

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

**KVALITA ŽIVOTA RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ DROGOVĚ
ZÁVISLÝCH KLIENTŮ V ZÁVISLOSTI NA POHLAVÍ
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

AUTOR – ALENA ŠVANCAROVÁ

VEDOUCÍ PRÁCE – Prof. MUDr. MILOŠ VELEMÍNSKÝ, CSc.

ČESKÉ BUDĚJOVICE 22. 05. 2007

THE LIFE QUALITY AT FAMILY MEMBERS OF CLIENTS WITH DRUG ADDICTION DEPENDING ON THEIR SEX

The National Strategy for Antidrug Policy for the period 2005 to 2009 is a key document nowadays. Situation in the field of drugs remains stable. Cannabis products and ecstasy are illegal substances used in most cases. The Czech Association of Help-Line Workers passed The Ethical Code of Internet Counselling in 2005. This type of code has not existed in the Czech Republic before. The internet is a very attractive medium, especially for facultative drug users. Various internet services offer appropriate alternatives to contact hidden population. Family members of clients with drug addiction are another significant group using these internet services.

Two basic appliances – questionnaires and interviews – were used in the research of this bachelor thesis. The investigated complex comprised 37 parents (18 men and 19 women) and 22 siblings (10 men and 12 women). The sample was determined with random selection.

The aim of my bachelor thesis is to define the period of the worst stress of other family members. This research's results are not surprising at all. Most respondents believed that drugs cannot endanger their family members. Therefore just the discovery of a family member's drug addiction was indicated the worst stress period. Changed appearance, telling lies and change of friends were described as the main indication leading to the conclusion of a family member's addiction. Depending on the discovery of problems with drugs the family contentment is changing considerably. It turned out that men solve their family situations connected with drug addiction of a member in a completely passive way. That is why there is a very bad cooperation with curative institutions. The research shows that respondents-siblings were informed on their sibling's addiction much earlier than their parents.

There is quite a considerable gap in the area of primary prevention. It is necessary to concentrate on parents as important subjects of primary prevention. School prevention

methodologists can carry out this role – they would arrange more cooperation between parents and school.

The results of this research could become guidelines to primary prevention.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých klientů v závislosti na pohlaví“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

.....

Alena Švancarová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi byli během zpracování této bakalářské práce nápomocni. Zvláštní poděkování patří vedoucímu práce Prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za jeho odborné vedení, trpělivost a předání cenných informací.

OBSAH

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Současný stav.....	10
1. 1. Historie drogové scény v ČR.....	12
1. 2. Základní pojmy.....	14
2. Členění drogové scény.....	17
2. 1. Členění dle účinku.....	17
2. 2. Látky se stimulačním účinkem.....	18
2. 2. 1. Amfetaminy.....	18
2. 2. 2. Kokain.....	19
2. 2. 3. Methylxantiny.....	20
2. 3. Látky s tlumivým účinkem.....	21
2. 3. 1. Benzodiazepiny.....	21
2. 3. 2. Barbituráty.....	22
2. 3. 3. Opiáty/opioidy.....	23
2. 4. Halucinogeny.....	25
3. Modely závislosti.....	28
3. 1. Biomedicínský model.....	28
3. 2. Bio-psycho-socio-spirituální model.....	29
4. Kvalita života.....	32
4. 1. Poslední trendy v oblasti kvality života.....	35
4. 2. Rozdíly mezi pohlavími.....	38
4. 3. Kvalita života v rodině.....	41
5. Rodina.....	38
5. 1. Rodičovství.....	42
5. 2. Poruchy rodiny.....	45

5. 3. Rizikové faktory v rodině.....	46
6. Legislativy ČR týkající se drogové problematiky.....	48
7. Drogová úmrtí v ČR.....	50
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	52
8. Cíl práce a hypotézy.....	53
8. 1. Cíl práce.....	53
8. 2. Hypotézy.....	54
9. Metodické postupy.....	55
9. 1. Použité metody a techniky.....	55
9. 2. Charakteristiky sledovaného souboru.....	57
10. Výsledky.....	62
10. 1. Výsledky dotazníku-rodíč.....	62
10. 2. Výsledky dotazníku-sourozenec.....	77
11. Diskuse.....	88
12. Závěr.....	95
13. Seznam použitých zdrojů.....	96
14. Klíčová slova.....	102
15. Přílohy.....	103

ÚVOD

„ Nemyslím, že by svět mohl být kdy naprosto dobrý: jsem si však naprosto jist, že by mohl a musí být nepoměrně lepší.“
(Josef Čapek)

Žijeme ve státě, který je srdcem Evropy, může se pyšnit bohatými dějinami, vyspělou kulturou, věda a technika patří neodmyslitelně k naší každodenní existenci. Bohužel k ní patří i problematika drog, která za posledních pár let narostla do globálních rozměrů. Drogy představují pro společnost závažný sociální, zdravotní a finanční problém. V některých zemích se produkce drog stala běžnou a výhodnou obživou obyvatel (např. pěstování koky v Latinské Americe). Důležitou preventivní roli zastává rodina, neboť je takovým mikrosvětlem, vzorovou společností, kde si dítě osvojuje základní vzorce chování, návyky a dovednosti, které jsou posléze důležité pro jeho orientaci ve společnosti. Nezbytnou součástí výchovy by měla být důslednost, stanovení pravidel, ale zároveň ponechání určité volnosti doplňované monitoringem volného času. Funkční a úplná rodina patří mezi nejdůležitější indikátory kvality života.

Drogová problematika je tématem aktuálním a neustále se vyvíjejícím, což také ovlivnilo výběr tématu pro mou bakalářskou práci.

Na základě náhodného výběru provedu dotazníkové šetření s následnou analýzou daného problému. Výsledky výzkumu by mohly posloužit jako podklady pro následné intervence v oblasti drogové problematiky. Důležitým prvkem celého výzkumu i následného zpracování je kritérium pohlaví.

TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1. SOUČASNÝ STAV

Klíčovým dokumentem současné doby je Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009. Tento dokument je založen na komplexním, multidisciplinárním a vyváženém přístupu. Situace v oblasti drog zůstává stabilní. Mezi nejčastěji užívané nelegální látky patří konopné produkty a extáze. Nastal mírný nárůst uživatelů opiátů, na kterém se hlavně podílejí uživatelé Subutexu. Zhruba třetina uživatelů, kteří jsou v kontaktu s pomáhajícími zařízeními, je infikována virovou hepatitidou typu C a přibližně deset procent virovou hepatitidou typu B. Výskyt HIV/AIDS se stále drží pod hranicí jednoho procenta. I nadále narůstá počet injekčních stříkaček, které jsou distribuovány v rámci výměnných programů¹.

Průzkumy prokázaly, že funkční a úplná rodina patří mezi nejdůležitější indikátory kvality života a v boji proti drogám zaujímá primární místo. Vzdělání je faktor mající důležitou roli i ve výchově dětí. Rodiče ze středních vrstev kladou větší důraz na hodnoty, které souvisejí s nezávislým osobnostním rozvojem. Oproti tomuto rodiče z vrstvy pracujících kladou důraz na hodnoty, které souvisejí s poslušností, slušností a získáváním respektu.²

Česká veřejnost se zájmem sleduje drogovou problematiku. Zhruba 2/3 se zajímají o drogy a jejich účinky, 3/4 si myslí, že mají o drogách dostatek informací, které nejčastěji získávají z médií, od kamarádů, ze školy či internetu. I většina rodičů (dle výzkumu) se domnívá, že by dokázali rozeznat, kdyby jejich dítě užívalo drogu (asi 3/4) a věděli by, jak se zachovat (asi 2/3).³ Poskytování služeb a poradenství prostřednictvím internetu se v České republice velmi rychle šíří. Na to museli reagovat i odborníci zabývající se drogovou problematikou. A tak v roce 2005 schválila Česká asociace pracovníků linek

¹ V roce 2005 bylo vydáno 3,3 mil. kusů, MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s. ISBN 80-7071-198-1

² PAYNE, Jan et. al. *Kvalita života*. Praha: Triton, 2005. 629 s.

³ MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s. ISBN 80-7254-657-0

důvěry Etický kodex internetového poradenství, který do té doby v České republice chyběl.

Internet je velmi atraktivním médiem pro cílovou populaci, zvláště rekreačních uživatelů drog, a internetové služby jsou vhodnou alternativou prvního kontaktu s touto skrytou populací. Další významnou skupinou využívající těchto služeb jsou právě rodinní příslušníci klientů. Zatímco v roce 2004 navštívilo internetovou drogovou poradnu o. s. SANAMIN 48 195 internetových uživatelů, v roce 2005 už to bylo 98 904 uživatelů.⁴

Poslanecká sněmovna parlamentu ČR schválila v srpnu roku 2005 návrh zákona 379/2005Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tento zákon je účinný od 1. 1. 2006.

V roce 2005 bylo stíháno 2128 osob za drogové trestné činy, což znamená mírný pokles poprvé od počátku 90. let. Dle statistik Ministerstva spravedlnosti ČR je v souvislosti se stíháním pro drogový trestný čin nejvíce zastoupen pervitin⁵, následují konopné produkty⁶ a heroin⁷. Obžalování, či odsouzení za drogové trestné činy v souvislosti s konopnými látkami, se vyznačují výrazně vyšším podílem mladistvých osob než je tomu u jiných skupin drog.⁸ Mezi drogy, které způsobují nejčastěji exitus, patří opiáty, dále pervitin a těkavé látky⁹.

⁴ MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s. ISBN 80-86734-25-0

⁵ Celkem 65% obžalob a 50% odsouzení za drogové trestné činy.

⁶ Celkem 22% obžalob i odsouzení.

⁷ Celkem 6% obžalob i odsouzení.

⁸ MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s. ISBN 80-86734-25-0

⁹ U každé z drog se jedná o cca 20 případů ročně.

1. 1. HISTORIE DROGOVÉ SCÉNY V ČESKÉ REPUBLICE

Období před rokem 1990

Zpočátku byly drogy brány jako problém odborný, kterým se zabývaly pouze skupiny specialistů. Postupem času se však staly problémem celospolečenským. Roku 1978 založil MUDr. Rubeš v pražském Apolináři první specializované ambulantní zařízení pro nealkoholové závislosti, ze kterého později vzniklo nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN. Začala být více zohledňována psychosociální problematika závislosti a to vedlo ke spolupráci s psychology, pedagogy, sociálními pracovníky. Před rokem 1990 se v ČR na „černém trhu“ objevovaly drogy pouze domácí produkce. Prvními specializovanými zařízeními byla již zmíněná nadace DROP-IN a občanské sdružení SANAMIN.¹⁰

Období 1990–1994

Od roku 1990 je charakterizován problém drog jako problém globální. Z ČR se stává významná tranzitní země, a tudíž i k domácím uživatelům se dostává část pašovaného zboží. V roce 1991 vzniká Federální komise pro narkotika, jako poradní orgán federální vlády. Komise se zasloužila o navázání mezinárodních kontaktů a snažila se zapojit i domácí odbornou veřejnost. Svou činnost ukončila v roce 1992. Krátce na to, co v roce 1993 vznikl samostatný český stát, ustanovila vláda Meziresortní protidrogovou komisi (MPK) a zpracovala „Koncepci a program protidrogové politiky na období 1993–1996“.¹¹

¹⁰ KALINA, Kamil et. al.. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80–86734-05–6

¹¹ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. 80–86734-05–6

Období 1994–1998

Rok 1994 můžeme označit jako rok zlomový, protože na český trh se dostává značné množství levného heroinu, což dává podnět k vytvoření určité hierarchie v prostředí distributorů. Heroin se stává dostupným nejen ve větších městech, ale i na venkově. V lednu roku 1995 vzniká Útvar pro odhalování organizovaného zločinu, jehož součástí je Národní protidrogová centrála. Již zmiňovaná Koncepce na období 1993–1996, se přiklání k vyváženému přístupu, odmítá legalizaci drog a kritizuje uživatele.¹²

Období 1998–2000

Druhý vládní dokument „Koncepce a program protidrogové politiky na období 1998–2000“ již mohl čerpat zkušenosti z předchozího období. I tato koncepce směřuje k vyváženému přístupu, navrhuje komplexní opatření, jak omezit nabídku a poptávku. Pozornost je zaostřena na podporu financování a vzdělávání. Protidrogová politika nesmí být jen pouhou ideou, ale musí vycházet z faktů a plnit předem stanovené cíle. V souvislosti s nelegálními drogami bylo v roce 1999 vzneseno státním zastupitelstvím celkem 1765 obžalob. V tomtéž roce soudy odsoudily celkem 1094 pachatelů drogově trestných činů.¹³

Období 2001–2004

Dochází k postupnému vyhasínání „heroinové mánie“, ale z původních skupinek distribuujících pervitin vzniká síť organizovaného zločinu. Z Meziřesortní protidrogové

¹² MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s. ISBN 80–86734–25–0

¹³ ŠTABLOVÁ, Renata – BREJCHA, Břetislav et. al. *Drogy: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2005. 115 s. ISBN 80–7251–186–6

komise vznikla Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky¹⁴. Mezi základní cíle patří zastavení růstu uživatelů drog, snížení zdravotních dopadů a počet úmrtí, poskytování profesionální pomoci nejen klientům, ale i jejich rodinám a v neposlední řadě snížení dostupnosti všech drog.

V roce 2000 vznesla státní zastupitelství celkem 2043 obžalob v souvislosti s nelegálními drogami a 972 pachatelů bylo odsouzeno za drogový trestný čin.

Ze státního rozpočtu bylo v roce 2001 vynaloženo na specifickou primární prevenci, léčbu a opatření Harm reduction téměř 245 miliónů Kč.¹⁵ 15. ledna 2001 se Národní protidrogová centrála (NPC) vyčleňuje z Útvaru pro odhalování organizovaného zločinu a stává se samostatnou specializovanou jednotkou, odpovědnou především za odhalování a dokumentování organizované drogové kriminality v ČR.¹⁶

1. 2. ZÁKLADNÍ POJMY

Droga –

Je obecné označení pro poměrně velký okruh psychotropních látek, jejichž užívání může vést k drogové závislosti. Název pochází z holandského slova droog, které v doslovném překladu znamená žízeň.¹⁷

¹⁴ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, nebo-li RVKPP, vznikla roku 2002.

¹⁵ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80–86734–05–6

¹⁶ ŠTABLOVÁ, Renata – BREJCHA, Břetislav et. al. *Drogy: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2005. 115 s. ISBN 80–7251–186–6

¹⁷ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80–244–0709–04

Drogová závislost –

Jedná se o psychický a fyzický stav způsobený opakovaným užíváním drogy. Tento stav je charakteristický nutkáním brát drogu, ztrátou sebekontroly při užívání drogy a abstinenčními projevy při jejím neužívání.

→ psychická závislost – neustálé nutkání opětovně užít drogy. Vede k poruchám intelektových schopností a společenských vztahů

→ somatická závislost – stav adaptace organismu na drogu, který je doprovázený tolerancí a při vysazení obvyklé dávky se objevuje abstinenční syndrom¹⁸

Experimentátor –

Tímto pojmem označujeme osoby, které drogy tzv. „zkouší“. Jedná se o občasně a nepravidelné užívání různé drogy a různého typu. Droga zatím nezasahuje do sociálního fungování.¹⁹

Problémový uživatel –

Aplikace drog probíhá intravenózním způsobem.²⁰

¹⁸ NEŠPOR, Karel. *Průchozí drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1

¹⁹ KALINA, Kamil et. al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

²⁰ NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2

Rizikové skupiny –

Tak jsou označovány skupiny (podle věku, profese,...), které jsou ohroženy negativním sociálním jevem daleko více než zbytek populace.²¹

Tolerance -

Pokud je abúzus drog dlouhodobější, je třeba k dosažení téhož účinku vyvolaného drogou potřeba vyšší dávky drogy.²²

Toxikomanie –

Slovo je odvozeno od slova řeckého původu „toxikos“ a znamená „náležející k luku“. Druhá část slova je odvozena od řeckého „manie“, která značí „šílenost, zuřivost, nadšení“. Pokud by byl interpretován doslovný překlad, znamenalo by to „chorobnou až vášnivou touhu po jech“. Jedná se o stav periodické nebo chronické intoxikace organismu.²³

Závislý uživatel -

Člověk, který je závislý na drogách, bývá označován jako závislý uživatel. Dříve byl také používán pojem toxikoman, ale ten již z odborné literatury mizí.²⁴

²¹ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup* 1,2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80–86734-05–6

²² NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80–86734-05–6

²³ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80–244-0709–4

²⁴ NEŠPOR, Karel. *Průchozí drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s. 80–7071-198–1

2. ČLENĚNÍ DROGOVÉ SCÉNY

Dle WHO²⁵ je drogou jakákoli látka, která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více funkcí. Ovšem v posledních letech je slovo droga používáno jako synonymum pro kterékoli silné zaujetí, jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu. Existuje několik členění drog, z nichž nejznámější je dělení na drogy legální (alkohol, tabák) a nelegální (tedy všechny ostatní). Dalším možným dělením je členění dle vzniku, typu působení a stupně společenské nebezpečnosti.²⁶

2. 1. ČLENĚNÍ DLE ÚČINKU²⁷

1. Látky s tlumivým účinkem
 - benzodiazepiny
 - barbituráty
 - opiáty/opioidy

2. Látky se stimulačním účinkem
 - amfetaminy
 - metylxantiny
 - kokain

3. Látky s halucinogenním účinkem
 - LSD
 - těkavé látky
 - konopné produkty
 - PCP

²⁵ WHO nebo-li Světová zdravotnická organizace, která tuto definici přednesla roku 1969, KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

²⁶ Jsou brána v úvahu zdravotní, kriminogenní a ekonomická rizika.

²⁷ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80-244-0709-4

2. 2. LÁTKY SE STIMULAČNÍM ÚČINKEM

Psychostimulantia jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS. Povrchně zvyšují psychomotorické tempo a vigilitu, způsobují tachypsychismus, vyvolávají euforii a anorexii. Dlouhodobější užívání psychostimulancií může vyústit velmi pozvolna se vyvíjející se toxickou psychózou.²⁸

2.2.1. AMFETAMINY

Amfetaminy jsou syntetické stimulační látky, které byly během 2. světové války podávány vojákům pro zlepšení jejich výkonnosti. Psychóza způsobená amfetaminy může být nerozpoznatelná od pravé schizofrenie.²⁹

Efedrin

Tento lék, lidově bývá nazýván „S, eso“, byl objeven jako náhrada za adrenalin. Medicína využívá tohoto preparátu k léčbě bronchiálního astma či při onemocnění horních cest dýchacích.³⁰

Efedrin velmi často slouží jako základní surovina k výrobě nelegální látky, pervitinu³¹(metamfetamin), který bývá často označován jako „tradiční“ česká droga. Poprvé byl syntetizován v roce 1919 a to v Japonsku.³²

²⁸ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

²⁹ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80-244-0709-4

³⁰ STONE, Trevor – DARLINGTONOVÁ, Gail. z angl. origi. přeložil SCHREIBER, Vratislav. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440s. ISBN 80-200-1065-3

³¹ viz. Příloha 1

³² STONE, Trevor – DARLINGTONOVÁ Gail. z angl. origi. přeložil SCHREIBER, Vratislav. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440s. ISBN 80-200-1065-3

Pervitin bývá slangově nazýván „pěčko, piko, peří, speed...“ V čisté formě se jedná o bílý prášek bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu se vyskytuje s nádechem do žluta nebo fialova. Aplikuje se inhalačně či šňupáním. Bezprostředně po aplikaci této drogy zažije uživatel intenzivní myšlenkový trysk, který trvá pouze několik minut a je popisován jako velmi příjemný.³³

Extáze

Jednou z drog, která se v 90. letech minulého století stala velmi populární u mládeže, je extáze neboli MDMA.³⁴ V poslední době přesáhla rámeček mezinárodní „klubové“ scény a tvoří část životního stylu nejen mladých lidí, ale i příslušníků starší generace, kteří ji vyzkoušeli v mládí a pokračují v jejím užívání.³⁵

Extáze je syntetický produkt derivovaný z amfetaminu. Svým účinkem se pohybuje na pomezí stimulancií a halucinogenů. Podle EMCDDA³⁶ jsou v Evropské unii syntetické drogy druhou nejužívanější skupinou drog.³⁷

2.2.2. KOKAIN

Kokain byl od samého počátku považován za drogu vyšších vrstev a extravagantních umělců, od počátku minulého století rovněž za drogu prostitutek. Jako zdroj slouží Erythroxyllon coca³⁸, nebo-li Koka pravá, keř pocházející z jihoamerických And.³⁹

³³ SHAPIRO, Harry. *Drogy: Obrázkový průvodce*. 1. vyd. Praha: Svojtka&CO, 2005. 306 s. ISBN 80-7352-298-0

³⁴ viz. Příloha 2

³⁵ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

³⁶ EMCDDA je zkratkou pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

³⁷ STONE, Trevor – DARLINGTONOVÁ Gail. z angl. origi. přeložil SCHREIBER, Vratislav. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440s. ISBN 80-7251-186-6

³⁸ viz. Příloha 3

³⁹ Encyklopedie psychotropních rostlin, Kokainovník pravý. Dostupné z: <http://www.biotox.cz/drogy/>

Zavedení kokainu do evropské medicíny se datuje počátkem 19. století. Bílý prášek se spoustou malinkatých krystalů (tak vypadá čistý kokain), užívateli označovaný jako „koks, cukr...“ Ten, který je nabízen černým trhem, je zbarven spíše do hnědavého nádechu. Tradičním způsobem aplikace je žvýkání kokových listů (denně 25-50g = 0,05-0,1g kokainu). V našich podmínkách se jedná spíše o intravenózní aplikaci, či šňupání.⁴⁰

Crack

Crack je slangový výraz pro hydrochlorid kokainu. Upravíme-li kokain způsobem zvaným freebasing,⁴¹ dostaneme vysoce návykovou drogu-Crack. Tato výsledná látka se zahřívá, aby ji bylo možno kouřit. Prodávána je ve formě bělavých krystalů, tzv. rocks (kamenů). Nástup účinku je velmi rychlý, stejně jako jeho odeznívání. Po vyprchání blaha a rozkoše se dostaví silná deprese, agresivita a touha po další dávce.⁴²

2.2.3. METHYLYXANTINY

Kofein

Zdrojem kofeinu jsou listy, semena a plody zhruba 63 rostlin. K těm nejznámějším zdrojům patří kakaové boby (*Theobroma cacao*), cola ořechy (zdroj *Cola acuminata*), čajové lístky (*Camellia thea*), lístky čaje maté (zdroj *Ilex paraguayensis*) a kávová zrna (zdroj *Coffea arabica*)⁴³.

⁴⁰ NEŠPOR, Karel. *Průchozí drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1

⁴¹ Kokain se ve vodě smíchá s čpavkem, jedlou sodou, kypřicím práškem, práškem do pečiva a to vše se nechá odpařovat.

⁴² NEŠPOR, Karel. *Průchozí drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1

⁴³ viz. Příloha 4, Encyklopedie psychotropních rostlin. Kávovník arabský. dostupné z: <http://www.biotox.cz/drogy/>

Roku 1820 objevil chemik Friedlib Ferdinand v kávě alkaloid, který později dostal název kofein. Kofein stimuluje CNS, zvyšuje bdělost a snižuje únavu. V žaludku káva zvyšuje sekreci žaludeční kyseliny a trávicích enzymů (tyto účinky má i káva bez kofeinu).⁴⁴

2. 3. LÁTKY S TLUMIVÝM ÚČINKEM

Jedná se o skupinu často zneužívaných psychofarmak. Bývají ordinovány úzkostným klientům ke zklidnění, či při poruchách spánku. Velmi často jsou zneužívány jako doplňková droga.⁴⁵

2.3.1. BENZODIAZEPINY

Benzodiazepiny snižují aktivitu nervových buněk v mozku, a to zesílením inhibičního účinku neurotransmiteru GABA. Dále zkracují dobu usnutí a také prodlužují celkovou dobu spánku. Při intoxikaci benzodiazepiny se objevuje emoční nestabilita, předrážděnost, neschopnost koncentrace a porucha řeči. Na poruchu řeči se nevyvíjí tolerance. Po několika měsících pravidelného užívání vzniká psychická i fyzická závislost.⁴⁶

⁴⁴ STONE, Trevor – DARLINGTONOVÁ, Gail. z angl. origi. přeložil SCHREIBER, Vratislav. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440s. ISBN 80–200-1065–3

⁴⁴ viz. Příloha 1

⁴⁵ NEŠPOR, Karel. *Průchozí drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s. ISBN 80–7071-198–1

⁴⁶ HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. ISBN 80–247-013–59

Rohypnol

Flunitrazepam⁴⁷, nebo také Rohypnol, byl poprvé syntetizován v 70. letech 20. století švýcarskou firmou Hoffmann-La Roche a následně uveden na trh ve 160 zemích. Rohypnol se vyskytuje ve formě tablet, které jsou na jedné straně označeny číslem 572, na druhé straně nalezneme půlící rýhu. Indikací k užití této látky v medicíně bývá nespavost, kterou nelze zvládnout odstraněním její příčiny, když ostatní metody selhaly.⁴⁸

2.3.2. BARBITURÁTY

Barbituráty jsou deriváty kyseliny barbiturové. Pro své nežádoucí vedlejší účinky byly barbituráty nahrazeny o něco bezpečnější skupinou benzodiazepinů. V některých zemích jsou v interakci s jinými preparáty používány k popravám injekcí či k euthanasii.⁴⁹

Přestože se barbituráty předepisují při nespavosti, pravidelné užívání narušuje průběh spánku, především snižují podíl REM spánku.⁵⁰ Opakované narušení této fáze může vést k psychickým potížím.⁵¹

⁴⁷ viz. Příloha 5

⁴⁸ STONE, Trevor – DARLINGTONOVÁ Gail. z angl. origi. přeložil SCHREIBER, Vratislav. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440s. ISBN 80-200-1065-3

⁴⁹ SHAPIRO, Harry. *Drogy: Obrázkový průvodce*. 1. č. vyd. Praha: Svojtka&CO, 2005. 306 s. ISBN 80-7352-298-0

⁵⁰ To je ta část spánkového cyklu, kdy se zdají sny.

⁵¹ HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. ISBN 80-247-013-59

2.3.3. OPIÁTY, OPIOIDY

Opioidy

Opioid je látka, která je schopná se vázat na opioidní receptor nacházející se v membránách nervových buněk.⁵²

Opiáty

Přírodní a polysyntetický derivát opiových alkaloidů označujeme jako opiát. Také tyto sloučeniny ovlivňují produkci endogenních opioidů. Zpočátku je stimulují, ale při dlouhodobém užívání výdej endorfínů a kefalinů inhibují. Navíc stimulují jejich rozklad.⁵³

Opium

Když se nařízne nezralá makovice tropických odrůd máku⁵⁴ (*Papaver somniferum*), vytéká šťáva a zasychá na povrchu makovic jako bílá hmota. Tato usušená šťáva se nazývá opium. Kuřáci opia čistí surové opium jeho vařením ve vodě. Roztok se opakovaně nechává projít varem a pak se filtruje, aby se dosáhlo co nejvyšší koncentrace drogy. Nakonec zůstává černá lepkavá pasta, která je usušena, a tak je připravena ke kouření.⁵⁵

⁵² KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup* 1,2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80–86734-05–6

⁵³ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80–244-0709–4

⁵⁴ viz. Příloha 6

⁵⁵ ENNET, Diether. *Bi-Lexikon Heilpflanzen und Drogen*. 2. Aufl. Leipzig: Bibliographisches Institut, 1990. 368 s. ISBN 3–323-00191–5

Morfin

Friedrich Sertüner izoloval z opia látku, která dostala název podle řeckého boha spánku Morfea, tedy morfin⁵⁶. Dnes je morfin dostupný jako čistá chemická sloučenina. Vyskytuje se v koncentraci od 4-21%.⁵⁷

Po zaplavení mozku morfinem se dostaví uvolnění, lhostejnost, nevnímání bolesti a klidná euforie. Náhlé odebrání morfinu způsobuje vyvolání abstinčních příznaků. A právě z tohoto důvodu, pokud je morfin využíván pro medicínské účely, jsou dávky snižovány postupně, aby měl organismus možnost se pozvolna adaptovat.⁵⁸

Buprenorfin/Subutex

Polosyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia byl objeven roku 1960 jako analgetikum a později začal být užíván k detoxifikační a substituční léčbě při závislosti na opioidech (morfin, heroin). V letech 2002 – 2003 byl velmi populární drogou opiátového typu na našem trhu, vytlačil heroin.⁵⁹

Heroin

Diacetylmorfin, nebo-li heroin⁶⁰, poprvé vyrobil v roce 1874 C. R. Alexander Wright, chemik z nemocnice sv. Marie v Londýně. Německá firma Bayer ho uvedla na

⁵⁶ viz. Příloha 7

⁵⁷ SHAPIRO, Harry. *Drogy: Obrázkový průvodce*. 1. č. vyd. Praha: Svojtka&CO, 2005. 306 s. ISBN 80-7352-298-0

⁵⁸ ENNET, Diether. *Bi-Lexikon Heilpflanzen und Drogen*. 2. Aufl. Leipzig: Bibliographisches Institut, 1990. 368 s. ISBN 3-323-00191-5

⁵⁹ KALINA, Kamil et.al.. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

⁶⁰ viz. Příloha 8

trh roku 1897 pod názvem „heroisch“, do čtyř let od uvedení na trh byl v mnoha zemích zakázán.⁶¹

Heroin v čisté podobě vypadá jako bílý prášek. Ten, který je prodáván na ulicích, je většinou lehce nahnědlé barvy, neboť je smícháván s kofeinem, křídou, glukózou, moukou či mastkem. Nejčastější a nejrizikovější je aplikace nitrožilní, méně rizikovým způsobem je šňupání, kouření a inhalace z aluminiové fólie. Po požití je tělem přeměněn na morfin. Drtivá část heroinu na českém trhu pochází z Afghánistánu, Pákistánu a Íránu. Ročně se na našem území zkonsumuje cca 5,4 tun heroinu.⁶²

2. 4. HALUCINOGENY

Halucinatorní léky jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Pozornost přitahují nejen svými neobvyklými účinky a vlastnostmi na psychiku, ale především svou jistou nevyzpytatelností a tajemností.⁶³

LSD

LSD⁶⁴, diethylamid kyseliny lysergové je příbuzný sloučeninám z námele⁶⁵ (*Claviceps purpurea*). Vyskytuje se v podobě tablet, zrněk, papírků napuštěných touto látkou. Působí na receptory v různých částech mozku, a tak vyvolává zmatek v informačních drahách, a běžné objekty se mohou jevit jako velice zkreslené obrazy. Lidé užívající LSD mohou potvrdit, že slyší barvy nebo vidí zvuky.⁶⁶

⁶¹ STONE, Trevor – DARLINGTONOVÁ Gail. z angl. origi. přeložil SCHREIBER, Vratislav. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440s. ISBN 80–200-1065–3

⁶² ŠTABLOVÁ, R.-BREJCHA, B. et. al. *Drogy: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2005. 115 s.

⁶³ STONE, Trevor – DARLINGTONOVÁ Gail. z angl. origi. přeložil SCHREIBER, Vratislav. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440s. ISBN 80–200-1065–3

⁶⁴ viz. Příloha 9

⁶⁵ Námel je parazitická houba žijící na obilí.

⁶⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, 2004. 522 s. ISBN 80–7178-308–0

Těkavé látky

Skupina návykových látek uvedených v MKN-10 pod označením F 18-těkavé látky. Do této skupiny patří některá ředidla, rozpouštědla, lepidla, ale i plynné látky.⁶⁷ Některé přípravky lze inhalovat přímo z lahve. Kapaliny (jako různá rozpouštědla) se vylévají na tkaninu nebo oděv⁶⁸. Hustší látky lze čichat stejným způsobem, ale častěji se nalévají do plastového sáčku, který se poté přitiskne na nos a ústa a výpary se vdechují. Obzvláště nebezpečným způsobem je inhalace výparů, kdy uživatel strčí celou hlavu do velkého umělého pytle, aby zvýšil koncentraci vdechovaných výparů. Často zneužívanými látkami jsou zejména-modelářská lepidla, hasicí směsi, lepidla na dřevo, lepidla na PVC, laky na vlasy, odstraňovače prachu, rozprašovače barev, barvy, ředidla, odstraňovače náplastí, dávkovače šlehačky, zmizíky pro psací stroje...⁶⁹

Konopné produkty

Řada příznivců těchto drog popírá, že by mohly vyvolávat závislost, tím nahrávají mladistvým.⁷⁰ Mezi tři nejznámější druhy rostlin patří *Cannabis sativa* (Konopí seté), *Cannabis indica* (Konopí indické) či *Cannabis ruderalis* (Konopí rumištní).⁷¹

Cannabis sativa, Konopí seté⁷², je jednoletá bylina dorůstající 3 metrů. Pokud se nachází ve velmi příznivých podmínkách, tak až 4-5m. Na listech a samičím květenství se nacházejí drobné žlázy produkující pryskyřici. Ta obsahuje až 40% účinných látek.

⁶⁷ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80-244-0709-4

⁶⁸ Límce nebo manžety se hodí k nenápadnému vdechování.

⁶⁹ SHAPIRO, Harry. *Drogy: Obrázkový průvodce*. 1. Č. VYD. Praha: Svojtka&CO, 2005. 306 s. 80-7352-298-0

⁷⁰ HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. ISBN 80-247-013-59

⁷¹ Encyklopedie psychotropních rostlin, konopí rumištní. Dostupné z : <http://www.biotox.cz/drogy/>

⁷² viz. Příloha 10

Mezi nejvýznamnější patří cannabidiol (CBD), cannabinol (CBN) a tetrahydrocannabinol (THC).⁷³

Marihuana

Jako marihuana jsou označovány sušené listy a květy konopí. Slangově bývá označována jako „tráva, ganja či hulení“. Barva závisí na kvalitě zpracování. Většinou tmavě zelená, ale pokud byl proces sušení proveden nekvalitně, může získat až černo-zelenou barvu.⁷⁴

Marihuana vyvolává pocit vnitřního uspokojení, naplnění, radosti, snižuje schopnost koordinace pohybů i vnímání zrakové, sluchové a hmatové. Může dojít k odhalení latentní schizofrenie. Marihuana se kouří buď samostatně, nebo smíšená s tabákem v ručně stočených cigaretách. Jakékoli kouření je karcinogenní, ale kouř z marihuany obsahuje více dehtu než tabáku.⁷⁵

Hašiš

Hašiš se vyskytuje ve třech variantách–čistá pryskyřice, sušené samičí květy, sušené listy a semena. Pryskyřice bývá hnětena do formy kvádrů, kostek, koulí.... Ještě před vyschnutím je balena do listů, či umělé fólie. Hašiš bývá kouřen s tabákem či užíván jako ingredience různých pokrmů, nápojů. V ČR se nejčastěji vyskytuje v barvě světle hnědé (Maroko) a tmavě hnědé (Afghánistán).⁷⁶

⁷³ ŠTABLOVÁ, Renat – BREJCHA, Břetislav. et. al. *Drogy: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2005. 115 s. ISBN 80–7251-186–6

⁷⁴ SHAPIRO, Harry. *Drogy: Obrázkový průvodce*. 1. č. vyd. Praha: Svojtka&CO, 2005. 306 s. ISBN 80–7352-298–0

⁷⁵ STONE, Trevor – DARLINGTONOVÁ, Gail. z angl. origi. přeložil SCHREIBER, Vratislav. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440 s. ISBN 80–200-1065–3

⁷⁶ ŠTABLOVÁ, Renata – BREJCHA, Břetislav. et. al. *Drogy: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2005. 115 s. ISBN 80–7251-186–6

3. MODEL Y ZÁVISLOSTI

Stejně, jak se vyvíjel přístup společnosti k drogové problematice, docházelo i k vytváření stále nových teorií o vzniku závislosti.

Na následujících stránkách bych ráda uvedla dvě základní, které používá ve svých monografiích Kamil Kalina.⁷⁷

3. 1. BIOMEDICÍNSKÝ MODEL

„Závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat.“

V období, kdy se problémem návykových látek zabývala pouze odborná veřejnost, byl používán pro vznik závislosti právě tento model, v jehož rámci je drogová závislost považována za nemoc v lékařském slova smyslu, tedy za poruchu mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi. Závislost je pokládána za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, která podléhá častým recidivám.

Na závislého klienta bylo pohlíženo jako na osobu, která se nemůže nikdy vyléčit, ale může svůj zdravotní stav stabilizovat trvalou abstinencí. Každé další užití drogy je vždy recidivou nemoci.

Jako hlavní léčebné metody byly využívány ústavní izolace, detoxifikace nebo léčba prací.

V současné době je biomedicínký přístup částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem.⁷⁸

⁷⁷ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80-244-0709-4

⁷⁸ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-244-0709-4

3. 2. *BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL*

Model bio-psycho-socio-spirituální je vlastně rozšířený model biomedicínký, který se objevil po druhé světové válce. K rozmachu došlo až v šedesátých letech. Na drogovou závislost pohlíží jako na onemocnění vznikající v průběhu vývoje osobnosti společnou interakcí biologických, psychologických a vztahových faktorů. A tudíž i léčba musí všechny tyto faktory zahrnovat. Za vhodně zvolené léčebné postupy jsou považovány-farmakoterapie, individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, včetně terapie v tzv. terapeutické komunitě. Bio-psycho-sociálně-spirituální model má poměrně široké rozpětí, což bývá některými autory považováno spíše za nevýhodu. Činí představu, že za určitých příznivých podmínek může člověk svoji závislost „přerůst“-vlastně se tedy uzdravit a být nadále člověkem, nikoliv pouze abstinující osobou. Komplex celého modelu tvoří čtyři úrovně-biologická, sociální, psychologická a spirituální.⁷⁹

Biologická úroveň

Za biologické faktory mohou být považovány některé problematické okolnosti v průběhu těhotenství. Například to, zda byla matka závislou uživatelkou a zda se plod setkával s účinky návykových látek ještě před narozením. Důležitou roli zde zaujímá i průběh vlastního porodu. Matka mohla v průběhu porodního stresu užívat psychotropní, tlumivé látky, které mohou ovlivnit nejen neurobiologii jedince, ale i celý psychomotorický vývoj dítěte.⁸⁰

⁷⁹ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

⁸⁰ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80-244-0709-4

Psychologická úroveň

Již v období nitroděložního vývoje můžeme najít psychogenní faktory významné pro rozvoj závislosti. Pokud prožívá žena těhotenské období jako záležitost stresovou, kterou se snaží řešit užíváním tlumivých látek, jsou tyto pocity přenášeny i na plod, který si vytváří jakýsi vtisk o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším věku zažije dítě nový, ale zároveň již poznatý efekt, který může být pozitivní zpětnou vazbou posilován.⁸¹

Sociální úroveň

Sociální úroveň se zaměřuje na kontext, ve kterém se vše odehrává. Zjednodušeně řečeno - zabývá se vlivy okolních faktorů, které jedince formují. Takovými vlivy mohou být rasová příslušnost, společenský statut rodiny, úroveň sociálního zajištění, prostředí, ve kterém jedinec žije (město, vesnice). Důležitým obdobím je období dospívání, kdy se výrazně mění a utváří „kostra osobnosti.“ A právě rodina by měla být důležitým identifikačním faktorem. Problém nastává ve chvíli, kdy dojde k rozpadu rodiny a jedinec hledá identifikační vzory mimo rodinu. V případě, že dítě vyrůstá v rodině závislých osob (y), dochází k neustálé konfrontaci s užíváním drog jako s normou. Nejen rodina, ale i vrstevníci se podílejí na sociálním učení.⁸²

⁸¹ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

⁸² ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s. ISBN 80-244-0709-4

Spirituální úroveň

Nepředstavuje pouze vztah v náboženském slova smyslu, ale i vztah k něčemu, co člověka přesahuje, k čemu vzhlíží jako k autoritě, řádu. Určité procento závislých uživatelů chtělo uspokojit tuto potřebu právě prostřednictvím drog.

O rozvoj této úrovně se nejvíce zasloužili Anonymní alkoholici.⁸³

⁸³ KALINA, Kamil et.al. *Drogy a drogové závislosti : Mezioborový přístup 1,2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

4. KVALITA ŽIVOTA

Slovo „kvalita“ je odvozené od latinského *qualis* a to zase od kořene slova *qui* - kdo? ve významu „kdo to je“, případně „jaké to je“? V češtině kořen slova *Kdo* – „k“ nás vede ke slovům typu „kéž“ či „kýžený“, tj. žádoucí stav.⁸⁴ Pojem „kvalita života“ byl poprvé použit ve 20. letech, v souvislosti s úlohou státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V 60. letech se tento pojem dostal do obecného povědomí díky americkému prezidentovi Johnsonovi, který v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Chtěl tak ukázat, že ukazatelem společenského blaha není kvantita spotřebovaného zboží, ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. V 70. letech tento termín zakotvil v oblasti sociologie. Od té doby slouží k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Studium kvality života během posledních deseti let graduje. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které se snaží obecně definovat faktory, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu štěstí. Samotný termín „kvalita života“ má několik definic, avšak ani jedna z nich není všeobecně akceptovatelná. Právě tato skutečnost bývá často kritizována.⁸⁵

Kvalita života je v současnosti velmi diskutovaný koncept, který zahrnuje dvě základní dimenze – objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalitou života je míněna všeobecná spokojenost či nespokojenost s vlastním životem – to, jak celkově hodnotíme vlastní život. Do značné míry je ovlivněno aktuálním subjektivním prožíváním (emoce, nálada, tělesné prožitky). Dosažení určitých základních sociálních a materiálních podmínek pro život, společenský status jedince a fyzické zdraví. Tak bychom mohli definovat objektivní stránku života.⁸⁶

⁸⁴ Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Kvalita života, sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Dostupné z . www.izpe.cz

⁸⁵ PAYNE, J. *Kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

⁸⁶ MAREŠ, Jiří et. al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-68-9

Medicínské pojetí kvality života

Od 70. let je termín kvalita života užíván i v medicíně. Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody.“ Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, vzhledem k osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. V uplynulých několika letech vytvořila WHO řadu dokumentů, které rozvíjí tento přístup v podobě programů podpory zdraví. V 80. letech vznikaly první verze dotazníkových nástrojů. Dnes máme k dispozici více než 200 dotazníků zaměřených na různé aspekty kvality života. Liší se počtem otázek i počtem zkoumaných oblastí. Většina z nich byla vytvořena v anglickém jazyce, avšak některé z nich byly přeloženy do 20 jazyků, včetně češtiny.⁸⁷

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví. Program „Zdraví pro všechny do roku 2000“, jehož cíle se nepodařilo dosáhnout, byl na prahu 21. století přeformulován do podoby programu Zdraví 21. Česká varianta tohoto dokumentu byla přijata usnesením vlády v roce 2002. Světová zdravotnická organizace vyvinula dotazník zaměřený na měření kvality života WHOQOL-100 a jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF.⁸⁸

Psychologické pojetí kvality života

V rámci psychologie se pod pojmem kvalita života sledují dva základní aspekty. Jedná se o spokojenost s životem a o prožívanou subjektivní pohodu. Při zjišťování životní spokojenosti se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také, jak jednotlivé společenské

⁸⁷ PAYNE, J. *Kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

⁸⁸ *Zdraví 21*. dostupné z: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>

instituce ovlivňují spokojenost lidí. Doposud se nejvíce „pracovalo“ s termínem subjektivní pohoda, při jejímž zjišťování je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.⁸⁹

Sociologické pojetí kvality života

I když je kvalita života pojmem širokým a obtížně definovatelným, existují tři hlavní domény, která toto pojetí zahrnují. Jedná se o fyzické prožívání, psychickou pohodu, sociální postavení jednice a jeho vztahy k druhým lidem. Mezi sociologické aspekty života se řadí mnoho různorodých proměnných. K nejvíce sledovaným faktorům patří vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav, partnerství a rodičovství. Vzdělání je faktor mající největší vliv na subjektivní hodnocení zdraví, mortalitu, střední délku života... Lidé s vyšším vzděláním mají větší šanci se uplatnit v konkurenční výkonově orientované společnosti, lépe se orientují a lépe mobilizují zdroje při řešení existenčních problémů. Spokojenost s kvalitou života vzrůstá s vyšší ekonomickou úrovní. V této oblasti se projevují zajímavé rozdíly mezi muži a ženami. Zatímco muži dokáží hodnotit svou celkovou kvalitu života jako vysokou i při zhoršené ekonomické situaci, ženy přenášejí nespokojenost s úrovní uspokojení svých životních potřeb bezprostředně do hodnocení celkové kvality života.⁹⁰

Používané metody

Kvalita života u dospělých osob, u dospívajících i u dětí se dá zjišťovat různými metodami. Z hlediska konstrukce je můžeme rozdělit na tři základní přístupy-

⁸⁹ MAREŠ, Jiří et. al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80–86633–65–9

⁹⁰ Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Kvalita života, sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Dostupné z . www.izpe.cz

kvantitativní⁹¹, kvalitativní⁹² a smíšené. Další možné dělení je možné z hlediska použitelnosti. Mezi takové metody patří generické,⁹³ specifické⁹⁴ a smíšené⁹⁵ metody. Z hlediska posuzovatele lze diagnostické metody rozdělit na ty, které hodnotí kvalitu života jen u dětí či dospívajících, jen u jejich rodičů či souběžně u dětí i dospělých.⁹⁶

4. 1. POSLEDNÍ TRENDY V OBLASTI KVALITY ŽIVOTA

V posledních letech vzniká snaha definovat kvalitu života více globálně a určit základní pilíře, které rozhodují o kvalitě života. Klíčovými slovy kvalitního života jsou vztahy, aktivita, přiměřené zdraví a uspokojivé potřeby.⁹⁷

Vztahy

Za primární sociální jednotku je sice považována rodina, neboť je zřejmé, že základy pro vytváření zdravých vztahů jsou formovány do značné míry právě zde. Na rozdíl od jiných sociálních systémů, členství v rodině není možné přerušit, či zničit úplně, děje se tak až smrtí. Pro dítě představuje rodina hlavní prostředí k růstu a k přípravě na seznámení s širším světem. Formuje jeho osobní vývoj a postoj ke všem dalším skupinám ve společnosti. Konfliktní či chaotické vztahy mezi rodiči nebo dlouhodobé napětí v rodinných vztazích se může odrazit na zdravotním stavu jednotlivých členů, zejména dětí. Rodina je prostorem, ve kterém dochází k formování osobnosti člověka, prostorem tvorby lidského kapitálu, výchovy a růstu budoucích

⁹¹ Dotazníky a posuzovací škály

⁹² Rozhovor a kresba

⁹³ Obecně použitelné bez ohledu na zdraví či nemoc, bez ohledu na typ onemocnění

⁹⁴ Použitelné jen v konkrétním kontextu (např. metody hodnotící kvalitu života dětí-epileptiků, astmatiků, onkologických pacientů).

⁹⁵ Kde se generický přístup doplňuje speciálním modulem, který hodnotí specifické problémy související s určitou nemocí či vadou.

⁹⁶ Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Kvalita života, sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Dostupné z . www.izpe.cz

⁹⁷ PAYNE, Jan. *Kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

generací. Na její prosperitě závisí rozvoj naší společnosti, rozvoj kulturní, sociální a ekonomický, tedy vlastně kvalita našeho života.⁹⁸

Přiměřené zdraví

Kvalita života jedinců je proměnlivá v čase. Vnímání změny zdravotního stavu závisí na předchozím stavu, s kterým je aktuální zdravotní stav srovnáván. Mohou tak nastat případy, kdy se člověk necítí dobře, a přitom všechna objektivní vyšetření jsou negativní, či se cítí zdrav, ale objektivní vyšetření prokáže závažné onemocnění. A proto jsou pro zkoumání vztahu mezi kvalitou a zdravotními problémy významná zjištění, která poukazují na skutečnost, že i chronicky nemocný člověk nebo velmi vážně nemocný člověk se může cítit dobře. Nejen, že se adaptuje na svůj objektivně prokazatelně špatný stav, ale může změnit svůj pohled na život. Změní svůj systém hodnot, začne oceňovat jiné dimenze života a může se subjektivně cítit lépe, než v období, kdy byl objektivně zdrav.⁹⁹

Uspokojivé potřeby

Základním krédem kvalitního života je snaha o to, aby tento svět byl lepší, a přispět k tomu vlastním přičiněním, neboť kvalitní život nevyplývá z krásného vzhledu a množství věcí, které vlastníme, ale z hodnot¹⁰⁰ a dobrých činů. Člověk by měl během svého života něco dokázat, a nemusí to být nic velikášského, ale mělo by to být něco, co je v souladu s jeho hodnotami, které považuje za důležité. Viktor Frankl pokládá vůli ke smyslu za hlavní motivační sílu, díky které člověk směřuje a snaží se dosáhnout určitého cíle.

⁹⁸ MPSV, *Národní koncepce rodinné politiky 2005*, dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce-rodina.pdf>

⁹⁹ MAREŠ, Jiří et. al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9

¹⁰⁰ Volba hodnot závisí nejen na osobní volbě, ale i na kultuře dané společnosti.

Je nezbytné si určit, co je smyslem života? Aby člověk jednal s pocitem smysluplnosti, je důležité, aby měl „pro co žít“. To něco musí překračovat jeho meze, nemůže to spočívat pouze na něm samém, ale i na světě, ve kterém žije. Důležitou součástí kvalitního života jsou i chyby, kterých se člověk dopouští, neboť tak získává určité zkušenosti, které může předávat dál.¹⁰¹

Aktivita

Do této oblasti řadíme vzdělávání, cestování a profesní realizaci. Co se týče oblasti pracovní, zajímají nás zejména atributy, které vedou ke spokojenosti či nespokojenosti s prací. Pracovní nároky, jako pracovní tempo, málo času, mnoho úkolů, duševně náročná práce a vylučující se požadavky různých stran. To všechno jsou atributy charakterizující určité povolání. Čím více se takovýchto atributů v rámci jednoho povolání vyskytuje, tím je povolání náročnější. Pozitivně bývá hodnocena možnost jedince rozhodovat o tempu, o postupech práce a také možnosti osobního rozvoje. Podle Karaska je aktivním povoláním takové, ve kterém může jedinec rozvíjet své zájmy, uplatnit svou kvalifikaci, řešit problémy, které jej osobně zajímají. Takovéto povolání přináší menší míru stresového zatížení, výraznou motivaci a větší spokojenost.¹⁰²

Vzdělání hraje velmi významnou roli. Je prokázáno, že rodiče ze středních vrstev kladou větší důraz na hodnoty, které souvisejí s nezávislým osobnostním rozvojem. Oproti tomuto rodiče z vrstvy pracujících kladou důraz na hodnoty, které souvisejí s poslušností, slušností a získáváním respektu.¹⁰³

¹⁰¹ PAYNE, Jan. *Kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

¹⁰² MAREŠ, Jiří. et. al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9

¹⁰³ PAYNE, Jan. *Kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

4. 2. ROZDÍLY MEZI POHLAVÍMI

Výsledky zkoumání souvislostí mezi různými psychologickými dimenzemi subjektivní kvality života a pohlavím jsou značně inkonzistentní. Některé výzkumy poukazují na skutečnost, že mezi pohlavími neexistují žádné rozdíly. Jiné výzkumy přicházejí s tvrzením, že muži jsou celkově spokojenější se svým životem a že prožívají méně často záporné emoce. Na celkovou kvalitu života má značný vliv věk. Mladší lidé jsou se svou kvalitou života celkově spokojenější. Ženy jsou o něco méně spokojeny s kvalitou svého života než muži. Za nejméně kvalitní období považují období mezi 55–65 lety.¹⁰⁴

V letech 2000–2001 proběhl empirický výzkum „Kvalita života a zdraví“. Více jak 1000 respondentů z Prahy odpovídalo na otevřené otázky. Muži vyjádřili výrazně silnější nesouhlas s postojem, že člověk nemůže špatné věci změnit. Naopak ženy významněji nesouhlasily s tvrzením, že by si každý měl hledět jen svého. Rozdíly mezi pohlavími jsou spojeny s očekáváním, která se vztahují k mužské a ženské roli ve společnosti.¹⁰⁵

4. 3. KVALITA ŽIVOTA V RODINĚ

Základy zdraví v dospělosti se vytvářejí v raném dětství a před narozením. Špatné podmínky během těhotenství mohou ohrožovat optimální vývoj plodu v řetězci zahrnujícím deficity ve výživě během těhotenství, mateřský stres a zneužívání drog a alkoholu. Špatný vývoj plodu je zdravotním rizikem, které se může v pozdějším věku projevit. Nejistá emocionální vazba a chudá stimulace může vést k snížené připravenosti na školní docházku, horším výsledkům ve škole či problémovému chování. Takováto rizika ohrožují dítě daleko významněji u těch jedinců, kteří žijí v chudých

¹⁰⁴ WILKINSON, Richard – MARMOT, Michael. přeložil KUČERA, Zdeněk. *Fakta & souvislosti: sociální determinanty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní a sociální politiky a ekonomiky, 2005. 52 s. ISBN 80–86624–46–x

¹⁰⁵ PAYNE, Jan. *Kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. 80–7254–657–0

socioekonomických poměrech. Výskyt takovýchto rizik je možné omezovat dobrou preventivní zdravotní péčí ještě před těhotenstvím, v zařízeních sociální péče, a v neposlední řadě vzdělávacími programy, které zvyšují uvědomění rodičů o potřebách dětí.¹⁰⁶

Kvalita života u dětí a dospívajících

Většina publikovaných prací o kvalitě lidského života se soustřeďuje na dospělou populaci. Zájem o věkovou kategorii do 18 let zesílil teprve v posledních 10 letech. Je však nezbytné zajímat se o kvalitu života dětí a dospívajících, neboť s kvalitou života dnešních dětí a dospívajících je spjata budoucnost „budoucích dospělých“, a tudíž i kvalita lidského společenství. Obecně lze říci, že není reálné vztahovat poznatky získané při výzkumu u dospělých osob na děti a dospívající. Jejich vývoj je relativně rychlý a procházení jednotlivými vývojovými etapami s sebou přináší změny ve vnímání a hodnocení kvality vlastního života. Vnímání a prožívání dětí a dospívajících a následné hodnocení kvality života je hodnoceno zcela z odlišných úhlů.¹⁰⁷

V červnu roku 2006 proběhl na jedné základní škole výzkum skládající se ze dvou sekvencí.¹⁰⁸

V zadání druhé sekvence bylo, aby respondenti do připraveného dotazníku zapsali znaky života kamaráda-spolužáka, který podle jejich názoru prožívá špatný-normální-výborný život. Mezi nejdůležitější a nejčtenější indikátory kvality života respondenti uváděli potřebu mít přátele a kamarády, žít ve funkční a úplné rodině a mít v jejích členech oporu. Potřeby materiální stály v žebříčku až na úplném konci. Se „špatným

¹⁰⁶ WILKINSON, M – MARMOT, M. *Fakta & souvislosti: sociální determinanty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní a sociální politiky a ekonomiky, 2005. 52 s. ISBN 80-86625-46-x

¹⁰⁷ MAREŠ, Jiří et. al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9

¹⁰⁸ Výzkum probíhal mezi žáky šestých a osmých tříd formou skupinové komunikace.

životem“ žáci nejčastěji spojovali nevyhovující rodinné prostředí a vztahy, které mezi rodiči a dětmi panují.¹⁰⁹

¹⁰⁹ MAREŠ, J. et. al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9

5. RODINA

V praxi se můžeme setkat s celou řadou různých definic rodiny, neboť vymezení tohoto pojmu ve společenských vědách je věnováno mnoho pozornosti. Rodina je prostorem, ve kterém dochází k formování osobnosti člověka, prostorem tvorby lidského kapitálu, výchovy a růstu budoucích generací. Jako taková je základní a nejdůležitější jednotkou naší společnosti.¹¹⁰ Hlavním posláním rodiny je poskytovat svým členům péči a ochranu, ale plní i takové funkce, jako je funkce reprodukční, ekonomická¹¹¹, socializační¹¹² a emocionální.¹¹³

Tak, jako každý člověk zastává určitou roli ve společnosti, od které se odvíjí určité chování, které od něj okolí očekává, zastává určitou roli i v rodině. Od dítěte se očekává, že bude (alespoň do určitého věku) v mnoha ohledech na svých rodičích závislé a bude přijímat jejich péči. Od rodičů se očekává, že mu tuto péči poskytnou, že budou emočně i sociálně zralí, ekonomicky nezávislí,... Prarodiče rovněž zaujímají důležitou pozici v naplňování psychických potřeb dítěte, neboť jsou většinou klidnější a vyrovnanější.¹¹⁴

Rodina vytváří nezastupitelný prostor, ve kterém dochází k rozhodujícímu působení na rozvoj osobnosti, a to jak v oblasti tělesné, duševní, tak i sociální. Dítě si vytváří svůj vlastní vnitřní obraz světa, který do jisté míry odpovídá tomu, jak dítěti rodiče či vychovatelé předkládají realitu a jak jej do této reality uvádějí. Rodina je takovým mikrosvětlem, vzorovou společností, kde si dítě osvojuje základní vzorce chování, návyky a dovednosti, které jsou posléze důležité pro jeho orientaci ve společnosti.¹¹⁵

Pro zajištění optimálního vývoje po všech stránkách je nezbytné, aby rodina dokázala uspokojit všechny základní potřeby. Těmi základními jsou potřeby biologické,

¹¹⁰ MPSV, *Národní koncepce rodinné politiky 2005*, dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce-rodina.pdf>

¹¹¹ Představuje hmotné zajištění potomků.

¹¹² Učí děti zařazovat se do dané společnosti a kultury.

¹¹³ Zajišťuje citové zázemí pro své členy, LAVOSOVÁ, L. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2005. 35s.

¹¹⁴ MPSV, *Národní koncepce rodinné politiky 2005*, dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce-rodina.pdf>

¹¹⁵ LAVOSOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2005. 35s.

tj. řádná výživa, dostatek tepla, čistota... Pokud jsou uspokojeny tyto potřeby, mohou přijít na řadu potřeby psychické, jako například – dostatečný přísun podnětů, potřeba jistoty, vědomí vlastní identity. Potřeby sociální, jež souvisejí s potřebami psychickými, by se daly charakterizovat potřebou lásky a bezpečí, potřebou akceptace dítěte jako takového...¹¹⁶

5. 1. RODIČOVSTVÍ

Rodičovská role je důležitou součástí identity dospělého člověka. Nejedná se jen o roli primárně biologicky podmíněnou, ale zároveň i psychicky a sociálně významnou. Rodičovská role má ve srovnání s ostatními rolemi dospělého jeden odlišný znak – není vratná. Nelze přestat být rodičem a nelze ani dítě vyměnit, pokud by jeho vlastnosti nebyly vyhovující. Dítě svého rodiče poutá specifickou a nezrušitelnou vazbou k určitému partnerovi, druhému rodiči, protože je jejich společným potomkem. Vzhledem k naprosté závislosti malého dítěte, vyžaduje rodičovství změnu životního stylu, který přináší mnoho povinností a omezení, klade značné nároky na zodpovědnost.¹¹⁷

Dítě se chová podle rodičovského vzoru. Napodobuje rodiče stejného pohlaví-syn otce a dcera matku. Proces identifikace s rodičem probíhá pouze tam, kde se dítě s rodičovským vzorem mohlo a chtělo ztotožnit. Nepřítomnost rodičovského vzoru znamená pro dítě vážný handicap. Stejná situace nastane v případě, že rodič je sice v rodině přítomen, ale svou úlohu zastává nepřiměřeně. S laskavým, vstřícným rodičem se dítě ztotožní snadněji než s rodičem odmítavým, neinteresovaným, trestajícím.¹¹⁸ Není pochyb o tom, že dítě se od rodiče stejného pohlaví učí chování k příslušníkům opačného pohlaví. Pochází-li někdo z rodiny, ve které měla hlavní slovo matka a otec se podroboval, očekává stejné doplňování rolí i ve svém budoucím manželství. Rodiče

¹¹⁶ JEDLIČKA, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0

¹¹⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7312-038-0

¹¹⁸ ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. přepr. vyd. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5

věnují více pozornosti dítěti stejného pohlaví. Při krmení i při hře poskytují matky víc podnětů dcerám a otcové víc podnětů synům. Otcové více pozorují syny než dcery. Děti vychovávané jen jedním z rodičů, mají podle mezinárodních studií jež jsou dnes k dispozici o něco horší výsledky nejen ve škole, ale i více zdravotních a psychických problémů a také více střetů se zákonem.¹¹⁹

Role matky

V prenatalním věku bylo dítě s matkou spojeno v jeden biologický celek. Matka je akceptována jako významná součást vlastní bytosti. Tato symbiotická vazba s matkou usnadňuje dítěti v počátečním období jeho adaptaci na svět a zároveň představuje základ budoucího pocitu jistoty, který je předpokladem osamostatňování. Mezi 6. – 9. měsícem začne dítě odlišovat matku od ostatních lidských bytostí. Matka se tak stává jedním z prvních objektů, které dítě chápe jako trvalé. Citlivá matka dovede rozpoznávat signály dětských potřeb a přiměřeným způsobem je uspokojovat. V tomto směru by měly být satureovány i potřeby matky. Matka svými reakcemi poskytuje dítěti informace o jeho hodnotě a významu. Tento obraz se stává základem jeho sebepojetí. Matka pozitivně podmiňuje u synů chování v tradiční „mužské roli“.¹²⁰

Anglický vědec John Bowlby označuje matku jako bezpečnou základnu, na kterou se dítě může stáhnout vždy, když má strach, když mu hrozí nebezpečí, když je nejisté. Není-li matka přítomna fyzicky, přijímá dítě tzv. ochranná opatření. Mohou to být oblíbená zvířátka, plyšové hračky, přikrývky a jiné předměty, jež dávají dítěti v noci sílu, a které si bere, když prozkoumává blízké okolí a vydává se do nových, ještě nezvyklých situací.¹²¹

¹¹⁹ MATOUŠEK, Oldřich. – KROFTOVÁ, Andera. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-771-X

¹²⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0

¹²¹ LAVOSOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2005. 35s.

Role otce

Také v jejich případě platí pravidlo, že čím dříve uvidí svoje dítě a čím více se jím budou moci zabývat, tím lepší a oboustranně více uspokojující kontakt s ním naváží. Vztah s otcem se může stát alternativním zdrojem jistoty a bezpečí, ale i zdrojem stimulace. Je prokázáno, že otcové zvyšují „ženskost“ svých dcer tím, že je odměňují za jejich ženské projevy. Tím jsou myšleny tradiční ženské projevy-závislost, pasivita a podrobnost. Chlapci, žijící ve společné domácnosti s vlastním otcem, mají významně menší sklon přestupovat meze zákona než chlapci žijící bez otce či s nevlastním otcem.¹²²

Význam otce v rodině se měnil v souvislosti se společenským vývojem. V původních společnostech měl otec větší odpovědnost za dítě než matka a téměř ve všech případech rozvodu bylo dítě svěřováno otci. V průběhu 19. století však již přichází první pomalé změny. V důsledku ekonomického rozvoje došlo k oddělení pracovního a domácího prostředí. Muži jako živitelé rodin opouštěli domovy a trávili mnohem více času v práci. Udržovali si svůj statut hlavy rodiny, ale role vychovatelů připadala stále více matkám. Současní muži 21. století si však začínají důležitost své role čím dál tím víc uvědomovat- jsou aktivnější a více se angažují ve výchově a péči dětí. Donedávna neslýchaným jevem byla takzvaná „otcovská dovolená, kterou dnes považujeme za plnohodnotnou alternativu mateřské dovolené.¹²³

Role sourozence

Dítě se doma učí nejen vycházet s ostatními lidmi a umění reagovat v rozmanitých sociálních situacích, ale zároveň získává vztah k sourozenci, který mu zpravidla vydrží po celý život. Dítě „vytrénované“ z domácích soubojů nebude mít zásadní problém se

¹²² MATOUŠEK, Oldřich – KROFTOVÁ, Andera. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-771-X

¹²³ MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. 311 s. ISBN 80-86429-58X

posléze prosadit mezi vrstevníky. To, jaký mají rodiče přístup k jednotlivým dětem, se odrazí i na vztahu mezi samotnými dětmi. Děti by si měly uvědomovat, že jsou jedna rodina. Ale nenásilně. Pokud bude neustále dáváno najevo staršímu sourozenci, že je starší, a proto musí být rozumnější a mladšího sourozence chránit, může to být pociťováno jako křivda. Žárlivost mezi sourozenci je přirozený pocit, který je nutno nějakým způsobem projevit, ale přiměřeným způsobem.¹²⁴

Ve většině případů, když děti dosáhnou určitého věku, dostávají se do opozice vůči rodičům, tzv. si „kryjí si záda.“ Společně řeší své osobní problémy, zejména v oblasti sexuální, partnerské,...Přítomnost sourozence sice není rozhodujícím faktorem, ale hraje významnou roli při diferenciaci sociálních rolí.¹²⁵

5. 2. PORUCHY RODINY

Poruchou rodiny se rozumí taková situace, kdy rodina neplní základní požadavky a úkoly dané společenskou normou. Hlavní příčiny rodinných poruch dělíme na objektivní,¹²⁶ subjektivní¹²⁷ a smíšené. Pro odborníky, pracující s dětmi, je z mnoha důvodů nezbytné získat informace o funkčnosti rodiny vyšetřovaného dítěte. Existuje Dotazník funkčnosti rodiny (DFR), jež vypracoval Jiří Synovský, který se opírá o hodnocení osmi diagnostických kritérií: složení rodiny, stabilita rodiny, sociálně ekonomická situace, osobnost rodičů, osobnost sourozenců, osobnost dítěte, zájem o dítě a péče o něj.¹²⁸

¹²⁴ LAVOSOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2005. 35s.

¹²⁵ Rodina o dětech i rodičích, Agresivita mezi sourozenci a její důsledky. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek4009.htm>

¹²⁶ Na vůli rodičů nezávislé, jako např. nezaměstnanost, válka, hladomor...

¹²⁷ Na vůli rodičů závislé, tzn. neochota pečovat o dítě, neochota přijmout společenské normy, nezralost, neschopnost vyrovnat se zvláštními situacemi...

¹²⁸ LAVOSOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2005. 35s.

5. 3. RIZIKOVÉ FAKTORY V RODINĚ

Je důležité, aby rodiče přizpůsobovali výchovné jednání věku a vývoji dítěte. Období adolescence je provázeno zásadními změnami biologického i psychologického rázu. Erikson takovéto období nazývá „stadiem identity proti zmatení rolí“, ve kterém dochází k vývoji sociální identity. Adolescent se ztotožňuje se skupinou vrstevníků a snaží se mezi nimi nalézt místo. Jde o hledání odpovědí na otázky typu-kdo jsem? Kam jdu? Jaký jsem? Kam patřím? Čemu věřím?¹²⁹ Začátek dospívání bývá hodnocen jako zvýšeně konfliktní období mezi rodiči a dětmi. Odborníci vidí zdroj konfliktů v tom, že rodiče dospívajících si začínají uvědomovat, že končí fáze direktivního a relativně snadného vedení, a že jejich přímý vliv na to, co jejich dítě dělá, klesá. Naopak samotní dospívající očekávají od svých rodičů především přijetí a zrovnoprávnění v rámci rodiny.¹³⁰

Základem všeho je komunikace. Je důležité být důsledný, stanovit určitá pravidla, ale zároveň ponechat jistou míru volnosti. Je nepřijatelné, aby rodiče neznali kamarády svých dětí a nevěděli, jak jejich dítě tráví volný čas.¹³¹ Rizikovým prostředím je rodina, kde panují extrémní poměry – přílišná svoboda hraničící s lhostejností a na druhé straně zase vazby, kde jsou si všichni blízko, že bez sebe neudělají ani krok. Na tuto problematiku zareagovala i Drogová poradna¹³², která vytvořila mediální kampaň KOMUNIKACE JE KLÍČ aneb NEBOJTE SE ZEPTAT.¹³³

Užívání drog je reakcí na sociální problém. Droga, která nabízí uživatelům falešnou vidinu útěku před nepřízní osudu a stresem, ve skutečnosti jen jejich problémy zhoršuje. Je prokázáno, že závislé děti pocházejí převážně z neúplných rodin. Poměrně často vyskytujícím se jevem jsou autoritativní rodiče či naopak nedostatečně důslední. Jedním z typických výchovných přístupů rodin toxikomanů bývá nekonečné domlouvání, plné

¹²⁹ MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. 311 s. ISBN 80-86429-58X

¹³⁰ LAVOSOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2005. 35s.

¹³¹ MATOUŠEK, Oldřich – KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-771-X

¹³² Poradnu provozuje občanské sdružení SANAMIN zabývající se prevencí a léčbou drogových závislostí.

¹³³ Drogy a rodiče. Dostupné z. <http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=shw=100125>

výhrůžek, manipulací, příslibů... a následné nedodržení sankcí. Rodiče vymyslí trest, který není nikdy realizován, nebo ještě hůře – rodiče o něj vedou hádku.¹³⁴ V některých případech se rodiče domnívají, že slib je nejlepším a trvalým řešením. Vůbec si však neuvědomují, že tak kladou na dítě mnohdy přílišnou odpovědnost. Pohrozí sankcí, kterou stejně nechtějí realizovat. Mnohdy je až zarážející, jakou trpělivost rodiče měli – kolikrát se nechali podvést, okrást, zklamat – a nic zásadního nezměnili. Při důkladnějším prozkoumání zjistíme, že se nejedná o trpělivost, nýbrž o slepou důvěru a silné přání, aby se dítě samo změnilo. Mylně se domnívají, že tak jako s dospělým člověkem stačí s ním jednou všechno rozumně probrat a vše dopadne dobře. Když si po čase všimnou, že to nepomohlo, cítí se být podvedeni a tak opakují pohovor s větší naléhavostí, výčitkami nebo rezignují, urazí se anebo „přehodí“ řešení na někoho jiného.¹³⁵

¹³⁴ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 2. upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80–7178-831–7

¹³⁵ Výchova. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&dis=texty&offset=161&list=1681>

6. LEGISLATIVA ČR TÝKAJÍCÍ SE DROGOVÉ PROBLEMATIKY

S drogami je spojeno široké spektrum trestné činnosti. Mimo trestné činy zaměřené na regulaci nelegální výroby a distribuce drog či zvyšování poptávky po drogách existuje i rozsáhlá trestná činnost páchaná pod vlivem nebo v souvislosti s užíváním drog, trestná činnost zaměřená na získání drog a v neposlední řadě i trestná činnost spojená s uplácením nelegálně získaných finančních prostředků z drogové trestné činnosti. Legislativní řešení drogových problémů se řídí nejen vnitrostátními právními normy, ale i závazky, které plynou z mezinárodních smluv.¹³⁶

→ zákon č. **379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

→ zákon č. **167/1998 Sb.**, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů

→ zákon č. **140/1961Sb.**, trestní zákon

→ nařízení vlády č. **72/1997 Sb.**, kterým se stanoví, co je považováno za anabolika a jiné prostředky s anabolickým účinkem ve smyslu trestního zákona

→ zákon č. **411/2005 Sb.**, kterým se mění zákon č. 361/200 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů

→ jednotná Úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách

¹³⁶ JELÍNEK, Jiří et. al. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 2. aktua. vyd. Praha: Linde, 2006. 823 s. ISBN 80-7201-630-X

→ Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971

→ Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými látkami z roku 1988

Poslanecká sněmovna parlamentu ČR schválila v srpnu roku 2005 návrh zákona č.379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tato právní úprava nahrazuje z. č. 27/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Zákon 379 upravuje zejména systémová opatření týkající se prevence, zdravotní péče, systému sociálních služeb a rovněž pravidla vyšetření zjišťující obsah alkoholu či jiných návykových látek.¹³⁷

Trestné činy spáchané za účelem obstarávání prostředků na drogy, jsou zastoupeny v celém spektru trestných činů nejmarkantněji. Jedná se především o drobnou majetkovou trestnou činnost. Prostředky pocházející z nelegálních obchodů s drogami, není možné standardním způsobem zdanit, což vytváří prostor pro hospodářskou kriminalitu. Trestní zákon č. 140/1961 Sb., ve své čtvrté hlavě, zvláštní části pojednává o trestných činech obecně nebezpečných, v nichž jsou některé trestné činy zabývající se drogovou problematikou.¹³⁸ Jedná se zejména o neoprávněnou výrobu, dovoz, nabízení, zprostředkování, přechovávání, či šíření toxikomanie, o čemž pojednává §187, §187a, §188 a §188a.¹³⁹

Mezinárodní kontrola drog je ošetřena 3 základními úmluvami OSN. Všechny tyto úmluvy vycházejí z faktu, že výroba drog, obchodování s nimi a konzumace představují celosvětový problém mající aspekty zdravotní, sociální, kulturní a ekonomické.¹⁴⁰

¹³⁷ MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. 1. vyd. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s. ISBN 80–86734-25-0

¹³⁸ JELÍNEK, Jiří. et. al. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 2. aktua. vyd. Praha: Linde, 2006. 823 s. ISBN 80–7201-630X

¹³⁹ MOTLOCH, Jiří. -Sagit. *ÚZ Trestní předpisy, Přestupky*. z. č. 140/1961Sb. Trestní zákon. Ostrava-Hrabůvka: Jiří Motloch-Sagit, 2006 ISBN 80–7208-457–7

¹⁴⁰ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Užívání drog v EU, legislativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. 48 s. ISBN 80–86734-50–1

7. DROGOVÁ ÚMRTÍ V ČR

Nejzávažnějším negativním následkem abúzu drog jsou právě drogová úmrtí. K úmrtí, které je zapříčiněno drogou, dochází za různých okolností. V některých případech dokonce ani nemáme důkaz o tom, že se jedná o úmrtí způsobené návykovými látkami. K takovýmto úmrtím dochází převážně v centrech větších měst – v bytech, hotelích, ubytovnách, nemocnicích, na toaletách, na veřejných místech. Na celém procesu zjišťování se podílí policie, patolog, drogový epidemiolog a toxikolog. Systematický sběr dat o drogové mortalitě v ČR do roku 1998 neexistoval.¹⁴¹

V roce 2005 bylo zjištěno 218 úmrtí na předávkování drogami. Nejvíce osob zemřelo v důsledku předávkování opiáty. Následují těkavé látky a pervitin. Dvě smrtelná předávkování byla způsobena MDMA.¹⁴²

Drogová mortalita se prakticky dělí do dvou velkých skupin. Na přímá drogová úmrtí a drogová úmrtí nepřímá. Jako přímá drogová úmrtí označujeme všechna úmrtí způsobená selháním životních funkcí v důsledku biochemických vlastností zjištěné drogy. Úmrtí, u kterých sice byly identifikovány metabolity drog (y) v tkáních zemřelého, ale nelze s jistotou říci, že se jedná o úmrtí spadající do této skupiny, označujeme jako úmrtí nepřímá.¹⁴³

Prohlídku zemřelého provádí praktický lékař, lékař záchranné služby nebo lékař služby první pomoci. Smrt může konstatovat pouze lékař, který také vyplní List o prohlídce mrtvého. Pokud má důvodné podezření, že úmrtí je důsledkem trestného činu či sebevraždy, oznámí tuto skutečnost Policii ČR. V případě drogových úmrtí by měla být Policie ČR informována jednoznačně. K podezření, že úmrtí mohlo nastat v souvislosti se zneužíváním drog, vedou následující okolnosti: „drogová anamnéza,

¹⁴¹ ZÁBRANSKÝ, Tomáš et. al. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. 59 s. ISBN 80–86734–37–4

¹⁴² MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. 1. vyd. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s. ISBN 80–86734–25–0

¹⁴³ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. et. al. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. 59 s. ISBN 80–86734–37–4

aplikace drog před smrtí, chování a jednání před smrtí, nález drog, injekčních stříkaček, místo úmrtí (veřejné WC...), vzhled zemřelého. Přivolaný policista rozhodne, zda bude na místo přizván soudní znalec v oboru zdravotnictví, odvětví soudního lékařství podle §113 trestního řádu¹⁴⁴, či bude nařízena pitva dle §115 trestního řádu. Znalec přizvaný na místo nenahrazuje prohlídku zemřelého lékařem, a ani nevyplňuje List o prohlídce zemřelého.¹⁴⁵

V současné době mohou soudní pitvu nařizovat pouze orgány činné v trestním řízení-nejčastěji orgány Policie ČR. V rámci objasnění příčin úmrtí se při nálezu zemřelého provede soudní pitva. Tu musí provést lékař z oddělení soudního lékařství. Pitva se provádí standardně, tj. celková zevní pitva i vnitřní prohlídka s otevřením lebky, dutiny hrudní i břišní a prohlídkou a pitvou všech orgánů. Po skončení pitvy sepíše lékař pitevní protokol.¹⁴⁶

Policejní orgán si vyžádá zpracování odborného vyjádření-obor zdravotnictví, odvětví soudního lékařství a toxikologie. Proplacení toxikologického vyšetření hradí policie ČR. Pro toxikologické vyšetření je nezbytné zajistit moč (nejméně 30 ml), krev (většinou femorální, 20 ml), část jater (nejméně 100g) a vlasy (pramen o průměru 0,5 cm s označením baze). Vzorky materiálu jsou odebírány do zvláštní, čisté, popsané nádoby (jméno zemřelého, materiál). Ke vzorkům se nepřidává žádná konzervační látka. Jsou uchovány v chladu. Je možné i jejich zmrazení.¹⁴⁷

Jako první provedl veřejnou pitvu Jan Jessenius, a to v červnu roku 1600 v Praze. Pitva, která trvala celých pět dní, byla velkou společenskou událostí, na kterou byly pozváni význační členové šlechty, městská rada,...celkem přes tisíc osob.¹⁴⁸

¹⁴⁴ MOTLOCH, Jiří. -Sagit. *Úz Trestní předpisy, Přestupky*. Z. č. 140/1961Sb. Trestní zákon. Ostrava-Hrabůvka: Jiří Motloch-Sagit, 2006 ISBN 80-7208-457-7

¹⁴⁵ DOGOŠI, M. *Soudní lékařství pro policisty*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 2003. 94 s.

¹⁴⁶ ZÁBRANSKÝ, Tomáš. et. al. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. 59 s. ISBN 80-86734-37-4

¹⁴⁷ HOTTMAR, Petr. *Soudní lékařství: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 114 s. ISBN 80-246-0647-X

¹⁴⁸ SEUBERLICH, Laurentius. *Jan Jessenius z Jasené, průběh pitvy jím slavnostně provedené v Praze*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 645 s. ISBN 80-246-0922-3

VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE

8. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

8. 1. CÍL PRÁCE

- 1) Zjistit období největší stresové zátěže ostatních členů rodiny.
- 2) Definovat změny, které nastaly v oblasti obvyklých vztahů v rodině.

8. 2. HYPOZÉZY

- 1) Stresovou zátěž, související s drogovou závislostí rodinného příslušníka, odmítají muži řešit.
- 2) Členové rodiny drogově závislých klientů mají základní vzdělání nebo výuční list.
- 3) Členové rodiny drogově závislých klientů se domnívali, že jejich rodiny se drogová problematika netýká.
- 4) Členové rodiny drogově závislých klientů neví, kam se obrátit s žádostí o pomoc.
- 5) Primární informace o vznikajícím problému získali rodinní příslušníci ve škole.

9. METODICKÉ POSTUPY

Výzkumné šetření bylo směřováno k definování období největší stresové zátěže ostatních členů rodiny a zároveň mělo objasnit změny, které nastaly v oblasti obvyklých vztahů v rodině. Součástí bylo zmapování aktuální situace rodičů v oblasti zaměstnání.

9. 1. POUŽITÉ METODY A TECHNIKY

V rámci výzkumu bakalářské práce jsem použila následující postupy:

1. dotazník
2. rozhovor

DOTAZNÍK

Při sběru informací je nejpoužívanějším nástrojem právě dotazník. Je to nástroj operativní, zaručující anonymitu a neovlivňování respondenta osobou tazatele. Na základě konfrontace s odbornou literaturou, zabývající se hodnocením kvality života a drogovou problematikou, jsem zpracovala vlastní dotazník, který je rozdělen na tři části. První část, je částí úvodní, která respondenta obeznámí s významem daného dotazníku, zaručí mu anonymitu a zároveň požádá o spolupráci. V druhé části dotazníku nalezneme tzv. identifikační otázky, které zjišťují vzdělání, pohlaví, bydliště,... respondentů. Následuje třetí část obsahující nezbytné otázky pro zmapování kvality života rodinných příslušníků drogově závislých klientů.

Použila jsem celkem 2 typy dotazníků. Jeden byl vytvořen pro rodiče¹⁴⁹ drogově závislých klientů, a druhý pro sourozence.¹⁵⁰ Dotazník vytvořený pro rodiče obsahoval

¹⁴⁹ Dále jen dotazník-rodič.

¹⁵⁰ Dále jen dotazník-sourozenec.

28 otázek (24 uzavřené, 2 otevřené, 2 polootevřené). Dotazník pro sourozence obsahoval 20 otázek (18 uzavřené, 1 otevřená, 1 polootevřená).

150 dotazníků „**typu rodič**“ bylo rozdáno 5 subjektům. Zpět se mi vrátilo 37 vyplněných dotazníků (z toho 18 mužů a 19 žen), návratnost tedy 24,7%. Úvodní dvě otázky zjišťovaly pohlaví a věk respondentů. Dotazník vyplňovalo 12% mužů a 13 % žen (graf 1), z čehož byla nejvíce zastoupena věková kategorie 50–54 let a 55 a více (graf 2). Nejmladšímu respondentovi bylo 25 let a nejstaršímu 71 let. Věkový průměr zkoumaného souboru je u mužů 47 let, u žen 48 let.

Dotazníků „**typu sourozenec**“ bylo rozdáno také 150 kusů, a to do stejných zařízení jako dotazníky „typu sourozenec“. Zpět se mi vrátilo 22 vyplněných dotazníků (z toho 10 mužů a 12 žen), návratnost tedy 29,3%. Úvodní dvě otázky zjišťovaly pohlaví a věk respondentů. Dotazník vyplňovalo 7% mužů a 8 % žen (graf 1), z čehož byla nejvíce zastoupena věková kategorie 15-19let (graf 2). Nejmladšímu respondentovi bylo 15 let a nejstaršímu 33 let. Věkový průměr zkoumaného souboru je u mužů 23 let, u žen 24 let.

ROZHOVOR

Rozhovor je v oblasti výzkumu poměrně nákladným nástrojem při sběru dat, neboť vyžaduje odbornou přípravu tazatele a další náklady na hrazení výdajů, které tazatel vykáže (cestovné,...). Oproti dotazníku je rozhovor technikou méně anonymní, což u některých citlivých témat může být do jisté míry překážkou. Míra návratnosti je však téměř stoprocentní.

V rámci výzkumu kvality života rodinných příslušníků drogově závislých klientů jsem použila rozhovor standardizovaný, v dnešní době nejpoužívanější. Rozhovory jsem prováděla v rámci svépomocné rodičovské skupiny ve Vimperku a v rámci svépomocné skupiny Modrá Spirála Naděje, o. s. Celkem jsem uskutečnila 8 rozhovorů.

9. 2. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výzkum probíhal v 5 zařízeních, do kterých jsem rozdala 300 dotazníků, z nichž se mi jich vrátilo vyplněných 59 dotazníků. Od rodičů 37 dotazníků (z toho 18 mužů a 19 žen), návratnost tedy 24,7%, od sourozenců 22 dotazníků (z toho 10 mužů a 12 žen), návratnost tedy 14,7%. Výzkumné šetření probíhalo od poloviny prosince roku 2006 do poloviny dubna roku 2007. Vzorek byl stanoven náhodným výběrem, ale respondenti museli být rodiči či sourozenci drogově závislého jedince mladšího 25 let. Podrobnější charakteristiku sledovaného souboru přiblíží následující grafické zpracování souboru.

Výzkumné šetření probíhalo v následujících zařízeních:

- Jihočeské substituční centrum
- Občanské sdružení ARKÁDA-Sociálně psychologické centrum
- Psychiatrická léčebna Červený Dvůr
- DROP IN-Centrum následné péče
- Modrá Spirála Naděje, o. s.
- Svěpomocná skupina rodičů ve Vimperku

JIHOČESKÉ SUBSTITUČNÍ CENTRUM

Občanské sdružení Prevent působí v Jihočeském kraji již pátým rokem a to hlavně v oblasti drogové prevence. Zastřešuje několik projektů a jedním z nich je právě Jihočeské substituční centrum. Jedná se o registrované nestátní zařízení, schválené MZČR, jehož hlavní cílovou skupinou jsou uživatelé opiátových drog, rodiče a blízcí těchto uživatelů.

Mezi hlavní služby, které Jihočeské substituční centrum nabízí, patří zejména:

- komplexní substituční péče

- podávání substitučních látek-metadon, subutex
- terapeutické konzultace
- sociální poradenství

Po osobní konzultaci s pí ředitelkou Mgr. Lenkou Kostínkovou, jsem v Jihočeském substitučním centru zanechala celkem 60 dotazníků (z toho 30 dotazník-rodíč, 30 dotazník-sourozenec). Posléze Mgr. L. Kostínková s uvedenými dotazníky seznámila rodinné příslušníky drogově závislých klientů a požádala je o jejich vyplnění, které je pochopitelně anonymní a zcela dobrovolné. Návratnost byla 1,7%, tedy 4 dotazníky (z toho 3 dotazníky-rodíč, 1 dotazník-sourozenec) z celkového počtu 60.¹⁵¹

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ARKÁDA-SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÉ CENTRUM

Arkáda je nestátní nezisková organizace se sídlem v Písku. Doplnuje a rozšiřuje nabídku psychosociálních služeb v regionu. Cílem centra je poskytovat svým klientům bezplatnou, odbornou a anonymní pomoc. Součástí je kontaktní centrum, které svou činnost směřuje na všechny osoby přicházející do styku s alkoholovými i nealkoholovými drogami. Speciální cílovou skupinou jsou také osoby blízké uživatelům drog (rodíče, partneři). Služby, které jsou anonymní a bezplatné, vycházejí z přístupu Harm reduction.¹⁵²

Po osobní konzultaci s vedoucí K-centra pí Mgr. Erikou Kellerovou, jsem zde zanechala celkem 60 dotazníků (z toho 30 dotazníků-rodíč a 30 dotazníků-sourozenec). V rámci spolupráce byli rodinní příslušníci požádáni o vyplnění dotazníků. I když jim bylo nabídnuto, že si dotazník mohou odnést domů, a tam ho v klidu vyplnit, byla návratnost 0%, tedy 0 dotazníků z celkového počtu 60.¹⁵³

¹⁵¹ Při zjišťování důvodů, které vedly k nevyplnění dotazníku, zazníval argument nevhodně zvolené období-kolem Vánoc.

¹⁵² Harm reduction je přístup zaměřený na snižování a omezování zdravotních a sociálních rizik u osob užívajících drogy.

¹⁵³ Při zjišťování důvodů, které vedly k nevyplnění dotazníku, zazníval jako hl. argument nedostatek času.

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je specializované zařízení na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologickém hráčství. V současné době je kapacita léčebny 103 lůžek, na kterých se ročně vystřídá kolem 500–700 klientů. Léčebna má 4 oddělení-příjmové detoxifikační oddělení (detox) a tři psychoterapeuticko-režimová oddělení.

Mezi hlavní služby, které PL Červený Dvůr poskytuje, patří:

- střednědobá ústavní léčba na nealkoholových drogách
- dlouhodobá léčba závislostí na alkoholu a patologickém hráčství
- detoxifikace a detoxikace
- rodinná a partnerská terapie
- krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu
- krátkodobé motivační pobyty v rámci následné péče

Po osobní konzultaci s panem ředitelem, primářem MUDr. Jiřím Dvořáčkem, jsem v PL Červený Dvůr zanechala celkem 60 dotazníků (z toho 30 dotazník-rodíč, 30 dotazník-sourozenec). Návratnost byla 51,7%, tedy 31 dotazníků (z toho 21 dotazník-rodíč, 10 dotazník-sourozenec) z celkového počtu 40.

DROP IN-CENTRUM NÁSLEDNÉ PÉČE

Nadace Drop In vznikla v roce 1991 v souvislosti se změnou společenského systému, a tím možností zřídit systém komplexní prevence a péče o uživatele nelegálních drog a jejich rodinné příslušníky. Počátkem roku 1999 se nadace Drop In změnila v nový právní subjekt – Středisko prevence a léčby drogových závislostí-DROP IN o. p. s.. V témže roce došlo k otevření programu Centra následné péče (CNP), který

nabízejí své služby bývalým uživatelům drog, kteří již absolvovali základní typ léčby. Program je koncipován jako ambulantní. Nabízí individuální poradenství, motivační trénink, dlouhodobou individuální terapii, rodinný poradenský kontakt, skupinové poradenství.

Na uvedený kontakt jsem do CNP zaslala E-mail s žádostí, aby mi umožnili provést výzkum v rámci bakalářské práce v tomto zařízení.¹⁵⁴ Poté jsem se telefonicky obrátila na vedoucího programu, pane Evžena Kloučka, s kterým jsem se dohodla, že dotazníky zašlu poštou a za dva měsíce ho budu znovu kontaktovat, abych se informovala na průběh „sběru dat.“ Na uvedenou adresu jsem zaslala celkem 60 dotazníků (z toho 30 dotazníků-rodíč a 30 dotazníků sourozenec). Dle domluvy jsem po dvou měsících opět kontaktovala pana Evžena Kloučka. Bohužel jsem se dozvěděla, že zaslané dotazníky si za celé dva měsíce nikdo ani nepřečetl a „nikdo mi údajně neslabil,“ že „sběr dat“ bude uskutečněn. návratnost 0, tedy 0% z celkového počtu 60.

MODRÁ SPIRÁLA NADĚJE O. S.

Jedná se o svépomocnou rodičovskou skupinu, ve které mohou rodiče hovořit o svých problémech spojených s drogovou závislostí svých dětí. Schůzky se konají pravidelně v lichých týdnech.

Po telefonické domluvě s Mgr. Evou Svobodovou jsem se zúčastnila rodičovského sezení, kde jsem měla možnost hovořit s rodiči o jejich nelehké životní situaci a získané informace použít pro svou bakalářskou práci.

SVÉPOMOCNÁ SKUPINA RODIČŮ VE VIMPERKU

Na rozdíl od výše zmiňované rodičovské skupiny je svépomocná skupina rodičů ve Vimperku skupinou neoficiální. Jejich setkání nezaštiťuje žádná organizace a setkání se

¹⁵⁴ V příloze jsem zaslala ukázkou příslušných dotazníků.

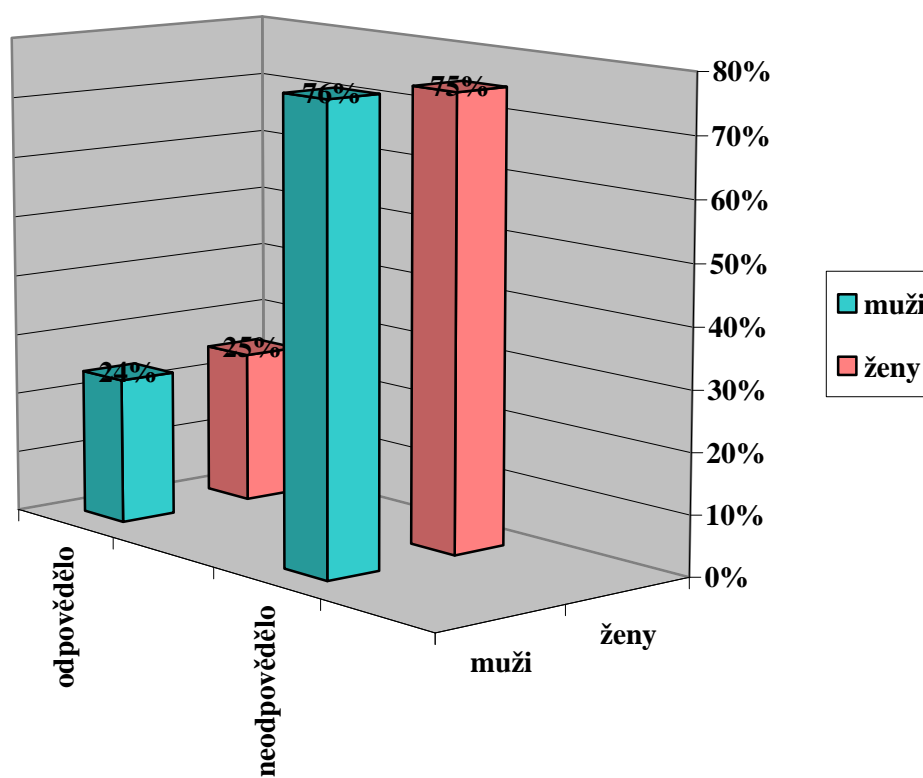
nezúčastňuje žádný profesionální pracovník v oblasti drogové problematiky. Setkání probíhají každé tři týdny.

Měla jsem možnost být přítomna jednomu setkání. Zároveň jsem měla možnost realizovat výzkumné šetření pomocí dvou základních „nástrojů“, kterými jsou dotazník a rozhovor. Celkem se jednalo o 8 rozhovorů (z toho 2 muži, 3 ženy a 3 sourozenci). Dotazníky jsem poskytla kontaktní osobě, která mi zprostředkovala možnost zúčastnit se sezení a také být zároveň sama členkou skupiny. K dispozici jsem rozdala 60 dotazníků (z toho 30 dotazník-rodíč, 30 dotazník-sourozenec). Návratnost byla 13 dotazníků, tedy 7,8% , z celkového počtu 60 dotazníků.

10. VÝSLEDKY

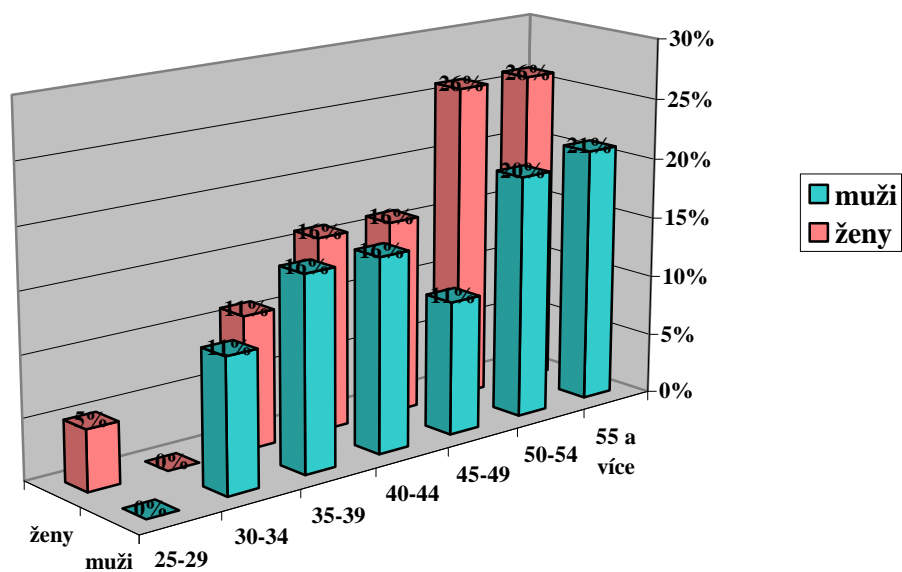
10. 1. VÝSLEDKY DOTAZNÍKU-RODIČ

GRAF 1 - RESPONDENTI PODLE POHLAVÍ



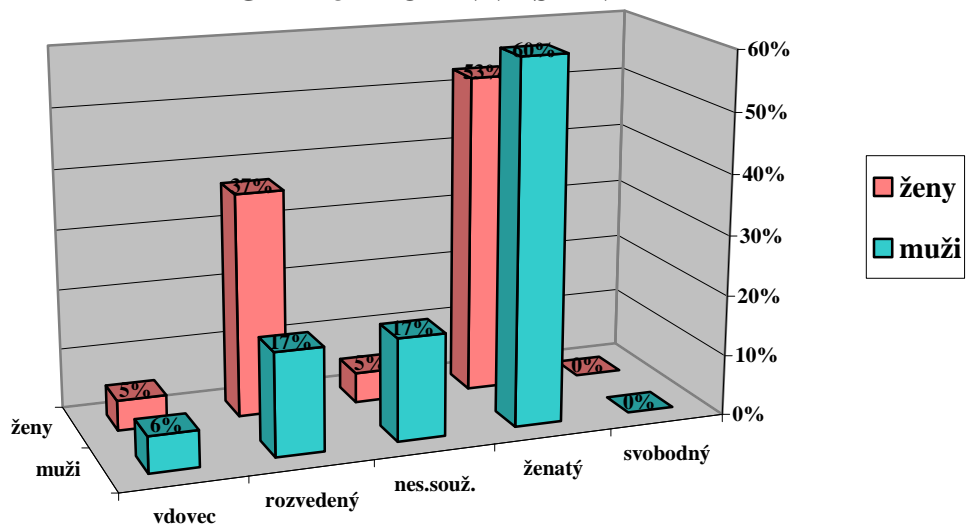
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 2 - VĚK



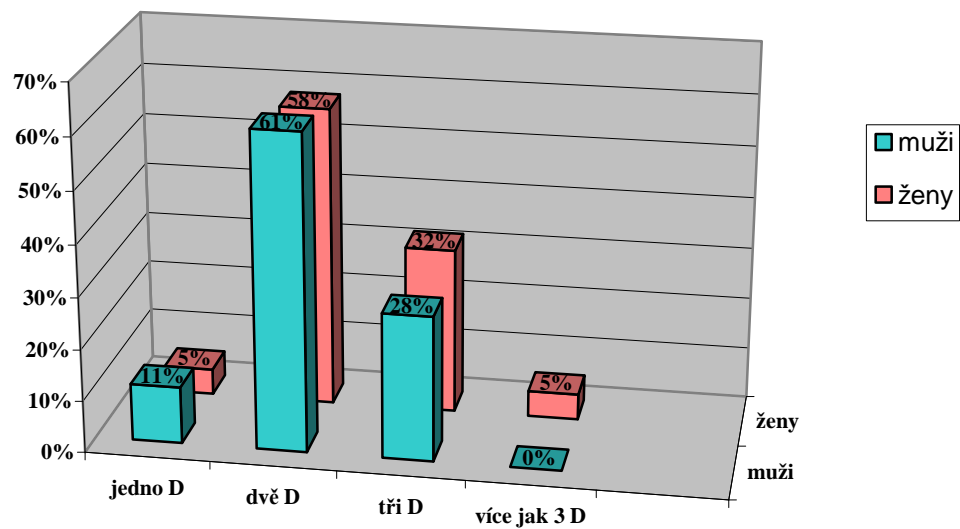
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 3 - RODINNÝ STAV



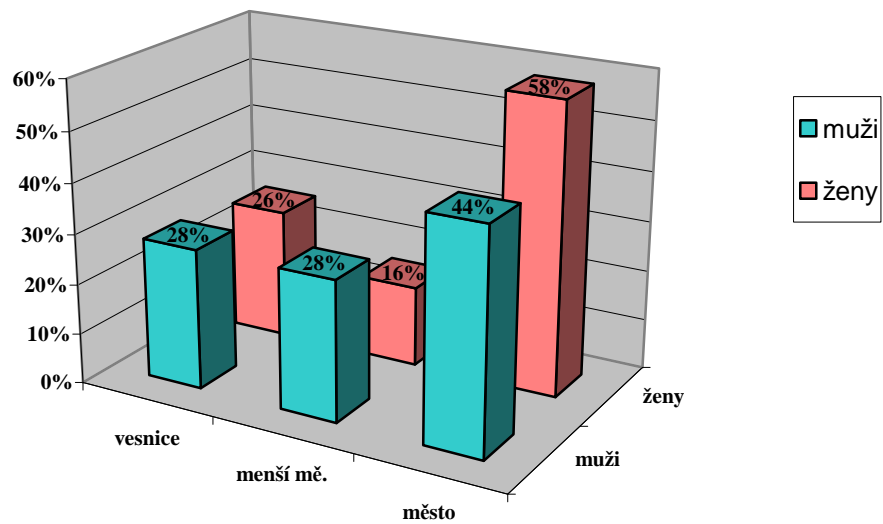
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 4 - POČET DĚTÍ V RODINĚ



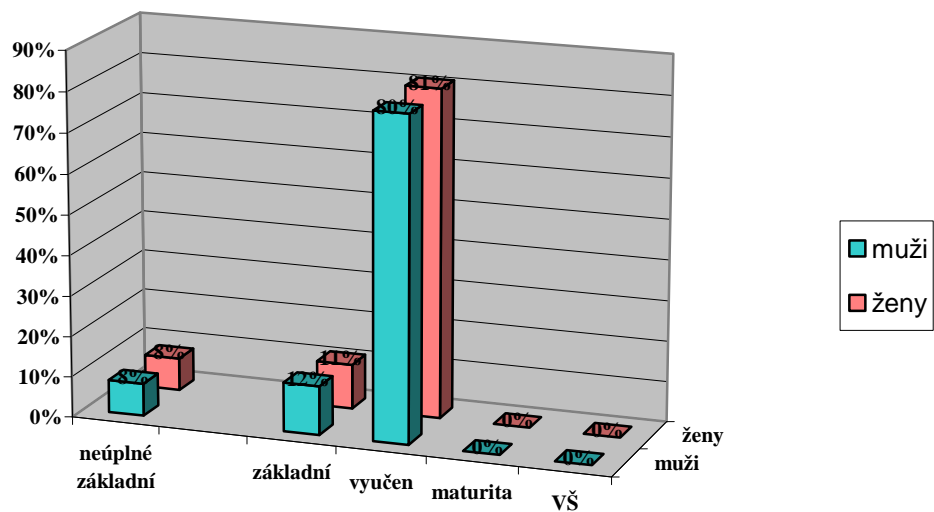
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 5 - BYDLIŠTĚ



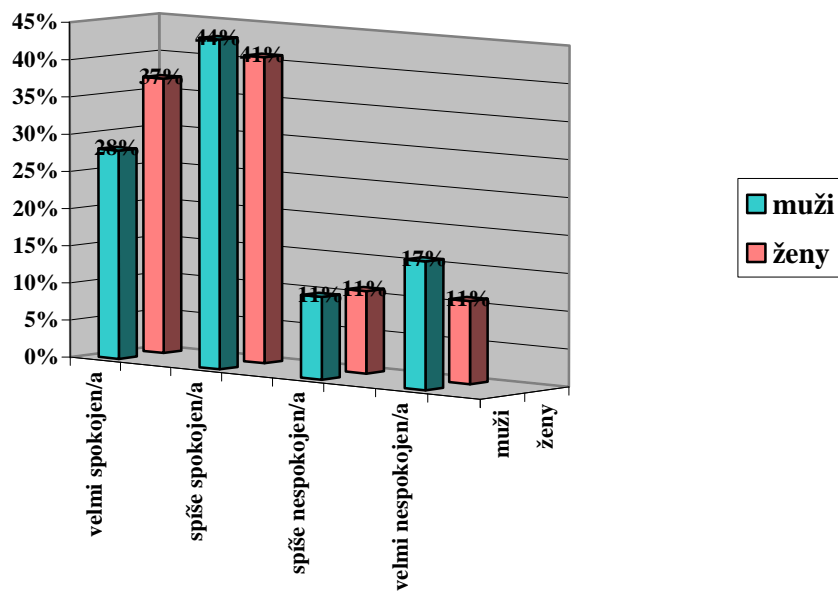
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 6 - VZDĚLÁNÍ RODIČŮ



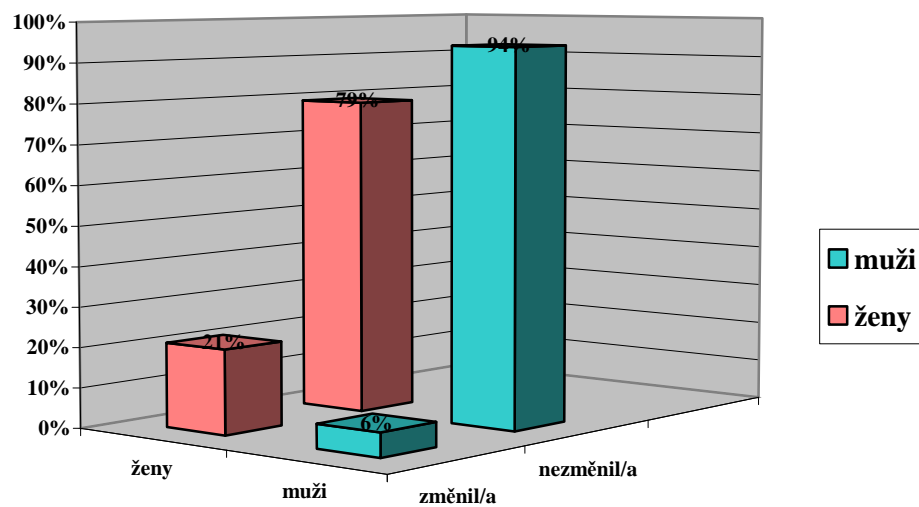
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 7 - SPOKOJENOST SE ZAMĚSTNÁNÍM



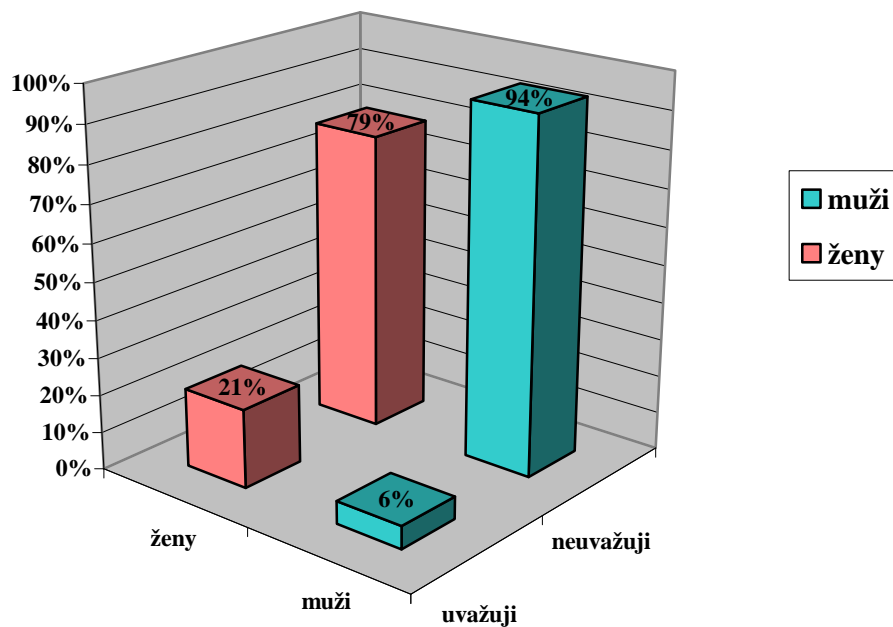
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 8 - ZMĚNA ZAMĚSTNÁNÍ ZA POSLEDNÍ 2 ROKY



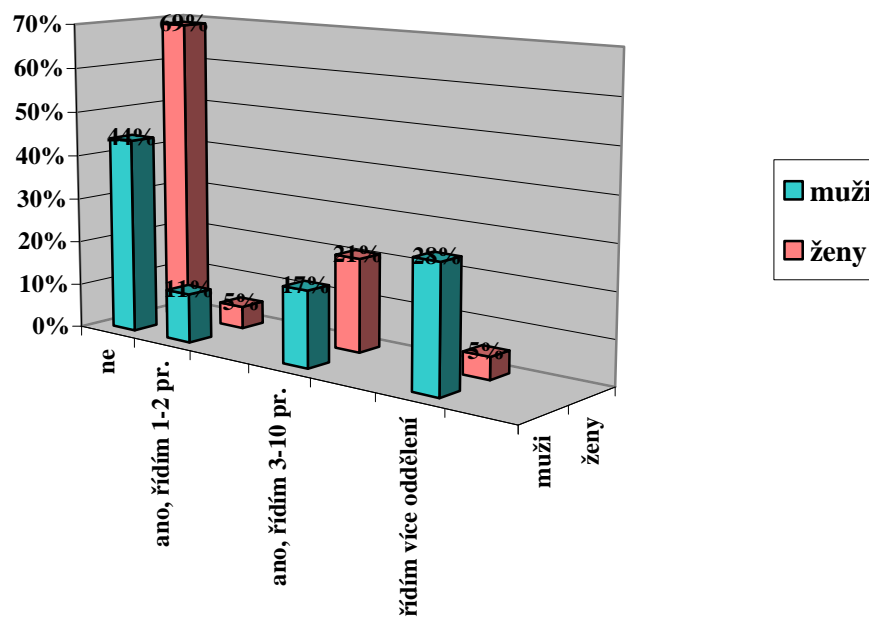
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 9 - UVAŽUJI O ZMĚNĚ ZAMĚSTNÁNÍ



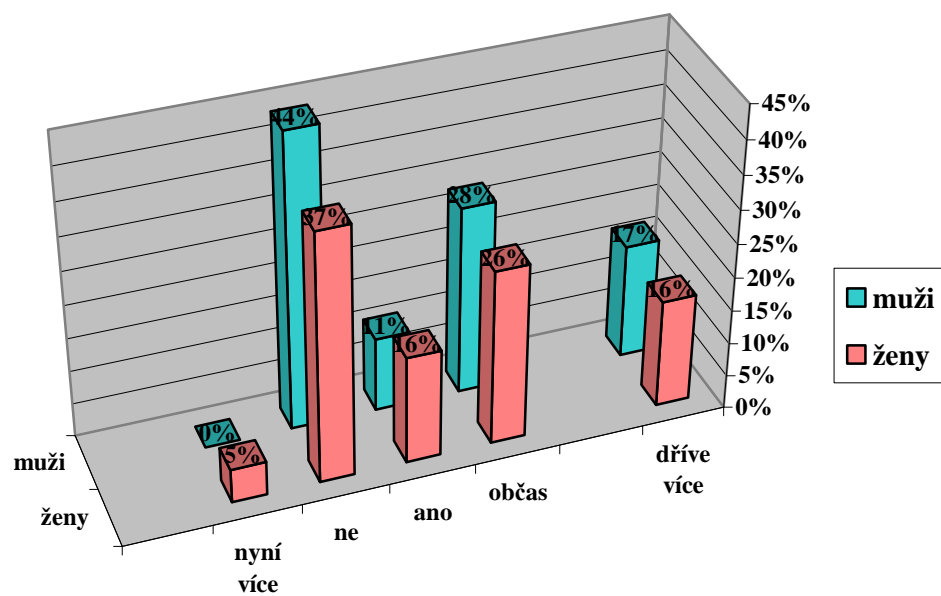
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 10 - VYKONÁVÁM ŘÍDÍCÍ FUNKCI



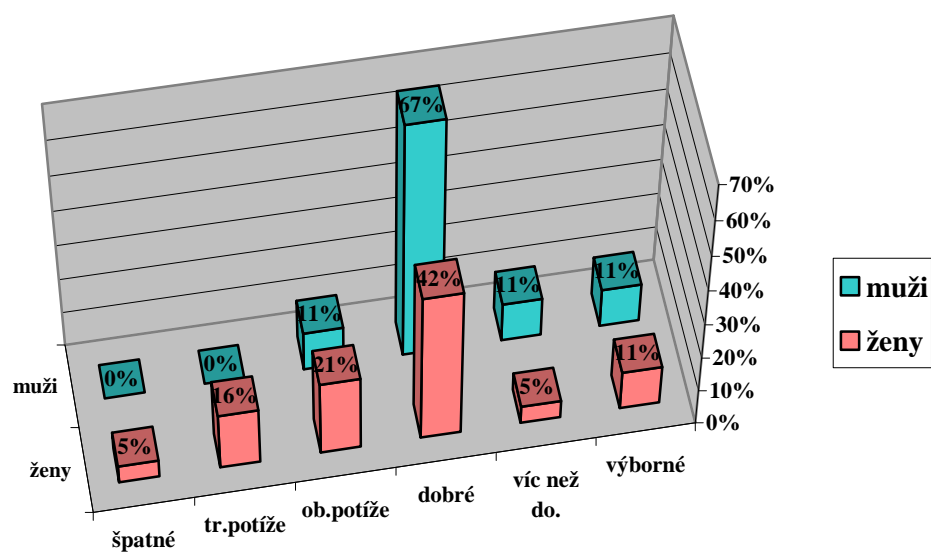
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 11 - SPOLEČNÝ VOLNÝ ČAS



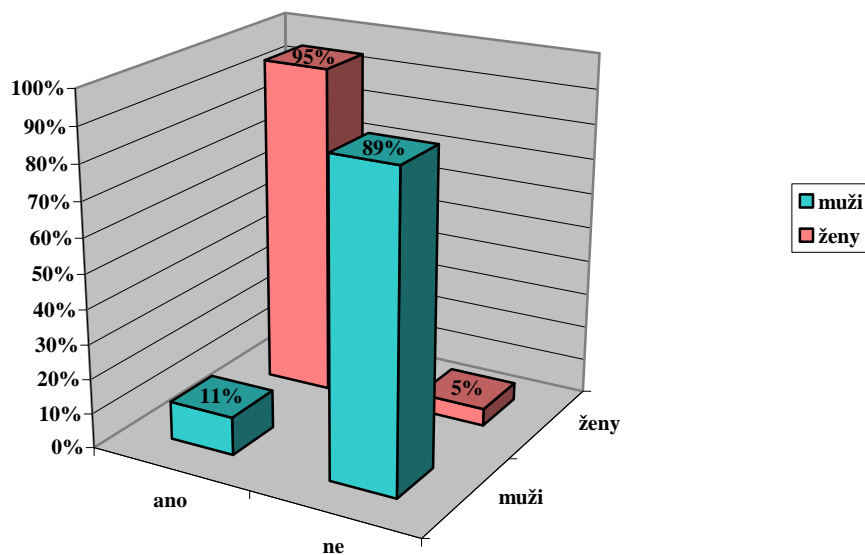
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 12 - CELKOVÉ ZDRAVÍ RODIČŮ



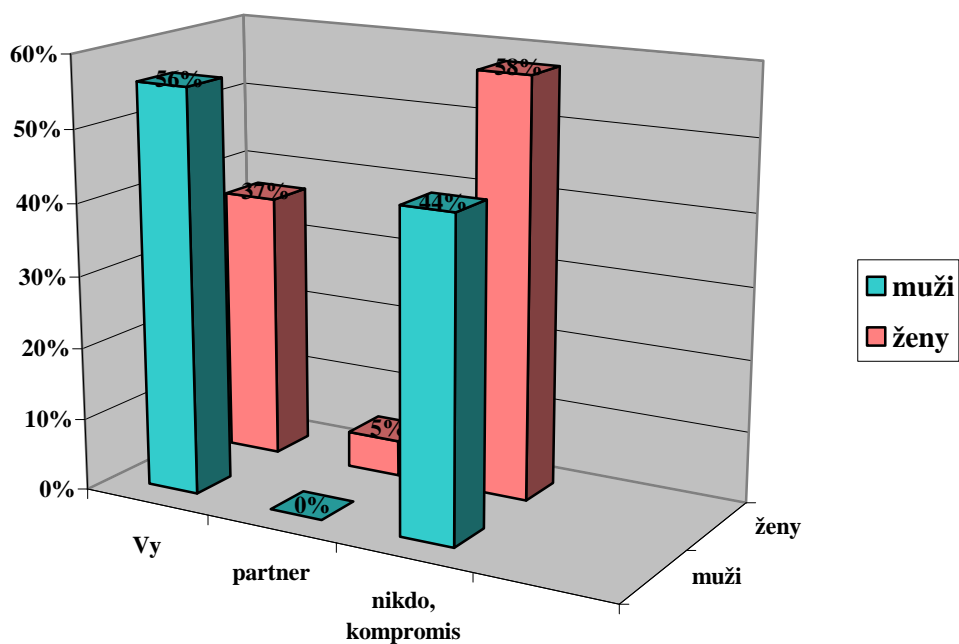
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 13 - ZMĚNA RODINNÉ POHODY



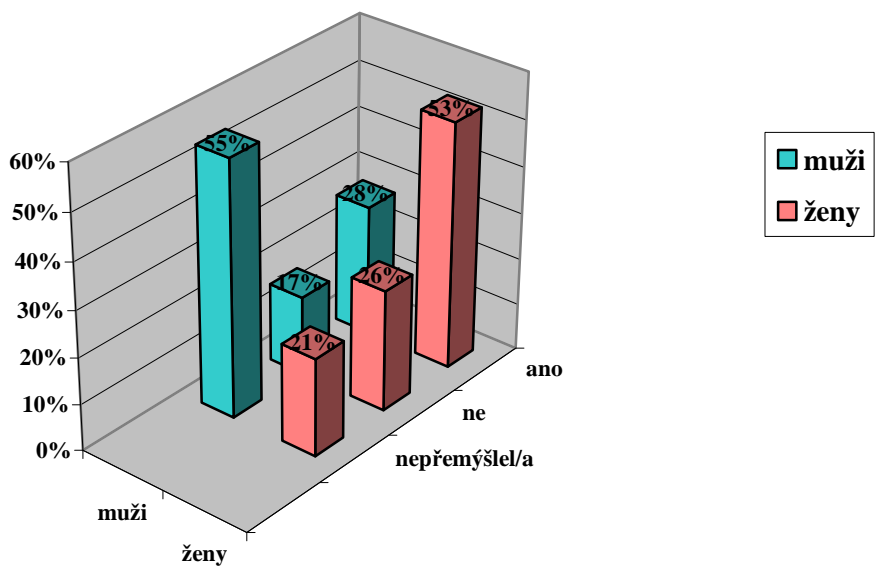
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 14 - HLAVNÍ SLOVO V RODINĚ



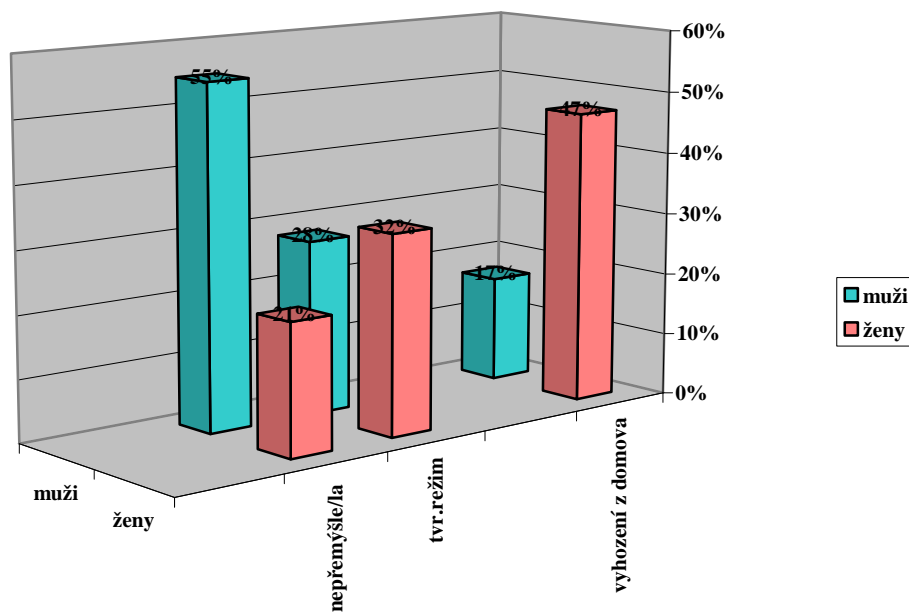
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 15 - DROGY A NAŠE RODINA V MINULOSTI



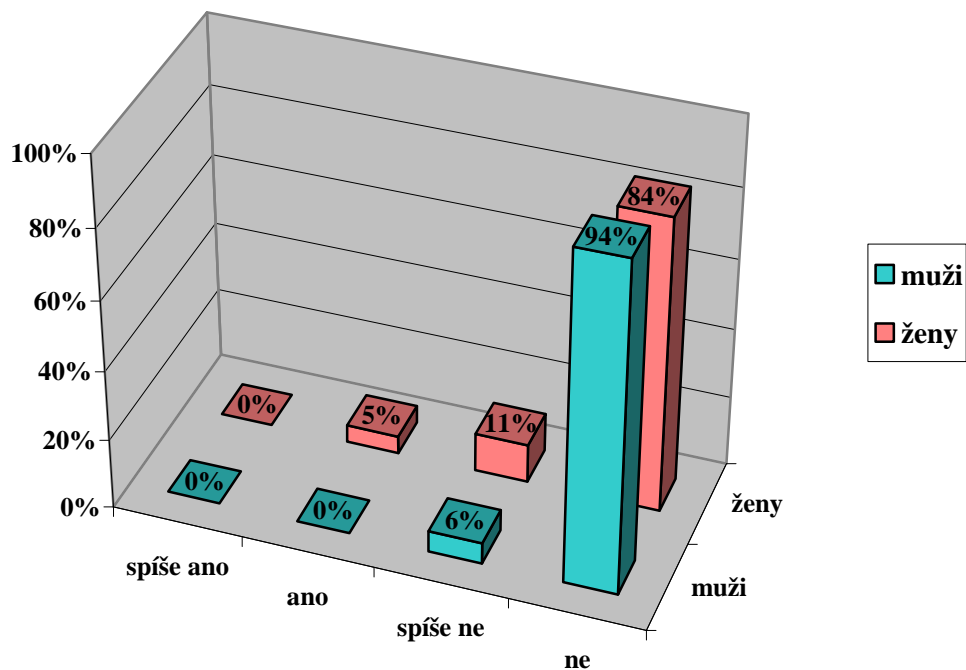
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 16 - HROZBY RODIČŮ V OBDOBÍ ABSTINENCE



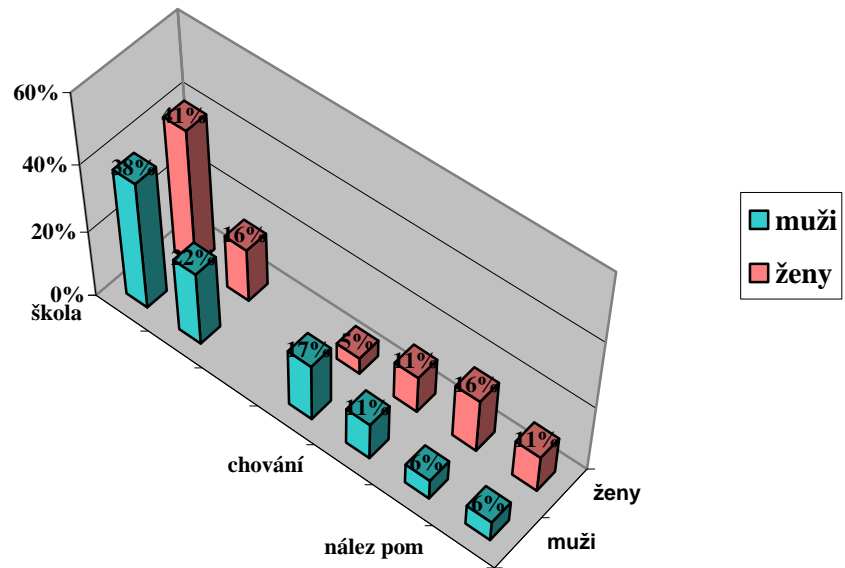
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 17 - ŠKOLA - PRIMÁRNÍ INFO O ZÁVISLOSTI



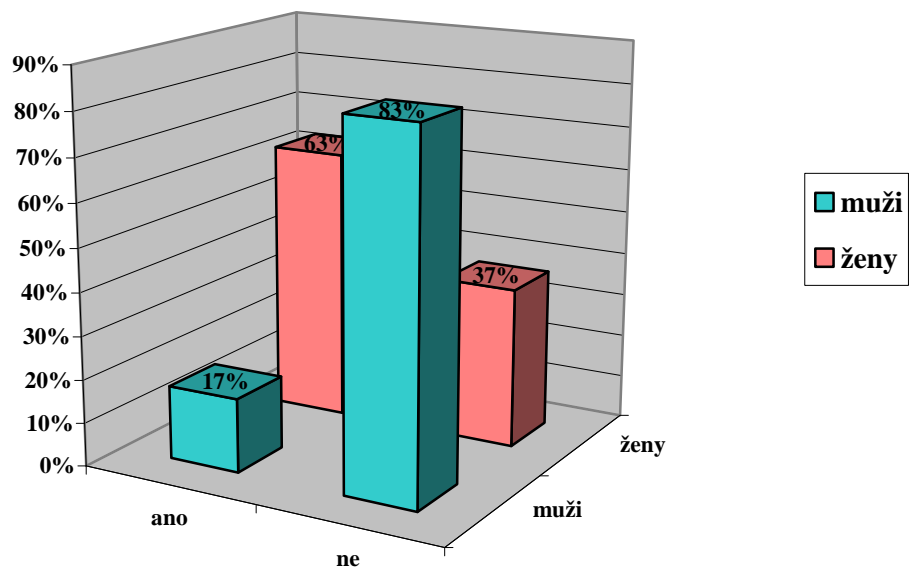
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 18 - PŘÍZNAKY ZÁVISLOSTI



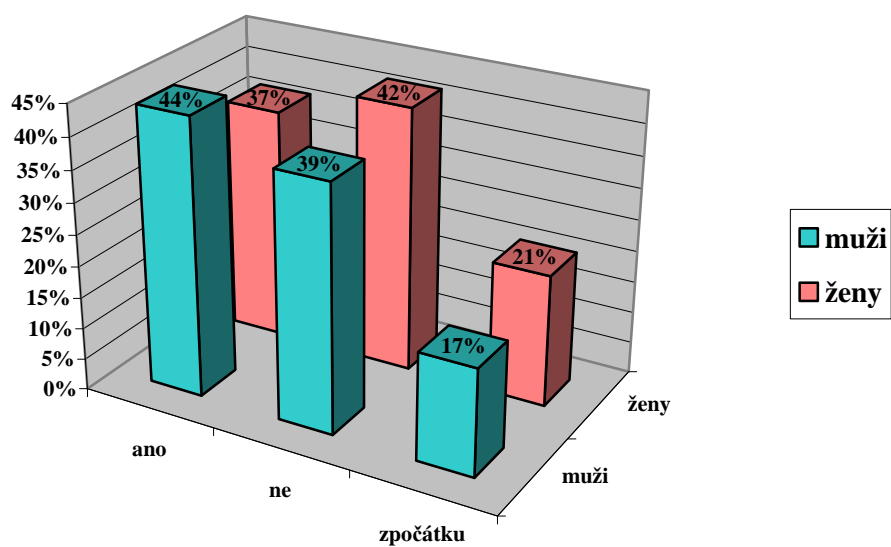
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 19 - ŘEŠENÍ BEZ ODBORNÉ POMOCI



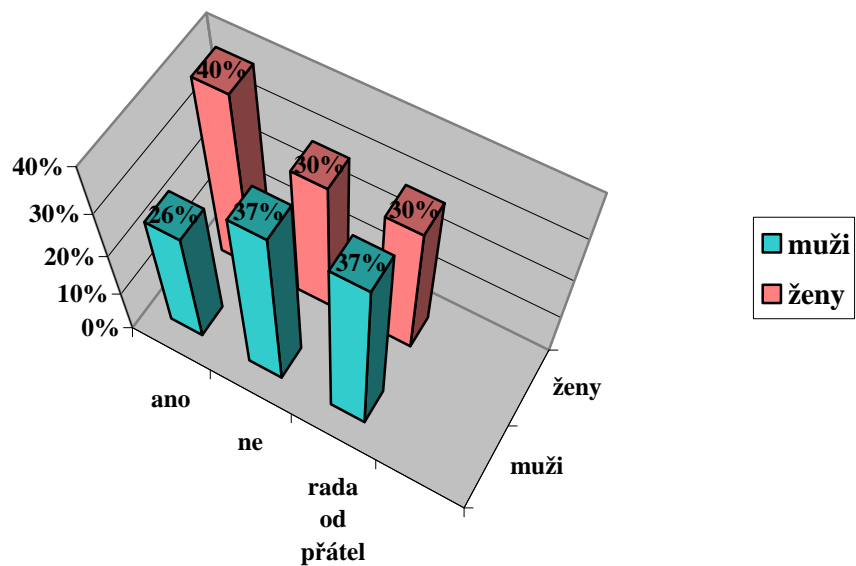
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 20 - SNAHA ZATAJIT PROBLÉM PŘED OKOLÍM



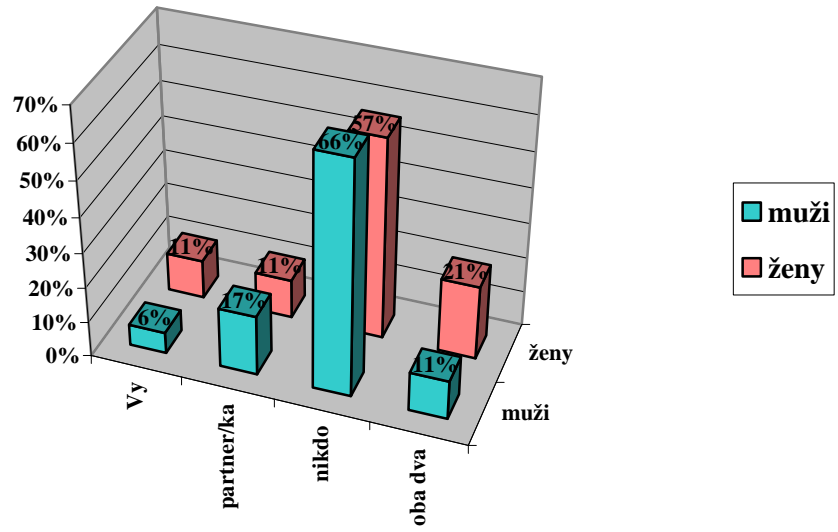
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 21 - VÍM, KAM SE OBRÁTIT O POMOC



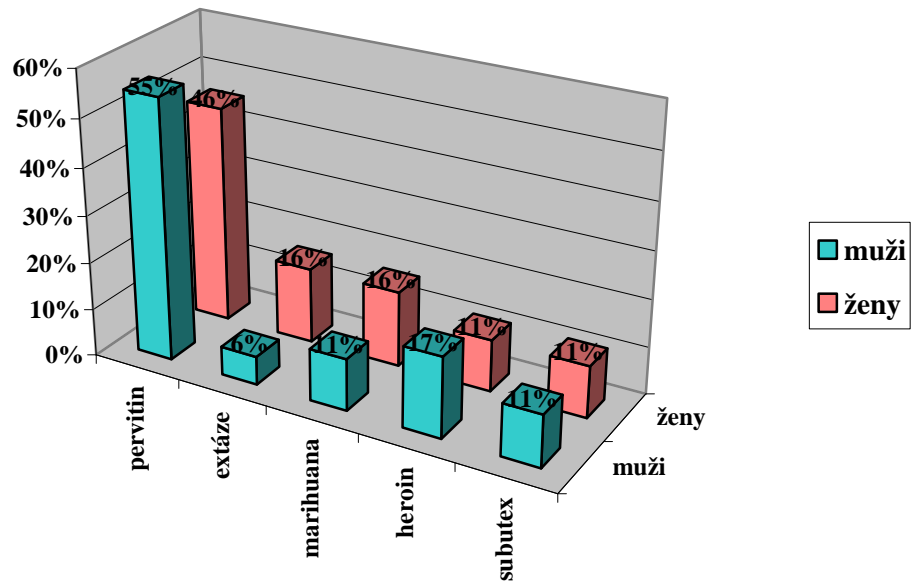
Zdroj: vlastní výzkum

GFAR 22 - POPÍRAL NĚKDO ZÁVISLOST?



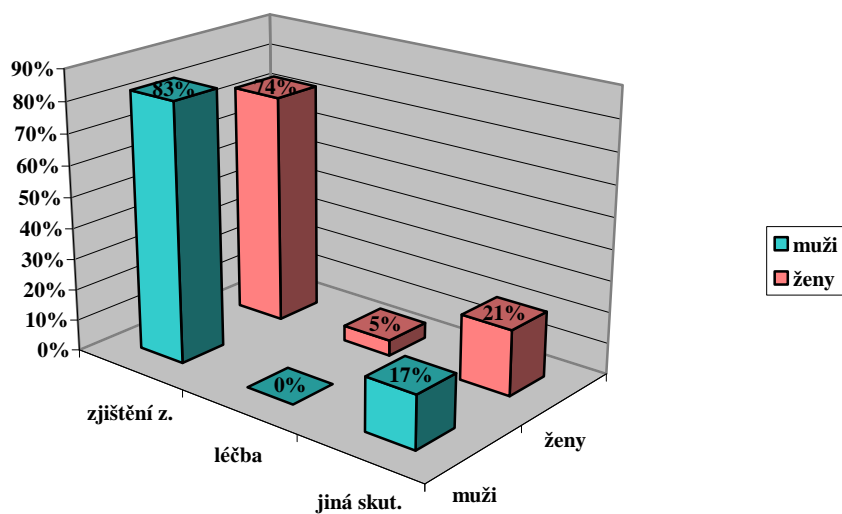
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 23 - ZASTOUPENÍ DROG



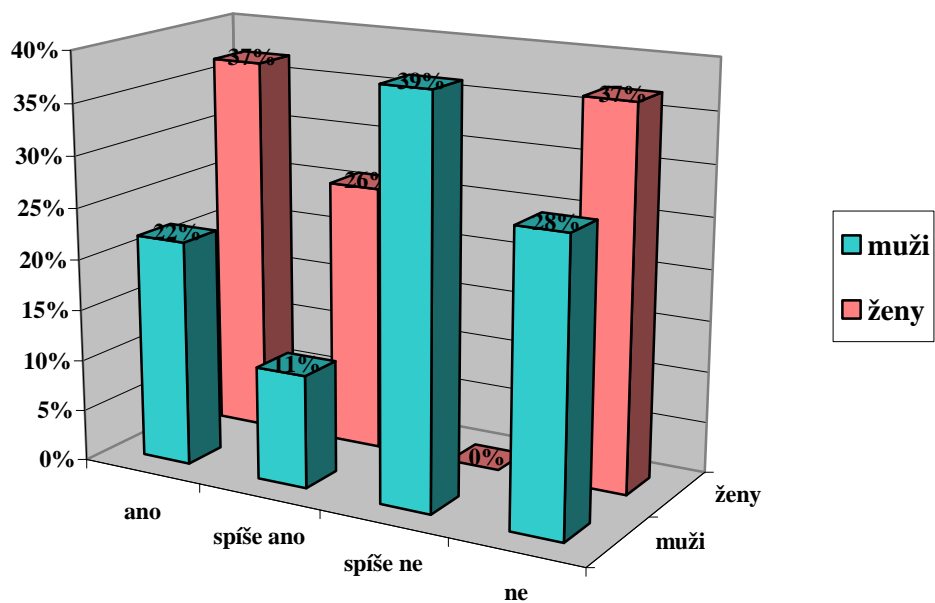
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 24 - NEJTĚŽŠÍ OBDOBÍ



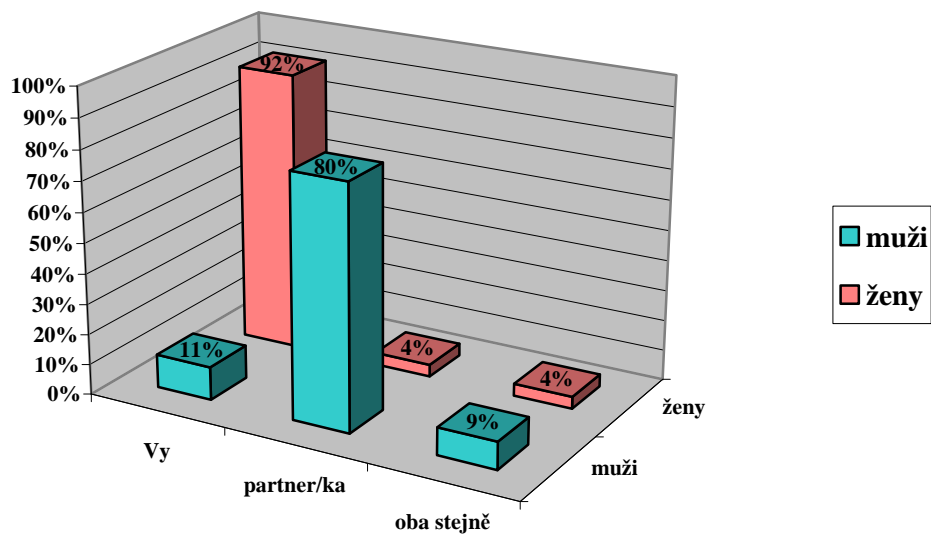
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 25 - PARTNERSKÉ PROBLÉMY



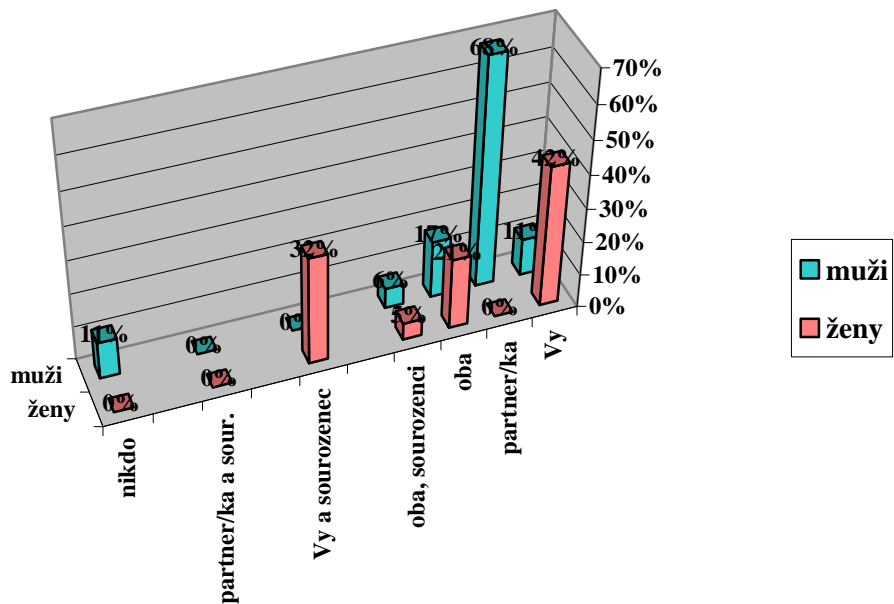
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 26 - KDO NEJLÉPE ZVLÁDÁ SITUACI



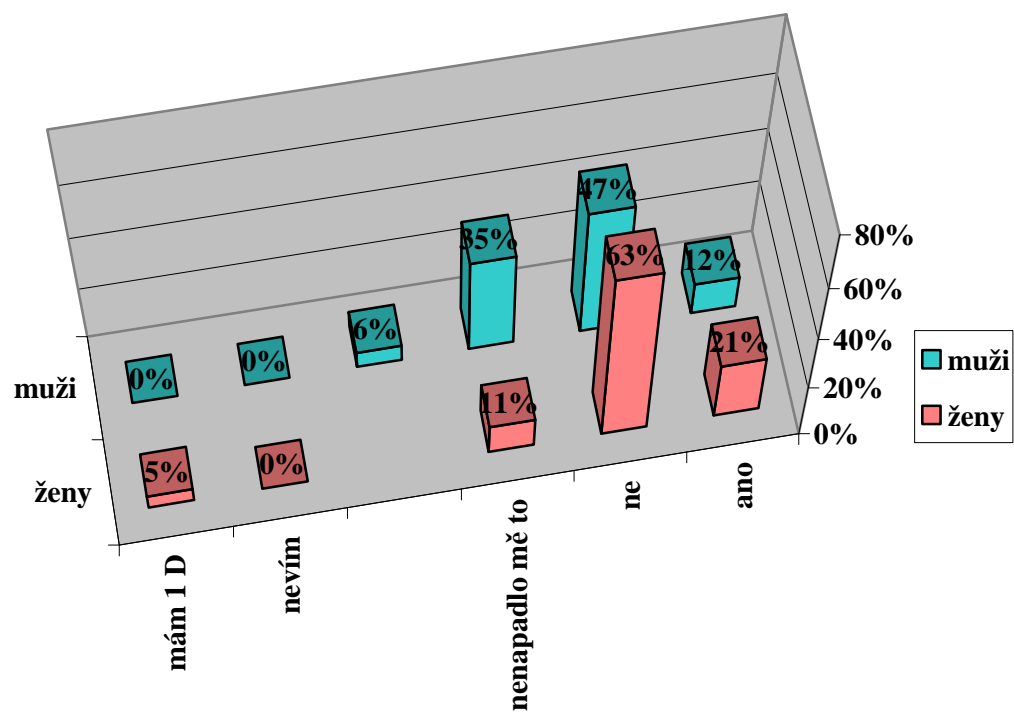
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 27 - SPOLUPRÁCE ČLENŮ RODINY



Zdroj: vlastní výzkum

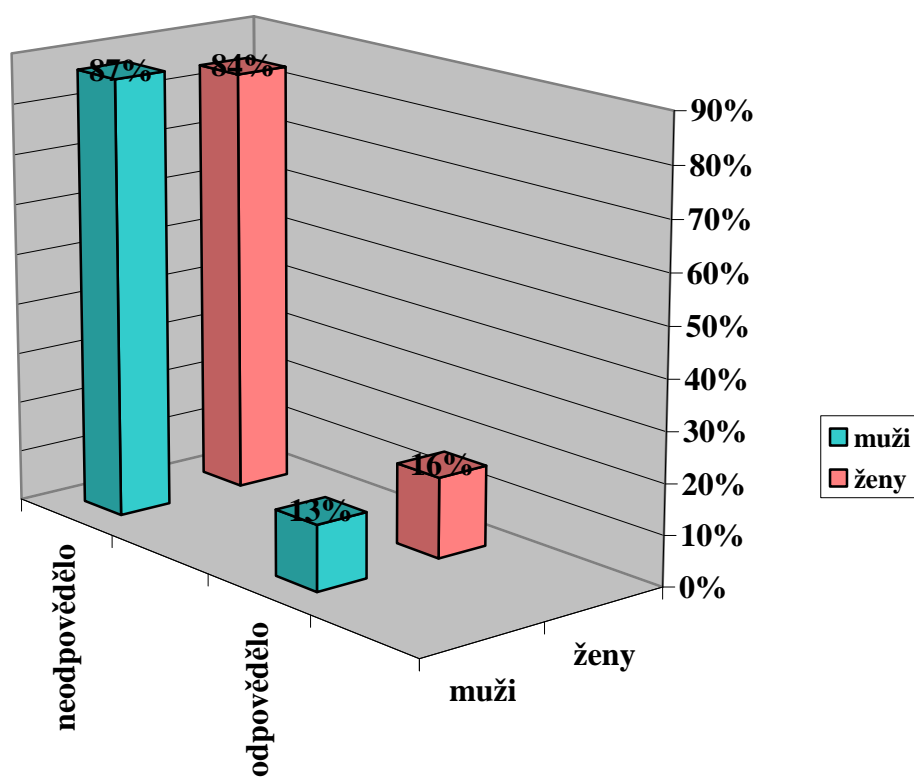
GRAF 28 - ZNEVÝHODNĚNÍ DRUHÝCH DĚTÍ



Zdroj: vlastní výzkum

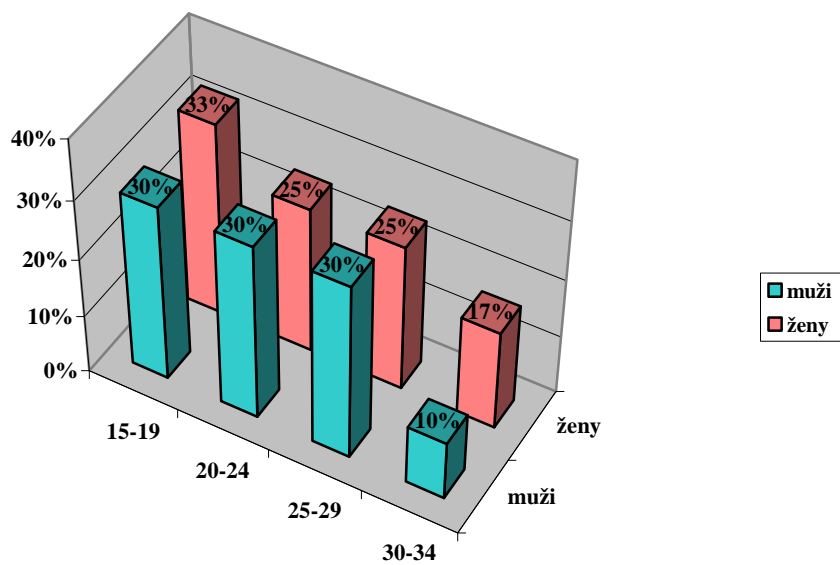
10. 2. VÝSLEDKY DOTAZNÍKU-SOUROZENEK

GRAF 1 - RESPONDENTI PODLE POHLAVÍ



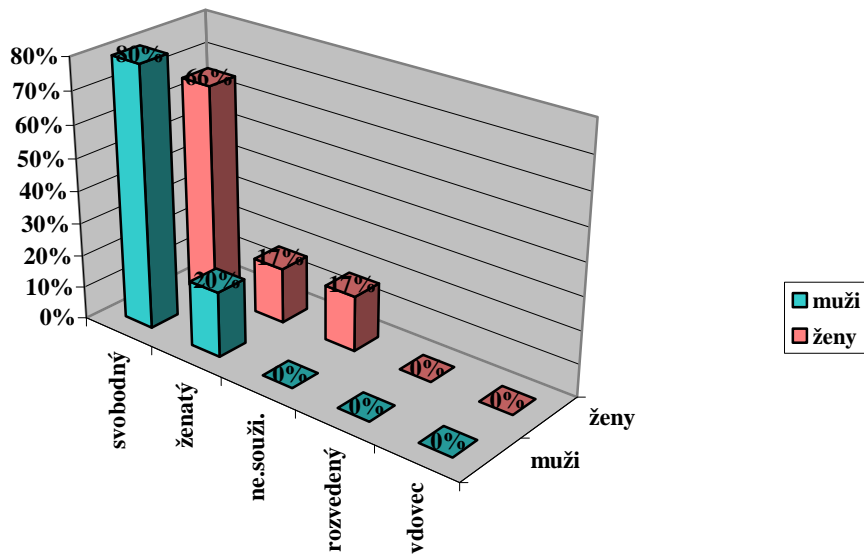
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 2 - VĚKOVÁ STRUKTURA RESPONDENTŮ



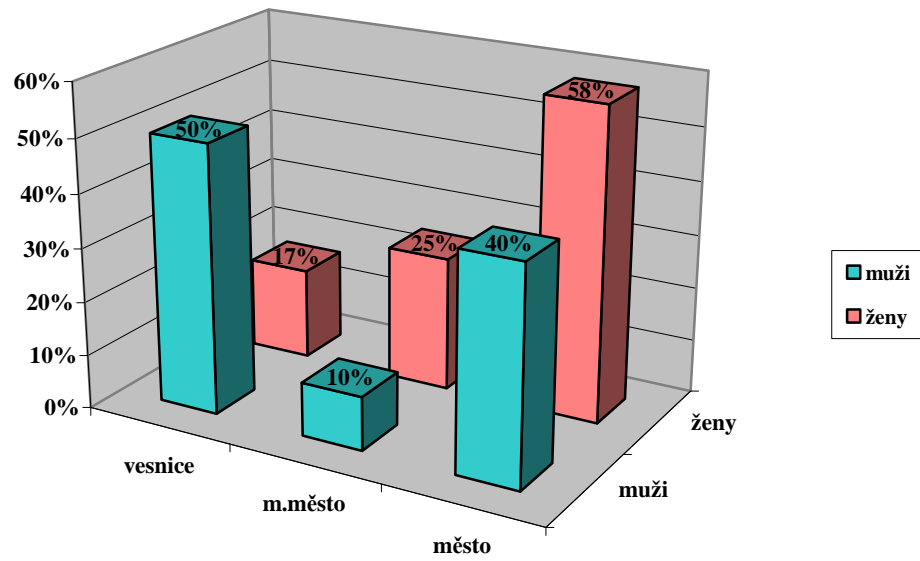
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 3 - RODINNÝ STAV



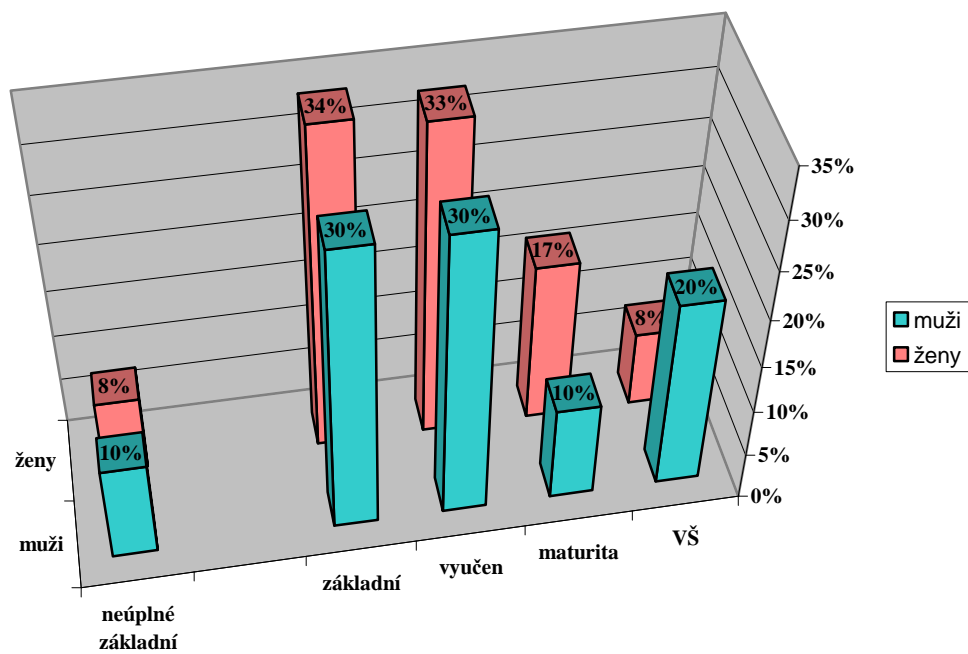
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 4 - BYDLIŠTĚ



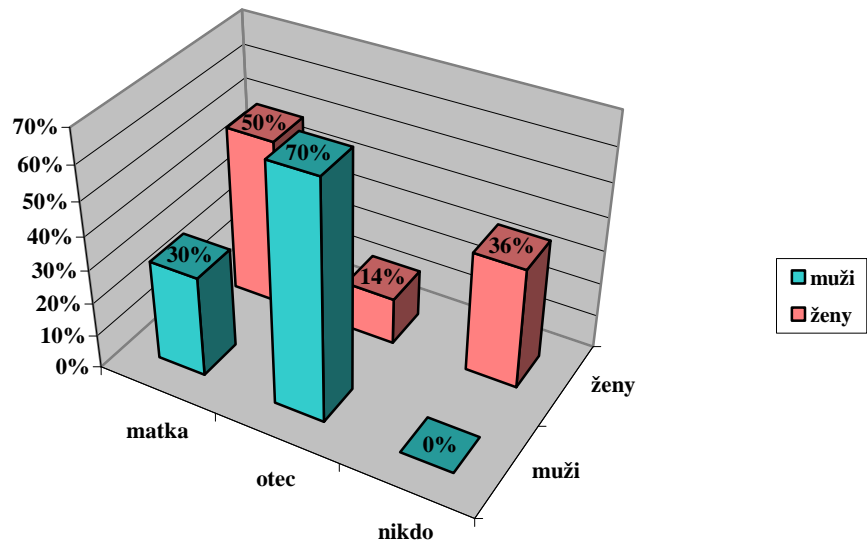
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 5 - VZDĚLÁNÍ



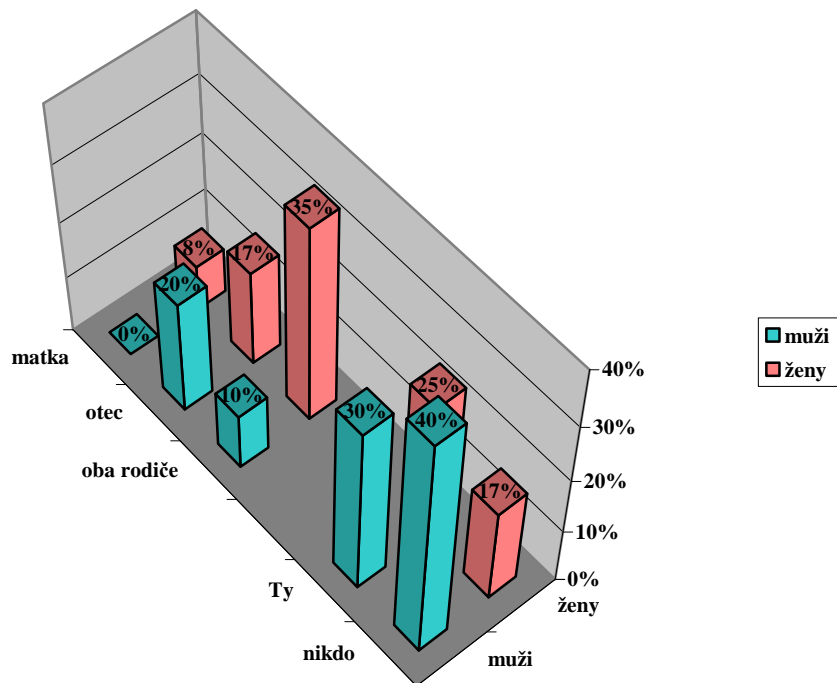
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 6 - HLAVNÍ SLOVO V RODINĚ



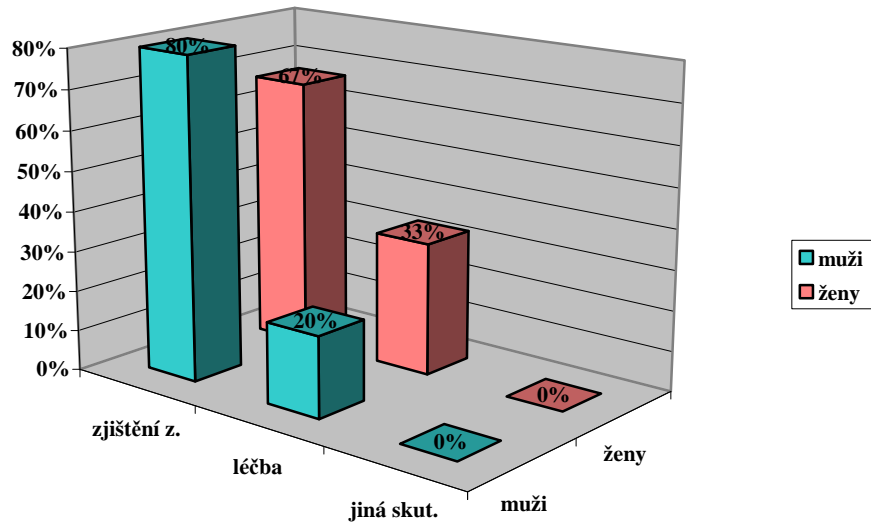
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 7 - SNAHA ZATAJIT ZÁVISLOST



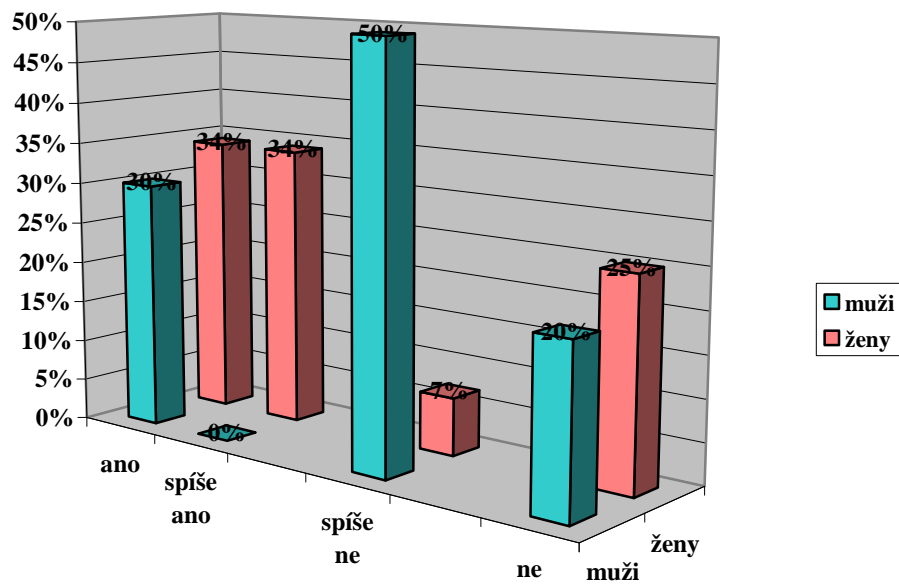
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 8 - NEJTĚŽŠÍ OBDOBÍ



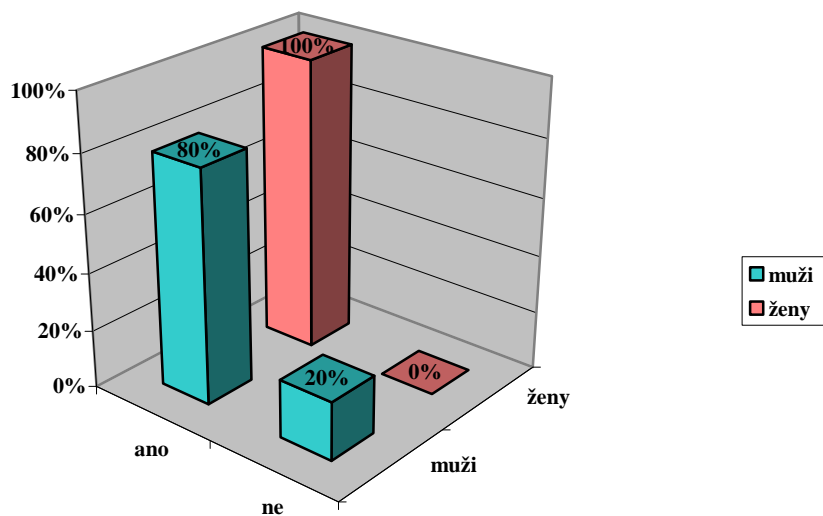
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 9 - V DŮSLEDKU ZÁV. HÁDKY V RODINĚ



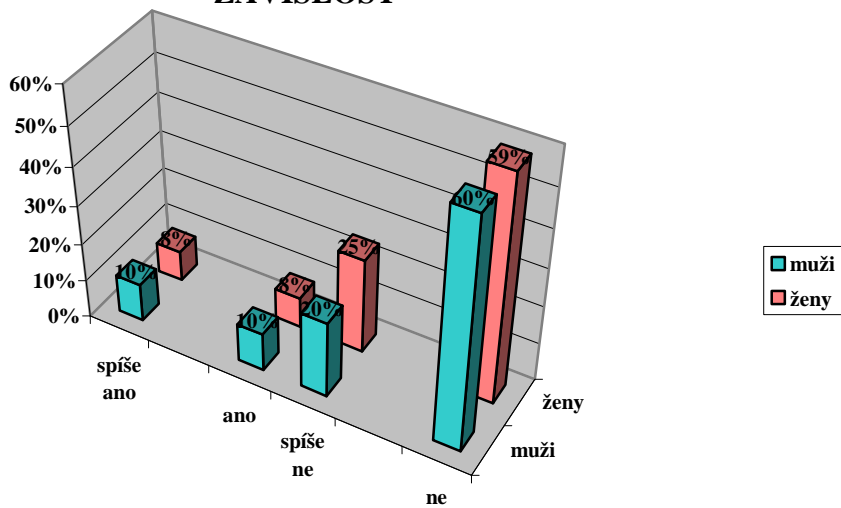
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 10 - ZMĚNA RODINNÉ POHODY



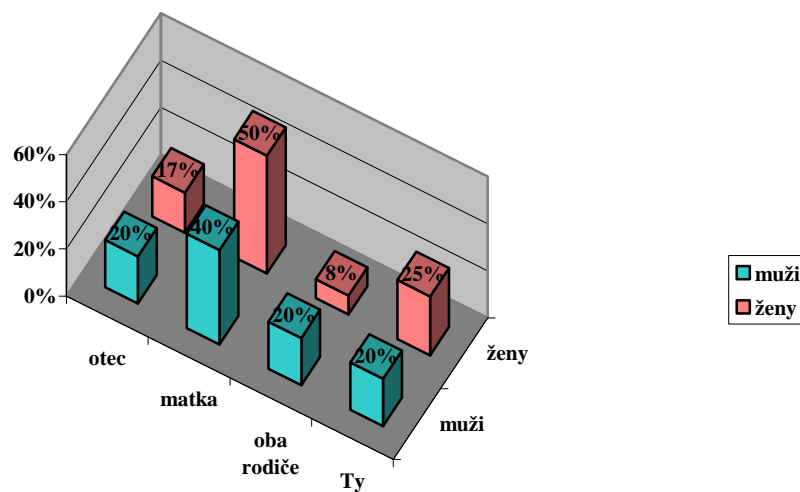
Zdroj: vlastní zdroj

GRAF 11 - ŠKOLA PRIMÁRNĚ UPOZORNILA RODIČE NA ZÁVISLOST



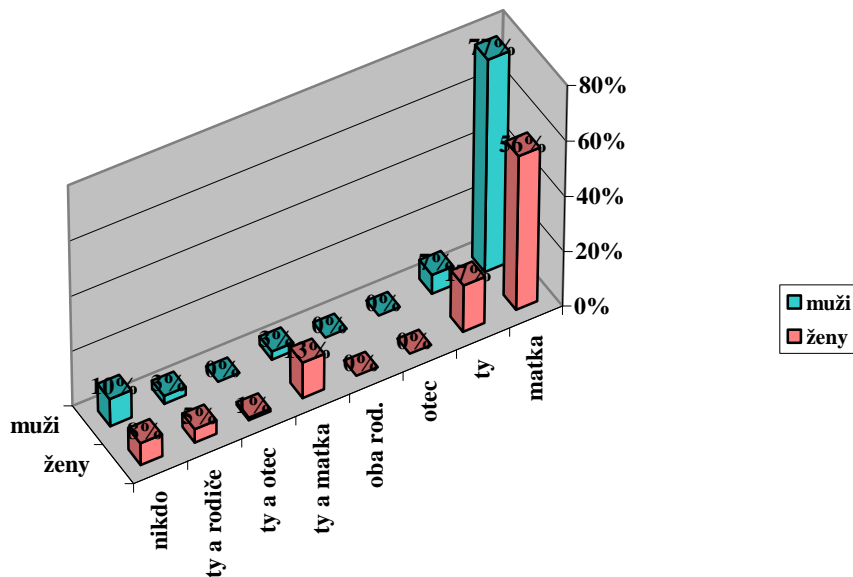
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 12 - SITUACI ZVLÁDÁ NEJLÉPE



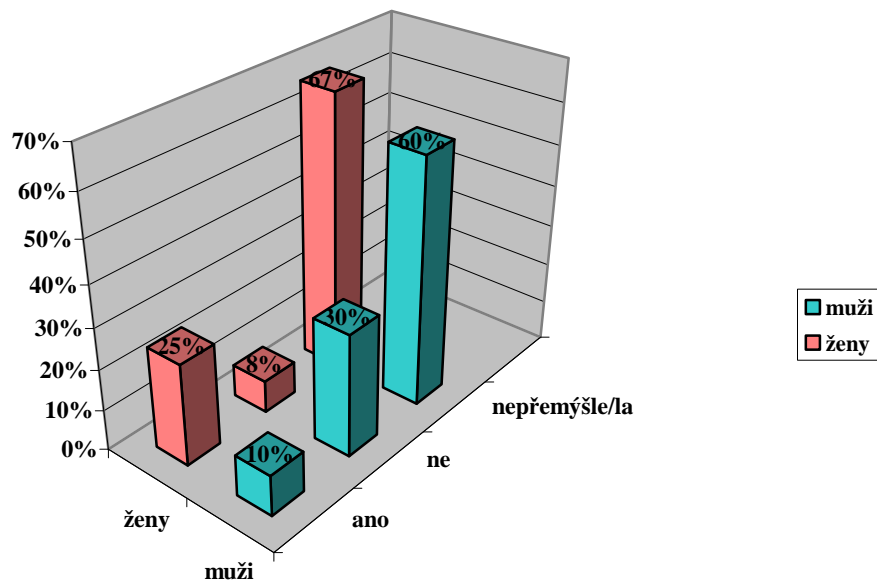
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 13 - SPOLUPRÁCE NA LÉČBĚ



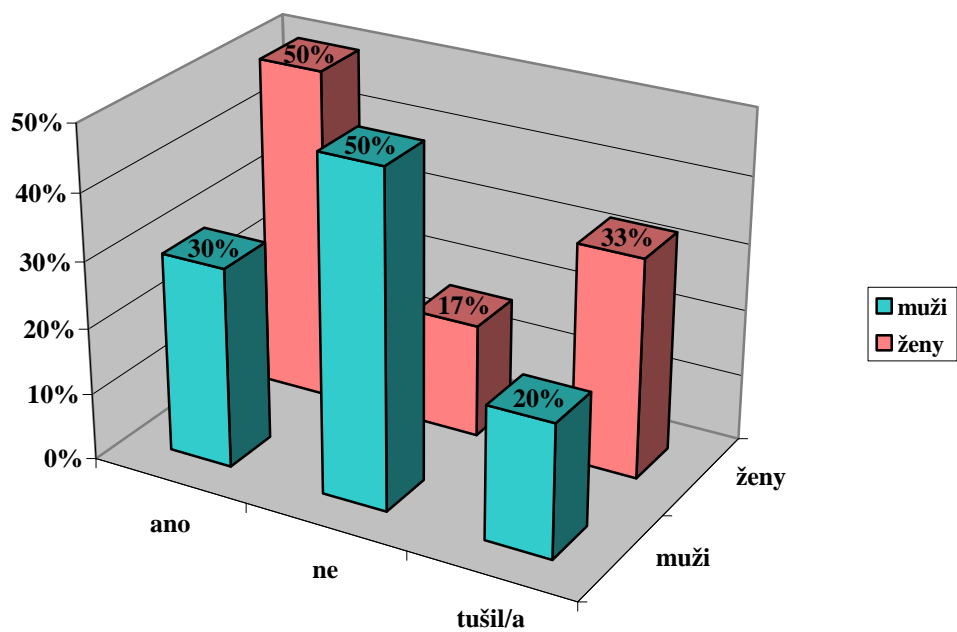
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 14 - NAŠE RODINA A DROGY?



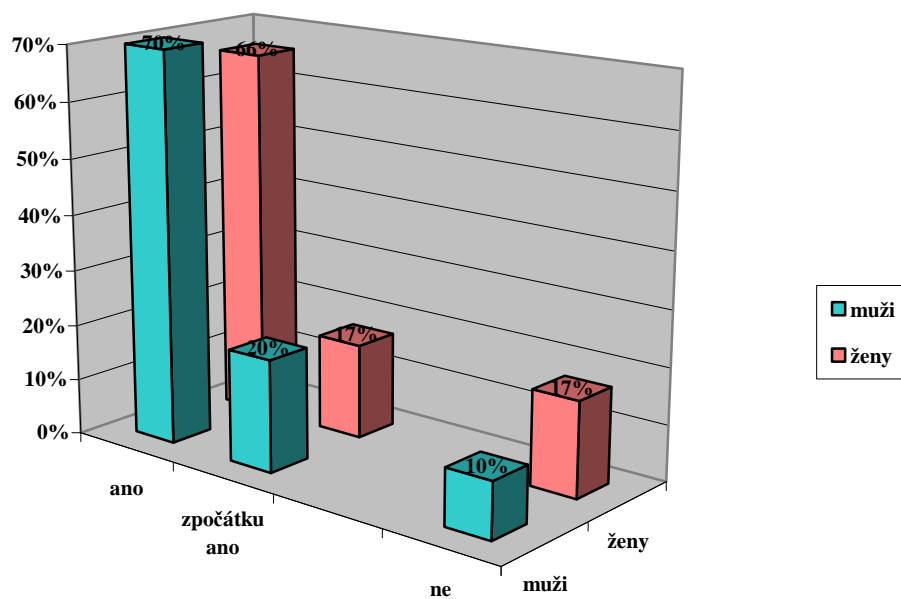
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 15 - O ZÁVISLOSTI VÍM DŘÍVE NEŽ RODIČE



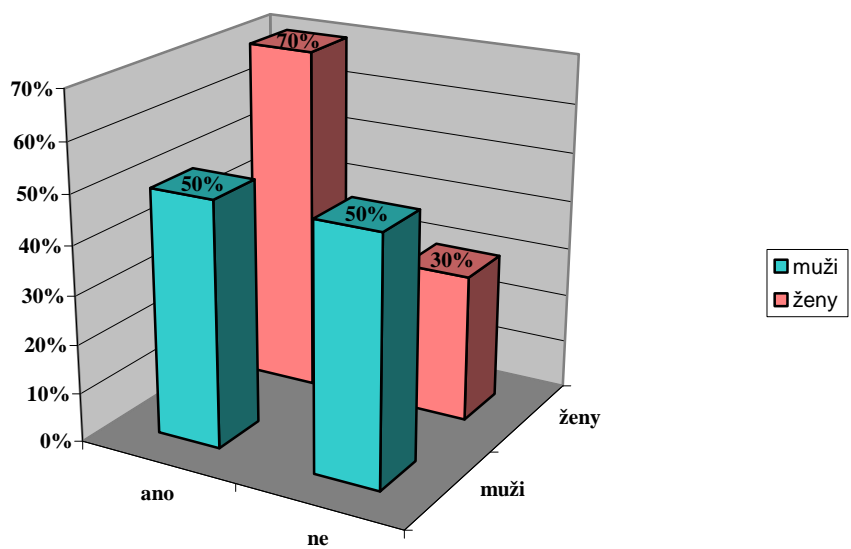
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 16 - SNAŽIL/A JSEM SE NEJPRVE POMOCI SÁM/A



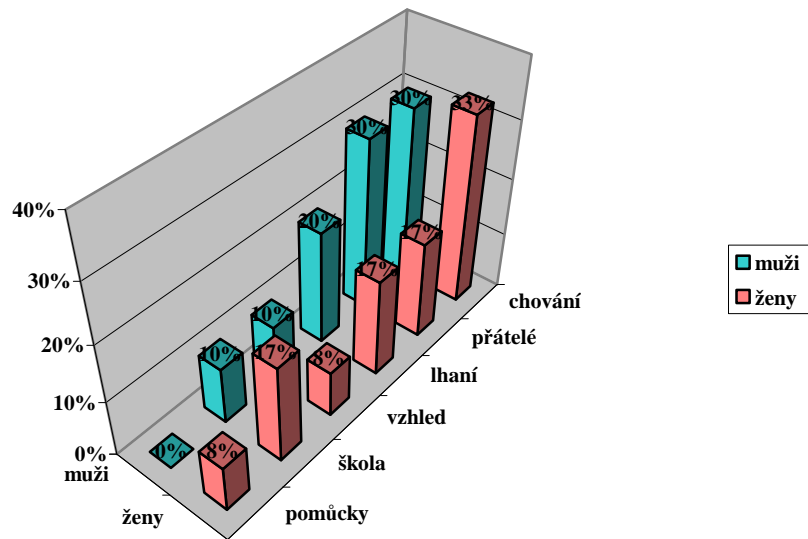
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 17 - VĚDĚL/A JSEM, KDE HLEDAT ODBORNOU POMOC



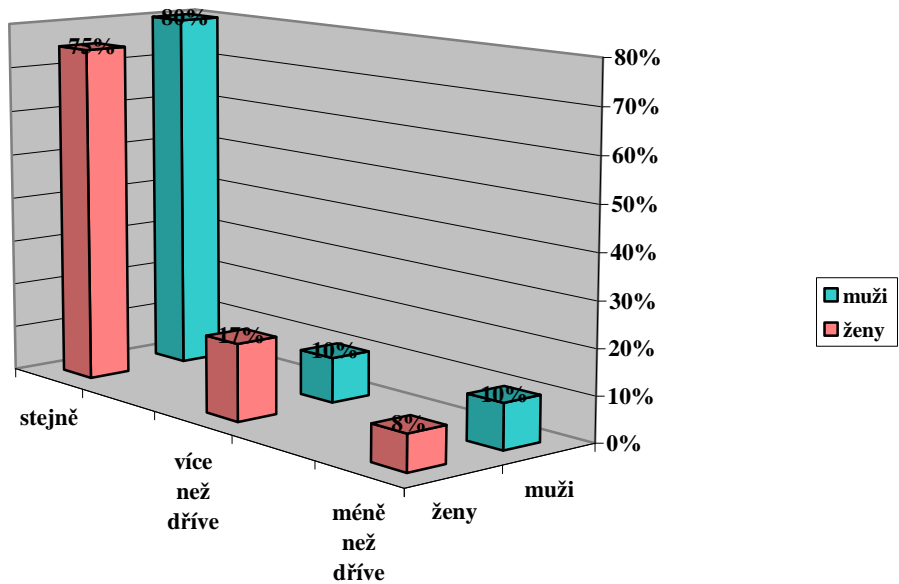
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 18 - CO VEDLO K ODHALENÍ ZÁVISLOSTI



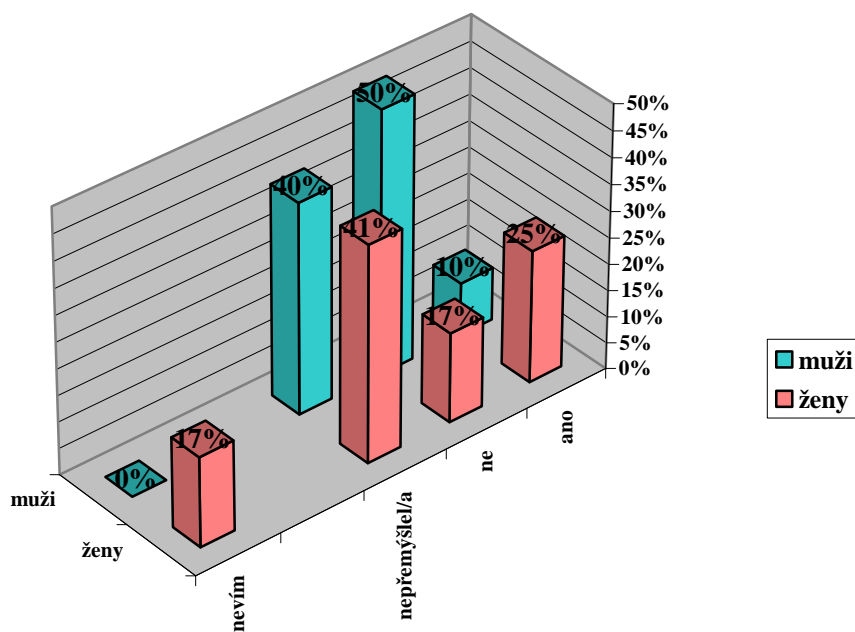
Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 19 - SE SOUROZENCEM SI ROZUMÍM



Zdroj: vlastní výzkum

GRAF 20 - CÍTÍM SE NYNÍ ZNEVÝHODNĚN/A



Zdroj: vlastní výzkum

11. DISKUSE A INTERPRETACE

První komplikace nastaly již při prvotním kontaktu institucí, které poskytují pomoc drogově závislým klientům a jejich rodinným příslušníkům. Mnohá zařízení neumožňují studentům provést výzkumné šetření právě u nich, i když v nedaleké minulosti tomu bylo jinak. Nabízí se hned několik důvodů. Jedním z nich je příliš vysoký zájem studentů a také fakt, že klientela některých zařízení je dlouhodobá. Není vhodné, aby klienti byli opakovaně žádáni o vyplňování stále nových a nových dotazníků.

V jednotném časovém horizontu probíhalo v některých zařízeních dokonce vícero výzkumných šetření současně, což vedlo k oprávněné neochotě respondentů dotazníky vyplňovat. Důkazem je i výzkumné šetření, během kterého jsem rozdala nemalé množství dotazníků. Přesto návratnost byla velmi nízká. Navzdory jasně převažujícímu počtu žen, které aktivně spolupracují se zařízením, návratnost dotazníků byla od obou pohlaví přibližně stejná. Údaje, získané rozhovorem, potvrdily data vyplývající z dotazníkového šetření. Největším problémem bylo přesvědčit rodinné příslušníky mužského pohlaví k aktivní spolupráci. Neméně zajímavým zjištěním byla neochota žen sdělovat svůj věk, i když se rozhovor výhradně jejich osoby netýkal.

Hypotéza 1-., Muži se aktivně nezúčastňují řešení rodinné situace související s drogovou závislostí člena rodiny.“

Velkým problémem bylo samotné kontaktování mužů, neboť většina z nich se aktivně nepodílí na spolupráci s léčebnou složkou. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že terapeutického sezení s rodinnými příslušníky, či jiné spolupráce se zařízením, se účastní hlavně matky, což uvedlo 68% dotazovaných mužů (graf 27 typu rodič). S touto odpovědí se ztotožnilo i 77% mužů-sourozenců (graf 13 typu sourozenec). Graf 26 „typu rodič“, znázorňuje odpověď na otázku, kdo celou situaci dokáže z rodiny nejlépe zvládnout. 80% mužů přiznalo, že jejich partnerka je v tomto směru daleko úspěšnější.

Mezi respondenty z řad mužů-sourozenců jednoznačně dominovala matka, jakožto subjekt zvládající rodinnou situaci lépe než otec (graf 13 typu sourozenec). Během sběru dat mi bylo umožněno nejen proniknout do chodu jednotlivých léčebných složek, ale i podrobněji poznat některá úskalí léčebného procesu. Při řešení takové situace, jakou je závislost člena rodiny, je prokazatelná nízká účast mužů. Jak vyplynulo z rozhovoru s pracovníky a matkami, mužská část rodiny řeší takovéto problémy spíše návštěvami pohostinství a přehlížením celého problému.

Výše uvedený přehled potvrzuje H-1 a zároveň H-2: „Ženy se aktivně zúčastňují řešení rodinné situace související s drogovou závislostí člena rodiny.“

Hypotéza 3: „Členové rodiny drogově závislých klientů mají základní vzdělání nebo výuční list.“

Vzdělání představuje při výchově dítěte významnou roli. Je prokázáno, že rodiče ze středních vrstev kladou větší důraz na hodnoty, které souvisejí s nezávislým osobnostním rozvojem a uměním komunikovat. Oproti tomuto rodiče z vrstvy pracujících kladou důraz na hodnoty, které souvisejí s poslušností a získáváním respektu.¹⁵⁵ **Hypotéza** pojednávající o vzdělání ostatních členů rodiny **byla potvrzena**, neboť nejvíce respondentů absolvovalo učební obor zakončený výučním listem-80% mužů a 81% žen. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií představují respondenti s ukončeným základním vzděláním, kde se jedná o 12% mužů a 11% žen (graf 6 typu rodič). Absolventi z řad středoškoláků a vysokoškoláků nebyli ve zkoumaném souboru rodičů zastoupeni. To samé nelze říci o souboru sourozenců, ve kterém se sice absolventi středních a vysokých škol vyskytují, ale i v tomto případě jasně vévodí kategorie základního vzdělání či vzdělání ukončené získáním výučního listu (graf 5 typu sourozenec).

¹⁵⁵ PAYNE, Jan. et. al. *Kvalita života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

Hypotéza 4: „ Členové rodiny drogově závislých klientů se domnívali, že jejich rodiny se drogová problematika netýká.“

Z dotazníkového šetření a z rozhovoru je patrné, že i když respondenti mají základní informace o drogách a média v poslední době velmi často informují o drogových deliktech a škodlivých účincích drog, žili v domnění, že tato problematika nemůže jejich rodinu zasáhnout. Tyto indicie vedly rodiče k naprostému zanedbání prevence. V období, kdy člen rodiny nebyl konzumentem drog, dalo 17% mužů a 47% žen svému dítěti najevo, že pokud začne brát drogy, bude nuceno domov opustit, čímž považovali prevenci za splněnou (graf 16 typu rodič). Výhrůžky rodičů v období abstinence dítěte považují za zcela negativní, neboť jediným efektem takovéto komunikace je narušení důvěry a vztahu mezi rodičem a dítětem. Nemyslím si, že by prevence ze strany rodičů spočívala ve znalostech drogové problematiky. Daleko důležitějšími jsou obecné postoje rodičů, které ke svým dětem zaujímají. Úlohou rodiče by mělo být pomoci svému dítěti vytvořit pravý hodnotový systém, aby dokázalo rozeznat mezi dobrým a špatným. Rodič by měl dítě vést a ukázat mu směr, ne mentorovat. Nikdy by nemělo být zapomenuto na vyjádření pozitivního hodnocení, neboť právě nedostatek v sebehodnocení a pocity méněcennosti mohou dítě drogám přiblížit. 55% mužů a 21% žen ve své minulosti vůbec neuvažovalo nad možností, že by některý z členů rodiny mohl být drogově závislý (graf 16 typu rodič). Stejná situace nastala i u souboru sourozenců, jak vyplývá z grafu 14 „typu sourozenec“. Z výše uvedeného vyplývá, že **H-4 byla potvrzena.**

Hypotéza 5: „ Členové rodiny drogově závislých klientů neví, kam se obrátit s žádostí o pomoc.“

Zhruba 2/3 z české veřejnosti se zajímá o drogy a jejich účinky, 3/4 si myslí, že mají o drogách dostatek informací, které nejčastěji získávají z médií, od kamarádů, ze školy či

internetu, tudíž by neměly nastat komplikace při hledání odborné pomoci,¹⁵⁶ přestože výsledky našeho výzkumu tento fakt jednoznačně neprokázaly. 17% mužů a 63% žen se zpočátku snažilo o vyřešení tohoto problému bez odborné pomoci (graf 19 typu rodič). Po dospění k závěru, že bude nutné začít řešit závislost rodinného příslušníka pomocí odborné intervence, pouze 26% mužů a 40% žen vědělo, kde odbornou pomoc hledat (graf 21 typu rodič). I respondenti z řad sourozenců se zpočátku snažili pomoci svému sourozenci sami (graf 16 typu sourozenec), neboť o závislosti věděli dříve než jejich rodiče (graf 15 typu sourozenec).

V tomto směru sehrál věk respondentů významnou roli. Respondenti-sourozenci prokázali, že ve svém okolí mají přehled o institucích poskytujících pomoc drogově závislým klientům (graf 17 typu sourozenec). Průměrný věk respondentů – sourozenců se pohyboval mezi 23–24 roky. Rozdíly ve výsledcích mohou být způsobeny i tím, že se z velké části jedná o klienty jiného zařízení, než je tomu u rodičů. Informovanost mladších ročníků je bezesporu pozitivním zjištěním. Z výše uvedeného jednoznačně nevyplývá, že rodinní příslušníci drogově závislých klientů nevěděli, kam se obrátit s žádostí o pomoc, tudíž **hypotéza nebyla potvrzena**.

Hypotéza 6: „Primární informace o vznikajícím problému získali rodinní příslušníci ve škole.“

Výzkum nepotvrdil, že by primární informace o vznikající závislosti získali rodiče ve škole. Tuto možnost vyvrátilo 94% mužů a 84% žen (graf 17 typu rodič). Stejně tak i respondenti-sourozenci nepotvrdili, že by škola byla právě tím iniciátorem, který rodiče upozornil na vznikající problém (graf 11 typu sourozenec).

Indiciemi, jež respondenty vedly k odhalení závislosti člena rodiny, byly označeny v následujícím pořadí –

1. změna chování
2. lhaní

¹⁵⁶ MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. 1. vyd. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s. ISBN 80–86734–25–0

3. změna přátel

Problémy ve škole byly druhou nejméně zastoupenou kategorií. Toto zjištění beru jako pozitivní, neboť v rámci rozhovorů vyšla najevo skutečnost, že někteří rodiče neznají kamarády svých dětí a neví, jak a kde tráví jejich dítě volný čas. Způsob trávení volného času je faktorem, který o mnohém vypovídá. Náhlý a demonstrativní nezájem o původní způsob trávení volného času je nutno brát jako varovný signál. **H-6 nebyla potvrzena.**

Je prokázáno, že závislé děti pocházejí převážně z neúplných rodin. Poměrně častým jevem jsou autoritativní rodiče, či naopak nedostatečně důslední rodiče. Chlapci žijící ve společné domácnosti s vlastní otcem mají významně menší sklon přestupovat zákon.¹⁵⁷ V rámci sledovaného souboru žije 53% žen a 60% mužů ve svazku manželském, což předešlou informaci nepotvrzuje (graf 3 typu rodič).

Myslím si, že tento rozdíl je dán věkovým zastoupením respondentů-rodičů, neboť se jednalo o starší ročníky, kdy se v souboru objevili i rodiče starší 70 let. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií tvořili právě rozvedení rodiče.

Důležitou roli hraje nejen vzdělání rodičů a s tím související prevence, úplnost rodiny, ale i faktory geografické.

Nejzávažnějším následkem abúzu drog jsou drogová úmrtí. K takovýmto úmrtím, dochází převážně v centrech větších měst, kde je prokazatelně větší prevalence drog.¹⁵⁸ Jak výzkum ukázal, většina respondentů bydlí právě v takovýchto lokalitách (graf 5 typu rodič, graf 4 typu sourozenec).

¹⁵⁷ MATOUŠEK, Oldřich – KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-771X

¹⁵⁸ ZÁBRANSKÝ, Tomáš et. al. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády české republiky, 2004. 59 s. ISBN 80-86734-37-4

Mezi nejčastěji užívané látky patří konopné produkty a extáze¹⁵⁹, což přibližně odpovídá získaným datům (graf 23 typu rodič). Avšak nejvíce zastoupenou omamnou látkou v rámci sledovaného souboru byl pervitin.

Cílem práce bylo definovat období největší stresové zátěže „ostatních“ členů rodiny. Výsledky výzkumu nebyly nijak překvapivé. Jak jsem již zmiňovala v předešlém textu, respondenti se v minulosti domnívali, že drogy nemohou ohrozit žádného člena rodiny. A tak jako období největší stresové zátěže bylo označeno samotné zjištění faktu závislosti člena rodiny. Na takovéto odpovědi se shodlo 83% mužů a 74% žen (graf 24 typu rodič) a stejně tak 80% mužů-sourozenců a 67% žen-sourozenců (graf 8 typu sourozenec).

Druhý dílčí cíl mé práce sledoval změny obvyklých rodinných vztahů, které vyvstaly s objevením drogové závislosti člena rodiny. Výraznou změnu rodinné pohody pocítila většina respondentů (graf 13 typu rodič, graf 10 typu sourozenec).

Značný rozdíl nastal v odpovědích na otázku, zda závislost člena rodiny způsobila častější spory mezi rodiči (graf 25 typu rodič, graf 9 typu sourozenec).

V rámci pohlaví se projevil výrazný rozdíl v odpovědích. Zatímco ženy jsou přesvědčeny, že závislost člena rodiny zapříčinila vícero sporů mezi partnery, muži mají zcela opačný názor. Stejná situace nastala u respondentů-sourozenců. Dle mého názoru tato rozdílnost odpovědí navazuje na předcházející zjištění pasivního přístupu mužů k celé problematice. Stejně tak i skutečnost, že někteří rodiče nemají tušení, jak jejich dítě tráví volný čas nezpůsobila žádné výrazné změny po objevení drogového problému. Tomu nasvědčují výsledky zobrazené v grafu 11 „typu rodič“, kdy jen malá část respondentů uvedla, že členové rodiny tráví volný čas společně.

¹⁵⁹ MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla et. al. 1. vyd. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s.

K výrazným změnám nedošlo ani v oblasti zdravotního stavu a pracovního zaměření. Většina mužů i žen je se svým současným zaměstnáním spokojena a nehodlá jej v nejbližší době měnit. Někteří rodiče pracují jako koordinátoři několika zaměstnanců či celého oddělení. Z této informace „vyvozují“ značnou zaneprázdněnost rodičů, která koreluje se způsobem trávení volného času rodiny. Vztah mezi sourozenci neutrpěl žádné větší újmy, neboť 80% mužů-sourozenců a 75% žen-sourozenců uvedlo, že si se svým sourozencem rozumí stejně jako v období naprosté abstinence (graf 19 typu sourozenec).

Zajímalo nás, zda sourozenci-abstinenti pociťují současnou situaci jako znevýhodňující, kdy větší pozornost rodiny je věnována „závislému-sourozenci“. Většina rodičů si nemyslí, že by jejich ostatní děti byly nějakým způsobem znevýhodněny. Odpovědi sourozenců vykazovaly patrné rozdíly mezi pohlavími. Většina respondentů-sourozenců nad něčím takovým vůbec nepřemýšlela, ale u žen-sourozenců se projevila větší nespokojenost než u mužů-sourozenců (graf 20 typu sourozenec).

Dle mého názoru se na rozdílném pohledu na věc projevila rozdílná postavení obou pohlaví ve společnosti. Muži – sourozenci, jakožto jedinci, vychovávaní společností jako ti „odolnější, tvrdší“, neprojevují své slabé stránky, se ve většině odpovědí přiklonili k variantě – nikoliv.

12. ZÁVĚR

Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelům drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních a ekonomických následků, je ohrožen zdravý vývoj celé společnosti. Česká veřejnost se zájmem sleduje drogovou problematiku, o níž čerpá informace zejména z médií. Internetové služby se ukázaly být vhodnou alternativou prvního kontaktu s touto skrytou populací a zároveň jsou hojně využívány rodinnými příslušníky drogově závislých klientů.

Cílem práce bylo definovat období největší stresové zátěže ostatních členů rodiny. Výsledky výzkumu nebyly nikterak překvapivé. Většina respondentů se v minulosti domnívala, že drogy nemohou ohrozit žádného člena rodiny, tudíž obdobím největší stresové zátěže bylo označeno samotné zjištění faktu závislosti.

Jako hlavní indicie vedoucí k závěru o závislosti člena rodiny byly označeny:

1. změna vzhledu
2. lhaní
3. změna přátel

V souvislosti s objevením drogového problému se výrazně změnila rodinná pohoda. Ukázalo se, že muži zaujmají k řešení rodinné situace související s drogovou závislostí člena rodiny zcela pasivní přístup, což se projevuje velmi špatnou spoluprací s léčebnou složkou. Výzkum prokázal, že respondenti-sourozenci byli informováni o závislosti sourozence mnohem dříve než rodiče. Cíl práce a výzkumu byly dle mého názoru splněny.

V oblasti primární prevence jsou stále ještě značné rezervy. Je nutné zaměřit pozornost na rodiče, jakožto důležité subjekty primární prevence. Tuto úlohu by mohl na svá bedra „naložit“ školní metodik prevence, jehož úkolem by bylo zajistit větší spolupráci rodičů a školy.

Výsledky práce by mohly být jakýmsi vodítkem primární prevence zaměřené na rodiče.

13. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. **DOGOŠI**, Michal – **HRBEK**, Jiří. *Soudní lékařství pro policisty*. 1. vydání. Praha: Policejní akademie České republiky, 2003. 94 s.

ISBN 80-7251-127-0

2. **ENNET**, Diether. *BI-Lexikon Heilpflanzen und Drogen*. 2. Aufl. Leipzig: Bibliographisches Institut, 1900. 368 s.

ISBN 3-323-00191-5

3. **HAJNÝ**, Martin. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s.

ISBN 80-247-013-59

4. **HOTTMAR**, Petr. *Soudní lékařství: Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 114 s.

ISBN 80-246-0647-X

5. **JEDLIČKA**, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Themis, 2004. 478 s.

ISBN 80-7312-038-0

6. **JELÍNEK**, Jiří et. al. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 2. aktual. vydání. Praha: Linde, 2006. 823. s.

ISBN 80-7201-630-X

7. KALINA, Kamil et. al. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup1, 2.* 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s.

ISBN 80-86734-05-6

8. LAVOSOVÁ, Lenka. *Rodinné vztahy.* Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2005. 35 s.

9. MATOUŠEK, Oldřich – KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence.* 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. 344 s.

ISBN 80-7178-771-X

10. MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* Brno: MSD, 2006. 228 s.

ISBN 80-86633-65-9

11. MRAVČÍK, Viktor – LEJČKOVÁ, Pavla – ORLÍKOVÁ, Barbora et. Al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005.* Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 97 s.

ISBN 80-86734-25-0

10. MOTLOCH, J.-Sagit. *ÚZ Trestní předpisy, Přestupky.* Ke dni 21. 8. 2006. Z. č.

140/1961Sb. Trestní zákon. Ostrava-Hrabůvka: Jiří Motloch-Sagit, 2006

ISBN 80-7208-457-7

11. MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. 311 s.

ISBN 80-86429-58X

14. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi.* 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s.

ISBN 80-85121-52-2

15. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Průchozí drogy: coby by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající.* 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s.

ISBN 80-7071-198-1

16. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti.* 2. upravené vydání. Praha: Portál, 2003. 151 s.

ISBN 80-7178-831-7

15. PAYNE, Jan et. al. *Kvalita života a zdraví.* 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 629 s.

ISBN 80-7254-657-0

16. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem.* 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 392 s.

ISBN 80-7178-829-5

17. SEUBERLICH, Laurentius. *Jan Jessenius z Jasené: průběh pitvy jím slavnostně provedené v Praze L. P. MDC, k níž byl přiřčeněn traktát o kostech / ve Wittenbergu vytvořil Laurentius Seuberlich, nákladem Samuela Selfische, roku 1601. z latinského originálu přeložili Bohdana Divišová et. al.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 645 s.

ISBN 80-246-0922-3

18. SHAPIRO, Harry. *Drogy: obrázkový průvodce.* 1. české vydání. Praha: Svojtka&CO, 2005. 360 s.

80-7352-298-0

19. SURYNEK, Alois – KOMÁRKOVÁ, Růžena – KAŠPAROVÁ, EVA. *Základy sociologického výzkumu.* 1. vydání. Praha: Management Press, 2001. 160 s.

ISBN 80-7261-038-4

20. STONE, Trevor – **DARLINGTONOVÁ,** Gail. Z anglického originálu přeložil Vratislav Schreiber. *Léky, drogy, jedy*. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 440 s.

ISBN 80-200-1065-3

21. ŠTABLOVÁ, Renata – **BREJCHA,** Břetislav et. al. *Drogy: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2005. 115 s.

ISBN 80-7251-186-6

22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 870 s.

ISBN 80-7178-308-0

23. WILKINSON, Richard – **MARMOT,** Michael. překlad Zdeněk Kučera. *Fakta & souvislosti: sociální determinanty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. 52 s.

ISBN 80-86625-46-x

24. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 93 s.

ISBN 80-244-0709-4

25. ZÁBRANSKÝ, Tomáš et. al. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády české republiky, 2004. 59 s.

ISBN 80-86734-37-4

26. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Užívání drog v EU: legislativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 48 s.

ISBN 80-86734-50-1

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. Encyklopedie psychotropních rostlin. Kávovník arabský. Dostupné z :
<http://www.biotox.cz/drogy>
2. Encyklopedie psychotropních rostlin. Kokainovník pravý. Dostupné z :
<http://www.biotox.cz/drogy>
3. Encyklopedie psychotropních rostlin. Konopí rumištní. Dostupné z
z <http://www.biotox.cz/drogy>
4. HAJNÝ, Martin. Výchova je mluvení, co zvyšuje riziko užití drog. Dostupné z :
<http://www.odrogach.cz/index.php?p=sess=&disp=texty&offset=161&list=1681&shwo=100209>
5. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Kvalita života, Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni. Dostupné z :
<http://www.izpe.cz/files/vysledky/130.pdf>
6. MPSV ČR. Národní koncepce rodinné politiky 2005. Dostupné z :
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce-rodina.pdf>
7. Rodina o dětech i sourozencích. Agresivita mezi sourozenci a její důsledky. Dostupné z :
<http://www.rodina.cz/clanek4009.htm>
8. Sagit. Sbírka zákonů ročník 1998 ze dne 15. 7. 1998. z. č. 167/1998 Sb., O návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. Dostupné z :
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb98167&cd=76&typ=r>

9. Sdružení pohřebnictví v ČR. Vyhláška 19/1988 Sb., O postupu při úmrtí a o pohřebnictví. Dostupné z: http://www.pohrebnictvi.cz/v19_1988.html

10. Výchova. dostupné z:
<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess&p&shw=100125>

11. Zdraví 21. Dostupné z : <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>

14. KLÍČOVÁ SLOVA

Droga

Kvalita života

Pohlaví

Rodina

Závislost

15. PŘÍLOHY

Příloha 1 – PERVITIN

Příloha 2 – MDMA

Příloha 3 – ERYTHROXYLON COCA

Příloha 4 – COFFEA ARABICA

Příloha 5 – ROHYPNOL

Příloha 6 – PAPAVER SOMNIFERUM

Příloha 7 – MORFIN

Příloha 8 – HEROIN

Příloha 9 – LSD

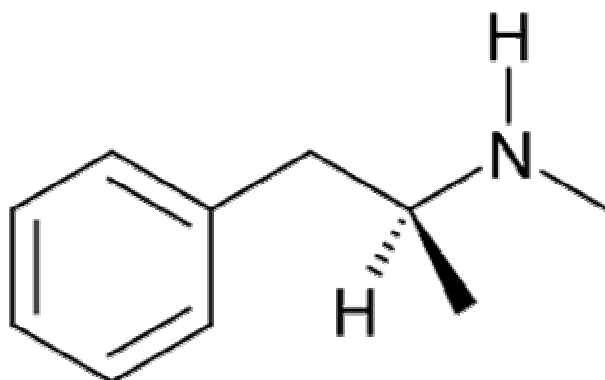
Příloha 10 – CANNABIS SATIVA

Příloha 11- DOTAZNÍK-RODIČ

Příloha 12- DOTAZNÍK -SOUROZENEC

PŘÍLOHA 1 – PERVITIN

Strukturní vzorec:



Sumární vzorec:

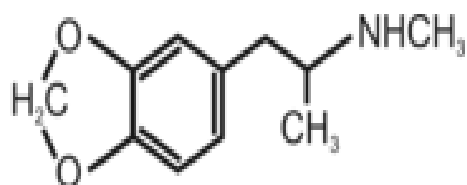




PŘÍLOHA 2 – MDMA



Strukturální vzorec:



PŘÍLOHA 3 – ERYTHROXYLON COCA





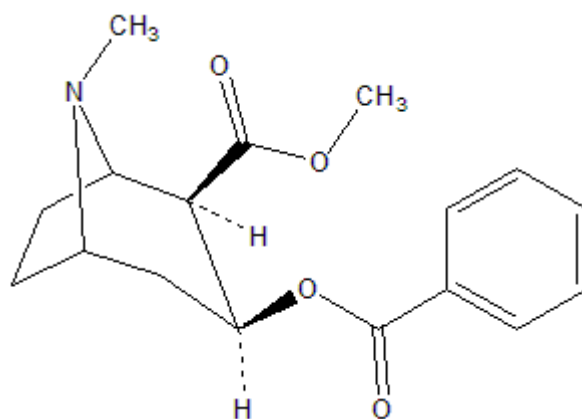
Český název: Kokainovník pravý

Latinský název: *Erythroxylum coca*

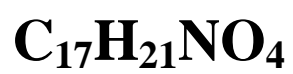
Lidový název, slang: Koka, Kokain, Rudodřev koka, Kokastrauch, Coca, Huanacoblatt, Mamacoca, Coca bush, Cocain tree, Ipatú, Khoka, Pató

Čeleď: Rudodřevité, Erythroxylaceae

Strukturní vzorec (kokain):



Sumární vzorec (kokain):



PŘÍLOHA 4 – COFFEA ARABICA



Český název: Kávovník arabský

Latinský název: Coffea arabica

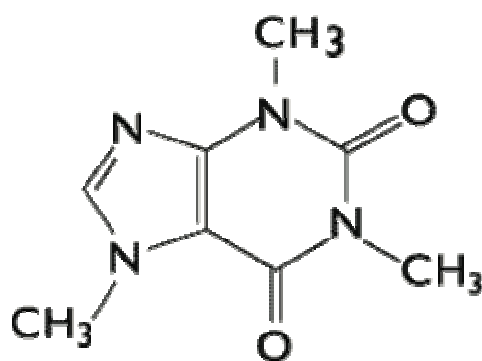
Lidový název, slang: Káva, Kafé, Kafe, Kaffe, Kahwa, Mocha, Moka, Arabischer Kaffee, Bergkaffee, Kaffeebaum, Kahwe,

Čeleď: Mořenovité, Rubiaceae

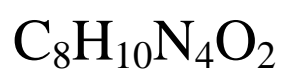
Výskyt Kávovníku arabského:



Strukturní vzorec (kofein):

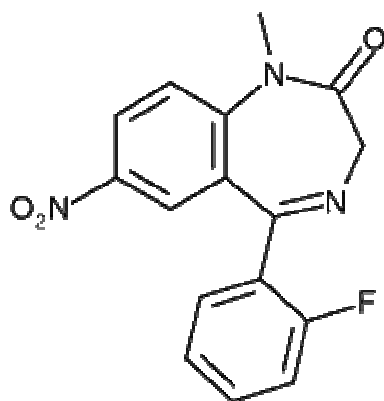


Sumární vzorec (kofein):



PŘÍLOHA 5 – ROHYPNOL

Strukturní vzorec:



Sumární vzorec:



PŘÍLOHA 6 – PAPAVER SOMNIFERUM





Český název: Mák setý

Latinský název: *Papaver somniferum*

Lidový název, slang: Mák snodárný, Mák zahradní, Makovina, Opium, Schlafmohn, Magsomkraut, Posto, Koknar,

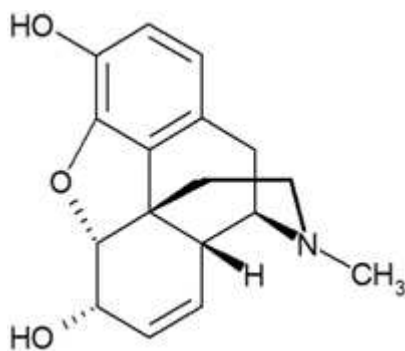
Čeleď: Makovité, Papaveraceae

Výskyt Máku setého:

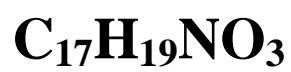


PŘÍLOHA 7 – MORFIN

Strukturní vzorec:

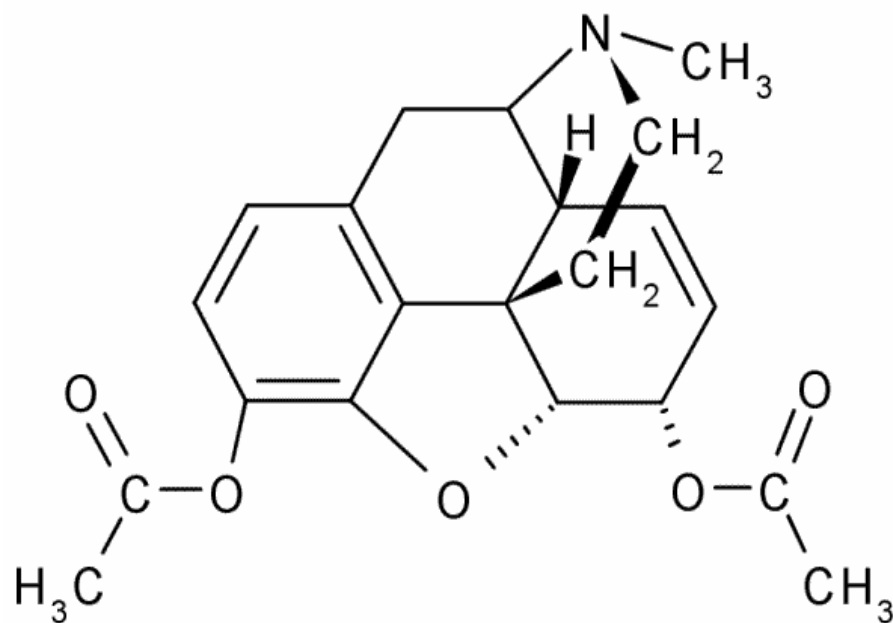


Sumární vzorec:

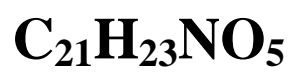


PŘÍLOHA 8 – HEROIN

Strukturní vzorec:

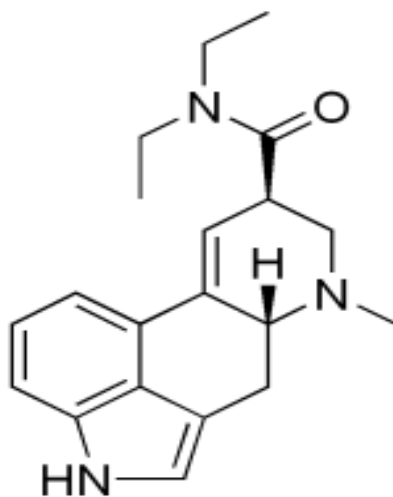


Sumární vzorec:

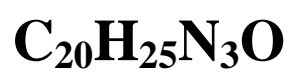


PŘÍLOHA 9 – LSD

Strukturní vzorec:



Sumární vzorec:



PŘÍLOHA 10 – CANNABIS SATIVA



Český název: Konopí seté

Latinský název: Cannabis sativa

Lidové označení, slang: Maruška, Konopice, Penák, Tabák, Tabák smíchu, Tráva

Čeleď: Konopité, Cannabaceae

PŘÍLOHA 11 – DOTAZNÍK RODIČ

TYP DOTAZNÍKU – RODIČ

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o spolupráci při sběru informací, které by měly pomoci osvětlit některá úskalí vaší momentální nelehké rodinné situace. Tento dotazník je zcela anonymní a poslouží pouze ke zpracování dat v rámci bakalářské práce. Následujících několik otázek si prosím pečlivě přečtete a svou odpověď zakroužkujete (vždy pouze jedna varianta) nebo doplňte na vymezený řádek hůlkovým písmem. Pokud Vám byl tento dotazník předložen již v jiném zařízení, tak jej znovu nevyplňujte. Předem Vám děkuji za Váš čas a Vaši ochotu.

Studentka ZSF JU Alena Švancarová

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Věk:

.....

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná
- c) nesezdané soužití

- d) rozvedený/á
- e) vdovec/vdova

4. Kolik máte dětí?

- a) jedno
- b) dvě
- c) tři
- d) více jak tři

5. Místem bydliště je:

- a) vesnice
- b) menší městečko
- c) město

6. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) neúplné základní
- b) základní
- c) vyučen v oboru
- d) maturita
- e) vysokoškolské

7. Jak jste celkově spokojen/a se svým zaměstnáním?

- a) velmi spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) spíše nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a

8. Změnil/a jste v posledních dvou letech zaměstnání?

- a) ano
- b) ne

9. Uvažujete o změně zaměstnání?

- a) ano
- b) ne

10. Vykonal/a jste nějakou řídicí funkci? (viz. i druhá strana)

- a) ne
- b) ano, řídím 1–2 pracovníky
- c) ano, řídím 3–10 pracovníků
- d) řídím více menších nižších organizačních jednotek (oddělení)

11. Tráví Vaše rodina společné rodinné výlety a dovolené?

- a) dříve více než nyní
- b) občas
- c) ano
- d) ne
- e) nyní více než dříve

12. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

- a) výborné
- b) víc než dobré
- c) dobré
- d) občasné potíže
- e) přetrvávající potíže
- f) špatné

13. Změnila se výrazně rodinná pohoda v porovnání s obdobím před objevením drogového problému?

- a) ano
- b) ne

14. Kdo má v rodině hlavní slovo?

- a) Vy
- b) váš partner
- c) nikdo, vždy jde o vzájemný kompromis

15. Měl/a jste dříve dojem, že drogová problematika se vaší rodiny nemůže týkat?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlel/a jsem nad tím

16. V období, kdy dítě **neužívalo** drogy, dal/a jste mu najevo, že pokud začne experimentovat s drogami, tak by mohlo následovat:

- a) vyhození z domova
- b) tvrdší režim (více práce, méně volného času, zákaz koníčků...)
- c) jiná varianta, doplňte
jaká.....
.....
.....
.....
.....

17. Přivedla Vás škola na skutečnost, že Vaše dítě užívá drogy?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne

18. Přiřaďte k jednotlivým možnostem číslice od 1 do 5 podle toho, co vás vedlo k závěru, že Vaše dítě je drogově závislé. Číslo 1 znamená nejintenzivnější podnět, číslo 5 nejméně intenzivní. (např. 1a, 2b..)

- a) problémy ve škole
- b) změna přátel
- c) náhlé zhoršení vzhledu
- d) změny chování
- e) lhaní
- f) nález pomůcek např. dýmka, inj. stříkačka

19. Pokoušel/a jste se řešit vzniklou situaci nejprve sám/a bez odborné pomoci?

- a) ano
- b) ne

20. Snažil/a jste se vaši současnou situaci zatajit před svým okolím?

- a) ano
- b) ne
- c) zpočátku ano

21. Věděl/a jste Vy či váš partner/ka kam se obrátit ve vašem okolí o pomoc?

- a) ano
- b) ne
- c) musel nám někdo poradit

22. Popíral někdo zpočátku skutečnost, že je dítě závislé?

- a) Vy
- b) partner/ka
- c) nikdo
- d) oba dva

23. Na jaké droze je-bylo dítě závislé?

.....

24. Které období bylo doposud nejtěžší?

a) zjištění, že je dítě drogově závislé

b) léčba

c) jiná skutečnost, doplňte jaká

.....

.....

.....

.....

25. Zapříčinil problém drog častější hádky mezi Vámi a Vaším partnerem či vzájemné obviňování?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

26. Kdo si myslíte, že tuto situaci zvládá nejlépe z celé rodiny?

a) Vy

b) partner/ka

c) oba dva zvládáme tuto situaci přiměřeně

27. Terapeutického sezení s rodinnými příslušníky, či jiné spolupráce se zařízením se zúčastňují:

- a) pouze Vy
- b) váš partner/ka
- c) oba dva
- d) Vy, partner/ka, sourozenec (drog.závislého dítěte)
- e) Vy a sourozenec
- f) partner/ka a sourozenec

28. Myslíte si, že vaše ostatní děti se nyní cítí znevýhodněny? (Mají pocit, že jim věnujete méně pozornosti než dříve)

- a) ano
- b) ne
- c) nenapadlo mě to
- d) nevím
- e) mám jen jedno dítě

DĚKUJI ZA VAŠI SPOLUPRÁCI

PŘÍLOHA 12 – DOTAZNÍK – SOUROZENEC

TYP DOTAZNÍKU – SOUROZENEC

Ahoj,

ráda bych Tě požádala o spolupráci při sběru informací, které by měly pomoci osvětlit některá úskalí tvojí momentální nelehké rodinné situace. Tento dotazník je zcela anonymní a poslouží pouze ke zpracování dat v rámci bakalářské práce. Následujících několik otázek si prosím pečlivě přečti a svou odpověď zakroužkuj (vždy pouze jedna varianta) nebo doplň na vymezený řádek hůlkovým písmem. Pokud Ti byl tento dotazník předložen v jiném zařízení, znovu jej již nevyplňuj. Předem Ti děkuji za Tvůj čas a Tvou ochotu.

Studentka ZSF JCU Alena Švancarová

1. Pohlaví:

- c) žena
- d) muž

2. Věk:

.....

3. Jaký je Tvůj rodinný stav?

- f) svobodný/á
- g) ženatý/vdaná
- h) nesezdané soužití

- i) rozvedený/á
- j) vdovec/vdova

4. Místem Tvého bydliště je:

- d) vesnice
- e) menší městečko
- f) město

5. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- f) neúplné základní
- g) základní
- h) vyučen v oboru
- i) maturita
- j) vysokoškolské

6. Kdo má v rodině hl. slovo?

- a) matka
- b) otec
- c) nikdo, vždy jde o vzájemný kompromis mezi rodiči

7. Snažil se někdo z rodiny zatajit před okolím, že tvůj sourozenec užívá drogy? (zde je možno zvolit více variant)

- a) matka
- b) otec
- c) oba rodiče
- d) nikdo
- e) Ty

8. Které období bylo doposud nejtěžší?

d) zjištění, že sourozenec užívá drogy

e) léčba

f) jiná skutečnost, doplň jaká

.....

.....

.....

9. Zapříčinil problém drog častější hádky mezi rodiči, či jejich vzájemné obviňování? (viz. i druhá strana)

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

10. Změnila se rodinná pohoda v porovnání s obdobím před objevením drogového problému?

a) ano

b) ne

11. Na skutečnost, že sourozenec užívá drogy, přivedla rodiče škola?

a) spíše ano

b) ano

c) spíše ne

d) ne

12. Kdo tuto situaci zvládá nejlépe z celé rodiny?

a) matka

b) otec

- c) oba zvládají tuto situaci poměrně dobře
- d) Ty

13. Terapeutického sezení s rodinnými příslušníky, či jiné spolupráce se zařízením se zúčastňují:

- g) pouze Ty
- h) matka
- i) otec
- j) oba dva rodiče
- k) Ty a matka
- l) Ty a otec
- m) Ty, otec, matka

14. Měl/a jsi dříve dojem, že drogová problematika se vaší rodiny nemůže týkat?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlel/a jsem nad tím

15. Dříve než rodiče, jsem věděl/a, že sourozenec užívá drogy.

- a) ano
- b) ne
- c) tušil/a jsem, ale neměl/a jsem jistotu

16. Snažil/a ses nejprve pomoci svému sourozenci sám/a?

- a) ano
- b) zpočátku ano
- c) ne

17. Věděl/a si, kde v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc?

- a) ano
- b) ne

18. Přiřaď k jednotlivým možnostem číslice od 1 do 5 podle toho, co tě vedlo k závěru, že je sourozenec drogově závislý. Číslo 1 znamená nejintenzivnější podnět, číslo 5 nejméně intenzivní. (např. 1a, 2b,...)

- g) problémy ve škole
- h) změna přátel
- i) náhlé zhoršení vzhledu
- j) změny chování
- k) lhaní
- l) nález pomůcek např. dýmka, inj. stříkačka

19. Se svým sourozencem si v současné době rozumíš:

- a) méně než dříve
- b) více než dříve
- c) stejně

20. Cítíš se nyní znevýhodněn/a? (Rodiče na Tebe mají méně času než dříve a věnují ho spíše tvému sourozenci)

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlel/a jsem nad tím
- d) nevím

DĚKUJI ZA TVOU SPOLUPRÁCI