

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



Veronika Kovaříková

**Užívání návykových látek a hazardní hraní u dětí v diagnostických
ústavech v České republice**

Substance use and gambling among children in juvenile detention (diagnostic)
centres in the Czech Republic

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Barbora Drbohlavová

PRAHA

2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, dále 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 práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne

Veronika KOVAŘÍKOVÁ

Identifikační záznam

Kovaříková, V. (2016). *Užívání návykových látek a hazardní hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice* (Bakalářská práce). Praha. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Barbora Drbohlavová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí závěrečné práce, Mgr. Barboře Drbohlavové, za trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala, za její odborné vedení, přínosné podněty a včasné zpětné vazby. Děkuji také Lukáši Štenglvi za závěrečnou korekturu.

Mé zvláštní poděkování patří Skewovi za to, že tu pro mě byl a nevzdal to.

ABSTRAKT

Východiska: Studie popisují vznik závislosti jako souhru negativních bio–psycho–sociálních faktorů. Bylo zjištěno, že děti a mladiství, kteří se dostanou do diagnostických ústavů, jsou vystaveni více okolnostem, které zvyšují pravděpodobnost, že se u nich projeví problémové chování, abúzus návykových látek a hraní hazardních her, než u obecné populace. Je tak pravděpodobné, že v budoucnosti budou více ohroženi závislostí, než obecná populace.

Cíle: Cílem výzkumu bylo podat přehled o situaci užívání návykových látek u dětí a mladistvých v diagnostických ústavech v České republice a vybraná data porovnat s výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2011. Dalším cílem bylo zjistit specifika užívání návykových látek a hraní hazardních her u klientů z diagnostických ústavů z různých částí České republiky.

Metody: Data ke studii byla tazatelkou sbírána pomocí dotazníku, který byl inspirován dotazníkem z Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách a byl rozšířen o otázky týkající se hazardního hraní. Data byla zpracována deskriptivní analýzou v programu Microsoft Excel.

Výsledky: Z výsledků je zřejmé, že chlapci užívají návykové látky a hrají hazardní hry častěji, než děvčata. Denně kouřilo v posledních 30 dnech 70,9 % chlapců, oproti 50,0% dívek. Za posledních 30 dní kouřilo více než 11krát konopné látky 11,3% chlapců, oproti dívkám, kterých kouřilo 7,1 %. Bylo také potvrzeno, že klienti z diagnostických ústavů berou návykové látky častěji, než děti z obecné populace. Největší rozdíl byl u celoživotní prevalence stimulancií. S pervitinem mají děti z diagnostických ústavů větší zkušenost (33,3 %), než děti z obecné populace (1,9 %). S hazardním hraním na výherních automatech mělo zkušenost 48,2 %.

Závěr: Byla potvrzena hypotéza, že děti z diagnostických ústavů užívají návykové látky více a častěji, než děti z obecné populace. Potvrdila se také hypotéza, že jednotlivé diagnostické ústavy vykazují jiné charakteristiky v užívání drog a hraní hazardních her.

KLÍČOVÁ SLOVA

diagnostický ústav, drogy, návykové látky, děti, dospívající, prevence

ABSTRACT

Background: Various studies describe the emergence of addiction as a negative interplay of bio– psycho– social factors. It was found that children and adolescents who get into diagnostic institutions are exposed to multiple factors that increase the likelihood of developing problematic behaviours, substance abuse and gambling than the general population. It is thus likely that in the future they will be more vulnerable to addiction than the general population.

Objectives: Main goals of this research were to provide an overview of the situation of substance abuse among children and adolescents in diagnostic institutes in the Czech Republic and to compare selected data with results of the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs of 2011 (ESPAD). Another objective was to find the specifics of drug abuse and gambling in clients of diagnostic centres in different parts of the Czech Republic.

Methods: Data for this study were collected by the interviewer using a questionnaire, which was inspired by the questionnaire from the ESPAD survey and was also extended to include issues related to gambling. Data were processed by descriptive analysis in MS Excel.

Results: The results show that boys use addictive substances and play betting games more often than girls. Daily smoking was admitted by 70.9% boys in the last 30 days compared to 50% of girls. Over the last 30 days 11.3% boys smoked cannabis more than 11 times compared to 7.1% girls. It was also confirmed that clients from special institutions are taking take addictive substances more often than children in the general population. The biggest difference was in the lifetime prevalence of stimulants. There was more experience with methamphetamine among children from special institutions (33.3%) than children from the general population (1.9%). 48.2% of children had experience with playing slot machines.

Conclusion: The hypothesis, that children from special institutions use addictive substances more often than children from the general population, was confirmed. It also confirmed the hypothesis that the individual diagnostic institutes exhibit different characteristics of drug use and gambling.

Keywords: Diagnostic institute, drugs, addictive substances, children, adolescents, prevention

Úvod

Tato bakalářská práce popisuje výsledky výzkumu, který monitoruje užívání návykových látek a hraní hazardních her u dětí a mladistvých z diagnostických ústavů. Pro toto téma mě inspiroval předmět Metodologie výzkumu v adiktologii II (Drogová epidemiologie a monitorování drogové situace), kde byla prováděna studie „Výskyt užívání konopných látek u dětí z diagnostického ústavu pro mládež v Praze 2 – DIUS“. Protože mě práce s dospívajícími zaujala, rozhodla jsem se, že bych jim ráda věnovala téma mojí bakalářské práce. V průběhu realizace výzkumu jsem měla možnost pozorovat bio–psycho–sociální faktory, které negativně ovlivnily chování dětí. Ve většině případů šlo o klienty z rozvrácených rodin, z dětských domovů, ze sociálně slabých skupin, nebo etnických menšin. Negativní sociální faktory se objevily od mikro po makro úroveň, nejvíce však děti poznamenaly na rodinné úrovni. Na mnoho klientů také negativně působily biologické faktory. Dle vychovatelů a psychologů bylo u dětí často diagnostikováno ADHD, v rodině se vyskytovaly genetické predispozice k užívání návykových látek a hraní hazardních her. V neposlední řadě měl na klienty vliv i jejich psychický stav. Všechny tyto okolnosti se vzájemně prolínají a jejich hromadění se zásadním způsobem projeví v jejich chování. Práce klienty z diagnostických ústavů mi přišla natolik zajímavá, že jsem se v budoucnu rozhodla více zaměřit na prevenci užívání návykových látek a hraní hazardních her právě u problémových dětí a dospívajících.

Cílem této práce je zmapovat užívání návykových látek a hazardního hraní u dětí z diagnostických ústavů z různých částí České republiky a získaná data porovnat s výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2011.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první části jsou popsány kapitoly, které se věnují diagnostickému ústavu, návykovým látkám a hazardnímu hraní a jsou zde popsány vlivy, které zvyšují riziko závislosti. V následující kapitole jsou uvedeny informace ohledně Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2011 a poslední část bakalářské práce se věnuje prevenci. Praktická část se zabývá výsledky dotazníkového šetření.

Obsah

1	Diagnostický ústav.....	5
1.1	Diagnostický ústav v zákoně o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních	5
1.2	Úkoly, které plní diagnostický ústav	6
1.3	Diagnostické ústavy v České republice.....	7
1.4	Zaměstnanci diagnostického ústavu.....	7
1.4.1	Etoped	7
1.4.2	Sociální pracovník	8
1.4.3	Vychovatel	8
1.4.4	Učitel.....	8
1.4.5	Psycholog.....	8
2	Návykové látky a hazardní hraní u dětí a dospívajících	9
2.1	Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících.....	9
2.2	Nejčastější diagnostická kritéria u dětí	10
2.2.1	Akutní intoxikace (F1x.0).....	10
2.2.2	Škodlivé užívání návykových látek (F1x.1)	10
2.2.3	Závislost na návykových látkách (F1x.2).....	11
2.2.4	Odvykací syndrom (F1x.3).....	11
2.2.5	Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami (F1x.5)	11
2.2.6	Psychotická porucha s pozdním začátkem (F1x.7).....	12
2.3	Patologické hráčství (F63.0)	12
2.4	Specifika léčby u dětí a dospívajících.....	12
3	Vlivy zvyšující riziko užívání drog a patologického hráčství	14
3.1	Faktory biologické	14
3.1.1	Vnější faktory	14
3.1.2	Vnitřní faktory (dědičnost)	14
3.2	Faktory psychické	15
3.3	Faktory sociální a kulturní	15
3.3.1	Rodina.....	15
3.3.2	Vrstevníci	17
3.4	Faktory spirituální	17
4	Školní studie	18
4.1	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD).....	18
4.2	Studie Health behaviour in school– aged children.....	19
5	Prevence u dětí a mladistvých v diagnostických ústavech	20
5.1	Selektivní prevence	20

5.2	Indikovaná prevence	21
5.3	Efektivní složky preventivních programů	21
6	Metodologie výzkumu	22
6.1	Cíl výzkumu	22
6.2	Výzkumné otázky.....	22
6.3	Design výzkumu.....	22
6.4	Metody sběru dat.....	22
6.5	Výběrový soubor.....	23
6.6	Praktický průběh realizace	23
6.7	Metody analýzy dat	24
6.8	Etické normy a pravidla sběru dat.....	24
7	Výsledky	25
7.1	Sociodemografické statistiky	25
7.1.1	Pohlaví a věk.....	25
7.1.2	Sociální status	26
7.1.3	Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů	26
7.1.4	Osoby ve společné domácnosti s dětmi	27
7.2	Tabákové výrobky	27
7.2.1	Celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků.....	28
7.2.2	První zkušenost s kouřením	28
7.2.3	Frekvence kouření v posledních 30 dnech.....	29
7.2.4	Získání cigaret při první zkušenosti s kouřením.....	29
7.3	Alkohol.....	30
7.3.1	Celoživotní prevalence užití alkoholických nápojů.....	30
7.3.2	Frekvence konzumace alkoholu za poslední rok	30
7.3.3	Frekvence konzumace alkoholu za posledních 30 dní.....	31
7.3.4	Konzumace pěti a více sklenic alkoholických nápojů při jedné příležitosti v posledních 30 dnech.....	31
7.3.5	První opilost.....	32
7.3.6	Získání alkoholu při první opilosti.....	33
7.3.7	Obtížnost získání návykových látek	34
7.4	Konopné látky	35
7.4.1	Celoživotní prevalence konopných drog	35
7.4.2	První zkušenost s konopnými látkami	36
7.4.3	Frekvence užití konopných látek za posledních 30 dní	37
7.4.4	Obtížnost získání konopných drog	37
7.4.5	Získání konopných látek při první zkušenosti	37

7.5	Stimulancia.....	38
7.5.1	Prevalence užití stimulancí	38
7.5.2	První zkušenost se stimulancii	40
7.5.3	Obtížnost získání stimulancí.....	41
7.6	Opiáty	42
7.6.1	Prevalence zkušeností s užitím ilegálních opiátů	42
7.6.2	První zkušenost s ilegálními opiáty	42
7.6.3	Obtížnost získání ilegálních opiátů.....	43
7.7	Sedativa a léky na uklidnění	43
7.7.1	Prevalence užití léků na uklidnění, sedativ.....	44
7.7.2	Obtížnost získání sedativ	44
7.8	Halucinogeny	44
7.8.1	Prevalence užití halucinogenů	45
7.8.2	Obtížnost získání halucinogenů	46
7.9	Těkavé látky	47
7.9.1	Prevalence těkavých látek.....	47
7.9.2	První zkušenost s těkavými látkami.....	48
7.9.3	Obtížnost získání těkavých látek	48
7.10	Nové syntetické drogy a anabolické steroidy	48
7.10.1	Prevalence užívání nových syntetických drog a anabolických steroidů.....	49
7.10.2	Obtížnost získání nových syntetických drog a anabolických steroidů	50
7.11	Data týkající se ostatních informací o návykových látkách.....	50
7.11.1	Užití jiné drogy	51
7.11.2	Získání návykových látek při posledním užití.....	51
7.12	Hraní hazardních her	51
7.12.1	Prevalence jednotlivých hazardních her	51
7.12.2	První zkušenost s hazardními hrami	52
7.12.3	Celoživotní zkušenost s hazardními hrami	53
7.12.4	Místo posledního hraní hazardních her.....	53
7.12.5	Osoba přítomná u posledního hraní hazardních her	54
8	Diskuze	55
9	Závěr	59
10	Seznam použité literatury	60
11	Přílohy.....	63

1 Diagnostický ústav

Do diagnostického ústavu přicházejí ve většině případů děti, u kterých se dlouhodobě nedaří odstranit problémové chování. Toto zařízení je má připravit a motivovat k dalšímu vzdělávání, pomoci jim si uvědomit jejich vystupování v běžném životě, a odstranit tak nepřiměřené vzorce chování, kterých se dopouštějí v rodinách, škole a s vychovateli (v případě, že dítě žije v dětském domově nebo jiném ústavu). Klientům dává možnost připravit se na návrat do společnosti a pomáhá jim využít psychoterapeutické principy a postupy, které se v ústavu naučili. Diagnostický ústav zároveň děti chrání před dostupností návykových látek. V případě, že s drogami již zkušenosti mají, pomáhá vzniklý problém řešit. Děje se tak hlavně na základě individuální terapie, skupinové terapie a práce s rodinou (Realizační tým projektu, 2012).

V diagnostickém ústavu jsou klienti posuzováni multidisciplinárním týmem odborníků (psycholog, etoped, vychovatel, učitel a sociální pracovníce). Na základě posudku se děti a dospívající umísťují buď zpět k rodičům, nebo je pro ně vybrána vhodná ústavní péče. Do **dětského domova** jsou situováni klienti ve věku od 3 do 18 let, a to v případě, kdy se nedidiagnostikují závažné poruchy chování. Děti se dále vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětských domovů. Pokud je diagnostikována závažná porucha chování, či přechodná, nebo trvalá duševní porucha, jsou děti umístěny do **dětského domova se školou**. Zpravidla jsou zde klienti od 6 let věku až do ukončení povinné školní docházky. Další možností je **výchovný ústav**, kde jsou klienti řádově ve věku od 15 let do dosažení plnoletosti, či rozhodnutí soudu. Výchovné ústavy se zřizují odděleně pro klienty s nařízenou ústavní výchovou, uloženou ochrannou výchovou, pro nezletilé matky a pro děti s potřebou výchovné péče (Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, 2002).

1.1 Diagnostický ústav v zákoně o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních

Diagnostický ústav je zařízení, které přijímá děti s nařízenou ústavní výchovou, uloženou ochrannou výchovou a nařízeným předběžným opatřením. Požádat o umístění do ústavu může i osoba, která zodpovídá za výchovu dítěte (jinak také dobrovolný pobyt). Děje se tak na základě problémového chování. Dobrovolný pobyt využívají rodiny s dětmi,

kteře se dostaly do komplikované situace. Zpravidla to bývají výchovné či vztahové problémy v rodině.

Cílem diagnostického ústavu je zjištění problémů dítěte a nalezení vhodných řešení, jak je odstranit, nebo alespoň zmírnit. Pro děti, které ukončily povinnou školní docházku, se jako součást diagnostického ústavu zřizují diagnostické třídy s maximálním počtem 8 dětí. V nich je zajištěna příprava na jejich budoucí povolání.

Zařízení se dělí na **dětský diagnostický ústav**, kam jsou přijímány zpravidla děti od tří let do ukončení povinné školní docházky, a **diagnostický ústav pro mládež**, kde jsou umístěni chlapci a dívky od ukončení povinné školní docházky do 18 let. V některých případech se jedná i o zletilé jedince, a to až do 19 let.

Děti, které se do ústavu dostaly na základě problémového chování, a o jejichž diagnostiku požádali rodiče, se vracejí domů. Pobyt zde trvá obvykle osm týdnů (Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, 2002).

1.2 Úkoly, které plní diagnostický ústav

Diagnostický ústav plní celou řadu úkolů, které jsou voleny podle potřeb dětí. V první řadě se jedná o **diagnostické** úkoly. V tomto případě se celková úroveň dítěte (chování, psychický stav, problémové chování a jiné) stanovuje formou pedagogických a psychologických činností. Dále musí ústav zajistit **vzdělávací** potřeby klientů, kdy se v rámci vzdělávacího zařízení zjišťují dovednosti, znalosti a realizují se specifické edukační potřeby dítěte. **Terapeutické** úkoly se mají pokusit napravit poruchy chování, které se projevují ve vztahu k okolí. Zajišťují se prostřednictvím pedagogických a psychologických činností. **Výchovné a sociální** úkoly plní diagnostický ústav tak, aby se vztahovaly k osobnosti dítěte, k situaci v jeho rodině a sociálně– právní ochraně dětí. Podle potřeby pak má za úkol zajistit zdravotní vyšetření dítěte. **Organizační** úkoly zajišťuje ústav v souvislosti s umístěním dětí do ústavní výchovy. Při umístění dítěte mimo spádový územní obvod spolupracuje diagnostický ústav s orgánem sociálně– právní ochrany dětí. Poslední činností, kterou diagnostický ústav zajišťuje, jsou úkoly **koordinační**. Ty ucelují odborné postupy ostatních zařízení v rámci územního obvodu diagnostického ústavu (Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, 2002).

1.3 Diagnostické ústavy v České republice

V České republice můžeme najít **tři diagnostické ústavy pro mládež a osm dětských diagnostických ústavů** (“Databáze ústavní výchovy”, 2016).

- Diagnostický ústav pro mládež Dius v Praze 2 (DÚM Dius)
- Dětský diagnostický ústav v Praze 4
- Diagnostický ústav Homole v Českých Budějovicích
- Diagnostický ústav pro mládež a školní jídelna v Brně
- Dětský diagnostický ústav, základní škola a školní jídelna v Brně
- Dětský diagnostický ústav, základní škola a školní jídelna v Hradci Králové
- Dětský diagnostický ústav, základní škola v Libereci (DDÚ Liberec)
- Diagnostický ústav pro mládež a základní škola v Ostravě – Kunčičkách (DÚM Ostrava)
- Dětský diagnostický ústav v Bohumíně – Šunychl
- Dětský diagnostický ústav v Olomouci
- Dětský diagnostický ústav v Plzni (DDÚ Plzeň)

1.4 Zaměstnanci diagnostického ústavu

V diagnostických ústavech pracuje multidisciplinární tým, jehož členové těsně spolupracují, a snaží se tak jejich klientům co nejvíce usnadnit jejich budoucí cestu životem. Všechny zaměstnance vede ředitel ústavu, případně jeho zástupce.

1.4.1 Etoped

Speciální pedagog, který se uplatňuje v systému ústavní péče jako diagnostik, učitel na speciálních školách a výchovný poradce. Zabývá se diagnostikou a výchovným poradenstvím. Musí znát skladbu dětí, jejich aktuální počet v diagnostickém ústavu, a je nutné, aby se orientoval v aktuálních problémech jednotlivých klientů. Společně s psychologem a pedagogickým pracovníkem třídy pak sestavují tzv. komplexní diagnostickou zprávu, na základě které se rozhoduje o dalších postupech týkajících se dětí a o umístění do jiných ústavů (Steidlová, 2009).

1.4.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník komunikuje hlavně s okolím dítěte a podílí se na závěrečné komplexní diagnostické zprávě dítěte (Steidlová, 2009). Má na starost základní sociální agendu. Eviduje stav přijatých a propuštěných dětí, žádosti o umístění do diagnostického ústavu. Má také informace o naplněnosti spádových zařízení a jedná o přemístění klientů. Náplň práce spočívá i v komunikaci s orgánem sociálně právní ochrany dětí a soudy (Krobová, 2008).

1.4.3 Vychovatel

Vychovatel zastává roli vzdělávacího institutu, avšak na rozdíl od učitele, je s dětmi prakticky 24 hodin denně. Jeho náplní práce je výchova a vzdělání dětí, zodpovědnost za výchovné skupiny a spolupráce s ostatními odbornými pracovníky ústavu. Na konci pobytu píše společně s etopedem, psychologem, sociálním pracovníkem, a učitelem závěrečný posudek (Steidlová, 2009).

1.4.4 Učitel

Učitel zajišťuje edukaci dětí v době vyučování, které probíhá v dopoledních hodinách. Na základě výkladu speciální pedagožky jsem zjistila, že některé děti mohou, přestože že jsou umístěny v diagnostickém ústavu, navštěvovat běžnou školu či zaměstnání. Jedná se však o klienty, kteří se po dobu pobytu v ústavu chovají dobře, a nepředpokládá se, že by se toto chování mohlo změnit. Děti a mladiství, kteří v diagnostickém ústavu zůstávají, mají ohledně vzdělávání speciální potřeby. Jako největší problém se jeví udržení jejich pozornosti. Dle sdělení učitelů v diagnostických ústavech mnoho dětí trpí ADHD. Hyperaktivita bývá hlavním problémem u mladších dětí, až v 80 % však problém převládá i do dospělosti (Theiner, 2012).

1.4.5 Psycholog

Psycholog provádí vstupní a výstupní vyšetření dětí. Zde se nastaví optimální metody pro práci s jednotlivými klienty tak, aby se utvořil individuální plán rozvoje osobnosti. Psycholog má na starost také individuální a skupinová vyšetření, krizovou intervenci ve složitých situacích, kterými prochází nejen děti, ale i rodinní příslušníci. Dále zpracovává ve spolupráci s ostatními zaměstnanci výstupní zprávu, zúčastňuje se porad s učiteli a etopedy (Krobová, 2008).

2 Návykové látky a hazardní hraní u dětí a dospívajících

Užívání návykových látek dětmi má mnoho specifík, která se zásadně liší od užívání u dospělých jedinců. V kapitolách níže jsou popsány rozdíly mezi dospělými a dětmi ve vztahu k drogám, nejčastější diagnostická kritéria, kterými se určují diagnózy u dětí a mladistvých a specifika léčby závislosti u dětí a mladistvých.

2.1 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících

Závislost na návykových látkách se u dětí a dospívajících vytváří mnohem rychleji. Vzniknout může i během pár měsíců, oproti dospělým, u kterých může vytvoření návyku trvat roky i více. Také recidivy jsou u dětí častější, než u dospělých jedinců. Existuje sice možnost, že z dlouhodobého hlediska může nepříznivě vyhlížející situaci léčby zvrátit přirozený proces zrání, avšak i ten může narušit samo zneužívání návykových látek. Díky užívání drog dochází k zaostávání v psychosociálním chování. Obzvláště pak u vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností a dalších. Alkohol a ostatní drogy také narušují vytváření mozkových sítí, které probíhá po celou dobu dospívání, a oproti dětem, které s drogami nemají větší zkušenost, jsou uživatelé značně znevýhodněni (Nešpor, 2011). Dobrým příkladem může být marihuana. Dospívání je pro mladé lidi náročné období. S přibývajícím problémy ve škole a v rodině se často stává, že děti řeší vzniklé situace pomocí konopí (Goodyer & Pánek, 2001).

Díky experimentování s drogami existuje větší nebezpečí, že se mladí lidé dostanou do problémů se zákonem, když páchají trestnou činnost. Děti si často neuvědomují, jaké následky budou mít jejich činy, a vznikají tak problémy doma i ve škole. Největší hrozbou jsou však chyby, které se promítnou na jejich zdraví a životě. Statisticky nejčastější příčinou úmrtí u dětí a dospívajících jsou otravy a úrazy, které často vznikají při akutních intoxikacích způsobených návykovými látkami. Důvodem smrtelných úrazů a otrav je nižší snášenlivost drog, malá zkušenost při užití a větší riskování. Podobným problémem je zneužívání širšího spektra návykových látek, kdy mladiství přecházejí rychle od jedné drogy k druhé, nebo jich užívají více najednou. S tím opět souvisí větší riziko otravy a možnosti úrazů (Nešpor, 2011).

2.2 Nejčastější diagnostická kritéria u dětí

V této části bakalářské práce jsou popsána nejčastější diagnostická kritéria u duševních poruch a poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek, která se užívají u dětských pacientů podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN– 10. Nezabýváme se zde záměrně odvykacím syndromem s deliriem (F10.4) a amnestickým syndromem (F10.6), které nebývají u dětí typické, protože vznikají po dlouhé době abúzu alkoholu.

2.2.1 Akutní intoxikace (F1x.0)

K prokázání této diagnózy je nutná konzumace návykové látky v blízké minulosti, kdy jsou symptomy intoxikace v souladu se známým účinkem látek, a nelze je vysvětlit jiným tělesným onemocněním, které nesouvisí s užitím drogy. Je to hlavní diagnóza v tom případě, když není prokázáno škodlivé užívání nebo závislost. Nejčastější intoxikaci u dětí a dospívajících bývá **akutní intoxikace alkoholem**. Nešpor (2008) ji popisuje nefunkčním chováním (alespoň jeden znak), afektivní labilitou, hádavostí, zhoršenou soudností, poruchou pozornosti a zhoršenou výkonností. K tomu se musí objevit ještě jeden z následujících znaků, a to například nejistá chuť, nystagmus neboli rytmický pohyb oční bulby či červeň ve tváři. Dále se velmi často setkáváme s **akutní intoxikací kanabinoidy**, kdy se jako projev dysfunkčního chování objevuje depersonalizace, neboli pocit odcizení od těla, derealizace, jinými slovy pocit, že svět není reálný a uživatel se pohybuje spíše ve snu. Dalšími příznaky je euforie, halucinace při zachovalé orientaci, pocit zpomalení času a k tomu další nejméně jeden znak: např. zvýšená chuť k jídlu, tachykardie, nebo sucho v ústech. Je nutné zmínit také **akutní intoxikaci stimulancii**, z důvodu častého užívání mezi mladistvými v České republice. Projevuje se dysfunkčním chováním, jako je zvýšená bdělost, paranoidní představy, euforie a pocity zvýšené energie, obtěžující chování, nebo agresivita a dále musí splňovat alespoň dva somatické znaky, např.: rozšíření zornic, psychomotorický neklid, návaly potu a další (Hort, 2008).

2.2.2 Škodlivé užívání návykových látek (F1x.1)

Při škodlivém užívání návykové látky dochází k fyzickému a duševnímu poškození, které přichází v důsledku užití drogy. Příznaky trvají nejméně měsíc, nebo se opakovaně objevují během 12 měsíců. Nesmí však splňovat kritéria jiných duševních onemocnění (Hort, 2008).

2.2.3 Závislost na návykových látkách (F1x.2)

Níže uvedené příznaky musejí trvat nejméně měsíc, nebo se opakovat nejdéle ve dvanáctiměsíčním úseku, kdy musejí být přítomny nejméně 3 znaky ve stejné době:

- **bažení** neboli **craving**, které je tak silné, že mu uživatel nedokáže odolat,
- **neschopnost kontrolovat začátek a konec užívání látky**,
- **tělesný odvykací stav**,
- **růst tolerance**, který souvisí s pravidelnou konzumací návykové látky,
- **zanedbávání zájmů**,
- **pokračování v užívání návykové látky i přes vědomí škodlivosti drogy** (Popov, 2003).

2.2.4 Odvykací syndrom (F1x.3)

Odvykací syndrom lze diagnostikovat, pokud pacient návykovou látku užíval v delším časovém úseku a nedávno drogu vysadil. Odvykací syndrom se objevuje u opiátových drog, alkoholu, sedativ a hypnotik. Mezi nejnebezpečnější abstinenci příznaky, které ohrožují člověka na životě, patří odvykání na alkoholu, sedativech a hypnotikách. Symptomy se musí shodovat s kritérii pro odvykací syndrom, a nesmí se dát vysvětlit jiným somatickým onemocněním. U sedativ a hypnotik jde v lehčích případech o nevolnost, pocení, nespavost a jiné, v těžších případech může dojít k epileptickým záchvatům, halucinacím a psychotickým obtížím. U alkoholu se symptomy velmi podobají abstinenci příznakům u benzodiazepinů, avšak děti a dospívajících se týkají jen zcela výjimečně, protože vznik závislosti na alkoholu trvá zpravidla dlouhou dobu (Hort, 2008).

2.2.5 Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami (F1x.5)

Tato porucha je charakteristická živými halucinacemi, bludy a psychomotorickými poruchami. Objevuje se během užívání, maximálně však dva týdny po něm. Trvá déle než 48 hodin, a zároveň halucinace nesmí přesáhnout délku trvání 6 měsíců. Nejčastěji se objevuje u užití marihuany a pervitinu (Hort, 2008).

2.2.6 Psychotická porucha s pozdním začátkem (F1x.7)

Jedná se o stav, kdy se opakují prožitky, které se objevují při užití návykové látky (tzv. „flashback“), i když látka užita nebyla. Takovéto stavy zpravidla odeznívají abstinencí (Hort, 2008).

2.3 Patologické hráčství (F63.0)

Patologické hráčství je záměrně odděleno od diagnostických kritérií u duševních poruch a poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek, protože není způsobeno návykovými látkami. Zařazeno je mezi **poruchy osobnosti a chování u dospělých**. Je však provázáno obdobnými symptomy jako závislost na drogách a podobným způsobem se i léčí (Hort, 2008). Diagnostika patologického hráčství je v medicíně složitá a názory se na ni různí podle jednotlivých nosologických jednotek klasifikací nemocí různých zemí. Zřejmé je jen to, že neexistuje jediný koncept hráčství jako nemoci (Zahradník, 2005). Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje patologické hráčství jako poruchu, která se projevuje častým opakováním jednotlivých epizod hráčství. Dotčenému subjektu přivodí újmu na poli rodiny a zaměstnání, a důsledek způsobuje značné materiální problémy. Závislí popisují své stavy tak, že jsou vnitřně nuceni ke hře, a tyto stavy nelze ovládat (Hort, 2008). Názory na etiologii patologického hráčství se různí a existuje celá řada hypotéz. Verosta popsal podle Moyerové pět základních teorií hráčství: *„Hráčství jako porucha kontroly impulsů (koreluje s definicí dle MKN– 10), hráčství jako ekvivalent afektivní poruchy (zejména deprese), hráčství jako obsedantně kompulsivní porucha, hráčství jako nelátková závislost a hráčství jako směsice rozmanitých poruch, charakterizovaných společnými behaviorálními projevy (a z toho vyplývající snaha léčit pacienty prostředky kognitivně – behaviorální terapie)“* (Verosta, 2012, s. 4). V České republice se jeví patologické hráčství jako velký problém (v populaci asi tři a více procent) a ohroženy jsou dle výzkumů nejvíce děti, protože zvýšeně či odlišně reagují ve vztahu k rozvoji závislosti (Verosta, 2012).

2.4 Specifika léčby u dětí a dospívajících

Oproti dospělým je u dětí a dospívajících několik zásadních rozdílů v léčbě. Můžeme díky nim předejít budoucím problémům, které se týkají dlouhých období recidiv a s nimi souvisejícími riziky. Obecně se používá v první řadě **rodinná terapie**. Její význam je mnohem hlubší, než při léčbě dospělých jedinců z důvodu velké závislosti dětí na rodičích. Apeluje se na to, aby rodiče se svými ratolestmi trávili v této těžké době co nevíce

možného času a aktivně se podíleli na jejich léčbě. Větší význam má také **získávání nových dovedností pro život**. V ohledech pracovních a studijních návyků, řešení problémů a konfliktů, sebestrosazování a komunikačních dovedností jsou ve většině případů značně pozadu. Často bývá potřebné i **poradenství** ve vztazích, právních a zdravotních záležitostech. Velmi prospěšnou a důležitou součástí léčby je **psychoterapie**, která se na rozdíl od dospělých orientuje spíše k aktuálním problémům. Využívá se skupinová terapie, individuální terapie, arteterapie, relaxační a imaginativní techniky. **Ústavní léčba** je u dětí zásadní. Ve většině případů se nedaří dítě udržet v ambulantní léčbě bez recidivy. Nejčastějším důvodem je nefungující rodinné prostředí, kam se dítě vrací.

Co se týká farmakoterapie, je třeba brát v úvahu dvě okolnosti. Řadu psychofarmak lze zneužít a na compliance při farmakoterapii se u mladistvých nedá spoléhat. Jinými slovy je třeba počítat s tím, že dohoda mezi pacientem a lékařem, zvláště u mladých lidí, nemusí být vždy na „úrovni“ dospělého člověka, a tím pádem je i dost nespolehlivá. Lékař musí počítat s tím, že pacient léky svévolně vysadí, nebo že se během léčby intoxikuje jinou látkou. Měl by proto vybírat léčebné preparáty tak, aby nedošlo k ohrožení na životě vlivem interakcí léků a drog (Hort, 2008).

3 Vlivy zvyšující riziko užívání drog a patologického hráčství

Faktorů, které se podílejí na vzniku závislosti, může být celá řada. Jsou to kombinace biologických, sociálních, psychologických a spirituálních činitelů, které mohou působit jak protektivně, tak i rizikově (Šerý, 2007). Kudrle popisuje příčinu závislosti jako komplexní záležitost bio– psycho– sociálně– spirituálních faktorů (Kalina, 2003).

3.1 Faktory biologické

Od konce 60. let, kdy se alkoholismus zařadil jako diagnóza do mezinárodní klasifikace nemocí, se začaly hledat příčiny a souvislosti na biologické úrovni (Kalina, 2003). Faktory biologické se dále dělí na **vnější a vnitřní** (Šerý, 2007).

3.1.1 Vnější faktory

Do vnějších faktorů zahrnujeme období prenatální, perinatální i postnatální. Velký vliv hraje například stres matky v těhotenství, kvalitní strava, ale i vliv návykových látek užívaných matkou na plod (nejčastěji alkohol a tabák). Do vnějších faktorů zahrnujeme i průběh dětství, kde se promítá vliv rodiny, týrání a zneužívání. Z tohoto je evidentní, že se vnější činitele mohou zároveň prolínat i se sociálními vlivy (Šerý, 2007).

3.1.2 Vnitřní faktory (dědičnost)

Dědičnost můžeme chápat jako přenos informací z jedné generace na druhou. Nositelem jsou geny, které se přenášejí při početí z rodičů na děti prostřednictvím gamet, z nichž každá nese od jednoho rodiče polovinu potřebných chromozomů. Geny jsou nositelem nejen vzhledu (barva očí, tělesná stavba a další), ale i temperamentu a inteligence (Kern, 2006). Na základě studií dvojčat a adopčních studií bylo zjištěno, že se geny podílejí na vzniku alkoholismu a drogové závislosti z asi 40 – 60% a účastní se tak přibližně stejnou měrou, jako prostředí. Byla také zjištěna podobnost látkových závislostí s jinými poruchami, mezi které patří i patologické hráčství. Je patrné, že oba druhy závislosti mají společného genetického jmenovatele (Šerý, 2007). Na základě výzkumů ve výroční zprávě o hazardním hraní v České republice z roku 2014 bylo zjištěno, že patologičtí hráči pravidelně užívají souvisle s hraním návykové látky (nikotin, alkohol) a to až v 85% (Mravčík et al., 2015).

Jako vnitřní biologický faktor můžeme považovat ADHD, neboli hyperkinetickou

poruchu. Popisuje se třemi deficity a to porucha pozornosti, hyperaktivita a vyšší impulzivita. V pubertálním období se pak přidávají problémy s plánováním a organizací, ve větší míře se objevuje agresivní a delikventní chování, či a užívání návykových látek (Theiner, 2012).

3.2 Faktory psychické

Psychické vlivy a faktory pro rozvoj nadměrného užívání návykových látek jsou nadále zkoumány. Má se za to, že psychické faktory mohou dítě ovlivňovat již v období těhotenství matky a při porodu v souvislosti se zážitky, které způsobilo určité biologické poškození. Například stres matky se podle poznatků přenáší na plod. Dalšími významnými vlivy, které ovlivňují vznik závislosti, jsou úroveň postnatální péče, vývoj, rozvoj a rozlišení potřeb dítěte a jejich přiměřené uspokojování okolím s respektem hranic. Kudrle (2003) dále uvádí, že např. u alkoholiků se může závislost rozvinout z důvodu opakovaného abusu alkoholu, který ze začátku působí anxiolyticky a antidepresivně. Delším užíváním však působí opačným způsobem a uživatel se tak dostává do bludného kruhu, kdy si „automedikuje“ alkohol jako lék na deprese. Takové stavy se pak prohlubují a jsou příčinou depresivních a úzkostných stavů (Kalina, 2003).

3.3 Faktory sociální a kulturní

Sociální a kulturní faktory se vzájemně prolínají a patří neoddělitelně k sobě. Jsou mezi nimi však některé rozdíly. Sociální faktory vnímáme jako interakci mezi jednotlivci a jejich kolektivním soužitím. Zahrnují celou oblast mezilidských vztahů od mikro po makro úroveň. Mezi sociální faktory můžeme zařadit vliv rodiny, přátel, vrstevníků, společenského statutu a norem zejména v období dospívání (Šerý, 2007). Dále to jsou faktory zahrnující sociální demografii, vzdělávací systém, lokalita bydliště, stigmatizace a deviace. Kulturní faktory zahrnují systém myšlení, smyslu a morálky jednotlivých národů, nebo etnických skupin. Projevují se v normách, zvycích symbolech, mýtech a rituálech, které jsou specifické pro jednotlivé subkultury (Abbott et al., 2013). Základním sociálním faktorem je však dle mého názoru rodina. Při léčbě závislostí u dospívajících je jednou z nejdůležitějších složek terapie.

3.3.1 Rodina

Všechny děti si přejí být pro své rodiče středem světa bez ohledu na to, jak se chovají a kým jsou. Prostřednictvím lidí, kteří je vychovávají, se učí rozumět prostředí kolem sebe.

Pokud se dětem nedostane klidné atmosféry a jistoty v rodině, jen těžko si uvědomí svou vlastní důležitost a hodnotu. Vznikají tak problémy, jež se v dospělosti těžko napravují (Barnard, 2011).

Existuje mnoho rizikových faktorů, které se mohou v rodině objevit a přispět tak ke vzniku závislostí u dítěte a dospívajícího. Svoboda je v rodině důležité téma, které těsně souvisí s nezávislostí. Tato hranice je však tenká a rizikovým prostředím jsou takové rodiny, kde panují extrémní poměry. Na jedné straně přílišná svoboda, kdy se stává problémem nadměrná volnost a nedostatek kontaktu mezi rodičem a dítětem, příliš liberální a nedůsledná výchova, na straně druhé přílišná nesvoboda, kdy dospívající pro sebe nemá dostatek soukromí. Dítě může mít náročného rodiče, který se nadměrně nabourává do intimity dospívajícího, z čehož se zpravidla objeví problémy. Ratolest se přetěžuje, nesnese selhání a potlačuje své citové a jiné potřeby. Další chybou ve výchově bývá předčasná zralost dětí, která úzce souvisí s dalším úskalím, kdy dítě funguje jako důvěrník rodiče. Příkladem mohou být rodiny, které se potýkají s rozvodem. Domácí prostředí se tak dělí na dvě strany a dítě se stává prostředníkem mezi oběma znesvářenými stranami. Může se stát, že ani na jednu z rolí nemusí být emočně připravené a ze strany rodičů může být vlastně tímto způsobem zneužíváno. Objevuje se i manipulativní jednání v rodině, konflikty, které se neřeší, nebo se nepříjemné pocity řeší pomocí náhradních prostředků, jako je nadměrný stud a nadměrné pocity viny (Hajný, 2001).

Zvláštním případem jsou děti a dospívající, kteří vyrůstají v rodinách, kde už problémy s drogami jsou. Na základě souboru čítajícího 36 mladých lidí a dětí, kteří se zúčastnili studie „Děti vyrůstající v domácnostech s prvkem drogové závislosti“, byly popsány pocity, které mladí lidé prožívají.

To, kdy děti poznají, že jejich rodiče užívají návykové látky, není možné kategoricky stanovit. V každém případě jsou na změny rodinné dynamiky velmi citlivé a kolem 11. a 12. roku už většinou tuší, že se něco děje. Svědky užívání návykové látky rodičů jsou asi z poloviny, děti přímo. Z takovýchto zážitků si odnášejí jistá traumata a záměrně zážitek vytěsňují.

Nejvíce děti tíží, že droga je pro jejich rodiče na prvním místě, a že na ně stále nemají čas. Místo toho, aby ústřední roli v rodině hrály děti, nahradila ji droga. To vyvolává pocit beznaděje, odloučení a nejistoty. V dětech probudí úzkosti, traumata a pocit, že o ně jejich nejbližší ztrácí zájem. Dojem, že jsou nechtěné, se projeví v plné míře

na jejich sebevědomí. Kvůli tomu, že činnosti spojené s drogami velmi často převládly nad péčí o ratolesti, neměly tak řád a tento důsledek se vzápětí projevil na jejich školní docházce. Mezi další vnímané problémy patří nedostatek peněz, rostoucí dluhy, stěhování a násilí.

Velkým problémem, který se týká dětí a dospívajících v rodinách drogově závislých, se stává také převzetí zodpovědnosti o domácnost, včetně sourozenců a dokonce i o jejich rodiče. Strach, že na všechno zůstanou samy, je nutí být hyperprotektivní. Někdy to dochází tak daleko, že přestávají chodit do školy a začínají shánět peníze na návykové látky, aby se jejich rodičům udělalo lépe.

Všechny tyto nepříznivé podmínky ve větší či menší míře poznamenaly životy dětí. Z dostupných výzkumů vyplývá, že takové děti mají v dospělosti potíže, k nimž patří i větší pravděpodobnost užívání návykových látek (Barnard, 2000).

3.3.2 Vrstevníci

Nezastupitelnou sociální roli vedle rodiny hrají vrstevníci. Toto téma však také z velké části ovlivňuje znovu rodina, která by měla dítě podpořit ve zdravém a aktivním rozvoji a zaplnit tak jejich čas smysluplnými aktivitami (Kalina, 2003).

3.4 Faktory spirituální

Existenciální otázky jsou velice subjektivní a pro mnoho lidí těžko uchopitelné. Smysl života člověk dostává prostřednictvím hodnot, jejich naplnění a úzce souvisí s fenomény spirituality a religiozity. V důsledku je smysl života spojen i se závislostí. Česká republika je země, kde se objevuje nejvyšší počet indexu závislosti a naproti tomu je jednou z nejméně věřících zemí na světě. Uvádí se, že jednou z příčin užívání psychoaktivních látek, může být touha po spirituálních zážitcích, nebo tzv. spirituální krize (Kavenská, 2009). Dle Bokové byl u minulých generací přechod od dětství k dospělosti jasně daný a probíhal mnohem rychleji, než v dnešní době. Současně byl provázen například závěrečným rituálem. Mladý člověk si tak lépe uvědomil hranici mezi dospělostí a dětstvím a přijal tak svoji novou roli se všemi právy a povinnostmi. V dnešní složité struktuře společnosti se tato jasná hranice maže, protože je kladen důraz na vzdělávání. Důsledkem je to, že se stále prodlužuje období od nástupu puberty k dosažení plné dospělosti (Lovasová, 2005).

V České republice je nejznámější svépomocnou skupinou společenství Anonymní

alkoholici a Anonymní narkomani, která využívá spiritualitu jako jeden z prostředků dosáhnout abstinence. Program uzdravení Anonymních alkoholiků a narkomanů se zakládá na čtyřech doporučených aktivitách. Jedná se o účast na svépomocných skupinách, dvanáct tradicí společenství, práci ve službě pro společenství a dvanáct kroků společenství Anonymních alkoholiků a narkomanů (Anonymní alkoholici, 2011).

4 Školní studie

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách a Studie Health behaviour in school- aged children jsou dva důležité výzkumy, které podávají informace o užívání návykových látek a kvalitě života a společenském kontextu u dětí a dospívajících. Výsledky ze studie ESPAD byly použity pro srovnání výsledků výzkumu, který byl proveden u dětí a dospívajících v diagnostických ústavech.

4.1 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)

ESPAD je mezinárodní projekt a také nejrozsáhlejší studie, zaměřená na užívání návykových látek u dospívajících, která se opakuje každé čtyři roky. Bylo do něj zařazeno už celkem 37 evropských zemí. Věková kohorta dotazovaných je 16 let. Výzkumníci, s cílem vytvořit standardizovanou studii, která bude monitorovat užívání návykových látek mezi mladistvými po celém světě, spolupracují na tomto projektu již od 80. let minulého století. Sběr dat, do kterého se zapojilo 26 zemí Evropy, tak proběhl poprvé v roce 1995 a naposledy v roce 2015 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Data se v tuto chvíli zpracovávají.

Primárním cílem celé studie je podat informace o užívání alkoholových a nealkoholových drog u dětí ve věku 16 let. Sekundárními cíli jsou informace o užívání návykových látek mezi jednotlivými zeměmi a jejich trendy, které můžou předpovědět jejich postupné šíření mezi státy a přispějí tak k efektivním opatřením.

Česká republika se zúčastnila prvního sběru dat v roce 1995 spolu s 25 zeměmi Evropy. Realizovalo ji Národní centrum podpory zdraví. Kontinuita účasti na tomto programu měla rozhodující význam a pro Českou republiku obsahovala cenná data. Na řešení projektu participovalo Psychiatrické centrum Praha, Národní monitorovací středisko a Lékařské informační centrum s agenturou INRES- SONES. Efektivita projektu byla posílena díky vzniku Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (Chomynová, Csémy, Grolmusová, & Sadílek, 2014).

4.2 Studie Health behaviour in school– aged children

Souběžně s projektem ESPAD probíhá studie Health behaviour in school– aged children (dále jen HBSC). HBSC je studie, která již 30 let pomáhá nahlédnout do kvality života a společenského kontextu mladých lidí. Tato výzkumná spolupráce, která probíhá s World Health Organization pro Evropu, se provádí jednou za 4 roky ve 44 zemích a oblastech po celé Evropě a Severní Americe, včetně České republiky. Výzkumu se zúčastňují děti ve věku jedenáct, třináct a patnáct let. Studie je důležitá pro pochopení, jak moc je pro dospívající důležitý socioekonomický status, vztahy v rodině, mezi vrstevníky a ve škole a vnímání zdravotního stavu a životní spokojenost (The Health Behaviour in School– aged Children (Inchley, 2016).

5 Prevence u dětí a mladistvých v diagnostických ústavech

Význam slova prevence si můžeme vyložit jako včasnou ochranu, či opatření, která byla vykonána předem. Cílem **primární prevence** je předcházet užití drogy (či jej alespoň co nejvíce oddálit). **Sekundární prevence** se používá tehdy, když uživatel drogu bere, ale nevzniklo ještě žádné fyzické poškození. **Terciální prevence** se překrývá s léčbou závislosti a zároveň by měla mírnit škody, které vznikají užíváním látek. Dále lze prevenci dělit na **všeobecnou prevenci**, která se vztahuje na celou populaci (v našem případě na všechny děti a dospívající), **selektivní prevenci**, jejíž cílová skupina jsou děti a dospívající se zvýšeným rizikem užívání návykových látek, které však ještě návykové látky neužívají. Poslední je **indikovaná prevence**. Ta je pro děti, které již vykazují varovné známky užívání návykových látek (Nešpor, Csémy, & Pernicová, 1999). Při rozdávání dotazníků v diagnostických ústavech bylo na základě komunikace se zaměstnanci zjištěno, že v zařízeních jsou jak děti, které ještě návykovou látku neužily, ale je velká šance, že by ji užít mohly, tak děti, u kterých je důvodné podezření, že návykové látky již užívají anebo je tato skutečnost již potvrzená. Proto bude tato kapitola věnována především selektivní a indikované prevenci.

5.1 Selektivní prevence

V prostředí diagnostických ústavů je více než nutné používat selektivní preventivní program. Ten totiž počítá s výskytem rizikových mladistvých a tato skutečnost se musí zohlednit. Mezi faktory zvýšeného rizika u dětí a dospívajících patří užívání alkoholu někým z rodiny (rodiče, sourozenci), poruchy chování, ADHD, chronické bolestivé onemocnění, týrání, nebezpečné sociální prostředí a problémy s prospěchem. Patří mezi ně i studijní prostředí specifických škol, hlavně střední školy bez maturity. V případě selektivní prevence je nutné dodržovat zásady všeobecné prevence a dále specificky cílit na následující podmínky (Kalina, 2003).

Nabídku pomoci vždy cílíme přímo na problémového dospívajícího, nikoliv na celou skupinu, jako je tomu u všeobecné prevence. Je třeba definovat jednotlivé potřeby dítěte, např. pomocí Tanterova screeningového dotazníku. Program musí být vždy intenzivní a je nutné volit shodné strategie k naplnění cílů. Je nezbytně nutná spolupráce s ostatními organizacemi (psychologické poradny, zdravotnické zařízení a jiné organizace) a s rodiči. Ve většině případů je problémové dítě důsledek nefungujícího rodinného prostředí a je třeba jej léčit jako celek. Nejvíce doporučovanou metodou je rodinná terapie. Důležitá je

integrace dítěte do nového prostředí, např. nová škola. I tady jsou některé rizikovější obory, ke kterým typicky patří obor kuchař, číšník, pracovníci ve zdravotnictví a další (Nešpor, Csémy, & Pernicová, 1999).

5.2 Indikovaná prevence

Indikovaná prevence se soustředí na jedince, kteří již dogy užili, či užívají, ale zatím u nich nebyla diagnostikována kritéria pro závislost (McGrath, 2007). Cílem je oddálení užití drog, případně snížení intenzity jejich užívání prostřednictvím dobře a cíleně zvolených postupů, jak s dítětem pracovat.

5.3 Efektivní složky preventivních programů

Na základě přehledu dostupných informací bylo zjištěno, že efektivní složkou preventivních programů pro mladé lidi jsou interaktivní metody edukace, protože mohou poskytnout prostor na vzájemnou komunikaci a dětem se tak dostane dostatečné zpětné vazby. Dalším důležitým prostředkem, jak efektivně předcházet užívání drog, je znalost sociálních aspektů, které souvisí s užíváním. Jako posilující se jeví zapojení do komunity. Doplňkové a rozšiřující aktivity se neprokázaly jako příliš účinné, stejně jako se nepotvrdilo, že by intenzivní programy byly efektivnější, než programy s nižší intenzitou.

Specifickou složkou prevence se stává **rodinná intervence**. Bylo zjištěno, že pevné vztahy v rodině pomáhají předcházet problémovému chování a předejdou tak užívání návykových látek a patologického hráčství. Pro děti ve věkovém rozmezí tři až deset let je vhodné, aby jejich rodiče navštívili behaviorální trénink, jinak také rodičovský kurz. Tento kurz podstupují výhradně rodiče a učí se zde uplatňovat behaviorální strategie ve vztahu k dětem. Kurz výchovných dovedností se praktikuje společně s dětmi a byla u něj prokázána vyšší míra retence. U rodinné terapie bylo zjištěno, že tyto programy jsou efektivnější u rodin, v nichž panují problematické vztahy (McGrath, 2007).

6 Metodologie výzkumu

Výzkumným problémem je zjistit situaci užívání návykových látek a míru hraní hazardních her u dětí a mladistvých v diagnostických ústavech.

6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je podat přehled o situaci užívání návykových látek u dětí a mladistvých v diagnostických ústavech a vybraná data porovnat s výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2011. Dalším cílem je zjistit specifika užívání návykových látek a hraní hazardních her v jednotlivých ústavech, které jsou umístěny v Praze, Ostravě, Liberci a Ostravě, a pomoci nastavení včasné prevence. Posledním cílem je zmapovat hraní hazardních her u dětí z diagnostických ústavů.

6.2 Výzkumné otázky

Provedený výzkum by měl potvrdit anebo vyvrátit hypotézu, že děti a mladiství z diagnostických ústavů začínají s užíváním návykových látek dříve a frekvence užívání je častější než u jejich vrstevníků v obecné populaci. Dále předpokládáme, že jednotlivé ústavy z různých částí České republiky budou vykazovat jiné vzorce užívání návykových látek a hraní hazardních her.

6.3 Design výzkumu

Předmětem dotazníkového šetření byly děti a dospívající z diagnostických ústavů, rozmístěných po České republice. Cílem bylo zmapovat zkušenosti respondentů s návykovými látkami a hraním hazardních her. Použita byla metoda kvantitativního výzkumu a proběhla pomocí dotazníkového šetření.

6.4 Metody sběru dat

Dotazníkové šetření bylo realizováno ve čtyřech diagnostických ústavech z různých částí České republiky. Jednalo se o dětské diagnostické ústavy (Liberec a Plzeň) a diagnostické ústavy pro mládež (Praha a Ostrava). Nestandardizovaný dotazníkový formulář je inspirovaný z modelového dotazníku ESPAD. Obsahuje oblast tematických okruhů, které se týkají legálních i nelegálních návykových látek mezi mládeží. Byl zde sledován výskyt kuřáctví, zkušenosti a míra užívání alkoholu a nelegálních drog a získání takových látek. Dotazník byl oproti výzkumu ESPAD rozšířen o otázky týkající se hraní hazardních her. Celkem se jednalo o 29 otázek. Otázky byly formulovány tak, aby na sebe

navazovaly, a okruhy byly doplněny barevnými obrázky.

Realizace dotazníku probíhala v předem domluvených termínech, které schvalovali ředitelé jednotlivých diagnostických ústavů. Ústavy byly navštíveny v průběhu školního roku 2015/2016, konkrétně od listopadu 2015 do dubna 2016. Jednotlivé ústavy byly vždy navštíveny autorkou osobně, avšak v jednom případě byly dotazníky rozdány bez přítomnosti autorky. Bylo to z důvodu nedostatku času ve výuce ze strany DDÚ Plzeň. Dotazníky byly později rozdány učitelem třídy.

6.5 Výběrový soubor

Cílovou skupinou byli chlapci a dívky v diagnostických ústavech pro děti a mládež, ve věku od 11 do 18 let, kteří byli v den realizace výzkumu přítomni. Výběrový soubor byl konstruován tak, aby splňoval různorodé četnosti ústavů po celé České republice. Kontaktovány byly diagnostické ústavy po celé zemi, avšak do výzkumu se nakonec zapojily jen tyto ústavy: Diagnostický ústav pro mládež DIUS v Praze 2, Dětský diagnostický ústav v Liberci, Dětský diagnostický ústav v Plzni a Diagnostický ústav pro mládež v Ostravě. Celkem se výzkumu zúčastnilo 72 mladistvých. Účast byla dobrovolná, ale nebyl nikdo, kdo by odmítl dotazník vyplnit.

6.6 Praktický průběh realizace

V červnu roku 2015 byl v rámci předmětu Metodologie výzkumu v adiktologii II (Drogová epidemiologie a monitorování drogové situace) autorkou proveden výzkum, který se zaměřoval na výskyt užívání konopných látek u dětí z diagnostického ústavu pro mládež v Praze 2 – DIUS. Kromě zjištění informací o výskytu užívání konopných drog, bylo cílem nasbírat zkušenosti při sběru dat a zaměřit se na konstrukci dotazníku k bakalářské práci. Přípravný dotazník byl inspirovaný dotazníkem pro ESPAD. Výsledky sloužily mimo jiné k úpravě formulací otázek tak, aby byly pro děti srozumitelné. Byla ověřena také skutečnost, že vzhledem k reliabilitě a validitě dat je třeba, aby dotazníky nerozdávali vychovatelé. Tato skutečnost byla ověřena, když vzhledem k nedostatku času ve výuce, musely být dotazníky v rámci bakalářské práce v DDÚ Plzeň rozdány následující týden učitelem. Dále bylo na základě přípravného dotazníku potvrzeno, že výzkum k bakalářské bude třeba realizovat v menších skupinách, protože s poměrně velkou částí otázek potřebovali klienti ústavů při vyplnění pomoci. Jednalo se převážně o otázky týkající se prevalence, kdy jim bylo třeba vysvětlit, jak je otázka myšlená. Dalším problémem byla nesoustředěnost klientů. Nicméně ani potřeba rozdávání dotazníků

v menších skupinách, nemohla být ve všech ústavech realizována. Nejvíce prostoru dostala autorka v DDÚ Liberec, naopak největší skupina byla v DÚM Dlus.

Od září 2015 byli prostřednictvím emailu osloveni ředitelé diagnostických ústavů na území České republiky. Byl jim popsán průběh realizace výzkumu a v příloze přiložen vzor dotazníku s otázkami. Do výzkumu se nakonec zapojily 4 diagnostické ústavy z různých částí České republiky. Realizace proběhla od listopadu 2015 do dubna 2016. Připravovaný dotazník byl ve třech případech zadán autorkou práce, jen v jednom případě jej rozdával vychovatel. Před sběrem dat byli klienti seznámeni s tématem, účelem dotazníkového šetření a jeho anonymitou. Dotazníky po vyplnění klienti donesli do připravené obálky, která byla po sesbírání všech dat zalepena.

6.7 Metody analýzy dat

Při vyhodnocování dotazníků byla provedena kontrola úplnosti dat. Otázky, ve kterých chyběly odpovědi, byly nahrazeny kódem 99. Výsledky analýzy dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel 2010 a pomocí kontingenčních tabulek převedeny v tabulkách a grafech do závěrečné bakalářské práce.

6.8 Etické normy a pravidla sběru dat

V rámci výzkumu nebyly shromažďovány údaje podléhající ochraně osobních údajů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Respondenti byli srozuměni s tím, že data z dotazníkového šetření nebudou nijak zneužita a jsou anonymní. Po sesbírání dat byl každému dotazníku přiřazen kód, skládající se z pořadového čísla a písmene, které označovalo konkrétní diagnostický ústav.

7 Výsledky

Dotazníkové šetření proběhlo ve čtyřech diagnostických ústavech z různých částí České republiky. Jednalo se o dětské diagnostické ústavy (Liberec a Plzeň) a diagnostické ústavy pro mládež (Praha a Ostrava). Cílem bylo zmapovat sociální status, prevalenci a věk první zkušenosti s jednotlivými návykovými látkami. Vybrané otázky byly porovnány s výsledky obecné populace ve věku 15– 16 let ze studie ESPAD s vybraným vzorkem respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15– 16 let tak, aby bylo možné otázky porovnat. Bohužel v určeném věku bylo jen 30 respondentů. Další část okruhu otázek byla věnována zkušenosti hraní hazardních her.

7.1 Sociodemografické statistiky

U otázek týkajících se sociálního okruhu byla zjišťována data, zaměřující se na četnosti pohlaví v jednotlivých diagnostických ústavech, věk a sociální status u respondentů diagnostických ústavů. Dále bylo sledováno nejvyšší dosažené vzdělání rodičů a objevila se zde otázka na osoby, se kterými žijí děti ve společné domácnosti.

7.1.1 Pohlaví a věk

Výzkumu se zúčastnilo 75 % mužů a 25 % žen. Kromě diagnostického ústavu DIUS se jedná o smíšené ústavy – **tabulka 1**. Největší počet respondentů byl ve věku 15 let a to 25 %, dále pak ve věku 17 let a to 23,6 %. Nejméně respondentů bylo ve věku 11 a 12 let – **tabulka 2**.

Tabulka 1 – četnosti pohlaví v jednotlivých diagnostických ústavech

Diagnostický ústav	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (v %)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
DÚM Ostrava	15	4	19	78,9	21,1	26,4
DDÚ Plzeň	8	9	17	47,1	52,9	23,6
DDÚ Liberec	11	5	16	68,8	31,3	22,2
DÚM Praha	20	0	20	100,0	0,0	27,8
Celkový součet	54	18	72	75,0	25,0	100,0

Tabulka 2 – věk respondentů

Věk	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
11	1	1,4
12	2	2,8
13	9	12,5
14	9	12,5
15	18	25,0
16	12	16,7
17	17	23,6
18	3	4,2
Neodpověděl	1	1,4
Celkový součet	72	100,0

7.1.2 Sociální status

Na základně dotazníkového šetření udávalo 86,1 % klientů diagnostického ústavu svůj sociální status jako studující. Jako osoby, které nestudují a zároveň ani nepracují, se označilo 12,5 % a jako pracující bylo označeno 1,4 % respondentů – **tabulka 3**.

Tabulka 3 – sociální status

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
Student	62	86,1
Nezaměstnaný	9	12,5
Zaměstnaný	1	1,4
Celkový součet	72	100,0

7.1.3 Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů

Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů nebylo schopno zodpovědět u matky 29,2 % respondentů, u otce se jednalo o 38,9 %. Základní vzdělání udávalo u matky 19,4 %, zatím co u otce se jednalo o 8,3 %. Největší procentuální zastoupení dosaženého vzdělání rodičů bylo středoškolské vzdělání (matka 45,9 %, otec 43,1 %). Vysokoškolské vzdělání udávalo u matky 4,2 % a u otce 6,9 % – **tabulka 4**.

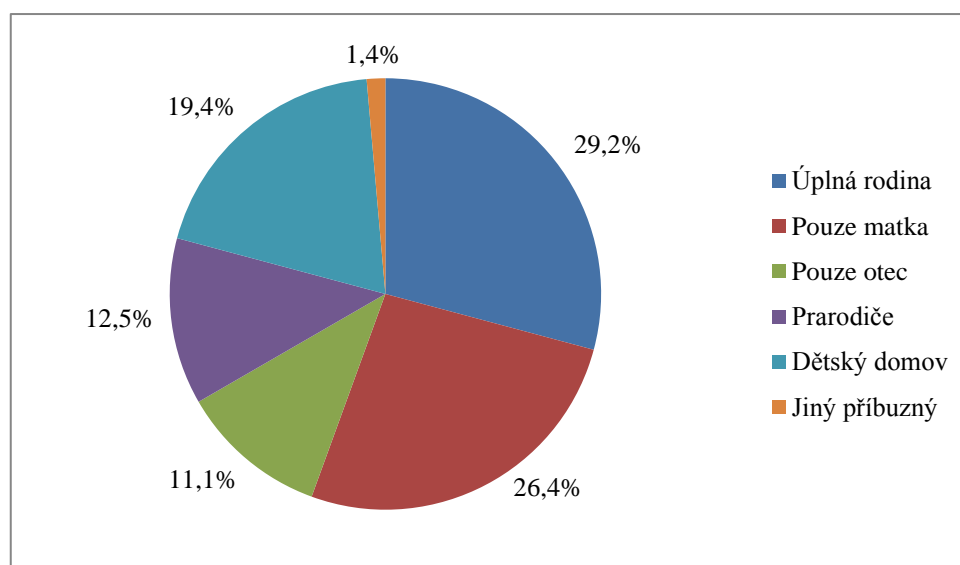
Tabulka 4 – dosažené vzdělání rodičů

	Otec		Matka	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
Nevím	28	38,9	14	29,2
Základní	6	8,3	21	19,4
Střední bez maturity	18	25,0	21	29,2
Střední s maturitou	13	18,1	12	16,7
Vysokoškolské	5	6,9	3	4,2
Neodpověděl	2	2,8	1	1,4
Celkový součet	72	100,0	72	100,0

7.1.4 Osoby ve společné domácnosti s dětmi

Bylo zjištěno, že 37,5% dotazovaných žije jen s jedním z rodičů (26,4 % s matkou a 11,1 % s otcem), 12 % dětí žije s prarodiči, 19,4 % žije v dětském domově, 1,4 % žije u jiného příbuzného a 29,2 % žije v úplných rodinách – **graf 1**.

Graf 1 – osoby ve společné domácnosti



7.2 Tabákové výrobky

V okruhu týkajícího se tabákových výrobků bylo zjišťováno, zdali respondenti někdy v životě kouřili tabákové výrobky, a pokud ano, tak v kolika letech poprvé. Následující otázka se zaměřovala na frekvenci kouření v posledních 30 dnech, a na to, jakým způsobem získali tabákové výrobky při prvním kouření.

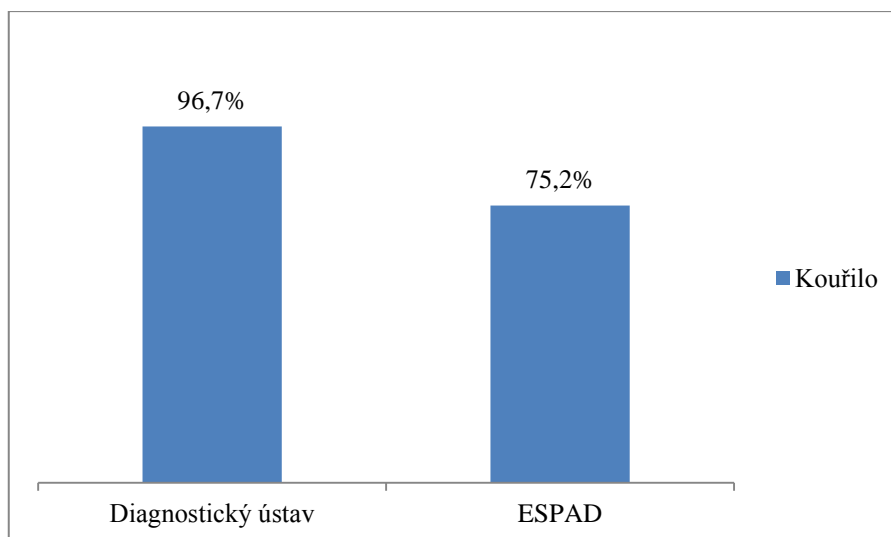
7.2.1 Celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků

Zkušenost s tabákovými výrobky má 91,7 % dětí, zatímco žádnou zkušenost s kouřením udává 8,3 % dětí – **tabulka 5**. V **grafu 2** je zobrazen rozdíl u respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let (96,7 %) a u respondentů ze studie ESPAD (75,2 %), kteří kouřili.

Tabulka 5 – celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
Ano	66	91,7
Ne	6	8,3
Celkový součet	72	100,0

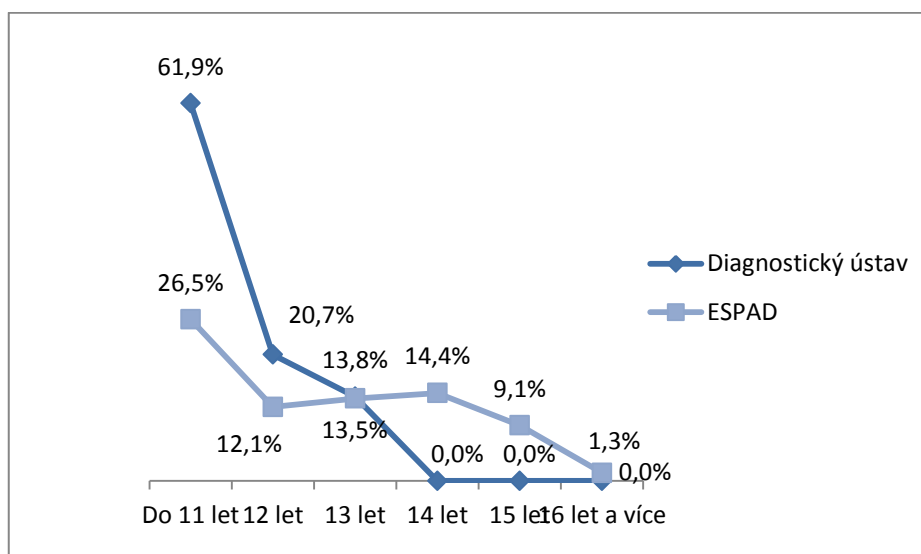
Graf 2 – celoživotní zkušenost s kouřením u respondentů z diagnostického ústavu (15–16 let) a respondentů ze studie ESPAD (% ze všech dotázaných)



7.2.2 První zkušenost s kouřením

Ve studii byl zjišťován věk, kdy respondenti poprvé zkusili cigaretu. Otázka byla otevřená, a vyplňovali jí všichni dotazovaní. Odpovědi se pohybovaly v rozmezí od 4 do 15 let. Pro porovnání byl však vybrán vzorek od 15 do 16 let tak, aby se co nevíce blížil respondentům ze studie ESPAD. Z **grafu 3** je zřejmé, že více než polovina respondentů z diagnostických ústavů získala první zkušenost s kouřením do 11 let (61,9 %), zatímco u dotazovaných ze studie ESPAD se jednalo o 26,5 %.

Graf 3 – první zkušenost s kouřením u dětí z diagnostických ústavů ve věku 16–16 let v porovnání s daty studie ESPAD 2011 (v % ze všech dotázaných)



7.2.3 Frekvence kouření v posledních 30 dnech

Tabulka 6 zobrazuje frekvenci kouření dle pohlaví. Z údajů je zřejmé, že dívek, které za posledních 30 dní nikdy nekouřily, je více (22,2 %) než chlapců (5,6 %). Četnosti dále ukazují, že 70,9 % respondentů, kteří někdy v životě vyzkoušeli cigaretu, kouří denně a 30,6 % kouří více než 10 cigaret denně.

Tabulka 6 – frekvence kouření v posledních 30 dnech podle pohlaví v %

	Muž	Žena	Celkem
Vůbec	5,6	22,2	9,7
Méně než 1 cigaretu za týden	1,9	0,0	1,4
Kouřil, ale ne denně	7,3	22,2	11,1
1 – 5 cigaret denně	20,4	11,0	18,1
6 – 10 cigaret denně	24,1	16,7	22,2
Více než 10 cigaret denně	33,4	22,3	30,6
Neodpověděl	7,2	5,6	6,9
Celkový součet	100,0	100,0	100,0

7.2.4 Získání cigaret při první zkušenosti s kouřením

Respondenti nejčastěji získali svou první cigaretu od kamaráda (26,4 %), nebo v partě kamarádů (19,4 %). Poměrně velká část jí také vzala doma bez dovolení rodičů (15,3 %), nebo koupila v obchodě (16,7%). Jako odpověď „jiný“ se objevilo: „od strýce“, „bratranec“ – **tabulka 7**.

Tabulka 7 – způsob získání první cigarety

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
Sourozenec	7	10,4
Kamarád	19	27,4
V partě	14	21,2
Známý	1	1,6
Vzal doma bez dovození rodičů	11	16,7
Koupil v obchodě	12	18,1
Jinak	2	4,6
Celkový součet	66	100

7.3 Alkohol

V okruhu týkajícího se alkoholu bylo zjišťováno, jestli respondenti pili někdy v životě alkoholické nápoje a pokud ano, tak jak často a v kolika letech byli poprvé opilí. Další otázky se týkaly toho, jak při první opilosti alkohol získali a jak to pro ně bylo složité.

7.3.1 Celoživotní prevalence užití alkoholických nápojů

Je zřejmé, že zkušenost s alkoholem má 91,7 % respondentů a žádnou zkušenost uvádí 8,3 % – **tabulka 8**. Dále bylo na základě studie ESPAD zjištěno, že dotazovaných z obecné populace, kteří v životě neochutnali alkohol, bylo 2,1 % a v případě respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let nebyl žádný, který by alkohol neochutnal.

Tabulka 8 – celoživotní prevalence u alkoholu

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
Ano	66	91,7
Ne	6	8,3
Celkový součet	72	100

7.3.2 Frekvence konzumace alkoholu za poslední rok

Z **tabulky 9** je vidět, že 46,2 % respondentů pilo 10krát a více za poslední rok, 9,0 % pilo 6–9krát a 15,0 % pilo 1–2krát za poslední rok. Alkohol vůbec nepilo 12,0 % respondentů.

Tabulka 9 – frekvence konzumace alkoholu za poslední rok

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
10krát a více	31	46,2
6–9krát	6	9,0
3–5krát	10	15,0
1–2krát	9	13,4
Nepil	8	12,0
Neodpověděl	3	4,4
Celkový součet	66	100,0

7.3.3 Frekvence konzumace alkoholu za posledních 30 dní

Z dat je zřejmé, že nejvíce respondentů (36,2 %) pilo alkohol 1–2krát za poslední měsíc, u 20,4 % byla frekvence pití udávána 3–5krát za posledních 30 dní. Nepilo vůbec celkem 28,4 % respondentů. To může být způsobeno tím, že část měsíce již mohli být respondenti umístění v diagnostickém ústavu – **tabulka 10**.

Tabulka 10 – frekvence konzumace alkoholu za posledních 30 dní

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
10krát a více	3	4,5
6–9krát	4	6,0
3–5krát	14	20,4
1–2krát	24	36,2
Nepil	19	28,4
Neodpověděl	3	4,5
Celkový součet	66	100,0

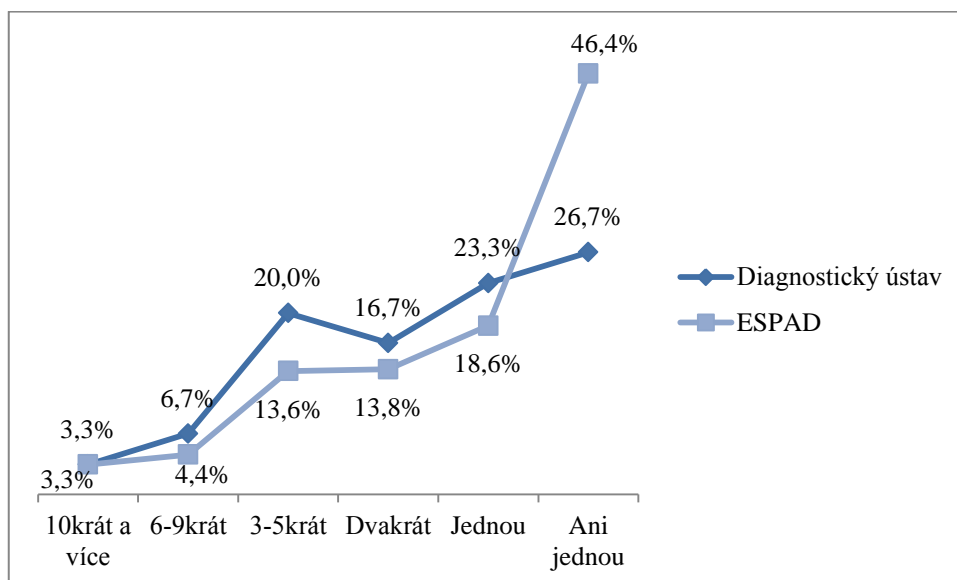
7.3.4 Konzumace pěti a více sklenic alkoholických nápojů při jedné příležitosti v posledních 30 dnech.

V **tabulce 11** se zobrazuje indikátor zdravotně rizikových forem konzumace alkoholu. Jedná se o nadměrné množství vypitých sklenic při jedné epizodě. Dívek, které za poslední měsíc nevypily ani jednou velké množství alkoholu bylo 34,7 %, chlapců 33,2 %. Překvapením je, že pět a více sklenic alkoholu za poslední měsíc pily častěji dívky. **Graf 4** zobrazuje srovnání respondentů z diagnostických ústavů (15– 16 let) s respondenty z obecné populace, kteří se zúčastnili studie ESPAD. Bylo zjištěno, že o polovinu více respondentů ze studie ESPAD (46,4 %) nepilo ani jednou při jedné příležitosti pět a více sklenic alkoholických nápojů.

Tabulka 11 – konzumace pěti a více sklenic alkoholických nápojů při jedné příležitosti v posledních 30 dnech

	muž	žena	Celkem
10krát a více	3,9	8,4	4,5
6–9krát	3,9	8,4	4,5
3–5krát	17,3	16,6	16,1
Dvakrát	11,5	8,4	10,3
Jednou	23,0	16,6	20,5
Ani jednou	34,7	33,2	36,8
Neodpověděl	5,7	8,4	7,3
Celkový součet	100,0	100,0	100,0

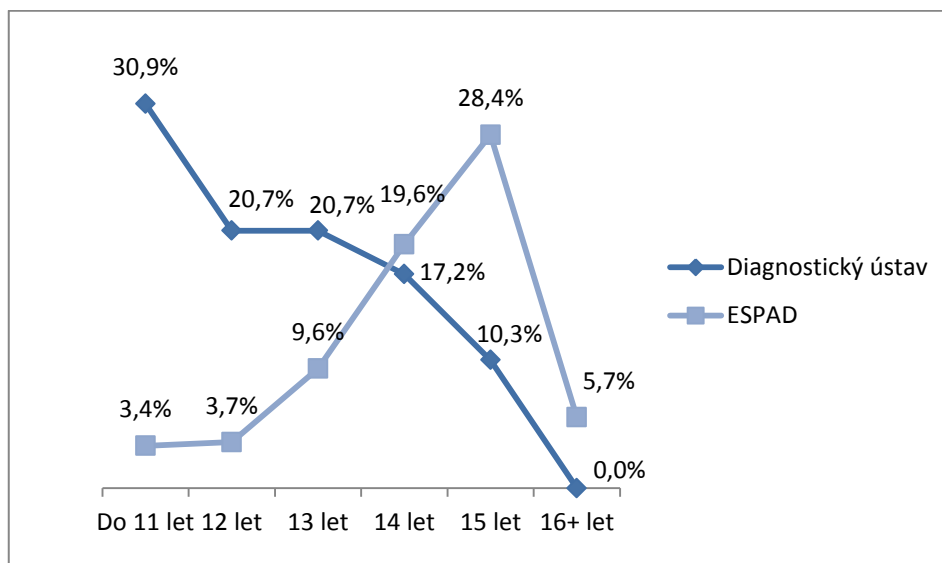
Graf 4 – konzumace pět a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti v posledních 30 dnech – srovnání s respondenty z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let a respondenty ze studie ESPAD z roku 2011



7.3.5 První opilost

Graf 5 znázorňuje první opilosti u respondentů z diagnostických ústavů v porovnání s daty ze studie ESPAD. Na první pohled je znát, že klienti ústavů prožili svou opilost do 11 let věku (30,9 %), což je až 10krát častěji, než děti ze studie ESPAD (3,4 %). Respondenti z diagnostických ústavů udávali věk od 8 do 17 let.

Graf5 – první opilost u dětí z diagnostických ústavů ve věku 15– 16 let v porovnání s daty studie ESPAD 2011 (% ze všech dotázaných)



7.3.6 Získání alkoholu při první opilosti

Z tabulky můžeme zjistit, že nejčastěji získali respondenti alkohol v partě (31,9 %) a od kamaráda (23,6 %). Poměrně často jej také zakoupili v obchodě (13,9 %). Jako odpověď „jiný“ se objevilo: „rodiče omylem koupili alkoholické šampaňské“ – **tabulka 12**.

Tabulka 12 – získání alkoholu při první opilosti

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
V partě	23	31,9
Kamarád	17	23,6
Koupil v obchodě	10	13,9
Vzal doma bez dovození	5	6,9
Od jednoho z rodičů	3	4,2
Známý člověk	3	4,2
Sourozenec	2	2,8
Cizí člověk	1	1,4
Jinak	1	1,4
Neodpověděl	1	9,7
Celkový součet	66	100,0

7.3.7 Obtížnost získání návykových látek

Tabulka 13, tabulka 14, tabulka 15 a tabulka 16 zobrazují, jak těžké je pro respondenty z jednotlivých diagnostických ústavů získat cigarety, pivo, víno a tvrdý alkohol. V datech lze vyčíst, že podle klientů diagnostických ústavů je nejjednodušší obstarat si návykové látky v Ostravě a Praze. Pravděpodobně je to z důvodu, že v obou těchto městech jsou diagnostické ústavy pro mládež a klienti jsou tím pádem starší, než v dětských diagnostických ústavech v Plzni a Liberci. Pro získání alkoholických nápojů a tabákových výrobků v obchodech je sice potřeba dosáhnout plnoletosti a prokázat se občanským průkazem, ale z dat v **tabulce 12** je zřejmé, že praxe je jiná. V pubertě dochází k tělesné proměně a u dospívajících už není jednoduché poznat jejich skutečný věk.

Tabulka 13 – obtížnost získání cigaret podle jednotlivých diagnostických ústavů v %

Cigarety					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Velmi snadné	94,7	47,1	50,0	85,0	70,8
Celkem snadné	5,3	17,6	31,3	10,0	15,3
Obtížné	0,0	11,8	0,0	0,0	2,8
Velmi obtížné	0,0	5,9	0,0	5,0	2,8
Nemožné	0,0	5,9	6,3	0,0	2,8
Neodpovědělo	0,0	11,7	12,4	0,0	5,5
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 14 – obtížnost získání piva (rozděleno podle diagnostických ústavů v %)

Pivo					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Velmi snadné	73,7	29,4	56,3	90,0	63,9
Celkem snadné	21,0	23,5	18,7	0,0	15,3
Obtížné	0,0	17,7	0,0	5,0	5,5
Nemožné	0,0	17,7	6,3	0,0	5,6
Neodpovědělo	5,3	11,7	18,7	5,0	9,7
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 15 – obtížnost získání vína (rozděleno podle diagnostických ústavů v %)

Vino					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Velmi snadné	79,0	23,5	43,8	85,0	59,7
Celkem snadné	5,2	17,7	31,3	0,0	12,5
Obtížné	5,2	17,7	0,0	10,0	8,3
Nemožné	0,0	29,4	6,3	0,0	8,3
Neodpovědělo	10,6	11,7	18,6	5,0	11,2
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 16 – obtížnost získání tvrdého alkoholu (rozděleno podle ústavů v %)

Tvrký alkohol					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Velmi snadné	68,4	11,8	50,0	80,0	54,2
Celkem snadné	15,8	5,9	25,0	5,0	12,5
Obtížné	5,3	17,6	0,0	5,0	6,9
Velmi obtížné	5,3	17,6	0,0	5,0	6,9
Nemožné	0,0	41,2	6,3	0,0	11,1
Neodpovědělo	5,2	5,9	18,7	5,0	8,4
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.4 Konopné látky

V okruhu týkajícího se konopných látek byla zjišťována celoživotní prevalence, věk první zkušenosti s konopnými látkami, četnost užití za posledních 30 dní, a obtížnost sehnání.

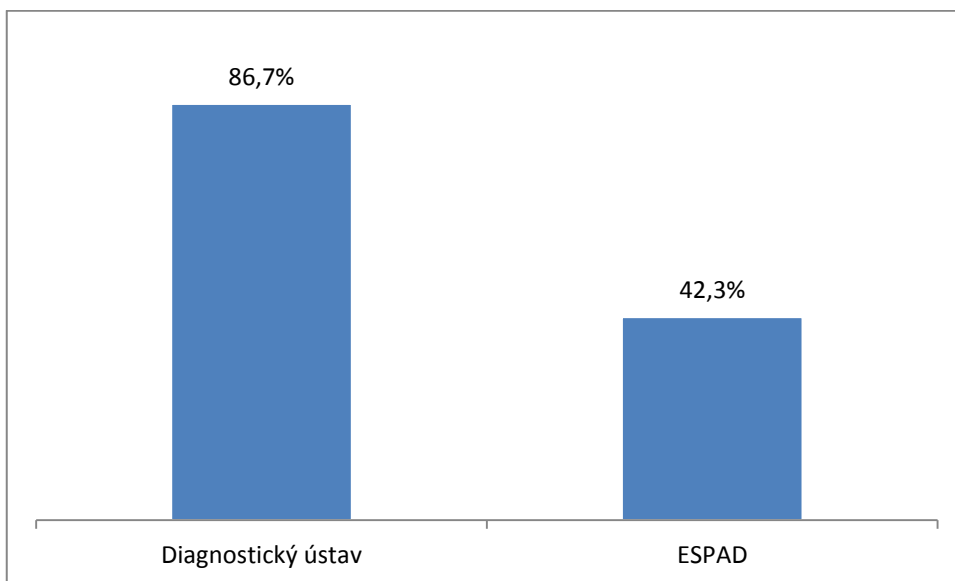
7.4.1 Celoživotní prevalence konopných drog

Z **tabulky 17** je zřejmé, že 79,2 % respondentů z celkového počtu dotazovaných vyzkoušelo někdy v životě konopnou látku, zatímco 19,4 % ji nikdy neochutnalo. V porovnání s výzkumem ESPAD mají respondenti z diagnostických ústavů dvakrát větší zkušenost s konopnými látkami.

Tabulka 17 – celoživotní prevalence užití u konopných látek

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
Ano	57	79,2
Ne	14	19,4
Neodpověděl	1	1,4
Celkový součet	72	100,0

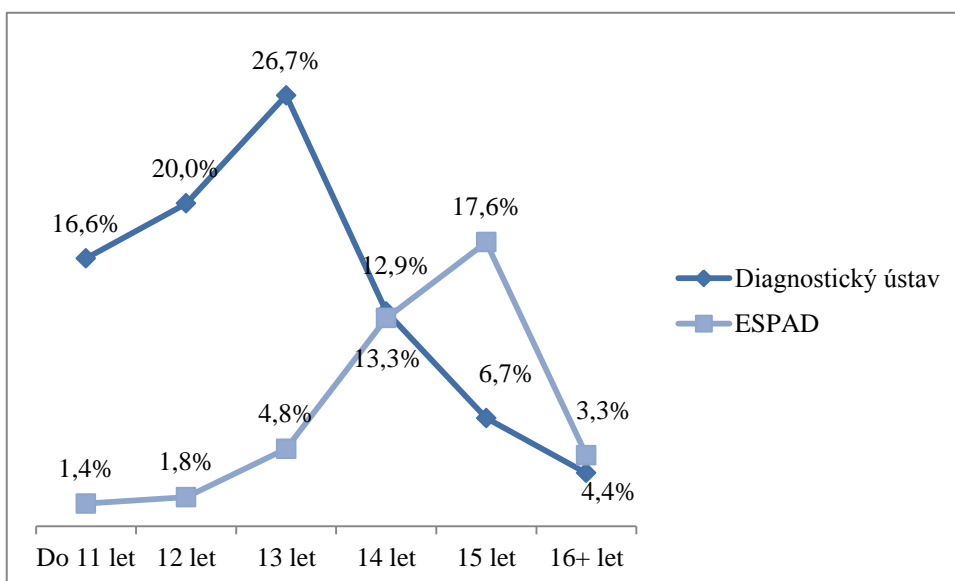
Graf 6 – celoživotní prevalence užití konopných látek – porovnání respondentů z diagnostických ústavů (15–16 let) a studie ESPAD



7.4.2 První zkušenost s konopnými látkami

V dotazníku byl zjišťován věk, kdy respondenti poprvé vyzkoušeli konopné látky. Otázka byla otevřená a vyplňovali ji všichni dotazovaní. Odpovědi se pohybovaly od 7 do 16 let. Pro porovnání byl však vybrán vzorek od 15 do 16 let, aby se co nevíce blížil respondentům ze studie ESPAD. Z **grafu 7** je zřejmé, že 16,6 % respondentů z diagnostických ústavů získalo první zkušenost s konopnými látkami do 11 let, zatímco u dotazovaných ze studie ESPAD se jednalo o 1,4 %.

Graf 7 – první zkušenost s kouřením u dětí z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let v porovnání s daty studie ESPAD 2011 (% ze všech dotázaných)



7.4.3 Frekvence užití konopných látek za posledních 30 dní

Z dat bylo zjištěno, že 42,9 % dívek za posledních 30 dní neužilo ani jednu konopnou látku. U chlapců byl tento údaj dokonce vyšší a to 44,2 %. Nejobvyklejší frekvence užívání se u obou pohlaví pohybuje 1–3krát za měsíc – **tabulka 18**.

Tabulka 18 – prevalence užití konopných látek za posledních 30 dní dle pohlaví v %

	muž	žena	Celkový součet
11krát a více	11,6	7,1	10,5
4–10krát	7,0	7,1	5,7
1–3krát	37,2	35,8	37,3
Ani jednou	44,2	42,9	44,8
Neodpověděl	0,0	7,1	1,7
Celkový součet	100,0	100,0	100,0

7.4.4 Obtížnost získání konopných drog

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že velmi snadno lze konopné drogy opatřit v Praze (60,0 %), dále v Ostravě (57,9 %) a v Liberci (50,0 %). Pro respondenty z diagnostického ústavu v Plzni je pořízení si konopné látky o něco složitější – **tabulka 19**.

Tabulka 19 – míra obtížnosti získání konopných drog rozdělená dle jednotlivých diagnostických ústavů v %

	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Velmi snadné	57,9	11,8	50,0	60,0	45,8
Celkem snadné	26,3	29,4	25,0	15,0	23,6
Trochu obtížné	5,3	11,8	6,3	10,0	9,8
Velmi obtížné	0,0	5,9	0,0	0,0	1,4
Neodpověděl	10,5	41,2	18,8	15,0	19,4
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.4.5 Získání konopných látek při první zkušenosti

Tabulka 20 zobrazuje, jak nejčastěji respondenti získali návykovou látku. Ve většině případů to bylo díky partě (41,5 %), nebo kamarádovi (34,4 %). Dále pak uváděli známý (15,5 %), cizí člověk (3,4 %) a jinak (3,4 %). Jako odpověď „jiný“ se objevilo: „není vaše věc“, „našel“.

Tabulka 20 – způsob získání konopné látky při prvním užití

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
V partě	24	41,5
Kamarád	20	34,4
Známý	9	15,5
Cizí člověk	2	3,4
Jinak	2	3,4
Neodpověděl	1	1,7
Celkový součet	58	100,0

7.5 Stimulancia

Tato část obsahuje data z výzkumu týkající se pervitinu a amfetaminů, kokainu a extáze. Respondentům byly pokládány otázky ohledně celoživotní prevalence, prevalence za posledních 12 měsíců, během posledních 30 dní a to jak obtížné bylo výše uvedené látky získat. Dále bylo zjišťováno, v kolika letech respondenti poprvé vyzkoušeli pervitin a extázi.

7.5.1 Prevalence užití stimulancií

V tabulkách níže jsou patrné markantní rozdíly v abúzu jednotlivých návykových látek u různých diagnostických ústavů – **tabulka 21**, **tabulka 22** a **tabulka 23**. Nejmenší zkušenost se stimulancií mají respondenti v DDÚ Plzni, a to žádnou (0,0 %). Plzeňský diagnostický ústav byl jediný, kde žádný respondent neměl zkušenost s pervitinem, extází ani s kokainem. Pervitin užilo alespoň jednou v životě největší počet respondentů v DÚM Ostrava (42,2 %), v posledních 30 dnech užilo pervitin nejvíce respondentů z DÚM DIUS (10,0 %). Celková celoživotní prevalence užití pervitinu je 25,0 %. Celková celoživotní prevalence užití extáze se pohybuje na 22,6 % a největší zkušenost s ní mají respondenti z diagnostického ústavu pro mládež DIUS (35,0 %). V posledních 30 dnech užilo extázi nejvíce respondentů z DÚM Ostrava a to celých 26,3%. Data týkající se kokainu jsou poměrně zarážející. Alespoň jednou v životě okusilo kokain 18,0 % respondentů, z toho největší celoživotní prevalence byla v DÚM Ostrava (26,4 %) a ve stejném diagnostickém ústavu byla nejčastěji užita tato látka i během posledních 30 dní (10,5 %). **Graf 8** zobrazuje rozdíl celoživotní prevalence u respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let a respondentů, kteří se zúčastnili studie ESPAD u jednotlivých stimulancií. Výsledky jsou alarmující. S pervitinem mají respondenti z diagnostických ústavů až 17krát větší zkušenost, než děti ze studie ESPAD u kokainu je to asi 20krát. V případě extáze je to

zhruba 10krát větší zkušenost.

Tabulka 21 – prevalence užívání pervitinu v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Pervitin					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	0,0	6,9
Ne	47,4	82,4	75,0	70,0	68,1
Ano, někdy v životě	21,1	0,0	12,5	0,0	8,3
Ano, v posledním roce	15,8	0,0	6,3	20,0	11,1
Ano, v posledních 30 dnech	5,3	0,0	6,3	10,0	5,6
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

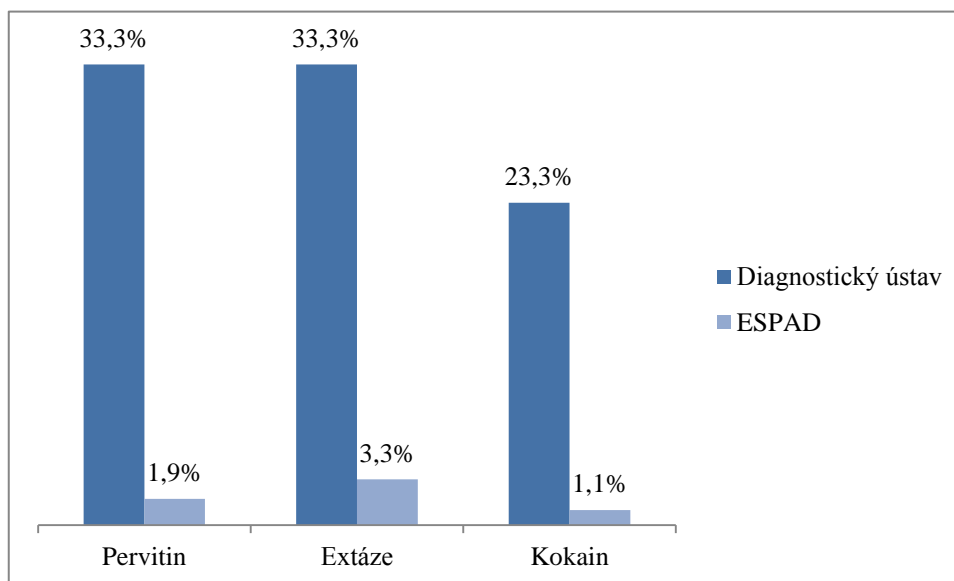
Tabulka 22 – prevalence užívání extáze v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Extáze					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	0,0	7,0
Ne	63,2	82,4	73,3	65,0	70,4
Ano, někdy v životě	21,0	0,0	20,0	5,0	11,3
Ano, v posledním roce	0,0	0,0	6,7	25,0	8,5
Ano, v posledních 30 dnech	5,3	0,0	0,0	5,0	2,8
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 23 – prevalence užívání kokainu v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Kokain					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	0,0	6,9
Ne	63,2	82,4	81,3	75,0	75,0
Ano, v životě	10,6	0,0	18,8	5,0	8,3
Ano, v posledním roce	5,3	0,0	0,0	20,0	6,9
Ano, v posledních 30 dnech	10,5	0,0	0,0	0,0	2,8
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Graf 8 – celoživotní prevalence užívání u extáze, kokainu a pervitinu u respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let v porovnání s daty studie ESPAD 2011 (% ze všech dotázaných)



7.5.2 První zkušenost se stimulancii

Z dat bylo zjištěno, že první zkušenost se stimulancii byla od 12 let věku. Nejčastěji pervitin zkoušeli respondenti v 15 letech (9,7 %) a extázi ve 14 letech (9,7 %) – **tabulka 24 a tabulka 25**. Z **grafu 9** je vidět srovnání mezi respondenty z diagnostických ústavů (15–16 let) a respondenty ze studie ESPAD. U respondentů do 11 let věku není patrný výrazný rozdíl. Dotazovaní ze studie ESPAD měli zkušenost v 0,2 %, kdežto respondenti z diagnostických ústavů měli do 11 let nulovou zkušenost. Od 12 let se však procento dětí a mladistvých z diagnostických ústavů, které extázi užili, zvyšuje a ve věku 14 let je rozdíl velmi významný.

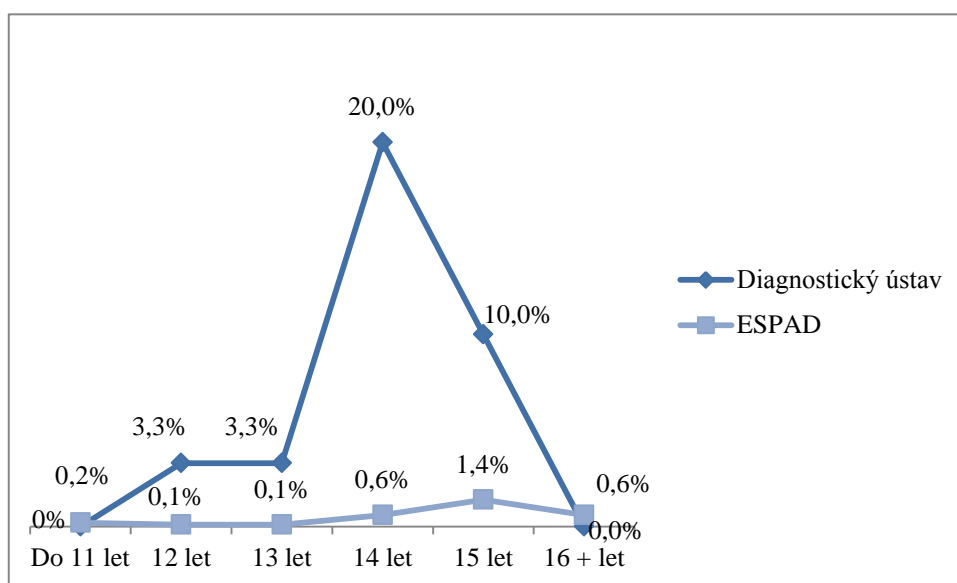
Tabulka 24 – první zkušenost s pervitinem

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
12 let	1	1,4
13 let	3	4,2
14 let	5	6,9
15 let	4	9,7
16 let	2	2,8
Neodpověděl	54	75,0
Celkový součet	72	100,0%

Tabulka 25 – první zkušenost s extází

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
12 let	2	2,8
13 let	3	4,2
14 let	7	9,7
15 let	3	4,2
16 let	1	1,4
Neodpověděl	56	77,8
Celkový součet	72	100,0%

Graf 9 – první zkušenost s extází u respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let v porovnání s daty studie ESPAD 2011 (% ze všech dotázaných)



7.5.3 Obtížnost získání stimulantů

V **tabulce 26** je vidět, jak složité je pro respondenty opatřit jednotlivé návykové látky. Pervitin je pro 30,6% dotazovaných velmi snadné získat, pro 31,9% je to však nemožné. Extází je pro 25,0% respondentů velmi snadné opatřit, naopak pro 31,9% je to nemožné. V případě kokainu je pro 19,4% dotazovaných velmi snadné tuto látku získat. Pro celých 34,7% je to nemožné. Crack je droga, která se u nás neobjevuje a tak je překvapením, že pro 8,3% dětí je velmi snadné získat tuto návykovou látku.

Tabulka 26 – obtížnost sehnání jednotlivých stimulancií v %

	Pervitin	Extáze	Kokain	Crack
Velmi snadné	30,6	25,0	19,4	8,3
Celkem snadné	2,8	9,7	6,9	4,2
Trochu obtížné	11,1	4,2	9,7	13,9
Velmi obtížné	2,8	5,6	4,2	5,6
Nemožné	31,9	31,9	34,7	40,3
Neodpověděl	20,8	23,6	25,0	27,8
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0

7.6 Opiáty

Tato část obsahuje data týkající se ilegálních opiátů. Dotazovaným byly pokládány otázky ohledně celoživotní prevalence užívání, prevalence užití za posledních 12 měsíců, během posledních 30 dní a jak obtížné bylo výše uvedené látky získat. Dále bylo zjišťováno, v kolika letech poprvé dotazovaní opiáty vyzkoušeli.

7.6.1 Prevalence zkušeností s užitím ilegálních opiátů

Bylo zjištěno, že zkušenosti s opiáty mají jen respondenti z DDÚ Liberec, a to v 18,8 % – **tabulka 27**. Celoživotní prevalence u dotazovaných ve věku 15–16 let byla nulová. V porovnání se studií ESPAD (1,4 %) tak vyšla příznivěji, než u jiných drog.

Tabulka 27 – prevalence užití opiátů v jednotlivých diagnostických ústavech v %

	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Ano, v životě	0,0	0,0	18,8	0,0	4,2
Ne	89,5	82,4	81,3	100,0	88,9
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	0,0	6,9
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.6.2 První zkušenost s ilegálními opiáty

Z výzkumu bylo zjištěno, že první zkušenost s opiáty měli dotazovaní ve 13 letech (2,8 %), ve 14 letech (1,4 %) a v 15 letech (1,4 %). Je třeba dodat, že se jedná pouze o respondenty z DDÚ Liberec, protože nikdo jiný zkušenost s opiáty neuvedl – **tabulka 28**. **Tabulka 29** zobrazuje zkušenost s intravenózní aplikací. Může se jednat jak o stimulancia, tak o opiáty. V dotazníku nebyla tato odpověď nijak specifikována. Bylo zjištěno, že injekčně užilo drogu 8,3 % dotazovaných. Celých 25 % klientů z DDÚ Liberec

užilo někdy drogu injekčně. V DÚM DIUS to bylo 10,0 %.

Tabulka 28 – první zkušenost s opiáty

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
13	2	2,8
14	1	1,4
15	1	1,4
Neodpověděl	68	94,4
Celkový součet	72	100,0

Tabulka 29 – užití návykové látky intravenózní aplikací v jednotlivých diagnostických ústavech v %

	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Ano	0,0	0,0	25,0	10,0	8,3
Ne	89,5	94,1	43,8	90,0	80,6
Neodpověděl	10,5	5,9	31,3	0,0	11,1
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.6.3 Obtížnost získání ilegálních opiátů

Z údajů bylo zjištěno, že pro 37,5 % respondentů je ilegální opiáty získat nemožné. Opatřit je velmi snadno dokáže 13,9 % klientů – **tabulka 30**.

Tabulka 30 – složitost získání opiátů v %

Opiáty	
Velmi snadné	13,9
Celkem snadné	4,2
Trochu obtížné	11,1
Velmi obtížné	5,6
Nemožné	37,5
Neodpověděl	27,8
Celkový součet	100,0%

7.7 Sedativa a léky na uklidnění

Následující část obsahuje o data z výzkumu týkající se sedativ a léků na uklidnění. Respondentům byly pokládány otázky ohledně celoživotní prevalence, prevalence za posledních 12 měsíců, během posledních 30 dní a jak obtížné bylo uvedenou látku opatřit.

7.7.1 Prevalence užití léků na uklidnění, sedativ

Celková prevalence užití sedativ se u dotazovaných z diagnostických ústavů pohybuje na 8,4 %. Největší zkušenost s nimi mají v Ostravě (10,6 %) a to jak celoživotně, tak v posledních 30 dnech – **tabulka 31**. Z výsledků studie ESPAD je zřejmé, že 10,0 % respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let užilo sedativa alespoň jednou za život. U studie ESPAD byla procenta podobná, a to 10,1%. Rozdíl je tak zanedbatelný a lze konstatovat, že zkušenosti s touto látkou jsou totožné.

Tabulka 31 – prevalence užívání sedativ v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Sedativa					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	0,0	6,9
Ne	78,9	82,4	87,5	90,0	84,7
Ano, v životě	5,3	0,0	6,3	5,0	4,2
Ano v posledním roce	5,3	0,0	0,0	5,0	2,8
Ano, v posledních 30 dnech	0,0	0,0	6,3	0,0	1,4
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.7.2 Obtížnost získání sedativ

Pro 22,2 % respondentů je velmi snadné sedativa opatřit a pro 11,1 % je to trochu obtížné. Pro 33,3 % je nemožné se k sedativům dostat – **tabulka 32**.

Tabulka 32 – obtížnost získání sedativ v %

	Sedativa
Velmi snadné	22,2
Celkem snadné	2,8
Trochu obtížné	11,1
Velmi obtížné	4,2
Nemožné	33,3
Neodpověděl	26,4
Celkový součet	100,0

7.8 Halucinogeny

V této části jsou zobrazována data z výzkumu týkající se halucinogenů. Konkrétně se jedná o LSD, houby a jiné přírodní halucinogeny. Respondentům byly pokládány otázky

ohledně celoživotní prevalence, prevalence za posledních 12 měsíců, během posledních 30 dní a jak obtížné bylo uvedené látky získat.

7.8.1 Prevalence užití halucinogenů

V tabulce 33, tabulce 34 a tabulce 35 jsou patrné markantní rozdíly v abúzu jednotlivých návykových látek u různých diagnostických ústavů. Nejméně se užívají halucinogeny v DDÚ Plzeň. Zde mají respondenti jedinou zkušenost, a to s houbami. Celková celoživotní prevalence užití LSD je 13,9%. LSD zkusilo alespoň jednou v životě největší počet dotazovaných v DÚM Ostrava (26,4 %), stejně jako prevalence užití v posledních 30 dnech, a to 21,1 %. Celková celoživotní prevalence užití u hub se pohybuje na 26,4 % a největší zkušenost s ní mají respondenti z DDÚ Liberec (43,8 %). V posledních 30 dnech užilo houby nejvíce dotázaných z DDÚ Liberec, a to celých 18,8 %. Pravděpodobně to může souviset s geografickým umístěním města Liberec, který se stal pro sběr halucinogenních hub potvrzenou lokalitou (Lánský, 2011). Jiné přírodní halucinogeny okusilo alespoň jednou v životě 14,4 % respondentů, z toho největší celoživotní prevalence užití byla v DDÚ Liberec (25,1 %), a ve stejném diagnostickém ústavu byly nejčastěji užity i během posledních 30 dní (6,3 %).

Tabulka 33 – prevalence užívání LSD v jednotlivých diagnostických ústavech v %

LSD					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	0,0	6,9
Ne	63,2	82,4	81,3	90,0	79,2
Ano, někdy v životě	5,3	0,0	0,0	0,0	1,4
Ano, v posledním roce	0,0	0,0	0,0	10,0	2,8
Ano, v posledních 30 dnech	21,1	0,0	18,8	0,0	9,7
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 34 – prevalence užívání hub v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Houby					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,4	17,6	0,0	0,0	6,9
Ne	63,2	76,5	56,3	70,0	66,7
Ano, někdy v životě	5,3	0,0	0,0	0,0	1,4
Ano, v posledním roce	0,0	0,0	25,0	25,0	12,5
Ano, v posledních 30 dnech	21,1	5,9	18,8	5,0	12,5
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 35 – prevalence užívání jiných přírodních halucinogenů v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Jiné přírodní halucinogeny					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	0,0	6,9
Ne	73,7	82,4	75,0	85,0	79,2
Ano, někdy v životě	15,8	0,0	6,3	5,0	5,6
Ano, v posledním roce	0,0	0,0	12,5	10,0	5,6
Ano, v posledních 30 dnech	0,0	0,0	6,3	0,0	1,4
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.8.2 Obtížnost získání halucinogenů

Celých 36,1 % dotazovaných by halucinogeny vůbec nesehnalo, pro 12,5 % by to bylo trochu obtížné a 20,8 % respondentů by si drogu sehnaly velmi snadno – **tabulka 36**.

Tabulka 36 – obtížnost získání halucinogenů v %

	LSD, halucinogeny
Velmi snadné	20,8
Celkem snadné	4,2
Trochu obtížné	12,5
Velmi obtížné	4,2
Nemožné	36,1
Neodpovědělo	22,2
Celkový součet	100,0

7.9 Těkavé látky

V okruhu týkajícího se těkavých látek byla zjišťována celoživotní prevalence, věk první zkušenosti s těkavými látkami, četnost ovlivnění za posledních 30 dní, a obtížnost sehnání.

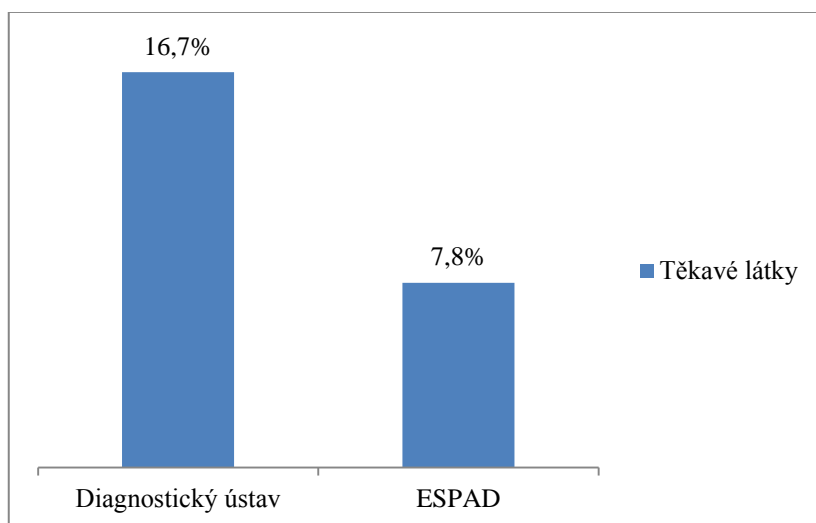
7.9.1 Prevalence těkavých látek

Z dat bylo zjištěno, že alespoň jednou v životě vyzkoušelo nějakou těkavou látku 8,4 % respondentů. V DDÚ Plzeň a DÚM Ostrava nemají dotazovaní žádnou zkušenost s těkavými látkami. Naopak největší zkušenost uvádějí dotazovaní z DDÚ Liberec 25,1 %, ve stejném ústavu uvádí nejvíce respondentů užití látky v posledním měsíci a to 18,8 % – **tabulka 37**. Celoživotní prevalence užívání u 15–16 letých respondentů z diagnostických ústavů a studií ESPAD je dvakrát tak vysoká – **graf 10**.

Tabulka 37 – prevalence užívání těkavých látek v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Těkavé látky					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	0,0	6,9
Ne	89,5	82,4	75,0	90,0	84,7
Ano, v posledním roce	0,0	0,0	6,3	10,0	4,2
Ano, v posledních 30 dnech	0,0	0,0	18,8	0,0	4,2
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Graf 10 – celoživotní prevalence užívání těkavých látek u respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let v porovnání s daty studie ESPAD 2011 (% ze všech dotázaných)



7.9.2 První zkušenost s těkavými látkami

Z tabulky je zřejmé, že pokud respondenti vyzkoušeli těkavé látky, tak to bylo mezi 13 (2,8 %) a 15 (2,8 %) lety. Ve 14 letech vyzkoušelo těkavé látky 4,2 % dotazovaných – **tabulka 38.**

Tabulka 38 – první zkušenosti s těkavými látkami

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
13 let	2	2,8
14 let	3	4,2
15 let	2	2,8
Neodpověděl	65	90,3
Celkový součet	72	100,0

7.9.3 Obtížnost získání těkavých látek

Pro necelou polovinu respondentů je těkavé látky sehnat nemožné (40,3 %), pro 18,1 % je velmi snadné si látku zajistit – **tabulka 39.**

Tabulka 39 – obtížnost získat těkavé látky v %

	Těkavé látky
Velmi snadné	18,1
Celkem snadné	4,2
Trochu obtížné	4,2
Velmi obtížné	4,2
Nemožné	40,3
Neodpověděl	29,2
Celkový součet	100,0

7.10 Nové syntetické drogy a anabolické steroidy

Nejdříve je třeba uvést, že novými syntetickými drogami byly v dotazníku označovány látky, jako jsou mefedron, 3,4- DMMC, MDPV, Funky, El Magico, ketamin, JWH, AM a jiné. Byla sledována celoživotní prevalence užívání, věk první zkušenosti s novými syntetickými drogami a steroidy, četnost ovlivnění za posledních 30 dní, a obtížnost sehnání.

7.10.1 Prevalence užívání nových syntetických drog a anabolických steroidů

Z **tabulky 40 a tabulky 41** je patrné, že dotazovaní z DDÚ Plzeň nemají zkušenost s novými syntetickými drogami a steroidy žádnou. Respondenti z DÚM Ostrava nemají zkušenost s žádnými novými syntetickými drogami. Celoživotní prevalence užívání syntetických drog se u diagnostických ústavů pohybuje na 7 %. Největší zkušenosti s novými syntetickými drogami mají respondenti v DDÚ Liberec a stejně tak se zde braly tyto látky nejčastěji v průběhu posledního měsíce (6,3 %). Celoživotní prevalence užití steroidů se u diagnostických ústavů udává na 5,6 %. Největší zkušenosti se steroidy mají opět dotazovaní v DDÚ Liberec (12,6 %) a stejně je to i s prevalencí za posledních 30 dní (6,3 %). V porovnání se studií ESPAD jsou na tom respondenti z diagnostických ústavů (15– 16 let) asi 4krát hůře – **graf 11**.

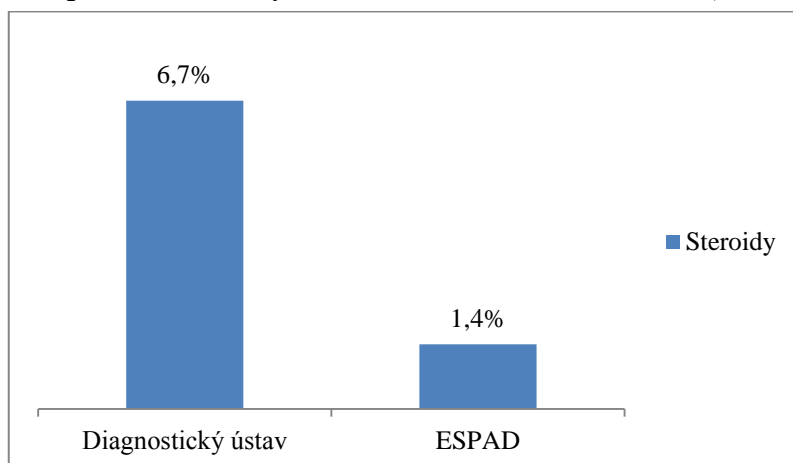
Tabulka 40 – Prevalence užití nových syntetických drog v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Nové syntetické drogy					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	15,8	17,6	0,0	5,0	9,7
Ne	84,2	82,4	81,3	85,0	83,3
Ano, v posledním roce	0,0	0,0	12,5	5,0	4,2
Ano, v posledních 30 dnech	0,0	0,0	6,3	5,0	2,8
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 41 – prevalence užití anabolických steroidů v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Steroidy					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	17,6	0,0	5,0	8,3
Ne	84,2	82,4	87,5	90,0	86,1
Ano, v posledním roce	5,3	0,0	6,3	5,0	4,2
Ano, v posledních 30 dnech	0,0	0,0	6,3	0,0	1,4
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Graf 11 – celoživotní prevalence u respondentů z diagnostických ústavů ve věku 15–16 let v porovnání s daty studie ESPAD 2011 u Steroidů (% ze všech dotázaných)



7.10.2 Obtížnost získání nových syntetických drog a anabolických steroidů

Pro skoro polovinu respondentů je získat obě látky nemožné (nové syntetické drogy 41,7 % a anabolické steroidy 40,3 %). Celých 9,7 % uvádí, že je pro ně velmi snadné opatřit nové syntetické drogy a 13,9 % odpovědělo, že získat anabolické steroidy je velmi snadné – **tabulka 42**.

Tabulka 42 – obtížnost sehnání nových syntetických drog a anabolických steroidů v %

	Nové syntetické drogy	Anabolické steroidy
Velmi snadné	9,7	13,9
Celkem snadné	1,4	4,2
Trochu obtížné	9,7	9,7
Velmi obtížné	8,3	4,2
Nemožné	41,7	40,3
Neodpověděl	29,2	27,8
Celkový součet	100,0	100,0

7.11 Data týkající se ostatních informací o návykových látkách

Do této části byly zařazeny otázky, které nebylo možné zařadit ani k jednomu okruhu návykových látek, protože se týkají všech uvedených drog (kromě legálních návykových látek a konopných drog). Je zde otázka na užití jiných drog, které nebyly na seznamu dotazníku a dále otázka, jak děti získaly drogu, kterou užily naposledy.

7.11.1 Užití jiné drogy

Děti uvedly jako jiné drogy následující látky: „dmt“, „hašiš“, „chuťovka“, „křída“, „MDMA“, „muškátový oříšek“, „pervin“ a „nejsem feťák“.

7.11.2 Získání návykových látek při posledním užití

Z **tabulky 43** bylo zjištěno, že nejčastěji získaly děti poslední užitou návykovou látku od známého člověka (12,5%) anebo od kamaráda (12,5%). Objevila se odpověď i od jednoho z rodičů (1,4%), dále parta (8,3%), ale i cizí člověk (2,8%). Jako odpověď „jiné“ děti uvedly: „našel jsem“, „v lese“, „vzal ve škole“ anebo „není vaše věc“.

Tabulka 43 – získání drogy při posledním užití

	<i>Absolutní četnosti</i>	<i>Relativní četnosti (v %)</i>
Kamaráda	9	12,5
Znamý člověk	9	12,5
Parta	6	8,3
Cizí člověk	2	2,8
Sourozenec	1	1,4
Jednoho z rodičů	1	1,4
Neodpověděl	40	55,6
Jinak	4	5,6
Celkový součet	72	100,0

7.12 Hraní hazardních her

V okruhu zabývajícím se hraním hazardních her byly položeny respondentům dotazy, týkající se prevalence hraní hazardních her a jejich druhů. Další otázka se týkala věku, kdy hráli dotazovaní hazardní hru poprvé. Dále byli dotazováni, kde hráli hazardní hru naposledy a s kým z jejich okolí to bylo.

7.12.1 Prevalence jednotlivých hazardních her

Z **tabulky 44** je zřejmé, že 48,6 % respondentů někdy v životě hrálo na automatech (VLT, VHP, jiné), největší zkušenost s nimi mají v DÚM Dius (70,0 %). V **tabulce 45** je vidět, že 26,4 % respondentů hrálo někdy v životě kurzové sázky a nejvíce je hráli dotazovaní v DDÚ Liberec (37,5 %). **Tabulka 46** ukazuje, že s hazardními hrami na internetu mělo zkušenost 31,9 % respondentů, a nejčastěji je hrají dotazovaní DÚM Dius (45,0 %).

Tabulka 44 – prevalence hraní hazardních her na automatech v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Automaty (VLT, VHP, jiné)					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	0,0	0,0	5,0	4,2
Ne	47,4	70,6	50,0	25,0	47,2
Ano, někdy v životě	15,8	23,5	12,5	20,0	18,1
Ano, v posledním roce	15,8	5,9	25,0	35,0	20,8
Ano, v posledních 30 dnech	10,5	0,0	12,5	15,0	9,7
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 45 – prevalence kurzového sázení v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Kurzové sázky (např. sport)					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	5,9	0,0	5,0	5,6
Ne	63,2	82,4	62,5	65,0	68,1
Ano, někdy v životě	10,5	5,9	12,5	15,0	11,1
Ano, v posledním roce	5,3	0,0	25,0	10,0	9,7
Ano, v posledních 30 dnech	10,5	5,9	0,0	5,0	5,6
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 46 – prevalence hazardních her na internetu v jednotlivých diagnostických ústavech v %

Jakékoliv hazardní hry na internetu					
	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	10,5	5,9	0,0	5,0	5,6
Ne	68,4	70,6	62,5	50,0	62,5
Ano, někdy v životě	10,5	17,6	6,3	5,0	9,7
Ano, v posledním roce	5,3	5,9	18,8	30,0	15,3
Ano, v posledních 30 dnech	5,3	0,0	12,5	10,0	6,9
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.12.2 První zkušenost s hazardními hrami

Tabulka 47 zobrazuje věk, kdy měli respondenti první zkušenost s hraním hazardních her. Nejčastěji to bylo ve věku 15 let (16,7 %), 14 let (13,9 %) a 13 let (12,5 %).

Tabulka 47 – první zkušenost s hazardními hrami

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
9 let	1	1,4
11 let	3	4,2
12 let	3	4,2
13 let	9	12,5
14 let	10	13,9
15 let	12	16,7
16 let	2	2,8
Neodpověděl	32	44,4
Celkový součet	72	100,0

7.12.3 Celoživotní zkušenost s hazardními hrami

Bylo zjištěno, že pokud někdy respondenti hráli hazardní hry, tak to bylo 11krát a více v životě (23,6 %), 40,3 % nehrálo hazardní hry nikdy – **tabulka 48**.

Tabulka 48 – celoživotní zkušenost s hazardními hrami v %

	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
11 a více	26,3	5,9	37,5	25,0	23,6
4–10krát	5,3	17,6	0,0	30,0	13,9
1–3krát	10,5	23,5	18,8	20,0	18,1
Ani jednou	47,4	52,9	43,8	20,0	40,3
Neodpověděl	10,5	0,0	0,0	5,0	4,2
Celkový součet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.12.4 Místo posledního hraní hazardních her

Je zřejmé, že nejčastěji hráli respondenti hazardní hry v herně (36,1 %) a to nejčastěji v DÚM Dius (12,5 %) – **tabulka 49**.

Tabulka 49 – místo posledního hraní hazardních her v jednotlivých diagnostických ústavech v %

	DÚM Ostrava	DDÚ Plzeň	DDÚ Liberec	DÚM DIUS	Celkový součet
Neodpověděl	2,8	0,0	0,0	1,4	4,2
Herna	9,7	4,2	9,7	12,5	36,1
Internet	1,4	5,6	1,4	1,4	9,7
Nikdy nehrál	11,1	12,5	9,7	5,6	38,9
Soukromý klub	0,0	0,0	0,0	1,4	1,4
Sport bar	1,4	1,4	1,4	5,6	9,7
Celkový součet	26,4	23,6	22,2	27,8	100,0

7.12.5 Osoba přítomná u posledního hraní hazardních her

U posledního hraní hazardních her byl nejčastěji přítomný kamarád (25,0 %), parta kamarádů (13,9 %) anebo ji dokonce respondenti hráli sami (13,9 %) – **tabulka 50**.

Tabulka 50 – osoby přítomné při posledním hraní hazardních her

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti (v %)
Neodpověděl	3	4,2
kamarád	18	25,0
Nikdy nehrál	28	38,9
Parta	10	13,9
Rodiče	1	1,4
Sám	10	13,9
Sourozenec	2	2,8
Celkový součet	72	100,0

8 Diskuze

Hypotéza, že problémové děti užívají návykové látky častěji, než děti z obecné populace, se na základě provedeného výzkumu potvrdila. Vyšší abúzus návykových látek a hazardního hraní u dětí z diagnostických ústavů může být vysvětlován kombinací bio–psycho–sociálních faktorů. Při realizaci dotazníkového šetření bylo vedením ústavů potvrzeno, že část dětí a dospívajících patří do etnických minorit ohrožených sociálním vyloučením a sociálně slabých rodin. Výzkum také potvrdil, že jen jedna třetina dětí žije v úplných rodinách. Velká část žije pouze s jedním s rodičů, nebo v dětském domově. Vedením ústavů a psychology bylo také zdůrazňováno, že je třeba, aby se zbytečně neotvírala témata, která by mohla zhoršit psychický stav dětí. Realizaci výzkumu komplikovalo i zjištění, že některé děti reagovaly pomaleji a chápaly méně, než ostatní. U jiných dětí se zase plně projevilo ADHD, na které mě upozorňovali při rozdávání dotazníků učitelé. Bylo znát, že je pro děti těžké se soustředit. Tato skutečnost se projevila i ve výsledcích dotazníkového šetření.

Jednotlivé diagnostické ústavy byly objížďeny tazatelkou osobně. Velký důraz byl kladen na rozdávání dotazníků přímo realizátorkou výzkumného šetření z důvodu reliability dat. Bylo pravděpodobné, že pokud by dotazníky rozdávali vychovatelé, nebo učitelé ústavu, respondenti by ze strachu, že odpovědi nějakým způsobem ovlivní pobyt v zařízení, nemuseli odpovídat pravdivě. Tato skutečnost se pravděpodobně potvrdila, protože tazatelce nebyl v jednom případě umožněn přímý kontakt s dětmi a dotazník byl zadán učitelem. Data u respondentů z Plzně se tak významně liší od ostatních. Byly také pozorovány výrazné výkyvy ochoty dětí spolupracovat. Největší bariéra v komunikaci se ukázala u respondentů z Ostravy. Dalším problémem se ukázalo, že z důvodu nedostatku času, byl výzkum DÚM Dius realizován ve větších skupinách. Nebylo v silách tazatelky věnovat všem respondentům potřebnou pozornost. Chybějící data, či špatně pochopené otázky, tak mohly zkreslit výsledky.

V okruhu týkajícího se tabákových výrobků bylo zjištěno, že přes 90 % respondentů má zkušenost s tabákovými výrobky. V celoživotní prevalenci užití tabákových výrobků jsou na tom respondenti z diagnostických ústavů oproti obecné populaci asi o 20 % hůře. První zkušenost s tabákovými výrobky udávali respondenti už od 4 let věku. Alarmující bylo také zjištění, že necelá polovina respondentů kouří denně. Cigarety ve většině případů získali od kamaráda, v partě, případně si je vzali doma bez dovolení rodičů anebo je koupili v obchodě.

S alkoholem má zkušenost většina respondentů (91,7 %). Nadměrné množství vypitých sklenic při jedné epizodě za posledních 30 dní udávají respondenti většinou ve frekvenci jednou až pětkrát. Ukazuje se tak fakt, že pokud se dotazovaní dostanou k alkoholu, opijí se ve většině případů do vyšších stádií opilosti a zvyšuje se tak riziko úrazů. Ve srovnání s ESPAD nejsou rozdíly v nadměrném množství vypitých sklenic tak velké, jako u jiných srovnání. Data týkající se první opilosti respondenti udávali od 8 do 17 let. Oproti obecné populaci začínají děti s diagnostických ústavů až 10krát dříve. Alkohol jim při první opilosti poskytli většinou kamarádi, parta, nebo si jej koupili v obchodě.

Obtížnost obstarání jednotlivých druhů návykových látek (cigarety, pivo, víno a tvrdý alkohol), které jsou v České republice legální (je však nutné podotknout, že od 18 let) byla pro velkou část respondentů velmi snadná. Největší problém měli u tvrdého alkoholu. Nejjednodušší bylo tyto látky sehnat pro respondenty v Ostravě a Praze. Pravděpodobně je to z důvodu, že se jedná o diagnostické ústavy pro mládež, a pokud alkohol dotazovaní kupují v obchodech, tak většinou vypadají starší, než respondenti z diagnostických ústavů pro děti.

S marihuanou má zkušenost až 80 % klientů diagnostických ústavů. Celoživotní prevalence užívání je oproti obecné populaci ve stejném věku asi o polovinu vyšší. První zkušenost s konopnými látkami udávali dotazovaní od 7 do 16 let. Co se týká prevalence užití marihuany za poslední měsíc, většina respondentů odpověděla, že ji neužili. Tyto výsledky však mohou být ovlivněny tím, že v době realizace dotazníkového šetření se mohla lišit délka pobytu v ústavu u jednotlivých dotazovaných. Dle sdělení vychovatelky je velice málo pravděpodobné, že by v době, kdy jsou děti diagnostikovány v ústavech, užily nějaké návykové látky. Tuto možnost však z mého pohledu nelze vyloučit, protože někteří klienti diagnostických ústavů pro mládež navštěvují své střední školy, či dokonce pracují a do ústavů se na večer vrací. Sehnání konopných látek není zásadní problém pro téměř žádné respondenty. Při prvním užití získali drogu většinou v partě, nebo od kamaráda.

Dále se potvrdila skutečnost, že stimulantia jsou po „legálních“ návykových látkách a marihuaně, nejčastěji užívanou drogou. Jedinou výjimkou byli respondenti z DDÚ v Plzni, kde žádný z dotazovaných neuvedl zkušenost ani s jednou návykovou látkou, která byla zahrnuta do tohoto okruhu. S veškerými stimulantii mají největší zkušenost respondenti v Ostravě a v Praze. Velkým překvapením je prevalence užití kokainu, který je v České republice málo dostupný a drahý. Můžeme se tak domnívat, že se pravděpodobně

jednalo o jinou látku, která dětem byla prezentována jako kokain. Nejjednodušeji jsou schopní respondenti obstarat pervitin a extázi.

Zkušenosti s opiáty uvádějí dotazovaní jen v DDÚ v Liberci. Alarmující je to, že se jedná o děti ve věku do 15 let. První zkušenosti s opiáty uvádí dotazovaní z DDÚ Liberec již od 13 let. Získat tuto látku je pro většinu dětí nemožné. V dotazníku byla sledována i intravenózní aplikace návykových látek. Zkušenost s tímto druhem užití mají respondenti v Liberci (25 %) a v Praze (10 %). Otázka však blíže neurčovala druh aplikované návykové látky.

Situace týkající se užívání sedativ je ve všech diagnostických ústavech podobná. Výjimkou je opět DDÚ Plzeň, kde nikdo z dotazovaných nevedl, že sedativa užil. Pro třetinu respondentů je získat tuto návykovou látku nemožné.

Otázky týkající se halucinogenů byly rozděleny na LSD, houby a jiné přírodní halucinogeny. LSD se užívalo nejčastěji v Ostravě a v Liberci. V případě hub byla prevalence užívání halucinogenních hub nejčastější v DDÚ Liberec. Pravděpodobně to může souviset s geografickým umístěním města Liberec, který se stal pro sběr halucinogenních hub potvrzeným (Lánský, 2011). Za zmínku také stojí, že zkušenost s houbami uvedlo 5,9 % respondentu v DDÚ Plzni. Vzhledem k předešlým výsledkům dotazníkového šetření, kdy děti z tohoto ústavu nevedly téměř žádné návykové látky (pouze alkoholické nápoje, tabákové výrobky a konopné látky), je tento výsledek zvláštní. Je možné, že označení „houby“, nebylo v dotazníku dostatečně jasné označení. Jiné přírodní halucinogeny užívali nejčastěji respondenti také v Liberci.

Oblíbenost těkavých látek není mezi mladistvými velká. S touto látkou mají zkušenost pouze děti v DDÚ Liberec a DÚM DIUS. Oproti studii ESPAD je prevalence užívání těkavých látek až o polovinu vyšší. Opatřit tyto látky je pro většinu respondentů nemožné, pro menší část velmi snadné.

U ostatních nových syntetických drog je situace obdobná, jako u těkavých látek. Největší zkušenost se udává v DDÚ Liberci, výrazně méně pak v DÚM Dius.

Respondenti vyplňovali v dotazníku i jiné látky, které někdy v životě užili. Objevilo se zde „dmt“, „hašiš“, „chuťovka“, „křída“, „MDMA“, „muškátový oříšek“, „pervin“. Můžeme usuzovat, že v některých případech se jedná o nedostatečnou informovanost ohledně rozdělení drog („dmt“, „hašiš“, „MDMA“, „muškátový oříšek“). V případě údaje „pervin“ se pravděpodobně jedná o pervitin. Otázkou je, co znamená označení

„chuťovka“ a „křída“. Jelikož se v odpovědi u otázky získání návykové látky (stimulancia, opiáty, halucinogeny, nové syntetické drogy, sedativa a ostatní syntetické drogy) při posledním užití objevilo „ve škole“, můžeme se domnívat, že šlo o křidu ve škole, anebo o neznámý slangový výraz pro označení nějaké drogy bílé barvy. U otázky získání návykové látky, kterou užíli respondenti naposledy, se nejčastěji objevil kamarád, či známý člověk.

Velkým překvapením byl okruh otázek týkající se hazardního hraní. Polovina respondentů z diagnostických ústavů má zkušenost s hraním hazardních her, jedna třetina se sportovními sázkami a sázkovými hrami na internetu. Nejčastěji hrají respondenti v DÚM Dius na automatech a sází na internetu. Kurzové sázky nejčteněji udávali dotazovaní v Liberci. První zkušenost sázením byla od 9 do 16 let věku. Pokud dotazovaní někdy v životě hráli hazardní hry, tak nejvíce procent jich uvedlo, že to bylo 11krát a více v životě, a nejčastěji je hráli v herně s kamarádem, partou, nebo sami.

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že většina dětí má zkušenost s návykovými látkami a hraním hazardních her. Je pravděpodobné, že respondenti jsou v budoucnosti ohroženi závislostí. Výsledky by mohly pomoci nastavit vhodný indikovaný preventivní program pro děti z jednotlivých diagnostických ústavů. Mohly by to být také podnět pro vedoucí diagnostických ústavů, aby v budoucnosti více spolupracovali s adiktologickými odborníky, a zvýšili tak informovanost o návykových látkách. Dle dat je zřejmé, že trend užívání jednotlivých návykových látek se u ústavů liší.

9 Závěr

Na základě studie ESPAD byla potvrzena hypotéza, že děti a mladiství z diagnostických ústavů začínají s užíváním návykových látek dříve a frekvence užívání je častější, než u jejich vrstevníků v obecné populaci. Byla také potvrzena skutečnost, že jednotlivé ústavy z různých částí České republiky vykazují jiné vzorce užívání návykových látek a hazardního hraní.

Bylo zjištěno, že celoživotní prevalence užívání u kouření tabákových výrobků je u respondentů z diagnostických ústavů 91,7 %. Celých 61,9 % okusilo svou první cigaretu do 11 let. Alarmující zprávou je, že 70,9 % klientů diagnostických ústavů kouří denně. Dalším zajímavým zjištěním je, že dívky se častěji opíjejí 5 více sklenicemi alkoholu za posledních 30 dní, než chlapci. Svou první opilost prožilo 30,0 % respondentů do 11 let. Nejsnadnější je sehnat alkohol a tabákové výrobky pro dospívající z DÚM Dius a DÚM Praha. Celoživotní prevalence užití konopných látek se pohybuje u respondentů na 79,2 % a za posledních 30 dní je kouřili častěji chlapci, než děvčata. Data týkající stimulancií jsou v porovnání s obecnou populací velmi vysoká. Celoživotní prevalence užití v pervitinu je 25 %, u extáze 22,6 % a u kokainu 18 %. Intravenózní aplikace byla zjištěna u 8,3 % respondentů a nejčastěji tímto způsobem drogu aplikovaly děti z DDÚ Liberec. Syntetické halucinogeny se nejčastěji užívají v DÚM v Ostravě a přírodní halucinogeny včetně halucinogenních hub v DDÚ Liberec. Hazardní hry nejčastěji hrají respondenti v DÚM Ostrava a Dius. Celoživotní prevalence hraní výherních automatů je u respondentů 48,6 %. Věk, kdy respondenti hráli prvně hazardní hry, se pohyboval od 9 do 16 let.

Výsledky výzkumu by mohly být podkladem pro nastavení vhodného indikovaného preventivního programu pro jednotlivé diagnostické ústavy.

10 Seznam použité literatury

- Abbott, M., Binde, P., Hodgins, D., Korn, D., Pereira, A., Volbergová, R., & Williams, R. (2013). *Koncepční rámec škodlivého hráčství: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Guttormsson, U., Hibell, B., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 countries*.
- Anonymní alkoholici. (2011). *Anonymní alkoholici* [Online]. Retrieved April 13, 2016, from <http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/pro-verejnost.html>
- Barnard, M. (2011). *Drogová závislost a rodina* (Vyd. 1.). Praha: Triton.
- Databáze ústavní výchovy. (2016). *Databáze ústavní výchovy* [Online]. Retrieved February 03, 2016, from <https://datanastenka.msmt.cz/Sitepages/dbuv.aspx>
- Goodyer, P., & Pánek, J. (2001). *Drogy teenager* (1. české vyd.). Praha: Slovanský dům.
- Hajný, M., (2001). *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky: rizika zvyšující užívání drog: léčba: problémové situace* (Vyd. 1.). Praha: Grada Publishing.
- Hort, V. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie* (Vyd. 2.). Praha: Portál.
- Chomynová, P., Csémy, L., Grolmusová, L., & Sadílek, P. (2014). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Inchley, J., *The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* [Online]. Retrieved February 17, 2016, from <http://www.hbsc.org>
- Kavenská, V. (2009). Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu [Online]. *E-Psychologie*, 3(1). Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Veronika_Kavenska/publication/228855299_Smysl_zivota_v_kontextu_zavislosti_na_alkoholu/links/09e4150891674bdb42000000.pdf
- Kern, H. (2006). *Přehled psychologie* (Vyd. 3.). Praha: Portál.
- Krobová, V. (2008). *Diagnostický ústav pro mládež – metody práce práce s dětmi*. Brno.
- Lánský, T. (2011). Tyhle houby umí zfetovat lidi [Online]. *Liberecký Deník.cz*, 1. Retrieved from http://liberecky.denik.cz/zpravy_region/tyto-houby-vas-zfetuji-20110921.html

- Lovasová, L., Hanušová, J., & Hellebrandová, K. (2006). *Děti a jejich problémy: sborník studií*. Praha: Sdružení Linka bezpečí.
- McGrath, Y. (2007). *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky* (1. vyd. v jazyce českém). Praha: Úřad vlády České republiky.
- McGrath, Y., & Bareš, J. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky* (2007). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., et al. (2015). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (Vyd. 4). Praha: Portál.
- Nešpor, K., Csémy, L., & Pernicová, H. (1999). Zásady efektivní primární prevence [Online]. In *Pedagogicko–psychologická poradna Ústeckého kraje* (pp. 1– 40). Praha: Sportpropag. Retrieved from http://www.pppuk.cz/soubory/ppp_litomerice/LTM_Zasady_efektivni_primarni_prevence.pdf
- Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu [Online]. *Psychiatri Pre Praxe*, 2003(1), 31– 35. Retrieved from <http://www.solen.cz/savepdfs/int/2002/10/13.pdf>
- Realizační tým projektu. (2012). Diagnostický ústav [Online]. In *Speciální výtvarná výchova*. Brno: PdF MU. Retrieved from http://www.ped.muni.cz/kvv/svv/archiv/content_cz/studijni_opora_diag_2011.pdf
- Steidlová, K. (2009). *Etoped – koordinátor a jeho role v diagnostickém* [Online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Retrieved from http://theses.cz/id/5qm6ww/downloadPraceContent_adipIdno_13020
- Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí: Podíl genetické výbavy na vzniku závislosti [Online]. *Zaostřeno Na Drogy*, 5(3), 1– 8. Retrieved from http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4609/583/Zaostreno_na_drogy_200703.pdf
- Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti [Online]. *Psychiatrie Pro Praxi*, 13(4), 148– 150. Retrieved from <http://www.solen.cz/savepdfs/psy/2012/04/02.pdf>

Verosta, P. (2012). Patologické hráčství: souhrn faktů a aktuální situace v České republice: Přehledový článek [Online], 1– 21. Retrieved from

http://scholar.google.cz/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fwww.evropskezpravy.cz%2Fsobory%2Fdokumenty%2Fpatologicke-hracstvi-apa2011.pdf&hl=cs&sa=T&oi=ggp&ct=res&cd=0&ei=sqfWVsi0G8GS2Aa2z4rYBA&sig=AAGBfm2BT67gbaUefJMFaQLquagpCuMSNg&nossl=1&ws=1262x832

Zahradník, P. (2005). Patologické hráčství – psychodynamické aspekty v etiologii a ambulantní terapii. *Psychiatrie pro praxi*, 6(2), 87– 90. Retrieved October 4, 2011, from

http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1753&magazine_id=2

Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních. Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních (2002). Česká republika.

11 Přílohy

Příloha 1 – dotazník pro děti a dospívající z diagnostických ústavů

1. **Dosažený věk:** _____ (roky)

2. **Pohlaví**
 - 1 muž
 - 2 žena

3. **Sociální status:**
 - 1 student
 - 2 zaměstnaný
 - 3 nezaměstnaný

4. **Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů:**

matka <ol style="list-style-type: none">1 <input type="checkbox"/> základní2 <input type="checkbox"/> střední bez maturity3 <input type="checkbox"/> střední s maturitou4 <input type="checkbox"/> vysokoškolské5 <input type="checkbox"/> nevím	otec <ol style="list-style-type: none">1 <input type="checkbox"/> základní2 <input type="checkbox"/> střední bez maturity3 <input type="checkbox"/> střední s maturitou4 <input type="checkbox"/> vysokoškolské5 <input type="checkbox"/> nevím
---	--

5. **S kým žijete ve společné domácnosti?**

<ol style="list-style-type: none">1 <input type="checkbox"/> matka2 <input type="checkbox"/> nevlastní matka3 <input type="checkbox"/> otec4 <input type="checkbox"/> nevlastní otec9 <input type="checkbox"/> dětský domov	<ol style="list-style-type: none">5 <input type="checkbox"/> sourozenci (vlastní i nevlastní)6 <input type="checkbox"/> prarodiče7 <input type="checkbox"/> jiní příbuzní, další osoby8 <input type="checkbox"/> sám, sama
---	---

Cigarety



6. **Kouřil(a) jste někdy v životě cigarety, tabák, doutník nebo dýmku (dále používáme označení cigareta, které zahrnuje všechny tabákové výrobky ke kouření)?**
 - 1 ano
 - 2 ne (pokud ne, tak přeskočte na otázku č. 9.)

7. **Pokud ano, tak kolik let Vám bylo, když jste kouřil(a) první cigaretu nebo tabák?**
_____ let

8. **Kolik cigaret jste kouřil(a) během posledních 30 dnů?**

- 1 vůbec
- 2 méně než 1 cigaretu za týden
- 3 kouřil(a), ale ne denně
- 4 1– 5 cigaret denně
- 5 6– 10 cigaret denně
- 6 více než 10 cigaret denně

9. **Jak jste získal(a) cigarety, když jste kouřil(a) poprvé?**

- 1 od sourozence
- 2 od kamaráda(ky)
- 3 v partě (skupině přátel)
- 4 od cizího člověka
- 5 od známého člověka
- 6 od jednoho z rodičů
- 7 vzal(a) jsem doma bez dovození rodičů
- 8 koupil(a) jsem v obchodě
- 9 jinak – jak: _____

Alkohol



10. **Pil(a) jste někdy v životě alkohol?**

- 1 ano
- 2 ne (pokud ne, tak přeskočte na otázku č. 15.)

11. **Jak často jste pil(a) nějaký alkohol (pivo, víno nebo tvrdý alkohol)?**

	nepil	1– 2x	3– 5x	6– 9x	více než 10x
Někdy v životě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V posledních 12 měsících	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V posledních 30 dnech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. **Kolikrát v posledních 30 dnech jste vypil(a) pět a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti?**

- 1 ani jednou
- 2 jednou
- 3 dvakrát
- 4 3– 5krát
- 5 6– 9krát
- 6 10 a vícekrát

13. **V kolik let vám bylo, když jste byl(a) poprvé opilý(á)?**

_____ let

14. **Jak jste získal(a) alkohol, když jste se opil(a) poprvé?**

- 1 od sourozence
- 2 od kamaráda(ky)
- 3 v partě (skupině přátel)
- 4 od cizího člověka
- 5 od známého člověka
- 6 od jednoho z rodičů
- 7 vzal(a) jsem doma bez dovození rodičů
- 8 koupil(a) jsem v obchodě
- 9 jinak – jak: _____

15. **Jak obtížné by pro vás bylo sehnat si následující látky?**

	Nemožné	Velmi obtížné	celkem obtížné	celkem snadné	Velmi snadné
Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Víno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvrdý alkohol (rum, vodka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marihuana a ostatní nelegální drogy



16. **Kouřil(a) jste někdy v životě marihuanu?**

- 1 ano
- 2 ne (pokud ne, tak přeskočte na otázku č.21)

17. **Kolik let Vám bylo, když jste kouřil(a) prvního jointa?**

____ let

18. **Kolikrát za posledních 30 dní jste byl(a) zhulený/zhulená?**

- 1 ani jednou
- 2 1–3krát
- 3 4–10krát
- 4 11 a vícekrát

19. **Jak obtížné bylo marihuanu sehnat?**

- 1 nemožné
- 2 velmi obtížné
- 3 trochu obtížné
- 4 celkem snadné
- 5 velmi snadné

20. **Jak jste získal(a) marihuanu, když jste kouřil(a) poprvé?**

- 1 od sourozence
- 2 od kamaráda(ky)
- 3 v partě (skupině přátel)
- 4 od cizího člověka
- 5 od známého člověka
- 6 od jednoho z rodičů
- 7 vzal(a) jsem doma bez dovození rodičů
- 8 koupil(a) jsem v obchodě
- 9 jinak – jak: _____

21. **Užil(a) jste někdy některou z následujících látek?**

	Ano, během posl. 30 dnů	Ano, během posl. 12 měs.	Ano, někdy v životě	Ne
<u>Pervitin, amfetaminy</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Extáze</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>GHB</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Kokain</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Heroin, opiáty</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>LSD</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Lysohlávky</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Jiné přírodní halucinogeny</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Těkavé látky, rozpouštědla</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Léky na uklidnění, sedativa</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Nové syntetické drogy</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>(mefedron, 3,4- DMMC, MDPV, Funky, El Magico, ketamin, JWH, AM apod.)</u>				
<u>Anabolické steroidy</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud jste užil(a) jinou drogu, tak jaká jiná droga to byla?

.....

22. Jak jste získal(a) drogu, kterou jste užil(a) naposledy?

- 1 od sourozence
- 2 od kamaráda(ky)
- 3 v partě (skupině přátel)
- 4 od cizího člověka
- 5 od známého člověka
- 6 od jednoho z rodičů
- 7 vzal(a) jsem doma bez dovolení rodičů
- 8 jinak – jak: _____

(pokud jste danou látku neužil(a), neodpovídejte):

V jakém věku jste poprvé vyzkoušel(a) následující látky?

pervitin ____, extáze ____, heroin ____, těkavé látky ____

23. Užil(a) jste někdy v životě nějakou drogu injekčně?

- 1 ano
- 2 ne

24. Jak obtížné by pro vás bylo sehnat si následující látky?

	Nemožné	Velmi obtížné	Trochu obtížné	Celkem snadné	Velmi snadné
LSD, halucinogeny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pervitin, amfetaminy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky na uklidnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extáze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Těkavé látky, rozpouštědla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nové syntetické drogy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolické steroidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hazardní hry



25. **Hrál(a) jste někdy některou z následujících hazardních her (tj. oficiálních her, kde lze vsadit a vyhrát peníze)?**

	Ano, během posl. 30 dnů	Ano, během posl. 12 měs.	Ano, někdy v životě	Ne
Automaty (VLT, VHP, jiné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzové sázky (např. na sport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakékoliv hazardní hry na internetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. **Pokud ano, tak v kolika letech poprvé?**

_____ let

27. **Kolikrát v životě jste hrál(a) nějakou hazardní hru, kde lze vyhrát peníze?**

- 1 ani jednou
- 2 1–3krát
- 3 4–10krát
- 4 11 a vícekrát

28. **Kde jste hrál(a) hazardní hry naposledy?**

- 1 nikdy jsem žádnou hazardní hru nehrál
- 2 herna
- 3 casino
- 4 soukromý klub (např. Pokerový klub)
- 5 internet
- 6 sport bar

29. **S kým jste hrál(a) hazardní hru naposledy?**

- 1 nikdy jsem žádnou hazardní hru nehrál
- 2 se sourozencem
- 3 s kamarádem nebo kamarádkou
- 4 v partě (skupině přátel)
- 5 s cizím člověkem
- 6 sám
- 7 s rodiči, příbuznými

Děkuju za vyplnění dotazníku 😊

