Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Bc. Jabira Brejchová

Název

Uplatnění profese adiktologa v diagnostických ústavech pro děti a mládež

Title

The role of addiction specialist in diagnostic institutes for children and adolescents

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D.

Praha, 2025

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně 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 ……

Jabira BREJCHOVÁ

Identifikační záznam

BREJCHOVÁ, Jabira. Uplatnění profese adiktologa v diagnostických ústavech pro děti a mládež. [The role of addiction specialist in diagnostic institutes for children and adolescents.]. Praha, 2025. 89 stran. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. et Mgr. Amalii Lososové Ph.D. za vedení diplomové práce, odborné rady a čas, který mi věnovala. V neposlední řadě také děkuji ředitelům a zástupcům ředitelů všech Diagnostických ústavů, kteří se výzkumu zúčastnili, za umožnění provedení výzkumu, za jejich čas a cenné informace, bez kterých by tento výzkum nebylo možné provést.

Abstrakt

Východiska: Adiktolog je nelékařská zdravotnická profese, která se zabývá prevencí, léčbou a/nebo minimalizací rizik a poruch způsobených užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných psychoaktivních látek včetně poruch souvisejících s patologickým hráčstvím. Výsledky studií zabývajících se uplatněním adiktologů na trhu práce potvrzují široké rozpětí možností pracovního uplatnění profese adiktologa. Absolventi oboru jsou zaměstnáni ve zdravotnictví, sociálních službách, státní správě či školství. Diagnostický ústav (DÚ) je školské zařízení, kterým prochází dítě, kterému byla nařízena ústavní nebo ochranná výchova, či se jedná o předběžné opatření. Mezi důvody pro umístění dítěte v DÚ patří také rizikové chování spojené s užíváním psychoaktivních látek. V České republice služby diagnostického ústavu poskytuje 12 organizací a celková kapacita diagnostických ústavů je 456 lůžek.

Cíl: Hlavním cílem práce je zjistit zkušenosti se zaměstnáním adiktologa, aktuální potřebu a možnosti uplatnění profese adiktologa v diagnostických ústavech pro děti a mládež v České republice. Dílčí cíle zahrnují zmapování současné situace týkající se adiktologické problematiky u dětí a dospívajících v diagnostických ústavech, zmapování možných přínosů a bariér spolupráce adiktologa s diagnostickými ústavy.

Metody: Sběr dat byl proveden formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Nahrané audiozáznamy rozhovorů byly přepsány do dokumentu MS Word. Data byla analyzována pomocí otevřeného kódování. Pro tvorbu kategorií byla využita metoda vytvaření trsů. Data byla následně deskribována. Byly předloženy klíčové úryvky ilustrující nejvýznamnější témata. Etické otázky byly dodrženy.

Výzkumný soubor: Základní soubor tvořili ředitelé všech 12 diagnostických ústavů v ČR. Jako metoda výběru byl zvolen totální výběr. S účastí na výzkumů souhlasilo 8 diagnostických ústavů. Vedoucí pracovníci byli zvoleni metodou záměrného výběru. Každé zařízení bylo reprezentováno jedním vedoucím pracovníkem. Výzkumný soubor tvořilo 6 ředitelů diagnostických ústavů a 2 zástupci ředitele.

Výsledky: Formální zaměstnání adiktologů v diagnostických ústavech se potkává s legislativními, finančními a personálními bariérami. Zákon č. 96/2004 Sb. zařazuje adiktologa mezi nelékařské zdravotnické profese, zatímco diagnostický ústav je definován zákonem č. 109/2002 Sb. jako školské zařízení. Vytváří to systémovou/legislativní bariéru, kterou respondenti nejčastěji uváděli jako překážku pro formální zaměstnání adiktologa. V současné době jsou adiktologové zaměstnáni jen v jednom diagnostickém ústavu, tři diagnostické ústavy projevily zájem o zaměstnání adiktologa. Adiktolog může v diagnostickém ústavu provádět jak preventivní činnosti, tak i využit své terapeutické dovednosti v práci s dětmi a dospívajícími, v neposlední řadě náplní jeho práce může být práce s rodinou, která je dle výpovědi

respondentů zásadní. Uvedené kompetence mají adiktologové v diagnostickém ústavu, kde v současné době působí a využívají svoji kvalifikaci. Externí adiktologické služby využívají dva diagnostické ústavy a další dva diagnostické ústavy mají zájem o navázání spolupráce s externím adiktologem. Dětské diagnostické ústavy se setkávají s nedostupností adiktologické péče pro děti do 15 let. V některých regionech není dostupná péče ani pro starší děti. Prevalence adiktologické problematiky je u dětí a dospívajících v zařízeních ústavní výchovy vyšší než v běžné populaci. V dětských diagnostických ústavech se nejčastěji setkávají se závislostí na sociálních sítích a považují tuto problematiku za závažnou. Většina respondentů se shodla na tom, že by uvítali otevření regionálních/krajských pracovišť s adiktologickou podporou pro děti s výraznou adiktologickou problematikou.

Závěr: V diagnostických ústavech pracují multidisciplinární týmy, které by rády uvítaly ve svých řadách zdravotníky. Děti v diagnostických ústavech mají vyšší prevalenci užívání návykových látek a sociálních sítí a ve většině zařízení není adiktolog a není navázaná pravidelná spolupráce s externím adiktologickým pracovištěm/adiktologem. Zásadním krokem pro formální zaměstnání zdravotnických pracovníků ve školství je meziresortní spolupráce MŠMT a Ministerstva zdravotnictví, která by umožnila uplatnění adiktologů ve školském systému nejen formálně, ale i s plným uznáním jejich odbornosti a kompetencí.

Klíčová slova: Adiktolog, děti a mladiství, rizikové chování, diagnostický ústav, kompetence

Abstract

Background: Addiction specialist is a non-medical healthcare profession specializing in the prevention, treatment and/or harm reduction of risks and disorders related to the use of alcohol, tobacco products and other psychoactive substances, including disorders associated with pathological gambling. Studies examining the labor market integration of addiction specialists confirm a broad range of employment opportunities within the profession. Graduates of the field are employed in health care, social services, public administration or education. A diagnostic institution is an educational facility that accommodates children who have been ordered into institutional or protective care or are subject to preliminary measures. One of the reasons for kids being placed into this institution can be substance use or other risky behavior. In the Czech Republic, services of diagnostic institutions are provided by 12 organizations, with a total capacity of 456 beds.

Objective:

The primary aim was to explore the experiences related to the employment of addiction specialists, as well as the current needs and possibilities for integrating this profession into diagnostic institutions for children and adolescents in the Czech Republic. The secondary objectives of the thesis include mapping the current situation concerning addiction-related issues among children and adolescents in diagnostic institutions, and identifying the possible benefits and barriers of cooperation between addiction specialists and diagnostic institutions.

Methods:

Data collection was carried out using qualitative research through semi-structured interviews. The recorded audio interviews were transcribed into MS Word documents. Data were analyzed through open coding, The clustering method was used to create categories. The data were subsequently described. Key excepts illustrating the most significant themes were presented. Ethical considerations were duly respected.

Research sample:

The total population consisted of the directors of all 12 diagnostic isntitutions in the CR. For the purposes of this study, a total population sampling method was used. Eight diagnostic institutions agreed to participate in the research. Managers were selected using purposive sampling method. Each institution was represented by one senior staff member. The research sample included six directors of diagnostic institutions and two deputy directors.

Results:

The formal employment of addiction specialists in diagnostic institutions faces legislative, financial, and personnel barriers. Act No. 96/2004 Coll. classifies addiction specialists as non-medical healthcare professionals, while diagnostic institutions are defined by Act No. 109/2002 Coll. as educational facilities. This creates a systemic/legislative barrier, most frequently cited by respondents as an obstacle to the formal employment of addiction specialists.

Currently, addiction specialists are employed in only one diagnostic institution, while three institutions have expressed interest in hiring one. Within a diagnostic institution, an addiction specialist can engage in both preventive activities and apply therapeutic skills in working with children and adolescents. Additionally, work with families, identified by respondents as highly important, can form a significant part of the specialist's role. These competencies are utilized by addiction specialists currently working in the one diagnostic institution employing them.

Two diagnostic institutions currently use external addiction services, and two others have expressed interest in establishing such collaboration. Children's diagnostic institutions report limited availability of addiction treatment for children under the age of 15. In some regions, services are not accessible even for older children. The prevalence of addiction-related issues among children and adolescents in institutional care is higher than in the general population.

Children's diagnostic institutions most frequently encounter addiction to social media, which they consider a serious issue. Most respondents agreed that they would welcome the establishment of regional or county-based centers offering addiction support for children with significant addiction-related problems.

Conclusion:

Multidisciplinary teams operate within diagnostic institutions and would welcome the inclusion of healthcare professionals in their ranks. Children in these institutions show higher prevalence of substance use and problematic social media use. In most facilities, there is no addiction specialist employed, nor is established regular collaboration with an external addiction specialist. A crucial step towards the formal employment of healthcare professionals in the education system is interdepartmental cooperation between the Ministry of Education, Youth and Sports and the Ministry of Health. Such collaboration would enable integration of addiction specialists into the educational system not only formally, but also with full recognition of their professional qualifications and competencies.

Key words: Addiction specialist, children and adolescents, risky behavior, diagnostic institution, competencies

Obsah

ÚVOD 12
TEORETICKÁ ČÁST 13
1. VÝVOJOVÁ OBDOBÍ DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ 13
1.1. Děti s povinnou školní docházkou 13
1.1.1. Mladší školní věk 13
1.1.2. Pubescence 13
1.2. Děti po ukončení povinné školní docházky 14
2. DUŠEVNÍ PORUCHY DĚTSKÉHO A ADOLESCENTNÍHO VĚKU 16
2.1. Poruchy chování 16
2.2. Hyperkinetické poruchy 17
2.3. Deprese 18
2.4. Úzkostné poruchy 19
2.5. Emočně nestabilní porucha osobnosti 19
3. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ 21
3.1. Definice a druhy rizikového chování 21
3.2. Rizikové chování u dětí a dospívajících ve školských ústavních zařízeních 21
4. PREVALENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK 23
4.1. Prevalence užívání návykových látek v Evropě a ČR (ESPAD) 23
4.1.1. Kouření 23
4.1.2. Alkohol 23
4.1.3. Nelegální návykové látky 23
4.1.4. Hazardní hry 24
4.1.5. Sociální sítě a digitální hry 24
4.2. Prevalence užívání návykových látek u dětí a dospívajících v ústavní výchově 24
5. ÚSTAVNÍ VÝCHOVA 27
5.1. Definice a formy ústavní výchovy 27
5.2. Místo a role diagnostického ústavu v ústavní výchově dětí a dospívajících 28
5.3. Zaměstnávání zdravotnických pracovníků ve školských zařízeních 30

5.4. Standardy kvality zařízení ústavní výchovy ... 32
6. PROFESE ADIKTOLOGA ... 34
6.1. Uplatnění profese adiktologa ... 34
6.2. Kompetence adiktologa ... 35
7. PREVENCE ... 40
7.1. Primární prevence ... 40
7.2. Sekundární prevence ... 41
7.3. Terciární prevence ... 42
7.4. Minimální preventivní program ... 42
8. DIAGNOSTICKÉ ÚSTAVY S ADIKTOLOGICKÝM PROGRAMEM ... 44
8.1. Adiktologický program v DÚM Lublaňská ... 44
8.2. Oddělení se zvýšenou adiktologickou podporou Sulická ... 45
VÝZKUMNÁ ČÁST ... 48
9. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY ... 48
10. VÝZKUMNÝ SOUBOR ... 49
11. VÝZKUMNÁ DATA ... 50
11.1. Metody sběru dat ... 50
11.2. Metody zpracování a analýzy dat ... 51
11.3. Validita výzkumu ... 52
12. LIMITY A ETIKA ... 53
13. VÝSLEDKY VÝZKUMU ... 54
13.1. Informace o zařízení ... 54
13.1.1. Kapacita zařízení ... 54
13.1.2. Personál zařízení ... 55
13.1.3. Délka pobytu v DÚ ... 56
13.2. Děti a dospívající v DÚ ... 57
13.2.1. Věk dětí a rozdělení do skupin ... 57
13.2.2. Rizikové chování ... 58
13.3. Adiktologická problematika u dětí a dospívajících v diagnostických ústavech ... 59
13.3.1. Tabákové výrobky a alkohol ... 59
13.3.2. Nelegální návykové látky ... 60

13.3.3. Závislost na technologiích a sociálních sítích 61
13.4. Kompetence adiktologa 62
13.4.1. Povědomí o profesi adiktologa a jeho kompetencích 62
13.4.2. Prevence 64
13.4.3.Spolupráce s rodinou 65
13.5. Adiktologická péče 66
13.5.1. Zaměstnávání adiktologů a spolupráce s externím adiktologem 66
13.5.2. Pracoviště s adiktologickou podporou jako součást diagnostického ústavu 68
14. SOUHRN VÝSLEDKŮ 70
15. DISKUZE 74
16. ZÁVĚR 81
17. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 83

ÚVOD

Diagnostický ústav je školské zařízení, kterým prochází každé dítě, kterému byla nařízena ústavní nebo ochranná výchova, či se jedná o předběžné opatření. V České republice služby diagnostického ústavu poskytuje 12 organizací a celková kapacita diagnostických ústavů je 456 lůžek (MŠMT, 2025). Jedná se o státní zařízení, které poskytuje komplexní péči dětem od 3 do 18 let, případně do 26 let, na základě rozhodnutí soudu nebo na základě žádosti osob odpovědných za výchovu (Jánský, 2014). Ve školním roce 2022/2023 bylo ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy umístěno celkem 6 355 dětí. Z tohoto počtu v diagnostických ústavech bylo umístěno 381 dětí (Zatloukal et al., 2023).

Diagnostické ústavy a jiná školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče zaujímají důležité místo v primární i sekundární prevenci delikvence dětí a mládeže, neboť poskytují dětem a mládeži ochranu před nevhodným rodinným prostředím nebo jinými nepříznivými vlivy, které se dalšími opatřeními na pomoc rodině ve výchově nepodařilo odstranit (Vocilka, 1996, s.8). Jedním z odborníků, který může pracovat s dospívajícími ohroženými užíváním návykových látek a jiným rizikovým chováním je adiktolog – nelékařský zdravotnický pracovník specializující se na prevenci a léčbu závislostního chování (Česká asociace adiktologů, z.s., 2020). V ČR je profese adiktologa legislativně zakotvena od r. 2008 (zákon č. 96/2004 Sb.). Jak uvádí Miovský et al. (2015), adiktologové jsou generičtí odborníci, kteří integrují terapeutické dovednosti s dovednostmi v oblasti prevence a harm reduction.

Prevalence užívání návykových látek u dospívajících v institucionální výchově je dlouhodobě podceňovaným a systémově neřešeným zdravotním rizikem, jež vyžaduje všeobecně akceptovaný přístup založený na bio-psycho-socio-spirituálním modelu a z něj vyplývající opatření z oblastí adiktologické, speciálně pedagogické a zdravotní. Systémové zavedení profese adiktologa do preventivních a pobytových programů institucionální výchovy může vést ke zvýšení kvality intervencí (Doležalová, 2019).

Cílem práce je zjistit zkušenosti se zaměstnáním, aktuální potřebu a možnosti uplatnění profese adiktologa v diagnostických ústavech pro děti a mládež v České republice.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VÝVOJOVÁ OBDOBÍ DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ

Pro účely této práce autorka popisuje vývojová období podle umístění dětí v diagnostických ústavech: dětský diagnostický ústav, kam se umisťují děti s povinnou školní docházkou a diagnostický ústav, kde jsou děti s ukončenou povinnou školní docházkou.

1.1. Děti s povinnou školní docházkou

1.1.1. Mladší školní věk

Začátek období je dán vstupem do školy. Období 6-11 let je většinou klidné a bezproblémové. Je to však pouze klid před bouří puberty. Psychoanalýza označuje toto období latentním. Jedna část psychosociálního vývoje je ukončena, prudké pudy jsou obvykle nečinné. Základní pudová a emoční složka osobnosti dřímá a čeká začátku pubescence, kdy se všechny dřívější pudy znovu objevují v nové kombinaci a jsou podřízeny genitalitě (Erikson, 2022). Do věku 10 let roste mozek a opouzdřují se nervová vlákna, pak se růst CNS zpomaluje. Dítě v tomto věku má silnou potřebu pohybové aktivity, která by neměla být omezována. Učení je v tomto období důležitou činností, ovlivňující všechny psychické funkce. Psychické funkce se zdokonalují, probíhá intelektualizace poznávacích procesů, ustupuje fantazie a snění, školní dítě se orientuje na realitu (Novotná et al., 2012). V mladším školním věku se dítě učí různým rolím v procesu socializace. V tomto věku jsou důležité tři oblasti: rodina, škola, vrstevnické skupiny. Rodina přestavuje důležité emoční a sociální zázemí dítěte, uspokojuje většinu jeho potřeb. Již v rodinných vztazích si dítě uvědomuje odlišnost role rodičů a dětí a akceptuje autoritu dospělého. Další důležitou oblastí je škola, kde se dítě učí přijímat zodpovědnost za svoje jednání, podřizovat se autoritě dalšího dospělého – učitele. Učitel v tomto věkovém období poskytuje dítěti pocit jistoty a bezpečí. Chování žáka a akceptace školních pravidel, vztah ke škole souvisí se vztahem žáka k učiteli, který v tomto věku není neutrální. Vztahy s vrstevníky jsou příležitostí k rozvoji sociálních dovednosti (Vagnerová & Lisá, 2024). „Potřeba kontaktu a přijetí vrstevníky je ve školním věku jednou z nejvýznamnějších potřeb a její uspokojení má značný vliv na socializaci a osobnostní vývoj školáků“ (Vagnerová & Lisá, 2024, s. 346). Ditě se musí ve vrstevnické skupině prosadit, zaujmout nějakou pozici, akceptovat pravidla skupiny. Ditě se učí spolupráci, sebeovládaní. V mladším školním věku dítě ještě nedokáže vysvětlit, co ho naštvalo a projevy agrese můžou pro ně být způsobem k dosažení cíle.

1.1.2. Pubescence

Toto období začíná obvykle 11. rokem života. V odborné literatuře se často setkáme s názvem raná adolescence. Období pubescence je nejkritičtějším a nejdynamičtějším obdobím lidského života. V tomto období dítě prochází velkými změnami v biologické a psychické oblasti.

Pubescence začíná změnou v pohlavních funkcích a končí plnou pohlavní zralostí (Novotná et al., 2012). Mění se způsob myšlení, pubescent je schopen uvažovat hypoteticky, a to i o variantách, které neexistují (Vagnerová & Lisá, 2024).

První pubertální fáze (prepubescence) začíná prvními známkami pohlavního dospívání a končí nástupem menarche u dívek, poluce u chlapců. U většiny dívek trvá tato fáze od 11 do 13 let, u chlapců probíhá fyzický vývoj o 1-2 roky později.

Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze) začíná dokončením prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti. Zhruba můžeme období vlastní puberty vymezit věkem 13-15 let (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Hormonální proměny vedou ke změně emočního prožívání, jehož výkyvy mají subjektivní i objektivní dopad (Vagnerová & Lisá, 2024). Pubescence je důležitá pro vytváření vlastní identity. Probíhá proces sebeakceptace. V tomto období je důležité, aby dítě bylo úspěšné v určité oblasti. Neméně důležité je přijetí ze strany vrstevníků (skupinová identita). Autorita vrstevnické skupiny posiluje sebeúctu a sebevědomí. Probíhá proces emancipace od rodičů (Novotná et al, 2012).

1.2. Děti po ukončení povinné školní docházky

Adolescence navazuje plynule na období puberty, začíná pohlavní zralostí a končí fyzickou, psychickou, sociální a ekonomickou nezávislostí jedince (Uhlíková, 2012). Adolescence je obdobím intenzivního neurobiologického a psychosociálního vývoje, které v interakci se sociálním prostředím formuje schopnosti, které jedinec přenáší do dospělosti (Patton et al., 2016). Pozdní adolescence začíná 15, rokem života a končí přibližně 20. rokem. Důležitým sociálním mezníkem je ukončení povinné školní docházky v 15 letech. Období se charakterizuje hledáním vlastní identity, která by alespoň částečně odpovídala představám adolescenta. Důležitou změnou je aktivnější přístup k seberealizaci a vědomí možnosti ovládat vlastní život. Emancipace i infantilní vázanost na rodinu je obvykle dokončena, vztahy s rodiči se zlepšují. Rodina zůstává osobně významným sociálním zázemím, kam se adolescent rád vrací, i když se již z těsnější vázanosti na rodinu odpoutal. „Smyslem tohoto období je poskytnout dospívajícímu čas, aby porozuměl sám sobě, nastavil si cíle, kterých by chtěl v budoucnu dosáhnout a také osamostatnění ve všech oblastech, v nichž to současná společnost vyžaduje“ (Vagnerová & Lisá, 2024, s. 376).

Hledání vlastní identity představuje komplexní vývojový proces, jehož cílem je sebepoznání a vymezení individuálních možností. Úspěšné zvládnutí vývojového úkolu vyžaduje dostatečné životní a sociální zkušenosti, osvojení relevantních kompetencí a hlubší introspekci. Tento

proces je neoddělitelně spjat s experimentováním, testováním vlastních fyzických i sociálních hranic a opakovanou konfrontací s autoritami, které napomáhají k utváření stabilní identity jedince (Erikson, 2015).

2. DUŠEVNÍ PORUCHY DĚTSKÉHO A ADOLESCENTNÍHO VĚKU

Studie Kesslera et al. (2012) uvádí, že období adolescence je klíčové ve vývoji duševního zdraví. Většina psychických poruch se manifestuje již v dětství a adolescenci, přičemž tato raná expozice významně zvyšuje celoživotní riziko (Kessler et al, 2012).

Většina dětí, které se dostávají do diagnostických ústavů, jsou od raného dětství traumatizovány a zanedbávány, často se u nich projevují příznaky psychické deprivace a narušení vývoje osobnosti. Vývojová traumata mají vliv na neurologický vývoj mozku, na rozvoj poruch osobnosti a problematické sebepojetí, kognitivní deficity. Vývojová traumata se můžou také odrážet ve změně postojů a hodnot a také v rizikových projevech chování. Často se jedná o děti s poruchami chování. Poruchy chování se dělí na internalizované a externalizované. Mezi internalizováné poruchy chování lze zařadit emoční poruchy v dětství. K externalizováným poruchám chování patří hyperkinetické poruchy chování, porucha opozičního vzdoru (Miovský et al., 2010).

V této kapitole autorka popisuje výše uvedené psychické poruchy, které se nejčastěji vyskytují u dětí umístěných v diagnostických ústavech a jiných zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

2.1. Poruchy chování

Poruchy chování představují odchylku v procesu socializace, kdy jedinec nejedná v souladu s obecně přijímanými pravidly odpovídajícími jeho věku a intelektovým schopnostem. Ačkoli si sociální normy uvědomuje, buď je vědomě nedodržuje, nebo se jim nedokáže přizpůsobit (Vagnerová, 2014).

V etiologii poruch chování je zvažována řada rizikových faktorů, které se na rozvoji poruch chování mohou podílet. První skupinou jsou faktory sociální (výskyt kriminálních činů v rodinné anamnéze, užívání návykových látek rodiči, konflikty mezi rodiči navzájem či mezi rodiči a dítětem, nedůslednost ve výchově, nedostatečná péče, domácí násilí, nevhodná parta atd.). S věkem klesá vliv rodinných faktorů. Další skupinu rizikových faktorů tvoří faktory tzv. psychologické (hyperaktivita, kognitivní deficit, jazyková bariéra, psychická traumata v minulosti, posttraumatická stresová porucha atd.). Svůj význam mají i faktory biologické (genetické faktory, změny autonomního nervového systému, abnormity neurotransmiterových systémů, vyšší výskyt záchvatovitých onemocnění u delikventů, nižší hladina kortizolu atd.). Klíčová však nejspíše bude souhra mezi všemi těmito faktory (Žáčková & Treiner, 2008).

Podle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) poruchy chování jsou charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně

překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být projevem i jiné psychiatrické poruchy a v takovém případě má být preferována příslušná diagnóza. Chováním, na němž je diagnóza založena, je například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň. Pro diagnózu postačuje jeden z těchto typů chování, pokud je výrazný, nestačí však ojedinělý disociální čin.

Toto chování tedy hrubě překračuje vzory chování typické pro příslušný věk a danou sociální skupinu. Vyskytují se u 5–15 % dětí školního věku, častěji u chlapců. MKN-10 rozlišuje čtyři základní subtypy poruch chování dle prostředí, ve kterém se vyskytuje a dle míry jejich závažnosti: porucha chování ve vztahu k rodině, porucha chování socializovaná, porucha chování nesocializovaná a porucha opozičního vzdoru (Žáčková & Treiner, 2008).

Diagnóza poruchy chování může být stanovena, pokud dítě po delší časový úsek vykazuje alespoň jednu nebo více charakteristických rysů z uvedené skupiny pěti kritérií:

1. Neschopnost dítěte učit se, přičemž tento stav není vysvětlitelný intelektuálními, smyslovými nebo zdravotními faktory.
2. Neschopnost budovat a udržovat uspokojivé interpersonální vztahy s vrstevníky, učiteli.
3. Nevhodné typy chování nebo pocitů za běžných okolností.
4. Celková, všeprostupující nešťastná nebo depresivní nálada.
5. Tendence rozvíjet fyzické symptomy, bolest nebo strach, které jsou spojovány s osobními nebo školními problémy (Červenka, 2014).

2.2. Hyperkinetické poruchy

Dle MKN-10 hyperkinetické poruchy jsou skupinou poruch charakterizovanou časným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel, spíše než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti

jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporcionálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

Prevalence hyperkinetických poruch představuje 5–8 % dětí, častěji u chlapců, z toho u 60–70 % pacientů mohou přetrvávat až do dospělosti. V současné době převládá názor, že příčiny vzniku hyperkinetických poruch jsou pravděpodobně heterogenní, na jejich vzniku se mohou podílet faktory negenetické (konzumace alkoholu a kouření matky v graviditě, perinatální traumata spojená s hypoxií, nízká porodní hmotnost, předčasný porod, disharmonické rodinné prostředí, psychopatologie u rodiče) i genetické (např. výskyt specifických alel některých genů, teoreticky zodpovědných za poruchy neurotransmise či odchylky vývoje mozku atd.) (Žáčková & Treiner, 2008).

Dítě či dospívající s ADHD je často za své projevy a nedostatky kritizován, objevují se konflikty v komunikaci a interpersonálních vztazích. To má negativní dopad na formující se osobnost jedince a projevuje se utvářením negativního sebepojetí, nízké sebehodnoty, sebevědomí či problémy s přijetím sebe sama. Ke kompenzaci a zvládání náročných situací jedinec uplatňuje jednoduché obranné mechanismy (generalizace vzdoru, snaha o kompenzaci deficitu výkonu behaviorálními projevy). Rodinné prostředí je často zatěžováno oboustranným pocitem neuspokojení, recipročně je posilováno negativní utváření vzájemných vztahů a osoba s ADHD si zažité vzorce chování opakovaně potvrzuje (Čablová et al., 2015).

2.3. Deprese

Deprese patří k afektivním poruchám. Dle MKN-10 základní vlastností afektivních poruch je porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů jsou buď sekundární k změnám nálady a aktivity nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. K afektivním poruchám dále patří bipolární porucha a trvalé poruchy nálad. V této kapitole se autorka zaměřuje úžeji na problematiku deprese, neboť se jedná o častou komorbiditu u dětí a dospívajících užívajících návykové látky, obdobně jako v dospělé populaci (Hort, 2008).

Depresivní porucha s počátkem v dětském nebo adolescentním věku představuje závažné duševní onemocnění, často spojené s rizikem sebevražedného chování. Její diagnostika a léčba jsou komplikovanější než u dospělých vzhledem k věkově specifickým projevům, častému výskytu komorbidních poruch a omezeným možnostem farmakoterapie.

Prevalence výskytu deprese dětí je kolem 2 % případů, zatímco u adolescentů se prevalence pohybuje mezi 4–8 %. Zatímco v dětství je rozložení mezi pohlavími vyrovnané, v období adolescence se poměr mění v neprospěch dívek, a to na 1:2 až 1:3. Je důležité zmínit častou komorbiditu depresivní poruchy dětí a adolescentů s úzkostnými poruchami (30–80 %), poruchami chování (10–80 %), ADHD (cca 40 %), dysthymií (cca 30 %), abúzem návykových látek (20–30 %) a asi 10% dětí trpících depresí mají komorbiditu s poruchami příjmu potravy (Dudová, 2021).

2.4. Úzkostné poruchy

Dle MKN-10 úzkostné poruchy jsou skupinou poruch, kde je úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmto situacím vyhýbá a pokud tak neučiní, trpí v nich strachem. Zájem pacienta se soustřeďuje na jednotlivé příznaky jako je palpitace nebo pocit na omdlení, a často jsou spojeny s druhotným strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešílení. Myšlenky na účast ve „fobické" situaci vzbuzují u pacienta anticipační úzkost. Fobická úzkost a deprese často existují vedle sebe. Zda jsou nutné obě diagnózy, fobická úzkost a depresivní epizoda nebo pouze jedna z nich, je určeno časovým průběhem obou poruch a terapeutickou úvahou při lékařské konzultaci.

Podle docentky Malé (2011) se úzkostné poruchy u dětí vyskytují s následující prevalencí: generalizovaná úzkostná porucha postihuje přibližně 3 % dětské populace, separační úzkost se objevuje u 3,5 %, sociální fobie u zhruba 1 %, sociální úzkostná porucha se vyskytuje u 2,5 % a specifické fobie jsou přítomny u 2,4 % dětí. Tyto informace se vztahují k celému období dětství a dospívání. Výskyt jednotlivých poruch se liší v závislosti na vývojové fázi a osobnostních zvláštnostech dítěte. V období dospívání se však nejčastěji objevují úzkostné poruchy, jako jsou panická porucha, sociální úzkost a agorafobie (Malá, 2011).

2.5. Emočně nestabilní porucha osobnosti

Dle MKN-10 je emoční nestabilní porucha osobnosti charakterizovaná určitým sklonem ke zkratkovému chování bez uvážení jeho následků; nálada je nepředvídatelná a vrtošivá. Je sklon k neuváženým emočním výbuchům a neschopnost ovládat výbuchy svého chování. Je tendence k hašteřivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště jsou–li zkratkové činy odmítány nebo potlačovány. Je možno rozlišit dva typy: typ impulzivní charakterizovaný hlavně emoční nestabilitou a chybějícím ovládáním svých popudů, a typ hraniční, charakterizovaný navíc i poruchou představy o sobě, cílů a osobních preferencí, dlouhodobými pocity prázdnoty,

dále intenzivními a nestabilními interpersonálními vztahy a tendencí k sebezničujícímu chování, včetně sebevražedných náznaků a pokusů.

Prevalence hraniční poruchy osobnosti v celkové populaci adolescentů dosahuje 3 %. U adolescentů v ambulantní psychiatrické péči je výskyt emočně nestabilní poruchy osobnosti kolem 11 %, zatímco u psychiatricky hospitalizovaných adolescentů až 40 %. Údaje jsou závislé na charakteru klinické populace, například u suicidálních adolescentů přicházejících na pohotovost je výskyt poruchy osobnosti až 78 %. Z hlediska pohlaví převažují dívky (až tři čtvrtiny pacientů). (Kocourková & Koutek, 2022).

3. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

3.1. Definice a druhy rizikového chování

Rizikové chování zahrnuje různé projevy, které mohou negativně ovlivnit zdraví, sociální vztahy nebo psychickou pohodu jedince. Zároveň rizikové chování může představovat hrozbu i pro okolí jedince, a to buď přímo, nebo jako potenciální riziko (Miovský et al., 2012). Rizikové chování je vždy spojeno s nižšími či vyššími negativními důsledky a je neodmyslitelnou součástí života adolescenta (Dolejš & Orel, 2017).

Ministerstvo školství,mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT) v Národní strategii prevence rizikového chování pro období 2019-2027 vymezuje základní formy rizikového chování rozšířené o další projevy rizikového chování. Mezi formy rizikového chování patří:

1. Agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií, násilí, domácí násilí, krizové situace spojené s násilím, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie, krádeže, loupeže, vydírání, vyhrožování
2. Záškoláctví
3. Závislostní chování, užívání různých typů návykových látek, netolismus, gambling
4. Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, prevence úrazů
5. Spektrum poruch příjmu potravy
6. Negativní působení sekt
7. Sexuální rizikové chování
8. Sebepoškozování
9. Nová náboženská hnutí
10. Příslušnost k subkulturám

3.2. Rizikové chování u dětí a dospívajících ve školských ústavních zařízeních

Rizikové chování může být důvodem přijetí do školského ústavního zařízení. Školské ústavní zařízení je specifické prostředí s určitým systémem norem. Ty mohou fungovat jako rizikové, nebo naopak protektivní (ochranné) faktory pro rozvoj rizikového chování přímo v zařízení. Významným zdrojem norem chování je vrstevnická skupina, která má ve školských ústavních zařízeních na dítě významný vliv. Je pochopitelné, že právě ve školských výchovných zařízeních její vliv ještě narůstá. Řada typů rizikového chování se nejčastěji projevuje právě mezi vrstevníky. Vrstevnická skupina některé projevy rizikového chování umožňuje, nebo alespoň podporuje jejich rozvoj. Ve skupině dochází k sociálnímu tlaku. Ten může nabývat jak

aktivních podob ve formě povzbuzování a nucení, tak podob pasivních, kdy se projevují právě skupinové normy (Žufníček, 2012).

Koncept rizikového chování je ve svém současném pojetí značně široký a vyžaduje multidisciplinární přístup. Při řešení projevů rizikového chování je kladen důraz na kvalitu současného, ale i budoucího života dítěte, což opět klade velké nároky na odborníky, kteří s cílovou skupinou pracují (Žufníček, 2012).

4. PREVALENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

V této kapitole autorka popisuje výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). ESPAD je hodnocení situace a vývoje v oblasti kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog mezi šestnáctiletými studenty v evropských zemích.

4.1. Prevalence užívání návykových látek v Evropě a ČR (ESPAD)

4.1.1. Kouření

Zkušenost s kouřením cigaret alespoň jednou v životě mělo v Evropě podle výsledků studie ESPAD v r. 2019 celkem 41 % šestnáctiletých. Kouření v posledních 30 dnech uvedlo 20 % studentů. Denně kouří 10,3 % studentů. Elektronické cigarety zkusilo celkem 40 % studentů. V posledních 30 dnech užilo e-cigarety 14 % studentů (16 % chlapců a 11 % dívek). S frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji užívalo e-cigarety 4,1 % studentů, denně nebo téměř denně 3,1 % studentů (ESPAD, 2020). V ČR alespoň jednou v životě kouřilo podle výsledků studie ESPAD v r. 2019 celkem 54 % šestnáctiletých studentů. Kouření v posledních 30 dnech uvedlo 23,6 % studentů. Elektronické cigarety zkusilo celkem 60,4 % studentů. V posledních 30 dnech užilo e-cigarety 19,8 % studentů (22,5 % chlapců a 16,9 % dívek). S frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji užívalo e-cigarety 8,5 % studentů, denně nebo téměř denně 3,1 % studentů (Chomynová et al., 2020). Při porovnání výsledků v Evropě a ČR vidíme vyšší prevalence v kouření jak klasických, tak elektronických cigaret v ČR.

4.1.2. Alkohol

Zkušenost s pitím alkoholu mělo dle studie ESPAD 79 % šestnáctiletých studentů. Nejvyšší celoživotní prevalence jsou v Maďarsku, Dánsku a Česku. V posledních 30 dnech pilo alkohol 47 % studentů. Pití nadměrných dávek alkoholu alespoň jednou v posledním měsíci uvedlo celkem 13 % šestnáctiletých (ESPAD, 2020). Co se týče alkoholu, někdy v životě ho pilo 95,1 % šestnáctiletých studentů. 62,7 % z nich přiznala konzumaci alkoholu během posledních 30 dnů. 38,5 % šestnáctiletých studentů pilo v tomto období nadměrné dávky alkoholu (Chomynová et al., 2020). Prevalence v pití alkoholu je v ČR vyšší evropského průměru.

4.1.3. Nelegální návykové látky

První zkušenost s nelegálními drogami a těkavými látkami získávají studenti nejčastěji ve věku 15 let. Konopí je stále nejběžněji užívanou nelegální drogou v Evropě. Průměrný věk první zkušenosti s konopnými látkami dosahoval 14,5 let. Alespoň jednou v životě je zkusilo 16 % šestnáctiletých studentů. Mezi země s nejvyšší prevalencí patří Česká republika, Itálie a Litva.

Kokain je v Evropě nejčastěji užívanou nelegální stimulační drogou. 1,9 % studentů mělo zkušenost s kokainem a 1,7 % alespoň jednou v životě užilo pervitin. 24–26 % šestnáctiletých studentů nelegální látky užilo během posledního roku. Nejčastěji šlo o konopné látky (23–26 %), přibližně 2 % studentů užilo extázi nebo halucinogenní houby, 1–2 % LSD, jiné halucinogeny nebo těkavé látky a kolem 1 % kokain nebo pervitin. Kratom užila 4 % dospívajících v posledních 12 měsících (ESPAD,2020). Pokud jde o nelegální drogy, 29,3 % šestnáctiletých studentů je užilo během posledního roku. Nejčastěji šlo o konopné látky 28,4 %, přibližně 3,6 % studentů užilo extázi nebo halucinogenní houby, 3,5 % LSD, jiné halucinogeny nebo těkavé látky a kolem 2,5 % kokain nebo pervitin. Kratom užila 4 % dospívajících v posledních 12 měsících (Chomynová et al, 2020). Prevalence užívání nelegálních drog je v ČR vyšší než v Evropě.

4.1.4. Hazardní hry

V posledním roce hrálo hazardní hry 22 % dotázaných studentů. Mezi studenty, kteří v posledních 12 měsících hráli hazardní hry, byl podíl problémových hráčů 5 % (ESPAD, 2020). Hazardním hrám o peníze se věnovalo 20,8 % dospívajících. Prevalence hraní hazardních her je v ČR nižší evropského průměru (Chomynová et al., 2020).

4.1.5. Sociální sítě a digitální hry

V posledních 30 dnech celkem 60 % studentů trávilo v běžný všední den více než 2 hodiny na sociálních sítích, o víkendu 69 %. Rizikové hraní digitálních her je rozšířené u 21 % dětí (ESPAD, 2020). V ČR přibližně 54,4 % studentů tráví víc než 2 hodiny denně na sociálních sítích. V porovnání s evropským průměrem je v ČR vyšší prevalence (Chomynová et al., 2020).

4.2. Prevalence užívání návykových látek u dětí a dospívajících v ústavní výchově

Dle výzkumu provedeného Kovařikovou (2016) ve čtyřech diagnostických ústavech v ČR je mezi dětmi umístěnými v těchto zařízeních při porovnání s výsledky ESPAD větší zastoupení těch, kteří zkusili cigarety a alkohol v 11 – 12 letech. Celoživotní zkušenost s užíváním návykových látek je u dětí umístěných v těchto zařízeních výrazně vyšší než v běžné populaci (Kovaříková, 2016).

Na obrázku níže jsou zaznamenány výrazné rozdíly v užívání návykových látek u sledovaných skupin dívek a chlapců ve srovnání s referenční skupinou.

Table 3a. Boys – Prevalence of substance use – last month

Substance	Boys – ESPAD 2015 %	Boys – Study group %	Odds ratio	*P* > z	Boys – ESPAD 2019 %
Nicotine	30.2	91.1	23.8	<0.001	20.8
Alcohol	72.1	68.6	0.8	0.515	40.8
Cannabis	16.8	63.1	8.5	<0.001	11.6
Methamphetamine	1.5	21.1	17.7	<0.001	0.3

Table 3b. Girls – Prevalence of substance use – last month

Substance	Girls – ESPAD 2015 %	Girls – Study group %	Odds ratio	*P* > z	Girls – ESPAD 2019 %
Nicotine	33.0	90.8	19.9	<0.001	26.5
Alcohol	68.7	55.1	0.6	0.003	36.1
Cannabis	12.0	46.1	6.3	<0.001	11.6
Methamphetamine	0.5	25.9	70.9	<0.001	0.5

Obrázek 11111. Prevalence užívání návykových látek u děti v zařízeních ústavní a ochranné výchovy (Doležalová et al., 2024).

Prevalence kouření u dospívajících dívek a chlapců v zařízeních ústavní výchovy (ÚV) je 91%. Dle výsledku ESPAD je prevalence kouření v běžné populaci shodně 21 % u chlapců i u dívek. Výskyt kouření u dospívajících v zařízeních ústavní výchovy je násobně vyšší.

Co se týče alkoholu, dospívající v zařízeních ÚV mají nižší prevalenci pití alkoholu, avšak vypijí větší množství alkoholu. Prevalence u dívek je 36 % a u chlapců 41 %.

Z nelegálních látek užívá 46 % dívek a 63 % chlapců v ÚV konopí. Pro porovnání dle studie ESPAD proběhlé v roce 2019 užívalo konopí shodně 12 % dívek a chlapců. Amfetaminy v posledním měsíci užilo 21 % chlapců a 26 % dívek. V běžné populaci tato čísla jsou násobně nižší: 0,3 % chlapců a 0,5 % dívek (Doležalová et al., 2024).

Doležalová (2019) se ve své další studii specificky věnuje užívání návykových látek u dívek v institucionální výchově. Studie porovnává užívání návykových látek dívkami umístěnými v zařízeních ústavní výchovy s dospívajícími dívkami v běžné populaci. Ve skupině sledovaných dívek byly zaznamenány výrazně vyšší zkušenosti s užíváním návykových látek ve srovnání s referenční skupinou. Během posledního roku konzumovaly kanabis více než dvě pětiny dívek, přes 40% užilo stimulancia ze skupiny amfetaminů a téměř 20% experimentovalo s těkavými látkami. Ve srovnání s běžnou školní populací bylo užívání kanabisu více než dvojnásobné, konzumace těkavých látek sedminásobně vyšší a v případě amfetaminů až osmnáctinásobně častější (Doležalová, 2019).

Problematika prevalence užívání návykových látek a rozsah vývojového traumatu u dospívajících v institucionální výchově je dlouhodobě podceňovaným a systémově neřešeným zdravotním rizikem, jež vyžaduje všeobecně akceptovaný přístup bio-psycho-socio-spirituální model a z něj vyplývající opatření z oblastí adiktologické, speciálně pedagogické a zdravotní. Systémové zavedení profese adiktologa do preventivních a pobytových programů institucionální výchovy může vést ke zvýšení kvality intervencí (Doležalová, 2019).

5. ÚSTAVNÍ VÝCHOVA

5.1. Definice a formy ústavní výchovy

Ústavní výchova je jednou z forem náhradní péče o dítě. Systém náhradní péče se dělí na individuální péči rodinného typu a péči kolektivní zajišťovanou v ústavních zařízeních. §971 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů definuje ústavní výchovu jako opatření, které nařizuje příslušný soud, jsou-li výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit. Toto nezbytné opatření také nařídí soud zejména tehdy, kdy dříve učiněná opatření nevedla k nápravě. Soud přitom vždy zvažuje, zda není na místě dát přednost svěření dítěte do péče fyzické osoby.

Důvody svěření dětí do ústavní výchovy:

1. vážné ohrožení nebo narušení výchovy dítěte, tělesného, rozumového a duševního stavu dítěte, anebo řádného vývoje dítěte, a to v míře, která je v rozporu se zájmem dítěte (ohrožení či narušení výchovy nebo vývoje dítěte musí dosahovat určité intenzity),

2. vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou výchovu dítěte zabezpečit. Zpravidla se jedná o objektivní důvody na straně rodičů, např. zdravotní stav či dlouhodobá nepřítomnost, vážné důvody však mohou nastat také na straně dítěte, jehož rodiče nezvládají péči o dítě kvůli poruchám v chování dítěte (Westphalova in Králíčková et al., 2020).

Ústavní výchovu nařizuje příslušný soud v občanskoprávním řízení dětem od 3 do 18 let (Procházková in Vítková, 2004). 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, ústavní výchovu lze nařídit nejdéle na dobu tří let a před uplynutím tří let od jejího nařízení prodloužit, jestliže důvody pro nařízení ústavní výchovy stále trvají. Dle zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, trvání ústavní výchovy lze prodloužit opakovaně nejdéle na dobu tří let. Po dobu, než soud rozhodne o zrušení nebo o prodloužení ústavní výchovy, dítě zůstává v ústavní výchově, i když už uběhla doba dříve rozhodnutím soudu stanovená. Pominou-li důvody, pro které byla ústavní výchova nařízena, nebo je-li možné zajistit dítěti jinou než ústavní péči, soud neprodleně ústavní výchovu zruší a zároveň rozhodne podle okolností o tom, komu bude napříště dítě svěřeno do péče (ČR, 2012).

Ústavní výchovu lze organizačně rozdělit mezi resort zdravotnictví, školství a resort práce a sociálních věcí. Pod tyto resorty spadají jednotlivá zařízení. Pod resort zdravotnictví patří dětské domovy pro děti do 3 let, spadající pod zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

a podmínkách jejich poskytování v platném znění. Pod ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) spadají školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, kterými jsou dětské domovy, dětské domovy se školou, diagnostické ústavy a výchovné ústavy. Tato zařízení se řídí zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy, v platném znění. Pod resort práce a sociálních věcí lze zařadit zařízení sociálních služeb, a to konkrétně domovy pro osoby se zdravotním postižením a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (Trnková, 2018). Tato zařízení jsou zaštítěna zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

5.2. Místo a role diagnostického ústavu v ústavní výchově dětí a dospívajících

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 dělí školská zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy na dětské domovy, dětské domovy se školou, diagnostické a výchovné ústavy (ČR, 2002).

Diagnostické ústavy se člení podle věku na dětské diagnostické ústavy (DDÚ) a diagnostické ústavy pro mládež (DÚM) (Procházková in Pipeková, 1998). DDÚ je koedukované internátní školské zařízení náhradní výchovy. Přijímá děti ve věkovém rozpětí od tří do patnácti let, respektive do ukončení povinné školní docházky. Důvodem mohou být poruchy chování na jakémkoli podkladě, kritická sociální situace rodičů atp. (Tulach, 2010).

Diagnostický ústav pro mládež je školským zařízením pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy pro mládež s poruchami chování ve věku 15 až 18 let (případně do 19 let) v souladu s ustanovením §5 zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních v platném znění. Do DÚM jsou umisťováni chlapci a dívky po dokončení povinné školní docházky od 15 do 18 let. Zařízení pečuje o děti podle jejich individuálních potřeb.

Do diagnostických ústavů jsou umisťovány děti a mladiství na základě rozhodnutí soudu. Návrh na umístění mohou soudu podat jak rodiče či osoby odpovědné za výchovu, tak orgány sociálně právní ochrany dětí (NPI, 2025).

Na území ČR se nachází 12 diagnostických ústavů:

- Diagnostický ústav pro mládež Lublaňská 33/1724, Praha 2
- Dětský diagnostický ústav, základní škola a školní jídelna U Michelského lesa 222, Praha 2
- Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče Na Dlouhé mezi 19, Praha 4

- Zařízení pro děti - cizince, diagnostický ústav, SVP a ZŠ Radlická 30, Praha 4
- Diagnostický ústav, dětský domov se školou, středisko výchovné péče, základní škola a školní jídelna, Homole 90, České Budějovice
- Dětský diagnostický ústav, středisko výchovné péče, základní škola a školní jídelna, Karlovarská 7, Plzeň
- Dětský diagnostický ústav, středisko výchovné péče, základní škola a školní jídelna, Ústavní 9, Olomouc - Svatý Kopeček
- Dětský diagnostický ústav, SVP, ZŠ a ŠJ, Říčařova 277, Hradec Králové
- Dětský diagnostický ústav, středisko výchovné péče a základní škola, U Opatrovny 444/3, Liberec
- Diagnostický ústav Brno, středisko výchovné péče a základní škola, Hlinky 140, Brno
- Diagnostický ústav pro mládež, dětský domov se školou, středisko výchovné péče a základní škola, Škrobálkova 206/16, Ostrava – Kunčičky
- Dětský diagnostický ústav, základní škola a školní jídelna, Šunychl 463, Bohumín

Diagnostický ústav na základě výsledků komplexního vyšetření, zdravotního stavu dětí a volné kapacity jednotlivých zařízení je umísťuje do dětských domovů, dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů (zákon č. 333/2012 Sb.). Existují výjimky, kdy děti jsou umístěné do dětského domova nebo dětského domova se školou na základě osobní dokumentace dítěte a bez jeho předchozího pobytu v diagnostickém ústavu. Jedná se o děti mladší 6 let bez poruch chování. Do dětského domova se školou a výchovného ústavu může být dítě s uloženou ochrannou výchovou umístěno pouze diagnostickým ústavem, v jehož územním obvodu se zařízení nachází.

Diagnostické ústavy mají několik základních funkcí. První z nich je funkce diagnostická. Spočívá v detailní diagnostice dítěte či mladistvého v oblasti pedagogické a psychologické. Dalším úkolem diagnostického ústavu je vzdělávání klientů s ohledem na jejich specifické vzdělávací potřeby – ne všechna zařízení přijímají děti, které již neplní povinnou školní docházku. V diagnostických ústavech je zpravidla zajišťována rovněž péče terapeutická a ústavy plní také funkci výchovnou a sociální. Úkolem diagnostických ústavů je kromě zajišťování základních psychologických a fyzických potřeb dítěte především analyzovat problémy dítěte a vypracovat výchovná doporučení, která budou realizována v ústavu, do něhož bude dítě umístěno následně opět soudním rozhodnutím. Případně vydávat doporučení pro rodiče nebo osoby odpovědné za výchovu, pokud institucionální výchova nařízena není (NPI, 2025).

Pobyt dětí v diagnostickém ústavu by měl trvat dle resortní legislativy 8 týdnů. Délka pobytu v diagnostickém ústavu nyní závisí na rychlosti rozhodování jednotlivých soudů a často danou

hranici několikanásobně překračuje. V současné době, po zavedení nového občanského zákoníku (od 1.1.2014), umístění do konkrétního zařízení spadá výhradně do gesce soudů. Do jiných zařízení (dětského domova, dětského domova se školou, do výchovného ústavu nebo do střediska výchovné péče) mohou být děti a mladiství umístěni rovněž soudem i bez předcházející diagnostiky a pobytu v diagnostickému ústavu. Taková praxe, že dítě je umisťováno do dětského domova, dětského domova se školou nebo do výchovného ústavu až po provedené diagnostice a pobytu v diagnostickém ústavu, byla (vyjma pobytů ve středisku výchovné péče) běžná do konce roku 2013. Pokud ale soud vydá nejprve pouze předběžné opatření, dítě je obvykle umístěno právě do diagnostického ústavu (v některých případech i do střediska výchovné péče). Jak již bylo uvedeno, v současnosti není výjimkou, že v diagnostickém ústavu, který ze své povahy nemá být primárně uzpůsoben k zajišťování dlouhodobé péče, vzdělávání ani dlouhodobé systematické výchovné práci s dětmi, zůstává dítě namísto osmi týdnů po dobu několika měsíců a v některých případech i déle (NPI, 2024).

5.3. Zaměstnávání zdravotnických pracovníků ve školských zařízeních

Pobytová zařízení suplují po určitou dobu života dítěte rodinu a její péči včetně zajišťování zdravotní péče o svěřené děti a mládež. Vzhledem k množství zdravotních problémů dětí v institucionální výchově a péči je těsná spolupráce se zdravotnickým resortem nutná. Úzká součinnost je nutná zejména s pedopsychiatrickými zařízeními a pedopsychiatry obecně. V těchto zařízeních se často nacházejí děti, které potřebují dlouhodobou lékařskou péči, a přesto současná legislativa nedovoluje zaměstnávání zdravotnického personálu přímo v těchto institucích. Situaci navíc komplikuje i celkový nedostatek specialistů a pedopsychiatrických služeb, který negativně ovlivňuje dostupnost a kvalitu péče (NPI, 2025).

Diagnostické ústavy nejsou oprávněné zaměstnávat zdravotníky, mezi které se v kontextu této práce řadí i adiktologové a zdravotní sestry. Důvodem je příslušnost těchto zařízení ke školskému resortu, který neumožňuje zaměstnávání jiných než pedagogických a provozních zaměstnanců, respektive zařízením neumožňuje zřizovat pracovní místa pro jiný typ zaměstnanců (Jílka, 2022).

§10 Vyhlášky č. 438/2006, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních, řadí děti experimentující s návykovými látkami nebo drogově závislé k dětem se závažnou poruchou chování, které by měly být umístěné v zařízeních s dostupnou léčebnou péčí.

V případě, kdy s ohledem na potřeby konkrétního dítěte není reálné, aby péči o něj zajišťovalo běžné zařízení pomocí nástrojů, které má k dispozici (tedy např. i zapojením ambulantní péče odborníků), je možné dle §41 Zákon č. 109/2002 Sb., využít zařízení či oddělení poskytující

výchovně léčebnou péči. Jedná se o odbornou péči, která v sobě spojuje jak složku výchovnou (pedagogickou), tak složku léčebnou. Do této skupiny patří i děti, které jsou v důsledku svého psychického oslabení závažně ohroženy ve svém vývoji či děti experimentující s návykovými látkami (VOP, 2022).

„Veřejný ochránce práv například už od roku 2011 upozorňuje, že zákon neobsahuje definici takzvané výchovně léčebné péče. Zařízení, která ji poskytují, se nyní třeba potýkají s nemožností zaměstnat zdravotnický personál“ (Šimunková, 2022).

Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy mohou poskytovat zdravotní péči pouze za předpokladu, že splňují požadované podmínky a registrují se jako poskytovatel zdravotních služeb. Současně ale není v možnostech zařízení vytvořit pracovní pozici čistě pro zdravotníka, a to zejména z důvodu jejich organizačního zařazení do resortu školství. Zařízení poukazují na zásadní úlohu zejména dětských a psychiatrických sester v péči o umístěné děti, zaměstnat ale nemohou ani např. lékaře psychiatra. Pokud přesto chtějí tyto pracovníky zařadit do týmu pečujícího o děti, musí to dělat "oklikou", tj. jejich zařazením na jinou pozici, nejčastěji pedagogickou či provozní, což znemožňuje jejich adekvátní finanční ohodnocení a započitatelnost odpracované doby do celkové praxe. To samozřejmě snižuje dostupnost těchto pracovníků pro oblast ústavní výchovy. Možnost alespoň okrajově poskytovat zdravotní službu by vyřešila bariéry, které jinak brzdí multidisciplinární spolupráci, včetně mlčenlivosti zdravotníků (VOP, 2022).

Zaměstnávání zdravotníků na pozicích určených pro pedagogické či provozní pracovníky má i další nevýhody. Počty těchto pozic jsou obvykle omezené a navázané na kapacitu zařízení. Při jejím naplnění tak mohou tito pracovníci chybět. Ve spojení se skutečností, že se odpracovaná doba v zařízeních institucionální výchovy nepovažuje za započitatelnou praxi a zdravotnický personál tak z hlediska platových tabulek setrvává ve stejném platovém stupni, je o tuto formu zaměstnání naprosto minimální zájem (Jílka, 2022).

Problematika zaměstnávání adiktologů do jiných pozic v diagnostických ústavech se zdá být podobná při obsazování adiktologů do různých pozic v sociálních službách. Důvody pro obsazování adiktologů do jiných pozic jsou různé. V případě adiktologů-zdravotních sester se ukázaly limity personální (číselník VZP k personálnímu zajištění) a skutečnost, že katalog prací zařazuje adiktologa do kategorie s horšími podmínkami, než má zdravotní sestra. Pozice další odborný pracovník v sociálních službách je využívána jako alternativa, jak adiktologa zaměstnat jako zdravotnického pracovníka v sociální službě a zachovat si možnost získat dotace na jeho mzdu, nicméně zaměstnavatelé mají obavu, že to není právně zakotvené, a tedy akceptovatelné (Lososová et al., 2020).

Příklad formálního zařazení zdravotních sester do systému sociálních služeb představuje model efektivní spolupráce mezi dvěma resorty, který může sloužit jako inspirace pro začlenění adiktologů do školského prostředí. Ministerstvo zdravotnictví spolupracuje s Ministerstvem práce a sociálních věcí ve snaze vytvořit legislativní rámec pro sociálně zdravotní péči, s cílem těsněji propojit oblast zdravotních a sociálních služeb. Tato iniciativa usiluje o právní zakotvení sociálně zdravotní péče a zároveň o vzájemné propojení a průchodnost kvalifikačního vzdělávání, což by umožnilo pracovníkům v sociálních službách aktivně se podílet na poskytování zdravotní péče, například v oblasti léčby, rehabilitace nebo paliativní péče (MZČR, 2024).

Klíčovým krokem pro formální zaměstnání zdravotnických pracovníků ve školství by byla spolupráce resortů Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva školství – aby bylo možné vytvořit legislativní rámec pro zdravotní péči ve školských zařízeních. Tento legislativní rámec by měl umožnit adiktologům a jiným zdravotním pracovníkům spolupodílet se na poskytování zdravotních služeb ve školských zařízeních, a tím přispět ke kvalitnější a komplexnější péči o klienty. Zásadní je tedy meziresortní spolupráce, která by umožnila uplatnění adiktologů ve školském systému nejen formálně, ale i s plným uznáním jejich odbornosti a kompetencí.

5.4. Standardy kvality zařízení ústavní výchovy

Potřeba zavedení standardů vznikla jako reakce na nutnost zlepšit péči o ohrožené děti a sjednotit postupy v různých školských zařízeních. V roce 2012 byla schválena novela zákona č. 109/2002 Sb., která ukládala MŠMT povinnost stanovit vyhláškou standardy kvality pro zařízení ústavní a ochranné výchovy.

Standardy kvality v ústavní výchově slouží k zajištění kvalitní péče o děti, které jsou umístěny v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy nebo preventivně výchovné péče. Tyto standardy byly schváleny jako Metodický pokyn MŠMT. Účelem standardů kvality je nastavení a udržení srovnatelné úrovně kvality poskytované péče v jednotlivých školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče napříč celou Českou republikou a zvyšování kvality péče o děti v těchto zařízeních.

Standardy kvality péče o děti se zaměřují na pět klíčových oblastí, které pokrývají všechny aspekty péče poskytované v zařízeních ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče:

1. Vymezení činnosti a informovanost. Děti vědí, jak o ně bude v zařízení pečováno, s kým jej budou sdílet, kdo se o ně bude starat a co se od nich očekává.

2. Průběh péče a návazné služby. Přijetí, pobyt i odchod dítěte ze zařízení je realizován s respektem k potřebám dítěte a jeho zájmům. Dítěti je poskytována individuální podpora pro jeho komplexní rozvoj, uskutečňování vzdělávacích a výchovných cílů a pro přípravu na samostatný život. Děti jsou podporovány v udržení kontaktů s jejich blízkými osobami a podílejí se na rozhodování o důležitých aspektech svého života. Děti a osoby odpovědné za výchovu jsou seznámeny.
3. Personální agenda. O děti se stará dostatek kvalifikovaných zaměstnanců, kteří jsou odborně podporováni a znají své kompetence a odpovědnosti. Zařízení uplatňuje odpovědný výběr zaměstnanců a dalších příslušných osob (dobrovolníků, stážistů atd.).
4. Organizační aspekty. O děti pečuje tým zaměstnanců, kteří vědí, kdo je řídí a komu se zodpovídají. Existují postupy spolupráce a sdílení informací uvnitř týmu.
5. Prostředí výkonu péče. Děti mají vytvořeno bezpečné prostředí, které umožňuje poskytování požadovaných služeb ve vztahu k jejich oprávněným zájmům a specifickým potřebám.

Standardy kvality obsahují osm průřezových zásad platných pro všechny standardy. Mezi průřezové zásady patří například to, že péče je realizována v souladu s nejlepším zájmem dítěte, s ohledem na jeho věk, rozumové schopnosti, duševní a tělesný zdravotní stav a rodinný kontext; v souladu s individuálními potřebami dítěte; směřuje k rozvoji samostatnosti, aktivní účasti dítěte ve společnosti, k posilování sebedůvěry, identity dítěte a k rozvoji tělesných, duševních, citových a sociálních dovedností dítěte; je v souladu s principem rovného přístupu, zajišťuje naplňování práv dětí a vychází z aktuálních odborných poznatků (Pacnerová et al., 2015).

6. PROFESE ADIKTOLOGA

6.1. Uplatnění profese adiktologa

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů zařazuje adiktologa mezi nelékařské zdravotnické profese, které mohou vykonávat své povolání samostatně, bez odborného dohledu dalších zdravotnických odborníků. Adiktologem se stává absolvent bakalářského studijního programu adiktologie. Mezi výkony, které může adiktolog provádět patří prevence a léčba závislostí na návykových látkách a dalších závislostí. Kompetence adiktologa budou podrobněji popsané v následující podkapitole.

Adiktologie je transdisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci a léčbu závislostí (Volfová et al., 2020). Výsledky studie, která se zabývala uplatněním adiktologů na trhu práce, potvrzují široké rozpětí možností pracovního uplatnění profese adiktologa. Absolventi oboru jsou zaměstnáni ve zdravotnictví, sociálních službách, státní správě či školství. Někteří absolventi se věnují výzkumu (Pavlovská et al., 2018).

Další studie se věnují uplatnění profese adiktologa v sociálních službách, školství, ve službách specializovaných na léčbu poruch potravy, či v azylovém domě. Uplatněním adiktologa v sociálních službách se zabývá ve své studii Kišš (2025) a Jelínková (2024). Kišš (2025) se zabýval uplatněním adiktologa ve službách sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním. Výzkumu se zúčastnilo 5 sociálních služeb. Dle údajů vyplývajících z výzkumů sociální služby spolupracují s externími adiktologickými službami a ve dvou službách již zřídili pracovní pozici pro adiktologa (Kišš, 2025). Jelínková (2024) se ve své bakalářské práci zabývá uplatněním profese adiktologa v sociálních službách zaměřených na práci s rodinou. Z údajů získaných během polostruktrukturovaných rozhovorů vyplývá, že v žádném z těchto zařízení adiktolog nepracuje, 2 zařízení mají zájem navázat spolupráci s adiktologem, 3 služby již pracují s externími adiktologickými službami a z tohoto důvodu nemají zájem o zaměstnání adiktologa (Jelínková, 2024).

Další dvě studie se týkají uplatnění adiktologa ve školství. Hribiková (2021) se zabývala možností uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně (PPP). Výzkumu se zúčastnilo 7 metodiků prevence z 11 PPP. Žádná z oslovených pedagogicko-psychologických poraden v Ústeckém kraji aktuálně adiktologa nezaměstnává. Autorka došla k závěru, že PPP považují adiktologa za přínosného a měli pozitivní postoj k uplatněni adiktologa v PPP, jelikož adiktolog by mohl zajištovat adiktologickou péči pro děti a mladistvé, která v regionu chybí. Tři respondenti viděli přinos v možnosti zapojení dalšího

spolupracovníka do týmu. Mezi hlavní limity zaměstnávání adiktologa v pedagogicko-psychologických poradnách, které by bránily v navázání spolupráce adiktologa s PPP v v Ústeckém kraji, jsou podle všech, kromě jednoho respondenta, legislativa a finance (Hribiková, 2021).

Králová (2020) ve své práci věnovala uplatnění profese adiktologů v ústavní výchově, konkrétněji v dětských domovech Ústeckého kraje. Práce adiktologa v dětském domově by byla přínosná dle názoru 11 účastníků výzkumu. Jako možnou formu spolupráce 10 respondentů uvedlo spolupráci s externím adiktologem. Jeden respondent vyjádřil potřebu mít adiktologa ve svém týmu. Žádný z oslovených dětských domovů adiktologa nezaměstnával. Respondenti opakovaně zmiňovali, že by přítomnost adiktologa přinesla významný přínos nejen pro samotné děti, ale i pro pracovníky zařízení. Nejčastěji preferovanou formou spolupráce byla pravidelná externí spolupráce. Hlavními překážkami pro zařazení adiktologa do pracovního týmu dětských domovů byly finanční a legislativní limity (Králová, 2020).

Absolvent bakalářského stupně oboru adiktologie najde své uplatnění na různých pracovních pozicích od prevence (všeobecná, selektivní, indikovaná, implementace preventivních politik) přes samotnou oblast léčby závislosti se zaměřením na případovou práci po penitenciární a postpenitenciární péči, sociální reintegraci, vymáhání práva a harm reduction přístup (Volfová et al., 2020). Uvedené výzkumy potvrzují profesní všestrannost adiktologa a možnou uplatnitelnost profese adiktologa kromě jiného v sociálních službách a školském prostředí.

6.2. Kompetence adiktologa

„Kompetence jsou specifickým souborem znalostí, dovedností, zkušeností, metod a postupů, ale také např. chování a postojů, které jednotlivec využívá k úspěšnému řešení nejrůznějších úkolů životních situací a jež mu současně umožňují osobní rozvoj a naplnění jeho osobních aspirací“ (Veteška & Tureckiová, 2020, s. 25). Kompetenční modely obsahují vhodně strukturované kompetence, potřebné k výkonu konkrétní pracovní pozice. Nejčastěji bývají využívány při obsazování pracovní pozice, rozvoji či hodnocení pracovníků, ale lze se podle nich řídit i při plánování kariéry (Veteška & Tureckiová, 2008). Kompetence adiktologů představují zásadní prvek při vytváření kvalitního a efektivního systému vzdělávání v oblasti závislostí. V mezinárodním kontextu je kladen důraz na kompetenční modely, které propojují teoretické znalosti se schopností jejích aplikace v praxi a zároveň podporují celoživotní vzdělávání odborníků. Neméně podstatné je, aby tyto kompetence reflektovaly potřeby oboru a zohledňovaly multidisciplinární povahu oboru adiktologie (Nováková et al., 2024).

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků definuje kompetence profese adiktologa (ČR, 2011). Dle této vyhlášky adiktolog může:

a) provádět komplexní adiktologickou diagnostiku pacienta,

b) provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních onemocnění,

c) stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence,

d) provádět depistáž s cílem identifikovat osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky a u těchto osob provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek,

e) provádět individuální, skupinovou a rodinnou adiktologickou terapii a podpůrnou psychoterapii,

f) instruovat zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky o škodlivosti užívání návykových látek,

g) provádět poradenství v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.

Stejné kompetence pro odbornost adiktologa můžeme najít v Národní soustavě povolání. Národní soustava povolání stanovuje pro jednotlivé profese kompetence jako kvalifikační standard, ze kterého se dá vycházet pro tvorbu jednotlivých kompetenčních modelů (Národní soustava povolání, 2025).

Velmi významným dokumentem je publikace americké organizace Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), jejíž Centrum pro léčbu závislostí (Centre for Substance Abuse Treatment) vydalo poprvé v roce 1998 komplexní publikaci o kompetencích v adiktologickém poradenství, kde jsou podrobně popsány znalosti, dovednosti a postoje pracovníka v adiktologických službách (Volfová et al., 2020).

Kompetenční model organizace SAMHSA (2021) rozlišuje základní a specifické kompetence adiktologů. Mezi základní kompetence patří:

1. Porozumění fenoménu závislosti a užívání návykových látek. Adiktolog komplexně rozumí fenoménu závislosti a užívání návykových látek včetně porozumění různým modelům, teoriím a přístupům. Vykonává preventivní a léčebnou činnost v oblasti problematiky užívání návykových látek a závislostního chování (Volfová et al., 2020).
2. Znalosti o léčbě zahrnují filosofii, postupy a zásady obecně přijímaných a podporovaných modelů léčby závislosti, procesu recovery, prevenci relapsu a

kontinuální péči v oblasti problematiky užívání návykových látek a závislostního chování.

3. Aplikace v praxi.

   b) porozumění stanoveným diagnostickým kritériím,

   c) popsat způsoby léčby a kritéria pro umístění v rámci kontinuální péče.

   d) popsat různé strategie ke snížení negativních účinků užívání návykových látek.

   e) přizpůsobit strategie a způsoby léčby aktuálnímu stavu klienta.

   f) poskytovat léčebné služby odpovídající osobní, kulturní identitě a jazyku klienta.

   g) přizpůsobit praxi v rámci léčebných zařízení a modalit.

   h) znát lékařské a farmakologické prostředky v léčbě závislosti na návykové látky.

   i) rozumět různým dostupným možnostem pojištění a zdravotního pojištění, pomáhat klientům v přístupu k těmto výhodám.

   j) rozpoznat, že krize je součástí procesu léčby a může představovat příležitost ke změně.

   k) porozumět potřebě a využití metod měření výsledků léčby.

4. Profesní připravenost. Porozumění různým kulturám a začlenění do klinické praxe relevantní potřeby odlišných skupin a osob se zdravotním postižením. Pochopení významu sebeuvědomění v osobním, profesním životě. Pochopení významu supervize a dalšího vzdělávání.

Specifické (praktické) kompetence:

1. Klinické hodnocení. Klinické hodnocení je systematický přístup ke screeningu a hodnocení osob, u nichž se předpokládá, že mohou být uživateli NL. Zvažuje se jejich přijetí do služeb pro závislé na NL nebo se nacházejí v krizové situaci. Mezi příklady kompetencí v této oblasti patří navázání kontaktu, systematické shromažďování údajů a dalších dostupných zdrojů; analýza a interpretace výsledků standardizovaného hodnocení, určení připravenosti klienta k léčbě.

2. Plánování léčby je proces spolupráce, při němž odborníci a klient vypracovávají písemný plán léčby, dokument, který určuje důležité cíle léčby; popisuje měřitelné, časově omezené kroky k dosažení cílů léčby; popisuje, jakým způsobem lze léčbu provádět.

3. Systém péče. Tento aspekt se týká procesu facilitace využívání dostupných podpůrných systémů klientem pro naplnění potřeb zjištěných v rámci klinického hodnocení nebo plánování léčby.

4. Edukace klientů, rodiny, veřejnosti. Tato dimenze se týká procesu poskytování informace klientům, jejich rodinám, významným osobám a komunitě skupiny s informacemi o rizicích spojených s užíváním psychoaktivních látek a také o dostupné prevenci, zdroje pro léčbu a obnovu.

5. Vedení dokumentace. Vedení záznamu procesu screeningu a příjmu, posouzení a plánu léčby, klinické zprávy, poznámky o klinickém pokroku, zpráva o propuštění a dalších údajů týkající se klienta.

6. Koordinace služeb. Koordinace služeb zahrnuje administrativní, klinické a hodnotící činnosti, které spojují klienta a léčebné služby, komunitní agentury a další zdroje, aby se zaměřily na problémy a potřeby identifikovaných v léčebném plánu.

7. Poradenství. Individuální, skupinové, rodinné poradenství. Poradenství je proces spolupráce klienta, který usnadňuje pokrok klienta směrem k vzájemně stanoveným cílům a úkolům léčby.

8. Etika profesní a etické odpovědnosti zahrnuje povinnosti dodržovat přijaté etické a právní normy ve vztahu ke své profesi a klientovi a dodržování povinnosti celoživotního vzdělávání (SAMHSA, 2021).

Pro absolventa bakalářského stupně adiktologie charakterizuje profil absolventa akreditačního spisu programu tři oblasti praxe, ve kterých je vybaven znalostmi a dovednostmi. Jsou jimi (a) prevence užívání návykových látek a závislostního chování společně s průpravou v oblasti public relations, (b) v oblasti návykových poruch jejich léčba, poradenství a sociální reintegrace a (c) poslední oblast skládající se z několika různých odvětví – managementu, veřejné správy, probační a mediační služby a penitenciární a postpenitenciární péče (Volfová et al., 2020).

Toman (2018) uvádí, že zahájením vysokoškolského oboru adiktologie školským zařízením vznikl příslib možnosti zapojit do týmů ve školských zařízeních specializované odborníky. Zkušenosti z víceleté snahy o řešení adiktologické problematiky ve prospěch a v zájmu dítěte ukazují, že přichází kritický stav a je nezbytné urychleně formulovat strategii prevence, která napříč resorty spojí síly k propojení a spolupráci programů u dětí a mládeže (Toman, 2018).

„Uvedení adiktologa do systému preventivních a pobytových programů institucionální výchovy by překlenulo mezeru v limitujícím odborném vybavení profesí psychologa a speciálního

pedagoga (etopeda), tedy těch profesí, které jsou v současnosti na rozdíl od profese adiktologa do systému institucionální výchovy legislativně začleněny. Právě profese adiktologa odpovídá potřebám klientů, neboť adiktolog je odborně schopen reagovat na komplexní potřeby vulnerabilních jedinců, a to především díky jeho širokospektrálnímu vzdělání, jež je uplatnitelné ve zdravotnictví, školství a sociálních službách“ (Doležalová, 2019, s. 69).

Adiktolog tedy naplňuje část kompetencí potřebných pro práci v rámci prevence rizikového chování u dětí a dospívajících v DÚ, provádí screening a krátkou intervenci a případně poskytuje terapii, je-li indikována. Rámec DÚ může pro adiktologa přinášet také další možnosti, jak se uplatnit a jak kompetence získat.

7. PREVENCE

Prevence je termín běžně používaný v každodenním životě a lze jej definovat jako soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, jako jsou nemoci, kriminalita, nehody, školní neúspěch, sociální konflikty či násilí (Bělík & Hoferková, 2018).

Prevencí rizikového chování může být jakýkoli typ výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální či jiné intervence směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezující jeho další progresi, zmírňující již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhající řešit jeho důsledky (Čech in Miovský et al, 2015). Jedním z odborníků, který primárně řeší problematiku prevence je adiktolog (Bělík & Hoferková, 2018).

Adiktologickou prevenci, tj. prevenci užívání návykových látek a jeho dopadů, definujeme jako aktivity a programy, které jsou přímo zaměřeny na oblast užívání a uživatele návykových látek a rizika s tím spojená (Miovský et al., 2010).

U jedinců, kteří jsou problémy zasaženi a prevence už má jen málo možností, musí prevence a intervence fungovat jako spojité nádoby. Vzájemné propojení prevence, následné péče, intervence, ale také reedukace a resocializace vidíme jako nadmíru potřebné (Hoferková et al., 2022).

7.1. Primární prevence

Primární prevence rizikového chování má mezioborovou povahu. Primární prevence rizikového chování se dělí na dvě základní oblasti – na nespecifickou a specifickou. Specifickou prevenci rizikového chování pak členíme na všeobecnou, selektivní a indukovanou (Martanová in Kalina et al., 2015).

Nespecifická primární prevence je zaměřená na aktivity a programy napomáhající snížení vzniku a rozvoje rizikového chování prostřednictvím lepšího využívání volného času (Martanová in Kalina et al., 2015). Do nespecifické primární prevence spadá kvalitní nabídka pozitivních alternativ aktivního a plnohodnotného trávení volného času (Miovský et al., 2010).

Specifická prevence rizikového chování je zaměřená na konkrétní formy rizikového chování. Aktivity a programy specifické prevence mají prokazatelně přímý a explicitně vyjádřený vztah k určité konkrétní formě rizikového chování a tématům s tím spojeným (Miovský, 2015).

Všeobecná primární prevence se zaměřuje na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na více nebo méně rizikové skupiny. Většinou jsou to programy pro celou třídu či

menší sociální skupinu (Miovský, 2015). Tyto programy může provádět školní metodik prevence. Cílem je například zamezit nebo oddálit užívání návykových látek.

Selektivní primární prevence se zaměřuje na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj různých forem rizikového chování, tj. jsou více ohrožené (např. zvýšená vulnerabilita nebo zvýšeně vystavené působení rizikových faktorů) než jiné skupiny populace. Většinou se pracuje s menšími skupinami. Tyto programy by měl provádět preventista s odpovídajícím vzděláním speciálního pedagoga, psychologa či adiktologa (Miovský, 2015). Rizikové skupiny lze identifikovat na základě biologických, psychologických, sociálních a jiných rizikových faktorů. Riziko rozvoje potíží u těchto skupin je vyšší než u běžné populace. Často je riziko vzniku rizikového chování propojeno s rizikem sociální exkluze skupiny (Martanová in Kalina et al., 2015).

Indikovaná primární prevence se zaměřuje na jedince či skupinu, kteří jsou vystaveni působení výrazně rizikových faktorů, případně u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování. Snahou je podchytit problém co nejdříve, správně posoudit a vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a neprodleně tyto intervence zahájit. Jedná se již o práci s dětmi a mládeží, u kterých je zvýšené riziko výskytu či již počínající projevy rizikového chování (Miovský, 2015). V indikované prevenci hovoříme o jednotlivcích či populaci, kteří již návykové látky užívají, intervence se nezaměřuje na zamezení začátku užití, ale na prevenci chronického užívání (Martanová in Kalina et al., 2015).

7.2. Sekundární prevence

Janský (2014) uvádí, že sekundární prevence je určena pro jedince nebo skupiny rizikových dětí, snaží se odvrátit poškození, které vzniklo působením rizikových faktorů; představována je např. působením nestátních neziskových organizací zajišťujících longitudinální prevenci na školách. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození (Nešpor, 2011). V rámci adiktologické prevence, sekundární prevence se zaměřuje na zamezení rozvoje a přetrvávání závislosti u jedinců, kteří již mají zkušenost s užíváním drog nebo se stali závislými.

Sekundární prevence se zaměřuje na předcházení vzniku, zamezení dalšího rozvoje a trvání závislosti u lidí, kteří už drogy užívají nebo na nich již závislí jsou. Tento přístup zahrnuje včasnou intervenci, odborné poradenství a léčení. Léčebné postupy mohou směřovat buď k úplné abstinenci, ve výjimečných případech ke kontrolovanému užívání, nebo k substituční terapii. Pomoc není zaměřena pouze na samotného uživatele, ale zahrnuje i podporu jeho

rodiny. Kromě medicínských metod se uplatňují také sociální přístupy, jako je resocializace, reedukace a právní či sociální poradenství (Kalina et al., 2015).

7.3. Terciární prevence

Terciární prevence se zaměřuje na opětovné začlenění jedinců s narušeným sociálním fungováním a minimalizaci rizika jejich recidivy. Jejím cílem je zmírňovat dopady již existujících sociálních odchylek a podporovat přístup, který nestigmatizuje a nevyvíjí nadměrný tlak na jedince. Klíčovým aspektem je poskytování adekvátní podpory jednotlivcům i skupinám, kteří se nacházejí v sociálně znevýhodněném postavení, a usilování o zmírnění negativních důsledků jejich situace ve vztahu ke společnosti (Hoferková et al., 2017).

7.4. Minimální preventivní program

Minimální preventivní program (MPP) je komplexním dlouhodobým preventivním programem školského zařízení a je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu, popř. je přílohou dosud platných osnov a učebních plánů. MPP je základním dokumentem každého školského zařízení zaměřeným na prevenci rizikového chování žáků. Program má jasně definované dlouhodobé a krátkodobé cíle a je naplánován tak, aby mohl být řádně proveden. Program je založen na principech primární prevence a je realizován v souladu s Národní strategií primární prevence rizikového chování. Jeho cílem je vytvářet bezpečné školní prostředí a předcházet negativním jevům, jako je šikana, užívání návykových látek či jiné formy rizikového chování. Školy ho sestavují na základě specifických potřeb svých žáků a lokálních podmínek (Národní strategie primární prevence; Miovský, 2012).

Každé školské zařízení sestavuje a realizuje svůj minimálně preventivní program podle vzoru MŠMT. MPP kopíruje aktivity školského zařízení a aktuální projevy rizikového chování u dětí a mládeže. Program je přizpůsobený kulturním, sociálním a politickým okolnostem, charakteristice školy a jejímu okolí (Miovský et al., 2010).

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže je základním strategickým dokumentem MŠMT, který tvoří základní rámec politiky primární prevence rizikového chování v České republice. Tato strategie rozlišuje tři úrovně primární prevence. Každá úroveň je definována cílovou skupinou a mírou ohrožení rizikovým chováním. Dle náročnosti cílové skupiny a tím i úrovně primární prevence se zvyšují požadavky na vzdělání odborníků-lektorů realizujících preventivní program od středoškolského po vysokoškolsky

vzdělané odborníky. Národní strategie přímo uvádí seznam odborníků, kteří mohou realizovat sekundární a indikovanou prevenci ve školských zařízeních: psychologové, speciální pedagogové, adiktologové (MŠMT, 2013).

Preventivní programy v rámci zařízení ústavní výchovy se liší od preventivních programů realizovaných v běžných školách. Cílová skupina, pro kterou je preventivní program určený, většinou již vykazuje známky rizikového chování. V zařízeních ústavní či ochranné výchovy je důležitá jak primární, tak i sekundární prevence (Kraciková, 2016).

8. DIAGNOSTICKÉ ÚSTAVY S ADIKTOLOGICKÝM PROGRAMEM

Jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, děti umístěné v diagnostických ústavech mají vyšší celoživotní zkušenost s užíváním návykových látek. Diagnostické ústavy v reakci na častou incidenci užívání návykových látek mají systém péče o klienty ohrožené závislostí. V současné době je průměrná délka pobytu dětí v DÚ 150 dní. Prodloužení délky pobytu staví před DÚ úkol řešení rizikového užívání návykových látek.

8.1. Adiktologický program v DÚM Lublaňská

V DÚM Lublaňská probíhá jednou týdně adiktologická skupina „kontejner“ vedená externím odborníkem s magisterským vzděláním v oboru adiktologie. Tento program funguje v DÚM již od dubna 2018. Adiktologická skupina je určena chlapcům od 15 do 18 let, kteří jsou do ní při přijetí do DÚM indikováni jako uživatelé drog v různé fázi od experimentátorů po již závislé (DÚM, 2020). Program je zaměřený na primární prevenci. Cílem programu je zachytit rizikovou skupinu problémových uživatelů návykových látek formou krátkodobého intervenčního programu, a zabránit tak či zmírnit progresi potenciálního problémového vývoje. Zařazení chlapců do skupiny předchází individuální pohovor, během kterého se posuzuje přínos jeho účasti na skupině. Cílová skupina programu je velmi různorodá a vzhledem k proměnlivé dynamice zařízení se složení skupiny neustále mění. Při plánování programu se klade důraz na flexibilní přístup, který zohledňuje aktuální složení skupiny a individuální potřeby jejích členů (DÚM, n.d.).

DÚM Lublaňská uvádí, že podmínkou efektivity práce s ohroženými dětmi je komplexní přistup (psychoterapie/psychologické poradenství, adiktologické poradenství, farmakoterapie, socioterapie, sociální práce, právní poradenství), v DÚM je realizována úzkou spoluprací týmu odborných pracovníků: psycholog, etoped, sociální pracovník, speciální pedagog, adiktolog a provázaností působení na dítě v průběhu veškeré výchovně-vzdělávací činnosti a programů probíhajících v DÚM (DÚM Lublaňská, 2020). V tomto DÚ se provádí:

1. Diagnostika s využitím dotazníku CRAFT, DAST, AUDIT, SURPS, Fagerströmův test nikotinové závislosti a jiné.
2. Testování na návykové látky. Tady DÚ uvádí, že spolupracuje se společností REMEDIS. DÚ považuje testování na omamné a psychotropní látky za nezbytné a označuje za obrovskou komplikaci nemožnost vyhodnocení testů z moči v zařízení.
3. Adiktologické poradenství formou krizové intervence, individuálního, skupinového a rodinného poradenství.
4. Motivační rozhovory.

Výše popsaná ukázka adiktologických výkonů probíhající v diagnostickém ústavu pro mládež je náplní práce adiktologa, kterou v tomto zařízení vykonávají pedagogičtí pracovníci, psychologové či externí adiktologové.

8.2. Oddělení se zvýšenou adiktologickou podporou Sulická

Diagnostické ústavy vzhledem k povinnému umístění dětí v těchto zařízeních by měly disponovat nástroji pro nejrůznější problematiku, se kterou klientela přichází. I když na první pohled bývají hlavním tématem poruchy chování, skutečné příčiny potíží sahají od týrání, zneužívání a nevyřešených traumat přes organická zatížení až po poruchy ve výchově. Adiktologickou problematiku v anamnézách lze pak vnímat jako komorbidní problém. Přes různou etiologii či míru závislosti je klíčové zajistit v zařízení bezpečné prostředí, které umožní stabilizaci a vytvoření důvěryhodného vztahu. Vše výše uvedené vedlo ke vzniku jednoznačně odděleného programu pro klienty, u kterých byl adiktologický problém vyhodnocen jako primární. Tímto programem je oddělení se zvýšenou adiktologickou podporou – Praha Sulická. Umístění v programu předpokládá motivaci ze strany klientky v průběhu základního diagnosticko-terapeutického programu (Toman, 2018).

Oddělení se zvýšenou adiktologickou podporou Sulická, které je součástí školského zařízení pro výkon ústavní výchovy, zahájilo svůj provoz v roce 2018 jako detašované pracoviště Diagnostického ústavu a střediska výchovné péče Praha 4 – Hodkovičky. Oddělení se specializuje na práci s nezletilými s adiktologickými problémy. Důvodem vzniku oddělení byla rostoucí potřeba poskytování cílené adiktologické péče v rámci ústavní výchovy (Jílka, 2022).

Hlavním cílem oddělení Sulická je poskytovat intenzivní adiktologickou podporu nezletilým, kteří mají problémy se závislostí na návykových látkách nebo se nacházejí v riziku vzniku závislosti. Program je určen pro klienty v rámci ústavní výchovy a je postaven na prvcích terapeutické komunity (Doležal, 2021).

Cílovou skupinou programu jsou nezletilé dívky ve věku 15 – 18 let, které byly soudem umístěny do zařízení na základě předběžného opatření nebo současně s nařízením ústavní výchovy, případně uložením ochranné výchovy. Dívky umístěné na oddělení jsou uživatelkami návykových látek, které mají zneužívání psychoaktivních látek již poměrně hluboce a pevně integrované do svého životního stylu, mají opakované problémy s chováním spojené se závislostí anebo pocházejí z prostředí s narušenými rodinnými vazbami (DÚ a SVP, 2023).

Společné rysy cílové skupiny jsou především disharmonický vývoj osobnosti, s výraznými prvky sebestřednosti, nezdrženlivosti a impulzivity. Dívky měly užívání návykových látek hluboce integrované do životního stylu, charakteristickou většině klientek byla snížená

schopnost odkládání potřeb na později a vyhledávání rychlého uspokojení, což jde velmi snadno skrze požití drogy. Motivace byly hédonistické a krátkodobé – často operovaly ve velmi krátkých časových perspektivách a středně či dlouhodobé časové období pomíjely, nevnímaly jako důležité. Dalšími společnými charakteristickými prvky klientely jsou velmi nízká frustrační tolerance, emoční nestabilita a omezená schopnost dlouhodobých vztahů. V sociálním kontextu byly časté zkušenosti neúspěchu, a to jak ve školním kolektivu, zájmových a volnočasových činnostech, partnerských vztazích či kontaktech se společenskými institucemi. Pocit úspěchu a přijetí si dívky často mohly prožít pouze skrze konformitu v okrajových společenských skupinách – právě uživatelů návykových látek, recidivistů apod. (Doležal, 2021).

Indikace pro přijetí klientek na oddělení Sulická se obecně dají rozdělit do čtyř skupin (Vnitřní řád oddělení Sulická):

• klientka občasně užívá návykové látky, ale vedle toho bezproblémově zvládá prosperovat ve společenskou normou prioritizovaných oblastech (např. prospívá ve škole, je úspěšná ve výtvarné či sportovní aktivitě);

• klientka si uvědomuje existenci adiktologického problému, je ochotná o něm komunikovat a spolupracovat s odborníky;

• klientka má díky absolvování základního diagnostického pobytu v mateřském zařízení navázaný základní terapeutický vztah s institucí a má naplánovaný následný program nebo je ochotna k jeho plánování;

• klientka absolvovala dobrovolnou komunitní léčbu a má zájem o doléčovací program.

Důležitou součástí je práce se vztahem v terapeutickém kontextu. Každá klientka je spárovaná se svým klíčovým pracovníkem nebo pracovnicí, který je v užším kontaktu s rodinou, zástupci školy či zaměstnavatele a volnočasových aktivit, kam klientka dochází. Ten má také na starosti společnou tvorbu a reflexi plánů, školní a vzdělávací záležitosti klientek, zdravotní péči a další agendu spjatou s konkrétní klientkou (DÚ a SVP, 2023). Péče o klientky pokračuje i po ukončení pobytu formou ambulantních setkání s klíčovým pracovníkem.
Vznik odloučeného samostatného programu je výsledkem hledání řešení pro problém kontaminace drogovou problematikou ve skupinách s jinou problematikou v základním diagnosticko-terapeutickém programu. Vysoká vulnerabilita u klientek, kde drogová problematika není primárním problémem, je dána zejména vysokým podílem nezralé, nestabilní osobnosti, v situaci, kdy dramaticky nezvládají řešení vlastních konfliktů, touží po rychlém a snadném zbavení se tenze v prožívání a současně ještě nemají zkušenosti s drogami (DÚ a SVP, 2023).

Model založený na principech terapeutické komunity se ukázal jako efektivní v práci s dospívajícími s adiktologickými problémy. Významným faktorem úspěchu je individuální přístup a dlouhodobá péče, která pokračuje i po ukončení pobytu formou ambulantního sledování.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části, která je založená na kvalitativním výzkumu, bude popsaná metodologie výzkumu, samotné výsledky budou rozdělené do tematických okruhů vázaných na výzkumné otázky.

9. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem této práce bylo zjistit dosavadní zkušenosti a aktuální potřebu a možnosti v uplatnění profese adiktologa v diagnostických ústavech v České republice.

Dílčími cíli jsou:

Zmapování současné situace týkající se adiktologické problematiky v diagnostických ústavech a porovnání získaných údajů s předchozími výzkumy v těchto zařízeních;

zjistit, zda adiktologové v zařízeních pracují, případně na jakých pozicích;

v zařízeních, kde adiktologa nemají, zjistit důvody, proč ho nemají a zda by ho do svého týmu potřebovali a za jakých podmínek.

K naplnění těchto cílů byly definované následující výzkumné otázky:

Jaká je aktuální potřeba v uplatnění adiktologa v DÚ?

Jak by mohla být profese adiktologa prospěšná z pohledu vedoucích pracovníků DÚ?

Jaké jsou možnosti v uplatnění adiktologů v DÚ?

Za jakých podmínek by formální zaměstnání adiktologa bylo možné, pokud vedení vnímá jejich pozici jako prospěšnou?

Na jakých pozicích adiktologové fungují, pokud jsou zaměstnáni? Využívají svou kvalifikaci?

Jak může otevření pracovišť se zvýšenou adiktologickou podporou přispět k chodu diagnostického ústavu?

Výstupy tohoto výzkumu mohou být použity pro sledování vývoje pozice adiktologa v diagnostických ústavech, zjistit podmínky zaměstnávání adiktologů v diagnostických ústavech, hlouběji nahlédnout do problematiky zaměstnávání adiktologů ve školství. Tato studie může být podkladem pro další výzkumy odbornosti adiktologů ve školských zařízeních a také přispět k dalšímu směřování této pozice v diagnostických ústavech a školství.

10. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Základní soubor tvořili ředitelé všech diagnostických ústavů napříč Českou republikou. Jako metodu výběru zařízení pro účely této práce autorka upřednostnila totální výběr, aby ve vztahu ke zkoumanému objektu bylo dosaženo saturace dat, jelikož diagnostických ústavů dle databáze MŠMT je celkem dvanáct (MŠMT, 2024). V případě uplatnění totálního výběru se výběrový soubor rovná základnímu (Miovský, 2006). Kritériem pro výběr respondenta bylo zaměstnání na vedoucí pozici v rámci sledovaných zařízení. Vedoucí pracovníci byli zvoleni metodou záměrného výběru, tedy na základě určitých vlastností či kritérií. Je to nejrozšířenější metoda, kdy na základě stanoveného kritéria vyhledáváme pouze ty osoby, které je splňují a jsou ochotny se do studie zapojit (Miovský, 2006).

Výběrový soubor: V konečném výsledku se výzkumu zúčastnilo osm zařízení. Ze základního souboru byli osloveni ředitelé všech diagnostických ústavů, do vzorku byli zahrnuti ti, kteří udělili informovaný souhlas s účastí. V případě nedostupnosti ředitele se výzkumu zúčastnil zástupce/zástupkyně ředitele. Celkem se výzkumu zúčastnilo 6 ředitelů DÚ a 2 zástupci ředitele.

11. VÝZKUMNÁ DATA

11.1. Metody sběru dat

Sběr dat probíhal metodou polostrukturovaných rozhovorů s řediteli/zástupci ředitelů DÚ. Výzkumník má v případě polostrukturovaného rozhovoru možnost sledovat, co nového a nečekaného během rozhovoru vyplouvá na povrch, ale zároveň má nástroj, jak držet respondenta u tématu (Smith, 2004).

Ředitelé diagnostických ústavů byli osloveni nejdříve prostřednictvím emailu, jehož součástí byly dvě přílohy: informace o výzkumu a informovaný souhlas. Kontakty na ředitele DÚ byly získané z webových stránek zařízení. Dalším krokem byla telefonická komunikace, během které autorka vysvětlovala účel výzkumu, odpovídala na případné otázky a domlouvala osobní setkání. Jeden z ředitelů DÚ v průběhu telefonického rozhovoru projevil zájem o provedení přednášky o nových psychoaktivních látkách a závislosti na internetu a sociálních sítích u dospívajících. Přednáška by měla být určená pro personál DÚ a vedená autorkou práce. Respondent byl dotázán na možný termín přednášky a na provedení samotné přednášky autorka odkázala na kolegyni, která se zabývá prevencí a školením pedagogických pracovníků. O další komunikaci ohledně přednášky autorka není informována. Tři ústavy odmítly svoji účast ve výzkumu z kapacitních důvodů a řediteli jednoho z ústavů se nepodařilo dovolat. Během domlouvání provedení výzkumu autorka nesdělovala údaje o vlastní pracovní pozici v diagnostickém ústavu, aby neovlivnila rozhodnutí respondentů o účasti ve výzkumu. Až v průběhu osobního setkání se autorka během představování zmínila o svém působení v prostředí ústavní výchovy. Všechna data byla získána na základě osobního rozhovoru s každým respondentem. Většinu diagnostických ústavů autorka navštívila osobně. Jeden z respondentů oznámil, že má pracovní cestu a nabídl provedení rozhovoru v Praze, s čímž autorka souhlasila. V jednom případě byl umožněn rozhovor formou telefonické komunikace, která byla se souhlasem respondenta nahrávaná. Všechny ostatní rozhovory byly nahrávané na diktafon s výjimkou jednoho zařízení, kdy respondent si nepřál být nahrávaný. Rozhovor se zapisoval rovnou do textové podoby v programu MS Word. Během rozhovorů si autorka dělala poznámky do záznamového archu. Průměrná délka rozhovoru byla 40 minut. Při porovnání obou způsobů sběru dat, vytvořený audio záznam měl zachycené všechny důležité kvality mluveného slova, umožnoval rozhovory opakovaně poslechnout. V některých případech i po přepsání rozhovoru do textové podoby autorka rozhovor znovu poslouchala. Rozhovor, který nebyl nahraný na diktafon, obsahoval odpovědi na všechny výzkumné otázky, avšak neumožnoval opakované poslouchání a byl limitován zápisem v textové podobě.

Rozhovory probíhaly v průběhu března 2025. Rozhovor byl rozdělen na 5 větších okruhů:

1. První okruh otázek byl pojmenován „Informace o zařízení“, zjišťuje současnou kapacitu DÚ, včetně věku umístěných dětí. Zajímá se o profesní obsazenost diagnostického ústavu.
2. Druhý okruh se nazývá „Děti a dospívající v DÚ“, kde autorku zajímá věk dětí, rozdělení do skupin a zkušenost vedoucího pracovníka se zaměstnáváním adiktologů v současnosti i minulosti.
3. Třetí okruh se nazývá „Adiktologická problematika u dětí a dospívajících v diagnostických ústavech“.
4. Čtvrtý okruh se nazývá „Profese adiktologa“ a věnuje se povědomí respondentů o kompetencích adiktologů.
5. Pátý okruh se nazývá „Adiktologická peče“. Tento okruh je rozdělen do dvou části. V první části se autorka ptá na zaměstnávání adiktologů a spolupráce s externím adiktologem, v druhé časti se autorka ptá na přínos adiktologických pracovišť v rámci DÚ a možnost otevření podobných pracovišť.

11.2. Metody zpracování a analýzy dat

Data získaná z polostrukturovaných rozhovorů byla převedená z audiozáznamu do textové podoby pomocí doslovné transkripce. Dále byla data upravená pomocí redukce prvního řádu. To znamená, že vynecháme slovní vady narušující plynulost sdělení. Pro zpracování textu a rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci autorka využila nástroj kódování a techniku barvení textu. Při kódování přiřazujeme klíčová slova či symboly jednotlivým částem textu, usnadňuje to práci s textem a orientaci v textu (Miovský, 2006). Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby (Strauss & Corbinová, 1999). Technika barvení textu umožňuje snadnější orientaci a zpracování. Při této technice se barevně označují tematické celky a specifická témata (Miovský, 2006).

Během výzkumu se mohou vyskytnout desítky až stovky pojmů. Abychom se vyhnuli tomu, že budeme mít příliš mnoho jednotlivých pojmů, se kterými by bylo těžké pracovat, je důležité je uspořádat – podobné pojmy spojit dohromady. Tím si usnadníme další práci, protože se sníží počet prvků, se kterými musíme pracovat. Proces seskupování pojmů, které se vztahují ke stejnému tématu nebo významu označujeme jako kategorizaci (Strauss & Corbinová,1999).

Pro analýzu přepsaných rozhovorů se autorka rozhodla použít metodu vytváření trsů. Před začátkem analýzy si autorka znovu přečetla rozhovory, s cílem předejít ztrátě informací důležitých pro výzkum. Při znovupřečtení textu se mohou objevit nové aspekty (Braun & Clarke, 2006).

„Metoda vytváření trsů slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. Společným znakem takového trsu může být například tematický překryv, tj. když vyhledáváme ve výrocích osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu.“ (Miovský, 2006, s. 221).

Při analýze přepsaných rozhovorů autorka hledala výroky související s určitým tématem. Podobné pojmy byly spojené do kategorie, které byly vytvořené při zpracování struktury rozhovoru. Celkem vzniklo 5 kategorií: informace o zařízeních, děti a dospívající v DÚ, adiktologická problematika, adiktologická péče, kompetence adiktologa. Během analýzy se objevovaly další podkategorie, které byly zařazené do 5 hlavních kategorií. Témata byla následně popsána a vztažena k definovaným výzkumným otázkám, a doplněna konkrétními výpověďmi respondentů pro lepší ilustraci témat.

11.3. Validita výzkumu

Klíčovým kritériem kvality každého výzkumu je validita, tzn. platnost závěrů, ke kterým výzkumník dospěl (Výrost, 2019). Autorka čerpala data z plánovaného výzkumu a také z předchozích výzkumů na podobné téma, analyzovala je v rámci současného výzkumu. Důležitý je také teoretický základ a dosavadní praxe.

Validita výzkumu mohla být ohrožená zkreslením ze strany výzkumníka. Vzhledem k tomu, že autorka je adiktologem zaměstnaným v DÚ, je zde možné uvažovat o zkreslení ze strany badatele. Zkreslení ze strany výzkumníka se týká toho, co výzkumník jako pozorovatel přináší do výzkumu v podobě svých subjektivních teorií a předsudků či vlastností. Je důležitá sebereflexe výzkumníka, oproštění se od osobních pocitů a předsudečného pojímání výzkumné situace (Hendl, 2012). Z důvodu eliminace tohoto faktoru byly do studie zapojené všechny diagnostické ústavy a průběh výzkumu, pochybnosti vznikající během provedení výzkumu, byly průběžně diskutované s vedoucí práce.

12. LIMITY A ETIKA

Provedení tohoto výzkumu bylo schváleno Etickou komisí Kliniky adiktologie. Účastníci výzkumu byli seznámeni s účelem sběru dat a udělili ústní souhlas s účastí ve výzkumu. Data získaná metodou polostrukturovaného rozhovoru byla anonymizována, byla zachována mlčenlivost a důvěrnost informací. Anonymizace dat byla částečně zabezpečena oslovením všech diagnostických ústavů v České republice.

Před zahájením výzkumu respondenti obdrželi informace o probíhající studii, byli ujištěni, že získaná data jsou anonymní, nikde nebude uvedeno zařízení, ve kterém pracují. Informace výzkumu a informovaný souhlas byly participantům zaslány před začátkem sběru dat na emailovou adresu respondentů. Cokoliv, co by mohlo narušit anonymitu účastníků výzkumu, nebylo použito. Identita respondentů tak byla chráněna a nebude odhalena. Respondenti byli seznámeni s možností kdykoliv odstoupit z výzkumu.

Výhodou a zároveň i možným rizikem může být současné zaměstnání autorky v jednom z diagnostických ústavů. Je pravděpodobné, že pracovníci diagnostických ústavů mohli přistupovat k výzkumu s větší opatrností. Autorka při provedení výzkumu zopakovala a ujistila účastníky výzkumu o anonymitě studie. Dalším rizikem je zaměstnání autorky a respondentů ve stejném typu zařízení, shodnost názorů by mohla respondenta ovlivnit a navést k nějaké odpovědi, čímž by mohl být ovlivněn výzkum. Bylo to jedním z důvodů, proč autorka nesdělovala na začátku výzkumu údaje o svém zaměstnání.

Účast respondentů ve výzkumu nebyla spojena s žádným finančním, materiálním ani jiným osobním prospěchem. Respondenti nebyli nijak odměňováni a účast v projektu jim nepřinesla žádné bezprostřední ani budoucí výhody. Výzkum byl realizován za podmínky, že veškerá spolupráce byla dobrovolná a bez očekávání jakéhokoliv zisku pro zúčastněné osoby.

Zájem o přednášku ze strany respondenta zmíněný v předchozích kapitolách byl vyřešen předáním informace kolegyni, která se zabývá školením pedagogů. Spolupráci se zařízením kolegyně domlouvá dále sama.

13. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky jsou uspořádány do jednotlivých podkapitol. První podkapitola se věnuje účastníkům výzkumu, délce jejich praxe a dosaženého vzdělání. Druhá kapitola popisuje kapacitu zařízení a délku pobytu dětí v diagnostických ústavech. Hlavním kritériem pro výběr respondentů, jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, byla jejich vedoucí pozice v diagnostickém ústavu. Z celkového počtu osmi diagnostických ústavů, které se do výzkumu zapojily, bylo šest zastoupeno řediteli těchto zařízení a ve dvou případech se zúčastnili zástupci ředitelů. Z 8 respondentů bylo 7 mužů a 1 žena. Během provedených rozhovorů se zjistilo, že většina respondentů pracuje ve speciálním školství poměrně dlouho. Více jak polovina respondentů měla délku praxe ve speciálním školství 30 a více let, na aktuální pozici vedoucího pracovníka v diagnostickém ústavu 7 až přibližně 35 let.

R1: *„od roku 2009 pracuji jako ředitel. Od roku 2006 v tomto zařízení. Jak mám víc součástí, tak jsem byl zástupcem ředitele v dětském domě se školou. Vlastně celých 43 let už pracuji ve speciálním školství.“*

R7: *„Tady jsem ředitelem 16 let, délka mojí praxe v diagnostickém ústavu jako takovém 30 let. To je strašně. Jsem si to před 30 lety nemyslel, ale můžu říct do dneška je to vášeň. Já mám tu práci, tu problematiku etopedii strašně rád.“*

R6: *Na pozici ředitele od roku 1997. Před tím jsem také pracoval s dětmi“.*

13.1. Informace o zařízení

13.1.1. Kapacita zařízení

Celková kapacita diagnostických ústavů je 456 lůžek. Diagnostické ústavy pro mládež mají obvykle vyšší kapacitu, tj. 32 až 64 dětí. Dětské diagnostické ústavy mají kapacitu 23-48 lůžek. Většina zařízení uváděla plnou kapacitu. Plná kapacita zařízení a evidenční stav se nemusí shodovat, i když ve většině případů to tak je, někdy evidenční stav je nižší než kapacita zařízení. Respondenti to vysvětlují tím, že soudy často nechávají předběžné opatření na delší dobu, i když se dítě již vrátilo do domácího prostředí. V jednom ze zařízení ředitel uvedl, že kapacita aktuálně není naplněná.

R2: *„Aktuálně máme kapacitu 25, protože probíhá rekonstrukce budovy, proto máme sníženou kapacitu na 25 a 25 dětí tady máme.“*

R3: *„32 na baráku. Teď jsme ve stavu, ale to není teď, to je od září. Tři čtvrti roku jsme takhle naplněni. Několik let jsme měli hodně dětí, ale nyní je to takhle výrazně vlastně přeplněné.“*

R1: *„V tom stavu v celkovém počtu dětí máme 24 dětí. Evidenční stav máme 12 dětí a všechny ostatní jsou někde jinde. Je to tím, že při návratu dětí domů soudy nechávají předběžné opatření stále a někdy velmi dlouho třeba půl roku. Což může snižovat kapacitu zařízení.“*

R4: *„Kapacita je naplněná na 70-80 procent. Nejsou děti. Je to sezonní. Za měsíc bude víc dětí.“*

13.1.2. Personál zařízení

V diagnostických ústavech dle vypovědí respondentů pracují vychovatelé, asistenti pedagoga, učitelé a další pedagogičtí pracovníci, zejména speciální pedagogové, etopedi, psychologové a sociální pracovníci. Na dotaz, zda v zařízení pracuje zdravotník, většina respondentů odpověděla, že zdravotník nepatří do školských zařízení. Ve třech případech z osmi byli v ústavech zaměstnáni zdravotníci, avšak na pozicích školských pracovníků.

R5: *„Etoped, psycholog, speciální pedagog, učitel, vychovatel, asistent pedagoga, sociální pracovník, všichni se v podstatě podílí na té práci s tím dítětem, samozřejmě ten učitel, tam jde o tu školní práci“.*

R7: *„Máme tady psychology, speciální pedagogy. Všichni vychovatelé, kteří u nás pracují, musí mít vysokoškolské vzdělání buď bakalář nebo magistr v speciální pedagogice a sociální pracovnici tu máme. Zdravotní pracovnici tu nemáme, ji nemůžeme zaměstnávat. Máme sociální pracovnici, která se zabývá těmi zdravotními potížemi, které dítě má. To znamená dochází s nimi k lékaři, doprovází je k vyšetřením. A samozřejmě tady máme učitele a vychovatele. A ještě samozřejmě nepedagogické pracovníky jako je účetní, hospodářka, mzdová pracovnice, kuchařky“.*

R3: *„Máme psychiatra, který sem dochází jednou za měsíc, jednou za 3 týdny a jinak máme psychology, speciální pedagogy, odpoledne vychovatele ve skupině, mají speciálně pedagogické vzdělání. Dopoledne jsou děti ve škole, takže učitele, kteří také mají speciálně pedagogické vzdělání, sociální pracovnici, máme zdravotnici, i když nemůžeme mít zdravotnici, tak je to asistentka pedagoga, která má zdravotní vzdělání, je zdravotní sestra a zároveň má asistentský kurz, je zaměstnaná jako asistentka pedagoga.“*

R8: „Jsou to speciální pedagogové samozřejmě, kteří jsou různě orientovaní, pak to gro se přesouvá na psychology, kteří vlastně dělají tu individuální práci s klienty. Pak tady pracuje psychiatr, samozřejmě na nějaký úvazek a všeobecný lékař, adiktolog a všechno se odehrává vlastně konziliárně. To znamená, že ne, že rozhodne jeden z těch odborníků, ale dvakrát týdně se sejde konzilium. A pak sociální pracovnice, abych někoho nezapomněl. A vlastně dvakrát

týdně prochází každá ta kauza, na kolik se posunula, co se změnilo, co je potřeba změnit v tom individuálním plánu. U každého dítěte dvakrát týdně se všichni radí, jak postupovat dál.“

Z výpovědí respondentů zjišťujeme, že ve 3 zařízeních z 8 pracuje zdravotník. Ve dvou případech je to zdravotní sestra. 1 respondent zmínil psychiatra, všeobecného lékaře a adiktologa. I přesto, že zdravotník pracovník nemůže být oficiálně zaměstnán v diagnostickém ústavu, vidíme snahu ředitelů mít ve svém zařízení zdravotníka a také zájem zdravotníků pracovat ve školském zařízení, i za cenu akceptace jiné pracovní pozice.

13.1.3. Délka pobytu v DÚ

Délka pobytu dětí a dospívajících v diagnostických ústavech se prodlužuje. Místo 8 týdnů uvedených v zákoně jsou děti v těchto zařízeních měsíce i roky. Tato změna mění i účel pobytu v diagnostickém ústavu a klade před pracovníky těchto zařízení nové úkoly. Část respondentů vidí pozitivní změnu v tom, že při práci s dětmi je možnost jít do větší hloubky, více se věnovat samotným problémům dítěte a pokud je to možné, i pracovat s jeho rodinou. Jako nevýhodu prodloužení délky pobytu v diagnostických ústavech participant uvedl prodlužování pobytu dětem, které z určitých důvodů patřily do jiných zařízení, ale z kapacitních důvodů a nedostatku míst v DDŠ nebo výchovném ústavu zůstávají v DÚ. Tyto děti nevědí, kam půjdou dál a co je čeká.

R3: *„Zákon hovoří zpravidla o 8 týdnech pořád ještě. To se nezměnilo. Ale průměrná doba pobytu je 3 až 5 měsíců. Protože o umisťování rozhodují jenom soudy. Už to není v našich rukou. To dřív rozhodovali ředitelé v rámci správního řízení. Teď je to občanským zákoníkem změněné, takže jsou děti přemisťované, umisťované rozhodnutím soudu, takže to trvá déle, než to bylo před tím. A už jsme na to nějak navykli, že dítě je tady delší dobu, zase zjistíme víc informací, dá se s tím jinak pracovat, můžeme jít víc do hloubky. Průměrná doba pobytu jsou 4 měsíce.“*

R1: „Děti tady zůstávají poměrně dlouho, na dva měsíce nebo tři měsíce, protože pro ně není nikde místo. Rozhodování soudů trvá strašně dlouho. Pokud se sem dostane dítě, které se nemůže vrátit do rodiny nebo se nemůže vrátit do dětského domova, tak víme, že tu bude do září. Protože dříve, než bude začátek roku, kdy některé děti odejdou z DDŠ a uvolní se nějaká kapacita, tak se prostě nikam neumístí. Pak jsou to děti, které jsou tady špatně umístěné, zabírají tady místo pro ty, které by mohly ještě projít. Takže se sníží počet dětí, které můžou dostat tu péči u nás. To, co je dneska trend, že soudy, když to dítě vlastně se vrací domů, nechávají to předběžné opatření stále a někdy velmi dlouho třeba půlroku.“

R8: *„Zákon říká 6 až 8 týdnů, samozřejmě dnes ta situace v soudnictví je taková, že ty výroky trvají nebo jejich platnost naplnění se protahuje na měsíce čili zpomalil se ten průchod diagnostickým procesem a tak ze 300 dětí, které procházely ročně dnes je to třeba 100-120 dětí za rok, a s tím, jak se snižuje ten počet, komplikuje se ta problematika etiologie, vlastně jsme stále víc terapeutické než jenom diagnostické.“*

13.2. Děti a dospívající v DÚ

13.2.1. Věk dětí a rozdělení do skupin

Diagnostické ústavy, jak bylo uvedeno v teoretické části, se dělí na dětské diagnostické ústavy a diagnostické ústavy pro mládež. Dle odpovědi respondentů v DDÚ jsou děti ve věkovém rozložení 7-8 až 15-16 let, do ukončení povinné školní docházky. Děti s ukončenou školní docházkou a do věku 18, případně 19 let jsou umístěné v diagnostických ústavech pro mládež. Složení dětí se mění a většinou se děti zařazují do jednotlivých skupin podle věku nebo dle rozdělení ve školách na první a druhý stupeň. V diagnostickém ústavu pro mládež můžou být děti rozdělené do skupin i dle jiných kritérií. V jednom z diagnostických ústavů jsou děti rozdělené do speciálních programů.

R4: *„Máme 4 skupiny. Většinou podle věku, pokud to jde. Ale většinou to nejde. Když skupina bude naplněna, jsou po 8 dětech. Když přijde devátý tak se tam proste nevejde pak bude jinde, ale snažíme se podle věku. Většinou máme jednu skupinu prvostupňových dětí a zbytek.“*

R1: *„24 dětí. 3 skupiny. Snažíme se podle věku, či máme skupinku dětí prvního stupně. Potom střední školní věk 6,7,8 třída, to se různě prolíná. A pak ty nejstarší děti. Skupiny jsou heterogenní. Část dětí přichází z dětských domovů a část z rodin. Část těch dětí, které sem přicházejí z těch dětských domovů, má tady stabilizační pobyt.“*

R5: *„Máme děti s povinnou školní docházkou, teď máme i šestnáctileté děti, protože pozdě nastoupili do školy, opakovali nebo jim byla prodloužena školní docházka. Ted máme nejmladší devítileté děti. Nejmladší 8-9 let. Máme jednu celou skupinu, kde jsou děti 8 až 11. Hrozně moc malých dětí. Překvapivě se to tak nasbíralo, že těch dětí malých je daleko víc než velkých. Vždycky to bylo jeden dva a teď je to velká skupina malých dětí už s poměrně rozvinutými poruchami chování.“*

R8: *„Vznikají nová pracoviště jako součást té organizace, která se zaměřuje na nějaké terapeutické specializované programy a už to není ta diagnostika samotná, jak byla dřív. Máme sanatorium, kde jsou vlastně duální diagnózy, řekněme. Děti, které vyžadují chráněné prostředí a chráněné podmínky a víc individualizovanou péči. Pak oddělení s adiktologickou*

podporou, kde jsou děti, které sice jsou nějak stigmatizované nějakou drogovou kariérou, ale současně jsou schopni plnit ty obecné podmínky, chodí do školy, plní za nějaké podpory ty běžné podmínky, že nemusí přijít o školu kamarády. A ten třetí specializovaný program jsou matky s dětmi, nezletilé matky s dětmi.“

13.2.2. Rizikové chování

V teoretické části byly popsané různé formy rizikového chování. Ze všech forem rizikového chování respondenti nejčastěji uvádějí záškoláctví. Jeden z participantů uváděl, že děti mají potíže se školou, celkové problémy ve vzdělávání. Důsledkem toho pak je zanedbávání školy, školních povinností. Většina dětí pak má problém s nerespektováním autorit, neschopností fungovat, přizpůsobit se, dodržovat pravidla. Respondenti také uváděli, že u starších dětí, obvykle od 12 let a výše, se navíc začínají přidávat agresivní chování a užívání psychoaktivních látek. Někdy se objevují i rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií. Respondenti také zmiňovali vysokou vulnerabilitu dětí v zařízeních ústavní výchovy.

R5: *„Přicházejí děti, které jsou prostě křehké, které se rozsypou, když mají chodit do školy a nezvládnou to tam. Ten tlak je na ně vyvíjený z jejich pohledu takový enormní a nejsou schopni se s tím poprat. Mají nedůsledné rodiče, kteří nejsou schopni je dotáhnout k tomu, aby do školy chodily.“*

R1: *„Jsou to děti, které mají sklon k hrubší poruše chování. Děti, které vyrůstají v té rodině na ulici, kde už začínají páchat nějakou trestnou činnost. Dlouhodobě nechodily do školy, a dostávají se do těch skupin těch part. Je spousta dětí, které jsou nějak na hraně toho, jestli to zvládnou nebo nezvládnou, a sklouznou do nějaké poruchy chování, protože jenom to, co se jim událo, musely být vyjmuté z rodiny, že prošly nějakým krizovým obdobím, byly odebrané a umístěné někde, to už samozřejmě nějaká speciální potřeba pro ty děti“.*

R3: *„Nejčastější problém je záškoláctví, masivní záškoláctví, ale na to se nabalí spousta dalších potíží, nerespektování autorit je velmi časté.“*

R7: *„Největší potíže jsou v docházce do školy, anebo problémy ve vzdělávání obecně, pak ve škole mají potíže a školy úplně neví, jak s nimi mají pracovat, tu školu zanedbávají.“*

R2: *„U většiny dětí je problém třeba nerespektování autorit a problémové chování je důvodem umístění do diagnosťáku třeba ve škole nebo agresivita a k tomu dejme tomu přidáno v anamnéze, že zneužívání drog.“*

13.3. Adiktologická problematika u dětí a dospívajících v diagnostických ústavech

Tato podkapitola je rozdělená pro lepší přehlednost na tři části: tabákové výrobky a alkohol, nelegální návykové látky a závislost na technologiích.

13.3.1. Tabákové výrobky a alkohol

Užívání tabákových výrobků je u dětí v diagnostických ústavech zcela běžné. Kouření je v diagnostických ústavech zakázáno. Respondenti uváděli zákaz kouření v celém areálu. Děti většinou kouří na vycházkách, na které mají ze zákona nárok. Respondenti z DÚ, kde děti kouřily klasické cigarety, uváděli, že kouří 90 % dětí nebo skoro všichni. Část respondentů uvádělo snížení kouření klasických cigaret a zvýšení užívání alternativních tabákových výrobků. Jako nejčastější formu tabákových výrobků užívaných dětmi a dospívajícími respondenti uváděli vapování.

Celoživotní zkušenost s pitím alkoholu má dle respondentů skoro každé dítě umístěné v diagnostických ústavech. Respondenti uvádí jednorázové pití alkoholu nebo i opakované. Pití alkoholu u dětí je častější o víkendech, na různých akcích. Uvádí se experimentování, nikoliv závislost. Většina respondentů neuváděla, kolik dětí má v anamnéze pití alkoholu. Jeden respondent zmínil, že experimentuje s alkoholem 4-5 dětí z celkového počtu 23.

R2: *„Kouří tak jako je to asi normální v populaci jejich vrstevníků zvýšené o to, že tady máme děti s poruchami chování. To znamená, že jsou tady děti, které v anamnéze mají případy použití nebo konzumace alkoholu, třeba jednorázově nebo opakovaně a s nějakým průšvihem, že je někdy zachytili.“*

„R3: *Většina z nich kouří, spíš vapujou, je to pro ně pohodlnější a bezpečnější. Bezpečnější ve smyslu, že nezapálí na pokoji peřiny. Spousta z nich vapuje. Měli jsme období třeba před dvěma lety jely hodně lifty, bylo to všude, nacházeli jsme všude nalepené pytlíčky, oni sem tahaly hezky vypadající puky. V tuhle chvíli to jsou prostě vapiky, většina z nich s tím má zkušenost řeknu od 12letých dětí*.“

R7: *„Kouří skoro všichni, už přijdou sem jako závislé na nikotinu. Jako tady samozřejmě je zákaz kouření v celé budově a v celém areálu. Oni mají volné vycházky, tak samozřejmě ty cigarety jim pořád někdo prodává, i těm 12letým. Takže se k nim dostanou a kouří.“*

R5: *„Kouří ty starší děti, ty malé ne. Ale u těch starších je kouření cigaret řekněme běžné. Asi v 90 procentech. A alkohol teď v tuhle chvíli, kdy máme 23 dětí, tak z těch 23 ten alkohol pije možná 4-5 dětí v rámci experimentu. O víkendech, na diskotékách.“*

13.3.2. Nelegální návykové látky

Začátek užívání u této klientely klesá až do období mladšího školního věku. V některých případech užívání drog je hlavním důvodem pro umístění dítěte do zařízení ústavní výchovy. Participanti uváděli, že nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky. Zkušenost s konopnými látkami má většina dětí. Experimentování s konopnými látkami je rozšířené především u starších dětí (13+), přičemž výjimkou nejsou ani případy, kdy dítě začíná s experimentováním již kolem 10. roku života. Respondent uvedl 10% prevalenci pravidelného užívání marihuany u dětí starších 13 let. THC je podle respondentů nejčastěji zneužívanou nelegální návykovou látkou, avšak objevuje se i užívání drog jako je pervitin. Některé děti užívají pervitin injekčně. Pervitin dle výpovědi respondentů užívají jednotlivci. Jeden respondent uvedl vyšší zastoupení uživatelů pervitinu (5 z 23) vzhledem ke spádovosti dětí z vyloučených lokalit. Tato prevalence odpovídá 21,74 %. Tři děti z celkem 23 jsou injekčními uživateli pervitinu. Míra užívání často souvisí se složením skupiny v daném zařízení. Respondenti rovněž upozorňují na psychosociální kontext, vnímají užívání návykových látek jako formu vzdoru, způsob začlenění do vrstevnické skupiny a nástroj sebeprezentace. To odráží hlubší osobnostní a sociální oslabení cílové skupiny, která je vůči závislostní problematice vysoce vulnerabilní ve srovnání s běžnou populací.

R7: *„Všechny děti, které tady jsou, experimentují s OPL, většina teda dětí, nechci říkat úplně všichni. Ale většina dětí experimentuje. Máme tady i rizikově závislé děti, které začali třeba v deseti letech užívat marihuanu.“*

R1: *„Z hlediska adiktologie jsou tu děti, které přicházejí se zkušeností zneužívání návykových látek, těch je celá řada zejména v tom věku 12+, což je už celkem běžné. Když pominu cigarety, které mizí, spíš dneska vapování, pak je to nejčastěji marihuana nebo pervitin. Mají zkušenost s pervitinem. Není to většina dětí, jsou to jednotlivci, ale ti jsou na tom velmi špatně.“*

R3: „Užívání marihuany se objevuje u těch starších 13+, ale není to tak masivně. Zaleží na složení dětí. Teď máme víc 13letých dětí. Myslím, že tam budou mít zkušenost téměř všichni u těch starších. Ale pravidelní kuřáci asi 10 % případů. Pak se nám objevují i tvrdé drogy, objevuje se pervitin, měli jsme tady nedávno chlapce, kterému bylo 14 let a byl těžce závislý.“

R5: *„THC je nejrozšířenější. Tvrdé drogy, teď tam máme v regionu takovou komunitu dětí, a zrovna se nám dostaly i do ústavu. To je 5 dětí z takové lokality, je to taková vyčleněná lokalita. Úplně všechny ty děti mají zkušenost s pervitinem a myslím si, že 3 děti z tady těch jsou uživatelé pervitinu injekčně.“*

R2: „Užívání drog je součástí jejich pubertálního vzdoru proti světu dospělých, nenechají si to vzít, patří to k tomu, jak se prosadit ve vrstevnické skupině, o tom mluvit nebo i se předvést a podobně.“

R8: *„Zkušenost s užíváním drog prakticky u všech dětí. Je to naprosto výjimečné, kdy to dítě nemá minimálně nějaký experiment v anamnéze. To znamená, že ta vulnerabilita těchto dětí, které jsou jinak celkově sociálně i osobnostně oslabené a mají i zkušenost, je strašně vysoká proti průměru v populaci.“*

13.3.3. Závislost na technologiích a sociálních sítích

Z výpovědí respondentů vyplývá, že závislost na technologiích, zejména na sociálních sítích, představuje v současné době výrazný problém u dětské a dospívající klientely. Některé děti dokonce při víkendových pobytech doma tráví veškerý čas u obrazovek, což podle respondentů svědčí o závažné závislosti, která postupně nahrazuje jiné závislosti. Děti vnímají mobilní telefon jako součást svého života a jeho odebrání vnímají jako jeden z nejtvrdších trestů. V zařízeních se proto zaměstnanci snaží omezit dobu, kterou děti s technologiemi tráví, například tím, že jim telefony během různých aktivit neumožňují používat. Omezení používání telefonu však není v souladu s právem dítěte s nařízenou ústavní výchovou vlastnit telefon. Diagnostické ústavy nemají právo omezovat dítě v užívání telefonu, platí to i v době nočního klidu. I v případě, že dítě má problém při používání mobilního telefonu.

Závislost na sociálních sítích je vnímána a má velký dopad na chování, vztahy i schopnost dětí fungovat v reálném světě. Tato problematika je zcela novou výzvou, na kterou personál diagnostických ústavů není připravený a neumí s ní efektivně pracovat. Respondenti také upozorňují na rizikové chování v online prostředí. Jako přiklad uvádí posílání intimních fotografií, často bez povědomí o závažnosti takového jednání. Tato forma rizikového chování je podle respondentů čím dál častější a poukazuje na absenci digitální gramotnosti a zdravého vztahu k technologiím. Respondenti upozorňují na zvyšující se potřebu pracovat s tématem závislosti na sociálních sítích zejména v dětských diagnostických ústavech formou preventivních aktivit anebo terapeutické práce.

R3: *„V dětské kategorii děti mají jiné typy závislosti. Myslím tím závislosti na sociálních sítích. Nás to likviduje tak jako indiány ohnivá voda, protože s tím neuměli pracovat, tak nás likvidují dneska sítě, protože také nevíme, jak s tím pracovat.To, co nám dělá obrovské potíže jsou sítě, celkově jiná závislost na telefonech, počítačích, internetu, hlavně na sítích prostě. V tom jedou a neumíme s tím vůbec pracovat. Děti páchají trestnou činnost. Dvanáctiletý kluk vůbec*

neví, že když mu pošle spolužačka svoji nahou fotku a pošle to dál, tak páchá trestný čin. Desetileté holčičky, řešili jsme to tady minimálně ve dvou případech, rozesílají opravdu hodně, hodně otevřeně svoje nahé fotky na všechny světové strany. Například devítiletá holčina poslala asi padesáti chlapům svoje nahé fotky. A vůbec neví, že dělá něco špatně. Prostě nějaký dobytek jim řekne, že je hezká a že ji má rád a už se to rozjede"

R1: *„Vzít dítěti telefon je pro něj nejstrašnější trest. Snažíme se, abychom jim to limitovali i nějakým časem, aby na tom nebyly pořád. Když mají nějakou činnost, tak nemají telefon, když mají volný čas nebo jdou na vycházku, tak telefon mají. Když ty děti jsou tady, tak do školy chodí a fungují, vrací se domu po 14 dnech, po měsíci přestávají chodit do školy. Oni nic nepáchají, oni neutíkají, nezneužívají návykové látky. Oni jsou doma. Ale zase je to závislost, že sedí na počítači nebo na telefonu."*

R5: *„Dneska tady máme státní zástupkyni a jedna z věcí, která ji zajímá je, zda nezamezujeme dětem mobilní telefony. To nemůžeme, ale kdybychom mohli, pomůžeme těm dětem. Dle státního zastupitelství vůbec jim nesmíme sáhnout na mobilní telefony. Takže telefon může mít 24 h k dispozici. Ale to nedává smysl."*

R5: *„My tady máme děti, které když pojedou na víkend domu, jsou schopné propařit komplet celý víkend. Myslím si, že dneska už to nejsou hry, ale dneska jsou to sítě."*

R8: *„Jedním z problémů je závislost na internetu, kde ti rodiče nejsou schopni z toho to dítě vypojit, a je třeba ho vytáhnout z toho každodenního života."*

13.4. Kompetence adiktologa

13.4.1. Povědomí o profesi adiktologa a jeho kompetencích

Autorka se ptala na povědomí o kompetencích adiktologa a také na to, kdo se v zařízení věnuje adiktologické péči a jakou formou. Participanti většinou byli informováni o profesi adiktologa. Nevěděli ale přesně, jaké kompetence má a co by mohl v zařízení dělat, popřípadě čím by se ta práce lišila od toho, co dělá psycholog, etoped či jiný odborník zaměstnaný v DÚ. Dle výpovědi respondentů individuální a skupinové sezení vedou psychologové a etopedi. Jeden z respondentů uvedl, že etopedi se snaží děti vzdělávat v adiktologické problematice. Dle výpovědi dalšího respondenta, v jehož DÚ je zaměstnán adiktolog, adiktolog v celém zařízení provádí preventivní činnosti, během kterých posuzuje, jakou roli hraje adiktologická problematika u každého dítěte v zařízení. Další role adiktologa může být v rámci

adiktologického programu, kde se pro každé dítě nastaví program. Adiktolog spolupracuje s rodinou, se školou.

R7: *„No to já nevím. Já opravdu nevím, co by dělal adiktolog, protože jeho pracovní naplň neznám. Nevím, jakou formou provádí své činnosti. Individuálně a skupinově pracujeme i my a nevím, jak by do toho vstoupil adiktolog, čím by byl jiný."*

R5: *„Adiktolog je v podstatě terapeut nebo je to pedagog vlastně, tak by tam možnost zaměstnat byla bez jakýchkoliv limitů. V tom asi problém není. Mohl by vést skupinové, individuální terapie, práce s rodinou. Problém je v tom, kde na něj vzít a zaplatit ho. Ten adiktolog by doplnil ten tým v tomhletom a určitě čím více možností práce s těmi dětmi, bych to jenom vítal."*

R3: *„Já se přiznám, že nevím, co obnáší adiktologické vzdělání na lékařské fakultě. Zatím mám pocit, že to umíme řešit sami. To je ale můj pocit. Neumíme to řešit. Pracujeme s dětmi terapeuticky. Pracuje s nimi psycholog, etoped. Hodně v individuální terapii, a také ve skupinové. Individuální prakticky denně. Psycholožky, speciální pedagogogové nebo etopedi si je berou. Hodně se s nimi pracuje. Mají skupiny a dvě komunity každý týden. Myslím si, že terapeutická práce je tady docela dobře nastavena".*

R8: *„Jsou to vlastně dvě roviny. Jedná je taková preventivně průřezová. U všech těch dětí, které přicházejí, posuzujeme, na kolik je tam ten adiktologický problém závažný, na kolik vlastně je hierarchie těch problémů, na kolik je významný, a to od začátku nástupu dítěte do programu, posuzujeme vlastně, jakou roli ta adiktologická problematika tam hraje, jestli je primární, nebo jestli je potřeba řešit nejprve vztahové věci do rodiny a pak teprve postupně řešit ty dílčí souvislosti anebo jestli nejprve pracovat s adiktologickou problematikou, abychom vůbec mohli pak pracovat se vztahem. To je jedna rovina a druhá rovina je ve specializovaném programu, kde tam adiktolog nastaví nějakou metodiku, kterou potom realizuje ve spolupráci s rodinou, školou a dalšími. Už je to potom vlastně práce jenom toho adiktologa."*

R1: „Nějak se snaží naši etopedi v tom vzdělávat. práci s těmi dětmi mají rozdělenou etopedi. Máme tady 3 etopedy, takže každý v podstatě má tu jednu skupinu tech maximálně 8 dětí a máme psychologa na plný úvazek."

R6: „Pokud se u nás tady objeví problém, tak s tím pracuje psycholožka anebo etopedi. Děláme ještě v rámci naší práce terapeutické skupiny, které zaměřujeme na ty děti, které to potřebují a na tu problematiku, která se objeví."

13.4.2. Prevence

Prevence v diagnostických ústavech dle výpovědí respondentů je zajištěna vychovateli, kteří se zaměřují na volnočasové aktivity a trávení volného času, etopedy a psychology, kteří vedou edukační skupiny zaměřené na prevenci užívání drog. Dle výpovědí respondentů je patrné, že prevence je potřeba pro předcházení vzniku rizikového chování. Respondenti uváděli preventivní aktivity zaměřené na nespecifickou a specifickou primární prevenci. Sekundární a terciální prevence byly zmíněné jen dvěma respondenty. Děti v ústavní výchově jsou vysoce stigmatizovanou a zranitelnou populací, která často nemá běžný přístup k dostupné psychiatrické, psychologické nebo adiktologické péči. Z toho důvodu je podle respondentů důležité systematicky zařazovat preventivní přístupy do prostředí ústavních zařízení a posilovat jejich odborné zázemí.

R1: *„Prevence by byla určitě cesta pro dětské domovy, kde to personální obsazení není zrovna ideální, nemají speciální pedagogy, etopedy, nemají psychologa. Není odborná péče. A tam přichází řada dětí s problémy. V dětském domově se školou tak tam už to dítě má rozvinutou poruchu chování. Ale v tom začátku v tom systému ÚV, tak to jsou dětské domovy. Tam by ten prostor měl být poměrně značný, jako předcházení vzniku, riziku.“*

R4: „Máme tady děti s již rozvinutou poruchou chování. Primární prevence určitě není vhodná. Když mluvíme o prevenci, tak sekundární nebo i terciální. Primární prevence by měla být ve školách“.

R2: „Děláme odborné činnosti zaměřené na prevenci zneužívání drog. Jednak je to prevence jako taková, přímo zaměřena, ale tu prevenci užívaní drog spatřujeme také v tom, že děti učíme a nabízíme jim spoustu zájmů, spoustu aktivit, sportovních, turistických, výtvarných, hudebních tak, aby pokud se vrátí do původního prostředí, aby třeba pokračovaly v tomhle a nevyhledávaly tu drogu nebo tu partu, která je s tím spojena.“

R6: *„Samozřejmě máme minimální preventivní program, v kterém zpracováváme prevenci. Pokud se u nás tady objeví problém, tak s tím pracuje psycholožka anebo etopedi. Děláme ještě v rámci naší práce terapeutické skupiny, které zaměřujeme na ty děti, které to potřebují a na tu problematiku, která se objeví.“*

R8: *„Teď se snažíme zařadit tu prevenci do systému ústavních zařízení, které pracují s obligatorně umístěnými dětmi. Protože je to vysoce stigmatizovaná populace, kterou je potřeba nějak ošetřit. Je úplně mimo hru z pohledu obecné dostupnosti péče, ať už psychiatrické, psychologické nebo adiktologické.“*

13.4.3.Spolupráce s rodinou

Respondenti se shodli na tom, že rodinné prostředí hraje klíčovou roli v životě dítěte a že efektivní práce s rodinou je zásadní součástí péče o dítě. Spolupráce s rodinou je vnímána jako nezbytný prvek nejen pro řešení aktuálních problémů dítěte, ale i pro jeho dlouhodobou stabilizaci a možnost návratu do domácího prostředí. Z výpovědí však vyplývá, že reálná spolupráce s rodinami je často velmi komplikovaná. Rodiče nejeví zájem o spolupráci, odmítají komunikaci nebo se na výchově dítěte aktivně nepodílí. V některých případech nejsou rodiče vůbec dohledatelní. I přesto, že diagnostické ústavy organizují skupiny pro rodiče, které jsou zdarma, rodiče o to nejeví zájem. Uvádí se logistické či finanční důvody. Jeden respondent uvádí, že se jim podaří v polovině případů zapůsobit na rodiče. Respondenti uvádí, že je důležitá změna v rodinném systému, která podpoří změnu u dětí. Děti se vracejí stále do stejného prostředí, často nefunkčního. Respondenti uvádí, že vztahové problémy v rodině by měly být řešeny prioritně, protože právě zanedbání a dysfunkční rodinné zázemí jsou častými příčinami rizikového chování dětí. Většinou má práci s rodinou na starosti etoped nebo psycholog. Skupiny taktéž vedou etopedi nebo psychologové.

R3: *„Třeba můžeme pracovat, pokud to trošku jde, i s rodinou. Kdyby bylo víc té spolupráce, tak je to stejně samozřejmě lepší. Ne každý rodič chce, ne každá rodina chce. Ne každé dítě má rodiče i k dohledání. Často je to fakt o tom, že rodiče nejeví zájem. Tak třeba v polovině případů se nám podaří na ty rodiče zapůsobit a možná ve čtvrtině případů se nám podaří je vracet do rodiny.“*

R6: „Všechno to vychází z rodiny. Čím dál tím víc přichází zanedbaných dětí z rodin. Proto se snažíme, pokud to jde, s rodinou spolupracovat.“

R8: *„Je potřeba řešit nejprve vztahové věci v rodině a pak teprve postupně řešit ty dílčí souvislosti.“*

R1: *„Spolupráce s rodinou je gró všeho. Samozřejmě je vhodná z naší strany snaha, aby byla pravidelná dlouhodobá spolupráce s rodinou. Což musím říct, že se nám příliš nedaří vtáhnout do toho procesu jakoby tu rodinu. Protože ti rodiče nejsou ochotni vůbec přijít na tu rodičovskou skupinu, nějakým způsobem spolupracovat, komunikovat, vůbec vnímat to doporučení, které dostávají od nás, že i oni se musejí měnit, to prostředí se musí měnit. Tak to bych řekl, je házení hrachu o zeď. Ne vždycky, ale ve valné většině“.*

R7: „Všechno to vychází z rodiny. Čím dál víc přichází zanedbaných děti z rodin, masívní zanedbání.“

13.5. Adiktologická péče

13.5.1. Zaměstnávání adiktologů a spolupráce s externím adiktologem

Z nasbíraných údajů vyplývá, že adiktolog je zaměstnaný jen v jednom zařízení. V ostatních diagnostických ústavech není adiktolog zaměstnán a ve většině z nich není navázaná ani spolupráce s externím adiktologem/adiktologickou ambulancí. Jako externí pracoviště, se kterým v případě nutnosti spolupracují, nejčastěji uváděli dětské a dorostové detoxifikační centrum. Jen ve dvou případech byla zmíněna spolupráce s adiktologickou ambulancí. Participanti se také zmiňovali o nedostupnosti adiktologické péče pro děti v jejich regionu. Respondenti byli dotazováni, zda adiktologa potřebují, na možnosti zaměstnání adiktologa a také na případné limity v zaměstnání adiktologa. Sedm respondentů z 8 odpovědělo, že o zaměstnání adiktologa zatím neuvažovali. Dva respondenti uvedli, že by rádi navázali spolupráci s externím adiktologickým pracovištěm, dva již mají navázanou spolupráci s adiktologickou ambulancí, tři respondenti uvedli, že by byli rádi, kdyby adiktolog mohl být součástí jejich týmu. Jednomu z těch respondentů by vyhovovala spolupráce s adiktologem na DPP nebo zkrácený úvazek. V jednom DÚ je adiktolog zaměstnaný.

Hlavním limitem v zaměstnání adiktologů je dle odpovědí respondentů současná legislativa, která neumožnuje formální zaměstnání adiktologů. Další limity představují nedostatek financí nebo personální limity. Respondenti také zmiňovali možnost zaměstnat adiktologa jako pedagogického pracovníka.

R3: *„Zatím jsem neuvažoval o zaměstnání adiktologa. Zatím mám pocit, že to umíme řešit sami. To je ale můj pocit. Neumíme to řešit. Po nějakých výcvicích a kurzech o závislosti trochu víme o čem je řeč, ale samozřejmě do tohoto zařízení adiktolog patří.“*

R2: *„Zatím jsme neuvažovali, protože těch případů tolik nemáme nebo závažných případů, spíš bychom uvítali zaměstnání zdravotní sestry, popř. pedopsychiatra, alespoň na zkrácený úvazek, adiktologickou péči bychom potřebovali, ale třeba dostupnou tady v krajském městě, dostupnou buďto ambulantní nebo docházkou, ale zřízení personálu pro adiktologii zatím nevnímáme. Ty děti, co přišly, tak jsme zvládali zajistit jejich abstinenci bez toho, že bychom potřebovali adiktologa. Asi ve dvou případech jsme se obrátili na adiktologickou ambulanci. Tam jsme jednu slečnu dávali anebo tam docházela nebo dvě slečny dokonce. A jednu slečnu jsme měli na detoxu v nemocnici v Praze“.*

R1: „O zaměstnání adiktologa jsem neuvažoval, ale rozhodně bych potřeboval nějakou bližší spolupráci, nějakou dostupnou formu, protože tu tady vlastně nemáme. Jsou tady různé organizace, ale většina je zaměřená na ty starší děti, na ty dospívající. A tyhleti malí jsou mimo systém v tomhletom směru. Potřeboval bych adiktologa na nějakou smlouvu, nějakou dohodu,

aby to bylo pravidelně. Protože si myslím, že by tady měla být dostupná péče. Jsme schopni i s tím dítětem někam přijet, nebo by mohl s nějakou skupinkou dětí pracovat, tak by to určitě bylo velmi ku prospěchu, a to bohužel není dostupné z hlediska legislativy. Systémově velmi chybí poskytnout jim nějakou odbornou péči. Tady ji neposkytneme a ty děti vlastně nemají nějaké specializované zařízení, kde by se s nimi takhle pracovalo. Děti, které ještě nemají splněnou povinnou školní docházku. Jediná možnost je, když to dítě je opravdu ve velmi špatném stavu tak teda sehnat nějaký detox v Praze. Takže se o to pokoušíme, ale tam to je zase se souhlasem toho dítěte a pokud dítě nesouhlasí, tak se to vlastně zruší. A vlastně žádná další pomoc nepřichází. Takže ta práce s těmi dětmi v tom věkovém období povinné školní docházky a z hlediska návykových látek, zneužívání nebo závislostního chování si myslím, že není řešená prakticky vůbec."

R6: *„Já bych ho musel schovat pod nějakého etopeda nebo nějakého pedagogického pracovníka."*

R7: „Adiktologa nemáme ani jsme nikdy neměli, protože to nepatří podle zákona do naší práce, nemá pedagogické vzdělání. Je to stejně, jak s jakýmkoliv jiným zdravotníkem. Ale kdybychom ho mohli zaměstnat, tak určitě bychom byli rádi, protože všechny děti, které tady máme, experimentují s návykovými látkami".

R5: *„To, co jsem v poslední době řešil je, že než bych se já sám stal adiktologem, spíš navázat spolupráci s externím adiktologem. Na to nemáme ani peníze ani volná místa, máme určité limity v počtu zaměstnanců, takže jsem se tou problematikou nezabýval."*

R4: „Samozřejmě do tohoto zařízení adiktolog patří. Ale my jsme vázáni počtem zaměstnanců a finančními prostředky."

R2: *„Pracujeme s externím pracovištěm, máme úzkou spolupráci s Prev-centrem a také se účastníme nějakých programů a tak."*

R8: *„Zcela jistě by adiktolog měl být součástí diagnostického ústavu. Adiktolog je vlastně základní specializace u podpovinného programu v našem zařízení. Na tom se snažíme i nějak legislativně pracovat, aby se to stalo pravidlem a základem. Problém je, že adiktolog je zdravotnická profese a zatím legislativa neumožnuje, aby školské zařízení zaměstnalo zdravotníka. Neumí vlastně ten transfer finanční a tak čili celé je to komplikované v tom, že aby adiktolog ve školství mohl vykonávat svoji práci, na kterou má vzdělání, tak se musí nechat zaměstnat jako speciální pedagog nebo vychovatel, a vlastně tím přichází o řadu výhod kariérních, a samozřejmě je tam i nějaký rozdíl v tom mzdovém ohodnocení. Je potřeba buď mezirezortní dohody nebo změnit úplně legislativu. Podobnou dohodu nebo výjimku vymysleli*

v resortu práce a sociálních věcí, když při té reformě skončili. V té oblasti ministerstvo práce vymysleli takovou obezličku, že tam mohou mít zdravotní personál i v tom zařízení, které je zřizováno ministerstvem práce a sociálních věcí, ale to není to, co bychom potřebovali. Potřebujeme, aby byla návaznost na zdravotnickou péči obecně, kde bude psychiatr, adiktolog, které potřebujeme vlastně oba a zdravotní sestru a nepomůže nám to, že budeme moci zaměstnávat zdravotní sestru, ale budeme ji platit ze školství. Tam nebude ta návaznost na to zdravotnictví. Takže tato výjimka, kterou udělali pro MPSV, pro nás není zajímavá, potřebujeme větší změnu."

13.5.2. Pracoviště s adiktologickou podporou jako součást diagnostického ústavu

Většina participantů se shodla na tom, že by považovali za prospěšné otevření školského pracoviště s adiktologickou péčí v jejich regionu, kam by dítě s adiktologickou problematikou mohlo být umístěno. Avšak nesouhlasili s otevřením adiktologického oddělení ve všech diagnostických ústavech. Dětské diagnostické ústavy uvažovaly o prospěšnosti adiktologických pracovišť v diagnostických ústavech pro mládež. Jako překážku pro otevření pracovišť respondenti uváděli absenci motivace u dětí. Další možnou překážkou by mohla být dle názoru ředitelů prodleva v umístění dětí do výchovně léčebného zařízení, kdyby k tomu bylo nutné rozhodnutí soudu. Respondent zaměstnaný v zařízení, které disponuje oddělením s adiktologickou podporou uváděl, že si nedovede představit, aby v zařízení nebylo specializované pracoviště s adiktologickou podporou. Pobyt dětí s adiktologickým problémem spolu s dětmi, které takový problém nemají, by mohl nabádat ostatní děti k užívání NL. Respondent se zmiňoval o „nakažlivosti". Jako výhodu pracoviště respondent uváděl individuální přistup k dítěti a dostupnost adiktologické péče. Další respondent souhlasil s tím, že děti užívající návykové látky můžou svádět další děti k užívání NL. Jako řešení viděl otevření regionálních adiktologických pracovišť.

Otevření pracovišť s adiktologickou podporou ve všech diagnostických ústavech nebylo považováno za efektivní zejména z důvodu finančních a personální náročnosti a nízkého počtu dětí s rozvinutou závislostí.

R3: *„V mládežnické kategorii by bylo prospěšné otevření adiktologického pracoviště, určitě ano. V dětské kategorii adiktolog ano, ale bude zaměřený na jiné typy závislosti."*

R6*: „Kdysi jsem uvažoval o zřízení léčebně výchovného oddělení pro děti, které mají problémy s užíváním návykových látek. Pak jsem od toho ustoupil, protože aby děti spolupracovaly, aby ta práce měla smysl, tak by musely být motivované. A to oni zpravidla v tomto věku nejsou.*

Jsou na začátku závislostní kariéry a nemají drive to řešit.“

R2: *„Spíš když mluvím za nás, tak bychom měli potřebu mít nějaké lůžka v rámci ústavní výchovy, kde by byli specialisti na adiktologii, jak to mají v Hodkovičkách, oddělení, kde by ty děti mohly na čas na dvouměsíční, tříměsíční pobyt jít, kde by to bylo založené vyloženě na to a třeba i abstinenční příznaky, aby tam odezněly a tak.“*

R1: *„Kdyby dneska ministerstvo vytvářelo nějaký systém, tak by mělo vytvořit nějaké zařízení a jestli by to bylo výchovně léčebné, léčebák pro ty děti s povinnou školní docházkou, alespoň z toho druhého stupně, aby byli alespoň dvě, tři v republice s nějakou kapacitou. Regionální zařízení, kde by se s tím dítětem intenzivně pracovalo. Ale tady vidím ty problémy, než ho tam přemístí soud, to dítě se dostává do dalších problémů. To může trvat 3-4 měsíce. Doporučením je vytvořit systém péče pro děti s psychiatrickými, adiktologickými problémy. S těmi dětmi se musí pracovat víc odborně a DDŠ potom na to nestačí. Když ty děti zůstanou v běžném prostředí, tak k tomu budou svádět další. Oni se tím chlubí, oni to netají. Prezentují to jako skvělou věc, a protože děti tady jsou náchylné, napodobují je, a tak je spíš větší riziko, že svedou i ostatní.“*

R6: *„Pokud bychom se bavili o nějakém adiktologickém zařízení pro dětské domovy, diagnostické ústavy a ty ostatní ústavy v síti to ano, ale na každém zařízení by adiktology prostě neuživili.“*

R5: *„Jako určitě si umím představit, že takové zařízení by možná stačilo, kdyby v každém kraji, v každém tom regionu bylo jedno takové zařízení, které tyhle ty služby nabízí jak pro děti, tak potom pro ty větší, že by to nemuselo být v každém zařízení. Máme asi 68 zařízení v celé republice, možná by stačilo, kdyby v každém regionu bylo takové zařízení, které by adiktologa mělo a tyhlety služby pak dětem mohlo poskytovat.“*

R8: *„Tak, po pravdě už si nedovedu představit, že by ta klientela, u které je primární adiktologický problém, byla řešená ve skupinách dětí, kde je vysoká vulnerabilita, ale současně není ten adiktologický problém primární, protože ta interference těch problémů je vysoká, dokonce bych řekl, že je až jako nakažlivá, pak ta cesta k té adiktologické problematice u těch dětí, které jsou jinak zranitelné a hledají nějakou pomoc, nějaké řešeni pro svůj vlastní problém a nenachází ho ve svém životě, tak poměrně rychle sáhnou po té zkratce. To znamená únik do nějakých drog nebo podobných věcí. Kdyby se měly děti, které jsou v našem adiktologickém programu, vracet zpátky mezi děti, u kterých to není primárním problémem, bylo by to riziko ohrožení pro ostatní děti. Samozřejmě navíc adiktologická peče vyžaduje výrazně individualizovanou péči. To znamená každý klient musí mít úplně individualizované možnosti.“*

14. SOUHRN VÝSLEDKŮ

1. Výzkumná otázka: Jaká je aktuální potřeba v uplatnění adiktologa v DÚ?

Tato výzkumná otázka je zodpovězená ve více dílčích kategoriích. Vyšší prevalence užívání návykových látek, sociálních sítí a projevy jiného rizikového chování spojeného s užíváním návykových látek a sociálních sítí dětmi a dospívajícími v DÚ poukazuje na potřebu odborné péče, která je v DÚ zajištěna pedagogickými pracovníky. Adiktologická péče o tuto populaci není zajištěná. Nejméně péče se dostává dětem s povinnou školní docházkou. Vzhledem k prodloužení pobytu dětí a dospívajících se v DÚ mění účel pobytu v DÚ a také role diagnostického ústavu v péči o klienty. Dle výpovědí respondentů je délka pobytu mnohem delší než v legislativě uvedených 8 týdnů. Dříve hlavní úlohou těchto zařízení bylo diagnostické vyšetření, dle kterého DÚ vydával doporučení o umístění dětí a dospívajících. V současné době, s prodloužením pobytu v DÚ, jeho úloha více směřuje k terapeutické práci s klienty, vytvoření hlubšího vztahu s klienty a podpůrného prostředí pro jejich rozvoj. Práce s dětmi je více vztahová, dítě si zvykne na personál zařízení a práce jde více do hloubky. Bylo zjištěno, že adiktologa v DÚ by uvítala většina respondentů. Nejčastěji respondenti uváděli možnost externí spolupráce. Externí spolupráce byla většinou zdůvodněná legislativními a finančními limity spojenými se zaměstnáváním adiktologa jako zdravotnického pracovníka ve školském zařízení. Někteří respondenti uvedli, že v případě zaměstnání adiktologa by musel být veden jako speciální pedagog nebo etoped, čímž by přicházel o část svých odborných kompetencí i finančního ohodnocení. Zařízení, která již adiktologa zaměstnávají, hodnotí jeho přínos velmi pozitivně a považují působení adiktologa v týmu za důležité. Právě jejich zkušenost potvrzuje, že adiktolog může plnit v diagnostickém ústavu různé funkce včetně preventivních aktivit, případového vedení, provádění individuální, skupinové a rodinné terapie a být důležitou podporou pro celý tým. Respondenti také uvažovali o možnosti otevření regionálních adiktologických pracovišť pro děti umístěné v zařízeních ústavní a ochranné výchovy. Do těchto zařízení by diagnostické ústavy a jiné zařízení ústavní a ochranné výchovy mohly posílat děti s výraznou adiktologickou problematikou.

2. Výzkumná otázka: Jak by mohla být profese adiktologa prospěšná z pohledu vedoucích pracovníků DÚ?

V diagnostických ústavech pracují multidisciplinární týmy. Diagnostické ústavy, na rozdíl od jiných zařízení ústavní péče (DD, DDŠ), mají dobré personální obsazení. Pedagogičtí pracovníci v DÚ mají vysokoškolské vzdělání. Většina respondentů by adiktologa uvítala, jelikož vnímá adiktologickou problematiku dětí a dospívajících a v některých aspektech si není

jistá s postupem. Dle vypovědí respondentů by adiktolog mohl vést individuální a skupinové sezení s klienty diagnostických ústavů. V rámci komplexní péče by mohl adiktolog pracovat s rodinou dítěte. V dětských diagnostických ústavech by se práce adiktologa mohla soustředit na jiné formy závislosti, zejména na závislosti na sociálních sítích a digitálních technologiích. Důležitou součástí práce adiktologa by mohlo být vytváření preventivní programů zařízení a práce v oblasti sekundární a terciární prevence Zajímavým zjištěním byla nedostatečná informovanost respondentů o kompetencích adiktologa. Všichni respondenti měli povědomí o profesi adiktologa, avšak nevěděli, co všechno by mohl adiktolog v DÚ vykonávat. Často si respondenti nebyli jisti, jak se práce adiktologa liší od činnosti psychologa, etopeda či jiného odborníka, a jaké specifické úkony může adiktolog vykonávat. Dalším důležitým bodem je nedostupnost adiktologické péče o děti s povinnou školní docházkou, která by se vyřešila zaměstnáním adiktologa nebo navázáním spolupráce s externím adiktologem. Vzhledem k nízké dostupnosti ambulantní adiktologické péče v některých regionech by přítomnost adiktologa v diagnostickém ústavu zajistila efektivnější a dostupnější poskytování potřebné péče.

3. Výzkumná otázka: Jaké jsou možnosti v uplatnění adiktologů v DÚ?

Tato výzkumná otázka byla nasycena výsledky uvedenými v podkapitole s názvem „Zaměstnávání adiktologů a spolupráce s externím adiktologem“. Diagnostické ústavy můžou zaměstnávat adiktology na pozicích určených pro pedagogické pracovníky. Respondenti uváděli, že by mohli zaměstnat adiktologa jako vychovatele nebo etopeda. Omezené personální kapacity těchto zařízeni jsou jednou z překážek pro zaměstnávaní adiktologů na jiných pozicích. Vzhledem k současné legislativě snadnější volbou spolupráce pro diagnostické ústavy je spolupráce s externím adiktologem, adiktologickou ambulancí. Adiktologické služby však jsou většinou využívané formou jednorázové krátkodobé spolupráce při akutních potížích s klienty.

4. Výzkumná otázka: Za jakých podmínek by formální zaměstnání adiktologa bylo možné, pokud vedení vnímá jejich pozici jako prospěšnou?

Tato výzkumná otázka byla nasycena výsledky uvedenými v podkapitole s názvem „Zaměstnávání adiktologů a spolupráce s externím adiktologem“. Z výsledků studie vyplývá, že formální zaměstnání adiktologů, jakožto zdravotnických pracovníků, dle současné legislativy není možné. Možným řešením je legislativní úprava, která umožní působení zdravotnických pracovníků ve školských zařízeních. Existuje několik možností řešení. Jednou

možností je mezirezortní dohoda a druhou je změna existující legislativy. Mezirezortní dohoda nebo výjimka je v současné době mezi Ministerstvem práce a sociálních věci a Ministerstvem zdravotnictví. Sociální služby mohou zaměstnávat zdravotní personál. Tato možnost pro diagnostické ústavy není vyhovující kvůli omezeným personálním kapacitám školských zařízení.

Další možností je změna legislativy, která by umožnila zaměstnání zdravotnických profesí ve školství a placení těchto pracovníků Ministerstvem zdravotnictví. Taková právní úprava by školským zařízením vyhovovala více, jelikož by vyřešila jak finanční, tak i personální limity při zaměstnávání zdravotnických profesí. Diagnostické ústavy potřebují návaznost na zdravotnickou péči, aby mohli zaměstnávat psychiatra, adiktologa, zdravotní sestru.

5. Výzkumná otázka: Na jakých pozicích adiktologové fungují, pokud jsou zaměstnáni? Využívají svou kvalifikaci?

Z výsledků výzkumu vyplývá, že adiktologové jsou zaměstnáni jen v jednom diagnostickém ústavu, kde je adiktolog zaměstnaný na pozici pedagogického pracovníka. Adiktolog v tomto zařízení sestavuje pro každého klienta terapeutický plán. Vede individuální a skupinové sezení, spolupracuje s rodinou, školou, OSPOD. Další náplní práce adiktologa je prevence. Dle odpovědi respondenta adiktolog ve školství může být zaměstnán jako speciální pedagog, vychovatel, aby mohl vykonávat svoje odborné kompetence. Vede to ale k tomu, že adiktolog zaměstnaný ve školství přichází o řadu kariérních výhod, nezapočítává se mu praxe.

6. Výzkumná otázka: Jak může otevření pracovišť se zvýšenou adiktologickou podporou přispět k chodu diagnostického ústavu?

Otevření pracovišť s adiktologickou podporou dle odpovědí respondentů by zajišťovalo adiktologickou péči o nezletilé. Péče je potom dostupnější a komplexnější ve srovnání se spoluprací s externími odborníky, ambulancemi. Vzhledem k vulnerabilitě dětí umístěných v zařízeních ústavní a ochranné výchovy, pobyt dětí užívajících návykové látky společně s dětmi, které tyto látky nevyužívají, je ohrožující. Zvyšuje se pravděpodobnost užívání NL u dětí, které s tím doposud zkušenost neměly. Dle výpovědi respondentů klienti užívající návykové látky netají své užívání před ostatními, vychvalují účinky návykových látek, což vytváří pro vulnerabilní jedince určitá rizika. Respondenti se shodli na potřebě specializovaných zařízení poskytujících adiktologickou péči pro děti s rozvíjející se nebo již existující závislostí. Byla identifikována nutnost regionálních pracovišť, která by nabízela

odbornou a individualizovanou podporu, bez nutnosti integrace těchto dětí do běžných zařízení, kde by mohly negativně ovlivňovat ostatní.

15. DISKUZE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit aktuální potřebu v uplatnění profese adiktologa v diagnostických ústavech pro děti a mládež v České republice. Při zamyšlení nad tématem výzkumu vznikaly další dílčí cíle a zdálo se důležitým kromě naplnění hlavního cíle, zodpovědět na další otázky, které jsou s tou problematikou spojené. Pro tento výzkum byly důležité potřeby dětí umístěných v zařízeních ústavní a ochranné výchovy.

Prevalence užívání návykových látek u dětí umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy je vyšší než v běžné populaci stejně starých dětí. Výzkumná zjištění potvrzují výsledky předchozích studií, že prevalence adiktologické problematiky u dětí umístěných v diagnostických ústavech je vyšší než v běžné populaci. Tyká se to zejména starších dětí a dospívajících.

Dle zjištění výzkumu zkušenost s užíváním návykových látek je prakticky u všech dětí. Je výjimečné, že dítě nemá minimálně nějaký experiment v anamnéze. Dle výsledků předchozích výzkumů provedených v diagnostických ústavech zkušenost s kouřením tabákových výrobků má 91,7 % dětí a 30,6 % dětí kouří více než deset cigaret denně (Kovaříková, 2016). Doležalová (2024) ve své studii uváděla jako alarmující prevalenci kouření u dospívajících v diagnostických ústavech, získaná data porovnávala s výsledky studie ESPAD (2019). Procentuální zastoupení dětí kouřících cigarety bylo 91 %, což se blíží výsledkům z předchozího výzkumu provedeného Kovaříkovou (2016). Prevalence kouření ve sledované populaci byla násobně vyšší. Cigarety nebo alternativní tabákové výrobky jsou nejčastěji užívanou legální návykovou látkou u dětí a dospívajících v DÚ a DDÚ zapojených v této studii. Část respondentů uvádělo kouření klasických cigaret u dětí, většina respondentů se shodla, že v současné době děti častěji vapují, než kouří klasické cigarety. Není výjimkou, že se problematika zvýšeného výskytu užívání elektronických cigaret řeší i na základních školách, kdy žáci přinášejí a používají tato zařízení ve školním prostředí (ZŠ Václava Hejny, 2025). Alkohol děti užívají na diskotékách a jiných akcích. Pravidelné pití alkoholu neuváděl u dětí a dospívajících žádný respondent.

Z nelegálních návykových látek respondenti nejčastěji uváděli konopné látky. V dětském diagnostickém ústavu respondenti uváděli pravidelné užívání konopných látek u 10 % dětí. Prevalence užívání návykových látek se může mezi jednotlivými diagnostickými ústavy výrazně lišit. Zaleží na spádovosti dětí a existenci v regionu vyloučených lokalit. Diagnostické ústavy, které mají v péči děti z vyloučených lokalit, mají vyšší prevalenci užívaní návykových látek u těchto dětí. Příkladem může být diagnostický ústav, kde je zastoupení dětí užívajících metamfetaminy vyšší než v jiných DÚ, kde dle výpovědi respondentů pervitin užívají jednotlivci. V tomto DÚ pervitin užívá 5 dětí z 23, při tom 3 děti jsou injekčními uživateli.

Přibližně 21,75 % dětí ve zmíněném diagnostickém ústavu užívá pervitin. Winkler a Šimková (2005) provedli sekundární analýzu „Vládního programu podpory terénní sociální práce v sociálně vyloučených romských komunitách“. Z údajů uvedených v evaluační studii sledující intenzitu výskytu jednotlivých typů problémů v sociálně vyloučených lokalitách vyplývá, že problém užívání návykových látek je druhý v pořadí po nezaměstnanosti. Celkem v 93 % případů. Tato studie se nevěnuje užívání návykových látek u dětí a dospívajících, ale sleduje výskyt problémů v komunitě. Co se týče jiných forem rizikového chování u dětí a dospívajících, tak je tu uvedeno záškoláctví. Intenzita výskytu tohoto jevu byla 91 % (Winkler & Šimková, 2005). Studie potvrzuje korelaci uvedenou ve výpovědi respondenta mezi častým výskytem užívání návykových látek u dětí v jejich zařízení a pobytem ve vyloučené komunitě. Další často se vyskytující formou rizikového chování je záškoláctví, které je dle respondentů nejčastější formou rizikového chování, která nemusí souviset s pobytem ve vyloučených lokalitách, ale prevalence u dětí z vyloučených komunit je vyšší než v běžné populaci. Šťastná et al. (2010) ve své studii, která se věnovala užívání drog v národnostních menšinách, uvádí, že populace v romských vyloučených lokalitách je potenciálně ohrožená užíváním drog a výskytem dalšího rizikového chování souvisejícího s užíváním (Šťastná, Adamková & Chomynová, 2010).

Doležalová (2019) ve své další studii porovnává užívání návykových látek dívkami umístěnými v zařízeních ústavní výchovy s dospívajícími dívkami v běžné populaci. Ve skupině sledovaných dívek byly zaznamenány výrazně vyšší zkušenosti s užíváním návykových látek ve srovnání s referenční skupinou. Během posledního roku konzumovalo kanabis více než dvě pětiny dívek, přes čtyřicet procent užilo stimulancia ze skupiny amfetaminů (Doležalová, 2019).

Závislost na technologiích a sociálních sítích přináší dle vypovědí respondentů v současné době víc potíží než užívání návykových látek. Jak zmiňovali respondenti, personál diagnostických ústavů se často setkává ve své praxi s problematikou návykových látek. Sociální sítě jsou však pro diagnostické ústavy novou výzvou, jedná se o nejčastější typ závislosti u mladších děti. Děti dokážou strávit na sociálních sítích hodiny, dny a někdy i celý víkend. Může to mít u dětí s povinnou školní docházkou různé negativní důsledky včetně snížení školního prospěchu, časté zanedbávání školních a jiných povinností, záškoláctví. Kromě zmíněného děti páchají trestnou činnost spojenou s užíváním sociálních sítí, často z neznalosti legislativy. Böhmová (2024) ve svém výzkumu zaměřeném na projevy rizikového chování u dětí v dětských domovech zjistila, že 62,3 % dětí nejčastěji tráví svůj volný čas využitím sociálních sítí, 25,5 % dotazovaných tráví svůj volný čas hraním on-line her. Přitom čas strávený na internetu u 36,8 % dětí přesahoval 2 hodiny a více než 3 hodiny trávilo na internetu 35,8 % dětí. 47,2 % dětí komunikuje na internetu s neznámými lidmi a 45,3 % dětí uvedlo, že po nich bylo žádáno zaslání jejich obnažených fotografií (Böhmová, 2024).

Podobné zkušenosti s rizikovým chováním na internetu mají děti v diagnostických ústavech. Dle vypovědí ředitelů, i v případě zaslání vlastních obnažených fotografií cizím lidem, dítě nevnímá žádná rizika nebo ohrožení a u mladších dětí je náročná edukace ze strany pracovníků DÚ, v čem je riziko podobného chování a proč by to dítě nemělo dělat. Odborní pracovníci v diagnostických ústavech často čelí situacím, kdy odebrání mobilního telefonu je pro dítě vnímáno jako nejtvrdší možný trest, a práce s těmito typy závislostí naráží na absenci efektivních metodických a terapeutických nástrojů. Ředitelé diagnostických ústavů se snaží čas strávený na mobilních telefonech omezovat. Omezení používání telefonu však není v souladu s právem dítěte s nařízenou ústavní výchovou vlastnit telefon. „Základní zásadou tedy je, že každé dítě by mělo mít telefon neustále u sebe s možností ho používat“ (Souhrnná zpráva, 2023). Diagnostické ústavy nemají právo omezovat dítě v užívání telefonu, platí to i v době nočního klidu. I v případě, že dítě má problém při používání mobilního telefonu, neměl by ředitel zařízení odebrat dítěti telefon do úschovy. Veřejný ochránce práv kritizuje, když děti musely odevzdávat své mobilní telefony personálu zařízení, neboť by měly mít neomezený přístup ke všem svým osobním věcem, tedy včetně vlastního mobilního telefonu. Odebrání telefonu zasahuje do vlastnického práva dítěte, případně do práva udržovat kontakt se svou rodinou. Jen ve výjimečných individuálních případech lze omezit užívání mobilního telefonu tím, že ředitel zařízení převezme telefon do úschovy, nesmí to platit plošně.

Toman (2018) vyslovil myšlenku, že zahájením vysokoškolského oboru adiktologie školským zařízením vznikl příslib možnosti zapojit do týmů ve školských zařízeních specializované odborníky. Formálně zapojení zdravotních profesí ve školství stále není legislativně vyřešeno. Uplatnění odbornosti adiktologů v různých oborech se věnovalo několik studií, dvě se specificky věnovaly uplatnění adiktologů ve školství. Hribiková (2021) se ve své studii zabývala uplatněním adiktologů v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP). Výzkumu se zúčastnilo 7 metodiků prevence z 11 PPP. Participanti uvedli, že považují adiktologa za přínosného a měli pozitivní postoj k možné spolupráci adiktologa s PPP (Hribiková, 2021). Další studie provedená Královou (2020) byla zaměřená na uplatnění profese adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje. Výzkumu se zúčastnilo 11 dětských domovů a všechna zařízení hodnotila působení adiktologa v dětských domovech jako přínosné (Králová,2020).

Často se mluví o celkové vulnerabilitě nebo křehkosti dětí umístěných v těchto zařízeních. Drtivá většina této klientely bývá odmítána, práce s ní není jednoduchá. Dobrovolnost, zájem a motivace jsou v jejich případě velmi choulostivá témata (Rolová et al., 2018). Přínos adiktologa v diagnostickém ústavu lze spatřovat zejména v dostupnosti adiktologické péče pro děti, které jí potřebují. Většina ředitelů diagnostických ústavů však uvedla, že adiktolog v jejich zařízení není zaměstnán, a jen výjimečně je navázána pravidelná spolupráce s externím adiktologem. Co se týče externích adiktologických pracovišť, nejčastěji se využívají služby

detoxifikačního centra nebo adiktologických ambulancí, přičemž dostupnost těchto služeb je limitovaná zejména v menších regionech. „Dostupnost ambulantní adiktologické péče pro děti a dospívající je zcela nedostatečná vzhledem k potřebám této populace“ (DaDA, 2024). Pro mladší děti adiktologická péče není vůbec dostupná. Přestože někteří respondenti uvedli, že zatím nepovažovali zaměstnání adiktologa za nezbytné, v odpovědích se opakovala potřeba dostupné odborné adiktologické péče pro děti, ať už formou spolupráce s externím adiktologem, či jako součást týmu.

Dle výsledků výzkumů jsou adiktologové zaměstnáni jen v jednom diagnostickém ústavu, kde přítomnost této odbornosti v týmu pedagogických pracovníků je považovaná za přínosnou. Respondenti často uváděli, že považují za přínos zapojení jakékoliv další odbornosti do týmu, která by mohla poskytnout klientům diagnostických ústavů další odbornou péči. Respondenti však také uváděli, že nevědí, čím by se lišila práce adiktologa od práce jiných pracovníků DÚ, jaké kompetence by adiktolog měl anebo se ptali, co obnáší vzdělání adiktologa na 1. lékařské fakultě.

Diagnostické ústavy vnímají potřebu zaměstnání adiktologa a jiných zdravotnických profesí, a řeší to buď navázáním spolupráce s externími pracovníky nebo zaměstnáním zdravotnických profesí na jiných pozicích. Nejčastěji se uvádí pozice asistent pedagoga či vychovatel, etoped. Zaměstnanci na uvedených pozicích vykonávají svoje odborné kompetence, ale jelikož nejsou pedagogickými pracovníky, neběží jim praxe ve zdravotnictví, a tím je znemožněn kariérní postup.

Zaměstnávání adiktologa, který je zdravotnickým pracovníkem, ve školských zařízeních se potkává s různými překážkami. Respondenti byli dotazováni na možné limity v zaměstnání adiktologů. Nejčastěji respondenti uváděli legislativní bariéru spojenou s nemožností formálně zaměstnat adiktologa nebo i jiného zdravotníka ve školském zařízení. Další bariérou byly finance a kapacita personálu zařízení. Hribiková (2021) ve svém výzkumu uváděla, že faktory, které by mohly působení adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně komplikovat, jsou finance a legislativní úprava (Hribiková ,2021). Ve výzkumu provedeném Královou (2020) nejvíc respondentů uvádělo jako případnou bariéru pro zaměstnání adiktologa nedostatek financí. Druhou nejčastější překážkou byla nemožnost formálního zaměstnání adiktologa. Další komplikací by mohl být nesouhlas rodičů s adiktologickou péčí (Králová, 2020). Při porovnání s tímto výzkumem respondenti neuváděli nesouhlas rodičů dítěte jako překážku. Další limity v zaměstnání adiktologů jsou v obou výzkumech shodné, až na to, že v proběhlém výzkumu víc respondentů uvádělo jako hlavní překážku v legislativě. Někteří respondenti popsali obcházení této bariéry zaměstnáním zdravotníků na pozicích pedagogických pracovníků. Jeden z respondentů již během telefonické komunikace sdělil, že „by adiktologa

neuživili“. Situace se zdá být podobná při obsazování adiktologa do různých pozic v sociálních službách. Jak bylo uvedeno v teoretické části pozice dalšího odborného pracovníka v sociálních službách je využívána jako alternativa, jak adiktologa zaměstnat jako zdravotnického pracovníka v sociální službě a zachovat si možnost získat dotace na jeho mzdu (Lososová et al., 2020). V sociálních službách stejně jako ve školství pozice adiktologa není právně zakotvená.

Příkladem zařazení zdravotnických pracovníků do školských zařízení může být praxe ve školách v USA. Tento přiklad může sloužit jako inspirace pro začlenění adiktologů a jiných zdravotnických pracovníků do školského prostředí v České republice. Funkce, které plní zdravotní sestry ve školách v USA jsou podobné kompetencím adiktologa dle existující legislativy. Carr & Stewart (2019) ve své studii poukazují na důležitost pozice zdravotní sestry ve školských zařízeních. Zdravotní sestry ve školách zaujímají klíčové postavení v rámci prevence psychických problémů a rizikového chování u dospívajících. Náplní jejich práce je péče o duševní zdraví adolescentů, neboť jsou schopny efektivně reagovat na výskyt závislostí a poruch nálady u této věkové skupiny. Zdravotní sestry provádějí intervence zaměřené na rozvoj kognitivních dovedností, který má pozitivní vliv na zmírnění příznaků úzkosti a krátkodobé zlepšení depresivního prožívání u dospívajících. Carr & Stewart (2019) zdůrazňují, že posílení schopnosti behaviorální regulace prostřednictvím těchto intervencí může významně přispět ke snížení rizikového chování, které často předchází vzniku závislostí.

Adiktolog je odborníkem, který by mohl provádět v diagnostických ústavech preventivní a terapeutickou práci s dětmi. Prevence v diagnostických ústavech dle výpovědí respondentů je zajištěna vychovateli, kteří se zaměřují na volnočasové aktivity a trávení volného času. Tyto aktivity patří do nespecifické primární prevence. Etopedi a psychologové vedou edukační skupiny zaměřené na prevenci užívání drog. Pokud se v zařízení vyskytuje problém, tak s tím pracuje psycholog nebo etoped. Jeden z respondentů uvedl, že mají terapeutické skupiny, které jsou zaměřené na děti, které to potřebují a na tu problematiku, která se objevuje. Sekundární a terciální prevence byla zmíněná jenom jedním respondentem. Vzhledem k častému výskytu rizikového chování u děti a dospívajících v diagnostických ústavech, preventivní práce s nimi spočívá spíše v uplatnění prvků sekundární anebo terciální prevence.

Další kompetence, kterou by adiktolog mohl plnit v diagnostickém ústavu, je práce s rodinou. Miovský (2014) při práci s dětmi a mladistvými zdůrazňuje „nutnost u každého případu dítěte nebo mladistvého zvážit význam rodinné terapie a ve všech indikovaných případech ji nabízet, a tedy zajišťovat buďto přímo v daném zařízení, případně fakultativně“ (Miovský et al., 2014, str. 27). Respondenti se během rozhovoru často vraceli k tématu práce s rodinou, která je důležitou součástí péče o dítě umístěné v zařízeních ústavní výchovy. Děti během propustek

tráví doma víkendy, některé děti mají dlouhodobé propustky. Respondenti zmiňovali, že se rodiče z různých důvodů (finančních, logistických) neúčastní rodičovských skupin. Komunikace s rodiči je buď telefonická nebo časově omezená během vyzvedávání dětí na propustku. Změny, kterých se podaří u dětí během jejich pobytu v DÚ dosáhnout, v rodinném prostředí nemusí fungovat. Je potřeba, aby se změnilo rodinné prostředí a rodina mohla pomoci dětem udržovat pozitivní změny. Dle slov respondentů si rodiče přejí, aby se děti změnily, ale nechtějí se měnit sami. Jen v polovině případů se daří domluvit spolupráce s rodinou. Čtrnáctá (2013) uvádí, že rodiče často přicházejí se zakázkou „napravit" své dítě závislé na drogách. Nehledají pomoc pro sebe, ale snaží se najít řešení pro někoho jiného, často bez jeho souhlasu. Při terapeutické práci s rodinou je třeba pracovat s celým rodinným systémem, to znamená, že pro změnu chování jedince je nutná změna prostředí, ve kterém žije (Čtrnáctá, 2013). Rodiče jsou v životě mladého člověka stále nejdůležitější osoby, ke kterým se po absolvování léčebného programu opět vrací. Je tedy nejen žádoucí, nýbrž nezbytné, aby se v rámci léčby uskutečňovala i práce s rodinou zaměřená na úpravu vztahů a vytváření prostředí příznivého pro změnu (Kalina et al., 2003). Zapojení rodiny do léčby osob užívajících návykové látky představuje významný faktor ovlivňující efektivitu léčby. Rodinná terapie, případně cílená práce s rodinným systémem, patří mezi účinné formy intervence u dospívajících užívajících návykové látky, umožňuje nejen řešit dysfunkční vzorce v mezilidských vztazích, ale také posilovat podporu a motivaci k léčbě v přirozeném sociálním prostředí klienta (Radimecký, 2008). Práce s rodinou, včetně rodinné adiktologické terapie, patří mezi klíčové odborné kompetence adiktologa, jak jsou vymezeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (ČR, 2011).

Jak již bylo uvedeno v teoretické části výzkumu, profese adiktologa odpovídá potřebám klientů diagnostických ústavů, neboť adiktolog je schopen odborně reagovat na komplexní potřeby vulnerabilních jedinců, a to především díky jeho širokospektrálnímu vzdělání, jež je uplatnitelné ve zdravotnictví, školství a sociálních službách (Doležalová, 2019). Uvedení adiktologa do systému preventivních a pobytových programů institucionální výchovy by doplnilo a obohatilo již existující multidisciplinární týmy diagnostických ústavů.

V současné době v České republice fungují čtyři školská zařízení, která poskytují pobytový, adiktologicky specifický program. Jedno pro dívky v rámci (1) DÚ a SVP Praha 4 a tři zařízení pro chlapce VÚ Hostouň – výchovně léčebná jednotka (2) Medvědí kámen, VÚ Klíčov – oddělení (3) Křešín a detašované oddělení VÚ Dvůr Králové nad Labem – (4) Poklad (Doležal, 2021). V diagnostických ústavech je to zařízení pro nezletilé dívky. U chlapců se stejnou problematikou podobný program v rámci diagnostických ústavů neexistuje. O umístění dítěte do diagnostického či výchovného ústavu rozhoduje soud. Bez nařízeného obligatorního opatření, tedy předběžného opatření nebo ústavní výchovy nejde nezletilého přijmout do

programu. Pro umístění dětí zneužívajících psychotropní látky do adiktologického programu, je potřeba se obrátit na Orgán sociálně-právní ochrany dětí, respektive místně příslušného kurátora pro mládež. I přesto cesta ke specializovanému programu není hladká, protože školské zařízení, provozující adiktologický specifický program, rozhodne o vhodnosti nástupu pro konkrétního nezletilého, kterého nejdříve pravděpodobně přijme k základnímu pobytu.

Dalším významným výstupem výzkumu je shoda respondentů na tom, že by bylo přínosné zřídit specializovaná pracoviště nebo oddělení se zvýšenou adiktologickou podporou, ideálně regionálně dostupná. Respondenti uváděli, že adiktologická pracoviště by mohla být součástí diagnostických ústavů pro mládež, avšak pro dětské diagnostické ústavy, dětské domovy a dětské domovy se školou by stačilo otevření regionálních pracovišť. Vzorem může být pracoviště v Hodkovičkách, kde již funguje adiktologické oddělení v rámci diagnostického ústavu. Jeden z respondentů uváděl, že přemýšlel o otevření výchovně léčebného pracoviště pro děti v ústavní výchově. Nakonec se té myšlenky vzdal, z důvodu nízké nebo žádné motivace dětí v tomto věku řešit závislostní problematiku. Jak uvádí ve své práci Doležal (2021), je důležité, aby jedinec měl dostatečný náhled na své obtíže. Dospívající často nemají zájem na svém rizikovém chování cokoliv měnit a je potřeba je motivovat nejen vnějšími opatřeními, ale především terapeutickým působením a autentickým vztahem (Doležal, 2021).

Otevření regionálních pracovišť, které by se mohly zaměřit na děti s výraznou adiktologickou problematikou by mělo za cíl umožnit intenzivní péči o děti, včetně zvládání abstinenčních příznaků a následnou práci na vztazích. Ve spojení s možností otevření regionálních nebo krajských adiktologických pracovišť autorku napadla myšlenka, že by bylo vhodné mít v diagnostickém ústavu adiktologa, který by mohl posoudit ve spolupráci s ostatními členy týmu diagnostických ústavů vhodnost pobytu dítěte či dospívajícího ve výchovně léčebném regionálním zařízení. Otevření podobných pracovišť, stejně jako formálně zakotvené zaměstnávání adiktologů vyžaduje navázání spolupráce mezi Ministerstvem školství a Ministerstvem zdravotnictví, která by vedla k provázaní formálního ukotvení této pozice ve školských zařízeních. Vzhledem k tomu, že odbornost adiktologa spadá pod gesci Ministerstva zdravotnictví, bylo by vhodné, aby financování této pozice vycházelo právě z jeho rozpočtu. To by pomohlo školským zařízením rozšířit svůj tým o odbornost adiktologa, aniž by bylo nutné zatěžovat kapacitní limity pracovníků hrazených z rozpočtu Ministerstva školství.

16. ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit aktuální potřebu a možnosti uplatnění profese adiktologa v diagnostických ústavech pro děti a mládež v České republice. Dílčími cíli bylo: zmapování současné situace týkající se adiktologické problematiky v diagnostických ústavech a porovnání získaných údajů s předchozími výzkumy v těchto zařízeních; zjistit, zda adiktologové v zařízeních pracují, případně na jakých pozicích; v zařízeních, kde adiktologa nemají, zjistit důvody, proč ho nemají a zda by ho do svého týmu potřebovali a za jakých podmínek.

Výzkum potvrdil údaje z předchozích studií o vyšší prevalenci užívání návykových látek a jiného závislostního chování u dětí a dospívajících v ústavní a ochranné výchově ve srovnání s běžnou populací. Ze strany diagnostických ústavů je zájem o spolupráci s adiktologem, a to buď formou externí spolupráce nebo zapojením adiktologů do multidisciplinárních týmů diagnostických ústavů. Adiktologická péče ve většině zařízení není pravidelná a je často poskytována dětem s již rozvinutou závislosti ve formě pobytu na detoxifikačním oddělení. Prevence je řešená formou nespecifické primární prevence, popřípadě programy specifické primární prevence. Celkově však výsledky ukazují na absenci dostatečné sítě adiktologických služeb pro děti a dospívající v celé ČR.

Byly zjištěny limity v zaměstnávaní adiktologů v DÚ. V současné době adiktolog může být zaměstnaný v DÚ na pozici pedagogického pracovníka. Dalším limitem jsou počty těchto pozic, které jsou obvykle omezené a navázané na kapacitu zařízení. Při jejím naplnění tak mohou tito pracovníci chybět. Významným zjištěním je názor respondentů na otevření adiktologických pracovišť. Respondenti viděli přinos v otevření regionálních/krajských adiktologických pracovišt pro děti a dospívající, kteří potřebují adiktologickou péči.

Tato studie přináší aktuální pohled vedoucích pracovníků diagnostických ústavů na potřebu zařazení adiktologa do týmů odborných pracovníků diagnostických ústavů a zároveň mapuje možnosti a limity zaměstnávání této odbornosti ve školském prostředí. Práce rovněž umožnuje hlubší vhled do způsobů řešení adiktologické problematiky u dětí a dospívajících v ústavní péči a podněcuje k hledání možnosti zlepšení péče o děti a dospívající s adiktologickým problémem. Spolupráce s externím adiktologem nebo zaměstnání adiktologů ve školských zařízeních by mohly přispět k vyřešení problematiky nedostupnosti adiktologických služeb pro děti a dospívající. Uplatnění adiktologů v zařízeních ústavní a ochranné výchovy představuje velký potenciál pro zefektivnění péče o děti a mladistvé a posílení týmů odborných pracovníků diagnostických ústavů. Tato práce je jedinečná tím, že se specificky zaměřuje na problematiku zaměstnávání adiktologů v diagnostických ústavech. Je málo výzkumů realizovaných v zařízeních ústavní a ochranné výchovy a vzhledem k výsledkům této studie a vyšší prevalence

adiktologické problematiky u dětí a dospívajících v těchto zařízeních, autorka doporučuje provedení výzkumu v jiných zařízeních ústavní výchovy zejména ve výchovných ústavech. Do budoucna by bylo žádoucí realizovat výzkum zaměřený na zkušenosti dospívajících s adiktologickou péčí během pobytu v zařízeních ústavní a ochranné výchovy.

17. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bělík, V., & Hoferková, S. (2018). *Prevence rizikového chování žáků z pohledu pedagogů*. Gaudeamus.

Böhmová, K. (2024). Projevy rizikového chování na internetu u dětí v dětských domovech. [Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta]. Dostupné z: https://theses.cz/id/a5r0um/

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. Dostupné z: https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Carr, K. L., & Stewart, M. W. (2019). Effectiveness of school-based health center delivery of a cognitive skills building intervention in young, rural adolescents: Potential applications for addiction and mood. *Journal of pediatric nursing*, *47*, 23-29.

Česká asociace adiktologů, z.s. (2020). Kurz S4. [vid. 2023-12-14]. Dostupné z: https://www.asociaceadiktologu.cz/kurz-s4/

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. *In Sbírka zákonů ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.* Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002109?text=zákon%20o%20výkonu%20ústavn%C3%AD%20výchovy

ČR (2011). *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In Sbírka zákonů ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.* Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55

ČR (2012). Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Zákony pro lidi.cz. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89?text=ÚSTAVNÍ%20PÉČE

ČR (2006). Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. 198/2015 Sb. In Sbírka zákonů ČR. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-133

ČR (2004). Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů ze dne 24. září 2004, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563

ČR (2004). Zákon č. 96/2004 Sb., *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním*

zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96

Čtrnáctá, Š. (2013). Kdo je klient? Rodina, uživatel, nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy. In: *Rodina a drogy. Sborník odborné konference. Praha: SANANIM*.

Dolejš, M., & Orel, M. (2017). Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování. Univerzita Palackého v Olomouci.

Doležal, B. (2021). Vybrané kapitoly z dorostové adiktologie v kontextu ústavní výchovy. [Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. http://hdl.handle.net/20.500.11956/150527

Doležalová, P. (2019). Komplexní vývojové trauma a užívání návykových látek. *Psychologie a její kontexty, 10*(2), 45-58.

Doležalová, P. (2019). „Bad girls “, nebo vulnerabilní dívky? Jak vidíme dívky v pobytových programech speciálního školství?. *e-Pedagogium*, *19*(3).

Doležalová, P., Červenka, K., & Vojtová, V. (2022). Adverse childhood experiences and aggressive behavior of adolescents in residential educational programs in the Czech Republic. *KONTAKT-Journal of Nursing & Social Sciences related to Health & Illness*, *24*(4).

Doležalová, P., Červenka, K., & Vojtová, V. (2024). Prevalence of substance use among adolescents in residential educational facilities in the Czech Republic. *KONTAKT*, *26*(2), 168.

Diagnostický ústav pro mládež, Lublaňská 33, Praha 2 (2018). Vnitřní řád.

Diagnostický ústav pro mládež, Lublaňská 33, Praha 2 (2020). Systém péče o klienty ohrožené závislosti v DÚM.

Diagnostický ústav pro mládež, Lublaňská 33, Praha 2 (n.d.). Adiktologická péče. https://diuslublanska.cz/adiktologicka-pece/

DÚ a SVP, Praha 4, Hodkovičky (2024). Výroční zpráva o činnosti školského zařízení za školní rok 2022/2023.

DÚ a SVP, Praha 4, Hodkovičky. Vnitřní řád oddělení Sulická.

Dudová, I. (2021). Deprese dětí a dospívajících. *Svět praktické medicíny, 2*, 2021, č.4, s. 80-82.

EMCDDA – European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2020). ESPADReport 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Erikson H. E. (2022). *Dětství a společnost*. Praha: Portál.

ESPAD Group (2020), ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Portál.

Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál.

Hoferková, S., Kraus, B., & Bělík, V. (2017). *Sociální patologie a prevence pro studenty učitelských oborů*. Gaudeamus.

Hoferková, S., Kraus, B., & Bělík, V. (2022). Aktuální otázky sociální patologie a sociální pedagogiky 1. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-884-5.

Hribiková, K. (2021). Možnosti uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně: pilotní studie Ústeckého kraje. [Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. http://hdl.handle.net/20.500.11956/124603

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orlikova, B., Galandák, D., & Černíková, T. (2024). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023. Praha: Úřad vlády České republiky.

Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno*, *5*, 1-16.

Janský, P. (2004). *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus.

Janský, P. (2014). *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Jelínková, M. (2024). Uplatnění profese adiktologa ve vybraných sociálních službách zaměřených na práci s rodinou v Praze. [Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. http://hdl.handle.net/20.500.11956/190959

Jílka, Š. (2022). Péče o nezletilé s adiktologickým problémem v podmínkách institucionální výchovy – případová studie specializovaného oddělení diagnostického ústavu. [Bakalářská práce. Brno: Masaryková univerzita, Pedagogická fakulta]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/yyll3/

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

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

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, *21*(3), 169-184.

Kišš, R. (2025). Uplatnění adiktologa v sociální službě-sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním na území hlavního města Prahy [Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. http://hdl.handle.net/20.500.11956/197081

Kocourková, J., & Koutek, J. (2022). Emočně nestabilní adolescenti a možnosti jejich ovlivnění. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, *118*(2).

Kovaříková, V. (2016). Užívání návykových látek a hazardní hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice [Bakalářská práce. Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. http://hdl.handle.net/20.500.11956/80064

Kracíková, B. L. (2016). Prevence rizikového chování v ústavní výchově [Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové]. https://theses.cz/id/6s2s6f/

Králíčková, Z., Hrušáková, M., & Westphalova, L. (2020). *Občanský zákoník: komentář*. CH Beck. (WESTPHALOVÁ, Lenka. In: KRÁLÍČKOVÁ, Zdeňka, HRUŠÁKOVÁ, Milana, WESTPHALOVÁ, Lenka a kol. Občanský zákoník II. Rodinné právo (§ 655−975). Komentář. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2020, s. 1164-1165. ISBN 987-80-7400-795-8. původně).

Králová, T. (2020). Uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje [Diplomová práce. Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/20.500.11956/117877

Lososová, A., Svěcená, K., & Miovský, M. (2020). Zkušenosti zaměstnavatelů s uplatněním profese adiktologa. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 3*(1), 22–30.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) (2024). Informace Ministerstva zdravotnictví k uplatnění zdravotnických pracovníků v sociálních službách a prostupnosti těchto profesí. [vid. 2024-03-18]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/informace-ministerstva-zdravotnictvi-k-uplatneni-zdravotnickych-pracovniku-v-socialnich-sluzbach-a-prostupnosti-techto-profesi/

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Miovský M. et al (2012). Návrh doporučené struktury minimálního preventivniho programu prevence rizikového chování pro základní školy. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Miovský, M., Vavrinčíková, L., & Libra, J. (2013). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: Klinika adiktologie, 1.

Miovský, M. et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství.* Monografie. Praha. Univerzita Karlova.

Miovský M. et al. (2015). Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze v Nakladatelství Lidové noviny.

Miovský, M., & Popov, P. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? *Adiktologie, 16*(4), 272–279.

MŠMT 2019-2027. Národní strategie primární prevence rizikového chování.

Národní pedagogický institut. (2025). Diagnostické ústavy. Dostupné z: http://poradenstvi.npi.cz/diagnostické-ustavy

Národní pedagogický institut. (2025). Legislativa ÚV, OV a prevence. Dostupné z: http://poradenstvi.npi.cz/legislativa-uv-ov-a-prevence

Národní soustava povolání. (2025). Regulováné povolání. Adiktolog. Dostupné z: https://jednotka-prace/adiktolog

Nešpor, K., & Csémy, L. (2011). Alkohol u dětí a dospívajících--prevence a léčba. *General Practitioner/Praktický Lékař*, *91*(6).

Nováková, E., Volfová, A., Miovský, M., & Lososová, A. (2024). Review of competency-based models and quality standards in training and education in the addiction field. *Journal of Substance Use*, 1-9.https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2417397

Pacnerová, H., Janský, P. P., Lányová, P. B., Bártík, P. P., & Holomek, M. J. (2015). *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, *387*(10036), 2423-2478.

Pavlovská, A., Miovský, M., & Vacek, J. (2018). Kde má adiktolog v ČR své místo na trhu práce? Výzkum pracovní uplatnitelnosti z pohledu absolventů studijních programů adiktologie. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, *1*(3), 120-127.

Radimecký, J. (2008). Zapojování blízkých osob do léčby uživatelů drog v podmínkách terapeutické komunity [Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/15736/150024527.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

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.

(SAMHSA), Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. Rockville, MD. 2006. [Dostupné z: https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA12-4171/ SMA12-4171.pdf].

Sekce dětské a dorostové adiktologie (DaDA) Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP (2024). Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost.

Smith, J. A. (2004). Reflecting on the Development of Interpretative Phenomenological Analysis and Its Contribution to Qualitative Research in Psychology. Qualitative Research in Psychology.

Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). Základy kvalitativního výzkumu. Brno: Albert. Podané ruce.

Šimunková In Veřejný ochránce práv (2022). Tisková zpráva. Zpráva z návštěv zařízení. Školská zařízeni pro výkon ústavní výchovy. (VO

Šťastná, L., Adámková, T., & Chomynová, P. (2010). Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. *Adiktologie*, *10*(1), 36-44.

Toman, J. (2018). Školská zařízení a adiktologická problematika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 1*(4), 246–253

Trnková, L. (2018). *Náhradní rodinná péče*. Praha: Wolters Kluwer.

Uhlíková, M. P. (2012). Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci–kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance? *Pediatrie pro praxi*, *3*.

Veteška, J., & Tureckiová, M. (2008). *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada Publishing.

Veteška, J., & Tureckiová, M. (2020). *Kompetence ve vzdělávání a profesním rozvoji*. Česká andragogická společnost.

Veřejný ochránce práv (2022). Zpráva z návštěv zařízení. Školská zařízení pro výkon ústavní výchovy.

Vocilka, M. (1996). *Náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež*. 2. vydání. Praha: TECH-MARKET. ISBN 80-902134-5-6

Volfová, A., Lososová, A., & Miovský, M. (2020). Kompetence absolventa bakalářského studijního programu adiktologie: obsahová analýza sylabů v akademickém roce 2018/2019. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, *3*(4), 192-202.

Výrost, J. (2019). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Grada Publishing.

Winkler, J., & Šimíková, I. (2005). *Hodnocení vládního programu podpory terénní sociální práce v sociálně vyloučených romských komunitách:(hodnoty a fakta)*. VÚPSV, výzkumné centrum Brno.

Zatloukal, T. et al. (2023). Výroční zpráva České školní inspekce za školní rok 2022/2023. (s. 146) Praha: Česká školní inspekce. Dostupné z: http://www.csicr.cz/CSICR/media/Prilohy/2023_přílohy/Dokumenty/VZ_2023_e-verze_final.pdf

Žáčková, M., & Theiner, M. P. (2009). Problémové chování u adolescentů–poruchy chování, hyperkinetické poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek. *Neurologie pro praxi*, *9*(6), 345-349.

Žufníček, J. (2012). Existuje primární prevence rizikového chování v „ústavní péči“? In: H.Pacnerová et A. Zelenda Kupcová (Eds.), Vybraná témata vychovatelské praxe: inspirace pro vychovatele v zařízeních ústavní a ochranné výchovy. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků & Univerzita Karlova v Praze & Togga.