pohledem na zdraví a bez užívání drog či jiného návykového chování, bez skandálů, představují kvalitní vzory);
- zahrnují legální i ilegální návykové látky (jsou využívány obdobné strategie, v českých podmínkách patří k nejčastěji zneužívaným látkám alkohol a tabák, dále konopí a jiné nelegální drogy, dnes je třeba brát v úvahu i tzv. virtuální drogy a jiné druhy chování s návykovými rysy);
- zahrnují i snižování dostupnosti návykových rizik (důležitou roli hraje komunita, Policie ČR i Městská policie, jež netolerují výrobu, pouliční prodej a konzumaci drog na veřejných místech, dohled nad hazardními hrami, hracími automaty; preventivní opatření sama o sobě nemohou pokrýt veškeré kanály, jimiž se drogy dostávají od producenta ke spotřebiteli, je třeba jejich vhodné návaznosti na opatření represivní);
- jsou soustavné a dlouhodobé (ke změně postojů a vstřebání znalostí a dovedností potřebných k odolání rizikům je třeba určitého času, posilování a opakování, jednorázové akce bez aktivní zpětné vazby oslovené populační skupiny mají jen krátkodobou a minimální účinnost);
- jsou prezentovány kvalifikovaně a důvěryhodně (i když v současnosti jde především o pozitivní posun postojů a názorů populace směrem k uznávání zdraví jako klíčové hodnoty, k jeho ochraně a posilování, přesto jsou aktuální a vhodně prezentované informace podstatnou součástí prevence, tištěných a elektronických informačních zdrojů je dostatek, důležité je umět s nimi pracovat);
- jsou komplexní a využívají více strategií (programy současně oslovují žáky, pedagogy, rodiče, příp. další členy komunity, posilují občanskou morálku a odpovědnost, holisticky laděný hodnotový žebříček, vzájemnou spolupráci a provázanost jednotlivých pater komunity);
- počítají s komplikacemi a nabízejí možnosti, jak je zvládat (ani kvalitní a na menším vzorku odzkoušený projekt se nevyhne komplikacím, důležité je si problémy přiznat, projevit ochotu je řešit, zajistit zpětnou vazbu z řad zástupců zájmové populační skupiny, tak řešitelský tým preventivního projektu neztratí důvěru komunity).

## Techniky odmítání

V náplni prevence užívání drog a návykového chování je užitečné nacvičovat vhodné techniky odmítání. Jde o způsoby chování, které se učí v primární prevenci a v rámci prevence relapsu. Jejich účelem je společensky přijatelné vyhnout se droze či jiné potenciálně návykové aktivitě ve chvíli, když ji někdo nabízí. K základním metodám účinného odmítání patří rozpoznání rizikových situací a včasné vyvarování se jich. (Nešpor, 2000; Nešpor, 2006)

Lze použít (Nešpor, 2000; Nešpor, 2006):

- rychlá odmítnutí (technika „nevidím, neslyším“, čili ignorování nabídky, dále odmítnutí gestem nebo slovem „Ne“, příp. „Nechci“);
- zdvořilá odmítnutí (s vysvětlením, nabídkou lepší možnosti, převedením řeči jinam, odmítnutí s odložením);
- důrazná odmítnutí (technika porouchané gramofonové desky či odmítnutí protiútokem, kdy dotyčného upozorníme na nesouhlas s jeho chováním, příp. nabídneme radu);
- královská odmítnutí (vyjádříme jednoznačně negativní postoj k droze, nabídneme druhému pomoc).

Bližší charakteristika jednotlivých technik odmítnutí (Nešpor, 2000; Nešpor, 2006):

- Odmítnutí vyhnutím se (zvážení situace, kdy by mohlo dojít k nabídce drogy nebo jiné návykové aktivity, vyhnout se jí).
- Ignorování – technika „Nevidím, neslyším“ (běžně se užívá, ideální při kontaktu s prodejci drog nebo lidmi, s nimiž nechceme mít nic společného, znamená zcela ignorovat nabízejícího).
- Odmítnutí gestem (velmi častá možnost k rychlému vyřešení potenciálně rizikové situace, nejspíše jde o zavrtění hlavou či odmítavý pohyb rukou).
- Jasně „Ne!“, event. poněkud zdvořilejší „Nechci!“ (opět běžná možnost hodící se k rychlému odvrácení nebezpečí, základní lidské právo odmítnout některé věci bez povinnosti vysvětlovat důvody).
- Odmítnutí s vysvětlením (používáme, když chceme nabízejícímu vysvětlit, že neodmítáme jeho osobu, ale drogy, event. jiný předmět či službu, kterou nemíníme přijmout).
- Nabídka lepší možnosti (použijeme, pokud nám na nabízejícím záleží, snažíme se místo rizikové situace navrhnout její bezpečnější alternativu, např. místo trávení volného času pitím alkoholu návštěvu kina, výstavy, procházku v přírodě, atp.).

- Převedení řeči na něco jiného (nabídka se přeslechne či odmítne, téma rozhovoru se převede do jiné oblasti).
- Odmítnutí s odložením (většinou jde o mírnější vyjádření jasného odmítnutí formou odpovědi „jindy“, „později“).
- Přeskakující, poškozené médium – gramofonová deska/CD (hodí se, pokud se nabízející nenechá snadno odbýt, snaží se vyvolat pocit viny, slibuje, argumentuje, přemlouvá, lichotí; jde o stereotypní opakování jednoho vhodného slova či věty stále dokola).
- Odmítnutí protiútokem (používáme uváženě, poněvadž může u osob pod vlivem drog vyvolat agresivní či paranoidní stavy; nabízející může urážet či vzbuzovat pocity méněcennosti, nenecháme se vyprovokovat, ale asertivně označíme, co se nám na chování druhého nelíbí, kritizujeme spíše v soukromí a konkrétní situaci, ne osobnost, cílem není zranit, ale pomoci změnit nevhodné chování).
- Odmítnutí jednou provždy (vhodné, chceme-li předejít rizikové nabídce v budoucnu, velmi užitečné u osob, s nimiž se často stýkáme v místě bydliště, v zaměstnání, ve škole – např. „jsem nekuřák/nekuřačka, abstinent/abstinentka“).
- Odmítnutí jako pomoc (na nabízejícím záleží, odmítneme jeho rizikovou nabídku, vysvětlíme důvody a nabídneme svoji pomoc; cílem je sebeanalýza a poučení z vlastních chyb, ochota k řešení obtížných životních situací, efekt se může dostavit až za delší dobu).

## *Peer programy*

Za důležitý prvek školní drogové primární prevence jsou považovány tzv. „peer programy“ (vrstevnické programy). Principem je výběr žáků, kteří nemají potíže s prospěchem a se závislostním chováním, jsou přirozenými autoritami třídy a dokáží dobře komunikovat s pedagogy. Věk žáků je stejný nebo mírně vyšší (o 2–3 roky) než věk skupiny, na niž mají působit (spolužáci ve třídě, ve škole). Vrstevníci jsou vyškoleni, aby dokázali přenést pozitivní modely chování, názory a postoje, model bezdrogového („čistého“) životního stylu jako standard. Za pomoci dospělých pak mohou pořádat večírky bez drog, vést diskusní skupiny, poskytovat rady a oporu v obtížných situacích. (Kalina et al., 2001; Nešpor, Csémy, 2003)

Skácelová (in Kalina et al., 2003c) upozorňuje, že význam slova „peer“ je mnohem širší, prakticky se jedná o někoho, s kým se může cílová skupina ztotožnit, nemusí se vztahovat pouze k dětskému věku, ale i pozdějším životním obdobím. V případě „klasických“ peer programů vrstevníci výrazně působí na formování postojů jedince, a proto mohou účinně zasáhnout do žádoucí změny jeho rizikového chování. Jsou vybráni jedinci, kteří projdou výcvikem, a poté působí na rizikovou skupinu (tzv. peer efekt).

Bém a Kalina (in Kalina et al., 2003) shrnují, že principem peer programů je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků pro formování postojů mladých lidí s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování.

Podle Nešpora et al. (1994a; 1994b) sehrává ve vrstevnických programech úlohu nejen věk, ale i sociální situace a zaměstnání cílové populační skupiny. Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu ztotožní, může relativně snadno uplatnit získané dovednosti a postoje v praxi, poněvadž se v reálném životě dostává do podobných situací jako nositelé programu. Znalosti o návykových látkách a chování ve vztahu k nim nekorelují, účinné preventivní programy proto nemohou spoléhat na pouhé předávání znalostí.

Nešpor et al. (1998) uvádějí následující způsoby realizace peer programů:

- Vytvoření organizace, jejíž členové působí na své vrstevníky (v rámci organizovaného projektu na školách, nebo i neformálně, připravení vrstevníci připravují pro své spolužáky komponované pořady, diskuse, klubová setkání).
- Školy si vychovávají své peer vedoucí samy, příp. škola slouží jako metodické středisko k přípravě peer instruktorů pro další zařízení.
- Školení malých týmů – např. pedagoga a několika žáků z jeho školy, které pak zavádějí program na své škole. Výhodou této možnosti je poskytování tréninku i školám ze vzdálenějších regionů.

Při realizaci vrstevnických programů na školách se nejprve kontaktuje vedení školy, seznámí se s programem a zjišťuje se, zda a jaký má zájem o spolupráci. Následuje informace o programu pro učitelský sbor, výběr spolupracovníků z řad učitelů. Úvodní sdělení má pedagogy motivovat ke spolupráci a poskytnout základní údaje. Cílem programu je zejména soběstačnost školy v primární prevenci, což ale v případě potřeby nevyklučuje spolupráci s jinými institucemi. Všichni pedagogičtí pracovníci školy by měli být alespoň obecně informováni o krátké intervenci a preventivních aktivitách na školách, měli by znát pravidla týkající se návykových látek ve školním prostředí a postupy v případě jejich porušení. Základní informace o krátké intervenci by tedy měla být poskytnuta i těm pedagogům, kteří ji obvykle neprovádějí. (Nešpor et al., 1994a; Nešpor et al., 1994b)

Dalším krokem při uskutečňování peer programu je nábor dobrovolníků (aktivistů) z řad žáků. Učitelé stručně vysvětlí žákům principy a požádají zájemce, aby se předběžně přihlásili do programu prevence. Kritériem pro budoucí peer aktivisty je, že nebudou konzumovat žádné návykové látky ani

provozovat rizikové chování s návykovými rysy do konce školního roku, dále by neměli mít čtyřku nebo horší známku z některého z hlavních předmětů. (Nešpor et al., 1994a; Brichcín et al., 1997)

Motivací k účasti aktivistů ve vrstevnickém programu je získání dovedností v mezilidských vztazích a při práci s lidmi, což bývá potvrzeno osvědčením o absolvování. Peer program obvykle probíhá během výuky i po jejím skončení. Aktivity uskutečňované v rámci peer programu by neměly být náročné na materiální vybavení, je vhodné volit rozšířené a snadno dostupné pomůcky (volné listy papíru, kreslicí čtvrtky, balicí papír, tužky, fixy, křídly, atp.). K obvyklému vybavení učeben patří i tabule, užitečná je příručka pro peer aktivity. Práce s dětmi probíhá v běžných třídách, lze rovněž využít místností s kobercem a s minimem (nebo bez) školního nábytku. (Nešpor et al., 1994a; Nešpor et al., 1994b)

Výcvik peer aktivistů je cíleně připravuje na jejich budoucí práci a roli ve vrstevnickém programu. Výcvik je rozdělen do čtyř jednogodinových bloků: motivačního, hledání lepších alternativ, sociálních dovedností a utvrzení. V jeho průběhu školitelé přihlášených aktivistů mohou dojít ke zjištění, že se na tuto práci někdo z nich nehodí. Nižší úroveň komunikativnosti či horší vyjadřovací schopnosti nejsou kritické, aktivista se může dobře zapojit do skupinových aktivit a pracovat se staršími dětmi. Závažnějším problémem jsou zájemci, kteří se nedokáží ztotožnit s cíli programu, nebo je vysloveně odmítají. U nich lze uvažovat o diskrétním způsobu, jak je z výcviku vyřadit ještě před jeho ukončením. Při uskutečňování programu vždy připravujeme více žáků, než je třeba. K lepšímu udržení pozornosti ve skupinách se hodí zvukově výrazné signály (zvonek, triangl) a přecházení pedagoga mezi skupinami místo jeho sezení či stání u tabule, dospělý získá navíc dobrý přehled o dění. Jinou osvědčenou možností k udržení pozornosti je svižnější tempo a rychlejší střídání úloh, též referování skupin nikoli po řadě, ale nepravidelně. (Nešpor et al., 1998)

Zájem a vhodná motivace účastníků jsou klíčovými faktory pro kvalitní přípravu peer aktivistů. Pedagog by měl chránit zdravé sebevědomí dětí, dávat jim prostor, preferovat jejich ochotu a snahu plnit zadané úkoly, i když dělají chyby, nechat je nejprve vyjádřit, teprve pak opravovat či doplňovat, nedopustit zbytečnou konfrontaci a znejišťování. (Nešpor et al., 1994a; Nešpor et al., 1994b; Skácelová in Kalina et al., 2003c)

V prvním – motivačním – bloku jsou vysvětleny základní cíle a principy programu, aktivisté jsou představeni a rozděleni do 3–4 skupin se 4–8 členy. Proběhne brainstorming (tzv. bouře či gejzír nápadů) na témata týkající se zdraví jako hodnoty, životního stylu bez drog a jiného návykového chování. Po každém tématu referují mluvčí skupiny o výsledcích skupinové práce, v závěru bloku aktivisté reagují na dotazy, které dostali na začátku a mohli si odpovědi na ně připravit, příp. konzultovat s dospělou osobou. (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998)

Druhý blok je věnován skupinové práci a je zaměřen na hledání lepších možností místo konzumace drog a holdování jiným návykovým aktivitám, na zahánění nudy, překonávání osobních strastí. Kromě vyjmenování možných způsobů řešení je užitečné diskutovat o jejich schůdnosti, kriticky je posuzovat. V další části bloku je vhodné vysvětlení a zařazení kratšího cvičení nebo jiné formy relaxace, které napomohou přechodu od teorie zdravého způsobu života k praxi. Postupně se zvyšuje náročnost na formální stránku projevu mluvčích skupin. (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998)

Třetí blok je zaměřen na sociální dovednosti a způsoby odmítání. V jeho úvodu je potřebné zdůraznit, že umění odmítání je využitelné i v jiných situacích, než je nabídka drog, více způsobů odmítání existuje proto, aby z nich bylo možné vybrat přiměřeně okolnostem. Různé možnosti odmítání je velmi účelné prakticky procvičovat, po skupinách předvádět ostatním, diskutovat o jejich přijatelnosti a navrhnout lepší řešení. (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998)

Jako sociální dovednosti (social skills) je označován soubor řady společensky i kulturně podmíněných dovedností, které si člověk osvojuje v průběhu vývoje. Jde např. o dovednosti potřebné k přijetí člověka do sociálních skupin, sloužící navázání a udržení kontaktu, o komunikační dovednosti, jako jsou sebevyjádření a naslouchání druhým, porozumění mezilidským vztahům, apod. Určité sociální role (rodič, vedoucí pracovník, poradce) vyžadují příslušné sociální dovednosti, jež získáváme nápodobou, identifikací a různými formami sociálního učení, stejně jako vzděláváním ve specializovaných kurzech nebo terapeutických programech. U drogově závislých je nedostatečnost určitých sociálních dovedností ovlivněna osobnostní a psychickou výbavou před- či v důsledku užívání drog a způsobem života „na okraji společnosti“. Negativně působí absence dovedností získávaných v období adolescence a rané dospělosti (kdy obvykle nejčastěji začíná drogová kariéra) v drogami neovlivněných vztazích. Důsledkem bývají porušené odpoutání se od rodiny, partnerské vztahy, profesionální orientace, apod. (Dvořák in Kalina et al., 2003; Skácelová in Kalina et al., 2003c)

Čtvrtý blok se týká utvrzení nabytých znalostí a dovedností. Je možné zařadit brainstorming zaměřený na výhody společnosti, jejíž členové užívají umírněně legální drogy a nelegální mají pod kontrolou, na reklamní triky a propagaci zdravého životního stylu. Lze využít společné práce ve skupinách a prezentace jejich výsledků před ostatními. Blok i celé školení jsou ukončeny poděkováním peer aktivistům a předáním potvrzení o účasti v programu. (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998)

Další šíření programu již záleží na žácích – vyškolených peer aktivistech, kteří na základě svého zájmu, nabytých znalostí a dovedností mohou oslovovat své vrstevníky a pomáhat jim, pokud bude potřeba. Vzdělávání aktivistů může být doplněno exkurzí do léčebny pro osoby závislé na



návykových látkách či jiném návykovém chování. Kromě problematiky návykových látek charakteru substancí lze zařadit i další témata – virtuální drogy, bezpečnost v dopravě, šíření závažných infekčních chorob, prevenci šikany, kriminality, komunikační a sociální dovednosti, relaxační techniky, zdravou výživu. Program může být modifikován podle zájmu jeho účastníků i podle orientace pedagoga (např. ekologie, umělecké či technické aktivity). (Brichcín et al., 1997; Nešpor et al., 1998)

### *Příklady preventivních projektů*

Příkladem aktivit školní prevence drog realizované na 2. stupni ZŠ může být Projekt DDD (**D**rogy-**D**ůvod-**D**opad), schéma viz obr. 2. Jednalo se o pilotní projekt uskutečněný na 10 školách v okresech Brno-město a Blansko, celkem do něj bylo zapojeno více než 300 dětí. Školy byly rozděleny na intervenované (5) a kontrolní (5). Před jeho započítím byly navázány kontakty s vedením škol, s pedagogickým sborem a s rodiči žáků, design byl pojat jako kohortová studie, tedy sledování stejných skupin dětí po 3 roky trvání projektu. Výchozí stav užívání návykových látek a postoje k nim byl zjištěn anonymním dotazováním, poté byla jedna skupina škol oslovena pomocí série 20 metodických a pracovních listů, druhá nikoli. (Kachlík, Matějová, 2006a; Kachlík, Matějová, 2006b)

Materiály byly orientovány na (Kachlík, Matějová, 2006a; Kachlík, Matějová, 2006b):

- postoje a hodnoty,
- dosažení dobré nálady bez nutnosti užívat návykové látky,
- zdravý životní styl,
- komunikaci s okolím,
- vývoj drogové závislosti,
- reklamu a reklamní triky,
- historický, kulturní a medicínský pohled na drogy,
- přehled běžných návykových látek a jejich účinků,
- umění odmítání,
- trávení volného času,
- náklady, které stojí uživatele drogová závislost,
- drogy v silničním provozu,
- první pomoc,
- zajištění úspěchu bez užívání drog,
- vlastní sny, plány a cíle dětí.

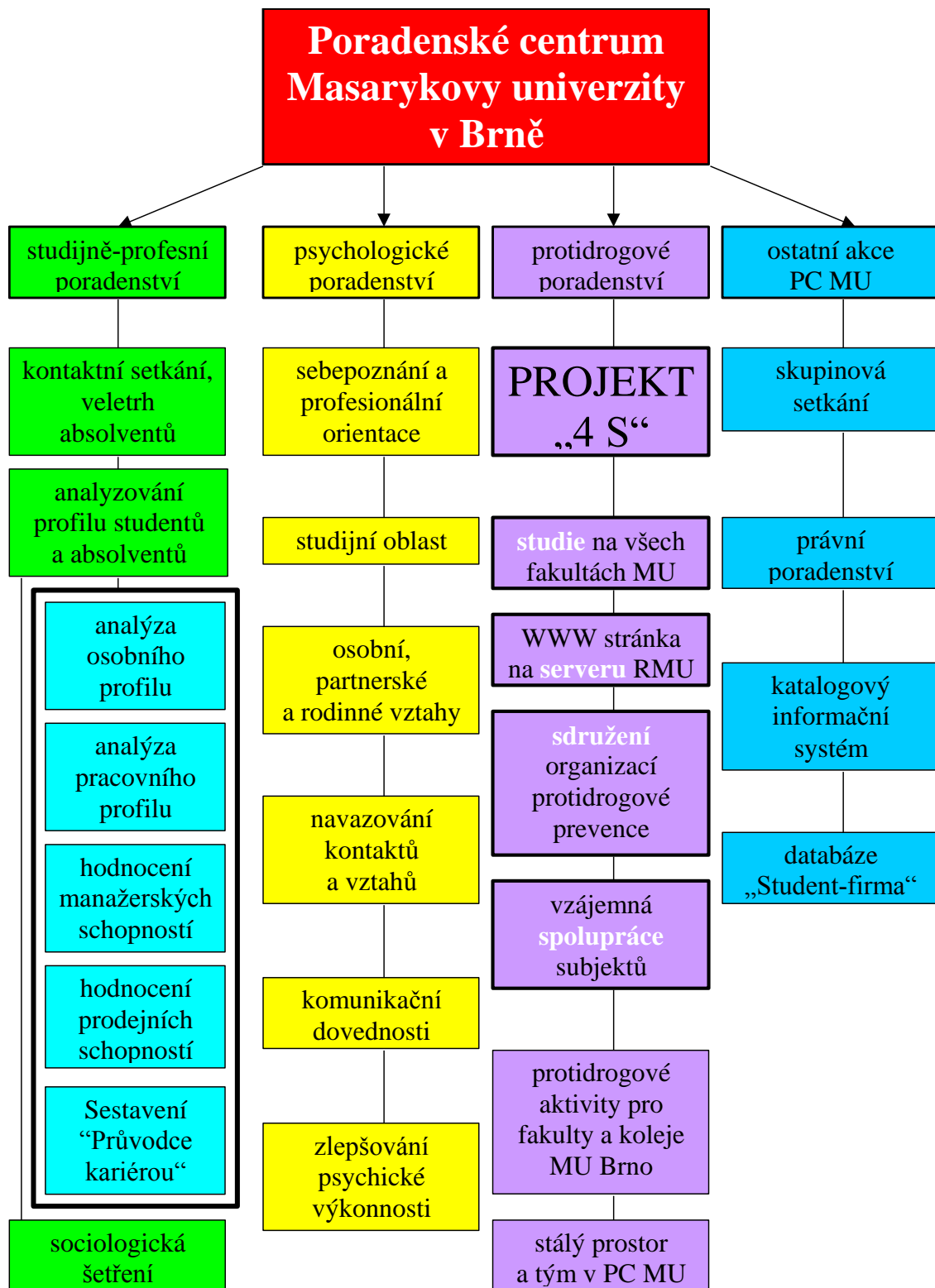
Po každé etapě projektu byly hodnoceny znalosti, názory a postoje respondentů, též připomínky a podněty z řad pedagogů a rodičů. Po 3 letech se v závěru ukázalo, že projekt sice výrazně nesnížil frekvenci užívání drog, ale dokázal oddálit nástup experimentů s nimi o 1–2 roky, tedy lze shrnout, že i tato relativně krátkodobá intervence byla efektivní. Po skončení projektu samozřejmě dostaly všechny materiály i školy v kontrolní skupině. (Kachlík, Matějová, 2006a; Kachlík, Matějová, 2006b)

Jako další příklad preventivního projektu napojeného na poradenský systém a určeného pro vysokoškolské studenty slouží projekt „4 S“ (**S**tudie-**S**erver-**S**družení-**S**polupráce), schéma viz obr. 3. Jednalo se o projekt, který probíhal ve 4 krocích: zmapování drogové scény na Masarykově univerzitě, zřízení webové prezentace, vytvoření sdružení nestátních a neziskových organizací, pedagogické a lékařské fakulty MU a Poradenského centra MU, vzájemná spolupráce těchto institucí. (Kachlík, Šimůnek, 1998)

Zmapování drogové scény na MU bylo realizováno pomocí anonymního dotazování, následovalo vytvoření webové stránky včetně e-mailového poradenského servisu, navázání kontaktů a osobní jednání s příslušnými subjekty. Těžiště činnosti Poradenského centra MU spočívá v provozování studijního, profesního a psychologického poradenství, do jeho služeb nebyla problematika závislostí explicitně zařazena, projekt „4 S“ se pokusil o její začlenění. V průběhu projektu se ukázalo, že by studenti spíše uvítali, kdyby poradna zaměřená na drogové a jiné závislosti byla umístěna na kolejích, ev. zcela mimo objekty Univerzity, poněvadž by se cítili více „anonymní“ a mohli by otevřeněji hovořit o svých citlivých problémech z oblasti drog a návykového chování. Po ukončení projektu se činnost Poradenského centra vrátila k původnímu modelu, poněvadž počet studentů, kteří vyhledali jeho služby kvůli závislostem, nebyl vysoký. Nemusely být vyčleňovány nové kapacity centra, postačovaly stávající. Řešitelé projektu získali cenné zkušenosti, které mohou zúročit při preventivním působení na vysokoškolské studenty v budoucnu. (Kachlík, Šimůnek, 1998)



**Obr. 2** Schéma pilotního projektu školní prevence drog DDD (Drogy-Důvod-Dopad) (Kachlík, Matějová, 2006a; Kachlík, Matějová, 2006b)



**Obr. 3** Schéma projektu „4 S“ (Studie-Server-Sdružení-Spolupráce), který počítal se zapojením Poradenského centra MU do preventivního systému Univerzity (Kachlík, Šimůnek, 1998)

Jinou možností je návrh, jak využít stávajícího Informačního systému MU k prezentaci a organizaci aktivit drogové prevence na Univerzitě a provázat jeho obsah s brněnským informačním systémem protidrogových aktivit (viz obr. 4). (Kachlík, 2005a)



**Obr. 4** Schéma možného využití Informačního systému MU v projektech protidrogové prevence v Brně (Kachlík, 2005a)

Uvažovaný informační systém má veřejnou a neveřejnou část, sestává z propojení jednotlivých účastníků pomocí internetu i ze spojů uvnitř subjektů (intranetu).

V jeho rámci spolu komunikují (Kachlík, 2005a):

- akademické instituce (vysoké školy, výzkumná pracoviště);
- sektor školství (řízení, projekty, studie, potřeby škol, Minimální preventivní programy prevence sociálních patologií, volnočasové aktivity);
- sektor zdravotnictví (teoretická pracoviště, pracoviště hygieny a epidemiologie, v rozšířené verzi i klinika – projekty, studie, prevence, terapie, resocializace);
- další organizace státní správy (projekty, politika zaměstnanosti, podněty, legislativa, kontrola na krajské a městské úrovni);
- knihovny, studovny (literární fond v digitální i klasické podobě, poskytování a výměna informací, odkazy na další zdroje);
- republiková a městská policie (projekty, preventivní a represivní opatření, předpisy, volnočasové aktivity);
- mediální služby (sbírání a třídění informací z médií, poskytování tiskových zpráv, prohlášení);
- soudnictví, vězeňství (platná legislativa, zařízení s bezdrogovými zónami, alternativní tresty, probační a mediační služba, integrace po odpykání trestu);
- centra volného času (volnočasové aktivity, projekty, návrhy);
- nestátní a neziskové organizace, občanská sdružení (nabídka, služby, podpora komunitních aktivit včetně prevence);
- ostatní uživatelé (jistá část systému zůstane otevřená a veřejně přístupná všem zájemcům „zvenčí“).

Velká část systému je již vybudována a provozována, těžiště jejího využití však představují informace po odbornou veřejnost, ev. neveřejné údaje v uzavřeném kyberprostoru. Univerzitní informační systém by mohl důležité a dostupné zdroje integrovat, a tak jednoduše nabízet všem zájemcům z řad studentů i pedagogů. Navíc existuje možnost zřídit oddíl věnovaný prevenci sociálních patologií na MU, anonymní poradenský servis, vyměňovat si poznatky a zkušenosti s jinými vysokými školami v ČR. (Kachlík, 2005a)

## Sekundární prevence

Presl (1995) poznamenává, že pokud se u člověka objeví rizikový vzorec chování (pravidelné užívání drog), postupně je doprovázen sledovatelnými příznaky. Z hlediska možného působení je tuto

fázi „kariéry“ narkomana možné zařadit do oblasti označované jako sekundární prevence (včasně vyhledání problému a jeho léčba).

Sekundární prevence je tedy určena osobám, u nichž se již vyskytuje rizikový typ chování, který může vyústit v závislost. Je třeba co nejdříve detekovat příznaky možné závislosti, co nejrychleji omezit a zmírnit škody v oblasti osobní a sociální. Osoby je třeba „přeprogramovat“ tak, aby se dokázaly oprostít od situací, v nichž dochází ke zneužívání drog, a našly v životě své nové místo a smysl bez návykových látek. (Heller, Pecinová, 1996)

Ondrejko et al. (1999) uvádějí, že sekundární prevence je cílena na ohrožené skupiny obyvatelstva, když už víme, na jaký typ rizika se zaměřit a zjistíme jeho průnik do populace. Některé populační segmenty jsou v závislosti na různých faktorech (prostředí, rodina, problémy a neúspěchy ve škole a v zaměstnání, způsob života, osobnostní předpoklady) ohrožené více, jiné méně, bezprostředně či zprostředkovaně. Úlohou sekundární prevence je tedy zabránit drogové závislosti ohroženého jedince.

Bém a Kalina (in Kalina et al., 2003) vymezují sekundární prevenci stručně jako souborný pojem pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu. Pro včasné vyhledání pomoci, podání informací či péče slouží linky důvěry, poradny, sociální pracovníci, výchovní poradci na školách, protidrogoví koordinátoři a další.

Rozeznat příznaky po užití návykových látek bývá někdy značně složité, zejména jedná-li se o mírnou intoxikaci, nebo je-li u uživatele rozvinutá vyšší míra tolerance. Těžká intoxikace, porušená míra tolerance a snížení individuální odolnosti již vyvolávají stavy, které dokáže rozeznat i laik. Včasné zachycení důležitých příznaků a počátečních projevů závislosti je klíčové pro zahájení včasné a úspěšné léčby. (Kvapilík, 1985; Novotná, 1997)

V případě, že osoba užívá některou z návykových látek, nebo inklinuje k chování s rysy závislosti, je možné zaznamenat (Novotná, 1997):

- podrážděnost (osoba je citlivá i na podněty, které u ní dříve nevyvolávaly viditelnou reakci);
- úbytek zájmů (mimo běžného přechodu od pestré palety aktivit na základní škole k jejich výběru a profilaci později může souviset se změnou hodnot v případě užívání drog);
- změny nálady (nálada se mění bez zjevné příčiny, vyskytují se epizody depresivního a manického ladění);
- ztrátu přátel (prostředí, v němž se jedinec užívající drogy pohybuje, vede k setkávání s jiným okruhem osob, často dochází ke ztrátě a zprerhání dřívějších přátelských svazků);

- zanedbávání základních hygienických návyků (touha po uvedení do stavu intoxikace, jeho prožívání, obstarávání drog a financí vedou ke změně hodnotového žebříčku a životního stylu, na zachovávání běžného hygienického minima nezbývá čas, nebo není považováno za důležité);
- nápadné změny osobního vzhledu a odívání (bývají běžné v dospívání, také jako výraz revolty vůči společnosti a u zastánců určitých názorových směrů, aby se odlišili od ostatních a dokázali se vzájemně identifikovat, rovněž souvisejí s chováním, které má charakter závislosti, s užíváním návykových látek);
- vyhledávání samoty (opouštění domova, pozdní příchody, víkendová nepřítomnost);
- odmítání autority (je prakticky normální v období dospívání a jako součást protestu proti hodnotovému systému dospělých, může vygradovat u uživatelů drog);
- absence ve škole, lhaní, tajné telefonáty (účelové chování, které je záměrně prováděno s jasným cílem);
- ztráty peněz a cenností z domova (účelové chování, drobná trestná činnost, kterou většinou rodiče a další blízké osoby neohlásí policii z důvodů studu a krytí člena rodiny);
- zhoršení školního prospěchu nebo jeho znatelné kolísání (může být zaviněno delší či chronickou chorobou, hospitalizací, rekonvalescencí, je též pozorované v případě užívání drog a jiného chování s návykovými rysy);
- odsouvání povinností (prokrastinace), zapomnětlivost (do jisté míry bývají u dětí obvyklé, přesáhnou-li únosnou mez, může se jednat např. o psychické onemocnění či problematiku drog a jiného chování s návykovými rysy);
- zvýšení zájmu o diskotéky, kluby, party, srazy (běžně přichází v období dospívání, v případě užívání drog či jiného chování s návykovými rysy značně posiluje, poněvadž se uživatel potřebuje a chce dostat do prostředí, kde se vyskytují drogy i společnost, který je konzumuje);
- častější přespávání v bytech kamarádů;
- vyhledávání literatury s drogovou tematikou.

Uvedené změny nejsou typické pouze pro uživatele drog či nositele jiného návykového chování, ale řada z nich běžně doprovází období dospívání, hledání vlastní identity, místa ve společnosti. Jejich zjištění tedy ještě nemusí nutně znamenat, že osoba užívá návykové látky, nebo je postižena nesubstančním typem návykového chování. (Novotná, 1997; Nešpor, 2000).

Podezření na užívání návykových látek či jiné chování s rysy závislosti nabývá na důležitosti, pokud si okolí osoby všimá (Novotná, 1997; Nešpor, 2000):



- nápadného vyčerpání (není vysvětlitelné fyzickou či psychickou únavou po náročném výkonu, stavem před- a po nemoci či jinými zdravotními důvody);
- nespavosti s nočním neklidem, rozrušením, podrážděností, nebo naopak zvýšené potřeby spánku (osoba je místo spánku v noci aktivní, naopak ve dne obvykle utlumená a spí, je narušen rytmus práce a odpočinku);
- třesů, jež není možné vysvětlit onemocněním či rozrušením;
- pocitů pronásledování (jde o tzv. stihomam, slangově „stíhu“, kdy je postižený nevyvratně přesvědčen, že ho někdo sleduje, odposlouchává, manipuluje jeho tělem a myšlenkami, usiluje mu o život);
- oslabení až ztráty chuti k jídlu nebo zvýšené chuti k jídlu, hmotnostního úbytku či přírůstku (zvýšení zájmu o návykové látky či jiné předměty vedoucí k chování s rysy závislosti může vést až k ignorování potřeby jídla, dlouhodobě pak k úbytku tělesné hmotnosti, někdy je ale situace právě opačná – osoba jeví zvýšenou chuť k jídlu, např. na sladké a energeticky bohaté potraviny a nápoje, díky ní a nedostatku pohybu přibírá);
- nevolnosti, zvracení, žaludečních potíží (doprovázejí nepravidelný či nevhodný stravovací a pitný režim);
- překrvení spojivek (zejména po konzumaci nikotinu a konopných drog);
- rozšíření či zúžení zorniček (drogy stimulační povahy většinou působí rozšíření zornic, drogy tlumivé povahy vedou k jejich zúžení);
- sucha v ústech, okoralých rtů, zvýšeného pocení (návykové látky působí na tělesné projevy ovládané vegetativním nervovým systémem, zejm. na žlázovou sekreci);
- rýmy, kašle, vleklých zánětů průdušek (vyskytují se bez zjevné souvislosti s epidemiologickou situací a mimo sezónu, kdy se v populaci zvyšuje četnost případů respiračních onemocnění).

Téměř jistým se podezření na užívání drog či aktivity spojené s jiným návykovým chováním stává v případě, že (Novotná, 1997; Nešpor, 2000):

- se osoba přizná k užívání drog či preferenci chování s návykovými rysy;
- se drogy prokáží v biologickém vzorku (v moči, ve slinách, krvi, stolici, atd.), v dechu;
- dojde k nálezům drog a prostředků k jejich aplikaci (jehly, stříkačky, speciální dýmky, cigaretové papírky, jointy, obaly od léků, prázdné láhve od alkoholu, miniaturní obálky pro zabalení drog "psaníčka" – zvl. u heroinu, pervitinu);
- se vyskytne akutní intoxikace drogou (opilost, opojení – rauš);

- je osoba bez zjevné příčiny nezvykle činorodá, mnohomluvná, euforická, špatně artikuluje;
- osoba intenzivně prožívá strach, depresi, sebepodceňování, útlum, jež nejsou jasně vysvětlitelné;
- se bez příčiny střídají záchvaty smíchu nebo pláče;
- je osoba dezorientovaná, má potíže s poznáváním blízkých a okolí;
- je zjištěna porucha vědomí;
- jsou patrné stopy vpichů se změnami na kůži a cévách, hlavně v oblasti předloktí, lokte, zápěstí, paže, stehna, bérce, krku, podbřišku, hýždí (mnozí uživatelé drog, kteří chtějí zpočátku aplikaci utajit, nebo již mají poškozené cévy, si píchají mezi prsty rukou či nohou, do kštic, pubického ochlupení, pod jazyk);
- je cítit zápach organických rozpouštědel (z úst, oděvu);
- se v anamnéze osoby vyskytují konflikty se zákonem, zejm. krádeže, podvody, přestupky a trestné činy související se zvýšenou agresivitou pachatele.

U řady výše uvedených bodů je třeba nejdříve vyloučit organické a funkční poruchy centrálního nervového systému, emoční hnutí a další zdravotní či sociální důvody vedoucí k popisovaným projevům, poté brát v úvahu návykové chování, užívání drog. Uživatelé drog se obvykle málokdy podaří odhalit přímo při aplikaci drog venku nebo v bytě. Pravděpodobnější je nález zbytků drog, stop po jejich výrobě a užívání, např. ožehnuté kousky Alobalu, plechu, lžičky, injekční stříkačky, zvláštní zápach bytu, zbytky marihuany nebo její přímé pěstování doma, prázdné krabičky, obaly od neobvyklých chemikálií. (Novotná, 1997; Nešpor, 2000)

Žít s dospívajícím dítětem či partnerem, který má problém se závislostí na návykových látkách či jiném návykovém chování, je velmi náročné. Droga vnáší do života rodiny starosti, nestabilitu, zmatek a hádky. Proto se vyplatí myslet nejen na druhé, ale také na sebe. (Müllerová, Nešpor, 1997)

Jedním z typických rysů v rodinách problematických dětí a toxikomanů je chudý a nepružný výběr výchovných přístupů. Mezi ně např. patří (Hajný, 2001):

- mlčení, jímž dávají rodiče nebo partner najevo hněv nebo rezignaci;
- jednorázové a nedůsledné prosazování sankcí;
- oznámení penalizace, na kterou se pak zapomene, nebo se o ní vzápětí rodiče (partneři) pohádají;
- vymáhání slibů;

- nekonečné domlouvání formou výčitek, výhrůžek, příslibů, manipulací, apelování na logiku a zdravý rozum.

Vyskytne-li se v rodině problém se závislostí, jsou doporučeny následující postupy (Borník, 2001):

- Je-li osoba pod vlivem drog a hrozí otrava, neváhat a okamžitě volat na tísňovou linku, do příjezdu rychlé zdravotnické pomoci kontrolovat, ev. resuscitovat vitální funkce.
- S člověkem pod vlivem drog nemá smysl polemizovat a hádat se, rozhovor je třeba odložit na pozdější dobu, až vystřízliví.
- Získávat důvěru dítěte (partnera), projevit trpělivost a empatii, naslouchat mu.
- Naučit se s dítětem (partnerem) otevřeně mluvit o jeho problémech, a to včetně alkoholu, tabáku, jiných návykových látek a jiných typů návykového chování (např. hraní na počítači, automatech, sázení, záchvatovitého nakupování).
- Cílem je, aby osoba pochopila, že skutečná samostatnost spočívá ve schopnosti se o sebe postarat, nezneužívat důvěry, času a peněz ostatních.
- Vytvořit zdravá rodinná pravidla.
- Posilovat přiměřené sebevědomí dítěte (partnera).
- Rodiče by se měli při výchově problémového dítěte umět dohodnout.
- Odmítá-li dítě (partner) spolupracovat, nebát se vyhledat odbornou pomoc.

Pouhé sliby v takových případech nepatří mezi dobrá a trvalá řešení. Člověk pod vlivem drogy či již závislý uvažuje jinak, má změněný hodnotový systém, cítí malou nebo žádnou zodpovědnost. Slíbí prakticky cokoli, splní málo nebo nic. Existuje sice hrozba sankcí, která však není důsledně realizována, nebo je na ni zapomenuto. Rodiče či jiné blízké osoby často projevují nekonečnou trpělivost, důvěru, jsou pevně přesvědčeni o budoucí změně poměrů. Necháávají se okrást, oklamat, podvést, a zásadní obrat nepřichází. Objektivně se jedná spíše o zaslepenost včetně přání, že se člověk ohrožený nebo postižený závislostí dokáže sám změnit. Rodiče, kteří mají problém zaujmout pevný výchovný postoj kvůli vlastnímu založení, partnerskému konfliktu nebo nadměrnému vytížení v práci, se snaží nevidět a neslyšet. Když zjistí, že se dítě chová nesprávně, domnívají se, že s ním stačí vše podstatné jednorázově probrat, logicky argumentovat a věci se dají do pořádku. Když si po čase všimnou, že to nepomohlo, cítí se podvedeni. Opakují pohovor s větší naléhavostí a s výčtkami, nebo rezignují, urazí se, ev. přenesou tíhu řešení na někoho jiného. (Nešpor, 2000; Hajný, 2001)

Přístup k osobě (dítěti, partnerovi, příteli), která má problémy s návykovými látkami či jiným typem návykového chování, shrneme souslovím „tvrdá láska“ (tough love). Myslíme tím dobrý

vztah k blízkému člověku, snahu mu pomoci, ale zároveň cílevědomost a pevnost (netolerujeme výmluvy, lhaní, krádeže, podvody, apod.). (Nešpor, 2000)

Dostanou-li se do života člověka návykové látky (či jiné chování s rizikem vzniku závislosti), je pravděpodobné, že se bude snažit jejich užívání (provozování) utajit a pokračovat v něm. V rodině i ve škole lze doporučit následující postupy (Hajný, 2001; Nešpor, Csémy [on-line], 2003; Skalík in Kalina et al., 2003):

- Nepopírat problém (hrozí ztráta času, další rozvoj závislosti), je třeba o něm hovořit, hledat spojení a pomoc odborníka.
- Neobviňovat partnera (otevírání starých sporů nemá cenu, změna současného nepříznivého stavu ano).
- Nehledat v dítěti zneužívajícím návykové látky (jiné návykové chování) spojení proti druhému rodiči.
- Nezanedbávat sourozence dítěte zneužívajícího návykové látky (jiné návykové chování). Sourozenci jsou více ohroženi, problémem v rodině trpí, péči a zájem nutně potřebují.
- Nefinancovat zneužívání drog či jiné návykové chování (zabezpečit cennosti a zabránit okrádání v rodině, a to nejen dítětem, ale i jeho vrstevníky).
- Nenechat se vydírat (ustupováním pod nátlakem se riziko výhrůžek útekem, fetováním, prostitucí, sebevraždou u dítěte zvyšuje).
- Nevyhrožovat něčím, co nelze reálně splnit, hrozí ztráta důvěryhodnosti.
- Netrestat fyzicky intoxikovaného, nesnažit se v době, kdy je pod vlivem drogy, něco řešit. Fyzické násilí většinou nevede k cíli, naopak jej oddaluje. Často jen živí pocit ukřivdnosti, dochází k sabotování snah rodičů a dalších blízkých osob a k útekům. Nejednat impulzivně a chaoticky.
- Donekonečna neustupovat (nelze tolerovat večírky v rodinném bytě, kde se schází toxikomaničká společnost, nenechat se „tlačit do kouta“).
- Politika „tvrdé lásky“ (emoční apely mohou způsobit ještě větší přitažlivost nevhodné party nebo způsobu chování, nabídnout pomoc, ale stanovit jasná a přiměřená pravidla, neustupovat od nich, netolerovat jejich porušování, neztrácet naději, řešení problémů napomáhá přirozený proces zrání dítěte).

Závislý člověk si svým chováním mění život (mnohdy nevratně) a obvykle přináší potíže i svým blízkým. Postupně začíná mít problémy v rodině, ve škole, v zaměstnání. Pociťuje nedostatek prostředků, zaznamenává i nechtěnou změnu přátel, mohou se též vyskytovat zdravotní důsledky. V případě, kdy osoba ještě není na drogách nebo jiném návykovém chování závislá, může bilancovat

a zjistí, že ztratila víc, než původně zamýšlela. Uvědomí si hrozící nebezpečí zničených vztahů, vlastní existence a hodnot, dokáže ještě v sobě najít sílu (často za pomoci okolí) odepřít si příjemné stránky života s drogou. (Hajný, 2001, Nešpor, Csémy (on-line), 2003)

Při řešení problémů ve školním prostředí je klíčovým předpokladem navození důvěry mezi pedagogem a žákem či studentem. Mnohdy pedagog zjistí zhoršení prospěchu, ale neví přesně, co je jeho příčinou. Může se jednat o citový problém, vleklý rodinný konflikt, problémy s návykovým chováním nebo návykovými látkami, nebo mnoho dalšího. (Nešpor et al., 1998)

Prvním a nejjednodušším, co může udělat, je s žákem nebo studentem o samotě pohovořit, jedná se o připravený rozhovor. Zpočátku se pedagog vyhýbá tématům, jež by se mohla žáka (studenta) dotknout, postupně dospívá k jádru problému. Celý rozhovor by měl vyústit v prohloubení kontaktu. Pedagog má zachovat diskrétnost, žák nebo student by měl odcházet s pocitem, že pedagogovi na něm záleží. O řadě problémů lze hovořit raději v soukromí než před celou třídou. Dále je na školách běžné pozvat rodiče a problém s nimi probrat. Jejich návštěva ve škole by neměla být automaticky chápána jako stížnost nebo projev nespokojenosti, ale slouží k poznání okolností dané situace a hledání vhodného řešení. Není-li možné situaci vyřešit zmíněným způsobem, budou pedagog a rodina patrně hledat další spojení. Je třeba, aby se škola zorientovala ve svém okolí a zjistila, s kým je možné dobře a účinně spolupracovat. Adresář akreditovaných organizací by měl školnímu metodikovi prevence poskytnout příslušný protidrogový koordinátor. (Nešpor et al., 1998; Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b)

Z dalších kroků je třeba uvést kontaktování výchovného poradce nebo školního metodika prevence. Velmi záleží na způsobu, jakým pověřené osoby vykonávají svoji funkci, jaké mají odborné předpoklady, důvěru, uznání v komunitě. Lze se rovněž obrátit se na pedagogicko- psychologickou poradnu nebo na středisko výchovné péče. Výhodou je, že vyšetření a případná další péče probíhají mimo školu, což může být prospěšné, pokud žák nemá z nějakého důvodu ke škole velkou důvěru. Nevýhodou mohou být u některých zařízení delší objednací doby, což komplikuje řešení náhle vzniklých krizí a problémů. U nich by bylo vhodné zprostředkovat kontakt s linkou důvěry. Existují i specializované linky důvěry a zařízení krizové pomoci (krizová centra) pro mládež i dospělé, které nabízejí okamžitou pomoc. Jejich pracovníci mají navíc přehled o dalších možnostech v dané oblasti, přesahuje-li problém jejich kompetence. Dále lze ve spolupráci s rodinou požádat o vyšetření dětským nebo dorostovým psychiatrem, zejména při podezření na duševní poruchu. (Nešpor et al., 1998; Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b)

Jedná-li se o problém související s návykovými látkami či chováním, existuje zde více cest. Ve většině okresů fungují ordinace AT (alkohol-toxikomanie), zaměřené na léčbu závislosti na alkoholu

a jiných návykových látkách. Jejich úroveň je různá, od vynikajících až po průměrné. V řadě velkých sídel pracují netradiční zařízení (většinou charakteru nadací, občanských sdružení, obecně prospěšných společností), např. v Brně Podané ruce, v Praze Sananim, DropIn. Jsou zpravidla specializována na pomoc mladým lidem, kteří mají potíže s návykovými látkami (návykovým chováním). Omezením některých zařízení poskytujících ambulantní péči může být vnitřní diferenciací, tedy zajištění, aby klienti s počínajícími problémy nepřicházeli do styku s osobami, u nichž se již vyskytují pokročilé formy závislosti. (Nešpor et al., 1998; Nováková in Kalina et al., 2003b; Skácelová in Kalina et al., 2003b; Skalík in Kalina et al., 2003b)

Ambulantní zařízení bývají rovněž schopna zprostředkovat ústavní léčbu, ukáže-li se jako potřebná a jsou-li k dispozici volná lůžka. Ústavní léčba může rámcově mít následující charakter (Nešpor et al., 1998; Skalík in Kalina et al., 2003b):

- Detoxikace a krátkodobá léčba, umožňující organismu zbavit se drogy, překonat případné odvykací příznaky, dovolující posoudit stav a navrhnout další postupy. Trvá přibližně 3–4 týdny.
- Středně dlouhá léčba, umožňující stabilizaci stavu a vytváření lepších předpokladů pro následnou ambulantní péči. Trvá přibližně 3 týdny až 6 měsíců.
- Dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě, trvající často i déle než jeden rok. Je vhodná u pokročilejších forem závislosti, tam, kde předchozí formy ústavní léčby nestačily, u pacientů v těžké životní situaci s rozbitou sítí sociálních vztahů.

O novodobých nelátkových závislostech se stále diskutuje. Léčení jimi postižených pacientů je problematické, poněvadž práce s počítačem, internetem, nakupování, telefonování z mobilního přístroje, posílání SMS jsou na rozdíl od látkových závislostí a gamblingu nevyhnutelnou součástí běžného života člověka v rozvinuté informační společnosti. Léčba spočívá v tom, aby pacienti tyto činnosti dostali pod kontrolu, dokázali tedy kontrolovaným způsobem, nikoli záchvatovitě, nakupovat, pohybovat se v prostředí internetu, telefonovat, apod. (Benkovič, 2007a; Benkovič, 2007b)

Youngová (1998) zmiňuje, že strategie, které se používají při léčbě nelátkových závislostí, zahrnují především práci s motivací, změnu životního stylu, využívání vlivu širšího okolí, rozpoznávání spouštěčů a vyhýbání se jim nebo jejich lepší zvládnutí, prohlubování sebeuvědomění, udržování dobrého stavu a prevenci relapsů. Rovněž upozorňuje na skutečnost, že návykové chování ve vztahu k internetu může být formou úniku před jiným duševními problémy, které je třeba také léčit. Jedná se o postupy, které se používají i při léčbě jiných návykových nemocí.

## Terciární prevence

Terciární prevence v užším slova smyslu může pomoci uživatelům drog, kteří se již potýkají se závislostí, vyskytují se u nich různé zdravotní a sociální problémy. Braní drog a okolnosti s ním spojené (obstarávání financí, dávky, intoxikace, střízlivění, abstinenční příznaky) někteří považují za svůj životní styl, který buď momentálně nechtějí měnit, nebo v důsledku své závislosti ani nemohou. (Kachlík [on-line], 2003).

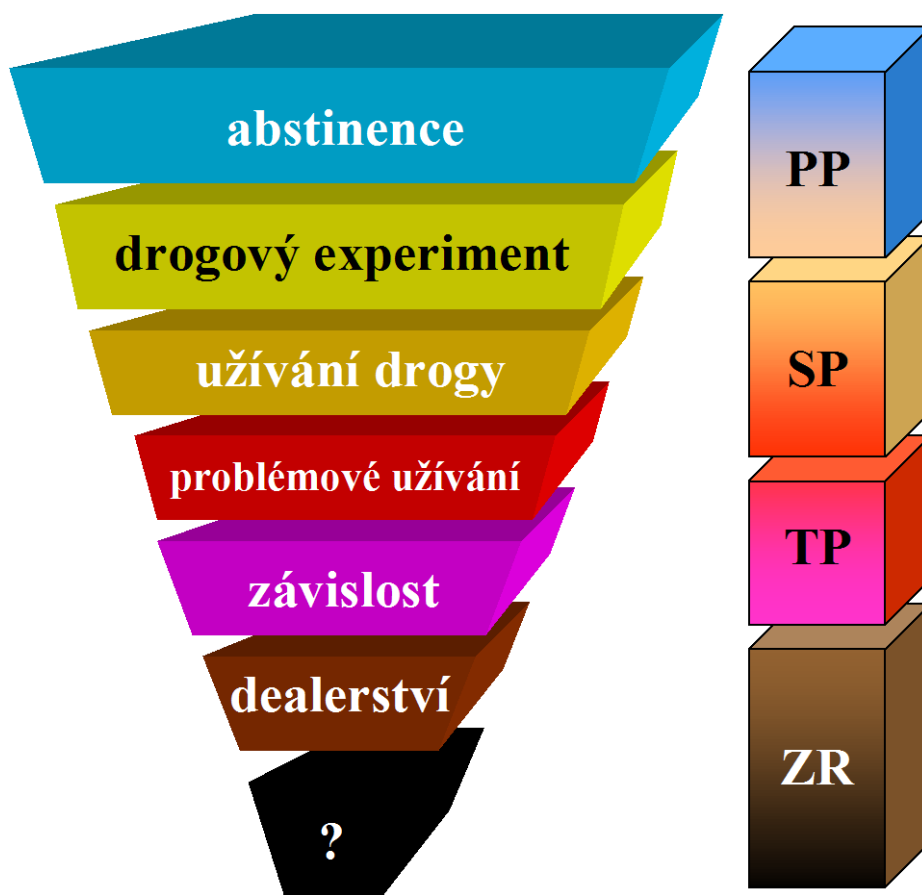
Kalina et al. (2001) v souvislosti s terciární prevencí hovoří o aktivitách, které mají předejít vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V širším smyslu můžeme do této kategorie zařadit resocializaci u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci, nebo se zapojili do programu substituční léčby a abstinují od nelegálních drog.

Za terciární prevenci můžeme rovněž považovat program „Harm Reduction“ (ve zkratce HR, snižování rizika). Jedná se o přístupy užívané ke snižování nebo mírnění škod u osob, které v současnosti drogy užívají, a nejsou motivováni tohoto rizikového chování zanechat. Cílem HR je především omezení přenosu vážných infekcí (AIDS, virových hepatitid), které souvisejí s nitrožilní aplikací drog a životním stylem uživatelů, nechráněného pohlavního styku, omezení dalších somatických komplikací, sociální deklasace. Mezi nejznámější postupy HR patří výměnné programy použitých injekčních jehel a stříkaček za sterilní, rozdávání kondomů, poskytování informací, edukace a poradenství o rizicích, základní sociální servis. HR se realizuje buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork), nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. (Kalina et al., 2001; Kachlík [on-line], 2003)

Heller a Pecinová (1996) uvádějí, že do oblasti sekundární a terciární prevence je rovněž možné zařadit služby prvního kontaktu, umožňující dosažení pomoci v krizových situacích:

- poradny poskytující kvalifikovanou pomoc a terapii s pomocí terapeutických programů;
- krizová centra poskytující ambulantní, popřípadě i lůžkovou psychoterapii, farmakoterapii či socioterapii;
- linky telefonické pomoci;
- detoxikační centra umožňující speciální krátkodobou medicínskou a psychologickou pomoc při vysazení návykové látky.

Graficky lze poskytování preventivních služeb v různých fázích vztahu k návykové látce či chování vyjádřit následovně:



**Obr. 5:** Preventivní působení podle vztahu osoby k návykové látce či chování s návykovými rysy (upraveno podle Nešpor, 2000)

Legenda: PP – primární prevence, SP – sekundární prevence, TP – terciární prevence, ZR – zákonná represe, ? – narkomafie a další zločinecké struktury žijící z výroby a prodeje drog a dalších aktivit s návykovými rysy

Z obr. 5 je patrné, že hranice preventivního působení jsou neostré, přesahují z jedné kategorie vztahu člověka k substančním drogám nebo dalšímu chování s návykovými rysy do druhé. Pro osoby, které nemají žádnou celoživotní zkušenost s rizikovým chováním závislostního typu (abstinenty), jsou určeny aktivity primární prevence. Obdobně je možné působit na drogové experimentátory, kteří sice několik zkušeností v životě získali, ale nebyli jimi osloveni natolik, aby v nich pokračovali. Sekundární prevenci je možno aplikovat u osob, které občasně návykové látky užívají, nebo provozují jiné aktivity s návykovými rysy. Nevyskytují se u nich prozatím typické znaky závislosti, mají dočasnou iluzi nad kontrolou svého chování (látka, příp. činnost, dávka, situace, střízlivost) a pocit, že problémy se jim vyhýbají. Droga nebo jiné návykové chování jim přináší příjemné pocity a úlevu. Postupně se mohou přesunout do kategorie, v níž se objevuje častější užívání a potíže sociálního a zdravotního charakteru, iluzorní kontrola nad drogou nebo návykovou činností se vytrácí. Podle okolností je této skupině možné nabídnout též aktivity terciární prevence, obdobně i osobám na návykových látkách nebo činnostech závislým. Droga nebo návykové chování je



dostávají z hlubokého psychomotorického propadu do stavu, kdy jsou ještě schopni omezeně „normálně“ fungovat, v pozdějších fázích již ani to ne. Závislí jedinci si často vydělávají na dávku dealováním (nelegálním prodejem návykových látek), kdy jsou odměňováni finančně nebo „naturálně“ (přímo dávkou). Podílejí se na trestné činnosti, které může být velkého rozsahu, organizovaná, často se jejími oběťmi stávají děti a mladiství. Na špičce systému stojí drogová mafie, jejíž představitelé vůbec nemusejí být závislí na drogách nebo jiných návykových aktivitách v užším slova smyslu, ale jsou závislí na výnosech z jejich nelegální výroby a distribuce ve velkém měřítku, často mezinárodním a výborně organizovaném. Výnosy z této činnosti („špinavé“ peníze) se pak legalizují („perou“) zejména formou investic do nemovitostí a průmyslového podnikání. Preventivní působení zde již postrádá smysl, musí nastoupit zákonná represe prezentovaná policií, soudním a vězeňským systémem, dalšími úřady, příp. zapojením armády. (Nešpor, 2000; Kachlík [on-line], 2004)

# Mapování situace v užívání návykových látek

## Sledování užívání drog ve světě

Kalina (in Kalina et al., 2003) připomíná, že problematika drog má v nynějším světě ráz globální epidemie. Rozlišuje 3 zásadní období: první je vymezeno do r. 1960, kdy se na drogy většinou pohlíželo jako na odborný problém a zabývala se jím úzká skupina kvalifikovaných vědeckých pracovníků. Druhé období se týká let 1960–1990, kdy se především ve vyspělých státech drogy staly vážným společenským problémem, který postihl různé vrstvy sociálního spektra. Od r. 1990 je počítáno třetí období, v němž je již rozsah drogových problémů jasně globální.

V 90. letech 20. stol. se zneužívání návykových látek týkalo prakticky všech států světa, dosáhlo nevídaných rozměrů a bylo možné hovořit o globální epidemii. Zneužívání drog je doprovázeno nárůstem kriminality, dopravní nehodovosti, zhoršováním všech kvalit zdraví populace podle holistické koncepce, negativními zásahy do procesu reprodukce a rozvoje. (Holčík, 2009; Řehulka in Řehulka, 2010; Kalina in Kalina et al., 2003; Nožina, 1997) Odhady OSN hovoří o 100 miliónech osob závislých na drogách (Nožina, 1997).

Ze Světové zprávy o drogách 2008 (zprávy každoročně vydává UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime) vyplynulo, že užívání drog populací ve věku 15–64 let bylo během několika posledních let relativně stabilní. V r. 2007 během posledního roku užilo některou nelegální látku 208 miliónů lidí, tj. 4,9 % světové populace. Problémoví uživatelé drog tvořili 0,6 % světové populace, tj. 26 miliónů lidí. K nejoblíbenějším návykovým látkám patřilo konopí (během posledního roku bylo užito 3,9 % světové populace) a stimulanty amfetaminového typu (během posledního roku byly užity 0,6 % světové populace). Pro srovnání je třeba doplnit, že tabák v celosvětovém měřítku každoročně zabije 5 miliónů lidí, alkohol přibližně 2,5 miliónu a nelegální drogy kolem 200 tisíc osob. Zpráva varuje před prudkým vzestupem produkce opia a koky, z čehož vyplývá možné riziko vyššího užívání heroinu a kokainu. (NMSDDZ [on-line], 2008; UNODC [on-line], 2008)

Světová zpráva o drogách 2009 připomíná, že v r. 2009 uběhlo jedno století od zavedení systémové kontroly návykových látek. Na základě úvah o protidrogové politice je možné tvrdit, že nelegální drogy pro lidstvo stále představují nebezpečí a měly by zůstat pod dohledem. Celý kontrolní systém je však třeba reformovat, aby byla zajištěna jeho účinnost. V rámci mezinárodní diskuse se

objevuje silný tlak prodrogové lobby na kontrolní orgány, aby byl černý trh s drogami (v rozšířené verzi též se zbraněmi) legalizován, což by ovšem vedlo k řadě problémů ekonomického, zdravotního a bezpečnostního charakteru. Zájem na tom mají i subjekty, pro něž je léčba závislosti výdělečným podnikem. Kontrola nelegálního trhu s drogami sice působí mnoho potíží, na druhé straně zachránila milióny životů především v rozvojových zemích. (UNODC [on-line], 2009)

Kontrolní činnost přináší výsledky. Drogová krize z 90. let 20. stol. se zdá být překonána, pěstování opia a koky se udržuje na stejné úrovni nebo klesá. Hlavní trhy pro opiáty (Evropa a jihovýchodní Asie), kokain (Severní Amerika) a konopí (Severní Amerika, Oceánie a Evropa) se zmenšují. Zvýšení spotřeby syntetických stimulantů, a to zejména ve východní Asii a na Středním východě, je důvodem ke znepokojení, ale jejich užívání ve vyspělých zemích klesá. Velmi vážnou hrozbu představují organizovaný zločin a nadnárodní drogové mafie. Neštítí se průniku do vysokých ekonomických a politických sfér, využívají korupci a násilí, zasahují do makroekonomiky. Při řešení trestné činnosti spojené s drogami by se pozornost měla přesunout od uživatelů drog k obchodníkům. Závislým osobám je třeba poskytnout lékařskou pomoc, zaměřit se na problémové uživatele drog. Kriminální živly se sdružují do větších zločineckých struktur (gangů) zejména v prostředí velkých městských sídel, tento trend s rostoucí urbanizací planety v budoucnu nabude na důležitosti. Je třeba investovat do práce s lidmi – věnovat se sociální politice, vzdělání, nezaměstnanosti, trávení volného času, což se především týká mladých osob v chudinských čtvrtích. Sestěhovávat problémové jedince a vylučovat je z veřejného života není dlouhodobé řešení, vytvářejí se tak ghetta, v nichž nachází živnou půdu narkomafie, navíc hrozí nekontrolovatelná eskalace násilí. Na mezinárodní úrovni je třeba využívat prostředků k boji proti organizovanému zločinu a korupci, bránit obchodování s lidmi, zbraněmi a nelegální migraci. (UNODC [on-line], 2009)

V r. 2008 bylo zaznamenáno snížení produkce kokainu a heroinu, např. pěstování koky v Kolumbii pokleslo o 18 %, pěstování opiového máku v Afghánistánu o 19 %. Trendy v jiných produkčních zemích nebyly jednoznačné. Průzkumy uživatelů ve světě, sledování největších trhů s konopím, kokainem a opiáty naznačují, že dochází k jejich zmenšování. Podle průzkumů zaměřených na mladé lidi v západní Evropě, Severní Americe a Oceánii užívání konopí v těchto regionech klesá. Největší kokainový trh – Severní Amerika – vykazuje rovněž pokles, evropské země stagnaci. V tradičních produkčních oblastech opia v jihovýchodní Asii byl zaznamenán pokles užívání, v Evropě stagnuje užívání heroinu. Zhoršuje se však globální problém se stimulanty na bázi amfetaminu, nelegální trh s prekurzory metamfetaminu v oblasti Střední a Jižní Ameriky je na vzestupu, hotové drogy jsou dodávány ke spotřebě do Severní Ameriky, další velký potenciál představuje východní Asie. (UNODC [on-line], 2009)

Celková výměra plochy pěstování opiového máku v hlavních produkčních zemích se v r. 2008 snížila na 189000 ha, na čemž se zásadně podílel Afghánistán (střed a sever země byl „vyčištěn“ od opiového máku). Úroveň pěstování v Myanmaru (býv. Barmě) a Laoské lidově demokratické republice zůstala zhruba stejná jako v předchozím roce. V Pákistánu se opiový mák pěstoval v příhraniční oblasti s Afghánistánem. Potenciální produkce opia byla odhadnuta na 7700 tun. Přibližně 60 % tohoto množství bylo přeměněno na morfin a heroin. Odhadem Afghánistán exportoval 630 tun morfinu a heroinu. V r. 2007 bylo zabaveno o 33 % více opia a o 14 % více heroinu. Nárůst odráží trvale vysokou úroveň produkce opia v Afghánistánu, může také zahrnovat některé nashromážděné zásoby z r. 2005, kdy celosvětové produkce opia přesáhla jeho celosvětovou spotřebu. Záchyty morfinu poklesly o 41 %. Celkově se záchyty opioidů v období let 1998–2007 zdvojnásobily. Celoživotní prevalence uživatelů opioidů byla na globální úrovni v r. 2007 odhadnuta na 15–21 miliónů osob. Více než polovina světové populace uživatelů opia pochází z Asie. Nejvyšší úroveň užívání (z hlediska podílu v populačním segmentu 15–64 let) se vyskytuje podél hlavních tras obchodu s drogami v blízkosti Afghánistánu. Opioidy jsou hlavním světovým problémem, pokud jde o léčbu závislosti. Evropa má z ekonomického hlediska největší trh s opioidy, který je relativně stabilní v oblasti západní Evropy, ale byl hlášen jeho růst ve východní Evropě. (UNODC [on-line], 2009)

Celková výměra plochy osázené kokou (jde o 167600 ha) se v r. 2008 snížila o 8 %, na čemž se výrazně podílela především Kolumbie, která přesto zůstává největším světovým pěstitelem koky (81000 ha), následuje Peru (56100 ha) a Bolívie (30500 ha). Odhadovaná světová produkce kokainu klesla o 15 % – z 994 tun v r. 2007 na 845 tun v r. 2008. Po pěti letech expanze množství kokainu zachyceného v r. 2006 pokleslo a zůstalo na nižší úrovni i v r. 2007 (5 % za období 2005–2007), což je v souladu se stabilizací jeho výroby. V r. 2008 byl zaznamenán výrazný pokles obchodování v Severní Americe, největším světovém spotřebiteli kokainu. Situace se odrazila v rychle rostoucích cenách a klesající úrovni čistoty. Spojené království v r. 2008 rovněž hlásilo klesající úroveň čistoty kokainu. Globální celoživotní prevalence užívání kokainu v r. 2007 se odhadovala v rozmezí 16–21 miliónů osob. Největším trhem zůstala Severní Amerika, následovaná západní a střední Evropou a Jižní Amerikou. Významný pokles užívání kokainu byl hlášen ze Severní Ameriky, a to zejména z USA. Kokain byl alespoň jednou v posledním roce užít 5,7 miliónu osob v USA. Užívání kokainu v západní Evropě se po několika letech růstu stabilizovalo, v Jižní Americe zřejmě narůstá. Země západní a jižní Afriky vykazují známky rostoucího užívání kokainu, data však nejsou příliš spolehlivá. (UNODC [on-line], 2009)

Odhad celkové plochy oseté konopím je komplikovanější, poněvadž se pěstuje ve většině zemí na světě a lze jej produkovat jak v budovách, tak venku. Celková výměra plochy pro venkovní

pěstování konopí se v r. 2008 pohybovala v rozmezí 200000–642000 ha. Celková produkce rostlin konopí byla odhadnuta v rozmezí 13300–66100 tun, hašiše (konopné pryskyřice) 2200–9900 tun. Celkový záchyt rostlin konopí v r. 2007 činil 5557 tun, což představuje nárůst o cca 7 % oproti předchozímu roku. Záchyt konopné pryskyřice se zvýšil přibližně o 29 % na 1300 tun. Kromě toho bylo zabaveno malé množství hašišového oleje (odpovídá 418 kg). Většina záchytů rostlin konopí byla hlášena z Mexika (39 % z celosvětového množství) a z USA (26 %). Nárůst záchytů hašiše souvisel s intenzivní produkcí konopí v západní a střední Evropě. Globální celoživotní prevalence uživatelů konopí v r. 2007 byla odhadnuta v rozpětí 143–190 miliónů osob. Nejvyšší úroveň užívání zůstává v zavedených trzích v Severní Americe a západní Evropě, ačkoli existují náznaky, že míra užívání ve vyspělých zemích klesá, a to zejména mezi mladými lidmi. (UNODC [on-line], 2009)

Obdobně jako konopí je možné i amfetaminové stimulanty vyrábět kdekoli na světě a za relativně nízkou cenu. Od r. 1990 byla jejich výroba hlášena ve více než 60 zemích světa, jejich počet každoročně narůstá. V r. 2007 byla produkce odhadnuta na 230–640 tun amfetaminů, extáze bylo vyrobeno odhadem 72–137 tun. Výroba se přesouvá z rozvinutých do rozvojových zemí, což dokazuje, že zločinecké organizace zneužívají snadno zranitelné státy. Globální záchyt amfetaminových stimulantů nadále rostl, v r. 2007 se jednalo o téměř 52 tun, což překonalo poslední vrchol z r. 2000 o více než 3 tuny. Skupině dominoval záchyt stimulantů na bázi amfetaminů (84 % všech případů). V r. 2007 dramaticky narostl podíl zachycené extáze, který činil 16 % všech zabavených stimulantů. Ilegální obchod se stimulanty na bázi amfetaminu se většinou odehrává uvnitř regionů, příliš nepřekračuje státní hranice. Opakem je obchod s prekurzory, který dosahuje mezinárodních rozměrů. Globální celoživotní prevalence užívání stimulantů na bázi amfetaminu UNODC v r. 2007 odhadl mezi 16–51 milióny osob ve věku 15–64 let, odhad celoživotní prevalence uživatelů extáze činil 12–24 miliónů. Skupiny uživatelů ve východní a jihovýchodní Asii konzumují především pervitin, uživatelé z oblasti Blízkého a Středního východu amfetamin. V Evropě se konzumuje zejména amfetamin, zatímco zhruba polovina uživatelů stimulantů v Severní Americe užívá metamfetamin. (UNODC [on-line], 2009)

UNODC odhaduje, že nelegální drogy v r. 2007 užilo alespoň jednou 172–250 miliónů osob (celoživotní prevalence). Velmi důležité jsou odhady, které se týkají problémových uživatelů drog, poněvadž tato skupina každoročně spotřebovává nejvíce návykových látek a je velmi pravděpodobně na drogách závislá. V r. 2007 se mohlo jednat podle UNODC o 18–38 miliónů problémových uživatelů drog ve věku 15–64 let. V rámci světa lidé vyhledali odbornou pomoc kvůli problémům s konopím nejčastěji v Africe a v Oceánii (63 % v Africe, 47 % v Austrálii a na Novém Zélandu). Opioidy byly primárním důvodem léčby v Asii u 65 % případů, v Evropě u 60 %, kokain v Severní Americe u 34 % případů, v Jižní Americe u 52 %, amfetaminové stimulanty v Asii u 18 % případů, v Severní Americe

u 18 % a v Oceánii u 20 %. Konopí hraje stále velkou roli jako primární droga u léčby drogové závislosti v Evropě, Jižní Americe a Oceánii, a to od r. 1990. V Severní a Jižní Americe narůstá podíl osob léčených kvůli závislosti na amfetaminových stimulantech. Injekční užívání drog je doloženo ve 148 zemích světa, které představují 95 % světové populace, ale výskyt tohoto chování se výrazně liší. Odhaduje se, že takto konzumuje drogy 11–21 miliónů lidí, nejvíce v Číně, USA, Ruské federaci a Brazílii. Segment injekčních uživatelů drog v těchto státech tvoří přibližně 45 % celosvětové populace injekčních uživatelů návykových látek. Injekční užívání drog je zodpovědné za zvyšující se podíl osob nakažených virem HIV v mnoha částech světa, včetně zemí východní Evropy, Jižní Ameriky a východní a jihovýchodní Asie. Odhaduje se, že 0,8–6,6 miliónu lidí ve světě, kteří drogy užívají injekčně, je nakaženo virem HIV. K regionům s největším počtem a největší koncentrací HIV pozitivních injekčních uživatelů drog patří východní Evropa, východní a jihovýchodní Asie a Latinská Amerika. (UNODC [on-line], 2009)

Ze shrnutí Světové zprávy o drogách z r. 2010 vyplývá, že rozloha produkčních oblastí opiového máku poklesla v r. 2009 na 181400 ha (tj. o 15 % oproti r. 2008 nebo o 23 % od r. 2007). V souladu s tímto zjištěním klesla celosvětová produkce opia z 8890 tun v r. 2007 na 7754 tun v r. 2009 (o 13 %) a potenciální produkce heroinu ze 757 tun v r. 2007 na 657 tun v r. 2009. Během období 1998–2009 však celosvětová produkce vzrostla o 78 % (ze 4346 tun na 7754 tun), což však naštěstí nebylo doprovázeno rostoucí spotřebou, šlo zřejmě o starší skladované a dosud neudané zásoby. V globálním měřítku se snížila výměra produkčních oblastí pěstování koky v r. 2009 na 158800 ha (o 5 % od r. 2008, o 13 % od r. 2007 nebo o 28 % od r. 2000). Celosvětová produkce kokainu poklesla z 1024 tun v r. 2007 na 865 tun v r. 2008 (o 16 %), produkce čerstvých kokových rostlin se snížila v r. 2009 o 4 %. Globálně se produkce kokainu v období 1998–2008 zvýšila jen mírně – z 825 tun na 865 tun, tedy o 5 %, v intervalu let 2004–2009 naopak nastal její pokles. Trendy u stimulantů na bázi amfetaminu lze vzhledem k decentralizaci výroby stanovit jen obtížně. Různé regiony mají tradičně problémy s různými látkami z této skupiny. Extáze je spojena s taneční scénou v klubech a na festivalech, zpočátku především v anglosaských zemích, později došlo k jejímu rozšíření po celé Evropě, Severní a Jižní Americe, oblasti Oceánie a mnoha částech východní a jihovýchodní Asie. Metamfetamin působí během posledního desetiletí problémy ve východní a jihovýchodní Asii, obdobně v Severní Americe a Oceánii. Amfetamin byl zjištěn především v Evropě, nový důležitý trh se objevil na Středním východě, stimulanty farmaceutické provenience jsou hojně zneužívány v Jižní Americe a Africe. Amfetaminových derivátů bylo v r. 2008 vyrobeno 131–588 tun, extáze 55–133 tun. Rostlin konopí bylo v r. 2008 vypěstováno 13000–66100 tun, hašiše 2200–9900 tun. (UNODC [on-line], 2010)

Nejrozsáhlejší a nejdůležitější problém soudobé mezinárodní kriminality představuje globální nelegální trh s opioidy a s kokainem. Dominantní význam pro trh s heroinem má západní Evropa a Ruská federace. Z opia, které není přeměněno na heroin, se dvě třetiny spotřebují v pouhých pěti zemích: Íránské islámské republice (42 %), Afghánistánu (7 %), Pákistánu (7 %), Indii (6 %) a Ruské federaci (5 %). Hodnota celosvětového trhu s kokainem se odhaduje na 88 miliard dolarů, největšími podílíky jsou Severní Amerika a Evropa. V posledních dvou desetiletích si stále větší segment černého trhu nárokují amfetaminové stimulanty. Nelegální mezinárodní obchod s narkotiky se týká především kokainu a heroinu, řídce hašiše a extáze. Rostliny konopí, metamfetamin a amfetamin jsou většinou produkovány blízko míst své spotřeby. Záchyty kokainu poklesly v Severní Americe a Evropě, ale vzrostly v Jižní a Střední Americe. Obchodování přes západní Afriku, která prudce vzrostlo v letech 2004 a 2007, se v r. 2008 a 2009 omezilo, ale tato situace se může změnit, oblast je třeba pečlivě sledovat. Záchyty opioidů nadále rostou, především opia a heroinu, v případě morfinu byl hlášen pokles. Největší zachycená množství pocházela z Íránu a Pákistánu. Záchyty amfetaminových stimulantů po počátečním trojnásobném nárůstu v prvních letech 21. stol. zůstávají sice stále vysoké, ale od r. 2006 stabilní, v případě extáze byl zaznamenán výrazný pokles. Globální záchyty rostlin konopí v období 2006–2008 vzrostly o 23 %, a to zejména v Jižní Americe, dosahují úroveň naposledy zaznamenané v r. 2004. Globální záchyty hašiše se výrazně zvýšily v období 2006–2008 (o 62 %) a jasně překonaly předchozí maximum z r. 2004. Značná množství zabaveného hašiše pocházela z Blízkého a Středního východu, a také z Evropy a Afriky. (UNODC [on-line], 2010)

Podle odhadů UNODC činila globální celoživotní prevalence užívání návykových látek v r. 2008 155–250 miliónů lidí (3,5–5,7 % populace ve věku 15–64 let). Převahu tvořili uživatelé konopí (129–190 miliónů osob, tj. 2,9–4,3 % světové populace ve věku 15–64 let), z dalších nejčastěji uváděných drog následovaly deriváty amfetaminu, kokain a opioidy. Mezi osobami užívajícími ve světě konopí, opioidy, kokain a amfetaminové stimulanty bylo v r. 2008 odhadem 16–38 miliónů problémových uživatelů drog, což je 10–15 % ze všech uživatelů drog. Do léčebných programů se přihlásilo 12–30 % problémových uživatelů, v Evropě a v Asii šlo většinou o závislé na opioidech, v Americe na kokainu, v Africe a v Oceánii na konopí. Konopí je stále nejvíce konzumovanou drogou ve světě. Celková roční prevalence užívání konopí je odhadována na 2,9–4,3 % populace ve věku 15–64 let, nejvyššího nárůstu doznala v Oceánii a v Americe. Odhaduje se, že 15–19,3 miliónu osob užilo během roku kokain, roční prevalence jeho užívání ve světě vzrostla na 0,4 %, z regionů dosahují nejvyšší míry prevalence zejména Severní Amerika (2 %), Oceánie (1,4–1,7 %) a západní Evropa (1,5 %). Opioidy užilo v r. 2008 12,8–21,8 miliónu osob (0,3–0,5 % světové populace ve věku 15–64 let), více než polovina světových uživatelů pochází z Asie. Podle odhadů UNODC během roku užilo látky typu amfetaminu 13,7–52,9 miliónu osob ve věku 15–64 let, což je 0,3–1,2 % populace, včetně

10,5–25,8 miliónu uživatelů extáze (0,2–0,6 % populace). Největší míra prevalence byla hlášena z Oceánie, východní a jihovýchodní Asie, Severní Ameriky, západní a střední Evropy. Kromě výše uvedených drog představuje závažný celosvětový problém zneužívání léků vázaných na předpis (syntetických opioidů, benzodiazepinů, syntetických stimulantů). (UNODC [on-line], 2010)

Drogy a obchod s nimi mohou znamenat dvě vážné hrozby pro politickou stabilitu ve světě. První nastává v případě zemí, kde povstalci s ilegálními ozbrojenými skupinami čerpají finanční prostředky ze zdanění drog, nebo dokonce z řízení nelegální výroby a obchodu s nimi. Druhá se týká zemí, kde jsou velmi silné prodrogové lobby, které ovlivňují stát prostřednictvím násilné konfrontace a korupce dosahující k nejvyšším místům. K nejhůře postiženým státům patří Guatemala, Honduras a El Salvador, v centru pozornosti stojí též Kolumbie a Mexiko. Míra kriminality je nejvyšší nikoli v největších městech, ale v centrech ilegálního obchodu s drogami, včetně některých přístavů a příhraničních oblastí. (UNODC [on-line], 2010)

Podle Světové zprávy o drogách za r. 2011, kterou každoročně vydává UNODC, byla odhadnuta globální roční prevalence užívání návykových látek v r. 2009 mezi 149–272 milióny osob, jde tedy o 3,3–6,1 % celosvětové populace ve věku 15–64 let, která užila nedovolené drogy alespoň jednou během předchozího roku. Přibližně polovina z tohoto počtu je tvořena stávajícími uživateli drog, kteří konzumovali nelegální látky alespoň jednou v posledním měsíci před hodnocením. Výskyt problémových uživatelů drog odhadem činil 15–39 miliónů. V r. 2009 zůstalo nejrozšířenější nezákonnou drogou konopí, které na světě užívalo 125–203 miliónů lidí, což odpovídá roční prevalenci 2,8–4,5 %. Z hlediska roční prevalence následují stimulanty na bázi amfetaminu (zejména pervitin, amfetamin a extáze), opioidy (opium, heroin, syntetické opioidy na předpis) a kokain. Odhad globálních trendů je v případě amfetaminových stimulantů značně nejistý, poněvadž neexistuje dostatek informací z lidnatých zemí, jako jsou Čína a Indie, obdobně z rozvojových států Afriky. V hlavních oblastech spotřeby byl zaznamenán stagnující či sestupný trend u heroínu a kokainu, což bylo kompenzováno nárůstem užívání nových syntetických drog a léků na předpis non-lege artis. Nové syntetické drogy jsou uváděny na trh jako náhražky ilegálních stimulantů typu kokainu a extáze, jde o látky, které dosud nespádají pod mezinárodní kontrolu, i když je drogová legislativa průběžně aktualizována. Obdobný příklad je možno uvést u syntetických kanabinoidů. Tyto látky se prodávají na internetu a ve specializovaných kamenných obchodech, kde se jim přezdívá „sběratelské předměty“. Tolerance prodeje syntetických drog se v jednotlivých státech světa významně liší. (UNODC [on-line], 2011)

Za primární drogu, kvůli jejímuž užívání se nastupuje léčba, můžeme označit v Africe a v Oceánii konopí, v Evropě a v Asii opioidy, v Jižní Americe kokain. V Severní Americe se konopí,



kokain a opioidy podílejí na žádostech o léčbu obdobnými četnostmi. Amfetaminové stimulanty tvoří značnou část žádostí o léčbu závislosti v Asii a Oceánii, též v Evropě a Severní Americe. Z hlediska zdravotních důsledků se celosvětový průměr prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog odhaduje na 17,9 %, což znamená, že 2,8 miliónů uživatelů drog je HIV pozitivních, jinak řečeno – téměř jeden z pěti injekčních uživatelů drog žije s HIV. Prevalence virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog se na globální úrovni odhaduje na 50 % (v rozmezí 45,2–55,3 %), z čehož vyplývá, že 8,0 miliónů (v rozmezí 7,2–8,8 miliónu) injekčních uživatelů drog na světě je infikováno. Počet úmrtí souvisejících nebo spojených s užíváním nelegálních drog je odhadován na 104000–263000 úmrtí ročně, což odpovídá 23,1–58,7 úmrtí na jeden milión obyvatel ve věku 15–64 let. Více než polovina úmrtí byla zaviněna smrtelným předávkováním. (UNODC [on-line], 2011)

Výměra, na níž se v r. 2010 pěstoval opiový mák, činila přibližně 195700 ha, což představovalo oproti r. 2009 mírný nárůst. Převážná část máku na asi 123000 ha byla produkována v Afghánistánu, kde je trend pěstování stabilní. Globální zvýšení bylo způsobeno zejména podílem Myanmaru (býv. Barmy), kde produkce meziročně narostla o 20 %. Ve světovém měřítku byla produkce opia oslabena, a to v důsledku výskytu chorob rostlin opiového máku v Afghánistánu. Globálně dále klesala výměra plochy osázené keři koky – v r. 2010 na 149100 ha, což představuje v období 2007–2010 snížení o 18 %. Došlo také k výraznému poklesu potenciálu výroby kokainu, což odráží klesající produkci kokainu v Kolumbii, kterou kompenzují zdroje z oblasti Peru a Bolívie. Celosvětovou výrobu nelegálních amfetaminových stimulantů je velmi těžké odhadnout. Výroba amfetaminu převažuje nad výrobou extáze, zejména ve Spojených státech bylo zjištěno množství nelegálních laboratoří produkujících metamfetamin. Rostliny konopí se pěstují ve většině zemí světa. Sebrané údaje svědčí pro stabilizaci produkce. Vnitřní pěstování konopí (skleníky, haly) je omezeno především na oblast Severní Ameriky, Evropy a Oceánie. K důležitým producentům hašiše se řadí zejména Afghánistán a Maroko. (UNODC [on-line], 2011)

Nelegální obchod s drogami se liší podle jejich druhu. Nejčastější zadrženou látkou jsou rostliny konopí, které pocházejí často z místní produkce, mezinárodní obchod s nimi je omezen. Kokain a heroin jsou obchodované jak na intra-, tak i na interregionální úrovni. Jejich značná množství se konzumují relativně daleko od produkčních zemí. V případě amfetaminových stimulantů se obchod odehrává v místech jejich výroby, zatímco u prekurzorů se posunuje na mezistátní až mezinárodní úroveň. Dlouhodobé trendy ukazují na zvýšené záchyty všech hlavních typů drog. Mezi lety 1998–2009 se množství zabaveného kokainu, heroinu, morfinu a konopí téměř zdvojnásobilo, v případě amfetaminových stimulantů více než ztrojnásobilo. K nejčastěji zadrženým látkám ještě stále patří konopí, ale na významu nabývá zejména skupina stimulačních drog na bázi amfetaminu. Globální záchyt amfetaminových stimulantů byl rekordní v r. 2009 (hlavně metamfetaminu v Oceánii, Africe,

Severní Americe, Asii), u extáze došlo k poklesu. Záchyt opioidů v r. 2009 zůstal stabilní, v zabaveném množství dominovaly Írán a Turecko. Obdobně je stabilní i záchyt kokainu. Záchyty rostlin konopí se zvýšily, u hašiše naopak klesly. Je pozorováno, že se záchyty kokainu a hašiše přesouvají od hlavních spotřebitelských trhů k regionům. Severní Amerika, západní a střední Evropa se na globálních záchytech kokainu podílejí méně, Jižní Amerika více. V období 2008–2009 se významně snížily záchyty hašiše v Evropě, ale narostly v severní Africe. (UNODC [on-line], 2011)

Podle odhadů UNODC užívalo opioidy v r. 2009 12–21 miliónů lidí ve světě, z nich zhruba tři čtvrtiny heroin. Jednalo se o 12–14 miliónů uživatelů, kteří spotřebovali 375 tun heroinu. Klíčovou roli ve spotřebě hrají Evropa a Asie, které jsou z velké části saturovány afghánským opiem. V posledních letech působí velké problémy syntetické opioidy, které jsou užívány non-lege artis, a to především v Severní Americe, kde také často představují primární drogu, kvůli níž závislí nastupují léčbu. Afghánistán pokrývá 63 % celkové světové plochy pěstování opiového máku, jeho produkce zůstala v r. 2010 stabilní. Produkce v r. 2010 vzrostla v Myanmaru (býv. Barmě), což se odrazilo v globálním zvýšení o 5 %. V Myanmaru rovněž o 75 % vzrostly výnosy opia. Globálně ovšem produkce opia v r. 2010 poklesla na 4860 tun oproti 7853 tunám v r. 2009. Tento drastický propad byl zaviněn onemocněním rostlin opiového máku v Afghánistánu. UNODC předpovídá, že se v r. 2011 bude výpadek v produkci opia postupně snižovat. Záchyty opia a heroinu se v r. 2009 stabilizovaly, u opia činily 653 tuny, u heroinu 76 tun. Odhaduje se, že ve světě bylo v r. 2009 obchodováno 460–480 tun heroinu (včetně záchytů), z toho 375 tun dosáhlo spotřebitele. Za hrozby je třeba považovat využívání převaděčů, námořní dopravy a přístavů. Globální trh s opioidy byl oceněn na 68 miliard dolarů, z toho trh s heroinem na 61 miliard dolarů. Ceny heroinu se velmi liší. I když v r. 2010 v Afghánistánu jeho ceny vzrostly, stál 1 gram méně než 4 americké dolary. V západní a střední Evropě platí někteří uživatelé 40–100 dolarů za gram, ve Spojených státech a severní Evropě 170–200 dolarů, v Austrálii cena dosahuje 230–370 dolarů. Zatímco afghánští zemědělci na máku vydělali v r. 2010 440 miliónů amerických dolarů, největší zisky sklízely organizované zločinecké skupiny v hlavních spotřebitelských zemích. (UNODC [on-line], 2011)

Roční prevalence užívání kokainu se v r. 2009 pohybovala v odhadované mezi 0,3–0,5 % světové populace ve věku 15–64 let, tzn. 14,2–20,5 miliónů osob. Ačkoli se dolní a horní hranice počtu uživatelů kokainu v r. 2009 poněkud rozšířily, spotřeba zůstává v zásadě stabilní. Skutečný počet uživatelů kokainu se pravděpodobně pohybuje kolem spodní hranice odhadovaného intervalu. I když byl v posledních letech zaznamenán výrazný pokles, největší trh s kokainem se nadále nachází ve Spojených státech, kde se spotřeba kokainu odhaduje na 157 tun, což odpovídá 36 % celosvětového objemu. Druhý velký trh představuje evropská oblast, zejména západní a střední Evropa, kde se spotřeba odhaduje na 123 tuny. Za posledních deset let se objem kokainu

zkonsumovaného v Evropě zdvojnásobil, během několika posledních let se objevují náznaky stabilizace. Užívání kokainu ve východní Evropě je omezené. Výměra obdělávané plochy osázené keři koky poklesla v období 2007–2010 o 18 %, v posledním desetiletí (2000–2010) byl zaznamenán ještě větší pokles – 33 %. Globální záchyty kokainu byly v období 2006–2009 relativně stabilní, v r. 2009 dosáhly přibližně 732 tun. Od r. 2006 se záchvaty posunuly směrem ke zdrojům v oblasti Jižní Ameriky a od spotřebitelských trhů v Severní Americe a západní a střední Evropě. Role západní Afriky v pašování kokainu z Jižní Ameriky do Evropy byla na základě vykázaných záchytů oslabena, ale existují náznaky, že překupníci mohli jen změnit taktiku, proto jde o oblast z hlediska oživení obchodu s kokainem stále velmi citlivou. Některé země asijsko-pacifického regionu, s potenciálně velkými spotřebitelskými trhy, hlásily v r. 2008 a 2009 rostoucí registrované záchyty kokainu. Hodnota celosvětového trhu s kokainem je nižší, než tomu bylo v polovině r. 1990, kdy ceny byly mnohem vyšší a trh ve Spojených státech silný. V r. 1995 činila hodnota globálního trhu s kokainem přibližně 165 miliard dolarů, zatímco v r. 2009 jen něco více než polovinu (85 miliard dolarů, rozpětí se odhadovalo na 75–100 miliard amerických dolarů). Stejně jako u heroinu téměř všechny zisky připadly narkomafii. (UNODC [on-line], 2011)

Globální úroveň užívání stimulantů na bázi amfetaminu zůstala v r. 2009 téměř neměnná. Stimulanty tohoto typu je možné rozdělit do 2 skupin: amfetaminovou skupinu (sem řadíme především amfetamin a metamfetamin) a skupinu extáze (MDMA a jeho analoga). UNODC odhaduje, že roční prevalence užívání látek ze skupiny amfetaminů se v r. 2009 pohybovala mezi 0,3–1,3 %, což představovalo 14–57 miliónů osob ve věku 15–64 let, které tyto látky užily nejméně jednou během posledního roku před šetřením. U skupiny extáze byla odhadnuta celková roční prevalence v rozmezí 0,2–0,6 % populace ve věku 15–64 let, šlo tedy o 11–28 miliónů uživatelů. Typy užívaných látek se liší podle jednotlivých regionů. Amfetaminová skupina převládá v Africe, Americe a Asii, zatímco v Evropě a Oceánii dominují látky ze skupiny extáze. V Severní Americe je podíl obou skupin téměř stejný. Souhrnně lze říci, že užívání látek ze skupiny amfetaminů je stabilní nebo narůstá, zatímco u extáze byl nejčastěji zaznamenán stabilní trend (ev. klesající v Asii). Výroba amfetaminových stimulantů není geograficky vázána, laboratoře se často vyskytují v blízkosti nedovolených trhů s těmito drogami. V jednotlivých regiorech se často obchoduje s chemikáliemi potřebnými při nelegální produkci. Některé z 10600 ilegálních laboratoří byly v r. 2009 zkonfiskovány. Naprostá většina vyráběla metamfetamin a většina z nich se nacházela ve Spojených státech. Pervitin se nelegálně vyrábí celosvětově. Četnost ilegálních výroben amfetaminu a extáze se sice poněkud snížila, na druhé straně tyto laboratoře vyžadují lepší úroveň dovedností a vybavení, čistší chemikálie, specializovaná zařízení. V r. 2009 významně vzrostly celosvětové záchyty amfetaminových stimulantů, byly o něco vyšší než v r. 2007. Nárůst byl způsoben především záchyty metamfetaminu

(zvýšily se o více než 40 % na 31 tun). Záchyt amfetaminu se zvýšil přibližně o 10 % na 33 tun, záchyty extáze se mírně snížily a činily 5,4 tuny. Došlo k významnému rozšíření trhů ve východní a jihovýchodní Asii, což souvisí především s nárůstem užívání metamfetaminu. Situace se mj. týká Číny, Japonska a Indonésie. Afrika představuje z hlediska nelegálního obchodu s metamfetaminem zájmovou oblast. Tento poznatek byl poprvé zaznamenán r. 2008, platí dodnes. Západní Afrika se stala novým zdrojem metamfetaminu pro východní Asii, tranzitními oblastmi bývají Evropa, západní Asie a východní Afrika. Těmito cestami se rovněž pašují prekurzory. V Indii byly první tajné ilegální laboratoře zjištěny v květnu 2003. Od té doby byla odhalena další zařízení vyrábějící stimulanty amfetaminové řady. Pokusy o nedovolenou výrobu těchto drog byly hlášeny také z Bangladéše a Srí Lanky. Jižní Asie se stala jednou z hlavních oblastí, kde se získává efedrin a pseudoefedrin k nelegální výrobě metamfetaminu. Indie je jedním z největších světových výrobců chemických prekurzorů, Bangladéš také disponuje rozvíjejícím se chemickým průmyslem. V jižní Asii jsou v posledních pěti letech pravidelně zabavovány amfetamin, metamfetamin a extáze. (UNODC [on-line], 2011)

Zdaleka nejvíce rozšířenou a konzumovanou nelegální drogou na světě zůstává konopí. V r. 2009 užilo konopí alespoň jednou během roku před sledováním 2,8–4,5 % světové populace ve věku 15–64 let, tedy 125–203 milióny lidí, odhady pro r. 2010 byly podobné. Rostliny konopí jsou nejčastěji pěstovány, užívány a zabavovány. Nárůst užívání konopí byl v r. 2009 hlášen z Ameriky, Afriky a Asie, zatímco spotřeba v západní Evropě a Oceánii byla stabilní nebo klesala. I když byly během posledních 10 let pozorovány stabilní trendy užívání konopí, konopí se objevuje jako primární droga u většiny žádostí o léčbu v Africe a Oceánii. Nedávné studie prokázaly, že intenzivní (dlouhodobé a pravidelné) užívání vysokých dávek, expozice konopným produktům s vysokou účinností hladiny mohou zvýšit riziko psychotických poruch. Průměrná koncentrace hlavních psychoaktivních látek v konopí (THC) se zdá být vyšší, než tomu bylo před 10–15 roky, ačkoli údaje za posledních pět let ukazují na relativně stabilní trend, který však neoplatí pro všechny produkty a státy. Pěstování konopí je velmi rozšířené, většina produkce je určena pro domácí či regionální trhy, její celkový světový odhad je proto značně obtížný. Produkce konopné pryskyřice (hašiše) je více lokalizována, obchoduje se s ní na větší vzdálenosti. Nejčastěji ji dodávají na trh Maroko, Afghánistán, Libanon a Nepál, ev. Indie. V Afghánistánu, který patří mezi významné produkční země, se konopí stalo konkurentem opiového máku jako plodina lukrativní pro zemědělce. Záchyty konopných rostlin byly v r. 2009 poněkud vyšší – po poklesu v r. 2008 došlo k návratu na úroveň z let 2006 a 2007, činily přibližně 6000 tun, největší podíl na nich měly Severní Amerika a Mexiko. Globálně záchyty hašiše v r. 2009 oproti jejich nejvyšší úrovni z r. 2008 poklesly, došlo k odklonu od zemí západní a střední Evropy (nejnižší úroveň záchytů za posledních 10 let) směrem k prominentnímu zdrojovému regionu severní Afriky, kde záchyty naopak vzrostly. (UNODC [on-line], 2011)

## Sledování užívání drog v Evropě

Sledování a vyhodnocování různých ukazatelů drogové epidemiologie je v Evropě na vysoké úrovni. V r. 1995 vzniklo Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), které provádí pravidelný sběr dat z 34 států. Výsledky ukazují, jak jednotlivé členské státy Evropské unie zavádějí a uplatňují principy protidrogové politiky, a jak přispívají ke globální diskusi o drogách. (Hartnoll, 2005; EMCDDA [on-line], 2008c)

Periodické mapování užívání návykových látek mezi mládeží (vzorek 15–16letých) je součástí tzv. projektu ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Sledování se zabývá širokým spektrem návykových látek vč. tzv. legálních drog (alkoholu a tabáku). (NMSDDZ [on-line], 2003; Csémy et al. [on-line], 2006)

Šířeji zaměřenou studií je HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children). Je postavena na předpokladu, že chování a životní styl významně ovlivňují zdraví. ČR se poprvé účastnila tohoto výzkumu s dalšími 24 převážně evropskými zeměmi v r. 1995, sledování se opakuje každé 4 roky. Je osloven reprezentativní vzorek dětí ve věku 11–15 let, dotazování mapuje 5 tématických okruhů z oblastí chování: návyková rizika (alkohol a tabák), výživové zvyklosti, tělesné a další volnočasové aktivity, psychosociální adaptaci a duševní zdraví, úrazy. (Csémy et al., 2005)

Evropa dominuje světovým statistikám ve spotřebě alkoholu. Alkohol je silně zakotven v kulturách většiny evropských zemí. (Anderson a Baumberg, 2006)

Z užívání nelegálních látek v Evropě jasně vede konopí (v segmentu dospělých osob ve věku 15–64 let je celoživotní prevalence 22 %), následuje skupina stimulantů (v segmentu dospělých osob je celoživotní prevalence užití kokainu 3,6 %, amfetaminů 3,3 %, extáze 2,8 %) a opioidů, v níž se vyskytuje nejvíce problémových uživatelů. Užívání konopí vykazuje poměrně stabilní trend, byl pozorován mírný nárůst užívání kokainu. Celkově trend užívání drog v Evropě inklinuje ke stabilizaci, bylo dosaženo pokroku v řešení drogových problémů zeměmi Evropské unie. (EMCDDA [on-line], 2008d).

EMCDDA pravidelně publikuje studie, které se zabývají různými aspekty drogové problematiky, např. drogovými trasami, užíváním drog ve starších věkových kategoriích, rozdíly v užívání drog mezi muži a ženami (NMSDDZ [on-line], 2007a; EMCDDA [on-line], 2008d).

Z výstupů studie EMCDDA vyplynulo, že ženy užívají léky s tlumivým účinkem bez lékařského předpisu nebo doporučení odborníka výrazně více než muži. Hoši – středoškoláci konzumují častěji nadměrné dávky alkoholu oproti dívkám, uvádějí také častěji celoživotní zkušenost s užitím

konopných látek. V celé populaci muži udávají vyšší prevalenci nedávného, současného a častého užívání konopných látek; Rozdíl mezi pohlavími je silnější v případě celoživotní prevalence užití extáze (vyšší u mužů), což platí jak pro studenty (věková kategorie 15–16 let), tak pro obecnou populaci (věková kategorie 15–64 let). Výsledky ukazují, že užívání drog je více rozšířené mezi muži. (NMSDDZ [on-line], 2007a)

Prozatím poslední studie ESPAD 2007 prezentuje kromě výsledků specifických pro vzorek z ČR také souhrn mezinárodního srovnání, z něhož vybíráme podstatné partie.

Užívání návykových látek (s výjimkou konzumace nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti) vykazuje mezi studenty v Evropě ustálený nebo mírně klesající trend. Nejvyšší prevalence ve většině podstatných ukazatelů užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog má ostrov Man, nejnižší naopak Arménie. V průměru 58 % studentů v Evropě uvedlo, že alespoň jednou v životě zkusili kouřit cigarety, 29 % kouřilo cigarety během posledního měsíce. Zeměmi s vysokou prevalencí kouření tabáku v posledním měsíci jsou Rakousko, Bulharsko, ČR a Lotyšsko (40–45 %), zeměmi s nízkou prevalencí jsou Arménie, Island, Norsko a Portugalsko (7–19 %). Denně kouří v Evropě v průměru 19 % studentů. (Csémy et al. [on-line], 2008)

Alkohol pily alespoň jednou v životě dvě třetiny studentů, průměr se v rámci všech zemí blíží 90 %. Průměrné hodnoty za poslední rok činí 82 % a za poslední měsíc 61 %. Kromě Islandu pijí ve všech zemích více chlapci než dívky. V průměru polovina studentů byla alespoň jednou v životě opilá, u 39 % studentů k tomu došlo v posledním roce a u 18 % v posledním měsíci. Průměrně 43 % dotazovaných uvádělo konzumaci nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) v posledním měsíci, a to častěji hoši (47 %) než dívky (39 %). Průběžně rostoucí trend byl zaznamenán v Chorvatsku, ČR, na Maltě, v Portugalsku a Slovensku. (Csémy et al. [on-line], 2008)

Jakoukoliv nelegální drogu alespoň jednou v životě užilo průměrně 23 % chlapců a 17 % dívek. Nejvíce (46 %) studentů tuto skutečnost zmiňuje v ČR, přibližně třetina ve Francii, na ostrově Man, na Slovensku a ve Švýcarsku. V naprosté většině se jednalo o zkušenosti s konopnými látkami. (Csémy et al. [on-line], 2008)

Nejčastěji byla hlášena celoživotní zkušenost s konopím (zmínilo ji 19 % studentů), 7 % studentů vyzkoušelo jednu nebo více jiných nelegálních látek. V průměru se jednalo o 3 % v případě extáze, kokainu a amfetaminů, o 1–2 % v případě LSD, cracku a heroinu. Nejvyšší úroveň užívání nekonopných drog během života vykazovali studenti na ostrově Man, v Rakousku, Francii a Lotyšsku; Bulharsko, Estonsko, ostrov Man, Lotyšsko a Slovenská republika se řadily mezi prvních pět zemí

v případě extáze (prevalence 6–7 %); Rakousko, Bulharsko a Lotyšsko v případě amfetaminů (7–8 %). (Csémy et al. [on-line], 2008)

Užití konopných drog během posledního roku přiznalo 14 % všech studentů, jejich užití v posledním měsíci uvedlo 9 % chlapců a 6 % dívek (7 % v průměru). Ve dvou zemích s nejvyšší prevalencí (ČR a ostrov Man) se vyskytlo užití konopných látek během posledního měsíce u každého šestého studenta. Každý sedmý student, který užil konopné látky během posledního roku (14 %), byl klasifikován jako jedinec, u něhož existuje vysoké riziko vzniku problémů souvisejících s konopnými látkami. (Csémy et al. [on-line], 2008)

Výroční zpráva Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti za r. 2009 (EMCDDA [on-line], 2009c) uvádí, že jádrem evropského drogového problému zůstává kokain a heroin. Obavy vzbuzuje i souběžné užívání více drog, poněvadž se škála dostupných látek neustále rozrůstá, a způsoby, jak užívat drogy, jsou stále komplexnější. Byl potvrzen klesající trend užívání konopí, zejména mezi mladými lidmi.

Přibližně 13 miliónů dospělých Evropanů (věková kategorie 15–64 let) vyzkoušelo za svůj život kokain. Mezi nimi je 7,5 miliónu mladých dospělých (věková kategorie 15–34 let), z nichž 3 milióny jej užily v posledním roce. Konzumace kokainu se soustředí zejména v západních zemích Unie, zatímco v jiných zemích Evropy zůstává jeho spotřeba nízká. Ke státům s nejvyšší prevalencí se řadí Dánsko, Španělsko, Irsko, Itálie a Spojené království, užívání kokainu v posledním roce se tam mezi mladými dospělými pohybovalo v rozmezí 3,1–5,5 %. Užití kokainu v posledním roce ve věkové skupině 15–34 let vykazuje ve většině sledovaných zemí stabilní nebo rostoucí trend. V r. 2007 se počet záchytů kokainu v Evropě zvýšil na 92000 (oproti 84000 v r. 2006), i když poklesl celkový zadržený objem na 77 tun (oproti 121 tunám v r. 2006). Mezi osobami, které poprvé vstupují do léčby závislosti, uvedlo kokain jako primární problémovou drogu 22 %. V r. 2007 bylo zaznamenáno přibližně 500 úmrtí spojených s užíváním kokainu. (EMCDDA [on-line], 2009c)

Po překonání „heroinového boomu“, který v Evropě trval od 80. let do konce 20. stol., čemuž původně nasvědčoval pokles některých ukazatelů (nových žádostí o léčbu, úmrtí, záchytů), zůstává situace v užívání opioidů nadále znepokojivá, zejména se na ní podílejí zdravotní a sociální problémy závislých. Odhaduje se, že v Evropské unii a v Norsku je 1,2–1,5 miliónu problémových uživatelů opioidů, většinou heroinu. Jeho noví uživatelé neustále, i když pomalu, přibývají, což je možné dokladovat nárůstem nových žádostí o léčbu závislosti osob, u nichž je primární drogou heroin (v r. 2007 jich bylo o 6 % více než v r. 2002). V období 1990–2006 bylo v Evropě každý rok uváděno 6400–8500 úmrtí vyvolaných drogami, přičemž většina byla spojena s užíváním opioidů (obvykle více než 85 %), novější údaje vykazují stoupající trend. V období 2002–2007 narůstal počet hlášených

záchyťů heroinu v Evropské unii a v Norsku v průměru asi o 4 % ročně. V r. 2007 bylo ohlášeno přibližně 56000 záchyťů (v porovnání s 51000 záchyťy v r. 2006), nejvyšší počet vykázalo Spojené království. Celkový objem heroinu zadržného v Evropské unii a v Norsku vzrostl v r. 2007 na 8,8 tuny z 8,1 tuny v r. 2006. Rekordní zadržné množství ohlásilo v r. 2007 Turecko (významná tranzitní země pro heroin proudící na území Evropské unie), a to 13,2 tuny. (EMCDDA [on-line], 2009c)

Přibližně 74 milióny Evropanů (věková kategorie 15–64 let) někdy vyzkoušely konopí a asi 22,5 miliónu jej užilo v posledním roce, což znamená, že konopí je stále nejběžněji užívanou nelegální drogou v Evropě. Po výrazném nárůstu užívání v 90. letech 20. stol. a počátkem 21. stol. potvrzují evropské údaje klesající popularitu této drogy, zejména mezi mladými lidmi. (EMCDDA [on-line], 2009c)

Ze studií ESPAD vyplynulo, že tento trend je obzvláště patrný mezi dětmi školního věku ve věkové skupině 15–16letých. Celoživotní prevalence užívání konopí po vysokých hodnotách či vzestupném trendu v průzkumu ESPAD z r. 2003 zaznamenala v řadě západoevropských zemí a též v Chorvatsku a Slovinsku stabilizaci či pokles. V zemích střední a východní Evropy se rostoucí trend do r. 2003 nyní zpomaluje (pouze Slovinsko a Litva vykázaly nárůst o více než 3 %). Státy severní a jižní Evropy si udržují od 90. let 20. stol. do současnosti relativně stabilní a nízkou celoživotní prevalenci užívání konopí. Sestupný trend byl podle údajů ze školních průzkumů pozorován i v zámoří (USA a Austrálie). (Hibell et al. [on-line], 2009)

Užívání konopí mezi mladými dospělými (věková kategorie 15–34 let) v posledním roce rovněž vykazuje v období let 2002–2007 vyrovnaný nebo sestupný trend. Počet pravidelných a intenzivních uživatelů konopí v Evropě je již méně povzbudivý, až 2,5 % všech mladých Evropanů by mohlo užívat konopí každý den, což znamená, že v riziku se nachází velká část populace. (EMCDDA [on-line], 2009c)

Podle Výroční zprávy EMCDDA za r. 2009 (EMCDDA [on-line], 2009c) jsou v současné době v Evropě rozšířeny vzorce souběžného užívání více drog (polyvalentního užívání) a kombinované užívání různých látek je příčinou nebo komplikací většiny problémů, jimž je Evropa nucena čelit.

Podrobněji tyto jevy rozebírá publikace Souběžné užívání více drog: vzorce a trendy (EMCDDA [on-line], 2009b). Nabízí souhrn tohoto způsobu užívání mezi dětmi školního věku (věková kategorie 15–16 let), mladými dospělými (věková kategorie 15–34 let) a problémovými uživateli drog. Z dětí školního věku, které se zúčastnily průzkumu ve 22 zemích, 20 % uvedlo v posledním měsíci konzumaci alkoholu s cigaretami, 6 % konopí s alkoholem a/nebo cigaretami a 1 % konopí s alkoholem a/nebo s cigaretami a s některou z dalších drog (extáze, kokain, amfetaminy, LSD nebo



heroin). Výzkum ukazuje, že mezi dětmi školního věku může polyvalentní užívání drog zvýšit riziko toxických účinků a chronických zdravotních problémů v pozdějších letech. Strategie, které jsou zaměřeny na prostředí, v němž mladí lidé konzumují drogy i alkohol (např. vymáhání právních předpisů v oblasti drog a alkoholu, pokyny pro bezpečnější prostředí v zábavních podnicích), mohou chránit zdraví v situacích spojených s nočním životem.

Pro mladé dospělé je souběžné užívání více drog zavedeným vzorcem užívání návykových látek, může být spojeno s vyššími riziky. U častých nebo těžkých uživatelů alkoholu byla v tomto populačním segmentu zaznamenána 2–6krát vyšší pravděpodobnost užití konopí v posledním roce než v běžné populaci a 2–9krát vyšší pravděpodobnost užití kokainu v daném období. Polyvalentní užívání drog se vyskytuje především mezi problémovými uživateli drog, může zhoršit již přítomné zdravotní problémy, vést k vyšší míře rizikového chování a zvýšit pravděpodobnost vážných důsledků (např. smrtelného předávkování). Toxikologické nálezy při smrtelných předávkováních (většinou zaviněných heroinem) často ukazují na přítomnost více než jedné látky, takže podstatná část těchto úmrtí by mohla souviset s polyvalentním užíváním drog. Z analýzy dat ze 14 evropských zemí vyplynulo, že více než polovina (57 %) osob nastupujících léčbu uvedla nejméně jednu problémovou drogu navíc k primární návykové látce, kvůli níž byla vyhledána pomoc. Řešení problému souběžného užívání drog je značně náročné, specifické programy jsou vzácné, do určité míry poskytuje pozitivní výsledky např. substituční léčba závislosti na opiátech a motivační terapie založená na odměnách. (EMCDDA [on-line], 2009a)

Dominantním faktorem evropského problému s užíváním návykových látek je souběžné užívání alkoholu, které je přítomno téměř ve všech případech polyvalentního užívání drog (EMCDDA [on-line], 2009a; EMCDDA [on-line], 2009b).

V rámci studie ESPAD uskutečněné v r. 2007 bylo zjištěno, že 43 % vzorku studentů uvedlo „občasné silné pití“ (5 či více alkoholických nápojů zkonsumovaných při jedné příležitosti) v posledních 30 dnech. Nárůst výskytu této rizikové formy chování byl patrný především mezi dívkami v průzkumech v letech 2003–2007, prevalence vzrostla z 35 % na 42 %. Nárazová nadměrná konzumace alkoholu často souvisí s příležitostným užíváním drog a zvyšuje tak riziko negativních dopadů mezi mladými lidmi. Osoba, která má problémy s jednou návykovou látkou, se stává spíše výjimkou než pravidlem. (Hibell et al. [on-line], 2009)

Evropa se v rostoucí míře potýká s kombinovaným užíváním různých psychoaktivních látek, a to legálního i ilegálního typu. Vytváří se tak složitější soubor potřeb, jež je třeba uspokojovat z medicínského i sociálního hlediska, musí se odrazit i v politických perspektivách Evropské unie. (EMCDDA [on-line], 2009a; EMCDDA [on-line], 2009b).

Z výroční zprávy Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti za r. 2010 (EMCDDA [on-line], 2010) vyplývá, že konopí stále zůstává v Evropě nejoblíbenější ilegální látkou s velkými rozdíly v prevalenci jeho užívání mezi státy. Celkově vykazuje trend jeho konzumace stabilní nebo sestupnou tendenci, odchylná je však situace v některých zemích východní Evropy, kde míra konzumace konopí neustále roste. Vysoká obliba konopí v Evropě se odráží v jeho ročních záchytech – představují zhruba 1000 tun, dostupnost konopných drog se zvyšuje. Údaje o záchytech konopí nemusejí být zcela směrodatné, poněvadž se stále častěji produkuje ve velkém, v rámci organizované trestné činnosti a co nejbližší potenciálním konzumentům, aby byl tento ilegální sektor maximálně chráněn před odhalením. Pěstování konopí v domácím prostředí uvedlo téměř 30 evropských zemí, významná část se dostává na trh z oblasti Afriky (Nigérie, Kapverdy, Jihoafrická republika), méně často pochází z Karibiku, Blízkého východu (Libanon) a z Asie (Thajsko).

Zpráva INCB - International Narcotics Control Board (INCB [on-line], 2010) zmiňuje, že konopí může rovněž pocházet z Albánie, Moldávie a zemí bývalé Jugoslávie (Makedonie, Černé Hory, Srbska). Hašiš prodávaný v Evropě většinou pochází z Maroka a Afghánistánu, pašuje se přes Iberský poloostrov a Nizozemsko.

Celoživotní prevalence užití konopí představuje 75,5 miliónu Evropanů, tzn., že více než každá pátá osoba ve věku 15–64 let užila alespoň jednou v životě konopí. Mezi zeměmi existují značné rozdíly (1,5–38,6 %), odhady prevalence kolísají mezi 10–30 %. Konopí užilo v posledním roce odhadem 23 miliónů Evropanů (v průměru 6,8 % všech osob ve věkové kategorii 15–64 let). Prevalence užití v poslední měsíci se pohybuje kolem 12,5 miliónu Evropanů (v průměru 3,7 % všech osob ve věkové kategorii 15–64 let). (EMCDDA [on-line], 2010)

Konzumace konopí je rozšířena zejména mezi mladými lidmi (věková kategorie 15–34 let). Celoživotní prevalence užití konopí představuje v průměru 31,6 % mladých dospělých v Evropě, 12,6 % drogu užilo v posledním roce a 6,9 % v posledním měsíci. Ještě masivnější je podle odhadů podíl Evropanů ve věkové skupině 15–24 let, kteří užili konopí v posledním roce (16 %) nebo v posledním měsíci (8,4 %). Užívání konopí je obecně vyšší u mužů než u žen, poměr mezi počtem mužů a počtem žen se mezi osobami, které uvedly, že v posledním roce užily konopí, pohyboval v rozmezí od 6,4:1 v Portugalsku až po 1,4:1 v Bulharsku (51). Užívání konopí je zvláště rozšířené mezi osobami, které často navštěvují noční kluby, hospody a hudební akce (Hoare, 2009; EMCDDA [on-line], 2010).

V ČR, Rakousku a Spojeném království byly realizovány studie zaměřené na užívání drog v prostředí elektronické taneční hudby. Ukázalo se, že přes 80 % respondentů někdy v životě užilo konopí, což je mnohem více, než činí evropský průměr mezi mladými dospělými. (Measham, Moore, 2009). Konzumace konopných drog je mnohdy spojena s příslušností ke zranitelným nebo sociálně znevýhodněným skupinám, např. se jedná o žáky předčasně ukončující školní docházku, záškoláky, děti v ústavní péči, mladistvé pachatele a mladé lidi žijící v ekonomicky oslabených regionech. (EMCDD [on-line], 2008)

Užívání konopí též často souvisí s užíváním jiných návykových látek, např. alkoholu a tabáku. Mladí dospělí (osoby ve věku 15–34 let), kteří zmínili časté nebo intenzivní pití alkoholu v posledním roce, měli ve srovnání s běžnou populací 2–6krát vyšší pravděpodobnost užívání konopí. I když konzumenti konopí příliš často užívání jiných ilegálních drog neuvádějí, přesto u nich hrozí přechod k jinému typu návykových látek více než u běžné populace. (EMCDDA [on-line], 2010)

Někteří uživatelé konopí přistupují k rizikovějším vzorcům konzumace, např. k užívání konopí ve velkém množství a frekvenci, s velmi vysokým obsahem THC, k inhalaci z vodní dýmky („bong“) místo cigarety („jointu“). Přiznávají více zdravotních problémů vč. závislosti. (Chabrol et al., 2003; Swift et al., 1998)

Druhou v Evropě nejčastěji užívanou drogu představuje kokain, opět se značně liší prevalence i trendy mezi jednotlivými zeměmi. Užívání kokainu a jeho záchyty během posledních deseti let vzrostly. Zvyšování spotřeby kokainu se týká především některých států západní a jižní Evropy, východní oblasti patří spíše k tranzitnímu prostoru, a spekuluje se o tom, zda i v nich užívání kokainu poroste. Kokain se do Evropy dostává po různých leteckých a námořních trasách. Předtím, než dorazí do Evropy, procházejí zásilky kokainu různými zeměmi, jako jsou např. Argentina, Brazílie, Ekvádor, Venezuela a Mexiko. Pro překládku při dopravě drogy do Evropy se často využívají i karibské země. V posledních letech byly zaznamenány alternativní trasy přes západní Afriku. Vstupními body při pašování kokainu do Evropy jsou Iberský poloostrov (zejm. Španělsko) a přímořské země severu kontinentální Evropy (zejm. Nizozemsko). Za důležité tranzitní nebo cílové země jsou považovány Francie, Itálie a Spojené království, pašování kokainu se zřejmě posouvá i na východ. Znepokojivé jsou zprávy o pašování kokainových derivátů ve zboží (textil, byliny, vosky, plasty, hnojiva), jež je využíváno jako transportní materiál, z něhož se droga dá zpětně uvolnit extrakcí. Ve spektru osob nastupujících léčbu závislosti se zvyšuje podíl uživatelů kokainu, zejména ve Španělsku, Itálii a Spojeném království. Jedna část pacientů pochází z movitých sociálních vrstev, jde hlavně o muže, kteří kokain šňupají. Druhou část tvoří zástupci sociálně slabých skupin, jež si kokain injikují, nebo kouří crack. Rovněž narůstají případy úmrtnosti související s kokainem. (EMCDDA [on-line], 2010)

Průměrná čistota testovaných vzorků kokainu se ve většině sledovaných evropských zemí pohybovala v rozmezí 25–55 %, Průměrná spotřebitelská cena kokainu ve více než polovině z 18 sledovaných zemí kolísala mezi 50–70 eury za gram. Nižší ceny uvádělo Polsko a Portugalsko, vyšší ČR, Itálie, Lotyšsko a Švédsko. V období 2003–2008 došlo v Evropě globálně k poklesu spotřebitelské ceny kokainu. (EMCDDA [on-line], 2010)

I když se míra užívání kokainu mezi evropskými zeměmi značně liší, alespoň jednou za život jej užilo přibližně 14 miliónů Evropanů, tj. v průměru 4,1 % dospělých osob ve věku 15–64 let. Národní údaje kolísají v rozpětí 0,1–9,4 %, polovina z 24 sledovaných států, včetně většiny stredo- a východoevropského regionu, uvádí mezi všemi dospělými nízkou celoživotní prevalenci užívání (0,5–2 %). V posledním roce užily kokain asi 4 milióny Evropanů (průměrně 1,3 %), národní rozdíly v odhadech roční prevalence užití se pohybují v rozmezí 0,0–3,1 %. Prevalence užití kokainu v posledním měsíci se odhaduje na 0,5 % dospělé populace, tedy asi 2 milióny osob. Míra užívání kokainu vyšší než evropský průměr byla hlášena z Dánska, Španělska, Irska, Itálie a Spojeného království. Podle odhadů užilo kokain alespoň jednou v životě 8 miliónů mladých dospělých Evropanů (věková kategorie 15–34 let), v průměru 5,9 %, národní údaje kolísají v mezích 0,1–14,9 %. Užití kokainu v posledním roce u tohoto populačního segmentu v průměru dosahuje 2,3 % (tzn. asi 3 milióny osob), užití v posledním měsíci 0,9 % (asi 1,5 miliónu osob). Zejména se jedná o mladé muže, poměr mezi počtem mužů a žen v prevalenci užití kokainu v posledním roce u mladých dospělých činí nejméně 2:1. (EMCDDA [on-line], 2010)

Užívání kokainu je spojeno se specifickým životním stylem a prostředím. Z analýzy údajů o kriminalitě ve Velké Británii za období let 2008–2009 vyplynulo, že užití kokainu v posledním roce uvedlo 14,2 % 16–24letých, kteří v posledním měsíci navštívili noční podnik nejméně čtyřikrát, v porovnání s 4,0 % u těch, kteří noční podnik nenavštívili. (Hoare, 2009)

V ČR, Nizozemsku, Rakousku a Spojeném království byly provedeny průzkumy zaměřené na prostředí elektronické taneční hudby, u návštěvníků akcí byla zjištěna velmi vysoká celoživotní prevalence užívání kokainu (17,6–86 %). Z dotazování mezi 646 návštěvníky amsterodamských klubů v r. 2008 vyplynulo, že 4,6 % z nich během večera, kdy probíhal průzkum, užilo kokain, zatímco v průzkumu mezi 323 návštěvníky klubů ve Spojeném království jich 22 % přiznalo, že kokain během večera užilo nebo hodlalo užít. (Hoare, 2009; EMCDDA [on-line], 2010)

Údaje z průzkumů v běžné populaci rovněž ukazují, že prevalence intenzivního epizodického pití alkoholických nápojů je mnohem vyšší mezi uživateli kokainu než v běžné populaci. Podle nizozemských zjištění uživatelé také mohou brát kokain, aby vystřízlivěli po nadměrném pití. (EMCDDA [on-line], 2009b)

Amfetaminové deriváty se v Evropě užívají méně než kokain, v řadě zemí však představují nejčastěji konzumované stimulační látky. S problémovými uživateli se lze často setkat v severovýchodních zemích Evropy, v případě metamfetaminu (pervitinu) jde zejména o ČR a Slovensko, v poslední době též Litvu a Polsko. Na nemocnosti a úmrtnosti spojené s užíváním drog v Evropské unii má největší podíl užívání heroinu, především pak jeho injekční aplikace. Odhaduje se, že počet problémových uživatelů opioidů v Evropě činí 1,35 miliónu (celkově 750 tisíc – 1 milión), opioidy uvádí jako primární drogu většina osob léčících se kvůli závislosti. Injekční podání opioidů zůstává nejobvyklejší aplikační cestou v mnoha východoevropských zemích, značný problém představuje v Rusku a na Ukrajině. S touto cestou konzumace opioidů je spojen vysoký výskyt HIV pozitivivity, úmrtí vyvolaných předávkováním nebo ve spojitosti s užitím drog. (EMCDDA [on-line], 2010)

Těžiště celosvětové amfetaminové produkce i spotřeby nadále představuje Evropa, kde se nachází 80 % ilegálních laboratoří. V západní a střední Evropě bylo zachyceno více než 8 tun amfetaminu. Většina amfetaminu se vyrábí v Nizozemsku, Polsku a Belgii v menší míře v Estonsku, Litvě a Spojeném království. Čistota zachycených vzorků značně kolísala: od méně než 10 % (Dánsko, Rakousko, Portugalsko, Slovinsko, Spojené království, Chorvatsko a Turecko) až po více než 25 % (Lotyšsko, Nizozemsko, Polsku, Norsku). Spotřebitelská cena amfetaminu se pohybovala mezi 9–20 eury za gram. Nezákonná výroba metamfetaminu v Evropě je do značné míry omezena na ČR (probíhá v menším měřítku i v Litvě, Polsku, na Slovensku), kde bylo zjištěno více než 450 výroben, bylo zachyceno kolem 300 kg metamfetaminu. (EMCDDA [on-line], 2010)

Odhaduje se, že amfetaminy vyzkoušelo asi 12 miliónů Evropanů, přibližně 2 milióny drogu zkusily v posledním roce. Celoživotní prevalence užívání amfetaminů mladými dospělými (osobami ve věku 15–34 let) mezi zeměmi značně varíruje (0,1–15,4 %), evropský průměr činí 5,2 %. Užití amfetaminů v tomto populačním segmentu v posledním roce se pohybuje od 0,1 % do 3,2 %, což představuje asi 1,5 miliónu (1,2 %) mladých Evropanů. Celoživotní prevalence užívání amfetaminů se mezi studenty ve věku 15–16 let pohybuje v rozmezí 1–8 % v 26 členských státech Evropské unie, Norsku a Chorvatsku, kde proběhl průzkum v r. 2007. Prevalenci vyšší než 5 % hlásily Bulharsko, Lotyšsko (obě 6 %) a Rakousko (8 %). Pět států, kde byly v r. 2008 realizovány školní průzkumy (Belgie, Španělsko, Itálie, Švédsko, Spojené království), uvádělo celoživotní prevalenci užívání amfetaminů 3 % nebo méně. (EMCDDA [on-line], 2010)

Západní a střední Evropa zůstávají hlavními místy výroby extáze, která se koncentruje v Nizozemsku a v Belgii. Záchyty extáze poklesly na celkové množství asi 0,5 tuny, droga bývá často falšována (tablety neobsahují „typickou“ extázi – MDMA, ale jiné látky, které doposud nejsou na

seznamu kontrolovaných položek). Typická spotřebitelská cena činí 4–10 euro za tabletu a nadále klesá. (EMCDDA [on-line], 2010)

Užívání extáze bylo zaznamenáno především u mladších dospělých osob, muži udávají výrazně vyšší míru konzumace než ženy ve všech zemích s výjimkou Švédska a Finska. Uživatelé extáze, kteří svůj problém chtějí řešit léčbou, často uvádějí souběžnou konzumaci dalších látek, především alkoholu, kokainu, v menší míře konopí a amfetaminů. Z přibližně 2,5 miliónu (0,8 %) dospělých Evropanů, kteří extázi užíli v posledním roce, patří prakticky všichni do věkové skupiny 15–34 let. Ještě vyšší míra užívání extáze byla nalezena ve věkové skupině 15–24 let, kde se celoživotní prevalence pohybuje v rozmezí od méně než 1 % v Řecku a Rumunsku po 20,8 % v ČR, za níž následuje Slovensko a Spojené království (obě 9,9 %) a Lotyšsko (9,4 %), i když většina zemí hlásí odhady v rozmezí 2,1–6,8 %. Celoživotní prevalence užívání extáze mezi 15–16letými studenty kolísá ve většině sledovaných zemí v rozmezí 1–5 %, vyšší prevalenci udávalo Bulharsko, Estonsko, Slovensko (všechny 6 %) a Lotyšsko (7 %). V r. 2008 byly realizovány školní studie v Belgii, Španělsku, Itálii, Švédsku a Spojeném království, celoživotní prevalence užívání extáze dosahovala 4 % nebo méně. (EMCDDA [on-line], 2010)

Užívání LSD a dalších halucinogenních látek a obchodování s LSD je v Evropě nadále považováno za okrajové. Počet záchyťů LSD v období let 2003–2008 vzrostl, zatímco množství se po dosažení maxima v r. 2005 (rekordní záchyty ve Spojeném království) pohybují na mnohem nižších úrovních. Běžné spotřebitelské ceny LSD kolísaly v rozmezí 5–12 euro za dávku. Celoživotní prevalence užívání LSD v populaci mladých dospělých (věková kategorie 15–34 let) varíruje v rozmezí od 0 % po 6,1 %, s výjimkou ČR, kde byla zaznamenána prevalence 10,3 %. Pro užití v posledním roce se uvádí mnohem nižší rozmezí prevalence. V zemích poskytujících srovnatelné údaje je míra užívání halucinogenních hub obvykle vyšší než míra užívání LSD. Odhady celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub mezi mladými dospělými se uvádějí od 0,3 % až po 14,1 %, odhady prevalence užití v posledním roce 0,2–5,9 %. V populačním segmentu 15–16letých studentů jsou odhady prevalence užívání halucinogenních hub vyšší než u LSD a ostatních halucinogenů, většina zemí zmiňuje údaje v rozmezí 1–4 %, Slovensko (5 %) a ČR (7 %) hlásí hodnoty vyšší. (EMCDDA [on-line], 2010)

Snaha ilegálních výrobců, prodejců a dalších struktur spojených s drogovou kriminalitou se v posledních letech vedle „klasických“ drog soustřeďuje na oblast drog syntetických, zejména syntetických katinonů, syntetických kanabinoidů i nových syntetických derivátů podobných kokainu a amfetaminu. Zákonodárci a represivní aparát reagují aktualizací seznamů zakázaných a kontrolovaných látek, aktivním vyhledáváním výroben a destrukcí distribuční sítě syntetických drog.

V r. 2010 bylo v Evropě zjištěno více než 20 nových syntetických drog, které jsou na trh uváděny jako „legální“ alternativa zakázaných návykových látek (konopí a stimulantů). (EMCDDA [on-line], 2010)

Orientačně lze uvést následující přehled odhadů užívání vybraných drog v Evropě (týká se dospělé populace ve věkové kategorii 15–64 let, data vycházejí z dostupných studií z let 2004–2008) (EMCDDA [on-line], 2010).

## *Přehled odhadů užívání vybraných drog v Evropě*

### *Konopí*

- celoživotní prevalence užívání činí nejméně 75,5 miliónu evropských dospělých (22,5 %),
- v posledním roce jej užilo přibližně 23 miliónů evropských dospělých (6,8 %), resp. jedna třetina celoživotních uživatelů,
- v posledním měsíci jej užilo přibližně 12,5 miliónu dospělých Evropanů (3,7 %),
- rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce kolísají v rozmezí 0,4–15,2 %.

### *Kokain*

- celoživotní prevalence užívání činí přibližně 14 miliónů evropských dospělých (4,1 %),
- v posledním roce jej užily 4 milióny evropských dospělých (1,3 %), resp. jedna třetina celoživotních uživatelů,
- v posledním měsíci jej užily přibližně 2 milióny dospělých Evropanů (0,5 %),
- rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce kolísají v rozmezí 0,0–3,1 %.

### *Extáze*

- celoživotní prevalence užívání činí přibližně 11 miliónů evropských dospělých (3,3 %),
- v posledním roce ji užilo přibližně 2,5 miliónu evropských dospělých (0,8 %), resp. jedna čtvrtina celoživotních uživatelů,
- rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce kolísají mezi 0,1–3,7 %

### *Amfetaminy*

- celoživotní prevalence užívání činí přibližně 12 miliónů evropských dospělých (3,7 %),
- v posledním roce je užily přibližně 2 milióny evropských dospělých (0,6 %), resp. jedna šestina celoživotních uživatelů,
- rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce kolísají mezi 0,0–1,7 %.

### *Opioidy*

- k problémovým uživatelům opioidů patří dle odhadu 1,2–1,5 miliónu Evropanů,

- úmrtí vyvolaná drogami činila 4 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let, u asi tří čtvrtin z nich byly zjištěny opioidy,
- jde o hlavní skupinu drog u více než 50 % všech žádostí o léčbu drogové závislosti
- přibližně 670 000 uživatelů opioidů podstoupilo v r. 2008 substituční léčbu.

## Sledování užívání drog v České republice

Zábranský (2003) uvádí, že se studie mapující drogovou situaci dají rozdělit na dvě skupiny: deskriptivní studie a specifické výzkumy.

Deskriptivní studie využívají většinou anonymního dotazování a zaměřují se na popis užívání návykových látek a chování, postoje a názory respondentů k nim. Typicky jde o větší vzorky oslovených osob (stovky až tisíce). Důležitou součástí skupiny deskriptivních studií je také mapování situace na základních a středních školách. (Zábranský, 2003)

Druhá skupina – specifické výzkumy – se používá v případě, že je třeba zjistit podrobné informace o typech, kvalitě, ředění, aplikačních cestách drog, problémech po užití dávce, situaci v nelegální distribuci (spektrum nabídky, ceny), dále o možnostech služeb pro uživatele drog, jejich struktuře, dostupnosti, využívání, hodnocení. Při specifických výzkumech jsou víceméně adresně oslovovány mnohem menší vzorky osob, k nimž by tazatelé v rámci deskriptivních studií jinak běžně neměli přístup, ev. by jejich data byla „rozpuštěna“ v početných vzorcích a jejich extrakce by byla velmi obtížná nebo prakticky nemožná. (Zábranský, 2003)

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMSDDZ) se česká drogová scéna svým charakterem blíží zemím severní či severozápadní Evropy. Obdobně jako v Anglii, Německu, Polsku a Skandinávii představují jeden z hlavních drogových problémů u nás amfetaminy a látky od nich odvozené. Směrem k jihoevropským (Slovinsko, Itálie, Španělsko) a východoevropským státům (Slovensko, Ukrajina, Rusko) přibývá ve spektru zneužívaných návykových látek opioidů, především heroinu. (NMSDDZ [on-line], 2005e)

Výsledky posledních realizovaných výzkumů ukazují na stabilizaci drogové scény v ČR. Výskyt užívání některých návykových látek oproti minulému desetiletí dokonce poklesl, což by mohlo signalizovat zastavení dalšího nárůstu drogové zkušenosti s výjimkou konopných drog. Mění se také spektrum užívaných návykových látek. (Mravčík et al. [on-line], 2007; Csémy et. al. [on-line], 2008)

Podle výstupů studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) a zpráv Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) ČR



stále vysoce převyšuje evropský průměr v užívání některých drog, zejména alkoholu, tabáku, konopí, amfetaminových derivátů zastoupených pervitinem a extází (Hibell et al. [on-line], 2004; EMCDDA [on-line], 2008d; EMCDDA [on-line], 2009c).

Zprávy EMCDDA (EMCDDA [on-line], 2008d; EMCDDA [on-line], 2009c) dokládají, že Češi v evropském měřítku atakují vrchol prevalence užívání konopí v běžné populaci, 28 % jich ve věku 15–24 let užilo konopí v posledním roce (evropský průměr je 17 %). Výskyt užívání konopí během života u téže věkové kategorie dosáhl 44 %, zatímco evropský průměr je 31 %. ČR vede v užívání extáze v běžné populaci, v posledním roce ji užilo téměř 8 % Čechů ve věkové kategorii 15–34 let, což je čtyřikrát více než evropský průměr. Hladina užívání extáze během života u stejného populačního segmentu dosáhla 15 %, evropský průměr se pohyboval pod 6 %.

K evropské špičce patří ČR též v užívání pervitinu. Podle odhadů z roku 2008 bylo v České republice přibližně 25 000 uživatelů pervitinu ve věku 15–64 let. (EMCDDA [on-line], 2008d; Mravčík et al. [on-line], 2010)

Studie ESPAD je zaměřena na vzorek 16letých, který je v evropských zemích víceméně periodicky mapován každé 3 roky. Z výsledků sledování realizovaného v r. 2003 bylo jasně patrné, že téměř všichni studenti (95 %) ve věku 15–16 let užili alkohol během posledního roku před dotazováním. Evropský průměr též vysoce převyšuje i celoživotní prevalence kouření cigaret (80 % v ČR vs. průměr 63 %), a rovněž celoživotní prevalence užití konopí, které je více než dvakrát vyšší než evropský průměr (44 % v ČR vs. průměr 20 %). Užití jiné nelegální drogy než konopí zmínilo 12 % vzorku, což je opět dvojnásobek evropského průměru (12 % v ČR vs. průměr 6 %). (Hibell et al. [on-line], 2004; Csémy et al. [on-line], 2006)

Prozatím poslední „velkou“ reprezentativní školní studií, která byla v ČR realizována, je ESPAD 2007. Poněvadž jde o důležité a rozsáhlé evropské šetření s komparací dat, zaslouží si podrobnější prezentaci výstupů.

V r. 2007 byla ve srovnání s předchozím obdobím zaznamenána stabilizace situace v oblasti zkušeností mládeže s nelegálními drogami, došlo k poklesu zkušeností se všemi sledovanými drogami s výjimkou konopných látek. U konopných látek je situace srovnatelná s r. 2003, došlo k zastavení nárůstu zkušeností pozorovaného od poloviny 90. let 20. stol. Rovněž byl pozorován pokles subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog (s výjimkou konopí) a k nárůstu subjektivně vnímaných rizik spojených s jejich užitím. (Csémy et al. [on-line], 2008)

V případě nelegálních drog byla respondenty v r. 2007 zmíněna nejčastěji zkušenost s užíváním konopných látek (45 %). Na dalších místech figurují zkušenosti s užíváním léků se

sedativním účinkem (9 %), s užitím halucinogenních hub (7 %) a s čicháním rozpouštědel (7 %). Zkušenosti s LSD (5 %), extází (5 %) a amfetaminy (4 %) jsou méně časté, zkušenosti s drogami typu heroinu a kokainu jsou v populaci šestnáctiletých minimální (1–2 %). Užívání nelegálních drog v posledním roce se vzhledem k věku respondentů významně neliší od celoživotní prevalence. Během posledního měsíce užilo marihuanu 18 % vzorku, těkavé látky téměř 2 %, užití ostatních drog se pohybuje do 1 %. Ve věku 15–19 let má v ČR alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou (konopnými látkami) odhadem necelých 300 000 osob, v posledním měsíci asi 120 000 osob. Studie opětovně potvrdila rozdíly v užívání drog mezi pohlavími: chlapci uváděli vyšší četnost zkušenosti s nelegálními drogami než dívky. Projevily se významné rozdíly mezi kraji ČR. Zkušenosti s drogami mají nejvíce dotazovaní v Ústeckém a Karlovarském kraji, následují Liberecký a Olomoucký kraj. Regionální rozdíly jsou patrné i co do typu užívaných drog a jejich dostupnosti. Denně kouří čtvrtina šestnáctiletých, z nich je téměř 8 % silných kuřáků (vykouří denně více než 11 cigaret). Podíl denních kuřáků mezi r. 2003 a 2007 mírně poklesl, a to především u chlapců, zatímco u dívek byl zaznamenán mírný nárůst. V užívání alkoholických nápojů se situace od 90. let 20. stol. významně nezměnila, což je vzhledem k relativně vysoké spotřebě alkoholu mezi mladými lidmi v ČR varující údaj. Alkohol užilo v posledních 30 dnech 76 % českých studentů. Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci konzumovala pětina studentů. Oproti r. 2003 došlo k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti cigaret a alkoholu, zároveň také k poklesu subjektivně vnímaných rizik spojených s kouřením a častým pitím alkoholu. ČR zůstává jednou ze zemí, kde je výskyt klíčových ukazatelů spojených s užíváním tabáku, alkoholu a nelegálních drog mezi šestnáctiletými nad evropským průměrem. I přes relativní stabilizaci rostoucích trendů z minulých let je v ČR úroveň užívání konopných drog zatím nejvyšší v Evropě. Naopak, v užívání nekonopných drog, zejména extáze, se čeští šestnáctiletí propadli z čelního místa evropského pomyslného žebříčku blíž k průměru. (Andersson et al. [on-line], 2007; Csémy et al. [on-line], 2008)

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007 (Mravčík et al. [on-line], 2008) zmiňovala, že ve 13 ze 14 krajů byli do funkcí jmenováni krajsí protidrogoví koordinátoři (kromě kraje Moravskoslezského, jenž ji nezřizuje), byla též vypracována krajská strategie protidrogové politiky. Ve společnosti se zvýšila tolerance vůči uživatelům drog a podpora preventivních opatření. Kouření marihuany je stále považováno za obecně nepřijatelné chování, na druhé straně se za posledních 10 let zdvojnásobil počet osob, které podporují její legalizaci. V dospělé populaci měla alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou přibližně pětina osob, mezi mládeží byla prevalence drogové zkušenosti vyšší (přibližně 35 % žáků posledních ročníků základních škol a 45 % studentů prvních ročníků středních škol).

K nejčastěji užívaným nelegálním návykovým látkám patřily produkty konopí, mezi žáky ZŠ byl zaznamenán relativně vysoký výskyt zkušeností s inhalanty, zatímco zkušenosti dospělé populace, žáků i studentů s opioidy a kokainem se dlouhodobě udržují na velmi nízké úrovni. Mezi návštěvníky tanečních akcí byl zaznamenán významný nárůst užívání kokainu a mírný nárůst u pervitinu, aktuální prevalence užívání extáze poklesla. Odhadovaný počet problémových uživatelů v r. 2007 mírně stoupl na cca 30900, z čehož bylo přibližně 20900 uživatelů pervitinu a 10000 uživatelů opioidů (z toho 5750 heroinu, 4250 preparátu Subutex). Injekčně drogy užívá asi 29500 osob, tedy většina uživatelů opioidů i pervitinu, nejvíce v Praze a Ústeckém kraji. (Mravčík et al. [on-line], 2008)

Promořenost HIV u injekčních uživatelů se pohybovala pod 1 %, vzrostl však počet nově infikovaných virem HIV, a to až trojnásobně. Prevalence virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů testovaných v r. 2007 v nízkoprahových programech byla menší než 20 %. Z dílčích studií uskutečněných mezi rusky hovořícími injekčními uživateli drog v Praze vyplynulo, že výskyt závažných infekcí u nich výrazně přesahuje úroveň zjištěnou v obdobném českém populačním segmentu: HIV infekce byla zaznamenána u 3,5 %, virová hepatitida typu C u 83,1 % a typu B u 53,3 % vyšetřených. V r. 2007 klesl počet testů provedených uživatelům drog na HIV a výrazně na virovou hepatitidu typu C. (Mravčík et al. [on-line], 2008)

V r. 2007 bylo hlášeno 14 smrtelných případů předávkování opioidy, 11 pervitinem, 14 těkavými látkami, celkově byl stav v rámci ČR velmi nízký. Ojedinelá předávkování se týkala kokainu a extáze. Při úmrtích v důsledku dopravních nehod bylo přibližně 5 % zemřelých řidičů pozitivních na bezodiazepiny, pervitin nebo konopné látky. (Mravčík et al. [on-line], 2008)

Snižování rizik, léčba a resocializace uživatelů drog jsou v ČR zajišťovány širokým spektrem služeb s poměrně solidní dostupností. Během posledních 5 let vzrostl podíl problémových uživatelů, kteří přišli do kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, z 60 % na cca 70 %. Došlo k nárůstu počtu injekčních jehel a stříkaček, který byly vydány ve výměnných programech – v r. 2007 činil 4,5 miliónu kusů. Přibližně dalších 1,5 miliónu kusů bylo prodáno injekčním uživatelům v lékárnách. Pro substituční léčbu závislosti na opiátech jsou v ČR k dispozici 3 preparáty: methadon (dostupný v substitučních centrech), Subutex a Suboxone (dostupné v lékárnách). Byla uvedena do provozu elektronická internetová aplikace registru substituce. (Mravčík et al. [on-line], 2008)

Z drogových trestných činů bylo v r. 2007 obžalováno více než 2000 osob, pravomocně bylo odsouzeno téměř 1400 osob. Drogová kriminalita byla páchána nejčastěji v souvislosti s pervitinem (50–70 %), následovaly konopné látky (20 až 30 %); v posledních letech roste podíl kokainu, i když jeho podíl zůstává stále pod 3 %. (Mravčík et al. [on-line], 2008)

Nejdostupnější drogou v ČR nadále zůstává marihuana, stále je vysoká i dostupnost pervitinu, u obou drog byl také zaznamenán nejvyšší počet záchytů. Zvyšuje se domácí produkce marihuany s vyšším obsahem THC pěstované v umělých podmínkách a stále častěji ve velkém měřítku. Pervitin se v posledních několika letech zvýšeně vyrábí z pseudoefedrinu obsaženého ve volně prodejných lécích pro léčbu nachlazení. Je produkován výhradně v ČR, zčásti vyvážen i do zahraničí, zejména do Německa. Roste dostupnost a čistota kokainu, jeho cena mírně poklesla. Heroin se do republiky dostává především tzv. balkánskou cestou, extázi lze běžně obstarat v prostředí zábavních podniků, podobně i jiné návykové látky. (Mravčík et al. [on-line], 2008)

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008 (Mravčík et al. [on-line], 2009) v souhrnu uvádí, že užívání drog v dospělé populaci vzrostlo, zjištění se týkalo především užívání konopných drog ve skupině mladých mužů. ČR patří v Evropě mezi země s vysokou prevalencí užívání většiny drog ve školní populaci (nejvyšší prevalence byla vykázána u konopných drog, a to i přes stabilizaci jejich užívání mezi 16letými). Přetrvával vysoký podíl problémových uživatelů drog, kteří si je aplikují injekčně, mírně se zvýšil výskyt problémových uživatelů opioidů a pervitinu oproti stavu v r. 2007. Dlouhodobě se zvyšuje průměrný věk uživatelů drog, kteří navštíví kontaktní zařízení, nebo jsou zařazeni do léčebných programů. Přetrvával vysoký podíl problémových uživatelů drog, kteří se dostali do kontaktu s nízkoprahovými programy, dlouhodobě roste počet distribuovaných injekčních jehel a stříkaček. Výskyt infekce HIV a virové hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli drog byl stále relativně nízký, obdobně i počet testů provedených na tato onemocnění. Nízký byl rovněž počet smrtelných předávkování drogami, narostl však počet úmrtí za přítomnosti drog (pervitinu, konopí) z jiných příčin (nehod, úrazů, sebevražd). Zvýšil se počet odhalených varen pervitinu, pěstíren konopí a zachycených rostlin konopí. Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR byl schválen návrh nového trestního zákoníku s platností od 1.1.2010. Dochází k významným změnám v drogové legislativě, především v oblasti nakládání s nelegálními drogami. K přechovávání konopných látek v nadlimitním množství se váží nižší postihy, změkčení doznala i ustanovení týkající se pěstování rostlin a hub obsahujících omamné a psychotropní látky pro vlastní potřebu. Byla zpřísněna pravidla nakládání s léčivými obsahujícími pseudoefedrin často zneužívaný k nelegální výrobě pervitinu.

Z dalších aktuálních dokumentů popisuje obšírně situaci v ČR Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 (Mravčík et al. [on-line], 2010). Dokument prezentuje řadu pohledů na problematiku drog, všímá si užívání, škodlivého užívání, závislosti, přenosu infekčních chorob a dalších nemocí, kriminality, policejních statistik, sociálních služeb, financování protidrogové politiky, léčby, resocializace, různých úrovní prevence. Pro představu o české drogové scéně jsou

uvedeny vybrané partie vztahující se ke konzumaci návykových látek a k okolnostem s nimi svázaným.

Užívání drog v dospělé populaci je na vysoké úrovni. Celoživotní prevalence užívání konopných drog dosahuje mezi dospělými v ČR okolo 30 %, extáze 5–10 %, pervitinu přibližně 4 %. Prevalence užití konopných drog v posledním roce mezi českými dospělými dosahuje 11–15 %, extáze 3–4 %, pervitinu do 1,5 %. Mezi mladými dospělými (věková kategorie 15–34 let) činí míra prevalence užití konopných drog v posledním roce kolem 25 %, extáze 5 % a pervitinu do 3 %. Česká mládež vykazuje nadprůměrné hodnoty ve všech klíčových ukazatelích týkajících se užívání prakticky všech návykových látek kromě inhalantů. Mimořádně vysoké míry prevalence ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi dosahuje zejména užívání konopných drog. (Mravčík et al. [on-line], 2010)

Výzkumy provedené v dospělé populaci v období 2008–2009 ukazují, že míra celoživotní prevalence užívání konopných drog v české dospělé populaci dosahuje cca 30 %, extáze 5–10 %, pervitinu přibližně 4 % a kokainu 2 %. Prevalence užití konopných drog v posledním roce v témž segmentu dosahuje hodnot 11–15 %, extáze 3–4 %, pervitinu do cca 1,5 % a kokainu cca 0,5 %. Mezi mladými dospělými (věková skupina 15–34 let) dosahuje míra prevalence užití konopných drog v posledním roce 22–28 %, extáze 3–8 %, pervitinu do 3 % a kokainu přibližně 0,5–1,5 %. Průzkumy provedené v prostředí tanečních akcí a (noční) zábavy ukazují na výrazně vyšší míru prevalence užívání nelegálních drog v této specifické subpopulaci mladých dospělých – vedle konopných látek se jedná především o extázi a dále o pervitin, kokain a halucinogeny. (Mravčík et al. [on-line], 2010)

V r. 2009 výrazně vzrostla hodnota odhadovaného počtu problémových uživatelů drog na 37 400 osob. Na nárůstu se nejvíce podíleli uživatelé pervitinu (více než 25 000), rovněž se zvýšil počet injekčních uživatelů drog (na více než 35 000). Mírně vzrostl i počet uživatelů opioidů (12 000, z nichž odhadem 7 000 bralo heroin a 5 000 preparát Subutex). Regiony s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opioidů jsou Hl. m. Praha a Ústecký kraj. Ústecký kraj má zároveň ze všech krajů nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu. (Mravčík et al. [on-line], 2010)

Marihuana představuje nejdostupnější nelegální drogu. Konopí je často pěstováno v umělých podmínkách, kdy je možné dosáhnout obsahu až 20 % účinných látek (THC), v r. 2009 se průměrně jednalo o 8 %. Na základě odhadů se v ČR v r. 2009 spotřebovalo téměř 19 tun konopných drog. Cena gramu marihuany se na černém trhu pohybuje mezi 200 až 250 Kč. Ročně bývá dokladováno kolem 500 záchytů, v r. 2009 bylo zabaveno 172 kg marihuany a více než 33 000 rostlin konopí (nejvíce od r. 2006). Roste počet odhalených pěstíren konopí (v r. 2009 jich bylo 84). V případě hašiše je uváděno 30–40 záchytů ročně. (Mravčík et al. [on-line], 2010)

Druhou nejdostupnější nelegální drogou v ČR zůstává pervitin. V r. 2009 bylo zachyceno 3,6 kg pervitinu, drtivá většina záchytů se pohybovala v množství do 50 g. Bylo odhaleno 342 varen. Pervitin bývá téměř výhradně prodáván na maloobchodní úrovni a v množstvích do 50 g. Jeho čistota se za poslední 3 roky pohybuje kolem 70 %, cena činí 1 000 Kč za gram. Podle expertních odhadů se v r. 2009 vyrobily 4,2 tuny pervitinu o průměrné čistotě 80 %, která se při prodeji na ulici nebo při vývozu snižuje na cca 70 %. V ČR byly odhadem spotřebovány 4,4 tuny pervitinu. Výrobci pervitinu si obstarávali suroviny nákupem volně prodejných léků s obsahem pseudoefedrinu ve velkém. Tyto aktivity byly v ČR omezeny od května 2009, léky se začaly nezákonně dovážet z okolních zemí, především z Polska. (Mravčík et al. [on-line], 2010)

Na české drogové scéně se lze dále setkat s kokainem, který našel své místo především v prostředí zábavy, nočního života, movitější klientely. V r. 2009 bylo zaznamenáno 26 záchytů o celkovém objemu 12,9 kg a čistotě 15–35 %. Cena kokainu oproti minulým letům poklesla, nyní činí 1500–2500 Kč za gram. Rozdíly v čistotě mezi pouličním prodejem a prodejem ve velkém množství jsou malé, kokain je zřejmě ředěn již před průnikem do ČR. Do ČR bylo dovezeno 550 kg kokainu o průměrné čistotě 70 %, ke konečnému uživateli se tato droga dostala v množství téměř 1 tuny o průměrné koncentraci 45 %. (Mravčík et al. [on-line], 2010)

Heroin se do ČR nadále dostává především balkánskou trasou, je ředěn a jeho čistota se při prodeji na ulici snižuje. Na velkoobchodní úrovni dosahuje heroin čistoty 20–30 %, ceny 200–800 Kč za gram. Na maloobchodní úrovni se jeho čistota pohybuje kolem 10–15 %, cena mezi 1000–1400 Kč za gram. Počet a objem záchytů heroínu zůstává relativně stabilní; ročně proběhne asi o 100 záchytů v celkovém objemu 20–40 kg. Heroin se v r. 2009 dovezl do ČR v množství 330 kg o průměrné koncentraci 40 %, na černém trhu se prodával v koncentraci cca 10 % a v ČR se jej spotřebovaly 1,3 tuny. (Mravčík et al. [on-line], 2010)

Extáze se do ČR dostává především z Nizozemska, Polska a ze Slovenska. V r. 2009 bylo evidováno 13 záchytů v celkovém množství 198 tablet. Cena extáze se pohybuje mezi 200 až 250 Kč za tabletu. V ČR bylo v r. 2009 spotřebováno 4,7 mil. tablet extáze. Výrobci se snaží hledat látky, které doposud nepatří mezi kontrolované, proto se stále častěji nalézají změněné složení extáze, které může být více rizikové. (Mravčík et al. [on-line], 2010)

## Sledování užívání drog v populačním segmentu vysokoškolských studentů

V oboru drogové epidemiologie existuje řada popisných a srovnávacích studií, které se zabývají užíváním legálních a nelegálních drog a dalšími formami návykového chování u nejvíce ohrožených populačních skupin – např. žáků základních a středních škol, dětí z problematického sociokulturního prostředí, osob pocházejících z etnických minorit, injekčních uživatelů návykových látek, závislých ve výkonu trestu. Vysokoškolští studenti patří mezi osoby dospělé, u nichž se předpokládá určitá úroveň znalostí a postojů, které dokáží včas varovat před možným rizikem a měly by podporovat zdravý životní styl bez drog. Proto tento populační segment (18–35 let) nepatří ke „klasickým“ rizikovým skupinám a nebyla mu věnována systematická pozornost. (Kachlík, Havelková in Řehulka et al., 2007).

Většího zájmu doznala skupina vysokoškolských studentů nejprve v zahraničí. Uvádíme stručné příklady některých realizovaných výzkumů, další a obšírnější jsou čtenáři k dispozici v diskusi.

V USA byla provedena reprezentativní studie sledující užívání marihuany ve vzorku více než 17500 studentů (Bell et al., 1997). Téměř čtvrtina z nich uvedla, že konzumovala marihuanu během posledního roku před dotazováním. Webb et al. (1996) mapovali užívání drog ve vzorku více než 3000 vysokoškolských studentů. Téměř dvě třetiny mužů a polovina žen pily pravidelně alkohol, pětina vzorku užívala konopí alespoň jednou týdně, třetina přiznala zkušenosti s jinými nelegálními návykovými látkami, zejména ze skupiny halucinogenů (LSD) a tanečních drog (extáze).

Ve Slovenské republice se výsledky systematictějšího sledování vybraných skupin vysokoškolských studentů objevují od druhé poloviny 90. let 20. stol. Zejména je třeba připomenout práce Novotného a Kolibáše (1997 a novější), popisující situaci na Univerzitě Komenského v Bratislavě. Výsledky z r. 2003 poukázaly na desetinu pravidelných kuřáků a konzumentů alkoholu mezi respondenty, pětina žen měla zkušenost s konopím, mužů pak dvojnásobek. Oproti předchozímu sledování významně vzrostl počet konzumentů tabáku, počet pravidelných a občasných konzumentů alkoholu se významně nezměnil. Významně se zvýšila četnost zkušenosti s konopím.

Pavúk a Koščo (1997) se zabývali sledováním kuřáckých návyků a prevalencí kuřáků mezi studenty Pedagogické fakulty v Prešově v období 1982–1995, oslovili více než 1900 respondentů. V r. 1982 v celém souboru kouřila asi třetina posluchačů, z toho čtyři desetiny mužů a čtvrtina žen. V r. 1991 byl zaznamenán nárůst četnosti kuřáků v souboru za výrazného přispění studentů nově

nastupující do prvního ročníku, a žen obecně. V r. 1995 byl sice zachycen pokles kuřáků oproti r. 1991, avšak oproti r. 1982 jejich nárůst, i když bez statistické signifikance).

V r. 1993 byly v ČR realizovány první sondy a pokusy o mapování drogové scény (užívání drog a postoje k nim) na Masarykově univerzitě (Kachlík, Šimůnek, 1995).

Výchozí data pro systematický monitoring byla získána pomocí anonymního dotazníku, jímž bylo v r. 1997 osloveno 1567 studentů 6 fakult MU (Kachlík, 2005b, 2005c). Z výzkumu vyplynulo, že 75 % respondentů pilo alkohol alespoň jednou týdně, 30 % alespoň jednou týdně kouřilo tabák. Ze zakázaných látek bylo nejčastěji konzumováno konopí, následovaly halucinogeny, diskotékové drogy, pervitin, kokain a opioidy. V 80 % šlo o 1–2 pokusy, méně často 3–5, výjimečně i více. K první drogové zkušenosti nejčastěji vedla zvědavost, touha po příjemných pocitech, potřeba psychické relaxace a družnosti. U respondentů existoval silný rozpor mezi znalostmi, vnímáním rizika a následným chováním.

V období 2005–2007 byl Kachlíkem a Havelkovou uskutečněn tříletý projekt „*Deskripce drogové scény na MU a návrh preventivních opatření*“. V jeho první fázi byla realizována pilotní studie mezi studenty Lékařské a Pedagogické fakulty MU. Následně proběhla druhá fáze, při níž byla získána data od téměř 10000 studentů všech fakult MU (Kachlík, Havelková, 2007). Z výsledků bylo patrné, že téměř 40 % respondentů kouřilo během posledního týdne před dotazováním tabák, 99 % pilo někdy během života alkohol (ženy spíše příležitostně, muži pravidelně). Z nelegálních látek patřila k nejčastěji užívaným marihuana (během posledního měsíce ji konzumovalo 16 % respondentů, více než desetkrát v životě 45 % oslovených). Z dalších látek byly častěji zmiňovány halucinogenní houby (celoživotní zkušenost u 15 % dotázaných) a taneční drogy (celoživotní zkušenost u 9 % respondentů). (Kachlík, Havelková in Řehulka et al., 2007)

V Praze byla Csémym et al. (2004) provedena studie, při níž byl osloven vzorek 904 studentů 5 vysokých škol. Nadměrnou konzumaci alkoholu uvedla pětina dotázaných mužů a téměř desetina žen, pravidelné (denní) kouření cigaret bylo zjištěno u sedminy mužů a žen, užívání kterékoli ze sledovaných nelegálních látek (marihuana, pervitin, heroin, LSD, extáze) přiznala čtvrtina mužů a více než desetina žen. Prakticky každý třetí z dotázaných vysokoškoláků užíval návykové látky zdravotně či společensky rizikovým způsobem.

Csémy et al. (2004) také připomněli, že vysokoškolští studenti návykové látky užívají, u některých z nich v rozsahu, který již není zanedbatelný a přesahuje běžné populační pozadí.

Kachlík a Klech (Kachlík, Klech in Řehulka, 2010) publikovali výsledky mapování drogové scény na Univerzitě v Lublani (ULJ, Slovinsko, sonda, vzorek 262 respondentů) a její srovnání se situací na



brněnské Masarykově univerzitě (MU, deskriptivní studie, vzorek 9993 respondentů). Bylo verifikováno tvrzení, že opioidy (především heroin) jsou dostupnější pro studenty ULJ než pro studenty MU. Dále bylo možné konstatovat, že užití konopných drog studenty MU během posledního půlroku před dotazováním nebylo významně vyšší než užití konopí studenty MU. Nebyla zaznamenána vyšší prevalence užívání pervitinu studenty MU ve všech sledovaných obdobích oproti studentům ULJ. Nepotvrdilo se, že studenti ULJ užívali extázi během posledního půlroku před dotazováním méně než studenti MU.

Z výsledků vyplynulo, že existují statisticky významné rozdíly ( $p < 0,05$  a lepší) v rozsahu užívání návykových látek mezi studenty jednotlivých univerzit. Oproti studentům MU studenti ULJ jednoznačně dominují ve všech zkoumaných časových horizontech užití hašiše nebo hašišového oleje. Studenti ULJ taktéž převyšují studenty MU v rozsahu užívání všech stimulačních látek (kokain, budivé aminy) kromě pervitinu. Další rozdíl byl nalezen u rozsahu užití těkavých látek, jejichž užívání je opět více rozšířeno mezi studenty ULJ. Naopak, halucinogenní houby a jiné halucinogeny byly více užívány studenty MU. Při celkovém pohledu na drogovou scénu obou univerzit můžeme konstatovat, že téměř všichni studenti někdy v životě pili alkohol. Nejoblíbenějšími ilegálními drogami studentů obou univerzit se staly konopné drogy, z nichž nejužívanější byla marihuana, kterou alespoň jedenkrát v životě shodně užily necelé dvě třetiny respondentů obou univerzit a v posledním půlroce zhruba jedna třetina respondentů obou univerzit.

Výsledky výzkumů, které byly provedeny na obou univerzitách, jednoznačně prokázaly, že užívání návykových látek je aktuálně přítomné ve vysokoškolské populaci, a to v rozsahu, který není zanedbatelný. V mnoha případech byla u vysokoškolských studentů dokonce nalezena vyšší prevalence užívání návykových látek než v obecné populaci nebo mezi mládeží. Pokud si uvědomíme, že mnozí vysokoškolští studenti po absolutoriu ve svých profesích působí na mládež, na pacienty a že pro veřejnost představují autority, pak jsou tato zjištění obzvláště alarmující. Práce se v českém prostředí stala jedním z prvních pokusů o srovnání rozsahu užívání návykových látek ve vysokoškolské populaci dvou různých států Evropské unie. Z tohoto důvodu lze doporučit pokračování v dalších výzkumech stejného charakteru prováděných pravidelně na celoevropské úrovni tak, jak je tomu např. u studie ESPAD zmíněné výše.

# Literatura

- ABOUJAOUDE, E. et al. Potential markers for problematic Internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectrums*, 2006, vol. 11, no.10, pp. 750-755.
- AGOSTINELLI, G., BROWN, J.M., MILLER, W.R. Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 1995, vol. 25, no.1, pp. 31- 40.
- ANDERSON, K.J. Internet use among college students: An exploratory study. *Journal of American College Health*, 2001, vol. 50, no. 1, pp. 21-26.
- ANDERSSON, B. et al. *Alcohol and Drug Use Among European 17-18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2007. 156 p. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/ESPAD\\_17-18\\_Year\\_Old\\_2003.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/ESPAD_17-18_Year_Old_2003.pdf)
- ANDERSON, P., BAUMBERG, B. *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. A Report for the European Commission*. 1<sup>st</sup> Ed. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. 446 p. ISBN 92-79-02241-5.
- ARNETT, J.J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 2000, vol. 55, no. 5, pp. 469-480.
- ARNETT, J.J. The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 2005, vol. 5, no. 2, pp. 235-254.
- AVDIČOVÁ, M. et al. *Prevenca závislostí a fajčenia tabaku*. 1. vyd. Bratislava: Gerlach Print, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7159-164-1.
- BAER, J.S., KIVLAHAN, D.R., BLUME, A.W., MCKNIGHT, P., MARLATT, A.G. Brief Intervention for Heavy-Drinking College Students: 4-Year Follow-Up and Natural History. *American Journal of Public Health*, 2001, vol.91, no. 8, pp. 1310-1316.
- BEARD, K.W. Internet addiction: A review of current assessment techniques & potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior*, 2005, vol. 8, no. 1, pp. 7-14.
- BEARD, K.W., WOLF, E.M. Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 2001, vol. 4, no. 3, pp. 377-383.
- BEČKOVÁ, I., MACHÁČKOVÁ, J., VANŽURA, M., VIŠŇOVSKÝ, P. Analýza drogové problematiky mezi vysokoškolskými studenty v České republice. *Československá fyziologie*, 1998, roč. 47, č. 4, s. 143-144.
- BEČKOVÁ, I., MLYNÁŘOVÁ, M., FENDRICH, Z., VIŠŇOVSKÝ, P. Attitudes of Undergraduates in Several Czech Universities towards Drug Dependence. *Folia Pharmacologica Universitas Carolinae*, 1999, vol. 24, pp. 19-27.
- BEDNÁŘ, V. *Alternativní webové prohlížeče: Firefox, Opera, Mozilla, Maxthon a další*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 168 s. ISBN 978-80-251-0566-0.
- BELL, R., WECHSLER, H., JOHNSTON, L.D. Correlates of college students marijuana use: results of a US National Survey. *Addiction*, 1997, vol. 92, no. 5, pp. 571-581.
- BÉM, P. *Pozměňovací návrh zákona č. 202/1990 Sb., O loteriích a jiných podobných hrách*. Praha: Parlament ČR, Poslanecká sněmovna, 2009, 12 s.
- BÉM, P., KALINA, K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 275-284. ISBN 80-86734-05-6.
- BENDTSEN, P., JOHANSSON, K., AKERLIND, I. Feasibility of an email-based electronic screening and brief intervention (e-SBI) to college students in Sweden. *Addictive Behaviors*, 2006, vol. 31, no. 5, pp. 777–787.

- BENKOVIČ, J. Nelátkové závislosti v ambulanci praktického lékaře. *Via pract.*, 2007a, roč. 4, č. 11, s. 530-533.
- BENKOVIČ, J. Novodobé nelátkové závislosti. *Psychiatr. prax*, 2007b, roč. 8, č. 6, s. 263-266.
- BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 91 s. ISBN 80-7187-003-X.
- BERNASOVSKÁ, K., KOVÁŘOVÁ, M., RIMÁROVÁ, K., HOLÉČZYOVÁ, G., KIMÁKOVÁ, T. Ochrana a podpora zdravia populácie vo vzdelávacom procese Ústavu hygieny LF UPJŠ v Košiciach In *Životné podmienky a zdravie: zborník vedeckých prác*. 1. vyd. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2006, s. 339-341. ISBN 978-80-7159-160-2.
- BERNASOVSKÁ, K., KOVÁŘOVÁ, M., PETRÁŠOVÁ, D., KIMÁKOVÁ, T., TIRPÁKOVÁ, M. Výsledky záverečnej etapy grantovej úlohy zo sledovania rizikových faktorov životného štýlu košických medikov. In *Životné podmienky a zdravie: zborník vedeckých prác*. 1. vyd. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2007, s. 97-101. ISBN 978-80-7159-166-5.
- BLÁBOLIL, R. *PC pro školy – ovládání programů*. 2. vyd. České Budějovice: KOPP, 1997. 306 s. ISBN 80-7232-000-9.
- BLINKA, L. *Generace závislých? Dospívající a online hry*. 2008. [cit. 2011-11-02]. Dostupné z WWW: [http://ivdmr.fss.muni.cz/infostorage/Blinka\\_Generace\\_zavislych-Dospivajici\\_a\\_online\\_hry.pdf](http://ivdmr.fss.muni.cz/infostorage/Blinka_Generace_zavislych-Dospivajici_a_online_hry.pdf)
- BORNÍK, M. *Drogy, co bychom o nich měli vědět*. 1. vyd. Praha: Themis, 2001. 31 s. ISBN 80-85821-98-2.
- BOROVIČKA, J. *Lysohlávky* [on-line]. 04.10.2005. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/halucinogeny/lysohlavky](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/halucinogeny/lysohlavky)
- BORSARI, B., CAREY K.B. Effects of a Brief Motivational Intervention With College Student Drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, vol. 68, no. 4, pp. 728-733.
- BOTVIN, G.J., BAKER, E., DUSENBURY, L., BOTVIN, E.M. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, vol. 273, no. 14, pp. 1106-1112.
- BRONIN, M., WRIGHT, C. Do university students drink more hazardously than their non-student peers? *Addiction*, 2005, vol. 100, no. 6, pp. 713-714.
- BROŽA, P. *Jak na počítač: vytváříme WWW stránky*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2004. 88 s. ISBN 80-251-0475-3.
- BRICHČÍN, M. et al. *Mládež- drogy- společnost*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1997. 160 s. ISSN 0862-4461.
- BUSHMAN, B.J., HUESMANN, L.R. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 2006, vol. 160, no. 4, pp. 348-352.
- CALDEIRA, K.M. et al. The Occurrence of Cannabis Use Disorders and Other Cannabis-Related Problems Among First-Year College Students. *Addictive Behaviors*, 2008, vol. 33, no. 3, pp. 397-411.
- CARNAGEY, N.L., ANDERSON, C.A., BUSHMAN, B.J. The effect of video game violence on physiological desensitization to real-life violence. *J. Exp. Soc. Psychol.*, 2007, vol. 43, pp. 489-496.
- CEED.CZ. *Elektronické bankovníctví* [on-line]. 2010. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: [http://www.ceed.cz/bankovnictvi/778elektronicke\\_bankovnictvi.htm](http://www.ceed.cz/bankovnictvi/778elektronicke_bankovnictvi.htm)
- CEKAN, D., BÁRTOVÁ, J. The Prevalence of Smoking in 5<sup>th</sup> Year Medical and Health Care Students at the 3<sup>rd</sup> Faculty of Medicine of Charles University in Prague. *Hygiena*, 2000, vol. 45 (Suppl.), pp. S23-S28.
- CENTER FOR DRUG AND ALCOHOL STUDIES AT THE UNIVERSITY OF DELAWARE (CDAS). *1996 Annual Report Center for Drug and Alcohol Studies*. 1<sup>st</sup> Ed. Newark: University of Delaware, 1997, 25 p. ISBN-

- CENTER FOR DRUG AND ALCOHOL STUDIES AT THE UNIVERSITY OF DELAWARE (CDAS). *Delaware School Survey: Alcohol, Tobacco & other Drug Abuse among Delaware Students*. 1<sup>st</sup> Ed. Newark: University of Delaware, 2010, 103 p. ISBN-.
- CLARK, D. Gambling and the Trait of Addition in a Sample of New Zealand University Students. *New Zealand Journal of Psychology*, 2003, vol. 32, pp.39-48.
- CSÉMY, L. et al. *Životní styl a zdraví českých školáků*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2005. 140 s. ISBN 80-85121-94-8.
- CSÉMY, L., HRACHOVINOVÁ, T., KRCH, D.F. Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci: rozsah, kontakt, rizika. *Adiktologie*, 2004, roč. 4, č. 2, s. 124-135.
- CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P., SADÍLEK, P. *ESPAD 07: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Česká republika, 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007* [on-line]. 2008. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/53608/238466/file/TK%20ESPAD\\_def\\_pdf.zip](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/53608/238466/file/TK%20ESPAD_def_pdf.zip)
- CSÉMY, L., LEJČKOVÁ, P., SADÍLEK, P., SOVINOVA, H. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003* [on-line]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-94-3. [cit. 2009-03-21]. Dostupné z WWW [http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/27303/130367/file/espada\\_web.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/27303/130367/file/espada_web.pdf)
- CYMBALOVÁ, D. et al. *Balíček nástrojov školiteľa: produkt projektu Transdrug. Zlepšovanie kvality a relevancie výcviku v oblasti závislostí*. 1. vyd. Dunajská Streda: Nadácia A-Kliniky, 2003. 174 s. ISBN 80-89001-24-6.
- ČAPLOVÁ, T., ANDRÉ, I., SOMOŠOVÁ, J. Postoje poslucháčov vysokej školy k problematike návykových látok *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 5, s. 281-286.
- ČÁPOVÁ, E. et al. Use of psychotropic compounds by students of the Medical faculty in Hradec Králové. *Folia Pharmacologica Universitas Carolinae*, 2000, vol. 25, pp. 107-108.
- DAVIS, R.A., FLETT, G.L., BESSER, A. Validation of a New Scale for Measuring Problematic Internet Use: Implications for Preemployment Screening. *CyberPsychology & Behavior*, 2002, vol. 5, no. 4, pp. 331-345.
- DEAN, A.G. et al. *The Epi Info manual: version 6.02. A word processing, database and statistics system for public health on IBM-compatible microcomputers*. 1<sup>st</sup> Ed. London: Brixton Books, 1994. 470 p. ISBN 9781873937211.
- DĚDIČEK, D. *333 tipů a triků pro Facebook*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2010. 240 s. ISBN 978-80-251-2963-0.
- DOČEKAL, D. *Rizika sociálních sítí a Webu 3.0 v praxi* [on-line]. LUPA, server o českém internetu, 2010. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <http://www.lupa.cz/clanky/rizika-socialnich-siti-a-webu-3-0-v-praxi/>
- DOUBRAVA, L. Osmdesát procent obětí kyberšikany zná agresora. *Učitel'ské noviny*, 2010, roč. 113, č. 8, s. 7.
- DUBSKÝ, V. *Mládež, společnost a stát. Odborný bulletin k problematice mládeže*. 1. vyd. Praha: Institut dětí a mládeže MŠMT ČR, 1994. 116 s. ISSN 1210-6380.
- DVOŘÁK, D. *Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a prevence HIV/AIDS*. 2. vyd. Praha: Filia, 1995. 113 s. ISBN 80-901966-2-4.
- DVOŘÁK, D. Sociální rehabilitace. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 63-69. ISBN 80-86734-05-6.
- E-BEZPEČÍ. *Internet a kyberšikana* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-05]. Dostupné z WWW: <http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/36/63/lang,czech/>
- ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě: násilí a pornografie na obrazovce, sexuální zneužití, šikanování, hazardní hráčství, únos, drogy a alkohol*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-419-2.

- ENGWALL, D., HUNTER, R., STEINBERG, M. Gambling and other risk behaviors on university campuses. *Journal of American College Health*, 2004, vol. 53, no. 6, pp. 245-255.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Amphetamines* [on-line]. 2008a. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index41525EN.html>
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Amphetamines, ecstasy and LSD* [on-line]. 2008b. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/drug-situation/amphetamines>
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *An overview of the problem drug use (PDU) key indicator* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. Lisboa: EMCDDA, 2009a. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_67060\\_EN\\_EMCCDDA-PDU-overview.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67060_EN_EMCCDDA-PDU-overview.pdf)
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Monitoring the Supply of Heroin to Europe* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008c. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_62086\\_EN\\_emcdda\\_tds\\_herointrafficking\\_2008.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_62086_EN_emcdda_tds_herointrafficking_2008.pdf)
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Opioids* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/online/ar2007/cs/opioids>
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Polydrug use: patterns and response* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2009b. 29 p. ISBN 978-92-9168-410-6. [cit. 2011-09-11]. Dostupné z WWW: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_93217\\_EN\\_EMCCDDA\\_SIO9\\_polydrug%20use.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93217_EN_EMCCDDA_SIO9_polydrug%20use.pdf)
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2008: Stav drogové problematiky v Evropě* [on-line]. 1. vyd. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2008d. 97 s. ISBN 978-92-9168-320-8. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_64227\\_CS\\_EMCCDDA\\_AR08\\_cs.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_CS_EMCCDDA_AR08_cs.pdf)
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2009: Stav drogové problematiky v Evropě* [on-line]. 1. vyd. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2009c. 99 s. ISBN 978-92-9168-379-6. [cit. 2011-09-11]. Dostupné z WWW: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_93236\\_CS\\_EMCCDDA\\_AR2009\\_CS.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_CS_EMCCDDA_AR2009_CS.pdf)
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě* [on-line]. 1. vyd. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010. 102 s. ISBN 978-92-9168-427-4 [cit. 2011-09-09]. Dostupné z WWW: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_120104\\_CS\\_EMCCDDA\\_AR2010\\_CS.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_CS_EMCCDDA_AR2010_CS.pdf)
- FILÍPEK, O. *Historie počítačů* [on-line]. 2000. [cit. 2004-02-07]. Dostupné na WWW: <http://freeweb.coco.cz/ondra/index-e.html>
- FIŠAR, Z., JIRÁK, R. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 316 s. ISBN 80-247-0061-1.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 96-106. ISBN 80-86734-05-6.

- FLAKS, P., TRAPKOVÁ, B. Prevence v komunitě. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 323-328. ISBN 80-86734-05-6.
- FROUZOVÁ, M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 124-129. ISBN 80-86734-05-6.
- GALÁZC, A., ŠMAHEL, D. Information Society from a Comparative Perspective: Digital Divide and Social Effects of the Internet [on-line]. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 2007, vol. 1, no.1. Brno: Faculty of Social Studies, Masaryk University, 2007. ISSN: 1802-7962. [cit. 2011-08-22] Dostupné na WWW: <http://www.cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2007072401&article=1>
- GALLA, M. et al. *Making Schools a Healthier Place. Manual on Effective School-Based Drug Prevention*. 1<sup>st</sup> Ed. Utrecht: Trimbos Institute – Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, 2002. 188 p. ISBN: 90-5253-404-7.
- GAMCARE. *What is gambling* [on-line]. 2010. [cit. 2011-08-22]. Dostupné na WWW: <http://www.gamcare.org.uk/pages/gamblinghistory.html>
- GANERI, A. *Drogy: od extáze k agonii*. 1. vyd. Praha: Amulet, 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8.
- GFROERER, J., WRIGHT, D., KOPSTEIN, A. Prevalence of youth substance use: the impact of methodological differences between two national surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, vol. 47, no. 1, pp.19-30.
- GILL, J.S. Reported Levels of Alcohol Consumption and Binge Drinking within the UK Undergraduate Students Population over the Last 25 Years. *Alcohol and Alcoholism*, 2002, vol.37, no. 2, pp. 109-120.
- GLASS, E. Problem drinking among the blind and visually impaired. *Alcohol Health and Research World*, 1980-1981, vol. 5, no. 2, pp. 20-25.
- GOODSTADT, M.S, SHEPPARD, M.A. Three approaches to alcohol education. *Journal of Studies on Alcohol*, 1983, vol. 44. no. 2, pp. 362-380.
- GREENBAUM, P.E. et al. Variation in the drinking trajectories of freshmen college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, vol. 73, no. 2, pp. 229-238.
- GRIFFITHS, M. D. Behavioural addiction: an issue for everybody. *Journal of Workplace Learning*, 1996, vol. 8, no. 3, pp. 19-25.
- GRIFFITHS, M. Does internet and computer „addiction“ exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & Behavior*, 2003, vol. 3, no. 2, pp. 211-218.
- GRUSSER, S.M., THALEMANN, R., ALBRECHT, U., THALEMANN, C.N. Excessive computer usage in adolescents--results of a psychometric evaluation. *Wien Klin Wochenschr.*, 2005, Jg.117, Nr. 5-6, S.188-195.
- HAGENBACH, D. A., WERTHMÜLLER, L. *Consciousness Change: A Challenge of the 21st Century* [on-line]. 19.04.2007. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: [http://www.psychedelic.info/index\\_2\\_eng.html](http://www.psychedelic.info/index_2_eng.html)
- HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*.1. vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-473-1.
- HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9.
- HAMPL, K. Léky vyvolávající závislost. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 187-192. ISBN 80-86734-05-6.
- HAMPL, K. Těkové látky. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 193-199. ISBN 80-86734-05-6.
- HARTNOLL, R. *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe. Co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 98 s. ISBN 80-86734-45-5.

- HAVLÍNOVÁ, M. et al. Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7367-478-8.
- HAVLÍNOVÁ, M. et al. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 311 s. ISBN 80-7367-059-3.
- HEINEMANN, A.W. (ed.). *Substance Abuse and Physical Disability*. 1<sup>st</sup> Ed. Binghamton: The Haworth Press, 1993. 291 p. ISBN 1-56024-289-2.
- HEINEMANN, A.W., DOLL, M., SCHNOLL, S. Treatment of alcohol abuse in persons with recent spinal cord injuries. *Alcohol Health and Research World*, 1989, vol. 13, no. 2, pp. 110-117.
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. et al. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 168 s. ISBN 80-169-277-8.
- HENČL, P. Kouření u studentů fakulty všeobecného lékařství UK v Praze. *Studia pneumologica et phthisiologica czechoslovaca*, 1990, roč. 50, č. 3, s. 155-160.
- HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 584 s. ISBN 80-7178-820-1.
- HEŘMANOVÁ, A. *Stimulační (budivé) drogy* [on-line]. 1999a. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://knihovna.adam.cz/drogy99/stim-ilg.htm>
- HEŘMANOVÁ, A. *Tlumivé látky* [on-line]. 1999b. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://knihovna.adam.cz/drogy99/tlumive.htm>
- HIBELL, B. et al. *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2004. 436 p. ISBN 91-7278-103-3. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/The\\_2003\\_ESPAD\\_report.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf)
- HIBELL, B. et al. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2009. 408 p. ISBN 978-91-7278-219-8. [cit. 2011-09-10]. Dostupné z WWW: [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_091006.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf)
- HINGSON, R. et al. Age of first intoxication, heavy drinking, driving after drinking and risk of unintentional injury among US. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, vol. 64, pp. 23-31.
- HLAVENKA, J., SAMŠUK, P. *První kroky s počítačem*. 3. vyd. Praha: Computer Press, 1986. 105 s. ISBN 80-85896-50-8.
- HOARE, J. Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey. *Home Office Statistical Bulletin*, 2009, July, no. 12/09. 86 p. ISSN 1358-510X
- HOLČÍK, J. *K teoretickým základům cesty ke zdraví. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, 2009. 150 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
- HRUBÁ, D. *Ergonomie*. 2. vyd. Brno: LF MU, 2005. 30 s. ISBN-
- HRUBÁ, D., KACHLÍK, P. Budou v roce 2000 na Lékařské fakultě MU v Brně pouze nekouřící absolventi? *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 4, s. 211-222.
- HRUBÁ, D., KACHLÍK, P. Konzum alkoholu a drog u školních dětí. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1999, roč. 34, č. 3, s. 139-146.
- HRUBÁ, D., KACHLÍK, P. Program „Kouření a já“ ovlivňuje žáky základních škol již po tři roky. *Hygiena*, 2000, roč. 45, č. 1, s. 3-9.
- HRUBÁ, D., KYASOVÁ, M. Závislost dětí a mládeže na nikotinu. *Čes.-slov. pediatrie*, 2001, roč. 56, č. 3, s. 174 – 178.

- HYGIENICKÁ STANICE HL. M. PRAHY (HSHMP). *Studie o drogách mezi studenty vybraných fakult v ČR v roce 1994*. 1. vyd. Praha: Hygienická stanice hl.m. Prahy, centrální pracoviště drogové epidemiologie. 1996. ISBN-
- HYNIE, S. *Psychofarmakologie v praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 1995. 312 s. ISBN 80-85824-17-5.
- CHABROL, H., ROURA, C., ARMITAGE, J. Bongs, a method of using cannabis linked to dependence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 48, no. 10, pp. 709-709.
- CHIAUZZI, E. et al. My Student Body: A High-Risk Drinking Prevention Web Site for College Students. *Journal of American College Health*, 2005, vol. 53, no. 6, pp. 263-268.
- CHOU, CH. Internet Heavy Use and Addiction among Taiwanese College Students: An Online Interview Study. *Cyberpsychology and Behavior*, 2001, vol. 4, no. 5, pp. 573-585.
- CHOU, CH., HSIAO, M.CH. Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case. *Computers and Education*, 2000, vol. 35, no. 1, pp. 65-80.
- INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE. *Světová zpráva o drogách 2008: Závislost na drogách je nemoc* [on-line]. 26.06.2008. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=1426>
- INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB). *Report of the International Narcotics Control Board for 2009* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. NewYork: United Nations, 2010. 168 p. ISBN: 978-92-1-148249-2. [cit. 2011-09-09] Dostupné z WWW: [http://www.incb.org/pdf/annual-report/2009/en/AR\\_09\\_English.pdf](http://www.incb.org/pdf/annual-report/2009/en/AR_09_English.pdf)
- JACKSON, K.M. et al. Drinking among college students: Consumption and consequences. In GALANTER, M. (ed.). *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 17, I: Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults*. 1<sup>st</sup> Ed. New York: Springer, 2005, pp. 85-117. ISBN-
- JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogové závislosti*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1988. 48 s. ISBN-
- JELLINEK, N.L. *Drugs and Brain* [on-line].2003. [cit. 2011-08-07].Dostupné za WWW: <http://www.van-gennip.nl/jellinek/start.htm>
- JIROVSKÝ, V. *Kybernetická kriminalita: nejen o hackingu, crackingu, virech a trojských koních bez tajemství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 288 s. ISBN 978-80-247-1561-2.
- JONES, S.E., OELTMANN, J., WILSON, T.W., BRENER, N.D., HILL, C.V. Binge Drinking Among Undergraduate College Students in the United States: Implications for other Substance Use. *Journal of American College Health*, 2001, vol. 50, no. 1, pp. 33–38.
- KACHLÍK, P. *Informační zdroje a metody primární protidrogové prevence*. 1. vyd. Brno: LF MU, 2005a. 211 s. +přílohy. ISBN-. Disertační práce z oboru Hygiena, epidemiologie a preventivní lékařství. Školitelka: prof. MUDr. Drahošlava Hrubá, CSc.
- KACHLÍK, P. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence* [on-line]. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2003. [cit. 2011-08-02]. Dostupný z WWW: <http://www.zkola.cz/zkedu/zaskolou/socialnepatologickejvyajejichprevence/zavislosti/zavislostobecne/15020.aspx>
- KACHLÍK, P. *Zneužívání návykových látek, primární prevence závislostí* [on-line]. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2004, září. [cit. 2011-08-04]. Dostupné z WWW: <http://moodlinka.ped.muni.cz/mod/resource/view.php?id=1732>
- KACHLÍK, P. Zneužívání návykových látek studenty MU v Brně. 1. část. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2005b, roč. 40, č. 4, s. 193-222.
- KACHLÍK, P. Zneužívání návykových látek studenty MU v Brně. 2. část. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2005c, roč. 40, č. 5, s. 259-282.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. A Drug Scene at the Masaryk University Brno 10 Years after. In ŘEHULKA, E. et al. (eds.) *School and Health – Contemporary School Practice and Health Education*. 1<sup>st</sup> Ed. Brno: MSD, 2008a, pp. 141-164. ISBN 978-80-7392-042-5.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Drugs, Future Doctors and Pedagogues at Masaryk University. In ŘEHULKA et al. (eds.) *2<sup>nd</sup> Conference School and Health 21*, 1<sup>st</sup> Ed. Brno: Paido, 2007, pp. 655-670. ISBN 978-80-7315-138-6.



- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Návykové látky, jejich konzumace, postoje a názory studentů Masarykovy univerzity. In ŘEHULKA, E. et al. (eds.). *Prevence závislostí ve škole*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008b, s.25-45. ISBN 978-80-7392-077-7.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Pohled studentů Masarykovy univerzity na prevenci patologických závislostí. In ŘEHULKA, E. et al. (eds.). *Prevence závislostí ve škole*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008c, s.13-24. ISBN 978-80-7392-077-7.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. *Závěrečná zpráva o řešení grantu Id. č. Aa-1/06 Deskripce drogové scény na MU v Brně a návrh preventivních opatření. Etapa 2: Realizace deskriptivní dotazníkové studie na MU*. 1. vyd. Brno: PdF MU, 2007. 117 s. ISBN-
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M., REISSMANNOVÁ, J., KRŇÁVKOVÁ, P., PROKOP, M. *Závěrečná zpráva o řešení fakultního výzkumného projektu id. MUNI/41/002/08: Problematika patologických závislostí v populační skupině osob s tělesným postižením – pilotní studie*. 1. vyd. Brno: PdF MU, 2009. 107 s. ISBN-. Výzkumná zpráva.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Zkušenosti a názory studentů Masarykovy univerzity na virtuální drogy. In LINHARTOVÁ, D., MÁCHAL, P. DANIELOVÁ, L. (eds.). *ICOLLE 2010: Sborník z mezinárodní vědecké konference*. 1. vyd. Brno: KONVOJ, 2010, s. 123-137. ISBN 978-80-7302-154-2.
- KACHLÍK, P., KLECH, R. The Probe into the University Drug Scene in Slovenia and its Comparison with the Situation in the Czech Republic. In ŘEHULKA, E. (ed.) *School and Health 21, 2010: Health Education: International Experiences*. 1<sup>st</sup> Ed. vyd. Brno: MU, 2010, pp. 291-310. ISBN 978-80-210-5398-4.
- KACHLÍK, P., MATĚJOVÁ, H. Pilotní intervenční projekt „DDD“ (Drogy-Důvod-Dopad) – analýza výsledků a zhodnocení efektivity. 1. část. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2006a, roč. 41. č. 1, s. 3-15.
- KACHLÍK, P., MATĚJOVÁ, H. Pilotní intervenční projekt „DDD“ (Drogy-Důvod-Dopad) – analýza výsledků a zhodnocení efektivity. 2. část. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2006b, roč. 41, č. 3, s. 129-144.
- KACHLÍK, P., ŠIMŮNEK, J. Drogová scéna u brněnských studentů VŠ v letech 1993-1995. *Acta hygienica, epidemiologica et microbiologica*, 1995, Suppl. 7, s. 44-46.
- KACHLÍK, P., ŠIMŮNEK, J. Brněnští medicí, návykové látky a protidrogové poradenství. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 3, s. 163-180.
- KACHLÍK, P., ŠMAJSOVÁ-BUCHTOVÁ, B. Souvislost mezi nezaměstnaností, zdravotním stavem a užíváním drog. In *Sborník z mezinárodní konference Firma a konkurenční prostředí-Sekce 8*. 1. vyd. Brno: KONVOJ, 2002, s. 23-46. ISBN 80-7302-038-6.
- KALINA, K. et al. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia Nova, 2001. 100 s. ISBN 80-238-8014-4.
- KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-6.
- KANDELL, D. et al. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, vol. 44, no.2, pp.11-29.
- KELLER, S. et al. Binge drinking and health behavior in medical students. *Addictive Behaviors*, 2007, vol. 32, no. 3, pp. 505–515.
- KESSLER, D., KLEIN, M. Drug use patterns and risk factors of adolescents with physical disabilities. *The International Journal of the Addictions*, 1995, vol. 30, no. 10, pp. 1243-1270.
- KLÍMA, J. Postoje studentů medicíny ke kouření. *Československé zdravotnictví*, 1990, roč. 38, č. 10, s. 460-463.
- KLÍMA, V. Jak poslat SMS jménem jiného mobilu – možnosti zneužití nasnadě. *Crypto-World: Informační sešit GCUCMP*, 2005, roč. X, č. 9, s. 5.
- KMOCH, P. *Informatika a výpočetní technika pro střední školy*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 1997. 228 s. ISBN 80-7226-045-6.

- KO, C. et al. Proposed diagnostic criteria of internet addiction for adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005, vol. 193, no. 11, pp. 728-733.
- KOČMAN, R., LOHNISKÝ, J. *Jak se bránit virům, spamu a spyware*. 1.vyd. Brno: CP Books, 2005. 148 s. ISBN 80-251-0793-0.
- KODÝTEK, P. *Historie internetu* [on-line]. 2006. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <http://www.webdesign.paysoft.cz/clanky/2006/historie-internetu/>
- KOLEKTIV. Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení v oblasti zneužívání návykových látek „ŠKOLA BEZ DROG“. *Učitel'ské noviny*, 1998a, roč. 101, č. 10, s.16-20.
- KOLEKTIV. Mládež a drogy – celostátní dotazníková studie. *Učitel'ské noviny*, 1998b, roč. 101, č. 12, s.17-19.
- KOLEKTIV. Pití alkoholu a užívání jiných drog mezi mládeží v evropských zemích. *Učitel'ské noviny*, 1998c, roč. 101, č. 13, s.15-19.
- KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V. Skúsenosti poslucháčov LF UK v Bratislave s psychoaktívnymi látkami. II. časť. Výsledky prieskumu pomocou dotazníka RCSAST. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 4, s. 193-209.
- KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V., ŠEFRÁNKOVÁ, V. Skúsenosti študentov vysokých škol s návykovými látkami-I. časť. Užívanie a vedomosti o návykových látkách. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2003, roč. 38, č. 1, s. 17-28.
- KOUKAL, J. Kokain zlevňuje a policie ho zabavila osmkrát více. *Právo*, 15.03.2008, roč. 18, č. 64, s.1.
- KOVÁŘOVÁ, M., DÓCI, I. Fajčenie nikotínu a fyzická aktivity poslucháčov Lekárskej fakulty v Košiciach. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2004, roč. 39, č. 3, s. 131-143.
- KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205-210. ISBN 80-86734-05-6.
- KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, J., RAMES, J., ZÁMEČNÍK, L., WALLENFELS, I. Czech medical faculties and smoking. *Central European Journal of Public Health*, 1995, vol. 3, no. 2, pp. 97-99.
- KRAS, P. *Internet v kostce: užití v běžném životě*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: FRAGMENT, 2001. 144 s. ISBN 80-7200-493-X.
- KRMENČÍK, P. *Encyklopedie psychotropních rostlin – konopí* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-06]. Dostupné z WWW: <http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3pcanz1.html>
- KRMENČÍK, P. *Encyklopedie psychotropních rostlin – tabák* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rnic.html>
- KUBÍKOVÁ, R., BEČKOVÁ, I. Postoje studentů lékařské fakulty Univerzity Paleckého v Olomouci ve vztahu k drogovým závislostem. *Zpravodaj klinické farmakologie a farmacie*, 1998, roč. 12, č. 3, s. 6-8.
- KUKLETA, M., ŠULCOVÁ, A. *Texty k přednáškám z neurovědy* [on-line]. 1. vyd. Brno: LF MU, 2003, 50 s. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: <http://www.med.muni.cz/fyziol/texty20.rtf>
- KUNEŠ, J. *Skype: Telefonujeme přes Internet*. 2. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 103 s. ISBN 80-251-1002-8.
- KVAPILÍK, J. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 237 s. ISBN –.
- LABRIE, R.A., SHAFFER, H.J., LAPLANTE, D.A., WECHSLER, H. Correlates of College Student Gambling in the United States. *Journal of American College Health*, 2003, vol. 52, no. 2, pp. 23-62.
- LEMMENS, J.S., BUSHMAN, B.J., KONIJN, E.A. The appeal of violent video games to lower educated aggressive adolescent boys from two countries. *Cyberpsychol Behav.*, 2006, vol. 9, no. 5, pp. 638-641.
- LENTON, S., BOYS, A., NORCROSS, K. Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia. *Addiction*, 1997, vol. 92, no. 10, pp.1327-1337.

- LEUNG, L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *Cyberpsychol Behav.*, 2004, vol.7, no.3, pp.333-348.
- LIU, L.Y. *2005 Texas Survey of Substance Use Among College Students, Main Findings Report*. 1<sup>st</sup> Ed. Austin: Texas Department of State Health Services. 2007. 27 p. ISBN-.
- LO, S.K., WANG, C.C., FANG, W. Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychol Behav.*, 2005, vol.8, no.1, pp.15-20.
- LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J. *Tvořivé vyučování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 208 s. ISBN 80-247-0374-2.
- MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-384-X.
- MALCOVÁ, H., PROVAZNÍKOVÁ, H., SIEBER, E. Průzkum rozšíření pití alkoholu a užívání drog mezi studenty medicíny. (Srovnávací studie 3. LF UK a Charité HUB, Berlín). *Hygiena*, 1998, roč. 43, Suppl. 1, s. 7-10.
- MANN, J. *Jedy, drogy, léky*. 1. vyd., Praha: Academia, 1996, 203 s. ISBN 80-200-0508-0.
- MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-9011618-9-8.
- MARLATT, G.A., WITKIEWITZ, K. Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 2002, vol. 27, no. 6, pp. 867–886.
- MARTENS, M. P. et al. Measuring negative consequences of college student substance use: A psychometric evaluation of the Core Alcohol and Drug Survey. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 2005, vol. 38, pp. 164-175.
- MATĚJKA, M. *Počítačová kriminalita*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 2002. 106 s. ISBN 80-7226-419-2.
- McCABE, S.E., KNIGHT, J.R., TETER, C.J., WECHSLER, H. Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addiction*, 2005, vol. 100, no. 1, pp. 96–106.
- McCARTY, D, POORE, M., MILLS, K.C. Morrison SDirect-mail techniques and the prevention of alcohol-related problems among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 1983, vol. 44, no. 1, pp. 162-170.
- MEASHAM, F., MOORE, K. Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy. *Criminology and Criminal Justice*, 2009, vol. 9, no. 4, pp. 437-464.
- MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1989. 156 s. ISBN-.
- MEERKERK, G.J. et al. The compulsive internet use scale (CIUS), some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior*, 2009, vol. 12, no. 1, pp. 1-6.
- MILFIÁT, R. *Komerční sexualizované násilí na dětech: prostituce, pornografie, obchod*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-320-8.
- MILLS, K.C et al.. A residence hall tavern as a collegiate alcohol abuse prevention activity. *Addictive behaviors*, 1983, vol. 8, no. 2, pp. 105-108.
- MINAŘÍK, J. *Alkohol* [on-line]. 2004a. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100046>
- MINAŘÍK, J. *Konopí* [on-line]. 2004b. [cit. 2011-08-06]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100049>
- MINAŘÍK, J. *Nikotin* [on-line]. 2004c. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100056>

- MINAŘÍK, J. *Opiáty a opioidy* [on-line]. 2004d. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100050>
- MINAŘÍK, J. *Organická rozpouštědla, resp. těžké látky* [on-line]. 2004e. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: [http://www.odrogach.cz/upl/texty/100039s\\_Tekavelatky.doc](http://www.odrogach.cz/upl/texty/100039s_Tekavelatky.doc)
- MINAŘÍK, J. *Stimulační drogy* [on-line]. 2004f. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100051>
- MINAŘÍK, J. *Taneční drogy – souhrn* [on-line]. 2004g. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100047>
- MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.
- MINAŘÍK, J. Stimulancia. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 164-168. ISBN 80-86734-05-6.
- MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 200 – 204. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 169-173. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 174-179. ISBN 80-86734-05-6.
- MIOVSKÝ, M. *LSD a jiné halucinogeny*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1996. 108 s. ISBN 80-85834-35-9.
- MLČOCH, Z. *Statistiky k požívání alkoholu a alkoholismu* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: <http://www.alkoholik.cz/statistiky.htm>
- MOHLER-KUO, M. et al. Trends in Marijuana and Other Illicit Drug Use Among College Students: Results from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study Surveys: 1993–2001. *Journal of American College Health*, 2003, vol. 52, no. 1, pp. 17-24.
- MORAHAN-MARTIN, J., SCHUMACHER, J. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior*. 2000, vol.16, no. 1, pp. 13-29.
- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006* [on-line]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 122 s. ISBN 978-80-87041-22-2. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/48054/215580/file/vz\\_o\\_stavu\\_ve\\_vecech\\_drog\\_v\\_cr\\_v\\_r\\_2006\\_web.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/48054/215580/file/vz_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2006_web.pdf)
- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007* [on-line]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 146 s. ISBN 978-80-87041-46-8. [cit. 2011-09-08]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/74993/326184/file/Vyrocní\\_zprava\\_o\\_stavu\\_ve\\_vecech\\_drog\\_v\\_CR\\_v\\_r\\_2007\\_www.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/74993/326184/file/Vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_CR_v_r_2007_www.pdf)
- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008* [on-line]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 131 s. ISBN 978-80-87041-99-4 [cit. 2011-09-08]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/97572/419104/file/vz\\_2008\\_CZ\\_www\\_def.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/97572/419104/file/vz_2008_CZ_www_def.pdf)
- MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009* [on-line]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 156 s. ISBN 978-80-7440-034-6. [cit. 2011-08-20]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/123695/525943/file/vyrocní\\_zprava\\_o\\_stavu\\_ve\\_vecech\\_drog\\_v\\_cr\\_v\\_r\\_2009\\_CZ\\_final\\_www1.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/123695/525943/file/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2009_CZ_final_www1.pdf)

- MŠMT ČR. *Pedagogové proti drogám. Program preventivních aktivit uplatňovaných ve školách a školských zařízeních*. 1. vyd. Praha: Odbor pro mládež a Odbor speciálního školství a institucionální výchovy MŠMT ČR, 1999. 44 s. ISBN-
- MŠMT ČR. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [on-line]. 2.6.2009. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z WWW: [http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakladni/RVPZV\\_2007.zip](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakladni/RVPZV_2007.zip)
- MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno. Masarykova univerzita, 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.
- MÜLLEROVÁ, M., NEŠPOR, K. *Jak přestat brát drogy*. 2. vyd. Praha: Sportpropag, 1997. 133 s. ISBN -.
- MUSIL, M. *Historie sítě Internet: FTP – File transfer protokol* [on-line]. 2003a. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <http://ihistory.webzdarma.cz/chap/sites/ftp.php>
- MUSIL, M. *Historie sítě Internet: Přehled služeb internetu* [on-line]. 2003b. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: [http://ihistory.webzdarma.cz/chap/sluzby\\_Internetu.php](http://ihistory.webzdarma.cz/chap/sluzby_Internetu.php)
- MUŽÍK, V., MUŽÍKOVÁ, L. Teachers and Health Education. In ŘEHULKA, E. (ed.). *Teachers and Health*. 1<sup>st</sup> Ed. Brno: Pavel Křepela, 2003, pp. 23-29. ISBN 80-8669-02-5.
- MUŽÍKOVÁ, L. *Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010.141 s. ISBN 978-80-210-5328-1.
- NADACE NAŠE DÍTĚ. *Bezpečný Internet dětem* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-02]. Dostupné z WWW: <http://www.nasedite.cz/webmagazine/kategorie.asp?idk=187>
- NALWA, K., ANAND, A. Internet Addiction in Students: A Cause of Concern. *Cyberpsychology and Behavior*, 2003, vol. 6, no. 6, pp. 653-656.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách* [on-line]. 24.04.2003. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/klicove\\_indikatory/populacni\\_pruzkumy/evropska\\_skolni\\_studie\\_o\\_alkoholu\\_a\\_jinych\\_drogach](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_pruzkumy/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Halucinogeny – podrobně* [on-line]. 04.10.2005a. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/halucinogeny/halucinogeny\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/halucinogeny/halucinogeny_podrobne)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Konopné drogy – podrobně* [on-line]. 16.03.2006a. [cit. 2011-08-06]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/konopne\\_drogy/konopne\\_drogy\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/konopne_drogy/konopne_drogy_podrobne)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Kokainové drogy* [on-line]. 04.10.2005b. [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/stimulancia/kokainove\\_drogy](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/kokainove_drogy)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Legální drogy v ČR – stručný přehled situace* [on-line]. 17.05.2005c. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni\\_drogy/legalni\\_drogy\\_v\\_cr\\_strucny\\_prehled\\_situace](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/legalni_drogy_v_cr_strucny_prehled_situace)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Léky – podrobně* [on-line]. 04.10.2005d. [cit. 2011-08-06]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni\\_drogy/leky/leky\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/leky/leky_podrobne)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Opiáty – stručně* [on-line]. 2006b. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/opiaty](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Opiáty – podrobně* [on-line]. 04.10.2005e. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/opiaty/opiaty\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne)

- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Rozdíly v užívání drog mezi muži a ženami (studie EMCDDA)* [on-line]. 14.06.2007a. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: [http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/vyzkum/studie\\_emcdda\\_rozdily\\_v\\_uzivani\\_drog\\_m\\_ezi\\_muzi\\_a\\_zenami](http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/vyzkum/studie_emcdda_rozdily_v_uzivani_drog_m_ezi_muzi_a_zenami)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Stimulancia – podrobně* [on-line]. 04.10.2005f. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/stimulancia/stimulancia\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/stimulancia_podrobne)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Světová zpráva o drogách 2008 (UNODC)* [on-line]. 27.06.2008. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press\\_centrum/svetova\\_zprava\\_o\\_drogach\\_2008\\_unodc](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/svetova_zprava_o_drogach_2008_unodc)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Tabák – podrobně* [on-line]. 04.10.2005g. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni\\_drogy/tabak/tabak\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tabak/tabak_podrobne)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Taneční drogy – souhrn* [on-line]. 04.10.2005h. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/tanecni\\_drogy/tanecni\\_drogy\\_souhrn](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/tanecni_drogy/tanecni_drogy_souhrn)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Těkavé látky – podrobně* [on-line]. 14.06.2007b. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni\\_drogy/tekave\\_latky/tekave\\_latky\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tekave_latky/tekave_latky_podrobne)
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Toluen – omezení v uvádění na trh nebo do oběhu* [on-line]. 13.11.2007c. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni\\_drogy/tekave\\_latky/toluen\\_zmena\\_v\\_uvadeni\\_na\\_trh\\_nebo\\_do\\_obehu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tekave_latky/toluen_zmena_v_uvadeni_na_trh_nebo_do_obehu)
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). *A Call to Action: Changing the Culture of Drinking at U.S. Colleges* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services, 2002. 51 p. ISBN-. [cit. 2011-11-02]. Dostupné z WWW: [http://www.collegedrinkingprevention.gov/NIAACollegeMaterials/TaskForce/TaskForce\\_TO\\_C.aspx](http://www.collegedrinkingprevention.gov/NIAACollegeMaterials/TaskForce/TaskForce_TO_C.aspx)
- NEŠPOR, K. *Hazardní hra jako nemoc: jak problémy rozpoznávat, jak je zvládat, jak jim předcházet*. 1. vyd. Ostrava: Nakladatelství A. Krtilové, 1994. 146 s. ISBN-.
- NEŠPOR, K. *Jak překonat problém s hazardní hrou*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1996. 107 s. ISBN-.
- NEŠPOR, K. *Kolega je gambler* [on-line]. Drogový informační server, 10.06.2009. [cit. 2011-09-02]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy.net/portal/ostatni/gambling-2/kolega-je-gambler\\_2009\\_06\\_10](http://www.drogy.net/portal/ostatni/gambling-2/kolega-je-gambler_2009_06_10)
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
- NEŠPOR, K. *Počítače a zdraví: nač jste se neodvažovali pomyslet, natož zeptat*. 1. vyd. Praha: BEN-technická literatura, 1999. 96 s. ISBN 80-86056-71-6.
- NEŠPOR, K. *Už jsem prohrál dost*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 2006. 97 s. ISBN-.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997. 129 s., ISBN-.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat* [on-line]. 5. vyd. Praha: Sportpropag, 2003. 104 s. [cit. 2011-08-02]. Dostupné z WWW: <http://www.drnespor.eu/knizkyzc.html>
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Kolik je v České republice patologických hráčů? Česká a slovenská psychiatrie*, 2005, roč. 101, č. 8, s. 433-435.

- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Zdravotní rizika počítačových her a videoher. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2007, roč.103, č.5, s. 246-250.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na školách*. 1.vyd. Praha: BESIP, 1994a. 156 s. ISBN -.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách*. 1. vyd. Praha: BESIP MV, 1994b. 128 s. ISBN-.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1998. 21 s. 104 s. ISBN -.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., SOVINOVÁ, H. *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 68 s. ISBN 80-7071-110-8.
- NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 1999. 49 s. ISBN 80-7071-123-X.
- NOVÁKOVÁ, D. *Metodika protidrogové prevence pro pedagogy*. 2. vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1995. 14 s. ISBN 80-7071-012-8.
- NOVÁKOVÁ, D. Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 300-306. ISBN 80-86734-05-6.
- NOVÁKOVÁ, D. Výcvik pedagogů. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 311-316. ISBN 80-86734-05-6.
- NOVOTNÁ, J. *Drogové závislosti-symptomatika a léčba pro praktické lékaře*. 1. vyd. Brno: Litera, 1997. 48 s. ISBN-.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Skúsenosti posluchačov LF UK v Bratislave s psychoaktívnymi látkami-I. časť-Užívanie a vedomosti o psychoaktívnych látkách. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 5, s. 299-312.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Návykové látky a študenti vysokých škôl – niektoré novšie údaje. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2003, roč. 38, č. 1, s. 37-42.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Skúsenosti študentov vysokých škôl s návykovými látkami-II. časť. Študenti Lekárskej fakulty UK v Bratislave. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2004, roč. 39, č. 1, s. 17-36.
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X.
- OCHABA, R., ROVNÝ, I., BIELEK, I. *Ochrana detí a mládeže. Tabak, alkohol a drogy*. 1. vyd. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2009. 185 s. ISBN 978-80-7159-175-7.
- O'MALLEY, P.M., JOHNSTON, L.D. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, vol. 63, no. 14, pp. 23–39.
- ONDREJKOVIČ, P. et al. *Protidrogová výchova.*, 1. vyd. Bratislava: Slovenská akadémia vied, 1999. 356 s. ISBN 80-224-05553-1.
- OROSOVÁ, O., SCHNITZEROVÁ, E. Prevencia závislosti v pregraduálnej príprave učiteľov. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 4, s. 207-213.
- OS PODANÉ RUCE. *Extáze* [on-line]. 2008a. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: [http://www.extc.cz/drogy\\_extaze.php](http://www.extc.cz/drogy_extaze.php)
- OS PODANÉ RUCE. *Heroin* [on-line]. 2008b. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: [http://www.extc.cz/drogy\\_heroin.php](http://www.extc.cz/drogy_heroin.php)
- OS PODANÉ RUCE. *Kokain* [on-line]. 2008c. [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: [http://www.extc.cz/drogy\\_kokain.php](http://www.extc.cz/drogy_kokain.php)
- OS PODANÉ RUCE. *LSD* [on-line]. 2007. [cit. 2011-08-07]. Dostupné z WWW: [http://www.extc.cz/drogy\\_lsd.php](http://www.extc.cz/drogy_lsd.php)
- OSWALT, S.B., SHUTT, M.D., ENGLISH, E., LITTLE, S.D. Did it Worked? Examining the Impact of an Alcohol Intervention on Sanctioned College Students. *Journal of College Student Development*, 2007, vol. 48, no. 5, pp. 543-557.

- PANČOCHA, K. *Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 168 s. ISBN 80-86633-61-6.
- PÁVKOVÁ, J. et al. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 229 s. ISBN 80-7178-569-5.
- PAVÚK, A., KOŠČO, J. Analýza fajčiarskych návykov u študentov Pedagogickej fakulty v Prešove od roku 1982 do roku 1995. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 2, s. 117-125.
- PENTZ, M.A. Directions for future research in drug abuse prevention. *Preventive medicine*, 1994, vol. 23, no. 5, pp. 646-652.
- PERRY, CH.L., GRANT, M., ERNBERG, G. et al. WHO collaborative study on alcohol education and young people: outcomes of a four-country pilot study. *The International Journal of the Addictions*, 1989, vol. 84, no. 12, pp. 1145-1171.
- PETRÁŠOVÁ, L., FRÝDECKÁ, L., BARBORKOVÁ, E. Češi se propili na špici spotřeby alkoholu [on-line]. 02.12.2006. [cit. 2011-08-05]. Dostupné z WWW: [http://zpravy.idnes.cz/cesi-se-propili-na-spici-spotreby-alkoholu-f2c-/domaci.asp?c=A061202\\_130331\\_domaci\\_jan](http://zpravy.idnes.cz/cesi-se-propili-na-spici-spotreby-alkoholu-f2c-/domaci.asp?c=A061202_130331_domaci_jan)
- POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2.vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
- POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 151-158. ISBN 80-86734-05-6.
- PPP BRNO. *Desatero školního metodika prevence. Jak připravit a realizovat preventivní program ve škole, aneb na co by neměl zapomenout školní metodik prevence* [on-line]. Pedagogicko-psychologická poradna Brno, 2011. [cit. 2011-10-18]. Dostupné z WWW: <http://www.poradenskecentrum.cz/desatero-smp.php>
- PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
- PRESLEY, C. A. et al. College factors that influence drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, vol. 63, Suppl. 14, pp. 82–90.
- PROCHÁZKA, D. *První kroky s internetem*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3255-8.
- PROCHÁZKA, D. *Rizika sociálních sítí jsou značná* [on-line]. 2010. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <http://www.dsl.cz/clanek/1929-rizika-socialnich-siti-jsou-znacna>
- PROKHOROV, A.V. et al. Computer-Assisted, Counselor-Delivered Smoking Cessation Counseling for Community College Students: Intervention Approach and Sample Characteristics. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 2007, vol. 16, no. 3, pp. 35-62.
- PUŽMANOVÁ, R. *Moderní komunikační sítě od A do Z: technologie pro datovou, hlasovou i multimediální komunikaci*. 2. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 430 s. ISBN 80-251-1278-0.
- RADA EU. *Protidrogový akční plán EU na období 2005-2008*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005a. 54 s. ISBN 80-86734-57-9.
- RADA EU. *Protidrogová strategie EU na období 2005-2012*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005b. 27 s. ISBN 80-86734-64-1.
- RADA EU. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling)*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 108 s. ISBN 80-86734-08-0.
- RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9.
- RIGOTTI, N.A., LEE, J.E., WECHSLER, H. US. college students' use of tobacco products: Results of a national survey. *Journal of the American Medical Association*, 2000, vol. 284, no. 6, pp. 699-705.
- RICHTER J. et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní protidrogové prevenci*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. 158 s. ISBN 80-86734-38-2.
- ROUSE, B.A. Epidemiology of illicit and abused drugs in the general population, emergency department drug-related episodes, and arrestees. *Clinical Chemistry*, 1996, vol. 42, no. 8 (B), pp.1330-1336.



- RUDGLEY, R. *Kulturní alchymie: omamné látky v dějinách a kultuře*. 1.vyd. Praha: Lidové noviny, 1996. 207 s. ISBN 80-7106-118-2.
- RYCHNOVSKÝ, L. Počítačová bezpečnost. *Zpravodaj ÚVT MU*, 2005, roč. XVI, č. 1, s. 13-16.
- ŘEHULKA, E. Educational needs of elementary school women teachers in health education area. In ŘEHULKA, E. (ed.). *School and health 21, 2010: Papers on health education*. 1<sup>st</sup> Ed. Brno: MSD, 2010, pp. 55-72. ISBN 978-80-210-5260-4.
- ŘEZNÍKOVÁ, D. *Média tvořivě: metodická příručka mediální výchovy*. 1. vyd. Kladno: Aisis, 2008. 321s. ISBN 978-80-904071-1-4.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 328 s. ISBN 978-80-7367-312-3.
- ŘÍHA, P. *Internet: anglicko-český výkladový slovník*. 1.vyd. Ostrava: MONTANEX, 1996. 110s. ISBN 80-85780-75-5.
- SAFTONLINE. *SAFT: Gross-European Survey* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-02]. Dostupné z WWW: [www.saftonline.org](http://www.saftonline.org)
- SAFERINTERNET. *Chat – jaká rizika hrozí dětem a teenagerům?* [on-line]. Národní centrum bezpečnějšího internetu. 2009. [cit. 2011-09-05]. Dostupné z WWW: <http://www.saferinternet.cz/uvodni-strana/664-3>
- SAK, P. *Význam médií a nových informačních a komunikačních technologií při utváření znalostní a informační společnosti* [on-line]. Britské listy, 7.2.2005. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: <http://blisty.cz/art/21866.html>
- SAK, P., SAKOVÁ, K. *Digitální média a životní styl* [on-line]. 2010. [cit. 2011-09-02]. Dostupné z WWW: [http://www.insoma.cz/index.php?id=1&n=1&d\\_1=paper&d\\_2=digital\\_media\\_cz](http://www.insoma.cz/index.php?id=1&n=1&d_1=paper&d_2=digital_media_cz)
- SALTZ, R., ELANDT, D. College student drinking studies: 1976–1985. *Contemporary Drug Problems*, 1986, vol.13, no. 1, pp. 117-159.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). *Results from the 2006 National survey on drug use and health*. 1<sup>st</sup> Ed. Rockville: SAMHSA, 2007. 282 p. ISBN-
- SAUNDERS, N. *Extáze a techno scéna*. 1. vyd. Brno: Jota, 1996. 336 s. ISBN 80-85617-93-5.
- SHEFFIELD, F.D., DARKES, J., DEL BOCA, F., GOLDMAN, M.S. Binge Drinking and Alcohol-Related Problems Among Community College Students: Implications for Prevention Policy. *Journal of American College Health*, 2005, vol. 54, no. 3, pp. 137–141.
- SHILLINGTON, A.M., CLAPP, J.D. Substance Use Problems Reported by College Students: Combined Marijuana and Alcohol Use versus Alcohol-Only Use. *Substance Use and Misuse*, 2001, vol. 36, no. 5, pp. 663-672.
- SCHERER, K. College life online: Healthy and unhealthy Internet use. *Journal of College Student Development*, 1997, vol. 38, no. 6, pp. 655-665.
- SKÁCELOVÁ, L. Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 329-332. ISBN 80-86734-05-6.
- SKÁCELOVÁ, L. Prevence ve výuce-základní pedagogické principy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 291-299. ISBN 80-86734-05-6.
- SKÁCELOVÁ, L. Vrstevnické skupiny, peer programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003c, s. 307-310. ISBN 80-86734-05-6.
- SKALÍK, I. Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 285-290. ISBN 80-86734-05-6.
- SKALÍK, I. Základní poradenství a včasná intervence v prostředí školy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 317-322. ISBN 80-86734-05-6.

- SPOUSTA, V. *Vádemékum autora odborné a vědecké práce humanitního a sociálního zaměření*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2009. 231 s. ISBN 978-80-7204-617-1.
- STAFFORD, P. *Encyklopedie psychedelických látek*. 1.vyd.Praha: Volvox Globator, 1997. 495 s. ISBN 80-7207-057-6.
- STATSOFT, Inc. *STATISTICA Cz.Softwarový systém na analýzu dat, verze 7*. 2004. <http://www.statsoft.cz>.
- STEPTOE, A. et al. An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction*, 2002, vol. 97, no. 12, pp. 1561-1571.
- STINCHFIELD, R., HANSON, W.E., OLSON, D.H. Problem and Pathological Gambling Among College Students. *New Directions for Student Services*, 2006, no. 113, pp. 63-72.
- STONE, T., DARLINGTONOVÁ, G. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440 s. ISBN 80-200-1065-3.
- STRACH, J. Jak připravit žáky a jejich rodiče na nebezpečí plynoucí z rozvoje telekomunikací a zejména internetu. In ŘEHULKA, E.et al. (eds). *Prevence závislostí ve škole*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008, s. 72-77. ISBN 978-80-7392-077-7.
- SWIFT, W., HALL, W., DIDCOTT, P., REILLY, D. Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area. *Addiction*, 1998. vol. 93, no. 8, pp. 1149–1160.
- SYROVCOVÁ, L., VENDEROVÁ, K., VIŠŇOVSKÝ, P. Attitudes of Undergraduate Pharmacy Students towards Alcohol and Smoking. *Folia Pharmacologica Universitas Carolinae*, 2001, vol. 26, pp. 75-82.
- ŠIMKOVÁ, B., ČINČERA, J. Internet Addiction Disorder and Chatting in the Czech Republic. *Cyberpsychology and Behavior*, 2004, vol.7, no. 5, pp. 536-539.
- ŠMAHEL, D. *Psychologie a internet: děti dospělými, dospělí dětmi*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2003. 158 s. ISBN 80-7254-360-1.
- ŠTABLOVÁ, R. *Drogy, kriminalita a prevence*. 2. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 1998. 214 s. ISBN 80-85981-64-5.
- ŠTABLOVÁ, R. Mládež, drogy a kriminalita v ČR v devadesátých letech. In ČERNÍKOVÁ, V. et al. (eds.). *Prekriminalita dětí a kriminalita mladistvých, kterým byla uložena ochranná opatření (trestně právní, sociálně psychologické, pedagogické a léčebné aspekty)*. 1.vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 2002, s. 53-66. ISBN -.
- ŠŤASTNÁ, L. *Dotazník používaný v rámci studie ESPAD* [on-line]. Praha: Centrum adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. 27.1.2010. [cit. 2011-08-26]. Dostupné z WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/165/1771/Dotaznik-pouzi-vany-v-ramci-studie-ESPAD>
- ŠVRČKOVÁ, T. *Léčba pomocí virtuální reality* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-03]. Dostupné z WWW: <http://www.army.cz/scripts/detail.php?id=14679>
- TETER, C.J. et al. Prevalence and Motives for Illicit Use of Prescription Stimulants in an Undergraduate Student Sample. *Journal of American College Health*, 2005, vol. 53, no. 6, pp. 253-262.
- *The NNICC Report 1996. The Supply of Illicit Drugs to the United States*. Washington: U.S.Dept. of Justice & DEA, 1997, 80 p. ISBN-
- TOBLER, N.S. Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control of comparison group. *Journal of Drug Issues*, 1986, vol. 16, no. 4, pp. 537-567.
- TYLER, A. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 2000. 426 s. ISBN 80-237-3606-X.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *2008 World Drug Report* [on-line]. 1<sup>st</sup> Ed. Vienna: UNODC, 2008. 310 p. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/WDR\\_2008\\_eng\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf)

- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *2009 World Drug Report* [online]. 1<sup>st</sup> Ed. Vienna: UNODC, 2009. 314 p. ISBN 978-92-1-148240-9. [cit. 2011-08-26]. Dostupné z WWW: [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/WDR2009\\_eng\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf)
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2010* [online]. 1<sup>st</sup> Ed. Vienna: UNODC, 2010. 313 p. ISBN 978-92-1-148256-0. [cit. 2011-09-23]. Dostupné z WWW: [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2010/World\\_Drug\\_Report\\_2010\\_lo-res.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf)
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2011* [online]. 1<sup>st</sup> Ed. Vienna: UNODC, 2011. 272 p. ISBN 978-92-1-148262-1. [cit. 2011-09-23]. Dostupné z WWW: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World\\_Drug\\_Report\\_2011\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf)
- URBAN, E. *Toxikomanie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. 196 s. ISBN-
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006. 84 s. ISBN: 80-7280-636-X.
- VACEK, J. *Behaviorální závislosti* [on-line]. 9.8.2011. [cit. 2011-11-02]. Dostupné z WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3061/Behavioralni-zavislosti>
- VACEK, J. *Virtuální realita. Studijní materiály* [on-line]. 2009. [cit. 2011-09-03]. Dostupné z WWW: [http://www.psvz.cz/zidkova/doc/vr-studijni\\_materialy.pdf](http://www.psvz.cz/zidkova/doc/vr-studijni_materialy.pdf)
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 430 s. ISBN 80-246-1074-4.
- VANÍČKOVÁ, E. *Interpersonální násilí na dětech*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2009. 37 s. ISBN 978-80-7440-001-8.
- VENDEROVÁ, K., VIŠŇOVSKÝ, P. Cigarette smoking in Czech university students. *Homeostasis*, 2001, vol. 41, no. 6, pp. 258-259.
- VEŘTÁT, S., STRNAD, M., JIMEL, J. *Encyklopedie o počítačích*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. 216 s. ISBN 80-7169-005-8.
- VIEHOFFOVÁ, H., REUYSOVÁ, E. *Jak s dětmi trávit volný čas: náměty, nápady, návody pro děti od 4 do 14 let*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-412-5.
- VIKTORA, A., VOKÁČ, M. Děti se na webu prodávají samy, varuje policie. *Mladá fronta DNES*, 15. 11. 2010, roč. XXI, č. 264, s. A1, A6.
- VÍTKOVÁ, M. at al. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 304 s. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ, M. Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. In VÍTKOVÁ, M. et al. (eds.). *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007, s.15-29. ISBN 978-80-7315-163-8.
- VITOVSKÝ, A. *Moderní slovník softwaru: výkladový anglicko-český a česko-anglický*. 1. vyd. Praha: AV software, 2006. 588 s. ISBN 80-901428-8-5.
- VODIČKOVÁ, M. *Modelové lekce pro práci s dětmi a mládeží*. 1. vyd. Brno: ROZRÁZIL a Help Me, 1998. 40 s. ISBN 80-85382-20-2.
- VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1. vyd, Brno: Masarykova univerzita, 2010. 330 s. ISBN 978-80-210-5159-1.
- VOJTOVÁ, V. Příležitost a podpora v edukačním prostředí školy se zaměřením na žáky s rizikem vývoje poruchy chování. In BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. (eds.). *Inkluzivní*

vzdělávání v podmínkách současné české školy. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 359-366. ISBN 978-80-210-5383-0.

- VONDRÁČKOVÁ, P., VACEK, J., GROHMANNOVÁ, K. Psychoaktivní látky a závislostní chování u vysokoškoláků. Prevalence, vzorce užívání, rizika a možnosti intervence. *Zaostřeno na drogy*, 2009, roč. 7, č. 4, s. 1-12. ISSN 1214 -1089.
- VONDRÁČKOVÁ HOLCNEROVÁ, P., VACEK, J., KOŠATECKÁ, Z. Závislostní chování na internetu a jeho léčba. *Čes. a slov. Psychiat.*, 2009, roč. 105, č. 6-8, s. 281–289.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
- WALTERS, S.T., BENNET, M.E., NOTO, J.V. Drinking on Campus. What do we know about reducing alcohol use among college students? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, vol. 19, no. 3, pp. 223-227.
- WALTERS, S.T., VADER, A.M., HARRIS, T.R. A Controlled Trial of Web-Based Feedback for Heavy Drinking College Students. *Prevention Science*, 2007, vol. 8, no. 1, pp. 83-88.
- WEBB, E. et al. Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*, 1996, vol. 348, no. 9032, pp. 922-925.
- WECHSLER, H. et al. College smoking policies and smoking cessation programs: Results of a survey of college health center directors. *Journal of American College Health*, 2001a, vol. 49, pp. 205-212.
- WECHSLER, H. et al. Drinking levels, alcohol problems and secondhand effects in substance-free college residence. Results of a National study. *Journal of Studies on Alcohol*, 2001b, vol. 62, no. 1, pp. 23-31.
- WECHSLER, H. et al. Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 1994, vol. 272, no. 21, pp. 1672–1677.
- WECHSLER, H. et al. Trends in College binge drinking During the Period of Increased Prevention Efforts. *Journal of American College Health*, 2002, vol. 50, no. 5, pp. 203–217.
- WECHSLER, H., DOWDALL, G.W., DAVENPORT, A., CASTILLO, S. Correlates of College Student Binge Drinking. *American Journal of Public Health*, 1995, vol. 85, no. 7, pp. 921–926.
- WECHSLER, H., LEE, J.E., KUO, M., LEE, H. College binge drinking in the 1990s: a continuing problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 2000, vol. 48, no. 10, pp. 199–210.
- WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 360 s. ISBN 80-7178-634-9.
- WIKIPEDIA. Internetová encyklopedie. *Cyber grooming* [on-line]. 2010a. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Cyber\\_grooming](http://cs.wikipedia.org/wiki/Cyber_grooming)
- WIKIPEDIA. Internetová encyklopedie. *Flame war* [on-line]. 2010b. [cit. 2011-08-30]. Dostupné z WWW: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Flame\\_war](http://cs.wikipedia.org/wiki/Flame_war)
- WIKIPEDIA. Internetová encyklopedie. *Phishing* [on-line]. 2010c. [cit. 2011-08-30]. Dostupné za WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Phishing>
- WIKIPEDIA. Internetová encyklopedie. *Seznam počítačových her* [on-line]. 2005. [cit. 2011-08-22]. Dostupné z WWW: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam\\_po%C4%8D%C3%ADta%C4%8Dov%C3%BDch\\_her](http://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_po%C4%8D%C3%ADta%C4%8Dov%C3%BDch_her)
- YOUNG, K.S. *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction – and a winning strategy for recovery*. 1<sup>st</sup> Ed. New York: John Wiley & Sons, 1998. 250 p. ISBN 0-471-19159-0.
- YOUNG, K.S. Internet Addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist*, 2004, vol. 48, no. 4, pp. 402-415.
- YOUNG, K.S. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1998, vol. 1, no. 3, pp. 237-244.
- YUEN, C.N., LAVIN, M.J. Internet dependence in the collegiate population: The role of shyness. *CyberPsychology and Behavior*, 2004, vol. 7, no. 4, pp. 379-383.

- ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Lékařská fakulta Univerzity Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
- ZÁŠKODNÁ, H. Zkušenosti s drogami u studentů Jihočeské univerzity. *Závislosti a my*. *Odborný časopis pro sociálně patologické jevy*, 2004, únor 2004, s. 22–25. ISSN 1213-8584.
- ZEMÁNEK, J. *Stavba a správa sítě aneb cesta do hlubin internetu*. 1. vyd. Kralice na Hané: Computer Media, 2004. 204 s. ISBN 80-86686-26-4.
- ZIKMUNDOVÁ, K. et al. Vybrané charakteristiky kvality života studentů medicíny. *Sborník lékařský*, 2002, roč. 103, č. 4, s. 553-557.
- ZLATUŠKA, J. Počítače, jejich užití či zneužití. *Zpravodaj ÚVT MU*, 1997, roč. VII, č. 4, s. 1-4.
- ZOUBKOVÁ, I. Analýza statistických údajů o prekriminálnosti dětí a kriminalitě mladistvých. In ČERNÍKOVÁ, V. et al. (eds.). *Prekriminálnita dětí a kriminalita mladistvých, kterým byla uložena ochranná opatření (trestně právní, sociálně psychologické, pedagogické a léčebné aspekty)*. 1.vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 2002, s. 33-52. ISBN -.



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

CZ.1.07/2.2.00/28.0041