

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Tereza, Metlická (Autor)

Mapování a srovnání adiktologických ambulancí pro mladistvé v České republice

Mapping and comparing addictology ambulant care for adolescents in the Czech Republic

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. Mgr. Roman Gabrhelík PhD.

Praha, 2018

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, dne 3. 12. 2019

TEREZA METLICKÁ

Podpis:

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení a veškeré poskytnuté rady panu docentu Romanu Gabrhelíkovi. Taktéž bych ráda poděkovala paní doktorce Lence Šťastné za všechny poskytnuté rady i čas, který mi věnovala. Rovněž bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří byli ochotni se zapojit do dotazníkového šetření, zejména děkuji za jejich vstřícnost, ochotu, energii i čas. A na závěr velké díky všem mým blízkým, který mě po čas studia podporovali, velmi si toho vážím.

Identifikační záznam

METLICKÁ, Tereza. Mapování a srovnání adiktologických ambulancí pro mladistvé v České republice. [Mapping and comparing addictology ambulant care for adolescents in the Czech Republic]. Praha, 2018. 43 s. 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Gabrhelík, Roman.

Abstrakt

Východiska: V posledních letech na poli adiktologie značně rezonuje téma dětské a dorostové problematiky a tato oblast zažívá dynamické změny. Adiktologických ambulancí pro děti a dorost jen přibývá a přístup k této cílové skupině v kontextu adiktologie není plně ukotven.

Cíl: Cílem práce je popis šesti největších a nejdříve vzniklých adiktologických ambulancí pro děti a dorost v České republice se zaměřením na jejich vznik a jeho okolností, klientelu, metody a způsobů práce s klientelou.

Metody: Praktická část práce vychází z dotazníkového šetření, jež bylo vytvořeno pro účely této práce. Forma zmíněného dotazníkového šetření byla elektronická, později i formou interview, a dotazník je kombinací kvalitativních a kvantitativních metod. Data, která byla při sběru získána, byla po zpracování uspořádána a srovnávána.

Výsledky: Práce poskytuje popis vzniku a jeho okolností, klientely, používaných nástrojů a metod způsobů práce šesti adiktologických ambulancí pro děti a dorost na území ČR. S přihlédnutím k teoretické části této práce, lze konstatovat, že zařízení naplňují nejzásadnější doporučení uvedená v dokumentech této části.

Závěr: Práce měla za úkol popsat zmíněné oblasti (jako vznik, klientelu, metody práce) šesti největších a nejdříve vzniklých adiktologických ambulancí pro děti a dorost. Cíl práce byl víceméně naplněn, avšak pro zcela relevantní výsledky by bylo zapotřebí podobný výzkum zopakovat za použití vhodnějších metod pro sběr i analýzu dat.

Klíčová slova

Mladiství - ambulantní péče - návykové látky - problémové užívání - rizikové chování

Abstract

Basis: In recent years, the topic of children and adolescents addictology is a subject of much debate and the academic field is currently undergoing many dynamic changes. The number of addictology ambulances aimed at children and adolescents is rising while the approach to this particular group is not fully anchored in the context of addictology.

Objective: The aim of this thesis is description of the six first and biggest addictology ambulances aimed at children and adolescents currently operating in the Czech Republic, with a focus on their creation, clientele and the methods used in their work.

Methodology: The practical part is based on a survey created for the purpose of this thesis. The survey was digital as well as in a form of an interview, combining both qualitative and quantitative methods. The data was then sorted and compared.

Findings: This thesis describes basic information about the six addictology ambulances for children and adolescents, as well as the circumstances of their creation, description of their clientele and tools / work methods used. Taking into account the theoretical part of this thesis, it can be said that the facilities adhere to the most essential recommendations stated in that particular part of this thesis.

Conclusion: The aim of the thesis was to describe the formation, clientele and tools / work methods of the largest and first addictology ambulances aimed at children and adolescents. The goal was partly reached, however, better suited methods for data collection and analysis would be needed for more precise and relevant findings.

Key words

Adolescents - ambulant care - addictive substances - problem drug use - risk behavior

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 9 |
| 1. Teoretická část..... | 10 |
| 1.1 Období dětství a dospívání, specifika adiktologické problematiky u dětské a dorostové populace..... | 10 |
| 1.2 Historie adiktologických ambulancí pro děti a dorost..... | 12 |
| 1.3 Vývoj současné dětské a dorostové adiktologie | 14 |
| 1.3.1 <i>Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě na území hl. města Prahy a Středočeského kraje</i> | <i>14</i> |
| 1.3.2 <i>Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie.....</i> | <i>15</i> |
| 1.3.3 <i>Pilotní projekt ambulance pro děti a dorost</i> | <i>16</i> |
| 1.3.4 <i>Výkony multidisciplinárního týmu.....</i> | <i>18</i> |
| 1.3.5 <i>Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek</i> | <i>19</i> |
| 1.4 Výskyt užívání drog v dětské a dorostové populaci v posledních letech | 21 |
| 1.4.1 <i>ESPAD 2015.....</i> | <i>21</i> |
| 1.4.2 <i>Validizační studie ESPAD 2016.....</i> | <i>22</i> |
| 1.5 Výskyt hazardního hraní v dětské a dorostové populaci v posledních letech, ESPAD 2016 | 24 |
| 2 Praktická část | 25 |
| 2.1 Cíle výzkumu | 25 |
| 2.2 Formulace výzkumných otázek | 25 |
| 2.3 Metody tvorby dat..... | 25 |
| Obsah dotazníku..... | 25 |
| 2.4 Výzkumný soubor | 26 |
| 2.5 Metody analýzy dat..... | 26 |
| 2.6 Praktický průběh realizace | 27 |
| 2.7 Etické aspekty výzkumu | 27 |
| 2.8 Výsledky | 27 |
| 2.8.1 <i>Okruh otázek týkající se zařízení</i> | <i>27</i> |
| 2.8.2 <i>Okruh otázek týkající se respondenta.....</i> | <i>28</i> |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.8.3 | Okruh otázek týkající se vzniku zařízení | 28 |
| 2.8.4 | Okruh otázek týkající se cílové skupiny | 30 |
| 2.8.5 | Okruh otázek týkající se způsobů práce s klienty | 31 |
| 3 | Diskuze a závěry | 33 |
| 4 | Seznam použité literatury | 35 |
| 5 | Příloha: dotazník | 38 |

Úvod

Zatímco adiktologické ambulance pro dospělé existují a fungují v České republice desítky let, počet ambulancí pro děti a dorost se v posledních letech utěšeně rozrůstá. Je to oblast adiktologie, která se stále řeší, vyvíjí a posledních několik let se jí dává potřebný rámec. V přehledovém článku *Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie* samotní autoři uvádí, že „celá tato oblast si do budoucna zaslouží systematické zmapování a analýzu obsahu a struktury programů, včetně věcného a personálního vybavení“ (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016).

Skutečnost mého zkráceného pracovního úvazku v Centru pro rodinu PSS a klinické adiktologie v Praze v období, kdy se zde formovala nová adiktologická ambulance pro děti a dorost, mě ovlivnila natolik, že jsem se rozhodla tomuto tématu věnovat svou bakalářskou práci.

V teoretické části práce krátce popíši období dětství a dospívání a adiktologická specifika plynoucí z tohoto období, historii dětské a dorostové péče, shrnu události, které patrně vedly k dnešní vlně dětské a dorostové adiktologie a uvedu zde stručná data týkající se užívání návykových látek a hraní hazardních her cílové skupiny dětí a dospívajících.

Praktická část této práce je věnována šesti adiktologickým ambulancím pro děti a dorost na území České republiky, konkrétně základním informacím o těchto zařízeních, jejich vzniku a okolnostem tohoto vzniku, jejich způsobům práce, klientele a programům, které nabízejí.

1. Teoretická část

Teoretická část práce obsahuje stručně popsané období dětství a dospívání a z toho plynoucí specifika adiktologické problematiky dětské a dorostové populace. Tato část taktéž zahrnuje historické okolnosti vzniku samotné adiktologické péče pro děti a dorost. Dále zde jsou zahrnuty základy a vývoj současné vlny dětské a dorostové adiktologie, konkrétně podmínky, které byly vytvořeny pro to, aby začala vznikat zařízení v této oblasti. Díl teoretické části je věnován rizikovému chování, jako je užívání návykových látek a hraní hazardních her.

1.1 Období dětství a dospívání, specifika adiktologické problematiky u dětské a dorostové populace

Jelikož ke zneužívání návykových látek a vzniku závislosti na nich často nedochází až v dospělosti, a dle Thathera (2008) 95 % dospělých uživatelů přiznává, že svou kariéru s drogami a alkoholem začali před navršením dospělosti, je zřejmé, že dětská a dorostová adiktologická péče by měla zastávat podstatnou roli v celé adiktologii. Vzhledem k povaze celého období dětství a dospívání nese tato péče jistá specifika a úskalí, jež je třeba brát na zřetel, a tak se je pokusím nastínit v této kapitole.

Psychiatr Koranda (2015) v kapitole *Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci v Klinické Adiktologii* přirovnává užívání návykových látek u dětí a dospívajících za jakousi opěrnou berličku, o kterou se jedinec opírá, když si není jistý v životních jistotách. Tyto životní jistoty pak Koranda popisuje jako stálé vyvážené rodinné prostředí, že je jedinec vychovávaný k úctě ke svému zdraví a zdravému životnímu stylu, k úctě k tradicím, vzdělání a má zdravé sebevědomí. Koranda se zde věnuje i jednotlivým etapám vývoje, kde jednotlivě popisuje dětství, pubertu a adolescenci a jejich úskalí.

Dětství dle něj představuje období, kdy je pro jedince důležitá především rodina, rodinné prostředí a pevné rodinné vazby. Proto je užívání návykových látek u dítěte shledáváno jako problém celé rodiny a je zde velmi podstatná spolupráce s celou rodinou, a především rodinná terapie.

Pubertu, kterou vymezuje jako období od 10-15 let, definuje jako fázi největšího neurofyziologického a humorálního zrání s velkou duševní i tělesnou disharmonií, která zde může představovat např. pocit nejistoty či napětí. Dále je zde důležité, že jedinec přebírá zodpovědnost za svůj život a je seznamován s novými sociálními nároky. Krucální část tohoto období tvoří velké změny i v oblasti vyšších činností centrálního nervového systému a podstatná emotivita a nevyváženost reakcí. Podstatný je zde i fakt, že jedinec se zde orientuje spíše na vrstevníky než rodinu, a proto často upřednostňuje normy vrstevníků před normami rodiny (Vágnerová, 2012).

Po dynamických změnách v pubertě přichází druhá fáze dospívání – adolescence. Tato část dospívání představuje období jedince ve věku 15-19 let. Vágnerová (2012) popisuje toto období jako dobu, kdy se dospívající snaží být, co nejdřív dospělým jedincem, zbavuje se svých dětských atributů a chce především rychle získat svobodu. Koranda (2015) zde zdůrazňuje, že je toto období typické pro dozrávání, ukončování fyzického růstu a dosažení plné reprodukční schopnosti. Jedinci

se dotváří povahové a charakterové vlastnosti, stabilizují se a taktéž se přizpůsobuje svému sociálnímu prostředí. Cílem tohoto období je pak separace od původní rodiny, vytvoření sociální sítě a vrstevnické skupiny. Důležitý aspekt této fáze je taktéž potřeba upevnění přijatelné pozice ve společnosti (Vágnerová, 2012). V pozdější fázi tohoto období je pak jedním z nejdůležitějších úkolů jedince najít, potvrdit a rozvíjet si svou vlastní identitu a navázat partnerský vztah.

Jedinci v tomto období preferují intenzivní rychlé prožitky a uspokojení. Experimentují a hledají v oblasti jak přátelských, tak partnerských vztahů, díky čemuž si budují stabilnější místo mezi vrstevníky a prožívají první intimní partnerské vztahy. Jelikož se v této fázi života adolescenti setkávají se ztrátami a zklamáním, návykové látky mohou tyto pocity zmírnit. Koranda zde popisuje jako velmi důležitou roli i přijímání svého těla, své sexuality a sexuální orientace. Adolescenti často pochybují o stavu v těchto věcech, a především o svých schopnostech (Koranda, 2015).

Vašutová (2005) zmiňuje, že mladiství mnohdy užívají návykové látky v prostředí svých vrstevníků, jak pro zábavu, uvolnění a potřebu změněných stavů, tak i pro pocit přijetí v takové sociální skupině. Rovněž mají tendenci k testování hranic, riskování, jež mají zřejmou spojitost s experimentováním a užíváním návykových látek.

Dle Korandy jsou jedinci v tomto období zvědaví, vyhledávají vzrušující situace a dobrodružství, ve kterých mohou zažít silné pocity, k čemuž taktéž mohou sloužit návykové látky, respektive jejich užívání. Užívání návykových látek a jejich abúzus představuje samozřejmě veliké riziko i u dospělých, avšak rizika u dětí a dospívajících jsou několikrát větší mimo jiné i z důvodu již zmíněného nedokončeného neuropsychického vývoje. Koranda pak zmiňuje nejzávažnější rizika, která představují zaostávání v psychickém, fyzickém a sociálním rozvoji; vyšší riziko vzniku závislosti, těžkých otrav, psychických poruch, nebezpečného jednání či kriminality, a nakonec i vyšší riziko smrti v důsledku otrav, úrazů či sebevraždy.

MUDr. Nešpor se v knize *Dětská a adolescentní psychiatrie* (2008) vyjadřuje o tom, že návykové látky často dekompenzují určité duševní problémy u řešené cílové skupiny, a naopak některé duševní problémy mohou zvyšovat rizika užívání návykových látek. Jako příklad zmiňuje dnes tolik skloňovanou hyperaktivitu s poruchami pozornosti.

Mluvě o těchto rizicích je nutno taktéž konstatovat, že samotné užívání návykových látek i hraní hazardních her představují symptomy syndromu rizikového chování. Zmíněný syndrom rizikového chování popisuje Richard Jessor (1991) jako soubor symptomů (nemusí být vyjádřeny všechny), které se vyskytují u jedince na základě stejného podkladu. Tento syndrom, respektive jeho symptomy, rozdělil do tří základních oblastí. První oblast tvoří abúzus návykových látek, druhou oblast představují psychosociální projevy jako je agresivita, delikvence, kriminalita a jiné. Do třetí oblasti pak zahrnuje reprodukční projevy, které představuje především předčasné sexuální život, častý sexuální styk bez ochrany či střídání sexuálních partnerů.

Co se týče míry ohrožení u dětí a dospívajících, jako ohroženou skupinu dětí Miovský a Šťastná (2012) definovali jako děti žijící s uživatelem; děti, které brzy ukončili školní vzdělání/byly vyloučeni ze školy/chodí za školu/mají špatný prospěch; děti, které jsou ohroženy sociálním vyloučením/jsou příslušníky etnických minorit; děti páchající trestné činy; děti s psychickými problémy a nakonec děti s nařízenou ústavní výchovou/péčí či děti vyrůstající v nevhodném rodinném prostředí.

1.2 Historie adiktologických ambulancí pro děti a dorost

Jak zmínili profesor Miovský a primář Popov ve článku *Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace* (Miovský & Popov, 2016), počátky dětské a dorostové adiktologické péče sahají k panu psychiatru Janu Mečíři, který v roce 1957 založil a poté vedl patrně první specializovanou adiktologickou službu pro děti a dorost, a to Protialkoholní poradnu pro mladistvé. Poradna svého času sídlila na adrese dnešního Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii v Apolinářské ulici v Praze 2.

Mečíř zde využil těsné blízkosti této poradny, Protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky, tzv. KLUSu (Klubu usilujícího o střízlivost) a zejména Protialkoholní záchranné stanice, odkud měl možnost přebírat nezletilé pacienty do své poradny. O tyto pacienty se pak staral až do dosažení jejich věku dvaceti let. Mečíř rovněž využíval spolupráce s obvodními protialkoholními poradnami v hlavním městě. Pracovníci z těchto poraden prováděli sociální šetření v místech bydliště nezletilých pacientů, a posléze přebírali do péče i dospělé, kteří potřebovali péči.

Protialkoholní poradna pro mladistvé čítala v době své maximální činnosti jednu sociální pracovníci na plný úvazek a psychologa a lékaře na částečný úvazek. Doktor Mečíř se zasloužil i o to, že jeho poradna jako první tohoto druhu umožnila získání mnoha poznatků a potvrzení již známých údajů, načež se zvýšila informovanost lékařů a farmaceutů, pracovníků protialkoholních poraden a mnoha dalších díky jeho přednáškám a publikacím (Mečíř, 1989). Tento počin doktora Mečíře je dle Miovského a Popova z hlediska vývoje adiktologické péče pro děti a dorost vnímán jako podstatný milník.

Zmíněný sled událostí (a patrně nejen ten) se zřejmě zapříčinil o to, že o deset let později vzniklo za podnětu doktora Jaroslava Skály Středisko pro děti a mládež ohroženou závislostí na alkoholu, a poté v roce 1971 Středisko drogových závislostí (Skála, 1987), po jejichž vzoru se pak začala otevírat podobná zařízení v Brně, Liberci, Opavě a Teplicích (Mečíř, 1989). Mečíř ve své knize *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog* uvádí, že toto Středisko mělo za deset let své činnosti 1600 evidovaných, z nichž 40 % tvořili pacienti mladší dvaceti pěti let.

Koranda v článku ve vydání časopisu *Adiktologie* (Koranda, Dětské a dorostové detoxifikační centrum (DaDDC), 2016) věnovanému dětské adiktologické péči uvádí, že od 70. let u dětí a dorostu vzrůstal počet psychiatrických poruch způsobených návykovými látkami, avšak že od zániku výše zmíněných zařízení až do roku 2003 nefungovalo žádné zdravotnické zařízení v České republice, které by se zabývalo adiktologickou problematikou u mladistvých.

Dále zde popisuje zrod Dětského dorostového detoxifikačního centra v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského o mnoho let později. Tzv. „Detox pod Petřínem“, jak je zařízení označováno, vznikl v roce 2003, ale v řádném provozu začal fungovat roku 2004. Svým otevřením toto centrum zaplnilo alespoň částečně mezeru v oblasti adiktologické péče pro děti a dorost. Velmi rychle začalo přesahovat rámec zdravotnické služby a po detoxifikaci zde začala probíhat následná psychiatrická, intenzivní psychiatrická a sociální péče.

Jak popisuje Miovský a spol., na poli dětské a dorostové adiktologie začala vznikat další zařízení a služby, která byla vedena rozličně poradensky či terapeuticky a stejně tak rozličně byla více či méně adiktologicky zaměřena (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016). Příkladem uvedl Miovský a spol. práci s rodiči - uživateli, která se pro svou cílovou skupinu překrývá i se skupinou dětských uživatelů, v Drop in, o.p.s. pod vedením Mgr. Sedláčkové či v SANANIM, z.ú. pod vedením PhDr. Preslové. Program pro specifickou skupinu v SANANIM, z.ú. pokračoval i směrem k TK Karlov, kde byl zaveden program pro matky s dětmi. Taktéž v TK White Light, z.ú. byl zaveden specifický program, a to pro mladistvé od 15 let. V rámci Kliniky adiktologie 1.LF UK a VFN pak vzniklo v úzké spolupráci s Anima, z.ú. Středisko pro terapii a rodinnou psychoterapii a taktéž v Praze krizové centrum MOST (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016).

Pomalou se tedy dostávám k vývoji dnešní situace dětské a dorostové adiktologie, zejména tedy rozvoji adiktologických ambulancí pro děti a dospívající, kterou popisuji a rozebírám v následující podkapitole.

1.3 Vývoj současné dětské a dorostové adiktologie

Řadu let se klientela dětí a dorostu, která dnes spadá do adiktologických ambulancí, pohybovala mezi pedagogicko-psychologickými poradny, nízkoprahovými kluby pro děti a mládež či jinými nejčastěji nezdravotními zařízeními zřízenými především na poli neziskových organizací. Pro rostoucí výskyt jevů adiktologické problematiky v této skupině vznikla potřeba vytvořit službu pro tyto jedince.

Již v roce 2008 bylo jednodenní sympozium k příležitosti předávání Ceny Adiktologie zasvěcené právě tématu dětské a dorostové, na kterém zřejmě započala debata o dostupnosti služeb tohoto typu, o jejich koncepci a katalogizaci. V dalších letech alespoň částečně navazovala sympozia při téže příležitosti, která se věnovala službám v oblasti dětské a dorostové adiktologie, především pak jejich rozvoji (Miovský & Popov, 2016).

1.3.1 Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě na území hl. města Prahy a Středočeského kraje

Na výše popsané skutečnosti reagovala a navazovala *Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě na území hl. města Prahy a Středočeského kraje*, která probíhala v druhé polovině roku 2012 a první polovině roku 2013 jako pokračování studie vzniklé v roce 2010 (Miovský & Popov, 2016). Výše zmíněná studie byla iniciována projektem NETAD (Sítování vědecko výzkumných kapacit a cílený rozvoj spolupráce mezi vysokými školami, veřejnou správou, soukromým a neziskovým sektorem v adiktologii) a jeho komponentou sítování služeb a byla financována hl. městem Prahou (Miovský, 2014).

Tato analýza vznikla jako jakási odezva na poptávku ze stran institucí a úřadů mající vztah k řešenému tématu, jejíž hlavním cílem bylo zjistit a zmapovat specializovaná adiktologická zařízení pro děti (do 15 let) a dorost (ve věku 15-18 let) na území Prahy a Středočeského kraje, posoudit jejich reálnou potřebnost a nalézt způsob pro rozvoj těchto služeb. Mapování potřeb bylo uskutečněno prostřednictvím poskytovatelů služeb a osob nějakým způsobem provázaných s tímto tématem, zejména tedy prostřednictvím dětských a dorostových praktických lékařů, zařízení ústavní výchovy a péče, kurátorů a sociálních pracovníků (Miovský, Čablová, Šťastná, Školníková, & Miklíková, 2014).

Autoři uvádějí, že šetření představovalo vícevrstevné mapování institucí a osob. Pro první fázi mapování institucí a služeb bylo využito prostředků jako je internet, facebook, informační databáze a zdroje úřadu městských částí. Druhý krok pak probíhal formou anketního dotazníku a telefonního interview či osobního setkání v zařízeních, kde bylo obtížné dotazník opatřit, přičemž tento rozhovor byl stejně tak veden k vyplnění anketního dotazníku. Poslední fáze tvořila samotná analýza, koncepční návrh řešení dostupnosti péče ve sféře dětské a dorostové adiktologie (Miovský, Čablová, Šťastná, Školníková, & Miklíková, 2014).

Co se týče výsledků této analýzy, profesor Miovský a spol. uvádějí, že „dle statistik ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) prodělalo detoxifikaci od návykových látek v roce 2011 celkem 592 dětí a mladistvých ve věku do 19 let, tj. více než 8 % z celkového počtu detoxifikovaných pacientů...“ „Téměř pětina (116 dětí a mladistvých) prodělala detoxifikaci od alkoholu, 42 % (250) od stimulantů, 16 % (96) od kombinace více látek a 14 % (84) od kanabinoidů. Narůstá počet dětí přijatých na oddělení dětské resuscitační a intenzivní péče. Výsledky šetření ukazují, že v zařízeních, která reagovala, se jen v roce 2012 objevilo 2 583 adiktologických případů klientů/pacientů.“ „Výjezdy ZZS hl. místa překročí u dětí do 15 let roční hranici 50, u mladistvých 15–18 let pak roční eviduje přes 200 výjezdů.“ (Miovský, Čablová, Šťastná, Školníková, & Miklíková, 2014).

Dále se prý dotazovaní shodovali na absenci adiktologické péče pro děti, zároveň potvrzovali zájem o potenciální spolupráci se specializovaným ambulantním zařízením, zejména se zařízením se zachovanou školní docházkou, udržením kontaktu a spoluprací s rodinou a její edukací. Jako problém se jevila včasná možnost záchytu a velká potřebnost krizových lůžek. Rovněž autoři zmiňují fokus na ambulantní služby v tomto sektoru a jako jednoznačně hlavní požadavek kvalitní, zkušený a profesionální tým (Miovský, 2014). Analýza výše popsaná jednoznačně vedla k samotné spekulaci o případném testování specializovaného ambulantního adiktologického provozu pro cílovou skupinu dětí a dorostu, kterému se věnuji níže – kap. 2.2.3.

1.3.2 Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie

V letech 2014 až 2015 pak byla prováděna *Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie*, která měla být jakýmsi podkladem pro *Pilotní projekt ambulance pro děti a dorost* (kap. 2.2.3). Měla zhodnotit škálu současné péče, nároky na technické, věcné i personální vybavení, zhodnotit jeho hospodárnou udržitelnost, slučitelnost a propojení se zařízeními v oblasti i mimo oblast adiktologie.

Tato evaluace využila metodiky WHO, která vycházela ze záznamů i dokumentace Kliniky adiktologie I.LF UK a VFN po dobu 10 měsíců (Miovský & Popov, 2016). Výsledkem tohoto šetření bylo zjištění, že tento model je použitelný a akceptovatelný pro oblast ambulantní péče dětské a dorostové adiktologie. Taktéž se ukázalo býti užitečným používat v této sekci adiktologie case management, tedy případové řízení. Mezery, které byly nalezeny v tomto šetření, byly především potřebnost intenzivní multioborové spolupráce, jak v týmech tak i mimo něj, např. s OSPOD, školou či jiným zdravotnickým zařízením.

Po klinické stránce adiktologická odbornost dokázala své přednosti, avšak též choulostivá místa týkající se osobnostní vyspělosti a připravenosti pro práci v tak náročném provozu ve velké fakultní nemocnici. Jako velice nosná se považují zjištění vyplývající z počátečních ekonomických nezdarů potřebná pro navázání spolupráce se zdravotními pojišťovkami a spojení ambulantní péče pro děti a dospělé pro praktičnost účtování péče za veškeré pacienty zúčastněných terapie (Miovský & Popov, 2016).

1.3.3 *Pilotní projekt ambulance pro děti a dorost*

Klinika adiktologie VFN a 1.LF UK za podpory VZP a Magistrátu hl. města Prahy pak spustili v letech 2014 a 2015 již zmiňovaný *Pilotní projekt ambulance pro děti a dorost* (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016), jenž byl umístěn v budově Kliniky pracovního lékařství Na Bojišti 1 v Praze. Tento koncept měl doplnit již zmíněné Dětské a dorostové detoxifikační centrum a vytvořit tak účinný celek. Projekt měl klinicky ověřit provoz modelu, potřebnost, výsledky a průběh péče a způsob managementu této služby.

Z výsledků předchozích studií se pak ukázalo, že nejlepší varianta takového zařízení je koncept adiktologické ambulance s posílením lékařské části společně s navázanými stacionárními denními a odpoledními programy, jež jsou výhodné i z hlediska školní docházky.

Jak již bylo zmíněno v článku *Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie* (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016), podstatný faktor pro projekt bylo vedení adiktologické ambulance jako zdravotnického zařízení ve smyslu zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, ověření odbornosti adiktologa (odb. 919) a jeho kompetencí, tedy možnost využít nově prosazené výkony v sazebníku zdravotnických služeb. Zde se ověřilo ukotvení ve zdravotnické sféře, a především návaznost na systém úhrad z veřejného zdravotního pojištění.

Miovský, M. et al. ve zmíněném přehledovém článku jasně vymezují cílovou skupinu pro tento model ambulance jako děti ve věku od 12 do 18 let, které pravidelně užívají návykové látky v minimální úrovni škodlivého užívání návykových látek, případně kombinují více návykových látek, dále děti tohoto věku s diagnostikovatelnými či diagnostikovanými důsledky užívání návykových látek jako je odvykací stav či závislost dle MKN-10 (vyjma škodlivého užívání) a též dotyční s nelátkovými závislostmi jako je například gambling, hraní na PC.

Autoři současně zmiňují zahrnutí rodinných příslušníků i širšího rodinného systému do léčby jako zásadní faktor, ať už z důvodu podpůrné či párové terapie pro rodiče, prevence pro sourozence, jakož i práce s rodinou jako celkem. Pro provoz ambulance byl jasně vymezen i postup, kterým dítě projde službou. Po kontaktování ambulance a objednání musí dotyčný nejprve projít diagnostickou fází, která představuje vstupní diagnostiku, tzv. diagnostický filtr a nesmí se opomenout ani na práci s motivací. Účel diagnostického filtru je poskytnout pacientovi adekvátní péči, zhodnotit jeho stav a eventuálně potřebnost jiné či doplňkové péče (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016).

Diagnostická fáze představuje zhruba 9 sezení, po kterých následuje zhodnocení týmem a rodinná konzultace. Poté se společně všichni rozhodují, zda setrvá pacient v péči nebo mu lze doporučit chození do růstové skupiny, případně tým zprostředkuje pacientovi a rodině kontakt na jiný typ služby (Miovský, 2014).

Tato fáze léčby trvá zhruba 2-4 měsíce v návaznosti na tom, jak často je schopno dítě (potažmo rodina) docházet, z čehož plyne i délka potřebná pro uskutečnění a vyhodnocení veškerých vstupních vyšetření. Posléze je potřeba komplexně zhodnotit pacientův stav, jeho možnosti a potřeby pro léčbu. Vše je nezbytné hodnotit interdisciplinárně, tedy jak z hlediska adiktologie, tak i psychiatrie a klinické psychologie (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016).

S čímž rovněž souvisí složení týmu, multidisciplinární tým obsahuje adiktologa, klinického psychologa či psychologa ve zdravotnických službách, dětského psychiatra a zdravotní sestru (Miovský, 2014). Celou diagnostiku i léčbu vede adiktolog, který stejně tak koordinuje objednávání pacientů, zhodnocuje vývoje procesů jednotlivých terapií, reviduje individuální plány a komunikuje s okolními organizacemi a institucemi. Než dojde k navázání spolupráce a terapii, je třeba myslet i na další postupy a případně doporučit dítěti a rodině jiný typ péče. Jakmile je tento způsob léčby pro pacienta přijatelný, proběhne tzv. kontraktování a budování individuálního terapeutického plánu. Další spolupráce je vedena formou case managementu, který je klíčový pro tento model.

Case manager je zodpovědný za pacienta a celý proces jeho léčby od vstupní diagnostiky až po ukončení léčby, zodpovídá za všechna rozhodnutí a veškerá komunikace napříč týmem by měla jít přes něj. Po vytvoření individuálního plánu a všech potřebných náležitostí následuje samotná léčebná a rehabilitační péče v rámci ambulantního zařízení, která je prakticky definována možnými ambulantními výkony v rámci adiktologie (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016).

Součástí léčby a rehabilitace jsou individuální, rodinná i skupinová psychoterapie, testování na přítomnost drog v moči (Miovský, 2014). Dalšími podstatnými částmi jsou farmakoterapie, tréninkové či nácvikové programy a socioterapie, která má různé formy jako činnosti rozvíjející sociální dovednosti, řešení sociálních problémů a jiné sportovní, kulturní či zátěžové programy, které často navazují na tréninkové a nácvikové programy (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016).

Neméně důležitým prvkem je základní poradenství pro pacienty i jejich rodiče, které se týká dle *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice z roku 2013*, vymezující mimo jiné i veškeré náležitosti ambulantní léčby, „zdravotního stavu pacienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek“ (Vavrinčiková, Libra, & Miovský, 2013).

Je tedy patrné, že veškeré popsané analýzy, mapování, evaluace a pilotní projekt vytvořili podmínky příznivé pro další vývoj dnešní dětské a dorostové adiktologie, její současnou vlnu a další rozvoj. Profesor Miovský a spol. se zmiňují (2016) i o tom, že právě ambulantní zařízení budou doménou dětské a dorostové adiktologie. A tak není divu, že na celém území České republiky postupně vznikají další adiktologické ambulance pro děti a dorost, zjevně i po vzoru tohoto modelu.

1.3.4 Výkony multidisciplinárního týmu

Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.3.3, složení týmu adiktologické ambulance by mělo být multidisciplinární. V praxi takový tým tvoří především adiktolog, dětský psychiatr, dětský klinický psycholog a ideálně má minimálně jeden z členů psychoterapeutický výcvik.

Níže jsou vypsány výkony jednotlivých členů multidisciplinárního týmu, které jsou relevantní v kontextu adiktologické ambulance.

1.3.4.1 Adiktolog

1. Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče
2. Vyšetření adiktologem kontrolní
3. Minimální kontakt adiktologia s pacientem
4. Adiktologická terapie individuální
5. Adiktologická terapie rodinná
6. Adiktologická terapie skupinová typ I. pro skupinu (max. 9 osob)

(Sklenář, 2013)

1.3.4.2 Dětský psychiatr

1. Komplexní vyšetření dětským psychiatrem
2. Cílené vyšetření dětským psychiatrem
3. Kontrolní vyšetření dětským psychiatrem

1.3.4.3 Dětský klinický psycholog

1. Komplexní psychologické vyšetření
2. Cílené psychologické vyšetření
3. Kontrolní psychologické vyšetření

1.3.4.4 Psychoterapeut

1. Psychoterapie individuální systematická, prováděná psychiatrem, klinickým psychologem nebo lékařem s psychoterapeutickou kvalifikací
2. Psychoterapie skupinová, typ i., pro skupinu max. 9 osob
3. Psychoterapie skupinová, typ ii., pro skupinu 10-14 osob
4. Psychoterapie skupinová, typ iii. (komunita) - skupina nad 14 osob
5. Rodinná systematická psychoterapie
6. Rodičovská skupina
7. Skupinová psychoterapie dětí do 8 let
8. Emergentní psychoterapie

(ÚZIS ČR, 2016)

1.3.5 Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek

Vzhledem ke skutečnosti, že v našich sociokulturních podmínkách doposud nevznikl žádný dokument, který by stanovoval podmínky tzv. dobré praxe a odborníkům doporučoval postup pro práci s dětmi a dorostem, pro tyto účely byly použity *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek* (Gilvarry, 2016) od profesorky Eilish Gilvarry a spol. z Velké Británie přeloženy do českého jazyka.

Profesor Miovský v úvodním slově této přeložené příručky uvádí, že britské doporučené postupy stály na samotném počátku a po celý čas onoho pilotního projektu. Miovský zde zároveň podotýká, že pro naše podmínky jsou britské doporučené postupy spíše inspirací a my se tedy můžeme nechat vést některými částmi, avšak jejich celé znění je dle něj jakousi nedosažitelnou metou. Dle Miovského udávají pomyslné hranice mezi tím, co dělat za určitých okolností, a naopak co v těchto případech nedělat, čímž lze pak v praxi lépe zhodnotit, zdali bylo vykonáno správně či nikoliv. Rovněž na závěr článku o *Pilotním projektu* zhodnotil, že celý „model víceprahové ambulance tak, jak byl navržen v souladu s *Doporučenými postupy* a v duchu vývoje konceptu adiktologické ambulance, lze považovat z hodnocení pilotní fáze za nosný a použitelný“ (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016).

Tato kapitola je tedy inspirována těmito *Doporučenými postupy* a dále doplněna o další metodiku, která je nedílnou součástí adiktologické práce se skupinou mladistvých.

Výše zmíněný dokument rozděluje postupy do několika kroků. Prvním krokem je identifikace a krátké klinické zhodnocení, včetně poradenství a krátké intervence, jež se zaměřuje na identifikaci jedinců, kteří nehledají léčbu, avšak jsou v ohrožení. Pracovník by měl být schopen určit takového jedince, měl by být schopen zhodnotit, zda je nutno podrobnější klinické zhodnocení, a toto zhodnocení učinit. Dále by měl být schopen časně oslovit vhodného odborníka, který bude v práci s tímto jedincem pokračovat.

Zde je žádoucí zmínit vhodné nástroje pro jednotlivé zhodnocení:

- AUDIT – test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu
- CAGE – dotazník pro identifikaci problémů s alkoholem
- DAST - screeningový nástroj k určení míry zneužívání návykových látek
- DSM- IV - mezinárodně používaná příručka Americké psychiatrické společnosti pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch
- Fagerströmův test nikotinové závislosti
- Chenova škála závislosti na internetu
- Layova škála prokrastinace pro studenty
- Screening užívání alkoholu a krátká intervence pro děti a mládež
- Skriningový dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti
- SOGS – dotazník na patologické hráčství

- SURPS – škála osobnostních rysů představující riziko z hlediska užívání návykových látek
- VFB/DOZ - Dotazník o zanedbávání

Zdroj: (Nevoralová, 2012)

Doporučené postupy zmiňují vhodný klinický návod pro dotazování mladistvých, ve kterém je samozřejmě podstatné, aby byl tento rozhovor prováděn pracovníkem, jenž je dostatečně kvalifikovaný pro vedení rozhovoru s mladými lidmi, potažmo s jejich rodiči či opatrovníky. Nutno zmínit, že není podstatné jen odhalit samotné užívání návykových látek, ale stejně tak je důležité zjistit, v jaké situaci dotyčný je, k čemuž by mimo jiné měly pomoci výše zmíněné nástroje. K tomuto se váže nutnost co největší komplexnosti klinického posouzení, kde je naprosto zásadní multidisciplinarita týmu.

Součástí prvních sezení je dostatečné odebrání anamnézy, vyšetření psychického i somatického stavu pacienta, případně vyšetření laboratorní a pomocná.

Dalším krokem je plán péče, který se zaměřuje jak na dlouhodobý plán, tak na krátkodobější cíle, které tvoří dílčí kroky (např. terapeutické či lékařské úkony). Plán by měl být sestaven tak, aby co nejvíce reagoval na potřeby klienta, byl efektivní, flexibilní a komplexní, s čímž také souvisí to, že by měl být dostatečně revidován a aktualizován, aby byl dostatečně účinný. Tento plán by měl být jakýmsi popisem problémů klienta a následných kroků k řešení těchto problémů.

Klientovi i rodičům by mělo být nabídnuto dostatečně široké spektrum intervencí psychosociálního charakteru, kam lze zahrnout individuální, skupinovou, rodinnou terapii, farmakoterapii, která je však vhodná pro menší část mladé klientely, a další.

Matoušek a Kroftová (1998) ve své knize *Mládež a delikvence* zmiňují, že samotná individuální terapie není považována za vhodný přístup pro práci s mladistvými, ačkoliv v kombinaci se skupinovou terapií se považuje za přístup účinný. V praxi se vyskytuje spíše forma individuální, avšak dle Brožy (2003) je pro mladistvého forma skupinové terapie přirozenější a přijatelnější než individuální kontakt, jelikož má dotyčný možnost „někam patřit“, s někým se ztotožnit a nepocítuje tolik pocity nedostatečnosti. Co se týče psychologického hlediska, terapeutická skupina prý dokáže skupina odstraňovat osobní nejistoty.

Rizikové chování u dětí a dospívajících je často přiřknuto nefunkční rodině, kde se mnohdy objevuje chudá rodinná komunikace, nedostatečná soudržnost rodiny či řešení problémů. Je zde tedy samozřejmě nutné a žádoucí, aby byla rodina zapojena do procesu léčby, kde je nejvhodnější pracovat s celým rodinným systémem. Tento přístup je založen na předpokladu, že rodina má nejhlubší a dlouhodobý vliv na rozvoj dětí a dospívajících a obzvláště pak proto, že rodiče jsou pro dítě ve většině případů nejdůležitějšími osobami i za okolností, že neplní své rodičovské funkce ideálně. Je tedy třeba, aby byli rodiče motivováni k aktivitě pro navození změny. Pracovník tak může identifikovat problematické chování a vzorce vztahů v rodině, které může být posléze předmětem terapie, a celý tento proces může pomoci kýžené změně chování dítěte (Drug strategies. Treating Teens: A Guide to Adolescent Drug Programs, 2002; Broža, 2003).

V průběhu léčby je dle *Doporučených postupů* velmi podstatná zpětná vazba od klienta a rodičů či opatrovníků a průběžné vyhodnocování výsledků validizovanými nástroji. Nakonec je třeba v průběhu celého procesu zmiňovat téma konce léčby, plánovat jej a případně předat klienta do vhodného typu léčby.

1.4 Výskyt užívání drog v dětské a dorostové populaci v posledních letech

Pro nastínění situace v oblasti užívání návykových látek, zejména pak škodlivého užívání návykových látek, v populaci dětí a dorostu v České republice v posledních několika letech níže zmiňují týkající se údaje z *Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách* (dále jen ESPAD) 2015 (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016) a *Validizační studie ESPAD 2016 (NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH, 2016)*.

1.4.1 ESPAD 2015

Studie *ESPAD* je „mezinárodní studie zaměřená na hodnocení situace a jejího vývoje v oblasti kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog mezi 16letými studenty v evropských zemích. Studie je realizována v 4letých intervalech již od r. 1995“ (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016).

Studii v roce 2015 realizovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) v koordinaci s Národním ústavem duševního zdraví (NÚDZ) a agenturou FOCUS. Verze dotazníku v této studii byla oproti minulým verzím výrazně rozšířena o okruh tzv. gamblingu neboli hraní hazardních her a tzv. gamingu neboli hraní počítačových či internetových her, taktéž o okruh týkající se nových psychoaktivních drog, v české verzi pak ještě o okruh duševního zdraví (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016).

Co se týče konkrétních výsledků, studie se zúčastnilo 208 škol, respondenti byli studenti 9. tříd základních škol a 1. ročníků středních škol. Po veškerých výběrech, kontrolách a čištění tvořil konečný soubor 2738 respondentů.

V oblasti kouření došlo oproti minulým rokům ke snížení prevalence denního i silného kuřáctví, které představuje 11 a více cigaret za den. Zkušenost s kouřením tabáku ve formě cigaret uvádí 66,1 % respondentů, kouření v posledních 30 dnech 29,9 % respondentů, denních kuřáků bylo 16,4 % a silných kuřáků 4,4 %.

Data týkající se pití alkoholu představovala 95,8 % dotazovaných mající zkušenost s alkoholem a 42,5 % opakovaných konzumentů. 41,9 % dotazovaných pili nadměrné dávky alkoholu (tedy 5 a více sklenic alkoholických nápojů při jedné příležitosti), které jsou ukazatelem rizikové konzumace alkoholu. Časté pití nadměrných dávek alkoholu pak uvedlo 12,2 % dotazovaných.

Stejně jako u tabáku došlo ke snížení prevalence konzumace alkoholu a průměrný věk první zkušenosti s alkoholem se zvýšil.

Zkušenost s ilegální drogou alespoň jednou v životě uvedlo 37,4 % dotazovaných. Konopné látky zkusilo někdy v životě 36,8 % zúčastněných a v posledních měsících konopné látky užilo 27,0 % zúčastněných. LSD nebo jiné halucinogenní látky vyzkoušelo 3,8 % respondentů, halucinogenní houby vyzkoušelo 3,3 %, zkušenost s extází uvedlo 2,7 % studentů, užití pervitinu i kokainu uvedlo 1,4 % respondentů a zkušenost s heroinem či jinými opiát uvedlo méně než 1 %.

Zkušenost s anaboliky uvedlo 3,3 % dotazovaných a zkušenost s čicháním rozpouštědel uvedlo 5,7 %. Relativně vysoký počet pak bylo těch, kteří měli zkušenost s užitím léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře, a to 15,7 % ze všech respondentů.

Pro srovnání s Evropou *The ESPAD Group* (2016) uvedla, že „v evropském kontextu vykazují čeští 16 letí nadprůměrný výskyt rizikového chování, zejména co se týče celoživotních zkušeností s užitím legálních a nelegálních drog. Na předních místech jsou čeští studenti v prevalenci kouření cigaret a míře konzumace alkoholu v posledních 30 dnech a řadí se na přední příčky v míře zkušeností s legálními látkami a s konopím ve věku do 13 let. Co se týče rizikových forem konzumace, patří čeští studenti do první desítky zemí u denního a silného kuřáctví a do druhé desítky u konzumace nadměrných dávek alkoholu a průměrného množství vypitého alkoholu při poslední příležitosti“ (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016).

1.4.2 Validizační studie ESPAD 2016

Validizační studii ESPAD (NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH, 2016) v roce 2016 realizovalo NMS v koordinaci s NÚDZ a agenturou ppm factum. Tato opakovaná studie byla dle autorů *Výroční zpráva z roku 2016* (Mravčík, a další, 2017) zorganizována díky neočekávaným výsledkům nasvědčujícím o patrné změně trendů hlavních sledovaných indikátorů ve stejné studii o rok dříve (tedy 2015) a cílem bylo tyto výsledky ověřit.

Autoři *Výroční zpráva 2016* zmiňují, že pro toto šetření byl udělán reprezentativní výběr škol, který byl vytvořen podobně jako pro šetření *ESPAD 2015*, a bylo osloveno 115 základních a středních škol všech typů a samotných dotazovaných bylo 2471. Dále *Výroční zpráva 2016* uvádí, že výsledky „naznačují, že trendy v oblasti užívání návykových látek mezi 16letými studenty sledované v l. 2011–2015 dále pokračovaly i v r. 2016 – na příkladu celoživotní prevalence zkušeností s konopnými látkami je patrné, že nadále pokračoval trend poklesu sledovaný již od r. 2007, k poklesu došlo shodně u chlapců a dívek a potvrdil se tak i trend postupného vyrovnávání rozdílů v užívání návykových látek mezi pohlavími“ (Mravčík, a další, 2017).

Tato studie udává, že v posledních 30 dnech kouřilo 27,4 % studentů, denní kouření uvedlo 13,3 % studentů a 4,5 % uvedlo kouření 11 a více cigaret. Co se alkoholu týče, 40,6 % studentů zmínilo pití 5 a více sklenic při jedné příležitosti v posledních 30 dnech, 12,5 % uvedlo pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně. Vyzkoušení konopných látek v životě potvrdilo 32,0 %, jejich užití v posledních 12 měsících uvedlo 24,4 % (NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH, 2016).

Níže přikládám tabulku znázorňující srovnání vybraných ukazatelů užívání návykových látek mezi 16letými studenty ze studie *ESPAD 2015* (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016)

s Validizační studie ESPAD 2016 (NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH, 2016).

Obrázek 1: Srovnání ESPAD 2015 a Validizační studie ESPAD 2016 (v %)

| Typ návykové látky | Validizační studie ESPAD 2016 | | | ESPAD 2015 |
|--|-------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| | Chlapci (n=1317) | Dívky (n=1154) | Celkem (n=2471) | Celkem (n=2738) |
| Kouření v posledních 30 dnech | | | | |
| Kouření cigaret | 26,3 | 27,9 | 27,0 | 29,9 |
| Denní kouření | 14,2 | 11,2 | 12,9 | 16,4 |
| Silné kouření (11 a více cigaret denně) | 4,9 | 3,1 | 4,1 | 4,4 |
| Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech | | | | |
| Pití nadměrných dávek (5 a více sklenic) | 42,8 | 36,7 | 40,0 | 41,9 |
| Časté pití nadměrných dávek (3krát a častěji) | 14,9 | 8,4 | 11,9 | 12,2 |
| Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog | | | | |
| Konopné látky | 32,7 | 31,1 | 32,0 | 36,8 |
| Extáze | 3,7 | 2,9 | 3,3 | 2,7 |
| Pervitin a amfetaminy | 1,1 | 1,4 | 1,2 | 1,4 |
| Kokain | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,4 |
| Heroin a jiné opiáty | 1,2 | 0,9 | 1,1 | 0,7 |
| LSD | 3,6 | 3,1 | 3,4 | 3,8 |
| Halucinogenní houby | 4,3 | 3,2 | 3,8 | 3,3 |
| Anabolické steroidy | 3,1 | 2,4 | 2,8 | 3,3 |
| Těkavé látky | 7,1 | 6,4 | 6,8 | 5,7 |
| Prevalence v posledních 12 měsících | | | | |
| Konopné látky | 24,1 | 23,6 | 23,9 | 27,0 |
| Extáze | 2,6 | 1,8 | 2,3 | 1,7 |
| Pervitin a amfetaminy | 0,6 | 1,0 | 0,8 | 0,8 |
| Kokain | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,8 |
| Heroin a jiné opiáty | 0,5 | 0,6 | 0,5 | - |
| LSD | 1,8 | 1,5 | 1,6 | 1,7 |
| Halucinogenní houby | 1,5 | 1,2 | 1,4 | 1,1 |
| Anabolické steroidy | 1,3 | 1,4 | 1,3 | 2,0 |
| Těkavé látky | 4,0 | 2,8 | 3,4 | 2,8 |
| Prevalence v posledních 30 dnech | | | | |
| Konopné látky | 12,0 | 8,0 | 10,2 | 12,8 |
| Extáze | 1,1 | 0,5 | 0,8 | 0,6 |
| Pervitin a amfetaminy | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| Kokain | 0,2 | 0,5 | 0,3 | 0,3 |
| Heroin a jiné opiáty | 0,2 | 0,1 | 0,2 | - |
| LSD | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,8 |
| Halucinogenní houby | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,4 |
| Anabolické steroidy | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,8 |
| Těkavé látky | 2,1 | 1,5 | 1,8 | 1,0 |

Zdroj: (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016), Zpracování: (Mravčík, a další, 2017)

1.5 Výskyt hazardního hraní v dětské a dorostové populaci v posledních letech, ESPAD 2016

Validizační studie ESPAD 2016 obsahovala mimo otázky týkající se užívání návykových látek taktéž oblast gamingu a gamblingu. Více o souboru studie a studii vyjadřují výše v podkapitole 2.3.2.

V této studii se uvádí, že 11,2 % respondentů uvedlo hraní hazardních her v posledním roce. Kurzové sázky byla nejčastěji hraná hra na internetu, mimo něj pak loterie. Vyšší zkušenost s hraním hazardních her vykazovali chlapci, avšak hraní loterií bylo častější u dívek. Oproti roku 2016 se nijak podstatně nezměnila preference druhů her hraných mimo i na internetu, změna nastala v případě hraní na automatech, zde došlo k nepatrnému snížení.

Nejčastěji uváděli hraní hazardních her studenti středních škol bez maturity nebo studenti odborných učilišť, kteří tvořili 14,6 %, studenti středních odborných škol s maturitou, kteří hráli hazardní hry, představovali 12,2 %, a nakonec a nejméně uváděli hraní hazardních her studenti gymnázií, kteří představovali 7,1 %.

Co se týče hraní her o peníze, 7,1 % dotazovaných hrálo peníze méně než hodinu denně, 1,5 % respondentů hrálo o peníze průměrně více než 2 hodiny denně. Studenti středních odborných škol bez maturity a studenti odborných učilišť trávili nejvíce času hraním hazardních her o peníze a zároveň nejčastěji hráli o peníze více než 2 hodiny denně. Obecně nejvíce respondentů strávilo hraním hazardních her méně než půl hodiny za den.

Při srovnání této studie z roku 2016 se studií *ESPAD 2015* došlo k nárůstu podílu studentů, kteří hráli hazardní hry v posledním roce. Rovněž se navýšil počet respondentů, kteří hráli hazardní hry více než 2 hodiny denně. Na druhou stranu došlo k mírnému snížení frekvence pravidelného hraní her a taktéž k mírnému snížení stráveného času za den hrou hazardních her o peníze.

Nejčastěji studenti uváděli hraní hazardních her na internetu, kde se stejnou četností hráli loterie, karty, kostky i kurzové sázky. Mezi pohlavími zde byly shledány rozdíly, zatímco dívky inklinovaly více k hraní loterií, chlapci dávali přednost kurzovým sázkám. Mimo internet dominovalo hraní loterií, které dívky uváděli častěji než chlapci, chlapci častěji uváděli hraní karet, kostek či kurzových sázek.

2 Praktická část

2.1 Cíle výzkumu

Cílem této práce je popsat šest adiktologických ambulancí pro děti a dorost na území České republiky, zjistit základní informace o jejich vzniku, okolnostech tohoto vzniku, stručně popsat jejich klientelu a způsoby práce.

2.2 Formulace výzkumných otázek

1. Jak vznikala vybraná zařízení?
2. S jakou cílovou skupinou pracují?
3. Jaké metody používají?

2.3 Metody tvorby dat

Pro sběr dat bylo v první vlně zvoleno dotazníkové šetření, které bylo kombinací kvalitativních a kvantitativních metod, jež byly vybrány za vhodné pro povahu kýžených dat. Ve druhé vlně sběru dat pak bylo zmíněné dotazníkové šetření použito jako podklad pro polostrukturované interview.

Obsah dotazníku

Dotazník byl složen z několika částí. První část představovala okruh otázek týkajících se zařízení, které dotyčný zastupoval. Tato část obsahovala oficiální název a adresu sídla, název webových stránek, jako jaký typ je zařízení registrováno a odbornosti a výše úvazků pracovníků.

V druhé části byla věnována pozornost pracovníkovi, který dotazník vyplňoval, jeho pohlaví, vzdělání, odbornosti a zkušenostem s cílovou skupinou dětí a dorostu.

Třetí část obsahovala otázky týkající se okolností vzniku daného zařízení, konkrétně tedy, kdy zařízení vzniklo, jak dlouho vznikalo, co bylo třeba ke vzniku, jak velký tým se na něm podílel, zdali pracovníci předem prováděli analýzu potřeb, popř. co díky ní zjistili, jak vybírali prostory pro ambulanci, kde brali finanční prostředky pro vznik zařízení, součástí byly i otázky na personální obsazení, a taktéž jaké složitosti je během procesu vzniku a nyní potkávají.

Čtvrtý oddíl byl tvořen otázkami věnující se cílové skupině zařízení. Tyto otázky zahrnovaly dotazy na počet klientů v péči, jejich průměrný věk, věk nejmladšího a nejstaršího klienta, z jakých služeb klienti nejčastěji přichází, jaká je průměrná doba, kdy klient zůstane v péči a v poslední řadě nejčastější diagnózy klientů.

Pátý a zároveň poslední okruh otázek byl věnován způsobu práce v daném zařízení, tedy s jakými zařízeními spolupracují, jak dlouho trvá vstupní pohovor s klientem, kolik času mají na běžné sezení s klientem, jaké diagnostické nástroje používají, jaké programy klientům nabízejí,

zdali pracují s rodiči/rodinou a nabízejí jim samostatné programy a za jakých podmínek ukončují spolupráci s klientem.

2.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo šest nejdříve vzniklých a největších adiktologických ambulancí (AA) pro děti a dorost na území České republiky, které vznikly do dubna 2018, byly dohledatelné skrze Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb či jinde naleznuté pomocí internetového vyhledávače Google a byly ochotné zapojit se do tohoto šetření. Těchto šest zařízení představovala Ambulanci dětské a dorostové adiktologie pod záštitou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze (dále jen ADDA VFN), Adiktologickou ambulance pro mladistvé Sananim (dále jen AAM Sananim), Adiktologickou ambulance pro děti a dospívající Prev – Centrum (dále jen AADD Prev – Centrum), Adiktologickou ambulanci pro děti a dorost After In v rámci Centra pro rodinu PSS a klinické adiktologie, která byla od roku 2000 pod organizací Drop In (dále jen AADD After In), Adiktologickou dorostovou ambulanci ADA+ Zařízení sociální intervence Kladno (dále jen ADA Kladno), Krajskou adiktologickou ambulanci a poradnu pro děti a dorost v Ústí nad Labem (dále jen KAAPDD v Ústí nad Labem).

V přehledové *Tabulce 1* jsou uvedeny adresy sídla a webové stránky ambulancí tvořící výzkumný soubor.

Tabulka 1: Výzkumný soubor

| AMBULANCE | ADRESA SÍDLA | WEBOVÉ STRÁNKY |
|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| ADDA VFN | Apolinářská 4, Praha 2 | adiktologie.cz |
| AAM Sananim | Žitná 1574/51, Praha 1 | sananim.cz |
| AADD Prev-Centrum | Meziškolská 1120/2, Praha 6 | www.prevcentrum.cz |
| AADD After In | Gallašova 10, Praha 6 | www.afterin-adiktologie.webnode.cz |
| ADA Kladno | Jana Palacha 1620, Kladno | www.zsi-kladno.cz |
| KAAPDD v Ústí nad Labem | Velká Hradební 13/47, Ústí nad Labem | http://www.deti.adiambulance.cz/ |

2.5 Metody analýzy dat

Data, která byla při sběru získána, byla zpracována v programu Tabulky Google a Microsoft Excel. Zde byla jednotlivá data uspořádána a srovnávána.

2.6 Praktický průběh realizace

Dotazník byl určen pracovníkům zmíněných ambulancí, přičemž před zasláním samotného dotazníku proběhl informační telefonát. Sběr dat proběhl prostřednictvím elektronických dotazníků skrze systém Formuláře Google. Elektronický odkaz na vytvořený dotazník byl rozeslán e-mailem jednotlivým vedoucím ambulancí, kteří jej případně poslali dále svým kolegům. Zahájení tohoto šetření bylo k datu 16. 4. 2018. V pozdější vlně (19.10.2018) dotazování byly informace získávány pomocí polostrukturovaného interview, kde dotazník sloužil jako podklad tohoto rozhovoru.

2.7 Etické aspekty výzkumu

Účast v tomto výzkumu byla dobrovolná. Respondenti byli dopředu seznámeni s faktem, že data z dotazníkového šetření budou podkladem této bakalářské práce.

2.8 Výsledky

Výsledky výzkumu popisují následující čtyři podkapitoly, které jsou systematicky rozdělené dle struktury dotazníku vytvořeného pro tyto účely.

2.8.1 Okruh otázek týkající se zařízení

Typy zařízení

Vyjma informací obsažených v *Tabulce 1 – Výzkumný soubor* bylo v prvním okruhu otázek zjišťováno, jaký typ služby v daném zařízení dotyční poskytují. Tato otázka vycházela ze *Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby* (Libra, 2015), kde typ zařízení mohl být zdravotnický lékařský, zdravotnický nelékařský či sociální. Tři respondenti zodpověděli, že zařízení, které zastupují, je registrováno jako sociální služba, dále jeden respondent uvedl, že zařízení, které zastupuje, je registrováno jako zdravotnické nelékařské, jeden z respondentů uvedl typ zařízení jako zdravotnické nelékařské a zároveň i sociální a jeden z respondentů uvedl typ zařízení jako zdravotnické lékařské.

Druhy odborností a výše úvazků

Souhrnný počet úvazků se v ambulancích pohyboval od 1,3 do 4,1 úvazků. Co se týče jednotlivých odborností, zde respondenti uváděli, že adiktolog byl v ambulancích navázán od 0,2 do 1,2 úvazků. Dětský psychiatr byl v ambulancích ve výši od 0,1 do 0,4 úvazku či na DPP. Klinický dětský psycholog byl navázán od 0,4 do 1,5 úvazku nebo s ním byla navázána externí spolupráce či nebyl navázán vůbec. Sociální pracovník byl navázán ve třech ambulancích od 0,5 do 1 úvazku. Socioterapeut byl navázán v jedné z ambulancí, a to ve výši 0,6 úvazku. Zdravotní sestra byla navázána v jedné z ambulancí, a to v úvazku 0,1. Pracovník v sociálních službách byl taktéž navázán v jedné z ambulancí, a to v úvazku 0,5. Speciální pedagog byl navázán v jedné z ambulancí, a to v úvazku 1. Rodinný terapeut byl v jedné ambulanci zaměstnán na DPP.

2.8.2 Okruh otázek týkající se respondenta

Pohlaví respondenta

Skupinu šesti respondentů tvořilo pět žen a jeden muž.

Vzdělání respondenta

Ve výzkumném souboru mělo nejvíce respondentů, tedy čtyři, vzdělání zdravotnické jiné než adiktologické. Jeden z těchto respondentů měl k tomuto vzdělání ještě vzdělání psychologické a jeden vzdělání adiktologické. Jeden z respondentů měl kombinaci psychologického a sociálního vzdělání. Jeden z respondentů měl vzdělání pedagogické.

Pozice respondenta v zařízení

Z celku respondentů byli tři z nich vedoucí zařízení, jeden pracovník v sociálních službách, jeden adiktolog a jeden speciální pedagog.

Délka praxe s cílovou skupinou dětí a dorostu

Délka práce respondentů se skupinou dětí a dorostu se pohybovala v řádech měsíců i let. Nejdelší doba této praxe byla 11 let, dále pak 3 roky, 1 rok, nejméně pak 4 měsíce.

2.8.3 Okruh otázek týkající se vzniku zařízení

Datum a délka vzniku zařízení

Vybrané adiktologické ambulance vznikaly od roku 2015 do roku 2018. Nejčastěji vznikaly 4-6 měsíců, jeden z respondentů uvedl dobu 2 let od první myšlenky po zrealizování zařízení, další respondent pak uvedl vznik dlouhodobějšího charakteru, a to již od roku 2010.

Analýza potřeb před vznikem zařízení

Ze základního souboru šesti ambulancí analýzu potřeb před vznikem zařízení prováděli čtyři z nich a dvě z nich nikoliv.

Respondenti zodpověděli, že mimo to, že skrze analýzu potřeb zjistili, že je nedostatek adiktologické péče pro skupinu dětí a dorostu, a tak je vznik zařízení třeba, zjistili taktéž nutnost aplikace screeningových šetření a intervencí již v rámci primárně prevence pro vysoký výskyt rizikového užívání alkoholu a nelátkových závislostí, kyberšikany a rizikového chování na sociálních sítích a internetu u žáků základních škol.

Rovněž zjistili nutnost spolupráce s pedagogicko-psychologickými poradnami zejména z důvodu vyskytujícího se ADHD a specifických poruch chování v této populaci. A rovněž považují za nutné dispenzarizovat děti od závislých matek.

Jeden z respondentů taktéž podotkl, že pro vznik adiktologické ambulance se rozhodli i na základě skutečnosti, že měli mnoho jedinců pod vlivem, kteří dle pravidel nemohli docházet do nízkoprahového klubu pro děti a mládež.

Jeden z respondentů, jež zodpověděl, že vlastní analýzu potřeb neprováděli, však uvedl, že čerpali a vycházeli z Analýzy potřeb od profesora Miovského a kolektivu (Miovský, Čablová, Šťastná, Školníková, & Miklíková, 2014).

Potřebné náležitosti pro vznik zařízení (popř. složitosti, které dotyčné při vzniku potkali)

Zde šlo především o důležité náležitosti, které bylo třeba obstarat před či ke vzniku AA pro děti a dorost, a dále o to, s jakými bariérami či složitostmi se jednotlivá zařízení setkala.

Co se týče náležitostí pro vznik ambulance, zde respondenti uváděli, že se museli dostat do sítě služeb (vyjednat na krajském úřadě místo v síti), dále uváděli smlouvu s pojišťovnou, vypsání projektu, nalezení vhodných prostor, zajištění dostatku financí, zajištění multidisciplinárního týmu a koncepci zkušeností z minulých let, dále pak domluvu se všemi příslušnými úřady a orgány, a to ve sféře adiktologické, zdravotnické i sociální.

Jako složitosti či bariéry pro vznik pak vnímali nejčastěji záležitosti administrativního charakteru, navázání spolupráce s dalšími institucemi, zajištění dostatečného množství klientů, medializaci jejich zařízení, nalezení vhodných prostor a financí, nedostatečnou kooperaci pediatriů s adiktologií a nejčastěji zazníval nedostatek dětských psychiatrů.

Velikost týmu podílejícího se na vzniku zařízení, personál pro zařízení a jeho nedostatek

Co se týče velikosti týmu potřebného pro vznik zařízení, zde se počty značně lišily. Jeden z respondentů uvedl, že pro vznik zařízení byli třeba pracovníci ve výši úvazku 1,3, další respondent uvedl, že pro vznik zařízení byli třeba pracovníci ve výši 1,5 úvazku. Dva respondenti uvedli, že pro vznik jejich zařízení byli třeba 3 pracovníci. Jeden z respondentů uvedl, že na vzniku jejich zařízení se podílelo 7 pracovníků v celkové výši úvazků 2,8.

Pokud jde o nedostatek personálu, jak už zaznělo v předchozím dotazu na případné složitosti a bariéry, zde byl zaznamenán výrazný nedostatek dětských psychiatrů i dětských klinických psychologů.

Finanční prostředky pro vznik zařízení

Na otázku ohledně finančních prostředků pro vznik zařízení respondenti odpovídali, že sháněli tyto zdroje skrze vypsání projektu, zdravotní pojišťovnu, na Ministerstvu zdravotnictví, skrze RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky), OSF (Nadace Open Society Fund), taktéž přes krajské úřady a městské části.

Prostory pro zařízení

Prostory pro zařízení vybírali dotyční různě. Někteří respondenti uvedli, že měli prostory již v existujícím zařízení, které bylo součástí jejich ambulance či organizace. Další respondenti uvedli, že sehnali prostory skrze úřady, avšak relativně obtížně. Respondenti rovněž uváděli, že vybírali prostory tak, aby vyhovovali podmínkám požadovaných pro poskytované služby.

Překlenutí mezi oficiálním vznikem a zahájením provozu zařízení, problémy v současnosti

Pokud jde o překlenutí mezi oficiálním vznikem a zahájením provozu zařízení, zde dle respondentů zaznamenala zařízení zpočátku fungování nedostatek klientů, dále malý objem úvazků zaměstnanců a nedostatek vhodných klientů pro skupinové terapie. Jeden z respondentů pak uvedl, že toto období v jejich ambulanci využili pro administrativní účely. Další respondent uvedl, že toto období využili pro vytipování klientů z nízkoprahového klubu pro děti a mládež.

Co se týče problémů v současnosti, zde byl zaznamenán, mimo výše zmíněný nedostatek dětských psychiatrů a klinických psychologů, nedostatek stacionárních zařízení pro děti a dorost a dále se dle výpovědí pracovníci často setkávají s neochotou rodičů spolupracovat s ambulancí.

2.8.4 Okruh otázek týkající se cílové skupiny

Počet klientů v péči

Na dotaz týkající se počtu klientů v péči odpovídali respondenti poněkud odlišně. Jeden z respondentů uvedl, že jejich zařízením prošlo od počátku vzniku 124 rodin. Další respondenti uvedli počet klientů v rozmezí od 20 do 100 klientů.

Věk klientů (průměrný, věk nejstaršího, věk nejmladšího)

Dle odpovědí respondentů se průměrný věk klientů pohyboval od 9 do 17 let. Věk nejmladšího klienta se pohyboval od 3 do 15 a věk nejstaršího klienta byl v rozmezí od 17 do 20 let.

Zařízení, z kterého klienti nejčastěji přichází

Respondenti nejčastěji uváděli, že jejich klienti přichází z jiných odborných služeb a dále na žádost rodičů. Někteří pak uváděli, že jejich klienti přicházejí na přání nejen rodičů, ale i na doporučení kurátorů z OSPOD či na doporučení školy.

Průměrná doba, ve které klient zůstává v péči

Tato doba se dle respondentů v každé z ambulancí lišila. Nejkratší průměrná doba, kdy zůstal klient v péči zařízení, byla 6 měsíců, dále pak 10 měsíců. Nejdélší průměrná doba, ve které klient zůstal v péči zařízení, byla 3 roky. Jeden z respondentů zde uvedl, že takový údaj zatím nelze zjistit pro jejich zatím krátké působení.

Nejčastější typy problémů/diagnóz klientů

Pro charakter adiktologické ambulance je zřejmé, že obecně nejčastěji do AA pro děti a dorost docházejí nejčastěji klienti s diagnózami F10-F19, tedy s poruchami duševními a poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, a diagnózou F63.8, která představuje nutkavé a impulzivní poruchy (Mezinárodní statická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2008). Respondenti taktéž uváděli, že jejich klienti přicházejí s poruchami chování a učení, ADHD a s rizikovými vlivy v rodinném prostředí. Rovněž se shodovali na tom, že klienti přicházejí s nadužíváním počítačů, mobilních telefonů, sociálních sítí a výjimkou nejsou ani klienti vykazující známky deprese či klienti se sebevražednými tendencemi.

2.8.5 Okruh otázek týkající se způsobů práce s klienty

Spolupráce s ostatními zařízeními

Zde se respondenti shodovali na spolupráci s jinými adiktologickými zařízeními, OSPOD (Orgánem sociálně-právní ochrany dětí), Policií ČR, Městskou Policií, dětskými psychiatry a psychology, školami a SVP (Středisky výchovné péče). Někteří taktéž uváděli spolupráci s dětskými domovy, pediatry a jinými lékaři.

Délka vstupního pohovoru a běžného sezení

Všichni respondenti v dotazníku uvedli, že vstupní pohovor v jejich zařízení trvá 60 minut. Co se týče běžného sezení, zde se časová dotace pohybovala v rozmezí 50 – 90 minut.

Nástroje pro diagnostiku klientů

Na dotaz ohledně nástrojů pro diagnostiku klientů respondenti uvedli širokou škálu odpovědí. Vyskytovaly se zde běžné rozhovory se samotnými klienty či jejich rodiči, pozorování v přirozeném prostředí, case management, screeningové dotazníky na rizikové chování, vývojové škály (Wechslerovy na intelekt a paměť, Hoškové pro oblast osobnostně – sociálního vývoje), jiné neurovývojové screeniny, ADHD testy, psychodiagnostické testy, diagnostika MKN10, dále pak diagnostiky DSM IV, dotazníky SOGS, DAST, CAGE, AUDIT, Chenova škála závislosti na internetu, TWEAK, CRAFFT, Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty a diagnostické vyšetření moči na přítomnost NL.

Programy pro klienty

Veškerá zařízení ve výzkumném souboru uvedla, že nabízejí individuální a rodinnou terapii či poradenství. Někteří pak doplnili i skupinové terapie, psychiatrické vyšetření, case management, herní terapii, socioterapii, skupiny pro rodiče, motivační tréninky, prevenci relapsu a co se týče poradenství, tak i zdravotní a sociální.

Spolupráce s rodiči, programy výhradně pro rodiče

Ve všech ambulancích spolupracují s rodiči nebo celou rodinou. Co se týče programů určených výhradně pro rodiče všechny zařízení poskytují tento program.

Ukončení spolupráce s klientem

Co se týče ukončení spolupráce, respondenti zodpověděli, že s klientem ukončují spolupráci, pakliže řádně absolvuje předem smluvený program, je předán do jiného zařízení, když se ukáže tento způsob léčby jako neadekvátní, ve chvíli kdy klient nějakým způsobem nenaplnuje smluvené podmínky služby, je neochoten spolupracovat či nekontaktuje službu po delší čas. Taktéž může klient ukončit spolupráci sám bez udání důvodu nebo tato spolupráce může skončit po rozhodnutí rodičů.

3 Diskuze a závěry

Jak již bylo řečeno v úvodu, síť adiktologických ambulancí pro děti a dorost se na území České republiky rozrůstá a doposud nevzniklo přehledné zmapování a popis obsahu těchto zařízení. Miovský a spol. se ve článku časopisu *Adiktologie* (Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie, 2016) vyjádřili o tom, že by si tato síť do budoucna toto zmapování a popis zasloužila. Tato práce je tedy do velké míry inspirována tímto vyjádřením, a tak si kladla za cíl zjistit a popsat, jak vybraná zařízení vznikala, s jakou cílovou skupinou pracují a jaké metody používají.

V následující části jsou shrnuty poznatky z dotazníkového šetření.

Zjištěním je, že ambulance vznikaly mezi roky 2016-2018. Nejvíce zařízení, která byla ve výzkumném vzorku, byla registrována jako sociální zařízení. Co se týče potřebných náležitostí pro vznik ambulancí, zde byla respondenty nejčastěji uváděna smlouva s pojišťovnou, napsání projektu, zajištění multidisciplinárního týmu, zajištění vhodných prostor a dostatku financí. Jako nejčastější nesnáze během vzniku zařízení bylo respondenty vnímáno složité navázání spolupráce s dalšími institucemi, zajištění klientů, nalezení vhodných prostor, dále zde byl zaznamenán nedostatek dětských psychiatrů a psychologů, nedostatečná kooperaci pediatriů a adiktologů a problematické shánění financí. Velikost týmu potřebného pro vznik zařízení se pohybovala od velikosti úvazku 1,3 do 2,8. Respondenti nejčastěji uváděli, že prostory pro jejich zařízení sháněli skrze úřady či již měli nějaké k dispozici. Finance čerpali skrze vypsání projektu, získávali od pojišťovny, Ministerstva zdravotnictví, skrze RVKPP, krajské úřady či OSF.

Pokud jde o klienty, jejich počet se v jednotlivých zařízeních značně lišil. Průměrný věk klientů se pohyboval nejčastěji mezi 16-17 rokem. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že klienti nejčastěji přichází do AA z jiných odborných služeb, na žádost rodičů nebo školy či na doporučení dětského psychiatra či na doporučení kurátora OSPOD. Průměrná doba, kdy klient zůstává v péči zařízení, se pohybuje mezi 0,5 rokem a 3 lety. Mezi nejčastější problémy, se kterými klienti přichází, patří diagnózy F10 – F19, závislostní chování na počítači, telefonech, sociálních sítích a v poslední době i deprese či tendence k sebepoškození.

Ambulance spolupracují s OSPOD, školami, dětskými psychiatry, dětskými psychology, pediatri, SVP a jinými výchovnými ústavy, dětskými domovy, Policí ČR a Městskou Policí. Délka vstupního vyšetření i běžného sezení se nejčastěji pohybuje kolem 60 minut. Používané nástroje v praxi, které respondenti uvedli, se značně různili, avšak vyplývali s doporučených nástrojů pro evaluaci. Programy poskytované ambulancemi byli nejčastěji individuální, rodinná a skupinová terapie. Spolupráci s klientem zařízení ukončují v případě, že je klient nechoten spolupracovat, nedochází na terapie, není schopen udržet pravidla. Taktéž spolupráci ukončují ve chvíli, kdy klient řádně absolvuje program a je předán do následné péče či v případě, že se ambulantní služba ukáže jako neadekvátní.

Vzhledem k faktu, že dotazníkové šetření, které zde bylo použito, bylo vytvořeno pro účely této bakalářské práce, a tak bylo použito poprvé, došlo k některým chybám, které patrně zkreslily výsledky výzkumu, především první části bez interview.

Konkrétně jde o formulaci otázek, a to především těch otevřených, kdy nemuselo být zřejmé všem respondentům, nač se výzkumník táže, např. u otázky na složitosti během vzniku ambulance, zde by bylo jistě lepší blíže specifikovat. U otázky na vzdělání respondenta byl chybně definován typ vzdělání, kdy mohl respondent s adiktologickým vzděláním zaškrtnout vzdělání adiktologické i zdravotnické. Bylo zde rovněž mnoho otázek, které nenabízely na výběr z odpovědí, což dávalo sice respondentům prostor se vyjádřit a rozepsat se, ovšem v mnoha případech se v závěru odpovědi lišily natolik, že byly takřka nesrovnatelné, zde lze konkrétně uvést otázky na používané nástroje či poskytované programy. Dále u některých otázek respondenti neodpovídali přímo na otázku či otázku úplně vynechali, což samozřejmě rovněž zkreslilo výsledky dotazníkového šetření. V případě opakování podobného výzkumu v budoucnu by bylo lepší zvolit více konkrétní a specifické otázky, dát respondentům odpovědi na výběr, a tím tak umožnit, aby byl dotazník pro respondenty pochopitelnější, a především snadněji a rychleji vyplnitelný.

Co se týče zvolené metody sběru dat pomocí elektronického dotazníku, tento typ sběru značně pomohl ke snazšímu kontaktování jednotlivých ambulancí a spíše pak k jeho snazšímu vyplňování, avšak díky tomu mohlo dojít k nepřesnému pochopení ať už na straně respondenta či výzkumníka. V pozdější vlně dotazování pomocí polostrukturovaného rozhovoru se jevila tato metoda jako přesnější a vhodnější pro získání těchto dat. Do budoucna by tedy bylo dobré veškerá data získávat pomocí např. polostrukturovaného interview, ať už při setkání s respondenty či telefonicky.

S přihlédnutím k teoretické části této práce, lze konstatovat, že zařízení naplňují nejzásadnější doporučení uvedená v dokumentech této části.

Tuto práci pak vzhledem k relevanci všech výsledků lze považovat za jakousi pilotní studii, která může být podkladem pro budoucí přehlednější zpracování s použitím vhodnějších metod pro získávání a vyhodnocení dat, a především výzkumníkem s vyšší úrovní znalostí a zkušeností v této oblasti.

4 Seznam použité literatury

Broža, J. (2003). Děti a mladiství. V K. Kalina, & kol., *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup* (stránky 232 - 237). Praha: Úřad vlády České republiky.

Brožová, M. (nedatováno). *Specifika užívání návykových látek u dětí a mládeže*. [online], [cit. 2018-2-12]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/2503744-Specifika-uzivani-navykovych-latek-u-deti-a-mladeze-mgr-martina-brozova-brozova-os-prevent-cz-obcanske-sdruzeni-prevent-z-s-www-os-prevent.html>.

Drug strategies. Treating Teens: A Guide to Adolescent Drug Programs. (2002). Washington, DC: Drug Strategies.

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

Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno, 2016(5)*, stránky 1-16.

Jessor, R. (1991). *Risk Behavior in Adolescence: A psychosocial framework for understanding and action*. Journal of Adolescent Health.

Kázmér, L., & Orliková, B. (2017). Trendy a rizikové faktory nadměrné konzumace alkoholu u českých adolescentů. *Adiktologie, 17(2)*, stránky 118-132.

Koranda, M. (2015). Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci. V K. Kalina, & kolektiv, *Klinická Adiktologie* (stránky 545-558). Praha: GRADA Publishing a.s.

Koranda, M. (2016). Dětské a dorostové detoxifikační centrum (DaDDC). *Adiktologie, 16(4)*, stránky 342-351.

Libra, J. &. (2015). *STANDARDY ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Praha: Rada vlády pro koordinaci drogové politiky.

Matoušek, O., & Kroftová, A. (1998). *Mládež a delikvence*. Praha: Portál.

Mečíř, J. (1989). *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum.

Mezinárodní statická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2. aktualizované vydání. vyd.). (2008). Praha: Bomton Agency.

Miovský, M. (2014). Cíl a smysl dětské ambulance a její zakotvení v systému adiktologických služeb. *Cena adiktologie 2014 sborník příspěvků*. Praha.

- Miovský, M., & Popov, P. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace. *Adiktologie*, 16(4), stránky 272-279.
- Miovský, M., & Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), stránky 292-318.
- Miovský, M., & Šťastná, L. (2012). *Užívání drog dětmi a dospívajícími v České republice a ve světě: otázky a výzvy*. [online], [cit. 2018-2-12.]Dostupné z: chrome-extension://oemmdcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/5384/Mioovsky-Uzivani-drog-detmi-a-dospivajicimi-v-CR-a-ve-svete-pdf.
- Miovský, M., Čablová, L., Šťastná, L., Školníková, M., & Miklíková, S. (2014). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie*, 14(1), stránky 10-21.
- Miovský, M., Šťastná, L., & Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), stránky 330-341.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 - Czech Republic]*. (V. Mravčík, Editor) Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Rous, Z., Chomynová, P., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Kozák, J., . . . Kiššová, L. (2017). *Výroční zpráva o hazardních hraních v České republice v roce 2016*. (V. Mravčík, Editor) Praha: Úřad vlády České republiky.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH. (2016). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) v ČR v roce 2016 - validizační studie ESPAD 2016*.
- Nešpor, K. (2008). Návyková rizika u dětí a dospívajících. V V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, E. Malá, & kol., *Dětská a adolescentní psychiatrie* (stránky 285-306). Praha: Portál, s.r.o.
- Nevoralová, P. M. (11. 10 2012). Přehled evaluačních nástrojů. *Nástroje pro evaluaci*. Získáno 15. 7 2018, z Retrived from: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/3885/Prehled-evaluacnich-nastroju>
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách / Jaroslav Skála a kolektiv*. Praha: Avicenum.
- Thather, C. (2008). Adolescents at Risk for Substance Use Disorders: Role of Psychological Dysregulation, Endophenotypes, and Environmental Influences. *Alcohol Research & Health*, 31(2), stránky 168-176.

Vašutová, M. (2005). *Pedagogické a psychologické problémy v dětství a dospívání*. Ostrava: FF Ostravské Univerzity.

Vavrinčíková, L., Libra, J., & Miovský, M. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice* (Verze 4.7 schválená výbory ČAA a SNN ČLS JEP. vyd.). Praha: KAD 1. LF UK a VFN.

5 Příloha: dotazník

15. 7. 2018

Mapování adiktologických ambulancí pro děti a dorost v ČR

Mapování adiktologických ambulancí pro děti a dorost v ČR

Vážené respondentky, vážení respondenti,
jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Adiktologie na 1. Lékařské fakultě UK a obracím se na vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci.

Mým cílem je popsat síť adiktologických ambulancí pro děti a dorost v České republice, okolnosti vzniku těchto zařízení, okrajově pak i cílovou skupinu a způsoby práce.

Moc vás prosím, abyste vyplňovali dotazník co nejpřesněji.
Zároveň si velmi cením vašeho času i ochoty a děkuji vám za spolupráci.

Kdyby v průběhu vašeho vyplňování vznikly jakékoliv nejasnosti, neváhejte se na mě obrátit.
(Tereza Metlická, teri.metlicka@gmail.com, 724 316 301)

*Povinné pole

1. Okruh otázek týkající se zařízení, které zastupujete.

1. Uvedte oficiální název zařízení, které zastupujete... *

2. Zařízení je vedeno jako... *

Označte jen jednu elipsu.

- sociální
 zdravotnické nelékařské
 zdravotnické lékařské

3. Uvedte adresu sídla vaší ambulance... *

4. Uvedte adresu webových stránek vašeho zařízení... *

5. Uveďte odbornosti zaměstnanců a výše úvazku, (př. Adiktolog (0,2), Psychiatr...)*

2. Okruh otázek týkající se Vás.

6. Jste...**Označte jen jednu elipsu.*

- Žena
 Muž

7. Jaké je Vaše vzdělání? **Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- lékařské
 zdravotnické
 sociální
 psychologické
 Jiné: _____

8. Jakou zastáváte pozici v zařízení? *

9. Jak dlouho pracujete se skupinou dětí a dorostu? *

3. Okruh otázek týkající se okolností vzniku zařízení, které zastupujete.

10. Kdy zařízení vzniklo? **Příklad: 15. prosince 2012*

11. Jak dlouho zařízení vznikalo? *

12. Co bylo třeba ke vzniku zařízení? *

13. Prováděli jste před vznikem zařízení analýzu potřeb? **Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
 Ne

14. Jestliže jste analýzu potřeb prováděli, co bylo jejím výsledkem?

15. Jaké byly nejsložitější věci, na které jste narazili při vzniku zařízení? *

16. Jak veliký tým byl potřeba ke vzniku zařízení? *

17. Odkud jste získávali finanční prostředky na vznik zařízení? *

18. Jak složité bylo sehnat personál do zařízení? *

19. Jak jste vybírali prostory pro zařízení? *

20. Jakých odborností byl/je nedostatek? *

21. Jaké bylo překlenutí mezi oficiálním vznikem zařízení a zahájením provozu? (nedostatek pacientů, atd.) *

22. Jaké problémy řešíte v současnosti? *

4. Okruh otázek týkající se vaší cílové skupiny.

23. Kolik klientů máte v péči? *

24. Jaký je průměrný věk vašich klientů? *

25. Jaký je věk vašeho nejmladšího klienta? *

26. Jaký je věk vašeho nejstaršího klienta? *

27. Odkud nejčastěji přicházejí klienti a jaké % z celku tento podíl představuje? (př. z jiných odborných služeb, 80%) *

28. Jaká je průměrná doba, kdy klient zůstává ve vaší péči? *

29. Vypište nejčastější typy problémů/diagnóz, se kterými za vámi klienti přicházejí... *

5. Okruh týkající se způsobů práce s cílovou skupinou

30. S jakými zařízeními spolupracujete? *

31. Jak dlouho trvá vstupní pohovor s klientem? *

32. Kolik času máte na běžné sezení s klientem? *

33. Jaké nástroje používáte na diagnostiku klientů? *

34. Jaké programy nabízíte vašim klientům? *

35. Spolupracujete i s rodiči/rodinou klienta? **Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
 Ne

36. Poskytujete programy výhradně pro rodiče či rodinu? **Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
 Ne

37. Za jakých podmínek ukončujete spolupráci s klientem? *
