

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Barbora Svobodová

Charakteristika dětí a dospívajících v ambulantní adiktologické léčbě

Characteristics of children and adolescents attending the outpatient addiction
treatment

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Konzultant: Mgr. Tomáš Jandáč

Praha, 2020

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 2020

Barbora Svobodová

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM

SVOBODOVÁ, Barbora. Charakteristika dětí a dospívajících v ambulantní adiktologické léčbě. [Characteristics of children and adolescents attending the outpatient addiction treatment]. Praha, 2020. 53 str. 1 příl. Bakalářská práce (bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za vedení mé práce a Mgr. Tomášovi Jandáčovi za veškerou pomoc se psaním a zpracováním dat.

ABSTRAKT

VÝCHODISKA – U dětí a mladistvých, které navštěvují Ambulanci dětské a dorostové adiktologie, nebylo doposud popsáno prostředí, z něhož pocházejí. Práce se zabývá popisem různých aspektů života těchto klientů.

CÍLE – Cílem bakalářské práce byl popis prostředí, ze kterého pochází děti a mladiství, docházející do ADDA. Konkrétně výzkum sledoval rozvodovost, úplnost rodin a konflikty vyskytující se v rodinách. Dalším sledovaným aspektem prostředí byla přítomnost uživatele návykových látek ve společné domácnosti s pacientem. Na závěr výzkum shrnuje společné aspekty z domácnosti dětských a mladistvých uživatelů navštěvujících ambulanci.

METODY – Výzkumnou metodou byla popisná statistika, zaměřená na popis pacientů ADDA. Informace byly získány ze strukturovaných anamnestických listů (SAL), který vyplňují rodiče při vstupu potomka do zařízení, následně byly přehledně rozděleny podle četnosti do tabulek a grafů.

VÝSLEDKY - 47 dětí (ze 112 odpovědí) žije v úplné rodině, 24 dětí žije v domácnosti, která je doplněná o partnera a zbývajících 41 dětí pochází z neúplné rodiny, ve které jeden z rodičů chybí. Pouze 7 respondentů uvedlo soužití pacienta s člověkem, který má problém s alkoholem, 6 uvedlo člověka, který bere drogy a 10 přítomnost jedince, který bral drogy v minulosti. 97 % dětí pochází z České republiky, převažují chlapci. Dále děti spojuje fakt, že 74 % z nich bylo do ambulance posláno rodiči. Velká část z nich již dříve navštívila psychiatrickou léčbu a nejčastějším důvodem návštěvy ambulance je problémové hraní na počítači či THC, tedy diagnózy F63.0 a F12.2.

ZÁVĚR – V následujícím výzkumu by mohlo být užitečné zaměřit se více na osobnost pacientů. Závěry by mohly být podkladem pro vytváření programů primární prevence.

KLÍČOVÁ SLOVA

mladiství, závislost, rodina, rodinné prostředí, návykové látky

ABSTRACT

BACKGROUND – The environment of children and adolescents attending the Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents has not yet been described in detail. The work deals with the description of various aspects of the life of these clients.

AIMS – The aim of the bachelor thesis was to describe the environment from which children and adolescents come to ADDA. Specifically, the research looked at divorce rate, family integrity, and family conflicts. Another monitored aspect of the environment was the presence of a substance user in the common household with the patient. The research should also summarize common aspects from the household of children and adolescent users attending the clinic.

METHODS – The research method was descriptive statistics, focused on the description of ADDA patients. The information was obtained from structured anamnestic sheets (SAL), which are filled in by the parents when the child enters the outpatient addiction treatment clinic. The data were clearly divided according to frequency into tables and graphs.

RESULTS – 47 children (out of 112 answers) live in a complete family, 24 children live in a household that is supplemented by a partner and the remaining 41 children come from an incomplete family in which one of the parents is missing. Only 7 respondents reported the cohabitation of a patient with a person who has an alcohol problem, 6 a person who takes drugs and 10 the presence of an individual who has taken drugs in the past. 97% of children come from the Czech Republic, boys predominate. Furthermore, the children are united by the fact that 74 % of them were sent to the outpatient clinic by their parents. A large part of them have previously visited psychiatric treatment and the most common reason for visiting the outpatient clinic is a problem playing on a computer or THC, ie diagnoses F63.0 and F12.2.

CONCLUSIONS – In the following research, it might be useful to focus more on the patient's personality. The conclusions could be the basis for creating primary prevention programs.

KEY WORDS

adolescents, addiction, family, family environment, addictive substances

OBSAH

1	Užívání návykových látek	9
1.1	Problémové užívání návykových látek.....	9
1.2	Závislost na psychoaktivních látkách.....	9
1.3	Experimentální užívání návykových látek.....	9
1.4	Nelátkové závislosti (závislost na procesech).....	9
1.4.1	Závislost na technologiích	10
1.5	Děti a návykové látky/technologie	11
1.5.1	ESPAD.....	11
1.5.2	HBSC.....	13
1.5.3	Další studie	14
1.6	Dědičnost závislosti na psychoaktivních látkách.....	15
1.7	Užívání návykových látek v těhotenství.....	15
1.8	Duální diagnózy	16
2	Rizikové a protektivní faktory	18
2.1	Rodina.....	18
2.2	Vrstevníci.....	19
2.3	Škola a komunita.....	20
3	Systém léčebné péče v adiktologii	21
3.1	Terénní programy a kontaktní centra	21
3.2	Ambulantní péče	22
3.3	Denní stacionáře.....	22
3.4	Detoxifikační jednotky	22
3.5	Střednědobá ústavní péče	23
3.6	Terapeutické komunity	23
3.7	Následná péče a doléčování.....	23
3.8	Chráněné bydlení a práce.....	24
3.9	Substituční centra	24
4	Adiktologická péče zaměřená na děti.....	25
4.1	Ambulance pro děti a dospívající.....	26
4.2	Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA).....	27
4.3	Práce s dětmi a dorostem v adiktologických službách	28
4.4	Krátká intervence	28
4.4.1	Používané dotazníky při krátké intervenci	29
4.4.2	Další screeningové dotazníky	29
4.5	Terapie	29

5	Praktická část	31
5.1	Cíle výzkumu	31
5.2	Výzkumné otázky.....	31
5.3	Výzkumný soubor	31
5.4	Popis metod a jejich aplikace.....	32
5.5	Etika.....	32
6	Výsledky	33
7	Diskuse	48
	LITERATURA	51
8	PŘÍLOHA č. 1 - Strukturovaný anamnestický list pro rodiče	54

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na dětské a mladistvé klienty, kteří navštěvují specializované zdravotnické zařízení ambulantního typu tedy Ambulanci dětské a dorostové adiktologie. Toto zařízení se zabývá závislostí a závislostními poruchami a je součástí ambulantních služeb Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Teoretická část bakalářské práce je v první polovině zaměřena především na užívání návykových látek, popisuje druhy závislostního chování, a to především ty, které se u klientů ambulance nejčastěji vyskytují, dále se snaží ukázat aktuální situaci drog mezi dětmi a mladistvými a poukazuje na možné vlivy napomáhající při vzniku závislosti či škodlivého užívání. Druhá polovina teoretické části práce se zabývá systémem léčebné péče a jeho dostupností pro dětskou populaci. Následně je také popisována samotná ambulance, konkrétně průběh a důvody jejího vzniku.

Praktická část shrnuje všechny informace o pacientech získané ze strukturovaných anamnestických listů, které jsou v zařízení předkládány všem nově příchozím pacientům, respektive jejich rodičům. Kromě základních informací jsou zde popsány předchozí léčby klientů, rodinné prostředí a celkově rodinná anamnéza, adiktologická anamnéza a další.

1 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

1.1 Problémové užívání návykových látek

Za problémové užívání je považováno opakující se užívání návykových látek, které přináší (nebo s největší pravděpodobností může přinášet) negativní důsledky na různé aspekty života uživatele, jako je jeho psychické a fyzické zdraví, sociální fungování a podobně. Tato problematika se také váže s vysokou intenzitou užívání a rizikovým způsobem aplikace látek (např. injekční užívání). Za problémové užívání se tedy považuje pravidelné, dlouhodobé či injekční užívání, a to ať už hovoříme o opioidech nebo stimulancích (Mravčík, 2017).

1.2 Závislost na psychoaktivních látkách

Závislost na psychoaktivních látkách je onemocněním charakteristické několika předem stanovenými příznaky. Tyto příznaky jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Patří sem například neschopnost kontrolovat užívání psychoaktivní látky, touha látku užít, upozadění dřívějších zájmů, které neměly spojitost s látkou, odvykací stav při vysazení látky, zvyšování tolerance vůči látce a navyšování dávek, a nakonec užívání i přes jasný důkaz škodlivosti. Aby byl člověk považován za závislého, musí u něj být přítomny tři z těchto uvedených znaků (Minařík, 2018).

1.3 Experimentální užívání návykových látek

Za experimentální užívání je považováno nepravidelné a občasné užití různých typů návykových látek, kdy uživatel dané látky spíše zkouší. U tohoto experimentátora se pak mohou, ale nemusí objevovat potíže v jiných oblastech života. Zpravidla však tyto osoby patří do kategorie nejméně závažného užívání (Kalina a kol. 2003).

1.4 Nelátkové závislosti (závislost na procesech)

Od konce minulého století začínáme mluvit kromě závislosti na psychoaktivních látkách také o závislosti nelátkové (behaviorální). Do této skupiny můžeme zařadit například gambling (patologické hráčství), oniomanii (nakupování), pyromanii (podpalování, zakládání ohně) závislost na technologiích (např. internet, televize, počítač), kleptomanie (krádeže) závislost na jídle či sexu, závislost na sportu a další. I u nelátkové závislosti, pro stanovení diagnózy, sledujeme přítomnost některých ze šesti předem stanovených znaků. Patří mezi ně například proměnlivost emocí při provádění určité aktivity, která se také stává nejdůležitější součástí člověka, dále abstinenci příznaky a tolerance, mezilidské konflikty a konflikty intrapersonální a nakonec relaps (Kalina a kol., 2015).

1.4.1 Závíslost na technologiích

Závíslost týkající se internetu, počítačových her a televize, jak už bylo zmíněno, je poměrně novým jevem. Především otázka počítačů se s rozvojem technologie stává čím dál větším problémem dospívajících. Problémové trávení času u počítače se dá rozdělit do několika skupin, podle způsobu užívání této technologie. Jde tedy o přehnanou práci na počítači související s workoholismem, neškodné (videohry) a nebezpečné hry, nadměrné sledování pornografie a sociální sítě (Facebook, Instagram apod.). Především právě nebezpečné hry mohou představovat vysoké riziko rozvoje patologického hráčství (Nešpor, 2011).

Podle studie z roku 2007 provedené v Kanadě a USA s dětmi mezi 12 a 18 lety, zjišťujeme, že tyto děti nejčastěji používají internet pro psaní přes chat, hraní online her, poslech a stahování hudby, získávání informací do školy, hledání vtipného obsahu, prohlížení webů se sexuální tematikou, prostému procházení webu, hledání a ověřování faktů, vyhledávání definice slova anebo například k telefonování online (Šmahel, Subrahmanyam, 2010).

1.4.1.1 Gaming

Nadměrné hraní her na internetu bychom od roku 2013 našli i v klasifikaci duševních nemocí (tedy DSM-5), od roku 2018 je také obsaženo v anglické verzi MKN-11 (Mezinárodní klasifikace nemocí). Nejčastěji se setkáváme s dlouhodobým a nadměrným hraním online her v různě velkých skupinách hráčů. Díky spolupráci a soupeření v týmech dochází k sociální interakci a vytvoření strukturované aktivity. Právě hraní v týmu je považováno za klíčovou motivaci k hraní (Zmeškalová, 2018). Žánry těchto online her jsou různé, jedná se například o hry strategické, sportovní (fotbal, hokej, basketbal atd.), logické, akční („střílečky“) anebo hry, ve kterých jde o hraní určitých rolí (RPGs). Právě tyto RPGs (Role-playing games) jsou velmi populární, jelikož v nich hráči vstupují do fantasy světa, kde přijímají herní avatary nebo osobnosti a jako tyto postavy pak spolupracují s ostatními hráči, s nimiž fantasy svět objevují, a se kterými bojují proti případným nepřítelům (Šmahel, Subrahmanyam, 2010).

Ze studie Pew Report uskutečněné s americkými dětmi vyplývá, že nejčastější aktivitou na počítači je pro ně právě online hraní, které uvedlo až 78 % z dotazovaných (Jones, Fox, 2009). Všechny formy problému s technologiemi samozřejmě často nepříznivě působí na psychiku jedince a postupem času se u něj mohou v této souvislosti objevit deprese, úzkost, agrese, poruchy spánku či temné myšlenky. Tyto problémy mohou vznikat v souvislosti s obsahem počítačových her, který je často plný násilí. Rizikem je také obezita spojená s nedostatkem pohybu a v neposlední řadě také propad k užívání různých psychoaktivních látek (Nešpor, 2011).

K problematickému hraní her jsou podle všeho náchylnější muži, tedy především dospívající chlapci. Problémem velkého rozvoje této poruchy je velmi snadná dostupnost technologií. V důsledku patologického hraní her dochází často k zanedbání různých oblastí života hráče, ať už hovoříme o rodině, fungování domova (domácí práce), sociální sféře, vzdělávání, zaměstnání nebo i naprosto nezbytných základních potřeb jako jsou spánek a jídlo (Zmeškalová, 2018).

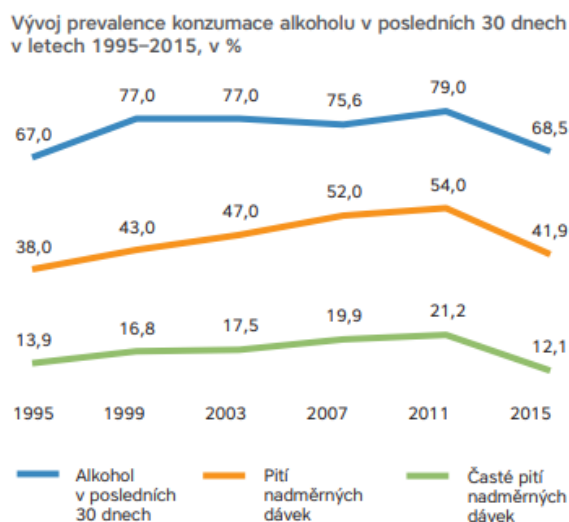
1.5 Děti a návykové látky/technologie

Problematika závislosti u dětí je v posledních letech velmi podstatným tématem. U dětí a mladistvých je důležité uvažovat nad faktem, že ke vzniku závislosti může dojít mnohem rychleji než u dospělého člověka. Mladí uživatelé jsou také více ohroženi otravou způsobenou psychoaktivními látkami. Hraje zde určitě roli nižší snášenlivost a menší povědomí o účincích látky. V nižším věku jsou uživatelé také v souvislosti s drogami více ohroženi různými úrazy. Kromě fyzického poškození musíme pamatovat i na psychosociální vývoj. Užívání návykových látek může mít nepříznivý vliv na sebekontrolu jedince, na jeho vzdělávání a celkově na všechny aspekty sociálního života (Nešpor, 2018).

1.5.1 ESPAD

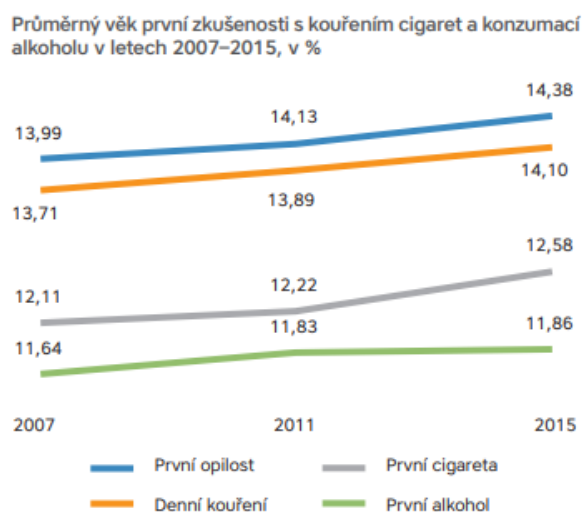
O tom, jak je důležité pamatovat na děti a mladistvé v otázce drog nás mohou přesvědčit i statistické údaje, které nás informují, že zneužívání a experimentování s psychoaktivními látkami je nejčastější právě ve věku mezi patnácti a devatenácti lety (Kalina, K. a kol. 2003). I proto na téma užívání návykových látek vznikají pravidelně různé studie. Jednou z nejvýznamnějších je jistě Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která vychází každé čtyři roky již od roku 1995. Poslední studie vyšla roku 2015 a byla zaměřena na děti narozené v roce 1999. Dotazník ESPAD zkoumá celoživotní zkušenost šestnáctiletých i užití v posledních třiceti dnech, ve studii z roku 2015 bychom kromě návykových látek našli také oblast zaměřenou na gambling, internet a počítačové hry. Co se týče návykových látek, vedou bezpochyby cigarety a alkohol, na třetím místě jsou pak konopné drogy. Za poledních třicet dní kouřilo téměř 30 % dotazovaných a skoro 70 % šestnáctiletých konzumovalo alkohol. První zkušenost se pohybovala kolem dvanáctého roku věku. S nelegální drogou má zkušenost bez mála 40 %. Mezi těmito nelegálními drogami bychom našli (řazeno dle četnosti) konopné látky, extázi, LSD, halucinogenní houby, pervitin, kokain a další – viz graf č. 1 (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016).

Graf č. 1



Za dobrou zprávu můžeme považovat fakt, že u této zkoumané populace došlo k poklesu kouření cigaret, konzumace alkoholu i zkušeností s látkami nelegálními včetně konopných drog. Dále se také postupně zvyšuje věk první zkušenosti s těmito látkami, jak ukazuje následující graf č. 2.

Graf č. 2



Následující tabulka (tabulka č. 1) ukazuje celoživotní prevalenci užití v procentech.

Tabulka č. 1 Studie 2015 ESPAD

Celoživotní prevalence	Chlapci	Divky	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	36,7	38,1	37,4
Konopné látky	36,1	37,5	36,8
Jakákoliv nekonopná droga	7,2	6,7	7,0
Extáze	3,4	2,0	2,7
Pervitin	1,0	1,7	1,4
Amfetaminy	0,7	1,0	0,9
Heroin nebo jiné opiáty	1,0	0,4	0,7
LSD a jiné halucinogeny	3,6	4,0	3,8
Halucinogenní houby	3,6	3,0	3,3
Kokain	1,5	1,3	1,4
Crack	0,7	0,6	0,7
Sedativa	10,7	20,5	15,7
Těkavé látky	5,5	5,9	5,7
Anabolické steroidy	4,0	2,6	3,3
GHB	0,4	0,1	0,3
Injekční	0,4	0,8	0,7
Nové drogy	6,0	7,0	6,5

Nově přidané otázky ohledně technologií ukázaly, že skoro 30 % dospívajících hraje každý nebo téměř každý den hry na počítači. Přes 80 % každý den brouzdá na internetu, kde více než 40 % z nich tráví čtyři i více hodin. Gamblerstvím jsou ohrožena téměř 3 % šestnáctiletých (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016).

Z Výroční zprávy o hazardním hraní z roku 2018 vyplynulo, že v České republice je odhadem 89 až 105 tisíc osob s problémem patologického hráčství a z nich jedenáct až patnáct tisíc ve věku do osmnácti let. Podobný výzkum byl realizován i v roce 2016 a po srovnání výsledků vyšlo najevo, že došlo k mírnému nárůstu hráčů v dospělé populaci i mezi mladistvými. Nejvíce ohroženi gamblerstvím jsou podle všeho především chlapci studující na středních školách a odborných učilištích. (Mravčík a kol., 2019)

1.5.2 HBSC

Další důležitou studií, zabývající se dětmi a dospívajícími, je HBSC neboli Health Behaviour in School-aged Children, která probíhá ve 42 zemích. Tato studie se ovšem nezaměřuje jen na drogy, ale celkově na životní styl mladistvých. Z posledních výsledků například vyplývá, že až 80 % českých dětí má nedostatek pohybu a velká část z nich tráví čas u počítače a televize. V otázce alkoholu, cigaret a marihuany, začínají děti v ČR pít a kouřit v nižším věku, než je mezinárodní průměr. Studie HBSC se ale shoduje se studií ESPAD, že počty mladistvých kuřáků klesají, i přesto je nadále Česká republika v tomto ohledu nadprůměrná.

Dále děti uváděly opakovanou opilost, kterou uvedlo až 30 %, což je znovu více než celkový průměr studie. V kouření marihuany obsadili čeští patnáctiletí šestou nejhorší pozici, jelikož zkušenost s ní uvedlo něco málo přes 20 % (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

1.5.3 Další studie

Co se týče sledování televize a videí, nejnižší prevalence je ve věku jedenácti let a nejvyšší ve věku třinácti let. V období kolem třináctého roku věku sleduje televizi a videa až 70 % dětí bez ohledu na pohlaví a to i více než dvě hodiny denně. V případě počítačových her je situace odlišná, zde převládají chlapci. Mezi jedenáctým a patnáctým rokem se u nich postupně prodlužuje doba hraní počítačových her a to i na víc než čtyři hodiny. U dívek proces probíhá opačně, to znamená, že čas strávený u počítačových her se zkracuje, nebo s přibývajícím věkem nehrají vůbec. Také online chatování je už neodmyslitelnou součástí volného času dětí. Zde prevalence mezi jedenáctým a patnáctým rokem stoupá jak u chlapců, tak i u dívek. U dívek je však výraznější (Hamrik a kol. 2014).

Co se týče počtu uživatelů, pilotní studie z roku 2012–2014 zaměřené na analýzu potřeb systému léčebné péče pro děti a dospívající, která byla vytvořena přímo pro hlavní město Prahu, ukázala, že v roce 2012 oslovená pracoviště napočítala na 2 108 uživatelů do devatenácti let – viz tabulka č. 2 (Miovský a kol., 2014).

Tabulka č. 2 - Odhad počtu pacientů v Praze a Středočeském kraji (2012)

Kategorie	Platných dotazníků	Klientů/pacientů
Počet klientů ve věku 6–15 let (návykové látky)	135	429
Z toho dívky	135	204
Počet klientů ve věku 15–18 let	135	1572
Z toho dívky	135	720
Celkem za oblast návykových látek		2 001
Počet klientů ve věku 6–15 let (nelátkové závislosti)	135	180
Z toho dívky	135	35
Počet klientů ve věku 15–18 let (nelátkové závislosti)	135	402
Z toho dívky	135	82
Celkem za oblast nelátkové závislosti		582

Na konci roku 2018 byl také proveden průzkum mezi praktickými lékaři a ti se shodují na odhadu, že v otázce dětí a dorostu do 18 let se setkáváme s 3,5 tisíci problémových uživatelů pervitinu a opioidů. V roce 2014 bylo toto číslo větší, odhad činil 5 tisíc uživatelů v tomto věku (Mravčík a kol. 2019).

1.6 Dědičnost závislosti na psychoaktivních látkách

Na téma dědičnosti nebylo doposud realizováno mnoho výzkumů, ale z dosavadních výsledků studií jsme schopni říci, že genetické faktory se mohou na vzniku závislosti podílet ze 40 až 60 %. To znamená téměř stejnou měrou jako faktory vnějšího prostředí. Ze studií prováděných na dvojčatech a z adopčních studií vyvozujeme, že pro vznik závislosti je často nutná, jak genetická predispozice, tak faktory prostředí (Šerý, 2007). Dědičnost závislosti potvrzují i různé studie dvojčat, kdy například děti, jejichž rodiče měli prokazatelný problém s gamblingem, inklinují častěji k drogové závislosti, a to ať už vyrůstaly s rodinou či mimo ni (Vacek, Vondráčková, 2014).

Ze studií dvojčat a z adopčních studií, které byly zaměřeny především na alkohol, se také dozvídáme, že přenos závislosti z generace na generaci je pohlavně determinován. To znamená, že se problém dědí z otce na syna a z matky na dceru. Dědičná predispozice pro závislost se podle dosavadních výsledků dědí pomocí méně než deseti genů a porucha je pravděpodobně lokalizována v dopaminovém systému (Šerý, 2007).

1.7 Užívání návykových látek v těhotenství

Matky, uživatelky návykových látek jsou vedle dětí a mladistvých také důležitým tématem. Problémem žen, užívajících drogy v těhotenství, není „pouze“ samotná závislost či užívání, ale také často zanedbávaná péče, kdy tyto ženy absolvují prohlídky během těhotenství jen velmi nedostatečně nebo se u lékaře objeví až ve chvíli porodu (Vavřínková, Binder, 2007).

Preslová uvádí, že těhotné uživatelky přicházejí do odborných zařízení různými způsoby. Jedním z nich může být případ, kdy na ženu matku či ženu v průběhu těhotenství upozorní určité orgány její okolí. Další z nich je situace, kdy je žena již před otěhotněním klientkou určitého centra s adiktologickým zaměřením, které jí pak v období očekávání s řešením pomáhá, dále může jít o situaci zmíněnou výše, kdy klientka přichází až ve chvíli porodu a novorozeně projevuje abstinenci příznaky, na což pak porodnice reaguje kontaktováním sociálních pracovníků, které kontaktují protidrogové zařízení. Na území České republiky nabízí např. organizace Sananim, z.ú. společnou léčbu v terapeutické komunitě matek závislých na psychoaktivních látkách spolu s jejich potomky (Preslová, 2003).

Obecně lze říci, že pokud ženy během těhotenství užívají návykové látky (včetně alkoholu), jejich narozené děti jsou většinou menší, působí často podrážděně a mají problém s růstem a krmením. V průběhu let tyto děti častěji trpí somatickými potížemi, problémy s chováním a mentálními potížemi (Sarkola a kol., 2012).

U uživatelů opiátů je velké riziko, že se dítě narodí s abstinčním syndromem. Tento syndrom se může projevit během dvou až tří dnů po porodu a postihuje mezi 50 a 80 % novorozenců, které porodily matky užívající heroin. Studie, které se zaměřily na tyto děti v období mezi třetím a šestým rokem, ukázaly, že děti měly nižší hmotnost i výšku, nižší IQ a větší problémy s jazykovými testy než jiné děti jejich věku. Děti uživatelů stimulačních drog často přichází na svět s menší porodní hmotností, častěji s defekty močopohlavní soustavy. Také zde se setkáváme s abstinčním syndromem, který má sice mírnější průběh než u opiátů, ale i tak je pro novorozené dítě velmi nebezpečný. Jde například o křeče, průjemové stavy, hypertonii a poruchy spánku. V postupujícím věku těchto dětí se často objevují anomálie srdce a močopohlavní soustavy, vývojový deficit a stresové chování. U kanabinoidů nejde o tak závažné stavy, protože užívání neprobíhá nitrožilně a většinou je prováděno i s nižší intenzitou než užívání jiných látek. Přesto může mít plod matky užívající marihuanu omezené reakce na podněty nebo může být hypotonický. Halucinogeny, konkrétně například LSD, působí na plod podobně jako kokain. Setkáváme se s problémy s vývojem a s abstinčním syndromem, který je charakteristický třesem, svalovým napětím a poruchami spánku (Vavřínková, Binder, 2007).

Užívání NL v těhotenství může být spojeno s rizikovou aplikací, například v případě aplikace intravenózní je nutné mít na paměti, že matka může trpět některou z krve přenosných nemocí (HIV/AIDS, hepatitida C atd.), různými sexuálně přenosnými onemocněními nebo může být podvyživená. Některé z těchto nemocí mohou být přeneseny na plod a v případě nitroděložní infekce či zmiňované podvýživy matky může dojít k růstové retardaci plodu, porod může nastat předčasně a novorozenec je ohrožen nízkou porodní váhou (Stará a kol., 2009).

1.8 Duální diagnózy

U dětí a dospívajících se stejně jako u dospělých často setkáváme s duálními diagnózami. To znamená, že se závislostí a celkově s užíváním psychoaktivních látek se pojí i jiný problém, například ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), infekční onemocnění, úzkostná a afektivní porucha, sebedestruktivní chování, gambling, posttraumatická stresová porucha nebo psychotické poruchy. Všechny tyto komorbidity se musí řešit současně a při každé diagnostice je nutné na ně pamatovat. Důležitým faktem je, že děti s ADHD, pro které je charakteristická porucha soustředění, hyperaktivita, zapomnětlivost či impulzivita, mohou být ohroženy budoucím užíváním návykových látek, pokud je ADHD spojeno například s delikventním chováním (Kalina a kol. 2015).

I v případě nelátkových závislostí a konkrétně při problémovém užívání internetu se často setkáváme s úzkostnými poruchami (sociální, generalizovaná), poruchami afektivity a pozornosti. U lidí závislých na různých sférách internetu se také nezdálo objevují obsedantně-kompulzivní rysy a deprese. Tato skupina je často spojována se straněním se společnosti (Rosenberg, 2014).

2 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY

Rizikové a protektivní faktory jsou vše, co člověka obklopuje nebo co vychází z něho samého. Rizikové faktory mohou zvyšovat riziko vzniku a rozvoje problémů spojených s užíváním návykových látek nebo s nelátkovými závislostmi. Naopak faktory protektivní jedince před těmito problémy chrání.

Nejčastěji dělíme tyto faktory na individuální a environmentální. Ve skupině individuálních faktorů bychom našli osobnost člověka, to znamená jeho sebevědomí, sebepojetí, a chování a ve skupině environmentální pak například rodinu, vrstevníky a společnost obklopující jedince (škola, komunita, mimoškolní aktivity atd.) (Čablová, Miovský, 2013).

2.1 Rodina

Mluvíme-li o rodině, je nutné uvažovat výchovné styly rodičů, kdy se často setkáváme s různými extrémy. Například autoritativní výchova, kdy jeden z rodičů, ať už matka nebo otec nadměrně uplatňují autoritu a kdy jediné důležité je učení, tvrdá práce a úspěchy. Děti z těchto rodin mohou sice dosáhnout velkých úspěchů ve studiu nebo ve sportu, ale často v nich tato výchova zanechá spíše negativní emoce a návyky, takže potlačují citové potřeby, nesnesou neúspěch, mají pocit, že se musí neustále zlepšovat a přetěžují se. Právě neuspokojování citových, ale i jiných potřeb a neúspěchy pak nejčastěji přivádí tyto děti k psychoaktivním látkám a dalším impulzivním tendencím jako je hráčství nebo přejídání (Hajný, 2001).

Dalším problémem je přehnaná péče o dítě, kdy jsou rodiče kromě úzkostlivé péče také nezdravě ochraňující. Bojí se o dítě a strach přenáší i na něj, to se pak stává bázlivým a často není schopné samostatnosti (Kalina, 2015). Opačným extrémem je pak přílišná volnost až lhostejnost. Rodiče často vůbec neřeší, kdy a kde jejich dítě tráví čas. Může s tím souviset i snaha rodičů dopřát dětem soukromí, což může vést k tomu, že se s dětmi odcizí (Hajný, 2001). Kromě výchovných stylů ovlivňují dítě i vztahy v rodině a vztahy rodičů k němu samému. Mluvíme-li o úplnosti rodiny, je nutné říci, že z dosavadních výzkumů víme, že děti z neúplných rodin, mají větší tendence k pití alkoholu než děti z rodin, kde jsou oba rodiče (Čablová, Miovský, 2013).

Neblahý vliv mají také konflikty spojené s rozvodem rodičů, časté stěhování, hádky před dítětem nebo delikvence rodičů, o týrání dítěte nemluvě. Co se týká vztahů, je jasné, že dítě může značně poznamenat, pokud mu rodiče dávají najevo, že nebylo chtěné a že není milované, takový dojem může dítě získat i pokud se mu rodiče málo věnují například kvůli práci (Kalina, 2015).

Při rozvodech mají někteří rodiče tendence zapojovat děti do svých konfliktů a používat je jako „nástroj pomsty“, očerňují druhého rodiče, anebo zanedbávají kontrolu dítěte. Na rozvod mohou děti reagovat užíváním návykových látek a to z několika důvodů, může jít o volání po pozornosti, zmírnění emocí spojených s rozchodem rodičů nebo naopak vyjádření zlosti (Hajný, 2001).

Nemůžeme ani zapomínat na děti vyrůstající s rodiči, kteří jsou sami uživateli návykových látek. Děti žijící v rodinách s uživatelem jsou často nuceny převzít v některých směrech povinnosti rodičů a jsou pak předčasně vyzrálé. V příliš nízkém věku je na ně svalena zodpovědnost, kdy se v některých případech musí starat nejen sami o sebe, ale i o mladší sourozence, nebo samotné rodiče pod vlivem látky. V rodinách, kde je uživatel, jsou často celkově nepříznivé podmínky pro růst a dospívání dítěte a to ať už ekonomické, sociální nebo zdravotní. Navíc dítěti chybí pevný a dobrý vzor a drogy jsou často jediné, co u rodičů vidí (Barnardová, 2001).

Protektivními faktory jsou v otázce rodiny jistě stanovené hranice, zdravé postoje, nekonfliktní prostředí, dobré vztahy mezi rodiči, začlenění obou rodičů v životě potomka a samozřejmě komunikace (Čablová, Miovský, 2013).

2.2 Vrstevníci

Podle Hajného (2001) jsou vrstevníci hned po rodině druhou nejvýznamnější složkou prostředí dítěte. Vrstevníci ale častěji ovlivňují dospívající, tedy starší děti než úplně ty malé, na které má větší vliv rodinné prostředí. Pro dospívajícího jedince může být především v době poznávání vlastní identity velmi těžké se zařadit do „řádného“ kolektivu. Děti se učí hlavně nápodobou, a pokud nemají dostatečný vzor v někom z rodiny, je poměrně běžné a pochopitelné, že ho hledají ve vrstevnické partě. Při výběru kamarádů dítěte je na místě účast rodičů, ale pochopitelně jen do určité míry. V případě velké kontroly může být narušena možnost dítěte poznávat lidi, anebo dokonce začne vztahy s vrstevníky skrývat. V opačném případě, kdy není v tomto ohledu dítěti věnována dostatečná péče, může být dítě bezradné a vlastně ani nemusí tušit, že dělá něco špatně.

Co se týče ochranných faktorů, není úplně možné zabránit styku dítěte s vrstevníky, kteří na něj mohou mít neblahý vliv. Děti zpravidla mají větší sklony propadat vrstevnickým skupinám, když chtějí být oceněny, chtějí někam patřit, bez ohledu na to, zda je kolektiv pro ně dobrý nebo rizikový. Proto je na místě posilovat zdravé sebevědomí dítěte a to nejlépe už od raných počátků jeho života (Hajný, 2001).

2.3 Škola a komunita

Ve školním prostředí se děti a dospívající mohou setkat se šikanou, s nezdravými vztahy mezi vrstevníky, špatným přístupem pedagogů nebo se studijními neúspěchy. Proto je nutné dbát na odborné vzdělávání pedagogů, a to nejen v jejich oboru, který přednášejí žákům, ale také v oblasti vztahů a primární prevence. Samozřejmě je na místě také účast rodičů a zájem o průběh vzdělávání dítěte. V komunitní oblasti mohou rizikové faktory představovat například nedostatečnost nabídky volnočasových aktivit, nízká podpora vzdělání, kulturní nesourodost, napjatá politická situace, prostředí, kde se ve velké míře užívají návykové látky, kriminalitu nebo ekonomicky slabší oblasti. Aby komunita splňovala charakter protektivní společnosti, měla by podporovat kulturní rozvoj a vzdělávání, starat se o životní prostředí, řešit rizikové chování, uplatňovat spravedlivý systém zákonů a práv, podporovat rozšiřování nabídky volnočasových aktivit a dbát na prevenci (Miovský a kol., 2015).

3 SYSTÉM LÉČEBNÉ PÉČE V ADIKTOLOGII

Systém léčebné péče vznikl na základě manuálu minimálních standardů vydaného WHO (Světová zdravotnická organizace) v roce 1995. Aby byl funkční, musí splňovat několik daných kritérií. Jedním z nich je například dostatečná komplexnost, kdy systém musí obsáhnout všechny cílové skupiny. To znamená, že se dokáže přizpůsobit všem druhům a stupňům závislosti. Dalším kritériem je provázanost, která má klientovi zajistit možnost přechodu mezi různými stupni systému. Důležitá je i efektivita, která by měla být pravidelně kontrolována. Efektivitu zajišťují systémové nástroje jako standardy odborné péče a podobně. Dále systém léčebné péče musí reagovat na prevalenci užívání v daném místě/státě a pro klienty být dostupný, do čehož se zahrnuje například i přizpůsobení pracovní činnosti zařízení (otevřeno večer, v noci) a jejich umístění (Kalina a kol. 2003).

3.1 Terénní programy a kontaktní centra

Terénní programy a kontaktní centra jsou takzvané nízkoprahové služby neboli harm reduction. Tyto služby se řídí Evropskou a Národní strategií protidrogové politiky (Kalina a kol. 2015). Terénní programy jsou velmi často úplně prvotní službou, se kterou se uživatel návykových látek potkává. Nejde o zařízení, do kterého by klient docházel, ale o službu, při které jsou klienti aktivně vyhledávání pracovníky. Kontaktní centra už jsou konkrétní zařízení, kam klienti přichází sami. Stejně jako u terénního programu jsou kontaktní centra určena spíše pro klienty, kteří ještě nejsou úplně motivováni k abstinenci, ale nějakým způsobem už začínají přemýšlet o změně. Tyto složky harm reduction mají podobné cíle a jednou z nejvýraznějších služeb, kterou poskytují, je výměna injekčního materiálu. Tím je cíleno především na snížení rizika přenosu hepatitidy B a C a HIV/AIDS, velkou výhodou je také výměna „čistých“ jehel za „špinavé“, čímž se zabrání odhazování nebezpečného náčiní v ulicích. Dále obě služby poskytují poradenství a snaží se pracovat s motivací klienta ke změně či k úplné abstinenci a celkově snižovat rizika užívání návykových látek (Kalina a kol. 2003). V roce 2018 bychom na našem území našli 107 nízkoprahových zařízení, a to konkrétně 53 terénních programů a 54 kontaktních center. Nejčastějšími uživateli, kteří navštěvují tato zařízení, jsou uživatelé pervitinu, dále opioidů a na třetím místě uživatelé konopných drog (Mravčík a kol. 2019).

3.2 Ambulantní péče

Ambulantní péče spočívá v pravidelném docházení do zařízení, což zajišťuje ponechání klienta v jeho přirozeném prostředí. Zde není nijak omezena cílová skupina, to znamená, že do ambulancí může přijít s problémem kdokoli. Nemusí jít ani o závislého uživatele, protože služby jsou poskytovány například i rodinným příslušníkům či kamarádům uživatele nebo experimentátorům s návykovými látkami. Někdy se v ambulancích setkáváme i s klienty, kteří mají léčbu nařízenou soudem. Jako prostředky léčby užívá ambulance individuální, skupinové i rodinné terapie, farmakoterapii a socioterapii, při které klientovi pomáhá se znovu začleněním do společnosti (Kalina a kol. 2003).

3.3 Denní stacionáře

Jedná se o střednědobou léčbu v rozsahu tří až šesti měsíců. Základem denního stacionáře je strukturovaný program. Tento program zahrnuje časový rozvrh, který je nutné dodržovat, pravidla pro klienty, rozmanitost programu a rozsah, kdy v pěti dnech musí proběhnout minimálně dvacet hodin tohoto programu. Součástí programu jsou různé pracovní a pohybové aktivity, kulturní akce a samozřejmě skupinové terapeutické aktivity. Cílem této služby je nejen abstinence od návykové látky, ale celková změna stylu života, zahrnující změnu pojetí vlastního já, vztahy, fungování ve společnosti, a v neposlední řadě také určité základní dovednosti, které mohou klientovi pomoci například při hledání zaměstnání. Klienti musí splňovat několik podmínek, aby se mohli denního stacionáře účastnit. Jedním z nejdůležitějších pravidel je, že klient musí mít zajištěno bezpečné bydlení, možnost se pravidelně dopravit do zařízení, klient musí být schopen spolupracovat a držet se pravidel. Do programu není možné přijmout klienty, kteří mají závažnější fyzické nebo psychické problémy (Kalina a kol. 2003; 2015). Problémem denních stacionářů je, že jsou v České republice poměrně novinkou a našli bychom je jen velmi málo. Například za rok 2018 bylo v takovémto typu zařízení léčeno pouze 28 uživatelů (Mravčík, 2019).

3.4 Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou zařízení zaměřená na odvykací stavy od návykových látek. Odvykací stav probíhá u každé závislosti odlišně, a u některých látek je jejich vysazení i život ohrožující. Detoxifikace je často vstupní branou do dalších služeb a často bývá pobyt v něm podmínkou pro další léčbu, například v ústavní nebo komunitní léčbě (Kalina a kol. 2015). Detoxifikační jednotky jsou buď součástí zdravotnického centra, nebo zařízení pro léčbu závislosti. Podle Dvořáčka (2005) všechny detoxifikační programy užívají tři přístupy a to psychoterapeutický, zdravotnický (farmakoterapie) a přístup sociální práce.

3.5 Střednědobá ústavní péče

Střednědobá ústavní péče bývá nejčastěji součástí psychiatrické nemocnice, a to po dobu tří až šesti měsíců. Stejně jako denní stacionáře klade důraz na strukturovaný program, jehož rozsah je minimálně dvacet hodin aktivit v pěti dnech. Ústavní péče často jako jeden z předních nástrojů užívá právě tento strukturovaný program spolu s celkovým režimem každého týdne i dne. Důležitá je v této službě také multidisciplinarita týmu, protože se zde kromě terapií (skupinová, partnerská, rodinná, pracovní) a sportu provádí i farmakoterapie, sociální práce a mnoho dalšího, což si samozřejmě žádá odborníky na danou problematiku. Cílem služby je dosáhnout úplné abstinence, změny životního stylu a celkové sociální rehabilitace (Kalina a kol. 2003).

3.6 Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je pobytovým zařízením, ve kterém klienti stráví obvykle půl roku až 18 měsíců. Klienti terapeutických komunit jsou nejčastěji uživatelé nealkoholových návykových látek s dlouhodobou střední až těžkou závislostí. V léčbě se kromě jiného klade důraz i na sebepojetí, vztahy, myšlení a chování. Celková rekonvalescence klienta spočívá právě v pobytu v komunitě, která funguje podle daných pravidel, režimu a na základě společných rozhodnutí (Kalina a kol. 2015). Strukturovaný program TK tedy zahrnuje kromě skupinových a rodinných terapií hlavně prvky, které mají co nejvíce připomínat běžný život, to znamená, že velká část programu je věnována pracím, které udržují komunitu v chodu. Patří mezi ně například příprava oběda, práce na zahradě, praní, úklid a mnoho dalšího. Pobyt v terapeutické komunitě je také rozdělen do čtyř fází. Začátkem je „nultá“ fáze, která trvá jeden měsíc. Stejně jako u ústavní léčby jde o fázi, ve které se klient seznamuje s chodem zařízení. Následuje fáze první trvající dva až tři měsíce, zde už je klient součástí komunity. Ve druhé fázi (3-6 měsíců) přebírá klient své odpovědné místo ve spolusprávě. Třetí fáze (1-3 měsíce) je konečným úsekem léčby, kdy si klient zřizuje následnou péči, práci a bydlení. O přechodu jednotlivých klientů mezi fázemi zpravidla rozhoduje celá komunita a na začátku i na konci je prováděn speciální rituál komunity (Šerá, 2015).

3.7 Následná péče a doléčování

Do cílové skupiny tohoto typu zařízení spadají klienti, kteří pokud možno mají za sebou alespoň tříměsíční abstinenci, absolvovali detoxifikaci a ambulantní či pobytovou léčbu. V následné péči se stejně jako v jiných službách pro uživatele uplatňuje psychoterapie, kromě ní je ve velké míře kladen důraz i na prevenci relapsu (Kalina a kol. 2003).

Zařízení se zaměřuje kromě abstinence klientů také na jejich zaměstnání, kvalifikaci, bydlení, rodinné/vztahové problémy, sociální normy, a tedy na celkovou stabilizaci – fyzickou, duševní a sociální (MPSV, 2005).

3.8 Chráněné bydlení a práce

Chráněné bydlení je přechodné ubytování poskytované klientům jako pomoc při stabilizaci, například po ukončení pobytové léčby. Ubytování je poskytováno maximálně na jeden rok a klienti si ho hradí buď částečně, nebo celé sami. Nejde pouze o prosté místo k bydlení, ale je zde nutné dodržovat i určitá pravidla, jedním z nich je například zákaz užívání a manipulace s drogami. S chráněným bydlením souvisí také chráněná práce, která má v podstatě stejný úkol v procesu resocializace. Tato služba má klientovi rozšířit a upevnit dovednosti a pomoci mu získat práci. Pracovní poměr trvá mezi čtyřmi měsíci a jedním rokem a obsahuje všechny náležitosti, které musí splňovat i běžné zaměstnání (Kalina a kol. 2003).

3.9 Substituční centra

V substitučních centrech se provádí nahrazování původní návykové látky za látku podobnou či stejnou. Největší rozdíl v těchto látkách je jejich bezpečnost, nahrazená látka je legální, nestojí nic nebo za ni dá klient jen malou částku, její účinky vydrží déle, je „čistá“, a tudíž se nemusíme bát ani nežádoucích částic a příměsí. Velkou výhodou je také způsob aplikace látky, nejen že je podávána pravidelně a před zdravotnickým personálem, navíc se užívá perorálně. Cílovou skupinu tvoří uživatelé opioidů, kteří nejsou z nějakých důvodů schopni absolvovat léčbu v jiném zařízení ze systému péče. Těmto klientům by měla substituce pomoci s celkovým zlepšením stavu (fyzický i psychický), se sociální stabilizací a s kontrolou nad užívanou substancí (Kalina a kol. 2015). Na území České republiky je pro substituční léčbu užíván metadon, v podobě roztoku a buprenorfin, ve formě tablet (Nechanská, 2014).

4 ADIKTOLOGICKÁ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA DĚTI

Mezi léty 2012 a 2014 vznikla pilotní studie mapující potřeby adiktologické péče o děti a dorost v Praze. Výsledky ukázaly, že dosavadní poskytované služby jsou nedostačující a to v případě pobytové i ambulantní léčby. Jedním z největších problémů je pak včasný záchyt rizikové skupiny mladistvých i dětí do patnácti let. Nedostatečná síť služeb také často zapříčiňuje, že děti plní léčbu ve vzdálených lokacích, což značně narušuje možnost práce s rodiči. Studie navrhovala rozšíření ambulantních služeb a denních stacionářů, které by umožnilo dětem plnit povinnou školní docházku a usnadnilo i kontakt s rodiči dítěte (Miovský a kol., 2014).

Velké nedostatky jsou také v detoxifikaci pro uživatele do devatenácti let. V České republice je momentálně pouze jedno zařízení, které detoxifikaci u dětí provádí a tím je Dětské a dorostové detoxifikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Zde podle údajů z roku 2011 absolvovalo detoxifikaci 592 dětských a dospívajících uživatelů. Z tohoto počtu bylo na 250 uživatelů detoxifikována od stimulantů, 116 od alkoholu, 84 přicházelo s kanabinoidy a zbylých 96 tvořily děti s kombinací psychoaktivních substancí. Co se týče záchytných stanic, které jsou zaměřeny především na akutní intoxikace způsobené alkoholem, i ty vykazují viditelné mezery. Ve Středočeském kraji bychom v roce 2011 našli stanice tři, ve většině ostatních krajů je pak stanice pouze jedna. Z necelých třiceti tisíc ošetřených v těchto stanicích bylo zaznamenáno na dva tisíce dětských a mladistvých intoxikovaných pacientů. Studie zaměřená na Prahu se také doptávala, kam jsou nejčastěji dětské klienty odesílány ze zařízení, která jim nejsou schopna poskytnout požadovanou péči. Výsledky shrnuje tabulka č. 3 (Miovský a kol., 2014).

Tabulka č. 3 – Nejčastější místa, kam jsou odesíláni dospívající a děti s adiktologickou problematikou

Kategorie	Frekvence	Procenta	
Validní odpovědi	Sananim	10	7,4
	PL Bohnice	2	1,5
	dětské psychiatrie (podle spádového obvodu)	20	14,8
	Ostatní (Drop In, PL Pod Petřínem, Magdalena, o. p. s.)	102	75,6
	Celkem	134	99,3
Bez odpovědi		1	0,7
Celkem dotazníků		135	100,0

4.1 Ambulance pro děti a dospívající

Adiktologická péče zaměřená na děti a dospívající je v kontextu utvářející se sítě odborných pracovišť velmi aktuálním tématem, ve kterém se setkává řada odborníků a oborů, jejichž cílem je péče právě o tuto cílovou skupinu. Podle pilotní studie z roku 2016 model ambulance sestává ze dvou oblastí, první je diagnostika a diagnostický filtr spolu s prací s motivací a druhou představuje léčba a rehabilitace. Diagnostika při vstupu do zařízení trvá zpravidla dva až čtyři měsíce, kdy se pracuje s pacientem a pokud to okolnosti dovolují, pak také s jeho rodinou. Probíhá zhodnocení motivace, práce s motivací a plánování dalších postupů. Léčba a rehabilitace pak probíhá po dobu čtyř měsíců až jednoho roku. Zařízení nabízí pro klienty několik možností výkonů, mezi které patří informační servis (konzultace, poradenství), nízkoprahový systém, pro méně motivované klienty (testování, harm reduction), case management, ambulantní adiktologická péče, jejíž součástí je kromě psychoterapie také farmakoterapie a socioterapie, dále arteterapie, individuální a skupinová práce a práce s rodinou. Mimo jiné může zařízení poskytnout například odpolední stacionární program, kdy jednou až dvakrát týdně probíhá skupinový program a v neposlední řadě také tréninkové a nácvikové programy, které pracují se stresem, agresí, emocemi a celkově se seberegulací klienta a s nácvikem komunikace, rolí atd. (Miovský a kol., 2016)

Mezi významná ambulantní zařízení patří například Adiktologická ambulance pro děti a dorost ADA+ Kladno. Jedná se o ambulanci, která byla založena v roce 2016 a zaměřuje se na populaci ve věku od 12 do 19 let. Pracuje se zde nejen s mladistvými uživateli, ale i s celou rodinou, takže kromě socioterapie, individuální a skupinové terapie a celkové diagnostiky se zde poskytuje i terapie rodinná a poradenství pro rodinu uživatelů. Dále probíhá spolupráce i s jinými institucemi, se kterými se tyto děti často setkávají, jako například škola, výchovný ústav a další. Kromě látkových závislostí, kde největší procento zastupují klienti užívající konopné drogy, se v ambulanci od roku 2017 řeší i závislosti nelátkové. Co se týče psychoaktivních látek, procentuální zastoupení léčených odpovídá rozšíření drog mezi mladistvými, to znamená, že za konopnými drogami bychom na dalších místech našli alkohol, pervitin a další nejčastěji užívané látky. (Štáfková, M, 2018) Tabulka č. 4 uvádí stručný přehled výkonu ambulance za rok 2017.

Tabulka č. 4 - přehled výkonu ambulance ADA+ Kladno (2017)

	ADA+		2017
	Ada+ děti	Ada+ rodice	CELKEM
počet registrovaných	104	174	278
počet skupin za rok	96	23	119
počet individuálů	2201	2013	4214
rodinná, párová terapie	274		274
komunitní setkání	5		5
počet klientů na skupinách za rok	576	161	737
jednorázové kontakty	21	11	32
počet akcí (výlety, aktivity, pobytové terapie)	10	4	14

Dalším zařízením je např. Sananim – Adiktologická ambulance pro mladistvé. Zde je léčba určena pro dospívající ve věku mezi 15 a 18 lety a stejně jako předchozí zařízení, i zde se klade důraz na práci s rodinou klienta. Obvykle klienti do ambulance dochází po dobu devíti měsíců až jednoho roku. Pro klienty, kterým nevyhovuje žádné ze zařízení systému léčebné péče a to ani ambulance, zřídil Sananim i Case management pro mladistvé (Petrošová, Rataj 2018). Kromě těchto služeb zaměřených přímo na dospívající založil Sananim v roce 2016 také ambulanci pro gambling. V reakci na narůstající problém s patologickým hráčstvím mezi mladistvými je v zařízení spodní hranice věku klientů 15 let (Ambrož, 2018).

Za zmínku jistě stojí i ambulance Prev-Centrum, kde bychom kromě ambulantní služby našli i nízkoprahové zařízení pro děti. Ambulance i nízkoprah jsou určeny pro děti od 10 do 20 let.

4.2 Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA)

ADDA vznikla v reakci na rostoucí čísla dětských a mladistvých uživatelů psychoaktivních látek a také na základě studií potvrzujících nedostatečnost péče o tuto cílovou skupinu. Vedením Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze byl zhotoven předběžný model léčby a za podpory Všeobecné zdravotní pojišťovny a Magistrátu hlavního města Prahy byl následně schválen, což umožnilo zahájení pilotního projektu, jehož úkolem bylo ověřit provoz zařízení. (Miovský a kol., 2016)

Pilotní projekt se nezaměřoval jen na testování modelu léčby, ale i na složení pracovního týmu, ekonomickou stránku zařízení nebo na určení cílové skupiny. Výsledky projektu ukázaly model jako dobře zvolený. Na začátku byly odkryty mírné nedostatky ekonomického zaštitění ambulance, což napomohlo brzkému uchopení problému a nalezení řešení ve spolupráci s ambulancemi pro dospělé, ve smyslu spojení těchto zařízení, nebo ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami. Cílovou skupinou se díky projektu staly děti do 15 let a dospívajícím do 18 let věku, kteří se potýkají s problémem s psychoaktivními látkami, nebo s nelátkovými závislostmi (Miovský, Popov, 2016).

V současné době se ADDA zaměřuje na užívání drog, nelátkové závislosti, komorbidity a ochrannou léčbu, a to s experimentujícími, škodlivě užívajícími, problémovými uživateli a závislými klienty. Mezi poskytovanými službami je například komplexní diagnostika, krátká intervence, předávání informací, sociální práce, individuální poradenství, farmakoterapie, skupinová terapie, práce s rodinou a blízkými osobami, ergoterapie a další. Za rok 2019 službu využilo 93 pacientů ve věku mezi 12-19 lety (67 chlapců a 26 dívek). Z tohoto počtu ambulanci navštívilo 8 pacientů pro alkohol, 4 pro pervitin, 15 kvůli konopných drogám, 15 pro kombinaci více látek či závislostí, 21 kvůli nelátkovým závislostem a 19 z jiného důvodu (Šťastná, 2020).

4.3 Práce s dětmi a dorostem v adiktologických službách

4.4 Krátká intervence

V případě této cílové skupiny probíhá první kontakt podobně jako s dospělými, přesto je možné nalézt jisté rozdíly. Přístup se liší podle věku a to zda se jedná o děti do patnácti let, o dospívající mezi patnáctým a osmnáctým rokem nebo o osmnáctileté. Při identifikaci problému u osmnáctiletých se provádí krátký screening, co, jak často a při jakých situacích užívá a postup se příliš neliší od starších uživatelů. U dětí do patnácti let, je stav posuzován podrobněji, tedy konkrétně některé aspekty. Kromě psychické a tělesné zdravotní stránky se řeší především otázka sociální péče, vzdělání, a rodinné situace. Mladiství nad patnáct let věku jsou podrobováni podrobnějšímu screeningu, například rozšířené krátké intervenci. Dále se zde také hodně pracuje s motivací klienta zaangažovat do procesu rodiče (Gilvarry a kol., 2012).

4.4.1 Používané dotazníky při krátké intervenci

- **AUDIT** – deset otázek zaměřených na alkohol, pro mladistvé ve věku mezi 14 a 18.
- **SASQ** – alkohol
- **CRAFFT** – dotazník pro dospívající zaměřený na nelegální drogy a alkohol (**Car**-řízení pod vlivem, **Relax** – užívání k relaxaci, **Alone** – užívání o samotě, **Forget** – zapomnětlivost, díky droze, **Friends** – přátelé/rodinní příslušníci řekli, že má problém, **Trouble** – potíže po požití)
- **SQIFA** – duševní zdraví a užívání psychoaktivních látek
- **MASQ** – 5 otázek týkajících se nelegálních látek, 3 o kouření tabákových výrobků (Gilvarry a kol., 2012)

4.4.2 Další screeningové dotazníky

- **CAGE** – 4 krátké otázky ohledně pití alkoholu, určen pro osoby starší šestnáct let (**Cut** – snaha přestat, **Annoyed** – zda má okolí problém s jeho/jejím pitím, **Guilt** – vina kvůli pití, **Eye-opener** – pití ráno pro zahnání kocoviny)
- **CIAS** – 26 otázek vyšetřující závislost na internetu
- **SURPS** – dotazník zkoumající osobnostní rysy, které mohou představovat riziko v otázce užívání psychoaktivních látek
- **KLIT** – 27 otázek určených pro žáky a studenty základní a střední školy, měří klima třídy (vztahy, ne/zájem o školu, sebeprosazení atd.)
- **Škála prokrastinace (Lay)** – určena pro studenty středních a vysokých škol
- **ESPAD**
- **MODOŠ, SOCIOklima** – další dotazníky určené pro školy (Nevoralová, 2012)

4.5 Terapie

Nejčastěji využívané terapie:

- **KBT** – (Kognitivně – behaviorální terapie) užívá se nejčastěji u mladistvých uživatelů, které mimo problému s drogami řeší také potíže s úzkostmi nebo depresemi.

- **DBT** – (Dialekticky – behaviorální terapie) pro mladé dospělé, zaměřená na sebe-monitorování a strategie řešení problémů.
- **MST** – (Multi-systematická terapie) probíhá v domácím prostředí, proto je určena pouze pro klienty s rodinným zázemím
- **Systematická** – intervence orientovaná na rodinu, nejčastěji užívaná u mladistvých uživatelů, které sužují kromě drog také psychosociální problémy.
- **MDFT** – (Multidimensionální rodinná terapie) probíhá v komunitě i v domácím prostředí, velice intenzivní, pracuje na několika funkčních oblastech.
- **AMBIT** – Integrativní terapie, která pracuje na mentalizaci dospívajícího. Je určena především mladistvým užívajícím návykové látky, kteří současně trpí psychickými nebo rodinnými potížemi, řeší problémy se zákonem či se vzděláním.
- **Sociálně – ekologická intervence** – probíhá ve skupině uživatelů s psychosociálními potížemi, užívá přístup oceňujícího-dotazování. (Gilvarry a kol., 2012)

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Cíle výzkumu

Cílem bakalářské práce je popis prostředí, ze kterého pochází děti a mladiství, docházející do Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie VFN v Praze. Konkrétně výzkum sleduje rozvodovost, úplnost rodin a konflikty vyskytující se v rodinách. Dalším sledovaným aspektem prostředí je přítomnost uživatele návykových látek ve společné domácnosti s pacientem. Na závěr by měl výzkum shrnout společné aspekty z domácnosti dětských a mladistvých uživatelů navštěvujících ambulanci.

5.2 Výzkumné otázky

- Kolik pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie pochází z rozvedené rodiny?
- Kolik z těchto dětských/ mladistvých uživatelů návykových látek žije v domácnosti s uživatelem NL?
- Ve kterých aspektech prostředí jsou rodiny pacientů zařízení ADDA podobné?

5.3 Výzkumný soubor

Soubor tvořilo 121 pacientů Ambulance dětské a dorostové adiktologie, kteří v letech 2015-2019 vyplnili Strukturovaný anamnestický list. Jednalo se o pacienty do 18 let věku, kteří do ambulance přicházejí s problémem s návykovými látkami či s nelátkovou závislostí. Z počtu 121 zkoumaných pacientů bylo 85 chlapců a 35 dívek (1 bez uvedeného pohlaví pacienta). Věkový průměr pacientů je 15,1171. Nejvíce je zastoupena věková kategorie 15-17 let. Jen u tří pacientů byla uvedená jiná než česká národnost. Nejčastěji pacienti navštěvují ambulanci z důvodu problémů s PC hrami/mobilem/internetem/gamblingem (31 pacientů), s THC (25 pacientů), pervitinem (15 pacientů), alkoholem (7 pacientů), tabákem/nikotinem (5 pacientů) a extází (1 pacientů).

Data pro výzkum byla čerpána ze Strukturovaného anamnestického listu pro rodiče (SAL), který vyplňují rodiče při příchodu dítěte do zařízení.

5.4 Popis metod a jejich aplikace

Výzkumnou metodou byla popisná statistika, zaměřená na popis pacientů ADDA. Informace získané z dotazníku SAL, který vyplňují rodiče při vstupu potomka do zařízení, byly přehledně rozděleny podle četnosti do tabulek a grafů.

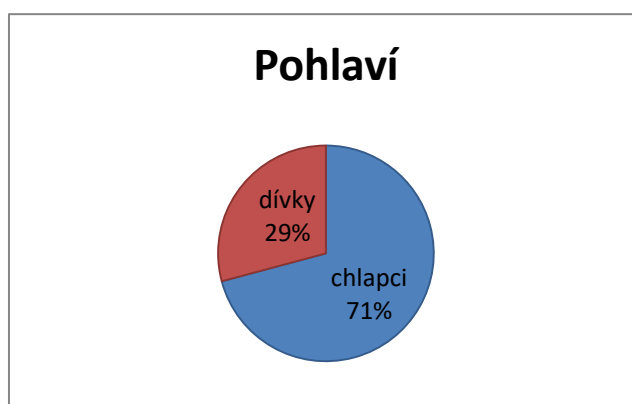
5.5 Etika

Informace a údaje ve strukturovaných dotaznících, které by mohly napomoci odhalení identity pacientů, byly pracovníky ambulance skryty ještě před tím, než jsem s nimi začala pracovat. To znamená, že nebylo možné identifikovat žádné z pacientů a byla tak zachována jejich anonymita. Současně zákonný zástupce nezletilého pacienta při vstupu do ambulance a před vyplněním SAL dává souhlas se zpracováním těchto údajů pro studijní účely. Studie byla předložena etické komisi VFN k posouzení.

6 VÝSLEDKY

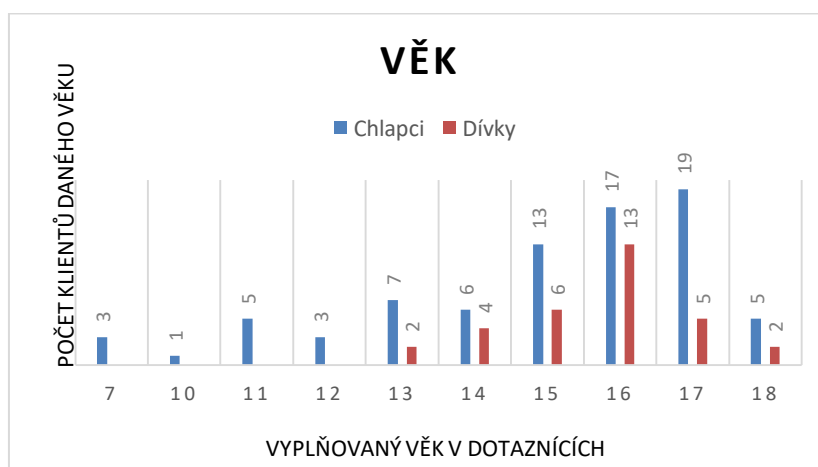
Pro zpracování výsledků mi byly poskytnuty strukturované anamnestické listy pro rodiče (SAL) a to v konečném počtu 121 klientů. Dva dotazníky bylo nutné vyřadit, neboť v obou případech chyběly pacientovy základní informace jako věk, pohlaví či identifikační kód. Jednu z prvních otázek týkající se pohlaví vyplnili všichni z dotazovaných, až na jednoho. Z počtu 120 zodpovězených tedy bylo 85 chlapců a 35 dívek. Jak je tedy na první pohled jasné i z grafu č. 3, chlapců navštěvujících ambulanci dětské a dorostové adiktologie je podstatně více.

Graf č. 3 – pohlaví pacientů ADDA



Co se týče věku klientů, můžeme říct, že věkový průměr těch, kteří na otázku odpověděli (111), je 15,1171. Nejvíce je zastoupena věková kategorie 15-17 let. Z grafu č. 4 je také patrné, že v této otázce můžeme najít rozdíly i mezi pohlavími, kdy děvčata se řadí do skupiny spíše starších, a pod 13 let se se žádnou nesetkáváme. Nejmladším klientům kliniky je 7 let a našli bychom tu celkem tři takto staré chlapce.

Graf č. 4 – věk pacientů ADDA



V základních otázkách týkajících se osobních údajů klienta se kromě věku a pohlaví dotazník SAL táže na zemi narození klientů (tabulka č. 5). Zde téměř všichni (109) odpověděli Českou republiku. Jednou bychom však našli také Spojené státy americké, Slovensko nebo Izrael.

Tabulka č. 5 – země narození pacientů ADDA

Země narození pacienta	
ČR	109
IL	1
SR	1
USA	1
Celkový součet	112

Další částí dotazníku je adiktologická anamnéza. V první části si respondenti vybírali z tabulky buď PC hry/gambling nebo některou z návykových látek a měli doplnit iniciaci, tedy kdy poprvé dítě s problémovým chováním vůči PC nebo návykovým látkám začalo, dále jak dlouho tento stav trvá, zda byl přítomen i v posledních 30 dnech, a nakonec u návykových látek také formu aplikace.

První kolonkou jsou PC hry/gambling. Průměrný věk iniciace problémového hráčství pacientů je 10, 2934 let. Nejvíce respondentů uvedlo věk „12 let“ (9), „13 let“ (8) a dále „8 a 9 let“ (obojí šestkrát) a „10 let“ (5). Ostatní nebyly příliš početně v dotaznících zastoupeny, ale pro představu je shrnuje tabulka č.12. Co se týče celoživotní prevalence, zde se nejčastěji objevovala odpověď „2 roky“ (6) a „3 roky“ (5) (tabulka č. 6). Hraní v posledních 30 dnech potvrdilo 18 respondentů.

Tabulka č. 6 – problémy pacientů s PC hry /Gambling

Věk, kdy poprvé	Počet dětí	Celoživotně	Počet dětí
2,5 roku	1	0,4 roku	1
5 let	1	1 rok	2
6 let	3	1,5 roku	1
7 let	2	2 roky	6
8 let	6	3 roky	5
9 let	6	4 roky	2
10 let	5	5 let	3
11 let	1	7 let	2
12 let	9	11 let	2
13 let	8		
14 let	2		
15 let	1		
16 let	1		

Následuje užívání alkoholu, zde je průměrný věk iniciace 13,3245 let. Nejčastějším uváděným věkem bylo „14 let“ (15), „15 let“ (12) a „13 let“ (10). Celoživotní prevalence pití alkoholu byla nejčastěji „2 roky“ (6) a „4 roky“ (4). Pití alkoholu za posledních 30 dní uvedlo 14 respondentů. Forma aplikace, pokud byla vyplněna, byla vždy „ústy“. Podrobněji shrnuje tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 – problémy pacientů s alkoholem

Věk, kdy poprvé	Počet dětí	Celoživotně	Počet dětí
5 let	1	1 rok	2
8 let	1	2 roky	6
10 let	2	3 roky	2
11 let	3	4 roky	4
12 let	9	5 let	1
13 let	10	7 let	1
14 let	15	9 let	1
15 let	12		
16 let	5		

U cigaret je průměrný věk iniciace 13, 575 let, nejčastěji klienti začínali kouřit ve 14 a 15 letech. Celoživotní prevalence byla uvedena jen málo, nejčastěji byla „2 roky“ (4), vše podrobněji shrnuje tabulka č. 8. Sedm respondentů uvedlo kouření cigaret v posledních 30 dnech. Jako forma aplikace bylo vždy uvedeno „kouření“.

Tabulka č. 8 - problémy pacientů s cigaretami

Věk, kdy poprvé	Počet dětí	Celoživotně	Počet dětí
9 let	3	2 roky	4
12 let	1	3 roky	2
13 let	4	8 let	1
14 let	8		
15 let	7		
17 let	1		

Následuje marihuana/hašiš, kde průměrný věk iniciace činí 13, 0636 let. Podle výsledků děti ze zařízení nejčastěji začínají s marihuanou v 15 (18) a 14 letech (14). Nejčastěji uváděnou celoživotní prevalencí byly „2 roky“ (5) a „3 roky“ (4). Užití za posledních 30 dní potvrdilo 16 respondentů. Podrobněji tabulka č. 9.

Tabulka č. 9 – problémy pacientů s marihuanou, hašišem

Věk, kdy poprvé	Počet dětí	Celoživotně	Počet dětí
10 let	2	0,5 roku	1
11 let	2	1 rok	2
12 let	6	2 roky	5
13 let	7	3 roky	4
14 let	14	4 roky	2
15 let	18	5 let	1
16 let	5	7 let	2
17 let	1		

V případě MDMA, extáze se již počty respondentů snižovaly. Iniciaci uvedlo jen 18 respondentů a průměrný věk je 15,3888 let (tabulka č. 10). Celoživotní prevalence se objevila jen u tří z uživatelů, a to konkrétně třikrát „1 rok“. Užití za posledních 30 dní nebylo uvedeno ani jednou.

Tabulka č. 10 – problémy pacientů s MDMA, extází

Věk, kdy poprvé	Počet dětí
13 let	1
14 let	1
15 let	10
16 let	3
17 let	2
18 let	1

Stimulancia (pervitin) měla podobné výsledky jako předchozí MDMA, extáze. U většiny dětí byla iniciace spojena s 15 rokem věku, průměrný věk všech respondentů pak činil 14,8846 let (tabulka č. 11). Na celoživotní prevalenci odpovědělo jen 10 respondentů, nejvíce byla zastoupena odpověď „1 rok“ a to celkem pětkrát, dále „3 roky“ (2) a „2 roky“ a „2 měsíce“ každý jednou. Šest respondentů uvedlo, že dítě užilo látku v posledních 30 dnech. Jako forma aplikace bylo 13krát uvedeno „šňupání“ a 4krát „nitrožilní aplikace“.

Tabulka č. 11 – problémy pacientů se stimulací (pervitin)

Věk, kdy poprvé	Počet dětí
11 let	1
13 let	2
14 let	6
15 let	10
16 let	4
17 let	2
18 let	1

Užívání halucinogenů (LSD) uvedlo jen 5 respondentů. Průměrný věk iniciace byl 14, 6666 let. Odpověď „15 let“ byla uvedena třikrát a odpovědi „13, 14, a 16 let“ každá jednou. Celoživotní prevalenci neuvedl nikdo z respondentů, naopak užití v posledních 30 dnech bylo potvrzeno ve 3 případech. Forma aplikace byla vždy „ústí“.

Užívání těkavých látek bylo uvedeno dvakrát. V prvním případě byla iniciace ve 12 letech, ve druhém ve 13 letech. Celoživotní prevalence chybí, užití v posledních 30 dnech potvrdil jeden respondent.

Heroin uvedl jeden respondent s iniciací ve věku 14 let. Další informace k užívání heroinu nebyly vyplněny ani jedním z dotazovaných.

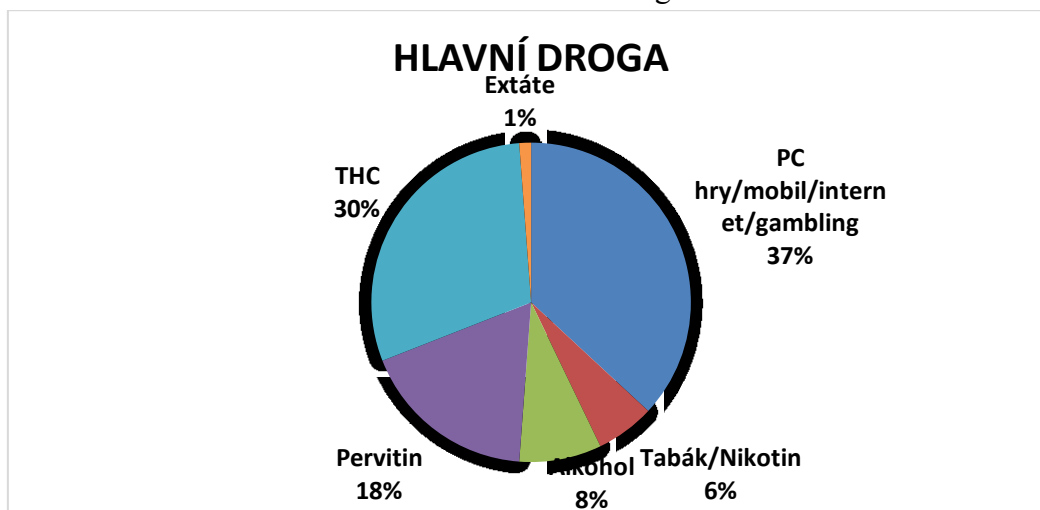
Metadon/subutex zůstal ve všech dotaznících nevyplněn. Otázka na „jiné opiáty (např. buprenorfin, kodein, morfin, ...)“ získala jednu odpověď, a to konkrétně iniciace jednoho z respondentů ve 14 letech. I zde další informace chybí.

Tlumivé látky (Xanax, Diazepam, Rohypnol, ...) uvedlo 11 respondentů, průměrný věk iniciace činil 14, 9090 let, kdy 7 respondentů uvedlo věk „15 let“. V celoživotní prevalenci se objevily dvakrát „2 roky“ a jednu „1 rok“. Užití v posledních 30 dnech uvedli dva dotazovaní. Forma aplikace byla ve všech případech „ústí“.

U kokainu byla uvedena pouze jedna odpověď, a to počátek užívání ve 14 letech. Poslední částí otázky bylo „užívání více než jedné látky denně“. Zde odpovědělo 6 respondentů, průměrný věk iniciace byl ve 13, 8333 letech. Dva respondenti potvrdili tento stav i v posledních 30 dnech.

Na závěr této sekce se dotazník ptá po hlavní droze (graf č. 5). Několik respondentů uvedlo více látek současně, po rozdělení vychází, že odpověď „PC hry/mobil/internet/gambling“ uvedlo 31 dotazovaných. Na druhém místě bylo „THC“ s 25 respondenty, dále „pervitin“ 15, „alkohol“ 7, „tabák/nikotin“ 5 a nakonec „extáze“ 1.

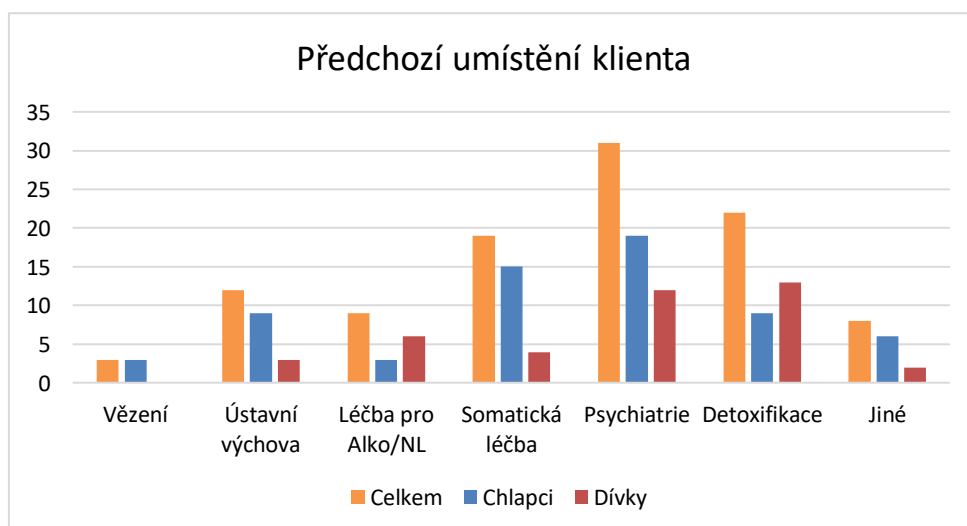
Graf č. 5 – hlavní droga



Dále dotazník zjišťuje, kolik z pacientů se již dříve pokoušelo o abstinenci. Na otázku odpovědělo 69 dotazovaných a z nich 29 kladně, tedy že se o abstinenci již pokoušeli. Nejčastějším důvodem návštěvy ambulance je problémové hraní na počítači či THC, tedy F63.0 a F12.2.

Další otázka mapuje, zda klient či klientka již byli umístěni v nějakém zařízení. Zde se objevily 104 odpovědi (graf č. 6). Mezi nejčastějšími odpověďmi se objevuje „psychiatrická léčba“, „detoxifikace“ a „somatická léčba“. V možnosti „jiné“ vyplňující uváděli například: „Středisko výchovné péče“ (5) a „denní stacionář“ (2).

Graf č. 6 – předchozí umístění klienta ADDA v jiném zařízení



Pro lepší srozumitelnost prezentovaných dat přikládám ještě níže tabulku č. 12.

Tabulka č. 12 - předchozí umístění klienta ADDA v jiném zařízení

	Chlapci	Dívky	Celkem
Vězení	3	0	3
Ústavní výchova	9	3	12
Léčba pro alkohol/drogy	3	6	9
Somatická léčba	15	4	19
Psychiatrická léčba	19	12	31
Detoxifikace	9	13	22
Jiné	6	2	8

Jako další se dotazník SAL zabývá psychickým stavem a anamnézou klientů. První otázka zjišťuje, zda bylo dítě léčeno pro psychiatrické (duševní) potíže a pokud ano, zda šlo o lůžkovou (pobytovou) nebo ambulantní léčbu. Součástí otázky je také četnost těchto léčení. Léčba pro psychiatrické potíže prováděná pobytovou formou byla zaznamenána u 33 dětí, z nich bylo 18 chlapců a 15 dívek. Nejčastější odpovědí z hlediska četnosti těchto pobytů byla uváděna možnost „jednou“ (u devatenácti případů) a „dvakrát“ (u jedenácti případů). Léčbu prováděnou formou ambulantní pak uvedlo 35 respondentů, z nichž bylo 26 chlapců a 9 dívek. I u této možnosti byla nejčastější četnost „jednou“ (u dvanácti případů) a možnost „dvakrát“ (u deseti případů). U léčby ambulantní formou však bylo rozpětí návštěv širší a objevovaly se i varianty: „Patnáctkrát“, „desetkrát“, „pravidelně“ nebo „2 roky“. Přehledněji tuto otázku shrnuje tabulka č. 13.

Tabulka č. 13 – léčba pacientů ADDA pro duševní potíže – Ambulantní/lůžková

	CHLAPCI	DÍVKY	CELKEM
Psychiatrické potíže - léčba LŮŽKOVĚ	18	15	33
Psychiatrické potíže - léčba AMBULANTNĚ	26	9	35

Následující otázka se zaměřuje na druh řešených psychiatrických potíží (tabulka č. 14). Zde bychom na předních pozicích našli odpovědi „stavy, při nichž se těžko něco chápalo, nesoustředilo se, nepamatovalo si“ (28), „předpis psychiatrických léků“ (27), „těžké stavy úzkosti“ (26), „neschopnost ovládat se“ (26) a „vážná deprese“ (22). Za zmínku stojí jistě i možnost „myšlenky na sebevraždu“, „sebevražedný pokus“ a „sebepoškozování“, kdy každá z nich přesáhla deset respondentů.

Tabulka č. 14 – druh řešených psychiatrický potíží pacientů ADDA

	Chlapci	Dívky	Celkem
Vážná deprese	12	10	22
Těžké stavy úzkosti	16	10	26
Sebeпоškozování	5	6	11
Halucinace (hlasy)	1	3	4
Neschopnost ovládat se	18	8	26
Sebevražedný pokus	5	7	12
Psychiatrické léky	17	10	27
Myšlenky na sebevraždu	6	10	16
PPP	4	5	9
Nesoustředění se, výpadky paměti	20	8	28

Dále se dotazník zabývá právním postavením, a tedy právními postihy klientů. Nejprve se táže, zda bylo dítě zadržované či vyšetřované v souvislosti s různými trestnými činy. Zde se z celkového počtu respondentů objevila 6krát odpověď „krádež“ a to jen u chlapců (u dívek ani jednou), na dalším místě byl „prodej drog“ (3 chlapci a 2 dívky), třetí pak „jiný trestný čin“, který byl označen u 3 chlapců a 1 dívky. U této odpovědi vyplňovali respondenti vlastní možnosti, a to konkrétně například „agresivita“, „vyhrožování po internetu“ a další. Možnost vyšetřování pro „násilný čin (vloupání, ublížení na zdraví, zabití, znásilnění)“ byla zvolena jen u jednoho chlapce.

Druhá otázka tohoto odvětví se táže, zda je momentálně dítě v podmínce, zda ho čeká trestní řízení nebo nástup trestu, nebo zda má soudně nařízenou léčbu. Na otázku odpovědělo 97 respondentů, 90 záporně a 7 kladně. Ze 7 kladných odpovědí 4 patřili chlapci a 3 dívky.

Následující oddíl dotazníku se zaměřuje na rodinnou anamnézu klientů. První otázka se ptá po úplnosti rodiny (tabulka č. 15). Z celkových 112 odpovědí 47 respondentů zvolilo možnost, že klient pochází z rodiny „úplné“ (36 chlapci a 11 dívky), 41 z „neúplné“ rodiny (25 chlapců a 16 dívek), zbylých 24 odpovědí patřilo třetí možnosti, tedy že jde o rodinu „doplněnou o partnera“ (17 chlapců a 7 dívek).

Tabulka č. 15 – podoba rodiny, ze které pacient ADDA pochází

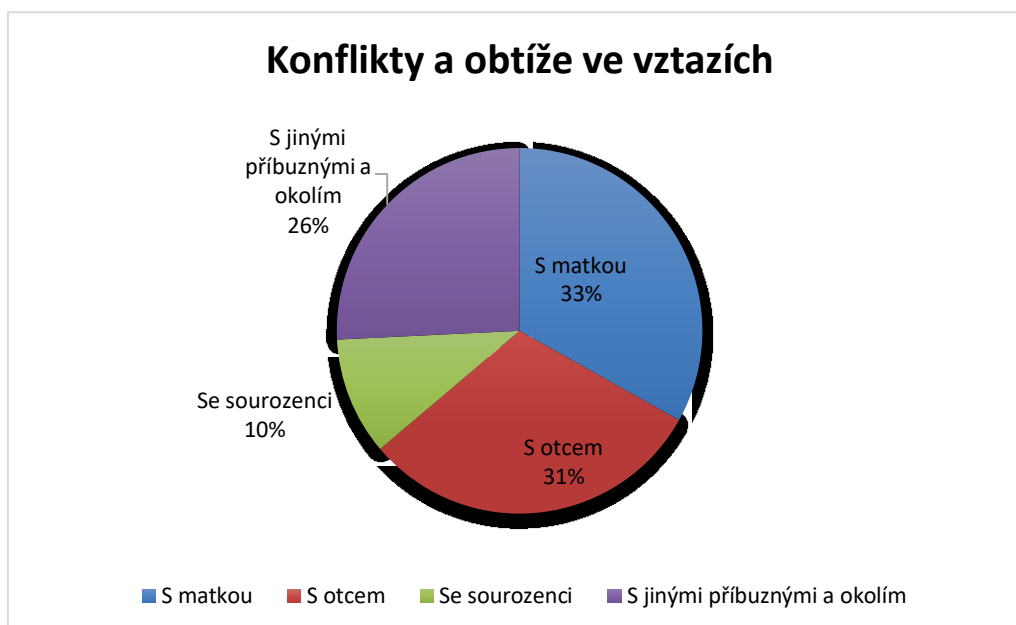
RODINA	Chlapci	Dívky	Celkem
Úplná	36	11	47
Neúplná (chybí rodič)	25	16	41
Doplněná (nový partner v domácnosti)	17	7	24
Celkový součet	78	34	112

Dále zjišťujeme, s kým klienti ambulance žijí ve společné domácnosti. Variantu s „rodiči“ zaškrtnulo 54 respondentů, „s matkou“ 46, variantu „s otcem“ 11, 30krát se objevila možnost „se sourozenci“. Ostatní odpovědi bychom našli jen zřídka, patří mezi ně „partner“ (8), „střídavá péče“ (6), „prarodiče“ (5) a „chráněné prostředí“ (2).

Následující otázka se týká rodičů klientů. V první části měli vyplňovat věk, kdy na věk matky odpovědělo 62 dotazovaných, průměrný věk matek je 44, 6290 let, na věk otců odpovědělo 55 respondentů a jejich průměrný věk je 46, 5636 let. Ve druhé části měli rodiče vyplnit své zaměstnání. Objevilo se mnoho různých odpovědí, u matek se však nejvíce opakovaly tyto: „OSVČ, prodavačka, zdravotní sestra, právnička, mateřská dovolená, učitelka, lékařka,“ atd. U otců: „Podnikatel, IT, lékař, OSVČ, dělník, pracovník v gastronomii, právník, technik,“ a další.

Další otázka se týká konfliktů a obtíží ve vztazích, tedy konkrétně s kým je děti zažívají (graf č. 7). Nejčastější odpovědí byla možnost „s matkou“ (54), dále s „s otcem“ (50), „s jinými příbuznými a okolím“ (42) a nakonec „se sourozenci“ (17).

Graf č. 7 – konflikty pacientů ADDA s blízkým i širším okolím



Následující otázka se znovu zabývá prostředím, ve kterém dítě žije. Fakt, že dítě žije s člověkem, který má problém s alkoholem uvedlo 7 respondentů. Přítomnost člověka s aktuálním problémem s drogami v domácnosti klienta uvedlo 6 dotazovaných, přítomnost někoho, kdo v minulosti bral drogy zaškrtnulo 10 osob.

Předposlední otázka části rodinné anamnézy zjišťuje, jaká jsou ohrožení rodiny dítěte. Zde se 18krát objevila „závislost“, dále „dluhy“ (16), „ztráta bydlení“ (11) a „nezaměstnanost“ (10). Za nimi pak už s menším počtem odpovědí „chudoba“ a „zdravotní znevýhodnění“ (obě 9), „jazykové znevýhodnění“ (8), a „prostituce“ (3).

Poslední otázka je z této části nejdelší, a ptá se na přítomnost problému s alkoholem, drogami a psychické potíže u rodinných příslušníků klienta ambulance (tabulka č. 16). První se zjišťuje problematika z otcovy strany, kde nejvýraznější zastoupení ze všech tří kritérií dosáhl „otec klienta“ (alkohol 19, drogy 12, psychické potíže 15). Významnější čísla se také objevila u „prarodičů a užívání alkoholu“ (dědeček 8, babička 7).

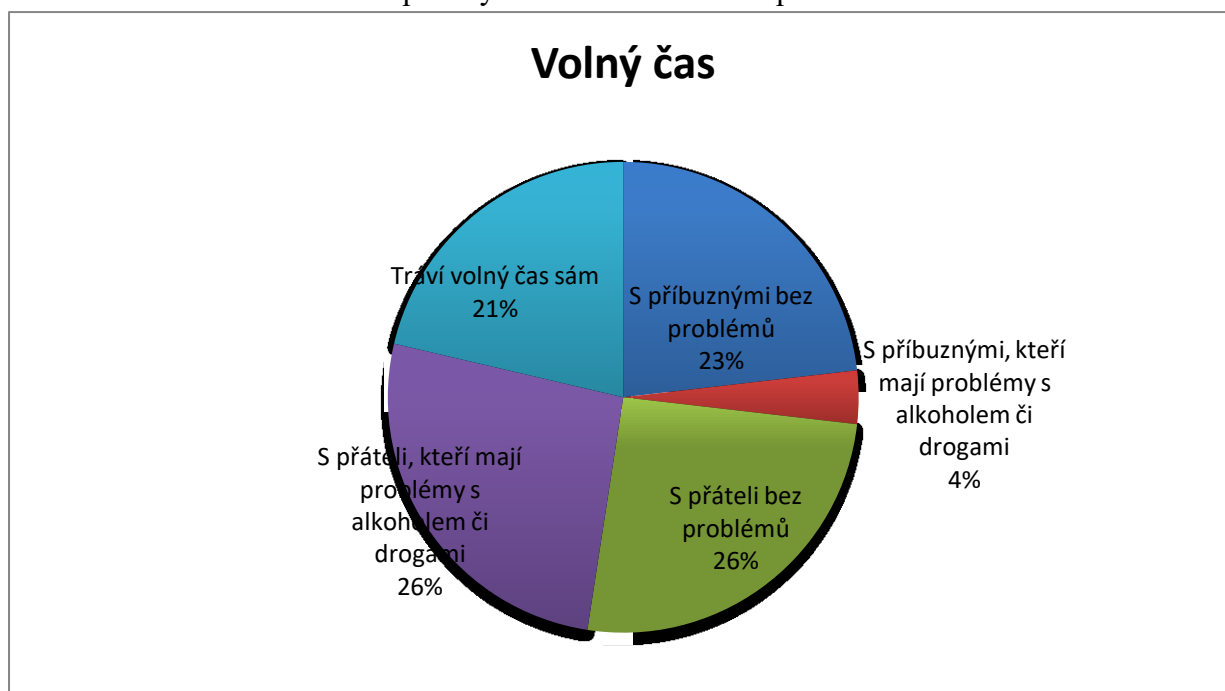
Podobné výsledky byly i na straně matek, kdy samotné matky měli ve všech tří kritériích nejvíce potvrzených odpovědí (alkohol 15, drogy 7, psychické potíže 13). U třetí části zaměřené na sourozence byla nejvyšší čísla u kolonky „bratr 1“ (alkohol 5, drogy 10, psychické potíže 5).

Tabulka č. 16 - problémy s alkoholem, drogami a psychiatrické potíže vyskytující se v rodině pacienta

Z OTCOVY STRANY	Alkohol	Drogy	Psychické potíže
Otec	19	12	15
Babička	7	0	2
Dědeček	8	0	2
Teta	0	0	1
Strýc	3	1	2
Jiní	0	0	0
Z MATČINY STRANY	Alkohol	Drogy	Psychické potíže
Matka	15	7	13
Babička	4	2	6
Dědeček	5	0	1
Teta	0	0	2
Strýc	2	0	0
Jiní	1	1	1
SOUROZENCI	Alkohol	Drogy	Psychické potíže
Bratr 1	5	10	5
Bratr 2	0	0	3
Sestra 1	0	4	1
Sestra 2	0	0	0
Nevlastní sourozenec	0	0	0

Navazující část dotazníku se zabývá sociálními vztahy dítěte. První otázka této sekce se ptá, s kým dítě tráví volný čas (Graf č. 8). Výsledky jako dvě nejčastější odpovědi ukázaly možnosti: „S přáteli, kteří mají problém s alkoholem či drogami“ (celkem 43, 26 chlapců a 17 dívek) a „S přáteli bez problémů“ (celkem 42, 32 chlapců a 10 dívek). Na dalších místech bychom pak v tomto pořadí našli odpovědi „S příbuznými bez problémů (celkem 38, 26 chlapců a 12 dívek), „Tráví volný čas sám“ (celkem 35, 25 chlapců a 10 dívek) a na poslední pozici „S příbuznými, kteří mají problém s alkoholem či drogami (celkem 6, 6 chlapců a žádná dívka).

Graf č. 8 – způsoby trávení volného času pacientů ADDA



Druhá otázka je zaměřená na názor vyplňujícího tedy hlavně na názor rodičů a zjišťuje, zda jim vyhovuje, s kým dítě čas tráví. Zde 65 odpovědí bylo kladných, 35 záporných a 8krát se objevila možnost „Je to jedno“.

Třetí z této sekce se táže na počet blízkých přátel dítěte. Nejčastější zapsané odpovědi byly „0“, která se objevila 13krát a dále od jednoho do tří přátel, kdy se každá z těchto odpovědí objevila cca 20krát. Odpověď „4“ najdeme devětkrát, „5“ pak desetkrát, vyšší čísla se již objevovala jen zřídka.

Poslední otázka týkající se sociálních vztahů zjišťuje, s kým mělo dítě během svého života blízký vztah. V této otázce výrazně převažovala odpověď „S matkou“, která byla zaškrtnuta 84krát (55 chlapci a 29 dívky), dále varianty „S otcem“ a „S bratrem či sestrou“ nasbíraly každá 58 respondentů. Blízký vztah „S otcem“ byl zvolen u 38 chlapců a 20 dívek, „S bratrem či sestrou“, pak u 37 chlapců a 21 dívek. Celou otázku přehledněji shrnuje tabulka č. 17.

Tabulka č. 17 – blízký vztah pacientů ADDA k nejbližšímu okolí

Blízký vztah	Chlapci	Dívky	Celkem
S matkou	55	29	84
S otcem	38	20	58
S bratrem či sestrou	37	21	58
Se sexuálním partnerem	11	11	22
Se spolužákem	17	14	31
S přítelem/přítečkyní	20	14	34

Další oddíl otázek se zabývá školou. První otázka zjišťuje, jaký ročník dítě navštěvuje. Z 93 dětí, u kterých byla informace vyplněna, se objevila odpověď „1. ročník“ 24krát, „2.ročník“ pak 18krát, dále byl nejvíce zastoupen „9.ročník“ (12), „8.ročník“ (11) a „3.ročník“ (9). Další odpovědi jako „5.,6. a 7. ročník“ se objevily u každé asi pětkrát. Pro upřesnění, jakou školu děti studují je zahrnuta další otázka (tabulka č. 18). Podle ní se ukazuje, že 45 dětí ze 104 navštěvuje základní školu, 40 střední školu s maturitou, 11 střední školu a střední odborné učiliště bez maturity, u 8 dětí byla zvolena možnost „jiné“, kde bylo šestkrát uvedeno „osmileté gymnázium“ a jednou „základní škola pro děti s poruchami chování a učení“.

Tabulka č. 18 – typy škol, které pacienti ADDA navštěvují

Typ navštěvované školy	Popisky sloupců		Celkem
	Chlapci	Dívky	
ZŠ	32	13	45
SŠ s maturitou	29	11	40
SŠ či SOU bez maturity	6	5	11
Jiné	4	4	8
Celkový součet	71	33	104

Druhá otázka týkající se školy se ptala po prospěchu klientů (tabulka č. 19). Podle 110 respondentů 39 dětí dosahuje prospěchu průměrného (22 chlapců a 17 dívek), podprůměrné výsledky má 36 dětí (27 chlapců a 9 dívek), výborné pak 20 (16 chlapců a 4 dívky). Nejméně respondentů u dětí zvolilo odpověď „neprospívá“ a to konkrétně 15 (11 chlapců a 4 dívky).

Tabulka č. 19 – školní prospěch pacientů ADDA

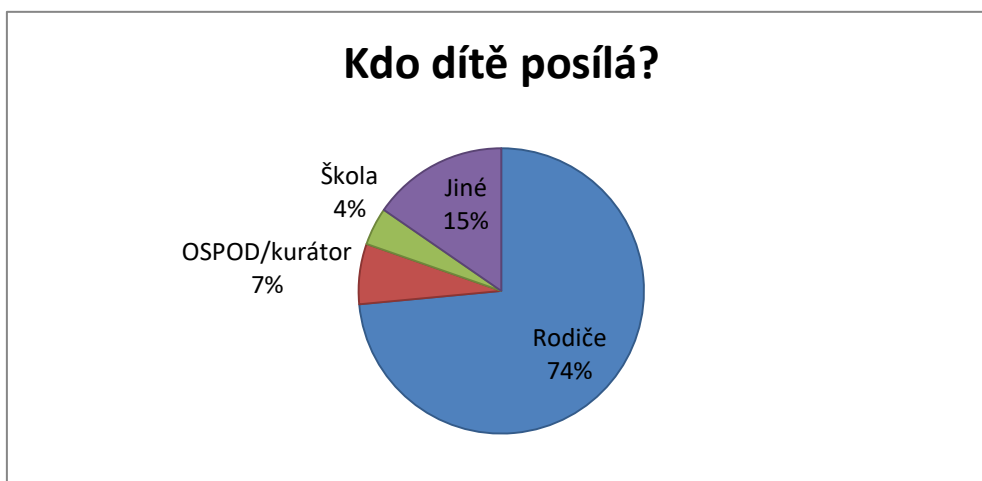
PROSPĚCH			Celkem
	Chlapci	Dívky	
Výborný	16	4	20
Průměrný	22	17	39
Podprůměrný	27	9	36
Neprospívá	11	4	15
Celkový součet	76	34	110

Na prospěch navazuje otázka školních postihů dítěte. Ze 110 započítaných odpovědí se nejčastěji objevila „snížená známka z chování“ (celkem 27, 20 chlapců a 7 dívek), dále „důtka učitele“ (celkem 25, 18 chlapců a 7 dívek), „důtka ředitele“ (celkem 18, 14 chlapců a 4 dívky), u 6 pak možnost „jiné“ („podmíněné/vyloučení, neklasifikován“).

Poslední otázka mířící na školní poměry dítěte zjišťuje, zda během studia došlo ke změně školy a pokud ano, z jakých důvodů. Ze 109 odpovědí bylo 59 záporných a 50 kladných, mezi důvody změny školy bychom našli: „Stěhování, šikanu, změnu oboru, nevyhovující kvalitu zařízení, finance, poruchy učení, změny v péči“ a další.

Dotazník se také táže, kdo dítě do Ambulance dětské a dorostové adiktologie posílá (graf č. 9). Zde byla jednoznačně nejčastější odpověď „rodiče“, kdy ze 117 vyplňujících byla tato možnost zaškrtnuta 86krát, tedy 74 %. Další nejčastější odpovědí byla možnost „jiné“, která se objevila 18krát. U tohoto políčka v dotazníku mohli respondenti doplnit vlastní možnost, nejčastěji se objevil např. někdo z příbuzných (babička, dědeček, teta, strýc), lékař (praktický, psychiatr), DDŠ nebo soud. Předposlední byla možnost „OSPOD/kurátor“, kterou si vybralo 8 respondentů, poslední „školu“ zaškrtnulo celkem 5 respondentů.

Graf č. 9 - kdo dítě posílá do zařízení ADDA



Další dvě otázky zjišťují, komu z klientů byl přidělen kurátor (tabulka č. 20) a komu sociální pracovníce (tabulka č. 21). Na otázku týkající se přidělení kurátora ze 110 odpovědí bylo 45 kladných, z toho pozitivně odpovědělo 31 chlapců a 14 dívek. V případě přidělení sociální pracovníce ze 102 odpovědí bylo kladných 32, kdy tuto možnost uvedlo 21 chlapců a 11 dívek.

Tabulka č. 20 – přidělení kurátora pacientovi ADDA

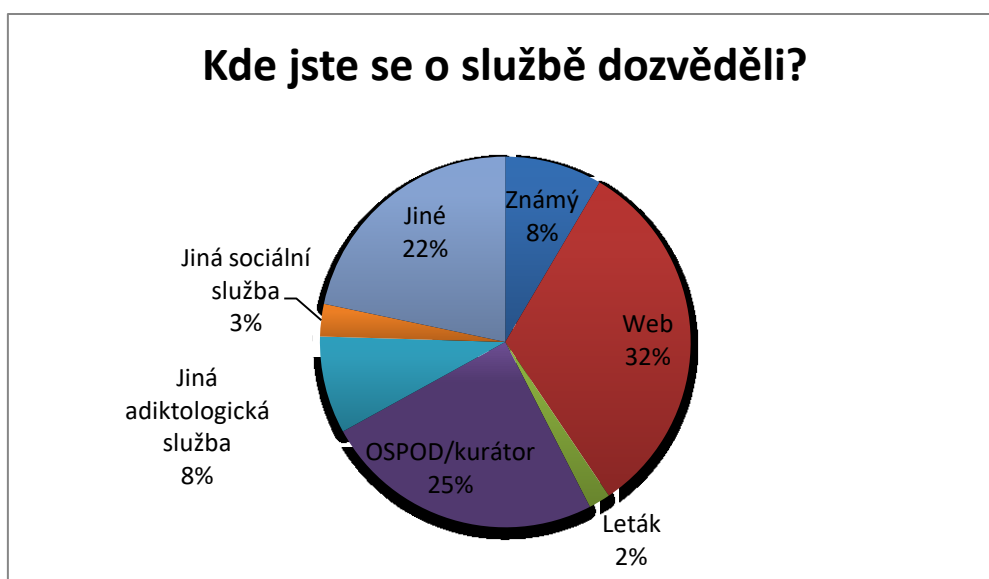
Přidělen KURÁTOR	Chlapci	Dívky	Celkový součet
Ne	46	19	65
Ano	31	14	45
Celkový součet	77	33	110

Tabulka č. 21 – přidělení sociální pracovníce pacientovi ADDA

Přidělena SOCIÁLNÍ PRACOVNICE	Chlapci	Dívky	Celkový součet
Ne	50	20	70
Ano	21	11	32
Celkový součet	71	31	102

Následující otázka se týkala, jak se rodiče (nebo jiný vyplňující) o zařízení ADDA dozvěděli (graf č. 10). Zde již odpovědi nebyly až tak jednoznačné. Nejčastěji padala možnost „Web“, kterou ze 106 zaznamenalo 34 respondentů, dále pak „OSPOD/kurátor“, která se objevila 26krát. Dalšími byl také „Známy“ (celkem 9), „Jiná adiktologická služba“ (celkem 9), „jiná sociální služba (celkem 3) a „Leták“ (celkem 2). I zde byla možnost vlastního doplnění odpovědi, k čemuž se přiklonilo 23 respondentů. Nejčastější vlastní doplněnou alternativou byly tyto odpovědi: „Psycholog, škola, televize, lékař“ apod.

Graf č. 10 – jak se pacienti o zařízení ADDA dozvěděli



Z výše uvedených výsledků dotazníků vyplývá, že nejvíce dětí s problémem s PC internet/gambling pochází z rodiny úplné (12 pacientů), dále 10 pacientů z rodiny neúplné a 9 žije v rodině doplněné o partnera. U THC je také na prvním místě úplná rodina (9 pacientů), dále neúplná (8), doplněná (5). Naopak u pervitinu převažují děti z neúplné rodiny (9), z úplné (4) a z doplněné (2). U alkoholu jsou znovu na prvním místě děti z rodiny úplné (5) oproti dětem z neúplné rodiny (2). U tabáku pouze děti z neúplné rodiny (3), u extáze je uveden pouze jeden pacient pocházející z rodiny úplné. Podrobněji shrnuje tabulka č. 22.

Tabulka č. 22 – Úplnost rodiny pacienta v souvislosti s hlavní drogou/závislostí

Hlavní droga/ závislost	Rodina pacienta				Celkem
	Úplná	Neúplná	Doplněná o partnera	Neuvedeno	
PC hry/mobil/internet/gambling	12	10	9	0	31
THC	9	8	5	3	25
Pervitin	4	9	2	0	15
Alkohol	5	2		0	7
Tabák/nikotin		3		2	5
Extáze	1			0	1

7 DISKUSE

Rodina je většinou jedním z prvních vlivů, který na dítě působí. Samotná rodina tak může buď přímo, nebo nepřímo ovlivnit vznik, rozvoj i udržování závislostního chování u jednoho z členů. Právě přítomnost závislostního problému například u rodičů dítěte zvyšuje pravděpodobnost, že se dítě v budoucnosti samo s tímto problémem bude muset potýkat. Dalšími důležitými faktory jsou: málo času na dítě, fyzické a sexuální násilí, týrání, špatně nastavená pravidla týkající se chování dětí, nejasně nebo nevhodně vyhraněné názory související s návykovými látkami, duševní potíže rodičů a v neposlední řadě také špatné fungování rodiny, rizikové situace, časté stěhování nebo výchova jen jedním z rodičů dítěte (Nešpor, 2018).

Z těchto důvodů byl výzkum zaměřen především na rodinu dětí a mladistvých. Co se týče počtu dětí z rozvedených rodin, zde výsledky dotazníku ukázali, že jen 47 dětí (ze 112 odpovědí) žije v úplné rodině (36 chlapci a 11 dívky), 24 dětí (17 chlapců a 7 dívek) žije v domácnosti, která je doplněná o partnera a zbývajících 41 dětí (25 chlapců a 16 dívek) pochází z neúplné rodiny, ve které jeden z rodičů chybí. Dá se tedy říct, že více než polovina (65 dětí) pochází z potencionálně rizikového prostředí, což je v souladu s tím, co popisuje Hajný (2001), kdy děti podle něj mohou na rozvod reagovat užíváním návykových látek a to z několika důvodů (pozornost, zmírnění emocí, zlost).

Na otázku, zda dítě žije ve společné domácnosti s člověkem, který má momentálně problém s alkoholem, bere drogy nebo bral drogy v minulosti, odpovědělo téměř u všech bodů cca 100 respondentů. Pouze 7 uvedlo problém s alkoholem, 6 uvedlo člověka, který bere drogy a 10 přítomnost jedince, který bral drogy v minulosti, což jsou v takovémto počtu respondentů poměrně nízká čísla, vezmeme-li v úvahu, že přítomnost člověka s problémem se závislostí v jedné domácnosti je jedním z nejrizikovějších faktorů vzniku závislostního chování u dítěte, což je v souladu s tím, co uvádí Barnardová (2001), tedy že děti vyrůstající s uživatelem jsou často vystaveny nepříznivým sociálním, ekonomickým i zdravotním podmínkám, jsou nuceny přebírat zodpovědnost rodičů a jsou předčasně vyžralé.

Poslední otázka zjišťovala, v čem jsou si děti navštěvující ambulanci podobné. Hned zpočátku je evidentní že 97 % dětí pochází z České republiky, převažují chlapci. Dále děti spojuje fakt, že až 74 % z nich bylo do ambulance posláno rodiči. Podle 84 respondentů mají tyto děti blízký vztah především s matkou.

Velká část z pacientů již dříve navštívila psychiatrickou léčbu, což je v souladu s pracemi týkajícími se duálních diagnóz, které popisují například Kalina a kol. (2015), se změřením na častý současný výskyt psychiatrických potíží a užívání návykových látek nebo Rosenberg (2014) hovořící o psychiatrických potížích a současných závislostech nelátkových. Nejčastějším důvodem návštěvy ambulance je problémové hraní na počítači či THC, tedy F63.0 a F12.2.

Následující část shrnuje další nejdůležitější zjištění z dotazníkového šetření.

Z celkového počtu dotazníků jasně vyplývá, že mezi klienty ambulance je více chlapců než dívek. Tyto výsledky se shodují i s výzkumy zkoumajícími počty klientů jiných zařízení, jako je například pilotní studie pro Prahu (2012-2014), kde z počtu 2 583 klientů bylo 1542 chlapců a 1041 dívek (Miovský a spol. 2014). I věkové zastoupení dětí v ambulanci se shoduje s předchozími statistickými výzkumy, ve kterých se nejčastěji vyskytuje užívání návykových látek mezi 15 a 19 lety věku (Kalina, K. & kol. 2003). Nejvíce zastoupeným věkem v ambulanci bylo 15 let (19 dětí), 16 let (30 dětí) a 17 let (24 dětí).

Nejmladší pacienti ambulance v rozmezí od sedmi do dvanácti let (12 dětí) byli pouze chlapci, u nichž se v 8 případech objevil problém s nelátkovou závislostí tedy především počítačové hry a počítač celkově, jen u jednoho bylo uvedeno THC, ostatní tři neměli v dotazníku uvedenou adiktologickou anamnézu.

Co se týče sociální anamnézy a trávení volného času, zde bylo zajímavé, že u dětí, kde bylo uvedeno, že tráví volný čas sami (35) nebo s přáteli, kteří mají problém s návykovými látkami či s alkoholem (43) se v mnoha případech v odpovědi na otázku, zda rodičům vyhovuje tento způsob trávení času, objevila kladná odpověď či možnost „je to jedno“.

U 33 dětí byla uvedena předchozí lůžková léčba, u 35 pak léčba formou ambulantní, a to nejčastěji pro stavy úzkosti, neschopnost ovládat se a nesoustředění se, výpadky paměti.

Problémy během zpracování dat a limity práce

Během zpracovávání dat ze strukturovaných anamnestických listů jsem narazila na několik nesrovnalostí. Samotný dotazník se zdá přehledný, ale některé otázky mohou být pro vyplňujícího nejasné. Například hned v první části dotazníku, kde se vyplňují základní informace o pacientovi a rodičích, není jasně definováno, zda mají rodiče vyplnit svůj věk nebo zemi původu. Dle mého názoru by například mohlo být přínosné s několika respondenty projít otázku po otázce a vyjasnit si, zda všichni zadanému rozumí stejně. Co se týče limitů bakalářské práce, ty vidím v neúplnosti odpovědí, tedy že ne všichni respondenti zodpověděli všechny otázky.

ZÁVĚR

Stanovené cíle bakalářské práce byly naplněny. Práce mapuje základní informace o pacientech navštěvujících Ambulanci dětské a dorostové adiktologie, a to konkrétně jejich rodinné prostředí se zaměřením na úplnost rodiny, konflikty a závislosti vyskytující se v rodině. V závěru jsou také zmapovány společné aspekty těchto pacientů.

Ze zkoumaných pacientů žije 47 dětí (ze 112 odpovědí) v úplné rodině, 24 dětí žije v domácnosti, která je doplněná o partnera a zbývajících 41 dětí pochází z neúplné rodiny, ve které jeden z rodičů chybí. Pouze 7 respondentů uvedlo soužití pacienta s člověkem, který má problém s alkoholem, 6 člověka, který bere drogy a 10 přítomnost jedince, který bral drogy v minulosti. 97 % dětí pochází z České republiky, převažují chlapci. Dále děti spojuje fakt, že 74 % z nich bylo do ambulance posláno rodiči. Velká část z nich již dříve navštívila psychiatrickou léčbu a nejčastějším důvodem návštěvy ambulance je problémové hraní na počítači či THC, tedy diagnózy F63.0 a F12.2.

Práce by mohla dále sloužit jako základní kámen pro další výzkumy týkající se pacientů ambulance, konkrétně například při hledání souvislostí mezi prostředím dítěte a vznikem závislosti a dále také při vytváření primárních programů pro tuto cílovou skupinu.

LITERATURA

- Ambrož, M. (2018). Ambulance pro gambling Sananim, Kladno. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 266.
- Barnardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*, Praha: Triton.
- Binder, T. Vavřínková, B. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Čablová, L., Miovský, M. (2013). Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících. *Československa Psychologie*, 57(3), 255.
- Dvořáček, J. (2003). *Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*, s 304–309. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Gilvarry, E., McArdle, P., O'Herlihy, A., Mirza, K., Bevington, D., & Malcolm, N. (2016). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze/Královská akademie všeobecných lékařů, UK.
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*, Příbram: Grada Publishing, a.s.
- Hamrik, Z., Kalman, M., Sigmundová, D., Pavelka, J., & Salonna, F. (2014). Screen-based behaviour in Czech adolescents is more prevalent at weekends. *Acta Gymnica*, 44(4), 203-209.
- Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno*, 5, 1-16.
- Jones, S., a Fox, S. (2009). *Generations online in 2009*, Washington, DC: Pew Internet & American Life Project.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Ústav vlády České republiky.
- Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*, Příbram: Grada Publishing, a.s.
- Kolektiv autorů sdružení Sananim (2007). *Drogy otázky a odpovědi*, Praha: Portál.
- Minařík, J. (2018). *Definice závislosti*. [online]. 26.11. 2019 In: Národní informační centrum pro mládež. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/definice-zavislosti>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (2005). *Následná péče v protidrogové prevenci. Sociální služby* [online]. Praha, 2005 [cit.28.11. 2019]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1071>.

- Miovský, M., Čáblková, L., Šťastná, L., Školníková, M., Miklíková, S. (2014). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie*, 14(1).
- Miovský, M., Šťastná, L., Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 330–341.
- Miovský, M., Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 292–318.
- Mravčík, V. (2017). *Epidemiologie problémového užívání drog*. Habilitační práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Mravčík, V., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., ... & Vlach, T. (2015). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Nechanská, B., Cibulka, J., Fidesová, H., Vopravil, J. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nechanská, B. (2014). *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky* 1/14. [cit. 18.11. 2019]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematickerady/zdravotnicka-statistika/navykovove-latky>.
- Nešpor, K. (2011). *Jak přežít počítač*, Kralice: Computer Media.
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost*, Praha: Portál.
- Nevalová, P. M. (2012). *Přehled evaluačních nástrojů. Nástroje pro evaluaci*. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/3885/Prehled-evaluacnich-nastroju>.
- Petrošová, B., Rataj M. (2018). Sananim – Adiktologická ambulance pro mladistvé. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 265.
- Preslová, I. (2003). *Závislé matky s dětmi*. In Kalina K. & Radimecký J., *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Sarkola, T., Gissler, M., Kahila, H., Autti-Rämö, I., & Halmesmäki, E. (2012). Alcohol and substance abuse identified during pregnancy: maternal morbidity, child morbidity and welfare interventions. *Acta Paediatrica*, 101 (7), pp. 784-790.
- Stará, V., Lesná, P., Fencel, F., & Bláhová, K. (2009). Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatric pro praxi*, 10 (6), s. 382-384.
- Šerá, M. (2015). *Specifika sociální práce s lidmi závislými na nealkoholových drogách v Terapeutické komunitě Sejřek*. Absolventská práce. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí: Podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno na drogy*, 3(2007), 5.

Štáfková, M. (2018). Adiktologická ambulance pro děti a dorost ADA+ Kladno. *Pediatrická péče, APLP*, 1(3), 262.

Šťastná, L. (2020). *Rok 2019 a 2020 v Adiktologické ambulanci, Ambulanci dětské a dorostové adiktologie*. Klinika adiktologie. 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice. Univerzita Karlova v Praze.


Šmahel, D., Subrahmanyam, K. (2010). *Digital Youth: The Role of Media in Development*, Londýn: Springer.

Rosenberg, K. P. (2014). Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment. *Academic Press*.

Vacek, J., Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110(6): 326–332.

Zmeškalová, D. (2018). Game over aneb děti chycené v síti, *Pediatr. praxi*. 2018; 19(6): 317–321.

8 PŘÍLOHA Č. 1 - STRUKTUROVANÝ ANAMNESTICKÝ LIST PRO RODIČE

	Všeobecná fakulní nemocnice v Praze Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN Ambulance dětské a dorostové adiktologie Apolinářská 4, 128 08 Praha 2	
---	---	--

Strukturovaný anamnestický list pro rodiče (SAL)

Kdo vyplňuje (matka, otec):

Datum vyplnění:

Základní informace

Jméno pacienta: _____ Věk: _____
 Země narození: Pacienta: _____ Otce: _____
 Matky: _____

Kdo sem dítě posílá:

Rodiče OSPOD/kurátor Škola Jiné:

Kde jste se o nás dozvěděli:

Známý Web Leták OSPOD/kurátor
 Jiná adiktologická služba Jiná sociální služba Jiné:

Přidělen kurátor:

Ne Ano Jméno: _____ Kontakt: _____

Přidělena sociální pracovnice:

Ne Ano Jméno: _____ Kontakt: _____

Bylo již vaše dítě někde umístěno?

a. Jen detoxifikace	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
b. Léčba pro alkohol/drogy	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
c. Nemocnice (úraz, nemoc, ...)	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
d. Psychiatrická léčba	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
e. Denní stacionář	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
f. Ústavní výchova (DD, DÚ, VÚ)	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
g. Středisko výchovné léčby	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
h. Vězení, cela zadržení	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____
i. Jiné:	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik dnů: _____	Důvod: _____

Sociální vztahy

S kým hlavně tráví vaše dítě volný čas?

S příbuznými bez problémů S příbuznými, kteří mají problémy s alkoholem či drogami S přáteli bez problémů S přáteli, kteří mají problémy s alkoholem či drogami
 Tráví volný čas sám

Vyhovuje vám, s kým tráví vaše dítě volný čas?

Ne Je to jedno Ano

Kolik má blízkých přátel?

Počet: _____

Mělo vaše dítě během svého života velmi blízký vztah s (křížkujte i více možností):

- S matkou S otcem S bratrem či sestrou Se sexuální partnerkou/partnerem
 Se spolužákem S přítelem/přítelkyní

Psychický stav/anamnéza**Kolikrát se vaše dítě léčilo pro psychiatrické (duševní) potíže?**

- Lůžkově (pobyt) Kolikrát: _____ Ambulantně (návštěvy v ordinaci) Kolikrát: _____

Mělo vaše dítě někdy období, které NEBYLO následkem užívání návykových látek, kdy mělo:

- Vážnou depresi Těžké stavy úzkosti Sebeпоškození Halucinace (hlasy)
 Neschopnost se ovládat Sebevražedný pokus Mělo předepsané psychiatrické léky Myšlenky na sebevraždu
 Poruchy příjmu potravy Stavy, při nichž těžko něco chápalo, nesoustředilo se, nepamatovalo si

Právní postavení**Bylo vaše dítě někdy zadržované, vyšetřované v souvislosti s:**

- Prodejem drog Krádeží Násilným činem (vloupání, ublížení na zdraví, zabití znásilnění) Pro jiný trestný čin, jaký:

Má vaše dítě podmínku či soudně nařízenou léčbu?:

- Ne Ano

Škola

Ročník: _____

Typ studující školy:

- ZŠ SŠ s maturitou SŠ či SOU bez maturity Gymnázium
 Jiné:

Školní prospěch v posledním školním roce:

- Výborný (1, 2) Průměrný (3) Podprůměrný (4) Neprospívá (5)

Školní postihy za poslední 3 měsíce:

- Snížená známka z chování Důtka učitele Důtka ředitele Jiné:

Školní postihy, celý život:

- Snížená známka z chování Důtka učitele Důtka ředitele Jiné:

Proběhla v průběhu studia změna školy:

- Ne Ano Kolikrát: _____ Důvod: _____

Rodinná anamnéza

Rodina:

- Úplná Neúplná (chybí rodič) Doplněná (nový partner v domácnosti)

Bydlení společně s:

- Rodiče Matka Otec Prarodiče
 Sourozenci Partner/partnerka Sám/sama Střídavá péče
 V chráněném prostředí Jiné:

Věk a zaměstnání členů rodiny

Matka _____ Otec _____ Bratr _____ Sestra _____

Konflikty, obtíže ve vztazích:

- | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Biologická matka | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Biologický otec | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Náhradní matka | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Náhradní otec | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Vlastní sourozenci | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Nevlastní sourozenci | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Babička | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Děda | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |

Bydlí vaše dítě s někým, kdo:

- Má teď problémy s alkoholem Ne Ano Bere drogy Ne Ano Bral drogy Ne Ano

Ohrožení rodiny:

- | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|
| Nezaměstnanost | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Jazykové znevýhodnění | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Chudoba | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Zdravotní znevýhodnění | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Dluhy | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Ztráta bydlení | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |
| Závislosti | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Prostituce | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano | Jmé: | <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ano |

Z otcovy strany

- | | Alkohol | Drogy | Psychické potíže |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Otec | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Babička | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dědeček | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strýc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jiní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Z matčiny strany

- | | Alkohol | Alkohol | Drogy | Psychické potíže |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Otec | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Babička | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dědeček | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strýc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jiní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sourozenci

- | | Alkohol | Drogy | Psychické potíže |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bratr 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bratr 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sestra 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sestra 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nevlastní sourozenec | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Adiktologická anamnéza

	Věk, kdy poprvé	Celoživotně (roky)	Posledních 30 dní	Forma aplikace
PC hry/gambling				
Alkohol				
Cigarety				
Marihuana, hašiš				
MDMA, extáze				
Stimulancia (pervitin)				
Halucinogeny (LSD)				
Těkavé látky				
Heroin				
Metadon/subutex				
Jiné opiáty (např. buprenorfin, kodein, morfin, ...)				
Tlumivé léky (Xanax, Diazepam, Rohypnol, ...)				
Kokain				
Více než jedna látka denně				

Hlavní droga: _____

Pokusy abstinence:

Ne Ano Kolikrát:

Zaškrtnete, jaká je situace Vašeho dítěte v následujících oblastech:

	1	2	3	4	5	0
	<i>(velmi dobré)</i>				<i>(velmi špatné)</i>	<i>(neznámo)</i>
psychické zdraví (úzkost, deprese a obtíže s emocemi a city)						
fyzické zdraví (závažnost zdravotních obtíží a obav z nemoci)						
sociální fungování (finance, zaměstnání, škola, problémy se zákonem, s úřady)						
vztahy s blízkými (bydlení, vztahy s dětmi, rodiči, příbuznými)?						
konflikt se zákonem						
kvalita života						