



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Drogy a návykové látky ve vybraném diagnostickém  
ústavu.**

## **BAKALÁŘSKÁ/DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:

**SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE**

**Autor:** Kristýna Hellerová

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová Ph.D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Drogy a návykové látky ve vybraném diagnostickém ústavu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 4. 2019

.....

*podpis*

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce doc. PhDr. Bc. Aleně Kajanové Ph.D. za ochotu při spolupráci a rodině za podporu v průběhu celého studia.

## **Drogy a návykové látky ve vybraném diagnostickém ústavu**

### **Abstrakt**

V České republice v institucionální péči není na téma drogy u mladistvých kladen dostatečný důraz ani tato problematika není plošně zmapována. U dětí v institucionálních zařízeních přitom předpokládáme zvýšený výskyt rizikového chování, včetně závislosti na návykových látkách. Do diagnostického ústavu se dostávají děti hlavně kvůli různým výchovným problémům, jako je: vysoká absence ve školní docházce, různé delikty, mezi které patří například krádeže a v neposlední řadě právě užívání návykových látek. Cílem pobytu v diagnostickém ústavu je udělat dítěti rozsáhlou diagnostiku a na jejím základě pak rozhodnout, kam bude dítě umístěno po ukončení pobytu v diagnostickém ústavu.

Teoretická část je zaměřena na hlavní terminologii ohledně drog a institucionální péče a praktická část obsahuje výzkum, který bude s ohledem na výzkumné otázky rozdělen na dvě hlavní témata, kterými jsou opatření a jejich účinnost v DDÚ Homole a nejčastěji užívané drogy v DDÚ Homole.

Cílem tedy bylo zmapovat užívání návykových látek a opatření v této oblasti ve vybraném diagnostickém ústavu, kterým bude DDÚ Homole. Cíle bylo dosaženo využitím kvalitativního výzkumu, přičemž data byla získána za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor představoval personál vybraného diagnostického ústavu. Využito bylo účelové vzorkování. Vyhodnocení dat bylo provedeno metodou zakotvené teorie. Díky rozhovorům bylo možné dojít k závěru, že opatření DDÚ Homole jsou dostatečná a účinná, problémem však je velice omezená možnost kontroly. Pracovníci nemají právo na to děti otestovat na přítomnost drog, což má za následek velice časté situace, ve kterých je dítě pod vlivem drogy a pracovník se musí rozhodnout, zda zavolá policii a nechá dítě otestovat, nebo ne. Dále bylo zjištěno, že nejčastěji užívanými drogami v DDÚ Homole jsou THC, alkohol, nikotin a pervitin a to bez ohledu na věkovou kategorii. S těmito drogami mají zkušenosti i děti na prvním stupni základní školy, které jsou umístěny v diagnostickém ústavu.

Přínosem pro praxi je výsledný pilotní výzkum pro širší studii, zabývající se problematikou výskytu návykových látek u dětí a mládeže v institucionální péči.

**Klíčová slova**

Institucionální péče; drogy; návykové látky; mladiství; diagnostické ústavy;

## **Drugs and addictive substances in a selected diagnostic institution.**

### **Abstract**

In the Czech Republic, institutional care is not given enough attention to the issue of drugs in adolescents, nor is this issue mapped out. In the case of children in institutional settings, we assume an increased incidence of risk behavior, including addictive substance abuse. Children get to the diagnostic institute mainly because of various educational problems, such as high absenteeism, offenses such as theft and finally addictive substance abuse. The aim of staying in a diagnostic institute is to make a child a comprehensive diagnosis and based on it to decide where the child will be placed after the stay in the diagnostic institute.

Theoretical part is focused on the main terminology regarding drugs and institutional care.

In the practical part, the focus is on research, which has two main topics regarding research questions. Those topics are precautions and their effectiveness in Children Diagnostic Institute Homole (further referred as CDI Homole) and the most frequently used drugs in CDI Homole.

The aim is to map the use of addictive substances and precautions in CDI Homole. The goal is achieved using qualitative research, with data being obtained using a semi-structured interview. The research file is the staff of the selected diagnostic institute. Purposive sampling was used in this research. The data is evaluated using grounded theory. Through the interviews it was possible to conclude that the CDI Homole measures are enough and effective, but the problem is very limited control. Workers have no right to test their children for drugs, resulting in very frequent situations where the child is under the influence of the drug and the worker has to decide whether to call the police to test a child or not. It was also found that THC, alcohol, nicotine, and Methamphetamine are the most commonly used drugs in Homole, regardless of age. Children at primary school are also experienced with these drugs and are placed in a diagnostic institute.

The benefit for the practice is the resulting pilot research for a broader study of substance abuse in children and adolescents in institutional care.

**Key words**

Institutional care; drugs; addictive substances; adolescents; diagnostic institutes;

## Obsah

Obsah .....	7
Úvod.....	8
1 Teoretická část.....	9
1.1 Drogy a návykové látky .....	9
1.1.1 Vymezení drog a návykových látek.....	10
1.1.2 Rozdělení drog.....	11
1.1.3 Účinky drog .....	12
1.1.4 Příležitostné a rekreační užívání drog.....	14
1.1.5 Vymezení drogové závislosti.....	16
1.1.6 Příčiny vzniku drogové závislosti.....	17
1.1.7 Drogy a mladiství.....	18
1.1.8 Drogy a návykové látky v institucionální péči .....	19
1.1.9 Sociální práce s drogově závislými .....	20
1.2 Diagnostický ústav .....	21
1.2.1 Institucionální péče .....	23
1.2.2 Role sociálního pracovníka v diagnostickém ústavu.....	26
2 Praktická část.....	28
2.1 Cíl práce a výzkumná otázka .....	28
3 Metody a techniky výzkumu .....	28
3.1 Výzkumný soubor .....	29
3.2 Etika výzkumu .....	29
3.3 Analýza dat.....	29
4 Výsledky.....	30
4.1.1 Zkušenosti pracovníků DDÚ Homole s užíváním drog u dětí.....	30
4.1.2 Účinnost opatření DDÚ Homole .....	31
4.1.3 Kontrola a její možnosti.....	33
4.1.4 Další postupy .....	35
4.1.5 Režim drogově závislých v DDÚ Homole .....	36
4.1.6 Nejčastěji užívané návykové látky v DDÚ Homole.....	37
4.2 Diskuze.....	40
4.2.1 Diskuze k opatřením DDÚ Homole.....	41
4.2.2 Diskuze k výzkumným otázkám.....	43
5 Závěr.....	45
6 Seznam použitých zdrojů .....	46



## Úvod

Toto téma jsem si vybrala, protože mě vždy zajímala drogová problematika a ve spojení s institucionální péčí, může být přínosným tématem do budoucna.

Do diagnostického ústavu se umísťují děti, které mají problémové chování, jež se opakuje, nebo mají poruchu chování. Do problémového chování se řadí také užívání návykových látek, které je většinou provázeno dalšími problémy v chování a jednání dítěte. Tyto děti jsou umístěny do diagnostického ústavu, kde je prováděna jejich diagnostika. Pokud se jedná o dítě závislé, jeho závislost, či občasné užívání návykových látek, není ze strany diagnostického ústavu nijak důsledně řešeno. Problémem je také omezená kontrola, která v tomto případě značně omezuje možnosti, jak tento problém řešit.

Při pobytu dítěte v diagnostickém ústavu není na problematiku užívání návykových látek brán dostatečný zřetel, proto je nutné toto téma začít řešit. Diagnostický ústav se snaží o zmírnění problémového chování, avšak v případě, že dítě je závislé na drogách nebo je užívá občasně, není tato situace cíleně řešena. Proto by tato bakalářská práce mohla být prvním impulsem pro změnu, která je v tomto případě téměř nutná.

Cílem této bakalářské práce bude zjistit a popsat užívání návykových látek a opatření v této oblasti ve vybraném diagnostickém ústavu. Bakalářská práce je rozdělena do tří částí.

První část je zaměřena na vymezení základních pojmů a jevů problematiky drog a návykových látek. Dále jsou zde vysvětleny důvody, proč vzniká závislost nebo jaké motivy mají uživatelé k rekreačnímu a příležitostnému užívání drogy.

Druhá část je zaměřena na diagnostické ústavy. Zde je popsáno, jak funguje institucionální péče. Ohledně diagnostického ústavu jsou zde základní informace, o činnostech, které v rámci pobytu děti vykonávají, jaký účel má takovýto pobyt a jaké základní činnosti zde zaměstnanci s dětmi vykonávají. Neopomenutelnou částí je, kapitola, v níž je popsáno, jakou úlohu má sociální pracovník v diagnostickém ústavu.

Ve třetí části, tedy praktické, jsou výsledky z mého výzkumu, ten byl zaměřen na drogy a návykové látky, ve vybraném diagnostickém ústavu a opatření, které jsou v tomto ústavu ohledně nich uplatňována v praxi, spolu s jejich účinností.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Drogy a návykové látky

Dle zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, s návykovými látkami může zacházet pouze osoba, která k tomu dostala povolení. Zacházením se pak rozumí jejich výzkum, výroba, zpracování, odběr, skladování, dodávání a používání a v poslední řadě také jejich koupě a prodej. Návykové látky mohou být využity pouze k výzkumným, vědeckým a velice omezeným terapeutickým účelům. Ostatní přípravky a látky, které návykové látky obsahují, mohou být využívány pouze k terapeutickým, vědeckým, výukovým, veterinárním a jiným účelům, pouze však s povolením Ministerstva zdravotnictví. V tomto zákoně, je též uvedeno, že je zakázáno umisťovat návykové látky a přípravky v celních skladech a ve svobodných pásmech. Rovněž zasílat návykové látky a přípravky poštou, jako obyčejné zásilky nebo prostřednictvím poštovních zásilek. Anebo osobám, které nejsou oprávněny s nimi zacházet. Je také zakázáno, předávat jakýmkoliv způsobem jiné osobě houby rodu lysohlávka, získávat opium z máku setého, získávat konopnou pryskyřici a látky ze skupiny tetrahydrokanabinolů z rostliny konopí. V poslední řadě, je také zakázáno dělat reklamu na návykové látky a přípravky, pokud není záměrně cílená na odbornou veřejnost.

Dle zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku, ten kdo neoprávněně vyrobí, doveze, proveze, vyveze, zprostředkuje, nabídne, prodá nebo jinak jinému opatří, či pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo přípravek jí obsahující, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let, spolu s peněžitým trestem. Za přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, hrozí pachateli odnětí svobody až na jeden rok. Za nedovolené pěstování rostlin obsahující omamnou nebo psychotropní látku konkrétně konopí, ve větším než malém množství, hrozí pachateli šest měsíců odnětí svobody. V případě že se jedná o houbu pěstovanou ve větším než malém množství, hrozí pachateli odnětí svobody až na dobu trvání jednoho roku spolu s peněžitým trestem. Kdo svádí jinou osobu ke zneužívání návykové látky, jiné než alkoholu nebo ho v tom podporuje, či jinak tuto látku šíří, hrozí mu trest odnětí svobody až na dobu trvání tří let nebo zákazem činnosti. Pokud tento čin spáchá vůči dítěti, hrozí mu trest odnětí svobody na jeden rok až pět let, spolu s peněžitým trestem.

Podle Nožiny (2017), jsou nejčastěji užívanými drogami v České republice konopí a pervitin. Spotřeba například konopných drog v České republice je z hlediska zkušenosti šestnáctiletých na prvním místě v Evropě. Pokrývána je především domácí produkcí. Nelegální pěstírny konopí jsou většinou napojeny na organizované formy distribuce. Pachatelé, kteří chrání svůj majetek, bývají často ozbrojeni a pro pěstírny využívají pronajaté objekty. Tyto objekty tímto zásadním způsobem poškodí, znehodnotí a často také zadluží extrémním odběrem elektrické energie. V České republice je distribuce marihuany výrazně ovlivněna zapojením vietnamských zločineckých kultur. Po marihuaně je v České republice nejčastěji užívanou drogou metamfetamin (pervitin). Více než tři čtvrtiny problémových uživatelů, jsou právě uživatelé pervitinu. Pervitin se ve velké většině vyrábí z pseudoefedrinu, ten je extrahován z léčivých přípravků, které jsou dostupné v lékárnách. Pervitin je často vyráběn v domácích laboratořích, které se nacházejí v obydlích, odlehlých i opuštěných objektech a zároveň tím představují nemalé riziko pro široké okolí. Velké riziko tyto dílny představují zejména kvůli riziku výbuchu a požáru, přítomnost zdraví ohrožujících chemikálií, uvolňování vysoce toxických látek, z nichž některé mohou být karcinogenní a v poslední řadě také kontaminace bytů a budov metamfetaminem a dalšími chemikáliemi. Přítomnost takovéto laboratoře můžete poznat například podle zápachu z výparů nebezpečných látek vzniklých při výrobě. Obvykle jde o dráždivý zápach, který je doprovázen charakteristickým pachem rozpouštědel.

### ***1.1.1 Vymezení drog a návykových látek***

Iveta Bulánková (2005) ve své knize definuje drogu, jako usušené nebo jinak konzervované rostliny nebo živočichy, ale také jejich části a produkty jejich metabolismu. Dle Gilmana a Xuna (2004) jsou drogy chemické látky, které jsou konzumovány záměrně, za účelem navození požadovaného účinku a jsou podávány nejrůznějšími způsoby. Například ústy, injekcí, očními kapkami, nosním sprejem, místní aplikací na pokožku nebo vdechováním do plic. Naproti tomu však Jana Šeblová a Jiří Knor (2013) ve své knize uvádějí, že nejčastěji dochází ke vstupu látky do organismu orálně, tedy ústy. Zuzana Hubinková (2008) popisuje ve své knize drogu, jako omamující prostředek, který je užíván proto, aby došlo ke změně nálady. Také aby došlo k povzbuzení nebo naopak utlumení tělesných a duševních funkcí nebo k vyvolání netradičních prožitků. Heinz Lüllmann (2012) drogu ve své knize popisuje, jako omamnou látku nebo látku s vysokým potenciálem vyvolání závislosti a

zneužívání. Dle WHO (1969) je droga jakákoliv látka, která po vpravení do lidského těla pozmění jeho jednu nebo více funkcí.

### ***1.1.2 Rozdělení drog***

Drogy se dají rozdělit do dvou kategorií. Měkké a tvrdé drogy. Dále se pak drogy dají rozdělit do kategorií dle účinku (Kukla et. al., 2016). Drogy se dají rozdělit dále také podle vzniku a stejně tak, dle účinku na uživatele (Tuček, Slámová et. al., 2012). Eli Geisslerová (2012) ve své knize uvádí, že nejužitečnějším dělením drog je dělení dle účinku a míry rizika vyvolání závislosti.

#### Dělení drog podle vzniku:

Nikotin, alkohol, konopné výrobky, opium, koku a psychoaktivní houby řadíme mezi přírodní drogy. Mezi semisyntetické drogy řadíme morfin, námelové alkaloidy, kokain a crack. Dále pak máme drogy syntetické a mezi ty řadíme amfetaminy, opioidy, extázi a další taneční drogy (Tuček, Slámová et. al., 2012). Mezi přírodní drogy řadíme také opium, morfin a kodein (Čevela et. at., 2009). Do semi/syntetických drog se řadí hlavně LSD. Dále se mezi tyto drogy řadí například PCP, přezdívan jako andělský prach (Ševela, Ševčík et. al., 2011). Jan Bydžovský (2004) ve své knize drogy dle vzniku rozděluje podobně a to na přírodní drogy a syntetické drogy. Přírodní drogy dle něj jsou amfetaminy, kokain, halucinogeny, heroin, morfin atd. Mezi syntetické drogy pak řadí pervitin, extázi, toulén, alkohol atd.

#### Dělení drog podle účinku:

Látky, které potlačují činnost centrální nervové soustavy, nazýváme tlumivé látky. Mezi tlumivé látky řadíme opioidy, psychofarmaka a rozpouštědla. Naopak látky, které povzbuzují centrální nervovou soustavu, se nazývají stimulační látky. Mezi tyto látky řadíme kokainové drogy, amfetaminy, pervitin a halucinogenní aminy. V poslední řadě tu jsou halucinogenní látky, které způsobují velké změny ve vnímání reality, myšlení a prožívání emocí. Mezi halucinogeny řadíme cannabionidy, psilocybin obsažený v lysohlávkách, LSD atd. (Geisslerová et. al., 2012). Bello a Mattew (2017) uvádějí, že látkami, které působí na centrální nervovou soustavu, jsou hlavně ty látky, které podporují chuť. Což jsou amfetaminy, methylfetaminy, kofeiny atd. Dokonce do těchto látek řadí i látku, která se používá při léčbě Alzheimerovy choroby. Minařík a Kmoch (2015) uvádí, že rozdělení drog dle účinku klade důraz vždy na hlavní účinek látky.

Tlumivé látky jsou ty, které zpomalují psychomotorické tempo. V malých dávkách mají zklidňující účinky a ve vyšších dávkách navodí spánek, kóma až zástavu životních funkcí. Psychomotorická stimulancia zbavují uživatele únavy, urychlují myšlenkové tempo a aktivují motoriku. Halucinogeny mění vnímání, až po stav podobný schizofrenii. Jan Bydžovský (2004) naopak rozděluje drogy podle účinku na tři kategorie. A to na drogy, jež mají účinky na centrální nervovou soustavu a drogy, které mají účinky na dýchání a drogy, které mají účinky na srdeční činnost.

### Rozdělení drog podle míry rizika

Podle míry rizika se dají rozdělit drogy do dvou kategorií a to měkké a tvrdé drogy. Měkké drogy mají nižší riziko vzniku závislosti a patří do nich kokový čaj, marihuana a hašiš. Tvrdé se drogy pak dělí do třech podkategorií a to na tvrdé drogy se středním rizikem, vysokým rizikem a velmi vysokým rizikem vzniku závislosti. Do tvrdých drog se středním rizikem vzniku závislosti řadíme: alkohol, efedrin, kodein a extázi. Do tvrdých drog, s vysokým rizikem řadíme: pervitin a kokain. Do tvrdých drog s velmi vysokým rizikem řadíme: crack, durman, morfin, heroin a toulén (Geisslerová et. al., 2012). Podobně rozděluje drogy podle míry rizika. Ve své knize i Lubomír Kukla (2016) uvádí, že do měkkých drog řadíme marihuanu, hašiš, kokový čaj a kávu. Do tvrdých drog pak řadíme extázi, heroin, kokain, LSD, lysohlávky, morfin, pervitin, toulén atd.

### **1.1.3 Účinky drog**

U každé určité drogy, má její dlouhodobé užívání jiné následky. Co se týče konopí a konopných drog, jsou nejčastěji zaznamenány sociální problémy, pak zdravotní problémy a pak psychické problémy (Milovský et. al., 2008). Psychedelické drogy mohou spouštět maniakální, depresivní, úzkostné nebo psychotické poruchy (Strassman et. al., 2008). Dle Kláry Látalové (2013) jsou psychoaktivní látky katalyzátorem násilí. Užívání drog je nejčastěji spojeno s asociálním chováním, zločinností a násilím a má negativní důsledky pro jednotlivce, společnost a rodiny.

Konkrétně pak popsala účinky jednotlivých drog ve své knize Jarmila Kelnarová (2013). Heroin způsobuje euforii a pocit klidu. Opiáty způsobují při akutní intoxikaci to samé, jako heroin. Pervitin vyvolává pocit euforie, snižuje pocit hladu a žízně, zvyšuje sebevědomí a výkonnost. Marihuana a hašiš vyvolávají euforii a mají mírné

psychostimulační účinky. Halucinogeny vyvolávají halucinace, iluze, strach, zhoršení nálady nebo zoufalý pláč.

Stimulační drogy podle Aleše Roztočila (2008) zrychlují psychomotoriku a dochází při jejich užívání k odstranění únavy, pocitu zvýšené fyzické i psychické výkonnosti. Co se týče opiátů, tak jejich účinek je celkově zklidňující a častějším užíváním vzniká vyšší tolerance. Na informačním portálu o návykových drogách (2019) se zmiňuje, že stimulační drogy dodávají člověku energii, zbavují ho únavy, nesmělosti a zábran, které má například v komunikaci s ostatními osobami. Pod vlivem pervitinu, jsou pohyby a myšlení osoby zrychlené, překotné, na úkor jejich kvality. Pokud je osoba závislá na pervitinu ve fázi „dojezdu“, kdy droga přestává účinkovat, je osoba pak agresivní, ospalá, roztěkaná, podrážděná a musí se z toho vyspat. Amfetamin má účinky téměř stejné jako pervitin, jen fáze „dojezdu“ jsou horší. Kokain na osoby prý působí tak, že se cítí svěží, sebevědomí a připravení na konzumaci alkoholu v nadlidské míře, bez morálních i tělesných kocovin. Uživatelé kokainu pak mají pocit nadčlověka, neboť se rychleji a snadněji rozhodují, lépe komunikují s ostatními a daří se jim předvídat reakce jejich okolí. Dlouhodobé užívání kokainu způsobuje paranoidní myšlení, otupování emocí, z uživatelů se stávají necitlivé, lhostejné osoby. K fyzickým následkům pak patří hlavně hubnutí, kažení zubů a problémy s orgány.

Další kategorií jsou tlumivé látky, které člověk vyhledává pro otupení, uklidnění a utišení svých bolestí, ať už fyzických, či psychických. Dominantní drogou této skupiny je heroin. Avšak do této kategorie, velmi návykových a devastujících tlumičů také spadají léky užívané širokou veřejností. Těmi jsou například prášky na spaní nebo prášky proti úzkosti (informační portál o návykových drogách, 2019).

Tlumivé látky vyvolávají velice silnou duševní i tělesnou závislost a po dlouhém užívání se člověk cítí bez nich ještě hůř, než předtím, než je začal užívat (informační portál o návykových drogách, 2019).

Poslední kategorií jsou halucinogenní drogy. Po těch se přetváří a deformuje to, co vidíme, cítíme, vnímáme i prožíváme. Zkreslují tedy to, co se vyskytuje kolem nás a mění to podobu a náš názor na to, co skutečně kolem nás skutečně je. Na těchto látkách, vzniká hlavně psychická závislost, nikoliv fyzická (informační portál o návykových drogách, 2019).

#### ***1.1.4 Příležitostné a rekreační užívání drog***

U této skupiny uživatelů se užívání drog stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou týdně a jeho důsledkem doposud není vznik závislosti a s ní spojených problémů. Toto je typické zejména u alkoholu, marihuany, LSD nebo extáze. Typickými příležitostmi tohoto užívání jsou soukromé večírky, diskotéky, hudební festivaly a sportovní příležitosti většinou ve spojitosti se skateboardingem (Kalina et. al., 2015).

Mezinárodní průzkum HBSC z roku 2010 ukazuje, že alespoň jednou v životě vyzkoušelo v ČR konopné látky 30,5% žáků 9. tříd s tím, že rozdíly mezi chlapci a dívkami jsou velmi malé. ČR patří mezi evropské země s nejvyšší mírou konzumace alkoholu a nelegálních drog, zejména konopných látek. Výjimkou jsou pouze těkavé látky, jinak převyšuje průměr ČR průměr evropských zemí ve všech dalších vybraných ukazatelích (Hibell, 2012). Děti mívají první zkušenost s drogou a experimentováním s ní, již okolo dvanáctého a třináctého roku. Nejčastější bývá přechod od drog legálních, jako je alkohol nebo tabák, k drogám nelegálním jako je marihuana nebo pervitin. Marihuana má v případě experimentování (a to nejen v něm) u mladistvých, naprosté prvenství (Hajný, 2011). U dětí a mladistvých se málokdy jedná o rozvinutou závislost. Provádí se u nich tedy detoxikace, hlavně z důvodu přerušení a zastavení přísunu drogy. U jedinců, u kterých bylo prokázáno škodlivé užívání nebo experimentování s drogami (Kalina et. al., 2003).

Experimentování je důležitou součástí dospívání. Většina dospívajících zkusí nové věci, aby zjistili nebo ostatním vrstevníkům dokázali, kdo vlastně jsou, co chtějí a nechtějí. Většinou nastává následující pořadí: nejdříve si ujasňují, co nechtějí a vše odmítají, poté začnou přicházet na to, co chtějí. Může nastat i jiný postup a to ten, že si zkusí různé věci, aby si mohli uvědomit - kým být a kým ne. Experimentování v tomto smyslu je do určité míry jen dalším novým způsobem a dítě s ním může po určité době úplně přestat (Hajný et. al., 2001). Dle Brože (2008) se problém užívání drog týká každého dospívajícího člověka, protože se každý postupem času dostane do situace, kdy je postaven před rozhodnutí, zda drogu vyzkoušet nebo ne. Dospívající se snaží zařadit do kolektivu, a proto pak velice jednoduše podlehnou sociálnímu tlaku, který je na něj vyvíjen. Experimentování s drogami je dle statistik běžným jevem a týká se velké většiny dospívající mládeže. Rozdílem je pojetí drogy, to znamená, zda jedinec přijme

drogu jako řešení svých problémů nebo zda zůstane u pouhého experimentu, který ho výrazně neovlivní. Milovský (2008) charakterizuje tuto skupinu jako experimentátory, pro které je typická aktuální opakovaná zkušenost s nelegálními drogami s velmi dlouhými intervaly mezi užíváním a s absencí pravidelnosti a sklonu tuto zkušenost opakovat častěji. Dle Švece (2007) mladí lidé nejčastěji začínají experimentovat s drogou ze zvědavosti, z nudy, kvůli sociálnímu tlaku ze strany jejich kamarádů z party, ze snahy překonat tak problémy nebo ze snahy dosáhnout lepšího výkonu, ze snahy o zvýšení sociální pozice nebo vlastní sebedůvěry nebo kvůli touze po dosažení vyššího stupně vědomí a duchovního zážitku.

V období experimentování s drogou, není důvodem jejího užívání droga jako taková, ale spíše to, že experimentování právě s určitou drogou je ve skupině jedince normou. Toto období experimentování je velmi rizikové. 30-70% mladých lidí ve věku 13-17 let začíná s experimentováním s nealkoholovou drogou. U některých jedinců to končí prvním pokusem a následuje rozhodnutí o tom, že už drogu nebudou nikdy užívat. Někteří však s experimentami neskončí a pokračují dál a stávají se z nich následně pravidelní uživatelé návykových látek. Vedlejším dopadem při experimentování je například množství úrazů při užívání alkoholových drog z důvodu opilosti. Tělesné dopady těchto úrazů, různých fyzických poškození a zmrzačení jsou někdy tragické. Klíčovou roli při rozhodnutí o experimentování mají čtyři faktory. Prvním faktorem je osobnost experimentátora, například pokud je jeho pohled na sebe sama trvale negativní a těžko si získává přátele. Druhým faktorem je sociální kontext, kterým může být nebezpečí, které většinou číhá mezi kamarády a spolužáky. Třetím faktorem je spouštěč. Tím může být například na příklad situace, kdy mladý člověk aktuálně ztrácí dětskou identitu a hledá novou, se kterou si neví zcela rady. Posledním faktorem je samotná droga nebo psychoaktivní látka. Pokud se všechny faktory nesejdou a jedinec nemá první zkušenost s drogou pozitivní, většinou přestává experimentovat a vrací se k abstinenci. Pokud se však droga pro jedince stává postupem času nezbytnou, dostává se do další fáze- stává se uživatelem drogy. V této fázi experimentování, může zabránit vstupu do další fáze primární prevence (Švec, 2007).



### *1.1.5 Vymezení drogové závislosti*

Podle Štefana a Macha (2005), je charakteristickým příznakem závislosti značná touha po droze a tendence si ji za jakoukoliv cenu pořídit. Tendencí je pak i postupné zvyšování dávek, psychická a fyzická závislost, která se projevuje abstinenciálními příznaky, při vynechání dávky drogy. Ve srovnání s vývojem závislosti například na alkoholu, je vývoj ztelně pomalejší než například vývoj závislosti na kokainu. Po požití drogy, dochází k odstranění morálních zábran a pod vlivem drogy může docházet k výtržnictví, vandalismu, sexuálním deliktům nebo k ublížení na zdraví. Z toho vyplývá, že drogová závislost má následný vliv na růst kriminality. U nás drogová závislost postihuje v 75%, spíše mladé osoby. Závislosti se dají rozdělit na alkoholismus, tabakismus, kofeinismus, opiátová závislost, kokainová závislost, kanabisová závislost, amfetaminová závislost, halucinogení závislost a typ závislosti na léčivech s centrálně tlumivým účinkem a inhalační závislost.

Hubinková (2008) uvádí, že u drogové závislosti je velice důležité rozlišit, zda se jedná o fyzickou či psychickou závislost. Fyzická závislost je nebezpečná v tom, že droga zapadne do rovnováhy organismu a při jejím vysazení se dostaví stavy, které mohou vést například ke kolapsu. Organismus si zahrne drogu do svého systému a také do látkové výměny a následně se dostavují pocity, že něco chybí. Psychická závislost nezpůsobuje abstinenciální příznaky, ale i tak se dostavují takzvané nepravé abstinenciální příznaky, jako je například pocení a třes. Jsou tedy odrazem toho, jak je lidská psychika v těsném spojení s fyzickou stránkou člověka. Podobně popisuje drogovou závislost ve své knize i Jan Novák (2007), který tvrdí, že drogová závislost je chorobný stav, kdy se u jedince dostavuje neovládnutelná touha po opakované dávce drogy. Je to psychický stav a v pokračujícím stavu i stav fyzický, který vzniká jako následek interakce mezi jedincem a drogou. Psychická a fyziologická závislost nutí jedince často zvyšovat dávku. Bez drogy se u něj dostavují abstinenciální příznaky.

Martin Hajný (2001) dokonce drogovou závislost ve své knize nazývá onemocněním, pro které je charakteristická naléhavá touha po účinku drogy, kterou jedinec užívá a to i přes to, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů.

### ***1.1.6 Příčiny vzniku drogové závislosti***

Příčiny vzniku drogové závislosti jsou komplexní. Dodnes nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozici pro vznik závislosti. Nejčastěji jde tedy o kombinaci více faktorů, které ovlivňují vznik závislosti. Nejčastěji například určité fyziologické faktory kombinované s psychologickými nebo sociokulturními faktory, při vytváření určité závislosti (Kudrle, 2003). Multifaktoriální vysvětlení příčiny uvádí ve své knize i Richard Hartnoll (2005). Dle této teorie totiž určité jevy vznikají v důsledku působení celé řady faktorů. Tento přístup převažuje v dnešní době i v moderní epidemiologii. Cílem opatření je poté změna nebo zmínění vlivu rizikových faktorů nebo posílení schopností lidí si s nimi poradit. Naopak podle Bindera (2004) se na vzniku závislosti podílí pouze tři konkrétní složky, které se navzájem integrují a doplňují. Je to droga, člověk a prostředí.

Rozdělení faktorů ovlivňující vznik závislosti:

#### Biologická úroveň

Za biologické faktory lze považovat některé okolnosti při těhotenství. Například zda byla matka sama alkoholička a zda se tedy plod setkával s účinky návykových látek ještě před narozením. Nebo také okolnosti porodu, tedy zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu (Kudrle, 2003). Jak uvádí Fischer a Škoda (2014), nejvíce je tato problematika zkoumána ve spojení s jedinci závislými na alkoholu. Je zřejmé, že dědičnost má na vztah k alkoholu jasný vliv.

#### Psychologická úroveň

Psychogenní faktory můžeme najít už v období nitroděložního vývoje plodu a v období porodu. Jde tedy o souvislosti prožívání psychických zážitků, tedy toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození. Například, jestli žena vnímá těhotenství jako stresovou záležitost, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Dalšími významnými faktory jsou také: postnatální péče, podpora v době dospívání atd. (Kudrle, 2003). Fischer a Škoda (2014) uvádí, že pravděpodobnost užívání návykových látek zvyšují osobnostní rysy. Konkrétně se jedná například o zvýšenou potřebu vyhledávání nových zážitků, sklony k riskantním strategiím nebo o sníženou citlivost k ohrožení. Dále zvyšuje míru tendence k závislosti, také poruchy osobnosti a psychická onemocnění. Tuto teorii potvrzuje i Machová a Kubátová (2015), které uvádějí, že

jedinci, jež rádi riskují a vyhledávají nové zážitky, se stanou závislími mnohem častěji. Dále ale uvádějí, že to může být zapříčiněno například nerovnováhou mozku a následným syndromem závislosti na odměně, při kterém jedinec potřebuje na zvýšení hladiny dopaminu silnější zážitky a aktivity.

### Sociální úroveň

Všímá si vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince a zda toto zrání brzdí nebo deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu okolností, jako je společenský status rodiny, rasová příslušnost, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije. Například pokud vyrůstá dítě v rodině v těsné blízkosti závislých osob (Kudrle, 2003). Podle Fischera a Škody (2014) k významným sociálním faktorům zvyšujícím sklony k závislosti, patří vliv rodiny, vliv sociální skupiny nebo vliv životního prostředí. Binder (2004) uvádí, že prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, působí jako podmíněný externí posilovač závislosti. Pro psychickou závislost je pak podle něj, pro závislého jedince prostředí stejně významné, jako droga sama.

### Spirituální úroveň

Spiritualita je vztah k tomu, co jedince přesahuje a k čemu se vztahuje jako k nejvyšší autoritě, řádu a ideji. Jedná se o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává tomuto úsilí smysl a co dává smysl životu obecně. Nenaplněním této potřeby, můžou u jedince vznikat deprese, pocity existencionálního prázdna nebo ztráty smyslu bytí. Určité procento lidí, v dnešní době závislých na drogách, hledalo původně v drogách naplnění této potřeby (Kudrle, 2003). Spirituální úroveň, je míra sebedůvěry, stability a životního postoje jedince (Šustková, 2018).

#### ***1.1.7 Drogy a mladiství***

Všichni dospívající se dostanou do styku s drogou a to v tom smyslu, že jim všem bude alespoň jednou nabídnuta. Dospívající, většinou chtějí být „in“ a ve skupině kamarádů bývají vystaveni také sociálnímu tlaku. Ukazuje se, že vyzkoušet si drogu v době dospívání je dnes téměř standardní věc. Pro někoho je pak užití drogy pouze zkouškou, i když se opakuje a není pro něj důvod touto cestou řešit své vývojové problémy (Kalina et. al., 2008). Vaníčková (2007) ve své knize uvádí, že ve většině případů, je dětská prostituce spojená právě s drogou, respektive možnostmi, jak si peníze na drogu obstarat.

Možnost získání financí na drogy vidí v prostituci častěji chlapci, než dívky. Řada dětí má přímé nebo zprostředkované informace o propojení drog a prostituce.

Sikorová (2012) uvádí, že novou významnou kategorií v oblasti užívání návykových látek u mladistvých, je užívání alkoholu v kombinaci s léky. Podle Srnského (2007) jsou děti nad 10 let a dospívající, velice ohroženou, skupinou z hlediska otravy. Konzumují totiž převážně alkohol a drogy. Naopak Kantorek a Cimický (2017) tvrdí, že nejohroženější skupinou z hlediska užívání drog, jsou děti již mezi 10 a 12 rokem. V momentě, kdy se o drogách dozvědí, nejsou schopny vlastního správného úsudku a jsou snadno ovlivnitelné k experimentu. Přispívá k tomu i fakt, že nejčastějšími dodavateli drog, jsou právě jejich vrstevníci. Následně se objevují problémy ve škole a zhoršuje se jim prospěch i chování. Ztrácejí téměř všechny své původní zájmy, koníčky i záliby a přestávají sportovat. Mění přátelé a celou svou partu. Začínají se v rodině izolovat. Stěžují si na únavu, slabost a spí i přes den. Často je pobolívá hlava a nemají chuť k jídlu, následkem čehož hubnou. Objevují se kožní defekty, jizvy na předloktí a jiných částech těla. Rodina si může povšimnout i mizení peněz v domácnosti a mohou následovat i drobné krádeže mimo domácnost. Nalézají se u nich jehly a stříkačky. Mají stopy vpichu na končetinách, i jiných částech těla a také mají často zúžené nebo nepřirozeně rozšířené zornice, což jsou projevy, které připomínají opilost.

Hines a Baverstock (2014) uvádějí, že mladiství velice dobře vědí o riziku spojeného s užíváním drog na jejich tělo. Stejně tak prý vědí, jaká jsou společenská rizika toho, když se někdo vzepře společenské normě. Podle Svobodové (2009) jsou problémovými drogami u dětí hlavně těkavé a konopné látky, pervitin a heroin, jsou pak nejčastěji užívanými drogami v období adolescence.

### ***1.1.8 Drogy a návykové látky v institucionální péči***

Podle Vavrysové (2018) mají nejvíce zkušeností s návykovými látkami v institucionální péči adolescenti. Jsou nejzkušenější v oblasti návykových látek, ale také v oblasti delikventního chování. V těchto zařízeních jsou sice jedinci limitováni, avšak v momentě, kdy je jedinec propuštěn na propustku nebo víkendový pobyt, mají možnost tyto látky užívat, což většinou udělají. Také platí, že dívky z dětských domovů v mladším věku, jsou nejrizikovější skupinou. Šťastná a Šucha (2010) se zmiňují ve své publikaci o tom, že děti v dětských domovech a jiných ústavěch, jsou velice ohrožená skupina, co se drogové problematiky týče. Nejvíce ohrožení pak jsou děti, jež páchají

trestnou činností, děti v ústavní péči, děti s nedokončeným vzděláním a děti z rodin s různým typem znevýhodnění. Tyto skupiny se však občas překrývají a pak nastává to, že se tyto děti potýkají v dětských domovech nejen s problémy ohledně drog, ale také ohledně záškoláctví a jiné. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) naopak uvádějí, že pobyt v dětském domově a podobných domovech, či ústavech, spolu s dalšími problémy v období dospívání dítěte, mohou být důvodem, proč dítě naopak inklinuje k případné drogové závislosti.

Podle Kukly (2016) se počet dětí umístěných do ústavní výchovy, jež jsou závislé na alkoholu nebo jiných drogách, neustále zvyšuje.

### ***1.1.9 Sociální práce s drogově závislými***

Co se týče terénních služeb pro drogově závislé, tak jsou pilířem některých organizací, které se zabývají touto skupinou klientů. Jejich úkolem je ochraňovat zdraví drogově závislých osob v podobě výměnného programu, který spočívá například ve výměně použitých stříkaček za sterilní. Poskytování čisté vody a jiných prostředků, které slouží k bezpečnému brání drog. Terénní sociální práce spočívá také v tom, že se sociální pracovníci snaží informovat o tom, jak bezpečně užívat. Vzhledem k tomu, jak je skupina drogově závislých velká, tak s ní pracuje mnoho organizací. Jednu čtvrtinu drogově závislých tvoří pak bezdomovci. Většina osob z této skupiny patří do mladší generace (Vágnerová et. al., 2013).

V rámci poradenské práce s drogově závislými osobami je třeba aby pracovník disponoval širokou paletou informací o problematice závislostí a efektech, které mají příslušné drogy na tělesnou a psychickou stránku člověka (Procházka et. al., 2014).

V souvislosti s užíváním legálních, ale i nelegálních drog je možné popsat celou situaci tak, že člověk, který je problémovým uživatelem drog, přestává naplňovat očekávání svého prostředí. Může třeba tím, že přestane udržovat dosavadní vztahy se svými blízkými, nebo že přestane chodit do svého zaměstnání. V důsledku jeho jednání mu chybí zdroj financí. Užívání drog může být spojeno se snahou klienta zvládat požadavky v náročném zaměstnání, jako jsou například noční směny nebo vypořádávání se s životem na ulici. Do života klienta vstupují problémy, které se mohly vyskytovat už dříve a užívání drog je až následné jednání. V tomto případě je tedy nutné se zamyslet, zda bude primární řešit klientovu závislost na drogách, či zda je nutné se primárně

zabývat změnou určitých podmínek, aby měl klient prostor změnit následně i svůj vztah k užívání drog. Problémy s užíváním drog jsou komplexní, proto je potřeba k nim přistupovat způsobem bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Je nutné přístupy a pohledy různých odborníků a institucí účinně propojovat a doplňovat. Pokud sociální pracovník pracuje většinou s uživateli drog, ale někteří z jeho klientů jsou bez domova, nemělo by být součástí jeho práce pouze to, že se snaží s klienty hledat bydlení (Frišaufová, 2017)

## ***1.2 Diagnostický ústav***

Diagnostický ústav je definován v zákoně č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Zde je uvedeno, že diagnostický ústav přijímá děti s nařízeným předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Na základě komplexního vyšetření, zdravotního stavu a volné kapacity jednotlivých zařízení je pak umísťuje do dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů. Diagnostický ústav plní funkci diagnostickou, která spočívá ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností. Vzdělávací, v jejichž rámci se zjišťuje jaká je úroveň dosažených znalostí a dovedností přiměřeně k jeho věku, individuálním předpokladům a možnostem. Terapeutické, které díky pedagogických a psychologických činností směřují k nápravě v chování dítěte a poruch v sociálních vztazích. Výchovné a sociální, ty se vztahují k osobnosti dítěte, jeho rodinné situaci a sociálně-právní ochraně dětí. Organizační souvisejí s umísťováním dětí do příslušných zařízení. Koordinační pak směřují k prohloubení a sjednocení odborných postupů ostatních zařízení, ověřování jejich účelnosti a ke sjednocení součinnosti s orgány státní správy a dalšími osobami, které se zabývají péčí o děti. Diagnostické ústavy jsou internátní výchovná zařízení, která komplexně vyšetřují z hlediska psychologického a pedagogického mládež s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a také mládež, o jejímž umístění do ústavu rozhodl pomocí předběžného opatření soud. Na základě vyšetření pak rozmisťují diagnostické ústavy mládež do dětských domovů nebo speciálních výchovných zařízení. Dětský diagnostický ústav potom plní diagnostické úkoly pro děti předškolního věku nebo pro mládež, která dochází do zvláštní školy, základní školy, která je nebo má být zařazena v dětských domovech nebo v příslušném typu speciálních výchovných zařízení.

Diagnostické ústavy se dají vnitřně dělit na pracoviště diagnostické, sociální služby, zachytné a výchovně vzdělávací. Zachytné pracoviště je takové, které přijímá k přechodnému pobytu mládež, která byla zadržena na útěku od zákonných zástupců a nebo mládež zachycenou orgány policie na útěku z dětského domova, diagnostického ústavu nebo speciálního výchovného zařízení (Marková et. al., 2006). Diagnostický ústav má na starost, plnit úkoly výchovně-vzdělávací, diagnostické, terapeutické a organizační. Též má na starost rozmísťování svěřenců do odpovídajících výchovných ústavů nebo dětských domovů a stejně tak má na starost vypracovávání návrhů na změny v síti dětských domovů a výchovných ústavů (Kolář et. al., 2012).

Podrobněji popisuje diagnostický ústav a pobyt v něm, ve své knize Sedlářová (2008), která uvádí, že diagnostický ústav je školské pobytové zařízení, které je určené pro děti od 6 let do 18 let, popř. 19 let. Ve výjimečných případech může být přijato i dítě v předškolním věku, nejdříve však po dosažení 3 let věku. Délka pobytu je 6-8 týdnů. Podnět k umístění do diagnostického ústavu může dát soud skrze soudní nařízení nebo zákonný zástupce dítěte. Po ukončení pobytu je dítě předáno zpět do rodiny nebo do další ústavní péče.

Kukla (2016) ve své knize též zmiňuje, že diagnostický ústav slouží ke komplexnímu vyšetření dětí po stránce psychologické, zdravotní, sociální i pedagogické. Po vyšetření diagnostický ústav zpracuje návrh na umístění dítěte do příslušného zařízení. Příslušným zařízením pak může být dětský domov, dětský domov se školou nebo výchovný ústav.

Podle vnitřního řádu DDÚ Homole (2015), spolupracuje diagnostický ústav s dalšími organizacemi a institucemi. V první řadě je to OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí). Dalším orgánem, se kterým diagnostický ústav spolupracuje, je státní zastupitelství. Státní zastupitelství v obvodu DDÚ pověřuje státního zástupce, který vykonává dozor nad dodržováním právních předpisů, při výkonu ústavní a ochranné výchovy. Dále také pracovníci DDÚ spolupracují se soudy. Podávají jim zprávy o průběhu diagnostického pobytu jednotlivých dětí, na základě písemné žádosti. Zasílají jim komplexní diagnostické zprávy dítěte, při ukončení pobytu s návrhem specifických výchovných a vzdělávacích opatření v zájmu rozvoje osobnosti dítěte. Oznamují jim přemístění dítěte s adresou zařízení a vymáhají pohledávky příspěvků na úhradu péče poskytované dítěti. Dalším důležitým orgánem, se kterým DDÚ spolupracuje je Policie

České republiky. Ta pomáhá v případě útěku dítěte ze zařízení a jeho zachycením na útěku. Umožňuje výslech dítěte nebo jeho uvolnění k rekonstrukci na místě činu, za přítomnosti pedagogického dozoru nebo sociální pracovnice. Chrání majetek pracovníků DDÚ a podává zprávy o dítěti na základě písemné žádosti. Spolupracuje také s ostatními dětskými domovy v oblasti umístování a přemístování dětí v oblasti péče o děti, v oblasti evidence dětí a volných míst v územním obvodu DDÚ a v poslední řadě také ohledně pořádání společných akcí. Spolupráce je též zajištěna se středisky výchovné péče v oblasti ambulantního vedení dětí s poruchami chování nebo s negativními projevy v sociálním vývoji, podle potřeby a následná péče o děti, které absolvovaly diagnostický pobyt v DDÚ, včetně rodinné terapie a poradenství. V rámci prevence rizikového chování zajišťuje DDÚ mezioborovou spolupráci s dětskými pedopsychiatri, neurology, psychology, terapeuti, adiktologickými poradnami, krizovými centry, nízkoprahovými organizacemi a jiné.

### ***1.2.1 Institucionální péče***

Institucionální péče se dělí na více typů. První je zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. O umístění do tohoto typu zařízení nemusí vždy rozhodovat soud, ale může o to požádat dítě nebo jeho rodiče. Zde může být dítě umístěno maximálně jeden rok. Druhý je diagnostický ústav. Třetí je dětský domov, do něj se dítě dostane až po pobytu v diagnostickém ústavu, avšak děti, které neměly závažné výchovné problémy doma ani ve škole, by do diagnostického ústavu před dětským domovem jít neměly. Dále je pak dětský domov se školou, který je třeba v případě, kdy dítě ještě navštěvuje základní školu a zároveň mělo doma nebo v jeho škole závažné výchovné problémy. A jako poslední je výchovný ústav, který je pro starší děti ve věku 15 a více. Dívky a chlapci jsou oddělení a součástí výchovného ústavu jsou také školy a učiliště, kde je možnost se vyučit (Právo na dětství, 2013). Jako další typ ústavní výchovy, by se daly zmínit i církevní dětské domovy. Jejich účelem je zajištění péče o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy v chování. Děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí domova. Například výchovu dětí v Církevním dětském domově Emanuel, mají na starost dvě dvojice vychovatelů, které se střídají vždy po týdnu, což vytváří pro děti stabilnější prostředí. Jejich základní myšlenkou je vytvoření v maximální možné míře rodinné prostředí pro děti, které nevyrostají ve vlastních funkčních rodinách. Chtějí dosáhnout lepší přípravy dětí na budoucí samostatný život (Horák, 2011).



Co se týče zařízení pro okamžitou pomoc, tak se do něj umísťují děti v momentě, kdy je nutno je umístit do bezpečí mimo rodinu (Špatenková et. al., 2017). Podle Jedličky (2015), není však přesně stanoveno, o jaké děti tato zařízení přesně pečují. Často se pak stává, že je dítě umístěno do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, ale kvůli jeho chování je následně urychleně umístěno díky předběžnému opatření do diagnostického ústavu. Avšak z hlediska odborného přístupu, by malý klient mohl v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, ještě zůstat. Z jeho pohledu pak následně z právně nedostatečně ošetřeného prostředí profitují některé organizace, které si okamžitou pomoc modelují podle svých potřeb, ale ne podle potřeb dítěte. Například třeba tím, že v jejich měřítku trvá krátkodobá péče až několik měsíců.

Dětský domov plní funkci sociální, výchovně-vzdělávací, zdravotní a preventivní. Výchovné působení je zaměřeno na dobu mimo vyučování. Důležitá součást doby mimo vyučování, je u žáků základních a středních škol, příprava na vyučování. Hodně dětí přichází do dětského domova s velkými mezerami ve vědomostech a neumí se připravovat na vyučování. Práce vychovatele v této oblasti je z tohoto důvodu velice náročná. V některých případech mají děti mezery i v sebeobslužných návycích a je zapotřebí základní hygienické návyky teprve vytvářet a odstraňovat zlovyky. Do oblasti sebeobsluhy spadají také společenské návyky: schopnost přiměřené komunikace nebo kultura stolování. Podstatnou součástí výchovy v dětských domovech je také pedagogické ovlivňování volného času. Je tedy důležité, poskytnout dětem také prostor pro odpočinek, pohybovou rekreaci, přiměřenou zábavu, ale hlavně také prostor pro rozvoj zájmů. Vše se realizuje formou příležitostných a pravidelných činností, aktivit spontánních a organizovaných, hromadných, skupinových a individuálních. Dětský domov také nabízí účast ve vlastních zájmových útvarech, avšak větší důraz je kladen na účast dětí v útvarech mimo dětský domov. Například ve škole, domě dětí a mládeže, základní umělecké škole nebo tělovýchovné jednotě. Děti v domově mají přiměřenou míru osobní svobody s přihlédnutím k jejich věku a individuálním zvláštnostem (Bendl et. al., 2015). Gabriel a Novák (2008) uvádějí, že mnoho dětí i přes to, že mají negativní zkušenosti z pobytu v pěstounské péči, raději zvolí možnost vyrůstat mimo dětský domov než v něm. Ale existují i děti, které vyhodnocují situaci zcela opačně a například kvůli vztahům ke kamarádům, které mají v domově, zvolí raději variantu dětského domova. I tuto variantu je nutné respektovat.

Podle zákona č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů se uvádí, že dětský domov pečuje o děti dle jejich individuálních potřeb. Plní zejména výchovné, vzdělávací a sociální úkoly. Účelem dětského domova je zajišťování péče o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Právě tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova. Do domova mohou být umísťovány děti ve věku od 3 let do 18 let. Také se tam umísťují nezletilé matky s jejich dětmi. Co se týče dětského domova se školou, tak ten zajišťuje péči o děti s ústavní výchovou, s vážnými poruchami chování nebo které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči, nebo ochrannou výchovu. Dále jsou-li nezletilými matkami a splňují předešlé podmínky a jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole, jež není součástí dětského domova se školou. Do dětského domova se školou se umísťují děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Pokud se dítě po ukončení povinné školní docházky pro pokračující závažné poruchy chování není schopno vzdělávat ve střední škole mimo zařízení nebo pokud neuzavře pracovněprávní vztah, je přeřazeno do výchovného ústavu.

Podle Zelené a Klégrové (2006) se do výchovného ústavu umísťují děti a mladiství na základě rozhodnutí soudu, který nařídil ústavní výchovu po dohodě se zákonnými zástupci. Velká část dětí, které pobývaly v diagnostickém ústavu, většinou přechází právě do výchovného ústavu.

V zákoně č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů se uvádí, že výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování a u nichž byla uložena ochranná výchova nebo nařízena ústavní výchova. Plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Zřizují se pak odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou, uloženou ochrannou výchovou a pro dívky, které jsou nezletilými matkami a pro jejich děti, které vyžadují výchovně léčebnou péči. Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, ale pouze v případě, má-li uloženou ochrannou výchovu a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou.

### ***1.2.2 Role sociálního pracovníka v diagnostickém ústavu***

Sociální pracovník provádí poradenskou činnost. Zprostředkovává kontakt na specializovaná pracoviště, poskytuje informace o sociálních dávkách, sociálních službách, kompenzačních pomůckách, zpracovává agendu související s vydáním předběžného opatření, s realizací diagnostického dobrovolného pobytu v diagnostických ústavech, poskytuje pomoc klientům při ukončení ochranné nebo ústavní výchovy a pomáhá klientům s předkládáním příslušných žádostí. Do náplně jeho práce také patří kontaktní práce, která zahrnuje návštěvy v rodinách klientů, podle individuálních potřeb. V tomto případě spadá sociální pracovník do resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a může vykonávat pozice pracovníka ve speciální škole, sociálního pracovníka ve školském poradenském zařízení a sociálního pracovníka v zařízení ústavní nebo ochranné výchovy (Arnoldová, 2016). Ve vyhlášce č.438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních se uvádí, že pokud dítě splňuje zákonné podmínky pro přijetí do diagnostického ústavu, tak je dítě přijímáno po předchozím projednání s příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dětí. V diagnostickém ústavu je pak dítě převzato sociálním pracovníkem a ten současně přebírá a kontroluje úplnost dokladů dle zákona. Vstupní pohovor s dítětem, který obsahuje zejména informace o důvodech umístění dítěte, o podmínkách jeho pobytu v diagnostickém ústavu, o vnitřním řádu diagnostického ústavu, o právech a povinnostech dítěte a o jeho dalších perspektivách, provádí psycholog, speciální pedagog-etoped nebo jiný pedagogický pracovník určený ředitelem zařízení, který dítě také seznámí s organizačním zajištěním jeho vzdělávání.

Podle vnitřního řádu DDÚ Homole (2015) mají sociální pracovníci na starost spolupráci s OSPODem. Informují orgán v případě útěku nebo ukončení jeho diagnostického pobytu. Dále od OSPODu musí pokaždé vyžádat souhlas s pobytem dítěte u rodičů, spolupracují při zajišťování potřebných informací a dokumentaci o dítěti, zasílají komplexní diagnostické zprávy dítěte a to včetně programu rozvoje osobnosti. Dále mají sociální pracovníci na starost příjem dítěte do diagnostického ústavu, kdy převezme všechny dokumenty dítěte a cenné věci, které po dobu jeho pobytu budou uschovány a uzamknuty v kanceláři sociálních pracovníků. Následně vyhotoví seznam všech převzatých věcí, jehož správnost stvrdí dítě podpisem. Sociální pracovník dále převezme a předá příslušnému vychovateli mobilní telefon a kapesné dítěte. Sociální pracovníci mají na starost též přípravu veškeré dokumentace, pro přemístění dítěte

rozhodnutím soudu z DDÚ do následného školského zařízení. Do následného zařízení je dítě doprovázeno a předáváno v doprovodu pedagoga, etopeda nebo sociálního pracovníka. Nejpozději do tří dnů od umístění dítěte musí sociální pracovníci tuto skutečnost oznámit rodičům dítěte, příslušnému soudu a příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dítěte. V případě zrušení ústavní nebo ochranné výchovy, neprodloužení předběžného opatření předává sociální pracovník dokumentaci, kterou převzal při přijetí dítěte, osobám odpovědným za výchovu dítěte.

## **2 Praktická část**

### **2.1 Cíl práce a výzkumná otázka**

Cílem práce je zmapovat užívání návykových látek a opatření v této oblasti ve vybraném diagnostickém ústavu. Výzkumné otázky jsou: jaká jsou opatření proti užívání drog u mladistvých ve vybraném diagnostickém ústavu a jaké drogy a návykové látky děti v tomto ústavě nejčastěji užívají.

## **3 Metody a techniky výzkumu**

Cíle bude dosaženo využitím kvalitativního výzkumu, přičemž data budou získána za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, který budu provádět v diagnostickém ústavu v Homolích. Kutnohorská (2009), popisuje kvalitativní výzkum jako induktivní poznávání smyslu, objevování a vytváření teorie a hypotézy. Je používána komunikace a pozorování, jakožto základní element analýzy, což jsou slova, věty a individuální interpelace. Kvalitativní postup, je opakem kvantitativního postupu. Tedy u něj nepoužíváme pouze jeden postup, ale více postupů. Kvalitativní výzkumy směřují k individuální teorii a k typologii. Tímto výzkumem se může též ověřovat výsledek kvantitativního výzkumu.

Podle Nového a Suryka (2006), je cílem kvalitativního výzkumu odhalovat neznámé skutečnosti o sociálních a sociálně - psychických jevech a to zejména existenci těchto jevů a jeho strukturu, jejich funkce a vlastnosti. Zachycuje jevy v jejich dynamice, zaměřuje se na pochopení smyslu jednajícího sociálního subjektu a více odhaluje reálné souvislosti mezi jevy, jako jsou faktické závislosti v jejich úplnosti, pokud je to možné. Cílem tohoto výzkumu není změření jednotlivých ukazatelů a parametrů, ale vytváření vhodného popisu nebo logické konstrukce celku sociálního jevu. Podle Kozla (2006), kvalitativní výzkum pátrá hlavně po příčinách. Proč něco proběhlo nebo proč se něco děje. Většina sbíraných údajů probíhá ve vědomí nebo podvědomí konečné osoby. Jsou k tomu využívány hloubkové nebo skupinové rozhovory.

Pracujeme většinou s menším výzkumným vzorkem. Hanzelková et. al. (2009) ve své publikaci zmiňuje, že kvalitativní výzkum se provádí na malém vzorku a cílem je hlubší pochopení problému spolu s hledáním odpovědi na otázku „Proč?“. Je vhodný pro situace, kdy mnoho o zkoumaném problému nevíme a potřebujeme ho hlouběji pochopit.

### **3.1 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor představují zaměstnanci vybraného diagnostického ústavu, čímž byl pro mou bakalářskou práci diagnostický ústav v Homolích. Rozhovor, jsem prováděla se šesti zaměstnanci. Z nichž to byly dvě sociální pracovnice, dva etopedi a dva vychovatelé a to jeden pro první a druhý stupeň základní školy. Každého informanta jsem před rozhovorem informovala o tom, že rozhovory budou anonymní a data budou použita pouze pro účely této bakalářské práce.

### **3.2 Etika výzkumu**

Před prováděním rozhovorů byli informanti seznámeni s účelem a předmětem výzkumu. Též byli seznámeni s možností dozvědět se výsledky výzkumu, v případě zájmu.

Výzkum byl anonymní, o čemž jsem informanty poučila stejně jako o ochraně osobních údajů. Otázky v žádném ohledu nenarušoval, ani neohrožoval důstojnost informantů. Rozhovory byly dobrovolné a každý oslovený pracovník, měl možnost tento rozhovor odmítnout.

### **3.3 Analýza dat**

Rozhovory jsem s pracovníky realizovala osobně, při mé praxi v diagnostickém ústavu v Homolích. Získaná data z rozhovorů byla zpracována za pomoci otevřeného kódování. Při analýze dat byly vytvořeny ke každému důležitému tématu, které se odvíjelo z otázek kapitoly, ke kterým jsem přiložila odpovědi na otázky z rozhovorů a SWOT analýzu, ve které jsou přehledně obsaženy klíčové informace z rozhovorů.

Kuthonohorská (2009) popisuje otevřené kódování jako část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů, pomocí důkladného studia údajů z výzkumu a ohledně něj. Je to proces, při kterém rozebíráme, prozkoumáváme, porovnáváme údaje z výzkumu. Porovnáváním zjišťujeme podobnosti a rozdíly. V průběhu tohoto procesu jsou zkoumány a zvažovány vlastní i cizí domněnky o problému a to následně vede k novým objevům. Základem je tedy zjišťování podobností a rozdílů při porovnávání jednotlivých případů, událostí a jiných jevů. Vyhnálková a Plischke (2019) ve své publikaci popisují otevřené kódování, jako analýzu dat, která pomáhá odhalovat témata a obsahy, jež jsou skryté v textu. Datům, jež byly získány při rozhovorech s informanty, přiřadíme vhodné kódy, které jsou sloučené na základě jejich podobnosti.

## 4 Výsledky

Pracovníky DDÚ Homole jsem označila jako pracovníky 1 až 6 pro rozlišení. A následně jsem vytvořila tabulku, se základními informacemi o těchto pracovnících, aby bylo později jednodušší jejich rozlišení.

**Tabulka 1 Identifikační údaje zaměstnanců DDÚ Homole**

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Pozice v ústavu:	etoped	etoped	vychovatel	sociální pracovnice	sociální pracovnice	vychovatel
Délka praxe:	19 let	10 let	12 let	2 roky	6 měsíců	36 let

Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z tabulky č.:1 každý informant má jinou délku praxe tudíž, má každý jiné zkušenosti i vzhledem k různorodosti profesí informantů.

### 4.1.1 Zkušenosti pracovníků DDÚ Homole s užíváním drog u dětí

První otázkou z výzkumu jsem se ptala, jaké mají zkušenosti pracovníci DDÚ Homole s dětmi, které užívají drogy. Touto otázkou jsem chtěla hlavně zmapovat to, kteří pracovníci se s tímto jevem u dětí nejčastěji setkávají vzhledem k pozici, kterou vykonávají, neboť ta určuje, jak často budou s dětmi v kontaktu celkově. Pracovníci při odpovídání na tuto otázku také zmiňovali se závislostí na jaké látce, mají u dětí největší zkušenosti. Na otázku „Jaké máte zkušenosti s užíváním návykových látek u dětí umístěných v DDÚ?„ tedy pracovníci odpověděli následovně:

Pracovník 1: *Velice časté, avšak v posledních letech je počet spíše konstantní. Nejčastěji se vrací pod vlivem z vycházek.*

Pracovník 2: *Velice časté, nejčastěji děti užívají nikotin, alkohol a THC. V posledních letech mi přijde, že užívání těch látek má vzestupnou tendenci.*

Pracovník 3: *Téměř žádné, nejčastěji to bývají uživatelé alkoholu a nikotinu, ale ne na jiných látkách. To bývají spíše starší děti.*

Pracovník 4: *Nejčastěji se setkávám s uživateli THC, je to na nich poznat, protože mají*

zarudlé oči. Hodně dětí také bývá pod vlivem LSD nebo pervitinu.

Pracovník 5: *Mám hodně zkušeností s dětmi na záchytu, které jsou pod vlivem návykových látek a následně nám demolují pokoj a musíme to řešit s policií, případně musí pro dítě přijet záchranka.*

Pracovník 6: *Již méně časté stupňující se situace. Dříve byly děti méně závislé než teď. Nyní se velice často vyskytuje závislost na THC a pervitinu.*

Na základě těchto odpovědí jsem tedy vytvořila TABULKU, která bude znázorňovat tyto odpovědi v bodech. Tabulka bude zaměřena na to, jak často se s dětmi pod vlivem návykových látek setkávají.

**Tabulka 2 : Zkušenosti pracovníků DDÚ Homole s užíváním drog u dětí**

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Časté setkávání	X	X		X	X	
Méně časté						X
Téměř žádné			X			

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č.:2 vyplývá, že převládají časté zkušenosti pracovníků DDÚ Homole s užíváním drog u dětí.

#### **4.1.2 Účinnost opatření DDÚ Homole**

Další otázka se týkala opatření v DDÚ Homole, které by zamezovaly tomu, aby děti užívaly drogy. Pro přehlednost, jsem ze základních důležitých bodů vytvořila SWOT analýzu, která zdůrazňuje hlavní důležité body tohoto tématu. Otázka na toto téma zněla „Jaká jsou opatření tohoto ústavu, které tomu (užívání drog dětmi) zamezují, a myslíte si, že jsou dostatečná? Popřípadě co byste na nich změnil/la?“. Odpovědi na tyto otázky by měly poukázat na případné nedostatky v opatřeních ústavu nebo je případně upozornit na jejich účinnost/neúčinnost.



V případě nedodržování pravidel v DDÚ má ředitel právo na to, udělit dítěti výchovné opatření. Tato opatření obsahují například omezení, které se týká používání telefonu a jiné elektroniky ve volném čase, které má dítě po splnění školních povinností. Dále se může týkat například vycházek, kdy je dítěti omezená doba vycházky nebo vycházka úplně zakázána. Další variantou jak dítě pomocí výchovného opatření poučit a zamezit jeho problémovému chování, je zákaz víkendového pobytu u rodičů. Podle Pavlovského (2012) výchovná opatření, mají za úkol usměrnit způsob života mladistvého a tím zajišťuje a podporuje jeho výchovu.

<p><b>Silné stránky:</b></p> <p>Možnost udělit dětem výchovné opatření jako trest, za porušení pravidel (omezení/zákaz vycházek, zabavení elektroniky)</p> <p>Neustálý dohled</p>	<p><b>Slabé stránky:</b></p> <p>Výchovná opatření nejsou u problémových dětí příliš účinná</p> <p>Chybí možnost testování dětí na přítomnost drog</p>
<p><b>Příležitosti:</b></p> <p>Snaha o znovuzavedení možnosti testování dětí na přítomnost drog</p> <p>Rozvoj preventivních programů</p>	<p><b>Rizika/ohrožení:</b></p> <p>Omezující legislativa ohledně kontroly</p> <p>Nemožnost dětem úplně zabránit v užívání návykových látek</p>

**Obrázek 1: SWOT analýza DDÚ Homole, opatření DDÚ Homole**

Zdroj: vlastní výzkum

Z obrázku č.:1 vyplývá, že opatření DDÚ Homole bývají většinou účinná, pokud se nejedná o velice problémové děti a systém opatření celkové je dobře konstituován.

Ve východiskách programu prevence DDÚ Homole (2018), se uvádí jako jedno z důležitých východisek, též zaměření se na zdravý životní styl a na aktivity posilující sociální dovednosti a osobní odpovědnost.

#### **4.1.3 *Kontrola a její možnosti***

Následující téma a na něj zaměřená otázka byla cílená na kontrolu. Je to hlavním a velice důležitým tématem ohledně zamezení užívání drog u dětí. Má otázka tedy zněla, „Máte možnost kontroly? Pokud ano, jakou? A co by se ohledně kontroly mělo podle vás změnit?“. Odpovědi na tuto otázku se ve většině případů shodovaly. Pracovníci DDÚ Homole nemají možnost kontroly, co se týče testování dětí na přítomnost drog v těle, tak tuto možnost již diagnostický ústav nemá, ačkoliv tomu tak dříve bylo. Důvod je takový, že jim byla možnost kontroly odebrána z toho důvodu, že nejsou zdravotnické zařízení, které má tyto pravomoci, včetně testování na drogy. Tato možnost zůstala pouze v případě, že o to požádá rodič dítěte. Avšak bez jeho žádosti, test na přítomnost drog v těle u dítěte, nelze uskutečnit. Kontrola v DDÚ Homole by se dala podle odpovědí rozdělit do několika druhů.

1. Kontrola při příchodu do DDÚ: Tuto kontrolu provádějí sociální pracovníce. Společně s dítětem projdou jeho věci a sepíšou seznam, kde jsou všechny tyto věci zmíněné. Telefon, nabíječku (a další elektroniku), léky, cigarety, zapalovače atd. si sociální pracovníce ponechávají u sebe v kanceláři a podle domluvy poskytují dítěti.

Např.: V případě, že je čas odpoledního volna, dítě má možnost vyzvednout si u sociální pracovníce telefon.

2. Kontrola při podezření na přechovávání zakázaných látek/věcí : Tuto kontrolu může provádět jakýkoliv zaměstnanec DDÚ, neboť se provádí v případě, že by dítě mohlo být ohroženo nebo v případě, že je podezření že porušuje pravidla DDÚ. Jedná se o kontrolu pokoje a osobních věcí dítěte. Tyto kontroly, dle výpovědí nejsou příliš časté, ale když už se provádějí, téměř vždy se něco nedovoleného (cigarety, alkohol, žiletky) u dítěte najde.

Např.: Na dívčích toaletách vychovatelka ucítí kouř z cigaret, takže se nejprve informuje u učitelek různých výchovných skupin, která dívka v průběhu vyučování opustila třídu a následně se provádí kontrola, při které se většinou najdou u některé z dívek cigarety.

3. Každodenní kontrola: Tuto kontrolu provádí vychovatelé jednotlivých výchovných skupin. Dětem se kontroluje stav pokoje, tedy úklid. Dále se děti kontrolují po „večerce“, kdy už mají trávit čas výhradně na pokoji a netoulat se po chodbách.

**Tabulka 3 : Kontrola a možnosti kontroly zaměstnanců v DDÚ Homole**

	Infomant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Ano, měli bychom mít možnost znovu testovat	X	X		X		X
Ne, neměli bychom mít možnost znovu testovat						
Neodpověděl			X		X	

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č.:3 vyplývá, že většina pracovníků DDÚ Homole je pro znovuzavedení testování dětí na přítomnost drog v těle, neboť takto jsou vázání pouze na svou vlastní dedukci. Protože, pokud dítě nepřijde například hodně opilé z víkendového pobytu nebo volné vycházky a nemotá se nebo na něm není jasně viditelné, že je pod vlivem alkoholu, nemají šanci zjistit, že je pod vlivem alkoholu, neboť to například kvůli častějšímu užívání a určité míře rezistence, to není na dítěti poznat. Což ve své publikaci zmiňují i Fung a Moore (2018), kteří tvrdí, že tělo na nepřiměřeně vysokou hladinu jakékoliv látky reaguje tak, že si vůči ní postupem času vybuduje odolnost (rezistenci). Pokud tedy osoba nadměrně konzumuje alkohol, její tělo si vůči alkoholu vytvoří rezistenci, která je také často nazývána tolerancí. Totéž platí například u drog jako je heroin.

#### 4.1.4 Další postupy

Následný postup v případě, že je veliké podezření, že dítě je pod vlivem drog na základě viditelných znaků, je další důležitá kapitola mého výzkumu. Otázka se tedy týkala postupu v případě, že je dítě pod vlivem nějaké drogy. Zda jsou pracovníci s tímto postupem spokojeni a co by na něm případně změnili. Tento postup by se podle odpovědí pracovníků DDÚ, dal rozdělit do několika fází, které následují. Pokud se zjistí nebo je podezření, že je dítě pod vlivem drog.

1. fáze: Dítě se zavře do záchytové místnosti, kvůli ochraně bezpečí svého i bezpečí ostatních. Často bývají děti pod vlivem drog agresivní a mají tendence demolovat vybavení záchytové místnosti. Pokud dítě není agresivní a je pod mírným vlivem drogy, zůstává na záchytném pokoji do té doby, než na něj tato látka přestane působit a poté je přemístěn na pokoj. Následuje však výchovné opatření.
2. fáze: V případě vážnějšího stavu doprovázeného např.: agresí nebo zdravotními komplikacemi, je kontaktována policie a záchranná služba.
3. fáze: Následně je o tomto jednání dítěte informován příslušný OSPOD.

Následuje tabulka, která znázorňuje spokojenost/nespokojenost pracovníků DDÚ Homole s tímto postupem.

**Tabulka 4: Spokojenost zaměstnanců DDÚ Homole s postupem zacházení s dítětem, které je pod vlivem drogy**

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Spokojen		X		X	X	
Nespokojen						
Neodpověděl	X		X			

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č.:4 vyplývá, že s tímto postupem je většina pracovníků spokojená.

#### 4.1.5 Režim drogově závislých v DDÚ Homole

Do diagnostických ústavů často přicházejí děti, které jsou závislé na různých návykových látkách, proto mě zajímalo, zda mají tyto děti nějaký jiný režim, než děti ostatní. Otázka tedy zněla „Mají drogově závislí jiný režim? Pokud ano, jaký? Pokud ne, myslíte si, že by ho měli mít a jaký?“

**Tabulka 5: Spokojenost zaměstnanců s režimem pro drogově závislé děti**

	Inf.1	Inf.2	Inf.3	Inf.4	Inf.5	Inf.6
Jiný režim nemají a měli by mít			X	X		
Jiný režim nemají a neměli by mít		X			X	
Jiný režim mají a je správný	X					X

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č.:5 vyplývá, že jsou názory na toto téma velice rozdílné. Nepřevládá většinově ani jeden názor.

Dále jsem na režim pro drogově závislé v DDÚ Homole vytvořila SWOT analýzu, která podrobněji znázorňuje problematiku tohoto tématu.

Podle Sedláčkové (2006) je SWOT analýza jednoduchým nástrojem, pro systematickou analýzu. Je zaměřená na popsání klíčových faktorů ovlivňujících strategii organizace. Často však bývá obtížné rozlišit silnou stránku, od té slabé a ohrožení se dá za určitých okolností změnit v příležitost. Cílem SWOT analýzy je poskytnout důležité poznatky.

<p><b>Silné stránky:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Možnost pobytu v záchytném pokoji, pokud je pod vlivem drogy agresivní a zároveň je to určitá forma detoxu.</li> <li>-Možnost udělit dítěti výchovná opatření, jako následek jeho počínání.</li> </ul> <p>(výchovný efekt)</p>	<p><b>Slabé stránky:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nedostatek záchytových místností (v zařízení je pouze jedna).</li> </ul>
<p><b>Příležitosti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Zřízení další záchytové místnosti.</li> <li>-Zpřísnění režimu pro drogově závislé.</li> <li>-Možnost reálného detoxu.</li> </ul>	<p><b>Rizika/ohrožení:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-V případě, že je obsazená záchytová místnost a do ústavu dorazí další dítě, které je drogově závislé/pod vlivem, je mnohem těžší práce, je-li vůbec v taková situace řešitelná.</li> <li>-Nekontrolovatelné navracení se, pod vlivem drog z vycházek a víkendových pobytů (pokud je to v malé míře, neznatelné na dítěti na první pohled).</li> </ul>

Obrázek 2: SWOT analýza DDÚ Homole, režim drogově závislých v DDÚ Homole

Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č.:2 tedy znázorňuje, že co se týče režimu, určitým způsobem jiný režim drogově závislé děti mají, avšak mohl by být přísnější a propracovanější.

#### **4.1.6 Nejčastěji užívané návykové látky v DDÚ Homole**

Poslední otázka směřovala, na nejčastěji užívané návykové látky v DDÚ Homole a na míru závislosti. První tabulka tedy znázorňuje, zaměstnanci nejčastěji zmiňované návykové látky. Vzhledem k tomu, že v DDÚ Homole jsou tři výchovné skupiny rozdělené dle věku, jsou odpovědi pracovníků různé, neboť to, s jakými drogami se u dětí nejčastěji setkávají, závisí také na jejich věku. Například mladší děti většinou mají zkušenosti „pouze“ s alkoholem, THC a nikotinem, mezi staršími dětmi jsou již zkušenosti s návykovými látkami různorodější.

**Tabulka 6: Návykové látky, které se nejčastěji vyskytují v DDÚ Homole**

	Inf.1	Inf.2	Inf.3	Inf.4	Inf.5	Inf.6
THC	X	X		X	X	X
Nikotin	X	X	X		X	X
Alkohol	X		X		X	
Pervitin		X	X			X
Heroin			X			
Antidepresiva	X					
Extáze						
Lysohlávky	X					
Těkavé látky	X					
LSD			X			
Jiné léky	X	X	X			

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č.:6 vyplývá, že nejčastěji užívanými návykovými látkami v DDÚ Homole jsou: THC, Alkohol, Nikotin a Pervitin.

Následuje tabulka, kde jsou znázorněny zmiňované návykové látky a míra závislosti, pokud byla informanty zmíněna.

**Tabulka 7: Míra užívání určitých návykových látek v DDÚ Homole**

	Časté užívání	Občasné užívání	Nezmíněno
THC	X		
LSD		X	
Lysohlávky			X
Pervitin	X	X	
Heroin		X	
Antidepresiva	X		
Těkavé látky		X	
Jiné látky	X		
Nikotin	X		
Alkohol	X	X	
Těkavé látky		X	

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č.:7 tedy vyplývá, že nejčastěji se v DDÚ Homole vyskytují děti, užívající THC, alkohol, nikotin, antidepresiva a jiné látky (čichání deodorantů přes polštář, léky na bolest apod.). Záleží také na věku dětí, mladší děti mají s alkoholem pouze občasné zkušenosti, kdežto ty starší už mnohdy bývají ve fázi závislosti. Téměř všechny děti v DDÚ Homole však byly závislé na nikotinu.



## 4.2 Diskuze

Má bakalářská práce je zaměřená na drogy a návykové látky ve vybraném diagnostickém ústavu. Na začátku práce jsem si stanovila dvě výzkumné otázky:

VO1: “Jaké jsou opatření proti užívání drog u nezletilých ve vybraném diagnostickém ústavu?”

VO2: “Jaké jsou nejčastěji užívané drogy ve vybraném diagnostickém ústavu?”

Pro zpracování výzkumu jsem si vybrala kvalitativní výzkum, při kterém jsem využila metodu dotazování a jako techniku jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní výzkum je podle Walkera (2013) výzkum, který je zaměřen na získávání poznatků toho, co lidi říkají a píšou. Rozvíjí nové pohledy na řešení dané problematiky. Člověk provádějící tento výzkum, může určitým způsobem ovlivnit své informanty, neboť s nimi osobně při rozhovorech stráví dost času. Jednoduše se to dá vysvětlit tak, že pokud budou dvě různé osoby provádět ten samý rozhovor, pokaždé z toho vzniknou jiné výsledky. Protože rozhovory se budou rozdílně vyvíjet a též pohled na výsledek bude jiný.

Data, která byla získána při výzkumu, jsem zpracovala pomocí metody otevřeného kódování, které je v publikaci Gulové a Šípa (2013) popisováno jako proces, při kterém jsou odhalovány nejen kategorie, ale také jejich vlastnosti.

Pro přehlednost, jsem využila v některých bodech SWOT analýzu. Podle Jakubíkové (2008) slouží SWOT analýza k tomu, aby identifikovala, do jaké míry jsou současné strategie organizace specifická, silná a slabá místa. Dále schopnost vyrovnat se se změnami, které přináší okolí. Jinak se také dá nazývat analýzou silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb.

Výzkum jsem realizovala v DDÚ Homole, kde jsem vykonávala odbornou praxi k bakalářské práci. Pracovníci DDÚ byli předem informováni o tom, že s nimi budu dělat rozhovory a měli i možnost připravit si odpovědi dopředu, neboť jsem jim rozdala papíry s vypsávanými otázkami. Informanti byli z různých pozic, abych získala náhled ze všech pohledů na danou problematiku. Proto jsem dělala rozhovor se sociálními pracovníci, vychovateli i etopedy. Každý z pracovníků v DDÚ Homole, pracuje s dětmi jinak a v jiné míře a také se s dětmi někteří pracovníci setkávají často a někteří

naopak méně. Všichni se mnou ochotně a mile spolupracovali a nebyl s ničím žádný problém.

#### **4.2.1 Diskuze k opatřením DDÚ Homole**

Hlavním bodem mého výzkumu byly opatření vybraného DDÚ, které by zamezovaly užívání drog u dětí.

Podle vnitřního řádu DDÚ Homole (2015) má ředitel právo na to, zakázat nebo přerušit návštěvu osob, jež jsou odpovědné za výchovu nebo i jiných osob v zařízení v situacích, když by bylo dítě nepříznivě ovlivňováno.

Při všech činnostech jsou děti povinné dodržovat denní režim. Systémem prevence rizikového chování je pak soubor plánovaných edukačních činností, směřujících ke zdravému životnímu stylu, eliminaci všech rizik špatného chování, posilování odolnosti vůči sociálně-patologickým jevům. Dítě je povinno dodržovat stanovený pořádek a kázeň, plnit pokyny pověřeného pracovníka, správně zacházet se svěřenými věcmi, neničit cizí majetek a dodržovat zásady slušného chování. Musí předat do úschovy předměty, které ohrožují výchovu, zdraví a bezpečnost. Opatření ve výchově jsou ukládána dle zákona 109/2002 Sb. Jde o výchovné prostředky, které jsou udělovány po náležitém promyšlení a to s přihlédnutím k individuálním schopnostem a možnostem dítěte. Opatření uděluje ředitel na základě návrhu pedagogického pracovníka. V rámci diagnostické porady jsou návrhy opatření projednány a jejich udělení je součástí zápisu z porady. Platnost jejich účinnosti je maximálně 7 dnů.

Dítěti může být na základě tohoto opatření:

- Odebrána výhoda za úsilí, výsledky při plnění jeho povinností nebo za příkladný počín. Což v praxi znamená odejmutí věcné odměny, finanční odměny atd.
- Snížené kapesné.
- Omezení nebo úplný zákaz trávení volného času mimo zařízení, maximálně na 7 dnů. V praxi je to tedy zákaz vycházky, zkrácení vycházky, vycházka jen v doprovodu určené osoby, vycházka jen do určených míst atd.
- Odebrání možnosti účastnit se atraktivní akce nebo činnosti. Například tedy omezení nebo úplný zákaz osobního volna, nákupů, konzumace pochutin, užívání elektrotechniky atd.

- Zákaz návštěv, výjimku tvoří pouze osoby odpovědné za výchovu, osoby blízké a oprávnění zaměstnanci orgánů sociálně-právní ochrany dětí, na dobu nejdéle 30 dnů v následujících třech měsících.

Naopak za úsilí jako motivaci k příkladnému chování jsou udělovány odměny. Odměnou může být prominutí předchozího opatření ve výchově, udělení věcné nebo finanční odměny, zvýšení kapesného v rozsahu stanoveném zákonem 109/2002 Sb., povolení mimořádné návštěvy kulturního zařízení, mimořádné vycházky, mimořádné návštěvy nebo přiznání jiné osobní výhody.

Co se týče režimu pro děti, které jsou například pod vlivem návykové látky a jsou agresivní nebo jinak nebezpeční, umísťují se do již zmiňované záchytové (oddělené) místnosti. Tam může být dítě umístěno v zájmu zklidnění jeho agresivního chování a stabilizace psychického stavu. Nejdéle zde může pobývat 48 hodin. Příkaz k umístění dítěte do oddělené místnosti vydává ředitel zařízení. Po dobu tohoto pobytu dítěte v oddělené místnosti, je dítěti poskytnuta péče odborného pracovníka a to v rozsahu nejméně šesti hodin denně. Mimo tuto dobu musí být dítěti umožněno účastnit se výchovné, vzdělávací nebo zájmové činnosti. Stav dítěte je neustále sledován pověřeným pracovníkem minimálně jednou za 30 minut. Do oddělené místnosti má dítě právo si vzít sebou předměty pro volnočasové nebo vzdělávací aktivity, nesmí být však nebezpečí, že těmito věcmi ohrozí sebe nebo okolí.

O průběhu tohoto pobytu dítěte v oddělené místnosti, je vedena dokumentace, ve které jsou zmiňovány poznatky o projevech dítěte, jež jsou významné ze zdravotního, psychologického a speciálně pedagogického hlediska. Dále se zapisují záznamy o poskytované péči odborného pracovníka, provedených vyšetřeních atd.

Další možností, kterou mají pracovníci v rámci opatření DDÚ Homole je osobní prohlídka. Ta je prováděna v nezbytné míře dospělou osobou stejného pohlaví, jako je dítě. Provádí se s ohledem na důstojnost a práva dítěte. O tomto úkonu je sepsán zápis, který je následně umístěn do dokumentace dítěte.

Dále je ve vnitřním řádu DDÚ Homole (2015) podrobně popsán popis jednání při intoxikaci dítěte. V této situaci zajišťuje pedagogický pracovník neustálý dohled nad dítětem a oznamuje tuto situaci vedoucímu pracovníkovi. Dle situace a chování dítěte je

možnost umístění intoxikovaného dítěte na oddělenou místnost a případně přivolat lékařskou pomoc.

Při výkonu mé praxe jsem se s podobným případem nesešla. Podle vyprávění pracovníků DDÚ se však tyto situace stávají. Jako velký problém uváděly to, že pokud jim Policie přiveze dítě na „záchyt“, které je na útěku z jiného DDÚ a oni jsou v tu chvíli povinni ho nechat v oddělené místnosti, dokud si ho nevyzvedne příslušný DDÚ. Policie dotyčné dítě netestuje na drogy a často se stává, že ho přivázejí pod evidentním vlivem drog. Následně se stává, že dítě demoluje pokoj, je agresivní apod. Často se pak musí opakovaně volat policie, případně záchranná služba.

#### **4.2.2 Diskuze k výzkumným otázkám**

VO1: “Jaké jsou opatření proti užívání drog u nezletilých ve vybraném diagnostickém ústavu?”

Co se týče této výzkumné otázky, jsem došla na základě svého výzkumu k závěru, že opatření DDÚ Homole jsou dostatečná. Problémem však nejsou opatření, ale velice omezená možnost kontroly dětí. Pracovníci jsou vázáni ve většině případů na svou vlastní intuici, dle které musí v situacích určitého podezření jednat. Je tím na ně uvalena obrovská zodpovědnost. Při výkonu praxe, jsem se díky rozhovorům i mimo svůj výzkum často dozvíдалa od pracovníků, že se často zpětně dozvídají od dětí, že po návratu například z vycházky nebo víkendového pobytu, byly pod vlivem například THC nebo alkoholu, ale protože si toho nikdo nevšiml a nekontaktoval například policii, která by mohla provést test na přítomnost návykových látek, neexistuje pro to hmatatelný důkaz. Zpětně tedy dítě není možné nijak potrestat.

Pracovníci mají tedy velice „svázané ruce“ neboť pokud by chtěli mít jistotu, že po návratu z víkendového pobytu nebo z vycházky není dítě pod vlivem návykové látky, museli by pokaždé volat policii.

Existuje ještě možnost, že dítě bude otestováno na přítomnost návykových látek v těle na žádost rodiče. Zde však jsou určité překážky jako to, že test musí uhradit rodiče. S tím jsou většinou problémy a rodiče hojně tuto službu nevyužívají. Takže ani tato varianta pracovníkům DDÚ Homole nijak práci neulehčuje.

Já osobně si myslím, že by se měla zpětně zavést možnost testovat děti na přítomnost drog. Pracovníci uváděli, že tuto možnost ztratili z toho důvodu, že nejsou zdravotnické

zařízení. Toto rozhodnutí mi přijde nesprávné, neboť velice omezuje kompetence a možnosti všech pracovníků DDÚ. Dává větší možnosti dětem v případě užívání návykových látek.

#### VO2:“Jaké jsou nejčastěji užívané drogy ve vybraném diagnostickém ústavu?“

Ohledně této výzkumné otázky, jsem dospěla k závěru, že jsou v DDÚ Homole čtyři nejčastěji užívané drogy. Alkohol, THC, Nikotin a Pervitin.

Nikotin má dle tvrzení zaměstnanců téměř 100% výskyt u dětí všech věkových kategorií. Což je zážející zejména, když se jedná o děti, které navštěvují první stupeň základní školy. Srnský (2007) uvádí, že po požití cigaret je dítě ohroženo alkaloidem nikotinem, který by mohl ovlivnit krevní oběh a dýchání, změnit stavy vědomí a mohou také vzniknout křeče.

Na alkoholu většina dětí dle tvrzení zaměstnanců nemá výraznou závislost, avšak jsou jeho pravidelnými uživateli. Spíše ho užívají starší děti, ale výskyt u dětí mladších není vůbec ojedinělý. Siková (2012) uvádí, že rodiče často nechávají děti pít alkohol už na různých rodinných oslavách v domnění, že mají vše pod kontrolou. Nastává však u dětí následně stav, kdy alkohol podceňují a pojí ho i mimo dohled rodičů.

THC příležitostně užívají spíše starší děti. Některé pravidelně a některé pouze příležitostně. Podle tvrzení pracovníků DDÚ Homole mají však s THC zkušenost téměř všechny děti. Podle Hubinkové (2008) je THC v České republice velice rozšířenou drogou ve všech věkových kategoriích. Nejvíce rozšířená je pak u mládeže. Důvodem je také to, že je cenově dostupná a mnoho lidí si jí pěstuje doma. Bývá často kombinována s alkoholem, nikotinem a jinými látkami.

Pervitin je nejčastěji užívaná „tvrdší“ droga v DDÚ Homole, protože dle tvrzení pracovníků je v Českých Budějovicích a okolí snadno dostupná.

Myslím, že je velice zážející, že čím dál tím mladší děti mají zkušenosti s různými typy návykových látek. Dle tvrzení pracovníků DDÚ Homole se i jejich počet neustále zvyšuje, pouze se střídají návykové látky, které děti užívají. Dříve například THC děti neužívaly, spíše převládal nikotin a alkohol. Momentálně jsou nejčastěji užívané tyto tři látky, avšak děti přicházejí se stále novými látkami.

## 5 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat užívání návykových látek a opatření v této oblasti ve vybraném diagnostickém ústavu. Dále jsem zjišťovala, jaké jsou možnosti kontroly, v této oblasti, neboť je to nedílnou součástí této problematiky.

V teoretické části jsem se zabývala návykovými látkami a drogami na základě odborné literatury. Dalším důležitým tématem, kterým jsem se zabývala v teoretické části, byla institucionální péče a konkrétně pak diagnostický ústav a jeho problematika.

Pro naplnění cíle práce jsem využila polostrukturované rozhovory, které jsem prováděla s pracovníky DDÚ Homole. Zaměstnanec jsem si vybírala tak, abych mluvila se všemi, kteří jsou denně v kontaktu s dětmi různých věkových kategorií. Výzkum jsem realizovala pomocí metody dotazování na základě kvalitativního výzkumu. Rozhovory jsem vyhodnotila metodou otevřeného kódování. Data, které jsem získala, jsem znázornila v přehledných tabulkách a obrázcích, které obsahují SWOT analýzy a zobrazují shrnuté důležité informace plynoucí z rozhovorů.

Tímto tématem jsem se zabývala z toho důvodu, že v České republice není v institucionální péči na téma drogy u nezletilých kladen dostatečný důraz, ani tato problematika není plošně zmapována.

Na základě výsledků bych chtěla upozornit na určitý nedostatek v kontrole, ohledně užívání návykových látek u dětí v DDÚ Homole, jež pracovníci včetně vedení nemohou změnit, neboť to není v jejich pravomoci.

U dětí v institucionálních zařízeních je přitom zvýšený předpoklad k výskytu rizikového chování, včetně užívání návykových látek. Tato bakalářská práce může posloužit jako pilotní výzkum pro širší studii zabývající se problematikou výskytu návykových látek u dětí a mládeže v institucionální péči.

## 6 Seznam použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5147-4.
2. BELLO. N., ZAHNER. M., 2017. *Side effect of drug Annual*. [online]. Science Direct, Chapter 1, [cit.2018-12-26]. Dostupné z: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378608017300430?via%3Dihub&fbclid=IwAR0fjKsFBHgWjbpYI2ML5br1XC6Y8FjuBUjm3v6TMvIe2JR-rqa\\_uKzLDbM](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378608017300430?via%3Dihub&fbclid=IwAR0fjKsFBHgWjbpYI2ML5br1XC6Y8FjuBUjm3v6TMvIe2JR-rqa_uKzLDbM)
3. BENDL, S., a kolektiv. 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4248-9.
4. BULÁNKOVÁ, I., 2005. *Léčivé rostliny na naší zahradě*. Praha: Grada, Česká zahrada. ISBN 80-247-1274-1.
5. BYDŽOVSKÝ, J., 2004. *První pomoc. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, ISBN: 978-80-247-0680-1
6. CIMICKÝ, J. 2009. *Psychotesty a desatera na každý den*. Praha: Fragment, ISBN 978-80-253-0779-3.
7. ČEVELA, R., a kolektiv. 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.
8. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
9. *Drogy a návykové látky*, 2019. [online]. Informační portál o drogách a návykových látkách, [cit.2019-01-10]. Dostupné z: [www.navykovelatky.cz](http://www.navykovelatky.cz)
10. FISCHER, S., ŠKODA. J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2.*, rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
11. FUNG, J., MOORE, J., 2018. *The complete guide to fasting: heal your body through intermittent, alternate-day, and extended fasting*. Las Vegas: Victory Belt Publishing, ISBN 1628600012.
12. GABRIEL, Z., NOVÁK. T., 2008. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1788-3.
13. GEISLEROVÁ, E., 2012. *Mít přehled: průvodce informačními a poradenskými službami pro mládež v ČR*. Praha: Národní institut dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, ISBN 978-80-87449-02-8.
14. GILMAN, S., ZHOU. X., 2004. *Smoke: a global history of smoking*. London: Reaktion Books, ISBN 9781861892003.
15. GULOVÁ, L., ŠÍP, R., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4368-4.
16. HÁJEK, Z., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, ISBN 80-247-0418-8.
17. HAJNÝ, M., 2001. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. Praha: Grada, Pro rodiče (Grada). ISBN 80-247-0135-9.

18. HAJNÝ, M., 2011. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
19. HANKOVÁ, O., 2017. Spolupráce s uživatelkami a uživateli drog z pohledu sociální práce. In: HANKOVÁ, O., (eds). *Sociální práce & drogy*. Praha: SANANIM, ISBN 978-80-904536-6-1
20. HANZELKOVÁ, A., 2009. *Strategický marketing: teorie pro praxi*. Praha: C.H. Beck, C.H. Beck pro praxi. ISBN 978-80-7400-120-8.
21. HIBELL, B., a kolektiv. 2012. *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, ISBN 978-91-7278-233-4.
22. HINES, G., BARERSTOCK, A., 2014. *A guide to parenting a young adult*, Piatkus, ISBN 978-0349404462
23. HORÁK, Z., 2011. *Círky a české školství: právní zajištění působení církví a náboženských společností ve školství na území českých zemí od roku 1918 do současnosti*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3623-5.
24. HUBINKOVÁ, Z., 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3., aktualiz., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1593-3.
25. JAKUBÍKOVÁ, D., 2013. *Strategický marketing: strategie a trendy*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, Expert (Grada). ISBN 978-80-247-4670-8.
26. JEDLIČKA, R., 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.
27. KALINA, K., a kolektiv. 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing., a.s. ISBN 978-80-247-1411-0
28. KALINA, K., a kolektiv. 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 1. ISBN 80-86734-05-6.
29. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
30. KELNAROVÁ, J., a kolektiv. 2013. *První pomoc 2 pro studenty zdravotnických oborů*. 2. Přepřacované vydání. ISBN 978-80-247-4200-7.
31. KLEIMAN, M., a kolektiv. *Drugs and drug policy: What everyone needs to know*. 2011. Oxford University Press, ISBN 978-0199764501
32. KOLÁŘ, Z., 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3710-2.
33. KOZEL, R., 2006. *Moderní marketingový výzkum: nové trendy, kvantitativní a kvalitativní metody a techniky, průběh a organizace, aplikace v praxi, přínosy a možnosti*. Praha: Grada, Expert (Grada). ISBN 80-247-0966-X.
34. KUKLA, L., a kolektiv. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3874-1.
35. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.



36. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
37. LÜLLMANN, H., a kolektiv. *Taschenatlas Pharmakologie*. Stuttgart: Thieme, [2018]. Flexibook. ISBN 978-3137077077.
38. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
39. MARKOVÁ, E., a kolektiv. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
40. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
41. MIOVSKÝ, M., 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-0865-2.
42. NOVÁK, J., 2007. *Jedovaté rostliny kolem nás*. Praha: Grada, Svět rostlin. ISBN 978-80-247-1549-0.
43. NOVÝ, I., SURYNEK, A., 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, Manažer. ISBN 80-247-1705-0.
44. NOŽINA, M., 2017. *Indoor pěstírny netechnického konopí a rizika spojená s výrobou metamfetaminu*. *Drugs, Forensics bulletin*. 3, ISSN 1211-8834
45. PAVLOVSKÝ, P., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.
46. *Právo na dětství*, 2013. [online]. Web Právo na dětství, [cit.2018-12-10]. Dostupné z: [www.pravonadetstvi.cz/deti/btroje-situace/jsi-v-ustavu/typy-ustavni-pece/](http://www.pravonadetstvi.cz/deti/btroje-situace/jsi-v-ustavu/typy-ustavni-pece/)
47. PROCHÁZKA, R., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.
48. ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1941-2.
49. SEDLÁČKOVÁ, H., 2006. *Strategická analýza*. 2., přeprac. a dopl. vyd. V Praze: C.H. Beck, C.H. Beck pro praxi. ISBN 80-7179-367-1.
50. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
51. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3592-4.
52. SRNSKÝ, P., 2007. *První pomoc u dětí*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-1824-8.
53. STRASSMAN, R., 2008. *Inner paths to outer space: journeys to alien worlds through psychedelics and other spiritual technologies*. Rochester, Vt.: Park Street Press, ISBN 9781594772245.
54. SVOBODOVÁ, J., 2009. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Psychiatrické oddělení FNŠP Ostrava, [cit.2018-12-15]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/06.pdf>
55. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4434-6.
56. ŠEVELA, K., ŠEVČÍK, P., 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3146-9.

57. ŠPATENKOVÁ, N., 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
58. ŠTASTNÁ, L. 2010. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, ISBN 978-80-254-6807-4.
59. ŠTEFAN, J., MACH, J., 2005. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0931-7.
60. ŠVEC, J., a kolektiv. 2007. *Jak se bránit drogám a předcházet závislostem: kurz osobnostní a sociální výchovy pro žáky 2. stupně ZŠ*. Praha: Projekt Odyssea, ISBN 978-80-87145-26-5.
61. ŠVIHOVEC, J., a kolektiv. 2018. *Farmakologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247- 5558-8
62. *The work of WHO 1948. [World Health Organisation]: annual report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations*. Geneva: World Health Organization.
63. TUČEK, M., SLÁMOVÁ, A., 2018. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře. 2., doplněné vydání*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-3932-1.
64. VÁGNEROVÁ, M., a kolektiv. 2013. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-2209-5.
65. VANÍČKOVÁ, E., 2007. *Dětská prostituce. 2., dopl. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2218-4.
66. VAVRYSOVÁ, L., 2018. *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-5426-9.
67. *Vnitřní řád DDÚ Homole*, 2015, [online]. DDÚ Homole. [cit.2019-01-15].  
Dostupné z:  
[http://www.dduhome.cz/files/vnitri\\_rad\\_ddu.pdf?fbclid=IwAR142lb\\_z9exWiXZdn2ct8qL4yWDgvxiDALhkiXaVwQ8Aht28GxSNrne3no](http://www.dduhome.cz/files/vnitri_rad_ddu.pdf?fbclid=IwAR142lb_z9exWiXZdn2ct8qL4yWDgvxiDALhkiXaVwQ8Aht28GxSNrne3no)
68. VYHNÁLKOVÁ, P., 2019. *Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů*. In: Jitka Pischke (eds). Recenzovaný sborník předkládá dvanáct příspěvků z mezinárodní vědecké konference „Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů XIII: Začínající učitel v měnící se společnosti“. ISBN 978-80-244-4990-6.
69. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
70. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002. částka 48, s. 2978. ISBN 978-80-7552-821-6
71. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998. částka 106, s. 9290.
72. Zákon č. 359/1999 Sb., zákon o sociálně právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999. částka 190, s. 6802. ISSN 1211-1244

73. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. částka 143, s. 4946. ISSN 1211-1244
74. ZELENÁ, M., KLÉGROVÁ, A., 2006. *Podpora rodiny*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, ISBN 80-86991-67-9