

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2018

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Slámová

Příčiny vzniku drogových závislostí v rodině a ve škole

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Miloš Chlad, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR PART TIME STUDIES

2017-2018

BACHELOR THESIS

Tereza Slámová

Causes of drug dependence in the family and at school

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Miloš Chlad, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Poděkování

Poděkování patří PhDr. Miloši Chladovi, CSc., za jeho čas, který věnoval mojí bakalářské práci, cenné připomínky a názory.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje tématu „Příčiny vzniku drogové závislosti v rodině a ve škole“. Cílem práce bylo na základě vlastních zkušeností z rodiny i z oblasti teorie i praxe zjistit hlavní příčiny drogové závislosti u dětí a mladistvých, jaké má drogová závislost dopady na celou rodinu a činnost preventisty ve škole a jeho spolupráce s takto postiženou rodinou.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se dělí do pěti kapitol. První kapitola se zabývá příčinami drogové závislosti u dětí a mladistvých. Druhá kapitola stručně popisuje dopady drogové závislosti u dětí a mladistvých, ale také dopady na dítě, které žije s drogově závislým rodičem. Třetí kapitola je zaměřena na prevenci drogové závislosti, obzvláště na primární prevenci, která je jedna z nejdůležitějších u dětí a mladistvých. Kapitola pojednává nejen o primární prevenci, ale také o vzdělávání aktivistů v peer programu. Čtvrtá kapitola je zaměřena na činnost a vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti protidrogové prevence. Pátá kapitola pojednává o organizacích, které se zabývají závislostí u dětí a mladistvých.

Praktická část obsahuje případové studie drogově závislých klientů z terapeutické komunity, ve které jsem absolvovala stáž. Praktická část je obohacena o verbální komparaci případových studií. Dále byl proveden rozhovor s matkou drogově závislého chlapce.

Klíčová slova

Děti, mladistvý, drogová závislost, droga, jedinec, léčba, traumatizace, dopady, rodina, vzdělávání preventisty, prevence.

Annotation

Bachelor thesis deals with the topic "Causes of Drug Addiction in Family and at School". The aim of the thesis was to find on the basis of own experience from the family and from the field of theory and practice the main causes of drug addiction in children and juveniles, how drug addiction affects the whole family and the activity of the preventive school and its cooperation with the affected family.

The thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part is divided into five chapters. The first chapter deals with the causes of drug addiction in children and adolescents. The second chapter briefly describes the impact of drug addiction in children and adolescents, but also the impact on a child who lives with a drug dependent parent. The third chapter focuses on the prevention of drug addiction, especially on primary prevention, which is one of the most important in children and adolescents. The chapter deals not only with primary prevention, but also with peer program activists. The fourth chapter focuses on the activities and training of social workers in the field of drug prevention. The fifth chapter deals with organizations dealing with addiction in children and adolescents.

The practical part includes case studies of drug addicts from the therapeutic community in which I have been trained. Practical part is enriched by verbal comparison of case studies. In addition, an interview was conducted with the mother of a drug addicted boy.

Keywords

Children, juvenile, drug addiction, drug, individual, treatment, traumatization, impacts, family, prevention preventive, prevention

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 PŘÍČINYVZNIKU DROGOVÉ ZÁVISLOSTI U DĚTÍ A MLADISTVÝCH.....	11
1.1 Nejčastější příčiny vzniku drogové závislosti	12
1.2 Drogová závislost v rodině	13
1.2.1 Rizikové a protektivní faktory na úrovni rodiny.....	13
1.3 Typické rysy drogově závislých rodin.....	14
1.3.1 Pseudoindividuace	14
1.3.2 Triangulace	14
1.3.3 Umožňování	14
1.4 Dítě vyrůstající sezávistými rodiči	15
1.5 Příčiny vzniku závislostí u dětí.....	15
1.6 Příčiny vzniku závislostí u mladistvých	16
1.7 Obecné modely závislosti	17
2 DOPADY UŽÍVÁNÍ DROG U DĚTÍ A MLADISTVÝCH.....	19
2.1 Škodlivé užívání drog	19
2.2 Psychotická porucha	19
2.3 Syndrom závislosti a odvykací stav.....	20
2.4 Matky jako prostředníci	21
2.5 Protidrogová politika	21
2.6 Evaulace drogových výsledků v české republice	22
3 PREVENCE UŽÍVÁNÍ DROG U DĚTÍ A MLADISTVÝCH VE ŠKOLE A RODINĚ.....	24
3.1 Primární prevence	24
3.2 Obecné charakteristiky primární prevence	25
3.3 Hlavní cílové oblasti primární prevence	25
3.4 Prevence ve výuce – základní pedagogické pricipy	26
3.5 Výcvik peer aktivistů	27
3.5.1 Organizace peer programů.....	27
3.6 Selektivní primární prevence	28
3.7 Interaktivní programy ve škole	29

3.8	Základní poradenství a včasná intervence v prostředí školy	30
3.9	výskyt návykových látek na škole	31
4	ČINNOST A VZDĚLÁNÍ PRACOVNÍKA PROTIDROGOVÉ PREVENCE	32
4.1	Krajský Protidrogový koordinátor	33
4.1.1	Náplň práce krajského protidrogového koordinátora.....	33
4.2	Školní metodik prevence	33
4.2.1	Náplň práce školního metodika prevence	34
4.3	Vzdělání sociálních pracovníků.....	34
5	ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU DROG U MLADISTVÝCH.....	36
5.1	Terenní programy	36
5.1.1	Základní cíle terenních programů	37
5.2	Kontaktní centra.....	37
5.3	Adiktologická ambulance pro mladistvé	38
5.3.1	Specifické cíle adiktologické ambulance	38
5.4	Denní stacionáře	38
5.5	Detoxikační centrum pro děti a mladistvé	39
5.6	Terapeutická komunita pro mladistvé.....	39
5.6.1	Kritéria pro přijetí	39
5.7	Psychiatrická nemocnice marianny oranžské pro mladistvé	40
6	PRAKTICKÁ ČÁST	41
7	OSOBNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	43
7.1	Případové studie sklienty z terapeutické komunity – vlastní šetření	43
7.1.1	Klient první fáze.....	43
7.1.2	Klient druhé fáze.....	45
7.1.3	Klient třetí fáze.....	46
7.1.4	Verbální komparace případových studií	48
8	STUKTUROVANÝ ROZHOVOR S OTEVŘENÝMI OTÁZKAMI PROVEDENÝ S MATKOU DROGOVĚ ZÁVISLÉHO	50
9	INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKU.....	54

ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	56
SEZNAM ZKRATEK	58

ÚVOD

Bakalářská práce je na téma „Příčiny vzniku drogových závislostí v rodině a ve škole“. Problematika drogové závislosti v dnešní době je velice rozvinuté a aktuální téma. Výběr tématu byl podmíněn osobní zkušeností autorky v její vlastní rodině s drogovou zkušeností, kde její strýc a bratranec byli závislí na drogách v mladistvém věku.

Cílem bakalářské práce je představení, popis a charakteristiky příčin vzniku drogových závislostí v rodině a ve škole, včetně popisu prevence proti těmto jevům, práce preventisty, jeho vzdělávání a vzdělávání peer aktivistů, kteří se touto problematikou taktéž zabývají.

Teoretická část je rozdělena do pěti hlavních kapitol. První kapitola stručně popisuje příčiny vzniku závislostí u dětí a mladistvých, drogovou závislost v rodině, kde dítě může vyrůstat s rodiči, kteří jsou sami závislí na návykových látkách. Druhá kapitola pojednává o dopadech drog na děti a mladistvé, na celou rodinu, škodlivé užívání drog a na role matky jako prostředníků mezi dětmi a drogami. Třetí kapitola se zabývá prevencí užívání drog u dětí a mladistvých, krátce popisuje primární prevence, která je pro děti a mladistvé nejdůležitější. Čtvrtá kapitola teoretické části je zaměřena na činnost a vzdělávání preventistů v oblasti drogové závislosti. Drogy jsou celospolečenský problém, který se neustále stupňuje a vyskytuje u mladších dětí, proto je vzdělávání preventistů nezbytné. Pátá kapitola informuje o organizacích, které pomáhají dětem a mladistvým přemoci závislost na návykových látkách a pomoc vrátit se zpět do normálního života bez drog.

Praktická část obsahuje případové studie klientů z terapeutické komunity. Informace, které případové studie obsahují jsem získala sama ze stáže, kterou jsem v komunitě absolvovala. Případové studie jsou shrnuty ve verbální komparaci. Další díl praktické části je strukturovaný rozhovor s otevřenými odpověďmi provedený s matkou drogově závislého chlapce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘÍČINY VZNIKU DROGOVÉ ZÁVISLOSTI U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Užívání návykových látek je celospolečenský sociální problém. Sociálními problémy se zabývají společenské vědy, jako například sociologie. Předmětem sociologie jsou vztahy mezi lidmi. Každý člověk, každé dítě se rodí jako osobnost. Osobnost je jedinečný vzorec rysů, tj. trvalých způsobů, jimiž se odlišuje od druhých. Odlišnost u dětí, kterou má za následek drogová závislost není společensky akceptována. (Bedrnová, Nový, 1998, s. 46-47)

Cílová skupina dětí a mladistvých je velice ohroženou skupinou. Jedinci do patnácti let se nazývají děti, jedinci starší patnácti let jsou označováni jako dospívající. Dospívání je velice složitý proces v životě každého jedince, vedoucí k vývoji od nezralého věku k jedinci relativně soběstačnému. Proces dospívání zahrnuje složku změn biologických, sociálních a psychických. Lze je rozdělit do dvou základních období:

- Puberta – dosažení pohlavní zralosti (od 11-14 let).
- Adolescence – psychické a sociální dospívání (15-18 let).

V průběhu svého vývoje by se každý člověk měl dříve nebo později dostat k tomu, že dá svému životu ucelenou podobu. To znamená takovou rámcovou koncepci, která mu umožní dobře zvládnout vše, co ho potká. (Bedrnová, Nový, 1998, s. 171)

V práci s mladšími uživateli návykových látek platí pravidlo: „S čím mladšími dětmi pracujeme, tím více je důležité zapojit rodinné příslušníky“. Důležitost práce s dětmi a dospívající nezáleží pouze na jejich počtu, ale na odbornosti pracovníka. Ten musí být nejen dobrým profesionálem v oboru závislostí, dobrým poradcem, psychoterapeutem, měl by mít také znalosti dětského a adolescentního vývoje.

V období adolescence dospívající opouští svou dětskou roli, zároveň mívají pocit, že jsou sami, a tak hledají nový smysl života, určitou symbiózu – často v návykových látkách a vytvoří si závislost. Drogy se v posledních padesáti letech staly významným tématem lidstva hlavně proto, že velmi významně zasahují do procesů třech úrovní: zrání a rozvoj psychické struktury každého jedince, socializace a hledání dalších rozměrů lidské existence a jejího smyslu. (Kalina, 2003, s. 104)

„Závislost a syndrom závislosti je definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

- *silné přání užít drogu, nutková potřeba*
- *porušené ovládání při jejím užívání, ztráta kontroly*
- *přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím*
- *priorizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku*
- *odvykáací stav při nedostatku či vysazení drogy.*“

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií. Termíny závislost a syndrom závislosti mají podporu WHO, která doporučuje jejich používání místo termínu toxikománie“. (Kalina,2003, s. 125)

1.1 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY VZNIKU DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

- Traumatizace – fyzické a sexuální zneužití.
- Děti vyrůstající s rodiči, kteří mají problémy s drogami.
- Tíživá životní situace – ztráta blízké osoby, nevyléčitelná nemoc.

Trauma je tíživý pocit, který ničí vazby a tím i důvěrný vztah s jinými lidmi, dále ničí lásku k vlastnímu tělu, k tělu ostatních lidí a mění tuto lásku na nenávist. Trauma dále ničí základní důvěru, vyvolává nízké sebehodnocení a neschopnost ocenit sám sebe i druhé. Nakonec vyvolá vnitřní izolaci i mezi lidmi. V dospívání se tyto pocity

zvýrazňují a projevují se vážnými poruchami chování a tito jedinci často vyhledávají jedince se stejnými názory.

V dětství je trauma samo o sobě nesnesitelné. Děti často zapojují mnoho obranných mechanismů, nejčastěji disociaci, neboli odštěpení od traumatu. Velice často to vypadá, že trauma zmizelo, ovšem projevy traumatu se objevují například jako noční můry, nevysvětlitelný strach, podrážděnost.

Tyto projevy mají za následek počátek drogové závislosti u dětí i mladistvých jedinců. (Kalina, 2003, s. 130)

1.2 DROGOVÁ ZÁVISLOST V RODINĚ

Rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na závislosti u svých dětí, ale také může pomoci při překonávání návykového problému. Děti do drogové závislosti hladce zapadnou jen málokdy, protože náklady spojené s obstaráváním a sháněním drog nejsou snadné. S ohledem na nákladnost a nezákonnost drog je jejich dostupnost nepředvídatelná.

1.2.1 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY NA ÚROVNI RODINY

Neléčené a nezvládané návykové chování u rodičů zvyšuje riziko návykového chování u dětí. Nedostatek času na dítě v časném dětství, málo péče a nedostatečné citové vazby ze strany rodičů. Někteří rodiče schvalují pití alkoholu a užívání návykových látek u svých dětí. Dále nízká očekávání a podceňování dítěte může vést k závislosti. Děti, které žijí bez domova a bez rodičů jsou náchylnější ke zneužívání drog.

Rizikové faktory ale nejsou jediné, které ovlivňují dítě a dospívajícího jedince. Existují také protektivní faktory, které mnohdy na děti a dospívající působí depresivně. Přiměřená péče a jasně daná pravidla týkající se chování dítěte, jeho vzdělání, budoucnosti. Rodiče naprosto odmítají alkohol, tabák a jiné drogy zejména u dospívajících, což mladé jedince nabudí udělat pravý opak.

1.3 TYPICKÉ RYSY DROGOVĚ ZÁVISLÝCH RODIN

Jen stěží určit, jaký má dopad drogová závislost na zbytek rodiny. Každodenní problémy způsobované užíváním drog ze strany dcery nebo syna má dopad na téměř každý aspekt fungování rodiny. Každá rodina má typické rysy, když se v ní nachází člen závislý na drogách.

1.3.1 PSEUDOINDIVIDUACE

Pseudoindividuace, neboli zdánlivé osamocení, znamená, že dítě nebo dospívající osoba s návykovým chováním odmítá autoritu rodičů, ale současně se nedokáže o sebe postarat sám. To zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje jeho nároky na osamostatnění v budoucnu.

Při pseudoindividuaci je velice důležité dítě opět začlenit do rodiny. Rodiče by měli dítěti pohrozit například trestním oznámením, pokud dítě krade věci v domácnosti nebo pohrozit ústavní výchovou. Po zvládnutí problému dítěte by se mělo začít pracovat s rodiči samostatně a snažit se napravit problémy, které mezi nimi vznikly, díky závislosti jejich dítěte.

1.3.2 TRIANGULACE

Triangulace znamená vytváření citového trojúhelníku. Dítě či dospívající si například začne stěžovat matce na otce, otcí na matku, prarodičům na rodiče. Dospívající tak blokuje komunikaci mezi členy rodiny a tím tak dostává prostor pro pokračování v závislosti.

Nejlepší obranou proti triangulaci je zlepšení komunikace v rodině a vyhnout se posílání vzkazů ostatním členům rodiny přes dítě. Je velmi pravděpodobné, že tyto vzkazy budou zkreslené a z části nepravdivé.

1.3.3 UMOŽŇOVÁNÍ

Umožňovač v rodině je člen, který vymýšlí výmluvy pro školu a omlouvá závislost svého dítěte. Dále platí dluhy za své dítě a vyřizuje problémy. Umožňovači touto

zdanlivou pomocí oddalují skutečné řešení problému. Mezi umožňovače nepatří pouze rodiče, ale i prarodiče nebo jiní blízcí příbuzní.

1.4 DÍTĚ VYRŮSTAJÍCÍ SE ZÁVISLÝMI RODIČI

Každé dítě bere svého rodiče v dětství a dospívání jako střed světa, bez ohledu na to, kdo jsou a co dělají. Rodiče jsou pro nás primární jedinci, od kterých se učíme rozumět světu a věcí kolem něj. Pokud ale rodiče neplní základní funkce pro řádné dospívání dítěte a věnují všechnu pozornost drogám, je dospívání jedince velice ohroženo.

Děti se následkem drogové závislosti rodičů od nich odloučí, což vede k značnému stresu a tísní, která má za následek sběhnutí samotného dítěte k návykovým látkám. Většina dětí a mladistvých vyrůstajících s rodiči, kteří mají sami závislost na některé omamné látce, to vidí jako normální každodenní rutinu, protože v tom vyrůstali od malička. (Barnardová, 2011, s. 95-100)

1.5 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTÍ U DĚTÍ

Zatímco u dospívajících jedinců, kteří jsou závislí na návykových látkách můžeme počítat s částečnou motivací, u dětí je tato motivace zproblematizována. Děti se nechtějí odpoutat od závislostního postoje, protože jsou stále vázány na rodiče a jejich chování je ve většině případů reakce na vnější impulsy. Proto je nejen důležitá práce s dítětem, ale s celou rodinou. Rodiče však mají často požadavky, aby terapeut změnil jejich dítě, které jim vytváří problémy, aniž by si uvědomovali svůj vliv na aktuální chování dítěte, ale také na jeho možnou nápravu.

Hlavním cílem při práci s dětmi je motivace rodičů při navazování změny. Rodiče jsou pro děti stále nejvýznamnější osoby v životě, a to i v případě, že neplní své funkce.

Mezi nejčastější příčinou vzniku drogové závislosti u dětí bývá traumatizace v brzkém věku. Traumatizace v dětství vzniká tělesným nebo sexuálním zneužitím rodiči, nebo jinými příslušníky rodiny. Dalším aspektem pro start drogové závislosti může být smrt blízké osoby, bolestivá léčba, dlouhodobá hospitalizace v nemocnici, nebo účast u destruktivní situace, která má za následek citovou deprivaci – obzvláště sexuální a tělesné zneužívání.

1.6 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTÍ U MLADISTVÝCH

Traumatizace u mladistvých bývá nejčastěji způsobena sexuálním a fyzickým zneužíváním, které trvá od dětství do dospělosti. Dále znásilněním, ozbrojeným přepadením, těžkou nehodou, nebo vražedným pokusem. Dospívající jedinci začnou užívat drogy z důvodu zapomnění, útěk od reality, potlačení traumatu.

V dospívání se problémy zvyrazňují a projevují se poruchami chování. Jedinci často vyhledávají vrstevníky se stejnou poruchou, jejich nenávisť k vlastnímu tělu se prohlubuje a může dojít k sebepoškozování a často i k prostituci.

Prostituce u mladistvých funguje jako nástroj peněz na drogy, ale také ukazuje jejich nenávisť k vlastnímu tělu, a tedy potvrzuje znaky oběti traumatu. (Kalina, 2003, s. 130-132)

Závislost na drogách se u dětí a mladistvých vytváří mnohem rychleji než u dospělého jedince. U dětí a mladistvých existuje mnohem vyšší riziko otrav s ohledem na menší zkušenosti a větší touhu po riziku. Časté příčiny smrti mladistvých mají za následek právě některé návykové látky, nejčastěji alkohol. Větším rizikem, než u dospělých jedinců je zde také touha experimentovat s více látkami naráz, nebo přecházení z jedné drogy na druhou, což může vést k intoxikaci.

U dětí a mladistvých závislých na návykových látkách dochází k zaostávání v psychosociálním vývoji, obzvláště ve vzdělání, citovém zrání, sebekontrolě a sociálních dovednostech. Závislost na alkoholu a jiných látkách vede u mladistvých k nedostatečnému vývoji mozkových buněk. (Nešpor, 2007, s. 52)

Nelze přesně určit strukturu člověka, ať mladistvého, či dospělého, kterého lze ochránit od závislosti. Závislosti může propadnout každý jedinec v jakémkoliv věku. Rizikovými faktory u dětí a mladistvých jsou zejména osobnostní charakteristiky. Riziko zvyšuje nízké sebevědomí, snižuje schopnost čelit tlaku vrstevníků dalšími rizikovými faktory jsou poruchy chování, nevhodné sociální vazby, úzkost či stres. Obecně lze tyto osoby rozčlenit do dvou typů:

- Osoby se zvýšenou citlivostí, zranitelností a úzkostí.

- Osoby se zvýšenou dráždivostí až agresí.

Osoby prvního typu mohou propadat stimulačním drogám, osoby druhého typu mohou nalézt pocit klidu v opiátech. Toto tvrzení ovšem záleží na mnoho dalších faktorech.

Mnoho dětí a mladistvých začíná s drogou ze zvědavosti, z pocitu nudy, zlepšení nálady, ale také z upoutání pozornosti nebo obstání v partě kamarádů.

Užívání drog by mělo být za společensky neakceptovatelné. V současné době se setkáváme se spoustou mladých lidí, kteří berou užívání drog za „normální“. Tento postoj zaujímají ve světě hlavně média. Je velice nezbytné, aby si děti a mladí lidé uvědomili, že užívání drog s sebou nese velké následky a že normální život, je život bez drog. (Kalina, 2003, s. 274)

1.7 OBECNÉ MODELY ZÁVISLOSTI

Modely závislosti slouží ke koncepční představě etiologie vzniku závislosti s adekvátní intervencí na ni. K nejstarším patří model deficitní, který má představu o nemožné napravitelnosti poruchy a jejím podrobnějším pochopení a snaží se pouze o sociální řešení na komunitní úrovni. Taktéž starý medicínský model vychází z představy o vrozené vadě, jejíž ošetření spočívá spíše v symptomatické či krizové péči. Nový medicínský model se opírá o „zatím nevyzkoumanou poruchu“, kde abstinence pomáhá zapouzdření poruchy, a zaměřuje se na psychoterapeutické vedení při přechodu jedince na abstinentský životní styl. Psychodynamický směr vychází z představy, že závislost souvisí s dosud neprokázanou psychickou poruchou na intrapersonální či interpersonální úrovni a že její terapie odstraní i ji. Adekvátní intervencí se zde jeví individuální, případně partnerská psychoterapie. Humanistický přístup se snaží k psychodynamickému směru přidat důraz na respektování svobody rozhodnutí jedince žít svůj život i s drogou a někdy se v tomto modelu setkáváme až s představou stále běžnějšího moderního životního stylu, kde bychom neměl aplikovat psychoterapii, jestliže jedinec žádnou změnu nechce. Dle modelu rodinného je závislost symptomem špatného fungování rodinného systému a vychází z představy častého výskytu při změnách rodinného systému, jako např. při odchodu dospívajících z domova. Adekvátní

intervencí je rodinná terapie, všichni členové by se jí měli účastnit, popř. se snažit i o úpravu svých intrapsychických problémů, které do rodinného systému mohou zasahovat a tím jej narušovat. Behaviorální modely naopak vycházejí z teorie naučeného špatného chování a snaží se v terapii toto chování přeučit. Sociální modely považují závislost za projev sociální či komunitní poruchy a snaží se řešit problém sociálními intervencemi; velmi pak záleží na samotném postoji společnosti k droze. Morální model považuje závislého za „hříšníka“, který by se měl „napravit“ v nápravném zařízení. Bio-psycho-sociální model závislosti integruje faktory individuální (somatické i psychické), sociální a specifické faktory potencující závislost. (<https://www.drogy-info.cz>)

2 DOPADY UŽÍVÁNÍ DROG U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Závislost na návykových látkách u dětí a dospělých se vytváří poměrně rychleji, než u dospělého jedince. Existuje zde vyšší riziko otrav s ohledem na nižší zkušenosti a toleranci. Časté příčiny smrti u dětí a mladistvých bývají otravy a úrazy, které souvisí se zneužíváním návykových látek. Recidivy u dětí a dospívajících bývají časté a dlouhodobé. (Nešpor, 2007, s. 51)

Dopady drog na děti a mladistvé jsou různé, záleží na typu drog a míře užívání. Duševní poruchy a poruchy chování bývají vyvolány psychoaktivními látkami:

- poruchy vyvolané alkoholem
- poruchy vyvolané tabákem
- poruchy vyvolané účinkem kanabinoidů – marihuana
- poruchy vyvolané účinkem jiných stimulantů – pervitin, kokain, heroin.

Psychoaktivní látky, které způsobují různá onemocnění jsou také antidepresiva, steroidy, projímadla, vitamíny, léky proti bolesti nebo jiné hormony.

2.1 ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ DROG

Škodlivé užívání je vzorec užívání, který výrazně poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné, například hepatitida po nitrožilní aplikaci látek, nebo duševní. Diagnóza však musí mít za následek poškození tělesného a duševního zdraví. Znamená to, že pokud má osoba kocovinu, spory v rodině, nejedná se o škodlivé užívání. Škodlivé užívání má za následek selhání v určité životní situaci, například při řízení pod vlivem návykových látek, opakované právní problémy v souvislosti s užíváním návykové látky a pokračujícím užíváním navzdory rodinným problémům.

2.2 PSYCHOTICKÁ PORUCHA

Psychotická porucha vzniká během nebo po užití návykové látky, která se projevuje smyslově živými halucinacemi, nejčastěji sluchovými vjemy, záměnou osob, bludy, vztahovačností a abnormálními emocemi (od strachu po extázi). Někdy se může

projevit i porucha vědomí, která zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholovou žárlivost a toxické psychózy po pervitinu a konopí. Léčba toxických psychóz vyžaduje vhodnou lékařskou péči.

V dnešní době je pro děti a mladistvé velice dobře dostupný alkohol, cigarety a konopí. Při chronickém užívání konopí může dojít k postižení paměti 24 hodin po užití látky a jak dlouho přetrvává při abstinenci není zcela jasné.

2.3 SYNDROM ZÁVISLOSTI A ODVYKACÍ STAV

Charakteristikou syndromu závislosti je touha. Definitivní dopad na děti a mladistvé je závislost, která má za následky tyto jevy:

- silná touha užívat látku
- potíže v kontrole užívání látky
- postupné zanedbávání jiných zájmů na úkor užívání návykových látek
- pokračování v užívání přes zjevné důkazy škodlivých následků.

Odvykací stav je soubor různě kombinovaných příznaků, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení návykové látky. Příznaky odvykacího stavu nejsou tělesným onemocněním nebo duševní poruchou, ale může být komplikován křečovými záchvaty nebo deliriem. (Kalina, 2003, s. 232-236)

Dopady užívání drog u dětí a mladistvých nejsou pouze tělesného a duševního rázu. Užívání drog nese negativní následky v rodině, ve vztazích, v okolí. Drogová závislost u dětí a mladistvých může mít za následek ukončení vztahů s rodinou či blízkým okolím.

Většina rodičů ve snaze pomoci svému dítěti od závislosti na návykových látkách se zaměřila pouze na závislost v rodině. S tím, jak rodina soustřeďuje pozornost pouze na problémového jedince, nezbývá prostor k udržování vztahů, ať už mezi rodiči, rodiči a sourozenci nebo sourozenci navzájem. Pokračující nápor problémů, které souvisejí s užíváním drog neustále podkopává určitou stabilitu rodiny. Tato nestabilita většinou přispívá k neshodám mezi rodinnými příslušníky. Tyto problémy mohou vést k rozpadu rodiny.

2.4 MATKY JAKO PROSTŘEDNÍCI

Většina matek z lásky k dítěti, které užívá návykové látky a z důvodu klidu v rodině, skrývá prohřešky svých synů a dcer před zbytkem rodiny. Ve snaze předejít konfliktům v rodině, které mohou vést k rozpadu rodinné vazby, a tak i celé rodiny, se matky snaží působit v roli prostředníka mezi dítětem s drogovým problémem a zbytkem rodiny. Matky, které se rozhodly ochraňovat dítě s drogovým problémem před členy rodiny si uvědomují skutečnost, o jak vratkou hranici se jedná. Snažit se vyhovět oběma stranám je téměř nemožné. Ostatní členové rodiny, zejména sourozenci, mají pocit, že jejich bratrovi, či sestře matka věnuje větší pozornost a stává se to zdrojem neshod.

Děti a mladistvý závislý na návykových látkách, kteří postaví matku do role prostředníka si neuvědomují, že jejich matky ve snaze je chránit a udržet rodinu pohromadě, se často ocitají osamocené a ve velmi velkém stresu. Nadměrný stres může mít za následky, např. srdeční potíže připisované drogovému problému jejich dětí. (Barnardová, 2011, s. 50-51)

V současné době dominují v rodině tři základní modely: model nemoci rodiny, model rodinného systému a model behaviorálního přístupu.

- 1) **Model nemoci rodiny:** dle daného modelu nejsou v rodině závislý pouze děti a mladistvý, ale celá rodina. Je třeba proto léčit celý systém.
- 2) **Systémová rodinná terapie:** zkoumá dané role v rodině a pokouší se ustanovit role a pravidla v rodině. Při tomto modelu je nezbytná motivace celé rodiny.
- 3) **Behaviorální model:** hledá spouštěče závislosti na drogách a pokouší se je změnit. (Kalina, 2003, s. 235).

2.5 PROTIDROGOVÁ POLITIKA

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách - (ZNL), doznal v průběhu r. 2016 *změn spíše technického rázu v návaznosti na nový celní zákon² a nový zákon o zadávání veřejných zakázek. K jeho podstatným změnám dochází od r. 2017 v souvislosti s novou právní úpravou přestupků.⁴ S účinností od 1. 7. 2017 jsou nově v § 39, odst. 2 definovány přestupky fyzických osob spočívající v neoprávněném přechovávání*

návykové látky v malém množství pro vlastní potřebu, v neoprávněném pěstování rostliny nebo houby v malém množství obsahující návykovou látku pro vlastní potřebu, nebo v umožnění neoprávněného požívání návykových látek osobě mladší 18 let. Za tyto přestupky lze uložit pokutu do 15 tis. Kč, propadnutí věci, případně další správní tresty podle nové právní úpravy o přestupcích.

Seznam návykových látek je s účinností od 1. 1. 2014 obsažen v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. V r. 2016 byla připravena novela nařízení vlády o seznamech omamných a psychotropních látek (OPL), která spočívala v rozšíření seznamu OPL o 63 položek, především nových syntetických drog, nařízení je účinné od 1. března, resp. 1. května 2017. (<https://www.drogy-info.cz>)

2.6 EVAULACE DROGOVÝCH VÝSLEDKŮ V ČESKÉ REPUBLICE

Celkem bylo v r. 2016 identifikováno 97 úmrtí pod vlivem drog (99 v r. 2015), včetně léků, z jiných příčin než předávkování, z toho nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nehod a sebevražd. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí s nálezem nelegálních drog spojen s pervitinem a konopnými látkami. V r. 2016 bylo v obecném registru mortality, tj. v informačním systému Zemřelí, hlášeno 415 smrtelných předávkování alkoholem.

Výskyt HIV/AIDS podle způsobu přenosu infekce sleduje Státní zdravotní ústav Praha (SZÚ) od r. 1985. I když počet nových případů narůstá, podíl přenosu viru HIV prostřednictvím injekčního užívání drog je v ČR dlouhodobě nízký. V r. 2016 bylo diagnostikováno 7 nových případů (6 mužů a 1 žena) HIV u injekčních uživatelů drog (IUD), u kterých došlo k přenosu infekce HIV velmi pravděpodobně prostřednictvím injekčního užívání drog.

Policie ČR v r. 2015 evidovala 4373 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu (tj. 4,4 % z celkového počtu), při kterých bylo 52 osob usmrceno (tj. 9,5 % všech usmrcených) a 2085 zraněno (7,7 % všech zraněných). Vliv alkoholu na dopravní nehodovost v posledních letech klesá. Z celkového počtu 4373 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu připadá na řidiče motorového vozidla 3520 nehod (tj. 4,2 % nehod zaviněných řidiči

motorového vozidla), na řidiče nemotorového vozidla 695 nehod (26,5 % všech jimi zaviněných nehod) a na chodce 151 (13,3 % všech jimi zaviněných nehod).

Dále policie evidovala 251 nehod s pozitivním nálezem nealkoholových drog u viníka nehody (0,25 %), při nichž bylo 10 osob usmrceno (1,8 %). Z uvedených nehod bylo 59, u kterých byl viník pozitivní jak na alkohol, tak na nealkoholové drogy. (<https://www.drogy-info.cz>).

3 PREVENCE UŽÍVÁNÍ DROG U DĚTÍ A MLADISTVÝCH VE ŠKOLE A RODINĚ

Otázka prevence úzce souvisí s duševní hygienou. Duševní hygiena je obor, který rozvíjí poznatky související se zdravým životním stylem člověka. Prevence je nezbytným východiskem, upozorňuje totiž člověka na nepříznivé vnější podněty, stejně jako na četné nevhodné vlastní návyky a způsoby zvládnání životních podmínek a situací. Významem je snížení rizika vzniku fyzických a psychických onemocnění. (Bedrnová, Nový, 1998, s. 165)

Prevence (u alkoholu a drog) je v širším slova smyslu definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog. Podle WHO se prevence dělí:

- primární prevence
- sekundární prevence
- terciární prevence.

U dětí a mladistvých je nejdůležitější primární prevence.

3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Primární prevence si klade za cíl odradit od prvotního užití drogy nebo aspoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Specifickým cílem je předcházet zvyšování užívání drog mezi rizikovou populací. Preventivní aktivity se mohou zaměřovat na celou populaci, např. využití masových médií ve vzdělávání široké veřejnosti, na komunitu zaměřené iniciativy a programy ve školách zaměřené na většinu studentů a mladých lidí. Primární prevence se může také zaměřovat na ohroženou populaci, jako jsou např. děti ulice, záškoláci, mladiství vyloučení ze školy, mladiství delikventi, děti uživatelů drog atd.

Primární prevence obsahuje tyto základní složky:

- vytváření povědomí a informovanosti o drogách a o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích, se zneužíváním drog spojených

- podpora protidrogových postojů a norem
- posilování prosociálního chování v protikladu zneužívání drog
- posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů
- podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog. (Kalina, 2001, s. 72)

3.2 OBECNÉ CHARAKTERISTIKY PRIMÁRNÍ PREVENCE

1) **Sociální charakter** – Primární prevence se zaměřuje na populaci jako na celek nebo na určité skupiny. Tímto se primární prevence odlišuje od sekundární a terciární prevence, které se zaměřují na jednotlivce s daným problémem. Primární prevence ovlivňuje názory, postoje a chování jednotlivce v jeho skupině a společenství.

2) **Zabránit vzniku poruchy zdraví** – Zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Primární prevence si klade za cíl, aby k poruše zdraví vůbec nedošlo. U dětí a mladistvých si primární prevence klade za cíl, snižovat poptávku po drogách a zamezit prvotnímu kontaktu, neboť u dětí a mladistvých má užívání drog na rozvoj osobnosti a sociální integraci velice ničivý vliv.

3) **Prostředky** – K dosažení cíle efektivní primární prevence se používají metody psychologie, sociologie, pedagogiky, veřejné politiky, reklamy. Jedná se tedy o metody převážně nemedicínské. Pro děti a mladistvé primární prevence začíná již na základních školách formou přednášek, besed.

3.3 HLAVNÍ CÍLOVÉ OBLASTI PRIMÁRNÍ PREVENCE

Těžištěm primární prevence je věk a prostředí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty člověka – děti, mládež a jejich okolí. Nezanedbatelným prostředím je:

- rodina
- školní prostředí a výuka
- prostředí mimoškolních činností – trávení volného času
- práce a pracoviště.

V každém prostředí můžeme nalézt příslušníka dvojího typu. Primární typ jsou většinou děti a mladiství, tedy ti, u kterých chceme předejít vzniku závislosti. Ovšem v jejich prostředí se nachází vždy osoba sekundárního typu, což bývají rodiče, učitelé, kamarádi, kteří mají na primární typ vliv. Proto je velice důležité, aby primární prevence spolupracovala s osobami sekundárního typu, protože vliv na děti a mladé mohou využít a podpořit od vzniku drogové závislosti.

Rodina je významným aktérem primární prevence. Díky svému soukromému charakteru učí své děti hodnotám. Preventivní poselství do rodiny je zaměřené právě na rodiče a dospělé. Dalším významným aktérem primární prevence je škola. Programy pro školy a trénink pedagogů patří k nejčastějším aktivitám. Metodika učitelů počítá s tím, že pedagog je potenciálním nositelem preventivního poselství, nejen pro žáky, ale i pro rodiče.

Pro děti a mladistvé jsou velice důležití intermediátoři – osoby, které mají vliv na druhé. Jsou to lidé, kteří mohou být vzory a kterým cílová populace a naslouchá a věří jim. Pro děti a mladistvé jsou to často přednášky samotných uživatelů drog nebo osob trpících AIDS. Intermediátoři jsou velice důležití pro primární prevenci. Mezi intermediátory mohou patřit kromě rodičů a pedagogů také skautští vedoucí, trenéři, kteří s dětmi a mladistvými sdílejí volnočasové aktivity.

Značný význam se také přikládá mladým lidem o trochu starším, než je cílová skupina. Pro mladistvé středoškoláky může být vzor student z vyššího ročníku, proto existují peer programy, které jsou náročné na výběr a trénink aktivistů. Musí zde jít o lidi, kteří mají určitý vliv a nevycházejí pouze z toho, že absolvovali určitý trénink. (Kalina, 2003, s. 307)

3.4 PREVENCE VE VÝUCE – ZÁKLADNÍ PEDAGOGICKÉ PRINCIPY

Školy a školská zařízení zaujímají důležitou funkci v systému primární prevence zneužívání návykových látek u dětí a mladistvých. Základním nástrojem prevence ve

školství je Minimální preventivní program, který je komplexní v realizaci preventivních aktivit. Minimální preventivní program vypracovává školní metodik prevence se všemi pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky. Minimální preventivní program je i řád školy, ve kterém je vyjádřen postoj k drogám legálním i nelegálním a následné kroky při porušení. Následně jsou zde popsána spolupráce s rodiči a ostatními institucemi a organizacemi.

Primární prevence ve vyučování spočívá v předání informací o jednotlivých typech návykových látek, jejich účincích jak krátkodobých, tak dlouhodobých. O problémech a rizicích jejich zneužívání.

Cíle primární prevence jsou rozčleněny do dvou základních oblastí:

- výchova ke zdravému životnímu stylu
- zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti negativnímu působení nabídky drog.

3.5 VÝCVIK PEER AKTIVISTŮ

Výběr aktivistů pro výkon peer programu bývá velice složitý proces. Školní metodik pro výkon prevence na škole vybere vhodné kandidáty, kteří do programu vstupují dobrovolně. Školní metodik musí stručně vysvětlit, co je podstatou programu. Aktivisté peer programu musí jít příkladem rizikové mládeži, což znamená, že nesmí kouřit, pít alkohol v nadměrné míře. Výcvik aktivistů je prováděn několik hodin. V každé hodině se aktivisté učí nové způsoby. Velice důležitá je motivace. Aktivisté dostávají úkoly, které musí vypracovat, například: vyjmenovat lepší možnosti než kouřit a pít alkohol. Výcvik aktivistů může trvat dlouho, ale když je skupina připravena je načase realizovat peer program ve škole. (Příručka aktivisty peer programu, DVOŘÁK, P. Dostupné z: http://www.epame.cz/epame25/images/stories/svetVedy/Prirucka_aktivisty_peer_programu)

3.5.1 ORGANIZACE PEER PROGRAMŮ

Ustavením organizace, jejíž členové působí na své vrstevníky. To se může dít v rámci organizovaného programu na školách nebo i neformálně. Takto připravení

vrstevníci mohou také zvát své spolužáky do klubu, připravovat pro ně programy, výstavy apod. Tento způsob používá např. organizace IOGT International.

Pravděpodobně nejpraktičtější možností je, když si školy vychovávají své peer vedoucí sami. Případně některá škola může sloužit jako metodické středisko, kde se peer instruktoři školí i pro další zařízení.

Je také možné školit malé týmy (např. učitel a několik žáků z jeho školy). Tyto malé týmy pak implementují program na své škole. Výhodou je možnost takto poskytovat trénink i školám ze vzdálenějších oblastí. U nás takto postupoval Dr. Profous a spolupracovníci, kteří zorganizovali pobytový výcvik peer aktivistů a jejich učitelů v Krkonoších. (Příručka aktivisty peer programu, DVOŘÁK, P. Dostupné z: http://www.epame.cz/epame25/images/stories/svetVedy/Prirucka_aktivisty_peer_programu)

3.6 SELEKTIVNÍ PRIMÁRNÍ PREVENCE

Selektivní primární prevence spočívá v práci s velmi rizikovými žáky, kdy pedagog musí zohlednit tento fakt a využít její specifické formy a metody.

Faktory zvýšeného rizika u dětí a mladistvých:

- závislost na alkoholu u některého z rodičů
- závislost nebo zneužívání návykových látek u sourozenců nebo blízkých přátel
- poruchy chování
- hyperaktivita a poruchy pozornosti
- duševní choroba (úzkostná choroba)
- zanedbání nebo týrání
- vysoce rizikové sociální prostředí.

Pro efektivní selektivní prevenci je potřeba, stanovit si cíle s ohledem na rizika konkrétního dítěte. Zvolit si vhodnou strategii v oblasti dovedností a technik práce s rizikovým jedincem. Počítat s větší intenzitou programu ve směru ke konkrétnímu dítěti. V selektivní prevenci je nutné navázat bezpodmínečně kontakt s rodiči

problémového dítěte. Včasné podchycení problému ve spolupráci s rodinou umožňuje úspěšně vyřešit problém daného dítěte. Snažíme se o integraci žáka, aby lépe zapadl mezi ostatní spolužáky.

Pedagogové základních i středních škol stále více upozorňují na neustále se zvyšující počet rizikových skupin v běžné populaci žáků. Závěrem je proto důležité, aby pedagogové měli dostatečné vzdělání v problematice zneužívání návykových látek, speciálně v oblasti selektivní prevence.

3.7 INTERAKTIVNÍ PROGRAMY VE ŠKOLE

Před rokem 1989 primární prevence na školách téměř neexistovala. Problematika závislosti dlouho obsahovala pouze tabák, alkohol a vycházelo se pouze z dokumentů vlády pod názvem Boj proti negativním jevům mládeže. Lektori v té době byli většinou staří lékaři. Jednalo se o monotónní čtení přednášky.

Po roce 1989 začaly vznikat první preventivní akce zaměřené na protidrogovou prevenci, jejichž realizátoři pocházeli z DROP-INU.

Preventivní programy se dělí:

- 1) **Dlouhodobý program pro předškolní věk:** Tento program je pojat v kontextu podpory zdraví, hygieny, výživy, alkohol, kouření, drogy a vztahy k ostatním.
- 2) **Dlouhodobý program v ranném školním věku:** Tento program by měl rozvíjet předmět Prvouka. Většinou kapitoly, které obsahují drogy nejsou učitelkami moc probírány. Program je lehce náročnější než předškolní vzhledem k věku dětí.
- 3) **Dlouhodobý program pro 4. – 5. třídy:** V tomto věku dětí se více zaměřuje na to, proč vůbec lidé užívají návykové látky, na jednoduché objasnění závislosti, účinků a následků základních typů drog. Důležitou částí tohoto programu je nácvik reakcí na nebezpečné situace včetně schopností odmítnout nabídku drog.
- 4) **Dlouhodobý program pro 2.stupeň základní školy:** Tato část programu rozšiřuje a vysvětluje předcházející informace. Udává více do souvislosti

následky užívání drog a jejich dlouhodobé následky. Klade důraz i na nespécifická témata, jako jsou mezilidské vztahy, řešení problémů a komunikaci.

5) Program pro střední školy: Na středních školách se dlouhodobý program zaměřuje spíše na výcvik peer pracovníků, kteří budou preventivně pracovat na základních školách.

3.8 ZÁKLADNÍ PORADENSTVÍ A VČASNÁ INTERVENCE V PROSTŘEDÍ ŠKOLY

Ve školním prostředí by měl poradenství a včasnou intervenci provádět školní psycholog a učitel, který má znalosti v oblasti prevence sociálně patologických jevů. Jako vhodnou doplňkovou formou preventivních programů škol je kontakt se sociálními pracovníky, dětmi a rodiči žáků základních a středních škol. Šířit mezi rodinami informace o možnostech pomoci ve složité životní situaci.

Při výskytu problémového užívání návykových látek u dětí a mládeže je ve většině případů problém v rodině.

Škola by měla vytvořit bezpečné místo pro učitele. Učitel by neměl žáka nutit k okamžitému vyřešení problému s drogou, na druhé straně je v případě tlaku ze strany rodičů podpořit. Škola by měla mít zmapované kontakty na specifická poradenská zařízení a spolupracovat s nimi. Tyto informace by měla škola poskytnout rodinám všech žáků.

Ve škole je spolupráce s rodinami minimální a možnosti intervence jsou omezeny. Škola je tak nucena často pouze k oznamovací strategii řešení problému. Na základních školách by měla být přivolána policie, při zjištění drogové závislosti u některého žáka. Tento žák je postavení negativního hrdiny, kterého nic nerozhází. I v případě zjištění prodeje drog na základní škole by měla být policie informována se souhlasem rodičů a problém by se měl přesunout do rodinného prostředí k vyřešení.

Rodina problémového žáka se může kdykoliv spojit se školou a požádat o pomoc. (Kalina, 2003, s. 274-290)

3.9 VÝSKYT NÁVYKOVÝCH LÁTEK NA ŠKOLE

Užívání návykových látek na škole lze považovat za rizikové chování. Identifikace problémů a faktorů, které užívání předchází je důležité pro včasnou intervenci a předcházení hlubším negativním dopadům na dítě a mladistvého.

Experimentální užití drog – jednorázová zkušenost, nejvýše 2-3 zkušenosti v životě.

Rekreační – příležitostné/pravidelné užívání drog je zakomponované do životního stylu zejména mladých lidí, nepůsobí vážné zdravotní, sociální a ekonomické problémy.

Problémové užívání drog je dlouhodobé perorální, intravenózní a jiné užívání návykových látek. Problémové užívání většinou způsobuje zdravotní a sociální i ekonomické problémy.

Závislé užívání drog bývá nepřetržité a dlouhodobé. Užívání drog způsobuje poškození sociální, psychologické a somatické.

Nejčastější příčiny u dětí a mladistvých: výkyvy nálad, únava, agrese, lhaní a tajnosti, hubnutí, ztráta chuti, zhoršení školního prospěchu, ztráta věcí z domu, krádeže, ztráta zájmu o sporty a koníčky. (Manuál pro školní metodiky prevence, KLEMENTOVÁ J., SYCHROVÁ M., Dostupné z: http://www.pppuo.cz/soubory/projekty/bezpecne_klima/Manual_pro_skolni_metodiky_prevence.pdf).

4 ČINNOST A VZDĚLÁNÍ PRACOVNÍKA PROTIDROGOVÉ PREVENCE

Profese sociálního pracovníka vznikla na potřebu řešit nepříznivé situace. Tyto nepříznivé situace způsobují problémy nejen jednotlivci, ale celé společnosti. Sociální pracovník bojuje za lepší společnost pomocí práce s jednotlivcem, skupinou lidí, či celou komunitou.

Sociální pracovník by měl být profesně motivovaný, empatický, tolerantní, respektující, zodpovědný a zvědavý. Dále by měl být schopen komunikovat jak s jednotlivci, skupinami, rodinami, tak i komunitami. Sociální pracovník by měl být schopen zorientovat se v potřebách a možnostech klienta, rozeznat jejich silné stránky a možnosti nejen klienta, ale i jeho okolí a podporovat jejich soběstačnost a sebeúctu. Další kompetence sociálního pracovníka by měly směřovat do schopnosti týmové práce, manažerských schopností a plánování. Sociální pracovník musí znát metody a techniky sociální práce, měl by být schopen a ochoten se dále vzdělávat a odborně růst.

Studenti ze škol odpovídali pro časopis sociální práce, jaký by měl sociální pracovník podle nich být:

S – oucitný	P – okorný
U – znalý	R – espektující
P – odporující	I – nvenční
E – mpatický	M – yslící
R – ozhodný	A – utentický

Všechny tyto vlastnosti jsou velice důležité a správný sociální pracovník by měl tyto vlastnosti mít. (Časopis Sociální práce, 2007. s.5-30)

Sociální pracovníci vykonávají sociální šetření, řeší sociálně právní problémy v sociálních zařízeních, poskytují sociálně právní poradenství, depistážní činnost, poskytují krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. (Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/25986/Doporuceny_postup_4_2016_Priloha_c_1.pdf)

4.1 KRAJSKÝ PROTIDROGOVÝ KOORDINÁTOR

Krajský protidrogový koordinátor je pracovník, který vykonává práci na magistrátu nebo okresním úřadě a který ke své činnosti přibral evidenci o drogové problematice a jejím řešení na území v působnosti úřadu.

Funkce protidrogového koordinátora je aktuálně ustanovena ve všech krajích, výjimkou je Moravskoslezský kraj, kde není protidrogový koordinátor přímo jmenován, ale funkci vykonává referent pro sociální služby.

4.1.1 NÁPLŇ PRÁCE KRAJSKÉHO PROTIDROGOVÉHO KOORDINÁTORA

Protidrogový koordinátor vytváří samostatné projekty protidrogové politiky kraje. Dále zpracovává hodnotící zprávy o realizaci protidrogové politiky v kraji, předkládá a podává návrhy na řešení situace užívání návykových látek v daném kraji.

Krajský protidrogový koordinátor spolupracuje s institucemi například: školství, zdravotnictví, policie, soudy, státní zastupitelství a další. Spolupracuje také s dalšími krajskými složkami zejména se školními metodiky prevence.

4.2 ŠKOLNÍ METODIK PREVENCE

Školní metodik prevence je školský pracovník, který vypracovává a realizuje s ostatními pedagogy minimální preventivní program, řeší rizikové chování ve škole, spolupracuje s rodiči a dalšími institucemi.

4.2.1 NÁPLŇ PRÁCE ŠKOLNÍHO METODIKA PREVENCE

Koordinuje tvorbu a realizaci programu prevence na škole. Realizuje aktivity školy zaměřené na prevenci záškoláctví, závislosti, násilí, vandalismu, sexuálního zneužívání, kriminálního chování a rizikových projevů sebepoškození.

Školní metodik práce dále koordinuje vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence rizikového chování, koordinuje spolupráci škol a školských zařízení s orgány státní správy.

4.3 VZDĚLÁNÍ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ

Vzdělávání sociálních pracovníků je dáno zákonem 108/2006 sb. Zákon o sociálních službách. Sociální pracovník musí mít:

„Ukončené vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost.“

„Ukončené vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpis.“

„Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.“

Formy dalšího vzdělávání jsou:

- *specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka*
- *účast v kurzech s akreditovaným programem*
- *odborné stáže*

- *účasť na školicích akciách*
- *účasť na konferenciách.*“ (Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>)

5 ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU DROG U MLADISTVÝCH

Péče o uživatele návykových látek má v České republice poměrně dlouhou tradici. V roce 1948 založil Jaroslav Skála první zdravotnické zařízení pro léčení alkoholových závislostí v Praze. Toto zařízení se postupně vyvíjelo a stalo se modelem pro další zdravotnická zařízení, které vznikly v tehdejší Československu, většinou při psychiatrických léčebnách. Později se zařízení vyvinula v dnešní terapeutické komunity. Postupem času se začaly vytvářet ambulantní ordinace AT – alkohol a toxikomanie. V roce 1978 založil MUDr. Rubeš první ambulantní zařízení pouze pro nealkoholové závislosti (Středisko drogových závislostí), které se později zrovnoprávnilo v první nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN.

Také tehdejší Skálovy skupiny či kluby abstinentů (KLUS – Klub usilující o abstinenci) se staly základem pro péči o závislé, jakými jsou doléčovací programy, včetně svépomocných skupin a zapojení rodinných příslušníků do procesu léčby.

Systém péče o drogově závislé má určitá kritéria:

- **Kvalitativní kritéria** – Kvalitativní kritéria jsou schopnosti, pokrýt potřeby různorodých skupin s ohledem na rozvoj závislosti a rozsah problémů spojených se závislostí na návykových látkách. Jde o zajištění maximálních léčebných účinků při minimálně vynaložených nákladech.
- **Kvantitativní kritéria** – Kvantitativní kritéria se zaměřují na rozsah a dostupnost péče. Každé zařízení se liší podle oblasti, ve které se nachází. Zařízení, jako jsou například kontaktní centra, by měla být časově dostupná pro všechny klienty s ohledem na jejich denní rytmus. (Kalina, 2003, s. 150-157)

5.1 TEREENNÍ PROGRAMY

Terénní programy se zaměřují na zmírnění zdravotního a sociálního poškození uživatelů návykových látek. Terénní pracovníci poskytují informace, sterilní zdravotnický materiál a poskytují poradenství ke zlepšení zdravotní a sociální situace

uživatelů drog. Motivují uživatele drog k pozitivní změně chování a k léčbě závislosti na drogách.

5.1.1 ZÁKLADNÍ CÍLE TERENNÍCH PROGRAMŮ

- navazovat kontakt s klientem-uživatelem nelegálních návykových látek a předat mu informace o nabídce odborné pomoci
- snižovat zdravotní a sociální rizika související s užíváním drog
- motivovat klienta ke změně životního stylu, jehož součástí je i abstinence od návykových látek
- bránit šíření HIV/AIDS a hepatitid u uživatelů návykových látek
- měnit rizikové chování směrem k bezpečnějším modelům v chování v oblasti užívání návykových látek a sexu
- chránit většinovou společnost před infekčními chorobami prostřednictvím výměny, sběru a likvidace použitého injekčního materiálu. (Kalina, 2003, s. 159)

Pro děti a mladistvé závislé na návykových látkách je terénní práce velmi důležitá. Děti a mladiství neberou v potaz rizika, jako jsou nemoci z nechráněného pohlavního styku nebo použitím infikované injekční stříkačky. Všechny služby terénní práce jsou poskytovány bezplatně.

5.2 KONTAKTNÍ CENTRA

Cíle kontaktních center jsou navázání kontaktu se skrytou populací drogově závislých jedinců a motivovat je ke změně životního stylu a při cestě k abstinenci. Dalším cílem kontaktních center je zlepšení životního prostředí a zdraví klientů. Kontaktní centra poskytují informace uživatelům návykových látek, ale také pomoc rodinám a blízkým osobám.

Kontaktní centra jsou vhodná pro uživatele nealkoholových drog starších 15 let, většinou tedy pro klienty, kteří jsou pravidelní nebo injekční uživatelé. (Kalina, 2003, s. 165-166)

5.3 ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE PRO MLADISTVÉ

Adiktologická ambulance poskytuje služby ohroženým osobám se závislostí na návykových látkách nebo se syndromem závislosti na alkoholových drogách, včetně nadužívání medikamentů.

5.3.1 SPECIFICKÉ CÍLE ADIKTOLOGICKÉ AMBULANCE

- Zvýšit procento mladistvých uživatelů, kteří využijí adiktologické léčebné instituce
- včasná diagnostika problému a včasná intervence
- diagnostika okolností posilující závislé chování a jejich řešení
- změna rodinného klimatu jako podmínky úspěšné léčby u některých mladistvých klientů-zapojení rodičů do procesu léčby
- zajistit adekvátní následnou léčbu-zlepšení kooperace institucí zajišťující péči o mladistvé klienty ohrožené závislostí, respektive závislé.

Příjem do adiktologické ambulance probíhá bez doporučení. Pokud klient přechází z jiného zařízení, doporučení je vítáno. O přijetí klienta do programu rozhoduje vedoucí pracovník při vstupním pohovoru. (<http://www.sananim.cz/>)

5.4 DENNÍ STACIONÁŘE

Denní stacionáře jsou organizace na poloviční cestě mezi ambulantní léčbou a ústavní léčbou a mezi domovem a institucí. Poskytují klientům denní léčbu (zdravotnickou, psychoterapeutickou, sociální, výchovnou, rehabilitační a ošetrovatelskou). Obvykle je tato služba poskytována klientům přes týden. Tato služba je nelůžková a je poskytována klientům, kterým ambulantní léčba nestačí, ale přitom nepotřebují ústavní léčbu.

Denní stacionáře jsou poměrně novou možností léčby a péči o lidi závislé na návykových látkách. V České republice nejsou denní stacionáře ještě příliš rozvinuté. V denním stacionáři je jasně daný strukturovaný program, který stacionáře převzaly z terapeutických komunit. Tento program je označován jako léčebný či léčebně výchovný.

V denním stacionáři je léčba rozvržena do 5 pracovních dnů, minimálně 20 hodin týdně, což znamená 4 až 5 hodin denně, stejně jako ve škole, nebo práci. Cílem je navodit změnu sebepojetí, postojů, chování a udržet klientovi rodinné a sociální vztahy. (Kalina, 2003, s. 179-181)

5.5 DETOXIKAČNÍ CENTRUM PRO DĚTI A MLADISTVÉ

Dětské detoxikační centrum pro děti a mladistvé je specializované oddělení pro akutní léčbu dětí závislých na návykových látkách. Centrum poskytuje lůžkovou i ambulantní péči, spolupracuje se školou i rodinou. Cílem detoxikačního centra je integrace dětí zpět do společnosti.

Léčba je zaměřena na zvládnutí abstinčních příznaků a motivační trénink – intenzivní individuální a skupinové motivační terapie a aktivity ve volném čase (keramika, muzikoterapie). Děti, které jsou povinné školní docházkou zde mají zprostředkovanou výuku.

Detoxikační centrum pro děti a mladistvé se nachází v Praze a je ojedinělé i v celé České republice. Detoxikační centrum má 14 lůžek a roční hospitalizace se pohybuje okolo 200 pacientů. (<http://www.nmskb.cz/pro-pacienty/oddeleni/detoxikacni-centrum>)

5.6 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PRO MLADISTVÉ

Terapeutická komunita Karlov se zaměřuje na mladistvé jedince a matky s dětmi závislé na návykových látkách. Pro mladistvé je komunita soustředěna na střednědobou rezidenční léčbu.

Léčba v terapeutické komunitě Karlov je vhodná pro mladistvé závislé na nealkoholových drogách v kombinaci s alkoholem a gamblingem, klientům z ústavní výchovné péče.

5.6.1 KRITÉRIA PRO PŘIJETÍ

- Dobrovolný a nástup a motivace
- u mladistvých písemný souhlas zákonného zástupce
- nepřítomnost psychického a tělesného onemocnění

- absolvování detoxifikace před nástupem do komunity.

Pobyt v terapeutické komunitě je zpoplatněn. Klient denně platí 35 korun za stravu a 85 korun za ubytování. (<http://www.sananim.cz/>)

5.7 PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE MARIANNY ORANŽSKÉ PRO MLADISTVÉ

Psychiatrická nemocnice přijímá mladistvé pojištěnce starší 15ti let k ústavní léčbě. Léčebná péče je poskytována klientům závislým na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách, pro které je k dispozici několik léčebných programů. V nemocnici se nachází pět oddělení a každé z nich má svá specifika. Pro přijetí na léčbu je potřeba lékařské písemné doporučení. Bez písemného doporučení nebude klient přijat, pouze s výjimkou závažné akutní duševní poruchy, která bezprostředně ohrožuje život. Tuto situaci posoudí lékař konající příjmovou službu. Nemocnice disponuje 150 lůžky a její diagnostické spektrum zahrnuje všechny duševní poruchy. (<http://www.pnmo.cz/>)

6 PRAKTICKÁ ČÁST

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je pružný typ výzkumu. V průběhu kvalitativního výzkumu nevznikají pouze otázky, ale také hypotézy. Seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v terénu. Analýza a sběr dat probíhá současně. Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje popis místa zkoumání, citace z rozhovorů a poznámky.

Hlavním úkolem při kvalitativním výzkumu je objasnit, jak se lidé v dané situaci dobírají pochopení toho, co se děje, co se dělo, proč tak jednali v dané situaci. (Hendl, 2016, s. 45-48)

Výzkumným cílem praktické části bylo představení projevů výskytu drogově závislého v rodině. Volbou metodologie pro praktickou část byla technika případových studií klientů z terapeutické komunity a standardizovaný rozhovor s matkou drogově závislého jedince.

Případová studie byla zvolena pro demonstraci daných případů, které budou popsány jako nejjednodušší a nejstručnější a rozhovor byl zvolen, neboť se autorka domnívá že je možné v rozhovoru přiblížit bezprostřední zkušenost s danou problematikou.

Výzkum probíhal v terapeutické skupině, kterou autorka v rámci své předcházející studijní praxe navštěvovala od listopadu 2017 do ledna 2018. Rozhovor byl proveden v únoru 2018.

Cílem potvrzení či vyvrácení teorie popsané v teoretické části byly pro praktickou část zvoleny následující hypotézy:

- **Hypotéza číslo 1:** Uživatelé drog pocházejí z různých sociálních rodin, neboť je nepravděpodobné, že uživatelé drog mohou být pouze jedinci z majetných rodin.
- **Hypotéza číslo 2:** Rodina a rodinné prostředí má vliv na spuštění drogové závislosti.

- **Hypotéza číslo 3:** Škola dostatečně prezentuje svým žákům a rodičům její názor na prevenci a výskyt patologických jevů.

7 OSOBNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE

Případové studie jsem prováděla s klienty terapeutické komunity. Předem jsem si připravila otázky, které jsem klientům položila.

V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů, tedy sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. U osobní případové studie jde o podrobné zkoumání jedince. Pozornost se věnuje například minulosti a faktorům, které přecházely určitým událostem (užívání drog). Zkoumají se příčiny, faktory, procesy, historie života. (Hendl, 2016, s. 102)

7.1 PŘÍPADOVÉ STUDIE SKLIENTY Z TERAPEUTICKÉ KOMUNITY – VLASTNÍ ŠETŘENÍ

Případová studie se zabývá případem konkrétního klienta, jak probíhal projekt od začátku do konce. Pozornost je věnována především řešení problému daného klienta, následky a vyřešení. V případové studii je důležitá dobrá komunikace s klientem.

7.1.1 KLIENT PRVNÍ FÁZE

Osobní údaje:

Jméno: Aleš

Bydliště: Kolín

Stav: svobodný

Národnost: česká

Rodinná anamnéza:

Aleš se narodil do nesezdaného soužití, jako neplánované dítě. V průběhu těhotenství se matka odstěhovala do Kolína. Aleš svého otce nezná, jediné co ví, že je to alkoholik a že má další dva nevlastní sourozence. Matka pobírá důchod a je závislá na benzodiazepinu.

Osobní anamnéza:

Aleš byl od 12ti let sexuálně zneužíván matčíným přítelem. Od 13ti let začal kouřit marihuanu a v 15ti letech začal brát pervitin, tripy, extáze, houbičky a jednou dokonce i heroin. Drogy mu daly pocit zapomení na trauma z dětství. Aleš po této zkušenosti vyhledával homosexuální styky. Prošel si třemi homosexuálními vztahy. Po následném sebepoznání změnil orientaci na heterosexuální soužití. Drogy mu vzaly duševní zdraví a přátele.

Sociální a školní anamnéza:

Aleš základní školu dokončil, i když se špatným prospěchem. Poté nastoupil na střední školu v Kolíně, kterou nedokončil. Byl umístěn do diagnostického ústavu na šest měsíců za výchovné problémy. Byl drzý na učitele, mlátil spolužáky. Po ukončení léčby v terapeutické komunitě a doléčovací léčbě v Olomouci, by si rád dodělal učební obor kuchař – číšník.

Zdravotní anamnéza:

Aleš trpí schizofrenií. Byl umístěn čtyřikrát do psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Každý pobyt trval šest měsíců, mimo posledního, který v polovině přerušil z důvodu léčení v terapeutické komunitě. První léčení v terapeutické komunitě nebylo dokončeno, jelikož Aleš utekl na 13 dní domů. Nyní je v komunitě již podruhé. Spouštěč nemoci je u něho nadmíra stresových situací nebo neporozumění si s okolím. Aleš je zbaven svéprávnosti na návrh matky. Má určeného opatrovníka.

Aleš se díky útěku nachází v první fázi, kterou již dokončuje. V komunitě se mu moc líbí. V zařízení by nic neměnil. Drogy mu nechybí, pouze když si vzpomene na trauma z dětství.

7.1.2 KLIENT DRUHÉ FÁZE

Osobní údaje:

Jméno: Tereza

Bydliště: Praha

Stav: svobodný

Národnost: česká

Rodinná anamnéza:

Rodičům se Tereza narodila jako chtěné dítě. Narodila se s vrozenou vadou neprůchodnosti střev. Rodiče jí od mala rozmazlovali. Po 9ti letech se jí narodil sourozenec. Rodiče spolu stále žijí v rodinném domě v Praze. Matka pracuje jako sekretářka v jedné firmě, otec pracuje jako opravář kamer. Oba rodiče občas požívají alkohol, po kterém jsou na sebe agresivní. Párkrát se i fyzicky vzájemně napadli. Tereza toho byla svědkem.

Osobní anamnéza:

V pubertě začala mít Tereza problémy. V 15ti letech si našla přítele, který pořádal techno párty. Začala utíkat z domu. Rodiče se ve výchově nemohli sjednotit. Matka něco zakázala, otec jí to dovolil a dal jí ještě peníze. Terezu přivedl k drogám její přítel. Nejprve kouřila marihuanu, později užívala pervitin a v konečné fázi drogové závislosti brala heroin. Drogy jí většinou daly euforii, nové zážitky. Vzaly jí vše kromě rodiny.

Sociální anamnéza:

Tereza neměla nikdy žádné problémy se zákonem. Po opuštění komunity bude pracovat ve firmě jejího mladšího bratra. Bydlet bude u rodičů, ale nechce se vrátit do svého pokoje, na který má špatné vzpomínky z období závislosti.

Školní anamnéza:

Základní škola byla bez problémů. Tereza prošla mnoho soukromých, středních škol. Do každé školy chodila pod vlivem drog. Nakonec se vyučila jako servírka, ale dálkově, protože nevládala chodit do školy každý den. Byla zaměstnaná v jedné pražské herně, odkud jí vyhodili, protože byla agresivní na zákazníky.

Zdravotní anamnéza:

Ve 20ti letech dostala Tereza hepatitidu typu C, se kterou se potýká již 13 let. V roce 2004 podstoupila léčbu, ale nemůže být léčena jako normální pacient a dostávat Interferon, protože má špatný genotyp. Díky drogám trpí i maniodepresivní psychózou. Byla již 12x hospitalizována v psychiatrické léčebně v Bohnicích, přes neklidový pavilón. Velice často se nachází v manické fázi. V noci nespí, nevydrží stát na místě.

V komunitě bude již osmý měsíc. Nejvíce se jí líbil přestup do druhé fáze, kde se konala rodinná terapie, při které měla možnost vše si vyříkat s rodiči. V zařízení by neměnila vůbec nic. Právě teď prožívá další manický stav, ale cítí se dobře, má čistou hlavu a nemá žádné myšlenky na drogy.

7.1.3 KLIENT TŘETÍ FÁZE

Osobní údaje:

Jméno: Martin

Bydliště: Plzeň

Stav: svobodný

Národnost: česká

Rodinná anamnéza:

Martin se rodičům narodil jako chtěné dítě. Žil s rodiči v bytě v Aši. Později se Martinovi narodili další dva sourozenci. Za čas se rodiče rozvedli z důvodu otcova nadměrného požívání alkoholu. Změna otcova chování způsobila v rodině velké neshody, například bití Martina. Otec zůstal bydlet v Aši a živí se jako silničář. Matka se s dětmi odstěhovala do Plzně a pracuje v dětském domově.

Osobní anamnéza:

V pubertě začal mít Martin problémy s prospěchem i chováním. Byl velice drzý, musel být středem pozornosti. V 16ti letech poprvé zkusil marihuanu, ke které ho přivedl kamarád ze školy. Nejprve kouřil marihuanu jen o víkendu, po čase začal každý den. Kolem 17tého roku zkusil pervitin. Ze začátku jen na párty, později to však přešlo v každodenní touhu. Občas do toho užil houbičky a tripy, což trvalo do 19ti let. V 19ti letech si našel přítelkyni, kvůli které přestal být na dva roky závislým. Po přiznání nevěry přítelkyně, se opět stal aktivním uživatelem drog. Po dalších dvou letech již nechtěl užívat drogy a začal se léčit. Martin byl dříve velice citlivý a hodný kluk. Martin trpěl hypersenzitivitou. Drogy mu daly pocit bezpečí před okolním světem. Ovšem vzaly mu toho mnohem víc. Po dávce byl agresivní i na svoji rodinu. Ztratil kamarády a normální život.

Sociální anamnéza:

V 18ti letech pod vlivem drog s kamarády vykradl byt otce jednoho kamaráda. Jelikož měl čistý trestní rejstřík, dostal za to veřejně prospěšné práce. Ve věku 23 let, odcizil své matce auto a naboural s ním do lampy. Za dobu užívání drog si nikdy nezpůsobil žádné dluhy. Po ukončení léčby v Sejrku, který opouští již v lednu 2017, nastoupí na půl roku do doléčovacího centra v Dobřanech. Po ukončení může bydlet s matkou v Plzni. Rád by si našetřil na nájem a osamostatnil se, našel si přítelkyni a měl rodinu.

Školní anamnéza:

Jako malý navštěvoval čtyři roky Hudební školu v Aši. Velice dobře umí hrát na kytaru. Základní školu dokončil bez sebemenších problémů. Po nástupu na střední počítačovou školu, kde poznal kamaráda, který ho přivedl k marihuaně, začal mít problémy s docházkou. Měl 450 zameškaných hodin, trojku z chování a ze všech předmětů nedostatečné hodnocení. Do školy si chodil pouze pro drogy. Po vyloučení ze školy, nastoupil na učební obor instalatér. Obor dokončil díky matce, která se za něho chodila přimlouvát, aby ho nevyloučili.

Zdravotní anamnéza:

Martin se následkem užívání drog dostal do psychiatrické léčebny na 7 měsíců. Začal mít halucinace a slyšet v hlavě různé hlasy. Po požití drog měl například pocit, že v pokoji vidí slavné osobnosti nebo křičel celou noc na hlasy v hlavě, u kterých nerozeznal realitu od halucinace. Jiné zdravotní potíže neměl. Testy na hepatitidu typu c, ještě nepodstoupil. V terapeutické komunitě je skoro 12 měsíců.

V komunitě se mu velice líbí. Jako klient 3. fáze již musí chodit do práce. Jezdí pracovat s místním zemědělcem do lesa. Má povinnou pouze jednu terapeutickou skupinu týdně a jednu o víkendů. Po nahlášení terapeutům může opustit komunitu na stanovenou dobu, aby si zařídil osobní věci. Ke konci třetí fáze vzniká větší míra izolovanosti od klientů, pro přípravu na samostatný život mimo komunitu. Na komunitě mimo neudržování pořádku v kuchyni mu nevadilo nic. Myšlenky na drogy nemá.

7.1.4 VERBÁLNÍ KOMPARACE PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

Kvalitativní výzkum vznikl na základě rozhovorů se třemi klienty. Jednalo se o klienty Martina, Aleše a Terezu z terapeutické komunity. Převaha mužů ve vybraném vzorku respondentů je dána tím, že v zařízení je více mužů.

Pro uvedené klienty je společné, že nastoupili do zařízení dobrovolně z důvodu léčby závislosti a přidružených chorob. Společným znakem bylo také to, že za důvod závislosti u všech klientů mohly rodinné problémy a nedůsledná výchova.

Adaptace na změnu životního stylu byla u klientů náročná. Nejhůře se vyrovnávali se ztrátou soukromí a občasně ponorkové nemoci v takto uzavřené sociální skupině.

Rozdílné znaky u klientů byla pouze věková hranice.

Zmiňovaní klienti kladně hodnotí snahu zaměstnanců zařízení o udržování dobrých vztahů mezi klienty v komunitě. Dále si také cení jejich vstřícného přístupu vůči jejich problémům. Pokud mají klienti určitý problém a požádají od terapeutů individuální terapii, vždy jim vyjdou vstříc. Klienti si také na zaměstnancích cení toho, že pro všechny platí stejná pravidla. Nejsou žádné výjimky a to ani, když je terapeut klíčovým pracovníkem daného klienta.

Negativního hodnocení klientů vůči terapeutům docházelo pouze v případě úklidu komunity. Klienti při úklidu chtěli mít vše hotové ihned. Ovšem terapeuti prochází úklid do detailu a klienti museli mnohdy úklid opakovat, dokud nebylo vše tak, jak má být.

Největší zájem klientů byl o tvořivé kroužky. Každý klient má různé nadání, a když se spojili všichni dohromady, vyšly z toho mnohdy krásné výtvary. V komunitě je možné zakoupit si v keramické dílně různé výtvary. Dále je možnost zakoupit si různé fotografie, které klienti sami nafotili a upravili.

Nejmenší zájem ze strany klientů se projevil při svolání „Případové komunity“. Pokud se klienti mezi sebou na něčem neshodnou a dojde ke konfliktu, svolá se tato komunita, aby se daný problém vyřešil hned. Pro ostatní klienty, kterých se tento konflikt netýká, je to „ztráta času“.

8 STUKTUROVANÝ ROZHOVOR S OTEVŘENÝMI OTÁZKAMI PROVEDENÝ S MATKOU DROGOVĚ ZÁVISLÉHO

1) Kdy jste poprvé zjistila, že Váš syn je drogově závislý a jak?

„Asi v jeho 17letech. Nejprve jsem začala pozorovat změny v chování. Změnil kamarády a postupně měnil hodnoty, postoje i zájmy. Zpočátku byl odtažitý a tichý, poté se ale chování začalo měnit v agresi a mezi námi vznikaly časté hádky. Dále jsem si začala všimnat tělesných změn. Můj syn začal hubnout, ale přitom jedl stále normálně. Později jsem si všimla, že začal mít neustále skleněné a zakalené oči. Jako matku, která se domnívala, že pro své dítě udělala vše, co mohla, mě závislost prvně nenapadla. Jeho výkyvy nálad se měnily radikálním způsobem možná půl roku. Vůbec první myšlenka toho, že je můj syn závislý mi vznikla v hlavě až po konverzaci s mojí vnučkou, která mě na tuto možnost upozornila.“

2) Pozorovala jste na svém dítěti další změny? Stupňovalo se něco z předchozích změn?

„Ano. Jeho tělesná hmotnost se extrémně snížila. Vypadal jako kost a kůže. Postupem času se ovšem začala zvyšovat agresivita. Jednou mi zkroutil ruce, když jsem nevyhověla jeho přání. Náš vztah se změnil od základu. Neměla jsem z něho pocit, že by ke mně měl úctu jako k matce. Při hovoru jsem s ním dost často měla pocit, že nevnímá nebo je myšlením jinde. Musím uznat, že syn byl na základní škole jedním z premiantů a jeho logické myšlení mi vždy přišlo na vyšší úrovni oproti vrstevníkům. Dovolím si tvrdit, že se závislostí se jeho inteligence i logické myšlení upínalo na nižší úroveň, než tomu bylo dříve.“

Nejtěžší pro mě bylo, když mě na změny povahy i vzhledu mého syna začalo upozorňovat okolí. Sousedí, kteří mého syna znali od mala se strachovali, zda je v pořádku. Prvně jsem měla tendenci ho hájit a realitu popírat. Postupem času a po zjištění informací z literatury a internetu mi došlo, že popírání reality mě ani mému synovi nepomůže.“

3) Byl na Vás někdy syn agresivní pod vlivem drog? Uhodil Vás někdy?

„Naše konflikty se neustále stupňovaly. Neustále na mě křičel. Dostal od svého otce byt, takže jsme spolu nežili. Chodil se ke mně vždy najíst a vyprat oblečení. Pokud jsem měla uvařené jídlo, které mu nechutnalo, začal na mě křičet, mlátit s věcmi a dveřmi. Jak jsem již řekla, jednou mi zkroutil ruce, ale nikdy mě neuhodil. Jeho agresivní chování jsem asi dost často zlehčovala nebo si to nepřipouštěla. Musím uznat, že jsem občas nevěřila, že to může být můj syn, kterého jsem vychovala. Všechno jsem začala vnímat jako moje selhání. Pokud na mě můj syn zakřičel a měla jsem pocit, že není „ve své kůži“, bála jsem se. Přišlo mi, že nevím, s kým jedním. Nikdy se mi po jeho záchvatech vzteku neomluvil, ale jeho chování na mě působilo tak, že si je vědom své chyby a nevhodnosti svého jednání.“

4) Víte, jaké drogy Váš syn užívá?

„Nejprve začal kouřit marihuanu, k tomu se mi přiznal, a i jsem to poznala ze zápachu jeho oblečení. Po pár měsících se mi sám přiznal, že užívá i pervitin. Období, kdy se mi přiznal a já už neměla důvod, proč ho omlouvat, bylo pro mě nejtěžším obdobím. V tuhle chvíli mi došlo, že je na čase postavit se tomuto problému čelem, a ne ho zlehčovat. Začala jsem studovat literaturu, knihy ale i webové stránky popisující drogovou závislost. V souvislosti s užíváním drog mého syna mi začal i lhát, a proto na Vaši otázku nedokážu odpovědět. Přiznal se mi tedy k pervitinu, ale nevím, zda to je jediná droga, kterou užívá.“

5) Víte, proč Váš syn začal užívat drogy?

„Myslím si, že ze zvědavosti a také díky kamarádům. Mám ale pocit, že za to může i rodinná situace. S otcem svého syna jsem se rozvedla, kvůli domácímu násilí. Bývalý manžel se nebál uhodit mě ani syna.“

Možná po položení této otázky Vámi, mi i v hlavě opět zní otázka, zda v tom nebylo moje selhání. V době, kdy jsem měla problémy s otcem mého syna jsem řešila, jak z této situace ven a nevnímala jsem vývojové potřeby svého dítěte. Hledala jsem východisko

situace a pomoc v manželské poradně, u psychologa, terapeuta a následně i psychiatra. Měla jsem pocit, že musím být prvně silná já a potom mohu pomoci a na plno se věnovat svému synovi. Situace pro mě však byla natolik náročná, že vývojové etapy mého syna prožíval on sám a zřejmě si sám východisko našel v nevhodné partě a drogové závislosti. Domnívám se, že mi tenkrát užíváním drog vysílal signály, abych se mu více věnovala, jenže já je přehlížela.“

6) Má Váš syn problémy se zákonem kvůli drogám?

„Vím, že mému synovi byl odebrán řidičský průkaz z důvodu pozitivní zkoušky na drogy i alkohol a dostal podmínku na 3 roky. Moje vnučka mě tenkrát informovala ohledně vaření drog mým synem, ale sama nevěděla, zda je ta informace pravdivá. Syn se mi po předložení této otázky vysmál do očí a řekl, že můžu být pyšná, že mu to vynáší. Následně mi to ale popřel.“

7) Má Váš syn dluhy následkem drog? Pokud ano, platila jste za něho nějaké?

„Vím, že má syn několik exekucí. Kolik a v jaké výši nevím. Zaplatila jsem za něho dluhy u zubaře a komunální odpad. Měla jsem tendenci mu pomáhat a o jeho dluhy se zajímat, abych mu je pomohla splatit. Po komunikaci s rodinou a blízkým okolím mi však byla doporučena rada, kterou jsem i já následně pojala za vhodnější volbu, a to pomoci se základními věcmi, jako je upozornit na placení, ale zodpovědnost mu přenechat, jelikož je již několik let dospělí.“

8) Snažila jste se synovi pomoci? Informovala jste se, jak se dá drogově závislým pomoci?

„Snažila jsem se mu pomoci po dobrém. Informovala jsem se na internetu, že existují různé komunity a centra pro drogově závislé. Syn vždy sliboval, že přestane. Když mu padlo 18 let a jeho agrese a chování bylo čím dál horší, přestala jsem se zajímat. O pomoc stál, když měl strach, že ho zavřou do vězení. Jako pro matku to pro mě bylo těžké. Možná ještě těžší v tom, že jsem uznala svoji chybu. Můj syn je však dospělí a musí si nést následky za své činy. Ví, že mu budu vždy nápomocná a může se na mě obrátit, opakovala jsem mu to již několikrát. Pořád tajně doufám, že se tohle období zlomí tím, že si najde přítelkyni, která mu z toho pomůže.“

9. Má drogová závislost nějaký dopad na Vás jako na matku? Pokud ano, jaký?

„Ano. Říkám si, co jsem měla udělat jinak. Celkově mě ta situace mrzí. Do minulosti se vracet nedá a jsem teď zaměřena a připravena na budoucnost, kde mu jsem ochotna pomoci, pokud o ní bude stát. Dopad na mě? Několikrát jsem již byla na pobytu spojeným s psychiatrickými problémy. Drogová závislost mého syna určitě není jediný důvod, proč jsem se léčila s psychiatrickým onemocněním, ale myslím, že je to jeden z hlavních důvodů.“

9 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKU

Na základě provedeného šetření formou kazuistik a rozhovoru je možné provést vyhodnocení hypotéz a cílů práce.

Hypotéza číslo 1: Uživatelé drog pocházejí z různých sociálních rodin, neboť je pravděpodobné, že uživatelé drog mohou být sociálně situovaní jedinci – hypotéza se potvrdila, neboť uživatelé drog, kteří byli poptáni v kazuistikách jsou z různě situovaných rodin. Každá rodina má určité finanční i sociální možnosti, ovšem tato skutečnost nepodmiňuje závislost u dětí a mladistvých na drogách.

Hypotéza číslo 2: Rodina a rodinné prostředí má vliv na spuštění drogové závislosti – tato hypotéza se potvrdila pouze částečně, neboť děti a mladiství se setkávají s problematikou drogové závislosti nejen v rodinách, ale i u svých vrstevníků jak ve škole, tak i v blízkém okolí. Dostupnost drog v dnešní době bývá mnohem snazší, proto s drogou děti a mladiství začínají experimentovat v brzkém věku.

Hypotéza číslo 3: Škola dostatečně prezentuje svým žákům a rodičům její názor na prevenci a výskyt patologických jevů – hypotéza se potvrdila pouze částečně, neboť škola má sice svůj preventivní program, ale je menší návštěvnost preventisty, například v rámci třídních schůzek v konkrétní třídě, kde se tento jev vyskytuje. Další rezervy jsou na internetových stránkách školy, kde nejsou pravidelně podávány informace o případném výskytu těchto jevů mezi žáky a mladistvými a zároveň zde není popsána spolupráce s dalšími institucemi.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo představení, popis a charakteristiky příčin vzniku drogových závislostí v rodině a ve škole, včetně popisu prevence proti těmto jevům, práce preventisty, jeho vzdělávání a vzdělávání peer aktivistů, kteří se touto problematikou taktéž zabývají.

Drogová závislost je celospolečenský problém, který je nezákonný a velice rozvinutý. Drogová závislost mívá špatný dopad jak na uživatele drog, tak i na jeho rodinu a okolí. Závislost na drogách má špatné účinky na psychickou i fyzickou stránku člověka. U dětí a mladistvých bývá závislost vytvořena mnohem rychleji než u dospělého jedince a recidiva je častější a dlouhodobější. Odvykání od drog u dětí a mladistvých je dlouhodobý proces, který nebývá vždy jednoduchý.

Z teoretické i praktické části vychází, že vzdělávání pracovníků v oblasti drogové závislosti a následné prohlubování znalostí by mělo být neopomenutelné. Vzdělávání peer aktivistů je pro ohrožené skupiny dětí a mladistvých velice důležité, protože peer aktivisti mohou být pro drogově závislé jedince vzory. Peer aktivisti mohou být starší spolužáci, kteří pracují ve skupině a sami dodržují pravidla, jako je nekouřit cigarety a nepít alkohol ve velké míře.

Z rozhovoru s matkou drogově závislého jedince vyplývá, že školní metodici pro drogovou prevenci umožňují určité informace pro rodiče dětí, které mají problémy se závislostí, ovšem informovanost by mohla být ve větší míře, jak na schůzích rodičů, tak na internetových stránkách.

Bakalářská práce je cílená na představení drogové závislosti v rodině a ve škole a na vzdělávání drogových preventistů a peer aktivistů. Vzdělávání a prohlubování znalostí všech sociálních pracovníků je velmi důležité jak pro společnost, tak pro samotného pracovníka.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů:

BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 1998. ISBN 80-85943-57-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup. 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup. 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Glosář: z oblasti drog a drogových závislostí. 1*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Sociální práce: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci: Role sociálního pracovníka. Sociální práce: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci: Role sociálního pracovníka*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2007(1), 5. ISSN 1213-6204.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost. 3.*, aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

Seznam použitých internetových zdrojů:

<https://www.mpsv.cz/cs/> [online]. [cit. 2018-03-05].

<http://www.nmskb.cz/pro-pacienty/oddeleni/detoxikacni-centrum> [online]. [cit. 2018-03-05].

[Http://www.pnmo.cz/](http://www.pnmo.cz/) [online]. [cit. 2018-03-05].

[Http://www.sananim.cz/](http://www.sananim.cz/) [online]. [cit. 2018-03-05].

[Https://www.drogy-info.cz/search/](https://www.drogy-info.cz/search/) [online]. [cit. 2018-05-21].

[Http://www.pppuo.cz/soubory/projekty/bezpecne_klima/Manual_pro_skolni_metodiky_prevence.pdf](http://www.pppuo.cz/soubory/projekty/bezpecne_klima/Manual_pro_skolni_metodiky_prevence.pdf) [online]. [cit. 2018-05-21].

Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>) [online]. [cit. 2018-03-05].

SEZNAM ZKRATEK

DROP-IN - Středisko prevence a léčby drogových závislostí

WHO – Světová zdravotnická organizace

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Tereza Slámová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Příčiny vzniku drogové závislosti v rodině a ve škole

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 45

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 8

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: PhDr. Miloš Chlad, CSc.