

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Účinnost primární prevence drogových závislostí z pohledu drogově
závislých a protidrogových odborníků v Jihočeském kraji**

Diplomová práce

Autor diplomové práce: Bc. Jiří Svoboda

Vedoucí diplomové práce: Mgr. et Mgr. Josef Havlík

25.5.2009

The name of my dissertation is “The efficiency of primary prevention of drug addictions from the view of drug addicts as well as the drug experts in the Region of South Bohemia.”

The dissertation aims to provide an insight into the issue of perceiving the efficiency of drug addictions’ primary prevention by individual target groups of the research. A method of qualitative research was chosen to reach the objective. Two research questions were specified as follows: 1. How is the efficiency of drug addictions’ primary prevention perceived by individual target groups? 2. Is the primary prevention of drug addictions applied systematically, timely and to a sufficient extent?

To obtain the data, a non-standardised questionnaire with rather open questions was used. The research sample contained at the end 40 addicts, possibly abstaining and 31 experts working in the field of drug problems.

Using graphic charts as well as commentary description, the findings part shows the elicited situation regarding the issue. Most of the experts consider primary prevention rather effective. If expressed in percentage, 30% efficiency of drug addictions’ primary prevention was the most frequent choice of answers. On the other hand, the addicts evaluated the prevention as rather inefficient; however, in the percentage expression they shared the number with the experts - 30% efficiency was the most frequent choice.

What the experts considered the weakest point of the current situation was the lack of funds into the primary prevention and a strong anti-drug lobby as well as the absence or inappropriate evaluation of the efficiency of primary prevention. The addicts saw the weakest points of the primary prevention in the lack of information on the consequences, as the information on effects prevailed over the after-effects.

The dissertation confirmed some of the presumptive facts (insufficient/inappropriate evaluation of the efficiency of primary prevention) and indicated the propriety of similar research with a more extended view. Such research should be systematic and long-term with a broad platform of cooperating experts and media.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Účinnost primární prevence drogových závislostí z pohledu drogově závislých a protidrogových odborníků v Jihočeském kraji“ vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 22.5.2009

Poděkování

Rád bych na prvním místě poděkoval vedoucímu práce Mgr. et Mgr. Josefu Havlíkovi za klidné, vstřícné a inspirativní vedení mé diplomové práce.

Další poděkování náleží MUDr. Kvetoslave Kotrbové, PhD., a Mgr. Pavlu Váchovi za konzultace v počátečním stadiu práce.

Děkuji PhDr. Vladimíru Vlnieškovi za uvedení mezi klienty léčebny Červený Dvůr a umožnění spolupráce.

Za opakované konzultace a trpělivost děkuji Martinu Klainovi, o.s. Prevent, a Martinu Marekovi z K-centra Tábor.

Za pomoc při zpracování výsledků patří díky Lindě Dvořákové a Liboru Šafránkovi.

A v neposlední řadě bych zde rád vyjádřil poděkování rodičům za klidné zázemí v průběhu celého mého vysokoškolského studia.

Děkuji všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a podělili se se mnou o své názory a zkušenosti.

Obsah

1. Současný stav

| | |
|--|----|
| 1.1 Vývoj primární prevence drogových závislostí v České republice..... | 8 |
| 1.2 Legislativní a jiné zakotvení drogové prevence..... | 9 |
| 1.2.1 Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti..... | 11 |
| 1.2.2 Národní strategie protidrogové politiky 2005-2009..... | 11 |
| 1.2.3 Rada vlády pro kontrolu protidrogové politiky..... | 12 |
| 1.2.4 Zdraví 21..... | 12 |
| 1.2.5 MŠMT (Minimální preventivní program, školní metodik prevence)..... | 13 |
| 1.3 Prevence..... | 14 |
| 1.3.1 Primární prevence..... | 15 |
| 1.3.1.1 Primární prevence specifická..... | 16 |
| 1.3.1.2 Primární prevence nespecifická..... | 16 |
| 1.3.2 Sekundární prevence..... | 17 |
| 1.3.3 Terciární prevence..... | 18 |
| 1.3.4 Prevence všeobecná, selektivní, indikovaná..... | 18 |
| 1.4 Úloha edukace v preventivním procesu..... | 19 |
| 1.5 Zásady efektivní primární prevence..... | 20 |
| 1.5.1 Zásady efektivní primární prevence s ohledem na věk..... | 24 |
| 1.6 Monitoring efektivity v primární prevenci a jeho význam..... | 31 |
| 1.6.1 Subjekty provádějící monitoring v primární prevenci..... | 33 |
| 1.6.2 Techniky používané v monitoringu primární prevence..... | 33 |

2. Cíle práce a hypotézy

| | |
|---------------------|----|
| 2.1 Cíle práce..... | 36 |
| 2.2 Hypotézy..... | 36 |

3. Metodika

| | |
|-----------------------------------|----|
| 3.1.1 Způsob řešení problému..... | 37 |
| 3.1.2 Dotazník..... | 38 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 3.1.3 | Metody vyhodnocování a interpretace..... | 39 |
| 3.2.1 | Charakteristika souboru..... | 41 |
| 3.2.2 | Faktory ovlivňující velikost souboru..... | 47 |
| 4. | Výsledky..... | 49 |
| 5. | Diskuze..... | 105 |
| 6. | Závěr..... | 112 |
| 7. | Klíčová slova..... | 114 |
| 8. | Seznam použitých zdrojů..... | 115 |
| 9. | Přílohy | |

„Kvalita našich životů nespočívá v počtu dnů, které nám byly vyměřeny, ale v obsahu, kterým jsme se rozhodli je naplnit.“

neznámý autor

Drogy zde byly, jsou a budou. Často zjistíme, že jednoduchá řešení neexistují. Říká se, že k pocitu štěstí je zapotřebí pěti prvků: lásky, rodiny, práce, zábavy a hobby. Jeden element chybět může, ale dva ne. Drogy seberou člověku dříve či později všech pět prvků najednou.

V průběhu studia mou pozornost více a více zaujímala preventivní oblast. V okamžiku, kdy jsem zvažoval téma diplomové práce, shlédl jsem film Darrena Aronofskyho „Requiem za sen“. Každá generace má své drogové „Memento“ – nicméně tento film mě oslovil z různých hledisek. I proto jsem se rozhodl pro vlastní téma diplomové práce „Účinnost primární prevence drogových závislostí z pohledu drogově závislých a protidrogových odborníků v Jihočeském kraji.“

Práce si pomocí metod kvalitativního výzkumu kladla za cíl poskytnout alespoň dílčí náhled na názor odborníků i závislých respondentů na vnímanou účinnost primární prevence drogových závislostí. Snahou bylo postihnout největší klady a slabiny současně používaných programů primární prevence a využít zkušenosti drogově závislých k možnému doporučení nových postupů a přehodnocení stávajících.

1. Současný stav

1.1 Vývoj primární prevence drogových závislostí v České republice

Primární prevence drogových závislostí na území dnešní České republiky do roku 1989 téměř neexistovala. Garantem vzdělávání a výchovy v oblasti ochrany zdraví a prevence byl Ústav zdravotní výchovy, zřízený ministerstvem zdravotnictví. Problematika drog byla přehlížena, pozornost byla věnována oblasti tabákových a alkoholových závislostí. Preventivní působení se omezovalo na zpravidla čtené přednášky. Všechny tyto aktivity byly jednorázové, většinou až ve vyšších ročnících základních škol (40).

Po roce 1989 vznikají první samostatné a cílené akce zaměřené na prevenci drogových závislostí – v této souvislosti je třeba zmínit přínos v té době jediného specializovaného zařízení pro léčbu drogových závislostí – Drop In, o.p.s. V těchto počátcích se jednalo o hromadné besedy pro velké počty žáků v kulturních zařízeních, případně přímo na školách, nicméně otevřenou formou, s možností diskuze.

Po roce 1993 byla hlavní tvůrčí silou poměrně úzká skupinka odborníků – ceněny byly hlavně odborné informace, stejně jako zkušenosti lidí s již poměrně dlouhou drogovou kariérou jako výchozí premisy pro koncipování prvních primárně preventivních programů (29).

Na nepříznivý vývoj drogové scény zareagovalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) revizí soudobého preventivního dění a přijalo dokumenty, které stanovily priority, cíle a úkoly primární prevence. Mezi tyto dokumenty patřil například „Pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy“ z roku 1996, „Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 1998-2000“, „Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení v oblasti zneužívání návykových látek – „Škola bez drog“ „ – v roce 1997, „Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže“ z roku 2001. Nejaktuálnější podobou je „Metodický pokyn k primární

prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních“ ze dne 16. října 2007 **(29)**.

1.2 Legislativní a jiné zakotvení drogové prevence

Jakékoliv preventivní dění slouží k ochraně zdraví, tedy zájmu chráněného státem. Toto vyplývá již ze základního ustanovení českého právního pořádku, spolu s Ústavou – z Listiny základních práv a svobod.

Zastřešujícím zákonem v této oblasti je zákon č. 379/2005 Sb. v platném znění „O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami“. V §18 tohoto zákona je stanoveno, že realizaci preventivních opatření koordinuje vláda ČR a finančně tyto aktivity zajišťuje MŠMT, jde-li o opatření primární prevence, realizovaná v rámci minimálních preventivních programů a výchovné péče o osoby mladší 18 let a o uživatele tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek mladší 18 let **(68)**.

Vlastní povinnosti škol a jejich zaměstnanců pak stanoví zákon č. 561/2004 Sb. v platném znění O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, tzv. „školský zákon“. V §29 tohoto je uvedeno, že školy a školská zařízení jsou při vzdělávání a s ním přímo souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb povinny přihlížet k základním fyziologickým potřebám dětí, žáků a studentů a vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj a pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů. V §30 je dále uvedeno, že ředitel školy vydává školní řád, ředitel školského zařízení vnitřní řád. Školní i vnitřní řád upravuje podmínky zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků nebo studentů a jejich ochranu před sociálně patologickými jevy a před projevy diskriminace, nepřátelství nebo násilí **(69)**.

Aktuální metodický pokyn MŠMT pro oblast sociálně patologických jevů s názvem „Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů ve školách a školských zařízeních“ vstoupil v platnost 16. října 2007. Vymezuje terminologii a začlenění prevence do školního vzdělávacího programu, popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka a dále definuje Minimální

preventivní program, doporučuje postup škol a školských zařízení při výskytu vybraných forem sociálně patologických jevů u žáků v působnosti MŠMT a je zaměřen na následující:

a) předcházení zejména následujícím rizikovým jevům v chování žáků:

- záškoláctví,
- šikana, rasismus, xenofobie, vandalismus,
- kriminalita, delikvence,
- užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky – OPL) a onemocnění HIV/AIDS a dalšími infekčními nemocemi souvisejícími s užíváním návykových látek,
- závislost na politickém a náboženském extremismu,
- netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling),

b) rozpoznání a zajištění včasné intervence zejména v případech:

- domácího násilí,
- týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání,
- ohrožování mravní výchovy mládeže.

Tento metodický pokyn je závazný pro právnické osoby vykonávající činnost škol zřizovaných MŠMT. Jako jeden z možných nástrojů je doporučován i ostatním školám zanesených ve školském rejstříku a dále poskytovatelům služeb souvisejících se vzděláním a výchovou **(38)**.

1.2.1 Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti bylo zřízeno usnesením vlády ČR č. 643 ze dne 19. června 2002 o zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Toto středisko je také českým národním partnerem decentralizované agentury Evropské unie pro monitorování drog – Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost se sídlem v Lisabonu (EMCDDA) a členem evropské sítě monitorovacích středisek REITOX, zřízené a podporované národními vládami a Evropskou unií s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek, připravovat podklady pro kvalifikovaná politická rozhodnutí v této oblasti na národní i evropské úrovni a vyhodnocovat jejich účinnost. Organizačně je Národní monitorovací středisko součástí odboru pro koordinaci protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky (64).

Existence samostatného národního střediska pro tzv. data trestně-právního sektoru je výjimečná. V zemích Evropské unie je jen jedno národní monitorovací středisko – National Focal Point (8).

Národní monitorovací středisko v rámci tzv. drogového informačního systému provádí, iniciuje a podílí se na monitorovacích a výzkumných aktivitách. Nástrojem pro plánování, koordinaci a rámcové hodnocení drogového informačního systému je Národní akční plán drogového informačního systému. Aktivity drogového informačního systému jsou zaměřeny na sběr, analýzu, syntézu a interpretaci informací na straně jedné a na jejich šíření na straně druhé. Metodicky a koncepčně je tento systém v souladu s informačním systémem EMCDDA – toto se týká zejména pěti klíčových indikátorů – užívání drog v obecné populaci; problémové užívání drog; infekce spojené s užíváním drog; úmrtí spojená s užíváním drog a mortalita uživatelů drog; žádosti o léčbu uživateli drog (64).

1.2.2 Národní strategie protidrogové politiky pro období 2005-2009

Národní strategie protidrogové politiky 2005-2009 je v pořadí čtvrtou strategií za dobu existence České republiky. Ve svých východiscích, principech a cílech

navazuje na dosavadní kroky aplikované v předchozích 12 letech na území republiky (42). Protidrogovou politiku České republiky představují čtyři základní pilíře: primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik a snižování dostupnosti drog (28).

Jako účinnou strategii uznává vláda ČR komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Uplatňují se tři základní přístupy moderní protidrogové politiky – snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné distribuce nelegálních drog), snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba a resocializace uživatelů) a snižování rizik spojených s užíváním drog (harm reduction) (42).

1.2.3 Rada vlády pro kontrolu protidrogové politiky

RVKPP je poradní a pracovní orgán vlády. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (Rada) působí v souladu s § 21 z. č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Koordinuje realizaci protidrogové politiky a zajišťuje součinnost ministerstev a dalších orgánů, které odpovídají za jednotlivé oblasti protidrogové politiky. Projednává a předkládá vládě Národní strategii protidrogové politiky, Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky, další návrhy a informace. Každoročně vládě předkládá Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice za předcházející kalendářní rok (58).

1.2.4 Zdraví 21

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Deklarace byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny ve 21. Století“. Jeho hlavními cíli je ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. K signatářům deklarace patřila také Česká republika.

Jeden z cílů deklarace lze vztáhnout i na drogovou problematiku. Jedná se o cíl č. 4 – Zdraví mladých. Záměrem je vytvořit zdravější podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti.

Konkrétní cíle a požadavky jsou vyjmenovány v dílčím úkolu č. 4. 3 – „Podstatně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu“.

Velmi důležitá je individuální nespécifická primární prevence, jak ukazují zkušenosti oboru návykových mocí. Při výchově ke zdravému životu a rozhodování je třeba zaměřit úsilí kromě mládeže etnických minorit zvláště na mládež učňovskou, jejíž postoje jsou v tomto směru průkazně horší.

Bezpodmínečně se jeví jako nutnost daleko větší spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s příslušnou školou dítěte a mladistvého. Touto cestou je možné ovlivnit výchovu mladé populace ke zdraví. Stejně tak je potřeba v daleko větší míře využívat sociální služby směřující k podpoře omezení zdraví škodlivého života mladých lidí (např. streetwork, nízkoprahová centra) (70).

1.2.5 MŠMT (Minimální preventivní program, školní metodik prevence)

Školní metodik prevence

Školní metodici zodpovídají za realizaci prevence na škole. Hrají tedy klíčovou roli při sestavování Minimálního preventivního programu, při zajišťování a koordinování aktivit školy v oblasti prevence. Nezbytným krokem pro rozvoj prevence je vyškolení skupiny školních metodiků s cílem podpořit jejich osobnostní rozvoj, seznámit je se zásadami efektivní primární prevence, rozšířit jejich vědomosti a dovednost v rámci primární prevence (7, 62).

Školní metodik prevence se také podílí na soustavném vzdělávání pracovníků a dalších pedagogů školy v oblasti prevence, spolupracuje s okresním metodikem preventivních aktivit a navrhuje vhodné odborné a metodické materiály a jiné pomůcky pro realizaci Minimálního preventivního programu a navazujících preventivních aktivit

škol nebo zařízení. Dále se zabývá tvorbou opatření při výskytu sociálně patologických jevů ve škole nebo školském zařízení a na základě pověření ředitele školy spolupracuje s dalšími krizovými, poradenskými a preventivními zařízeními (38).

Minimální preventivní program

Minimální preventivní program je konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Na tvorbě a realizaci Minimálního preventivního programu se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Koordinace tvorby a kontrola realizace patří ke standardním činnostem školního metodika prevence, při tvorbě a vyhodnocování Minimálního preventivního programu spolupracuje školní metodik prevence dle potřeby s metodikem prevence v pedagogicko – psychologické poradně. Tento dokument je zpracováván na jeden školní rok a podléhá kontrole České školní inspekci. Také je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy (38).

1.3 Prevence

Prevence (z lat. preventio) je soubor všech sociálních a zdravotních opatření, jejichž cílem je předcházet poškození zdraví, vzniku nemocí, zdravotních komplikací a trvalých následků nemocí (1).

Podle všeobecného pojetí znamená prevence předcházení, zamezení vzniku nemoci, nebo nežádoucího jevu. Dělí se na primární, sekundární a terciární.

Prevence primární se dále dělí na prevenci nespecifickou a specifickou. Cíle, metody a prostředky se liší podle typu prevence.

Prevence tvoří jeden z pilířů protidrogové politiky státu. Dalšími jsou léčba a represe. Z teoretického hlediska je prevence považována za nejúčinnější a nejlevnější řešení. V praxi bývá zpravidla důraz kladen na represii, posléze léčbu, a nakonec na prevenci (40).

1.3.1 Primární prevence

Primární prevencí v nejširším pojetí lze nazvat všechny aktivity a činy, které mají za cíl změnit názory, postoje a chování lidí tak, aby u nich nedošlo ke vzniku daného nežádoucího jevu (vzniku závislosti na návykových látkách, kriminálního chování, rasismu, atd.) **(40)**.

Cílem primárně protidrogových aktivit je předejít zneužívání a/nebo oddálit první setkání dětí a mladých lidí s drogami do co nejpozdějšího věku. Cílovou skupinou primární prevence je dosud nezasažená populace. Obecným cílem je „odradit od užívání nelegálních drog“, resp. poskytnout takové podklady, které u daného jedince povedou k vědomému a svobodnému rozhodnutí od užívání ilegálních psychotropních látek abstinovat. **(52, 53, 67)**.

Primární prevence je určena lidem, kteří drogy nyní neberou ani s nimi neexperimentují, ale v budoucnu by mohli začít. Jde tedy vlastně o téměř celou dětskou populaci. Prevenci lze dále rozdělit na specifickou a nespecifickou **(40)**.

Primární prevence zahrnuje tyto složky:

1. Vytváření povědomí a informovanosti o drogách a nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním.
2. Podpora protidrogových postojů a norem.
3. Posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním drog.
4. Posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů.
5. Podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog **(55)**.

1.3.1.1 Primární prevence specifická

Specifická prevence se zaměřuje na působení proti konkrétnímu danému jevu, kterému se snaží předejít.

Specifické primárně-preventivní programy v oblasti prevence užívání návykových látek se výhradně zaměřují na vybrané cílové skupiny a snaží se hledat způsoby a řešení, jak u těchto skupin zamezit užívání ilegálních psychotropních látek. Právě jejich jasná profilace (specifičnost) zaměřená na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických. Specifická programů je též dána nutností zaměřit svou pozornost na cílové skupiny, které se jeví jako ohroženější či rizikovější, v porovnání s jinými potenciálními cílovými skupinami. Z ekonomického i odborného hlediska není opodstatněné, aby těmito programy procházely např. všechny děti, ale pouze ty, u kterých předpokládáme vyšší náchylnost či jiné dispozice k rizikovému chování (40).

Často užívanou definicí specifických primárně-preventivních programů je tzv. negativně ekonomická definice: „Programy specifické primární prevence užívání návykových látek jsou takové programy, které by neexistovaly, pokud by neexistoval problém drogové závislosti, tj. tyto programy by za neexistence fenoménu drogové závislosti vůbec nevznikly a nebyly rozvíjeny (67).

1.3.1.2 Primární prevence nespecifická

Nespecifická primární prevence je součástí širšího pojetí prevence. Součástí jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické, vyrovnané osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Jedná se o všechny preventivní aktivity, které nemají přímou souvislost se zneužíváním návykových látek. Máme tedy na mysli takové aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování prostřednictvím lepšího využívání a lepší organizace volného času jedince. Znamená to, že mají určitý obecný protektivní potenciál. Patří sem zájmové kroužky (jak při školách a školských zařízeních, tak lidové

školy umění apod.), dále sportovní aktivity, atp. K primární prevenci nespecifické řadíme i programy na zlepšení životního stylu.

Na rozdíl od primární prevence specifické by tyto programy existovaly i v případě absence problému drogové závislosti (40).

Pro úplnost je potřeba zmínit i sekundární a terciární prevenci.

1.3.2 Sekundární prevence

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO, World Health Organization) definuje sekundární prevenci jako aktivity zaměřující se na předcházení vzniku, rozvoje a trvání závislosti (40). Cílem je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život.

Léčebné a resocializační programy jsou zpravidla děleny na:

- nízkoprahové – na klientech není vyžadována bezpodmínečná abstinence jako podmínka pro vstup do programu. Tyto programy nabízí léčbu somatických potíží plynoucích z rizikového užívání, psychologické a sociální poradenství. Jsou dostupnější pro větší spektrum klientů; představují významný mezistupeň mezi závislostí a kontaktem s pomáhajícími institucemi.
- vysokoprahové – účast v těchto programech je podmíněna abstinencí od drog. Nabízena je psychologická/psychiatrická pomoc, případně sociální servis s cílem podpořit abstenenční chování a návyky.

V kontextu protidrogové politiky jde zejména o:

- ✓ aktivní zavádění programů včasné intervence a programů zvyšujících dostupnost péče (i v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody)

- ✓ vytváření komplexního a vzájemně provázaného systému léčebně-resocializační péče
- ✓ vzdělávání odborných pracovníků, trvalé zvyšování kvality a efektivity poskytované péče (67).

1.3.3 Terciární prevence

Hlavním cílem této složky prevence je zabránění relapsu a zároveň usnadnit návrat do života – resocializace jedince. Dle WHO do systému terciární prevence patří i tzv. „harm reduction“ programy – např. výměnné programy jehel „za špinavou čistou“, substituční programy atp. (40).

1.3.4 Prevence všeobecná, selektivní, indikovaná

Ústav pro lékařství americké akademie věd přinesl dělení prevence na všeobecnou, selektivní a indikovanou. Tento nový rámce hodnotí rizika rozvoje užívání drog v jednotlivých populacích a rozsah intervencí. Každá kategorie popisuje cílové populace, u nichž se očekává, že jim jednotlivé intervence přinesou optimální prospěch (21).

Prevence všeobecná se zaměřuje na celou populaci (např. veškeré obyvatelstvo dané země, celou místní komunitu, školu, nebo městskou čtvrť), přičemž preventivní programy mají přinést prospěch každému členu dané populace (21). Cílem je předat cílové skupině takové znalosti, dovednosti a postoje, které umožní předejít problémům spojených s užíváním návykových látek nebo jiných druhů rizikového závislostního chování. To zahrnuje nejen předávání informací o těchto jevech, ale i rozvíjení schopností např. navazovat zdravé vztahy mimo rodinu, čelit sociálnímu tlaku, rozhodovat se, efektivně řešit konflikty apod. (66).

Selektivní prevence se zaměřuje na určité skupiny populace, u nichž je riziko rozvoje užívání drog nadprůměrné a je určeno přítomností biologických, psychologických, sociálních či environmentálních faktorů (21). Cílem je podílet se spolu s učiteli na řešení problematických situací ve třídních kolektivech, předcházet

vzniku sociálně nežádoucích jevů (např. ostrakismu, šikany, xenofobie, rasismu), zvyšovat pozitivní sociální klima v těchto kolektivech, rozvíjet schopnosti dětí navazovat přátelské vztahy s vrstevníky, nenásilně zvládat konflikty (59).

Indikovaná prevence má za cílovou skupinu jedince, u kterého se předpokládá riziko rozvoje užívání drog. Příkladem indikované prevence je snížení konzumace konopných drog u neproblémových uživatelů (21). Tato intervence klade důraz na cílenou, dlouhodobou a kontinuální práci s dětmi, jejich rodiči, potažmo celou rodinou, dále pedagogy formou individuálních a rodinných konzultací. Na problémy dětí nahlíží v širším sociálním kontextu. Důraz je kladen na spolupráci s rodinou dítěte i zástupci školy, kam dítě dochází (24).

1.4 Úloha edukace v preventivním procesu

Pojem „edukace“ lze chápat z mnoha různých pohledů. Uvedu některé, které jsou používány v současné pedagogické praxi. Edukace je zde chápána jako výchova v širším slova smyslu, tedy výchova + vzdělávání. Jedná se o často používaný, ale nejednoznačný termín – tím, že v sobě zahrnuje jak výchovu v užším slova smyslu, tak i vzdělávání (65).

Edukace označuje pojmy výchovy a vzdělávání souhrnně, více tím respektuje realitu ve smyslu prolínání výchovného působení s osvojováním vědomostí a poznatků z různých oborů (27).

Edukační proces je pojem zahrnující veškeré činnosti lidí, při nichž dochází k učení a ke změnám v osobnostech edukantů. Svou roli zde sehrávají i emocionální prožitky (11).

Jansa (27) popisuje edukační proces jako všechny činnosti, při nichž dochází k učení řízeného subjektu (žák, potomek rodiče), kdy jsou učební informace, zkušenosti, předkládány subjektem řídícím (učitel, rodič aj.).

Jedná se o proces permanentní, celoživotní, s posunem od heteroedukace (edukace/výchova druhým jedincem, převažuje v dětství) k autoedukaci

(„sebevýchově“). Tento proces je nutno chápat jako determinovaný mnoha faktory, z nichž základním je prostředí historicky a sociokulturně podmíněné. Dalšími determinantami jsou ideály společnosti, očekávání, ekonomická situace státu (65).

V souvislosti s tématem diplomové práce je důležité zmínit měření efektivnosti edukačních procesů. Setkáváme se nejčastěji s těmito termíny a možnostmi měření efektivnosti edukačních procesů:

- pedagogická efektivnost
- ekonomická efektivnost
- individuální efektivnost
- efektivita výchovného procesu
- efektivnost škol.

S pojmem efektivnosti se rovněž setkáváme u technických systémů. Hlavní rozdíl je ten, že v technických systémech efektivnost nikdy nedosahuje více než 100 %. Tato skutečnost je dána platností fyzikálních zákonů. V opačném případě by vzniklo perpetuum mobile.

Odlišná situace je v systémech edukačních. Na edukační proces je nahlíženo jako na efektivní, pokud jeho účinnost přesahuje 100 %, tj. je vytvářena přidaná hodnota představovaná rozvojem vědomostí, dovedností a postojů (11).

1.5 Zásady efektivní primární prevence

Cílem efektivní primární prevence je zejména předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku, oddálit setkání s návykovými látkami do co nejpozdějšího věku a snížit či zastavit experimentování s návykovými látkami (47).

Působení na mladou generaci musí mít charakter výchovně vzdělávací. Musí jít o proces vytváření a upevňování morálních hodnot, zvyšování sociální kompetence dětí

a mládeže, o rozvoj dovedností, které vedou k odmítání všech forem sebeustrukce, projevu agresivity a porušování zákona **(61)**.

Obecné charakteristiky účinného primárního programu je možné definovat takto:

- 1) Kombinace mnohočetných strategií
- 2) Kontinuita působení
- 3) Cílenost a adekvátnost
- 4) Propojenost
- 5) Včasný začátek
- 6) Pozitivní orientace **(24)**.

Ad 1) Program využívá více strategií, např. prevenci ve školním prostředí a zároveň práci s rodiči dětí **(24)**. To odpovídá bio-psycho-sociálně-spirituálnímu modelu vzniku závislostního chování. Z tohoto modelu vyplývá, že příčiny vzniku závislosti jsou velmi různorodé, proto i preventivní programy musí zahrnovat mnoho faktorů stejně jako spolupráci různých institucí. Mezi základní strategie patří práce s jednotlivci, práce se skupinou, práce s komunitou, spolupráce s rodiči, výcvik pedagogů v preventivních aktivitách.

Ad 2) Kontinuitou v oblasti primární prevence je myšlena soustavnost programu. Ten by měl začínat co nejdříve, nejlépe už v předškolním věku, a nepřetržitě pokračovat v průběhu celé školní docházky tak, aby se informace, které dítě dostává, neustále rozvíjely a zpřesňovaly **(40)**. Systém témat by měl být sestaven tak, aby na sebe vzájemně navazovala. Metody a formy preventivního působení by měly spirálovitě postupovat osnovami tak, aby se v průběhu výchovně vzdělávacího procesu jednotlivá témata opakovala na vyšší úrovni **(29)**.

Ad 3) Program musí odpovídat potřebám cílové skupiny a odpovídat věku, znalostem, zkušenostem, sociálním dovednostem, interpersonálním vztahům v kolektivu i míře

rizika vzniku závislostního chování. Program by měl reflektovat postoje cílové skupiny ke zneužívání návykových látek a být přizpůsoben věkovým odlišnostem v návaznosti na věková specifika, dovednosti a v neposlední řadě i profesní orientaci cílové populace.

Ad 4) Propojenost prevence zneužívání nelegálních drog a těkavých látek s prevencí problémů působených tabákovými výrobky a alkoholem. Tabák a alkohol jsou nejrozšířenější drogy a působí největší škody, závislost na nich vzniká u dětí a dospívajících rychleji než u dospělých a zejména alkohol je pro děti a dospívající mimořádně nebezpečný. Jedná se např. o úrazy, dopravní nehody nebo násilnou trestnou činnost páchanou pod vlivem těchto látek. Taktéž se jedná o látky iniciační – jejich užívání obvykle doprovází a často předchází zneužívání nelegálních látek (29). Mezi další důvody patří skutečnost, že zejména dospívající mají tendenci vnímat prevenci úzce selektivně zaměřenou pouze na ilegální látky a ignorující tabák a alkohol jako neúplnou, jednostrannou a nevyváženou.

Ad 5) Preventivní působení by mělo začít v co nejranějším věku, aby naplnilo svou roli při formování názorů a postojů vůči užívání návykových látek a dalšímu rizikovému chování. V ideálním případě by toto působení mělo začít již v předškolním věku a to nejen v rámci pedagogického působení mateřských škol, ale hlavně v rodině. Podle zahraničních pramenů je účinnost prevence nejvyšší, pokud začne 2 až 3 roky před prvním kontaktem s návykovou látkou a jestliže průběžně pokračuje řadu let (29).

Ad 6) Pozitivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ. Podpora zdravého životního stylu a nabídka pozitivních alternativ v příslušné cílové skupině by měly být součástí každého preventivního programu, stejně jako nácvik relevantních dovedností jako odmítání návykové látky a schopnost čelit tlaku ze strany okolí, komunikační dovednosti, schopnost vytvářet přátelské vztahy, asertivní dovednosti a zvyšování zdravého sebevědomí, nenásilné formy zvládnutí konfliktu.

Nešpor (47) pro srovnání uvádí zásady efektivní primární prevence souhrnně takto:

- ✓ Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku.

- ✓ Program je malý a interaktivní.
- ✓ Program zahrnuje podstatnou část žáků.
- ✓ Program zahrnuje získávání a osvojování si relevantních sociálních dovedností využitelných i v reálném životě.
- ✓ Program bere v úvahu i místní specifika.
- ✓ Program využívá pozitivní modely.
- ✓ Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky.
- ✓ Program je soustavný a dlouhodobý.
- ✓ Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně.
- ✓ Program je komplexní a využívá více strategií.
- ✓ Program počítá s komplikacemi a nabízí alternativy jak je zvládat.

Dále efektivní programy primární prevence zneužívání psychotropních látek zahrnují systém navazujících aktivit jako je například informační a poradenský servis (webové stránky, knihovny, adresáře a databáze poskytovatelů sociálních služeb oblasti primární prevence), koordinační činnost a vzdělávací aktivity pro školní metodiky prevence, pedagogy a rodiče (7).

Účinně ovlivnit rizikové chování mohou také tzv. „peer programy“. Koncept těchto programů vychází z poznatku, že zvláště v období dospívání působí na jedince a formování jeho postojů a názorů vrstevníci. Dle řady výzkumů je tento přístup efektivní, nicméně jeho realizace je poměrně náročná. Při uskutečňování peer programů je nezbytná intenzivní spolupráce s tzv. „peery“ (7). Slovo „peer“ bylo přejato z anglického jazyka a označuje osobu, se kterou se může daná cílová skupina identifikovat. Důležitou roli zde hraje nejen věk, ale i sociální prostředí, nebo zaměstnání. Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu identifikuje, poměrně snadno nabyté postoje, znalosti a zkušenosti uplatní v praxi (16).

1.5.1 Zásady efektivní primární prevence s ohledem na věk

J. Němec a kol. v dokumentu Pedagogové proti drogám definuje 4 věkové skupiny, které zasahují žáky a studenty jak v rámci povinné školní docházky, tak sekundární vzdělávání. Jsou to věková skupina 6-10 let, věková skupina 11-13 let, věková skupina 14-15 let a věková skupina 16-19 let. Žákům a studentům každé z věkových skupin má být předán soubor znalostí, dovedností a postojů, který jim zprostředkuje základní informace o drogách a jejich účincích, poskytne informace o tom, kde hledat pomoc při vzniku problémů spojených s užíváním drog a pomůže snižovat rizika spojená se zneužíváním drog v případech, kdy vznikla závislost **(21)**.

Naproti tomu K. Nešpor a L. Csémy popisují 5 věkových skupin, kde každý věk má svá vývojová specifika, která je nutno v prevenci zohlednit. Zdůrazňuje nejen roli učitelů, ale hlavně roli rodiny. Do svého rozdělení zahrnuje nejen děti a mladistvé, ale i mladé dospělé, které je možno rozdělit do následujících skupin: nejmladší do 1 roku, věková skupina 1-3 roky, děti ve věku 3-6 let, věková skupina 7-12 let a věková skupina 13-20 let **(43)**.

Věková skupina 6-10 let

Tato věková skupina svým věkovým rozptylem pokrývá celý I. stupeň ZŠ. V tomto věku se významně a dynamicky rozvíjí hrubá i jemná motorika, pohyby jsou rychlejší, svalová síla větší, stejně dynamické změny prodělává smyslové vnímání dětí. Narůstá míra začleňování do společnosti a schopnost autoregulace, což odpovídá probíhajícímu emočnímu vývoji **(34)**.

Na počátku školní docházky má většina žáků nekriticky kladný vztah k osobě pedagoga, hovoří se zde o možnosti nezdůvodněné autority, avšak se zvyšujícím se věkem narůstá kritických výhrad **(31)**.

Cílem primární prevence v tomto věku je prohlubovat dovednosti, jak chránit své zdraví a rozvíjet sociální dovednosti, a zároveň předat jednoznačné informace

o škodlivosti alkoholu a tabáku včetně vymezení základních pravidel týkajících se užívání těchto látek (63).

J. Němec a kol. v dokumentu Pedagogové proti drogám (48) definuje znalosti, dovednosti a postoje následovně:

- ✓ Léky jsou drogy a pomáhají nám.
- ✓ Léky musí být užívány dle předpisů a jsou-li zneužívány, mohou být nebezpečné.
- ✓ Léky musí být uloženy na bezpečném místě.
- ✓ Lékařský personál podává drogy jako součást léčby.
- ✓ Je zakázáno vlastnit některé drogy.
- ✓ Alkohol a tabák jsou také drogy, přestože vlastnit je není zakázáno.
- ✓ Některé látky, které bývají běžně v domácnosti, mohou být nebezpečné, jsou-li nevhodně používány, a měly by být bezpečně skladovány.
- ✓ Drogy mají vliv na naše zdraví a mohou změnit to, jak se cítíme.
- ✓ Pozitivní a negativní stránka drog.
- ✓ Co je míněno termíny „užívat“ a „zneužívat“, dále „závislost“, „návyk“.
- ✓ Jak pracuje lidské tělo.
- ✓ Hodnota zdraví a nevýhody špatného zdravotního stavu a nemoci.
- ✓ Příklady vhodného chování, které vede k posílení zdraví.
- ✓ Vědět, že rodiče a učitelé mohou pomoci.

Dovednosti:

- ✓ Dovednosti, jak se chránit v různých situacích.

- ✓ Dovednosti, jak získat pomoc pro sebe nebo pro jiné.
- ✓ Dovednost zachovat si vlastní sebedůvěru a posilovat sebedůvěru druhých.
- ✓ Schopnost rozlišit, co je a co není požitelné.
- ✓ Dovednosti v oblasti péče o tělo.

Postoje:

- ✓ Vědomí sebe sama, sebeúcta, vlastní hodnoty.
- ✓ Mít pochopení pro obecné hodnoty (dobré x špatné - právní povědomí).
- ✓ Umět přijmout radu od rodiče, pedagoga.
- ✓ Uvědomělý postoj k používání výrobků skladovaných v domácnosti.
- ✓ Kladný postoj k vlastnímu tělu **(48)**.

Věková skupina 11-13 let

Tato věková skupina odpovídá 6. a 7. třídě základní školy. Pro jedince toto období znamená přechod na jiný systém výuky, kdy každý předmět vyučuje jiný pedagog, což je spojeno s vyššími nároky na samostatnost.

J. Langmeier **(34)** definuje toto období jako fázi prepuberty. V tomto období dochází k postupnému uvolňování vazeb na rodiče. Ti však nadále dítěti poskytují citovou jistotu a pocit opory ve všech životních událostech.

J. Němec a kol. v dokumentu Pedagogové proti drogám **(48)** definuje znalosti, dovednosti a postoje následovně:

Znalosti:

- ✓ Úloha léků ve společnosti.

- ✓ Pozitivní a negativní účinky alkoholu.
- ✓ Nebezpečí užívání tabáku.
- ✓ Informace týkající se specifických návykových látek (léčiva, těkavé látky).
- ✓ Experimentování s drogou je svobodné rozhodnutí jedince, ale je třeba vědět, že může mít nebezpečné následky.
- ✓ Potenciální důsledky drogového experimentu – oblast zdraví, právní rizika, vliv na rodinu.
- ✓ Zdraví a nemoc. Znalost stavby a funkce lidského těla.
- ✓ Základní znalosti péče o tělo (význam správné stravy, význam cvičení pro zachování a posílení zdraví).

Dovednosti:

- ✓ Dovednosti spojené s rozhodováním.
- ✓ Dovednosti související s vybíráním si vhodných osob a organizací, kde lze hledat pomoc.
- ✓ Dovednosti při budování vlastní sebeúcty a sebeúcty druhých.

Postoje:

- ✓ Uvědomění si vlastních hodnot.
- ✓ Pozitivně přijímat příklady dospělých, zejména rodičů a učitelů.
- ✓ Přijímat zodpovědnost za sebe a za své chování, jednání.
- ✓ Tolerance vůči nedostatkům ostatních.
- ✓ Akceptování a ocenění rozmanitosti a rozdílností v lidském životě **(48)**.

Věková skupina 14-15 let

V tomto věku dochází k dosažení pohlavní zralosti, pokračuje vymezování jedince vůči primární rodině, prohlubuje se zájem o kontakty s opačným pohlavím. Vývoj je doprovázen emoční nestabilitou, sníženou koncentrací pozornosti, častými změnami zájmů a výrazně kritickým postojem k autoritám. Zároveň dochází k volbě budoucího profesního zaměření (34).

J. Němec v dokumentu Pedagogové proti drogám (48) definuje znalosti, dovednosti a postoje následovně:

Znalosti:

- ✓ Znalost v oblasti práva v souvislosti s drogou.
- ✓ Znalost školních předpisů týkajících se drog a jejich zneužívání.
- ✓ Znalost jak poskytnout pomoc druhým.
- ✓ Způsoby, jakými výrobci alkoholu a tabákových výrobků propagují své produkty.
- ✓ Znalosti, kde získat radu a pomoc v případě problémů (telefonní čísla, webové stránky apod.) – včetně specifických problémů týkajících se drog.

Dovednosti:

- ✓ Vědět jak odolat možnému nátlaku vrstevníků.
- ✓ Dovednosti, jak pozvednout vlastní sebehodnocení a schopnost adekvátně hodnotit ostatní.
- ✓ Dovednosti v rozvoji nezávislosti a tolerance v osobních vztazích.
- ✓ Dovednosti, jak řešit konflikty a jak se vyrovnávat s problémy.

- ✓ Rozvoj dovednosti, jak hledat radu a pomoc.
- ✓ Dovednosti, jak poskytnout pomoc druhým.

Postoje:

- ✓ Základní optimistická životní orientace vůči životu, okolnostem, které může přinášet.
- ✓ Být zodpovědný vůči sobě i svému okolí.
- ✓ Pozitivní sebejistota v rozhodování založená na radách a příkladech druhých.
- ✓ Ochota vyhledat pomoc, pokud jí je zapotřebí.
- ✓ Nápomocný přístup k ostatním **(48)**.

Věková skupina 16-19 let

Tato věková skupina odpovídá sekundárnímu vzdělávání, kdy dochází k tvorbě nových kolektivů, prohlubování samostatnosti a nezávislosti na rodině, spojené s případným pobytem v internátních zařízeních.

Cílem primární prevence v tomto věku je podpořit protidrogové postoje a normy, nabízet pozitivní alternativy trávení volného času, seznámit jedince s možností řešení náročných životních situací včetně možností, kam se obrátit v případě problému se zneužíváním návykových psychotropních látek **(63)**.

J. Němec a kol. v dokumentu Pedagogové proti drogám **(48)** definuje znalosti, dovednosti a postoje pro tuto věkovou skupinu takto:

Znalosti:

- ✓ Kulturní kontext využívání a zneužívání drog.

- ✓ Světový obchod s drogami.
- ✓ Techniky, které využívají tvůrci reklam (alkohol a tabák) k propagaci těchto výrobků.
- ✓ Informace o specifických drogách a rizika jejich zneužívání.
- ✓ Možné důsledky experimentování s drogami.
- ✓ Znalost zákonných norem v oblasti drog.
- ✓ Pochopení role v rodině a rodičů pro prevenci zneužívání drog.

Dovednosti:

- ✓ Dovednost porozumět vlastním přáním a jejich zdrojům.
- ✓ Dovednost ovládat své emoce.
- ✓ Dovednost, jak naslouchat druhým, jak sdělovat své pocity a efektivně komunikovat.
- ✓ Dovednost, jak v debatách zastávat a obhajovat své vlastní postoje.
- ✓ Dovednosti v oblasti zdokonalování sociálních schopností (sebekontrola, odolnost vůči stresu,...).

Postoje:

- ✓ Rozvíjení pozitivní sebejistoty.
- ✓ Znalost motivů, které souvisejí s experimentováním s drogami, a které významně ovlivňují postoje.
- ✓ Rozvoj a pochopení vlastních pocitů.
- ✓ Rozvoj sebepoznání a vnímání hodnot souvisejících s vyjádřením vlastních emocí v určitých situacích.

- ✓ Tolerantní přístup k druhým.
- ✓ Pozitivní seberealizace a životní perspektivy (48).

1.6 Monitoring efektivity v primární prevenci a jeho význam

Monitoring se používá především pro stanovení vhodných marketingových strategií, (1) protože však spočívá v dlouhodobém sledování a vyhodnocování, je vhodný také pro zhodnocení efektivity provádění primární prevence drogových závislostí.

Monitoring je také popisován jako sledování a registraci psychických funkcí, chování jedince či skupiny z důvodů výzkumných, ochranných aj. (20).

Evaluace účinnosti preventivních programů je jednou z klíčových metod její zvyšování. Cílem evaluace preventivních aktivit je objektivní zjištění, které preventivní aktivity vykazují při působení na cílové skupiny efektivitu a které se nejeví jako účinné. Výstupem hodnocení nejsou kvantitativní údaje, ale komplexní poznatky, které se poté promítají do procesu preventivní intervence (16).

Monitoring má ve vztahu k závislostnímu chování několik úloh:

- sleduje dlouhodobé trendy a dynamiku jednotlivých jevů a postojů v rámci celé populace
- je nástrojem pro stanovení míry zasažení dílčích skupin sociálně patologickými jevy a to od nejnižší úrovně (třídní kolektivy, ročníky, školy) až po správní celky (města, kraje, státy)
- poskytuje informace pro stanovení nejvhodnější formy primární prevence pro daný celek a její včasný začátek
- reflektuje míru účinnosti již probíhajících preventivních aktivit a poskytuje podněty pro další vývoj

- prokazuje efektivitu provedených legislativních a metodických změn **(20, 25)**.

Hodnocení je zaměřeno na tři základní oblasti:

- ✓ Evaluace plánování preventivního programu obsahuje vypracování plánu a návrh preventivní intervence. Navrhuje cíle programu vzhledem k cílové skupině. Kromě definování cílové skupiny zahrnuje tato fáze též definování intermediární cílové skupiny tvořenou pedagogy, rodiči a určitou částí obecné populace.
- ✓ Evaluace průběhu preventivní intervence hodnotí realizaci preventivního působení a postoj účastníků k programu. Obsahuje zpracování informací o aktivitách v rámci programu (volnočasové aktivity, zájmová činnost, aktivní sociální učení). Je sledován i vývoj očekávaných výsledků z kvantitativního (počet účastníků) i kvalitativního (pokles či nárůst negativních jevů spojených s drogou) hlediska.
- ✓ Evaluace výsledku preventivní aktivity ověřuje, zda bylo dosaženo zamýšlených cílů. Hodnocení kvality a efektivity, účinnosti, preventivních programů určují následující roviny:

Nejvýznamnějším ukazatelem efektivity preventivního programu je změna chování. Programy zaměřené pouze na předávání informací proto nebývají účinné **(47)**.

Vhodně realizovaný monitoring je prováděn stejně jako prevence pravidelně a kontinuálně; vždy pak při rozhodování o změnách ve formě a rozsahu primární prevence **(64)**.

1.6.1 Subjekty provádějící monitoring v primární prevenci

Mezi subjekty, které mohou v rámci primární prevence poskytovat informace o jejím působení, dopadu a tím i neustále zhodnocovat efektivitu patří:

- rodiče a celá rodina jako společenství, ke kterým má dítě v optimálním stavu věci nejbližší vztah
- škola, zvláště pak třídní učitel, jenž má s daným třídním kolektivem pravidelný a dlouhodobý kontakt; výchovný poradce, který se ve své práci zaměřuje na tzv. „problémové žáky“
- lékaři setkávající se ve svých ordinacích s pacienty – experimentátory/uživateli drog
- pedagogičtí pracovníci v rolích vedoucích volnočasových aktivit, zájmových kroužků a sportovních oddílů, kteří jsou pro děti a dospívající vzorem, autoritou nebo starším kamarádem
- pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a kurátoři
- specializované organizace zabývající se monitoringem sociálně patologických jevů
- neziskové organizace, které monitoring provádí jako průzkum poptávky po jimi poskytovaných službách (64).

1.6.2 Techniky používané v monitoringu primární prevence

Techniky používané v monitoringu průběhu a účinnosti primární prevence drogových, spolu s jejich klady a zápory můžeme rozdělit následovně:

- 1) dotazníky
- 2) sociometrické metody

- 3) pozorování
- 4) odborná lékařská vyšetření
- 5) rozhovor
- 6) ostatní specifické činnosti **(16)**.

Ad 1) Dotazník je vlastně způsob psaného řízeného rozhovoru, kde se požadují psané odpovědi **(31)**. Mohou se přímo orientovat na problematiku zneužívání návykových látek a dalšího rizikového a závislostního chování. Mezi jejich hlavní výhody patří fakt, že jsou rychlé, snadno vyhodnotitelné, přehledné a levné, proto jsou velmi vhodné pro plošný monitoring. Navíc při použití ve školním prostředí je jejich návratnost vysoká. Pro žáky a studenty jsou přijatelné pro anonymitu, kterou poskytují, a to nejen anonymitu vůči pedagogům, ale i vůči spolužákům. Na druhé straně při tomto typu monitoringu chybí přímý kontakt s respondentem.

Možnou, a v současné době aktuální variantou dotazníkových šetření je využívání informačních technologií a to pomocí on-line systémů pro sběr a vyhodnocení dat. Pro tyto systémy je charakteristické, že žáci a studenti sami vyplňují anonymně dotazník pomocí internetové aplikace a tato data se pak automaticky vyhodnocují. Odpadá zde nutnost vyplňování papírových dotazníků a jejich vyhodnocování. Tato metoda je tedy rychlejší, efektivnější a levnější než tradiční sběr dat pomocí papírové verze dotazníku. Tyto aplikace jsou dostupné např. z www.prevence.net nebo www.odrogach.cz/monitorovaci_dotazniky.

Ad 2) Sociometrie je způsob zkoumání struktury a dynamiky skupiny, mezilidských vztahů a postojů – průkopníkem v této oblasti byl a do praxe zavedl J. L. Moreno **(48)**. Dotazníky cíleně využívají otevřených otázek typu např.: „Pokud bys jel na výlet se třídou, komu bys světil lékárníčku?“ Ačkoli nejsou náročné na přípravu, ani na vyhodnocování, přesto se často nevyužívají.

Ad 3) Pozorování je nejpřirozenější metodou získávání informací, kterou může provádět prakticky kdokoli, kdo je s osobou cílové skupiny v pravidelném kontaktu. Ať už

pedagog, vedoucí volnočasových aktivit nebo specialista na problematiku rizikového a závislostního chování; v neposlední řadě samozřejmě rodič dítěte. Pozorování může probíhat jak každodenním vyučováním, tak při zvláštním programu.

Ad 4) Praktičtí lékaři pro děti a dorost i odborní lékaři mají v ordinaci příležitost rozpoznat uživatele návykových psychotropních látek. Mají také možnost navázat s pacientem důvěrný vztah a upozornit ho na rizika jeho chování a poukázat na možnosti řešení. Vhodné je také sdělení kontaktních míst, kam se může dotyčný obrátit pro odbornou radu či pomoc.

Ad 5) Rozhovor je vhodnou technikou při podezření na výskyt rizikového chování a závislostního chování. Od provádějícího odborníka vyžaduje velkou profesní připravenost a hlavně schopnost u dítěte či mladistvého vzbudit důvěru. Je náročnou technikou, především z časových důvodů.

Ad 6) Specifické činnosti, mezi které patří např. narativní techniky a arteterapeutické postupy jsou vhodné především při dlouhodobější spolupráci se skupinou. Lze je však využít i při vstupním monitoringu. Tyto metody vyžadují zkušeného odborníka, který dokáže zvládnout skupinu, její dynamiku a vhodně ji motivovat ke spolupráci.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce bylo poskytnout vhled do problematiky vnímání účinnosti primární prevence drogových závislostí jednotlivými cílovými skupinami výzkumu.

K dosažení tohoto cíle byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu.

2.2 Hypotézy

Při využití metody kvalitativního výzkumu se hypotézy neuvádějí. Je nutné stanovit výzkumné otázky, které se zaměřují na jednotlivé části zkoumané problematiky (32).

Fenomenologická studie nemusí začít s nějakou určitou výzkumnou otázkou. Určuje se pouze směr zaměření a širší definice sledovaného fenoménu (22).

Přes tuto možnost byly některé výzkumné otázky zvoleny:

1. Jak je vnímána účinnost primární prevence drogových závislostí jednotlivými skupinami výzkumu?
2. Je primární prevence drogových závislostí aplikována systematicky, včasné a v dostatečné míře?

3. Metodika

3.1.1 Způsob řešení problému

K vypracování diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. K tomuto kroku bylo přistoupeno na základě několika faktů:

- a.) Sociální jevy neexistují mimo jedince, ale zakládají se na interpretaci individua jako příslušníka sociální skupiny.
- b.) Sociální skutečnost nelze předem objektivně identifikovat, ale je zapotřebí ji interpretovat jako sociální činnost, přičemž se musí vycházet z významu jejího obsahu, který se mění se situací.
- c.) Kvantitativní měření a techniky, na jejichž základě se uskutečňuje kvantitativní výzkum, nemohou postihnout sociální skutečnost. Spíše ji zamlžují nebo brání formulovat relevantnější otázky. Získané výsledky dávají jednání jiné významy, které jsou spíše názorem výzkumníka, než aktérů jednání.
- d.) Rigidní formulace testovaných hypotéz na začátku výzkumu může vést k tomu, že empirická data nepomohou odhalit neanticipované vztahy v datech a neumožní formulovat nové hypotézy (22).

Základní přístup použitého kvalitativního výzkumu může být charakterizován jako metoda fenomenologického zkoumání.

Fenomenologický přístup volíme tehdy, jestliže:

1. chceme prozkoumat význam prožité zkušenosti jedince a porozumět mu;
2. studovaný fenomén se nejlépe zachytí pokusem porozumět zkušenostem účastníka;
3. fenomén není dostatečně prozkoumán.

Hlavním cílem fenomenologického zkoumání je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem (v tomto případě např. okolnosti a jevy ovlivňující vnímanou účinnost primární prevence drogových závislostí), kterou má

určitý jedinec nebo skupina jedinců. Tento přístup vychází z filozofické fenomenologie. Výzkumník se snaží vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přikládá. Výzkumník analyzuje získaná data, aby zachytil esenci prožité zkušenosti. V rámci fenomenologické studie se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků. Výsledkem je text, který „zní pravdivě“ pro toho, kdo měl danou zkušenost s daným fenoménem, a poskytuje vhled pro toho, kdo ji neměl.

Fenomenologická studie nemusí začít s nějakou určitou výzkumnou otázkou. Určuje se pouze směr zaměření a širší definice sledovaného fenoménu (22).

Přes tuto možnost byly některé výzkumné otázky zvoleny:

1. Jak je vnímána účinnost primární prevence drogových závislostí jednotlivými skupinami výzkumu?
2. Je primární prevence drogových závislostí aplikována systematicky, včasné a v dostatečné míře?

3.1.2 Dotazník

K získání dat byl využit nestandardizovaný dotazník převážně s otevřenými otázkami. Produktem jsou odpovědi napsané respondenty. Respondent dostane dotazník k vyplnění a zodpoví ho, jak nejlépe dovede. Respondent má mít dostatek času pro vyplnění dotazníku. K sestavení dotazníku bývá doporučován následující postup:

1. Navrhne dotazník, který odpovídá potřebám výzkumu.
2. Provedeme pilotní test pomocí členů populace, která je podobná zkoumané skupině. Účelem je určit adekvátnost obsahu otázek.
3. Na základě pilotní studie provedeme revizi.
4. Provedeme druhý pilotní test dotazníku.
5. Provedeme opět revizi dotazníku.
6. Dotazník aplikujeme u zkoumané skupiny (22).

Tento doporučený postup byl dodržen. Návrh dotazníků byl konzultován s vedoucím diplomové práce a čtyřmi (1 žena a 3 muži) odborníky zabývajícími se drogovou problematikou. První verze byla otestována třemi (všichni muži) odborníky, dotazník pro závislé pak sedmi (1 žena a 6 mužů) uživateli služeb K-centra Tábor.

Po několika minoritních úpravách byl proces zopakován. Druhá verze dotazníku byla dána k revizi dvěma (oba muži) odborníkům a pěti (1 žena, 4 muži) uživatelům služeb zmíněného K-centra.

Výsledkem tohoto procesu je jeden dotazník pro odborníky o 15 otázkách a dotazník pro bývalé uživatele, eventuelně závislé, obsahující devatenáct otázek (Příloha č. 1 a 2).

Oba dotazníky obsahují jak otevřené, tak uzavřené otázky. Snahou výzkumníka bylo alespoň některá data smysluplně kvantifikovat, případně uzavřít do škál. Dotazníky jsou rozděleny na část A – identifikační; a část B – vlastní otázky výzkumu.

Uzavřené a škálovatelné otázky jsou v dotazníku určeném drogově závislým otázky č.: 3, 6, 10, 12-16. V dotazníku určeném odborníkům z dané oblasti jsou to pak otázky č.: 3, 10, 12, 14 a 15.

Kde bylo možno otázku formulovat shodně, bylo této možnosti využito k případnému zobecnění, zhodnocení průniku informací a shody v názorech. Jsou to otázky v obou dotaznících pod čísly 2, 3 a 10. Otázka č. 12 v dotazníku pro odborníky má ekvivalent v otázce č. 14 ve verzi dotazníku pro závislé. Shodně otázka č. 14 koreluje s otázkou č. 16. Konečně otázka č. 15 je shodná v obou dotaznících.

3.1.3 Metody vyhodnocování a interpretace

Kvalitativní materiál ve formě získaných dat se transformuje a interpretuje s cílem zachytit smysluplně komplexitu zkoumaných jevů a případů sociálního světa. Interpretace dat je doplňována citacemi odpovědí, výňatků ze zápisků nebo poznámkami z diskusí.

V rámci fenomenologické studie se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků. Fenomenologické zkoumání usiluje o popis a zachycení základních významů lidské zkušenosti. Cílem je zodpovědět otázku: „*Co znamená daná zkušenost?*“ Výzkumník hledá rysy společné u několika jedinců.

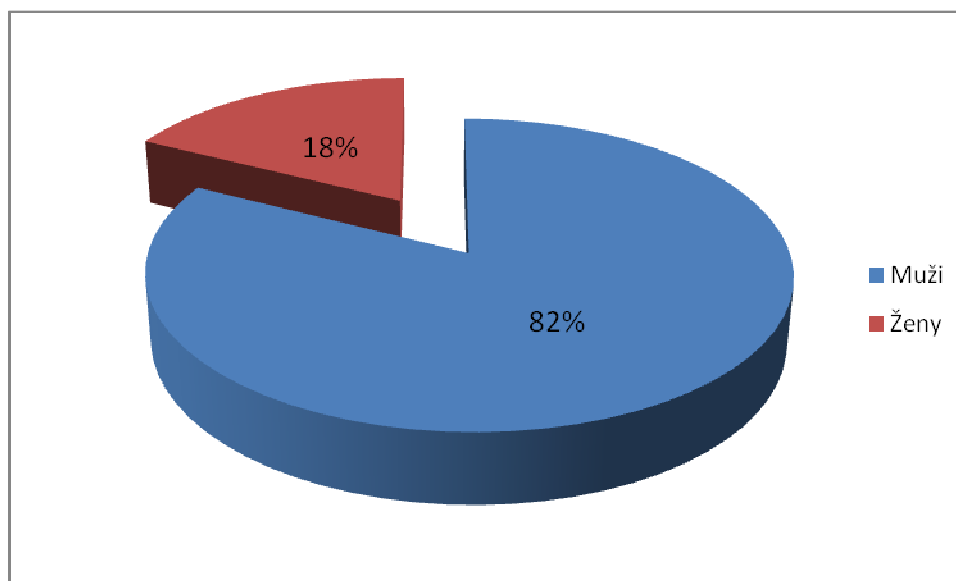
Jako vhodnou doplňkovou metodou pro větší validitu dat byl zvolen kvazistatistický postup vycházející z konverze kvalitativních dat do kvantitativního formátu. Využívá se četnosti slov nebo frází, myšlenkových konstruktů a zjišťují se vzájemné korelace.

Nad rámec výzkumu byly zjištěné výsledky konzultovány se dvěma odborníky působících v oblasti drogové problematiky.

3.2.1 Charakteristika souboru

1. Závislí respondenti

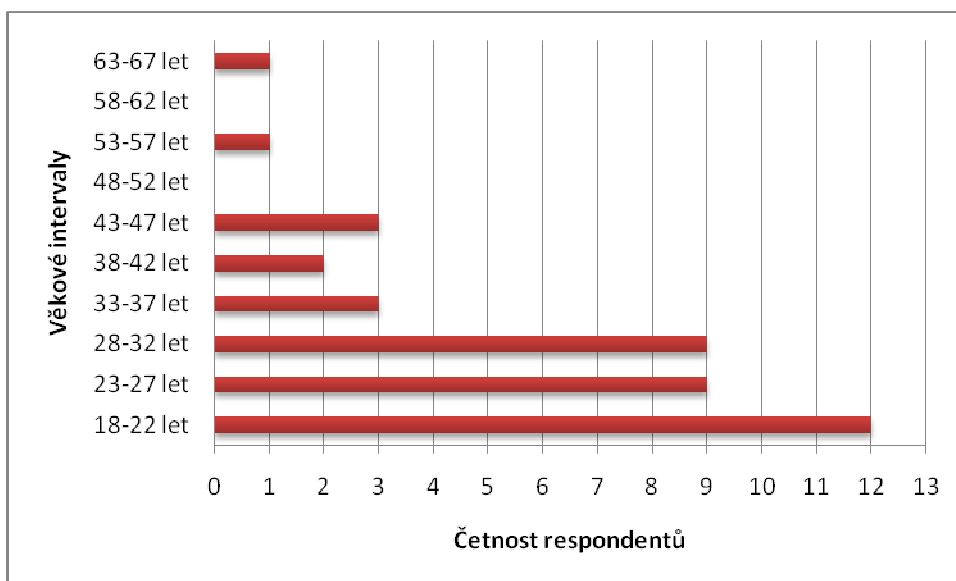
Graf 1: Zastoupení respondentů podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

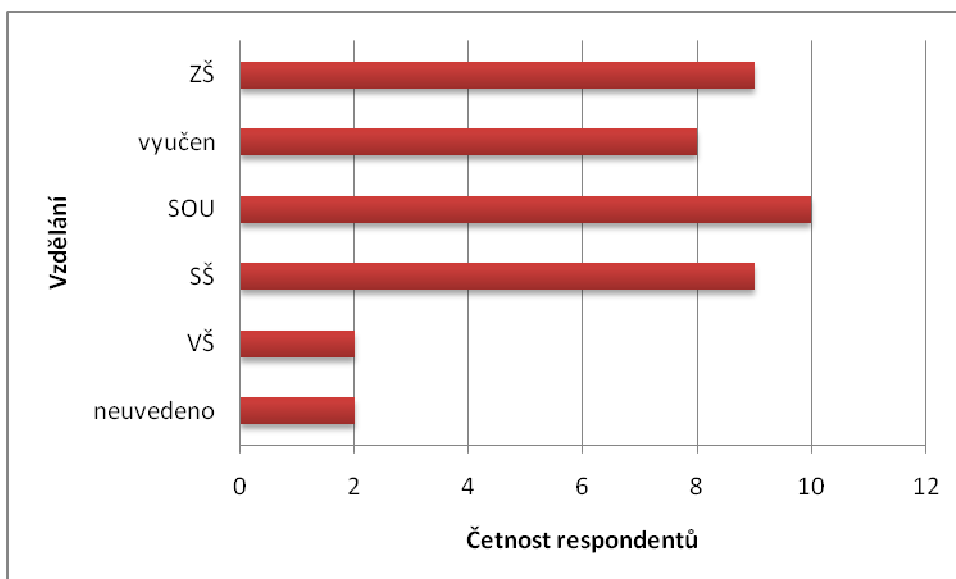
V souboru závislých respondentů se nacházelo 33 mužů (z toho 4 K-centrum) a 7 žen (z toho 4 K-centrum).

Graf 2: Rozložení respondentů dle věku



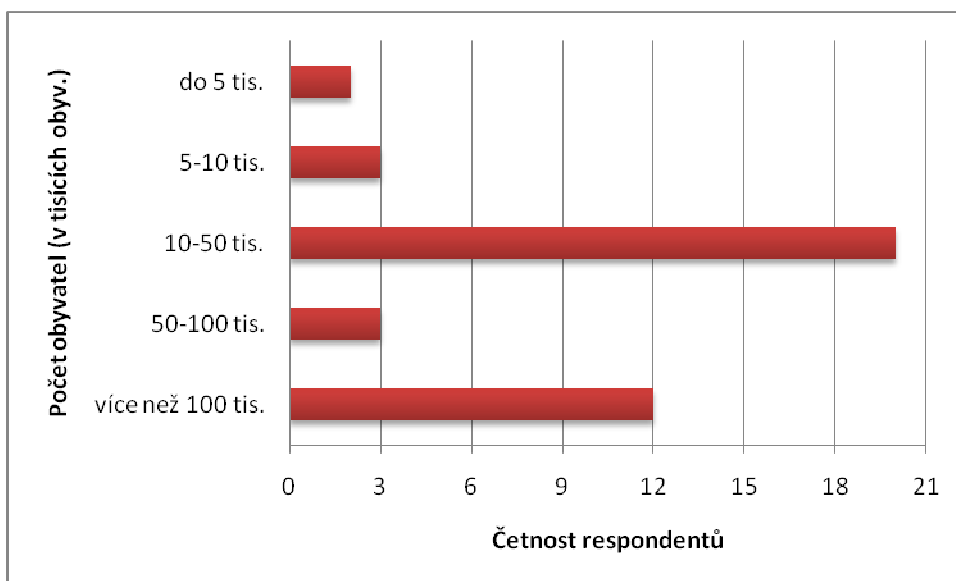
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: Rozložení respondentů dle vzdělání



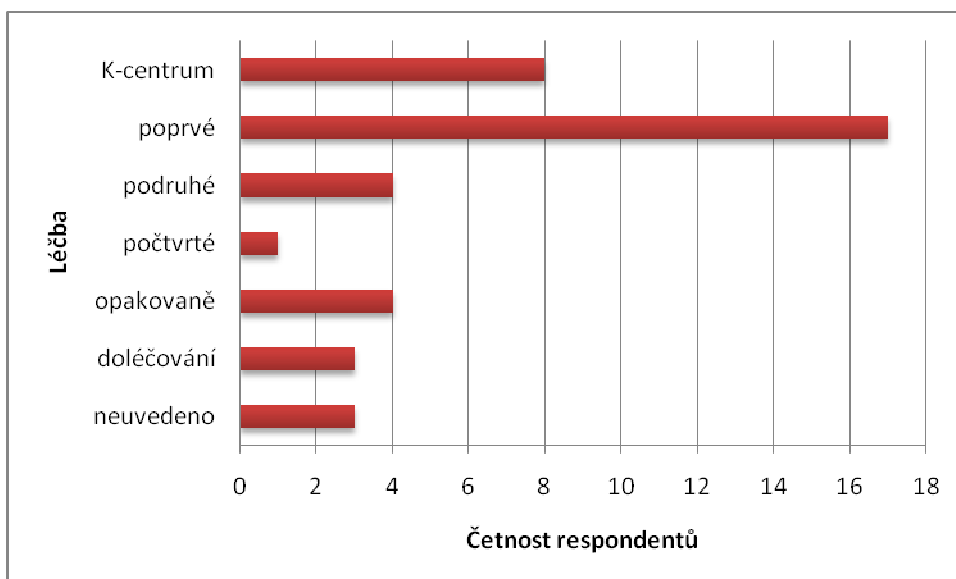
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4: Rozložení respondentů podle velikosti sídla



Zdroj: Vlastní výzkum

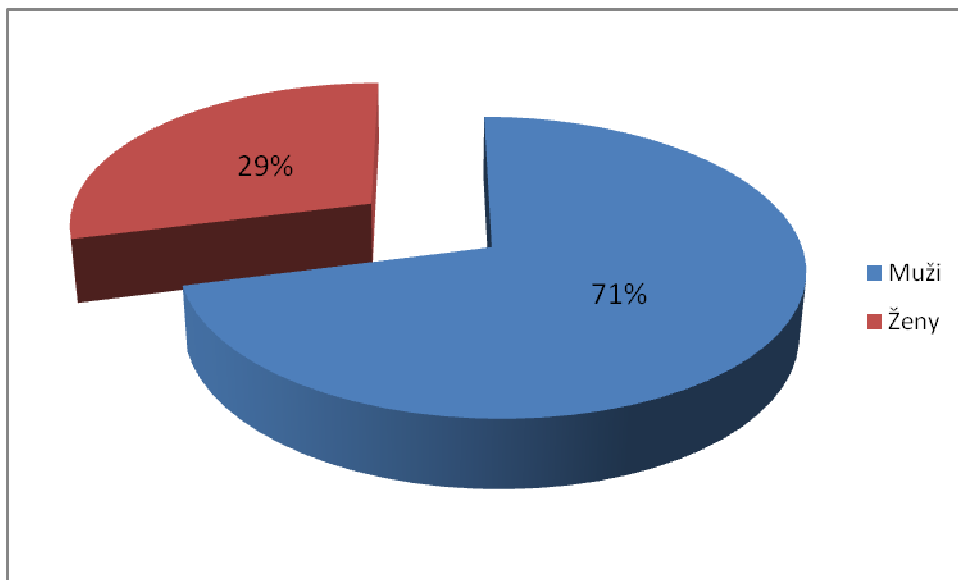
Graf 5: Fáze života s drogou



Zdroj: Vlastní výzkum

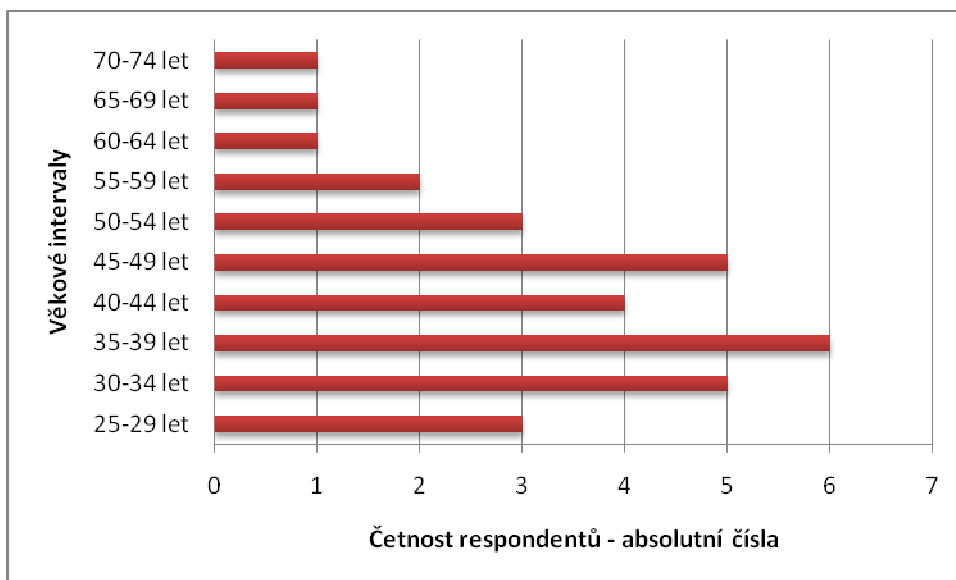
II. Odborníci

Graf 6: Rozložení respondentů dle pohlaví



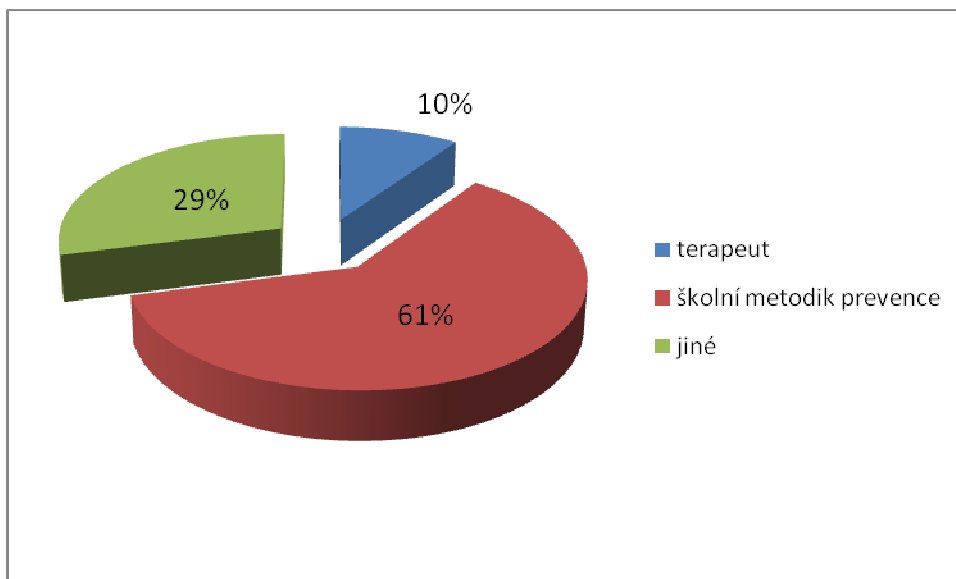
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7: Rozložení respondentů dle věku



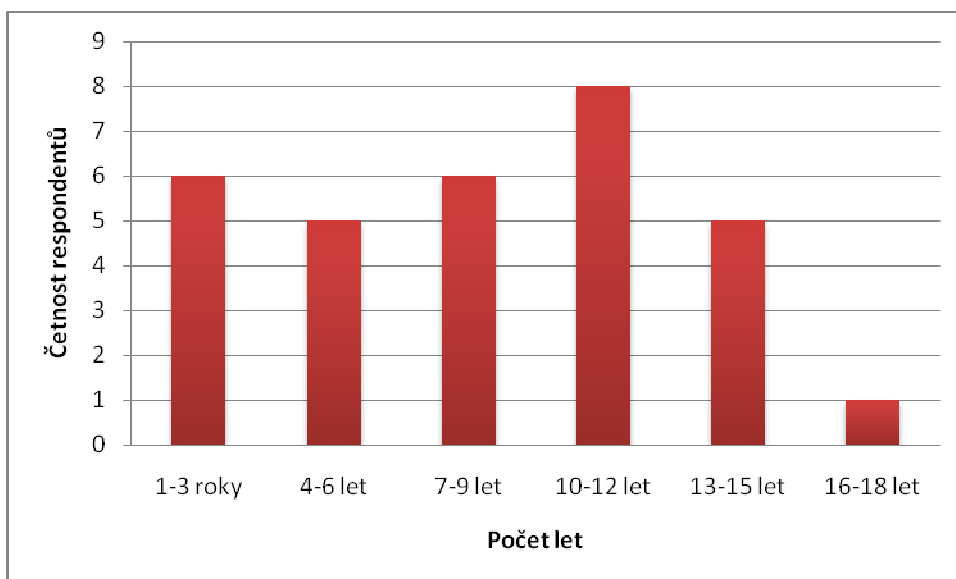
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8: Pozice respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9: Jak dlouho působili na pozici



Zdroj: Vlastní výzkum

I. Závislí respondenti

Na předcházejících grafech charakterizující soubor „závislých“ respondentů můžeme vidět následující: převážnou část respondentů tvoří muži - celkem 33 mužů (z toho 4 K-centrum). Dále je zastoupeno i 7 žen (z toho 4 K-centrum).

Celkový počet závislých respondentů je 40.

Nereciprocita v zastoupení mužů a žen v tomto vzorku může být vysvětlena poměrem závislých mužů a žen v populaci v poměru cca 2:1 ve prospěch mužů (49) a řádově nižší ochotou závislých žen spolupracovat. Toto se promítlo i v návratnosti dotazníků.

Dotazníkové šetření proběhlo v průběhu měsíce dubna v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Ve spolupráci se skupinovými terapeuty byly dotazníky rozdány ve dvou mužských a jedné ženské komunitě. Shodně bylo rozdáno po osmnácti dotaznících. Respondenti dostali k vyplnění dotazníku časovou lhůtu jednoho týdne.

V ženské komunitě byly vyplněné odevzdány pouze 3 dotazníky – návratnost tak činila 17 %.

V mužské komunitě A se z 18 rozdaných dotazníků vrátilo vyplněných 15 – návratnost přes 83 %, v komunitě B byla návratnost 78 % (tj. 14 vyplněných dotazníků).

Pro větší variabilitu souboru místní i týkající se fáze života s drogou byla část respondentů získána v Krizovém a kontaktním centru Strakonice – takto bylo získáno osm respondentů – 4 muži a 4 ženy.

S výjimkou grafu č.1 jsou počty respondentů uvedeny v absolutních číslech.

II. Odborníci

V souboru odborníků bylo rozložení respondentů následující: 71 % tvořili muži (tj. 22 dotazovaných), 29 % tvořili ženy (tj. 9 respondentek). Celkem soubor tvořilo 31 odborníků působících v rámci drogové problematiky.

Pozice respondentů byly v tomto poměrném zastoupení: 61 % „školní metodik prevence“ (tj. 19 respondentů), 29 % „jiné“ (tj. 9 respondentů – do této kategorie patřili kontaktní pracovníci, lékař, drogoví koordinátoři apod.), zbývajících 10 % (tj. 3 respondenti) tvořila pracovní pozice charakterizovaná jako „terapeut“. Toto rozložení pracovních pozic bylo zvoleno jako dostatečně reprezentativní s ohledem na to, kteří respondenti z tohoto vzorku mají hlavní zodpovědnost za aplikaci primární prevence drogových závislostí.

Z oslovených účastníků dotazníkového šetření odmítli spolupráci 3 školní metodici prevence s odůvodněním, že se necítí být dostatečně kompetentní k zodpovězení dotazníku.

3.2.2 Faktory ovlivňující velikost souboru

Nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím velikost souboru respondentů bylo zvolení metody kvalitativního výzkumu.

Dalším zvažovaným faktem byla nutnost vyhodnocení výsledků průzkumné sondy jedním výzkumníkem.

Nakonec bylo do výzkumu zařazeno 40 závislých, eventuálně abstinujících, respondentů a 31 odborníků pracujících v oblasti drogové problematiky.

Domnívám se, že počty respondentů jsou vzhledem ke zvolené metodě výzkumu dostatečné k tomu, aby fungovaly jako dvě samostatné výzkumné jednotky. Jako

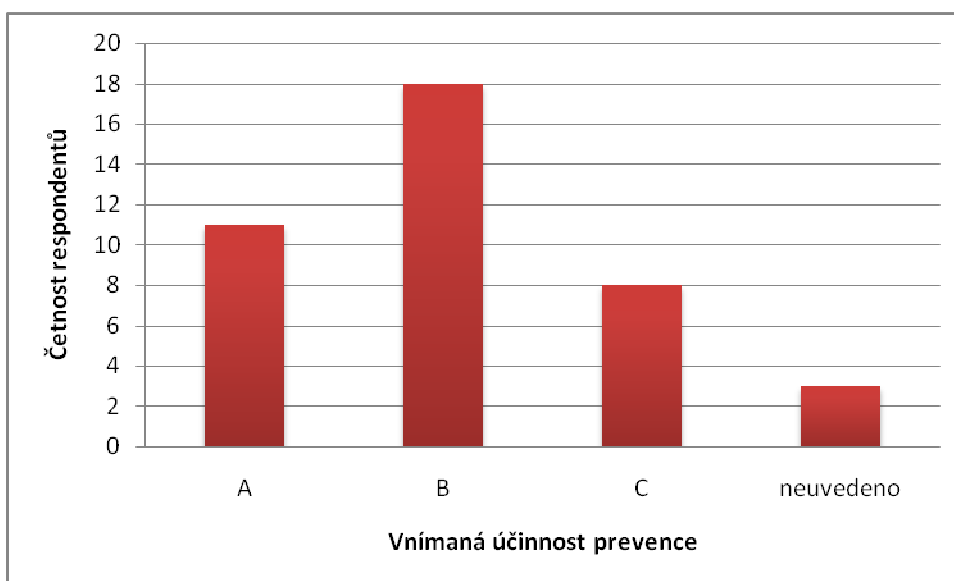
přidanou hodnotu zde chápu možnost zobecnění a zhodnocení průniku odpovědí u shodně formulovaných otázek.

4. Vyhodnocení výzkumu

I. Závislí respondenti

4.1 Vnímaná účinnost primární prevence

Graf 10: Vnímaná účinnost primární prevence



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 v dotazníku pro závislé respondenty byla formulována následovně: „Které z následujících tvrzení Vám je nejbližší, z jakého důvodu?“ Respondenti měli na výběr tři možnosti odpovědí.

- A. Primární prevenci drogových závislostí považuji za účinnou, nevidím důvod ke změně.
- B. Primární prevenci drogových závislostí považuji za ne zcela účinnou, změnil/a bych... (pokud jste zvolil/a tuto možnost, prosím doplňte větu).
- C. Primární prevenci drogových závislostí považuji za zcela neúčinnou, zbytečnou.

Aby nedošlo k rozdílnému výkladu pojmu „*primární prevence drogových závislostí*“ respondenty, byl tento na úvod dotazníku vysvětlen následovně: „*Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo aspoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou*“ (55).

Z grafu výše je zřejmé, že právě varianta odpovědi B. byla volena respondenty nejčastěji (45 % respondentů).

Byly uváděny tyto připomínky (v posloupnosti od nejčastější k nejméně častým): „*více přednášek*“ (4 respondenti); „*změna zákonů s drogovou tematikou*“; „*přístup k lidem*“.

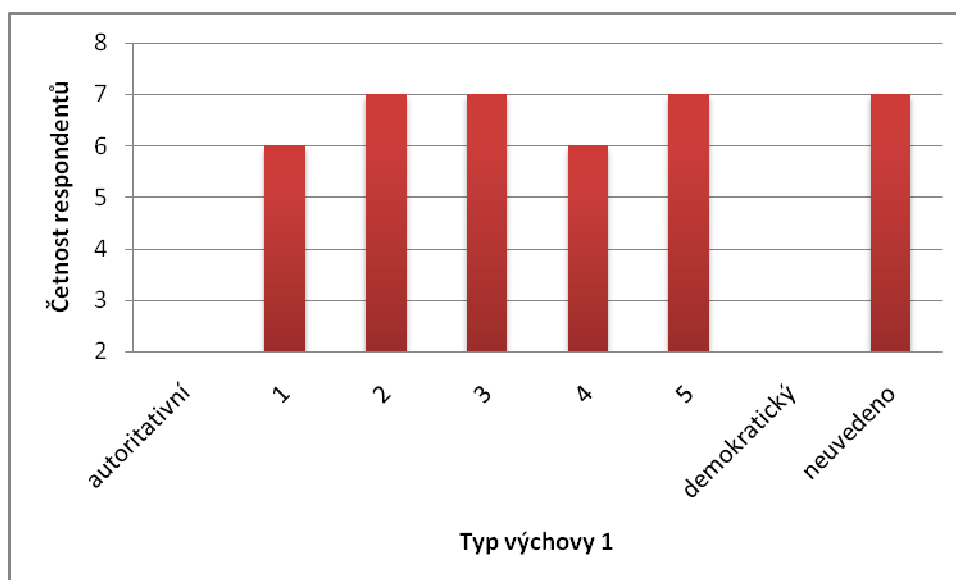
Jednoznačně nejčastěji zmiňovaným návrhem k úpravě primární prevence bylo větší zapojení bývalých uživatelů (z toho lze usuzovat, že ačkoli se tato forma užívá, není rozšířena, jak by mohla být). Tento návrh v různé formě uvedlo 9 závislých – „*myslím si, že přednášek by se měli účastnit toxikomani*“; „*větší razance na důsledky užívání drog*“; „*aby vyprávěli toxikomani, jak dopadli a jak je těžké se z toho vyhrabat*“; „*vysvětlení příčin kontaktu s drogou – experiment, nuda – návod jak tomu zabránit – přednášky o důsledcích*“; „*fotky závislého jako hnusné fotky*“.

Dva zajímavé názory shodující se s celkovým vyzněním výzkumu byly následující: „*více ji (prevenci) dostat do povědomí lidí, seznamovat s ní nejen děti, ale i rodiče*“; „*více bych se zaměřil na to, co droga vezme (rodina, majetek, domov), jakým způsobem, více informací o likvidaci psychiky drogou a somatických následcích*.“

Z výše uvedeného můžeme konstatovat, že bývalí uživatelé, případně uživatelé v léčbě (nebyl signifikantní rozdíl v názoru dle stádia léčby), by do primární prevence vnesli mnohem větší podíl informací o následcích experimentů, užívání drogy.

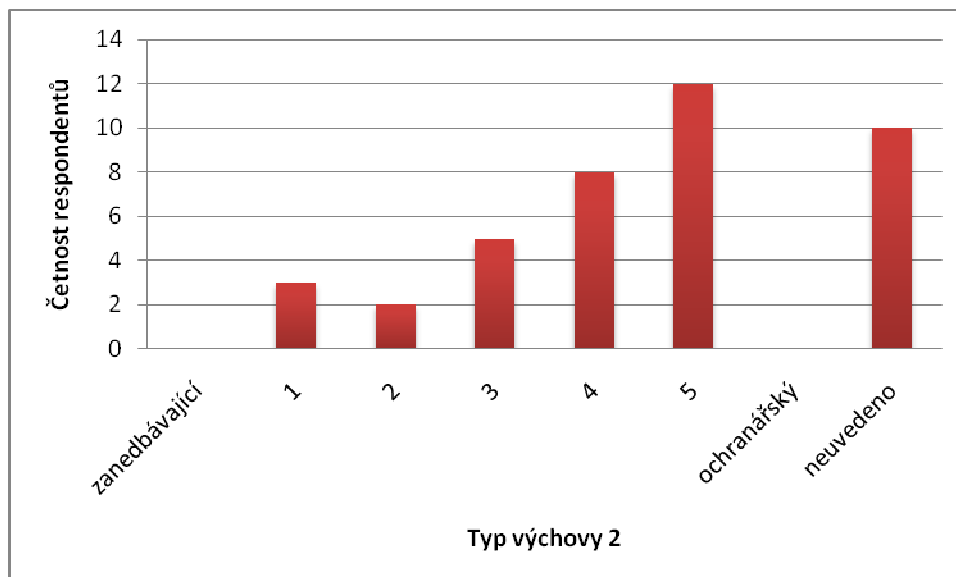
4.2 *Názor na prostředí v rodině*

Graf 11: *Názor na prostředí v rodině*



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12: *Názor na výchovu v rodině*



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6 měla následující znění: „*Pokud byste se pokusil/a charakterizovat výchovu ve Vaší rodině, jednalo by se spíše o výchovu...*“

Respondenti zde svůj názor vyjadřovali pomocí vyplnění dvou škál. Škála byla pětistupňová, střed byl přisouzen číslu 3.

První škála hodnotila autoritativní vs. ochranářský typ výchovy. Tyto krajní body byly charakterizovány následovně:

Výchova autoritativního typu: přísná disciplína, tvrdé tresty, důraz na autoritu rodiče

Výchova demokratického typu: svoboda, mírné zdůvodněné tresty, „rodina je tým“

Výsledky této části otázky ukazuje Graf 11. Vidíme zde značnou vyrovnanost četností odpovědí v průběhu dané škály. Z toho můžeme usuzovat, že minimálně v tomto vzorku respondentů neměla autoritativní, případně demokratická forma výchovy, zásadní vliv na postoj respondentů k drogové problematice.

Druhá škála postihovala výchovu z jiného hlediska, a sice se zaměřila na silně protektivní vlivy – v tomto případě ochranářský typ výchovy. Druhým pólem této škály byl zanedbávající způsob výchovy.

Pro lepší představu respondentů byly tyto dva typy výchovy opět charakterizovány.

Zanedbávající typ výchovy: nezúčastněnost, lhostejnost, zanedbávání

Ochranářská typ výchovy: dobromyslnost, shovívavost, ochraňování

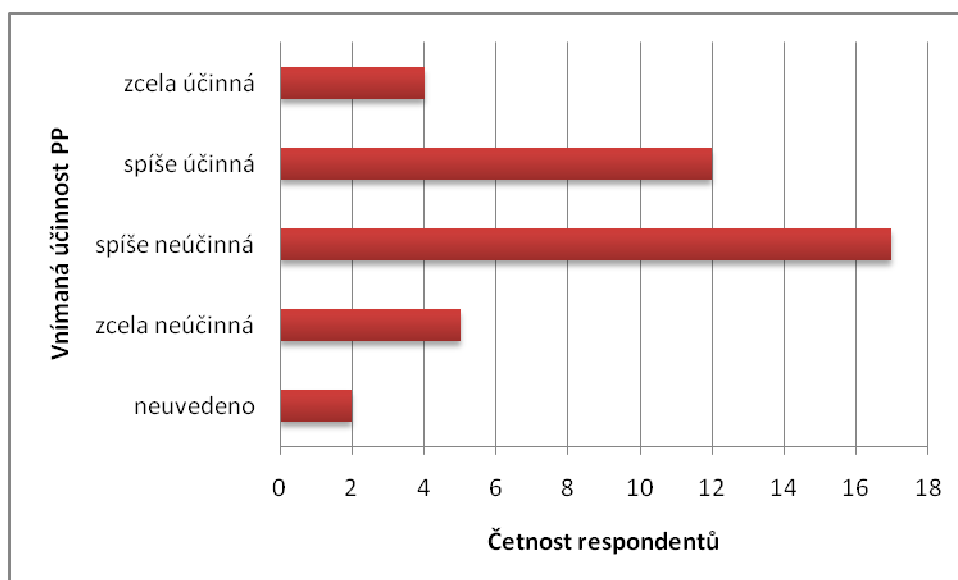
Výsledky druhé části otázky nalezneme v Grafu 12. Na tuto otázku odpovědělo 30 respondentů. Přesně dvě třetiny z nich se nacházejí v tomto grafu za pomyslným středem škály směrem k ochranářskému typu výchovy.

Tento jev můžeme na první pohled považovat za překvapivý. Nicméně z psychologie partnerských vztahů je známa obdoba tohoto jevu, kdy partner, který bývá označován jako „více milující“ se ocitá nezřídka v nevýhodné, manipulovatelné a vydíratelné pozici.

Stejně tak dospívající jedinec, který potřebuje svou jistou míru autonomie, se může přílišnou péčí a láskou rodičů cítit svazován. K drogovému experimentu pak často dochází „na truc“. Čím větší jsou přitažlivé síly na straně rodiče, tím větší anticipační síly se mohou projevit u dítěte, které pak uniká k vrstevníkům a podrobuje se jejich vlivu.

4.4 *Názor na účinnost primární prevence*

Graf 13: Názor na účinnost PP



Zdroj: Vlastní výzkum

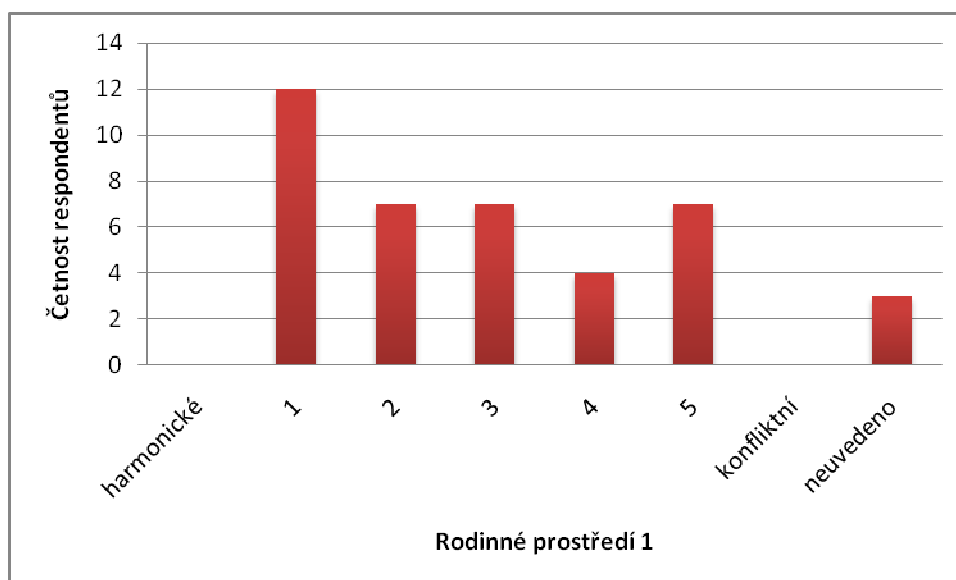
Otázka č. 10, týkající se vnímání účinnosti primární prevence, má následující znění: „*Primární prevenci drogových závislostí považuji za:*“.

Varianty nabídnutých odpovědí zachycuje Graf 13. Největší počet respondentů, 43 %, považuje primární prevenci za „spíše neúčinnou“, 12 % za „zcela neúčinnou“. Celkem tedy 55 % respondentů považuje preventivní aktivity proti drogové závislosti za neúčinné.

Kladný postoj k účinnosti primární prevence vnímá 40 % dotazovaných. Z toho 30 % respondentů zaujímá jednoznačné stanovisko a zvolilo odpověď „zcela účinná“. 5 % respondentů nevedlo svoji odpověď.

4.5 Charakteristika rodinného prostředí 1

Graf 14: Charakteristika rodinného prostředí 1



Zdroj: Vlastní výzkum

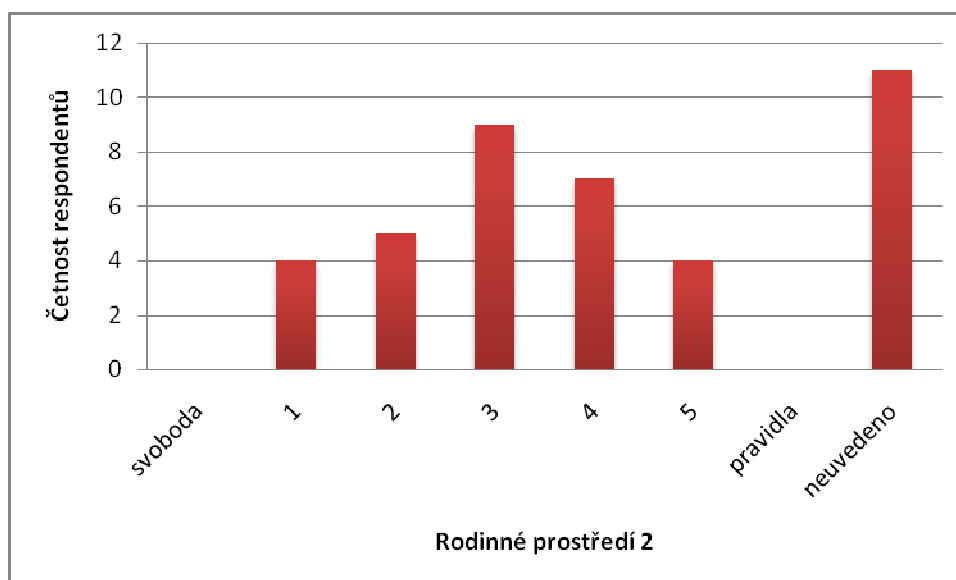
V otázce č. 12 respondenti charakterizovali své rodinné prostředí prostřednictvím pětistupňové škály. Otázka zněla: „*Jak byste charakterizoval/a Vaše rodinné prostředí?*“ a obsahovala dvě části.

První část otázky byla zaměřena na subjektivně vnímaný pocit rodinné atmosféry. Na jedné straně škály stála charakteristika *harmonického*, na druhé straně *konfliktního* prostředí.

30 % respondentů pochází z harmonického rodinného prostředí, tato odpověď byla uvedena nejčastěji. V dalších parametrech škály nejsou pozorovatelné rozdíly v charakteristice rodinného prostředí.

4.6 Charakteristika rodinného prostředí 2

Graf 15: Charakteristika rodinného prostředí 2



Zdroj: Vlastní výzkum

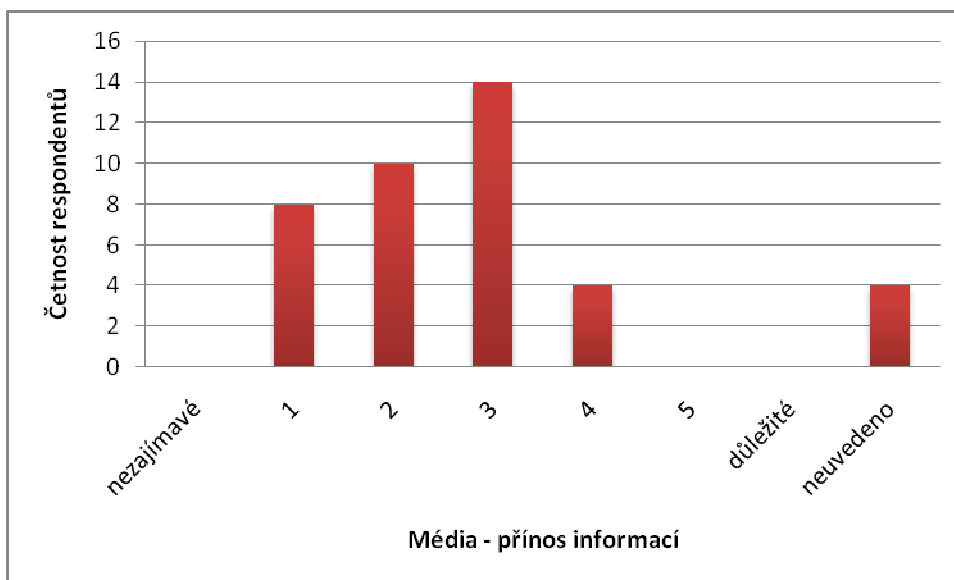
Druhá část otázky č. 12 sledovala pocit „volnosti“ v rodině vnímaný respondenty. Škála obsahuje na jednom pólu *svobodu*, protiklad jí tvořila *nutnost dodržování přísných pravidel v rodině*.

Četnost rozložení odpovědí na škále se podobá Gaussově křivce. Největší počet odpovědí se koncentruje ve středu škály. Respondenti neměli pocit přehnané svobody ani nutnost dodržování přísných pravidel. 28 % respondentů se k této části otázky nevyjádřilo.

4.7 Které zdroje vnímali respondenti jako důležité

Média

Graf 16: Význam informací podávaných médii



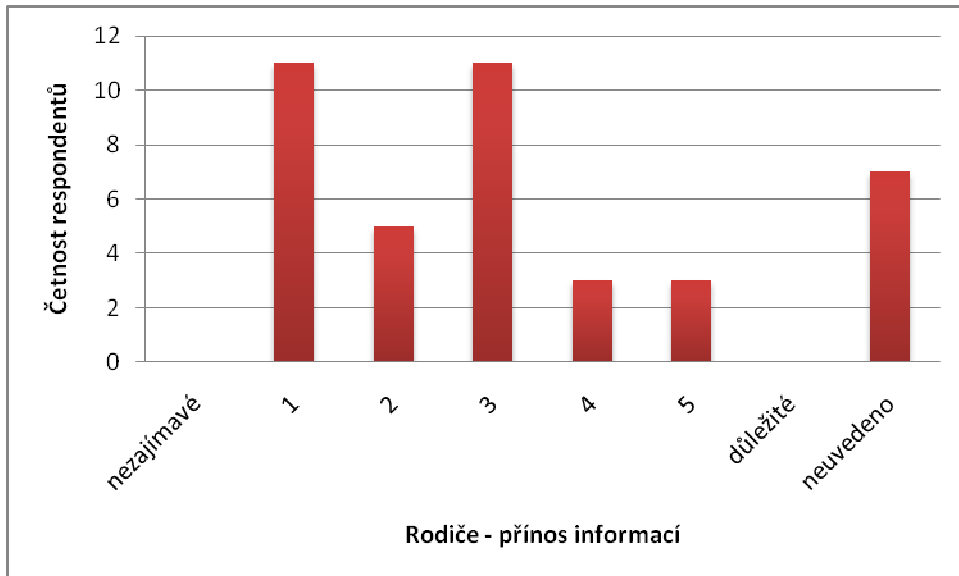
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13 ve znění: „Které zdroje informací o drogové problematice jste považoval/a za pro Vás nedůležitější?“ nabízela osm různých zdrojů informací. Jednotlivé uvedené zdroje byly respondenty hodnoceny podle vnímaného přínosu informací o drogové problematice na pětistupňové škále. Na jedné straně škály stála odpověď *nezajímavé, nevěnoval jsem pozornost*, na opačné straně byly *maximálně důležité informace*.

První zdroj se týkal médií jako zdroje informací. V Grafu 16 lze vyčíst převahu odpovědí inklinujících ke straně škály *nezajímavé*. Střed škály zvolilo 35 % respondentů. Žádný z respondentů neuvedl odpověď, která by vystihovala maximální důležitost médií jako zdroje informací o drogové problematice.

Rodiče

Graf 17: Význam informací podávaných rodiči

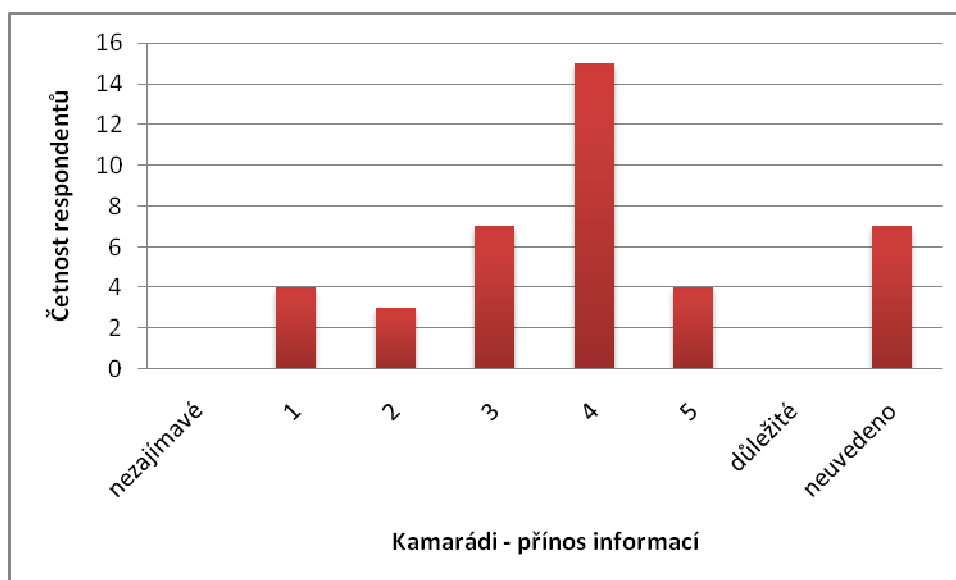


Zdroj: Vlastní výzkum

Dalším zdrojem, který respondenti hodnotili podle důležitosti přínosu informací, byli rodiče. Neodpovědělo 18 % respondentů. 27 % respondentů uvedlo, že považují informace podávané rodiči za nezajímavé. Stejně množství respondentů se vyjádřilo neutrálně, tzn. ve střední části škály.

Kamarádi

Graf 18: Význam informací podávaných kamarády

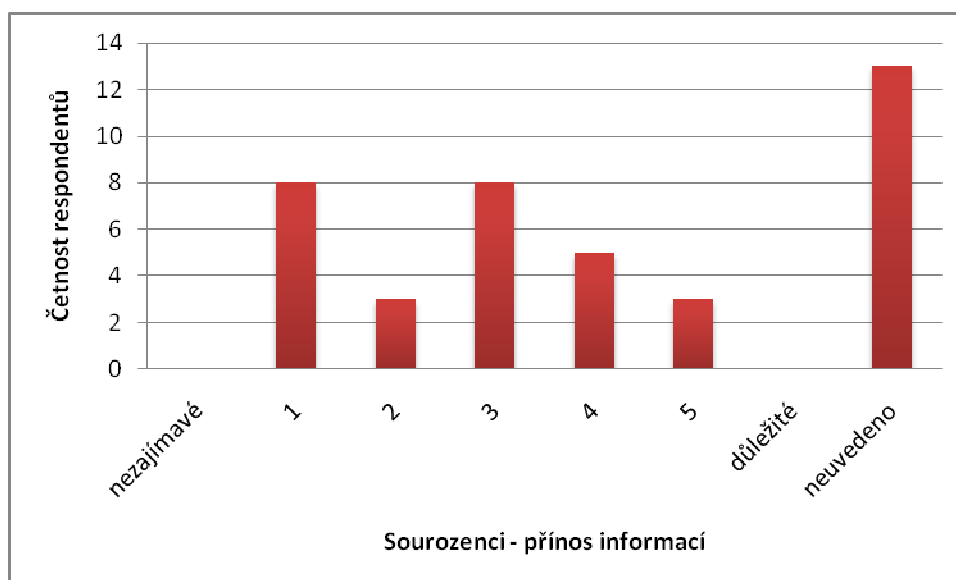


Zdroj: Vlastní výzkum

Vliv sociálního prostředí na jednotlivce je značný, což potvrzují výsledky vyhodnocení čtvrtého nabídnutého zdroje informací – kamarádů. 38 % dotázaných považovalo přínos informací od kamarádů za důležitý. 18 % respondentů nevedlo odpověď.

Sourozenci

Graf 19: Význam informací podávaných sourozenci

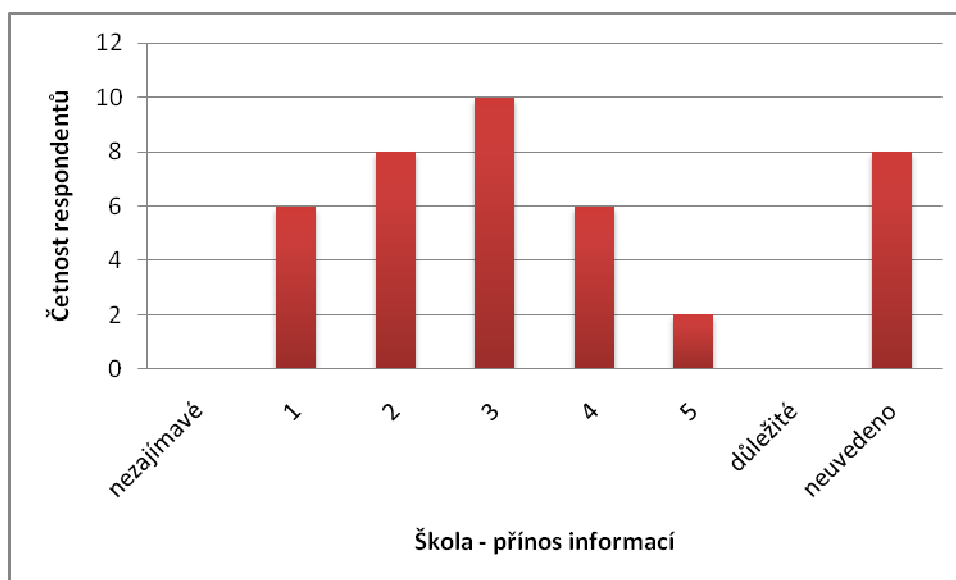


Zdroj: Vlastní výzkum

Vnímání důležitosti informací od sourozenců zobrazuje Graf 19. 33 % respondentů nevedlo odpověď. 20 % respondentů považuje informace od sourozenců za nezajímavé, nevěnují jim pozornost. Stejně procento respondentů vidí důležitost informací uprostřed škály (sloupec č. 3). Jako maximálně důležité informace od sourozenců vnímalo 8 % závislých.

Škola

Graf 20: Význam informací podávaných školou



Zdroj: Vlastní výzkum

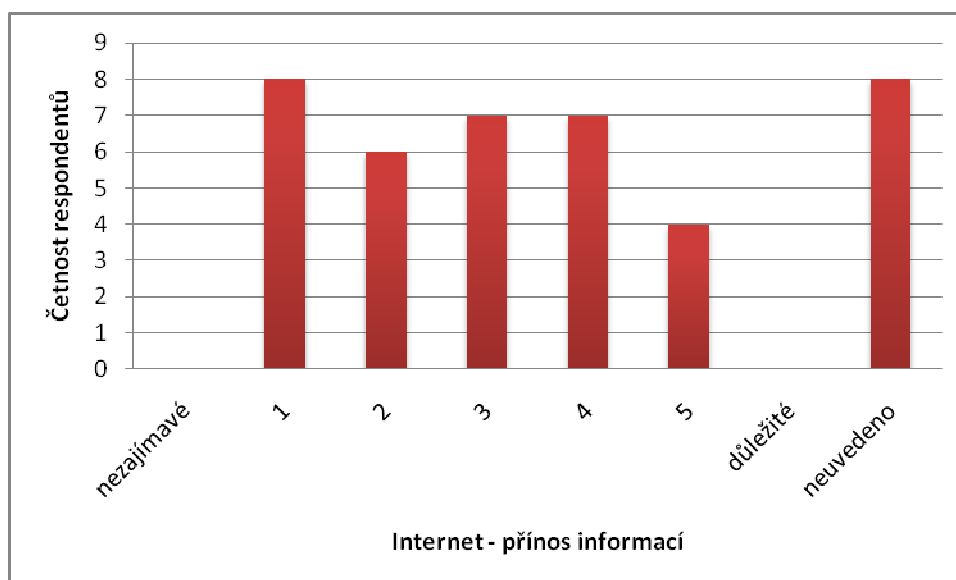
V Grafu 20 lze opět pozorovat rozložení sloupců škály podobné Gaussovu rozložení. Největší četnost odpovědí vykazuje sloupec 3, který charakterizuje střední bod škály - 25 % respondentů považuje přínos informací ze školských zařízení za průměrný. 5 % závislých pokládají tyto informace za maximálně důležité.

Na druhé straně 35 % respondentů tuto důležitost informací nepocítují a považují je za víceméně nezajímavé a nevěnují jim pozornost.

Při pohledu na graf vidíme, že větší část respondentů se necítí informacemi o drogové problematice podávanými ve škole dostatečně oslovena. Tento fakt lze z hlediska primární prevence považovat za závažný.

Internet

Graf 21: Význam informací vyhledávaných na internetu



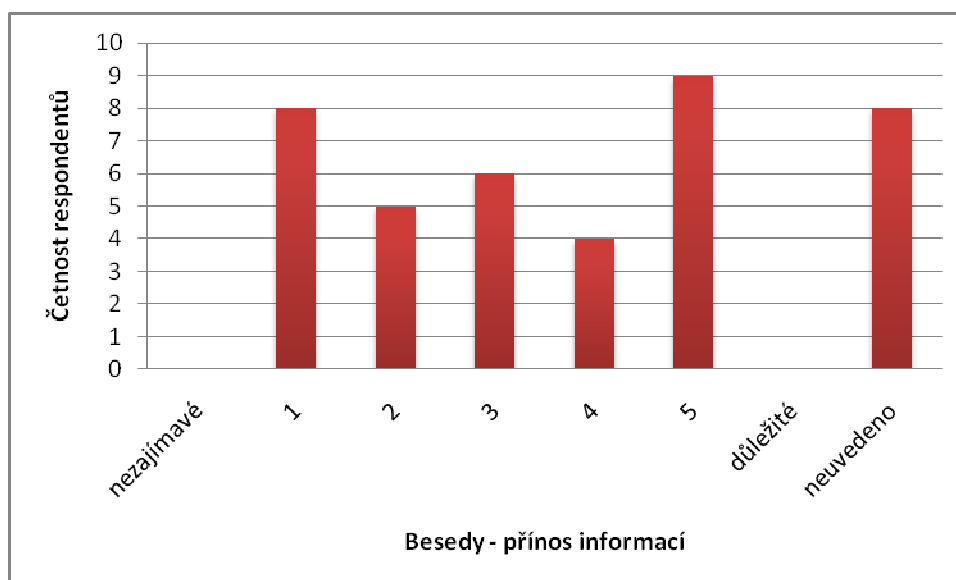
Zdroj: Vlastní výzkum

Z Grafu 21 lze vyčíst stejnoměrné rozložení odpovědí respondentů po celé škále. 20 % respondentů se k tomuto zdroji nevyjádřilo (zde zůstává otázka, zda respondenti tento zdroj informací využívají).

20 % závislých považuje informace z internetu za zcela nezajímavé, 15 % respondentů se taktéž přiklání k názoru „spíše nezajímavé“. Celkem 35 % respondentů nepřikládá informacím získávaných touto cestou takovou důležitost. Naopak 10 % dotázaných pokládá tyto informace za maximálně důležité.

Besedy

Graf 22: Význam informací získaných v rámci besed



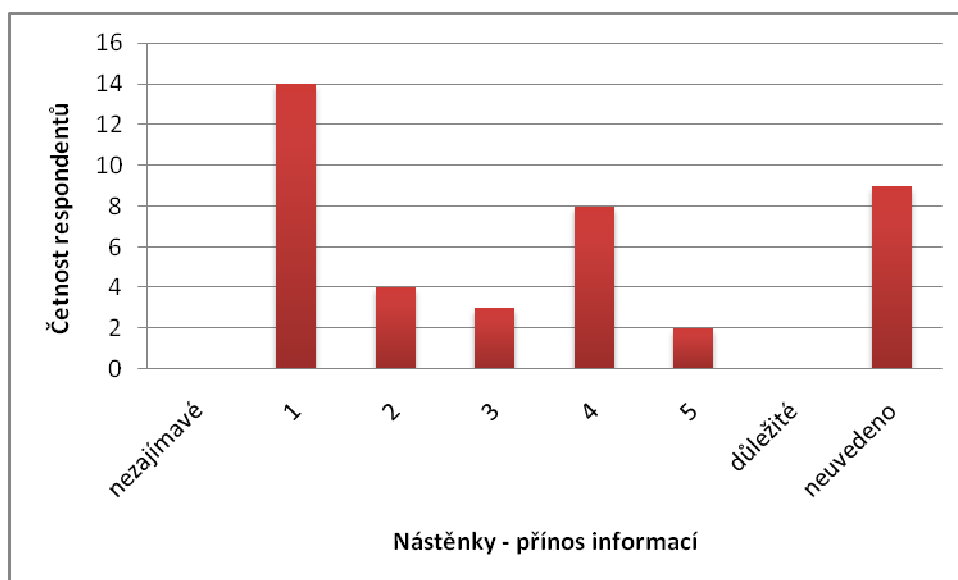
Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto grafu není na první pohled zjevný trend v odpovědích respondentů. 20 % respondentů vnímá tyto informace za nezajímavé. Na druhé straně škály 23 % respondentů uvedlo odpověď „důležité“. 20 % respondentů nevedlo odpověď.

Zajímavým faktem je zjištění, že rozložení odpovědí ve sloupci 1 + 2 a 4 + 5 je shodné. Obecně je přínosu besed s drogovou tematikou přikládán větší význam, než ukazuje tento graf.

Nástěnky

Graf 23: Význam informací získaných z nástěnek



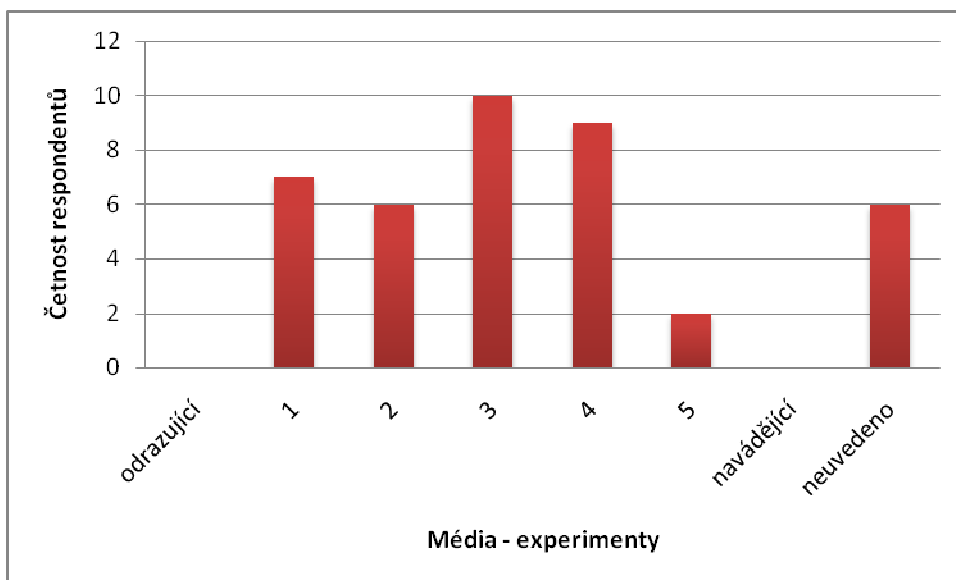
Zdroj: Vlastní výzkum

Nástěnky nepředstavují pro respondenty důležitý zdroj informací. Odpověděla tak většina respondentů – 35 %. Jako důležité (sloupec 4) a maximálně důležité (sloupec 5) informace získaných z nástěnek považuje 25 % dotázaných. 23 % respondentů neodpovědělo.

4.8 Které zdroje vnímali respondenti jako navádějící k experimentu

Média

Graf 24: Vliv informací na drogový experiment - média



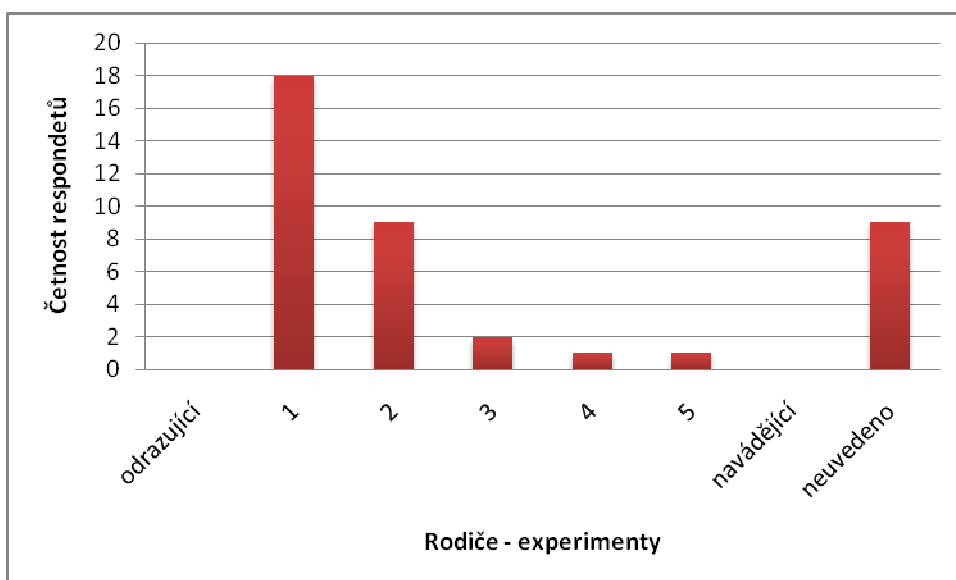
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14 ve znění: „*Jak jste vnímal jednotlivé zdroje informací?*“ nabízela osm různých zdrojů informací. Jednotlivé uvedené zdroje byly respondenty hodnoceny podle vnímaného vlivu na drogový experiment na pětistupňové škále. Na jedné straně škály stála varianta odpovědi *odrazující*, na opačné straně *navádějící k experimentu*.

28 % respondentů pociťuje vliv médií jako navádějící k drogovému experimentu (sloupec 4 a 5), jako odrazující vliv tohoto zdroje informací vnímá 32 % respondentů.

Rodiče

Graf 25: Vliv informací na drogový experiment - rodiče



Zdroj: Vlastní výzkum

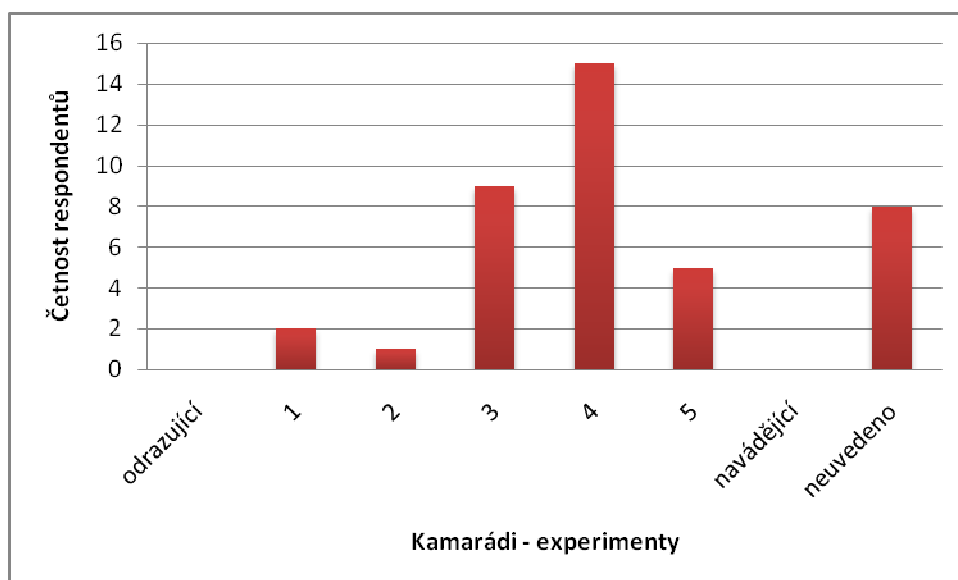
Jednoznačnou převahu měla odpověď charakterizující informace od rodičů jako odrazující od drogového experimentu – zvolilo ji 45 % respondentů. „Spíše odrazující“ zvolilo 22 % respondentů.

Můžeme tedy konstatovat, že celkem dvě třetiny respondentů považují tyto informace za odrazující od drogového experimentu a potvrzují výchovné (preventivní) působení rodiny.

Oproti tomu 5 % respondentů považuje informace od rodičů za navádějící – jeden z respondentů škálu doplnil svým názorem: „*Otec vždy tvrdil, že drogy jsou svinstvo. O to víc mě to lákalo.*“

Kamarádi

Graf 26: Vliv informací na drogový experiment - kamarádi



Zdroj: Vlastní výzkum

Zde je opět poměrně zřetelně vidět vliv sociálního prostředí na jednotlivce.

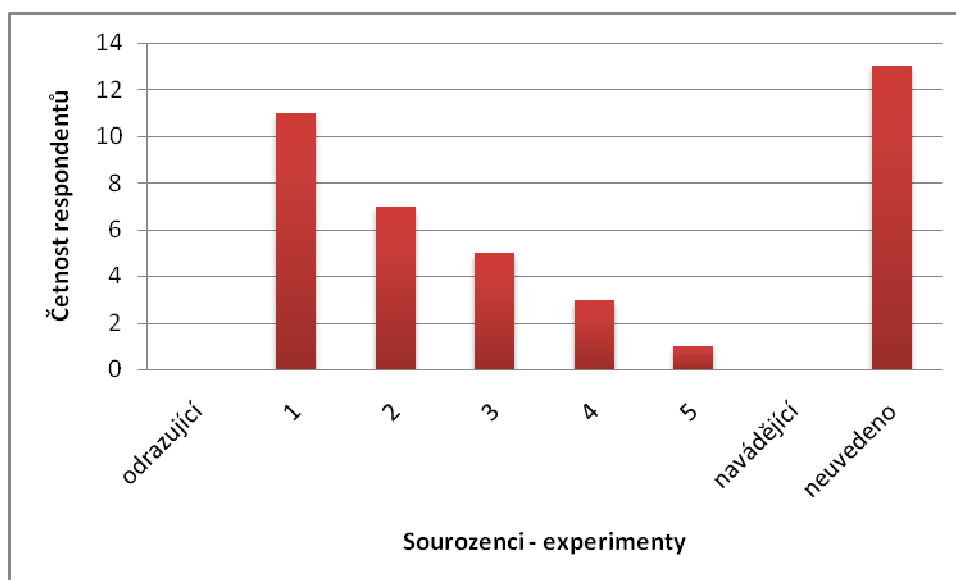
51 % dotázaných považovalo informace od kamarádů za navádějící k drogovému experimentu.

Velmi malé procento respondentů - 7 % - shledává informace od vrstevníků jako odrazující od experimentu.

20 % respondentů neuvedlo odpověď.

Sourozenci

Graf 27: Vliv informací na drogový experiment - sourozenci



Zdroj: Vlastní výzkum

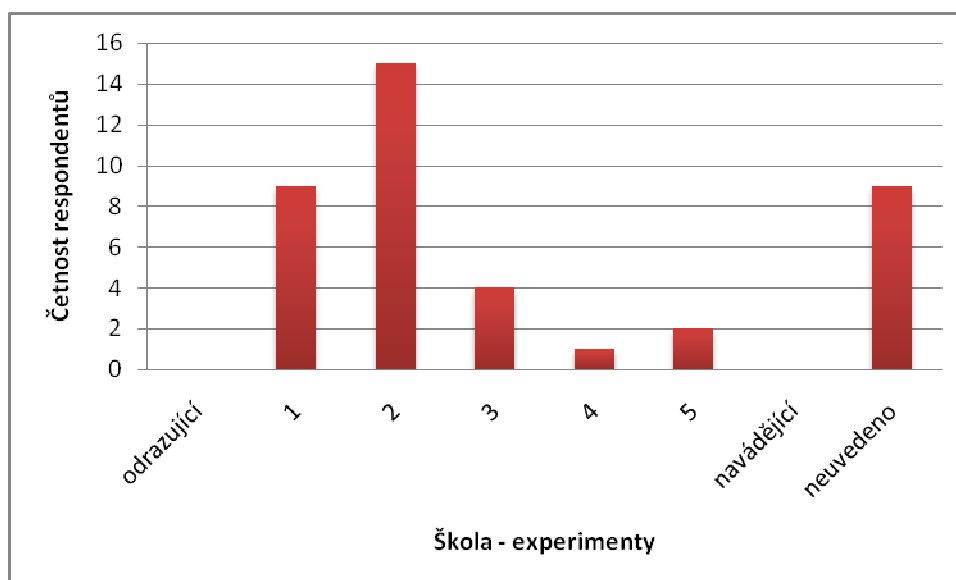
Vnímání vlivu informací od sourozenců zachycuje Graf 27. Graf má logaritmické rozložení hodnot.

33 % respondentů neuvedlo svou odpověď – zde se však často jednalo o respondenty, kteří v jiných otázkách odpovídali, lze tedy usuzovat, že alespoň část dotazovaných neměla sourozence.

27 % respondentů považuje informace od sourozenců za rozhodně odrazující od experimentu (sloupec 1), 17 % respondentů za odrazující (sloupec 2).

Škola

Graf 28: Vliv informací na drogový experiment - škola



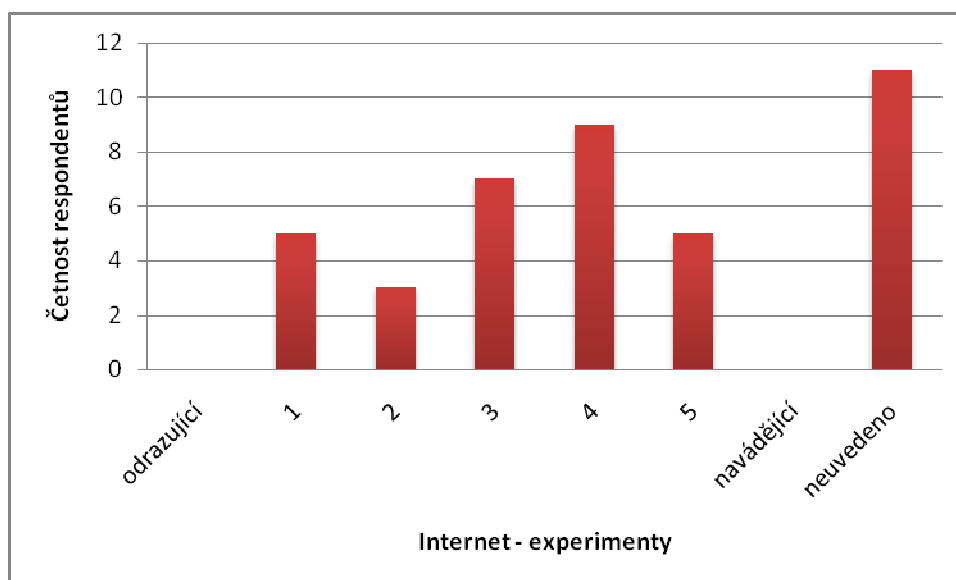
Zdroj: Vlastní výzkum

Největší četnost odpovědí vykazuje sloupec 2, který zvolilo 37 % respondentů. Charakterizuje spíše odrazující vliv informací na drogový experiment. Zde je zajímavé provést srovnání s Grafem 20, který spíše implikuje neúčinnost primární prevence prováděné na školách. Nicméně lze usuzovat, že přestože informace podávané školou nejsou podávány zajímavou formou, má tato instituce spíše odrazující vliv vzhledem k drogovému experimentu.

22 % respondentů považuje informace ze školy za odrazující od užití drogy. 8 % dotázaných je vnímá jako navádějící k experimentu (sloupec 4 a 5). 23 % závislých nevedlo odpověď.

Internet

Graf 29: Vliv informací na drogový experiment - internet

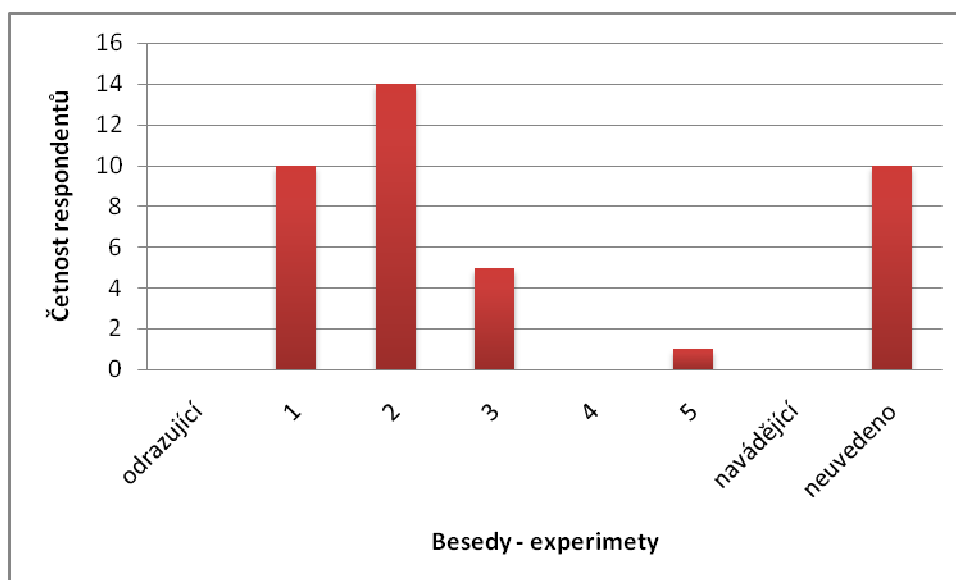


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 29 prezentuje názory respondentů na vliv informací pocházejících z internetu. 23 % respondentů považuje internetové informace za spíše navádějící k experimentu – sloupec 4. Nejzářší bod škály – navádějící - označilo 13 % respondentů.

Besedy

Graf 30: Vliv informací na drogový experiment - besedy



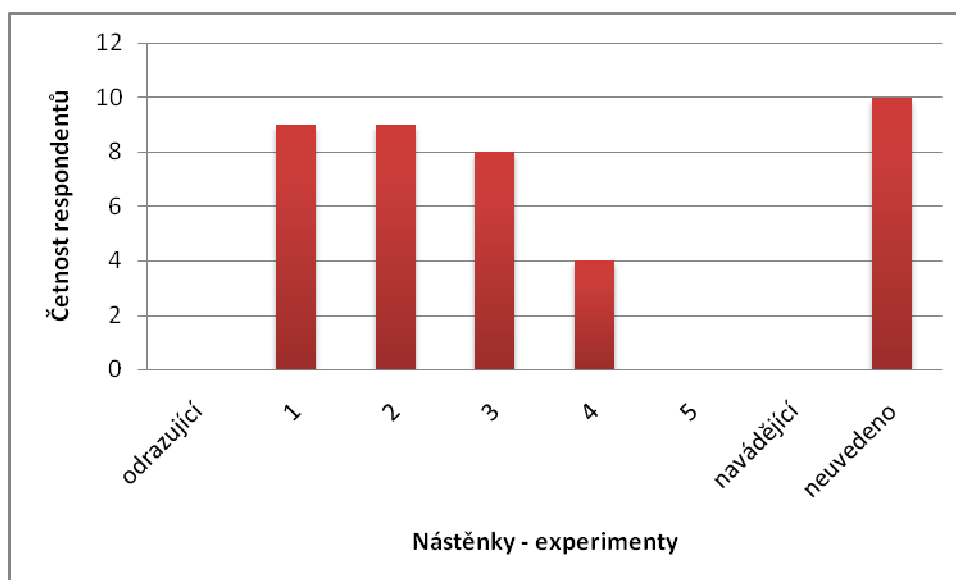
Zdroj: Vlastní výzkum

60 % respondentů má pocit, že informace z besed mají spíše odrazující charakter (sloupec 1 + 2). Zde je patrná obdobná situace jako u názoru respondentů na přínos informací školským zařízením – viz Graf 22. Přestože dotazovaní vnímají besedy jako nezajímavé, mají silný protektivní vliv s ohledem na drogový experiment.

Pouze 3 % respondentů má opačný názor, a to, že informace z besed mají navádějící charakter.

Nástěnky

Graf 31: Vliv informací na drogový experiment - nástěnky



Zdroj: Vlastní výzkum

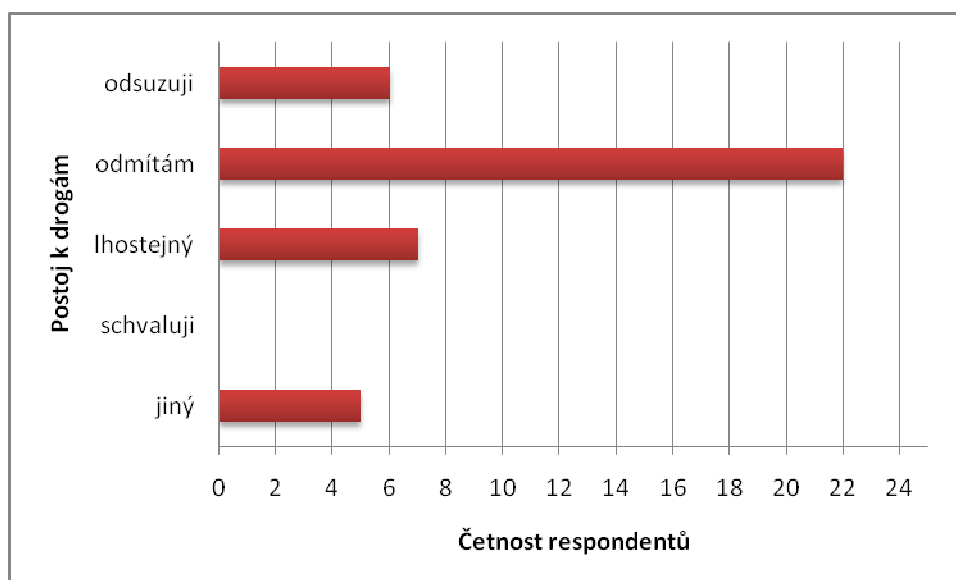
Nástěnky představují pro respondenty spíše od experimentu odrazující zdroj informací. Odpověděla tak většina respondentů – 45 %.

Jako spíše navádějící k experimentu (sloupec 4) vybralo 10 % respondentů, za navádějící (sloupec 5) tyto informace nepovažuje žádný respondent.

25 % respondentů neodpovědělo.

4.9 Postoj respondentů k drogám

Graf 32: Postoj respondentů k drogám



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15 pátrala po postoji závislých k drogám. Přesné znění otázky bylo: „*Jaký je Váš současný postoj k drogám?*“

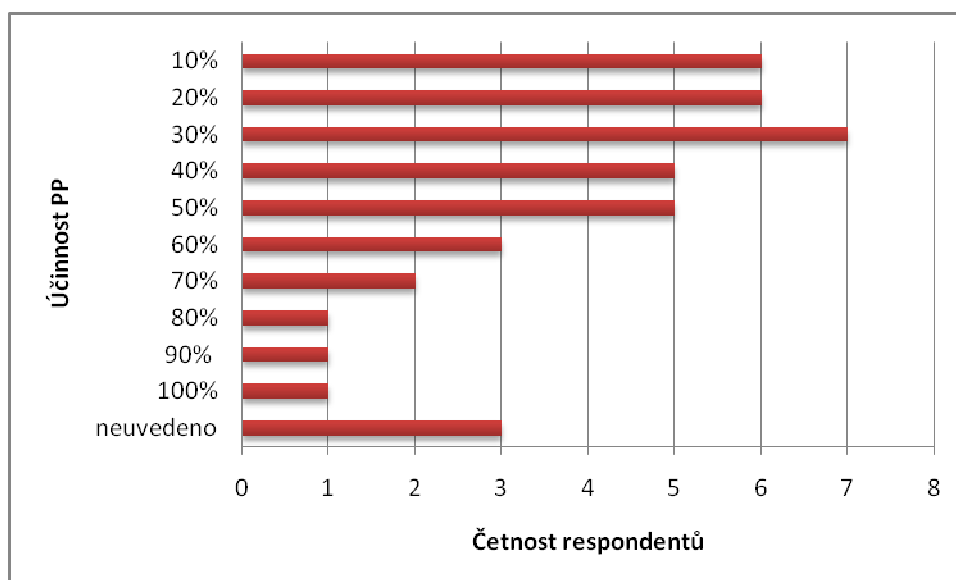
Respondenti mohli zvolit jednu z pěti nabídnutých variant: „odsuzují; odmítám; lhostejný; schvalují; jiný“.

Vyhodnocení této otázky znázorňuje Graf 32.

Žádný respondent drogy neschvaluje. 55 % respondentů drogy odmítá, 15 % drogy odsuzuje, 18 % dotázaných zaujímají lhostejný postoj k drogám.

4.10 Respondenty vnímaná účinnost primární prevence v %

Graf 33: Účinnost primární prevence v % - vnímaná



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16: „*Jak byste ohodnotil/a na stupnici níže účinnost primární prevence drogových závislostí?*“

Respondenti měli na stupnici od 0% do 100% označit jimi vnímanou účinnost primární prevence.

Nejfrekventovanější odpověď byla 30 % účinnost primární prevence. Tuto uvedlo 22 % respondentů.

Deseti a dvaceti procentní účinnost prevence pocítuje po 17 % dotazovaných.

Otázka č. 1 byla formulována následovně: *„Zúčastnil/a jste se některé z forem primární prevence drogových závislostí? Popište prosím maximum okolností, na které si vzpomenete. Získával/a jste tyto informace i sám, aktivně?“*

7 respondentů nikdy nezažilo ani se nezúčastnilo primární prevence. Takto odpovědělo 6 mužů a 1 žena. Žena (53 let), muži (46 let – VŠ, 34 let – vyučen, 63 let – základní, 23 let a 34 let – SOU, 43 let – VŠ). Poslední jmenovaný tvrdí: *„V době mého studia na ZŠ a i na SŠ (maturita 1984) ještě žádná taková prevence neexistovala. Jediné, kde jsme se setkali s pojmem „droga“ bylo v knize Memento nebo My děti ze stanice Zoo.“* U 23letého muže je nepravděpodobné, že se nikdy nesetkal s primární prevencí drogových závislostí

Primární prevenci zažilo jen na základní škole 7 respondentů. Jeden respondent uvádí, že těmto besedám *„nevěnoval moc pozornost“*.

Další respondent přiznává, že svět drog ho lákal už odmalička. Chodil na různé přednášky o drogách, věděl o jejich nebezpečnosti, přesto ho tento svět vždy přitahoval a chtěl to *„prostě jen vyzkoušet“*. Uvědomění přišlo až později: *„Když jsem byl malej, tak jsem to moc nevnímal, prostě jsem si to hned zkusil, to člověk pozná později, že udělal chybu.“*

3 respondenti z této skupiny uvedli, kým byla tato problematika přednášena: učitelka, 2x pracovníci K-centra a HIV+ toxikoman. Velký vliv měly filmy o drogách – *„14 let, na občanské výchově jsme se dívali na film o drogách. Poté jsem se začal o drogy a příběhy toxikomanů zajímat sám. Sháněl jsem si informace v různých článkách a cítil jsem k drogám silný odpor.“*

Základní škola, střední škola + exkurze v K-centrum: 3 respondenti.

20letý muž, čtvrtá léčba závislosti – poprvé se dozvěděl o drogách na ZŠ od policisty (8. třída, 14 let), o rok později navštívil se školou K-centrum, kde žáci absolvovali přednášku s abstinujícím toxikomanem. Od té doby měl dle svých slov k drogám velký odstup.

Další 20letý muž absolvoval preventivní přednášku *„na ZŠ a na policii a u drogového koordinátora.“*

19letá žena – přednášky na ZŠ, SŠ (opakovaně, cca 6x), rodiče, tisk, internet...

Preventivní působení školy + rodiny: takto odpověděli 4 respondenti. Jeden z těchto čtyř respondentů se zúčastnil dvou přednášek s vyléčeným toxikomanem ve věku cca 17-18 let.

3 respondenti (muži) na tuto otázku neodpověděli.

Otázka č. 2 byla ve znění: *„Co je podle vás hlavní kritériem účinnosti primární prevence drogových závislostí? Jinými slovy, kdy o PP můžeme mluvit jako o „účinné“?“*

6 respondentů neodpovědělo na tuto otázku.

3 respondenti poukazovali na životní styl rodiny (řízení volnočasových aktivit dětí + základní poučení dětí o drogách), 2 dotazovaní zdůrazňovali vlastní vůli, vlastní uvědomění si primární prevence a její „dodržování“.

2 respondenti vnímají jako účinnou PP besedy s narkomany *„Odráželo mě od užívání, jak ti lidé vypadají a co to s nima dělá a že skončí na ulici a jde z nich strach“*, *„Když jsou tam co největší nechuťárny – abscesy, pohlavní nemoci, jiné nemoci, hrozba kriminálem – trochu.“*

4 dotázaní zmínili besedy s bývalými narkomany: *„...aby jedinec pokud se setká s drogou věděl už dopředu všechny možné dostupné informace o následcích braní drog.“*

Žena (53 let) vysvětlila pojem „účinná prevence“: *„Jestliže dostatečně odradí zejména potencionální uživatele drog.“*

Muž (25 let): *„Umět přesvědčit, že negativní účinky drog platí pro všechny, a že nikdo není nesmrtelný.“*

2 respondenti podtrhují důležitost PP na prvním stupni ZŠ – besedy, videoprojekce, debaty přiměřené věku.

Otázka č. 4: „Kdybyste jako člověk s osobní zkušeností s drogami mohl/a navrhnout účinný program primární prevence drogových závislostí, jak by takový program vypadal?“

6 respondentů neodpovědělo, 5 respondentů neví - nedokáží navrhnout.

2 respondenti by zvýšili frekvenci přednášek ve školách „*minimálně 4x za školní rok, nejdřív hodně informací. Pak by se vidělo.*“

9 respondentů shledává účinný preventivní program především v besedách a rozhovorech se závislými jedinci, ukazovat odstrašující případy, prezentovali by vlastní zkušenosti: „*Povídal bych o svých zkušenostech (co nejhorších), abych budoucí uživatele odradil – ukázal bych pikaře, alkáče naživo (sjetýho).*“

5 závislých se shodlo na besedách lékaře spolu s abstinujícím toxikomanem: „*Drogy jsou příjemné, ale mají takový dopad na vás a vaše okolí. Co dává a co bere. Ukázka aktivního toxika a přeléčeného.*“

2 respondenti by preventivní program spojili „*s kulturní akcí, medializací v televizi.*“

Otázka č. 5: „Jak byste charakterizoval/a postoj k cigaretám, alkoholu, drogám ve Vaší rodině?“

6 respondentů napsalo, že jejich rodina má odmítavý postoj k cigaretám, alkoholu a drogám.

7 respondentů nevyjádřilo postoj rodiny přímo, ale předkládali rodinné zkušenosti s cigaretami, alkoholem a drogami:

„*Otec se upil, tak nic moc.*“

„*Já, matka, náhradní otec, mladší bratr – kouřili.*“

„*Já a mladší bratr alkohol ve větším měřítku.*“

„*Kuřáků v rodině moc, alkoholu je taky až dost a drogy jen já se strýcem.*“

„Otec hodně kouří, ale skoro vůbec nepije. Matka nekouří, ale ráda pije víno v menších dávkách. Sestra hodně kouří a dost pije. Já docela dost kouřím a trochu piju (někdy i více).“

„V mé rodině jsem vyčníval akorát já, jinak to bylo v normě.“

Nejvýznačnější část - 17 respondentů - prezentuje neutrální, (rozhodně neodsuzují) postoj rodiny k cigaretám a k alkoholu, v menší míře zauímají spíše pasivní postoj, tolerance. Rodiny těchto respondentů měli jednoznačně odmítavý a odsuzující vztah k drogám.

Otázka č. 7: *„Jaké jste měl/a informace o drogách a rizicích s nimi souvisejících předtím, než jste je začal/a užívat? Kde a jak jste tyto informace získal/a?“*

4 respondenti neuvedli svoji odpověď.

5 respondentů odpovědělo, že žádné informace před prvním drogovým experimentem nemělo. *„Informace o drogách jsem neměl žádné. Začal jsem s drogami v 15 letech v partě a hned jsem si píchnul.“*

10 respondentů mělo minimální informace o drogách a rizicích s nimi souvisejících. Toto málo informací získali z televize, od kamarádů, z besed ze ZŠ (nezajímalo je to), knihy, doma – zde zajímavá odpověď: *„Že drogy jsou špatné a nemají se užívat! Bylo to poprvé doma! Šok, asi proto jsem to zkusil.“*

13 respondentů mělo pocit, že jsou dostatečně informováni a *„věděli do čeho jdou“* předtím, než začali užívat drogy. Informace získávali především z besed ze školy, televize, knížek (*„Získal jsem informace sám z knih a to ve mně vzbudilo zvědavost“*), časopisů, kamarádů, z práce streetworkera. Jeden z respondentů v této skupině shledával drogy skvělým zážitkem, byl informován z literatury a hudebních textů: *„Měl jsem dojem, že drogy jsou opravdu skvělý úlet.“*

Otázka č. 8: „Existovala některá znalost, zkušenost, zážitek z oblasti drogové prevence, která Vám vyvstala na mysli v období, kdy jste se rozhodoval/a, zda drogu zkusit či nezkusit, který mohl potenciálně změnit Vaše rozhodnutí, zda drogu užít či neužít? Jaké byly podmínky prvního drogového experimentu?“

6 respondentů na dotaz neodpovědělo.

7 respondentů odpovědělo, že nemají žádnou zkušenost, zážitek z oblasti drogové prevence, který by mohl potenciálně změnit rozhodnutí, zda drogu užít či nikoliv.

Devatenáctiletý respondent drogy několikrát odmítl. Uvědomoval si následky užívání a bál se tohoto rozhodnutí. První zkušenost pociťoval jako odměnu a zároveň experiment. Další z dotazovaných zprvu reagoval stejně, odmítal drogy. Posléze se nechal ovlivnit kamarády, kteří drogy již vyzkoušeli.

Jeden respondent byl ovlivněn situací – ve vězení.

7 respondentů uvádělo, že byli konkrétně ovlivněni. Dva respondenti zažili první drogový experiment pod silným vlivem alkoholu. Další dotazovaný uvádí „pouze znalost jednotlivých drog a jejich vlivu (účinku).“ Byl ovlivněn partou kamarádů, se kterými experimentoval. 3 respondenti z této skupiny odpověděli jen „špatná parta“, „parta kamarádů“. Jeden respondent měl silný pocit zvědavosti, proto se pustil do experimentování s drogou.

Další skupinu respondentů čítajících 5 dotázaných, žádná zkušenost získaná v rámci primární prevence dle jejich slov nedokázala od experimentu odradit, např.: „Nic takového. Na svou první drogovou aplikaci jsem se vyloženě těšil (a taky to ze začátku bylo skvělé).“

„Ne, v tu chvíli jsem to vůbec neřešil.“

„Nikdo mé rozhodnutí začít s drogami nezměnil, páč to bylo z mé vůle!“

Otázka č. 9 sledovala využití volného času a byla formulována následovně: „*Jak byste popsal/a trávení svého volného času před počátkem experimentování s drogami? Změnilo se u Vás využití volného času?*“

5 respondentů neuvedlo svou odpověď.

17 respondentům se velice zřetelně změnilo využití volného času.

5 respondentů před drogovou závislostí závodně sportovalo, nyní vůbec. Zbylá část této skupiny měla před užíváním drogy řadu koníčků: četba, sport, hudba, rodina, různé zájmové kroužky, trávení času s přáteli, aktivní dovolená. Postupem času začalo uspokojování čerpané z těchto činností slábnout nebo se objevili jiné „záliby“ (vandalismus, párty, kluby, samotářství v bytě atp.). Respondenti často uvádí, že „*s drogami jsem veškerý čas trávil čekáním na drogy nebo sháněním peněz na drogy.*“ 10 respondentů nemá pocit, že by se jim zásadně změnilo využití volného času. Spíše než v souvislosti s drogou se zájmy a záliby měnily postupem času, věkem.

Otázka č. 11 se zaměřila na preventivní působení rodiny a byla formulována takto: „*Jak, pokud vůbec, probíhala komunikace ve Vaší rodině o drogách? Pokud s vámi rodič/e o této oblasti mluvili, v jakém věku? Jaké to ve Vás zanechalo vzpomínky?*“

2 respondenti neodpověděli.

U 14 respondentů se nikdy v rodině o drogách nemluvalo a tuto problematiku s rodiči neprobírali. Tento stav ilustrují odpovědi „*Nikdy raději nemluvil.*“ „*Komunikace neprobíhala vůbec žádná.*“ „*Vliv rodiny žádný.*“

Tento fakt vidím z hlediska primární prevence drogových závislostí jako alarmující.

4 respondenti s rodiči o této problematice mluvili v momentě, kdy nastal problém: „*S rodinou jsem se o tom začal bavit, až když vzniknul problém, že nevím jak z toho ven.*“ (u tohoto 20letého chlapce se rázem změnilo rodinné prostředí

z harmonického a svobodného na přísné.). „Před vůbec, začali jsme se o tom bavit, až když jsem bral.“ Devatenáctiletá respondentka: „U nás se o tom zase až tak nemluvalo, já ani nikdo z rodiny nikdy takové problémy neměl. Byla jsem na to upozorněná, a když jsem třeba zjistila, že někdo od nás z party fetuje, tak už jsem se s ním nebavila a řekla jsem to doma, pak až jsme si o tom povídali.“

U pěti respondentů komunikace v rodině na dané téma probíhala, vzpomínky zaznamenali různé: „Mluvili ve věku 10 let, žádné vzpomínky to nezanechalo.“

„Mluvili se mnou pouze o rizicích marihuany.“

„Ve věku 15 let. Moc velký význam to nemělo.“

„V pubertě mi říkali, abych to nikdy nezkoušel.“

Jediný respondent (!) odpověděl: „Ano, pravidelně“ a zanechalo to v něm pocit odporu k drogám.

Dále se ve výzkumu vyskytla následující vyjádření: „Otec vždy tvrdil, že drogy jsou svinstvo. O to víc mě to lákalo.“

„Od malička mi zakazovali kouřit a vůbec to zkoušet. Neustále mi říkali, že až dospěji, tak to můžu zkusit.“

Zajímavou odpověď poskytl 27letý respondent: „Marihuana se tolerovala tak od 16 – 17 let. Když zjistili heroin, tolerance k marihuaně se přiostrčila. Byla to bída.“

Otázka sedmnáctá zjišťovala preventivní úlohu školského zařízení: „Jak, pokud vůbec, probíhala komunikace o drogách ve Vámi navštěvované škole? Pokud s Vámi učitelé o této oblasti mluvili, v jaké třídě? Jaké to ve Vás zanechalo vzpomínky?“

3 respondenti neodpověděli.

11 respondentů tvrdí, že žádná komunikace o drogách ve škole neprobíhala, nikdo s nimi o této oblasti nehovořil. Jednalo se o tyto věkové kategorie: 23 let, 27 let, 30 let, 31 let, 35 let, 37 let, 40 let („když jsem já chodil do školy, drogová problematika

byla tabu“), 43 let („šlo o 80. léta“) 45 let, 46 let, 53 let („školní období 1961 – 1969“).

17 respondentů uvedlo, že komunikace o drogách ve škole probíhala, někteří si vybavili i v jaké třídě. 5 respondentů se setkala s komunikací o drogách ve škole od 5. do 9. třídy a zanechala v nich záporný postoj k drogám - „v 9. třídě probíhala komunikace, drogy jsem hrozně odsuzoval.“; „V 7. třídě, věděl jsem, že drogy brát nebudu.“

Druhá skupina respondentů – 7 jedinců - se setkala s komunikací o drogách od 4. do 9. třídy. Většinou to v nich dle vyjádření nezanechalo žádné vzpomínky: „Asi tak v páté třídě, ale vůbec to na mě nezanechalo žádné vzpomínky.“

„Poprvé v sedmé třídě a moc si toho tedy nepamatuju, takže to moc účinné nebylo.“

„Asi tak ve 4. třídě – žádné vzpomínky.“

„Moc se o tom nemluvílo, akorát občas nějaká ta přednáška. Většinou jsem spal.“

4 respondenti uvedli třídu (7. třída až SŠ, SOU), avšak nenapsali vzpomínky. Muž, 27 let: „Nejdříve tak v 8., 9. třídě, tolik se ještě nehulilo, spíš lilo. Varovali přede všemi drogami, ale v mém okolí tvrdé drogy nikdo neužíval, jen marihuanu, později piko, herák.“

Otázka č. 18: „Mělo pro Vás absolvování některé z forem primární prevence drogových závislostí některé vedlejší efekty?“

8 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Patnácti respondentům nepřinesla primární prevence drogových závislostí žádné vedlejší efekty a odpovídali prostým slovem „Ne“.

Přínos přátel pociťoval jeden respondent, 32 let. Zde by bylo zajímavé mít k dispozici informaci, zda to byli titíž lidé, s kterými později respondent začal experimentovat s drogami.

2 respondenti odpověděli pouze „Ano“.

Otázka č. 19 se snažila zjistit případné vlivy využívání volného času na drogový experiment a počátky drogových experimentů. Otázka byla položena v následujícím znění: *„Jak jste trávil/a svůj čas na ZŠ/SŠ/VŠ? Kdy jste začal/a experimentovat s drogami?“*

5 respondentů na tuto otázku neuvedlo svou odpověď.

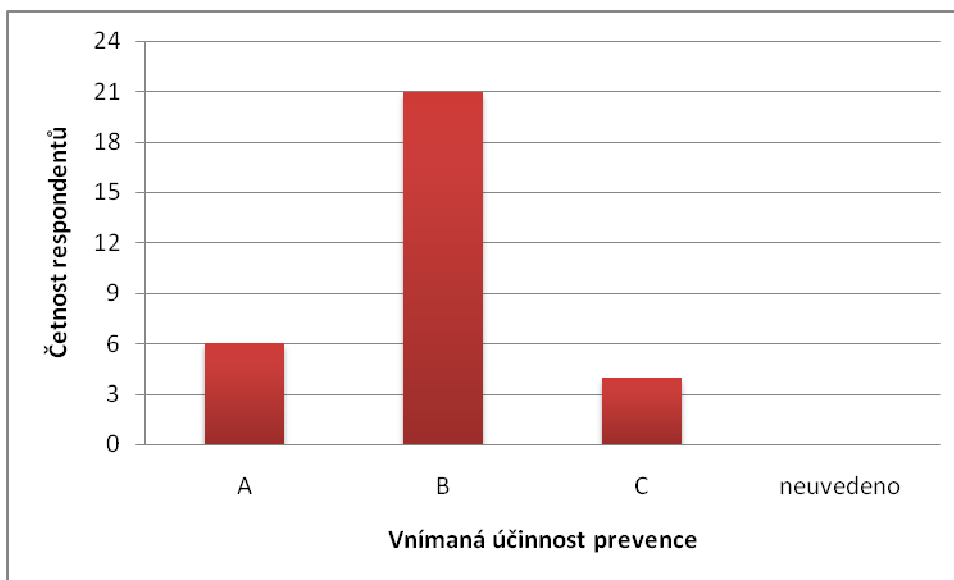
Na základě výsledků této otázky můžeme konstatovat, že není rozdíl mezi využíváním volného času u běžné populace a jedinci, kteří posléze začnou experimentovat s drogou. Jako odpovědi na otázku uvedenou výše byly uváděny běžné zájmy jako: sport (12x), zájmové kroužky (7x), dále ZUŠ, rybaření atp.

Uváděné věkové rozpětí počátku drogových experimentů bylo 12 – 25 let. Nejčastěji dotazovaní zmiňovali 15. rok života jako období počátku experimentování s drogami – celkem ve 12 případech.

II. Odborníci

4.11 Vnímaná účinnost primární prevence

Graf 34: Vnímaná účinnost primární prevence



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 v dotazníku pro odborníky byla shodná s otázkou č. 3 pro závislé - „Které z následujících tvrzení Vám je nejbližší, z jakého důvodu?“ Respondenti měli na výběr tři možnosti odpovědí.

- A. Primární prevenci drogových závislostí považuji za účinnou, nevidím důvod ke změně.
- B. Primární prevenci drogových závislostí považuji za ne zcela účinnou, změnil/a bych... (pokud jste zvolil/a tuto možnost, prosím doplňte větu).
- C. Primární prevenci drogových závislostí považuji za zcela neúčinnou, zbytečnou.

I zde respondenti volili nejčastěji možnost odpovědi B. – konkrétně tuto možnost zvolilo 68 % respondentů. Nejčastěji formulované připomínky byly následující: „systémovost, dlouhodobost, včasnost“

„komplexnost – sjednocení působení všech složek (rodiče, pedagogové, blízké autority dítěte, veřejnost, média atd...)“

„účinné odbourávání spouštěčů drogového experimentu (zvědavost, prodrogové postoje atd...)“

„vzdělanost a zapojení ostatních složek působnosti v primární prevenci – pedagogové, rodiče, autority atd...“

„zájem o prevenci u rodičů“

„dostatek finančních prostředků a pochopení podnikatelského, politického a úřednického systému o nezbytnosti prevence“.

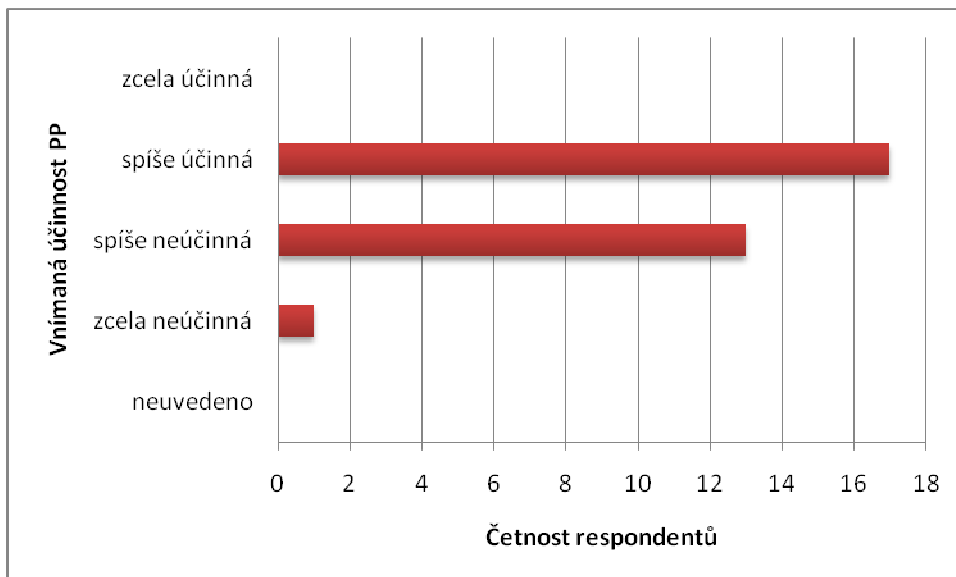
5 respondentů (školní metodici prevence) zmiňovali nedostatek času na primární prevenci.

Zajímavé je zjištění, že 4 dotazovaní uvedli možnost C. – prevenci drogových závislostí považovali za zcela neúčinnou, případně zbytečnou. Ve všech případech se jednalo o VŠ vzdělané respondenty (2 arteterapeuti, muži 50 a 65 let; žena 49 let – školní metodička prevence, muž 52 let – školní metodik prevence), s praxí v oblasti nad 10 let (10-13 let).

Možnost A. volili téměř výlučně školní metodici prevence.

4.12 *Názor na účinnost primární prevence*

Graf 35: Názor na účinnost PP



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10 sledovala subjektivní vnímání účinnosti primární prevence respondentem - „*Primární prevenci drogových závislostí považuji za:*“

Varianty nabízených odpovědí zachycuje Graf 35.

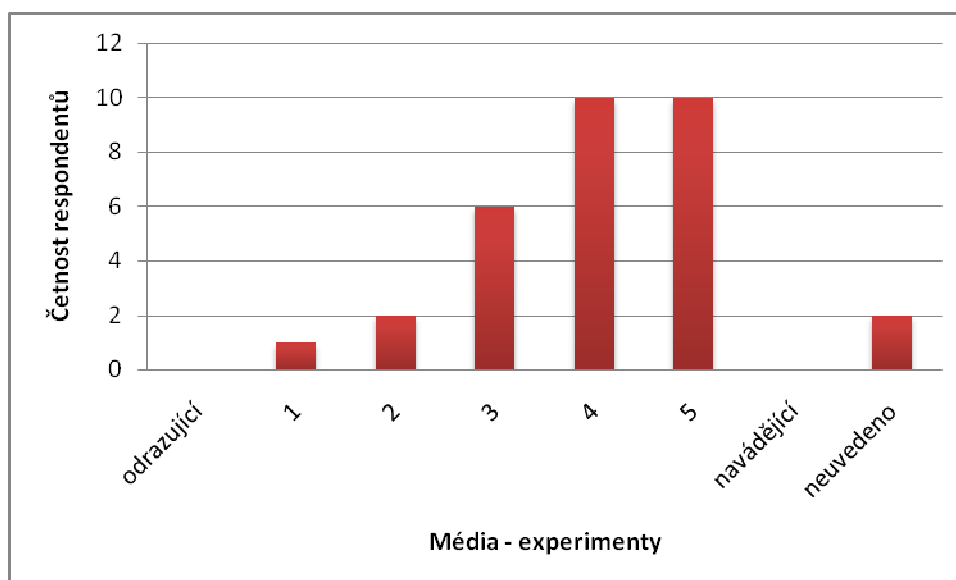
U odborníků je vyrovnanější stav odpovědí. Zcela zde chybí volená varianta „zcela účinná“ – tuto možnost zvolili 4 závislí respondenti.

Větší část odborníků považuje prevenci drogových závislostí za spíše účinnou, nicméně rozdíl oproti volené variantě „spíše neúčinná“ můžeme označit za minimální („spíše účinná“ – 55 %, „spíše neúčinná + zcela neúčinná“ – 45 %).

4.13 Které zdroje vnímali závislí respondenti jako navádějící k experimentu

Média

Graf 36: Vliv informací na drogový experiment - média



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12 ve znění: „Které zdroje informací o drogové problematice považovali dle Vás lidé, kteří se stali závislími, za nejdůležitější?“ nabízela osm různých zdrojů informací. Jednotlivé uvedené zdroje byly respondenty hodnoceny podle vnímaného přínosu informací o drogové problematice na pětistupňové škále. Na jedné straně škály stála odpověď *odrazující od experimentu/užití drogy*, na opačné straně *navádějící k experimentu/užití drogy*.

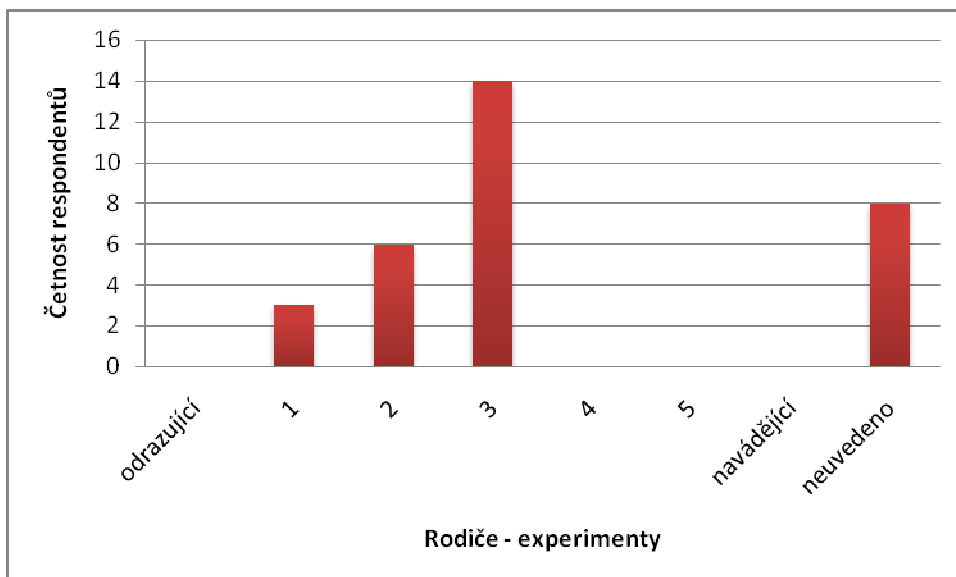
Otázka byla postavena takto z důvodu, aby bylo možné zhodnotit případný průnik informací se závislími respondenty a potvrdit, že některé zdroje je možné charakterizovat jako „navádějící k experimentu“, případně jiné s protektivním vlivem.

Již u prvního grafu je v porovnání se závislími respondenty (Graf 24) vidět překvapivý rozdíl. Většina odborníků předpokládala silný prodrogový vliv médií – sloupec 4 a 5 zahrnuje dohromady plných 64 % odpovědí.

Ze závislých respondentů však sloupec 5 – navádějící k experimentu – označili pouze 2 dotázaní. Z porovnání obou grafů lze usuzovat, že vliv médií je sice neoddiskutovatelný, ale není tak silný, jaká je mu přikládána váha.

Rodiče

Graf 37: Vliv informací na drogový experiment - rodiče



Zdroj: Vlastní výzkum

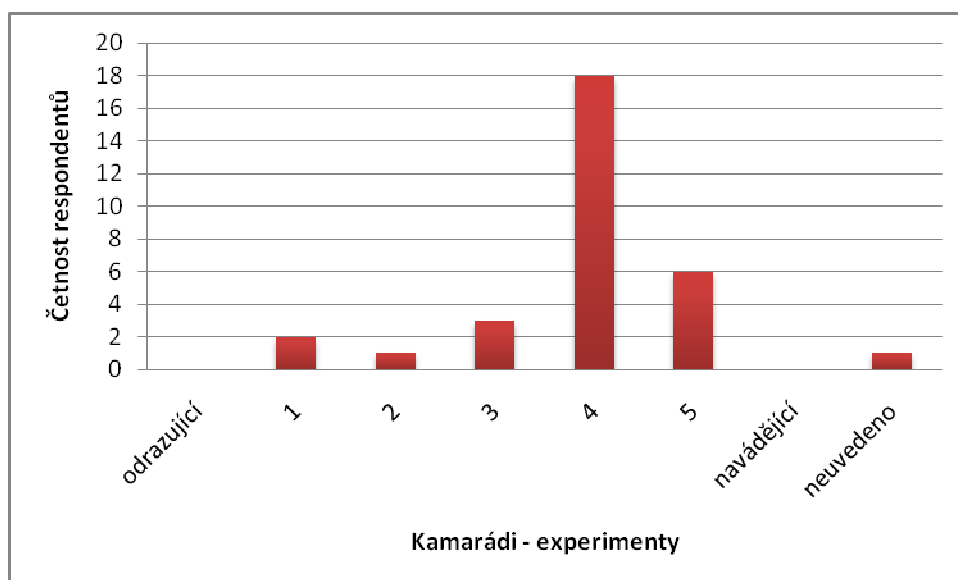
Na tuto otázku neodpovědělo 26 % dotázaných odborníků.

45 % označilo jako svou odpověď střed škály – sloupec 3. Pokud srovnáme s Grafem 25, vidíme, že závislí respondenti označovali poměrně výrazně protektivní vliv rodiny s ohledem na drogový experiment – sloupec 1 + 2 v Grafu 25 čítá 67 % odpovědí.

Spíše než lhostejný postoj rodičů k drogovému experimentu vnímám tuto odpověď odborníků jako zhodnocení selhání rodiny v úloze primární prevence drogových závislostí.

Kamarádi

Graf 38: Vliv informací na drogový experiment - kamarádi



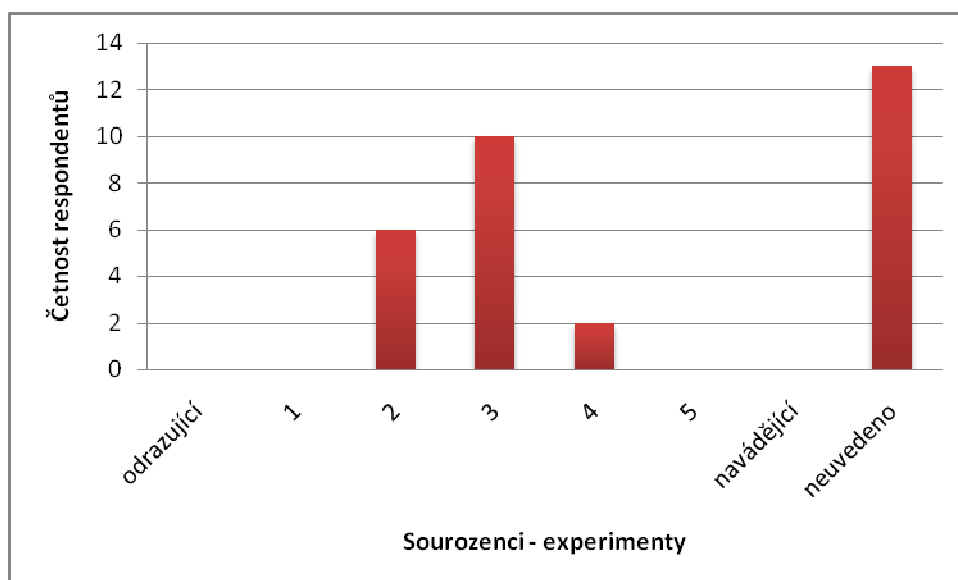
Zdroj: Vlastní výzkum

77 % odborníků označilo vliv kamarádů jako navádějící k drogovému experimentu. Tyto výsledky korelují s výsledky Grafu 26, kde se ke shodné otázce vyjadřovali závislí respondenti.

Vliv sociálních vrstevnických skupin označit za velmi silný faktor.

Sourozenci

Graf 39: Vliv informací na drogový experiment - sourozenci



Zdroj: Vlastní výzkum

U vlivu sourozenců je rozdíl mezi vnímanými riziky odborníků a pocíťovaným stavem závislých respondentů.

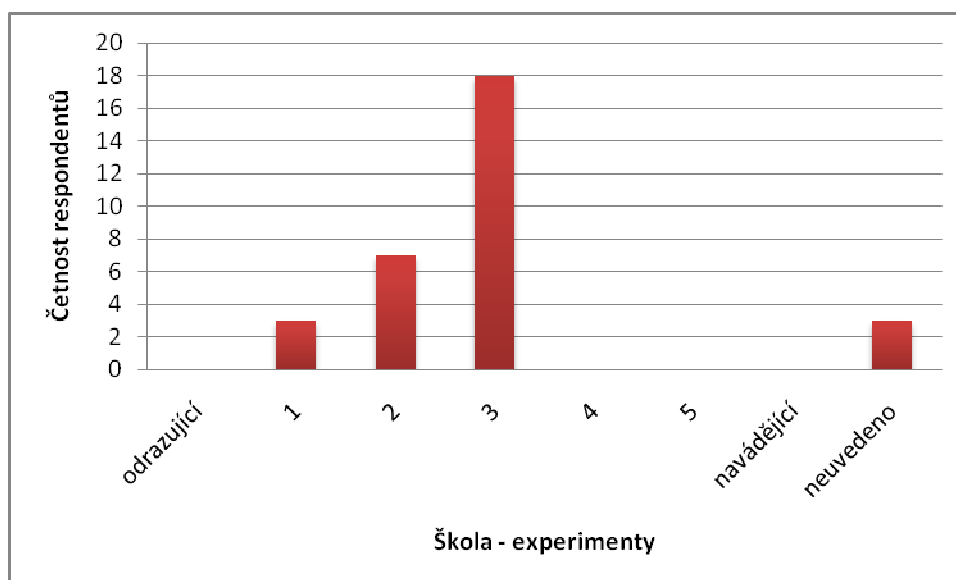
Většina odborníků, kteří uvedli svou odpověď, zvolila střed škály – sloupec č. 3.

Při srovnání s Grafem č. 27 vidíme, že závislí respondenti vnímali mnohem silněji odrazování od svých sourozenců, než se domnívali odborníci – ve sloupci č. 1 se nachází plných 27 % odpovědí. Fungující rodinné zázemí, potažmo sourozenecké vztahy, se jeví jako silný ochranný faktor v oblasti drogových závislostí.

Na tuto otázku bohužel neodpovědělo 42 % dotazovaných odborníků.

Škola

Graf 40: Vliv informací na drogový experiment - škola



Zdroj: Vlastní výzkum

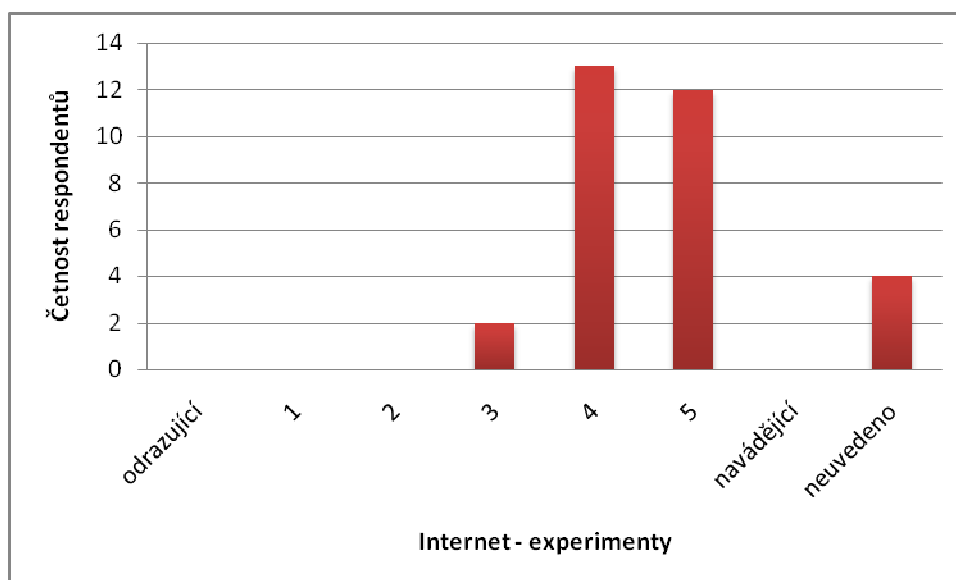
Většina dotazovaných zvolila střed škály – celkem 58 %. I toto číslo může ukazovat názor odborníků na účinnost prevence drogových závislostí poskytované školskými zařízeními.

Nicméně situace v Grafu 28, kde na stejnou otázku odpovídali závislí respondenti, ukazuje situaci příznivěji. Ve sloupci 1 a 2 se nachází 59 % odpovědí.

Odpovědi ve sloupcích 1 a 2 v Grafu 40 uváděli výhradně školní metodici prevence.

Internet

Graf 41: Vliv informací na drogový experiment - internet



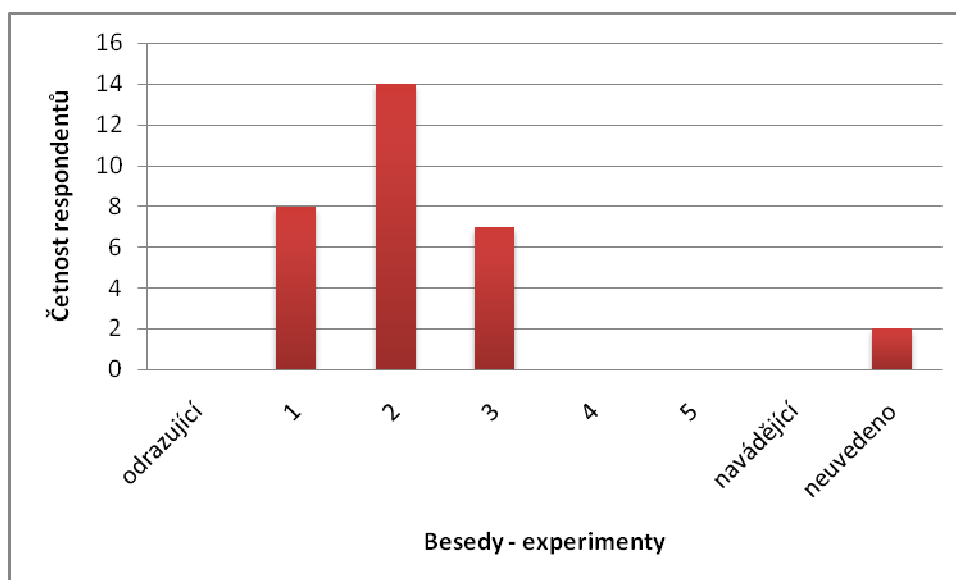
Zdroj: Vlastní výzkum

Dle předpokladu výzkumníka většina odborníků označila vliv internetu na drogový experiment za velmi silný. Ve sloupci 4 škály se vyskytovalo 42 % odpovědí, ve sloupci 5 potom 39 % odpovědí.

Při srovnání s Grafem 29 dospějeme k překvapivým výsledkům. Závislí respondenti uváděli mnohem více rozptýlené hodnocení tohoto zdroje od odrazujícího po navádějící.

Besedy

Graf 42: Vliv informací na drogový experiment - besedy



Zdroj: Vlastní výzkum

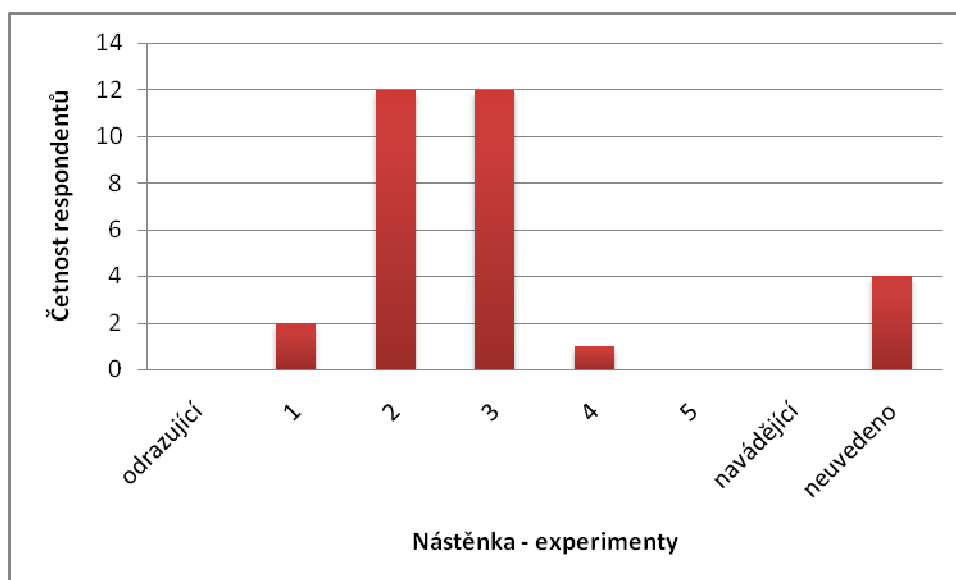
Graf 42 prezentuje názory respondentů na vliv informací pocházejících z besed zaměřených na protidrogovou prevenci.

71 % odborníků shledává vliv besed na příjemce sdělení jako „odrazující“ nebo „spíše odrazující“ vzhledem k drogovému experimentu.

Tento vliv koresponduje se zjištěními v Grafu 30. Závislí respondenti uvádějí „odrazující“ nebo „spíše odrazující“ variantu odpovědi v 60 %. Zastoupení odpovědí ve sloupci 1 a 2 škály bylo taktéž nejčastější.

Nástěnka

Graf 43: Vliv informací na drogový experiment - nástěnka



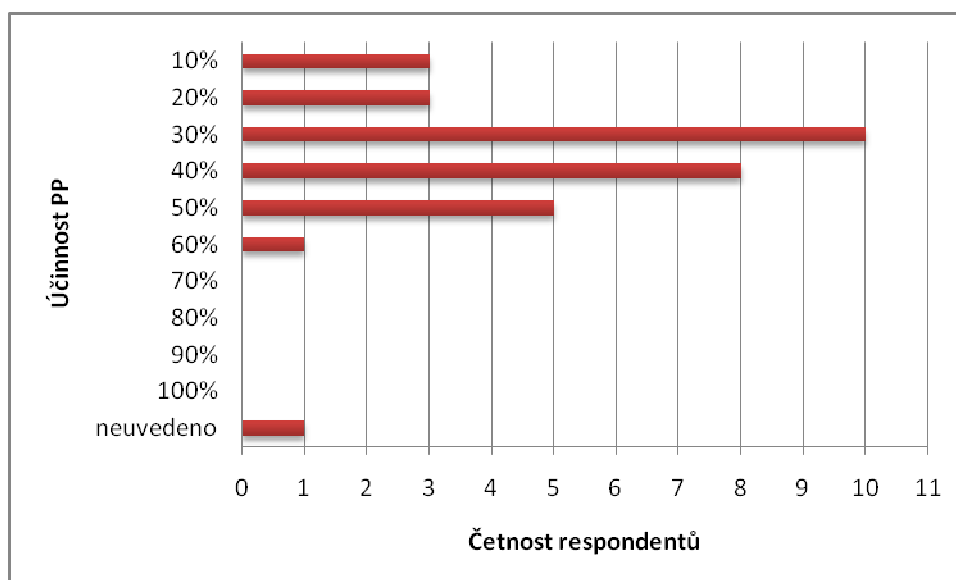
Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu 43 měli dotazovaní odborníci vyjádřit svůj názor na vliv informačních nástěnek s drogovou problematikou na cílovou skupinu primární prevence. Nejčastěji zaznívající kritikou z řad odborníků k této formě edukace byl fakt, že informace jsou zde podávány zpravidla nekomentovanou formou, tzn., že jde zpravidla o prostou informaci, bez souvislostí.

Jak je vidět na grafu výše, sloupce 2 a 3 dosáhly stejných četností odpovědí – po přepočtu po 39 %.

4.14 *Názor na účinnost primární prevence*

Graf 44: Názor na účinnost PP



Zdroj: Vlastní výzkum

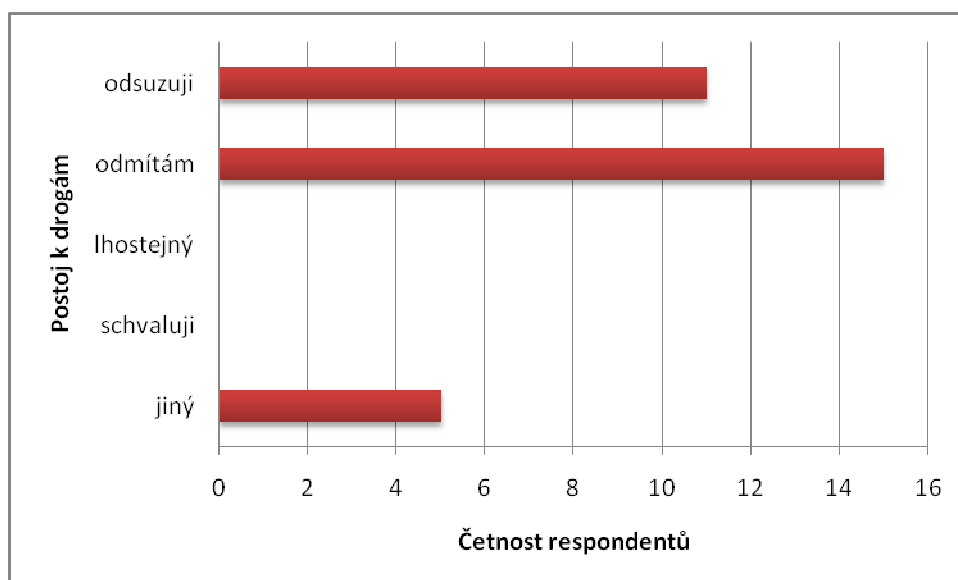
V **otázce č. 14** se měli respondenti vyjádřit k tomu, jak vnímají účinnost primární prevence drogových závislostí. K tomuto vyjádření měli dotázaní k dispozici škálu 0 – 100%.

Nejčastěji uváděnou hodnotou byla 30 % účinnost. Následovala 40 % účinnost primární prevence. Tyto dvě odpovědi představovaly 34 %.

Zajímavým faktem je, že závislí respondenti nejčastěji hodnotili účinnost taktéž 30 %, přestože celkové rozložení grafu je odlišné – viz Graf 33.

4.15 Postoj respondentů k drogám

Graf 45: Postoj k drogám



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce respondenti vyjadřovali svůj postoj k drogám. Postoj „jiný“ byl zmíněn v pěti případech. Jednalo se ve všech případech o mladší dotazované – tito přiznávali mimo dotazník občasné užívání marihuany.

Otázka č. 1 v dotazníku určeném odborníkům byla formulována následovně: „*S jakými aktivitami v rámci primární prevence drogových závislostí jste se ve své kariéře setkali? Kterými jste osobně prošli v mládí?*“

Překvapivým výstupem u této otázky byl v první řadě fakt, že i mladší respondenti (31 let, oba školní metodici prevence) uvedli, že se v průběhu svého vzdělávacího procesu nesetkali s cílenou prevencí drogových závislostí. U starších respondentů tato odpověď nebyla tolik překvapující. Celkem zmínilo absenci preventivních aktivit pět respondentů.

Preventivní aktivity uváděné dle četnosti seřazené od nejčastěji uváděné k nejméně časté: besedy pro žáky (10x), školení pro učitele a metodiky prevence (6x – toto hodnotili všichni metodici velmi kladně – zmiňovali konkrétní ukázky a nácvik řešení situací v prostředí školy), přednášky (mluvené slovo - 6x).

Pětkrát byly zmíněny filmy s drogovou tematikou.

Dále byl uveden psychoterapeutický výcvik, besedy s rodiči, návštěva K-centra, spolupráce s Policií ČR, činnost KHS, filmy s drogovou tematikou.

Otázka číslo dvě hledala hlavní kritéria účinnosti primární prevence tak, jak je vnímají dotazovaní. Otázka byla položena v následujícím znění: „*Co je podle Vás hlavním kritériem účinnosti primární prevence drogových závislostí? Jinými slovy, kdy o primární prevenci můžeme mluvit jako o „účinné“?*“

Nejčastěji respondenti zmiňovali jako svou odpověď „*ukázat důsledky, dopady*“. Toto doporučení uvedlo 10 dotázaných:

„*ukázat dopady závislosti ve společnosti*“ (muž, 71 let, praxe v oboru 18 let)

„*když žáci vidí konkrétní případy konkrétních lidí – ukázky závislých, dětí*“

„*když něco vidí na vlastní oči – protialkohol. záchytná stanice*“.

Dalšími často zmiňovanými faktory byla „*osvěta v široké veřejnosti*“ a „*působení na rodinu*“ - obě kategorie byly uvedeny shodně 5 dotazovanými.

Z uvedených odpovědí na tuto i další otázky lze usuzovat na odborníky pociťovaný problém prodrogového naladění společnosti a vysoké tolerance k těmto jevům.

Otázka č. 4: *„Co je podle Vás hlavním klíčem k úspěšné a účinné primární prevenci? Co vnímáte jako případnou největší slabinu současného stavu?“*

Největší slabinu současného stavu primární prevence vidí odborníci v nedostatku financí věnované této oblasti – tento stesk uvedlo v různé formě 12 dotazovaných bez ohledu na pozici, na které působí. 31 let, muž, školní metodik prevence: *„nedostatek peněz na různé akce (spousta grantů nevyjde), drahá školení a školitelé.“* 55letý muž, školní metodik prevence: *„Největší slabinou současného stavu jsou finance. Každá akce se platí, žáci si ji sami financují. Měla by být větší podpora ze strany škol a organizací.“* 41 let, muž, primárně preventivní a poradenská činnost: *„školy berou to, co je zadarmo, pro rodiče je to nesmyslný výdaj, tzn. prevence není komplexní, ale omezuje se na výskyt náhodně provedených preventivních aktivit podle toho, co se zrovna nabízí zdarma. Efektivita je taky moc nezajímá... vedení škol už vůbec ne, hlavně, že je čárka a zadarmo.“*

Jinými zmiňovanými problémy byly následující: *„nesystémová příprava metodiků prevence“; „nedostatek a nesystémovost současných forem primární prevence“; „častá povrchnost, mnohdy formálnost, hromadnost primární prevence prováděné paušálně, zastrahování“.*

Jako klíč k prevenci, která může být označena za úspěšnou, uváděli dotázaní odborníci nejčastěji *„otevřenou komunikaci bez mentorování“* – 6 odborníků odpovědělo v tomto duchu. Cestou k účinné primární prevenci je také dle 5 odborníků *„aby měly děti pocit, že se to týká i jich – konkrétní situace a aby viděly důsledky zneužívání drog“* – 31 let, muž, školní metodik prevence.

Otázka číslo 5 sledovala dynamiku vývoje primární prevence a postojů cílových skupin. Otázka byla položena ve znění: „*Jak vnímáte vývoj primární protidrogové prevence v kontrastu s vývojem postojů cílových skupin?*“

Připomínky respondentů nejlépe sleduje tento názor – „*Vnímám prodrogové lobby (silná promarihuanová kampaň), které vede k podceňování rizik spojených s konzumací drog – tzn. silné prodrogové naladění u dětí a mládeže. Naproti tomu snižování prostředků na prevenci a osamocenosť škol v preventivním dění a posměch primární prevenci ze strany uživatelů/vrstevníků a mnohdy i veřejnosti.*“

I v této otázce byla čtyřmi respondenty zmíněna problematika finančních prostředků věnovaných primární prevenci.

Dalšími zajímavými názory byla „*vzrůstající „agresivita“ primární prevence s cílem oslovit žáky*“. Dle 49letého školního metodika prevence „*prevence zaostává za názory a postoji cílových skupin.*“

Otázka č. 6: „*V čem spatřujete hlavní klady a zápory současně užívaných primárních preventivních programů drogových závislostí?*“

Respondenti v této otázce rozdělili své připomínky následovně:

- Klady
- samotná existence primární prevence
 - provedení soupisu závislostí
 - zakotvení pozice „školní metodik prevence“
 - práce peer aktivistů
 - spolupráce s rodiči
 - žáci získávají informace
 - pestrost nabídky programů primární prevence
 - besedy s bývalými uživateli
 - zakotvení prevence ve školách a Minimálním preventivním programu

Zápory uváděli dotázaní následující:

- finanční náročnost primární prevence a nedostatek finančních zdrojů
- liknavost přístupu některých zainteresovaných organizací
- kvalita některých programů
- zastaralost některých výukových materiálů
- nezájem politiků a politických struktur na prevenci
- silná prodrogová lobby
- nezájem lékařů a další odborné veřejnosti
- nesystémovost v primární prevenci
- nedostatečné propojení primární prevence se složkami intervence.

Otázka sedmá byla formulována následovně: „*Kterou složku primární prevence (nespecifická/specifická; všeobecná/selektivní/indikovaná) považujete za nejúčinnější?*“

Většina respondentů – 17 – viděla smysl hlavně v aplikaci specifické primární prevence – „*práce s třídními kolektivy, osobní zodpovědnost za vlastní chování a jednání, odbourávání spouštěčů, komplexnost, včasnost, dlouhodobost primárně preventivního dění.*“

Jeden z dotázaných zmínil i specifickou minoritu – „*Práce s menšinami a zavedení pro ně specificky upravených preventivních programů (romská populace se téměř neseťká s primární prevencí, protože ta probíhá především v posledních ročnících ZŠ, kam Romové často nedojdou.*“

Otázka 8: „Skutečně si myslíte, že má smysl aplikovat cílenou primární prevenci drogových závislostí? Jak vnímáte její účinnost?“

Respondenti se shodovali v názoru, že primární prevence cílená na drogy smysl má. Tento postoj ilustrují například odpovědi: „Zcela jistě, dítě, které má informace o nebezpečnosti se více zodpovědně rozhoduje. Bez specifické či cílené primární prevence předáváme děti nepřipravené k dispozici dealerům, kteří jsou zpočátku hlavně vrstevníci, či pro děti zajímavé osoby.“

„Ano, má, i pokud by pomohla menšímu počtu lidí. Pokud je opravdu zaměřená na žáky, u kterých předpokládáme možnost rizikového chování, je spíše účinná.“

U takto formulované otázky hodnotili respondenti účinnost na rozdíl od jiných otázek dosti rozporuplně. Zhruba polovina dotázaných (14 odborníků) v této otázce uvedla, že prevence „se míjí účinkem“, nebo „se spíše míjí účinkem“.

Otázka devátá byla formulována v tomto znění: „Jaký je Váš názor na proces hodnocení účinnosti primární prevence? Je v našich podmínkách tento proces adekvátní?“

5 odborníků se k této otázce nevyjádřilo.

Ti, kteří svou odpověď uvedli, se shodovali v názoru, že proces hodnocení účinnosti prevence je nedostatečný. Nejčastěji zmiňované připomínky byly tyto: „práce je hodnocena nárazově (monitoring apod.)“; „v rámci EU jsme zcela mimo hlavní směr. Jsme vůči západní Evropě o 30 let (generaci) pozadu.“

Problematiku hodnocení účinnosti prevence shrnuje 41letý, muž, zabývající se primárně preventivní a poradenskou činností takto: „Prevence je hodnocena kvantitativně, nikoliv však kvalitativně. Tzn. kolik bylo přednášek a na jaká témata, kolik dětí se jich zúčastnilo atd... Nikdo nikde nezkoumá počty kuřáků tabákových výrobků, THC, atd. - toto sledovat v dlouhodobém horizontu v návaznosti na účinnost aplikovaných programů. Systém vyžaduje a chce čárkování nikoliv kvalitu.“

Žádný z oslovených odborníků nehodnotil proces posuzování účinnosti primární prevence kladně.

Otázka č. 11: *„V jakém věku by podle Vašich zkušeností měla primární prevence drogových závislostí začínat? Začíná podle Vás v adekvátním předstihu před prvním drogovým experimentem?“*

V první části této otázky se odborníci vyjadřovali k době počátku primárně preventivních aktivit. 15 dotázaných se domnívá, že s prevencí je třeba začít již na prvním stupni ZŠ – tento názor zastávali hlavně školní metodici prevence, např. 54letá žena pracující v oblasti 13. rokem uvádí: *„alkohol, kouření už v MŠ – např. pohádka ‘O princezně Cigaretě’, drogy 9-10 let.“*

31letý muž, školní metodik prevence: *„co nejdříve, třeba jen zdravými návyky a vhodnou mimoškolní aktivitou“.*

31letý muž, pracující jako lékař (délka praxe v oblasti drogových závislostí 3 roky) vyjádřil svůj názor takto: *„Již od prvního stupně ZŠ – především ukázkami dopadů závislostí na společnost.“*

Zajímavý názor prezentoval 65letý arteterapeut: *„Primární prevence drogových závislostí je nonsens. Neměla by vůbec existovat. Ale to by se musela změnit celá společnost. Tam je příčina. K potřebě úniku do drogy by nemělo docházet. Ve hře je mnoho proměnných, mnohé nelze ovlivnit tzv. ‘primární prevencí’, neboť se jedná o sociální, ekonomické, ale i hodnotové a morální kategorie (rodina, škola, společnost, politika). Dosavadní postupy nelze považovat za ‘účinné’.“*

V druhé části otázky vyjadřovali dotázaní odborníci svůj názor k včasnosti začátku primární prevence. Zde se rozcházeli odborníci ve svých odpovědích dle pozice, na které působí. Školní metodici prevence se s výjimkou 2 respondentů domnívají, že prevence drogových závislostí začíná na cílovou skupinu působit včas.

Dotázaní působící jako terapeuti drogově závislých, kontaktní pracovníci, se naopak domnívají, že prevence včas nezačíná. Tento fakt dobře vykresluje postoj jednoho z dotázaných odborníků: *„Nezačíná – nedrogové závislosti (PC, internet, chat atd.) je vhodná od 8 let – na mnoha školách není tato prevence vůbec. Drogové závislosti (alkohol, tabák, nealkoholové drogy) začínají s prevencí od 12 let, nejčastěji od 13 let. Experiment tabák 9-10 let, pravidelné kouření 11-12 let, THC od 12-13 let - prevence přichází pozdě. Nejedná se o prevenci, ale včasnou či krizovou intervenci.“*

Otázka č. 13 ve znění *„Kde spatřujete největší rizika a možnosti selhání specifické primární prevence drogových závislostí?“*

V této otázce se často opakovaly sdělené myšlenky obsažené v otázce čtvrté. *„Pozdní nástup prevence, nedostatek financí, systém akreditací až šikana ze strany státu – úbytek mnohdy velmi kvalitních poskytovatelů primární prevence“.*

Dále bylo často poukazováno v různé formě na problém financí – tento názor nezávisel na pracovní pozici dotázaného. *„rychlé politické změny, peníze se vždy vezmou na jiné aktivity z primární prevence.“*; *„Finanční krize, snižování rozpočtů škol, krajů, státu = nedostatek finančních prostředků na kvalitní prevenci, který je patrný už dnes. Po úbytku už bude naprosto nedostatečné financování = totální úpadek kvality a objemu primární prevence.“*

Kromě názorů výše uvedených, které byly nejčastější, byly uváděny i některé další, které pro úplnost uvádím.

- *„špatná práce a fungování rodiny“*
- *„orientace na důsledky místo na příčiny vedoucí k abúzu“*
- *„dostupnost drog, amorálnost společnosti, špatná výchova dětí“*
- *„zvědavost a touha vyzkoušet něco nového je u dospívajících silnější než prevence.“*

5. Diskuze

Cílem této práce bylo zmapovat vnímání účinnosti primární prevence drogových závislostí dvěma cílovými skupinami výzkumu – drogově závislími respondenty a odborníky pracující v oblasti prevence a léčby drogových závislostí. K tomuto záměru bylo využito řízeného kvalitativního dotazování. Výsledky byly podrobeny fenomenologickému zkoumání a kvazistatistickému zhodnocení.

V diskuzi budou zohledněny nejdůležitější, nebo nejzajímavější zjištěné závěry, případné srovnání obou skupin v otázkách, které byly pro obě skupiny shodné a nakonec budou zjištěné výsledky komparovány s literaturou.

V Grafu číslo 11 a 12 se otázka zaměřila na mapování rodinného prostředí a atmosféry v rodině drogově závislého jedince. V průběhu návrhu dotazníku a jeho konzultace s odborníky byla tato otázka pečlivě zvažována – výzkumník si byl vědom citlivosti otázky pro respondenty a možnosti uvádění lživých odpovědí. Otázka byla nakonec pro její předpokládaný přínos pro celou práci zařazena. I přes 18 % respondentů, kteří neuvedli svou odpověď v případě Grafu 11, a 25 % v případě Grafu 12, byly získány zajímavé výsledky. Z Grafu 11 vyplývá, že typ výchovy na škále *autoritativní – demokratický* nemá zásadní vliv na vznik drogové závislosti. Naopak, v Grafu 12 je na škále typu výchovy *zanedbávající – ochranářský* zřetelně častěji uváděna možnost „ochranářský“. Přestože zanedbávající typ výchovy by na první pohled mohl implikovat větší riziko pro selhání prevence a vznik závislosti – jako jakýsi únik do drogy pro upoutání pozornosti rodiče - je tomu naopak.

Jak je uvedeno již ve výsledkové části - z psychologie partnerských vztahů je známa obdoba tohoto jevu, kdy partner, který bývá označován jako „více milující“ se ocitá nezřídky v nevýhodné, manipulovatelné a vydíratelné pozici.

Stejně tak dospívající jedinec, který potřebuje svou jistou míru autonomie, se může přílišnou péčí a láskou rodičů cítit svazován. K drogovému experimentu pak často dochází „na truc“. Čím větší jsou přitažlivé síly na straně rodiče, tím větší anticipační síly se mohou projevit u dítěte, které pak uniká k vrstevníkům a podrobuje se jejich vlivu.

Další zajímavé a překvapivé informace poskytly Grafy 16 – 23. V této části bylo 40 závislých respondentů dotazováno, které zdroje informací o drogové problematice považovali za nejdůležitější. Opět byla zvolena pětistupňová škála, tentokrát s krajními pozicemi *nezajímavé informace – důležité informace*. Hodnoceno bylo osm zdrojů informací: média, rodiče, kamarádi, sourozenci, škola, internet, besedy, nástěnky.

Prvním zajímavým zjištěním je hned výsledek prvního Grafu 16 – Média. Respondenti plných 80 % odpovědí uváděli v první části škály, tzn. informace z médií o drogové problematice považovali za spíše nezajímavé. Tento stav by nás na první pohled mohl znepokojit, nicméně je důležité vzít v úvahu poměrně výrazně prodrogově naladěný postoj prezentovaný v médiích. Otázkou však, podobně jako u reklamy, zůstává neuvědomovaný vliv tohoto informačního kanálu.

Graf 17 ukazuje situaci v oblasti rodiny – vliv rodičů jako informačního kanálu. Zde pouze 16 procent dotázaných označilo informace od rodičů za přínosné. Můžeme usuzovat na selhávání rodiny v roli jednoho z klíčových faktorů úspěšné primární prevence. Tento názor podporuje i zjištění otázky číslo 11, která se ptala na to, zda s dotázaným mluvili rodiče o rizicích spojených s užíváním drog. Plných 14 respondentů odpovědělo zamítavě, 4 odpověděli „*ano, ale až při vzniku problémů*“. Pouze jeden respondent uvedl, že rodiče s ním na toto téma mluvili pravidelně. Rozpracování tohoto fenoménu by si zasloužilo samostatnou práci se zapojením odborníků v oblasti sociologie, psychologie rodiny, odborníků na prevenci a dalších.

Posledním grafem v této části, ke které bych se rád vyjádřil, je Graf 21 – Internet. Oproti předpokladu výzkumníka bylo v této otázce zastoupení odpovědí rovnoměrně rozloženo v průběhu celé škály. Vzhledem k současné penetraci populace tímto médiem byl předpoklad většího využívání tohoto média jako informačního zdroje. Zohlednit je však třeba i věkovou strukturu dotazovaného vzorku.

Tím, že byly některé z otázek formulovány shodně, lze učinit některá zajímavá srovnání.

První dvojice grafů, které bych rád zmínil je Graf 13 (závislí respondenti) a Graf 35 (dotazovaní odborníci). Grafy sledují vnímanou účinnost primární prevence drogových závislostí. Odborníci se překvapivě profilovali jako „optimističtější skupina“ – větší část odpovědí se nacházela v pásmu „spíše účinná“. Tuto možnost nejčastěji volili školní metodici prevence, pracovníci terénu byly skeptičtější a volili častěji možnost „spíše neúčinná“.

Grafy, které výzkumník považuje z hlediska možných rozdílů v názorech za nejsignifikantnější, jsou grafy u závislých pod čísly 24-31, u odborníků číslovány 36-43. Zde byla položena otázka, které zdroje informací, shora již uvedených, považují cílové skupiny dotazníkového šetření za navádějící k drogovému experimentu.

V otázce médií byla situace obdobná jako u internetu, který byl pro jeho rozmach a význam z médií vyčleněn a hodnocen samostatně. Odborníci těmto informačním kanálům přikládali velký význam – velká většina odpovědí se vyskytovala ve sloupcích 4 a 5, tedy „spíše navádějící“ a „navádějící“ zdroj informací. 64 % odborníků tuto možnost zvolilo v případě „medií“, dokonce 81 % v případě „internetu“. Naopak odpovědi závislých respondentů v této otázce byly oproti očekávání odborníků rovnoměrněji rozloženy v průběhu celé škály.

Srovnání Grafu 25 a 37 je rovněž poměrně zajímavé – tato část sledovala úlohu rodičů jako možného faktoru navádějícího k drogovému experimentu. Závislí respondenti nejčastěji volili sloupec 1 – „odrazující“ od drogového experimentu – 45 % odpovědí. Naopak odborníci nejčastěji volili sloupec 3 – tedy střed škály. Nedomnívám se však, že by odborníci chápali rodiče jako nabádající k experimentu s drogou, spíše tím poukazovali na selhání úlohy rodiče v oblasti prevence.

U vlivu kamarádů jakožto navádějícího faktoru došlo ke shodě odborníků se závislými respondenty. Obě cílové skupiny dotazníkového šetření pocítují silný vliv vrstevnických skupin v této oblasti. V této souvislosti je důležité zmínit i vliv

sourozenců – ten se dle odpovědí závislých respondentů ukázal jako poměrně silný protektivní faktor.

Z hlediska prevence je důležité se zaměřit na vliv besed s drogovou tematikou a vliv informačních nástěnek na cílové skupiny. V otázce besed (Graf 30 a 42) se obě dotazované skupiny shodují v názoru, že tento informační kanál má na cílové skupiny spíše, či zcela odrazující vliv vzhledem k možnému drogovému experimentu. Tento fakt tedy poukazuje na přínos besed v oblasti primární prevence drogových závislostí. Samozřejmostí je kvalitní zpracování dané besedy, vhodné směřování k cílové skupině a včasnost začátku primární prevence.

Toto zjištění koreluje i s výstupy otázky č. 4 v dotazníku určeném závislým respondentům. Zde byli respondenti dotazováni na možnost navržení účinného preventivního programu jakožto lidé, kteří mají osobní zkušenost s drogou. Nejčastěji byly zmiňovány právě besedy s exuživateli, kde by dotázaní poukázali na dopad drog na život a zdraví jedince (návrh jednoho z uživatelů drog na složení přednášejících byl pedagog + bývalý uživatel + lékař).

V případě nástěnek nebyl odborníky vnímán tak silný odrazující efekt – nejčastěji byly v odpovědích zastoupeny sloupce 2 a 3 na dané škále. Tento postoj dotazování odborníci v rozhovorech nad rámec dotazníku vysvětlovali tím, že nástěnka poskytuje strohou informaci bez souvislostí, která může část cílové skupiny naopak k experimentu přivést.

Mírně očekávaným zjištěním byl výstup Grafu 45. Zde dotázaní odborníci prezentovali svůj postoj k drogám. 5 respondentů uvedlo „jiný“ postoj. 4 z nich přiznali, že občas užívají marihuanu. Jednalo se o terénní pracovníky do 35 let.

Ve srovnání s literaturou a jinými zdroji vyplynuly následující informace. Jak uvádí Nešpor (44) jednou ze zásad efektivní primární prevence je její včasný začátek. Kalina (29) uvádí, že účinnost prevence je nejvyšší, pokud začíná 2 až 3 roky před vlastním experimentem. Na tuto oblast se zaměřila otázka č. 1 a otázka č. 11 v dotazníku určeném závislým respondentům. V dotazníku určeném odborníkům tuto

oblast sledovala otázka jedenáctá. Ze srovnání odpovědí obou skupin vyplývá, že přestože se významná část odborníků domnívá, že primární prevence začíná včas (takto odpovídali hlavně školní metodici prevence), není tomu tak. Závislí respondenti uváděli často věk prevence drogových závislostí 13 – 14 let. Nedojde tedy k předstihu prevence před experimentem, primární prevence se tak ocitá v pozici včasné intervence.

Za samostatnou skupinu primární prevence můžeme považovat peer programy. Tato část prevence je poměrně hojně využívána, přestože její nejvyšší rozmach byl cca před deseti lety. Obecně je považována za účinnou formu (2, 12, 23, 51). Z rozhovoru s některými z odborníků však vyplynulo i jisté riziko. Část vrstevníků – budoucích „peerů“ - se do programů přihlašuje nikoli z altruistických důvodů s cílem pozitivně působit na vrstevníky, ale proto, že již mají zkušenost např. s marihuanou, daná problematika je zajímavá a chtějí se o ní dozvědět více. Může pak docházet k tomu, že člověk, jenž měl původně vrstevníky pozitivním příkladem ovlivňovat a formovat jejich postoje směrem k tomu, aby drogu uměli a chtěli odmítat, přinejlepším tuto funkci neplní, v horším případě má opačný vliv. Tento jev dle dotázaných odborníků není zcela vzácný.

Dalším významným zjištěním byl odborníky silně pociťovaný stav společnosti, který popisovali jako prodrogově naladěný a tolerantní k drogám. Přestože se tyto jevy zatím neprojevily v odpovědích závislých respondentů ve výzkumném vzorku, je třeba mít tyto jevy na paměti a vhodně jim primární prevenci přizpůsobovat. Z otázky č. 5 v dotazníku určeném odborníkům také vyplývá, že postoje cílových skupin neodpovídají současnému stavu prevence.

Prodrogové tendence jsou patrné ve společnosti z mnoha různých zdrojů (13, 15, 17, 35, 36, 41, 56, 71). Oproti zahraničním zkušenostem má ČR rezervy ve využívání médií v protidrogových kampaních (6).

Ke vzniku drogové závislosti se váže řada teorií, např. teorie systémů předpokládá, že každý jev je důsledkem neustálé interakce různých systémů. V oblasti užívání návykových látek se na různých úrovních jedná o systémy intrapersonální

(psychické, somatické), interpersonální (rodina, vrstevníci apod.) a sociální (životní prostředí, sociální klima apod.). Symptom (např. užívání návykové látky) je vnímán v širším kontextu než pouze v kontextu individua – identifikovaného klienta (9). Jiné teorie vycházejí z psychologického podkladu vzniku závislosti (4). Obecně nejuznávanější je bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti. S odhlédnutím od jednotlivých teorií se odborníci shodují na důležitosti úlohy rodiny (10, 18, 19, 37). Tento problém byl jeden z nejpálčivějších, na který upozorňovali účastníci výzkumu k diplomové práci. Čím silnější je tlak z vnějšího prostředí, tím více bude vzrůstat úloha a přínos rodiny v oblasti prevence. To vše v době, která je kromě postindustriální někdy také označována jako „období krize rodiny“.

Jak stoupá prodrogové naladění společnosti, dostupnost drog a dochází ke snižování věku prvního experimentu, vzniká snaha státu těmto jevům bránit. Dochází tedy k zavádění tzv. „drug free zone“ (30, 39). Zde vidím určité riziko možné, a nic neřešící, kriminalizace žáků či studentů. Nedostatek finančních prostředků na primární prevenci byl zmiňován odborníky v mnohých otázkách. V současné světové finanční situaci se tento trend bude bohužel ještě prohlubovat. Uvádí se, že jedno euro vložené do prevence ušetří zhruba 4-5 EUR vynaložených posléze na léčbu (3). Jedná se často o politická rozhodnutí vázaná na mandát jednotlivých poslanců – jeden z odborníků situaci glosoval slovy „*primární prevence není vidět, nový chodník ano*“. Domnívám se, že pokud se budou věnovat prostředky spíše na represivně cílené projekty, stav primární prevence se nezlepší.

Se stavem primární prevence úzce souvisí i problém její evaluace. Tuto oblast odborníci hodnotili zcela negativně. Žádný z dotázaných odborníků pracujících v oblasti drogových závislostí nebyl spokojen se stavem hodnocení účinnosti prevence. K evaluaci primární prevence existují nástroje (33,45) nicméně v praxi nejsou z různých důvodů využívány. Školní metodici prevence otevřeně přiznávali, že nad vlastní aktivity primární prevence a klasického pedagogického působení nemají na hodnocení účinnosti preventivních intervencí čas. Pokud toto hodnocení probíhá, je zcela formální, spíše kvantitativně zaměřené.

Pokud se zamyslíme nad vývojem společnosti, který můžeme subjektivně pociťovat jako stále rychlejší, nezbyvá, než i primární prevenci neustále přizpůsobovat aktuálně vnímaným jevům. Pozitivně vnímám zavádění etické a mediální výchovy na základní školy (60). Stejně tak je i viditelná snaha reflektovat nové postoje cílových skupin (26).

Zarážejícím faktem v průběhu dotazníkového šetření bylo zdůvodnění 3 metodiků prevence, kteří odmítli spolupráci. Výzkum byl prováděn standardním anonymním dotazníkovým šetřením – tzn. byla zaručena anonymita vůči škole i konkrétním osobám. 3 metodici školní prevence odmítli spolupráci z důvodu, že se necítili dostatečně kompetentní. Pokud tento důvod nebyl pouze zástěrkou jiných motivací se výzkumu neúčastnit, považuji tento stav za alarmující.

V případě dalších podobných výzkumů lze vzhledem k určitým specifikům cílové skupiny závislých respondentů doporučit určité kroky. Nízká návratnost dotazníků od respondentek ženského pohlaví by mohla být pravděpodobně zvýšena zapojením výzkumnice - ženy. V případě závislých respondentů K-centra jsou možnostmi opakované návštěvy a navázání určité formy důvěry na obou stranách – což je vhodné zvláště v případě řízeného rozhovoru –, nebo využít případných dobrých vztahů s pracovníky K-centra, které uživatelé již znají.

6. Závěr

K vypracování diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Základní přístup použitého kvalitativního výzkumu může být charakterizován jako metoda fenomenologického zkoumání.

Fenomenologická studie nemusí začít s nějakou určitou výzkumnou otázkou. Určuje se pouze směr zaměření a širší definice sledovaného fenoménu (22).

Přes tuto možnost byly některé výzkumné otázky zvoleny:

1. Jak je vnímána účinnost primární prevence drogových závislostí jednotlivými skupinami výzkumu?
2. Je primární prevence drogových závislostí aplikována systematicky, včasně a v dostatečné míře?

Pokud budeme extrapolovat výsledky kvalitativního výzkumu v hypotézy, které budou moci být ověřeny výzkumem kvantitativním, můžeme předpokládat následující:

H1: Odborníci vnímají primární prevenci drogových závislostí jako spíše účinnou.

H1.1: Závislí jedinci vnímají primární prevenci drogových závislostí jako spíše účinnou.

H2: Preventivní působení není vzhledem k věku prvního drogového experimentu aplikováno včas.

Domnívám se, že cíl práce, přinést náhled na postoje odborníků a závislých respondentů k vnímané účinnosti primární prevence, byl splněn. Dotazníkové šetření poskytlo několik zajímavých výstupů.

Za nejdůležitější zjištění výzkumu považuji závislími respondenty zdůrazňované větší zapojení bývalých uživatelů v rámci primární prevence. Zdá se, že v dnešní době je informací o účincích drog dostatek, ze zřetele se ztrácí, nebo jsou více tolerovány, jejich dopady na jedince i společnost.

Odborníci upozorňovali na podfinancování primárně preventivních aktivit. Na tomto negativním trendu se neblaze podepisuje i současná světová finanční situace. Překvapujícím byl i fakt, kdy odborníci otevřeně přiznávali absenci, nebo nevhodné hodnocení primární prevence.

Domnívám se, že práce poukázala na několik fenoménů, které by bylo vhodné dále rozpracovat. K tomu by mohlo dojít na základě jiné diplomové práce, případně návrhu grantu. Některá doporučení vztahující se ke specifikům cílových skupin dotazníkového šetření byla zmíněna v části 5. – Diskuze.

7. Klíčová slova

- drogy
- efektivní prevence
- monitoring efektivity
- primární prevence
- účinnost

8. Seznam použitých zdrojů

1. *ABZ slovník cizích slov* [online]. ©2005-2006 [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo>>.
2. *Adolescent peer pressure: theory, correlates, and program implications for drug abuse prevention.* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED312520&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED312520>.
3. *Analýza programů.* [online]. ©2003-2004 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=101&list=101&show=100168>>. Diskuze
4. BERGERET, Jean. *Toxikomanie a osobnost.* 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 91 s. ISBN: 80-7187-003-X. (diskuze)
5. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů.* Verze 3.0 (2004). ©1999–2004, poslední aktualizace 11.11.2004. Dostupný z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>>. <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
6. CRANO, William – BURGOON, Michael. *Mass media and drug prevention.* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://books.google.cz/books?id=Q3zWeIU78MwC&dq=drug+prevention&printsec=frontcover&source=bl&ots=FvdNaHutu-&sig=n1MLYOeM9GnetBKIOBVXDIOvNiQ&hl=cs&ei=7PcTSv3pEsTw_Ab2yaWoDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6>.
7. ČERNÝ, M. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci. In. *Zaostřeno na drogy.* Praha: Úřad vlády ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007. 12 s. ISSN 1214–1089.

8. *Česká republika má dvě monitorovací střediska pro drogy* [online]. ©2003-2006, poslední revize 04.10.2005 [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/ceska_republika_ma_dve_monitorovaci_strediska_pro_drogy>.
9. *Definice pojmů.* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.prevcentrum.cz/CPMR/Zakladni-Pojmy.aspx>>. diskuze
10. *Diskuze.* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://is.muni.cz/th/72263/lf_b/BC-kap6-10.txt?lang=en>. Diskuze
11. DOSTÁL, J. – MACHÁČKOVÁ, P. Systémové pojetí edukačního procesu a možnosti měření jeho efektivnosti. In *Systémové přístupy 2005*. Praha: VŠE, 2005. CD-ROM. ISBN 80-245-1012-X.
12. *Drug Education peer counseling program.* [online]. ©1999 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://usmayors.org/bestpractices/bp98/09_1998_Preventing_School_Violence106.htm>.
13. *Druhy psychedelické zkušenosti. Klasický průvodce účinky LSD na lidskou psychiku.* [online]. ©2000-2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://biotox.cz/enpsyro/pj3195.html>>. diskuze
14. *EU drugs action plan (2009–12).* [online]. poslední revize 08.01.2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index66221EN.html>>.
15. *EU: Kokain je v Evropě stále oblíbenější.* [online]. ©2009, poslední revize 19.09.2008 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://www.lidovky.cz/eu-kokain-je-v-evrope-stale-oblibenejsi-dy8-/ln_eu.asp?c=A080919_084929_ln_eu_mtr>. Diskuze
16. *Evaluace a diagnostika preventivních programů.*
[online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/valuace.pdf>>.

17. *Fenomén: Marihuana - lék nebo droga?* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.stream.cz/video/155/141563-fenomen-marihuana-lek-nebo-droga>>. diskuze
18. FIŠEROVÁ, Magdaléna. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>. diskuze
19. FROUZOVÁ, Magdalena – POHL, Vladimír – ŠIKL, Jan. Vývoj, zrání a závislost. In *Psychoterapie závislostí*. Praha: Skálův institut, 1997. s. 61-66.
20. HARTL, Pavel - HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
21. HARTNOLL, Richard. Drogy a drogová závislost: Vzájemné propojení výzkumu, politiky a praxe - Dosud získané zkušenosti a rýsující se výzvy. Přeložil J. Radimecký. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 98 s. ISBN 80-96734-45-5.
22. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN: 80-7367-040-2.
23. *Identifying peer effects in substance abuse treatment*. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/0/9/3/4/7/p93474_index.html>.
24. *Indikovaná primární prevence* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.prevcentrum.cz/PPP/IPP.aspx>>.
25. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí* [online]. ©2007 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://www.odrogach.cz/monitorovaci_dotazniky/>.
26. *Jak vidí primární prevenci mladí lidé*. [online]. ©2006-2009, poslední revize 11.01.2006 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=70&iid=29&acc=enb>>. diskuze

27. JANSÁ, Petr. *Edukace*. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <www.tiebasket.com/ts_ftvs/pedagogika/ts_20080919_pedagogika.pdf>.
28. KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
29. KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6.
30. *Kam kráčí(š), primární prevence rizikového chování?* [online]. ©2006-2009, poslední revize 26.11.2008 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/57/1410/Kam-kraci-s-primarni-prevence-rizikoveho-chovani-.html&sess=424f5f68f854c398d183e504af585e81>>. Diskuze
31. KOHOUTEK, Rudolf et al. *Základy pedagogické psychologie*. 2. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1996. 184 s. ISBN 80-85867-94-X.
32. KOZLOVÁ, Lucie – KUBELOVÁ, Veronika. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 56 s. ISBN: 978-80-7394-112-3.
33. KUČERA, Zdeněk – KASÍKOVÁ, Miluše. Hodnocení efektivity projektů protidrogové prevence realizovaných z prostředků hlavního města Prahy v roce 2000. In *Hodnocení aktivit podpory zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. s. 30-63. vol. 4, ISSN: 1213-8096. (diskuze)
34. LANGMEIER, Josef - KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7196-195-X.
35. *Legalizujte marihuanu, volaly dva tisíce demonstrantů v Praze*. [online]. ©2003-2009, poslední revize 09.05.2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.novinky.cz/domaci/168331-legalizujte-marihuanu-volaly-dva-tisice-demonstrantu-v-praze.html>>. diskuze

36. *Marihuana pomáhá. Odmítáme, aby byli lidé za její pěstování a užívání kriminalizováni.* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.konopijelek.cz/index.php?strankaodporuji-dekriminalizaci>>. Diskuze
37. McGRATH, Y., SUMNALL, H., McVEIGH, J., BELLIS, M. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací. Nejnovější výzkumné poznatky.* [online]. ©2003-2006, poslední revize 31.08.2007 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/prevence_uzivani_drog_mezi_mladyimi_lidmi_prehled_dostunych_informaci>. (diskuze, str.napr 17)
38. *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <http://nove.raabe.e4.cz/files/1_z_skmetodicky%20pokyn%20k%20primarni%20preveneci%20socialne%20patologickych%20jevu%20u%20deti,%20zaku%20a%20studentu%20ve%20skolach%20a%20skolskych%20zarizenich.pdf>.
39. *Médea Security připravuje tři služby: Vypátrej a zachraň, Drug Free Zone a Preceptor.* [online]. ©2008, poslední revize 14.05.2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.ceskaskola.cz/2009/04/medea-security-pripravuje-tri-sluzby.html>>. diskuze
40. MIOVSKÝ, Michal et al. *Vybrané termíny primární prevence* [online]. ©2006, poslední revize 12.10.2007 [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/vybrane-terminy-primarni-prevence>>.
41. *Mladým lidem chutná perník.* [online]. ©2005 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://reflex.cz/Clanek33705.html>>. diskuze
42. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009.* [online]. ©2003-2006, poslední revize 21.02.2006 [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/protidrogova_politika/protidrogova_strategie_akc>

ni_plan_a_dalsi_publikace/narodni_strategie_protidrogove_politiky_na_obdobi_2005_a_z_2009>.

43. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/knizkycz.html>>.

44. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN: 80-7178-432-X. (diskuze)

45. NEŠPOR, Karel. *Metodika prevence ve školním prostředí*. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/meto1.doc>>.

46. NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN: 80-7178-515-6. (diskuze)

47. NEŠPOR, Karel. *Zásady efektivní primární prevence*. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/pripre7r.doc>>.

48. NĚMEC, Jiří et al. *Pedagogové proti drogám* [online]. ©2003-2004 [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=108&list=108&show=100055>>.

49. POLANECKÝ, V. et al. *Výroční zpráva ČR – 2004: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. 1.vyd. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie, 2005. 176 s. ISBN 80-239-4522-X.

50. PRESL, Jiří. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1994, 87 s. ISBN: 80-85800-18-7. (diskuze)

51. *Preventing drug abuse among children and adolescents*. [online]. poslední revize 20.02.2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.nida.nih.gov/Prevention/Prevopen.html>>.

52. *Primary prevention of child abuse* [online]. ©1999, poslední revize 15.03.1999 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.aafp.org/afp/990315ap/1577.html>>.

53. *Primary prevention of substance abuse* [online]. ©2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/global_initiative/primary_prevention/en/>.
54. *Primárně preventivní programy*. [online]. ©2002-2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=47>>. Diskuze
55. *Primární prevence* [online]. ©2002-2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=47#>>.
56. *Problém Česka: marihuana*. [online]. ©2009, poslední revize 23.11.2007 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://www.lidovky.cz/problem-ceska-marihuana-0so/ln_noviny.asp?c=A071123_000018_ln_noviny_sko&klic=222574&mes=071123_0>. diskuze
57. *Protidrogová policie představuje nebezpečí pro dospívající*. [online]. ©1999-2009, poslední revize 16.01.2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/petra-gelbart.php?itemid=5629>>. Diskuze
58. *Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky – RVKPP*. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?docid=68733&nid=2807&doctype=ART>>. v teorii
59. *Selektivní primární prevence* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.prevcentrum.cz/PPP/SPP.aspx>>.
60. *Spíš smutné zprávy*. [online]. ©2009, poslední revize 01.05.2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://www.lidovky.cz/spis-smutne-zpravy-0ob/ln_nazory.asp?c=A090430_073117_ln_nazory_val>. diskuze
61. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001 – 2004* [online]. ©2002–2008 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <[121](http://www.kr-</p></div><div data-bbox=)

vysocina.cz/vismo/dokumenty2.asp?u=450008&id_org=450008&id=69297&p1=0&p2=&p3=>.

62. *Studium: Specializační studium pro metodiky prevence 2009 – 2011*. [online]. ©2006-2009, poslední revize 26.04.2008 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/172/1553/STUDIUM-Specializacni-studium-pro-metodiky-prevence-2009-2011.html&sess=b3643dd87fe2ae2a173ff09d0e83f8af>>.

v teorii

63. TRAPKOVÁ, Barbora. *Cíle primární prevence dle věku cílové skupiny* [online]. ©2003-2004 [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=152&list=152&show=100009>>.

64. *Vláda České republiky: Národní monitorovací středisko* [online]. ©2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/narodni-monitorovaci-stredisko-pro-drogy-a-drogove-zavislosti-2029/>>.

65. VLČKOVÁ. *Základní pedagogické kategorie a pojmy*. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <is.muni.cz/elportal/estud/lf/ps05/mpmp071/ped_kategorie.pdf>.

66. *Všeobecná primární prevence* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.prevcentrum.cz/PPP/VPP.aspx>>.

67. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

68. *Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů 379/2005 Sb.*

69. *Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon) č.561/2004 Sb.*

70. *Zdraví 21*. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <http://aplikace.msmt.cz/HTM/1046zdravi21cil1_9str1_56.htm>. v teorii

71. *Zelení a lidovci si vjeli do vlasů kvůli marihuaně.* [online]. ©2003-2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z: <<http://www.novinky.cz/domaci/154115-zeleni-a-lidovci-si-vjeli-do-vlasu-kvuli-marihuane.html>>. diskuze