



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 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 12. 8. 2019

.....

Kristýna Hellerová

### **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 ve vybraném diagnostickém ústavu a nejčastěji užívané drogy v tomto ústavu.

Cílem tedy bylo zmapovat užívání návykových látek a opatření v této oblasti ve vybraném diagnostickém ústavu. 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 vybraného diagnostického ústavu 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 tomto ústavu 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 selected Children Diagnostic Institute and the most frequently used drugs in this Institute.

The aim is to map the use of addictive substances and precautions in selected Children Diagnostic Institute. 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 selected Children Diagnostic Institute 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 selected Children Diagnostic Institution, 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

Úvod.....	10
1 Teoretická část.....	11
1.1 Drogy a návykové látky .....	11
1.1.1 Vymezení drog a návykových látek.....	12
1.1.2 Rozdělení drog.....	13
1.1.3 Účinky drog .....	14
1.1.4 Příležitostné a rekreační užívání drog.....	16
1.1.5 Vymezení drogové závislosti.....	18
1.1.6 Příčiny vzniku drogové závislosti.....	19
1.1.7 Drogy a mladiství.....	21
1.1.8 Drogy a návykové látky v institucionální péči .....	22
1.2 Diagnostický ústav .....	23
1.2.1 Institucionální péče .....	25
1.2.2 Role sociálního pracovníka v diagnostickém ústavu .....	28
2 Praktická část.....	30
2.1 Cíl práce a výzkumná otázka .....	30
3 Metody a techniky výzkumu .....	30
3.1 Výzkumný soubor .....	31
3.2 Etika výzkumu .....	31
3.3 Analýza dat.....	31
4 Výsledky.....	33
4.1.1 Kategorie: Zkušenosti.....	34
4.1.2 Kategorie: Účinnost opatření .....	35
4.1.3 Kategorie: Kontrola .....	36
4.1.4 Kategorie: Další postupy .....	37
4.1.5 Kategorie: Režim drogově závislých.....	38
4.1.6 Kategorie: Nejčastěji užívané návykové látky.....	39
5 Diskuze.....	41
5.1.1 Diskuze k opatřením vybraného diagnostického ústavu.....	42
5.1.2 Diskuze k výzkumným otázkám.....	45
Závěr .....	48
Seznam použitých zdrojů.....	50



Seznam příloh .....	56
Seznam zkratk .....	57
Přílohy.....	58

## Úvod

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

Do diagnostického ústavu se umisťují 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 dítěte 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 mého výzkumu. Ten byl zaměřen na drogy a návykové látky, ve vybraném diagnostickém ústavu a opatření, která jsou v tomto ústavu ohledně nich uplatňována v praxi, spolu s jejich účinností.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Drogy a návykové látky

Drogy a návykové látky představují pro současnou společnost z hlediska společenských dopadů spojených s léčbou a ekonomických nákladů velmi významný problém.

Celkový rozsah užívaných návykových látek narostl do takové míry, že jej nelze zanedbávat (Preiss, Kučerová, 2006).

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 (zákon č.167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů). Návykové látky mohou být využity pouze k výzkumným, vědeckým a velice omezeným terapeutickým účelům (zákon č.167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů). 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 (zákon č.167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů).

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 (zákon č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku). Za přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, hrozí pachateli odnětí svobody až na jeden rok (zákon č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku). Za nedovolené pěstování rostlin obsahující omamnou nebo psychotropní látku konkrétně konopí, ve větším než malém množství, hrozí pachateli šest měsíců odnětí svobody (zákon č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku). 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 (zákon č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku). 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 (zákon č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku).

Pokud tento čin spáchá vůči dítěti, hrozí mu trest odnětí svobody na jeden rok až pět let, spolu s peněžitým trestem (zákon č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku).

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. Štěrbová (2016) uvádí, že konopí je hned po alkoholu a tabáku třetí nejrozšířenější drogou v České republice. Nožina (2017) dále uvádí, že výroba je pokrývána především domácí produkcí. V České republice je distribuce marihuany výrazně ovlivněna zapojením vietnamských zločineckých kultur.

Další velice často užívanou drogou v celé Evropě je dle Kaliny (2008) pervitin. Dále pak Nožina (2017) uvádí, že pervitin-metamfetamin je konkrétně v České republice velice často užívaná droga, hned po marihuaně.

Naopak méně užívanou látkou v České republice je kokain. Stejně tak je na tom crack, který u nás též není hojně užíván (Kalina, 2008). Tuto teorii potvrzuje i Štěrbová (2016), která uvádí, že kokain je v České republice méně užívaný, než ostatní drogy a také méně dostupný. Jeho cena je vyšší, než u alkoholu, pervitinu nebo konopí.

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

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 Šeblová a Knor (2013) ve své knize uvádějí, že nejčastěji dochází ke vstupu látky do organismu orálně, tedy ústy. 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. 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). 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 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, přezdíván jako andělský prach (Ševela et. al., 2011). 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, toluen, 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. 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 na měkké a tvrdé drogy (Geisslerová et. al., 2012).

1. Měkké drogy mají nižší riziko vzniku závislosti a patří do nich kokový čaj, marihuana a hašiš (Geisslerová et. al., 2012). Kukla (2016) uvádí, že do měkkých drog řadíme marihuanu, hašiš, kokový čaj a kávu.

2. Tvrdé drogy se 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 toluen (Geisslerová et. al., 2012). Kukla (2016) do kategorie tvrdých drog obecně řadí: extázi, heroin, kokain, LSD, lysohlávky, morfin, pervitin, toluen 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 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 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. Co se týče opiátů, tak jejich účinek zmiňuje i Roztočil (2008). Jejich účinek je celkově zklidňující a častějším užíváním vzniká vyšší tolerance.

Stimulační drogy podle Roztočila (2008) zrychlují psychomotoriku a dochází při jejich užívání k odstranění únavy, k pocitu zvýšené fyzické i psychické výkonnosti. Hanus, (2019) popisuje účinky stimulačních drog tak, že dodávají člověku energii, zbavují ho únavy, nesmělosti a zábran, které má například v komunikaci s ostatními osobami. Pervitin, který se řadí do této kategorie, působí tak, že pohyby a myšlení osoby jsou zrychlené, překotné, na úkor jejich kvality. Pokud je osoba závislá na pervitinu ve fázi „dojezdu“, kdy droga přestává účinkovat, je pak agresivní, ospalá, roztěkaná, podrážděná a musí se z toho vyspat. Štěrbová (2016) uvádí, že pervitin způsobuje nabuzení organismu a zvýšení duševního i fyzického výkonu uživatele. Konkrétní účinky jsou odstranění únavy, zrychlený proces přemýšlení, zvýšený pocit síly a energie.

Kokain na osoby prý působí tak, že se cítí svěží, sebevědomí a připraveni na konzumaci alkoholu v nadlidské míře, bez morální i tělesné kocoviny. 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 (Hanus, 2019). Dle Štěrbové (2016) má kokain zejména euforizující účinky, které následně vyvolávají změnu nálad. Pomáhá ke zvýšení pocitu síly a energie a to i v duševní oblasti. Potlačuje únavu a vyvolává závislost hlavně psychické povahy.

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 (Hanus, 2019). Hlavními účinky heroinu dle Štěrbové (2016) jsou pocity euforie, zklidnění, ztráty bolesti fyzické i duševní, snížené vnímání fyzických pocitů a zvýšení pocitů tepla. Při dlouhodobém užívání vzniká závislost psychická i fyzická, následuje pokles citlivosti k fyzické bolesti a vlastním potřebám uživatele. Dále uživateli při dlouhodobém užívání hrozí různé infekce, trvalá malátnost nebo poruchy spánku.

Tlumivé látky vyvolávají velice silnou duševní i tělesnou závislost a po dlouhodobém užívání se člověk bez nich cítí ještě hůř, než předtím, než je začal užívat (Hanus, 2019).

Poslední kategorií jsou halucinogenní drogy. Po jejich užití 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 kolem nás skutečně je. Na těchto látkách, vzniká hlavně psychická závislost, nikoliv fyzická (Hanus, 2019). Tyto látky dle Štěrbové (2016) vyvolávají deformaci vnímání objektivní reality. Pod vlivem těchto látek může dojít k poruchám ve vnímání času, prostoru, směru. Nálada uživatele se mění od pocitů absolutní euforie, až k těžce depresivnímu stavu.

#### ***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 těžké 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 až 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).

Experimentování je důležitou součástí dospívání. Většina dospívajících zkouší 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 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 podlehne 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 (Švec, 2007).

U dětí a mladistvých se málokdy jedná o rozvinutou závislost. Provádí se u nich tedy detoxikace hlavně z důvodu přerušování a zastavení přísunu drogy. U jedinců, u kterých bylo prokázáno škodlivé užívání nebo experimentování s drogami (Kalina et. al., 2003).

U některých jedinců to končí prvním pokusem a následuje rozhodnutí o tom, že už drogu nebudou nikdy užívat. Někteří však s experimenty neskončí, 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 (Švec, 2007).

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 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 abstinenčními příznaky, při vynechání dávky drogy. Dle Slabého (2017) závislost ovládne emoční a kognitivní část osobnosti a to do té míry, že pocit chtění a povinnosti spolu vzájemně splývají. Tento stav je způsobován tím, že závislost poskytuje člověku pocity uvolnění a umožňuje mu, aby cítil příjemné pocity. Opětovnou snahou vyvolat tyto pocity pomocí návykové látky se rozvíjí závislost.

Ve srovnání s vývojem závislosti například na alkoholu, je vývoj znatelně 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 (Štefan a Mach, 2005).

U nás, v České republice, 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 (Štefan a Mach, 2005). Ptáček (2011) pak uvádí, že velkým problémem je, že tématu drogové závislosti není u nás v České republice věnována dostatečná pozornost.

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 abstinenční příznaky, ale i tak se dostavují takzvané nepravé abstinenční 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 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 abstinenční 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 publikaci i 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 zmírnění 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 závislími 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 ústavech, jsou velice ohrožená skupina, co se drogové problematiky týče. Nejvíce ohrožené 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 jiného. 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.

## **1.2 Diagnostický ústav**

Diagnostické ústavy se dají vnitřně dělit na pracoviště diagnostické, sociální služby, záchytné a výchovně vzdělávací.

Záchytné pracoviště je takové, které přijímá k přechodnému pobytu mládež, která byla zadržena na útěku od zákonných zástupců nebo mládež zachycenou orgány policie na útěku z dětského domova, diagnostického ústavu nebo speciálního výchovného zařízení (Marková et. al., 2006).

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 přijímá děti s nařízeným předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou.

Na základě komplexního vyšetření, zdravotního stavu a volné kapacity jednotlivých zařízení jsou děti umísťovány do dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů (zákon 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). 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.

V tomto ústavu je plněna funkce diagnostická, která spočívá ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností. Vzdělávací, v jejímž rámci se zjišťuje jaká je úroveň dosažených znalostí a dovedností přiměřeně k jeho věku, individuálním předpokladům a možnostem. Terapeutická, která díky pedagogickým a psychologickým činnostem směřuje k nápravě v chování dítěte a poruch v sociálních vztazích. Výchovná a sociální se vztahuje k osobnosti dítěte, jeho rodinné situaci a sociálně-právní ochraně dětí. Organizační souvisí s umísťováním dětí do příslušných zařízení. Koordinační pak směřuje 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 (zákon 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).

Tyto 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 (zákon 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).

Tento systém potvrzuje ve své publikaci i Kolář (2012) který zmiňuje, že diagnostický ústav má plnit úkoly výchovně-vzdělávací, diagnostické, terapeutické a organizační. Též má na starost rozmisťování 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.

Podrobněji popisuje diagnostický ústav a pobyt v něm, ve své publikaci Sedlářová (2008), která uvádí, že diagnostický ústav je školské pobytové zařízení, které je určeno 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.

Podle vnitřního řádu DDÚ (2015), spolupracuje diagnostický ústav s dalšími organizacemi a institucemi.

V první řadě je to OSPOD. 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 (vnitřní řád DDÚ, 2015).

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 (vnitřní řád DDÚ, 2015).

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 pracovníce. Chrání majetek pracovníků DDÚ a podává zprávy o dítěti na základě písemné žádosti (vnitřní řád DDÚ, 2015).

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 (vnitřní řád DDÚ, 2015). Dětský domov následně splňuje funkci sociální, výchovně-vzdělávací, zdravotní a preventivní (Bendl et. al., 2015).

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 (vnitřní řád DDÚ, 2015).

V rámci prevence rizikového chování zajišťuje DDÚ mezioborovou spolupráci s dětskými pedopsychiatry, neurology, psychology, terapeuty, adiktologickými poradnami, krizovými centry, nízkoprahovými organizacemi a jiné (vnitřní řád DDÚ Homole 2015).

### ***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 (Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí- Právo na dětství, 2013). 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. 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.

Druhý je diagnostický ústav (Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí- Právo na dětství, 2013). Často se 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 (Jedlička, 2015).

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 (Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí- Právo na dětství, 2013). Dětský domov plní funkci sociální, výchovně-vzdělávací, zdravotní a preventivní. Výchovné působení je zaměřeno na dobu mimo vyučování, což je příprava na něj (Bendl et. al., 2015). 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 (Bendl et. al., 2015).

Děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova. Do domova mohou být umístovány děti ve věku od 3 let do 18 let. Také se tam umísťují nezletilé matky s jejich dětmi (zákon 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).

Vše se realizuje formou příležitostných a pravidelných činností, aktivit spontánních a organizovaných, hromadných, skupinových a individuálních (Bendl et. al., 2015). 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.

Čtvrtý 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 (Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí- Právo na dětství, 2013). Dětský domov se školou dle 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, 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.

Pátý je výchovný ústav, který slouží pro starší děti ve věku 15 a více. Dívky a chlapci jsou odděleni a součástí výchovného ústavu jsou také školy a učiliště, kde je možnost se vyučit (Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí- Právo na dětství, 2013). 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.

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.

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 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 (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/pracovnice 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 připravení veškeré dokumentace, pro přemístění dítěte rozhodnutím soudu z DDÚ do následného školského zařízení (vnitřní řád DDÚ, 2015).

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 (vnitřní řád DDÚ, 2015).

## **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?  
Jaké drogy a návykové látky děti v tomto ústavu 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 Suryňka (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. Rozhovor jsem prováděla se šesti zaměstnanci v rámci své praxe, kterou jsem absolvovala v tomto ústavu. Zaměstnanci byli na pozicích sociální pracovníce, etoped a vychovatelé a to jeden pro první a druhý stupeň základní školy. Jejich pozici v ústavu jsem uvedla z toho důvodu, že vzhledem k různorodosti jejich náplně práce se každý z nich setkává s dětmi jiné věkové kategorie v různém časovém intervalu, což způsobuje různorodost jejich zkušeností, stejně tak jako délka jejich praxe. Název vybraného diagnostického ústavu není záměrně zmíněn, aby byla zachována anonymita zaměstnanců. Informace, včetně rozhovorů byly získávány v únoru 2019 při výkonu mé praxe v tomto ústavu.

### **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 nenarušovaly, ani neohrožovaly důstojnost informantů. Rozhovory byly dobrovolné a každý oslovený pracovník měl možnost tento rozhovor odmítnout.

### **3.3 Analýza dat**

Rozhovory jsem s výchovnými pracovníky realizovala osobně při mé praxi ve vybraném diagnostickém ústavu. Získaná data z rozhovorů byla zpracována za pomoci otevřeného kódování. Na základě informací z rozhovorů byly vytvořeny kategorie a k nim přiřazeny kódy a další informace.

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 byla získána při rozhovorech s informanty, přiřadíme vhodné kódy, které jsou sloučené na základě jejich podobnosti.



## 4 Výsledky

Pracovníky vybraného diagnostického ústavu jsem označila fiktivními jmény pro rozlišení, ale zároveň pro zachování jejich anonymity. Následně jsem vytvořila tabulku se základními informacemi o těchto pracovnících, aby bylo později jednodušší jejich rozlišování v následujících tabulkách.

**Tabulka 1: Identifikační údaje zaměstnanců vybraného diagnostického ústavu.**

	Jana	Karel	Lukáš	Eva	Aneta	Romana
Pozice v ústavu:	etopedka	etoped	vychovatel	sociální pracovnice	sociální pracovnice	vychovatelka
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. Vychovatelé jsou totiž rozděleni do skupin dle věku dětí.

Následují kategorie vzniklé na základě rozhovorů s uvedenými pracovníky vybraného diagnostického ústavu:

- Zkušenosti
- Účinnost opatření
- Kontrola
- Další postupy
- Režim drogově závislých
- Nejčastěji užívané látky

#### 4.1.1 Kategorie: Zkušenosti.

Kategorie zahrnuje kódy: drogy, návykové látky, četnost zkušeností, vývojová tendence

První otázkou výzkumu jsem se ptala, jaké mají zkušenosti pracovníci ústavu 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.

Odpovědi byly různorodé. Obě sociální pracovnice se shodly na tom, že se s tím, že děti užívají **drogy**, setkávají velice často. Avšak každá v jiné podobě.

Eva uvádí: „*Mám hodně zkušeností s dětmi na záchyty, které jsou pod vlivem návykových látek a následně nám demolují pokoj a musíme to řešit s policií, případně musí pro dítě přijet záchranka.*“

Naopak Aneta se spíše setkává s tím, že se děti vracejí s víkendového pobytu se zarudlýma očima, z čehož dedukuje, že mohou být pod vlivem THC.

Etopedi jsou na tom stejně. Oba se shodují na tom, že jejich setkávání se s tímto jevem je velice časté. Naopak neshodují se ve **vývojové tendenci** tohoto jevu v posledních letech, kterou oba zaměstnanci během rozhovoru zmínili. Karel uvádí, že situace je spíše konstantní, opakem je pak výpověď Jany, která uvádí, že tento jev má vzestupnou tendenci.

Oba vychovatelé se pak shodují na tom, že se s užíváním **návykových látek** u dětí příliš neseťkávají. U Lukáše, je tato odpověď dána tím, že je vychovatelem mladších dětí, tudíž není tak vysoká pravděpodobnost, že se s tímto jevem bude setkávat.

Romana však, zmiňuje, že: „*Dříve byly děti méně závislé než teď.*“

**Četnost zkušeností** se tedy odvíjí dle pracovní pozice v DDÚ, kdy nejméně zkušeností s tímto jevem mají vychovatelé a nejvíce etopedi a sociální pracovnice.

Z těchto informací tedy lze vyvodit, že ve vybraném diagnostickém ústavu se děti, které užívají návykové látky, vyskytují často.

#### 4.1.2 Kategorie: Účinnost opatření

Kategorie zahrnuje kódy: výchovná opatření, účinnost, kontrola

Další otázka se týkala opatření ve vybraném diagnostickém ústavu, která by zamezovala tomu, aby děti užívaly drogy. 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 ve vybraném diagnostickém ústavu má ředitel právo na to, udělit dítěti **výchovná 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 omezena 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 zajišťují a podporují jeho výchovu.

Ohledně **účinnosti** se většina tázaných pracovníků shoduje na tom, že opatření vybraného DDÚ jsou dostatečná, avšak uvádějí jako největší nedostatek velice omezenou možnost kontroly. Pracovníci, kteří odpověděli, že opatření nejsou dostatečná, to též zmiňovali z důvodu omezenosti kontroly, ne z důvodu konkrétního nedostatku v pravidlech nařízení tohoto ústavu. „*Opatření, si myslím, že dostatečná nejsou. Je zapotřebí zpět zavést možnost kontroly na přítomnost drog a návykových látek v těle dítěte.*“ uvedla Jana. Ve stejném směru orientoval svou odpověď i Karel, který v odpovědi na tuto otázku uvedl: „*Nejsou rozhodně dostatečná, protože návykové látky jsou pouze zakázané v pravidlech, ale již nemáme možnost děti testovat na drogy, což by bylo třeba opět povolit.*“

Z informací načerpaných z odpovědí tedy vyplývá, že opatření vybraného diagnostického ústavu jsou dle názoru většiny tázaných zaměstnanců dostatečná a zároveň účinná.

Jednoznačným nedostatkem je dle většiny však nedostatečná/omezená možnost **kontroly**. Všichni zaměstnanci byli pro zpětné zavedení možnosti kontroly- testů na přítomnost drog u dětí.

Ve východiskách programu prevence DDÚ (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 Kategorie: Kontrola**

Kategorie zahrnuje kódy: kontrola, možnosti kontroly

Následující téma, a na něj zaměřená otázka, byla cílena na **kontrolu**. Ta je hlavním a velice důležitým prostředkem 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 vybraného diagnostického ústavu 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, protože 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 a její možnosti** v tomto ústavu by se dala podle odpovědí rozdělit do několika druhů.

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

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

2. Kontrola při podezření na přechovávání zakázaných látek/věcí : Tuto kontrolu může provádět jákykoliv 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 nejsou dle výpovědí 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.

Z odpovědí pracovníků vyplývá, že většina je pro znovuzavedení testování dětí na přítomnost drog v těle, neboť takto jsou vázání pouze na svou vlastní dedukci. Protože, pokud dítě nepříjde například hodně opilý z víkendového pobytu nebo volné vycházky a nemotá se nebo na něm není jasně viditelné, že je pod vlivem alkoholu, vychovatelé nemají šanci to zjistit. Bylo mi sděleno, že 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 (Fung a Moore, 2018).

#### **4.1.4 Kategorie: Další postupy**

Kategorie zahrnuje kódy: formy postupu, míra vlivu drogy, agrese

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.

**Formy následného postupu** by se podle odpovědí pracovníků DDÚ, daly rozdělit do několika fází, které následují v případě 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 přemístěno 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.

Toto rozdělení znázorňuje, že vždy záleží na **míře vlivu drogy** a **agrese**. Pokud jsou děti pod vlivem návykové látky v takovém stavu, kdy by například ztrácely vědomí, či by jim to působilo jiné zdravotní komplikace, okamžitě je přivolána záchranná služba. V případě, že by bylo dítě hodně agresivní a například napadalo pracovníky DDÚ, okamžitě bude přivolána policie ČR.

Z odpovědí též vyplývá, že s tímto postupem je většina pracovníků spokojená a nic by na něm neměnila.

#### **4.1.5 Kategorie: Režim drogově závislých**

Kategorie zahrnuje kódy: závislost, odlišný režim, detox

Do diagnostických ústavů často přicházejí děti, které jsou závislé na různých návykových látkách, proto mě zajímalo, zda mají tyto děti 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?“

Ohledně **odlišného režimu**, jsem se od pracovníků dozvěděla, že děti závislé na návykových látkách nebo občasní uživatelé žádný jiný program než ostatní děti nemají. Pokud se do DDÚ vrátí pod mírným vlivem drogy, záleží na tom, zda si tohoto stavu někdo vůbec všimne a i v takovém případě může být stav dítěte spekulativní. Pokud je dítě tedy mírně opilé, zavře se do záchytové místnosti, kde je ponecháno do dalšího dne, dokud nevystřízliví. Poté je zařazeno do běžného programu všech dětí v ústavu.

Z odpovědí vyplývá, že jsou názory na toto téma velice rozdílné. Nepřevládá většinově ani jeden názor. Tento fakt souvisí také s tím, že diagnostický ústav není léčebna, tudíž se zde cíleně nezaměřují na skupinu dětí **závislých** na návykových látkách.

Většina pracovníků k tomuto systému nemá připomínky, někteří však dodávají, že nějaká změna by byla přínosná. Eva uvádí: „*System by měl být přísnější, dítě by mělo podstoupit pořádný detox*“. S touto výpovědí souhlasí i odpověď Lukáše. Co se týče navrhovaných změn v režimu drogově závislých dětí, je tedy jedinou navrženou možností jak ho udělat přísnějším **detox**.

**Detox** má různé formy. Záleží na látce, na které je daná osoba závislá. Jedná se o léčebnou intervenci, při které se snažíme, aby osoba přestala být závislá na návykové látce (Kalina, 2015).

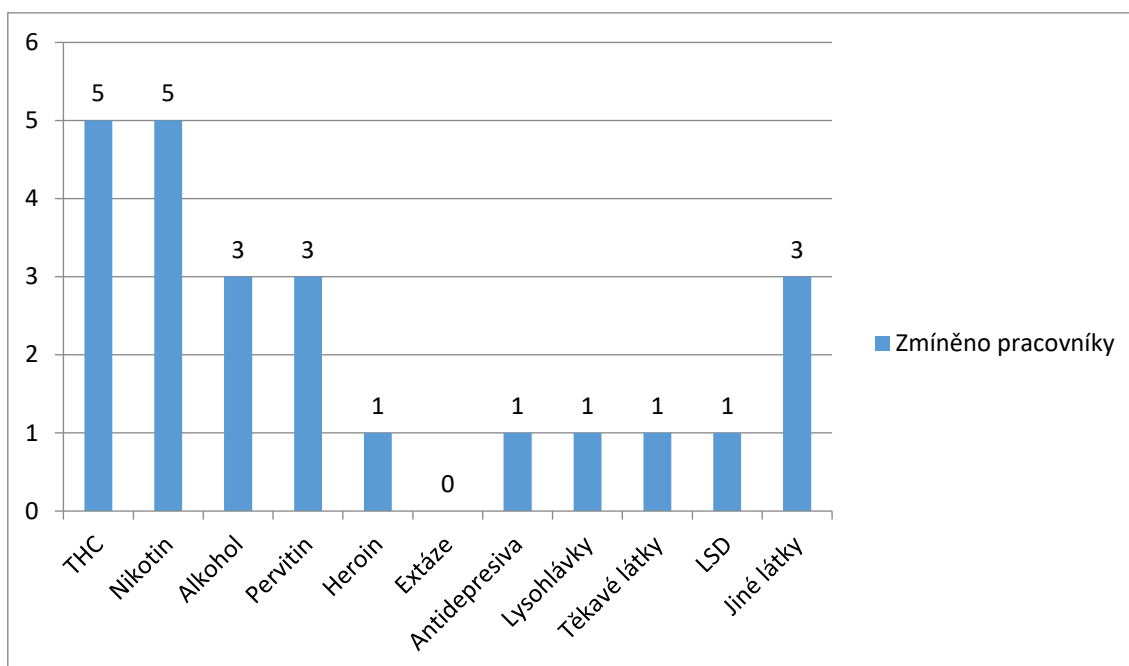
#### **4.1.6 Kategorie: Nejčastěji užívané návykové látky**

Kategorie zahrnuje kódy: THC, Nikotin, Alkohol, Pervitin, míra užívání

Poslední otázka směřovala, na nejčastěji užívané návykové látky v DDÚ a na míru závislosti/užívání. První tabulka tedy znázorňuje zaměstnanci nejčastěji zmiňované návykové látky.

Vzhledem k tomu, že v DDÚ 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.

**Obrázek 1: Nejčastěji užívané látky ve vybraném DDÚ**



Zdroj: vlastní výzkum

Z obrázku č.1 vyplývá, že nejčastěji užívanými návykovými látkami v DDÚ jsou: THC, alkohol, nikotin a pervitin.

Nejčastěji se v DDÚ vyskytují děti, užívající **THC, alkohol, nikotin, pervitin** a jiné látky (čichání deodorantů přes polštář, léky na bolest apod.).

Ohledně **míry užívání** návykových látek, 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 však jsou závislé na nikotinu, což je velice překvapující informace vzhledem k tomu že v DDÚ jsou i děti, které navštěvují první stupeň základní školy. I tyto nejmladší děti v DDÚ jsou závislé na nikotinu a výskyt této závislosti zmiňují zaměstnanci ve stoprocentní míře. Děti, které nekouří, se prý vyskytují spíše občasně a jsou již považovány za výjimky a kolektivem jsou ke kouření postupem času většinou dotlačeni. Tuto informaci jsem zjistila při praxi v tomto ústavu i z vyprávění zaměstnanců.



## 5 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: “Jaká 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 píší. 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.

Výzkum jsem realizovala ve vybraném diagnostickém ústavu, kde jsem vykonávala odbornou praxi k bakalářské práci po dobu dvou týdnů. 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 vypsánými 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 pracuje s dětmi jinak a v jiné míře, a také se s dětmi někteří pracovníci setkávají často a někteří naopak méně. Z toho důvodu byly odpovědi v některých ohledech velice odlišné. Všichni se mnou ochotně a mile spolupracovali a nebyl s ničím žádný problém.

Další informace, které jsou zmíněny v této části, jsem načerpala během výkonu své praxe. Pracovníci ústavu mi často vyprávěli své zkušenosti a též jsem byla přítomna při

různých úkonech, které vykonávali. Měla jsem tedy možnost podrobněji nahlédnout do systému, jakým funguje tento ústav. Z toho důvodu jsou zde zmíněny výsledky rozhovorů, ale i informace načerpané z absolvované praxe.

### ***5.1.1 Diskuze k opatřením vybraného diagnostického ústavu***

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

Diagnostický ústav má za úkol kvalitně zabezpečit úkoly diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné, sociální a koordinační. Tyto úkoly jsou velmi odborné, a tudíž musí být zajišťovány týmem odborníků, kterým je spolu s plněním těchto úkolů svěřena velká řada pravomocí (Gabriel, Novák, 2008).

Podle vnitřního řádu DDÚ (2015) má ředitel právo na to zakázat nebo přerušit návštěvu osob, jež jsou odpovědné za výchovu nebo i jiných osob v zařízení v situacích, ve kterých 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. Tyto informace byly načerpány při praxi.

Opatření jsou forma výchovných prostředků a jsou ukládány dle zákona 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. 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.
- Omezeno nebo úplně zakázáno trávit volný čas 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, povolení mimořádné návštěvy kulturního zařízení, mimořádné vycházky, mimořádné návštěvy nebo přiznání jiné osobní výhody (Zákon 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).

Co se týče režimu pro děti, které jsou například pod vlivem návykové látky a jsou agresivní nebo jinak nebezpečné, 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 30minut. Do oddělené místnosti má dítě právo si vzít s sebou předměty pro volnočasové nebo vzdělávací aktivity, nesmí být však nebezpečí, že těmito věcmi ohrozí sebe nebo okolí (vnitřní řád DDÚ, 2015).

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 vybraného diagnostického ústavu, 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.

Při výkonu mé praxe jsem se s podobným případem nesešla. Podle vyprávění pracovníků DDÚ se však tyto situace stávají. Jako velký problém uváděli to, že pokud jim policie přiveze na „záchyt“ dítě, které je na útěku z jiného DDÚ, 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.

Dle mého názoru, problém není v opatřeních DDÚ, ale spíše v kontrole, o které se budu zmiňovat níže. Opatření tohoto ústavu jsou dobře nastavená v tom ohledu, že splňují motivaci tím, že děti jsou odměňovány za pozitivní chování a mohou být potrestány za chování negativní. V tomto směru jsem tedy z mého hlediska žádné výrazné nedostatky, které by mohly jakýmkoliv způsobem účinněji zamezovat užívání návykových látek u dětí, nezjistila.

### 5.1.2 *Diskuze k výzkumným otázkám*

VO1: “Jaká 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 ve vybraném diagnostickém ústavu 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 z vycházky nebo víkendového pobytu, byly pod vlivem například THC nebo alkoholu, ale protože si toho nikdo nevšiml a nekontaktoval policii, která by mohla provést test na přítomnost návykových látek, neexistuje pro to hmatatelný důkaz. Zpětně tedy dítě není možné nijak potrestat.

Ve vnitřním řádu DDÚ (2015) je podrobně popsán způsob 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 případné přivolání lékařské pomoci.

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 tuto službu hojně nevyužívají. Takže ani tato varianta pracovníkům vybraného diagnostického ústavu 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 tak větší možnosti dětem vyhnout se postihu 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 ve vybraném diagnostickém ústavu čtyři nejčastěji užívané drogy. Alkohol, THC, nikotin a pervitin.

1. Nikotin: dle tvrzení zaměstnanců je 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.

2. Alkohol: 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 s odůvodněním, že mají vše pod kontrolou. Následně však u dětí nastává stav, ve kterém berou alkohol jako samozřejmou součást života, kdy účinky alkoholu podceňují a pijí ho i mimo dohled rodičů.

3. THC: cannabis užívají spíše starší děti. Některé pravidelně a některé pouze příležitostně. Podle tvrzení pracovníků vybraného diagnostického ústavu 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.

4. Pervitin: je nejčastěji užívaná „tvrdší“ droga ve vybraném diagnostickém ústavu, protože dle tvrzení pracovníků je v Českých Budějovicích a okolí snadno dostupná. Hájek et. al., (2004) uvádí, že pervitin je v České republice nejrozšířenější drogou. Jeho opakované užívání vyvolává halucinačně paranoidní psychózu, která je klinicky nerozeznatelná od schizofrenie.

### Shrnutí:

Dle mého názoru je velice zážející, že zkušenosti s různými typy návykových látek mají čím dál tím mladší děti. Z tvrzení pracovníků tohoto ústavu je prokazatelné, že se i jejich počet neustále zvyšuje, pouze se střídají návykové látky, které děti užívají.

Dříve například THC děti neužívaly, spíše převládal nikotin a alkohol. V současné době se nikotin a alkohol stal běžnou součástí života dětí, a to i na úrovni 1. stupně ZŠ. K nim se později přidávají THC a pervitin. Momentálně jsou nejčastěji užívané všechny čtyři látky, avšak děti přicházejí se stále novými experimenty.

## **Závěr**

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

Z výsledků výzkumu lze vyvodit, že opatření vybraného diagnostického ústavu jsou správně konstruována a ve většině případů jsou též účinná. Samotná pravidla a opatření tohoto ústavu však nepředstavují ten hlavní problém. Tím je v tomto případě možnost kontroly, kterou mají pracovníci ústavu velice omezenou. Vzhledem k tomu, že kontrola je využívána i jako nástroj prevence, toto omezení představuje veliký problém celého ústavu z hlediska problematiky užívání návykových látek u dětí. Obecně je užívání návykových látek u dětí velkým problémem celého DDÚ, neboť návykové látky užívá většina dětí, které se do ústavu dostanou. Nejčastěji užívanými látkami v tomto ústavu jsou THC, nikotin, pervitin a alkohol. Zarážející informací je i to, že návykové látky užívají i děti na prvním stupni základní školy. Místy se odpovědi pracovníků rozdělovaly, což si myslím, že bylo dané právě mnou vybranou různorodostí jejich pozice pro účely výzkumu. Tento fakt se však stává výhodným, neboť byl získán náhled na tuto problematiku ze všech úhlů. Všichni informanti se mnou ochotně spolupracovali a bylo na nich znát, že jim tato problematika není lhostejná, stejně jako to, že jsou nespokojeni s omezením, které momentálně z hlediska kontroly mají.

Mé doporučení je takové, aby se pracovníci vybraného diagnostického ústavu více snažili motivovat rodiče k tomu, aby své děti nechali testovat na přítomnost drog, neboť je to jediná cesta jak děti otestovat, aniž by bylo nutné kontaktovat Policii ČR.

Dalším doporučením by určitě bylo dále rozvíjet programy prevence, které by mohly omezit užívání drog u dětí.

Nejllepší možností v těchto ústavech by bylo zavedení funkce zdravotníka, který by měl pravomoc děti testovat, což v tuhle chvíli naráží na legislativní bariéry. Výchovní pracovníci by pak měli možnost okamžité kontroly a tudíž by i výchovná opatření měla lepší a rychlejší dopad.

Tato bakalářská práce může posloužit vybranému diagnostickému ústavu jako impuls ke snaze o změnu. Dále by mohla sloužit jako pilotní výzkum pro hlubší zkoumání této problematiky, která je velice aktuální a je potřeba na ni poukázat. Po závěrečném



obhájení této bakalářské práce chci kontaktovat zprostředkovatelku praxe v tomto ústavu, která mi domlouvala všechny rozhovory s pracovníky a poskytnout jí tuto práci, aby s výsledky mého výzkumu naložila dle vlastního uvážení.

## 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 978-80-247-0608-1.
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. 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.
10. 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 162-86-0001-2.
11. GABRIEL, Z., NOVÁK. T., 2008. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1788-3.
12. 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.

13. GILMAN, S., ZHOU. X., 2004. *Smoke: a global history of smoking*. London: Reaktion Books, ISBN 978-18-61892-00-3.
14. GULOVÁ, L., ŠÍP, R., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4368-4.
15. HÁJEK, Z., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, ISBN 80-247-0418-8.
16. 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.
17. 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.
18. HANUS, R., 2019. [online]. Informační portál o drogách a návykových látkách, [cit.2019-01-10]. Dostupné z: [www.navykovelatky.cz](http://www.navykovelatky.cz)
19. HANZELKOVÁ, A., 2009. *Strategický marketing: teorie pro praxi*. Praha: C.H. Beck, C.H. Beck pro praxi. ISBN 978-80-7400-120-8.
20. 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.
21. HINES, G., BARERSTOCK, A., 2014. *A guide to parenting a young adult*, Piatkus, ISBN 978-03-494-0446-2.
22. HORÁK, Z., 2011. *Církev 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.
23. HUBINKOVÁ, Z., 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3., aktualiz., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1593-3.
24. 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.
25. KALINA, K., a kolektiv. 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing., a.s. ISBN 978-80-247-1411-0.

26. 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.
27. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
28. KELNAROVÁ, J., a kolektiv. 2013. *První pomoc 2 pro studenty zdravotnických oborů*. 2. Přepřacované vydání. ISBN 978-80-247-4200-7.
29. KLEIMAN, M., a kolektiv. *Drugs and drug policy: What everyone needs to know*. 2011. Oxford University Press, ISBN 978-01-997-6450-1.
30. KOLÁŘ, Z., 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3710-2.
31. 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 80-247-0966-1.
32. KUKLA, L., a kolektiv. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3874-1.
33. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
34. LÜLLMANN, H., a kolektiv. *Taschenatlas Pharmakologie*. Stuttgart: Thieme, [2018]. Flexibook. ISBN 978-3137077077.
35. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
36. MARKOVÁ, E., a kolektiv. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
37. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
38. MIOVSKÝ, M., 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-0865-2.
39. NOVÁK, J., 2007. *Jedovaté rostliny kolem nás*. Praha: Grada, Svět rostlin. ISBN 978-80-247-1549-0.
40. NOVÝ, I., SURYNEK, A., 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2., přepřac. a rozš. vyd. Praha: Grada, Manažer. ISBN 80-247-1705-0.
41. NOŽINA, M., 2017. *Indoor pěstírny netechnického konopí a rizika spojená s výrobou metamfetaminu*. Drugs, Forensics bulletin. 3, ISSN 1211-8834

42. PAVLOVSKÝ, P., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.
43. *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/)
44. PTÁČEK, R., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
45. PREISS, M., PŘIKRYLOVÁ, H., 2006. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1460-4.
46. ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1941-2.
47. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
48. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3592-4.
49. SLABÝ, M., 2017. *Smysl života, nezdolnost a závislost na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého, ISBN 987-80-244-5063-6.
50. SRNSKÝ, P., 2007. *První pomoc u dětí*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-1824-8.
51. 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.
52. SVOBODOVÁ, J., 2009. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Psychiatrické oddělení FN sP Ostrava, [cit.2018-12-15]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/06.pdf>
53. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4434-6.
54. 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.
55. ŠPATENKOVÁ, N., 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
56. ŠŤASTNÁ, 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.

57. ŠTEFAN, J., MACH, J., 2005. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0931-7.
58. ŠTĚRBOVÁ, D., a kolektiv. 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-5025-4.
59. 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.
60. ŠVIHOVEC, J., a kolektiv. 2018. *Farmakologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247- 5558-8.
61. *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.
62. TUČEK, M., SLÁMOVÁ, A., 2018. *Hygienu a epidemiologii pro bakaláře*. 2., doplněné vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-3932-1.
63. VANÍČKOVÁ, E., 2007. *Dětská prostituce*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2218-4.
64. 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.
65. *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)
66. 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.
67. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
68. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002. částka 48, s. 2978.

69. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998. částka 106, s. 9290.
70. Zákon č. 359/1999 Sb., zákon o sociálně právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999. částka 190, s. 6802. ISSN 1211-1244.
71. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. částka 143, s. 4946. ISSN 1211-1244.
72. ZELENÁ, M., KLÉGROVÁ, A., 2006. *Podpora rodiny*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, ISBN 80-86991-67-9.

## **Seznam příloh**

1. Otázky rozhovoru



## **Seznam zkratek**

DDÚ – Dětský diagnostický ústav

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

THC – Tetrahydrokanabiol – kanabioid, který je hlavní látkou nacházející se v konopí

LSD – Diethylamid kyseliny lysergové – bezbarvá krystalická látka využívaná jako halucinogen

PCP – Fencyklidin – droga původně vyvinutá jako veterinární anestetikum, v současné době využívána jako omamná látka

HBSC – mezinárodní zdravotní výzkumná organizace, která se zabývá otázkou zdraví dětí v období druhého stupně povinné školní docházky až po období mladé dospělosti

WHO – světová zdravotnická organizace

## **Přílohy**

### **Příloha č.:1**

1. Na jaké pracovní pozici jste v ústavu a jak dlouho?
2. Jaké máte zkušenosti s užíváním návykových látek u dětí umístěných v DDÚ?
3. Jaká jsou opatření tohoto ústavu, která tomu zamezují a myslíte si, že jsou dostatečná? Popřípadě co byste na nich změnil?
4. Máte možnost kontroly? Pokud ano, jakou? A co by se ohledně kontroly mělo podle vás změnit?
5. Jaký je další postup, pokud se zjistí, že je dítě pod vlivem drog? Co byste na něm případně změnil?
6. Mají drogově závislí jiný režim? Pokud ano, jaký? Pokud ne, myslíte si, že by ho měli mít a jaký?
7. Na jakých návykových látkách jsou děti nejčastěji závislé a v jaké míře?