

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**DŮVODY A ROZSAH
UŽÍVÁNÍ DROG U DĚTÍ ZE SOCIOKULTURNĚ
ZNEVÝHODNĚNÉHO PROSTŘEDÍ**

bakalářská práce

Autor práce: Ivana Chrtová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie
Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha
Datum odevzdání práce: 2.5.2012

Abstrakt

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma *Důvody a rozsah užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí*, tato problematika mě zaujala během výkonu studijní praxe. Experimentování a následné užívání drog dětskou populací je stále závažnějším problémem, a to nejen v České republice, ale i po celém světě. V posledních letech bylo zaznamenáno snížení věkové hranice pro experimenty s drogami, ať už legálními či nelegálními. Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí jsou zasaženy drogami a dalšími patologickými jevy daleko dříve než většinová společnost, což tuto hranici posouvá ještě níž. V důsledku příslušnosti dítěte k sociokulturně znevýhodněné skupině obyvatel se dítě dostává do problémů sociálních, zdravotních, ekonomických, často i kriminálních. Příslušnost k vyloučené skupině obyvatel pak může zapříčinit sklony k častějšímu a rizikovějšímu užívání drog.

Práce se zabývá užíváním drog dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Data pro tuto práci byla získávána od dětí ve věku 14-15 let ve speciálně pedagogických zařízeních na území Jihočeského kraje. Ke zjištění dat byl použit kvantitativní výzkum, metodou dotazování, technikou anonymního dotazníku, doplněný o rozhovor s terapeutem zařízení, který byl kvalitativně vyhodnocen. Na základě vyhodnocení výsledků byly verifikovány a falzifikovány předem stanovené hypotézy.

Práce obsahuje teoretickou část, kde jsou vysvětleny základní pojmy, popsány modely vzniku drogové závislosti, o které jsou dále opírána tvrzení a příčiny experimentů a užívání drog dětmi ze znevýhodněného prostředí. Teoretická část je zakončena výsledky výzkumu této problematiky u dětí z běžné populace, se kterými jsou následně srovnávány výsledky výzkumu této práce. V praktické části jsou vytyčeny cíle a je zde popsán vlastní výzkum.

Cílem této práce je zjistit důvody a rozsah užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Dílčími cíli byla komparace důvodů a rozsahu užívání u těchto dětí s daty již dříve zjištěnými u běžné dětské populace v České republice.

Výsledky výzkumu prezentují vyšší zastoupení respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí v užívání návykových látek, včetně vyšší četnosti jejich užívání, mladšího věku prvního užití, ale i pravidelného užívání a zkušenosti s různými typy návykových látek oproti běžné dětské populaci.

Díky výsledkům výzkumů můžeme také poukázat na to, že důvody užívání návykových látek dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí se odlišují od důvodů běžné dětské populace. Spočívají zejména v psychické a sociální deprivaci těchto dětí a nenaplnění jejich základních psychických potřeb. Tato stigmatizace následně ovlivňuje sklon dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí k užívání návykových látek, kdy díky droze jsou schopny na chvíli „zapomenout“ a radovat se.

Výsledky práce je možné využít v praxi, k výuce, pro potřeby dalších výzkumů nebo jako zdroj informací pro širokou i odbornou veřejnost.

Abstract

For my thesis I have chosen this topic *Reasons and the extent of drug abuse within the children from social and cultural unfavourable environment*. I was attracted by this theme during my school practical training. Drug experiments with the follow-up abuse within the children's population are becoming more and more a serious problem not only in the Czech Republic but in the whole world too. Lately the age limit has cut down for the experiments related to legal as well as illegal drugs. The children from the social and cultural unfavourable environment are involved in drug abuse and other pathological phenomenon much sooner than the major society, which explains the lower age limit. When the child belongs to the social and cultural disadvantageous group of inhabitants, he/she comes into the social, health, economical and often criminal problems. To be a member of such excluded group can cause that the child is more likely exposed to frequently and risky drug abuse.

The thesis refers to the drug abuse by the children from the social and cultural unfavourable environment. The data for the thesis were collected from the 14 and 15 year old children in special pedagogical institutions in the South Bohemian region. The quantity research was applied to get the data, via anonymous questioner enriched with the additional discussion with the therapists of the respective institution, and were analysed in quality. The previously stated hypothesis were verified and evaluated based on the results qualification.

The thesis contains the theoretical part which explains the basic terms, describes models of drug addiction, as the base for the statement and the cause of drug experiments and abuse within the children's population from disadvantageous environment. The theoretical part concludes the research results of this subject provided within the children's ordinary population to be compared with this thesis research results. The practical part marks out the goals and describes the own steps of the research.

The aim of this work is to find out the reasons and extent of the drug abuse by the children from the social and cultural unfavourable environment. The partial aim was to compare the reasons and extent of drug abuse within these children with the data previously obtained from the ordinary children's population in the Czech Republic.

The research results present higher segment of the respondents from the social and cultural unfavourable environment related to addictives, including higher frequency of the abuse, rather younger age of the first experience with addictives, even regular abuse and experience with various types of addictives compared to regular children's population.

Thanks to the research results we can point to the fact that the reasons of using addictives by the children from the social and cultural unfavourable environment differ from the reasons of the ordinary children's population. It consists mainly in psychological and social deprivation of those children and absence of the basic psychological needs fulfilment. Such stigma subsequently influences the predisposition to addictives abuse by the children from the social and cultural unfavourable environment, who owing to the drug may be able "to forget" their problems at least for a while.

The thesis results can be used in practice, for teaching, for further research or as the source of information for general public as well as for experts.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2012

.....

Ivana Chrtová

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Pavlu Váchovi za odborné vedení, cenné připomínky a lidský přístup při psaní této práce. Ráda bych také poděkovala terapeutům zařízení a respondentům za jejich ochotu a spolupráci při realizaci výzkumu.

Obsah

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Vysvětlení základních pojmů	12
1.1.1 Drogy	12
1.1.2 Užívání drog	15
1.1.3 Užívání drog u dětí a dospívajících	17
1.1.4 Sociokulturně znevýhodněného prostředí	18
1.1.5 Sociální exkluze.....	19
1.2 Modely vzniku drogové závislosti	20
1.2.1 Bio-psycho-socio-spirituální model vzniku drogové závislosti.....	20
1.2.2 Kielholzův model tří proměnných	24
1.3 Výchova dítěte	26
1.3.1 Výchova dítěte jako forma primární prevence.....	27
1.3.2 Vliv prostředí na dítě	28
1.4 Psychická a sociální deprivace	31
1.4.1 Deprivace jako podmiňující faktor vzniku drogové závislosti	31
1.5 Prevalence užívání u běžné dětské populace	35
1.5.1 Užívání alkoholu běžnou dětskou populací	35
1.5.2 Kouření tabákových výrobků běžnou dětskou populací.....	37
1.5.3 Užívání ilegálních drog běžnou dětskou populací.....	37
1.5.4 Znalosti v oblasti prevence	38
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	39
2.1 Cíle práce.....	39
2.2 Hypotézy	39
3 METODIKA	40
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	42

4 VÝSLEDKY	44
5 DISKUZE	65
6 ZÁVĚR	73
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	79
9 PŘÍLOHY	80

ÚVOD

My všichni žijeme v době, kdy experimentování s drogami a následné užívání je záležitostí stále mladší skupiny populace.

Užívání drog a závislost na nich je problémem i pro dospělé jedince, u dětí a dospívajících se problémy při užívání objevují však daleko rychleji a konzumace těchto látek má na děti a dospívající více destruktivní účinek.

V této práci jsem se zabývala především problematikou důvodů a rozsahu užívání drog dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, což je otázka, která zasahuje jak obor adiktologie, tak i psychologie a sociologie.

Jak už jsem naznačila výše, problematika užívání drog dětmi je stále narůstajícím problémem, zvláště potom u dětí, které pocházejí ze znevýhodněného prostředí. U těchto dětí existuje zvýšená možnost sociálního vyloučení a tím se stávají ohroženou skupinou, která je vystavena vyššímu riziku široké škály problémů. Mezi tyto problémy patří špatný zdravotní stav, špatná výživa, nízká úroveň dosaženého vzdělání, užívání návykových látek a další.

Děti ze sociokulturně znevýhodněných rodin jsou častěji ohrožené nezaměstnaností a různými formami rizikového chování a návazně také nižším sociálním statusem a sníženou kvalitou života. K tomu může přistupovat kulturní a subkulturní příslušnost, která dále znevýhodňuje děti při integraci do monokulturně orientovaného školského systému. Podle bio-psycho-socio-spirituálního modelu pak takováto příslušnost může predukovat experimenty s drogami v nízkém věku, vyšší a/nebo rizikovější užívání návykových látek.

Jedná se například o děti v ústavní péči, děti nezaměstnaných rodičů, děti rodičů s nižší úrovní vzdělání, rodiny založené na jiných kulturních a mravních principech, nechtěné děti nebo děti rodičů, kteří jsou sami závislí.

V práci jsem se zaměřila také na výchovu dítěte. V dnešní době je velice důležité, v jaké rodině dítě vyrůstá. U dětí, které pochází ze znevýhodněného prostředí je jejich psychický i kognitivní vývoj ovlivněn negativním způsobem.

Cílem této práce je prozkoumat, jaké jsou důvody a rozsah užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, dílčími cíli je pak komparace těchto výsledků s daty již dříve zjištěnými u běžné dětské populace.

Pro tuto práci jsem stanovila následující hypotézy: děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívají drogy četněji než běžná dětská populace (**H1**), děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívají jiné drogy, než které se vyskytují u dětí v ČR (**H2**), děti ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí mají méně informací o nebezpečích spojených s užíváním drog oproti dětem, které nepocházejí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí (**H3**).

Praktická část vznikla na základě vlastního šetření formou kvantitativního výzkumu, metodou dotazování, formou anonymního dotazníku. Kvantitativní výzkum byl doplněn o rozhovor s terapeutem zařízení, který byl kvalitativně vyhodnocen.

Dotazník obsahuje základní identifikační údaje, rozdělení vzorku a celého výzkumného souboru. Výzkumný soubor je složen na základě kvótního výběru, kdy kvótou je typ navštěvovaného zařízení, věk a pohlaví respondenta.

Výzkum probíhal ve speciálně pedagogických zařízeních v Jihočeském kraji, jednalo se o výchovné ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a diagnostické ústavy.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vysvětlení základních pojmů

1.1.1 Drogy

Historie drog sahá až do období mezi desátým a třetím tisíciletím před naším letopočtem. V tomto období se přikloněním k zemědělství tehdejší obyvatelé zasadili o vznik prvních civilizací a zřejmě v průběhu tohoto období lidé objevili také účinky některých halucinogenních rostlin. Jednalo se tedy o drogy rostlinného původu, především o opium, které bylo získáváno z makovice, dále o kokové listy a konopí. Dnešní svět nabízí vlivem nespočetného množství chemických objevů mnohem různorodější nabídku drog od tlumivých látek a antidepresiva až po halucinogeny. Tyto objevy, ač byly mnohdy činěny k léčebným účelům, se však z důvodu velké návykovosti a úrovně tolerance dávky těchto látek, staly postupně celosvětovým problémem, k jehož řešení máme pořád velmi daleko. ¹

Drogy představují narůstající závažný problém například z důvodu snižujícího se věku experimentátorů a následně uživatelů. Je mnoho faktorů, které ovlivňují sklony k patologickým jevům, jakými jsou i experimenty s drogami. Jevy, které negativně ovlivňují dětský život, jsou ještě více než běžná dětská populace ovlivněny děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Jako drogu definujeme „jakoukoli látku, která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.“ (WHO, 1994) ²

Velký význam na rozšiřování drog v České republice po roce 1989 mají i posuny v hodnotové hierarchii mladých lidí, nežádoucí společenské a morální motivy a behaviorální vzory.

¹ NEUBAUER, Bohumil. *Drogy a mládež*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Jana KANTOROVÁ.

² ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*, Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0709-4. s. 14.

Drogy můžeme dělit podle různých kritérií.

Prvním kritériem je způsob, jakým se k drogám staví společnost. Vnímání společnosti dělí drogy na *společensky tolerované, legální* (tabák, alkohol) a drogy *ilegální, netolerované společností*.

Dále můžeme drogy dělit podle razantnosti působení a s tím spojené předpokládané míry rizika na drogy *měkké* (tj. drogy s akceptovatelnou mírou rizika) a drogy *tvrdé, těžké* (tj. drogy s neakceptovatelnou mírou rizika).³

Drogy můžeme také diferencovat podle zavedeného rozdělení, které zohledňuje více hledisek (jako např. účinek, společná látka, surovina nebo fyzikální vlastnosti)

- a) opioidy a opiáty – metadon, heroin, braun
- b) stimulační drogy – kokain a pervitin
- c) konopné drogy – marihuana a hašiš
- d) halucinogenní drogy – LSD, lysohlávky a další přírodní drogy
- e) těkavé látky
- f) hypnotika a barbituráty
- g) tabák
- h) alkohol a jiné skupiny látek⁴

Další členění, užívané např. v Holandsku, rozděluje drogy na skupinu s *akceptovatelným, přijatelným* rizikem a na skupinu s rizikem *nepřijatelným*.

Negativní působení psychotropních látek spočívá hlavně v tom, že dlouhodobé užívání drogy přináší s sebou soustavně zvyšování dávek a jejich konzument je ochoten udělat cokoli, co mu umožní získání další dávky (krádež, trestný čin, prostituce). Následně při absenci léčby dochází často k degradaci osobnosti, poškození intelektu,

³ Rozdělení drog. In: *Stránky o závislosti: substituční-léčba.cz* [online]. 2011 [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <<http://www.substituční-lečba.cz/rozdeleni-drog>>.

⁴ STIBUREK, M. *Primární prevence zneužívání drog*. Studijní skripta k distančnímu vzdělávání protidrogových koordinátorů okresních, magistrátních a statutárních měst České republiky. Praha: Pragouniversa, 1999.

sociálním škodám (rozpad rodiny, ztráta zaměstnání) a k tělesnému poškození. Závislý člověk je pak sociálně exkludován (vyloučen ze společnosti na její okraj).⁵

Mezi dnešní mládeží jsou preferovány především drogy legální, kterými jsou u nás tabák a alkohol.

Dle výzkumu Suchelové, první experimenty s tabákovými výrobky se u dětí z běžné populace objevují již v 11,4 letech. Průměrný věk pro první vědomou konzumaci alkoholu je 11,1 let.⁶

Alkohol je droga v celospolečenském a kulturním kontextu velmi rozšířená, jeho výroba a prodej i užívání jsou legální. Užívání alkoholu je v Evropě celospolečensky tolerováno. Nadměrné užívání alkoholu samozřejmě také vede k výrazným změnám ve fungování jedince a dochází k různým poškozením, jak už jsem uvedla výše.⁷

Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí drogy berou a stávají se na nich závislími hlavně pro jejich účinky, které buď pomáhají řešit stávající stav (např. pocit odcizení, pocitu selhání a bezmoci, frustrace, tenze, apatie, nuda, deprese, emocionální bolest, nejistota, samota, nízká sebeúcta či sebevědomí). Dalším důvodem je nabídka něčeho, po čem takto handicapované dítě touží (např. odvaha, vzpoura, vzdor, únik, uvolnění, legrace, poznání, sex, moc, odmítnutí přítomného, schopnost bojovat). Někdy je důvodem pouhá příležitost spojené s ignorací.⁸

Světová zdravotnická organizace rozděluje závislosti podle psychoaktivní látky do čtyř skupin:

- 1) látky nepoužívané v lékařství a potenciálně velmi nebezpečné ve smyslu závislosti.

⁵ BÁRTLOVÁ, S. *Sociální patologie*. Praha: SOŠ, 1998. ISBN 80-7013-259-0. s. 28.

⁶ SUCHELOVÁ, M. *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol*. Č. Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Aleš NOVOTNÝ.

⁷ MALÁ, E. *Dítě a stres*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2007. ISBN 978-80-903750-1-7. s. 63.

⁸ FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. s. 124.

- 2) látky v lékařství užívané a potenciálně nebezpečné pro možnost vzniku závislosti.
- 3) látky v lékařství používané, ale s menším rizikem pro vznik závislosti.
- 4) látky ostatní, které mohou závislost vyvolat. (WHO, 2004)⁹

1.1.2 Užívání drog

Uživatele drog můžeme rozčlenit do několika skupin. Tyto skupiny rozdělujeme podle délky a četnosti užívání návykové látky, ale především podle stupně závislosti, kterou si dítě ze znevýhodněného prostředí již vytvořilo. Rozlišujícím faktorem je i míra, do které droga ovlivňuje život dítěte a běžné fungování.

Experimentátoři: nepřesné, ale i v odborné literatuře používané označení pro dítě, které drogy tzv. „zkouší“: občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přítom problémy v jiných oblastech.

Příležitostní a rekreační uživatelé: u této cílové skupiny se již užívání stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není (nebo zatím není) vznik závislosti a dalších problémů. Tento typ užívání je typický zejména u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties.

Pravidelní uživatelé: pravidelnost (užívání častěji než 1x týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Zde můžeme hovořit o tzv. škodlivém užívání.¹⁰

⁹ VODÁK, Jan. *Sociálně patologické jevy v prostředí střední školy*. Brno, 2006. Disertační práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Pavel MÜHLPACHR.

¹⁰ KALINA, K. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. s. 17.

Problémový uživatelé: podle EMMCDA je problémové užívání definováno jako „intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí.“¹¹

Závislí: uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti. Často, ale ne vždy jde zároveň o „problémové uživatele“. Pojem „toxikoman“ dnes již z odborné terminologie mizí.¹²

Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí mohou mít problémy nebo jim problémy mohou hrozit. Vzorce užívání drog dětmi z takto znevýhodněného prostředí mohou být různé, od experimentálního, epizodického a občasného až po pravidelné, intenzivní a nekontrolované. Dětské uživatele drog lze klasifikovat podle klinických definic jako osoby mající problém s drogami nebo osoby závislé a z vědeckého hlediska lze obě tyto kategorie znázornit jako kontinua.¹³

Syndrom závislosti „je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u dítěte mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, až přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.“ (MKN-10)

Při drogové závislosti dochází k těmto jevům:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v sebeovládání (při užívání látky)
- tělesný odvykací stav

¹¹ ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*, Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0709-4. s. 32.

¹² KALINA, K. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. s. 17.

¹³ Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě. EMCDDA. *Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost* [online]. 2006 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/cs/page012-cs.html>

- průkaz tolerance k účinku látky
- postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.¹⁴

1.1.3 Užívání drog u dětí a dospívajících

Následující body shrnují odlišnosti působení návykových látek u dětí a dospívajících.

- závislost na návykových látkách se vytváří daleko rychleji než u dospělých jedinců
- u dětí existuje vyšší riziko tělesných otrav (nižší tolerance, menší zkušenost, sklon k riskování)
- vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky (ze stejných důvodů jako předchozí)
- u dětí závislých na návykových látkách nebo masivně jich zneužívajících bývá patrné výrazné zaostávání v psychosociálním vývoji
- u dětí a dospívajících, kteří i „pouze“ experimentují s návykovými látkami je spojeno s většími problémy v různých oblastech života (škola, trestná činnost, rodina)
- častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek, přecházet od jedné k druhé nebo užívání více látek současně
- možnost recidivy je u dětí a dospívajících velice vysoká¹⁵

Možnost recidivy a ostatních těchto jevů se současně zvyšuje s životem dítěte v rizikovém prostředí, kde je obklopeno i ostatními rizikovými faktory, jako je nezaměstnanost rodičů, špatné bytové podmínky, rodinný rozvrat, závislost jednoho z rodičů a podobně.

¹⁴ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7. s. 14.

¹⁵ Tamtéž. s. 54.

Těmito faktory je zvýšena možnost, že bude u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí docházet k sociálně patologickým jevům, tím rozumíme negativní jevy a chování, které má dopad nejen na jedince samotného, tak i na společnost. Tento termín je v posledních letech nahrazen pojmem rizikové chování.¹⁶

1.1.4 Sociokulturně znevýhodněné prostředí

Životní prostředí je část světa, s níž je dítě ve vzájemném působení, působí na člověka svými podněty, ovlivňuje jeho vývoj a on na tyto podněty reaguje, přizpůsobuje se a také je může aktivně měnit.

Sociální prostředí je charakterizováno hustotou a rozmístěním obyvatel, profesionální, etnickou, věkovou, vzdělanostní příp. dalšími strukturami.

Kulturní prostředí je těsně spjato s prostředím společenským (někdy chápáno jako jeho součást) a je tvořeno všemi hmotnými i nemateriálními výsledky lidské aktivity. Jedná se především o veškeré výtvoř umělecké, vědecké poznání, pravidla chování, právní a morální normy, ale také stavby, komunikační a technické výtvoř a podobně.¹⁷

Sociokulturní handicap

Sociokulturní handicap představuje odchylku od normy, která přináší zatížení, znevýhodnění. Má své sociální důsledky, může děti z toho prostředí více či méně stigmatizovat. Sociokulturní handicap vyplývá z odlišnosti sociální příslušnosti a s tím související omezení v oblasti zkušeností, které jsou u dětí z tohoto prostředí jiné nebo nedostatečné. Jedná se o nedostatky či odlišnosti dané působením jiných sociokulturních vlivů, odlišné socializace dítěte. Takto znevýhodněné děti jsou

¹⁶ VÁCHA, P. *Vybrané sociálně patologické jevy ve společnosti*. [online]. [cit. 2009-04-02]. Dostupné z: <http://www.prevence.net/science/vacha_02.pdf>

¹⁷ KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. a kol. *Člověk, prostředí, výchova*, K otázkám sociální pedagogiky. Brno: PAIDO, 2002. ISBN 80-7315-004-2. s. 99-100.

příslušníky minoritní skupiny, která se od většiny liší (odlišnou identitou, stylem života apod.).¹⁸

1.1.5 Sociální exkluze

„Sociální exkluze je proces, prostřednictvím kterého jsou určití jedinci vytlačováni na okraj společnosti a je jim zabráněno v plném rozsahu na ní participovat v důsledku své chudoby, nedostatku základních kompetencí a příležitostí celoživotního vzdělání a/nebo důsledku diskriminace. Toto je vzdaluje, izoluje od zaměstnání, příjmu a příležitostí ke vzdělání, stejně tak od sociálních a společenských sítí a aktivit.“¹⁹

Do sociální exkluze patří ekonomické, sociální, politické, kulturní i psychologické vyloučení, vyloučení z bezpečí a vystavení vyšším rizikům.²⁰

V současné společnosti se vytváří různá lidská seskupení nebo izolovaná individua, která jsou vyloučena na okraj společnosti. Tito jedinci nejsou zbaveni práv, jako exkludované skupiny v dřívějších dobách, nemají však možnost těchto práv využívat.

Zejména na trhu práce nemohou získat uplatnění, jsou z něj postupně vylučováni a ocitají se na okraji společnosti.

Sociální vyloučení má další příznaky, jako je chudoba, ztráta motivace k hledání zaměstnání, pokles kulturní úrovně, nechtěná gravidita, trestná činnost, alkoholismus a narkomanie.²¹

Tato hyperaktivita v oblasti deviantního jednání pak může být vlastní i dětem a rodinám ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

¹⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0. s. 356.

¹⁹ SELICKÁ, D. *Rómska rodina v kontexte metód sociálnej práce*. Bratislava: Ševt, a.s., 2008. ISBN 978-80-8094-453-7. s. 137.

²⁰ MAREŠ, P. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis: Czech sociological Review*. 2000, roč. 36, č. 3, s. 285-297.

²¹ PETRUSEK, M. *Základy sociologie*. Praha: Akademie veřejné správy o.p.s., 2009. ISBN 978-80-87207-02-4. s. 112.

1.2 Modely vzniku drogové závislosti

Multidisciplinárnost problému drogové závislosti podmiňuje mnohorozměrnost chápání vzniku závislosti. Lze proto přistupovat k posouzení vzniku závislosti z různých pohledů a přístupů.²²

Podle bio-psycho-sociálního modelu vzniká nemoc (a tedy i drogová závislost) v průběhu vývoje dítěte ze sociokulturně znevýhodněného prostředí ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů.

Podstatnými pojmy jsou *dispozice* (např. genetické či biologické, případně dispozice psychologické získané v raném dětství), *zranitelnost* (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a *spouštěče* (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k manifestaci poruchy.²³

1.2.1 Bio-psycho-socio-spirituální model vzniku drogové závislosti

Příčiny drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik drogové závislosti. U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního užívání pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na drogu a rituály spojené s jejím požíváním. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů – například určité fyziologické faktory, buď hereditární, nebo získané, se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti.²⁴

²² PANČOCHA, Karel. *Patologické závislosti v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe*. Brno, 2007. Disertační práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Školitel Pavel MÜHLPACHR.

²³ KALINA, K. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. s. 78.

²⁴ KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. s. 91-92.

Biologická úroveň

Lidský mozek je elektrochemický systém zpracovávající informace. Drogy vstupují do chemického prostředí mozku dítěte a způsobují v něm hluboké změny, které doprovázejí podstatné pozitivní i negativní změny kognitivních funkcí, afektů a chování.²⁵

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti při těhotenství matky dítěte – například zda matka byla sama alkoholička nebo toxikomanka a zda se plod takto setkával s účinky návykových látek ještě před narozením (fetální alkoholový syndrom). Jsou to také okolnosti porodu (například, zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu), co ovlivňuje neurobiologii jedince a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemoci a mnoho dalších omezujících a traumatizujících faktorů. Každý z nás má individuální „ustrojení“ mozkového neurochemismu, kde do interakce s tímto systémem vstupují jednotlivé psychotropní látky a navozují změny, které jsou pak charakteristické pro změnu nálad, emocí a kognitivních funkcí. (Nydlá, 1990)²⁶

Psychologická úroveň

Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu dítěte. Nejde tedy o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození dítěte ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Jestliže žena prožívá těhotenství jako stresovou záležitost, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Jestliže matka začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, přenesou se i tato informace na plod a vytváří „dráhu“ (kód) o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Tento kód bude čekat na své oživení v postnatálním období. Po

²⁵ ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9. s. 19.

²⁶ KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. s. 91-92.

aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije dítě nový, ale zároveň již dávno poznaný efekt. Pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku u dítěte ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím. Dále podpora v době dospívání dítěte, v krizi hledání identity a samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, eventuálně psychotické onemocnění. Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě počáteční sebemedikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti dítěte na droze.²⁷

Nepříjemné pocity spojené s mnohočetnými psychologickými problémy provokují další chování, vedoucí k vyhledání a konzumaci drogy, čímž obtíže dítěte ze sociokulturně znevýhodněného prostředí dále narůstají.²⁸

Sociální úroveň

Sociální úroveň se zaměřuje na okolnosti, za kterých se vše děje. Všimá si vlivu vztahů s okolím, které formují zrání dítěte, případně toto zrání brzdí či deformují.

Tyto vlivy zahrnují široké spektrum okolností, od těch nejjobecnějších jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém dítě žije až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Mezi specifitější ovlivňující okolnosti patří kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně úplná absence rodiny. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou.²⁹ Rodiny závislých dětí trpí řadou citových a sociálních problémů, včetně nadměrného strachu, děti se předvádějí doma i ve společnosti, mají problémy ve škole a obtíže s učením, časté jsou také rvačky,

²⁷ KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6., s. 91-92.

²⁸ ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9. s. 20.

²⁹ KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. s. 92-93.

delikvence, předčasné sexuální zkušenosti, nedostatek sebevědomí a především vlastní problémy s drogami (Wallace, 1987).³⁰

V dnešní době je častým jevem rozpad rodiny, či nedostatek času dospělých pro děti. Velkým problémem je také absence rituálů pozitivně formujících zrání dítěte ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Děti potom hledají identifikační vzory mimo rodinu, vyhledávají silné jedince nebo skupiny. Potřebují pocit přijetí, sounáležitosti, směřování k nezávislosti. Rituály nezanikají, ale prosazují se v životech dětí spíše v deviované formě.

Namísto dřívějších rituálů, celým kmenem uznávaných a podporovaných, v tzv. primitivních kulturách, se v naší společnosti vytvářejí spíše ponižující a důstojnosti zbavující rituály (šikana) nebo rituály kolem jehly a braní drog, které prolamují zbytky bezpečných hranic.³¹

Pokud dítě v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislé osoby, je konfrontováno s užíváním drog jako s normou. Kromě rodiny hraje v procesu sociálního učení důležitou roli i kolektiv vrstevníků. Zde hovoříme především o podpoře pro zdravý aktivní rozvoj diferencovaných vztahů a s tím i zájmových činností, vyrovnání se s autoritami.³²

Spirituální úroveň

Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu dítěte vůbec.

Důležitost se klade spirituální úrovni zejména v léčebných terapeutických programech, primární prevenci a při abstinenci.

³⁰ ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9. s. 21.

³¹ KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6., s. 91-92.

³² ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9. s. 20.

Určité procento lidí dnes závislých na drogách hledalo původně v drogách naplnění spirituální potřeby. V této souvislosti se objevují i novodobé rituály zasvěcování a kultovní aspekty. Stimulační a taneční drogy jsou užívány s touhou po skupinové transcendenci v novodobých chrámech diskoték, jindy jsou drogy brány v izolaci a ústraní od ostatních v očekávání prolomení vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích.

Namísto vnitřní svobody však nachází původní experimentátor fatální vazbu na drogu jako závislý.³³

U mnoha dětí vrcholí užívání drog v pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života.³⁴

1.2.2 Kielholzův model tří proměnných

Skutečnost, že se někdo stane na návykové látce závislý, se nedá spolehlivě určit. Příčiny souvisí s psychickými dispozicemi, fyzickými dispozicemi, sociálním a rodinným prostředím, ve kterém dítě vyrůstá, s jeho věkem, zkušenostmi, psychikou a aktuálním zdravotním stavem.³⁵

Kielholz (1965) popsal svůj model tří proměnných. Jde o látku, osobnost a prostředí. Tento model rozvíjí Urban (1973) o čtvrtou proměnnou, a to podnět.³⁶

Rozdělení jednotlivých faktorů:

a) *Farmakologické faktory (DROGA)*

Baconovy teorie ze 40. let vycházejí z předpokladu, že moderní společnosti vyvolávají potřebu nějaké integrativní funkce, která by tlumila napětí dítěte ze

³³ KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. s. 93-94.

³⁴ ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9. s. 22.

³⁵ ORLÍKOVÁ, B a kol. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2. s. 18.

³⁶ ŘEHAN, V. K současným problémům psychologie: Integrativní přístup k otázce závislosti na alkoholu. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis.: Facultas Paedagogica Psychologica*. 1994, č. 4, s. 145-155. ISSN 80-7067-272-2.

sociokulturně znevýhodněného prostředí a jeho nejistotu v mezilidských vztazích. Takovou funkci velmi dobře plní alkohol (rekreativní činnosti), opačnou dezintegrující funkci má alkohol na pracovní a organizační činnost.³⁷

Předpokládá se, že schopnost vyvolat u citlivého dítěte *dychtění po droze* („craving“), vedoucí k nutkavému opakovanému užívání drogy, je založena na schopnostech drogy 1) vyvolat silný psychický účinek - zážitek, 2) být rozpoznána mezi jinými látkami, 3) vyvolat následné nepříjemné pocity - po přerušení opakované aplikace.³⁸

b) PROSTŘEDÍ

Je základním rámcem začlenění dítěte ve světě (svět obecně, okruh rodiny, školy, vliv kultury, známých, part apod.). Výrazně ovlivňuje rozvoj a utváření osobnosti dítěte. S prostředím je úzce svázána socializace.

U dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí se v návaznosti na rizikovost tohoto prostředí zvyšuje možnost členství v rizikových partách a rizikovějšímu trávení volného času.³⁹

Primární je otázka dostupnosti drogy v okolí dítěte (distribuce a cena drog). Velmi důležitým faktorem je tedy i pohled společnosti na užívání dané drogy, jak již bylo uvedeno dělení drog na legální a nelegální, drogy společností tolerované a netolerované, „měkké“, „tvrdé“. Takzvané legální drogy (alkohol, tabák i kofein) jsou snadno dostupné, bývají častěji užívané a celkový počet závislých dětí je proto relativně vysoký.

Mezi sociální faktory a situace, které usnadňují vznik drogové závislosti, patří prostředí „drogové party“, rozvrácené rodiny, nedostatek láskyplné péče rodičů u dětí, osamělost, chronický stres, kriminální prostředí atd.³⁸

³⁷ MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-2511-5. s. 37.

³⁸ FIŠEROVÁ, Magdaléna. Drogové závislosti. *Postgraduální medicína* [online]. 2000, roč. 2, č. 3, s. 288-298 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/drogove-zavislosti-134380.

³⁹ MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-2511-5. s. 37.

c) *Somatické a psychické faktory (OSOBNOST DÍTĚTE)*

"Analýzou těchto faktorů lze zjistit, že se stále více prosazuje komplexní, tzv. bio-psycho-sociální přístup. Strukturu osobnosti dítěte tvoří vrozené a získané vlastnosti, v osobnosti se projevuje nejen společenská, ale i biologická podstata. V oblasti bio-psychické je to snaha odstranit fyzické potíže, udržet kondici, stimulovat smysly, posílit sebevědomí, v oblasti sociální je to snaha identifikovat se s určitou subkulturou nebo například uniknout ze sociokulturního prostředí." ⁴⁰

d) **PODNĚT**

Je možné ho chápat jako kombinaci aktuálního stavu dítěte, v daném kontextu se specifickým efektem požití alkoholu (drogy). Na podnětu se mohou podílet nejrůznější vlivy např. tlak skupiny na dítě, zvědavost, touha po příjemných euforických pocitech, snaha uniknout z nepříjemných (krizových) životních situací (pocitů), identifikační vzory aj. ⁴⁰

1.3 Výchova dítěte

Rodinné prostředí přináší velká rizika, která zvyšují možnost rozvoje poruch chování. Může tomu tak být v případech, kdy jsou rodiče anomální osobnosti (asociální jedinci, mající poruchu osobnosti, emočně chladní apod.), kdy dítě vyrůstá v neúplné rodině nebo v rodině, která funguje spíše formálně nebo v případě, kdy dítě vyrůstá v subkultuře nebo sociální skupině, která poruchové chování toleruje, či považuje za vhodné. ⁴¹

⁴⁰ MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno : Masarykova univerzita, 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5. s. 37.

⁴¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0. s. 277.

1.3.1 Výchova dítěte jako forma primární prevence

Sociální a kulturní faktory, které ovlivňují dospívání dítěte, jsou mu dány především od rodičů a širší rodiny, pokud nějakou má. Na správnou výchovu je nutné dbát ještě více u dětí, které vyrůstají v ústavní výchově a u nichž je riziko sklonu k patologickému chování zvýšeno.

Nejrizikovější skupinou v oblasti užívání drog je skupina dětí a mladistvých. Při formování životního stylu hraje prvořadou úlohu rodina. Pozornost je potřeba věnovat aspektům demografickým, sociálnímu postavení rodiny, povahovým vlastnostem rodičů, funkci rodiny jako celku, úrovni a druhu výchovných přístupů rodičů, vztahu a přístupu k dítěti a k adolescentovi a opačně.⁴²

Záleží plně na rodiči, jak uspořádá životní podmínky dítěte a v jakém stylu ho bude vychovávat, zda se mu podaří uchránit dítě před škodlivými vlivy, nebo jestli je přiměřeně zpracuje. Přitom jsou ve hře podmínky, na něž má rodič vliv výrazný, menší nebo dokonce žádný.⁴³

Živnou půdou závislosti jsou nepříznivé rodinné a sociální podmínky. Je-li látka snadno dostupná a dítě ze znevýhodněného prostředí hledá její pomocí východisko z vnitřních problémů, pak je nebezpečí vzniku závislosti vysoké. Čím častěji se sejdou všechny podmínky, tím vyšší je nebezpečí.⁴⁴

K tomu se také připojují další faktory, jako je například pohyb dítěte v kruzích, kde je konzumace drog běžná a kde ho začnou uznávat nebo přijímat na základě užívání návykových látek (př. patří k nám, když se dokáže pořádně „vožrat“). Velmi důležitým rizikovým faktorem jsou také špatné sociální podmínky (špatné bytové podmínky, finanční problémy, nezaměstnanost rodičů, sociální izolace).⁴⁵

Mezi ochranné činitele, které by měli fungovat v rodině, aby se snížila pravděpodobnost patologických jevů, patří přiměřená péče, dostatek času na dítě, pevné

⁴² MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5. s. 37.

⁴³ WEIKERT A.: *Výchova dítěte*. Osvědčené rady pro rodiče dětí každého věku. Praha: VAŠUT, 2007. ISBN 80-7236-527-4. s. 57.

⁴⁴ Tamtéž. s. 316-317.

⁴⁵ Tamtéž. s. 316-317.

citové vazby v rodině, jasná pravidla týkající se chování dítěte, vštěpování pozitivních hodnot, spolupráce rodičů na výchově, dobré zvládání stresu u rodinných příslušníků, zajištění ochrany, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte, dobré zájmy a koníčky dítěte, dobré společenské postavení rodičů, duševní zdraví rodičů, rodiče odmítající alkohol, drogy a tabák zejména u dětí a dospívajících.⁴⁶

1.3.2 Vliv prostředí na dítě

Podle Krause a Poláčkové má prostředí ve výchově dítěte dvě role. První funkci označují jako *situační*. Každá výchovná situace, výchovný zásah se odehrává vždy v nějakém konkrétním prostředí (ve třídě, v klubovně, na hřišti, doma v kuchyni). Z tohoto hlediska vytváří prostředí jakousi „kulisu“ k této výchovné situaci. Tato kulisa může působit buď *pozitivně*, ve směru výchovného úsilí, v souladu s výchovnými cíli. Poměrně často tomu ale bývá i naopak, kdy výchovné prostředí působí v rozporu s těmito cíli, proti záměrům vychovatele a to *negativně*, jak tomu často bývá i u rodin sociokulturně znevýhodněných. Může samozřejmě nastat i situace, kdy prostředí zůstává víceméně irelevantní a je jeho působení je *neutrální*.

Druhou funkci bychom mohli označit jako *výchovnou (formovací)*. Konkrétní prostředí má velký vliv na jednání a podílí se výrazně na rozvoji osobnosti. Jednání dětí se mění právě podle toho, jak střídají prostředí.⁴⁷

Bezprostřední ohrožení rozvoje osobnosti dítěte existuje přímo v rodinách, školách, výchovných zařízeních, vrstevnických skupinách (partách), tedy na úrovni mikroprostředí. Jedná se jak o dopady celospolečenských jevů (např. nezaměstnanosti), ale i o faktory vznikající přímo v sociokulturně znevýhodněném prostředí.

⁴⁶ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7. s. 80.

⁴⁷ KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk, prostředí, výchova: K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: PAIDO, 2002. ISBN 80-7315-004-2. s. 104-106.

Například rodinné prostředí se může stát ohrožujícím v situacích, kdy dítě přichází na svět jako nechtěné, mimomanželské, kdy je rodiči zanedbáváno, citově vydíráno a podobně. Hovoří se v této souvislosti o *disociálním životním stylu rodiny*.

Na základě těchto modelů můžeme určit činitele, které významně ovlivňují sklony dětí a dospívajících k experimentům s drogami a případnému následnému užívání.

Nešpor a Csémy rozlišují tyto činitele na následující:

a) *činitele týkající se dítěte nebo dospívajícího* – duševní poruchy a poruchy chování, setkání s alkoholem, tabákem nebo jinou drogou v nízkém věku, špatné zvládnání stresových situací, nízké sebevědomí, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích, nízká schopnost vzdorovat nepříznivým vlivům okolí, sklony k násilí a agresivitě, špatné sebeovládání, nízká inteligence,⁴⁸

b) *činitele týkající se rodiny* – schvalování pití alkoholu a užívání drog dítětem, nesoustavná a přehnaná přísnost,⁴⁹ nedostatek času na dítě zvláště v raném dětství, malá péče, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby dítěte, manželský konflikt, zneužívání tabáku, alkoholu nebo jiných drog rodiči dítěte, malá očekávání od dítěte a jeho podceňování, špatné duševní a společenské fungování rodičů, duševní choroba rodičů, rodiče samotářští nebo nepřátelští vůči společnosti, chudoba a nezaměstnanost rodičů, sexuální zneužití dítěte v rodině, děti bez rodiny a bez domova, časté stěhování,

c) *činitele týkající se školy* – nedostatečný důraz na prevenci, nahodilé akce a jednorázové přednášky jsou nedostačující. Školy nespolupracují při prevenci s rodiči, školy nekomunikují při prevenci s přijatelnými organizacemi ve svém okolí, návykové látky jsou žákům v prostředí školy a jejím okolí dostupné, neexistující nebo jen málo přísná pravidla o užívání návykových látek v prostředí a

⁴⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*, Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag, 2003. s. 7-9.

⁴⁹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7. s. 79.

okolí školy, selhávající a problémoví žáci jsou zesměšňováni, ve školách není dostatečná motivace k pozitivním hodnotám a neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času dětí,

d) *činitele týkající se vrstevníků* – přátelé a známí dítěte mají problémy s drogami a rebelují, protispolečenské chování kamarádů, vrstevníci se k alkoholu, tabáku a jiným drogám staví pozitivně, začínají brzy tyto látky zneužívat a jsou více ovlivňováni partou, než rodiči.⁵⁰ Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí se definitivně odpoutávají od rodin, které jim neposkytovaly citové zázemí. Skutečnou autoritu pro tyto děti leckdy nikdo společensky přijatelný nemá.⁵¹

e) *činitele týkající se společnosti* – alkohol, tabák a drogy jsou dostupné dětem a aktivně nabízené masmédií, společnost nenabízí dobré možnosti trávení volného času, chudoba, nezaměstnanost rodičů, náhlé sociální změny, nestabilita, nedostatečná sociální a zdravotní péče, nedostatečné vzdělání, nespolupracující sdělovací prostředky orientované na senzaci a reklamu, velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů, rasová nebo jiná diskriminace, jazyková bariéra, vysoká kriminalita a drogové gangy v okolí dítěte.⁵²

U dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí se tyto činitele vyskytují, v různých případech i kumulují a vytvářejí podmínky pro pravděpodobnější výskyt zneužívání návykových látek oproti běžné dětské populaci. U dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí díky těmto činitelům dochází k sociální a psychické deprivaci, která podněcuje počáteční touhu po experimentech s drogami, které vyvolávají zpočátku pozitivní pocity a pocity úlevy od tíživé životní situace.

⁵⁰ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*, Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag, 2003. s. 7-9.

⁵¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0. s. 278-279.

⁵² NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*, Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag, 2003. s. 7-9.

1.4 Psychická a sociální deprivace

1.4.1 Deprivace jako podmiňující faktor vzniku drogové závislosti

Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb dítěte, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.

Pro děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí je deprivace zkušenost jeden z nejzávažnějších zátěžových vlivů, může nepříznivě ovlivnit psychiku dítěte, resp. jeho vývoj vůbec.⁵³

Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy dítěti ze znevýhodněného prostředí není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.⁵⁴

Tomuto dítěti pak není dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil.

Zvláštním jevem pak může být i psychická subdeprivace, kdy vývoj a chování dětí z nechtěných těhotenství v mnohém připomíná vývoj a chování dětí, vyrůstajících dlouhodobě v deprivacích podmínkách, nejsou však tak výrazné a dramatické.⁵⁵

Tak jako existují základní potřeby biologické, které musí být plně uspokojeny, aby malé dítě vůbec mohlo žít (teplo, strava, ochrana před nebezpečím apod.), jsou i základní potřeby psychické, které musí být od počátku v náležitě míře uspokojovány, má-li se dítě vyvíjet v psychicky zdravou a zdatnou osobnost. Zatím je nám známo a výzkumně ověřeno asi pět takových vitálních potřeb:

1. *Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů.* Její uspokojení umožňuje naladit organismus dítěte na žádoucí úroveň aktivity.

⁵³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0. s. 36.

⁵⁴ MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2. s. 115.

⁵⁵ MATĚJČEK, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. ISBN 80-85121-89-1. s. 11.

2. *Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech*, tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoli učení u dětí.⁵⁶
3. *Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů*, tj. vztahů k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů. Náležitě uspokojování této potřeby přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.
4. *Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty*, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity. To pak je dále podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení.
5. *Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy*. Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v dítěti jeho životní aktivitu. Jde o dimenzi naděje.⁵⁷

V důsledku dlouhodobého neuspokojování těchto potřeb, které jsou důležité pro vytvoření zdravé a dobře integrované osobnosti, pak nebude dítě schopno přizpůsobit se situacím, které jsou v naší společnosti běžné, tímto rizikem trpí i děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Může jít o situaci, kdy dítě žije v rodině, ale je úplně nebo částečně izolováno od širšího společenského prostředí, je ochuzováno o podněty a hodnoty, které tam za normálních okolností získává. Dítě tedy netrpí v časném dětství nedostatkem smyslových podnětů ani nedostatkem základní sociální stimulace, mělo také příležitost navázat ve své rodině uspokojivé citové vztahy, ale nedostává se mu společenských podnětů na vyšší úrovni (např. v pracovním kolektivu ve škole).

⁵⁶ MATĚJČEK, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. ISBN 80-85121-89-1. s. 8.

⁵⁷ MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2. s. 115-116.

Ve skutečném životě je psychická deprivace zřídka kdy jediným činitelem ovlivňující vývoj dítěte žijícího v takové sociální izolaci. Je zpravidla součástí celého souboru nepříznivých vlivů a není snadné určit její podíl v obtížích takto postižených dětí.

Takovému dítěti se nedostává dostatek příležitostí k rozvíjení vztahů k druhým dětem, k soutěži, k sociálnímu hodnocení, k ověřování vlastních sil a schopností, k prožitkům přátelství a podobně.

Chování dítěte nepodléhá sociální kontrole zvenčí a pokračuje kontinuálně odchylných vzorů chování a odchylných systémů hodnot v nejužším rodinném kruhu, v němž je dítě izolováno. Sociální prostředí významně ovlivňuje nejen školní prospěch a chování dítěte, ale i jeho intelektovou výkonnost a utváření celé osobnosti.⁵⁸

Riziko rozvoje poruchy chování se však může zvyšovat i v případech, kdy dítě vyrůstá ve zdánlivě funkční rodině. Jde o rodiny, které se scházejí pouze večer, nemají žádnou společnou náplň a společný čas tráví nanejvýš sledováním televize. Je známo, že dítě napodobuje rodiče, je tomu tak i ve vztahu k trávení volného času. Tento způsob však dítěti přijde nudný a začne si hledat zábavu a vzrušení sám, někdy právě takto najde cestu k drogám.⁵⁹

Velmi častým jevem v dnešní globální společnosti je *kulturní deprivace*. Dítě žijící izolovaně od kultury současné společnosti je v nebezpečí, že se u něho nevytvoří potřeby kulturně žít, tj. potřeby získávat ty hodnoty, jež jsou společností uznávány. Nízkou úrovní svých projevů se pak stává nenápadným, ostatní společnost je nepřijímá a zatlačuje dále do izolace.

Ze společenského hlediska jsou zvláštním problémem rodiny, v nichž se udržují postoje a tendence nápadně primitivní, neúnosné, akulturní nebo dokonce antikulturní – tedy rodiny, které žijí v situaci kulturní deprivace.

Vliv prostředí s nízkou kulturní úrovní je zřejmě mnohostranný a nedostatky v jednotlivých kategoriích se hromadí do celkového nepříznivého obrazu (cumulative

⁵⁸ MATĚJČEK Z., LANGMEIER J.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024619835. s. 167.

⁵⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0. s. 277.

deficits). Zkušenosti některých pracovníků vypovídají o tom, že při hodnocení inteligence dětí přicházejících z takových rodin je nutné vycházet z jiných norem a hledisek. Vliv řeči na rozvoj pojmového myšlení byl už mnohokrát prokázán. Kulturně deprivované dítě má daleko méně příležitostí naslouchat řeči slovníkově bohaté, skladebně rozvinuté a obsahově vyspělé. Jeho vlastní pokusy o slovní vyjádření jsou daleko méně odměňovány a povzbuzovány uspokojením a pozorností dospělých. Dítě sice umí mluvit, ale ve styku s ostatními dětmi (např. ve škole) vznikají propastné rozdíly a dítě si připadá jako cizinec.⁶⁰

I přesto, podle Koukolíka a Drtilové je deprivace výraznější v citové a hodnotové než v intelektuální oblasti.⁶¹

Ochuzení však postihuje i další oblasti, z nichž se dětem za normálních okolností dostává podnětů patřících k rozvinuté kultuře. Nesetkává se vůbec nebo jen v malé míře s knihami a časopisy, s divadlem a hudbou, má malou příležitost ke společenským hrám, hádankám a dětským hříčkám, které tradičně předává jedna dětská generace druhé a které tvoří součást typické národní kultury.

Od raného věku se dítě učí jiným věcem a jiným způsobem než jeho vrstevníci. Je znevýhodněn zejména v oblasti školních nároků.

Na druhé straně je v určitém směru samostatnější, vyzbrojenější pro tvrdý životní boj, uprostřed něhož žije. Je pro něj nutnost naučit se, jak se bránit agresi, jak najít, co potřebuje, jak se dostat k zábavě a mnohdy i jak si opatřit nejnütnější potravu. Způsoby a postoje, které si při tom osvojí, mu ovšem jen dále ztěžují uplatnění ve škole i v normální skupině vrstevníků.

Ve znevýhodněném prostředí, kde dítě žije, se přikládá malá hodnota školnímu prospěchu, škola znamená omezení volnosti a učitel je reprezentantem této omezující moci. To dítěti přirozeně ubírá motivaci ke vzdělání.⁶²

⁶⁰ MATĚJČEK Z., LANGMEIER J.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024619835. s. 170-171.

⁶¹ KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouora deprivantů: Nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galén, 2008. ISBN 80-901776-8-9.

⁶² MATĚJČEK Z., LANGMEIER J.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024619835. s. 170-171.

Vývojové opožďení, dané nedostatkem stimulace a omezením příležitosti k učení, bývá nerovnoměrné. Postihuje mnohem více ty složky, které jsou závislé na sociokulturních podnětech. Výchovně zanedbané děti bývají opožďené v řeči, stagnuje rozvoj jejich myšlení, především verbální složka, bývají opožďené v oblasti socializace. S některými modely chování nemají zkušenost, nikdy se s nimi nesetkaly.⁶³

Následky kulturní deprivace tohoto typu jsou alarmující. Jsou uváděny vysoké korelace sociální a kulturní úrovně s inteligencí. Rozdíly v IQ dětí pocházejících ze sociokulturně znevýhodněného a velmi dobrého prostředí se uvádějí zhruba kolem 20 bodů. (Bloom, 1964)⁶⁴

1.5 Prevalence užívání u běžné dětské populace

Prevalence užívání drog u běžné dětské populace byla v roce 2009 zkoumána u dětí z devátých tříd na základních školách v Jižních, Středních Čechách a v Ústeckém kraji. Rozdělení respondentů bylo 48% dívek a 52% chlapců. Průměrný věk respondentů činí 14,8 let u všech dotázaných respondentů.

1.5.1 Užívání alkoholu běžnou dětskou populací

V průměru za všechny zkoumané lokality uvádí 91,2% respondentů v deváté třídě vlastní zkušenost s alkoholem.

Autorka dále zkoumala první vědomou zkušenost s alkoholem, tj. věk, kdy si dotazovaní respondenti uvědomují první konzumaci alkoholu. Výsledky ukázaly, že republikový průměrný věk pro první konzumaci alkoholu je 11,1 roku.⁶⁵

⁶³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0. s. 332-333.

⁶⁴ MATĚJČEK Z., LANGMEIER J.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024619835. s. 170-171.

⁶⁵ SUCHELOVÁ, M. *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol*. Č. Bud., 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Aleš NOVOTNÝ.

„Dlouhodobě závažným problémem zůstává pití alkoholu mezi dospívajícími. Mezi studenty roste podíl pravidelných konzumentů alkoholu, na oblibě získávají tzv. alkopops, hotové míchané nápoje s obsahem 4-7% alkoholu, které jsou cílené především na mladé lidi.“⁶⁶

Nejčastějším zdrojem prvního podání alkoholu je kamarád (45,1%), dalšími v pořadí jsou rodiče (28,9%). Třetím nejčastějším zdrojem (13,9%) je jiný příbuzný (prarodiče, teta/strýc, bratranec/sestřenice). Celkem 9% respondentů uvedlo, že si první alkohol vzali sami. Poslední možností byla jiná osoba, kterou uvedlo 3,1% respondentů. Jako jinou osobu pak nejčastěji uváděli rodinného známého.

Další otázka byla směřována k subjektivnímu hodnocení opilosti. Kladné hodnocení této otázky (ano, už jsem byl opilý/á) se vyskytlo u 60,2% respondentů.

Co se týče četnosti konzumace, největší počet respondentů označilo „příležitostné pití“ alkoholu, jako jsou rodinné oslavy, párty nebo mimořádné setkání s přáteli.

Jako riziková byla hodnocena denní konzumace alkoholu, která byla zaznamenána pouze ve Středočeském kraji (2,3% dotázaných). Nejčastěji respondenti odpovídali ve smyslu víkendové konzumace alkoholu nebo v souvislosti s náhodnou aktivitou, u které není žádná pravidelnost.

Nejoblíbenějším alkoholem je mezi respondenty pivo (56,6% v průměru), dále destiláty (37,6% v průměru). Na třetím místě v oblíbenosti se umístilo víno, které nejraději pije 33,7% respondentů. Likéry jsou oblíbené u 16,7% dotazovaných. Jako jiná možnost byly nejčastěji udávány míchané nápoje, tuto variantu zvolilo 2,5% respondentů.⁶⁷

⁶⁶ *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012 [cit. 2012-04-14].

ISSN 1214 -1089.

Dostupné z: <http://www.drogy->

[info.cz/index.php/info/press_centrum/zaostreno_na_drogy_2012_01_c_1_2012](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/zaostreno_na_drogy_2012_01_c_1_2012)

⁶⁷ SUCHELOVÁ, M. *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol*. Č. Bud., 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Aleš NOVOTNÝ.

1.5.2 Kouření tabákových výrobků běžnou dětskou populací

Kouření tabákových výrobků je dalším rizikovým chováním, které bylo u respondentů z běžné dětské populace zkoumáno.

V celorepublikovém průměru již zkusilo tabákový výrobek 84,2% žáků devátých tříd.

Průměrný věk pro experimentování s tabákovými výrobky činí 11,4 roku věku. Republikový průměr pro pravidelné kouření tabákových výrobků běžnou dětskou populací je 12, 8 let.⁶⁸ Jiný výzkum uvádí věk pro začátek pravidelného kouření v 11,2 letech.⁶⁹

Výzkum se dále týkal také frekvence užívání tabákových výrobků, kde výsledky ukázaly, že 40,4% respondentů kouření jen zkusili. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost, že respondent tabák ještě nikdy nezkusil (15,8% v průměru). 14,3% respondentů uvedlo, že kouří tabákové výrobky jen příležitostně. 14% respondentů kouří víc jak 5 cigaret denně. Méně než 5 cigaret denně kouří 8,7% dotazovaných. Respondenti také mohli využít možnost, že kouřili, ale již nekouří. Tuto variantu využilo 6,8% respondentů.⁷⁰

1.5.3 Užívání ilegálních drog běžnou dětskou populací

V této kategorii byla zkoumána zkušenost respondentů s ilegální drogou, kde 58,2% respondentů uvedlo, že ilegální drogu nikdy nezkusilo. Nejvyšší zkušenost mají respondenti s marihuanou, republikový průměr činí 38,4% respondentů. Zkušenost

⁶⁸ SUCHELOVÁ, M. *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol*. Č. Bud., 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Aleš NOVOTNÝ.

⁶⁹ PROCHÁZKOVÁ, K. *Drahé cigarety? Nevadí. Čtvrtina Čechů kouří dál*. [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/drahe-cigarety-nevadi-ctvrtina-cechudenne-kouri_61990.html>.

⁷⁰ SUCHELOVÁ, M. *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol*. Č. Bud., 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Aleš NOVOTNÝ.

s hašišem přiznává 5,9% dotazovaných. Republikový průměr ve zkušenosti s přírodními drogami je 3,9% respondentů.⁷¹

„V roce 2011 byl poprvé zaznamenán pokles zkušeností mládeže s užitím konopných látek a dále pokračoval pokles zkušeností mládeže s ostatními nelegálními drogami, který byl pozorován již v předchozím období.“⁷²

Dále byly zkoumány důvody k užití ilegální drogy. Jednoznačně nejčastějším důvodem k užití drog je zvědavost (25,4% respondentů), dalším nejčastějším důvodem k užití je vlastní rozhodnutí (11,1% respondentů), dále frajeřina (4,5% respondentů). Dalším častým důvodem je rada kamaráda (3,1% respondentů). Dalším významným důvodem je krize (2,3% respondentů) nebo nuda (3,1% respondentů). Užití drogy jednou týdně označují 3% všech respondentů, několikrát měsíčně užilo drogu 2% respondentů, jednou za měsíc 1,9% respondentů. 2,8% uvedlo, že již drogu neužívají.⁷¹

1.5.4 Znalosti zdravotních rizik spojených s užíváním drog

Znalosti běžné dětské populace v oblasti zdravotních rizik spojených s užíváním drog jsou poměrně dobré. Respondenti jsou seznámeni s rizikem nákazy HIV/AIDS (89% respondentů), s rizikem nákazy hepatitidou (76,3% respondentů), dále byla respondenty uvedena rizika psychických onemocnění (32% respondentů) a nechutenství (15,7% respondentů). 14% respondentů z běžné dětské populace pak zmínilo, že nedokáže uvést žádné zdravotní riziko související s užíváním drog.⁷³

⁷¹ SUCHELOVÁ, M. *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol*. Č. Bud., 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Aleš NOVOTNÝ.

⁷² *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012 [cit. 2012-04-14]. ISSN 1214 -1089. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/zaostreno_na_drogy_2012_01_c_1_2012

⁷³ SUCHELOVÁ, M. *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol*. Č. Bud., 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Aleš NOVOTNÝ.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem této práce bylo prozkoumat důvody a rozsah užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

V návaznosti na hlavní cíl byly vytvořeny dva dílčí cíle:

1. Porovnat užívání návykových látek u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí s ostatní dětskou populací v České republice.

2. Zjistit důvody k užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí a porovnat je s důvody dětské populace v České republice.

2.2 Hypotézy

Pro svou práci jsem si předem stanovila základní hypotézy:

H1: Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívají drogy četněji než běžná dětská populace.

H2: Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívají jiné drogy, než které se vyskytují u dětské populace v České republice.

H3: Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí mají méně informací o nebezpečích spojených s užíváním drog oproti dětem, které nepocházejí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

K získání nezbytných dat v této práci jsem použila kvantitativní výzkum, metodu dotazování, techniku anonymního dotazníku (viz. Příloha č. 1 – Dotazník) a kvalitativní výzkum, metodu osobního dotazování. Kvantitativní výzkum řeší takové problémy, které lze popsat v termínech vztahů mezi pozorovanými proměnnými. Výsledky kvantitativního výzkumu byly následně srovnávány s výsledky výzkumu stejné problematiky u běžné dětské populace, tato data jsem čerpala z diplomové práce Markéty Suchelové. Konečným výsledkem bylo testování hypotéz, které jsem předem pro tuto práci stanovila.⁷⁴ Hypotéza je podmíněný výrok o vztahu mezi jevy nebo jejich určitými stránkami.⁷⁵

Data pro tento výzkum jsem získávala pomocí dotazníku již použitého v dřívějších výzkumech, který jsem doplnila o další otázky týkající se mého tématu. Dotazník je velice efektivní technika, která zajišťuje poměrně velký počet respondentů při relativně malých nákladech. Přesto, že existuje možnost nepravdivosti některých odpovědí dotazovaných, velkým plusem této techniky je anonymita, která toto riziko výrazně snižuje.⁷⁶

Dotazník od respondentů zjišťoval specifická data, která byla kategorizována do několika oblastí. První oblastí je část zaměřená na identifikační údaje dotazovaného respondenta, tedy pohlaví, věk a podrobnosti o bydlišti (otázka č. 1, č. 2, č. 3). Dále jsem se dotazovala na rodinné prostředí respondenta a jeho současný emocionální stav (otázka č. 4, č. 5). V další části jsem prostřednictvím dotazníku zjišťovala zkušenost respondentů s užíváním drog, kde tyto otázky byly dále stratifikovány do podokruhů

⁷⁴ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 9788024601397. s. 141.

⁷⁵ KOZLOVÁ, L.: *Výzkum v sociální oblasti* [online]. [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.

⁷⁶ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 9788024601397. s. 141.

vymezených podle jednotlivých typů návykových látek (nikotinismus – otázky č. 6, 7, 8, alkoholové návykové látky – otázky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a následně nealkoholové návykové látky – otázka č. 16, 17, 18, 19). V průběhu dotazování jsem se zaměřila také na identifikaci a znalosti možných rizik spojených s užíváním drog u dotázaných respondentů (otázky č. 20, 21).

Otázky v dotazníku jsou jednoduše a stručně napsány, nepoužívala jsem v nich cizí slova kvůli zvýšení srozumitelnosti pro respondenta, vzhledem k jeho věku a možné snížené mentální úrovni. Dotazník obsahuje 21 otázek, jeho délka je upravena tak, aby pro děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí nebylo těžké udržet pozornost z důvodu vyššího zajištění validity získaných dat, nezačaly se nudit nebo odpovídat chybně.

Před zahájením výzkumného šetření byl proveden předvýzkum na malém vzorku respondentů, který upřesnil srozumitelnost a jednoznačnost otázek. Vyplnění dotazníků bylo zajištěno přímým (osobním) kontaktováním a na základě předvýzkumu bylo vyřazeno pár otázek, které se týkaly důvodů užívání mezi respondenty. Zjistila jsem, že dotazování nemají na tuto otázku dostatečný náhled, neuvědomují si souvislosti mezi prostředím, ve kterém vyrůstají a užíváním drog. Z tohoto důvodu byl výzkum doplněn o krátký rozhovor s terapeuti speciálně pedagogických zařízení, ve kterých výzkum probíhal za účelem identifikace či specifikace souvislostí mezi prostředím a důvody vedoucími respondenty k vlastnímu užití drogy. Začlenění terapeutů jsem volila dále z důvodu jejich stálého kontaktu s respondenty, znalosti rodinného prostředí respondentů a nadhledu nad touto problematikou na základě provedené práce a znalosti diagnostiky dětí. Rozhovory byly kvalitativně vyhodnoceny.

Terapeuti ze dvou speciálně pedagogických zařízení byli seznámeni s výsledky mého výzkumu, které jsem porovnávala s výsledky již dříve zjištěnými u běžné dětské populace ve stejném věku. Získané výsledky z dotazníkového šetření byly posouzeny terapeuti speciálně pedagogických zařízení s cílem ověření validity.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen respondenty z 6 speciálně pedagogických zařízení v Jihočeském kraji, jednalo se o dětské domovy, diagnostické ústavy a výchovné ústavy. Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí byly vybrány pracovníky na základě znalosti jejich dokumentace. Po domluvě s řediteli zařízení záměrně neuvádím celé názvy dětských domovů, diagnostických ústavů, výchovných ústavů z důvodu zamezení jejich identifikace, nepřejí si být jmenovány.

V průběhu výzkumu byl kladen velký důraz na kvótní výběr, kdy kvótou byl typ navštěvovaného zařízení, věk dítěte, dále zastoupení pohlaví a vybraný region.

Cílovou populací pro kvantitativní výzkum byly děti ve věku 14-15let.

Po domluvě s řediteli zařízení byly stanoveny přesné termíny pro sběr dat, který probíhal od října 2011 do března 2012. Celkem byly dotazníky rozdány v 6 zařízeních 150 respondentům. Z výzkumného souboru jsem vyřadila 12 dotazníků z důvodu neúplnosti vyplnění dat nebo zřejmého uvedení nepravdivých údajů. Dalších 8 náhodně vybraných dotazníků jsem vyřadila z důvodu vyrovnaní poměru zastoupení pohlaví u respondentů. Dotazník tedy vyplňovalo 67 dívek a 63 chlapců. Výzkum proběhl ze 130 dotazníků, které jsem dále zpracovávala do základního souboru, ve kterém byla data vyhodnocována a porovnávána.

Dotazníky jsem v jednotlivých zařízeních rozdávala sama, pro jednotnou administraci, interpretaci a zajištění rovných podmínek při vyplňování dotazníků. I díky tomu byla návratnost dotazníků 100 %.

Děti vyplňovaly dotazníky pouze v mé přítomnosti, byla jsem domluvena s pracovníky speciálně pedagogických zařízení, že v místnosti nebudou přítomni, aby nebyla ohrožena variabilita a reliabilita získávaných dat. Kladla jsem důraz na to, že dotazníky jsou anonymní, budu je číst jen já a nebudou zpřístupněny žádné z blízkých autorit, jako jsou pracovníci zařízení nebo rodiče.

Zdůraznila jsem, že výsledky budou prezentovány pouze v souhrnu, nikoli jednotlivě.

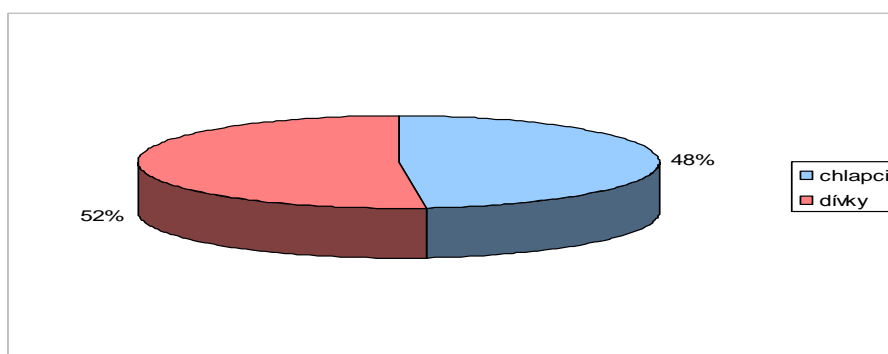
Výsledky byly zpracovány v MS Windows Excel prostřednictvím kontingenčních tabulek a grafů.

Rozhovor s terapeuty speciálně pedagogických zařízení probíhal v prostředí zařízení po vyhodnocení výsledků a jejich komparaci s výsledky u běžné dětské populace. Tato data byla předložena dotazovaným pracovníkům k prostudování a následné reflexi.

4 VÝSLEDKY

Kvantitativní výzkum u respondentů a kvalitativní výzkum s terapeuty byl proveden v 6 speciálně pedagogických zařízeních v Jihočeském kraji. Respondenty dotazníkového šetření byly děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí ve věku 14-15 let. Dotazníkovým šetřením a rozhovorem s terapeuty, kteří s dětmi pracují, jsem měla zjistit důvody a rozsah užívání drog u sociokulturně znevýhodněných dětí. Získaná data pak měla sloužit ke komparaci s výsledky z běžné dětské populace. (viz. Diplomová práce – M. Suchelová, 2009) Výsledky kvalitativního výzkumu (rozhovoru s terapeuty) jsem zařadila pod některé grafy pro zvýšení přehlednosti výsledků.

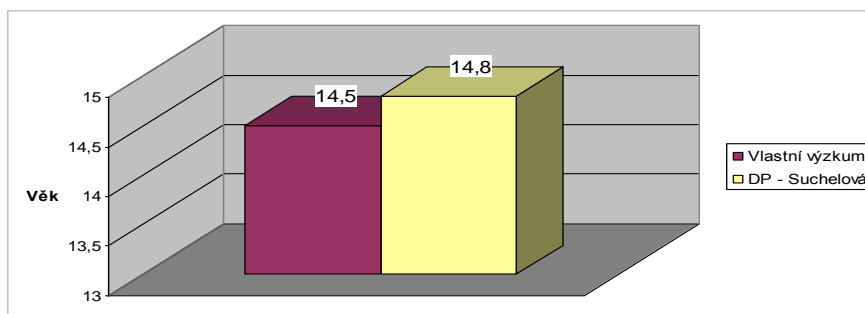
Graf č. 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví (%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento poměr zastoupení pohlaví mezi respondenty koreluje se zastoupením podle pohlaví v populaci České republiky. Rozdělení je 48% chlapců a 52% dívek.

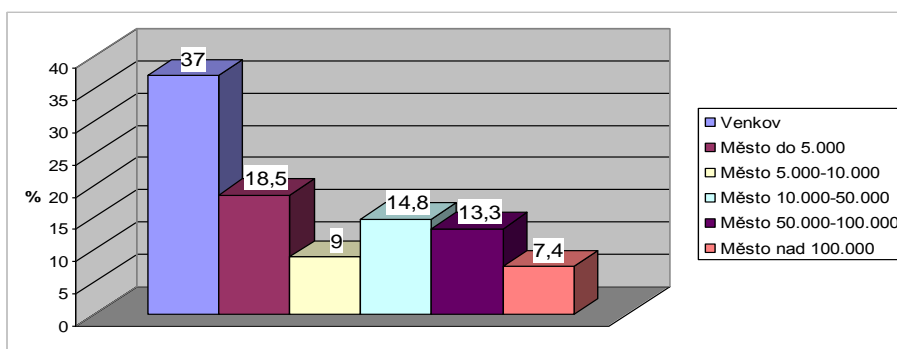
Graf č. 2: Věk dotázaných respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum, DP – M. Suchelová

Graf č. 2 uvádí věkový průměr výzkumného souboru. Průměrný věk činí 14, 5 u všech dotázaných respondentů. Tento údaj se lehce liší od věkového průměru výzkumného souboru z diplomové práce M. Suchelové, která uvádí průměrný věk 14, 8 let u všech dotázaných respondentů.

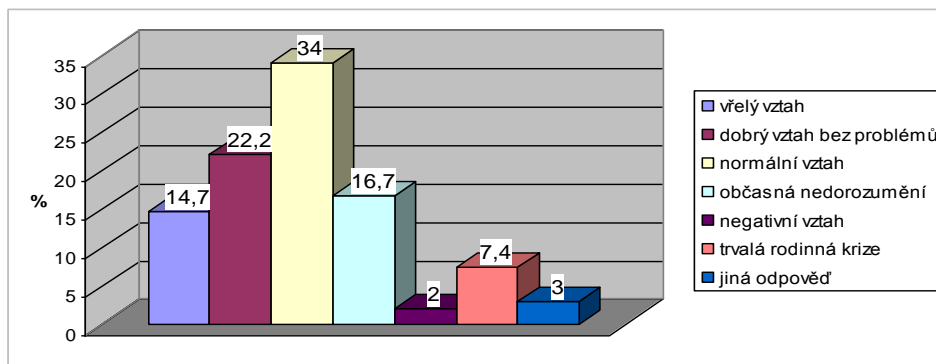
Graf č. 3: Místo bydliště respondentů (%)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 3 je znázorněno rozdělení respondentů dle jejich bydliště. Možnosti byly rozděleny podle počtu obyvatel na venkov (37% dotázaných), město do 5.000 obyvatel (18,5% dotázaných), město od 5.000 do 10.000 obyvatel (9% dotázaných), město od 10.000 do 50.000 obyvatel (14,8% dotázaných), město od 50.000 do 100.000 obyvatel (13,3% dotázaných) a město nad 100.000 obyvatel (7,4% dotázaných).

Graf č. 4: Vztah respondenta k rodinnému prostředí (%)



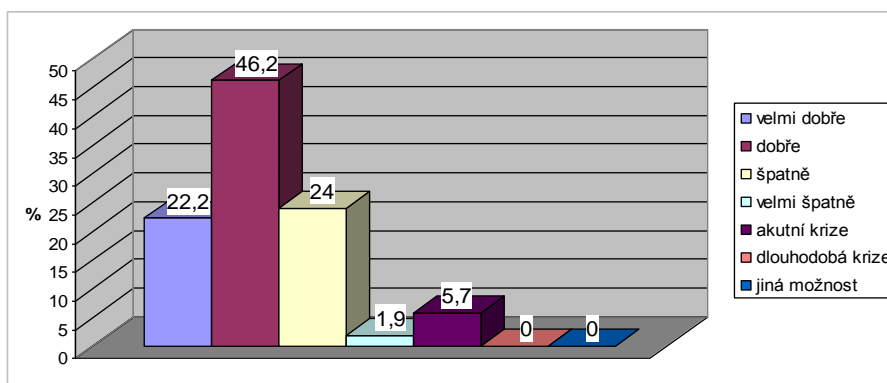
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4 zkoumá rozdělení respondentů dle jejich vztahu k rodinnému prostředí. Nejvíce respondentů (34%) označilo, že má normální vztah k rodinnému prostředí. Další nejvyšší počet respondentů uvedl, že má s rodinou dobrý vztah bez podstatných problémů (22,2%). 14,7 % respondentů má k rodinnému prostředí vřelý vztah a 16,7% respondentů označilo, že má k rodinnému prostředí vztah, který je občas narušený nedorozuměním a problémy. Pozornost by se měla věnovat následujícím číslům, kdy 2% uvedla, že má k rodinnému prostředí negativní vztah se stálými problémy a hádkami. Poměrně vysoké procento dotazovaných uvedlo, že pro trvalou rodinnou krizi v poslední době doma nežije (7,4%). Poslední dva výsledky si vysvětlují příslušností respondentů k sociokulturně znevýhodněnému prostředí, kde existuje ohrožení rodiny velkým množstvím patologických jevů, jako je nefunkčnost rodiny, nezaměstnanost, závislost rodiče na návykových látkách a podobně. Malé procento respondentů pak označilo, jinou odpověď (3%). Jako odpověď pak uváděli například spory se sestrou/bratrem.

Obě dotazované terapeutky se shodly na platnosti výsledkům ve výše uvedeném grafu. Shodují se v tvrzení, že respondenti jsou aktuálně v péči zařízení pro výkon ústavní výchovy, nicméně tomuto umístění obvykle předchází dlouhodobý proces vzniku problémů a poruch v chování na straně dítěte v kombinaci a podpoře se selhávajícím rodinným prostředím se zanedbanou supervizí nad vlastním dítětem, absencí hranic,

pravidel, pozitivních vzorců, pozměněných hodnot a norem v rodině. Terapeutce č. 1 se zdají výsledky možná trochu podhodnocené. Jak sama uvádí, vzhledem k většímu množství dívek jako respondentů by očekávala větší podíl dětí, které označí možnost „rodinná krize“. *„Dívky mají často narušené vztahy s matkami, jsou hostilní k novým matčinyým partnerům, jsou odmítány otcem. Tyto nevyřešené problémy často bývají podmiňujícím faktorem pro experimenty s drogami,“* tvrdí.

Graf č. 5: Subjektivní hodnocení emocionálního stavu dotazovaného respondenta (%)



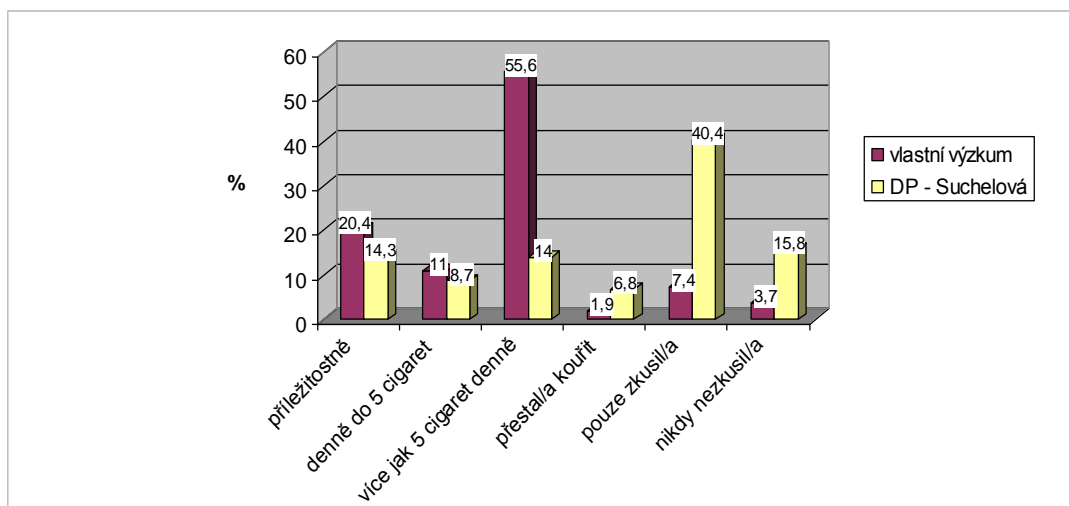
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5 zobrazuje subjektivní vnímání emocionálního stavu dotazovaného, tato otázka může pomoci definovat důvody k experimentům a možnému následnému užívání drog. 46,2% respondentů nemá závažnější problémy, má se dobře, téměř shodný je pak podíl u odpovědi „mám se velmi dobře – super, perfektně“ (22,2% dotázaných) a odpovědi „mám se špatně – nic moc“ (24% dotázaných). Velmi špatně - na nic je odpověď, kterou označilo 1,9% respondentů. V akutní krizi (grogy) se v současné době nachází 5,7% dotázaných. Odpovědi „jsem již delší dobu v krizi“ a „jiná možnost“ respondenti nevyužili.

Obě terapeutky se shodují v tvrzení, že umístění do ústavní výchovy je obrovskou zátěží na psychiku dítěte, které se zde musí vyrovnávat s omezením svobody, absencí

rodičovské lásky, zázemí a podobně. Dále uvádějí, že respondenti jsou do zařízení umíst'ováni již s fixací některých nežádoucích projevů a po umístění navíc může dojít k jejich prohloubení, popřípadě k odstartování latentních dispozic.

Graf č. 6: Rozsah kouření tabákových výrobků respondenty (%)



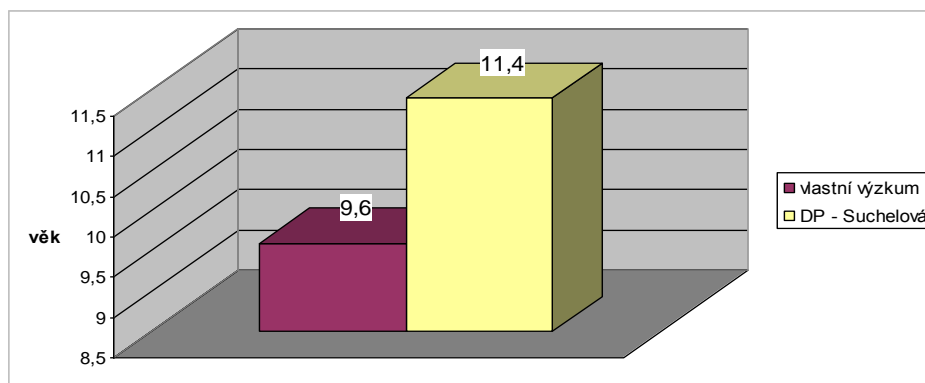
Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

Graf č. 6 zobrazuje rozsah kouření tabákových výrobků respondenty. Odpověď „příležitostně“ zvolilo 20,4% dotázaných, „denně do 5 cigaret“ kouří 11% dotázaných. Další možností bylo kouření „více jak 5 cigaret denně“, kterou označila více než polovina dotázaných respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí (55,6 %). Především u této odpovědi se údaje výrazně odlišují od výzkumu Suchelové, kde tuto odpověď označilo pouze 14% respondentů z běžné dětské populace. Dále v mém výzkumu byla zvolena odpověď „kouřil/a jsem, ale již nekouřím“, a to pouze 1,9% respondentů oproti výzkumu u běžné dětské populace, kde je toto číslo vyšší (6,8 %). V datech Suchelové výrazně převyšuje nad ostatními odpověď „pouze jsem zkusil/a kouřit“ (40,4 %). Tento údaj se vyskytuje v mém výzkumu pouze u 7,4% dotázaných respondentů. Zajímavý je také rozdíl mezi podílem dětí, které kouřit nikdy nezkusily. Mezi respondenty ze sociokulturně znevýhodněného prostředí je to daleko nižší

procento (3,7%) oproti výzkumu mezi běžnou dětskou populací, kde nulovou zkušenost s kouřením uvádí 15,8% respondentů.

Pro terapeutku č. 1 není tento výsledek překvapením, podle jejích slov „si děti často užívají „dobrodružného“ způsobu života v jisté sociální separaci ústavní péče. Napodobují, co vidí u starších, tím zvyšují své malé sebevědomí. Ten, kdo kouří, je pro ně frajer...“

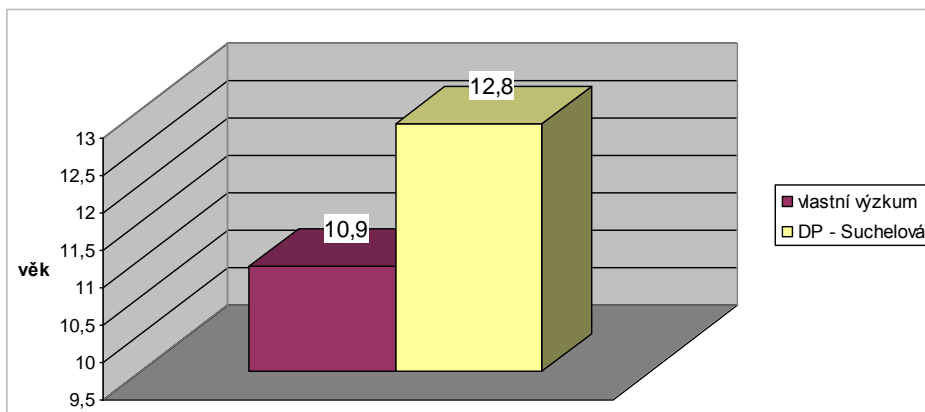
Graf č. 7: Věk první vědomé zkušenosti respondenta s kouřením tabákových výrobků



Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

V grafu č. 7 zobrazuje, kdy u respondentů došlo k prvnímu experimentu s tabákovým výrobkem. U dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí k experimentu došlo v 9,6 letech, oproti věku mezi dětmi z běžné populace, kde je věk první vědomé zkušenosti s kouřením tabákového výrobku 11,4 let. V grafu můžeme vidět výrazný rozdíl mezi první zkušeností s tabákovým výrobkem ve výzkumu u běžné populace a populace znevýhodněných dětí, a to o 1,8 roku.

Graf č. 8: Věk začátku pravidelného kouření tabákových výrobků respondenty

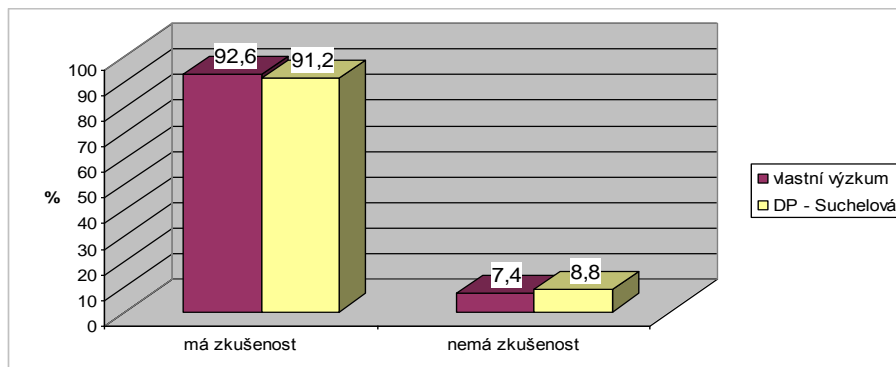


Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

Graf č. 8 zobrazuje rozdíl mezi věkem, kdy začali respondenti kouřit tabákový výrobek pravidelně, a to ve 12,8 letech u běžné populace, oproti respondentům ze znevýhodněného prostředí, kde je tento věk opět nižší – 10,9 let. Rozdílnost průměrného věku začátku pravidelného kouření v běžné a sociokulturně znevýhodněné populaci je tedy 1,9 roku.

Obě terapeutky s tímto výsledkem souhlasí vzhledem k převaze dívek mezi respondenty. „Dlouhodobě jde trend tímto směrem, důvodem je časnější zralost dívek a tím pádem „rychlejší“ dospívání i v kontextu zkušeností tohoto typu. U těchto dětí bývá kouření znakem sociálního přijetí v partě, která je v pubescentním období stěžejní při budování vlastní identity,“ shodují se dotazované terapeutky.

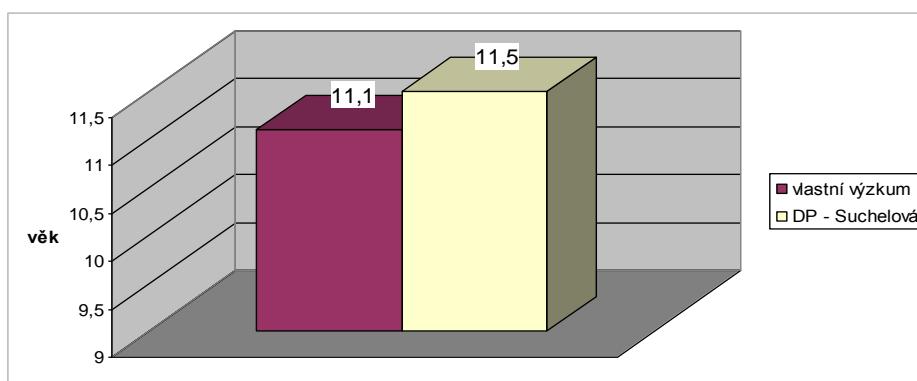
Graf č. 9: Rozdělení respondentů dle zkušenosti s alkoholem (%)



Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

Ve výše uvedeném grafu je znázorněna zkušenost respondentů s alkoholem. Výsledky mezi respondenty ze znevýhodněného prostředí – ano, ochutnal/ jsem alkohol (92,6%), ne, neochutnal/a jsem alkohol (7,4%) se výrazně neliší od výsledků Suchelové, která uvádí tyto údaje – ano, zkusil/a jsem (91,2%), ne, nezkusil/a jsem (8,8%).

Graf č. 10: Věk první konzumace alkoholu respondenty

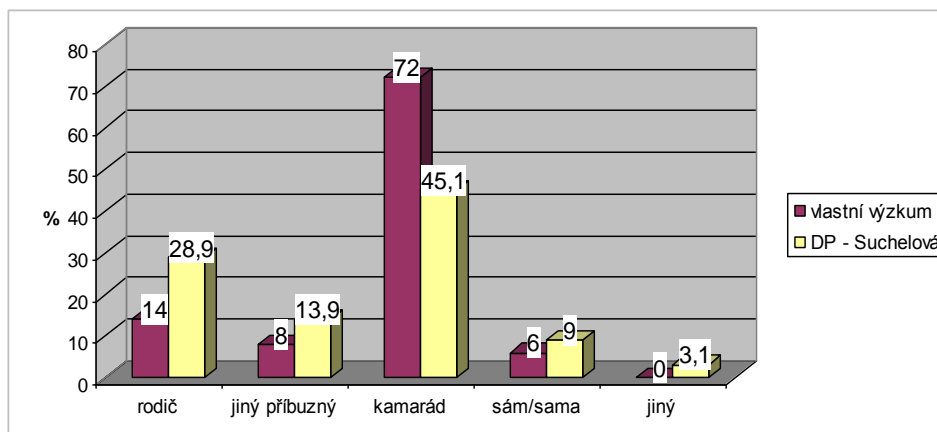


Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

V grafu č. 10 je znázorněn průměrný věk první konzumace alkoholu mezi respondenty. U dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí je tento průměrný věk 11,1 let oproti průměrnému věku první konzumace alkoholu dětmi z běžné populace –

11,5 roku. Rozdíl v průměrném věku první konzumace alkoholu mezi respondenty z běžného prostředí a rizikového prostředí je tedy 0,4 roku.

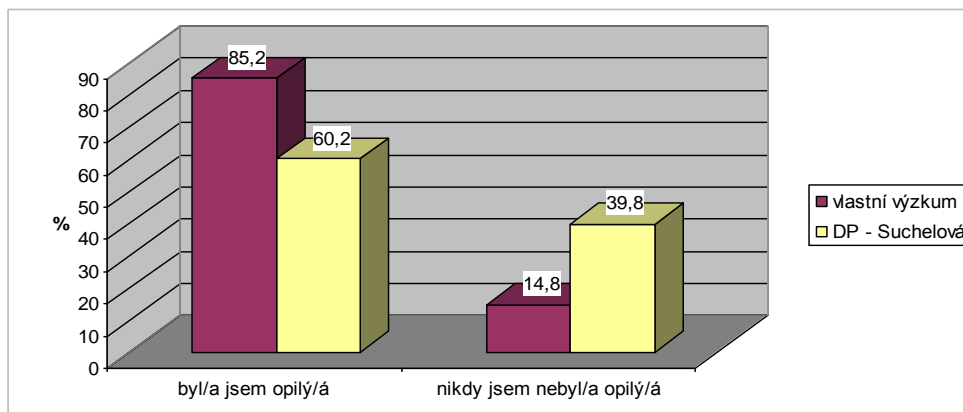
Graf č. 11: Zdroj prvního podání alkoholu (%)



Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

Z grafu č. 11 vyplývá, že nejčastějším zdrojem prvního podání alkoholu je kamarád (72% dotázaných), což je shodné i s výsledky z běžné populace (45,1% dotázaných), kde se tato možnost také objevuje s předstihem nejvíce. Jako další nejčastější zdroj prvního podání alkoholu je rodič, jak v mém výzkumu (14%), tak ve výzkumu prováděném mezi běžnou dětskou populací (28,9%). Zde jsou údaje o podání alkoholu rodičem vyšší, zřejmě z důvodu vysoké tolerance společnosti vůči alkoholu (viz. rodinné oslavy, přípitek). Dalším nejčastějším zdrojem podání alkoholu je jiný příbuzný, kde nejsou hodnoty u obou posuzovaných skupin populace výrazně rozdílné – sociokulturně znevýhodněná populace (8% dotázaných), běžná populace (13,9% dotázaných). 6% dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí si alkohol obstarává sama/kupuje, u běžné dětské populace je tento podíl 9%. Možnost jiného zdroje v mém výzkumu nevyužil ani jeden respondent.

Graf č. 12: Rozdělení respondentů dle subjektivního hodnocení opilosti (%)

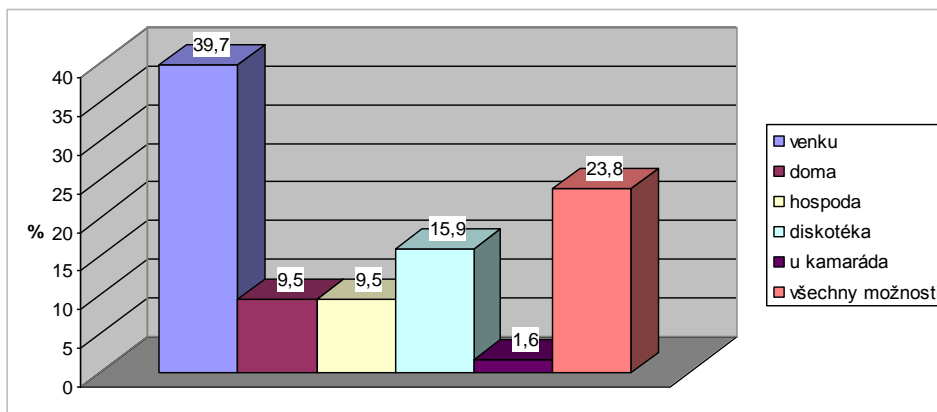


Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

Graf č. 12 ukazuje rozdělení respondentů dle subjektivního hodnocení opilosti. Tuto zkušenost přiznalo 85,2% dotazovaných v sociokulturně znevýhodněné populaci. Tento podíl je podstatně vyšší, než u běžné dětské populace, zde tuto zkušenost má 60,2% dotázaných respondentů. Podíl dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, které již byly opilé, je tedy o 25% vyšší než podíl těchto dětí v běžné dětské populaci.

Terapeutka č. 1: „*Alkohol pro děti znamená útek od problematických životních situací, včetně krajního opatření – umístění do ústavního systému. Užívání alkoholu je pro ně podpora sebevědomí, řešení depresí a úzkostí, podpora radosti a pocitu naplnění. Tyto děti jsou často nedůvěřivé, uvolnění při alkoholovém opojení jim pomáhá sbližovat se s novými kamarády.*“

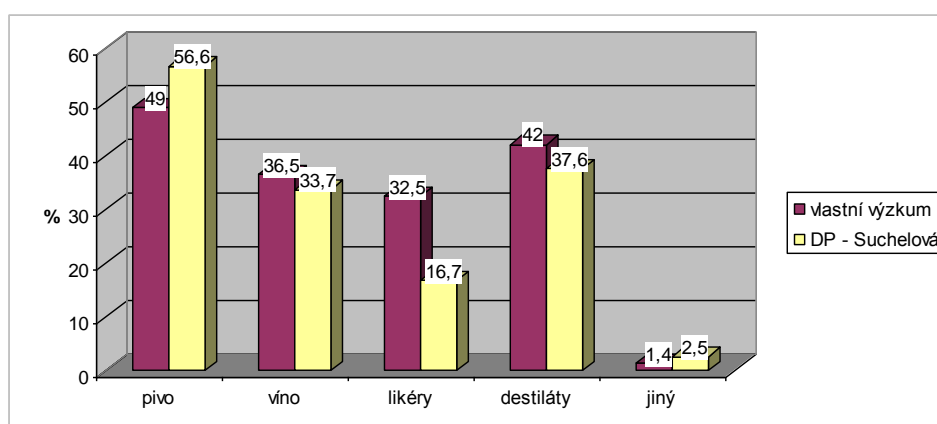
Graf č. 13: Místo konzumace alkoholu (%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13 popisuje místa, kde respondenti konzumují alkohol. Nejvíce zastoupena byla možnost venku (39,7% respondentů), hned poté následuje podíl respondentů, kteří označují všechny výše zmíněné možnosti – venku, doma, hospoda, diskotéka, u kamaráda (23,8% respondentů). Na diskotéce konzumuje alkohol 15,9% respondentů, doma a v hospodě shodně 9,5% respondentů. Nejmenší podíl dotazovaných uvedlo, že konzumují alkohol u kamaráda doma (1,6 %).

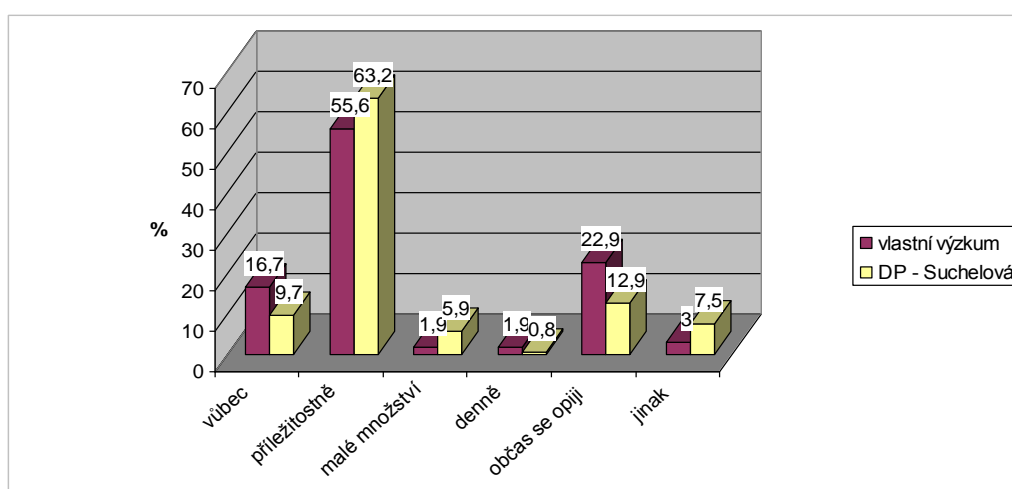
Graf č. 14: Preference konzumovaného alkoholu (%)



Zdroj: Vlastní výzkum, DP - Suchelová

V grafu č. 14 je zobrazena preference alkoholu dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Nejoblíbenějším alkoholem mezi dětmi je pivo (49%), další nejvyšší podíl respondentů rádo pije destiláty (42 %), 36,5% respondentů pije víno a 32,5% respondentů pije likéry. Podíl respondentů, kteří označili možnost jiné je poměrně málo (1,4%). Jako jiné pak respondenti uváděli míchané nápoje.

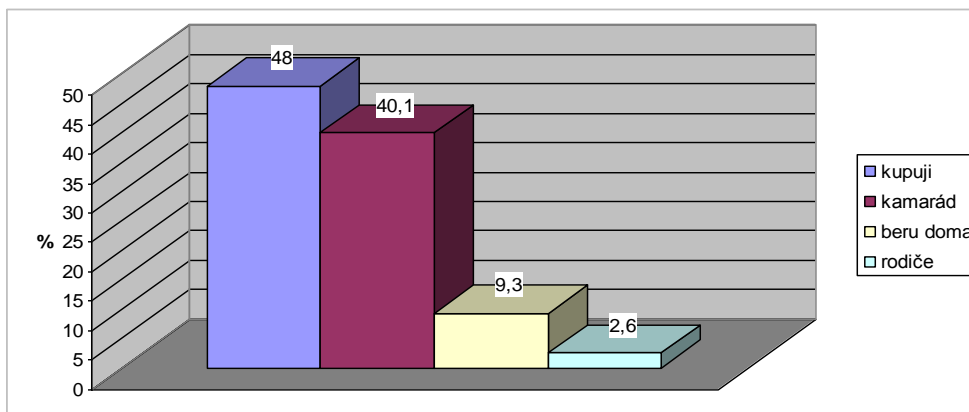
Graf č. 15: Frekvence konzumace alkoholu respondenty (%)



Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

Ve výše uvedeném grafu je popsána frekvence konzumace alkoholu u respondentů a jeho rozdílnost oproti běžné dětské populaci. Shodně u obou skupin populace je nejvíce zastoupena příležitostná konzumace alkoholu, a to 55,6% dětí ze znevýhodněného prostředí a 63,2% dětí z běžné populace. Další nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti, kteří se občas opijí (22,9%), hned za nimi následuje počet dětí, které alkohol vůbec nepijí (16,7%). Poměr dětí, které nepijí alkohol vůbec je dokonce vyšší než u dětí z běžné populace, kde nepije alkohol 9,7% respondentů. 1,9% respondentů se přiznalo ke každodenní konzumaci alkoholu, 1,9% konzumuje alkohol v malém množství (sklenička po jídle), 3% respondentů zvolila jinou možnost. V rámci této odpovědi nejčastěji respondenti popisovali víkendovou konzumaci alkoholu.

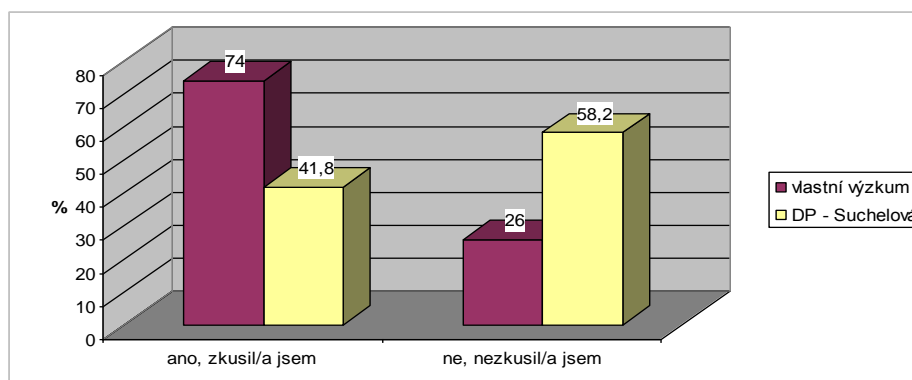
Graf č. 16: Způsob získávání alkoholu (%)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 16 nalezneme rozdělení míst, kde respondenti získávají alkohol. Největší zastoupení respondentů (48% dotázaných) uvedlo, že si alkohol kupuje. Další vysoce zastoupenou skupinou respondentů jsou ti, kteří dostávají alkohol od kamarádů (40,1% dotázaných). Menší množství respondentů pak uvedlo, že si alkohol berou doma (9,3% dotázaných) a 2,6% respondentů dostává alkohol od rodičů.

Graf č. 17: Zkušenost respondentů s ilegální drogou (%)



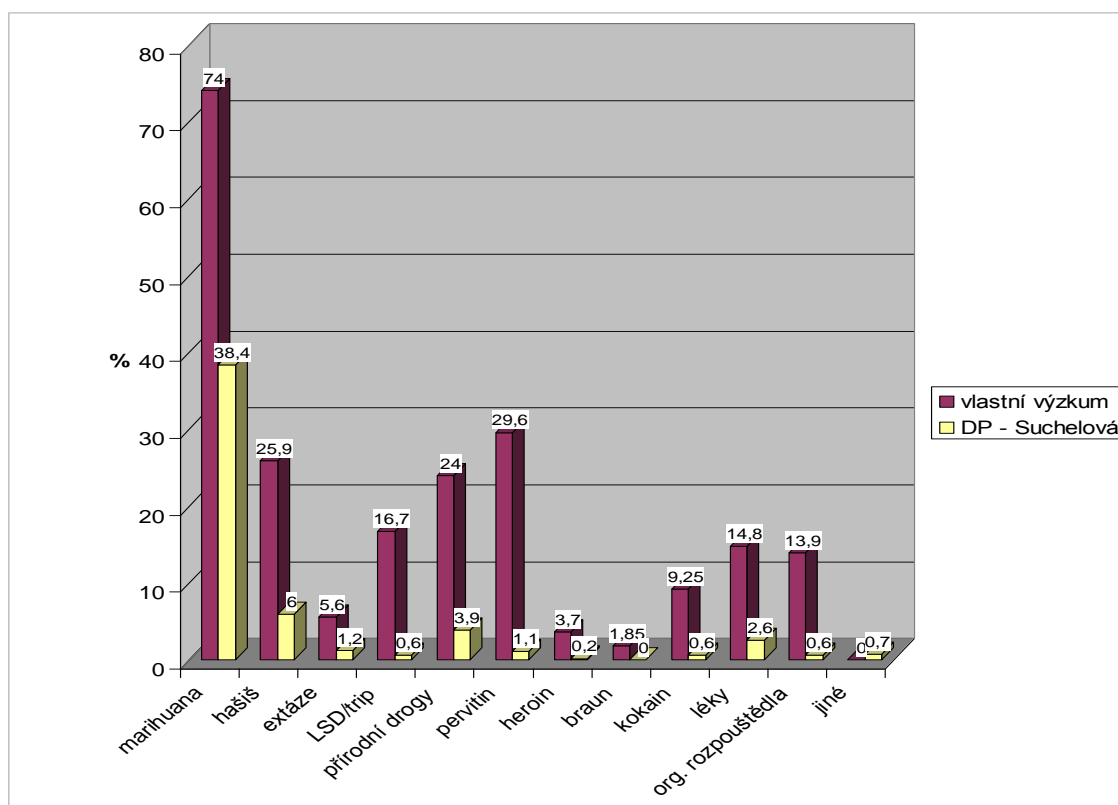
Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce - M. Suchelová

Graf č. 17 znázorňuje poměr mezi respondenty, kteří mají zkušenost (74% dotázaných) se zakázanou drogou (kromě alkoholu, tabáku, kávy atd.) a kteří zkušenost

nemají (26% dotázaných). Je zde vidět i rozdílnost těchto údajů oproti údajům zjištěným v běžné dětské populaci, kde má zkušenost s ilegální drogou 41,8% respondentů. Převýšení podílu dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, které zkusily zakázanou drogu (kromě alkoholu, tabáku, kávy atd.), činí 32,2%.

Terapeutka č. 2: „Podle mého názoru může být číslo u běžné populace bagatelizováno, popíráno. Důvodem vyššího sklonu k drogám je deprivace dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.“

Graf č. 18: Podíl respondentů podle typu užití drogy (%)

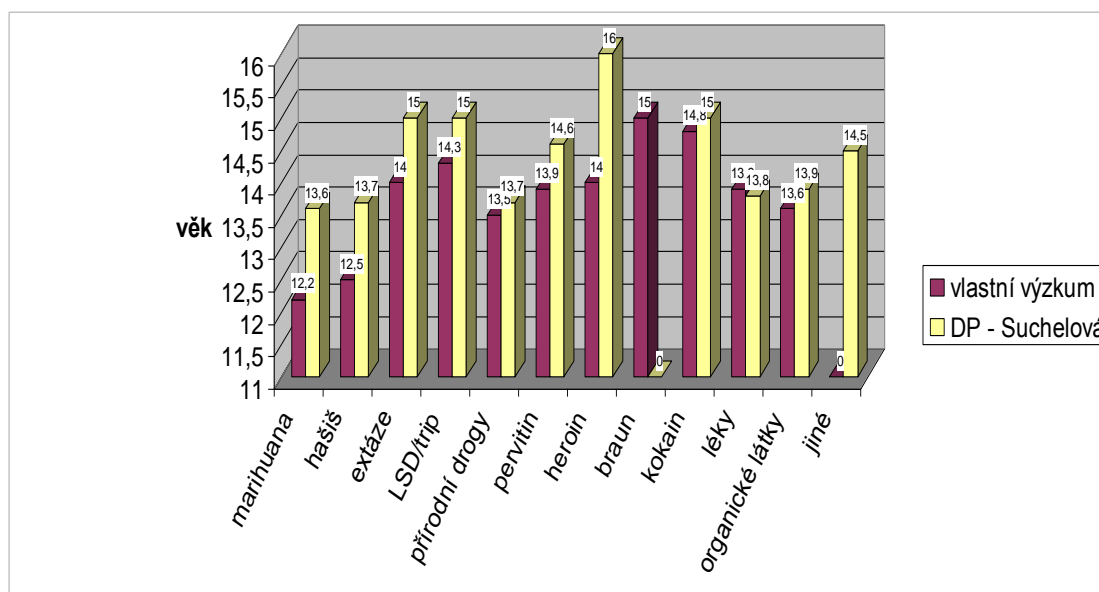


Zdroj: Vlastní výzkum, DP – M. Suchelová

Graf č. 18 zobrazuje zastoupení respondentů podle typu vyzkoušených drog. Nejvíce respondentů vyzkoušelo marihuanu (74%), v četnosti následuje užití pervitinu

(29,6%), hašiš zkusilo 25,9% respondentů, přírodní drogy – houby aj. zkusilo 24% respondentů, LSD/trip užilo 16,7% respondentů, užití léků označilo 14,8% dotázaných, organická rozpouštědla se vyskytla u 13,9% dotazovaných, kokain vyzkoušelo 9, 25% respondentů, 5,6% dotázaných užilo extázi, užití heroinu – 3,7% respondentů, braun – 1,9% respondentů. Myslím, že tento graf jasně naznačuje rozdílnost zkušeností s užíváním drog dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí a dětmi z běžné dětské populace. Výsledky se výrazně liší, například u marihuany, která je populací vnímána jako „měkká“ droga, je rozdíl mezi zkoumanými vzorky dvojnásobný. U ostatních, tzv. „tvrdších drog“ jsou rozdíly mezi výsledky několikanásobně vyšší.

Graf č. 19: Věk prvního kontaktu respondentů s ilegální drogou v návaznosti na typ drogy

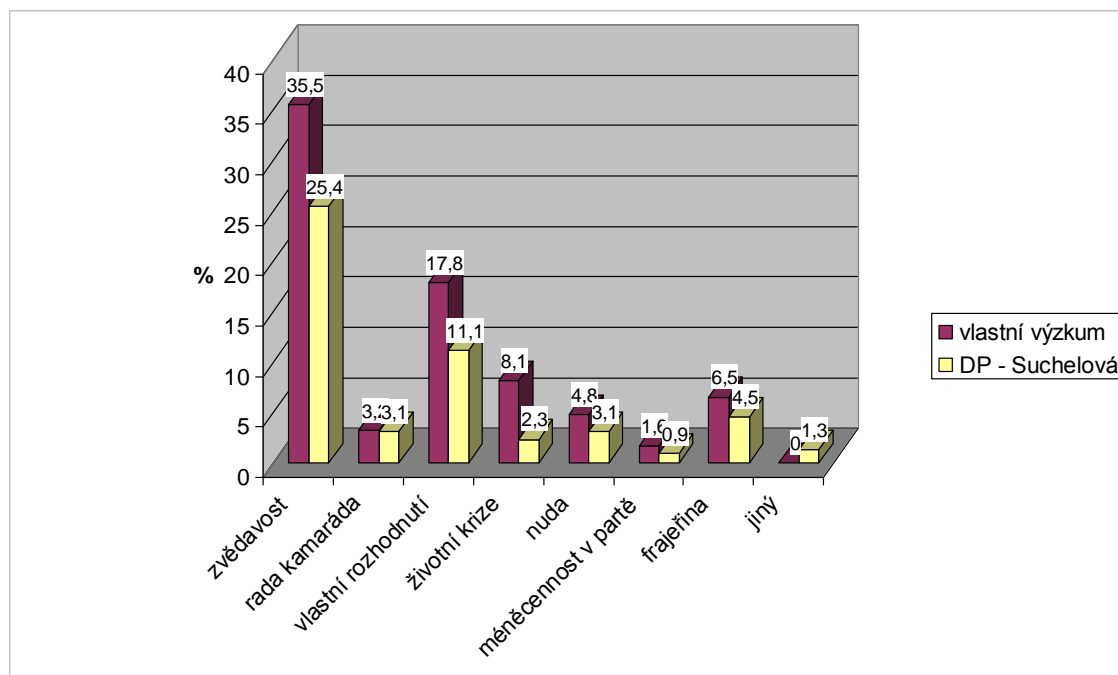


Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – M. Suchelová

V grafu č. 19 je zobrazen průměrný věk prvního užití ilegální drogy v návaznosti na typ ilegální drogy. Průměrný věk prvního užití marihuany je 12, 2 let, průměrný věk prvního užití hašiše je 12,4 let, průměrný věk prvního užití extáze je 14 let, průměrný věk prvního užití LSD/tripu je 14,2 let, průměrný věk prvního užití přírodních drog -

hub aj. je 13,5 let, průměrný věk prvního užití pervitinu je 13,9 let, průměrný věk prvního užití heroinu je 14 let, průměrný věk prvního užití braunu je 15 let, průměrný věk prvního užití kokainu je 15 let, průměrný věk prvního užití léků (bez návaznosti na bolest) je 13,9 let, průměrný věk prvního užití organických rozpouštědel je 13,6 let. Poslední možnost „jiné“ nevyužil nikdo z respondentů. Ve výše uvedeném grafu jsou výsledky srovnávány s výsledky zjištěnými u běžné populace. U všech zkoumaných typů drog je průměrný věk prvního užití drogy dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí nižší, než u dětí z běžné dětské populace, výjimkou je průměrný věk prvního užití léků (bez návaznosti na bolest), kde je průměrný věk dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí nepatrně vyšší.

Graf č. 20: Důvody k užití ilegální drogy (%)



Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce - M. Suchelová

Graf č. 20 znázorňuje důvody k užívání ilegálních drog, které dotazovaní v rámci výzkumu uvedli a rozdílnost podílů oproti podílům v běžné dětské populaci. Jednoznačně nejvyšší důvodem k užívání drog dětmi je zvědavost, ať už v mnou

zkoumané znevýhodněné populaci (35,5%), tak i v běžné dětské populaci (25,4%). Dalším nejčastějším důvodem k užití ilegální drogy je požití drogy na základě vlastního rozhodnutí (znevýhodněné prostředí - 17,8%, běžná populace – 11,1%). Vzhledem k příslušnosti respondentů k sociokulturně znevýhodněné skupině populace musím zdůraznit podíl respondentů, kteří odůvodňují užití drogy životní krizí nebo nesnázemi, a to 8,1% dotazovaných, oproti poměrně nízkému podílu v běžné populaci (3,1% dotazovaných). Dalším nejvíce zastoupeným důvodem je frajeřina (6,5% dotazovaných) nebo nuda (4,8% dotazovaných). 3,2% dotazovaných užílo drogu na radu kamaráda, 1,6% dotazovaných užílo drogu z obavy zesměšnění nebo méněcennosti v partě. Odpověď „jiný důvod“ nevyužil nikdo z respondentů.

Obě terapeutky se shodují na tom, že rozdíl mezi důvody k užívání drog mezi mnou zkoumanou a běžnou skupinou dětské populace je jednoznačně v prožívání. Tyto děti jsou provázeny syndromem deprivace, užívání drog je pro ně kompenzací nenaplněných potřeb.

- nenaplněná potřeba identity (někam patřit, mít určitou roli, negativní sebepojetí, ztráta vlastní identity) – „když budu brát, budu jako oni, budu někam patřit, něco znamenat“

- nenaplněná potřeba lásky, bezpodmínečného přijetí, opětovaných pozitivních emocí, vyrovnávání se se ztrátou a zavrnutím rodinou – „vezmu si, zapomenu, bude mi líp“

- nenaplněná potřeba otevřené budoucnosti, nemožnost ovlivnit dění kolem sebe, svou budoucnost

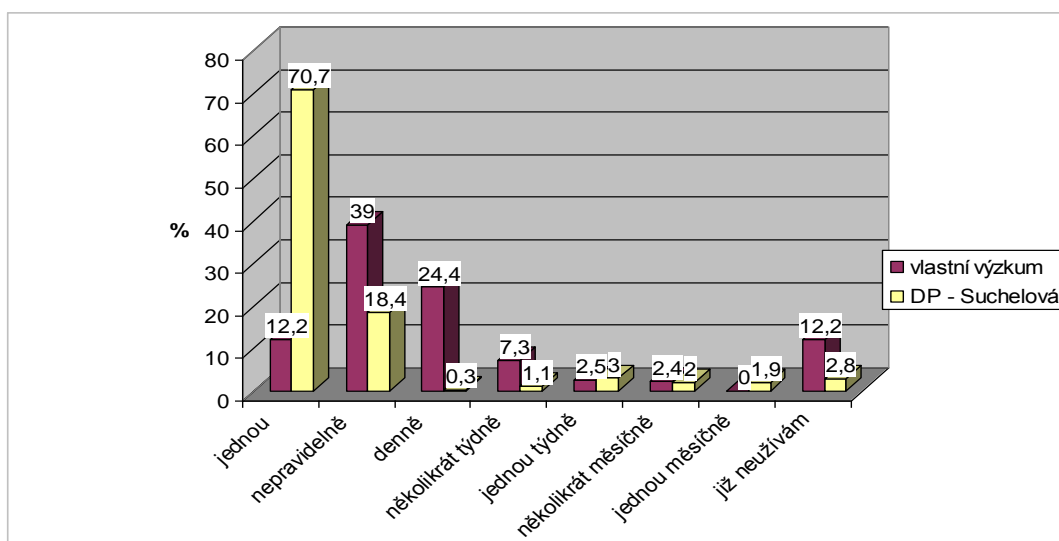
- v minulosti často absence smysluplných podnětů poskytujících příjemné prožitky i bez užití návykových látek – v rodině bez společných výletů, úspěchů v kroužcích, neschopnost umět prožívat pozitivní emoce – „nuda, nic mě nebaví, netěší...“

- v rodině absence pravidel, zásad, důslednosti v přístupech, předčasné poskytnutí neadekvátních kompetencí a prostoru pro samostatnost – „můžu si dělat, co chci, nikdo mě nekontroluje, jsem dospělý, nikdo mě nebude poučovat...“

Podle terapeutky č. 1 se navíc musí tyto děti vyrovnávat s úskalími ústavního systému - přemístění do jiného zařízení, otázka ukončení ústavní výchovy, možnosti návratu domů, ozdravování vztahů v rodině, zvykání si na nové vrstevníky a dospělé, omezení

svobody, atd. Respondenty výzkumu podle slov terapeutky č. 2 charakterizuje mj. nejistota, úzkostnost, celková labilita, nízké sebevědomí, emoční nevyrovnanost, strach, dopady nezájmu rodiny, pocit bezmoci a bezprávi, obavy z budoucnosti, nedůvěra k lidem. Tyto děti hůř navazují vztahy, nemají důvěru v systém. „*To jsou momenty pro „užívání si“, které na čas pomohou zapomenout a „vyřešit“ problémy. Drogy pomohou těmto dětem krátkodobě nalézt pocit radosti i pohody, zbavují pocitu viny – např. při trestné činnosti, prostituci,*“ tvrdí. Obě terapeutky se shodují a jako důvod k užívání drog dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí označují především osobní a rodinnou anamnézu v kombinaci s riziky ústavní výchovy v kontextu nenaplnění základních psychických potřeb dítěte.

Graf č. 21: Frekvence užívání ilegální drogy respondentem (%)

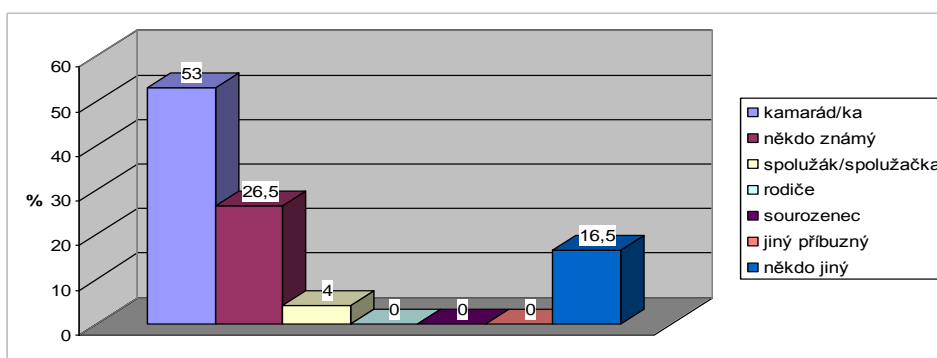


Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce - M. Suchelová

Graf č. 21 znázorňuje, jak často užili ilegální drogu ti respondenti, kteří již nějakou zkusili. Musím poukázat na výrazný rozdíl v počtu respondentů ze znevýhodněného a běžného prostředí, kteří drogy „pouze“ vyzkoušeli. U běžné populace tento podíl tvoří 70,4%, oproti tomu můžeme sledovat velmi malý podíl u respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí (12,2% respondentů).

U respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí se pak navyšuje podíl těch, kteří drogu užívají nepravidelně (39% respondentů), oproti běžné populaci, kde se nepravidelné užívání drogy vyskytuje v 18,4%, dále je významný rozdíl u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, kteří užívají drogu denně (24,4% respondentů), oproti téměř zanedbatelnému podílu v běžné populaci (0,3% respondentů). U denních uživatelů drogy jednoznačně dominuje užívání marihuany, pervitinu nebo jejich kombinace. 12,2% dotazovaných uvedlo, že drogy užívalo, ale již neužívá. 7,3% dotazovaných uvedlo, že drogy užívá několikrát týdně. I u této frekvence užívání dominovalo užívání marihuany a pervitinu. 2,5% respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívá drogy jednou týdně (pervitin, marihuana), 2,4% těchto respondentů užívá drogu vícekrát měsíčně. Možnost „jednou měsíčně“ a „jinak“ nezvolil žádný respondent.

Graf č. 22: Potenciální zdroj podání zakázané drogy (%)

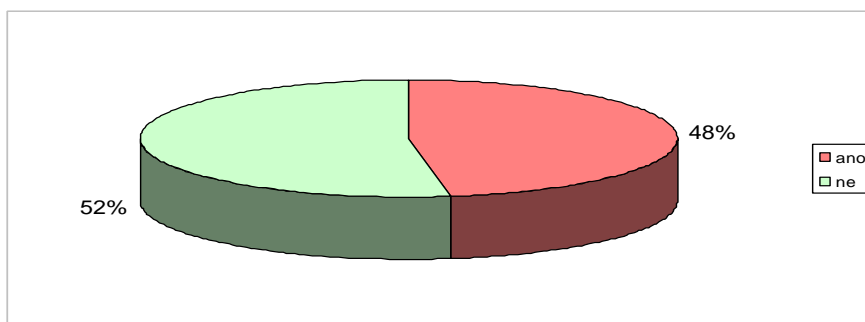


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 22 zobrazuje rozdělení zdrojů podle odpovědí respondentů na otázku, od koho by získali zakázanou drogu. Více než polovina respondentů (53%) uvedla, že zakázanou drogu by jim poskytl kamarád, dalším nejčastějším zdrojem byl „známý“ (26,5% respondentů). 16,5% dotázaných se rozhodlo pro odpověď někdo jiný, kde uváděli ve většině případů dealera či partnera. Nejméně dotázaných uvedlo, že zakázanou drogu by získali od spolužáka/spolužačky ze třídy (4 %). Nikdo

z respondentů nevedl možnost, že by jim drogu poskytl rodič, sourozenec nebo jiný příbuzný.

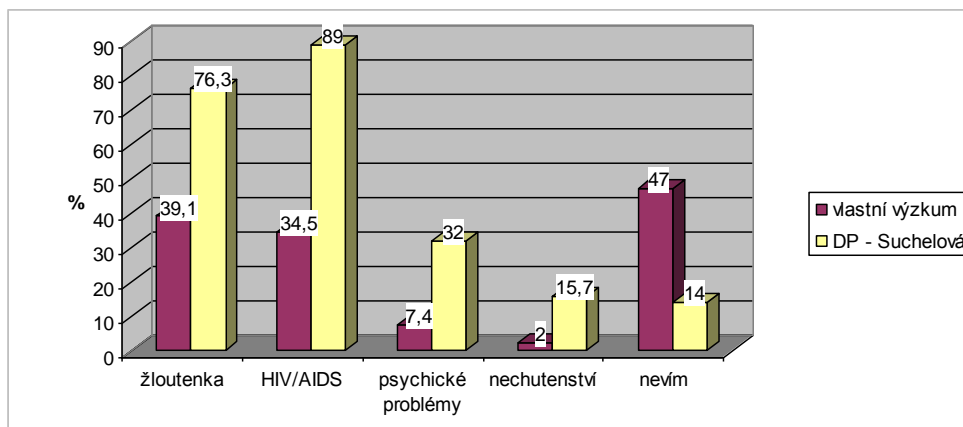
Graf č. 23: Užití drogy respondentem bez znalosti jejích účinků (%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 23 dělí respondenty, kteří už mají zkušenost s užitím drogy na dvě skupiny. První skupinou jsou respondenti, kteří uvedli, že již někdy užili drogu, aniž by předem znali její účinky (48%) a na ty, kteří předem znali účinky a rizika souvisejícími s užitím drogy (52%). Nicméně je poměrně zarážející, že téměř polovina dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užila drogu bez předcházející znalosti jejích účinků.

Graf č. 24: Znalost zdravotních rizik spojených s užíváním drog



Zdroj: Vlastní výzkum, Diplomová práce – Suchelová

Ve výše uvedeném grafu vidíme, že největší podíl respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí napsalo, že nedokáže uvést žádné zdravotní riziko spojené s užíváním drog, je to téměř polovina – 47% respondentů. Mezi zbylými riziky, která respondenti uváděli, byla nejvíce zastoupena žloutenka – 39,1% respondentů, dalším bylo riziko nákazy HIV – 34,5% respondentů, riziko psychických problémů uvedlo 7,4% respondentů a malé množství (2 %) respondentů pak uvedlo nechutenství. Z grafu můžeme vidět rozdílnost oproti znalostem dětí z běžné dětské populace, kdy 89% procent respondentů uvedlo riziko nákazy HIV a 76% respondentů je seznámeno s rizikem nákazy hepatitidou.

5 DISKUZE

Tato práce zjišťuje důvody a rozsah užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Zmapování rozsahu a důvodů užívání drog u dětí ze znevýhodněného prostředí je hlavním cílem práce. Dále bylo mým záměrem porovnat užívání návykových látek u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí s užíváním ostatní dětskou populací v České republice. Mým dalším cílem bylo zjistit důvody k užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí a porovnat je s důvody u běžné dětské populace.

K získání podkladů pro splnění cíle bylo využito kvantitativního výzkumu realizovaného pomocí anonymních dotazníků, které byly předány dětem ve speciálně pedagogických zařízeních. Tato data byla následně porovnána s výsledky výzkumu této problematiky u běžné dětské populace. Výsledky srovnání byly předloženy dvěma terapeutům ze speciálně pedagogických zařízení ke zhodnocení ohledně jejich pravděpodobnosti a zhodnocení důvodů rozdílnosti oproti běžné populaci. Tyto rozhovory byly kvalitativně vyhodnoceny.

Výzkumný soubor tvořilo 130 respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, jejichž průměrný věk je 14,5 roku. Zastoupení respondentů dle pohlaví činí 52% dívek a 48% chlapců, což koreluje se zastoupením pohlaví v populaci České republiky. (graf č. 1, č. 2)

Dále jsem zkoumala místo bydliště dle počtu obyvatel u respondentů, kde největší množství dotazovaných (37%) uvedlo, že bydlí na venkově. (graf č. 3). Zabývala jsem se i vztahem dotazovaného ke svému rodinnému prostředí, kdy 16,7% respondentů uvedlo, že jejich vztah k rodinnému prostředí je narušený problémy a nedorozuměními a 7,4% respondentů má ke své rodině negativní vztah se stálými problémy a hádkami. 2% respondentů uvedla, že pro trvalou rodinnou krizi doma v současné době nežije. (graf č. 4) Podíl respondentů, kteří mají rodinné vztahy narušené problémy, mají negativní vztah k rodině anebo dokonce v současné době doma nežijí, je podle mého názoru poměrně vysoký. Špatné rodinné podmínky a nefunkčnost vztahů může být

významným podmiňujícím faktorem vzniku závislosti, jak tvrdí například Vágnerová (34) či Nešpor (19).

Dále jsem zkoumala subjektivní hodnocení psychického stavu respondenta (graf č. 5), kdy 24% respondentů uvedlo, že se má špatně a 1,9% dokonce velmi špatně. 5,7% respondentů se dokonce nachází v akutní krizi, kdy tento emocionální stav může podmiňovat sklony k rizikovému chování, jako je pití alkoholu nebo užívání ilegálních drog, jak uvádí Kalina v Mezioborovém přístupu (7).

První zkoumanou oblastí bylo kouření tabákových výrobků, kdy 96,3% respondentů uvedlo, že s kouřením tabákových výrobků má zkušenost. Pouze 3,7% respondentů tuto zkušenost nemá, což je velmi rozdílné oproti běžné dětské populaci, kde nulovou zkušenost s kouřením tabákových výrobků má 15,8% dětí. Podíl dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, které zkusily kouřit, je daleko vyšší i oproti výzkumu Leinerta (12), který tvrdí, že zkušenost s kouřením tabákových výrobků má 67,7% dětí v tomto věku. Průměrný věk první vědomé zkušenosti respondenta s kouřením tabákových výrobků je 9,6 let, což je věk o 1,8 roku nižší oproti výsledkům v běžné dětské populaci, kdy je tento průměrný věk 11,4 let (33). Jak uvádí Nešpor (19), brzký začátek experimentu vede k dřívějšímu a hlubšímu rozvoji závislosti. Podle dostupných výzkumů je průměrný věk pro první experiment s kouřením tabákového výrobku 10,3 let, což je číslo o 0,7 roku vyšší než průměrný věk tohoto experimentu u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Tyto výzkumy (27) dále uvádí průměrný věk pro začátek pravidelného kouření, a to 11, 2 let, což je nižší věk, než uvádí Suchelová (33), která zjistila, že průměrný věk začátku pravidelného kouření je 12,8 roku. Oba tyto údaje se liší od výsledků mého výzkumu, kde děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí začínají pravidelně kouřit v 10,9 letech. (graf č. 7, č. 8).

Dále jsem zkoumala rozsah kouření tabákových výrobků dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí a porovnávala s rozsahem kouření tabákových výrobků v běžné populaci (graf č. 6) Jak jsem předpokládala, výsledky mého výzkumu se výrazně liší od výsledků Suchelové (33), která uvádí, že největší procento dětí z běžné

populace tabákový výrobek pouze zkusila (40,4%), toto procento je však u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí velice nízké (7,4%). Oproti tomu mezi znevýhodněnou dětskou populací narůstá podíl příležitostných kuřáků, dětí, které kouří denně do 5 cigaret a kuřáků více jak 5 cigaret denně, kde u poslední zmíněné odpovědi je tento podíl více než poloviční, 55,6% dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí kouří více jak 5 cigaret denně. Podíl každodenních kuřáků ze znevýhodněného prostředí (celkem 66,6%) je znatelně vyšší i oproti výsledkům Procházkové (27), která v roce 2006 provedla výzkum mezi dětmi stejného věku, kde zjistila, že podíl každodenních kuřáků je 22,7%, výzkum Suchelové (33) se s ní v tomto shoduje. Tento rozdíl je více než alarmující a ukazuje na škodlivost vlivu prostředí, kde dítě vyrůstá, na sklon k patologickým jevům (20), kam patří i kouření tabákových výrobků.

Další zkoumanou oblastí mé práce byla konzumace alkoholu dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Celých 92,6% respondentů má zkušenost s alkoholem, toto číslo je velmi podobné podílu respondentů u Suchelové (33), která uvádí, že tuto zkušenost má 91,2% dětí z běžné dětské populace. (graf č. 9) Zastoupení respondentů, kteří už ochutnali alkohol je nižší, než údaje uváděné Evropskou školní studií, kde je tento podíl dokonce 98% (3). Průměrný věk první konzumace alkoholu respondenty ze sociokulturně znevýhodněného prostředí je 11,1 let. Mé výsledky se tedy výrazně neliší od výsledků Suchelové (33), která uvádí průměrný věk první konzumace alkoholu u dětí z běžného prostředí 11,5 let (graf č. 10). Zdrojem prvního podání alkoholu byl shodně kamarád (u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí – 72%, u dětí z běžné populace – 45,1%), dalším zdrojem prvního podání alkoholu je rodič, kdy je podíl respondentů, kteří toto uvedli, v mém výzkumu nižší (14%), oproti výzkumu mezi dětmi z běžné populace, zde je to podíl 28,9% (graf č. 11). Podle mého názoru je tato rozdílnost způsobena tím, že děti z běžné populace ve věku první konzumace tráví více času s rodiči a proto jsou právě oni prvním zdrojem podání alkoholu, například na rodinných oslavách, při přípitcích a podobně. Oproti tomu, dětem ze sociokulturně znevýhodněného prostředí často není věnována velká pozornost rodičů, dříve se od nich odpoutávají. Následně tedy tráví více času v partě s kamarády, kteří jsou pro ně jedinou autoritou a právě proto je zdrojem prvního podání alkoholu ve více případech kamarád.

V tomto tvrzení se shodují s Vágnerovou (34). 85,2% respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí uvedlo, že se už někdy ve svém životě opilo. Tento podíl je opět vyšší, než podíl dětí z běžné dětské populace - 60,2%, jak uvádí Suchelová (33) (graf č. 12). Respondenti nejčastěji uvedli, že konzumují alkohol venku (39,7%), na diskotéce (15,9%) a často také zmínili více možností – venku, diskotéka, hospoda – 23,8% (graf č. 13). Vzhledem k tomu, že konzumace alkoholu dětmi mladšími 18 - ti let i jeho prodej dítěti je v České republice trestně odpovědná (26), přijde mi přinejmenším zarážející, že velké množství respondentů ve věku 14-15 let si běžně alkohol koupí na diskotéce nebo v obchodě. Velké množství dětí pak uvádělo, že si ho kupují u vietnamských prodejců. Ukázalo se, že podíl dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, které preferují pivo a víno, je podobný jako tento podíl u běžné populace. Oproti běžné populaci, mezi mými respondenty narůstá podíl těch, kteří rádi pijí víno, to přičítám tomu, že mezi mými respondenty je víc dívek, oproti výzkumu Suchelové (33). Proti běžné populaci je však vyšší podíl dětí, které konzumují tvrdý alkohol - likéry, destiláty. (graf č. 14) Evropská studie o stavu alkoholu a jiných drog (3) uvádí, že vzrůstá podíl dětí, které mají v oblibě tzv. alkopops (míchané nápoje). Toto tvrzení můj výzkum vyvrací, pouze 1,4% respondentů zvolilo tuto možnost. Přičítám to zejména vyšším cenám těchto nápojů, oproti vínu, pivu a destilátům. U respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí bylo dále zjišťováno, jak často alkohol konzumují (graf č. 15). Tyto údaje mě poměrně překvapily, 16,7% respondentů uvedlo, že alkohol nepijí vůbec, což je dokonce častější než u běžné dětské populace, kde vůbec nepije 9,7% dětí (33). Jednoznačně nejvyšší je příležitostná konzumace alkoholu (55,6%), toto číslo je opět nižší než u běžné populace (63,2%). Bohužel tím se ale zvyšuje procento těch, kteří uvádějí, že se občas opijí (22,9%), oproti dětem z běžné populace (12,9%). V grafu č. 16 jsou znázorněny způsoby získávání alkoholu, kde téměř polovina respondentů (48%) uvedla, že si alkohol kupuje, což je paradoxní, vzhledem k věku dotazovaných. 40,1% respondentů získává alkohol od kamarádů. V tomto věku je pro respondenty velice významný vliv vrstevníků, snaží se napodobit starší kamarády z party (6).

Za nejvíce rizikovou oblast, kterou jsem v této práci zkoumala, považuji užívání ilegálních drog respondenty. Zkušenost s ilegální drogou má 74% dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, oproti 41,8% dětí z běžné populace (graf č. 17). Tuto rozdílnost ve zkušenosti s ilegální drogou přičítám rizikovému prostředí, ve kterém děti vyrůstají. Jak uvádí Centrum adiktologie, děti žijící v sociálně vyloučených skupinách společnosti se dostávají do styku s drogami o něco dříve, častěji a rizikověji, než děti z běžné dětské populace. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2011 (3) a Výroční zpráva o stavu drog v České republice z roku 2010 (38) se shodují, že největší procento dětí ve věku 14-15 let má zkušenosti s marihuanou. Toto potvrzuje i graf č. 18 v mé práci, kde uvádím, že 74% dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí má zkušenost s marihuanou. Tento podíl je opět vyšší například oproti výzkumu Suchelové (33), která uvádí zkušenost s marihuanou u 38,4% dětí z běžné populace. Další nejčastěji užívanou drogou dětmi ze znevýhodněného prostředí je pervitin, se kterým má zkušenost 29,6% dotázaných respondentů, na rozdíl od zkušeností s pervitinem u běžné dětské populace – 1,1%, které uvádí Suchelová (33). Za pervitinem v četnosti následuje hašiš (25,9%) a přírodní drogy (24%). Například u marihuany, která je společností vnímána jako „měkká“ droga, která má na člověka škodlivé účinky v menší míře (7), je podíl dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, kteří ji užili téměř dvojnásobný. U ostatních drog, jako je pervitin, přírodní drogy (houby aj.) a hašiš je tento podíl mnohonásobně vyšší než u běžné dětské populace. Musím nesouhlasit s Výroční zprávou o stavu drog z roku 2007 (37), která uvádí, že zkušenost dětí s pervitinem je ustálená a relativně nízká. Z mého výzkumu tato droga vyšla jako druhá nejvíce respondenty užitá, a to téměř 30% dotazovaných respondentů. (graf č. 18) V užívání „tvrdších“ drog dětmi vidím obrovské riziko, jak uvádí Nešpor (20), riziko vzniku závislosti na látce se zvyšuje s nižším věkem konzumenta. Zkoumala jsem také věk prvního kontaktu respondentů s ilegální drogou v návaznosti na typ drogy (graf č. 19). Jako první vyzkoušenou drogou je u respondentů marihuana, a to v průměru ve 12,2 letech, další užitou drogou je pak hašiš. U dalších zkoumaných drog se věk prvního užití pohybuje mezi 13-14 lety. Velkou rozdílnost průměrného věku užití drogy oproti běžné populaci (33) vidím hlavně u marihuany – o

1,4 roku, u hašiše – 1,2 roku a u heroinu, kde tento rozdíl tvoří 2 roky. Dále jsem zkoumala důvody k užití ilegální drogy respondenty (graf č. 20), kde nejčastějším důvodem je zvědavost, shodně tak ve výzkumu Suchelové (33), dále vlastní rozhodnutí. Poukázala bych ale na rozdíl podílů respondentů ze znevýhodněného prostředí a respondentů z běžné populace, kteří užili drogu, jelikož se nacházeli v životní krizi. Toto uvedlo 8,1% dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, oproti 2,3% dětí z běžné populace. Jak uvádí Frouzová v Mezioborovém přístupu, mnoho dětí se snaží své pocity méněcennosti, strachu, nedostatku lásky a problémy zahnat právě konzumací drogy (5), tento způsob však často bývá cestou k dalším problémům a jedinec se ocitne v začarovaném kruhu. Mezi dětmi je významně malý podíl (12,2%) těch, kteří ilegální drogu „pouze“ vyzkoušeli. V běžné populaci je podíl těch, kteří drogu jen zkusili jednoznačně nejvyšší (70,7%). U dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí se jako nejčastější vyskytlo nepravidelné užívání (39%) a následně denní užívání, a to u 24,4% respondentů. Denní užívání je naprosto nesrovnatelné s údaji běžné populace (33), kde je tento podíl téměř zanedbatelný, a to 0,3% (graf č. 21). Jako nejčastější zdroj podání drogy označili respondenti kamaráda z party (53%), dalším zdrojem byl označen dealer – 16,5% respondentů (graf č. 22) Podle Nešpora (20), se riziko experimentů a následného užívání drog zvyšuje s příslušností dítěte v rizikové partě nebo dokonce v partě osob užívající drogy, jak uvádí Pokorný (25).

Další otázkou, kterou jsem si kladla, bylo užívání drogy respondenty bez znalosti jejich účinků. V grafu č. 23 můžeme vidět, že celých 48% respondentů, kteří mají zkušenost s drogami, odpovědělo, že drogu užili bez předešlé znalosti jejich účinků a rizik s tím spojených. V grafu č. 24 téměř polovina (47% respondentů) uvedla, že nejsou schopni vyjmenovat žádné zdravotní riziko spojené s užíváním drog. Mezi těmi, kteří riziko uvedli, bylo nejvíce těch, kteří uvedli riziko žloutenky (39,1% respondentů) a riziko nákazy HIV (34,5% respondentů). Tento podíl je však daleko nižší, než v běžné populaci, kde označilo riziko žloutenky 76,3% respondentů a riziko nákazy HIV 89% respondentů.

Podle slov obou terapeutek rozdílnost mezi důvody užívání drog dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí a běžného prostředí je jednoznačně v prožívání. Tyto děti jsou po celý život provázeny syndromem deprivace, kde nejvýznamnější podíl hraje nenaplnění jejich psychických potřeb. Obě terapeutky se shodují a uvádějí, že jde zejména o nenaplněnou potřebu lásky a bezpodmínečného přijetí, dále o nenaplněnou potřebu vlastní identity – vědět, kdo jsem, kam patřím, nenaplněnou potřebu prvotních emocionálních a sociálních vztahů, nenaplněnou potřebu otevřené budoucnosti, kdy dítě není schopno ovlivnit dění kolem sebe, v dětství často chybí smysluplné podněty poskytující příjemné prožitky i bez užití drogy a v neposlední řadě absenci pravidel v rodině, zásad, důslednosti ve výchově a poskytnutí neadekvátního prostoru pro samostatnost, v čemž se obě terapeutky shodují s Matějčkem (16). Droga u dětí kompenzuje problematické vztahy s rodiči, hostilitu vůči novým partnerům rodičů, droga pomůže dětem zapadnout do party, poskytuje řešení problematických životních situací – včetně případného umístění do ústavního systému. Pro děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí znamená droga podporu sebevědomí, pocit radosti a naplnění, řešení depresí a úzkostí, změkčení dopadu viny, např. při trestné činnosti či prostituci. Podle bio-psycho-socio-spirituálního modelu vzniku drogové závislosti, právě tyto nepříjemné pocity zvyšují pravděpodobnost inklinace k užívání drog, jak uvádí Rotgers (28).

Pro svou práci jsem zvolila tyto hypotézy:

H1: Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívají drogy čteněji než děti běžná dětská populace.

H2: Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívají jiné drogy, než které se vyskytují u dětí v ČR.

H3: Děti ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí mají méně informací o nebezpečích spojených s užíváním drog oproti dětem, které nepocházejí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Na základě výše zmíněných výsledků se hypotéza H1 a H3 potvrdila, hypotéza H2 se nepotvrdila. Podle výsledků výzkumu nelze říci, že děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí konzumují jiné drogy než běžná dětská populace, jelikož i u běžné dětské populace je jistý podíl těch, kteří konzumují tvrdé drogy. Tento podíl je však téměř zanedbatelný a několikanásobně nižší než u sociokulturně znevýhodněné dětské populace, jak jsem již uvedla výše. Dalo by se tedy říci, že tvrdé drogy jsou užívány několikanásobně vyšším množstvím respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí oproti množství respondentů v běžné dětské populaci.

6 ZÁVĚR

Tato práce se zabývá důvody a rozsahem užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Data pro tuto práci byla získávána ve speciálně pedagogických zařízeních na území Jihočeského kraje. Pro zjištění dat byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, forma anonymního dotazníku. Respondenti ve věku 14-15 let vyplňovali dotazníky v prostorách zařízení s vyloučením jim blízké autority. Na základě předvýzkumu byla ověřena srozumitelnost otázek a některé z nich byly vyřazeny. Dotazník jsem doplnila o rozhovor s terapeuty zařízení, který byl kvalitativně vyhodnocen.

Cílem této práce bylo zjistit rozsah a důvody užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Dílčími cíli pak bylo porovnat rozsah a důvody užívání u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí s rozsahem a důvody běžné dětské populace. Domnívám se, že mnou předem stanovené cíle byly splněny.

V práci je obsažena teoretická část, kde vymezuji základní pojmy, popisují modely vzniku drogové závislosti a o ty potom opírám další skutečnosti týkající se této problematiky. V praktické části jsou pak uvedeny výsledky vlastního výzkumu a předem stanovené hypotézy:

H1: Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívají drogy četněji než běžná dětská populace.

H2: Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí užívají jiné drogy, než které se vyskytují u dětí v ČR.

H3: Děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí mají méně informací o nebezpečích spojených s užíváním drog oproti dětem, které nepocházejí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Na základě výzkumu byly hypotézy H1, H3 potvrzeny a hypotéza H2 vyvrácena.

Výsledky výzkumu jednoznačně prezentují vyšší zastoupení respondentů ze sociokulturně znevýhodněného prostředí v užívání návykových látek, včetně vyšší četnosti jejich užívání, mladšího věku prvního užití, ale i pravidelného užívání a vyzkoušení různých typů návykových látek oproti běžné dětské populaci.

Dle výsledků výzkumu jsou důvody užívání drog u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí odlišné, než u běžné dětské populace. Spočívají zejména v psychické a sociální deprivaci, která podmiňuje sklon k následnému užívání návykových látek. Děti trpí nenaplněním základních psychických potřeb, jako je potřeba vlastní identity, potřeba lásky, bezpodmínečného přijetí, potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, potřeba smysluplných podnětů, potřeba otevřené budoucnosti a podobně.

Výsledky práce je možné využít v praxi, k výuce, pro potřeby dalších výzkumů nebo jako zdroj informací pro širokou i odbornou veřejnost.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociální patologie*. Praha: SOŠ, 1998. ISBN 80-7013-259-0.
2. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 978-80-246-0139-7.
3. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012 [cit. 2012-04-14]. ISSN 1214 -1089. Dostupné z: www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/zaostreno_na_drogy_2012_01_c_1_2012
4. FIŠEROVÁ, M. Drogové závislosti. *Postgraduální medicína* [online]. 2000, roč. 2, č. 3, s. 288-298 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/drogove-zavislosti-134380
5. FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
6. KALINA, K. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, K. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
8. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouora deprivantů: Nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galén, 2008. ISBN 80-901776-8-9.
9. KOZLOVÁ, L.: *Výzkum v sociální oblasti* [online]. [cit. 2010-02-10]. Dostupný z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm.
10. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk, prostředí, výchova*, K otázkám sociální pedagogiky. Brno: PAIDO, 2002. ISBN 80-7315-004-2.

11. KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
12. LEINERT, O. *Většina žáků vyšších tříd ZŠ má zkušenost s kouřením*. [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: <<http://domaci.ihned.cz/cesko/c1-21686150-vetsina-zaku-vyssich-trid-zs-ma-zkusenost-s-kourenim>>
13. MAREŠ, P. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis: Czech sociological Review*. 2000, roč. 36, č. 3, s. 285-297.
14. MALÁ, E. *Dítě a stres*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2007. ISBN 978-80-903750-1-7.
15. MATĚJČEK, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. ISBN 80-85121-89-1.
16. MATĚJČEK Z., LANGMEIER J.: *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-2461-983-5.
17. MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2.
18. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-2511-5.
19. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.
20. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*, Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag, 2003.
21. NEUBAUER, Bohumil. *Drogy a mládež*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Jana KANTOROVÁ.
22. ORLÍKOVÁ, B a kol. *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
23. PANČOCHA, Karel. *Patologické závislosti v kontextu speciálně pedagogické teorie a praxe*. Brno, 2007. Disertační práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Školitel Pavel MÜHLPACHR.

24. PETRUSEK, M. *Základy sociologie*. Praha: Akademie veřejné správy o.p.s., 2009. ISBN 978-80-87207-02-4.
25. POKORNÝ, V. – TELCOVÁ, J. – TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.
26. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let: Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. ISBN 978-80-254-6806-7.
27. PROCHÁZKOVÁ, K. *Drahé cigarety? Nevadí. Čtvrtina Čechů kouří dál*. [online]. [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/drahe-cigarety-nevadi-ctvrtina-cechudenne-kouri_61990.html>.
28. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
29. Rozdělení drog. In: *Stránky o závislosti: substituční-léčba.cz* [online]. 2011 [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <<http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>>.
30. ŘEHAN, V. K současným problémům psychologie: Integrativní přístup k otázce závislosti na alkoholu. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis.: Facultas Paedagogica Psychologica*. 1994, č. 4, s. 145-155. ISSN 80-7067-272-2.
31. SELICKÁ, D. *Rómska rodina v kontexte metód sociálnej práce*. Bratislava: Ševt, a.s., 2008. ISBN 978-80-8094-453-7.
32. STIBUREK, M. *Primární prevence zneužívání drog*. Studijní skriptá k distančnímu vzdělávání protidrogových koordinátorů okresních, magistrátních a statutárních měst České republiky. Praha: Pragouniversa, 1999.
33. SUCHELOVÁ, M. *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol*. Č. Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Aleš NOVOTNÝ.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

35. VÁCHA, P. *Vybrané sociálně patologické jevy ve společnosti*. [online]. [cit. 2012-04-16]. Dostupné z: <http://www.prevence.net/science/vacha_02.pdf>.
36. VODÁK, Jan. *Sociálně patologické jevy v prostředí střední školy*. Brno, 2006. Disertační práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Pavel MÜHLPACHR.
37. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. ISBN 978-880-87041-46-8.
38. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-056-8.
39. Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě. EMCDDA. *Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost* [online]. 2006 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: <<http://ar2006.emcdda.europa.eu/cs/page012-cs.html>>.
40. WEIKERT A.: *Výchova dítěte*. Osvědčené rady pro rodiče dětí každého věku. Praha: VAŠUT, 2007. ISBN 80-7236-527-4.
41. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0709-4.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Deprivace – dítě – droga – sociální exkluze – sociokulturní znevýhodnění – výchova

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Příloha 1

Dotazník

Milí respondenti,

jmenuji se Ivana Chrtová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dotazník, který je před Vámi, mi pomůže k vypracování mé bakalářské práce. Bude použit POUZE k tomuto účelu.

Dotazník je anonymní, nebude ho číst nikdo z učitelů a personálu. NEPODEPISUJ SE!

Dotazník obsahuje 21 otázek. **Odpovědi kroužkuj nebo vepisuj.**

Předem moc děkuji za spolupráci!

1. JSI: **A)** žena **B)** muž

2. KOLIK JE TI LET? (prosím vepiš) let

3. KDE TRVALE ŽIJEŠ?

A) venkov

B) město do 5.000 obyvatel

C) město od 5.000 do 10.000 obyvatel

D) město od 10.000 do 50.000 obyvatel

E) město od 50.000 do 100.000 obyvatel

F) město nad 100.000 obyvatel

4. KE SVÉMU RODINNÉMU PROSTŘEDÍ MÁŠ VZTAH:

- A) vřelý vztah
- B) dobrý vztah bez podstatných problémů
- C) normální vztah
- D) vztah občas narušený nedorozuměním a problémy
- E) negativní vztah se stálými problémy a hádkami
- F) pro trvalou rodinnou krizi v poslední době doma nežiji
- G) jiný – jaký? (vepiš)

5. V SOUČASNÉ DOBĚ SE CÍTÍŠ:

- A) velmi dobře (super, perfektně)
- B) dobře (bez výrazných problémů, fajn)
- C) špatně (nic moc)
- D) velmi špatně (na nic)
- E) jsem v akutní krizi (grogy)
- F) jsem již delší dobu v krizi (totálně grogy)
- G) jinak – jak? (vepiš)

6. KOUŘÍŠ TABÁKOVÉ VÝROBKY?

- A) příležitostně
- B) denně do 5ti cigaret
- C) víc jak 5 cigaret denně
- D) kouřil/a jsem, ale již nekouřím
- E) zkusil/a jsem, ale nekouřím
- F) nikdy jsem to nezkusil/a
- G) jinak – jak? (vepiš)

7. V KOLIKA LETECH JSI ZKUSIL/A TABÁKOVÝ VÝROBEK

..... (vepiš věk)

8. V KOLIKA LETECH JSI ZAČAL/A PRAVIDELNĚ UŽÍVAT TABÁKOVÝ VÝROBEK? (KOUŘIT)

..... (vepiš věk)

9. OCHUTNAL/A JSI ALKOHOL?

A) ano (vepiš, kolik Ti bylo let)

B) ne, doposud jsem žádný alkoholický nápoj neochutnal

10. VEPIŠ PROSÍM, KDO TI JEJ PODAL (rodiče, sourozenec, kamarád, ...)

.....

11. BYL/A JSI UŽ NĚKDY OPILÝ/Á?

A) ano

B) ne

12. KDE KONZUMUJEŠ ALKOHOL? (pokud konzumuješ alkohol)

Vepiš prosím, kde (venku, doma, bar, diskotéka, herna, hospoda, ...)

.....

13. JAK ČASTO KONZUMUJEŠ ALKOHOL?

A) vůbec

B) příležitostně

C) v malém množství (sklenička po jídle)

D) denně bez návaznosti na jídlo

E) občas se opiji

F) jinak – jak? (vepiš)

14. JAKÝ ALKOHOL TI CHUTNÁ?

Zde je možné označit více odpovědí

- A) pivo
- B) víno
- C) likéry (sladký alkohol)
- D) destiláty (tvrdý alkohol)
- E) jiný (vepiš jaký)

15. JAK SI OBSTARÁVÁŠ ALKOHOL?

Vepiš prosím, kde (kupuji, dostávám od kamarádů, dostávám od rodičů, беру si jej doma,...)

.....

16. ZKUSIL/A JSI NĚKDY NĚJAKOU ZAKÁZANOU DROGU? (kromě alkoholu, tabáku,...)

- A) ano – marihuana (vepiš věk)
- hašiš (vepiš věk)
- Extáze (vepiš věk)
- LSD / trip (vepiš věk)
- Přírodní drogy – houby aj. (vepiš věk)
- Pervitin (vepiš věk)
- Heroin (vepiš věk)
- Braun (vepiš věk)
- Kokain (vepiš věk)
- Léky - užívání, aniž by mi něco bylo – bolelo (vepiš věk).....
- Organická rozpouštědla – čichání (ředidla, lepidla, barvy)
- Jiné (vepiš věk)..... (vepiš jaké)

B) Ne

17. POKUD JSI ZKUSIL/A NĚJAKOU DROGU (kromě alkoholu, tabáku aj., které je možné od 18 let v ČR konzumovat), **PROČ K TOMU DOŠLO?**

- A) ze zvědavosti
- B) na radu kamaráda/kamarádky
- C) z vlastního rozhodnutí
- D) v životní krizi nebo nesnázích
- E) z nudy
- F) z obavy zesměšnění/méněcennosti v partě
- G) z frajeřiny
- H) jiný důvod – jaký?

(vepiš)

18. UŽIL/A JSI NĚJAKOU DROGU OPAKOVANĚ?

- A) ne
- B) ano, ale nepravidelně
- C) ano, pravidelně
 - 1) denně (vepiš jakou drogu)
 - 2) Několikrát týdně (vepiš jakou drogu)
 - 3) Jednou týdně (vepiš jakou drogu)
 - 4) Vícekrát měsíčně (vepiš jakou drogu)
 - 5) Jednou měsíčně (vepiš jakou drogu)
 - 6) Jinak – jak?
- D) užíval/a jsem, ale již neužívám (vepiš jakou drogu)

19. OD KOHO BYS ZÍSKAL/A ZAKÁZANOU DROGU?

- A) kamarád/ka z party
- B) někdo známý
- C) spolužák/spolužačka ze třídy
- D) rodiče
- E) sourozenec
- F) jiný příbuzný
- G) někdo jiný – kdo? (vepiš)

20. UŽIL/A JSI NĚKDY DROGU, ANIŽ BYS ZNAL/A JEJÍ ÚČINKY?

- A) ano
- B) ne

21. JAKÁ ZDRAVOTNÍ RIZIKA SE PODLE TVÉHO NÁZORU MOHOU OBJEVOVAT JAKO NÁSLEDEK UŽÍVÁNÍ DROG?

Vepiš rizika

!!! MOC VÁM VŠEM DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ TOHOTO DOTAZNÍKU !!!

PŘEJI HEZKÝ DEN