

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra praktické teologie

Diplomová práce

DROGOVÁ ZÁVISLOST U DĚTÍ A MLÁDEŽE V ÚSTAVNÍ VÝCHOVĚ

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Hyková, Ph.D.,

Autor práce: Bc. Žaneta Masnerová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: III.

2012

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 odst. b) zákona č.111/1998 Sb. V platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

20. 3. 2012

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Kateřině Hykové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce, dále mé velké díky patří Ing. Dr. Aloisu Křišťanovi, Th.D.

Za spolupráci děkuji vedení dětského domova.

Další poděkování patří mé rodině, která mě s láskou podporuje.

## OBSAH

ÚVOD .....	- 7 -
TEORETICKÁ ČÁST .....	- 9 -
<b>1 DÍTĚ VE SPOLEČNOSTI .....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>2 PSYCHICKÁ A CITOVÁ DEPRIVACE U DĚTÍ .....</b>	<b>- 13 -</b>
<b>3 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA.....</b>	<b>- 21 -</b>
3.1 NAŘIZOVÁNÍ ÚSTAVNÍ VÝCHOVY .....	- 21 -
3.2 HLAVNÍ FUNKCE ÚSTAVŮ.....	- 23 -
3.3 DĚTSKÝ DOMOV .....	- 25 -
3.4 SPECIFIKA VYBRANÉHO DĚTSKÉHO DOMOVA .....	- 27 -
3.4.1 <i>Organizace dne.....</i>	<i>- 28 -</i>
3.4.2 <i>Bezpečnostní pravidla.....</i>	<i>- 29 -</i>
3.4.3 <i>Bodový systém.....</i>	<i>- 30 -</i>
3.4.4 <i>Porušení povinností .....</i>	<i>- 31 -</i>
3.4.5 <i>Příkladné plnění povinností .....</i>	<i>- 32 -</i>
<b>4 ZÁVISLOST A RIZIKOVÉ SKUPINY .....</b>	<b>- 33 -</b>
4.1 ZÁVISLOST .....	- 33 -
4.2 FÁZE VÝVOJE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	- 36 -
4.3 TYPY ZÁVISLOSTÍ DLE ŽVOLSKÉHO .....	- 37 -
4.4 KLASIFIKACE ABÚZU DROG.....	- 38 -
<b>5 VZTAH DĚTÍ A MLÁDEŽE K LEGÁLNÍM A NELEGÁLNÍM DROGÁM.....</b>	<b>- 39 -</b>
5.1 VZTAH DĚTÍ A MLÁDEŽE K DROGÁM.....	- 39 -
5.2 VZTAH DĚTÍ A MLÁDEŽE K ALKOHOLU.....	- 42 -
5.3 VZTAH DĚTÍ A MLÁDEŽE KE KOUŘENÍ.....	- 43 -
5.4 RIZIKOVÁ SKUPINA.....	- 45 -
<b>6 STUDIE ESPAD 2011 .....</b>	<b>- 47 -</b>
6.1 KOUŘENÍ .....	- 47 -
6.2 ALKOHOL.....	- 48 -
6.3 DROGY .....	- 49 -

<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>- 53 -</b>
<b>7 ÚVOD DO VÝZKUMNÉ ČÁSTI .....</b>	<b>- 53 -</b>
7.1 METODIKA.....	- 53 -
7.2 CÍL VÝZKUMU .....	- 55 -
7.3 VÝZKUMNÁ SKUPINA.....	- 55 -
7.3.1 <i>Stručné anamnézy dotazovaných</i> .....	- 56 -
<b>8 METODA VÝZKUMU A SBĚRU DAT .....</b>	<b>- 59 -</b>
<b>9 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....</b>	<b>- 60 -</b>
9.1 KOUŘENÍ .....	- 60 -
9.1.1 <i>Pozorování klientů</i> .....	- 60 -
9.1.2 <i>Odpovědi klientů</i> .....	- 60 -
9.1.3 <i>Odpovědi pracovníků</i> .....	- 62 -
9.1.4 <i>Shrnutí</i> .....	- 62 -
9.1.5 <i>Porovnání s ESPAD</i> .....	- 63 -
9.2 ALKOHOL.....	- 64 -
9.2.1 <i>Pozorování klientů</i> .....	- 64 -
9.2.2 <i>Odpovědi klientů</i> .....	- 64 -
9.2.3 <i>Odpovědi pracovníků</i> .....	- 65 -
9.2.4 <i>Shrnutí</i> .....	- 66 -
9.2.5 <i>Porovnání s ESPAD</i> .....	- 66 -
9.3 MARIHUANA .....	- 67 -
9.3.1 <i>Pozorování klientů</i> .....	- 67 -
9.3.2 <i>Odpovědi klientů</i> .....	- 67 -
9.3.3 <i>Odpovědi pracovníků</i> .....	- 69 -
9.3.4 <i>Shrnutí</i> .....	- 70 -
9.4 LYSOHLÁVKY.....	- 71 -
9.4.1 <i>Pozorování klientů</i> .....	- 71 -
9.4.2 <i>Odpovědi klientů</i> .....	- 71 -
9.4.3 <i>Odpovědi pracovníků</i> .....	- 71 -
9.4.4 <i>Shrnutí</i> .....	- 72 -
9.5 PERVITIN .....	- 73 -
9.5.1 <i>Pozorování klientů</i> .....	- 73 -
9.5.2 <i>Odpovědi klientů</i> .....	- 73 -

9.5.3	<i>Odpovědi pracovníků</i> .....	- 74 -
9.5.4	<i>Shrnutí</i> .....	- 74 -
9.5.5	<i>Porovnání s ESPAD</i> .....	- 75 -
<b>10</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>- 76 -</b>
<b>11</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>- 78 -</b>
<b>12</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ (LITERATURY)</b> .....	<b>- 80 -</b>
<b>13</b>	<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>- 84 -</b>
<b>14</b>	<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>- 85 -</b>

## Úvod

K výběru tématu této práce mě vede dlouholetá zkušenost s klienty dětských domovů, kde jsem také pracovala. Do dětských domovů jsou umisťovány většinou děti z nižších sociálně ekonomických skupin, na které naše majoritní společnost pohlíží jako na nositele fyzické, emoční, duševní nebo výchovné narušenosti. Institucionalizovaná zařízení mají svou vlastní kulturu, režim a postupy. Od doby revoluce se ušla daleká cesta a z tehdejší striktně ústavních institucí se stala zařízení rodinného typu. Dětský domov rodinného typu má jednotlivé skupiny dětí, maximálně však 8 dětí v jedné skupině a dva stálé vychovatele, kteří se o skupinu dětí starají. Dětské domovy nahrazují dětem jejich disfunkční rodinu, která zklamala ve výchově a to z různých důvodů. Vychovatelé nahrazují otce a matku dětem, o které se vlastní rodiče nemohou nebo nechtějí starat, jsou také případy, kdy je dítě z vlastní rodiny odebráno. Již ve vlastní rodině se dítě učí sociálně-patologickým jevům, které se pak snažíme v ústavech děti odnaučovat. Ne ve všech případech má naše snaha kladný výsledek. A jsme bohužel nuceni v některých případech pouze přihlížet tomu, jak si dítě vědomě ničí celý budoucí život. Je pravda, že v současné době jsou výchovné ústavy přeplněné a kapacita zařízení neodpovídá poptávce pro klienty. Proto jsou děti a mladiství místo výchovných ústavů umisťováni i do dětských domovů. Sebou si přinášejí negativní návyky z patologického prostředí, z kterého pocházejí a kde vyrůstaly. To sebou přináší spoustu problémů, jako jsou kouření, kouření marihuany, u starších jsou to drogy typu LSD, toluen, hašiš, lysohlávky. Své zkušenosti předávají svým vrstevníkům, a co je horší, i dětem mladšího věku. V této skutečnosti já spatřuji velký problém, protože to co děti a mládež doposud neuměla, je naučí ti, kteří v dětských domovech nemají co dělat. Ráda bych, aby tato práce dokladovala skutečnost, že děti z dětských domovů mají zkušenosti s drogou a jsou mezi nimi i tací, kteří jsou častými uživateli těchto látek.

Cílem této práce je získat přehled o úrovni kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově.

Dále se zajímám o to, jestli mají klienti dětského domova problém s obstaráním legální či nelegální drogy.

Svou práci jsem rozdělila na dvě části – část teoretickou a část praktickou. V části teoretické jsem zpracovala teoretická východiska, která se týkají dané problematiky. Teoretická část je rozdělena do šesti kapitol. První kapitola se zabývá dítětem ve společnosti a vymezuje vztah dítěte a dospělého, práva dítěte a důležitost funkční rodiny. Druhá kapitola se zabývá psychickou a citovou deprivací u dětí, vymezením pojmu deprivace, potřebami dětí, typy osobností deprivovaného dítěte a zanedbáváním dítěte. Třetí kapitola patří ústavní výchově. Popisuje nařizování ústavní výchovy, funkce ústavů a zabývá se problematikou dětského domova. Dále je rozpracována specifičnost vybraného dětského domova, organizace dne v dětském domově, bezpečnostní pravidla, bodový systém, plnění a neplnění povinností klientů dětského domova. Čtvrtá kapitola pojednává o závislostech, zabývá se fází vývoje závislostí, typy závislostí a klasifikací abúzu. Pátá kapitola pojednává o věkové struktuře osob drogové závislosti. Poslední šestá kapitola se zabývá studií ESPAD z roku 2011. Výsledky výzkumu kouření, pití alkoholu a požíváním legálních a nelegálních drog mladistvými.

Část praktická analyzuje získané informace o úrovni kouření, pití alkoholických nápojů a požívání legálních i nelegálních drog u klientů vybraného dětského domova. Při realizaci této části jsem použila kvalitativní výzkum. Pro výzkumnou část mé práce jsem zvolila metodu individuálních rozhovorů s klienty dětského domova a pracovníky dětského domova. Další metodou, kterou jsem použila, byla metoda pozorování a práce se spisovou dokumentací.



## Teoretická část

### 1 Dítě ve společnosti

Vzhledem ke skutečnosti, že se má práce zabývat dětmi a mládeží umístěnými v dětském domově je relevantní vymezit si postavení dítěte ve společnosti a ve vztahu k dospělým. Někteří dospělí jedinci mohou zneužívat svého mocenského postavení. Toto zneužívání moci vede často k nevhodnému zacházení s dítětem. Nevhodné zacházení s dítětem může a často vede k umístění dítěte nebo mladistvého do ústavní výchovy.

Postavení dítěte ve společnosti se dnes, podobně jako v minulosti, odvozuje od vztahu mezi dítětem a dospělým. Tento vztah vždy byl a bude nerovným, založeným na uplatňování moci dospělého. Nerovným proto, že v případě zneužití této moci se dítě nemůže účinně bránit. Politika státu vůči dětem vychází z kulturních a náboženských tradic, vlastní ideologie a v případě demokratických států z respektování aktuální vůle občanů. Nezanedbatelný význam má ekonomický potenciál státu, například v chudých zemích je dítě využíváno jako levný prostředek k námezdní práci, stejně tomu bylo ještě v minulém století v Evropě.

Jedním z nejdůležitějších dnů v historii vztahu dítěte a společnosti byl 20. listopad 1989, kdy byla v OSN přijata Úmluva o právech dítěte. V jejím úvodu se říká: *„Dětství má nárok na zvláštní péči a pomoc.... Rodina, jako základní jednotka společnosti a přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí, musí mít nárok na potřebnou ochranu a takovou pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti, uznávajíc, že v zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění.“*<sup>1</sup>

Rodina prochází mnohými proměnami, avšak její ústřední rolí zůstává ochrana a výchova dětí. Fungující rodina má pro psychický i tělesný vývoj dítěte zásadní

---

<sup>1</sup> <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

význam. Dlouhodobé sledování dětí vyrůstajících bez rodičovské lásky nezvratně prokazuje, že tyto děti trpí duševními poruchami ve smyslu depresivních a úzkostných poruch nebo **závislostí na návykových látkách** častěji než děti, které zkušenost smysluplného laskavého vztahu s dospělou autoritou měly. Citově zanedbávané děti mají rovněž větší sklon k asociálnímu a anetickému chování v dospívání a s ním spojené trestné činnosti v dospělosti.<sup>2</sup>

**Dítě potřebuje znát svou identitu, tj. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty.** Z jejího náležitého neuspokojení nevychází zdravý vývoj individuální a následně sociální identity dítěte. Je-li dítě opakovaně podhodnocováno a podceňováno, pojmá tuto skutečnost jako danost. Důsledky se promítají celým jeho životem, dítě má sníženou sebedůvěru, ztrácí se jeho motivace pro určitý výkon, opakovaně se vzdává svých cílů, případně žádné ani nemá, postupně se vytrácí i jeho snaha seberealizace.<sup>3</sup>

Další věcí, kterou dítě musí znát je potřeba otevřené budoucnosti. Jestliže není dítěti předkládána představa otevřené pozitivní budoucnosti, trpí pocity uzavřenosti osudu a zoufalství.

Ráda bych konkrétněji prezentovala devět základních psychologických funkcí rodiny dle Heluse, následuje jeho pojetí:

- uspokojuje základní, primární potřeby dítěte,
- uspokojuje potřebu organické přináležitosti dítěte,
- dává dítěti již od nejútlejšího věku akční prostor,
- uvádí dítě do vztahu k věcem rodinného vybavení,
- dává dítěti bezprostředně působící vzory a příklady,
- zakládá, upevňuje a dále rozvíjí vědomí povinnosti,
- dává dítěti příležitost vejít do mezigeneračních vztahů,
- navozuje v dítěti představu o širším okolí, o společnosti a světě,

---

<sup>2</sup> POTHO, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: Nakladatelství G plus G, 1999. s. 25 - 26.

<sup>3</sup> MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 1994. s 42 – 44.

ISBN 80-7178-853-8

- je prostředím, kde se mohou svěřit, očekávat radu a pomoc: je útočištěm v situacích životní bezradnosti.

Tyto funkce nejsou schopni všichni dospělí dítěti zabezpečit, nezabezpečení těchto funkcí vede k nefungování rodiny jako celku a následně se jedná o rodinu dysfunkční.<sup>4</sup>

Na závěr bych chtěla uvést ještě jednu skutečnost týkající se dospělých jedinců v dysfunkční rodině, tak jak ji popisuje Vágnerová. Chování dětí a rodičů je vždy vzájemně ovlivňováno. Řešení různých problémů a situací je mimo jiné podmíněno genetickou výbavou (tendence k totožným reakcím apod.), která je u rodičů a dětí podobná. Každá rodina má sklon ke svým typům reakcí. Dle Vágnerové, nemají všichni lidé předpoklady k plnění rodičovské role. Poukazuje na výzkum J. L. Culbertsona a C. J. Schellenbacha (1992), pomocí něhož stanovili souhrn vlastností, zvyšující riziko špatného přístupu k dítěti i k lidem obecně:

*Nedostatky v sociální orientaci*, nedostatečná schopnost empatie do cítění a potřeb ostatních lidí, osamělost, problematické sociální vztahy.

*Problematické sebehodnocení*, snížené sebehodnocení, snížená akceptace rodičovské role.

*Rizikové chování*, nedostatečná autoregulace a sebereflexe, impulzivita, potřeba demonstrace negativních emocí.

*Špatná zkušenost z vlastního dětství*, výzkum potvrdil, že u 70 % lidí, ke kterým rodiče přistupovali nepřiměřeně, mělo později tendenci chovat se podobně.<sup>5</sup>

V této kapitole jsem se zaměřila na postavení dítěte ve společnosti. Vymezili jsme si vztah mezi dospělým a dítětem. Dále jsme se zabývali funkcí rodiny. Tím, že rodina, ztrácí některou ze svých funkcí, se stává rodinou dysfunkční. Často nejsou tyto rodiny schopny zabezpečit své potomstvo materiálně a co je horší ani

---

<sup>4</sup> VOCILKA, M. *Dětské domovy v České republice 1*. Praha: MŠMT, 1999. s 26

<sup>5</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. s 320- 322  
ISBN 80-7178-308-0.

citově. Proto naváží na tuto kapitolu a v další části své práce se budu věnovat psychické a citové deprivaci dětí a mládeže.

## 2 Psychická a citová deprivace u dětí

Dle Potha mají citově zanedbávané děti větší sklon k asociálnímu chování v dospívání. Má práce se asociálním chováním u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově zabývá. Konkrétně se zabývá kouřením, pitím alkoholických nápojů a požíváním legálních a nelegálních drog dětmi a mládeží ve vybraném dětském domově. V této kapitole se budu zabývat problematikou citové a psychické deprivací dítěte, protože jak uvádějí někteří autoři (Vágnerová, Matějček), legální či nelegální droga může být náhražkou za cit, který se dítěti nedostává.

Zdrojem pocitu bezpečí a jistoty je pro dítě v normální rodině především matka. Potřeby bezpečí, jistoty, sounáležitosti a lásky jsou uspokojovány emoční akceptací a poskytováním specifické zkušenosti prožitku bezpečného citového vztahu. Tato zkušenost nemůže být získána jiným způsobem. Kompenzace se zdá být nedostačující. Tato zkušenost je přitom základem pro vnitřní jistotu a vyrovnanost, schopnost udržovat pozitivní vztah ke světu i sobě samému, schopnost navazovat a udržovat trvalé a spolehlivé vztahy s okolím. Jednou z dalších negativních možností působení rodinného prostředí a jejich členů na psychický vývoj dítěte je situace, kdy dítě strádá v oblasti uspokojování potřeb. Negativní vliv a důsledky jsou spojeny zejména se strádáním v oblasti citové a emocionální. V takovém případě hovoříme o psychické deprivaci. Psychickou (emocionální, citovou) deprivaci můžeme definovat jako neuspokojování potřeb citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. Spočívá v nedostatku či absenci stabilních a spolehlivých emočních podnětů s mateřskou osobou. Vzniká v situaci, kdy matka (nebo jiná mateřská osoba) nemá o dítě zájem. Tento nezáměr lze dle Matějčka interpretovat jako nezáměr o potomstvo.<sup>6</sup> Mírnější variantou deprivací zkušenosti a mnohem čtenějším jevem v našich sociokulturních podmínkách je citová subdeprivace. Její riziko spočívá v obtížné

---

<sup>6</sup> BUBLEOVÁ, V., MATĚJČEK, Z., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*, s. 69.

identifikovatelnosti. Děti mohou být zabezpečeny v materiální a sociální oblasti, strádají pouze v oblasti citové. Případem dětí v ústavní výchově je častěji citová deprivace.<sup>7</sup>

V našich současných podmínkách zachycujeme u jinak zdravých dětí vyrůstajících v kojeneckých ústavech a dětských domovech do tří let zpravidla lehké celkové vývojové opožďení a výraznější retardaci vývoje řeči a sociálních dovedností. Čím déle působení citové deprivace trvá, tím jsou následky závažnější a trvalejší.<sup>8</sup>

Nestor dětské psychologie prof. Matějček zjistil, že základní lidské potřeby (uvedené níže) nejsou omezeny jen na dětský věk, ale působí na člověka prakticky celý jeho život.<sup>9</sup> Zvláště v dětství je považujeme za podstatné. Aby se dítě mohlo vyvíjet ve zdravou osobnost, musí být tyto potřeby v náležitě míře a v pravý vývojový čas uspokojeny.

Bubleová uvádí pět výzkumně ověřených vitálních potřeb:

- 1) Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Jejich uspokojení umožňuje naladit organismus na žádoucí úroveň aktivity.
- 2) Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoli učení.
- 3) Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobě matky a k osobám dalším primárních vychovatelů. Náležité uspokojování

---

<sup>7</sup> FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. s. 148-149. ISBN 978-80-247-2781-3.

<sup>8</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, Praha: Grada, 2006. s. 291. ISBN 80-247-1284-9.

<sup>9</sup> BUBLEOVÁ, V., MATĚJČEK, Z., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. s. 69. ISBN 8085121-89-1.

této potřeby přináší dítěti životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.

- 4) Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity. To pak je dále podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení.
- 5) Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy. Její uspokojování dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v člověku jeho kvótní aktivitu.<sup>10</sup>

**Jedním z hlavních problémů dětí vyrůstajících v ústavní péči je deprivace na základě neuspokojování jejich potřeb.** Deprivaci definoval Langmaier jako důsledek neuspokojování základních potřeb v dostatečně dlouhé době a potřebné míře. Každé dítě a i dospělý člověk totiž potřebuje mít a cítit zdroj bezpečí, jistoty a podpory.<sup>11</sup>

Ráda bych připomenula vývojovou teorii osobnosti dle Eriksona. Ten v prvním stadiu poukazuje na důležitost získání důvěry v sebe a okolní svět. Je primární pro další správný rozvoj dítěte z několika důvodů. Pro jedince je toto první zkušeností s okolním světem a stává se pro něj podstatnou po celý jeho život. Tyto primární zkušenosti jej tvarují a po celý jeho život mu buď dodávají jistotu nebo naopak nejistotu a nedůvěru ve vztazích. Tu dítěti poskytuje zejména matka a dítěti potom umožňuje splnění prvního stádia ve vývoji osobnosti. Tato důvěra ale nemůže být získána, pokud dítě vyrůstá v nepodnětném nebo ještě hůře patologickém prostředí. Přitom tato základní důvěra naplňuje také základní lidskou potřebu, kterou je potřeba jistoty, bezpečí a lásky. U dětí vyrůstajících v ústavních

---

<sup>10</sup> BUBLEOVÁ, V., MATĚJČEK, Z., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. s. 69. ISBN 8085121-89-1.

<sup>11</sup> LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974.

zařízeních je tato důvěra také velmi obtížně získávána. Jak popisuje Vágnerová, ke klasickému obrazu psychické deprivace malého dítěte zpravidla patří výrazné vývojové opoždění řeči. Kromě těžké patlavosti, která bývá patrná zvláště u ústavních dětí, je nápadné zejména opoždění ve skladbě a obsahu řeči. Také se můžeme setkat i s opožděným vývojem hygienických a sociálních návyků, při jejichž tvorbě je třeba úzkého a častého kontaktu s dospělými. Můžeme pozorovat i opoždění ve vývoji jemné motoriky, jemných pohybů ruky nebo v koordinaci ruky a oka, která obvykle kontrastuje s celkově přiměřenou úrovní hrubé motoriky, jak označují lékaři a psychologové celkové ovládnutí těla, posazování, změny pozic, chůzi apod. Ta bývá opožděna spíše při deprivaci v období raného vývoje ve špatně fungující rodině. Emotivita dětí bývá plochá, nerozvinutá, matná, jakoby „setřená“, nebo naopak plná neovládnutých afektivních výbuchů. Většina šestiletých dětí bývá školsky nezralá – emoční nevypěstlost a nedostatečně rozvinuté pracovní a sociální návyky spolu s ostatními zmíněnými nedostatky působí, že školní prospěch těchto dětí bývá zřetelně pod úrovní jejich potenciálních schopností. Psychická deprivace rovněž často stojí v pozadí vážnějších poruch osobnosti.<sup>12</sup>

Na základě svých bohatých klinických zkušeností rozlišili Langmaier a Matějček pět hlavních typů osobnosti deprimovaného dítěte, přičemž brali v úvahu jednak celkovou úroveň aktivity a vzrušivosti, jednak celkový ráz sociálního chování dítěte:

- Typ relativně dobře přizpůsobený, bez zvláštních nápadností, jenž však má svá citlivější, zranitelná místa, která se při větším zatížení projeví.
- Typ sociálně hypoaktivní, útlumový nebo také regresivní či apatický. Odpovídá do značné míry tomu, co první badatelé v oblasti deprivace považovali za její charakteristický obraz – vyznačuje se tím, že celková

---

<sup>12</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. s 123 – 125. ISBN 80-7188-308-0.



aktivita dítěte je snížena, dítě se nepokouší navazovat sociální vztahy a uzavírá se do světa věcí a materiálního světa.

- Typ sociálně hyperaktivní je pravým opakem předchozího – vyznačuje se až přepjatou, ale rozptýlenou sociální aktivitou, snahou přimknout se nakrátko ke každému, vběhnout do každé otevřené náruče bez rozlišení, přičemž zájem o věcné prostředí je naopak nápadně snížen. Dítě připomíná lačného, ale nezúčastněného diváka napínavého dobrodružného filmu. Hloubku a kvalitu citových vztahů u něj nahrazuje povrchní kvantita.
- Typ sociálně provokativní označuje děti, které bývají agresivní a většinou neznají solidaritu s ostatními. Za každou cenu se snaží upoutat pozornost dospělých, šaškují, předvádějí se, vyrušují, jako by svým chováním chtěly říci: „Když nemohu dostat pohlazení tak aspoň pohlavek“ ( i to je projev pozornosti ze strany dospělých). Jsou-li tyto děti mimo kolektiv ostatních dětí a mívají-li vychovatele jen pro sebe, bývají jako vyměněné. Proto je také vhodné svěřovat takové děti spíše do individuální náhradní rodinné péče.
- Typ náhradního uspokojení citových potřeb, někdy označovaný také jako substituční, je charakteristický tím, že aktivita těchto dětí se přesunula do jiných oblastí, v nichž mohou snáze najít toužené (náhradní) uspokojení do sféry věcného světa (shromažďování hraček a věcí), do sféry jídla (přejídání), do sféry sexuálního zájmu (tělesná stimulace, manipulace s genitáliemi) apod.<sup>13</sup>

Náprava psychické deprivace se kromě obecných zásad musí řídit právě zvláštnostmi těchto individuálních variant. Musí být cíleně zaměřena na ty úrovně, které jsou deprivací nejvíce postiženy, a musí brát v úvahu vývojové a individuální zvláštnosti každého dítěte. Náprava bude tedy spočívat v tom, že se

---

<sup>13</sup> LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974. s 18 – 20.

pokusíme dítěti poskytnout to, čeho se mu na úrovni jednotlivých základních potřeb nedostává.

U citově deprivovaných dětí lze pozorovat neschopnost učit se ze zkušeností. Chybí podněty a stimuly. Je to dáno tím, že chybí vzor v osvojování si těchto zkušeností, který by mohlo mít ve své matce. Nemůžeme tedy říci, že by citově deprivované děti byly rozumově a intelektově na nižší úrovni. Jedním z dalších důsledků je změna citového prožívání, vztahy a sebepojetí dítěte. Děti trpí nízkou sebedůvěrou, protože nejsou dostatečně potřebně pozitivně hodnoceny. Nemají dostatek pozitivních emočních zkušeností, což vede k nedůvěře k okolí, přehnané plachosti, k odmítání kontaktu s druhými nebo naopak k nedostatku studu pro navázání vztahu s kýmkoliv. **Vágnerová** také varuje před tím, že citově deprivované dítě může mít často změněnou hierarchii hodnot, což je dáno tím, že nemá dostatečně uspokojovány jeho citové potřeby.<sup>14</sup> **Langmajer** dále připojuje, že i některé somatické poruchy, jako jsou například anorexie, nechutenství, bolesti hlavy, mohou být ve spojitosti s deprivací dítěte.<sup>15</sup>

Bylo by však mylné, myslet si, že dítě, které se dostane do ústavní péče, se stane citově deprivovaným. Riziková není pouze ústavní péče, ale také rodiče, kteří nemají pro rodičovskou roli dostatečné kompetence, nejsou schopni nebo tuto roli plnit z různých důvodů nemohou, může jít například o rodiče závislé na psychoaktivních látkách. Může jít také o jedince, kteří nemají pro roli rodičů a výchovu dětí dostatečnou motivaci, jsou to mladí, nezralí rodiče upřednostňující kariéru. Může jít i o rodiče, kteří mají sklon reagovat násilím a mají nižší míru schopnosti se ovládat. Mohou to být rodiče, kteří trpí různými psychickými a behaviorálními poruchami. Nebo jen své dítě prostě nechtějí. Nebo naopak, mají své dítě přemrštěně rádi, problém u těchto rodičů je, že nejsou schopni ovládat své pudy. Mám tím na mysli sexuální zneužívání dětí (ať chlapců, tak dívek). V některých případech se rodina a její prostředí může stát sama zdrojem vzniku a

---

<sup>14</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. s 108. ISBN 80-7188-308-0.

<sup>15</sup> LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974. s 74 – 76.

rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů. Může dojít k vážnému narušení psychosociálního vývoje a fungování všech jejích členů, zejména ale dětí. Jedná se o případy, kdy rodina neplní některé ze svých funkcí, dále o případy, kdy rodiče nejsou či nechtějí z různých důvodů o své děti pečovat. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Toto poškozování má závažné důsledky pro rozvoj jedince i v jeho dospělosti.<sup>16</sup>

**Zanedbávání** je ohrožujícím jevem, jestliže je systematicky organizované. Zanedbávání je definováno jako vážné opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Tělesné zanedbávání zahrnuje nedostatek přiměřené výživy, oblečení, nezbytného přístřeší, hygieny a ochrany před nebezpečím, ve školním věku pak nedostatečné zajištění řádné školní docházky i přiměřeného dohledu nad přípravou domácích úkolů a vůbec nezájem o školní prospěch dítěte, stejně jako nedostatečný dozor nad tím, kde a s kým dítě pobývá, jak tráví volný čas apod. Zanedbávání je patrně nejčastějším typem špatného zacházení s dětmi a zdůrazňují nezájem rodičů, kteří své děti z velké části ignorují. Zanedbávání může působit na psychický vývoj dítěte přímo (nedostatek dohledu a kázně, nezájem o vzdělání) či nepřímo (podvýživou nebo nevhodnou skladbou výživ, špatnou hygienou, podchlazením apod.)<sup>17</sup>. **Pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin je vrstevnická parta důležitější než pro mladé lidi vyrůstající v rodinách**, jež dětem poskytují přiměřenou míru podpory a vedle toho jim přiměřeně vytyčují meze dovoleného chování. Vrstevnická skupina není pro někoho jen neproblémovým zázemím; tím spíše jim není pro mladé lidi vyrůstající bez rodičovského zájmu, bez jasných pravidel,

---

<sup>16</sup> FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. s. 149 – 153. ISBN 978-80-247-2781-3.

<sup>17</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. s. 55 – 57. ISBN 80-7169-195-X.

ohrožované despotickým trestáním rodičů apod. I pro dítě vycvakané funkční rodinou představuje každá vrstevnická skupina více nebo méně stresující nárok: obstat v očích vrstevníků jako někdo, kdo je „v pořádku“, kdo plně sdílí plně jejich hodnoty. Nároky na konformitu jsou ve vrstevnické skupině mládeže obvykle vyšší než ve všech jiných skupinách. Zahrnují nejen způsob vyjadřování, ale i úpravu zevnějšku, druh preferované hudby, způsob chování k opačnému pohlaví, postoj ke škole, případně k práci, k rodičům, k penězům, k sexualitě, ke kouření, k drogám, k alkoholu atd. U dětí frustrovaných nízkou podporou rodiny je pravděpodobné, že potřeba kladného přijetí vrstevnickou skupinou bude ještě silnější než u dětí s dobrým rodinným zázemím“<sup>18</sup>

V této kapitole jsem se zabývala psychickou a citovou deprivací u dětí a mládeže. V této souvislosti jsem si vymezila typy deprimované osobnosti dle Langmaiera a Matějčka. Dozvěděla jsme se, že deprivace, může vést k psychickým nebo sociálně patologickým jevům. Dále jsem si vymezila pojem zanedbávání dětí a mládeže, jakož to nedostatek rodičovské péče. Ti rodiče, kteří nejsou schopni zabezpečit řádnou výchovu svých potomků, ti se dostávají pod dohled OSPOD tj. oddělení sociálně právní ochrany dětí. OSPOD dává podnět k odebrání dětí a mládeže z nefunkční rodiny do institucionální péče. V další kapitole se zaměřím na fungování OSPOD, problematiku umístování dětí a mládeže do ústavní výchovy a naváží na dětský domov, jakož to jednu z variant umístění dítěte od ústavní výchovy.

---

<sup>18</sup> MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998. s. 84 – 85. ISBN 80-7778-226-2.

## 3 Ústavní výchova

### 3.1 Nařizování ústavní výchovy

Ve své výzkumné části práce pracuji se spisovým materiálem klientů. Tento spisový materiál obdrží společně s nástupem nového klienta sociální pracovník dětského domova. V tomto spisovém materiálu jsou také popsány závislosti dítěte před vstupem do ústavní výchovy a dále je zde uvedena rodinná anamnéza dítěte, podmínky, kde dítě vyrůstalo. Spisový materiál od OSPOD je velice důležitou věcí pro další specifikace práce pracovníků v ústavní výchově s dítětem nebo mládeží.

Ústavní výchova je opatření nařizované soudem v občanskoprávním řízení podle zákona o rodině nezletilým do osmnácti let. Nařizuje se v případech, kdy jiné předcházející výchovné opatření, jako např. napomenutí, dohled nad výchovou, svěření dítěte do péče, nevedlo k nápravě nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit. Pokud je to v zájmu nezletilého nutné, může soud nařídít ústavní výchovu i v případech, kdy jiná výchovná opatření nepředcházela. Ústavní výchova se nařizuje nezletilým mravně narušeným nebo i jen mravně ohroženým, u nichž je zanedbána řádná rodičovská výchova, nebo kteří žijí v patologickém rodinném prostředí, kde je jejich řádný vývoj ohrožen. Nařizuje se též z objektivních důvodů např. je-li matka samoživitelka po delší časové období hospitalizována a dítě nemá žádné příbuzné, kteří by výchovu dítěte zabezpečili. Ústavní výchova je opatřením, které klade důraz na prevenci. Ústavní výchova není časově ohraničena. Trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do dosažení plnoletosti, není-li soudem nařízeno jinak nebo do šestadvaceti let, pokud se klient soustavně připravuje na budoucí povolání.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> ŠVANCAR, Z., BURIÁNOVÁ, J. *Speciálně – pedagogické problémy ústavní výchovy*. Praha: Statní pedagogické nakladatelství, 1988. s. 11 – 12. ISBN 14-363-88.

Před samotným nařízením ústavní výchovy nejdříve soud rozhodne o nařízení předběžného opatření, na základě kterého se dítě umísťuje do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Předběžné opatření může být nařízeno pouze v případech vážného ohrožení života, zdraví nebo výchovy dítěte. Podklady pro nařízení předběžného opatření dávají pracovníci OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí). Pracovník OSPOD je v této situaci důležitým koordinátorem sítě podpory pro dítě a rodinu. Iniciuje setkání s rodiči, na němž znovu vysvětlí důvody, které ho k podání návrhu na předběžné opatření vedly. Jsou případy kdy se rodiče s pracovníkem OSPOD podílí na přípravě umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Může také zorganizovat společné setkání, na němž je vyhodnocena situace v rodině z hlediska potřeb dítěte a aktuálních podmínek pro jeho bezpečné setrvání v rodině. Rodiče rovněž informuje o možnostech návratu dítěte do rodiny, nebo o nesouhlasu vrácení dítěte zpět do rodiny. Dítě po nařízení předběžného opatření soud na základě zprávy OSPOD zařadí do příslušného diagnostického ústavu na „pozorování“, po dobu 1 měsíce, po kterou je předběžné opatření platné. Vyškolení pracovníci v dětském diagnostickém ústavu klienta diagnostikují a po uzavření diagnostiky dítěte, rozhodne pedagogická rada o zařazení klienta do příslušného dětského domova nebo výchovného ústavu. Dnešní situace je tak kritická (výchovné ústavy jsou přeplněné), že klienti patřící do výchovných ústavů jsou často umísťováni do dětských domovů. Klientům je tak dána „šance“ na životní změnu, ovšem častěji klienti naruší chod dětských domovů.<sup>20</sup>

Na funkce ústavů můžeme nahlížet z perspektivy zájmů společnosti nebo z hlediska individua. V některých případech se oba zájmy shodují, jindy se různí. Jestliže se různí, obvykle je to zájem společnosti, který dostává přednost, a klientovy možnosti volby se zužují. Z hlediska individua je nejpodstatnějším parametrem ústavu respekt k osobní svobodě rozhodování. Ústav může přijímat

---

<sup>20</sup> BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008. s. 115 – 117. ISBN 978-80-7367-392-5.

klienty pouze na základě jejich uvědomělého souhlasu a klientovo rozhodnutí vstoupit do ústavu může být prověřováno sérií prahů, na nichž se klient vůči ústavu víc a víc zavazuje. (Tak postupuje i církev při přijímání do kláštera, zájemce pokračuje od kandidatury k noviciátu, přes něj k dočasným slibům až konečně dospěje ke slibům trvalým.) Na druhé straně může být vstup klienta nedobrovolný. Ústavy v nestejně míře omezují klientovo soukromí. Omezování svobodné volby klienta a omezování soukromí klientů bývají často předmětem zvýšené pozornosti, někdy i kritiky, a to zejména ve společnostech, v nichž stojí vysoko ideál demokracie a maximální svobody individua.

### **3.2 Hlavní funkce ústavů**

Pokud není rodina schopna zajistit optimální podmínky pro zdravý vývoj dítěte, musí je stát z rodiny odebrat a umístit do své institucionální péče. Stát pro tyto děti zajistí buďto některou z forem náhradní péče (adopce – v útlém věku, pěstounská péče), pokud však z právního hlediska tato péče není vzhledem k optimálnímu vývoji dítěte účelná či možná, přistupuje k náhradní ústavní výchově ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Úkolem těchto zařízení je zabezpečit nezletilé osobě (od 3 do 18 let, příp. do 19 let) podle rozhodnutí soudu o ústavní nebo ochranné výchově či předběžného opatření náhradní výchovnou péči, která zajistí řádnou výchovu a vzdělávání dítěte i jeho zdravý vývoj<sup>21</sup>

Matoušek shrnul funkce ústavů do tří bodů:

1. Podpora a péče. Tato funkce je v popředí v zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústavy, dětské domovy), v ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky hendikepované lidi, v domovech pro bezdomovce, v domovech důchodců, v utečeneckých táborech, v nově zaváděných

---

<sup>21</sup> VOCILKA, M. *Dětské domovy v České republice 1*. Praha: MŠMT, 1999. s 26-28.

ošetřovatelských ústavech apod. Ve všech takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Kdyby tyto ústavy neexistovaly, kvalita života jejich klientů by byla nepřiměřeně nízká, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.<sup>22</sup>

2. Léčba, výchova a resocializace. Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v zařízeních pro propuštěné vězně apod. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu, předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.
3. Omezení, vyloučení a represe. Tato funkce je v popředí ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky apod. Kdyby tato zařízení neexistovala, společnost by byla ohrožena kriminálními osobami, lidmi trpícími akutní psychózou, neznámými cizinci.

Ústavy představují pro mladé lidi bez zázemí funkční rodiny, zařízení zdroje podpory, jež by jinde a v této podobě neměli dostupné. Kromě podpory vztahové je klientům poskytována i podpora ve smyslu obživy, střechy nad hlavou, praní prádla atd. Přes tolerantní atmosféru není dovoleno všechno, řád nedovoluje kouření, užívání drog a projevy násilí.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. s. 22. ISBN 80-85850-76-1.

<sup>23</sup> MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. s. 22 - 23. ISBN 80-85850-76-1.



### 3.3 Dětský domov

Cílem mé práce získat přehled o úrovni kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově. Proto se v této části práce zaměřím na dětský domov, jeho podstatu a funkci. V dalším odstavci specifika vybraného dětského domova se zabývám podrobně fungováním dětského domova v závislosti na klientelu tohoto ústavu a fungováním klientů v ústavní péči.

Dnešní dětské domovy prošly složitou transformací z ústavů internátních typů na typy rodinné. Dětský domov je zařízení, kam přijdou děti, na jejichž umístění se hlavní měrou podílí **selhání vlastní rodiny** - zanedbávání rodičovských povinností, týrání a zneužívání, výkon trestu rodiče nebo tíživá sociální situace rodiny. Případy skutečně osiřelých dětí, kdy jeden či oba rodiče zemřeli, jsou v současnosti ojedinělé.<sup>24</sup>

Poslání dětských domovů upravuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, kde v § 12:

(1) Dětský domov pečuje o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

(2) Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

(3) Do dětského domova mohou být umístovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Do dětského domova se rovněž umístují nezletilé matky spolu se svými dětmi.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> <http://www.detskydomov-as.cz/dd/char.html>

<sup>25</sup> Zákon č. 109/2002Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, <http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>

Při zařazování dětí do rodinných skupin je přednostně přihlíženo zejména na sourozenecké vazby. Přijetí dítěte nebo mladistvého do rodinné skupiny je novou situací nejen pro ně samotné, ale pro všechny členy skupiny. Do popředí vystupují obavy, nejistota, mrzutosti, přetížení a mnoho dalších aspektů. První dny významně ovlivňují soužití se všemi ve skupině i v domově. Čím intenzivnější má dítě pocit z přijetí ostatními dětmi a vychovatelkami, tím kvalitnější se vytvářejí vzájemné vztahy. V rodinné skupině není průběh přijetí všední záležitostí. Rutinní přivítání by bylo velmi chybným krokem. Vychovatelky před jeho příchodem vhodně připravují ostatní na novou situaci. Všední den ve skupině probíhá stejně jako v každé běžné rodině. Děti chodí do školy, na zájmovou činnost, na výlety, sportují, apod. Na rozdíl od výchovných ústavů mají volný režim. Mohou samy na vycházku, za kamarády, do obchodu. Jen musí, stejně jako v rodinách, dodržovat určitá pravidla. Rodina v dětském domově je jen „trochu“ větší- max. o 8 dětech a o dvou v pravidelných intervalech se střídajících vychovatelích. Jednotlivé rodinné skupiny samy hospodaří. Ve spolupráci s „tetou“ připravují týdenní jídelníčky, učí se nakupovat, vařit, připravují snídaně, svačiny, večeře a o víkendech celodenní stravu. S ohledem na věk si děti také samostatně uklízejí své pokoje a společné prostory. Tento způsob výchovy se v zahraničí osvědčil, a proto byl aplikován i na dětské domovy v České republice. Děti jsou tímto motivovány k aktivnímu způsobu života v dětském domově a připravovány k plynulé integraci do samotného života. V průběhu školních dnů nezbyvá dětem a mladým dospělým mnoho volného času. Podle individuálních zájmů si vyberou z poměrně bohaté nabídky sportovních klubů nebo uměleckých škol volnočasovou aktivitu. Rodinné skupiny se společně podílejí na dění celého domova. Vzájemně spolupracují, převážně o víkendech a o prázdninách, kdy je více času. Soutěží mezi sebou, pořádají společné výlety za poznáním, účastní se různých projektů nebo reprezentují domov na různých soutěžích. Dětské domovy obvykle pořádají 1x ročně dny otevřených dveří a dávají tak možnost široké veřejnosti nahlédnout do života rodinných skupin a pokouší se tak osvětlit funkci zařízení a odbourávat

---

negativní asociace, předsudky a polopravdy. Není to jediný den v roce, kdy do domova přicházejí hosté. Kromě významných osobností a sponzorů navštěvují skupiny spolužáci dětí, rodinní příslušníci zaměstnanců a přátelé z jiných dětských domovů.<sup>26</sup>

### 3.4 Specifika vybraného dětského domova

Dětský domov má kapacitu 48 dětí, které žijí v šesti bytech. Čtyři byty jsou v nově zrekonstruované budově dětského domova, jeden byt 3+1 je na sídlišti a jeden byt je umístěn v rodinném domku v malé vesničce nedaleko dětského domova. Všechny byty jsou vybaveny běžným standardem. V bytě žije 8 dětí, o které se starají dvě vychovatelky. Děti je oslovují teto a mohou jim tykat nebo vykat. Přes noc se o děti starají pedagogičtí asistenti. Sociální pracovníce a zdravotnice v jedné osobě vede jejich osobní spisy a stará se o jejich zdravotní stav. Za chod domova zodpovídá vedoucí vychovatel. V bytech si děti samy uklízejí, spolu s tetami pečují o ošacení a každou neděli si celý den vaří včetně nákupu potravin. V bytech na sídlišti a vesnici si vaří celý týden.

Klienti dětského domova navštěvují široké spektrum škol ve městě a okolí. Nejmladší děti navštěvují dvě mateřské školy, starší děti navštěvují základní školu praktickou a přípravný stupeň základní školy speciální, které jsou součástí zařízení. Další docházejí do několika základních škol. Nejstarší studují na odborných učilištích, středních odborných učilištích a na středních školách.

Svůj volný čas tráví děti obdobně jako jejich vrstevníci **v běžné rodině**. Po návratu ze školy mají čas na své osobní záliby a zájmové činnosti. Plní si rovněž své školní a domácí povinnosti. Každý klient má možnost využívat široké nabídky volnočasových aktivit ve městě a je v nich plně podporován. Velmi oblíbený je aerobik, taneční kroužky, nejrůznější míčové hry, výtvarné a rukodělné kroužky.

---

<sup>26</sup> <http://www.detskydomov-as.cz/dd/char.html>

Přímo v domově mají děti k dispozici vybavení na nejrůznější aktivity. V provozu je výtvarný ateliér s keramickou dílnou. Vybavení sportovního skladu umožňuje pobyty v přírodě, lyžařské, vodácké i cykloturistické akce. Zejména pro chlapce funguje střelecký kroužek, který spolupracuje se Střeleckým klubem. Jednou týdně chodí starší klienti do sportovní haly hrát volejbal. Při zajišťování volného času spolupracuje dětský domov s dobrovolníky, kteří pomáhají rozvíjet výtvarné a hudební nadání dětí. Rovněž pro děti připravují klub deskových her a trénují stolní tenis. Děti navštěvují pravidelně jednou do měsíce Domov důchodců, kde se zúčastňují společných programů se seniory a učí se pomáhat, což rozvíjí jejich sociální citění.

### 3.4.1 Organizace dne

Aby bylo patrné, že klienti dětského domova nejsou v institucionální péči 24 hodin denně, uvádím organizaci dne ve vybraném dětském domově. V praktické části práce ve výzkumu klienti dětského domova uvádějí klienti, že mají dostatek času na obstarání si legální či nelegální drogy a to hlavně při přechodech do jiných školských zařízeních. Organizace dne:

05.30 - 6.30 individuální budíčky středoškoláků a učňů

06.45 - 7.00 individuální probouzení dětí

07.00 - 7.30 ranní hygiena, kontrola zdravotního stavu dětí, úprava postelí a úklid ložnic, oblékání s ohledem na počasí a roční období

07.15 - 7.30 snídaně dětí navštěvujících základní školy

07.30 - 7.45 snídaně dětí navštěvujících speciální a mateřské školy odchod dětí do základních škol, odchod dětí do speciálních a mateřských škol

08.00-15.00 školní vyučování

11.25-16.00 příchody dětí ze škol, rekreační činnost, odpočinek, samostatné vycházky, svačina

16,15-18.00 příprava na vyučování, osobní volno, večere, osobní hygiena, úklid ložnic a svěřených úseků

### 3.4.2 Bezpečnostní pravidla

Vycházky uděluje vychovatel dětem starším 7 let na základě jejich žádosti. O udělení samostatné vycházky rozhoduje vychovatel/ka. Přihlíží přitom k chování dítěte, jeho schopnostem, možnostem a aktuálnímu zdravotnímu stavu. V případě výchovných problémů lze dítěti odeprít vycházku na předem stanovenou dobu. Děti, které o vycházku nepožádaly nebo jim nebyla povolena, zůstávají se skupinou a podřizují se programu svého vychovatele.

Samostatné vycházky lze udělit za těchto podmínek:

1. pro děti do 15 let:

- a) mohou čerpat nejvíce tříhodinovou vycházku každý den v době od 13.00 do 18.00.
- b) ve dnech pracovního volna a prázdnin mohou čerpat dopolední vycházku v rozsahu 3 hodin.

2. pro děti starší 15 let:

- a) mohou čerpat každý den nejvíce čtyřhodinovou vycházku v době od 13.00 do 20.00. Před odchodem na vycházku se musí vrátit ze školy do DD. V odůvodněných případech lze po předchozí domluvě s vychovatelkou, čerpat vycházku i po skončení školy.
- b) jednou týdně (pátek, sobota) mohou čerpat vycházku ve večerních hodinách takto:

do 16 let	18.30-22,00
do 17 let	18.30-23.00
do 18 let a výše	18,30-24,00

Tuto večerní vycházku nelze spojit s vycházkou prodlouženou.

- c) ve dnech pracovního volna a prázdnin mohou čerpat dopolední vycházku v rozsahu 3 hodin.
- d) jako mimořádnou formu odměny může kmenová vychovatelka udělit

vycházku za účelem návštěvy diskotéky v místě do 02.00 hod.

- e) před odchodem na diskotéku má vychovatelka povinnost poučit dítě o **zákazu požívání alkoholických nápojů, drog a připomenout nebezpečí AIDS.**

Tento rozvrh vycházek platí pro stovkaře.

Pro děti, které vypadnou ze stovky, tedy mají méně než 90 bodů, platí od následujícího dne omezený režim vycházek a to až do konce měsíce.

Režim vycházek je počtem omezen pro obě věkové skupiny takto:

Vycházky mohou čerpat vycházky třikrát týdně, a to:

1x v Po nebo Út
1x ve St nebo Čt
1 x v Pá – Ne

Časově jsou vycházky omezeny podle věku takto:

do 15 let: dvouhodinová vycházka v časovém rozpětí od 13,00 do 18,00

nad 15 let: tříhodinová vycházka v časovém rozpětí od 13,00 do 20,00

Doba, ve které děti navštěvují zájmové kroužky se nezapočítává do samostatných vycházek, pouze se eviduje v Knize docházky do zájmových kroužků.

### 3.4.3 Bodový systém

Každé dítě má na začátku měsíce přiděleno 100 bodů. Pokud poruší vnitřní řád anebo se nějakým způsobem proviní proti dobrým mravům, může přijít o určité množství bodů. Tyto body jsou pro něj v tomto měsíci nenávratně ztracené. Vždy na konci dne se sejde celá buňka a teta rekapituluje uplynulý den. Pak se věnuje hodnocení jednotlivých dětí. Dítě se může úměrně věku vyjádřit ke svému hodnocení, a pokud mu teta navrhne stržení určitého množství bodů, může v případě, že s tímto návrhem nesouhlasí, slušně argumentovat ve svůj prospěch. Teta do tohoto hodnocení zahrnuje i průběh předešlé noci a rovněž prospěch a chování dítěte ve škole. Výsledek hodnocení přímo ovlivňuje čerpání

samostatných vycházek, placených možností trávení volného času (kino, plavecký bazén atp.) a kapesné dítěte. V dlouhodobějším časovém úseku mají výsledky hodnocení vliv na účast dítěte na akcích dětského domova a na táborech v průběhu prázdnin. Dítě může v měsíci přijít maximálně o 10 bodů, aniž by se to nějak promítlo do čerpání výhod. Každý, komu zůstane na konci 90 a více bodů, je tzv. stovkař. Pokud se dítě v průběhu měsíce dostane pod 90 bodů, od toho dne ztrácí možnost čerpat placené možnosti trávení volného času a má omezené vycházky až do konce měsíce. Kromě hrubého porušení vnitřního řádu nejsou přesně stanovené bodové hodnoty jednotlivých prohřešků. Záleží plně na rozhodnutí kmenové vychovatelky, jak co posoudí. Za útěk, krádež, fyzické napadení a kouření v budově se strhává 50 bodů.

#### 3.4.4 Porušení povinností

Za prokázané porušení povinností vymezených VŘ může být dítěti odňata výhoda:

- potřeby pro využití volného času a rekreaci
- náklady na kulturní, uměleckou, sportovní a oddechovou činnost
- náklady na soutěžní akce, rekreace
- náklady na dopravu k osobám odpovědným za výchovu
- sníženo kapesné v rozsahu stanoveném organizační směrnicí DD o kapesném, která je přílohou tohoto vnitřního řádu
- omezeno nebo zakázáno trávení volného času mimo zařízení v rozsahu stanoveném vnitřním řádem
- odňata možnost účastnit se činnosti nebo akce organizované zařízením nad rámec vnitřního řádu zařízení
- odňata možnost účastnit se atraktivní činnosti či akce
- zakázány návštěvy, s výjimkou návštěv osob odpovědných za výchovu, osob blízkých a oprávněných zaměstnanců orgánů sociálně- právní ochrany dětí, a to na dobu nejdéle 30 dnů v období následujících 3 měsíců.

### 3.4.5 Příkladné plnění povinností

Za příkladné úsilí a výsledky při plnění povinností nebo za příkladný čin může být dítěti:

- prominuto předchozí opatření podle odstavce 1
- udělena věcná nebo finanční odměna
- zvýšeno kapesné v rozsahu stanoveném organizační směrnici DD o kapesném, která je přílohou tohoto vnitřního řádu
- povolena mimořádná návštěva kulturního zařízení, mimořádná vycházka, mimořádná návštěva nebo přiznána jiná osobní výhoda.

I přes nastavená bezpečnostní pravidla a bodový systém se klienti dopouštějí asociálního chování a tím přicházejí o výhody. Nejčastějšími prohřešky proti řádu dětského domova je kouření, požívání marihuany a dále jsou to krádeže (např. cigaret) a jiné.



## 4 Závislost a rizikové skupiny

Jak uvádí Kalina u dětí a mládeže se nedá přesně vymezit hranice mezi návykem a závislostí. Cílem mé práce je získat přehled o úrovni kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově. Tím, že se nedá jasně specifikovat co je a není závislost u dětí a mládeže, budu se v této části práce zajímám o to, co je závislost, fázemi vývoje drogové závislosti a typy závislostí.

### 4.1 Závislost

Závislost je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednosti než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady

lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)

- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času potřebného k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.<sup>27</sup>

Příčiny vzniku závislostí na návykových látkách rozlišuje Fišerová do tří skupiny činitelů - droga, člověk a prostředí. Uvádí, že drogové závislosti je nutno vždy pojímat i studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují. K onemocnění - závislosti - dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá nutkání znovu a znovu ji užívat. Dochází k tomu zpravidla častěji v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (party, diskotéky atp.):

#### a) Droga

Droga je nesporně základní, ne však jediný důležitý činitel při vzniku toxikomanie. Předpokládá se, že schopnost vyvolat u citlivého jedince dychtění po droze („craving“), vedoucí k nutkavému opakovanému užívání drogy, je založena na schopnostech drogy:

- 1/ vyvolat silný psychický účinek – zážitek
- 2/ být rozpoznána mezi jinými látkami
- 3/ vyvolat následné nepříjemné pocity - po přerušení opakované aplikace.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> NEŠPOR, K.. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. s. 14 – 15. ISBN 80-7178-432-X.

<sup>28</sup> FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí* [online]. Ústav farmakologie 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 2000 [cit. 29.2. 2012].

Dostupný z WWW:

[http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)

## b) Prostředí

Primární je otázka dostupnosti drogy v okolí jedince (distribuce a cena drogy). Takzvané legální drogy (alkohol, tabák i kofein) jsou snadno dostupné, bývají častěji užívané a celkový počet závislých je proto relativně vysoký (mezi lidmi pijícími pravidelně alkohol se asi u 8 - 10 % vyvine závislost, u kuřáků je to zhruba 30 % u kofeinu asi 3 %). Závislost na tabáku je nejčastější duševní poruchou vůbec. Snadná dostupnost rozpouštědel (těkavých látek) bývá hlavním důvodem volby u finančně slabých a zejména u velmi mladých toxikomanů. Přitom závislost solvenciového typu má velmi závažné a rychle se vyvíjející důsledky, včetně nevratného poškození CNS, těžkého až fatálního poškození jater a ledvin. Četné bývají případy náhlého úmrtí při inhalačním zneužívání rozpouštědel třeba již při prvním experimentování s drogou. Mezi sociální faktory a situace, které vznik drogové závislosti usnadňují, patří prostředí fetující party, rozvrácené rodiny, nedostatek láskyplné péče rodičů u dětí, osamělost, kriminální subkultura atd. Pro psychickou závislost je prostředí a jednání s drogou spojené pro závislého stejně důležité jako droga sama.

## c) Organismus

Při výzkumu drogových závislostí byly prokázány určité znaky osobnostních i přímo genetických predispozic k závislostem různých typů. Mezi lidmi závislými na drogách se nejčastěji objevují lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky, lidé, kteří rádi a hodně riskují, cestují a věnují se umění. Účinek drogy lze alespoň zpočátku za tyto intenzivní tvořivé prožitky zaměnit. Řada závislostí je doložitelně zatížena rodovou dispozicí (např. studie alkoholismu u dvojčat alkoholiků potvrzují rodovou dispozici k alkoholové závislosti atd.) Některé studie potvrzují rozdílnou dispozici k různým typům závislostí u mužů a žen (*sexuální faktor*). Ženy jsou mnohem citlivější na drogy než muži, závislost se u nich většinou vyvíjí rychleji. Často také ženy rychleji reagují na léčbu. Je prokázána odlišná - zvýšená reaktivita a citlivost nezralých jedinců (dětí i mláďat zvířat) ve vztahu k rozvoji drogové závislosti. Závislosti na návykových látkách

---

u mladistvých a u dětí se vyvíjejí obecně rychleji než u dospělých, průběh onemocnění je dramatictější a mívá závažnější a trvalejší důsledky fyzické i psychické. Závislost má rysy obsedantně kompulsivního chování, kde nutkavost nemusí být vždy odměněna pocitem libosti. Zároveň i v experimentech droga posiluje chování vedoucí k odměně.<sup>29</sup>

## 4.2 Fáze vývoje drogové závislosti

Vývoj drogové závislosti ve vztahu jedinec - droga rozdělil Waldmann do čtyř etap. Tato klasifikace se týká speciální skupiny a to mladistvých.

1. etapa se vyznačuje hledajícím vztahem mladistvého, který prožívá své generační problémy a konflikty;
2. etapa je spojená s vytvářením a stabilizací skupin (part) mladistvých, kde se konzumují drogy;
3. etapa je vyjádřena vznikem vlastní závislosti jedince na droze, kterou potřebuje bez ohledu na partu;
4. etapa znamená fyzickou závislost na droze se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí dramatické abstinenční projevy. Toxikoman neprožívá pravý efekt drogového opojení, ale úlevu od nepříjemných prožitků po aplikaci a nutnost udržovat v organismu stálou hladinu.<sup>30</sup>

**Zvláště u adolescentů není přesně vymezena hranice mezi návykem a závislostí. Je obtížné rozhodnout co je a co není možné diagnostikovat jako**

---

<sup>29</sup> FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí* [online]. Ústav farmakologie 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 2000 [cit. 29.2. 2012].

Dostupný z WWW:

[http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)

<sup>30</sup> WALDMANN, H. *Phantastika und Untergrund. Zum psychiatrischen Verständnis des Rauchergebrauchs Jugendlicher*. Bonn: Bournier u. co. 1971.

**závislost. V odborné literatuře se lze setkat s termíny, jako jsou experimentální, rekreační, habituální a jiné požívání drog mladistvými.**<sup>31</sup>

### **4.3 Typy závislostí dle Zvolského**

Zvolský (1997) podává ucelený klasifikační přehled typů závislostí na návykových látkách:

- a) Alkoholo-barbiturátový typ (alkohol, hypnotika, trankvilizéry, anxiolytika)
- b) Amfetaminový typ (psychoton, anorektika, antidepresiva, látky obsahující efedrin - bronchodilatancia, antitusika)
- c) Cannabisový typ (látky obsažené v konopí - cannabis, hašiš, marihuana)
- d) Halucinogenový typ (LSD, meskalin, psylocybin)
- e) Kathový typ (látky obsažené v listech rostliny catha edulis)
- f) Opiátový-morfinový typ (papaverin, morfin, heroin, diolan, Dolsin)
- g) Solvenciový typ (Toluen, benzin, inhalační narkotika)
- h) Tabákový typ
- i) Kofeinový typ
- j) Antipyretiko-analgetikový typ
- k) Neuroleptikový typ
- l) Antidepresivový typ<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s 16 - 17. ISBN 80-86734-05-6.

<sup>32</sup> ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s 23 – 25.

## 4.4 Klasifikace abúzu drog

Klasifikace abúzu drog obvykle vychází z teoretických hypotéz čtyř kategorií:

- (1) biologické - podmíněnost biologickými poruchami;
- (2) psychodynamické - nerozřešení psychického traumatu a neuspokojení potřeb s následným rozvojem následných konfliktů;
- (3) sociální - na úrovni mikrostruktur i makrostruktur, jako výsledek sociálního učení;
- (4) sociologické - teorie o sociálních deviacích.<sup>33</sup>

V této kapitole jsme si vymezili pojmy závislost, příčinami vzniku závislosti. Dále jsme se zabývali fázemi vývoje drogové závislosti, typy závislostí dle Volského a klasifikací abúzu. Tato práce se zabývá požíváním legálních či nelegálních drog dětí a mládeží ve vybraném dětském domově. Jak jsme se dozvěděli v této kapitole u dětí a mládeže se nedá jasně specifikovat hranice mezi návykem a závislostí. Tento tenký led nám nepodává jasné rozdělení návyk versus závislost. Proto se v další kapitole pokusím vymezit vztah dětí a mládeže k legálním a nelegálním drogám.

---

<sup>33</sup> HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing. s. 10-12

## 5 Vztah dětí a mládeže k legálním a nelegálním drogám

Cílem této práce je získat přehled o úrovni kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově.

Z tohoto důvodu se budu v tomto odstavci věnovat věkové struktuře mladých ve vztahu k nejdříve k drogám, v dalším odstavci ve vztahu k alkoholu a ve třetím odstavci ve vztahu ke kouření. V závěru této kapitoly shrnu v odstavci rizikové skupiny z jakých důvodů mohou být právě mladiství a děti tou nejrizikovější skupinou ve vztahu k legální či nelegální droze.

### 5.1 Vztah dětí a mládeže k drogám

Nejsilnější ohrožení toxikomanií bylo pozorováno u 90 procent mladých lidí ve věkové skupině mezi 12 a 18 lety. Období mládí, jako dynamický úsek vývoje, má pro vytváření postoje k drogám specifický význam. Protože oproti alkoholu mají nedovolené drogy podstatně rychlejší účinek a obsahují podstatně vyšší potenciál návykovosti, dochází také mnohem rychleji v postojích k drogám k psychické a tělesné závislosti. To znamená, že už ve věku asi 15 až 17 let může u postižených lidí existovat zjevná drogová závislost. Specifické znaky této věkové skupiny – nezpůsobilost snášet trápení, malá schopnost kooperace, omezená svoboda rozhodování a ještě málo vyzrálá motivace – činí pomoc obtížnou. K tomu ještě přistupuje, že konzum drog v naší současné společnosti se stále chápe hlavně jako problém mladistvých. U veřejnosti je mládí v povědomí převážně jako problémová a krizová fáze vývoje a populace ji tak vnímá. Nedostatek učebních míst, nezaměstnanost mladistvých a nebezpečí vzrůstu nevhodného chování ve škole a ve volném čase včetně užívání drog stejně jako kriminalita plní stránky novin<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> GÖHLER, FR. CH., KÜHN, J. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. s 67 – 69. ISBN 80-7202-950-9.

Vraťme se ještě k vývojovému období adolescence, ve kterém se nejčastěji objevují první pokusy o intoxikaci a rozvíjí se charakteristický životní styl pravidelného uživatele drog. Adolescent by měl pro úspěšné začlenění do společnosti druhých lidí splnit či zahájit zvládnání řady tzv. vývojových úkolů. Jde o osobnostní a vztahové kvality, jejichž budování předpokládá dostatečné zvládnutí předchozího duševního a fyzického vývoje - je svým způsobem revizí předchozích úkolů. Řešení těchto úkolů je úzce spojeno s příčinami užívání drog i rozvojem závislosti. Na prvním místě je třeba zmínit identitu - úkol adolescence, který do popředí postavil Erikson (1958). V pozadí budování identity stojí chaos, který celý proces narušuje, inspiruje a umožňuje vznik nové kvality. Chaotická či difúzní identita typická pro slabé já bývá u závislých osobností obvyklá. Stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na dosažení změny prožívání prostřednictvím chemické změny se pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm a odpovědí na mnoho těžko řešitelných otázek a nejistot. Dále by měl adolescent dokázat přijmout reálný obraz svého těla, ujasnit si svou sexuální preferenci a bez nadměrného studu realizovat své potřeby. Užívání drog v tom nabízí řadu úniků či náhradních řešení. Snižování psychických zábran může pomoci při sexuálním chování, stimulační funkce pervitinu navíc snižuje chuť k jídlu - vede k úbytku váhy, což ocení především ti, kteří mají problémy s redukcí vyšší hmotnosti. Na druhé straně vede užívání drog k dočasnému řešení a autoagresivní vztah k vlastnímu tělu je pravým protikladem vývojového úkolu v tomto období. Dospívající by v tomto věku měl také experimentovat a hledat v oblasti vytváření přátelských a partnerských vztahů. Cílem by mělo být nalezení stabilnější role mezi vrstevníky, prožití intimity partnerského vztahu a naplnění vzájemné potřeby idealizace v období zamilování. Nezbytné jsou také okamžiky ztráty vztahu, rozhodů a zklamání, které vystavují mladého člověka dalším zkouškám. I zde představují drogy „pomocný“ prostředek - ať již pomáhají překonat rozpaky, neshovívavost, pocit odlišnosti (marihuana, pervitin, extáze), anebo přinášejí introvertní slastný stav, kdy člověk vlastně nikoho nepotřebuje (opiáty).

---



Svébytné subkultury uživatelů drog navíc přinášejí pocit sounáležitosti zasvěcených (my a ti druzí), který je pro dospívající velmi svůdný. Po delší drogové kariéře však samotní uživatelé popisují fatální devastaci většiny svých vztahů, které začnou být podřízeny potřebě zcela dominantní - potřebě získat drogu či peníze. V samotné psychoterapii v rámci léčby pak mnohdy musí pacienti své vztahy budovat znovu a na jiných principech se všemi obtížemi, kterým se předtím pomocí drog vyhýbali. I další významné cíle dospívání jako jsou: najít své místo ve společnosti, práci a postupně nalézat vyváženější vztah k rodičům (od závislosti přes nezávislost k vyrovnání a spolupráci), mohou být úzce provázány s funkcemi užívání drog. Pocit neúspěšnosti stejně jako nadměrně dlouho trvající role žáka či studenta vystavuje sebeúctu dospívajícího a mladého dospělého frustracím. Nadměrný negativismus, zřeknutí se odpovědnosti za vlastní rozvoj a vlastní tvořivou roli ve společnosti vedou k hledání alternativního chování či alternativní kultury a „alternativních“ prožitků a „vědomí“ Ve vztahu k rodičům pak můžeme sledovat naprosté ustrnutí v závislosti na rodičích (převážně v závislosti materiální a sociální, ale i emoční) nebo vzájemný vztahový kolaps a vývojové uvíznutí. Sadomasochistický charakter vzájemných vztahů, plných pocitů viny, studu, hněvu a pomsty pak udržuje bludný kruh závislosti tak, jak je znám u tzv. spolu-závislých rodinných systémů.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s 16 - 17. ISBN 80-86734-05-6.

## 5.2 Vztah dětí a mládeže k alkoholu

Průměrný věk při prvním napití je 13 let, na středních školách má zkušenost s alkoholem 95% mladých lidí, v patnácti letech pije pravidelně (nejméně 1x týdně) třetina chlapců a čtvrtina dívek. Nejoblíbenějším nápojem je pivo, a to i u dívek. Pak následují míchané nápoje, víno a lihoviny. Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro vývoj závislosti jsou „postupné“ změny („postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu“, „postupná ztráta kontroly užívání alkoholu“, „postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů“). Současně dochází (zpočátku většinou rovněž nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se vlastně o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných jeho pitím. Tyto změny myšlení a z nich vycházejícího chování se označují jako „alkoholické obrany“. Alkoholik jimi zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhajuje („racionalizuje“) pití. Příznakem *rozvinuté závislosti* bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv. „okénka“). Alkoholická „okénka“ (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti (akutní amnézie), při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem. Pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Závislá osoba je tak schopna denně konzumovat značné množství alkoholu, přičemž se často nechová nápadně, takže nebudí pozornost, nepůsobí dojem opilého člověka. Postupně však dochází naopak k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol. Snížení tolerance, při kterém i malé množství vypitého alkoholu vyvolá u postiženého rychle příznaky těžké

opilosti. To je zvláště nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu konzumovaným v minulosti.<sup>36</sup>

### 5.3 Vztah dětí a mládeže ke kouření

Ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem ještě výraznějším hromadným jevem. Cigareta si prosazuje postavení symbolu mužnosti a dospělosti. Kuřáctví je spojeno s prospěchem, čím horší prospěch, tím více a častěji jsou kouřeny cigarety. Typický silný kuřák je chlapec nejvyšší třídy ZŠ s podprůměrným prospěchem. Mezi děvčaty je zřetelně více nekuřáček než mezi chlapci a mezi chlapci je zřetelně více především slabých kuřáků. Ti vytváří základnu pro další vývoj a s postupnými ročníky narůstá množství kuřáků i počet vykouřených cigaret. U chlapců 8. tříd se špatným prospěchem lze najít již návykové kouření<sup>37</sup>. Mládí je – bezpochyby – fáze hlubokých změn. Můžeme ho označit za období přechodu se zrychleným a rychle se měnícím procesem změn v kognitivní, sociální a psychické oblasti, který je doprovázen markantní tělesnou přestavbou. Ta je také doprovázena novými tělesnými zkušenostmi, které jsou zčásti prožívány jako matoucí a zároveň vedou k novým poznatkům. Cesta z dětství určovaná někým jiným k samostatné dospělosti je těžká. Mladý člověk se musí vypořádat s následujícími požadavky:

- tělesné a sociální změny
- uvolnění z rodičovského domu a zároveň výstavba vlastního života
- nová sociální zodpovědnost
- nejistoty a požadavky v povolání

---

<sup>36</sup> POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky, 2003. s. 152 - 153. ISBN 80-86734-05-6.

<sup>37</sup> POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. s 8 – 9. ISBN 80-86568-02-04.

- vytváření systému vlastních hodnot a norem

Přechod je změna z dětského do mladého věku, a tím vstup do dosud neznámých oblastí života, které jsou pro mladého člověka málo strukturované a oproti dosavadní oblasti zkušeností podstatně rozšířenější. Z toho vyplývá i ústřední konflikt tohoto úseku života: Mladý člověk stojí mezi dětstvím určeným někým jiným a dospělostí s větší vlastní zodpovědností. Toto rozporné postavení činí z mladého člověka „osobu okrajových skupin“. Konzumace drog se v této fázi může stát možným vzorkem zpracování citlivých vjemů. Děvčata i chlapci podléhají psychologickým, tělesným a sociálním změnám, které mohou vést k nevyváženosti osobnosti, jestliže se jim zároveň nedostane pozitivních vzorků chování a sociálním učení. Změněný průběh vývoje osobnosti v tomto stadiu vývoje je vyvoláván změněnými požadavky prostředí, které se projevují v různých úlohách vývoje mladých lidí. tak má mladý člověk dosáhnout fyzického odloučení z rodičovského domu, přitom si zároveň vytvořit nové sociální chování ve spojení se svými vrstevníky, vytvořit heterosexuální partnerský vztah a nakonec založit rodinu.

Mladí lidé jsou dnes vedeni k tomu, aby dosáhli mezikulturních kompetencí a připravenosti převzít zodpovědnost tak, aby dostáli školním a později pracovním kvalifikačním požadavkům, aby našli výdělečnou práci v povolání, a tím si zajistili materiální základnu samostatné existence pro sebe a vlastní rodinu. V neposlední řadě si musí mladí lidé ve fázi uvolnění od rodičů vypracovat vlastní hodnotové systémy a normy, rozvíjet své etické a politické vědomí a vypracovat si vlastní vzorek jednání a strategii ke zvládnání problémů.

Jmenované úkoly zvládají mladí lidé během čtyř až pěti let – výkon, který v takovém rozsahu a v tak krátkém čase nemusíme podat už nikdy v životě. V žádném období lidského vývoje nejsou však zvědavost na nevyzkoušené a radost z experimentování, potřeba vyzkoušet meze a zpochybňování hodnot a norem tak výrazné, jako v mládí. Proto je v tomto období vývoje mladých lidí stále častěji pozorován konzum omamných prostředků. Vyskytne-li se to jako

epizoda v procesu vývoje dětí a mladistvých, může toto zkoušení představovat jednu z několika reakcí na požadavky.

Při dostatku podpůrných faktorů pro samostatný život bez konzumu drog, se mohou opět prosadit jiné vzorky chování. Při stoupajícím počtu mladistvých se konzum omamných prostředků stává výraznou součástí jejich chování.<sup>38</sup>

## 5.4 Riziková skupina

Jako nejrizikovější skupinu závislosti na drogách vidí Mühlpachr populaci dětí a mladistvých, a to především z důvodu formování životního stylu, který prvořadě vytváří rodina. Tu vidí v pólových přístupech, kdy na jedné straně je nadměrná protektivnost, pečlivost, autoritativnost a dominantnost rodičů, na straně druhé malá důslednost, nedostatečný kontakt a kontrola se sníženým zájmem o dítě. O dysfunkční rodině se vyjadřuje Mühlpachr takto: „*Dysfunkční rodina je vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jedna z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog.*“<sup>39</sup> Nesporný vliv na tom, že adolescent experimentuje s návykovými látkami, vidí stejný autor v tom, že se tento sociálně oslabený jedinec stýká biologicky, psychologicky a sociálně se skupinami mládeže, kamarády, vrstevníky. Závislost na drogách a alkoholu se pak projevuje jak v rovině somatické, psychické, tak i sociální.

**Biologické důsledky** mohou poškodit zdraví jedince jak primárně, tak i sekundárně. „*Poškození zdravotního stavu může být způsobeno jednorázovým požitím (intoxikace), nebo opakovaným používáním (abuzus, závislost),*“ uvádí Zvolský. Psychické důsledky se projevují postupně až změnou osobnosti v rovině emočního prožívání, kognitivní oblasti, mění se aktivační úroveň,

---

<sup>38</sup> GÖHLER, FR. Ch., KÜHN, J. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. s 36 – 37. ISBN 80-7202-950-9.

<sup>39</sup> MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: MU PF, 2001, s 18. ISBN 80-210-2511-5.

hierarchie hodnot, životní styl. Osobnost závislého postupně upadá. **Sociální důsledky** se začínají projevovat tím, že daný jedinec přestává respektovat příslušné normy, mění se jeho vztahy s lidmi, stává se nespolehlivým, sobeckým a necitlivým. Hodnota drogy je pro závislého tak vysoká, že se pro rodinu stává parazitem, později i pro společnost. Je ochoten krást, prostituovat, podvádět. Závislý mnohdy rozbíjí svou rodinu, stejně tak i profesně selhává.<sup>40</sup>

Jak jsme pojednali v této kapitole, nejrizikovější skupinou v požívání legálních či nelegálních drog jsou mladiství. Jak uvádí Erikson, důvodem proč jsou to právě oni je krizová fáze jejich vývoje a chaos v budování jejich identity. V další kapitole se budeme zabývat studií ESPAD, jedná se o studii zaměřenou na mládež a požívání legálních či nelegálních drog. Tato kapitola je rozdělena na tři podkapitol – kouření, alkohol a drogy.

---

<sup>40</sup> ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s. 45.

## 6 Studie ESPAD 2011

Mezinárodní projekt ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) je největší celoevropskou studií zaměřenou na zjištění rozsahu užívání návykových látek u dospívajících. Význam projektu spočívá ve vysoké míře srovnatelnosti výsledků, které je dosaženo důslednou aplikací jednotné výzkumné metodologie ve všech zemích zapojených do projektu. Projekt je realizován každé 4 roky od roku 1995, v roce 2011 tak proběhla již pátá vlna studie. Hlavním cílem projektu ESPAD je podat přehled o užívání legálních a nelegálních drog mezi mládeží a porovnat ji se situací v ostatních evropských zemích. Dalším cílem projektu je sledovat trendy ve vývoji situace od roku 1995 a analyzovat základní kontextové vztahy u vybraných indikátorů návykového chování. V České republice na realizaci projektu ESPAD dlouhodobě spolupracuje Psychiatrické centrum Praha (PCP), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) a Lékařské informační centrum (LIC).<sup>41</sup>

### 6.1 Kouření

Alespoň jednou v životě kouřilo 75 % šestnáctiletých, kouření v posledních 30 dnech uvedlo 42 % studentů. Ve srovnání s rokem 2007 zůstává denní kuřáctví i silné kouření na stejné úrovni. Zatímco v roce 2007 uváděly denní kouření více dívky, v roce 2011 byli častějšími denními kuřáky chlapci. V případě silných kuřáků došlo k nárůstu u chlapců, zatímco u dívek došlo ve stejném období k nepatrnému poklesu.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Csémy, L., Chomynová, P. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, 2012. s. 2. ISBN 1214-1089

<sup>42</sup> Csémy, L., Chomynová, P. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, 2012. s. 3. ISBN 1214-1089.

## Kouření cigaret (v%) , srovnání podle pohlaví

Kouření cigaret	Chlapci		Dívky		Celkem	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Denní kuřáci	23,7	27,2	26,8	24,2	25,3	25,7
Silní kuřáci (11 a více cigaret denně)	7,9	10,1	8,4	6,4	8,2	8,2

## 6.2 Alkohol

Dle výsledků vyplývajících ze studie ESPAD 2011 alkohol pilo v životě téměř 98% dotázaných mladistvých, 60% (66% chlapců a 50% dívek) lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu (pili alkohol více než 20krát v životě). V posledních 30 dnech pilo alkohol 79% studentů, téměř 72% pilo pivo, 47% pilo víno a téměř 59% uvedlo pití destilátů v posledních 30 dnech. Pravidelnou konzumaci piva uvedlo 26 % dotázaných, 9 % uvedlo pravidelnou konzumaci vína, 10 % konzumaci alkopops a více než 15 % konzumaci destilátů. Časté pití alkoholických nápojů (6krát a častěji v posledních 30 dnech) udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. Od roku 1995 vzrostl podíl častých konzumentů všech typů alkoholických nápojů. Mezi rokem 2007 a 2011 je možné sledovat nárůst častého pití piva a destilátů u chlapců a nárůst častého pití vína a destilátů u dívek, u obou pohlaví vzrostl podíl častých konzumentů alkopops. Jedním z indikátorů zdravotně rizikových forem konzumace alkoholu, případně také již problémového pití, lze považovat výskyt častého pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti (v našem případě konzumace 5 a více sklenic alkoholu 3krát anebo častěji v posledním měsíci). Výsledky naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou velmi rozšířené mezi chlapci a stávají se stále běžnějšími mezi dívkami. Mezi studenty, kteří uvedli konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech, byl dále zjišťován způsob a frekvence získávání alkoholu. V posledních 30 dnech si alespoň jednou zakoupilo alkohol v obchodě (tj. supermarketu, menším obchodě nebo např. na benzínové stanici) pro



vlastní spotřebu celkem 61 % z těch, co uvedli pití alkoholu v posledním měsíci (68 % chlapců a 54 % dívek), téměř 14 % zakoupilo alkohol v obchodě opakovaně (tj. více než pětkrát). Více než 77 % uvedlo konzumaci alkoholu v restauraci, hospodě, baru nebo na diskotéce, 18 % tímto způsobem získávalo alkohol opakovaně<sup>43</sup>

Pití alkoholu v (%), srovnání podle pohlaví

Pití alkoholu v posledních 30 dnech	Chlapci		Dívky	
	2007	2011	2007	2011
Pivo 6krát a častěji	28,7	36,9	15,7	15,6
Víno 6krát a častěji	7,7	7,7	7,8	9,3
Destiláty 6krát a častěji	13,8	18,8	10,8	12,2

### 6.3 Drogy

Alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy v životě uvedlo 43 % dotázaných studentů. Nejčastěji se jednalo o konopné látky, tj. marihuanu nebo hašiš (42 % studentů), užití jiné nelegální drogy uvedlo celkem 11 % respondentů. Výsledky studie ESPAD v roce 2011 potvrdily dřívější zjištění, že pro české dospívající neplatí, že by užívání nelegálních drog bylo obecně výrazně rozšířenější u chlapců; významnější rozdíl mezi chlapci a dívkami je pouze ve zkušenostech s užitím konopných látek v životě (47 % mezi chlapci a 38 % mezi dívkami) a užitím halucinogenních hub (9 %, resp. 5%). V průběhu času došlo ke stírání rozdílů v prevalenci užití drog mezi pohlavími, což naznačuje, že ve vztahu k užívání nelegálních drog jsou postoje mladých chlapců a dívek shodné a subjektivní norma přípustnosti užívání drog není ovlivňována pohlavím. Určité rozdíly zůstávají pouze u užívání sedativ a analgetik, které bylo více rozšířené

---

<sup>43</sup> Csémy, L., Chomynová, P. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, 2012. s. 4-5. ISBN 1214-1089.

mezi dívkami, a u užívání anabolik, kde mají naopak výrazně vyšší hodnoty chlapci.<sup>44</sup>

V projektu ESPAD byly prostřednictvím několika otázek sledovány také rané zkušenosti mládeže s drogami. Jedna otázka zjišťovala, v kolika letech dotázaný poprvé zkusil vybrané návykové látky (pokud uvedl jejich užití), druhá se zaměřila na to, která z návykových látek (nelegálních drog a sedativ) byla užitá jako první. Do věku 13 let včetně měli nejčastěji studenti zkušenosti s kouřením cigaret (68 % z těch, kteří někdy kouřili, tak zkusili cigaretu před dosažením 14. narozenin), pitím piva (71 %) a vína (56 %). S denním kouřením začala do 13 let věku celkem třetina kuřáků. V případě rané zkušenosti s legálními i nelegálními drogami se ukázalo, že v období mezi roky 1995 a 2007 narůstal podíl těch, kdo udávali, že měli první zkušenosti s návykovou látkou do 13 let věku. Hodnoty z roku 2011 jsou v porovnání s předchozím měřením poprvé nižší, výjimku tvoří pervitin a těkavé látky. U druhé otázky byl důraz kladen na to, kterou drogu vyzkoušel respondent jako první. Výsledky potvrzují, že nejčastěji uváděnou první nelegální drogu, kterou mladí lidé vyzkouší, jsou konopné látky. Toto zjištění je v podstatě ve shodě se sekvenční teorií, podle níž se lidé k užívání drog s vyšším zdravotním a sociálním rizikem obvykle dostávají přes užití marihuany, kterému ve většině případů předchází kouření cigaret a pití alkoholu. Studenti, kteří uvedli alespoň jednorázovou zkušenost s nelegálními drogami v životě, nejčastěji dostali drogu od staršího (33 %) nebo stejně starého, případně mladšího kamaráda (20 %). Pětina z těch, co mají zkušenost s drogu uvedla, že droga se brala ve skupině přátel. Přibližně 6 % dotázaných uvedlo, že si drogu koupili, a to nejčastěji od kamaráda. Ze srovnání rozdílů podle pohlaví vyplynulo, že dívky častěji drogu od staršího sourozence nebo kamaráda dostaly, zatímco chlapci častěji uvedli, že si drogu od kamaráda koupili. Oproti roku 2003, kdy se otázka sledovala ve stejném znění, vzrostl podíl respondentů, kteří si drogu koupili, a

---

<sup>44</sup> Csémy, L., Chomynová, P. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, 2012. s. 6-7. ISBN 1214-1089.

naopak klesl podíl těch, kteří uvedli, že se droga užívala ve skupině přátel; podíl těch, kteří drogu dostali, zůstal přibližně na stejné úrovni. Na základě výskytu zkušeností s drogami v reprezentativním vzorku lze provést odhad počtu dospívajících ve věku 15–19 let, kteří již měli s drogami nějakou zkušenost. Odhaduje se, že alespoň jednorázovou zkušenost s užitím nelegální drogy mělo v roce 2011 přibližně 250 tisíc mladých lidí, nejčastěji se jedná o zkušenost s marihuanou. Opakovanou zkušenost s užitím nelegální drogy mělo odhadem více než 100 tisíc osob. Životní zkušenost s jinou než konopnou drogou mělo téměř 60 tisíc dospívajících, u 13 tisíc se jednalo o opakovanou zkušenost (užili více než 5krát v životě). Ve srovnání s předchozími roky se celkově snížil počet mladých lidí vystavených působení nelegálních drog, a to konopných i nekonopných. Příznivě lze hodnotit zejména pokles počtu mladých lidí, kteří přicházejí opakovaně do styku s jinými drogami než marihuanou. Na vysoké úrovni zůstává subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu, a to i přesto, že se jedná o látky, které by šestnáctiletým studentům neměly být volně dostupné. Konopné látky by si celkem snadno nebo velmi snadno dokázalo obstarat 59 % respondentů, extázi 20 % a pervitin téměř 9 % dotázaných. Relativně dostupná jsou také sedativa. U pervitinu od r. 1999 a u extáze od r. 2003 se snižuje subjektivně vnímaná dostupnost extáze, poprvé v roce 2011 byl zaznamenán také pokles subjektivně vnímané dostupnosti konopných látek.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Csémy, L., Chomynová, P. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, 2012. s. 8-10. ISBN 1214-1089.

### Užívání drog v (%), srovnání podle pohlaví

Druh návykové látky	Chlapci		Dívky	
	2007	2011	2007	2011
Jakékoli neleg. Droga	48,8	48,5	43,4	38,6
Konopné látky	48	47,3	42,5	37,5
Extáze	5	3,3	4,3	3,3
Pervitin nebo amfetaminy	3,4	2	3,6	1,9
Heroin nebo jiné opiáty	1,5	1,3	2,4	1,5
LSD nebo jiné halucinogeny	5,6	5,2	4,5	5,1
Halucinogení houby	9,4	8,5	5,7	5,4
Léky s tlumivým účinkem	6,2	8,4	11,7	11,7
Těkavé látky	6,9	8,4	7	7,3

Pojednáno bylo o stoupajících či klesajících trendech u mladistvých v kouření, pití alkoholu a v požívání legálních i nelegálních drog. Vzhledem k tomu, že jsou do studie ESPAD zakomponováni i klienti z ústavních výchov, ve své praktické části si ověřím skutečnost, zda-li mají klienti ve vybraném dětském domově zkušenosti s kouřením, pitím alkoholu a požíváním legálních a nelegálních drog. Jestli mají klienti ve vybraném dětském domově možnost si legální či nelegální drogu opatřit.

## **Praktická část**

### **7 Úvod do výzkumné části**

Pro praktickou část své práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Ten totiž není založen na kvantitě dotazovaných, ale důraz je kladen na hlubší poznání údajů a nalezení hlubších souvislostí v dané oblasti zkoumaného. Metodu, kterou jsem zvolila pro sběr dat, byl polostandardizovaný rozhovor. Výhody, které individuální rozhovory v oblasti kontroly nabízejí, vycházejí z bližší komunikace mezi dotazovatelem a dotazovaným. Další nesporná výhoda polostandardizovaného rozhovoru se projeví při výzkumu, jehož cílem je proniknout do názorů a zkušeností dotazovaného a porozumět mu. Cílem této práce je získání přehledu o úrovni kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově. Dále se zajímám o to, jestli mají klienti dětského domova problém s obstaráním legální či nelegální drogy.

#### **7.1 Metodika**

Na začátku výzkumu jsem si stanovila cíl práce získat přehled o rozsahu kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově a dále se zajímám o to, jestli si klienti mohou legální nebo nelegální drogu obstarat. Abych k danému cíli dospěla, určila jsem si výzkumné otázky a to tak, aby korelovaly s cílem výzkumu mé práce. K provedení výzkumu jsem zvolila rozhovory s klienty a pracovníky dětského domova a to formou polostandardizovaného rozhovoru. Použila jsem jak uzavřených, tak i otevřených otázek. Otázky jsem přizpůsobovala věku a intelektu klientů dětských domovů. Další metodou byla analýza spisové dokumentace klientů dětského domova.

Otázky pro klienty dětského domova:

Už jsi někdy zkusil kouření?

Jak často kouříš?

Jak by ses popsal, jsi příležitostní kuřák nebo si myslíš, že si závislý na kouření?

Už jsi někdy zkusil kouřit marihuanu?

Jak by ses popsal, jsi příležitostný kuřák marijánky nebo si myslíš, že jsi závislý, na kouření marijánky?

Zkoušel si někdy alkohol?

Zkoušel si někdy nějakou drogu?

Proč jsi to zkusil?

Jak se k cigaretám, marijance a drogám dostáváš, jak si je obstaráváš?

Otázky pro pracovníky dětského domova:

Víte o problematice kouření klientů dětského domova?

Poznáte, že dítě kouří?

Víte o tom, že klienti dětského domova jsou poživateli marihuany?

Stává se, že se klienti vrátí do dětského domova pod vlivem marihuany (ze školy, z vycházky)?

Stává se, že děti konzumují alkoholické nápoje?

Jak řešíte tyto problémy, pokud mají řešení?

## 7.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumné části mé práce je získání přehledu o úrovni kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově a mají-li možnost klienti přijít s drogou do kontaktu a to i přes nastavená bezpečnostní pravidla dětského domova.

## 7.3 Výzkumná skupina

Pro svůj výzkum jsem zvolila skupinu klientů žijící v dětském domově. Jsou to jak klienti, kteří žijí v dětském domově od brzkého mládí, tak i klienti, kteří se do dětského domova dostali až ve vyšším věku. Výzkumná skupina klientů i pracovníků byla vybrána náhodným výběrem.

Celkem jsem hovořila ze sedmi klienty a čtyřmi pracovníky dětského domova, z toho dvěma dívkami a pěti chlapci ve věku od 14 let do 17 let. Tři ze čtyř dotazovaných pracovníků jsou ženy a pouze jeden z dotazovaných pracovníků dětského domova je muž. Pět klientů znám osobně z dob, kdy jsem pracovala pro dětský domov, dva klienti jsou pro mě noví, nastoupili do ústavní péče před dvěma lety. Velkou výhodou je to, že jsem klienty znala a věděla jak vést rozhovor a mohla jsem rozhovory vést ve velmi přátelském duchu. Z klientů jsem cítila uvolněnost, nebáli se pravdivě odpovídat na otázky. Jeden z dotazovaných žije od narození v ústavní péči, ostatní dotazovaní žili ve svých rodinách, které se o dotazované nechtěli nebo nemohli starat. Někteří dotazovaní pocházejí z rodin, kde je jeden z rodičů závislý na drogách nebo alkoholu. Vzhledem k tomu, že jde o mladistvé, nebudu jmenovat jednotlivé dotazované klienty dětského domova, ve kterém jsem dělala výzkum. Nebudu jmenovat ani dětský domov a to na přání vedení dětského domova, a to proto, že se jedná o malé zařízení a specifické anamnézy klientů. Mohu pouze uvést, že dětský domov leží na území jižních Čech. Pracovníky dětského domova také nebudu jmenovat a to na jejich výslovné přání.

### 7.3.1 Stručné anamnézy dotazovaných

Dotazovaný č. 1, věk 17 let

Ze dvou sourozenců, všichni umístěni v ústavní péči. Dotazovaná dochází na střední odborné učiliště. Jezdí spolu s bratrem domů na víkendy a prázdniny. Bratr silný kuřák, sestra nekouří. Drogově závislý není ani jeden ze sourozenců. Bratr je příležitostný poživatel marihuany. Otec zemřel na rakovinu, když byli sourozenci malí, věk okolo 5 let. Matka nezvládala výchovu dětí, sociální případ, nikdy nepracovala. Měla více příležitostních známostí. Silná kuřačka.

Dotazovaný č. 2, věk 16 let

Rodiče jsou rozvedeni, dotazovaná je jediná dcera. Porod byl spontánní. Matka dívky je nezaměstnaná, otec v evidenci ÚP, drogově závislý. Dívka žila v péči babičky, později v péči otce, který výchovu dívky nezvládl. Svěřil dívku zpět babičce. Dívka sama požádala o přeložení do ústavní péče. Rodina kromě babičky o výchovu a školní prospěch nemají zájem. Matka ani otec dceru do své péče nechtějí. Dcera utíkala z domova, požívala alkohol, kouřila min. 10 cigaret denně. Marihuanu kouřila přes rok, její bývalý přítel marihuanu pěstoval. První sex ve 14 letech. Měla už 4 sexuální partnery. Ve škole ochotně spolupracuje, baví jí malovat, dochází na střední odborné učiliště obor kuchař. Má silnou potřebu získávat obdiv, ocenění a uznání. Jedná se o velmi naivní slečnu.

Dotazovaný č. 3, věk 17 a půl roku

Narodil se jako nemanželské dítě, má nevlastního 16-ti letého bratra, který studuje na gymnáziu. Matka je nezaměstnaná, otec pracuje jako dělník. Matka žije s bratrem Karlem, výchovu dotazovaného nezvládala. Otec požádal o svěření dotazovaného do péče, ovšem zanedlouho kvůli své nové partnerce žádost stáhl. Chlapce to velmi ranilo, protože si otce zidealizoval. Tím se odstartovaly problémy dotazovaného. V ústavní péči je již 4 roky. Škola, kterou dotazovaný navštěvuje, hodnotí chlapce jako problémového žáka, který narušuje svým



chováním kázeň ve třídě, dopouští se krádeží, je agresivní, nevhodné chování se sexuálním podtextem. Má sklon k sebepoškozování. Dotazovaný se narodil předčasně, šlo o rizikové těhotenství. Od roku 1996 do 2001 musel dotazovaný držet bezlepkovou dietu. V současné době dotazovaný dochází do Arkády na program 5P.

Dotazovaný č. 4, věk 15 let

Od narození v dětském domově. Matka chlapce nechala po narození v nemocnici. Jezdívá na víkendy domů, 2x ročně, v současnosti nejedí vůbec. Matka nepracuje, otec ve vězení. Má ještě jednoho nevlastního bratra a dvě sestry, ti o chlapce nejví žádný zájem. Pokud se chlapec dostane do afektu, neví co dělá, je výbušný a agresivní. Jde o problémového klienta, který krade.

Dotazovaný č. 5, věk 14 let

Otec se o syna nestará, neplatí ani alimenty. Matka pracuje jako dělnice, je po druhé vdaná, chlapec si s novým otcem nerozumí. Chlapec obvinil otce z týrání, ale tato skutečnost se nepotvrdila. Matka nezvládá výchovu, chlapce škola nebaví, má na Speciální škole podprůměrné známky. Kouří od cca 6 let. Má jednu sestru, která otčímá obvinila ze sexuálního obtěžování, tato věc se stále prošetřuje. Biologický otec je alkoholik, který matku a děti fyzicky napadal.

Dotazovaný č. 6, věk 17 let

Rodiče rozvedeni, chlapec má vlastního bratra a dva bratry nevlastní. Otec nemá o děti zájem a ústav o otci nemá žádné zprávy. Matka syna nezvládá. Dotazovaný užívá alkohol a omamné látky, škola se vyhýbá a často utíká z domova. Pokud do školy zavítá, do kolektivu spolužáků se aktivně zapojuje. Dotazovaný navštěvuje matku o víkendech. Silný poživatel cigaret.

Dotazovaný č. 7, věk 17 let

Dotazovaný má 6 sourozenců, 4 sestry a 2 bratry. Všichni byli nebo jsou umístěni v ústavní péči. Otec s matkou výchovu dětí finančně i výchovně nezvládali. Oba rodiče jsou dlouhodobě nezaměstnaní, v roce 2004 pracovali 3 měsíce u městských služeb. Má velké výchovné problémy-lže, krade, záškoláctví, šikana spolubydlících a spolužáků, mentálně slabší děti navádí ke krádežím. Kradené věci prodává a kupuje si za ně cigarety, marihuanu. V afektu velmi agresivní. Otec je pro dotazovaného velký vzor. Rodiče navštěvují 1 týdně své děti v ústavu.

## 8 Metoda výzkumu a sběru dat

Pro výzkumnou část mé práce jsem zvolila metodu individuálních rozhovorů s klienty dětského domova a pracovníky dětského domova. Další metodou, kterou jsem použila, byla metoda pozorování a práce se spisovou dokumentací.

Před samotným rozhovorem jsem si stanovila otázky, na které se budu dotazovaných ptát. Snažila jsem se těch nejdůležitějších otázek držet, protože kladení věcných otázek má význam pro můj výzkum. Po stanovení otázek jsem navštívila zařízení a s pomocí pracovníků jsem hovořila s dotazovanými. Vše jsem si nahrávala na diktafon, a po té jsem vše převedla do psaného textu. Ze začátku byli dotazovaní nervózní a mysleli si, že mě vyslal ředitel ústavu, ale vzhledem ke skutečnosti, že mě znají a mají ke mně důvěru, se po první otázce rozhovořili. Dotazovaní po opadnutí první nervozity vyprávěli své zkušenosti a zážitky s drogami, kouřením a alkoholem, zážitky se svými rodiči i výchovnými pracovníky. Snažila jsem se dotazovaným nechat dostatečný prostor pro vyjádření, na dotazovaných bylo vidět, že mají rádi pozornost a jsou šťastní, že se jim někdo věnuje.

Samotnému rozhovoru předcházelo vysvětlení mého záměru. Toho, že studuji vysokou školu, že naše rozhovory budou použity pouze pro mou diplomovou práci. Dalším důležitým faktorem bylo vysvětlení, že veškeré rozhovory budou anonymní a s nikým z vedení dětského domova o rozhovorech nebudu hovořit. Délky jednotlivých rozhovorů se pohybovali okolo 15 až 30 minut. Bohužel dotazovaní mají problém se soustředěním a dlouho neudrží svou pozornost. Po delší době by výzkum ztratil smysl a dotazovaní by přestali odpovídat na otázky.

## 9 Analýza získaných dat

Sběr dat pro výzkum proběhl formou rozhovorů s dotazovanými. Řádně jsem si veškeré rozhovory nahrávala a po té jsem vše přepsala slovo od slova. Přepsaný text jsem seřadila dle jednotlivých otázek.

### 9.1 Kouření

**Na otázku zda-li dotazovaní zkusili kouření cigaret a zda-li si pamatují v kolika letech poprvé kouřili svou první cigaretu a proč?**

#### 9.1.1 Pozorování klientů

Dotazované tato otázka očividně nezaskočila, odpovídali rychle a stručně. Bez emocí na tuto otázku odpovídali čtyři z dotazovaných. Jedna z dotazovaných mi předvádí, jaká byla její první a poslední zkušenost s cigaretou. Používá grimasy a mimiku obličejových partií. Při citoslovcích „fůůůj“ si lehá na stůl a klouže po židli doprava a doleva. Je evidentní její odpor ke kouření. Při dokončení odpovědi leží na stole a ucpává si pravou rukou nosní dírky. Dotazovaní č. 5 a č. 7 jsou evidentně hrdí na své rodiče. Oba se při odpovědích na tuto otázku usmívají, sedí na židlích vzpřímeně a je vidět, že jsou rádi, že se mohou pochlubit, jaké mají rodiče, když č. 5 povolila při vstupu do ústavu matka kouření a č. 7 okusil svou první cigaretu s otcem. Bohužel si nepamatuje na věk, kdy to bylo. Zásadní pro něj je, že to bylo s otcem.

#### 9.1.2 Odpovědi klientů

Všech sedm dotazovaných uvedlo, že kouření zkusilo. Dotazovaný č. 5 uvádí, že poprvé zkusil kouření již v pěti letech, „*v 5 letech jsem to zkusil poprvé a od 6 kouřím denně*“. Dotazovaný č. 2 a č. 3 zkusili poprvé kouřit v sedmi letech.

Jak uvádí dotazovaný č. 2, „*ano zkoušela, poprvé asi v 7 letech. Už přesně nevím, ale bylo to brzo. Táta mi dal cígo, tak jsem ho stáhla.* Dotazovaný č. 3 na dotaz kdy poprvé ve svém životě kouřil, odpovídá, „*V sedmi jsem to zkusil poprvé*“.

Kouření je pro šest ze sedmi dotazovaných standardem v jejich životě. Z nich, jak uvádějí dotazovaný č. 2 až č. 7, je šest dotazovaných na kouření závislých. A denně cigarety mít musí. Dotazovaný č. 3 odpověděl na otázku, zda-li musí mít cigarety denně „*ano, musím mít cigaretu každý den, ale nic bych kvůli cigáru nerozstřískal jako.....*“. Dotazovaný č. 4 uvádí, že „*kouření je běžná věc, začal jsem ve 3.třídě, v devítce jsem přestal a teď už jsem tolik závislej, že nemůžu přestat. Prostě to musím mít, když ne, je zle?* Pouze jedna z dotazovaných uvedla, že kouření okusila a že jí kouření neoslovilo. Doslovně řekla toto: „*Ano, zkoušela jsem to poprvé v 10 letech. Fuj a bylo to pěkně hnusný. Pak už jsem si nedala, dělalo se mi z toho smradu na blití*“.

Jeden z dotazovaných mi sdělil, že od nástupu do ústavní péče mu rodiče povolili kouření. Dotazovaný nastoupil do ústavní péče v třinácti letech. Dotazovaný č. 5 „*V 5 letech jsem to zkoušel poprvé a od 6 kouřím denně. Cigára dávám krabku denně celou, to když mám prachy, když prachy nemám, dám 3-4 cigára a pak dojíždím vajgly. Máma mi kouření povolila ve 13 letech, když jsem nastoupil do ústavu, tady se to prej smí.*

Dotazovaný č. 7 vykouřil svou první cigaretu s otcem, při rozhovoru bylo na dotazovaném vidět, že si tohoto činu velmi váží. Narovnal se a s úsměvem na rtech odpovídá na otázku, v kolika si poprvé kouřil? „*To si nepamatuji, někdy s tátou.* Na slovo táta dává ve své výpovědi důraz.

A dále dodává větu, jako by se chlubil „*chápeš to prostě jsem poprví kouřil s tátou, to ostatní kámoši neměli.*

Nečekala jsem, že v době, kdy po podnikatelích a živnostnících chodí neustále kontroly, které zveřejňují média, si děti a mladiství budou bez větších problémů moci kupovat cigarety, kdykoli a kdekoli. To, že s nákupem cigaret nemají děti problém, jsem se dověděla z výpovědí dětí žijící v ústavní péči. Na dotaz, kdo jim cigarety kupuje, když musí při koupi předkládat občanku nebo snad nemají problém s nákupem a cigarety si nakupují i v tak nízkém věku sami, my

dotazovaní odpovídali. Dotazovaný č. 6 uvádí. „*to není problém, je to normálka, zastavím se cestou do školy u novinového stánku a ten pán mi je prodá vždycky.* Na mou otázku, zda-li se někdy prodávající zeptal na věk mi bylo dotazovaným č.6 uvedeno: „*to fakt ne, ten se nikdy na nic neptá*“.

### 9.1.3 Odpovědi pracovníků

#### **Na otázku, zda-li vědí pracovníci o problematice kouření klientů dětského domova?**

Dotazovaní pracovníci odpovídají, že samozřejmě o problematice kouření vědí, jak uvádí v rozhovoru jedna z pracovnic tetu č. 3 „*Ano, děti většinou přichází do dětského domova už jako zkušení kuřáci z domova*“. Tato dotazovaná se shoduje s dotazovanou tetou č. 1, „*ano, děti jsou zvyklé z domova.* Všichni dotazovaní pracovníci se ve svých odpovědích na otázku problematiky kouření shodují.

### 9.1.4 Shrnutí

Šest ze sedmi dotazovaných pravidelně požívá cigarety a berou tento fakt jako běžnou věc. V průměru dle odpovědí dotazovaných, požívají tito 3 až 20 cigaret denně. Ani jeden z dotazovaných neměl nikdy problém s obstaráváním cigaret. Cigarety si kupují sami při přechodech a návratech do ústavu, u novinových stánků, na věk se prodejci neptají. Jde přece o „kšeft“, je jedno, že se jedná o děti. To, že prodejci porušují zákon, nikoho v dnešní době nezajímá. Tyto děti nastupují do ústavní péče již závislé na cigaretách, jak uvádí v anamnézách OSPOD. Jedná se totiž o pravidelné kuřáky, dle dělení Zvolského, by se jednalo o typ Tabákový. Někteří z dotazovaných začaly kouřit již v dětském věku a pokračují v tom. Kouří s kamarády, partami při přechodech do základních škol, učilišť a středních škol, kde se formují skupinky kamarádů, kteří spolu prožívají

své problémy a každodenní nástrahy života. Kouřením si mladí lidé svou pozici upevňují, tímto společenstvím si nahrazují rodinu. Do rizikových skupin děti z dětských domovů opravdu patří a to již tím, že v rodičích mají velkou podporu. Při kouření společně probírají své aktuální problémy, připadají si stejně tak dospěle jako jejich rodiče. Jak uvádí dotazovaný č. 5 s náležitou hrdoostí. „V 5 letech jsem to zkoušel poprvé a od 6 kouřím denně. Cigára dávám krabku denně celou, to když mám prachy, když prachy nemám dám 3-4 cigára a pak dojždím vajgly. **Máma mi kouření povolila ve 13 letech, když jsem nastoupil do ústavu, tady se to prej smí.**“ Dotazovaný č.7 napodobuje kouření svého otce, který je jeho velký vzor a to ve všech směrech.

Pracovníci samozřejmě o problematice kouření klientů dětského domova vědí, jak dále namítají, co s tím mohou dělat, když samotní rodiče dětem povolují v ústavu kouření. To je případ dotazovaného č.5, kterému matka povolila kouření od jeho třinácti let. Jak uvádí pracovníci, poznají, když se klient vrátí do dětského domova a kouřil. Dotazovaná teta č. 4 uvádí, „*jme profesionálové, dítě je cítit specifickým zápachem cigaret*“. Dotazovaná teta č. 1 uvádí, že u klienta, který kouřil poznává požití cigarety z dechu.

### 9.1.5 Porovnání s ESPAD

Jak bylo uvedeno v teoretické části ve výzkumu ESPAD, celkově dochází k nárůstu denního kouření u dotazovaných.<sup>46</sup> Z mého výzkumu vyplývá, že šest ze sedmi dotazovaných ve vybraném dětském domově kouří prakticky denně. Jeden z dotazovaných dokonce poprvé zkoušel kouřit v pěti. Ve výzkumu ESPAD jsou mezi dotazovanými zakomponováni i klienti dětských domovů, protože tento výzkum probíhá na základních a středních školách. Ve svém výzkumu jsem si

---

<sup>46</sup> Csémy, L., Chomynová, P. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, 2012. s. 3. ISBN 1214-1089.

ověřila, že i klienti ve vybraném dětském domově mají zkušenosti s kouřením a nemají problém si cigarety kdykoli obstarat.

## 9.2 Alkohol

**Na otázku zda-li dotazovaní zkoušeli alkohol a zda-li si pamatují v kolika letech poprvé a proč?**

### 9.2.1 Pozorování klientů

Na tuto otázku odpovídají dotazovaní č. 1 a č. 3 s emocemi. Dotazovaná č. 1 opět se ošívá na židli, je na ní vidět, že má zkušenost s alkoholem, která ji není úplně příjemná. Hovoří pomalu, odpověď přichází až po uvolnění, dotazovaná se musí dojít do kuchyně napít. Po té pokračujeme v rozhovoru. Dotazovaný č. 3 na rozdíl od dotazované č. 1 sedí na židli rovně a při této otázce se začíná hlasitě smát. Smích trvá asi 2 minuty, po té se uklidní a vypráví svůj první zážitek s alkoholem, kamarádem a Policíí.

### 9.2.2 Odpovědi klientů

Všichni dotazovaní mají zkušenosti s požitím alkoholických nápojů. V jednom případě a to u dotazované č. 1, byla velmi negativní. Klientka domova odjela společně se svými sourozenci na vánoční svátky domů ke své matce. Děti měli povolený návrat až po novém roce. Rodina společně s přáteli slavila příchod nového roku. Jak uvedla dotazovaná č.1 pila celá rodina. Matka nezletilým dětem nalévala alkohol a bavila se reakcí dětí na tuto zatím neznámou látku. Dotazovaná č. 1 vypráví svůj příběh: *„Jo, v 15 letech jsem se opila doma, když jsme slavili Silvestra. Máma nám lila nejdřív pivo a pak něco, to nevím co bylo, nějakěj tvrdej chlast. Pak jsem šla spát, jak to nevím, ale poblila jsem celou postel, bylo mi pěkně blbě. Toto se stalo, kdy dítě nebylo pod dohledem ústavu, ale zodpovědnost měl zákonný zástupce dítěte. Druhý příběh vypráví dotazovaný č. 3. Tento příběh*



se stal, když šel dotazovaný s kamarádem ze školy. Koupili si lahev alkoholického nápoje a šli čekat na vlakové nádraží na svého dalšího kamaráda. Než došli na vlakové nádraží lahev vypili. Dotazovaný odpovídá na otázku, jestli má zkušenosti s alkoholem. *„Jo, fakt hustý, mám z toho pokutu a musím jí platit z peněz z praxe“*. Nechápu souvislosti, proto se ptám o jakou pokutu se jednalo a co se přesně stalo? Odpověď přichází záhy: *„Znáš Bulkáče,... néé?... tak s ním jsme šli ze školy na vlakáč s flaškou v ruce a na vlakáči před kioskem nás zastavili benga. Vše bylo O.K. až na to, že se před nima Bulkáč poblil a to bylo fakt hustý. Tak mám hned dali dejchnout a já měl 2 promile.*

Lahev s alkoholem si mladiství zakoupili u vietnamského prodejce v kamenném obchodě. Další dotazovaní shodně uvádějí, že alkohol ochutnali, ale nemá na ně žádný pro ně kladný účinek. Jak uvádí dotazovaný č. 5 *„Když dám pivko jsem O.K., ale spim, mě to moc nechutná, nebaví mě to, chlást nevyhledávám a nemám ho v oblíbě“*. Dotazovaný č. 6 srovnává alkohol a marihuanu. *„Ne je to voničem, stav po špeku je úplně lepší než pivko“*. Dotazovaný č. 7 reaguje na mou otázku: *„Vím o tobě, že jsi měl v minulosti problémy s alkoholem“* větou. *„V jednu chvíli jo, ale pak jsem začal hulit a jsou to super stavy, žádný problémy a tak. Chlást není takovej. Když nemám cigá, seberu na ulici vajg, ale flašku nikde nenajdeš.*

### 9.2.3 Odpovědi pracovníků

#### **Na otázku, zda-li vědí pracovníci o požívání alkoholických nápojů u klientů dětského domova?**

Pracovníci se shodují, že u klientů dětského domova dochází jen občas k požití alkoholických nápojů, jak uvádí dotazovaná teta č. 1, *„jedná se pouze o experimenty“*. Dotazovaný strejda č. 2 uvádí, *„Klienti nemají tolik finančních prostředků na častější požívání alkoholických nápojů. Tento problém není tak častý u našich dětí.*

#### 9.2.4 Shrnutí

Alkohol dotazované neoslovil. Jak uvádějí, nechtějí za alkohol utrácet své kapesné, za které si raději koupí cigarety nebo jiné látky, k těm se v mém výzkumu teprve dostaneme. Opět dotazovaní nemají s obstaráním si alkoholu žádný problém, alkohol si koupí kdy chtějí. V nonstop barech a hernách našim klientům prodají alkoholické nápoje i v době, kdy by měli sedět v lavicích a vzdělávat se. Jak uvádějí samotní dotazovaní, o závislost se nejedná, jde pouze o příležitostné konzumenty. Tuto skutečnost však nechci bagatelizovat, každý víme, že příležitostně může v budoucnu znamenat denně. A z koho se stávají závislí? No samozřejmě z příležitostných poživatelů.

Dotazovaní pracovníci vědí, že klienty dětského domova požití alkoholických nápojů neoslovilo tolik, jako požití cigaret a marihuany. Pracovníci uvádějí, že je to z důvodu finanční náročnosti při obstarávání si alkoholu. Jako již bylo uvedeno, každý pracovník dětského domova pozná na klientovi, který se vrací do dětského domova pod vlivem alkoholických nápojů. Jak uvádí dotazovaná č. 1, „*Naše děti vám poví vše, když si s nimi sednete a věnujete se jim, nemáme problém, třeba dotazovaná č. 1, po návratu z rodiny vyprávěla svůj první kontakt s alkoholem, při návštěvě své matky*“.

#### 9.2.5 Porovnání s ESPAD

Jak bylo uvedeno v teoretické části práce ve výzkumu ESPAD, dochází u dětí a mládeže v roce 2011 k rapidnímu nárůstu požívání alkoholických nápojů. Z mého výzkumu práce vyplývá, že děti a mládež z vybraného dětského domova alkoholické nápoje neoslovili a raději než alkohol dávají přednost nákupu jiných legálních nebo nelegálních drog. Bohužel stejně tak, jak tomu bylo u obstarávání cigaret, ani při nákupu alkoholu nemají klienti dětského domova žádný problém.

## 9.3 Marihuana

**Zkoušel/a jsi kouřit marihuanu, v kolika letech poprvé, proč a jak by ses charakterizoval/a?**

### 9.3.1 Pozorování klientů

Při této otázce byli všichni, kromě dotazované č. 1 uvolnění a co se týče odpovědí velice vstřícní. Toto téma je velmi bavilo. Byli pozorní, vyprávěli se zaujetím. Jejich znalost této problematiky byla zarážející. Dotazované č. 1 evidentně toto téma není příjemné, vím, že její bratr, v současné době plnoletý, žijící se svou biologickou matkou a kouří marihuanu. Marihuanu kouřil již v ústavu. Jedná se totiž o chlapce s nižším intelektem. Dotazovaná č. 1 má ke svému bratrovi vřelý vztah, proto jsou pochopitelné její úšklebky provázející odpověď na tuto otázku.

### 9.3.2 Odpovědi klientů

Pouze jedna z dotazovaných a to dotazovaná č. 1 uvedla, že nikdy neokusila marihuanu. „**Zkoušela jsi kouřit marihuanu? Ne teto, nikdy jsem to nezkoušela. Prej je to pěkej hnus. To říkaj. Kdo ti to řekl? Říkají to děti. Které děti? Ty co s nima kamarádím ve škole, ty nehulej, jako tady všichni na děcáku. Tady někdo kouří marihuanu? Teto úplně všichni, od 10-ti letých po ty co odjedou za chvíli domů**“.

Datazování č. 2 až č. 7 shodně odpovídají, že zkoušeli kouřit marihuanu, někteří z nich jsou častými poživateli marihuany.

Dotazovaná č.2 odpovídá na mé otázky „**A co marihuana? Jaké máš zkušenosti s ní, nějaké ano, četla jsem to ve zprávě z diagnostického ústavu. Je výborná, ale**

*unavuje mě, už mě to jako dřív nechutná. **Jak tě unavuje?** No prostě unavuje, když přijdu zhulená na děcák jdu si hned lehnout a spim“.* Ráda bych odkázala u dotazované č. 2 na Stručné anamnézy dotazovaných. Tato slečna má dlouholeté zkušenosti s kouřením marihuany a dokonce, to však v rozhovoru neuvádí, chodila s přítelem, který marihuanu pěstoval. Tuto informaci jsem čerpala ze zprávy z Diagnostického ústavu.

Dotazovaný č. 3 i přes své zdravotní problémy marihuanu ochutnal a občas kouří s partou kamarádů na koleji. *„**A co marihuana, ochutnal si jí? Je fakt dobrá. Jak často si jí dáš? Týdně nebo spíš jednou nebo vícekrát do měsíce? Včera jsem hulil naposledy, nepotřebuju jí, ale s kámičkama si zahulíme a zkusíme nové modely. Co jsou nové modely? Poučíš mě?**“*

*Já nevím, to schání kámičky, prostě jsou to různé druhy travky. Přesně to nevím“.* Dále rozvádíme debatu: *„**Ty si na koleji? Jo studuju v M..... jezdím do děcáku jen na víkend, tam nás tak nehlídaj, jako tady. Stejně nás v děcáku neuhlídaj, protože tam hulí travku každéj.**“*

***Jak každý? Velký děti normálně a děti tahaj vajgly“.***

Dotazovaný č. 4 kouří marihuanu, jak uvádí pouze jedenkrát do měsíce. Mít marihuanu nemusí.

Dotazovaný č. 5 mi v rozhovoru řekl, že kouří marihuanu pravidelně druhým rokem. Nevidí v tom žádný problém, vždyť matka mu kouření přeci povolila. Jedná se prý o kouření jako kouření. *„**Za tři dny si jí dávám normálně, kouřím jí dva roky. Závislej na ní fakt nejsem, alespoň myslím. Líbí se mi ten stav po hulení, je mi všechno jedno. Až budu chtít tak s tím přestanu“.*** To je doslovná odpověď čtrnáctiletého dítěte na otázku, jak často kouří marihuanu a připadá-li si jako někdo kdo je na látce závislý. Stejná odpověď na mou otázku jak často kouří marihuanu dotazovaný č. 6, zazněla ještě jednou.

Dotazovaný č. 6 *„**Jo hulim, tak každý třetí den, když si zahulim jsem v pohodě. Tak hulim už asi 2 roky a jsem v pohodě, jde mi to pak líp i ve škole“.*** Dotazovaný přidává fakt, že po kouření marihuany se mu lépe učí. Když bych tuto skutečnost měla porovnat s výpovědí dotazované č. 2, která tvrdí, že po kouření marihuany se

jí chce spát a po příchodu do dětského domova si jde po požití marihuany lehnout, je evidentní, že látka má na každého jiné účinky.

Dotazovaný č. 7 v den, kdy jsem dělala svůj výzkum byl pod vlivem. Jak mi uvedl mimo zápis, kouřil jointa. Bohužel nemám to fakticky potvrzeno, protože se dotazovanému test na přítomnost drogy nedělal. Má v dětském domově velké výchovné problémy, odkazují čtenáře na odstavec v praktické části Stručné anamnézy dotazovaných. Pro dotazovaného č. 7 je kouření marihuany denní záležitostí, příkládám výňatek z našeho rozhovoru.

*„**Marihuanu, jsi ochutnal?** Ty vago, už dávno, hulim jí pravidelně tak dvakrát denně, taky mě za to vezou zejtra do výchovňáku do ..... (Jméno výchovného ústavu neuvádím, v rozhovoru však uvedeno bylo).*

***Kam tě vezou?***

*No do výchovňáku, za to že hulim trávu. Poveze mě strejda někam dvěstěpadesát kilometrů daleko od děcáku.*

***Myslíš si, že tě tam vezou jenom kvůli tomu, že kouříš marihuanu?***

*No to asi ne.*

***Tak proč myslíš, že tě tam vezou?***

*Možná ještě za ty útěky, třeba dneska jsem se vrátil, ale před tím jsem byl na útěku asi 3 dny. Taky nechodím do školy, a mlátím mladší děti, to když nemám prachy oni mi je pak daj.*

***Tak je toho trochu víc, ne? Není to jen marihuana. Nebude se ti stýskat, když budeš tak daleko od sourozenců a rodičů?***

*Asi bude, chci vocud vypadnout, dál to nechci řešit.*

### 9.3.3 Odpovědi pracovníků

**Na otázku, zda-li ví pracovníci o problematice kouření marihuany klienty z dětského domova, a zda-li požití marihuany u klientů poznají?**

Na tuto otázku pracovníci odpovídají bez zbytečného otálení a shodují se, že problematika kouření marihuany klienty je opravdu zásadním problémem. Dle

názoru dotazovaná teta č. 1 se jedná pouze o experimenty, „*Ano děti kouří marihuanu, ale jedná se pouze o experimenty.* Dotazovaná teta č. 3 ve své výpovědi uvádí: „*Myslím si, že ano, ale nevím, kde na to berou peníze a zda-li to je opravdu marihuana*“. Dotazovaná strejda č. 3 v rozhovoru uvádí, „*Ano, někteří experimentují, například učni*“.

#### 9.3.4 Shrnutí

V rozšíření marihuany po dětském domově vidím jako zásadní problém. Všichni dotazovaní uvedli shodně, že kouří marihuanu v časových intervalech od 1 měsíce po kouření denně. Pouze dotazovaná č. 1 nikdy neochutnala marihuanu, této dívce mohu věřit, znám ji dlouhá léta. To samé mohu věřit i dotazovaným č. 2 až č. 7, které také znám a vím, že problémy typu marihuana v dětském domově jsou. Na to navazují další problémy. Děti mladší mají ve svých starších kamarádech vzory a rádi své starší spolubydlící napodobují. Jak uvádí dotazovaná č. 1 na mou otázku: „*Tady někdo kouří marihuanu? Teto úplně všichni, od 10letých po ty co odjedou za chvíli domů*“. Oproti pedagogickým pracovníkům, kteří kouření marihuany berou pouze jako experimenty klientů. Že nejde pouze o experimenty klientů svědčí fakt, že dotazovaný č. 7 se domnívá, že za kouření (a to denně) marihuany je převezen do výchovného ústavu. Dotazovaní klienti se shodli, že mladší klienti dětského domova po starších dokuřují nedopalky a to nejen po cigaretách. Stejně tak to dělají starší obyvatelé, když nemají peníze na kouření. Ani v tomto případě nemají klienti dětského domova problém s obstaráním si marihuany. Z anamnéz od OSPOD vyplývá, že někteří klienti měli již před vstupem do ústavní péče zkušenost s požitím marihuany. A nadále v požívání i v ústavní péči pokračují.

## 9.4 Lysohlávky

### 9.4.1 Pozorování klientů

Dotazovaný č. 6 mě požádal před položením otázky na téma lysohlávky o přerušení rozhovoru se slovy, že si musí dojít zakouřit, byl nesoustředěný. Po návratu byl dotazovaný č. 6 klidný a mohli jsme po zhruba 10 minutách pokračovat v rozhovoru.

### 9.4.2 Odpovědi klientů

Dotazovaní č. 2, č. 4, č. 7 uvádějí, že jde o velmi dostupnou bez potřeby peněz získatelnou drogu. Dotazovaná č. 2 „*Jo ty sem zkoušela, houbičky dobrý, ale chutnají jako hlína*“.

Dotazovaný č. 4 jak sám připouští: „*Houby v tom jedu ve velkém jsou lehce přístupný a stav po nich a trávě asi nejlepší. Ted' to trochu vypouštím. Jde o sezónní drogu. Proto odpovídá, že v měsíci lednu a únoru, kdy probíhá výzkum tuto drogu dotazovaný „vypouští“.*

Dotazovaný č. 7 se shoduje ve výpovědi s dotazovaným č. 4. Na mou otázku, zda-li zkoušel nějaké houby například lysohlávky mi odpovídá. „*Hlavně lysohlávky, rostou tady za děčákem, to je dostupný. Ostatní z dotazovaných č. 1, č. 3, č. 5 a č. 6 uvedli v rozhovorech, že lysohlávky nezkoušeli.*

### 9.4.3 Odpovědi pracovníků

**Na otázku, zda-li vědí pracovníci o problematice požívání lysohlávek klienty z dětského domova?**

Pracovníci dětského domova nemají žádné důkazy o užívání lysohlávek klienty dětského domova. Pokud klienti lysohlávky konzumují, jak uvádějí v rozhovorech, pracovníci o tom nevědí. Jak uvádí dotazovaná teta č. 4, „*já jsem*

*se s tím nesetkala“*. O tom, že lysohlávky rostou v okolí dětského domova pracovníci neví.

#### 9.4.4 Shrnutí

Tři ze sedmi dotazovaných mají zkušenosti s Halucinogenními drogami a to v podobě lysohlávek, které, jak uvádějí, jsou velmi snadno přístupné. Důležité pro dotazované je, že si je najdou kdekoli, aniž by za ně museli platit. Halucinogenní drogy kombinují s kouřením cigaret. Lysohlávky hledají okolo dětského domova, dle výpovědí tu rostou v hojném množství. Tudíž jejich opatření není složitou záležitostí. Dostupnost lysohlávek je závislá na ročním období.

Z výpovědí pracovníků dětského domova je patrné, že o užívání lysohlávek klienty dětského domova neví. Nesetkali se s klientem, který se do ústavu vrátil po užití lysohlávek.



## 9.5 Pervitin

### 9.5.1 Pozorování klientů

Dotazovaná č. 2 při této otázky začíná být nervózní, při předchozích rozhovorech byla klidná, po položení otázek na téma Pervitin a jiné drogy si hraje s prsty na rukou a houpe se na židli. Zeptala jsem se, jestli můžeme pokračovat a v rozhovoru jsme dále pokračovali.

### 9.5.2 Odpovědi klientů

Pervitin zkusili dva ze sedmi dotazovaných. Dotazovaná č. 2 a dotazovaný č. 4. Dotazovaná č. 2 uvádí *„zkusila jsem perník a to víckrát, ale závislá na něm nejsem. Ani nechci bejt, ale bylo mi po perníku dobře“*. Stav, do kterého se drogou dostala, byl pro dotazovanou příjemný, ale jde o dražší drogu, kterou si nemůže s kapesného a z peněz z praxe dovolit. Proto spíše kouří cigarety a marihuany. Tyto drogy si obstará vždy a bez většího zásahu do finančního rozpočtu. Dotazovaná zkusila pervitin již v době, kdy žila se svým otcem. V ústavní výchově je poživatelkou cigaret, marihuany a lysohlávek.

Dotazovaný č. 4 se mi ve svém rozhovoru svěřil, že také nějakou tu zkušenost s pervitinem má. Vzhledem k tomu, že se jedná o klienta žijícího trvale v ústavech, dostal se k droze v ústavní péči. *„Zkoušel jsem perník, jen lehce sjel sem půl čáry, nevím v kolika to bylo“*.

Ostatní dotazovaní nemají zkušenosti s pervitinem a to z důvodu, že se nestýkají s prodejci drog nebo z důvodu, že zatím nemají zájem. Možná pociťují strach z nepoznaného.

Dotazovaný č. 5 odpovídá: *„Ne, nic jinýho jsem nezkoušel, nic jsem si nevzal, vim jak se co má dělat a užívat, ale nechci zatím“*.

Dotazovaná č. 1 nemá žádné zkušenosti ani znalosti v této problematice. Proto jsem rozhovor s dotazovanou č. 1 ukončila dříve než s ostatními dotazovanými. Její stručná a výstižná odpověď: *„Nic takového – fuj hnus“*.

### 9.5.3 Odpovědi pracovníků

#### **Na otázku, zda-li ví pracovníci o pervitinu, se kterým klienty z dětského domova experimentují?**

Pracovníci dětského domova nemají žádnou zpětnou vazbu o tom, že by se klient vrátil do zařízení po požití pervitinu. Jsou informováni o klientce dětského domova, která má s pervitinem zkušenosti a jsou poučeni, jak mají s klientkou dále pracovat. Na poradě pracovníků dětského domova byli vedením poučeni. Tento problém dotazované klientky č. 2 je uveden i ve spisové dokumentaci. Otec dotazované je drogově závislý. Jak uvádí dotazovaná č. 2: *„Tátovi sem musela v Budějčkách chodit do Káčka pro nový stříkačky, píchat si fakt nechci.*

### 9.5.4 Shrnutí

Pervitin zkusili dva ze sedmi dotazovaných. Dotazovaná č. 2 a dotazovaný č. 4. Jako preventivní opatření pro dotazovanou č. 2 pracovníci dětského domova vyslali dotazovanou na program 5P u sociálně psychologického centra. Kam pravidelně dochází i dotazovaný č. 3.

Program Pět P je individuální preventivní program založený na kamarádském vztahu dítěte a dospělého dobrovolníka. Program Pět P je obdobou amerického programu Big Brothers Big Sisters, který v USA funguje již od roku 1902. Metodické vedení a garanci tohoto programu zastřešuje Národní dobrovolnické centrum Hestia, se kterým Arkáda navázala spolupráci již v roce 2003, kdy byly podniknuty první kroky k přenesení Programu Pět P.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> **Pět P znamená: P**řátelství, **P**omoc, **P**odporu, **P**ěči, **P**revenci

Děti v Programu Pět P jsou ty, které z nejrůznějších důvodů (ať už zdravotních nebo sociálních) obtížně navazují kamarádské vztahy se svými vrstevníky. Cílem Programu Pět P je, aby tyto děti po ukončení spolupráce s dobrovolníkem byly již samy schopné najít si kamaráda v okruhu svých vrstevníků.

### 9.5.5 Porovnání s ESPAD

Jak vyplývá z teoretické části práce v odstavci Drogy, k mírnému poklesu v užívání dochází u všech nelegálních drog, avšak nejvíce užívané zůstávají konopné látky, tj. marihuanu nebo hašiš.<sup>48</sup> Jak vyplynulo z výzkumu v praktické části práce ve vybraném dětském domově nemá pouze jeden klient zkušenost s požitím marihuany, tři ze sedmi dotazovaných mají zkušenost s Halucinogenními drogami a Pervitin zkusili dva ze sedmi dotazovaných. U marihuany klienti nemají žádný problém s jejím obstaráním. A ani u další nelegálních drog nemají problém si drogu obstarat. Jak vyplývá z mého výzkumu, u pervitinu nemají klienti ve vybraném dětském domově chuť udržovat kontakt s prodejci.

---

<sup>48</sup> Csémy, L., Chomynová, P. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, 2012. s. 8-10. ISBN 1214-1089

## 10 Diskuze

Můj výzkum jsem zaměřila na získání přehledu o úrovni kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově. Dále jsem se zajímala o to, jestli mají klienti dětského domova problém s obstaráním legální či nelegální drogy.

Šest ze sedmi dotazovaných pravidelně požívá **cigarety** a berou tento fakt jako běžnou věc. V průměru dle odpovědí dotazovaných, požívají tito 3 až 20 cigaret denně. Ani jeden z dotazovaných neměl nikdy problém s obstaráváním cigaret. Cigarety si kupují sami při přechodech a návratech do ústavu, u novinových stánků. Proto je tabakismus velkým problémem v našem ústavním zařízení. Snadná dostupnost tabáku klientům dětského domova nahrává.

**Alkohol** není mezi klienty dětského domova žádaným stimulantem, protože za něj nechtějí utrácet své kapesné, za které si raději koupí cigarety nebo jiné návykové látky. V případě, že klient projeví zájem o koupi alkoholického nápoje, tak s tímto opět nemá žádný problém, protože si ho mohou obstarat, kdy se jim zachce a to hlavně v hernách nebo non-stop barech.

**Marihuana** je v dětském domově dalším problémem. Klienti kouří marihuanu v intervalech od 1 měsíce po kouření denně. Dalo by se až konstatovat, že marihuana je v dětském domově jakousi negativní módou a koloritem, který je velice složité odbourat. Mladší klienti dětského domova po starších dokuřují nedopalky a to nejen po cigaretách. Stejně tak to dělají starší obyvatelé, když nemají peníze na kouření a na kouření marihuany. V takto velké skupině spolubydlících se od sebe klienti učí vše, co doposud neuměli. Ani s obstaráváním marihuany nemají klienti dětského domova problém, kde ovšem tuto drogu získávají nechtějí prozradit.

**Halucinogenní drogy** např. v podobě lysohlávek, jsou pro klienty velmi snadno přístupné. Důležité pro dotazované je, že si je najdou kdekoli, aniž by za ně museli platit. Halucinogenní drogy kombinují s kouřením cigaret. Lysohlávky hledají okolo dětského domova, kde dle zjištění, rostou v hojném množství.

Další drogou je **pervitin**, který „zatím“ není u klientů dětského domova rozšířenou drogou a to zejména z důvodu jeho vysoké pořizovací ceny, kterou si nemohou z kapesného dovolit. Pouze dva klienti dětského domova tuto drogu okusili. Jak je uvedeno v anamnézách od OSPOD, jeden z dotazovaných měl zkušenost s pervitinem již před vstupem do ústavní péče.

## 11 Závěr

Je velká pravděpodobnost, že klienti dětského domova mají zkušenost s požitím legálních i nelegálních drog, vzhledem k patologickým jevům, které si sebou přinášejí ze svých rodin, tím, že jsou citově či psychicky deprivováni a v některých případech i týráni.

Hlavním úkolem mého výzkumu bylo získání přehledu o úrovni kouření, pití alkoholu a užívání legálních a nelegálních drog u dětí a mládeže ve vybraném dětském domově. A dále jsem se zajímala o to, zda-li mají klienti dětského domova možnost, si legální či nelegální drogu opatřit. Jak vyplývá z mého výzkumu, klienti dětského domova mají zkušenosti s požíváním legálních i nelegálních drog. Nejvíce rozšířenou drogou je u klientů ve vybraném dětském domově kouření a požívání marihuany. Dle poznatků zjištěných výzkumem je evidentní, že problematika drogové závislosti je bezesporu vážným problémem a to nejen u dětí s nařízenou ústavní výchovou, ale jak bylo uvedeno ve studii ESPAD i u dětí a mládeže žijících v rodinách. Jak vyplývá z mého výzkumu, kouření a kouření marihuany je v dětském domově velmi rozšířeno. Jak tvrdí Kalina, marihuana bývá často startovací drogou,<sup>49</sup> proto bych doporučovala v rámci mého výzkumu, nepodcenit preventivní programy, které mohou být pro mladistvé motivujícím faktorem v jejich budoucím životě. Klienti dětského domova již do ústavní péče přicházejí s negativními návyky ze svých rodin, především se jedná o tabakismus a časté užívání marihuany. I přes snahy ze strany zaměstnanců ústavů, dochází ve většině případů k prohloubení závislosti. Z výpovědí pracovníků vyplývá, že jsou dobře informováni ze spisové dokumentace od OSPOD o jednotlivých klientech a jejich návycích, a také jak vyplývá z rozhovoru s pracovníky, o problematice užívání legálních a nelegálních

---

<sup>49</sup> KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

drog klientů ústavů, vědí a tuto problematiku řeší v návaznosti na řád dětského domova a příslušné zákony.

Společnost požaduje zkvalitnit sociální služby, tím pádem také došlo v minulých letech ke změně ústavních zařízení z dříve typických uzavřených ústavů na dnešní ústavy rodinného typu. Tím se také klienti dětského domova dostávají ven z ústavů do společnosti a mají snadný přístup k obstarání si legálních a nelegálních návykových látek a k tomu také dochází. K tomuto jevu, jak vyplývá z odpovědí klientů v praktické části práce, dochází například při přechodech do škol.

Myšlenka dětských domovů rodinného typu sebou nese i tyto negativní aspekty, stejně tak, jak je tomu v běžných českých rodinách. Nemůžeme si dovolit klienty v ústavech držet po dobu 24 hodin denně, tak aby byl jejich styk s negativním prostředím úplně eliminován.

Domnívám se, že závěry mé práce ač si nekladou nároky na zevšeobecnění jsou cenným informačním zdrojem pro konkrétní dětský domov a mohou tvořit východisko pro případný kvantitativní výzkum této oblasti.

## 12 Seznam použitých zdrojů (literatury)

Monografické publikace:

BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.

BUBLEOVÁ, V., MATĚJČEK, Z., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 8085121-89-1.

CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 1214-1089.

ČAČKA, O. *Psychologie*. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-107-0.

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

GÖHLER, FR. CH., KÜHN, J. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad Vlády České republiky 2003. ISBN 80-86734-05-6.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LANGMAIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-853-8

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1.



MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7778-226-2.

MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

MŮHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: MU PF, 2001. ISBN 80-210-2511-5.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Psychiatrické centrum Praha: 1996. ISBN 80-85121-52-2.

PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Arkáda, 2009. ISBN 978-80-254-5971-3.

PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek: Arkáda, 2007.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

POTHO, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: Nakladatelství G plus G, 1999.

Sbírka zákonů ČR: *Zákon č. 109/2002Sb.*, o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů,

Sbírka zákonů ČR: *Zákon č.141/2009Sb.*, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

ŠVANCAR, Z., BURIÁNOVÁ, J. *Speciálně – pedagogické problémy ústavů výchovy*. Praha: Statní pedagogické nakladatelství, 1988. ISBN 14-363-88.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7188-30

VEČERKA, K., HOLAS, J., ŠTĚCHOVÁ, M. *Problémové děti ve školských výchovných zařízeních*. Praha: KNOK, 2000. ISBN 80-86535-00-2.

VOCILKA, M. *Dětské domovy*. Praha: Aula, 1999. ISBN 80-902667-6-2.

VOCILKA, M. *Dětské domovy v České republice I*. Praha: MŠMT, 1999

WALDMANN, H. *Phantastika und Untergrund. Zum psychiatrischen Verständnis des Rauchergebrauchs Jugendlicher*. Bonn: Bournier u. co. 1971.

ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1997.

Časopisecké statě:

HAMPL, K. Prognóza dětí a mladistvých zneužívajících rozpouštědla. *Obzor*, 1989, roč. 24, č. 3.

VANĚČEK, M. Ketamin, Ufo, Rajský plyn. *Bulletin národní protidrogové centrály*, 2002, roč. 8, č. 1.

Elektronické dokumenty:

**FIŠEROVÁ, M.** *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí* [online]. Ústav farmakologie 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 2000 [cit. 20. ledna 2006].

Dostupný z WWW:

[http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_01.htm](http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_01.htm)

[http://www.dud.cz/du\\_dobri.html](http://www.dud.cz/du_dobri.html)

<http://www.detskydomov-as.cz/dd/char.html>

Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, [online]. Praha: MŠMT, 2002 [cit. 2011-01-13]. Dostupné na WWW: <<http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>>.

<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zakon-c-sb\\_1965\\_1051\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html)

## 13 ABSTRAKT

Masnerová, Ž. *Drogová závislost u dětí a mládeže v ústavní výchově*. Zátaví 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce K. Hyková.

**Klíčová slova:** ústavní výchova, citová deprivace, závislost, legální drogy, nelegální drogy, dospívání

Práce se zabývá problematikou užívání legálních a nelegálních drog v ústavní výchově v České republice. Teoretická část charakterizuje dítě ve společnosti, citovou deprivaci dětí, ústavní výchovu. Dále popisuje závislost, fáze vývoje drogové závislosti a studii ESPAD.

Praktická část práce obsahuje zjištění, jaká je zkušenost klientů ústavního zařízení s legálními nebo nelegálními drogami. Mají-li možnost přijít s drogou do kontaktu a to i přes přísnější bezpečnostní pravidla dětského domova. V rámci realizovaného výzkumu byla použita metoda polostandardizovaného rozhovoru s klienty a pracovníky dětského domova.

## 14 ABSTRAKT

Masnerová, Ž. *Drug Addiction of Children and Teenagers under the Influence of Institutional Education*. Zátaví 2011. Diploma thesis. University of South Bohemia. Faculty of Theology. Department of Practical Theology. Thesis supervisor K. Hyková.

Key words: institutional education, emotional deprivation, addiction, legal drugs, illegal drugs, adolescence

The thesis focuses on the problem of both legal and illegal drug taking in institutional education in the Czech Republic. The theoretical part characterizes a child in society in general, children's emotional deprivation, institutional education, the types of institutions where institutional education is realized. Furthermore, it describes the problem of addiction, stadiums of drug addiction development, studies ESPAD.

The practical part contains a research on institutionalized clients experience with both legal and illegal drugs, their opportunities to be in contact with drugs in spite of stricter institutional safety code. The method used for the research was the one of semistandardized interview with particular clients and children's home employees.

