

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2020–2023

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dominika Červenková

**Alkohol a návykové látky ve vybraných dětských domovech v
Praze**

Praha 2023

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Alois Daněk, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2020–2023

BACHELOR THESIS

Dominika Červenková

**Alcohol and addictive substances in choosen children's homes
in Prague**

Prague 2023

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Alois Daněk, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 5. 3. 2023

.....

Dominika Červenková

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Aloisovi Daňkovi, Ph.D., za vedení mé bakalářské práce, za jeho vstřícnost, ochotu, trpělivost a za cenné rady, které mi velice pomohli k dokončení této bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje tématu Alkohol a návykové látky ve vybraných dětských domovech. Cílem bakalářské práce je poukázat, jaký dopad mohou mít na mladistvé alkohol a návykové látky, udělat průzkum a následné porovnání mládeže v dětských domovech. Teoretická část bude rozdělena do čtyř kategorií, a to závislost jako všeobecný pojem, dále alkohol, jak závislost může vzniknout, jaká je prevence a jakým způsobem je možné ji léčit a nastítnit případné následky. Třetí část se věnuje návykovým látkám, jaké je jejich rozdělení, jak závislost vzniká, jak se dá léčit a důsledky jejich častého užívání. Část poslední se zabývá dětskými domovy, nastítní se základní definice, na jaký způsob dětské domovy fungují, jakým způsobem probíhá výchova, jaké jsou podmínky pro výkon profese a z jakých důvodů se mladiství v dětských domovech mohou ocitnout. Praktická část bude zaměřena na kvalitativní výzkum formou strukturovaného rozhovoru s osobami, které mají se závislostí na alkoholu či návykových látkách v dětském domově jistou zkušenost a následně porovnání jejich odpovědí.

Klíčová slova

Alkohol, dětský domov, návyková látka, prevence, vychovatel, výchova, závislost.

Annotation

The bachelor thesis deals with the topic Alcohol and addictive substances at selected children's homes. The aim of the bachelor thesis is to show what impact the addictive substances and alcohol can have on adolescents, doing a survey and subsequent comparison of youth at children's homes. The theoretical part will be divided into four categories, namely addiction as a general concept, alcohol, how the addiction can occur, what prevention and treatment is possible and outlining the potential consequences. The third part deals with the addictive substances, their classification, how the addiction is formed, how it can be treated and the consequences of frequent use of the substances. The last part deals with the children's homes, outlining the basic definition, how children's homes work, how education is carried out, the conditions of the profession and the reasons why adolescents may find themselves at children's homes. The practical part will focus on qualitative research in the form of structured interviews with people who have some experience with alcohol or substance abuse at children's homes, and then comparison of the results.

Keywords

Addiction, addictive substance, alcohol, children's home, education, educator, prevention.

OBSAH

ÚVOD	9
1 ZÁVISLOST	11
2 ALKOHOL	13
2.1 Právní úprava	13
2.2 Pojem alkohol	14
2.2.1 Vysvětlení pojmů „úzus“, „misúzus“, „abúzus“	15
2.3 Vznik závislosti na alkoholu.....	15
2.4 Prevence.....	18
2.5 Léčba závislosti na alkoholu.....	18
2.5.1 Ambulantní léčba.....	19
2.5.2 Ústavní léčba.....	19
2.5.3 Denní stacionář	20
2.6 Následky závislosti na alkoholu	21
2.6.1 Somatická poškození alkoholem	21
2.6.2 Psychická poškození alkoholem	22
3 NÁVYKOVÉ LÁTKY	23
3.1 Právní úprava	23
3.2 Pojem návykové látky.....	23
3.3 Dělení návykových látek	24
3.4 Vznik závislosti na návykových látkách.....	25
3.4.1 Projevy závislosti	25
3.4.2 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících	26
3.5 Prevence.....	27
3.6 Léčba závislosti na návykových látkách.....	28
3.6.1 První pomoc při otravě návykovou látkou.....	29
3.7 Následky závislosti užívání návykových látek	30
4 DĚTSKÉ DOMOVY	31
4.1 Právní úprava	31

4.2	Pojem dětský domov.....	31
4.3	Historie dětských domovů	32
4.3.1	Dětské domovy dnes.....	33
4.4	Standartní dětský domov	34
4.4.1	Výchova v dětském domově.....	35
4.4.2	Prostředí dětského domova.....	35
4.4.3	Příchod dítěte do dětského domova	36
4.5	Příčiny umístění dítěte do dětského domova	37
4.6	Vychovatel dětského domova.....	38
4.6.1	Osobnost vychovatele	38
4.6.2	Kvalifikační předpoklad pro vychovatele.....	39
5	CÍLE A METODY ŠETŘENÍ.....	40
5.1	Cíle a metody šetření	40
5.2	Metodika šetření	40
5.3	Respondenti	41
6	DĚTSKÝ DOMOV DOLNÍ POČERNICE.....	42
6.1	Strukturovaný rozhovor	43
6.2	Rozhovor s vychovatelem.....	45
7	DĚTSKÝ DOMOV KLÁNOVICE	47
7.1	Strukturovaný rozhovor	47
7.2	Rozhovor s vychovatelem.....	50
8	SHRNUTÍ ŠETŘENÍ.....	52
8.1	Porovnání rozhovorů obou dětských domovů – diskuse	52
8.2	Výstup výzkumu z pozice obou vychovatelů	54
8.3	Zjištění z výzkumu.....	55
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	57
	SEZNAM ZKRATEK	60

ÚVOD

Tato bakalářská práce bude věnována Alkoholu a návykovým látkám ve vybraných dětských domovech v Praze. Toto téma je vybráno, protože autorka jeví zájem o práci v dětských domovech. Důvodem je i fakt, že autorka cítí potřebu poukázat na to, že děti a mladiství v dětských domovech bývají mnohdy opomíjeni. Jako další důvod výběru tohoto tématu je zájem autorky o práci vychovatelů a chod dětských domovů.

Cílem práce je zjistit, jaký dopad má alkohol a návykové látky na děti ve vybraných dětských domovech a dále seznámit veřejnost se základními pojmy, které souvisí s problematikou užívání alkoholu a návykových látek v dětských domovech, vznik závislostí, prevencemi, léčbou a následky. Dále s dětskými domovy a osobností vychovatele. Práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se čtenář seznámí se základními pojmy. V praktické části bude předloženo kvalitativní šetření.

Teoretická část bude následně rozdělena do čtyř kapitol, z nichž se první kapitola bude věnovat pojmu závislost a rozdělení závislosti dle mezinárodní klasifikace nemocí. Ve druhé kapitole se práce bude zabývat tématem problematiky alkoholu, její právní úpravou, vymezením základních pojmů, jak vzniká závislost na alkoholu dle rozdělení do věkových kategorií, jaké jsou možnosti základní prevence, případné druhy léčby a v poslední řadě možné následky při nadměrné konzumaci alkoholu. Kapitola třetí se bude věnovat návykovým látkám, právní úpravě, vymezením základních pojmů souvisejících s problematikou návykových látek, základnímu dělení, kterými jsou například opiáty, či halucinogenní drogy. Následně se práce bude zabývat, vznikem závislosti na drogách, následná léčba a jak se zachovat v případě, že je potřeba poskytnout první pomoc při užití konkrétních návykových látek a jejich psychické, biologické a sociální následky. Ve čtvrté a poslední kapitole teoretické části se práce zabývá dětskými domovy. Kapitola začíná právní úpravou, vymezením základních pojmů, výchovou v dětském domově a jeho prostředí. Dále bude popsáno, jak vypadá příchod dítěte do dětského domova a v neposlední řadě nejčastější příčiny jeho umístění do zařízení. Také zde bude uveden nástin historie dětských domovů v porovnání s aktuální situací. Poslední část této kapitoly se bude věnovat osobnosti vychovatele

pracujícího v dětském domově a jeho kvalifikačním podmínkám pro vykonávání této funkce.

V praktické části bude předloženo vypracované kvalitativní šetření formou strukturovaného rozhovoru s dohromady osmi dotazovanými, z toho šesti mladistvými a dvěma vychovateli. Otázky budou soustředěny především na první zkušenosti s alkoholem a návykovou látkou, kde měli jedinci první možnost s těmito látkami přijít do kontaktu, v jakém věku a následné pocity po užití. Dále také jaký je hlavní důvod jejich umístění v dětských domovech, zdali není důvodem právě alkoholismus nebo závislost na drogách v jejich rodinách. Otázky položené pro vychovatele byly ryze zjišťovacího charakteru, aby potvrdily či případně vyvrátily odpovědi dotazovaných mladistvých. V závěru práce se nastíní možné modifikace.

1 ZÁVISLOST

Závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10:

- F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu.
- F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů (například heroin).
- F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů.
- F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik.
- F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu.
- F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu.
- F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů (například extáze).
- F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku.
- F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel.
- F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek (Národní centrum pro medicínské nomenklatury a klasifikace, 2022).

„Syndrom závislosti – je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, ale nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“ (Nešpor, 2018, s. 18).

Definitní diagnóza závislosti daného jedince na návykové látce by se měla ustanovit jedině v případě, pokud jedinec vykazuje alespoň tři z níže stanovených bodů během jednoho roku:

- Jedinec má silnou touhu užít návykovou látku.
- V momentech, jde-li o začátek, konec či množství látky má jedinec problém se sebeovládáním.

- Odvykací stav, kdy osoba požije návykovou látku, aby zmírnila příznaky, které jsou předchozí dávkou již vyvolané, nebo užije látku příbuznou s podobnými účinky.
- Jedinec užije látku ve větším množství, aby dosáhl účinku předchozí dané nižší dávky.
- Jedinec začíná zanedbávat své koníčky i povinnost, jelikož svůj čas vynaloží spíše na sehnání látky, užití látky a následné zotavení účinků látky.
- Jedinec v nadměrné konzumaci určité látky pokračuje i přes jasné škodlivé následky (Nešpor, 2018).

Závislost může vzniknout na čemkoli. Každý jedinec je individuální a závislost si může vytvořit na něčem jiném, jelikož každá osoba má jinou vůli, schopnost či míru odolávat určitým faktorům. Závislost tedy bereme jako dlouhodobý stav, který si jedinec vytvoří na něčem, čemu nemůže odolat a láká ho nějaká touha či pokušení. Takové jednání může ale osobu omezovat. Mezi závislosti můžeme zařadit i vyjma alkoholu či návykových látek například závislost na hazardní hrách, internetu, sociálních sítích, sexu, práci, nakupování, ale také i na jiné osobě či nějaké věci.

2 ALKOHOL

Tato kapitola se zabývá alkoholem, právní úpravou dané problematiky, vymezením základních pojmů, vznikem závislosti, léčbou závislosti a možnými následky, které u závislého jedince mohou nastat.

2.1 Právní úprava

Problematika alkoholu je v ČR upravována zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Za alkohol se považuje každý nápoj, který má více než 0,5 % ethanolu. Tento zákon byl již několikrát novelizován z důvodu nezlepšující se situace ve spotřebě alkoholu. Dále také zákon umožňuje udělovat sankce fyzickým osobám, které podají alkohol mladistvému před dovršením 18 roku života. V tomto zákoně č. 65/2017 Sb., se uvádí, že *„Osoba prodávající nebo podávající alkoholické nápoje musí být starší 18 let, nejde-li o osobu, u níž je tento prodej nebo podávání součástí soustavné přípravy na budoucí povolání v oborech vzdělání se zaměřením na gastronomii, hotelnictví a turismus, obchod, potravinářství nebo potravinářskou chemii.“* (Zákon č. 65/2017 Sb.)

Česká republika právně ustanovila věkovou hranici pro požití alkoholu dovršením osmnáctého roku života. Mladiství tedy často alkohol požívají na veřejných prostranstvích. Vyhláška č.11/2013 Sb., ovšem stanovuje zákaz požívání alkoholu na veřejných prostranstvích. O dodržování této vyhlášky se stará Policie ČR. Pokud dojde k požití alkoholu na veřejném prostranství osobou mladší osmnácti let, oznamuje Policie ČR tuto skutečnost primárně rodičům nezletilého a posléze předává zprávu OSPODU.

Ten, kdo tedy užije alkohol ještě před dovršením osmnáctého roku života, se může stát předmětem pro řešení OSPODU, neboli Orgánu sociálně-právní ochrany dětí, též neformálně známém označením sociálka. Náplní práce OSPODU je zajišťovat všem dětem a mladistvým bezpečné zázemí v jejich rodinách, pokud ovšem OSPOD dostane oznámení od Policie ČR, je povinen prozkoumat situaci v rodině, zdali se rodina nenachází v nepříznivé situaci. Pokud se situace stává opakovanou, přistupuje se k odebrání nezletilého dítěte rodině na dobu určitou do nápravného zařízení.

S OSPODEM se pojí také zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (Zákon č. 359/1999 Sb.).

Dále zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník upravuje trestné činy spojené s požíváním alkoholu či trestné činy spojené s alkoholem jakožto iniciátorem činu (Zákon č. 40/2009 Sb.).

2.2 Pojem alkohol

Skála (1988) ve své knize „...až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách“ uvádí, že alkohol pochází z arabského slova al-ka-hal. Tímto slovem označujeme jemnou, bezbarvou látku se specifickým zápachem a bodem varu 77 stupňů až 130 stupni, při kterých alkohol tuhne (Skála, 1988).

Alkohol je společensky tolerovaná návyková látka, která je snadno dostupná a setkáváme se s ní například na rodinných oslavách, v restauracích a barech, nabízena nám je ovšem i v reklamách.

Alkohol má výrazný účinek na CNS neboli centrální nervový systém, jelikož dodává mozku pocit stavu euforie, do doby, než alkohol z těla vyprchá. Následně nastává sekundární stav vystřízlivění, který se u některých jedinců může projevit s mírným následkem, například bolestí hlavy a nevolností. U psychicky narušených jedinců může docházet například k depresím nebo stavům úzkosti. Při nadměrné konzumaci alkoholu v krátkém časovém úseku může dojít k otravě alkoholem, v takovém případě okamžitě voláme na číslo 155 o pomoc zdravotnickou záchrannou službu, často pod zkratkou ZZS. Na druhou stranu však alkohol nemusí být nutně brán pouze jako nápoj páchající zlo. Mnozí lékaři doporučují například sklenku červené víno na doplnění krvinek, či tzv. panáka pro jedince, kteří trpí na nízký krevní tlak. Alkohol neboli ethanol má také mírné baktericidní účinky, proto je často užíván jako lokální dezinfekční prostředek.

2.2.1 Vysvětlení pojmů „úzus“, „misúzus“, „abúzus“

Úzus znamená, že jedinec užívá alkoholické nápoje v přiměřeném množství, přijatelném věku, v dobrém zdravotním stavu a ve správný čas. Zletilá osoba užije alkohol jako pochutinu, například jedno pivo či sklenku vína k jídlu. Při úzus se tedy alkohol jako droga neuplatňuje (Skála, 1987).

Misúzus znamená zneužívání alkoholických nápojů, například pokud jedinec požije alkoholický nápoj před řízením motorového vozidla, což je zakázáno, jedná se o zneužití alkoholu. Mezi misúzus patří i mladistvé osoby, kterým by do dovršení zletilosti neměl být alkohol podán. Dále těhotné ženy, které užíváním alkoholu mohou ohrozit své dítě. Požití malého množství alkoholu, jako například sklenka vína či piva u osoby závislé na alkoholu je považováno za misúzus, které by však u osoby bez závislosti na alkoholu bylo bráno jako úzus (Skála, 1987).

Abúzus znamená nadměrné užívání alkoholu. Zahrnuje vše ostatní, co nebylo zmíněno u předchozích dvou pojmů. Nadměrné užívání alkoholu může být občasné, pravidelné, periodické či jednorázové. Při užití nadměrného množství alkoholu může u jedince nastat agresivita či těžká intoxikace. V některých případech může dojít až k degradaci osobnosti (Skála, 1987).

Žádný jedinec, který začíná užívat alkohol, si dopředu nemůže být nikdy jist, že u něho nikdy nedojde k závislosti na alkoholu.

2.3 Vznik závislosti na alkoholu

Aby se jedinec stal závislým, nejde o jednorázové požití alkoholu. U mladistvých vzniká závislost mnohem rychleji než u dospělého jedince. U patnáctiletého chlapce bude závislost na alkoholu vznikat přibližně rok a půl, mezitím co u dospělé osoby trvá vznik závislosti až pět let. Čím je tedy jedinec mladší, tím se rychleji stává závislým (Nešpor, 2011).

Nezletilí se nejčastěji k alkoholu dostanou na různých rodinných oslavách, sešlostech či třeba na svatbě, kde rodiče či dospělé osoby sami mladistvému alkohol nalijí, až ho kolikrát nabádají k ochutnání daného alkoholického drinku. Následně se mladiství do kontaktu s alkoholem mohou dostat na různých školních výletech, exkurzích, školách v přírodě, kdy se učitel najednou stává více přátelským a povolí

studentům vypít si pivo či jiný alkoholický drink. „*To čo sa žiakom v škole prísne zakazuje, na výletě se im trpí. Logický závěr dětí je: Učitelia nám určité věci zakazujú iba v škole, hovoria o škodlivosti iba preto, lebo musia tak hovoriť – teraz sme von zo školy, nuž nám všetko dovoľia, to znamená, že piť a fajčiť neškodí.*“ (Turček M. a K., 1982, s. 126)

Mnoho mladistvých také dostává kapesné, za které si sami nebo společně se svými kamarády mohou alkohol zakoupit. Například nezletilý chlapec, který chce ohromit svoji partu přátel koupí za své kapesné alkoholické pivo pro všechny. Obsluha s prodejem nezletilým problém nemá, jelikož obdrží spropitné nebo mladiství vypadá na více let (Turček M. a K., 1982).

Ke vzniku závislosti může také přispět, pokud je rodič již na alkoholu závislý a dítě v takovém prostředí vyrůstá, dále pokud se dítě chytne špatné party lidí, s kterými tráví svůj volný čas, ale i výběr nevhodného partnera.

Autor Antonín Kloubek rozděluje při požití prvního alkoholu dětský věk na čtyři skupiny, a to je věk kojenecký, předškolní, školní (do čtrnácti let) a poslední skupina je věk od čtrnácti do osmnácti.

První skupině, které se budeme věnovat, je **kojenecký věk**. V dřívější době se s alkoholem měli šanci setkat již kojenci, a to, pokud rodič chtěl, aby se dítě uklidnilo nebo usnulo, tak mu namáčeli dudlík do alkoholického nápoje, dále se také kapal různý alkoholický nápoj do dětského mléka. S tímto se v dnešní době již nesetkáváme. Dále také nadměrné užívání alkoholických nápojů kojící matkou, s čím se bohužel můžeme setkat i dnes (Kloubek, 1947).

Druhá skupina je **předškolní věk**, kdy opět v dřívějších dobách šlo o medicínální podávání vín dětem, které bylo i na předpisy lékaře. K tomuto podávání medicínálních vín mohlo dítě přivyknout a následně v pozdějším věku i propadnout alkoholu. O tom svědčí i reálný případ, který A. Kloubek ve své knize „Alkoholismus u dětí a mladistvých uvádí“ „*Jako malé dítě pil dlohu malaga, které měl předeřsáno od lékaře. Od 12 let pak pije pivo, jehož dávky se stupňovaly. Jakmile vstoupil na právnickou fakultu, dal se do pití značných kvant a to z počátku jen ve společnosti, brzy však naopak jen sám a denně.*“ (Kloubek, 1947, s. 18)

V dnešní době se dětem v předškolním věku dává ochutnat například pivo nebo přesněji řečeno pěna z piva. Mnozí lidé si namlouvají, že je zde nemožnost uškození,

jelikož jde jen o pár kapek. Děti mají vrozený odpor ke každému alkoholickému nápoji, tedy i k pivu, které ale když několikrát ochutnají, se jim přestane ošklivit a následně když jim bude odepřeno si ho snaží získat dopomocí křiku či vzteku. Další nebezpečí hrozí, chodí-li dítě do hospody se džbánkem pro pivo. V dnešní době tomu tak je jen zřídka a spíše jen na vesnicích, či menších městech, kde výčepní rodiče zná. Mladší dítě může být zvědavé, jak pivo chutná, či navedené jiným dítětem k ochutnání. Mezi další faktor patří, že rodič je pro dítě vzorem, snaží se ho tedy napodobovat. Pokud je dítěti alkohol zakázán, čeká na příležitost k ochutnání, správná není ale ani možnost dát mu alkohol ochutnat s cílem, aby poznalo, že to není nic dobrého a dále ho nechtělo již ochutnat, jelikož ne vždy to dopadne tak, jak to rodič měl v úmyslu. Mezi další faktor nebezpečí se řadí již zmiňované oslavy, kde je dětem povoleno požit alkohol například jako připitek na zdraví apod. Dalším ohrožujícím faktorem je častá návštěva hospod rodičů s dětmi. Častý pobyt v takovém prostředí může zapůsobit na duševní stav dítěte a opět se přiblížit k následnému alkoholismu. Případy, když je dítěti v takovémto věku podán silný alkoholický nápoj ve větším množství nebo by ho dítě omylem požilo samo, je velice málo, jelikož dítě v tomto věku již alkohol dokáže odmítnout či následně vyplivnout.

Další kategorií je **školní věk do čtrnácti let**, kde se setkáváme s možnostmi užití alkoholu stejnými, jaké jsme právě uvedli v předchozí kategorii předškolního věku a přidáme navíc ještě ke styku s rodinou i styk se školou a přáteli. Již jsme zmínili, že rizikem pro dítě je, pokud ho rodiče často vodí do hospod. Zde se nám riziko ještě zdvojnásobuje. Opět se jedná o slavnosti, nošení piva z hospody ve džbánu, již zmíněné školní výlety, dalším faktorem je snadný přístup k alkoholu, který mají rodiče doma (Kloubek, 1947).

Poslední skupinou dle Kloubka (1947) je **skupina od čtrnácti do osmnácti let**, kde se faktory opět shodují s předchozími zmíněnými již v předškolním a školním věku. Další nebezpečné faktory pro tuto kategorii jsou různá povolání či brigády, jako je například číšnictví a s tím i související vyšší příjem ke koupi alkoholu, vychloubání před ostatními vrstevníky, kdo více alkoholu vypije, napodobování a hrdinství. Mezi jeden z nejhlavnějších faktorů, který vede k užívání alkoholických nápojů je volný čas. Mladiství chodí ve volném čase na zábavy, tančit, posedávat s přáteli v hospodách

a barech, zapíjet neúspěchy nejen ve studiu, ale i v práci, stejně tak jako úspěchy (Kloubek, 1947).

2.4 Prevence

Primární prevencí proti alkoholu je zamezit vznik působení negativních patologických jevů v životě jedince. Sekundární prevencí je zamezení šíření těchto negativně patologických jevů. Terciální prevencí je navrácení do běžného života společnosti, působit proti recidivě. Mezi služby sociální prevence řadíme například nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, která poskytují jak ambulantní, tak terénní služby. Cílem této služby je hlavně zlepšit kvalitu jejich života, pomoci jim se lépe orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé situace. Služba může být poskytována i anonymně. Jako další prevence jsou organizovány ve školských zařízeních pravidelné besedy, kde do školy dochází pracovníci z PREVcenter, kde žáky upozorňují, vysvětlují a poučují o užívání alkoholu, ale i o jiných různých problematikách.

2.5 Léčba závislosti na alkoholu

V knize „Alkohol, drogy a vaše děti“ nám autoři Nešpor a Csémy (1997) radí, kde všude je možné vyhledat odbornou pomoc. V každém okrese najdeme specializovaná zařízení pro dospělé, ale i pro děti a mladistvé, které slouží pro léčbu závislosti. Dále ambulance dětské a dorostové psychiatrie, zařízení telefonické pomoci, kde kromě telefonické pomoci je možnost i sjednání návštěvy. Tyto zařízení Vás mohou informovat o další příslušné léčbě nebo Vám zajistit psychoterapii. Některé z těchto středisek spolupracují i s rodinami. Dále městské úřady, kde na sociálním odboru pracují kurátoři, kteří Vás informují o možnosti léčby, právních předpisech a sociálním životě. Také lůžková zdravotnická zařízení, která mladistvým během léčby umožní i plnění školní docházky. Následně protialkoholní a proti-toxikomanická oddělení, terapeutické komunity, které přijímají pacienty od 15 let, jsou dlouhodobé a mladistvý je mimo své prostředí. Tyto komunity většinou přijímají pacienty následně až poté, co nemají odvykací příznaky. Jedná se především o Psychiatrickou léčebnu v Bohnicích (Nešpor, Csémy, 1997).

Protialkoholní léčby dělí Nešpor (2006) na tři formy léčby: ambulantní léčba, ústavní léčba a denní stacionáře.

2.5.1 Ambulantní léčba

Jedinec ambulantní léčbu navštěvuje ve svém volném čase, nemusí tedy nastoupit do pracovní neschopnosti. Ambulantní léčba poskytuje individuální či skupinové terapie nebo práci s jeho vlastní rodinou. Pokud jedinec i nadále přes ambulantní léčbu konzumuje alkohol a problémy se mu množí, je pro něj lepší variantou ústavní léčba (Nešpor, 2006).

Podobně interpretuje téma ambulantní léčby u alkoholově závislých také autor Pešek (2018). Ten dále zmiňuje, že při léčbě jedinec užívá léky a navštěvuje středisko pomoci jednou týdně a postupem času i méně. Ambulantní léčba se doporučuje v případě, pokud závislost není tak vážná, pacient netrpí závažnějšími psychickými nebo tělesnými problémy a jeho sociální situace je stabilní. Pod vedením lékaře psychologa jsou pacientovi doporučeny možnosti, jak s léčbou postupovat, případné léky a absolvování určitých terapií (Pešek, 2018).

2.5.2 Ústavní léčba

Ústavní léčba je určena pro osoby, u kterých díky nadměrnému užívání alkoholických nápojů došlo k závažným zdravotním či psychickým komplikacím. Oddělení psychiatrické, interní i neurologické pomáhá především s léčbou důsledku pití alkoholu. V momentě, kdy jedinec svůj problém s nadměrným užíváním alkoholu zvládne překonat, je pro něj příznivější specializovaná odvykací léčba. Doba trvání léčby bývá většinou pevně stanovena, ale je zde možnost, aby se v některých případech domluvili individuální formou obě strany. Navrhovaná doba léčby se řídí dle stavu jedince, ve kterém byl přijat. Je jasné, že čím je stav horší, tím léčba bude delší. Dalším stanoviskem pro určení doby léčby je daná životní situace jedince, u které platí to stejné jako u předchozího bodu, a to čím je situace horší, tím je léčba delší. Také záleží na délce poslední abstinence a doby trvání recidivy jedince, v jaké duševní a tělesné kondici se jedinec nachází a v poslední řadě na schopnostech jedince využívat možnosti ambulantní léčby. Ústavní léčba je oproti ambulantní léčbě intenzivnější, jelikož se

využívá více postupů, jako je například skupinová terapie, relaxační techniky, socioterapeutický klub, rodinná terapie (Nešpor, 2006).

2.5.3 Denní stacionář

Do denního stacionáře pacient dochází v dopoledních hodinách, a většinou z tohoto důvodu musí být v pracovní neschopnosti, jelikož čas, který by trávil v práci, tráví právě ve stacionáři. V závěru léčby je nabízeno jedincům cca týden denního stacionáře, aby jim byl následně ulehčen přechod zpět do normálního fungujícího života. Stacionáře fungují při ambulantní léčbě nebo i samostatně (Nešpor, 2006).

Noční stacionář

Tento druh léčby není v ČR rozšířen. Jedinec do stacionáře přichází po své pracovní době, nemusí tedy být v pracovní neschopnosti. Noční stacionáře jsou především pro pacienty, kteří nemají kde bydlet, nemají pevné zázemí, nebo mají vážné rodinné problémy (Nešpor, 1992).

Jan Mečíř (1990) ve své knize „Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže“ uvádí možnost ambulantní léčby a léčbu na lůžkovém oddělení. Léčba na lůžkovém oddělení trvá při první dobrovolné léčebné kúře třináct týdnů, kde pacienti mají stále aktivity, za které získávají body a mohou si tak vysloužit podmínky pro samostatné vycházky. Jedinci denně provádí tělesnou práci, sport, skupinové terapie a slyšení, kde probíhají přednášky o alkoholu a pacienti jsou následně ze slyšení zkoušeni (Mečíř, 1990).

K pomoci odvykání požívání alkoholu může přispět i zdravá mysl jedince, motivace, manželská či rodinná terapie, dobré zázemí, podpora svých nejbližších, cvičení, běh, výlety, čerstvý vzduch a snaha odbourat stres, meditace a jóga.

Nešpor (1992) ve své knize „Týká se to i mne?“ uvádí jógu jako skvělý prostředek odbourání stresu. *„Jóga nabízí možnosti dobrý způsob, jak překonávat stres a únavu zdravým způsobem. Jóga nabízí možnosti, jak překonávat nepříjemné duševní stavy bez použití návykových látek.“* (Nešpor, 1992, s. 94).

2.6 Následky závislosti na alkoholu

Alkohol se dostane do žaludku, kde se vstřebá cca jedna pětina, zbytek putuje dále do tenkého střeva. Ze žaludku a střev se alkohol následně dostává stěnami kapilár do krve, pak se převádí do jater, kde je nadále rozváděn do tkání. V mozku je koncentrace alkoholu větší než v krvi (Skála, 1957).

Následků, které může vyvolat nadměrné užívání alkoholu je mnoho. Autorka H. Sovinová společně s L. Csémy uvádí ve své knize „Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice“ somatické poškození alkoholem a psychické poškození alkoholem (Sovinová, Csémy, 2003).

2.6.1 Somatická poškození alkoholem

Jedná se o **infekční onemocnění** jako je například plicní tuberkulóza, dále **zhoubné nádorové onemocnění**, jako např. rakovina ústní dutiny, nosohltanu, žaludku, jater nebo tenkého střeva, zde je vznik rakoviny 2,5x rychlejší než u osob, které alkohol nepožívají nebo požívají jen zřídka (Sovinová, Csémy, 2003). U žen je větší šance ke vzniku rakoviny prsní žlázy (Nešpor, 1995). Dále může dojít díky nadměrnému požívání alkoholu ke snížení hladiny testosteronu, případná impotence a také vznik diabetu, což spadá pod **nemoci žláz a vnitřních sekrecí**. Také mohou nastat různé **nemoci krve a krevetvorných orgánů**, kde se jedná například o poruchu hemokoagulace, jejíž příčinou je poškození funkce trombocytů a malé množství koagulačních bílkovin. Může dojít k velkému krvácení po úrazu eventuelně k silnému krvácení do zažívacího traktu. Alkoholismus může jedinci také vyvolat **nemoci nervové soustavy**, a to narušit REM spánek, navodit změny na EEG, zvýšit práh citlivosti, vyvolat alkoholický tremor, jehož příznaky jsou třes víček, rukou, někdy i celého těla, dále poruchy koordinace pohybu, nejistá chůze, demence nebo epileptické záchvaty. Mezi další následky patří **onemocnění trávicí soustavy**, kdy může při nadměrném požití alkoholických nápojů přivodit zvracení, jaterní cirhózu, syndrom Mallory-Weissův, pro který je charakteristické zvracení, které je způsobeno trhlinami v mukóze. Postižený po vyzvracení žaludečních šťáv zvrací krev. Může nastat i krvácení do žaludku. Dále se může jednat o onemocnění kůže, svalů, případné úrazy, otravy nebo fetální alkoholový syndrom (Sovinová, Csémy, 2003).

2.6.2 Psychická poškození alkoholem

Sovinová a Csémy (2003) mezi psychické poškození nadměrného užívání alkoholických nápojů řadí **psychickou závislost na alkoholu**, která se u jedince vytvoří ve chvíli, kdy má nepřekonatelnou touhu po užití alkoholického nápoje a upřednostní ho před svými povinnostmi a koníčky. Jedinec s psychickou závislostí nemívá často žádnou sebekontrolu nad pitím alkoholu. Dalším poškozením je **postižení intelektu**, jedinci se zhoršuje paměť, často zapomíná, co chtěl zrovna udělat a říct, ale i na své povinnosti. Také sem připadá **porucha osobnosti**, kde se jedinci snižuje schopnost orientace, vnímání, jednání anebo nedostatečná vůle. **Syndrom z odnětí**, projevující se několik hodin až dní po užití nadměrného alkoholického nápoje. Typické znaky projevu jsou neklid, úzkost, poruchy spánku, sluchové a zrakové halucinace, někdy také i epileptické záchvaty či křeče. **Delirium tremens**, což je komplikace, která vyžaduje hospitalizaci, jelikož dochází k poruše vědomí, kognitivních funkcí a halucinacím. Dále také **alkoholická halucinóza**, při kterých pacient věří svým halucinacím. Následně **paranoidní alkoholická psychóza**, při které se jedinci objevují bludné představy o různých situacích, kterým následně věří. Další psychickým poškozením je **patická opilost**, při které se závislému vyskytne porucha vědomí i po malé dávce alkoholického nápoje. Při poruše vědomí se objevuje u závislé osoby jiné chování, než je u ní zvykem. Také se projeví strach nebo úzkost (Sovinová, Csémy, 2003).

Nadměrné množství užívání alkoholu má tedy mnoho negativních dopadů na závislou osobu. Jedná se především o již zmíněná zdravotní a psychická hlediska, ale i o hlediska sociální, kde trpí jedinec, ale i jeho okolí. Samotný jedinec, popřípadě jeho rodina se může dostat do nepříznivé sociální situace, jako je například ztráta zaměstnání, vyhození ze školského zařízení, záškoláctví nebo se může dostat i do dluhů. Nadměrné užívání alkoholu může také vyvolat chování, které vede k trestné činnosti.

3 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Kapitola třetí se věnuje návykovým látkám, právní úpravě dané problematiky, základním pojmům, dělení návykových látek, vzniku závislosti, prevenci, druhům léčby a případným následkům.

3.1 Právní úprava

Návykové látky vymezuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, který upravuje zacházení s návykovými látkami a vymezuje pojem návykové látky, a co mezi návykové látky patří. Nicméně ve druhé polovině roku 2021 se zákon upravil a je nyní pod číslem 366/2021 Sb. (Zákon č. 366/2021 Sb.).

V rámci dětí řeší situace spojené s užíváním návykových látek OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí a také Policie ČR.

3.2 Pojem návykové látky

„Jako drogu můžeme definovat každou látku s tzv. psychotropním účinkem, která v lidském organismu způsobuje dočasnou změnu pocitu prožívání života a je schopna vyvolat chorobnou závislost.“ (Skála a kol., 1987, s. 140)

Jedinec po užití návykové látky cítí změnu jako příjemnou a žádoucí, například když je jeho stav před požitím vychýlen k depresi nebo dysforii, užití návykové látky mu pomůže se tohoto stavu zbavit či naopak přivodit euforii, kdy použití drogy stav ještě zlepší. Pokud má jedinec možnost drogu užívat opakovaně a chce jí užívat opakovaně, mění se již začáteční pouhá zvědavost či zájem o opakování prožitku na touhu, následně na naléhavou touhu, a nakonec na ovládanou potřebu (Skála a kol., 1987).

Setkáváme se zde s pojmy užívání, misúzus (zneužívání), abúzus (nadužívání), nutkavý abúzus (návyk), závislost a abstinence.

Často užívané pojmy ve spojení s návykovými látkami jsou pojmy represe a liberalizace. Liberalizaci především hájí osoby, které drogy sami užívají, drogy distribuují a osoby, které si neuvědomují riziko, jaké by mohlo nastat. Represi zastávají především jedinci, kteří mají či měli v minulosti špatnou zkušenost se závislou nebo

distribuuující osobou, jedinci pracující na straně zákona, často i lékaři a ti, kteří si velké riziko uvědomují. Se zneužíváním drog je spojen i velký nárůst kriminality (Illes, 2002).

3.3 Dělení návykových látek

Jak již bylo zmíněno nejznámější dělení je dle MKN-10. Kalina dělí návykové látky na již zmiňovaný alkohol, dále opioidy a opiáty, stimulancia, halucinogenní drogy, konopné drogy, analgetika, sedativa a trankvilizéry, léky vyvolávající závislost, těkavé látky, MDMA a „technoscény“, tabák (Kalina a kol., 2003).

Opioidy a opiáty – využívají se v lékařství jako léky proti bolesti (analgetika, či léky proti kašli). Opiáty jsou jedinci často užívané pro své euforické efekty. Mezi opiáty řadíme heroin, který je jeden z nejvíce nebezpečných a návykových drog, jedinci si ho aplikují nejčastěji nitrožilně, ale může se i „šňupat“ či kouřit. Dále sem spadá Methadon, který se také aplikuje nitrožilně či užívá orálně. Následně do skupiny opiátů patří ještě Braun, který se vyrábí z domácích léčiv obsahujících kodein (Illes, 2002).

Stimulanty – jedná se o budivé látky, které povzbuzují CNS. Mezi nejznámější drogu této kategorie patří kokain, který je ve formě prášku a pochází z rostliny Coca. Požití drogy vyvolává silný adrenalinový pocit a energii. Dále sem spadá droga Crack (Krek), který se kouří (Illes, 2002). Jako další do stimulantů řadíme Metamfetamin (Pervitin), který se aplikuje „šňupáním“ či nitrožilně (Kalina a kol., 2003).

Halucinogenní drogy – mezi nejznámější halucinogeny patří LSD. Vyskytuje se nejčastěji ve formě tripů. Jedná se buď o malé papírky s různými symboly, nebo o malé kulaté pilulky. V obou případech je užití perorální, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem. Dále tak Psilocybin, což je látka obsažená v lysohlávkách, které můžeme najít i v lesích v ČR (Kalina a kol., 2003).

Konopné drogy – ke konopným drogám řadíme marihuanu, jedná se o květenství a horní lístky z konopí, častěji jde o menší kousky, které drží pohromadě a lehce lepí k sobě. Dle kvality zpracování má barvu odstínů zelené až černozelené. Má specifické aroma. Dále zde řadíme hašiš, což je pryskyřice, která se získává ze samičích květů rostliny a následně se suší a lisuje. Marihuanu a hašiš může jedinec užívat nejčastěji kouřením, vaporizací či přisypaním do nějakého pokrmu (Kalina a kol., 2003).

Analgetika, sedativa – analgetika slouží ke snížení bolesti, sedativa slouží jako léky se zklidňujícím účinkem, trankvilizéry svým užitím zlepšují náladu. Nejčastěji jsou

tyto léky na předpis lékaře, ale osoba se na nich při dlouhodobém užívání může stát závislá (Kalina a kol., 2003).

Léky vyvolávající závislost – do této kategorie řadíme veškeré ostatní léky, na kterých si jedinec dokáže vytvořit závislost (Kalina a kol., 2003).

Těkavé látky – neboli pod názvem inhalační drogy. Řadíme sem různá rozpouštědla, ředidla, lepidla či plynné látky, jako je například rajský plyn (Kalina a kol., 2003).

MDMA a jiné drogy „technoscény“ – MDMA je známá také jako extáze. Při požití této látky jedinec většinou zažívá stav příjemný, bez pocitu strachu, pocit štěstí, radosti, někdy spojen s halucinacemi (Kalina a kol., 2003).

Tabák a závislost na tabáku – jedinou návykovou látkou ze všech složek tabákového kouře, kterých je něco přes 4 tisíce, je nikotin. Závislost na tabáku vzniká poměrně rychle (Kalina a kol., 2003).

3.4 Vznik závislosti na návykových látkách

Vznik závislosti na dané droze vzniká častým užíváním. Nejčastěji chce jedinec drogu vyzkoušet ze zvědavosti, z přesvědčení vrstevníků, kteří drogu příležitostně užívají. Bohužel, ale ne každý jedinec je schopný se následně ovládnout, pokud mu pocit při prvotním požití dané drogy je příjemný, chce stav opakovat znovu a znovu. Najednou se mu stav nezdá již dostačující a přechází na požití drogy silnější. Ze silnější drogy na lehčí se již velice těžce vrací. K začátku užívání návykových látek může být i špatný rodinný vzor, nestabilní zázemí, či časté problémy.

„Experimentovat s drogami jsem začal ještě na základní škole. Nejdříve jsem kouřil marihuanu, potom mi kamarádi nabídli pervitin. Šňupal jsem ho, ale ostatní se mi smáli, že jsem srabik, a že když si píchnu perník, tak to bude vo něčem jiným... Od té doby si drogu aplikuji nitrožilně.“ (Illes, 2002, s. 6)

3.4.1 Projevy závislosti

Pokud jedinec vykazuje několik z níže uvedených znaků, pravděpodobně se na dané droze stává již závislým. Illes (2003) dělí projevy ke vzniku závislosti na čtyři základní skupiny znaků.

Fyziologické symptomy – mezi tyto symptomy patří opilý vzhled jedince, zarudlé oči, skleslá oční víčka, cukání očí, zvětšené oční panenky či naopak velmi nepatrné, bledost, různé vyrážky, opary, abscesy, změna výrazu v obličeji, úbytek fyzické zdatnosti, zvětšená chuť na sladké, oslabená imunita, úbytek na váze (Illes, 2003).

Změny v chování – hrubé chování, náladovost, deprese, podrážděnost, odmítavá reakce na kritiku či nějakou prosbu nebo žádost, snížená komunikace s rodinou, vrstevníky či partnerem, bez zájmu o své blízké, o jejich pocity, uzavřenost do sebe, ztráta zájmů o své koníčky a aktivity, které jedinec dříve vykonával rád, ztráta veškeré motivace a energie, změny ve svých hodnotách, cílech, změna přátel, které většinou jedinec odmítá představit svým rodičům či dalším přátelům (Illes, 2003).

Školní změny – prudké zhoršení ve školních výsledcích, jedinec nebývá koncentrovaný, krátkodobá paměť, ztráta motivace, nebaví ho to, špatná školní docházka, unavenost, která je spojená i se spaním v hodinách, žák o sebe nedbá, chodí neupravený, často zapomíná, má pomalé reakce, problémy s chováním, snížená disciplína, ztrácí věci, bývá někdy agresivní, což může dojít až k šikaně jiné osoby (Illes, 2003).

Vnější charakteristiky – časté až nadměrné užívání deodorantů, různé využívání očních kapek, cigaretové papírky, různé fajfky, malé lžičky, jehly, stříkačky, skleněné trubičky, škrtdla, nějaká schovaná či uzamčená menší skříš, plastové pytlíky, skleněné nádoby, knihy či časopisy s různou drogovou tematikou, u marihuany častý specifický zápach (Illes, 2003).

3.4.2 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících

- U mladších jedinců je dost pravděpodobné, že závislost na dané droze vznikne mnohem rychleji než u dospělého jedince.
- U mladších jedinců, díky menší zkušenosti, nižší toleranci a riskování může nastat větší riziko otravy, či různé násilné jevy a úrazy.
- U mladších jedinců je vyšší riziko, že pod vlivem dané látky bude jejich chování nebezpečné.
- U mladších jedinců, kteří jsou závislí, se můžeme setkat s opožděným psychosociálním vývojem, což se projevuje ve vzdělávání, sebeovládání, v sociálních dovednostech a v citové vyzrálosti.

- Experimenty s návykovými látkami mohou zapříčinit větší problémy v rodině, škole, nebo i trestnou činnost.
- Mladší jedinci mají tendenci návykové látky střídat či kombinovat, a právě z tohoto důvodu opět hrozí větší riziko otrav.
- Marihuana, jiné návykové látky i alkohol vede k narušení sítě mozkových buněk, k čemuž v dospívání dochází ve větší míře.
- U mladších jedinců dochází častěji k recidivě závislosti (Nešpor, 2018).

3.5 Prevence

„Cílem primární prevence je předcházet nemoci předtím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě předtím, než nemoc způsobí poškození. Cílem terciální prevence je předejít dalším škodám.“ (Nešpor, 2018, s. 219).

Již na základních školách pracovníci z různých PREVcenter navštěvují školská zařízení formou besed, kde informují žáky o užívání návykových látkách i jiných nebezpečí a následném dopadu na jedince i celou společnost. Následně máme také krizovou pomoc, což je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytována právě těm osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení. Cílem služby je snížení sociálních i zdravotních rizik.

V knize „Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi“ autor M. Miovský uvádí specifické programy prevence. Zde si uvedeme vybrané tři programy, které se zaměřují na problematiku návykových látek.

Program „Unplugged“, který se zabývá užíváním návykových látek, a používá se ve více než 20 zemích nejen v Evropě. Program je určen pro věkovou hranici 11–13 let, vychází z vlivu sociálního prostředí, rozvoje životních dovedností a využívá princip normativního přesvědčení. Program je rozdělen do 12 lekcí po 45 minutách, při čemž pomocí aktivit je kladen důraz na zvyšování kompetencí, dovedností a předávání informací. Program Unplugged je zaměřen především na užívání alkoholu, tabáku a konopných drog, ale případně i na ostatní návykové látky. Obsahem programu jsou základní informace, postoje, prezentace, diskuse, hraní rolí, kvízy, hry, skupinové práce, koláž, a zpětné vazby žáků. Cílem této metody je informovat o škodlivosti, snížení počtu žáků užívajících různé návykové látky, oddálit první kontakt s návykovými

látkami a odolat při experimentování s drogou k přechodu k pravidelnému užívání (Miovský, 2015).

Program „Normální je nekouřit“ se zabývá prevencí návykových látek a zdravého životního stylu. Program je zaměřen na věkovou kategorii 7–11 let a probíhá ve 25 lekcích, které na sebe navazují a začínají v 1. ročníku a končí v 5. ročníku. V každém ročníku proběhne tedy 5 lekcí. Žáci v rámci programu diskutují na dané téma, pracují ve skupinách, hrají role, sledují modelové situace či motivační pohádky na DVD a vyplňují pracovní listy. Cílem programu je zvýšit znalosti a získat pozitivní přístup o zdravém životním stylu, získat odpovědný přístup ke svému zdraví, snížit počet jedinců, kteří jsou vystaveny pasivnímu kouření či stát se nekuřákem (Miovský, 2015).

Program „jak se (ne)stát závislákem“ se snaží předcházet rizikovému chování a snížení dopadů v zdravotní, sociální i vzdělávací oblasti. Program je určen pro věkovou kategorii 13–17 let a probíhá formou zábavné soutěže, která má 10 stanovišť a zabývá se různými oblastmi rizikového chování. Cílem je získání potřebných informací o případných následcích způsobených užíváním návykové látky, kultivací osobnosti, seberegulačního chování a sociální dovedností. Žáci vyjadřují vlastní názory, diskutují a poskytují zpětnou vazbu. Stanoviště jsou rozdělená na témata závislost, kouření, alkohol, drogy, virtuální realita, poruchy příjmu potravy, mějme se rádi, řekni ne, rozhodování a reklama (Miovský, 2015).

3.6 Léčba závislosti na návykových látkách

Léčba by měla být nejlépe dlouhodobá a intenzivní. Jedná se o chronický problém, který vyžaduje dlouhodobou léčbu. Léčba může být dobrovolná, nebo nařízená na základě nebezpečnosti sobě či okolí a za třetí léčba ochranná, která já nařízena soudem, jelikož jedinec pod vlivem návykové látky spáchal trestný čin. Závislý jedinec může využívat různá zařízení, která mu mohou pomoci, jedná se například o různé terapeutické komunity, příslušné ambulantní zařízení, různé organizace či sezení anonymních alkoholiků, které vzniklo ve 40. letech 20. století (Nešpor, 2018).

Dle autora Skály můžeme způsoby léčby rozdělit na **terapeutické setkání**, které je prvním a nejdůležitějším. Zde je nástrojem k léčení terapeut, kde právě on stanoví další postup léčby. Terapeut by měl být empatický a umět se vcítit do role druhých. Jako

další způsob Skála uvádí **detoxikaci**, kde velká část léčby je založená na abstinenci všech látek s drogovými účinky. Tento druh léčby poskytuje ústavní zařízení, jelikož zde není droga pro pacienta k sehnání. Při recidivě, by se měl pacient vždy vrátit zpět do ústavního zařízení. Pobyť zde může být jednodenní, měsíční či roční. Jako další způsob je **náhled a motivace**, snaha, aby si pacient vytvořil svůj vlastní náhled na svůj stav a získal účinnou motivaci, která ho povede ke snaze o změnu. Občas pacient může svůj náhled, snahu, či motivaci předstírat, aby se vyhnul nátlaku svého okolí. Při ambulantní péči vede terapeut s pacientem rozhovory, prožívá s ním konkrétní události ohledně návykových látek, vede z toho písemný záznam a pomáhá mu k urychlení následné motivace a nadhledu. Jako další možnost léčby je **abstinenční indoktrinace**, kde hlavním úkolem je jedince přesvědčit, že je pro něj důležitá trvalá abstinence jakékoli drogy, a přesvědčit ho, že žádná návyková látka mu nepřinese nic užitečného a je nebezpečná a škodlivá. Jako poslední Skála zde uvádí **doléčování, rehabilitace**, kde nejčastější formou jsou pravidelné návštěvy terapeutické skupiny, či krátkodobé pobyty nejlépe na oddělení, kde byla vedena ústavní léčba (Skála, 1987).

Léčbu můžeme rozdělit na tři části, první částí je **Substituční léčba**, což je terapeutický postup, kdy návyková látka užívaná jedincem je nahrazená jinou látkou, která má definovanou koncentraci, je bez toxických účinků a je aplikovaná většinou ústy pod dozorem lékaře. Následně je **Ústavní léčba**, kde se již jedná se o hospitalizaci v psychiatrické nemocnici či oddělení, kde probíhá odvykací léčba, nejčastěji tři měsíce. Poté umožňuje přechod do následné péče, která je nezbytná. Programem při ústavní péči se rozumí skupinové psychoterapie, pracovní terapie a farmakoterapie. Poslední **Následná péče** probíhá formou ambulantní léčby či denního stacionáře. Zde jsou osvědčeny dlouhodobé pobyty (6 měsíců až 2 roky) v terapeutických komunitách (Poruchy spojené s návykovými látkami, 2022).

3.6.1 První pomoc při otravě návykovou látkou

V momentě, kdy má jedinec otravu návykovou látkou či máme pouze podezření, okamžitě přivoláme IZS. Pokud k otravě došlo vdechováním nějakých škodlivých látek, zajistíme dostatek čerstvého vzduchu. Pokud k otravě došlo ústy, podáme jedinci větší množství obyčejné vody a vyvoláme zvracení. Při nitrožilní otravě jedince, který je při vědomí, nad ním držíme dohled a snažíme se s ním komunikovat do příjezdu IZS,

aby neupadl do bezvědomí. Pokud je jedinec již v bezvědomí, položíme ho do stabilizované polohy a kontrolujeme dýchání. Při zástavě dechu, uvolníme dýchací cesty a zahájíme umělé dýchání.

3.7 Následky závislosti užívání návykových látek

Následkem požití a užívání návykové látky může být předávkování danou látkou a s tím spojené zdravotní problémy, které často končí v nemocnici, někdy i případnou hospitalizací, výjimečně mohou končit i smrtí. Požitím návykové látky bývá ovlivněno myšlení a psychické stavy jedince, které můžou vyvolat podrážděné chování, agresi vůči sobě, ale i vůči svému okolí, fyzické násilí, nebo i krádež či jiné delikventní chování. Výjimkou nebývá ani záškoláctví, které je u mladistvých velice časté a bývá také propojené s vandalismem.

Následky můžeme rozdělit na tři základní kategorie, a to následky psychické, biologické a sociální.

Psychické následky – do psychických následků řadíme poruchy emocí, dráždivost, labilita, zhoršení paměti a koncentrace, která může následně vést až k demenci. U inhalačních drog dochází k těžkému poškození CNS. Jedinec upřednostňuje návykové látky před svými zájmy, koníčky, někdy i povinnostmi. Také změna osobnosti, úbytek schopností, ztráta vůle, ztráta sebeovládání (Drogy, 2011).

Biologické následky – snížená imunita, chátrání organismu, úbytek na váze, špatné stravovací návyky, u žen může dojít ke ztrátě menstruace, nedodržování hygienických návyků, které následně vedou až ke zkažení či ztrátě zubů, poškození jater, ledvin, zažívacího traktu, nervové soustavy. Při aplikování drog nitrožilně je velká riziko infekčních chorob, jako je například hepatitida či HIV (Drogy, 2011).

Sociální následky – neplnění povinností, absence či ztráta zaměstnání, záškoláctví, které může vést až k vyhazovu ze školy, zhoršení výsledků a aktivity ve škole, ztráta přátel, špatné vztahy v rodině, jedinec někdy v rámci rodiny i krade různý majetek a následně ho prodává, krádež financí (Drogy, 2011).

4 DĚTSKÉ DOMOVY

Kapitola se zaměřuje na dětské domovy, právní úpravu, základní pojmy, historii, důvod umístění dítěte či mladistvého do zařízení, výchovu a prostřední dětského domova a v poslední řadě na osobnost vychovatele.

4.1 Právní úprava

Dětské domovy jsou školská zařízení pro výkon ústavní výchovy, která je nařizována na základě nového občanského zákoníku a její výkon je upravován v zákoně č. 109/2002 Sb., *zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*. Zařízení, které sem spadají, jsou: diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav. Pod § 12 najdeme dětské domovy a pod § 13 dětské domovy se školou (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Na základě zákona č. 359/1999 Sb., *o sociálně právní ochraně dětí* se může nezletilý jedinec dostat k soudu, kde může být následně stanovena ústavní výchova. Zákon se stará o zaopatření dětí. Sociálně právní ochranou se rozumí:

- Ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu.
- Ochrana zájmů dítěte a jeho jmění.
- Působení, které směřuje k obnovení funkce rodiny.
- Zabezpečení pro dítě či mladistvého, které nemůže být trvale či jen dočasně vychováváno ve své vlastní rodině (Zákon č. 359/1999 Sb.).

4.2 Pojem dětský domov

Dětské domovy jsou školská výchovná zařízení, která zajišťují výkon ústavní výchovy, hmotnou, zdravotní a sociální péči dětem a mladistvým, které ze závažných důvodů nemohou být vychovávány ve vlastní rodinně a nemohou být osvojeni či umístěni do náhradní rodinné péče.

Náhradní rodinou péčí se rozumí pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu, osvojení či svěřenectví (MPSV, 2023).

Ústavní výchovu můžeme rozdělit na diagnostický ústav, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovný ústav. V této práci se budeme věnovat výhradně dětským domovům.

Pokud je ohrožena mravní výchova a psychosomatický vývoj jedince, je jedinec na základě rozhodnutí soudu či domluvy se zákonným zástupcem umístěn do školského zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Děti a mládež bez poruch chování či MR jsou zařazeny právě do dětských domovů, které zajišťují ústavní výchovu. Jedinci s různými poruchami jsou umisťováni do jiných speciálně výchovných zařízení (Vocílka, 1999).

Do dětských domovů se přijímají děti, které nemají žádného rodiče či o jednoho z nich přišli, děti, jejichž rodiče jsou v těžké sociální situaci, trpí vážným onemocněním a nemohou se o dítě starat nebo je jeden z rodičů pro dítě nebezpečný. Dále děti, o které se rodiče nestarají a zanedbávají péči, v tomto případě bývá umístění do DD většinou soudně přikázáno. Často se v DD objevují i děti z početných rodin.

4.3 Historie dětských domovů

Ve středověku, před zřízením prvního dětského domova byli děti usmrcováni. První tzv. útulek pro opuštěné děti byl zřízen ve 4. století v Cařihradě. V Miláně roku 787 byl zřízen první nalezinec. Papež Inocenc nechal ve zdi kláštera zřídit kolo, nazývané torno, kam osoby mohly vložit svého potomka kterého nechtěly a kolem otočit, čímž bylo dítě dopraveno do kláštera. Torno bylo papežem založeno ve 12. století, ale tento systém se využíval v některých zemích až do 20. století. Po reformaci začalo docházet k zakládání nových sirotčinců, nalezinců či dětských ústavů. Orgány státní správy přispívaly jen málo, proto velký podíl připadal na dobročinnost. První sirotčinec byl roku 1520 v Holandsku, ve městě Amsterdam. Tento sirotčinec byl jako vzor pro následující nové sirotčince v Německu, a to roku 1572 v Augšpurku a roku 1604 v Hamburku. Velký počet domovů byl i v Belgii. Koncem 18. století Jan Jindřich Pestalozzi založil vychovatelský ústav pro zanedbané a opuštěné děti. Stal se tak vzorem péče o zanedbanou, opuštěnou a mravně kleslou mládež. Jeho cílem, byla snaha o propojení výchovy dětí a práce pro ústav, kdy ústav dětem zajišťoval výchovu a děti naopak ústavu prosperitu. Rakousko-Uhersko, začínalo vyvíjet DD v 19. století. K roku 1883 jsme v Čechách měli 21 ústavů pro mladistvé. Významná autorka pro

vývoj ústavů a DD byla Marie Červinková, která se věnovala přednáškám o činnostech humanitních a sociálních problémech. Následně vydala i knihu „Ochrana chudé a opuštěné mládeže“, která se v českých zemích stala vzorem. Začínaly vznikat různé normy, zákony a vyhlášky na ochranu dětí a mladistvých.

Za první republiky se především usilovalo o prevenci a sjednocení sociálně právních, výchovných i zdravotnických složek. Před 2. světovou válkou byly DD většinou spravovány okresními odděleními, ale některé byly spravovány i církví, jednotlivci či různými dobročinnými organizacemi. Kvalita DD zde byla odlišná. DD byly většinou malé, obsahovaly smíšené skupiny a byly rodinného typu. Ve 20. století, především po 1. a 2. světové válce narostl počet jedinců v dětských domovech. Již byly i jiné možnosti než DD, například pěstounské péče či adopce. Pěstounská péče ale byla roku 1952 zrušena, a tak opět narostl počet dětí v DD. Představa o tom, že dětské domovy musí být velké, mít ložnice, herny či jídelny pro velký počet dětí, místo malých rodinných skupin se staly prostředím pro vznik psychické deprivace (Vocilka, 1999).

Ačkolí se jedná o závažné téma, tak literatury na téma dětských domovů je málo a je převážně staršího data.

4.3.1 Dětské domovy dnes

Během posledních deseti let se DD posunuly na kvalitativně vyšší úroveň. Již se jedná o DD rodinného typu, kdy společně v jednom plně vybaveném bytě žije a vyrůstá skupinka většinou šesti až osmi dětí. Byty nemusí být vždy pohromadě na jednom místě, ale mohou být umístěny v různých zástavbách, což je i výhodou. Děti navštěvují běžné základní školy i kroužky či aktivity mimo svůj DD, kde mají možnost navázat kontakt, kamarádství či ve vyšším věku i vztah s někým jiným než pouze s jedincem z prostředí DD. Cílem této proměny bylo, aby životy jedinců v DD byly co nejlépe přiblíženy či napodobeny životu v běžné rodině. Dalším cílem DD je, aby jedinci byli dostatečně připraveni na opuštění zařízení, socializaci, hledání zaměstnání, vlastního bydlení a aby se naučili samostatně žít.

4.4 Standartní dětský domov

Zde v DD děti žijí dlouhodobě. Věková hranice pro děti a mladistvé, kteří jsou umístováni do DD je od tří do devatenácti let, popřípadě do ukončení studia, tedy maximálně do dvaceti šesti let. Zde jsou chlapci i dívky umístěni společně. Při nástupu dítěte či mladistvého si zařízení vyžaduje jeho osobní list, zprávu, informace o zdravotním stavu, potvrzení o bezinfekčnosti a jeho bydliště. Děti v DD navštěvují školské zařízení, které je v dosahu daného domova. Učební plán je dán školou, kterou žák navštěvuje (Vocílka, 1999).

DD je založen na tzv. rodinné buňce složené z šesti až osmi členů různého věku či pohlaví. Sourozenci jsou primárně dáváni do jedné stejné buňky. Jelikož děti jsou umístěny v domově dlouhodobě, mají prostory dobře členěny, jako například bytovka s bytem pro každou skupinu, která obsahuje obývací část, kuchyň, sociální zařízení a ložnice, kde s nimi tráví čas i jejich vychovatelé, kteří zastupují pozici rodičů a děti je často nazývají jako tety či strejdy. Vychovatelé dané rodinné buňky na jedince dohlížejí, organizují volný čas či pomáhají s přípravou do školy. Všichni členové skupiny se podílejí na běžných domácích pracích. Život v rodinné buňce je přizpůsoben běžnému životu v rodině (Stárek, 2021).

Vztahy mezi dítětem a vychovatelem jsou intenzivní, vychovatel, který v DD pracuje dlouhodobě a má na starost danou skupinu neboli buňku, se pro děti stává důležitý, blízký, věrohodný a také většinou vzorem (Vaňková, 1980).

V DD kromě vychovatelů a ředitele působí sociální pracovnice, zdravotní personál, psycholog, který může být někde k dispozici externě, kuchaři, řidiči a pradelny (Stárek, 2021).

Dle Škoviera (2007) jsou DD rodinného typu pouze iluzí reálného skutečného domova, Tvrdí, že rodinné společenství vzniká pouze ve funkční rodině a v dětském domově rodinného typu nevzniká žádné náhradní rodinné společenství, ale společenství bytové (Škoviera, 2007).

4.4.1 Výchova v dětském domově

Jak již bylo výše zmíněno, výuka probíhá mimo DD, v klasické základní škole, nejčastěji té, která je v blízkém okolí. Jedinci se vzdělávají stejně, jako ostatní žáci z funkčních rodin, tedy dle školního vzdělávacího programu. DD musí základní školu upozornit, zda má žák nějaké problémové chování, zdravotní nebo psychický problém. Po ukončení vyučování v základní škole se jedinec vrací zpět domů, tedy do své rodinné buňky, kde jeho povinností je splnit si zadané domácí úkoly ze školy. Vychovatel se snaží naučit dítě k samostatnosti, aby si osvojilo studijní návyky a naučilo se k učivo přistupovat samostatně a zodpovědně. S osvojením těchto povinností by jedinci měl pomáhat právě vychovatel a pomoci mu, jak efektivně využít svůj čas na učení a správně se učit. Výchova je rozložena tak, aby byly respektovány různé individuality jedinců.

Vychovatelé dětem připravují program aktivit či her, ale jedinci navštěvují i různé zájmové kroužky mimo dětský domov. Cílem je, aby jedinci trávili svůj volný čas podobně jako jedinci z funkčních rodin. Děti mají možnost navazovat tedy i nové kontakty mimo DD. S ohledem na věk dítěte mohou děti trávit čas i mimo DD a získávat tak jistou volnost. Vychovatel je zodpovědný za veškerou činnost dětí. V DD je vnitřní řád, který stanovuje organizaci dne, kterou se jedinci musí řídit.

Častým problémem, se kterým se vychovatelé setkávají, je zanedbanost ve směru školy, chybějící základní znalosti a vědomosti a také zanedbanost samoobslužných návyků, jako je základní hygiena, udržování pořádku, nebo zapojení se do domácích činností (Stárek, 2021).

4.4.2 Prostředí dětského domova

Žádné prostředí DD se nevyrovná klasickému rodinnému prostředí, kdy má dítě možnost vyrůstat ať už v úplné či i neúplné rodině. Prostředí, kdy má dítě svého rodiče jako vzor, kdy ho rodič vede ke správnému chování, vychovává ho, motivuje, má vlastní pokoj, navštěvuje zájmové kroužky a může se svým rodičem řešit různé problémy, ať školní či osobní nebo pouze bezvýznamně konverzovat, je pro vývoj dítěte to nejlepší a zároveň nejkrásnější. Bohužel tak není ve všech případech, a právě proto jsou DD. V dnešní době se DD snaží co nejvíce napodobit a uzpůsobit jedinci co

nejvíce přirozené prostředí. Vychovatel je jim přítomen v první řadě tedy jako vychovatel, ale i jako rádce či opora. Každé dítě se na příchod do DD adaptuje jinak a v jiném tempu, také hodně záleží na věku, v kterém se do DD dostane, což může následně vést i k určitým rizikům.

DD má dvě stránky prostředí, a to je v první řadě stránka sociálně-psychická, která je tvořena lidmi, kteří se v okruhu jedince vyskytují, s kým vyrůstá v dané skupině, jaký má vztah s ostatními. Druhá stránka je materiální, která je dána prostředím, místem či prostorem v jakém se jedinec vyskytuje, a technikou, věcmi nebo vybavením, které má jedinec k dispozici (Kraus, Poláčková, 2001).

Škoviera (2007) uvádí, že pokud realizace DD nevychází z filozofické výchovy, ale z projektového řešení je to špatně. Nejdůležitější pro výchovu vždy byl, je a bude vychovatel, bez ohledu na projektové řešení, kterým se rozumí stavení heren, kuchyněk atd. Škoviera (2007) pokládá otázku, pokud dítě přijde do DD s nízkou sociální úrovní a následně se během pobytu v DD setká s mnohdy až nadstandartními materiálními podmínkami, a poté se má následně vrátit zpět do života opět s mnohem nižší sociální úrovní, zda jde v tomto případě o přípravu na vrácení se zpět do normálního života. Zde samozřejmě určitá rizika jsou. Nesnaží se říct, že děti vyrůstající v DD nemají mít stejné či podobné podmínky jako ostatní děti z běžných rodin, ale chce podotknout, že opakované relaxační pobyty pro jedince v zahraničí je až nadměrné a to proto, že jim to následně může jejich pohled na svět materializovat, mohou pro budoucí život očekávat celoživotní podporu ze strany státu a po odchodu z DD je může frustrovat, že si stejné podmínky nedokážou zabezpečit samy (Škoviera, 2007).

4.4.3 Příchod dítěte do dětského domova

Po nařízení soudu je dítě předáno sociálním zástupcem či soudním vykonavatelem do ústavní péče DD, kde po příchodu absolvuje rozhovor, ve kterém se dozví veškerá pravidla a práva DD. Následně je jedinec přidělen do rodinné buňky. Jedním z prvních a nejdůležitějších postupů je adaptace dítěte mezi ostatní členy rodinné buňky, což také záleží na jeho věku, sociálním základu a psychickém stavu. S adaptací by mu měl pomoci vychovatel, zařadit ho do společných her či aktivit, pomoci mu a postarat se o něj. Ve chvíli, kdy jedinec začne vychovateli důvěřovat, jeho adaptace je na dobré cestě. Rodiče mohou své děti v DD navštěvovat, pokud tak soud dovolí a dítě bude

souhlasit. Nejčastěji zde děti navštěvují rodiče, kterým bylo dítě odebráno z důvodu nedostatečných financí, či mladých matek, u kterých hrozila špatná výchova. Tyto děti se většinou vrací do svých rodin, je zde tedy minimální šance, aby byly adaptovány či svěřeny do pěstounské péče. Tito jedinci se souhlasem ředitele DD a obecního úřadu, ve kterém má dítě trvalý pobyt mohou své rodiny i navštěvovat, například na prázdniny či víkendy. Tento druh péče nazýváme hostitelská. Kontakt dítěte s rodiči může být formou telefonickou, dopisy či i osobní setkání (Stárek, 2021).

4.5 Příčiny umístění dítěte do dětského domova

Děti či mladiství se do DD dostávají nejčastěji, pokud rodina jedince neplní své funkce. V případě, kdy níže uvedené funkce nejsou plněny, rodina se stává disfunkční.

Mezi základní psychologické funkce patří:

- 1) Uspokojení základních a primárních potřeb dítěte.
- 2) Rodič dává svému dítěti od brzkého věku akční prostor.
- 3) Rodič dává dítěti bezprostředně působící vzory a příklady.
- 4) Rodič uvádí dítě do vztahu k věcem rodinného vybavení.
- 5) Rodič zakládá, posiluje a rozvíjí vědomí povinností.
- 6) Rodič dává dítěti možnost vejít do mezigeneračních vztahů.
- 7) Rodič navazuje ve svém dítěti představu o širším okolí, společnosti i světě.
- 8) Rodič je pro dítě někdo, komu se může svěřit, říct si o radu či o pomoc (Helus, 2007).

Mezi nejčastější důvod selhání rodiny, díky kterému je dítě následně umístěno do DD je prostitute matky, zneužívání a týrání dětí, nezvládnutá výchova, nízká sociální úroveň rodiny, trestná činnost rodičů, alkoholismus a jiné návykové látky u jednoho či obou rodičů (Stárek, 2021).

Již v úvodu kapitoly bylo zmíněno, že do DD se často dostávají jedinci z početných rodin, kde se velice často jedná o romské děti.

Cílem při vzdělávání romských žáků je potřeba stanovit jasné cíle, které se včleňují do úsilí o optimalizaci společenských procesů. V tuto chvíli jsou učitelé a vychovatelé odpovědní za dosahování žádoucích cílů výchovy. Jako základní nástroj edukace je kultivující dialog, který probíhá mezi romským dítětem a vychovávající osobou, dále také vztahy mezi podmínkami, cílem a prostředky výchovy. Osoba vychovávající

by tyto procesy měla využívat jako základ pro výchovu a vzdělávání romských žáků (Balvín, 2004).

4.6 Vychovatel dětského domova

Co si představíme, když si položíme otázku, jaké vlastnosti by měl vychovatel mít? Samozřejmě se nám ihned vybaví někdo, kdo děti bude mít především rád a bude hodný, to ale nestačí. Vychovatel by měl být i ochotný, ohleduplný, nápomocný, optimistický, empatický, trpělivý ale i důsledný. Měl by mít pochopení a roli umět se vcítit do situace dítěte či jedince a vidět okolní svět jeho očima, a to i v případě, že bude řešit určité situace či problémy. Také by měl ke každému dítěti přistupovat individuálně. K dětem by měl být spravedlivý a přátelský, ale zároveň si udržet roli toho, koho děti musí respektovat. Určitě by měl mít dobré organizační schopnosti. Vychovatel často bývá pro děti vzorem, a právě z tohoto důvodu by měl mluvit spisovně, rozhodně ne vulgárně, být upravený, čistě oblečený a aktivní.

4.6.1 Osobnost vychovatele

Být vychovatelem v DD je práce velice náročná, naplní jeho práce je od uspávání či utírání nosu malým dětem až po vedení vážných, důležitých, terapeutických rozhovorů. Cílem kvalitního a dobrého vychovatele je plnit své vize a potenciál, který má, ne pouze plnit zadané pokyny. Je flexibilní, přes domácí práce, rozhovory a aktivity s dětmi, zvládá ještě doprovodit dítě k lékaři (Škoviera, 2007).

Osoba, která chce zaujmout pozici vychovatele, by měla splňovat určitá specifika. Na vychovatele jsou kladeny vysoké nároky na osobní vybavenost i vzdělání, tudíž tuto pozici nemůže dělat každý. Především musí mít jedinec nadání pro práci s dětmi, která se leckdy projeví dříve než odborné vědomosti. Radíme sem citovou, kognitivní a snahovou složku osobnosti (Vaňková, 1998).

Citová složka – vychovatel je schopný investovat svoje city ve prospěch dětí, snaží se je motivovat, má potřebu se o děti zajímat, pomáhat jim, má lidský přístup, pochopení a snaží se je ovlivňovat a hodnotit právě citem (Vaňková, 1998).

Kognitivní složka – vychovatel má tendenci vidět věci objektivně, každou svoji zkušenost přijme jako odbornou zkušenost do budoucna, kterou následně ve stejných

či podobných situacích dokáže použít, nedopouští se obecně známých chyb, hledá a aplikuje vhodné metody individuálně, přijímá nové sociální vlivy, sám má vůli postupovat dál a pozitivně se měnit, snaží se různé problémy výchovy vidět ze strany dítěte a pomoci mu (Vaňková, 1998).

Snahová složka – svoje nadání využívá v praktické i teoretické činnosti a dále ho rozvíjí. Například kombinace špatného sluchu, ale krásného hlasu, pokud jedinec neudělá první krok a nezačne rozvíjet svůj potenciál, neuplatní své nadání (Vaňková, 1998).

Dále musí mít vychovatel vyvinuté sociální citění, které by ho mělo motivovat a sociabilitu, tj. umění se začlenit do společnosti či dané skupiny.

4.6.2 Kvalifikační předpoklad pro vychovatele

Samozřejmě kromě výše uvedených specifických předpokladů, musí vychovatel splňovat i kvalifikační předpoklad k této práci.

Vychovatel získá odbornou kvalifikaci po dokončení studií v akreditovaném oboru pedagogických věd, která je zaměřena na sociální či speciální pedagogiku. Pokud má jedinec vystudovaný jiný obor, je možné se přihlásit do programu celoživotního vzdělávání, které je uskutečněno vysokou školou v oblasti pedagogických věd, v oblasti speciální pedagogiky se zaměřením pro vychovatele, či vyšším odborným vzděláním, které jedinec získá při ukončení akreditovaného vzdělávacího procesu o oboru speciální pedagogika. Podmínky jsou dle zákona č. 563/2004, § 16 „*Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*“ (Zákon č. 563/2004 Sb., § 16).

Dosažením kvalifikace to pro vychovatele ještě nekončí. Vychovatelé se vzdělávají a zdokonalují po celou dobu své výchovné činnosti. Doplňují či rozšiřují si svoji kvalifikaci, někdy jen opakují a udržují. Mohou navštěvovat různé kurzy, či se vzdělávat samostudiem. Vychovatel musí následně splňovat i podmínky jako je bezúhonnost, mít čistý trestní rejstřík a být způsobilý k právním úkonům.

5 CÍLE A METODY ŠETŘENÍ

V této kapitole bude objasněn cíl výzkumného šetření, vybraná metoda a design šetření, seznámení s respondenty, oběma dětským domovy a rozhovor s respondenty i vychovateli.

5.1 Cíle a metody šetření

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit rozdíly v dětských domovech a jejich uživatelích, jaká a v jakém věku byla prvotní zkušenost s alkoholem a návykovou látkou mladistvých jedinců vyrůstajících ve vybraných dětských domovech, jaké byly jejich pocity po užití dané látky či alkoholu, zjistit důvod jejich umístění v dětském domově, porozumět chodu dětského domova, jejich rodinným buňkám, programu pro děti a mladistvé, a především jak moc časté bývá užívání alkoholu a návykových látek mladistvými ve vybraných dětských domovech. Dalším důvodem je porovnání nejen dětských domovů mezi sebou, ale také případné rozdílné výpovědi mladistvých a jejich vychovatelů. Z tohoto důvodu byl vybrán kvalitativní výzkum formou strukturovaných rozhovorů s respondenty (mladistvými), tak jejich vychovateli. Tato forma výzkumu pro bakalářskou práci byla zvolena z důvodu důvěryhodnosti daného tématu, které se odehrává v dětských domovech. Z tohoto důvodu bylo lepší volbou zvolit rozhovory, které přináší možnost osobního kontaktu, lepší komunikace nežli formou dotazníkového šetření, dále také možnost nahlédnout do „chodu domácnosti“ těchto DD. Dalším důvodem pro zvolení kvalitativního výzkumu byla citlivost zvoleného tématu, na které ne každý uživatel těchto zařízení byl ochoten odpovídat, proto se pracovalo s menším počtem jedinců, za to více do hloubky, tedy z důvodu prohloubení a porozumění dané problematice alkoholu a návykových látek u mladistvých v dětských domovech.

5.2 Metodika šetření

Šetření bylo realizováno v průběhu února 2023, postupně, dle časových možností vybraných dětských domovů v Praze. Prvním navštíveným DD byl Dětský domov Dolní Počernice na adrese Národních hrdinů 1/240 na Praze 9. Druhým DD byl Dětský

domov Klánovice, který sídlí na adrese Smržovská 77, Praha 9. Metodika šetření probíhala formou strukturovaných rozhovorů s respondenty a následně i jejich vychovatelem. Devět otázek bylo položeno respondentům a vychovatelům otázek pět. Proběhl souhlas s nahráváním na diktafon. Každý z respondentů podepsal informovaný souhlas o poskytnutí výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely praktické části této bakalářské práce s tím, že veškeré získané informace jsou anonymní a budou představeni nikoliv svým jménem, ale dostanou označení „respondent“ a vychovatelé pod názvem vychovatel č. 1 a č. 2. Respondenti byly také obeznámení s informací, že mají právo na jakoukoli otázku odmítnout odpovédět.

5.3 Respondenti

Bylo osloveno celkem osm respondentů, z toho šest mladistvých a dva vychovatelé. Na každý DD tři respondenti z řad uživatelů dětského domova a jeden vychovatel. Věk mladistvých se pohyboval mezi 15 až 20 rokem, jelikož zkušenost s návykovými látkami či alkoholem je pravděpodobnější než u mladších jedinců. Byli osloveni čtyři chlapci a dvě dívky. Vychovatelé byli mužského pohlaví. Z důvodu citlivého tématu a ostychu většiny mladistvých byli tito konkrétní jedinci vybráni daným vychovatelem. Formou slovní dohody jsme se shodli, že lepší formou bude tykání, respektive položení otázek a následných odpovědí ve formě tykání.

6 DĚTSKÝ DOMOV DOLNÍ POČERNICE

Dětský domov Dolní Počernice se nachází na adrese Národních hrdinů 1/240 v Praze. Dětský domov je aktuálně pod vedením ředitele Martina Lněničky. Funkce dětského domova počala v roce 1923, kdy se jednalo o vychovatelnu dívek, o které pečoval manželský pár. Od roku 1951 místo dívek zde byli umístěni pro změnu pouze chlapci a později téhož roku již byli obě pohlaví. V této době byla kapacita dětského domova pro 42 dětí, které byly rozděleny do třech výchovných buněk, a to dvou skupin chlapců a jedné skupiny dívek. Následně se založila další výchovná skupina, jelikož se otevřely další prostory zámku, a tím pádem dětský domov se stal již typem rodinným. Skupiny dětí zde byly poprvé promíchané, v jedné skupině byli chlapci i děvčata po deseti až jedenácti jedincích. V roce 2004 zde přestala fungovat pro jedince jídelna a začali si stravu zajišťovat samostatně, téhož roku proběhla rekonstrukce a mohla se tak otevřít další rodinná skupina. Nyní bylo již pět rodinných skupin po šesti až osmi členech. Další navyšování kapacity nastalo v roce 2010, kdy skupiny obsadily dva byty na Černém mostě a v roce 2011 další byt. Následně byty přibývaly.

K dnešnímu dni má dětský domov kapacitu dvanácti rodinných skupin, z toho čtyři žijí na zámku v Dolních Počernicích, ostatní skupiny jsou mimo areál či ve startovacích bytech. Součástí DD jsou i dva cvičné byty, služební byty a hřiště. Kapacita dětského domova je aktuálně 83 dětí, ale obsazenost ke dni 15. 2. 2023 je 73 jedinců z toho 15 mladistvým je nad 18 let. Aktuálně je tedy dvanáct rodinných skupin. Věková hranice pro děti je zde 3 do 26 let – pokud ovšem mladistvý studuje denní studium. Nyní zde působí 43 vychovatelů. U každé rodinné buňky se zde střídají čtyři vychovatelé. I zde se snaží, aby rodinná buňka co nejvíce připomínala průběh života v normální funkční rodině. Buňka se tedy o veškeré domácí povinnosti jako je nákup, úklid či vaření musí postarat sama. Tři základní směry, o které se dětský domov snaží je navrácení dětí zpět do rodin, udělat jim dětství příjemnější a naučit je samostatnosti a připravit na následný odchod z dětského domova. K naučení osamostatnění má dětský domov k dispozici předcvičené a startovací byty, kdy děti dostanou cvičnou výplatu, z které v průběhu měsíce přijdou zaplatit nájem a o vše ostatní se starají samostatně (DDDP, 2022).

6.1 Strukturovaný rozhovor

Zde v dětském domově Dolní Počernice byl proveden rozhovor se třemi jedinci ve věku dvakrát 18 let a jednou 19 let. Jak již bylo zmíněno v úvodu, osobní údaje nebudou zveřejněny, uvedeni budou pod názvem respondent a číslo a vychovatel pod označením vychovatel č. 1.

1) Měl/a jsi už někdy alkohol? Pokud ano, v kolika letech poprvé? O jaký druh alkoholu šlo? Při jaké příležitosti?

R1: „Ano měla v jedenácti letech a byl to krabičák (krabicové víno). Byla jsem s holkama venku, byly jsme prostě malý a asi viděly někde a prostě jsme si šly koupit krabičák a šly jsme do lesa chlastat.“

R2: „Ano v jedenácti. Já jsem pila Metaxu. Byla jsem s rodičema v kempu a bavila jsem se s nějakým starším klukem a pamatuju si, že on mě pozval na panáka a šli jsme ho někam tajně vypít.“

R3: „Jo asi v sedmnácti to byla nějaká vodka, ale bylo toho málo tenkrát, chtěl jsem ho vyzkoušet, sehnali ho starší kamarádi.“

2) Co v tobě požití alkoholu vyvolalo a jak jsi se cítil/a?

R1: „Nevím, už je to fakt dlouho.“

R2: „To si nevybavuju, já si myslím, že mě to asi bavilo.“

R3: „Nic, jsem se napil jen trochu a nechutnalo mi to.“

3) Užil/a jsi někdy alkohol za dobu co jsi v DD? Pokud ano, jak často jej užíváš?

R1: „Ano, třikrát do týdne (smích.)“

R2: „Jo, tak dvakrát, občas i třikrát, jak kdy. Přes týden si dám třeba pivo, ale o tom víkendů trošku víc.“

R3: „Za tu dobu, co jsem tady jsem se pořádně opil jen jednou, to bylo rumem, příležitostně si dám jen pivo.“

4) Co si o alkoholu myslíš?

R1: „Dřív, když jsem měla špatný dny, tak jsem si ten alkohol dala a bylo mi líp, takže mi pomohl na náladu.“

R2: „*Nic (smích), (přemýšlí) ale když to tak vezmu, tak si ho dávám spíš z nudy.*“

R3: „*To nějak neřeším (smích).*“

5) Měl/a jsi už někdy nějakou návykovou látku? Pokud ano, v kolika letech poprvé a o jaký druh návykové látky šlo a při jaké příležitosti jsi ji užil/a?

R1: „*Měla, já jsem měla cigáro po prvé v osmi a trávu po prvé v jedenácti. Bylo to na bytě, ze kterého se odstěhoval strejda a nechal tam krabičku cigaret, tak jsem jí vzala ven za kamarádkami.*“

R2: „*Ano, tak já jsem poprvé měla cigaretu v jedenácti, trávu ve dvanácti. Mně se hrozně líbil jeden kluk a jemu bylo asi sedmnáct, byl o dost starší, my jsme spolu šli ven a on vytáhl brko a já dělala frajerku, tak jsem to zkusila.*“

R3: „*Jen kouřím, fakt přemýšlím, ale na nic jiného si nevzpomínám.*“

6) Vyzkoušel/a jsi ještě nějaké jiné návykové látky? Popřípadě jaké?

R1: „*Vyzkoušela jsem trávu (marihuana), jinak vůbec.*“

R2: „*Tak abych byla upřímná hulila jsem tři roky v kuse. Emko jsem měla, měla jsem LSD, vyzkoušela jsem taky pervitin a houbičky jsem taky měla.*“

R3: „*Ne.*“

7) Co v tobě dané návykové látky vyvolaly? Jak jsi se cítil/a?

R1: „*Když jsem hulila skéro, tak jsem měla haldy (halucinace).*“

R2: (mluví o marihuaně) „*Já si to úplně strašně fakt pamatuju, a to je že jsme byli na Petříně a tam je prostě ten obrovskoj kopec dolů a my jsme byli úplně nahoře a když jsme šli tak se mi to všechno hejbal od sebe, všechno se zpomalovalo, všemu jsem se smála, přišlo mi všechno hrozně vtipný, taková uvolněná a bylo to intenzivní. Nejhorší stav jsem měla po pervitinu, protože to si pamatuji, že jsem myslela, že umřu. Byla jsem na benzínce a tam se mnou byl kamarád a on mi prostě furt kupoval hořčičk, protože já jsem nemohla hejbat rukama, strašně mi bušilo srdíčko, fakt jsem myslela, že umřu. Emko jsem vyzkoušela víckrát.*“

R3: Otázka nebyla položena.

8) Užil/a jsi nějakou návykovou látku za dobu, co jsi v DD? Pokud ano, jak často ji užíváš?

R1: „*Ne.*“

R2: „*Ta tráva byla dřív. Vše ostatní od doby, co jsem tu.*“

R3: Otázka nebyla položena.

9) Jsi v kontaktu se svou rodinou? Pokud ano, je hlavním důvodem tvého umístění zde v DD nadměrná konzumace alkoholu či návykových látek u jednoho či obou rodičů? Pokud ne, z jakého důvodu jsi v DD?

R1: „*Ano. Jo byl to hlavní důvod, rodiče berou drogy.*“

R2: (Kýve hlavou, že ano) „*Tak právě první to byl alkoholismus, ale pak to přešlo na drogy.*“

R3: „*Jo s některýma lidma jo, ne není to důvodem, proč jsem tady. Jak se to vezme, byl jsem tehdy u mámy a její přítel mě neměl rád tak jsem nějak tak odtamtud vypadl no.*“

6.2 Rozhovor s vychovatelem

1) Dokážete říct, jaké je přibližné procento dětí zde v DD, které již alkohol a návykové látky do svých 18 let vyzkoušelo? Kde na to berou finance?

Vychovatel č. 1: „*Alkohol přes devadesát procent. U návykových drog se to nedá říct procentuálně, máme tady dva chlapce, kteří prostě kouří marihuanu relativně pravidelně. Mladiství by měli chodit na brigády, případně si pomáhají mezi s sebou (jeden má cigarety, druhý alkohol).*“

2) Jak takové situace řešíte?

Vychovatel č. 1: „*No tak pokud to není časté, tak je necháme vystřízlivět, ať se vyspějí, samozřejmě jim řekneme, že toto nepatří jednak k jejich věku, jednak že ten, kdo jim ten alkohol podává, že se vystavuje trestnímu stíhání, atak, prostě takový ten standartní rozhovor o tom, že teda pít se nemá. Respektive od určitého věku a určitým způsobem, u návykových látek si nepřejeme, aby je zanášeli do prostorů DD. Můžeme poslat děti na odvykací léčbu, ale tam se spíše více naučili, než aby si odvykli.*“

3) S jakými návykovými látkami se zde u mladistvých nejčastěji setkáváte?

Vychovatel č. 1: „*Marihuanu a cigarety určitě, ten zbytek takřka ne, určitě tady není koks, jestli někdo zkusil extázi, byli tady tací, ale to jsou opravdu jednotlivé případy.*“

- 4) Patří mezi časté důvody umístění dětí a mladistvých do DD právě nadměrná konzumace alkoholu či návykových látek u jednoho nebo obou rodičů jedince? Případně pokud ne, jaký bývá ten hlavní důvod umístění dětí a mladistvých zde?**

Vychovatel č. 1: „*Obecně to je, že rodiče nejsou ochotni se starat nebo ztrácí zájem o výchovu nebo nemají ekonomické podmínky, ztratí bydlení, a to už je podnět pro OSPOD, aby to řešili. Ale ano, i tento důvod alkoholismu či drog u rodičů je častým, pro odebrání dítěte z rodiny a umístění do DD.*“

- 5) Řeknete mi prosím, s jakým nejvážnějším případem ve spojitosti s alkoholem či návykovou látkou jste se ve zdejším dětském domově setkal?**

Vychovatel č. 1: „*Byl tu chlapec, který si koupil lahev tvrdého alkoholu, tady se zrubal tak, že pro něj jela sanitka, protože dostal otravu alkoholem. Myslím, že to byla slivka. Udělal to vícekrát a vždy cíleně, když zletil, odešel z DD. Pak jsme tu měli chlapce, který na předávkování zemřel.*“

7 DĚTSKÝ DOMOV KLÁNOVICE

Dětský domov Klánovice se nachází na adrese Smržovská 77, Praha 9 Klánovice, pod vedením paní ředitelky Mgr. Dany Kuchtové. V roce 1949 byl zde zřízen státní dětský domov pro děti v předškolním věku. Po zahájení bylo zde umístěno 45 dětí. V roce 1957 byla při dětské domově založena i mateřská škola. Roku 1959 se otevřelo speciální oddělení pro mentálně postižené děti. Roku 1965 se zahájilo jednání na ministerstvu školství o zřízení experimentálního dětského domova pro jedince ve věku od tří do patnácti let. V roce 1965 se zde v dětské domově otevřely první rodinné buňky a následující rok byly již děti a mladiství rozděleni do čtyř skupin. Aktuálně je v dětské domově již osm rodinných buněk, kde jsou chlapci i dívky ve věku od tří do osmnácti let, popřípadě do dokončení studií.

Kapacita dětského domova je 56 dětí, aktuální obsazenost je 54 dětí. Pracuje zde 32 vychovatelů. O každou výchovnou buňku se starají čtyři vychovatelé.

I zde v tomto dětské domově je hlavním cílem dětem co nejlépe zpříjemnit pobyt, připravit je na následné osamostatnění, či na návrat zpět do rodin. O pracovních dnech děti plní své povinnosti, o víkendech jezdí na různé výlety jako ostatní rodiny. Často se skupiny mezi sebou navštěvují, ale chodí za dětmi i návštěvy zvenčí. Pořádají a zúčastňují se různých aktivit a zábav, dochází na různé kroužky, spousta chlapců z DD hraje fotbal v místním fotbalovém klubu FC Klánovice, starší jedinci o víkendech chodí na brigády. (DDK, 2022).

Hlavním důvodem výběru tohoto dětského domova byl můj blízký známý, který zde v dětské domově vyrůstal do svých pěti let a následně byl adoptován. (DDK, 2022).

7.1 Strukturovaný rozhovor

Zde v dětské domově Klánovice byl proveden rozhovor se třemi jedinci ve věku patnáct, osmnáct a dvacet let. Jednalo se o tři chlapce. Poté byl proveden rozhovor také s vychovatelem dané skupiny. Jak již bylo zmíněno v úvodu, osobní údaje nebudou zveřejněny, uvedení budou pod názvem respondent a číslo, vychovatel pod názvem vychovatel č. 2.

1) Měl/a jsi už někdy alkohol? Pokud ano, v kolika letech poprvé? O jaký druh alkoholu šlo? Při jaké příležitosti?

R1: „Jó, poprvé ve 14 se strejdou z Ostravy, nepamatuju si, o jaký alkohol šlo, ale šlo spíš o tvrdý alkohol, protože strejda vlastní bar. Když mě hlídal, tak jsem si dal trošku a pak mi to nějak zachutnalo.“

R2: „Jo, ve 13 jsem měl asi pivo, já jsem převážně spíš na pivo. Po zápase (po fotbale).“

R3: „Jo, ve 14 no poprvé pivo. Dali mi to ochutnat kamarádi v partě.“

2) Co v tobě požití alkoholu vyvolalo a jak jsi se cítil/a?

R1: „Dobrou náladu.“

R2: „Dobrou náladu, bylo to fajn.“

R3: „Nic moc (smích), no jako bylo to dobrý, ale nic to nedělalo.“

3) Užil/a jsi někdy alkohol za dobu co jsi v DD? Pokud ano, jak často jej užíváš?

R1: „No, tak dneska třeba krabicový víno a nevím jednou za čas já si sám nekupuju, je to spíš takový, když někdo pozve. Nebo někoho pozvu, třeba byl jsem na Žižkově ve svém oblíbeném baru, tak tam jsem si dal pivo, protože od osmi do devíti mají slevu že jo na velkou Plzeň za pětatřicet.“

R2: „Jenom občas, fakt příležitostně, tvrdý moc nedávám, třeba když jdu na hokej, tak si dám prostě pivo, někdy si dám víc, ale jednou za čas to nevadí.“

R3: „Teď ne, na Silvestra naposledy.“

4) Co si o alkoholu myslíš?

R1: „Že by s tím člověk měl být opatrný, aby nedopadl jako já minulej rok, kdy jsem ztratil iPad. Pil jsem s kamarádem medovej Jack a dopadlo to tak, že si z toho večera nepamatuju nic, jen úryvky, žejo, blackout, tma, objevil jsem se jinde a nakonec doma další den zjistil, že nemám iPad pátý generace za dvacet tisíc a mobil po mámě. Ale na strejdu (vychovatele) jsem byl prej strašně hodnej a zval i pány policisty, kteří mě přivedli domu v jednu ráno ať přijdou další den na kávičku.“

R2: „Těžko říct, každéj na to má jinej názor, když je to jednou za čas tak je to v pohodě, ale když je to zase pravidelně, tak je to spíš o ničem.“

R3: „Je to sranda, ale někteří lidi jsou blázni na tom.“

5) Měl/a jsi už někdy nějakou návykovou látku? Pokud ano, v kolika letech poprvé a o jaký druh návykové látky šlo a při jaké příležitosti jsi ji užil?

R1: „Nic, jenom vlastně cigarety, vapy a jo jednou jsem měl CBD, před praxí, takže na učňáku tak v 17.“

R2: „Ne, jo cigáro jsem měl, když jsem byl menší, tak jsem měl takovou partičku a zkusil to v patnácti.“

R3: „Jo marihuanu jsem zkusil dvakrát a cigarety někdy kouřím, v patnácti poprvé obojí, ve starý partě, jsem za nimi na chvíli šel a dali mi ochutnat.“

6) Vyzkoušel/a jsi ještě nějaké jiné návykové látky? Popřípadě jaké?

R1: „Vlastně jednou, kokain, ale to bylo s máminým kamarádem, který to neměl v hlavě v pořádku, měl krizi středního věku, byl jsem u něj na víkend, tak jsem si ten kokain vyzkoušel s ním, ale už nikdy.“

R2: „Ne.“

R3: „Ne, jen tu marihuanu a cigarety.“

7) Co v tobě dané návykové látky vyvolaly? Jak jsi se cítil/a?

R1: „Nic mi to nedělalo, jediný co, tak že jsem lil přímo z kanystru benzín do ohně, ale to bylo jediný a od té doby nic.“ (po užití koksu)

R2: Otázka nebyla položena.

R3: „No po tý marihuaně jsem byl vysmátej, jinak nic.“

8) Užil/a jsi nějakou návykovou látku za dobu, co jsi v DD? Pokud ano, jak často ji užíváš?

R1: „No jen cigára krabičku denně.“

R2: „Jen tu cigaretu.“

R3: „Marihuanu a cíga, jak jsem říkal.“

9) Jsi v kontaktu se svou rodinou? Pokud ano, je hlavním důvodem tvého umístění zde v DD nadměrná konzumace alkoholu či návykových látek u jednoho či obou rodičů? Pokud ne, z jakého důvodu jsi v DD?

R1: „Nenene nejsem, otec mi napsal, respektive jsem ho viděl jednou poprvé za celý život pár měsíců zpátky po dvaceti letech. V dětském domově jsem z důvodu úmrtí matky na rakovinu.“

R2: „Dejme tomu. Jsem tu z jiných důvodů, táta mě opustil, když mi byly 2 nebo 3 roky a máma mě lépe řečeno vyměnila za přítele.“

R3: „Jo jsem v kontaktu. Ne není to ten důvod, důvod je, že jsem zatáhl školu na 9 měsíců, stáhla mě parta, byl jsem u babičky a ta mě nezvládala.“

7.2 Rozhovor s vychovatelem

1) Dokážete říct, jaké je přibližné procento dětí zde v DD, které již alkohol a návykové látky do svých 18 let vyzkoušelo? Kde na to berou finance?

Vychovatel č. 2: „Je to vždycky podle toho, co tady bylo za děcka, ale minimálně. Dostávají kapesné 450,- na měsíc, ti mladší 350,- a potom samozřejmě z brigád.“

2) Jak takové situace řešíte?

Vychovatel č. 2: „Především s klidem, ale pokud by to bylo opakovaně, tak je tady preventista s psychologku, kde s nimi by se to pak řešilo. Testovat na drogy je můžeme maximálně s jejich souhlasem, dříve jsme je vozili na sedmidenní odvykací pobyt a má to pozitivní efekt, ale vždy pouze za předpokladu, že tam dotyčný chce dobrovolně. Ale děti to zkouší především z hecu požit nějakou tu látku.“

3) S jakými návykovými látkami se zde u mladistvých nejčastěji setkáváte?

Vychovatel č. 2: „Jednoznačně cigarety a marihuana ta se taky objeví.“

- 4) **Patří mezi časté důvody umístění dětí a mladistvých do DD právě nadměrná konzumace alkoholu či návykových látek u jednoho nebo obou rodičů jedince? Případně pokud ne, jaký bývá ten hlavní důvod umístění dětí a mladistvých zde?**

Vychovatel č. 2: „*Ne, alkohol ani drogy to nebývají skoro vůbec. Vždy je to vinou rodičů, bývá to nezáměr, finančně to nedávají, občasné úmrtí rodičů nebo nový partner jednoho z rodičů.*“

- 5) **Řeknete mi prosím, s jakým nejvážnějším případem ve spojitosti s alkoholem či návykovou látkou jste se ve zdejším dětském domově setkal?**

Vychovatel č. 2: „*S alkoholem úplně ne, ale holčička si vzala prášky, to jsme jeli naproti záchraně a na Hloubětíně na zastávce jsme jí nahazovali, protože exla.*“

8 SHRnutí ŠETŘENÍ

Na základě předchozího šetření z Dětského domova v Dolních Počernicích a Dětského domova v Klánovicích porovnáme odpovědi jednotlivých šesti respondentů. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, s jakým alkoholem se mladiství nejčastěji poprvé setkávají, v kolika letech a při jaké příležitosti. Kdy poprvé požití návykovou látku a její vliv na organismus mladistvého. Dále bylo cílem výzkumu zjistit, jestli a případně v jaké intenzitě dochází k požívání alkoholu nebo návykových látek v dětských domovech. V neposlední řadě, jestli je důsledkem jejich pobytu v zařízení dětského domova příčina nadměrné požívání alkoholu či návykové látky u jednoho či obou rodičů, popřípadě zjistit jiný důvod jejich umístění do zařízení dětského domova.

8.1 Porovnání rozhovorů obou dětských domovů – diskuse

V první části rozhovorů byly dotázaným respondentům položeny otázky na téma alkoholu. Odpovědi respondentů z Dětského Domova Dolní Počernice (dále jen DDDP) byly na dotaz, v kolika letech poprvé užili alkohol, v poměru dvě respondentky uvedly věk 11 let, zatímco chlapec uvedl věk 17 let. Zatímco respondenti Dětského Domova Klánovice (dále jen DDK) uvedli věk pro první požití alkoholu mezi 13–14 rokem. Zatímco respondenti z DDDP dva ze tří požili alkohol tvrdý, naopak respondenti z DDK v poměru dva ku jedné odpověděli, že požili pivo.

Většina z obou DD se shoduje na tom, že první zkušenost s požitím alkoholu proběhla v rámci jejich kamarádské party. Zatímco ženská pohlaví z DDDP alkohol v rámci pobytu v DD užívají pravidelně ve větším množství, výpovědi respondentů z DDK říkají, že alkohol požívají pouze ve výjimečných situacích. Ani v odpovědích na dotaz, co si o alkoholu myslí se dotázaní neshodují. Respondenti z prvního DD uvádí rozdílné odpovědi, někteří jej berou jako útěchu pro nudu, jiný respondent to neřeší. Výpovědi z DDK uvádí, že by člověk při požívání měl být opatrný a nepřehánět množství.

V druhé části byly dotázaným položené otázky na téma návykových látek. V tomto případě prvně porovnáme věk v obou DD. V DDDP byl věk při prvním požití návykové

látky značně nižší než v DDK, a to již v osmi letech, zatímco u dotázaných z DDK byla první zkušenost kolem patnácti let. Všech šest respondentů z obou DD se ovšem shodli, že první zkušenost měli s cigaretou. Jako druhá nejčastěji zmiňovaná požitá látka se uvedla marihuana, a to převážně v prvním zmíněném DD, kdy jedna z respondentek drogu užívala soustavně po dobu tří let. DDDP vykazuje v rámci respondentů vyšší zkušenost s požitím i jiných návykových látek, a to konkrétně pervitinu, extáze, LSD a houbiček. U některých se nejednalo o jednorázové vyzkoušení, ale opět o zkušenost opakovanou. Mezitím co DDK uvedl pouze jeden respondent zkušenost s kokainem, a to pouze jedenkrát. Reakce na dotaz s pocitem po požití dané látky byly vesměs podobné v obou DD, u marihuany se jednalo o uvolněný stav organismu, pouze jedna respondentka z prvního DD uvedla halucinogenní stavy.

V poslední části rozhovoru byl respondentům položen dotaz, z jakého důvodu byli umístěni do zařízení dětského domova. Dva ze tří respondentů z prvního DD uvedli jako hlavní důvod umístění do DD alkoholismus a následné požívání drog u jejich rodičů, třetí respondent uvedl špatné vztahy s partnerem své matky. Druhý dětský domov neuvedl jako důvod alkoholismus ani nadměrné užívání návykových látek v rodině vůbec. Důvodem je špatný vztah s partnerem jednoho ze svých rodičů, úmrtí matky a nezvladatelná výchova z pozice prarodiče.

Z tohoto šetření a porovnání obou DD plyne, že první dětský domov má první zkušenosti s požitím ať už alkoholu či návykové látky v dřívějším věku, má vícero zkušeností s tvrdým alkoholem i různými návykovými látkami, alkohol i návykové látky požívá častěji, cigarety jsou na denním pořádku. Požívání alkoholu i drog viděli již ve svých původních rodinách, což za následek zapříčinilo jejich umístění a pobyt v DD.

Druhý dětský domov nemá zdaleka takové rané zkušenosti s požíváním ať už jednoho či druhého, průměrný věk odpovědí dotazovaných třech respondentů byl u alkoholu mezi 13–14 rokem, u návykové látky ještě později. Převládá zde příležitostné požití převážně piva, co se návykových látek týče, zůstává se u cigaret. Důvody, proč jsou jedinci v dětském domově různého charakteru, nikoliv však následkem alkoholismu či jiné drogové závislosti v rodině.

8.2 Výstup výzkumu z pozice obou vychovatelů

Po rozhovorech s jednotlivými respondenty v jednotlivých zařízeních dětských domovů byl následně vyzpovídán vychovatel v prvním a vychovatel ve druhém DD. U některých položených otázek se jejich odpovědi značně lišily.

První byl dotaz, zdali jsou schopni zhruba říct, kolik procent dětí v jejich DD požilo do věku 18 let alkohol či návykovou látku.

Zatímco vychovatel č. 1 odpověděl, že většina – až 90 %, druhý vychovatel v DDK odpověděl, že minimálně. Na čem se ovšem shodli, byla odpověď, odkud získávají finance na nákup alkoholu, a to z brigád, na které většina mladistvých dochází a v malé míře také kapesné, které ovšem nečiní mnoho a uvedl nám jej pouze vychovatel č. 2.

Lišily se i odpovědi v rámci řešení takové situace. V DDDP se dříve posílali jedinci na týden do „ozdravoven“ na odvykací léčbu, kde byl výsledek spíše bez úspěchu. Mezitím co vychovatel č. 2 uvedl v jeho výpovědi spíše kladný účinek této procedury. Oba se shodli, že je potřeba takové situace řešit primárně v klidu, s rozumem a koukat na událost, z pozice „rodiče“.

V obou dětských domovech z odpovědí vychovatelů jasně vyznívá, že nejčastější užívanou látkou jsou cigarety, druhou v pořadí je marihuana. S užíváním jiné drogy se setkávají zcela výjimečně, a to především u konkrétních jedinců.

Na čem se ovšem radikálně opět neshodli, byla příčina umístění dětí do zařízení dětských domovů. Oba samozřejmě odpovídali, že to bývá nefunkční rodinou, ať už že se rodiče neumí, nebo nechtějí o děti postarat, finanční nestabilitou, nejistým zázemím, ale DDDP uvedl, že jedním z nejčastějších důvodů pro umístění dítěte/mladistvého do dětského domova bývá právě alkoholismus či závislost na určité návykové látce u matky, otce nebo dokonce obou rodičů současně. Ovšem DDK je opačného názoru, nebo minimálně v tomto DD jsou umístěné děti/mladistvé z jiných nepříznivých rodinných situací, a to převážně již zmíněných důvodů ekonomických často spojených se ztrátou střechy nad hlavou a tím nemožností zajistit dítěti základní životní potřeby. Uvedl, že závislost rodičů na alkoholu/návykových látkách je zde naprosto nepatrná.

Oba vychovatelé v podstatě potvrdili výpovědi respondentů, nijakým způsobem se jejich odpovědi na témata alkoholu a návykových látek nevyvracejí.

8.3 Zjištění z výzkumu

Na základě kvalitativního výzkumu zde nastíníme možné modifikace stavu v dětských domovech, a to konkrétně docházení pracovníků z prevcenter do zařízení dětských domovů s možností besed, vzájemnou diskusí na témata týkající se alkoholu a návykových látek, edukaci pro mládež. Vymezit negativní důsledky dlouhodobého užívání návykových látek pro fungování organismu a psychický stav jedince. Případně alespoň informovat mládež o centrech, které jsou v jejich blízkosti, jako například různá nízkoprahová centra pro děti a mladistvé. Pokud se zamyslíme i nad ekonomickou stránkou situace, tak pravidelná konzumace alkoholu a užívání např. cigaret či marihuany je poměrně finančně nákladná, určitě by nebylo špatné vést mládež v dětských domovech k finanční gramotnosti a podívat se na situaci z jiného úhlu a to, že pokud mládež omezí, či úplně odbourá alkohol a návykové látky ze svého života, bude to mít pozitivní vliv nejen na jejich organismus po stránce fyzického zdraví, budou v lepší kondici, ale bude to mít pozitivní vliv i na jejich psychické zdraví a v neposlední řadě i finančně ušetří měsíčně spoustu peněz. V rámci rozhovorů byla zajímavá ochota a zejména upřímnost a nebojácnost jednotlivých respondentů odpovídat na toto citlivé a důvěryhodné téma, při kterém bylo několikrát zmíněno, že pokud jim bude jakákoliv otázka nepříjemná, nemusí odpovídat, i přesto každý respondent odpověděl na veškeré položené otázky. Některé výpovědi jednotlivých respondentů přimějí člověka zamyslet se více do hloubky, například u otázky č. 4 co si myslí o alkoholu jedna z respondentek odpověděla, že jí v jejich špatných dnech, kdy neměla dobrou náladu, necítila se, tak jí alkohol pomohl a ulevil od těchto stavů. Toto zjištění přivádí k zamyšlení se nad tím, co se asi musí dané slečně odehrávat v životě. Můžeme pouze polemizovat, či se domnívat, že jedním z faktorů může být nepřítomnost rodiny, která je pro děti, ale i dospívající v dětských domovech zcela zásadní.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo seznámit veřejnost se základními pojmy, které souvisí s problematikou alkoholu a návykových látek v dětských domovech, vysvětlit vznik, prevenci, léčbu a následky užívání alkoholu a návykových látek. Dále co to jsou dětské domovy, popsat prostředí, jak vypadá příchod a umístění dítěte do takového zařízení, historii, současnost a také popsat osobnost a kvalifikační podmínky pro výkon práce vychovatele. Tato práce se také věnovala zjištění, kdy se mladiství v dětském domově poprvé setkali s alkoholem či návykovou látkou, za jaké příležitosti a jak často jej konzumují. Následně se práce zabývala porozuměním rozdílných odpovědí respondentů a také porovnání výpovědí jednotlivých dotazovaných v obou dětských domovech a jejich porovnání s vychovateli, zda se odpovědi mladistvých s příslušným vychovatelem shodují či vyvrací. V poslední řadě porovnáním odpovědí získaných rozhovorem obou vychovatelů vzájemně.

Jako cíl si autorka kladla komplexně zpracovat základní informace o alkoholu, návykových látkách, dětských domovech a osobnosti vychovatele. Dále zjistit rozdílné zkušenosti jednotlivých dotázaných respondentů s požíváním alkoholu a návykových látek. Cíle bylo dosahováno pomocí kvalitativního šetření formou strukturovaného rozhovoru s šesti respondenty z řad mladistvých a s jejich vychovateli příslušné rodinné buňky. Veškeré rozhovory všech respondentů byly opatřeny podpisem o souhlasu k následnému využití získaných informací pro praktickou část bakalářské práce.

Cíle práce bylo dosaženo. Respondenti splnili všechna kritéria a poskytli dostatečné množství informací k naplnění cílů bakalářské práce. Zjistilo se, kdy jednotliví respondenti přišli poprvé do kontaktu s alkoholem či návykovou látkou, při jaké příležitosti a v neposlední řadě z jakého důvodu jsou umístěni v dětských domovech.

Za velmi důležité zjištění, které z rozhovorů respondentů vyplynulo, je fakt, že nikdo ze šesti dotazovaných respondentů z obou dětských domovů není ve fázi užívání alkoholu, nebo návykové látky, kdy by byl na ni závislý, vyjma cigaret. Zajímavým poznatkem je, že respondentka z domova v Dolních Počernicích, která v určité době požívala po dobu tří let pravidelně drogu, se ze situace dokázala bez jakékoli okolní pomoci dostat sama a nyní žije běžný, normální život v rámci DD. Jako pozitivní informaci můžeme vnímat, že více jak půlka respondentů je v kontaktu se svojí rodinou.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BALVÍN, Jaroslav. *Výchova a vzdělávání romských žáků jako pedagogický systém*. Praha: Radix, 2004. ISBN 80-86031-48-9.

HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1168-3.

ILLES, Tom. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2., upr. vyd. Praha: ISV, 2002. Drogy. ISBN 80-85866-50-1.

KLOUBEK, Antonín. *Alkoholismus u dětí a mladistvých... V Praze: Čs. abstinentní svaz, 1947. Knihovna zdraví*.

KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ, 2001. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-004-2

MIOVSKÝ, Michal, Anna AUJEZKÁ, Iva BUREŠOVÁ, et al. *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-391-4.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4., rozš. vyd. Praha: BESIP, 1997.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2011. s. 176. ISBN: 978-80-7367-908-8

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.

NEŠPOR, Karel. *Týká se to i mne?, jak překonat problémy s alkoholem: (svépomocná příručka)*. Praha: Sportpropag, 1992. Fit in.

NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

PEŠEK, Roman. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu: příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88290-02-5.

SKÁLA, Jaroslav. *...až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)*. 4. vyd. Praha: Avicenum, zdrav. nakladatelství, n.p., 1988. 139 s. ISBN 08 – 045 – 88. s. 9

SKÁLA, Jaroslav. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.

SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987.

STÁREK, Lukáš. *Vybrané aspekty ovlivňující edukační proces dítěte*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2021. ISBN 978-80-7452-203-1.

ŠKOVIERA, Albín. *Dilemata náhradní výchovy: [teorie a praxe výchovné péče o děti v rodině a v dětských domovech]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-318-5.

VAŇKOVÁ, Iva a kol. *Národní sdružení dětských domovů /FICE/ v ČSSR, zápis ze semináře. Sekce dětských domovů*, Rok vydání: 1980

VOCILKA, Miroslav. *Dětské domovy v České republice: (charakteristika jednotlivých dětských domovů)*. Praha: Aula, 1999. ISBN 80-902667-6-2.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

TURČEK, Michal a Karol TURČEK. *Alkohol a děti*. 2. preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 1982. Zdravie všetkým.

Legislativní normy

Zákon č. 109/2002 Sb. Dostupné z: 109/2002 Sb. Zákon o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních (zakonyprolidi.cz)

Zákon č. 167/1998 Sb. Dostupné z: 167/1998 Sb. Zákon o návykových látkách (zakonyprolidi.cz)

Zákon č. 359/1999 Sb. Dostupné z: 359/1999 Sb. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí (zakonyprolidi.cz)

Zákon č. 366/2021 Sb. Dostupné z: 366/2021 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů (zakonyprolidi.cz)

Zákon č. 40/2009 Sb. Dostupné z: 40/2009 Sb. Trestní zákoník (zakonyprolidi.cz)

Zákon č. 563/2004 Sb. Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (zakonyprolidi.cz) Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/sbirka>

Zákon č. 65/2017 Sb. Dostupné z: 65/2017 Sb. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (zakonyprolidi.cz)

Seznam použitých internetových zdrojů

DDDP, 2022 [online]. [22. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.domovpocernice.cz>

DDK, 2022 [online]. [22. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.ddklanovice.cz>

Drogy, 2011 [online]. [2. 12. 2022]. Dostupné z: webnode.cz

MPSV, 2023 [online]. [2. 3. 2022]. Dostupné z: <https://mpsv.cz>

Národní centrum pro medicínské nomenklatury a klasifikace. [online]. revize 1. 1. 2022. [27. 10. 2022]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

Poruchy spojené s návykovými látkami, 2022 [online]. [2. 3. 2022]. Dostupné z: 8._Navykove_latky.pdf (jabok.cz)

SEZNAM ZKRATEK

CNS – Centrální nervová soustava

ČR – Česká republika

DD – Dětský domov

DDDP – Dětský domov Počernice

DDK – Dětský domov Klánovice

EEG – Elektroencefalografie (neurologická vyšetřovací metoda umožňující sledování aktivity mozku)

IZS – Integrovaný záchranný systém

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí

REM spánek – Rapid eye movement (pohyb očí během spánku)

ZŠ – Základní škola

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Dominika Červenková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Alkohol a návykové látky ve vybraných dětských domovech

Rok: 2023

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 20

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 7

Vedoucí práce: PhDr. Alois Daněk, Ph.D.