

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**VLIV RODINNÝCH A SOCIÁLNÍCH FAKTORŮ
NA ROZVOJ ŠKODLIVÉHO UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH
LÁTEK U DĚTSKÝCH PACIENTŮ VE
SPECIALIZOVANÉM AMBULANTNÍM LÉČEBNÉM
PROVOZU**

**The influence of family and social factors on the
development of harmful substance use in pediatric patients in a
specialized outpatient medical department**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Mgr. Veronika Šaňáková
Vedoucí práce: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Olomouc

2016

Poděkování: Ráda bych poděkovala vedoucímu mé práce prof. PhDr. Michalu Miovskému, Ph.D. za jeho odborné vedení a cenné připomínky. Děkuji také Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN za zpřístupnění dat. Mé velké díky patří mé rodině za trpělivost a podporu, kterou po celou dobu psaní mé práce prokázala.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vliv rodinných a sociálních faktorů na rozvoj škodlivého užívání návykových látek u dětských pacientů ve specializovaném ambulantním léčebném provozu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne

Podpis

Obsah

Úvod.....	5
I. Teoretická část	7
1 Historie užívání drog	7
2 Specifika užívání návykových látek u dětí a mladistvých.....	7
3 Modely závislosti.....	9
3.1 Medicínský model.....	9
3.2 Bio-psycho-sociální model	9
3.3 Holistický (celostní) model.....	9
4 Příčiny škodlivého užívání návykových látek	9
4.1 Rodina.....	9
4.2 Výchovné styly	10
4.3 Rizikové faktory v rodině	12
5 Sociální faktory.....	15
5.1 Škola	15
5.2 Parta	15
6 Mezinárodní a české studie.....	16
6.1 Mezinárodní studie	16
6.2 České a slovenské studie.....	17
7 Prevence.....	20
7.1 Primární prevence	20
7.2 Sekundární prevence.....	21
7.3 Terciární prevence	21
7.4 Preventivní programy	22
8 Léčba.....	24
8.1 Ambulantní léčba.....	25
8.2 Denní stacionáře	26
8.3 Detoxikace, detoxifikace	27
8.4 Pobytová léčba.....	27
II. Výzkumná část	29

9 Výzkumný problém a cíle výzkumu	29
10 Metodologie výzkumu	29
10.1 Výběr výzkumného souboru	30
10.2 Metody získávání dat	31
10.3 Metody analýzy dat	32
11 Etika výzkumu	32
12 Výsledky výzkumu	32
12.1 Historie detoxifikace, OSPOD	32
12.2 Adiktologické údaje	32
12.3 Školní údaje	36
12.4 Rodinná anamnéza	41
12.5 Sociální vztahy	45
12.6 Vztahy mezi sledovanými údaji	48
12.7 Shrnutí výsledků	51
13 Diskuze	54
14 Závěry	57
15 Souhrn	59
Seznam literatury	61
Seznam tabulek a grafů	
Přílohy	
Formulář zadání bakalářské diplomové práce	
Abstrakt bakalářské diplomové práce	
Abstract of thesis	
SAL dotazník	

Úvod

V bakalářské práci se zabývám škodlivým užíváním návykových látek dětmi a mladistvými. Toto téma je mi blízké mimo jiné proto, že sama mám malé děti. Užívání návykových látek je celosvětovým problémem a ohrožení návykovými látkami se nevyhýbá ani dětem, které jsou v této oblasti velmi zranitelné a nedokáží dohlédnout následky, které si často nesou po celý život.

Odborníci zkoumají a analyzují faktory, které problém škodlivého užívání návykových látek způsobují. Do roku 1989 bylo v ČR zneužívání návykových látek sociálně marginálním problémem (SZÚ, 2007). Prudký nárůst v období po roce 1990 byl způsoben politickými i sociálními faktory. Po čtyřiceti letech byly otevřeny hranice. Vyšší dostupnost drog souvisí také s válečnými konflikty v bývalé Jugoslávii a s přesunem tranzitní cesty drog přes Balkán na území Česka a Slovenska. S větší dostupností návykových látek u nás i ve světě roste jejich obliba i spotřeba u dětí a mládeže. V posledních letech také klesá věk experimentátorů s drogou. Pro mladé lidi je riziko vzniku závislosti daleko vyšší než u dospělých a může se pak stát jejich celoživotním problémem. Rozvoj osobnosti dětí silně ovlivňuje jejich okolí. Zásadní vliv má rodina, s přibývajícím věkem roste váha školy a skupiny vrstevníků.

Vše začíná v rodině. Jednotliví členové se vzájemně ovlivňují, působí na sebe a také se přizpůsobují. Rodina je seskupením lidí, kteří jsou k sobě citově připoutáni. „Rodina je základní sociální skupinou, je spojena výlučností svých vztahů, soužitím, sdílením přítomnosti, společné aktivity, ale i očekáváním a plánováním společné budoucnosti“ (Matějček, 1998 in Vágnerová, 2012, 18). Rodina je vzorem pro dítě, poskytuje mu „návod“, jak se chovat. Je pro člověka první sociální skupinou a po celé dětství zůstává skupinou nejdůležitější. V rámci rodiny se děti učí pravidla, postoje, hodnoty, aby mohly fungovat ve společnosti.

Kromě rodiny na dítě působí i další faktory. Mezi ně patří školní prostředí, party, kriminální subkultura nebo média.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. V teoretické části nejprve vysvětlují pojmy týkající se drogové problematiky, krátce zmiňují historii užívání drog, poté se věnují rodinným a sociálním faktorům. Součástí teoretické části je též nástin prevence užívání drog a preventivní programy v ČR. V praktické části zhodnocují screeningové dotazníky a lékařské dokumentace. Vyšetření byla provedena v

Ambulanci dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LFUK a VFN v období od léta 2014 do června 2015.

Dále jsem se zabývala zkoumáním závislostí mezi jednotlivými proměnnými ze screeningových dotazníků a proměnnými z výsledků komplexních vyšetření, se zaměřením na rodinnou a celkovou sociální situaci pacientů.

I. Teoretická část

1 Historie užívání drog

Drogy nejsou problémem moderní společnosti, setkáváme se s nimi v celé historii lidského vývoje. Jsou užívány tisíce let. Drogy byly nejdříve užívány k rituálním účelům. Používali je, a stále používají nejstarší lékaři světa – šamani. Drogy se braly při věštění, sloužily jako prostředek komunikace s bohy, léčilo se jimi. Pro své léčebné účinky se v Indii a v Číně již před několika tisíci lety využívalo konopí. Sloužilo hlavně k léčbě migrén či nespavosti. Působení konopí znali též v Africe, v Jižní Americe nebo na Jamajce. V Evropě je známé od 5. st. n. l. (Kalina a kol., 2003).

Psychedelické látky, především kaktus peyotl nebo houby teonacatl, byly rozšířené mezi indiány ve Střední a Jižní Americe. Používaly se hlavně při rituálech. První zmínky o opiu jsou staré šest tisíc let a pocházejí z říše Sumerů. Opium se později rozšířilo do Egypta, Indie a Číny. Čína chtěla v polovině 19. století zabránit importu indického opia, což se stalo příčinou dvou opiových válek, které vedla s Velkou Británií. Obě války Čína prohrála a import opia musela povolit. Odhaduje se, že v té době bylo v Číně na opiu závislých až 20 milionů lidí.

Nárůst drogových závislostí pozorujeme na přelomu 19. a 20. století a ve dvacátých letech minulého století. Současně s tím se prudce zvyšují i společenské komplikace a dopady pozorujeme v oblasti zdravotní i sociální. V této době se konají mezinárodní jednání o narkotikách (opiové konference v Šanghaji - 1909, Haagu - 1912 a v Ženevě - 1925) a postupně jsou v jednotlivých zemích přijímány protidrogové zákony.

Od počátku 20. století se drogy člení na legální (alkohol, nikotin) a nelegální (např. kokain, heroin, konopí). Nelegální drogy jsou zakázány a jejich výroba je trestána. V roce 1961 byla ratifikována Jednotná úmluva OSN o omamných látkách (Single Convention on Narcotic Drugs), později byly ratifikovány další úmluvy.

2 Specifika užívání návykových látek u dětí a mladistvých

Období dospívání patří k nejnáročnějším vývojovým obdobím jedince. Typické pro toto období je mnoho psychických a sociálních změn, na jejichž konci stojí samostatnost a dospělost. Dospívající už nechce být dítětem, ale ještě neumí být dospělým. Je to období prudkého vývoje osobnosti, charakterizované hledáním smyslu světa a života. Jedinec

hledá náhradu za svět dítěte a možnosti, jak svůj život prožít. Zneužívání návykových látkách má u dospívajících svá specifika (Nešpor, 2007):

- závislost na návykových látkách se vytváří mnohem rychleji;
- existuje velké riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon riskovat;
- hrozí vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky;
- u závislých dětí bývá zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji;
- i pouhé experimentování je u dětí spojeno s problémy ve škole, rodině;
- vyšší tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo je užívat současně;
- alkohol a jiné drogy narušují vytváření sítí mozkových buněk;
- recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, ale dlouhodobá prognóza bývá příznivější z důvodu přirozeného procesu zrání.

Mladí lidé si rizika spojená se zneužíváním látek nepřipouštějí. Drogy a alkohol ovlivňují zrání mozku dospívajících, během kterého dochází k vytváření nových sítí mozkových buněk. I jen mírné poškození paměti a schopnosti učení alkoholem nebo drogami vede k horším studijním a později i pracovním výsledkům. Poškození paměti v dospívání může přetrvávat i poté, co spotřeba alkoholu a drog klesne (Nešpor, 2004). Moderní vyšetřovací metody zjistily u 17letých dospívajících, kteří pili alkohol a měli kvůli tomu problémy, menší hippocampus (Nešpor, 2004). K dalším rizikům souvisejícím se zneužíváním návykových látek patří úrazy, dopravní nehody, otravy, sebevraždy, sexuální násilí, nebezpečný sex, trestná činnost zejména násilného rázu, rychlý rozvoj závislosti na alkoholu a drogách či přechod od alkoholu k jiným drogám.

Nešpor a Csémy zjistili (1993), že užívání návykových látek souvisí s odmítáním společenských norem.

Projevy jednotlivých poruch způsobených návykovými látkami souvisí s konkrétním typem užívané látky, jejího množství a osobností jedince. U dospívajících, kteří užívají psychoaktivní látky, bývají časté změny nálad, kognice a chování. Změny kognice mohou zahrnovat její narušení či změny v rozsahu pozornosti, změny nálady mohou sahát od deprese až k euforii. Dalším rizikem může být i vznik toxických psychóz. U mladých lidí užívajících drogy jsou časté konflikty interpersonální, rodinné či sociální. Užívání drog má vliv i na fyzický stav jedince. Hrozí poškození cévního a dýchacího systému, ledvin, jater a poškození centrálního nervového systému (Nešpor, 2007).

3 Modely závislosti

Modely závislosti slouží k představě o etiologii závislosti a intervenci na ní.

Kalina (2003) uvádí, že v současné době jsou nejpoužívanější následující modely závislosti:

3.1 Medicínský model

Medicínský model dominoval ve světě posledních několik desetiletí. Závislost považuje „za nemoc chronickou, těžko léčitelnou“ (Kalina et al., 2003, 78).

3.2 Bio-psycho-sociální model

Poprvé se objevuje po 2. světové válce, ale větší uplatnění zažívá až v 60. letech minulého století v souvislosti s masovějším rozšířením návykových látek. V současné době je bio-psycho-sociální model závislosti tím nejčastěji využívaným. Opírá se o model zdraví, který prosazuje WHO, jako stav tělesné, sociální a duševní pohody.

3.3 Holistický (celostní) model

Tento model vychází z výše popsaného modelu bio-psycho-sociálního a obohacuje ho o alternativní metody jako je akupunktura, akupresura, aromaterapie aj.

4 Příčiny škodlivého užívání návykových látek

Na otázku, proč mladí lidé berou drogy, není snadné odpovědět. Jde vždy o souhrn řady faktorů, které působí na jedince. Existuje mnoho teorií vysvětlujících alespoň zčásti vznik závislosti na drogách. O experimentu s drogou, užívání drog i o vzniku závislosti lze říci, že příčina leží vždy ve vzájemné kombinaci těchto faktorů: osobnostní charakteristiky, dědičnost, vliv prostředí a přítomnost drogy (Presl, 1994). Podle Vágnerové (Vágnerová, 2014) je riziko zneužívání návykových látek vyšší v dysfunkčních rodinách.

4.1 Rodina

V literatuře nalezneme několik definic rodiny. Pro ilustraci uvádím tři z nich.

„Rodina složená z manželského páru a jejich přímých potomků je základní společenskou jednotkou známou ve všech lidských společnostech, i když může mít v různých společnostech různé postavení v široké sociální síti, může vykazovat rozdílné vztahy k širšímu příbuzenstvu, popř. ke kmenovému společenství, může mít různou strukturu, různé rozložení rolí a moci apod.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, 183).

„Rodina je nejstarší lidskou společenskou institucí, která vznikla v pradávných dobách nejen z přirozeného pudu pohlavního, jenž vede k plození a rozmnožování daného živočišného druhu, ale především z potřeby své potomstvo ochraňovat, učit, vzdělávat a připravovat pro život“ (Matějček, 1994, 15).

„Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí“ (Helus, 2004, 230).

Mezi základní funkce rodiny patří (Langmeier, Krejčířová, 2006):

- Funkce reprodukční: je funkcí významnou pro společnost i pro jednotlivce. Jednotlivci reprodukci zajišťují pokračování svého rodu, společnost potřebuje stabilní reprodukční základnu.
- Hospodářská funkce: tato funkce poskytuje členům rodiny ekonomické zázemí a jistoty.
- Emocionální funkce: v rámci rodiny dochází k uspokojování emočních potřeb. V případě, že se u některého člena objeví onemocnění či jiný problém, plní rodina i funkci sociálně podpůrnou.
- Socializační funkce: Jedná se o funkci spojenou s výchovou. Rodina předává dětem sociální dovednosti, aby byly schopné fungovat ve společnosti. Dítě se v rodině učí základním vzorcům chování.

Struktura a funkce rodiny se za poslední desetiletí změnila. Rodina ztratila svoji ritualizovanou formu, partneři spolu běžně žijí a zakládají rodiny bez uzavření manželství. Rodiny jsou dnes menší, ubývá vícegeneračních rodin, naopak roste počet jednočlenných rodin. Z různých příčin se zvyšuje rozvodovost. Dle statistických údajů se rozvádí až 50% manželství, většina z nich zplodila děti (ČSÚ, 2015). Přibývá lidí, kteří se stávají rodiči v pozdním věku. Rodiče tráví více času v práci, běžná jsou dvoukariérová manželství. Kvůli tomu se zkracuje čas trávený v rodině. Tento trend je rizikový zejména v rodinách s malými dětmi.

4.2 Výchovné styly

Výchova je komplexní a komplikovaný fenomén. Tradičně je chápána jako záměrné působení dospělých na děti, při kterém vychovatelé používají určitých výchovných prostředků a metod. Výchova však není pouze jednosměrné působení na dítě, děti zároveň působí na své rodiče. Ve výchově dochází k vzájemné interakci a komunikaci

vychovatelů a vychovávaných a tím se vyvíjí osobnost nejen dětí, ale i rodičů (Langmeier, Krejčířová, 2013).

Matějček (2007, 25) pojímá výchovu jako „mnohotvárný, složitý vzájemný vztah, v němž není jeden dárce a jeden obdarovaný, ale kde se myšlení a jednání každého vzájemně podmiňují a ovlivňují“.

Různé styly výchovy existují odpradáвна. Ve starověké Spartě byla prosazována přísná výchova, oproti tomu v Aténách se uplatňoval mírnější přístup. Pro středověk byla typická striktní a na tresty zaměřená výchova, kterou kritizovali ve svých dílech například J. A. Komenský či J. J. Rousseau.

Od třicátých let 20. století dochází k výzkumům stylů výchovy. Připomeňme Lewinovo vymezení stylů výchovy. Psycholog Kurt Lewin pocházel z Německa a po emigraci do USA se zabýval rozdílem ve výchově dětí v Německu a v USA. Na základě svých experimentů (děti byly pozorovány ve skupinkách) rozlišil styl výchovy autokratický, liberální a demokratický (Langmeier, Krejčířová, 2013).

- Autokratický výchovný styl. Výchova je založena na trestu nebo hrozbě trestu, oceňována je především poslušnost a úcta k autoritě. Děti s vychovatelem nediskutují. Mezi vychovatelem a vychovávaným probíhá pouze malá komunikace založená na příkazech.
- Liberální výchovný styl. Klade na dítě jen malé nebo žádné požadavky. Dítě je ponecháno samo sobě.
- Demokratický styl. Je pokládán za nejvhodnější výchovný styl. Dítě je chápáno více jako partner. Je podporována jeho iniciativa. Důležitou součástí tohoto stylu je přirozená autorita rodiče.

Přesnější rozlišení individuálních rozdílů ve způsobu výchovy umožňují dimenzionální modely. Nejznámější je Scheferův cirkumplexní model, který stojí na dvou nezávislých dimenzích – láska-hostilita a autonomie-kontrola. Kombinací těchto dimenzí vznikají čtyři styly rodinné výchovy. Někteří autoři uvádějí dimenze tři, někteří deset i více dimenzí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Zdeněk Matějček popsal následující nevhodné výchovné styly (Matějček, 1992):

- Výchova zavrhuje: dítě je vědomě nebo i nevědomě trestáno, omezováno, utlačováno. Tento postoj se objevuje spíše ve skryté podobě. K nevraživým postojům často dochází tehdy, pokud dítě rodičům připomíná jejich vlastní selhání nebo nesplňuje jejich očekávání.

- Výchova zanedbávající: může jít často o skryté zanedbávání, které se projevuje v různém rozsahu. Často souvisí se socioekonomickým či kulturním postavením rodiny. Děti jsou přetěžovány pracovními úkoly, nemají žádný vztah ke škole a školním povinnostem.
- Výchova rozmazlující: rodiče na dítěti nezdravě citově lpí a zbožňují je. Nedovolí mu postupně se osamostatňovat. Rodiče nekladou na dítě žádné nároky, nemají u dítěte autoritu.
- Výchova příliš úzkostná a příliš projektivní: rodiče na dítěti lpí, mají o něj přehnané obavy. Brání mu v aktivitě a iniciativě. Dítě pak reaguje agresivně vůči rodičům, některé děti reagují pasivitou, útlumem.
- Výchova s přepjatou snahou o dokonalost dítěte (perfekcionismus): Rodiče se snaží, aby dítě bylo úspěšné. Rodiče dítě přetěžují a nevidí reálně jeho schopnosti a možnosti. Dítě často rodičům kompenzuje vlastní neúspěchy nebo nespokojenost.
- Výchova protekční: rodiče po dítěti chtějí, aby dosáhlo hodnot, které jsou pro ně samé významné. Nezáleží jim na způsobu, jakým je toho dosaženo, neberou ohledy na své okolí. Za dítě vše zařizují, pomáhají mu.

4.3 Rizikové faktory v rodině

Vznik závislosti je komplexním problémem a proto je těžké v rodině určit jednu univerzální příčinu. Podle Hajného (Hajný in Kalina, 2003) je těžké charakterizovat typickou rodinu závislého, spíše můžeme najít určité opakující se znaky, které se na rozvoji závislosti podílejí.

Hajný uvádí tyto nejdůležitější znaky (Hajný in Kalina, 2003):

- Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce na chování dítěte. Často jde o nedostatečné ocenění pozitivního chování a naopak časté zdůrazňování chyb a nedostatků. Výchova je matoucí nebo nedůsledná.
- Narušené či zatížené vztahy mezi rodičem a dítětem. U závislých se často vyskytuje model hyperprotektivní matky a chladných či nepřítomných otců. Hyperprotektivní matka o dítě nadměrně pečuje a ochraňuje ho. Dochází k vybudování vzájemné závislé vazby. Pro dítě je poté obtížné osamostatnit se. Není dostatečně připraveno na realitu. Druhým extrémem je pak prostředí citově chladné či lhostejné. Otec se stahuje a o dítě se nezajímá.

- Špatně vymezené vztahy mezi generacemi. V tradičních společnostech jsou hranice a vztahy mezi generacemi jasně stanoveny, jsou vymezeny mužské a ženské role. Pro dnešní rodinu je typické, že chybí univerzální vzor toho, co rodina je, kdo jaké role a úkoly zastává. Dítě je zmatené a nejisté v tom, že neví, kdo má jakou odpovědnost, kde je jeho svoboda. Extrémem je pak sexuální zneužívání či incest. Cuskey (in Kalina, 2015, 179) uvádí, „že až 90% závislých žen v jeho výzkumu zažilo sexuální zneužití v rodině“.
- Problematické vyjadřování hněvu v rodině (skryté, nedostatečné či excesivní vyjadřování hněvu). V rámci rodinných terapií se často objevují dva extrémy – v některých rodinách je hněv potlačován až tabuizován, v jiných naopak přehnaně vyjadřován. Dítě se v takové rodině nenaučí zdravě prožívat a vyjadřovat svůj hněv.
- Závislost jako rovnováha v rodině. V některých rodinách je závislost dítěte nevědomě udržována. Může to souvislost s osamostatňováním dítěte a úzkostí z tzv. prázdného hnízda nebo z obavy z odkrytí neřešených rodinných problémů.
- Závislost jednoho či více členů rodiny. Studie ukazují, že závislost dalšího člena rodiny zvyšuje riziko pro vznik a vývoj závislosti u dítěte. Problémem je nejen užívání návykových látek rodiči, ale také sourozenci. Riziko je úměrné tomu, jak závislost rodiče zasahuje do chodu rodiny a času, které rodina tráví společně (Kalina, 2015). Závislý rodič nebo sourozenec se může stát modelem chování. Děti v takovýchto rodinách mají snadnější přístup k drogám a někdy se i spolu s rodiči podílí na trestné činnosti (Barnardová, 2011).
- Spoluzávislost (Codependency). Jedná se o takové chování, kdy rodina závislost podporuje, rozvíjí a naopak zlehčuje pokusy o léčbu. Rodiče mohou řešit problémy svého dítěte místo řešení partnerského vztah.

Zelincová (in Mečíř, 1989) ve svém výzkumu 49 dětí z rodin se závislostí na alkoholu zjistila následující ve srovnání s kontrolní skupinou – pozitivní vztah k otci (30% : 96%), zájem otce o výchovu (10,1% : 80,8%), matka psychiatricky léčená (24% : 6%).

Hajný uvádí Cancriniho klasifikaci (in Kalina, 2003), která dává do souvislosti typ závislosti a rodinnou strukturu. Závislosti rozděluje následovně:

- Závislost traumatického typu (zneužití, úmrtí, onemocnění). Jde o reakci na traumatickou událost, závislost po zpracování traumatu odezní.

- Neurotická závislost (napětí, vztahové problémy, rodiny s partnerskými problémy). Je to nejčastější typ závislosti.
- Přejímová závislost (těžké trauma, psychiatrická zátěž). V rodině se mohou vyskytovat podivné zájmy či aktivity.
- Sociopatická závislost (násilí, kriminalita). Závislý vyrůstá v asociální rodině, zneužívání návykových látek je součástí jeho životního stylu.

Nešpor a Csémy (Nešpor, Csémy, 1994) poukazují na následující okolnosti týkající se rodiny, které zvyšují riziko užívání alkoholu a drog:

- nejasná pravidla týkající se chování dítěte;
- nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství malá péče;
- nedostatečný dohled;
- nesoustavná a přehnaná přísnost;
- nedostatečné citové vazby dítěte;
- manželský konflikt;
- schvalování alkoholu a drog u dětí;
- zneužívání alkoholu, tabáku nebo jiných drog rodiči nebo příbuznými;
- malé očekávání od dítěte a podceňování ho;
- duševní choroba rodičů;
- chudoba, nezaměstnanost rodičů.

Autoři též zmiňují faktory, které riziko užívání alkoholu a drog naopak snižují. Mezi ně patří například jasná pravidla chování dítěte, pevné citové vazby, pozitivní hodnoty (např. vzdělání), vřelý a málo kritizující styl výchovy (Nešpor, Csémy, 1994).

Sedláčková a Widemannová (in Mečír, 1989) charakterizují následovně alkoholické rodinné prostředí:

- uvolněné nebo rozvrácené vztahy mezi rodiči;
- nedostatečné výchovné působení na děti;
- časté konfliktové situace a jiné psychotraumatizující vlivy;
- přenášení morálně závadných zásad rodičů na děti;
- nedostatečné materiální zajištění.

5 Sociální faktory

K významným sociálním faktorům, které souvisí se zneužíváním návykových látek, patří také školní prostředí a vliv party. Mečíř (1989) uvádí dle zkušeností ze Švédska, že záleží i na širším sociálním prostředí. Od roku 1940 do roku 1970 tam stoupla spotřeba alkoholu o 100%.

5.1 Škola

Nejen rodina, ale i škola může přispět k rozvoji závislosti, nebo mu v opačném případě zabránit. Od určitého věku dítě tráví ve škole mnoho času, s rodiči je často jen pár hodin denně. Škola proto hraje významnou úlohu při formování postojů a hodnot dítěte. Vzdělávací instituce zajišťují speciální protidrogové programy, jejich nezastupitelná úloha je ale především v každodenní práci se žáky (Hajný, 2001).

Pro děti je důležité zažít úspěch. Výzkumy ukazují, že jednou z pohnutek, proč děti začínají experimentovat s drogami, je potřeba zbavit se nepříjemných psychických stavů. Děti jsou ve škole vystaveny velkému tlaku, aby vše zvládly. Tento tlak ještě zvyšují rodiče, kteří neúspěch žáka ve škole považují za své selhání. Výsledkem často je, že děti ztrácejí zájem o učivo a celkově i vzdělání ztrácejí a hledají náhradní aktivity.

Mezi rizikové faktory, které přispívají ke vzniku závislosti, patří špatný prospěch, necitlivý přístup učitele, neoblíbenost v kolektivu a přetížení. Nešpor a Csémy (Nešpor, Csémy, 1993) uvádějí jako okolnosti související se školou a zvyšujícím se rizikem zneužívání drog a alkoholu nepříznivá nebo neprosazovaná pravidla týkající se alkoholu a drog, střídání škol, selhávání ve škole, nezáměr o školu, označení žáka jako problémového, záškoláctví či přerušování školy. Na druhé straně okolnosti protektivní jsou jasná a důsledně prosazovaná pravidla, nedostupnost alkoholu, tabáku či drog ve škole a okolí, dávající a pečující učitelé, prosociální chování a pomoc druhým, spolupráce školy s rodiči.

5.2 Parta

Dalším faktorem, který ovlivňuje postoj dítěte vůči drogám, jsou vrstevníci. Jejich význam vzrůstá především v adolescenci. Mladý člověk usiluje se některým lidem vyrovnat nebo je napodobovat, jindy se od nich naopak snaží odlišit. V období adolescence je pro rodiče těžké najít správnou míru ve výchově mezi volností a přílišnou kontrolou. Jak píše Hajný (2001), každý extrém je problematický.

Důležitý je postoj skupiny k drogám. Pokud se v partě drogy užívají, pak je to pro dítě nejčastější místo, kde dochází k prvnímu seznámení s drogou. Pro mladého člověka, který pochází z hyperprotektivního prostředí, je takováto parta možností, jak se odtrhnout od své rodiny (Presl, 1994). Většině mladých lidí experimentování s drogou stačí. Experimentování a revolta k dospívání patří, pro většinu dospívajících pocit, že vědí, „oč jde“, je uspokojující.

Pozitivní může být skupina vrstevníků, kteří mají odmítající postoj k drogám a jejich zájmy a záliby jsou neslučitelné s alkoholem a drogami.

6 Mezinárodní a české studie

6.1 Mezinárodní studie

Analýzou užívání drog u dětí a mladistvých se zabývaly dvě studie, a to HSBC a ESPAD.

HBSC

Od r. 1994 je v pravidelných 4letých intervalech publikovaná studie HBSC (The Health Behavior in School-aged Children). Jde o mezinárodní výzkumnou studii koordinovanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Výzkum se zaměřuje na žáky základních škol ve věku 11, 13 a 15 let. Zatím poslední, v pořadí šestá vlna sběru dat v ČR, proběhla v roce 2014 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016).

Dotazník byl mimo jiné zaměřen na kouření tabáku a pití alkoholu; u 15letých studentů se dotazník zabýval i sexuálním chováním a užíváním konopných látek.

Data byla sbírána v průběhu dubna až června 2014 na 243 vybraných základních školách a víceletých gymnáziích v rámci celé ČR. Dotazník vyplnilo celkem 14 539 žáků 5., 7. a 9. tříd (tj. 11,13 a 15letých).

Ve věku 11 let mělo zkušenost s kouřením cigaret 8 % dětí, ve věku 13 let to už bylo 28 % a patnáctiletých mělo tuto zkušenost již 52 % žáků. Pravidelné kouření (alespoň jednou týdně nebo častěji) uvedla 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých. Zkušenosti s kouřením v 5. a 7. třídě uvádějí častěji chlapci, v 9. třídě kouří více dívky.

Užití alkoholu alespoň jednou týdně (tedy pravidelné pití alkoholu) uvedl srovnatelný podíl žáků, jaký přiznal, že pravidelně kouří. Téměř pětina patnáctiletých v dotazníku konstatovala, že byla v posledních třiceti dnech opilá. V 5. a 7. třídě pijí alkohol

pravidelně častěji chlapci, v 9. třídě už je situace vyrovnaná. Z dotazníků vyplynulo, že k výraznému nárůstu kouření i konzumaci alkoholu dochází mezi 13. a 15. rokem.

Zkušenosti s užitím konopných látek mělo 24 % žáků 9. tříd (chlapců i dívek), v posledních třiceti dnech je užilo 9 % žáků.

V poslední studii HBSC (z roku 2014) se k pravidelnému kouření i pravidelné konzumaci alkoholu přihlásilo méně respondentů (13letých a 15letých) než v předchozí studii z roku 2010. Je ale nutné zdůraznit, že některé otázky byly přeformulovány. K mírnému poklesu došlo i u uváděných zkušeností 15letých studentů s užitím konopných látek (z 31 % v r. 2010 na 24 % v r. 2014), v posledních 30 dnech uvedlo užití přibližně stejné procento žáků (11 % v r. 2010 a 9 % v r. 2014).

ESPAD

V roce 2015 proběhla další studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Dotazník pro tuto zatím poslední studii byl rozšířen o oblast hraní hazardních her (gambling) a hraní počítačových her a her na internetu (tzv. gaming) a zároveň o oblast věnovanou novým drogám. Do české verze dotazníku byly navíc zařazeny otázky týkající se duševního zdraví. Sběr dat probíhal v červnu 2015 na vzorku 209 vybraných škol v celé ČR (42 ZŠ a 167 SŠ všech typů). Cílovou skupinou byli studenti narození v roce 1999. Do výběru byly zařazeny 9. třídy základních škol a 1. ročníky středních škol.

6.2 České a slovenské studie

Stejně jako v jiných evropských zemích je i alkohol a tabák nejčastěji zneužívanou návykovou látkou. První zkušenosti s alkoholem a tabákem mají děti již na ZŠ. Zkušenost s alkoholem má 66,6 % žáků 5. tříd ZŠ (Mioviský, Mioviská, Trapoková, 2004). U respondentů se projevila nejvyšší zkušenost s pivem, nejčastěji přišli děti do kontaktu s alkoholem v domácím prostředí (Mioviský, Mioviská, Trapoková, 2004).

Nejoblíbenější nelegální drogou mezi mladistvými jsou konopné drogy. Krch, Csémy, Drábková (2004) uvádějí, že zkušenost s konopnou drogou má 17,3% 14-15 letých.

Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže 2014

Centrum GeoQol Katedry sociální geografie a regionálního rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze provedlo v březnu 2014 sběr dat pro dotazníkové šetření zdravotně rizikového chování mládeže ve věku 14 až 15 let. V celé ČR bylo osloveno 35 základních škol a sesbíráno 1 025 dotazníků (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016).

Kouření cigaret v posledních 30 dnech uvedlo celkem 22,4 % dotázaných, přibližně 12 % respondentů kouří denně a 4 % účastníků šetření kouří jedenáct a více cigaret denně. Zatímco mezi denními kuřáky převládají dívky, chlapci jsou častěji silnými kuřáky.

Alkohol alespoň jednou v životě konzumovalo 77,7 % dotázaných. V posledních 30 dnech uvedlo 10,1 % chlapců a 6,5 % dívek konzumaci nadměrných dávek alkoholu. Užití konopných látek alespoň jednou v životě připustilo celkem 24,8 % dotázaných (chlapců i dívek).

Výzkum sleduje kromě výše zmíněného užívání alkoholu, cigaret a konopných látek také index zdravotně rizikového chování (Health Risk Behavior, dále jen HRB) vytvořený dle informací o frekvenci kouření, opilosti či zkušenosti s konopnými látkami v posledních 30 dnech. Index nabývá hodnot od 0 do 3 (0 znamená žádné známky rizikového chování, 3 znamená výskyt všech tří typů rizikového chování).

Žádné známky rizikového chování vykazalo 55,3 % žáků, 25,6 % vykazovalo jeden typ rizikového chování, 12,3 % dva typy a 6,8 % respondentů vykazovalo všechny tři typy rizikového chování.

Analyzován byl též vztah vybraných faktorů rodinného, školního a vnějšího prostředí k HRB indexu. Rozbor dat ukázal, že významný vliv na rizikové chování u 14 a 15letých má především denní kouření matky, nespokojenost se vztahem k rodičům, nespokojenost se životem, negativní vztah ke školní docházce, horší subjektivně vnímané zdraví, trávení volného času venku s přáteli, málo sportovních aktivit (Spilková et al., 2015).

Rizikové formy chování u žáků 6. - 9. tříd

Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (Dolejš et al., 2014) provedla v období od září 2013 do února 2014 sběr dat pro dotazníkovou studii zaměřenou na vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování českých žáků. Sběr dat proběhl v 6.– 9. třídách základních škol a primy až kvarty víceletých gymnázií. Cílem studie bylo zmapování výskytu některých forem rizikového chování, výskytu úzkosti, impulzivity a agresivity a zároveň se zaměřoval na sebehodnocení a školní úspěšnost. Respondentům bylo předloženo pět standardizovaných dotazníků – dotazník sebezpečení školní úspěšnosti dětí (SPAS), výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA), škála osobnostních rysů u adolescentů, Rosenbergova škála sebehodnocení a dotazník agresivity.

Do studie se zapojilo celkem 4 198 dětí ve věku 11–15 let (48 % chlapců a 52 % dívek). Ze studie vyplynulo, že přibližně 3 % dětí ve věku 11–15 let vykouří více než pět

cigaret denně a 4 % se v posledních 30 dnech opila. Zkušenost s konopnými látkami uvedlo téměř 11 % respondentů – 12,6 % žáků ZŠ a 8,3 % studentů gymnázií.

Analýza zaznamenala také nárůst výskytu rizikového chování mezi 12. a 13. rokem věku. Zdá se, že zatímco do 12 let jsou žáci orientováni na pedagoga a jeho uznání, od 13 let začínají hledat svou identitu a inklinují spíše k vrstevníkům, a to někdy i prostřednictvím rizikových aktivit.

Styly výchovy a typologie pití alkoholu u dětí a dospívajících

Tato studie byla provedena jako součást mezinárodního projektu „European Family Empowerment“ - Zlepšení rodinných dovedností k prevenci problémů souvisejících s užíváním alkoholu a drog (Čablová L., Csémy, L., Běláček, J., Miovský, M., 2014). Projekt realizovala IREFREA - Evropský institut pro studium prevence (Španělsko) ve spolupráci s 1. LF Univerzity Karlovy, katedrou adiktologie, (Česká republika), Liverpool John Moores University (Velká Británie), UTRIP (Slovinsko), a STAD (Švédsko). Projekt byl zaměřen na zkoumání účinných rodinných faktorů, které mohou sloužit jako prevence užívání alkoholu a drog. Studie se zaměřila na zkoumání vztahů mezi vnímaným rodičovským chováním a specifickými výchovnými styly na jedné straně a užíváním alkoholu mezi dětmi na straně druhé.

Průzkum byl proveden pomocí dotazníků. Výzkumný vzorek tvořilo 1255 studentů ve věku 10-18 let (průměrný věk = 14,7 roků, 54% chlapců a 46% dívek). Výsledky studie ukázaly na významný vztah mezi četností užívání alkoholu u dětí a dospívajících a vnímanými rodinnými pravidly, rodinnou komunikací, rodičovskou kontrolou a vřelostí.

Výskyt opilosti v posledních 30 dnech významně koreluje s vnímanými rodinnými pravidly, rodičovskou kontrolou, rodičovskou vřelostí. Nejvyšší statistická významnost byla zaznamenána u rodinných pravidel. Také míra opilosti v posledních 30 dnech prokázala statisticky významnou korelaci s rodinnými pravidly, rodičovskou kontrolou a vřelostí. Studie ukazuje na důležitost rodinných pravidel a vřelé atmosféry v rodině.

Autoři studie zmiňují i další nedávné výzkumy, které ukazují účinnost přísnějších rodičovských pravidel ve snižování užívání alkoholu u dospívajících.

7 Prevence

Prevence je obecně definována jako předcházení nežádoucím jevům, úrazům a nemocem. Je latinského původu a znamená opatření učiněná předem, včasnou ochranu nebo obranu (Nešpor et al. 1998).

Miovský (2015, 29) definuje prevenci rizikového chování jako „jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky.“

„Prevence rizikového chování představuje nehomogenní soubor různých přístupů a intervencí, které jsou dnes obsaženy v několika různých rezortních koncepcích“ (Miovský et al., 2015, 17).

Drogovou prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární, a dále podle cílů a aktivit, na které se zaměřuje.

7.1 Primární prevence

Primární prevence má ideálně zabránit tomu, aby mladí lidé vůbec do styku s drogou přišli. Základem primární prevence je snížení nabídky drog a zároveň snížení poptávky po drogách. Obsah primární prevence je velmi široký a na starost ji má řada institucí. Primární prevenci můžeme dělit podle zaměření na prevenci specifickou a nespecifickou.

Primární prevence má mezioborovou a zároveň mezisektorovou povahu. Programy jsou rozvíjeny v rámci více sektorů a oborů. Podobný přístup je typický pro celou Evropskou unii. (Miovský et al., 2015).

Primární prevence se v ČR začala rozvíjet v 90. letech. Před rokem 1989 neexistoval žádný koncepční rámec, který by se touto problematikou zabýval na národní úrovni (Miovský et al., 2010). Preventivní činnost byla často omezena na přednášky, které měly od zneužívání návykových látek odradit.

Nespecifická primární prevence

Jde o aktivity, které nemají přímou souvislost se zneužíváním návykových látek. Pokrývá činnosti, které obecně působí na snižování výskytu jakéhokoli rizikového chování a spočívají v organizaci volného času. Zahrnuje nabídky výtvarných, hudebních nebo sportovních kroužků. Patří sem i programy zaměřené na zdravý životní styl. Nespecifickou prevenci zajišťuje také škola. Ta zajišťuje volnočasové aktivity a zároveň působí na žáky v rámci povinných předmětů.

Specifická primární prevence

Specifická prevence je úzce zaměřena na nežádoucí chování, které se zneužíváním návykových látek přímo souvisí. Programy v rámci primární prevence se zaměřují na hledání cest, jak předcházet užívání návykových látek. Jsou cíleny na skupiny, které jsou ohrožené či rizikové. Základní osnovu v primární prevenci tvoří tzv. KAB model (Knowledge, Attitudes, Behaviour) (Kalina et al., 2003). Primární prevence se musí zaměřit na výše zmiňované oblasti, ne pouze poskytovat informace.

Efektivní primární prevence musí splňovat tyto zásady (Bém in Kalina, 2003):

- Musí se jednat o komplex strategií, které působí na cílovou skupinu (škola, rodina, vrstevníci).
- Kontinuita a plánování.
- Jednorázové přednášky nejsou efektivní.
- Cílenost a adekvátnost.

Je nutné předem definovat cílovou skupinu, kde bude zohledněn věk, vědomosti, postoje k návykovým látkám.

- Propojenost prevence zneužívání návykových látek nelegálních a legálních jako je alkohol a tabák.
- Včasný začátek preventivních programů. Typicky jsou preventivní programy koncipovány pro žáky 2. stupně ZŠ nebo žáky víceletých gymnázií. Ukazuje se, že je nutné programy tvořit i pro žáky mladší, případně i pro předškoláky.
- Pozitivní orientace.
- Nabídka konkrétních alternativ, podpora zdravého životního stylu.

7.2 Sekundární prevence

Cílem je ovlivnit ty, kteří s drogami již zkušenosti mají. Do sekundární prevence můžeme zahrnout včasnou intervenci, poradenství i léčbu. Aktivity sekundární prevence mají předcházet vzniku škod zdravotních, psychických, sociálních.

7.3 Terciární prevence

Do terciární prevence zahrnujeme tzv. přístup „harm reduction“. Jde o snižování rizik při užívání drog. Neusiluje o jejich eliminaci, ale o to, aby následky užívání návykových látek byly co nejmenší. Součástí jsou i tzv. výměnné programy (výměna injekčních stříkaček). Významnou roli zde hrají nízkoprahové služby, tzn. služby snadno dostupné všem.

7.4 Preventivní programy

Preventivní programy musí splňovat v souladu se standardy MŠMT z r. 2005 následující:

- přímý vztah ke konkrétní formě rizikového chování a souvisejících témat;
- časová a prostorová ohraničenost realizace;
- zacílení na jasně definovanou cílovou skupinu (Miovský et al., 2015).

Programy ve školách

Existují dva základní typy preventivních programů – jednorázové preventivní akce a dlouhodobé interaktivní programy (Kalina et al., 2003). Jednorázové akce mají buď formu besed, nebo komponovaných pořadů, kde je kromě přednášky promítnut i film. Účinnost jednorázových akcí je sporná a mnoho odborníků se jich odmítá účastnit (Kalina et al., 2003).

Dlouhodobé interaktivní programy jsou připraveny pro jednotlivé věkové kategorie a začínají již v mateřských školách. Provádí je pedagogové spolu s externími odborníky (psychologové, sociologové, policisté, tzv. ex-useri).

Peer programy

Tyto programy byly převzaty z USA. V pozici odborníka zde vystupuje vrstevník. Je důležité, aby takovýmto vrstevníkem byl někdo, kdo má přirozenou autoritu ve skupině. Cílem programu je působení vrstevníka tak, aby ostatní ve skupině návykové látky neužívali, případně k jejich užívání došlo co nejpozději (Miovský et al., 2010). Výhodou těchto programů je dobrá znalost skupiny, nevýhodou vysoké nároky na peera. V rámci všeobecné prevence byly právě peer programy vyhodnoceny jako nejúčinnější (Miovský et al., 2010).

Rodičovské programy

Jde o edukativní programy pro rodiče. Úspěšnost těchto programů je sporná, jelikož ti rodiče, pro které jsou programy primárně určeny, o ně nemají zájem (Kalina et al., 2003). Špatná zkušenost je především s rodiči z některých etnických skupin, nezaměstnanými či těmi, kteří spadají do nízkopříjmových skupin.

Včasná intervence

Intervence znamená zásah do nějaké situace, za účelem jí ovlivnit či změnit. Termín intervence se užívá pro určitou aktivitu zaměřenou na řešení konkrétního problému (Miovský et al., 2015).

Intervenci můžeme dle objektu členit na intervenci, která se zaměřuje na:

- jednotlivce (dítě);
- na rodinu;
- na konkrétní skupinu (dle věku, pohlaví apod.);
- na třídu;
- na školu;
- na pedagogické či výchovné pracovníky (Miovský et al., 2015).

Nešpor a Csémy (1996) uvádějí tyto nejzávažnější známky zneužívání návykových látek:

- dítě samo přizná užívání návykových látek;
- stopy po vpiších;
- nález drogy v moči;
- nález drog či pomůcek k jejich zneužívání;
- známky intoxikace;
- útěky z domova.

Dalšími známkami užívání návykových látek patří (Nešpor, Csémy, 1994):

- zhoršení vzhledu a péče o zevnějšek;
- náhlé zhoršení školního prospěchu, ztráta zájmu o učení;
- tajnůstkářství, lhaní;
- ubývání alkoholu a prášků, ztráta peněz a cenných předmětů.

Kdo by měl tyto problémy identifikovat? A jak s takovou informací může učitel naložit? Může sám kontaktovat poradenské centrum?

Neexistuje jednotný přístup a záleží vždy na tom, jak v tom konkrétním případě funguje spolupráce mezi školou a rodiči. V případě, že spolupráce funguje dobře, je možnost intervence a poradenské pomoci vyšší (Kalina et al., 2003). Ve školách by měl s diagnostikou pomoci školní psycholog. Rodiče by měli být informováni o možnosti využití specializovaných poradenských služeb.

Krátká intervence

Krátkou intervenci můžeme definovat jako praktické postupy, které vedou k časně identifikaci rizikového chování a rozpoznání jeho závažnosti. Výhodou krátké intervence jsou nízké náklady, snadná dostupnost a efektivita. Krátká intervence využívá technik zpětné vazby, motivační rozhovor, svépomocný materiál, poskytnutí kontaktu na

telefonickou pomoc, doporučení účasti ve svépomocné skupině, aktivní předání (Nešpor, K., Csémy, L., 2005).

V rámci krátké intervence je možné využít dotazník AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test). AUDIT vyvinula Světová zdravotnická organizace (WHO). Je to screeningový dotazník, který slouží k posouzení výskytu škodlivého a rizikového pití. Dotazník je složen z 10 otázek. První tři otázky jsou zaměřeny na rizikové pití alkoholu, další tři otázky se zaměřují na možný výskyt příznaků závislosti na alkoholu a poslední čtyři otázky se týkají indikátorů škodlivého pití alkoholu. Dotazník rozlišuje čtyři úrovně rizika a zároveň doporučuje vhodnou intervenci. Dotazník se dá použít u mladistvých.

8 Léčba

Podle Kaliny (2001) se pojem léčba užívá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu. Léčbou označujeme i odborné programy mimo zdravotnictví. V léčbě závislostí se používá mnoho metod od farmakoterapie přes poradenství, psychoterapii, socioterapii nebo rodinnou terapii.

Podle typu se rozlišuje léčba ambulantní, ústavní nebo rezidenční. Podle délky lze léčbu dělit na krátkodobou, střednědobou nebo dlouhodobou.

Hajný (2001) stanoví principy terapie drogové závislosti:

- individuální volba metody léčby pro konkrétního klienta;
- včasný začátek terapie;
- zaměření programu na všechny potřeby a problémy klienta;
- dostatečně dlouhá doba terapie;
- kombinace individuální a skupinové terapie;
- spolupráce více odborníků;
- detoxifikace jako první krok k léčbě;
- možnost ne zcela dobrovolné terapie;
- laboratorní kontroly na přítomnost drog během léčby;
- vyšetření na HIV, žloutenku příp. další infekční onemocnění;
- léčba jako dlouhodobý proces.

Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek (Royal College of Psychiatrists, 27. června 2012)

V červnu 2012 vydala Královská akademie psychiatrů Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek.

Zneužívání drog a alkoholu mezi mladými lidmi je v Británii velkým problémem, přestože celková spotřeba začíná klesat. Velká Británie je země s nejvyšším počtem mladých lidí užívající konopí a s nadměrným pitím alkoholu v Evropě. Ročně je zde hospitalizováno zhruba 13 000 mladých lidí.

Standardy jsou určeny pro všechny pracovníky, kteří jsou v kontaktu s mladými lidmi do 18 let, přes zdravotnictví, sociální péči, vzdělání, soudní systém a dobrovolnický a komunitní sektor.

Normy jsou navrženy tak, aby služby investované do psychosociálního vývoje a blaha mladých lidí s problémy s návykovými látkami, jim dali šanci na normální život prostřednictvím těchto opatření:

- zapojení mladých lidí a jejich rodiny, kde je to možné;
- kvalifikovaná prvotní analýza potíží mladého člověka, včetně duševních poruch a vývojových problémů, jako je mentální postižení;
- zapojení místních systémů a jejich spolupráce;
- koordinovaná intervence místních komunit, včetně zabezpečení, vzdělávání, školení, péče o duševní zdraví a bydlení;
- aktivní následná péče k zajištění další podpory nebo intervencí;
- poskytování školení a podpora zaměstnanců.

Tyto postupy jsou klíčovým dokumentem pro všechny osoby, které pracují s mladými lidmi zneužívajícími návykové látky.

8.1 Ambulantní léčba

Pouze odborník může doporučit vhodnou léčbu. Jako první se nabízí léčba ambulantní. Při ní dochází klient do zařízení, ve kterých terapeut poskytuje léčbu prostřednictvím terapie nebo poradenství. Ambulantní léčba je vhodná pro ty, u nichž nehrozí vysoké riziko relapsu nebo u klientů, kteří jsou více motivováni. Za účinnou se považuje léčba minimálně tříměsíční ve frekvenci 2x až 3x týdně. Pro klienty, kteří jsou nemotivováni k léčbě, a chybí jim alespoň minimální podpůrné prostředí, není ambulantní léčba vhodná.

V rámci Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN funguje Ambulance dětské a dorostové adiktologie. Jde o jediné ambulantní zařízení specializované na děti a mládež.

Ambulance zajišťuje následující služby (Klinika adiktologie, 2014):

- poskytování základních informací v oblasti návykových látek;
- komplexní diagnostika - diagnostické zhodnocení vývoje a závažnosti stavu pacienta;
- ambulantní adiktologická péče - individuální a skupinová terapie;
- socioterapie, tréninkové a nácvikové programy – široká škála terapeutických a podpůrných aktivit;
- pomoc blízkým osobám - základní poradenství, možnost zajištění souběžné rodinné terapie a podpůrných aktivit pro rodinné příslušníky.

Ambulantní péči nabízejí také AT poradny. Jde o ambulantní psychiatrická zařízení, která se specializují na léčbu alkoholové a drogové závislosti. Cílovou populací těchto poraden jsou všichni bez ohledu na věk či pohlaví (mohou je tedy navštěvovat jak děti ze ZŠ tak senioři).

8.2 Denní stacionáře

V léčbě závislých se denní stacionáře začínají využívat od 80. až 90. let jako reakce na nevhodnost dlouhodobé ústavní léčby u některých pacientů. Jde o poměrně novou možnost léčby závislostí. Jako první zařízení tohoto typu vzniklo v r. 1996 psychoterapeutické centrum SANANIM v Praze. Do denního stacionáře přijímá klienty od 16 let (Sananim, 2016).

Do stacionáře klient dochází každý (zpravidla všední) den. Stráví zde v podstatě celý den a účastní se léčebného programu. Denní stacionář je vhodný pro klienty, kteří jsou schopni abstinovat, aniž by museli opustit své prostředí. Základem denní péče je strukturovaný program, pro který je typický (Kalina et al., 2003):

- přesný časový rozvrh;
- pravidla stanovující podmínky léčby;
- vyvážený program (terapeutické aktivity, pracovní aktivity, sportovní aktivity);
- rozsah programu min. 20 hodin rozložený do 5 dnů.

Léčba probíhá po dobu deseti až čtrnácti týdnů s možností prodloužení. Denní stacionáře zpravidla stanovují minimální věkovou hranici na 17 let.

8.3 Detoxikace, detoxifikace

Detoxikace má zbavit organismus škodlivé látky. Detoxikace se provádí buď bez použití léků, nebo s podporou farmak, která pomáhají překonat abstinenci příznaky. Detoxikace má připravit klienta na další léčbu. Důvodem detoxikace může být i nebezpečnost klienta z důvodů psychotických stavů (Kalina, 2001).

Detoxifikace je léčebná metoda, která má zastavit užívání návykových látek. Detoxifikace se obvykle provádí ve specializovaném lékařském zařízení, tzv. detoxifikačních centrech či detoxifikačních jednotkách. Může probíhat i v domácím prostředí, kdy klient za lékařem dochází ambulantně. V ČR není příliš obvyklé. Detoxifikace může být medikovaná (využívající léky) a nemedikovaná. Při užití medikace se používá obvykle látka, která má podobné účinky jako zneužívaná droga. Medikace se užívá ke zmírnění odvykacích příznaků a postupně se snižuje.

Zpravidla trvá několik dní až dva týdny. To závisí na typu zneužívané drogy a stavu klienta. Důležitou součástí detoxifikace je psychologická péče. Důležitá je především práce s motivací, která se zaměřuje na podporu k další léčbě.

V ČR je pouze jediné dětské a dorostové detoxikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Jde o specializované oddělení pro akutní léčbu dětí a mladistvých se zkušeností a závislostí na psychotropních látkách. Centrum zajišťuje lůžkovou i ambulantní péči. Léčba je zaměřena na zvládnutí abstinenci příznaků i motivační trénink. Během detoxifikace klienti navštěvují individuální i skupinovou terapii a další volnočasové aktivity jako je keramická dílna, arteterapie a muzikoterapie (Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, 2016). Pro děti je zajištěna i výuka.

8.4 Pobytová léčba

Léčba probíhá v léčebném zařízení, v prostředí bez drog s daným režimem. V léčbě se využívá individuální i skupinová terapie a další aktivity (sport, arteterapie, muzikoterapie). Důležitá je i spolupráce s rodinou. Léčba může být krátkodobá (do 2 měsíců), střednědobá (2-6 měsíců) a dlouhodobá (6-18 měsíců, výjimečně 2 roky).

Krátkodobá a střednědobá léčba probíhá v psychiatrických léčebnách. Je pod lékařským dohledem a využívá režimová opatření, strukturovaný denní program a terapeutické aktivity. Vzhledem k délce je zaměřena především na problém závislosti. Důležité je proto navázat doléčováním, kdy je možné řešit i další problémy klienta. Takováto léčba je vhodná pro klienty, kteří by nebyli schopni abstinovat v domácím

prostředí, ale zároveň mají alespoň trochu příznivé rodinné prostředí. Po střednědobé léčbě je možné navázat léčbou v terapeutické komunitě, která je postavena na skupinové terapii. Léčba je dlouhodobá a v rámci ní se klient učí specifickým dovednostem. Je vhodná pro klienty, kteří nemají vhodné rodinné či jiné sociální zázemí. Většina terapeutických komunit přijímá klienty po dovršení 18 let.

II. Výzkumná část

9 Výzkumný problém a cíle výzkumu

V létě 2014 byla u pražského Apolináře (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN) otevřena první specializovaná ambulance pro závislé děti a mladistvé (Ambulance dětské a dorostové adiktologie). V rámci činnosti kliniky, která se zabývá léčbou závislostí a komplexní péčí o dětské pacienty, kteří mají problémy s alkoholem, drogami či gamblingem, byl proveden sběr dat o pacientech formou screeningových dotazníků, a dále byl každý pacient podroben komplexnímu vyšetření adiktologem, psychiatrem a psychologem.

Získaná data o pacientech a výsledky komplexních vyšetření nabízejí možnost prozkoumat vztahy mezi faktory ze screeningových dotazníků a výsledky vyšetření pacientů.

Formulace základních výzkumných cílů:

Cílem práce je prostřednictvím explorační klinické studie popsat souvislosti mezi

- rizikovými a protektivními faktory vztahujícími se k rodinné situaci pacientů;
- širší sociální situací pacientů;

a jejich vztahem ke vzniku a rozvoji škodlivého užívání návykových látek.

Vedle výzkumných cílů formulujeme výzkumné hypotézy, které statisticky testujeme. Protože nemáme data z normální populace, pokusíme se zanalyzovat závislosti uvnitř námi zkoumaného vzorku mladistvých pacientů adiktologické kliniky.

H1: Proměnné pohlaví a hlavní droga jsou na sobě nezávislé.

H2: Mezi mírou závažnosti sociálních problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů neexistuje statisticky významný vztah.

H3: Mezi mírou závažnosti rodinných problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů existuje statisticky významný vztah.

10 Metodologie výzkumu

V naší práci používáme kvantitativní výzkum, který je založený na zpracování údajů ze strukturovaných dotazníků SAL a z další lékařské dokumentace. Vybrané otázky dotazníku SAL a zpracované informace z lékařské dokumentace do našeho výzkumu vstupují jako proměnné, které dále zkoumáme zejména pomocí popisných statistik, mezi

některými proměnnými hledáme vzájemné vztahy pomocí statistických testů. Popisné statistiky a vztahy následně diskutujeme.

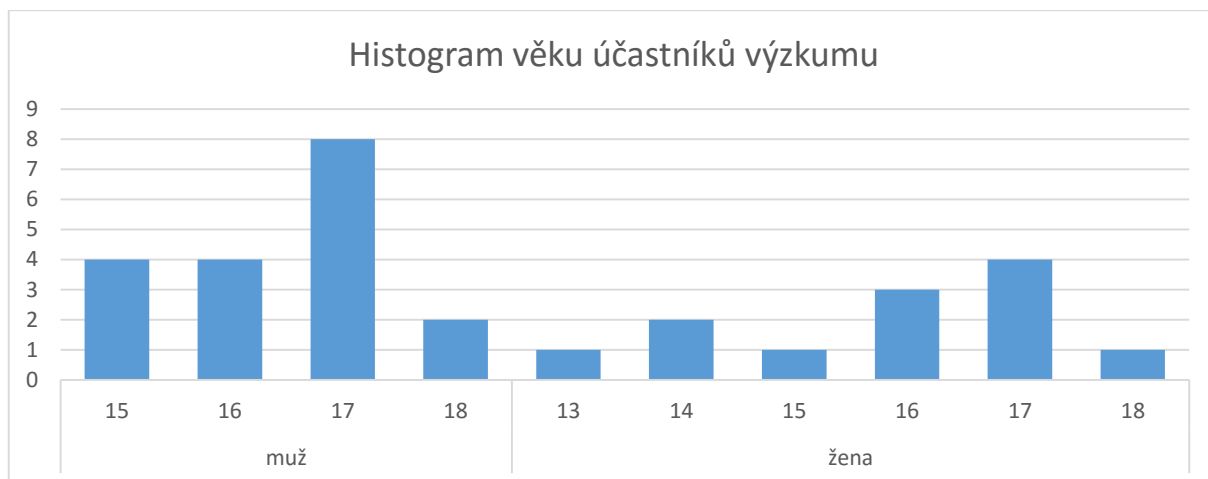
10.1 Výběr výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru probíhal metodou prostého záměrného výběru. Jedná se o cílené vyhledávání účastníků na základě jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je daná vlastnost, projev vlastnosti nebo stav. Jsou vyhledáváni pouze ti jedinci, kteří splňují dané kritérium a zároveň jsou ochotni zúčastnit se výzkumu (Miovský, 2006). Výzkumný soubor této práce tvoří pacienti užívající návykové látky a zároveň ti, kteří dochází do Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LFUK a VFN v období od léta 2014 do června 2015.

Výzkumný soubor tvoří 30 náhodně vybraných pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie. Součástí lékařské dokumentace pacientů je vyplněný dotazník SAL. Pro každého účastníka je součástí datového souboru věk, v jakém s ním byl proveden první pohovor a vyplnění dotazníku SAL. V souboru se nachází celkem 12 žen ve věku od 13 do 18 let, a celkem 18 mužů ve věku od 15 do 18 let. Následující tabulka a graf zachycují rozdělení pohlaví a věku účastníků výzkumného souboru.

Tabulka 1 Věk ve výzkumném souboru

	Muži	Ženy
N	18	12
Průměrný věk	6.44	5.83
Medián věku	17	16
Minimální věk	15	13
Maximální věk	18	18



Graf 1 Histogram věku účastníků výzkumu

10.2 Metody získávání dat

Data byla získána pomocí dotazníku SAL (Strukturovaný anamnestický list). Tento dotazník vychází z anamnestického listu a z EuropASI (European Addiction Severity Index). EuropASI je multidimenzionálním, klinickým a výzkumným nástrojem pro diagnostickou evaluaci a hodnocení změny v klientově stavu a výstupech léčby (Klinika adiktologie, 2012).

Dotazník EuropASI (Klinika adiktologie, 2012) slouží ke zmapování širokého spektra problémů klienta v oblasti drog a alkoholu a k vyhodnocení jejich závažnosti. Jedná se o strukturované interview mezi tazatelem a klientem. Obsahuje 200 otázek v 6 subškálách, hodnotitel používá desetibodovou škálu, pomocí které hodnotí problémy a potřeby klienta. Dotazník slouží k plánování léčby či jiné pomoci.

Česká verze vznikla z anglické verze.

Výhodou dotazníku je efektivnost získání informací, 45 minutová administrace, vysoká validita a reliabilita. Metoda není vhodná pro některé skupiny populace (mladiství).

SAL vychází z EuropASI a je vhodný pro mladistvé. Je vytvořen pro posouzení sedmi oblastí klientova života a jeho problémech souvisejících s užíváním návykových látek. Hodnocenými oblastmi jsou základní údaje, zdravotní stav, psychický stav, škola, rodinná anamnéza, sociální vztahy, právní postavení a adiktologická anamnéza. Každá z dimenzí zahrnuje celoživotní ukazatele a zároveň ukazatele za posledních 30 dní. Obsahuje také posouzení hodnotitele a posouzení klienta v oblasti závažnosti problémů. Hodnotitel používá devítistupňovou hodnotící stupnici.

10.3 Metody analýzy dat

Pro účely dalšího zpracování dat bylo nejprve nutné opsat ručně vyplněné dotazníky a tyto převést do elektronické podoby. Data byla následně očištěna a zkonsolidována v programu MS Excel. Další zpracování dat výzkumné části probíhalo v aplikacích MS Excel (popisné statistiky, pivot tabulky, histogramy, grafy) a v aplikaci Statistica (statistické testy, analýza korelací).

11 Etika výzkumu

Dotazníky byly administrovány zaměstnanci Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LFUK a VFN. Součástí lékařské dokumentace jednotlivých pacientů Kliniky je i informovaný souhlas o nakládání s osobními údaji v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Informované souhlasy byly z důvodu nezletilosti pacientů získány od zákonných zástupců.

12 Výsledky výzkumu

12.1 Historie detoxifikace, OSPOD

V rámci vstupního pedopsychiatrického vyšetření jsou u účastníků sebrány základní vstupní údaje. Pro účely tohoto výzkumu jsem do datového souboru vybrala údaje, zda byl pacient již někdy umístěn v nějakém zařízení (vězení, výchovný ústav, psychiatrická léčebna nebo dětský domov), zda u něj v historii proběhla detoxifikační léčba, a zda je rodina v péči OSPOD (Orgány sociálně-právní ochrany dětí) a zda má pacient přiděleného kurátora pro mládež.

Z celkového souboru bylo v minulosti v nějakém zařízení umístěno 28% mužů a 50% žen, detoxifikaci absolvovalo 22% mužů a 50% žen, a v péči OSPOD či přiděleného kurátora má 39% mužů a 17% žen.

Tabulka 2 Umístění v zařízení

	Muž počet	Muž %	Žena počet	Žena %
Umístění	5	28%	6	50%
Detox	4	22%	6	50%
OSPOD/Kurátor	7	39%	2	17%

12.2 Adiktologické údaje

V rámci vyšetření je u každého pacienta provedena adiktologická anamnéza. U každého z pacientů je určena hlavní zneužívaná droga. U pacientů se dále zjišťují další

údaje adiktologické anamnézy, jako jsou např. zkušenosti s užíváním konkrétních látek, jaké obtíže užívání přináší, informace o historii abstinencí a zařízeních, které pacientovi poskytly pomoc.

Pro účely této bakalářské práce jsem vybrala údaje o hlavní užívané droze, a dále informace o věku prvního užití konkrétních zneužívaných látek. Zpracovala jsem též hodnocení závažnosti problémů pacienta jeho garantem. Ostatní údaje jsou pro účely další analýzy obtížně vytěžitelné, protože jsou vyplněny jen u malého množství pacientů.

Hlavní zneužívaná droga

Hlavními drogami, které se vyskytují v analyzovaném souboru, jsou THC (celkem 18 pacientů), metamfetamin (12 pacientů) a alkohol (7 pacientů). U 23 pacientů je určena jedna hlavní droga, u 7 pacientů jsou určeny dvě hlavní drogy.

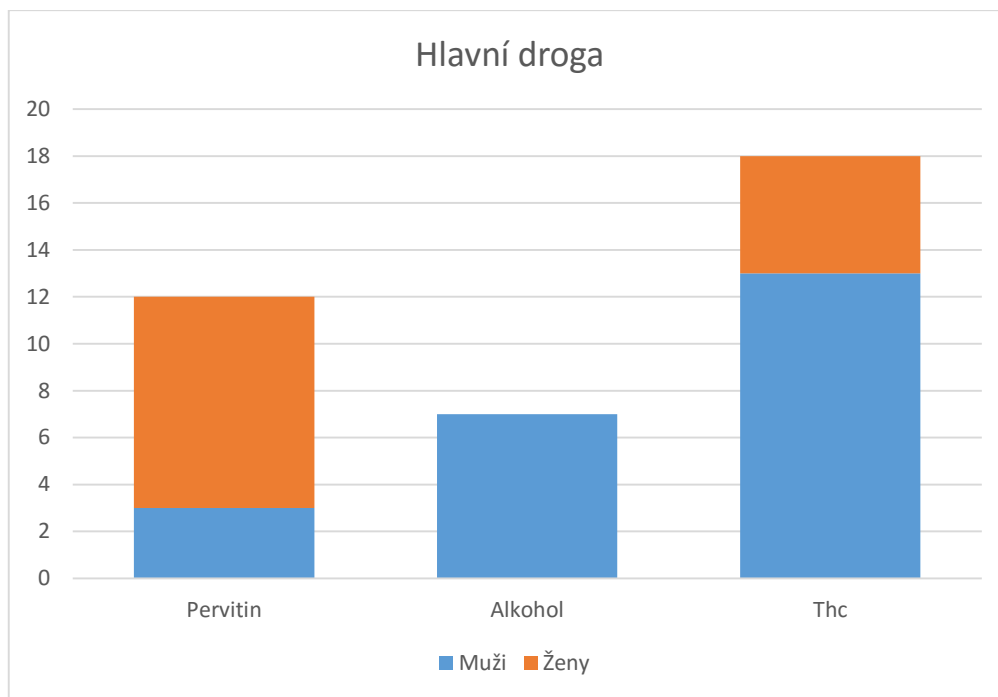
Tabulka 3 Hlavní zneužívaná droga

	Jedna hlavní droga	Dvě hlavní drogy
Muži	13	5
% mužů	72%	28%
Ženy	10	2
% žen	83%	17%
Muži a ženy	23	7
% mužů a žen	77%	23%

V analyzovaném souboru existují výrazné rozdíly v užívání jednotlivých látek muži v porovnání s ženami. Metamfetamin je hlavní drogou u 9 žen (odpovídá 75%) a 3 mužů (17%), naproti tomu alkohol v analyzovaném souboru zneužívají pouze muži (7, odpovídá 39%). THC užívá 13 mužů (odpovídá 72% populace) a 5 žen (42%).

Tabulka 4 Rozdělení užívání hlavní drogy

	Metamfetamin	Alkohol	Thc
Muži	3	7	13
% mužů	17%	39%	72%
Ženy	9	0	5
% žen	75%	0%	42%
Muži a ženy	12	7	18
% mužů a žen	40%	23%	60%



Graf 2 Hlavní zneužívaná látka

Věk prvního užití látky

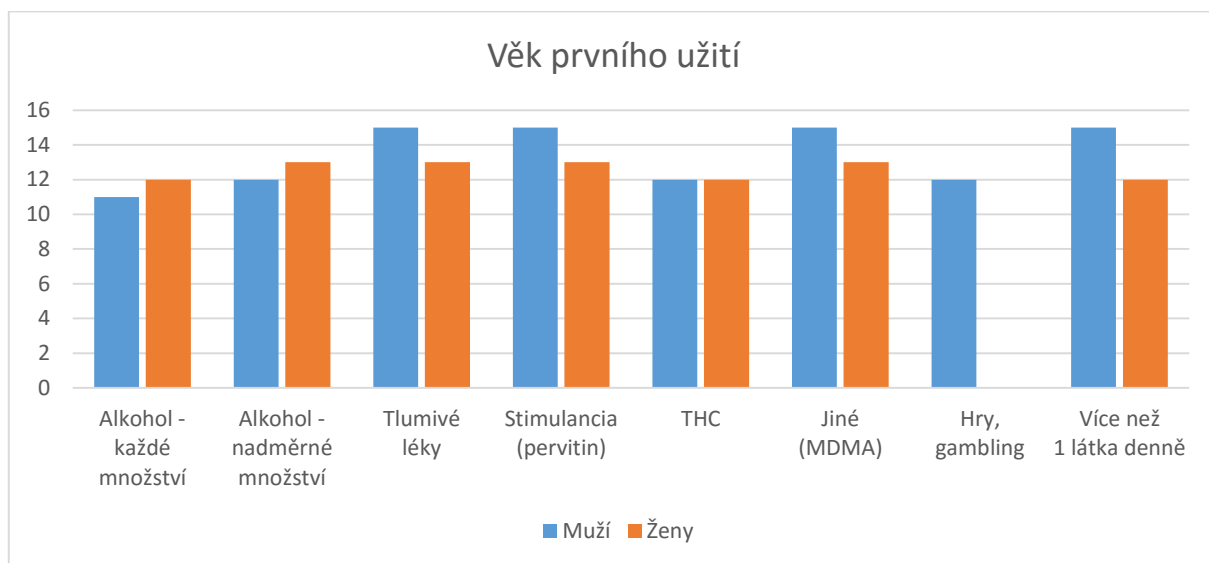
Informace o prvním užití látky byly sesbírány pro 8 různých kategorií, které jsou uvedeny níže v tabulce.

Analýza ukazuje, že ze zneužívaných látek má nejnižší věkový práh pro první užití alkohol, následovaný THC. Následují metamfetamin a jiné látky (MDMA), nejvyšší průměrný minimální věk užití mají tlumivé léky. Detailní informace zachycuje následující tabulka a graf.

Tabulka 5 Minimální věk užití látky

		Alkohol - každé množství	Alkohol - nadměrné množství	Tlumivé léky	Stimulancia (metamfetamin)	THC	Jiné (MDMA)	Hry, gambling	Více než 1 látka denně
Muži	Minimální věk	11	12	15	15	12	15	12	15
	Průměrný věk	13.6	14	15	15.5	14.5	15	13	15
	N	11	6	3	2	13	1	2	1
Ženy	Minimální věk	12	13	13	13	12	13	0	12
	Průměrný věk	13.5	13.5	14	14.2	13.75	14.3	0	13.5
	N	8	4	2	6	8	4	0	2
Muži+ženy	Minimální věk	11	12	13	13	12	13	12	12
	Průměrný věk	13.6	13.8	14.6	14.5	14.2	14.5	13	14

	N	19	10	5	8	21	5	2	3
--	---	----	----	---	---	----	---	---	---



Graf 3 Věk prvního užití návykové látky

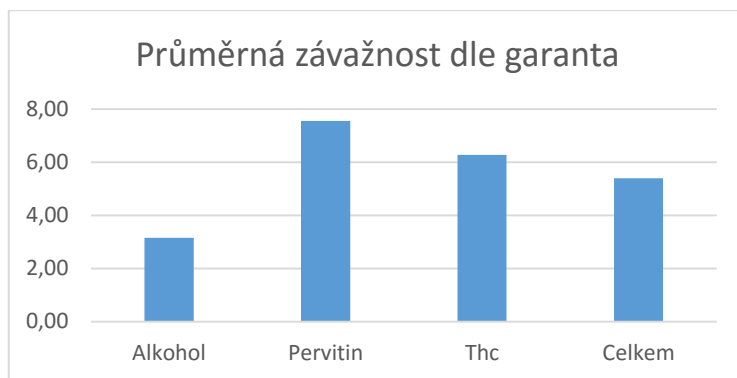
Závažnost škodlivého užívání látky dle garanta

V oblasti adiktologické anamnézy určuje garant u pacienta míru závažnosti týkající se problémů s alkoholem a drogami, na škále od 0 (žádné problémy) do 9 (extrémně závažný problém s absolutně nutnou intervencí).

Údaj byl ve sledovaném souboru vyplněn pro celkem 34 pozorování (garant se vyjadřuje zvlášť pro alkohol a pro ostatní drogy). Nejvyšší závažnost je přiřazována ve spojitosti s užíváním metamfetaminu (7.56 – extrémně závažný problém), následuje užívání THC (průměrná známka 6.27 – značně závažný problém), a alkoholu (průměrná známka 3.15 – středně závažný problém).

Tabulka 6 Závažnost užívání návykové látky dle garanta

	Alkohol	Metamfetamin	Thc	Celkem
N	13	10	11	34
Průměrná závažnost	3.15	7.56	6.27	5.39
Minimální závažnost	0	3	4	0
Maximální závažnost	9	9	9	9



Graf 4 Průměrná závažnost užívání návykové látky dle garanta

12.3 Školní údaje

Dotazník SAL věnuje údajům o škole celkově 16 otázek. Z vyplněných dotazníků jsem pro účely této bakalářské práce vybrala následující údaje, které bylo možné vytěžit:

- jaký typ školy pacient studuje;
- zda došlo k opakování ročníku;
- kvalita školní docházky;
- školní prospěch;
- školní postihy;
- pocity pacienta směrem ke škole;
- školní potíže;
- zda došlo ke změně školy;
- míra závažnosti školních problémů posouzená garantem.

V následujícím textu popíšu výsledky analýzy jednotlivých otázek.

Typ školy

V souboru se vyskytují pacienti, kteří při vstupním pohovoru studovali základní školu nebo střední školu. Tabulka níže zachycuje rozdělení jednotlivých typů vzdělání.

Tabulka 7 Typ školy

	muž	žena	celkem
nevyplněno	4	2	6
SŠ bez maturity	4	2	6
SŠ s maturitou	8	5	13
ZŠ	2	3	5

Opakování ročníku

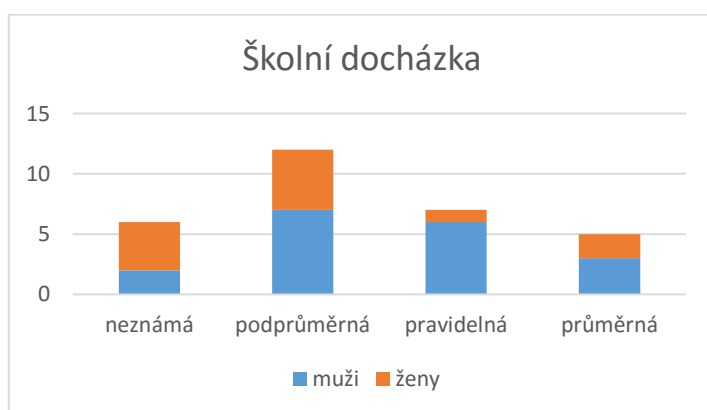
Z celkového počtu 30 účastníků výzkumu opakovalo nějaký ročník školy celkem 7 pacientů, z toho 6 mužů a 1 žena.

Kvalita školní docházky

Dotazník SAL zjišťuje, jak probíhá školní docházka z hlediska pravidelnosti a kvantity. Nejvyšší zastoupení má v souboru podprůměrná školní docházka (celkem 40% pozorování, se srovnatelným zastoupením mužů a žen). Tabulka a graf níže zachycuje rozdělení školní docházky. Hodnota „neznámá“ je uvedena v případech, kdy údaj nebyl zjištěn.

Tabulka 8 Kvalita školní docházky

	muži	muži %	ženy	ženy %	celkem	celkem %
neznámá	2	11%	4	33%	6	20%
podprůměrná	7	39%	5	42%	12	40%
pravidelná	6	33%	1	8%	7	23%
průměrná	3	17%	2	17%	5	17%



Graf 5 Rozdělení kvality školní docházky

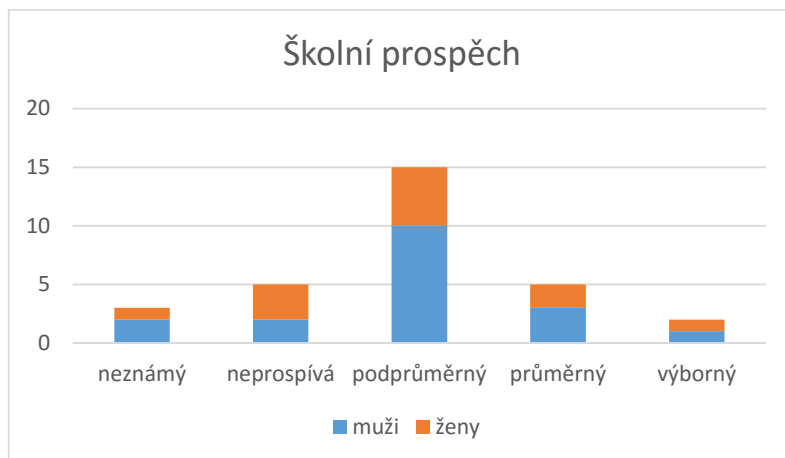
Školní prospěch

Dalším sledovaným parametrem je školní prospěch dotazovaných, v kategoriích výborný (známky 1,2), průměrný (3), podprůměrný (4) a neprospívá. V analyzovaném souboru je největší zastoupení podprůměrného prospěchu, se srovnatelným rozdělením mezi muže a ženy.

Tabulka 9 Školní prospěch

	muži	muži %	ženy	ženy %	celkem	celkem %
neznámý	2	11%	1	8%	3	10%
neprospívá	2	11%	3	25%	5	17%
podprůměrný	10	56%	5	42%	15	50%

průměrný	3	17%	2	17%	5	17%
výborný	1	6%	1	8%	2	7%



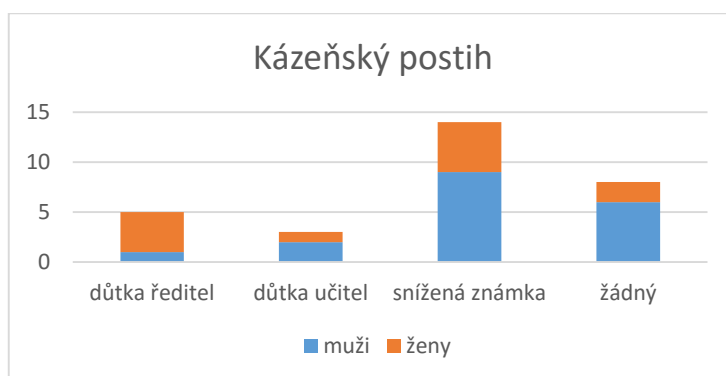
Graf 6 Rozdělení školního prospěchu

Školní postihy

V oblasti školních postihů se sleduje, zda škola historicky přistoupila k formálnímu postižení pacienta snížením známky z chování nebo důtkou. Nějaké postižení dostalo v mnou sledovaném souboru 73% účastníků. U 47% populace bylo postižení nejpřísnější sledované (snížená známka z chování), rozdělení je opět srovnatelné mezi muže a ženy.

Tabulka 10 Školní postihy

	muži	muži %	ženy	ženy %	celkem	celkem %
důtka ředitel	1	6%	4	33%	5	17%
důtka učitel	2	11%	1	8%	3	10%
snížená známka	9	50%	5	42%	14	47%
žádný	6	33%	2	17%	8	27%



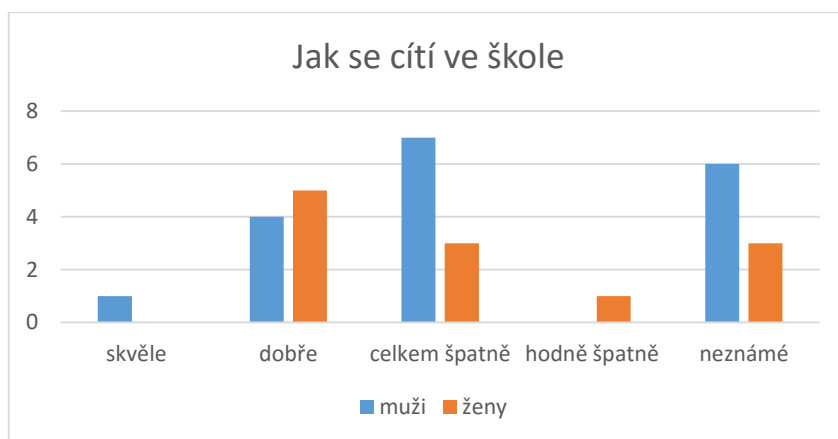
Graf 7 Rozdělení školních postihů

Pocity pacienta směrem ke škole

Dotazník SAL zjišťuje, jak se dotazovaný cítí ve škole a nabízí odpověď v kategoriích skvěle (do školy se těším), dobře, celkem špatně (nechodím tam rád) a hodně špatně (nenávidím školu). Z analýzy vyplývá, že muži se ve škole cítí převážně celkem špatně (39% mužů), ženy se cítí převážně dobře (42% žen). Detailní pohled nabízí následující tabulka a graf.

Tabulka 11 Spokojenost ve škole

	muži	muži %	ženy	ženy %	celkem	celkem %
skvěle	1	6%	0	0%	1	3%
dobře	4	22%	5	42%	9	30%
celkem špatně	7	39%	3	25%	10	33%
hodně špatně	0	0%	1	8%	1	3%
neznámé	6	33%	3	25%	9	30%



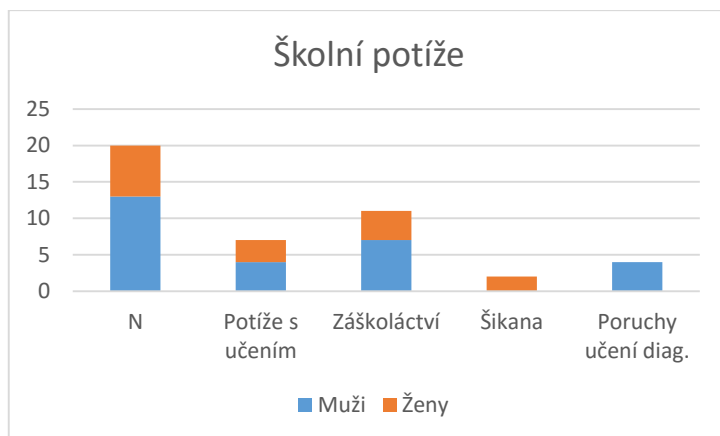
Graf 8 Spokojenost ve škole

Školní potíže

V oblasti školních potíží bylo z dotazníků možné vytěžit celkem 20 platných pozorování (pro 13 mužů a 7 žen). Nejčastější školní potíží je záškoláctví (celkem 11 pozorování), následované potížemi s učením (7 pozorování). Dvě dívky se setkaly s šikanou, čtyři chlapci mají diagnostikovanou poruchu učení.

Tabulka 12 Školní obtíže

	Muži	Ženy	Celkem
N	13	7	20
Potíže s učením	4	3	7
Záškoláctví	7	4	11
Šikana	0	2	2
Poruchy učení diag.	4	0	4



Graf 9 Rozdělení školních potíží

Změny školy

Dalším parametrem, který dotazník SAL sleduje, je změny školy v průběhu studia. V mém vzorku na tuto otázku odpovědělo celkem 12 respondentů, z nichž 9 změnilo školu (75%) a 3 školu v průběhu studia nezměnili. I kdyby na otázku odpovědělo všech 30 dotazovaných a počet školu změnivších se nezměnil, stále bychom mohli pozorovat vysoké procento (30%) změny školy v průběhu studia.

Závažnost školních problémů dle garanta

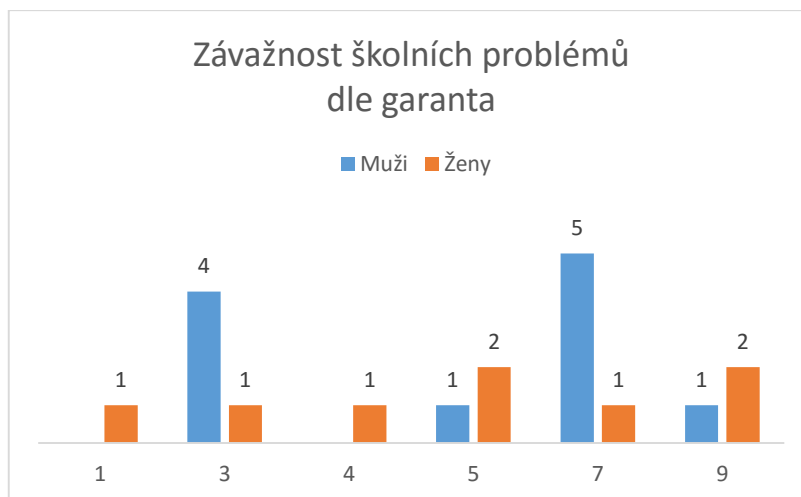
Garant pacienta posuzuje závažnost školních problémů pacienta. Míra závažnosti je od 0 do 9, kde 0 znamená neexistující problém, 9 znamená problém vyžadující okamžitou intervenci (pomoc, léčbu).

Závažnost v oblasti školy byla v mnou sledovaném souboru určena u 19 mladistvých pacientů. Průměrná známka celého souboru je 5,47, což odpovídá interpretaci „středně závažný problém, nějaká intervence je na místě“. Vidíme také, že 5 mužů obdrželo známku 7 (značně závažný problém, intervence je nutná).

Tabulka a histogram níže zachycuje rozdělení závažnosti u jednotlivých pacientů.

Tabulka 13 Závažnost problémů v oblasti školy podle garanta

	Muži	Ženy	Celkem
N	11	8	19
Průměr	5.55	5.38	5.47
Minimum	3	1	1
Maximum	9	9	9



Graf 10 Závažnost školních problémů dle garanta

12.4 Rodinná anamnéza

Dotazník SALS se v rámci rodinné anamnézy zabývá rodinnou situací pacienta v oblastech složení rodiny a její funkčnosti, poměrů v domácnosti, zaměstnání členů rodiny a majetkových poměrů, ohrožení a závažných problémů rodiny. S přihlédnutím k množství odpovědí v jednotlivých částech rodinné anamnézy dotazníku SAL jsme vybrali následující faktory pro analýzu:

- úplnost a funkčnost rodiny;
- typ bydlení a spokojenost s ním;
- vztah s ostatními rodinnými příslušníky;
- závažné problémy členů rodiny;
- úplnost a funkčnost rodiny.

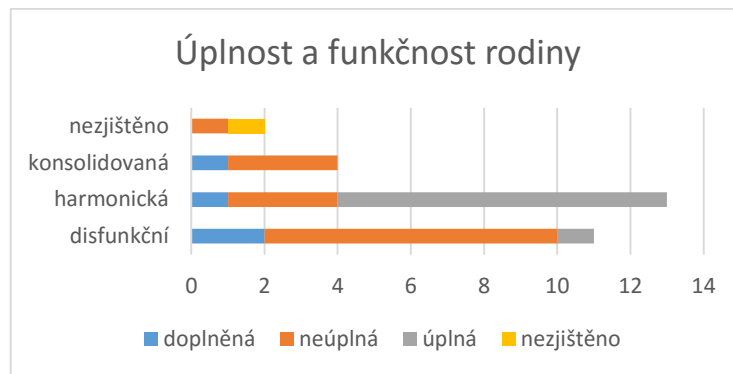
Dotazník SAL rozeznává tři kategorie funkčnosti rodiny – harmonická, konsolidovaná a disfunkční, a tři kategorie složení rodiny – úplná, doplněná a neúplná. V úplné rodině žije 10 účastníků výzkumu, v neúplné 15 účastníků, a v doplněné rodině jsou 4 pozorování. Většina rodin je hodnocena jako harmonická (13), následovaná disfunkční (11) a konsolidovanou (4).

Je možné zkoumat také vzájemný vztah úplnosti a funkčnosti rodiny. Úplné rodiny jsou v 9 z 10 pozorování hodnoceny jako harmonické, zatímco neúplné rodiny jsou harmonické jen ve 3 případech z 15, a jsou většinou hodnoceny jako disfunkční (8 z 15 pozorování).

Tabulka a grafy níže detailně zachycují rozdělení účastníků výzkumu do jednotlivých kategorií.

Tabulka 14 Rodinné zázemí

	doplněná	neúplná	úplná	nezjištěno	Celkem
disfunkční	2	8	1		11
harmonická	1	3	9		13
konsolidovaná	1	3			4
nezjištěno		1		1	2
Celkem	4	15	10	1	30



Graf 11 Úplnost a funkčnost rodiny

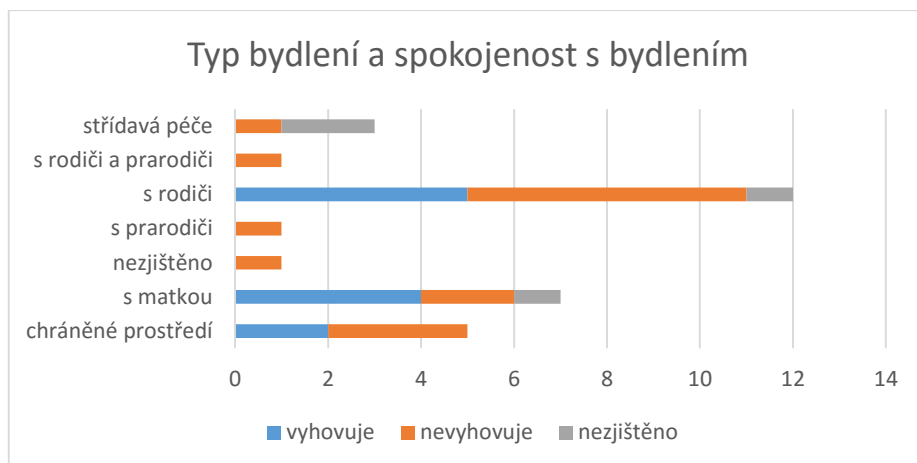
Typ bydlení a spokojenost s bydlením

Dalšími zkoumanými údaji jsou typ bydlení a informace od účastníka výzkumu, zda mu daný typ bydlení vyhovuje či nevyhovuje.

Většina dotazovaných žije s rodiči (12 pozorování), 7 účastníků výzkumu žije s matkou. V chráněném prostředí bydlí 5 respondentů. Bydlení celkově vyhovuje 11 dotázaným (36%) a nevyhovuje 15 dotázaným (50%).

Tabulka 15 Typ bydlení a spokojenost

	vyhovuje	nevyhovuje	nezjištěno	Celkem
chráněné prostředí	2	3		5
s matkou	4	2	1	7
nezjištěno		1		1
s prarodiči		1		1
s rodiči	5	6	1	12
s rodiči a prarodiči		1		1
střídavá péče		1	2	3
Celkem	11	15	4	30



Graf 12 Typ bydlení a spokojenost s bydlením

Vztahy s rodinnými příslušníky

Vztahy s ostatními rodinnými příslušníky dotazník SAL zkoumá otázkami na frekvenci a kvalitu kontaktu s jednotlivými členy blízké a širší rodiny. S přihlédnutím k malému množství odpovědí u ostatních členů rodiny jsme se zaměřili pouze na vztah s biologickým otcem a s biologickou matkou. Odpovědi z dotazníku jsme rovněž upravili tak, že pokud s matkou nebo otcem neexistuje žádný kontakt, upravujeme původní odpověď na kvalitu vztahu na „není“.

Pravidelný kontakt s matkou má 21 účastníků výzkumu, nepravidelný 9, žádný kontakt 1 dotazovaný. Většina hodnotí vztah s matkou pozitivně (16 z 30 pozorování), 8 negativně.

Pravidelný kontakt s otcem má 9 účastníků, nepravidelný rovněž 9, a zcela bez kontaktu s otcem je 7 dotazovaných, z toho 11 hodnotí vztah s otcem pozitivní, 2 negativně, 7 nemá žádný kontakt.

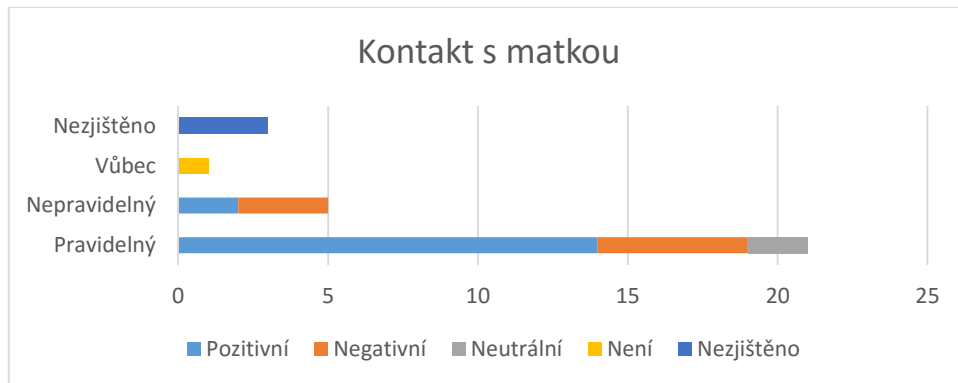
Tabulka 16 Kontakt s matkou

	Pravidelný	Nepravidelný	Vůbec	Nezjištěno	Celkem
Pozitivní	14	2			16
Negativní	5	3			8
Neutrální	2				2
Není			1		1
Nezjištěno				3	3
Celkem	21	5	1	3	30

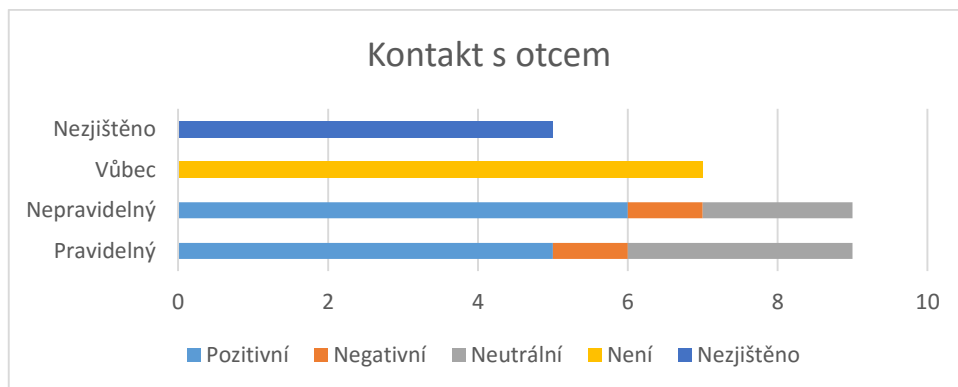
Tabulka 17 Kontakt s otcem

	Pravidelný	Nepravidelný	Vůbec	Nezjištěno	Celkem
Pozitivní	5	6			11

Negativní	1	1			2
Neutrální	3	2			5
Není			7		7
Nezjištěno				5	5
Celkem	9	9	7	5	30



Graf 13 Rozdělení kontaktu s matkou



Graf 14 Rozdělení kontaktu s otcem

Závažné problémy členů rodiny

U některých účastníků výzkumu lze vyzorovat závažné problémy týkající se ostatních členů rodiny. Tyto jsme zjišťovali prostřednictvím strukturovaných odpovědí v dotazníku SAL, a tyto jsme dále doplnili z dalších nestrukturovaných informací na základě záznamů pohovorů s pacienty.

Závažné problémy u dalších členů rodiny jsme identifikovali celkem v 15 případech z 30. Tabulka níže zachycuje problémy identifikované v jednotlivých rodinách.

Tabulka 18 Problémy členů rodiny

1	Přítel matky	Alkohol
2	Otec	Alkohol, drogy, psychiatrické problémy
3	Matka, otec	Alkohol
4	Bratr	Drogy

5	Matka, otec	Alkohol, drogy, psychiatrické problémy
6	Otec	Psychiatrické problémy
7	Otec	Alkohol
8	Matka, otec	Alkohol
9	Matka Otec	Alkohol Alkohol, psychiatrické problémy
10	Otec	Drogy
11	Matka Otec	Alkohol Alkohol, psychiatrické problémy
12	Matka Otec	Alkohol Drogy
13	Matka	Psychiatrické problémy
14	Matka Otec	Alkohol Alkohol, drogy, psychiatrické problémy
15	Matka	Psychiatrické problémy

12.5 Sociální vztahy

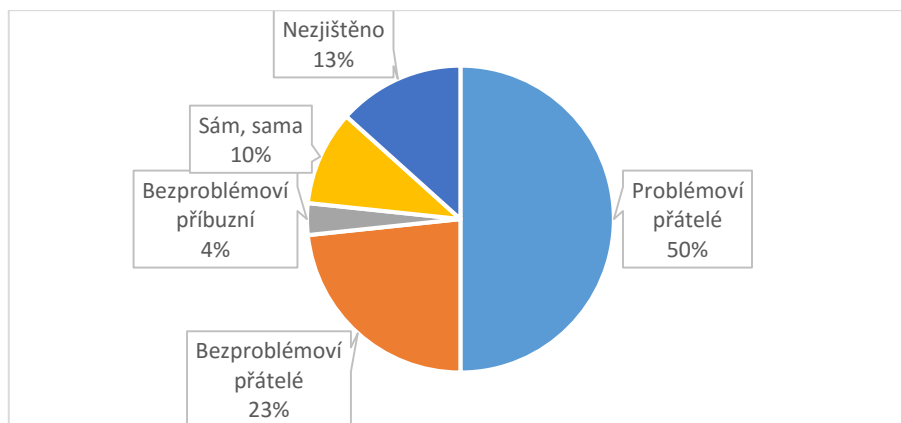
V naší práci budeme dále analyzovat sociálních vztahy pacientů. Budeme zkoumat následující otázky:

- s kým a jak rádi účastníci výzkumu tráví volný čas;
- jaké vztahy si pěstují k ostatním osobám a jakým sociálním konfliktům čelí;
- jak závažné jsou problémy pacientů v sociální oblasti z pohledu jejich garanta;
- trávení volného času.

Dotazník SAL účastníkům výzkumu klade otázku, s kým nejčastěji tráví svůj volný čas. Analýza odpovědí ukazuje, že neexistuje významný rozdíl mezi muži a ženami. V polovině případů (15 pozorování) dotazovaní tráví čas s přáteli, kteří mají rovněž problémy s drogami či alkoholem. Následují bezproblémoví přátelé (7 pozorování) a ostatní kategorie. Detailní rozdělení zachycuje tabulka a graf níže.

Tabulka 19 Trávení času

Problémoví přátelé	50.00%
Bezproblémoví přátelé	23.33%
Bezproblémoví příbuzní	3.33%
Sám, sama	10.00%
Nezjištěno	13.33%



Graf 15 Trávení volného času

Z dostupných dat je rovněž možné analyzovat spokojenost pacientů s jejich trávením volného času. Vidíme, že 60% pacientů vyhovuje stav, že se stýkají s přáteli, kteří mají stejně jako oni problémy s drogami. Tento stav nevyhovuje 6.7% pacientů a 20% je situace lhostejná. Rozpad spokojenosti pro další kategorie styků zachycuje tabulka níže.

Tabulka 20 Spokojenost s trávením času

S kým se stýkají	Vyhovuje	Je to jedno	Nevyhovuje	Nezjištěno
Problémoví přátelé	60.0%	20.0%	6.7%	13.3%
Bezproblémoví přátelé	57.1%	14.3%	0.0%	28.6%
Bezproblémoví příbuzní	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nezjištěno	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Sám	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%

Vztahy s dalšími osobami

Dotazník SAL se zabývá kvalitou sociálních vztahů s dalšími osobami velmi podrobně a strukturovaně, když pokládá celkově 20 otázek či podotázek. Na řadu z těchto otázek však odpovědělo malé množství respondentů, a tak po provedení konsolidace dat můžeme analyzovat následující:

- zda měl dotazovaný někdy silně pozitivní či silně negativní vztah k matce či otci – (11, resp. 14 validních odpovědí);
- zda byl dotazovaný někdy předmětem psychického či fyzického ublížení ze strany příbuzných, partnerů, přátel, spolužáků či sousedů (11 validních odpovědí).

Tabulka níže zachycuje rozdělení odpovědí na otázky týkající se pozitivního či negativního vztahu k matce či otci. Povšimněme si, že z celkem 14 respondentů jich 13, resp. 12 odpovědělo, že mělo někdy těžké problémy ve vztahu k matce, resp. k otci.

Tabulka 21 Vztah k otci a matce

	Ne	Ano	N
Zažil hluboký pozitivní vztah k matce	4	7	11
Zažil hluboký pozitivní vztah k otci	1	9	10
Zažil těžké problémy ve vztahu k matce	1	13	14
Zažil těžké problémy ve vztahu k otci	2	12	14

Na otázky týkající se psychického či fyzického ublížení ze strany příbuzných, partnerů, přátel, spolužáků či sousedů, odpovědělo celkem 11 dotazovaných, z nichž všichni zažili psychické ublížení, a 4 osoby zažily fyzické ublížení. Je však nutné zdůraznit, že celkový soubor má 30 osob a je velmi pravděpodobné, že zápis odpovědí do dotazníků je silně vychýlen v tom smyslu, že odpovědi jsou zachycené zejména pro pozitivní případy. Pokud bychom učinili předpoklad, že všechny chybějící odpovědi jsou záporné, zažilo by psychické ublížení ze strany výše uvedených osob 36% dotázaných, a fyzické ublížení by zažilo 13% dotázaných.

Závažnost sociálních problémů z pohledu garanta

Garant určuje u každého pacienta míru závažnosti problémů týkajících se rodinných, příbuzenských a jiných vztahů, a to na škále od 0 (žádné problémy) do 9 (extrémně závažný problém s absolutně nutnou intervencí).

Údaj byl ve sledovaném souboru vyplněn pro celkem 22 pozorování. Nejvyšší určená závažnost je 9, nejnižší přiřazená závislost je 4. Povšimněme si, že v populaci N=22 validních odpovědí má hodnocení 6 (značně závažný problém) a vyšší 90% dotazovaných (odpovídá 64% v rámci populace N=30 včetně nevalidních odpovědí).

Tabulka 22 Závažnost sociálních problémů podle garanta

Závažnost	Četnost	Rel. četnost pro N=30	Rel. četnost pro N=22
4	1	3%	5%
5	1	3%	5%
6	4	13%	18%
7	3	10%	14%
8	4	13%	18%
9	9	30%	41%
nezjištěna	8	27%	-

12.6 Vztahy mezi sledovanými údaji

V předchozím textu jsme se zabývali zejména popisnými statistikami proměnných z jednotlivých předmětných oblastí výzkumu.

V následujícím textu budeme hledat vztahy mezi těmito proměnnými. Nejprve se pokusíme vytipovat skupiny proměnných, v rámci kterých můžeme očekávat, že mezi nimi existuje nějaký vztah. Následně tyto vztahy podrobíme statistickému testu nezávislosti.

V rámci této části statisticky testujeme hypotézy stanovené v kapitole 9. Vzhledem k malému rozsahu výběru používáme testy neparametrické a to Spearmannův korelační test a Chí-kvadrát test.

Pohlaví – hlavní užívaná droga

Popisné statistiky naznačují rozdíl mezi hlavní zneužívanou látkou u mužů a žen. Nyní prozkoumáme vzájemnou závislost pohlaví a hlavní zneužívané drogy.

Pohlaví a hlavní zneužívaná droga jsou kategorické proměnné. Pro test nezávislosti použijeme chí-kvadrát test.

Tabulka 23 Chí-kvadrát test pro pohlaví a hlavní drogu

Chi-square	df	p
18.04928	df=2	p=.00012
18.42974	df=2	p=.00010

H1: Proměnné pohlaví a hlavní droga jsou na sobě nezávislé.

Hypotézu zamítáme.

V našem výzkumném souboru existuje závislost mezi pohlavím a hlavní zneužívanou drogou.

Sociální problémy – závažnost adiktologických problémů

Na základě teoretického textu výše předpokládáme, že čím větší jsou sociální problémy pacienta, tím spíše bude mít klient adiktologické problémy (a vice versa). Přestože pro správné posouzení závislosti bychom měli použít i data z normální populace, pokusme se zanalyzovat, zda tato závislost platí také uvnitř námi zkoumaného vzorku mladistvých pacientů adiktologické kliniky.

Jako míru sociálních problémů použijeme hodnocení závažnosti sociálních problémů garantem. Jako míru adiktologických problémů použijeme hodnocení závažnosti

adiktologických problémů garantem. Pro posouzení závislosti proměnných použijeme Spearmanovu korelaci.

Tabulka 24 Spearmanova korelace pro sociální problémy a adiktologické problémy

Spearman Rank Order Correlations		
MD pairwise deleted		
Marked correlations are significant at $p < .05000$		
Variable	Soc závažnost	Adikt závažnost
Soc závažnost	1.000000	0.515966
Adikt závažnost	0.515966	1.000000

H2: Mezi mírou závažnosti sociálních problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů neexistuje statisticky významný vztah.

Hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Existuje statisticky významná korelace mezi mírou závažnosti sociálních problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů. Tato korelace má kladné znaménko. Odhad Spearmanovy korelace je 0.515966, což znamená středně silný vztah.

Rodinné problémy – závažnost adiktologických problémů

Analogicky jako v předešlém odstavci, předpokládáme na základě teoretických předpokladů vztah mezi mírou rodinných problémů a závažností adiktologických problémů.

V dotaznících bohužel neexistuje míra rodinných problémů posouzená garantem, kterou bychom mohli použít jednoduše jako v předešlém odstavci. Jako míru rodinných problémů tedy zkonstruujeme vlastní ordinální míru jako součet bodů přidělených za jednotlivé otázky v rodinné anamnéze. Body budeme přidělovat takto:

Tabulka 25 Konstrukce míry závažnosti rodinných problémů

Otázka	Body
Složení rodiny	Úplná = 0 bodů, jinak 1 bod
Funkčnost rodiny	Harmonická = 0 bodů, jinak 1 bod
Vyhovuje bydlení?	Ano = 0 bodů, jinak 1 bod
Kontakt s matkou – perioda	Pravidelný = 0 bodů, jinak 1 bod
Kontakt s otcem – perioda	Pravidelný = 0 bodů, jinak 1 bod
Kontakt s matkou – kvalita	Pozitivní = 0 bodů, jinak 1 bod

Kontakt s otcem – kvalita	Pozitivní = 0 bodů, jinak 1 bod
Problémy v rodině – alkohol	Existuje - 1 bod
Problémy v rodině – drogy	Existuje - 1 bod
Problémy v rodině – psychické	Existuje - 1 bod

Tabulka a graf níže zachycují výsledné rozdělení součtu bodů mezi jednotlivé pacienty.

Tabulka 26 Rozdělení součtu bodů za rodinné problémy

N	Průměr	Sm. odch.
23	4.478261	2.6946



Graf 16 Rozdělení závažnosti rodinných problémů

Proveďme nyní analýzu vztahu mezi námi vytvořenou mírou problémů v rodině a mírou adiktologických problémů definovanou jako závažnost adiktologických problémů určenou garantem.

Tabulka 27 Spearmanova korelace pro rodinné problémy a adiktologické problémy

Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at $p < .05000$		
Variable	Rodina problemy body	Adikt závažnost
Rodina problemy body	1.000000	0.398281
Adikt závažnost	0.398281	1.000000

H3: Mezi mírou závažnosti rodinných problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů existuje statisticky významný vztah.

Hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Jak je zřejmé z tabulky výše, v rámci našeho souboru jsme nepotvrdili statisticky významný (na hladině $p<0.05$) vztah mezi námi definovanou mírou závažnosti rodinných problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů určenou garantem.

12.7 Shrnutí výsledků

Rodinná situaci pacientů

Prvním cílem bakalářské práce bylo popsat rizikové a protektivní faktory vztahující se k rodinné situaci pacientů.

První část dotazníku SAL obsahuje základní informace o pacientech. Náš výzkumný soubor tvořilo celkem 30 pacientů, z toho 18 mužů 12 žen ve věku od 13 do 18 let. Z našeho vzorku 50% žen a 22% mužů prošlo detoxifikační léčbou, v péči OSPOD či přiděleného kurátora má 39% mužů a 17% žen a v nějakém zařízení bylo umístěno 50% žen a 28% mužů. Hlavními drogami, které dotazovaní zneužívají, jsou THC (18 pacientů), metamfetamin (12 pacientů) a alkohol (7 pacientů). Zajímavé jsou rozdíly ve zneužívaných látkách u mužů a žen. U žen je hlavní drogou metamfetamin (9 žen, tj. 75%), u mužů to je THC (13 mužů, odpovídá 72%).

Podle dotazníku pacienti mohli zvolit jednu ze tří kategorií funkčnosti rodiny – harmonickou, konsolidovanou a disfunkční, a tři kategorie složení rodiny – úplnou, doplněnou a neúplnou. V úplné rodině žije 10 pacientů, v neúplné 15 a v doplněné 4 pacienti. Ve 13 případech pacienti rodinu hodnotili jako harmonickou, v 11 disfunkční a ve 4 konsolidovanou.

Dále byla zkoumána spokojenost s typem bydlení. Bydlení vyhovuje 11 dotázaným (36%) a nevyhovuje 15 dotázaným (50%). Většina dotazovaných žije s rodiči (12).

Co se týče vztahů – s matkou má pravidelný kontakt 21 pacientů, 9 nepravidelných, 1 žádný. 8 pacientů hodnotí vztah jako negativní.

S otcem má pravidelný kontakt 9 účastníků, 9 nepravidelný a 7 je zcela bez kontaktu. 11 pacientů vztah hodnotí pozitivně, 2 negativně a 7 nemá kontakt žádný.

S ostatními členy rodiny má závažný problém 15 pacientů (tj. 50%).

Podle Hajného (Hajný in Kalina, Kalina et al., 2003) se u závislých často vyskytuje model hyperprotektivní matky a chladných či nepřítomných otců. Z dotazníku není možné prokázat hyperprotektivnost matky, ale 7 otců úplně v rodině chybí a dalších 9 otců má kontakt s pacientem nepravidelný. Nepřítomnost či nedostatečnou nepřítomnost

otce v životě pacienta můžeme považovat za významný rizikový faktor. Dalším významným faktorem je úplnost či neúplnost rodiny.

Téměř polovina (13) dotazovaných uvedla, že žije v harmonické rodině. Z naší studie tedy nevyplývá, zda harmonické resp. nefunkční rodinné zázemí je rizikovým či protektivním faktorem.

Co se týče protektivních faktorů – v naší studii jsme neprováděli srovnání s běžnou populací. Za protektivní faktor můžeme vice versa považovat přítomnost otce v životě dítěte.

Širší sociální situace pacientů

Druhým cílem bakalářské práce bylo popsat širší sociální situaci pacientů.

Jednou z oblastí, kterou SAL dotazník zkoumá, je škola. V rámci této oblasti zkoumá několik kategorií – typ školy, opakování ročníku, školní prospěch, školní postihy, pocity pacienta týkající se školy, školní potíže, změna škola a míra závažnosti posouzená garantem.

Podle Nešpora a Csémyho (Nešpor, Csémy, 1994) lze za zvýšené riziko ve vztahu k návykovým látkám považovat střídání škol, selhávání ve škole, nezáměr o školu, označení žáka jako problémového, záškoláctví či přerušení školy. V naší studii se závěry autorů potvrdily; 40% pacientů má podprůměrnou školní docházku. Školní prospěch dotazovaných je v 50% případů podprůměrný, v 17% vůbec dotazovaní neprospívají. U školních postihů jsme zaznamenali, že 73% dotazovaných obdrželo nějaký typ školního postihu (u 47% sledovaných se dokonce jednalo o sníženou známku z chování). Dotazník nadále zjišťuje, jak se cítí ve škole. Z analýzy vyplývá, že muži se cítí ve 39% špatně, ženy se cítí v 25% špatně a v 42% dobře. U školních potíží uvádí 11 dotazovaných záškoláctví, 2 dívky šikanu, 7 žáků potíže s učením a u 4 je diagnostikována porucha učení. V této kategorii se nám podařilo vytěžit 20 pozorování. V kategorii změna školy odpovědělo 9 dotazovaných, že školu změnilo. Tato kategorie byla vyplněna jen u 12 dotazovaných. Závažnost dle garanta byla zaznamenána u 19 dotazovaných. Průměrné hodnocení dle garanta je 5,47, což ukazuje v souladu s dotazníkem na středně závažný problém.

V oblasti sociálních vztahů jsme vybrali kategorie s kým a jak účastníci tráví volný čas, jaké vztahy mají k ostatním osobám a hodnocení garanta. Podle Presla (1994) je důležitý postoj skupiny, se kterou mladiství tráví čas, k drogám. Pozitivně působí skupina vrstevníků odmítající drogy.

V trávení volného času neexistuje rozdíl mezi muži a ženami. Polovina dotazovaných tráví volný čas s přáteli, kteří mají také problém s drogami či alkoholem. 60% respondentů je s trávením volného času spokojena. Kategorie vztahu s ostatními osobami zjišťuje, zda měl pacient pozitivní či negativní vztah ke své matce/otci a zda čelil psychickému či fyzickému ublížení ze strany příbuzných či jiných blízkých osob. V kategorii vztahů k matce či otci jsme získali celkem 14 validních odpovědí. Celkem 13 dotazovaných odpovědělo, že mělo těžké problémy ve vztahu k matce a 12 odpovědělo, že mělo těžké problémy ve vztahu k otci. V kategorii psychického či fyzického ublížení jsme získali pouze 11 odpovědí. Všech 11 osob odpovědělo, že zažili psychické ublížení a 4 osoby i fyzické. Míra závažnosti určená garantem byla vyplněna u 22 dotazovaných. Z nich má 41% hodnocenou závažnost číslem 9, to znamená nejvyšší možnou.

V kapitole 9 jsme stanovili hypotézy, které dále testujeme. Jelikož nemáme údaje z běžné populace, hledáme vztahy v rámci našich proměnných.

H1: Proměnné pohlaví a hlavní droga jsou na sobě nezávislé.

Hypotézu zamítáme.

H2: Mezi mírou závažnosti sociálních problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů neexistuje statisticky významný vztah.

Hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

H3: Mezi mírou závažnosti rodinných problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů existuje statisticky významný vztah.

Hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

13 Diskuze

V této části práce budeme diskutovat výsledky předchozí části práce, případně její nedostatky.

Nejprve je třeba uvést, že jako hlavní úskalí této studie vidíme omezený počet dotazníků. Ambulance dětské a dorostové adiktologie byla otevřena v létě 2014, a zatím se nepodařilo shromáždit větší množství vyplněných dotazníků týkajících se dětí a mladistvých s problémy s látkovou závislostí.

Výrazným úskalím je též kolísající míra vyplnění jednotlivých částí dotazníků. Pro posouzení důvodů, proč jsou některé dotazníky vyplněné jen řídce, se nabízí různá vysvětlení. Je možné, že nevyplněné části dotazníků znamenají, že oblast je bezproblémová a z toho důvodu byla v dotazníku jednoduše přeskočena. Problém může v praxi činit též rozsah a detailní struktura dotazníků, kdy zjištění a vyplnění všech údajů může být časově velmi náročné. V neposlední řadě je také možné, že adiktolog s dotazníkem pracoval např. jen při prvním sezení, v rámci kterého posoudil jen malou část celkového rozsahu, a v dalších sezeních se již k práci s dotazníkem nevrátil. Je pravda, že rozsah dotazníků je značný a struktura velmi podrobná, a úplné vyplnění se tak stává náročným úkolem. Poctivé vyplňování údajů a získání většího množství dotazníků by však umožnilo systematické zkoumání vazeb mezi proměnnými v jednotlivých částech dotazníku a úspěšností léčby, které by mělo ojedinělý přínos. Dle našeho názoru by proto bylo dobré blíže zanalyzovat důvody horší kvality vyplnění dotazníků a vypracovat opatření pro zlepšení sběru dat.

Dále budeme diskutovat učiněná poznání s ohledem na cíle práce.

Prvním cílem práce bylo popsat rizikové a protektivní faktory vztahující se k rodinné situaci pacientů. Pacienti vyplňovali jednu ze tří kategorií funkčnosti rodiny, dále složení rodiny, vztahy s rodiči a ostatními členy rodiny.

Podle Hajného (Hajný in Kalina, Kalina et al., 2003) se u závislých často vyskytuje model hyperprotektivní matky a chladných či nepřítomných otců. Z našeho dotazníku není možné prokázat hyperprotektivnost matky, ale 7 otců úplně v rodině chybí a dalších 9 otců má kontakt s pacientem nepravidelný. Nepřítomnost či nedostatečnou nepřítomnost otce v životě pacienta můžeme považovat za významný rizikový faktor. Dalším významným faktorem je úplnost či neúplnost rodiny.

Co se týče protektivních faktorů – v naší studii jsme neprováděli srovnání s běžnou populací. Za protektivní faktor můžeme vice versa považovat přítomnost otce v životě dítěte.

Druhým cílem práce bylo popsat širší sociální situaci pacientů. Jednou z oblastí, kterou SAL dotazník zkoumá, je škola. V rámci této oblasti zkoumá několik kategorií – typ školy, opakování ročníku, školní prospěch, školní postihy, pocity pacienta týkající se školy, školní potíže, změna školy a míra závažnosti posouzená garantem.

Podle Nešpora a Csémyho (Nešpor, Csémy, 1994) lze za zvýšené riziko ve vztahu k návykovým látkám považovat střídání škol, selhávání ve škole, nezáměr o školu, označení žáka jako problémového, záškoláctví či přerušení školy. V naší studii se závěry autorů potvrdily; 40% pacientů má podprůměrnou školní docházku. Školní prospěch dotazovaných je v 50% případů podprůměrný, v 17% vůbec dotazovaní neprospívají. U školních postihů jsme zaznamenali, že 73% dotazovaných obdrželo nějaký typ školního postihu (u 47% sledovaných se dokonce jednalo o sníženou známku z chování). Dotazník nadále zjišťuje, jak se cítí ve škole. Z analýzy vyplývá, že muži se cítí ve 39% špatně, ženy se cítí v 25% špatně a v 42% dobře. U školních potíží uvádí 11 dotazovaných záškoláctví, 2 dívky šikanu, 7 žáků potíže s učením a u 4 je diagnostikována porucha učení. V této kategorii se nám podařilo vytěžit 20 pozorování. V kategorii změna školy odpovědělo 9 dotazovaných, že školu změnilo. Tato kategorie byla vyplněna jen u 12 dotazovaných. Závažnost dle garanta byla zaznamenána u 19 dotazovaných. Průměrné hodnocení dle garanta je 5,47, což ukazuje v souladu s dotazníkem na středně závažný problém.

V oblasti sociálních vztahů jsme vybrali kategorie trávení volného času, jaké vztahy mají k ostatním osobám a hodnocení garanta. Podle Presla (1994) je důležitý postoj skupiny, se kterou mladiství tráví čas, k drogám. Pozitivně působí skupina vrstevníků odmítající drogy.

V trávení volného času neexistuje rozdíl mezi muži a ženami. Polovina dotazovaných tráví volný čas s přáteli, kteří mají také problém s drogami či alkoholem. 60% respondentů je s trávením volného času spokojena. Kategorie vztahu s ostatními osobami zjišťuje, zda měl pacient pozitivní či negativní vztah ke své matce/otci a zda čelil psychickému či fyzickému ublížení ze strany příbuzných či jiných blízkých osob. V kategorii vztahů k matce či otci jsme získali celkem 14 validních odpovědí. Celkem 13 dotazovaných odpovědělo, že mělo těžké problémy ve vztahu k matce a 12 odpovědělo,

že mělo těžké problémy ve vztahu k otci. V kategorii psychického či fyzického ublížení jsme získali pouze 11 odpovědí. Všech 11 osob odpovědělo, že zažili psychické ublížení a 4 osoby i fyzické. Míra závažnosti určená garantem byla vyplněna u 22 dotazovaných. Z nich má 41% hodnocenou závažnost číslem 9, to znamená nejvyšší možnou.

Cíle, které jsme si stanovili, jsme dle našeho názoru naplnili. Přes zmíněná úskalí se sběrem dat se nám podařilo zanalyzovat údaje o rodinné a sociální situaci klientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie.

14 Závěry

V této práci jsme se zabývali rodinnými a sociálními faktory, které přispívají ke zneužívání návykových látek u dětí a dospělých.

Stanovili jsme si dva cíle práce, a to popsat souvislosti mezi:

- rizikovými a protektivními faktory vztahujícími se k rodinné situaci pacientů;
- širší sociální situaci pacientů;

a jejich vztahem ke vzniku a rozvoji škodlivého užívání návykových látek.

Pomocí dotazníku SAL a dalších vyšetření jsme získali relevantní údaje od 30 mladistvých pacientů Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN. Dotazník SAL posuzuje sedm oblastí klientova života a jeho problémy související s užíváním návykových látek. Hodnocenými oblastmi jsou základní údaje, zdravotní stav, psychický stav, škola, rodinná anamnéza, sociální vztahy, právní postavení a adiktologická anamnéza. My jsme zkoumali informace z oblasti školy, rodinné anamnézy a sociálních vztahů. Díky informacím z dotazníků a dalších vyšetření pacientů jsme získali představu o rodinných a sociálních faktorech, které souvisí se zneužíváním návykových látek.

Jako rizikový faktor v oblasti rodinné anamnézy uvádíme nepřítomnost otce v rodině. Naopak jsme z analýzy neprokázali jako rizikový faktor funkčnost, resp. nefunkčnost rodiny. Za rizikový faktor považujeme vztahy s rodiči i širší rodinou. 9 dotazovaných uvedlo negativní vztah s matkou, 2 dotazovaní uvedli negativní vztah s otcem a dalších 7 nemá vztah s otcem žádný. Polovina našeho souboru uvedla závažný problém s ostatními členy rodiny.

Druhým cílem práce bylo popsat širší sociální situaci pacientů. Nejprve se věnujeme oblasti školy. Jako rizikové faktory v oblasti školy identifikujeme podprůměrnou školní docházku, podprůměrný prospěch, snížená známka z chování či jiný postih. U mužů mezi rizikové faktory patří i to, že se ve škole cítí špatně. U žen se nám tento faktor neprokázal. V oblasti trávení volného času považujeme za rizikový faktor trávení volného času s dalšími lidmi, kteří mají také problém s užíváním návykových látek.

Dle našeho názoru byly cíle této práce splněny.

Součástí naší práce je též otestování tří hypotéz. Jelikož nemáme údaje z běžné populace, hledáme vztahy v rámci našich proměnných.

H1: Proměnné pohlaví a hlavní droga jsou na sobě nezávislé.

Hypotézu zamítáme.

H2: Mezi mírou závažnosti sociálních problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů neexistuje statisticky významný vztah.

Hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

H3: Mezi mírou závažnosti rodinných problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů existuje statisticky významný vztah.

Hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Podrobnější informace o splnění cílů studie nalezneme v kapitole Výsledky výzkumu.

15 Souhrn

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na 8 kapitol. Teoretická část popisuje krátce historii užívání drog, specifika užívání návykových látek u mladistvých, příčiny škodlivého užívání návykových látek – rodinné faktory, sociální faktory. Součástí pojednání o rodině tvoří výchovné styly a také typické znaky, které se na rozvoji závislosti podílejí. Dále je v teoretické části popsána prevence a její druhy, preventivní programy a možnosti léčby. Teoretická část je zakončena výčtem mezinárodních a českých studií zabývajících se analýzou užívání drog u dětí a mladistvých.

Ve výzkumné části jsou postupně popsány výzkumné cíle, výběr výzkumného souboru, metody získávání dat, metody analýzy dat, etika výzkumu a výsledky.

V naší práci jsme využili kvantitativní typ výzkumu.

V práci jsme si stanovili dva cíle – popsat souvislosti mezi:

- rizikovými a protektivními faktory vztahujícími se k rodinné situaci pacientů;
- širší sociální situací pacientů;

a jejich vztahem ke vzniku a rozvoji škodlivého užívání návykových látek.

Součástí práce bylo i otestování tří následujících hypotéz:

H1: Proměnné pohlaví a hlavní droga jsou na sobě nezávislé.

H2: Mezi mírou závažnosti sociálních problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů neexistuje statisticky významný vztah.

H3: Mezi mírou závažnosti rodinných problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů existuje statisticky významný vztah.

Výběr výzkumného souboru probíhal metodou prostého záměrného výběru. Výzkumný soubor tvoří 30 náhodně vybraných pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN. V souboru je 12 žen a 18 mužů ve věku od 13 do 18 let.

Jako výzkumné metody jsme použili dotazník SAL (Strukturovaný anamnestický list), který vychází z anamnestického listu a z EuropASI (European Addiction Severity Index). SAL vychází z EuropASI a je vhodný pro mladistvé. Posuzuje sedm oblastí klientova života.

Cíle práce se nám podařilo naplnit. Zde stručné výsledky.

Pomocí dotazníku SAL a dalších vyšetření jsme získali relevantní údaje od 30 mladistvých pacientů Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN. Dotazník SAL posuzuje sedm oblastí klientova života a jeho problémy související s užíváním návykových látek. Hodnocenými oblastmi jsou základní údaje, zdravotní stav, psychický stav, škola, rodinná anamnéza, sociální vztahy, právní postavení a adiktologická anamnéza. My jsme zkoumali informace z oblasti školy, rodinné anamnézy a sociálních vztahů.

Jako rizikový faktor v oblasti rodinné anamnézy uvádíme nepřítomnost otce v rodině. Naopak jsme z analýzy neprokázali jako rizikový faktor funkčnost, resp. nefunkčnost rodiny. Za rizikový faktor považujeme vztahy s rodiči i širší rodinou. 9 dotazovaných uvedlo negativní vztah s matkou, 2 dotazovaní uvedli negativní vztah s otcem a dalších 7 nemá vztah s otcem žádný. Polovina našeho souboru uvedla závažný problém s ostatními členy rodiny.

Druhým cílem práce bylo popsat širší sociální situaci pacientů. Nejprve se věnujme oblasti školy. Jako rizikové faktory v oblasti školy identifikujeme podprůměrnou školní docházku, podprůměrný prospěch, snížená známka z chování či jiný postih. U mužů mezi rizikové faktory patří i to, že se ve škole cítí špatně. U žen se nám tento faktor neprokázal. V oblasti trávení volného času považujeme za rizikový faktor trávení volného času s dalšími lidmi, kteří mají také problém s užíváním návykových látek.

Součástí naší práce je též otestování tří hypotéz. Jelikož nemáme údaje z běžné populace, hledáme vztahy v rámci našich proměnných.

H1: Proměnné pohlaví a hlavní droga jsou na sobě nezávislé.

Hypotézu zamítáme.

H2: Mezi mírou závažnosti sociálních problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů neexistuje statisticky významný vztah.

Hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

H3: Mezi mírou závažnosti rodinných problémů a mírou závažnosti adiktologických problémů existuje statisticky významný vztah.

Hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Seznam literatury

- Barnardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton.
- Čablová L., Csémy, L., Běláček, J., Miovský, M., (2014). Parenting styles and typology of drinking among children and adolescents. Praha: Univerzita Karlova.
- Český statistický úřad. *Pohyb obyvatelstva – 2015*. Získáno 22.3. 2016 z <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-4-ctvrtleti-2015>.
- Dolejš, M., Skopal, O., & Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada.
- Helus, Z. (2004). *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. et al. (2003): *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády.
- Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Krch, F., Csémy, L., Drábková, H. (2004). Psychosociální souvislosti užívání marihuany u dětí staršího školního věku. *Česká a slovenská psychiatrie*. 348 – 355.
- Klinika adiktologie. *Ambulance dětské a dorostové adiktologie*. Získáno 25.2. 2016 z <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4965/Ambulance-detske-a-dorostove-adiktologie>.
- Klinika adiktologie. Získáno 1.3. 2016 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2974/Evropsky-index-zavaznosti-navykoveho-chovani-European-Addiction-Severity-Index-EuropASI>
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006): *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Matějček, Z. (2007): *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (1994): *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Mečíř, J. (1989). *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum.
- Mioviský et al. (2015). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova & Togga.
- Mioviský et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Univerzita Karlova & Togga.
- Mioviský et al. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Univerzita Karlova & TOGGA.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovský, M., Trapková, B., Miovska, L. (2004). Názory a postoje k návykovým látkám a jejich užívání u žáků šestých tříd základních škol: metoda ohniskových skupin. *Adiktologie* 3, 306-319.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. *Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže 2014*. Získáno 25.2. 2016 z <http://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2014/uzivani-drog-v-populaci-2014/uzivani-drog-ve-skolni-populaci-2014/vyzkum-zdravotne-rizikoveho-chovani-mladeze-2014-2014/>.
- Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského. *Dětské a dorostové detoxikační centrum*. Získáno 15.2. 2016 z <http://www.nmskb.cz/oddeleni/detox/>.
- Sananim. *Pomoc a léčba*. Získáno 15.2. 2016 z <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba.html>.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál .
- Nešpor, K., Csémy, L. (2004). *Léčba a prevence drogové závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Nešpor, K., Csémy, L. (2005). Krátká intervence pro problémy působené alkoholem může probíhat v různém prostředí. *Čas. Lék. Čes.* 144, 840-843.
- Nešpor, K., Csémy, L., Sovincová, H. (1998). *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení*. Praha: SZÚ.
- Nešpor, K., Csémy, L. (1993). *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag.
- Presl, J. (1994). *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf.
- Royal College of Psychiatrists. *New practice standards for young people with drug and alcohol problems*. Získáno 15.3. 2016 z <http://www.rcpsych.ac.uk/press/pressreleases2012/substanceusepracticestandards.aspx>
- Státní zdravotní ústav. *Základní dokumenty podpory zdraví v protidrogové politice*. Získáno 15.3. 2016 z <http://www.szu.cz/tema/prevence/dokumenty-protidrogove-politiky>.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Věk ve výzkumném souboru	30
Tabulka 2 Umístění v zařízení	32
Tabulka 3 Hlavní zneužívaná droga	33
Tabulka 4 Rozdělení užívání hlavní drogy	33
Tabulka 5 Minimální věk užití látky.....	34
Tabulka 6 Závažnost užívání návykové látky dle garanta	35
Tabulka 7 Typ školy	36
Tabulka 8 Kvalita školní docházky	37
Tabulka 9 Školní prospěch	37
Tabulka 10 Školní postihy	38
Tabulka 11 Spokojenost ve škole	39
Tabulka 12 Školní obtíže	39
Tabulka 13 Závažnost problémů v oblasti školy podle garanta.....	40
Tabulka 14 Rodinné zázemí	42
Tabulka 15 Typ bydlení a spokojenost	42
Tabulka 16 Kontakt s matkou	43
Tabulka 17 Kontakt s otcem	43
Tabulka 18 Problémy členů rodiny.....	44
Tabulka 19 Trávení času.....	45
Tabulka 20 Spokojenost s trávením času.....	46
Tabulka 21 Vztah k otci a matce	47
Tabulka 22 Závažnost sociálních problémů podle garanta.....	47
Tabulka 23 Chí-kvadrát test pro pohlaví a hlavní drogu	48
Tabulka 24 Spearmanova korelace pro sociální problémy a adiktologické problémy	49
Tabulka 25 Konstrukce míry závažnosti rodinných problémů	49
Tabulka 26 Rozdělení součtu bodů za rodinné problémy.....	50
Tabulka 27 Spearmanova korelace pro rodinné problémy a adiktologické problémy	50
Graf 1 Histogram věku účastníků výzkumu	31
Graf 2 Hlavní zneužívaná látka	34

Graf 3 Věk prvního užití návykové látky	35
Graf 4 Průměrná závažnost užívání návykové látky dle garanta	36
Graf 5 Rozdělení kvality školní docházky	37
Graf 6 Rozdělení školního prospěchu	38
Graf 7 Rozdělení školních postihů	38
Graf 8 Spokojenost ve škole	39
Graf 9 Rozdělení školních potíží	40
Graf 10 Závažnost školních problémů dle garanta	41
Graf 11 Úplnost a funkčnost rodiny	42
Graf 12 Typ bydlení a spokojenost s bydlením	43
Graf 13 Rozdělení kontaktu s matkou	44
Graf 14 Rozdělení kontaktu s otcem	44
Graf 15 Trávení volného času	46
Graf 16 Rozdělení závažnosti rodinných problémů	50

Přílohy

Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt bakalářské diplomové práce

Příloha č. 3: SAL dotazník

Příloha č. 1

Univerzita Palackého v Olomouci
Faculty of Arts
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychology
Forma: Combined
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. ŠAŇÁKOVÁ Veronika	Naardenská 668/13, Praha	F130791

TÉMA ČESKY:

Vliv rodinných a sociálních faktorů na rozvoj škodlivého užívání návykových látek u dětských pacientů ve specializovaném ambulantním léčebném provozu.

TÉMA ANGLICKY:

The influence of family and social factors on the development of harmful substance use in pediatric patients in a specialized outpatient medical department.

VEDOUČÍ PRÁCE:

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

V létě 2014 byla u pražského Apolináře (Klinika adiktologie I. LF UK a VFN) otevřena první specializovaná ambulance pro závislé děti a mladistvé (Ambulance dětské a dorostové adiktologie). V rámci činnosti kliniky, která se zabývá léčbou závislostí a komplexní péčí o dětské pacienty, kteří mají problémy s alkoholem, drogami či gamblingem, byl proveden sběr dat o pacientech formou screeningových dotazníků, a dále byl každý pacient podroben komplexnímu vyšetření adiktologem, psychiatrem a psychologem.

Získaná data o pacientech a výsledky komplexních vyšetření nabízejí možnost prozkoumat vztahy mezi faktory ze screeningových dotazníků a výsledky vyšetření pacientů. Tato bakalářská práce navazuje na provedený sběr analýz uvedených vztahů, se zaměřením na rodinnou a celkovou sociální situaci pacientů a jejich souvislostí se škodlivým užíváním návykových látek.

1. Cíl práce:

Cílem práce je prostřednictvím explorační klinické studie popsat souvislosti mezi

- rizikovými a protektivními faktory vztahujícími se k rodinné situaci pacientů,
 - širší sociální situací pacientů
- a jejich vztahem ke vzniku a rozvoji škodlivého užívání návykových látek.

2. Výzkumné otázky:

- Jaké jsou významné rizikové a protektivní faktory rodinné situace pacientů ve vztahu k vyšší míře rizika vzniku a rozvoje škodlivého užívání návykových látek?
- Existují specifické rodinné profily spojené s vyšší mírou rizika vzniku a rozvoje rizikového chování u návykových látek?
- Jaká je souvislost mezi širší sociální situací pacientů a mírou rizika vzniku a rozvoje škodlivého užívání návykových látek?

3. Soubor:

Výzkumný soubor tvoří pacienti provozu Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie I. LFUK a VFN v období od léta 2014 do června 2015. Jedná se zhruba o 40-50 pacientů, kteří vyplnili screeningové dotazníky a u kterých proběhlo zaznamenání výsledků komplexních vyšetření.

4. Metody:

Nástroji pro sběr dat byly screeningové dotazníky (AUDIT, EUROPASI atd.) a lékařská dokumentace z odborných vyšetření (psychiatrické, psychologické a adiktologické vyšetření dle definice Sazebníku výkonů).

V rámci studie budou nejprve zhodnoceny typy okolností uváděných ve screeningových dotaznících, a tyto budou převedeny na statistické znaky kategorizací či číselným vyjádřením míry. Stejným procesem budou zpracovány výsledky vyšetření, s předpokládaným využitím zejména kategoriálních proměnných.

Studie dále provede zkoumání závislostí mezi jednotlivými proměnnými ze screeningových dotazníků a proměnnými z výsledků komplexních vyšetření, se zaměřením na rodinnou a celkovou sociální situaci pacientů. Metodou zkoumání korelací a regresními metodami budou hledány významné závislosti mezi proměnnými z dotazníků a proměnnými z výsledků vyšetření.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bernard, M. (2011): Drogová závislost a rodina. Praha: Triton.
Hajný, M. (2001): O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada.
Kalina, K. (2008): Základy klinické adiktologie. Praha: Grada.
Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2010): Dětská psychoterapie. Praha: Portál.
Nešpor, K. (2011): Návykové chování a závislost. Praha: Portál.
Podulková E. (1998): Vidět věci jinak. Praha: Sociologické nakladatelství.
Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (2006): Dětská klinická psychologie. Praha: Grada.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2

Abstrakt bakalářské diplomové práce

Název práce: Vliv rodinných a sociálních faktorů na rozvoj škodlivého užívání návykových látek u dětských pacientů ve specializovaném ambulantním léčebném provozu.

Autor práce: Mgr. Veronika Šaňáková

Vedoucí práce: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Počet stran a znaků: 62; 83 187 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 34

Abstrakt (800–1200 zn.): Bakalářská práce se zabývá vlivem rodinných a sociálních faktorů na rozvoj škodlivého užívání návykových látek u dětí a mladistvých. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy týkající se drogové problematiky, krátce se věnují historii užívání drog a poté rodinným a sociálním faktorům. Součástí teoretické části je i krátké pojednání o prevenci a preventivních programech v ČR. Praktická část vychází z dat Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN. V rámci činnosti kliniky, která se zabývá léčbou závislosti a komplexní péčí o dětské pacienty, kteří mají problémy s alkoholem, drogami či gamblingem, byl proveden sběr dat o pacientech formou screeningových dotazníků, a dále byl každý pacient podroben komplexnímu vyšetření adiktologem, psychiatrem a psychologem. Získaná data o pacientech a výsledky komplexních vyšetření umožnily provést analýzu získaných dat se zaměřením na rodinnou a sociální situaci pacientů. Dále jsou testovány hypotézy, ve kterých jsou zkoumány vztahy v rámci proměnných z naší studie.

Klíčová slova: škodlivé užívání, návykové látky, drogová problematika, rodinné faktory, sociální faktory

Abstract of thesis

Title: The influence of family and social factors on the development of harmful substance use in pediatric patients in a specialized outpatient medical department

Author: Mgr. Veronika Šaňáková

Supervisor: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Number of pages and characters: 62; 83 187 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 34

Abstract (800–1200 characters): This thesis deals with the influence of family and social factors on the development of harmful substance use among children and adolescents. This thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part explains the basic concepts related to drug issues, briefly explains the history of drug use and then family and social factors. Shortly, the prevention and prevention programs in the Czech Republic are mentioned. The practical part is based on data provided by the Clinic of addictology 1st Faculty of Medicine, Charles University. As part of the clinic, which deals with addiction treatment and comprehensive care for pediatric patients who have problems with alcohol, drugs or gambling, were collected data in the form of screening questionnaires, and every patient was subjected to a comprehensive examination by an addictologist, a psychiatrist and a psychologist . The data of the patients and the results of comprehensive examinations permit an analysis of the collected data with a focus on family and social situation of patients. Also we test the hypothesis with the variables from our study.

Keywords: harmful use, addictive substances, drug problems, family factors, social factors

Příloha č. 3

Strukturovaný anamnestický list (SAL)

Tento formulář slouží k záznamu anamnestického rozhovoru, vychází z anamnestického listu a EuropASI. Vede k popisu problémů klienta/pacienta s návykovými obtížemi v sedmi oblastech a k vyhodnocení závažnosti problémů. Rozhovor má usnadnit rozvržení plánu léčby či jiné pomoci.

INSTRUKCE

Vyplňte každé záznamové pole. U jedné položky se smí použít pouze jeden z kódů X, N.

Užijte těchto kódů:

X - klient otázku nezodpověděl

N - otázka je nepoužitelná

HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI

Hodnocením závažnosti garant péče (adiktolog) vyjadřuje do jaké míry klient/pacient v dané oblasti potřebuje léčbu či jinou pomoc. Škály mají rozpětí od **0** (není zapotřebí žádná intervence) do **9** (je nezbytná intervence v situaci životního ohrožení). Každé hodnocení se zakládá na historii problémů, na současném stavu klienta/pacienta a na jeho subjektivním hodnocení potřeby pomoci.

GARANTOVA HODNOTÍCÍ STUPNICE

(intervencí se myslí léčba či jiná pomoc)

- | | |
|-------|---|
| 0 - 1 | Žádný skutečný problém, není zapotřebí žádná intervence |
| 2 - 3 | Mírný problém, intervence patrně není nutná |
| 4 - 5 | Středně závažný problém, nějaká intervence je na místě |
| 6 - 7 | Značně závažný problém, intervence je nutná |
| 8 - 9 | Extrémně závažný problém, intervence je absolutně nutná |

VSTUPNÍ ÚDAJE

A.

KLIENT/PACIENT

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|
 ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

TEL: _____|____|____|____|____|

d d m m r

B. DATUM PŘIJETÍ|____|____|____|____|____|

C. ROZHOVOR DNE

____|____|____|____|____|

D. TRVÁNÍ

hod min

____|____|:|____|____|

E. ZPŮSOB PRVNÍHO KONTAKTU |____|

- 1 - Osobní
 2 - Telefonem
 3 - E-mailem

F. POHLAVÍ

- 1 - Mužské
 2 - Ženské

G. VĚK

____|____|

H. STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST

_____ |____|____|

I. ZEMĚ NAROZENÍ

Klienta _____ |____|____|

Otce _____ |____|____|

Matky _____ |____|____|

J. INICIÁTOR KONTAKTU: _____

K. INFORMACE O SLUŽBĚ: |____|

1 – známý; 2 – web; 3 – leták, 4 – OSPOD/kurátor; 5 – jiná adiktologická služba; 6 – jiná sociální služba; 7 - jiné.....

Poznámky

Kontakt na někoho blízkého:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon:

1. Byl(a) jste v posledních 30 dnech někde umístěn(a)? |____|
 0 - Ne
 1 - Ano

Kódujte (0 či 1) též položky a až h.

- a. Vězení, cela zadržení |____|
 b. Výchovný ústav |____|
 c. Léčba pro alkohol/drogy |____|
 d. Somatická léčba |____|
 e. Psychiatrická léčba |____|
 f. Jen detoxifikace |____|
 g. Ústavní výchova-dětský domov |____|
 h. Jiné: _____ |____|

2. Kolik dnů celkem? |____|

3. Byl(a) jste někde umístěn(a)? |____|
 0 - Ne
 1 - Ano

Kódujte (0 či 1) též položky a až f.

- a. Vězení, cela zadržení |____|
 b. Výchovný ústav |____|
 c. Léčba pro alkohol/drogy |____|
 d. Somatická léčba |____|
 e. Psychiatrická léčba |____|
 f. Jen detoxifikace |____|
 g. Ústavní výchova- dětský domov |____|
 h. Jiné: _____ |____|

4. Kolik dnů celkem? |____|

5. Rodina v péči OSPODU?
 (sociální práce na úřadu) |____|
 0 - Ne
 1 – Ano

6. Přidělen kurátor pro mládež? |____|
 0 - Ne
 1 – Ano

Jméno: ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Kontakt: ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Reference: doporučen |____|
 0 - Ne
 1 – Ano

ZDRAVOTNÍ STAV /ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

<p>1. Kolikrát v životě jste byl(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> v nemocnici pro tělesnou nemoc? <i>(Zahrňte předávkování a delirium tremens, ne detoxifikaci.)</i></p> <p>2. Jak je to dlouho, co jste byl(a) naposledy v ne-- roky měsíce <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nemocnici pro tělesné obtíže?</p> <p>3. Máte nějaké trvalé zdravotní obtíže, které Vám komplikují život? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano (Popište:.....)</p> <p>4. Měl jste někdy infekční žloutenku? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano 2 - Neví 3 - Odmítá říci</p> <p>5. Dělalí Vám někdy testy na HIV (AIDS)? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano 2 - Neví 3 - Odmítá říci</p>	<p>6. Jestliže ano, před kolika měsíci? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>(Případně:) Před kolika dny? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </i></p> <p>7. Jaký byl výsledek posledního testu? <input type="checkbox"/> 0 - HIV negativní 1 - HIV pozitivní 2 - Neví 3 - Odmítá říci</p> <p>8. Užíváte pravidelně na předpis nějaké léky pro tělesné obtíže? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>9. Léčil Vás v posledních třech měsících nějaký lékař pro tělesné obtíže? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>10. Kolik dnů jste měl v posledních 30 dnech tělesné zdravotní obtíže? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	<p>ZÁVAŽNOST PODLE KLIENTA U OTÁZEK 11 A 12 GARANT POŽÁDÁ KLIENTA, ABY NA POSOUZENÍ POUŽIL STUPNICI od 0 až 9 <i>(garantova hodnotící stupnice)</i></p> <p>11. Jak moc Vás tělesné zdravotní obtíže trápily v posledních 30 dnech? <input type="checkbox"/> </p> <p>12. Jak moc je pro Vás důležité, abyste měl řádnou léčbu svých tělesných zdravotních obtíží? <input type="checkbox"/> </p>
---	--	--

Poznámky

PSYCHICKÝ STAV/PSYCHICKÁ ANAMNÉZA

<p>1. Kolikrát jste se léčil(a) pro psychiatrické (duševní) obtíže? _ _ </p> <p style="margin-left: 20px;">a. Lůžkově _ _ </p> <p style="margin-left: 20px;">b. Ambulantně _ _ </p> <p>Měl jste někdy období, myslím takové, že to <u>nebylo</u> následkem alkoholu či drog, kdy jste měl _ _ </p> <p style="margin-left: 20px;">0 - Ne</p> <p style="margin-left: 20px;">1 - Ano</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><i>Posl. Celý</i> <i>30 dnů život</i></p> <p>2. vážnou depresi? _ _ </p> <p>3. těžké stavy úzkosti? _ _ </p> <p>4. stavy, při nichž jste těžko _ _ něco chápal, nesoustředil se, nepamatoval si?</p> <p>5. halucinace (hlas)? _ _ </p> <p>6. neschopnost se ovládat? _ _ </p> <p>7. měl předepsané _ _ psychiatrické léky?</p> <p>8. myšlenky na sebevraždu? _ _ </p> <p>9. sebevražedný pokus? _ _ </p> <p>10. poruchy příjmu potravy? _ _ </p>	<p>11. Kolik bylo dnů v posledních _ _ 30 dnech, kdy jste měl nějaké psychické obtíže</p> <p><i>NÁSLEDUJÍCÍ POLOŽKY VYPLNÍ GARANT</i></p> <p style="margin-left: 20px;">0 - Ne</p> <p style="margin-left: 20px;">1 - Ano</p> <p>12. Zřetelně depresivní, _ _ stažený do sebe</p> <p>13. Zřetelně hostilní _ _ </p> <p>14 Zřetelně úzkostný, v tenzi _ _ </p> <p>15. Ztížený kontakt s realitou, _ _ poruchy myšlení, paranoidní myšlenky</p> <p>16. Obtížně chápe, nesoustředí se, _ _ nepamatuje si</p>	<p>17. Sebevražedné myšlenky _ _ </p> <p>ZÁVAŽNOST PODLE GARANTA <i>(0 až 9 dle stupnice)</i></p> <p>20. Jak posuzujete klientovu potřeb _ _ psychiatrické/psychologické péče?</p> <p>Stav klienta při rozhovoru</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vzhled klienta, jeho chování při pohovoru, verbální projev (je zřetelně hostilní, depresivní, úzkostný, paranoidní). • Spolupráce, náhled na abus • Jeví-li klient známky akutní intoxikace nebo odvykacího stavu, je nutné to zmínit.
--	--	--

Poznámky

ŠKOLA

<p>1. Počet let školního vzdělání <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>roky</i></p> <p>2. Typ školy <input type="text"/> 1 - ZŠ 2 - SŠ s maturitou 3 - SŠ bez maturity 4 - Jiné</p> <p>3. Ročník <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>4. Opakování ročníku? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>5. Školní docházka <input type="text"/> 1 - pravidelná 2 - průměrný 3 - podprůměrný</p> <p>6. Počet zameškaných hodin: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>7. Školní prospěch <input type="text"/> 1 - výborný (1,2) 2 - průměrný (3) 3 - podprůměrný (4) 4 - neprospívá</p> <p>8. Školní postihy <input type="text"/> 1 - snížená známka z chování 2 - důtka učitel 3 - důtka ředitel 4 - jiné:</p> <p>9. Jak se ve škole cítí <input type="text"/> 1 - skvěle, do školy se těším 2 - dobře 3 - celkem špatně, nechodím tam rád 4 - hodně špatně, nenávidím školu</p>	<p>10. Vztahy ve škole</p> <p>10.1 ZŠ <input type="text"/> <input type="text"/> 10.1.1 spolužáci <input type="text"/> <input type="text"/> 1- pozitivní 2- negativní 3- neutrální</p> <p>10.1.2 učitelé <input type="text"/> <input type="text"/> 1- pozitivní 2- negativní 3- neutrální</p> <p>10.2 SŠ <input type="text"/> <input type="text"/> 10.2.1 spolužáci <input type="text"/> <input type="text"/> 1- pozitivní 2- negativní 3- neutrální</p> <p>10.2.2 učitelé <input type="text"/> <input type="text"/> 1- pozitivní 2- negativní 3- neutrální</p> <p>11. Školní potíže: <input type="text"/> <input type="text"/> 1 - potíže s učením 2 - potíže s učitelem 3 - potíže se spolužákem 4 - šikana 5 - záškoláctví 6 - poruchy učení diagnost. 7- Jiné</p> <p>12. Změna školy: <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano <i>Důvod:</i></p> <p>13. Doučování: <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano <i>Důvod, předmět:</i></p>	<p>ZÁVAŽNOST PODLE GARANTA <i>(0 až 9 dle stupnice)</i></p> <p>16. Jak posuzujete klientovu potřebu pomoci pokud jde o školu? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>
---	---	---

Poznámky

RODINNÁ ANAMNÉZA

<p>1. Rodina _ / _ 1 – úplná složení /funkce 2 - neúplná 3 – doplněná 4- harmonická, funkční 5 – disfunkční 6 – konsolidovaná</p> <p>2. Bydlení společně _ 1 - rodiče 2 - máma 3 – otec 4 – prarodiče 5 – sourozenci 6 - partner/partnerka 7 - sám/sama 8 – střídavá péče 9 - v chráněném prostředí 10– jiné</p> <p>3. Vyhovuje Vám, s kým bydlíte? _ _ 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>4. Počet osob v domácnosti _ _ věk Matka _ _ Otec _ _ Bratr _ _ Sestra _ _ </p>	<p>5. Soukromí klienta v bytě _ 0 - Ne 1 – Ano – vlastní pokoj 2 – Ano – bez vlastního pokoje</p> <p>4. Kontakt/vztah frekvence/kvalita 4.1 Biologická matka _ / _ 4.2 Náhradní matka _ / _ 4.3 Biologický otec _ / _ 4.4 Náhradní otec _ / _ 4.5 Sourozenci 4.5.1 vlastní _ / _ 4.5.2 nevlastní _ / _ 4.6 Prarodiče: 4.6.1 Babička _ / _ 4.6.2 Děda _ / _ </p> <p><i>1- pravidelný; 2 – nepravidelný, 3 vůbec 1 - pozitivní, 2 – negativní, 3 - neutrální</i></p> <p>5. Bydlíte s někým, kdo 0 - Ne 1 - Ano 5a. má teď problémy s alkoholem? _ 5b. s někým kdo bere drogy? _ 5.c s někým kdo bral drogy? _ </p> <p>8. Sociální situace rodiny: Zdroj příjmu: _ _ _ _ 1 – zaměstnání 2 - brigády</p>	<p>3 – podpora v nezaměstnanosti 4 – rodinné dávky 5 – dávky v hmotné nouzi 6 - důchod 7 - nezákonné zdroje 8 - jiné zdroje</p> <p>9. Obvyklé (nebo poslední) zaměstnání Matka Otec Sourozenec</p> <p>10. Příjem pokrývá potřeby rodiny? 0 – Ne _ 1 - Je mu/jí to lhostejné 2 - Ano</p> <p>11. Ohrožení rodiny: člen rodiny*/délka nezaměstnanost _ / _ _ Jazykové znevýhodnění _ / _ _ zdravotní znevýhodnění _ / _ _ chudoba _ / _ _ dluhy _ / _ _ ztráta bydlení _ / _ _ závislosti _ / _ _ prostituce _ / _ _ jiné _ / _ _ <i>*M-máma, O-otec, R-rodíče oba, S-sourozenec</i></p>
--	--	--

Měl někdo z Vaší rodiny či příbuzenstva závažný problém, týkající se pití alkoholu nebo braní drog nebo nějaký psychiatrický problém?

Myslím takového druhu, že to vedlo k léčbě nebo že by to bylo vyžadovalo léčbu?

Pokyn: Zapište "0" do příslušné kategorie jestliže odpověď je jasně Ne pro všechny osoby dané kategorie; "1" jestliže odpověď je jasně Ano aspoň pro jednu osobu dané kategorie; "X" se zapisuje, je-li odpověď nejistá nebo "Nevím" a "N" se zapisuje v případě, že klient nemá žádnou příbuznou osobu dané kategorie. Kódujte údaj o nejproblémovějším sourozenci, jestliže klient má více než dva bratry či více než dvě sestry.

Z matčiny strany

	Alkohol	Drogy	Psych.
Klientova matka	_	_	_
Babička	_	_	_
Dědeček	_	_	_
Teta	_	_	_
Strýc	_	_	_
Jiní	_	_	_

Z otcovy strany

	Alkohol	Drogy	Psych.
Klientův otec	_	_	_
Babička	_	_	_
Dědeček	_	_	_
Teta	_	_	_
Strýc	_	_	_
Jiní	_	_	_

Sourozenci

	Alkohol	Drogy	Psych.
Bratr 1	_	_	_
Bratr 2	_	_	_
Sestra 1	_	_	_
Sestra 2	_	_	_
Nevlastní sourozenec	_	_	_

SOCIÁLNÍ VZTAHY

<p>1. S kým hlavně trávíte volný čas? <input type="checkbox"/></p> <p>1 - S příbuznými bez problémů 2 - S příbuznými s problémy kolem alkoholu či drog 3 - S přáteli bez problémů s alkoholem či drogami 4 - S přáteli, kteří mají problémy s alkoholem či drogami 5 - Tráví volný čas sám</p> <p>2. Vyhovuje Vám s kým trávíte volný čas? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne 1 - Je to jedno 2 - Ano</p> <p>3. Kolik máte blízkých přátel? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Pokyn k otázce 4a-16: Kódujte "0", je-li odpověď jasně Ne u všech osob dané kategorie; "1" je-li odpověď jasně Ano aspoň pro jednu osobu dané kategorie; "X" v případě nejasné odpovědi či odpovědi "Nevím"; "N" jestliže klient nikdy neměl příslušnou osobu.</i></p> <p>4a. Měl/a jste během svého života velmi</p>	<p>Byla období, kdy jste měl(a) těžké problémy ve vztahu: 0 - Ne 1 - Ano</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Posl. 30 dnů</th> <th style="text-align: center;">Celý život</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5. k matce</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. k otci</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. bratrovi (sestře)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. partnerce (partnerovi)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. jiným příbuzným</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. blízkým přátelům</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. sousedům</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. spolužákům?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Ublížil pacientovi někdo ze shora uvedených lidí (5-12) 0 - Ne 1 - Ano</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Posl. 30 dnů</th> <th style="text-align: center;">Celý život</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>13. citově (tím, že Vám nadával)?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14. tělesně (tím, že Vás zranil)?</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15. sexuálně (vynucování sexuálního styku, znásilnění)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16. Kolik bylo v posledních 30 dnech dnů, kdy jste měl vážný konflikt</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Posl. 30 dnů	Celý život	5. k matce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. k otci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. bratrovi (sestře)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. partnerce (partnerovi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. jiným příbuzným	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. blízkým přátelům	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. sousedům	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. spolužákům?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Posl. 30 dnů	Celý život	13. citově (tím, že Vám nadával)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. tělesně (tím, že Vás zranil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. sexuálně (vynucování sexuálního styku, znásilnění)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Kolik bylo v posledních 30 dnech dnů, kdy jste měl vážný konflikt			<p>a. s někým z rodiny či příbuzenstva? <input type="checkbox"/></p> <p>b. s někým jiným? <input type="checkbox"/></p> <p>ZÁVAŽNOST PODLE KLIENTA U OTÁZEK 17 - 20 GARANT POŽÁDÁ KLIENTA, ABY NA POSOUZENÍ POUŽIL STUPNICI od 0 až 9 (garantova hodnotící stupnice)</p> <p>Jak moc Vás v posledních 30 dnech stresovaly a rozčilovaly</p> <p>17. problémy kolem rodiny či příbuzných? <input type="checkbox"/></p> <p>18. problémy s jinými lidmi? <input type="checkbox"/></p> <p>Jak důležitá je pro Vás pomoc či rada</p> <p>19. pokud jde o problémy s rodinou či příbuznými? <input type="checkbox"/></p> <p>20. a pokud jde o problémy s jinými lidmi? <input type="checkbox"/></p> <p>ZÁVAŽNOST PODLE GARANTA (0 až 9 dle stupnice)</p> <p>21. Jak posuzujete klientovu potřebu pomoci pokud jde o rodinné, příbuzenské a jiné vztahy? <input type="checkbox"/></p>
	Posl. 30 dnů	Celý život																																										
5. k matce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
6. k otci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
7. bratrovi (sestře)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
8. partnerce (partnerovi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
9. jiným příbuzným	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
10. blízkým přátelům	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
11. sousedům	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
12. spolužákům?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	Posl. 30 dnů	Celý život																																										
13. citově (tím, že Vám nadával)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
14. tělesně (tím, že Vás zranil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
15. sexuálně (vynucování sexuálního styku, znásilnění)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
16. Kolik bylo v posledních 30 dnech dnů, kdy jste měl vážný konflikt																																												

Poznámky

PRÁVNÍ POSTAVENÍ

Kolikrát v životě jste byl(a) u soudu obžalován pro

1. prodej drog? |__|__|
2. krádež? |__|__|
3. násilný čin (vloupání, ublížení na zdraví, zabití, znásilnění)? |__|__|
4. pro jiný trestný čin? |__|__|
Jaký: |__|__|__|__|__|__|__|

5. Kolik měs. jste byl(a) během života ve výchovném ústavu? |__|__| mės.

6. Jak dlouho trval Váš poslední pobyt ve výchovném ústavu? |__|__| mės.

7. Kvůli čemu to tenkrát bylo? |__|__|
(Užijte kódů 01-04)

8. Čekáte v současné době soudní obžalobu, trestní řízení nebo nástup trestu? |__|
0 - Ne
1 - Ano

9. Kvůli čemu? |__|__|
(Kódujte 01-04)

10. Kolikrát jste byl zadržen, ve vazbě či ve vězení? |__|__|

11. Kolikrát jste se během posledních 30 dnů zabýval nějakou trestnou činností pro zisk? |__|__|

12. Byl jste v kontaktu s probační a mediační službou? |__|
0 - Ne
1 - Ano

12.a Důvod: -----

13. Máte dluhy?

0 - Ne |__|__|__|__|__|__|__|
1 - Ano, a to celkem _____ Kč
VZP |__|__|
MHD |__|__|
Operátoři |__|__|
Jiné: |__|__|

ZÁVAŽNOST PODLE GARANTA

(0 až 9 dle stupnice)

14. Jak posuzujete klientovu potřebu pomoci v trestně právních záležitostech? |__|

Jsou informace na této straně podstatně zkresleny:

15. Vědomou či nevědomou snahou klienta? |__|
0 - Ne
1 - Ano

16. Špatným porozuměním ze strany klienta? |__|
0 - Ne
1 - Ano

Poznámky

ADIKTOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Zapište v Poznámkách jaké konkrétní látky užívá či užíval(a)	Věk kdy poprvé	Celoživotně (roky)	Posledních 30 dní	*Forma aplikace
1. Alkohol - každé množství	__ __	__ __	__ __	__
2. Alkohol - nadměrně	__ __	__ __	__ __	__
3. Heroin	__ __	__ __	__ __	__
4. Metadon/subutex/suboxon	__ __	__ __	__ __	__
5. Jiné opiáty / morfinová analgetika	__ __	__ __	__ __	__
6. Tlumivé léky (anxiolytika, barbiturany, hypnotika)	__ __	__ __	__ __	__
7. Kokain	__ __	__ __	__ __	__
8. Stimulancia (pervitin)	__ __	__ __	__ __	__
9. Marihuana, hašiš	__ __	__ __	__ __	__
10. Halucinogeny (LSD)	__ __	__ __	__ __	__
11. Těkavé látky	__ __	__ __	__ __	__
12. Jiné (např. MDMA, extáze)	__ __	__ __	__ __	__
13. PC hry/internet/gambling	__ __	__ __	__ __	__
14. Více než jedna látka denně (položky 2-13)	__ __	__ __	__ __	__

*Poznámka: *Forma aplikace: 1 - ústy, 2 - čichání, šňupání, 3 - kouření, 4 - injekční ne do žíly, 5 - injekční do žíly*

15. Hlavní droga:	_ _ _ _ _ _ _ _	
Craving	_ / _ / _	Obtíže: _ _ _ _ _ _ _ _
Odvýkací stav	_ / _ / _	Fyzické _ / _ / _
Předávkování	_ / _ / _	Psychické _ / _ / _
0 - Ne		Sociální _ / _ / _
1 - Ano /kolikrát celkově/		Právní _ / _ / _
kolikrát během posledních 30 dnů		

16. Pokusy abstinence:	_	
0 - ne		
1 - Ano, pravidelně		
2 - Ano, nepravidelně		

17. Nejdelší období abstinence:	roky	_ _
---------------------------------	------	-----

16. Peníze na drogy	_	
1 - rodiče, kapesné		4 - Ambulantní bezdrogové
2 - brigády		_ _ _ _ _ _ _ _
3 - nelegální příjmy: krádeže, Prostituce		<i>Alkohol/Drogy</i>
4 - jiné		5 - Lůžkové bezdrogové
		_ _ _ _ _ _ _ _
		6 - Denní stacionář
		_ _ _ _ _ _ _ _
		7 - Lůžkové psychiatrické
		_ _ _ _ _ _ _ _
		8 - Jiné lůžkové (nemocnice)
		_ _ _ _ _ _ _ _
		9 - Jiné -----
		_ _ _ _ _ _ _ _

17. Typ zařízení a kolikrát mu poskytl péči	<i>Alkohol/Drogy</i>	
1 - Ambulantní detoxifikace	_ _ _ _ _ _ _ _	
2 - Lůžkové detoxifikační	_ _ _ _ _ _ _ _	
3 - Ambulantní substituční	_ _ _ _ _ _ _ _	

18. Kolik měsíců trvalo nejdelší období, kdy jste po léčbě abstinovat(a)?	<i>Alkohol/Drogy</i>	_ _ _ _ _ _ _ _
---	----------------------	-----------------

19. Jak dlouhé bylo poslední období, kdy jste sám od sebe bez léčby nebral(a) tu drogu, která je Váš hlavní problém? (00-nikdy neabstinoval/a)

|_|_|_|_|
měs.
dny

20. Před kolika měsíci (dny) tohle období abstinence skončilo? (00-dosud abstinuje)

|_|_|_|_|
měs.
dny

21. Kolik jste za posledních 30 dnů asi tak utratil(a) za alkohol? Kč |_|_|_|_|_|_|_|_|
za cigarety Kč |_|_|_|_|_|_|_|_|
a za drogy? Kč |_|_|_|_|_|_|_|_|

22. Kolik dní jste byl(a) během posledních 30 dnů v kontaktu s nějakým ambulantním centrem kvůli alkoholu či drogám? (Počítejte i AA a NA)

|_|_|_|_|

23. Kolik dní jste měl(a) během posledních 30 dnů problémy s alkoholem |_|_|_|_|
s drogami |_|_|_|_|

ZÁVAŽNOST PODLE KLIENTA
U OTÁZEK 24 A 25 GARANT POŽÁDÁ KLIENTA, ABY NA POSOUZENÍ POUŽIL STUPNICI od 0 až 9 (garantova hodnotící stupnice)

24. Jak moc Vás v posledních 30 dnech stresovaly, trápily problémy s alkoholem |_|_|
s drogami |_|_|

25. Jak moc je pro Vás důležitá léčba pokud jde o alkohol? |_|_|
A pokud jde o drogy? |_|_|

ZÁVAŽNOST PODLE GARANTA
(0 až 9 dle stupnice)

26. Jak posuzujete klientovu potřebu pomoci pokud jde o problémy s alkoholem |_|_|
s drogami |_|_|
(Posuďte potřebu pomoci před započítím nynější léčby)