

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Ústav pedagogiky a sociálních studií**



## **Diplomová práce**

**Věra Zámečnicková**

**Vliv rodinného prostředí  
na vznik drogové závislosti**

**Olomouc 2012**

**vedoucí práce : doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Šumperku dne 31. ledna 2012.

Věra Zámečnicková

Děkuji doc. PhDr. Jitce Skopalová, Ph.D., za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování diplomové práce.

Děkuji pracovníkům K-Centra v Šumperku Mgr. Janě Pavlíčkové, Tomáši Brabčovi a Lence Jančové za ochotu a pomoc při mém výzkumu a řediteli PONTIS o.p.s. panu Mgr. Miroslavu Adámkovi za umožnění provedení výzkumu pro diplomovou práci.

## OBSAH:

Úvod .....	5
1 Teoretická východiska.....	9
1.1 Charakteristika sociální patologie, sociálních deviací, normalita.....	9
1.1.1 Sociální patologie a sociální deviace.....	9
1.1.2 Normalita.....	11
1.2 Psychoaktivní látky a sociální patologie .....	12
1.2.1 Psychoaktivní látka.....	12
1.2.2 Závislost.....	12
1.2.3 Příčiny vzniku závislostního chování.....	13
1.3 Rodina a sociální patologie.....	15
1.3.1 Rodina jako primární sociální instituce .....	16
1.3.2 Rodina a její funkce, poruchy.....	16
1.3.3 Poruchy rodičovských rolí.....	19
1.4 Teorie kulturního přenosu, socializace, sociální učení, sebepojetí.....	23
1.4.1 Socializace .....	23
1.4.2 Sociální učení.....	24
1.4.3 Sebeпоjetí.....	25
1.5 Děti, mladiství, rodina a diagnóza závislost .....	26
1.5.1 Specifika závislosti u dětí a mladistvých.....	26
1.5.2 Rodina a protektivní a rizikové faktory vzniku závislosti.....	28
1.5.3 Rodina a závislý člen rodiny.....	30
1.6 Toxikomanie z hlediska práva a její právní důsledky.....	31
1.6.1 Toxikomanie a kriminalita, delikvence mládeže.....	31
1.6.2 Toxikomanie a trestná činnost.....	32
1.7 Klasifikace některých omamných a psychotropních látek a jejich účinky.....	34
1.8 Protidrogová politika .....	37
1.8.1 Strategie protidrogové politiky.....	38
1.8.2 Protidrogová politika v České republice.....	39
1.8.3 Změny v trendech protidrogové politiky.....	40
1.9 Systém sociální práce s osobami závislými na nealkoholových drogách.....	41
1.10 Shrnutí teoretických východisek .....	44
2 Praktická část .....	46
2.1 Popis metod zkoumání .....	46
2.2 Plán výzkumu - popis a charakteristika vybraných osob, účastnících se výzkumu, prostředí.....	49
2.3 Technika sběru dat – metody, časový průběh .....	50
2.4 Studie - sběr dat, analýza dat, vyhodnocení získaných dat .....	51
2.4.1 Sběr dat – kazuistiky.....	52
2.4.2 Analýza dat .....	67
2.4.3 Vyhodnocení dat.....	69
2.4.4 Diskuse.....	80
Závěr .....	83

## Úvod

Pro téma mé diplomové práce „*Vliv rodinného prostředí na vznik drogové závislosti*“ jsem se rozhodla z osobních důvodů. Pracovala jsem 14 let ve školství a zde jsem se setkávala se studenty a žáky, kteří měli problémy se závislostí na alkoholových a nealkoholových drogách. Také můj, dnes již dospělý syn, má několik kamarádů, kteří s nealkoholovými drogami a alkoholem experimentovali a stali se závislími. Někteří z nich užívání drog již ukončili, jiní však zaplatili tuto zkušenost vlastním životem. Bohužel problematika závislosti na nealkoholových drogách a alkoholu je v posledních letech u dětí a mladistvých velmi rozšířená, počet dětí, které se s drogou setkaly již na základní škole, stále narůstá.

Ve třetím ročníku studia na vysoké škole jsem si zvolila místo pro absolvování praxe kontaktní centrum pro drogově závislé. Zde jsem se seznámila nejen se službami, které centrum poskytuje drogově závislým, ale také s klienty, kteří služby centra využívají. Některé příběhy mě natolik zaujaly, že jsem se začala o problematiku drogové závislosti zajímat. Společným jmenovatelem pro většinu klientů K-centra i dalších mladých lidí, kteří se stali drogově závislími, byly a jsou problémy v době dětství a dospívání, dysfunkční rodiny, pobyty v dětských domovech či diagnostických ústavech. Proto jsem se rozhodla prostřednictvím diplomové práce zjistit, zda mohla mít kvalita socializace v rodinném prostředí klientů K-centra vliv na vznik závislostního chování.

Člověk jako bio-psycho-socio-spirituální bytost je podle nejnovějších vědeckých poznatků formován základními determinujícími faktory - biologickými, psychologickými a sociálními. Také člověk sám, jako bytost spirituální, ovlivňuje své bytí. Jedním z prvních, kdo však narozené dítě formuje, je jeho biologická rodina, v případě její absence rodina náhradní nebo ústavní zařízení.

Člověk se podle **empiristických (behaviorálních) teorií** osobnosti, jak uvádí Langmeier (Langmeier, 1988), rodí jako nepopsaný list papíru, na který se zapisují všechny zážitky, prožitky, emoce, které budou ovlivňovat chování dítěte v budoucnu, jak bude prožívat radost, starost, strach, zodpovědnost. Podle těchto teorií má určující vliv na formování vývoje osobnosti zkušenost.

Watson a Skinner, kteří se zabývali výzkumy v oblasti vývoje osobnosti, vycházeli z předpokladu, že chování člověka je z větší části naučené. „*Osobnost chápali jako výsledek individuálních procesů učení, v jehož průběhu jsou určité reakce zpevňovány a jiné zase*

odstraňovány“ (in Kern, 1999, s. 202).

**Nativistické teorie** hovoří o tom, že se dítě rodí jako hotový produkt, a podle Langmeiera „...základní představy, pojmy, pravdy a zásady jsou člověku vrozeny, buď již hotové nebo aspoň jako vlohy“ (Langmeier, 1988, s. 160). Dle Drapely „...teoretici „já“ vnímají osobnost jako něco, co skutečně existuje a co má skutečné účinky“ (Drapela, 2008, s. 14).

Dle mého názoru pravda leží někde uprostřed. Temperament a vlastnosti jsou člověku dané a vrozené, ale etika, morálka a způsoby chování každého jednotlivce jsou ovlivněny prostředím, které člověka formuje. Vzorce chování se člověk učí od svého okolí – nejdříve od matky, nejbližší bytosti, která o dítě pečuje od narození, kdy je bezmocné a potřebuje její péči a ochranu; dává také dítěti lásku, kterou si nese po celý život s sebou. Chybí-li dítěti láska, není schopno ji samo poskytnout. Později se učí od otce odpovědnosti, cílevědomosti, co je správné a co ne. Na otci záleží, zda bude dítě sebevědomé, bude-li se umět v životě prosadit, nebo se bude ustrašeně a zakřiknutě toulat v bludném kruhu nepochopení, proč má někdo v životě „štěstí“ a druhý „smůlu“. Soužitím dítěte se sourozenci se učí žít s někým, spolupracovat, dělit se, prosadit se.

Vztahy v rodině dávají dítěti vzory pro budoucí život – jaká je role matky v rodině, jaká je role otce a jaká dětí; jak se rodiče postarali o materiální zabezpečení rodiny, jak pečovali o děti, jak se jim věnovali ve volném čase, zda sami měli koníčky a záliby. Ale také, zda byli rodiče závislí na alkoholových nebo nealkoholových drogách, zda měli problémy se zákonem, jaké měli zaměstnání a zda jeden z rodičů chyběl. Toto vše ovlivňuje vývoj dítěte vyrůstajícího v rodinném prostředí v době, kdy se formují jeho budoucí vzorce chování v obdobných situacích. V době, kdy je dítě nejvíce tvárné a ovlivnitelné jak v pozitivním, tak v negativním slova smyslu; lidmi, na kterých je závislé, kterým věří, nehodnotí jejich chování, které považuje v této době za normu, neboť ještě nemá možnost srovnání.

Podle **teorií zdrojů a příčin vzniku sociálně deviantních a patologických jevů** rozlišuje Fischer tři základní teoretické proudy – **biologický**, který hledá příčinu vzniku deviace v genetických, fyziologických či anatomických faktorech. Dle **psychologických** teorií za původce deviantního chování považuje psychiku člověka. Mezi **sociologická paradigmat**a patří dle Fischera – teorie diferenciální asociace, teorie kulturního přenosu, teorie strukturálního tlaku, teorie kontrolní, teorie etiketizační, teorie subkultur a teorie anomie (Fischer, 2009).

**Cílem** mé diplomové práce bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumu zjistit, v

jakém prostředí vyrůstali klienti K-centra v době dětství a dospívání, jaká byla kvalita rodinného prostředí a pokusit se nalézt odpověď na základní otázku mého výzkumu: **Ovlivnila kvalita primární socializace v rodinném prostředí vznik drogové závislosti klientů kontaktního centra?**

Jako teoretické východisko pro práci jsem zvolila jedno z **paradigmat interpretativních – teorií kulturního přenosu**. Podstatou této teorie je dle Fischera vysvětlení deviantního chování jako chování naučeného v interakci s jinými lidmi, subkulturami, v procesu komunikace s jinými skupinami, především malými skupinami. Chování deviantní je naučeno stejně jako chování konformní, především v interakci se členy rodiny, kteří vykazují znaky deviantního chování (Fischer, 2009, s. 34).

Za cílovou skupinu pro výzkum jsem zvolila klienty kontaktního centra pro drogově závislé, u kterých jsem zjišťovala pomocí polostandardizovaného rozhovoru kvalitu socializace v rodinném prostředí. Na základě zjištěných skutečností jsem vypracovala tuto diplomovou práci, jejímž cílem bylo zjistit, zda existuje nějaká souvislost mezi deviantním chováním – závislostí na nealkoholových drogách a rodinným prostředím.

Pro účely mého výzkumu jsem stanovila následující **výzkumné otázky**:

- **Jak klienti popisují rodinné prostředí, rodičovské přístupy a strategie chování v době dětství a dospívání v nukleární rodině?**
- **Jaké závěry lze vyvodit ze zjištěných informací z provedených šetření pomocí komparace jednotlivých případů?**

Pro výzkum jsem se rozhodla použít výzkumnou strategii **kvalitativního výzkumu**, neboť mne spíše než čísla a statistiky zajímají lidé a vztahy, hledání souvislostí a příčin každodenních událostí a jevů. Jako základní přístup pro výzkum jsem použila **mnohočetnou případovou studii**. Pomocí **metod polostrukturovaného rozhovoru, pozorování, aktivního naslouchání a empatického spojení** jsem zjišťovala kvalitu socializace klientů kontaktního centra v době dětství a dospívání v rodinném prostředí. Získané informace jsem poté pomocí transkripce zaznamenala formou kazuistik jednotlivých klientů.

Vyhodnocení získaných dat jsem provedla metodami **analýzy, syntézy, dedukce, komparace a fenomenologické interpretace**. Na závěr jsem se pokusila o vlastní vyhodnocení a interpretaci dat a jejich porovnání s dosud zjištěnými poznatky z oblasti sociálních deviací, sociální patologie, psychologie, sociologie. A tím odhalit případné pravidelnosti a vztahy mezi jednotlivými případy, které by potvrdily nebo vyvrátily **předpoklad** mé diplomové práce: **Kvalita rodinného prostředí ovlivnila vznik drogové závislosti u klientů kontaktního centra.**

Práci jsem rozdělila na dvě části – teoretickou a praktickou. V části teoretická východiska jsem zpracovala přehled dosavadních poznatků problematiky týkající se tématu mé diplomové práce z oblastí sociálních patologií, sociálních deviací, přiblížila jsem teorii kulturního přenosu, ze které vychází má diplomová práce, popsala jsem rodinu, jako primární sociální instituci a její funkce a důsledky jejich dysfunkcí; problematiku závislosti na nealkoholových drogách a její právní důsledky; trendy současné protidrogové politiky ve světě i u nás. V závěru této části jsem podala přehled poskytovaných sociálních služeb osobám závislým na nealkoholových drogách.

Praktickou část jsem rozdělila na několik částí. V části plán výzkumu jsem popsala a charakterizovala vybrané osoby a prostředí, ve kterém jsem uskutečnila výzkum. V části techniky sběru dat jsem popsala metody a časový průběh výzkumu. V další části studie jsem popsala způsob sběru dat, jejich přepis do podoby kazuistik jednotlivých klientů. Dále jsem popsala způsob zpracování získaných dat pomocí analýzy – kódováním – tabulkou č. 1 a č. 2. V části vyhodnocení dat jsem se pomocí analýzy, syntézy, dedukce, komparace a fenomenologické interpretace pokusila o vyhodnocení získaných dat. V diskusi jsem porovnávala vlastní výsledky výzkumu s dosavadními vědeckými poznatky, teoriemi a výsledky empirických výzkumů z oblastí sociálních deviací, patologie, sociologie a psychologie.

V závěrečné části práce jsem porovnávala výsledky výzkumu s předpokladem diplomové práce. Navrhla jsem možnosti využití výsledků výzkumu v praxi v oboru pedagogika a sociální práce a zhodnotila přínos, který pro mne osobně výzkum měl.



# 1 Teoretická východiska

V následující části jsem uvedla přehled teorií a výsledků dosavadního zkoumání problematiky, které se dotýkají tématu mé práce. Jedná se především o dosavadní vědecké poznatky z oblastí sociálních patologií a sociálních deviací; popis teorie kulturního přenosu, ze které vychází má diplomová práce; poznatky o rodině, jako primární sociální instituce, její funkce a důsledky jejich dysfunkcí; poznatky o problematice nealkoholových závislostí z hlediska teorií příčin vzniku závislostního chování, práva, dětí, mládeže a rodiny; současnou klasifikaci vybraných nealkoholových drog; trendy protidrogové politiky ve světě i u nás. V závěru jsem popsala systém sociální práce s osobami závislými na nealkoholových drogách. Mým cílem bylo systematicky utřídit a vymezit základní pojmy a teoretická východiska.

## ***1.1 Charakteristika sociální patologie, sociálních deviací, normalita***

Závislost na nealkoholových drogách patří mezi sociálně patologické chování. Čeho se tedy dopouští člověk, který je uživatelem nealkoholových drog a co je vlastně sociální patologie?

### **1.1.1 Sociální patologie a sociální deviace**

Fischer definuje **sociální patologii** jako souhrnné označení nezdravých, abnormálních a obecně nežádoucích společenských jevů. Podle Hřčky „*Sociální patologie se zabývá zákonitostmi takových projevů chování, které společnost hodnotí jako nežádoucí, protože porušují její sociální či právní normy*“ (in Fischer, 2009, s. 13 – 14). Studium sociálních patologií se zabývá mnoho společenských disciplín jako například sociologie, psychologie, medicína a etopedie (Fischer, 2009).

V současné době je podle Fischera pojem sociální patologie někdy nahrazován nebo označován pojmem **sociální deviace**. Tyto pojmy se však liší. Jevy označované jako deviantní nemusí být vždy patologické, neboť jevy sociálně patologické jsou vždy pro společnost nebo jedince negativní, v případě deviantního chování to vždy platit nemusí. Sociální deviace je definována jako odchylka od normální struktury či funkce. Jedná se o chování, které není konformní vůči společenské normě, jak v pozitivním tak v negativním slova smyslu. Za sociální deviaci tedy považujeme jakékoliv porušení sociální normy (Fischer, 2009).

Urbanová definuje **deviaci** jako „...*odchylku od očekávaného standardizovaného a institucionalizovaného chování, které předepisuje sociální norma, platná v určitém sociálním útvaru*“ (Urbanová, 2006, s. 81). Deviaci lze vymezit nejobecněji jako odchylku od kulturně očekávaných pravidel chování (Urbanová, 2006).

Podle Čírtkové (Čírtková, 2000) stanovit jednoznačně hranici duševní normality není vždy snadnou záležitostí, hranice mezi normalitou osobnosti a jejím narušením – patologií – je značně neostrá. Je závislá na přístupu společnosti a poplatná době.

Na zkoumání příčin zákonitostí vzniku sociálně patologických jevů se podílely postupně různé vědní disciplíny, zejména psychologie a sociologie a vznikaly dle Fischera různě **zaměřené pohledy** (Fischer, 2009) :

**Absolutistický** – existují absolutně jednoznačné a srozumitelné normy, které jsou platné pro všechny členy společnosti. Jakékoliv odlišné chování je nepřijatelné – deviantní.

**Moralizující** – společnost je tvořena dvěma skupinami – morálními nedevidanty, kteří se vždy řídí společenskými normami. Druhou skupinou je skupina morálních deviantů, asociálních jedinců, pro něž je nemorálnost vrozenou dispozicí, tuto dispozici jim společnost jako příslušnost k této kategorii přisuzuje.

**Medicínský** – deviace je vnímána jako nemoc a produkt nesouladu mezi jednotlivými částmi sociálního systému, je příznakem jeho nemoci, signálem, že ve společnosti není něco v pořádku.

**Statistický pohled** – deviantní jednání je předmětem empirických kvantitativních výzkumů. Odchylka v chování je chápána jako určitá vzdálenost od průměru, které jsou mimo statistickou normu (směrodatnou odchylku) = abnormální, deviantní. Nedostatkem tohoto přístupu je ignorace různých sociálních souvislostí, interpersonálních reakcí, společenských standardů, různé varianty přinucení ke konformitě.

**Relativistický pohled** – jedná se o současný přístup. Deviace a patologie může být posuzována pouze z hlediska konkrétního sociokulturního prostředí, ve kterém k nim došlo.

Fischer rozlišuje sociální **deviace pozitivní a negativní** (porušování normy jak její nedodržování nebo přehánění), **primární** – porušení normy, **sekundární** – výsledek společenské reakce na porušení normy, **podle subjektu** zda se porušení normy dopouští jedinec nebo skupina, **podle objektu** – podle sféry, do které deviace směřuje ( např. ekonomická, rodinná, zdravotní), **podle typu porušení normy** – deviace právní, mravní, náboženská, a také **podle motivace** – deviace zlá, agresivní, pasivního typu (Fischer, 2009).

## 1.1.2 Normalita

Abychom mohli posuzovat, co je a co není deviantní či patologické, měli bychom znát odpověď na základní otázku: Co to je **normalita**?

„Normalita (z lat. *normalis*, což je vyměřený úhelnicí, pravidelný) – v sociologii vystupuje jako stav, kdy jednotlivci, skupiny či celá společnost přiměřeně respektují ustavené systémy hodnot a norem“ (Urbanová, 2006, s. 86).

Urbanová chápe **normu** jako pravidlo či zásadu, která je obecně přijímána a očekávána, také určuje, které chování je v určitých podmínkách vhodné a které nikoliv. Normy vnáší do vzájemného jednání lidí pravidelnost a předvídatelnost, jsou sociálním produktem, který je spojen s možností odměn a trestů za vhodné či nevhodné chování. Normy vychází z kulturních podmínek dané společnosti a jejich hodnot. Bereme-li deviaci jako odchylku od normálu (v kladném i záporném smyslu), pojem normální se jeví jako klíčový a jeho definice a interpretace je ovlivněna zejména státní mocí (Urbanová, 2006).

Urbanová dále uvádí **sociální normy**, které jsou nástrojem sociální kontroly společnosti. Dělí je na normy – právní, morální, zvykové a náboženské. Žádný z těchto systémů sociální kontroly nevystupuje samostatně, ale navzájem se prolínají a doplňují (Urbanová, 2006).

Kritéria normality a její hranice se mění v průběhu času, prostoru, podle osoby hodnotícího normalitu – jinak bude posuzovat dítě, jinak dospělý. Rozlišit, co je ještě normální a co je již odchylkou od společenské normy, není vůbec jednoduché. Hranice mezi normalitou a abnormalitou je pohyblivá, závisí na mnoha kritériích, okolnostech, či teoretických východiscích, podle kterých situaci posuzujeme. Také vyhodnotit, co je deviantní či patologické, je velmi obtížné a závislé na mnoha faktorech – kultuře, hodnotách, normách, prostředí a době, ve které chování člověka probíhá a je posuzováno.

V rámci naší „západní kultury“ rozlišujeme několik závažných **sociálně patologických jevů**. Jedná se například o agresivitu a násilí, suicidální jednání, zneužívání psychoaktivních látek, sociálně patologické jevy spojené s rodinným prostředím, kriminalitu a delikvenci, patologické hráčství, vandalismus.

Jelikož se má práce zaměřuje na problematiku nealkoholových závislostí a rodinu, zaměřím se v dalších částech této kapitoly na sociálně patologické jevy spojené se zneužíváním psychoaktivních látek a sociálně patologické jevy spojené s rodinným prostředím v souvislosti s právními důsledky, protidrogovou politikou a sociální prací.

## 1.2 Psychoaktivní látky a sociální patologie

Mezi závažné sociálně patologické jevy řadíme mimo jiné i závislost na psychoaktivních látkách. Co je to vlastně psychoaktivní látka, co je to závislost a jaké jsou možné příčiny jejího vzniku?

### 1.2.1 Psychoaktivní látka

**Psychoaktivní látkou** dle Fischera rozumíme každou látku, která ovlivňuje psychickou činnost člověka. Některé z těchto látek vyvolávají závislost, tyto nazýváme látkami návykovými. Jedná se o chemické látky, které mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost. Rozlišujeme závislost fyzickou, která způsobuje nepříjemné tělesné příznaky, jako je třes, pocení, křeče a průjemy v případě vysazení nebo snížení obvyklé pravidelné dávky návykové látky. Psychickou závislostí rozumíme touhu po opětovném navození příjemných stavů, které látka způsobuje. Fyzická závislost přetrvává několik dní až týdnů, psychická přetrvává mnohem déle (Fischer, 2009).

Nelegálně šířenou látku, která způsobuje závislost, označuje Fischer **droga**. Ovlivňuje v mozku procesy myšlení, motivaci, utváření nálad. V minulosti byly tyto látky používány k povzbuzení, navození příjemné nálady, v současnosti jsou předmětem obchodu s drogami, s cílem nelegálních zisků dealerů těchto drog. Existuje velké množství těchto látek, jejich dlouhodobé užívání může vést k rozvoji duševních a behaviorálních poruch (Fischer, 2009).

**Hlavní škodlivé účinky užívání psychoaktivních látek** rozděluje Fischer (Fischer, 2009) do čtyř kategorií :

- Akutní či krátkodobé stavy intoxikace následující po požití psychoaktivní látky, způsobující přechodné změny ve fyziologických, psychických, behaviorálních funkcích.
- Chronická zdravotní poškození – vznikají dlouhodobějším užíváním psychoaktivních látek.
- Akutní sociální důsledky – bezprostřední společenská reakce na zneužívání psychoaktivních látek jedincem.
- Chronické sociální důsledky – chronické sociální problémy v oblasti rodiny, profesního života, kriminality.

### 1.2.2 Závislost

**Syndromem závislosti** lze nazvat soubor psychických – kognitivních, behaviorálních, emočních, a somatických změn, které se u závislého rozvinuly v důsledku

opakovaného užívání psychoaktivní látky (Fischer, 2009).

**Míru závislosti** je možné vyjádřit dle Fischera 4 stupni:

- experimentování s drogou – občasné, nepravidelné užívání,
- příležitostné užívání drogy – užívání je pravidelné, ne více jak jednou týdně,
- pravidelné užívání drogy – užívání je pravidelné, více než jedenkrát týdně, projevují se již škodlivé účinky,
- závislost na droze – vyšší tolerance k droze, uživatel má již zřetelné problémy zdravotní, psychické, sociální.

Nešpor k otázce **závislosti** uvádí: „*Poněkud zjednodušená definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí zní takto: Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát drogy, alkohol nebo tabák*“ (in Nešpor, 1993, s. 26).

Podle WHO o **závislosti na psychoaktivní látce** lze hovořit, jsou-li splněny současně alespoň 3 z následujících charakteristik (in Fischer, 2009):

- silná touha nebo puzení opatřit si psychoaktivní látku,
- problém se sebekontrolou a sebeovládáním v souvislosti s užíváním drogy,
- výskyt fyziologických symptomů při omezení nebo zastavení přísunu drogy,
- průkazná tolerance – k navození stejných účinků je třeba stále se zvyšující dávka drogy,
- progresivní zanedbávání činností nesouvisejících s užíváním látky,
- přetrvávající užívání látky navzdory důkazům o jeho škodlivosti a důsledcích v oblasti zdravotní, psychické, sociální, kterých si je závislý vědom.

### 1.2.3 Příčiny vzniku závislostního chování

**Teorií** na téma co můžeme považovat za **příčinu vzniku závislostního chování** existuje mnoho. Nejčastěji jsou v odborné literatuře uváděny tři základní teoretické směry – biologický, psychologický a sociální. Podle Fischera jsou příčiny vzniku závislostního chování multifaktoriální, mohou k němu vést faktory sociální, psychické i biologické. V současné době probíhají výzkumy genetických informací, které by mohly být příčinou vzniku závislostního chování. Jednoznačně nebyly tyto domněnky prozatím potvrzeny (Fischer, 2009).

Z výzkumů, které byly v posledních letech provedeny na téma vlivu možných faktorů na vznik závislostního chování, jsem například našla výzkum Šťastné, která

provedla kvalitativní a kvantitativní studii na téma – sestavení osobnostního profilu uživatelů konopných drog. Výsledkem její studie bylo zjištění typických osobnostních charakteristik uživatelů konopných drog, které lze definovat pomocí trsů extraverze, zvýšené otevřenosti vůči zkušenosti a snížená svědomitost (Adiktologie, [ on – line] 2009).

Frouzová za faktory vzniku a rozvoje závislosti souvisejícími s účinkem drogy považuje psychiku člověka, podle ní drogy umožňují uživateli dosažení větší kontroly a moci, dosažení slasti, urychlení vývoje a poznání, přizpůsobení se, zbavení se nepříjemného stavu a asociální životní styl (in Kalina, 2003).

Podle Hajného lze za příčiny vzniku závislosti považovat například vztah mezi závislostí a raným dětstvím, narušený vývoj schopností vytvářet vztahy s druhými, neschopnost rodičů reagovat na potřeby dětí, užívání návykových látek jako náhradní prostředek separačních a individuálních tendencí, nedostatečná schopnost snášet nepříjemné emoce a afekty (in Kalina, 2003).

Podle Riesela se drogy zneužívají z různých důvodů, některé nemusí být zjevné a vědomé. Nejčastěji lidé od drogy očekávají zlepšení nálady, zbavení se úzkosti, napětí, únik z nepříjemných starostí a problémů do světa lhostejnosti, pohodu a dobrou náladu, někteří lidé se tímto způsobem snaží vyhybat zodpovědnosti a dospělosti (Riesel, 1999).

Koukolík chemickou závislost považuje nejen za onemocnění mozku, ale poukazuje i na sociální souvislosti, v nichž vzniká a vyvíjí se. Přestože na začátku vývoje chemické závislosti stojí obvykle volní rozhodnutí, považuje ji za chronické, recidivující onemocnění, které se vyznačuje třemi základními znaky – nutkavé vyhledávání a užívání látky, ztrátu kontroly nad užíváním, záporný citový stav, který se objeví po odebrání možnosti látku získat a užít (Koukolík, 2001).

Nešpor uvádí, že závislost může mít řadu příčin. Podle něj může být příčina jedna nebo více, mezi nejčastější příčiny řadí psychiku, vrstevnickou skupinu, rodinu, prostředí a dostupnost návykové látky (Nešpor, 2007).

Velmi mne zaujalo zamyšlení Kudrleho v kapitole Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti kde uvádí, že člověk jako nenarozené dítě existuje jako jedno v symbióze se svou matkou, na které je bytostně závislý. Okamžikem zrození nastupuje cestu k samostatnosti, od závislosti k nezávislosti, která vytváří dynamiku napětí života a je jeho základní hnací silou. Někdy však tato cesta za nezávislostí končí jinou závislostí, kterou se může stát závislost na návykových látkách (in Kalina, 2003).

Podle Kudrleho při hledání kořenů vzniku závislostí zjišťujeme, že lidé žijí svůj

život ve světě protikladů, jako jsou zrození a smrt, láska a nenávisť, radost a žal, štěstí a utrpení, světlo a tma. Vztah těchto protikladů vyvolává neustálé napětí v životě člověka, je zdrojem neklidu, hledání, a je vlastně dynamikou vývoje člověka.

Toto hledání však má v sobě hlubší motivaci a potřeby vyhnout se bolesti či nalezení zklidnění jak od bolesti fyzické či duševní, kam patří také bolest z prožívané nudy, nízkého sebehodnocení, odlišnosti od druhých, nespokojení. Má v sobě potřebu cítit se dobře, být výkonný, zbavit se vnitřních zábran, cítit radost, euforii. Má také potřebu hlubší transcendece, cítit jednotu se sebou i s druhými, s bohem, s nekonečnem (in Kalina, 2003).

Tyto potřeby a vnitřní pocity hledání nezávislosti podle Kudrleho mohou vést k drogám, které mohou poskytnout řešení, neboť poskytují hledané prožitky – tlumí bolest, přináší slast a euforii, mohou umožnit osobní přesah, pocit sounáležitosti se širším prostředím i pomoci zjevení něčeho z nejhlubších úrovní lidské psychiky. Příčinu vzniku závislosti můžeme tedy chápat jako pocíťované nedostatky při hledání vlastní identity. Na biologické úrovni jsou častou příčinou vzniku závislosti bolest či nemoc, kterou tiší zprvu nemocný analgetiky, které se mohou stát spouštěčem „únikového“ brání (in Kalina, 2003).

Z psychologického hlediska se častou příčinou vzniku závislosti stává absence vlastního programu, nuda, zvědavost, nízké sebehodnocení, absence zájmů, ale také to, že jedinec není veden rodiči k samostatnosti a tudíž si samostatnost prosazuje v oblastech, kam za ním rodiče nemohou – ve změněných stavech vědomí, jak uvádí Kudrle. Příčinou sociální se mohou stát pocity vyčlenění se z komunity lidí, rasová odlišnost, touha identifikovat se se silnější skupinou, chudoba. Mezi spirituální příčiny řadí absenci autorit, absenci smyslu života, duchovních hodnot a duchovních autorit, zaměření na materiální uspokojování, absence pokory (in Kalina, 2003).

Z uvedených teorií a názorů vyplývá, že příčiny vzniku závislostního chování nelze jednoznačně určit, jednotlivé výše uvedené názory se přiklání buď k psychickým determinantům, sociálním, biologickým nebo různým kombinacím těchto determinantů. Osobně se přikláním k názoru multifaktoriálních příčin vzniku závislostního chování a to nejen k vlivu rodiny, vrstevnických skupin, osobnostních charakteristik závislého, ale také k vlivům biologickým – dědičnosti.

### **1.3 Rodina a sociální patologie**

**Rodina**, je jednou ze sociálních skupin, která formuje člověka od jeho narození. Její konstelace, kvalita, způsob komunikace, vztahy uvnitř rodiny, rodinné normy a tradice ovlivňují člověka i jeho chování a hodnotový systém po celý jeho život, ale mohou mít také vliv na vznik sociálně patologického chování svých členů.

### 1.3.1 Rodina jako primární sociální instituce

**Rodina** je nejstarší lidskou společenskou institucí. Vznikla nejen z přirozeného pudu pohlavního s cílem rozmnožovat daný živočišný druh, ale také z potřeby své potomstvo ochraňovat, učit, vzdělávat a připravovat na život. Způsob ochrany, podpory, vychovávání, vzdělávání se v průběhu času měnil, ale také se postupně hluboce zabudoval a zakódoval do naší lidské psychiky. Podle Matějčka z jeho dlouhodobého pozorování dětí vyplývá, že z hlediska dětí nejsou vnější znaky rodiny důležité. Dále uvádí, že dítě hlavně potřebuje pro svůj zdravý duševní vývoj vyrůstat v prostředí stálém a citově příznivém, vřelém a přijímajícím, takovým prostředím by měla být především rodina (Matějček, 1994).

Matějček shrnuje tyto poznatky do stručné definice: „*Dítě za své rodiče přijímá ty, kdo se k němu mateřsky a otcovsky chovají – a je pro ně zcela nepodstatné, zdali tihle „jeho“ lidé na to mají či nemají potvrzení z porodnice*“ (Matějček, 1994, s. 15 – 16).

Definicí k vymezení pojmu rodina, existuje velké množství. Kramer např. vymezuje rodinu takto: „*Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.*“ (in Sobotková, 2001, s. 22).

**Rodina** dle Nakonečného představuje tzv. **primární socializační instituci**. Předává dítěti normy dané kultury, společnosti, společenské hodnoty, jazyk, vzory pro vykonávání sociálních rolí v budoucím životě. Kvalita primární socializace může silně ovlivnit člověka v jeho fungování ve společnosti, v jeho vztahu k ostatním lidem, k povinnostem, ke vzdělání, k zaměstnání, jeho schopnost navazovat vztahy s jinými lidmi, udržovat je a pěstovat (Nakonečný, 1995).

### 1.3.2 Rodina a její funkce, poruchy

Jak uvádí Montoussé, ihned po narození předává rodina v rámci **procesu socializace** jedinci společenské normy a hodnoty, kulturní vzorce chování, jazyk, které jedinec nejen poznává, ale také postupně zvnitřňuje a integruje do své osobnosti. Znamená to, že se jimi bude nejen řídit, ale bude také odpovídat tomu, co za přijatelné považuje tato primární sociální skupina. A také to znamená, že se jimi bude řídit i v budoucnu, kdy nebude nutno použít donucovacích prostředků v rámci skupiny (Montoussé, 2005).

Druhým mechanismem socializace je **zvnitřňování** vzorců sociálního chování – přebírání sociálních rolí. Podle Meada se jedná o proces **identifikace** s druhými – rodiči,



přáteli, hrdiny z knih, kteří se stávají vzory, jejichž chování dítě ve svých představách porovnává s vlastními zážitky. I když vzorce chování postupně přejímá od dalších osob, rodina nabízí první, nejsilnější modely, které dítě ovlivňují po celý život (in Montoussé, 2005).

Rodina, jako primární sociální skupina, má za úkol plnit několik základních **funkcí** – biologickou, emocionální, výchovnou a ekonomickou (Montoussé, 2005).

Bohužel v některých případech se může podle Dunovského rodina a její prostředí stát sama zdrojem vzniku a rozvoje různých sociálně patologických jevů. V rámci rodiny může dojít k vážnému narušení psychosociálního vývoje dítěte, v případech, kdy rodina neplní některé ze svých funkcí, a také důvodem se může stát situace, kdy rodiče nejsou schopni či nechtějí nebo nemohou z různých důvodů o své děti pečovat (Dunovský, 1986).

Fischer uvádí, neproběhne-li primární socializace v pořádku, může mít tato situace vliv na defektní utváření osobnosti a také na vznik sociálně-patologického nebo deviantního chování, které může přejímat v rámci interakce se členy rodiny, jako vzorů, od kterých se učí sociální chování, osvojuje si jejich hodnoty, normy, vzorce chování, sociální role (Fischer, 2009).

Toto působení je dle mého názoru o to nebezpečnější, neboť probíhá v období, kdy je dítě na rodičích závislé, důvěřuje jim, nemá schopnost srovnání, a proto chování rodičů považuje v období dětství za normu, která může ovlivnit jeho chování na celý život. Může se stát základem pro budoucí deviantní a patologické chování, jako je závislostní chování, delikvence, kriminalita, prostituce, zneužívání, týrání apod.

Poruchy primární socializace mohou být podle Dunovského způsobeny poruchami jednotlivých **funkcí rodiny**, mezi které patří funkce (Dunovský, 1986):

- **biologicko – reprodukční**, která spočívá v reprodukci rodiny prostřednictvím potomků a předávání kultury dané společnosti,
- **socializačně – výchovná**, která zabezpečuje dítěti předávání a osvojování si společenských norem, hodnot, vzorců chování, jazyka,
- **emocionální** – představuje emocionální péči, komunikaci mezi členy rodiny,
- **ekonomicko – zabezpečovací** – spočívá v materiálním zabezpečení rodiny,
- **ochranná** – poskytuje členům rodiny ochranu, jistotu a bezpečí.

Zjišťování těchto poruch je dle Matouška velmi obtížné, ale bohužel následky mohou být pro příznivý vývoj dítěte velmi neblahé, neboť mohou vést až k narušení vývoje osobnosti a k psychické deprivaci. Výsledkem může být opoždění mentálního

vývoje dítěte, smyslové vady, poruchy nervové soustavy. Jedná se například o vývojové opoždění řeči, jemné a hrubé motoriky, opoždění školní zralosti, opoždění vývoje sociálních a hygienických návyků. Emotivita bývá často plochá, nerozvinutá, nestabilní. Školní prospěch bývá na nižší úrovni, než jsou jejich potenciální schopnosti, nejsou rozvinuty sociální a pracovní návyky. Psychická deprivace často stojí v pozadí vážnějších poruch osobnosti (Matoušek, 2008).

Při posuzování uspokojování psychických potřeb dětí se nejčastěji v sociální práci s ohroženými dětmi vychází s koncepcí Pražské školy vývojové psychologie a psychické deprivace podle Langmeiera a Matějčka. Posuzujeme **pět základních psychických potřeb** (in Matoušek, 2008):

- **potřeba stimulace** – potřeba optimálního přívodu podnětů co do kvality, kvantity a proměnlivosti,
  - **potřeba smysluplného světa** – tzv. řádu v chaosu podnětů pro učení, rozlišení, pro pochopení vzájemných vztahů, významů, srozumitelného okolního světa,
  - **potřeba jistoty a bezpečí** – vytvořením si blízkého citového vztahu s pečující osobou, zpravidla matkou, podmiňuje jeho budoucí důvěru k okolnímu světu, sebedůvěru, schopnost lásku nejen přijímat, ale v budoucnu i dávat,
  - **potřeba osobní identity** – potřeba začlenění se do širšího společenství lidí, společenského uplatnění, vlastní autonomie,
  - **potřeba otevřené budoucnosti** – životní perspektivy, smyslu života.
- Neuspokojením některé z výše uvedených potřeb může dojít k deprivaci.

Za **psychickou deprivaci** Langmeier a Matějček považují neuspokojení potřeb citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu, která spočívá v nedostatku nebo absenci emočních podnětů zejména ze strany pečující mateřské osoby, která je pro dítě zdrojem pocitu bezpečí a jistoty. Projevuje se poskytnutím zkušenosti bezpečného citového vztahu a je základem pro rozvoj vnitřní jistoty a vyrovnanosti, schopnosti udržovat pozitivní vztahy k sobě samému i ke světu, schopnosti navazovat a udržovat trvalé a spolehlivé vztahy s okolím (in Matoušek, 2010).

Drtilová uvádí, že pojem **deprivace** znamená doslovně odnětí. O co dříve k deprivaci dojde, čím je rozsáhlejší a čím déle trvá, tím jsou poruchy prožívání a chování hlubší, trvalejší a případně nezvratné (Drtilová, 1994).

Čírtková definuje deprivaci jako „... *zvláštní frustrační situaci, kdy jedinec strádá v důsledku absence vnějších podnětů nutných pro uspokojení aktuálních potřeb*“ (Čírtková, 2010, s. 127).

Psychická deprivace může podle Matouška vývoj dítěte poškodit, nemusí být však nezvratná. Náprava by měla spočívat v tom, že dítěti bude poskytnuto to, čeho se mu na úrovni jednotlivých základních potřeb nedostává, které jsou deprivací nejvíce postiženy (Matoušek, 2008).

Rodina je dle mého názoru nejdůležitější sociální skupinou pro člověka, ve které žije, dochází v ní k uspokojování jeho potřeb fyzických, emocionálních, psychických a sociálních. Dítě získává prostřednictvím rodiny zázemí a prostor pro svou seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, má svůj specifický systém hodnot, formuje jedince v průběhu jeho vývoje, má vliv na budoucí identitu, sebepojetí a vytváření předpokladů pro výkon společenských rolí v budoucnu. Může se ale také stát zdrojem narušení psychosociálního vývoje dítěte, rozvoje psychických problémů a dát tak základ k možnému sociálně patologickému chování v budoucnu.

### 1.3.3 Poruchy rodičovských rolí

**Poruchy rodičovských rolí** jsou podle Dunovského způsobeny situací, kdy se rodiče o své děti nemohou starat z důvodů nepříznivých přírodních podmínek, z důvodů poruch fungování společnosti nebo narušení rodinného systému jako celku. Důvodem také může být situace, kdy se rodiče o své dítě starat neumějí z důvodu např. nezralosti, narození handicapovaného dítěte, zabránění v péči druhým rodičem z důvodu rozvodu. Další poruchou rodičovských povinností je porucha osobnosti rodiče, který se o své dítě starat nechce, péči o dítě zanedbává, může být vůči dítěti hostilní. Tuto péči lze hodnotit jako nedostatečnou, škodlivou, zanedbávající dítě jak v oblasti somatické tak psychické. Mezi poruchy rodičovských rolí patří také péče rodičů, kteří se o své dítě starají nadměrně až hyperprotektivně, což vede k rozmazlování, nepřipravenosti na samostatný život, nerespektování druhých (Dunovský, 1986).

Podle Dunovského existují **čtyři základní typy rodin**:

- **funkční rodina**, která zajišťuje optimální vývoj dítěte (85%),
- **problémová rodina**, ve kterých se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí, které však neohrožují vážně vývoj dítěte a rodina je schopna řešit problémy vlastními silami (12-13%),
- **dysfunkční rodina**, ve které se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí, které již ohrožují fungování rodiny i vývoj dítěte a prospěch dítěte, tyto poruchy není rodina schopna řešit sama, je nutná pomoc zvenčí – sanace rodiny (2%),

- **afunkční rodina** – rodina přestává plnit svůj základní úkol, poruchy jsou velkého rázu, dítěti závažným způsobem škodí a ohrožuje samotnou jeho existenci, jediným řešením je umístění dítěte do náhradní rodinné péče, sanace rodiny je v tomto případě bezpředmětná (0,5%).

V případě dysfunkčních a afunkčních rodin dle Dunovského rodina neplní jednu nebo více ze svých základních funkcí, což může být zdrojem negativního vývoje dítěte, poruch chování a následného vzniku a rozvoje sociálně patologických jevů. Někdy může dojít až k psychické traumatizaci dítěte. Narušené vztahy mezi rodiči, provázené hádkami a násilím, bývají často zakončeny rozvodem, který může mít negativní vliv na psychický vývoj dítěte a stát se tak příčinou psychické deprivace. Tyto děti trpí pocitem křivdy, rozčarování, neschopností se zařadit do společnosti. Velký vliv má i péče rodičů, kteří v situaci po rozvodu nemají na děti tolik času, protože musí řešit problémy s ekonomickým zabezpečením rodiny a nemají přehled o trávení volného času svých dětí. Ty pak často utíkají k řešení problémů cestou užívání alkoholu a nealkoholových drog, nebo jiných forem sociálně patologického chování – patologického hráčství, vandalismu, kriminality (Dunovský, 1986).

K jedné z příčin, která je považována za vznik sociálně patologického chování, řadíme i vliv rodiny, jako primární sociální instituce. Podle Fischera k sociálním faktorům, které mohou ovlivnit vznik závislosti na psychoaktivních látkách, patří vliv rodiny (dysfunkční rodiny, CAN syndrom, abnormalita rodičů), vliv sociálních skupin a subkultur, vliv životního prostředí – město, vesnice, sociální konformita. V neposlední řadě mezi významné faktory patří chudoba (Fischer, 2009).

Sobotková pohlíží na dysfunkční rodinný systém jako na rodinu, v níž jeden nebo více členů produkuje nezdravé, maladaptivní chování, přičemž tyto rodiny vykazují některé z charakteristik – chybějící intimita, neřešení nebo popírání problémů, nejasná komunikace, rigidní role, nejasná pravidla a kompetence. Podle Sobotkové mohou takovéto rodiny produkovat individuální psychopatologii, což může působit na fungování rodiny jako celku složitým způsobem. Jedná se např. o asociální chování, užívání návykových látek, neurotické obsese (Sobotková, 2001).

Problematiku vlivu kvality socializace v rodinném prostředí na vznik závislostního chování a výzkumy na toto téma jsem našla v diplomových pracích Švaříčkové (Švaříčková [ on – line], 2011), Holasové (Holasová [ on – line], 2011), Jarchovské (Jarchovská [ on – line], 2011), a Hejlka (Hejlek [ on – line], 2011). Tyto kvalitativní výzkumy jsou mimo jiné zaměřeny také na zjištění kvality socializace v rodinném prostředí

a to zda mohla mít kvalita socializace vliv na vznik závislostního chování. Výzkumy těchto prací poukazují na vliv kvality rodinného prostředí na vznik závislostního chování jako jeden z možných faktorů.

Koukolík mimo vlivy genetické uvádí také vliv prostředí na vznik poruch chování v dětském věku a v dospívání. Podle něj je riziko vzniku poruchy chování vyšší u dětí, jejichž biologický nebo adoptivní rodič má nebo měl antisociální poruchu chování, uvádí také vliv rodiče závislého na alkoholu na vznik poruchy chování nebo duševního onemocnění dítěte. Jako další příčinu uvádí kouření matky v době těhotenství, odmítnutí dítěte, umístění dítěte do náhradní rodinné péče (Koukolík, 2001).

Matoušek také uvádí, že u dětí, které vyrůstají v ústavních zařízeních nebo s pečující osobou, od které se mu nedostává uspokojivé péče a nemá příležitost být s pečující osobou v přímém kontaktu, hrozí riziko psychické deprivace (Matoušek, 2010).

Dítě v těchto případech dle Matouška nemá možnost vytvořit si trvalý citový vztah k jedné pečující osobě, neboť ve většině ústavních zařízení se v péči o děti střídá několik pečovatelek. To může mít následky pro emocionální život dítěte, které v budoucnu nebude schopno navazovat emocionální vztahy s jinými osobami (Matoušek, 2010).

Dalším problémem ústavní výchovy dle Matouška je život v izolovaném prostředí, ve kterém děti nežijí v prostředí rodiny, která pro dítě znamená model pro jeho budoucí fungování a také bohaté podnětné prostředí, ve kterém se učí jednotlivé role pro budoucí život – dítěte, sourozence, rodiče, manžela, babičky, tety, přebírá vzorce chování, normy, hodnoty rodiny, společnosti (Matoušek, 2010). Ukončení pobytu v ústavním zařízení dovršením 18 let věku znamená pro takového dospívajícího jedno z největších rizik, která mu hrozí po opuštění ústavního zařízení – bez prostředků, bez možnosti bydlení. Zde již může být jen krůček k řešení obtížné životní situace prostitucí, alkoholem, drogami, kriminálním chováním.

Jedna z nejhorší situací nastává podle Matouška v případě, kdy děti vyrůstají v prostředí rodiny afunkční, kde zažívají týrání, zanedbávání nebo zneužívání. Dochází k poškození osobnosti dítěte v oblasti fyzické, psychické, k narušení psychosociálního vývoje dítěte, v extrémních případech může vést takovéto jednání rodičů vůči dítěti k jeho smrti. Jedná se o tzv. Syndrom zneužívaného, týraného a zanedbávaného dítěte – **syndrom CAN**. Dítě v takové rodině trpí zanedbáváním důležitých potřeb a může vést k deprivaci, v důsledku neuspokojování svých potřeb, týráním a zneužíváním. Jednání rodiče nebo jiné dospělé osoby lze považovat v tomto případě za zneužití fyzické nebo psychické moci dospělého nad závislým dítětem (Matoušek, 2005).

**Fyzickým týráním** rozumíme dle Matouška všechny nepřiměřené akty násilí vůči dítěti, které mohou vést k jeho tělesnému zranění, trvalému poškození zdraví, v extrémních případech až k smrti. Jedná se například o nepřiměřené bití rukou a jinými předměty, pálení, kopání, bodné rány, opaření, vytrhávání vlasů, škracení, svazování, šikanování, odnímání spánku, potavy (Matoušek, 2005).

**Psychické týráním** je dle Matouška takové chování rodiče vůči dítěti, které má negativní dopad na citový vývoj dítěte, sebehodnocení, sociální interakci, chování. Mezi psychické týráním patří nadávky, ponižování, opovrhování, odmítání dítěte, citové vydírání, citová deprivace, nepřiměřené zatěžování dítěte v souvislosti s povinnostmi spojené se školou, sportem, domácími povinnostmi, šikanování, psychické týráním dítěte v situaci spojené s rozvodem. Následkem bývá citová deprivace, problémy se sebepojetím, problémy v navazování vztahů, jejich udržováním, tyto děti v dospělosti často využívají naučené vzorce chování z vlastní rodiny a stávají se sami týrajícími rodiči (Matoušek, 2005).

**Sexuální zneužívání** dítěte má podle Matouška negativní dopad na psychický vývoj dítěte. Jedná se o nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu chování nebo kontaktu, které vedou k uspokojování sexuálních potřeb zneuživatelé. Může jít jak o zneužívání kontaktní, bezkontaktní, tak o zneužívání komerční. Následkem sexuálního zneužívání bývá ztráta pocitu bezpečí a jistoty, důvěry k lidem, pocitu bezmocnosti, neschopnosti partnerského soužití, strach ze sexu nebo naopak nápadné sexuální chování, v extrémních případech se může stát zneužívaný sám aktérem sexuálního zneužívání (Matoušek, 2005).

**Zanedbávání dítěte** je způsobeno nedostatkem péče, které vede k vážné újmě ve vývoji dítěte v oblasti duševní i tělesné. Zanedbávání rozlišuje Matoušek tělesné – neuspokojování potřeb fyzických, bezpečí, citové, seberealizace (Matoušek, 2005).

Rodina pro dítě představuje podle Matouška pocit jistoty a bezpečí, sounáležitosti, lásky, emoční akceptaci, které dítěti poskytují základ pro jeho budoucí život v oblasti vnitřní jistoty a vyrovnanosti, schopnosti vytvářet pozitivní vztahy s okolím, udržovat je, vytvořit si také pozitivní vztah sám k sobě. Zde je rodina, zejména matka, pro psychický a emocionální vývoj dítěte nezastupitelná. V případě, že dítě v těchto oblastech strádá, dochází u dítěte k psychické deprivaci, která je definována jako neuspokojování potřeb citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a v dostatečně dlouhé době. Mírnější formou je citová subdeprivace. Dítě je maximálně zabezpečeno materiálně, sociálně, strádá však v oblasti citové, což vede k citové subdeprivaci, která je mírnější formou citové deprivace. Důsledkem deprivace i subdeprivace bývá nedostatek v oblasti kognitivních procesů –

myšlení, řeč, školní nezralost, emocionální oblasti – nestabilita, agresivita, emoční oploštělost, výbušnost, problémy v sebepojetí – tendence k sebepodceňování, v dospělosti mají problém v seberealizaci – v profesní oblasti, nezvládnutí rodičovské role, navazování partnerských vztahů, mohou vystavovat své děti také psychické deprivaci (Matoušek, 2010).

Vlivem změn v postmoderní společnosti v dnešním globalizovaném světě postupně dochází ke změnám v modelu rodinného soužití a ústupu od jeho tradičního pojetí. I přes to by, dle mého názoru, rodina i nadále měla plnit své základní funkce, které mají zásadní vliv na příznivý tělesný i duševní vývoj každého dítěte. Jakékoliv narušení těchto funkcí a jejich zanedbávání může mít neblahé následky pro život dítěte v budoucnosti. Poruchy rodinných a rodičovských funkcí mohou dle mého názoru negativně ovlivnit vývoj dítěte, způsobit nenapravitelné škody a mohou ho nasměrovat do společností, kde může hledat náhradu za narušené či chybějící podněty, vztahy, a kde se může setkat se sociálně patologickými formami chování, které si zde může osvojit.

#### ***1.4 Teorie kulturního přenosu, socializace, sociální učení, sebepojetí***

Základním paradigmatem, ze kterého vycházela má práce, je teorie vzniku sociálně patologického chování podle **teorie kulturního přenosu**. Podstatou tohoto paradigmatu je dle Fischera princip vzniku sociální deviace jako naučeného deviantního chování v interakci s jinými lidmi v rámci primárních sociálních skupin, za kterou považují pro potřeby mého výzkumu rodinu. V těchto primárních sociálních skupinách je takové deviantní chování považováno za normální, deviantním se stává až ve vztahu k sociokulturním normám většinové společnosti (Fischer, 2009). Jak se tedy rodina může na formování „*správného*“ nebo deviantního chování podílet?

##### **1.4.1 Socializace**

Podle Nakonečného se každý člověk rodí s vrozenými specificky lidskými druhovými vlohami a dědičností. Mezi tyto vrozené vlohy patří specificky lidské zvláštnosti smyslových orgánů, stavba mozku a jeho funkce a vrozené způsoby chování – reflexy a instinkty, temperament. Na základě těchto vrozených dispozic dochází k utváření lidské bytosti se specificky lidskou psychikou prostřednictvím **socializace a enkulturace**. Tento proces počíná okamžikem narození člověka a probíhá po celý jeho život. Spočívá v osvojování si základních kulturních návyků, řeči, hodnot, společenských norem, vzorců chování, osvojování si sociálních rolí v procesu socializace prostřednictvím sociálního učení, na němž se podílí nejprve rodina jako primární socializační instituce, posléze další

sociální instituce - škola, zaměstnání, vrstevnické skupiny, zájmové skupiny a různé další sociální skupiny a masmédiá (Nakonečný, 1998).

Člověk je dle Nakonečného formován **kulturou**, souborem materiálních a duchovních statků, které si společenství lidí předává z generace na generaci. Jedná se o jednotný systém společenských norem, hodnot a významů, pravidel, předepsaných způsobů chování, veškerých znalostí, návodů na přežití a přesvědčení, které si společnost vytvořila v průběhu své existence. Socializace ale neznamená naprostý konformismus, je nutné zachování určité míry individuality jedince (Nakonečný, 1995).

Společnost v zájmu svého fungování a zachování existence podle Nakonečného vyžaduje od svých členů dodržování kulturních a sociálních vzorců chování, které zahrnují příkazy a zákazy, a prosazuje jejich dodržování prostřednictvím **tzv. sankčního systému**. Tento systém sestává z forem souhlasu a sociálních odměn, které se váží na dodržování předepsaných vzorců chování, a forem nesouhlasu, sociálních trestů a odsuzování, které následují za nedodržování těchto vzorců chování. Odměny posilují žádoucí vzorce chování a jejich pravděpodobnost opakování v budoucnu, tresty nežádoucí vzorce chování blokuje, potlačují, oslabují, snižují pravděpodobnost jeho opakování v budoucnu (Nakonečný, 2000).

Proces socializace začíná okamžikem narození a končí smrtí a podle Nakonečného je v každé etapě ovlivňován třemi soubory vzájemně se ovlivňujících proměnných. Mezi **ekologické proměnné** patří geografické a ekologické proměnné, z nichž nejvíce na člověka působí společenské instituce a organizace, systém společenských norem a sankcí. Další determinantou jsou **osobnostní charakteristiky** člověka, mezi něž patří biologické a psychologické stránky osobnosti, jako jsou charakter, morálka, postoje, kognitivní styly, apod. Sociální interakce s jinými lidmi a institucemi ovlivňují chování a jednání každého člověka, jeho mezilidské vztahy, osvojování si sociálních rolí, sociální status. Tyto procesy patří do třídy proměnných **sociálně psychologických jevů** (Nakonečný, 2000).

### 1.4.2 Sociální učení

Dle Nakonečného je člověk bytostí aktivní, který své životní podmínky do jisté míry sám aktivně utváří, ne vždy však vědomě a záměrně. Lidská psychika se strukturuje a dynamizuje v interakci aktuálního vnitřního stavu a vnějších činitelů a je výslednicí interakce konstitučních složek osobnosti a zkušenosti – **učení**, které označuje Nakonečný jako socializaci. V tomto smyslu je tedy osobnost produktem **sociálního učení** a to ve dvou směrech - **učení imitačního** – nápodobou podle modelů, pozorováním pozitivních vzorů vedoucích k přijímání vzorců chování, které vykazují jako odměňované behaviorální



vzorce, dále pozorování negativních vzorů, které vedou k útlumu takového chování, neboť u pozorovaných osob vedlo k trestu. Druhým mechanismem je **učení instrumentální**, které je učení z důsledků vlastního chování. Vlastní chování, které vedlo k dosažení odměny, se upevňuje, naopak chování, které vedlo k trestu, je postupně utlumováno (Nakonečný, 1998).

Rodiče nebo osoba pečující má možnost působit na utváření osobnosti dítěte od jeho narození aktivním způsobem – pomocí pozitivního a negativního posilování. Ale také působením na dítě vlastním příkladem tím, že se rodiče sami chovají žádoucím způsobem, nebo naopak mohou dítěti dávat špatný vzor v případě, že nežádoucí formy chování tolerují, v horším případě když svým chováním dávají dítěti vzor svým nežádoucím chováním.

### 1.4.3 Sebepojetí

Dalším důležitým faktorem pro schopnost adaptace člověka na měnící se životní podmínky a tudíž jeho chování je dle Nakonečného **sebepojetí** – **sebeobraz** člověka, který můžeme chápat také jako vědomí vlastní hodnoty. Vytváří se v průběhu života a rodina má velký vliv na utváření si vědomí vlastní hodnoty každého člověka. Vzniká jako odraz reakcí okolí na jeho osobu, který prochází sebehodnotícími emocemi, a ty pak působí jako tendence chovat se k sobě a ostatním lidem určitým způsobem a také na jeho sebevědomí (Nakonečný, 2000) .

Mead a také Cooley *„považují sociální interakce jedince a jeho vnímání reakcí druhých lidí za důležité prvky formující sebepojetí“* (in Hayesová, 1998, s. 21).

*„Rorgers se domnívá, že sebepojetí je výsledkem internalizace podmínek hodnoty, které se formují na základě interakcí s druhými lidmi“* (in Hayesová, 1998, s. 22).

Z toho vyplývá, že rodina hraje významnou roli již od okamžiku narození člověka. Působí na utváření jeho hodnot, norem, vzorců chování, sebevědomí, sebepojetí. Pokud se osvojené hodnoty, normy, vzorce chování odchylně od norem, které jsou v dané společnosti považovány za normální, mohou člověka stigmatizovat a zařadit do kategorií osob, které se dopouští deviantního chování. Člověk s přiměřeným sebevědomím dokáže v dospělosti řešit problémy, postavit se jim, stanovovat si přiměřené cíle. Člověk s nízkým sebevědomím naopak problémy řešit neumí, nebo od jejich řešení utíká, někdy upadá do stavu tzv. naučené bezmocnosti. S vysokým sebevědomím člověk často volí nepřiměřené cíle, neumí řešit neúspěch, problémy, což může vést k nepřiměřeným reakcím a neschopnosti adaptace.

Neschopnost adaptace může způsobit, že člověk používá **maladaptivní vzorce**

**chování**, které jsou důsledkem požadavků prostředí na jedince, které přesahují jeho schopnost adaptability, a reakce na ně mohou být nepřiměřené. Důsledkem mohou být podle Nakonečného frustrace, konflikty, stres, psychické deprivace a nežádoucí chování (Nakonečný, 1995).

Hajný v této souvislosti uvádí jako jeden z důvodů vzniku závislosti sociopatickou závislost, která je charakteristická rodinným prostředím, ve kterém figurovala lhostejnost, fyzické násilí, kriminalita či zneužívání, nebo závislý vyrůstal v instituci. Jeho chování vykazuje vysokou míru asociálního jednání a neschopnost připustit vlastní vinu nebo odpovědnost. Užívání drog tvoří další část nebo doplněk jeho celkového problémového chování, nikoli primární zdroj obtíží (in Kalina, 2003).

### ***1.5 Děti, mládí, rodina a diagnóza závislost***

Děti i mládí po celém světě se stále častěji stávají uživateli nealkoholových drog a patří mezi nejohroženější skupinu, která se může stát závislá na nealkoholových drogách. Drogy se prodávají již i na základních školách a jsou užívány stále mladšími dětmi. Po dobu 12 let monitorovala CASA situaci na amerických školách, kde v průzkumu až 61% studentů uvedlo, že mají zkušenost s tím, že na školách jsou drogy drženy, užívány nebo prodávány (CASA, [ on – line], 2008).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost ve své publikaci uvádí, že v EU existují téměř 2 milióny problémových uživatelů drog. Členské státy EU definovaly skupiny mladých lidí, které mohou být zvláště ohrožené, pokud jde o užívání drog. Mezi tyto ohrožené skupiny patří: mladí pachatelé trestných činů, mladí lidé v ústavní péči, osoby, které předčasně ukončily školní docházku, studenti se sociálními nebo studijními problémy a mladí lidé, kteří žijí ve znevýhodněných rodinách a/nebo čtvrtích, kde se koncentruje mnoho rizikových faktorů a problémů spojených s užíváním drog. Členské státy EU se snaží v rámci své sociální politiky o stanovení ohrožených skupin a orientaci na tyto skupiny v rámci selektivní prevence (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [ on – line], 2008).

#### **1.5.1 Specifika závislosti u dětí a mládí**

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí definuje Nešpor **syndrom závislosti** jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil. Nejvíce charakteristická je závislost touhou brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu

látek nebo pro širší řadu různých látek (Nešpor, 2007).

Přehled teorií a názorů na příčiny vzniku závislosti na nealkoholových drogách jsem již zmínila v kapitole 1.2. Jednoznačnou odpověď na otázku, co by mohlo být příčinou vzniku závislostního chování, nelze dát, teorií existuje velké množství. Období dospívání je obdobím bouřlivých změn v organismu a psychice mladého člověka a bývá také obdobím, kdy nejčastěji mladý člověk začne brát drogy.

Děti a dospívající prochází podle Nakonečného v době **puberty a adolescence** obdobím změn, které mají vliv nejen na chování, jednání, ale také mohou být důvodem vyššího rizika vzniku závislosti. Prochází obdobím fyzických změn, dívky dospívají v ženy, chlapci v mladé muže, provázené změnou fyziognomie, hormonálními změnami, zvýšením kognitivních schopností, výkonnosti. Typická pro toto období je snaha o nezávislost na autoritách, provázená konflikty s rodiči, učiteli. Také je to období hledání nové identity, nového životního stylu, nového směru. Je to období sblížování se s druhým pohlavím, prožívání prvních lásek, zklamání. I když se cítí dospělí, vnitřně ještě pocítují nejistotu, pochybnosti (Nakonečný, 1995).

Je to také období zkoušek a testů pro rodiče. Snaha o to, najít tu pravou míru mezi tolerancí a autoritou, kterou by si měli rodiče zachovat. Je velmi důležitá pro řešení závažných problémů, které mohou ve výchově v tomto kritickém období nastat. A takovou složitou situací pro rodiče může být zjištění, že jejich dítě „bere drogy“.

Matoušek v souvislosti se vznikem **subkultur a kriminogenních skupin mládeže** uvádí, že příčinou mohou být časné uvolňování rodinných vazeb v nefunkčních rodinách, oslabení sociálních vazeb, což může vést k vytváření své „nezávislé ideologie“ - stylu života, který může být živnou půdou pro delikventní jednání. Mezi tyto subkultury patří také drogová subkultura. Podle Matouška se jedná většinou o skupiny, skládající se z mladých lidí, kteří neuspěli podle měřítek většinové společnosti, ani podle měřítek stabilních delikventních skupin. Tento dvojitý neúspěch z nich vytvořil outsidersy, pro které je typické holdování alkoholu, drogám, promiskuitě; prostředky si získávají půjčkami, žebráním, prodejem drog a drobnými krádežemi (Matoušek, 1998).

Drtilová zmiňuje, že závislost na nealkoholových drogách a podceňovaná závislost na alkoholu je jednou z nejzávažnějších epidemií našeho světa. Mladiství, kteří se stali závislými na alkoholových nebo nealkoholových drogách trpí častěji nějakým druhem odchýlného vývoje osobnosti. Často pochází z narušených rodin, jejich výchova byla nedůsledná. Vliv na vznik závislostního chování má i napodobování vrstevníků, v případě výskytu závislosti v rodině má vliv nápodobu chování rodičů a starších sourozenců, mezi

další vlivy uvádí bezvýhodné situace spojené s dlouhodobou nezaměstnaností a období dospívání, kdy mladí lidé hledají sami sebe a touží být dospělými. Někdy tuto situaci nezvládají a utíkají do světa představ. Uvádí také vliv vrstevníků a zvědavost, která se může stát zdrojem vzniku závislostního chování (Drtilová, 1994).

CASA – The National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University ve své studii „*Rodinné záležitosti: Zneužívání návykových látek a americké rodiny*“ vyhodnotilo jako jeden z nejvýznamnějších faktorů, které mají vliv na vznik závislosti u dětí a dospívajících, rodinu, ve které jeden z členů je závislý na nějaké návykové látce, alkoholu, nikotinu. Dále jsou ve studii uvedeny jako závažné důvody vzniku závislostního chování pokles hodnoty manželství, zvýšený počet rozvodů, rodin s jedním rodičem, ekonomicky znevýhodněné prostředí rodiny. V rámci studie bylo zjištěno, že polovina dětí v USA žije v domácnostech, kde rodiče nebo jiné dospělé osoby užívají tabákové výrobky, alkohol nebo nelegální drogy, z tohoto 37,4 % dětí žije v domácnosti, kde rodiče nebo jiné dospělé osoby kouří nebo žvýkají tabák, 23,8 % v rodině s těžkým alkoholikem a 12,7 % v rodině s osobou závislou na nealkoholových drogách (CASA, [online], 2005).

Užívání návykových látek u dětí a dospívajících má svá **specifika a odlišnosti**, jak uvádí Nešpor. U dětí a dospívajících se závislost vytváří mnohem rychleji. U této skupiny uživatelů existuje vyšší riziko těžkých otrav, úrazů a smrti v souvislosti s nižší tolerancí, menší zkušeností a sklony k riskování. V této souvislosti je i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky. U této skupiny uživatelů se objevuje zaostávání v psychosociálním vývoji – citového vyzrávání, sociálních dovedností, kognitivních dovedností, sebekontroly. Bývá u nich časté experimentování s různými druhy návykových látek, které mohou způsobit otravy, zdravotní komplikace. Užívání je spojeno s komplikacemi v různých oblastech života – rodina, škola, delikvence. Recidivy bývají časté, z hlediska dlouhodobé prognózy může být situace podstatně příznivá z důvodu přirozeného procesu zrání, který může podporovat léčebné snahy (Nešpor, 2007).

### **1.5.2 Rodina a protektivní a rizikové faktory vzniku závislosti**

Rodina, jako nejvýznamnější socializační činitel, se podle Nešpora může přímo či nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti, ale také může závislosti sama předcházet nebo pomoci při překonávání návykového problému. Situaci mohou ovlivnit rizikové a protektivní faktory. Uvádím protektivní faktory, které podle Nešpora mohou být **pozitivním faktorem** předcházení vzniku jakékoliv závislosti (Nešpor, 2007):

- přiměřená péče o dítě, pevné citové vazby v rodině, dostatek času věnovaný

dítěti,

- jasná pravidla a přiměřený dohled,
- pozitivní hodnoty v rodině,
- sdílená spolupráce při výchově dětí rodiči,
- středně omezující výchovný styl,
- odmítání alkoholu, tabáku, drog zejména u dospívajících dětí,
- jasná očekávání od dítěte, respekt k dítěti,
- dobré zvládnutí stresu v rodině,
- ochrana, bezpečí, přiměřené uspokojování potřeb dítěte,
- rodiče jsou duševně zdraví,
- podpora zájmů u dítěte,
- podpora vzniku vztahů i mimo rodinu,
- dobré mezigenerační vztahy uvnitř rodiny,
- citová opora a vřelost, zároveň jasná pravidla.

Mezi nejčastější **rizikové faktory**, mající vliv na vznik závislosti podle Nešpora, patří :

- výskyt jakékoliv závislosti u rodičů,
- neexistence jasných pravidel při výchově dítěte,
- málo péče o dítě, nedostatek času, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby k dítěti,
- nesoustavná a přehnaná přísnost, týrání, sexuální zneužívání, nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti,
- podceňování dítěte a nízká očekávání od dítěte,
- schvalování pití alkoholu a užívání drog,
- vážná duševní choroba rodičů,
- špatné hmotné podmínky rodiny,
- špatné fungování rodičů ve společnosti,
- výchova pouze jedním rodičem,
- časté stěhování rodiny,
- dítě, které žije bez domova a bez rodiny,
- u manžela nebo partnera závislost na návykové látce, vážná duševní nemoc umožňuje užívání návykové látky, omlouvá takové chování.

Domnívám se, že období dospívání je nejkritičtějšími obdobími pro možný vznik

závislostního chování. Je to období hledání vlastní identity, touhy po samostatnosti. Rodina v tomto období hraje významnou ba přímo nezastupitelnou roli, může poskytnout dospívajícímu zázemí, oporu, podporu, pochopení a jasná pravidla, co je a co není správné. Může ale také být zdrojem konfliktů, frustrace, deprivace a „špatných vzorů“.

### 1.5.3 Rodina a závislý člen rodiny

Podle Nešpora existují některé **typické rysy rodin**, ve kterých se vyskytuje závislost:

**Pseudoindividuace** znamená zdánlivé osamostatnění dospívajícího, který odmítá autoritu rodičů, ale současně není schopen se o sebe postarat a selhává v životních rolích. To zároveň zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje schopnost jeho osamostatnění v budoucnu. Je nutné pomocí relativně tvrdých pravidel dosáhnout těsnějšího dohledu a omezení závislého než odpovídá jeho věku. Po zpětném začlenění dítěte do rodiny je možné pracovat na fázi skutečného osamostatnění.

**Triangulace** znamená vytváření trojúhelníku v komunikaci. Závislý si stěžuje matce na otce, prarodičům na rodiče, terapeutovi na prarodiče, tím blokuje komunikaci a získává prostor k pokračování ve své závislosti. Řešením je zlepšení komunikace v rodině a vhodnou metodou práce je skupinová terapie.

**Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic** může znamenat nepřiměřené přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny. Často se projevuje např. spojenectvím všeodpouštějící hyperprotektivní matky se závislým proti přísnému autoritativnímu otci. Tato situace může velmi komplikovat překonání návykového chování dítěte. Vhodná v této situaci je spíše oddělená komunikace s rodiči, následná snaha o zlepšení komunikace mezi rodiči.

**Patologická rovnováha** existuje v rodinách, kde se vyskytuje závislost u jednoho z partnerů a ta je tolerována výměnou za „něco“ - je také závislý, má mimomanželský vztah, atd.

**Umožňování** je chování, které usnadňuje návykové chování například tím, že omlouvá závislost, omlouvá školní absenci, platí dluhy, poskytuje stravu a bydlení bezplatně, vyřizuje problémy s úřady a soudy, poskytuje finanční prostředky, apod. Tím však oddaluje skutečné řešení závislosti. „Umožňovač“ je zpravidla člen rodiny – rodič, partner, manžel, prarodič.

**Kodependence** je chování partnera závislého, který se „obětuje“ a zaměřuje se na uspokojování potřeb druhých – závislých, zatímco své potřeby zanedbává. Jedná se většinou o ženy závislých osob (Nešpor, 2007).

U rodin, kde se vyskytuje návykové chování, je možné podle Nešpora sledovat **typické reakce dětí na závislost** některého z rodičů:

**Rodinný hrdina** bývá to nejčastěji nejstarší sourozenec, přebírá povinnosti problémového rodiče, což v dané chvíli přesahuje jeho možnosti. V budoucnu může trpět pocity viny, méněcennosti a nedostatečnosti, nezdrženlivým vztahem k práci.

**Ztracené dítě** bývá dítě uzavřené samo do sebe, obtížně komunikující, unikající do vnitřního světa fantazie.

**Dítě klaun** se snaží vyvolávat v rodině veselí a odvádět tak pozornost od problémů, které ohrožují rodinu. Jedná se v podstatě o efektivní obranu, která snižuje riziko fyzické agrese v rodině.

**Černá ovce** se svým zlobením, delikvencí, snaží odvést pozornost od problémů dospělých (Nešpor, 2007).

Návykové chování člena rodiny často způsobuje omezení komunikace s ostatními členy rodiny, což vede postupně k odcizení, dezintegraci a rozpadu rodiny. Velmi častým jevem se stává, že žena se rozvede s mužem, závislým na návykové látce, ale její další partner má obdobné problémy. Totéž platí i pro děti z rodin, kde se vyskytovala závislost. A také děti z problémových rodin se často orientují na vrstevníky, kteří berou drogy (Nešpor, 2007).

Výzkum na zjištění možného vlivu závislého člena rodiny na rodinnou atmosféru zpracovala Jarchovská ve své diplomové práci na téma *„Mé dítě bere drogy: Narativní analýza příběhů matek dětí závislých na drogách“*. V práci se zaměřila na zkoumání prožitků žen v souvislosti se závislostí jejich dítěte na nealkoholových drogách. V rámci výzkumu zjistila, že život žen - matek a celé rodiny je problémem závislosti jednoho z jejich dětí velmi silně poznamenán a potvrzuje tak výše uvedené poznatky, které uvádí Nešpor (Jarchovská, [ on – line], 2011).

## **1.6 Toxikomanie z hlediska práva a její právní důsledky**

Lidé závislí na nealkoholových drogách jsou nejen lidé, kteří porušují různé společenské normy, ale v souvislosti se svou závislostí mohou porušovat také normy právní a dopouštět se kriminálního chování. Podle Matouška počet drogově závislých, kteří se dopouští kriminality je závislý na tom, kde příslušná legislativa stanoví hranici mezi legálními a ilegálními drogami (Matoušek, 1998).

### **1.6.1 Toxikomanie a kriminalita, delikvence mládeže**

Co je to vlastně **toxikomanie**? Nakonečný ji definuje jako patologickou závislost na

určitých drogách, drogovou závislost či abúzus, zneužívání drog (Nakonečný, 1995). Toxikomanii podle dělení závažnosti a stupně společenského narušení řadíme do **kriminálního chování**, z hlediska práva se jedná o **trestný čin**. Kuchta definuje **kriminalitu** jako souhrn společensky podmíněných činů, mající relativně hromadnou povahu, ohrožující společnost ve zvýšené míře, a proto jsou zákonodárstvím tyto činy prohlášeny za trestné (in Urbanová, 2006).

Urbanová vymezuje kriminalitu jako sociálně podmíněný jev hromadné povahy, který je druhem deviantního jednání a její definice se pohybuje ve dvou pojetích – legálním, jako souhrn jednání, která jsou trestním právem posuzována jako trestné činy, a z hlediska sociologického je pojetí založeno na teorii odchylného, deviantního chování, a je vlastně materiálním vymezením kriminality (Urbanová, 2006).

**Delikvencí mládeže** se zabýval také Matoušek, který se snažil nalézt odpověď na otázku příčiny vzniku a zejména nárůstu kriminality mládeže v minulém století. I když se přímá souvislost s prosperitou společnosti a úrovní kriminality mládeže nedá dokázat, souvislost mezi příslušností ke společenské vrstvě a kriminalitou mládeže podle Matouška stále trvá. Dále uvádí, že nezaměstnanost mládeže pozitivně koreluje s kriminalitou mládeže (Matoušek, 1998).

Podle Millerovy teorie **subkultury extrémní chudoby** není primární příčinou delikvence mladých lidí, kteří pochází z chudých rodin, nepřekročitelná bariéra, na niž narazí při hledání práce, ale subkultura nejnižší společenské třídy. Ta je vybaví takovou životní orientací, odlišnou od jiných společenských tříd, s níž je delikventní chování snadněji slučitelné, než u dětí, které jsou vybavovány orientací jiných společenských vrstev. Subkultura chudoby je výsledkem vývoje, který trval řadu generací, není přímo totožná se subkulturou násilí i když k ní má blízko (in Matoušek, 1998).

Čírtková uvádí, že trestné činy spáchané závislými ve stavu těžké intoxikace jsou spíše okrajové. Podle Čírtkové se však drogová scéna stává prostředím s vyšším výskytem kriminality, která je motivována obstaráváním prostředků na získávání drog (Čírtková, 2000).

Chování spojené s užíváním nelegálních drog však přináší i jiné negativní společenské projevy, jako je jejich nelegální prodej a s ním spojené násilí.

## **1.6.2 Toxikomanie a trestná činnost**

Problematiku drogové politiky řeší **zák.č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami** v platném znění. Dle par. 2, odst. n) protidrogová politika zahrnuje prevence



primární, sekundární a terciární, které prostřednictvím souboru právních, organizačních a dalších opatření přijímaných a prováděných na úrovni vlády, správních úřadů a orgánů samosprávných celků, provádí protidrogovou politiku s cílem snižovat dostupnost návykových látek a předcházet jejich užívání, rizikům a škodám, které z jejich užívání plynou a vzniklé škody mírnit (drogy-info.cz [ on – line], 2011).

Dnem 1. ledna 2010 nabyl účinnosti [zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník](#) (dále jen TZ), ve znění zákona č. 306/2009 Sb. V Hlavě VII (Trestné činy obecně nebezpečné), Dílu 1 (Trestné činy obecně ohrožující) trestního zákoníku jsou uvedeny trestné činy, které přímo souvisí s nedovoleným nakládáním s drogami:

- § 283 – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami (dále jen OPL) a s jedy
- § 284 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu
- § 285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku
- § 286 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu
- § 287 – Šíření toxikomanie
- § 288 – Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem.

Posuzování **trestní odpovědnosti** se od 1. ledna 2010 od dosavadní situace významně změnilo. Podle do r. 2009 platného trestního zákona byl **trestným činem** pro společnost nebezpečný čin, jehož znaky byly uvedeny v TZ, přičemž čin, jehož stupeň nebezpečnosti pro společnost je nepatrný, nebyl trestným činem, i když jinak vykazoval znaky trestného činu (§ 3 odst. 1, 2 TZ) (drogy-info.cz [ on – line], 2011).

Podle nového trestního zákoníku je trestným činem protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně, a to bez ohledu na společenskou nebezpečnost (škodlivost atp.) daného činu (§ 13 odst. 1 trestního zákoníku) (drogy-info.cz [ on – line], 2011).

Za této situace je tedy např. trestným činem přechovávání OPL a jedů dle § 284 trestního zákoníku každé jednání trestně odpovědného pachatele, který bude neoprávněně pro vlastní potřebu přechovávat některou z vymezeného okruhu látek a to nejméně v množství stanoveném v nařízení vlády. **Klasifikaci látek**, které obsahují omamnou nebo psychotropní látku, a jaké je jejich množství větší než malé vymezují **nařízení vlády č. 455/2009 Sb. a č.467/2009 Sb.** (drogy-info.cz [ on – line], 2011).

Matoušek uvádí, že **kriminalizace uživatelů nealkoholových drog** neřeší problémy

společnosti ani problém závislých, naopak problémy násobí. Podle Matouška uživatelé potřebují především léčení. Trestní postih za to, že užívají drogu, bez toho, že by se dopustili jiného trestného činu, považuje Matoušek za neracionální, neefektivní a nehumánní (Matoušek, 1998).

Na to téma zveřejnil International Centre for Science in Drug Policy výsledky 11 mezinárodních studií, v rámci kterých byly provedeny longitudinální analýzy reálných dat jako je násilí, násilná trestná činnost, nebo zabití, jako primární nezávisle proměnné, a použitá opatření vymáhání protidrogových zákonů jako závisle proměnné. V 82% těchto studií bylo prokázáno významné pozitivní spojení mezi trestním řízením v oblasti prosazování práva ve spojení s drogami a nárůstem násilí. Pouze v 9% studií nebylo potvrzeno pozitivní spojení mezi vymáháním protidrogových zákonů a vzrůstem násilí (International Centre for Science in Drug Policy [ on – line], 2010).

### ***1.7 Klasifikace některých omamných a psychotropních látek a jejich účinky***

V kapitole 1.6 jsem přiblížila současnou situaci z hlediska toxikomanie a práva. Od roku 2010 v souvislosti s účinností nového trestního zákoníku platí nová pravidla pro přechovávání a nakládání s omamnými a psychotropními látkami. Nová nařízení vlády č. 455/2009 Sb. a č.467/2009 Sb. klasifikují, které látky jsou považovány za omamné a psychotropní, jejichž držení se považuje dle trestního zákoníku již za trestný čin a pachatel je za držení vymezeného množství již trestně zodpovědný.

V následující části uvádím základní Fischerův **přehled některých omamných a psychotropních látek**, které jsou na území České republiky nejčastěji užívány (Fischer, 2009):

**Opioidy a opiáty** jsou sloučeniny extrahované z máku setého. K látkám této skupiny patří opium, morfium a jejich deriváty braun, heroin, pethidin a metadon. Tyto látky vyvolávají velmi rychlou závislost psychickou i biologickou, vyvolávají stavy a pocity uvolnění, útlumu, omezení funkcí paměti, pozornosti, myšlení, poznávací funkce jsou zpomaleny. Mají euforický, analgetický a uklidňující účinek, i když v některých případech může být užití doprovázeno nauzeou a zvracením, později dochází k celkové otupělosti.

Odvykací stav bývá doprovázen stavy úzkosti, pocením, neklidem, nervozitou, podrážděností, strachem, nespavostí, svalovými křečemi, tachykardií, zvýšením krevního tlaku. Odvykací stav trvá zpravidla 7 – 10 dní. Opakovaná intoxikace vyvolává drastické a někdy nevratné změny mozku, zejména amygdaly, hippokampu, kůry mozkové, snížení

citlivosti vůči jiným drogám.

Léčba závislosti na opiátech je založena převážně na tzv. substituční léčbě, která je řízena a pod lékařským dohledem. Jedná se o způsob léčby tzv. harm reduction, jejímž cílem je minimalizovat zdravotní a sociální rizika spojená s užíváním návykových látek. Závislému je podávána předepsaná psychoaktivní látka, která je farmakologicky příbuzná s látkou, na níž vznikla závislost. Jedná se např. o metadon a buprenorfin. Substituční léčba je časově neomezená udržovací terapie, metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni rozhodnout se abstinovat, do doby, než bude pacient schopen se sám rozhodnout pro abstinenci orientovanou léčbu.

**Halucinogenem** rozumíme látku, která má schopnost vyvolat deformaci vnímání a měnit myšlenkové procesy a působí zejména na centrální nervovou soustavu povzbuzujícím účinkem. Na světě se vyskytuje kolem 150 rostlin, ze kterých se získávají látky, které mají halucinogenní účinky. Tyto látky byly užívány již dávnými kulturami v minulosti nejen pro své účinky léčebné, ale také jako tzv. božské rostliny duchovními těchto kultur. Jejich účinky jsou zpravidla subjektivní, způsobují nejčastěji vizuální halucinace, mění vnímání času, sebe sama, působí na některý ze smyslů.

Mezi halucinogeny patří zejména LSD, získávaný z houby paličkovice nachové – námelu a psilocybin, získávaný z lysohlávek. Dále extáze, mezkalin, andělský prach, ketamin a látka atropin, která se získává z rostlin čeledi lilkovitých, např. z rulíku zlomocného, blínu černého, durmanu obecného, mandragory lékařské.

Tolerance se vyvíjí jak na psychické tak na fyzické symptomy, biologická závislost však nevzniká. Intoxikace způsobuje motorický neklid, dilataci zřítelnic, nekoordinovanost, zvyšuje tělesnou teplotu, krevní tlak, srdeční tep. V psychické oblasti způsobuje synestetické vnímání, ovlivňuje paměť a myšlenkové procesy. Účinky jsou individuální, mohou způsobovat paniku, euforii, tzv. flashbacky.

Jako **Kanabinoidy** jsou označovány psychotropní látky, získávané z rostliny konopí (*Canabis sativa*), z níž se vyrábí hašiš a marihuana. Patří mezi nejužívanější drogy a nejčastěji jsou užívány kouřením nebo faktickou konzumací. Intoxikace trvá 2 – 6 hodin, nastupuje po 15 – 30 minutách užití, a způsobuje stavy euforie a psychického uvolnění. Způsobuje zpomalení vnímání času, zostření smyslového vnímání, dostávají se pocity vyšší sebedůvěry, tvořivosti, nejsou však doprovázeny skutečným zlepšením výkonu. Dochází k poruchám paměti, snížení citlivosti k bolesti, zvýšené chuti k jídlu a zhoršení psychomotorické koordinace. Tolerance vůči kanabinoidům se vyvíjí rychle, abstinenci příznaky nebývají výrazné, mohou se projevit napětím a stresem. Nebyla prokázána

závislost somatická, hovoříme spíše o závislosti psychické. Dlouhodobé užívání má vliv na poruchy pozornosti, soustředění, rychlost zpracování informací. Hlavní nebezpečí jejich užívání však spočívá spíše v odblokování zábran a přechodu k užívání drog tvrdších.

Mezi často zneužívaná **sedativa a hypnotika** patří např. Diazepam, Rohypnol, Neurol a barbituráty. Závislost na tyto látky se vyvíjí velmi dlouhou dobu, užíváním těchto látek zprvu spíše jako tišícího prostředku. Mírná intoxikace způsobuje spavost, zhoršení kognitivních funkcí, mírnou motorickou nekoordinovanost, s vyššími dávkami se účinek látky zvyšuje zhoršením kognitivních funkcí a motorických funkcí, paměti. Při užití vysokých dávek může dojít až ke smrti, která může být způsobena depresí dýchací činnosti. Delší užívání těchto látek má také vliv na změny v emocionalitě, způsobuje deprese nebo bipolaritu emocí. Závislost se vyvíjí fyzická i psychická. Odvykací stavy způsobují nauzeu, bolesti hlavy, nervozitu, nespavost, zvracení, neschopnost se soustředit.

Dalším druhem nealkoholové drogy je **Pervitin**, čili metamfetamin, vyráběný u nás z efedrinu, obsaženého např. v paralenu nebo panadolu. Jedná se o tzv. **stimulancia**, která zvyšují vigilitu, pozornost a výkonnost, zrychlují metabolismus a tepovou frekvenci, způsobují veselost, euforii, rozšiřují období bdělosti. Užívány jsou jak nitrožilně, tak šňupáním. Jsou užívány zejména mladými lidmi z důvodu účinku na vyšší výkonnost, snižuje také chuť k jídlu.

Tolerance se vyvíjí rychle. Dlouhodobé užívání způsobuje problémy se spánkem, vysoký krevní tlak, psychické problémy charakteru depresivního, paranoidního a anxiózního. Při akutním předávkování se mohou projevit horečka, křeče, kóma, krvácení do mozku, může způsobit i smrt.

Odvykání má spoustu příznaků, jako zvýšená nervozita, nespavost, panika, závratě, po ukončení abúzu se mohou projevit psychické poruchy, připomínající paranoidní formu schizofrenie, skleslost, absolutní nevykonnost, touhou po opětovné aplikaci látky.

Mezi zneužívaná **organická rozpouštědla** patří zejména toluen, aceton, chloroform, tetrachlorethan, etylacetát, apod. Jelikož se jedná o zcela dostupné látky, velmi levné, jak v podobě čisté, tak jako součást různých drogistických výrobků, jsou lehce dostupné zejména dospívající mládeži. Užívány jsou zpravidla inhalačně prostřednictvím napuštěné hadry přímo nebo pomocí igelitového sáčku.

Účinky intoxikace jsou obdobné, jako po požití alkoholických nápojů, způsobují dezorientaci, závratě a euforii, posléze nastupuje deprese, změny duševního stavu, halucinace. Dále mohou způsobovat bludy, jako zpomalení vnímání času, schopnost létat, taktilní halucinace a synestetické vnímání, nekoordinovanou chůzi, oční nystagmus,

zčervenání kůže, bolesti břicha, nezřetelnou blábolivou řeč.

Odvykací příznaky nejsou dosud popsány, ale dlouhodobé užívání může způsobit epilepsii, psychózu, demenci, přičemž tyto následky poškozující zdraví jsou nezvratné a nevymizí ani po ukončení užívání těchto látek (Fisher, 2009).

Některé z uvedených návykových látek způsobují vznik závislostního chování rychleji, některé způsobují nevratné poškození zdraví již po krátké době užívání, jiné mohou být užívány dlouhodobě a poškození zdraví se projeví až po několika letech. Jednoznačně lze však říci, že jakékoliv užívání těchto látek poškozují zdraví, psychiku, sociální vztahy uživatele a vždy v sobě nese riziko nezvratných změn v organismu a také riziko úmrtí již při požití první dávky drogy.

Česká republika se stejně tak jako většina států světa snaží problematiku závislostního chování řešit prostřednictvím protidrogové politiky a národní strategie protidrogové politiky, které vychází ze strategií OSN o omamných látkách a psychotropních látkách.

## **1.8 Protidrogová politika**

**Vývoj šíření a zneužívání drog** ve světě můžeme rozdělit do tří základních období. Asi do roku 1960 byly drogy pokládány za odborný problém, kterým se zabývala skupina vysoce specializovaných odborníků, lékařů a psychiatrů, kteří se zabývali léčbou závislostí, a kriminalistů, kteří se snažili o potírání šíření a zneužívání drog. V letech 1960 – 1990 se již drogy stávají problémem společenským, zejména ve vyspělých zemích. Dochází k nárůstu užívání drog u všech sociálních vrstev a skupin s vážnými zdravotními a sociálními důsledky. To vedlo ke změně koncepce národních protidrogových politik jednotlivých států. Od roku 1990 je již problém drog definován OSN jako problém globální, který má následující charakteristiky – ovlivňuje prakticky všechny země světa, každá země má v něm svou úlohu – producentskou, transitní a spotřebitelskou, téměř každý jedinec, rodina přichází do styku s drogovou problematikou, a tudíž jako problém globální vyžaduje mezinárodní spolupráci (Kalina, 2003) .

Radimecký definuje **protidrogovou politiku** „... jako komplexní soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, kontrolních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální (makro), komunitní (mezzo) a individuální (mikro) úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog a/nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání nastat“ (Adiktologie, [ on – line], 2006).

## 1.8.1 Strategie protidrogové politiky

Globalizace drogového trhu s sebou přináší epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků. **Základními strategiemi protidrogové politiky** jsou snižování nabídky a poptávky (Kalina, 2003).

**Prostředkem pro snížení poptávky po drogách je prevence**, Kalina je dělí na :

- **primární prevenci** – předcházení užívání drog,
- **sekundární prevence** – předcházet vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti – jedná se o včasnou intervenci, poradenství a léčení,
- **terciární prevence** – předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog. Patří sem sociální rehabilitace, doléčování, podpora v abstinenci (Kalina, 2003).

**Institucemi, které mají za cíl snižování poptávky**, jsou podle Kaliny především sociální služby, poradenské, zdravotní a výchovné služby, poskytované státními i nestátními organizacemi. **Cílovými skupinami** jsou – obecná populace, zejména v primární prevenci, rizikové skupiny, rizikovní jednotlivci, experimentátoři, příležitostní uživatelé, pravidelní uživatelé, problémoví uživatelé, závislí a rodiny a partneři uživatelů (Kalina, 2003).

**Strategii boje proti drogám** ve světě determinují především úmluvy OSN – o omamných látkách, o psychotropních látkách. Strategie se ovšem vyvíjely velmi nerovnoměrně, i když úmluvy zavazovaly jednotlivé signatářské státy zabývat se také prevencí a léčením a sociální rehabilitací, hlavním těžištěm se stalo potlačování nezákonného trhu s drogami ( Kalina, 2003).

V červnu 1998 byly na zasedání Valného shromáždění OSN přijaty **zásady protidrogové strategie pro 21. století**. Základem strategie se stal „*boj proti drogám*“, a „*společnost bez drog*“, s komplexním a vyváženým přístupem spolupráce celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové, založený na rovnováze snižování nabídky (zákonné represe) a snižování poptávky (prevence, včetně harm reduction a resocializace) (Kalina, 2003).

**Základními modely současné drogové politiky** jsou podle Kaliny (Kalina, 2003):

- **model prohibice a represe** – cíl se soustředí na potlačení užívání všech nelegálních drog pod heslem „*společnost bez drog*“,
- **model minimalizace škod** – cílem je předcházení škodám, způsobených v souvislosti s užíváním drog, v oblasti zejména zdravotní a sociální – tzv. harm reduction,

- **model ochrany veřejného zdraví** – cílem je omezení zdravotně škodlivých jevů na populaci – prevence šíření uživatelského chování – primární prevence,
- **model kulturní integrace** – cílem je omezit užívání legálních i ilegálních drog a podřídit užívání běžným regulačním mechanismům – jedná se o „normalizaci drogového fenoménu“.

## 1.8.2 Protidrogová politika v České republice

**Základ protidrogové politiky v České republice** tvoří čtyři pilíře. **Primární prevence** zahrnuje aktivity zaměřené na prevenci užívání drog, zejména u dětí a dospívajících. **Harm reduction** se zaměřuje na snižování zdravotního a sociálního poškození u uživatelů drog i společnosti, kteří nejsou v danou chvíli rozhodnutí pro život bez drog. **Léčba a resocializace** poskytuje programy léčby a abstinence pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez drog. **Represe** zahrnuje soubor zákonných opatření a aktivit, směřujících k potlačení nabídky drog (Kalina, 2003).

Drogová politika v České republice je v současné době realizována na základě **Národní strategie protidrogové politiky**, která usiluje o vyvážený přístup k řešení problému užívání drog z pohledu prevence, represe, léčby a resocializace (Národní protidrogová centrála [ on – line], 2010).

Radimecký v článku „*Hodnocení drogové politiky*“ konstatuje, že existuje málo výzkumů, které by se věnovaly zkoumání realizace drogové politiky a opatření, která se snaží o řešení situace užívání návykových látek. Bývalý výkonný ředitel Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti Estievenart se tímto tématem také zabývá a spolu s dalšími autory odborné literatury dokumentuje výrazné rozpory mezi deklarovanými drogovými politikami a praxí. Rozpory jsou dokumentovány mezi rétorikou deklarovaných politik a uplatňováním preventivních, represivních a léčebných opatření a skutečnými finančními výdaji, které jsou na drogovou politiku z veřejných rozpočtů deklarovány (Adiktologie, [ on – line], 2006).

Z výroční zprávy **Národní protidrogové centrály** za rok 2010 vyplývá, že situace v České republice v oblasti drogové politiky doznala změn v souvislosti s novelizací trestního zákoníku, který byl významně změněn i v oblasti omamných a psychotropních látek a jedů. Došlo zejména k nárůstu zneužívání konopných látek nedospělými a stává se tak stále progresivně narůstajícím problémem. Podíl na tomto stavu má mediální i společenská tolerance vůči užívání konopných látek, legalizační snahy o terapeutické využití marihuany a její legalizace pro „rekreační“ účely. Dle centrály měla na tento stav významný vliv i cílená dezinterpretace novely trestního zákoníku většinou českých médií.

Nadále nejproblematictější drogou u nás zůstává pervitin, jehož místní produkce neustále vzrůstá, dovozové drogy heroin, kokain, efedrin a další jsou nadále dováženy organizovanými zločineckými uskupeními v podobném rozsahu jako v letech minulých (Národní protidrogová centrála [ on – line], 2010).

### 1.8.3 Změny v trendech protidrogové politiky

V posledních letech však dochází na různých úrovních – politické, vědecké, zdravotní, sociální politiky, právní a dalších - k diskusi o účinnosti současných trendů v protidrogové politice. Stále častěji se ozývá kritika politiky kriminalizace uživatelů nelegálních drog.

Dne 18. července 2010 se ve Vídni konala **XVIII. mezinárodní konference o AIDS** za účasti předních světových odborníků z oborů zdravotnictví, vědy, politiky, protidrogové politiky, kde účastníci konference přijali tzv. **Vídeňskou deklaraci**. Konference byla svolána Mezinárodní společností pro AIDS, zúčastnili se jí také představitelé Světové zdravotnické organizace, Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu, Evropské unie a dalších významných institucí. Bylo zde konstatováno, že v současné době se protidrogová politika nachází na křižovatce. Výzkumy dokazují, že kriminalizace uživatelů drog způsobuje masivní nárůst globální epidemie HIV, což přináší ve velkém měřítku negativní zdravotní a sociální důsledky. Vídeňská deklarace **vyzývá ke změně současné protidrogové politiky**, která prostřednictvím vymáhání práva nezabránila dostupnosti nelegálních drog ani snížení počtu uživatelů drog. Naopak dochází k jejich nárůstu a s tím je spojen nárůst lidí, kteří onemocněli HIV v souvislosti s užíváním drog (International Centre for Science in Drug Policy [ on – line], 2010).

Účastníci konference vyzvali politické představitele, aby státy provedly transparentní hodnocení účinnosti stávajících protidrogových politik, na základě vědecky podložených studií, dekriminálníci uživatelů drog, zrušení povinných center pro léčbu drogové závislosti, které porušují Všeobecnou deklaraci lidských práv, a navýšily finanční prostředky pro realizaci komplexního balíku intervence HIV (International Centre for Science in Drug Policy [ on – line], 2010).

Podle závěrů Vídeňské deklarace závěry vědeckých studií neodstraní užívání drog nebo problémy vyplývající z injekčního užívání drog, ale mohou napomoci respektovat, chránit a naplňovat lidská práva, přesměrovat obrovské finanční prostředky tam, kde je jich nejvíce zapotřebí – k provádění primární prevence, regulace, léčbě a minimalizaci poškození uživatelů – harm reduction (International Centre for Science in Drug Policy [ on – line], 2010).



Problematika kriminalizace uživatelů drog je dle mého názoru komplikovaná. Souvisí primárně s nutností uživatele obstarat si denně částku převyšující jeden tisíc korun na denní dávku užívané drogy. V praxi má závislý jen málo možností si tuto částku obstarat – drobnými krádežemi, loupežemi nebo prodejem nelegálních drog, prostřednictvím zaměstnání si takovou částku není schopen vydělat. V těchto případech však se dle mého názoru jedná o kriminální chování, které je nutné postihovat stejně jako u ostatních osob, které se této činnosti dopouští. Dle mého názoru by se v první řadě protidrogová politika měla zaměřit na odstranění příčiny - a to jak zabránit nabídce - možnosti získat tak lehce drogu, jak je to v současné době možné. A pokud je možnost, pak je zde i možnost vzniku závislostního chování, které pak přináší ostatní důsledky v podobě kriminálního chování a násilí.

### ***1.9 Systém sociální práce s osobami závislými na nealkoholových drogách***

V České republice sociální práce s osobami závislými na nealkoholových drogách vychází z **principů protidrogové politiky**. Jejimi hlavními principy jsou snižování poptávky, snižování rizik a snižování dostupnosti. Sociální práce se uplatňuje na poli **snižování poptávky** v oblasti léčby a resocializace, **prevence**, na poli snižování rizik se jedná o omezování škod zdravotních a sociálních, na poli **represe** působí sociální práce v rámci probační a mediační služby a vězeňské služby (Matoušek, 2005).

**Léčba závislostí** na nealkoholových drogách je založena na předpokladu, že se závislý jedinec sám rozhodl svou závislostní poruchu léčit za pomoci odborníků. Motivace pro léčbu a následnou abstinenci je jedním z nejdůležitějších faktorů. Cílem terapie je trvalá a důsledná abstinence do konce života a resocializace závislého – opětovné zařazení do společnosti, stabilizace sociální situace, pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, obnovení vztahů s rodinou (Matoušek, 2005).

**Práci s uživateli nealkoholových drog** se věnují různí profesionálové – sociální pracovníci, psychiatři, psychologové, speciální pedagogové. Problematikou závislostí se zabývá několik **resortů státní správy, veřejné správy, státní a nestátní instituce**, například policie, soudy, probační a mediační služba, léčebná zařízení, sociální kurátoři, kurátoři pro děti a mládež, protidrogoví koordinátoři, hygienická služba, různá odvětví medicíny, sociální služby (Matoušek, 2005).

Sociální služby jsou osobám závislým na nealkoholových drogách podle zák.č. 108/2006 Sb. poskytovány v rámci služeb sociální prevence, které mají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálním vyloučením zejména svým

rizikovým způsobem života, kterým pro tyto účely rozumíme závislost na nealkoholových drogách.

V současné době jsou podle Matouška poskytovány následující **služby určené osobám závislým na nealkoholových drogách** :

**Terénní služby** jsou poskytovány přímo na ulici v místech, kde se závislí pohybují. V rámci terénní práce probíhá výměnný program – stříkaček, jehel, dezinfekčních prostředků a jsou poskytovány kondomy. Terénní pracovníci poskytují poradenství o možnosti léčby, informace o rizicích spojených s užíváním drog, možnostech stabilizace sociální situace, léčení.

**Nízkoprahová kontaktní centra** poskytují anonymní pomoc uživatelům drog v rámci strategie snižování rizik (harm reduction) stejně jako terénní programy, také poskytují potravinový a hygienický servis. Dále poskytují poradenství, krizovou intervenci, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, pomoc při obstarávání dokladů, kontakt na léčebná zařízení a detoxikaci.

**Ambulantní léčba** je léčba poskytovaná AT poradnami a krizovými centry na základě individuálního plánu léčby. V rámci léčby závislý pravidelně dochází do poradny nebo centra a podrobuje se léčebnému programu.

**Denní stacionáře** poskytují ambulantní léčbu formou celodenního programu v délce 2 -3 měsíců, během něhož se klienti každý den vrací do svého přirozeného prostředí. Léčba může probíhat formou individuální, rodinné nebo skupinové terapie.

**Detoxikace** trvá zpravidla 5 – 10 dnů a je zaměřena na zbavení organismu návykových látek. Je zpravidla požadována před nástupem klienta do zařízení poskytujícího dlouhodobou léčbu.

Léčba v **psychiatrických léčebnách** probíhá formou pobytovou po dobu 3 – 6 měsíců, je rozdělena do tří fází a využívá formu individuální, skupinové a rodinné terapie.

**Terapeutické komunity** poskytují střednědobou nebo dlouhodobou pobytovou léčbu trvající 6 – 18 měsíců. Léčba je rozdělena do čtyř fází, využívá individuální poradenství, skupinovou, rodinnou a pracovní terapii.

Následnou péči poskytují **doléčovací centra**, která plní funkci prevence relapsu užívání drogy. Trvá zpravidla 6 – 12 měsíců, součástí je poradenství a individuální a skupinová terapie. Součástí následné péče je pomoc při hledání práce, vhodného bydlení, poskytnutí chráněného bydlení, práce v chráněných dílnách, párová a rodinná terapie.

**Substituční programy** poskytují prostřednictvím specializovaných programů nebo odborných lékařů léčbu závislým na drogách opiátového typu podáváním náhražky

nelegální drogy, v současné době např. metadonu a subutexu. Tato léčba je zaměřena na stabilizaci fyzické, psychické a sociální situace klienta, který se ještě nerozhodl pro aktivní léčbu. Cílem je prevence kriminálního chování uživatele v souvislosti se získáváním prostředků na drogy.

**Právní poradenství** je poskytováno uživatelům drog nebo zaměstnancům zařízení pro uživatele drog, kteří se dostali do konfliktu se zákonem, nebo případné zastupování v právních sporech (Matoušek, 2005).

Základ práce s jedinci závislími na drogách tvoří práce terénní a práce nízkoprahových zařízení. Prostřednictvím této práce dochází k prvotnímu kontaktu se skupinou závislých jedinců a snahu o získání důvěry uživatelů. Ta je nejdůležitějším faktorem pro budoucí terénní práci, jejímž cílem je nabídnout závislým řešení problémů spojených s užíváním drog. Podaří-li se navázat kontakt a získat důvěru, je možné poskytnou nejen služby harm reduction, ale také poradenství k rizikům spojených s užíváním drog, zprostředkování vyšetření na přenosné nemoci spojené s abúzem drog, zprostředkování léčby těchto nemocí, poskytnutí informací o možnostech léčby závislosti a posilování motivace k absolvování léčby (Matoušek, 2005).

Další důležitou částí práce se závislími na drogách je **předléčebné poradenství**. Cílem je podpora klientovy motivace k léčbě, která by měla být optimální s ohledem na klientovu situaci. Základem je zpravidla klientova vlastní bilance zisků a ztrát spojených s užíváním návykové látky a podpora jeho sebedůvěry (Matoušek, 2005).

**Hlavním cílem léčby závislostí** jsou změna životního stylu závislého a přijetí abstinence jako nezbytné součásti dalšího života klienta. K dalším cílům patří prevence relapsu, stabilizace sociální situace klienta, schopnost přijmout odpovědnost za sebe a za své jednání, zlepšení mezilidských vztahů, nácvik dovedností ke zvládnutí různých situací. Součástí některých pobytových léčebných zařízení je v závěru léčby např. oddělené bydlení, osvojování nebo obnovení si pracovních návyků, obnovení samostatnosti a autonomie klienta (Matoušek, 2005).

Po absolvování léčby by měl klient navázat spolupráci s některým **zařízením následné péče**. Využije-li klient bezprostředně po léčbě služby následná péče, zvyšuje se tím pro něj účinnost léčby a schopnost udržet stav abstinence. Má spíše podpůrný charakter, zaměřený na stabilizaci klientova životního stylu, posilování abstinence, obnovení vztahů s rodinou a partnery. I v případě relapsu je vhodné spolupracovat s následnou péčí dále, neboť i relaps může být součástí doléčovacího procesu a může být dobrou příležitostí k učení (Matoušek, 2005).

Sociální práce s osobami závislými na nealkoholových drogách v Olomouckém kraji vychází ze **Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji**. Pro období 2011 – 2014 přijal Olomoucký kraj za hlavní cíl a opatření: Udržení a rozvoj stávajících terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb pro osoby ohrožené návykovým jednáním v Olomouckém kraji. Podle analýzy SWOT silnou stránkou poskytovaných sociálních služeb v oblasti práce s lidmi ohroženými závislostí je jejich kvalita. Služby využívá velká část cílové skupiny. Propojení zdravotnických a sociálních služeb nelze označit za systémové, ale existuje mezi nimi dobrá spolupráce i komunikace. Ohrožení existence a rozvoj stávajících služeb představuje nestabilní financování těchto služeb (Střednědobý plán rozvoje, 2011).

### **1.10 Shrnutí teoretických východisek**

V části teoretická východiska jsem si stanovila za cíl formulovat klíčové teoretické kategorie pro mou práci - sociální deviace, sociální patologie, teorie kulturního přenosu, rodina, závislost na nealkoholových drogách – které vymezily teoretická východiska mé práce. V jednotlivých kapitolách jsem pomocí analýzy a komparace podala základní přehled a vyhodnocení aktuálního stavu zkoumané problematiky. Teoretická východiska a výsledky empirických výzkumů dané problematiky jsem použila také v kapitole praktická část – v podkapitolách vyhodnocení, diskuse a závěr. Vyhodnocením teorií a uvedených empirických studií jsem dospěla k závěru, že rodina se může stát jedním z faktorů, které mohou ovlivnit vznik sociálně patologického chování, tedy i vznik závislosti na nealkoholových drogách. Těchto faktorů však existuje více a mohou působit samostatně nebo multifaktoriálně. Prostřednictvím praktické části se tedy pokusím zjistit, zda u klientů K-centra pro drogově závislé byla rodina tím faktorem, který ovlivnil vznik závislosti na návykových látkách.

Jelikož mým oborem je obor Pedagogika – sociální práce, rozšířila jsem kapitolu teoretická východiska o další části, kterými jsem chtěla problematiku závislosti na nealkoholových drogách uvést do širších souvislostí a to v souvislosti se sociální prací a cílovou skupinou mého výzkumu – osobami závislými na nealkoholových drogách. Jedná se o části, ve kterých jsem přiblížila problematiku závislosti na nealkoholových drogách z pohledu práva a jejích právních důsledků; způsob řešení situace drogové závislosti ve společnosti prostřednictvím protidrogové politiky; klasifikaci nejčastěji užívaných omamných a psychotropních látek a na závěr jsem uvedla základní přehled poskytovaných sociálních služeb osobám závislým na nealkoholových drogách.

V následující části jsem se pokusila prostřednictvím kvalitativního výzkumu zjistit,

zda mělo rodinné prostředí vliv na vznik závislostního chování u klientů K-centra a zjištěné výsledky jsem porovnávala s různými teoretickými východisky a výsledky empirických studií.

## 2 Praktická část

V praktické části jsem nastínila základní přístup mého výzkumu – popis metod zkoumání, plán výzkumu s popisem prostředí a osob, kterých se bude výzkum týkat. Detailně jsem popsala všechny metody a časový průběh výzkumu. V části studie uvádím popis průběhu sběru dat a následnou analýzu a syntézu získaných dat, jejich komparaci pomocí třídění a zjišťování případných společných znaků u podskupin sledovaného vzorku. V části vyhodnocení dat a diskusi jsem pomocí fenomenologické interpretace porovnávala zjištěné skutečnosti s existujícími výsledky dosavadních empirických výzkumů a teorií, týkajících se tématu práce.

### 2.1 Popis metod zkoumání

Jako základní přístup pro mou diplomovou práci jsem si zvolila **metodu kvalitativního výzkumu**, neboť tato metoda je mi osobně bližší, než metoda kvantitativní. Jak uvádí Chráska kvantitativně zaměřené výzkumy vychází z pozitivismu, který předpokládá existenci pouze jedné objektivní reality, která není závislá na našich postojích, přesvědčeních a citech, a vědu považuje za jediný možný prostředek poznání (Chráska, 2006). Více než počty, průměry, statistiky mne zajímají konkrétní lidé, jejich příběhy, souvislosti, příčiny a následky. Považuji lidskou bytost natolik za jedinečnou, v každé chvíli života ovlivněnou nepřeberným množstvím podnětů, vlivů, že jakékoliv vymezení člověka prostřednictvím statistik, kategorií a čísel nepovažuji za vypovídající a věrohodné. A proto jsem si zvolila metodu, která mi umožnila nahlédnout do osobních příběhů klientů K-centra a prostřednictvím jejich vyhodnocení a interpretace pomohla nalézt možné příčiny stavu, ve kterém se v současné době nacházejí.

Teoretickým východiskem kvalitativního výzkumu je filosofický směr **fenomenologie**, který vychází z předpokladu, že jednání lidí je subjektivní a tudíž připouští existenci více realit. „*Kvalitativní přístup představuje řadu rozdílných postupů, které se snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému. Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách*“ (Reichel, 2009, s. 40 - 41).

Základem každého výzkumu jsou dvě hlavní obecné metody : analýza – syntéza, indukce – dedukce. V případě mého výzkumu jsem používala **metody analýzy a syntézy**,

pomocí analýzy jsem rozdělila jednotlivé prvky zkoumané reality na komponenty, zjistila, jak tyto komponenty fungují jako relativně samostatné prvky a jaké jsou mezi nimi vztahy, pomocí syntézy jsem tyto části složila do celku, abych mohla popsat hlavní organizační principy, kterými se tento celek řídí v závislosti na jeho částech. Následně jsem použila metodu **dedukce**, která spočívá v logickém odvození závěru z množiny jiných tvrzení, která považujeme za pravdivá. V případě **empirického výzkumu** používáme dedukci, chceme-li nějaký případ podřídít určitému pravidlu. Jedná se o vztah mezi daty a teorií, kdy z teorie vyvodíme deduktivně tvrzení, které poté porovnááme se získanými daty. Výzkum je charakterizován podle Hendla schématem : Teorie – tvrzení – data, hovoříme o **deduktivně využitě teorii** (Hendl, 2007) .

Tématem mého výzkumu byl jev – drogová závislost – vliv rodinného prostředí na vznik drogové závislosti. Existují různé teorie, které vysvětlují vznik deviantního chování.

Jednou z nich je již výše zmíněná **teorie kulturního přenosu** a také **teorie behaviorální**, ze kterých vyplývá, že každé chování, i maladaptivní, je naučeno v interakci s prostředím v průběhu života člověka (Fischer, 2009).

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda v případě závislosti na drogách platí tyto teorie a proč k tomu dochází. Záměrem mého výzkumu bylo poznání výseku sociální reality, směřující k jejímu lepšímu porozumění a následné predikci a případnému ovlivnění vzniku zkoumaného jevu.

Účelem výzkumu byla **explanace**, jejímž cílem je, jak uvádí Hendl, poznání a vysvětlení „proč“ se určitý již dobře popsáný jev děje daným způsobem; s cílem zjištěné zkušenosti využít pro případné ovlivnění vzniku zkoumaného jevu v budoucnu, například prostřednictvím výchovy a sociální práce s rodinou, dětmi a mládeží (Hendl, 2007).

Výzkum Hendl dělí na **základní a aplikovaný**. Základní výzkum se zabývá převážně teoretickými otázkami, vytvářením základních poznatků a teoretickému porozumění, zatímco aplikovaný výzkum, který jsem zvolila pro svou práci, se snaží odpovídat na otázky, které jsou bezprostředně využitelné pro praxi, a provádí se většinou v přirozeném prostředí (Hendl, 2007).

Téma mého výzkumu se týkalo ověření platnosti teorie o vlivu socializace v rodinném prostředí na vznik deviantního chování, které by bylo možné využít v budoucnosti pro praxi v práci s dětmi a dospívající mládeží, problémovými rodinami, v rámci prevence, jak v oblasti sociální práce tak v oblasti pedagogického působení.

Výzkum mé diplomové práce byl založen na několika **případových studiích** klientů kontaktního centra pro drogově závislé. Důkladným a detailním prozkoumáním několika

případů klientů kontaktního centra jsem se snažila získat velké množství dat, zachytit jednotlivé případy v jejich složitosti, popsat vztahy v jejich celistvosti a tím porozumět jiným obdobným případům, a v závěru jsem se pokusila tyto případy vřadit do širších souvislostí (Hendl, 2007).

Prostřednictvím podrobného výzkumu aspektu primární socializace drogově závislých klientů kontaktního centra jsem se snažila nalézt možné příčiny, determinanty, které předcházely vzniku drogové závislosti, a to prostřednictvím **osobních případových studií** několika drogově závislých. Podle Hendla se jedná o nejhodnější strategii, když nás zajímají otázky „*proč*“ a „*jak*“, v případě, že nemáme žádný vliv na průběh událostí a v rámci výzkumu se zaměřujeme na přítomný jev v rámci jeho reálných kontextů. Výzkum byl zaměřen na minulost, postoje, kontextové události, které předcházely vzniku závislosti na návykových látkách (Hendl, 2007).

Pomocí **deskriptivních mnohapřípadových studií** jsem se pokusila podat komplexní popis zkoumaného jevu. Výběr osob pro studii vycházel ze zájmu a ochoty klientů kontaktního centra spolupracovat na studii, použila jsem **strategii replikace**, kdy případy nejsou vybírány podle logiky statistického šetření a nepředstavují tedy statistické jednotky (Hendl, 2007).

Základními technikami pro vypracování mé diplomové práce byl **polostandardizovaný rozhovor** s otevřenými a uzavřenými otázkami, pozorování a následná analýza a syntéza dat a komparace jednotlivých případů.

**Rozhovor** je podle Schneidera technika, která spočívá v bezprostředním rozhovoru výzkumníka se zkoumaným jedincem. Jedná se o jednu ze základních technik sociologického výzkumu, při které přicházejí do kontaktu dvě navzájem cizí strany, které navazují styk, v němž nehrají rovnocennou úlohu, vztah je asymetrický, protože rozhovor je veden a řízen badatelem. Pro účel mého výzkumu jsem využila **rozhovor polostandardizovaný – zjevný**. Bez jakéhokoliv utajování jsem požádala o spolupráci klienta kontaktního centra a do záznamového archu zaznamenala odpovědi na předem připravené otázky, jejichž formulace byly zaznamenány podle odpovědi dotazovaného. Sled otázek jsem přizpůsobovala situaci (Schneider, 1989). Zaznamenané odpovědi jsem pomocí **transkripce** převedla do písemné podoby – kazuistik jednotlivých klientů.

Při vedení rozhovoru jsem využila také techniku **přímého pozorování a empatického porozumění**, které mi pomohlo lépe interpretovat odpovědi na položené otázky při rozhovoru (Schneider, 1989).

Na závěr praktické části jsem provedla vyhodnocení výsledků výzkumu a v části



diskuse jsem porovnávala tyto výsledky s existujícími teoriemi, paradigmaty, vědeckými poznatky souvisejícími s tématem diplomové práce.

Závěrečná část diplomové práce obsahuje celkové vyhodnocení výzkumu a komparaci zjištěných výsledků s předpokladem diplomové práce.

## ***2.2 Plán výzkumu - popis a charakteristika vybraných osob, účastnících se výzkumu, prostředí***

Za místo mého výzkumu jsem si zvolila pracoviště služby sociální prevence pro drogově závislé K-centrum v Šumperku, které je součástí obecně prospěšné společnosti PONTIS Šumperk. V rámci protidrogové sociální politiky a služeb sociální prevence se věnuje práci s drogově závislými.

Cílovou skupinou výzkumu byli závislí uživatelé nealkoholových drog. Centrum poskytuje aktivity v rámci tzv. *“harm reduction”* – výměnu injekčních stříkaček a jehel, poskytuje zdravotní materiál k aplikaci a ošetření po aplikaci drog, dále poskytuje ochranu pro sexuální styk uživatelům drog. Dalšími aktivitami jsou poskytování poradenské činnosti, pomoc při řešení obtížných životních situací – ve spolupráci s pracovišti sociálních odborů v místě, poradenství pro zájemce o léčbu, psychologické poradenství, právní poradenství, potravinový a hygienický servis.

Klienty kontaktního centra jsem si vybrala pro účast v mém výzkumu. Jedná se o osoby závislé na nealkoholových drogách, kteří využívají služeb kontaktního centra.

Na základě žádosti o umožnění výzkumu jsem pravidelně v období duben – červenec 2011 pracoviště K-centra navštěvovala a zde prováděla šetření s klienty kontaktního centra v případě, když byli ochotni na výzkumu spolupracovat.

**Zakladatel společnosti:** město Šumperk, se sídlem nám. Míru 1, 787 93Šumperk, IČ: 00303461

**Datum založení společnosti:** 10.09.1999 na základě usnesení Zastupitelstva města Šumperka č. 390/99 ze dne 06.09.1999

**Právní forma společnosti :** obecně prospěšná společnost

**Registrace:** společnost byla zapsána do rejstříku o. p. s.vedeného Krajským soudem v Ostravě, oddíl O, vložka 96 dne 27.09.1999

Základním posláním společnosti je poskytování sociálních služeb v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, pro seniory, zdravotně postižené osoby, osoby v krizi a děti a mládež ohrožené společensky nežádoucími jevy.

Činnost orgánů společnosti je obecně definována §§ 10 - 16 zákona č. 248/1995 Sb.,

o obecně prospěšných společnostech, ve znění pozdějších předpisů.

Orgány společnosti jsou: **správní rada, dozorčí rada a ředitel.**

PONTIS o.p.s. provozuje a poskytuje sociální služby – služby sociální prevence a sociální péče, sociální poradenství, domy s pečovatelskou službou, denní stacionáře, azylový dům, kontaktní centrum, krizovou pomoc, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, sociální aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, provozuje a poskytuje další služby, půjčuje kompenzační pomůcky, provozuje kavárničku pro seniory, klub důchodců, sociální byty, společenské středisko „Sever“. Jako doplňkovou činnost provozuje hostinskou činnost, poskytování služeb pro zemědělství a zahradnictví, poskytování technických služeb, přípravné práce pro stavby. Pontis o.p.s. je členem České asociace pečovatelských služeb, Sdružení azylových domů, Síť mateřských center. Financování společnosti je vícezdrojové.

Cílová skupina Pontisu je velice široká – senioři, zdravotně postižení, drogově závislí, děti a mladiství ze sociálně rizikového prostředí, rodiče s dětmi, kteří se ocitli v tíživé sociální situaci.

Ředitelství Pontisu sídlí v Šumperku, na nám. J. Zajíce a má velké množství dalších pracovišť, např. kontaktní centrum, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, azylový dům, denní stacionáře, domy s pečovatelskou službou, půjčovnu kompenzačních pomůcek, atd. (Pontis [ on – line], 2011).

### ***2.3 Technika sběru dat – metody, časový průběh***

Jako základní přístup pro mou diplomovou práci jsem si zvolila metodu **kvalitativního výzkumu**. Výzkum probíhal formou zpracování několika **osobních případových studií** klientů kontaktního centra a následné **analýzy a syntézy** získaných dat a **transkripce** jednotlivých případových studií, jejich **komparace**, s cílem podat komplexní popis zkoumaného jevu a pomocí **analýzy, syntézy a dedukce** vyvodit případné závěry, zda vybrané případy potvrzují paradigma a hlavní předpoklad mé diplomové práce – paradigma interpretativní – teorii kulturního přenosu.

Pomocí **polostandardizovaného rozhovoru** jsem zjišťovala kvalitu socializace účastníků výzkumu v rodinném prostředí v době dětství a dospívání. Následně jsem **porovnávala** několik vybraných kategorií a zjišťovala, zda se u jednotlivých zkoumaných případů vyskytovaly společné znaky, které by bylo možné zobecnit vzhledem ke zkoumanému problému. Pro volbu kategorií pro záznamový arch jsem se inspirovala kategoriemi z kvalitativního výzkumu diplomové práce Holeňové, předmětem jejího výzkumu byly životní příběhy klientek azylových domů (Holeňová [on line ], 2011).

Pro potřeby výzkumu jsem vytvořila **záznamový arch** s otevřenými a uzavřenými otázkami, záznamový arch uvádím v Příloze č. 1:

1. Váš věk v roce 2011.
2. Jste muž – žena.
3. Rodinná anamnéza.
4. Sociální anamnéza.
5. Zdravotní anamnéza.
6. Rodiče – charakteristika.
7. Jaké byly hodnoty rodičů
8. Atmosféra doma – způsoby řešení konfliktů, vzorce chování.
9. Způsob emocionální komunikace v rodině – možnost se svěřit, pochopení, sdílení nedostatek, nemožnost sdílení prožitků, kolik času trávili společně, zaměstnaný, prací přetížený rodič, nezaměstnaný rodič.
10. Finanční zajištění rodiny, materiální zajištění, bydlení, zaměstnání rodičů, vzdělání rodičů.
11. Dosažené vzdělání klienta, zájmy, koníčky, trávení volného času.
12. Významná osoba – tzv. druhá osoba a vztah k ní.
13. Zlomové události – nové prostředí, přechod na školu, noví přátelé, parta.
14. Ztráty - smrt blízké osoby, rozchod rodičů, ztráta přátelství – reakce, řešení.
15. Vztah s rodiči v současnosti.
16. Smysl života – směřování k „něčemu“, prázdnota, samota.
17. S jakými problémy se potýkáte v současnosti.
18. Budoucnost – očekávání.

Výzkum probíhal v Kontaktním centru Krédo v Šumperku v období duben až červenec 2011. Po získání dostatečného množství dat jsem získaná data zpracovala a vyhodnotila v průběhu měsíce srpna 2011.

#### ***2.4 Studie - sběr dat, analýza dat, vyhodnocení získaných dat***

Pro téma mé diplomové práce jsem se rozhodla v průběhu čtvrtého ročníku studia vysoké školy. Po schválení teze mé diplomové práce vedoucí práce Skopalovou, v lednu 2011, jsem v březnu 2011 navštívila ředitele PONTIS Šumperk, o.p.s., abych jej požádala o umožnění výzkumu v jednom ze zařízení – Kontaktním centru Krédo pro drogově závislé v Šumperku. Ředitel Adámek mou žádost přijal a vyjádřil souhlas. Poté jsem navštívila přímo pracoviště, abych se domluvila s pracovníky K-centra na provedení výzkumu.

### 2.4.1 Sběr dat – kazuistiky

V této části jsem se pokusila prostřednictvím metod **polostrukturovaného rozhovoru, pozorování, aktivního naslouchání a empatického porozumění** dát odpověď na výzkumnou otázku č. 1 - **Jak klienti popisují rodinné prostředí, rodičovské přístupy a strategie chování v době dětství a dospívání v nukleární rodině?**

Pro první rozhovor jsem si zvolila den 27. dubna 2011 v odpoledních hodinách. Jelikož se jedná o velmi osobní témata, která jsem v rámci mé diplomové práce zjišťovala, a také protože pro výzkum jsem si zvolila klienty, u kterých není vždy jisté, jak budou na žádost o provedení výzkumného rozhovoru reagovat, nepředpokládala jsem, že má snaha požádat o rozhovor bude úspěšná hned na první pokus. Díky pomoci pracovníků K-centra jsem v tento den uskutečnila první rozhovor.

Prostřednictvím **transkripce** – převodu mluveného projevu z rozhovorů do písemné podoby - jsem rozhovory vždy v den uskutečnění rozhovoru zaznamenala a uvedla v následujícím textu **formou kazuistik klientů**. V textu jsem použila některé výrazy klientů, pro zachování autenticity jejich projevu. Klienty jsem z důvodu ochrany a zachování jejich anonymity označila velkými písmeny abecedy. Před každým rozhovorem jsem klienty seznámila s tématem výzkumu práce a také jsem je upozornila na možnost neodpovídat na otázky, pokud se jim budou jevit jako nepřijatelné. Výběr klientů byl náhodný a závislý na ochotě uskutečnit se mnou rozhovor.

**Klient A**, věk 25 let, muž, rozhovor proveden dne 27.4.2011.

Do K-centra jsem přišla dne 27.4.2011 v odpoledních hodinách. Po domluvě s pracovníky K-centra jsem oslovila jednoho z přítomných klientů a požádala ho o spolupráci na mém výzkumu. Představila jsem se a sdělila jsem mu téma mé práce a zaměření rozhovoru na rodinu a předpokládanou dobu rozhovoru asi 30 minut. Klient A s rozhovorem souhlasil. Poděkovala jsem mu za ochotu a upozornila ho, že pokud nebude chtít na některou z otázek odpovídat, nemusí, neboť se týkají velmi osobních záležitostí.

Klient A byl do svých 9 let jedináčkem, v tomto roce se jeho rodiče rozvedli. Od té doby do svých 18 let žil u otce. Oba rodiče si po rozvodu našli nové partnery s nimiž žijí do dnešního dne.

V současné době nemá klient A trvalé bydliště, zřejmě bydlí „na ulici“. Absolvoval základní školu, poté navštěvoval střední odbornou školu, obor truhlář. Studium nedokončil, ve druhém ročníku studia zanechal. Od té doby je nezaměstnaný, doposud nikde nepracoval. Koníčky neměl žádné, jen někdy s otcem jezdil na ryby.

Ke zdravotnímu stavu uvádí, že je v současné době zdravý a ani jako dítě nebo dospívající netrpěl žádným závažným onemocněním.

Rodiče se rozvedli z důvodu navázání vztahu s novými partnery. Vztahy mezi rodiči jsou i v současné době dobré, oba se o rodinu starali i o klienta, do doby dospívání neměl s rodiči vážné problémy. Otec pracuje jako sklář – vyučen, matka jako kuchařka – vyučena. Mezi otcovy záliby patřil lov ryb, matka se starala o domácnost, ráda vařila. Žádné problémy u rodičů s alkoholem ani s drogami nebo jinou závislostí neuvedl.

Výrazné problémy s rodiči v dětství neměl, v období puberty občas ano, nejprve je řešil „*tichou domácností*“, později útoky z domu, které trvaly až 3 dny. Klient uvádí, že komunikace a řešení problémů s rodiči probíhaly na dobré úrovni, rodiče měli snahu se domluvit, problémy řešit, v případě starostí se jim mohl svěřit. Problémy nastaly v období puberty, kdy klient nedokončil školu, vlastní problémy řešil útoky, otec dále situaci raději neřešil, protože měl strach z dalších úteků.

Oba rodiče bydlí ve vlastním bytě, finanční problémy nemají, oba pracují, na dovolenou jezdil klient s otcem na různá místa v České republice, zpravidla k přehradám nebo rybníkům, kde byla možnost lovit ryby.

K otázce trávení volného času klient sdělil, že žádné výrazné zájmy a koníčky neměl a nemá, rád poslouchá moderní hudbu.

V současné době žije ze dne na den, ke smyslu života nic nesdělil, pouze uvedl, že každý má nějaký smysl, ale že se to těžko definuje, „*že to má každý tak jaksi v sobě*“.

V průběhu života nedošlo u klienta k žádným zlomovým událostem, které by ho zásadním způsobem ovlivnily. Problémy s rodiči řešil v krajním případě útoky z domu. Jinou blízkou osobu, která by na něj měla zásadní vliv, v průběhu svého života neměl.

Ke vztahům k rodičům v současné době uvedl, že s matkou není v kontaktu posledních 5 let, s otcem má vztahy dobré, jsou v kontaktu.

V současné době řeší problémy s bydlením a užíváním drog. K očekávání od budoucnosti uvedl, že by chtěl získat nějaké bydlení a rád by řešil problémy s drogami. Ke smyslu života uvedl, že žádný nemá, že žije ze dne na den.

Po ukončení rozhovoru jsem klientovi A poděkovala a rozloučila se. Během rozhovoru byl neklidný, ale i přes to spolupracoval, na otázky se snažil odpovídat, někdy bylo nutné použít i pomocných otázek, aby se více otevřel.

O provedení dalšího rozhovoru jsem se pokusila ve dnech 3.5.2011 a 11.5.2011. Bohužel v K-centru nebyl žádný klient ochoten ke spolupráci.

**Klient B**, věk 28 let, muž, rozhovor proveden dne 26.5.2011.

Další rozhovor proběhl dne 26.5.2011. Pracovník K-centra oslovil několik klientů a klient B byl ochoten odpovědět na mé otázky ze záznamového archu.

Po představení a poděkování jsme si formou rozhovoru povídali o jeho dosavadním životě. Klient byl velmi příjemný a sdílný a projevil zájem i o možnost si se mnou pohovořit o svých současných problémech a možnostech řešení.

Klient B žil do svých 8 let v třípokojovém bytě v domě se svými rodiči. Sourozence neměl. V osmi letech se rodiče rozvedli a on se odstěhoval s matkou do bytu 1+1, kde žil s matkou do své dospělosti. Matka se již nevdala a klient nemá žádné další sourozence. V současné době bydlí „na ulici“. Jeho přítelkyně bydlí na ubytovně pro sociálně slabé s jejich dvěma dětmi, čtyřletým chlapcem a dvouletým děvčetem. On nepracuje, přítelkyně je na mateřské dovolené. Momentálně se nestýkají, protože přítelkyni zřejmě vadí, že je klient závislý na drogách, nepracuje, nemá kde bydlet. S matkou se občas stýká, momentálně jsou „pohádaní“, ale jinak považuje jejich vztah za dobrý. S otcem se od rozvodu nestýká, nic o něm neví.

Cítí se zdrav, pouze uvádí problémy se zuby.

Velice pěkně hovořil o své matce, která podle něj je velmi pracovitá, starostlivá. Naopak o otci hovořil s despektem, podle něj nikdy nepracoval, pil alkohol, pouze vykonával práce v domácnosti.

Matka pro péči o domácnost a syna neměla prostor pro záliby a koníčky, otec sledoval televizi, sport, pil alkohol. Jiné zájmy nebo záliby neměl.

Domácí atmosféra byla poznamenána alkoholismem otce, proto se také matka s otcem po osmi letech společného soužití rozvedla. Do té doby vychovávali syna společně, matka byla přísná, ale spravedlivá, a velmi starostlivá. Otec vždy při řešení výchovných situací zastával stanovisko matky. Klient domluvu nebo tresty respektoval.

V případě potřeby se klient mohl svěřit se svými problémy matce, s otcem si příliš nerozuměl, vyjádřil se o něm jako o chladném, neměli příliš dobrý vzájemný vztah.

Ve volném čase v době dětství a dospívání hrál fotbal a stýkal se s kamarády na vesnici. Matka jeho zálibu ve sportu podporovala, otec neměl zájem. V současné době žádné záliby ani sport neprovozuje.

Matka je vyučená švadlena, celý život pracovala. U otce neví, jaké je jeho vzdělání, pamatuje si pouze, že celý život nepracoval. Bydlel s rodiči do rozvodu v bytě 3+1 v domě „okál“, po rozvodu se odstěhovali s matkou do bytu 1+1.

Klient nedokončil učební obor truhlář, protože jak uvádí, „se chytl party“ a nechodil do školy. Poté zahájil studium učebního oboru instalatér, které také nedokončil. Jak uvádí,

zřejmě z důvodu „*rasistického*“ chování mistra odborného výcviku, který ho neustále šikanoval. Mrzí ho, že ani jeden obor nedokončil. Pracoval jako živnostník pod jedním podnikatelem jako tesař a pokrývač. V současné době má pozastavenou živnost a nikde nepracuje.

Jako významnou osobu uvádí pouze matku, o které hovořil velice pěkně. Velmi si jí váží, všeho, co pro něj udělala, je velmi starostlivá, pracovitá. I když byla na něj přísná, byla vždy spravedlivá, a podle jeho slov je jí za vše, co pro něj udělala, vděčný.

Událost, která ho nejvíce ovlivnila, je podle něj rozvod rodičů a život v neúplné rodině. S matkou má i dnes dobré vztahy, i když jsou momentálně „*pohádaní*“, ale o otci nic neví, nevyhledává ho.

Ke smyslu života uvedl, že jeho snem je mít dům, práci, žít společně se svou přítelkyní a jejich dvěma dětmi, starat se o domácnost.

V současné době ho trápí, že nemůže žít se svou rodinou, a problémem drogové závislosti.

Od budoucnosti očekává, že vyřeší svůj problém s drogami a postará se o svou rodinu, aby mohli všichni žít spolu.

Po zodpovězení otázek jsem klientovi poděkovala za ochotu a nabídla mu, zda by chtěl ještě se mnou prokonzultovat své problémy. Probrali jsme jeho vztah s přítelkyní a možnosti řešení situace. Popřála jsem mu hodně štěstí a sílu k jejich vyřešení.

Po téměř měsíci marných pokusů se mi podařilo za pomoci pracovníka K-centra dne 23. června 2011 konečně získat další dva klienty pro rozhovor k výzkumu pro mou diplomovou práci.

**Klientka C**, věk 20 let, žena, rozhovor proveden dne 23.6.2011.

Dnes jsem poprvé prováděla rozhovor s ženou, klientkou K-centra. Byla velmi milá a ochotná ke spolupráci.

Rodiče klientky se rozvedli, když jí byly 2 roky. Máma byla již podruhé vdaná. V prvním manželství se jí narodila dcera (30 let), ve druhém manželství další dvě děti - syn (21 let) a klientka. (20 let). Když bylo klientce 12 let, provdala se matka potřetí. V tomto manželství se už žádné děti nenarodily.

Do 6 let se o děti starala matka, poté z důvodu jejích zdravotních problémů, převzala péči o děti babička s dědečkem, asi do 12 let věku klientky. Poté se o děti opět starala matka. Od 14-ti let bydlela klientka u své starší sestry, od 16 let nebydlí doma. V současné době je údajně těhotná ve čtvrtém týdnu těhotenství.

Klientka v 15 letech začala studovat učební obor cukrářka. Po 4 měsících byla ze

studia vyloučena a přestoupila na jinou školu a jiný učební obor, který po roce opakovala, v průběhu tohoto studia byla opět vyloučena za kázeňské přestupky. Zahájila studium učebního oboru pečovatelka, odkud byla opět vyloučena. Od té doby je na úřadě práce, nikde nepracuje.

Momentálně se cítí zdravá, po matce má vrozené zkrácené šlachy na rukou, ve škole měla problémy s dyslexií, údajně má schizofrenii.

Matka je podle slov klientky starostlivá, ale z důvodu vážných zdravotních problémů se o děti nemohla od jejích 6 – 12 let starat, v této době se o děti starali prarodiče, které má klientka velmi ráda. Otec si bral děti o víkendech a prázdninách do 6 let věku klientky, poté děti nechtěly k otci chodit. Trvalo celý rok, než bylo soudně rozhodnuto, že k otci nemusí. Otec je podle slov klientky alkoholik, pobyt u něj trávily po hospodách nebo byly ponechány samy sobě. Výchova dětí ho nezajímala.

Na otázku, jaké jsou hodnoty otce, se vyjádřila, že alkohol a kamarádi z hospody. U matky zdraví, neboť prodělala několik operací, mnoho času strávila v nemocnici. I přesto ji hodnotí jako starostlivou, i když s ohledem na zdravotní stav nemohla dětem věnovat přiměřenou péči, což za ni zřejmě kompenzovali prarodiče.

Ke způsobu řešení konfliktů a problémů v rodině uvádí, že matka se snažila řešit problémy domluvou, později však ztrácela trpělivost a domluvy končily většinou hádkou. Klientka své problémy, zejména ve škole, řešila sama. Nesdělovala matce, že se něco děje, a když se matka dozvěděla o nějakém problému, bylo již pozdě. To bylo například na učňovské škole, kde bydlela na internátě a „*chytila se party*“, začala chodit do hospody, pít, kouřit, užívat trávu, chodit za školu. Matka se o všem dozvěděla, až byla vyloučena ze školy.

Matce se spíše nesvěřovala, zřejmě měla velké zdravotní problémy, což ovlivnilo i její vztah k dětem a k plnění rodičovských povinností. Od 14 let se již moc nestýkaly, po 16. roce se již téměř nevidají. Otce nemá ráda, uvádí, že rok s bratrem usilovali, aby se s ním nemuseli stýkat, takže o komunikaci mezi nimi nelze hovořit.

S matkou bydleli v pronajatém bytě, matka je vyučená kuchařka, je částečně invalidní, v současné době pracuje na částečný pracovní úvazek v chráněné dílně. Otec je vyučený, pracoval dříve na dráze, v současné době je registrován u úřadu práce, nepracuje.

Klientka má základní vzdělání, ani jednu ze tří škol nedokončila. Od té doby nepracuje. V dětství a dospívání hrála závodně fotbal, basketbal, floorbal. V současné době se žádným koníčkům nevěnuje.

Mezi významné osoby uvádí zejména babičku, jež jí nahrazovala matku. Babička je



pro ni nejen „jako máma“, ale také kamarádka, k níž má velkou důvěru a které se může se vším svěřit. Dále uvedla svou kamarádku a její malou dcerku a syna od své sestry, které má podle svých slov velice ráda.

Jako zlomovou událost ve svém životě vnímá přechod ze základní školy na učňovskou školu. Zejména to byl pobyt na internátě, kde získala volnost, začala žít jiným způsobem života – alkohol, cigarety, tráva, záškoláctví. Tato situace vedla k prvnímu vyloučení ze školy, neshodám s matkou, a vyústila odchodem z domova a současnou situací.

Mezi ztráty, které ji v životě nejvíce zasáhly, uvádí smrt dědečka, který jí nahrazoval tátu. Dále uvedla přerušení těhotenství v patnácti letech, které podle jejích slov nese velmi těžce.

V současné době se s matkou téměř nevidá, pokud ano, skončí setkání většinou hádkou. Klientce vadí, že matka nemá ráda „feťáky a háže je všechny do jednoho pytle“. Podle klientky jsou i takoví, kteří i když berou drogy, dokážou mít rodinu a postarat se o děti. Nechápe, proč mámě vadí, že bere drogy a nevěří jí. S otcem se nestýká, pokud ho potká, mívá se, raději dělá, že se neznají.

Jako smysl života uvádí přání mít dítě, rodinu, pokud se to nepodaří, ráda by měla dítě a bydlela s kamarádkou, která již dítě má. Ta také brala drogy, ale z důvodu těhotenství ukončila užívání. Dnes bydlí s rodiči. Obě by rády po narození klientčina dítěte získaly nějaký byt do pronájmu a společně vychovávaly děti. Uvedla, že se bude snažit do 3. měsíce těhotenství přestat drogy užívat, v opačném případě půjde na přerušování. Chce zdravé dítě.

V současné době má podle svých slov problémy s bydlením a s tím „vrátit se zpátky“.

Co očekává od budoucnosti? Přála by si zdravé dítě, nového lepšího partnera (otec dítěte je drogově závislý, přála by si jiného), rodinu.

Po skončení rozhovoru jsem klientce poděkovala a popřála jí, aby se jí její přání do budoucna splnila, a projevila jsem přesvědčení, že když bude chtít, určitě jich dosáhne.

**Klient D**, věk 23 let, muž, rozhovor proveden dne 23.6.2011.

Dalším klientem, byl mladý muž, ve věku 23 let. Poděkovala jsem mu za ochotu a seznámila ho předběžně s tématem rozhovoru a upozornila ho, že údaje, které mi sdělí, jsou anonymní, a pokud nebude chtít na některou z otázek odpovídat, budu tuto skutečnost respektovat.

Klient pochází z dvojčat. Dětství strávil nejdříve v dětském domově, asi do 7 let. Kdy se do dětského domova dostal, si nevzpomíná, na původní rodinu má jen mlhavé

vzpomínky. Od 7 let vyrůstal i s bratrem v pěstounské rodině. V rodině pěstouni vychovávali ještě dvě děti rovněž v pěstounské péči - dívku a postiženého chlapce. V 18 letech tuto rodinu s bratrem opustili. Podle jeho slov si pěstouni brali děti kvůli penězům, protože všechny děti po dovršení 18-ti let „vykopli na ulici“. Sám to prý tak necítil, ale sestra ho na to několikrát upozornila, takže si také začal později myslet, že je to pravda. Vlastní rodiče, jak mi později sdělil, s bratrem v dospělosti navštívili a pochopili, že o ně nemají zájem. Proto se s nimi nestýkají.

Vyučil se kuchařem, po vyučení pracoval v pekárně, poslední 2 roky nikde nepracuje. Od vlastních rodičů dostal po dovršení dospělosti naspořené peníze, za které si opatřil bydlení. Kde bydlí v současné době mi nesdělil.

V současné době se cítí zdrav, uvádí pouze psychické problémy. Z náznaků jsem pochopila, že bývá agresivní. V dětství se léčil u psychiatra, nyní odmítá tyto problémy řešit. Podle něj je to důsledek bití, kterému byl vystavován v dětství.

Vlastní rodiče nezná. K osobám pěstounů uvádí, že se o děti starali dobře, ale jen do 18 let, pak jim oznámili, že jejich pobyt u nich skončil a že se mají o sebe postarat sami. Na druhou stranu několikrát uvedl, že si pěstouni brali děti jen pro zvýšení příjmu, protože měli hypotéku na dům. Byli hodně přísní a děti musely být stále doma. V době dospívání se klient snažil, aby mohl vyjadřovat své názory, „chodit ven“, ale takové snahy byly trestány bitím.

K hlavním hodnotám pěstounů uvádí peníze, ale také, že byli pracovití a věnovali se své profesi (oba byli oba maséři).

Podle klienta se k němu pěstouni chovali velmi přísně. Rodinu označuje za „vězení“, kde byla dána jasná pravidla, a při porušení nebo nesouhlasu následovalo bití. To trvalo asi do 17 let. Pak už se nechtěl podřizovat, stál si za svým názorem, což vedlo k dalším konfliktům.

Konflikty v rodině pěstouni řešili bitím. Klient v dětství raději nic neřešil, protože byl rád, že je v pěstounské rodině, nechtěl se vrátit do dětského domova. Později, v době dospívání, se snažil vyjadřovat své názory, ale reakcí pěstounů bylo většinou bití. Jedenkrát utekl z domu.

Pěstouny měl rád, ale vadilo mu na nich, že musí být jen doma, že musí poslouchat, a při neuposlechnutí následoval fyzický trest.

S pěstouny bydleli v rodinném domě. Oba pracovali jako maséři, později si pěstounka otevřela obchod. Po finanční stránce se měli podle slov klienta dobře. Jeho rodiče platili výživné, pěstouni dostávali pěstounské dávky, oba pracovali. Vlastní otec

jemu i bratrovi naspořil určitou částku, kterou dostali ve 20 letech. Za ně si pořídil bydlení, v době kdy pracoval v pekárně.

Mezi zájmy v dětství a dospívání uvedl, že se věnoval karate, ale jen krátce. Rád se díval na televizi a hrál hry – playstation.

Mezi významné osoby uvedl kamaráda z učňovské školy. V současné době se nestýkají, jak uvedl, je prý problematický. Na vysvětlenou uvedl, že se později dozvěděl, že je to „cikán“ a že krade. Proto se s ním už nestýká. Ale v době dospívání si prý velmi rozuměli.

K dalším otázkám k zlomovým událostem ve svém životě a ztrátám odmítl odpovídat.

V současné době má vztah s pěstouny dobrý, stýká se s nimi, chodí k nim občas na návštěvy. Vlastní rodiče viděl jen jednou, i když mu prý řekli, že se s ním chtějí vídat, nejezdí za nimi, protože pochopil, že o něj nemají zájem.

K problémům v současnosti také odmítl odpovídat. K otázce budoucnosti a smyslu života mi sdělil, že žádný cíl nemá, protože se mu žádný v životě nesplnil a nechává to osudu.

Na závěr jsem klientovi poděkovala za rozhovor a popřála mu hodně štěstí. Také jsem se ho snažila povzbudit, aby nerezignoval, protože každý člověk by měl mít nějaký cíl, třeba malý.

Další rozhovor se mi podařilo uskutečnit dne 30.6.2011.

**Klient E**, věk 39 let, muž, rozhovor proveden dne 30.6.2011.

Klient E pochází z úplné rodiny, otec mu zemřel před 16-ti lety, ale dětství i dospívání prožil v úplné rodině. Má starší sestru a bratra, je tedy nejmladší ze tří sourozenců. Rodiče charakterizuje jako hodné, rodinné soužití jako harmonické. Větší autoritou byla matka. V současné době je klient rozvedený, manželka požádala o rozvod po 3 letech soužití a žije nyní s novým partnerem a jejich synem. Syn má 19 let, studuje na gymnáziu, podle slov klienta se velmi dobře učí, letos maturoval, snad na samé dvojky. Jelikož se po rozvodu odstěhoval ze Šumperka, 5 let se se synem nestýkal. Po návratu ho několikrát navštívil, ale v současné době se s ním nevidá. Klient v současné době nikde nebydlí, nepracuje, je evidován na úřadě práce.

Klient vystudoval střední odbornou školu, obor důlní elektrikář s maturitou. Po škole pracoval v dole, nyní je nezaměstnaný a ze zdravotních důvodů má pracovní omezení. Rád by šel pracovat zpět do dolů, ale kvůli tomuto omezení zde nemůže pracovat. V dětství a dospívání se zajímal o hudbu, hraje na kytaru, jezdil na kole, krátkou dobu hrál hokej. Rád

chodil na zábavy, koncerty, diskotéky, „čundry“.

Momentálně je klient nachlazený, včera se „porval“ v hospodě, protože ho prý nějaký muž vyprovokoval, měl rozbitý nos a podlitinu pod okem. Následkem konzumace drog má zdravotní problémy – zdravotní omezení. Také uvedl, že má psychické problémy.

Rodiče se o děti starali dobře, vztah mezi nimi byl dobrý. Oba celý život pracovali, otec byl topič a máma prodavačka. Oba byli starostliví, o děti měli zájem, problémy řešili „v pohodě“. Komunikace v rodině probíhala na dobré úrovni, ale spíše se svěřoval starší sestře, kterou má velmi rád.

S rodiči bydleli v panelákovém bytě, rodiče byli oba vyučení, matka pracovala jako prodavačka, otec pracoval nejprve jako horník, později jako topič. Finančně byla rodina dobře zajištěná.

Jako významnou osobu uvedl svou starší sestru, se kterou měl celý život velmi dobrý vztah. Bohužel v současné době je jeho sestra umístěna v domově důchodců, protože před 2 lety prodělala mozkovou mrtvici. Je na tom zdravotně velmi špatně, klient ji chodí občas navštěvovat. Podle jeho slov mu velice „chybí“, protože byla nejbližším člověkem, kterému se mohl svěřit, popovídat si.

Za zlomovou událost ve svém životě považuje rozvod. Podle jeho slov ho velice zasáhl. Od té doby je téměř celou dobu sám, nestýká se se synem. Občas se setkává s manželkou a jejím novým partnerem. Je rád, že mají pěkný vztah, ale podle neverbálních projevů bylo zřejmé, že je mu to velice líto.

Ze ztrát, které ho zasáhly, uvádí smrt otce. Ale mnohem více ho zasáhla nemoc sestry. Byla pro něj nejbližší osobou a moc mu chybí, že se s ní nemůže bavit o svých problémech, starostech, trápeních.

S matkou se občas vídá, vztah mají prý dobrý. Zlobí se na něj, že nemá kde bydlet. Ale u sebe ho nechce, prý asi proto, že má přítele.

Ke smyslu života uvedl, že by si přál se ještě oženit, mít práci a taky jezdit na kole. Když bydlel na ubytovně pro sociálně slabé, ukradli mu prý tři kola a nyní nemá na čem jezdit.

V současné době řeší problémy s bydlením a to, že je sám. Byl velmi smutný, že nemůže najít partnerku.

Na otázku, co očekává od budoucnosti mi odpověděl, aby svítilo sluníčko, bylo hezky, a taky aby byly levnější cigarety.

Po skončení rozhovoru jsem klientovi poděkovala a popřála, aby se mu splnila jeho přání. Z K-centra jsme odcházeli spolu, chvíli jsme si ještě povídali, než se naše cesty

rozdělily.

Do K-centra jsem chodila pravidelně dvakrát týdně. Další rozhovor se mi podařilo opět uskutečnit až dne 12.7.2011.

**Klient F**, věk 43 let, muž, rozhovor proveden dne 12.7.2011.

S klientem F jsem se znala již z doby praxe, kterou jsem zde vykonávala ve 3. ročníku. Měla jsem obavy, zda bude chtít se mnou na tak osobní téma, jako je rodina, hovořit. Byla jsem překvapena, když souhlasil a rozhovor se mnou uskutečnil.

Klient pochází z rozvedené rodiny, rodiče se rozvedli, když klientovi bylo 9 let. Důvodem byl alkoholismus otce. Matka se znovu vdala a z tohoto manželství se narodila klientova sestra, mladší o 12 let. S vlastním otcem se od rozvodu nestýkal, nemá o něm žádné informace. Nevlastní otec již zemřel.

Klient je vyučen, pracoval jako sklenář, dokonce zastával funkci mistra. Absolvoval střední odbornou školu, učební obor sklenář. V současné době nikde nepracuje, přiznal, že pracuje občas „na černo“, protože má několik exekucí, a pokud by si našel zaměstnání, dostával by z výdělku jen minimum. Je svobodný, uvedl, že měl přítelkyni, se kterou se v současné době nestýká. Zřejmě bydlí na ulici. Měli prý s přítelkyní pronajatý dům, ale „nějak to prý nevyšlo“.

V současné době se cítí zdrav. V dospívání však měl velké zdravotní problémy. Vážil 120 kg, pil alkohol. Ve 27 letech zřejmě vlivem nestřídmé životosprávy a nadměrné konzumace alkoholu upadl na 1 měsíc do kómatu. Uvedl, že prožil dvakrát klinickou smrt. Prodělal také zánět slinivky, lékaři mu nedávali velkou šanci na uzdravení. Po 2 letech abstinence se úplně vyléčil. Ve 35 letech začal užívat drogy. I přesto tvrdí, že se cítí zdrav.

Matka a nevlastní otec byli starostliví, jako jejich hodnoty uvádí rodinu, zabezpečení rodiny, starost o děti. S vlastním otcem se od 9 let nestýkal, moc si na něj nevzpomíná, pouze na to, že byl alkoholik. Pokud se v rodině vyskytovaly problémy, mohl je řešit s matkou nebo s nevlastním otcem. Problémy řešili domluvou, fyzické tresty v rodině nepraktikovali. Svěřit se mohl oběma rodičům, vždy pomohli.

Oba rodiče pracovali, matka byla vyučená kuchařka a pracovala jako kuchařka v mateřské školce, nevlastní otec pracoval jako policista, později podnikal. Vlastní otec pracoval jako papírenský dělník a byl vyučen. Bydleli v bytě 3+1.

K trávení volného času v dětství uvedl, že navštěvoval střelecký kroužek a byl dobrovolným hasičem. V dospívání rád chodil na zábavy a jezdil na „čundry“. Také uvedl, že byl před několika lety v Anglii, kde si chtěl vydělat nějaké peníze. Bohužel však slíbenou práci zajištěnou neměl a musel jít pěšky bez prostředků asi 300 km do Londýna,

aby se mohl dostat zpátky domů. Strávil zde měsíc a půl a celou dobu abstinoval.

Jako významnou další osobu uvedl babičku, kterou měl velmi rád. Velmi ho zasáhlo, když zemřela. Také uvedl, že pro něj bylo velmi těžké, když nemohl jet na její pohřeb, protože v té době vykonával základní vojenskou službu.

V současné době se s matkou vídá jednou za měsíc, také sestru občas navštíví, neboť, jak uvedl, už se smířila s tím, jak to s ním je. O vlastním otci nic neví. Nevlastní otec již nežije.

V současné době se potýká s problémy souvisejícími s bydlením a také jak uvedl „*být hodný a nic neprovést*“. Má prý dvě podmínky a v případě, že by spáchal nějaký další trestný čin, dostal by již nepodmíněný trest a musel by nastoupit do výkonu trestu.

K očekávání od budoucnosti uvedl, že by rád poznal nějakou ženu, se kterou by si rozuměl a se kterou by mohl žít.

Smysl života nejdříve neuvedl žádný. Na začátku rozhovoru mi však vyprávěl o 2 kómatech, které prodělal ve svých 27 letech a zážitcích, které prožil. Počítal prý s tím, že zemře, ale dvakrát mu bylo sděleno, „*že ještě musí zpátky a že tady ještě má nějaký úkol*“. Neví jaký, ale to považuje za smysl svého života, „*zjistit, proč se musel vrátit zpátky*“.

Na závěr jsem mu poděkovala za rozhovor a rozloučila se. Také jsem mu popřála, aby se mu splnila jeho přání.

Další rozhovor se mi podařilo uskutečnit dne 18.7.2011. S tímto klientem jsem se setkala již 15.7.2011 v K-centru. Byl ochoten se mnou rozhovor udělat, ale bohužel měl v ten den něco domluveného. Dohodli jsme se tedy, že se sejdeme v K-centru dne 18.7.2011 po 12. hodině.

**Klient G**, věk 40 let, muž, rozhovor proveden dne 18.7.2011.

Klient pochází z úplné rodiny, rodiče se rozvedli, když mu bylo 13 let, ale žili spolu dál, než děti dospěly. V současné době již rodiče spolu nebydlí, matka žije s novým přítelem, otec žije sám. Má dvě starší sestry. Je svobodný, ale uvedl, že má dvě děti.

Vystudoval střední průmyslovou školu, poté, co zanechal studia na jiné střední škole. Má střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Po absolvování studia pracoval v dole jako mechanik. V současné době nepracuje. Čeká na soud, který by ho měl odškodnit za pracovní úraz. Poté se chce vrátit do Velké Británie. Uvádí, že má občanství EU, žije střídavě rok v České republice a rok ve Velké Británii. Zde pracuje jako strojník.

Ke svému zdravotnímu stavu uvádí, že je v současné době dobrý, také v dětství a v dospívání netrpěl žádnými vážnými zdravotními problémy. Před 4 lety spadl z lešení z 10 metrové výšky a má trvalé zdravotní následky. Měl rozdrčená kolena, která má zpevněna

platinovými destičkami.

Rodiče byli podle slov klienta starostliví, hlavní hodnotou pro ně bylo budování domu pro rodinu, zabezpečení rodiny. I přes to se o děti dobře starali, v první řadě byly děti. Atmosféra doma byla dobrá, žádné problémy s rodiči, konflikty neuvádí. V případě potřeby se mohl svěřit matce. Otec pracuje jako strojívedoucí, má střední vzdělání s maturitou, matka je vyučená a pracuje jako dělnice. S rodiči se stýká.

V době dětství a dospívání se věnoval hlavně sportu, hrál fotbal, házenou, dělal box a atletiku. Dokonce prý boxoval českou ligu.

Jako významnou osobnost uvedl svého trenéra boxu, který byl prý několikanásobným mistrem republiky v boxu.

Za zlomovou událost svého života považuje pracovní úraz, který se mu stal ve 36 letech a který má velký vliv na jeho současný zdravotní stav.

Na dotaz ztrát, které ho v životě ovlivnily, uvedl, že ztráty jsou součástí každého života, a člověk se s nimi musí umět vyrovnat.

V současné době ho tíží finanční problémy a s tím také souvisí jeho očekávání od budoucnosti – mít lehký průběh života. Ke smyslu života vyslovil přání vyřešit své finanční problémy a mít spokojenější život.

Poděkovala jsem za čas, který mi věnoval, a popřála mu, aby se mu jeho přání vyplnila.

**Klient H**, věk 22 let, muž, rozhovor proveden dne 27.7.2011.

Další rozhovor jsem uskutečnila ve středu dne 27.7.2011, asi po dvou marných pokusech, kdy se mi nepodařilo získat žádného klienta k rozhovoru pro mou práci.

Klient H velmi ochotně s rozhovorem souhlasil a byl při kladení otázek velmi vstřícný. Pochází z úplné rodiny, má o pět let starší sestru a také psa, jak uvedl. Je svobodný a bezdětný a děti zatím nechce.

Je vyučen, pracoval jako dělník ve strojírenském podniku, poslední měsíc je registrován na úřadu práce. V současné době se cítí zdravý a ani v minulosti netrpěl závažnými zdravotními problémy.

Rodiče charakterizoval jako starostlivé, pracovité, vztah mezi nimi jako dobrý. Mezi jejich hodnoty zařadil rodinu, přátele, sport – běžky, cykloturistiku, volejbal.

Atmosféra doma byla příjemná, rodiče měli zájem, aby vše fungovalo, aby klienta vychovali k samostatnosti, aby měl práci, uměl se o sebe postarat, a aby žil podle pravidel společnosti. V případě problémů a konfliktů řešili rodiče situaci domluvou a měli zájem, aby vše fungovalo.

V případě problémů se spíše svěřoval matce, sestra zase otci, ale pokud potřeboval pomoc, mohl se obrátit na matku i otce, oba mu vždy pomohli. Dětem se hodně věnovali.

Žili v rodinném domě, oba rodiče pracují, otec je vyučen a pracuje jako živnostník ve stavebnictví. Matka má střední vzdělání s maturitou a pracuje jako sociální pracovníce.

Mezi zájmy a koníčky uvedl auta, motorku, kolo, fotbal, v dětství se věnoval orientačnímu běhu. Rád poslouchá hudbu a účastní se různých akcí s přáteli.

Jako významné osoby uvedl dva kamarády a babičku.

Za zlomovou událost ve svém životě považuje zabavení řidičáku a odsouzení k odpracování 300 hodin veřejně prospěšných prací. Tato událost, jak uvádí, mu změnila život.

K řešení různých ztrát a životních situací uvedl, že je řeší podle situace. Opět zmínil zabavení řidičáku a nutnost řešení činu s policií a pozdější odsouzení, což jak uvedl, „*ho velmi naštvalo*“.

Svůj vztah s rodiči v současnosti označil za ucházející.

V současné době řeší problém se zabaveným řidičákem, zatím si ještě nepožádal o jeho vrácení. Také chce absolvovat lodní kurz a jezdit na zaoceánských trajektech a cestovat po světě.

Ke smyslu života uvedl, že by si chtěl splnit svoje sny a od budoucnosti očekává splnění alespoň některého ze svých snů a lepší život.

Na závěr jsem poděkovala za čas a ochotu absolvovat se mnou rozhovor. Popřála jsem mu k narozeninám, protože mi prozradil, že v sobotu mu bude 22 let, a také jsem mu popřála, aby se mu jeho sny vyplnily.

**Klient I**, věk 24 let, muž, rozhovor proveden dne 29.7.2011.

Dne 29.7.2011 jsem opět navštívila pracoviště K-centrum pro drogově závislé, abych požádala některého z klientů o rozhovor pro mou práci. V centru tento den bylo více klientů a o rozhovor projevíli zájem dva klienti.

Klient I pochází z rodiny, kde se rodiče v jeho 12 letech rozvedli. Matka se s ním a s mladším bratrem odstěhovala z rodinného domu na vesnici do bytu ve městě. Matka i otec zůstali po rozvodu sami. Jako důvod jejich rozvodu uvedl alkoholismus otce. Klient je svobodný a bezdětný, v současné době bydlí „*na ulici*“.

Klient je vyučen kuchařem – číšníkem, toto zaměstnání však doposud nevykonával, protože nemá praxi a nikde ho nechtěli zaměstnat. Proto dříve pracoval jako skladník, stavební dělník, v současné době nepracuje.

Ke zdravotnímu stavu uvádí, že se cítí zdravý, nikdy netrpěl žádnými zdravotními



problémy, pouze asi ve 3 letech prodělal operaci kýly.

O rodinu se spíše starala matka, protože otec pracoval v cizině. Dalším problémem, který uvedl, bylo pití alkoholu otce, což mělo za následek rozvod rodičů.

K hodnotám rodičů uvedl u matky rodina, děti, otec se sice o rodinu staral spíše materiálně, vydělával dostatečné množství peněz, ale starost o děti a rodinu byla na bedrech matky. Otec také v době, kdy nebyli rozvedeni, jezdil se synem na zápasy fotbalu, tréninky, protože klient hrál závodně fotbal. Ale k hodnotám otce přiřadil alkohol.

V případě nutnosti řešení problémů v rodině uvedl, že rodiče se o děti starali, měli zájem, aby byli připraveni pro život, aby vystudovali školu, měli zaměstnání. Problémy v rodině řešili rodiče domluvou, zákazem oblíbených činností, nebo domácím vězením.

V případě emocionálních problémů se spíše svěřoval mámě, protože otec nebýval doma. Dnes se spíše svěřuje otci.

Do rozvodu bydleli s rodiči v rodinném domě na vesnici, od rozvodu bydleli s matkou a s bratrem v bytě ve městě.

Matka je vyučená kuchařka, nyní pracuje jako sanitářka. Otec je absolvent gymnázia, pracuje jako montér pro dřevostavby – montáže domů.

V době dětství a dospívání se věnoval sportu, hrál fotbal, stolní tenis, závodně hrál floorbal.

Žádnou významnou osobu neuvedl.

Za zlomovou událost ve svém životě považuje rozvod rodičů, který zřejmě pro něj proběhl velmi dramaticky. Po návratu z tábora se nevrátil domů, ale rovnou do nového bytu s matkou. Teprve tehdy jemu a bratrovi rodiče oznámili, že se rozvedli. Těžce nesl ztrátu domova, otce, kamarádů, změnu prostředí – z vesnice, kde všechny znal, do města.

Tuto situaci uvedl také k otázce ztrát, které ho velmi zasáhly.

V současné době se s mámou téměř nestýká, je na něj „naštvaná“, s otcem se vídá občas, s bratrem se stýká.

V současné době řeší problémy finanční, nemá práci, nemá kde bydlet. Chtěl by odjet do ciziny, vydělat si tam nějaké peníze a vyřešit tak dluhy, které má, a tím i další problémy, se kterými se potýká.

K očekávání od budoucnosti uvedl, že by si přál, aby se žilo lépe, aby měl každý práci, projevil názor, že tato doba je velmi špatná, když lidé nemohou najít práci, nemají peníze, musí řešit existenční problémy.

Na otázku smyslu života projevil přání postavit dům, zasadit strom, mít manželku a jedno až dvě děti. Do 25 let si chce užívat a pak do 35 let by se chtěl zabezpečit, založit si

rodinu, rád by měl hudební klub a pracoval tam jako DJ.

Na závěr jsem poděkovala za ochotu a vstřícnost a popřála hodně štěstí v životě.

**Klient J**, věk 27 let, muž, rozhovor proveden dne 29.7.2011.

Poslední rozhovor mého výzkumu jsem uskutečnila s dalším klientem K-centra ve stejný den, jako s klientem I. I přesto, že jsem měla radost, že se mi podařilo uskutečnit dva poslední rozhovory a splnit plán, který jsem si pro tuto fázi výzkumu dala, byla jsem po skončení těchto dvou rozhovorů smutná z osudů, které jsem vyslechla. Jako před každým rozhovorem, upozornila jsem i tohoto klienta, že pokud mu některé otázky nebudou příjemné, nemusí na ně odpovídat. Tento klient stejně jako klient D této možnosti využil. Po zjištění některých údajů a také vyhodnocení neverbálních projevů v průběhu rozhovoru plně chápu, že se mu na některé otázky nechtělo odpovídat.

Klient žil do 6 let s oběma rodiči, poté se rodiče rozvedli, dále žil s matkou a s bratrem, který je o 9 let starší. Je svobodný, bezdětný.

Vzdělání dosáhl jen základní, dříve pracoval jako dělník, v současné době nepracuje, je na „sociálce“. K bydlení uvedl, že nemá kde bydlet.

Ke svému zdravotnímu stavu uvedl, že se cítí zdravý.

K osobám rodičů uvedl, že oba hodně pili alkohol, do rozvodu se o děti starali oba, po rozvodu jen matka, otec platil výživné, občas si je s bratrem bral na víkendy.

Problémy matka řešila domluvou, klient „*ji vyslechl, ale udělal si vše po svém*“, matka byla „*slabá*“, protože na ně byla sama. Pokud měl nějaké problémy, mohl se svěřit matce, snažila se mu pomáhat.

V době před rozvodem bydleli s otcem v rodinném domě, po rozvodu s matkou a bratrem bydleli v bytě v panelovém domě, později v domě s více byty. Otec pracuje jako mistr, jaké má vzdělání nevěděl. Matka byla vyučená švadlena, pracovala jako dělnice.

V době dospívání a dětství hrál fotbal a zajímal se o akvaristiku.

K jiné významné osobě uvedl svou babičku a vztah k ní nazval jako dobrý.

Na otázku zlomové události řekl, že o tomto tématu nechce mluvit. Ke ztrátám uvedl smrt matky a k řešení této situace prohlásil, že ji nijak neřešil.

Ke vztahu k rodičům uvedl, že s otcem má vztah dobrý, občas se s ním stýká.

Jako problém současnosti uvedl nedostatek peněz a to, že nemá kde bydlet.

Na otázku smyslu života mi sdělil, že o tom nechce mluvit. Od budoucnosti očekává to nejlepší.

I přes to, že tento klient souhlasil s rozhovorem, cítila jsem velice intenzivně, že pro něj jsou tato témata velmi stresující a zřejmě i bolestivá, i když se snažil působit, že jsou

mu lhostejná. V době, kdy jsem žádala o rozhovor, prohlásil provokativně, že o rodině klidně, protože žádnou nemá. Po skončení rozhovoru jsem mu poděkovala za ochotu a popřála mu hodně štěstí. Rychle odešel a já jsem neměla vůbec dobrý pocit z toho, že jsem možná otevřela některé rány, na které by rád zapomněl.

## 2.4.2 Analýza dat

Příběhy klientů, do nichž jsem se snažila proniknout prostřednictvím uskutečněných rozhovorů, jsou každý jiný a velmi individuální. Bylo by tedy obtížné zobecnit tyto příběhy a vyvodit z nich nějaké všeobecně platné závěry. Přesto jsem se pokusila pomocí otevřeného kódování a porovnáním osobních příběhů jednotlivých klientů zjistit nějaké společné znaky a alespoň pro tyto příběhy nalézt možné příčiny stavu, ve kterém se v současné době klienti K-centra nachází.

V předchozí části jsem se pokusila nalézt odpověď na výzkumnou otázku č. 1 - Jak klienti popisují rodinné prostředí, rodičovské přístupy a strategie chování v době dětství a dospívání v nukleární rodině?

Pro další fázi výzkumu jsem zvolila metodu **analýzy dat vícečetných případových studií pomocí otevřeného kódování - tabulkami**. Ty mi posloužily k zobrazení velkého množství dosud získaných dat, názorné organizaci a kompresi informací, neboť získaná kvalitativní data jsou velmi objemná a postrádají strukturu, potřebnou k dalšímu vyhodnocení a zpracování. Vytvořila jsem tabulku č. 1, do níž jsem ke každému klientovi zapsala ilustrativní výňatky z provedených rozhovorů, vztahující se k jednotlivým otázkám ze záznamového archu. Otázky jsem použila do tabulky jako kategorie pro **kategoriální systém** pro zpracování získaných dat z rozhovorů s jednotlivými klienty. **Kategorie** mi posloužily k **rozřídění a systematické klasifikaci nashromážděných dat**, k **porovnání různých částí dat**, k **identifikaci rozdílů či podobností**, s cílem **nalézt vztah** uvnitř jednotlivých případů nebo mezi případy mého výzkumu.

**Analýzu dat** jsem provedla prostřednictvím tabulky č. 1, kterou uvádím v Příloze č.2.

Mým cílem této fáze výzkumu bylo nalézt případné podobnosti v datech klientů ve sledovaných kategoriích. Pomocí analýzy dat v tabulce č.1 jsem zjistila, že účastníky výzkumu mohou **rozdělit do dvou skupin**, které vykazují následující společné znaky.

První skupina klientů pochází z neúplné rodiny, pečující osobou je zde matka, i když ji většina klientů uvádí jako starostlivou, životní úroveň rodiny byla ovlivněna zhoršenou finanční situací matky jako samoživitelky po rozvodu. V současné době se s ní většinou stýkají jen sporadicky, vztahy mezi nimi nejsou dobré. Jeden klient z této skupiny pochází

z pěstounské rodiny, vlastní rodina o něj nemá zájem a pěstouni jej v 18 letech „vyhodili na ulici“. **Tuto skupinu jsem nazvala Skupina I.** a zařadila do ní klienty B,C,D,I,J.

Druhá skupina klientů pochází buď z úplné rodiny – 2 klienti, 2 další klienti vyrůstali v rodině rekonstituované, jeden klient vyrůstal sice v rodině, kde se rodiče rozvedli, ale zůstali žít ve společné domácnosti do doby, než děti dospěly. Všichni uvádí rodiče jako starostlivé, životní úroveň také jako dobrou, rodiče většinou oba pracovali. S rodiči se občas stýkají. **Tuto skupinu jsem nazvala Skupina II.** a zařadila do ní klienty A,E,F,G,H.

Klienty jsem rozdělila do dvou podskupin, u kterých se vyskytovaly podobné znaky podle následujících kritérií:

### **1. Rodinné prostředí – typ rodinného soužití, pečující osoby**

Skupina I - klienti B,C,D,I,J – tito klienti pochází z neúplných rodin, pečující osobou je ve všech případech matka, pouze v případě D se jedná o klienta z pěstounské rodiny.

Skupina II – klienti A,E,F,G,H – klienti E,H pochází z úplných rodin, další klienti A, F,G sice pochází z rozvedené rodiny, ale v případě klientů A a F se pečující osoba znovu vdala, oženila, a klienti žili v úplné rodině, u klienta G se sice rodiče rozvedli, ale do dospělosti dětí žili ve společné domácnosti a o děti pečovali.

### **2. Osobnosti rodičů – jejich hodnoty**

Skupina I - klienti B,C,D,I,J – u klientů B,C,I,J se objevuje jako hodnota otce alkohol, u klienta J dokonce u obou rodičů, klient D nezná vlastní rodiče, u matky se jako hlavní hodnota objevují ve většině případů děti, zabezpečení rodiny.

Skupina II – klienti A,E,F,G,H – u těchto rodičů se objevují hodnoty jako rodina, děti, zabezpečení rodiny, zaměstnání. Pouze u klienta F také hodnota vlastního otce opět alkohol.

### **3. Chování rodičů vůči dětem – rodičovské přístupy**

Skupina I - klienti B,C,D,I,J– u této skupiny klientů se objevuje vždy starostlivá matka, u klientů B,C,I,J otec, který se o rodinu nestaral, u klienta D pěstouni sice starostliví, ale vlastní rodiče neprojevili zájem.

Skupina II – klienti A,E,F,G,H – všichni tito klienti označili chování svých rodičů nebo nevlastních rodičů jako starostlivé.

### **4. Způsob komunikace v rodině – emocionální zázemí**

Skupina I - klienti B,C,D,I,J – možnost se svěřit všichni klienti kromě klienta D měli

pouze matce, otci se nesvěřovali, klient D se svěřovat „*nemohl*“, snahu pomoci uvádí klienti pouze u matky.

Skupina II – klienti A,E,F,G,H – tito klienti uvádí oba rodiče, nebo nevlastní rodiče, oběma bylo možné se svěřit, i snahu rodičů pomoci při řešení problémů.

Po rozdělení klientů do dvou podskupin jsem stanovila nová kritéria – **11 skupin kategorií** a vytvořila tabulku č. 2 s následujícími kategoriemi:

- typ rodinného soužití, pečující osoby,
- vzdělání rodičů,
- materiální zázemí,
- atmosféra v rodině, řešení problémů, konfliktů ,
- hodnoty rodičů,
- materiální zajištění rodiny,
- vztah s rodiči v současnosti,
- vzdělání klienta,
- zlomové události, ztráty,
- problémy v současnosti,
- směřování klienta, smysl života.

Do tabulky č. 2 jsem pomocí **sumarizace a syntézy dat** vepsala již obecnější data z rozhovorů jednotlivých účastníků výzkumu, rozdělených do dvou podskupin. Snažila jsem se zahrnout do tabulky dostatek dat tak, abych se při vyhodnocení dat nemusela neustále vracet k původnímu textu a aby rozsah dat nebyl příliš velký a aby tabulka byla přehledná.

V dalším kroku jsem chtěla **systematickým prohledáváním dat** nalézt pravidelnosti a klasifikovat jednotlivé části a nalézt tak možné souvislosti mezi jednotlivými příběhy klientů a mezi oběma podskupinami.

**Analýzu takto kompilovaných dat** jsem provedla prostřednictvím tabulky č.2, kterou uvádím v příloze č. 3.

### 2.4.3 Vyhodnocení dat

Miles a Huberman rozlišují dva přístupy k analýze dat případové studie – analýzu orientovanou na proměnné a analýzu orientovanou na případ. V mém případě jsem použila **analýzu orientovanou na případ**, která „*uvažuje případ jako celistvou entitu a hledá konfigurace, asociace, příčiny a následky uvnitř případu, případně provádí komparaci mezi několika málo případy. Je orientovaná na proces*“ (in Hendl, 2007, s. 226-227). Tito autoři také rozlišují kvalitativní analýzu danou sekvencí a analýzu určenou předem

navrženou kostrou zprávy o případu, **analýzu určenou předem navrženou kostrou zprávy** jsem si zvolila pro svůj výzkum (Hendl, 2007).

Na základě předem stanovených výzkumných otázek jsem provedla **sběr dat i následnou analýzu**. Ta se opírala o teoretická tvrzení, která již od začátku usměrňovala celou studii. Tímto způsobem jsem chtěla **porovnat empiricky získaná data s určeným paradigmatickým mé práce**. Zda výsledná konfigurace souhlasí s tvrzením vzorové konfigurace – paradigmatickým interpretativním – vliv rodinného prostředí na vznik sociální deviace – drogovou závislost (Hendl, 2007). Zároveň jsem se pokusila **nalézt odpověď na výzkumnou otázku č. 2 – Jaké závěry lze vyvodit ze zjištěných informací z provedených šetření pomocí komparace jednotlivých případů?**

Pro **vyhodnocení a interpretaci dat** jsem zvolila **metodu fenomenologické interpretace**. Ta usiluje o zachycení základních významů lidské zkušenosti. K **získání dat** jsem zvolila **metodu polostrukturovaného kvalitativního rozhovoru a pozorování**. Mým cílem bylo využít také **metody aktivního naslouchání a pozorování k vytvoření empatického spojení** s každým účastníkem výzkumu. Pomocí **rozhovoru** jsem se snažila získat informace k tématu práce tak, abych mohla na závěr prostřednictvím **reflektující analýzy a interpretace dat popsat a vyložit zkušenosti jedince**. **Postup fenomenologické interpretace** je následující:

1. provedení hloubkových rozhovorů se zvolenými jedinci se zaměřením na určité zkušenosti a prožitky,
2. zkoumání invariantní struktury zkušenosti jedince,
3. hledání společných rysů u několika jedinců,
4. po analýze dat sestavení zprávy, která obsahuje bohatý popis prožívaných zkušeností, které mají umožnit prožití popisované situace.

Účelem takového výzkumu je porozumět určitým fenoménům, aby bylo možné na ně lépe reagovat a přijmout určitá opatření (Hendl, 2007).

Následující část obsahuje shrnutí zjištěných údajů z tabulky č. 2. V ní jsem se pokusila prostřednictvím **analýzy, syntézy vyššího řádu a dedukce** o vlastní **vyhodnocení a interpretaci dat pomocí fenomenologické interpretace** a o **porovnání těchto výsledků** s dosud zjištěnými poznatky z odborné literatury a odhalit případné pravidelnosti a vztahy mezi jednotlivými případy. Přehled použitých postupů při vyhodnocení výzkumu uvádím v tabulce č. 3 v příloze č. 4.

#### **Typ rodinného soužití, pečující osoby**

Zjištění, že 7 z 10 oslovených klientů pochází z rozvedené rodiny a jeden z náhradní

rodinné péče, mne příliš nepřekvapilo. Zjištěná data uvádím v příloze č. 5 formou grafu typu rodinného soužití. Pro další fázi výzkumu jsem oslovené klienty rozdělila do dvou skupin, v první skupině čtyři klienti žili po rozvodu rodičů jen s matkou, jeden klient vyrůstal v dětském domově a od 7 let v pěstounské péči. Druhou skupinu tvoří klienti, z nichž dva pochází z rodiny úplné, dva z rekonstituované, a jeden z rodiny, kde se rodiče rozvedli, když klientovi bylo 13 let, ale zůstali žít ve společné domácnosti do doby, než děti dospěly. Tedy relativně vyrůstali v úplné rodině.

V současné době dochází v České republice v průměru u 49% manželství k rozpadu a následnému rozvodu (Český statistický úřad [on –line] 2010). Prostřednictvím výzkumu jsem zjistila, že rozvodovost u rodičů klientů, kteří se zúčastnili výzkumu, činí 70%, připočítáme-li k tomuto průměru klienta z náhradní rodinné péče, činí počet klientů 80%, kteří pochází z neplné rodiny nebo náhradní rodinné péče.

Podle Langmeiera a Matějčka *„klinická zkušenost nenechává nikoho na pochybách o tom, že mnohé děti vyrůstají v tak špatných rodinných podmínkách, že jsou ohroženy nejen ve své výchově, ale přímo na životech“* (Langmeier, Matějček, 1974, s. 137). Také poukazují na skutečnost, že v prostředí rodiny může dojít k podmínkám, které se neliší od ústavních podmínek, např. ve velmi početné rodině bez otce, kde je matka zaměstnána mimo rodinu a je přetížena a vyčerpaná, takže může docházet k podmínkám podle Bowlbyho koncepce mateřské deprivace (Langmeier, Matějček, 1974).

Například Goldfarb soudí, *„že dítě v ústavu je ohrožováno více deprivací, méně emočními konflikty, zatímco u dítěte ve špatné rodině je tomu naopak“* (in Langmeier, Matějček, 1974, s. 137 – 138). Naproti tomu jiní autoři z kongresu dětské psychiatrie v Torontu z roku 1955 podotýkají, že pouhá fyzická přítomnost matky nic neznamená, je-li ponecháno samo sobě, takže dítě žije v izolaci. Lewisová, Bollea, Harlow aj. rozšiřují pojem deprivace i na rodinné situace a soudí, že některé z nich mohou být pro vývoj dítěte zhoubnější, než trvalá ústavní výchova (in Langmeier, Matějček, 1974).

Podle Langmeiera a Matějčka existují dvě základní situace, za nichž může dojít k neuspokojení základních psychických potřeb dítěte v rámci rodiny, tedy k deprivaci. Za prvé jsou to okolnosti, kdy z vnějších příčin existuje v rodině prostý nedostatek sociálně emočních podnětů, potřebných pro zdravý vývoj dítěte – neúplná rodina (chybí otec nebo matka), nepřítomnost rodičů většinu dne doma, nízký socioekonomický stav rodiny, kdy se dítěti nedostává vývojové stimulace. V druhém případě podněty v rodině sice objektivně existují, ale jsou pro dítě nepřístupné z důvodu vnitřní psychické bariéry pečující osoby. Ta brání uspokojování potřeb dítěte, i když zdroj uspokojení je na dosah ruky – tzv.

subdeprivace (Langmeier, Matějček, 1974).

Rodina má zásadní význam pro duševní vývoj dítěte, přirozeným způsobem v ní plní každý jednotlivý člen rodiny jistou roli a naplňuje základní potřeby dítěte. Chybí-li v rodině některý z těchto základních členů, dochází snadno k ohrožení dítěte deprivací, protože roli, kterou měl tento člen plnit vůči dítěti a celé rodině, nelze vždy zastoupit.

Význam rozpadu rodin pro vznik deprivčních poruch podle Langmeiera a Matějčka dokazují statistiky z různých retrospektivních studií u dětí vyšetřovaných a léčených pro různé psychiatrické poruchy vykazují zvýšené procento neúplných rodin u těchto psychiatrických pacientů (Langmeier, Matějček, 1974).

Také Destunis zdůraznil vliv neúplné rodiny na vznik poruch chování, které vyplývají z nedokonalé vazby dítěte k rodičům a sociálnímu světu (in Langmeier, Matějček, 1974).

Výskyt tzv. „*parentální deprivace*“ způsobené nepřítomností otce je mnohem častější, než deprivace způsobená nepřítomností matky. Ta přináší zvýšenou psychickou zátěž pro matku samoživitelku. Záleží na osobnosti matky, jak tuto situaci bude zvládat (Langmeier, Matějček, 1974).

V rámci výzkumu jsem zjistila, že 4 z 10 účastníků výzkumu žili po rozvodu rodičů pouze s matkou, jeden vyrůstal do 7 let v dětském domově a od 7 let u pěstounů, jeden účastník žil v rodině rekonstituované s vlastní matkou a nevlastním otcem, jeden také v rekonstituované rodině s vlastním otcem a nevlastní matkou, jeden účastník vyrůstal v rodině, kde se rodiče rozvedli v jeho 13 letech, ale žili spolu do doby, než děti dospěly. Pouze 2 účastníci výzkumu vyrůstali v úplné rodině.

*„Dítě vyrůstající bez otce postrádá důležitý vzor mužskosti, který je zvláště pro starší chlapce důležitý k regulaci jejich chování. Trpí zpravidla nedostatkem autority, kázně a pořádku, který otec za normálních podmínek ztělesňuje. Dítě, kterému chybí hlavně otcovská autorita, bývá často neukázněné, nesociální, agresivní vůči dospělým i dětem (Michaux, 1958)“* (in Langmeier, Matějček, 1974, s. 143).

Vedle fyzické nepřítomnosti může být významným činitelem pro vývoj dítěte směrem k asocialitě nepatřičná role otce. Je-li místo otce v rodině zastoupeno dědečkem nebo nevlastním otcem, bývají deprivční vlivy ztlumeny, avšak vzniká úrodnější půda ke vzniku různých konfliktů. V tomto případě jsou časté neurotické poruchy u dětí, vyrůstajících v takovýchto rodinách (Langmeier, Matějček, 1974).

Pět z deseti účastníků výzkumu uvedlo, že otec nadměrně požíval alkohol, dokonce i jedna matka. Tento důvod uvádí všichni jako důvod rozvodu rodičů. To se také projevilo



na negativním hodnocení vztahu k rodiči. Jeden účastník výzkumu, jak jsem již uvedla, pochází z pěstounské rodiny, předtím do 7 let žil v dětském domově. Rodiče jednou navštívil a zjistil, že o něj nemají zájem, pěstouni jej jak řekl „v 18 letech vykopli na ulici“. Tento klient uvedl, že trpí psychickými problémy. Psychické problémy zmínila většina klientů, i když v těchto případech mohou být také důsledkem užívání drog.

Ztráta mužského nebo dokonce mateřského vzoru, ale také zastoupení této role nevlastními rodiči může vést podle výše zmíněných zjištění k poruchám chování, neurotickým problémům, deprivaci, asocialitě. Z posouzení kvality rodinného prostředí zúčastněných klientů lze vyvodit, že podmínky pro vznik problematického chování zde byly dány u 80% oslovených klientů, což by podporovalo předpoklad mé diplomové práce – vliv rodinného prostředí na vznik sociální deviace – drogové závislosti.

Je však také třeba zdůraznit, že deprivace nemusí být vždy nutnou podmínkou ke vzniku poruch chování či deviací. Kdyby tomu tak bylo, byl by dnes zřejmě téměř každý člověk, který byl deprivován rozvodem rodičů, „deviantem“. Záleží však také na osobnosti člověka, jak se dokáže s problémovými situacemi vyrovnat a jaké další vlivy jej v průběhu dětství a dospívání zásadně ovlivnily.

*„Rozsáhlé longitudinální studie A.Thomase, S.Cheesové a H.Birche(1970) dokazují, že určité temperamentové charakteristiky přetrvávají v podstatě do pozdějšího věku, i když se v každém období projevují trochu jinými způsoby a v jiných formách. Tyto konstituční rozdíly určují také, zda dítě bude snadno či obtížně vychovatelné“* (in Langmeier, Matějček, 1974, s. 215). Z toho lze vyvodit, že psychická deprivace není vždy nutnou podmínkou ke vzniku deviantního chování. Do hry vstupují další faktory - osobnost člověka, jeho temperament, schopnost přizpůsobit se podmínkám, zvládat krizové situace, překonávat překážky, dědičnost.

*„Pátrání po psychické deprivaci je nutné zvláště v případech delikvence starších dětí a mladistvých. Děti s drobnými a opakovanými krádežemi, toulkami a záškoláctvím, děti lhavé, zlomyslné, agresivní jsou nezřídka dětmi, které afektivně strádaly po dlouhou dobu svého vývoje. Nedostatek skutečné sympatie k lidem, neschopnost navázat těsný kontakt, afektivní plochost a celková sociální nepřizpůsobenost i zde posilují diagnózu deprivací poruchy. Na rozdíl od delikventů jiného typu jsou většinou samotářští, neznají solidaritu tlup, jsou svárliví, nedrží sliby, svádějí vinu na druhé, bývají někdy zdánlivě zcela bez lítosti a hanby“* (Langmeier, Matějček, 1974, s. 312).

Na základě výše uvedených závěrů Langmeiera a Matějčka v knize „Psychická deprivace v dětství“ je možné uvažovat o psychické deprivaci většiny klientů, kteří se

zúčastnili výzkumu. Nejen, že pochází z neúplných rodin, rodin rekonstituovaných a z náhradní rodinné péče (80%). Ale také na základě jejich projevů, které jsem měla možnost pozorovat v průběhu výzkumu a podle informací pracovníků K-centra, které se nápadně shodují s citací z Langmeiera a Matějčka z předchozího odstavce.

Zřejmě také na vznik závislostního chování kromě již zmíněné deprivace mohly mít vliv i další faktory - osobnosti klientů, situace, kterým byly v průběhu dětství a dospívání vystaveni. Z rozhovorů a pozorování jsem měla možnost zjistit, že většina z oslovených klientů svým vystupováním vyjadřovala pocit ukřivdění, neschopnost a „nevůli“ řešit svou velmi kritickou situaci. Což by naznačovalo, že jde vesměs o osoby, které se těžko potýkají s problémy, jejich řešením, a únik k závislosti berou jako řešení, které je pro ně v jejich situaci „jednodušší“, nemusí se problému postavit čelem a řešit jej teď a tady. Všichni na toto téma vyjadřovali názor, že by rádi závislost řešili, ale až někdy v budoucnosti.

Zbývající dva klienti, kteří pochází z úplné rodiny, uvádí také v rozhovorech určité osobní problémy. Klient E se rozvedl po třech letech manželství. Při rozhovoru byl lítostivý a jeho největším přáním bylo najít si partnerku a nebýt sám. Řekl, že si nemůže najít partnerku, cítila jsem, že ho to velmi trápí. Také ho trápilo, že je na něj matka „naštvaná“ a že starší sestra, která je po mozkové mrtvici, je na tom velmi špatně. Nevím však, zda drogy začal brát před nebo po rozvodu.

Naproti tomu klient H uvádí, že pochází z velmi harmonické rodiny, avšak jako největší svůj problém vidí odebrání řidičského průkazu a následné odsouzení za řízení pod vlivem návykové látky. Vyjadřoval pocit ukřivdění, že byl odsouzen a že mu byl odebrán řidičský průkaz, což mu prý změnilo život. Nějakou sebereflexi v podobě pocitu viny, že vše bylo důsledkem jeho užívání drog, jsem nezaznamenala, spíše jsem měla pocit, že za vše může policie. Tento klient uvedl rodiče jako starostlivé, se zájmem děti vychovat tak, aby se o sebe uměly postarat a osamostatnily se.

### **Vzdělání rodičů a materiální zajištění rodiny**

V první skupině u čtyř klientů je matka vyučena, u dvou otců klienti neznali vzdělání, jeden otec je absolvent gymnázia, jeden otec je vyučen, jeden klient z pěstounské rodiny neznal vzdělání pěstounů ani vlastních rodičů. V této skupině pracovalo 5 rodičů v dělnické profesi, jedna matka byla invalidní, 2 rodiče pracovali v profesi středoškolské, dva rodiče uvádí jako nezaměstnané.

Ve druhé skupině tři klienti uvádí oba rodiče jako vyučené, jeden – matka vyučena, otec střední vzdělání, jeden – otec vyučen, matka střední vzdělání. Jeden klient u

nevlastního otce uvádí střední vzdělání. V této skupině pracovalo osm rodičů v dělnické profesi a dva rodiče ve středoškolské. Tato data uvádím v příloze č. 6 v grafu dosaženého vzdělání rodičů a v grafu zaměstnání rodičů.

V podstatě lze konstatovat, že vzdělání rodičů klientů z obou skupin je téměř totožné. Vliv na ekonomickou situaci rodiny měl možná spíše fakt, že v první skupině byly matky samoživitelky pouze vyučené, lze tedy předpokládat, že rodina měla nižší příjem a zřejmě i ekonomicky znevýhodněnou situaci pro klienty v době dětství a dospívání. Klient D sice vyrůstal od 7 let v pěstounské rodině, uvádí, že materiálně na tom byli dobře, ale v 18 let jej „vyhodili na ulici“. Ziskal sice nějaké naspořené prostředky od vlastního otce, ale v současné době bydlí také na ulici.

Ve druhé skupině, i když dva klienti žili v rodině rekonstituované a většina rodičů je také jen vyučena, zřejmě ekonomická situace byla příznivější, neboť se na nákladech na domácnost podíleli oba rodiče. A také ve třech rodinách měl jeden z rodičů nebo nevlastní rodič vzdělání středoškolské, a tím také zřejmě vyšší příjem, než rodič vyučený.

Fischer uvádí, že *„významným prediktorem fatálních drogových závislostí je chudoba některých společenských vrstev... ..Na sociální nerovnost a třídní rozdíly jako faktor zvyšující užívání legálních i nelegálních psychoaktivních látek upozorňuje rovněž Marmot, který poukazuje na výsledky empirické studie ...“* (in Fischer, 2009, s. 98 – 99).

Z toho lze vyvodit, že minimálně klienti z první skupiny mohli být v dětství a dospívání ohroženi vznikem závislosti z důvodu chudoby a také příslušnosti k nižší socioekonomické vrstvě. Ve druhé skupině pochází také tři klienti z rodiny, kde jsou oba rodiče vyučení, což by také mohlo být prediktorem nízkého příjmu v těchto rodinách.

### **Materiální zázemí**

V první skupině 3 klienti bydleli do rozvodu rodičů v rodinném domě, poté v bytě, jedna klientka s matkou v pronajatém bytě, klient vyrůstající v pěstounské péči bydlel v rodinném domě.

Ve druhé skupině bydleli 3 klienti v bytě a dva v rodinném domě. Z toho vyplývá, že situace s bydlením je pro obě skupiny obdobná.

Na klienty z první skupiny, kteří se přestěhovali po rozvodu do bytu, však mohla mít negativní vliv ztráta zázemí, jednoho rodiče, přátel, spojená s přestěhováním a nutností zvykat si na nové prostředí, nové lidi, kamarády. To také klient I uvedl jako zlomovou událost ve svém životě. Také klient B uvedl, že po rozvodu rodičů se s matkou přestěhovali do bytu 1+1 a z neverbálních projevů bylo znát, že mu to bylo líto.

### **Hodnoty rodičů**

V první skupině se u čtyř klientů vyskytují jako hodnoty u matky rodina a zabezpečení rodiny, což také uvádí klient z pěstounské péče k hodnotám obou pěstounů. U vlastních otců zmiňují alkohol, nezáměr o děti kromě klienta I, kde otec pracoval a rodinu materiálně zajišťoval. Také klientka C ještě uvádí u matky jako hodnotu zdraví, neboť byla zřejmě velmi nemocná, často trávila dlouhou dobu v nemocnici a je invalidní.

Ve druhé skupině se vyskytují jako hlavní hodnoty u většiny rodičů rodina, zabezpečení rodiny, dětí, také stavba rodinného domu, zaměstnání, přátelé, sport, jeden vlastní otec – alkohol.

Z toho lze usuzovat, že klienti z první skupiny sice měli kromě klienta D jednu pečující osobu – matku, která byla starostlivá, avšak absence otce pro ně byla zřejmě zatěžující.

Ve druhé skupině je zřejmé, že péče o děti byla standardní, oba rodiče se podíleli na péči o děti, rodinu, domácnost.

Za závažné považují vysoké procento klientů, kteří uvádí jako hodnotu jednoho z rodičů alkohol, klient J ji uvádí dokonce u obou rodičů. V publikaci European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction je uvedeno, že většina rodičů, kteří užívají drogy nebo alkohol se o své děti snaží pečovat, intenzivní pití a užívání drog však může vážně ovlivnit jejich schopnost pečovat a adekvátně reagovat na potřeby dítěte. Hoggan a Higgins, Bancroft a Barnard (Hogan a Higgins, 1997; Bancroft et al. , 2004, Barnard, 2005, Eurochild, 2010) uvádí v závěrech svých výzkumných zpráv, že život s rodičem, který užívá alkohol nebo drogy, může být charakterizován určitou úrovní zanedbávání, nejistoty, stresu a v extrémních případech násilím a zneužíváním (in European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [ on – line], 2010).

Tyto skutečnosti se projeví v další kategorii – v atmosféře, přístupu k výchově, ve způsobech řešení problémů obdobně u každé skupiny.

### **Atmosféra v rodině, řešení problémů, konfliktů**

Opět všichni klienti z první skupiny uvádí matku jako starostlivou. Otec se u klientů B,C a J o rodinu nestaral. U klienta D se pěstoun staral, ale jak klient uvádí, bylo to pro peníze, podle něj mu na dětech moc nezáleželo. Otec klienta I sice pracoval v cizině a rodinu materiálně zabezpečoval, ale péče o děti byla pouze na matce.

Tato situace měla zřejmě vliv na řešení problémů a konfliktů v rodině. V první skupině to byly nejdříve domluvy, tresty, zákazy oblíbených činností, domácí vězení. U klienta D byly používány dokonce fyzické tresty. Reakce klientů byly různé – respekt, úteky z domu, nerespektování matky. Klient D se snažil vyjadřovat názor, nesouhlas, ale

reakcí byly zákazy, bití. Možnost se svěřit a řešit problémy uvádí všichni klienti kromě klienta D s matkou, u otce uvádí všichni nemožnost se svěřit, nepochopení. Snahu pomoci v případě potřeby uvádí klienti opět jen u matky. Klient D uvádí, že nemohl mít svůj názor ani se pěstounům svěřit. Byl trestán za jakékoliv nedodržení pravidel.

Klienti z druhé skupiny uvádí své rodiče jako starostlivé a vztahy s nimi hodnotí jako dobré, se snahou děti vychovat tak, aby se dokázali o sebe postarat. U problémů tito klienti uvádí, že buď nebyly, nebo se řešily domluvou, aby byl v rodině klid a vše fungovalo. Přiznali také snahu rodičů jim v případě potřeby pomoci. Rovněž uvedli, že přestože se mohli svěřovat oběma rodičům, svěřovali se spíše matce.

Riesel uvádí u formujících faktorů prostředí jako jeden z nejdůležitějších faktorů rodinu. Rodina má za úkol vybavit dítě správnou orientací v oblasti hodnot, volby chování, odolnosti proti svodům. Dobrou rodinu zde přirovnává k inkubátoru psychického zdraví. Rozpad rodiny je podle Riesla těžkým stresem pro děti a mladistvé, i když to není hned znát (Riesel, 1999).

### **Vztah s rodiči v současnosti**

Klienti z první skupiny se s matkou většinou nestýkají nebo jen občas, jako důvod uvádí hádky kvůli současnému stavu. Matka klienta J již zemřela, vztah s otcem uvádí jako dobrý, občas se stýkají. Dva klienti se s otcem nestýkají, jeden se vidá s otcem občas. Klient D se s pěstouny občas setkává a vztah uvádí jako dobrý.

Ve druhé skupině většina klientů uvedla, že se alespoň s jedním rodičem občas vidá, kromě klienta A, který uvedl, že se s matkou neviděl již 5 let, ale s otcem je v kontaktu.

### **Vzdělání klienta**

V první skupině jsou 2 klienti vyučeni a tři uvádí pouze základní vzdělání, z toho dva uvedli, že nedokončili učňovskou školu.

Ve druhé skupině má jeden klient základní vzdělání – nedokončil učňovskou školu, tři jsou vyučeni a jeden je absolventem střední odborné školy s maturitou.

Je zde patrný rozdíl mezi oběma skupinami. Kromě klienta A ze druhé skupiny mají všichni klienti alespoň učňovskou školu. Zatímco v první skupině mají tři klienti pouze základní vzdělání. Mohl by to být důsledek situace, kdy klienti z první skupiny vyrůstali v době dospívání pouze s matkou. Nejen, že chyběl otec, představitel autority v rodině, ale také zřejmě přetížení matky samoživitelky mohlo mít za následek nízkou motivaci k získání vyššího vzdělání ze strany matky i klientů.

### **Zlomové události, ztráty**

V první skupině jako zlomovou událost uvedli dva klienti rozvod rodičů, ztrátu

domova, rodiče, život v neúplné rodině, dva klienti neuvedli žádnou zlomovou událost, klientka C uvedla jako zlomovou událost přechod na učňovskou školu, smrt dědečka.

Ve druhé skupině jeden klient žádnou zlomovou událost neuvedl, další uvedli pohřeb babičky – nemožnost se ho zúčastnit, vlastní rozvod a ztrátu syna, pracovní úraz se zdravotními následky, odebrání řidičského průkazu, odsouzení.

Rozdíl mezi skupinou I. a II. je zde patrný, v první skupině uvádí dva klienti jako zlomovou událost rozvod rodičů, i dva klienti, kteří důvod neuvedli, u nich byl zřejmý podtext – rodina. Klient D pochází z pěstounské rodiny, na téma vlastní rodina nechtěl hovořit, i když bylo zřejmé, že toto téma je pro něj velmi tíživé. Klient J nakonec uvedl smrt matky, i když nejdříve nechtěl odpovídat. Z kontextu jsem vyrozuměla, když řekl, že tuto situaci nijak neřešil, že pro něj přesto tato událost znamenala velký zlom v životě. Klientka C uvádí přechod na učňovskou školu a začátek změny způsobu života, který měl za následek současný stav. Její matka byla invalidní, sama nezvládala péči o děti, starali se o ně babička s dědou.

Ve druhé skupině jako zlomovou událost klienti uvádí jiné okolnosti, než rodinu. Jedná se o události, které jsou součástí života člověka, se kterými se musí občas vyrovnávat každý – rozvod, pohřeb babičky, pracovní úraz, odebrání řidičského průkazu. Pouze klient A na otázku neuvedl žádnou odpověď. Jedná se o klienta, který žil po rozvodu rodičů s otcem a jeho novou partnerkou. I tento klient na mě působil dojmem, že mu téma rodiče a rodina není velmi příjemné a je pro něj velmi citlivé.

Mezi spouštěcí faktory vzniku závislosti řadí Riesel konflikty v zaměstnání, v rodině, v partnerských vztazích. Za zvláště závažný podnět považuje ztrátu či odloučení od osoby nebo osob, které jsou pro člověka důležité nebo nepostradatelné, např. úmrtím nebo rozvodem rodičů (Riesel, 1999).

### **Problémy v současnosti**

Je nutné zmínit, že všichni klienti, kteří se zúčastnili mého výzkumu, v současné době nepracují (pokud ano, tak nelegálně) a žijí „na ulici“.

V první skupině uvedli všichni jako problém v současnosti, kromě klienta D, bydlení, finanční problémy, klient B, že nemůže být se svou přítelkyní, klientka C těhotenství a problém „vrátit se zpátky“. Klient D nechtěl žádné problémy uvést.

Ve druhé skupině uvedli tři klienti problém s bydlením, jeden uvedl finanční problémy, další vrácení řidičského průkazu a možnost vyjet do ciziny na zaoceánských trajektech. Jeden klient uvedl také drogy, další „*nic neprovést, protože je v podmínce*“, jeden projevil přání nalézt si partnerku, protože ho trápí, že je sám.

Problémy v současnosti u obou skupin klientů jsou velmi podobné. Jsou způsobeny způsobem života, kterým žijí, a to závislostí na návykových látkách. Jedná se o klienty, kteří dle Fischera již spadají do skupiny problémového užívání nebo závislosti na droze, což se projevuje pravidelným užíváním drogy, problémy se u nich projevují v soukromém, pracovním životě, zdravotní problémy se projevují v souvislosti s rizikovým způsobem aplikace drog, uživatel má již zřetelné problémy zdravotní, psychické, sociální (Fischer, 2009).

### **Směřování, smysl života**

V první skupině klient J nechtěl sdělit, zda má nějaký smysl života, ale od budoucnosti očekává to nejlepší. Klient D nemá prý žádný smysl života a od budoucnosti nemá žádné očekávání, protože se mu nikdy žádné nesplnilo, jak řekl „*nechává to osudu*“. Klient B by v budoucnosti chtěl vyřešit problémy s drogami, aby se mohl postarat o přítelkyni a jejich dvě děti a smyslem jeho života je mít dům, práci, žít s přítelkyní a dětmi. Klientka C od budoucnosti očekává, že bude mít zdravé dítě a lepšího partnera, ne drogově závislého. Smyslem jejího života je zdravé dítě, rodina, nebo bydlení s kamarádkou a její dcerou. Přála by si přestat brát drogy. Klient I od budoucnosti očekává, aby se lidem žilo lépe, aby měli všichni práci a nemuseli řešit existenční problémy. Jako smysl života uvedl postavit dům, zasadit strom, mít děti a manželku, provozovat hudební klub.

Ve druhé skupině uvedl klient A k očekávání od budoucnosti přání vyřešit problémy s bydlením a drogami. Ke smyslu života žádný neuvedl, neboť prý žije ze dne na den. Klient E si přeje od budoucnosti aby svítilo sluníčko a bylo teplo, byly lacinější cigarety. Ke smyslu života uvedl přání se znovu oženit, mít práci a kolo, které mu nedávno ukradli. Klient F si přeje v budoucnosti najít ženu, se kterou by si rozuměl. Smysl života vidí v tom, aby zjistil, proč se musel vrátit z klinické smrti a jaký úkol má ještě splnit. Klient G od budoucnosti očekává lehký průběh života a smyslem jeho života je mít spokojenější život a vyřešit finanční problémy. Klient H uvedl k očekávání od budoucnosti přání, aby se mu splnily alespoň některé jeho sny a měl lepší život. Jako smysl života uvedl přání splnit si své sny.

Srovnáním první a druhé skupiny jsem zjistila, že klienti D z pěstounské péče a klient J, který pochází z rodiny rozvedené, kde oba rodiče pili alkohol a matka již zemřela, neuvádí žádný smysl života a od života buď nic neočekávají nebo to nejlepší. Z tohoto zjištění lze vyvodit, že tito klienti nemají žádné „*směřování*“, že vlastně v budoucnost nevěří. Je to důsledek špatných zkušeností a prostředí, ve kterém vyrůstali? U zbylých tří klientů se vine základní přání pro budoucnost i ve smyslu života – rodina, děti, domov. Je

to to, co jim v dětství a dospívání chybělo, po čem toužily, co je trápilo?

Ve druhé skupině se také objevuje přání mít rodinu a partnerku u dvou klientů E,F. Jeden pochází z rodiny úplné a druhý z rekonstituované. Další dva si přejí lepší a spokojenější život. Poslední uvádí vyřešení problémů s drogami, bydlení, ale smysl života neuvádí.

#### 2.4.4 Diskuse

*„Dnešní děti jsou problémem tohoto světa, problémem této doby... ..Zpustlé a zanedbané děti dnes – to je zpustlý a zanedbaný svět zítra“ (Helus, 1987, s. 208 ).*

*„Dětství je poznamenáno vlivy rodiny. Rodinná atmosféra dítětem prostupuje, rodinné události se vtiskují do jeho zkušeností a orientují jeho základní životní postoje. Je to dáno celou řadou zvláštností raného dětského prožívání. V rodině dítě dospívá ke svým prvopočátečním životním zkušenostem; četné události prožívá bez jakéhokoli odstupu a srovnání; na vztazích s rodiči je hluboce zainteresováno, celou svou bytostí, tak říkajíc tělem i duší“ (Helus, 1987, s. 209).*

Na knihu Heluse *„Vyznat se v dětech“* jsem narazila v době realizace výzkumu. I když kniha patří k těm *„starším“*, přečetla jsem ji bez dechu a její závěry jakoby souzněly s mými názory na téma děti a rodina. I když Helus se snaží uchopit toto téma spíše filozoficky, je nesporné, že myšlenky, které v knize vyjadřuje, jsou platné a použitelné i pro porovnání s výsledky mého výzkumu, neboť vyjadřují hluboké přesvědčení o významu rodiny a její atmosféry pro zdravý vývoj dítěte.

V průběhu mého výzkumu a jeho vyhodnocení jsem zjistila, že čtyři účastníci výzkumu vyrůstali v neúplné rodině, pouze s matkou samoživitelkou. To se zřejmě odrazilo nejen na ekonomickou situaci rodiny, ale také na atmosféře v rodině, hodnotách rodiče – matky samoživitelky. Jelikož se jedná o retrospektivní pohled klientů na období dětství a dospívání a protože nejsem psycholog, mohu se pouze dohadovat, že klienti mohli být vystaveni psychické deprivaci, způsobené nepřítomností otce, jako druhé pečující osoby. Také zřejmě nepříznivá ekonomická situace dětí žijících jen s matkou samoživitelkou mohla mít za následek neuspokojení základních potřeb a také se mohla odrazit na stupni dosaženého vzdělání klientů. Neboť zde nejspíše nebyla motivace k získání vyššího vzdělání jak ze strany rodičů, tak dítěte, a to z různých důvodů, o kterých se mohu jenom dohadovat.

U klienta, který vyrůstal v pěstounské péči, mohu také pouze předpokládat, že mohl být vystaven psychické deprivaci, neboť do 7 let vyrůstal v dětském domově a posléze do 18 let v pěstounské péči. V této době sice materiálním nedostatkem netrpěl, ale způsob



výchovy, řešení problémů a nesouhlasu formou zákazů a dokonce fyzickými tresty, to vše muselo mít neblahý vliv na psychiku malého dítěte a dospívajícího. Z výpovědi klienta také vyplývá, že s pěstouny nenavázal blízký vztah, čili v době pobytu v dětském domově i v době, kdy bydlel v pěstounské rodině mohl strádat neuspokojením základních potřeb jistoty, bezpečí a lásky.

Tři účastníci výzkumu zařazení do druhé skupiny vyrůstali v rodině úplné (jeden z nich v rodině, kde se rodiče rozvedli, ale žili spolu do doby, než děti dospěly), dva v rodině rekonstituované. Tato skupina vykazovala relativně podobné znaky v ekonomické situaci rodiny, v materiálním zázemí, hodnotách a chování rodičů, způsobech řešení problémů a konfliktů. Společným znakem bylo nižší vzdělání rodičů a také zaměstnání většiny rodičů v dělnické profesi, což by mohlo predikovat nižší příjem rodiny.

Fischer ve své knize „*Sociální patologie*“ v rámci teorie kulturního přenosu a další teorie strukturálního tlaku hovoří o tom, že v každé společnosti vznikají situace, na které určití lidé reagují chováním, které se odchyľuje od normy. K nim také patří tvrzení, že chudoba vede k patologii, jako třeba ke kriminalitě apod. (Fischer, 2009).

Podle teorie anomie dle Mertona stav anomie způsobuje tlak struktury společnosti na jedince, který jej nutí k nonkonformnímu jednání. Anomický stav je podle něj příčinou nárůstu kriminality i dalších deviantních jevů. Je způsoben institucionalizovanou proklamací ideálních společenských cílů, často materiálních, a podceňování způsobů a prostředků, které vedou k získání takového cíle (in Fischer, 2009).

Merton se dle Fischera shoduje s L.Srolem v tezi, že se anomický stav objevuje v rámci závažných společenských situací, za kterou bychom mohli považovat v případě ČR stav po roce 1989 a po rozdělení Československa (in Fischer, 2009).

V souvislosti s tím uvádí Riesel, že již v letech 1990 – 1991 vyslovili pracovníci RIAPSu v Praze názor, že nedojde-li k zásadní změně přístupu k prevenci negativních jevů ve společnosti, vzroste mimo jiné výskyt toxikomanie o 500%, a to vlivem změn, které u nás nastaly, a které přinesla postmoderní doba, nárůst psychosociálních problémů a sociálně negativních jevů (srov. Riesel, 1999).

Hodnocením perspektivou těchto teorií a poznatků by bylo možné říci, že „*chudobou*“, kterou pouze mohu předpokládat podle získaných údajů, mohli být ovlivněni téměř všichni účastníci výzkumu. Nejen v rodině nukleární, ale také po vstupu na trh práce. Vlivem nízkého vzdělání a vysoké míry nezaměstnanosti ve společnosti si jen těžko klienti obstarávali práci. Jeden klient dokonce uvedl, že tímto způsobem protestuje proti společnosti.

Podle Matějčka dítě vyrůstající bez otce postrádá důležitý vzor mužskosti, který je zvláště pro chlapce důležitý k regulaci jejich chování. Trpí nedostatkem autority, kázně a pořádku, což způsobuje, že takové dítě je často neukázněné, nesociální a agresivní vůči dospělým i dětem. Nepřítomnost otce způsobuje tzv. „*parentální deprivaci*“. Má to však ještě další nepřímý deprivací vliv. Musí-li matka nést veškerou ekonomickou a výchovnou starost o rodinu a je zaměstnána tak, že jí pro dítě nezůstává mnoho času, její zájem o dítě nutně ochabuje (Matějček, 1974).

Psychickou deprivaci lze podle těchto závěrů předpokládat u pěti účastníků výzkumu pocházejících z neúplné rodiny a z náhradní rodinné péče. U dvou dalších klientů pocházejících z rodiny rekonstituované a jednoho z rodiny rozvedené, i když rodiče spolu žili dál, to mohu snad také předpokládat. Dva klienti však pochází z rodiny úplné.

Podle Riesela se drogy zneužívají z různých důvodů. Některé důvody nemusí být zjevné a vědomé. Nejčastěji si lidé přejí od drogy zlepšení nálady, zbavit se úzkosti, napětí, uniknout z nepříjemných starostí a problémů do světa lhotejnosti, pohody a dobré nálady. Pomocí drogy se někteří lidé vyhýbají zodpovědnosti a dospělosti (Riesel, 1999).

Nešpor naproti tomu uvádí, že závislost může mít řadu příčin. Je skeptický k tomu, že by někdo objevil příčinu závislosti nebo zázračný lék, který závislé vyléčí. Podle něj může být příčina jedna nebo více, mezi nejčastější uvádí psychiku, vrstevnickou skupinu, rodinu, prostředí a dostupnost návykové látky (Nešpor, 2007).

Výzkumem na téma rodina a závislost na nealkoholových drogách se zabývali také ve svých diplomových pracích Jarchovská, Švaříčková, Heljek a Holasová (theses.cz [online], 2011). Jelikož se také jednalo o kvalitativní výzkumy, nelze jejich výsledky zobecňovat, avšak ve všech těchto pracích se objevuje vliv rodiny, mimo jiných vlivů, jako jedna z příčin, která mohla mít vliv na vznik závislostního chování.

Jelikož se má práce zaměřila pouze na jednu z možných příčin vzniku závislostního chování, je nemožné vyvodit jakékoliv zevšeobecňující závěry pro účastníky mého výzkumu a cílovou skupinu – závislých na nealkoholových drogách.

Za důležitý nedostatek mé práce považuji fakt, že získané informace jsou jednostranné, získané pouze od klientů, kvalita informací mohla být ovlivněna vedlejšími účinky drog, také uváděné psychické problémy mohly být důsledkem užívání drog. Dalším nedostatkem je zaměření práce pouze na vlivy rodinného prostředí na vznik sociálně patologického chování. Ostatní možné vlivy – vrozené dispozice, vliv jiných sociálních skupin, osobnostní charakteristiky a další vlivy mohly také ovlivnit vznik závislostního chování, což by mohlo být tématem dalšího výzkumu.

## Závěr

Prostřednictvím diplomové práce jsem se snažila zjistit, zda existuje nějaká souvislost mezi vznikem závislostního chování klientů K-centra v Šumperku a kvalitou primární socializace v rodinném prostředí v době jejich dětství a dospívání. Pomocí metody vícečetných případových studií klientů K-centra a jejich následným zpracováním pomocí transkripce a vyhodnocením metodami analýzy, syntézy, komparace, dedukce a fenomenologické interpretace, jsem se snažila nejprve nalézt odpověď na **výzkumné otázky**:

**1. Jak klienti popisují rodinné prostředí, rodičovské přístupy a strategie chování v době dětství a dospívání v nukleární rodině?**

**2. Jaké závěry lze vyvodit ze zjištěných informací z provedených šetření pomocí komparace jednotlivých případů?**

Prostřednictvím fenomenologické interpretace vyhodnocených dat jsem se pokusila potvrdit nebo vyvrátit **předpoklad mé diplomové práce: Kvalita rodinného prostředí ovlivnila vznik drogové závislosti u klientů kontaktního centra.**

I když jisté indicie k potvrzení předpokladu mého výzkumu po vyhodnocení dat lze identifikovat, nelze výsledky spolehlivě zobecnit na všechny osoby závislé na nealkoholových drogách. Neboť výzkumu se zúčastnilo pouze deset klientů K-centra.

Vysoké procento účastníků výzkumu (80%) pocházelo z neúplných rodin, rekonstituované rodiny nebo náhradní rodinné péče, viz příloha č. 5, což může ukazovat na možný vliv rodinného prostředí na vznik deprivace a možných poruch osobnosti u většiny klientů.

Rodina je dle mého názoru pro psychický a emocionální vývoj dítěte nezastupitelná. Tím, že rodina neplní některou ze svých základních funkcí, může způsobit vážné narušení psychosociálního vývoje dítěte. V případě, že dítě v těchto oblastech strádá, může dojít u dítěte k psychické deprivaci a vzniku poruch osobnosti. Rodina se proto může stát jednou z příčin poruch chování a vzniku patologie a ovlivnit také vznik závislostního chování. Reakcí na vzniklá traumata může být snaha o únik a řešení situace prostřednictvím užívání drog.

Koukolík vymezuje pojem „*deprivanti*“ následovně. Jedná se o jedince, kteří z biologických, sociokulturních nebo psychologických důvodů nedosáhli lidské normality nebo o ni přišli. Postižení je výraznější v citové a hodnotové oblasti než v intelektuální.

Mezi vlivy řadí také např. důraz na hmotné stránky života, jejichž úroveň je pro většinu lidí nedostupná, nebo vliv televize na vztahy v rodinách a také poškození normality poruchou vazby k matce v raném dětství. Základním znakem „*deprivantů*“ je mimo jiné dle něj nízká úroveň sebezaměření, která je společným jmenovatelem všech druhů poruch osobnosti (Koukolík, 1996).

Podle Nešpora, dlouholetého odborníka na léčbu závislostí, patří mezi rizikové faktory na úrovni rodiny mimo jiné výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby, špatně fungující rodina nebo výchova pouze jedním rodičem, časté stěhování rodiny, když dítě žije bez rodiny nebo bez domova, velmi těžké hmotné podmínky rodiny, nedostatek času na dítě (Nešpor, 2007).

Uvedené rizikové faktory se vyskytovaly v různých kombinacích u 80% účastníků výzkumu. Z tohoto důvodu by mohl být potvrzen předpoklad mé práce pro většinu klientů (80%), kteří se zúčastnili výzkumu. Avšak s ohledem na to, že se výzkumu zúčastnilo pouze 10 klientů K-centra, nelze tento předpoklad potvrdit, ale ani vyvrátit a v žádném případě zobecnit na celou cílovou skupinu osob závislých na návykových látkách, neboť součástí výzkumu nebylo zjišťování jiných možných vlivů podílejících se na vzniku závislostního chování, jako například biologických vlivů a vlivů jiných sociálních skupin a subkultur a osobnostních charakteristik klientů. Z výsledků výzkumu však vyplývá, že problémy v rodině a těžké socioekonomické podmínky byly společným znakem pro většinu klientů K-centra, kteří se výzkumu zúčastnili, a podle mých zkušeností z doby praxe, i většiny ostatních klientů, kteří se výzkumu nezúčastnili. Nelze tedy jednoznačně potvrdit předpoklad práce, že rodina ovlivnila vznik drogové závislosti u klientů K-centra, ale mohla být jednou z příčin až u 80% klientů, kteří se výzkumu zúčastnili.

Domnívám se, že výsledky výzkumu by bylo možné využít v rámci sociální práce s ohroženými rodinami, neúplnými rodinami, rodinami s nízkými příjmy a rodinami se závislým členem rodiny, dětmi, mladistvými, v rámci náhradní rodinné péče, primární prevence, komunitního plánování v oblasti volnočasových aktivit a to zejména pro děti a mládež z rodin s nízkým socioekonomickým statusem, ohrožené sociálním vyloučením.

Výsledky mého výzkumu by mohly také poskytnout jiný pohled na děti pedagogům, vychovatelům a výchovným poradcům, kteří mnohdy ani netuší, v jakých podmínkách děti vyrůstají a s jakými problémy se potýkají. A jaké fatální následky mohou podmínky, v nichž žijí, způsobit.

Dobré slovo a prevence nevyžaduje tak velký objem finančních prostředků, jako řešení již vzniklé závislosti, prostřednictvím K-center, detoxikačních pracovišť, léčeben závislostí, terapeutických komunit.

Nejdůležitější je však dle mého názoru skutečnost, že již vzniklá závislost na jakékoliv návykové látce je nemoc, u které nikdo neví, jak skončí, zda vyléčením nebo smrtí. Zkušenosti však hovoří spíše o druhé alternativě. Proto jakýkoliv účinný způsob prevence vzniku nealkoholové a vlastně jakékoliv závislosti je vždy nesmírně důležitý. Protože může zachránit to nejcennější, lidské zdraví a lidský život.

Přínosem pro mne osobně byl celý průběh výzkumu, v první řadě při zpracování teoretické části jsem měla možnost rozšířit si své poznatky z oblasti sociálních deviací, sociální patologie, protidrogové politiky. V průběhu zpracování praktické části jsem měla možnost lépe poznat pracoviště K-centra v Šumperku a pracovníky, kteří mi byli v průběhu výzkumu velmi nápomocni a u nichž si velmi cením jejich profesionálního a přátelského přístupu. Největším přínosem však pro mne bylo setkání se samotnými klienty a možnost seznámit se s jejich životními příběhy, do kterých mi umožnili nahlédnout. I když vlastně téměř všechny příběhy potvrdily předpoklad mé diplomové práce, některé zážitky pro mne byly velmi silné a zároveň podnětné. Podnětné v tom smyslu, že potvrdily mé přesvědčení, že každý člověk má svou hodnotu, i když se nemusí právě nacházet v příznivé životní situaci, a často ne přímo vlastní vinou. A snad prostřednictvím mé práce pomohu změnit pohled společnosti na osoby závislé na návykových látkách, až po přečtení jejich příběhů zjistí, že jsou to obyčejní lidé jako my, se svými radostmi a starostmi, jen se právě nachází v nepříznivé životní situaci. A že potřebují spíše pochopení a podporu než odmítání a odsouzení.

## Použitá literatura:

- ČÍRTKOVÁ, L., *Policejní psychologie*, Praha: Portál, 2000. 253 s. ISBN 80-7178-475-3
- DRAPELA, V.J., *Přehled teorií osobnosti*, Praha: Portál, 2008, 175 s. ISBN 978-80-7367-505-9
- DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F., *Odlišné dítě*, Praha: Vyšehrad, 1994, 134 s., ISBN 80-7021-097-4.
- DUNOVSKÝ, J., *Dítě a poruchy rodiny*, Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1986. 140 s.
- FISCHER, S., ŠKODA, J., *Sociální patologie*, Praha: GRADA, 2009. 216 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- HAYESOVÁ, N., *Základy sociální psychologie*, Praha: Portál, 1998, 166 s. ISBN 80-7178-198-3
- HELUS, Z., *Vyznat se v dětech*, Praha, Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 211 s. ISBN 14-186-87.
- HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, Praha: Portál, 2007. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- CHRÁSKA, M., *Úvod do výzkumu v pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 200 s. ISBN 80-244-1367-1.
- KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1, 2*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s., ISBN 80-86734-05-6.
- KERN, H. a kol., *Přehled psychologie*, Praha: Portál, 2006. 287 s., ISBN 80-7367-121-2.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J., *Vzpouza deprivantů*, Praha: Makropulos, 1996. 303 s. ISBN 80-901776-8-9.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J., *Zlo na každý den, Život s deprivanty I*, Praha: Makropulos, 2001. 390 s., ISBN 80-7262-088-6
- LANGMEIER, J., *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*, Praha: Avicenum, 1983. 223 s. ISBN 08-081-83.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z., *Psychická deprivace v dětství*, Praha: Avicenum, 1974. 400 s. ISBN 08-049-74.
- MATĚJČEK, Z., *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*, Praha: Portál, 1994, 98 s. ISBN 80-85282-83-6
- MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*, Praha:

Portál, 2010. 183 s. ISBN 978-80-7367-739-8.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A., *Mládež a delikvence*, Praha: Portál, 1998, 335 s. ISBN 80-7178-226-2.

MONTOUSSÉ, M., RENOUIARD, G., *Přehled sociologie*, Praha: Portál, 2005. 335 s. ISBN 80-7178-976-3.

NAKONEČNÝ, M., *Sociální psychologie*, Praha : Academia, 2000. 287 s. ISBN 80- 200- 0690-7.

NAKONEČNÝ, M., *Lexikon psychologie*, Praha: Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-X

NAKONEČNÝ, M., *Psychologie osobnosti*, Praha: Academia, 1998. 336 s. ISBN 80-200-0628-1

NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*, Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367- 6.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag, 1993, 70 s.

REICHEL, J., *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, Praha: GRADA, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

RIESEL, P., *Lesk a bída drog*, Praha: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9.

SCHNEIDER, M., *Sociologický výzkum*, Ostrava: Městské kulturní středisko Ostrava, 1989. 20 s.

SOBOTKOVÁ, I., *Psychologie rodiny*, Praha: Portál, 2001, 173 s. ISBN 80-7178-559-8

URBANOVÁ, M., *Systémy sociální kontroly a právo*, Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. 191 s. ISBN 80-86898-94-6.

### **Internetové zdroje:**

HOLEŇOVÁ, M., *Cesta ke kořenům aneb retrospektivní pohled na dětství a dospívání očima klientek azylového domu*, Brno, 2010. 86 l. Diplomová práce [online]. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra sociální pedagogiky. Vedoucí práce: Jiří Němec. Dostupné na internetu www: <[http://is.muni.cz/th/132284/pdf\\_m/](http://is.muni.cz/th/132284/pdf_m/)>.

HOLASOVÁ, K., *Etiologické faktory užívania drog v populácii bratislavských injekčných*

*uživatelův drog*, Olomouc, 2011, 122 s. Diplomová práce [online]. Univerzita Palackého Olomouc, Katedra psychologie Filozofické fakulty. Vedoucí práce Vladimír Řehan. Dostupné na internetu [www: <http://theses.cz/id/3bzxfs/Etiologick\\_faktory\\_uvania\\_drog\\_v\\_populcii\\_bratislavskch\\_i.pdf>](http://theses.cz/id/3bzxfs/Etiologick_faktory_uvania_drog_v_populcii_bratislavskch_i.pdf).

ŠVAŘÍČKOVÁ, M., *Sociální, pracovní a rodinné poměry toxikomanů v protidrogové léčbě*, Brno, 2011, 87 s. Diplomová práce [online]. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra výchovy ke zdraví. Vedoucí práce: Alice Prokopová. Dostupné na internetu [www: <http://is.muni.cz/th/209723/pedf\\_m/diplomka.pdf?info=1&zpet=http://theses.cz/vyhledavani/?search=drogy\\_rodina&start=1>](http://is.muni.cz/th/209723/pedf_m/diplomka.pdf?info=1&zpet=http://theses.cz/vyhledavani/?search=drogy_rodina&start=1).

JARCHOVSKÁ, M., *Mé dítě bere drogy: Narativní analýza příběhů matek dětí závislých na drogách*, Brno, 2011, 87 s. Diplomová práce [online]. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Vedoucí práce: Tomáš Řiháček. Dostupné na internetu [www: <http://is.muni.cz/th/219054/fss\\_m/>](http://is.muni.cz/th/219054/fss_m/).

HEJLEK, V., *Komparace drogové scény dvou výchovných ústavů v Jihomoravském kraji*, Brno, 2010, 87 s. Diplomová práce [online]. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce: Petr Kachlík. Dostupné na internetu [www: <http://is.muni.cz/th/84612/pedf\\_m/DP\\_Hejlek\\_final.pdf?info=1&zpet=http://theses.cz/vyhledavani/?search=drogy\\_rodina&start=1>](http://is.muni.cz/th/84612/pedf_m/DP_Hejlek_final.pdf?info=1&zpet=http://theses.cz/vyhledavani/?search=drogy_rodina&start=1).

PONTIS Šumperk o.p.s., [online] 2011. [cit. 2011-03-15]. Dostupné na WWW: [http://www.pontis.cz/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.pontis.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1).

Národní protidrogová centrála SKPV PČR, *Výroční zpráva 2010*, [online] 2010. [cit. dne 27.10.2011]. Dostupné na WWW: <http://www.policie.cz/clanek/vyrocnizpravy-annual-reports-jahresbericht.aspx>.

Český statistický úřad, *Rozvodovost*, [on –line] 2010. [Cit. dne 12.11. 2011]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>.

drogy-info.cz, *Nedovolené nakládání s drogami*, [on –line] 2011. [Cit. dne 4.11. 2011]. Dostupné na WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy\\_a\\_zakon/prosazovani\\_prava/nedovolene\\_nakladani\\_s\\_drogami\\_pravni\\_uprava\\_od\\_1\\_1\\_2010](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/prosazovani_prava/nedovolene_nakladani_s_drogami_pravni_uprava_od_1_1_2010).

International Centre for Science in Drug Policy, *The Vienna Declaration*, Canada, [on –line] 2010. [Cit. dne 8.11. 2011]. Dostupné na WWW: <http://www.icsdp.org/>.

International Centre for Science in Drug Policy, *Effect of Drug Law Enforcement on Drug-Related Violence: Evidence from a Scientific Review*, Canada, [on –line] 2010. [Cit. dne 8.11. 2011]. Dostupné na WWW: <http://www.icsdp.org/>.

CASA, *Family Matters: Substance Abuse and The American Family*, USA, [on –line] 2005. [Cit. dne 15.11. 2011]. Dostupné na WWW: [http://www.casacolumbia.org/templates/publications\\_reports.aspx](http://www.casacolumbia.org/templates/publications_reports.aspx).

CASA, *National Survey of American Attitudes on Substance Abuse XIII : Teens and Parents*,



USA, [on –line] 2008. [Cit. dne 15.11. 2011].Dostupné na WWW: <[http://www.casacolumbia.org/templates/publications\\_reports.aspx](http://www.casacolumbia.org/templates/publications_reports.aspx)>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Drugs and vulnerable groups of young people*, Portugal, [ on – line], 2008. [Cit. dne 15.11. 2011].Dostupné na WWW:<<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/vulnerable-young>>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Children's Voices. Experiences and perceptions of European children on drug and alcohol issues*, Portugal, [ on – line], 2010. Cit. dne 16.11. 2011].Dostupné na WWW:<<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/childrens-voices>>.

ŠŤASTNÁ, L., *Vybrané osobnostní charakteristiky dlouhodobých a pravidelných uživatelů konopných drog*, Časopis adiktologie, 2009/3, [on –line] 2009. [Cit. dne 10.11.2011].Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/366/1900/Vybrane-osobnostni-charakteristiky-dlouhodobych-a-pravidelnych-uzivatelu-konopnych-drog>>.

RADIMECKÝ, J., *Drogová politika – teoretický úvod*, [on –line] 2006. [Cit. dne 30.10.2011].Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/200/Drogova-politika-teoreticky-uvod>>.

RADIMECKÝ, J., *Hodnocení drogové politiky*, [on –line] 2006. [Cit. dne 30.10.2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/202/Hodnoceni-drogove-politiky>>.

## **Další zdroje:**

HOLOUŠOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M., *Diplomová a závěrečná práce*, Olomouc, Univerzita Palackého Olomouc, 2008. 117 s. ISBN 80-244-1237-3.

*Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2011 – 2014*, Olomouc, 2011

Zák.č. 379/2005 Sb.

Zák.č. 108/2006 Sb.

Zák.č. 40/2009 Sb.

Zák.č. 306/2009 Sb.

Nař. vl. č. 455/2009 Sb.

Nař. vl.č. 467/2009 Sb.

## **Přílohy:**

**Příloha č. 1.:** Záznamový arch

**Příloha č. 2.:** Tabulka č. 1 - Analýza rozhovorů s klienty K-centra Šumperk

**Příloha č. 3.:** Tabulka č. 2 - Analýza skupiny I. a skupiny II.

**Příloha č. 4.:** Tabulka č. 3 - Přehled použitých postupů při vyhodnocení výzkumu

**Příloha č. 5.:** Tabulka č. 4 - Graf typu rodinného soužití u klientů K-centra v době  
dětství a dospívání

**Příloha č. 6.:** Tabulka č. 5 – Grafy dosaženého vzdělání a zaměstnání  
rodičů klientů K-centra

## ZÁZNAMOVÝ ARCH

Váš věk v roce 2011

Jste muž - žena

Rodinná anamnéza

Sociální anamnéza

Zdravotní anamnéza

Rodiče – jací jsou (starali se o rodinu, děti, vztah k partnerovi, k dětem)

– Jaké byly hodnoty rodičů (peníze, alkohol, děti, kariéra)

8. Atmosféra doma – způsoby řešení konfliktů, vzorce chování

– chování rodičů ke klientovi (zájem, nezájem, starostlivost)

– způsob řešení konfliktů – rodič, klient (domluva, útky, alkohol)

9. Způsob emocionální komunikace v rodině – možnost se svěřit, pochopení, sdílení nedostatek, nemožnost sdílení prožitků, kolik času trávili společně, zaměstnaný, práci přetížený rodič, nezaměstnaný rodič

- styl komunikace s rodiči ovlivněná (alkoholem, nedostatek času, péčí )

10. Finanční zajištění rodiny, materiální zajištění, bydlení, zaměstnání rodičů, vzdělání rodičů

11. Dosažené vzdělání klienta, zájmy, koníčky – trávení volného času

12. Významná osoba – tzv. druhá osoba (prarodiče, vychovatelka) a vztah k ní

13. Zlomové události v dospívání a v dětství– nové prostředí, náhradní rodinná péče, přechod na školu, noví přátelé, parta – jaké přineslo problémy a způsob řešení

14. Ztráty - smrt blízké osoby, rozchod rodičů, ztráta přátelství – reakce, řešení situace

– Vztah s rodiči v současnosti

– Smysl života – směřování k „něčemu“, prázdnota, samota

17. S jakými problémy se potýká v současnosti

18. Budoucnost – očekávání – co od ní očekává

Analýza rozhovorů s klienty K-centra Šumperk

Kategorie	klient A	klient B	klient C	klient D	klient E	klient F	klient G	klient H	klient I	klient J
Věk klienta	25 let	28 let	20 let	23 let	39 let	43 let	40 let	22 let	24 let	27 let
Pohlaví	Muž	Muž	Žena	Muž	Muž	Muž	Muž	Muž	Muž	Muž
Rodinné zázemí, vztah mezi rodiči	Rozvod v 9 letech, jedináček, znovu se otec oženil a matka provdala, bydlel u otce, vztah mezi rodiči dobrý.	Rozvod v 8 letech, jedináček, dále žil jen s matkou, otec pil alkohol – proto se rozvedli, matku má rád, o tci hovoří negativisticky.	Rozvod ve 2 letech, matka třikrát rozvedená, 2 starší sourozenci, otec zřejmě alkoholik.	S bratrem dvojčetem do 7 let dětský domov, od 7 let do 18 let pěstounská rodina, rodiče viděl jednou, zjistil, že o něj nemají zájem.	Úplná rodina, otec zemřel pře 6 lety, vztah mezi rodiči harmonický, je nejmladší ze 3 sourozenců.	Rozvod v 9 letech, matka se potom znovu vdala, mladší sestra z 2. manželství, s otcem se od té doby nevidal, nevl. otec byl hodný.	Rozvod ve 13 letech, ale rodiče spolu žili dál, dokud děti nedospěly, dnes žije otec sám a matka s přítelem, má dvě starší sestry.	Úplná rodina, má jednu starší sestru, vztah mezi rodiči je dobrý.	Rozvod ve 12 letech, důvodem byl alkoholismus otce, oba žijí sami, má mladšího bratra.	Rozvod v 6 letech, potom žil s matkou a starším bratrem, oba rodiče již zůstali sami.
Vzdělání rodičů	Oba vyučení.	Matka vyučena, otec neví.	Oba vyučení.	Nezná pěstouni neví.	Oba vyučení.	Oba vyučení, nevl. asi SŠ.	Otec SŠ, matka vyučena.	Otec vyučen, matka SŠ.	Matka vyučena, otec gymnázium.	Matka vyučena, u otce neví.
Vzdělání klienta	ZŠ	ZŠ	ZŠ	Vyučen	SOŠ s maturitou.	Vyučen.	SOŠ s maturitou.	Vyučen.	Vyučen.	ZŠ
Materiální zázemí	Bydlení v bytě, oba pracovali jako dělníci, fin. situace dobrá.	Před rozvodem v domě, poté v bytě 1+1, matka pracovala celý život, otec nepracoval.	Pronajatý byt, matka zdravotní problémy – bydlení u prarodičů, otec nepracuje.	V domě u pěstounů, oba pracovali jako maséři, materiálně na tom byli dobře.	Bydlení v panelovém bytě, oba rodiče pracovali jako dělníci, fin. situace dobrá.	Byt v panelovém domě, matka kuchařka, otec dělník, nevl. otec podnikal.	Bydleli v RD, oba rodiče pracovali – otec strojevedoucí, matka dělnice.	Bydleli v RD, oba rodiče pracovali, matka soc. pracovníce, otec živnostník.	Do rozvodu bydleli v domě na vesnici, po rozvodu v bytě ve městě, oba rodiče pracovali – matka sanitářka, otec montér.	Do rozvodu bydleli v RD, potom v bytě v panelovém domě, později v menším bytě, matka pracovala jako dělnice, otec jako mistr.
Hodnoty rodičů	Rodina, zaměstnání.	Matka – starostlivá, otec pil alkohol, nepracoval, TV.	Matka – velké zdravotní problémy, starost o děti převzali prarodiče, otec alkoholik, děti k němu nechtěly chodit.	Peníze, zaměstnání.	Rodina, děti – oba starostliví.	Matka a nevl. otec – rodina, děti vlastní otec – alkoholik.	Zabezpečení rodiny, děti, stavba RD.	Rodina, přátelé, sport.	Matka – rodina, děti, otec – materiální zabezpečení rodiny, alkohol, děti.	Oba alkohol, o rodinu se starala matka, otec platil výživné, o děti zřejmě moc nejevil zájem, matka již zemřela.
Chování rodičů vůči dětem	Oba se starali o rodinu, jezdili na dovolenou společně.	Matka přísná, spravedlivá, starostlivá, otec se moc nestaral.	Matka starostlivá, ale stále v nemocnici, otec se nestaral – hospody, kamarádi.	Vychovával i dobře, ale jen do 18 let, pak je „vykopli na ulici“.	Starali se o děti i rodinu, dobré.	Starostliví, na vlastního otce si moc nevzpomíná.	Starostliví.	Starostliví, vychovat děti, aby se o sebe uměly postarat, osamostatnit se.	Otec nebyl doma – pracoval v cizině, matka starostlivá, aby děti připravila pro život, osamostatnit se.	Matka – starostlivá, starala se sama.

<b>Způsob řešení konfliktů v rodině</b>	Zprvu domlouvou, v dospívání útěku z domova, dále otec raději neřešil ze strachu, že by zase utekl.	Domluvy, tresty, respektoval je.	Domlouvou, hádkami, nakonec útěkem z domu.	Zákazy, přísná pravidla, bití, klient se snažil vyjadřovat svůj názor, za to následoval trest, jednou utekl z domu.	V pohodě, konflikty neřešili.	Domlouvou.	Problémy nebyly.	Domlouvou, aby vše fungovalo, aby byl klid.	Domlouvou, zákazem oblíbené činnosti, domácím vězením.	Domlouvou, on si dělal co chtěl, vyslechl, máma byla slabá.
<b>Způsob komunikace v rodině</b>	Možnost se svěřit dobrá, snaha o řešení problémů.	Pouze s matkou, mohl se svěřit, v případě potřeby pomohla, otec označil jako chladného, nerozuměli si.	Matce se spíše nesvěřoval a, otce nemá ráda, nechtěla se s ním stýkat.	Nešlo se svěřit, mít svůj názor, přání, nazval to „vězením“, s tresty za jakékoliv nedodržení pravidel.	Mohl se svěřit jak rodičům, tak starší sestře, kterou má velmi rád.	Mohl se svěřovat, vždy mu pomohli.	Mohl se svěřovat spíše matce.	Mohl se svěřit matce i otci, raději však matce, s ní si více rozuměl.	Spíše se svěřoval matce, otec nebýval doma, dnes se svěřuje spíš otci.	V případě potřeby se svěřoval matce, pokud mohla, tak mu pomohla.
<b>Koníčky, zájmy klienta</b>	Neuvádí, jen hudbu.	Fotbal, kamarádi.	Fotbal, basketbal, floorbal – závodně.	Krátce karate, TV, playstation.	Hra na kytaru, kolo, hudba, hokej, zábavy, diskotéky, čundry.	Střelecký kroužek, dobrovolný hasič, čundry.	Fotbal, házená, atletika, závodně boxoval.	Auto, motorka, kolo, fotbal, orientační běh, hudba, akce s přáteli.	Fotbal, floorbal, stolní tenis.	Fotbal, akvaristika.
<b>Druhá významná osoba v životě</b>	Nemá.	Nemá – uvádí jen matku.	Babička, kamarádka, její dcera, syn od sestry.	Kamarád ze školy, dnes se už nestýkají.	Starší sestra – v souč. době po mozkové mrtvici v domově důchodců – velmi mu chybí.	Babička.	Trenér boxu.	Babička, dva kamarádi.	Neuvedl.	Babička.
<b>Zlomové události, ztráty</b>	Neuvedl.	Rozvod rodičů, život v neúplné rodině.	Smrt dědečka, přechod na učňovskou školu – internát – začala pít, kouřit trávu, chodit za školu, přerušeni těhotenství v15 letech.	Neuvedl.	Jeho rozvod po 3 letech manželství, ztráta syna, smrt otce, vážná nemoc sestry.	Pohřeb babičky když byl na vojně a nemohl jí přijet na pohřeb.	Pracovní úraz ve 36 letech – pád z 10 metrů – zdravotní následky, se ztrátami se člověk musí vyrovnat.	Odebrání ŘP, odsouzení k trestu 300 hod. VPP, řešení situace s policií a u soudu, jak uvádí mu změnil život.	Rozvod rodičů – ztráta domova, kamarádů, přestěhování do města.	Zlomové události – nechtěl odpovídat, ztráty – smrt matky, na otázku, jak situaci řešil, řekl, že ji neřešil.
<b>Vztah s rodiči v současnosti</b>	S matkou se neviděl 5 let, s otcem jsou v kontaktu.	S matkou se stýká, v současnosti jsou pohádání, otec nevyhledává.	S matkou se téměř nevidá, vadí jí závislost dcery, hádají se, s otcem se nestýká.	Vlastní – nevidá se s nimi, s pěstouny se občas setká, vztah uvedl jako dobrý.	Otec již zemřel, s matkou se vidá.	S vl. otcem se nestýká, nevl. otec zemřel, s matkou se občas vidá.	S oběma se občas stýká.	Ucházející.	Máma je „naštvaná“, nestýkají se, s otcem občas.	S otcem se občas vidá, vztah mají dobrý.
<b>Současná sociální situace</b>	Žije na ulici, je bez práce, drogy.	Žije na ulici, je bez práce, drogy.	Žije na ulici, je bez práce, drogy.	Asi žije na ulici, drogy, je bez práce.	Žije na ulici, je bez práce, drogy.	Žije na ulici, je bez práce, drogy.	Žije na ulici, je bez práce, drogy.	Žije na ulici, je bez práce, drogy.	Žije na ulici, je bez práce, drogy.	Žije na ulici, je bez práce, drogy.
<b>Problémy</b>	Bydlení a	Bydlení,	Bydlení,	Nechtěl	Hledá	Bydlení,	S	Požádat o	Bydlení,	Bydlení,

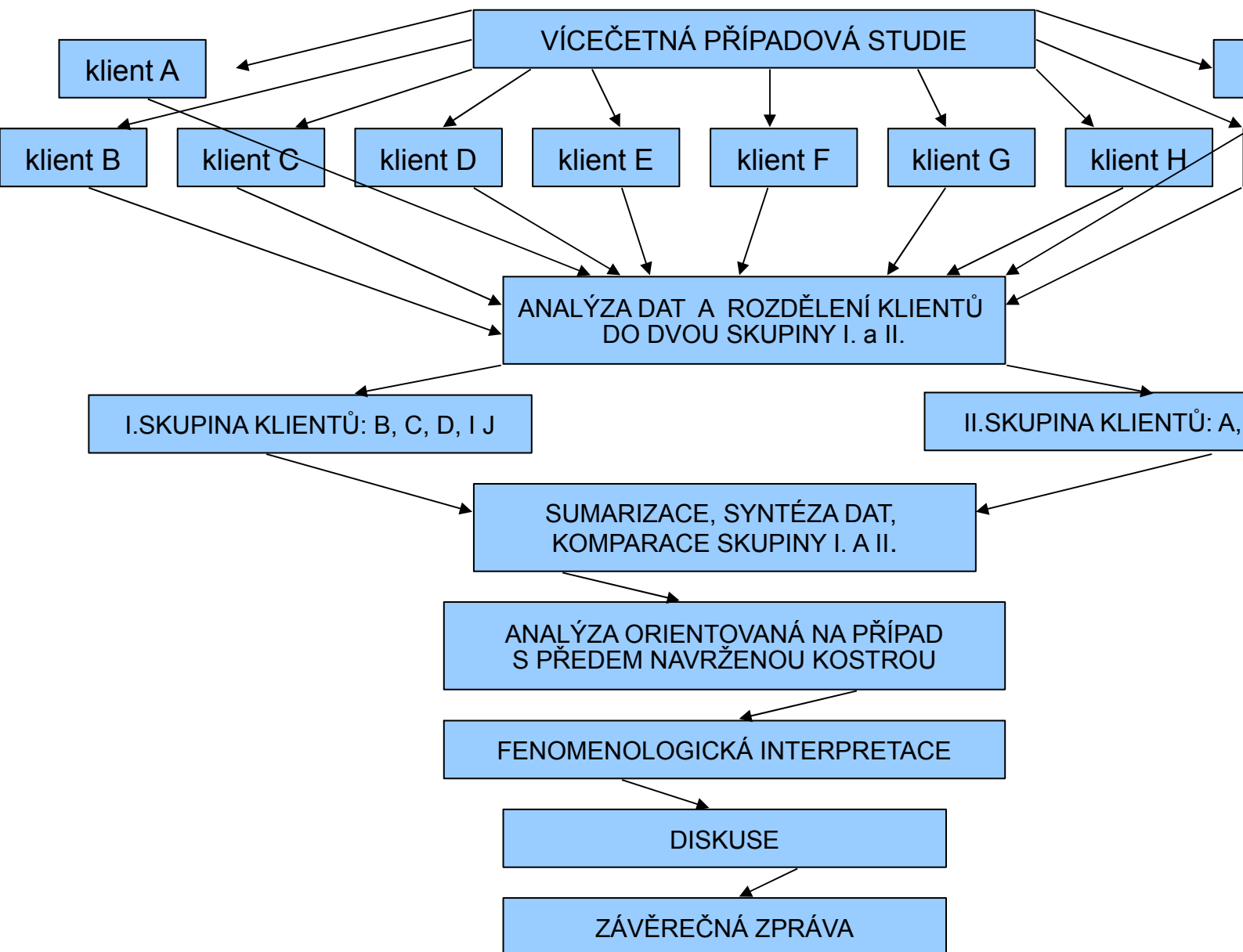
<b>v současnosti</b>	drogy.	drogy, práce, nemůže být se svou přítelkyní a dvěma dětmi.	problém „vrátit se zpátky“, těhotenství.	uvést.	bydlení, trápí ho, že je sám, že nemá partnerku.	nic neprovést, má dvě podmínky.	finančními.	vrácení ŘP, absolvovat lodní kurz, aby mohl jezdit na zaoceánských trajektech.	finanční problémy, chtěl by jet do ciziny a vydělat si nějaké peníze, aby tuto situaci vyřešil.	málo peněz.
<b>Očekávání od budoucnosti</b>	Vyřešit bydlení a problémy s drogami.	Vyřešit problémy s drogami aby se mohl postarat o rodinu a žít s nimi.	Zdravé dítě, rodinu, lepšího partnera – ne drogově závislého.	Nemá žádné.	Aby svítilo sluníčko, bylo teplo a byly lacinější cigarety.	Najít ženu, se kterou by si rozuměl.	Lehký průběh života.	Aby se mu splnily aspoň některé jeho sny, lepší život.	Prál by si, aby se žilo lidem lépe, aby měli všichni práci a nemuseli řešit existenční problémy.	To nejlepší.
<b>Smysl života</b>	Nemá, žije ze dne na den.	Mít dům, práce, žít s přítelkyní a s dětmi.	Zdravé dítě, rodinu, nebo bydlení s kamarádkou a její dcerou, přestat brát drogy.	Nemá, protože se mu nikdy žádný cíl nesplnil, nechává to osudu.	Znovu se oženit, mít práci a kolo, které mu v nedávné době ukradli.	Zjistit, proč se musel vrátit zpátky z klinické smrti – jaký úkol musí ještě splnit.	Mít spokojenější život a vyřešit finanční problémy.	Splnit si své sny.	Postavit dům, zasadit strom, mít dvě děti a manželku, mít hudební klub a pracovat jako DJ.	Nechtěl odpovídat.



Analýza skupiny I. a skupiny II

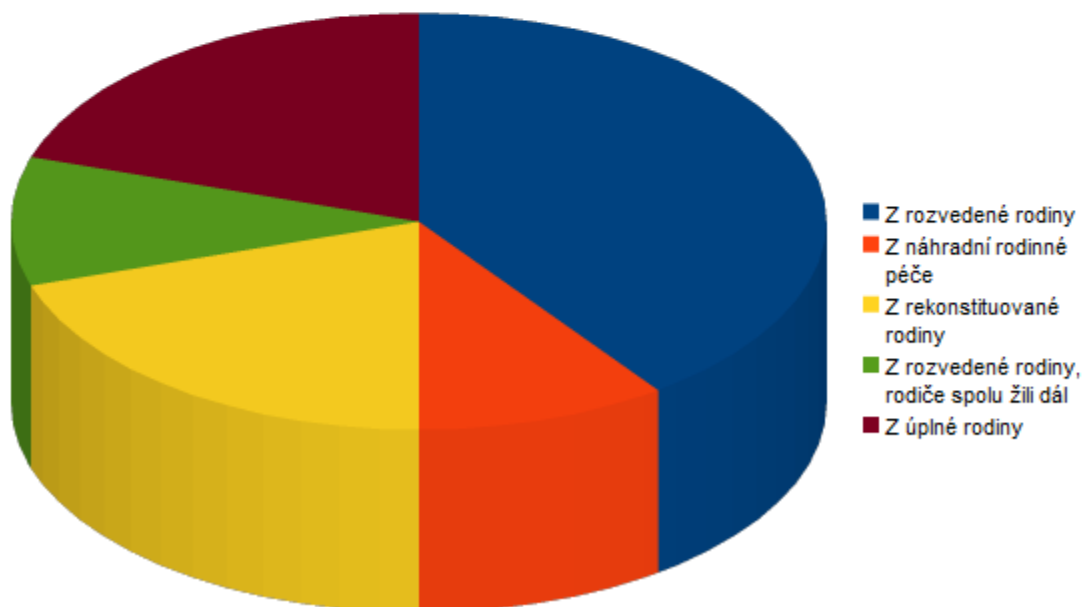
Kategorie	Skupina I – klienti B,C,D,I,J	Skupina II – klienti A,E,F,G,H
<b>Typ rodinného soužití, pečující osoby</b>	Rozvedení rodiče, žili jen s matkou, pěstounská péče.	Úplná rodina, rekonstituovaná rodina, pečující osobou oba rodiče, nevlastní rodiče.
<b>Vzdělání rodičů</b>	Vyučení, 1x absolvent gymnázia, jeden klient rodiče nezná, dva klienti u otce neví.	Oba vyučení, 1x otec SŠ, 1x matka SŠ, nevlastní otec SŠ.
<b>Materiální zázemí</b>	Po rozvodu v bytě, před rozvodem 3 bydleli v RD, pěstouni v RD.	3 x v bytě v panelovém domě, 2 x RD.
<b>Atmosféra v rodině, řešení problémů, konfliktů</b>	Možnost řešení problémů jen s matkou, u pěstounů nebylo možné, řešení formou domluvy, trestů, zákazem oblíbené činnosti, domácím vězením, útekou, u pěstounské péče i fyzickými tresty.	Možnost se svěřit a řešit problémy většinou s oběma rodiči, ale spíše s matkou, snaha pomoci, řešení problémů domluvou, snahou je řešit, nebo prý nebyly.
<b>Hodnoty rodičů</b>	Matky – rodina, děti, zabezpečení rodiny, u jedné matky také alkohol, otec – alkohol, nestarali se, byl v cizině, u pěstounů – zaměstnání, peníze.	Rodina, děti, zabezpečení rodiny, sport, přátelé, zaměstnání.
<b>Materiální zajištění rodiny</b>	Rodiče většinou pracovali jako dělníci, ve dvou případech otec nepracoval, pěstouni pracovali jako živnostníci.	Matky pracovaly jako dělnice, jeden nevlastní otec podnikal, jeden otec strojvedoucí, jedna matka soc.pracovnice.
<b>Vztah s rodiči v současnosti</b>	Jedna matka zemřela, s matkou se většinou stýkají jen občas, uvádí ji jako našťvanou, s otcem se stýkají dva klienti občas, pěstouny klient občas navštěvuje, vztah uvádí jako dobrý.	Jeden klient se s matkou neviděl již 5 let, s otcem je v kontaktu, ostatní se občas vidají s matkou, jednomu klientovi otec již zemřel, také nevlastní otec jednoho klienta již zemřel, s vlastním otcem se nestýká.
<b>Vzdělání klienta</b>	3 x ZŠ, 2 x vyučen.	1 x ZŠ, 2 x vyučen, 2 x SOŠ s maturitou.
<b>Zlomové události, ztráty</b>	2 x rozvod, ztráta domova, kamarádů, přestěhování z vesnice do města, smrt dědečka, přechod na SOU, přerušování těhotenství, 2 x nevedli.	Vlastní rozvod, ztráta syna, pracovní úraz, klinická smrt, odebrání ŘP, odsouzení.
<b>Problémy v současnosti</b>	1 x nevedl, bydlení, drogy, finanční problémy, těhotenství, problémy s přítelkyní.	Bydlení, drogy, fin. problémy, ztráta ŘP, samota, podmínky.
<b>Směřování, smysl života</b>	Dům, žít s přítelkyní, děti, přestat brát drogy, 1 x nechtěl odpovídat, nemá, protože se mu nikdy nic nesplnilo, nechává to osudu, postavit dům, zasadit strom, mít dvě děti, manželku, hudební klub, pracovat jako DJ.	Nemá, žije ze dne na den, znovu se oženit, mít práci, kolo, mít spokojenější život a vyřešit finanční problémy, splnit si své sny, zjistit proč se musel vrátit zpátky z klinické smrti – jaký úkol má ještě splnit.

Přehled použitých postupů při vyhodnocení výzkumu



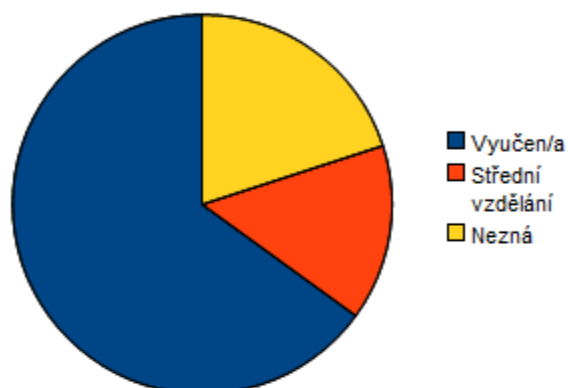
**Graf typu rodinného soužití u klientů K-centra v době dětství a dospívání**

Klienti	Počet
Z rozvedené rodiny	4
Z náhradní rodinné péče	1
Z rekonstituované rodiny	2
Z rozvedené rodiny, rodiče spolu žili dál	1
Z úplné rodiny	2

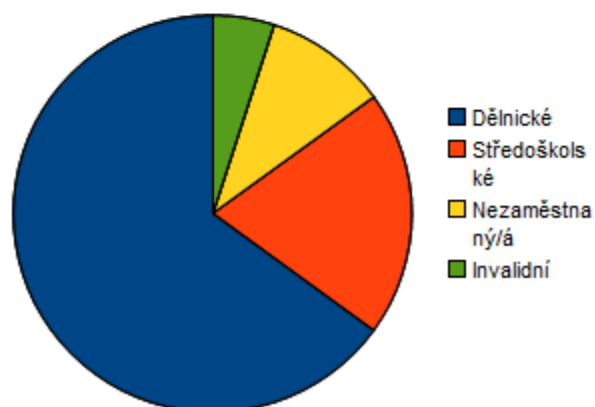


**Graf dosaženého vzdělání rodičů klientů K-centra v době dětství a dospívání**

Dosažené vzdělání	Počet
Vyučen/a	13
Střední vzdělání	3
Nezná	4

**Graf zaměstnání rodičů klientů K-centra v době dětství a dospívání**

Zaměstnán/a v profesi	Počet
Dělnické	13
Středoškolské	4
Nezaměstnaný/á	2
Invalidní	1



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Věra Zámečnicková
<b>Katedra:</b>	Ústav pedagogiky a sociálních studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2012

<b>Název práce:</b>	Vliv rodinného prostředí na vznik drogové závislosti.
<b>Název v angličtině:</b>	Influence of family environment on occurrence of the drug addiction.
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce je zaměřena na oblast sociálních patologií – drogovou závislost. Kvalitativním výzkumem v kontaktním centru pro drogově závislé jsem se snažila zjistit, zda existuje souvislost mezi vznikem drogové závislosti u klientů kontaktního centra a kvalitou primární socializace v jejich rodinném prostředí.
<b>Klíčová slova:</b>	Primární socializace, rodina a její socializační funkce, sociální deviace, sociální patologie, teorie kulturního přenosu, toxikomanie, drogy, protidrogová politika, sociální práce s drogově závislým.
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis is focused on the social pathologies - drug addiction. Qualitative research in the contact center for drug addicts, I wanted to know whether there is a link between the emergence of drug dependence in the contact center clients and the quality of primary socialization in the family environment.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Primary socialization, the family and its socialization functions, social deviance, social pathology, a theory of cultural transmission, addiction, drugs, drugs policy, social work with drug addicts.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p><b>Příloha č. 1:</b> Záznamový arch</p> <p><b>Příloha č. 2:</b> Tabulka č. 1 - Analýza rozhovorů s klienty K-centra Šumperk</p> <p><b>Příloha č. 3:</b> Tabulka č. 2 - Analýza skupiny I. a skupiny II.</p> <p><b>Příloha č. 4:</b> Tabulka č. 3 - Přehled použitých postupů při vyhodnocení výzkumu</p> <p><b>Příloha č. 5:</b> Tabulka č. 4 - Graf typu rodinného soužití u klientů K-centra v době dětství a dospívání</p> <p><b>Příloha č. 6:</b> Tabulka č. 5 – Grafy dosaženého vzdělání a zaměstnání rodičů klientů K-centra</p>
<b>Rozsah práce:</b>	90 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk