

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Tereza Králová

Uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje

Role of addiction specialist in children's home in the Ústí nad Labem region

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 23. 4. 2020

Tereza Králová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Lence Šťastné, PhD. za její odborné vedení a cenné rady a svému příteli za trpělivost během mého studia.

Tereza Králová

Identifikační záznam:

KRÁLOVÁ, Tereza. *Možnost uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje. [Role of addiction specialist in children's home in the Ústí nad Labem region]*. Praha, 2020. 78 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Abstrakt

Východiska: Studie realizované v prostředí institucionální péče poukazují na fakt, že adiktologická problematika v ústavní péči je aktuálním problémem, který si zasluhuje zvláštní pozornost a to i s ohledem na fakt, že děti těchto zařízení jsou považované za vulnerabilní směrem k rizikovému chování. Ústecký kraj je dlouhodobě na prvních příčkách v prevalenci užívání návykových látek a zároveň je specifický výskytem řady negativních sociálních faktorů. V celém kraji působí 1 adiktologická ambulance zaměřená na cílovou skupinu dětí a dorostu, která za své fungování evidovala opakovanou poptávku po pomoci ze strany dětských domovů.

Cíl: Hlavním cílem studie je identifikovat možnost uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje. Jako dílčí cíle si diplomová práce klade zmapovat současný stav adiktologické problematiky v těchto dětských domovech a popsat možnou podobu spolupráce těchto zařízení a adiktologa s ohledem na identifikaci bariér této kooperace.

Metody: Výzkum vychází z kvalitativního přístupu. Výzkumný soubor byl získán kombinací metody záměrného výběru a metody samovýběru. Bylo osloveno všech 17 dětských domovů Ústeckého kraje a v konečné fázi participovalo na výzkumu 11 z nich. Každé zařízení bylo reprezentováno 1 pracovníkem. Výzkumný soubor byl tedy tvořen 11 pracovníky s různou délkou praxe a různě odbornosti. Jako metoda sběru dat bylo použito semistrukturované interview.

Výsledky: Studie identifikovala vysokou poptávku po působení adiktologa v prostředí dětských domovů. Nejžádanější cílovou skupinou pro jeho působení se ukázala být skupina dětí, stejně tak byl identifikován možný přínos pro pracovníky dětských domovů a blízké okolí dětí. Odborníci potvrdili ohrožení dětí svých zařízení směrem k adiktologické problematice, identifikována byla například vysoká prevalence kouření, a jako nejžádanější forma spolupráce byla označena forma pravidelné externí spolupráce. Jako faktory, které by mohly spolupráci zkomplikovat, byly označeny finance a legislativní úprava.

Závěr: Práce svými výsledky může pomoci otevřít zatím neukotvený dialog mezi specializací adiktologa a prostředím ústavní péče. Byl identifikován prostor pro možné působení adiktologa ve školském zařízení typu dětský domov, kdy právě multidisciplinární charakter profese adiktologa

by mohl doplnit odborný tým této instituce se záměrem zefektivnit systém péče o děti v ústavní péči.

Klíčová slova: dětský domov – uplatnění adiktologa – Ústecký kraj – ústavní výchova – rizikové chování – dětská a dorostová adiktologie – prevence – mezirezortní spolupráce

Abstract

Background: Studies situated in an institutional care environment point to the fact that addiction issues in institutional care are a topic that deserves special attention, even with regard to the fact that the children of these institutions are considered vulnerable to risky behaviour. The Ústí nad Labem Region has long been in the first places in the prevalence of substance use and it is also specific in the occurrence of a number of negative social factors. In the whole region there is 1 addiction treatment outpatient clinic focused on the target group of children and adolescents, which registered repeated demand for specialized help that originates from children's homes.

Aim: The main aim of the study is to identify the opportunity of applying an addiction specialist in the children's home in the Ústí nad Labem region. The partial aims of the study are to map the current state of addiction issues in these children's homes and to describe the possible form of cooperation of these facilities and addiction specialist with regard to the identification of barriers to this cooperation.

Methods: The research is based on a qualitative approach. The research sample was obtained by a combination of selective sampling method and self-selection method. All 17 children's homes in the Ústí nad Labem region were approached and 11 of them participated in the research. Each facility was represented by 1 worker. The research sample consisted of 11 workers with different lengths of practice and specialisation. The method of data collection was a semi-structured interview.

Results: The study discovered a high demand for the function of addiction specialist in children's homes. The group of children proved to be the most required target group for his activities, next benefit was identified for the workers of children's homes and for families of children. Experts confirmed the vulnerability of children towards addictive behaviour, for example high prevalence of smoking was identified, and the form of regular external cooperation was identified as the most desirable form of cooperation. Finances and legislation were found out as complicating factors.

Conclusion: The results of the study can help to open a dialogue between the specialization of the addiction specialist and the environment of the institutional care. These study identified a space for function of an addiction specialist in a school facility such as a children's home, which can profit

from multidisciplinary range of these profession that could refill team of these institution with purpose to increase the efficiency of childcare system.

Keywords: children's home – role of addiction specialist – the Ústí nad Labem region – institutional care – risky behaviour – addictological care specialising in children and adolescents – prevention – intergovernmental cooperation

Obsah

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1. ÚSTAVNÍ VÝCHOVA.....	13
1.1. LEGISLATIVNÍ ÚPRAVA.....	13
1.2. DĚTSKÉ DOMOVY V ČESKÉ REPUBLICE	14
1.3. DĚTSKÉ DOMOVY V ÚSTECKÉM KRAJI	16
1.4. PŘÍSTUP VE SVĚTĚ.....	18
2. VÝVOJ DÍTĚTE.....	19
2.1. VÝVOJOVÉ OBDOBÍ DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ	19
2.2. PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE V DĚTSKÉM A DOROSTOVÉM VĚKU	20
2.3. CITOVÁ VAZBA A RESILIENCE.....	22
2.4. RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY	24
3. ADIKTOLOGICKÁ PROBLEMATIKA U DĚTÍ A DOROSTU	26
3.1. UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U DĚTÍ A DOROSTU	27
3.2. NELÁTKOVÉHO ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ U DĚTÍ A DOROSTU.....	29
3.3. UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V ÚSTAVNÍ PÉČI.....	31
4. DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ ADIKTOLOGIE	33
4.1. PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ	33
4.2. PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ V PODMÍNKÁCH ÚSTAVNÍ VÝCHOVY A PÉČE	34
4.3. SÍŤ SLUŽEB PRO DĚTI A DOROST	35
4.4. DOPORUČENÉ POSTUPY V PRÁCI S MLADISTVÝMI.....	35
VÝZKUMNÁ ČÁST	37
5. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
6. VÝZKUMNÝ SOUBOR	38
6.1. VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	38
6.2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	38
7. VÝZKUMNÁ DATA.....	39
7.1. METODA SBĚRU DAT	39
7.2. METODA ZPRACOVÁNÍ DAT	40
7.3. METODA ANALÝZY DAT.....	41
7.4. VALIDITA STUDIE.....	42
8. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	43
9. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	44
10. SUMARIZACE VÝSLEDKŮ.....	60
11. DISKUZE.....	64
12. ZÁVĚR.....	69
POUŽITÉ ZDROJE	71

Seznam použitých zkratk

ČR - Česká republika

DD - Dětský domov

KAAPDD – Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ - Ministerstvo zdravotnictví

ÚK - Ústecký kraj

Úvod

Dětský domov je školským zařízením pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, spadající do gesce MŠMT, jehož úlohou je pro cílovou skupinu dětí od 3 do 18 let vytvořit adekvátní prostředí, ve kterém by dítě mohlo vyrůstat a optimálně se vyvíjet (ČR, 2002). Opakovaně se potvrzuje sociální, psychická i biologická zátěž, se kterou děti do zařízení přicházejí (Škoviera, 2007) a je poukazováno na vulnerabilitu dětí žijících v ústavní výchově směrem k rizikovému chování (Doležalová, 2018) a na stále větší výskyt adiktologické problematiky (například Doležalová, 2018, Kovaříková, 2016, Masnerová, 2011, Sedliská, 2014). Základním poznatkem pro následující studii je potřeba věnování zvláštní pozornosti dětem v institucionální péči. Fungování profese adiktologa pak nabízí školským zařízením zapojit do svých týmu specializovaného odborníka (Toman, 2018). Navíc s tím faktem, že se nově rozvíjí oblast oboru zaměřená na dětskou a dorostovou adiktologii, je spolupráce s oblastí ústavní výchovy logickým krokem (Miovský, 2019).

Práce je situována na území Ústeckého kraje, ve kterém se nachází celkem 17 dětských domovů (MŠMT, 2019), a který je specifický v řadě faktorů, zejména ve výskytu řady negativních sociálních jevů, které mohou nepříznivě ovlivňovat vývoj dospívajících jedinců (Pyšný et al., 2018). Stejně tak z pohledu hodnocených indikátorů zdravotního stavu obyvatelstva ČR, patří oblast Ústeckého kraje k jedné z nejhorších v rámci země (Ústecký kraj, 2014), výjimkou není ani adiktologická problematika. Protidrogová politika Ústeckého kraje ohrožení skupiny mladistvých jedinců reflektuje a ve specifických cílech jejího působení se zaměřuje právě na zajištění realizace kvalitních programů primární prevence a efektivnější spolupráci v oblasti prevence na území kraje (Ústecký kraj, 2015). V Ústeckém kraji působí Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost, která za své fungování od roku 2017, evidovala opakovanou poptávku po službě ze strany dětských domovů a její údaje jsou tak praktickým východiskem následující studie. Jedním z výkladů poptávky dětských domovů po službách adiktologické ambulance může být limitující odborné vybavení týmu těchto zařízení, který by adiktolog se svým širokospektrálním vzděláním mohl eliminovat (Doležalová, 2019). Spoluprací zdravotnického pracovníka se školským zařízením by zároveň mohla být posílena mezirezortní spolupráce, na jejíž nedostatečnost je často upozorňováno (Bittner et al., 2007), přestože multioborový přístup v práci s dětmi a mladistvými je doporučován (Gilvarry et al., 2016), a zefektivnit tak celý výkon péče o děti.

V teoretické části práce jsou obsaženy základní informace o prostředí dětských domovů, poznatky z dětské a dorostové psychiatrie a psychologie, dostupná data o užívání návykových látek

a behaviorálních závislostech dětí a mladistvých a dosavadní poznatky dětské a dorostové adiktologie. Ve výzkumné části je pak na základě kvalitativního přístupu zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, prostřednictvím které byla získána a zanalyzována data přinášející naplnění hlavního cíle studie, kterým je identifikace možnosti uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje, stejně tak odpovědi na dílčí cíle práce, kterými jsou zmapování současného stavu adiktologické problematiky v těchto zařízeních a návrh podoby možné spolupráce adiktologa s dětskými domovy Ústeckého kraje s ohledem na její možné bariéry.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce se skládá ze 4 hlavních kapitol a přináší teoretický úvod do tématu ústavní výchovy, závislostního chování dětí a dorostu a jejich vzájemného propojení. K vyhledávání dat byly použity odborné databáze, pro českou literaturu Medvik a pro zahraniční zdroje EBSCO a Web of Science. Zdroje byly vyhledány na základě těchto klíčových slov: dětský domov, uplatnění adiktologa, Ústecký kraj, ústavní výchova, rizikové chování, dětská a dorostová adiktologie, prevence a mezirezortní spolupráce. Uvedená klíčová slova byla vyhledávána též v anglickém jazyce. Veškerá použitá literatura je řádně ocitována v textu i na konci práce v seznamu použitých zdrojů dle citační normy APA 6th edition za využití citačního manažeru Zotero.

1. ÚSTAVNÍ VÝCHOVA

Diplomová práce se zabývá tématem situovaným do zařízení ústavní péče, konkrétně dětských domovů, které představují specifický prostor pro vývoj dítěte, a proto je tématu institucionální péče věnovaná samostatná kapitola. Obecně institucionální péče spadá do gesce Ministerstva zdravotnictví (dále MZ), Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) a Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV). První kapitola směřuje k tomu, aby stručně ale výstižně uvedla prostředí dětských domovů, na něž výzkum cílí.

1.1. Legislativní úprava

Ústavní výchovu nařizuje soud, ve chvíli, kdy jsou výchova jedince nebo jeho tělesný či duševní stav a jejich vývoj vážně ohroženy nebo již narušeny takovou mírou, že je to v rozporu se zájmem dítěte, nebo existují důvody, pro které rodina není schopna péči o dítě zabezpečit sama (ČR, 2012).

Dle zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů jsou školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy (dále jen zařízení) místem, ve kterém mají být vytvářeny podmínky podporující harmonický rozvoj dítěte s ohledem na potřeby jeho věku. Zajišťují pomoc nezletilým osobám zpravidla ve věku od 3 do 18 let. V případě že se již zletilá osoba připravuje na výkon povolání, může na základě žádosti zůstat v zařízení déle, nejdéle však do 26 let.

V rámci péče o děti jsou zajišťovány specifické vzdělávací i výchovné potřeby. Zařízeními jsou diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav (ČR, 2002).

1.2. Dětské domovy v České republice

Dětské domovy, kterými se práce zabývá, spadají do gesce MŠMT. Úlohou dětského domova je nahradit přirozené prostředí rodiny, ve kterém by dítě mělo vyrůstat a vyvíjet se. Základní jednotkou v dětském domově je rodinná skupina, kterou tvoří nejméně 6 a nejvíce 8 dětí. Posláním dětského domova je naplňovat výchovné, vzdělávací a sociální potřeby na základě individuálního zhodnocení. Cílovou skupinou dětských domovů jsou děti ve věku od 3 do 18 let s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Péče o děti, které vykazují závažné poruchy chování nebo trvalou duševní poruchu, probíhá v dětských domovech se školou. V tomto zařízení však mohou zůstat pouze do ukončení povinné školní docházky. Pokud však i nadále pokračují výchovné problémy, dítě je přemístěno do výchovného ústavu (ČR, 2002).

Dle Asociace Dítě a rodina žije v dětských domovech ČR 4208 dětí (Asociace Dítě a rodina, 2019). Výzkumy uvádí, že se jedná často o děti z méně stabilních rodin, které přicházejí se zátěží sociální, psychickou i biologickou, a stejně tak poukazují na negativní důsledky, které se opakovaně objevují, například opožděné poznávací schopnosti (Škoviera, 2007). Doležalová poukazuje na vulnerabilitu jedinců žijící v ústavní výchově, která se projevuje v nedostatečné regulaci emocí a chování, které mohou být internalizované (například sociální izolace) nebo externalizované (například užívání návykových látek či jiné rizikové chování) (Doležalová, 2018).

V dětském domově pracují pedagogičtí pracovníci, kteří naplňují předpoklady stanovených zákonem o pedagogických pracovnících a předpoklad psychické způsobilosti, a nepedagogičtí pracovníci, kteří naplňují kvalifikaci a požadavky stanovené pro výkon povolání zvláštním právním předpisem nebo zaměstnavatelem (ČR, 2002). Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče udávají, že péči o děti zajišťuje dostatek pracovníků, kteří jsou kvalifikováni, odborně podporováni a vědomi si svých kompetencí a odpovědnosti. Počty pracovníků by mělo být zařízení schopno upravit v závislosti na počtu dětí (Pacnerová, 2015). Ve většině zařízení však chybí specializace pracovníků, v dětských domovech je minimální zastoupení psychologů či speciálních pedagogů. Nedostatečné kapacity pracovníků se pak odráží na nemožnosti vytvoření pro dítě bezpečného vztahu. Chybí systém povinného vzdělávání pracovníků či supervize (Bittner et al., 2007). Nedostatek odborníků potvrzují také pracovníci OSPOD (Topinka, 2015). To souvisí jistě s již zmíněnou roztržitostí péče o děti a nízkou spoluprací státu

a například neziskových organizací. Jako nezbytně nutné se pak jeví stanovení profesní kvalifikace a složení týmu se dostatečným zastoupením odborných pracovníků, což by zároveň zlepšilo možnost individualizovaného přístupu (Bittner et al., 2007)

Dítě má v dětském domově svoje práva a povinnosti. Z těch, které se týkají tématu, bych zmínila právo na rozvíjení tělesných, duševních a citových schopností, jako důležitá povinnost se jeví povinnost podrobit se na výzvu ředitele zařízení testování na přítomnost návykových látek (ČR, 2002). O všech formálních věcech musí být dítě srozumitelně informováno (Pacnerová et al., 2015). Možnost identifikace užívání návykových látek, může být důležitým startovacím bodem v procesu změny, v současné době však právo problematiku testování neobjasňuje přímo a z hlediska práva je tak často toto téma nepřehledné. Je však třeba zdůraznit, že pokud jedinci ve školském prostředí návykové látky užívají, porušují vnitřní řád a také ohrožují bezpečnost zařízení vzhledem k ostatním dětem (Šejvl, 2018).

Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (dále jen standardy kvality) mají za úkol zvyšovat kvalitu péče o děti umístěné ve školských zařízeních pro výkon výše zmíněné výchovy napříč celou Českou republikou. Za důležité považují zaměřovat se mimo jiné na dítě v kontextu své situace a vývojových potřeb, což zahrnuje kromě podpory komunikace s rodinou, také spolupráci s dalšími odborníky. Standardy kvality nezapomínají ani na jedinečnost dítěte, na kterou se odvolávají hlavně v důležitosti naplňování nejen fyzických, ale také psychologických potřeb jedince. Celý text je založen na průřezových zásadách, které jsou platné pro každou oblast, a patří mezi ně například to, že péče má být realizována v souladu s nejlepším zájmem dítěte s ohledem na jeho fyzický a psychický stav a celý kontext jedince. Standardy kvality jsou pak členěny do 5 oblastí, kterým se věnují, a to vymezení činnosti a informovanost, průběh péče a návazné služby, personální agenda, organizační aspekty a prostředí výkonu péče. Ve standardu, který se věnuje průběhu péče je stanoveno, že zařízení zajišťuje prevenci rizikového chování, která je založena na mezioborovém přístupu a uzpůsobena cílové skupině tak, aby směřovala k dosažení optimálního zdraví jedince. Preventivní postupy také mají vždy směřovat k minimalizaci rizik, které se s rizikovým chováním pojí. Standardy kvality zařízením také udávají nutnost platných postupů o určení odpovědné osoby pro zdravotní péči o dítě v rámci zařízení a případně dítě odesílá do specializované péče, které je v celém kontextu pro dítě nejvhodnější. Pro pobyt v zařízení má dítě vypracovaný program rozvoje osobnosti dítěte (Pacnerová et al., 2015). MŠMT vydává metodická doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí ve školských zařízeních, která jsou pro pracovníky volně dostupná.

1.3. Dětské domovy v Ústeckém kraji

Hlavním zdrojem o dostupných zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy je databáze ústavní výchovy, která slouží k poskytování informací odborné i široké veřejnosti. Lze v ní vyhledávat služby dle typu či lokality. Kromě základních kontaktních informací lze v databázi také vyhledat kapacitu jednotlivých zařízení. V Ústeckém kraji se dle databáze nachází 17 zařízení, které nesou název dětský domov (nikoli dětský domov se školou) z celkového počtu 139 dětských domovů v celé České republice. Jsou to: DD Žatec, DD Duchcov, DD Krásná Lípa, DD Lipová u Šluknova, DD Česká Kamenice, DD Chomutov, DD Maššov, DD Vysoká Pec, DD Dlažkovice, DD Litoměřice, DD Most, DD Hora Svaté Kateřiny, DD Krupka, DD Tuchlov, DD Ústí nad Labem - Střekov, DD Ústí nad Labem - Severní Terasa, DD Tisá (pro porovnání v kraji Středočeském je 18 registrovaných zařízení typu dětský domov) (MŠMT, 2019). Na základě informací z webových stránek "Asociace dítě a rodina" je zpracována tabulka č.1, která přináší informace o kapacitě dětí jednotlivých zařízení a kapacitě personální platné k srpnu 2019 (Asociace Dítě a Rodina, 2019).

Z tabulky č.1 je patrné že v Ústeckém kraji žije celkem 691 dětí v dětských domovech, což výrazně převyšuje největší kraj Středočeský, kde žije v dětských domovech 488 dětí. Kapacity zařízení ÚK jsou z větší části naplněny. Počty pedagogických pracovníků kraje Ústeckého a Středočeského jsou však stejné (Asociace Dítě a rodina, 2019). Největší část zaměstnanců, a to přes polovinu tvoří v dětských domovech vychovatelé, dále pak asistenti pedagogů, speciální pedagogové a sociální pracovníci, v menší míře jsou zastoupeni psychologové a zdravotní pracovníci. V Ústeckém kraji dle Statistické ročenky školství neměl v kalendářním roce 2018/2019 v týmu zaměstnaného psychologa žádný z dětských domovů a v celém ÚK pracovali v dětských domovech 3 zdravotničtí pracovníci. V celé ČR pak bylo v dětských domovech evidováno 16 zaměstnanců se vzděláním psychologa a 15 zdravotnických pracovníků. Pro porovnání s jinými typy školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy je zajímavé zmínit, že v dětských domovech se školou ČR bylo zaměstnáno 19 psychologů a 2 zdravotníci, v diagnostickém ústavu pracovalo 47 psychologů a 6 zdravotníků a ve výchovném ústavu celkem 20 psychologů a 7 zdravotníků (MŠMT, 2019).

Tabulka č. 1: Přehled dětských domovů Ústeckého kraje

Název	Stav	Kapacita	Zaměstnanci	Pedagogický personál	Ostatní personál
DD Česká Kamenice	36	40	23,5	12	11,5
DD Krupka	59	64	38,1	20	18,1
DD Lipová	48	56	33,3	15,7	17,6
DD Tisá	32	32	21	10	11
DD Severní Terasa	48	48	27	14	13
DD Střekov	30	32	27	8,3	18,7
DD Hora Sv. Kateřiny	20	32	21,5	10	11,5
DD Chomutov	49	60	42,8	22,3	20,4
DD Krásná Lípa	24	24	16	7	9
DD Litoměřice	22	24	15,8	8,7	7,2
DD Mašťov	31	34	23,2	11	12,2
DD Most	48	48	43,5	19,5	23,9
DD Tuchlov	32	32	22,7	12,1	10,6
DD Dlažkovice	58	64	34,5	18	16,5
DD Vysoká Pec	32	32	21	10,4	10,7
DD Duchcov	43	56	30,6	17,4	13,2
DD Žatec	79	87	74	41	33

Ústecký kraj je specifický v řadě faktorů, z nichž některé z nich, například vysoká míra nezaměstnanosti, vysoká prevalence užívání návykových látek, nízká zdravotní gramotnosti, vysoký počet sociálně vyloučených lokalit, mohou nepříznivě ovlivňovat vývoj dospívajících jedinců (Pyšný et al., 2018).

1.4. Přístup ve světě

Přístupy jednotlivých států Evropy k náhradní rodinné péči jsou různé, některé jsou odlišné, některé se prolínají či se vzájemně inspirují. Česká republika dlouhodobě vykazuje vysoké počty dětí umístěných v ústavní výchově a je za to dlouhodobě kritizována. Řada zemí Evropy již prošla či prochází deinstitucionalizací systému péče o děti. Vychází tak z identifikace negativních důsledků institucionální péče na děti (Novák et al., 2013).

Dánsko například reprezentuje skandinávský model náhradní rodinné péče a je považováno za zemi s jedním z nejrozvinutějších systémů. Mimo jiné klade velký důraz na mezioborovou spolupráci, kdy např. orgány sociální péče spolupracují se školami a policií a do spolupráce jsou zahrnuti také lékaři, terapeuti či dětská centra. Komplexní pojetí zahrnuje do péče o děti také Velká Británie, kde institucionální péče představuje smíšený sektor nabízející zařízení typu terapeutických komunit či malých specializovaných zařízení pro děti a zdůrazňuje nutnost multidisciplinárních intervencí, zejména v oblasti prevence. Pokrok ve vývoji udělalo ale také třeba Slovensko či Polsko, které přijaly nové právní úpravy a mohly by se tak stát inspirací pro Českou republiku. Česká republika by mohla těžit například z doporučení zefektivnění deinstitucionalizace či potřeby věnovat se více dětem s výchovnými a vývojovými problémy, stejně tak jako doporučení k vytvoření sítě malých specializovaných zařízení pro poskytování terapeutických služeb (Novák et al., 2013).

2. VÝVOJ DÍTĚTE

V předchozí kapitole jsem uvedla, že v dětském domově jsou umístěny děti v široké věkové kategorii od 3 do 18 let. Během této doby prochází každý jedinec dynamickým obdobím tělesného i duševního vývoje. Psychický vývoj jedince lze chápat jako zákonitou a nezvratnou změnu, která je determinovaná vnějšími i vnitřními faktory (Říčan & Krejčířová, 1997). Každé vývojové období nese svá specifika, která mají vliv na utváření hodnot a potřeb dítěte. Jednotlivá období jsou také nositelem odlišných typů rizikového chování či ohrožení. Z adiktologického hlediska je důležité zejména období dospívání, které se svými mnohými změnami, přináší také mnohá rizika a úskalí pro život jedince. Zejména na toto období bude dále směřován fokus. V této kapitole nejprve popíšu období, kterým se budu zabývat, z hlediska vývojové psychologie, dále se zaměřím na emoční poruchy a poruchy chování v dětství a dospívání a zakomponováno bude také psychiatrické pozadí dětského a dorostového věku. Prostor věnuji také sociálnímu vlivu na vývoj dítěte. Zahrnuty budou tedy tři základní složky adiktologického přístupu: biologická, psychologická a sociální.

2.1. Vývojové období dětství a dospívání

Pro účely této práce se budu zabývat dětmi a mladistvými od 5. stádia vývoje dle Erika Eriksona. Důvodem je, že právě v tomto vývojovém období začínají děti experimentovat s návykovými látkami. Dle ESPAD 2015 43 % dotazovaných českých studentů kouřilo první cigaretu ve 13 letech nebo dříve, u konopných drog se jednalo o 5 % (ESPAD, 2016) a první zkušenost s alkoholem proběhla v průměru ve 12 letech (A.N.O., 2015). Páté stádium je vývojové období, které začíná právě 12. rokem života jedince a je označováno jako stádium identity. Hlavním vývojovým úkolem jedince v tomto období je právě hledání a vytváření vlastní identity. Na tento proces má vliv nejistota ze své pozice mezi vrstevníky, která je také vytvářena. Tato fáze vývoje je také typická citovou nejistotou a touhou být odlišný od ostatních. Jedinec si v tomto období vytváří měřítka hodnot a vizi své budoucnosti. Dospělý figuruje jako někdo, vůči komu je třeba se vymezit (Erikson, 2014). Základními otázkami jsou pro dítě v této fázi otázky: Kdo jsem? Kam patřím? Jaký jsem? Jaké jsou mé hodnoty? Diskontinuita mezi dětským sebepojetím a vytvářením si již v podstatě dospělého sebepojetí způsobuje, že se jedná o období dynamické a neklidné (Říčan & Krejčířová, 1997). Následují vývojová období, která se vztahují k dospělosti a staršímu věku (Hort, 2008).

2.2. Poruchy psychického vývoje v dětském a dorostovém věku

Následující podkapitola popíše vývojové zádrhly z oblasti biologické a psychologické. Psychické problémy dětí budou v této kapitole popsány zejména z toho důvodu, že u dospělých adiktologických klientů je výskyt další psychické poruchy častým fenoménem. Studie uvádí prevalenci duálních diagnóz v rozmezí 30 % - 50 %. Nejčastěji se jedná o poruchy osobnosti, úzkostné poruchy, afektivní poruchy a fobie (Kalina et al., 2015).

Duševní poruchy dětského a adolescentního věku jsou zapříčiněny multifaktoriálně. Podobně jako v adiktologii se k dětem a dospívajícím přistupuje v psychiatrii z pohledu bio-psycho-sociálního modelu. Vznik jednotlivých symptomů daného onemocnění pak nemusí vzniknout v důsledku jednorázové traumatizace, ale spíše se jedná o vývojový proces, který je ovlivněn genetickými a sociálními faktory. Genetické faktory zahrnují temperament jedince, vegetativní systém, tendence k úzkosti či endokrinopatii. Jsou relativně stálé. Na druhé straně sociální faktory jsou vytvářeny dospělými jedinci. Pokud dítě nemá dostatečný pocit bezpečí a jistoty, může být podněcováno nestandardní chování dítěte. Obecně pak platí, že děti více somatizují než dospělí (Hort, 2008). Jak bylo zmíněno výše pro adiktologii je důležité se zabývat určitými skupinami duševních nemocí. U dětí a adolescentů zmíním základní poznatky o afektivních poruchách, neurotických a úzkostných poruchách a o poruchách chování. Vývojovými a psychotickými poruchami se nebudu zabývat z toho důvodu, že jedinci trpící těmito nemocemi, by byli s malou pravděpodobností umístění v dětském domově.

První skupinou poruch, které jsou důležité zmínit v souvislosti s cílovou skupinou dětí a mladistvých a adiktologie, jsou afektivní poruchy zahrnující bipolární poruchu, depresi a trvalé poruchy nálad. Podrobněji se budu věnovat pouze depresi. Deprese u dětí se liší od té u dospělých lidí hlavně častějším výskytem somatických obtíží, jak již bylo zmíněno výše, a regresivních projevů. Prevalence u dětí a dospělých je však podobná (Říčan & Krejčířová, 1997). Mnohem častěji je však deprese u dětí spojována s poruchami chování než se symptomy depresivní poruchy. Deprese se vyskytují u 1-8 % dětí a dospívajících (Hort, 2008). Na klinický obraz dětské deprese má pak výrazný vliv zejména věk, ve kterém se nemoc objeví. Nespecifické projevy deprese v dětském věku pak stěžují diagnostiku nemoci. Důležitou skupinou jsou dospívající jedinci, kteří jsou více vulnerabilní skupinou k depresi a postižení jedinci vyžadují okamžitou léčbu také proto, že je v tomto období zvýšená pravděpodobnost suicidia. Kromě slabého sebehodnocení lze v klinickém obrazu deprese dospívajících vidět podobně jako u dospělých zřetelný pokles nálady, únavu či tendenci k izolaci od ostatních (Hort, 2008). Právě v této fázi vývoje je při depresivním prožívání zvýšené riziko

sebemedikace návykovými látkami či závislostním chováním (Říčan & Krejčířová, 1997). Nebezpečí tohoto období spočívá také v tom, že dospívající mají tendence se svými pocity ostatním spíše nesvěřovat a nestandardní projevy chování tak mohou být přisuzovány spíše samotnému období puberty než psychické nemoci (Říčan & Krejčířová, 1997). Deprese v dětství a dospívání je výrazným rizikovým faktorem pro sníženou schopnost sociální adaptace v dospělosti. Podobně jako u dospělých jedinců je i u dětí a mladistvých deprese častou komorbiditou užívání návykových látek (Hort, 2008).

Druhou pro adiktologii významnou skupinou poruch jsou neurózy a úzkosti. V předškolním věku má úzkost spíše difuzní povahu, kdy je manifestována často poruchami spánku, v podobě nočních děsů či těžkého usínání, a neurotickými návyky, jako například cucání palce či okusování nehtů. U starších dětí má úzkost jasnější klinický obraz. V dětském věku se lze také setkat s generalizovanou úzkostnou poruchou, kdy je dítě neustále v napětí, často silně inhibované a trpí přechodnými somatickými obtížemi. U dětí s generalizovanou úzkostnou poruchou se vyskytuje celková nejistota a oslabené sebehodnocení. Výjimkou v dětském věku není ani výskyt sociálně anxiózní poruchy či různých typů fobií (Říčan & Krejčířová, 1997). Prevalence obsedantně-kompulzivní poruchy je 1-2 % u dětí a 4 % u adolescentů. Jako komorbidní se OCD vyskytuje u 35 % případů závislosti na alkoholu a 25 % drogových závislostí (Hort, 2008).

Další skupinou poruch, které jsou pro problematiku této práce důležité, jsou poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání. Je to skupina poruch, která představuje jeden z nejméně frekventovaných problémů, kterými se zabývají dětské psychologové a psychiatři (Hort, 2008). Hyperkynetické poruchy zahrnují dle MKN 10 poruchu pozornosti a aktivity a hyperkynetickou poruchu chování (WHO, 2008). Ve školním věku se projevují hlavně kognitivní dysfunkcí a v adolescenci poruchami chování. Nápadnou behaviorální expresí hyperkynetických poruch jsou hyperaktivita a impulzivita. Jejich výskyt je rizikovým faktorem pro další duševní nemoci, jako i pro užívání návykových látek (Hort 2008). Poruchy chování jsou v mezinárodní klasifikaci nemocí definované jako opakující se a alespoň 6 měsíců trvající vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje společenské normy platící pro daný věk (WHO, 2008). Poruchy chování u dětí mohou být podmíněny psychologicky nebo vlivem rodinného prostředí. Z psychologických faktorů lze zmínit poruchu chování jako projev náhradního uspokojení při citové deprivaci nebo ztrátě v životě dítěte. Emoční deprivace je právě často diskutovaným tématem ústavního prostředí. Poruchy v chování mohou být také projevem akutní tíživé situace, do které se dítě může dostat nebo disharmonického vývoje osobnosti dítěte (Říčan & Krejčířová, 1997).

Nejčastější duální diagnózou dospělých adiktologických klientů je porucha osobnosti (Kalina et al., 2015). V praxi dětské a dorostové psychiatrii se používá termín disharmonický vývoj osobnosti, který dovoluje do přemýšlení o problému dítěte zahrnout také vliv psychické výbavy jedince a její projevy, které mohou přesahovat do dospělosti i jako osobnostní varianta. U zmíněné cílové skupiny navíc hraje roli otázka kontinuity - diskontinuity, tedy do jaké míry je psychopatologie v dětském věku oddělena od té ve věku dospělém. Některé rozdíly pak například u jedince v 16 letech a u jedince v 18 letech nemusí být tak signifikantní, aby znemožňovaly diagnostikovat poruchu osobnosti osoby mladší 18 let (Hort, 2008).

Typickým přidruženým problémem je také automutilace, která je definována jako vědomé, cílené sebepoškozování, které není vázáno na psychózu nebo mentální retardaci (Hort, 2008). Jedná se akt fyzického násilí vůči sobě samému, který přináší úlevu od úzkosti (Emmerová, 2018). Nejčastěji dochází k pořezáním na končetinách, prsou či břiše. Nejčastěji začíná v adolescenci (Hort, 2008). Více ohroženou skupinou jsou dívky a psychicky nemocní jedinci (Emmerová, 2019). Nešpor zdůrazňuje úzkou souvislost mezi sebepoškozování a užíváním návykových látek (Nešpor, 2012).

2.3. Citová vazba a resilience

Tato podkapitola zkoumá problematické momenty vývoje z hlediska psychologického a popíše téma, které je často v souvislosti s prostředním institucí diskutováno. Vytvoření adekvátní citové vazby neboli attachmentu je důležitým předpokladem pro zdravý psychický vývoj jedince. Attachment definuje Bowlby jako trvalé pouto a potřebu dítěte vyhledávat a udržovat blízkost s primární pečující osobou. Tato potřeba se výrazně projevuje při stresové zátěži (Bowlby, 1990). Původně tedy chápeme pojem jako vytvoření vztahu mezi dítětem a pečující osobou (Buist et al., 2004). Vytvoření vřelého vztahu a jeho přetrvávání označoval Bowlby za klíčový faktor pro správný vývoj duševního zdraví jedince (Bowlby, 1990), na druhé straně zdůrazňoval, že opačná zkušenost a tím způsobená deprivace dítěte se mohou projevovat po celou délku života v psychosociálních oblastech. Důsledky trvání psychické deprivace označoval za různě závažné, případně nenapravitelné (Langmeier & Matějček, 2011). Na základě vytvoření citové vazby pak rozlišujeme 4 typy attachmentu, 1 typ bezpečný a 3 typy nejisté, u jehož všech forem vznikají problémy ve vztahu (Siegel, 2012).

1. Typ je jistý nebo bezpečný attachment, který je vytvořen u jedinců, jejichž pečující osoba byla citlivá k potřebám a signálům jedince, byla emočně dostupná a vnímavá.
2. Typ je vyhýbavý nebo úzkostný, ten pozorujeme u dětí, jejichž pečující osoba byla emočně nedostupná nebo odmítavá.
3. Typ je vzdorující či ambivalentní, vznikající u dětí, jejichž pečující osoba je v dostupnosti, vnímavosti a citlivosti nekonzistentní a pro dítě je její chování nepředvídatelné.
4. Typ je dezorganizovaný nebo dezorientovaný, identifikován je u dětí, jejichž pečující osoba byla zdrojem hrozby.

Siegel zdůrazňuje to, že vznik nejisté citové vazby nemusí automaticky predikovat výskyt duševní poruchy, ale zvyšuje rizikovost a vulnerabilitu jedince vůči psychickým a sociálním dysfunkcím (Siegel, 2012).

Teorii attachmentu se zabývaly také výzkumy z pohledu neurověd, kdy byl kladen důraz na zdravé vztahy jako protektivní faktory pro následky stresu a traumatu. V případě, že jedinec má během traumatické zkušenosti málo dobrých vztahových interakcí, prodlužuje se doba působení neuronálního systému odpovědného za reakci na stres. Perry tak zdůrazňuje důležitost raných zážitků a poukazuje na největší zranitelnost právě v raném dětství (Perry, 2009). Pearce poukazuje na to že kromě dyadické vztahu dítě-pečující osoba vytvářejí děti citovou vazbu také v dalších vztazích. Není však jasné, které mají největší vliv na další vývoj jedince (Pearce, 2009).

Vytvoření adekvátní citové vazby je důležité pro emocionální saturaci jedince. Pokud není dostatečná, jedinec může být citově deprivován. Důvodem může být nedostatečné uspokojení citových potřeb, ale také tím, že je péče poskytována několika osobami současně, což může být případně právě ústavních zařízeních (Vágnerová, 2012). V českém prostředí sledoval psychickou deprivaci dětí v ústavní výchově Matějček, který také formuloval 5 typů osobnosti deprivovaného dítěte. První je typ normoaktivní či relativně uzpůsobený, který dobře funguje v prostředí ústavu, nicméně mimo něj pod vlivem zátěže nemusí obstát. Dalším typem je hypokativní či útlumový typ, což jsou velmi často apatické děti, třetím typem je sociálně hyperaktivní dítě, které má velkou potřebu sociálních podnětů a v navazování vztahů je spíše povrchní, čtvrtým typem je sociálně provokativní jedinec, který navazuje vztahy někdy až agresivní způsobem a poslední typ je charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb. Poslední typ zahrnuje dítě, které si nedostatek citových podnětů kompenzuje získáváním podnětů z oblastí na nižší úrovni (Langmeier & Matějček, 2011), tedy i závislostním chováním.

Spolu s individuálními charakteristikami jedince a sociokulturním vlivem lze považovat kvalitu citové vazby za významné determinanty resilience neboli psychické odolnosti jedince (Doležalová, 2018). Luthar chápe resilienci jako dynamický proces obsahující žádoucí způsob přizpůsobení se během prožívání nepříznivé životní situace (Luthar et al., 2000). Resilience je proměnlivá v čase, ovlivňuje ji spolupůsobení prostředí a místa, ale i interakce rizikových a protektivních faktorů (Borman & Rachuba, 2001). Ve skupině adolescentů byla prokázána korelace mezi jistou citovou vazbou a vyšší úrovní resilience jedince (Shibue, 2014). Psychická odolnost jedince úzce souvisí s oblastmi duševního zdraví, jako je sebehodnota a sebedůvěra, výbava strategií pro řešení sociálních situací či víra ve vlastní výkonnost (Doležalová, 2018), což jsou, jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách, důležité oblasti dospívání. Autorka také zdůrazňuje nutnost podpory resilience u dětí žijících v ústavní výchově (Doležalová, 2018).

2.4. Rizikové a protektivní faktory

Výše již bylo zmíněno, že na vzniku psychopatologie se podílí řada činitelů, vnějších i vnitřních a na vznik poruchy má vliv vždy komplex několika navzájem se ovlivňujících determinantů, což platí i pro oblast adiktologické problematiky. Vliv mají rizikové i protektivní faktory. Psychopatologie dětí a adolescentů jsou tedy podmíněny multifaktoriálně, přičemž jednotlivé faktory jsou dané individuálně, sociokulturně či rodinným prostředím (Vašutová, 2005). Rizikové faktory zvyšují vulnerabilitu jedince, naopak protektivní faktory zvyšují jeho odolnost (Hort, 2008).

Za rizikové faktory na straně dítěte jsou považovány například předčasný porod, opožděný vývoj, temperament a osobnostní nastavení dítěte, ale také chronické onemocnění (Hort, 2008). Zásadní rizikovým faktorem pro vývoj dítěte pak představuje trauma, definované jako silně stresující zážitek, který vede ke změnám na mnoha úrovních psychiky jedince, i na úrovni neurobiologické (Hartl & Hartlová, 2000). Prožití traumatu je pak často opakujícím se klíčovým faktorem pro vznik závislostního chování v budoucnosti (Hort, 2008). Protektivní faktory na straně dítěte jsou pak například nadprůměrná inteligence a školní úspěchy, fyzické zdraví nebo schopnost fungování ve společnosti, což vede k dobré komunikaci s vrstevníky. Významnými protektivními faktory na straně jedince v období adolescence jsou pak vyšší úroveň vzdělání nebo aktivní sportovní činnost či jiná pravidelná zájmová činnost a víra, ať už víra v lidi, ve svět, v Boha nebo v seberealizaci (Hort, 2008).

Na úrovni rodiny jsou pak rizikové faktory reprezentovány zejména zátěžovými situacemi jako je rozvod rodičů, násilí v rodině, drogová závislost rodičů či jiná psychiatrická zátěž, kriminalita rodičů či jiné patologické chování rodiny. Významnými negativními faktory jsou také dysfunkční

vztahy v rodině a nedostatečná péče o dítě či absentující rodičovská postava. Naopak ochrannými faktory na straně rodiny jsou přiměřené výchovné postoje rodičů (Hort, 2008), jasné hranice a pravidla ve výchově (Čablová & Miovský, 2013) a zásadním protektivním faktorem po celou dobu vývoje dítěte je dostatečná emoční saturace (Hort, 2008).

Ve vztahu k sociálnímu prostředí jsou jako významné rizikové faktory identifikovány špatný sociální status rodiny či častá migrace. Negativně na jedince může působit také chování vrstevníků, které ale může plnit i funkci ochranného faktoru. Protektivně působí také kvalitní zasíťování službami a institucemi v místě, kde dítě vyrůstá (Hort, 2008).

Identifikace těchto vlivů a posílení faktorů ochranných, a naopak oslabení faktorů pro vývoj dítěte rizikových a minimalizování tak rizikového chování jedince je úkolem prevence (Hort, 2008). Rizikové chování je pak takové jednání jedince, které zapříčiňuje vznik zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro samotného jedince nebo společnost. Vzorce rizikového chování pak Miovský považuje za soubor jevů, které lze ovlivňovat intervencemi preventivními i léčebnými. V nejužším pojetí je uváděno 7 typů rizikového chování: záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování a závislostní chování. V širším pojetí jsou pak přidány další 2 oblasti, a to okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte a okruh poruch příjmu potravy. Nehomogenita zmíněných typů chování a fakt, že se jednotlivé typy vyskytují jen zřídka izolovaně nás opět přivádí k nezbytnosti aplikace mezioborového přístupu (Mioviský & Bártík, 2010).

Souvislostí rizikových faktorů ústavní péče a užívání návykových látek se zabýval Votava (2014), který formou kazuistik identifikoval jako nejčastěji se vyskytující rizikový faktor psychickou deprivaci, která je často ve vztahu k ústavní výchově zmiňována (např. již Matoušek, 1995). Zdůraznil také absenci individuálního prostoru a ocenění (Votava, 2014).

3. ADIKTOLOGICKÁ PROBLEMATIKA U DĚTÍ A DOROSTU

Třetí kapitola se věnuje prevalenci užívání návykových látek a závislostního chování u cílové skupiny děti a dorost a dále dostupným datům o zmíněné problematice u cílové skupiny dětí v dětských domovech.

Nešpor uvádí řadu specifíků užívání psychoaktivních látek u skupiny dětí a dospívajících. Zdůrazňuje že, závislost se vytváří rychleji, poukazuje na vyšší riziko těžších otrav, vyšší toxicitu psychoaktivních látek vzhledem k vyvíjejícímu se mozku a nebezpečného jednání pod vlivem návykových látek, ve vztahu s dospíváním také uvádí, že návykové látky způsobují zaostávání ve vývoji a oslabení duševní výkonnosti a jako zásadní zmiňuje nutnost oddálení prvního experimentu s návykovou látkou do co nejvyššího věku dítěte (Nešpor, 2013).

Ne každé užívání návykových látek v adolescenci je nutné označit jako závislostní. Mladý člověk prochází různými fázemi, než dojde k rozvoji škodlivého užívání nebo závislosti. Jsou to experimentální fáze, sociální fáze, ve které je vždy přítomný vliv sociální skupiny, brzká riziková fáze, pozdější riziková fáze, fáze škodlivého užívání a fáze závislosti. Jako důležitý indikátor se při hodnocení fáze ukazuje aktivní vyhledávání drogy jedincem bez ohledu na to, zda ho ovlivňují vrstevníci. To je důležitý přechod do rizikové fáze (Gilvarry et al., 2016).

Na vliv vzniku závislostního chování u dětí má vliv řada faktorů. Na jedné straně je velmi významným faktorem rodinné prostředí, na straně druhé hrají roli osobnostní rysy klienta. V rámci kvalitativní části analýzy potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek byly identifikovány některé opakující se znaky u dětských klientů specializovaných služeb. Odborníci se často setkávali s nedostatkem času a pozornosti pro dítě v rodinném prostředí, problémy s vymezením hranic či nízkou mírou kontroly a starostlivosti (Miovský et al., 2014). To potvrzuje obecné rizikové faktory ze strany rodinného prostředí zmíněné v předešlých kapitolách. Zmíněno bylo také téma citové vazby, které bylo v souvislosti s adiktologickou problematikou diskutováno výše. Co se týče socioekonomických podmínek byly i u dětských klientů potvrzeny dva opačné původy, na jedné straně rodiny se slabším sociálním zajištěním, a druhé straně ekonomicky velmi dobře zajištěné rodiny. Jako opakující se faktor se objevila také náhradní rodinná výchova. Na straně dítěte se pak objevovaly znaky jako disharmonický vývoj osobnosti, poruchy chování, duální diagnózy, v souvislosti s nimiž byla zmíněna i teorie sebemedikace návykovými látkami. Typické byly také problémy ve škole či neadekvátní výplň volného času (Miovský et al., 2014).

3.1. Užívání návykových látek u dětí a dorostu

Hodnocení prevalence užívání návykových látek u dětí a dorostu může být problematické, protože většina studií se zabývá sbíráním dat pouze z omezené věkové skupiny. V této podkapitole zmíním ty nejdůležitější zdroje dat. Na mezinárodní úrovni je prvním zdrojem o adiktologické problematice mládeže studie HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children), která se zaměřuje na životní styl žáků základních škol ve věku 11, 13 a 15 let a je realizovaná v intervalu 4 let. Poslední sběr dal proběhl v červnu 2018 a zúčastnilo se jí 277 škol ve všech krajích České republiky (Mravčík et al., 2019). Druhou významnou studií je každé 4 roky pravidelně realizovaná studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Cílovou skupinou studie jsou 16letí studenti v evropských zemích a hodnotí situaci a vývoj v oblasti užívání návykových látek, gamblingu a gamingu a nově se také zaměřuje na otázky týkající se trávení času na sociálních sítích, užívání bezdýmého tabáku a konzumace energetických nápojů. Poslední sběr dat proběhl v roce 2019, výsledky budou zveřejněny až v průběhu roku 2020. V roce 2018 byla realizována validizační studie ESPAD zaměřená na výskyt a rozsah různých forem rizikového chování u 17-18letých studentů středních škol (Mravčík et al., 2019). Zmíním také studii GYTS (Global Youth Tobacco Survey), která monitoruje situaci ohledně tabáku ve věkové populaci 13-15 let (Rolová, Miovský & Barták, 2018). Realizovány jsou také lokální studie.

Kouření cigaret

HBSC studie přinesla pozitivní výsledky v oblasti užívání tabáku, ve kterém v roce 2010 patřila ČR k zemím s nejvyšší mírou v Evropě, zatímco výsledky tohoto období ukázaly klesající trend a ČR se tak dostala na evropský průměr. Pravidelné kouření cigaret bylo zjištěno u 11 % 15letých. Výsledky validizační ukázaly, že v posledním měsíci kouřilo cigarety 32 % 18letých studentů, z toho 15 % kouřilo denně (Mravčík et al., 2019). Dle výsledků HBSC studie denní kouření uvedly 2 % 13letých studentů, 9 % 15letých studentů a alespoň 1x týdně kouřilo cigaretu 1 % 11letých dívek a 2 % 11letých chlapců (Gecková et al., 2016). Dle studie GYTS vykazovala více než polovina studentů (57 %) známky závislosti na tabáku (Sovinová & Kostecká, 2016). Ze zahraniční zkušenosti vyplývá, že lze předpokládat nárůst užívání elektronických cigaret u dětí a dospívajících (Polosa et al., 2017).

Alkohol

Konzumace alkoholu je zvyšujícím se problémem mezi dětmi a mladistvými. První zkušenosti s konzumováním alkoholu uvádí většina dětí mezi 11. a 13. rokem (Gecková et al., 2016). Dle ESPAD 2015 konzumovalo v posledním měsíci alkohol 68 %, což znamenalo nadprůměrný výsledek v rámci evropského kontextu. Pití 5 a více sklenic při jedné příležitosti uvedlo celkem 42 % dotázaných (ESPAD, 2016). Vysoká prevalence byla identifikována u konzumace alkoholu i v aktuálnějších studiích, kdy alespoň 1x v životě pilo alkohol 98 % 17-18letých studentů (Mravčík et al., 2019).

Konopné látky

55 % respondentů studie ESPAD uvedlo zkušenost s nelegální drogou, kdy v 54 % šlo o konopné látky (Mravčík et al., 2019). Dle ESPAD 2015 užilo za poslední měsíc konopné látky 13 % respondentů (ESPAD, 2016). Validizační studie ESPAD 2016 identifikovala nižší číslo, a sice 10 % (Chonymová, Csémy & Mravčík, 2016).

Ostatní nelegální návykové látky

Výše již bylo zmíněno, že 55 % studentů uvedlo zkušenost s nelegální drogou, kdy v 54 % šlo o konopné látky, v 7 % se jednalo o MDMA, v 6 % o LSD a jiné halucinogeny a ve 4 % byly uvedeny halucinogenní houby (Mravčík et al., 2019). Dle odhadu metamfetamin aktuálně užívá okolo 2 750 dospívajících, drogy opiátového typu 2 100 osob, zkušenost s kokainem má okolo 5 000 adolescentů a 3 460 mladých lidí si někdy aplikovalo návykovou látku intravenózně (Rolová, Miovský & Barták, 2018). Celoživotní prevalence zkušeností s nelegálními návykovými látkami byla vyšší u chlapců. Poměrně významně byly zastoupeny také těkavé látky, a to v 9 %, a sedativa či hypnotika, která byla uvedena v 17 %, dívky uváděly častější zkušenost pouze v případě sedativ a hypnotik (Mravčík et al., 2019).

Zmíněná validizační studie umožnila porovnat vývoj výsledku z roku 2016 a významným zjištěním byla zejména informace, že mezi 16. a 18. rokem věku dochází k nárůstu ve zkušenosti mládeže s užíváním návykových látek, a to také v pravidelném kouření cigaret a rizikových forem užívání alkoholických nápojů. Rozdíly ve vzorcích užívání mezi chlapci a dívkami nejsou nijak závažné, naopak zajímavé bylo zjištění, že s postupujícím věkem se vyrovnávaly rozdíly mezi jedinci dle typu studované školy (Mravčík et al., 2019).

Ve studii ESPAD z roku 2015 se také jako varovná informace ukázalo to, že se subjektivně vnímaná dostupnost legálních návykových látek je dlouhodobě vysoká a došlo také k nárůstu subjektivně vnímané dostupnosti pervitinu a extáze. Naopak vnímání rizika pití alkoholu a experimentu s konopnými látkami či metamfetaminem je nízké. Co se týče průměrného věku první zkušenosti s návykovými látkami, ukázalo se, průměrný věk první zkušenosti s kouřením cigaret dosahoval 11,9 let, první konzumace alkoholu 12,6 let a první zkušenosti s užitím konopné drogy 14,5 let (ESPAD, 2016).

Jak již bylo zmíněno výše, realizovány jsou také studie lokální. V Ústeckém kraji byla například provedena studie Pedagogickou fakultou Univerzity J. E. Purkyně o kouření tabáku, konzumaci alkoholu a užívání marihuany u studentů středních škol Ústeckého kraje z let 2015 a 2016. Studie potvrzuje specifika Ústeckého kraje v adiktologické problematice a poukazuje na vysokou prevalenci užívání návykových látek u mládeže a rozdíly oproti jiným částem ČR. V porovnání se studií ESPAD studenti Ústeckého kraje více kouřili (42 %), konzumovali alkohol v posledních 30 dnech (73 %) a vyšší prevalence se ukázala také v užívání konopných látek (v posledním roce užilo 30 % respondentů a v posledním měsíci 15 % studentů) (Pyšný et al., 2018). Vysoká prevalence byla identifikována u užívání stimulantů v posledních 30 dnech kdy v Ústeckém kraji byla zjištěna v 1,1 %, hůř na tom byl jen kraj Zlínský (1,2 %) a kraj Vysočina (1,8 %) (Chonymová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014).

Z obecných trendů je však důležité zmínit, že se mění životní styl mládeže, a to tak, že výskyt rizikového chování klesá a první zkušenost s experimentem s návykovými látkami se posouvá do vyššího věku. Z části jde o přirozený vývoj, z části je to dáno vlivem technologií. Na jedné straně se mění trávení volného času dětí a dorostu, kdy mládež tráví více času doma ve virtuálním prostoru a zároveň se pod vlivem informací sdílených na internetu zvyšuje hodnota zdraví a péče o sebe. Pod vlivem komunikačních technologií a socioekonomických podmínek se také zvyšuje rodičovská kontrola, což má pozitivní vliv (Chonymová, Csémy & Mravčík, 2016). Nově se ale také ukazuje zvyšující se trend v experimentování s novými psychoaktivními látkami, kdy dle mezinárodní studie v posledním roce užily 3 % školní populace (ESPAD, 2016).

3.2. Nelátkového závislostní chování u dětí a dorostu

Výše bylo zmíněno, že trávení volného času mládeže se přesouvá stále více do virtuálního prostoru. Pohyb v kyberprostoru a trávení času v něm však přináší svá specifická rizika na život dětí

a dospívajících. Vzhledem k tomu, že se hraní digitálních her stává oblíbenou volnočasovou aktivitou dětí a dospívajících stále více se na toto téma zaměřuje i adiktologie (Suchá, Dolejš & Pipová, 2019). Stejně jako užívání návykových látek i gaming přináší řadu rizik a negativních dopadů jako problémy s opěrným systémem těla, narušení denního cyklu a problémy se spánkem či zhoršené vidění (Suhail & Bargees, 2006). Nadměrné hraní her se také odráží na psychice jedince a může docházet ke konfliktům v interpersonální oblasti (Chen & Peng, 2008) a odráží se to také na problémech ve škole či zaměstnání (Suchá, Dolejš & Pipová, 2019). V DSM-5 je pak již zařazeno 9 diagnostických kritérií pro poruchy hraní internetových her (APA, 2013).

Pro hodnocení prevalence oblasti gamblingu, gamingu a dalších behaviorálních závislostí jsou opět důležitá data získaná ze studie ESPAD. V roce 2015 uvedlo téměř 28 % 16letých studentů bez ohledu na pohlaví, že tráví buď denně nebo téměř denně čas hraním počítačových her. Častěji se jednalo o chlapce, kteří tento vzorec trávení uvedli v téměř 50 %. 84 % respondentů uvedlo, že denně tráví čas používáním internetu, děvčata o 3 % převyšovala chlapce, a nejčastěji se jednalo o užívání sociálních sítí, dále vyhledávání informací, stahování hudby a hraní online her. Co se týče času stráveného na internetu, tak 42 % studentů uvedlo, že ve všední den stráví surfováním na internetu nejméně 4 hodiny. Téměř 1/3 studentů tráví o víkendu takto čas déle než 6 hodin. Přílišné trávení času na internetu dokázalo subjektivně reflektovat 52 % dotázaných (ESPAD, 2016). V oblasti gamblingu a internetového sázení uvedlo 9 % studentů, že v posledním roce hrálo hry o peníze, častěji se jednalo o chlapce. Hraní na automatech uvedly v posledních 12 měsících 2 % dotázaných (ESPAD, 2016).

Hraním elektronických her na počítači, mobilním telefonu, herních konzolích a podobně u české mládeže se zabývala v roce 2018 také Katedra psychologie Univerzity Palackého v Olomouci prostřednictvím celorepublikového výzkumu mezi jedinci ve věkové kategorii 11-19 let a odhadovala mimo jiné prevalenci problémového hraní digitálních her. Nejvíce problémových hráčů elektronických her se bylo identifikováno na základních školách, kde do kategorie rizika rozvoje závislosti spadalo téměř 7 % dotázaných. Do kategorie závislosti na hraní her spadaly téměř 4 % respondentů a vyšší prevalence byla prokázána u chlapců (Suchá, Dolejš & Pipová, 2019). Dle výzkumné skupiny ESPAD mají opatření pro minimalizaci negativních dopadů nelátkového závislostního chování dospívajících významně vysokou prioritu (ESPAD, 2016).

3.3. Užívání návykových látek v ústavní péči

Cílovou skupinou dětí v institucionální péči se zabývala například Doležalová v roce 2016, konkrétně se zabývala vztahem citové vazby a duševního zdraví u dívek ve věkové kategorii 15-19 let a mimo jiné také užíváním návykových látek. Studie ukázala, že dívky umístěné v ústavní péči uváděly oproti běžné školní populaci častější kouření cigaret v posledních 30 dnech a častější užití nelegálních návykových látek v posledním roce (Doležalová, 2018). Užití konopných látek bylo zjištěno v 61 % případů, což bylo o 20 % více než v případě studie ESPAD u dívek ve věkové kategorii 17 - 18 let, a velký rozdíl byl identifikován v užití stimulancií v posledních 12 měsících, kdy dívky v institucionální péči uvedly zkušenost ve 44 % případů, zatímco ve studii ESPAD bylo užití zjištěno ve 2 % ve věkové kategorii 15-16 let a v 5 % ve věku 17-18 let. Zkušenost s těkavými látkami v posledním roce uvedlo 18 % dívek, což byl opět vyšší výsledek než v běžné školní populaci dívek. Výzkum také identifikoval častější suicidiální pokusy, nespokojenost s vlastním životem a nízkou sebehodnotu (Doležalová, 2018).

Vysokou prevalenci kouření u dětí v ústavní výchově potvrdila i Kovaříková, která identifikovala, že 90 % dotázaných dětí v diagnostických ústavech si za poslední měsíc kouřilo cigaretu. Denní kouření pak přiznalo 71 % dotázaných. Za poslední měsíc také 67 % respondentů přiznalo konzumaci alkoholu. Konopí v posledních 30 dnech užila více než polovina respondentů, a sice 53 % (Kovaříková, 2016).

Prevalenci užívání návykových látek v dětských domovech se zabývala Šimková, která identifikovala zkušenosti za poslední měsíc, s alkoholem ve 26 %, s tabákem v polovině případů a s konopím v 0,5 % (Šimková, 2013). Drogovou závislostí dětí v ústavní péči se zabývala také Masnerová, která pomocí polostrukturovaných rozhovorů mapovala problematiku užívání návykových látek v dětských domovech. Ve své práci zmiňuje snadnou dostupnost návykových látek pro děti v ústavní péči. Z nelegálních návykových látek uvedla jako významný problém užívání marihuany (Masnerová, 2011). Problematikou drog v prostředí dětských domovů se zabývala také Sedliská, která potvrdila, že děti žijící v dětských domovech se s drogami setkávají často (Sedliská, 2014). Rostoucí trend adiktologické problematiky v ústavní péči uváděl již také Janský, který zdůrazňoval také počátek kouření v brzkém věku (Janský, 2004). Miovský uvádí, že děti žijící v institucionální výchově mají zkušenost s návykovými látkami často již před umístněním, případně za sebou mají již zkušenost s trestnou činností z oblasti drogové kriminality (Miovský et al., 2015).

Závislostním chováním na internetu u dětí z dětských domovů se zabývala Cermanová, která zkoumala děti ve věkové kategorii 11-22 let a zjistila, že 59 % respondentů tráví denně čas

na internetu, více jak 4 hodiny denně tam trávilo 28 % dětí, hazardní hry někdy v životě hrálo 13 % jedinců, jako nejvíce navštěvovaná aplikace byl identifikován Facebook (Cermanová, 2019).

Doležalová ve své práci zdůrazňuje rizikovost a vulnerabilitu dětí žijících v ústavní péči ve vztahu k adiktologické problematice. Poukazuje například na podceňování tématu užívání tabákových výrobků, které je v institucionální výchově všeobecně akceptováno a označuje ho za tabuizované a problematické z hlediska legislativy školských zařízení. Doležalová také zmiňuje vhodnost realizace screeningu v systému ústavní výchovy a zamyšlení se nad tématem prevence a léčby (Doležalová, 2018). Dlouhodobý pobyt v ústavní výchově může mít za následek zhoršování schopností komunikovat či regresi do ranějších vývojových stádií a hledání náhradního uspokojení právě například ve formě zneužívání návykových látek (Hajný, 2003).

4. DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ ADIKTOLOGIE

Sekce dětské a dorostové adiktologie při Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, vymezuje cílovou skupinu pro tuto oblast adiktologie jako skupinu dětí do 15 let a dospívajících do 18 let včetně. Zdůrazňuje její interdisciplinární založení a zahrnuje do ní široké spektrum odborností a také klade důraz na zohledňování celé řady specializovaných institucí, například také ústavní výchovu a péči (Dětská a dorostová adiktologie, 2020). V poslední kapitole se budu věnovat právě přístupu k dětské a dorostové adiktologii, jejím úrovním a limitům a doporučeným postupům. V podkapitole síť služeb se budu věnovat adiktologickým ambulancím a zdravotnickým zařízením, nikoli dalším zainteresovaným institucím, a to z důvodu, že cílem práce není zmapovat všechna zařízení, která se věnují dětem, které jsou ohroženi užíváním návykových látek.

4.1. Prevence rizikového chování

Pojem prevence v sobě zahrnuje veškerá opatření, jejichž účelem je předcházení a minimalizace jevů, které souvisí s rizikovým chováním a jeho důsledkům. Může se jednat o intervenci výchovnou, vzdělávací, zdravotní či sociální. Odehrává se na úrovni primární, sekundární a terciární. Podstatou primární prevence je předcházení vzniku rizikového chování u jedinců, u nichž se doposud takové chování nevyskytlo (Miovský et al., 2015). MŠMT chápe primární prevenci jako výchovu ke zdravému životnímu stylu a k rozvoji pozitivního chování a dovedností (MŠMT, 2010). Miovský zdůrazňuje mezioborový a mezisektorový charakter primární prevence (Miovský et al., 2015). Primárně preventivní aktivity pak probíhají na úrovni prevence všeobecné (míří na širokou cílovou skupinu), selektivní (probíhá na úrovni ohrožených či znevýhodněných skupin) a indikované (zaměřuje se na ohrožené jedince, či jedince, u kterých se již objevuje rizikové chování). Dle charakteru zaměření ji pak dělíme na nesespecifickou a specifickou (Miovský et al., 2015).

Překryvem indikované prevence a léčby je do jisté míry časná diagnostika a intervence (EMCDDA, 2009), jejichž cílovou skupinou jsou jedinci, u nichž je indikovaná intervence léčebného typu zaměřená na určitý symptom rizikového chování (například užívání návykových látek) (UNODC, 2006). Cílem je zabránit pokračování a přechodu do chronické formy a minimalizovat negativní dopady (Miovský et al., 2015).

Primárně preventivní programy pracují na základě zásad, které zvyšují její efektivitu, jako je například komplexnost a kombinace mnohočetných strategií, kontinuita působení, včasný začátek

a další, a vychází z různých teoretických modelů, například kognitivní model, modely sociálního vlivu, sociologické a vývojové modely nebo modely komplexního vlivu sociálního prostředí (Miovský et al., 2015).

Sekundární prevence pak označuje snahu o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování osob, které jsou tímto chováním ohroženi nebo zasaženi. Terciární prevence minimalizuje zdravotní a sociální důsledky rizikového chování (Klinika adiktologie, 2019).

4.2. Prevence rizikového chování v podmínkách ústavní výchovy a péče

Dětská adiktologická péče se postupně rozvíjí jako další část oboru a jsou formulovány její první strategické dokumenty a zlepšuje se také mezioborová komunikace s pediatrií či dětskými psychiatry. Spolupráce se segmentem ústavní výchovy je dle Miovského další logický krok ve vývoji (Miovský, 2019). Všechny typy zařízení spolupracují v různé formě se zřizovateli a dalšími rezorty, s obcemi, úřady, policií, školami i nestátními neziskovými informacemi (Miovský et al., 2015).

Preventivní opatření a aktivity jsou v ústavní péči realizovány průběžně, v celém spektru a úrovních primární, sekundární i terciární prevence. Rizikové chování je u jedinců v institucionální péči totiž zastoupenou v celé řadě projevů a v různé intenzitě, nutné je tedy reagovat vždy na konkrétní situaci (Miovský et al., 2015). Preventivní aktivity realizované ve všech typech školských zařízení a jejich realizace jsou velmi nejednotné. V průzkumech byly identifikovány jako nejčastější aktivity besedy či přednášky a také zátěžové pobyty či sportovní aktivity. Ukazuje se nutnost toho, aby profesionálové pracující s ohroženou mládeží byli schopni porozumět celému kontextu dítěte se všemi jednotlivými souvislostmi v návaznosti na vývojové etapy. Prostředí ústavní výchovy vytváří specifickou dynamiku, která může vytvářet různé komplikované situace, na které by měl být multidisciplinární tým odborníků schopen reagovat. Osvědčený je zejména individuální přístup k dítěti a dobrá znalost zmíněné vývojové dynamiky. Doporučuje se také spolupráce s odborníky v externí formě, podpora vzdělávání pracovníků v tématu rizikového chování a vytvoření uceleného konceptu, který bude zahrnovat adiktologická témata (Miovský et al., 2015).

Školská zařízení ve většině typů nefungují tak, že by měli jeden úkol, naopak děti jsou do zařízení svěřovány za účelem zajištění širokého spektra potřeb a všestranné péči s cílem zajistit optimální vývoj. S ohledem na historii společnosti, politiku a různé přístupy k drogové problematice nebylo snadné ve vývoji školských zařízení najít standardizovaný přístup. Fungování oboru

adiktologie vytváří možnost pro školská zařízení zapojit do svých týmů specializované odborníky (Toman, 2018).

V souvislosti s prevencí v ústavní péči je znovu zmiňováno budování resilience, které by mělo být součástí výchovy v rodině, ale též i součástí školní prevence. Richman zdůrazňuje nutnost podpory dětí v ústavní péči, které jsou vulnerabilní skupinou a i přesto, že jistou podporu dostávají, mohou se objevovat například psychologické, pedagogické či systémové bariéry (Richman et al., 1993).

4.3. Síť služeb pro děti a dorost

Zařízení, které se specializují na poskytování odborné adiktologické péče pro děti a dorost, není mnoho. Vytvoření páteřní sítě služeb, je prioritou číslo 1 Sekce dětské a dorostové adiktologie Společnosti pro návykové nemoci ČSL JEP (Dětská a dorostová adiktologie, 2020). V ČR lze vyhledat 1 detoxifikační centrum pro děti a dorost, adiktologické ambulance, které ve svém názvu nesou skupinu dětí či mladistvých, je 7, dále fungují dětské psychiatrické nemocnice a oddělení dětské psychiatrie v nemocnicích, pro které je však přijetí dítěte s adiktologickou problematikou nezdědka překážkou, terapeutické komunity specializující se na skupinu mladistvých jsou 2 a 1 fungující při výchovném ústavu. V péči o děti a dorost figurují také diagnostické a výchovné ústavy, střediska výchovné péče, z nichž některé deklarují specializaci na adiktologickou problematiku. Konkrétně v Ústeckém kraji funguje Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost Ústí nad Labem (KAAPDD), Dětská psychiatrická nemocnice Louny a oddělení dětské psychiatrie v nemocnicích a dětské psychiatrické ambulance v řádu jednotek (NMS, 2015).

4.4. Doporučené postupy v práci s mladistvými

Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek představují ucelený dokument, který poskytuje oporu v práci se zmíněnou cílovou skupinou. Zdůrazňují opět nutnost mezioborového přístupu a spolupráci všech zainteresovaných složek jako celku. Poukazují na to, že všichni pracovníci v kontaktu s mladistvými by měli být schopni identifikovat ohrožení, vyhodnotit indikaci komplexního klinického posouzení a včas oslovit vhodného odborníka (Gilvarry et al., 2016).

Zdůrazňují prosazování integrovaného a koordinovaného přístupu, který bere v potaz všechny potřeby jedince a zapojení místních systémů tak, aby spolupracovaly efektivně ve prospěch

mladistvého. Pro odborníky a specializovaná zařízení pak doporučují používat nehodnotící a reflektující intervence s cílem pracovat s motivací ke změně chování, na základě multidisciplinárního hodnocení a holistického přístupu. Poukazují také na nutnost proaktivního a angažovaného přístupu pracovníků specializovaných zařízení a postup spolupráce na základě vypracování plánu integrované péče, který bude komplexní a nebude zapomínat na sociokulturní kontext situace a bude pravidelně revidován (Gilvarry et al., 2016).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části budou prezentovány cíl výzkumu a výzkumné otázky, průběh realizace výzkumu a jeho výsledky. V druhé části je pak věnován prostor diskuzi, komentující identifikovaná zjištění a limity práce, a závěru studie.

5. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem diplomové práce je identifikovat možnost uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje.

Za dílčí cíle si práce klade popsat současnou situaci týkající se adiktologické problematiky v dětských domovech Ústeckého kraje a navrhnout podobu možné spolupráce zmíněných dětských domovů s adiktologem a identifikovat případné bariéry, které by této spolupráci bránily.

Studie nemá být hodnotící či jakkoli poukazovat na nedostatečný přístup pracovníků dětských domovů, naopak má sloužit k otevření dialogu mezi složkami ústavní péče a odborníků v adiktologii a přispět tak ke zefektivnění péče o děti a dorost v ústavní péči.

Pro naplnění výše zmíněných cílů byly definovány následující výzkumné otázky:

Jaký je současný stav v oblasti adiktologické problematiky u dětí v dětských domovech Ústeckého kraje?

Jakým způsobem je s adiktologickými tématy v dětských domovech Ústeckého kraje zacházeno v současné době?

Jak by hodnotili pracovníci dětských domovů Ústeckého kraje působení adiktologa v jejich zařízeních?

Pokud by pro ně bylo přínosné, v jaké podobě?

Jaké hlavní bariéry by mohly bránit navázání spolupráce dětských domovů Ústeckého kraje s adiktologem?

6. VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1. Výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pracovníci dětských domovů Ústeckého kraje napříč odbornostmi a postavením v týmu zařízení. V rámci studie byly osloveny všechny zařízení Ústeckého kraje nesoucí název dětský domov, nikoli dětský domov se školou, což je dle databáze MŠMT 17 zařízení (MŠMT, 2019). Záměrem studie tedy bylo, aby se výběrový soubor rovnal základnímu souboru a jednalo se o metodu totálního výběru ze skupiny nepravděpodobnostních metod výběru výzkumného souboru. Metoda totálního výběru pro oslovení zařízení byla zvolena z důvodu, že se to vzhledem k nízkému počtu prvků základního souboru jevílo jako výhodné (Miovský, 2006). V konečném výsledku však participovalo celkem 11 zařízení, které se byly tedy vybrány metodou samovýběru.

Každé zařízení pak bylo reprezentováno minimálně 1 pracovníkem zařízení zvoleným metodou záměrného výběru, tedy na základě určitých vlastností či kritérií (Miovský, 2006).

Pro výběr pracovníka byly stanoveny následující kritéria:

- pracovník je součástí týmu dětského domova, nejedná se tedy o externího pracovníka
- pracovník v daném zařízení pracuje minimálně 1 rok
- pracovník vykonává pozici, která zahrnuje přímý kontakt s dětmi

Pracovníci pak byli v rámci zařízení vybráni prostým záměrným výběrem, tedy pouze stačilo, aby splnili daná kritéria, v kombinaci s metodou samovýběru (Miovský, 2006).

6.2. Charakteristika výzkumného souboru

Z celkového počtu oslovených zařízení souhlasilo s participací na studii celkem **11** zařízení, tedy většina ze všech oslovených institucí (11 ze 17). Každé zařízení bylo zastoupeno 1 pracovníkem. V konečném výsledku participovalo tedy **11** pracovníků. Z hlediska pozice v týmu byl výzkumný soubor tvořen 7 řediteli/zástupci ředitele zařízení (6 speciálních pedagogů/etopedů, 1 psycholog), 2 sociálními pracovníky, 1 vychovatelem, 1 metodikem prevence. Co se týče délky praxe v zařízení, nejkratší délkou praxe bylo 5 let. Délka praxe v zařízení typu dětský domov byla tedy zastoupena v následujících kategoriích:

- délka praxe do 9 let: 2 pracovníci
- délka praxe 10 - 19 let: 3 pracovníci
- délka praxe 20 - 29 let: 4 pracovníci
- délka praxe nad 30 let: 2 pracovníci

Původním záměrem studie bylo oslovit z každého zařízení více pracovníků dle stanovených metod výběru tak, aby byly získány poznatky různých odborností s různou délkou praxe. Důvody nesplnění jsou zmiňovány v diskuzi.

7. VÝZKUMNÁ DATA

7.1. Metoda sběru dat

Výzkum byl realizován na základě kvalitativní přístupu, který umožňuje proces hledání hlubších souvislostí a porozumění jednotlivým oblastem problematiky. Zvolenou metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor.

Všechny dětské domovy byly kontaktovány v první fázi výzkumu prostřednictvím telefonického rozhovoru či emailové komunikace, během kterých byl pracovníkovi vysvětlen účel práce a způsob zajištění anonymity. K získání kontaktu na dětské domovy byly použity veřejně dostupné zdroje a kontaktován byl pracovník, na kterého byl dostupný kontakt. Pokud během telefonického rozhovoru pracovník dal souhlas k zapojení do studie, byl domluven termín osobního setkání. Proces telefonického rozhovoru byl zaznamenáván do záznamového archu v programu MS Excel, kde byla všechna zařízení a jejich pracovníci vedeni pod anonymním kódem, který měl podobu například DD01PR01. Zkratka DD označovala dětský domov a PR pracovníka. Číslo bylo jednotlivým dětským domovům přiřazeno pomocí online generátoru čísel od 1 do 17. Participantům byl také před zahájením sběru dat poskytnut informovaný souhlas, obsahující informace o účelu výzkumu, o jeho průběhu a o způsobu práce s informacemi a informace o výzkumníkovi. Obsahoval také důraz na zachování anonymity. Informovaný souhlas byl distribuován ve 2 výtiscích, oba participant stvrdil svým podpisem, 1 poskytl výzkumníkovi a 1 si ponechal.

Ke sběru dat pak byla použita metoda polostrukturovaného interview, které je kompromisem mezi volným a strukturovaným rozhovorem. Redukuje nedostatky obou zmiňovaných typů rozhovoru a zároveň poskytuje tazateli oporu, stejně tak jako volnost v dotazování. Jednou z doporučených součástí polostrukturovaného rozhovoru je tzv. inquiry, což znamená upřesňování odpovědí tazatelem. Tento proces slouží ke zvýšení výtěžnosti rozhovoru a zároveň k eliminaci chybného pochopení podávané výpovědi. Nezbytná součást rozhovoru je tzv. jádro interview, tedy okruh témat, na které se výzkumník musí zeptat (Miovský, 2006). Jádro interview této studie je přiloženo v podobě přílohy č. 1. Rozhovory se soustředily na 3 hlavní oblasti kopírující výzkumné otázky, a sice jaký je současný stav v dětských domovech ÚK v adiktologické problematice, zda by pracovníci těchto domovů uvítali spolupráci s adiktologem a třetí oblastí byl návrh možné spolupráce a identifikace bariér, které by jí mohly zabránit. Celkem bylo uskutečněno 11 rozhovorů, které probíhaly v časovém rozmezí únor - duben 2020. Sběr dat byl realizován v prostorách dětského domova a v 5 případech proběhl telefonickou formou či formou videorozhovoru vzhledem k zavedeným opatřením vlády ČR v souvislosti se šířící se epidemií COVID – 19 v době měsíce března a dubna 2020 (MZ ČR, 2020), kvůli kterým řada dětských domovů omezovala možnost návštěvy zařízení. Nevýhody jsou zmiňované v diskuzi práce. V úvodu rozhovoru byl představen výzkumník, znovu představen účel a průběh studie a vytvořený prostor pro účastníka pro jeho otázky. Tento prostor byl ve většině případů věnován edukaci účastníka o profesi adiktologa a jeho kompetencích. Průměrná délka rozhovoru byla 48 minut. Během sběru dat byl používán záznamový arch jako pomůcka výzkumníka (Miovský, 2006).

7.2. Metoda zpracování dat

Během sběru dat docházelo k jejich fixaci, tak aby s nimi bylo v další fázi výzkumu možnost pracovat. Jako metoda fixace kvalitativních dat studie byla zvolena metoda audiozáznamu a to v případě rozhovoru osobního i elektronického. Metoda audiozáznamu umožnila výzkumníkovi lepší prostor pro pozorování, protože nebylo nutné dělat si poznámky (Miovský, 2006). Audiozáznam byl zaznamenán na mobilní telefon, který byl chráněn proti vnějšímu zásahu a po přepisu byl vymazán.

Fixací sbíraných dat byl získán zvukový záznam, který byl následně upraven tak, aby byl připraven pro analýzu. V první fázi zpracování byl materiál transkribován do textového editoru MS Word. Každá otázka tazatele i odpověď účastníka byla zaznamenána na nový řádek, poznámky byly vpisovány barevně. Během transkripce byly použity doporučené nástroje pro eliminaci vlivu

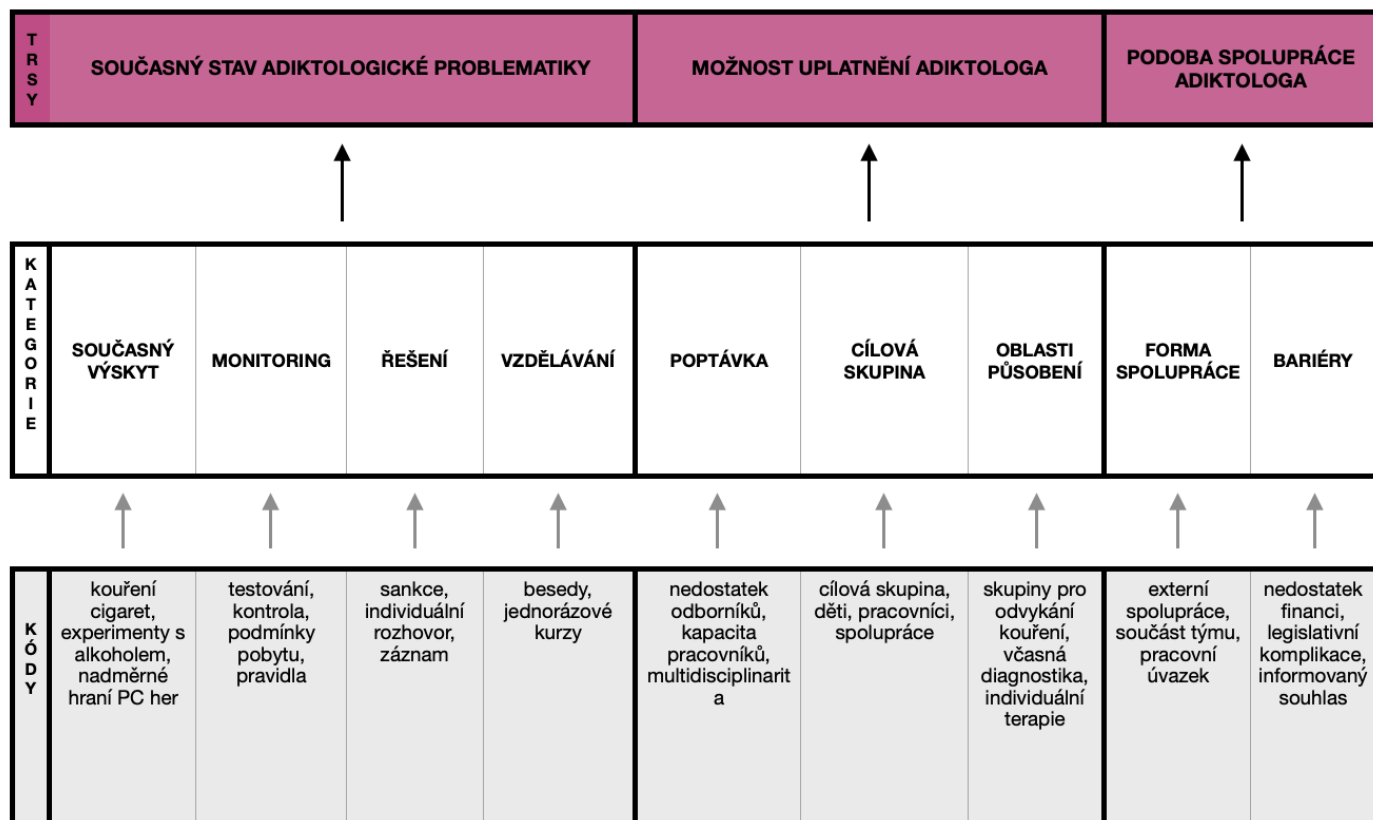
výzkumníka na přepis, například kontrola transkripce opakovaným poslechem nebo kontrola transkripce prostřednictvím vnějšího auditu (Miovský, 2006).

Následoval další krok zpracování sebraných dat a sice jejich systematizace. První fází bylo roztřídění dat do kategorií dle daných kritérií (Miovský, 2006). V tomto případě dle odbornosti a délky praxe. Dalším krokem byla redukce prvního řádu, která dělá přepis snadněji zpracovatelný analytickou fází. V této fázi byl také využit proces kódování, který zahrnuje přiřazování klíčových slov k částem textu a vede k přehlednější a snadnější práci s analyzovaným textem prostřednictvím identifikace významových celků a jejich označování (Miovský, 2006). Jako klíčové byla použita například tato slova: kouření cigaret, sankce, preventivní opatření, tým.

7.3. Metoda analýzy dat

Jako hlavní postup analýzy získaných kvalitativních byla použita metoda vytváření trsů. Nejprve byl ale text několikrát pozorně čten, aby došlo k co nejlepšímu pochopení datového souboru. Metoda trsů umožnila konceptualizaci datového souboru, do skupin dle překryvu významových jednotek. Jednalo se o proces induktivního nakládání s datovým souborem, který sloužil k vytvoření obecnějších kategorií a dále byl text zpracováván formou hierarchizace a vytvářeny byly další jednotky (Miovský, 2006). Získané kategorie byly následně podrobně charakterizovány. V konečném zpracování byly vytvořeny následující kategorie: současný výskyt adiktologické problematiky u dětí DD ÚK, monitoring adiktologické problematiky v DD ÚK, řešení identifikovaného adiktologického problému, vzdělávání dětí a pracovníků v adiktologické problematice v DD ÚK, názor na možnost uplatnění adiktologa v DD ÚK, přínosy působení adiktologa v DD ÚK, podoba spolupráce adiktologa a DD ÚK, bariéry bránící spolupráci adiktologa a DD ÚK. Jednotlivé kategorie pak byly rozděleny do 3 trsů. Charakteristika jednotlivých kategorií, pak poskytla odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Postup tvoření jednotlivých trsů je znázorněn v grafu číslo 1.

Graf č. 1: Postup trsování



7.4. Validita studie

Validita je důležitým kritériem kvality zkoumání a zaměřuje se na získání platného obrazu skutečnosti. Ve studii proto byly použité některé mechanismy kontroly validity (Miovský, 2006).

Z technik kontroly validity týkající se získávání dat byla použita triangulace zdrojů dat (Miovský, 2006), kdy kromě samotného výzkumu a teoretického základu byla použita data také z již provedených studií zaměřující se na podobné téma a poznatky vycházející z praxe dětské a dorostové adiktologie. Techniky kontroly validity týkající se role výzkumníka se zaměřovaly zejména na cílenou sebereflexi v průběhu výzkumu (Miovský, 2006), kterou jsem jako výzkumník pravidelně prováděla a v případě potřeby byla možnost konzultace se třetí osobou.

Z faktorů ohrožující validitu kvalitativního výzkumu se na počátku studie ukázalo jako problémové zkreslení způsobené badatelem (Miovský, 2006), kdy výzkumník zároveň působí jako odborník v dětské a dorostové adiktologii a již v minulosti navázal kontakty a spolupráci s některými dětskými domovy. Z důvodu eliminace tohoto faktoru byly do studie osloveny všechny dětské domovy a více je to komentováno v diskuzi.

8. Etické aspekty výzkumu

První linií etiky této studie byla ochrana účastníků výzkumu. Všichni potenciální účastníci výzkumu byli při prvním kontaktu srozumitelně informováni o cíli a účelu a nakládání se sebranými daty této diplomové práce prostřednictvím informovaného souhlasu, jehož součástí byly již výše uvedené oblasti, stejně tak jako informace o výzkumníkovi a právu kdykoli ze studie odstoupit. Informovaný souhlas byl distribuován ve 2 výtiscích, které potenciální výzkumník stvrdil svým podpisem a 1 si ponechal pro své účely. Součástí informovaného souhlasu bylo také zdůraznění zajištění anonymity osob i zařízení. Evidence účastníků výzkumu byla vedena pod unikátními kódy (v podobě DD01PR01), které jim byly přiděleny náhodně v záznamovém archu, ve kterém byl zaznamenán dále také datum rozhovoru. Z osobních informací byly o respondentovi zjišťovány jeho odbornost a s ní související pozice v týmu dětského domova a délka praxe. Pro zvýšení důvěryhodnosti výzkumníka byl poskytnut prostor všem účastníkům na doptání se informací o výzkumníkovi. Účastníci byli také informováni o tom, že studie nemá být hodnotící, ale zaměřovat se na dialog mezi odbornými složkami a na identifikaci oblastí, ve kterých by si složky mohly být nápomocné. Tím byl zároveň ošetřen možný střet zájmů výzkumníka směrem k účastníkům. Zvukové záznamy byly po transkripci z mobilního telefonu smazány.

Druhou etickou linií byla ochrana výzkumníka. Výše byl již zmíněný možný střet zájmů (Miovský, 2006), konkrétně role výzkumníka a role adiktologa pro děti a dorost. Oběma stranám byly role dostatečně vyjasněny a v případě, že došlo k situaci, která by ke střetu mohla vést, byla dostatečně srozumitelně reflektována. Během výzkumu docházelo k situacím, kdy účastníci výzkumu žádali výzkumníka o konkrétní rady a postupy z oblasti dětské a dorostové adiktologie. Tento střet byl ošetřen reflexí a následným odkazem účastníků na výzkumníka v roli adiktologa v pracovní době daného zařízení po skončení sběru dat. V případě narušení ochrany výzkumníka či jiných etických komplikací byla možnost konzultace s vedoucím práce.

Ke zpracování interních dat Krajské adiktologické ambulance a poradny pro děti a dorost v Ústí nad Labem poskytla ústní souhlas vedoucí služby.

9. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V kapitole výsledky výzkumu budou interpretována sebraná a zanalyzovaná data v oblastech, která odrážejí hlavní a dílčí cíle studie. Data budou prezentována celkem ve 3 trsech. První oblast se zabývá současnou situací v dětských domovech Ústeckého kraje v oblasti adiktologie, tedy bude prezentovat výsledky mapování současného výskytu adiktologické problematiky v těchto zařízeních a způsobů zacházení s tímto tématem. Druhá oblast interpretuje názory pracovníků dětských domovů Ústeckého kraje na možnost uplatnění adiktologa v tomto typu školského zařízení a s tím související přínos či postradatelnost této spolupráce. Třetí oblast reprezentuje výsledky zabývající se podobou a formou této možné kooperace a identifikovaných bariér, které by této spolupráci mohly bránit. Prostřednictvím třech zmíněných oblastí budou prezentovány odpovědi na stanovených pět výzkumných otázek diplomové práce.

1. Současný stav adiktologické problematiky v dětských domovech Ústeckého kraje

Tato část výsledků prezentuje zjištění kategorií týkajících se současného výskytu adiktologické problematiky u dětí DD ÚK, monitoring adiktologické problematiky v DD ÚK, řešení identifikovaného adiktologického problému a vzdělávání dětí a pracovníků v adiktologické problematice. Následující část prezentovaných zjištění přináší odpovědi na výzkumnou otázku číslo 1 a číslo 2.

V konečné fázi na studii participovalo celkem 11 dětských domovů a každý byl zastoupen 1 pracovníkem. Na začátku každého rozhovoru bylo mapováno naplnění jednotlivých školských zařízení vzhledem k jejich celkové kapacitě. Všichni účastníci na tuto otázku odpověděli a bylo zjištěno, že všechny dětské domovy ÚK byly toho času naplněny na minimálně 90 %. 90% naplnění bylo nejmenším možným a bylo identifikováno u 3 odpovědí, stejně tak 3 účastníci uvedli maximální naplnění dětského domova, tedy 100 % kapacitu. 5 z 11 oslovených dětských domovů pak uváděly naplnění zařízení v rozmezí 91 - 99 % z celkové kapacity dětského domova.

Výskyt adiktologické problematiky u dětí v dětských domovech Ústeckého kraje

Všech 11 účastníků se shodlo na tom, že děti dětských domovů jsou ohroženy adiktologickou problematikou. Jako nejčastější důvod byla uváděna původní rodina a sociální důvody (6x) a psychiatrická či psychická zátěž (5x), případně jejich kombinace.

Kouření cigaret a užívání alkoholu

Všichni participanti označovali kouření cigaret jako nejčastěji se vyskytující adiktologický problém u dětí. 8 pracovníků dokázalo s jistotou uvést, že na 2. stupni základní školy kouří cigarety všechny děti, 3 pracovníci to nedokázali říct s jistotou. Přesná data o prevalenci kouření a zastoupení ve věkových kategoriích nebyla zjištěna z důvodu, že nejsou monitorována, stejně tak nebyla zjištěna data o fázi užívání či frekvenci. Všichni participanti uváděli, že neidentifikují zásadní rozdíly mezi kouřením cigaret u dívek a chlapců, shodovali se na tom, že je to záležitost obou pohlaví. Co se týče věku první zkušenosti dětí s cigaretou, uváděli pracovníci různé odpovědi. 5 pracovníků uvedlo, že děti kouří již ve věku 2. a 3. třídy. Všichni se také shodovali na tom, že ve většině případů si děti přináší návyk kouření cigaret již z primární rodiny. Užívání elektronických cigaret a nahřívání tabáku nebylo uvedeno v žádném rozhovoru. 7 z 11 zařízení uvedlo explicitně, že kouření cigaret u dětí tolerují.

PR9: *“No kouří určitě většina dětí. Záleží to na tom, jaké zrovna máme věkové složení dětí, ale na od toho druhé stupně bych řekl, že určitě kouří všechny děti, kluci i holky.”*

PR1: *“Kouření je rozhodně největší problém, přiznám se už to v podstatě tolerujeme. Děti chodí vynést koš.”*

PR2: *“Cigarety ve školním prostředí je velké téma. Dřív jsme to trestali víc, ale zákazy nefungovaly. Zavírám už nad tím oči. Není to tak, že by děti stály před domovem a kouřily s vychovatelkou, ale jsou způsoby, které si děti najdou.”*

PR6: *“Víte co, to je těžký, když tady máte většinu dětí, které mají nějakou psychiatrickou zátěž nebo přicházejí často z ulice. Je problém s respektováním bazálních pravidel, natož ještě řešit kouření, které si navíc přináší už z původní rodiny.”*

Odpovědi na téma užívání alkoholu byly u všech pracovníků jednotné. Participanti se shodovali na tom, že se jedná spíše o jednorázově se vyskytující problémy. Všichni uvedli, že se alespoň 1x v dětském domově setkali s případem intoxikace alkoholem. Pouze 2 participanti uvedli, že v souvislosti s akutní intoxikací byl domov nucen vyhledat lékařskou pomoc, jednalo se o 15letou dívku a o 16letou dívku. Pracovníci se také shodovali na tom, že nezažívají problémy s konzumací alkoholu na území dětského domova, pokud k užívání alkoholu dochází, tak je to nejčastěji v době večerních vycházek (4x) či propustek k rodině (7x). Co se týče rozdílů mezi pohlavími, pracovníci neidentifikovali převahu užívání alkoholu u chlapců či dívek, stejně jako u kouření cigaret. Více než polovina (7 z 11) participantů uvedla, že nárazové experimenty u alkoholu se týkají věkové skupiny dětí 14+. Zbývající účastníci nepozorovali výraznější zastoupení v některé z věkových skupin.

PR11: *“S nadměrným užíváním alkoholu se často svěřují děti, když se vrátí z víkendové propustky od rodičů.”*

PR1: *“Že bychom řešili nějaký pašování alkoholu do domova nebo vyloženě pití tady u nás, to jsem tu nezažila. Spíše se jedná třeba o návrat z vycházky pod vlivem alkoholu.”*

PR8: *“Pokud už tedy řešíme nějaký problém s alkoholem, tak se jedná spíše o starší děti, od těch 14, 15 let, kdy jde o takové to klasické experimentování a vliv vrstevníků.”*

Nelegální návykové látky

Všichni participanti uvedli, že nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou u dětí v dětských domovech je z jejich zkušenosti marihuana. Oslovení pracovníci uvedli, že během své praxe měli zkušenost s kouřením marihuany dětí z dětského domova nejčastěji ve formě experimentu, 6 z nich však uvedlo, že v současné době tento problém neřeší. Shodně všichni uváděli, že se jednalo vždy o děti ve věkové kategorii 15+ a 8 participantů uvedlo, že jednalo se spíše o záležitost chlapců. 1 z oslovených pracovníků uvedl, že řešili také trestný čin nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy. Tento případ se týkal 15letého chlapce.

PR4: *“No problém s tvrdými drogami naštěstí neřešíme. Pokud řešíme drogy, tak nejčastěji jde o marihuanu, ta je pro děti snadno dostupná. Často je ve vzorci kouření trávy pod vlivem vrstevníků, nejedná se o žádnou závislost. Momentálně ale máme spíše mladší děti, takže teď tenhle problém neřešíme.”*

PR9: *“Nejčastěji jsme to řešili u chlapců na konci základní školy, případně při přestupu na střední školu nebo v našem případě teda častěji na učiliště.”*

6 z oslovených pracovníků uvedlo, že v domově neřešili nikdy problém s užíváním jiných nelegálních návykových látek. Zbylí účastníci uvedli, že další drogou, se kterou se museli v praxi potýkat, byl metamfetamin. Shodně také uváděli, že se jednalo o ojedinělé případy, tedy vždy maximálně o 1 jedince toho času v dětském domově. Ve většině identifikovaných případů pracovníky (konkrétně u 4) se jednalo o dívky, ve věkové kategorii 15+. Pracovníci také uváděli, že v těchto ojedinělých případech se jednalo o děti pocházející z rodiny, ve které se vyskytovalo užívání návykových látek, případně o děti zatížené jiným psychickým traumatem. Účastníci nebyli zpětně schopni hodnotit fázi užívání u identifikovaných jedinců, tedy zda se jednalo o fázi experimentu či problémového užívání. Užívání jiných nelegálních návykových látek účastníci neuváděli. Žádný účastník nevedl zneužívání těkavých látek. 1 z účastníků uvedl případ dítěte, zneužívající psychofarmaka. Jednalo se o 14letou dívku s úzkostnou poruchou.

PR10: *“Naše děti přicházejí ze zatížených rodin. Ted' už se ani nemusí procházet diagnostikou, takže často všechny problémy identifikujeme až my. Často se jedná právě o rodiny uživatelů drog. Děti to pak berou jako normu.”*

PR3: *“Co se týče jako vyloženě tvrdých drog, šlo spíše o jednorázové případy, a ty jsme řešili stejně ihned pobyttem na detoxu. Za mojí praxi můžu říct, že se jedná zejména o doménu dívek ve věku spíše střední školy, které se k tomu většinou dostanou třeba přes přítele.”*

PR6: *“Vzpomínám na dívku, která byla hodně tichá, zjistili jsme u ní sebepoškozování a pak také to, že konzumovala léky ze skupiny tlumivých, které neměla na předpis.”*

Nadměrné trávení času na technologiích a nelátkové závislostní chování

Všichni participantů se shodovali, že téměř všechny děti jsou tímto typem závislosti ohrožené. 5 pracovníků uvedlo, že by se nebáli označit za závislé na mobilu či počítači všechny děti. Všichni pracovníci se shodovali na tom, že u starších dětí (14+) se jedná spíše o nadměrné trávení času na sociálních sítích a nadměrné hraní počítačových her je spíše doména mladších dětí. Shodně uváděli ale také to, že pro používání technologií mají v domově pravidla, která z větší části děti respektují. Jeden z pracovníků uvedl jako ochranný faktor nedostatečné finance rodiny pro koupi například mobilu. Za rizikové označovali shodně všichni účastníci dobu, kterou děti tráví u svých rodin.

PR4: *“U nás máme pravidla, například kolik hodin denně mohou děti na počítači strávit nebo odevzdávání mobilu na noc. Poměrně to funguje. Nemám ale iluze o tom, že když jsou doma u rodičů třeba na víkendu, že na tom nesedí celý den.”*

PR2: *“Mobil a sociální sítě jsou problémem skoro u všech dětí. Rozhodně u všech, kteří mají mobil.”*

PR5: *“U mladších dětí jsme poměrně schopni to uhlídat. Problém nastává u dětí 14+, které mají problém s respektováním pravidel.”*

PR9: *“Rodiče, kteří nám dítě vrací do domova, si často stěžují na to, že dítě nezajímá nic jiného než hraní her na počítači. Nemůžou ho prý k ničemu jinému dokopat, je to s ním k nevydržení. Od dítěte se pak ale dozvídáme, že výplň volného času neměli rodiče vůbec připravenou.”*

Jiné rizikové chování z pohledu adiktologie

1 z účastníků uvedl jako identifikovaný problém nadměrnou konzumaci jídla, zejména cukru.

PR10: *“Všímám si také hodně toho, že děti problémy, traumata či trápení zajídají. Opravdu se často přejídají zejména sladkostmi, kdy nejsou schopni příjem potravy kontrolovat.”*

Monitoring adiktologické problematiky v dětských domovech

Všichni pracovníci se shodovali na tom, že nemají žádné konkrétní nástroje pro pravidelný monitoring užívání návykových látek. Celý výzkumný soubor uvedl, že se vše snaží zakládat na důvěře dětí a pracovníků a na individuálním rozhovoru v případě podezření na užívání návykových látek. Všichni participanti také uváděli, že ukazatelem pro nutnost zabývání se adiktologickou problematikou jsou až konkrétní příznaky akutní intoxikace či užívání návykových látek, které jsou pracovníci schopni identifikovat. 1 z pracovníků uvedl, že dobrým monitoringem jsou samotné děti, které na sebe chodí žalovat. V rozhovoru nebyla explicitně položená otázka na téma testování dětí na přítomnost návykových látek, přesto tuto problematiku někteří účastníci oslovovali. O tématu hovořilo celkem 7 účastníků, z nichž 6 uvedlo, že v případě potřeby testy využijí i přes doporučení dětí ve školském zařízení netestovat. Všech 7 účastníků označilo téma testování na přítomnost návykových látek jako problematické.

PR5: *“Dříve jsme testovali celkem běžně, momentálně již nějakou dobu po doporučení netestujeme, což je pro nás docela problém, spíše reagujeme na konkrétní příznaky.”*

PR2: *“Denní vychovatelé se snaží dítě vidět v celém kontextu, baví se s nimi na různá témata, často se děti sami svěří.”*

PR3: *“Netestujeme už dávno. Pokud se nám zdá dítě podezřelé, bavíme se s ním.”*

PR1: *“Občas testujeme, víme, že bychom neměli, máme ale například již zkušenost s místním pediatrem, který nám dítě neotestuje. Posílat dítě například do kontaktního centra nebo volat kvůli tomu policii, nám nepřijde vhodné. Zároveň ty testy pro děti mohou fungovat jako takový strašák.”*

Co se týkalo užívání technologií, shodovali se všichni účastníci na tom, že mají stanovená pravidla (nejčastěji omezený čas strávený na technologiích, čas strávený na PC pod dohledem vychovatele, odevzdávání mobilního telefonu na noc), která děti musí dodržovat. Všichni se také shodovali na tom, že režim a pravidla času stráveného na technologiích na území dětského domova fungují.

Řešení adiktologické problematiky v dětských domovech

Participantů byli dotázáni na praktický postup při identifikaci užívání návykových látek či zjištění jiného adiktologického problému. Všichni uváděli, že je problém řešen individuálním rozhovorem s dítětem založený na důvěře a otevřené komunikaci. Individuální rozhovor byl v 8 případech veden s vedoucím vychovatelem (případně etopedem, pokud byl přítomen), ve 3 byl přítomen také ředitel zařízení. Následně je veden o situaci zápis v dokumentaci dítěte (shoda všech). Lišily se postupy týkající se zabavování návykové látky. Pokud se jednalo o jinou látku než nikotin, byly látky zabaveny (všichni účastníci až na jednoho), pokud se jednalo o cigarety, volili pracovníci různé postupy. Indikátorem byl zejména věk dítěte. Shodovali se na tom, že pokud se jedná o děti mladší (do 14 let), cigarety jsou jim zabaveny, v případě, že se jedná o děti starší uvedla většina účastníků, že situaci neřeší. Jeden účastník uvedl, že kouření neřeší u žádné věkové kategorie.

PR1: *“ Řešíme to vždy individuálně nejprve s dítětem, snažíme se to pochopit i v kontextu například období dospívání. Mluvíme s ním o tom, chceme vysvětlení.”*

PR8: *“Zabavili bychom nelegální návykové látky okamžitě, pokud se jedná o cigarety, záleží hlavně na věku dítěte.”*

PR3: *“Kouření prakticky neřešíme z kapacitních důvodů.”*

Celý vzorek účastníků se shodoval na tom, že v případě porušení pravidel, jakým je i užívání návykových látek, mají připraveny sankce, a to dle zákona č. 109/2002 Sb. Sankce používaly všechny dětské domovy, jako nejčastější formu trestu uvedlo celkem 6 pracovníků zákaz vycházek či propustek, 3 uvedli zákaz nějaké atraktivní činnosti (výlet, zábavná akce, trávení času na mobilu/PC) a 2 uvedli snížení kapesného. 8 z dotázaných hodnotili sankce jako ne příliš účinné, 3 zmiňovali účinnost zejména u mladší dětí.

PR7: *“Na děti toho moc neplatí. Nejvíce se osvědčil zákaz vycházek, ale děti starší 10 let z toho mají spíše srandu.”*

PR11: *“Je to neúčinné zejména z toho důvodu, že se my se snažíme v domově o fungování podle určených pravidel, dítě ví, co se stane, pokud pravidla dodržovat nebude a na území zařízení to často funguje. Dítě pak jde ale například na letní prázdniny ke své rodině, vrátí se a nerespektuje nic. A my můžeme začít zase od znovu. To pak klesá motivace například zabývat se právě tím kouřením, když se vrací z rodiny, kde cigarety dostávají běžně přímo od svých rodičů.”*

Všichni se shodovali na tom, že situaci se snaží vyřešit nejprve na území dětského domova. Kromě sankcí zmínilo také 5 pracovníků speciální režim pro dítě v podobě přísnějších pravidel trávení volného času. 3 participanti uvedli automatickou spolupráci s PČR v případě nelegálních návykových látek, 3 participanti zmínili automatickou spolupráci s kurátorem pro děti a mládež. S dalšími odborníky se pracovníci dětských domovů radí dle potřeby (všichni participanti), ve 4 odpovědích byl zmíněn odkaz na pedopsychiatra/psychiatra, 5 zařízení zmínilo odkaz na Krajskou adiktologickou ambulanci a poradnu pro děti a dorost, zbývajících 6 zmínilo spádová kontaktní centra pro drogově závislé.

PR2: *“Pokud se jedná o nelegální drogy, tak kontaktujeme také policii České republiky.”*

PR5: *“U nás máme poměrně dobrou spolupráci s místními kurátory, takže v případě zjištěné takového problému, kontaktujeme také je.”*

PR8: *“Máme tu výhodu, že máme finance na spolupráci s krajskou adiktologickou ambulancí, takže tam děti můžeme vozit.”*

Žádný z participujících dětských domovů neměl ve svém týmu psychologa či adiktologa. Méně jak polovina z nich (konkrétně 4) uvedla, že problém lze řešit s etopedem. Ve zbytku (7 DD) adiktologický problém řešil kmenový vychovatel, který měl v případě nutnosti možnost využít kapacit týmu.

PR3: *“Snažíme se to vždycky zvládnout za pomoci vlastních sil. Těch problémů a poruch chování se objevuje tolik, že musíme být schopni na to reagovat. Samozřejmě pokud se jedná o vážné případy, řešíme je s odborníkem.”*

Vzdělávání v adiktologické problematice

Pracovníci všech participujících dětských domovů uvedli, že jsou v tématu adiktologie vzdělávání. Všichni se shodli na tom, že jsou pracovníci školeni pravidelně dle doporučení pro vzdělávání, co se týče adiktologických témat, jednalo se nejčastěji o nárazové akce v podobě nabízených vzdělávacích kurzů či o vzdělávání na individuální rovině v podobě samostudia.

PR2: *“Nejčastěji se jedná o nabízené kurzy, kterých ale zase na toto téma není tolik, a navíc možnosti jsou finančně omezené. Volíme také formu samostudia na individuální úrovni, nejsme ale schopni sledovat všechny aktuální trendy či doporučené postupy v tomto oboru mimo oblast školství.”*

Co se týče tématu vzdělávání dětí v dětských domovech či primární prevence v oblasti adiktologie, všichni pracovníci se shodovali na tom, že za nejdůležitější preventivní prvek pro děti, nejen z pohledu adiktologie, považují to, že se snaží dětem smysluplně vyplňovat volný čas a vytvářet strukturu dne. S otázkou na pravidelné primárně preventivní akce se odkazovali pracovníci na metodiku školní prevence či na školu jako takovou (9 z 11). Preventivní akce v prostředí dětského domova uvedlo 8 dotázaných, ve všech případech se jednalo o nárazové akce reagující na aktuální potřeby dětí. Všichni tito uvedli, že se jedná o akce v rámci rodinné skupiny nikoli masové. Ve 4 z těchto případů byly zmíněny jednorázové besedy.

PR4: *“Když jsme tu měli právě případ té zmíněné intoxikace alkoholem tak, jsme kontaktovali lektorky, nevybavím si teď organizaci, které nám udělali besedu na téma alkoholu.”*

PR2: *“Spolupracujeme s káčkama nebo třeba s policií, s těmi už máme domluvu, že když je potřeba, tak přijedou. Snažíme se, aby to probíhalo v rámci té rodinné skupiny, ale jsme schopni tu skupinu poskládat i třeba podle věku, pokud se jedná třeba o téma kyberšikany.”*

PR11: *“V minulém roce jsme měli asi 2 akce na téma kyberšikany, kybergroomingu, protože jsme zaznamenali zejména u děvčat ve věku 11, 12 let, že dávají na sociální sítě odvážné fotky a celkově se v tom kyberprostoru pohybovaly děti dost naivně a rizikově pro ně.”*

PR2: "Programy vyložené na téma závislosti neděláme, to je spíše otázka školy. My pracujeme zejména s náplní volného času, aby zkrátka měli program, mohli si najít koníček a neměli čas na blbosti."

2. Možnost uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje

Následující část prezentuje výsledky vycházející z charakteristiky kategorií názor na uplatnění adiktologa v dětských domovech a oblasti jeho působení. Přináší odpověď na výzkumnou otázku číslo 3 a naplňuje hlavní cíl diplomové práce.

100 % participujících pracovníků se vyjádřilo kladně pro spolupráci adiktologa s jejich dětským domovem. Odpovědi se lišily v žádoucím zaměření působení adiktologa. Z hlediska cílové skupiny jeho působení ve školském zařízení. Jako nejvíce žádoucí bylo identifikováno působení adiktologa pro cílovou skupinu dětí dětského domova (všichni účastníci), jako další označovali pracovníci potřebnost působení pro pracovníky domova (všichni účastníci) a 4 participanty také uvedli potřebu adiktologické působení pro rodinné příslušníky a blízké okolí dětí.

Pro cílovou skupinu dětí byly identifikovány následující formy působení, které jsou uvedeny v tabulce č. 2.:

Tabulka č. 2: Formy působení adiktologa pro cílovou skupinu dětí

Forma působení	Počet účastníků, kteří tuto formu uvedli jako žádoucí
časná diagnostika	9
individuální adiktologická terapie	11
skupinová adiktologická terapie	9
primárně preventivní aktivity	8
krizová intervence	4
komunikace s dalšími zainteresovanými složkami v případě dítěte	5
odborné působení na děti v podobě individuální práce (nespecifické)	11

Tabulka číslo 2 ukazuje, že nejžádanější formou spolupráce adiktologa s dětmi z DD je individuální forma práce, a to jak v podobě individuální adiktologické terapie, tak v podobě individuálního odborného působení na děti bez zaměření na adiktologickou problematiku, nejčastěji bylo zmiňování zpracování tématu sebehodnoty či interpersonálních vztahů. Všichni účastníci se shodli na tom, že individuální práce by měla být dlouhodobá. Velmi žádaným výkonem byla také včasná diagnostika a s ní související krátká intervence a práce v podobě skupinové adiktologické terapie. Zde je nutné zmínit, že se jednalo výhradně o skupinu pro odvykání kouření. Velký zájem byl také o primárně preventivní aktivity vedené adiktologem, zde bylo z 8 případů žádáno zejména téma behaviorálních závislostí a pohybu v kyberprostoru. V 5 případech zmínili pracovníci jako žádoucí komunikaci adiktologa s dalšími zainteresovanými složkami v případě, jako je psychiatr, kurátor, středisko výchovné péče, pedagogicko - psychologická poradna a další. 4 participanti žádali působení adiktologa v potřebě krizové intervence, která byla nejčastěji spojována s odvykacím stavem nebo se stavy afektu v případě jiné psychiatrické komorbidity.

PR10: *“Nejsem si jist, že lze v současné době v dětských domovech provádět něco jako včasnou identifikace adiktologického problému, na to zkrátka nemáme kapacity. Dle mého názoru by rozhodně byla potřeba skupina pro odvykání kouření a jistě edukace o technologiích.”*

PR3: *“Spolupráci bychom rozhodně uvítali. Odborníci pro děti prostě nejsou, a navíc v prostředí domova není prostor na tolik individuálního prostoru, jak bychom si přáli. Pro děti individuální práce je ta největší odměna, když mají někoho, kdo se věnuje pouze jim, pravidelně, tak z toho můžou hodně těžit.”*

PR5: *“Jakýkoli odborník na dětskou duši, který má touhu dětem porozumět a věnovat jim kousek energie je v našem týmu vítaný a někdo jako dětský adiktolog by u nás měl určitě váženou pozici, ať už by se jednalo o řešení adiktologických témat či například téma osobních hodnot či vnímání svého těla.”*

PR1: *“Poskytování adiktologického poradenství či terapie v individuální formě by bylo určitě žádané. Skupinové práce, si myslím, mají děti dost a je pro ně vzácné cítit individuální prostor a to, že se o ně někdo zajímá a je autentický. Dokážu si představit, že bychom třeba dopředu vytipovali ohrožené děti a ty by pak měli nabídku této pomoci využít.”*

PR9: *“Adiktolog specializovaný na problematiku dětí a dorostu si myslím, že by měl mít v dětském domově naprosto zásadní postavení. Uvědomuji si naprosto zcela, že to, že se momentálně tyto problémy explicitně u našich dětí nevyskytují, tak znamená, že děti tím nejsou ohrožené. Právě naopak. Studie jasně ukazují, že po opuštění domova jsou děti ohroženi rizikovým chováním a považují za naprosto zásadní tedy na ně působit preventivně již v době pobytu v domově, kdy máte navíc jedinečnou možnost na ně působit dlouhodobě a pravidelně. Děti z ústavní výchovy potřebují dospělé dobré vzory a zdravé hodnoty, ze strany biologických rodin se jim toho dostává v minimálním počtu případů.”*

Pro cílovou skupinu pracovníků dětského domova byly identifikovány možnosti působení adiktologa uvedené v tabulce č. 3:

Tabulka č. 3: Formy působení adiktologa pro cílovou skupinu pracovníků DD

Forma působení	Počet účastníků, kteří tuto formu uvedli jako žádoucí
pravidelné vzdělávání v tématech adiktologie	8
nárazové vzdělávání v tématech adiktologie	3
konzultace konkrétních případů	11
vedení léčebné sítě a orientace v síti adiktologických zařízení a odborníků	11
přítomnost dalšího odborníka v týmu/ zvýšená multidisciplinarity	11

Z tabulky číslo 3 vyplývá, že adiktolog ve směru k pracovníkům je žádoucí zejména z pohledu odborného a schopnosti konzultovat případy a orientovat se v současné odborné síti. Jako žádoucí to označilo 11 participantů. Jako žádané bylo identifikováno také pravidelné předávání informací pracovníkům ve formě pravidelné edukace, a to v 8 případech, ve 3 případech by bylo dostačující nárazové vzdělávání v tématech adiktologie.

PR1: *“Přiznám se, že nemáme nikoho, kdo by se orientoval v současné odborné síti pro děti, často to řešíme za pochodu a zjišťujeme, jaké jsou možnosti. V tomto by tedy adiktolog určitě mohl být*

přínosem. Zároveň by se s ním daly konzultovat případy v tom smyslu, že by byl schopen určitě lépe než my vybrat vhodné zařízení.”

PR9: “Já adiktologa chápu jako multižánrovou profesi, takže bych od něj očekával orientaci nejen v závislostních tématech, ale taky například v dětské psychiatrii a vývojové psychologii, jejichž témata jsou pro nás stále více aktuální. Bral bych ho tedy jako odborníka i na tyto oblasti.”

PR7: “Pro pracovníky by adiktolog určitě mohl být přínosný v předávání současných trendů, studií, zkrátka highlights ze světa adiktologie. Nemáme kapacitu odbornou ani časovou na to sledovat nejnovější trendy. Navíc by to byl trochu jiný pohled z venku, jiné odbornosti a ten je vždycky přínosný, zvýšila by se tak zásadně multiprofesionalita týmu.”

Pro cílovou skupinu rodinných příslušníků či zákonných zástupců dětí uvedli zmínění 4 pracovníci jako žádoucí edukace těchto jedinců o problematice a předání adekvátních doporučení.

PR11: “Já si myslím, že bez práce s původní rodinou, pokud se tam tedy dítě vrací, nemá naše práce kýžený efekt, takže bych rozhodně jako přínosný hodnotila práci s rodiči, kteří jsou sami uživateli, případně pokud například se vrací do rodiny malé dítě, které je pravidelným kuřákem, tak by určitě rodiče měli dostat srozumitelné informace a třeba nějaké doporučení, jak to správně řešit.”

Jako další přínosy spolupráce s adiktologem a dětským domovem byly uvedeny propojení zdravotnického a školského sektoru (6x).

PR8: “Mám pocit, že školská zařízení jsou občas rigidní a nemají šanci získat jiný pohled. A propojení školství a zdravotnictví je dle mého názoru v současné době nedostatečné a tohle by mohl jeden z malých krůčků, které jsou za mě naprosto logické.”

3. Podoba spolupráce adiktologa a dětských domovů Ústeckého kraje

Poslední část prezentovaných výsledků přináší charakteristiku kategorií podoba spolupráce adiktologa s DD a bariéry bránící možné spolupráci, odpovídá tak na výzkumné otázky číslo 4 a číslo 5.

1 z účastníků vyslovil potřebu adiktologa jako interního pracovníka a plnohodnotného člena týmu. Zbýlých 10 participantů se shodovalo na vhodné podobě spolupráce v externí formě.

PR3: *“Nebylo by nutné, aby byl úplně součástí týmu, ve smyslu, že by musel být každý den přítomný v zařízení. Preferovala bych spíše externí formu spolupráce v podobě pravidelného dojíždění.”*

PR1: *“Myslím, že odborníci, kteří jsou součástí týmu a s dětmi v každodenním kontaktu, pak pro ně ztrácí jistou exkluzivitu. Na rozhovor jsem se trochu připravoval a přemýšlel jsem si o tom jako například o formě dojíždění adiktologa do vězení.”*

PR10: *“Na začátku spolupráce bych ráda uvítala adiktologa v dětském domově jako interního pracovníka na full-time a to ze zcela jednoduchého důvodu. Pokud by byl zpočátku jako dojíždějící, externí pracovník, přišlo by mi to celé jakoby vytržené z kontextu. Za prvé by pro něj bylo snazší vybudovat si pevnou pozici v týmu, aby i pracovníci pochopili v čem spočívá přínos takového odborníka a necítily se například ohroženi, ale naopak, a za druhé aby i adiktolog měl šanci pochopit lépe každodenní život domova, sžil se s pravidly, s návyky a mohl také lépe pochopit kontext celé situace.”*

Většina účastníků (9 z 11) by uvítala spolupráci pravidelnou (s frekvencí 1x týdně nebo 1x za 14 dní), 2 participantů požadovali spolupráci nepravidelnou, pouze v případě nutnosti. Požadovanou formu spolupráce shrnuje tabulka č. 4.

Tabulka č. 4: Forma spolupráce adiktologa s dětským domovem

Forma spolupráce	Počet účastníků, kteří tuto formu uvedli jako žádoucí
nepravidelná, v případě potřeby	2
pravidelná, minimálně 1x týdně	6
pravidelná, minimálně 1x za 14 dní	3

Druhy požadovaných pracovních poměrů shrnuje tabulka č. 5.

Tabulka č. 5: Druhy pracovních poměrů

Druh pracovního poměru	Počet účastníků, kteří tuto formu uvedli jako žádoucí
dohoda o provedení práce	2
dohoda o provedení činnosti	6
pracovní úvazek 1,0	1
zkrácený pracovní úvazek 0,2	1
zkrácený pracovní úvazek do výše 0,5	1

Z tabulky číslo 5 vyplývá, že nejvíce žádoucím druhem pracovního poměru byla dohoda o provedení činnosti, která je limitována rozsahem 20 hodin za týden, a to celkem v 6 případech. V menším počtu byla zastoupeny dohoda o provedení práce (2x), zkrácení pracovní úvazek (2x) a pracovní úvazek 1,0 (1x).

V rámci rozhovoru byly zjišťovány také možné bariéry, které by případnou spoluprací mohly komplikovat nebo jí zabránit. Více než polovina účastníků (tedy 7) označila jako hlavní možnou překážku nedostatek financí. Většina z těchto participantů (5) to však nevnímalo jako neřešitelný problém. Z toho důvodu nevolili účastníci zkrácený pracovní úvazek, ale pouze dohodu o provedení činnosti. Zbýlý počet účastníků (tedy 4) měl pocit, že by finance na zaplacení adiktologa mohl domov získat i v současné době.

PR2: *“Peněz je málo a platy jsou tabulkové. Pokud by byl někdo další zaměstnaný v pracovním úvazku, i kdyby zkráceném, znamenalo by to vzít to z mezd pro ostatní pracovníky, a to by asi nebylo vhodné. Nicméně formou například dohody o provedení činnosti by to, myslím, neměl být problém.”*

PR8: *“Finance je problém všech oblastí, ať školské, zdravotnické či sociální. Z praxe ale vím, že jsou to často problémy řešitelné. Takže formou například napsání projektů, si myslím, že bych byla schopna získat peníze i vysoký úvazek.”*

Jako druhá nejčastější bariéra byla identifikovaná oblast legislativní stran toho, že adiktolog je zdravotník a dětský domov školské zařízení. Celkem ji za problematickou označilo 5 účastníků.

Přesto všichni zmínění uváděli, že by tento problém bylo možné vyřešit domluvou. Z toho vyplývalo, že nebyla identifikována možná konkrétní pozice v týmu.

PR8: "S tou pozicí by to, samozřejmě, mohlo být náročné z hlediska legislativy, vzhledem k tomu, že adiktolog je zdravotník, nicméně i v našem domově působí zdravotní sestra. Ve chvíli, kdy více jak polovina dětí má nějaké psychické či psychiatrické potíže, tak to bychom to bez zdravotníka zkrátka nezvládli. To se dá vždycky nějak vymyslet."

Poslední komplikací, která byla identifikována z odpovědí 2 pracovníků, byla problematika souhlasů zástupců dětí s adiktologickou péčí. Tito 2 se shodli na tom, že situace souhlasů je nepřehledná a složitá a každé zařízení to řeší svým způsobem.

Nebyla identifikována žádná překážka, která by definitivně zabránila navázání spolupráce adiktologa a dětského domova.

10. Sumarizace výsledků

1. Výzkumná otázka: Jaký je současný stav v oblasti adiktologické problematiky u dětí v dětských domovech Ústeckého kraje?

První výzkumná otázka byla nasycena charakteristikou kategorie současný výskyt adiktologické problematiky u dětí dětských domovů Ústeckého kraje.

Jako největší problém z adiktologické problematiky dětí dětských domovů Ústeckého kraje bylo identifikováno kouření cigaret, který za signifikantní označili všichni participanti výzkumu. a shodovali se na vysoké prevalenci kouření zejména u starších dětí. Většina z nich se shodovala na tom, že ve věkové kategorii dětí 2. stupně základní školy jsou děti pravidelnými kuřáky. Téměř polovina z nich uvedla, že děti začínají s cigaretami experimentovat už ve věku 1. stupně. Jako původ kuřáckého návyku byla označována primární rodina. Nebyly zjištěny rozdíly mezi pohlavími. Ve většině zařízení (7 z 11) bylo kouření cigaret tolerováno. Užívání nahříváných forem tabáku nebylo identifikováno.

Zjištěna byla nízká prevalence užívání alkoholu mezi dětmi DD ÚK, kdy se všichni participanti shodovali na tom, že se jednalo o jednorázové případy v podobě experimentu zejména ve věkové kategorii 14+. Ve 2 případech byla identifikována intoxikace alkoholem vyžadující lékařskou pomoc, jednalo o se o případy dívek. Jako rizikovou dobu z pohledu konzumace alkoholu uvedlo 7 účastníků pobyt v původní rodině.

Uváděna byla nízká prevalence užívání nelegálních návykových látek mezi dětmi DD ÚK. Jako nejčastěji užívaná psychotropní látka byla označena marihuana, s jejím užíváním se alespoň 1x setkala všechna zařízení. 6 z nich uvedlo, že v současné době tento problém nemusí řešit. Zbýlých 5 se shodovalo na to, že se jedná zejména o děti 15+ a ve většině případů o chlapce. 6 z 11 zařízení uvedlo, že se neseťkali s řešením užívání jiné nelegální návykové látky, dalších 5 označilo za další problémovou psychotropní látku metamfetamin. Těchto 5 se shodovalo na tom, že se jednalo vždy o ojedinělé případy a ve většině případů o dívky. 1 z účastníků uvedl zkušenost s abúzem psychofarmak. Užívání jiných omamných a psychotropních látek nebylo zjištěno. 1 participant uvedl problém s nadměrnou konzumací cukru.

Všichni participanti se shodovali na vulnerabilitě dětí z dětských domovů směrem k nelátkovému závislostnímu chování, v podobě hraní počítačových a jiných her (zejména mladší děti do 14 let) a v podobě nadměrného trávení času na mobilu a užívání sociálních sítí (zejména děti

od 15 let). Shodně také účastníci uváděli, že na území dětského domova jsou v této oblasti nastavena pravidla, která jsou dětmi respektována.

2. Výzkumná otázka: Jakým způsobem je s adiktologickými tématy v dětských domovech Ústeckého kraje zacházeno v současné době?

Druhá výzkumná otázka byla zodpovězena charakteristikou kategorií monitoring adiktologické problematiky v DD ÚK, její řešení a vzdělávání v této oblasti.

Jako hlavní způsob sledování a monitorování adiktologické problematiky u dětí DD ÚK byly označovány individuální rozhovory s dětmi založené na důvěře ve vychovatele. Specifický nástroj pro kontinuální monitoring adiktologické problematiky nebyl identifikován. Participantů se shodovali na tom, že podrobněji se případem zabývají, až v případě rozpoznání akutních účinků návykových látek. Jako problematičtější bylo označování téma testování na přítomnost návykových látek.

Řešení identifikovaného problému pak ve všech případech probíhalo nejprve na území dětského domova formou individuálního důvěrného rozhovoru s dítětem a případným zápisem do dokumentace dítěte. Odlišné byly postupy v zabavení látky, kdy nikotinové výrobky byly ve většina případech tolerovány a jiné návykové látky byly s výjimkou 1 případu bezprostředně zabaveny. Součástí řešení problému bylo také uložení sankcí dle zákona č. 109/2002 Sb., na čemž se shodovali všichni oslovení. Jako nejčastější forma sankce bylo voleno zakázání vycházek a propustek mimo domov. Všichni také uváděli, že v případě potřeby spolupracují s odborníky. Nejčastěji (v 6 případech) byla volena konzultace se spádovým kontaktním centrem. V 5 případech bylo označeno vyhledání Krajské adiktologické ambulance a poradny pro děti a dorost. Ve většině případů (v 7 z 11) problém řešil zejména kmenový vychovatel ve spolupráci se zbytkem týmu dětského domova.

Zjištěno bylo nepravidelné vzdělávání pracovníků v oblasti adiktologie. Jako nejednotné bylo identifikováno také vzdělávání dětí v této problematice, kdy na území dětského domova probíhalo vzdělávání dětí celkem v 8 případech, ve formě vzdělávání reagující na aktuální potřebná témata. V 1/2 z těchto případů bylo zjištěno pořádání jednorázových akcí ve formě besed či návštěvy PČR.

3. Výzkumná otázka: Jak by hodnotili pracovníci dětských domovů Ústeckého kraje působení adiktologa v jejich zařízeních?

Výzkumná otázka číslo 3 byla nasycena odpověďmi z kategorie poptávka po adiktologovi, cílová skupina působení a oblasti působení.

Identifikována byla vysoká poptávka po působení adiktologa v dětském domově, na přínosu spolupráce se shodlo všech 11 účastníků. Jako žádané se jevílo působení směrem ke třem cílovým skupinám. Konkrétně směrem k dětem dětského domova (11 z 11), směrem k pracovníkům dětského domova (11 z 11) a směrem k rodičům a blízkému okolí dětí dětského domova (4). Nejžádanější formou působení směrem k dětem byla pak zmiňování individuální forma práce (11x), a to v podobě individuální adiktologické terapie nebo odborného individuálního působení na děti v nespecifické formě. Jako potřebná byla zmiňována také možnost časně diagnostiky (9x) a forma skupinové adiktologické terapie (9x), se zaměřením na odvykání kouření. Velké zastoupení mělo také požadování primárně preventivních aktivit pro děti (8x). Pro skupinu pracovníků byla identifikována jako nejžádanější (11x) oblast působení v podobě konzultace případů, vedení léčebné sítě a orientaci v adiktologické pomoci a těžit by mohli pracovníci také z přítomnosti dalšího odborníka v týmu a tím zvýšené multidisciplinarity týmu. Velké zastoupení (8x) měla také oblast působení pravidelného vzdělávání pracovníků v oblasti adiktologie. Pro cílovou skupinu rodičů a blízkého okolí byla zmíněna jako žádaná forma edukace rodiny o problematice závislosti a předání doporučení. Přínosem, který není zařaditelný do zmíněných kategorií, bylo v 6 případech označeno mezirezortní propojení oblasti školství a zdravotnictví.

4. Výzkumná otázka: Pokud by pro ně bylo přínosné, v jaké podobě?

Předposlední výzkumná otázka byla zodpovězena prostřednictvím kategorie podoba spolupráce adiktologa a dětských domovů ÚK.

Identifikována byla vysoká poptávka po spolupráci s adiktologem v podobě externího pracovníka (celkem 10x), 1 účastník vyjádřil potřebu mít adiktologa jako interního člena týmu. Většina účastníků vyžadovala pravidelnou spolupráci adiktologa DD, a to konkrétně v 6 případech minimálně 1x týdně a ve 3 případech, minimálně 1x za 14 dní. 3 zařízení vyžadovaly spolupráci v případě potřeby domova. Nejžádanějším druhem pracovního poměru, zejména z důvodu financí, byla dohoda o provedení činnosti, limitována rozsahem 20 hodin za týden.

5. Výzkumná otázka: Jaké hlavní bariéry by mohly bránit navázání spolupráce dětských domovů Ústeckého kraje s adiktologem?

Poslední výzkumná otázka byla nasycena charakteristikou kategorie bariéry spolupráce adiktologa a DD.

Nejčastěji uváděnou bariérou této možné spolupráce bylo financování dětského domova, a to celkem v 7 případech. Ve většině případech (v 5 z těchto 7) však finance nebyly vnímány jako neřešitelný problém. Zbylé 4 domovy označily možný způsob financování jako řešitelný již v současné době. Jako druhá možná komplikace spolupráce byla identifikována oblast legislativy z toho důvodu, že adiktolog je zdravotníkem, zatímco dětský domov je školský zařízením. Jako problematické to označilo 5 účastníků, všichni se však shodili na tom, že by to byl řešitelný problém. Nebyla identifikována žádná překážka, která by definitivně zabránila navázání spolupráce adiktologa a dětského domova.

11.DISKUZE

Diplomová práce vycházela z již realizovaných studií v prostředí ústavní výchovy, které poukazyvaly na vulnerabilitu dětí žijících v institucionální péči nejen směrem k adiktologické problematice a ze zkušenosti praxe Krajské adiktologické ambulance a poradny pro děti a dorost, která ve své péči zaznamenala opakovanou poptávku po spolupráci s dětskými domovy a ve své službě od svého vzniku v roce 2017 identifikovala celkem 15 dětských klientů z dětských domovů a úměrný počet pracovníků k tomuto číslu. V roce 2019 těchto klientů bylo stále aktivních 7 a KAAPDD evidovala také 12 telefonických poradenství směrem k pracovníkům dětských domovů (KAAPDD, 2020). Východiskem pro realizaci výzkumu byl také absentující, ač logický dialog mezi dětskou a dorostovou adiktologií a prostředím ústavní péče (Miovský, 2019) a nedostatečná mezirezortní spolupráce v péči o dítě (Bittner et al., 2007).

Hlavní cíl diplomové práce bylo identifikovat možnost uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje a považuji ho za naplněný. Konečný vzorek obsahoval celkem 11 dětských domovů Ústeckého kraje, z celkového počtu 17, a již v polovině sběru dat došlo k teoretickému nasycení. Diplomová práce ukázala jednoznačně, že vybraní pracovníci dětských domovů, což byli nejčastěji ředitelé, považují možnou spolupráci adiktologa s dětským domovem za přínosnou. Nejvíce žádoucí byla pak odborná práce s dětmi dětského domova, a to konkrétně ve formě dlouhodobé individuální práce s dítětem, v podobě individuální adiktologické terapie či odborné individuální práce s dítětem nespecifické, například v podobě diskutování tématu sebehodnoty či interpersonálních vztahů, což souvisí například se zjištěním Doležalové, která tyto oblasti označila za klíčové pro období dospívání (Doležalová, 2018). Poptávka po odborném působení v oblasti duševního zdraví zejména u starších dětí reflektuje náročnost vývojového období puberty (Erikson, 2014). Často opakovaný přínos individuálního prostoru, který pracovníci označovali za důležitý, zase potvrzuje studie o ohrožení možnosti vytvoření bezpečné vztahové vazby a z toho pramenících problémů, jak o tom hovoří například Siegel (2012). Stejně tak Votava poukazyval na absenci individuálního prostoru (Votava, 2014). Vyžadovanou formou působení byla také časná diagnostika a s ní související poskytování krátké intervence a dále skupinová adiktologická terapie, zejména v podobě skupiny pro odvykání kouření. Za další cílovou skupinu, které by působnost adiktologa mohla být prospěšná, byla označena skupina pracovníků dětských domovů, pro které by přínosem mohlo být pravidelné vzdělávání v tématech adiktologie, předávání současných trendů a doporučených postupů. Zdůrazňován byl pak zejména přínos v podobě působení dalšího odborníka na děti a možnost konzultace potřebných případů

na multidisciplinární úrovni, zejména u dětí dospívajících, vzhledem k náročnému období puberty, které vyžaduje individuální přístup a dostatečný prostor, vzhledem k častým přidruženým komplikacím. Naplněno by tak bylo například doporučení Miovského o spolupráci s odborníky v externí formě, tak aby prostředí dětského domova bylo schopno reagovat na individuální potřeby jedince, které se mohou dynamicky měnit (Miovský et al., 2015). Jako poslední cílová skupina pro působení adiktologa v dětském domově byla identifikována skupina rodinných příslušníků a blízkého okolí dítěte, kterým by adiktolog mohl být prospěšný předáním relevantních a srozumitelných informací a doporučení v podobě edukace o adiktologické problematice a mohl tak posílit protektivní faktory na úrovni rodiny, jak byly popsány v teoretické části. Všechny požadované oblasti působení spadají dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků do kompetencí profese adiktologa (ČR, 2011) a adiktolog byl tak požadované přínosy mohl naplnit. Hlavní cíl diplomové práce byl naplněn nalezením odpovědí na třetí výzkumnou otázku studie.

Dílčím cílem bylo zmapovat současný stav v oblasti adiktologické problematiky v dětských domovech Ústeckého kraje, který byl naplněn údaji o výskytu zmíněného problému u dětí, monitoringu a řešení problémů a vzdělávání členů dětského domova v oblasti adiktologie, to vše z hlediska pracovníků dětského domova. Byla potvrzena vysoká prevalence kouření u dětí v ústavní péči tak, jak na problém poukázaly například Doležalová (2018) či Kovaříková (2016) a kouření cigaret tak bylo potvrzeno jako signifikantní adiktologický problém dětí institucionální péče, kdy byl potvrzen také nízký věk první zkušenosti s cigaretou (Janský, 2004). Kouření cigaret se také ukázalo být problémem, kterému je z důvodu kapacitních a dalších důvodů náročné se v prostředí dětského domova věnovat, a je tak často tématem tolerovaným, což uváděla i Doležalová (2018). Z pohledu pracovníků byla identifikována nízká prevalence užívání nelegálních návykových látek dětmi z dětských domovů, pokud však byly identifikovány experimenty s nelegálními návykovými látkami, shodovali se účastníci, že se jednalo o věkovou kategorii dospívání, což potvrzuje výsledky studií provedených v této cílové skupině (ESPAD, 2016) a jednalo se o užívání marihuany, kterou jako nejčastější nelegální návykovou látku v prostředí ústavní péče uvedla také Masnerová (2011). Účastníci shodně hodnotili vysokou míru ohrožení dětí adiktologickou problematikou, což koreluje například se zjištěním Doležalové, která poukazuje na vyšší vulnerabilitu jedinců žijících v ústavní výchově (Doležalová, 2018) a akcentována byla také častá psychiatrická či traumatická zátěž s ohledem na původní rodinu, jak na to poukazuje například Škoviera (2007) a z toho pramenících komplikací. Významné ohrožení dětí vnímali pak účastníci ze směru behaviorálních závislostí, a to zejména v podobě nadužívání technologií dětmi všech věkových kategorií. Zajímavým zjištěním bylo,

že pouze 1 pracovník uvedl problém z oblasti poruch příjmu potravy. Zde je také nutné říct, že v rozhovoru nebyla otázka explicitně mířící na okruh těchto poruch a vnímám to jako limit ze strany výzkumníka. Pravděpodobně pokud by tento okruh byl do otázek cíleně zahrnut, ukázala by se vyšší prevalence. Stejně tak by jistě zajímavé výsledky přineslo podrobnější dotazování na přítomnost jiných poruch u dětí, které by se sice v prostředí dětského domova neměly vyskytovat (ČR, 2002), vzhledem ke kapacitní přetíženosti systému jsou však další poruchy běžné, jak uváděli pracovníci. Zároveň je zde na místě zmínit, že pro confirmaci informací uvedených pracovníky by bylo žádoucí získat informace také od dětí, aby byly získány relevantnější informace o prevalenci adiktologických jevů. Sběr informací od jedinců v dětských domovech však může být náročný z etického hlediska, tato varianta z tohoto důvodu nebyla zvolena. Jako kontroverzní se ukázala otázka monitoringu adiktologické problematiky, kdy zejména otázka testování na přítomnost návykových látek nebyla jednoznačně zodpovězena. Zjištěno bylo, že všichni jsou si vědomi oficiálních doporučení a snaží se jimi řídit, to se ale také ukázalo jako problematické. V řešení adiktologických problémů byl preferován individuální přístup v podobě rozhovoru a uložení sankce. Nebyly identifikovány specifické nástroje řešení problému na území dětského domova. Zde byla také potvrzena stěžejní potřeba působnosti adiktologa, která by mohla pomoci s problémem nedostatku odborníků, na které poukazyval výše například Bittner et al. (2007) nebo Topinka (2015). Neméně důležitou oblastí, ve které byla identifikována potřeba působnosti odborníka, byla oblast vzdělávání pracovníků a preventivních aktivit pro děti dětského domova v oblasti adiktologie, které vyžadují zejména kontinuitu a pravidelnost (Miovský et al., 2015) a byla tak potvrzena existence prostoru pro zapojování se specializovaných odborníků do prostředí školských zařízení, jak uváděl Toman (2019). První dílčí cíl byl naplněn získáním odpovědí na první a druhou výzkumnou otázku.

Druhým parciálním cílem studie bylo navrhnout žádoucí podobu spolupráce adiktologa s dětskými domovy Ústeckého kraje a identifikovat případné bariéry bránící navázání zmíněné kooperace. Jako nejžádanější forma spolupráce byla identifikována spolupráce externí formou v pravidelné frekvenci, nejčastěji 1x za týden, či 1x za 14 dní, formou dohody o provedení práce, která nedovoluje přesáhnout časovou dotaci 20 hodin za týden, zároveň však není zkráceným úvazkem. Tato forma byla nejčastěji argumentována způsobem financování školského zařízení. V průběhu rozhovorů však již mnozí účastníci přicházeli s možným řešením této překážky, a to například v podobě sepsání projektu či požádání nadace o příspěvek. Druhou nejčastější bariérou, která by mohla možné spolupráci zabránit byla identifikována v oblasti legislativy, a to konkrétně z toho pohledu, že adiktolog je dle zákona č. 96/2004 Sb. zdravotnickým pracovníkem, zatímco dětský domov je dle zákona č. 109/2002 Sb. školské zařízení. Identifikovány byly tedy

systémové bariéry, na které poukazovali například Richman et al. (1993). Žádný z pracovníků však neměl pocit, že by se jednalo o bariéru neřešitelnou. Tento dílčí cíl byl naplněn zodpovězením čtvrté a páté výzkumné otázky.

Zde je na místě zhodnotit také kritéria kvality výzkumu. Výběr výzkumného souboru tedy totální výběr byl zvolen z důvodu, aby byly zahrnuty všechny zařízení Ústeckého kraje a byla tak zachována reprezentativita na území kraje a také validita studie. V konečném výsledku participovalo z celkového počtu 17 celkem 11 zařízení, což mohlo zmíněná kritéria ohrozit vzhledem k tomu, že totální výběr byl nahrazen metodou samovýběru. Již v polovině sběru dat však došlo k teoretické saturaci. Celý sběr dat byl zkomplikován průběhem epidemie nemoci COVID-19 a s tím souvisejících přijatých opatření vládou ČR, které začaly v průběhu března 2020 (MZ ČR, 2020) a zasáhly tak zejména druhou polovinu sběru dat. Tato situace ovlivnila zejména původní záměr studie, a sice z každého zařízení do studie oslovit více pracovníků tak, aby nebyla ohrožena reliabilita studie. Nicméně z časových a kapacitních důvodů dětských domovů, které situaci musely přizpůsobit svůj režim, nebylo možné mluvit s více pracovníky. Konečný výzkumný soubor pak byl tvořen převážně řediteli zařízení a tím tak trpěla právě reliabilita výzkumu a mohlo docházet k částečnému zkreslení výpovědí v důsledku toho, že se například ředitel snaží chod svého zařízení prezentovat lépe, než jak je to ve skutečnosti. V tomto ohledu tedy mohlo dojít ke zkreslení výsledků, kterého si je výzkumník vědom. Přesto se do výzkumného souboru podařilo získat také jiné pozice a nebyla prokázána korelace mezi pozicí a získanými informacemi, stejně tak nebyly identifikovány rozdíly ve výpovědích v závislosti na délce praxe. Při plánování výzkumu jsem se také obávala zachování objektivity, a to z toho důvodu, že jako pracovník adiktologické ambulance pro děti a dorost v Ústeckém kraji jsem již přišla do kontaktu s některými zařízeními v rámci spolupráce a mohlo se tak zdát, že bude například snazší získat jejich souhlas k účasti na výzkumu. To bylo také ošetřeno oslovením všech dětských domovů a v konečném výsledku bylo zastoupení spolupracujících a nespolupracujících zařízení v rovnováze.

Co se týče metody sběru dat, polostrukturovaný rozhovor se ukázal jako vhodným nástrojem. Vzhledem k výše diskutovaným úskalím reliability by dle mého názoru bylo však vhodné také využití například polostrukturovanou ohniskovou skupinu (Miovský, 2006) provedenou s více pracovníky v rámci jednoho zařízení. Vzhledem k výše zmíněné zdravotní situaci v ČR by však tato metoda nemohla být aplikována. Opatření ČR přijatá v souvislosti s probíhající epidemií zkomplikovala také realizaci sběru dat, kdy 5 rozhovorů provedených v druhé polovině sběru, tedy v druhé půlce března a na začátku dubna, musely být uskutečněny formou telefonického rozhovoru či videohovoru, což sebou přineslo značné nevýhody, které je třeba diskutovat. Absence osobního

kontaktu mohla například zkomplikovat vytvoření důvěrného prostředí pro účastníka. Telefonické rozhovory byly, samozřejmě, vedeny po vzájemné domluvě a účastník ho mohl odmítnout. Během vedení telefonického rozhovoru nenastaly žádné komplikace, které by znemožnily sběr dat, stejně tak nenastaly během vedení osobního rozhovoru.

12.ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem *Uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje* se zabývala specifickým prostředním institucionální výchovy a možného propojení s působností adiktologa. V teoretické části představila prostředí ústavní výchovy, důležité poznatky z dětského vývoje, prezentovala základní data o užívání návykových látek a nelátkovém závislostním chování mezi dětmi a mladistvými a shrnula nejdůležitější dosavadní zjištění dětské a dorostové adiktologie jako nově vznikající oblasti oboru.

Východiskem diplomové práce byly dosavadní studie realizované v prostředí ústavní výchovy, které shodně ukazovaly na fakt, že děti institucionální péče jsou k rizikovému chování vulnerabilní, a užívání návykových látek je aktuálním problémem, jak bylo popsáno v teoretické části. Dalším výchozím bodem byla praxe adiktologické ambulance a poradny pro děti a dorost v Ústeckém kraji, která ve svém programu opakovaně evidovala zájem o službu z prostředí dětských domovů.

Hlavním cílem studie bylo identifikovat možnost uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje a jako dílčí cíle si práce definovala zmapovat současný stav adiktologické problematiky ve zmíněných zařízeních a navrhnout případnou podobu možné spolupráce dětských domovů a adiktologa. Cíle byly naplněny prostřednictvím výzkumu založeném na kvalitativním přístupu a data byla získána od pracovníků dětských domovů z různých pozic a s různou praxí prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Práce si za cíl nekladla hodnotit současný systém péče ani poukazovat na jeho nedostatky, pouze popsala stávající stav, kdy byla zjištěna zejména vysoká prevalence kouření mezi dětmi a také potvrzeno ohrožení dětí adiktologickou problematikou vzhledem k biologické, sociální či psychické zátěži, se kterou přicházejí do domovů již z původních rodin. Identifikována byla vysoká poptávka po působení adiktologa v prostředí dětského domova, nejžádanější formou spolupráce byla pravidelná spolupráce adiktologa jako externího pracovníka s frekvencí alespoň 1x týdně. Nebyla zjištěna žádná bariéra, která by definitivně znemožnila navázání popsané spolupráce.

Diplomová práce přináší zajímavá zjištění z prostředí školského zařízení, které ze zjištěných dat je institucí, která by na základě mezirezortní spolupráce mezi dětským domovem a adiktologem mohla těžit pro skupinu dětí a mladistvých, ale také pro skupinu pracovníků zařízení a členy rodiny a blízkého okolí dětí.

Na základě identifikované poptávky po působení adiktologa v dětském domově lze předpokládat, že systémové zavedení adiktologické profese do tohoto prostředí by mohlo vést ke zvýšení kvality poskytovaných intervencí a k vyřešení limitů odborného vybavení školských zařízení a to na základě vzdělání adiktologa, které má multidisciplinární charakter a je tak přínosné pro nejen oblast zdravotnictví a sociálních služeb, ale také oblast školství, jak na to poukazuje například Doležalová v prostředí speciálního školství (Doležalová, 2019).

POUŽITÉ ZDROJE

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.

A.N.O.- Asociace nestátních organizací. (2015). *Alkohol a děti*. Retrieved from: <http://www.asociace.org/alkohol-a-deti/>

Asociace Dítě a Rodina, z.s. (2019). *Přehled dětských domovů v ČR*. Retrieved from: <http://mapa.ditearodina.cz>

Bittner, P., Havigerová, J., Janišová, I. & Langhansová, H. (2007). *Děti z ústavů! Liga lidských práv*. Retrieved from: <https://lhp.cz/publikace/deti-z-ustavu/>

Borman, G., D. & Rachuba, L., T. (2001). *Academic Success among Poor and Minority Students: An Analysis of Competing Models of School Effects*. Retrieved from: <https://eric.ed.gov/?id=ED451281>

Bowlby, J. (1990). *Child care and the growth of love*. London: Penguin Books.

Buist, K. L., Dekovic, M., Meeus, W. H., & Van Aken, M. A. G. (2004). Attachment in Adolescence: A Social Relations Model Analysis. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 826–850. Retrieved from: <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1177/0743558403260109>

Cermanová, K. (2019). *Závislostní chování na internetu u dětí umístěných v dětském domově (Bakalářská práce)*. Retrieved from: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/116059/130266304.pdf?sequence=1&isAllOwed=y>

Čablová, L., & Miovský, M. (2013). Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících. *Československá Psychologie*, 57(3), 255-270.

ČR. (2012). *Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník*. Zákony pro lidi.cz. Retrieved from: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89?text=ÚSTAVNÍ%20PÉČE>

ČR. (2011). *Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Zákony pro lidi.cz. Retrieved from: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČR. (2002). *Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*. Zákony pro lidi.cz. Retrieved from: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109?text=zákon%20o%20výkonu%20ústavn%C3%AD%20výchovy>

Dětská a dorostová adiktologie. (2020). *Sekce dětské a dorostové adiktologie*. Retrieved from: <https://dada.snncls.cz>

Doležalová, P. (2019). *"Bad girls", nebo vulnerabilní dívky? Jak vidíme dívky v pobytových programech speciálního školství?*. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/337017317_Bad_girls_or_vulnerable_girls_How_do_we_see_girls_in_special_education_programmes

Doležalová, P. (2018). *Vztah mezi citovou vazbou a aspekty duševního zdraví adolescentních dívek v institucionální výchovné péči (Disertační práce)*. Retrieved from: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100072/>

EMCDDA. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Retrieved from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/562/EMCDDA-TB-indicated_prevention_130796.pdf

Emmerová, I. (2018). Sebapoškodzovanie u detí a mládeže. *Pediatric Pro Praxi*, 19(2), 88-89. Retrieved from: <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>

Erikson, E. H. (2014). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál.

ESPAD report 2015: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. (2016). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Gecková, A. M, Dankulinová, Z., Sigmundová, D. & Kalman, M. (2016). *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Gilvarry, E. et al. (2016). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze/Královská akademie všeobecných lékařů, UK.

Hajný, M., (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In K. Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 135 – 139). Praha: Úřad vlády ČR.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hort, V. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie* (Vyd. 2). Praha: Portál.

Chen, Y. F. & Peng, S. S. (2008). University Students' Internet Use and Its Relationships with Academic Performance, Interpersonal Relationships, Psychosocial Adjustment, and Self-Evaluation. *CyberPsychology & Behavior*, 11(4), 467–469. Retrieved from: <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1089/cpb.2007.0128>

Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách 2015. *Zaostřeno*, 2016(5), 1-16. Retrieved from: <http://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/>

Chonymová, P., Csémy, L., Grolmusová, L. & Sadílek, P. (2014). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády ČR.

Janský, P. (2004). *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

- Klinika adiktologie. (2019). *Co je prevence*. Retrieved from: <https://www.adiktologie.cz/co-je-prevence>
- Kovaříková, V. (2016). *Užívání návykových látek a hazardní hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice (Bakalářská práce)*. Retrieved from: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/167791/>
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství* (Vyd. 4., dopl). Praha: Karolinum.
- Luthar, S. S. et al. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543. Retrieved from: <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1111/1467-8624.00164>
- Masnerová, Ž. (2011). *Drogová závislost u dětí a mládeže v ústavní výchově (Diplomová práce)*. Retrieved from: https://theses.cz/id/77n409/Drogova_zavislost_u_deti_a_mladeze_v_ustavni_vychove.pdf?lang=en;info=1;issnret=děti%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dd%C3%ADtě%20alkoholik%26start%3D68
- Matoušek, O., (1995). *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Miovský, M. (2019). Dětská a dorostová adiktologie dělá další krůčky ve svém vývoji (Editorial). *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*. 2. Retrieved from: <https://www.aplp.cz/archiv/2019-2/aplp-2-2019/>
- Miovský, M. et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.
- Miovský, M. et al. (2015). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.
- Miovský, M., Čablová, L., Šťastná, L., Školníková, M., & Miklíková, S. (2014). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie*, 14(1), 10-21.
- Miovský, M., & Bártík, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K. et al. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- MŠMT ČR. (2019). *Databáze ústavní výchovy*. Retrieved from: <https://dbuv.msmt.cz>
- MŠMT ČR. (2019). *Statistická ročenka školství*. Retrieved from: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>
- MŠMT ČR. (2010). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Retrieved from:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>

MZ ČR. (2020). *Mimořádná opatření a doporučení*. Retrieved from: <https://koronavirus.mzcr.cz/category/mimoradna-opatreni-a-doporuceni/>

Nešpor, K. (2013). *Specifika zneužívání psychoaktivních látek a vznik závislosti u dětí, žen a lidí vyššího věku. Sociální prevence, 8(2):2-14*. Retrieved from: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Nešpor, K. (2012). *Návykové nemoci a sebepoškozování. Sociální prevence, 7(1), 5-6*. Retrieved from: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.

NMS. (2015). *Mapa pomoci*. Retrieved from: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>

Novák, O. et al. (2013). *Náhradní péče o děti v Dánsku, v Anglii a Walesu, na Slovensku a v Polsku*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče.

Pacnerová, H. et al. (2015). *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.

Pearce, C. (2009). *A Short Introduction to Attachment and Attachment Disorder*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=e000xww&AN=291908&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>

Perry, B. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss & Trauma, 14(4)*, 240–255. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/15325020903004350>

Polosa, R., Russell, C., Nitzkin, J., & Farsalinos, K. (2017). A critique of the US Surgeon General's conclusions regarding e-cigarette use among youth and young adults in the United States of America. *Harm Reduction Journal, 14*, 1–10. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1186/s12954-017-0187-5>

Pyšný, L., Pyšná, J., Petrů, D., Cihlář, D., & Görner, K. (2018). Kouření tabáku, konzumace alkoholu a užívání marihuany u studentů středních škol Ústeckého kraje. *Hygiena, 63(1)*, 5-9. Retrieved from: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1553>

Richman, J. M., Rosenfeld, L. B., & Hardy, C. J. (1993). The Social Support Survey: A Validation Study of a Clinical Measure of the Social Support Process. *Research on Social Work Practice, 3(3)*, 288–296. Retrieved from: <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1177/104973159300300304>

Rolová, G., Miovský, M., & Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů. *Adiktologie V Preventivní A Léčebné Praxi, 1(4)*, 224-235. Retrieved from: <https://www.aplp.cz/>

Říčan, P., & Krejčířová, D. (1997). *Dětská klinická psychologie* (3., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.

Sedliská, K. (2014). *Drogy u dětí a mládeže v dětských domovech (Bakalářská práce)*. Retrieved from: <https://theses.cz/id/c3xp7z/?lang=sk>

Shibue, Y. (2014). Relations between Attachment, Resilience, and Earned Security in Japanese University Students. *Psychological Reports*, 115(1), 279–295. Retrieved from: <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.2466/21.02.PRO.115c14z7>

Siegel, D. J. (2012). The Developing Mind. How relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 28(4), 233. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=sih&AN=27632649&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>

Sovinová, H. & Kostecká, L. (2016). *Czech Republic 2016 Country report Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Retrieved from: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/Country_Report_2016_GYTS.1.2018.pdf

Suhail, K., & Bargees, Z. (2006). Effects of excessive Internet use on undergraduate students in Pakistan. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact Of The Internet, Multimedia And Virtual Reality On Behavior And Society*, 9(3), 297–307. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16780397&lang=cs&site=ehost-live>

Suchá, J., Dolejš, M. & Pipová, H. (2019). Hraní digitálních her u českých adolescentů. *Zaostřeno* 5(4), 1–16.

Statistiky Krajské adiktologické ambulance a poradny pro děti a dorost. (2020). Ústí nad Labem: DRUG-OUT KLUB, z.s. (nepublikováno).

Šejvl, J. (2018). Právní možnosti testování žáků a studentů při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou ve škole a školském prostředí. *Adiktolog. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 86-92.

Šimková, T. (2013). *Analýza rizikových faktorů užívání návykových látek u dětí z dětských domovů měřených pomocí dotazníku SURPS (Bakalářská práce)*. Retrieved from: <https://is.cuni.cz/webapps/zpz/detail/133573/>

Škoviera, A. (2007). *Dilemata náhradní výchovy: [teorie a praxe výchovné péče o děti v rodině a v dětských domovech]*. Praha: Portál.

Toman, J. (2018). Školská zařízení a adiktologická problematika. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 1(4), 246-253.

Topinka, D. (2015). Optimalizace řízení systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti. *Sociální práce* 2, 47-53.

UNODC. (2006). *Guidance for the measurement of drug treatment demand*. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34283EN.html>

Ústecký kraj. (2015). *Strategie protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015-2018*. Retrieved from: <https://rskuk.cz/files/Strategie-a-rozvojove-dokumenty-UK/Strategie-protidrogove-politiky-UK-2015-2018.pdf>

Ústecký kraj. (2014). *Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2015-2020*. Retrieved from: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1684879

Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (Vydání páté, rozšířené a přepracované). Praha: Portál.

Vašutová, M. (2005). *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.

Votava, T. (2014). *Rizikové faktory ústavní výchovy ve vztahu k užívání nelegálních drog – případové studie (Diplomová práce)*. Retrieved from: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/141747/>

WHO. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: ÚZIS ČR.

Příloha č. 1: Struktura rozhovoru s pracovníky dětských domovů

Údaje o participantovi - odbornost, pozice, délka praxe v zařízení

Kolik dětí máte momentálně v péči dětského domova?

U jaké části z nich si myslíte, že se vyskytuje adiktologická problematika?* * Pojem adiktologická problematika bude respondentům vysvětlen na začátku rozhovoru. Zahrnuje užívání návykových látek (legálních i nelegálních) v jakékoli fázi a nadměrné užívání technologií či jiné závislostní chování nelátkové oblasti.

Jakým způsobem monitorujete možný výskyt závislostního chování/adiktologické problematiky ve vašem zařízení?

O jaké chování se jedná? Jakého typu (látkové/ nelátkové)?

V jaké věkové kategorii se nejčastěji vyskytuje adiktologická problematika? Jedná se spíše o chlapce nebo o dívky?

Jak hodnotíte ohrožení dětí z hlediska této problematiky?

Jak vypadá tým dětského domova? Kdo se danou problematikou zabývá?

Jakým způsobem jsou pracovníci školeni v tématu adiktologie?

Jakou formou jsou děti o problematice závislostního chování informováni (besedy, nácviky, primárně preventivní program,..)?

Jak postupujete v případě, že identifikujete výskyt závislostního chování u některého z dětí?

Jak velký důraz je kladen na věnování se problematice závislostního chování ve vašem zařízení?

Jaké máte v dětském domově sankce při zjištění užití návykové látky?

Co si myslíte o postupu?

Jaká znáte adiktologická zařízení pro děti a dorost?

Jaké jsou vaše dosavadní zkušenosti se spoluprací s adiktologickými zařízeními pro děti a dorost?

Kam byste se v případě potřeby obrátili ve vašem kraji?

Jak byste hodnotili přítomnost adiktologa v týmu pracovníků dětského domova?

Jaké spatřujete pozitiva takové spolupráce?

Působení na jaké cílové skupiny by bylo vhodné?

V jaké podobě?

Jaké spatřujete negativa takové spolupráce?

Jakou podobu by měla tato spolupráce mít? (externí pracovník vs součást týmu?)

Jaké kompetence by měl adiktolog mít?

Jak by mohla vypadat spolupráce s dětmi? (primární prevence, adiktologická terapie,..)

Jak by mohla vypadat spolupráce s pracovníky? (vzdělávání, poradenství,..)

Na jaké pozici by mohl adiktolog ve vašem zařízení pracovat?

Jaké možné bariéry spatřujete v navázání této spolupráce?

Máte k této problematice nějaké doplnění?