

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE

Bakalářská práce

Ondřej Brož

Prevence užívání drog u adolescentů z úplných a neúplných rodin

Prevention of drug use among adolescents from complete and incomplete families

Praha 2023

Vedoucí práce: Mgr. Viktorie Paloušová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 1. srpna 2023

Ondřej Brož

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Viktorii Paloušové za vstřícnost, cenné rady a pomoc za jakékoliv situace. Také bych chtěl poděkovat všem respondentům za příjemné rozhovory a důležité informace, bez kterých by tato bakalářská práce nemohla vzniknout.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou drogově závislých adolescentů z úplných a neúplných rodin a prevencí dalšího užívání drog. Cílem práce je zjistit, zda adolescenti z neúplných rodin reagují na prevenční strategie terapeutů odlišně od adolescentů z rodin úplných. Data byla získána skrze polostrukturované rozhovory s experty na prevenci a následně zpracována pomocí tematické analýzy. Analyzovány byly jak prevenční strategie terapeutů, tak jednotlivé protektivní i rizikové faktory. Závěrem je vyvozeno, že terapeuti nevěnují zvýšenou pozornost adolescentům z neúplných rodin, a tedy ani nepoužívají odlišné prevenční strategie. Jelikož adolescenti z neúplných rodin reagují na stejné prevenční strategie totožně jako adolescenti z rodin úplných, není nutné při prevenční praxi dbát zvláštní pozornosti struktúře rodiny.

Klíčová slova

Užívání drog, drogy, návykové látky, adolescenti, struktura rodiny, prevence

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of drug addicted adolescents from complete and incomplete families and the prevention of further drug use. The aim of the thesis is to determine whether adolescents from incomplete families respond differently to therapists' prevention strategies than adolescents from complete families. Data were collected through semi-structured interviews with prevention experts and then analyzed using thematic analysis. Both therapists' prevention strategies and individual protective and risk factors were analyzed. It is concluded that therapists do not pay increased attention to adolescents from single-parent families and thus do not use different prevention strategies. Since adolescents from incomplete families respond identically to the same prevention strategies as adolescents from complete families, it is not necessary to pay special attention to family structure in prevention practice.

Keywords

Drug use, drugs, addictive substances, adolescents, family structure, prevention

Obsah

Úvod.....	1
1 Definice základních pojmů výzkumu.....	2
1.1 Definice adolescence.....	2
1.2 Rodina úplná, rodina neúplná a rodina doplněná	2
1.3 Definice návykových látek.....	3
1.4 Definice závislosti.....	3
1.5 Definice sociální prevence v rámci problematiky užívání návykových látek adolescenty	4
2 Vymezení hlavních teoretických přístupů vysvětlujících užívání drog mladistvými	5
2.1 Teorie nálepkování	5
2.2 Teorie kulturního přenosu	5
2.3 Teorie neutralizace	5
2.4 Rizika spojená se závislostí na návykových látkách u adolescentů	6
3 Přehled výsledků výzkumů	7
3.1 Vývoj užívání návykových látek adolescenty v České republice	7
3.2 Rizikové a protektivní faktory	8
3.2.1 Gender	8
3.2.2 Věk.....	8
3.2.3 Rodiče	9
3.2.4 Sourozenci.....	10
3.2.5 Vrstevníci	11
3.2.6 Role-models	11
3.2.7 Volnočasové aktivity	12
4 Význam prevence u adolescentů z neúplných rodin	12
5 Aktuální přístupy k prevenci.....	14
5.1 Trauma respektující přístup.....	14
5.2 Dovednosti pro život, sociální dovednosti a dovednosti sebeovlivnění.....	14
6 Metodologie	15
7 Prevenční strategie	17
7.1 Práce s adolescenty z úplných a adolescenty z neúplných rodin	17
7.2 Trauma respektující přístup.....	18
7.3 Dovednosti pro život, sociální dovednosti a dovednosti sebeovlivnění.....	19
7.4 Praktické schopnosti adolescentů.....	21
8 Protektivní a rizikové faktory.....	23
8.1 Role genderu	24
8.2 Role věku	26
8.3 Práce s rodiči.....	28
8.4 Faktor sourozenců.....	29

8.5	Role vrstevníků	31
8.6	Role-models	32
8.7	Volnočasové aktivity	34
8.8	Rozdíly v prevenci mezi adolescenty z úplné a neúplné rodiny	36
	Závěr	37
	Seznam použité literatury.....	37

Úvod

V posledních deseti letech rozvodovost manželství s nezletilými dětmi stagnuje okolo 58 % (Palonciová et al., 2019), čímž se také zvyšuje počet neúplných rodin v České republice. Ať už to jsou matky samoživitelky, nebo otcové, kteří zůstali s potomkem sami, nacházet se v neúplné rodině je v mnoha ohledech pochopitelně náročnější než být členem rodiny úplné. Jeden samotný rodič má k dispozici menší obnos peněz, méně času na práci v domácnosti, a i na výchovu dítěte, popřípadě několika dětí.

Dítě potřebuje péči a pozornost v průběhu celého vývoje, nicméně jedna z nejdůležitějších fází vývoje je adolescence, kdy z dítěte se stává mladý dospělý a prochází mnoha fyzickými i psychickými změnami. Například Geist (1992) uvádí, že:

„Vývojové období mezi pubertou a ranou dospělostí, charakterizované konsolidováním duševního života (proti krizím a labilitě puberty), krystalizací postojů, zejména psychickým zráním rozumovým. Dochází k rozvinutí sebevědomí, sebejistoty, samostatnosti a „jáství“ a integraci osobnosti. V tomto období dosahuje jedinec téměř vrcholu rozumových schopností, úroveň inteligence tohoto období překračuje v dalším životě jen výjimečně“ (str. 16).

V tomto smyslu může být fáze adolescence fází nebezpečnou, jelikož adolescent se může objevit v rizikové situaci, kterou nebude schopen racionálně vyřešit a může sáhnout po návykových látkách jako po způsobu řešení nebo útěku od problému.

Paralelně s věkem hraje velkou roli v užívání drog i struktura rodiny, kdy adolescenti z neúplných rodin mají vyšší pravděpodobnost užívat návykové látky, než adolescenti z úplných rodin (Flewelling & Bauman, 1990; Khlát et al., 2020; Hemovich & Crano, 2009). Přestože počet neúplných rodin stagnuje v počtu okolo 500 tisíc (Český statistický úřad, 2021), tento počet stále činí jednu pětinu všech rodinných domácností (tamtéž). V každé páté rodinné domácnosti je tedy pouze jeden rodič, což samo o sobě vytváří rizikové prostředí, které může vést k užívání návykových látek nebo k vzniku jiné psychopatologie.

Tato bakalářská práce pojednává o problematice drogově závislých adolescentů z úplných a neúplných rodin a hledá rozdíly v prevenci mezi těmito dvěma skupinami. Práce je strukturovaná do teoretické části, kde jsou definovány základní pojmy, vymezeny hlavní teoretické přístupy vysvětlující užívání návykových látek adolescenty, poté jsou shrnuty výsledky výzkumů ohledně stávající situace užívání návykových látek mladistvými a rizikové i protektivní faktory, které na užívání návykových látek působí. Následně je vysvětlen význam prevence u adolescentů z neúplných rodin a v neposlední řadě jsou představeny aktuální

přístupy k prevenci. Po teoretické části následuje metodologie, která informuje o podobě výzkumu a uvádí analytickou část. Následně v šesté kapitole jsou analyzována data z výzkumu k prevenčním strategiím a v osmé kapitole jsou analyzována data k protektivním a rizikovým faktorům. V závěru jsou výsledky práce shrnuty a je navržena problematika pro budoucí výzkumy.

Cílem práce je zjistit, zda terapeuti užívají rozdílné strategie pro adolescenty z neúplných rodin a adolescenty z rodin úplných, zda závislí adolescenti z neúplných rodin reagují na intervenční strategie odlišně a následně zda jsou některé prevenční strategie efektivnější pro adolescenty z neúplných rodin. Práce odpovídá na otázku, jaké jsou rozdíly v prevenci mezi adolescenty z úplných a neúplných rodin.

1 Definice základních pojmů výzkumu

Než bude práce teoreticky zakotvena, bude potřeba vysvětlit základní pojmy provázející celý text. Jsou to pojmy adolescence, struktury rodiny, návykových látek, závislosti a prevence.

1.1 Definice adolescence

Adolescence je období dospívání často se objevující společně s pubertou, které je charakterizováno dramatickými změnami v hladinách hormonů, ve fyzickém vzhledu a v mentálních schopnostech (Blackmore et al., 2010). V adolescenci každý člověk prochází velkými psychickými, mentálními i duševními změnami, které jsou jedinečné pro toto období a člověk podobně důležitými změnami neprojde po zbytek jeho života. „Dospívání je jedinečná fáze vývoje, kdy se rychle mění naše tělo, hormony a sociální prostředí, vyvíjí se náš mozek a naše kognitivní schopnosti se stávají sofistikovanějšími“ (Blackmore, 2019, str. 2031).

1.2 Rodina úplná, rodina neúplná a rodina doplněná

Úplná rodina je struktura rodiny, která je definována jedním či dvěma otci, jednou nebo dvěma matkami a nejméně jedním dítětem (Geist, 1992). Je to tedy standardní nukleární struktura rodiny.

Neúplná rodina je rodina, ve které fyzicky absentuje jeden z rodičů. Skládá se tedy z jednoho rodiče a jednoho nebo více dětí a vzniknout může několika způsoby. „Neúplná rodina vzniká trojím způsobem, tj. úmrtím jednoho z rodičů, rozvodem či rozchodem rodičů, nebo

narozením dítěte matce, která je fakticky sama, bez partnera“ (Palonciová et al., 2019, str. 10). Neúplná rodina není schopná efektivně plnit některé funkce rodiny, jako je sociálně-ekonomická funkce, kdy jeden rodič nemá prostředky k tomu, aby pokryl veškeré náklady a byl finančně v bezpečí, nebo funkce sociální, kdy rodič není charakterově nebo časově schopný dítě vychovávat a vštěpovat mu základy života ve společnosti.

Doplněná rodina je struktura rodiny, kdy neúplnou rodinu doplní jiný jedinec, jako je nemanželský partner nebo partnerka rodiče, ale také to může být člen rozšířené rodiny, jako je babička nebo teta dítěte, popřípadě i přátelé a známí členů rodiny.

1.3 Definice návykových látek

Nešpor definuje návykové látky následovně: „Návykovou látkou nebo drogou rozumíme pro naše účely každou přírodní nebo syntetickou látku, která rychle a výrazně ovlivňuje psychiku člověka, jeho citění, myšlení a chování“ (Nešpor et al., 1996, str. 22).

Pro účely zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, se návykovými látkami rozumí "omamné látky a psychotropní látky přírodního nebo syntetického původu, které mají psychoaktivní účinky a současně jsou uvedeny v některé z příloh č. 1 až 7 nařízení vlády o seznamu návykových látek, s výjimkou látky konopí extrakt a tinktura, která obsahuje nejvýše 1 % látek ze skupiny tetrahydrokanabinolů a splňuje podmínku bezpečnosti podle zákona o obecné bezpečnosti výrobků."

1.4 Definice závislosti

Světová zdravotnická organizace vytvořila Mezinárodní klasifikaci nemocí, která závislost popisuje jako: „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí“ (Světová zdravotnická organizace, 2023).

1.5 Definice sociální prevence v rámci problematiky užívání návykových látek adolescenty

Primární prevence je podle Matouška (2015) soubor intervenčních programů, který se snaží ovlivnit cílovou skupinu, u které se dá předpokládat rizikové chování. Je nutné, aby těmto programům byla cílová skupina vystavena co nejdříve, jelikož některé rizikové faktory se objevují v raném dětství v rámci rodiny a v průběhu dospívání mají tyto faktory tendenci zesilovat riziko (tamtéž). Primární prevence má za úkol působit na možné uživatele návykových látek tak, aby se nikdy neobjevili v rizikové situaci, ve které by měli možnost návykovou látku užít.

Primární prevence se dále dělí na *specifickou prevenci* a *nespecifickou prevenci* v závislosti na povaze preventivního programu. Za specifickou prevenci jsou považovány programy a aktivity, které jsou zaměřeny na konkrétní formu rizikového chování a které mají prokazatelně přímý vztah k určité formě rizikového chování (Černý, 2010). Tyto programy předchází specifickou hrozbu, která je individuální pro každé dítě. Důležitá vlastnost specifické prevence je ta, že se soustředí na potřeby jedince, který rizikové chování vykazuje. Naopak nespecifická prevence může být definována jako nabídka volnočasových aktivit, školních přednášek a aktivity prováděné rodiči, které nemají zaměření na určité rizikové chování a vlastním původem jsou součástí samotné primární prevence (Miovský, 2015).

Sekundární prevence má za úkol působit na jedince, u kterých k sociálnímu selhání došlo, ale není jasné, v jaké míře (Matoušek, 2015). Sociální selhání může být například záškoláctví, drobné krádeže, šikana spolužáků nebo lhaní dospělým. Všechny tyto selhání se snaží sekundární prevence podchytit a pracovat s nimi tak, aby se dále nevyvíjely v kriminální chování. K tomu jsou využívány programy zaměřeny na školu a rodinu, které posilují žádoucí chování u dítěte a budování pozitivních vztahů. K těmto programům patří například program posilování sociálních dovedností, behaviorální terapie zaměřená na změnu chování v interakcích nebo trénink rodin zaměřený na dovednost řešit konflikty, stanovovat pravidla, naslouchat a odměňovat (tamtéž).

Terciární prevence se snaží zabránit uživatelům návykových látek v pokračování v této činnosti (Matoušek, 2015). Terciární prevenční programy jsou zaměřené na skupinu adolescentů, kteří jsou v stádiu pravidelného užívání drog, s cílem odstrašit jedince od užívání, anebo podpořit změnu hodnot jedince (tamtéž). Matoušek (2015) dále tvrdí, že strategie odstrašení je účinná velmi málo, jelikož je postavena pouze na strachu, zatímco alternativní

strategie, jako je pravidelné navštěvování denních center nebo multisystematická terapie, která se soustředí na změnu hodnot u jedince a v jeho rodině, má mnohem vyšší účinnost.

2 Vymezení hlavních teoretických přístupů vysvětlujících užívání drog mladistvými

Nyní budou představeny hlavní teoretické přístupy, které vysvětlují užívání drog adolescenty. Teorie nálepkování a teorie kulturního přenosu popisuje obecně deviantní chování, zatímco teorie neutralizace je specifická pro samotné delikventní chování. Následně jsou také vysvětlena rizika užívání návykových látek u adolescentů.

2.1 Teorie nálepkování

Podle teorie nálepkování (Kot'a, 2012; Labeling Theory, 2017) se jedinec opakovaně dopouští deviantního chování v případě, kdy je jeho chování ostatními lidmi označeno jako deviantní. Přestože se jedinec sám o sobě nemusí chovat deviantně, tak jakmile mu je nálepka úspěšně aplikována, nemá důvod se nechovat podle očekávání ostatních, protože ostatní na něj pohlížejí, jako kdyby se tak už choval. V praxi to může vypadat tak, že jedinec může začít užívat návykové látky, pokud je ostatními označen jako drogově závislý.

2.2 Teorie kulturního přenosu

Teorie kulturního přenosu vysvětluje deviaci jako naučené chování (Kot'a, 2012). Kot'a (tamtéž) píše, že společnost není homogenní celek, ale že existuje množství subkultur, které mají odlišné hodnoty a způsoby jednání od dominantní kultury. Jedinec, který se narodí do takové subkultury se skrze interakci s jinými lidmi z primární skupiny naučí chovat deviantně stejně tak, jako kdyby se učil chovat konformně (tamtéž). V tomto smyslu je možné, že adolescent užívá drogy s nekritickou introspekci nebo nevědomím toho, že jedná deviantně a poškozuje si při tom vlastní zdraví. Tato teorie je podporována výsledkem výzkumu, který našel vztah mezi sociálním učením, imitací, rodičovskou podporou a užíváním drog (Wilku, 2022).

2.3 Teorie neutralizace

Mladiství delikventi jsou podle teorie neutralizace do určité míry konformní a jsou si vědomi vlastní deviaci, což se projevuje na pocitech viny nebo studu (Sykes & Matza, 1957). Delikventi chápou následky vlastního deviantního chování a rozlišují mezi vhodnými a

nevhodnými cíli své deviace (tamtéž). Jelikož jsou si delikventi vědomi toho, že deviantní chování je nepřijatelné širokou společností, a tedy neslučitelné s jejich konformním chováním, využívají strategie neutralizace – popření odpovědnosti, popření zranění, popření oběti, odsouzení odsuzujících, apel na vyšší loajalitu (tamtéž). Tyto strategie umožňují delikventovi přenášet vinu jak z jejich osoby, tak z osoby ostatních lidí tak, že deviace se zdá být nepříjemnou skutečností, které ale nebylo vyhnutí (tamtéž).

2.4 Rizika spojená se závislostí na návykových látkách u adolescentů

Člověk, který pravidelně užívá návykové látky, se vystavuje různým rizikům, která mohou mít biologickou, psychologickou, anebo sociální povahu. Avšak adolescentní jedinci se mimo klasická rizika vystavují také rizikům, která jsou specifická pro adolescenci samotnou. Nešpor (2013) zmiňuje následující rizika:

-Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji.

-Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý. K nečastější příčinám smrti u dětí a dospívajících patří úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti. S tím úzce souvisí zneužívání návykových látek, zejména alkoholu.

-Je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky.

-U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je zneužívajících bývá patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyzrávání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.)

-Experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých oblastech života.

-Objevuje se také častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné látky ke druhé nebo zneužívat více látek současně.

-Alkohol a patrně i jiné drogy narušují vytváření sítí mozkových buněk, které probíhá v dospívání, a vedou k znevýhodnění těchto dospívajících.

-Recidivy závislostí jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebných snah.

3 Přehled výsledků výzkumů

V této kapitole budou shrnuty výsledky výzkumů o užívání návykových látek adolescenty v České republice a o jednotlivých protektivních a rizikových faktorech, které mají vliv na užívání návykových látek adolescenty.

3.1 Vývoj užívání návykových látek adolescenty v České republice

Díky longitudinálnímu výzkumu společnosti The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (dále jen ESPAD), která sbírá data na téma užívání návykových látek mezi adolescentními studenty, kteří jsou ve věku 15-16 let, existují volně přístupná data o problematice z většiny zemí Evropy. ESPAD sbírá data každé čtyři roky, kdy první rok výzkumu byl 1995, kterého se Česká republika také zúčastnila, což umožňuje porovnání v rámci jednotlivých let.

Česká republika se v tomto výzkumu pravidelně umísťuje na nejvyšších příčkách v porovnání s celou Evropou, což samo o sobě poukazuje na neblahý problém, nicméně je důležité dodat, že užívání návykových látek adolescentními studenty se v celé Evropě od roku 2007 snižuje.

Šetření z roku 2007 ukázalo, že 46 % studentů České republiky alespoň jednou užila některou drogu. V tomto roce byl průměr celého šetření 20 % (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2007). V tomto období studenti nejenomže užívali drogy dvakrát tolik, než co byl průměr všech zkoumaných států, ale v České republice také užil nějakou drogu každý druhý student. Toto byl alarmující výsledek, ale po roce 2007 začala čísla klesat. Při porovnání s rokem 2015, kdy některou z drog užilo 37 % adolescentních studentů, se snížil počet užití skoro o 10 %, nicméně Česká republika byla stále na vrcholu v porovnání s ostatními zeměmi Evropy, a to dokonce s dvojnásobkem průměru, který činil 18 % (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2015).

V posledním šetření, které bylo uskutečněno v roce 2019, byl počet užití nějaké drogy ještě nižší. Přesněji o 8 % nižší než v předešlém výzkumu. Přestože je Česká republika stále na předních příčkách v rámci celé Evropy, v porovnání s předešlými šetřeními se Česko hodnotami značně přiblížilo zbylým zkoumaným státům. První čtyři státy s nejvyšším procentem studentů, kteří zkusili nějakou drogu, dělily pouze 4 %, kdy ČR byla na prvním

místě s 29 %, následovala Itálie s 28 %, Lotyšsko s 27 % a poté Slovensko s 25 % (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2019).

Přestože se počet adolescentů užívajících drogy nebo experimentujících s drogami pravidelně snižuje, podle dat z roku 2019 každý třetí adolescent v České republice alespoň jednou v životě užil nějakou nelegální drogu, což je stále vysoká hodnota, která patří k nejvyšším v porovnání se zbylými evropskými zeměmi.

3.2 Rizikové a protektivní faktory

Podle výsledků výzkumů v užívání návykových látek hrají roli tyto rizikové a protektivní faktory.

3.2.1 Gender

Muži se ve všech společnostech dopouštějí více trestných činů než ženy (Matoušek & Kroftová, 1998). Data o užívání návykových látek vypovídají stejný výsledek, tedy že muži častěji užívají drogy (Svensson, 2003). „Pokud jde o rozdíly mezi pohlavími ve třech populacích, muži častěji užívají většinu nelegálních drog a rozdíly bývají největší na vyšších úrovních frekvence užívání“ (Johnston et al., 1991, str. 24).

Při pohledu na situaci užívání návykových látek u druhého pohlaví data nejsou o nic optimističtější. Přestože dívky neuvžívají tak čteně jako chlapi, stále existuje vysoký počet dívek, které experimentují, anebo jsou pravidelnými uživači. „Výsledky studie naznačují, že to, kam dospívající dívky chodí po škole, jak se na sebe dívají a jak o sobě přemýšlejí, kdo jsou jejich přátelé, co jejich matky vědí o jejich příchodech a odchodech a zda jejich rodiny vyjadřují myšlenky o neuvžívání, souvisí s užíváním alkoholu, léků na předpis a inhalantů ze strany dívek“ (Schinke et al., 2008, str. 193). Oproti klasickým návykovým látkám jako je alkohol, marihuana nebo tabák, dívky oproti chlapcům častěji užívají nekonvenční typ návykových látek, kterým jsou léky na předpis (Ford, 2009). Přestože dívky neuvžívají návykové látky častěji nebo pravidelněji, je nutné přemýšlet o rozdílech mezi pohlavími, zvláště v rámci typu návykové látky a příčinách užívání.

3.2.2 Věk

Ačkoli období adolescence v porovnání s celkovou délkou lidského života trvá pouze několik let, je to díky osobnostním a psychickým změnám natolik zásadní období, že věk i

v samotné adolescenci může hrát velkou roli. V rámci užívání návykových látek je nesmírně důležité, v jakém věku začne závislostní problém u adolescenta. To také potvrzuje mnoho výzkumů, které byly na toto téma provedeny. Například užívání alkoholu v rané adolescenci vede k častějšímu užívání a ke zvýšení množství alkoholu v pozdější adolescenci (Aiken et al., 2018). Autor dále doplňuje: „Odložení začátku užívání alkoholu může snížit riziko problematického užívání v pozdním věku dospívání a zabránit akutním škodám, které jsou s užíváním alkoholu v dospívání spojeny“ (Aiken et al., 2018, str. 107).

Užívání marihuany v rané adolescenci vede k podobným problémům jako u alkoholu. Pokud adolescent začne užívat marihuanu ve třinácti nebo čtrnácti letech, tak je vyšší pravděpodobnost, že v jeho dvaceti osmi letech si vybuduje závislostní problém (Rioux et al., 2018). Stejně tak tomu je u kouření bluntů, což je doutník, ze kterého byl vytažen tabák a na místo tabáku byla vsypána marihuana. Výzkum, který zkoumal užívání bluntů u celoživotních uživatelů, přišel s podobnými závěry jako výzkumy na marihuanu a alkohol. „V celostátním reprezentativním vzorku dospělých celoživotních kuřáků bluntů bylo zahájení užívání bluntů ve věku třinácti let nebo méně spojeno s vyšší mírou užívání bluntů v posledních 12 měsících, posledních 30 dnech a denního užívání bluntů v posledních 30 dnech ve srovnání s těmi, kteří začali kouřit po dosažení věku 18 let“ (Mantey et al., 2022, str. 3). Z výsledků výzkumů je zřejmé, že hloubka závislosti a pevnost návyku užívání návykových látek je závislá na věku, ve kterém adolescent zahájil užívání návykových látek.

Věk stejně jako pohlaví hraje velkou roli při práci s adolescentem se závislostním problémem, jelikož čím dřív adolescent začal užívat návykové látky, tím těžší následně je odnaučit se takovému návyku a tím více se vystavuje do nebezpečí následně v průběhu zbylého života.

3.2.3 Rodiče

Rodiče hrají kruciólní roli během fáze adolescence potomka. Zatímco adolescent experimentuje s životními styly a tráví více času se svými přáteli, rodič musí pro dítě stanovovat hranice. Názory jsou přenášeny z rodiče na potomka, včetně názoru na drogy, což může hrát velkou roli, jelikož v případě, kdy adolescent užil některou iniciační drogu a drogy obecně akceptuje, zvyšuje se pravděpodobnost následného užívání tvrdých drog (Cappelli et al., 2021). Rodič musí stanovit hranice a vytvořit jasný nesouhlasný názor vůči drogám, aby snížil šanci užívání drog adolescentem. Pokud rodič nesouhlasí s užíváním drog, zkracuje tím dobu vystavení drogám a zmírňuje vliv vrstevníků (Chan et al., 2017). Naopak nedostatečný

rodičovský dohled má za následek častější stýkání s delikventními vrstevníky a následné užívání drog (Svensson, 2003). Mezigeneračně přeneseny mohou být i závislostní problémy. „Z téměř poloviny vyšetřovaných psychiatricky hospitalizovaných pacientů splňoval alespoň jeden z rodičů kritérium alkoholismu“ (Krajewska et al., 2014, str. 200). Užívání návykových látek rodiči má pro adolescenta jedinečný význam a ve spojení s nejednoznačnými a případně protichůdnými informacemi o návykových látkách ze strany rodičů se může adolescent domnívat, že rodiče souhlasí s užíváním návykových látek (Ebersole et al., 2014). Rodič může předcházet užívání návykových látek adolescentem už jenom skrze vlastní výchovu a své chování, ale stejně tak může rizikové chování předávat.

Také vztah mezi rodičem a adolescentem ovlivňuje adolescentovo chování. Na základě kvality vztahu rodiče a adolescenta se zvyšuje nebo snižuje pravděpodobnost výskytu závislostních problémů. „Tato studie také ukázala, že citové vztahy a komunikace s rodiči, které závislí na návykových látkách navázali během svého dětství a dospívání, byly mnohem negativnější ve srovnání s osobami, které závislé nebyly, přičemž nejvýraznější rozdíl se objevil v komunikaci s otcem, která byla u většiny závislých negativní“ (Zimić & Jukić, 2012, str. 183). Nedostatečná vazba mezi rodičem a dítětem, konflikty v rodině, neefektivní výchova nebo i psychické problémy rodičů mohou vytvářet rizikové faktory a tím i zvyšovat pravděpodobnost výskytu vývojových problémů u adolescenta (Kumpfer & Alvarado, 2003).

3.2.4 Sourozenci

Součástí rodiny a adolescentova života jsou mimo rodičů i sourozenci, kteří také ovlivňují chování adolescenta a mohou mu mimo jiné stanovit normy pro užívání návykových látek. Mnoho výzkumů zkoumalo problematiku sourozenců a užívání drog, některé z nich se snažily zjistit, zda není užívání návykových látek uloženo v DNA, nicméně bylo zjištěno, že sourozenecké vlivy na kouření odrážejí spíše sociální vliv, než vliv genetické podobnosti (Slomkowski et al., 2005). Sourozenci mají vzájemně na sebe velký vliv, a to včetně užívání návykových látek (Altonji et al., 2017).

Sourozenecký vliv se zvyšuje, pokud je sourozenec starší. Jak u bratrů, tak u sester může delikvence staršího sourozence v určitém časovém okamžiku ovlivnit pozdější projevy delikvence mladšího sourozence (Slomkowski et al., 2001). Adolescent může ke staršímu sourozenci vzhlížet a chápat jeho chování jako normu pro člověka v takovém věku. Samotné užívání alkoholu starším sourozence má na následné užívání alkoholu adolescentem silnější vliv ve srovnání s tím, jak starší sourozenec adolescenta informuje o alkoholu (Samek et al.,

2015; Cook et al., 2023). Starší sourozenci mají významný vliv na dospívající nejenom užíváním alkoholu, ale také užíváním cigaret a marihuany (Schuler et al., 2019).

3.2.5 Vrstevníci

Adolescentovi vrstevníci mohou být jak rizikovým, tak protektivním faktorem. Na jedné straně mohou praktikovat zdravé volnočasové aktivity jako je sport, studium nebo kulturní aktivity, na druhé straně ale mohou vést adolescenta k delikvenci a užívání návykových látek. Pokud je zvýšený kontakt s vrstevníky doprovázen sníženou rodičovskou kontrolou, adolescent se může zapojit do aktivit ohrožující jeho zdraví (Harakeh et al. 2012). Vrstevníci jsou také často těmi, kteří adolescentovi drogu nabídnou. „Respondenti, jejichž blízký přítel užíval nelegální drogy, častěji užívali alkohol/tabák, marihuanu a extázi“ (Martins et al., 2008, str. 929). Je tedy nutné znát, v jakém prostředí se adolescent pohybuje, a jestli mezi jeho vrstevníky není jedinec, který rizikové chování prokazuje a přenáší ho na závislého adolescenta. Důležité je zmínit, že v neúplné rodině může být kontrola ze strany rodiče značně snížena, čímž by se tlak vrstevníků mohl zvyšovat.

3.2.6 Role-models

Podle teorie kulturního přenosu (Kot'a, 2012) by užívání návykových látek adolescentem mohlo být zakořeněno v napodobování chování ostatních lidí v okolí adolescenta. Dospělí lidé mají velký vliv na vývoj a chování adolescenta, protože jsou v pozici autority, což také znamená, že jimi předkládané chování je adolescentem chápáno jako požadované nebo standardní chování. Ať už je to rodič, učitel nebo sportovní idol, rizikové aspekty chování těchto autorit adolescent přejímá stejně jako nerizikové aspekty. Například pokud učitel kouří v průběhu školní docházky, ovlivňuje tím kuřácké chování adolescentů tak, že jim jako vzor dává najevo, že kouřit ve škole je v pořádku (Poulsen et al., 2002). K tomu, aby role-model předal rizikové chování adolescentovi, nemusí být v samotném okolí adolescenta. Existuje silná souvislost mezi užíváním tabáku adolescenty a tím, že někdy viděli kouřit svůj vzor (Sharma et al., 2010; Wium et al., 2006). Role-models silně ovlivňují kuřácké chování adolescenta a jejich rizikové chování může být nekriticky převzato adolescentem, což může následně vést k závislosti na návykových látkách.

3.2.7 Volnočasové aktivity

Volný čas je důležitým aspektem jak adolescentova života, tak prevenční práce, jelikož jednotlivé aktivity, kterým se adolescent ve svém volném čase věnuje, mohou mít jak protektivní, tak i rizikový charakter. Pokud adolescent využívá svůj volný čas pro rizikové chování a užívání návykových látek, je nutné jeho volný čas vyplnit protektivními činnostmi. Tím může být například sport nebo fyzická aktivita obecně. Takové aktivity nejenomže vyplňují volný čas a tím zabraňují užívání návykových látek, ale sport samotný funguje jako stimulant. „Pohyb nebo fyzická aktivita spouští řadu faktorů, které nás vedou ke zdravému stravovacímu chování a představují prevenci zneužívání drog, protože jsou samy o sobě určitým druhem tělesného a duševního stimulantu“ (Kropej et al., 2008, str. 7).

Důležité je ale zmínit, že se v průběhu dospívání začínají objevovat nové zájmy a i povinnosti, což vede k tomu, že čas věnovaný fyzické aktivitě se postupně snižuje (Allison et al., 2007). Mimo to, že adolescent nemusí mít dostatek času na povinnosti a případně i sport, kterému by se aktivně věnoval, je také možné, že sport se může proměnit až v rizikový faktor. „Rizikové účinky účasti na sportu v souvislosti s užíváním alkoholu mohou souviset s interakcí ve skupině vrstevníků anebo s kulturou pití, která je spojena s mnoha sporty – vždyť konzumace alkoholu je společensky přijatelnou formou oslavy a ve sportu může být mnoho příležitostí k oslavě nebo povzbuzení“ (Kwan et al., 2014, str. 505). Sport a fyzická aktivita může být protektivním faktorem, pokud je správně začleněna do volného času adolescenta, nicméně může se stát, že i v rámci sportování se adolescent zachová rizikově.

4 Význam prevence u adolescentů z neúplných rodin

Nyní bude vysvětleno, proč je prevence u adolescentů důležitá a proč je nutné se soustředit i na strukturu rodiny.

Adolescence je období psychických a fyzických změn. Adolescenti mají větší sklony k riskování a experimentování s alkoholem, tabákem, marihuanou a jinými návykovými látkami než dospělý člověk (Van Ryzin & Dishion, 2014). „Přestože zákonný věk pro konzumaci alkoholu, tedy minimální věk, od kterého si člověk může koupit alkoholické nápoje, je v České republice 18 let, více než polovina dospívajících poprvé ochutná alkohol před dosažením 15 let“ (Plevová & Hlávková, 2016, str. 382). Alkohol je v České republice chápán jako součástí národní kultury. Pivovarnictví má v České republice hluboké kořeny a není tedy divu, že se Česká republika pravidelně umísťuje na nejvyšších příčkách ve spotřebovaném alkoholu. Jelikož je alkohol velmi rozšířeným způsobem zábavy a součástí většiny formálních

i neformálních společenských akcí, je samotné pití alkoholu často tolerováno i u dospívajících, což se také odráží i v datech, kdy v roce 2019 odpovědělo 95 % studentů ČR, že alespoň jednou ve svém životě alkohol zkusili (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2019).

V průběhu adolescence, kdy je adolescent otevřený experimentování, může alkohol mimo již zmíněná rizika (Nešpor, 2013) přinášet také touhu po experimentování i s jinými návykovými látkami. „Čím větší byla uvedena spotřeba alkoholu nebo tabáku u adolescenta, tím větší byla pravděpodobnost, že uvede, že je "častým" nebo "silným uživatelem" konopí“ (Tu et al., 2008, str. 1457).

Stejně tak jako u marihuany, tak adolescenti užívající alkohol nebo více jiných návykových látek mají vyšší pravděpodobnost, že budou užívat léky na předpis jakožto relaxační drogu (Ford, 2009). Takto se alkohol stává branou do světa zbylých návykových látek, jako je například marihuana nebo léky na předpis.

Důležitou roli v užívání alkoholu hraje i rodina a struktura rodiny. Rodiny, ve kterých absentuje jeden z rodičů, vytváří, přestože nevědomě, rizikové místo pro adolescenta, který následovně má vyšší pravděpodobnost užití alkoholu než adolescent z úplné rodiny. „Bylo zjištěno, že neúplné rodiny jsou důležitým faktorem pro to, že adolescenti preferují a častěji pijí pivo“ (Plevová & Hlávková, 2016, str. 382).

Neúplné rodiny však nejsou rizikovým faktorem pouze v rámci užívání alkoholu. Absence jednoho z rodičů s sebou nese spoustu problémů jak pro osamocené rodiče, tak hlavně pro dospívajícího adolescenta. Matoušek a Kroftová (1998) popisují tyto problémy následovně. „Děti vychovávané jen jedním z rodičů (ve všech zemích jsou to ve zdrcující většině matky) mají podle mezinárodních srovnávacích studií, jež jsou dnes k dispozici, o něco horší výsledky ve škole, víc zdravotních a psychických problémů a také více střetů se zákonem než děti ze srovnatelné socioekonomické vrstvy, které vyrůstají s oběma rodiči“ (Matoušek & Kroftová, 1998, str. 40).

Matoušek & Kroftová dále zjistili, že nejenomže absence rodiče funguje jako rizikový faktor, ale že přítomnost otce v rodině funguje jako faktor protektivní. „Chlapci žijící ve společné domácnosti s vlastním otcem mají významně menší sklon přestupovat meze zákona než chlapci žijící bez otce či s nevlastním otcem“ (Matoušek & Kroftová, 1998, str. 40). Je tedy jasné, že absentující rodič nejenomže vytváří rizikové prostředí, ale také odebírá protektivní

faktor pro adolescenta. To může vést k užívání návykových látek adolescentem a k následným biologickým a psychickým problémům u dospívajícího.

Struktura úplné rodiny je zdravějším prostředím pro správný vývoj adolescenta, zatímco neúplná rodina naopak působí na adolescenta rizikově a adolescent může následovně vyhledávat návykové látky za účelem sebemedikace. V tomto smyslu je nutné pozorně sledovat osobní vývoj adolescentů z neúplných rodin a přikládat značný význam struktuře rodiny v rámci výběru intervenčního programu.

5 Aktuální přístupy k prevenci

V této části budou představeny přístupy k prevenci drogově závislých adolescentů. Je to trauma respektující přístup a přístup, který se soustředí na rozvíjení dovedností pro život, sociálních dovedností a dovedností sebeovlivnění.

5.1 Trauma respektující přístup

Trauma respektující přístup je způsob nahlížení na závislého pacienta jako na člověka, který návykové látky užívá z důvodu přítomné traumatické zkušenosti. Ať už se tato zkušenost objevila během dětství, nebo až v adolescenci, taková negativní zkušenost může přejít do traumatu a následně vytvářet rizikové podmínky pro vytvoření psychických problémů u jedince. „Negativní zkušenosti v dětství a jimi vyvolané trauma mohou ovlivňovat vzdělávání, chování, psychickou pohodu žáků a v některých případech ohrožovat jejich duševní zdraví“ (Kubíčková & Felcmanová, 2021, str. 78). Adolescenti, kteří zažili traumatickou událost, také častěji bojují se závislostními problémy (Zimić & Jukić, 2012; Nawi et al., 2021). Trauma respektující přístup je přístup, který se snaží v adolescentově životě vyhledat trauma a následně adolescentovi pomoci dané trauma vyléčit, čímž by se v ideálním případě vyléčila i závislost na návykových látkách.

5.2 Dovednosti pro život, sociální dovednosti a dovednosti sebeovlivnění

„Dovednosti pro život jsou schopnosti, které usnadňují adaptivní chování jedince a pomáhají ve zvládnání každodenních problémů. Jsou to schopnosti, které umožňují dětem a dospívajícím chovat se zdravým způsobem vzhledem k jejich přáním a potřebám s cílem realizovat je v co nejširším rozsahu“ (Čablová, 2015, str. 34). Přispívají k podpoře zdravé sebedůvěry, sebeúcty a duševní pohody (tamtéž). Dovednosti pro život (life skills) jsou nově

vybudované schopnosti, které adolescentovi pomohou se zvládnutím obtížných životních situací tak, aby nemusel sáhnout po návykové látce. Patří sem prevence užívání návykových látek a alkoholu, plánování těhotenství, podpora duševní pohody a schopnost kooperativního učení (Miovský et al., 2015). Program založený na trénování dovedností pro život by měl ovlivnit znalosti, postoje a normy k návykovým látkám, naučí adolescenty odolávat sociálním vlivům a podpořit seberozvoj adolescenta (Botvin & Kantor, 2000). Dovednosti pro život se dále rozdělují na dovednosti sebeovlivnění a sociální dovednosti (Nevoralová & Čablová, 2015).

Dovednosti sebeovlivnění (self-management skills) se soustředí na ovlivňování vlastní psychiky. „Mezi dovednosti sebeovlivnění patří sebemotivace, lepší sebeuvědomování a sebeovládání, schopnost chránit zdravé sebevědomí, schopnost vést přiměřený životní styl, zvládnutí rizikových duševních stavů jako craving (bažení), úzkost, hněv, deprese, radost a nuda, schopnost si zdravým způsobem navodit relaxaci (využívání relaxačních technik), schopnost péče o zdraví, včetně využívání zdravotnických služeb atd.“ (Nevoralová & Čablová, 2015, str. 40).

Sociální dovednosti (social skills) jsou dovednosti, které cílí na schopnosti odolávat společenskému tlaku, naučit se asertivnímu chování, empatii a zdravé komunikaci. Do sociálních dovedností také patří dovednosti týkající se zaměstnání, rodičovské dovednosti a mediální gramotnost (Nešpor, 2002).

6 Metodologie

Cílem výzkumu je navázat na předešlé výsledky v problematice drogově závislých adolescentů a rozšířit tak stávající výzkum. Výsledky výzkumu by měly odhalit, zda existují rozdíly v prevenci při práci se závislými adolescenty z úplných a neúplných rodin. Tato práce odpovídá na otázku, jaké jsou rozdíly v prevenci drogově závislých adolescentů z úplných a neúplných rodin.

Vlastní výzkum se zakládá na expertním šetření, který byl realizovaný prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s adiktology se zaměřením na práci se závislými adolescenty. Bylo provedeno pět rozhovorů se šesti respondenty, kdy v jednom z rozhovorů byli přítomni respondenti dva. Vzorek respondentů byl genderově vyvážen, kdy tři respondenti byli muži a tři respondenti byly ženy (viz. tabulka 1). Rozhovory probíhaly na respondentem zvoleném místě a vždy se jednalo o pracoviště respondenta. Všechna zvolená pracoviště mají působnost

v Praze. Trvání rozhovorů se lišilo, kdy nejkratší rozhovor měl délku 30 minut a nejdelší rozhovor měl délku 1 hodiny a 40 minut.

	Pohlaví	Pracovní pozice
Respondent 1	Žena	Vedoucí nízkoprahových služeb
Respondent 2	Muž	Vedoucí adiktologického oddělení
Respondent 3	Žena	Vychovatelka
Respondent 4	Žena	Asistent
Respondent 5	Muž	Vedoucí střediska výchovné péče
Respondent 6	Muž	Adiktolog

Tabulka 1 – respondenti, pohlaví a příslušné pracovní pozice respondentů

Rozhovory byly přepsány doslovně, nicméně byly stylizovány vymazáním slov, které nepřispívají na srozumitelnosti nebo významu myšlenky, či které jinak nemění vyjádření respondenta. Byly to vatové fráze jako například „že jo“, „jo“, „no“ nebo bezprostředně za sebou se opakující slova. Následně byly výpovědi upraveny do spisovné češtiny a u některých byl pozměněn slovosled.

Přepsané rozhovory byly kódovány na základě předpracovaného seznamu otázek, které byly využívány jako podklad pro rozhovory. Seznam otázek obsahoval témata teoretických přístupů k prevenci, praktických způsobů vytváření prevenčních strategií, otázky k prevenčním a rizikovým faktorům a otázky ohledně obecného stavu prevence v rámci práce s adolescenty z neúplných rodin.

K analýze kódovaných dat byla využita tematická analýza. Tematická analýza je způsob zpracování dat, který k sobě přiřazuje společná témata tak, aby vytvořili jednotný smysluplný prvek (Hendl, 2016).

Limitem výzkumu bylo soustředění rozhovorů pouze v kraji Praha hl. m., jelikož situace adolescentů z neúplných rodin by mohla být v jiných krajích odlišná. Dalším limitem může být

i malý počet respondentů, ale v průběhu rozhovorů se odpovědi začaly opakovat, a tedy došlo k nasycení vzorku.

7 Prevenční strategie

V této kapitole jsou představeny a analyzovány odpovědi respondentů k tématu práce s drogově závislými adolescenti z úplných a neúplných rodin a tématu prevenčních strategií. Nejdříve je popsán charakter samotné práce s adolescenty, poté je analyzována efektivnost vybraných prevenčních strategií.

7.1 Práce s adolescenty z úplných a adolescenty z neúplných rodin

První otázka se vztahovala k obecné povaze práce s drogově závislými adolescenty z úplných a neúplných rodin. Tato otázka se objevila v úvodu výzkumu a zjišťovala, jak vypadá samotná práce s adolescenty a zda existuje rozdíl v práci mezi adolescenty z úplných rodin a adolescenty z rodin neúplných.

Respondent 5 popsal, jakým způsobem mohou adolescentní pacienti vytvářet problémy v terapeutické a preventivní práci.

„Lhaní a manipulace to je denní chleba, takže vždycky člověk, aby byl trošku ještě opatrný, samozřejmě když je trošku znáte, tak je jako prokouknete, co vám říkají, jako lehce opravdu, ale vždycky si to chci nechat potvrdit od rodičů taky, jestli opravdu je to tak, jak to říkají ty děti nebo mladí dospělí už“ (R5).

Respondent 3 popisuje, že rozdíl mezi adolescenty z neúplných a úplných rodin existuje, a objevuje se v absenci emoční nasycenosti ze strany adolescenta z neúplné rodiny.

„Jo a jo, takže je jiná, protože u někoho musíme trošku, nebo musíme, je potřeba vztahově dosycovat, vlastně suplovat tu rodičovskou roli, suplovat je asi špatné slovo, nějak jako nahrazovat, doplňovat i tu rodičovskou roli a zatímco u někoho jiného si můžeme dovolit být v pozici čistě vychovatelů a třeba adiktologů, terapeutů, kteří pracují spíš na té odborné rovině a není potřeba, protože mají tatínka a maminku, kam se můžou vrátit, takže potřeby jsou rozdílné a přístup je podle toho, no individualizovaný“ (R3).

Respondent 2 ve své odpovědi dává důraz na nalezení společného smyslu s adolescentem, aby vůbec bylo možno nějakou terapeutickou a preventivní činnost provádět.

„Jo, moc pěkný příklad, opravdu. Důležitá je důvěryhodná komunikace, musíme si věřit, když se spolu bavíme, musí nám to dávat smysl, a když nám to nedává smysl, tak nejdřív ho v tom musíme najít a pak se na té věci můžeme domluvit. To znamená tohle, co říkala XX (pzn. kolegyně), tak je vlastně nějaké čištění, učení komunikace i mezi těmi klientkami a jejich rodinami“ (R2).

Adolescenti se často brání terapeutické činnosti lhaním nebo manipulací, což struktura rodiny nijak neovlivňuje. Pokud pacient ale kooperuje a snaží se společně s terapeutem vyřešit stanovený problém, u adolescentů z neúplných rodin se může objevit potřeba po emočním dosycení a doplňováním chybějící rodičovské role. Preventivní činnost s adolescenty je často individualizovaná podle potřeb jednotlivých adolescentních pacientů, nicméně někteří z respondentů popisují opakující se rozdílné aspekty při pohledu na pacienty z úplných a neúplných rodin.

7.2 Trauma respektující přístup

Do výzkumu byla tedy zařazena otázka k trauma respektujícím přístupům. Na otázku *Chápete užívání drog jako následek traumatu z dětství?* respondenti odpovídali odlišně. Zatímco čtyři z nich na trauma nahlíželi jako na důležitý aspekt adolescentovy závislosti, a tedy i prevenčního programu, tak dva respondenti nevnímali závislost jako přímý produkt traumatu.

Respondent 5 chápe závislost jako přímý následek traumatické zkušenosti v rodině. „No jasně, já totiž, já mám takovou teorii, za kterou si stojím, že vlastně pokud dítě není neurologicky či psychiatricky nemocný, tak za to vždycky může rodina, za to selhání“ (R5).

Stejně odpověděl i respondent 2, který popsal, jak vypadá práce s adolescentem v rámci trauma respektujícího přístupu.

„No byla tady třeba klientka, která měla v předchozích letech, která tohle měla hodně, která měla hodně, hodně těžký dětství a člověk ty prizmata jako vidí. No a to znamená, že není na ni třeba tak přísný, ví, že její cesta bude ještě jako dlouhá a těžká, a snaží se být spíš nějakým bezpečným přístavem, který je schopen nějak ocenit, zhodnotit, emočně dosytit a budu s ní v různých situacích jednat jinak než s tím, komu se něco takhle špatného nestalo, to je jasný, máme to ve vědomí a myslím, že v tom nejsem jediný asi, že to máme podobný všichni“ (R2).

Přestože respondent 1 souhlasí s tím, že trauma může způsobit závislostní problémy u adolescentů, poukazuje také na fakt, že trauma nemusí být vždy přítomné. „Jo, jo, jo, určitě asi jo. Tady teda odpovídám za sebe, ale trůfám si říct, že kolegové by asi souhlasili s tím, že na

příčinu třeba užívání návykových látek pohlížíme, bereme v potaz určitě trauma, ale ne vždycky tam teda trauma je“ (R1).

Respondent 4 i respondent 6 nevnímali trauma jako významný faktor při prevenci závislosti, ale na trauma pohlíželi spíše jako na jednu možnou příčinu ze spektra příčin závislosti na návykových látkách.

„Teda úplně se mi nechce jako říkat, že trauma je odpovědí na všechno, ale rizikový chování, který se objevuje v dětském a adolescentním věku, nám může poukazovat na nějakou jako psychopatologii toho jedince, a čím dřív se rizikové chování objeví, tak tím může být psychopatologie hlubší. To, jestli je ta psychopatologie způsobená nebo rozvíjena traumatem, už je jiná otázka. Může být, často tomu tak je, ale nechce se mi to tak jako zobecňovat. No a je jenom otázka souhry nějakých náhod a faktorů, že ta psychopatologie toho dítěte se protuberovala do rizikového chování stran adiktologických poruch, mohlo to být úplně něco jiného, mohlo to být sebepoškozování, mohly to být poruchy příjmu potravy a tak dále, které jsou často ale komorbidní k těm adiktologickým poruchám. Takže trauma se často vyskytuje u našich pacientů, ale není odpovědí na všechno“ (R6).

„Já si spíš říkám, že je tam vždycky někde nějaká příčina, a možná to jenom nenazývám trauma, ale těch příčin je mnoho, samozřejmě můžou být z rodiny, že jsou třeba nedostatečně syceny nějak emočně, zároveň teda i třeba šikana ve škole tam může být, pak teda samozřejmě nějaké ty genetické vlohy“ (R4).

Přestože se traumatická zkušenost často objevuje u závislých adolescentů, není možné s jistotou stanovit, že všechny závislosti vznikají na základě traumatu. Adolescenti z neúplných rodin se podle respondentů nijak nelišili od adolescentů z úplných rodin, jak ve množství výskytu traumat, tak v podobách traumat.

7.3 Dovednosti pro život, sociální dovednosti a dovednosti sebeovlivnění

Podle literatury (Čablová, 2015; Miovský et al., 2015; Botvin & Kantor, 2000; Nevalová & Čablová, 2015; Nešpor, 2002) je trénování dovedností pro život důležitým aspektem preventivních programů užívání návykových látek adolescenty. Otázka *Používáte programy, které se soustředí na trénování dovedností pro život (life skills)?* měla za cíl zjistit, jestli je trénink dovedností pro život efektivní i v praxi a jestli je tento trénink efektivnější pro adolescenty z neúplných rodin než pro adolescenty z rodin úplných. Respondenti se shodli, že je důležité pracovat s dovednostmi adolescentů a učit je zdravému sebepojetí, nicméně ne

všichni respondenti měli možnost s adolescenty trénovat tyto dovednosti, ať už to bylo z časového důvodu, nebo z důvodu individuálních konzultací, které byly cíleny jiným směrem.

Respondent 1 pravidelně pracuje s trénováním dovedností pro život pomocí scének, kterých se adolescenti účastní a skrz které si tyto dovednosti osvojují.

„Určitě, ano, děkuji, to je určitě velká část zasazená do toho terapeutického procesu. Ale jo, určitě to je důležitý. Asertivní komunikaci trénujeme, přesně. Ono to je totiž součástí i když pracujeme třeba na téma návykových látek. Máme tam různé scénky, buď si je vymýšlíme nebo rovnou ze života, nebo je máme nějak předpřipravený a zase, předvedeme si nějakou komunikaci, třeba komunikace v rodině, taky přesně tlak celkově vrstevníků“ (R1).

Stejně tak respondent 2 se ve vlastních preventivních programech soustředí na dovednosti pro život, a především na sociální dovednosti. Respondent 2 vysvětluje, jak by měl vypadat přístup závislého adolescenta k rizikovým situacím po nabytí sociálních dovedností.

„Úplně konkrétně třeba ty social skills, často dávám příklad holkám, něco mi někdo nabídne a ty to odmítneš, ale teďka jsi v nějaký sociální situaci, je tam ten peer-pressure prostě jako co ty budeš, nebo jako je to chápaný tak, že jsi jediná v kroužku party, kde si nezahulíš, musíš z toho udělat svoji výhodu, nesmíš udělat, jakože já bych chtěla, ale nemůžu, protože z toho budu mít nějaký tresty, vy ne. Občas tohle holky jako říkaly, že ale já jsem v ústavu, já se vrátím, mě třeba můžu testovat, vás ne, vy jste doma a vy to máte v pohodě, tak tohle ne, protože to je vlastně taková negativní motivace, ale spíš pokud jsou schopni to tak prožívat, tak je navést na to prožívání – já nechci, protože je to nějaká moje hodnota, nějaká moje zkušenost, kterou vy třeba ještě nemáte, vy se do toho bodu, kde já jsem, dostanete, takže já si s vámi nedám, ale ne protože nemůžu, ale protože nechci, protože už to mám za sebou tuhle fázi a někam mě dovedlo a nechci se tam vracet třeba na tu ulici, na ten útěk, do prostituce atd.“ (R2).

Ovšem jak respondent 1, tak respondent 2 pracují se skupinami a mají tedy možnost s adolescenty trénovat dovednosti pro život přímo v rámci běžné komunikace adolescentů. Tím se odlišovali od ostatních respondentů, kteří neměli prostor k takovému způsobu praktického tréninku life-skills. Trénink life-skills byl v případě zbylých respondentů uskutečňován rozhovory a doporučeními, které se následovně adolescent sám snažil přenést do praxe ve skutečných situacích.

„My jsme zdravotnické zařízení v rámci nemocnice, takže my nemáme vlastně jako možnost dělat takový programy mimo ordinaci, že bychom šli nějakým aktivizačním prvkem nebo přístupem. Takže to my neděláme, a to zejména z tohoto důvodu. A když, tak nějak

motivujeme a pracujeme s tím tlakem třeba těch vrstevníků a rozebíráme ty situace a je to už nějaká terapeutická práce, takže jako s tím pracujeme, ale ne tak, jako že bychom je někam vodili a nějak je vystavovali nějakým situacím, ale spíš se jako retrospektivně vracíme k situacím, které ti pacienti zažili nebo který můžou zažít“ (R6).

Bylo zjištěno, že všichni respondenti pracovali s dovednostmi pro život a snažili se tyto dovednosti s adolescenty trénovat buď pomocí skupinových scének, nebo skrze rozhovory s adolescenty. Žádný z respondentů ale neviděl rozdíl mezi adolescenty z neúplných rodin a adolescenty z úplných rodin, a proto se prevenční programy v rámci dovedností pro život neliší pro adolescenty z neúplných a adolescenty z úplných rodin.

7.4 Praktické schopnosti adolescentů

Z rozhovorů vyšlo najevo, že paralelně s dovednostmi pro život jsou důležité i praktické dovednosti. Respondenti u adolescentů podporovali šlechtění praktických schopností a ti respondenti, kteří k tomu měli prostor a zázemí, zařadili vyvíjení praktických dovedností do vlastního preventivního programu.

Respondent 5 nejdříve na začátku své odpovědi okomentoval praktické schopnosti mezi adolescenty. „Myslím, že jejich společný jmenovatel je, že nikdo nic neumí z nich, ať ty nebo ty. Jako opravdu, a to je, protože já už v této branži dělám nějaký pátek, tak musím říct, že čím víc do minulosti, tak tím ti kluci byli šikovnější“ (R5). Následně popsal, jakým způsobem musí adolescenti používat své praktické dovednosti v rámci jeho instituce. Respondent také vysvětluje, že si takto adolescenti vytváří pocit zodpovědnosti.

„Tak jako jak v těch našich internátech, stacionářích, i v tom výchovném ústavu, tak ti kluci si osobní věci perou, trička, fusekle, trenky nebo slipy, to si perou oni sami, jo a samozřejmě ty velký, jako ložní prádlo, to odvážíme do prádelny, ale snažíme se, aby si dokázali vyprat tyhle ty věci, když přijdou z venku špinavý od bahna a podobně, tak si to taky musí vyčistit, tepláky a tak dál. Tak tyhle ty věci k takové hygienické záležitosti, tak to jinde asi nepoznali většinou tady zírají, když jsou tady přes víkend, tak my nemáme kuchyni v sobotu a neděli, ta je pondělí až pátek, takže vlastně oni si vaří, my jim dáme stravenky gastrotourky a až se domluví, co by asi, s vychovatelem se domluvili, co by bylo dobrý si uvařit a jak to jídlo si urovnat během soboty, neděle a podle toho jdou a v pátek odpoledne si nakoupí a v sobotu dopoledne pak si tady čmoudí. Samozřejmě, když se jim to nepovede, tak se nenají“ (R5).

Stejným způsobem se i respondent 1 snaží vybudovat praktické schopnosti u adolescentů. V tomto případě adolescenti pečují o klub, který navštěvují, a o pořádek okolo budovy. Stejně jako v případě respondenta 5, tak i v instituci respondenta 1 si adolescenti vaří a učí se, jak se starat o vlastní osobu.

„Tak součástí toho klubu je i participace na tom klubu, což znamená, že nám děti pomáhají, jak teda uklízet, což je teda velmi nahodilá situace, to nemá žádný řád, ale požádáme a určitě uklízí po sobě, ale někdy se zapojují i do vytírání atd. Pak jsme v klubu umístili i koše na třízení, takže s tím potom chodí mimo areál třídit odpad, jednou za čas projdeme přílehlou zahradu. Taky tady vaříme, a to je velká výzva a je to velmi důležitý pro ty děti, protože zjišťujeme, že děti toto opravdu jako neumí“ (R1).

Jelikož respondent 4 nemá prostor pro trénování praktických činností s adolescenty, vyžaduje rodinné plány, ve kterých bude napsáno kdy, jak a s čím adolescent rodičům pomáhal.

„Tak třeba aby pomáhali víc při vaření a že se musí zapojovat do činnosti doma, tak to určitě jim vysvětluji, protože to je důležitý a že to budou věci, které budu řešit s jejich rodiči a že budu chtít, aby si je i naplánovali, aby mi ukázali rodinný plán a jak to plní, že dítě samozřejmě má nějaké práva, ale má taky povinnosti a rodiče, snažím se tímto ukázat, že ty rodiče jsou tam v něčem, nevím, že jim dávají to bezpečí, podporu a tak dále, že mají kde bydlet, jíst, spát a tak“ (R4).

Na následnou otázku, zda se kvalita praktických schopností liší mezi adolescenty z neúplných rodin a adolescenty z rodin úplných, respondenti měli podobnou odpověď. Přestože v nějakých dovednostech jsou šikovnější adolescenti z neúplných rodin, objevují se jejich slabiny v jiných činnostech, ve kterých mohou být zdatnější adolescenti z rodin úplných.

„Je pravda, že někdy ty děti jsou takové ostřílenější, jak jsou samy. Že to samostatství, jsou to takové samorosti, tak je pravda, že ty děti v té přípravě toho jídla byly lepší, ale zase v těch ostatních dovednostech, co mají podle mě takový rodinný charakter, jako je třeba odpad, tak to mi přijde, že jsou šikovnější děti z úplných rodin, že asi tam mají ten mužský, ženský vzor, že třeba když jsme opékali s dětma buřty, tak šikovnější v uvozovkách byly ty děti, který jsou z úplných rodin“ (R1).

Respondent 3 poukazuje na fakt, že struktura rodiny může někdy ustoupit před osobními vztahy s jednotlivými lidmi. I v této odpovědi se ale opakuje fakt, že s přípravou jídla mají větší problémy adolescenti z úplných rodin.

„Podle mě to je prostě o tom, jakého člověka v tom životě poznají a ke kterému přilnou, že vlastně to nemusí být rodič, může to být třeba babička, nějaká teta, nějaká známá a vlastně ten člověk je mi vztahově tak blízký, že se od něj rádi budou učit ty věci, že už to není ten tuhý odpor vůči rodičům třeba, ale že se to naučí, nebo přirozeně napodobováním tyhle ty základní znalosti, jak se ovládá pračka, tak tam jako můžou být, mám tady i holky z úplných rodin, který prostě si nenamažou rohlík třeba, protože byly jako zvyklý na nějaký servis“ (R3).

Praktické dovednosti jsou důležité nejen kvůli schopnosti postarat se sám o sebe nebo pomoci rodičům, ale také kvůli budování zodpovědnosti a chápání povinností. Podle respondentů měla většina adolescentů, která navštěvovala jejich instituce, problémy s vařením, tříděním odpadků a dalšími praktickými dovednostmi. Přestože se objevují rozdíly mezi praktickými schopnostmi adolescentů z neúplných rodin a úplných rodin, není možné jednoznačně stanovit, jestli je jedna skupina zručnější než druhá. Struktura rodiny tedy nepřispívá, ani neubírá na praktických schopnostech adolescenta, pouze podporuje ty schopnosti, které se častěji objevují v dané struktuře rodiny.

8 Protektivní a rizikové faktory

Protektivní i rizikové faktory jsou důležitým prvkem prevence rizikového chování. Jsou to aspekty adolescentova života, které na něj působí jak zvenku z jeho okolí, tak i zevnitř z vlastní psychiky. Faktory rizikové jsou podle Charváta & Nevoralové (2015, str. 58) definovány následovně: „Jako faktory rizikové označujeme v primární prevenci praxí či epidemiologicky vysledované a výzkumem ověřené činitele nebo podmínky spojované s rostoucí pravděpodobností výskytu rizikového chování u jedince.“ Naopak faktory protektivní snižují pravděpodobnost výskytu rizikového chování (Jessor et al., 1995). Protektivní faktory mohou mít mnoho podob, které budou pro každého jedince vždy individuální, nicméně existují i obecné klasifikace těchto protektivních faktorů. „Prostřednictvím přímé osobní nebo sociální kontroly proti jeho výskytu (např. silná náboženská angažovanost nebo předvídatelné rodičovské sankce); prostřednictvím zapojení do aktivit, které jsou obvykle neslučitelné s problémovým chováním nebo jsou jeho alternativou (např. aktivity v rodině nebo v církevních skupinách); a prostřednictvím orientace a závazků vůči konvenčním institucím (např. školám) nebo obecněji vůči společnosti dospělých“ (Jessor et al., 1995, str. 923-924). Při vytváření preventivních programů je nutné brát v potaz jak protektivní, tak rizikové faktory a aktivně s nimi pracovat.

Důležité je také zmínit, že protektivní a rizikové faktory nejsou na rozdílných stranách stejného spektra, ale měly by být chápány spíše jako dva odlišné soubory aspektů sociálního a individuálního života.

V této části jsou popsány protektivní a rizikové faktory, které by mohly mít odlišný dopad na adolescenty z úplných rodin a adolescenty z rodin neúplných. V rámci rozhovorů se v této sekci objevily otázky k tématu demografie, především k roli genderu a věku a zdali by při preventivní práci mohl mít jeden z těchto faktorů větší dopad na adolescenty z neúplných rodin. Dále byly položeny otázky k tématu rodiny, jestli respondenti pracují i s celými rodinami a rodiči, jaké jsou rozdíly mezi úplnými a neúplnými rodinami při práci s nimi a zda hrají nějakou roli sourozenci.

Dalším faktorem byly volnočasové aktivity a jakým způsobem se respondenti snaží pracovat s volným časem závislého adolescenta, jestli vnímají některé aktivity jako důležitější než jiné, a jestli sport může být efektivním protektivním faktorem. Následně byli respondenti dotazováni ohledně peer-pressure neboli tlaku vrstevníků. U tohoto faktoru bylo zjišťováno, zda tlak ze strany vrstevníků hraje stejnou roli pro adolescenty jak z úplných rodin, tak z rodin neúplných, jestli je možné s peer-pressurem pracovat v rámci preventivního programu a jestli jsou adolescenti z neúplných rodin náchylnější na nátlak ze strany vrstevníků. Posledním zkoumaným faktorem byl faktor role-models. Otázky k tomuto faktoru zkoumaly, jestli je člověk, který funguje jako role-model, tedy předkládá modelové požadované chování, silnějším faktorem u adolescentů z neúplných rodin, zdali adolescenti z neúplných rodin přimknou k role-model více a jak takový intervenční program funguje.

8.1 Role genderu

Genderu se při práci se závislými adolescenty není možné vyhnout. Z literatury (Svensson, 2003; Johnston et al., 1991; Schinke et al., 2008; Ford, 2009) vyplývá fakt, že existuje rozdíl mezi kluky a dívkami jak v podílu užívání, tak v odlišných důvodech užívání. Do výzkumu byla proto zařazena otázka – *Jakou roli hraje gender při výběru preventivního programu?* Cílem této otázky bylo zjistit, zda existuje rozdíl mezi kluky a dívkami i u pracovníků z Pražských sociálních služeb, které se věnují závislým adolescentům.

Odpovědi na tuto otázku nebyly shodné, kdy tři respondenti žádný rozdíl v práci s chlapci a dívkami neviděli, zatímco další tři rozdíl našli, ať už to byl rozdíl v chování závislých adolescentů, anebo ve způsobu projevu závislosti. Je nutné dodat, že u respondentů,

kteří rozdíl mezi dívkami a chlapci neviděli, ovlivňoval jejich odpověď způsob práce s adolescenty. Například Respondent 1 rozdíl neviděl, jelikož s adolescenty pracoval skupinově.

„Myslím si, že to je jedno, ale můžou se udělat klučičí nebo holčičí skupinky, což ale máme nejraději smíšený, protože tam je názor obou stran, ale může se stát, spíš míň, ale někdy pracujeme jenom s děvčaty“ (R1).

Při pohledu na odpovědi respondentů, kteří rozdíl mezi dívkami a chlapci viděli, vycházejí najevo zajímavá specifika jednotlivých pohlaví. Respondent 4 uvádí, že kluci si nachází rychlejší cestu k návykovým látkám, zatímco holky upadají do jiných druhů závislosti.

„No tak určitě, pořád jako zatím platí, že je tam ten poměr 2:1 jako dva muži na jednu ženu. To je pro dospělou populaci a ono je to tak i u těch dospívajících, zároveň je tam vidět ten rozdíl, že ti kluci, ti dospívající chlapci, tak tam jakoby rychleji nasednou na návykové látky, kdežto u těch holek nám to spíš, kdybychom vzali i jako že to trauma, tak tam nám to nasedá přes poruchy příjmu potravy, přes závislosti behaviorální, ať už v chování a vzhledem třeba k internetu nebo k závislosti na partnerovi nebo na nějaké osobě, takže takové já tam vidím ty rozdíly“ (R4).

Podle odpovědi se chlapci častěji potýkají s klasickými závislostními problémy, zatímco u dívek se objevují spíše nelátkové závislosti, jako jsou poruchy příjmu potravy nebo závislosti na partnerovi či jiných osobách. Velký rozdíl mezi dívkami a chlapci je ten, že mnoho závislých dívek čelilo sexuálnímu zneužívání, což se pro dívku stane traumatickým zážitkem, a i možným důvodem užívání návykových látek.

„Jsou tam rozdíly, řeší se tam trošku jiná témata. I když je to individuální, ale ta témata jsou jiná a taky potřebují trošku něco jiného. Často ty holky čelí tomu, že byly sexuálně zneužívané, takže ta terapie je hodně o dodávání bezpečí a korektivní zkušenosti s tím druhým pohlavím, takže já jako chlap, terapeut mám příležitost k tomu vybudovat nějaký bezpečný vztah k mužům, co se týče těch holek. Takže rozdíly tam jsou, zároveň teď s covidovou dobou, tak možná se zvyšuje počet holek v terapii, protože na holky dopad pandemie je větší než u kluků“ (R6).

Absence fyzické přítomnosti přátel nebo příklonné osoby má větší dopad na psychický stav dívek než na psychický stav chlapců. Tato informace napovídá tomu, že dívky nejspíše jsou přirozeně citlivější v rámci sociálních vztahů a mezilidské komunikace. Je možné, že absence kontaktu s nakloněnou osobou nebo jiného sociálního vztahu působí silněji jako

rizikový faktor spíše na dívky než na chlapce. Nespokojenost ve vztazích by mohla u závislých dívek vést také ke sklonu k násilí, ač už to je násilí na vlastní osobě nebo na osobě cizí. Oproti chlapcům, kteří problémy ve vztazích řeší rychle a intenzivně, dívky podle respondenta 5 působí násilí dlouhodobě a hlouběji.

„To vím ale jako, protože kamarádi a ředitelé diagnostických ústavů pro mládež pro holky v XX [pzn. název instituce], tak říkali, hele normálně, to je prostě děsný, co ty holky k sobě dokážou udělat, jak si dokážou ublížit fyzicky, prostě daleko, paradoxně v dívčím výchovňáku je daleko víc násilí než v chlapeckém. A různý takový to sebepoškození, protože ty holky jsou na sebe hnusný, dokážou být na sebe velice hnusný, kluci si dají přes držku, že jo a je klid, a tyhle ty to dělají dlouhodobě, prostě týrají a čím víc psychicky týrají, tak tím jsou spokojenější a třeba vychovatelé, chlapi mají problém, protože ta holka, když už ji ten chlap příliš štve, ten vychovatel, tak je schopná jeho nařknout, že ji osahával a čím víc se ten chlap brání, tak tím více je podezřelý“ (R5).

Z výpovědí vychází najevo, že rozdíly mezi gendery jsou jasně viditelné. Chlapci mají sklon rychleji začít užívat návykové látky, zatímco u dívek se takové psychické rozpoložení projevuje spíše behaviorálními závislostmi jako jsou poruchy příjmu potravy, sebepoškození nebo závislost na osobách, přičemž návykové látky začínají dívky užívat až v pozdějších fázích. Pro dívky je také důležitý kontakt s přítelem nebo jiným člověkem, se kterým má dívka hluboký a pozitivní vztah. Pokud se takový vztah v dívčině životě neobjevuje, je možné, že dívka bude mít sklony k násilí jak vůči ostatním lidem, tak i v rámci sebepoškození.

Přestože existují specifické rozdíly v chování mezi dívkami a chlapci, podle výpovědí respondentů není možné s jistotou stanovit, jestli rozdíly mezi pohlavími mají dostatečnou váhu k tomu, aby bylo nutné na těchto rozdílech vytvářet odlišné intervenční programy pro obě pohlaví. Stejně tak podle odpovědí respondentů neexistuje žádná souvislost mezi pohlavím a strukturou rodiny, takže není nutné vytvářet různé prevenční programy na základě faktoru pohlaví.

8.2 Role věku

Na základě těchto poznatků byla do výzkumu zařazena otázka – *Jakou roli hraje věk při výběru preventivního programu?* Ta měla zjistit, jak samotný věk ovlivňuje práci s adolescentem a jestli respondenti využívají jiné preventivní programy pro adolescenty odlišných věků.

Vyšlo najevo, že do určité míry věk hrál roli pro všechny respondenty. Pro některé, jako je respondent 4, věk nebyl tak důležitý jako jiné faktory a při samotné práci s adolescentem se pouze změnil slovník a témata probíraná s adolescentem. „Mění se samozřejmě i ta moje terminologie, co všechno těm dětem říkám a mění se i třeba, do jaké hloubky toho tématu jdu a samozřejmě mění se tam i to, jakou návykovou látku třeba užívají“ (R4).

Naopak pro respondenty, kteří věk chápali jako jeden ze zásadnějších faktorů závislosti na návykových látkách, se práce s adolescentem měnila více, a to podle odlišného věku adolescenta. Například pro respondenta 2 byl důležitý přechod z adolescentního věku do věku mladé dospělosti.

„Na který věk se zaměřujeme, že tam jsou jiné nároky, tak to je těsně před osmnáctkou, nebo jako příprava na tu osmnáctku, a to, co bude potom, nebo jak, jak vlastně třeba bydlet, nebo jak hospodařit s penězi, nějakou finanční gramotnost. Už se učíme víc, dokáže si třeba vyjednat lékaře, je samostatnější, tak těsně před osmnáctkou, podle mě jsou pak možná intenzivnější nároky na tu zletilost“ (R2).

Stejně tak pro respondenta 1 hrál věk důležitou roli. Přístup k adolescentům respondenta 1 se mění právě na základě věku klienta, jelikož v rámci zařízení nízkoprahových služeb mají adolescenty rozdělené na dvě věkové kategorie. Obě kategorie vyžadují odlišný přístup, terminologii, témata, ale také odlišné individuální potřeby.

„To určitě má. My máme děti od deseti do osmnácti let, typicky je ale potom rozkategorizováváme na deset až třináct, čtrnáct a čtrnáct až osmnáct, nebo nejlépe patnáct až osmnáct a tu čtrnáctku do toho zapojit, a přesně u těch menších dětí bych řekla, že je to o různých těch sociálních dovednostech, komunikaci, ale i taková ta příprava do školy a teď nemyslím doučování, ale myslím takový to, že se nějak víc zajímáme o tu školu a o ty vztahy, tak tam možná jsou voleny takový ty programy jako šikana. Všichni by měli projít všechno, ale samozřejmě ten rozhovor je trochu jiný. Třeba v prevenci sexuality se můžeme bavit s dětma deset až čtrnáct, ale spíš, jak pohlížíjí na lásku, co vidí u rodičů, co si myslí v dnešní době, co to je nevěra“ (R1).

Věk byl důležitým faktorem pro všechny respondenty, nicméně u některých nehrál zásadní roli. I přesto se preventivní programy pro adolescenty měnily na základě jejich věku, kdy u mladších jedinců byla zvýšená pozornost na sociální dovednosti, školu a vztahy, kdežto u starších jedinců je nutné probírat abstraktnější a hlubší témata jako je láska, nevěra nebo vlastní emoce a prakticky je připravovat na dospělý život třeba učením finanční gramotností

nebo učením samostatnosti. Je nutné podotknout, že u faktoru věku respondenti neviděli rozdíl mezi adolescenty z úplných a neúplných rodin, ale jako důležitější chápali věk samotný.

8.3 Práce s rodiči

Rodiče mají dostatečnou moc k tomu, aby výrazně snížili pravděpodobnost vytvoření závislosti na drogách u adolescenta. Otázka *Používáte preventivní programy i pro celé rodiny?* měla zjistit, zda respondenti berou v potaz i rodiče závislého adolescenta, a zda se snaží ovlivnit i rodiče, kteří vykazují rizikové vlastnosti, popřípadě rodiče, kteří postrádají žádoucí rodičovské schopnosti.

Všichni respondenti do určité míry s rodiči pracovali, ale každý z nich v jiném smyslu. Ve většině případů byly s rodiči prováděny individuální rozhovory, během kterých se objevily doporučení a vysvětlení pro rodiče, někteří z respondentů také organizovaly rodičovské skupiny. Pouze respondent 1 pracoval s rodiči formou rodinné terapie.

„Jasně, pracujeme s rodinami, děláme, říkáme tomu konzultace a buďto jsou to konzultace rodinné, taková jakoby rodinná terapie a pak individuální terapie, takže takhle s nimi pracujeme s těma dětma, ještě jsme tady před rokem a půl vedli s kolegyní takovou podpůrnou rodičovskou skupinu, kam chodili rodiče, kteří dobrovolně chtěli a kteří tu měli děti“ (R1).

Naopak respondent 6 nepracoval s rodiči vůbec a soustředil se pouze na práci s adolescenty a jejich pohledem na situaci.

„Jo. Ne já přímo, protože já jsem tady přímo jenom pro ty pacienty a takže ten můj úkol, abych byl jenom pro ty adolescenty nebo pro ty děti, ale my pracujeme jako multidisciplinární tým, takže rodiče jsou hodně navázaní na našeho psychiatra, který je pro děti, každé to dítě prochází psychiatrickou péčí a ti rodiče pak mají taky možnost individuálních sezení s druhou kolegyní, tak to je jenom pro ně, a pak máme skupinu pro rodiče a rodinné příslušníky, kam můžou docházet, a pak doporučujeme rodinnou terapii taky v rámci kliniky. Takže ještě potom chodí na rodinnou terapii“ (R6).

Respondent 2 také s rodiči nepracoval ve formátu terapie, nicméně se snažil posílit protektivní faktor, který přichází ze strany rodičů, a zpevnit pozitivní vztah mezi rodičem a potomkem. „Pracujeme taky s rodiči, musíme, ale ne tak, že je máme tady, pracujeme tak, že se snažíme nějak zhodnotit to a vlastně navázat na to, co bylo dobré, všechno, co tak nějak bylo protektivní, dobré, bezpečné, zdravé, tak se snažíme podporovat, a i ten kontakt podporovat“ (R2).

Jediný respondent, který aktivně pracoval s rodiči v rámci rodinné terapie, byl respondent 4.

„No, prostě mi přinesou na A4 plán, jaký mají, jaký mají program a jak si rozdělili v tom týdnu který práce, kdo dělá. A když to je začátek, tak druhá věc je, jak to doplňují třeba právě o nějaký společný volný čas strávený s rodinou, takže i třeba nastavujeme nějaké rituály, jako například společné večeře o víkendu, společné obědy nebo společné výlety a ty výlety samozřejmě nemusí být drahé, ten výlet je, že jim vymyslím, že se půjdu projít do lesa a vezmou si košík jídla a půjdou si udělat piknik a takové věci, který třeba oni neumí, tak jim tam dávám takovou nabídku, co by jim se tak líbilo, co v jejich okolí je, co můžou i využít a snažit se obě dvě strany k tomu motivovat“ (R4).

Zbylí respondenti s rodiči pracovali spíše formou konzultacemi, na kterých se mohly objevit různé rady nebo doporučení. Někteří rodiče přišli za respondenty s otázkami ohledně slangu, věcí, které našli u adolescenta v pokoji, nebo chováním adolescenta. Žádný ze zbylých respondentů rodičům ale nenabízel rodinnou terapii.

Přestože respondenti s rodiči nepracovali přímo, měli s nimi individuální rozhovory, které se věnovali převážně situaci jejich dětí. Během těchto rozhovorů mohli respondenti rodičům poradit, popřípadě navrhnout doporučení, kterým by se rodiče mohli řídit, aby zlepšili stav adolescenta. Někteří respondenti pro rodiče organizovali rodičovské skupiny, jeden respondent pracoval s rodiči v rámci rodinných terapií. Respondenti tedy brali rodiče v potaz, byli s nimi v kontaktu a konali s nimi individuální i skupinové rozhovory. Žádný z respondentů se ale nesnažil u rodičů aktivně vytvářet požadované rodičovské schopnosti. U faktoru rodičů respondenti neviděli rozdíl mezi úplnou a neúplnou strukturou rodiny.

8.4 Faktor sourozenců

Sourozenci, zvláště starší sourozenci, mají velký vliv na adolescenta a ovlivňují adolescentův pohled na návykové látky, a proto byla do výzkumu zařazena otázka *Pracujete v rámci prevenčního programu i se sourozenci adolescenta?*

Respondent 6 nepracuje se sourozenci, ani s rodiči, přestože by mohli být součástí adolescentova problému. To je z důvodu pochopení adolescenta a jeho pohledu na věc.

„Já osobně s nimi nepracuji, ani moc v těch dalších složkách, které jsem jmenoval, tak ti sourozenci nejsou. Někdy se začlení do té rodinné terapie, ale moc tam nejsou, i když

zpracováváme nějaké sourozenecká témata, tak fyzicky je tady nemám. Ani vlastně nemůžu. Já totiž v té léčbě pacientů nejsem ten, který je objektivní, já prostě prožívám příběh toho pacienta a každá další, každý další zdroj informací by pro mě byl kontraproduktivní, proto já odřezávám ty rodiče, protože já nepotřebuju vědět od těch rodičů, jak ten pacient se třeba zlobí, nebo kde selhává, já to potřebuju slyšet od toho pacienta, ale ne od rodičů“ (R6).

Naopak respondent 4 se sourozenci pracuje, pokud jsou součástí problému, nicméně ne vždy sourozenec souhlasil s terapií a pokud mu už bylo 18 let, tak na terapii také nepřišel.

„Pokud je to důležité pro tu práci, tak ano, ale pokud tam vůbec nejsou důležití a oba jeho rodiče se shodují na tom, že je třeba osmiletý, neprojevuje žádné znaky rizikového chování a tak, tak nám tam do toho jako úplně nesedí, a to dítě samo o sobě, neslyším tam u toho adolescenta, že tam je nějaký extrémní spor, střet, žárlivost, řevnivost tak ne, tak s nimi nespolupracuji, ale pokud si myslím, že by to pomohlo a ovlivnilo toho druhého, třeba starší sourozenec, který tam ještě bydlí a tak, tak jsem se o to pokoušela, ale ne vždycky se to úplně dařilo. Když jsou mladší, tak za to rozhodnou ty rodiče, když byli starší 18 let, a byť bydleli v jedné domácnosti, tak odmítli třeba přijít“ (R4).

Podobným způsobem pracuje se sourozenci i respondent 5, který si také sourozence zve jenom v případě, že jsou přispívají k rizikovému chování adolescenta. I respondent 5 poukazuje na to, že pokud sourozenec nechce, tak na terapii nepřijde. „Když je tam třeba rivalita mezi sourozenci, tak samozřejmě nebereme ho sem jako klienta furt, ale jednou za čas, prostě když sem přijde, tak chci, aby si popovídali spolu ti rodiče, aby si trošku malinko vymezili dvorek v té rodině, ale samozřejmě, pokud ten sourozenec nechce, tak nepřijde“ (R5).

Na to, že sourozenci mohou být protektivním faktorem, poukazuje respondent 1, který v rámci své instituce a terapeutických sezení se sourozenci pracuje formou pozorování.

„Pro mě to je jen takové pozorování, když je to dítě, když je ten sourozenec mladší, tak všichni ti klienti tady mají pocit, tedy nevím vlastně na kolik, ale tak mohlo by to mít i protektivní charakter, mají pocit, mají ochranné sklony. To se mi tady teda, ale opakovaně, se mi vybavilo teďka třeba deset, patnáct lidí nebo těch klientů s těmi sourozenci, že ať už se to týká třeba trestní činnosti, užívání návykových látek tak mají pocit až skoro viny, že by tak ten jejich sourozenec dopadl a snažili se být pro něj lepší. Takže jedna věc je teda to, že mají ochranné sklony vůči němu, ale pak teda v tom rozhovoru se to samozřejmě snažíme obrátit tak, aby to bylo dobré pro toho klienta, tak aby nějak, a to se tady objevuje často, aby to neudělal ten brácha nebo ségra“ (R1).

Respondenti se sourozenci v rámci své terapeutické činnosti nepracují, jelikož by to mohlo ovlivnit jejich pohled na adolescentního pacienta. Pokud je ale sourozenec součástí rizikového chování adolescenta, někteří respondenti se sourozence pokusí společně s rodiči přizvat na terapeutické sezení, ne vždy ale sourozenec přijde.

Sourozenci se navzájem ovlivňují v chování, včetně užívání návykových látek. Pokud je sourozenec starší, má na mladšího sourozence obrovský vliv, ať už protektivním nebo rizikovým způsobem. Starší sourozenec stanovuje normy v užívání návykových látek a rizikovém chování pro mladšího sourozence skrze vlastní užívání, nicméně z rozhovorů vyšlo najevo, že se starší sourozenci snaží své mladší sourozence bránit před užíváním návykových látek. Rozdíly mezi adolescenty z úplných a neúplných rodin se u faktoru sourozenců podle respondentů neobjevily.

8.5 Role vrstevníků

Na základě literatury (Harakeh et al., 2012; Martins et al., 2008) byla během rozhovoru vznesena otázka – *Berete v potaz přátele a možný peer-pressure, který z jejich strany dopadá na adolescenta při aplikování prevenčních strategií?* Všichni respondenti pracovali s vrstevníky a jejich vlivem na adolescenta v podobě potlačení tlaku vrstevníků a vysvětlování dopadů takového tlaku.

Podle respondenta 4 je užívání návykových látek i experimentování s nimi následkem tlaku ze strany vrstevníků.

„Tak určitě, vždycky to tak je, vždycky nakonec z nich vypadne, že to mají od kamarádů, že to vyzkoušeli s kamarády nebo právě s někým, koho potkávají takhle venku, byť to není třeba spolužák nebo kamarád. Takže vlastně to tam jede přes ten peer-pressure, cokoliv i třeba jenom to experimentování, že jsem třeba měla maminku, která se jenom přišla poradit, že má dvanáctiletého syna a že se jí teda přiznal, že ve škole vyzkoušel nikotinové sáčky a že mu potom bylo blbě, tak se jenom přišla zeptat, jestli ty její kroky byly v pořádku, všechno, co udělala, bylo v pořádku, ale přesně ten syn to měl, protože jeho nejlepší kamarád to měl, protože do třídy jim to tam jeden sportovec přinesl, takže jo, ten tlak tam je“ (R4).

Vrstevníci mohou pro adolescenty nastavit nezdravé normy, které by následně mohly vést k dalšímu nezdravému chování. Takový případ popisuje respondent 6.

„Nejdřív společně musíme zjistit, že tam vůbec nějaký tlak je, takže to je nějaké to mapování, pojmenovávání, což pro ně může být dost eye-opening, že není prostě standardní, že když ten kluk holce řekne, ať jdou spolu na záchodky a tam že se s ní jako vyspí, tak jakože to je norma. Takže nejdřív to nějak pojmenováváme, že to není třeba standardní nebo tak a pak to nějak normalizují, co je za mě možná jiná norma nebo můj pohled, a pak pracujeme na tom, jak se v tom ochránit, nebo jak se tomu vyhnout. Jaké jsou jiné alternativy žití nebo co vlastně od vztahu očekávají, nebo jestli to je to, co jim ty vrstevníci dávají, nebo jestli chtějí něco jiného a tak dále“ (R6).

Respondent 5 poukazuje na fakt, že peer-pressure by se mohl proměnit i v šikanu. „Nátlaky vrstevníků, ono to bývá někdy až jaksi náznak šikany. No tak se to snažíme tady objevit co nejrychleji, to je celkem jasné a je nám jasné to, co není jasné kolikrát ve školách, že prostě čím dřív tu šikanu nebo ten peer-pressure, jak tomu říkáte, tak když to víte co nejdřív, tak tím jsou nejmenší následky“ (R5).

Adolescentovi vrstevníci mohou svým chováním ovlivnit jeho očekávání nebo normy. Pokud vrstevníci vyvinou na adolescenta tlak, mohou ho přivést k experimentování s návykovými látkami nebo u něj dokonce vytvořit závislost na návykovou látku. Nežádanému ovlivnění ze strany vrstevníků je nutné předcházet u adolescentů z úplných i z neúplných rodin. Struktura rodiny zde nehrála roli, protože podle respondentů reagují adolescenti z neúplných rodin na peer-pressure stejně, jako adolescenti z úplných rodin.

8.6 Role-models

Na základě rešerše literatury (Sharma et al., 2010; Poulsen et al., 2002; Wiium et al., 2006) byla do výzkumu zařazena otázka – *Jakým způsobem v prevenčního programu pracujete s role-models?* Respondenti se u této otázky v odpovědi shodli a všichni s role-models do jisté míry pracují, někteří záměrně, někteří to chápou jako přirozenou součást práce se závislými adolescenty.

Vzorem pro adolescenta může být i samotný terapeut, jak svou odpovědí naznačuje respondent 5. Podle něj je důležité nahradit dospělého muže u adolescentů z neúplných rodin a být pro adolescenta příkladem.

„No jasně, když ten kluk žije pouze s matkou, a navíc ještě má mladší sourozence a je to sestra nebo sestry, tak se snažíme jakoby nahradit otce, to je blbý, ale prostě nějakým způsobem doplnit toho dospělého chlapa a nějak začít s nimi pracovat v tomto smyslu, a to vím,

že nemálo z nich k vám přilne a někdy musíte být potom opatrný, aby tam nepřilnuli příliš, nebo pořád to musí být takový ten profesionální odstup. Takže z těch neúplných rodin, kde je pouze matka a ne otec, tak tam se s tím dá i docela dobře pracovat, protože oni tu matku pak neposlouchají v té pubertě často, že jo, ale když s nimi mluvíte jako trošku partnersky, ne jako takový ten mentor, tak mám pocit, že je to často práce docela pěkná“ (R5).

Podle respondenta 4 je riskantní pracovat s populárními osobami jakožto s role-models, jelikož není jisté, zda svoje chování nezmění a nebudou na adolescenta působit spíše jako rizikový faktor. Nicméně v případě blízkých lidí respondent 4 pracuje s role-models a pomáhá adolescentům od těchto lidí převzít pozitivní vlastnosti.

„Tak to jo, že třeba v okolí, jestli mají někoho, koho vnímají jako velmi pozitivně a tak, tak se třeba o tom bavíme, ale nechci, aby tam měli jenom jakože – musím být jako on, protože oni ty, pro mě je to tak, že ti adolescenti pak chtějí být úplnou kopií toho role-model, takže spíš jim jenom ukazují, že se můžou učit z těch, od těch ostatních, co jim jde a co umí ale že žádný z nich není na 100% perfektní. Jako že kdyby si tam vytahávali kousičky a poskládali si to sami do sebe“ (R4).

Respondent 6 nejdříve zodpověděl, zdali vůbec pracuje s role-models v rámci své terapeutické práce. „Asi ne cíleně, ale nějak se to v té terapii objevuje. Nějak přirozeně. Takže asi pracuju, ale ne cíleně“ (R6). Následně popsal, jakým způsobem pracuje s role-models. „Asi čerpáním nějakých bezpečných aspektů některých autorit nebo jiných lidí a začleňováním do toho života, co si z nich můžou vzít, nebo podobně“ (R6). Obdobně jako respondent 3, i respondent 6 pohlíží na přebírání vzorového chování spíše opatrněji a snaží se, aby si adolescent osvojil jen nejbezpečnější aspekty vzorového chování.

V rámci odpovědi, ve které respondent 3 popisuje, jak se projevuje faktor role-model v jeho práci. Respondent také uvádí, že rozdíl mezi adolescenty z úplných a neúplných rodin nevnímá. „Nějak vás podle mě furt vnímají jako dospělou osobu a ony jsou tady celý dny, tak se k nám někdy můžou vztahovat, vyžadujeme i některý věci, který vyžadují rodiče, tak možná i z tohoto hlediska třeba někdy holky reagují – jasně mamí. Tak vlastně nějak to tam je, ale nevidím v tom moc rozdíl úplný a neúplný rodiny teď“ (R3).

Pouze jeden respondent vnímal rozdíl mezi adolescenty z úplných a neúplných rodin a to ten, že pokud je adolescent z neúplné rodiny, kde chybí dospělá mužská postava, může to usnadňovat práci pro terapeuta mužského pohlaví, který se může stát role-model pro

adolescenta. Přestože zbylí respondenti s do určité míry pracovali s role-models, nevnímali žádný rozdíl mezi adolescenty z úplných a neúplných rodin.

8.7 Volnočasové aktivity

Otázka na volnočasové aktivity měla zjistit, zda respondenti chápou volnočasové aktivity a převážně sport jako protektivní faktor a zda adolescenta vedou směrem sportu. Na otázku – *Může sport a jinak aktivně strávené volnočasové aktivity pomáhat adolescentům, kteří už jsou závislí?* – odpovídali respondenti relativně shodně. Většina se shodla na faktu, že sport může pomáhat při preventivní práci, ale objevily se i případy, kdy byl adolescent sportem přetěžován, což vedlo k rizikovému chování.

Respondent 3 uvádí, že své klienty vedou k volnočasovým aktivitám a společně i s ostatními klienty v rámci instituce pravidelně chodí na lekce boxu k profesionálnímu trenérovi.

„My to máme rozdělené tak, že pokud chtějí klientky, tak si můžou najít něco samy ve volném čase a vlastně je k tomu vedeme, podporujeme v tom, aby si našly něco, co by je třeba bavilo a rádi je třeba provedeme tím procesem toho, aby oni měly něco, co by je bavilo, nějakou volnočasovou aktivitou a my tady společně máme box, který je každé úterý a vlastně pak narázově různé tvořivé aktivity, nějaké diskusní kroužky na nějaké, ať už to jsou preventivní témata, nebo volné téma. Můžeme si dát třeba dokumenty s nějakou následnou reflexí nebo s nějakými pracovními listy, které si vyplňují“ (R3).

Respondent 2 doplňuje, jak sportovní zážitek na klienty působí a proč je sport důležitý při preventivní práci.

„To doplním příkladem, chodíme třeba na box. Teďka jsme byli především u profesionálního trenéra a ten efekt je takový, že holky zažijí hodinu, hodinu dvacet nějaké náročné fyzické aktivity, třeba často přitom jako mrmlají, nelíbí se jim to, nebaví je to, ale pokaždé, když to skončí, tak se spustí nějaký ten fyzický mechanismus odměny, nějaké endorfiny, serotonin, vyplaví se hormony a ty holky jsou nadšený, jsou spokojený, je jim dobře, vždycky ta cesta zpátky je velmi příjemná, ten večer je milý a mají prostě dobrou náladu z toho“ (R2).

Pro respondenta 5 je fyzická zátěž klíčovou složkou prevence. Podle respondenta musí být adolescent silný fyzicky, aby mohl mít i psychickou sílu a úspěšně odolávat návykovým látkám.

„Tak hlavní je, když tyhle ty děti máte v péči, musíte trošku vybudovat fyzickou kondici, protože kdo není fyzicky aspoň trošku zdatný, tak není zdatný ani psychicky, to už mám vyzkoušené, jinak samozřejmě neděláme velké rozdíly, ono je úplně jedno, jestli mu je šestnáct nebo čtrnáct, většinou jsou fyzicky vyspělí všichni, nebo všichni pardon, většinou. A tak jako my se snažíme s nimi třeba o víkendech jezdit, jednak máme ještě detašované pracoviště v Kostelci nad Labem, tam v létě jezdíme na kolech, tam jenom na víkend, tam děláme výlety na kolech, nebo s nimi jezdíme do skal, učíme je horolozit taky“ (R5).

To, že sport může působit i jako rizikový faktor, vnímá i respondent 1. Respondent ve své odpovědi popisuje dva typy klientů, kteří navštěvují jeho instituci. První typ je adolescent, který neví, jak naložit se svým volným časem, zatímco druhý typ adolescenta je psychicky přetěžovaný jedinec.

„Pokud to teda není vrcholový sportovec, který sportuje každý den, ale kdo bude sportovat, že by neužíval návykové látky, tak to bych neřekla. Jak říkám, máme tady opravdu naopak, máme tady docela časté případy v kombinaci s tím sportem, takové to výrazné přetěžování. A ze kterého taky může vzejít rizikové chování, že buď, takový ty dva modely, že buď teda nemám co dělat a poflakuji se a tak dále, a vlastně teda nevím, co by a třeba z toho může vzniknout v kombinaci s různými traumaty, komunikací a všem, co jsme říkali, užívání návykových látek. A nebo zjednodušeně řečeno mě někdo výrazně přetěžuje, obrovská orientace na výkon v dnešní době jak systému na rodiče, tak rodičů na děti a všech na všechny“ (R1).

Na rizikovost sportu poukazuje i respondent 4, který přímo líčí, jak sportem přetížený adolescent vypadá a jaké povahy je práce s tímto adolescentem. Důležité je ale zmínit, že pro respondenta 4 byl takový jedinec ojedinělý případ.

„No, měla jsem jednoho, pracovalo se s ním těžko, hodně těžko, protože tam ještě to bylo, že to bylo ve fázi, že bude začínat teprve tu kariéru, protože mu bylo čtrnáct, patnáct a viděl se na té střední, extrémně sportovní škole a viděl se samozřejmě někde v té nejvyšší lize v Barceloně, a tomu podřizoval celý svůj život, a ti rodiče ho v tom nepodporovali, jenom on sám. Takže ten náhled na to jeho chování a co je tam špatně, nebo co bychom měli odbourat

tam až takový nebyl. Byla to docela těžká práce a přišli sami a měla jsem to jenom jednou“ (R4).

Podle respondentů je nutné vyplnit volný čas adolescenta aktivitami, které budou adolescenta bavit a umožňovat mu rozvíjet svoji fyzickou zdatnost. Pokud je ale adolescent jakkoliv psychicky přetěžován, včetně sportovního zatížení, může se stát tato volnočasová aktivita rizikovým faktorem. U faktoru volnočasových aktivit respondenti nevnímali rozdíl mezi adolescenty z úplných a neúplných rodin.

8.8 Rozdíly v prevenci mezi adolescenty z úplné a neúplné rodiny

Součástí výzkumu byla otázka, zda respondenti vidí rozdíl v prevenci mezi adolescenty z úplné a neúplné rodiny. Tato otázka měla přímo zjistit, jaký pohled mají na téma respondenti. U této otázky byly odpovědi relativně shodné a respondenti při práci s adolescenty nevěnovali pozornost, jestli je adolescent z úplné nebo neúplné rodiny.

Podle respondenta 2 nehraje struktura rodiny takovou roli jako rodič samotný. „Jo, jde o toho konkrétního rodiče, jak dobře se stará o svoje dítě a vychovává ho“ (R2). Přístup k výchově ze strany rodičů je důležitým faktorem při předcházení delikvence nebo závislosti na návykových látkách (Zimić & Jukić, 2012; Kumpfer & Alvarado, 2003). V tomto smyslu je struktura rodiny nerelevantní, jelikož rodič, ať už je samotný nebo s partnerem, může mít větší dopad na adolescenta než to, jestli adolescent pochází z úplné nebo neúplné rodiny. To svojí odpovědí podporuje i respondent 1.

„To je totiž strašně náročné téma, protože vy můžete mít úplnou, a ne tak úplnou rodinu, ale tatínek může být tak nefunkční, když je třeba otec alkoholik. To je jedno, to jsem teda teď zase byla taková hodně stereotypní, on může být taky hodně přepracovaný, my tady dokonce máme, my tady máme rodiny, kdy třeba otec pracuje v zahraničí dlouhou dobu a vystřídá různé práce a vlastně v tom případě jsou taky pro mě jako téměř neúplná rodina. Finančně zajištěná, ale jo, a tam vlastně taky je zvláštní to pozorovat“ (R1).

Stejně tak respondent 3 nevnímá strukturu rodiny při práci s adolescenty a spíše se soustředí na individuální potřeby jedince. „Mně se teď hodně těžko hledá odpověď, protože já takhle holky nevnímám, jestli jsou z úplné, neúplné rodiny, to ve své běžné praxi vůbec nezapojuji, tak ta odpověď je náročná v tom, že to není něco, co já pozoruji při službě“ (R3).

Respondenti nevnímali žádný rozdíl v prevenci u adolescentů z neúplných a úplných rodin. Prevenční programy respondenti zakládali na individuálních potřebách adolescenta, kde

struktura rodiny roli nehrála. Rozdíl mezi adolescenty z neúplných a úplných rodin podle respondentů není.

Závěr

Tato bakalářská práce zkoumala, zda existuje rozdíl v prevenčních strategiích směřovaných na adolescenty z úplných rodin a adolescenty z neúplných rodin. Důraz byl kladen na jednotlivé protektivní a rizikové faktory, které jsou součástí preventivní praxe, a jejich vliv na adolescenty z úplných a neúplných rodin.

Na základě analýzy dat je jasné, že neexistuje rozdíl v prevenčních programech a vlivu rizikových i protektivních faktorů na adolescenty z úplných a neúplných rodin. V efektivnosti prevenčních programů není významný rozdíl, na základě kterého by bylo nutné vytvářet speciální prevenční strategie nebo věnovat speciální pozornost jedné nebo druhé skupině adolescentů. Je ale důležité zmínit, že se u adolescentů z neúplných rodin objevila jistá specifika, a to převážně nutnost dosycování emocí a nahrazování dospělé mužské role. U některých adolescentů z neúplných rodin se objevil odlišný soubor schopností v porovnání s adolescenty z úplných rodin. Avšak vyjma tyto specifika nebyli adolescenti z neúplných rodin nijak odlišní adolescentům z rodin úplných.

V budoucích výzkumech je nutné se zaměřit na komunikaci mezi adolescentem a rodičem nebo rodiči. Jelikož přístup rodičů k jejich rodičovské roli a samotné chování rodičů hrálo podle respondentů velkou roli v práci se závislým adolescentem, mohlo by jít o rizikový faktor, který vytváří závažnější a hlubší závislostní problémy v porovnání se zbylými rizikovými faktory.

Seznam použité literatury

Aiken, A., Clare, P.J., Wadolowski, M., Hutchinson, D., Najman, J.M., Slade, T., Bruno, R., McBride, N., Kypri, K., & Mattick, R.P. (2018). Age of Alcohol Initiation and Progression to Binge Drinking in Adolescence: A Prospective Cohort Study, *Alcoholism, clinical and experimental research*, 42(1), 100-110. DOI: 10.1111/acer.13525

Allison, K.R., Adlaf, E.M., Dwyer, J.J.M., Lysy, D.C., & Irving, H.M. (2007). The Decline in Physical Activity Among Adolescent Students, *Canadian journal of public health*, 98(2), 97-100. DOI: 10.1007/BF03404317

- Altonji, J.G., Cattan, S., & Ware, I. (2017). Identifying Sibling Influence on Teenage Substance Use, *The Journal of human resources*, 52(1), 1-47. DOI: 10.3368/jhr.52.1.0714-6474R1
- Blackmore, S-J. (2019). Adolescence and mental health, *The Lancet (British Edition)*, 393(10185), 2030-2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- Blackmore, S-J., Burnett, S., & Dahl, R.E. (2010). The Role of Puberty in the Developing Adolescent Brain, *Human Brain Mapping*, 31(6), 926-933. DOI: 10.1002/hbm.21052
- Botvin, G.J., & Kantor, L.W. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training: Theory, methods, and empirical findings, *Alcohol, health and research world*, 24(4), 250-257.
- Cappelli, C., Ames, S.L., Xie, B., Pike, J.R., & Stacy, A.W. (2021). Acceptance of Drug Use Mediates Future Hard Drug Use Among At-Risk Adolescent Marijuana, Tobacco, and Alcohol Users, *Prevention Science*, 22(5), 545-554. DOI: 10.1007/s11121-020-01165-9
- Cook, M., Smit, K., & Kuntsche, E. (2023). All alcohol exposure counts – testing parental, older sibling, best friend and peer exposure on young adolescent drinking in a seven-wave longitudinal study, *Addiction*, 118(2), 276-283. DOI: 10.1111/add.16073
- Čablová, L. (2015). Dovednosti pro život (Life skills). In Miovský, M., a kol. (Eds.), *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování* (str. 34-39). Nakladatelství Lidové Noviny.
- Černý, M. (2010). Základní úrovně provádění primární prevence. In Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (str.42-43). Sdružení SCAN.
- Ebersole, D.S., Miller-Day, M., & Raup-Krieger, J. (2014). Do Actions Speak Louder Than Words? Adolescent Interpretations of Parental Substance Use, *Journal of Family Communication*, 14, 328-351. DOI: 10.1080/15267431.2014.945699
- Flewelling, R.L., & Bauman, K.R. (1990). Family Structure as a Predictor of Initial Substance Use and Sexual Intercourse in Early Adolescence, *Journal of Marriage and the Family*, 52, 171-181. DOI: 10.2307/352848
- Ford, J.A. (2009). Nonmedical Prescription Drug Use Among Adolescents: The Influence of Bonds to Family and School, *Youth & Society*, 40(3), 336-352. DOI: 10.1177/0044118X08316345

Geist, S. (1992). *Sociologický slovník*. Victoria Publishing.

Harakeh, Z., de Looze, M.E., Schrijvers, C.T.M., van Dorsselaer, S.A.F.M., & Vollebergh, W.A.M. (2012). Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: The HBSC study, *Public Health*, 126(7), 566-573. DOI: 10.1016/j.puhe.2012.04.006

Hemovich, V., & Crano, W. D. (2009). Family Structure and Adolescent Drug Use: An Exploration of Single-Parent Families, *Substance Use & Misuse*, 44(14), 2099-2113. DOI: 10.3109/10826080902858375

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Portál.

Chan, G.C.K., Kelly, A.B., Carroll, A., & Williams, J W. (2017). Peer drug use and adolescent polysubstance use: Do parenting and school factors moderate this association?, *Addictive Behaviors*, 64, 78-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.004>

Charvát, M., & Nevoralová, M. (2015). Faktory rizikové a protektivní. In Miovský, M., a kol. (Eds.), *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování* (str. 58-64). Nakladatelství Lidové Noviny.

Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F.M., & Turbin, M.S. (1995). Protective Factors in Adolescent Problem Behavior: Moderator Effects and Developmental Change, *Developmental Psychology*, 31(6), 923-933. DOI: 10.1037/0012-1649.31.6.923

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., & Bachman, J.G. (1991). *Drug Use Among American High School Seniors, College Students and Young Adults, 1975-1990*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED336696.pdf>

Khlat, M., Van Cleemput, O., Bricard, D., & Legleye, S. (2020). Use of tobacco, alcohol and cannabis in late adolescence: roles of family living arrangement and socioeconomic group, *BMC Public Health*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09476-w>

Kořa, J. (2012). Přehled teorií sociálních deviací. In Jedlička, R., a kol. (Eds.), *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence* (str. 388-398, 440-452). Grada Publishing.

Krajewska, K., Florkowski, A., & Gmitrowicz, A. (2014). The relation of parental alcoholism to the prevalence of suicide attempts among hospitalized psychiatric adolescents, *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(3), 196-201. DOI: 10.15557/PiPK.2014.0028

- Kropej, V.L., Videmšek, M., & Pišot, R. (2008). Relationship Between Sports Activity, Smoking and Alcohol and Marijuana Abuse in Elementary School Children in Slovenia, *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*, 38(1), 7-16.
- Kubičková, A., & Felcmanová, L. (2021). Možnosti podpory duševního zdraví žáků, *Pedagogická orientace*, 31(1), 70-96. <https://doi.org/10.5817/PedOr2021-1-70>
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-Strengthening Approaches for the Prevention of Youth Problem Behaviors, *American Psychologist*, 58(6-7), 457-465. DOI: 10.1037/0003-066X.58.6-7.457
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P., & Cairney, J. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies, *Addictive Behaviors*, 39(3), 497-506. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.11.006
- Mantey, D.S., Dixon, S., Araya, A., & Montgomery, L. (2022). The association between age of initiation and current blunt use among adults: Findings from the national survey on drug use and health, 2014-2019, *Drug and Alcohol Dependence*, 230, 1-5. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109191
- Martins, S.S., Storr, C.L., Alexandre, P.K., & Chilcoat, H.D. (2008). Adolescent ecstasy and other drug use in the National Survey of Parents and Youth: The role of sensation-seeking, parental monitoring and peer's drug use, *Addictive Behaviors*, 33, 919-933. doi:10.1016/j.addbeh.2008.02.010
- Matoušek, O. (2015). Sociální práce s rizikovou mládeží. In Matoušek, O., Kodymová, P. & Kolářková, J. (Eds.), *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (str. 274-276). Portál.
- Matoušek, O., & Kroftová, A. (1998). *Mládež a delikvence*. Portál.
- Miovský, M. (2015). Historie a současné pojetí primární prevence rizikového chování v České republice. In Matoušek, O., Kodymová, P. & Kolářková, J. (Eds.), *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (str. 18-25). Portál.
- Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Zapletalová, J., & Veselá, M. (2015). *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. Nakladatelství Lidové Noviny.
- Nawi, A.M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M.R., Manaf, M.R.A., Amit, N., Ibrahim, N., & Shafurdin, N.S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a

systematic review, *BMC Public Health*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>

Nešpor, K. (2002). Návykové nemoci. In Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J., *Psychiatrie* (str. 556-576). TIGIS.

Nešpor, K. (2013). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál.

Nešpor, K., Scémy, L., & Pernicová, H. (1993). *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Sportpropag.

Nevoralová, M., & Čablová, L. (2015). Dovednosti sebeovlivnění (Self-management). In Miovský, M., a kol. (Eds.), *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování* (str. 40-45). Nakladatelství Lidové Noviny.

Paloncyová, J., Barvíková, J., Höhne, S. & Kuchařová, V. (2019). *Neúplné rodiny*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.

Labeling Theory. (n.d.) In *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Social Theory*. Získáno 22. července 2023 z <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1002/9781118430873.est0683>

Plevová, I., & Hlávková, M. (2016). Alcohol Consumption in Adolescents, *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(1), 377-383. doi: 10.15452/CEJNM.2016.07.0003

Poulsen, L.H., Osler, M., Roberts, C., Due, P., Damsgaard, M.T., & Holstein, B.E. (2002). Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark, *Tobacco Control*, 11, 246-251. DOI: 10.1136/tc.11.3.246

Rioux, C., Castellanos-Ryan, N., Parent, S., Vitaro, F., Tremblay, R.E., & Séguin, J.R. (2018). Age of Cannabis Use Onset and Adult Drug Abuse Symptoms: A Prospective Study of Common Risk Factors and Indirect Effects, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(7), 457-464. DOI: 10.1111/acer.13525T

Samek, D.R., McGue, M., Keyes, M., & Iacono, W.G. (2015). Sibling Facilitation Mediates the Association Between Older and Younger Sibling Alcohol Use in Late Adolescence, *Journal of research on adolescence*, 25(4), 638-651. DOI: 10.1111/jora.12154

Sharma, R., Grover, V.L., & Chaturvedi, S. (2010). Tobacco Use Among Adolescent Students and the Influence of Role Models, *Indian Journal of Community Medicine*, 35(2), 272-275. DOI: 10.4103/0970-0218.66891

Schinke, S.P., Fang, L., & Cole, K.C.A. (2008). Substance Use Among Early Adolescent Girls: Risk and Protective Factors, *Journal of Adolescent Health*, 43, 191-194. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.12.014

Schuler, M.S., Tucker, J.S., Pedersen, E.R., & D'Amico, E.J. (2019). Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school, *Addictive Behaviors*, 88, 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.025>

Slomkowski, C., Rende, R., Conger, K.J., Simons, R.L., & Conger, R.D. (2001). Sisters, Brothers, and Delinquency: Evaluating Social Influence during Early and Middle Adolescence, *Child Development*, 72(1), 271-283.

Slomkowski, C., Rende, R., Novak, S., Lloyd-Richardson, E., & Niaura, R. (2005). Sibling effects on smoking in adolescence: evidence for social influence from a genetically informative design, *Addiction*, 100, 430-438. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00965.x

Svensson, R. (2003). Gender Differences In Adolescent Drug Use: The Impact of Parental Monitoring and Peer Deviance, *Youth & Society*, 34(3), 300-329. DOI: 10.1177/0044118X02250095

Světová zdravotnická organizace. (2023). *MKN-10*. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>

Sykes, G.M., & Matza, D. (1957). Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency, *American sociological review*, 22(6), 664-670. DOI: 10.2307/2089195

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. (2007). *The 2007 ESPAD Report*. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. (2015). *ESPAD 2015 report*. <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. (2019). *ESPAD Report 2019*. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf

Tu, A.W., Ratner, P. A. & Johnson, J.L. (2008). Gender Differences in the Correlates of Adolescents' Cannabis Use, *Substance Use & Misuse*, 43, 1438-1463. DOI: 10.1080/10826080802238140

Van Ryzin, M.J., & Dishion, T.J. (2014). Adolescent deviant peer clustering as an amplifying mechanism underlying the progression from early substance use to late adolescent dependence, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(10), 1153-1161. doi:10.1111/jcpp.12211

Wiiium, N., Breivik, K., & Wold, B. (2006). The Relationship between Smoker Role Models and Intentions to Smoke among Adolescents, *Journal of Youth and Adolescence*, 35(4), 551-562. DOI: 10.1007/s10964-006-9065-2.

Wilkhu, P. (2022). Illicit drug use in English adolescent students-result of cumulative mediation analyses, *Journal of substance use*, 27(5), 487-496. DOI: 10.1080/14659891.2021.1961890

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů.

Zimić, J.I., & Jukić, V. (2012). Familial Risk Factors Favoring Drug Addiction Onset, *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(2), 173-185. DOI: 10.1080/02791072.2012.685408