

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Sledované znaky rodin drogově závislých jedinců**

Bakalářská práce

**Autor práce: Denisa Salvová, DiS.**

**Vedoucí práce: MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.**

**28.5.2007**

## **Abstract**

Drug addiction is a disease which doesn't influence only a drug addict but it is a whole family disease. This disease is necessary to be understood on a bio-psycho-social level. It is a chronic disease which is very difficult to treat. The aim of the treatment is to reach total abstinence.

The cause and development of drug addiction is influenced by a number of circumstances. A family itself is a very important factor. A risky family may be the family where some specific family symptoms, such as another drug addict in the family, inadequate parents' attention, hazy problems etc, are present and these symptoms can help the development of drug addiction. Thanks to prevention it is possible to precede drug addiction. The prevention should be started in a childhood in a family.

The treatment of drug addiction must be complex and changes should occur in a bio-psycho-social area. There is a complex system of the treatment for drug addicts in the Czech Republic. Very effective therapy for the young is family therapy.

The aim of my work was to find out if there are some common signs of the families with drug addicts. In the frame of the work two hypotheses were determined. Hypothesis n. 1: drug addicts come from divorced families, was not confirmed. Hypothesis n. 2: drug addicts come from low-educated families, was not confirmed either.

It would be ideal to define the signs of the families with drug addicts and on its basis to make an impact on the children and teenagers who come from such families. Unfortunately these factors are impossible to be defined unambiguously. It is necessary to put special emphasis on a functional family because even though a child meets drugs he or she will not probably experiment with it any further if there are healthy rules in the family.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sledované znaky rodin drogově závislých jedinců“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích .....

Podpis studenta .....

Na tomto místě bych chtěla poděkovat MUDr. Kotrbové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky.

|   |    |
|---|----|
| <b>Obsah</b>  |    |
| <b>Úvod</b>   | 6  |
| <b>1. Současný stav</b>   | 7  |
| <i>1.1. Charakteristika návykových látek</i>                            | 7  |
| <i>1.2. Klasifikace návykových látek</i>                                | 8  |
| <i>1.3. Syndrom závislosti</i>  | 9  |
| 1.3.1. <i>Diagnostická kritéria pro závislost na návykových látkách</i> | 9  |
| 1.3.2. <i>Kategorie užívání návykových látek</i>                        | 10 |
| 1.3.3. <i>Varovné signály užívání návykových látek</i>                  | 11 |
| <i>1.4. Bio-psycho-sociální model závislosti</i>                        | 12 |
| <i>1.5. Role rodiny v rozvoji závislosti</i>                            | 13 |
| 1.5.1. <i>Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti</i>               | 15 |
| 1.5.2. <i>Rizikové a ochranné činitele v rozvoji závislosti</i>         | 16 |
| <i>1.6. Prevence</i>  | 18 |
| 1.6.1. <i>Prevence v rodině</i>   | 18 |
| 1.6.2. <i>Prevence ve škole</i>   | 20 |
| <i>1.7. Možnosti léčby</i>  | 20 |
| 1.7.1. <i>Rodinná terapie</i>   | 23 |
| <b>2. Cíle práce a hypotézy</b>   | 25 |
| 2.1. <i>Cíl práce</i>   | 25 |
| 2.2. <i>Hypotézy</i>  | 25 |
| <b>3. Metodika</b>  | 26 |
| 3.1. <i>Použité metody a technika sběru dat</i>                         | 26 |
| 3.2. <i>Charakteristika výběrového souboru</i>                          | 26 |
| <b>4. Výsledky</b>  | 27 |
| <b>5. Diskuse</b>   | 52 |
| <b>6. Závěr</b>   | 56 |
| <b>7. Seznam použité literatury</b>                                     | 57 |
| <b>8. Klíčová slova</b>   | 60 |
| <b>9. Přílohy</b>   | 61 |

## Úvod

Drogová závislost je onemocnění, které se nedotýká pouze konkrétního závislého jedince, ale je to onemocnění celé rodiny. Na vznik drogové závislosti má vliv celá řada faktorů. Některé děti či dospívající experimentují s návykovou látkou, ale nedospějí v užívání do stádia závislosti. Naopak některé děti či dospívající skončí jako problémoví uživatelé drog. Zdravé rodinné prostředí a harmonická výchova jsou základními předpoklady prevence v rodině.

Během mého pracovního působení v Kontaktním a doléčovacím centru pro drogovou závislost „Háječek“ v Českých Budějovicích jsem si často kladla otázku, zda rodiny klientů závislých na drogách, mají nějaké společné znaky. Setkávala jsem se jak se závislými klienty, tak i s některými členy jejich rodin. Při rozhovorech s klienty jsem se zajímala také o to, jakým způsobem fungovala v době vzniku závislosti rodina, jaké vzdělání mají rodiče, zda se v rodině užívá alkohol atd. Na základě práce s drogově závislými jsem si jako téma bakalářské práce zvolila právě znaky rodin drogově závislých jedinců.

## 1. Současný stav

### 1.1. Charakteristika návykových látek

Drogu lze chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- a) má tzv. psychotropní účinek, to znamená, že ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění, působí na psychiku,
- b) může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“ (27).

K závislosti se člověk dostane přes experimentování a postupem času i pravidelné užívání drogy. Mnoho lidí trpí závislostí v chronické podobě, kdy po období abstinence opět upadají do návyku. Zpočátku může dotyčný užívání drogy kontrolovat, ale obvykle to nedělá natolik, aby s tím přestal. Zvláště tehdy, existují-li důvody pro další užívání. Takovými důvody mohou být osobní problémy, nuda, stres, tlak vrstevníků, nemoc a podobně. Po čase ztrácí závislý schopnost užívání kontrolovat a kromě fyzické závislosti se i jeho životní styl mění natolik, že není snadné užívání drog opustit (8).

Závislost na drogách je doprovázena sociální „závislostí“ na skupině lidí, ve které se droga distribuuje a užívá, a izolací od jiných, kteří by dotyčnému mohli pomoci. Závislost tedy kromě užívání zahrnuje i široké spektrum chování, které je v rozporu s běžným fungováním v rodině, ve škole či zaměstnání (8).

U drogové závislosti příčina leží vždy někde ve vzájemné kombinaci osobnostní charakteristiky – dědičnosti, vlivu prostředí a přítomnosti drogy (3).

Návykové zneužívání návykových látek vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu (14).

Závislost je možné definovat jako chronickou a progredující poruchu, která vzniká na základě přirozené touhy člověka po změně prožívání. Za určitých okolností se tato

přirozená touha může změnit v nutkavost, na základě které se poté rozvíjí chorobné znaky. Tyto chorobné znaky se projevují vedle nutkavého dychtění po změně prožívání také narušením a ztrátou kontroly nad nutkavým chováním. Jedinec pokračuje v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubení stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce. Závislost je vyústěním abusu, který se stal dominantní činností, která má zajistit pocit uspokojení. Na podkladě pozitivní zpětné vazby se fixuje komplex očekávání, experimentu a změny prožívání a nakonec postupně přerůstá v závislost (13).

Motivace k užívání psychoaktivních látek je různá:

- potřeba vyřešit problémy, uniknout stresovým situacím,
- potřeba dosáhnout uspokojení, které není jinak dosažitelné,
- potřeba uniknout stereotypu, nudě,
- potřeba sociální konformity, uchování sociálních vztahů, potřeba být akceptován skupinou či subkulturou, v níž užívání drog patří k standardu chování (29).

## **1.2. Klasifikace návykových látek**

Ke klasifikaci návykových látek se používá řada teorií. Diagnostická kritéria podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí následující typy závislostí:

- F10. poruchy vyvolané požíváním alkoholu,
- F11. poruchy vyvolané požíváním opioidů,
- F12. poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů,
- F13. poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik,
- F14. poruchy vyvolané požíváním kokainu,
- F15. poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií,
- F16. poruchy vyvolané požíváním halucinogenů,
- F17. poruchy vyvolané užíváním tabáku,
- F18. poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel,



- F19. poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek (21).

### **1.3. Syndrom závislosti**

Syndrom závislosti je skupina 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. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Zde může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u kterých se závislost nevyskytuje (21).

Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opiáty) nebo širší řadu různých látek (např. u těch jedinců, kteří cítí nutkání užívat pravidelně jakékoliv dosažitelné drogy a u kterých se při abstinenci projevuje tíseň, agitovanost anebo somatické známky odvykacího syndromu) (21).

#### **1.3.1. Diagnostická kritéria pro závislost na návykových látkách**

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek nebo množství látky,
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo užívání stejné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku

nebo užívání stejné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení,
- g) podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky. Jedinec si uvědomuje, že má puzení užívat drogy, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání (21).

### 1.3.2. Kategorie užívání návykových látek

Podle vztahu k droze lze rozlišit uživatele návykových látek do následujících kategorií:

1. **experimentátoři** - občasně a nepravidelně zkoušejí různé drogy a typy drog, často mohou mít problémy v jiných oblastech,
2. **recreační uživatelé** – užívání určité skupiny drog (obvykle stimulancií a halucinogenů) se stává součástí životního stylu a trávení volného času, dosud však nevyvolává zřetelné problémy zdravotní, psychologické či sociální,
3. **problémoví uživatelé** – užívání určité drogy vyvolává zřetelné problémy zdravotní, psychologické či sociální, přechází se na rizikovější (injekční) způsob aplikace, nejsou dosud splněna kritéria závislosti,
4. **závislí** – splňují kritéria závislosti na návykových látkách podle MKN 10 (11).

### 1.3.3. Varovné signály užívání návykových látek

I přes množství informací, které rodiče mají k dispozici, většina rodičů odmítá uvěřit tomu, že by právě jejich dítě mohlo brát drogy. Někdy právě ve chvíli, kdy některé varovné známky začnou pronikat do života rodiny a chování dítěte, vzniká u rodičů určitý druh slepoty, díky které nezaznamenají přibývajících známky směřování dítěte k užívání drog (8).

Čím dříve rodiče skutečnost, že jejich dítě užívá drogy, rozpoznají, tím lépe. Děti jsou vůči alkoholu a drogám méně citlivější než dospělí a k otravě stačí mnohem menší množství (19).

Mezi společné známky zneužívání návykových látek patří:

- dítě přízná užívání drog,
- drogy nebo jejich metabolity se prokáží laboratorně,
- pomůcky k braní drog (lžičky, jehly a stříkačky, tabletky,...),
- ubývání alkoholu a prášků v domácnosti,
- jizvy po vpiších, např. v loketní jamce,
- ztráty peněz a cenných předmětů,
- změna přátel a kamarádů, zvláště riziková mohou být starší děti a dospívající, kteří mají s drogami zkušenosti,
- blízcí přátelé, kteří užívají drogy,
- útěky z domova,
- pocity pronásledování (paranoidita), třesy, poruchy paměti a soustředění,
- zhoršení vzhledu a péče o zevnějšek,
- náhlé zhoršení školního prospěchu, ztráta zájmu o učení,
- přecitlivělost (kolísání nálad je v období dospívání běžné, ale drogy ho mohou zesílit),
- tendence vyhýbat se rodičům a v konfliktech odcházet z domova,

- ztráta zájmu o hodnoty, myšlenky, zájmy a lidi, které dřív dítě považovalo za důležité,
- tajnůstkářství, tajemné telefonní hovory, volající, kteří zavěšují, když rodiče zvednou telefon,
- lhaní, rozporná tvrzení, rozpačitost,
- náhlé zhoršení chování, konfliktnost, podrážděnost, nervozita, agresivita,
- zdravotní problémy a úrazy,
- nespavost nebo nadměrná spavost, viditelná únava během dne,
- náhlá změna jídelních návyků, nevolnost, zvracení,
- pozdní příchody do školy, do práce,
- problémy s úřady a se zákonem (drobné krádeže v obchodech, výtržnictví, rvačky),
- z dítěte se stává „odborník na drogy“, vysvětluje jejich braní, poukazuje na jejich „příznivé“ účinky, nepřiměřeně studuje literaturu o drogách.

Některý z méně závažných příznaků sám o sobě ještě nemusí mnoho znamenat, ale rodiče by měli zbystřit, zejména když se jich vyskytne více pohromadě (19).

Vždy je ale nutné mít na mysli to, že pokud dítě bude chtít skrýt užívání drog (a to obvykle chce) a je schopno v tomto ohledu racionální kontroly, může dosáhnout velkého mistrovství a rodiče při běžném pohledu na dítě nic nepoznají (8).

#### **1.4. Bio-psycho-sociální model závislosti**

Drogovou závislost je nutné chápat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují (7).

V biomedicínckém modelu je drogová závislost nemocí, která je pokládána za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevléčitelnou. I když drogová závislost není zcela vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky trvalé abstinence. Další užití drogy znamená vždy recidivu (10).

V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínký o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů a jejich dynamického vývoje. Závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů (10).

### **1.5. Role rodiny v rozvoji závislosti**

Společenské problémy se stále více odrážejí v rodinách a negativním vlivům současného světa podléhá tedy i sama rodina. Přibývá rozvodovosti, neúplných rodin, rodin, kde na sebe členové nemají čas. V rodině vzniká pocit sounáležitosti, vytváří se pocit „MY“. V dobře fungující rodině se vytvoří tato pravá vzájemnost, kde jsou uspokojovány potřeby všech členů. Opakem jsou rodiny bez vzájemnosti, kde každý žije „na svou pěst“. Existují i rodiny s falešnou vzájemností, kde všichni hrají roli předepsanou pravidly rodiny. Tato vnější fasáda často skrývá neřešené a nevyslovené konflikty (4).

Drogově závislý jedinec devastuje a často také rozbíjí svou rodinu. Reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě konzumuje drogy, bývá velmi často nepřiměřená a neúčelná. Typickou reakcí jsou domluvy, vyhrožování, zákazy, výčitky, pláč, které nemají žádoucí efekt. Někdy mohou mít rodiče pocity viny, hledají příčinu, která k takovému chování jejich dítěte vedla. Jindy se snaží svoje dítě chránit a popírají jeho vztah k drogám (29).

Život se závislým znamená pro rodinu žít dysfunkční vztahy, být vystaven prudkým náladám s postojům, podle toho, zda je závislý intoxikován či střízlivý, být vystaven slibům bez naplnění, být vystaven nepředvídatelnosti dalších hodin (14).

Zdá se, že rizikovým prostředím mohou být takové rodiny, kde panují extrémní poměry: přílišná svoboda, která hraničí s chaosem nebo lhostejností na straně jedné a na druhé zase vztahy, kde jsou si všichni tak blízko, že bez sebe neudělají ani krok. V každé rodině by mělo být i určité množství problematických situací, ve kterých by se dítě učilo řešit problémy, získávat odolnost vůči stresu, bolest i zklamání. Zcela ideální rodina může v přípravě dítěte na život selhat (8).

Bylo prokázáno, že rodiče podstatně ovlivňují to, zda budou jejich děti kouřit, pít nebo zneužívat jiné návykové látky. Jako zvlášť důležité se ukázaly následující činitele:

- dostatečně silná vazba dítěte na rodinu měřitelná časem, který tráví rodiče s dítětem,
- jasná a důsledně prosazovaná rodinná pravidla, přiměřený dohled a přiměřené prosazování kázně,
- schopnost konstruktivně řešit rodinné problémy (18).

Jedním z typických rysů výchovných přístupů v rodinách problematických dětí a toxikomanů je nepružný a úzký výběr výchovných přístupů. Patří mezi ně:

- nekonečné domlouvání, které tvoří směs výčitek, manipulací, apelování na rozum,...
- mlčení, kdy rodiče dávají najevo svůj hněv nebo rezignaci,
- jednorázové a nedůsledné prosazování sankcí,
- vymáhání slibů, často nerealistických (8).

Mezi časté problémy v rodinách se závislým dítětem patří:

- Pseudoindividuace (zdánlivé osamostatnění). Dítě s návykovým problémem odmítá autoritu rodičů, ale bývá stále méně schopno se o sebe postarat a selhává v životních rolích. To zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje jeho schopnost se skutečně osamostatnit. Doporučuje se začlenit dítě zpět do rodiny za poměrně tvrdých podmínek většího dohledu a větších omezení než odpovídají věku. Zpětné začlenění dítěte do rodiny umožňuje následné skutečné osamostatnění.
- Umožňování. „Umožňovač“ je člen rodiny, který usnadňuje návykové chování, např. vymýšlí omluvy, platí dluhy, a tak zdánlivě pomáhá, ve skutečnosti ale oddaluje skutečné řešení. Místo toho je třeba klást podmínky (např. přijetí léčby).
- Triangulace (vytváření trojúhelníků). Dospívající s návykovým problémem si matce ztěžuje na otce a otcí na matku, a tak komplikuje spolupráci okolí a vytváří prostor pro

pokračující návykové chování. Podobný trojúhelník bývá také vytvářen i mezi rodiči a terapeuti. Řešením je dobrá komunikace mezi zúčastněnými.

- Rozmělnění mezigeneračních hranic. To se projevuje např. spojenectvím mezi odpouštějící matkou a dítětem proti přísnému otci. Identifikace jednoho z rodičů s problémovým dítětem a vytváření spojenectví s ním komplikuje překonání návykového problému.
- Skrývání návykového problému dítěte nejen před okolím, ale např. i v rámci širší rodiny nebo před zdravotníky. Je nutné o problému otevřeně komunikovat a dobře spolupracovat navzájem, s širším okolím dítěte i s léčebnými zařízeními.
- Závislost u rodičů (nejčastěji alkoholu) předchází nezhřídka vzniku návykového chování u dítěte. Léčba problémového rodiče je v tomto případě důležitá pro rodiče i pro zvládnutí návykového problému u dítěte.
- Násilí vůči dítěti jeho návykový problém nevyřeší, naopak zpravidla zhorší vztahy a komunikaci. Místo toho je třeba používat efektivnější motivační nástroje změny (25).

### **1.5.1. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti**

Existuje řada faktorů, které jsou pro rodiny závislých charakteristické. Mezi nejznámější patří:

- nedostatečná pozornost nebo problematická reakce rodičů na chování dítěte,
- narušené vztahy mezi rodiči a dítětem,
- chaotické či špatně vymezené mezigenerační vztahy,
- skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině,
- jeden či více závislých členů rodiny,
- kodependence – umožňování závislosti ostatními členy rodiny,
- shovívavý postoj členů rodiny k závislému jedinci,
- nedůsledný, stále odpouštějící postoj členů rodiny k závislému jedinci,
- tabuizovaná témata či problémy, které nejsou řešeny,
- závislé chování členů rodiny dalšího typu (gambling),

- tendence rodičů brát zodpovědnost za dítě (9).

### **1.5.2. Rizikové a ochranné činitele v rozvoji závislosti**

Závislost vzniká v důsledku vzájemného působení různých rovin. Tyto roviny se týkají jednotlivce, rodiny, vrstevníků, školy a širší společnosti. Na každé z této rovin lze vysledovat činitele zvyšující riziko problémů s drogou i činitele ochranné, které toto riziko snižují. Návyková látka oslabuje ochranné činitele a posiluje činitele rizikové, to může v bludném kruhu vést ke vzniku závislosti a posilovat ji (24).

#### Činitele týkající se dítěte nebo dospívajícího:

- zvyšující riziko závislosti: duševní poruchy a poruchy chování dítěte, setkání s drogami v mladém věku, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích, nedostatek způsobů, jak zvládat stresové situace, sklony agresivitě, nižší inteligence,...
- snižující riziko: vysoká míra duševního zdraví, dobré tělesné zdraví, pozdní nebo žádné setkání s drogou, dostatek dovedností v mezilidských vztazích, schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí, problémy, vyšší inteligence, ...

#### Činitele týkající se rodiny:

- zvyšující riziko závislosti: nejasná pravidla týkající se chování dítěte, nedostatek času na dítě, nesoustavná a přehnaná přísnost, nedostatečné citové vazby dítěte, zneužívání alkoholu, tabáku nebo jiných drog rodiči nebo příbuznými, špatné duševní a společenské fungování rodičů, duševní choroba rodičů, chudoba či nezaměstnanosti rodičů, sexuální zneužití dítěte v rodině, výchova pouze jedním rodičem, dítě žije bez rodiny a bez domova, ...
- snižující riziko: jasná pravidla týkající se chování dítěte, dostatek času na dítě, pevné citové vazby dítěte, rodiče na výchově spolupracují, styl výchovy je vřelý a středně omezující, rodiče nezneužívají alkohol a jiné drogy, respekt vůči dítěti, dobré způsoby, jak v rodině zvládat stres, přiměřené uspokojování potřeb dítěte, rodiče jsou duševně zdraví a dobře fungují ve společnosti, prostor pro kvalitní zájmy dítěte, ...



### Činitele týkající se školy:

- zvyšující riziko: neexistuje systematická prevence, škola při prevenci nespolupracuje s rodiči a nekomunikuje s nimi, neexistence pravidel týkající se zákazu návykových látek ve škole, učitelé jsou vnímáni jako nepřátelští či lhostejní, problémoví žáci jsou zesměšňováni a ponižováni, neexistuje návaznost na mimoškolní aktivity, ...
- snižující riziko: škola provádí prevenci soustavně a systematicky, škola při prevenci spolupracuje a komunikuje s rodiči, učitelé jsou vnímáni jako pomáhající, napomáhají rozvoji žáků, dobře s nimi komunikují a spolupracují, pro problémové žáky hledá škola pozitivní alternativy pomoci, dobrá návaznost na mimoškolní aktivity, ...

### Činitele týkající se zaměstnání:

- zvyšující riziko: příliš stresu, existenční nejistota, bezperspektivnost, dlouhodobá nezaměstnanost, termínovaná práce, napjaté pracovní vztahy, spolupracovníci nebo nadřízení zneužívají návykové látky, neostrá hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem, ...
- snižující riziko: přiměřeně stresu, možnost zotavení se, dobrá perspektiva, pocit smysluplnosti, preventivní programy a dobrá sociální politika zaměstnavatele, dobré vztahy a dobrá komunikace na pracovišti, spolupracovníci a nadřízení nezneužívají drogy, jasná hranice mezi soukromím a prací, ...

### Činitele týkající se vrstevníků:

- zvyšující riziko: přátelé a známí mají problémy s autoritami, protispolečenské chování kamarádů, vrstevníci se staví k alkoholu a drogám pozitivně, začínají brzy alkohol a drogy zneužívat, ...
- snižující riziko: přátelé a známí respektují dospělé autority, kamarádi mají zájmy a záliby nesouvisející s alkoholem a drogami, alkohol a drogy nezneužívají, vrstevníci mají přátele, kteří žijí zdravým způsobem života, ...

### Činitele týkající se společnosti:

- zvyšující riziko: alkohol a drogy jsou dostupné a aktivně nabízené (reklama), nízká cena návykových látek, chodba, nedostatek příležitostí, náhlé sociální a politické změny, nestabilita, společnost nenabízí dobré možnosti trávení volného času, nedostatečná zdravotní péče, sociální péče, vzdělání, ...
- snižující riziko: alkohol a drogy jsou dětem obtížně dostupné, alkohol a drogy jsou velmi drahé, přiměřené materiální podmínky, dostatek příležitostí k uplatnění, sociální stabilita, dobrá zdravotní a sociální péče, společenské normy a zákony omezují dostupnost a poptávku (omezení týkající se reklamy), odpovědný postoj ke zdraví ve společnosti, .....(19).

## **1.6. Prevence**

WHO definuje prevenci jako intervenci s cílem zamezit, snížit výskyt a šíření škodlivosti účinku užívání alkoholu a nealkoholových drog.

WHO rozlišuje tři typy prevence:

1. Primární prevence: předcházení užití u osob, které dosud nejsou s drogou v kontaktu.
2. Sekundární prevence: předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již drogu užívají.
3. Terciální prevence: předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog (5).

### **1.6.1. Prevence v rodině**

Způsob jak mluvit s dětmi o drogách musí rodiče volit podle toho, o jakou situaci se jedná a kolik je dítěti let. Někteří rodiče řeší dilema, jestli mají o drogách s dětmi „preventivně“ začít mluvit sami, nebo počkat, až se děti zeptají (8).

Přesvědčení, že rozhovor o drogách může znamenat nakažení dítěte nějakými špatnými myšlenkami, a proto je lepší o drogách vůbec nemluvit, již dnes většinou

nepanuje. Otázka nezní zda vůbec, ale především kdy, jakou formou a jak podrobně o těchto věcech mluvit s ohledem na věk dítěte.

Reakce rodičů a podrobnost tématu drog by měla reflektovat nejen věk, ale i prostředí a zájmy dítěte, situaci o drogách ve škole, kamarády, spolužáky a jiné významné osoby, které mohou dítě v jeho vývoji a vztahu k drogám pravidelně ovlivňovat (6).

Mezi základní zásady prevence v rodině patří:

- získat důvěru dítěte a naučit se mu naslouchat,
- opatřit si potřebné informace a naučit se s dítětem o alkoholu a drogách informovaně hovořit,
- předcházet nudě, pomoci dítěti najít si dobré a bezpečné zájmy a záliby,
- pomoci dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní alkohol a drogy odmítat,
- vytvářet a důsledně prosazovat zdravá rodinná pravidla,
- pomoci dítěti bránit se špatné společnosti a naopak najít si dobré přátele,
- posilovat zdravé sebevědomí dítěte,
- spolupracovat při výchově s dalšími dospělými v rodině, ve škole, v místě bydliště,
- pokud má dítě návykové problémy vyhledat co nejdříve odbornou pomoc (23).

Nešpor (19) rozlišuje 4 typy výchovy:

1. Přijímající rodič. Tento rodič je s dítětem spokojen, vyhledává dítě a má z něj radost, povzbuzuje ho a je citlivý vůči jeho potřebám a názorům.
2. Odmítající rodič. Je vůči dítěti kritický, dítě nevyhledává a netěší se z něj, málo ho povzbuzuje a je vůči potřebám a názorům dítěte necitlivý.
3. Omezující rodič. Jasně stanovuje pravidla a následky jejich porušení, pevně a předvídatelně prosazuje pravidla, zřídka podléhá nátlaku a vynucování.
4. Povolný rodič. Pravidla jasně nestanovuje a nestanovuje ani důsledky jejich porušování. Pravidla pevně a ani předvídatelně neprosazuje. Snadno podléhá nátlaku a vynucování.

Nešpor uvádí jako nejlepší způsob výchovy z hlediska předcházení problémů působených alkoholem a drogami kombinaci způsobů výchovy 1 a 3 (přijímající a omezující rodič).

### **1.6.2. Prevence ve škole**

Efektivní protidrogový program ve škole musí splňovat několik podmínek:

- být dlouhodobý,
- zaměřit se na všechny aspekty problematiky,
- studenti by se měli stát spoluvůrci aktivit,
- být propojen s rodiči,
- být propojen s průběžným děním ve škole,
- být veden kvalifikovanými lektory nejen s odbornými, ale i pedagogickými schopnostmi (8).

### **1.7. Možnosti léčby**

Mnoho lidí považuje závislost za pouhý zvyk užívat drogy. Proto také očekávají, že vyléčení ze závislosti spočívá v tom, že závislý jednoduše drogu začne odmítat a po čase přijme fakt, že život je lepší bez drog. Neberou však v úvahu celou šíři problémů, které se podílely na tom, že dotyčný drogy začal užívat a stal se na nich závislý. Rovněž neberou v úvahu změny, které v době užívání v jeho osobnosti, těle i okolí nastaly. Léčba tedy musí oslovit závislého komplexně a vyvolat změny, které se týkají jeho fyzického a psychického stavu o jeho vztahů s blízkými lidmi a sociálního prostředí, ve kterém žije (8).

Faktory, které je třeba brát v úvahu při léčbě zahrnují:

- a) proměnné týkající se tělesného stavu pacienta, např. přítomnost tělesného odvykacího syndromu nebo vážného zdravotního poškození souvisejícího s návykovými látkami;

- b) faktory týkající se duševního stavu jako duševní porucha nesouvisející se škodlivým užíváním návykových látek (např. porucha osobnosti, deprese, psychotická onemocnění), přítomnost alkoholické nebo toxické psychózy, psychická závislost, organické poškození mozku, dostatek nebo nedostatek sociálních dovedností, pracovní návyky, schopnost adaptace;
- c) faktory týkající se druhu návykové látky a délky jejího škodlivého užívání;
- d) faktory týkající se rodiny: rodinná dysfunkce či naopak rodina jako zdroj emoční podpory, přítomnost závislosti u blízkého příbuzného ve společné domácnosti, schopnost rodiny aktivně spolupracovat v léčbě, adaptovat se na změněnou situaci pro terapii;
- e) faktory týkající se sítě sociálních vztahů: přátelé, kteří užívají návykové látky nebo naopak zachovalé perspektivní sociální vazby;
- f) širší sociální systémy zahrnující možnost trávení volného času, v prevenci spolupracující nebo nespolečující sdělovací prostředky, drogová subkultura ve společnosti a její vliv, reklama na alkohol, legislativa;
- g) faktory týkající se možnosti léčby v dané oblasti, kapacita léčebných zařízení, kvalifikace a zkušenost týmů, ochota klienta ke spolupráci, přijatelnost léčebné intervence pro klienta apod. (21).

V České republice je v současnosti komplexní systém služeb od primární prevence přes programy, kde pracují s klienty, kteří aktuálně užívají drogy, až po léčebná zařízení a doléčování (30).

Léčba návykových nemocí bývá obtížná a zpravidla dlouhodobá (22).

Oblast léčby a sociální rehabilitace závislých představuje velmi široké spektrum různých metod a přístupů. Pojetí léčby a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách. Více než dvě desetiletí se vychází z bio-psycho-sociálního modelu léčby závislostí (17).

Léčení závislosti musí zahrnout všechny faktory bio-psycho-sociálního modelu. Tomu odpovídají detoxifikace, farmakoterapie a léčebné postupy, které jsou souhrně označovány jako psychosociální terapie. K nim patří různé metody individuální, skupinové a rodinné terapie (10).

Léčba závislosti na návykových látkách je definována jako odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti a zvýšit kvalitu života drogově závislých na nejvyšší možnou míru (20).

Prognóza je podstatně ovlivněna vstupními charakteristikami pacientů. Prognózu zlepšuje nepřítomnost jiné duševní poruchy, léčba poskytnutá v časných stadiích problému a stabilní sociální situace. Efektivita léčby pozitivně koreluje s její délkou, včetně soustavného a dlouhodobého ambulantního doléčování (20).

Léčba je zajišťována širokým spektrem služeb, které je možné rozlišit na:

- ambulantní (Alkoholicko-toxikologické ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče),
- rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny).

Podle délky pobytu lze léčbu dělit na:

- krátkodobou - 4-8 týdnů,
- střednědobou - 3-6 měsíců,
- dlouhodobou - déle než 6 měsíců (15).

Zvláštní formu léčby představuje také substituční léčba, která se týká závislých na opiátech. Léčba spočívá v podávání substituční látky (nejčastěji metadon). Snižování dávek může vést až k postupné abstinenci. Tato léčba je doporučována spíše dlouhodobě závislým (8).

Řada problémů, které alkohol nebo jiné návykové látky působí, mají stigmatizující charakter. Proto se pacienti do léčení dostávají často pozdě (21).

Úspěšnost léčby zvyšuje několik skutečností:

- je-li poskytnuta brzy,

- když rodina v léčbě spolupracuje a účastní se terapie,
- když je možnost dlouhodobé spolupráce s léčebným zařízením,
- když jde o kvalitní léčebný program,
- když sám pacient s léčbou přiměřeně spolupracuje,
- když netrpí jinou duševní poruchou,
- u těžších forem závislosti je úspěšnost léčby úměrná její délce, tzn. čím delší léčba, tím lepší výsledky (19).

### 1.7.1. Rodinná terapie

Rodinná terapie je psychoterapeutická metoda, která vychází z myšlenky, že většina psychických a vztahových problémů má své souvislosti se vztahy uvnitř rodiny. Ovlivněním některých vztahů a komunikace je pak možné vyvolat změny a zlepšení těchto problémů. Při rodinné terapii jde obvykle o několik setkání rodiny s terapeutem. Rodinná terapie je obvykle využívána v rámci hospitalizace či komunitní nebo pobytové léčby. V rodinné terapii není hledán viník, který způsobil problémy. Odpovědnost za řešení a léčbu závislosti se nepřenáší ze závislého na rodiče nebo jiné členy rodiny. Společně se hledá způsob, jak by mohl každý člen rodiny přispět ke zvládnutí obtíží (8).

Rodinná terapie bývá doporučována tam, kde současné interpersonální konflikty nebo problémy komunikace mohou přispívat ke škodlivému užívání návykových látek (28).

Práce s rodiči bývá efektivnější a důležitější, protože u dospívajících a mladých dospělých nemají většinou partnerské vztahy takový význam jako jejich vztah k rodičům. Důvodem je nestabilita partnerských vztahů v tomto věku, ale i okolnost, že dospívající je na rodičích ekonomicky i jinak závislý (21).

Při rodinné terapii závislosti jsou využívány zejména tyto postupy:

- získávání členů rodiny pro terapii,
- práce s lidmi v pacientově okolí, aby neusnadňovali zneužívání psychoaktivních látek a naopak posilovali pozitivní kroky,

- edukativní působení a nácvik, např. nácvik komunikace, zvládání konfliktů,
- zlepšování životního stylu rodiny,
- práce se vztahy v širší rodině, např. k prarodičům,
- využívání motivačního efektu rodiny,
- terapeutický kontrakt (léčebná dohoda), která se může týkat intenzity i náplně léčby, určitých stránek života rodiny, společného postupu rodičů při výchově apod.,
- zvládání recidivy,
- práce s rodinnými rituály: zdravé rituály posilují rodinné vazby a poskytují pocit větší jistoty a bezpečí,
- terapeutický paradox, nadsázka, humor jsou vhodné např. tam, kde terapeut pracuje s rezistentním pacientem či rodinou,
- unilaterální (jednostranná) terapie, kdy jde o léčbu samotného člena rodiny, jestliže jeho závislý příbuzný odmítá léčbu (22).

V případě vzniku vážných poruch, jakou drogová závislost je, je rodina schopna mobilizovat značné rezervy, poskytovat svému členovi velkou oporu a všemi prostředky usilovat o návrat do původního stavu (16).



## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1. Cíl práce**

Cílem této práce bylo zmapovat znaky rodin drogově závislých jedinců.

### **2.2. Hypotézy**

V rámci práce byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Drogově závislí pochází z rozvedených rodin.

Hypotéza č. 2: Drogově závislí pochází z rodin s nižším vzděláním.

Pojem „většina“ je definován jako více než 60% odpovědí respondentů.

### **3. Metodika**

#### **3.1. Použité metody a technika sběru dat**

K ověření hypotéz byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Ke sběru dat byla použita technika dotazníku (viz Příloha č. 1). Dotazník vlastní konstrukce byl tvořen 25 otázkami. Dotazník byl předán 60 respondentům a návratnost byla 100%.

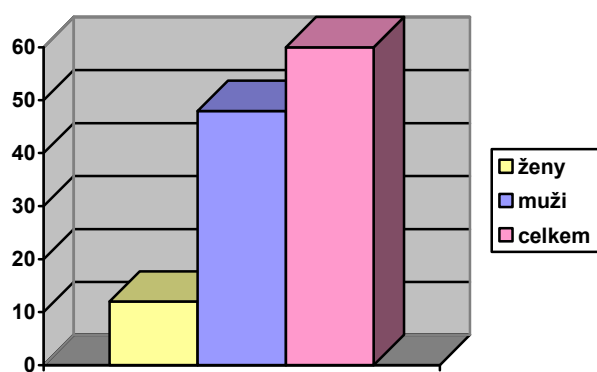
#### **3.2. Charakteristika výběrového souboru**

Pro řešení dané problematiky byl dotazník předkládán drogově závislým jedincům. Jednalo se o pacienty Psychiatrické léčebny Červený Dvůr a o klienty Kontaktního a doléčovacího centra pro drogovou závislost „Háječek“ v Českých Budějovicích. Soubor obsahoval 60 respondentů, z toho 12 žen a 48 mužů.

## 4. Výsledky

### Graf 1:

#### Rozdělení respondentů podle pohlaví

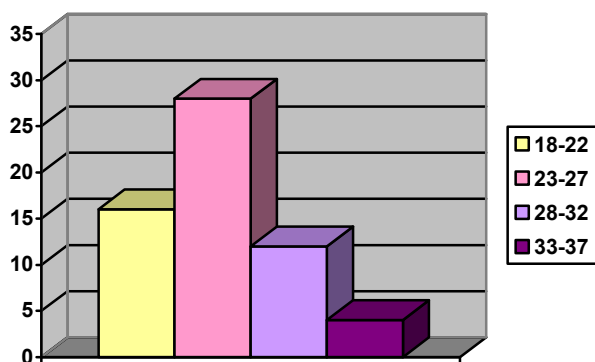


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu **60 respondentů** (100%) bylo 12 žen (20%) a 48 mužů (80%).

## Graf 2:

### Rozdělení respondentů podle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve věkové skupině 18-22 let bylo 16 (27%) respondentů.

Ve věkové skupině 23-27 let bylo 28 (47%) respondentů.

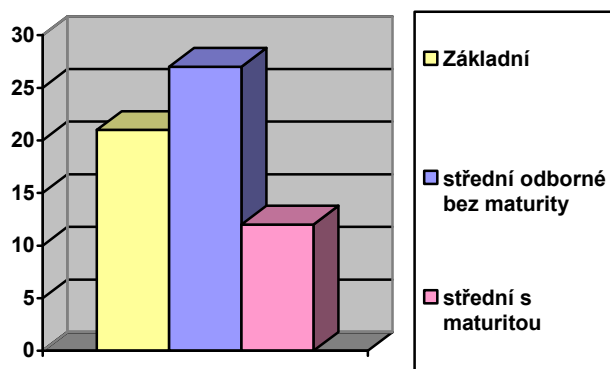
Ve věkové skupině 28-32 let bylo 12 (20%) respondentů.

Ve věkové skupině 33-37 let byli 4 (6%) respondenti.

Věkový průměr respondentů byl 25 let.

### Graf 3:

#### Vzdělání respondentů

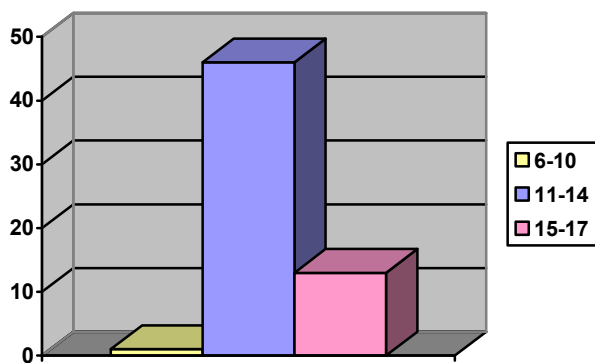


Zdroj: Vlastní výzkum

21 respondentů (36%) má základní vzdělání. 27 respondentů má střední odborné vzdělání bez maturity (44%). 12 respondentů absolvovalo střední školu s maturitou (20%).

#### Graf 4:

V kolika letech jste poprvé užil/a alkohol?



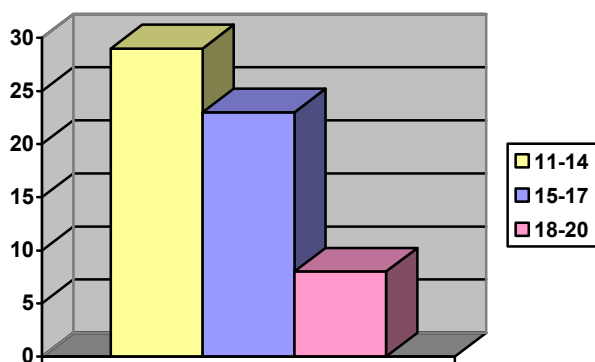
Zdroj: Vlastní výzkum

Ve věkové skupině 6-10 let 1 respondent (2%) uvedl první užití alkoholu.

Ve věkové skupině 11-14 let užilo alkohol 46 respondentů (76%). 13 respondentů (22%) poprvé užilo alkohol mezi 15-17 lety.

### Graf 5:

**V kolika letech jste poprvé užil/a nelegální drogu?**



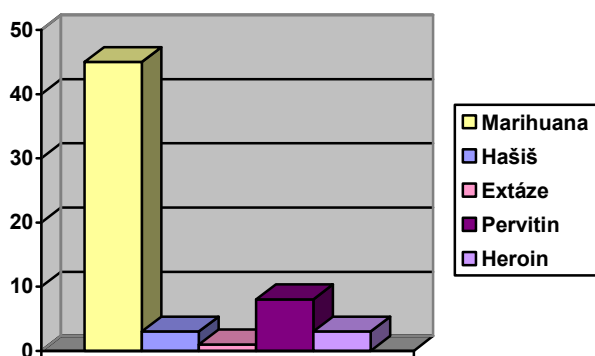
Zdroj: Vlastní výzkum

Ve věkové skupině 11-14 let poprvé užilo nelegální drogu 29 respondentů (49%).

Ve věkové skupině 15-17 let uvedlo první užití 23 respondentů (38%). 8 respondentů (13%) uvedlo první užití mezi 18-20 lety.

## Graf 6:

**Jakou nelegální drogu jste poprvé užil/a?**



Zdroj: Vlastní výzkum

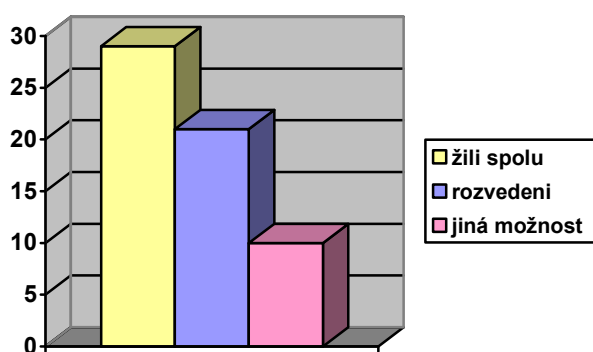
45 respondentů (76%) uvedlo, že jako první nelegální drogu užilo marihuanu.

3 respondenti (4%) uvedli užití hašiše. 1 respondent uvedl užití extáze (2%). Pervitin jako první užitou nelegální drogu uvedlo 8 respondentů (14%) a heroin uvedli 3 respondenti (4%).



**Graf 7:**

**Rodinný stav rodičů v době začátku užívání drog**

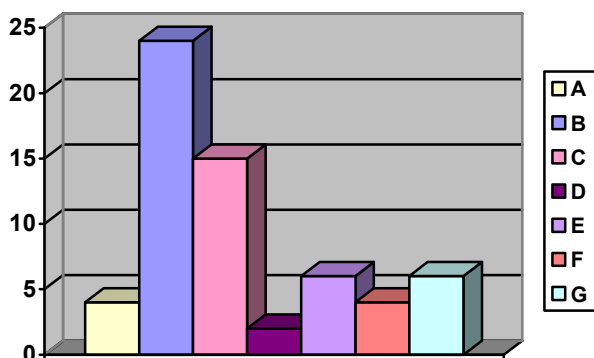


Zdroj: Vlastní výzkum

29 respondentů (48%) uvedlo, že v době, kdy začali užívat drogy, jejich rodiče žili spolu. 21 (35%) respondentů uvedlo, že jejich rodiče byli rozvedeni. 10 respondentů (17%) uvedlo jinou možnost, z toho 8 respondentů uvedlo, že rodiče nebyli rozvedeni, ale nežili spolu a 2 respondenti uvedli, že jeden z rodičů zemřel.

## Graf 8:

### Vzdělání rodičů



A – oba rodiče základní

B – oba rodiče střední odborné bez maturity

C – oba rodiče střední s maturitou

D – oba rodiče vysokoškolské

E – rodiny, kde jeden rodič má základní a druhý rodič střední odborné bez maturity

F – rodiny, kde jeden má střední odborné bez maturity , druhý střední s maturitou

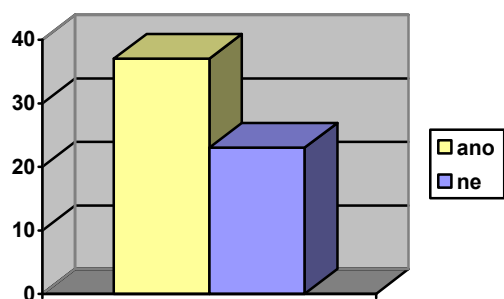
G – rodiny, kde jeden rodič má střední s maturitou,druhý vysokoškolské

Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiny, ve kterých mají oba rodiče pouze základní vzdělání, byly podle dotazníkové šetření 4 (7%). Rodin, kde oba rodiče získali střední odborné vzdělání bez maturity, je 24 (40%). Oba rodiče se středním vzděláním s maturitou jsou v 15 (25%) rodinách. Oba rodiče vysokoškoláci jsou jen ve 2 rodinách (3%). Rodin, ve kterých má jeden rodič základní vzdělání a druhý střední odborné bez maturity, byl 5 (8%). Rodin, kde jeden má střední odborné bez maturity, druhý střední s maturitou, bylo 6 (10%). Rodin, kde jeden rodič má střední s maturitou, druhý vysokoškolské byly 4 (7%).

### Graf 9:

**Domníváte se, že Vám v době dětství a dospívání Vaši rodiče věnovali dostatečnou pozornost?**

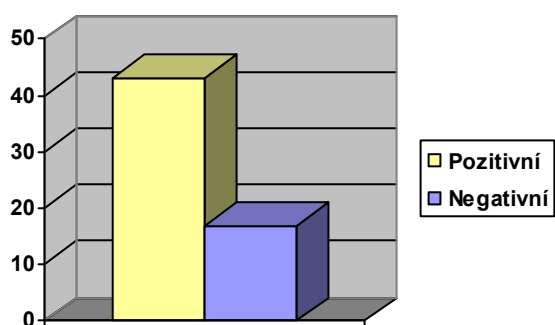


Zdroj: Vlastní výzkum

37 respondentů (62%) uvedlo, že v době dětství a dospívání jim rodiče věnovali dostatečnou pozornost. 23 respondentů (38%) se naopak domnívá, že jim dostatečná pozornost věnována nebyla.

### Graf 10:

**Jaké jsou převážně Vaše vzpomínky na dětství a dospívání?**

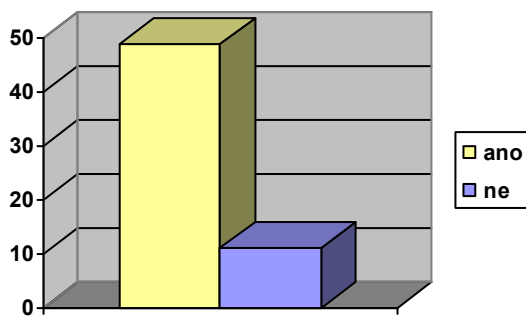


Zdroj: Vlastní výzkum

43 respondentů (71%) uvedlo, že jejich vzpomínky na dětství a dospívání jsou spíše pozitivní. 17 respondentů (29%) hodnotili vzpomínky na dětství a dospívání spíše jako negativní.

**Graf 11:**

**Provozoval/a jste v době dětství a dospívání volnočasové aktivity?**

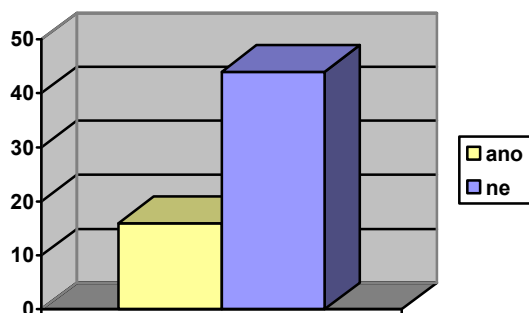


Zdroj: Vlastní výzkum

49 (82%) respondentů uvedlo, že v době dětství a dospívání provozovali volnočasové aktivity. 11 (18%) respondentů odpovědělo záporně.

**Graf 12:**

**Domníváte se, že jste měl/a problém s přechodem ze základní na střední školu?**

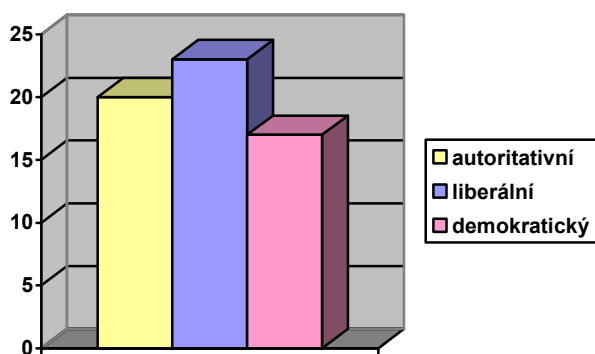


Zdroj: Vlastní výzkum

16 respondentů (27%) uvedlo, že mělo problém s přechodem ze základní na střední školu. 44 respondentů (73%) s přechodem ze základní na střední školu nemělo problém.

### Graf 13:

**Jak byste charakterizoval/a výchovný styl Vašich rodičů?**

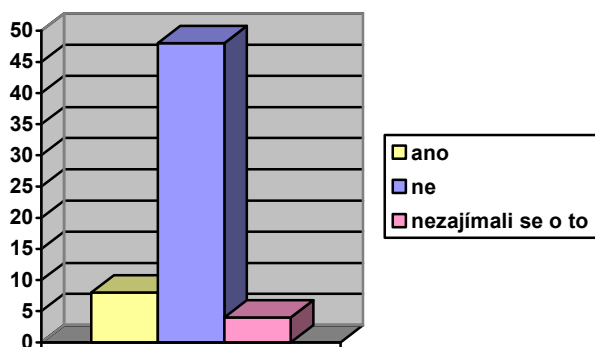


Zdroj: Vlastní výzkum

20 (33%) respondentů charakterizovalo výchovný styl svých rodičů jako autoritativní.  
23 (38%) respondentů uvedlo liberální výchovný styl a 17 (29%) respondentů hodnotilo výchovný styl rodičů jako demokratický.

**Graf 14:**

**V době, kdy jste začal/a experimentovat s drogami, měli Vaši rodiče nějaké podezření?**



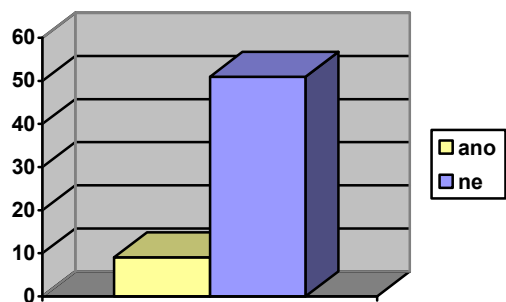
Zdroj: Vlastní výzkum

8 (13%) respondentů uvedlo, že v době, kdy začali experimentovat s drogami, jejich rodiče měli podezření. 48 (80%) respondentů uvedlo, že rodiče podezření neměli a 4 (7 %) respondenti uvedli, že se o tuto skutečnost jejich rodiče nezajímali.



**Graf 15:**

**V době Vašeho dětství či dospívání mluvili s Vámi Vaši rodiče o drogách?**

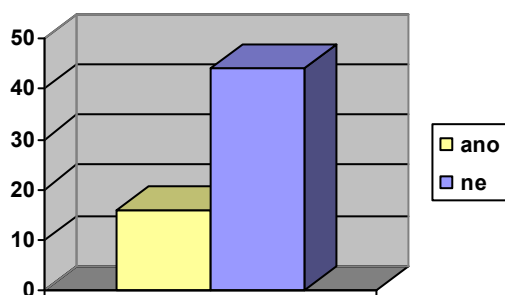


Zdroj: Vlastní výzkum

9 (15%) respondentů uvedlo, že v době jejich dětství či dospívání s nimi rodiče hovořili o drogách . 51 (85%) respondentů uvedlo, že rodiče s nimi o drogách nemluvili.

### Graf 16:

#### Pochází Vaši rodiče z rozvedených či neúplných rodin?

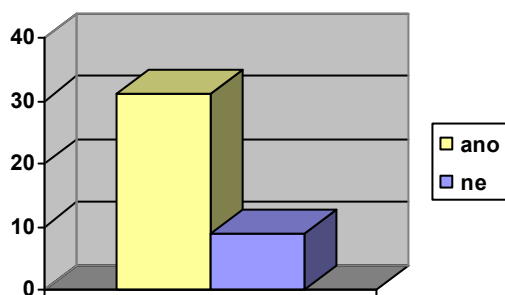


Zdroj: Vlastní výzkum

16 (27%) respondentů uvedlo, že jejich rodiče pochází z rozvedených či neúplných rodin. 44 (73%) respondentů uvedlo, že jejich rodiče z uvedených rodin nepochází.

### Graf 17:

**Pokud se Vaši rodiče rozvedli, našel si rodič, se kterým jste žil/a, nového partnera?**



Zdroj: Vlastní výzkum

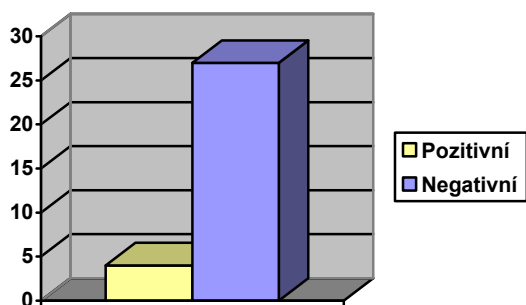
31 (77%) respondentů z rodin, ve kterých se rodiče rozvedli, uvedlo, že si rozvedený rodič našel nového partnera.

9 (23%) respondentů z rodin, ve kterých se rodiče rozvedli, odpovědělo, že rodič si nového partnera nenašel.

20 respondentů na otázku neodpovědělo, protože jejich rodiče nebyli rozvedeni.

### Graf 18:

**Pokud ano, jaký vztah jste s tímto novým členem rodiny měl/a?**

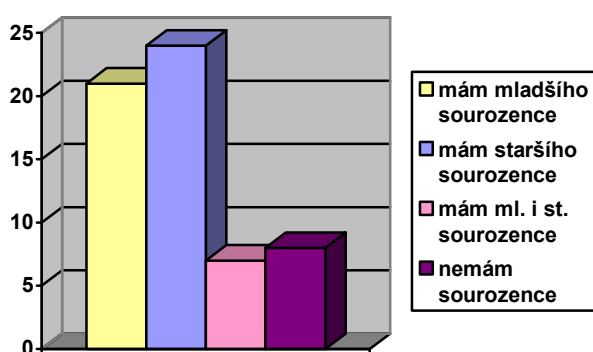


Zdroj: Vlastní výzkum

4 respondenti (13%) odpověděli, že s novým partnerem měli spíše pozitivní vztah. 27 (87%) respondentů uvedlo, že s tímto novým členem rodiny měli spíše negativní vztah.

## Graf 19:

### Máte sourozence?

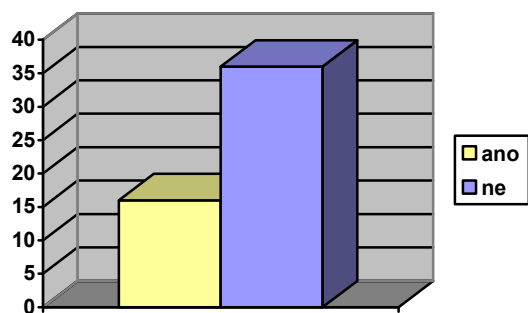


Zdroj: Vlastní výzkum

21 (36%) respondentů uvedlo, že má mladšího sourozence. 24 (40%) respondentů má staršího sourozence. 7 (11%) respondentů má mladšího i staršího sourozence a 8 (13%) respondentů nemá sourozence žádného.

## Graf 20:

### Užívá Váš sourozenec drogy?

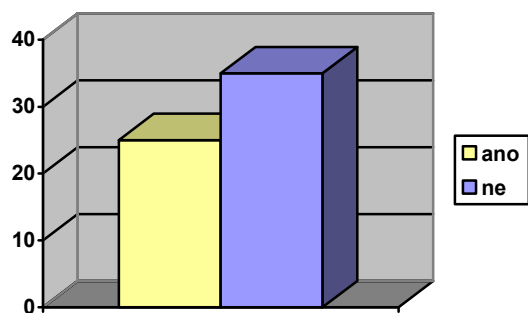


Zdroj: Vlastní výzkum

16 (30%) respondentů uvedlo, že jejich sourozenec užívá drogy. 36 (70%) respondentů uvedlo, že sourozenec drogy neužívá.

### Graf 21:

Užíval se ve Vaší rodině dle Vašeho názoru nadměrně alkohol?

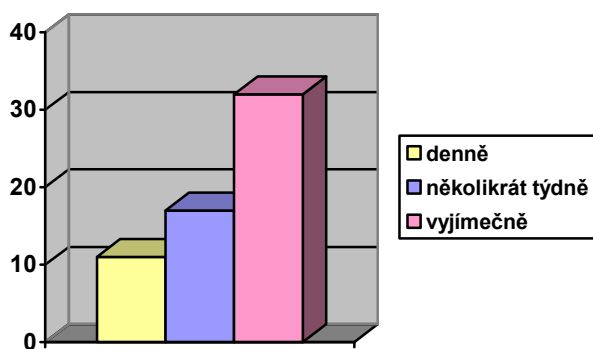


Zdroj: Vlastní výzkum

25 (42%) respondentů uvedlo, že v jejich rodině byl nadměrně užíván alkohol. 35 (58%) respondentů nadměrné užívání alkoholu neuvedlo.

**Graf 22:**

**Pokud se ve Vaší rodině užíval alkohol, uveďte jak často.**



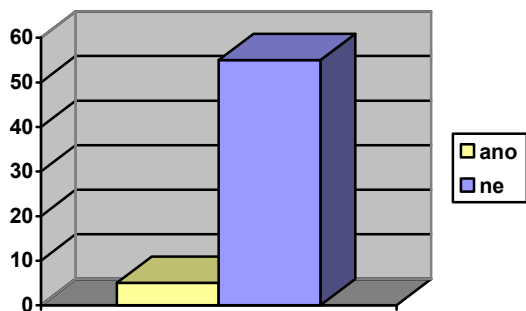
Zdroj: Vlastní výzkum

11 (18%) respondentů uvedlo, že alkohol se v jejich rodině užíval denně. 17 (29%) respondentů odpovědělo, že v rodině se alkohol užíval několikrát týdně. 32 (53%) dotázaných uvedlo, že alkohol byl v jejich rodině užíván výjimečně.



**Graf 23:**

**Léčil se někdo z Vaší rodiny ze závislosti na alkoholu nebo drogách?**

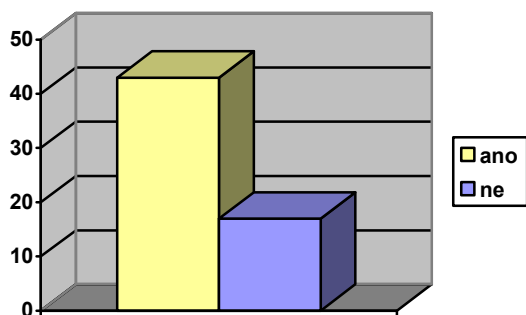


Zdroj: Vlastní výzkum

5 (9%) respondentů uvedlo, že se v jejich rodině některý člen léčil ze závislosti na alkoholu nebo drogách (3 respondenti uvedli otce, 2 respondenti strýce). 55 (91%) respondentů odpovědělo záporně.

**Graf 24:**

**Je alespoň jeden z Vašich rodičů pravidelným kuřákem?**



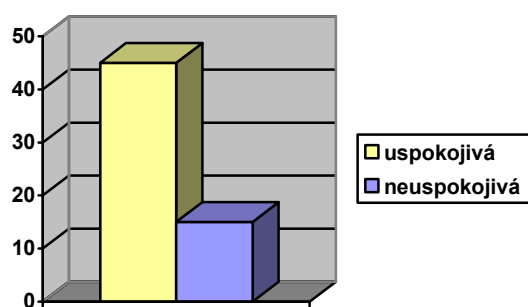
Zdroj: Vlastní výzkum

43 (71%) respondentů uvedlo, že aspoň jeden z jejich rodičů je pravidelným kuřákem.

17 (29%) respondentů uvedlo, že ani jeden z rodičů není pravidelným kuřákem.

### Graf 25:

**Jaká byla finanční situace Vaší rodiny v době Vašeho dětství a dospívání?**



Zdroj: Vlastní výzkum

45 respondentů (75%) považuje finanční situaci své rodiny v době dětství a dospívání za uspokojivou. 15 respondentů (25%) hodnotí finanční situaci jako neuspokojivou.

## 5. Diskuse

Při práci s drogově závislými si otázku, zda existuje nějaký určitý faktor nebo struktura rodiny závislého jedince, začne klást každý (9).

Cílem této práce bylo definovat některé znaky, které by pro rodiny drogově závislých jedinců mohly být charakteristické. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 60 respondentů. Převážnou většinu z celkového počtu dotázaných tvořili muži (80%). Největší počet respondentů patřil do věkové kategorie 23-27 let (47%). Pouze 4% dotázaných bylo ve věkové kategorii 33-37 let. Věkový průměr všech dotázaných byl 25 let.

Nejvíce respondentů mělo střední odborné vzdělání bez maturity (44%). Základní vzdělání bylo zjištěno u 35% dotázaných. Středního vzdělání s maturitou dosáhlo pouze 20% respondentů. Nikdo z dotázaných nedosáhl vyššího odborného či vysokoškolského vzdělání. Skutečnost, že poměrně velké procento respondentů dosáhlo pouze základního vzdělání, je typickým negativním důsledkem braní drog. Dospívající většinou začínají experimentovat s drogami již na základní nebo na střední škole. Poté, co se zvyšuje frekvence užívání drog a dotyčný jedinec není schopen zvládat školní povinnosti, dochází k tomu, že školu opouští.

První návyková látka, se kterou se děti a mladiství obvykle setkávají je alkohol. Převážná většina respondentů (76%) uvedla, že poprvé užila alkohol mezi 11-14 lety. Tato skutečnost je dána tím, že alkohol patří mezi společnosti tolerované drogy. Alkohol se také běžně vyskytuje v řadě rodin, a proto pro dítě nebývá zpravidla nijak obtížné se k němu dostat. V této věkové kategorii 49% dotázaných také uvedlo první užití nelegální drogy. Převážná většina respondentů (76%) uvedla jako první nelegální užitou drogu marihuanu. Marihuana je droga, kolem které se ve společnosti vede nejvíce diskusí (8). Postoj společnosti k marihuaně je poněkud rozporný. Na jedné straně někteří považují marihuanu za ilegální drogu, na druhé straně někteří hovoří o jejích léčivých účincích. Zdravotní škody se často projevují až po letech a to vede k podceňování této drogy. Konopí je nejčastější užívanou nelegální drogou mezi mladými lidmi (23). Tento fakt potvrzuje i dotazníkové šetření.

48% respondentů uvedlo, že v době, kdy začali experimentovat s drogami, jejich rodiče žili spolu. Rodiče 35% dotázaných byli rozvedeni. 17% dotázaných uvedlo jinou možnost (rodiče rozvedeni nebyli, ale nežili spolu, jeden z rodičů zemřel).

**Hypotéza č.1: Drogově závislí pochází z rozvedených rodin se nepotvrdila.** Ačkoliv hypotéza potvrzena nebyla, z výzkumu vyplývá, že vysoké procentu drogově závislých jedinců pochází z rodin rozvedených a z rodin, ve kterých rodiče rozvedeni nebyli, ale nežili spolu (52%).

Rodiny s nižším vzděláním byly definovány jako rodiny, kde oba rodiče mají základní vzdělání, střední odborné vzdělání bez maturity nebo jeden rodič má základní vzdělání a druhý rodič má střední odborné vzdělání bez maturity. Těchto rodin bylo na základě dotazníkového šetření zjištěno 55%. **Hypotéza č. 2: Drogově závislí pochází z rodin s nižším vzděláním se nepotvrdila.**

62% respondentů se domnívá, že v době dětství a dospívání jim rodiče věnovali dostatek pozornosti a vzpomínky na dětství a dospívání hodnotí jako pozitivní 71% respondentů. 38% dotázaných v dotazníkovém šetření uvedlo, že jim rodiče nevěnovali dostatečnou pozornost. Hajný uvádí (8), že při práci s mladými toxikomany je opakovaně zjišťován fakt z jejich minulosti – jen těžko se v jejich rodině nacházel čas k rozhovorům o problémech nebo jen k povídání s ostatními členy rodiny. Zvláště v období dětství a dospívání by rodiče svým dětem měli věnovat dostatek pozornosti, protože pokud se budou o své děti aktivně zajímat a plnohodnotným způsobem s nimi trávit volný čas, je možné problémům s návykovými látkami předcházet. Převážná většina respondentů (82%) uvedla, že v době svého dětství a dospívání provozovala volnočasové aktivity.

Problém s přechodem ze základní na střední školu uvedlo 27% dotázaných. Tento přechod může být pro řadu dospívajících velmi rizikový, zvláště pokud se v novém školním prostředí nedokáží adaptovat. Problémy se mohou vyskytnout nejen s větším množstvím učiva, ale i s kolektivem, se kterým si jedinec nerozumí. V tomto období by rodiče měli být velmi citliví na změny v chování svých dětí.

Respondenti byli dotazováni na výchovný styl svých rodičů. Odpovědi respondentů byli poměrně vyvážené. 33% respondentů charakterizovalo výchovný styl

svých rodičů jako autoritativní, 38% respondentů uvedlo liberální výchovný styl a 29% respondentů hodnotilo výchovný styl rodičů jako demokratický. Nejvíce dotázaných definovalo výchovný styl svých rodičů jako liberální, kdy rodiče poskytovali dítěti hodně volnosti, nekladli na něj požadavky, nekontrolovali ho,... Za nejvhodnější výchovný styl je považován demokratický výchovný styl, kdy je dítě respektováno i se svými potřebami, ale zároveň v rodině existují určitá pravidla, která je nutné dodržovat. Dítě se cítí v rodině bezpečně, protože rodina poskytuje dítěti dostatek prostoru ke komunikaci a k vyjádření svých názorů. Extrémní výchova, která je typická pro autoritativní i liberální styl výchovy může vést k extrémním projevům chování dítěte, což může být i drogová závislost.

80% respondentů uvedlo, že v době, kdy začali experimentovat s drogami, rodiče neměli žádné podezření. Jak uvádí Nešpor (18), problémy s alkoholem nebo drogami se dají včas rozpoznat, pokud rodiče věnují dítěti dostatečnou pozornost. 7% respondentů uvedlo, že se o tuto skutečnost jejich rodiče nezajímali.

85% respondentů uvedlo, že s nimi v době dětství a dospívání rodiče o drogách nehovořili. Prevence v rodině probíhala tedy pouze u 15% dotázaných. Prevence by měla začínat již v dětském věku v rodině, protože dítě se s pojmem „droga“ obvykle setkává již ve velmi útlém věku.

Pouze 27% respondentů uvedlo, že jejich rodiče pochází z rozvedených rodin či z neúplných rodin. 77% respondentů z rodin, ve kterých se rodiče rozvedli, uvedlo, že si rozvedený rodič našel nového partnera. Velmi vysoké procento dotázaných (87%) uvedlo, že s tímto novým členem rodiny mělo spíše negativní vztah. Příchod nového partnera rodiče do rodiny je velmi citlivou záležitostí pro dítě či dospívajícího. Z hlediska užívání drog se některé problematické důsledky mohou projevit např. tím, že dítě na sebe může experimentování s drogami upozorňovat, může užívat drogy, aby zmírnilo negativní emoce, aby svým problematickým chováním vytvořilo situace, ve kterých by se rozvedení rodiče spojili ve společném úsilí se o dítě postarat (8).

Mezi respondenty bylo největší procento těch, kteří mají mladšího (36%) nebo staršího (40%) sourozence. Pouze 13% respondentů nemá žádného sourozence. 30% respondentů uvedlo, že jejich sourozenec užívá drogy. Problém s návykovou látkou by

měl být řešen u všech závislých členů rodiny. Těžko lze požadovat abstinenci u jednoho dítěte a u druhého užívání drog tolerovat.

58% respondentů uvedlo, že v jejich rodině nebyl dle jejich názoru nadměrně užíván alkohol. 18% respondentů uvedlo, že alkohol se v jejich rodině užíval denně. Rizikový vliv závislého člena rodiny spočívá v tom, že se může stát „modelem“ ke stejnému či podobnému chování (9). Pokud existuje v rodině jiný závislý člen, je nutné tuto situaci řešit, změnu v jeho chování nebo léčbu na něm vyžadovat a otevřeně hovořit o problémech, které závislost působí (8). Pokud bude závislost jiného člena rodiny popírána, bude velmi složité nepopírat tuto skutečnost u závislého mladistvého. Nešpor (21) uvádí, že děti z rodin, ve kterých má některý z rodičů problém s alkoholem nebo drogou jsou nepochybně více ohroženy. 53% dotázaných uvedlo, že alkohol byl v jejich rodině užíván pouze výjimečně. Pouze 9% respondentů uvedlo, že v rodině se některý člen léčil ze závislosti na alkoholu nebo drogách. V převážné většině rodin (71%) je alespoň jeden z rodičů pravidelným kuřákem. I v tomto případě je nezbytné, aby rodiče o této závislosti dokázali s dětmi a dospívajícími hovořit a otevřeně si přiznat problém s návykovou látkou a snažit se tento problém řešit.

75% dotázaných uvedlo, že finanční situace rodiny v době dětství a dospívání byla uspokojivá. Pouze pro 25% dotázaných byla finanční situace jejich rodina hodnocena jako neuspokojivá. Na základě tohoto šetření nelze definovat neuspokojivou finanční situaci rodiny jako typický znak rodiny s drogově závislým jedincem.

## 6. Závěr

Drogová závislost je onemocnění celé rodiny. Jde o onemocnění, které je nutné chápat v bio-psycho-sociální rovině. Jedná se o chronické onemocnění, které je velmi obtížně léčitelné. Cílem léčby, která je velmi obtížná a dlouhodobá, je dosáhnout trvalé abstinence.

Cílem práce bylo definovat znaky rodin drogově závislých jedinců. V rámci práce byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1: Drogově závislí pochází z rozvedených rodin. Hypotéza č. 2: Drogově závislí pochází z rodin s nižším vzděláním. Na základě dotazníkového šetření stanovené hypotézy nebyly potvrzeny.

Ideální by bylo definovat znaky rodin drogově závislých jedinců a na základě těchto znaků preventivně působit na děti a dospívající, kteří z takových rodin pochází. Bohužel tyto znaky není možné jednoznačně definovat.

S pojmem „droga“ se dítě setkává už od velmi útlého věku prostřednictvím médií, vrstevníků, atd. Prevence by proto měla začínat už v dětském věku v rodině. Rodiče by s dítětem měli hovořit o drogách hlavně s ohledem na jeho věk. Žádné téma, které dítě zajímá, by v dobře fungující rodině nemělo být tabu. Rodiče by si měli být vědomi toho, že čekat, až se dítě samo s „drogou“ seznámí, se nevyplácí.

Důraz je nutné klást zejména na dobře fungující rodinu, protože i když se dítě setká s drogou, tak pokud existují v rodině zdravá rodinná pravidla a dítě se cítí v rodině bezpečně, je méně pravděpodobné, že bude s drogou experimentovat.



## 7. Použitá literatura

1. Boldiš, P. Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1 - Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3.  
[online] Platný <http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>
2. Boldiš, P. Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.1.  
[online] Platný <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>
3. Bartlová, S., Sociální patologie. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-259-0
4. Bartošíková, I., Voříšek, R. Příručka pro nízkoprahové terapeutky. Sdružení Podané ruce. 1. vyd. Boskovice – Brno: Albert Boskovice, 1998. ISBN 80-85834-57-X
5. Definice základních pojmů. [online].[cit. 2007-14-04]  
Platný <http://www.prevcentrum.cz/cz/top-menu/primarni-prevence/definice-zakladnich-pojmu/>
6. Dvořák, D. Jak a kdy mluvit s dítětem. [online].[cit. 2007-04-05]  
Platný <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=141&list=141&shw=100094>
7. Fišerová, M. Neurobiologie závislostí. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
8. Hajný, M. O rodičích, dětech a drogách. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0135-9
9. Hajný, M. Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

10. Kalina, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
11. Kalina, K. Léčba drogově závislých. [online]. [cit.2007-04-12].  
Platný <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>
12. Kozlová,L.,Výzkum v sociální oblasti [online]. [cit.2007-02-02]. [online]  
Platný : [http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.html](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.html)
13. Kudrle, S. Psychopatologie závislosti a kodependence, In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
14. Kudrle, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
15. Léčba závislosti. Základní informace o léčbě závislosti v České republice. [online].[cit. 2007-03-04]  
Platný [http://www.drogyinfo.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/lecba/lecba\\_zavislosti](http://www.drogyinfo.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/lecba_zavislosti)
16. Matoušek, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8
17. Miovský, M. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
18. Nešpor, K. Alkohol a jiné návykové látky u dětí. Prevence v rodině. [online].[cit. 2007-04-04]  
Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/szurod04.doc>
19. Nešpor, K., Csémy, L. Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. 3. rozšířené vyd. Praha: Sportpropag, a.s. ve spolupráci s MŠMT ČR, 1995.
20. Nešpor, K. Doporučené diagnostické a léčebné postupy u poruch působených návykovými látkami [online].[cit. 2007-04-11]

- Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/postupw.doc>
21. Nešpor, K., Csémy, L. Léčba a prevence drogových závislostí. Příručka pro praxi. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2
  22. Nešpor, K. Moderní léčba návykových nemocí. [online].[cit. 2007-04-04]  
Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/modlec.doc>
  23. Nešpor, K., Csémy, L. „Průchozí“ drogy. Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající. [online].[cit. 2007-04-02]  
Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/gatew6.doc>
  24. Nešpor, K. a spol., Příručka pro život ve 21. století [online].[cit. 2007-04-10]  
Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/fitnew.doc>
  25. Nešpor, K. Rodiče dětí zneužívajících návykové látky v ordinaci praktického lékaře. [online].[cit. 2007-04-04]  
Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/gpdeti.doc>
  26. Nešpor, K. Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3
  27. Presl, J. Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě. 2.rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7
  28. Rotgers, F. a kol. Léčba drogových závislostí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9
  29. Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. 2. vyd. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-496-6
  30. Systém péče a léčby v oblasti drogových závislostí. [online].[cit. 2007-11-04]  
Platný <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=32>

## **8. Klíčová slova**

Drogově závislý jedinec

Drogová závislost

Prevence

Rodina

Syndrom závislosti

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1. Dotazník

Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela **anonymní** a slouží čistě k mým studijním potřebám. Jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.  
Denisa Salvová

**1. Pohlaví**

- a) žena
- b) muž

**2. Věk .....**

**3. Jaké je Vaše vzdělání?**

- a) základní
- b) střední odborné bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

**4. V kolika letech jste poprvé užil/a alkohol? .....**

**5. V kolika letech jste poprvé užil/a nelegální drogu? .....**

**6. Jakou nelegální drogu jste poprvé užil/a? .....**

**7. V době, kdy jste začal/a užívat drogy Vaši rodiče**

- a) žili spolu
- b) byli rozvedeni
- c) jiná možnost .....

**8. Jaké vzdělání mají Vaši rodiče (základní, střední odborné bez maturity, střední s maturitou, vysokoškolské)?**

- a) matka .....
- b) otec .....

**9. Domníváte se, že Vám v době dětství a dospívání Vaši rodiče věnovali dostatečnou pozornost?**

- a) ano
- b) ne

**10. Jaké jsou převážně Vaše vzpomínky na dětství a dospívání?**

- a) spíše pozitivní
- b) spíše negativní

**11. Provozoval/a jste v době dětství a dospívání volnočasové aktivity (sport, výtvarné, hudební a jiné kroužky,...)?**

- a) ano
- b) ne

**12. Domníváte se, že jste měl/a problém s přechodem ze základní na střední školu (nové prostředí, nový kolektiv, více učiva,...)?**

- a) ano
- b) ne

**13. Jak byste charakterizoval/a výchovný styl Vašich rodičů?**

- a) autoritativní (rodiče kladli důraz na bezpodmínečnou poslušnost bez dlouhých diskusí, plnění příkazů a zákazů, málo respektovali Vaše přání,...)
- b) liberální (rodiče Vám poskytovali hodně volnosti, nekladli na Vás požadavky, nekontrolovali Vás,...)
- c) demokratický (rodiče Vás jako dítě respektovali, společně jste diskutovali o problémech, poskytovali Vám dostatek volnosti, ale s určitými hranicemi,...)

**14. V době, kdy jste začal/a experimentovat s drogami, měli Vaši rodiče nějaké podezření, že užíváte drogy?**

- a) ano
- b) ne
- c) nezajímali se o to

**15. V době Vašeho dětství či dospívání mluvili s Vámi Vaši rodiče o drogách?**

- a) ano
- b) ne

**16. Pochází Vaši rodiče z rozvedených či neúplných rodin?**

- a) ano
- b) ne

**17. Pokud se Vaši rodiče rozvedli, našel si rodič, se kterým jste žil/a, nového partnera?**

- a) ano
- b) ne

**18. Pokud ano, jaký vztah jste s tímto novým členem rodiny měl/a?**

- a) spíše pozitivní
- b) spíše negativní

**19. Máte sourozence?**

- a) ano, mám mladšího sourozence
- b) ano, mám staršího sourozence
- c) mám mladšího i staršího sourozence
- d) ne, nemám žádného sourozence

**20. Užívá Váš sourozenec drogy?**

- a) ano
- b) ne

**21. Užíval se ve Vaší rodině dle Vašeho názoru nadměrně alkohol?**

- a) ano
- b) ne

**22. Pokud se ve Vaší rodině užíval alkohol, uveďte prosím, jak často**

- a) denně
- b) několikrát týdně
- c) výjimečně (oslavy,...)

**23. Léčil se někdo z Vaší rodiny ze závislosti na alkoholu nebo drogách?**

**Uveďte prosím kdo (např. matka, otec, strýc, ...) .....**

**24. Je alespoň jeden z Vašich rodičů pravidelným kuřákem?**

- a) ano
- b) ne

**25. Jaká byla finanční situace Vaší rodiny v době Vašeho dětství a dospívání?**

- a) uspokojivá
- b) neuspokojivá