

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ PREPARÁTŮ A DROG NA
BÁZI LÉČIV DĚTMI**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
MUDr. Peter Kováčik

Vypracoval:
Bc. Miroslav Blaha

Brno 2008

**Prohlašuji, že tuto diplomovou práci jsem vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.
Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.**

V Brně dne

.....
podpis

PODĚKOVÁNÍ:

MUDr. Petru Kováčikovi, za odborné vedení a konzultace, jeho cenné rady a připomínky.

Bc. Zuzaně Blahové, mé manželce, za rady z oblasti dané problematiky.

Panu Vladimírovi Příbylovi za technickou pomoc.

...Můžeme sebeusilovněji uvažovat o potřebě zdraví, ono lepší nebude, pokud se nepodaří touto úvahou zmobilizovat skutečnou vůli, vyvěrající z kořenů lidské bytosti.

MUDr. Ctibor Bezděk

OBSAH

Úvod	str. 6
1. Zdraví dětí	
1.1 Obecná východiska péče o zdraví	str. 8
1.2 Mezinárodní programy péče o zdraví	str. 10
1.3 Nejčastěji zneužívané skupiny léků, jejich účinky na organismus	str. 13
2. Ohrožení zdraví dítěte	
2.1 Období dětství	str. 16
2.2 Léky a sebepoškození	
2.2.1 Definice	str. 16
2.2.2 Klinické znaky	str. 17
2.2.3 Terapie	str. 18
2.3 Zneužívání léků a vliv na vznik sociálních patologií	str. 18
2.4 Vlivy z dětství na období dospívání a vztah užívání léků k drogové závislosti	str. 19
3. Prevence zneužívání léků a drog	
3.1 Druhy prevence,	str. 22
3.2 Úloha školních psychologů a lékařů.	str. 23
3.3 Výchova ke zdravému životnímu stylu v souvislosti s možným zneužíváním návykových látek.	str. 25
3.4 Školní preventivní programy	str. 28
4. Výzkumná šetření u žáků 9. tříd ZŠ a metodiků školní prevence	
4.1 Cíle práce	str. 33
4.2 Metodika výzkumu	str. 34
4.3 Výsledky šetření, vyhodnocení	str. 35
4.4 Shrnutí výsledků výzkumu	str. 60
Závěr	str. 63
Resume	str. 64
Anotace	str. 65
Seznam literatury	str. 66
Seznam tabulek a grafů	str. 69
Seznam příloh	str. 73
Seznam zkratk	str. 74

ÚVOD

Vývoj zdravotního stavu dětí a dospívajících ve všech rozvinutých zemích vykazuje v posledních desetiletích podstatné změny, naše republika není v tomto trendu výjimkou. Hlavní příčinou velké části morbidity, ale i mortality našich dětí a dospívajících se stává oblast chování a převládá tak nad problematikou biologickou. Hovoříme o tzv. přesunu rizik vyvíjejícího se jedince. Zatímco dříve bylo nejrizikovějším obdobím novorozenecké a kojenecké, dnes je to v rozvinutých zemích právě puberta a adolescence. Důvodem je syndrom rizikového chování, který má tři základní okruhy. Za prvé je to abúzus návykových látek (sem patří i zneužívání – sebepoškozování léky). Druhým okruhem jsou negativní sociální jevy v užším smyslu (problémové chování, sociální maladaptace, agresivita, kriminalita, autoagresivita – především suicidiální chování. Třetím problémem jsou poruchy reprodukčního zdraví.

Jelikož máme syna, který navštěvuje 9. třídu ZŠ a MŠ Hutník ve Veselí nad Moravou, a tato problematika se v ročníku vyskytla, rozhodl jsem se k napsání mé diplomové práce na zmíněné téma. Jedná se o sebepoškozování léky, což je téma málo veřejně a mediálně diskutované a částečně opomíjené. Tento sociálně patologický jev je neustále zastiňován problematikou drogovou o které se tato práce však nezmiňuje pro velkou obsáhlost a obsahovou odlišnost.

K tomuto záměru byly stanoveny následující cíle:

1. Zjistit a zachytit četnost nežádoucího jevu zneužívání léků u zkoumaného vzorku respondentů, srovnat, zda se více vyskytuje na městských nebo na vesnických školách.
2. Zjistit, zda pohlaví hraje významnou roli v četnosti výskytu tohoto nežádoucího jevu.
3. Zjistit a zachytit nejčastější důvody vedoucí mládež k tomuto negativnímu jevu a zmapovat nejčastěji uváděné motivační faktory, které by mládež vedly ke skoncování s tímto jevem.
4. Zjistit, jakým způsobem je tvořena a prováděna prevence sociálně patologických jevů na školách; na které jevy se školy nejvíce zaměřují a zjistit, zda jsou nepovinné školní preventivní programy aktivně využívány žáky (chlapci x dívky; město x vesnice).

K daným cílům byly vytvořeny následující hypotézy:

Hypotéza k cíli 1:

Je předpokladem, že vzhledem k oblasti, kde byl výzkum prováděn se tento patologický jev bude vyskytovat ojediněle, ale také že na městských školách se četnost tohoto patologického jevu bude vyskytovat častěji než na vesnických školách.

Hypotéza k cíli 2:

Je předpokladem, že pohlaví nebude hrát statisticky významný faktor u zkoumaného problému.

Hypotéza k cíli 3:

Je předpokladem, že největším problémem vedoucím ke zneužívání léků budou problémy ve škole. Jako nejčastější motivační faktor ke skoncování se zneužíváním léků bude hrozba trestu (sankce).

Hypotéza k cíli 4:

Je předpokladem, že nejčastějším východiskem pro tvorbu školních preventivních programů, které uvedou metodikové školní prevence, bude studium pedagogické (žakovské) dokumentace; nejčastější formou provádění prevence na školách budou besedy a nejčastěji sledovaným patologickým jevem na který se školy zaměřují bude problematika drog. Dalším předpokladem k tomuto cíli bylo, že o účast na preventivních programech bude větší zájem u dívek a ve městě než u chlapců a na vesnici.

Práce se formou systémového přístupu zaměřuje na zachycení a objasnění rozdílů v sebepoškození léky ve skupině dětí a skupině dospívajících a poukazuje na závažnost možnosti poškození zdraví a vzniku poruch rozvíjejícího se mladého organismu běžně dostupnými léčivy. Jejím prostřednictvím bych chtěl seznámit odbornou i laickou veřejnost s možností výskytu tohoto problému, jeho četností a možnostech řešení.

Studiem různých publikací jsem zjistil, že literatury zaměřené na problematiku sociálně patologických jevů v oblasti zneužívání léků a léčiv není tolik jak by se zdálo. Většinou se problematiky léků a léčiv dotýká pouze okrajově a jako primární uvádí problematiku drog, jako jsou heroin, kokain, LSD, pervitin, různé těkavé látky a halucinogeny apod.. Léčiva jsou uvedena na posledním místě jako málo významná, ač jejich spotřeba v poslední době stoupá a tím se zvyšuje i četnost zneužívání.

1. ZDRAVÍ DĚTÍ

1.1 OBECNÁ VÝCHODISKA PÉČE O ZDRAVÍ

Definice: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody, nejen nepřítomnost nemoci.

Vývoj zdravotního stavu dětí a dospívajících ve všech rozvinutých zemích vykazuje v posledních desetiletích podstatné změny, naše republika není v tomto trendu výjimkou. Hlavní příčinou velké části morbidity, ale i mortality našich dětí a dospívajících se stává oblast chování a převládá tak nad problematikou biologickou. Hovoříme o tzv. přesunu rizik vyvíjejícího se jedince.

Zatím co dříve bylo nejrizikovějším obdobím novorozenecké a kojenecké, dnes je to v rozvinutých zemích právě puberta a adolescence. Důvodem je syndrom rizikového chování, který má tři základní okruhy:

Za prvé je to abúzus návykových látek, druhým okruhem jsou negativní sociální jevy v užším smyslu (problémové chování, sociální maladaptace, agresivita, kriminalita, autoagresivita – především suicidiální chování). Třetím problémem jsou poruchy reprodukčního zdraví.

Vliv názorů stejně starých dětí nebo dospívajících stejně jako snaha se jim vyrovnat, překonat je nebo upoutat jejich pozornost, jsou nepochybně jedním z mnoha faktorů podílejících se na vzniku patologických jevů, jako je například zneužívání návykových látek. Tlak skupiny vrstevníků se uplatňuje mnoha způsoby. Pro dítě není nijak snadné mu odolat, udržet si vlastní identitu, žít zdravě a správně.

Na optimální kvalitu zdraví má vliv osobní chování a jednání každého z nás, zdraví komunity, v níž člověk žije a pracuje i globální zdraví světa. Propojením těchto tří rovin získává zdraví integrační charakter, který překračuje hranice medicíny směrem k ekologii, psychologii, sociologii, pedagogice atd.. Toto všechno umožňuje nové preventivní strategie – podpory a ochrany zdraví.

„Vztah ke zdraví je dnes chápán a vymezován jako základní právo každého jedince na zdravý vývoj, zdravotní péči a ochranu zdraví, jako solidarita partnerů, skupin či zemí směřující k ochraně zdraví člověka i přírodního prostředí a především jako odpovědnost každého a všech za zdraví a jeho ochranu.

Zdraví je považováno za základní lidskou hodnotu, která zásadně ovlivňuje kvalitu života od mládí až po stáří – tvoří základ pro plnohodnotný život. To znamená, že kvalita zdraví je zakládána především v dětství a dospívání. V dospělosti pak jde převážně o rozumné využívání získaných vědomostí, způsobů chování a jednání, pro rozvíjení či udržení optimální úrovně fyziologických a psychických hodnot i sociálních vztahů, po co nejdelší dobu.“ (Wasserbauer, S., a kol. *Výchova ke zdraví*, 2000, s.74)

Zdravotní stav dětské populace ovlivňuje především zevní prostředí, ve kterém žijeme a životní styl. Daleko menší podíl má vlastní zdravotní péče a asi jedním procentem se na zdravotním stavu obyvatelstva podílí dědičné vlivy. Protože obvykle žijeme s naším dítětem ve společné domácnosti, musíme vycházet z toho, že nás náš potomek, který již odrostl plenkám, sleduje a napodobuje. Těžko lze počítat s tím, že když budeme pasivně

ležet na gauči a dívat se na televizi, bude naše dítě naplňovat zásady správného životního stylu.

„Pro zdravý vývoj je nezbytné podporovat fyzickou aktivitu dětí nejenom jako způsob výdeje energie a tréninku, ale i jako způsob trávení volného času. Všestranný harmonický rozvoj dětí zahrnuje jak oblast tělesnou, rozumovou, citovou, mravní, pracovní i estetickou. Adekvátní využití trávení volného času brání rozvoji nežádoucích aktivit školáků a dospívajících. Společné aktivity podporují i nejenom soudržnost rodiny, ale i například školního kolektivu, pokud se jedná o pobyty v přírodě, lyžařské výcviky nebo třeba ozdravné pobyty.

Správný životní rytmus se střídáním duševní a fyzické aktivity, dostatkem spánku a relaxace je asi nejlepší obranou proti stresovým situacím, které dnešní doba přináší i dětem. Zdraví je totiž v současné době definováno nejen jako nepřítomnost nemoci, ale i jako schopnost vyrovnat se s běžnou zátěží (v případě dětí i se školou) a být „v pohodě“. Negativní vliv na zdraví má nikotin, a to i ve formě pasivního kuřáctví, podobně jako konzumace alkoholu či jiných návykových látek (čím dříve se začne s konzumací, tím je pravděpodobnější vznik závislosti). Nedostatek pohybové aktivity a nevhodný jídelníček přispívá k rozvoji obezity a výskytu rizikových faktorů pro další zdravotní vývoj (vysoká hladina cholesterolu, cukru, zvýšený krevní tlak).

Výskytu některých dědičných chorob lze předcházet poradou u genetika před početím a vyšetřením v průběhu těhotenství (amniocentéza). Je potřeba si uvědomit, že mnohem více se může uplatnit i tzv. „sociální dědičnost“, tj. například určité způsoby stravování, které se dcera naučila od matky, jež připravovala stravu pro dědu dřevorubce a které jsou nevhodné pro syna s minimální pohybovou aktivitou danou pohybem prstů na počítači.“ (Provazník, K., Komárek, L., Horváth, M. *Manuál prevence v lékařské praxi*, 1993, s.65)

Jak již bylo zmíněno, zdravotní péče samotná má obvykle mnohem menší vliv na zdravotní stav než správné aktivity pohybové a stravovací a vliv zevních životních podmínek. V případě dětí je však potřeba uvést, že preventivní složka této péče má za úkol předcházet vzniku některých nemocí (podávání vitamínu D kojencům brání vzniku křivice, dodávka fluoridů snižuje výskyt zubního kazu, očkování brání vzniku závažných infekčních chorob). Současný systém preventivních prohlídek hrazených z veřejného zdravotního pojištění umožňuje devět vyšetření u registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost v průběhu prvního roku života. Další prohlídka by měla proběhnout v 18. měsíci a posléze od 3. roku jedenkrát za dva roky. V průběhu preventivních prohlídek je sledován růst a vývoj dítěte. U kojence je správný vývoj motorických funkcí známkou správného rozvoje mozku. Adekvátní růst je známkou dobrého zdravotního stavu a zachycení eventuálních odchylek umožní rychlou intervenci, případně léčbu, bez plného rozvoje choroby.

Úkolem preventivních prohlídek je i včasný záchyt smyslových vad a poruch řeči (zrak, sluch, výslovnost) a jejich správná korekce. V předškolním věku je v rámci preventivních prohlídek posuzována i zralost dítěte pro školní docházku. Je vhodné mít vybraného praktického lékaře již před narozením dítěte. U stomatologa by mělo být dítě vyšetřeno poprvé po 6. měsíci a dále dvakrát ročně až do věku 18 let. Gynekologická preventivní péče začíná u děvčat v 15 letech. Projevem aktivního zájmu o zdraví dítěte je proto i využívání systému preventivní péče.

1.2 MEZINÁRODNÍ PROGRAMY PÉČE O ZDRAVÍ

Světová deklarace zdraví – World Health Declaration (WHD), společenský politický rámec rozvoje zdraví pro členské státy WHO v evropském regionu, cíle, hlavní zaměření, základní hodnoty a akční strategie zaručující politický, ekonomický a sociální tlak na prosazování Zdraví 21.

Světová zdravotnická organizace (SZO) = World health organization (WHO) je specializovanou agenturou OSN, zabývající se problematikou zdraví a veřejného zdravotnictví v celosvětovém a mezinárodním měřítku. Jejími členy je přes 190 států celého světa, evropský region WHO má 51 členských států.

Světová deklarace zdraví (SDZ) – World health declaration (WHD)

Členské státy WHO přijaly v květnu 1998 na 51. světovém zdravotnickém shromáždění „Světovou deklaraci zdraví (WHD)“, která formuluje základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech.

V deklaraci je stanoveno zejména, že:

- zdraví je jedním ze základních práv člověka
- každý jedinec má stejná práva, povinnosti i společnou odpovědnost za zdraví
- je nutné klást důraz na odstraňování sociálních a ekonomických nespravedlností pro zlepšování zdraví celé populace s tím, že je potřeba věnovat největší pozornost nejpotřebnějším, zdravotně postiženým a chudým
- zúčastněné státy se zavazují k provedení potřebných změn svých zdravotních systémů tak, aby byl zajištěn všeobecný přístup ke kvalitním zdravotním službám, které jsou založené na současných vědeckých poznatcích a dobré kvalitě jak v současnosti, tak i v budoucnu
- jako společenství národů budou zúčastněné státy pracovat společně, aby omezily zdravotní rizika a prosadily všeobecné zdraví
- berou na vědomí, že změny ve zdraví celosvětové populace vyžadují, aby státy realizovaly „Politiku zdraví pro všechny do 21. století“ prostřednictvím regionálních a národních politických programů a strategií.

Regionální program „Zdraví 21 - zdraví pro všechny v 21. století

Na základě výše jmenované deklarace WHD byl pro Evropský region zpracován program „Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století“. Tento program předkládá soubor metod, kterými lze dosáhnout lepší úrovně zdraví pomocí ověřených postupů. Tyto postupy vycházejí ze společných zkušeností evropského regionu za posledních 15 let. Program „Zdraví 21“ představuje racionální model rozvoje komplexní péče společnosti o zdraví jednotlivce i společnosti.

Základní etické hodnoty

Program „Zdraví 21“ vychází z etických hodnot, které byly deklarovány ve WHD. Jedná se o následující 3 hodnoty:

1. zdraví jako základní lidské právo každého jedince
2. spravedlnost a rovnost ve zdraví pro každého jedince, solidarita při činnostech mezi jednotlivými zeměmi a uvnitř jednotlivých zemí mezi jednotlivými skupinami osob

3. účast a odpovědnost každého jednotlivce, všech skupin obyvatel, společenství, institucí, organizací, resortů i států za rozvoj zdraví.

Základní záměr a hlavní cíle programu „Zdraví 21“

Trvalým a základním záměrem programu „Zdraví 21“ je umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu, tzn. maximálně možné míry celkové duševní, fyzické a sociální pohody, tedy svého zdraví. Stupeň zdravotního potenciálu je určován jednak možnostmi jedince starat se o sebe a druhé a schopností samostatně se rozhodovat a řídit svůj život, jednak tím, jak společnost, v níž člověk žije, se stará o vytvoření podmínek, které jejím členům umožní dosáhnout zdraví.

Aby byl tento záměr uskutečněn, jsou stanoveny dva hlavní cíle pro zlepšení zdraví, směřující k realizaci tohoto záměru:

1. ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý život

2. snížení výskytu hlavních nemocí a úrazů včetně omezení strádání, které lidem přinášejí.

K realizaci základního záměru a dosažení hlavních cílů bylo v programu „Zdraví 21“ pro evropský region stanoveno 21 konkrétních cílů, které tvoří konkrétní osnovu pro přípravu zdravotní strategie v evropském regionu. Tím, že nejsou tyto konkrétní cíle stanoveny v absolutních hodnotách, ale jsou koncipovány jako zlepšení současných národních úrovní jednotlivých členských států, jsou stejně náročné pro státy s různou výchozí úrovní zdraví obyvatelstva.

Akční strategie, zaručující politický, ekonomický a sociální tlak na prosazování programu „Zdraví 21“

Prosazení myšlenek a dosažení cílů programu „Zdraví 21“ bude narážet na celou řadu překážek. Aby byla realizace programu úspěšná, byly zvoleny 4 základní akční postupy (strategie) jejichž smyslem je přispět k realizaci programu a vyvinout ekonomický, sociální a politický tlak při prosazování tohoto programu:

- mezirezortní strategie, postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a průběžně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření
- příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu
- Integrovaná základní zdravotní péče, zaměřená na rodinu a celé společenství, podporovaná flexibilním a citlivým nemocničním systémem
- participační zdravotní rozvoj, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidu přispět, např. rodin, škol, pracovišť, podniků, územních celků, přičemž smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost.

Cíle zdraví pro všechny do 21. století

1. Solidarita pro zdraví v evropském regionu
2. Spravedlnost ve zdraví
3. Zdravý začátek života
4. **Zdraví mládeže do 18. let**
5. Zdravé stárnutí
6. Zlepšení duševního zdraví

7. Snížení výskytu přenosných nemocí
8. Snížení výskytu neinfekčních onemocnění
9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
- 10. Zdravé a bezpečné životní prostředí**
- 11. Zdravější životní styl**
- 12. Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem**
13. Podmínky a příležitosti pro zdraví
14. Multisekitoriální odpovědnost za zdraví
15. Integrovaný zdravotní systém
16. Řízení v zájmu kvality péče
17. Financování zdravotnictví a rozdělování finančních zdrojů
18. Rozvoj lidských zdrojů v zájmu zdraví
19. Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
20. Mobilizace partnerů pro zdraví
21. Politika a strategie v zájmu zdraví pro všechny

Zdraví mladých lidí dle cíle č.4:

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

Dětství a dospívání jsou důležitými etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným a duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, které si uchovává po celý život. Zdravý vývoj mladých lidí je úzce podmíněn dobrým rodinným zázemím a dalšími sociálními vztahy mimo rodinu. Mladé lidi ohrožuje celá řada zdravotních rizik typických pro toto životní období, např. drogy, tabák, alkohol, touha po sexuálních zkušenostech.

Snížení tělesné aktivity a nezdravé stravovací návyky vedou v mnoha zemích k vyššímu počtu obézních osob mezi mladými lidmi. Obezita mnohdy přetrvává do dospělosti. Děti a mládež minimálně sportují.

I přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatel se zdravotní stav dětí a mladistvých výrazně nezlepšuje. Stoupá počet alergických onemocnění, onemocnění nervového a pohybového systému, trvá nárůst poruch chování, stoupá počet závažných úrazů. Úmrtnost dorostu v posledních 10 letech stagnuje. Hlavní příčinou smrti je poranění a otrava (včetně sebepoškození), a to v 72 % (v celé populaci činí tato příčina 7 %). Nejrizikovější populační skupinou mládeže jsou učni.

Sebevraždy se v ČR staly, stejně jako v ostatních rozvinutých zemích, jednou z častých příčin úmrtí v tomto věku.

Zdravé a bezpečné životní prostředí dle cíle č.10:

V roce 2015 by měli lidé v regionu žít v bezpečnějším životním prostředí a kontaminaci prostředí zdraví škodlivými látkami udržet na úrovni nepřesahující mezinárodní standardy a to snížením průmyslových emisí, propagací zdravého jídla a redukce obezity, což ale vyžaduje politiku, která by zlepšila dostupnost a spotřebu ovoce a zeleniny a snížila spotřebu tučných jídel, zvláště u lidí s nižšími příjmy. Obchodní a zemědělská politika by měla pokračovat v podpoře prostředí. Samotná zdravotní výchova nestačí k úspěšné změně stravovacích návyků.

Zdravější životní styl dle cíle č. 11:

Do roku 2015 by lidé měli přijmout zdravější životní styl, zvláště v oblasti výživy, tělesné aktivity a sexuality. Zde by měla být nápomocna finanční podpora veřejné dopravy - chůze, jízda na kole (stezky pro cyklisty) i používání MHD místo aut což přímo podporuje zdraví i snížením smrtelných úrazů a hladiny emisí.

Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem dle cíle č.12

Do roku 2015 by se měly v regionu snížit nepříznivé zdravotní účinky spojené s konzumací návykových látek. Madridská charta proti tabáku 1988, akční plán pro Evropu bez tabáku, Evinův zákon omezil reklamu na cigarety, Evropská charta bez alkoholu (Paříž 1995) navrhuje terapeutické strategie a taktiku veřejného zdravotnictví. Odhaduje se, že v Evropě je asi 2 miliony narkomanů. Do roku 2015 by měla vzniknout ve větších městech a problémových oblastech centra pro drogově závislé a měla by být zabezpečena jejich snadná dostupnost a tím zaručeno snížení rizikového chování a kriminálních aktivit. Je zaručeno zvyšování daní z tabákových výrobků a vytváří se nekuřácká veřejná místa jako například zákaz kouření na zastávkách, nádražích nebo například zákazy kouření v restauracích jako v Německu nebo Švýcarsku.

(Ministerstvo zdravotnictví ČR. WHO – Regionální úřadovna pro Evropu Zdraví 21 – *Zdraví do 21. století*, 2001, s. 3-5, s. 8-11)

1.3 NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ SKUPINY LÉKŮ, JEJICH ÚČINKY NA ORGANISMUS

Informace o léčivých látkách:

Lék = léčivá látka, léčivý přípravek upravený k použití a vzdání nemocnému. Lékařsky zdůvodněné podání léčiv spadá do tří hlavních kategorií:

- a) důvody terapeutické
- b) důvody diagnostické
- c) důvody preventivní.

Neodůvodněné užívání léků označujeme jako zneužívání léčiv. Jestliže takovéto užívání látek vyvolá u dotyčného jedince závislost na dané látce, označujeme tento stav jako „závislost na návykových látkách“ (laicky toxikomanie).

Léků je vyráběno velké množství druhů, jsou rozděleny do skupin podle účinku. Některé nemají pro zneužívání význam, ale naopak existují lékové skupiny, které jsou mezi mládeží velmi „ceněny“. Pro mladý a vyvíjející se organismus je však vlastní experimentování s léky velmi nebezpečné. Užívání a zneužívání léků, které adolescent objeví doma v lékárnice, nebo je dostane od kamaráda hrozí závažnými poruchami a poškozeními organismu.

Nejčastěji zneužívané léky můžeme rozdělit do skupin podle účinku: tlumivé a stimulační, další samostatnou skupinou je zneužívání hormonů především mladými chlapci – „sportovci“. Dospívající dívky si ničí zdraví užíváním léků na hubnutí, aby se přiblížily současnému nesmyslnému modelu krásy.

Tyto skupiny můžeme rozdělit do několika podskupin léčiv:

- **hypnotika** – používají se při poruchách spánku, mají vystupňovaný sedativní účinek, kterým se dosáhne až usnutí
- **sedativa** – způsobují zklidnění až útlum
- **anxiolytika** – tlumí strach a úzkost
- **antidepresiva** – pozitivně ovlivňují patologicky změněnou (smutnou) náladu
- **psychostimulancia** – stimulují psychické funkce, odstraňují pocit únavy, zvyšují duševní aktivitu a urychlují myšlení
- **analgetika** – tlumí bolest, často kombinovány s alkoholem

(v terapeutických dávkách se tyto zmíněné skupiny preparátů užívají v medicíně k navození spánku, ke zklidnění, potlačení strachu, bolesti, křečí a k uvolnění svalového a psychického napětí. Mohou být však zneužívány pro vyvolání pocitu euforické nálady, povzbuzení, příjemného vzrušení, čilosti, bdělosti a paradoxně zvýšené aktivity)

- **anorektika** – látky snižující pocit hladu

(v lékařské praxi jsou používány při léčbě těžce otlých k usnadnění redukčních diet, zneužívány jsou především mladými dívkami při poruchách příjmu potravy, ale i sportovci k dosažení rychlého snížení hmotnosti)

- **laxativa** – látky s projímavým účinkem

(terapeuticky používány při poruchách vyprazdňování, zneužívány zejména mladými dívkami ke zhubnutí, jejich dlouhodobé zneužívání vede k závažným poruchám zažívacího systému a metabolismu)

- **anabolické steroidy, růstový hormon, kortikosteroidy** – hormony zneužívané především ve sportu (jsou zneužívány pro rychlý a masivní nárůst svalové hmoty a snížení únavy, představují zakázaný doping pro sportovce a vyhledávané zboží ve fitness centrech; při jejich delším zneužívání dochází ke změnám nálad, pohotovosti k agresivnímu jednání až brutalitě a způsobují závažné poruchy pohlavních a sexuálních funkcí). (Hynie, S. *Základy farmakologie*, 1999, s. 96-97; s. 105-106)

Rizika a následky poškození mladého organismu zneužívanými léky:

Každý lék, i když je nasazen z léčebných důvodů, může mít spoustu vedlejších nežádoucích a toxických účinků. Jestliže je léčivo užíváno (zneužíváno) bez odborného dohledu lékaře, který zpravidla určuje dávku a způsob podání léku, může to vážně poškodit zdraví dospívajícího člověka, jehož organismus je stále ve vývoji a obzvláště citlivě reagující.

Akutní komplikace – jsou reakce organismu objevující se téměř bezprostředně po požití léku. Mezi ně patří alergická reakce projevující se kožními výsevy, svěděním, otoky, ztíženým dýcháním apod. Nejtěžší formou alergické reakce je anafylaktický šok, což je závažný a život ohrožující stav, vyžadující odbornou lékařskou péči na ARO nebo JIP odděleních nemocnic. Další akutní komplikací může být intoxikace, která vzniká při předávkování léky, ať náhodným, či záměrným.

Chronické komplikace se objevují při delším užívání léků. Mohou to být poškození různých tkání a orgánů (např. srdce, krevní oběh, játra, ledviny). Při dlouhodobém užívání

psychofarmak se může objevit nápadná únava a spavost, bolest hlavy, podrážděnost, nevolnost a zvracení, úzkost, deprese, narušením krátkodobé paměti, neschopnost koncentrace, třes, zmatenost, halucinace až delirium.

U osob zneužívajících hormonální preparáty dochází k závažným poruchám funkcí pohlavního ústrojí a předstojné žlázy, ledvin, kardiovaskulárního systému a jater. U mladých lidí v růstovém období hrozí vážné poškození kostního aparátu. Vliv na psychiku je charakterizován zvýšenou až patologickou agresivitou. U dívek a žen mohou steroidy způsobit „zmužnění“ (zhrubnutí hlasu, růst vousů a ochlupení mužského typu, menstruační poruchy, poruchy plodnosti atd.).

Dívky zneužívající anorektika (léky na utlumení pocitu hladu), trpí často tzv. mentální anorexií, kdy vnímají sebe samu zkresleně (připadají si tlusté, i když to není pravda). Svou touhu po štíhlosti vedou až k extrémním stavům, kdy musí být s těžkými poruchami metabolismu hospitalizovány na JIP a později na psychiatrických odděleních. Někdy tyto stavy bohužel končí i smrtí.

Mezi velmi závažnou komplikací u chronického zneužívání léků je tzv. **závislost**. Vzniká po několika měsících pravidelného užívání. Rychle se také rozvíjí tolerance k účinkům léků. To vede ke zvyšování dávek, aby bylo dosaženo žádoucího účinku. Závislost má složku psychickou a somatickou (tělesnou).

Psychická závislost se projevuje obtížně přemožitelnou touhou po „své dávce léku“, potřebu užívat lék opakovaně a s přesvědčením, že pokud to neudělá, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost je pak u takového člověka vyvolána i pouhou představou, že by „svůj lék“ neměl.

Tělesná závislost je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí. Při vysazení léků se projevuje tzv. abstinenčním syndromem. (Kolektiv autorů. *Drogy na předpis*, 1998, s. 362-363)

2. OHROŽENÍ ZDRAVÍ DÍTĚTE

2.1. OBDOBÍ DĚTSTVÍ

Období dětství se nazývá obdobím od doby početí do doby pubescence, tedy asi do 15 let. Kromě zásadního významu biologického vývoje jsou v tomto období také pokládány základy pro citový vztah mezi matkou, resp. oběma rodiči. Interakce matky a dítěte začíná již v době těhotenství. Na fyziologické úrovni je jejich vzájemná komunikace zprostředkována krví, a protože různé prožitky a emoční stavy matky mají určitou biochemickou odezvu, pocítí je i plod. Vývoj může být ovlivněn celou řadou dalších okolností – např. alkoholismem, kouřením, chorobami, které matka v těhotenství prodělala nebo fyzikálními vlivy jako například komplikovaným porodem. Mezi činitele, kteří mohou problematizovat zdravý průběh vývoje dítěte patří např. nechtěné těhotenství, nízký i pokročilý věk rodičů, nedonošenost, nemoci a vrozené vady dítěte. Zde je také prakticky jediná možnost přenosu škodlivých vlivů z matky na dítě. Dítě ještě není samo schopné uvažovat o zneužití léků a negativní vlivy se tedy projevují pouze přenosem z matky na dítě.

Jiné to je v období dospívání, které probíhá asi od 12 let a zde si již pubescent aktivně utváří vlastní identitu – hledá sám sebe a své místo na slunci. Statut „dítě“ se pomalu začíná měnit na statut „dospělý“. U dospívajících probíhá řada změn, které ovlivňují rovněž psychiku a to hlavně ve směru emoční labilitity a zvýšené úzkosti. K tomu dále přistupuje tlak okolí (oblečení ve stylu „in“, chování, výběr školy k dalšímu studiu apod.) a další faktory.

V této době začínají první pokusy o experimentování s různými typy návykových látek mezi něž nejčastěji patří alkohol, cigarety a v ojedinělých případech také léky. Mezi nejčastěji zneužívané léky v tomto věku patří anorektika a laxativa. Jedná se o skupiny dívek, které ve snaze zhubnout do podoby modelek jsou ochotny udělat téměř cokoliv. Jinou skupinu tvoří děti, které mají možnost již v tomto věku navštěvovat různé diskotéky, kde se nejčastěji setkají se zneužíváním jiných typů léčiv (anxiolytika, antidepresiva ...) a drog (diskotéková droga, extáze...), kde v kombinaci s alkoholem dochází velmi brzy k závislosti a hrozí zde možnost přechodu až k drogové závislosti.

Ve velmi řídkých případech se lze setkat ve skupinách chlapců s léčivými na bázi steroidů, kdy se tito snaží již v raném věku podobat filmovým hrdinům a rodiče je podporují ve „zdokonalování“ postavy a často neúmyslně i v užívání těchto látek. Zde sice nehrozí riziko přechodu na „tvrdé drogy“, ale o to vážnější pak bývají konečné důsledky.

2.2 LÉKY A SEBEPOŠKOZENÍ

2.2.1 DEFINICE

Sebepoškozování představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity. Přesná definice takového jednání je nesnadná a nemá charakter přesné klinické deskripce a klasifikace.

Sebepoškozování v klinickém slova smyslu představuje kategorii, která má sociální kontext a sociokulturní pozadí. Zacházení s lidským tělem je determinováno sociálními okolnostmi a rituály, které mají kulturní a sociální význam. Tyto okolnosti rozhodují o tom, které zásahy do lidského těla lze pokládat za konvenční normu (např. tetování nebo piercing) a které již mají charakter sebepoškozování v patologickém slova smyslu. Je zřejmé, že sebepoškozující a suicidiální chování se odlišuje, ale toto odlišení nebývá vždy v klinické praxi snadné.

2.2.2 KLINICKÉ ZNAKY

Automutilace (self mutilation) představuje sebepoškození, kde nejčastější motivace vyplývá z psychotické poruchy a sebepoškození může mít symbolický význam. Příkladem je automutilace zaměřená proti části těla (např. ruce, genitáliím, očím, jazyku) symbolicky vyjadřující patologické pocity viny a sebepotrestání při těžké depresi. Bizarní automutilace se mohou vyskytnout u pacientů trpících schizofrenním onemocněním. Automutilace se může také vyskytnout jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru nebo u osob s poruchami osobnosti v zátěžových situacích, jako je např. trestní stíhání, pobyt ve vězení, nedobrovolná hospitalizace a může mít účelový charakter.

Sebepoškozování (self harm, self injury, self wounding) je termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebepoškozováním (sebezraňováním) bez vědomé suicidiální motivace v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození bývají používány ostré předměty, např. žiletky, sklo. Další formou sebepoškození je popálení, např. cigaretou nebo zapalovačem. Uváděné motivy pro sebepoškození jsou rozličné, nejčastěji uváděným motivem bývá pocit vzteku na sebe samého, úlevy od napětí, někdy též přání zemřít. Sebepoškozování je považováno za jeden ze znaků narušené osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru. Někdy se ovšem sebepoškozující chování koncipuje spíše jako návyková porucha, než jako znak specifické poruchy osobnosti. Do okruhu sebepoškozování bývá zahrnováno i předávkování léky, které je opakováno a není u něj patrný přímý suicidiální motiv. I když v sebepoškozujícím chování můžeme nalézt apel na okolí, nebývá snaha o získání pozornosti okolí jediným motivačním mechanismem.

Syndrom záměrného sebepoškozování (deliberate self harm) představuje širší pojetí sebepoškozujícího chování, které je vydělené z kategorie suicidiálních pokusů a zahrnuje sebepoškozování jako specifický patologický projev u poruch osobnosti (hraniční, histrionské, disociální, mnohočetné poruchy osobnosti), nebo u pacientů s poruchami příjmu potravy (mentální bulimie) a pacientů závislých na návykových látkách.

Syndrom pořezávaného zápěstí (wrist cutting, slashing) má charakter sebepoškozování, v němž dominuje pořezávání, typicky na zápěstí a předloktí, které nemá vědomý suicidiální motiv. Popisuje se, že afektivní projevy, které doprovázejí sebepořezávání, mají specifickou dynamiku a průběh. Pacienti prožívají tenzi a dysforii. Sebepořezání vede k úlevě a k opakování tohoto jednání. Osoby, které se pořezávají, mají snahu proti tomuto

jednání bojovat, ale při snaze ovládnout se prožívají napětí, dysforii a vztek, afektovanou kombinaci, která vede k opakování sebepoškozujícího jednání.

Předávkování léky (self poisoning, overdosing) představuje neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků bez zřetelného suicidiálního úmyslu. Předávkování bývá často opakované. Může jít o léky, které byly pacientovi předepsány nebo které patří někomu z rodiny, ale i takové, které náhodně najde v domácí lékárničce.

(Houdek, František. *Sebepoškozující chování u dětí hospitalizovaných na dětském oddělení psychiatrické kliniky ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice*, Zdravotnické noviny ČR, č.18 (2001), s. 28-29)

2.2.3 TERAPIE

Terapie dětí a dospívajících, kteří se sebepoškozují je obvykle komplexní a obsahuje různé terapeutické modalitty, integruje psychosociální i biologické metody léčby. Hospitalizace je indikována tehdy, když se u pacienta vedle sebepoškozování projevuje další psychopatologie (např. poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, deprese) a když jsou přítomny zároveň projevy suicidiálního chování. U dětí může někdy docházet k tomu, že pro rodiče je neúnosné snášet sebepoškozování dítěte a hospitalizace je podporou pro rodinu. Hospitalizace vyžaduje práci se zkušeným týmem, neboť sebepoškozující se pacienti mají často „manipulativní“ projevy a někdy bývá pro odborný tým nesnadné tyto projevy zvládat. Sebepoškozující pacient se typicky spojuje s mladším nebo osamoceným členem týmu, uvádí různé informace a údaje různým terapeutům, vzbuzuje v terapeutech obavy, pocity viny a zlost. Je třeba, aby personál uměl zacházet s protipřenosem. Terapeuticky použitelné jsou obvyklé modalitty individuální, skupinové a rodinné terapie.

2.3 ZNEUŽÍVÁNÍ LÉKŮ A VLIV NA VZNIK SOCIÁLNÍCH PATOLOGII

Zneužívání léků má vliv na chování, které se dá označit jako disociální, asociální a antisociální. Závažnost chování obvykle stoupá s věkem a má také tendenci se prohlubovat, takže mírnější porušení norem, které je sice nepřiměřeným chováním, ale nenabývá sociální dimenze (tedy disociální chování), anebo je v rozporu se společenskou morálkou (asociální chování), se vyskytuje zpravidla u mladších dětí.

Zahrnujeme mezi ně kázeňské přestupky ve škole, **neposlušnost, vzdorovitost, negativismus, lži**, v případě asociálního chování **alkoholismus, záškoláctví, toxikomanii, útěky, toulky, tabakismus, demonstrativní sebepoškozování, gamblerství, sprejerství, popř. prostituci**, kdy jedinec poškozuje spíše sebe než okolí. V případě antisociálního chování (závažné protispolečenské jednání zahrnující veškerou trestnou činnost - **krádeže, loupeže, vandalství, šikanu, násilí, sexuální delikty, zabití, vraždy**), jež navazuje na asociální formu chování, je obtížná nápravná péče v důsledku fixace poruch a velká pravděpodobnost recidiv, ačkoli se v rámci terciální prevence snažíme těmto recidivám předejít a pomoci těmto jedincům v resocializaci.

Problém záškoláctví patří v současnosti mezi jedny z nejvýznamnějších problémů ve školství. Proto se vyvíjejí a byly vyvinuty mnohé metody a postupy, jak tomuto problému předcházet. Naproti tomu máme k dispozici mnoho informací a údajů, které poukazují na skutečnost, že tyto dosavadní formy prevence nejsou účinné a dostačující.

Záškoláctví je nejklašičtější asociální poruchou u dětí, kdy se jedná o absenci ve škole bez řádného omluvení rodiči či lékařem. Záškoláctví se dopouštějí jedinci, kteří neplní nebo nejsou schopni plnit školní povinnosti a dostávají se do stresujících situací (i ze strachu z potrestání rodiči). Patří sem i skupina dětí, které škola prostě nebaví. Rozlišujeme záškoláctví, které má impulzivní charakter a záškoláctví účelové, plánované.

Šikana – to je nemoc toho, kdo šikanuje. Je to tedy patologické chování. Většina projevů šikany naplňuje skutkovou podstatu trestných činů. Při posuzování toho, co je a co není šikana, musíme mít na zřeteli především to, jak uvedené projevy působí na toho, komu jsou určeny, tedy na oběť šikany. Důležitým znakem šikany je nepoměr sil mezi agresorem a obětí. U šikany je typickým znakem samoučelnost převahy agresora nad obětí. K tomu, abychom mohli hovořit o šikaně, musí existovat agresor, oběť a prostředí, ve kterém se šikana uskutečňuje. Šikanování je velice závažný, společensky nebezpečný jev, ohrožující oběť fyzicky, ale zejména psychicky. To jsou důvody, proč nesmíme šikanu přehlížet nebo zlehčovat.

Šikanování je nutno chápat jako poruchu vztahů. A to nejen mezi agresorem a obětí. Šikana se nikdy neděje ve „vzduchoprázdnu“. Šikana vzniká tam, kde existují ve skupině, ve třídě, nezdravé vztahy, kde je silná diferenciací na silné a slabé. Ve školních kolektivech existuje vážné nebezpečí, že i pedagog, často neúmyslně, ale mnohdy záměrně dá „zelenou“ silnějšímu jedinci, který pak začne vykonávat to, co vede k šikaně. Problém šikany tedy nelze léčit jako problém vztahu mezi agresorem a obětí, aniž bychom léčili celou skupinu. To je jedna z nejčastějších chyb, ke které při řešení problému šikany dochází.

Porucha příjmu potravy

Jde o okruh onemocnění, kam patří mentální anorexie (odmítání jídla), bulimie (záchvaty přejídání a zvracení) - a také přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, například se stresem. U poruch příjmu potravy jsou typické obavy z tloušťky, manipulace s jídlem, sloužící ke snížení hmotnosti a zkrácené vnímání vlastního těla. Jde o psychická onemocnění. To znamená, že chování spojené s anorexií či bulimií není od určitého stádia nemocný člověk schopen ovládat a tedy se i sám bez pomoci druhých nemocí zbavit. Nemoc bývá doprovázena ztrátou zájmu o kontakt s vrstevníky (především u anorexie), nesoustředěností a náladovostí. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava.

(Kalina, K. *Drogy a drogové výzkumy 1.*, 2003, s. 254- 257)

2.4 VLIVY Z DĚTSTVÍ NA OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ A VZTAH UŽÍVÁNÍ LÉKŮ K DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Léky stojí na prvním místě v počtu otrav. Všechny léky by měly zůstat uzamčené. Bez dozoru by neměly zůstat ani kabelky, které jsou pro dítě velkým lákadlem. Nevyplácí se dítě přesvědčovat, že užívaný lék je dobrota či nějaký pamlsek. Měli bychom mu vysvětlit, že jde o lék, který má odstranit jeho chorobu. Pečlivě by měly být uzamčeny

i léky, které dítě užívá v době akutního onemocnění. I tyto léky mohou dítěti způsobit vážnou otravu a neměly by být na volně přístupném místě, nebo dokonce v dětském pokoji.

Tam, kde jsou v domácnosti starší lidé, neměly by se jim připravovat léky na noční stolek do misky. Léky „na tlak, srdce na dýchání“, které staří lidé často užívají, mohou dítěti způsobit otravu v dávce, která je pro dospělého člověka léčebná.

V případě, že dospělý léky užívá, neměl by je užívat za přítomnosti dítěte. To se totiž snaží dospělého napodobovat, a mohlo by pak v nestřežené chvíli sníst i větší množství tablet. Ty mají dnes lákavou podobu (např. barevná lentilka, sladký sirup).

Zde začínají všechny prvotní problémy s lékovou závislostí. Děti vidí, že užívání léků je „normální“. Rodiče jim léky podávají, sami je užívají a léky se volně prodávají. Vztah k lékům je pozitivní. Dítě bolí v krku nebo jej trápí kašel a bere lék, maminku bolí hlava a vezme si lék, tatínek přišel unavený a chce si vzít lék. Toto vše utváří jeho postoj ke škodlivosti nadměrného užívání léků, kdy nic neví o škodlivosti neboť na tuto jej rodiče již neupozorní.

Mnohokrát díky tomuto chybnému postoji blízkých vznikají problémy se kterými se pak již jedinec nedokáže sám vypořádat a naopak nejenom, že užívá léčiv stále více, ale také dochází k přechodu až na užívání drog.

Hůře jsou na tom ženy, kdy v porovnání s muži užívají o 11 procent léků více. U psychofarmak je to dokonce dvojnásobek.

Sedativa a hypnotika jsou nejčastěji předepisovanými psychoaktivními látkami. Jsou užívána perorálně. K rozvoji závislosti je obvykle potřeba několika měsíců denního užívání, ale existují velmi široké interindividuální rozdíly. Vzhledem k legální možnosti užívání těchto látek a jejich časté lékařské proskripci „zdomácněly“ tyto látky v běžné populaci podobně jako jiné psychoaktivní látky v subkulturách toxikomanů. Zde bývají sedativa a hypnotika užívána jako doplněk jiných látek (například ke zvýraznění euforizujícího účinku opioidů nebo alkoholu, případně stimulačního účinku kokainu apod.). Pro sedativa-hypnotika je příznačná postupná, na dávce závislá deprese centrálního nervového systému. Od sedace nebo zlepšení spánku, přes stav celkové anestezie až po koma a smrt.

Většímu rozvoji toxikomanie brání v našich podmínkách účinné předpisy, které omezují jejich volné užívání a také široké předepisování lékaři. Jiná je situace v oblasti slabších léků, které utišují bolest jako například Alnagon, Ataralgin, Eunalgit a další. Dlouho se předpokládalo, že tyto léky nemohou vážně poškodit organismus, ale již v padesátých letech dvacátého století zjistili švýcarští vědci vážná poškození ledvin v souvislosti s dlouhodobým užíváním velkých dávek analgetik. Na základě dlouhotrvajícího sledování spotřeby analgetik se zjistilo, že jejich spotřeba neustále stoupá. Jejich oblíbenost už nebylo možné vysvětlit jen potřebou utišení běžných bolestí. Ukázalo se totiž, že někteří jedinci spotřebují denně až desítky tablet, což jasně hovoří o toxikomanii. Z uvedených šetření dále vyplývá, že kombinace různých složek analgetik je daleko nebezpečnější než jednotlivá složka nebo lék. Vzájemná interakce účinku složek vyvolá nejen silnější účinek proti bolestem, ale také silnější euforii, pocit zvýšené energie nebo uspokojení a vyrovnanosti. Další nebezpečnou okolností je také potřeba zvyšování dávek, takže vzniká tolerance nervového systému na psychotropní účinky směsi. Díky obsahu barbituratů se po náhlém přerušování dlouhotrvajícího užívání objevují abstinenci

příznaky. Jako příznaky lékových závislostí na analgetických směsích se často uvádí emoční labilita s obdobími podrážděnosti, špatné nálady až agresivita.

Mezi toxikomany závislími na analgetických kombinacích nápadně převažují ženy. Kromě větší citové lability zde hraje svou roli i první kontakt s drogou při menstruačních bolestech a také lepší společenská únosnost užívání léků (nenápadnost) v porovnání s alkoholem, který převládá u mužů.

Nejčastěji se setkáváme s nezdravým užíváním léků. Dospívající si tímto zlepšují náladu, zbavují se problémů, připadají si před svými vrstevníky dospělejší a zajímavější nebo napodobují nezdravé užívání léků, které pozorují u dospělých. Neuvědomují si však, že dlouhodobé užívání byť v malých dávkách, popř. v kombinaci s alkoholem může znamenat vážná zdravotní poškození jejich vyvíjejícího se organismu

Od užívání vysokých dávek léků k drogové závislosti je to krok, který si děti ani neuvědomují, díky postojům okolí, které jsou popsány výše.

(Nožina, M. *Svět drog v Čechách*, 2003, s.123)

3. PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ LÉKŮ A DROG

3.1 DRUHY PREVENCE

Prevence je v širším smyslu slova definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků zneužívání léků.

Podle WHO se rozlišuje:

- **primární** prevence – jejím cílem je předcházet problémům se zneužíváním léků u těch, kteří s tímto ještě nezačali, primární prevenci ještě můžeme rozdělit na *nespecifickou*, čímž se rozumí všechny aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost se zneužíváním léků a *specifickou*, což zahrnuje takové aktivity, které jsou přímo programovány na prevenci zneužívání návykových látek (léků)
- **sekundární** prevence – cílem je efektivní poskytování pomoci těm, kteří už začali léky zneužívat
- **terciální** prevence – tahle forma prevence se překrývá s léčbou závislostí, snaží se předcházet případným komplikacím u již závislých jedinců.

V americké literatuře se lze setkat s jiným rozdělením prevence:

- **všeobecná** prevence – ta je určena celé populaci, např. všem dospívajícím v určité oblasti
- **selektivní** prevence – cílovou populací jsou zde děti a dospívající se zvýšeným rizikem
- **indikovaná** prevence – cílovou populací jsou ty děti a dospívající, u kterých není možné diagnostikovat škodlivé užívání návykových látek, ale kteří vykazují varovné známky škodlivého užívání.

Indikovaná prevence

Indikovaná prevence má velmi blízko k tomu, co se někdy v naší literatuře nazývá časná prevence je určena dětem a dospívajícím, kteří sice tabák, alkohol nebo jiné návykové látky užívají nebo hazardně hrají, nelze však u nich ještě diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost na návykových látkách nebo patologické hráčství.

Příznaky zneužívání se projevují jako:

- nadměrně zvýšená únava a ospalost
- nezvykle nadměrná aktivita a hovor
- náhlé zhoršení prospěchu ve škole
- neomluvené hodiny a pozdní příchody do školy
- změna přátel a kamarádů
- poruchy chování, zvýšená podrážděnost a agresivita, úzkostné stavy, deprese
- ztráta motivace
- nespolehlivost
- uzavírání se, tajnůstkářství
- ztráta zájmu o rodinu, kamarády a zájmy, které ho dříve zajímaly
- narušení krátkodobé paměti, tzv. „okna“
- zmatenost, ztráta orientace

- zhoršená koordinace pohybů
- třes
- častější úrazy a nemoci u dříve zdravého jedince
- útěky z domova
- zvýšená potřeba finančních prostředků
- ztráty věcí z domácnost
- změny stravovacích návyků
- nevolnosti, zvracení
- hmotnostní úbytek
- nález léků ukrytých v osobních věcech
- přiznání se k zneužívání léků samotným mladistvým.

(Novotná, J. *Drogové závislosti- symptomatika a léčba pro praktické lékaře*, 1997, s. 47-48)

3.2 ÚLOHA ŠKOLNÍCH PSYCHOLOGŮ A LÉKAŘŮ

Psychologická pomoc - zásady preventivního působení

Prevence sociálně patologických jevů, mezi něž patří i zneužívání léků mládeží, by měla probíhat systémově a měla by respektovat zásady zaměřenosti, komplexnosti, koordinace, kontinuitnosti, včasnosti, mezioborovosti a primárnosti psychické regulace.

1) Z hlediska **zaměřenosti** by mělo být preventivní působení zaměřeno na všechny děti a mládež, **komplexní postup** zahrnuje kromě orientace na dítě a dospívajícího i zaměřenost na jeho širší okolí, tj. například na rodiče, pedagogy apod.

2) Postup by měl být **koordinován**, aby vyloučena duplicita, rozporuplnost v působení zodpovědných subjektů.

3) Jednotlivé preventivní aktivity by na sebe měly navazovat, měly by probíhat **kontinuálně**, a to od zjištění poruchy až po eliminaci nežádoucího chování.

4) Pokud se objeví první signály ohrožení psychického a sociálního vývoje dětí a mládeže, měla by být pomoc zajištěna **včas**. Prevence je tím účinnější, čím dříve s ní začneme. S preventivním působením vlastně začínáme od narození dítěte, avšak za základ preventivního působení je možno považovat předškolní a mladší školní věk (důležitý vliv rodičů a školy). V období dospívání je prevence mnohdy komplikována vlivem vrstevníků, u kterých mohou být některé sociálně patologické jevy zaznamenány.

5) Efektivní preventivní působení se neobejde bez týmové, **mezioborové spolupráce** například mezi pedagogy, psychology, lékaři, sociálními pracovníky a právníky.

6) Z hlediska **primárnosti psychické regulace** by měla být prevence prioritně zaměřena na nedostatky v úrovni psychické regulace chování.

7) Preventivní působení by mělo zohledňovat zásadu **přiměřenosti** věku, vzdělání, dovednostem a zkušenostem jedince.

Kritéria preventivního působení ve školách

1. Prevence se opírá o **spolupráci s rodiči**.
2. Prevence probíhá jako **kontinuální proces**.

3. Prevence zohledňuje **zásadu přiměřenosti** (věku, vzdělání, zkušenostem, dovednostem, skupinám apod.).
4. Prevence je koncipována jako **získání co nejširších poznatků** o sociálně patologických jevech.
5. Prevence je zaměřena na **získání postojů a dovedností** které jedinci umožní řešit náročné životní situace a zvýší se tím rezistence vůči sociálně patologickým jevům.
6. Prevence se opírá o **akceptovatelné, přitažlivé modely, názorné přístupy a neformální přístup**.
7. Prevence je spojena s **výchovou k občanské odpovědnosti a ke zdravému životnímu stylu**.
8. Prevence je schopna **zlepšit schopnost komunikovat** o problémech a vyrovnávat se s nimi, **rozvíjet zdravé sebevědomí** jedince.
9. Předpokladem úspěšné prevence je **získání důvěry** dítěte a dospívajícího člověka.

Předlékařská a lékařská pomoc

V případě akutního sebepoškození toxickou dávkou léků, ať již náhodného či záměrného, je velmi důležitá akutní pomoc. Sestává se z několika základních kroků:

- a) posouzení ohrožení života
- b) posouzení stavu vědomí
- c) zabezpečení životních funkcí
- d) zklidnění a zajištění lékařské pomoci

Obecné posouzení ohrožení života

Při setkání s člověkem pravděpodobně intoxikovaným je i v předlékařské péči důležité rychle stanovit priority dalšího postupu. Každou intoxikaci je nutno považovat za naléhavý, život ohrožující stav. Současně je třeba mít na paměti, že zhoršování klinického stavu může probíhat velmi rychle. Prvním úkolem je proto bez ohledu na příčinu intoxikace udržet základní životní funkce – oběh a dýchání. O stavu dýchání se lze přesvědčit prostým pozorováním pohybů hrudníku a břicha, o stavu oběhu vyhledáním pulsu na periferních tepnách.

Posouzení stavu vědomí

Při intoxikaci dochází ke kvalitativním i kvantitativním změnám vědomí, pro zvládnutí život ohrožujícího neodkladného stavu je na počátku důležité posoudit hloubku porušeného vědomí. Hloubka porušeného vědomí se pohybuje od celkové utlumenosti, přes ospalost, bezvědomí, které je možné přerušit, až po kóma. Pro stanovení hloubky kvantitativního poškození vědomí existují různé stupnice. V rámci základní předlékařské první pomoci bohatě postačí orientačně posoudit stav vědomí zhodnocením, zda pacient reaguje na oslovení, bolestivý podnět (pohybem, očním kontaktem či slovy), anebo nereaguje vůbec. Posouzení stavu vědomí je důležitým krokem pro rozhodnutí o dalším postupu – v první řadě o uložení pacienta do správné polohy. Diferenciální diagnostika je komplikovaná – porušené vědomí může mít samozřejmě mnoho různých příčin.

Důležitou první pomocí při intoxikaci je pokus udržet vědomí, respektive zpomalit jeho zhoršování. Nejjednodušší je mobilizovat vědomí intoxikovaného nucením k aktivnímu rozhovoru a kontaktu.

Zabezpečení životních funkcí

Prvním krokem je uložení do správné polohy. Zvolená poloha se řídí podle stavu vědomí a stavu základních životních funkcí. Bezvědomý, spontánně dýchající, se uloží do stabilizované polohy na boku. Pacient při plném vědomí, s poruchami srdce a oběhu, se uloží na záda s horní částí těla lehce zvýšenou. Pacient s poklesem tlaku (dlouhé zvracení) se uloží na záda se zvýšenou polohou dolních končetin. Při zástavě životních funkcí se zahajuje umělé dýchání.

Zklidnění a zajištění lékařské pomoci

Uložení na klidné místo a zklidnění patří ke standardním postupům první pomoci. U intoxikovaných je tento bod o to důležitější, že mezi příznaky intoxikace patří i různé psychotické stavy nebo impulzivní a agresivní reakce. Předlékařská první pomoc končí přivoláním lékaře nebo převezením do zdravotnického zařízení, kde jsou tito pacienti hospitalizováni na ARO nebo odděleních JIP.

(Provazník, K., Komárek, L., Horváth, M. et al. *Manuál prevence v lékařské praxi*, 1993, s. 104-105)

3.3 VÝCHOVA KE ZDRAVÉMU ŽIVOTNÍMU STYLU V SOUVISLOSTI S MOŽNÝM ZNEUŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK.

Výchova je obecně takový přístup, který se snaží nerepresivním způsobem snížit dopady negativního jevu, proti kterému je zaměřena. Pokud takovému jevu přímo předchází, je zaměřena přímo na ohrožené skupiny a na okolí ohrožených skupin. Oba tyto druhy jsou realizovány nejčastěji pomocí předávání informací, ale také některými dalšími způsoby, jako je předáváním vzorců chování, tréninky apod. zabývá se skupinou zasažených (drogově závislí). Forem, kterými se provádí výchova je mnoho. Aby byly co nejefektivnější, je třeba definovat několik zásad.

1. Všechny aktivity boje proti návykovým látkám musí být provázané. Ojedinelé a náhodně prováděné akce nejen že nemají žádaný dopad, ale mnohdy mohou uškodit a sloužit dokonce jako propagace. Aby byla výchova skutečně provázaná, musí dojít ke spolupráci institucí od orgánů státní správy, přes školy a nadace a občanská sdružení až po soukromé organizace. Dobře navržený systém boje proti návykovým látkám je věc mezioborová. Nelze ji nahlížet pouze z hlediska sociologie, pedagogiky, psychologie, medicíny či práva. I tady musí jednotlivé instituce spolupracovat a navrhnout optimální řešení z hlediska svého oboru, zároveň však musí respektovat pohled ostatních resortů.
2. Výchova nesmí být vytržená z kontextu ostatních společensky nebezpečných jevů, které spolu mnohdy úzce souvisí. Problém alkoholismu a požívání alkoholu mladistvými velmi často navazuje na problematiku abúzu návykových látek. Také problematika HIV/AIDS je často spojována s návykovými látkami a alkoholem, které nejen vedou přímo k oslabení

imunitního systému, ale navozují i rizikové způsoby sexuálního chování. Často také souvisí s rizikovými skupinami - prostitutky, homosexuálové.

3. Výchovu je nutné selektivně zaměřit na určitou cílovou skupinu. Tato skupina je charakterizována věkem, ale také dalšími sociálními charakteristikami, např. náboženským zaměřením, identifikací se sociální skupinou, vzděláním, politickou orientací apod. Výchova by rozhodně měla začínat co nejdříve. Samozřejmě pak musí být přizpůsobena mentální úrovni dané věkové skupiny. U těch nejmenších není nijak specifická, souvisí se základními hygienickými návyky. S narůstajícím věkem musí být výchova specifičtější, může obsahovat více informací týkajících se konkrétního problému, ale i vhodné vzorce chování v konkrétních situacích.

4. Velmi důležitá je také spolupráce institucí s rodinou. A to nejen na úrovni informovanosti, ale na užší bázi výchovy. Při spolupráci s rodiči je role školy nezastupitelná.

5. Neopominutelné je také vzdělávání učitelů a dalších pracovníků zapojených do systému protidrogové prevence. Je samozřejmé, že toto vzdělávání musí být systematické a koordinované.

Specifických postupů, kterými lze prevenci ve provádět je široká paleta. Od nástěnek s informacemi, přes besedy, vzdělávací pořady až po specifické programy pro etnické menšiny. Každý z těchto postupů má svá pro a proti a je nutné zvážit jejich nasazení vzhledem k očekávanému efektu. Prosté předávání informací je velmi citlivé. Je třeba informace, které podáváme pečlivě zpracovat, aby nemohlo dojít k jejich zneužití. Nejelementárnější formou je zařazení bloků o škodlivosti návykových látek do školních osnov vybraných předmětů, např. občanské nauky, rodinné výchovy nebo přírodopisu. Tato oblast je velkou měrou v pravomoci škol a je často využívána. V rámci předmětu pak záleží na vyučujícím, jakým způsobem látku předá. Často je možné v rámci výuky pozvat externistu, který je zkušenější a zaměřený na danou oblast. Z finančních důvodů, ale i z důvodů návaznosti na probranou látku, však tato možnost není tak často využívána. Problematiku návykových látek je možné nechat žáky zpracovat formou samostatných projektů, postupovat formou her, kvízů, soutěží či zpracovat látku klasickým frontálním způsobem. Je také možné vyrobit v rámci výuky informační panely a nástěnky, které budou sloužit jako prostředek pro další šíření informací. Dalším vhodným způsobem předávání informací se může stát školní časopis, pořady ve školním klubu, rozhlasu nebo třeba kabelové televizi, kde se na pořadech podílejí přímo vybraní žáci druhého stupně základních škol nejenom jako spolupracovníci pedagogů, ale také přímo jako tvůrci, kameramani, reportéři. Zkušený pedagog pořad navrhne nebo třeba jen odsouhlasí, žáci jej sami natočí, je jim poskytnuta rada s finálním zpracováním a po souhlasu odpovědného pracovníka také sami odvysílají.

Mimo školní zařízení pak lze šířit informace o drogách pomocí brožur nebo letáků. Tyto brožury lze zaměřit specificky na danou věkovou skupinu. Pro nejmenší to mohou být omalovánky, kreslené seriály, dětské filmy apod. Komiksy jsou vhodné i pro starší cílové skupiny. V této kategorii je nutné spolupracovat s médií a zařazovat informace do časopisů, televizních pořadů či rozhlasu. Zejména časopisy pak mají tu výhodu, že lze definovat sociální parametry skupiny jejich čtenářů a tím prevenci specificky zacílit. Různé besedy a přednášky pořádá mnoho nadací a sdružení a jejich návštěva v rámci

školní výuky je dnes již běžná. Sporná je mnohdy kvalita přednášejících. Tady záleží na konkrétních zkušenostech učitelů a platí, že přednášející by měl prokázat jistou kvalifikaci k danému úkolu. Často jsou v těchto pořadech zapojeni drogově závislí. Někteří se domnívají, že jejich jedinečnou zkušenost nelze předat nepřímou, často se však objevují námitky, že tito lidé mnohdy vypadají zcela normálně, jejich vyprávění o nebezpečí drog tak působí nevěrohodně a dochází spíše k propagaci drog. Kromě poskytování informací je nutné působit také na rovině motivační. Děti musí pochopit nutnost zdravého životního stylu, odpovědnost za sebe sama, své zdraví a uvědomit si rozdíl mezi náhražkovým světem drogy a reálným světem. Tato rovina je bohužel mnohem hůře přenositelná, než pouhá informace. Je nutné působit na děti silou osobnosti. Jako cynismus přímo působí "kázání" rodičů či učitelů, kteří sami zásady zdravého života nedodržují, kouří a konzumují alkohol. Bez změny přístupu celé společnosti je nemožné dosáhnout zlepšení. V USA se podle statistik dosáhlo jistých úspěchů při snižování spotřeby návykových látek. Tento jev je velmi často spojován s celospolečenskými změnami směrem ke zdravějšímu životnímu stylu.

Velmi důležité je také poskytovat dětem specifické sociální dovednosti. Jedná se například o způsoby odmítnutí návykových látek. Mnozí lidé se cítí natolik svázaní okolnostmi, že se nechají přesvědčit proti své vůli. Přitom právo říci ne je jedním z nejzákladnějších lidských práv. Toto právo však nelze prosadit bez dostatečného sebevědomí a základních komunikačních dovedností prováděných u vytypovaných jedinců například ve spolupráci s pedagogicko - psychologickými poradnami. Pokud chceme, aby mladí lidé trávili volný čas bez návykových látek, musíme jim nabídnout pozitivní alternativy, tj. možnosti takového trávení volného času, aby děti neměly důvod hledat útočiště v umělém světě návykových látek. Tyto pozitivní alternativy zahrnují zájmové kroužky ve školách i mimo ně, zařízení pro trávení volného času mládeže (domy dětí a mládeže), alkoholu a drog prostě diskotéky a kluby, kde je garantováno zdravé prostředí. Za jedny z neúčinnějších způsobů provádění prevence jsou považovány programy se zapojením vrstevníků, tzv. peer programy. Jejich filozofie vychází z toho, že se dítě spíše ztotožní s někým, kdo je mu blíže z hlediska sociální situace, věku, role. Přitom dostává nejen informace, ale také nevědomě přebírá postoje, hodnoty a způsoby chování.

Ministerstvo vnitra je zapojeno především činností Policie ČR a dalších specializovaných útvarů. Kromě represivních činností se podílí na nesespecifické primární prevenci drogových závislostí, a to především ve městech, která jsou zatížena vysokou mírou trestné činnosti. Podporuje preventivní programy zaměřené hlavně na výchovu ke zdravému životnímu stylu a aktivity volného času pro děti a mládež. Pořádají různé přednášky, výcvikové a metodické činnosti jak pro odborníky, tak pro laiky. Policisté v této problematice spolupracují také se školami.

Dalším orgánem je **Ministerstvo zdravotnictví**, a to speciálně Inspektorát omamných a psychotropních látek, který vznikl v roce 1994 jako reakce na zvyšující se užívání drog. Inspektorát vykonává kontrolu zákonného zacházení s OPL a spolupracuje s kompetentními orgány dalších zemí. Hlavním úkolem Ministerstva zdravotnictví bylo vytvoření komplexního systému péče o drogově závislé (ve spolupráci s MŠMT). Vytvořilo tzv. Minimální síť zdravotní péče pro problémové uživatele drog a pro závislé.

Tato síť zahrnuje terénní programy, nízkoprahové programy (tj. kontaktní centra), ambulantní programy se základním poradenstvím, ambulantní zařízení s komplexním programem (např. denní stacionáře), detoxikační programy, střednědobé a dlouhodobé léčebné programy (např. terapeutické komunity), výchovně-léčebné programy. V současné době je registrováno asi 270 léčebných zařízení, z nichž je přibližně polovina státních, druhá polovina nestátních nebo soukromých. Do působnosti ministerstva zdravotnictví patří také primární prevence a to především podpora zdraví a výchova ke zdraví. Propaguje programy zaměřené na výchovu ke zdravému životnímu stylu, na prevenci šíření infekce HIV u uživatelů drog a vydali mnoho metodických materiálů, které se zabývají protidrogovou tematikou.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy má velmi významnou roli, protože pomocí primární prevence prováděné na školách může výrazně ovlivnit závislost mladistvých na drogách a jiných návykových látkách. Mělo by zajišťovat primární prevenci zneužívání návykových látek ve školách a školských zařízeních a zároveň podporovat aktivity volného času dětí a mládeže. Je také odpovědné za výchovně - léčebné působení v rámci speciálního školství a prevenci sociálně patologických jevů u rizikových skupin dětí a mládeže.

Základními odpovědnými **orgány** za protidrogovou politiku **na místní úrovni** jsou **okresní a magistrátní úřady**. Ty jsou odpovědné za uplatňování protidrogové politiky v daném území, vytváří vlastní okresní nebo magistrátní protidrogové komise a mají povinnost zřídit na svém úřadě funkci koordinátora pro problematiku drog. (Nešpor, K. *Vaše děti a návykové látky*, 2001, s. 37-38; s. 101-102)

3.4 ŠKOLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAMY

Program – škola podporující zdraví

Záměrem programu ŠPZ je aplikovat strategii podpory zdraví na podmínky školy a přispět k její účasti na vlastní proměně a rozvoji.

V praxi školy to znamená, že všechno, co se ve škole dělá záměrně a rovněž všechno, co se v ní děje živelně, se pedagogové učí promýšlet a ovlivňovat pod zorným úhlem obou polů možných důsledků, jaké má působení školy na zdraví svých lidí – žáků, pedagogů, zaměstnanců, rodičů, spoluobčanů v obci – důsledků pozitivních a negativních .

Svým zaměřením na podporu zdraví člověka poskytuje program jak eticky, tak vědecky zdůvodněný nový rozměr pro plánování, provádění i posuzování činnosti školy, který ve svém důsledku vypovídá o její kvalitě.

Program ŠPZ pomáhá školám, aby si týmovou spoluprací stanovily dlouhodobou a vyváženou koncepci, strategii a metody řízení své kvalitativní proměny v dílnu zdravého způsobu života a vzdělávání.

Cílem proměny je trvale umožňovat optimální vývoj a rozvoj každého jednotlivce, žáka a učitele v součinnosti s rodiči a obcí, po stránce tělesné duševní , sociální a duchovní.

Plněním takto salutogenně pojatého cíle je program současně nástrojem včasné primární prevence civilizačních chorob, antisociálního chování a všech závislostí.

Základní znaky ŠPZ:

- ❖ Dává přednost dovednostem a návykům před drilem
- ❖ Snaží se zbavit školu stresu a strachu
- ❖ Učí žáky aktivně odpočívat
- ❖ Podporuje samostatnost
- ❖ Respektuje přání a potřeby žáka
- ❖ Věnuje pozornost pitnému s stravovacím režimu žáků
- ❖ Usiluje o větší komunikaci s rodiči vychovává ke vzájemné pomoci
- ❖ Ve větší míře se zaměřuje na prevenci sociálně patologických jevů

Program Škola podporující zdraví je program WHO, který je od roku 1991 k dispozici také školám v ČR. Mateřské, základní a střední školy zapojené do tohoto programu tvoří tzv. Národní síť škol podporujících zdraví. Od roku 2006 se postupně mění koordinace celé sítě z celostátní úrovně na krajskou. Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001-2004 navazuje na výsledky, analýzy, cíle a hodnotový rámec.

Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998 – 2000. Základním principem strategie prevence sociálně patologických jevů je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti. V podmínkách současné informační revoluce patří mezi základní potřeby a dovednosti člověka zejména schopnost komunikace, schopnost týmové práce, dostatek sebedůvěry a dobrá odolnost vůči stresu. Nemalé části mladých lidí se nedaří z různých důvodů vyrovnat se přiměřeně a zodpovědně s osobními a sociálními požadavky, konflikty, školními problémy a různými náročnými životními situacemi. Zástupným řešením pak pro ně bývá zneužívání drog a alkoholu, záškoláctví, šikana, vandalismus a další formy nežádoucího chování spadající do oblasti společensko patologických jevů.

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 sebedestrukce, projevů agresivity a porušování zákona. Škola a školská zařízení na sebe musí vzít povinnost poskytovat nabídku takových činností a podmínek, které vedou k získání potřebných sociálních dovedností. Musí ve zvýšené míře převzít i výchovnou roli, protože dnešní rodina v tomto směru mnohdy plní jen některé ze svých někdejších základních funkcí. Základními nástroji, které máme k dispozici pro realizaci preventivní strategie, jsou školní vzdělávací programy v mateřských školách, minimální preventivní programy na školách a ve školských zařízeních a systematické vzdělávání pedagogů v problematice prevence.

Strategie prevence sociálně patologických jevů je v souladu s Národním programem rozvoje vzdělávání, tzv. Bílou knihou, v oblasti, která se týká změny vnitřního klimatu školy, vztahů žáků a pedagogů a vytváření klíčových kompetencí pro osobní život i budoucí uplatnění mladých lidí. Pedagogové jsou již nyní, v rámci pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů, doškolení

v dovednostech a znalostech využitelných při realizaci této části nové vzdělávací koncepce. Cílem výchovně vzdělávacího působení v oblasti prevence sociálně patologických jevů je dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života v míře přiměřené jeho věku. Dovednosti a kvality pozitivního zdravého životního stylu nesmí stát až na konci výchovného snažení, ale musí být součástí procesu výchovy a vzdělávání. Ne tak, že škola a rodina pouze učí zdravému způsobu života, ale musí být samy modelem a podporovat zdraví přímo v průběhu školního procesu nebo v rámci životního stylu rodiny.

Prevence vyžaduje těsné spolupůsobení všech sil společnosti. Prevence založená ve společnosti (Community based prevention) předpokládá řadu spolupracujících složek. Vedle rodiny, škol a školských zařízení je třeba sladěných a propojených opatření v oblasti zájmových organizací, občanských sdružení, místní samosprávy, zdravotnických zařízení, pedagogicko psychologických poraden, středisek výchovné péče pro děti a mládež, duchovních sdružení, policie, kulturních středisek, podnikatelských subjektů apod. Mnohé je oblasti prevence sociálně patologických jevů dlužná mediální oblast, kde je naprostá absence systémového působení ve smyslu výchovy a vzdělávání k pozitivnímu a zdravému životnímu stylu.

Základní informace o sociálně patologických jevech:

V rámci výchovně vzdělávacího procesu zaměřeného zejména na zvyšování sociální kompetence dětí a mládeže je nutné předat i určité penzum základních informací o sociálně patologických jevech. Jedná se o problematiku šikany a násilí, záškoláctví, drogových závislostí, alkoholismu a kouření, kriminality a delikvence, rizikového sexuálního chování, vandalismu, virtuálních drog, patologického hráčství, dále pak projevů xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu. Do tohoto rámce je nutno zařadit i témata, kterým byla doposud věnována menší pozornost. Komerční zneužívání dětí a dále syndrom týraných a zneužívaných dětí. Zvýšená pozornost musí být věnována také zneužívání anabolik a dalších látek a medikamentů.

Šikana a násilí je hrozivý fenomén, který začíná provázet děti od předškolního věku. Toto problémové chování vzniká v důsledku neuspokojení nebo deformování základních potřeb dítěte. V této souvislosti jde velmi často o nenaplněnou potřebu lásky, komunikace a zařazení se do určitého společenství nebo o malou stimulaci k vytvoření pozitivních životních cílů. Stejně důsledky přináší nedostatečně rozvinuté schopnosti dětí žít zdravým způsobem ve skupině, ve společenství s hodnotnými mezilidskými vazbami. Šikana totálně paralyzuje výchovnou funkci skupiny a proměňuje její působení v destruktivní. Mimořádně vysoká dostupnost a nabídka alkoholu, včetně jeho značné společenské tolerance v dospělé populaci, je příčinou vzrůstající spotřeby alkoholu u dětí a mládeže. Alkohol a kouření v dětství a dospívání zvyšuje riziko přechodu k dalším drogám. Nabídka drog je také velmi vysoká a nutno říci, že tolerantní a liberální postoj části společnosti k drogám maří úsilí o preventivní působení na děti a mládež v této oblasti. Základní informace o drogách, včetně tabáku a alkoholu, musí být cíleny i na pochopení toho, jaké zdravotní, psychické, ale i sociální a materiální škody působí jejich zneužívání. Se zneužíváním anabolik a dalších látek např. drog se stimulačním účinkem (amfetaminů, efedrinu, kofeinu) a jiných medikamentů se občas setkáváme v oblasti vrcholového sportu. Tyto látky jsou však někdy zneužívány i při volnočasovém sportu

(zejména ve Fit centrech). I v této oblasti je třeba vytvořit zdravé postoje ke zdraví a výkonnosti.

Prevence komerčního sexuálního zneužívání dětí a mládeže i prevence týraných a zneužívaných dětí patří mezi ožehavá témata. Jako taková jsou často v procesu výchovy a vzdělávání opomíjena. Spory o tom, co a jak má být sděleno, zaměstnávají mnoho odborníků. Děti a dospívající jsou zaplavováni informacemi o sexu, pornografii a násilí. Ale vidět a slyšet neznamená porozumět. Je třeba motivovat děti k vytvoření zdravých postojů v této oblasti, k umění kriticky nahlížet na takovéto informace, ke vnímání nebezpečných signálů a osvojení dovedností odmítat situace, které je ohrožují. Z dosavadního pojednání o sociálně patologických jevech vyplývá jednoznačný závěr. Preventivní působení v celé této oblasti má jednotnou podobu a principy. Nelze provádět prevenci jednotlivých negativních jevů odděleně. Prevence musí být nedílnou součástí výchovně vzdělávacího a informačního procesu. Důležité je formování postojů a vytváření pozitivního sociálního prostředí a vazeb. Komunikační dovednosti, schopnost vytvářet přátelské vazby, asertivní dovednosti, zlepšení sebeovládání, nenásilné zvládání konfliktů, zvládnutí úzkosti a stresu, jsou základní atributy zdravého životního stylu. Prevence orientovaná do oblasti zdravého životního stylu je východiskem i cílem. Každá škola (bez ohledu na druh či stupeň vzdělávání) je jedinečným sociálním útvarem. Z hlediska teorie organizace jsou pro charakterizaci školy významné tyto parametry:

- Škola je útvar, který je nějakým způsobem uspořádán a řízen. V tomto aspektu sledujeme to, jak školy fungují na základě interakčních vazeb a komunikačních procesů v nich probíhajících, např. jak je provoz školy řízen jejím managementem (ředitelem, zástupci).
- Škola je útvar, který něco produkuje. Z tohoto pohledu jde o identifikaci výsledků vytvářených školami, z jejichž vyhodnocování se vyvozují poznatky o kvalitě či efektivnosti škol.
- Škola je útvar, který je začleněn do svého prostředí. Toto stanovisko nahlíží na to, jaké vztahy a kooperace mají školy se svými přirozenými partnery, jimiž jsou jednak rodiče žáků, jednak komunita, v níž je určitá škola lokalizována.

V České republice probíhá od r. 1990 diskuse mimo jiné o vnitřní proměně škol. Jeden z klíčových úkolů (podle dokumentu Bílá kniha) zní: Proměna tradiční školy, jejímž hlavním úkolem se stává vytvořit pevné základy pro celoživotní učení, je vybavit žáky nezbytnými nástroji, aby to uměli, a motivovat je k němu. Škola musí usilovat o to, aby vzdělání mělo pro všechny žáky smysl a osobní význam. To vyžaduje změny obsahu vzdělávání, metod a forem výuky, ale také i změnu klimatu a prostředí školy, které se projeví na více úrovních: v charakteru vztahu mezi učitelem a žákem, který by měl být založen na partnerství a vzájemném respektu, v důrazu na výchovnou funkci školy a rozvíjení interpersonálních a sociálních vztahů, v rozšíření příležitosti k aktivní a tvořivé činnosti, v utváření školní komunity jako modelu demokratické společnosti. Logicky to vede i k rozšíření funkce školy i pro zájmové činnosti a volný čas a k nabídce vzdělávání i pro další uživatele.

Nemění se tedy pouze školní prostředí a klima školy, ale také sociální a právní prostředí. Utlumilo se např. centralizované rozhodování o školství, otevřela se cesta k větší autonomii škol, k tvorbě školních vzdělávacích programů a učitelé dostali větší prostor pro svou práci. Větší zodpovědnost byla však přenesena na vedení škol. Proměňuje se rovněž chování žáků. Školy musí ve větší míře než dříve řešit problémy s nekáznými žáky, s projevy šikany, agresivity a násilí mezi dětmi.

Jak tedy vidíme, existuje mnoho jevů, které klima škol, resp. vnitřní vztahy ve škole, ovlivňují. Klima školy je potřeba vytvářet a rozvíjet, což může kvalitní řízení školy školským managementem. Vedení každé školy má jistě zájem na tom, aby jeho škola byla co nejlepší. Ředitelé by měli tedy vytvářet pozitivní atmosféru pro žáky, učitele, ale i další zaměstnance, v níž se budou rádi vzdělávat, cítit se příjemně a uvolněně, aktivně se účastnit vyučování, spolupracovat, respektovat přirozenou autoritu učitele.

Klima totiž vyjadřuje kvalitu školy, která pomáhá každému jednotlivci zažít pocit, že má hodnotu, že si ho lidé váží a současně mu pomáhá vytvářet vědomí, že někam patří, že je něco kolem něj, jehož on je součástí. A to je podle nás jedna z nejdůležitějších podmínek po utváření kvalitních vztahů ve škole.

(Nešpor, K.,Csémy, L.,Pernicová, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*,1996, s. 56- 60)

4. VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ U ŽÁKŮ 9. TŘÍD ZŠ A METODIKŮ ŠKOLNÍ PREVENCE

4.1 CÍLE PRÁCE

Výzkumné kvantitativní dotazníkové šetření bylo zaměřeno na oblast problematiky zneužívání látek na bázi léčiv mladistvými (žáky 9. tříd ZŠ). Prostřednictvím tohoto výzkumného šetření mělo být zjištěno, do jaké míry mají žáci s tímto negativním sociálním jevem zkušenosti, zda se o tuto problematiku zajímají a zda si také uvědomují rizika spojená s tímto počínáním. Dále byla zjišťována úroveň prevence na školách zaměřené na patologické sociální jevy. Proto byly stanoveny tyto cíle:

CÍLE VÝZKUMNÉHO DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Cíl 1: Zjistit a zachytit četnost nežádoucího jevu zneužívání léků u zkoumaného vzorku respondentů, srovnat, zda se více vyskytuje na městských nebo na vesnických školách.

Cíl 2: Zjistit, zda pohlaví hraje významnou roli v četnosti výskytu tohoto nežádoucího jevu.

Cíl 3: Zjistit a zachytit nejčastější důvody vedoucí mládež k tomuto negativnímu jevu a zmapovat nejčastěji uváděné motivační faktory, které by mládež vedly ke skoncování s tímto jevem.

Cíl 4: Zjistit, jakým způsobem je tvořena a prováděna prevence sociálně patologických jevů na školách; na které jevy se školy nejvíce zaměřují a zjistit, zda jsou nepovinné školní preventivní programy aktivně využívány žáky (chlapci x dívky; město x vesnice).

HYPOTÉZY K DANÝM CÍLŮM

Hypotéza k cíli 1:

Je předpokladem, že vzhledem k oblasti, kde byl výzkum prováděn se tento patologický jev bude vyskytovat ojediněle, ale také že na městských školách se četnost tohoto patologického jevu bude vyskytovat častěji než na vesnických školách.

Hypotéza k cíli 2:

Je předpokladem, že pohlaví nebude hrát statisticky významný faktor u zkoumaného problému.

Hypotéza k cíli 3:

Je předpokladem, že největším problémem vedoucím ke zneužívání léků budou problémy ve škole. Jako nejčastější motivační faktor ke skoncování se zneužíváním léků bude hrozba trestu (sankce).

Hypotéza k cíli 4:

Je předpokladem, že nejčastějším východiskem pro tvorbu školních preventivních programů, které uvedou metodikové školní prevence, bude studium pedagogické (žakovské) dokumentace; nejčastější formou provádění prevence na školách budou besedy a nejčastěji sledovaným patologickým jevem na který se školy zaměřují bude problematika drog. Dalším předpokladem k tomuto cíli bylo, že o účast na preventivních programech bude větší zájem u dívek a ve městě než u chlapců a na vesnici.

4.2 METODIKA VÝZKUMU

Kvantitativní výzkumné šetření, týkající se problematiky zneužívání léků žáky 9. tříd 4 základních škol (2 vesnické, 2 městské). Šetření probíhalo v měsících listopadu a prosinci 2007 a bylo rozděleno do dvou částí. První část byla zaměřena na žáky samotné, druhá část na metodiky školní prevence. Každá část výzkumu měla vlastní dotazník. Dotazník pro žáky obsahoval deset dotazníkových položek, které byly uzavřeného a polouzavřeného typu. Dotazník pro školní metodiky prevence obsahoval pět položek, taktéž uzavřeného a polouzavřeného typu. Dotazníky byly vlastní a byly sestaveny specificky pro tento výzkum. Srozumitelnost dotazníků byla vyzkoušena pilotní studií, kde bylo zjišťováno, zda respondenti otázkám v dotaznících rozumí a nemají s jejich vyplněním problémy.

Záměrným výběrem byly vybrány 4 školy, z toho dvě školy městské a dvě školy vesnické. Zkoumaný vzorek tvořilo 154 respondentů (žáků 9. tříd) pro první část dotazníkového šetření a 4 respondenti (školní metodici prevence) pro druhou část šetření. Výzkumné dotazníkové šetření bylo zcela anonymní a jeho výsledky byly použity pouze pro účel výzkumu v rámci diplomové práce. Dotazníků bylo rozdáno celkem 158 ks a návratnost byla také 158 ks, tedy 100%.

Zkoumaný soubor:

1. Chlapci a dívky, kteří jsou žáky 9. třídy ZŠ
2. Žáci navštěvující ZŠ ve stejném okrese
3. Pedagogičtí pracovníci ve funkci školního metodika prevence v počtu 4 osob

Ad 1) - Žáci byli vybráni záměrně z důvodu zaměření výzkumu na žáky 9. tříd

Ad 2) - Stejný okres byl vybrán záměrně, aby rozdíl ve zneužívání léků u žáků navštěvujících školu na vesnici a ve městě, co nejlépe vypovídal o problematice v dané oblasti

Ad 3) - U pracovníků pracujících jako školní metodici prevence byl výběr zúžen na dotyčné 4 školy

4.3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ, VYHODNOCENÍ

Údaje, týkající se výsledků dotazníkového šetření, byly získány zpracováním a vyhodnocením 158 kusů vyplněných dotazníků anonymními respondenty. Dotazník byl vlastní a byl specificky sestaven pro tento výzkum. Po vyhodnocení a následné komparaci jsou výsledky zpracování jednotlivých položek dotazníku prezentovány tabulkami, slovně i grafickým znázorněním. Výsledky jsou seřazeny podle pořadí položek v dotazníku. Výsledky šetření pro jednotlivé cíle budou uvedeny následně stejným způsobem a formou.

Dotazník č.1 – pro žáky:

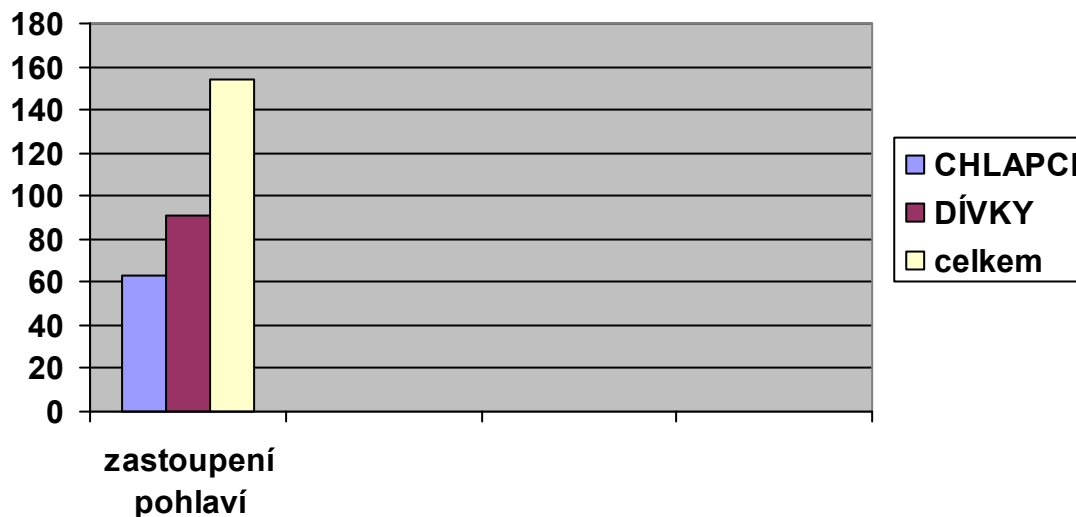
Položka 1 – Pohlaví

Tabulka 1: Zastoupení mužského a ženského pohlaví u respondentů

Položka dotazníku - pohlaví	Absolutní četnost N	Relativní četnost
chlapec	63	41 %
dívka	91	59 %
Celkem Σ	154	100 %

Z celkového počtu 154 respondentů bylo zastoupení chlapců 41 % (63) a zastoupení dívek 59 % (91).

Graf 1: Poměr zastoupení chlapců a dívek mezi respondenty výzkumného šetření



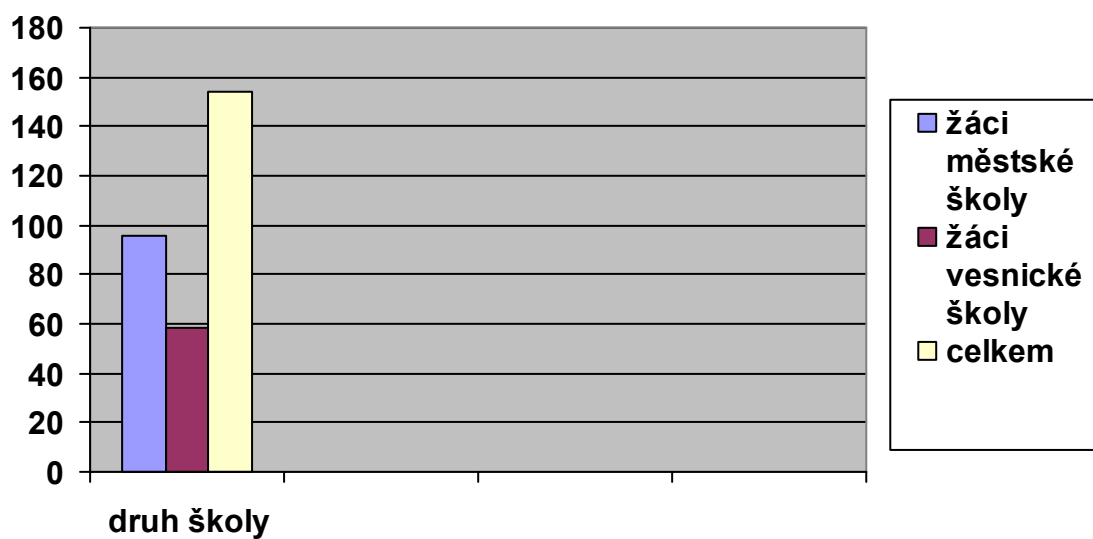
Položka 2 – Navštěvování městské či vesnické školy

Tabulka 2: Zastoupení poměru žáků podle navštěvování školy ve městě nebo na vesnici

Položka dotazníku – druh školy	Absolutní četnost N	Relativní četnost
městská	96	62 %
vesnická	58	38 %
Celkem Σ	154	100 %

Z celkového počtu 154 respondentů bylo 62 % (96) žáků z městské školy a 38 % (58) dětí ze školy vesnické.

Graf 2: Grafické znázornění poměru žáků podle navštěvování školy ve městě nebo na vesnici



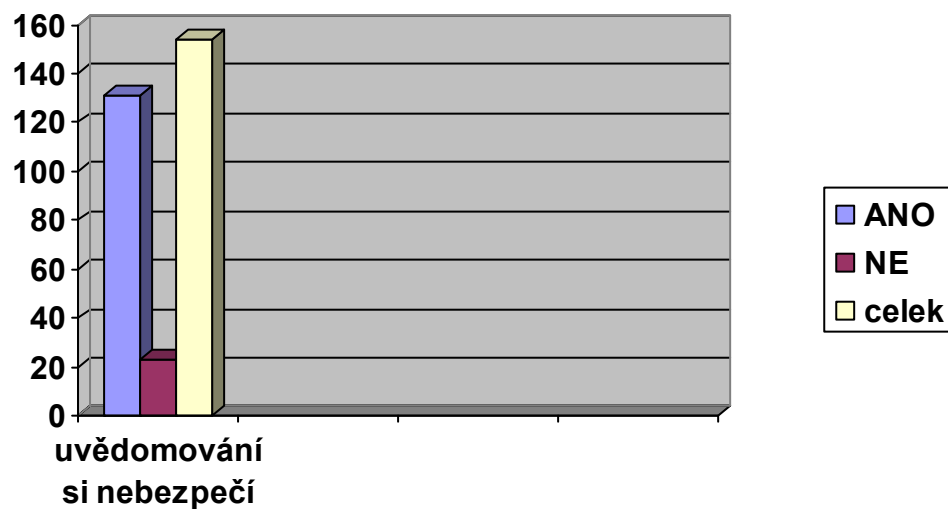
Položka 3 – Uvědomování si stejné škodlivosti léků jako drog

Tabulka 3: Rozložení odpovědí na otázku nebezpečnosti zneužívání léků

Položka dotazníku – uvědomování si škodlivosti zneužívání léků stejně jako drog	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	131	85 %
NE	23	15 %
Celkem Σ	154	100 %

Z celkového počtu 154 respondentů si jich velká většina 85 % (131) uvědomuje, že zneužívání léků je stejně nebezpečné, jako zneužívání drog. Jen 15 % (23) žáků si toto riziko neuvědomuje.

Graf 3: Znázornění rozložení odpovědí na otázku nebezpečnosti zneužívání léků



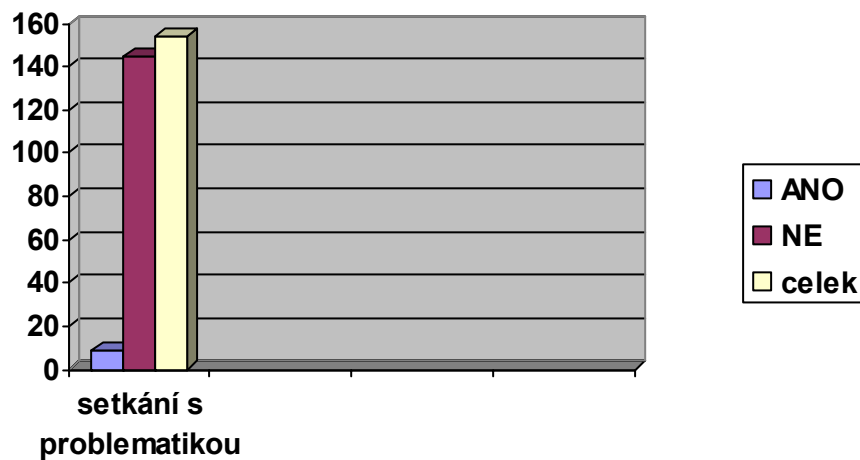
Položka 4 – Setkání se s problematikou zneužívání léků

Tabulka 4: Zastoupení odpovědí žáků na položku č. 4

Položka dotazníku – setkal/a ses osobně s problematikou zneužívání léků (u sebe nebo spolužáků)?	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	9	6 %
NE	145	94 %
Celkem Σ	154	100 %

Z celkového počtu 154 žáků devátých tříd základní školy se přímo s problematikou zneužívání léků u sebe či spolužáků setkalo pouze 6 % (9), o této problematice neví ze své zkušenosti, nebo ze svého okolí 94 % (145) respondentů.

Graf 4: Grafické znázornění rozložení odpovědí žáků na položku č. 4



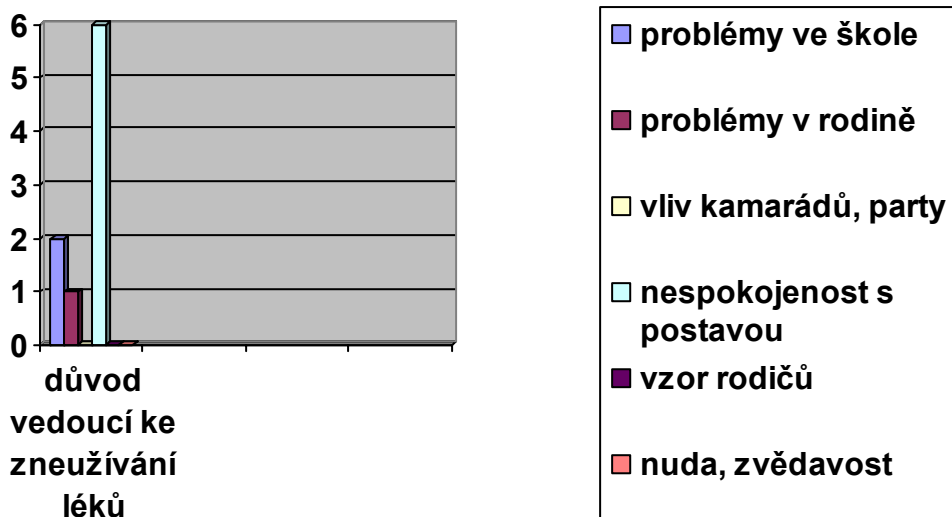
Položka 5 – Pokud ANO (předešla odpověď), co je vede ke zneužívání léků.

Tabulka 5: Zastoupení odpovědí žáků na různé příčiny vedoucí k potřebě zneužívání léků

Položka dotazníku	Absolutní četnost N	Relativní četnost
problémy ve škole	2	22 %
problémy v rodině	1	12 %
vliv kamarádů, party	0	0 %
nespokojenost s postavou	6	66 %
vzor rodičů – sami léky zneužívají	0	0 %
nuda či zvědavost	0	0 %
Celkem Σ	9	100 %

Z celkového počtu 9 respondentů, kteří odpověděli kladně na předešlou otázku a nyní tvořili 100 % uvedlo 66 % (6) jako důvod ke zneužívání léků nespokojenost s postavou, 22 % (2) uvedli problémy ve škole a 12 % (1) zneužívá léky z důvodu problémů v rodině.

Graf 5: Grafické znázornění odpovědí žáků na různé příčiny vedoucí k potřebě zneužívání léků



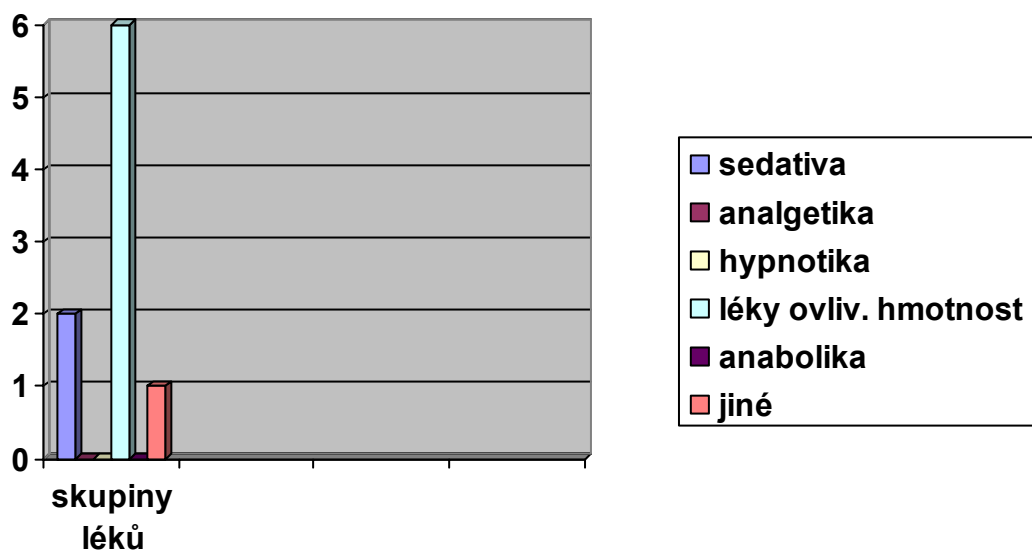
Položka 6 – Skupiny zneužívaných léků

Tabulka 6: Zastoupení nejčastěji zneužívaných skupin léků

Položka dotazníku – druh zneužívaných léků	Absolutní četnost N	Relativní četnost
sedativa (na uklidnění)	2	22 %
analgetika (na bolest)	0	0 %
hypnotika (na spaní)	0	0 %
léky ovlivňující hmotnost	6	66 %
anabolika (růst svalové hm.)	0	0 %
jiné	1	12 %
Celkem Σ	9	100 %

Z celkového počtu 9 respondentů, kteří měli zkušenosti se zneužíváním léků jich 66 % (6) uvedlo jako nejčastěji zneužívanou skupinu léky ovlivňující hmotnost. Dalších 22 % (2) zneužívá sedativa a 12% (1) léky jiné.

Graf 6: Znázornění rozložení skupin zneužívaných léků



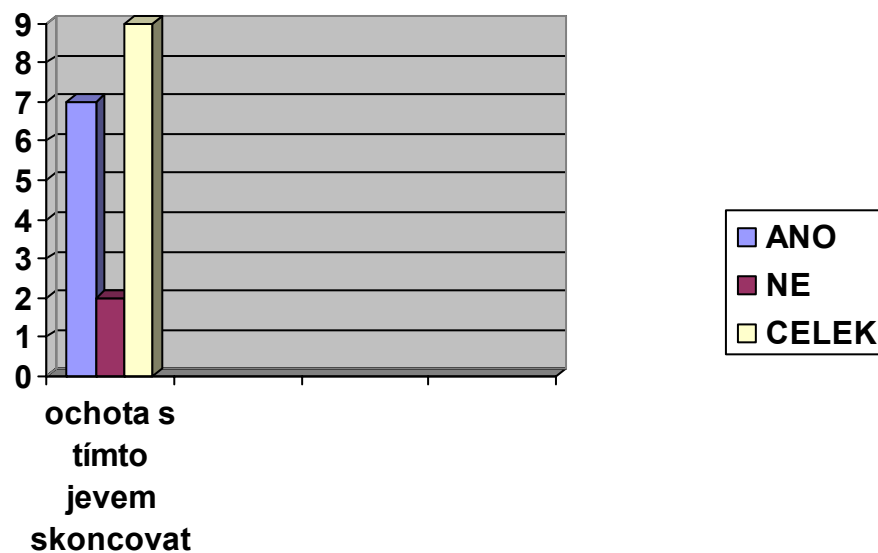
Položka 7 – Chcete s nadměrným užíváním léků přestat?

Tabulka 7: Rozložení odpovědí na otázku, zda chtějí přestat

Položka dotazníku – chtěli byste s nadměrným užíváním léků přestat?	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	7	78 %
NE	2	22 %
Celkem Σ	9	100 %

Z celkového počtu 100% (9) respondentů se zkušenostmi se zneužíváním léků jich 78 % (7) uvedlo, že by oni sami, či jejich známí chtěli přestat, naproti tomu 22 % (2) by s tímto negativním jevem skoncovat nechtěli.

Graf 7: Grafické rozložení odpovědí na otázku, zda chtějí přestat



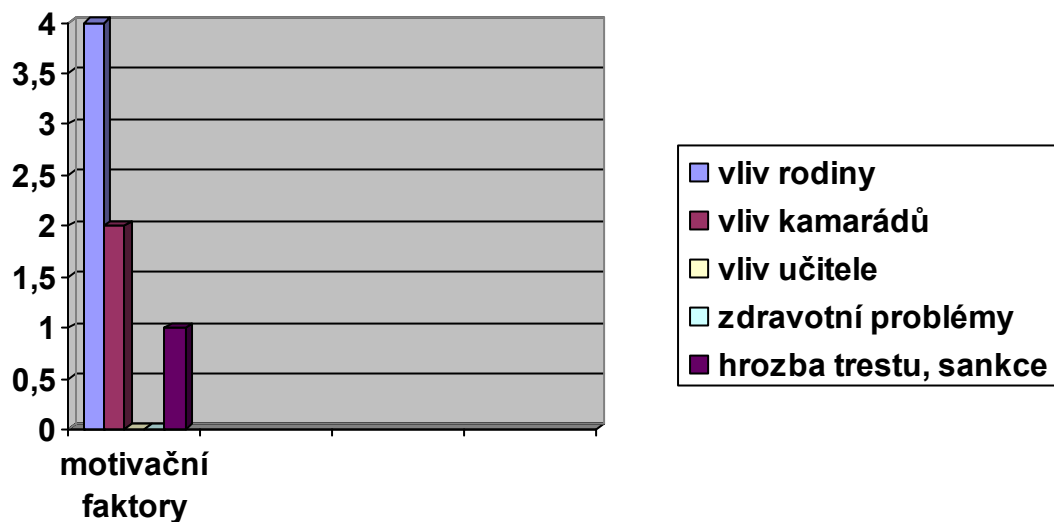
Položka 8 – Motivační faktory ke skoncování se zneužíváním léků

Tabulka 8: Zastoupení jednotlivých motivačních faktorů ke skoncování se zneužíváním léků

Položka dotazníku – motivační faktor ke skoncování se zneužíváním léků	Absolutní četnost N	Relativní četnost
vliv rodiny	4	57 %
vliv kamarádů	2	28 %
vliv učitele	0	0 %
zdravotní problémy	0	0 %
hrozba trestu, sankce	1	15 %
Celkem Σ	7	100 %

Z celkového počtu 100 % (7) respondentů, kteří by eventuelně chtěli skoncovat s jevem zneužívání léků jich 57 % (4) uvedlo jako nejsilnější motivační faktor vliv rodiny, 28 % (2) by se nechalo motivovat kamarády a 15% (1) by skončil jedině pod hrozbou trestu, či sankce.

Graf 8: Znázornění zastoupení jednotlivých motivačních faktorů ke skoncování se zneužíváním léků



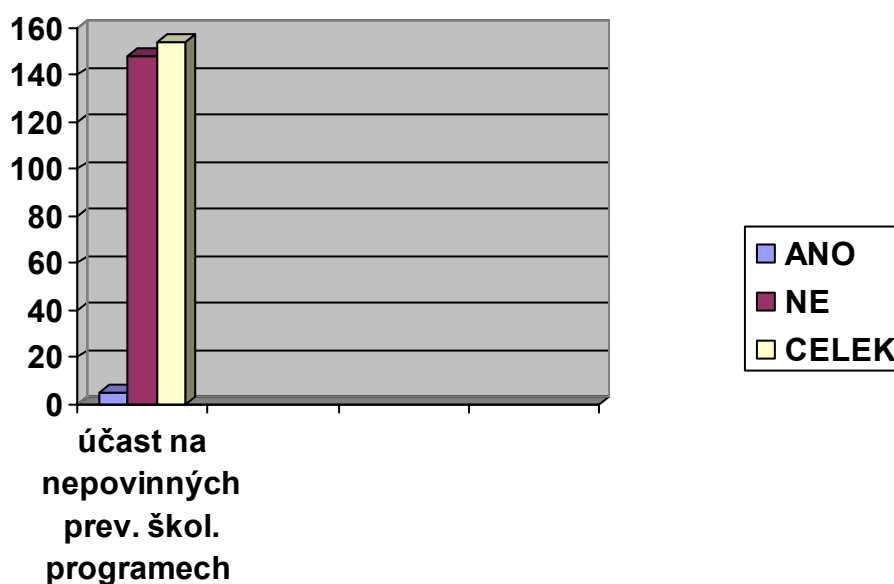
Položka 9 – Účast na nepovinných školních preventivních programech

Tabulka 9: Rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech

Položka dotazníku – účastníš se prev. šk. programů, pokud nejsou povinné?	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	5	3 %
NE	148	97 %
Celkem Σ	154	100 %

Z celkového počtu 154 respondentů jen 3 % (5) žáků uvedla, že se zúčastňují školních preventivních programů i když nejsou součástí vyučování a nejsou povinné. Převážná část 97 % (148) tyto programy nenavštěvuje.

Graf 9: Znázornění rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech



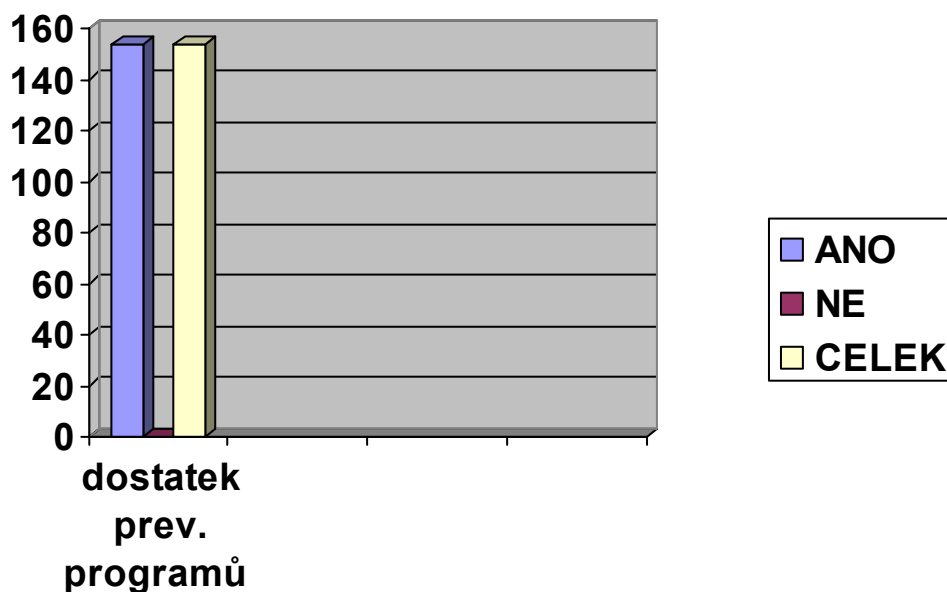
Položka 10 – Dostatek preventivních školních programů

Tabulka 10: Rozložení odpovědí na otázku, zda je prev. programů a aktivit na jejich škole dostatek.

Položka dotazníku – je na vaší škole prev. programů a jiných aktivit dostatek?	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	154	100%
NE	0	0 %
Celkem Σ	154	100 %

Z celkového počtu 154 žáků si naprosto všichni 100 % (154) myslí, že je na jejich škole, kterou navštěvují, je dostatečná nabídka a počet preventivních programů a jiných aktivit zaměřených na prevenci sociálně patologických jevů.

Graf 10: Grafické znázornění rozložení odpovědí na otázku, zda je prev. programů a aktivit na jejich škole dostatek



Dotazník č. 2 – pro školní metodiky prevence

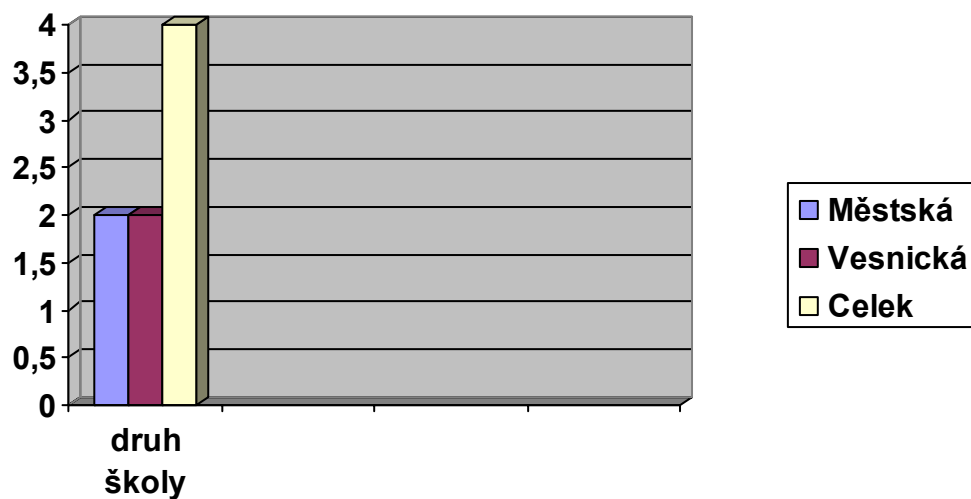
Položka 1 – Místo působení – město, vesnice

Tabulka 11: Rozložení míst působení školních metodiků prevence

Položka dotazníku – místo působení	Absolutní četnost N	Relativní četnost
město	2	50 %
vesnice	2	50 %
Celkem Σ	4	100 %

Z celkového počtu 100% (4) metodiků školní prevence z vybraných škol bylo 50 % (2) z městské školy a 50 % (2) z vesnické školy.

Graf 11: Znázornění rozložení míst působení školních metodiků prevence



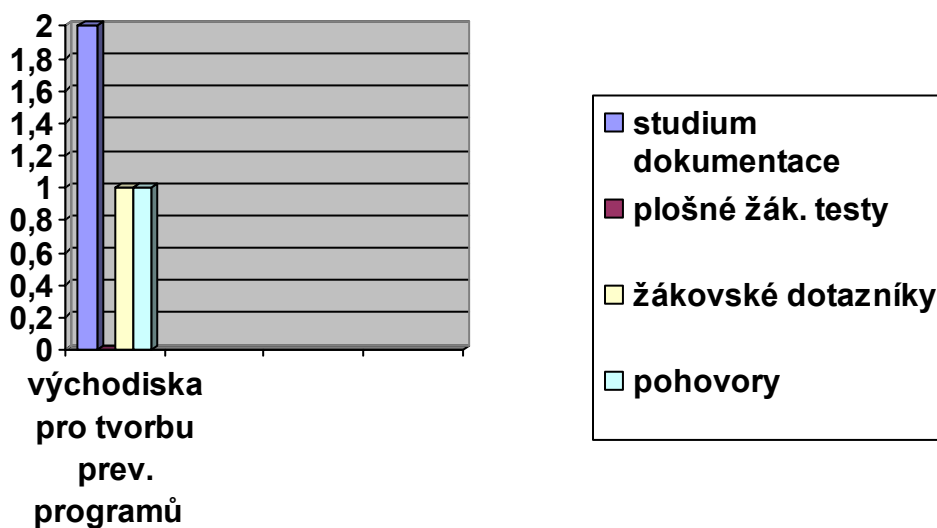
Položka 2 – Východiska při tvorbě preventivních programů

Tabulka 12: Rozložení zastoupení jednotlivých východisek

Položka dotazníku – východiska tvorby preventivních programů	Absolutní četnost N	Relativní četnost
studium pedagogické (žakovské) dokumentace	2	50 %
vyhodnocování plošných žakovských testů	0	0 %
vyhodnocení žakovských dotazníků	1	25 %
pohovory s žáky, kolegy, rodiči	1	25 %
Celkem Σ	4	100 %

Z celkového počtu 4 metodiků jich 50% (2) uvedli jako východisko tvorby jejich programů studium pedagogické (žakovské) dokumentace, 25% (1) uvedl dotazníky a 25% (1) metodik pohovory s žáky, kolegy a rodiči.

Graf 12: Znázornění rozložení zastoupení jednotlivých východisek



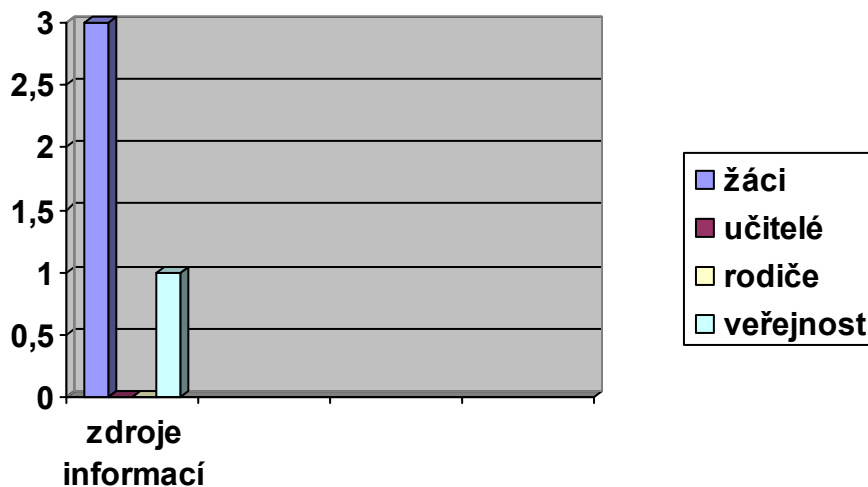
Položka 3 – Zdroje informací o sociálně pat. jevech na školách

Tabulka 13: Rozložení nejčastějších zdrojů informací o soc. pat. jevech na školách

Položka dotazníku – nejčastější zdroj informací o soc. pat. jevech ve škole	Absolutní četnost N	Relativní četnost
žáci	3	75 %
učitelé	0	0 %
rodiče	0	0 %
veřejnost	1	25 %
Celkem Σ	4	100 %

Z celkového počtu 4 metodiků jich 75 % (3) uvedli, že nejčastěji se o přítomnosti sociálně patologických jevů dozvídají od samotných žáků, 25% (1) uvedl jako zdroj veřejnost. Ostatní možnosti odpovědi se nevyskytly.

Graf 13: Grafické znázornění rozložení nejčastějších zdrojů informací o soc. pat. jevech na školách



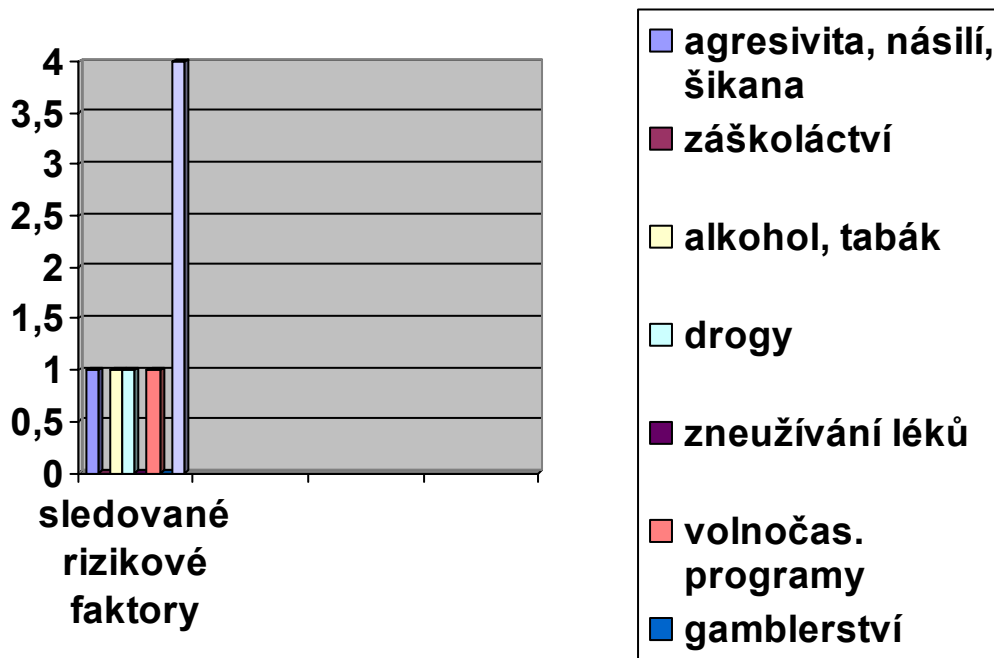
Položka 4 – Nejčastější typy sledovaných rizikových faktorů

Tabulka 14: Rozložení nejčastějších sledovaných typů rizikových faktorů

Položka dotazníku – nejčastěji sledované typy rizikových faktorů	Absolutní četnost N	Relativní četnost
agresivita, násilí, šikana	1	25 %
záškoláctví	0	0 %
užívání alkoholu a tabáku	1	25 %
konzumace drog	1	25 %
zneužívání léků	0	0 %
nedostatečná nabídka volnočasových aktivit	1	25 %
gamblerství	0	0 %
Celkem Σ	4	100 %

Z celkového počtu 100% (4) školních metodiků prevence jich 25 % (1) uvedl agresivitu, násilí a šikana; 25 % (1) užívání alkoholu a tabáku; 25 % (1) konzumaci drog a 25% (1) jako rizikový faktor, který sledují, nedostatečnou nabídku volnočasových aktivit. Jiné odpovědi nebyly zastoupeny.

Graf 14: Znázornění rozložení nejčastějších sledovaných typů rizikových faktorů



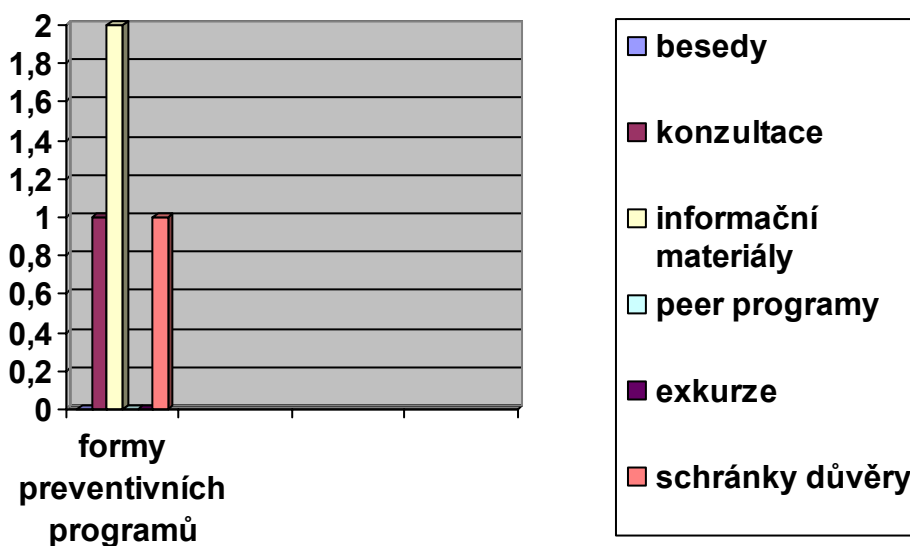
Položka 5 – Nejčastější formy a metody realizace preventivních programů

Tabulka 15: Rozložení nejčastějších forem a metod realizace preven. programů

Položka dotazníku – nejčastější formy a metody prev. škol. programů	Absolutní četnost N	Relativní četnost
besedy	0	0 %
konzultace	1	25 %
informační materiály	2	50 %
peer programy	0	0 %
exkurze	0	0 %
schránky důvěry	1	25 %
Celkem Σ	4	100 %

Z celkového počtu 100 % (4) metodiků jich 50 % (2) uvedlo jako nejčastější formu prevence na školách poskytování informačních materiálů, 25 % (1) konzultace a stejný počet schránky důvěry. Jiné odpovědi zastoupeny nebyly.

Graf 15: Grafické znázornění rozložení nejčastějších forem a metod realizace preventivních programů



VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 1

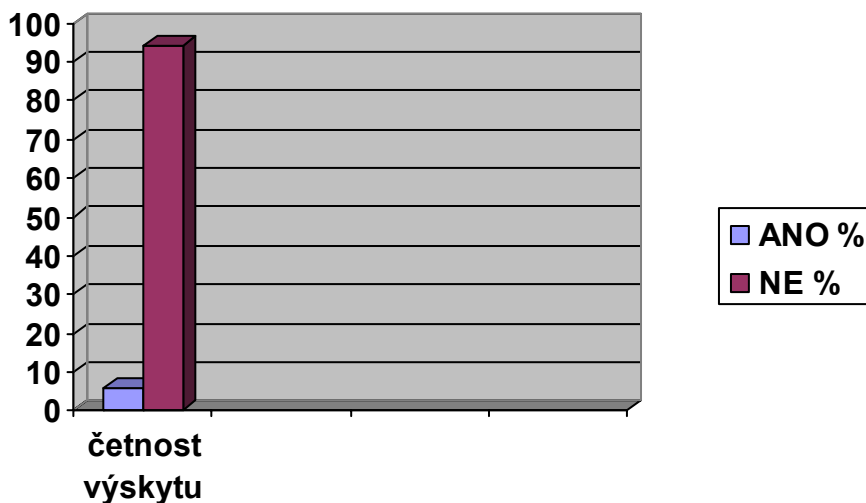
CÍLEM 1 bylo zjistit a zachytit četnost nežádoucího jevu zneužívání léků u zkoumaného vzorku respondentů, srovnat, zda se více vyskytuje na městských nebo na vesnických školách. K tomuto cíli se vztahovaly z dotazníku č.1 položky č. 2 a č. 4.

Tabulka 16: Četnost výskytu nežádoucího jevu zneužívání léků

Četnost výskytu nežádoucího jevu zneužívání léků	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	9	6 %
NE	145	94 %
Celkem Σ	154	100 %

Z celkového počtu 154 žáků devátých tříd základní školy se přímo s problematikou zneužívání léků u sebe či spolužáků setkalo pouze 6 % (9), o této problematice neví ze své zkušenosti, nebo ze svého okolí 94 % (145) respondentů.

Graf 16: Znázornění četnosti výskytu nežádoucího jevu zneužívání léků

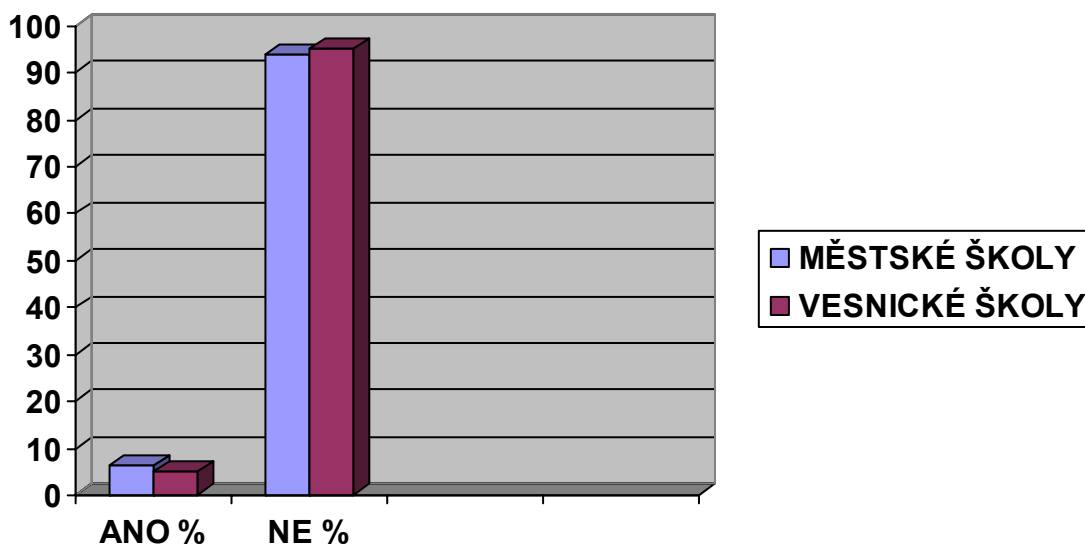


Tabulka 17: Výskyt pat. jevu zneužívání léků, srovnání výskytu městské x vesnické školy

Druh navštěvované školy a zkušenost se zneužíváním léků	Absolutní četnost N	Relativní četnost
městská škola - ANO	6	6,25 %
městská škola - NE	90	93,75 %
Celkem Σ	96	100 %
vesnická škola - ANO	3	5 %
vesnická škola - NE	55	95 %
Celkem Σ	58	100 %

Z celkového počtu 100 % (96) žáků z městských škol jich má pouze 6,25 % (6) zkušenost se zneužíváním léků, velké procento 93,75 % (90) jich tuto zkušenost nemá. Z celkového počtu 100 % (58) žáků vesnických škol jich pozitivní zkušenost přiznalo 5 % (3) respondentů a záporně odpovědělo 95 % (55) žáků.

Graf 17: Znázornění výskyt pat. jevu zneužívání léků, srovnání výskytu městské x vesnické školy



VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 2

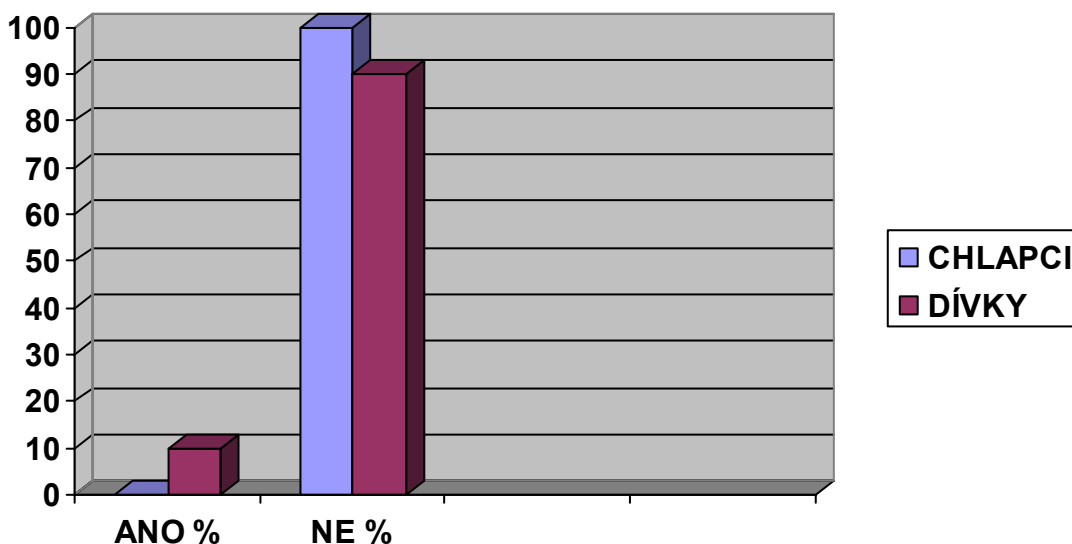
CÍLEM 2 Bylo zjistit, zda pohlaví hraje významnou roli v četnosti výskytu tohoto nežádoucího jevu. K tomuto cíli se vztahovaly z dotazníku č. 1 položky č. 1 a č. 4.

Tabulka 18: Rozdělení výskytu zkušeností se zneužíváním léků dle pohlaví

Zkušenost se zneužíváním léků – rozdělení dle pohlaví	Absolutní četnost N	Relativní četnost
chlapci - ANO	0	0 %
chlapci - NE	63	100 %
Celkem Σ	63	100 %
dívky - ANO	9	10 %
dívky - NE	82	90 %
Celkem Σ	91	100 %

Z celkového počtu 100 % (63) chlapců neměl ani jeden zkušenost se zneužíváním léků, kladná odpověď se tedy nevyskytovala a záporná odpověď byla uvedena ve 100 % (63) případech. Ve skupině dívek 100 % (91) byla kladná odpověď u 10 % (9) z nich a zápornou odpověď uvedlo 90 % (82) respondentek.

Graf 18: Grafické znázornění rozdělení výskytu zkušeností se zneužíváním léků dle pohlaví



VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 3

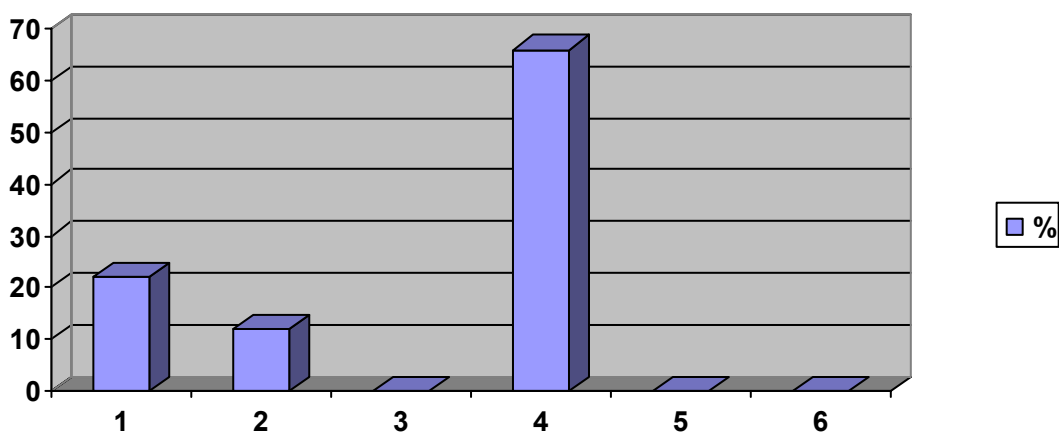
CÍLEM 3 bylo zjistit a zachytit nejčastější důvody vedoucí mládež k tomuto negativnímu jevu a zmapovat nejčastěji uváděné motivační faktory, které by mládež vedly ke skoncování s tímto jevem. K tomuto cíli se vztahovaly z dotazníku č. 1 položky č. 4, č. 5, č. 7 a č. 8.

Tabulka 19: Nejčastější příčiny, které vedou mládež ke zneužívání léků

Příčiny vedoucí mládež ke zneužívání léků	Absolutní četnost N	Relativní četnost
problémy ve škole	2	22 %
problémy v rodině	1	12 %
vliv kamarádů, party	0	0 %
nespokojenost s postavou	6	66 %
vzor rodičů – sami léky zneužívají	0	0 %
nuda či zvědavost	0	0 %
Celkem Σ	9	100 %

Z celkového počtu 9 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku, zda mají zkušenosti se zneužíváním léků a nyní tvořili 100 % uvedlo 66 % (6) jako důvod ke zneužívání léků nespokojenost s postavou, 22 % (2) uvedli problémy ve škole a 12 % (1) zneužívá léky z důvodu problémů v rodině.

Graf 19: Znázornění nejčastějších příčin, které vedou mládež ke zneužívání léků



1 – problémy ve škole
2 – problémy v rodině
3 – vliv kamarádů, party

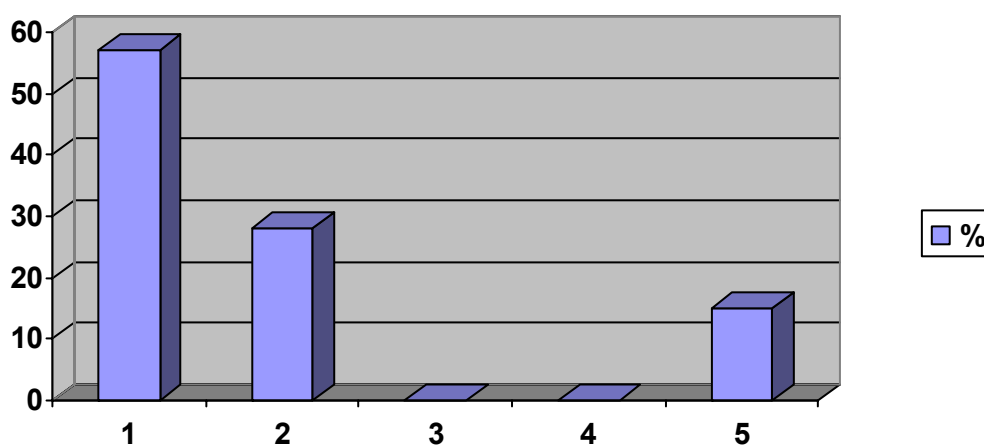
4 – nespokojenost s postavou
5 – vzor rodičů
6 – nuda, zvědavost

Tabulka 20: Rozložení zastoupení jednotlivých motivačních faktorů vedoucích ke skoncování se zneužíváním léků

Motivační faktory vedoucí ke skoncování se zneužíváním léků	Absolutní četnost N	Relativní četnost
vliv rodiny	4	57 %
vliv kamarádů	2	28 %
vliv učitele	0	0 %
zdravotní problémy	0	0 %
hrozba trestu, sankce	1	15 %
Celkem Σ	7	100 %

Z celkového počtu 100 % (7) respondentů, kteří by eventuelně chtěli skoncovat s jevem zneužívání léků jich 57 % (4) uvedlo jako nejsilnější motivační faktor vliv rodiny, 28 % (2) by se nechalo motivovat kamarády a 15% (1) by skončil jedinež pod hrozbou trestu, či sankce.

Graf 20: Znázornění rozložení zastoupení jednotlivých motivačních faktorů vedoucích ke skoncování se zneužíváním léků



1 – vliv rodiny
2 – vliv kamarádů
3 – vliv učitele

4 – zdravotní problémy
5 – hrozba trestu, sankce

VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 4

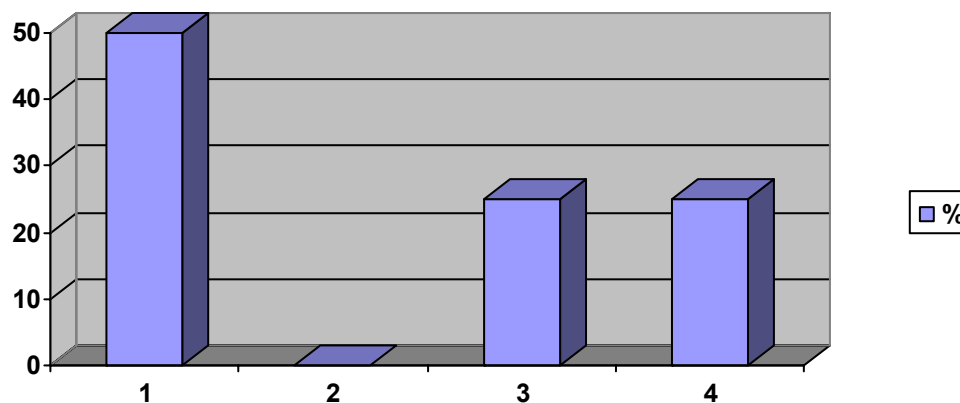
CÍLEM 4 bylo zjistit, jakým způsobem je tvořena a prováděna prevence sociálně patologických jevů na školách; na které jevy se školy nejvíce zaměřují a zjistit, zda jsou nepovinné školní preventivní programy aktivně využívány žáky (chlapci x dívky; město x vesnice). K tomuto cíli se vztahovaly z dotazníku č. 1 položka č. 1, č. 2, č.10 a z dotazníku č.2 položky č. 2, č. 4 a č.5.

Tabulka 21 : Rozložení zastoupení jednotlivých východisek

Východiska tvorby preventivních programů	Absolutní četnost N	Relativní četnost
studium pedagogické (žákovské) dokumentace	2	50 %
vyhodnocování plošných žákovských testů	0	0 %
vyhodnocení žákovských dotazníků	1	25 %
pohovory s žáky, kolegy, rodiči	1	25 %
Celkem Σ	4	100 %

Z celkového počtu 4 metodiků jich 50% (2) uvedli jako východisko tvorby jejich programů studium pedagogické (žákovské) dokumentace, 25% (1) uvedl dotazníky a 25% (1) metodik pohovory s žáky, kolegy a rodiči.

Graf 21: Grafické znázornění rozložení zastoupení jednotlivých východisek



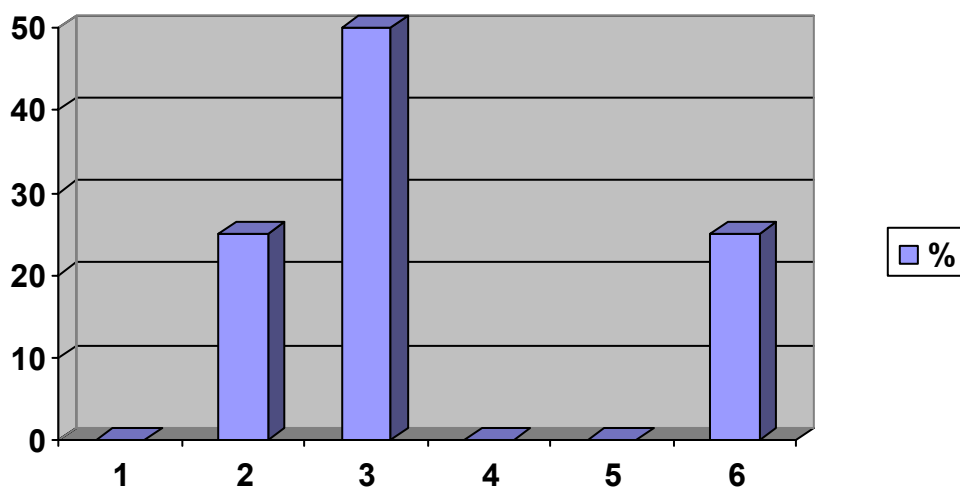
- 1 – studium pedagogické (žákovské) dokumentace
- 2 – vyhodnocování plošných žákovských testů
- 3 – vyhodnocování žákovských dotazníků
- 4 – pohovory s žáky, kolegy, rodiči

Tabulka 22: Rozložení nejčastějších forem a metod realizace prev. programů

Nejčastější formy a metody prev. škol. programů	Absolutní četnost N	Relativní četnost
besedy	0	0 %
konzultace	1	25 %
informační materiály	2	50 %
peer programy	0	0 %
exkurze	0	0 %
schránky důvěry	1	25 %
Celkem Σ	4	100 %

Z celkového počtu 100 % (4) metodiků jich 50 % (2) uvedlo jako nejčastější formu prevence na školách poskytování informačních materiálů, 25 % (1) konzultace a stejný počet schránky důvěry. Jiné odpovědi zastoupeny nebyly.

Graf 22: Grafické znázornění rozložení nejčastějších forem a metod realizace preventivních programů



1 – besedy

2 – konzultace

3 – informační materiály

4 – peer programy

5 – exkurze

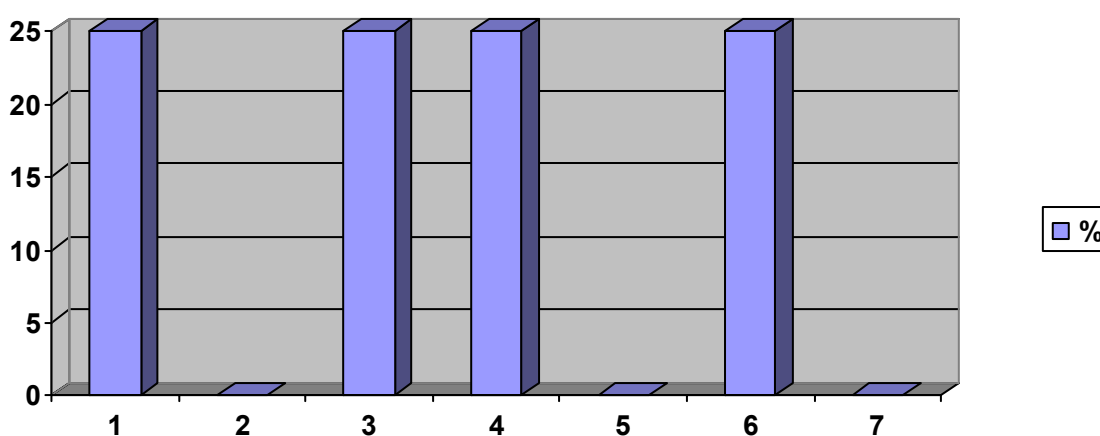
6 – schránky důvěry

Tabulka 23: Rozložení nejčastějších sledovaných typů rizikových faktorů

Nejčastěji sledované typy rizikových faktorů	Absolutní četnost N	Relativní četnost
agresivita, násilí, šikana	1	25 %
záškoláctví	0	0 %
užívání alkoholu a tabáku	1	25 %
konzumace drog	1	25 %
zneužívání léků	0	0 %
nedostatečná nabídka volnočasových aktivit	1	25 %
gamblerství	0	0 %
Celkem Σ	4	100 %

Z celkového počtu 100% (4) školních metodiků prevence jich 25 % (1) uvedl agresivitu, násilí a šikana; 25 % (1) užívání alkoholu a tabáku; 25 % (1) konzumaci drog a 25% (1) jako rizikový faktor, který sledují, nedostatečnou nabídku volnočasových aktivit. Jiné odpovědi nebyly zastoupeny.

Graf 23: Znázornění rozložení nejčastěji sledovaných typů rizikových faktorů



1 – agresivita, násilí, šikana
 2 – záškoláctví
 3 – užívání alkoholu a tabáku
 4 – konzumace drog

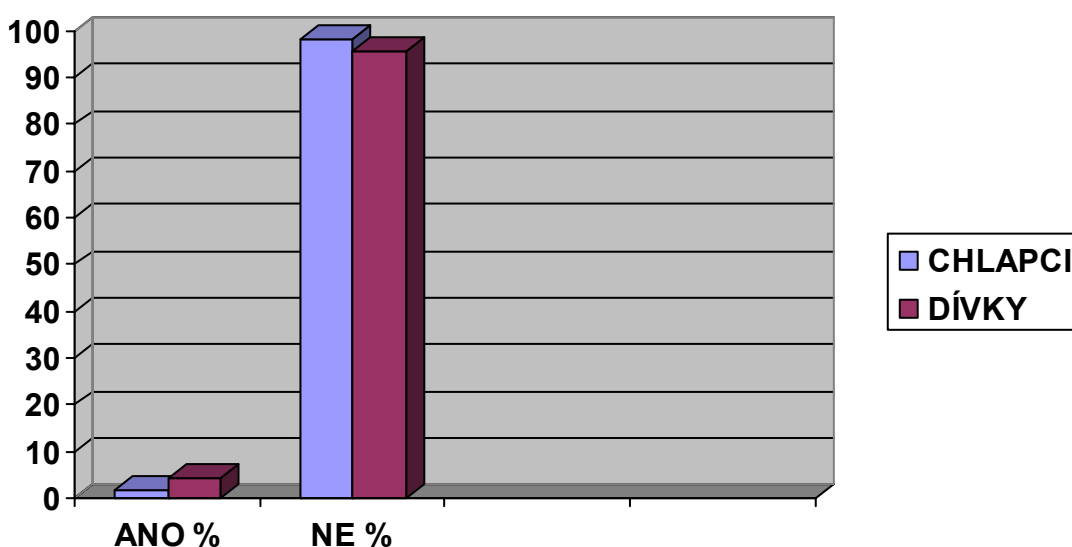
5 – zneužívání léků
 6 – nedostatečná nabídka volnočasových aktivit
 7 – gamblerství

Tabulka 24: Rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech z hlediska pohlaví

Účast na prev. škol. programech, které jsou nepovinné.	Absolutní četnost N	Relativní četnost
chlapci - ANO	1	1,6 %
chlapci - NE	62	98,4 %
Celkem Σ	63	100 %
dívky - ANO	4	4,4 %
dívky - NE	87	95,6 %
Celkem Σ	91	100 %

Z celkového počtu 154 respondentů bylo v chlapecké skupině 1,6 % (1) kladných odpovědí a záporných 98,4 % (62). Ve skupině dívek byla kladná odpověď ve 4,4 % (4) a nepovinných preventivních programů se nezúčastňuje 95,6 % (87) respondentek

Graf 24: Znázornění rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech dle pohlaví

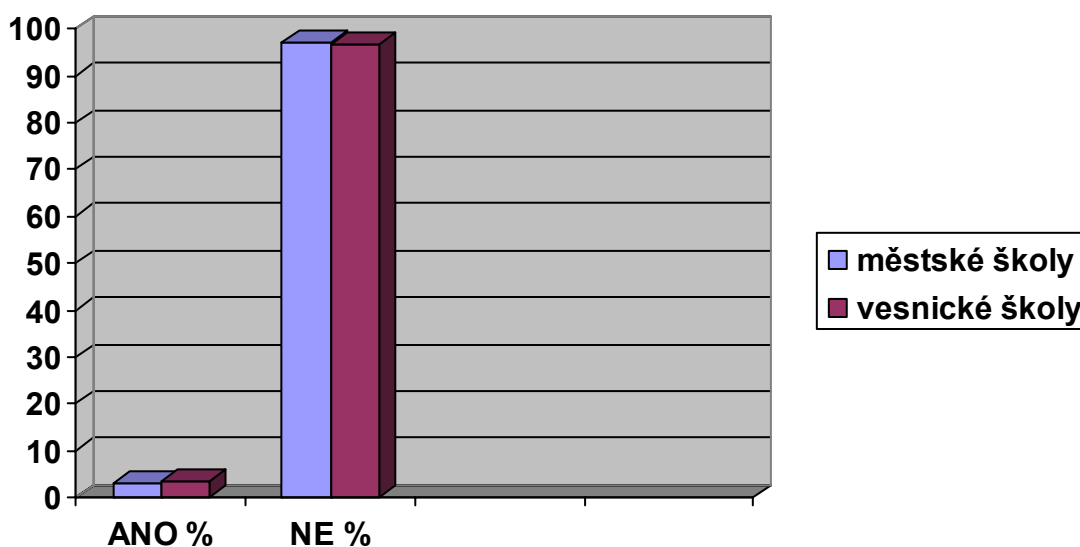


Tabulka 25: Rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech z hlediska druhu školy

Účast na prev. škol. programech, které jsou nepovinné.	Absolutní četnost N	Relativní četnost
městská škola - ANO	3	3,2 %
městská škola - NE	93	96,8 %
Celkem Σ	96	100 %
vesnická škola - ANO	2	3,5 %
vesnická škola - NE	56	96,5 %
Celkem Σ	58	100 %

Z celkového počtu 154 respondentů bylo 96 žáků z městské školy a 58 žáků ze školy vesnické. U žáků městských škol se kladná odpověď objevila v 3,2 % (3), záporná tvořila 96,8 % (93). U žáků vesnických škol tvořila kladná odpověď 3,5 % (2) a záporná 96,5 % (56).

Graf 25: Znázornění rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech dle druhu školy



4.4 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

CÍLEM 1 bylo zjistit a zachytit četnost nežádoucího jevu zneužívání léků u zkoumaného vzorku respondentů, srovnat, zda se více vyskytuje na městských nebo na vesnických školách.

Četnost:

Z celkového počtu 154 žáků devátých tříd základní školy se přímo s problematikou zneužívání léků u sebe či spolužáků setkalo pouze 6 % (9), o této problematice neví ze své zkušenosti, nebo ze svého okolí 94 % (145) respondentů.

Hypotéza k této části cíle 1 se potvrdila. Zkoumaný patologický jev se v dané oblasti vyskytuje sporadicky, neboť tvořil pouze 6% zkoumaného vzorku.

Srovnání městské x vesnické školy:

Z celkového počtu 100 % (96) žáků z městských škol jich má pouze 6,25 % (6) zkušenost se zneužíváním léků, velké procento 93,75 % (90) jich tuto zkušenost nemá. Z celkového počtu 100 % (58) žáků vesnických škol jich pozitivní zkušenost přiznalo 5 % (3) respondentů a záporně odpovědělo 95 % (55) žáků.

Hypotéza k druhé části cíle 1 potvrzena nebyla, neboť zjištěný rozdíl výskytu na městských a vesnických školách nebyl statisticky významný, rozdíl tvořil 1,25%.

CÍLEM 2 bylo zjistit, zda pohlaví hraje významnou roli v četnosti výskytu tohoto nežádoucího jevu.

Z celkového počtu 100 % (63) chlapců neměl ani jeden zkušenost se zneužíváním léků, kladná odpověď se tedy nevyskytovala a záporná odpověď byla uvedena ve 100 % (63) případech. Ve skupině dívek 100 % (91) byla kladná odpověď u 10 % (9) z nich a zápornou odpověď uvedlo 90 % (82) respondentek.

Hypotéza k cíli 2 potvrzena nebyla. Kladné odpovědi se vyskytovaly pouze ve skupině dívek, chlapci s tímto patologickým jevem zkušenosti nemají. Byl tedy zjištěn rozdíl mezi pohlavími, kdy u chlapců četnost výskytu tohoto patologického jevu tvořila 0%, zatímco ve skupině dívek 10%.

CÍLEM 3 bylo zjistit a zachytit nejčastější důvody vedoucí mládež k tomuto negativnímu jevu a zmapovat nejčastěji uváděné motivační faktory, které by mládež vedly ke skoncování s tímto negativním jevem.

Nejčastější důvody vedoucí mládež k zneužívání léků:

Z celkového počtu 9 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku zda mají oni sami zkušenosti nebo s někým z okolí se zneužíváním léků a nyní tvořili 100 % uvedlo 66 % (6) jako důvod ke zneužívání léků nespokojenost s postavou, 22 % (2) uvedli problémy ve škole a 12 % (1) zneužívá léky z důvodu problémů v rodině.

Hypotéza se nepotvrdila. Nejčastějším důvodem vedoucím ke zneužívání léků nebyly problémy ve škole – ty tvořily 22%, ale nespokojenost s postavou, která tvořila 66%. Problémy v rodině tvořily 12%. Jiné odpovědi zastoupeny nebyly.

Motivační faktory, které by mládež vedly ke skoncování :

Z celkového počtu 100 % (7) respondentů, kteří by eventuelně chtěli skoncovat s jevem zneužívání léků jich 57 % (4) uvedlo jako nejsilnější motivační faktor vliv rodiny, 28 % (2) by se nechalo motivovat kamarády a 15% (1) by skončil jedině pod hrozbou trestu, či sankce.

Hypotéza se opět nepotvrdila. Nejčastěji uváděným motivačním faktorem byl vliv rodiny, kdy kladnou odpověď uvádělo 57% respondentů, vliv kamarádů tvořil 28% a hrozba trestu činila pouze 15%.

CÍLEM 4 bylo zjistit, jakým způsobem je tvořena a prováděna prevence sociálně patologických jevů na školách; na které jevy se školy nejvíce zaměřují a zjistit, zda jsou nepovinné školní preventivní programy aktivně využívány žáky (chlapci x dívky; město x vesnice).

Východiska pro tvorbu preventivních programů:

Z celkového počtu 4 metodiků jich 50% (2) uvedli jako východisko tvorby jejich programů studium pedagogické (žakovské) dokumentace, 25% (1) uvedl dotazníky a 25% (1) metodik pohovory s žáky, kolegy a rodiči.

Hypotéza se v tomto směru potvrdila. Studium dokumentace je východiskem pro 50% metodiků školní prevence. Dotazníkové šetření tvoří 25% východisek pro tvorbu programů metodiků školní prevence, stejně jako pohovory s žáky, kolegy a rodiči.

Formy provádění prevence:

Z celkového počtu 100 % (4) metodiků jich 50 % (2) uvedlo jako nejčastější formu prevence na školách poskytování informačních materiálů, 25 % (1) konzultace a stejný počet schránky důvěry. Jiné odpovědi zastoupeny nebyly.

Hypotéza se v tomto případě nepotvrdila jelikož nejčastější formou provádění prevence nebyly besedy, ale poskytování informačních materiálů.

Nejčastěji sledované typy rizikových faktorů:

Z celkového počtu 100% (4) školních metodiků prevence jich 25 % (1) uvedl agresivitu, násilí a šikanu; 25 % (1) užívání alkoholu a tabáku; 25 % (1) konzumaci drog a 25% (1) jako rizikový faktor, který sledují, nedostatečnou nabídku volnočasových aktivit. Jiné odpovědi nebyly zastoupeny.

Hypotéza se potvrdila jen zčásti, jelikož o první místo se 25% pro každý faktor dělí tyto: agresivita, násilí a šikana; užívání alkoholu a tabáku; konzumace drog; nedostatečná nabídka volnočasových aktivit.

Účast na nepovinných školních preventivních programech z hlediska:

Pohlaví:

Z celkového počtu 154 respondentů bylo v chlapecké skupině 1,6 % (1) kladných odpovědí a záporných 98,4 % (62). Ve skupině dívek byla kladná odpověď ve 4,4 % (4) a nepovinných preventivních programů se nezúčastňuje 95,6 % (87) respondentek

Hypotéza se potvrdila. Účast ne nepovinných preventivních programech byla častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.

Typu školy (město x vesnice):

Z celkového počtu 154 respondentů bylo 96 žáků z městské školy a 58 žáků ze školy vesnické. U žáků městských škol se kladná odpověď objevila v 3,2 % (3), záporná tvořila 96,8 % (93). U žáků vesnických škol tvořila kladná odpověď 3,5 % (2) a záporná 96,5 % (56).

Hypotéza se v tomto případě nepotvrdila. Rozdíl mezi městskou a vesnickou populací na účasti dobrovolných preventivních programů byl pouze 0,3%, což je v tomto případě statisticky nevýznamné číslo.

ZÁVĚR

Prevence zneužívání léků a „lékových drog“ dětmi je novodobým fenoménem a závažným společenským sociálně patologickým jevem. Každý případ zjištěného problému se zneužíváním léků je nutno náležitě vyšetřit a dlouhodobě monitorovat. Je nutné si uvědomit, že řešení tohoto problému nepřísluší jen psychiatrům, pediatrům, psychologům, sociologům, ale také pedagogům a sociálním pracovníkům, kteří se ve své praxi setkávají s dětmi a mladými lidmi, jichž se tato problematika osobně dotýká.

Tato problematika má stejnou důležitost a je stejně závažná jako tolik neustále diskutovaná drogová problematika. Je však o to závažnější, že není tolik mediálně odsuzovaná a není ji přikládán takový význam, přičemž nebezpečnost je o to závažnější, že dostupnost léků, které je možno zneužít k sebepoškození, je na rozdíl od drog daleko vyšší.

Při preventivním působení klademe důraz na rozvoj přiměřeného a zdravého sebevědomí dítěte. Je potřeba je často chválit a to nejen za úspěch, ale také za snahu. Vždyť ta se přeci „také cení“. Je potřeba pozitivně reagovat na to, co se podaří, a ne si všímat pouze neúspěchů. Pomáháme dětem stanovovat si rozumné cíle. Kritizujeme konkrétní chování, ne dítě samotné. Neslibujeme dětem „vzdušné zámky“, nevychováme z nich „hvězdy“, setkání s realitou by pro ně mohlo být bolestivou ranou, díky které by se mohly objevit problémy, které se bude snažit vyřešit neadekvátním přístupem například pomocí návykových látek. Všem dětem je potřeba dávat najevo, že je dospělí mají rádi. Pouze zdravé sebevědomí podporuje odolnost jedince vůči sociálně patologickým jevům.

V této práci byla formou dotazníkového šetření zmapována problematika zneužívání látek na bázi léčiv v oblasti Veselska na školách městského a venkovského typu. Ve sledovaném vzorku dětí 9. tříd dochází ke zneužívání léků v poměrně malé míře. Je možné, že výsledky byly zkresleny danou oblastí. Jisté však je, že děti jsou o problematice škodlivosti zvýšeného užívání léčiv poměrně dobře informovány a že práce školních metodiků prevence a veškerá preventivní činnost zaměřená na prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních v souladu s §29 odst. 1 a § 30 odst. 3 zákona č. 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, § 18 písm. C) zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, Koncepci státní politiky pro oblast dětí a mládeže, Národní strategie protidrogové politiky, Strategií prevence kriminality strategií prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy, přineslo svá pozitiva.

RESUME:

Obsahem a cílem diplomové práce je formou systémového přístupu zjistit četnost zneužívání léků u dětí 9. tříd základních škol městského a venkovského typu, jakou roli hraje pohlaví, důvody vedoucí mládež k tomuto jevu a důvody ke skoncování s tímto jevem. Dalším cílem je způsob provádění prevence sociálně patologických jevů na školách. Tato práce mapuje problematiku málo diskutovanou, zaměřuje se na vyhledávání rozdílných jevů jednotlivých věkových skupin. Snahou bylo také zachytit rizikové faktory ovlivňující možnost vzniku tohoto problému.

SUMMARY:

Content and aim of this diploma work is in form of a systematic approach to find out the percentage of medicine abuse among children in 9th grade primary schools in urban and rural areas, the role of sex, reasons leading youth to this phenomenon and reasons to put an end to this phenomenon. Further goal is to cause prevention of social pathologic phenomena in schools. This work describes the insufficiently discussed problem. In my endeavour, I was to find out the risk circumstances which can influence the possible origin of this problem.

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ PREPARÁTŮ A DROG NA BÁZI LÉČIV DĚTMI

Autor: Bc. Miroslav Blaha

Vedoucí práce: MUDr. Peter Kováčik

Počet stran: 103

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2008

Klíčová slova:

zneužívání, léky, drogy, lékové skupiny, účinky léků, prevence, sebepoškození, dětský věk, dospívající mládež, psychologie dětského věku, sociálně patologické jevy, negativní vlivy prostředí, sociální pedagogika

ANNOTATION OF DIPLOMA WORK

Name of work: PREVENTION OF VIOLATIONS PREPARATIONS AND NARCOTICS ON BASE PHARMACEUTICALS CHILDRENS

Author: Bc. Miroslav Blaha

Supervisor of work: MUDr. Peter Kováčik

Number of pages: 103

Number of supplements: 8

Year defences: 2008

Key words:

violation, pharmaceuticals, narcotics, pharmaceuticals groups, effects of pharmaceuticals, prevention, self harming – self poisoning, childhood, adolescent, psychology of childhood, social pathollogical phenomena, negativ enviromental factors, social pedagogy

SEZNAM LITERATURY

KNIHY A JINÉ MONOGRAFIE

- 1) Abrahams, P. Druga, R. *Lidské tělo*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, s.r.o., 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7
- 2) Barker, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Brno, ALBERT, 1999. 64 s. ISBN 80-85834-78-2
- 3) Bečková, I., Višňovský, P. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. 112 s. ISBN 80-7184-864-6
- 4) Dobáš, J. *Psychiatrie – učebnice pro praktické lékaře*. Avicenum/Osveta 1984 s. 243 ISBN 73521-08/20-08-056-84
- 5) Gladkij, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomika a sociologie zdravotnictví*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2
- 6) Hajný, M., Klouček, E., Stuchlík, R. *Akta Y*. Praha: Votobia, 1999. 121 s. ISBN 80-7220-022-4
- 7) Heller, J. Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8
- 8) Hynie, S. *Psychofarmakologie v praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 1995. 312 s. ISBN 80-8524-17-5
- 9) Hynie, S. *Základy farmakologie*. Praha, Triton, 1999. 368 s. ISBN 80-7254-048-3
- 10) Kalina, K. *Drogy a drogové výzkumy I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6
- 11) Kalina, K. *Drogy a drogové výzkumy 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6
- 12) Klidová, L. Rybárová, E. *Vývojová psychologie*. 3. upravené vyd. Praha: SPN, 1974. 157 s. ISBN 80-2459-023-4
- 13) Klimeš, L. *Slovník cizích slov*. 6. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, a.s., 2002. 862 s. ISBN 80-7235-023-4
- 14) Kolektiv autorů. *Drogy na předpis*. Olomouc: Votobia, 1998. 418 s. ISBN 80-7198-332-2
- 15) Malátková, J. – vedoucí projektu et al. *Ottova encyklopedie A – Ž*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, s.r.o., 2004. 1144 s. ISBN 80-7360-014-5
- 16) Mann, J. *Jedy, drogy, léky*. 1. vyd., Praha: Academia, 1996. 203 s. ISBN 80-200-0508-0
- 17) Mečíř, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 156 s. ISBN-80-5406-101-5
- 18) Ministerstvo zdravotnictví ČR. WHO – Regionální úřadovna pro Evropu *Zdraví 21 – Zdraví do 21. století*. 1. vyd. Praha: MZ ČR 2001. 146 s. ISBN 80-85047-49-5
- 19) Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Sportpropag, 1996, s. 156 ISBN 80-6524-026-7
- 20) Nešpor, K., Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. 1. vyd., Praha: PCP, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2
- 21) Nešpor, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6

- 22) Novotná, J. *Drogové závislosti – symptomatika a léčba pro praktické lékaře*. Brno: Litera, 1997. 48 s. ISBN-80-8652-38-5
- 23) Nožina, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd., Praha: KLP, 2003. 348 s. ISBN 80-85917-36-X
- 24) Provozník, K., Komárek, L., Horváth, M. et al. *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1993. 80 s. ISBN 80-7168-097-4
- 25) Staňková, M. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5
- 26) Vokurka, M., Hugo, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-42
- 27) Wasserbauer, S., a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. 130 s. ISBN 80-7071-145-0
- 28) WHO- Regionální úřadovna pro Evropu. *Lemon 4*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 160 s. ISBN 80-7013-248-5

ČASOPISY

- 29) Babáková, Libuše. Zdravotnické noviny ČR. Roč. 51, č.46 (2002). Příl. Lékařské listy, s. 11-13, *Sebepoškozování – farmakoterapie, psychoterapie* ISSN 0044-1996
- 30) Čermák, Aleš – Pacík, D. – Hanák, T. – Kladenský, J. – Peška, I. *Sebepoškozování – etiologie, Psychologie, Motivace*. Česká urologie., Roč. 5, č. 1 (2001), s. 4-8 ISSN 1211-8729
- 31) Horák, P. *Léčiva, léčivé přípravky a doplňky stravy*. Sestra 5/2006 ISSN 1210-0404
- 32) Houdek, František. *Sebepoškozující chování u dětí hospitalizovaných na dětském oddělení psychiatrické kliniky ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice*. Zdravotnické noviny ČR, Roč. 50, č. 18 (2001), s. 28-29 ISSN 0044-1996
- 33) Hrubý, Stanislav. *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*. Lékařské listy - příloha Zdravotnických novin, duben 2004, č.22, s.20-21 ISSN 0044-1996
- 34) Chvíla, L. *Hypnotika – závislost všedního dne. Závislosti a my*. Září 2003. ISSN 1213-8584
- 35) Komorous, J. *Závislosti a my*. Listopad 2007. Legalizace drog versus represe. ISSN 1213-8584
- 36) Nešpor, K., Csémy, L. *Psychoterapie – metody, Poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek, sebepoškozování, sebevražda – pokus*. Adiktologie, Roč. 3, č. 1 (2003), s. 81-83 ISSN 1213-3841
- 37) Nerusi, G. *Závislosti a my*. Září 2007. *Trhy jsou zaplavovány falešnými léky, anabolika*. ISSN 1213-8584
- 38) Pacoltová, I., Florian, J., Kellarová, P., Hamanová, J. *Sebevražda – epidemiologie, prevence a kontrola, terapie, deprese, úzkostné poruchy*. Praktické lékařství, roč. 78, č. 9 (1998), s. 473-476 ISSN 0032-6739
- 39) Poledne, R. *Medicínský výzkum kontra životní styl*. Lékařské listy – příloha Zdravotnických novin, srpen 2004, č.40, s.8 ISSN 0044-1996
- 40) Poslanecký, V. *Drogy – poznej svého nepřítele*. VZP 2005. Rady pro rodiče. Psychotropní léky.

- 41) SK, *Zavaleni léky*. Zdraví. Magnet-Press 1991, s.60 ISBN 80-85110-98-9
- 42) Svobodová, S. Závislosti a my. únor 2008. *Nová tvář prevence závislostí*. ISSN 1213-8584
- 43) Šejvl, Martinec. Drogová mortalita, roč. 3, č. 1 (2003), s. 8-10, *Drogová mortalita*. ISSN 1213-8584
- 44) Vacek, J. Závislosti a my. Listopad 2005. *Závislost*. ISSN 1213-8584
- 45) Yamamotová, A. *Bolest – práh, analgezie, sebepoškozování, stres psychický*. Psychiatrie pro praxi, roč. 3, č. 5 (2002), s. 213-218 ISSN 1213-0508
- 46) Zášková, H., Závislosti a my. Únor 2004. *Uživatelé drog – Žadatelé o léčbu*. ISSN 1213-8584

INTERNETOVÉ ADRESY

- 47) www.inext.cz/peer/
- 48) www.mvcr.cz/aktualit/sdeleni/2001/delikven
- 49) <http://archiv.neviditelnypes.zpravy.cz/hyena2002/dyn/st>
- 50) <http://obchod.studovna.cz/scripts/detail>
- 51) www.stripky.cz/vychova
- 52) www.detskaprava.cz/prava/
- 53) www.zdravcentra.cz/cps
- 54) <http://obchod.studovna.cz/scripts/detail.asp?id=966>
- 55) <http://www.biotox.cz/enspyro/pj3opph.html>
- 56) www.guild.cz/mojeskola/samsebou
- 57) www.odrogach.cz
- 58) <http://psychologie.nazory.cz>
- 59) www.szu.cz
- 60) www.vysokeskoly.cz/maturitniotazky/

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

TABULKY:

Tabulka 1	Zastoupení mužského a ženského pohlaví u respondentů	str. 35
Tabulka 2	Zastoupení poměru žáků podle navštěvování školy ve městě nebo na vesnici	str. 36
Tabulka 3	Rozložení odpovědí na otázku nebezpečnosti zneužívání léků	str. 37
Tabulka 4	Zastoupení odpovědí žáků na položku č. 4	str. 38
Tabulka 5	Zastoupení odpovědí žáků na různé příčiny vedoucí k potřebě zneužívání léků	str. 39
Tabulka 6	Zastoupení nejčastěji zneužívaných skupin léků	str. 40
Tabulka 7	Rozložení odpovědí na otázku, zda chtějí přestat	str. 41
Tabulka 8	Zastoupení jednotlivých motivačních faktorů ke skoncování se zneužíváním léků	str. 42
Tabulka 9	Rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech	str. 43
Tabulka 10	Rozložení odpovědí na otázku, zda je prev. programů a aktivit na jejich škole dostatek.	str. 44
Tabulka 11	Rozložení míst působení školních metodiků prevence	str. 45
Tabulka 12	Rozložení zastoupení jednotlivých východisek	str. 46
Tabulka 13	Rozložení nejčastějších zdrojů informací o soc. pat. jevech na školách	str. 47
Tabulka 14	Rozložení nejčastějších sledovaných typů rizikových faktorů	str. 48
Tabulka 15	Rozložení nejčastějších forem a metod realizace preven. programů	str. 49
Tabulka 16	Četnost výskytu nežádoucího jevu zneužívání léků	str. 50
Tabulka 17	Výskyt pat. jevu zneužívání léků, srovnání výskytu městské x vesnické školy	str. 51

Tabulka 18	Rozdělení výskytu zkušeností se zneužíváním léků dle pohlaví	str. 52
Tabulka 19	Nejčastější příčiny, které vedou mládež ke zneužívání léků	str. 53
Tabulka 20	Rozložení zastoupení jednotlivých motivační faktorů vedoucích ke skoncování se zneužíváním léků	str. 54
Tabulka 21	Rozložení zastoupení jednotlivých východisek	str. 55
Tabulka 22	Rozložení nejčastějších forem a metod realizace prev. programů	str. 56
Tabulka 23	Rozložení nejčastějších sledovaných typů rizikových faktorů	str. 57
Tabulka 24	Rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech z hlediska pohlaví	str. 58
Tabulka 25	Rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech z hlediska druhu školy	str. 59

GRAFY:

Graf 1	Poměr zastoupení chlapců a dívek mezi respondenty výzkumného šetření	str. 35
Graf 2	Grafické znázornění poměru žáků podle navštěvování školy ve městě nebo na vesnici	str. 36
Graf 3	Znázornění rozložení odpovědí na otázku nebezpečnosti zneužívání léků	str. 37
Graf 4	Grafické znázornění rozložení odpovědí žáků na položku č. 4	str. 38
Graf 5	Grafické znázornění odpovědí žáků na různé příčiny vedoucí k potřebě zneužívání léků	str. 39
Graf 6	Znázornění rozložení skupin zneužívaných léků	str. 40
Graf 7	Grafické rozložení odpovědí na otázku, zda chtějí přestat	str. 41
Graf 8	Znázornění zastoupení jednotlivých motivačních faktorů ke skoncování se zneužíváním léků	str. 42
Graf 9	Znázornění rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech	str. 43
Graf 10	Grafické znázornění rozložení odpovědí na otázku, zda je prev. programů a aktivit na jejich škole dostatek	str. 44
Graf 11	Znázornění rozložení míst působení školních metodiků prevence	str. 45
Graf 12	Znázornění rozložení zastoupení jednotlivých východisek	str. 46
Graf 13	Grafické znázornění rozložení nejčastějších zdrojů informací o soc. pat. jevech na školách	str. 47
Graf 14	Znázornění rozložení nejčastějších sledovaných typů rizikových faktorů	str. 48
Graf 15	Grafické znázornění rozložení nejčastějších forem a metod realizace preventivních programů	str. 49
Graf 16	Znázornění četnosti výskytu nežádoucího jevu zneužívání léků	str. 50

Graf 17	Znázornění výskyt pat. jevu zneužívání léků, srovnání výskytu městské x vesnické školy	str. 51
Graf 18	Grafické znázornění rozdělení výskytu zkušeností se zneužíváním léků dle pohlaví	str. 52
Graf 19	Znázornění nejčastějších příčin, které vedou mládež ke zneužívání léků	str. 53
Graf 20	Znázornění rozložení zastoupení jednotlivých motivační faktorů vedoucích ke skoncování se zneužíváním léků	str. 54
Graf 21	Grafické znázornění rozložení zastoupení jednotlivých východisek	str. 55
Graf 22	Grafické znázornění rozložení nejčastějších forem a metod realizace preventivních programů	str. 56
Graf 23	Znázornění rozložení nejčastěji sledovaných typů rizikových faktorů	str. 57
Graf 24	Znázornění rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech dle pohlaví	str. 58
Graf 25	Znázornění rozložení odpovědí na otázku účasti na nepovinných školních preventivních programech dle druhu školy	str. 59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Projekt diplomové práce	str. 75
Příloha 2	Dotazník pro žáky	str. 79
Příloha 3	Dotazník pro školní metodiky prevence	str. 81
Příloha 4	Úmluva o právech dítěte	str. 82
Příloha 5	Edukační leták: „Drogy“	str. 100
Příloha 6	Edukační leták: „My, drogy a Evropa“	str. 101
Příloha 7	Edukační leták: „Proč žít bez drog“	str. 102
Příloha 8	Edukační leták: „Průchozí drogy“	str. 103

SEZNAM ZKRATEK

ad	k
apod.	a podobně
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
HIV	Human Immunodeficiency Virus
JIP	jednotka intenzivní péče
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MHD	městská hromadná doprava
MŠ	mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
např.	například
odst.	odstavec
OPL	omamné a psychotropní látky
OSN	Organizace spojených národů
popř.	popřípadě
prev.	preventivní
prog.	program
příl.	příloha
r.	rok
roč.	ročník
s., str.	strana
sb.	sbírky
ŠPZ	škola podporující zdraví
tj.	to je
tzv.	takzvaný
USA	Spojené státy americké
vyd.	vydání
WHD	Světová deklarace zdraví
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	základní škola

PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

1. Cíl diplomové práce

Problém zneužívání léků a drog na bázi léčiv dětmi na základních školách je problémem velmi závažným avšak velmi často také opomíjeným a zanedbávaným.

Cílem mé práce bude zmapovat stav výskytu tohoto negativního jevu na vybrané základní škole a zjistit stav prevence v této oblasti, tedy otázky týkající se zneužívání léků. Díky provedenému dotazníkovému šetření bych chtěl odpovědět na několik následujících otázek:

- zjistit a zachytit četnost nežádoucích jevů zneužívání léků u zkoumaného vzorku respondentů
- zjistit, zda věk a rozdíl pohlaví hraje významnou roli v četnosti výskytu tohoto nežádoucího jevu
- zjistit, nejčastější důvody vedoucí mládež k tomuto negativnímu jevu
- zjistit, nejčastější a nejsilnější motivační faktory, které by mládež donutily ke skoncování s tímto negativním jevem
- zjistit, jaký charakter má školní preventivní strategie v rámci prováděné prevence (specifická, nespecifická prevence)
- zjistit, zda kvalita vypracovaných preventivních programů a následná realizace má vliv na zneužívání léků
- zjistit, jakým způsobem je prováděna prevence na školách
- zjistit, zda je prevence prováděna jako součást školních vzdělávacích programů nebo je chápána jako nadstandardní práce školy.

Tyto otázky budou následně rozvedeny v hypotézy. Pozornost bude věnována těm problémům a jevům, jež se objeví v dotazníkovém šetření.

2. Popis problému

Práce se bude zabývat problematikou zneužívání léků u mládeže školního věku. V první části se budu zabývat výzkumem stavu u dětí. Ve druhé části to bude výzkum stavu prevence u pracovníků – metodiků prevence. Práce se bude věnovat dále možným rizikům, které zvyšují či naopak snižují možnosti vzniku tohoto problému.

Důraz bude kladen na nebezpečí poškození jejich zdraví popřípadě ohrožení života.

Následovat bude kapitola týkající se prevence, potom kapitola o potřebě zdraví a motivaci k němu o rizicích poškození zdraví nakonec rozeberu důsledky poškození zdraví pro jedince i pro společnost.

Praktická část bude představovat vlastní průzkumné dotazníkové šetření. Cílem tohoto šetření bude získat odpovědi a informace na uvedené otázky v dotazníku, čímž bude získán materiál k odpovědím na cíle této práce a bude možno potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

3. Osnova (struktura) diplomové práce

Úvod

1. Škola a mládež
 - 1.1 Mládež a zdraví
 - 1.2 Mládež a volný čas
 - 1.3 Mládež a sociálně – patologické jevy
2. Zdraví, škola a rodina
3. Prevence
 - 3.1 Pojem a cíle prevence – obecně
 - 3.2 Příčiny ohrožení, činitele zvyšující a snižující vznik problémů
 - 3.3 Preventivní programy na ZŠ
4. Zdraví jako potřeba, hodnota a motiv k jednání
5. Rizika poškození zdraví mládeže
 - 5.1 Rizikové chování
 - 5.2 Zneužívání léků
 - 5.3 Negativní jevy v oblasti psychosociální
6. Důsledky nemoci a poškození zdraví pro jedince a společnost
7. Průzkum v oblasti zdravého životního stylu u mládeže
 - 7.1 Cíl práce
 - 7.2 Metodika výzkumu
 - 7.3 Výsledky šetření, vyhodnocení
 - 7.4 Komentář

Závěr

Resumé

Anotace

Seznam literatury

Seznam příloh

Seznam zkratk

4. Metody (techniky) zpracování diplomové práce

V teoretické části diplomové práce bude použit systémový přístup. Hlavní metodou zpracování bude systémová analýza dostupných materiálů (odborná literatura, odborný tisk, webové stránky, vlastní znalosti) a z ní následné logické a deduktivní vyvození závěrů (stanovení otázek a cílů).

Potom bude sestaven dotazník, který poslouží k provedení anonymního kvantitativního dotazníkového šetření.

V praktické části diplomové práce bude provedeno anonymní kvantitativní dotazníkové šetření. Dotazník musí být dostatečně srozumitelný. Dotazník bude vlastní a bude sestaven specificky pro tento výzkum. Otázky v dotazníku budou uzavřeného, polouzavřeného a otevřeného typu. Po statistickém vyhodnocení a komparaci budou jednotlivé položky dotazníkového šetření následně prezentovány tabulkami, slovně i grafickým znázorněním. Výsledky budou seřazeny podle pořadí položek v dotazníku.

5. Charakteristika výběrového souboru

K dotazníkovému šetření budou sloužit 2 základní školy ve městě Veselí nad Moravou. Respondenty se stanou školní metodici a výchovní poradci a žáci 8. a 9. tříd.

6. Možnosti praktického využití diplomové práce

Jelikož zdraví a problematika možnosti zneužívání léků a jiných návykových látek je stále více a častěji diskutovaným problémem v naší společnosti, chtěl bych alespoň částečně zachytit a zmapovat situaci na dvou základních školách v místě mého bydliště. Tyto informace poskytnout jejich vedení a přimět je k zamyšlení se nad výsledky šetření a věnovat této problematice více prostoru.

Výsledky také mohou poskytnout více všem základním školám, jako pomocný materiál při tvorbě preventivních programů. V neposlední řadě využiji tuto práci a závěry šetření k vlastní pedagogické činnosti, na kterou se tímto studiem připravuji.

7. Seznam literatury

Knihy:

Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 2004. 167 s. ISBN 80-7013-355-4

Gidens, A. *Sociologie*. 1. vyd. dotisk Praha: Argo, 2003. 595 s. ISBN 80-7203-124-4

Gladkij, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomika a sociologie zdravotnictví*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2

Gladkij, I., Koldová, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 180 s. ISBN 80-7235-023-4

Gladkij, I., Strnad, L. *Zdravotní politika, zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství UP, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8

Helus, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3

Jobánková, J. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno: IDPVZ, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365

Klimeš, L. *Slovník cizích slov*. 6. vyd. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství a.s., 2002. 862 s. ISBN 80-7235-023-4

Koldová, Z. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství UP, 1996. 63 s. ISBN 80-7067-682-5

Kotulán, J., Hrubá, D., Bencko, V. *Preventivní lékařství 1 – učební text pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Brno: Lékařská fakulta MU, 1991. 178 s. ISBN 80-210-0336-7

Kotulán, J., Hrubá, D. *Preventivní lékařství 2 – učební text pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Brno: Lékařská fakulta MU, 1993. 151 s. ISBN 80-210-0563-7

Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

Kříž, J., Andělová, Š. *Postavení prevence ve zdravotní politice*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1999. 96 s. ISBN 80-7071-420-5

Kunová, V. *Zdravá výživa*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5

- Lengmeier, J., Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1284-9
- Matoušek, O., Kroftová, A. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 340 s. ISBN 80-7178-771-2
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. *WHO – Regionální úřadovna pro Evropu Zdraví 21 – Zdraví do 21. století*. 1. vyd. Praha: MZ ČR, 2001. 146 s. ISBN 80-85047-49-5
- Nešpor, K. *Kouření, pití a drogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 125 s. ISBN 80-7178-024-5.
- Wasebauer, S. , a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 2000. 130 s. ISBN 80-7071-145
- WHO – Regionální úřadovna pro Evropu. *Lemon 4. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Život, zdraví prostředí, ochrana zdraví, výchova ke zdraví, zdravé rodičovství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 200. 160 s. ISBN 80-7013-248-5

Časopisy:
Moje psychologie

Internetové adresy:
www.icm.uh.cz
www.msmt.cz
www.mzcr.cz
www.szu.cz
www.mzcr.cz

8. Orientační charakteristika příloh

- 1) Dotazník – vlastní dotazník vytvořený pro účely dotazníkového šetření pro tuto diplomovou práci
- 2) Edukační materiály, které jsou zaměřeny na zdravý způsobu života.

9. Časový harmonogram zpracování diplomové práce

- říjen 2006 – výběr tématu diplomové práce, výběr vedoucího diplomové práce
- listopad 2006 – odevzdání přihlášky, schválení tématu diplomové práce, zadání rešerše
- prosinec 2006 – studium literatury, formulace hypotéz, na praxi provedeno dotazníkové šetření (nejdříve pilotní, následně konečné), vypracování projektu diplomové práce
- leden – březen 2007 – studium literatury, zpracovávání výsledků dotazníkového šetření
- duben – srpen 2007 – zpracování teoretické části diplomové práce
- září – prosinec 2007 – zpracování praktické části diplomové práce
- leden – březen 2008 – dokončovací úpravy na finální podobě diplomové práce, následně její odevzdání.

DOTAZNÍK PRO ŽÁKY

(označte vždy jen jednu možnost)

1. Pohlaví:

- Chlapec
- Dívka

2. Navštěvuješ školu:

- Městskou
- Vesnickou

3. Jsi si vědom toho, že léky mohou být stejně škodlivé jako drogy?

- ANO
- NE

4. Setkal/a ses sám/a s někým kdo v nadměrné míře užíval (zneužíval) léky? (zkušenost osobní; zkušenost se spolužákem nebo kamarádem)

- ANO
- NE

5. Pokud ANO, co je vedlo nebo vede k tomu, aby léky užívali?

- Problémy ve škole
- Problémy v rodině
- Vliv kamarádů, party
- Nespokojenost s postavou
- Rodiče léky sami užívají
- Nuda nebo zvědavost

6. O jaké druhy zneužívaných léků se jednalo?

- Sedativa (na uklidnění)
- Analgetika (na bolest)
- Hypnotika (na spaní)
- Léky ovlivňující hmotnost
- Anabolika (růst svalové hmoty)
- Jiné

7. Chtěl bys ty nebo tvůj známý (v případě požívání) s nadměrným užíváním léků přestat?

- ANO
- NE

8. Co by k tomu mohlo tebe nebo tvého známého přimět?

- Vliv rodiny
- Vliv kamarádů
- Vliv učitele
- Zdravotní problémy
- Hrozba trestu (sankce)

9. Zúčastňuješ se preventivních programů organizovaných školou (zaměřených na patologické jevy mezi mládeží), pokud nejsou povinné a nejsou součástí vyučování ?

- ANO
- NE

10. Myslíš si, že je těchto programů a aktivit ve tvé škole dostatek?

- ANO
- NE

Děkuji Vám za zodpovězené otázky

DOTAZNÍK PRO ŠKOLNÍ METODIKY PREVENCE

(označte vždy jen jednu možnost)

1. Pracujete jako školní metodik prevence:

- město
- vesnice

2. Z čeho vycházíte při tvorbě preventivních programů:

- ze studia pedagogické (žakovské) dokumentace
- z vyhodnocení testů zadávaných plošně všem žákům
- z dotazníků zadávaných všem žákům
- z pohovorů s žáky, kolegy či rodiči

3. Od koho se nejčastěji dozvídáte o výskytu sociálně patologických jevů ve vaší škole (zařízení):

- žáci
- učitelé
- rodiče
- veřejnost

4. Na které rizikové faktory se vaše škola (zařízení) soustředí především:

- na agresivitu, násilí a šikanu ve škole
- na záškoláctví
- na užívání alkoholu a tabáku
- na konzumaci drog
- na možnosti zneužívání léků
- na nedostatečnou nabídku volnočasových aktivit
- na gamblerství

5. Jaké formy a metody realizace minimálního preventivního programu ve vaší škole (zařízení) používáte nejčastěji:

- besedy
- konzultace
- informační materiály
- peer programy
- exkurze
- schránky důvěry

Děkuji Vám za zodpovězené otázky

ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE

Preambule

Státy, které jsou smluvní stranou této Úmluvy:

- majíce na zřeteli, že podle zásad vyhlášených v Chartě Spojených národů je uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv všech příslušníků lidské rodiny základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě,
- majíce na mysli, že lid Spojených národů v Chartě znovu potvrdil svou víru v základní lidská práva, v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti a že vyjádřil své odhodlání podporovat sociální pokrok a zlepšovat životní úroveň při větší svobodě,
- uznávající, že Spojené národy ve Všeobecné deklaraci lidských práv a v mezinárodních paktech o lidských právech prohlásily a dohodly se na tom, že každému přísluší v nich stanovená práva, a to bez jakéhokoli rozlišování podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení,
- mít na paměti, že ve Všeobecné deklaraci lidských práv Spojené národy prohlásily, že dětství má nárok na zvláštní péči a pomoc,
- přesvědčeny, že rodina, jako základní jednotka společnosti a přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí, musí mít nárok na potřebnou ochranu a takovou pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti,
- uznávající, že v zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí,
- v atmosféře štěstí, lásky a porozumění,
- majíce na zřeteli, že dítě musí být plně připraveno žít ve společnosti vlastním životem a vychováno v duchu ideálů prohlášených v Chartě Spojených národů, a to zejména v duchu míru, důstojnosti, snášenlivosti, svobody, rovnosti a solidarity,
- majíce na mysli, že potřeba zabezpečit dítěti zvláštní péči byla zakotvena v Ženevské deklaraci práv dítěte z r. 1924 a v Deklaraci práv dítěte přijaté Spojenými národy v r. 1959 a uznána ve Všeobecné deklaraci lidských práv, v Mezinárodním paktu o občanských a politických právech (zejména v člancích 23 a 24), v Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (zejména v článku 10) a ve statutech a příslušných dokumentech odborných organizací a mezinárodních organizací zabývajících se péčí o blaho dětí,
- majíce na mysli, že, jak je uvedeno v Deklaraci práv dítěte přijaté Valným shromážděním Organizace Spojených národů 20. listopadu 1959, "dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm",
- mít na paměti ustanovení Deklarace sociálních a právních zásad ochrany a zajištění blaha dětí, se zvláštním ohledem na vnitrostátní a mezinárodní úpravu umístování do institucí náhradní péče, Minimálních standardních pravidel OSN týkajících se

- výkonu soudnictví za účasti mladistvých (Pekingská pravidla), Deklarace o ochraně žen a dětí za mimořádných událostí a za ozbrojených konfliktů,
- uznávajíce, že ve všech zemích světa jsou děti žijící ve výjimečně obtížných podmínkách a že tyto děti vyžadují zvláštní pozornost,
 - berouce náležitý ohled na význam tradic a kulturních hodnot každého národa pro ochranu a harmonický rozvoj dítěte,
 - uznávajíce význam mezinárodní spolupráce pro zlepšování životních podmínek dětí v každé zemi a zejména v zemích rozvojových, dohodly se na následujícím:

Část I

Článek 1

Pro účely této úmluvy se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve.

Článek 2

1. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, se zavazují respektovat a zabezpečit práva stanovená touto úmluvou každému dítěti nacházejícímu se pod jejich jurisdikcí bez jakékoli diskriminace podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního, etnického nebo sociálního původu, majetku, tělesné nebo duševní nezpůsobilosti, rodu a jiného postavení dítěte nebo jeho rodičů nebo zákonných zástupců.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, učiní všechna potřebná opatření k tomu, aby dítě bylo chráněno před všemi formami diskriminace nebo trestání, které vyplývají z postavení, činnosti, vyjádřených názorů nebo přesvědčení jeho rodičů, zákonných zástupců anebo členů rodiny.

Článek 3

1. Zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárnými orgány.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují zajistit dítěti takovou ochranu a péči, jaká je nezbytná pro jeho blaho, přičemž berou ohled na práva a povinnosti jeho rodičů, zákonných zástupců nebo jiných jednotlivců právně za něho odpovědných, a činí pro to všechna potřebná zákonodárná a správní opatření.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí, aby instituce, služby a zařízení odpovědné za péči a ochranu dětí odpovídaly standardům stanoveným kompetentními úřady, zejména v oblastech bezpečnosti a ochrany zdraví, počtu a vhodnosti svého personálu, jakož i kompetentního dozoru.

Článek 4

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, učiní všechna potřebná zákonodárná, správní a jiná opatření k provádění práv uznaných touto úmluvou. Pokud jde o hospodářská, sociální a kulturní práva, státy, které jsou smluvní stranou úmluvy uskutečňují taková opatření v maximálním rozsahu svých prostředků a v případě potřeby i v rámci mezinárodní spolupráce.

Článek 5

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují respektovat odpovědnost, práva a povinnosti rodičů nebo, v odpovídajících případech a v souladu s místním obyčejem, členů širší rodiny nebo obce, zákonných zástupců nebo jiných osob právně odpovědných za dítě, které směřují k zabezpečení jeho orientace a usměrňování při výkonu práv podle úmluvy v souladu s jeho rozvíjejícími se schopnostmi.

Článek 6

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že každé dítě má přirozené právo na život.
2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoj dítěte.

Článek 7

1. Každé dítě je registrováno ihned po narození a má od narození právo na jméno, právo na státní příslušnost, a pokud to je možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči.
2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují provádění těchto práv v souladu se svým vnitrostátním zákonodárstvím a v souladu se svými závazky vyplývajícími z příslušných mezinárodněprávních dokumentů v této oblasti se zvláštním důrazem na to, aby dítě nezůstalo bez státní příslušnosti.

Článek 8

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují respektovat právo dítěte na zachování jeho totožnosti, včetně státní příslušnosti, jména a rodinných svazků v souladu se zákonem a s vyloučením nezákonných zásahů.
2. Je-li dítě protizákonně částečně nebo zcela zbaveno své totožnosti, zabezpečí mu státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, potřebnou pomoc a ochranu pro její urychlené obnovení.

Článek 9

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zajistí, aby dítě nemohlo být odděleno od svých rodičů proti jejich vůli, ledaže příslušné úřady na základě soudního rozhodnutí a v

souladu s platným právem a v příslušném řízení určí, že takové oddělení je potřebné v zájmu dítěte. Takové určení může být nezbytným v některém konkrétním případě, například, jde-li o zneužívání nebo zanedbávání dítěte rodiči nebo žijí-li rodiče odděleně a je třeba rozhodnout o místě pobytu dítěte.

2. V jakémkoli řízení podle odstavce 1 se poskytuje všem dotčeným stranám možnost zúčastnit se řízení a sdělit svoje stanoviska.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte odděleného od jednoho nebo obou rodičů udržovat pravidelné osobní kontakty s oběma rodiči, ledaže by to bylo v rozporu se zájmy dítěte.

4. Jestliže oddělení dítěte od rodičů je důsledkem jakéhokoli postupu státu, který je smluvní stranou úmluvy, jako je vazba, uvěznění, vypovězení, deportace nebo smrt (včetně smrti, která nastala z jakékoli příčiny v době, kdy dotyčná osoba byla v opatrování státu) jednoho nebo obou rodičů dítěte, tento stát, který je smluvní stranou úmluvy, na požádání poskytne rodičům, dítěti, nebo případně jinému členu rodiny nezbytné informace o místě pobytu nepřítomného (nepřítomných) člena (členů) rodiny, ledaže by poskytnutí takové informace odporovalo zájmu dítěte. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, kromě toho zabezpečí, aby podání takové žádosti samo o sobě nemělo žádné nepříznivé důsledky pro dotčenou osobu (dotčené osoby).

Článek 10

1. Za účelem spojení rodiny a v souladu se závazkem podle čl. 9 odst.1 státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, posuzují žádosti dítěte nebo jeho rodičů o vstup na území státu, který je smluvní stranou úmluvy, nebo o jeho opuštění pozitivním, humánním a urychleným způsobem. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, dále zabezpečí, aby podání takové žádosti nemělo žádné nepříznivé důsledky pro žadatele nebo členy jeho rodiny.

2. Dítě, jehož rodiče pobývají v různých státech, má až na výjimečné okolnosti právo udržovat pravidelné osobní kontakty a přímé styky s oběma rodiči. Za tímto účelem a v souladu se svým závazkem podle čl. 9 odst. 2 státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte a jeho rodičů opustit kteroukoli zemi, svou vlastní, a vstoupit do své vlastní země. Právo opustit kteroukoli zemi podléhá pouze takovým omezením, která stanoví zákon a která jsou nutná pro ochranu národní bezpečnosti, veřejného pořádku, veřejného zdraví nebo morálky nebo práv a svobod druhých a která jsou v souladu s ostatními právy uznanými v této úmluvě.

Článek 11

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí opatření k potírání nezákonného přemísťování dětí do zahraničí a jejich nenavracení zpět.

2. Za tímto účelem budou státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilovat o uzavření dvoustranných a mnohostranných dohod a o přístup k existujícím dohodám.

Článek 12

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují dítěti, které je schopno formulovat své vlastní názory, právo tyto názory svobodně vyjadřovat ve všech záležitostech, které se jej dotýkají, přičemž se názorům dítěte musí věnovat patřičná pozornost odpovídající jeho věku a úrovni.

2. Za tímto účelem se dítěti zejména poskytuje možnost, aby bylo vyslyšeno v každém soudním nebo správním řízení, které se jej dotýká, a to buď přímo, nebo prostřednictvím zástupce anebo příslušného orgánu, přičemž způsob slyšení musí být v souladu s procedurálními pravidly vnitrostátního zákonodárství.

Článek 13

1. Dítě má právo na svobodu projevu; toto právo zahrnuje svobodu vyhledávat, přijímat a rozšiřovat informace a myšlenky všeho druhu, bez ohledu na hranice, ať ústně, písemně nebo tiskem, prostřednictvím umění nebo jakýmkoli jinými prostředky podle volby dítěte.

2. Výkon tohoto práva může podléhat určitým omezením, avšak tato omezení budou pouze taková, jaká stanoví zákon a jež jsou nutná:

- a. k respektování práv nebo pověsti jiných;
- b. k ochraně národní bezpečnosti nebo veřejného pořádku, veřejného zdraví nebo morálky.

Článek 14

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na svobodu myšlení, svědomí a náboženství.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají práva a povinnosti rodičů, a v odpovídajících případech zákonných zástupců, usměrňovat dítě při výkonu jeho práva způsobem, který odpovídá jeho rozvíjejícím se schopnostem.

3. Svoboda projevovat náboženství nebo víru může být podrobena pouze takovým omezením, jaká předpisuje zákon a která jsou nutná k ochraně veřejné bezpečnosti, pořádku, zdraví nebo morálky nebo základních práv a svobod jiných.

Článek 15

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na svobodu sdružování a svobodu pokojného shromažďování.

2. Výkon těchto práv nesmí být žádným způsobem omezován s výjimkou těch omezení, jež stanoví zákon a jež jsou nutná v demokratické společnosti v zájmu národní bezpečnosti nebo veřejné bezpečnosti, veřejného pořádku, veřejného zdraví nebo morálky či ochrany práv a svobod jiných.

Článek 16

1. Žádné dítě nesmí být vystaveno svévolnému zasahování do svého soukromého života, rodiny, domova nebo korespondence ani nezákonným útokům na svou čest a pověst.
2. Dítě má právo na zákonnou ochranu proti takovým zásahům nebo útokům.

Článek 17

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají důležitou funkci hromadných sdělovacích prostředků a zabezpečují dítěti přístup k informacím a materiálům z různých národních a mezinárodních zdrojů, zejména takovým, které jsou zaměřeny na rozvoj sociálního, duchovního a mravního blaha dítěte a také jeho tělesného a duševního zdraví. Za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, povzbuzují:

- a. hromadné sdělovací prostředky k šíření informací a materiálů, které jsou pro
- b. dítě sociálně a kulturně prospěšné a které odpovídají duchu článku 29 této úmluvy, mezinárodní spolupráci při tvorbě, výměně a rozšiřování takových informací a materiálů z různých kulturních, národních a mezinárodních zdrojů,
- c. tvorbu a rozšiřování knih pro děti,
- d. hromadné sdělovací prostředky k tomu, aby braly zvláštní ohled na jazykové potřeby dětí náležejících k menšinové skupině či domorodému obyvatelstvu,
- e. tvorbu odpovídajících zásad ochrany dítěte před informacemi a materiály škodlivými pro jeho blaho, majíce na mysli ustanovení článků 13 a 18 úmluvy.

Článek 18

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, vynaloží veškeré úsilí k tomu, aby byla uznána zásada, že oba rodiče mají společnou odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Rodiče, nebo v odpovídajících případech zákonní zástupci, mají prvotní odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Základním smyslem jejich péče musí přitom být zájem dítěte.
2. Za účelem zaručení a podpory práv stanovených touto úmluvou poskytují státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, rodičům a zákonným zástupcům potřebnou pomoc při plnění jejich úkolu výchovy dětí a zabezpečují rozvoj institucí, zařízení a služeb péče o děti.
3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna potřebná opatření k tomu, aby bylo zabezpečeno právo dětí pracujících rodičů využívat služeb a zařízení péče o děti, která jsou pro ně určena.

Článek 19

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna potřebná zákonodárná, správní, sociální a výchovná opatření k ochraně dětí před jakýmkoli tělesným či duševním násilím, urážením nebo zneužíváním, včetně sexuálního zneužívání, zanedbáváním nebo nedbalým zacházením, trýzněním nebo vykořisťováním během doby, kdy jsou v péči jednoho nebo obou rodičů, zákonných zástupců nebo jakýchkoli jiných osob starajících se o dítě.

2. Tato ochranná opatření zahrnují podle potřeby účinné postupy k vytvoření sociálních programů zaměřených na poskytnutí nezbytné podpory dítěti a těm, jimž je svěřeno, jakož i jiné formy prevence. Pro účely zjištění, oznámení, postoupení, vyšetřování, léčení a následné sledování výše uvedených případů špatného zacházení s dětmi zahrnují rovněž podle potřeby postupy pro zásahy soudních orgánů.

Článek 20

1. Dítě dočasně nebo trvale zbavené svého rodinného prostředí nebo dítě, které ve svém vlastním zájmu nemůže být ponecháno v tomto prostředí, má právo na zvláštní ochranu a pomoc poskytovanou státem.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí takovému dítěti v souladu se svým vnitrostátním zákonodárstvím náhradní péči.

3. Tato péče může mezi jiným zahrnovat předání do výchovy, institut "kafala" podle islámského práva, osvojení a v nutných případech umístění do vhodného zařízení péče o děti. Při volbě řešení je nutno brát potřebný ohled na žádoucí kontinuitu ve výchově dítěte a na jeho etnický, náboženský, kulturní a jazykový původ.

Článek 21

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy a které uznávají a (nebo) povolují systém osvojení, zabezpečí, aby se v první řadě bral do úvahy zájem dítěte, a:

- a. zabezpečí, aby se osvojení dítěte povolovalo jen k tomu kompetentními orgány, které v souladu s příslušným zákonem a ve stanoveném řízení na základě všech odpovídajících a spolehlivých informací určí, že osvojení je přípustné z hlediska postavení dítěte ve vztahu k rodičům, příbuzným a zákonným zástupcům a že, vyžaduje-li se to, dotčené osoby daly vědomý souhlas k osvojení po takovém projednání, které se může ukázat nutným;
- b. uznávají, že osvojení v cizí zemi lze považovat za náhradní způsob péče o dítě, pokud dítě nemůže být předáno do výchovy v zařízení péče o děti nebo rodině osvojitele nebo o ně nemůže být pečováno jiným vhodným způsobem v zemi jeho původu;
- c. zabezpečí, aby dítě osvojené v jiné zemi využívalo stejných záruk a práv, která by platila v případě osvojení ve vlastní zemi;
- d. činí všechna opatření potřebná k zajištění toho, aby osvojení v cizí zemi nevedlo k neoprávněnému finančnímu zisku zúčastněných osob;
- e. podporují v nutných případech cíle tohoto článku uzavíráním dvoustranných nebo mnohostranných dohod nebo smluv a v jejich rámci usilují o to, aby umístění dítěte do péče v jiné zemi bylo uskutečňováno k tomu příslušnými úřady nebo orgány.

Článek 22

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí opatření potřebná k zabezpečení toho, aby dítě žádající o přiznání postavení uprchlíka nebo které je v souladu s platným

mezinárodním nebo vnitrostátním právem a postupem považováno za uprchlíka, ať už je v doprovodu svých rodičů, jiných osob, anebo bez doprovodu, obdrželo potřebnou ochranu a humanitární pomoc při využívání práv stanovených touto úmluvou a jinými dokumenty v oblasti mezinárodního humanitárního práva a lidských práv, jichž jsou uvedené státy smluvními stranami.

2. Za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, podporují, budou-li to považovat za potřebné, součinnost v úsilí Spojených národů a jiných příslušných mezivládních organizací nebo nevládních organizací spolupracujících se Spojenými národy k ochraně a pomoci takovému dítěti a k vyhledávání rodičů nebo jiných členů rodiny dítěte-uprchlíka s cílem získat informace potřebné k jeho opětovnému spojení s rodinou. Jestliže rodiče nebo jiné členy rodiny nelze nalézt, poskytuje se dítěti stejná ochrana jako každému jinému dítěti z jakéhokoli důvodu trvale nebo přechodně zbavenému své rodiny, jak je stanoveno touto úmluvou.

Článek 23

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo postiženého dítěte na zvláštní péči, v závislosti na rozsahu existujících zdrojů podporují a zabezpečují oprávněnému dítěti a osobám, které se o ně starají, požadovanou pomoc odpovídající stavu dítěte a situaci rodičů nebo jiných osob, které o dítě pečují.

3. Uznávající zvláštní potřeby postiženého dítěte se pomoc v souladu s odstavcem 2 poskytuje podle možností bezplatně, s ohledem na finanční zdroje rodičů nebo jiných osob, které se o dítě starají, a je určena k zabezpečení účinného postupu postiženého dítěte ke vzdělání, profesionální přípravě, zdravotní péči, rehabilitační péči, přípravě pro zaměstnání a odpočinku, a to způsobem vedoucím k dosažení co největšího zapojení dítěte do společnosti a co nejvyššího stupně rozvoje jeho osobnosti, včetně jeho kulturního a duchovního rozvoje.

4. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, v duchu mezinárodní spolupráce podporují výměnu odpovídajících informací v oblasti preventivní zdravotní péče a medicínského, psychologického a funkčního léčení v případě postižených dětí, včetně rozšiřování a postupu k informacím týkajícím se metod rehabilitační výchovy a profesionální přípravy k tomu, aby státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, mohly zlepšovat své možnosti a znalosti a prohloubit tak své zkušenosti v těchto oblastech. V tomto směru se bere zvláštní ohled na potřeby rozvojových zemí.

Článek 24

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování tohoto práva a zejména činí potřebná opatření:

- a. ke snižování kojenecké a dětské úmrtnosti;
- b. k zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti s důrazem na rozvoj základní lékařské péče;
- c. k potírání nemocí a podvýživy též v rámci základní lékařské péče, mimo jiného také využíváním snadno dostupné technologie a poskytováním dostatečně výživné stravy a čisté pitné vody, přičemž se bere ohled na nebezpečí a rizika znečištění životního prostředí;
- d. k poskytnutí odpovídající péče matkám před porodem i po něm;
- e. k zabezpečení toho, aby všechny složky společnosti, zejména rodiče a děti, byly informovány zdraví a výživě dětí, přednostech kojení, hygieně, sanitárních podmínkách prostředí dětí i o předcházení nešťastným případům; a aby měly přístup ke vzdělání a byly podporovány při využívání těchto základních znalostí;
- f. k rozvoji osvěty a služeb v oblasti preventivní zdravotní péče, poradenské služby pro rodiče a výchovy k plánovanému rodičovství.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna účinná a nutná opatření k odstranění všech tradičních praktik škodících zdraví dětí.

4. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují podporovat mezinárodní spolupráci pro postupné dosažení plného uskutečňování práva uznaného v tomto článku. V této souvislosti se bere zvláštní zřetel na potřeby rozvojových zemí.

Článek 25

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte, které bylo svěřeno příslušnými orgány do péče, ochrany nebo léčení tělesného či duševního zdraví náhradnímu zařízení, na pravidelné hodnocení zacházení s dítětem a všech dalších okolností spojených s jeho umístěním.

Článek 26

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo každého dítěte na výhody sociálního zabezpečení včetně sociálního pojištění a činí nezbytná opatření k dosažení plného uskutečňování tohoto práva v souladu s vnitrostátním právem.

2. Tyto výhody se podle situace poskytují s ohledem na zdroje a možnosti dítěte a osob, které se o ně starají, jakož i s ohledem na veškerá další hlediska, která jsou spojena se žádostí o poskytnutí těchto výhod podanou dítětem nebo ve prospěch dítěte.

Článek 27

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo každého dítěte na životní úroveň nezbytnou pro jeho tělesný, duševní, duchovní, mravní a sociální rozvoj.

2. Rodič(e) nebo jiné osoby, které se o dítě starají, nesou v rámci svých schopností a

finančních možností základní odpovědnost za zabezpečení životních podmínek nezbytných pro rozvoj dítěte.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, v souladu s podmínkami daného státu a v rámci svých možností činí potřebná opatření pro poskytování pomoci rodičům a jiným osobám, které se o dítě starají, k uskutečňování tohoto práva v případě potřeby poskytují materiální pomoc a podpůrné programy, zejména v oblasti zabezpečení potravin šatstva a bydlení.

4. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna opatření nezbytná k zabezpečení obnovy péče o dítě ze strany rodičů nebo jiných osob, které nesou za dítě finanční odpovědnost, ať už na území státu, který je smluvní stranou úmluvy, nebo v zahraničí. Zejména v těch případech, kdy osoby, které nesou za dítě finanční odpovědnost, žijí v jiném státě než dítě, státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, podporují přístup k mezinárodním dohodám nebo uzavírání takových dohod a rovněž tak dosahují jiných odpovídajících dohod.

Článek 28

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na vzdělání a s cílem postupného uskutečňování tohoto práva a na základě rovných možností zejména:

- a. zavádějí pro všechny děti bezplatné a povinné základní vzdělání;
- b. podněcují rozvoj různých forem středního vzdělání zahrnujícího všeobecné a odborné vzdělání, činí je přijatelné a dostupné pro každé dítě a přijímají jiná odpovídající opatření, jako je zavádění bezplatného vzdělání a, v případě potřeby, poskytování finanční podpory;
- c. zpřístupňují všem dětem informace a poradenskou službu v oblasti vzdělání a odborné přípravy k povolání;
- d. přijímají opatření k podpoře pravidelné školní docházky a ke snížení počtu těch, kteří školu nedokončí.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna opatření nezbytná k tomu, aby kázeň ve škole byla zajišťována způsobem slučitelným s lidskou důstojností dítěte a v souladu s touto úmluvou.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, rozvíjejí a podporují mezinárodní spolupráci ve věcech týkajících se vzdělání, zejména s cílem přispět k odstranění nevědomosti a negramotnosti ve světě a s cílem usnadnit přístup k vědeckotechnickým poznatkům a moderním metodám výuky. V souvislosti s tím bude brán zvláštní ohled na rozvojové země.

Článek 29

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se shodují, že výchova dítěte má směřovat k:

- a. rozvoji osobnosti dítěte, jeho nadání a rozumových i fyzických schopností v co nejširším objemu;

- b. výchově zaměřené na posilování úcty k lidským právům a základním svobodám, a také k zásadám zakotveným v Chartě Spojených národů;
- c. výchově zaměřené na posilování úcty k rodičům dítěte, ke své vlastní kultuře, jazyku a hodnotám, k národním hodnotám země trvalého pobytu, jakož i země jeho původu, a k jiným civilizacím;
- d. přípravě dítěte na zodpovědný život ve svobodné společnosti v duchu porozumění, míru, snášenlivosti, rovnosti pohlaví a přátelství mezi všemi národy, etnickými, národnostními a náboženskými skupinami a osobami domorodého původu;
- e. výchově zaměřené na posilování úcty k přírodnímu prostředí.

2. Žádná část tohoto článku nebo článku 28 nesmí být vykládána způsobem omezujícím svobodu jednotlivců a organizací zřizovat a řídit výchovné instituce. Za všech okolností je však třeba zabezpečit dodržování principů stanovených v odstavci 1 tohoto článku a podmínek, aby vzdělání poskytované těmito institucemi odpovídalo minimálním standardům stanoveným státem.

Článek 30

V těch státech, v nichž existují etnické, náboženské nebo jazykové menšiny nebo osoby domorodého původu, nesmí být dítěti náležejícímu k takové menšině nebo domorodému obyvatelstvu odpíráno právo společně s příslušníky své skupiny užívat vlastní kultury, vyznávat a praktikovat své vlastní náboženství a používat svého vlastního jazyka.

Článek 31

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na odpočinek a volný čas, na účast ve hře a oddechové činnosti odpovídající jeho věku, jakož i na svobodnou účast v kulturním životě a umělecké činnosti.
2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají a zabezpečují právo dítěte na všestrannou účast v kulturním a uměleckém životě a napomáhají k tomu, aby dětem byly poskytovány odpovídající a rovné možnosti v oblasti kulturní, umělecké, oddechové činnosti a využívání volného času.

Článek 32

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na ochranu před hospodářským vykořisťováním a před vykonáváním jakékoli práce, která může být pro něho nebezpečná nebo bránit jeho vzdělávání, nebo která by škodila zdraví dítěte nebo jeho tělesnému, duševnímu, duchovnímu, mravnímu nebo sociálnímu rozvoji.
2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají zákonodárná, správní, sociální, a výchovná opatření k zabezpečení provádění tohoto článku. Za tímto účelem a s ohledem na příslušná ustanovení jiných mezinárodních dokumentů státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zejména:

- a. stanoví nejnižší věkovou hranici nebo hranice pro vstup do zaměstnání;

- b. stanoví odpovídající úpravu pracovní doby a podmínek zaměstnání;
- c. stanoví odpovídající pokuty nebo jiné sankce k účinnému zabezpečení plnění tohoto článku.

Článek 33

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

Článek 34

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují chránit dítě před všemi formami sexuálního vykořisťování a sexuálního zneužívání. K zabezpečení tohoto závazku státy zejména přijímají nezbytná vnitrostátní, dvoustranná a mnohostranná mezinárodní opatření k zabránění:

- a. svádění nebo donucování dětí k jakékoli nezákonné sexuální činnosti;
- b. využívání dětí k prostituci nebo k jiným nezákonným sexuálním praktikám za účelem finančního obohacování;
- c. využívání dětí v pornografii a při výrobě pornografických materiálů za účelem finančního obohacování.

Článek 35

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají všechna nezbytná vnitrostátní, dvoustranná a mnohostranná opatření k zabránění únosů dětí, prodávání dětí a obchodování s nimi za jakýmkoli účelem a v jakékoli podobě.

Článek 36

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, chrání dítě před všemi ostatními formami vykořisťování, které jakýmkoli způsobem škodí blahu dítěte.

Článek 37

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí, aby:

- a. žádné dítě nebylo podrobeno mučení nebo jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Za trestné činy spáchané osobami mladšími osmnácti let nebude ukládán trest smrti a trest odnětí svobody na doživotí bez možnosti propuštění na svobodu;

- b. žádné dítě nebylo nezákonně nebo svévolně zbaveno svobody. Zatčení, zadržení nebo uvěznění dítěte se provádí v souladu se zákonem a používá se pouze jako krajní opatření a na nejkratší nutnou dobu;
- c. s každým dítětem zbaveným svobody bylo zacházeno s lidskostí a s úctou k vrozené důstojnosti lidské bytosti a způsobem, který bere ohled na potřeby daného věku. Především musí být každé takové dítě umístěno odděleně od dospělých, leda že by se uvážilo, že neoddělovat je od dospělých je v jeho vlastním zájmu, a s výjimkou závažných okolností musí mít právo udržovat písemný a přímý styk se svou rodinou;
- d. každé dítě zbavené svobody mělo právo okamžitého přístupu k právní nebo jiné odpovídající pomoci, jakož i právo odvolávat se k soudu nebo jinému pravomocnému, nezávislému a nestrannému orgánu proti rozhodnutí o odnětí svobody a v každém takovém případě na přijetí neodkladného rozhodnutí.

Článek 38

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují uznávat a zabezpečovat dodržování norem mezinárodního humanitárního práva, které se na ně vztahují v případě ozbrojených konfliktů a které se dotýkají dítěte.
2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna proveditelná opatření k zabezpečení toho, aby se osoby, které nedosáhly věku patnácti let, přímo neúčastnily bojových akcí.
3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zdržují povolávání do svých ozbrojených sil osob mladších patnácti let. Při povolávání osob, které dosáhly věku patnácti let, avšak mladších osmnácti let, přijímají přednostně osoby starší.
4. V souladu se svými závazky podle mezinárodního humanitárního práva, které mají vztah k ochraně civilního obyvatelstva za ozbrojených konfliktů, státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají všechna proveditelná opatření k zabezpečení ochrany dětí postižených konfliktem a péče o ně.

Článek 39

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna nezbytná opatření k podpoře tělesného i duševního zotavení a sociální reintegrace dítěte, které je obětí jakékoli formy zanedbání, využívání za účelem finančního obohacování nebo zneužívání, mučí nebo jiné formy krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání anebo ozbrojeného konfliktu. Zotavení a reintegrace se uskutečňují v místě a prostředí podporujícím zdraví, sebeúctu a důstojnost dítěte.

Článek 40

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte obviněného, obžalovaného nebo uznaného vinným z porušení trestního práva na takové zacházení, které rozvíjí smysl dítěte pro důstojnost a čest, které znovu posiluje úctu dítěte k lidským právům a základním svobodám jiných a bere ohled na věk dítěte, napomáhá znovu

začlenění a zapojení dítěte do prospěšného působení ve společnosti.
2. Za tímto účelem a s ohledem na příslušná ustanovení mezinárodněprávních dokumentů státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zejména zabezpečují, aby:
a) žádné dítě nebylo obviněno, obžalováno nebo uznáno vinným z porušení trestního práva pro jednání nebo opomenutí, která nebyla zakázána vnitrostátním nebo mezinárodním právem v době, kdy k nim došlo;
b) každé dítě obviněné nebo obžalované z porušení trestního práva mělo přinejmenším tyto následující záruky:

- I. být považováno za nevinné až do doby, kdy podle zákona je prokázána vina;
- II. být okamžitě a přímo, v nutných případech prostřednictvím svých rodičů nebo zákonného zástupce, informováno o obviněních proti němu vznášených, a mít při přípravě a při uplatnění své obhajoby právní nebo jinou potřebnou pomoc;
- III. aby věc byla bez odkladu rozhodnuta v souladu se zákonem příslušným, nezávislým a nestranným úřadem nebo soudním orgánem ve spravedlivém procesu v přítomnosti právního zástupce nebo jiné odpovídající osoby a v přítomnosti rodičů nebo zákonných zástupců dítěte, ledaže by se zvažilo, že jejich přítomnost, zejména s ohledem na věk a situaci dítěte, není v jeho zájmu;
- IV. aby nebylo nuceno vypovídat nebo přiznávat vinu; aby se mohlo seznamovat s výpověďmi svědků buď přímo anebo prostřednictvím jiných a aby byla zabezpečena rovnoprávná účast svědků obhajoby a hodnocení jejich výpovědí;
- V. jestliže bylo rozhodnuto, že se dítě provinilo proti trestnímu zákonu, aby toto rozhodnutí, jakož i jakákoli v důsledku toho přijatá opatření, byla v souladu se zákonem přezkoumatelná vyšším pravomocným, nezávislým a nestranným orgánem nebo soudním orgánem;
- VI. aby mu byla zajištěna bezplatná pomoc tlumočnicka, jestliže dítě nerozumí jazyku v řízení používanému nebo jím nehovoří;
- VII. aby ve všech stádiích řízení bylo plně uznáváno jeho soukromí.

3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o vypracování zákonů a zákonných procedur, o zřizování orgánů a institucí zvláště určených pro děti obviněné, obžalované nebo uznané vinnými z porušení trestního práva a zejména o:

- a. stanovení nejnižší věkové hranice, před jejímž dosažením se děti považují za nezpůsobilé porušit trestní právo;
- b. v případě potřeby přijetí opatření k zacházení s takovými dětmi bez užití soudní procedury za předpokladu plného dodržování lidských práv a právních záruk.

4. Je nezbytné vytvořit různé záruky, jako je pečovatelská služba, pravidla o poradenství a dozoru; konzultativní služby; zavedení zkušební lhůty; náhradní péče; programy vzdělávání a přípravy zabezpečení takového zacházení s dětmi, které odpovídá jejich blahu, jakož i jejich poměrům a spáchanému deliktu.

Článek 41

Nic v této úmluvě se nedotýká ustanovení, která ve větší míře napomáhají uskutečnění práv dítěte a která mohou být obsažena v:

- a. právním řádu státu, který je smluvní stranou, nebo
- b. mezinárodním právem, které je pro takový stát závazné.

Část II

Článek 42

Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují s využitím odpovídajících prostředků široce informovat o zásadách a ustanoveních této úmluvy jak mezi dospělými, tak mezi dětmi.

Článek 43

1. Pro zjišťování pokroku dosaženého státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, při plnění závazků přijatých touto úmluvou se zřizuje Výbor pro práva dítěte, který vykonává níže stanovené funkce.

2. Výbor se skládá z deseti odborníků vysokého morálního charakteru a uznávaných schopností v oblasti, která je předmětem této úmluvy. Členové výboru jsou voleni státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, z řad jejich státních příslušníků a vykonávají tuto funkci jako soukromé osoby, přičemž je brán ohled na spravedlivé zeměpisné rozdělení a na zastoupení hlavních právních systémů.

3. Členové výboru jsou voleni tajným hlasováním ze seznamu osob navržených státy, které jsou smluvní stranou úmluvy. Každý stát, který je smluvní stranou úmluvy, může ze svých občanů jmenovat jednu osobu.

4. První volby do výboru se konají nejpozději do šesti měsíců ode dne, kdy tato úmluva nabude účinnosti, a poté každé dva roky. Nejméně čtyři měsíce přede dnem konání každých voleb generální tajemník Spojených národů dopisem vyzve státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, aby do dvou měsíců předložily své návrhy. Generální tajemník pak připraví seznam všech takto navržených osob v abecedním pořádku s udáním států, které tyto osoby navrhly, a předloží je státům, které jsou smluvní stranou úmluvy.

5. Volby se konají na zasedáních států, které jsou smluvní stranou úmluvy, svolaných generálním tajemníkem do sídla Spojených národů. Na těchto zasedáních, na kterých dvě třetiny států, které jsou smluvní stranou úmluvy, tvoří kvorum, jsou do výboru zvoleny ty osoby, které obdrží největší počet hlasů a absolutní většinu hlasů přítomných a hlasujících zástupců států, které jsou smluvní stranou úmluvy.

6. Členové výboru jsou voleni na období čtyř let. Vystupujícího člena lze volit znovu, je-li navržen. Funkční období pěti členů výboru zvolených v prvních volbách uplyne koncem druhého roku; neprodleně po prvních volbách předseda vylosuje na zasedání jména těchto pěti členů.

7. Jestliže člen výboru zemře nebo odstoupí nebo oznámí, že z jakéhokoli důvodu nemůže

dále plnit své povinnosti ve výboru, stát, který je smluvní stranou úmluvy a který jej navrhl za kandidáta, jmenuje jiného svého občana, který se souhlasem výboru vykonává funkci po zbytek funkčního období.

8. Výbor vypracuje vlastní jednací řád.

9. Výbor zvolí své funkcionáře na období dvou let.

10. Zasedání výboru se normálně konají v sídle Spojených národů anebo v jiném vyhovujícím místě určeném výborem. Výbor se pravidelně schází jednou ročně. Doba trvání zasedání výboru určují a v případě potřeby kontrolují státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, na svém zasedání, s výhradou schválení Valným shromážděním.

11. Generální tajemník Spojených národů poskytne personál a zařízení potřebné k účinnému plnění funkcí výboru podle této úmluvy.

12. Se souhlasem Valného shromáždění obdrží členové výboru utvořeného podle této úmluvy odměnu z prostředků Spojených národů za podmínek, o nichž rozhodne Valné shromáždění.

Článek 44

1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují předkládat prostřednictvím generálního tajemníka Spojených národů zprávy o opatřeních přijatých k uvedení práv uznaných v této úmluvě v život a o pokroku, jehož bylo při užívání těchto práv dosaženo:

a) do dvou let ode dne, kdy se staly smluvní stranou úmluvy;

b) poté každých pět let.

2. Ve zprávách podle tohoto článku se poukáže na případné skutečnosti a obtíže, které se týkají stupně plnění závazků podle této úmluvy. Zprávy rovněž obsahují informace dostatečné k tomu, aby byl zabezpečen úplný přehled výboru o provádění úmluvy v dotyčné zemi.

3. Stát, který je smluvní stranou úmluvy, který předložil výboru komplexní úvodní zprávu, nemusí v následujících zprávách předložených na základě odstavce 1 písm. b) opakovat základní informace poskytnuté dříve.

4. Výbor může od států, které jsou smluvní stranou úmluvy, požadovat další informace významné pro provádění úmluvy.

5. Výbor prostřednictvím Hospodářské a sociální rady předkládá Valnému shromáždění Spojených národů každé dva roky zprávu o své činnosti.

6. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, své zprávy zpřístupňují široké veřejnosti ve vlastní zemi.

Článek 45

Pro zajištění účinného provádění úmluvy a podněcování mezinárodní spolupráce v oblasti upravené touto úmluvou:

a) Odborné organizace, UNICEF a jiné orgány Spojených národů mají právo být přítomny jednání o provádění těchto ustanovení této úmluvy, která spadají do oblasti jejich činnosti. Výbor může vyzvat odborné organizace, UNICEF a jiné příslušné orgány podle své úvahy, aby podaly názory odborníků na provádění úmluvy v oblastech spadajících do jejich činnosti.

b) Výbor podle své úvahy postupuje odborným organizacím, UNICEF a jiným příslušným orgánům zprávy došlé do států, které jsou smluvní stranou úmluvy, obsahující požadavek nebo ukazující na potřebu technické rady nebo pomoci, případně doplněné o poznámky nebo návrhy výboru týkající se těchto požadavků nebo oznámení.

c) Výbor může doporučit Valnému shromáždění, aby požádalo generálního tajemníka, aby z pověření Valného shromáždění provedl šetření týkající se specifických otázek, které mají vztah k právům dítěte.

d) Výbor může činit návrhy a všeobecná doporučení založená na informacích získaných na základě článků 44 a 45 této úmluvy. Tyto návrhy a všeobecná doporučení se postupují dotčenému státu, který je smluvní stranou úmluvy a sdělují Valnému shromáždění zároveň s případnými připomínkami států, které jsou smluvní stranou úmluvy.

Část III.

Článek 46

Tato úmluva je otevřena k podpisu všem státům.

Článek 47

Tato úmluva podléhá ratifikaci. Ratifikační listiny se ukládají u generálního tajemníka Spojených národů.

Článek 48

Tato úmluva zůstává otevřena k přístupu všem státům. Listiny o přístupu se ukládají u generálního tajemníka Spojených národů.

Článek 49

1. Tato úmluva vstoupí v platnost třicátý den po datu uložení dvacáté ratifikační listiny nebo listiny o přístupu u generálního tajemníka Spojených národů.

2. Pro každý stát, který úmluvu ratifikoval nebo k ní přistoupil po uložení dvacáté ratifikační listiny nebo listiny o přístupu, vstoupí úmluva v platnost třicátý den po uložení jeho ratifikační listiny nebo listiny o přístupu.

Článek 50

1. Kterýkoli stát, který je smluvní stranou úmluvy, může navrhnout změnu úmluvy a předložit ji generálnímu tajemníkovi Spojených národů. Generální tajemník poté seznámí s pozměňovacím návrhem státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se žádostí, aby mu sdělily, zda jsou pro svolání konference států, které jsou smluvní stranou úmluvy, která by návrh posoudila a rozhodla o něm. Generální tajemník svolá tuto konferenci pod záštitou Organizace spojených národů, vysloví-li se alespoň třetina států pro její uspořádání. Každý pozměňovací návrh přijatý většinou států, které jsou smluvní stranou úmluvy, přítomných

a hlasujících na konferenci bude předložen Valnému shromáždění Organizace spojených národů ke schválení.

2. Změna odsouhlasená na základě odstavce 1 tohoto článku vstoupí v platnost, bude-li schválena Valným shromážděním Spojených národů, a přijata dvoutřetinovou většinou států, které jsou smluvní stranou úmluvy.

3. Vstoupí-li změna v platnost, stává se závaznou pro státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, které ji přijaly. Ostatní státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, jsou nadále vázány jen ustanoveními této úmluvy a kterýmikoli dřívějšími změnami, jež přijaly.

Článek 51

1. Generální tajemník Spojených národů přijímá a rozesílá všem státům text výhrad, které státy učinily při ratifikaci nebo přístupu k úmluvě.

2. Výhrada, neslučitelná s předmětem a účelem této úmluvy, se nepřipouští.

3. Výhrady mohou být kdykoli odvolány oznámením zaslaným generálnímu tajemníkovi Spojených národů, který o tom informuje všechny státy. Takové oznámení je účinné dnem, ve kterém bylo doručeno generálnímu tajemníkovi.

Článek 52

Stát, který je smluvní stranou úmluvy, může tuto úmluvu vypovědět písemným oznámením generálnímu tajemníkovi Spojených národů. Vypovězení se stane účinným jeden rok po dni, ve kterém bylo doručeno generálnímu tajemníkovi.

Článek 53

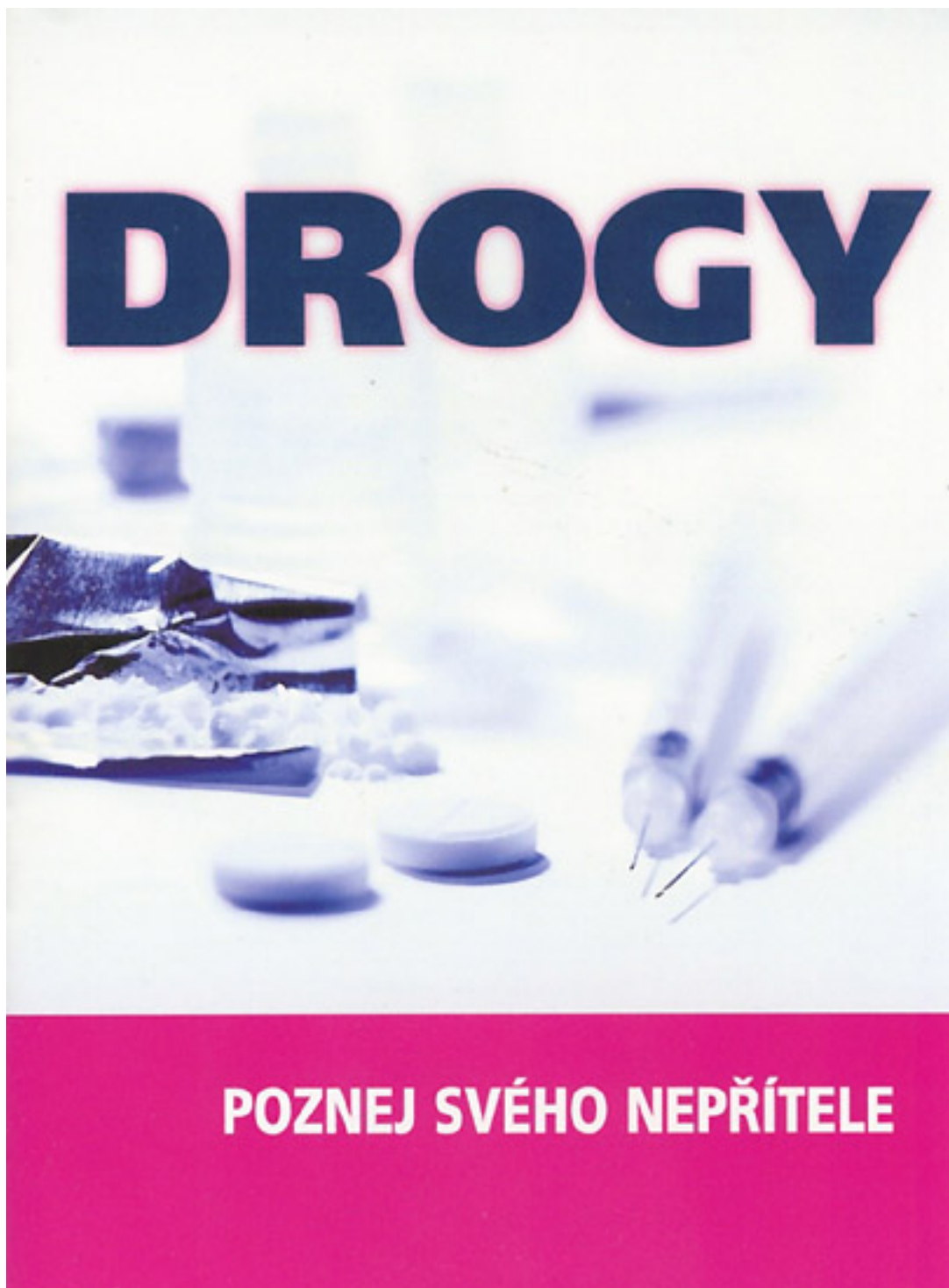
Tato úmluva bude uložena u generálního tajemníka Spojených národů.

Článek 54

U generálního tajemníka Spojených národů bude uložen původní text této úmluvy, jehož anglické, arabské, čínské, francouzské, ruské a španělské znění má stejnou platnost.

Na důkaz toho níže podepsaní zmocněnci, kteří jsou k tomu řádně pověřeni svými vládami, podepsali tuto úmluvu.


Dáno v New Yorku dne 20. listopadu 1989.





My, drogy a Evropa





PROČ ŽÍT BEZ DROG


1. LEPŠÍ ZDRAVÍ

 Drogy, ať přijímané kouřením nebo injekčně, zvyšují riziko nemocí a snižují imunitu organismu. U lidí, kteří berou drogy, se častěji vyskytují chronická onemocnění, jako např. nádory, žloutenky, AIDS, oslabení celkové odolnosti nebo kožní nemoci. Alkohol a drogy navíc zvyšují riziko úrazu, dopravní nehody nebo násilného konfliktu se zdravotními následky.


2. VÍCE SVOBODY

 Svobodné rozhodování o svém chování je u lidí navyklých na drogu značně omezené. Stálá potřeba drogy je odvádí od zájmů a koníčků, sportu a zábavy, i od každodenních studijních nebo pracovních povinností. Pro mnoho závislých mladých lidí je život s drogou životem v nesvobodě, aniž si to dovedou přiznat.


3. VÍCE DUŠEVNÍ POHODY

 Drogy vedou k poruchám duševního zdraví. Tyto poruchy mohou být přechodné po dobu, kdy je člověk pod vlivem drog. Někdy ale duševní potíže přetrvávají mnohem déle, nebo dokonce mají trvalý charakter.


4. VÍCE SPOKOJENOSTI VE VZTAZÍCH K RODINĚ A PŘÁTELŮM

 Lidé, kteří neberou drogy a nezneužívají alkohol, mají lepší vztahy s rodiči a přáteli. Projevují se jako samostatnější, nezávislejší a odpovědnější. V partnerských vztazích jsou spokojenější a šťastnější.


5. JASNÁ MYSL

 Alkohol i jiné drogy nepříznivě ovlivňují funkce našeho mozku. Zhoršují paměť, soustředění a schopnost se učit. To platí prakticky pro všechny drogy a také pro tlumivé léky ze skupiny benzodiazepinů.

6. VÍCE RADOSTI Z KONÍČKŮ A ZÁJMŮ VE VOLNÉM ČASE

 Ten, kdo žije bez drog, má větší možnosti rozhodovat se mezi různými dobrými způsoby trávení volného času. Může cvičit, plavat, relaxovat, jít za kulturou, starat se o zvířata atd. Závislý člověk tuto možnost svobodné volby ztrácí.

7. VĚTŠÍ ÚSPĚŠNOST VE ŠKOLE I V PRÁCI

 Drogy zhoršují poznávací schopnosti a to má dopad na prospěch ve škole a na úroveň vzdělání. I v práci se lépe prosadí lidé zdraví a psychicky vyrovnaní. Navíc řada zaměstnavatelů u nás i v zahraničí testuje své zaměstnance na přítomnost drog. Některé testy (zejména vyšetření vlasů) dokážou odhalit drogy v těle i za velmi dlouhou dobu.

8. LEPŠÍ SCHOPNOST PŘEKONÁVAT PROBLÉMY

 Rychle se proměňující podmínky současného života přinášejí také problémy, s nimiž se člověk musí neustále vyrovnávat. Problémy lépe vyřeší člověk, jehož mozek a psychika fungují normálně. Takový člověk se dokáže lépe uvolnit a odreagovat, umí se svěřit a poradit si. S chladnou a střízlivou hlavou se i velké problémy zvládají lépe.

9. VÍCE PENĚŽ NA DOBRÉ VĚCI

 Peníze nevydané za drogy je možno používat ke svému užítku, k prospěchu blízkých lidí nebo k jinému dobrému účelu. Je to lepší, než sloužit drogovému dealerovi.

10. LEPŠÍ VZHLED

 Zdravý životní způsob se příznivě odráží na vnějším vzhledu. Lidé spokojení se svým vzhledem mají větší sebedůvěru, jsou optimističtější vzhledem k budoucnosti a jistější ke svému okolí. Naproti tomu lidé, kteří berou drogy, působí nezdravě, častěji se u nich objevují kožní nemoci, pobledlost a někdy i stopy po sebepoškození.

KAŽDÝ MÁ PRÁVO ROZHODNOUT SE SÁM PRO SVOBODNÝ ŽIVOT BEZ DROG.

„Průchozí“ drogy

Co by měli vědět rodiče
a další dospělí,
kteří se starají o děti
a dospívající

Karel Nešpor, Ladislav Csémy