

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID oboru: B5345



Jindřiška Rusková

**UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ V KONTEXTU JEJICH LÉČBY
V DĚTSKÉ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI**

**USE OF ADDICTIVE SUBSTANCES BY CHILDREN AND ADOLESCENTS IN CONTEXT OF THEIR
TREATMENT IN THE CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal Tesař, Ph.D.

Praha 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala 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 dne 5. prosince 2016

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Michalu Tesařovi, PhD. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a laskavý přístup při zpracování této práce. Také děkuji své rodině a přátelům za podporu po celou dobu studia.

Identifikační záznam:

RUSKOVÁ, Jindřiška. Užívání návykových látek u dětí a adolescentů v kontextu jejich léčby v Dětské psychiatrické nemocnici. [Use of addictive substances by children and adolescents in context of their treatment in the Children's psychiatric hospital]. Praha. 2016, 38 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Michal Tesař, PhD.

SHRNUTÍ

Bakalářská práce nazvaná *Užívání návykových látek u dětí a adolescentů v kontextu jejich léčby v Dětské psychiatrické nemocnici* je zaměřena na zkušenosti hospitalizovaných dívek s užíváním legálních i nelegálních návykových látek. Teoretická část se věnuje popisu cílové skupiny. Dále pak nastiňuje varovné signály, rizika a faktory vzniku závislosti.

Praktická část bakalářské práce mapuje zkušenosti s užíváním návykových látek u dotazovaných dívek. Dále zjišťuje, kdy dívky začaly s užíváním návykových látek a z jakého důvodu. Výzkumný soubor zahrnoval čtyři dívky hospitalizované v Dětské psychiatrické nemocnici. Výzkum byl prováděn polostrukturovanými rozhovory. Na základě výzkumných otázek byla provedena analýza rozhovorů a jejich porovnávání s výsledky studie ESPAD.

Z výzkumu vyplývá, že dotazované dívky nejčastěji užívají cigarety, alkohol a marihuanu. Většina uvedla zkušenost s užitím návykové látky do 15 let. Zkoumaná skupina nejčastěji začala s užíváním návykových látek mezi kamarády.

Vzhledem k pohlavní homogenitě výzkumného vzorku by bylo v budoucnu přínosné realizovat obdobný projekt na skupině chlapců a získané závěry porovnat.

Klíčová slova: dospívající, užívání návykových látek, rizikové chování, závislost

ABSTRACT

The bachelor thesis called *Abuse of addictive substances by children and adolescents in context of their therapy in the Children's Psychiatric Hospital* is focused on experience of hospitalized girls with abuse of legal and illegal addictive drugs. The theoretical part deals with description of the target group. Furthermore it outlines warning signals, risks and factors of becoming addicted.

The practical part of the bachelor thesis surveys experience of the hospitalized girls with abuse of the addictive drugs. Furthermore it finds, when the girls started abusing the addictive drugs and why. The research file contained four girls hospitalized in the Children's psychiatric hospital. The research is carried out by means of semi-structured interviews. On the research questions, an analysis of interviews is made as well as their comparison to results of the ESPAD study.

It results from the research that the interviewed girls most often use cigarettes, alcohol and marihuana. The most of them stated experience with abuse of an additive substance till the age of 15 years. The surveyed group most often started abusing additive drugs among friends.

Regarding the gender homogeneity of the research sample it would be useful in the future to carry out a similar project with a boy group and to compare the results.

Key Words: adolescents, abuse of addictive substances, risk behavior, addiction

OBSAH

1	Úvod	1
2	Charakteristika období dospívání	2
3	Faktory vzniku závislosti.....	4
3.1	Typy závislostí	8
3.2	Projevy závislosti	9
4	Kvalitativní výzkum.....	11
4.1	Základní principy kvalitativního výzkumu	12
4.2	Validita výzkumu	12
4.3	Etické otázky výzkumu	13
5	Praktická část	14
5.1	Metody získávání dat	14
5.2	Interview	14
5.3	Polostrukturované interview	15
5.4	Fáze rozhovoru.....	15
5.5	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	16
5.6	Charakteristika cílové skupiny.....	16
5.7	Metodologický postup	17
5.8	Výběr účastníků výzkumu	17
5.9	Proces tvorby dat	17
5.10	Práce se získanými daty	18
5.11	Informace o pacientkách.....	18
5.12	Výsledky rozhovorů.....	25
5.13	Interpretace výsledků	29
6	Diskuse	31
6.1	Jaké návykové látky respondentky užívají?	31
6.2	V kolika letech začaly respondentky užívat návykové látky?.....	32
6.3	Jaké jsou důvody k užívání návykových látek?.....	32
7	Závěr.....	35
8	Seznam zkratk	36
9	Seznam tabulek.....	37
10	Seznam literatury	38
11	Příloha A: Polostrukturované interview.....	I
12	Příloha B: Žádost o umožnění výzkumu	II

1 Úvod

Návykové látky provázely vývoj lidstva od samého prvopočátku. Důležitou roli hrají i v současném světě. K užívání návykových látek se dnes uchyluje stále větší množství dětí a dospívajících. Tito jedinci hledají jakési ozvláštňení života, zakázané a tajemné zkušenosti, experimentují, drogy mnohdy vyzkouší ze zvědavosti, jiní se chtějí dostat do lepší nálady. Mezi další důvody užívání návykových látek patří bezesporu obrovský tlak, jenž je vytvářen dnešní společností. Jde především o tlak vyrovnat se svým vrstevníkům. Nezanedbatelný je i vliv rodinného prostředí. Dnes není nic neobvyklého, když rodiče neví, jak jejich děti tráví volný čas, nebo jsou jim dokonce špatným příkladem, neboť sami inklinují k užívání návykových látek. I tyto skutečnosti mohou vést mnohé děti a dospívající k užívání „legálních“ či „nelegálních“ návykových látek. Ze statistik vyplývá, že čím nižší je věk uživatelů, tím větší je riziko vzniku závislosti na drogách. Vývoj osobnosti je tím značně narušen, dochází tedy i ke zhoršení životní perspektivy jedince.

Takzvané „legální drogy“, alkohol a tabákové výrobky, jsou velmi snadno dostupné. Jejich užívání je naší společností do určité míry tolerováno. Konzumace těchto látek je zcela běžnou záležitostí a nikdo se nad ní příliš nepozastavuje. Mnozí si však neuvědomují, že právě tyto návykové látky mohou být jakousi vstupní branou k drogám tzv. „nelegálním“. Za zcela normální dnes považují mladiství také užívání, stále ještě nelegálních, konopných látek. Nejčastěji se jedná o kouření marihuany. Díky tomu dochází ke stále většímu abúzu těchto látek. V současné době se také bohužel setkáváme se stále mladšími dětmi, které se stávají závislými na tvrdých drogách, jako jsou například heroin nebo pervitin. Každý rok jsou evidovány stále nové psychoaktivní látky syntetického původu. Tyto látky jsou dnes lehce dostupné prostřednictvím internetu.

2 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Období dospívání trvá od deseti do dvaceti let. Toto období lze rozdělit na dvě fáze: raná adolescence (přibližně 11–15 let) a pozdní adolescence (15–20 let). V této době dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální. Mnoho změn je primárně podmíněno biologicky, ale vždycky je významně ovlivňují psychické a sociální faktory, s nimiž jsou ve vzájemné interakci. Průběh dospívání záleží na konkrétních kulturních a společenských podmínkách, z nichž vyplývají požadavky a očekávání ve vztahu k dospívajícím (Vágnerová, 2012).

Langmeier (2006) uvádí, že období dospívání lze označit jako životní úsek, který je ohraničen zahájením pohlavního zrání a fyzickým vyzráváním. Dochází k ukončení růstu a ustálení váhy. V tomto období adolescent prosazuje své názory, které jsou často odlišné od názorů rodičů. Snaží se uvolnit z nadměrné závislosti na rodičích a osamostatnit se, touží stát se dospělým. Přesto rodiče v tomto období zůstávají jeho sociální oporou. Dospívající získává nový postoj k lidem a ke světu, začíná si vytvářet vlastní hodnoty, postoje a cíle. Často se v tomto životním úseku objevují pocity nespokojenosti, zklamání, nejistoty, obavy z budoucnosti. Může docházet k podceňování nebo přeceňování sebe sama.

Adolescent navazuje významnější vztahy s vrstevníky, které ho připravují pro trvalé vztahy v dospělosti, vzniká u něj potřeba se k někomu citově vázat.

Jedinec se snaží stát součástí různých společenských skupin. Touha po společenských zážitcích je vysvětlována tím, že se mladiství chtějí osamostatnit od rodičů, zároveň však chtějí navazovat partnerské vztahy a mají potřebu citové sounáležitosti. Přílišná citová i názorová závislost na vlastní rodině je považována za projev infantilismu a nevyzrálosti a může být v budoucnu i příčinou neúspěchu v navazování společenských i partnerských vztahů (Šimíčková-Čížková, 2005).

Dalším důležitým úkolem je volba povolání. Jedná se o úlohu velice náročnou, neboť mladiství ještě nemusí být zájmově vyhraněný, není zcela dokončen jeho vývoj identity, schopností a nezávislosti. Často se zde střetává názor dospívajícího jedince se zájmy rodičů. Výsledkem tohoto střetu mohou být důvody pro určitou volbu. Buď mladý člověk volí podle svého přání, nebo se pasivně podvolí přání rodičů, protože je sám tak

nevyhraněný, že to oslabuje jeho aktivní prosazení, anebo má jedinec určité přání a zájmy, ale jeho představy jsou ještě nejasné, a proto volí částečně i pod vnějším tlakem (Šimíčková-Čížková, 2005).

Dospívání je také spojeno s hormonální proměnou, která stimuluje změny v oblasti citového prožívání. Projevují se kolísavostí emočního ladění, větší labilitou, dráždivostí, tendencí reagovat přecitlivěle i na běžné podněty a nárůstem emočního zmatku. Pubescent ztrácí citovou jistotu a stabilitu. Emoční reakce adolescentů jsou vůči vyvolávajícím podnětům méně přiměřené. Citové prožitky jsou sice intenzivní, na druhou stranu jsou však krátkodobé a velmi proměnlivé. Lze tedy jen velmi těžko předvídat, jakým způsobem zareagují příště. Výkyvy v emocích bývají spojovány s kolísáním aktivační úrovně. Intenzivní aktivitu snadno střídá apatie a nechuť k jakékoliv činnosti. Nízká frustrační tolerance, přecitlivělost a proměnlivost nálad vede ke vzniku konfliktů. Dospívající jsou občas nepříjemní, a tudíž méně akceptovatelní pro své okolí. U dospělých to pak vyvolává pocit, že jejich děti jsou rozmazlené a nedovedou se chovat. Dalším typickým znakem je nechuť projevovat navenek své city, zejména pokud jde o negativní emoce, jako je smutek, trapnost, ponížení apod. Ve svých pocitech mnohdy nemají sami jasno a navíc se obávají nepochopení, výsměchu nebo se stydí (Vágnerová, 2012).

3 FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI

Abúzus a závislost je problém multidisciplinární, dochází zde k prolínání vlivů sociálních, psychologických a biologických. Velice důležitým faktorem pro vznik závislosti jsou rodinné vztahy, rodina tady hraje klíčovou roli. Neméně důležité jsou i aspekty demografické, sociální postavení rodiny, povahové vlastnosti rodičů, funkce rodiny jako celku, úroveň a druh výchovných postupů rodičů, vztah a přístup k dítěti. Dysfunkční rodina a v ní špatná komunikace je jednou z převažujících příčin abúzu drog. Kamarádi, vrstevníci nebo jiná skupina, se kterými se takto oslabený jedinec stýká, mají značný vliv na experimentování s návykovými látkami (Mühlpachr, 2008).

Za charakteristické znaky rodiny, které souvisí s užíváním drog dětmi, je považováno „užívání drog rodiči, jejich trestná činnost, nedostatečná nebo přehnaná péče rodičů o děti, špatná komunikace mezi rodičem a dospívajícím, nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování či nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům“ (Kalina, et al., 2008, p. 45).

Dle Kaliny mohou být tyto znaky příčinou užívání návykových látek, ale mohou být také až jejich důsledkem. Mnohdy je to tak propojené, že ani výzkum či konkrétní terapie nedokáží rozlišit, co bylo dřív (Kalina, et al., 2008).

Pokud se zaměříme na typy rodičů podstatné pro naši problematiku, můžeme vycházet z typologie Nešpora (1997), jenž uvádí čtyři základní typy rodičů. *Přijímací rodič* je s dítětem spokojen a dává mu to najevo. Motivuje dítě a povzbuzuje. Takový rodič je citlivý vůči potřebám dítěte a jeho názorům. *Odmítající rodič* je kritický vůči dítěti, dítě vyhledává málo nebo vůbec. Dítěti se od takového rodiče dostane jen malého povzbuzení, vůči jeho potřebám a názorům je rodič necitlivý. *Omezující rodič* stanovuje jasná pravidla, důsledně dbá na jejich dodržování, málokdy podléhá nátlaku a vynucování. *Povolný rodič* nestanovuje jasná pravidla ani důsledky jejich porušování. Neprosazuje dodržování pravidel a podléhá často vynucování a nátlaku.

Nejideálnějším rodičem z hlediska předcházení problémů s alkoholem a ostatními návykovými látkami je kombinace 1. a 3. typu, tedy přijímací a alespoň středně omezující rodič.

Další náhled na možná rizika nabízí i Hajný (2001), který uvádí kromě již zmíněných faktorů i další rizikové faktory, například zvýšené nároky na předčasnou zralost dětí, děti se stávají důvěrníky rodičů, dítě slouží jako nástroj neuspokojených ambic rodičů, v rodině se řeší negativní emoce náhradním způsobem.

Neméně důležitými faktory jsou bezpochyby faktory psychologického charakteru. Závislý může v návykových látkách hledat řešení vnitřního problému nebo naplnění vnitřní prázdnoty. Zpočátku se to neděje jako vědomé a úmyslné hledání. Je to spíše postupné a náhodné setkávání se s účinky, např. při občasném společenském popíjení nebo kouření při různých příležitostech. To vše se pak v souvislosti s ostatními faktory může vyvinout v drogovou závislost (Kalina, et al., 2008).

Adolescence je složité období, ve kterém drogy představují snadný únik od problémů. Někdy je však obtížné rozeznat problémy chování charakteristické pro dospívání od důsledků užívání návykových látek.

Rizikové faktory vzniku závislosti je třeba hledat ve vzájemném vztahu droga – člověk – prostředí. Bio-psycho-sociální model závislosti řadí mezi hlavní rizikové faktory drogu, osobnost, rodinné, společenské či vrstevnické prostředí a podnět (spouštěč).

V minulosti se předpokládalo, že po drogách sahají lidé, kteří mají nějaké životní, osobní, vztahové, existenční nebo jiné problémy, které se jim nedaří zvládat. Výzkumy v současné době však ukazují, že tomu tak ve skutečnosti být nemusí. Samozřejmě jsou definovány nejrůznější rizikové faktory a skupiny lidí, které mohou návykovým látkám snáze podlehnout. Je však patrné, že v současnosti jsou uživateli drog zcela bezproblémoví mladí lidé, studenti středních škol, bez potíží doma i ve škole. O drogách a důsledcích jejich užívání mají podle svého názoru dostatek informací. Užíváním drog hledají způsob, jak uniknout z běžného života, který si chtějí něčím ozvláštnit. Důsledkem experimentování je pak snížení vytrvalosti, což pak může vést k záškoláctví a neplnění školních povinností. Může také docházet k narušení vývoje osobnosti a zhoršení životní perspektivy jedince.

Asociální poruchu osobnosti, která se projevuje záškoláctvím, útekou z domova, drobnou kriminální činností a pokračuje dále nízkou profesionální adaptabilitou, absencemi a konflikty v zaměstnání, lze považovat za další příčinu návykového chování.

Podle způsobu zneužívání drog rozlišujeme tyto kategorie uživatelů:

- experimentátor – je člověk, který užívá drogy nepravidelně a nezvyšuje jejich dávku, věnuje se dřívějším aktivitám a činnostem, droga mu neslouží jako prostředek k zmírnění stresu nebo úniku před realitou,
- uživatel – užívá drogy pravidelně, stávají se součástí jeho životního stylu, drogy užívá opakovaně, často zlehčuje rizika, která plynou z užívání návykových látek, drogy pro něj představují únik z tíživé životní situace,
- zneuživatel – užití drogy patří mezi jeho výlučné zájmy, tomu také zcela přizpůsobuje svůj životní styl, veškeré dřívější zájmové aktivity zanedbává.

Podle výzkumů zaměřených na studium osobnosti uživatele drog není možné přesně určit, jestli některé osobnostní charakteristiky vznikly následkem užívání drogy, nebo byly přítomny již dříve. Jedna studie zjišťovala souvislost mezi různými druhy „nepříznivých skutečností“ (emoční a tělesné zneužívání nebo zanedbávání, domácí násilí, rozvod rodičů, zneužívání drog v rodině) v dětském věku k pozdějšímu zneužívání drog. U dětí, které byly vystaveny pěti a více rizikovým faktorům, se vyskytly problémy s užíváním návykových látek sedmkrát až desetkrát častěji než děti, u kterých se vyskytuje méně nebo žádný rizikový faktor (Mahdalíčková, 2014).

Mezi nejčastější důvody, kvůli kterým mladiství začínají s užíváním návykových látek, patří například to, že je jejich užívání zakázané (u nelegálních drog) nebo jsou určeny pro dospělé (legální drogy – tabák, alkohol). Drogy jsou spojovány s tajemným, nepoznaným, exotickým, novým. Významný bývá vliv skupiny. Pokud se v ní vyskytují osoby užívající drogy, dítě či dospívající je jimi k užívání tlačeno nebo se samo snaží přizpůsobit a ztotožnit. Dále mohou některé z účinků drog uspokojit aktuální potřeby dítěte (zapomenout, uvolnit se, necítit, komunikovat, prosadit se apod.) (Hajný, 2001).

K fázi dospívání patří nepochybně experimentování. Mnoho dospívajících zkouší nové věci a chování, aby sami zjistili a také ostatním dokázali, co chtějí a nechtějí. Experimentování s návykovými látkami je do jisté míry jen dalším novým způsobem žití a dospívající jej může po čase opustit. Takových případů je mnoho, i přesto je ale nesmíme opomíjet, neboť svoje důsledky do jisté míry mají.

Výzkumné studie naznačují, že děti začínají s experimentováním již někdy kolem dvanáctého, třináctého roku. Nejprve začínají s legálními drogami, jako je alkohol a tabák, a pak přecházejí na nelegální drogy, kde má jasné prvenství marihuana. Prvním zdrojem drogy bývá nejčastěji známý, přítel, kamarád, spolužák či partner, méně často pak dealer (Hajný, 2001).

Mühlpachr (2008) definuje následující motivace k užívání drog:

- interpersonální – jedinec chce být obdivován svými vrstevníky, uznáván jimi,
- sociální – vyznačuje se unikáním z obtížných životních situací, potřebou prosadit si sociální změny, mít určitý vliv na vědomí vrstevníků,
- fyzická – potřeba fyzického uspokojení, uvolnění, zmenšení nebo úplné odstranění fyzických obtíží, možnost získat více energie,
- sensorická – uspokojit smyslové vnímání, potřeba smyslového vnímání sexuálního idolu,
- emocionální – jedinec má potřebu ulevit si od psychické bolesti, řešit osobní komplikace, snižovat úzkost, zbavit se špatné nálady, emocionálně relaxovat,
- politická – znamená sympatizovat se skupinami protestujícími proti vládě, měnit protidrogové zákony, nerespektovat společenská pravidla,
- intelektuální – nenudit se, být zajímavý až kuriózní, řešit zbytečné problémy, zabývat se originálními myšlenkami, zamýšlet se nad svým vlastním vědomím a podvědomím,
- kreativně estetická – v umělecké činnosti vytvářet díla neskutečně originální, z umění mít daleko větší požitek, ovlivnit a zvýšit představitost,
- filozofická – nacházet významné hodnoty, objevovat nový smysl života, uvědomit si svoji osobní identitu, mít nové pohledy na svět,
- anti-filozofická – nenacházet sama sebe v učení filozofů,

- spirituálně mystická – vyznávání ortodoxní víry, prosazování a vázání se na spirituální náhled na svět, získávání božích představ, promlouvání s Bohem, získávání spirituální moci,
- specifická – jedinec má potřebu prožít dobrodružství nebo jinak nevyjádřitelné prožitky.

3.1 TYPY ZÁVISLOSTÍ

Podle psychoaktivní látky, na které vzniká závislost, rozlišuje SZO několik typů závislosti.

Alkoholo-barbiturátový typ

Patří k nejčastějším typům závislosti. Do této skupiny je zařazený alkohol, barbituráty, nebarbiturátová hypnotika, sedativa, anxiolytika, trankvilizéry. Užíváním těchto látek dochází ke vzniku výrazné fyzické závislosti. Vysazení látky se projevuje těžkým abstinenčním syndromem.

Amfetaminový typ

Látky tohoto typu způsobují stimulaci fyzickou i psychickou. Lze sem zařadit Psychoton, anorektika, antidepressiva, léky obsahující efedrin, bronchodilatancia, antitusika, metamfetamin – pervitin. Užití vyšší dávky může vyvolat agresi, halucinace, křeče, psychomotorický neklid.

Cannabisový typ

Patří sem látky, které obsahují aktivní cannabinoly – marihuana a hašiš. Po užití se dostavuje pocit euforie, uvolnění a vyrovnanosti, snové zážitky. Při intoxikaci může docházet k apatii, úzkosti, pocitům paniky a emoční labilitě.

Kokainový typ

Kokain se získává z listů *koky pravé*, má stimulační účinky.

Halucinogenový typ

Do této skupiny patří látky, které vyvolávají halucinace a iluze – LSD, PCP, meskalin, psilocybin. Užíváním mohou nastat poruchy vnímání, úzkost, paranoidní bludy.

Kathový typ

Účinná látka je obsažena v listech rostliny *catha edulis*, má psychostimulační účinky.

Opiátový-morfinový typ

Do této skupiny patří opium, morfin a heroin, Diolan a Dolsin. Tyto látky se používají k tlumení silných bolestí (mimo heroinu).

Solvenciový typ

Závislost na organických rozpouštědlech (toluen, benzín, inhalační narkotika). Po abúzu dochází k navození euforie, excitace, vznikají zrakové iluze, ale mohou vznikat i psychotické stavy s halucinacemi a paranoiditou.

Tabákový typ

Užíváním tabáku nedochází k degradaci osobnosti a nevznikají psychické poruchy. Při abstinenci vzniká podrážděnost, bolesti hlavy, neklid, gastrointestinální potíže.

Kofeinový typ

Užíváním kofeinu nevznikají poruchy osobnosti ani abstinenční syndrom.

Antipyretiko-analgetikový typ

Tato závislost se často projevuje u osob, které měly látku indikovanou jako lék. Zvyšováním dávek došlo ke vzniku závislosti. Jde o směs látek s kyselinou acetylsalicylovou, fenacetinem, chininem, kofeinem.

Neuroleptikový typ a antidepresivový typ

Druh závislosti, při němž dochází ke zneužívání psychofarmak (Zvolský, 2003).

3.2 PROJEVY ZÁVISLOSTI

K tématu práce náleží i oblast projevů závislosti. Nešpor (1997) zmiňuje tyto projevy a varovné signály.

Ubývání alkoholu a léků v domácnosti, ztráty peněz a některých cennějších předmětů. Dítě má nové přátele, kteří se vyhýbají setkání s jeho rodiči a mají dřívější zkušenosti s užíváním alkoholu a drog. Přestává pečovat o svůj zevnějšek a dochází ke

zhoršení školního prospěchu. U dítěte dochází k častým změnám nálad, je podrážděné, přecitlivělé a spavé. Vyskytují se časté útoky z domova. Ztrácí zájem o dřívější přátele hodnoty a myšlenky, které pro něj byly dříve významné. Začíná se objevovat lhaní, rozporuplná tvrzení, často mívá utajené telefonní hovory. Mohou se vyskytnout drobné krádeže v obchodě nebo výtržnictví.

Je důležité, aby rodiče zpozorněli, pokud se u dítěte objeví dražší předměty, které si nemohlo koupit z kapesného. Tyto předměty mohou být půjčené, ale mohou pocházet z krádeží nebo z prodeje drog.

Tyto příznaky jednotlivě ještě nemusí znamenat, že dítě užívá návykové látky. Pokud se jich však vyskytne více současně, rodiče by měli zpozornět.

4 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Vzhledem k charakteru práce a jejím stanoveným cílům byla použita kvalitativní metodologie.

Významný metodolog Creswell definoval kvalitativní výzkum takto:

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswell, 1998, p. 12).

Kvalitativní přístup využívá principy jedinečnosti a neopakovatelnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod (Miovský, 2006).

Kvalitativní výzkum objasňuje, jak lidé v daném prostředí a situaci chápou, co se děje a proč jednají určitým způsobem a jak organizují své denní aktivity a interakce (Hendl, 2005).

V typickém případě kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Z tohoto důvodu bývá kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu (Hendl, 2005).

Podstatou kvalitativního výzkumu je, že výzkumník při zkoumání jednotlivce, skupiny a fenoménu získává podrobný popis a vhled. Podstatné je, že výzkumník zkoumá fenomén v přirozeném prostředí. Kvalitativní výzkum umožňuje studovat procesy a navrhopvat teorie, vhodně reaguje na místní podmínky a situace, rovněž hledá místní příčinné souvislosti a také pomáhá při počáteční exploraci fenoménu. Je důležité se ovšem zaměřit i na úskalí tohoto typu výzkumu. Je nutné mít na paměti, že získané informace nemusí být vždy zobecnitelné na celou populaci a jiné prostředí. Je problematické provádět kvantitativní predikce a testovat teorie a hypotézy je obtížnější.

Rozbor dat i jejich získávání jsou obvykle etapy časově náročné. Výsledky však mohou být ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi (Hendl, 2005).

4.1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

V centru pozornosti badatele jsou lidé. V průběhu výzkumu je důležité respektovat, že každý člověk včetně výzkumníka vstupuje do výzkumu i se svou osobní historií. Je důležité si uvědomovat, že individuální fenomény a vztahy se navzájem ovlivňují. Na subjekt je třeba nahlížet v oblasti biologické, kulturně-historické, sociální, sociálně-psychologicko-duchovní, psychologické a v rovině intersubjektivní. Ve výzkumu je důležitá orientace na problém a řešení skutečných problémů. Jevy, na které se badatel zaměřuje, musí zkoumat pokud možno vždy v jejich přirozených a každodenních souvislostech a v přirozeném prostředí. V umělých podmínkách se totiž může přihodit, že se účastník výzkumu snaží vyhovět výzkumníkovi a výsledky výzkumu mohou být zkreslené. Ve výzkumu je důležité jít do hloubky zkoumaného jevu. Závěry, k nimž se během zkoumání dostáváme, mohou být v jednotlivých případech odlišné. Nejprve je třeba co nejpřesněji zkoumaný jev popsat a až později rozebrat. Kvalitní popis má větší cenu než uspěchaná a zkreslená interpretace. Výzkumník by měl být přístupný novým možnostem způsobu výzkumu, aby vytvořil nový pohled či výklad zkoumaného fenoménu. Popis postupu zkoumání patří v kvalitativním výzkumu ke klíčovým pravidlům a také příprava výzkumu by měla být jasně určena. Je nutné, aby výzkumná situace byla jasná a srozumitelná pro všechny účastníky výzkumu (Miovský, 2006).

4.2 VALIDITA VÝZKUMU

Validitou se rozumí platnost získaných informací vzhledem k realitě (Miovský, 2006). „Již při přípravě a v návrhu projektu máme zvažovat nějaký způsob zajištění validity a důvěryhodnosti výsledků výzkumu“ (Hendl, 2005, p. 147).

Důvěryhodnost kvalitativního výzkumu je určena kvalitou získaných dat. Data by měla být podrobná, úplná, informativní, získaná v podmínkách zvyšujících jejich výpovědní sílu (Čermák & Štěpaníková, 1998).

Validita může být ohrožena mnoha činiteli. Ze strany badatele to může být zkreslení způsobené jeho předpojatostí, zaměřením či předchozími zkušenostmi. Data mohou být ovlivněna prostřednictvím interakcí badatele s výzkumným prostředím.

Badatel se může zaměřovat na zvláštnosti a odlišnosti, a přehlížet tak podobnosti a souvislosti. Události mohou být oproti skutečnosti prezentovány strukturovaněji a kongruentněji. Badatel může klást větší důraz na data získaná od jím preferovaných respondentů (Čermák & Štěpaníková, 1998).

4.3 ETICKÉ OTÁZKY VÝZKUMU

Ne každý člověk je ochotný sdílet podrobnosti ze svého soukromí s vědomím, že budou publikovány. Zachování soukromí je tedy důležitým a významným předpokladem (Hendl, 2005). Výzkum musí respektovat platné zákony o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů) (Miovský, 2006).

Významná etická pravidla při provádění výzkumu zmiňuje Hendl (2005). Před začátkem výzkumu je potřeba informovat zúčastněnou osobu o důvodu a účelu výzkumné práce, o jejím průběhu a v jakých podmínkách se bude výzkum provádět. Respondent je upozorněn na to, že bude zachována jeho anonymita, že v průběhu může z výzkumu kdykoliv bez udání důvodu odstoupit.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Volba metody získání dat je velmi důležitá, protože se již nedá změnit. Metoda pro získání informací musí být zvolena podle toho, jaký druh informace výzkumník potřebuje získat, od koho a za jakých okolností (Hendl, 2005).

Požadovaná data lze získat pozorováním, interview, dotazníkovou metodou, postojovou škálou a testy.

5.2 INTERVIEW

Interview řadíme mezi nejobtížnější, ale zároveň nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat. Z terminologického hlediska je označen termínem interview takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a za účelem výzkumné studie (Miovský, 2006).

Ferjenčík (2000) pak interview neboli rozhovor definuje jako zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat. Interaktivnost znamená, že rozhovor se odehrává střetnutím „tváří v tvář“. Tím, že výzkumník aktivně vstupuje do situace, chtěl nechtěl ovlivňuje i množství a charakter informací, které mu sdělí respondent. Jeho technika se zakládá na dotazování (Hendl, 2005).

Mezi základní schopnosti výzkumníka by měla patřit, citlivost, koncentrace, interpersonální porozumění a disciplína. Je nutné si předem stanovit délku trvání rozhovoru. Na jeho začátku je důležité získat důvěru respondenta a zajistit souhlas s provedením nahrávky. Zvýšenou pozornost je vhodné věnovat také konci rozhovoru, kdy respondent může ještě sdělit důležité informace týkající se výzkumu. Respondentovi by měla být nabídnuta možnost dodatečného kontaktu (Hendl, 2005).

Interview je prováděno obvykle s jednou, maximálně však se třemi osobami. Velmi důležitým znakem interview je, že jej nelze provádět bez pozorování. Tazatel by tedy měl vnímat velmi citlivě signály těla dotazovaného. Značnou roli zde hraje důvěra dotazovaného a otevřenost. Čím důvěrnější a otevřenější je atmosféra při provádění interview, tím hlouběji se může tazatel pustit, a tím bohatší a více validní data je schopen získat. Interview se dělí do tří základních skupin: nestrukturované, polostrukturované (semistrukturované) a strukturované (Miovský, 2006).

Pro účely této práce je použito polostrukturovaného rozhovoru, proto bude v následující části popsán detailněji. Ostatní typy rozhovorů nebudou již vzhledem k charakteru a rozsahu práce zmiňovány.

5.3 POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW

Jedná se o nejrozšířenější podobu metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Tazatel si vytvoří určité schéma, které je pro něj závazné. Toto schéma obvykle vymezuje okruhy otázek, které budou účastníkům kladeny. Většinou je u těchto otázek možné zaměňovat pořadí.

Při polostrukturovaném interview je vhodné použít následné *inquiry*, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka. Znamená to, že si tazatel nechá například vysvětlit, jak má danému výroku rozumět. Ověří si, že je odpověď správně pochopena a interpretována. Tazatel klade různé doplňující otázky a téma rozpracovává do hloubky, do jaké je to užitečné vzhledem k cílům a definovaným výzkumným otázkám. Interview pokračuje, dokud účastník dává smysluplné a pro výzkum relevantní odpovědi nebo dokud není vyčerpán časový limit.

Polostrukturovaný rozhovor má definované tzv. jádro tvořené minimem témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Na jádro se pak mohou postupně nabalovat další doplňující a rozšiřující otázky, které mohou tazatele v průběhu rozhovoru napadnout a které se jeví jako smysluplné. Při zpracování a analýze dat je pak zcela na tazateli, zda tyto doplňující otázky využije nebo je ponechá stranou. Většinou se však jeví jako velmi užitečné a pomáhají pochopit lépe problém, který výzkumníka zajímá.

U tohoto typu rozhovoru je často přikládána poměrně velká váha vnějšímu prostředí. Někdy je přímo požadováno, aby rozhovor probíhal pouze v prostorách či na prostranstvích určitého typu (např. v parku, na ulici, v kavárně atd.). Samozřejmě jej lze provádět i ve standardizovaném prostředí, jako je kancelář, psychologická ordinace apod. (Miovský, 2006).

5.4 FÁZE ROZHOVORU

Ferjenčík (2000) dělí interview do pěti základních fází.

V **přípravné fázi** by měl výzkumník sám sobě odpovědět nejméně na tři otázky – o čem bude hovořit, s kým bude hovořit a jak bude s respondentem hovořit.

V **úvodní fázi interview** výzkumník srozumitelně vysvětlí cíl, smysl a obsah rozhovoru, navodí optimální emocionální klima umožňující respondentovi co nejlépe poskytnout požadované informace. V rozhovoru je třeba se k dotazovanému přibližovat postupně. K tomu slouží nejenom představení sebe a načrtnutí obsahu či záměru interview, ale i tzv. *ice-breakers* neboli zahřívací otázky. Jsou to otázky nebo komentáře týkající se většinou neutrálních témat, která jsou respondentovi dobře známa. V této etapě interview volíme otevřené otázky. Začít s uzavřenými otázkami, obzvláště takovými, kdy se odpovídá jenom ano či ne, by mohlo snadno vést ke sklouznutí od interview k pouhému výslechu.

Cílem **jádra interview** je získat klíčové informace týkající se výzkumu.

V **závěru interview** je respondent „odměněn“ za spolupráci (např. poděkováním, oceněním ochoty odpovídat apod.). Je také vhodné sumarizovat přehledně hlavní body a témata, o kterých byla řeč.

Poslední fází je **vyhodnocení interview** – jedná se o třídění a analýzu dat způsobem, který byl zvolen.

5.5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem výzkumu je zjistit zkušenost dívek hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici s užíváním návykových látek, jaké návykové látky vyzkoušely a v kolika letech.

Pro výzkum byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Jaké jsou důvody k užívání návykových látek?

Jaké návykové látky respondentky užívají?

V kolika letech začaly respondentky užívat návykové látky?

5.6 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY

Jako cílovou skupinu jsem si zvolila dívky ve věku od 13 do 18 let. Tato věková skupina se vyznačuje velmi specifickými charakteristikami, neboť období dospívání je jedním z nejnáročnějších období v životě jedince. Jedná se o období hledání sebe sama, vlastní identity, hledání, čeho chtějí v životě dosáhnout, co chtějí dělat, kde budou pracovat, kde žít, s kým apod. Je to období velmi náročné na psychiku, a proto se nezdá jedná o nejrizikovější a nejohroženější skupinu v oblasti užívání drog.

5.7 METODOLOGICKÝ POSTUP

Před začátkem výzkumu byl požádán ředitel Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši o schválení výzkumu. Po schválení žádosti byl pečlivě připraven výzkumný plán a okruhy otázek pro rozhovor, které budou respondentkám kladeny. Otázky byly přizpůsobeny vyjadřování respondentek.

5.8 VÝBĚR ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU

Respondentky pro výzkum byly vybrány na oddělení dívek Dětské psychiatrické nemocnice, kde v současné době pracují. Byla zvolena metoda záměrného výběru, která se vyznačuje vyhledáváním podle požadovaných vlastností (Miovský, 2006). Kritériem výběru byla věková hranice od 13 do 18 let, zkušenost s užíváním jakékoliv návykové látky a ochota zúčastnit se výzkumu.

Vybrané dívky byly osloveny, zda budou ochotny zúčastnit se výzkumu. Některé z nich žádost odmítly i přes ujištění, že výsledky rozhovoru budou anonymní. U dívek, které se výzkumu zúčastnily, je v jejich chorobopisu uložen souhlas s využitím získaných informací ke studijním účelům. Pro uskutečnění výzkumu byly vybrány čtyři dívky. Pro zachování anonymity byly změněny jejich identifikační údaje.

5.9 PROCES TVORBY DAT

V květnu až červnu 2016 byl po domluvě s jednotlivými dívkami zvolen termín schůzky, která se uskutečnila v nemocnici v terapeutické místnosti. Před začátkem rozhovoru bylo důležité vytvořit příjemné prostředí a získat si důvěru respondentek. Bylo jim nabídnuto občerstvení, sdělen výzkumný záměr a vysvětleno, z jakého důvodu oslovuji právě je. Dívky byly poučeny o anonymitě a o možnosti, že rozhovor může být na jejich přání kdykoliv ukončen a záznam z nahrávacího zařízení smazán. Dále byly poučeny, že každá odpověď je správná a není důvod k obavám ze zesměšnění. Interview bylo započato tzv. zahřívacími otázkami, které se týkaly neutrálních témat. Se souhlasem respondentek byly rozhovory nahrány na digitální záznamník.

Respondentkám bylo položeno osm otázek, které byly doplněny cílenými otázkami pro zajištění kontroly. V průběhu rozhovoru bylo zapotřebí vyhýbat se odborné terminologii a otázky přizpůsobit věku dívek. Rozhovor byl vždy veden pouze s jednou respondentkou.

5.10 PRÁCE SE ZÍSKANÝMI DATY

Celý rozhovor byl nahráván na diktafon a výsledný záznam byl uchováván tak, aby nedošlo k jeho zneužití. Ze záznamu byl proveden doslovný přepis rozhovoru. Všechny nahrávky i přepisy byly uloženy v počítači pod určitým kódem.

Pro zpracování textu byl důležitý opakovaný poslech nahrávky a opakované čtení přepisu rozhovoru. Při práci s textem byly podtrhávány ty význačné odpovědi, které se týkaly daného tématu. Vytvářely se tak tematické shluky podle položených otázek.

V přepisu rozhovoru jsou zachovány výrazy, které dívky použily.

5.11 INFORMACE O PACIENTKÁCH

V této kapitole uvádím anamnestická data týkající se jednotlivých respondentek. Jména respondentek byla z důvodu anonymity změněna. Pro jednodušší orientaci byl každé dívce přidělen kód: Lucie – R1, Anna – R2, Helena – R3, Jana – R4.

Významné události v životě každé dívky jsou pro přehlednost shrnuty v tabulce.

LUCIE

Pacientka se jmenuje Lucie (R1) a je jí 17 let. Na oddělení byla přeložena z urgentního příjmu po suicidálním pokusu v alkoholové ebrietě. Při přijetí na oddělení byly stanoveny tyto diagnózy: jiné smíšené poruchy chování a emocí, automutilace, škodlivé užívání alkoholu, nikotinu, marihuany.

Lucie je poslední rok v ambulantní péči psychologa z důvodu depresí, smutné nálady, konzumace alkoholu a kouření marihuany.

V dětství Lucie trpěla slabšími epileptickými záchvaty, proto docházela pravidelně na neurologii. V 6 letech měla při omdlení úraz hlavy s krvácením do mozku. Po tomto úrazu epilepsie úplně vymizela. V roce 2015 prodělala slabý otřes. V současné době neužívá žádné léky.

Lucie navštěvuje druhý ročník gymnázia, kde úspěšně studuje s vyznamenáním.

Matka Lucie je zdravá, spíše introvertní, kouří, alkohol užívá příležitostně. V pubertě měla matka deprese, se svými problémy se vyrovnala sama. Bratranec matky ve 20 letech spáchal sebevraždu zastřelením. Otec je zdravý, kouří, alkohol pije

příležitostně. Je sice povahově uzavřený, ale s dcerou vychází dobře. Ani jeden z rodičů se neléčil ani neléčí na psychiatrii.

Oba rodiče mají středoškolské vzdělání a jsou zaměstnaní.

Lucie má mladší třináctiletou sestru. Jejich sourozenecký vztah je vřelý. Sestra je zdravá a její chování je podle vyjádření matky bezproblémové.

Rodiče jsou rozvedeni a nežijí spolu 3 roky. V současné době bydlí Lucie ve společné domácnosti s matkou, sestrou a druhým manželem matky. S nevlastním otcem Lucie příliš dobře nevychází, preferuje svého vlastního otce, se kterým se vídá každých 14 dní.

Mezi její zájmy patří čtení a hra na kytaru, před dvěma roky přestala závodně běhat a plavat. Jako svůj hlavní důvod k hospitalizaci uvádí Lucie sebepoškozování a dále suicidální pokus. Svůj suicidální pokus považuje za zkrat. Užila lbalgin a vypila tvrdý alkohol. Udělala to ze strachu, že ji matka nechá umístit do diagnostického ústavu. Je ráda, že tento pokus přežila. V té chvíli se jí zdálo vše beznadějně a život pro ni neměl smysl. V současné době je nešťastná. V posledním půlroce se její deprese zhoršily. V říjnu 2015 se také poprvé sebepoškodila pořezáním. Po pořezání měla pocit úlevy, a proto to ještě několikrát zopakovala. Od té doby má doma problémy, rodiče ji kontrolují. Lucie však nedodržuje pravidla, domů chodí pozdě, pije alkohol, kouří marihuanu, což se rodičům nelíbí. Doma se cítí nešťastná. Proto si našla partu kamarádů, se kterými chodí na koncerty, tam se cítí svobodně. Dlouhodobě nevychází s nevlastním otcem. Podle jejích slov si na otce jen hraje. Přála by si, aby s nimi nežil. Chtěla by, aby všechno bylo jako dřív před rozvodem rodičů. S vlastním otcem vychází dobře, jezdí za ním pravidelně. Pozitivně hodnotí svůj vztah s matkou a sestrou.

Rodiče ji často chválí, ale ona na sobě nedává znát, že ji pochvala těší. Považuje se za flegmatickou, melancholickou a uzavřenou. Doma je rodiči trestaná domluvou nebo zákazem chodit ven. Lucie občas zákaz chodit ven porušuje.

Dle matky je Lucie orientovaná na výkon, ale má nízké sebevědomí. V poslední době však nedodržuje pravidla, která jí nastavili. Matka od léčby očekává, že pochopí, co se s její dcerou děje. Je již zoufalá, neví, jak jí může pomoci. Bojí se, aby si opět něco neudělala.

Tabulka 1: Významné události v životě Lucie

Rok	Události
1999	narozena
2003	narození sourozence, výskyt epileptických záchvatů
2005	úraz hlavy, vymizení epilepsie
2013	rozvod rodičů
2014	sňatek matky, ukončení sportovních aktivit, zahájení studia na SŠ
2015	deprese, otřes mozku, začátek užívání návykových látek, říjen – začátek sebepoškození
2016	suicidální pokus, léčba v PN

ANNA

Pacientka se jmenuje Anna (R2) a je jí 15 let. V nemocnici byla hospitalizována z důvodu poruchy chování, smíšené úzkostné a depresivní poruchy.

Navštěvuje devátý ročník základní školy. Učení ji nebaví, prospěch má dostatečný.

Matka Anny je zdravá, nekouří, alkohol užívá příležitostně. Sama o sobě uvádí, že je vznětlivé povahy. V rodině matky se nikdo na psychiatrii neléčil. V současné době je na mateřské dovolené. Otec je zdravý, nekouří, alkohol užívá příležitostně, je klidné povahy, na psychiatrii se neléčil.

V dětském věku prodělala Anna běžné nemoci. Opakovaně se u ní objevovaly epileptické záchvaty v prvním roce života. Nyní je bez těchto zdravotních problémů, ale dochází stále na kontroly. V současné době Anna uvádí, že se v noci často budí ze spaní. Má traumatické sny o vlastní či přítelově smrti.

Rodiče Anny jsou rozvedeni. Manželství trvalo 20 let, před 3 lety se z důvodu vzájemných neshod rodiče rozvedli. Anna má vlastní sestru, které je 23 let a studuje na vysoké škole. Ta ve společné domácnosti s rodinou nežije, má vlastní byt. S touto sestrou nemá Anna dobrý vztah, proto se vídají pouze výjimečně. Na sestru v minulosti velmi žárlila, cítila se přehlížena. Když bydlela starší sestra doma, matka se jí věnovala podle Anniných slov více než jí, proto bývala raději u babičky. Anna má ještě nevlastní sestru, které je 1 rok.

Dříve žila Anna ve společné domácnosti s matkou a nevlastní sestrou, kde měla absolutní volnost, potulovala se po nocích, chodila na diskotéky. Matce tvrdila, že spí u kamarádky, ale přitom se toulala s partou. V té době velmi zanedbávala školu a měla mnoho zameškaných hodin. Matka jí všechny absence omluvila. V současné době je v péči

otce, který je ve výchově přísnější. S matkou se stýká omezeně. Otec zařídil dceři doučování, což přineslo mírné zlepšení. Vzhledem k tomu, že Anna odmítala spolupracovat, doučování bylo ukončeno.

Když jí něco rodiče vytýkají, vyhrožuje, že si stejně jednou něco udělá. Rodiče uvádí, že se sebepoškozovala řezáním na předloktí, ale dávala si pozor, aby rána byla jen povrchová. Otcí připadá, že přestala být empatická a je přehnaně kritická k okolí.

V době, kdy bydlela u matky, dostávala od otce 100 Kč týdně. Nyní už žádné kapesné nedostává s tím, že otec hradí veškeré náklady. Otec však zjistil, že mu Anna bere peníze. V současnosti chodí s dvacetiletým chlapcem z jejich party. Otec s touto známostí nesouhlasí.

Mezi své zájmy řadí Anna jízdu na koni, chatování na facebooku, poslech hudby, ráda chodí na diskotéky.

Jako důvod k hospitalizaci uvádí Anna útěky z domova a nerespektování autorit. Svě chování omlouvá špatným vztahem s otcem, dle jejích slov „je na ni hnusný“.

Rodiče uvádí, že se jejich dcera kamarádí s drogově závislými jedinci a má problém s respektováním autorit. Na jedné straně se chová jako dítě, na druhé straně chce, aby se s ní jednalo jako s dospělou. Velmi rychle a často mění názory.

Dle mínění otce nezná Anna hodnotu peněz, vše okamžitě utratí. Když chce otec Annu potrestat, zakáže jí oblíbené aktivity jako je jízda na koni a přístup k počítači. Otec se snaží omezit kontakt své dcery s přáteli z party, proto jí zabavil mobil. Anna přišla několikrát domů opilá a otec má podezření, že dcera užívá drogy.

Otec očekává, že se Anna naučí slušnému chování a sociálnímu cítění, bude ovládat své nálady a výbušné chování. Byl by rád, kdyby pochopila, že má život před sebou, že nic nedostane zadarmo.

Tabulka 2: Významné události v životě Anny

Rok	Události
2001	narozena
2002	výskyt epileptického záchvatu
2013	rozvod rodičů, začátek kouření cigaret, užití pervitinu a LSD
2014	začátek užívání alkoholu, marihuany, lysohlávek
2015	narození sourozence
2016	léčba v PN

HELENA

Pacientka se jmenuje Helena (R3) a je jí 14 let. V nemocnici byla hospitalizovaná s důvodu smíšené úzkostné a depresivní poruchy, nerovnoměrného rozvoje osobnosti. Dále byly stanoveny tyto diagnózy: škodlivé užívání alkoholu, experimentování s marihuanou a opiáty, fumatorka.

Helena prodělala běžná dětská onemocnění. Psychomotorický vývoj probíhal v normě, do 6 let se občas v noci pomočovala. V současnosti má problémy s usínáním. Ve 13 letech se začala sebepoškozovat. V té době s ní rodiče začali chodit k psychologovi.

Matka nekouří, alkohol nepije, uvádí, že je klidné a mírné povahy. V roce 2013 se léčila s karcinomem, v současné době je bez zdravotních obtíží. Otec je zdravý, nekouří, alkohol pije příležitostně. Uvádí, že je klidné povahy. V rodině otce a matky se nikdo neléčil na psychiatrii.

Helena má starší osmnáctiletou sestru, která studuje střední školu. Helena uvádí, že se sestrou vychází docela dobře.

Dívka žije ve stabilní domácnosti s oběma rodiči a starší sestrou. Manželství rodičů trvá již 20 let. Rodina žije v rodinném domě a je dobře finančně situovaná. Vztahy v rodině hodnotí rodiče jako harmonické.

Rodina bydlí na malé vesnici, kde má Helena málo kamarádů svého věku. Do školy dojíždí do blízkého města a tam má přátele. Do 11 let hrála na klavír a zpívala ve sboru. V současné době se nevěnuje žádným zájmovým aktivitám.

Jako důvod k hospitalizaci uvádí Helena deprese a sebepoškozování. V roce 2015 se poprvé sebepoškodila pořezáním na předloktí, aby se uklidnila. Helena uvádí, že si přeje zlepšení vztahu s matkou, která je málomluvná a uzavřená. Dalším přáním Heleny je zhubnout, být hezká a sama se sebou spokojená. Heleně samotné vadí, že rodičům lže a přiděluje jim starosti. Rodiče ji chválí slovně, pochvaly ji však netěší, pochybuje o upřímnosti rodičů, bere to spíše jako ironii. V současné době ji rodiče trestají domluvou a zákazy. Dříve dostávala pravidelně kapesné 400 Kč na měsíc. V současné době již kapesné nedostává, protože rodiče zjistili, že si kupuje alkohol a cigarety.

Rodiče uvádí, že dříve mívala výborný prospěch a chování bez problémů. V současné době má podprůměrný prospěch a zanedbává školní docházku. Ve škole bylo řešeno také porušování školního řádu z důvodu kouření ve škole.

Dle otce se v poslední době častěji sebepoškozuje a ve zvýšené míře užívá alkohol. Otec si myslí, že Helena nemá moc kamarádů, proto hodně času tráví na facebooku. Většinou mívá špatnou náladu, je málomluvná a nesvěřuje se. O svých problémech se odmítá bavit, je těžké odhadnout, co se v ní děje. Několikrát ji rodiče přistihli opilou.

Tabulka 3: Významné události v životě Heleny

Rok	Události
2002	narozena
do 2008	noční enuréza
2013	ukončení zájmových aktivit, CA matky
2014	zhoršení prospěchu ve škole, začátek kouření cigaret
2015	začátek užívání marihuany a pití alkoholu, začátek sebepoškozování
2016	léčba v PN

JANA

Pacientka se jmenuje Jana (R4) a je jí 17 let. V nemocnici byla hospitalizovaná z důvodu smíšené úzkostné a depresivní poruchy, sebepoškozování, depresivního syndromu, disharmonického vývoje osobnosti.

Jana prodělala běžná dětská onemocnění, psychomotorický vývoj probíhal v normě. V 7 letech se u ní objevila epilepsie. Záchvaty probíhaly jako brnění a cukání ve tváři. Od malička je velmi uzavřená, nerada o sobě mluví. Vyskytují se u ní výkyvy nálad, bývá agresivní k věcem a malým dětem. K dospělým je agresivní pouze verbálně. Má problémy se spaním, špatně usíná, v noci se budí. V současné době užívá léky na léčení nespavosti a deprese.

Matka Jany je zdravá, nekouří, alkohol a drogy neužívá. Uvádí, že je společenská, někdy vznětlivá. Otec kouří, užívá alkohol a drogy, je uzavřené povahy. Ani jeden z rodičů se neléčil na psychiatrii. V rodině matky se u neteře vyskytlo sebepoškozování a úmyslné předávkování léky. Synovec matky užívá drogy.

Jana má dva nevlastní sourozence ze strany matky. Bratr má 9 let, je bezproblémový, sestře je 5 let, je hyperaktivní, ale bezproblémová.

Rodiče Jany spolu žili do jejích 3 let. Jana od šesti let žije ve společné domácnosti s matkou a jejím druhem. Do 10 let ji otec občas navštěvoval. V současné době Jana otce nenavštěvuje a neví, kde se zdržuje. Považuje za nepříjemné řeči příbuzných, kteří tvrdí, že je otci podobná.

Do 7 let žila jako jedináček. Po narození nevlastních sourozenců na ně žárlila, nyní k nim má lepší vztah. Rodina žije v domě, kde má Jana svůj vlastní pokoj. Jako autoritu uznává přítele matky, který je klidný a rozvážný, vše řeší na rozdíl od matky bez křiku. Občas jí vadí, že ho nedokáže vyvést z míry.

Jana uvádí, že hlavním důvodem k hospitalizaci jsou deprese, sebepoškozování řezáním a špatný pohled na svět. V současné době je často pesimistická a lítostivá. V afektu proklamovala, že na tomto světě nechce být. Od 14 let si myslí, že na světě je všechno špatné. Ve stejné době se začala sebepoškozovat řezáním na různých částech těla. Dle jejích slov ji „řezání“ uklidňuje a dělá jí dobře. Jednou se stalo, že se sebepoškodila natolik, až musela vyhledat lékařské ošetření. V minulosti si také pálila ruku zapalovačem.

Na základní škole měla jedinou kamarádku, s tou se však již nekamarádí. V současné době se kamarádí nejvíce se svou sestřenicí. Uvádí, že si rozumí a smějí se spolu. Na základní škole byla podle svého názoru spolužáky šikanovaná. Ve třídě jí dělali naschvály a ubližovali jí, s nikým se nebavila. Učitelům se nelíbilo, že chodí oblečená v černém. Oblékat do černého se začala na konci osmého ročníku. V té době začaly její problémy, více se uzavírala do sebe. Ve škole, kterou navštěvuje v současné době, není šťastná. Má pocit, že jí třídní učitelka a spolužáci nesnáší kvůli tomu, jak vypadá.

Dříve se stýkala se skupinou mladistvých, kteří se zajímali o satanismus. Uvádí, že toto téma ji již nezajímá. Mezi její zájmy patří četba a práce na počítači. Rodiče ji často chválí, ale Jana o pochvalu nestojí. Kapesné dostává ve výši 350 Kč týdně. V případě, že kapesné nedostane, jde za babičkou, která jí peníze dá.

Matka od léčby očekává, že se dcera v nemocnici otevře a svěří se, co ji trápí. Má velký strach, zda její dcera není v sektě provozující satanismus.

Tabulka 4: Významné události v životě Jany

Rok	Události
1999	narozena
2001	rozvod rodičů
2005	matka – nový partner
2006	výskyt epilepsie
2007	narození sourozence
2009	přerušení styku s otcem
2011	narození sourozence
2012	začátek kouření
2013	šikanování ve škole, změna stylu v oblékání, užívání alkoholu
2014	začátek užívání marihuany
2016	suicidální proklamace, sebepoškozování, léčba v PN

5.12 VÝSLEDKY ROZHovorŮ

V této části jsou uvedeny odpovědi respondentek (R1, R2, R3, R4) na otázky, které byly položeny během interview. Jednotlivé odpovědi byly vyňaty z celkového rozhovoru tak, aby neobsahovaly nadbytečné informace netýkající se tématu a zároveň byl zachován jejich význam. Cílem rozhovoru bylo zjistit odpovědi na výše uvedené výzkumné otázky.

Byly položeny tyto otázky:

1. Jakou návykovou látku jsi vyzkoušela a v kolika letech?

R1 – „Všechno jsem asi poprvé zkusila v 16 letech, poprvé jsem si dala cigarety a trávu.“

R2 – „Cigarety jsem poprvé zkusila ve dvanácti s partou, byli tam spolužáci a starší děcka, tak různě namíchaný. Marihuanu, alkohol a houbičky ve třinácti, s partou. Pervitin jsem zkusila ve dvanácti, v 6. třídě, s kamarády byli starší, 7. až 8. třída. LSD jsem měla třikrát asi ve dvanácti.“

R3 – „Marihuanu jsem zkoušela ve třinácti. Alkohol jsem začala pít před rokem o prázdninách. Kouřím pravidelně od dvanácti.“

R4 – „Ve třinácti jsem kouřila. Alkohol jsem pila poprvé ve čtrnácti, marihuanu poprvé v patnácti na střední škole.“

2. Z jakého důvodu jsi začala užívat?

R1 – „Cigarety jsem zkusila ze zvědavosti, protože kouří máma i táta. Marihuanu kvůli spolužákům, navedli mě a byla jsem zvědavá. Alkohol jsem začala pít s kamarády v partě ze střední školy.“

R2 – „Přinesli a nabídli mi to kamarádi.“

R3 – „Ze začátku to bylo s tou partou a pak se mi to nějak zalíbilo a pila jsem potom i sama. Když jsme šli ze školy, tak mi cigaretu i marihuanu nabídl kluk ze školy.“

R4 – „S trávou jsem začala kvůli depresím, po jejím užití se cítím líp. Kouřit jsem začala ze zvědavosti, později pro uvolnění. U alkoholu jsem chtěla zjistit, jak mi bude, ale moc ho nepiju.“

3. Co jsi užívala pravidelně před nástupem do nemocnice?

R1 – „Kouřila jsem docela málo asi tři až čtyři denně a o víkendu skoro nic. Marihuanu jsem kouřila čtyřikrát týdně, jedno sklo nebo dvě ve dvou nebo ve třech lidech. Alkohol jsem pila, než jsem sem nastoupila, dvakrát týdně ve dvou nebo ve třech tři litry vína za odpoledne nebo dvě piva za odpoledne.“

R2 – „Cigarety pravidelně pět denně, marihuana každý den jedno sklo, alkohol jednou za týden flašku vína při akcích.“

R3 – „Než jsem nastoupila, tak jsem pila trochu míň, protože mě rodiče hlídali. Kouřila jsem tak patnáct až dvacet cigaret denně.“

R4 – „Marihuanu. Měla jsem každý den jedno až dvě brka.“

4. Jak se cítíš po užití návykové látky?

R1 – „Po cigaretách uklidnění, dali jsme si před školou ráno a po škole jsme probrali u toho celý den. Po pivu v pohodě, po víně horší, něco jsem si nepamatovala. Po marihuaně mám lepší náladu.“

R2 – „Když si nic nedám, cítím se špatně, nejsem uvolněná, jsem podrážděná. Po LSD jsem měla takový vidiny, haluze“

R3 – „U marihuany jsem měla takový hustý sliny a všechno mi přišlo hrozně vtipný. Třeba jsme se dívaly s kamarádkou na televizi a pořád jsme se smály. Pak jsme tam daly

zprávy a to nám taky přišlo vtipný. U cigaret je ten pocit prostě jedinečný, to nejde popsat, na chvíli se uklidním. Po tý vodce, když máte špatnou náladu, tak pak ji máte ještě horší, ale po tom rumu je dobrá nálada a po pivu taky.“

R4 – *„Po marihuaně se cítím suprově, nemám žádné problémy, je mně vždycky dobře. Pokud si dám marihuanu, jsem klidnější, ale trochu mimo. Nevnímám ostatní lidi, mám svůj vlastní svět.“*

5. Co se ve tvém životě změnilo od doby, kdy jsi začala užívat návykové látky?

R1 – *„Po trávě, když jsem hulila, tak se mi zhoršil prospěch ve škole a měla jsem problém se soustředěním.“*

R2 – *„Nic.“*

R3 – *„To kouření mi nic nevzalo, až na kluka. Chodila jsem s klukem, který hrál fotbal. Když se dozvěděl, že kouřím, tak nechtěl, abych kouřila, tak jsem mu začala lhát, že nekouřím. Jenže pak mě zradil kamarád a vyfotil mě s cigaretou a ukázal mu ji. Kouření mi vzalo kluka, kterého jsem měla ráda. Alkohol mi vzal asi všechno. Hlavně důvěru rodičů.“*

R4 – *„Začala jsem být otravnější a hádala jsem se s rodiči i s přítelem. Přítel chtěl, abych přestala. Párkrát jsem se pokusila, ale nešlo to. Tak jsme se rozešli.“*

6. Jak reagovali rodiče, když zjistili, že užíváš návykové látky?

R1 – *„Když jsem začala kouřit, máma byla v pohodě, občas si dáme s mamkou spolu cigarety, povídáme si u toho, takže je to v pohodě. Táta nevěděl, že kouřím marihuanu, protože s náma nežije, mluvím s ním o tom. Naši chtěli, abych přestala s marihuanou a alkoholem, začali kontrolovat, s kým se kamarádím.“*

R2 – *„Víš pouze o cigaretách a to berou v pohodě.“*

R3 – *„Táta měl na mě opravdu zlost, jako by mě chtěl přizabít. Chtěl mi fláknout a máma mu v tom zabránila, pak jsem měla domácí úkol.“*

R4 – *„Když máma zjistila, že užívám, tak chtěla, abych přestala. Máma nevěděla, kolik toho беру. Nevlastní otec to neřešil.“*

7. Budeš po propuštění z nemocnice pokračovat v užívání návykových látek?

R1 – „S trávou určitě přestanu, s alkoholem ve velkém množství taky, s cigaretami asi ne.“

R2 – „Chci přestat.“

R3 – „Napůl chci a napůl nechci přestat kouřit. Já si přeju, aby mi stačilo dát si jenom něco málo o víkendu nebo občas trochu na zábavu. Byla bych ráda, kdybych už nepila.“

R4 – „Až mě propustí z nemocnice, chci omezit užívání marihuany, ale nevím, jestli mi to půjde.“

8. Jak získáváš návykové látky?

R1 – „Cigarety mi někdo dá nebo si koupím z kapesného od rodičů, většinou jsem je utratila za cigarety a alkohol, marihuanu nosí kamarádi.“

R2 – „Peníze mám od rodičů, vždycky řeknu, že si chci něco koupit, třeba jídlo a oni mi dají peníze, cigarety si koupím, alkohol a marihuanu nosí kamarádi.“

R3 – „Od spolužáků a měla jsem kapesný měsíčně čtyři stovky. To mně nestačilo. Spočítala jsem si, že za cigarety jsem v měsíci utratila 1 200 Kč. Alkohol a cigarety jsem si kupovala z peněz na oběd, občas jsem si vzala, co měli doma rodiče.“

R4 – „Peníze na marihuanu jsem nepotřebovala, měla jsem ji od kamaráda.“

Tabulka 5: Shrnutí výsledků rozhovorů

Dotaz č. 1: Jakou návykovou látku jsi vyzkoušela a v kolika letech?	
R1	alkohol (16), cigarety (16), marihuana (16)
R2	alkohol (13), cigarety (12), marihuana (13), houbičky (13), pervitin (12 let), LSD (12)
R3	alkohol (13), cigarety (12), marihuana (13)
R4	alkohol (14), cigarety (13), marihuana (15)
Dotaz č. 2: Z jakého důvodu jsi začala užívat?	
R1	zvědavost, vliv spolužáků, příklad rodičů
R2	vliv kamarádů
R3	vliv kamarádů
R4	zvědavost, léčba deprese
Dotaz č. 3: Co jsi užívala pravidelně před nástupem do nemocnice?	
R1	alkohol, cigarety, marihuana
R2	alkohol, cigarety, marihuana
R3	alkohol, cigarety
R4	marihuana

Dotaz č. 4: Jak se cítíš po užití návykové látky?	
R1	alkohol – občas ztráta paměti; cigarety – uklidnění; marihuana – zlepšení nálady, horší soustředění
R2	cigarety, marihuana, alkohol – uklidnění, uvolnění; LSD – vidiny
R3	alkohol – změny nálad; cigarety – uklidnění; marihuana – zlepšení nálady
R4	marihuana – zlepšení deprese, uklidnění, nevnímání ostatních, má svůj svět
Dotaz č. 5: Co se ve tvém životě změnilo od doby, kdy jsi začala užívat návykové látky?	
R1	horší prospěch ve škole, porucha soustředění
R2	nedošlo k žádné změně
R3	rozchod s partnerem, ztráta důvěry rodičů
R4	změny nálad, hádky s rodiči, rozchod s partnerem
Dotaz č. 6: Jak reagovali rodiče, když zjistili, že užíváš návykové látky?	
R1	cigarety – tolerance; alkohol, marihuana – obavy o to, s kým se stýkám
R2	cigarety – tolerance; o ostatních návykových látkách rodiče neví
R3	alkohol – zvýšený dohled
R4	zákaz užívání
Dotaz č. 7: Budeš po propuštění z nemocnice pokračovat v užívání návykových látek?	
R1	alkohol – omezí; cigarety – neomezí; marihuana – přestane
R2	chce přestat
R3	alkohol – přání skončit s nadměrným užíváním; cigarety – omezí
R4	marihuana – omezí
Dotaz č. 8: Jak získáváš návykové látky?	
R1	nákup, kamarádi;
R2	nákup, kamarádi
R3	nákup, zásoby rodičů; kamarádi
R4	kamarádi

5.13 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Všechny respondentky mají zkušenosti s užíváním cigaret, alkoholu a marihuany. Jedna uvádí zkušenost i s užitím pervitinu, lysohlávek a LSD.

Jako důvod k počátečnímu užívání respondentky uvedly snahu vyrovnat se svému okolí, zejména kamarádům a rodinným příslušníkům. Respondentky 1 a 4 uvedly, že návykové látky začaly užívat ze zvědavosti. Dalším důvodem byla léčba depresí u respondentky 4.

Respondentky 1 a 2 před nástupem do nemocnice pravidelně užívaly alkohol, kouřily cigarety a marihuanu. Respondentka 3 kouřila cigarety a pila alkohol. Respondentka 4 užívala pravidelně pouze marihuanu, důvodem užívání byla léčba deprese.

Všechny respondentky, které pravidelně kouří, uvedly, že jsou po vykouření cigarety klidnější. Po užití alkoholu uvádí negativní následky, které se projevují na zdravotním stavu. Po vykouření marihuany se u všech projevilo zlepšení nálady. Respondentka 2 měla po užití LSD vidiny.

Užívání návykových látek se v životech respondentek projevilo negativně na vztazích v rodině nebo s partnery. Respondentka 1 navíc uvádí zhoršení zdravotního stavu a zhoršení prospěchu ve škole. Respondentka 2 uvádí, že v jejím životě se užívání návykových látek nijak zásadně neprojevilo.

Kouření cigaret rodiče většinou akceptovali, alkohol a marihuanu naopak brali jako závažnou věc a začali dívky více kontrolovat.

Respondentky by chtěly přestat s užíváním návykových látek nebo užívání alespoň omezit. Jejich odpovědi však byly váhavé.

Peníze na nákup návykových látek získávaly respondentky od rodičů nebo návykové látky dostaly od kamarádů. Jedna z dívek uvedla, že alkohol získávala ze zásob rodičů.

6 DISKUSE

V interpretaci výsledků jsem si vědoma intervenujících proměnných, které vycházejí z osobnostních determinant respondentek i výzkumníka. Výzkumný vzorek tvořily čtyři dívky, z tohoto důvodu není možné výsledky výzkumu zobecňovat. Dívky byly během rozhovoru uvolněné a vstřícné. Na základě žádosti jedné z nich, která si nepřála rozhovor nahrávat, jsem provedla doslovný zápis rozhovoru, aby došlo k eliminaci tenze z nahrávání. Provedením doslovného zápisu tak nebyla ohrožena validita výzkumu.

Vlivem podmínek, ve kterých rozhovory probíhaly (nemocniční prostředí), mohlo dojít ze strany dívek u některých údajů ke zkreslení. Respondentky mohly mít snahu určité informace zatajit. Proto bylo důležité na začátku rozhovoru získat jejich důvěru a své vyjadřování přizpůsobit žargonu dívek.

Získané výsledky výzkumu vykazují relativně vysokou podobnost se závěry studií ESPAD. Lze tedy usuzovat, že kdyby se obdobný výzkumný plán realizoval v kvantitativním provedení, dospělo by se k velmi podobným zjištěním.

6.1 JAKÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY RESPONDENTKY UŽÍVAJÍ?

Nejdříve jsem se zajímala o druhy návykových látek, které dívky vyzkoušely. Všechny mají zkušenost s užitím marihuany, kouřením cigaret a s alkoholem. Užití pervitinu a „houbiček“ udávala jedna respondentka.

Podle výsledků studie ESPAD zabývající se statistikou za rok 2011 (Chomynová, Csémy, Grolmusová, & Sadílek, 2014) má zkušenost s kouřením 75 % šestnáctiletých, alkohol vyzkoušelo 98 % dotazovaných. Přibližně 60 % dotazovaných užívá alkohol pravidelně. Užití nelegální drogy uvedlo 43 % dotázaných, nejčastější užitou drogou jsou konopné látky (marihuana, hašiš), které užívalo 42,3 % dotazovaných. Halucinogenní houby vyzkoušelo 7 %, pervitin pak 2 % dotázaných.

Výsledky výzkumu ESPAD uvádí, že nejčastěji užitou první nelegální drogou jsou konopné látky. Tyto výsledky se shodují se sekvenční teorií (Chomynová, Csémy, Grolmusová, & Sadílek, 2014). Ta říká, že užívání návykových látek probíhá v několika sekvencích. První sekvencí, je užívání legálních drog, jako jsou alkohol anebo tabák. Mezistupněm mezi užíváním legálních a nelegálních drog je užívání marihuany. Nejvyšší fází je užívání drog nelegálních, a to v pořadí barbituráty a stimulantia, kokain a heroin.

Tyto fáze je možné pozorovat např. u uživatelů tvrdých drog. Nelze však s jistotou tvrdit, že mladistvý uživatel tabáku anebo alkoholu bude dále pokračovat v užívání nelegálních drog (Kandel, 2002).

6.2 V KOLIKA LETECH ZAČALY RESPONDENTKY UŽÍVAT NÁVYKOVÉ LÁTKY?

Tři z dotazovaných dívek uvedly první zkušenost s cigaretami do 13 let, což koresponduje s výsledky studie ESPAD z roku 2011. Ta uvádí, že 68 % z těch, kteří někdy kouřili, zkusili cigaretu před dosažením 14. narozenin. Do 13 let začala s denním kouřením celkem třetina kuřáků.

Tři dívky uvedly první zkušenost s alkoholem kolem 13. roku. To opět souhlasí s výsledky studie ESPAD, která uvádí první zkušenost s alkoholem, jako jednu z nejčastěji užívaných návykových látek, ve věku do 13 let.

Dívky začaly s užíváním marihuany mezi 13. až 16. rokem. Podle studie ESPAD vyzkoušelo 18,5 % dětí do 13 let konopné látky.

Jedna dívka uvedla užití pervitinu ve 12 letech, studie ESPAD uvádí zkušenosti s užitím pervitinu do 13 let u 20,5 % dotázaných (Chomynová, Csémy, Grolmusová, & Sadílek, 2014).

6.3 JAKÉ JSOU DŮVODY K UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK?

Další výzkumnou otázkou bylo, z jakého důvodu dívky s užíváním návykových látek začaly. Mezi nejčastější odpověď patřila zvědavost a snaha vyrovnat se kamarádům nebo spolužákům.

Dospívající jsou vystaveni sociálnímu tlaku ve své vrstevnické skupině. Dnešním trendem dospívajících je návykovou látku vyzkoušet a u některých jedinců užívání nezůstane pouze na společenské úrovni, ale stane se v životě něčím běžným (Kalina, et al., 2008).

Jedna dívka uvedla jako důvod užívání návykových látek příklad rodičů, kteří jsou kuřáci. I když v ostatních odpovědích dívek byly jiné důvody k užití návykové látky, nelze tento důvod považovat za banální. Tomuto tématu se ve výzkumu věnovala psychologie již před desetiletími. Klasickým příkladem jsou výzkumy A. Bandury (1977) o observačním učení (učení nápodobou). V praxi to znamená, že děti ve svém chování napodobují především to, co dlouhodobě vidí, nikoliv slyší. Ze závěrů vyplývá, že otázky observačního

učení jsou aktuální i v současnosti. Pro výchovnou praxi i pro užívání návykových látek je tedy důležité, jaký příklad rodič nebo vychovatel dítěti dává.

Wurmser (1974) ve svých studiích došel k závěru, že užívání drog může být pro uživatele jakousi ochranou před vnějším světem, před možnými emocionálními zraněními, před netolerovatelnými vnějšími situacemi. Užívání drog tak pomáhá uživatelům, kteří jsou mnohdy citlivými osobami, být silnějšími a odolnějšími (Khantzian, 1985). V diskuzi se nad spektrem této závislosti nezamýšlím, jelikož nebyla součástí výzkumu.

Užívání drog může být pro uživatele také sebeléčbou, způsobem, jak se vyhnout starým duševním zraněním (Wurmser, 1974). Khantzian dodává, že výběr drog při sebeléčbě není náhodný. Uživatelé narkotik, dle jeho zjištění, sahají po opiu z důvodu jeho tlumících účinků nebo v něm hledají pomoc při dezorganizaci a agresi. Na příkladu uživatelů kokainu zase ukazuje, jak jim užívání této drogy pomáhá vyrovnat se s distresem a s ním spojenou depresí, případně hypománií či hyperaktivitou (Khantzian, 1985).

U všech dívek se vyskytovaly symptomy afektivní nestability, k nimž lze zařadit deprese, nízké sebehodnocení, střídání nálad, suicidální pokus, izolaci, ztrátu zájmů. U dívek byla diagnostikovaná lokalizovaná automutilace. Tento jev lze považovat za snahu vyrovnat se s nepříjemnými duševními stavy. Jedna dívka uvádí po automutilaci pocit úlevy. Užívání návykové látky může představovat u těchto dívek emoční obranu, která je spojena se snahou navodit rovnováhu organismu.

Tři dívky výzkumu pochází z disociovaných rodin. Podle výsledků studie ESPAD užívání drog ovlivňuje i struktura rodiny, ze které mladiství pocházejí. Analýza ukazuje, že mladí lidé žijící v úplné rodině, tj. s oběma vlastními rodiči, mají výrazně menší zkušenost s užíváním drog (Chomynová, Csémy, Grolmusová, & Sadílek, 2014).

Klasifikace závislosti dle Cancriniho hledá spojitost mezi užíváním návykových látek a rodinnými strukturami. Autor rozděluje závislosti do čtyř kategorií podle toho, jaké organizační a komunikační vzorce se v rodině uživatelů drog vyskytují, jaké chování pozoroval u uživatelů, jaké osobní problémy uživatelé drog měli. Na základě těchto poznatků ustanovil a pojmenoval čtyři kategorie závislostí: traumatická, neurotická, přechodová a sociopatická (Cancrini, Cingolani, Compagnoni, Costantini, & Mazzoni, 1988).

U dívek, které se zúčastnily výzkumu, lze závislost považovat za traumatickou. U každé z nich se objevily rysy, které Kalina (2003) uvádí jako charakteristické pro tuto kategorii, a to rozvod rodičů (u tří respondentek) a vážné onemocnění matky (v jednom případě).

7 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké zkušenosti s užíváním návykových látek mají dívky hospitalizované v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši.

V teoretické části práce je popsána charakteristika cílové skupiny, faktory vzniku, projevy závislosti a dále jsou zde uvedeny základní principy kvalitativního výzkumu.

Praktická část práce je zaměřena na výzkum prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, při němž byly zjišťovány důvody, které vedly jednotlivé dívky k užívání návykových látek, a o jaké návykové látky se jednalo. Zmíněné otázky byly kladeny dívkám ve věku 14—17 let.

Z odpovědí na tyto otázky vyplynulo, že respondentky začaly s užíváním návykových látek ve věku nižším než je 15 let, pouze jedna byla v době první zkušenosti s návykovými látkami starší 15 let.

Všechny dotazované dívky měly zkušenost s kouřením cigaret, marihuany i s pitím alkoholu. Jedna uvedla i příležitostné užití pervitinu a lysohlávek.

Motivací k užívání návykových látek byla u všech dívek zvědavost a dále pak touha splynout s vrstevnickou skupinou. Některé uvedly, že určité návykové látky na ně působily uklidňujícím dojmem.

Pokud v rodině někdo užívá návykové látky, je to pro celou rodinu velmi náročné. Překonat problémy vlastního dítěte, které se týkají užívání návykových látek, je pro rodiče velmi obtížné. Většinou rodiče chtějí, aby se jejich dítě léčilo, to však tuto potřebu nepociťuje. Z tohoto důvodu je vhodné vyhledat odbornou pomoc celé rodině. Velmi důležité je také nastavit rodinná pravidla a důsledně dbát na jejich dodržování všemi členy rodiny.

V problematice užívání návykových látek je velmi důležitá primární prevence ve školách a školských zařízeních všeho typu. Vyškolení odborníci zde poskytnou nejdůležitější informace o návykových látkách s ohledem na věk dětí. Cílem prevence je předejít užívání návykových látek nebo alespoň posunout jejich užívání do pozdějšího věku. Pokud již k užívání došlo, měl by být jedinec informován o tom, jaké následky představuje užívání návykové látky a jak zabránit případnému zdravotnímu poškození.

8 SEZNAM ZKRATEK

<i>Zkratka</i>	<i>Význam</i>
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
Kč	koruna česká
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
např.	například
PCP	fencyklidin
Sb.	sbírky (v zákoně)
SZO	Světová zdravotnická organizace
tj.	to je
tzv.	takzvaný

9 SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Významné události v životě Lucie.....</i>	<i>20</i>
<i>Tabulka 2: Významné události v životě Anny.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabulka 3: Významné události v životě Heleny.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabulka 4: Významné události v životě Jany.....</i>	<i>25</i>
<i>Tabulka 5: Shrnutí výsledků rozhovorů</i>	<i>28</i>

10 SEZNAM LITERATURY

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D., & Mazzoni, S. (1988). Juvenile Drug Addiction: A Typology of Heroin Addicts and Their Families. *Family Process*, 27, 261-271. doi:10.1111/j.1545-5300.1988.00261.x
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Čermák, I., & Štěpaníková, I. (1998). Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie*, 42(1), 50-62.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha, Czechia: Portál.
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha, Czechia: Grada.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace* (2nd ed.). Praha, Czechia: Portál.
- Chomynová, P., Csémy, L., Grolmusová, L., & Sadílek, P. (2014). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha, Czechia: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K., Adameček, D., Bartošíková, I., Bayer, D., Bém, P., Broža, J., . . . Záborský, T. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha, Czechia: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M., . . . Záborský, T. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha, Czechia: Grada.
- Kandel, D. B. (2002). *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. England: Cambridge University Press.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264. doi:10.1176/ajp.142.11.1259
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2nd ed.). Praha, Czechia: Grada.
- Mahdalíčková, J. (2014). *Víme o drogách všechno?* Praha, Czechia: Wolters Kluwer.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Czechia: Grada.
- Mühlpachr, P. (2008). *Sociopatologie*. Brno, Czechia: Masarykova univerzita.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1997). *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, Czechia: Besip.
- Šimíčková-Čížková, J. (2005). *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, Czechia: Univerzita Palackého.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání* (2nd ed.). Praha, Czechia: Karolinum.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic Considerations of the Etiology of Compulsive Drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 820-843. doi:10.1177/000306517402200407
- Zvolský, P. (2003). *Speciální psychiatrie*. Praha, Czechia: Karolinum.

11 PŘÍLOHA A: POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW

OTÁZKY

1. Jakou návykovou látku jsi vyzkoušela a v kolika letech?
2. Z jakého důvodu jsi začala užívat?
3. Co jsi užívala pravidelně před nástupem do nemocnice?
4. Jak se cítíš po užití návykové látky?
5. Co se ve tvém životě změnilo od doby, kdy jsi začala užívat návykové látky?
6. Jak reagovali rodiče, když zjistili, že užíváš návykové látky?
7. Budeš po propuštění z nemocnice pokračovat v užívání návykové látky?
8. Jak získáváš návykové látky?

12 PŘÍLOHA B: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU

Dětská psychiatrická nemocnice
MUDr. Eduard Rodák – ředitel DPN
U Stadionu 285
595 01 Velká Bíteš

Velká Bíteš 24. května 2016

Žádost o umožnění výzkumu v Dětské psychiatrické nemocnici Velká Bíteš

Vážený pane řediteli,

jsem studentka 1. LF UK Praha, studuji obor adiktologie. V rámci studia provádím výzkum, který je zaměřený na užívání návykových látek dětmi a adolescenty. Z tohoto důvodu se na Vás obracím se žádostí o umožnění výzkumu, který bude sloužit pro mé studijní účely. Výzkum chci provést uskutečněním čtyř rozhovorů s předem vybranými pacienty. Informace, které mi budou sděleny, budu zpracovávat anonymně z důvodu znemožnění identifikace odpovídajících osob. Odpovědi budou nahrané a uložené tak, aby nemohlo dojít k jejich zneužití.

Za vyhovění mé žádosti předem děkuji

Jindřiška Rusková

MUDr. Eduard Rodák
ředitel DPN

Dětská psychiatrická nemocnice
U Stadionu 285, 595 01 Velká Bíteš
IČ: 008 42 052
Tel.: 566 531 431, 566 531 433, Fax: 566 531 434
e-mail: dplyb.reditel@seznam.cz

