



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Drogy ve výchovném ústavu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Kateřina Bursová

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

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Drogy ve výchovném 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 i 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 3. 5. 2021

.....

Kateřina Bursová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce paní doc. PhDr. Bc. Aleně Kajanové, PhD. za ochotu mi pomoci s vypracováním mé práce. Dále bych chtěla poděkovat celému výchovnému ústavu za poskytnutí rozhovorů a dokumentů ke svému vytvořenému výzkumu. Mé poslední poděkování bych chtěla věnovat své rodině a přítelovi, kteří pro mě byli obrovskou podporou v průběhu celého studia, a hlavně v průběhu psaní mé práce.

Drogy ve výchovném ústavu

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky výskytu drog ve vybrané ústavní výchově. Hlavním cílem této práce bylo zanalyzovat výskyt drog ve výchovném ústavu a středisku výchovné péče.

Teoretická část této bakalářské práce je zaměřena na vymezení termínů v oblasti drogové problematiky a institucionální péče. Vyskytuje se zde popis jedné vybrané typologie drog, příznaky závislosti u této typologie drog a popis jednotlivých školských zařízení s ústavní výchovou.

Praktická část obsahuje výzkum, který bude navazovat na otázku která zní, jaká jsou specifika výskytu návykových látek ve vybraném výchovném ústavu a středisku výchovné péče? Cíle bylo dosaženo využitím kvalitativního výzkumu, konkrétněji tzv. případovými studii. Data byla získána za pomoci nestrukturovaného rozhovoru, léčebných deníků a pozorování. Výzkumný soubor představovali pracovníci zvoleného výchovného ústavu a střediska výchovné péče. K vyhodnocení dat byly použity zpracované studie. Analýza byla provedena pomocí metody otevřeného kódování. Kategorie a kódy byly zaznamenány do diagramů. Pomocí analýzy studií bylo možné dojít k závěru, že nejčastější podněty jsou v souvislosti situací v rodině. Nejvíce zastoupeny jsou podněty touha po pozornosti, touha po volnosti, nezávislosti a svobodě, sexuální obtěžování, domácí násilí (syndrom CAN), odmítání péče rodičů a jejich nezáměr o ně, nezvládnutí výchovy rodičů, hádky s rodiči, psychické a psychologické problémy.

Přínosem pro praxi je výsledný výzkum pro další a rozsáhlejší studii, která se bude zabývat problematikou výskytu návykových látek u dětí a mládeže v institucionální péči.

Klíčová slova

Drogy; institucionální péče; adolescenti; děti; výchovný ústav

Drugs in the youth detention centre

Abstract

This bachelor thesis is focused on specifications of incidence of drugs in selected youth detention centre. The main aim of this bachelor thesis was to analyse the incidence of drugs in an institutional care.

Theoretical part of bachelor thesis is focused on definition of terminology in studies of drugs issue and institutional care. There is a description of one selected typology of drugs, symptoms of addiction and description individual school centres connected with institutional care.

Practical part contains the research, which will be connected to one topic research question. This topic question is what specifications of incidence of drugs in selected youth detention centre are? The goal is achieved using qualitative research namely so-called case studies. Data being obtained using a non-structured interview, therapeutic diaries and observation. The research file is the staff of the selected youth detention centre. The data is evaluated using made case studies. The analysis was evaluated using the method of open coding. Categories and codes were recorded in diagrams. Using analysis of studies could come to an end, that the most common stimuli are with connections of situation in the family. The most represented overtures are desire for attention, desire for freedom, sexual harassment, domestic violence (syndrome CAN), a rejection parent's care and their disinterest in them, parents can't manage their upbringing, quarrels with parents, mental and psychological issues.

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

Key words

Drugs, institutional care, adolescents, children, youth detention centre

Obsah

ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 Drogy a jejich charakteristika.....	11
1.1.1 Definice drogy.....	11
1.2 Typologie drog.....	11
1.2.1 Alkohol	11
1.2.2 Tabák.....	12
1.2.3 Opioidy	13
1.2.4 Kanabinoidy	14
1.2.5 Sedativa nebo hypnotika.....	16
1.2.6 Kokain.....	16
1.2.7 Stimulanty včetně kofeinu.....	17
1.2.8 Halucinogeny.....	18
1.2.9 Prchavá rozpouštědla	19
1.2.10 Další drogy a jiné psychoaktivní látky	20
1.3 Drogy a vliv závislosti.....	20
1.3.1 Definice drogové závislosti	20
1.3.2 Psychologické příznaky	20
1.3.3 Sociální vztahy	22
1.3.4 Somatické projevy.....	23
2.1 Druhy zařízení pro výkon ústavní výchovy a jejich specifikace	25
2.1.1 Systém školských zařízení pro výkon ústavní výchovy	25
2.2 Výchovný ústav.....	26
2.2.1 Charakteristika výchovného ústavu	26
2.2.2 Rozdíl mezi ústavní a ochrannou výchovou.....	27
2.2.3 Cíle výchovného ústavu.....	28
2.2.4 Struktura výchovného ústavu	28
3.1 Drogy v institucionalizovaných zařízeních	29
4 PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
4.1 Cíl práce a výzkumná otázka	30
5 Metody a techniky výzkumu	30
5.1 Zdroje dat pro případové studie.....	31
5.2 Výzkumný soubor	31

5.3 Etika výzkumu	32
5.4 Analýza dat	32
6 Případové studie.....	33
6.1 Kazuistika 1 – Adriana.....	33
6.1.1 Základní údaje	33
6.1.2 Anamnéza osobní.....	33
6.1.3 Anamnéza rodinná	33
6.1.4 Anamnéza zdravotní	34
6.1.5 Anamnéza sociální a školní	34
6.1.6 Anamnéza problému	34
6.2 Kazuistika 2 – Karolína.....	34
6.2.1 Základní údaje	34
6.2.2 Anamnéza osobní.....	35
6.2.3 Anamnéza rodinná	35
6.2.4 Anamnéza zdravotní	35
6.2.5 Anamnéza sociální a školní	35
6.2.6 Anamnéza problému	36
6.3 Kazuistika 3 – Žaneta.....	36
6.3.1 Základní údaje	36
6.3.2 Anamnéza osobní.....	36
6.3.3 Anamnéza rodinná	37
6.3.4 Anamnéza zdravotní	37
6.3.5 Anamnéza sociální a školní	37
6.3.6 Anamnéza problému	37
6.4 Kazuistika 4 – Sabina.....	37
6.4.1 Základní údaje	37
6.4.2 Anamnéza osobní.....	38
6.4.3 Anamnéza rodinná	38
6.4.4 Anamnéza zdravotní	38
6.4.5 Anamnéza sociální a školní	38
6.4.6 Anamnéza problému	38
6.5 Kazuistika 5 – Nela	39
6.5.1 Základní údaje.....	39
6.5.2 Anamnéza osobní.....	39

6.5.3 Anamnéza rodinná	39
6.5.4 Anamnéza zdravotní	39
6.5.5 Anamnéza sociální a školní	40
6.5.6 Anamnéza problému	40
6.6 Kazuistika 6 – Cecílie	40
6.6.1 Základní údaje	40
6.6.2 Anamnéza osobní	40
6.6.3 Anamnéza rodinná	41
6.6.4 Anamnéza zdravotní	41
6.6.5 Anamnéza sociální a školní	41
6.6.6 Anamnéza problému	41
6.7 Kazuistika 7 – Markéta	42
6.7.1 Základní údaje	42
6.7.2 Anamnéza osobní	42
6.7.3 Anamnéza rodinná	42
6.7.4 Anamnéza zdravotní	43
6.7.5 Anamnéza sociální a školní	43
6.7.6 Anamnéza problému	43
6.8 Kazuistika 8 – Dana	43
6.8.1 Základní údaje	43
6.8.2 Anamnéza osobní	44
6.8.3 Anamnéza rodinná	44
6.8.4 Anamnéza zdravotní	44
6.8.5 Anamnéza sociální a školní	44
6.8.6 Anamnéza problému	44
7 Výsledky výzkumu – analýza případových studií a rozhovorů.....	45
7.1 Situace v rodině	45
7.2 Situace ve škole/v ústavu	46
7.3 Situace venku	47
7.4 Zdravotní situace	48
7.5 Zhodnocení výsledků	48
8 Diskuse	50
8.1 Diskuse k výzkumné otázce.....	51

9 Závěr.....	54
10 Seznam literatury	55
11 Seznam příloh	60
11.1 Příloha č. 1: Výpisky z rozhovorů s jednotlivými pracovníky	60
12 Seznam obrázků.....	69
13 Seznam zkratk	70

ÚVOD

Bakalářskou práci na téma Drogy ve výchovném ústavu jsem si vybrala, protože jsem se chtěla dozvědět něco o drogové problematice mládeže a zároveň ji spojit s tématem institucionální péče, která mě také velmi zajímá. Ze spojení těchto dvou témat si myslím, že vzniká problematika, která je důležitá nejen pro hlubší prozkoumání, ale také je přínosem do budoucna.

Do výchovného ústavu se umisťují děti, které dříve žily v dětských domovech, nebo diagnostických ústavech a nedokázaly překonat své problémové chování, ať už to může být užívání návykových látek, záškoláctví, krádeže apod. Dále zde mohou být umisťovány děti z nefunkčních rodin nebo po spáchání trestného činu, kdy dítě obvykle dostane ochrannou výchovu.

Pokud je dítě závislé, a ze strany rodičů či diagnostického ústavu to není důsledně řešeno, může to být problémem v následujících letech, i například při pobytu v ústavní výchově. Výchovný ústav, se snaží pro tyto děti o zmírnění závislosti na návykových látkách. Pokud dítě užívá drogu jenom rekreačně, není tato problematika ve své podstatě řešena vůbec, přestože i z rekreačního užívání drog se může stát závislost. Proto si myslím, že by tato bakalářská práce měla být signálem pro změnu a tou je více se zabývat rizikovým chováním v institucích.

Cílem této bakalářské práce bude zanalyzovat specifika výskytu drog ve výchovném ústavu a středisku výchovné péče. Bakalářská práce bude rozdělena do třech částí.

První část bude zaměřena na vymezení pojmu droga, rozdělení těchto drog a příznaky, které se projevují na člověku, když užívá drogy občas, nebo naopak velmi často.

Druhá část je zaměřena nejdříve obecně na popis jednotlivých typů školských zařízení pro děti a mládež s ústavní výchovou a poté vytyčení výchovného ústavu, jeho charakteristice, cíli a struktuře.

Třetí částí se rozumí část praktická, kde budou podrobně popsány případové studie jednotlivých typů klientů v ústavní výchově, a zároveň zde budou výsledky, které mi z jednotlivých případových studií vyšly.

1 TEORETICKÁ ČÁST

První kapitola teoretické části bude obsahovat informace o jednotlivých návykových látkách, a jakým způsobem působí na psychické, somatické a sociální prostředí.

1.1 Drogy a jejich charakteristika

1.1.1 Definice drogy

Podle MUDr. Nešpora (2003) je droga chemická či přírodní látka, která dokáže změnit psychický stav člověka, jeho myšlení, vnímání, cítění a jeho chování.

1.2 Typologie drog

Návykové látky můžeme rozdělit z různých pohledů. Pro svoji práci zvolím rozdělení podle MKN-10 (2019) a tj. na

- alkohol
- tabák
- opioidy
- kanabinoidy
- sedativa nebo hypnotika
- kokain
- stimulanty, včetně kofeinu
- halucinogeny
- prchavá rozpouštědla
- další drogy a jiné psychoaktivní látky

1.2.1 Alkohol

Alkohol spolu s tabákem dle Světové zdravotnické organizace (2019) patří mezi tzv. psychoaktivní látky (látky, které působí na psychiku takovým způsobem, že ovlivňují naše vnímání, vědomí a poznávání). Obě tyto návykové látky jsou nejužívanějšími drogami jak v České republice, tak i na světě (Zaostřeno, 2018).

Alkohol je bezbarvá a hořlavá tekutina, která nezapáchá. Nejvíce se vyskytuje v alkoholických nápojích, a to v podobě ethanolu (What is alcohol? 2015). Podle Krause (2010) etylalkohol vzniká kvašením cukru. Látka se poté lehce dostane k různým orgánům včetně mozku (Kraus, 2010).

Podle Health Service Executive (2017) je alkohol spolu s tabákem první drogou, se kterou se seznámí mladiství. Pro adolescenty, dospělé či seniory slouží tato návyková látka později jako přechod k tvrdším drogám (Sharing Experiences And Suggestions Around Alcohol & Substance Abuse, 2017).

Dle výzkumu časopisu Zaostřeno z roku 2016 (2018, s. 2) „7,7 % dospělých osob, tj. přibližně 690 tis. osob denně nebo téměř denně pije alkohol, 1,6 % populace (přibližně 140 tis. osob) konzumuje denně nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic) a 9,0 % populace ve věku 15+ let, tj. přibližně 800 tis. osob, spadá do kategorie vysoce rizikové konzumace alkoholu.“

Podle samého výzkumu časopisu Zaostřeno z roku 2018 (2019) 7,8 % jedinců, kteří se nacházejí ve věku 15 a více let pijí alkohol denně nebo téměř denně, 20,2 % užívá v pravidelných dávkách alkohol a 14,0-18,1 % jedinců pije rizikově.

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (dále ESPAD; 2015) uvádí, že došlo mezi roky 2011 a 2015 k poklesu konzumaci alkoholu u mladistvých, ale zároveň je zde nárůst průměrného věku prvního kontaktu s alkoholem. Podle ní 95,8 % studentů ochutnalo v životě alkohol a průměrný věk, kdy zkusí poprvé alkohol je 12,6 let.

1.2.2 Tabák

Spolu s alkoholem je druhou nejužívanější látkou v ČR (Zaostřeno, 2018). Podle Světové zdravotnické organizace (1994) je tabák složen z listů americké rostliny *Nicotiana tabacum*, která obsahuje nikotin. Nikotin je podle Světové zdravotnické organizace (1994) alkaloid a hlavní psychoaktivní látka. Na člověka působí stimulačním a relaxujícím efektem (WHO, 1994).

Podle výzkumu časopisu Zaostřeno (2018, s. 2) „25,3 % dospělých osob, tj. přibližně 2,4 mil. osob, denně kouří cigarety a 16,4 % zkusilo elektronickou cigaretu, příležitostně nebo pravidelně užívá elektronickou cigaretu 6,1 % kuřáků.“

Výzkum z roku 2018 časopisu *Zaostřeno* (2019) ukazuje, že 28,5 % osob, které se nacházejí ve věku 15 a více let v současnosti kouří, denně poté kouří zhruba 2 miliony obyvatel starších 15 let, což odpovídá 21,1 %.

ESPAD studie (2015) uvádí, že u 16letých dětí došlo k poklesu prevalence kouření, zároveň stejně jako u alkoholu pokračoval nárůst průměrného věku, kdy dítě užije poprvé cigaretu. Podle ESPAD studie (2015) se dále uvádí, že 66 % studentů, kterým je šestnáct let kouřilo cigarety, 16,4 % kouří cigarety denně a průměrný věk, kdy poprvé zkusili cigaretu je 11,9 let.

Povlsen (2018) uvádí ve svém výzkumu, že účastníci ve věku 13-16 let vědí, že kouření může způsobit zdravotní problémy a ruku v ruce také socioekonomické potíže. Dále uvádí, že spousta adolescentů začíná kouřit ve věku 14-17 let. Velký vliv prý na to má tlak vrstevníků, různé párty, festivaly a samozřejmě lidé, kteří kolem nich kouří (Povlsen, 2018).

1.2.3 Opioidy

Obecně tyto látky můžeme zařadit pod alkaloidy (WHO, 1994). Mahdalíčková (2014) ve své knize uvádí, že se opioidy získávají z opia. Podle ní se používají hodně ve zdravotnictví jako látky tlumící bolesti, a jsou známé pro svůj rychlý vznik závislosti s příznakem při odvykání, tj. syndrom opiátového typu. Syndrom se projevuje tím, že jedinec trpí bolestí svalů a kloubů, potí se, slzí a má průjemy (Mahdalíčková, 2014).

Nejvýznamnější látky této skupiny jsou opium, morfin, kodein a heroin (Kajanová, 2014).

Novák (2007) ve své knize uvádí, že opium se získává v podobě jedovaté mléčné šťávy zvané latex z nezralých makovic máku setého. Dále je podle něj opium tvořeno bílkovinami, pryskyřicí, slizem a dalšími látkami z nichž nejvýznamnější složkou jsou alkaloidy. Šťáva, ze které se opium získává za přístupu vzduchu tuhne a mění svoji barvu na hnědou (Novák, 2007). Podle Mahdalíčkové (2014) se tato šťáva dále může zpracovávat nebo se dá také přímo konzumovat v této podobě. Kouří se většinou ve zvláštních dýmkách a příznaky, které se potom dostaví, jsou pocity euforie, únava, apatie, halucinace a nevolnost (Mahdalíčková, 2014).

Mahdalíčková (2014) uvádí, že morfin je alkaloid opia, který se vyskytuje ve formě bílého krystalického prášku s hořkou chutí a bez zápachu. Podle ní je také hojně využíván ve zdravotnictví jako lék proti bolesti a při nitrožilní aplikaci se tvoří rychlá závislost. Tato závislost se projevuje euforií, která brzo přechází do útlumu (Mahdalíčková, 2014). Příznaky, které se projevují po intoxikaci jsou nevolnost, zvracení, zácpa, nechutenství, zúžení zornic, podrážděnost apod. (Mahdalíčková, 2014).

Kodein je méně jedovatý než morfin (Mahdalíčková, 2014). Bělík a kol. (2017) ve své knize uvádějí, že své uplatnění najde také v lékařství jako lék tlumící kašel a bolest. Stejně jako u morfinu se i u kodeinu vytváří rychlá závislost (Mahdalíčková, 2014).

Podle Mahdalíčkové (2014) je heroin derivát morfinu a je nejnebezpečnější látkou z této skupiny. Podle Bělíka a kol. (2017) se vyrábí složitým procesem, a aby byl stejně účinný jako morfin, tak mu stačí desetkrát menší dávka. Nebezpečný je podle Mahdalíčkové (2014) proto, že proniká do mozku nejlépe a tlumí centrum dýchání. Příznaky, které se mohou objevit jsou špatná pohyblivost, omámení, apatie, pocit únavy, pocit na zvracení, bledost (Mahdalíčková, 2014).

Methadon je syntetický opiát (Bělík a kol., 2017). Je známý tím, že se užívá jako substitut opia v léčbě závislosti (WHO, 1994). Podle Mahdalíčkové (2014) se jedná o syntetické narkotikum, které bylo vytvořeno v Německu během druhé světové války. Mahdalíčková (2014) dále uvádí, že uživatelé jej často dávají dohromady i s jinými drogami, přičemž pokud se zkombinuje s alkoholem tak je toxický, s jinými drogami může dojít až ke smrti.

Opiáty podle ESPAD studie (2015) nepatří do látek, které by byly často užívané, protože spolu s ostatními látkami tvoří zhruba jedno procento výskytu u jedinců starších 15 let a více.

Podle výzkumu časopisu *Zaostřeno* z roku (2019) přibližně 43,7 tisíc jedinců jsou problémoví uživatelé pervitinu a opioidů.

1.2.4 Kanabinoidy

Podle WHO (1994) jsou definované jako rostoucí nebo kvetoucí vrcholky rostliny konopí seté. V konopí setém bylo podle Miovského a kol. (2008) nalezeno 533 látek, z nichž nejvýznamnější a hlavní psychoaktivní látkou je tetrahydrokanabinol, zkráceně

THC. Kajanová (2014) ve své knize uvádí příznaky kanabinoidů, které mohou být například změněné vnímání, uvolnění a euforie. Při dlouhodobém užívání těchto látek se u uživatelů může objevit zhoršení krátkodobé paměti a snížení schopnosti soustředění (Kajanová, 2014).

Zástupci této skupiny jsou marihuana a hašiš (WHO, 1994).

Kajanová (2014) uvádí, že marihuana se tvoří z lístků konopí setého, popřípadě i z jeho květů. Miovský a kol. (2008) ve své knize uvádějí, že čím větší bude množství květů, tím vyšší bude výskyt marihuany. Podle Bělíka a kol. (2017) konopí seté obsahuje účinné látky tzv. kanabinoidy, které jsou nejvíce koncentrované v pryskyřici a v plodech tzv. konopných plevů, které vylučují tyto látky ze žláznatých listenů. Miovský a kol. (2008) tvrdí, že velmi nízký obsah těchto látek můžeme nalézt na spodních listech, které se směrem růstu rostliny se zvyšují. V evropských zemích můžeme v marihuaně nalézt 2-8 % THC (Mioviský a kol., 2008). Marihuana je podle Kajanové (2014) často spojována s tabákem, protože je takovým druhým stupněm kouření a snadným přechodem ještě k tvrdším látkám. Nešpor (2011) uvádí, že existuje pojem tzv. průchozí droga, který je často používán pro tuto rostlinu. Daný pojem podle něj označuje látku, která je předstupněm k užívání jiných nebezpečnějších drog. Do termínu průchozí droga můžeme zařadit alkohol i tabák (Nešpor, 2011).

Mioviský a kol. (2008) uvádějí, že hašiš se získává z květů samičího konopí. Je to proto, že právě květy této rostliny jsou tvořené velkým množstvím chloupků, které obsahují velký podíl THC (zhruba 21 %), (Mioviský a kol., 2008). Pro vyšší obsah látek je proto účinnější než například marihuana (Kajanová, 2014).

Podle výzkumu časopisu *Zaostřeno* (2018) 26,6 % dospělých osob zkusilo kanabinoidy a celkem 2,7 % patří do kategorie vysokého rizika se vznikem problémů spojených s užíváním konopí, což činí přibližně 125 tisíc osob.

Výzkumná studie z roku 2018 stejného časopisu (2019) uvádí, že 32 % šestnáctiletých mají zkušenosti s užitím konopných látek a 8-10,2 % užilo v posledních 12 měsících konopné látky ve věku 15-64 let.

ESPAD studie (2015) uvádí, že průměrný věk, kdy osoba zkusila konopné látky je 14,5 rok. Dále uvádí, že 36,8 % studentů vyzkoušelo v životě kanabinoidy.

1.2.5 Sedativa nebo hypnotika

Podle Elliotta (2002) jsou tyto látky založené na tom, že tlumí mozkovou aktivitu. Do této skupiny látek patří většinou léky, které obsahují barbituráty, benzodiazepiny, které jsou aktuálně nejrozšířenější, z nichž nejvýznamnější je látka GHB (Elliot, 2002).

Podle European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dále EMCDDA; 2011) jsou barbituráty syntetické látky, které jsou obsaženy v lécích a působí na centrální nervovou soustavu jako depresiva. Některé barbituráty se podle EMCDDA (2011) používají jako lék proti epilepsii či jako anestezie.

Elliott (2002) uvádí, že benzodiazepiny jsou hojně využívány v lékařství k léčbě úzkosti a nespavosti. Podle EMCDDA (2013) jsou to syntetické látky, které se většinou vyskytují ve formě tablet, kapslí a málokdy se používají injekčně. Stejně jako barbituráty působí jako depresiva na centrální nervový systém (EMCDDA, 2013)

Podle Miotto a kol. (2001) je GHB, také GABA, sedativní hypnotikum se silným tlumivým účinkem. Podle Miotto a kol. (2001) je používána jako klubová droga nebo tzv. date rape drug, v překladu „droga, která se užívá při rande, když chci někoho znásilnit“. Je hodně užívaná mezi mládeží, mladými dospělými, na párty, v klubech, v tanečních nočních klubech (Miotto a kol., 2001).

Časopis Zaostřeno (2018) ve svém výzkumu pro rok 2016 uvádí, že 12,4 % osob užívalo v posledních 12 měsících sedativa nebo hypnotika.

Pro porovnání stejný časopis pro rok 2018 (2019) uvádí, že 10-13 % jedinců užílo v posledních 12 měsících sedativum nebo hypnotikum.

ESPAD studie (2015) uvádí, že jedno procento 16letých dětí, někdy zkusilo ostatní nelegální látky.

1.2.6 Kokain

Říčan a kol. (2006) uvádějí, že kokain není typická droga pro období dospívání, jelikož její kupní cena je vysoká (2-3000 Kč/kg). Tato droga je ale podle Říčana a kol. (2006) nejrozšířenější mezi prostitutkami. Kokain podle Elliotta (2002) pochází z listů rostliny koka, která roste v Jižní Americe v Andách. Zajímavostí je, že Coca-Cola má svůj název podle této rostliny, protože obsahuje kokain, který byl ale na začátku 20. století

nahrazen kofeinem (Elliott, 2002). Podle Elliotta (2002) se kokain může šňupat, kouřit nebo užívat injekčně. Při kouření se dostaví účinek okamžitě, který trvá kratší dobu, zhruba působí čtvrt hodiny (Elliot, 2002).

Podle výzkumu časopisu *Zaostřeno* (2018) 1,4 % osob uvedlo, že má zkušenosti s kokainem.

Pro porovnání stejný časopis (2019) uvádí, že 1-3 % osob uvádí, že má zkušenosti s kokainem.

1.2.7 Stimulanty včetně kofeinu

Mahdalíčková (2014) uvádí, že stimulanty jsou látky mající budivý účinek. Podle Elliotta (2002) je pro tyto látky charakteristické to, že zlepšují určité aspekty myšlení a smyslového vnímání. Hlavními představiteli této skupiny jsou pervitin, mefedron a crack (Mahdalíčková, 2014).

Podle Mahdalíčkové (2014) první nejvýznamnější drogou této skupiny je pervitin, jinak řečeno amfetamin. Elliot (2002) uvádí, že pervitin lze užívat šňupáním nebo ústy, někdy lze i injekčně a jeho cena se pohybuje kolem 1000 Kč/kg. Rychle navodí pocit pohody, bdělosti a síly, který se během pár hodin otočí o tři sta šedesát stupňů na pocit neštěstí, deprese a úzkosti (Elliott, 2002). Podle Řičana a kol. (2006) může být pod vlivem této drogy člověk nebezpečný jak sám sobě, tak i druhým. Mahdalíčková (2014) uvádí, že amfetamin se používá hodně často jako víkendová droga, a je pro ně typický několikadenní přehnané užívání až do vyčerpání. Řičan a kol. (2006) uvádějí, že pokud se pervitin bude užívat nitrožilně, zvyšuje se tím riziko náhlé otravy, zanesení infekce do těla, AIDS apod.

Mefedron je podle Fischera a Škody (2014) polosyntetický derivát alkaloidu z keře katy jedlé. Podle nich patří mefedron mezi oblíbenou taneční drogu.

Mahdalíčková (2014) uvádí, že pokud je kokain čistý bez žádných příměsí alkaloidů, které se nacházejí v kokainu, nazývá se tato látka crack. Podle ní má také rychlejší efekt než kokain, tím pádem se stává velmi rychle závislým. Podle Elliotta (2002) je crack ve své podstatě derivátem kokainu. Crack má podle něj okamžitý účinek na osobu, který ale trvá krátce řádově desítky minut.

Kofein podle Fischera a Škody (2014) patří k stimulačním látkám protože, má určité psychoaktivní účinky na člověka. Tyto psychoaktivní účinky jsou ale podle něj diskutabilní.

Výzkum z časopisu *Zaostřeno* (2018) uvádí, že ze stimulačních látek mají lidé největší zkušenost s pervitinem, a to zhruba ve 3 % případů. Podle výzkumu časopisu *Zaostřeno* (2019) zkušenost s pervitinem se snižuje na 2 %.

1.2.8 Halucinogeny

Halucinogeny jsou charakteristické tím, že slovo samotné v překladu znamená látky, které vyvolávají halucinace (Miovský, 1996). Samotná skupina obsahuje také spoustu drog jako například kanabinoidy, jednak ty, které jsou na přírodní bázi – bufotenin, psilocybin, mezkalin, a jednak synteticky připravené – LSD-25 a MDMA (Miovský, 1996).

První drogou, která je získávána přírodně je podle Miovského (1996) psilocybin. Torsten (2006) uvádí, že psilocybin je hlavní psychoaktivní látka, konkrétně alkaloid, který je tvořen z některých druhů hub, které jsou rozšířené po celém světě. Konkrétně se jedná podle Miovského (1996) o houby rodu lysohlávek. Torsten (2006) dodává, že tyto houby mohou způsobit velký problém, a právě některé z nich způsobují halucinace, díky kterým jsou lidé na nich závislí.

Další drogou na přírodní bázi je podle Miovského (1996) bufotenin. Tato látka se podle něho vyskytuje v semenech rostliny, která se nazývá *Cohoba* a roste na ostrově Haiti. U nás je úplně neznámá, a pokud přihlídneme na naše socio-kulturní podmínky a neznalosti získávání této látky, je zde velmi malá pravděpodobnost jejího zneužívání (Miovský, 1996).

Mezkalin je poslední látkou, kterou lze získávat na přírodní bázi (Miovský, 1996). Miovský (1996) uvádí, že tato látka je pro člověka většinou nedostupná, jelikož je získávána z kaktusu *Lophophora Williamsi*, též *Peyotl* [pajóty], která se nachází na rozsáhlém území Mexika, v Texasu a na jihu Nového Mexika. Má podobné účinky jako LSD (Miovský, 1996).

Nejvýznamnější látkou této skupiny je LSD-25 (Elliott, 2002). LSD je podle EMCDDA (2020) polosyntetický halucinogen, který obsahuje dietylamín kyseliny lysergové. Tato

kyselina podle Miovského (1996) působí velmi dobře na psychiku člověka takovým způsobem, že dokáže vyvolat stav podobný psychózám. EMCDDA (2013) uvádí, že během 60.let až 80. let minulého století byla tato látka užívaná rekreačně, v dnešní době ale není tak úplně běžná.

Extáze neboli jinak řečeno MDMA je podle Říčana a kol. (2006) zvláště nebezpečná droga. MDMA je syntetická látka, která obsahuje metylamfetamin, proto se může zařadit jednak do psychostimulačních látek, ale protože může způsobovat toxické psychózy a halucinace, je tedy proto zařazena do halucinogenních drog (Mahdalíčková, 2014). Je známá tím, že se objevuje na večírcích a diskotékách, tím pádem je velmi často populární mezi mládeží (Elliott, 2002).

ESPAD studie (2015) uvádí, že 2,7 % 16letých dětí zkusilo v životě extázi, u LSD a halucinogenů to bylo 3,8 % dětí a u halucinogenních hub to bylo 3,3 % dětí.

Podle výzkumu časopisu *Zaostřeno* pro rok 2016 (2018) ve věku 15 až 64 let zkusilo extázi 7,1 % osob, u LSD to zkusilo 2,1 % osob a u halucinogenních hub to bylo 5,4 % osob.

Pro rok 2018 ze stejného časopisu (2019) byly výsledky následující - 4-5 % osob zkusilo někdy v životě halucinogenní houby, extázi zkusilo 5–6 % osob a ostatní látky se pohybují kolem jednoho procenta.

1.2.9 Prchavá rozpouštědla

Podle Fischera a Škody (2014) bývá u organických rozpouštědel zneužíván toluen, poté další látky a to např. aceton, chloroform apod. Fischer a Škoda (2014) také dodávají, že důvodem častého zneužívání těchto látek je to, že si je dokáže obstarat téměř každý, poněvadž se považují za levné a snadno dostupné. A to je také důvodem proč, jsou hojně zneužívané dětmi a mládeží (Fischer a Škoda, 2014). Pokud dítě či mladistvý upadne do bezvědomí, a ve vzduchu zůstanou páry z těchto rozpouštědel, jedinci hrozí až smrtelná otrava (Říčán a kol., 2006). Podle Elliotta (2002) mezi oblíbená rozpouštědla patří lepidla, benzín či aerosoly. Dále podle něho nejčastější způsob užívání rozpouštědel je inhalací nebo čicháním.

U těkavých látek je podle časopisu *Zaostřeno* (2018) ve věku 15 až 64 let skoro 4 % užití těchto látek.

Podle časopisu *Zaostřeno* z roku 2018 (2019) užilo ve školní populaci 9,1 % těkavých látek.

1.2.10 Další drogy a jiné psychoaktivní látky

Elliott (2002) uvádí, že dalšími drogami mohou být například anabolické steroidy. Anabolické steroidy v MKN-10 nenalezneme, protože se neužívají, aby účinkovali na duševní stav (Říčan a kol., 2006). Jsou zneužívané hodně sportovci, kulturisty, a dokonce se dají sehnat i v některých fit centrech (Elliott, 2002). Vyšší riziko se může objevit u dospívajících, kteří se věnují sportům jako je lehká atletika, vzpírání, některé kolektivní sporty, kulturistika a podobně (Říčan a kol., 2006). Podle Elliotta (2002) se nejedná přímo o návykovou drogu, protože se pravidelně zase tak často neužívá. Nicméně podle něho jsou tací, kteří jsou přesvědčeni o tom, že je musí brát pravidelně, aby neztratili výkonnost, kterou si vybudovali.

Podle časopisu *Zaostřeno* (2018) 4 % dotázaných uvedlo zkušenosti s anabolickými steroidy. Podle výzkumu ze stejného časopisu pro rok 2018 (2019) uvedlo 3 % osob zkušenosti s anabolickými steroidy.

1.3 Drogy a vliv závislosti

1.3.1 Definice drogové závislosti

Drogová závislost se dá definovat podle Nešpora (2011) jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních procesů, ve kterých užívání nějaké látky nebo třídy látek má u jedince přednost před jinou akcí, kterou si cenil kdysi více než je tomu nyní. Mezi znaky, které patří do drogové závislosti, jsou bažení po droze (silná touha), potíže v sebeovládání, tělesný odvykací stav a další projevy a příznaky popsané níže (Bělík a kol., 2017)

1.3.2 Psychologické příznaky

Alkohol podle Říčana a kol. (2006) způsobuje různá okénka, nezřetelnou výslovnost, ospalost, poruchy spánku, úzkost, depresi, apatii a poruchy soustředění. Je také podle něj používán, aby mírnil nepříjemné emoce. Elliott (2002) ve své knize uvádí, že člověk se cítí po alkoholu uvolněný, jeho úsudek je značně narušený, nekontroluje své pohyby a má setřelou řeč a zastírá mysl. Fischer a Škoda (2014) uvádějí, že uvolňuje psychické napětí, zvyšuje pocit sebejistoty a lidé mohou být v euforii či naopak v opačné reakci.

Tabák podle Fischera a Škody (2014) má hodně výrazné psychoaktivní účinky, působí změny nálad, dokáže redukovat stres a může zvýšit výkon jedince. Člověk intoxikovaný nikotinem se projevuje podle Fischera a Škody (2014) excitací, pozorností a koncentrací, která je u obou zvýšená, zlepšení paměti a redukcí úzkostí. Říčan a kol. (2006) dodávají, že nikotin může způsobit pokleslou náladu, podrážděnost, nervozitu a mírnou nespavost.

Opioidy jsou podle Doležalové (2018) látky, které tlumí psychosomatické problémy a bolesti. Říčan a kol. (2006) uvádějí, že opioidy způsobuje několik minut až několik hodin trvající stav oblouznění, následně kocovinu, neklid a celkové duševní chátrání. Elliott (2002) dodává, že u opiátů, konkrétně u heroínu je účinek na jedince zvýšený neklid, výbuch agresivity a někdy i psychóza. Fischer a Škoda (2014) uvádějí, že opiáty mohou vyvolat stav uvolnění a útlumu a zároveň silnou závislost po látce.

Kanabinoidy vyvolávají podle Fischera a Škody (2014) stav euforie, psychické uvolnění, mohou se také dostavit pocity vyššího sebevědomí a jejich tvořivost je velmi zvýšená. Podle nich dále dochází k poruchám krátkodobé paměti, psychomotorické koordinace a sníženou citlivostí k bolesti. Říčan a kol. (2006) uvádějí, že kanabinoidy mohou způsobit únavu, nezáměr, kolísání nálad, zvýšené riziko duševních poruch, citové otupění, nevyzrállost, zhoršená schopnost soustředění, horší postřeh, úzkostné a panické stavy.

U sedativ a hypnotik jsou podle Elliotta (2002) příznaky ospalosti a spavosti. Fischer a Škoda (2014) zase uvádějí, že jedinec, který se intoxikuje je spavý a projevuje se u něj zhoršení kognitivních funkcí a paměti. Říčan a kol. (2006) k tomu dodávají, že se objevuje u uživatelů sedativ zpomalení řeči během komunikace, poruchy myšlení, poruchy orientace, poruchy úsudku, bolesti hlavy, zpomalený dech, nechutenství, pocity pronásledování a poruchy spánku.

Říčan a kol. (2006) uvádějí, že mezi pozdními příznaky užívání kokainu se mohou objevit problémy s pamětí, pocity pronásledování, sklon k násilí, deprese, sebevražedné pokusy a psychotické stavy. Elliott (2002) uvádí, že kokain působí větší bystrost, bdělost, větší sebedůvěru, neklid, výbuchy agresivity, někdy i psychózu a křeče.

Stimulanty podle Fischera a Škody (2014) mohou způsobit psychoaktivní účinky, ale spíše způsobují veselí, euforii, myšlenkový trysk, a u pervitinu se objevují příznaky jako

kóma, křeče, problémy se spánkem, nespavost a euforie. Elliott (2002) uvádí, že mohou dokázat navodit rychlý pocit energie a sebevědomí. Říčan a kol. (2006) dodávají, že účinky mohou způsobit vzrušení, třes, depresi, dlouhý spánek, útlum, pocity pronásledování či úzkostné stavy.

Halucinogeny podle Říčana a kol. (2006) horší sebeovládání, snižují ovlivnitelnost, zhoršují schopnost rozhodování, a někdy se objevují depresivní až úzkostné stavy, zhoršují paměť a schopnosti učit se. Elliott (2002) uvádí, že působí depresi, nespavost a paranoii. Podle Fischera a Škody (2014) mají halucinogeny halucinogenní účinek, díky kterému mohou jedinci obrátit život vzhůru nohama, protože umějí měnit vnímání času i vnímání sebe sama. Podle nich způsobují motorický neklid a nekoordinovanost, ovlivňují procesy myšlení a paměti, a v průběhu intoxikace mohou provázet euforie či záchvaty paniky.

U prchavých rozpouštědel, kde je zejména zneužíván toluen, mají podobné účinky jako alkoholické nápoje, protože působí na orientaci negativním způsobem, objevují se zde závratě a krátce působí euforicky (Fischer a Škoda, 2014). Dále podle nich rozpouštědla také způsobují zlepšení nálady, nebezpečné bludy a zpomalení vnímání času. Říčan a kol. (2006) uvádějí, že prchavá rozpouštědla vyvolávají obluzenost, rozjařenost, nezřetelnou výslovnost, nesmyslný smích, při delším užívání potom působí dokonce i na paměť.

Pravidelné užívání anabolických steroidů může způsobit depresi, podrážděnost, nepřátelství a agresivitu, ba dokonce i psychózu (Elliott, 2002). Podle Říčana a kol. (2006) anabolické steroidy nepůsobí na psychiku, když jedinec užije méně dávek, až po vícero dávkách může způsobit změny osobnosti, podezíravost a sklony k násilí.

1.3.3 Sociální vztahy

Všechny skupiny návykových látek působí na sociální vztahy (Říčan a kol., 2006), a to platí i když se zhorší (příkladem může být rodina, kdy, pokud jedinec užívá drogy, ztrácí s ní postupně kontakt) anebo naopak selepší (příkladem může být drogová parta, která obklopuje jedince a v dané chvíli mu dává pocit jistoty) (Fischer a Škoda, 2014).

Co se týče například zaměstnání, tak jedinci podle Vágnerové (2002) se postupně zhoršují v pracovní výkonnosti. Podle ní se mohou vyskytnout horší koncentrace

pozornosti a práce s chybami. Takovým způsobem se snadno jedinec stane nezaměstnaným a ztrácí svoji pracovní roli (Vágnerová, 2002).

1.3.4 Somatické projevy

Říčan a kol. (2006) uvádějí, že mezi somatické projevy alkoholu mohou patřit zarudnutí očí, horší pohyb až nejistá chůze, bolesti hlavy, nezřetelná výslovnost, slovní, fyzická nebo sexuální agrese a zhoršená kontrola pití. Dále podle nich je alkohol hodně často využíván k situacím jako například častějším úrazům, pádům, popálenin a pořezání.

Někteří podle Vágnerové (2002) reagují na alkohol smutkem nebo i zažívacími problémy. Dále podle ní alkohol poškozují postupně zdraví ve celé své celistvosti.

Říčan a kol. (2006) ve své knize uvádějí, že projevy užívání nikotinu mohou být zažloutlé prsty od cigaret, srdeční obtíže, kašel, pokles, tělesné výkonnosti, astma, nádory, zápach z úst, nevolnost, zvracení, zúžení a rozšíření zornic a bledost.

Opioidy jsou podle Vágnerové (2002) vysoce účinné na psychiku, ale jsou také vysoce účinné na biologii člověka, a to takovým způsobem, že postupně devastují celou osobnost, omezují funkce a pokud člověk užívá opiáty dlouho, hrozí zde předávkování, které může končit až smrtí. Říčan a kol. (2006) uvádějí, že užívání opiátů může způsobit přenos žloutenky, tetanu a AIDS, při nitrožilním podání dokonce záněty žil, hnisavá ložiska, prudké krvácení, rozšíření zornic, zrychlený dech a tep, slzení v oči, křeče a bolesti a bledou barvu kůže. Elliott (2002) dodává, že tyto projevy mohou doprovázet průjem, pocení, a nechutenství.

U kanabinoidů Říčan a kol. (2006) uvádějí, že časné známky mohou být zrychlený puls, zarudlé oči, kašel, hlad, pach potu, riziko úrazů, menší péče o zevnějšek a chronické záněty spojivek. Vágnerová (2002) uvádí, že závislost na kanabioidech se projevuje nejvíce na psychice, biologická závislost zde není tak úplně běžná.

Sedativa a hypnotika doprovází podle Říčana a kol. (2006) známky zpomalené řeči. Z jedince má poté dotyčný dojem, že je pod vlivem alkoholu bez toho, aby z něj byl cítit alkohol, kolísají mu nálady, má nedostatek koordinace, je roztřesený, má problémy s krevním oběhem, a při dlouhodobém užívání může mít poruchy výživy a zkažené zuby. Pokud podle Říčana a kol. (2006) se sedativa zkombinují s alkoholem, může to vést k

těžkým otravám, a roste zde riziko, že si dotyčný přivodí pracovní úraz nebo způsobí dopravní nehodu.

U kokainu se podle Elliotta (2002) objevuje zrychlený puls, zvýšený krevní tlak, vyšší citlivost na světlo, rozšíření zorniček, neklid, výbuchy agresivity, křeče a někdy i psychóza. Říčan a kol. (2006) dodává, že mezi časnými známkami užití této drogy může být i výtok z nosu, chraplavý hlas, bledost, kolísání nálad, bdění v noci, spánek ve dne a pocení. Také uvádí, že mezi pozdní příznaky se mohou objevit kašel, tmavý hlen, zácpa, záchvaty a bolesti v krku.

Stimulanty se projevují podle Říčana a kol. (2006) zrychleným tepem, rozšířenými zornicemi, zvýšením teploty, vzrušením, třesem a velmi často se objevuje i násilné jednání. Podle nich se u stimulantů může objevit i epileptický záchvat při intoxikaci. Elliott (2002) dodává, že stimulační látky mohou u dotyčného vyvolat vysokou aktivitu a sílu. Mohou se podle něj objevovat u jedince i stížnosti na vedlejší účinky.

Miovský (1996) uvádí, že u halucinogenů se mohou objevit projevy závratí, nevolnosti, vnitřní chvění, zčervenání, pocení, slinění, nechutenství a při hlubší intoxikaci mohou být zde i vlny záškubů. Podle Vágnerové (2002) halucinogeny tolik nepůsobí na biologickou podstatu jedince, právě naopak působí hodně na psychickou část jednotlivce.

U organických rozpouštědel Vágnerová (2002) uvádí, že při čichání rozpouštědel, je zde velké riziko poškození zdraví a smrti. Podle Elliotta (2002) těkavé látky působí závratě se ztrátou zábran, halucinace, zrychlený puls, zarudlé oči a zánětlivé projevy na kůži. Říčan a kol. (2006) dodávají, že z dechu je cítit zápach po rozpouštědlech, obluzenost a nepřítomný pohled.

Anabolické steroidy se projevují podle Elliotta (2002) spíše po psychické stránce než po fyzické, poněvadž jsou používány na zlepšení výkonů. Říčan a kol. (2006) uvádějí, že při dlouhodobější užívání mohou zastavit růst, poškodit játra, cévy, ba dokonce mohou způsobit mozkovou mrtvici. Existuje zde podle nich i riziko přenosu AIDS nebo žloutenky, pokud osoba látku užívá injekčně.

2.1 Druhy zařízení pro výkon ústavní výchovy a jejich specifikace

Druhá kapitola teoretické části bude zaměřena na zařazení výchovného ústavu do systému školských zařízení pro výkon ústavní výchovy. Bude vymezeno, co vše patří do tohoto celku, základní charakteristiku jednotlivých zařízení, definuji výchovný ústav, jeho cíle a služby, které poskytuje.

2.1.1 Systém školských zařízení pro výkon ústavní výchovy

V České republice je účel a působnost zařízení spadající pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy taková, že by měla zajistit základní práva dítěte na výchovu a vzdělávání, které plynou z mezinárodních smluv o lidských právech, z Ústavy a Listiny základní práv a svobod České republiky a z Úmluvy o právech dítěte (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Podle zákona č. 109/2002 Sb. by daná instituce měla zajistit nezletilé osobě (do 18 let) či zletilé osobě (od 19 let) na základě rozhodnutí soudu zdravý vývoj, řádnou výchovu a vzdělávání. Dále by měla poskytnout preventivně výchovnou péči, tj. předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Každé zařízení má povinnosti dle zákona č. 109/2002 spolupracovat s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí v harmonii s individuálním plánem ochrany dítěte.

Dle zákona č. 109/2002 Sb. (§2) „*poskytují zařízení speciálně pedagogické a psychologické služby také ambulantní formou, a to dítěti, které pobývá mimo zařízení, u nichž bylo nařízeno předběžné opatření, a kteří nejsou občané České republiky a splňují podmínky stanovené zákonem o sociálně-právní ochraně dětí.*“

Zařízení, které patří do tohoto systému jsou diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Do diagnostického ústavu se dostávají děti, které to mají nařízené soudem, ale mohou sem jít i dobrovolně (Zákon č. 109/2002 Sb.). Ústav podle zákona č. 109/2002 Sb. plní úkoly diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační a koordinační. Děti jsou zde umístěné zpravidla na dobu 8 týdnů (Zákon č. 109/2002 Sb., §5). Pávková a kol. (1999) uvádí, že se diagnostické ústavy dělí na dětské diagnostické ústavy a diagnostické ústavy pro mládež. Dále uvádí, že během pobytu v tomto typu zařízení se zkoumá dítě ze stran zdravotních, psychologických, pedagogických a

sociálních. Cílem tohoto zkoumání je podle Pávkové a kol. (1999, str. 146) „*odhalení příčin výchovného problému, stanovení vhodných výchovných opatření a postupů s ohledem na prognózu vývoje dítěte.*“

Dětský domov dle zákona č. 109/2002 Sb. zajišťuje péči podle individuálních potřeb dětí, tudíž plní například úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Pečuje podle něj také o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Mohou být do něj situovány děti od 3 do 18 let (Zákon č. 109/2002 Sb.). Do dětského domova mohou být umístěné i nezletilé matky spolu s jejich dětmi (Zákon č. 109/2002 Sb.). Podle Prokopa (2015) dětské domovy pečují o klienty, kteří nemají závažnou poruchu chování. Dále uvádí, že i nezletilé matky mohou být umístěny ve stejných domovech jako děti od 3 do 18 let. Arnoldová (2016) uvádí, že úkolem dětských domovů je zajistit, aby děti a mládež měly jak všestrannou, tak i sociální či materiální péči, protože pocházejí z prostředí, kde rodina nefunguje. Posláním dětských domovů je podle ní vytvořit prostředí, které by co nejlépe pomáhalo k všestrannému a harmonickému rozvoji osobnosti dítěte. Arnoldová dále také uvádí (2016), že dětské domovy mohou poskytnout pobyt i ženám v průběhu těhotenství pouze v případě, pokud je ohroženo jejich zdraví.

Podle Arnoldové (2016) nezletilé osoby s nařízenou ústavní či ochrannou výchovou, které nemohou být vzdělávány ve škole, která není součástí dětského domova, jsou do těchto zařízení často umístovány. Jsou zde také situováni děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky (Zákon č. 109/2002 Sb.). „*Pokud přes závažné poruchy chování se nemůže vzdělávat na střední škole mimo zařízení, je přeřazeno do výchovného ústavu*“ (Zákon č. 109/2002 Sb., §13)

Poslední zařízení je výchovný ústav, které vysvětlím podrobněji.

2.2 Výchovný ústav

2.2.1 Charakteristika výchovného ústavu

Podle zákona č. 109/2002 Sb., jsou umístovány do výchovného ústavu mladiství starší 15 let. Situováni jsou sem z důvodů závažných poruch chování s podmínkou, že jim byla nařízena ústavní výchova či uložena ochranná výchova (Zákon č. 109/2002 Sb.). Může sem být umístěn i jedinec, které mu je více než 12 let s podmínkou, že má

uloženou ochranu výchovu a v jeho chování se projevují závažné poruchy, které ovlivňují jeho stav natolik, že nemůže být situován do dětského domova se školou, a vyžadují speciální výchovnou či léčebnou péči (Prokop, 2015). Pokud jedinec trpí zvláště závažnou poruchou chování, může sem být dán člověk s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let, ale jedná se pouze o exkluzivní případy (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Podle Matouška (1999) jsou výchovné ústavy určeny pro delší pobyty až několikaroční, které končí většinou osmnáctým rokem, devatenáctým pouze ve výjimečných případech.

Vnitřní řád (2019) uvádí, že děti jsou do výchovného ústavu umisťovány jednak z diagnostických ústavů nebo z výchovných ústavů a dětských domovů po vydání rozhodnutí soudu. Dále podle sem mohou být také umisťovány děti přímo z rodin na základě rozhodnutí soudu.

V České republice je momentálně 25 výchovných ústavů, z toho nejvíce jich je v Ústeckém kraji (5) a nejméně v Karlovarském a Libereckém kraji (žádný) (Statistická ročenka školství, 2019).

2.2.2 Rozdíl mezi ústavní a ochrannou výchovou

Zákon č. 218/2003 Sb. uvádí, že ochranná výchova, je soudem uložená výchova. Může být nařízena z důvodu, pokud není postaráno o výchovu mladistvého a tento nedostatek nelze odstranit v jeho vlastní rodině, dosavadní jeho výchova byla zanedbána a prostředí, v němž žije, nemá žádnou záruku na tom, aby poskytovalo náležitou výchovu (Zákon č. 218/2003 Sb.). Podle Pávkové a kol. (1999) ochrannou výchovu mají na starosti školská zařízení pro nezletilé. Dále uvádí, že je soudem nařízená pouze v případě, že není o dítě v rodině postaráno, dochází k poruchám v jeho chování až někdy velmi závažným. Pávková (199) uvádí, že poruchy vznikají v případě, pokud nebyly odstraněny preventivními opatřeními nebo běžnou ústavní péčí. Většinou tyto poruchy mají podobu trestného činu (Pávková a kol., 1999). Podle ní tento typ výchovy trvá do té doby, dokud je potřeba naplnit její účel. Nejdéle však do osmnáctého roku adolescenta (Zákon č. 218/2003 Sb.).

Ústavní výchova je také soudem nařízená výchova. Podmínka k tomu, aby byla nařízena je následující „*výchova dětí je vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě*“ (Zákon č. 94/1963 Sb., §45 odstavec 2). Podle Arnoldové (2016) je

ústavní výchova určena pro děti, u kterých je výchova dítěte po všech stránkách jak tělesně, tak i rozumově či duševně narušena či ohrožena, anebo se zde vyskytují důvody, pro které rodiče nemohou jeho výchovu zabezpečit, a to z důvodů dlouhodobé nemoci, nebo jsou rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody či zemřeli.

Pokud u mladistvého lze očekávat, že se bude chovat spořádaně a bude schopný pracovat, ale přesto nepominuly všechny okolnosti, může soud ochrannou výchovu přeměnit na ústavní či umístění mimo výchovné zařízení (Zákon č. 218/2003 Sb.).

2.2.3 Cíle výchovného ústavu

Cílem je „*výchovné působení všech pracovníků, rozvíjení a vytváření takových vlastností, aby byly děti připraveny na budoucí život*“ (Vnitřní řád, 2017, str. 5). Zařízení je povětšinou zaměřeno podle samého vnitřního řádu (2017) na otevřenou komunikaci, stanovení cílů a strategie, pomoc a diagnostické hypotézy. Cílem ústavu není nechat si děti co nejdéle v ústavní péči, ale právě naopak ze zkušeností pracovníků je zde pokaždé snaha připravit mladistvého jedince na návrat do rodiny, aby byl jedinec dostatečně nezávislý a zvnitřnil si důležité normy (Vnitřní řád, 2017).

2.2.4 Struktura výchovného ústavu

Podle vnitřního řádu (2019) většinou výchovný ústav sdružuje školní jídelnu, pracovní výchovné skupiny, výchovně-léčebnou jednotku a středisko výchovné péče. Vnitřní řád (2017) dodává, že součástí zařízení může být i střední škola.

Vnitřní řád (2019) uvádí, že kapacita ústavu je třicet šest dětí, z čehož je možno vyvodit, že existuje šest výchovných skupin po šesti dětech. Do výchovných skupin jsou potom zařazeny podle jejich výchovné, vzdělávací a zdravotní potřeby (Vnitřní řád, 2017). Každá skupina má dva vychovatele přímo určené pro práci se skupinou a ti zajišťují chod celé skupiny (Výchovný ústav, 2020). Dále uvádí, že skupiny se mohou dělit a tj. v případě vnitřního řádu (2017) dělení na dvě oddělení, kdy na první oddělení jsou čtyři výchovné skupiny a na druhém oddělení dvě výchovné skupiny. Druhé oddělení je charakteristické podle vnitřního řádu (2017) tím, že jedna výchovná skupina je zaměřena na děti, které vyžadují individuální péči (většinou to bývají děti po útěcích nebo zvláště problémové děti) či mají uloženou ochrannou výchovu, a druhá skupina je zřízena pro děti, které nevyžadují individuální péči, zpravidla se jedná o děti docházející do školy mimo zařízení. První oddělení je dále podle vnitřního řádu (2017) děleno

orientačně na dvě výchovné skupiny, které mají psychiatrické onemocnění, či jiné mentální onemocnění, a další dvě skupiny, které jsou zaměřené pro děti, které užívají návykové látky. Ostatní vnitřní řády mají dělení podobné.

3.1 Drogy v institucionalizovaných zařízeních

V této kapitole se budu zabývat drogami v institucionalizovaných zařízeních z níže citované literatury. Budou zde uvedeny zkušenosti s drogami v těchto institucích.

Vavrysová (2018) uvádí, že největší zkušenost s tabakismem mají v ústavní péči adolescenti. Podle ní je nemožné kontrolovat děti, když jsou venku na individuální vycházce, propustce či na dlouhodobějším pobytu, poněvadž pokud klienti chtějí, snáze si seženou drogu v podobě tabáku či jiných horších návykových látek. Nejhorší je podle ní také to, když je zadrží při útěku, a těmto klientům musí udělat testy, jaké látky mají a měli v sobě, protože jakmile je zadrží téměř vždy mají v sobě návykovou látku, ať už je to pervitin, marihuana nebo tabák.

Kukla (2016) ve své knize uvádí, že se zvyšuje počet dětí závislých na tabáku a alkoholu, které jsou soustřeďovány do ústavní výchovy. Podle Šťastné (2010) jsou děti v institucionální péči velmi ohroženou a rizikovou skupinou z hlediska problematiky návykových látek. Jedná se podle nich o skupiny dětí, které páchají trestnou činností, děti, které mají nedokončené vzdělání a děti, které pocházejí z rodin, které mají různé typy znevýhodnění. Podle Dušana a Večeřové-Procházkové (2015) problémy v etapě dospívání jednotlivce mohou být důvodem, proč dítě může, ale nemusí inklinovat k drogové závislosti.

Vavrysová (2018) uvádí, že uvnitř ústavů je drogová problematika zahrnuta v preventivních opatření daného dětského domova či výchovného ústavu a jiných podobných ústavů a ty mohou být například odebrání kreditů z kreditního systému a tím nemožnost jít na individuální vycházku apod.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Cíl práce a výzkumná otázka

Cílem práce je zanalyzovat výskyt drog ve výchovném ústavu a středisku výchovné péče.

Výzkumná otázka: Jaká jsou specifika výskytu návykových látek ve vybraném výchovném ústavě a středisku výchovné péče?

5 Metody a techniky výzkumu

Pomocí kvalitativního výzkumu bude dosaženo stanoveného cíle. V rámci tohoto typu výzkumu budou využity případové studie.

Švaříček a kol. (2007) uvádějí definice kvalitativního výzkumu podle použité metody sběru dat, podle metody usuzování, podle typů dat a podle způsobu analýzy dat. V návaznosti na Švaříčka a kol. (2007) můžeme definovat kvantitativní výzkum podle použité metody sběru dat jako dotazník, zatímco kvalitativní jako rozhovor.

Podle metody usuzování zase Švaříček a kol. (2007) vycházejí z toho, že kvalitativní výzkum je založen na indukci. Indukce je podle něj obecná metoda usuzování, jejíž cílem je přesah informace ve východisku.

Definici podle typů dat používají výzkumníci zejména ve třech případech, a to data z rozhovorů, z pozorování a data z dokumentů, a projdou jim proto rukama jednotlivá slova, ba i celé texty (Švaříček a kol., 2007). A to je podle Švaříčka a kol. (2007) zásadní rozdíl mezi kvantitativním typem výzkumu a kvalitativním typem výzkumu.

Dále podle nich můžeme definovat kvalitativní výzkum podle způsobu analýzy dat a tato definice uvádí, že je možno pomocí kvalitativního výzkumu nejenom data získat, ale tyto data musíme provést procesem analýzy a objasnit jinými postupy, než je využito v kvantitativním výzkumu. Díky tomuto procesu získáme zcela odlišné typy závěrů (Švaříček a kol., 2007).

Švaříček a kol. (2007) uvádí, že případovou studii můžeme charakterizovat jako skutečnou výzkumnou strategií, není to podle nich jednotlivá technika. Je to z toho důvodu, že výzkumník zde může využít více informačních zdrojů a veškeré

dostupné metody sběru, ať je to například analýza textu, pozorování, rozhovory s výzkumným souborem a podobně (Švaříček a kol., 2007).

5.1 Zdroje dat pro případové studie

K získávání dat budou použity nestrukturované rozhovory s pracovníky výchovného ústavu, dále analýza léčebných deníků a metoda skrytého nezúčastněného pozorování.

Hlubkový nestrukturovaný rozhovor je podle Švaříčka a kol. (2007) tzv. narativní rozhovor, kde jde o to, že zde existuje pouze jedna předpřipravená otázka a podle směru rozhovoru se dále výzkumník doptává na informace, které potřebuje. Hendl (2005) uvádí, že při narativním rozhovoru není subjekt konfrontován předem připravenými otázkami, ale je povzbuzován k vyprávění.

Účelem analýzy dokumentů je podle Kutnohorské (2009) zpracovat písemný materiál či svědectví, které může sloužit k vysvětlení lidského jednání. Materiál, který je zpracováván nemusí být podle ní vytvořen výzkumníkem, téměř vždy si výzkumník data vybírá, jak je potřebuje. Hendl (2005) uvádí, že za dokumenty se považují data, která vznikla dávno před tím, než je výzkumník zkoumal a byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má význam.

Pozorování je podle Švaříčka a kol (2007) jedna z nejtěžších metod sběru dat. Mezi základní typ pozorování podle něj patří zúčastněné pozorování, které je možno charakterizovat jako dlouhodobé a systematické sledování aktivit, které v danou chvíli probíhají přímo v terénu, který je zkoumán. Při skrytém pozorování si jedinci nejsou vědomi toho, že jsou pozorováni (Švaříček a kol., 2007). Podle Kutnohorské (2009) se pomocí metody pozorování má docílit k nesubjektivnímu popisu jevů, které umožňují následnou analýzu.

5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor představují pracovníci a klientky vybraného výchovného ústavu. Nestrukturovaný rozhovor jsem prováděla se třemi pracovníky (etoped, psycholog a vychovatel) v rámci své praxe, kterou jsem absolvovala v tomto zařízení. Velikost počtu pracovníků byla určena vysycením. Pozice pracovníků budou označovány podle reálných pozic na daném pracovišti. Pracovníky jsem si vybírala podle náplně jejich práce, častého kontaktu s klienty výchovného ústavu a délky praxe. Původně jsem měla

uvedeno ve výzkumném souboru i nestrukturované rozhovory s klienty daného výchovného ústavu, ale z důvodu koronavirové krize v České republice a zvýšených opatřeních v daném ústavu mi rozhovory nebyly umožněny. Název vybraného výchovného ústavu není uveden záměrně. Je to z důvodu zachování anonymity zaměstnanců a klientů. Informace a rozhovory byly získávány v během mé praxe v ústavu v červnu 2020.

5.3 Etika výzkumu

Předtím než byly provedeny rozhovory s pracovníky ústavu, pracovníci byli seznámeni s cílem výzkumu. Dále byli seznámeni s možností dozvědět se výsledky výzkumu v případě zájmu.

Pracovníky jsem poučila jednak o tom, že výzkum je zcela anonymní, jednak o ochraně osobních údajů. Otázky byly kladeny k tématu, žádné z nich nesměřovaly, nenarušovaly a neohrožovaly důstojnost pracovníků daného ústavu. Rozhovory byly všechny dobrovolné, každý z oslovených pracovníků měl možnost rozhovor odmítnout. Průběhy rozhovorů nebyly nahrávány, z důvodu nesouhlasu výše jmenovaných. Z jednotlivých rozhovorů byly pořízeny výpisky.

5.4 Analýza dat

Metoda analýzy dat měla být použita metoda kontrastování, ale z důvodu malého výzkumného souboru, a komunikace pouze s pracovníky ústavu, jsem metodu kontrastování nahradila jiným typem kvalitativního výzkumu a tj. případovými studii.

Analýza dat poté byla provedena na sepsaných případových studiích. Byla použita forma otevřeného kódování. Kategorie a kódy jsou následně zobrazeny v diagramech.

6 Případové studie

V této části práce se budu věnovat konkrétním případům, které jsou sepsány ve formě kazuistik, a které by měly ukázat specifika klientů s drogovou závislostí ve vybraném výchovném ústavu a středisku výchovné péče.

Z důvodu zachování anonymity, jsou jména klientů pozměněna. Veškeré informace jsou reálné, jména, která budou uvedena v anamnézách budou také pozměněna. Dále jsou veškeré informace pravdivé a jsou zveřejněny se souhlasem pracovníků výchovného ústavu. Ke klientům jsem se bohužel nedostala, proto mi museli udělit souhlas ohledně zveřejnění některých informací pracovníci vybraného výchovného ústavu.

6.1 Kazuistika 1 – Adriana

6.1.1 Základní údaje

Jméno: Adriana

Věk: 17 let

Národnost: česká

Rodinný stav: svobodná

6.1.2 Anamnéza osobní

Podle psychologa v diagnostickém ústavu je vnitřně komplikovaná osobnost, pro okolí je složitě čitelná. Je přecitlivělá se zvýšenou emoční nestabilitou v zátěži. Má podezřívavé pocity, pocity nespravedlnosti, občas uvažuje i o sebeustrukci. Má nízkou schopnost sebekontroly. Silná potřeba vyjadřovat pocity kresbou. Je opravdu hodný člověk, nejsou s ní prakticky žádné problémy.

6.1.3 Anamnéza rodinná

Adriana byla narozena na Slovensku, konkrétně v manželství rodičů. Její sestra Alena zemřela v 11 měsících věku. Později se rodiče rozvedli a Adriana byla svěřena do péče matky. V roce 2017 obvinila nového manžela matky ze sexuálního obtěžování. Matka o ni poté odmítala pečovat, a proto Adriana byla svěřena do péče otce, se kterým se nestýkala zhruba 5 let. Spolu se přesunuli do ČR, ale po několika měsících otec zažádal o umístění Adriany do diagnostického nebo výchovného ústavu. Odmítal o ni pečovat

kvůli jejímu problematickému chování. Podle diagnostického ústavu, kde nějaký čas pobývala jsou vztahy s rodinou narušené.

6.1.4 Anamnéza zdravotní

Podle etopeda v DDÚ si nepřipouští výchovné problémy. Podle psychiatrické dokumentace je zde u ní zmíněna bájná lhavost, histriónské rysy, zkratkovité jednání v zátěži. Má diagnostikovanou rozpolcenou osobnost. Jinak zdravotně bez záznamu.

6.1.5 Anamnéza sociální a školní

Aktuálně jsou vztahy k rodičům narušené. Objevuje se u ní reflexe nezájmu rodiny. Spolupracuje dobře ve skupině, ale i individuálně.

V loňském školním roce Adriana opakovala první ročník SOŠ A SOU, kde má aktuálně omluvenou dlouhodobou absenci.

Podle diagnostického ústavu se do vrstevnické skupiny začleňovala postupně. Ve skupině se většinou držela dále od ostatních. Při terapeutické práci je aktivní. Prosperuje dobře v prostředí se stabilními prvky v rovině jednak edukační, jednak personální. Je vděčná za jakoukoliv zpětnou vazbu.

6.1.6 Anamnéza problému

Podle psychologa je ve výchovném ústavu silná kuřačka. Jiné návykové látky nepobírala.

6.2 Kazuistika 2 – Karolína

6.2.1 Základní údaje

Jméno: Karolína

Věk: 18 let

Národnost: česká

Rodinný stav: svobodná

6.2.2 Anamnéza osobní

Podle Pedagogicko-psychologické poradny je intelekt ve výrazném podprůměru a má opožděný psychosociální vývoj. Podle psychologa má oslabené exekutivní schopnosti. Dle Orgánu sociálně-právní ochrany dětí má poruchu pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD). Karolína nemůže naplňovat ambice rodičů. Touha po volnosti, po svobodě a neplánování. Milá a hodná dívka, je kultivovaná, celkem inteligentní. Dost často používá cizí slova, u kterých neví, co znamenají. Žije ze dne na den. Pod vlivem drog je nerudná, u ní drogy způsobují změnu v chování.

6.2.3 Anamnéza rodinná

Karolína je adoptovaná a o její původní rodině nemají rodiče žádné informace. O osvojení ví a jiné sourozence nemá. Rodiče jsou velmi vzdělaní a snažili se o nějaké nastavení hranic ve výchově, ale dívka je opakovaně porušovala a nerespektovala. Maximálně se o ní starali. Poté přestali výchovu zvládat a žádali ihned vyřešení jejich situace. Proto byla umístěna do výchovného ústavu. Podle psychologa výchovného ústavu mají o ní zájem, snaží se jí vnutit své představy o štěstí, které se neshodují spolu s jejími.

6.2.4 Anamnéza zdravotní

Karolína byla dvakrát hospitalizována na psychiatrii Fakultní nemocnice Plzeň. Jinak žádné zdravotní záznamy nemá.

6.2.5 Anamnéza sociální a školní

Ze začátku byla její adaptace ve výchovném ústavě menší a byla plačtivá. Karolína školu při ústavu nenavštěvuje, proto sociální vztahy ve škole nejsou známy. Má partnerský vztah s 31letým mužem, se kterým pobývala na ulici. Stabilizovala se, urovnala vztahy s rodinou, rodiče mají stále snahu, a když se zlepší, tak se vrátí k rodině, což sama chce. Ale u rodiny většinou selže, a proto se přidává k bezdomovcům a skončí zpátky v ústavu.

6.2.6 Anamnéza problému

Podle výchovného ústavu Karolína opakovaně požívá alkohol a návykové látky – přiznala marihuanu a při příjmu do instituce byla pozitivní na pervitin. V průběhu pobytu ve výchovném ústavu má v léčebných denících zaznamenané opakované tajné kouření na záchodech. Když je na útěcích, tráví čas s bezdomovci, kde velmi užívá návykové látky. Mohla by se dopouštět trestné činnosti, různých agresí. V ústavu je známá bez užívání návykových látek, kromě kouření. Podle psychologa z výchovného ústavu se velmi často při útěku dostane do konfliktu s kamarádem, ten jí zmlátí, poté kontaktuje rodiče a vrátí se zpět do výchovného ústavu. V průběhu pobytu byla trošku problémová, rušila noční klid, nedodržela své povinnosti. V průběhu praxe jí bylo 18 let a pracovníkům bylo řečeno, že odchází za třemi muži, a že s nimi bude bydlet.

6.3 Kazuistika 3 – Žaneta

6.3.1 Základní údaje

Jméno: Žaneta

Věk: 17 let

Národnost: česká

Rodinný stav: svobodná

6.3.2 Anamnéza osobní

Podle etopeda z diagnostického ústavu v zátěžových situacích hledá únik, kde jí dopomohou výmluvy a přesvědčivé lži. Je teatrální, útočná a verbálně agresivní, pečlivá, iniciativní, citlivá, nezdrženlivá a impulzivní. Byla umístěna do diagnostického ústavu, protože měla problémy s chováním, byla umístěna do diagnostického ústavu se školou a výchovného ústavu. Poněvadž opakovaně utíkala ze zařízení, páchala závažné trestné činy a užívala návykové látky, byla umístěna později pouze do výchovného ústavu.

Její úroveň intelektu je na dolní hranici průměru a podprůměru. Nemá žádné pracovní návyky, vlastnosti vůle jsou zcela oslabené. Podle psychologa je to velmi inteligentní dívka, s výraznou sociální inteligencí a schopná organizátorka. Je to velice schopná dívka.

6.3.3 Anamnéza rodinná

Žaneta byla narozena mimo manželství na Slovensku. Zde žila do 3 let. S matkou se odstěhovala do ČR kvůli domácímu násilí. Otec se o výchovu dcery nezajímal. Pravděpodobně je ve výkonu trestu odnětí svobody, jinak pobyt je neznámý. Matka je uživatelka návykových látek, o děti se nestarala, a proto byly všechny její děti svěřeny do pěstounské péče prarodičů. Svě prarodiče nerespektovala a užívala návykové látky, byla vulgární a agresivní.

6.3.4 Anamnéza zdravotní

Nejsou uvedeny žádné zdravotní záznamy.

6.3.5 Anamnéza sociální a školní

Podle etopeda v diagnostickém ústavu se vždy snažila obcházet jasně stanovená pravidla, nerespektovala autoritu dospělých a měla k nim občas nějaké výhrady. Ve skupině svých vrstevnic zaujala vůdčí postavení, nevymýšlela žádné intriky a ani ostatní nešíkanovala. Obtížně se vyrovnává s negativním hodnocením, kritikou a nesvobodou. Poznává z neverbálního chování, co jejímu okolí běží hlavou.

6.3.6 Anamnéza problému

Ve výchovném ústavu byla krátce, protože v průběhu mé praxe vykonávala trest ve vězení. Podle psychologa byla kuřák. Nemá problémy extrémně s drogami. Užívá je ryze rekreačně a je schopna je zvládnout, aniž by ji dostali do zuboženého stavu.

6.4 Kazuistika 4 – Sabina

6.4.1 Základní údaje

Jméno: Sabina

Věk: 16 let

Národnost: česká

Rodinný stav: svobodná

6.4.2 Anamnéza osobní

Milá holka, vstřícná, podprůměrně inteligentní, pokud by neužívala drogy, má šanci žít plnohodnotný život. Využije každé volné příležitosti k útěku, byť říká, že už neuteče. Naivní představy, že to má v rukou a přestane sama a pomoc nepotřebuje, jenom v případě nejhoršího si vzpomene, že potřebuje pomoc a tu využije u pana psychologa. Co slíbí, to nedodrží.

6.4.3 Anamnéza rodinná

V 11 letech byla znásilněna otcem. V minulosti byla v péči matky. Matka se o ní zajímá. Zároveň ji v tom podporuje. Za asistence matky dokázala utéct od soudního jednání. Drogy ji nekupuje. Matka se jí snaží vycházet vstříc a neztratit ji, a proto ji nenechá padnout na dno. Právě naopak by se jí snažila i pomoc v nejhorší situaci.

6.4.4 Anamnéza zdravotní

Pravidelně končí po útěcích na kapačkách na detoxu. Jinak po zdravotní stránce po braní drog je v zuboženém stavu. Po posledních útěcích měla drogové psychózy a skončila na psychiatrii, kde ji po týdnu vrátili zpět do ústavu. Další zdravotní záznamy nejsou.

6.4.5 Anamnéza sociální a školní

Když má bezprostřední zážitek z průšvihů, tak se hlásí k panu psychologovi a etopedovi. Chce to řešit, pan psycholog se jí snaží vyjít vstříc. Objedná ji vždy, kam může chodit se léčit a zatím se Sabinou stihl dojet na adiktologii, než odešla. Pěkně zde spolupracovala. Okolí si myslí, že vše, co řekne, bere vážně, ale nebere.

6.4.6 Anamnéza problému

K návykovým látkám má hodně blízko. Podle pana psychologa, etopeda vychovatele z výchovného ústavu je hodně závislá na drogách její motivace k nebrání návykových látek téměř minimální. Několikrát jí šlo o život. Je s ní řeč podle psychologa jen, když se dostane ze zuboženého stavu. Sama dobrovolně za psychologem nepřijde. Sabinu vždy přiveze policie. Pan psycholog nevidí žádný potenciál na zlepšení. Aktuálně je na útěku.

6.5 Kazuistika 5 – Nela

6.5.1 Základní údaje

Jméno: Nela

Věk: 17 let

Národnost: česká

Rodinný stav: svobodná

6.5.2 Anamnéza osobní

Podle psychologa je intelektová úroveň v horním pásmu průměru, má nadprůměrné schopnosti abstraktní myšlení a logické uvažování. Je emočně labilní, není ani extrovert a ani introvert, spíše je chladná a nepřizpůsobivá. Sklání se k impulsům, které bývají iracionální. Její reakce většinou bývají afektované. Snaha prezentovat se v příznivém světle. Používá mužské jméno, a podle jejího sdělení chce být takto oslovena. Podniká kroky k celkové změně pohlaví. Její rodina změnu akceptuje. Její vývoj osobnosti je disharmonický, emočně je nestabilní a má sklony k manipulativnímu chování, je pohodlná a směřuje ke konzumnímu životnímu stylu. Také bývá hodně tvrdohlavá.

6.5.3 Anamnéza rodinná

S otcem není v kontaktu, pouze vyrůstala s matkou a bratrem, který je mladší. Rodina se často stěhovala. Má velmi pozitivní vztah k bratrovi, k matce spíše kritický vztah, kvůli traumatickým událostem z dětství. Zažívala prý často násilí ze strany matčiných partnerů.

6.5.4 Anamnéza zdravotní

V loňském roce se dle matky obrátila v chování o tři sta šedesát stupňů, kdy vyslovila suicidální myšlenky, následně byla hospitalizovaná. Psychiatrická medikace. Bez medikace je hodně agresivní. Jinak bez záznamu.

6.5.5 Anamnéza sociální a školní

Podle OSPOD Nela sama požádala o umístění do DÚ, protože se těžce vyrovnává se zátěží, pokusila se také dokonce o sebevraždu a často přemýšlela, že by ublížila někomu dalšímu. Začlenění do diagnostického ústavu probíhalo za verbalizovaných projevů, agresivních tendencí. Podle zprávy z diagnostického ústavu pocházejí z nejspíše naučeného chování. Postupně se začleňovala mezi vrstevníky bezkonfliktně. Pro ostatní působí dojemem ne moc atraktivní a dojemem podivína. Lidem moc nedůvěřuje, je citlivá na kritiku a výchovně zanedbaná. Pravděpodobně týraná otcem a šikanovaná ve škole.

6.5.6 Anamnéza problému

V průběhu pobytu často měla postihy za tajné kouření na toaletách. Je aktivní uživatelka tabáku, aktivně užívala také pervitin. V průběhu mé praxe byla ve výchovném ústavu krátce a nebyly s ní žádné problémy.

6.6 Kazuistika 6 – Cecílie

6.6.1 Základní údaje

Jméno: Cecílie

Věk: 18 let

Národnost: slovenská, česká

Rodinný stav: svobodná

6.6.2 Anamnéza osobní

Je trochu povahově impulsivní a hádavá. Matka ji chtěla spolu s dalšími sourozenci umístit do dětského domova, tam také byla umístěna. Měla problémy s autoritami, chovala se agresivně. Poté co jí byla soudem nařízena ústavní výchova, byla umístěna do dětského domova se školou. Podle psychologa jsou její mentální schopnosti v pásmu normy. Postupně se během pobytu v dětském domově se školou dopouštěla závažných přestupků, ať už to bylo fyzické napadení, ničení majetku, útěky apod. Jinak podle psychologa výchovného ústavu krásná holka, která se umí chovat kultivovaně. Má dobrou sociální inteligenci. Spíše negativní vlastnosti, má pocit, že na vše má právo, ale žádnou povinnost. Zde je vulgární, vzteklá, afektovaná holka a obrovská

manipulátorka. Je arogantní, nesnášenlivá, jakmile se jí řekne něco, co jí nevyhovuje, okamžitě je impulzivní. Neumí nakládat se stresem a neumí ho řešit a není ochotná ho řešit.

6.6.3 Anamnéza rodinná

Narozena mimo manželství na Slovensku a byla v péči matky dlouhodobě, protože otec byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Během studia na základní škole pobývala s rodinou dokonce v Anglii. S biologickými rodiči udržuje menší kontakt. Má sourozence, jeden z jejích sourozenců je kriminálník. Matka se pohybuje po republice a je v různých sociálních bytech. Aktuálně ani Orgán sociálně-právní ochrany dětí neví, kde se matka nachází a obě mají mezi sebou negativní vztah, nemají o sebe zájem.

6.6.4 Anamnéza zdravotní

Podle dokumentace byla opakovaně hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici. Jinak bez záznamu.

6.6.5 Anamnéza sociální a školní

Aktuálně studuje obor na škole, která je součástí výchovného ústavu. Měla problémy s autoritami. Její pozornost je oslabená a její oblast obecných znalostí je výrazně pod průměrem. Mezi dětmi je neoblíbená. Má diagnostikovanou poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Během letních prázdnin se seznámila s chlapcem a jeho rodinou. Chlapcova rodina dokonce projevila zájem o opatrovnictví a velmi dobře všichni spolupracovali s dětským domovem se školou. Soud však jejich návrh na opatrovnictví zamítl.

Zlom nastal, když si našla brigádu a dělala servírku v restauraci, byla velmi úspěšná. Vkusně oblečená, vkusně namalovaná, jemná. Matematika není její silnou stránkou a je líná se učit, na tom selhává. Díky karanténě skončila brigádu a od té doby jsou s ní problémy.

6.6.6 Anamnéza problému

V minulosti užívala alkohol. Aktuálně kouří. Jiné návykové látky neužívala. Má představu, že až bude plnoletá, tak podle psychologa z výchovného ústavu jí ústav zajistí byt 2+1, který jí budou platit, seženou práci, kde bude dostávat báječný plat a do

práce bude chodit jen když se bude nudit. Nechce zůstat v ústavu, a ani rodina moc nefunguje, tudíž tam taky nechce. Nenechá se odvézt do domova na půl cesty. Z hlediska drog si pan psycholog myslí, že to nebude lepší. V minulosti experimentovala s drogami hlavně doma. Tady téměř abstinuje. Podle pana psychologa a etopeda, pokud pro ni neudělá ústav, co chce ona, půjde do Prahy se „zřetovat“. To používá jako takovou formu vydírání.

6.7 Kazuistika 7 – Markéta

6.7.1 Základní údaje

Jméno: Markéta

Věk: 17 let

Národnost: česká

Rodinný stav: svobodná

6.7.2 Anamnéza osobní

Podle etopeda z dětského diagnostického ústavu je hodně ovlivnitelná a snaží se upoutat pozornost dospělých nevhodným způsobem (sebepoškozování). Chybí jí pocit jistoty, je citově deprivovaná.

Podle psychologa z dětského diagnostického ústavu její intelekt je v hraničním pásmu. Je dominantní a zvyklá řešit si věci po svém, bez ohledu, jaký to má dopad na druhé. Špatně snáší omezování. Její projevy jsou až teatrální. Jinak bez výrazných výchovných problémů.

Podle dětského diagnostického ústavu se školou je snadno ovlivnitelná, ve vztahu je submisivní. Opora dospělého je u ní nutností. Její trvalý problém je únik od problémů k sebepoškozování.

6.7.3 Anamnéza rodinná

Od narození byla v kojeneckém ústavu, poněvadž biologičtí rodiče o ni neprojevovali zájem. Později svěřena do pěstounské péče manželů. Problémy se u Markéty objevily, když pěstounka onemocněla. Pěstounka se starala o chod domácnosti a dbala na to, aby Markéta a ostatní děti dodržovaly své povinnosti. Pěstoun byl zaměstnaný. Pro Markétu

byl považován za kamaráda. Smrt pěstounky spustila u Markéty sérii přechodů z jedné instituce do druhé. Po smrti se dokonce dívka ohlásila sama na Policii České republiky kvůli tomu, že u nich docházelo poněkolkáté k situacím, kdy ji pěstoun osahával na intimních partií.

6.7.4 Anamnéza zdravotní

Byla hospitalizovaná v Dětské psychiatrické nemocnici. Jinak zdravotní problémy nemá.

6.7.5 Anamnéza sociální a školní

Podle etopeda v dětském diagnostickém ústavu se rychle dokáže adaptovat a začlenit. Režim a pravidla, která zde byla nastavená plnila bez větších problémů. Na tlak či omezení reagovala tím, že byla neklidná a vyjadřovala svoji agresi slovně. Má radost, když ji někdo dá zpětnou vazbu, zejména když jde o ocenění před skupinou vrstevníků. Nedokáže si udržet stálé vztahy. Velký zájem o vztah projevuje při opačném pohlaví, jinak vztah k silnějším je skrytě obdivný. Když nastane nějaký konflikt, řeší ho povětšinou slovně, ale dokáže zaútočit i fackou.

V dětském domově se školou navštěvovala a absolvovala 1. ročník. Škola ji tam bavila a dosahovala dobrých výsledků.

6.7.6 Anamnéza problému

Podle dětského domova se školou občas kouřila. Opakovaně tajně kouřila na toaletách ve výchovném ústavu. Jiné návykové látky nepobírala.

6.8 Kazuistika 8 – Dana

6.8.1 Základní údaje

Jméno: Dana

Věk: 17 let

Národnost: česká

Rodinný stav: svobodná

6.8.2 Anamnéza osobní

Podle výstupní charakteristiky dětského domova se školou upřednostňuje vlastní klid a je náladová. Pokud ji někdo napomene je impulzivní, arogantní, vulgární. Je egocentrická s nízkou schopností empatie. Postupně byla agresivnější.

Podle etopeda dětského domova se školou často vzdoruje. Projevují se silné, impulzivní, vzdorovité reakce. Také obrací agresi proti sobě. Dokáže také manipulovat, má výkyvy v náladách. Podle charakteristiky etopeda se jedná o labilní dívku se skrytou agresi a reakcemi, které jsou nepředvídatelné. Často je v tenzi. V konfliktních situacích reaguje odmítavě. Neuspokojení potřeb řeší sebepoškozováním a napadáním dětí. Převážně se u ní objevuje negativní nálada.

6.8.3 Anamnéza rodinná

Do 3 let vyrůstala v biologické rodině, poté kvůli syndromu CAN do 6 let v dětském domově. Později svěřena do pěstounské péče. Rodiče se o ni nezajímají. Později pěstounka požádala o zrušení pěstounské péče kvůli nezvladatelnosti dívky a sebepoškozování, nerespektovala, a dokonce ji i ignorovala. Začala být nebezpečná pro své okolí (ublížila sourozenci, opařila pěstounku)

6.8.4 Anamnéza zdravotní

Opakovaně byla hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici. Jinak kromě následků po sebepoškozování nemá žádné komplikace.

6.8.5 Anamnéza sociální a školní

Podle etopeda dětského domova se školou respektuje autority podle aktuální situace. Chce být uznávaná jako vůdce skupiny a ostatní děti využívá. Loňský rok utekla z dětského domova se školou, po návratu se jí zhoršilo chování a odmítala léky, napadala ostatní dívky, ničila zařízení skupiny, vyhrožovala zbitím vychovatele.

6.8.6 Anamnéza problému

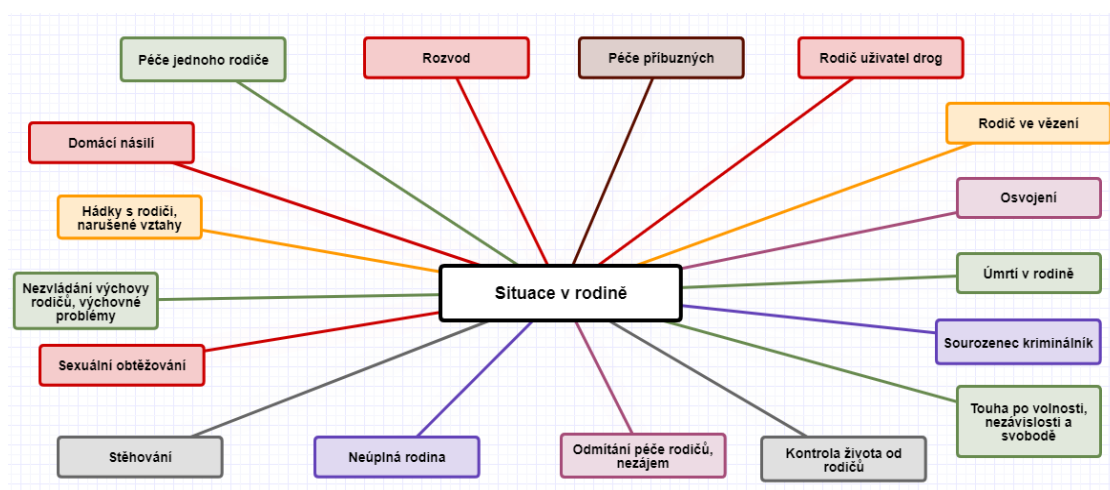
Dana opakovaně tajně kouřila na toaletách. Pobírala v minulosti pervitin. Jiné návykové látky nepobírá.

7 Výsledky výzkumu – analýza případových studií a rozhovorů

Hlavním úkolem bakalářské práce bylo dospět k tomu, jak se klientky z případových studií dostaly do takovéto situace. Jaký důvod stál zatím, že se klientky staly drogově závislé. Z případových studií a rozhovorů vzešlo několik kategorií, proč se klientky ocitly v této situaci:

- situace v rodině
- situace ve škole/ v ústavu
- situace na venku
- a zdravotní situace

7.1 Situace v rodině

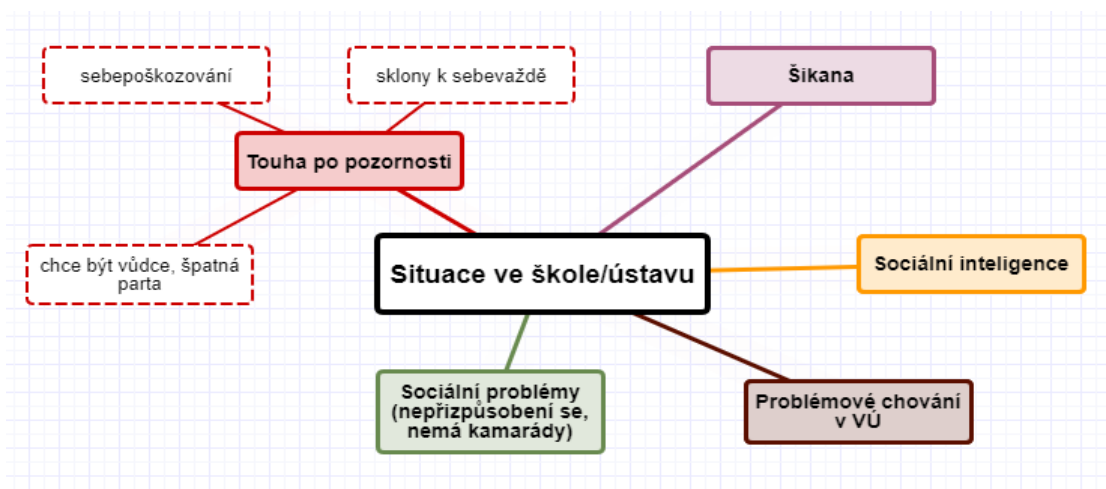


Obr. 1: Situace v rodině (zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 1 znázorňuje jednotlivé kódy, které se týkají situace v rodině. Výzkumem jsem zjistila, že situace v rodině je hodně silná na to, aby klientka začala užívat návykové látky. U klientkách č. 1, 3, 7, 8 se může nejvíce jako příčina objevovat odmítnutí péče rodičů a nezáměr rodičů o jejich výchovu. Tenhle kód je důležitý z toho důvodu, protože rodiče dávají klientkám svobodu a možnost dělat si co chci. S první příčinou úzce souvisí další kód, a to je touha po volnosti, nezávislosti a svobodě, který se objevil u klientek č. 2, 3, 4 a 8. Další dvě příčiny, které mohou mít velký vliv jsou sexuální obtěžování a domácí násilí. Sexuální obtěžování se objevilo u klientek č. 1, 4, 7 a domácí

násilí u klientek č. 3, 5 a 8. Další silnou motivací u klientek č. 1, 2, 3 a 8 může být nezvládnutí výchovy rodičů/pěstounů. S poslední uvedeným kódem mohou být úzce spjaty hádky s rodiči, které později vyvolávají narušené vztahy. Tyto problémy v rodině mohou mít také svůj dopad na situaci počínaje závislost na drogách. Týká se to zejména klientek č. 1, 2, 5, 6 a 8 přitom u klientky č. 8 je to dokonce spojené i s ubližováním v rodině. Mezi další příčiny můžeme zařadit úmrtí v rodině, které se vyskytuje u klientek č. 1, 6, dále potom péče jednoho rodiče, které úzce souvisí s nezvládnutím výchovy, a které se vyskytuje u klientek č. 1, 4, a 6. Další silnou motivací být v kontaktu s drogami je stav rodiny, jestli je neúplná, úplná či jestli jeden z rodičů není/je drogově závislý, ve vězení, po rozvodu nebo jestli se pořád rodina stěhuje. I tyto malé faktory mohou být později důvodem, proč začít s návykovou látkou. U klientek se kód neúplná rodina objevil u čísel 3, 5, 6, příčina drogově závislého rodiče je to u klientky č. 3, rodič ve vězení se objevil u klientek č. 3, 6, rozvod jako velký faktor se objevil u klientky č. 1 a stěhování se objevilo u klientek č. 5 a 6. Velký vliv na děti mají většinou, ale nemusí tomu tak být vždy, i sourozenci. Mohou totiž být předlohou pro dítě, a pokud sourozenec je kriminálník a rodič ve vězení, tak klient nemá moc šancí se ubránit tomu, že jednou na tom bude stejně. Děti většinou jdou ve šlépějích svých rodičů, popř. sourozenců. Jako poslední menší faktory, které mohou ovlivnit dítě negativním způsobem jsou péče příbuzných, osvojení a neustálá kontrola rodičů. Péče příbuzných se objevila u klientky č. 3, osvojení a kontrola života od rodičů u klientky č. 2.

7.2 Situace ve škole/v ústavu

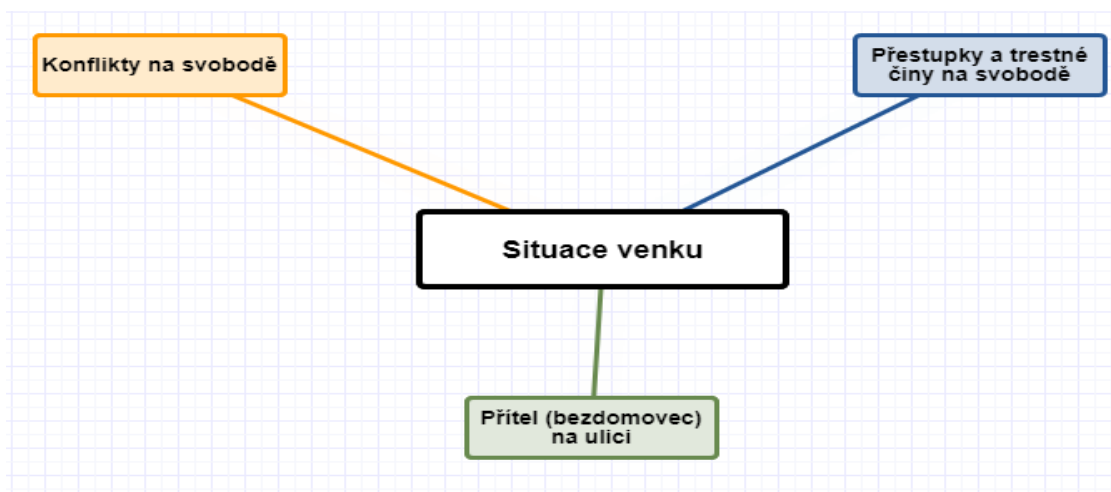


Obr. 2: Situace ve škole/v ústavu (zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 2 zobrazuje jednotlivé kódy, které souvisí se situací ve škole nebo v ústavu. Výzkumem jsem zjistila, že situace v sociálním prostředí jiném, než je rodina, může být také velice dominantním prvkem, co se týče v rozjezdu návykových látek. Největší zastoupení klientek má faktor touha po pozornosti, zviditelnit se a s tím následně souvisí i sebepoškození, sklony k sebevraždě, špatná parta nebo i to, že se chce stát vůdcem, i to jsou projevy touhy po pozornosti. Touha po pozornosti se objevila celkem u klientek č. 2, 3, 5, 6, 8, sebepoškození u klientky č. 7, sklony k sebevraždě se objevily u klientky č. 5, chce se stát vůdcem, špatná parta u klientek č. 3 a 8. Dalšími silnými faktory mohou být sociální problémy celkově, ať už to, že se klientka nechce přizpůsobit, tak například to, že nemá kamarády. Tento kód má zastoupení u klientek č. 2, 5, a 6.

Sociální inteligence je jeden z faktorů, který je vnímán pozitivně, ale i tento faktor může mít velký vliv. Má zastoupení u klientek č. 3 a 6. Posledními příčinami jsou problémové chování ve výchovném ústavu (patří sem například ničení nábytku, ubližování ostatním apod.) a šikana. Problémové chování ve výchovném ústavu není úplně faktor, který zde začíná. U tohoto faktoru si myslím, že začíná v rodině. Tento faktor mi vyšel také hodně zastoupený klientkami. Vyšel mi u nich nejspíše z důvodu proto, že pokud výchovné problémy trvají i v ústavu, klientky do sebe dostanou do sebe adrenalin, ať už ničením nábytku nebo ubližováním jiným či vyprovokováním jiných, mohou sáhnout poté poprvé po návykových látkách, aby se uklidnily. Tento faktor mi vyšel u klientek č. 2, 3, 6, 7 a 8. Jako poslední příčina mi vyšla šikana. Šikana má zastoupení pouze u klientky č. 5.

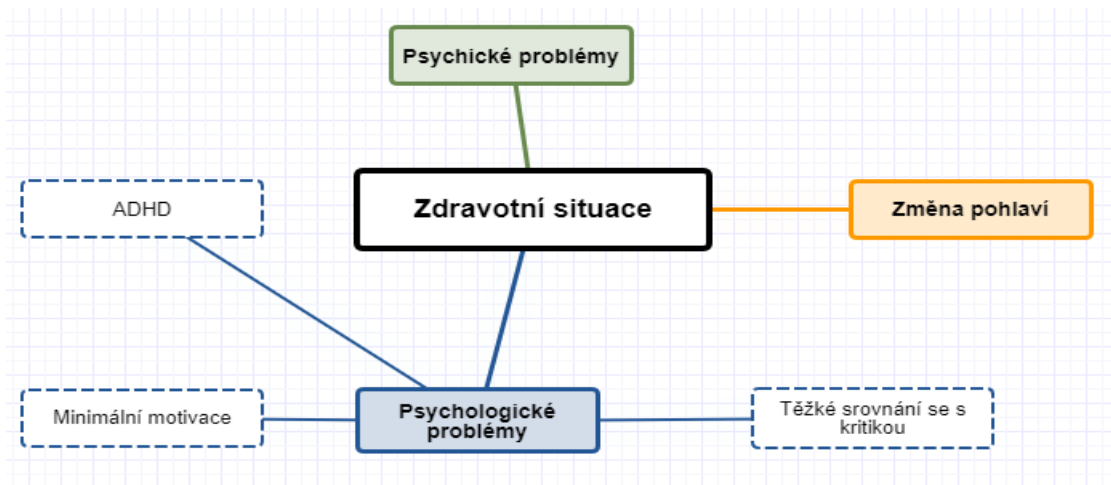
7.3 Situace venku



Obr. 3: Situace venku (zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 3 zobrazuje tři kódy, které mají vliv na situaci venku, na ulici mimo výchovný ústav, školu a rodinu. Myslím si, že tato kategorie nemá zas tak velký vliv jako je to například u kategorie situace v rodině. Je to jednak proto, že mi tam vyšly jenom tři kódy, a jednak i proto, že má malé zastoupení u klientek v mém výzkumu. Situace venku jako kategorie si myslím je podstatná v případě návaznosti v závislosti, a ne jako faktor, který ovlivní prvotní kontakt a následné užívání drog. Tři kódy, které se zde objevily u klientek jsou konflikty na svobodě, přestupky a trestné činy na svobodě a přítel (bezdomovec) na ulici. Konflikty na svobodě se objevily u klientky č. 2, přestupky a trestné činy na svobodě se objevují u klientek č. 2 a 3, přítel (bezdomovec) na ulici u klientky č. 2.

7.4 Zdravotní situace



Obr. 4: Zdravotní situace (zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 4 zobrazuje kódy, které souvisí se zdravotní situací. Výzkumem jsem zjistila, že i tato kategorie může být velice důležitá pro vzniklou závislost na droze. Nejčastějšími příčinami jsou psychické problémy nebo psychologické problémy. Psychické faktory mají zastoupení u klientek č. 1 a 5. U psychologických problémů s diagnostikou ADHD má zastoupení u klientek č. 2 a 6, s minimální motivací k nebrání drog má zastoupení u klientky č. 4 a těžké srovnání se s kritikou se objevuje o u klientek č. 3 a 5

7.5 Zhodnocení výsledků

Cílem výzkumu bylo zjistit příčiny, specifika výskytu návykových látek v ústavní výchově. Z výzkumu jsem zjistila, že mezi největší příčiny, proč dívky začali užívat návykové látky patří nejvíce touha po volnosti, svobodě a nezávislosti. Touha po této svobodě se objevuje u čtyřech dívek z osmi. Myslím si, že je to zapříčiněno tím, že chtějí

poznat svět nebo se snaží zapadnout do kolektivu. Se zapadnutím do kolektivu souvisí další příčina a tou je touha po pozornosti, ta se objevila u pěti dívek z osmi. Jejimi projevy mohou být sebepoškozování, sklony k sebevraždě nebo problémy chování, které se zde také objevily.

Mezi další příčiny patří odmítání péče rodičů, nezvládnutí výchovy a hádky s rodiči. První dva faktory se objevují u čtyřech dívek z osmi, poslední faktor u pěti dívek z osmi. Extrémní faktory, při kterém sice zastoupení dívek je malé, ale dle mého názoru má velký vliv na to, jestli začnu užívat, jsou sexuální obtěžování a domácí násilí. U obou příčin je zastoupení tří dívek z osmi.

Z výzkumu bylo zjištěno, že i psychické problémy jako faktor mohou způsobit závislost. Myslím si ale, že je to způsobeno právě z jedním z výše uvedených faktorů.

8 Diskuse

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zanalyzovat výskyt drog ve výchovném ústavu a středisku výchovné péče. Na začátku práce jsem si stanovila jednu výzkumnou otázku:

VO1: „Jaká jsou specifika výskytu návykových látek ve vybraném výchovném ústavě a středisku výchovné péče?“

V teoretické části bakalářské práce jsem se snažila prostřednictvím odborných článků a knih rozdělit návykové látky a vymezit pojmy, které se týkají vybraného tématu bakalářské práce. Výskyt návykových látek ve výchovném ústavu nemá přesné vymezení v žádné odborné literatuře,

Pro zpracování výzkumu jsem si vybrala kvalitativní výzkum, při kterém jsem využila metodu kvalitativního výzkumu takzvané vybrané případové studie, které byly sepsány ve formě kazuistik. Zde byly uvedeny anamnézy osobní, rodinné, zdravotní, a sociální a anamnéza problému. Kazuistiky jsem poté zanalyzovala pomocí otevřeného kódování. Následně z vypsanych kódů jsem vytvořila kategorie a ty jsem s kódy zobrazila do diagramů. Původně měla být využita metoda kontrastování, ale z důvodu malého výzkumného vzorku a komunikace pouze s pracovníky, jsem od této metody upustila a použila jsem již výše jmenovanou metodu kvalitativního výzkumu případové studie.

Na kvalitativní výzkum podle Hendla (2005) neexistuje žádná obecně uznávaná metoda, jak definovat či realizovat kvalitativní výzkum. Dále uvádí, že to může být dáno tím, že někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako nadstavbu kvantitativních výzkumů, jiní tomu rozumějí jako protiklad kvantitativního výzkumu. Každopádně pokud se jedná o kvalitativní výzkum, výzkumník si na začátku výzkumu volí téma a určí výzkumné otázky (Hendl, 2005). Ty se mohou v průběhu výzkumu také rozšiřovat (Hendl, 2005).

Případová studie je podle Miovskeho (2006) jeden z nejrozšířenějších typů kvalitativního výzkumu. Dále uvádí, že případová studie, je podle názvu zaměřená na případ toho, co studujeme. A proto podle něho analýza několika takových případů dané studie v průběhu celého výzkumu nám umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v celém rozsahu.

Data, která byla získána v průběhu výzkumu, jsem zpracovala ve formě kazuistik, kdy zdroje pro tyto případové studie byly nestrukturované rozhovory, skryté nezúčastněné pozorování a léčebné deníky. Hendl (2005) uvádí, že právě jedna z charakteristik případových studií je využívání více zdrojů jednak kvantitativních dat, jednak dat kvalitativních.

Výzkum jsem realizovala ve vybraném výchovném ústavu, kde jsem vykonávala odbornou praxi k bakalářské práci po dobu dvou týdnů. Pracovníci VÚ byli předem informováni o tom, že budu provádět výzkum právě u nich a že s nimi budu provádět rozhovory. Pracovníci byli z různých pozic, abych obdržela náhled na danou problematiku ze všech úhlů pohledu. Dělal jsem proto rozhovor s vychovatelem, etopedem a psychologem. Každý z pracovníků pracuje jinak, někteří pracovníci se setkávají s klienty často a někteří naopak méně. Bohužel z důvodu koronavirové situace mi nebylo umožněno udělat rozhovory i s klienty, ale přesto, že by to bylo možné, tak někteří klienti na dotaz pracovníků o rozhovor se mnou spolupracovat odmítli. Jinak pracovníci ústavu se mnou ochotně a mile spolupracovali, a žádný jiný problém se zde nevyskytnul.

Další informace zmíněné v této části jsem získala během dvoutýdenního výkonu své praxe. Pracovníci mi vyprávěli své zkušenosti, ba dokonce jsem byla i přítomna při různých úkonech, které vykonávali. Z tohoto důvodu jsou zde zmíněny výsledky z rozhovorů, případových studií o jednotlivých klientech a informace, které jsem získala z absolvované praxe.

8.1 Diskuse k výzkumné otázce

Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit specifika drog ve vybraném výchovném ústavě a středisku výchovné péče.

Výchovný ústav má za úkol připravit dítě na budoucí povolání (Matoušek a Kroftová, 2003), ale zároveň podle zákona č. 109/2002 Sb. plní úkoly jednak výchovné, vzdělávací a sociální.

Klienti se podle Matouška a Kroftové (2003) do výchovného ústavu dostávají na základě rozhodnutí soud o nařízení ústavní výchovy, soudního usnesení o předběžném umístění v ústavu či po dohodě s rodinou.

Pokud se dostávají do výchovného ústavu na podnět rodičů, většinou je to z důvodu, že u dítěte se vyskytuje problém výchovného typu, který se může projevovat například výbušností, hádkami s rodiči, ADHD apod. Většinou musí nastat rodinná situace, která rozhodne, jestli dítě bude závislé či ne. Podle Pávkové a kol. (1999) mohou být děti předáni do ústavní výchovy, kde dítě nemá péči, kterou by od rodičů potřebovalo anebo je jejich výchova nějakým způsobem ohrožena, ať už například, dlouhodobou nemocí, rozvodem, zneužíváním, domácí násilí apod.

Z výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce klientek touží po pozornosti. Touha po pozornosti je u nich, tak silná, že jsou schopny spáchat sebevraždu nebo poškodit sebe sama. Myslím si, že touha po pozornosti začíná v rodině, kdy rodiče nemají o dítě zájem a nezvládají výchovu.

Nejčastější již dříve zmíněnou rodinnou situací je rozvod, když je dítěti 10-12 let. Dítě v tomto věku ztrácí otce a matka ho povětšinou vymění za nového partnera, to se dítěti nelíbí a matce to vyčítá. Z této situace poté začne utíkat, a hledá si potencionální rodinu, kde se bude cítit dobře. Nejčastěji to jsou právě partičky, které už jsou závislé na alkoholu, marihuaně a podobných návykových látkách. Postupně potom vzniká nedůvěra v rodiče, a naopak větší víra k partičku, která užívá drogy. Pokud rodič v tuto chvíli nezareaguje, tak se dítě dostane do problému, od kterého nebude cesty zpět, a závislost se projeví mnohonásobně dříve než to rodič stačí zjistit.

Podle výsledků mého vlastního výzkumu je pouze jenom jedna klientka, která zažila rozvod rodičů. Z tohoto faktu soudím, že rozvod není úplně situace, která by dohnala dívky k návykovým látkám, ale může být příčinou přidání se do různých partiček, kde se mohou objevit návykové látky. Pokud je dotyčná v partičce, se kterou si rozumí, je jasné, že se chce stát jejím vůdcem. Podle mého výzkumu téměř polovina zkoumaných osob, chce být vůdcem, diriguje apod.

Další podnět zmíněný výše může být sexuální zneužívání mladistvého nebo týrání mladistvého. Tyto děti se snadno dostanou k drogám, k prostituci nebo se z nich stávají bezdomovci, kde se drogy užívají hodně často.

Z výzkumu ve výchovném ústavu jsou tři dívky, které zažily sexuální obtěžování a tři dívky, které zažily domácí násilí z osmi zkoumaných dívek. Většinou tyto dívky následně mají psychické a psychologické problémy. Z toho tedy soudím, že je to důležitý faktor.

Mezi další podněty způsobující závislost bývá porucha pozornosti s hyperaktivitou neboli ADHD. Tyto děti, které mají tuto poruchu, se cítí být nejhorší na světě, že jsou oni ti špatní, mají špatné známky a celkově nerozumí sami sobě. Proto sáhnou po látkách, které stimulují tento stav, například pervitin, kdy se po dávce začnou cítit normálně. Dle mého výzkumu se ADHD objevuje u dvou z osmi dívek. Tento faktor je důležitý, protože dívky se chtějí cítit normálně. ADHD nemá v mém výzkumu takovou váhu, jako například touha po pozornosti, ale všeobecně si myslím, že jako podnět má naopak velkou váhu. U těchto dětí totiž nikdo neví, co udělají.

Dalším podnětem souvisejícím vznikem závislosti je nuda. Rodiče se o tyto děti nezajímají, jsou většinou i vysoce vzdělaní, tudíž dítěti dají peníze místo lásky. A oni se nudí, dostanou zadarmo to, co chtějí, ale ne to, co potřebují. A tudíž jsou náchylní utéct za zábavou. Nuda jako podnět se v mém výzkumu neobjevila u žádných ze zkoumaných dívek. Ale naopak za to se zde objevili podněty typu péče jednoho rodiče, neúplná rodina nebo výchova příbuzných či osvojení. Tyto faktory všeobecně mají velkou váhu a mohou, či nemusí být příčinou, která vede k závislosti.

Posledním důvodem spojovaným se vznikem závislosti je to, že tyto děti mají rodiče, kteří užívají návykové látky. Tyto děti pocházejí z prostředí sociálně slabších vrstev, kde droga je norma a rodiče nezvládají výchovu dítěte. Funguje zde princip, když užívají drogy moji rodiče, proč bych neužíval já. Do ústavní výchovy se podle Matouška a Kroftové (2003) dostávají, tím, že většinou spáchají trestný čin, který je spojován s drogami, tudíž distribuce a dealerství apod., nebo se podle Pávkové a kol. (1999) se o ně jejich rodiče nestarají a dostanou se do rukou Orgánu sociálně-právní ochrany dětí, který je potom dává do ústavní výchovy, kde s nimi mohou pracovníci dále pracovat. Jsou ale i případy, kdy páchají násilnou trestnou činností. Někoho napadnou, loupežné přepadení většinou v partě, nezvládnuté emoce a podobně.

Z mého výzkumu vyplynulo, že jedna dívka má matku uživatelku drog a otce ve vězení. V tomto případě rodiče nezvládají výchovu a myslím, že daná dívka má k závislosti na drogách velmi blízko. Všeobecně je to možná jediný faktor, u kterého si myslím, že dotyčná osoba s těmito rodiči, půjde ve šlépějích svých rodičů.

Co mě naopak překvapilo bylo, že je i zde pozitivní podnět, který může vést k závislosti. Tím je sociální inteligence. Tyto dívky jsou schopny kladně působit na své okolí, ale zároveň vyhledávat různé party, kde se objevují drogy.

9 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat výskyt drog ve výchovném ústavu a středisku výchovné péče. Pomocí kazuistik bylo zjišťováno, původ drogové závislosti, v kolika letech začali aktuální klienti užívat drogy, jaký vliv mají na to rodiče a různá jiná specifika. Pomocí rozhovorů s pracovníky byly zjištěny data obecně, ne konkrétně na jednotlivé typy klientů v ústavní výchově. Konkrétní data z rozhovorů byla použita na doplnění případových studií. Konkrétní i obecná data jsou poté rozebrána v diskusi.

Z výsledků výzkumu lze vyvodit, že na klientky má největší vliv situace v rodině. Rodina u nich ovlivňuje to, jestli budou mít prvotní kontakt s návykovou látkou a následné pokračování či nikoliv. Jako největší faktory, proč začít brát drogy a následně v nich pokračovat mi ve výzkumu vyšly osm dominujících faktorů odmítání péče rodičů, sexuální obtěžování, domácí násilí, nezvládnutí výchovy rodičů a psychické a psychologické problémy, touha po svobodě a nezávislosti a touha po pozornosti.

Z výsledků výzkumného šetření, lze jasně říct, jaká jsou specifika výskytu návykových látek ve vybraném výchovném ústavě. Domnívám se, že můj cíl s výzkumnou otázkou byly splněny, protože v odborné literatuře nejsou definována specifika výskytu drog.

Mým doporučením si myslím, že by mohlo být rozvíjení a neustále aktualizování programů prevence na problematiku kouření ve výchovném ústavu a zároveň prevence, která by pomohla omezit užívání drog u dětí celkově. Zároveň si myslím, že by se měly zavést programy, kde by se propojil kontakt s rodinou. Různé volnočasové aktivity dívek a rodiny, popřípadě přátel.

Tato bakalářská práce může posloužit jako snaha zlepšit prostředí výchovného ústavu bez drog. Dále by mohla posloužit jako prvotní výzkum pro hlubší zkoumání drogové problematiky v institucionální péči, která si myslím je dnešní době velmi aktuální.

10 Seznam literatury

1. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
2. BĚLÍK, V. a kol., 2017. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-271-0599-1.
3. DOLEŽALOVÁ, P., 2018. *Vztah mezi citovou vazbou a aspekty duševního zdraví adolescentních dívek v institucionální výchovné péči*. Praha. Disertační práce. PF UK.
4. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
5. EMCDDA, 2011. *Barbiturates drug profile* [online]. Portugal: Lisbon [cit. 2020-07-13]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/barbiturates_en
6. EMCDDA, 2013. *Benzodiazepines drug profile* [online]. Portugal: Lisbon [cit. 2020-07-13]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepines_en
7. EMCDDA, 2013. *Lysergide (LSD) drug profile* [online]. Portugal: Lisbon [cit. 2020-07-13]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/lsd_en
8. ELLIOTT, J., PLACE, M., 2002. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 80-247-0182-0.
9. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
10. HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2015. *What is alcohol? Ask About Alcohol – Evidence Based Advice on Alcohol from The HSE* [online]. Dublin: Healthy Ireland Survey [cit. 2019-12-10]. Dostupné z: <https://www.askaboutalcohol.ie/health/what-is-alcohol>

11. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
12. KAJANOVÁ, A., 2014. *Sociální patologie – vybrané kapitoly*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. 87 s. ISBN 978-80-7394-449-0.
13. KRAUS, B., HRONCOVÁ J., 2010. *Sociální patologie*. 2. Hradec Králové: Gaudeamus. 326 s. ISBN 978-80-7435-080-1.
14. KUKLA, L. et al. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
15. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-6654-6.
16. *Lexicon of alcohol and drug terms*, 1994. [online]. WHO. [cit. 2020-03-05].
Dostupné z:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1
17. MAHDALÍČKOVÁ, J., 2014. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer. 124 s. ISBN 978-80-7478-589-4.
18. MATOUŠEK, O., 1999. *Ústavní péče*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Slon. 160 s. ISBN 80-85850-76-1.
19. MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A., 2003. *Mládež a delikvence*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál. 344 s. ISBN 80-7178-771-X.
20. *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*, 2019. [online].
10. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [cit. 2019-12-24].
ISBN 80-901-8564-9. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
21. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, 2019. *Statistické ročenky školství výkonové ukazatele* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [cit. 2019-12-08]. Dostupné z: toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp

22. MIOTTO, K., et al., 2001. Gamma-hydroxybutyric Acid: Patterns of Use, Effects, and Withdrawal. *American Journal on Addictions*. 10(3), 232-41, doi: 10.1080/105504901750532111.
 23. MIOVSKÝ, M., 1996. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert. 108 s. ISBN 80-85834-35-9.
 24. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
 25. MIOVSKÝ, M. a kol., 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada. 548 s. ISBN 978-80-2470-865-2.
 26. NEŠPOR, K., CSÉMY L., 2003. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas je rozpoznat a jak je zvládat* [online]. 5. revidované. Praha: Sdružení FIT IN – proti drogám [cit. 2019-12-09]. 83 s. ISBN 80-260-3873-8. Dostupné z: <http://www.kcentrumnoe.cz/cze/getfile.php?FileID=110>
 27. NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
 28. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI, 2015. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách* [online]. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [cit. 2020-08-05]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/evropska-skolni-studie-o-alkoholu-a-jinych-drogach-espac-2015/>
 29. NOVÁK, J., 2007. *Jedovaté rostliny kolem nás*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80247-1549-0.
 30. PÁVKOVÁ, J. a kol., 1999. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 80-7178-295-5.
- POVLSÉN, L., ARYAL U. R. et al., 2018. Adolescents' knowledge and opinions about smoking: a qualitative study from the Jhaukhel-Duwakot Health Demographic Surveillance Site, Bhaktapur District, Nepal: a qualitative study from the Jhaukhel-Duwakot Health Demographic Surveillance Site, Bhaktapur District,

- Nepal. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 30(1), 169-76, doi: 10.1515/ijamh-2015-0124.
31. PROKOP, J., PROKOP, P., 2015. *Osamostatňování klientů zařízení náhradní výchovné péče v mezinárodním srovnání. Česko-polské kontexty*. Kraków: Biblioteka Instytutu Pracy Socjalnej. 150 s. ISBN 978-83-64028-91-5.
32. ŘÍČAN, P. a kol., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
33. *Sharing Experiences and Suggestions Around Alcohol & Substance Abuse: A Collaborative Guide for Parents*, 2017. [online]. 4. Ireland: Health Service Executive [cit 2019-12-18]. Dostupné také z: <https://www.askaboutalcohol.ie/parents/setting-rules/sharing-experiences-and-suggestions-around-alcohol-and-substance-abuse.pdf>
34. ŠVAŘÍČEK, R. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978-80-262-0273-8.
35. ŠŤASTNÁ, L., 2010. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze. 48 s. ISBN 978-80-254-6807-4.
36. TORSTEN, P., et al., 2006. The pharmacology of psilocybin. *Addiction Biology*. 7(4), 357-364, doi:10.1080/1355621021000005937.
37. VÁGNEROVÁ, M., 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
38. 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. 188 s. ISBN 978-80-244-5426-9.
39. *Vnitřní řád výchovného ústavu, střediska výchovné péče a střední školy Jindřichův Hradec*, 2017. [online]. Jindřichův Hradec: Výchovný ústav a středisko výchovné péče a střední škola Jindřichův Hradec. [cit. 2019-12-24]. Dostupné také z: <http://www.vujh.cz/userFiles/menu/dokumenty/vs-4-17-vnitri-rad.pdf>

40. *Vnitřní řád výchovného ústavu a střediska výchovné péče Pšov*, 2019. [online]. Podbořany: Výchovný ústav a středisko výchovné péče Pšov. [cit 2019-12-24]. Dostupné také z: http://vupsov.cz/dokumenty/vnitri_rad.pdf
41. VÝCHOVNÝ ÚSTAV ČERNOVICE, © 2020. *Výchovný ústav* [online]. Černovice: Výchovný ústav Černovice [cit. 2020-07-03]. Dostupné z: <https://www.vucernovice.cz/vychovny-ustav/>
42. WHO, 2019. *Drugs* [online]. Ženeva: WHO [cit. 2019-12-10]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1
43. Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, 2002. [online]. [cit. 2019-12-24]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 48, s. 2978-92. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=109/2002&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_sm_louvy
44. Zákon o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), 2003. [online]. [cit. 2019-03-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 79, s. 4030-52. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=218/2003&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_sm_louvy
45. *Zaostřeno*, 2018. [online]. Úřad vlády ČR. [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32788/798/Zaostreno_2018-02_narodni%20vyzkum.pdf
46. *Zaostřeno*, 2019. [online]. Úřad vlády ČR. [cit. 2019-08-05]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33119/869/Zaostreno_2019-06_v02.pdf

11 Seznam příloh

11.1. Příloha č. 1: Výpisky z rozhovorů s jednotlivými pracovníky

11.1 Příloha č. 1: Výpisky z rozhovorů s jednotlivými pracovníky

Psycholog

Jací klienti s drogovou závislostí se zde vyskytují?

Jsou zde závislé všechny na cigaretách, snad jenom dvě nekouří. A jsou závislý hodně. Představa, že jsem přijde holka, která vyhulí pomalu krabičku denně a pak ze dne na den přestane je naivní. Prý řešili, jak si budou během karantény shánět cigarety, aby jim to tam nerozbořily. Drogy jsou schopni abstinovat i alkohol, ten také zvládají, ale cigarety ne, to je nejhorší závislost, která tu je. Většinou s tím přijdou sem. Podle rozhovoru psychologa a jedné klientky, mu klientka řekla, že se naučila kouřit zde ve výchovném ústavě. To pana psychologa zasáhlo. Restrikce za ty, co kouří, aby nekouřily v baráku se snaží minimálně proti požárním předpisům. Snaha ty, co nekouří, nějakým způsobem zvýhodnit. To chce pan psycholog probrat s panem ředitelem, zkusit vymyslet další strategii proti kouření. Děvčata jsou zde psychiatricky nemocná nebo drogově závislá. Nejvíce se vyskytuje zde marihuana a je tu taky hodně pervitin – jsou nejvíce frekventované, extáze, jen když zdrhnou, tak na útěcích. Nejhorší je podle něho, když je klientka přivezena z útěku, kde se pohybuje dlouho v drogové sféře. Většinou bývá v pohnutém fyzickém stavu nějaká životospráva nepřichází v úvahu dost často nefunguje, aby je policie dala rovnou do léčebny. Poslední dobou se to zlepšilo. Když holka nepřijde sama a chytne ji policie, je na dojezdu. Kdyby bylo hodně zle volají záchrannou službu. Dívku dozorujeme. Někdy jsou i pokusy o sebevraždu a hysterické záchvaty. Mají ji na uzavřeném oddělení a tam ji kolegové po útěku dozorují. Největší feťačky, které překonají tělesné bezprostřední příznaky si ji poté často volají. Jsou plny nadějí a chutí a chtějí s tím přestat, představují si hrůzu, že mohly umřít, že jsou na hadičkách, že to je strašný tak buduje se cesta, co by se s tím dalo dělat.

S jakými institucemi spolupracujete, když je klient drogově závislý?

Výchovný ústav spolupracuje úzce s Adiktologickou poradnou, kam klientky posílá, a doprovodí je tam, v naprosté většině tam je u nich. Mapuje si kolegyně, zda je závislá, míru závislosti, motivaci přestat. Buduje první kroky, jak by se mohla dívka závislosti

zbavit. Dostatečná motivace klientky, se rovná to, že adiktolog může napsat doporučení do léčebny podle míry závislosti. A dohodne se s dívkou, jestli má zájem podstoupit léčbu, ale nenutí ji do toho. Ale pracují s ní, proč je ta změna teď důležitá, co je teď jiného apod. V některých léčebnách jim to pomůže. U některých jsou po třech týdnech zpátky, musí si projít stavem, kdy jim ta droga mnohé přináší, nějaké excitované, duševní a tělesné stavy do fáze, kdy jim více bere, než přináší, a s tím je třeba něco dělat.

Jaký je rozdíl mezi ústavní a ochrannou výchovou v souvislosti s drogovou závislostí dívek?

U ochranné výchovy musí spáchat trestný čin. U ústavní výchovy může být drobná trestní činnost nedává se vždycky automaticky ochranná výchova. U ústavní tam může být nefunkční rodina, výchovné problémy, jak je v etopedii disociální, antisociální, tak stačí antisociální chování, aby se dostalo do výchovného ústavu. Může to být i bezmoc rodičů, je tu i několik adoptovaných dětí, kde potom rodiče neunesli změnu v pubertě, kdy se projeví genetická stránka dítěte. Dost často rodiče bývají hodně vzdělaní. Čím více se budou dítěti věnovat, tak tím ho z toho dostanou. Nasadí na něj nároky, které to dítě nezvládá a skončí to útekem, drogami atd. Dítě řeší frustraci, že zklamává rodiče, že ho cpou někam kam ono nechce. Rodiče nejsou schopni překousnout, že to dítě nějaké je a bude směřovat k tomu s čím se narodilo. Je to všechno těžký.

Žádný velký rozdíl mezi ústavní a ochrannou výchovou. Mohou delší vycházky. Nepoznáme, které dítě je s ústavní a které dítě je s ochrannou výchovou. Děti s ochrannou výchovou není moc, nevyužívá se moc často toto opatření. Když to dítě spáchá trestnou činnost a opakovaně, tak se to řeší spíše trestními opatřeními než tou ochrannou výchovou. Ochrannou výchovou dostávají děti, které spáchaly závažnou trestnou činnost, zatím nemají ústavní výchovu, děti s nařízenou ústavní výchovou, jsou z rodiny, která je nefunkční anebo to dítě nezvládá. To je nejčastější případ dětí, které dostanou ochrannou výchovu. Rozdíl, co se týká zvládání úteků, který jsou nejrizikovější, co se týká braní drog, a i víceméně jsou hlavním důvodem proč děvčata, zejména drogově závislá utíkají, protože ta touha pro droze a po drogové partě je natolik velká, že ji podlehnou. Když zdrhne děvče s ústavní výchovou, má zde kázeňské problémy, porušuje vnitřní řád, ale z trestněprávního hlediska se ničeho nedopouští. Pokud zdrhne dívka s ochrannou výchovou, tak páchá trestný čin maření výkonu

úředního rozhodnutí. Pokud se to opakuje, tak samozřejmě vždycky, když to spáchá, tak jí hrozí nějaký trest, ze začátku většinou trest obecně prospěšných prací, které mohou vykonávat i v ústavě. Výchovný ústav jim to umožní, ale pokud to opakují, tak jim hrozí i vězení. Takže na tom mohou pracovat na motivaci dívek, že sankce, když zdrhnou je podstatě větší, než je to u dívek s ústavní a pokud je tam nějaká touha po svobodě, riskuješ, seš omezená, ale je to výrazně lepší než ve vězení a tam prostě z toho neutečeš. Riskuješ podstatně větší ztrátu svobody, než ji máš a s tím se dá pracovat. Aktuálně nemáme žádné dítě s ochrannou výchovou.

Jakou trestnou činnost musí spáchat, aby se dostali do výchovného ústavu?

Nejčastěji spáchají násilnou trestnou činnost. Někoho napadnou, loupežný přepadení, většinou v partě, nezvládnuté emoce, může to být i majetková i v souvislosti s drogami, dealerství.

Jak pracujete s klienty drogovou závislostí?

Individuální konzultace, kde psycholog využívá systemický přístup. Snaží se věnovat děvčatům, které samy mají zájem s ním mluvit. To je jeden z atributů systemiky, ta sociální pomoc, že klient sám chce, a to má přednostně větší význam. Zájem o konzultace je velký. Běžně v průměru tři konzultace denně. Na žádost vychovatelů, učitelů, doporučení pana etopeda, vedoucího vychovatele kontaktuje dívky sám, když mají průšvih. Etoped se věnuje dívkám dle vlastního uvážení, který mají výchovný problémy, něco vyvedly a obchází je. S čím děvče přijde to s ní řeší, většinou relevantní věci, občas jdou některé se zklidnit se psem jménem Adélka. I když se s ní zklidní, chtějí si s ní pohrát, tak za chvíli, dívka začne povídat a nastolí problém, který se může řešit. Nebrání, když mají dívky spor a přijdou k panu psychologovi, obě, s vychovatelem. Konzultace, kdy si dívka přivedla přítele, se souhlasem vedení. Dále vede komunity, které jsou 1x za 14 dní. Dívky rozdělené na dvě poloviny, podle toho, které mají psychiatrická onemocnění, lehké mentální retardace a druhá skupina jsou drogově závislé. Feťáčky by ty psychiatricky nemocné určovaly. Aby každá měla možnost se projevit, problémy, jaké mají mezi sebou, s vychovatelem, co se týká celé skupiny. Pan psycholog má připravenou terapeutickou část a skupinové aktivity. Pan psycholog chodí s dívkami venčit psy, mimoškolní zábava, ale vidí v tom velký terapeutický potenciál. Na pejscích se učí kompromisu, podřízení, přizpůsobení, že nevidí své potřeby a že mají potřeby i jiní. Když s pejskem zacházíme hezky, tak jim to dá najevo.

Jaké problémy psycholog řeší?

Hodně řeší se problémy se zletilostí, je to pro ně veliký stres, hodně se řeší drogy, baví se o tom, vztahy mezi děvčaty, vztahy děvčat k vychovatelům, k pracovníkům. Partnerské vztahy samozřejmě děvčat a opačného pohlaví a vztahy s rodinou, která je často nefunkční a něco jim slíbí a ony se na to upnou, pak to není a ony to těžce nesou, různé konflikty s rodiči. Dost často rodičům psychologka po konzultaci volá a řeší to s nimi. Většinou si je nezve sem, protože nejsou z místa, kde se výchovný ústav nachází. Hodně s nimi mluví po telefonu. Nevjíždí za rodičemi, to spíše řeší OSPOD. Řeší i sexuální problémy, bojují se sexualitou, aktuálně jsou dvě dívky, které se cítí být transsexuálkami. Kontakt se sexuoložku, kde tento problém řeší a s všeobecným doktorem.

Jak se děvčata projevují při intoxikaci?

U ostatních děvčat jsou extrémní změny v chování, pod vlivem drog jsou agresivní, neshovívaví, netolerantní, sprostý, útočný verbálně, brachiálně tolik ne. Do doby, než nastoupila jsem paní psychologka se trestné činy neřešily. Dohoda s panem ředitelem, kde paní psychologka argumentovala, když si holky zde zvyknou, že de facto mohou nadávat vychovatelům, mohou je napadat. Když je napadly zle, tak se to hlásilo. Pošťuchování, vyhrožování se trestně moc neřešilo. Když se naučí, že jim tohle zde prochází, tak vylezou ven a budou se tak nadále chovat, a tam jim to procházet nebude a ty sankce budou daleko drastičtější a tvrdší než ve výchovném ústavě. A pro ně bude daleko těžší si uvědomit, že tady cesta nevede. Argument akceptoval. Co bude trestné se bude řešit prostřednictvím orgánů činných v trestním řízení, tím pádem se vyeliminovaly děvčata, která sem v podstatě nepatří, poněvadž se na děvčata dělají znalecké posudky, a nakonec se stalo, že 1-2 skončily ve vězení a asi 4 v ochranném léčení, ale dvě jsou zletilé. To jsou holky, u kterých je psychiatrická porucha takového rázu, že tady by to nezvládlo se. Devastace osobnosti velké míry šla do vězení. Děvčata pracují s empirickou zkušeností a zjistily, když budou vyhrožovat vychovateli a rozbíjet u toho nábytek, takže se mohou dopustit trestného činu. Pár jich mělo obecně prospěšné práce, přestaly rozbíjet nábytek. Postupem času díky tomuto opatření je tu větší klid. A děvčata si na to zvykla a dávají si pozor. A nedělají problémy. Před třemi roky byla ve zde policie pomalu každý den a teď téměř žádné problémy.

Jaká pravidla zde máte, a které z nich klienti nejčastěji porušují?

Nejčastěji porušují pravidlo nedovoleného kouření na toaletách. Holky, které mají zkušenost s drogami to dělají častěji, v tabakismu lítají více než ty psychiatrické. Psychiatrické holky, které hulí to porušují taky. Odrazí se to v jejich kreditovém systému, poněvadž podle počtu kreditů mají nárok na vycházky.

Dvě holky, když jsem přišly, tak nekouřily. Ostatní je prý ovlivnily. Dvě, které nekouří vůbec. A nehodlají to změnit. Většina kouří a jejich závislost je příšerná, poněvadž, jsou schopné sbírat vajgly a ty čistotnější je rozdělají a nasypou na vlastní papírek, a to kouří a ty ostatní toho vajgla seberou strčí si ho do pusy a dokouří ho. A jsou to i holky, které si na čistotu potrpí a závislost je tak veliká, že když nemají cigarety, tak dělají takové věci.

Jak návykové látky získávají?

Cigarety jim normálně prodají. Mají vytypované obchody, kde to klapne. Alkohol málokdy prodají. Tam občanky chtějí, ohledně cigaret je tolerance obrovská. Nejde to ze dne na den, holka má problémy obrovské psychiatrické. Ty drogy jsou podstatně devastující než ten tabák, to je tolerovaná závislost, pokud bychom jí vzali ten tabák, tak by se zbláznila. Je třeba nějaká míra. Ale snažíme se s tím bojovat. Dívky jsou tak závislé, že potřebují tu cigaretu, ze dne na den to omezit prostě nejde. Když by vykouřily jedno cigáro venku maximálně dvě, tak to není zase takový drama, než když jim to zakážou, ony budou brát vajgly, dále budou také zdrhat na takové krátké útěky. Jeden čas tu byly útěky, že zdrhly na 1-2 hodiny. Výchovný ústav to okamžitě musí hlásit policii, rodičům a je s tím šílená administrativa. Sociální pracovnice musí odeslat několik dopisů všem různým institucím za každý útek. A důvodem bylo, aby si mohly zapálit cigaretu. Tabakismus tady je, v naprosté většině s ním přicházejí, dokonce i z dětských domovů. 15leté dítě přijde z dětského domova a je těžce závislé na cigaretách. Snaží se to omezovat než, aby kouřily v baráku a dělaly bordel. Toleruj to, ale v omezené míře. Když kouří v ústavě, je průšvih to není tolerováno ani trochu. Na vycházkách, pokud jim vychovatel řekne, teď si jednu dejte, je to méně tolerováno. Ony vědí, že to není nic s čím by se měly chlubit, a paní psycholožka tvrdí, že z toho nadšená vůbec není. Sama nenašla jinou cestu, jak tabakismus omezit.

Vychovatel

Jaké činnosti tu jako vychovatel vykonáváte? Jak pracujete s drogově závislými klienty?

Pan vychovatel pracuje zejména odpoledne. Dopoledne je málokdy, v sobotu i v neděli. Pracovní doba od 13:00 do 22:00. Dopoledne chodí do školy nebo do kurzu, odpoledne je vychovatelé přebírají a dělají jim jejich vlastní program. Program je různý, dívky se učí vařit, učí se různé pracovní činnosti, mají plánované výlety, nebo vycházky, mají individuální vycházky, kam chodí samy, teď to měly omezené karanténou, ale jinak chodí samy. Teď se o rozvolnilo, tím pádem se najelo na individuální vycházky, které mají omezené. Co se týká drog v ústavu mají šest oddělení – A, B, C, D, E, F. E je skupina po útěcích, nebo když se holky špatně chovají, dávají se na E. F je normální skupina. A, B, C, D jsou rozdělené na léčebné. A, B, léčebný. C, D jsou feťáčky. Ony šly ven, a když si nezakouří, tak je to špatně. Takže chodí na tajňačku na vycházky, kde si jednu zapálí, protože ty feťáčky nevydrží. Je pravda, že tady se to celkem potlačilo. Teď je tu takové klidné období, kdy fet sem nepronáší, ale jakmile se dostanou ven a jdou na nějaké vycházky, tak prostě je přivezou v bídačeném stavu.

Jak s nimi pracujete poté, když se vrátí z útěku?

Většinou mají potom různé rozhovory, bere si je etoped a psychologka, různé terapie, hlavně dívky do ničeho nenutí. Ony je necháváme, jsou agresivní a mají abst'áky. Musejí mít klid, a hlavně aby se najedly a hodně napily. Leží, spí to je vše. Ony se potom z toho dostanou a jakmile se do něčeho nutí, tak jsou více agresivní a více propukají abst'áky. Ony vydrží, vydrží tady, než se chytanou nějaké té party. Ony jsou tady víceméně spojovány se světem přes internet, telefony mají, takže se domluví s někým a jsou přistavený auta a ony utečou.

Dopolední výuka je pro ty, co nechodí do školy. Ony potom jsou zařazovány do služeb, vaření, šití, poté z toho dělají zkoušky. Mají z toho vysvědčení, kde to mohou dále uplatnit. Jsou tady dívky, které chodí i do školy mimo ústav. Chodí na střední školu, a jedna, která byla problémová, začala chodit na dopolední brigádu chodí do restaurace. Má problémy se sčítáním a odčítáním, ve škole nejspíše nedodělala školní docházku. Ona by byla šikovná v té profesi, ale zase má nedostatky tohoto školního. Dělají se činnosti jako dílna na keramiku, vypalují se všechno, dělají se krásné květináče, hrnky, lapače duchů, nebo také vyšívají, šijí různá srdíčka, polštářky. To jsou pracovní činnosti, velmi rády chodí ven, chodí se na brusle kolečkové, na zimní stadion chodí bruslit, do plaveckého bazénu chodí plavat, jezdí se na různé výlety, poznávají města,

lanová dráha, hřiště. Aby tělesně byly v kondici. Ony chodí odpoledne rády na samostatné vycházky.

Jak si myslíte, že se dostanou z drogové závislosti?

Nejdůležitější moment, kdy se mohou dostat z drogové závislosti, je, když si najdou partnera čistého. Ten je z toho dostane. Pokud si najdou partnera, který závislý, je problém. Je poté mizivé procento, že se dostanou ze závislosti, spíše do toho spadnou zase. Odchází v 18, ústav se snaží jim zařídit bydlení. Buď chráněné nebo bydlení v domech na půl cesty, některé se vracují.

Etoped

Jací klienti se zde u Vás vyskytují?

Tento ústav je léčebně výchovný, zabývající se poruchami chování, nespecifikovanými psychiatrickými anamnézami do 18 let. Těžko lze zde rozlišit poruchy chování od psychiatrických anamnéz, anamnéza těchto dětí se většinou nedá pojmenovat. Poté se zde vyskytují děti s problémy se závislostí, jsou spolupracující, aktivní a s drogovou závislostí se nedá nic dělat (je to bez šance ovlivnit tu závislost), dále jsou velice staří (17leté děti). Děti jsou většinou v rozvinutém psychickém a zdravotním stavu. Snaha je zde pokračovat, zlepšit a směřovat nějakým směrem. Většina dětí, které přijdou do ústavu, mají zkušenosti, ví, co je to droga. Marihuanu berou jako normu, neberou ji jako závislost. Nejčastěji se zde objevuje pervitin, málokdy je dítě závislé na opiátech a téměř vždy je to spojeno s prostitucí, kdy pasák ovlivňuje pomocí opiátů a ony udělají co chtějí. U pervitinu si myslí, že fungují lépe, ale v pozdějším věku ho nahrazují opiáty, které způsobují toxickou psychózu.

Jak to bylo ze závislostí v minulosti a jak to teď?

V minulosti zde užívaly těkavé látky (toluen), protože to byl nejlevnější způsob, jak užívat v sociálně exkludovaných lokalitách, ghettech. Klienti, kteří přicházejí do ústavní výchovy, nejsou z nejhorších skupin, ale ze středních vrstev, jsou zabezpečení. Podle adiktologie lze závislost se zvrátit, posunout ji. S pervitinem má podle zkušenosti 50 % dětí, pervitin, ale aktivně užívají 4-5 dětí. Důležité je, když se u dětí ví, co závislost způsobilo. Potom se s tím dá pracovat. Pro děti je brání drog ze začátku samé

pozitivum, nemají pocit ohrožení v 16 letech, musí se k nim přistupovat komplexně, zjistit, co bylo spouštěčem závislosti.

Jaké mohou být první situace, které způsobí závislost?

Nejčastěji je to z praxe rozvod v rodině, kdy je dítě staré 10-12 let, výměna nebo ztráta otce, kdy za to dítě nemůže, vyčítá mámě nového partnera. Díky tomu se necítí jistě v rodině, je vytržený, obklopen lidmi, co je nemají rádi a hledají si partičky, kde jim bude lépe. Začnou utíkat z prostředí, kde nejsou vítané a dostávají se do prostředí, kde je jim dobře. V partičkách kolem 12-13 let začínají povětšinou s alkoholem a marihuanou. Důležité je, co na to řekne rodič. Když jim něco rodiče zakáží, dětem je jedno, co se s tím děje a neděje. V tuto chvíli je důležité spojení mezi rodičem a dítětem, a pokud zůstanou na odbočce, najedou na lajnu. Závislost vznikne mnohonásobně dříve než rodič stačí zareagovat. Nedůvěra v rodiče způsobuje to, že popírá užívání návykových látek, dítě poté postupně užívá dále, až když je dospělý, navážou je na vaříče drog. Postupně se zvětšuje užívání látek, jde to do peněz, pokud dítě peníze na to nemá. A když rodič v tuto chvíli nezareaguje, je to špatný rodič. Znakem závislosti může být opouštění kroužků, dítě začíná měnit své návyky, kamarády, jsou průměrně inteligentní, často s výtvarným nebo hudebním nadáním. Nepřipouští a tváří se, že se nic neděje. Rodiče většinou po dvou letech zjistí, že jsou závislé. Předtím si nejsou jistí, ale ví, že se s dítětem něco děje. Rodič, když to zjistí, hledá intervenci v podobě kontaktních center, středisek výchovné péče, státní léčby, stacionářů a týdenních pobytů. Čerpání těchto intervencí zabere zhruba půl roku i nezabírá a v sedmnácti letech se dostanou do výchovného ústavu pro mládež, kdy rok se s tím něco dá dělat

Další důvodem může být dítě s diagnostikou ADHD (syndrom hyperaktivity), kdy pervitin dokáže omezit projevy této choroby. Děti, když pervitin neužívají, protože se cítí jako největší hajzlové, zhorší se jim známky, dělají spoustu chyb, cítí se nejhůře, nerozumí tomu, dělá to, co potřebuje. Tyto děti potřebují tuto přebytečnou energii někam dát, pokud to okolí řešit nebude, má pocit, že je přebytečný. Těžko se léčí psychoterapií a léky ve formě pervitinu jsou pro ně lékem. A fungují normálně.

Další důvod je nuda, dostanou zadarmo vše, není zde zájem rodičů. Povětšinou jsou rodiče bohatí, zahrnou děti finančně a ne citově, proto jsou náchylní utéct za zábavou.

Posledním důvodem jsou děti fetišáků, kdy se nachází v prostředí, kde je to pro ně norma, a tím pádem to oni jako normu berou. A dostávají se do výchovných ústavů, kdy rodiče to s nimi na ulici nezvládají a spáchají trestný čin. Dost často je to trestný čin v podobě distribuce drog. Největším výskytem drog jsou komunity na ulici (bezdomovci).

Nejdůležitější je zjistit důvod, proč se to stalo. S dítětem se mnohem lépe pracuje, pochopí, že není ta svině pochopí, že to není jeho chyba, je-li funkční, nezačne fetovat. Vždyť chyba výchovná vždy nezačne sama od sebe. Pokud začne, tak se vrátí k drogám, když se vrátí do normálu, dát najevo, že není sama, prolínání skupinek, zneužívání dětí, a tím pádem díky drogám se dostávají mimo realitu.

Co se dá dělat?

Poslouchat, co říká, dát jim možnost vyjádřit se, nabízet možnosti. Nelze je nutit, neuvěřily by, že možnost volby funguje, možnost si vybrat, nejsme schopni je léčit, dát je dohromady. Motivace, aby problém řešili, ne vždy, aby šly do léčebny a odstranil se problém. Pokud se jedná o dlouhodobou závislost, je to nutné předat odborníkům. Tam je úkolem vysvětlit dítěti, aby šlo do léčebny a proč by tam šlo. Dítě musí mít motivaci, fajn já to zkusím, při překonání závislosti počítat se selháním. Dítě se musí oklepat, zkusit znovu, má to cenu. Specifické jsou ty, které to zvládají samy a společně s rodinou, tím pádem se mohou navrátit do rodinného prostředí, protože spolu s rodinou spolupracují. V nás mají důvěru, možnost volby, nasměrovat správným směrem, jasně nastavená pravidla (odměny a tresty), přesně ví, co a jak, a to jim vyhovuje. Vyhovuje jim to z toho důvodu, protože celý život neví, co se stane, a zde to mají a cítí se bezpečně. Pokud se nenastaví tyto pravidla v rodině, sklouznou zase k drogové závislosti. Zde mají rozumně vyplněný čas a mají jasné povinnosti, protože dítě to nedomyšlí, co dělat. Musíme proto zajistit, aby částečně vědělo, co má dělat.

12 Seznam obrázků

1. Obr. 1: Situace v rodině	45
2. Obr. 2: Situace ve škole/v ústavu	46
3. Obr. 3: Situace venku	47
4. Obr. 4: Zdravotní situace	48

13 Seznam zkratek

1. ADHD = porucha pozornosti s hyperaktivitou
2. EMCDDA = European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
(Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost)
3. ESPAD = Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
4. MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí
5. NMS = Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
6. OSPOD = Orgán sociálně-právní ochrany dětí
7. THC = tetrahydrokanabinol
8. WHO = Světová zdravotnická organizace