UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

PŘÍNOS PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ V OBLASTI DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ POHLEDEM SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ

Katedra pastorační a sociální práce
Studijní program B7508 sociální práce
Studijní obor pastorační a sociální práce
Vedoucí práce doc. PhDr. David Urban, Ph.D

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Přínos preventivních programů v oblasti drogových závislostí pohledem sociálních pracovníků nízkoprahových zařízení napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 4. 12. 2018

_____

Vendula Richterová

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na preventivní programy v oblasti drogových závislostí pohledem sociálních pracovníků nízkoprahových zařízení. V práci je popsána charakteristika nízkoprahových zařízení, jejich pravidla a vymezení cílové skupiny těchto zařízení. Dále je v práci hovořeno o návykových látkách a syndromu závislosti, charakterizuji zde projevy fyzické a psychické závislosti. V práci je rozebíráno užívání návykových látek adolescenty. Teoretická část je zakončena prevencí sociálně-patologických jevů ve společnosti a preventivními programy a opatřeními v nízkoprahových zařízeních. Na teoretickou část navazuje část praktická, ve které je vymezen kvalitativní výzkum a charakterizován výběr respondentů. Zde jsou uvedeny dílčí otázky, které vedly k zodpovězení hlavní výzkumné otázky a provedena analýza dat. Praktická část je ukončena popisem přínosu preventivních programů v oblasti drogových závislostí pohledem sociálních pracovníků v nízkoprahových zařízeních.

Klíčová slova

nízkoprahová zařízení, návykové látky, preventivní programy, sociální pracovník

Summary

Bachelor thesis is focused on prevention programs in area of drug addiction from the low-threshold social workers point of view. Thesis describes a characteristics of low-threshold facilities, their rules and definition of target group. Furthermore, there are sections talking about addictive substances and addiction syndrome, which characterize the effects of a physical and psychological addiction. The thesis analyses the addictive substances using by adolescents. Theoretical part ends with the prevention of a socio-pathological phenomena in society, prevention programs and precautions in low-threshold facilities. Theoretical part is followed by the practical part in which the qualitative research is described and selection of respondents is characterized. Here are the answers for partial questions that led to answering the main research question and also the data analysis. Practical part ends with description of prevention programs benefits in the area of drug addiction from the low-threshold social worker point of view.

Keywords

low-threshold facilities, addictive substance, prevention programs, social worker

Poděkování

Děkuji PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D za pomoc při vedení bakalářské práce. Mé poděkováni patří též všem osloveným respondentům, kteří mi pomohli při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

OBSAH

1. NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ 9
1.1. Charakteristika nízkoprahových zařízení 10
1.2. Pravidla a programy 11
1.3. Cílová skupina nízkoprahového zařízení 12
2. NÁVYKOVÉ LÁTKY A PROJEVY ZÁVISLOSTÍ 13
2.1. Pojem droga a typologie uživatelů 14
2.2. Syndrom závislosti 15
2.2.1. Projevy fyzických a psychických závislostí 17
3. UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK ADOLESCENTY 18
3.1. Možné příčiny vzniku drogové závislosti 18
3.2. Často užívané drogy u adolescentů 20
3.2.1. Legální drogy 20
3.2.2. Nelegální drogy 22
3.3. Důsledky užívání drog u mladistvých 24
4. PREVENTIVNÍ PROGRAMY A OPATŘENÍ V NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍCH A JEJICH PŘÍNOS 26
4.1. Prevence sociálně patologických jevů ve společnosti 26
4.2. Přínos preventivních programů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež 29
5. METODOLOGICKÉ ŠETŘENÍ 34
5.1. Kvalitativní výzkum 34
5.2. Realizace kvalitativního výzkumu 34
5.3. Výběr respondentů 35
5.4. Dílčí otázky a okruhy 35
6. Analýza získaných dat 36
6.1. Analýza odpovědí 37
6.2. Zodpovězení hlavní výzkumné otázky 49

ÚVOD

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež jsou velmi důležitou součástí dění v oblasti sociální prevence. Mezi podstatné typy činností těchto zařízení patří i preventivní programy v oblasti drogových závislostí, které jsou v dnešní moderní době velkým tématem, neboť mládež je vystavena mnoha rizikovým faktorům z této oblasti každý den. Preventivní programy jsou jedny z nejdůležitějších kroků ke zmírnění vzniku závislostí či jejich důsledků. Nízkoprahová zařízení zaměřují svoji práci na volný čas svých klientů, proto je důležité, aby znalosti a povědomí o rizikových dopadech byly dětem a mládeži vštěpovány v průběhu trávení jejich volného času v přátelském prostředí klubů, kam jako klienti docházejí dobrovolně. Právě zde tedy mohou snáze potkávat i přijímat informace, které mohou preventivní efekt významně podpořit. Ruku v ruce s tímto záměrem funguje odborná činnost vzdělaných sociálních pracovníků a nízkoprahového prostředí, kde se klienti cítí bezpečně a mohou svobodně projevovat všechny své dojmy a pocity. Ve své bakalářské práci se věnuji tomu, jak sociální pracovníci vnímají preventivní programy svým pohledem.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit pomocí kvalitativního výzkumu, jaký je přínos preventivních programů v oblasti drogových závislostí pohledem sociálních pracovníků, kteří pracují v nízkoprahových zařízeních. Ve své práci charakterizuji daná zařízení a popisuji pravidla jejich fungování. Dalším cílem je vysvětlit pojem drogy jako návykové látky, přiblížit mechanismus vzniku závislosti na nich a popsat nejčastěji užívané látky adolescenty. Předmětný sortiment bývá obvykle rozdělován na drogy legální a drogy nelegální.

TEORETICKÁ ČÁST

1. NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (ve zkratce NZDM) jsou zřizovány na základě zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách §62 v platném znění:

„Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem a mládeži ve věku od 6 do 26 let v situaci ohrožení společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.
Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
c) sociálně terapeutické činnosti,
d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Zákon o sociálních službách, §62)

Dle Klímy a Bodláka (1999) jsou popsána Nízkoprahová zařízení takto: „Nespecifická preventivní zařízení zaměřující se na spoluutváření životního stylu a životní praxe mladistvých při pomoci zvládání socializačních obtíží, každodenních starostí a nepříznivých (omezených) životních podmínek.“

Z uvedené citace plyne, že návštěvníci těchto zařízení je navštěvují z důvodu potřeby hovořit v bezpečném prostředí o svých problémech, které sami nedokáží dostatečně reflektovat, přiměřeně zhodnotit a odpovědně vyřešit.

Podstata adjektivního označení „nízkoprahový“ je spatřována v možnosti pomoci mladistvému s řešením jeho problémů naprosto anonymně, bez identifikace či ověření totožnosti. Mezi hlavní kritéria patří snaha přiblížit se životnímu stylu mladistvých, což znamená, že se žádný z potenciálních klientů do těchto klubů nemusí bát přijít kvůli tomu, jaký životní styl preferuje a uplatňuje a jakou názorovost zaujímá. V těchto zařízeních nebude souzen a nebude muset měnit žádný

ze svých postojů, pokud nebudou přímo zasahovat do několika z mála pravidel, které kluby ve svém řádu uplatňují. (Ratolest, [online].[cit. 2018-03-11])

V následující kapitole charakterizuji nízkoprahová zařízení a přidružené terénní programy, tedy streetwork.

1.1. Charakteristika nízkoprahových zařízení

Nízkoprahové kluby, dle Racka a Herzoga (in Česká asociace streetwork, 2010), vyplňují bílé místo v kontaktu společnosti s dospívající populací.

Úlohou nízkoprahových zařízení je bránit sociálnímu vyloučení dětí z vrstevnických skupin pomocí vzdělávacích, aktivizačních a sociálních činností. Mezi dlouhodobé cíle těchto klubů patří stabilizace vztahů mezi klienty a jejich vrstevníky, rodiči, autoritami a mladšími dětmi. Sociální pracovníci se snaží vést mladistvé k respektu vůči sobě samým a ostatním lidem bez ohledu na jejich věk, národnost, rasu, pohlaví a stav. S klienty nízkoprahových klubů se jedná individuálně v tzv. kontaktní místnosti, ale zároveň jsou vedeni k týmové práci, přizpůsobivosti, toleranci a empatii, jak je uplatňují i nabízejí i zaměstnanci těchto klubů. (Ratolest [online].[cit. 2018-03-11])

V rámci provozovaných aktivit nízkoprahových zařízení existují i další činnosti, které sociální pracovníci (dále jen SP) vykonávají. Hovoříme o terénní práci, tedy tzv. „streetwork“. Jedná se o nedílnou součást poskytovaných služeb a podávání pomoci mladistvým, kteří svůj volný čas tráví pouze venku se svými přáteli. Česká asociace streetwork, o. s., která tyto služby sdružuje a podporuje, byla založena v roce 1997. Je to dobrovolná, profesní, nevládní nezisková organizace. (Česká asociace streetwork, [online].[cit. 2018-03-11])

> „Terénní programy (streetwork) stojí na pomyslném počátku systému péče o drogově závislé adolescenty. Terénní práce je specifická forma služby, která je poskytována přímo na ulici. Mezi dvě základní specifika této služby patří místo, kde je tato služba poskytována a přístup ke klientovi. Terénní pracovník aktivně hledá a oslovuje

potenciální zájemce o tuto službu a nečeká, až bude „zdola“ osloven. Klientovi je ale zároveň umožněno nabízenou službu odmítnout, aby nebyl kvůli kontaktu s tímto pracovníkem stigmatizován. Místy, kde je tato služba poskytována, může být tzv. otevřená drogová scéna - ulice a další veřejná místa (věznice, školy, azylové domy apod.) a tzv. uzavřená drogová scéna - byty, kde se uživatelé sdružují. Je zde uplatňován nízkoprahový přístup, v rámci něhož je služba časově i místně dostupná a je velmi flexibilní. Tato služba je standardně poskytována anonymně. Terénní programy také umožňují pracovat s klienty bez ohledu na fázi závislosti a na úroveň jejich motivace vedoucí k eventuální změně životního stylu.“ (Kalina 2008:18 – 23)

1.2. Pravidla a programy

Během studia jsem vykonávala praxi v nízkoprahovém zařízení, kde jsem měla možnost naplno začít vnímat onen význam pojmu „nízkoprahový“. SP působící v těchto klubech vynakládají maximální snahu o to, aby vytvořili prostředí, ve kterém se bude cítit bezpečně široké spektrum klientů. Udržují uvnitř klubů pouze několik málo pravidel, která mají za cíl vytýčit provozní a komunikační hranice a vytvořit tak bezpečné prostředí, o kterém jsem hovořila.

Tato pravidla udávají, že návštěvník klubu nebude pod vlivem legálních či nelegálních látek a nebude je užívat uvnitř klubu ani v přilehlém okolí, stejně tak nebude tyto látky nabízet ostatním návštěvníkům. Nedílnou součástí pravidel je i slušný slovník klienta, tedy návštěvník se v klubu zdržuje násilných či nenávistných projevů vůči všem ostatním. V těchto zařízeních nalezneme široké spektrum prostředků k volnočasovým aktivitám, pro jejich dlouhou životnost nesmí klienti ničit nic, co se v klubu nachází. Na tato pravidla dohlížejí SP a při opakovaném nedodržení těchto zásad je možné klienta upozornit na jeho nevhodné chování pomocí výchovného prostředku, kterým může být vyloučení klienta z klubu na určené časové období, na jehož délce se shodnou SP klubu. (Ratolest, [online].[cit. 2018-03-11])

V průběhu mé praxe jsem pochopila, že tato zařízení mají psaná pravidla avšak zároveň v běžné atmosféře klubu funguje spousta pravidel nepsaných. Sociální pracovníci předávají dětem umění v podobě tolerantního chování vůči jednotlivci či skupině a týmové spolupráci. Do nízkoprahového zařízení, kde jsem praxi vykonávala, docházeli klienti od 12 do 26 let. Dny v týdnu byly rozděleny tak, že některé dny byly vymezeny pouze pro mladší návštěvníky a zbytek dní byl určen pro starší návštěvníky.

V programu klubu, ve kterém jsem působila, bylo možné nalézt mnoho aktivit pro klienty. Za ty hlavní bych označila zejména preventivní programy, například prevence drogové závislosti, nástrahy sexuálního života, dopady šikany atd., dále zde probíhaly workshopy, rukodělné dílny a vzdělávací programy, zejména z oblasti doučování matematiky, Českého jazyka a Anglického jazyka: tyto programy zajišťovali dobrovolníci z řad studentů vysokých škol, často pedagogického zaměření. Klienti mohou využívat volnočasové aktivity jako hru stolního fotbálku, kulečníku, ping pongu a velké množství stolních či karetních her. Ti klienti, kteří klub navštěvují dlouhodobě, přicházejí sami s nápady, co by rádi dělali v průběhu dne uvnitř či mimo klub se sociálními pracovníky. Ti tuto vyvíjenou aktivitu svých klientů oceňují a snaží se vyjít klientům maximálně vstříc. Prohlubuje to vztah mezi sociálním pracovníkem, návštěvníkem a samotným klubem včetně jeho prostředí. Klienti vymýšleli aktivity jako workshop vaření, různé turnaje například ve stolním fotbálku, kdy na vítěze čekala nějaká drobná cena. Sociální pracovníci posléze klientům nastínili, jak je dobré, že se učí zacházet se svým volným časem a podpořili je v dalších aktivitách, díky kterým se mohli sami podílet na plánování programu klubu.

1.3.Cílová skupina nízkoprahového zařízení

Klienty NDZM jsou skupiny nebo jednotlivci v určité lokalitě. Klienty lze charakterizovat jako takové děti a mladistvé, kteří netráví čas doma ani v nějakých organizovaných aktivitách ve vzdělávacích či volnočasových zařízeních. Většinovou společností jsou vnímáni mnohdy negativně, neboť jejich způsob života neodpovídá zažitým standardům. Nezastupitelné místo ve styku s těmito mladistvými mají sociální pracovníci, kteří jsou součástí sociálního zabezpečení. Je to jeden z hlavních

článků prevence sociálně-patologických jevů. Tito mladiství mají mnohdy s veřejností problémy, jejichž dopad na obě strany sociální pracovníci zmírňují. (Kappl, 2013:412)

Orientují se především na specifické skupiny, které lze dle K. Grefa (1995:193) rozdělit mezi tyto skupiny:

- děti a mladiství trávící volný čas na ulici, tzv. děti s klíčem na krku,
- skupiny jednostranně specificky orientované mládeže (skinheads, punková mládež, mladiství žijící ve squattech, mládež vyznávající grafitti apod.),
- prostitutky a homoprostituti,
- lidé závislí na návykových látkách, patologičtí hráči,
- bezdomovci
- sportovní (zejména fotbalový) fanoušci (hooligans, v ČR známí jako vlajkonoši)

V nízkoprahových zařízeních není odepřen přístup žádným klientům, kteří jsou ochotni přistoupit na dodržování několika základních pravidel, která jsem uváděla výše.

Podobně již bylo zmíněno, že mezi návštěvníky klubu se mohou objevit ti, kteří již mají ve svém životě zkušenost s nějakou omamnou látkou a je tedy pro ně drogová problematika vysoce aktuální. V navazující kapitole se tedy podrobněji věnujeme oněm návykovým látkám a projevům závislostí.

2. NÁVYKOVÉ LÁTKY A PROJEVY ZÁVISLOSTÍ

V této kapitole se věnuji pojmu droga a typologii jejího užívání, syndromu závislosti a projevům, které s sebou užívání návykových látek nese.

„Problematika závislostí je svou povahou interdisciplinární. Práci s uživateli drog se věnují profesionálové s kvalifikací v různých pomáhajících profesích.“ (Matoušek, 2010:211)

2.1. Pojem droga a typologie uživatelů

Význam slova droga byl v minulosti pojímán jako léčivý prostředek, který se vytvářel z celých sušených rostlin či jejich plodů a listů. V rámci posunu doby se tento pojem začal užívat zcela jinak, a to spíše v negativním slova smyslu. Nyní si pod pojmem droga představujeme škodlivé látky, na kterých v průběhu jejich užívání vzniká závislost spojená postupně s průvodními projevy zdravotních fyzických i psychických potíží. Nyní chápeme drogy jako látky, které chemicky působí na centrální nervovou soustavu. V širších kauzálních souvislostech je třeba konstatovat, že užívání těchto látek soustavně mění funkce mozku a následně dochází ke změnám v oblasti vnímání, nálad, vědomí a chování. Tyto změny mohou, ale nemusí být, dočasné. (Nožina, 1997:9)

Sociální pracovníci zaměřují svoji pozornost na klienty, kteří již ve svém životě užívají nějakou návykovou látku, není pro ně rozhodné, zda se jedná o legální či nelegální látku. To, jak uživatelé tyto látky užívají, je rozděleno do pěti skupin. Rozhodujícím faktorem pro to, ve které skupině se uživatel nachází, je četnost a míra užívání jednotlivce, a také následky, které jsou u tohoto jednotlivce pozorovatelné. (Kalina a kol., 2003:212)

1. „Experimentální užívání drogy“ – v této první skupině se nachází ti uživatelé, kteří konzumují psychoaktivní látky nepravidelně. Organismus těchto uživatelů není zatížen.

2. „Příležitostné užívání drogy“ – zde se setkáváme s těmi uživateli, u kterých se již objevil vzorec užívání návykové látky, a to ve své prvotní fázi. Prvotní fázi rozumíme tak, že se sice jedná o pravidelné užívání, ale objevuje se jedenkrát za týden. Uživatelé z této skupiny zatím stále nepociťují nějakou formu závislosti, užívání těchto látek spojují s jejich životním stylem a dostavující se účinky drogy nehodnotí jako hrozbu závislosti.

3. „Pravidelné (škodlivé) užívání drogy“ – nyní již hovoříme o těch konzumentech, kteří pociťují následky svého užívání v rovině sociální, látku užívají vícekrát do týdne, což už považujeme za častý výskyt.

4. „Problémové užívání drogy“ – do předposlední skupiny patří ti jedinci, kteří cítí negativní působení látek, které si aplikují. Zde se již objevují problémy v rovině zdravotní i sociální. Mluvíme tedy o ztrátě sociálních kontaktů z jiného prostředí, problémy týkající se zaměstnání a s tím spojených finančních problémů, které mohou uživatele dohnat až ke kriminální činnosti. V této skupině se již objevuje nitrožilní podávání látky, což způsobuje velkou míru ohrožení daného jednotlivce v oblasti zdraví, neboť zvyšuje riziko nákazu přenosu některých nemocí.

5. „Závislost na droze“ – v této skupině se již uživatel stává plně závislým na dané látce, množství látky musí neustále zvyšovat, neboť mu již nestačí předchozí dávkování pro dosažení kýženého stavu. Uživatelův zdravotní stav začíná být velmi viditelným a zdravotní problémy již okolí nemůže přehlédnout. V oblasti sociální se objevuje propad, kdy uživatel jeví zájem pouze o danou látku a další oblasti jeho života jej nezajímají. (Kalina a kol., 2003:212)

Pomocí těchto pěti skupin zjišťujeme, že ne nutně každý uživatel musí být ohrožen přímou závislostí. Níže tedy popisuji syndrom závislosti, který se váže na ty uživatele, kteří jsou ve skupině tři až pět.

2.2. Syndrom závislosti

V této kapitole přibližuji význam syndromu závislosti, popisuji definici syndromu a jevy k němu přidružené.

> „Slovo závislost (ale i slovo droga) se v dnešní době užívá velmi hojně. Lidé tímto slovem většinou chtějí vyjádřit, že jsou velmi zaujati něčím, co je může ovlivňovat ať pozitivně nebo negativně. Závislost se týká pouze návykových látek, ale jsou snahy například gamblerství brát také jako závislost. Odborná veřejnost tyto rozdíly odlišuje v názvosloví jako za a) syndrom závislosti a za b) návykové chování.“ (Nešpor, 2000:15)

V literatuře, která se odborně zaobírá tímto tématem, můžeme najít mnoho definic, které popisují drogovou závislost. Dle mého názoru realitu nejlépe vystihuje definice

medicínského modelu pojetí závislostí Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění, kterou doplnil Karel Nešpor (Nešpor, 1991:14 – 15):

> „Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:
>
> - silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
> - potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
> - tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tuto látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky,
> - průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo k účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)“

Níže jsem podrobněji rozebrala fyzické a psychické dopady způsobené užíváním návykových látek.

2.2.1. Projevy fyzických a psychických závislostí

Vznik fyzické závislosti se objevuje tehdy, jakmile začne odeznívat účinek dané návykové látky. Oproti tomu psychická závislost se může projevit i při delší abstinenci. V případě, že je organismus daného uživatele dlouhodobě zatěžován aplikováním návykové látky, dochází k vytvoření fyzické závislosti. Tomu rozumíme tak, že organismus začal danou látku považovat za součást metabolických procesů v těle a při nedostatku této látky v organismu se dostaví abstinenční příznaky. Podoba abstinenčních příznaků je velmi širokospektrá. Uživatel může pociťovat po fyzické stránce zvýšené pocení, zvýšenou tělesnou teplotu, nechutenství, třes celého těla nebo bolesti kloubů. Po stránce psychické se uživatel může cítit úzkostně, v depresi apod. Podoba těch příznaků může být velmi intenzivní, v některých hraničních situacích může být daný závislý jedinec ohrožen přímo na životě. Tento stav obecně nazýváme abstinenční syndrom.

Za psychickou závislost označujeme stav, kdy uživatel pociťuje intenzivní nutkání užít omamnou látku a navodit si tak pro sebe příjemný stav. Projevy psychické závislosti mohou být také velmi intenzivní, stejně tak, jako je tomu v případě projevů závislosti fyzické. Od letmé prvotní myšlenky, kterou snáze zaženeme, po neodbytnou silnou touhu, která nás pronásleduje a nelze ničím tlumit, mírnit či zahnat, a to i v případě, že se daný uživatel rozhodl, že již tuto látku vpravovat do těla nechce, protože mu způsobuje zdravotní obtíže. Při opakovaném užívání drog je právě psychická závislost nejsilnějším faktorem, neboť je přímo propojena s touhou daného užívání, společně s dalšími okolnostmi, které dotvářejí danou závislost. Jedná se tedy hlavně o prostředí a společnost, ve které se daný uživatel pohybuje nebo rituální zvyklost, kterou uživatel při braní drogy provádí. Z hlediska medicíny se může objevit i při psychické závislosti totožná forma příznaků na fyzickém těle, tedy třes, pocit chladu či tepla atd. (Kalina a kol., 2008:55 – 56)

3. UŽÍVÁNÍ NÁVÝKOVÝCH LÁTEK ADOLESCENTY

V kapitole se zaměřuji na možné příčiny vzniku závislostí na omamných látkách a popisuji legální a nelegální drogy, které jsou užívány mladistvými navštěvující NZDM.

J. Broža (2003) dle mého názoru nejlépe popsal postoj dospívajících v jejich životní úloze. „Adolescent nechce být dítětem a neumí být dospělým."

3.1. Možné příčiny vzniku drogové závislosti

Dle Kaliny (2003) jsou závislosti na drogách velmi komplexní záležitostí. Tedy souhrn bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Nejsou žádné jasně zjištěné predispozice pro vznik závislostí v celospolečenském měřítku. Rozvoj závislosti můžeme spojovat v některých situacích s psychologickými problémy, jinde nalezneme genetické problémy a vrozené dispozice. V občasných případech můžeme narazit na sociokulturní vzorce chování, tedy na vazbu k určité omamné látce, jedná se o společenské rituály, které jsou svázány s užíváním jednotlivých legálních či nelegálních látek. V nejvíce případech ovšem hovoříme o kombinaci několika faktorů, například se může jednat o spojení faktorů fyziologických s psychologickými či sociokulturními, a ty následně vedou ke vzniku závislosti. Nadužívání omamných látek může vést k nedobrovolnému či nevědomému chování daného jedince, který se ocitne v tzv. bludném kruhu. V rovině sociální se jedná o vliv vztahů s okolím.

> „Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifičtější a konkrétnější ovlivňování. Jinak formuje zrání člověka život na poklidnější vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou." (Kalina, 2003:92,93)

Jak je výše zmíněno, příčiny závislosti jsou komplexní z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Soustředím se zde zejména na sociální část tohoto modelu.

Dle Eriksona (1996) je nalezení vlastního já zásadní úkol vývojové charakteru v období dospívání. Tomuto období předchází rozpor mezi snaživostí s pocity méněcennosti, které se váží na začátek povinné školní docházky. V průběhu tohoto období je žádoucí, aby si dítě získalo kvalitní vztah s dovednostmi a nástroji, které nabízí okolní svět. Mladí lidé se v průběhu dospívání musejí vyrovnat s celou škálou pocitů. Vyvíjejí se a svádějí boj s vlastní pocity revolty vůči úkolům, které se skrývají v roli dospělých, na které jsou připravováni. Nejproblematičtější části je rozdíl mezi tím, jakými se cítí být oni sami, v porovnávám s tím, jak je vnímají všichni ostatní. Droga tak může představovat možnost, jak se vyrovnat s tím, co se danému jednotlivci v životě odehrává. Z antropologického hlediska vyplývá, že nejhlubší potřebou lidí je mít někoho, u koho najdeme bezpečí a jsme v něm očekáváni. Pro dítě je takovým místem domov u rodičů, proto může k rozvoji drogových závislostí přispívat narušené rodinné prostředí a struktura rodinných vztahů. Pokud není v této oblasti vše v pořádku, může jedinec užít návykovou látku

1) jako náhradu za neharmonické domácí prostředí, které je propojeno s vnitřní samotou
2) když má pocit, že nikam nepatří a zároveň není součástí žádné skupiny, je tedy vyčleněn i ze skupiny svých vrstevníků
3) v momentě, kdy se není schopen vyrovnat s krizovou situací
4) jako důsledek vnitřního vzdoru, vzpoury proti zvyklostem a standartnímu způsobu jednání ve společnosti
5) jako výraz vlastní prezentace v životě
6) jako projev vlastní dospělosti a nezávislosti na čemkoli.

Mezi státy Evropské unie došlo ke všeobecné shodě při stanovování rizikových skupin a rizikových faktorů, a to na základě sociodemografického profilu. Návykovým látkám podléhají nejčastěji mladí lidé v ústavní péči nebo žijící ve znevýhodněných rodinách či prostředích, dále pak ti, kteří ukončili předčasně školní docházku a nebo studenti se sociálními či studijními problémy.
(Adiktologie, [online].[cit. 2018-04-11])

3.2. Často užívané drogy u adolescentů

3.2.1. Legální drogy

Alkohol

U adolescentů si jedno z čelních míst udržuje alkohol.

> „Konzumace alkoholu v dětství a mládí bývá spojena s dalšími riziky, včetně užívání dalších drog, nechráněným sexem nebo projevy agrese. Alkohol je příčinou mnoha úmrtí mladistvých následkem úrazu, násilí nebo dopravních nehod. Z údajů léčebných zařízení vyplývá, že věková hranice osob závislých na alkoholu se trvale snižuje. Jaké jsou důvody tohoto nepříznivého trendu? Jednak je to náš tradiční, vysoce tolerantní postoj k nadměrné konzumaci alkoholických nápojů, včetně pití u mladých lidí. Příklad, který dávají dospělí svým dětem, logicky ústí v čím dál časnější, častější a usilovnější následování. Pivo je u nás nápoj, nikoliv alkohol, natožpak droga.“ (Pešek – Nečesaná, 1997:25)

Ráda bych pro příklad uvedla výsledky studie ESPAD, která byla prováděna v roce 2011 s šestnáctiletými studenty.

> „Alespoň jednou v životě ochutnalo alkoholické nápoje celkem 97,9 % šestnáctiletých studentů. Pouze jednou nebo dvakrát pilo alkohol 5,4 % studentů, zatímco 58,3 % studentů pilo alkohol v životě 20krát nebo vícekrát a lze je tedy považovat za pravidelné konzumenty alkoholických nápojů. Mezi chlapci a dívkami byly statisticky významné rozdíly – mezi dívkami bylo sice nižší zastoupení abstinentů, ale zároveň uváděli nižší frekvenci konzumace alkoholu v životě.“ (Chomynová, Csémy, Grolmusová, Sadílek, 2014: 33)

Bruce Edelfield a Tracey J. Moosase popisují, jak se alkohol v těle projevuje.

> „Alkohol (etanol) je častou zneužívanou drogou. Vzhledem k tomu, že alkohol často způsobuje ztrátu inhibice – to znamená, že se budete chovat

spontánněji a méně plaše – můžete si myslet, že je jako stimulant. Ale alkohol je ve skutečnosti depresivní. Zpomaluje srdeční frekvenci i centrální nervový systém. Alkohol se vstřebává do krevního oběhu a přenáší se přes tělo. Zhoršuje koordinaci a paměť a otupuje smysly. Pít příliš mnoho alkoholu postihuje váš projev a rovnováhu.“ (Edelfield, Moosase, 2012:5)

Tabák

E. Králíková (2003) označuje děti, které užijí tabákové výrobky alespoň jedenkrát týdně, za závislé jedince na tabákových výrobcích, neboť nejprve se vyvíjí psychosociální závislost na tabáku a až později se dotváří závislost fyzická, která je způsobena látkou uvnitř cigaret, tedy nikotinem.

„Kouřit alespoň jednou v životě zkusilo 75,2 % dotázaných studentů (74,5 % chlapců a 75,8 % dívek). Přibližně 70 % dotázaných kouřilo jednou či dvakrát v životě a dále v kouření nepokračovali. Naproti tomu celkem 32 % dotázaných uvedlo, že kouřili více než 40krát za život.“ (Chomynová, Csémy, Grolmusová, Sadílek, 2014: 31)

Na základě prováděné pozdější studie ESPAD lze pozorovat postupný úpadek zájmu o legální či nelegální drogy, nicméně je ČR stále v konzumaci označována jako nadprůměrná.

„Podrobné výsledky studií ESPAD z r. 2015 a 2016 mezi 16letými byly popsány ve výroční zprávě za r. 2015. Ukázaly výrazný pokles kouření cigaret i konzumace alkoholu, a to včetně pravidelného a rizikového užívání, a také pokles míry zkušeností s nelegálními drogami. Výskyt pravidelného kouření, rizikovější konzumace alkoholu a také míry užití nelegálních drog byly vyšší mezi chlapci, ale je pozorován trend postupného vyrovnávání rozdílů v užívání návykových látek mezi pohlavími (např. výrazný je tento trend u konopných látek). V evropském kontextu jsou zkušenosti českých 16letých s návykovými látkami nadprůměrné.“ (Mravčík, 2017:5)

3.2.2. Nelegální drogy

Konopné drogy

V této kategorii je nejčastěji užívaná marihuana, tedy květenství z konopí a hašiš, konkrétně pryskyřice konopná. Jedná se o látky, které mají halucinogenní účinek pro konzumujícího. Nejčastější varianta vpravení látky do těla je přímo kouření, není ovšem výjimkou přidat tuto omamnou látku do surovin k přípravě jídel nebo nápojů.

Typickým projevem všech konopných látek je sucho v ústech, začervenalé oči a velký hlad. Při intoxikaci je možné pozorovat u jedince dezorientaci v čase, euforii a pocity příjemné nálady vedoucí k neutichajícím záchvatům smíchu, nebo zhoršený postřeh. Není vyloučeno, že uživatel může zažívat přeludy či halucinace. Pokud jsou látky z konopí užívány dlouhodobě, vzniká zvýšené riziko dopravních nehod či úrazů, neboť uživatel již nepociťuje zábrany užívání látky při nevhodných příležitostech, typicky se jedná o řízení motorového vozidla. Nejčastějším užíváním těchto látek je kouření, může být proto zvýšené riziko vzniku zánětu horních cest dýchacích. Dále může dojít ke změnám v povahových rysech, tedy otupění, flegmatismus, změna priorit, zvyšuje se také riziko rozvoje duševní choroby. (Nešpor, Scémy, Pernicová, 1994:20 – 21)

Extáze

Jedná se o drogu, kterou v nejčastějších případech nalezneme ve formě tablety. Účinky pociťuje daný uživatel v podobě vyšší bdělosti a pocitu velkého souladu se svým okolí, je velmi šťastný a empatický, pociťuje vnitřní hluboký klid. Zároveň cítí množství energie, tedy je schopen velmi dlouho vyvíjet aktivitu bez vyčerpanosti. Po odeznění těchto účinků a vyprchání dané látky z těla se objevují pocity únavy a deprese, která může přetrvávat i několik dalších dní. V případě dlouhodobého užívání se může objevit vznik mentální poruchy, astmatické záchvaty, srdeční kolaps či mrtvice. Tato droga se nejčastěji objevuje v prostorách barů či diskoték, kde se sdružují mladí lidé. (Presl, 1994:20 – 21)

Heroin

Tato droga se vyrábí z morfia, které je získáváno z makovicového opia. Uživatelé této látky ji nejčastěji užívají nitrožilně, neboť se tak nejrychleji dostavuje kýžený účinek látky. Po dosažení účinnosti látky se uživatel cítí být uvolněný a ospalý, snižují se pocity agrese či sexuální touhy. Tato látka je nebezpečná zejména kvůli jejímu užívání nitrožilním způsobem, zvyšuje se riziko předávkování organismu drogou. Při rozborech heroinu se ukázalo, že je kontaminován jinými látkami, které jsou pro lidský organismus prudce nebezpečné, mohou způsobit krevní sraženiny, vředy či gangrény. Velkým rizikem při nitrožilním užíváním látky je sdílení injekčních jehel, čímž se může závislý jedinec nakazit virem HIV či hepatitidou typu B a C. Heroin je velmi návyková látka. (Presl, 1994:28 – 30)

Kokain

Je vyroben z listů rostliny koka. Existuje několik možných způsobů, jak drogu užívat. Jedinec může aplikovat drogu kouřením, „šňupáním“ či vpichem. Projevem užití této látky jsou pocity vyšší bdělosti, přísunu energie, uživatel naopak nepociťuje pocity hladu nebo žízně. Mohou se objevit po aplikaci pocity neklidu a nemožnosti spánku. Uživatel může ztrácet tělesnou hmotnost. V hraničním případě se mohou dostavit paranoidní psychózy a agresivní chování, srdeční záchvaty a poškození plic či střev. V případě zkonzumování vysoké dávky může nastat smrt uživatele. Obecně lze říci, že účinky drogy zvané kokain, jsou velmi silné a vyvolávají silnou potřebu opakovaného užívání. (Nešpor, Scémy, Pernicová, 1994:24)

Amfetaminy

Z volně dostupných léků v lékárnách se vyrábějí amfetaminy. Užívat se mohou vpichováním, nebo vdechováním tzv. „šňupáním“. Z této kategorie je nejčastěji užíván Pervitin. Jeho hlavním účinkem je posílení sebevědomí daného jedince a celková stimulace organismu. Po aplikování drogy se dostavuje mnoho energie, uvolnění stresu a zábran, mizí únava a pocity bolesti. Pokud je uživatel intoxikován, projeví se paranoidní prožívání situací, silnou agresivitou a nespavostí. V rovině fyzické se projeví zrychlením srdečního rytmu, třasem a rozšířenými zornicemi. Při dlouhodobém užíváním je pozorovatelné nápadné ztrácení tělesné hmotnosti uživatele a dehydrovaný organismus, který může vést až k celkovému vyčerpání organismu. (Presl, 1994:15 – 17)

Vzhledem k faktu, že droga zvaná Pervitin je nejčastější užívanou látkou injekčně, uvádím zde data z výroční zprávy roku 2016, která se tomuto tématu věnovala.

> „V r. 2016 bylo multiplikační metodou z dat nízkoprahových programů v ČR odhadnuto celkem 46,8 tis. problémových uživatelů opioidů a pervitinu (95% CI: 45,1–48,4 tis.), z toho 34,3 tis. (33,7–34,9 tis.) uživatelů pervitinu, 7,3 tis. (7,0–7,6 tis.) uživatelů buprenorfinu, 3,4 tis. (3,2–3,6 tis.) uživatelů heroinu a 1,7 tis. (1,7–1,8 tis.) uživatelů jiných opioidů. Uživatelů opioidů bylo tedy odhadnuto celkem 12,5 tis. (12,0–12,9 tis.). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog dosáhl 42,8 tis. (41,8–43,7 tis.).“ (Mravčík, 2017:6)

LSD

Tato droga je dostupná ve formě tablet, které se získávají hydrolýzou látky z námelu a následnou syntézou kyselin a dalších látek, výroba této drogy je velmi složitá. Velmi podobné účinky na lidský organismus má i houba Lysohlávka, která má ovšem kratší dobu účinkování a doprovázejí ji halucinace. Z toho vyplývá, že po užití těchto látek dochází k halucinacím, uživatel tedy prožívá abnormální a nereálné situace. Halucinace mohou být formou vizí, slyšení hlasů atd., uživatel může ztratit pojem o čase. Rizikem této látky je ztráta sebekontroly a možné pocity umírání či bláznění. Po konzumaci této látky se mohou objevit projevy duševních chorob, které trvají i několik měsíců. (Nešpor – Csémy, 2002:13)

3.3. Důsledky užívání drog u mladistvých

Jak jsem se zmínila v předchozích kapitolách, důležitou roli v užívání drog hraje rodinné prostředí, struktura vztahů uvnitř rodiny a vlastní příklad rodičů. Při užívání drog se mohou projevit negativní změny v chování, v příkladu se může jednat o zhoršené studijní výsledky, mohou se objevovat narušené sociální vztahy ve školách, které dále mohou ovlivňovat nedosažení vyššího vzdělání, což může vést k následné nezaměstnanosti, k negativním bytovým podmínkám, které povedou až k bezdomovectví, prostituci a další kriminalitě. (Nešpor – Csémy, 2002:8 – 13)

Stav konzumace návykových látek byla rozebrána ve výroční zprávě o stavu drog v ČR, uvádím zde proto výsledek, který byl odprezentován.

„Alespoň jednou v životě užilo nelegální drogu 30,5 % obecné populace ve věku 15–64 let (38,8 % mužů a 22,7 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (26,6 %), následované extází (7,1 %), halucinogenními houbami (5,4 %), pervitinem (3,0 %) a LSD (2,1 %). Zkušenost s poppers uvedlo 1,8 % a s kokainem 1,4 % dotázaných, míra zkušeností s ostatními drogami je pod 1 %. Zkušenost s novými psychoaktivními drogami (rostlinnými nebo syntetickými) uvedlo 0,7 % respondentů. Celkem 3,9 % uvedlo užití těkavých látek v životě, 4,0 % uvedla zkušenost s užitím anabolických steroidů.“ (Mravčík, 2017:5)

Konzument návykových látek se vystavuje mnoha rizikům, v konečném důsledku může na základě závislosti přijít o život.

„V obecném registru mortality bylo v r. 2016 hlášeno 48 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami nebo těkavými látkami (57 v r. 2015), z toho bylo 20 případů předávkování opioidy (27 případů v r. 2015), 1 případ předávkování kokainem (0 v r. 2015), 6 případů předávkování jinými stimulancii (16 v r. 2015), převážně pervitinem, 7 těkavými látkami (4 v r. 2015) a 14 případů předávkování blíže neurčenými látkami (10 v r. 2015). (….) V r. 2016 bylo v obecném registru mortality hlášeno 415 smrtelných předávkování alkoholem (342 v r. 2015 a 322 v r. 2014). Ve speciálním registru na soudně lékařských odděleních bylo v r. 2016 identifikováno celkem 788 alkoholových úmrtí (815 v r. 2015), z toho 148 přímých a 640 úmrtí, na která měla intoxikace alkoholem vliv (z toho nejvíce v důsledku vnějších příčin, jako jsou nehody a sebevraždy). “ (Mravčík, 2017:7-8)

4. PREVENTIVNÍ PROGRAMY A OPATŘENÍ V NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍCH A JEJICH PŘÍNOS

4.1. Prevence sociálně patologických jevů ve společnosti

Prevence je souhrnný pojem shrnující jednotlivé aktivity a postupy, které mají za cíl zabránit vzniku závislosti na drogách a jejímu rozvoji. O drogovou problematiku se zajímají státní i nestátní organizace. Vypracované metodické pokyny k prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů vznikají strukturovaně na různých úrovních od programu protidrogové politiky vlády ČR k MŠMT, přes krajské úřady až k zodpovědným osobám. (Pešek – Nečesaná, 2009:12 – 14)

O stavu počtu organizací informuje výroční zpráva o stavu drog v ČR, a to k měsíci lednu loňského roku.

> „K lednu 2017 bylo v ČR celkem 56 organizací s 90 certifikovanými programy primární prevence, 72 z nich obsahovalo adiktologickou komponentu. V oblasti selektivní a indikované prevence bylo 25, resp. 10 certifikovaných programů, z nich 19, resp. 7 programů se zaměřovalo na prevenci v oblasti závislostí. V současné době působí v ČR celkem 90 pedagogicko-psychologických poraden a 43 středisek výchovné péče. “ (Mravčík, 2017:9)

Nyní existují tři typy prevencí. Jednou je specifická prevence, která se zaměřuje na širokou veřejnost a vytváří snahu o informovanosti, která povede k předcházení užívání návykových látek. Tento typ prevence je aplikován primárně ve školách a školských zařízení při výskytu sociálně-patologických jevů. Pokud hovoříme o tomto typu prevence, pojednáváme o **primární prevenci**. Tedy snaze o předejití vzniku jakéhokoliv nadužívání látek, na kterých vzniká závislost.

Tento typ prevence je zaměřen široce a snaží se předcházet vzniku závislosti, což je také primární role, kterou zaujímá. Velmi důležitý je pohled široké veřejnosti na tuto problematiku a její vnímají světa kolem sebe. V tomto případě je riziková například televizní reklama na alkohol, která již neupozorňuje na možná rizika, která jsou spojena s konzumací ve vyšší míře. (Pešek – Nečesaná, 2009:13–14)

O **sekundární prevenci** hovoříme tehdy, když jsme schopni odhalit problémové užívání návykové látky a zároveň jsme schopni podnikat kroky ke zmírnění dopadů, které toto užívání obnáší. Mluvíme tedy o léčebných programech a komplexním přístupu, který zahrnuje psychologickou pomoc, úpravu sociálního zázemí a farmakoterapii. V průběhu sekundární prevence se objevuje tzv. udržovací léčba, tedy situace, kdy je konzumentům podávána substituční látka metadon nebo buprenorfin. Dílčím úkolem je edukace klientů, sociální poradenství a snaha o začlenění klienta zpět do společnosti. (Kalina, 2008:20)

Dle dostupných informací jsou počty klientů v udržovací léčbě následovné.

> „Počet osob léčených v opiátové substituční léčbě v posledních 5 letech stagnuje. V r. 2016 nahlásilo do NRLUD pacienty v substituční léčbě celkem 63 zdravotnických zařízení (stejně jako v r. 2015) a bylo evidováno 2266 léčených osob (2248 v r. 2015), 69,6 % pacientů užívalo buprenorfin a 30,4 % metadon.“ (Mravčík, 2017:11)

Terciální prevence se již snaží snižovat rizika, která vznikají při samotném užívání návykových látek. Rozumíme tedy tomu tak, že se v této oblasti již minimalizují dopady užívání. Jedná se o pragmatický přístup k problému drogově závislých. Používáme i termín „harm reduction“. (Matoušek a kol., 2010:213)

Tuto situaci nejpříhodněji popsali Pešek – Nečesaná (2009):

> „Zjednodušeně lze říci, že z dospívajících, kteří již problematickým způsobem užívají drogy a dostanou se do kontaktu s pomáhajícími službami, se asi 1/3 trvale vyléčí, asi u 1/3 z nich se problémy ve spojení s užíváním drog občas vrací a 1/3 má potíže s braním drog dlouhodobě a mohou se z nich časem stát tzv. problémoví uživatelé drog.“

Společnost jako taková vyvíjí snahu o to, aby důsledek rizikového chování nebyl dramatický. Jedním z dílčích kroků snižování rizik je tzv. výměnný program, obsahem tohoto programu je výměna použitých injekčních jehel a stříkaček, aby se co nejvíce mohlo předcházet šíření nemocí přenosných krví. Jeden z nejdůležitějších

principů tohoto pragmatického přístupu ke klientům zastává nízkoprahový přístup, tzn. poskytování informačních a konzultačních služeb o rizicích užívání drog veškerých typů, o zvláště nebezpečných kombinacích, navržení postupů první pomoci při předávkování, léčebných postupů včetně poskytnutí kontaktů apod. Informace jsou podávány zdarma formou osobních konzultací, letáků nebo na internetových stránkách příslušných protidrogových organizací (včetně možnosti internetové poradny). Služba je založená na principu snížení rizik a je pro všechny snadno dostupná. Cílem je oslovit co nejvíce lidí (uživatele, rodinné příslušníky, potenciální uživatele drog, ostatní lidi v komunitě atd.). (Kalina, 2008:22 – 23).

Podrobněji se hovoří o přístupu „harm reduction“ ve výroční zprávě o stavu drog v ČR.

> „Výměna injekčních stříkaček a jehel je v nízkoprahových programech doplňována distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroinu a želatinových kapslí určených k perorální aplikaci jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu. Želatinové kapsle distribuuje necelých 90 programů a v nich se vydá přes 200 tis. kapslí ročně. V r. 2016 byly v ČR provozovány 2 prodejní automaty na injekční materiál. V r. 2016 nabízelo možnost testování na HIV 76 programů, na VHB 56, na VHC 78 a na syfilis 57 programů. Od r. 2008 je patrný dlouhodobý nárůst počtu provedených testů, v r. 2016 byl hlášen dosud nejvyšší počet testů na HIV i VHC (u každého téměř 3,5 tis.). “ (Mravčík, 2017:9)

Z výše uvedeného vyplývá, že nízkoprahová zařízení se věnují všem typů výše zmíněných prevencí. V primární prevenci se snaží působit na své klienty tím způsobem, že návykové látky nebudou vyhledávat vůbec. Svoji snahu prokládají různými preventivními programy, které mohou mít různé formy. Zejména hovoříme o besedách, přednáškách, diskuzích a filmech na toto téma. V případě sekundární prevence se sociální pracovníci snaží o informovanosti svých klientů prostřednictvím poradenství a snahou o znovuzačlenění klienta do široké veřejnosti, při prevenci terciární využívá možnosti terénní práce a snižování daných rizik. Pokud hovoříme o prevenci jako takové, je potřeba zmínit i nesprávné postupy v této oblasti. Níže bych tedy ráda popsala neúčinnou formu prevence, která ve svém konečném důsledky může mít negativní dopady.

Do neúčinné primární prevence je zahrnuto zastrašování, citové apely, předávání strohých informací bez následné diskuze ve skupinách, zastavování již plynoucího rozhovoru a samostatné jednorázové akce.

Shrnu-li nejdůležitější faktory v prevenci drogově závislých v rámci společnosti, začala bych u jedince, jeho zdravým sebevědomím, kvalitním sociálním zázemím, jeho dobrou úrovní emoční, finanční gramotností a sociálními návyky. Dále rodina a její sociální postavení ve společnosti, dané mantinely při výchově dítěte, vedení dětí k mimoškolním aktivitám, láskyplné vztahy a jednoznačné postoje rodičů k užívání návykových látek. Škola je dalším důležitým prvkem při vzniku prevence, neboť mladiství zde tráví min. třetinu denního času. Je proto velmi důležité mít jasně stanovená pravidla ve vztahu k návykovým látkám, preventivní programy, zapojení žáků do školních aktivit a samozřejmě vstřícné jednání.

Preventivní složkou mohou být i vrstevníci daného ohroženého jedince. V případě silného nesouhlasu s rizikovým chováním velké skupiny může pomoci jednotlivci při rozhodování, zda drogu vyzkoušet či nikoli. Dalším faktorem je celková společnost, její úloha spočívá ve stanovených normách a hodnotách ve vztahu k rizikovému chování a politice. Aktivní zapojení obyvatel a organizací je žádoucí v oblasti prevence. (Pešek – Nečesaná, 2009:12–14)

4.2. Přínos preventivních programů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež

Sociální pracovníci z nízkoprahových zařízeních v preventivním programu začínají tzv. kontaktní prací. Jedná se o nízkoprahové služby, které mají za cíl navázat důvěru s jednotlivcem či celou skupinou uvnitř klubu a tím prohloubení možné pomoci při řešení problémových situací. Hovoříme tedy o metodách výchovných, vzdělávacích, aktivizačních, o pomoci při prosazování práv či zájmů, poradenství nebo doplňkové služby, které jsou dále na zhodnocení poskytovatele či kvalifikaci pracovníků. Pro dosažení tohoto cíle musí být součástí práce v NZDM i aktivní program nespecifické prevence. Hlavní možností nízkoprahových zařízení při tvorbě preventivních programů je možnost práce s volnočasovými aktivitami klientů, čímž se

nízkoprahová zařízení odlišují od většiny poskytovaných sociálních služeb. (Kalina, 2008:104 – 107)

> „Jde o aktivity, poskytující náplň volného času uživatelů, které nespadají do jiných výkonů NZDM. Existuje tato hierarchie aktivit:
> - **Základní jednoduché instrumentální aktivity**, které uživatel realizuje z vlastní vůle a vlastní aktivitou, pracovníci je pouze zprostředkovávají (např. zapůjčí vybavení). Jedná se např. o poslech hudby, kreslení v běžných prostorách klubu, pouštění filmu, který si uživatelé sami vybrali.
> - **Složitější volnočasové aktivity**, které realizuje uživatel z vlastní vůle a vlastní silou. Pracovníci je pouze zprostředkují nebo poskytnou podporu (návodnou pomoc), aby je uživatel mohl smysluplně využívat. Tyto aktivity jsou vytvářeny na základě zájmu a potřeb uživatelů a s jejich spoluúčastí. Jedná se například o hudební zkušebnu, výtvarnou dílnu, počítačovou místnost. Tyto aktivity mohou uživatelé vykonávat samostatně, bez instruktáže pracovníka.
> - **Akce, které iniciovali sami uživatelé**, a u jejich realizace dochází ke kooperaci mezi uživateli a pracovníky. Pracovníci usilují o zvýšení organizačních dovednosti uživatelů a jejich seberealizaci.
> - **Akce, které slouží ke zpestření rutiny** (každodennosti) klubu nebo k propagaci zařízení - koncerty, turnaje, výjezdní akce atd. Připravují je sami pracovníci klubu, a pokud je to možné, zapojují do realizace uživatele.
> - **Dílny** - pravidelné či nepravidelné akce, na nichž je zajištěn lektor (interní nebo externí) pracovník. Uživatel může dílnu vyhledat a volně se zapojit do nabízených aktivit.“ (ČAS, Pojmosloví NZDM, 2008:7)

Aktivní program specifické prevence obsahuje jak preventivní, tak výchovný i pedagogický program. Tyto krátkodobé preventivní programy jsou zaměřeny především na předávání informací interními pracovníky NZDM, organizací besed pro uživatele drog a omamných látek, program prevence v gamblerství, sexuálního zneužívání atd., dále besedy a pořady realizované externími pracovníky.

Dlouhodobé programy nejlépe vystihuje Herzog (in Česká asociace streetwork, 2010) v tzv.:

„KAB modelu (vědomosti, postoje, chování):

Vědomosti

Ověřenou zkušeností z NZDM je, že pro jednotlivce z cílové skupiny (rozuměj teenagera), je obtížné si zapamatovat a dlouhodobě vstřebat větší kvantum informací. Proto program vychází z jednoduchého portfolia informací převážně praktického charakteru, zasazeného do reálných podmínek.

Postoje

Program využívá nízkoprahové zázemí k vytvoření bezpečného prostředí, které umožňuje maximálně konfrontovat názory klienta s názory kontaktního pracovníka. Klient může otevřeně vyjádřit svůj názor (např. „chci vyzkoušet všechno, včetně tvrdejch drog, to zvládnu“). Pracovník v rámci intervence nastavuje klientovi zrcadlo na základě jeho znalostí, v rámci diskuse ho vybízí ke strukturování postoje a následně k osvojení „nových“ postojů.

Chování

Program umožňuje „konzultovat“ reálné situace z klientova života a tak mu pomoci hledat jeho vlastní nová řešení situací. Klient např. popisuje pracovníkovi víkend: „Na chatě jsem dal půl litru vodky, pak jsem zahulil a na to někdo vytáhl nějaký prášky, vyhecovali mě, já je snědl a pak si nic nepamatuju a teďka mám tu zlomenou ruku.“ Je možné tedy probrat situaci i s nastíněním alternativ chování. Následně (po další akci na chatě) je možné chování opět konfrontovat, má-li klient k tomu chuť.“

„Důležitým mezníkem pro vznik modelu byl zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách. Tímto zákonem se NZDM stalo oficiálně službou sociální prevence a byla mu udělena povinnost pracovat s klienty v „nepříznivé sociální situaci“. Tím se NZDM začalo odlišovat od

> jiných zařízení, jako jsou např. Domy dětí a mládeže.“ (Holiš, 2009:10)

Dle mého osobního názoru sociální pracovník vystupuje v kontaktu s klientem NZDM jako jeho starší „kamarád“, který na něj v jeho období dospívání může působit nejlepší formou, neboť jej klient nevnímá jako typickou autoritu ze školského prostředí jako jsou např. pedagogové nebo rodiče. Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je tedy obrovským přínosem v možnosti komunikace, neboť je klient k pracovníkovi otevřený a může s ním sdílet všechny své názory a zkušenosti, bez toho, aby byl kárán či napomínán. Od takovéhoto pracovníka klient lépe přijímá informace z oblasti preventivních programů, neboť mu nejsou autoritativně podsouvány a nuceny. V rámci dlouhodobé spolupráce a preventivním působením na klienta se dostavuje kýžená skutečnost, kdy klient místo rizikového chování na ulici, raději přichází svůj volný čas trávit do NZDM, kde je pro něj vytvořeno přátelské prostředí a rizikovost konzumace návykových látek je snížena či omezena.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. METODOLOGICKÉ ŠETŘENÍ

5.1. Kvalitativní výzkum

Praktickou částí mé bakalářské práce je kvalitativní výzkum, jehož hlavní výzkumná otázka je formulována takto: „Jaký je přínos preventivních programů v oblasti drogových závislostí pohledem sociálních pracovníků nízkoprahových zařízení?“. Níže je popsáno, co rozumíme termínem kvalitativní výzkum.

> „Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Někteří badatelé shromažďují údaje prostřednictvím rozhovorů a pozorování – což jsou metody obvykle spojované s kvalitativním výzkumem.“ (Strauss, Corbinová, 1999:10)

Potřebnými vstupními předpoklady pro vytváření kvalitativního výzkumu je schopnost zaujmout pozici objektivního nezávislého pozorovatele, schopnost zanalyzovat situaci, nezkreslovat informace, sesbírat spolehlivá data a také schopnost abstraktního myšlení. Dále výzkumník potřebuje sociální vnímavost a umění odstupu, ale musí současně používat předchozí zkušenosti i teoretické vědomosti k zprostředkování toho, co vidí. (Strauss, Corbinová, 1999:11)

Metodu kvalitativního výzkumu jsem zvolila, neboť se snažím zachytit vnímání a názory na přínos preventivních programů v oblasti drogových závislostí jako reflexi sociálních pracovníků nízkoprahového zařízení.

5.2. Realizace kvalitativního výzkumu

V rámci realizace kvalitativního výzkumu byly nejprve po zhodnocení vytvořeny okruhy a otázky, které jsou níže uvedeny, tak, aby se v odpovědích projevil názor sociálních pracovníky na relevantní témata. Pro předpokládanou šíři názorového spektra v odpovědích dotazovaných odborníků bylo stanoveno, že se z jednoho NZDM oslovil vždy jeden pracovník, se kterým byl proveden rozhovor ve strukturované formě. Přepis rozhovorů probíhal pomocí selektivní formy, tedy byly

zachovány podstatné informace ze sdělení daných respondentů. Setkání s pracovníky klubů probíhala vždy v neutrálním prostředí tak, aby mohli vyjádřit své názory nezávisle a svobodně. Všichni respondenti byli upozorněni na skutečnost, že informace od nich získané budou použity v této bakalářské práci a jejich jména budou anonymizována.

5.3. Výběr respondentů

Pro výzkum jsem oslovila sociální pracovníky z nízkoprahových zařízení, kteří zde mají praxi jeden rok a déle. Oslovováni byli jednotliví sociální pracovníci z vícero nízkoprahových zařízení působící ve městě Brně a okolí, pro širší okruh názorů a realizace preventivních programů přímo uvnitř NZDM. V rámci mého výzkumu se soustředím zejména na oblasti početnosti edukace klientů daných zařízení, na názory na potřebnosti edukace, jejího přínosu pro jednotlivé klienty a možnosti realizace edukačních aktivit v konkrétních nízkoprahových zařízeních.

5.4. Dílčí otázky a okruhy

1. Kolik jste v nízkoprahovém zařízení uspořádali preventivních programů?
2. Kolik si myslíte, že by bylo optimální mít besed na téma drogové závislosti?
3. Jak si myslíte, že jsou klienti nízkoprahového zařízení otevřeni k diskuzi v oblasti drog?
4. Domníváte se, že se klienti v průběhu preventivního programu dozvěděli nové poznatky?
5. V čem si myslíte, že tyto programy jsou pro klienty přínosné?
6. Máte zpětnou vazbu od svých klientů, co se týče přínosu?
7. Chtěl/a byste, aby bylo v programu zařazeno více či méně preventivních programů?
8. Je něco, co byste do preventivních programů zahrnul/a a není to zahrnuto z jakéhokoliv důvodu?

Takto formulované otázky bylo možno rozdělit podle vzájemné obsahové relevance do následujících tří tematických okruhů:

Tematický okruh č. 1

„Preventivní programy pořádané v NZDM“, v prvním okruhu jsou zahrnuty dílčí otázky, které přímo souvisí s preventivními programy pořádanými v nízkoprahových zařízeních. Jedná se o tématický okruh složený z otázek č. 1, 2, 7, 8.

Tematický okruh č. 2

„Klienti a preventivní programy“, kde nalezneme odpovědi směřující k diskuzím na dané téma a nové poznatky, které si klienti mohou z programů odnést. Jedná se o tematický okruh složený z otázek č. 3 a 4.

Tematický okruh č. 3

„Přínos preventivních programů“, kde byli sociální pracovníci dotazování na přínos, který vnímají a na zpětné vazby od klientů, kteří klub navštěvují. Jedná se o tematický okruh složený z otázek č. 5 a 6.

6. Analýza získaných dat

V této kapitole uvádím analýzu získaných dat od 12 respondentů, kterými jsou sociální pracovníci nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Pod každým zpracovaným okruhem se nachází tabulka, která pro přehlednost shrnuje získané údaje.

Ráda bych pomocí tabulky představila mé respondenty. Pro účel anonymizace jsem sociální pracovníky vždy nazvala zkratkou jejich povolání a označila číslem.

Respondent	Pohlaví	Doba, po kterou respondent pracuje v NZDM	Věk
SP 1	žena	7 let	42 let
SP 2	žena	5 let	36 let
SP 3	muž	3 roky	33 let
SP 4	žena	2 roky	28 let
SP 5	žena	2 roky	29 let

SP 6	žena	6 let	37 let
SP 7	žena	4 roky	41 let
SP 8	muž	5 let	39 let
SP 9	žena	4 roky	32 let
SP 10	žen	2 roky	33 let
SP 11	muž	2 roky	32 let
SP 12	muž	1 rok	29 let

Tabulka 1

6.1.Analýza odpovědí

Tematický okruh č. 1

Preventivní programy pořádané v NZDM

V tomto okruhu byly položeny následující otázky:

Kolik jste v nízkoprahovém zařízení uspořádali preventivních programů?

Kolik si myslíte, že by bylo optimální mít besed na téma drogové závislosti?

Chtěl/a byste, aby bylo v programu zařazeno více či méně preventivní programů?

Je něco, co byste do preventivních programů zahrnul/a a není to zahrnuto z jakéhokoliv důvodu?

Nejprve jsem od respondentů zjišťovala, jak často pořádají v NZDM preventivní programy všeobecně.

Odpovědi na tuto otázku byly poměrně různorodé. Nejvíce respondentů se shodlo na počtu jednoho preventivního programu v měsíci, konkrétně se jednalo o následující odpovědi. SP 2 sdělil, že *„Pořádáme každý rok, každý měsíc preventivní programy"*, shodně odpověděl SP 4, který uvedl, že: *„Děláme je docela pravidelně, řekla bych jednou za měsíc."*, stejnou informaci mi potvrdil i SP 8, který uvedl taktéž, že programy pořádají *"vždy alespoň jeden za měsíc"*. Odpovědi SP 9, SP 10 i SP 11 se shodují s předchozími, když uvádějí, že *„pořádáme zhruba jeden až dva programy měsíčně."*, *„preventivní programy děláme pravidelně, na různá témata. Vychází jedenkrát do měsíce"*, *„Preventivní programy se u nás dělají přibližně jednou za měsíc."*. Dále se odpovědi již lišily a respondenti uváděli následující. SP 1 odpověděl, že: *„máme asi desetkrát ročně"*, SP 3 uvedl *„máme je každý druhý měsíc"*. SP 7 uvedl, že protidrogovou prevenci nedělají vůbec, neboť navazují na

besedy pořádané na ZŠ, která je blízko klubu. SP 5 sdělil, že *„každý rok se jedná o minimálně dva programy",* SP 6 uvedl, že v NZDM, kde pracuje, není ze strany návštěvníků klubu velký zájem zúčastňovat se těchto pořádaných akcí, a proto jej pořádají jedenkrát ročně. SP 12 sdělil, že se konají dle aktuálních potřeb a daný počet tedy nebyl schopen sdělit.

Největší shodou je jeden preventivní program za měsíc, na čemž se shodlo pět sociálních pracovníků. Kromě situace u SP 7 všichni respondenti shodně potvrdili, že preventivní programy se v klubech konají.

Následující dotaz směřoval ke zjištění optimálnosti pořádaných besed a názoru daných respondentů, kteří uváděli následující odpovědi. SP 3 se domnívá, že *„aspoň čtyřikrát ročně"*, by byl optimální počet besed, SP 4 sdělil, že *„děcka toho mají dost i ve školách, takže u nás si to umím představit jednou za čtvrt roku."*, SP 8 i SP 9 uvedli, že by optimální počet byl jedenkrát až dvakrát za dva až tři měsíce. SP 8 zdůrazňuje, že je takové zhodnotit individuální potřeby. SP 2 na tuto otázku odpověděl, že *„Abychom je příliš nezahrnovali informacemi, které oni stejně mají, tak se jim to snažíme dávat nějakou hravou formou. Vesměs o tom, že si s nimi povídáme face to face a řešíme s nimi ty konkrétní problémy."*. Podobnou reakci měl i SP 11 a SP 12, kdy SP 11si myslí, že *„Nic se nemá přehánět a totéž si myslím i vzhledem k tomuto tématu. Hrozí riziko přesycenosti. Na druhou stranu je tato problematika čím dál více ožehavým tématem, tím pádem ho nelze opomínat."*. SP 12 reagoval takto: *„Problém drogové závislosti je velmi aktuální a je potřeba ho neustále řešit, ale při příliš velkém množství programů na toto téma, jsou už klienti spíše méně vnímaví. Takže je třeba se přizpůsobovat aktuálním problémům."*. SP 10 popsal situaci těmito slovy: *„Pokud budu mluvit obecně, asi záleží na tom, kde nízkoprah je. U nás by bylo asi optimální častěji než jednou za tři měsíce. Takže jedenkrát měsíčně je akorát."*. Což si myslí i SP 5, neboť sdělil, že *„jsem pro, aby jich bylo klidně dvanáct za rok"*. Následující odpovědi se rozcházeli, SP 1 sděloval, že *„Besedy neděláme. Pouštíme dětem preventivní filmy, témata si odsouhlasí sami, protidrogový nám vychází jednou za rok."*, SP 6 zareagoval slovy, že *"jedenkrát do roka stačí". SP 7 uvedl, že "dvakrát do roka a je to dostačující".*

Sociální pracovníci vnímají jistá rizika v souvislosti s přemírou preventivních programů. Pět z dotázaných hovoří o možnosti přesycení dětí informacemi a je tedy potřeba reagovat dle individuální potřeby klientů, kteří docházejí do NZDM.

Dále bych ráda představila odpovědi na otázku č. 7, tedy "Chtěl/a byste, aby bylo v programu zařazeno více či méně preventivních programů?", neboť úzce souvisí s otázkou předchozí.
V následujícím rozboru odpovědí nebudu citovat odpovědi SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, SP 5, SP 6, SP 7, SP 8, a SP 11, neboť všichni uvedli, že jsou s počty preventivních programů spokojeni a více by jich již nerealizovali. Pokud tuto bilanci porovnám s předchozími výsledky, tak u SP 1 se pořádají prevence desetkrát do roka, u SP 2, SP 3, SP 4 i SP 8 se pořádají každý měsíc, tedy je zde poměrně velká pravidelnost v pořádání těchto aktivit. Ve svých odpovědích se shodli SP 9 a SP 10, kdy první sdělil, že by *„Zařadila více preventivních programů, a to nejen v nízkoprahových centrem, ale i ve školách."* A druhý nejmenovaný uvedl, že *„Z mého úhlu pohledu více. Ale s ohledem na klienty a jejich potřeby, na ně nejde tlačit."*. SP 12 naopak uvedl, že *„Neztotožňuji se s názorem čím více, tím lépe, protože, jak jsem již zmiňoval, je zde nebezpečí určité nasycenosti. Preferuji třeba i méně preventivních programů, ale o to kvalitnějších a efektivnějších."*.

Osm z dotázaných respondentů je spokojených s tím, jak je systémově uvnitř klubu nastavený počet těchto aktivit, dva respondenti by přidali preventivních programů více, jeden dotázaný by míru umenšil, nicméně zdůrazňoval potřebu efektivity.

Následuje analýza odpovědí na otázku č. 8, tedy „Je něco, co byste do preventivních programů zahrnul/a, a zahrnuto to – ať už z jakéhokoliv důvodu - není?"

Sociální pracovníci odpovídali následovně: SP 1 vnímá situaci tak, že *„všichni jsou spokojení tak, jak to je,",* SP 2 reagoval na moji otázku slovy: *„Jo, myslím si, že by bylo dobré, kdyby si s námi ti klienti mohli více sdílet stran toho, když už nějaký ten problém mají. Kdybychom měli možnost být více otevření té komunikaci s nimi. Tím, že je to téma, o kterém je zakázané mluvit, v tom smyslu, čím žije ten klient, který užívá. Já to s ním můžu probírat individuálně třeba v kontaktní místnosti a stejně ho musím částečně brzdit."*. Názor SP 3 je: *„Zapojil bych více rozhovorů s pracovníky*

právě detenčních, nápravných a detoxikačních zařízení.", naopak SP 4 se od názoru SP 3 odklonil následovně: *„My to děláme zábavnou formou, takže u nás bych neměnila nic."*. SP 5 se domnívá, že *„Nejvíc se mluví o drogách a internetu, ještě bych zařadila víc finanční gramotnosti, aby si v dospělosti nebrali půjčky a nedostali se do dluhové pasti.",* SP 6 sdělil podobnou reakci jako SP 3, tedy uvedl, že *„Možná by zabraly policejní přednášky a nahnat strach. Represivní metody. Dobrovolně s nimi nezmůžete nic."*. SP 7 by rád zapojil vícero návazných služeb s konzultanty, sdělil: *„Víc té spolupráce s již vyléčenými."*. SP 8 je spokojený s tvorbou preventivních programů v NZDM a reagoval na moji otázku slovy: *„Ne. Na tvorbě se podílíme, takže do nich zapojujeme všechno, co nám přijde dobré."*, podobná odpověď zazněla i u SP 9 *„Jsem ráda, že dnes už máme v programech zahrnuto skoro vše. Například kyberšikanu, takže mě nic nenapadá."*. Na názoru se shodli i SP 10 a SP 11, kdy první uvedl, že *„Asi ne, máme dost pestrých témat, ale chybí asi spolupráce škol a rodičů. Tam jsou mezery."*, druhý reagoval slovy, že *„Asi ne, jen je třeba lépe propojit nějakým způsobem více centra s ostatními sociálními oblastmi.*". Posledním dotázaným byl SP 12, jehož odpověď je následující. SP 12: *„Možná všeobecně větší interakce. Jenže zapojování lidí bývá nejtěžším úkolem a někdy není v našich silách toto vylepšovat. Nápadů by mimo to bylo více, ale dalším z palčivých problémů jsou samozřejmě peníze.*".

Dle uvedených odpovědí bylo zjištěno, že ti sociální pracovníci, kteří by do preventivních programů zahrnuli nové informace, by volili i represivní a strach nahánějící metody, které by klienty odrazovaly od experimentů s návykovými látkami. Z odpovědí dále vyplynulo, že některá interní nastavení NZDM nedovolují s klienty otevřeně hovořit na dané téma, tedy by bylo uvítáno rozvolnění těchto pravidel. Ti, kteří by do programů nic nezahrnovali, se na tvorbě těchto aktivit sami podílejí, a jsou tedy jako spoluautoři spokojeni s výsledky své práce, tedy s tím, jak jsou programy navrženy.

Pro průběžný přehled výsledků šetření uvádím souhrn odpovědí všech respondentů na otázky zařazené do tematického okruhu č. 1, kterými jsou počet preventivních programů, které se pořádají v nízkoprahovém zařízení ročně, dále je zde uvedeno, kolik si sociální pracovníci myslí, že by byl ideální počet prováděných preventivních programů ročně. Následuje otázka směřující k názoru sociálních pracovníků, kde je

zkoumáno, zda počet pořádaných aktivit na téma drogové závislosti sociálním pracovníkům vyhovuje, či nevyhovuje, popřípadě zda by chtěli těchto programů více, či méně. Souhrn dat je ukončena otázkou č. 8, která se zaměřuje na názor, zda by do preventivních programů sociální pracovníci zahrnuli cokoliv, co v nich zahrnuto není.

	Otázka 1 (ročně)	Otázka 2 (ročně)	Otázka 7 (více, méně, vyhovuje)	Otázka 8 (zahrnul, nezahrnul)
SP 1	10	1	vyhovuje	nezahrnul
SP 2	12	neutrální	vyhovuje	zahrnul
SP 3	6	4	vyhovuje	zahrnul
SP 4	12	4	vyhovuje	nezahrnul
SP 5	2	12	vyhovuje	zahrnul
SP 6	1	1	vyhovuje	zahrnul
SP 7	0	2	vyhovuje	zahrnul
SP 8	12	4-6	vyhovuje	nezahrnul
SP 9	12-24	4-6	více	nezahrnul
SP 10	12	12	více	nezahrnul
SP 11	12	neutrální	vyhovuje	nezahrnul
SP 12	dle potřeby	neutrální	méně	zahrnul

Souhrn odpovědí 1

Z názorného přehledu vyplývá, že se počet programů různí a nelze říci, že všechny nízkoprahové kluby pořádají stejný počet preventivních programů. Počty se různí na základě individuálních potřeb daných klientů docházejících do klubů. Zaujal mě rozdíl počtu programů od žádného pořádaného programu až do 24 pořádaných programů ročně. Optimální počet besed na dané téma uvádějí respondenti ve velkém rozptylu, někteří nespecifikovali počet, ale kladli důraz na individuální potřeby. Většina z respondentů se shoduje na vyhovujícím počtu prováděných preventivních programů a jenom potvrzují, že mají dobře nastavený plán preventivních programů. Z přehledu vyplývá, že názorově se sociální pracovníci při poslední otázce rozdělili na dvě části, kdy polovina by zahrnula nové metody a druhá nikoli.

Níže bych věnovala pozornost okruhu č. 2 s názvem „Klienti a preventivní programy“.

Tematický okruh č. 2

Klienti a preventivní programy

V tomto okruhu byl položeny následující otázky:

Jak si myslíte, že jsou klienti nízkoprahového zařízení otevřeni k diskuzi v oblasti drog?

Domníváte se, že se klienti v průběhu preventivního programu dozvěděli nové poznatky?

Během realizace této části výzkumu jsem zkoumala názory sociálních pracovníků, ohledně diskuze s klienty na témata blízká preventivním programům v oblasti drogových závislostí a jejich názor na nové poznatky, které se ke klientům dostávají. Otázky, které jsem sociálním pracovníkům pokládala, byly “Jak si myslíte, že jsou klienti nízkoprahového zařízení otevřeni k diskuzi v oblasti drog?” a “Domníváte se, že se klienti v průběhu preventivního programu dozvěděli nové poznatky?”. Nejprve zde uvádím odpovědi na první zmiňovanou otázku.

SP 1 uvedl, že *„Když si sami zvolí téma tak přijdou, zajímá je to a po filmu rozebíráme v kroužku dotazy, takže otevření určitě jsou.”*, podobně reagoval i SP 7, kdy sdělil, že *„Každý reaguje jinak, ale nechávají se strhnout příběhy, a nakonec se rozvine živá a otevřená debata, takže v našem zařízení asi všichni.”* Dále jsem hovořila se SP 8. SP8: *„Je to individuální, starší moc na tyto besedy nechodí, řekl bych, že se k tomu staví, že jim tím chceme kecat do života. Raději si hrajou kulečník a hry. A pokud nechtějí, nelze je přitáhnout. Mladší jsou aspoň zvědaví, takže záleží vždy na konkrétním klientovi.”*. Podobně reagoval slovy SP 9: *„Čím mladší, tím otevřenější. Mladší klienti jsou zvědavější, výřečnější, nemají tolik zkušeností jako starší klienti. Pokud se jedná o interaktivní besedu, jsou pozorní a otevření, pokud se jedná jen o preventivní přednášku, začnou se nudit a má to opačný efekt,”*. Velmi obdobný názor zaujímá i SP 10, který uvedl, že klienti *„Diskutují a jsou otevření, když si besedu odsouhlasí. Čím mladší, tím víc spolupracují a příběhy si vyslechnou i s následnými dotazy.”*. SP 11 hovořil o tom, že *„Záleží, na situaci a momentálním stavu klienta. Většinou jsou ale otevření k těmto diskuzím.”* Podobně reagoval i SP

12: *„Toto se nedá zevšeobecňovat a záleží na každém konkrétním jedinci a na jeho osobnosti. Také je nutno zohlednit aktuální stav dané osoby a také délku jeho zkušeností s návykovou látkou.”*. SP 5 i SP 6 hovoří o tom, že klienti nejsou zcela otevřeni k diskuzím na toto téma. SP 5: *„Děcka si to vyslechnou, ale jsou ve věku, kdy mají pocit, že jim svět leží u nohou a nic z toho se jich netýká, takže o tom tolik nemluví.”,* SP 6: *„Moc nejsou, a když, spíš hlídám míru zvědavosti, aby z toho nebyl návod, jak přijít k drogám.”*. SP 3 reagoval slovy: *“Ti, o kterých víme, že užívají, nejsou otevřeni vůči žádným protidrogovým programům.”*. SP 2 mluvil o individuální formě, kdy *„V individuální formě to jde určitě lépe, záleží, jestli sedí společně v kruhu s vrstevníky, a hlavně s těmi, o kterých víme, že užívají drogy.”*. SP 4 sdílel názor předchozích, tedy uvedl, že *“Jak kteří. Pro některé to téma vůbec neexistuje, někdo naopak chce informace.”*

Z těchto odpovědí vyplývá, že se nedá zobecnit to, zda jsou klienti otevřeni k debatám o drogových závislostech a o drogách všeobecně, ale vždy se musí zhodnotit aktuální situace v životě klienta a reagovat tedy podle jeho individuální potřeby. Z odpovědí dále vyplynulo, že sociální pracovníci poměrně shodně vnímají mladší klienty NZDM jako vstřícnější a otevřenější k účasti na diskuzi než klienty starší.

Dále bych ráda uvedla odpovědi na následující otázku, kterou jsem zjišťovala, jak sociální pracovníci vnímají schopnost získávání nových poznatků u klientů, kteří navštěvují NZDM.

SP 1: *„Filmy jsou dobře zpracované, dávají celkový vhled do problematiky, ať už drogové závislosti nebo šikany, zneužívání a tak dále, ze všech úhlů pohledu, tak si odnáší spoustu nových informací.”*, dále mi odpovídal SP 3, který řekl, že *„Pořád se bavíme o těch, co neužívají nebo jsou jen na lehkých drogách. Tak ti se nové věci od těch bývalých uživatelů určitě dozvídají.”* SP 5 sdělil že *„Myslím si, že vždycky se najde pár človíčků, kterých se to dotkne a pomůže jim to, pořád řešíme, jak zaujmout víc posluchačů, ale i jedna záchrana života má smysl.“*. Názor zaujímá i SP 6: *„Ale to ano, pár jedinců samo otevře diskuzi, ale vždycky to má postranní úmysl, naposled to mezi nimi končilo diskuzí na ceny jednotlivých drog, ale to už mimo klub, následky je moc nezajímají.”*. Následně jsem hovořila s SP 7, který mi na moji otázku

odpověděl, že *„Určitě, Starším to hodně dává, víc než těm mladším. Ti, co ty přednášky mají, jsou vyléčení z drogové zavilosti. Mají svoje prezentace a zařazují praktické zkušenosti z vlastního života.”*. Kladně reagoval i SP 8: *„Ano, Taky se dozvěděli, co ještě nevěděli. Seznámili se s příběhy jiných klientů, již vyléčených. Někteří už by mohli o drogách poučovat, co se zkušeností týče.”*. Podobně reagoval i SP 9, který uvedl následující *„Určitě ano, ale jak říkám přednášející musí zaujmout. Pak se zaujetím poslouchají, mají dotazy a diskutují. Poslechnout si příběhy lidí, kteří si tím prošli je poučné i pro nás pracovníky.”,* SP 10: „*Samozřejmě. Na naše besedy chodí bývalí uživatelé se svými příběhy. Vznikne pak živá diskuze na toto téma. Příběhy jsou odstrašující.”*. Dále mi odpověděl SP 11: *„Určitě ano, obzvláště mladší klienti.”*. Kladně hovoří i SP 12: *„Pochopitelně se klade největší důraz na to, aby tyto besedy byly přínosné ve smyslu nových informací. Drogová témata velmi rychle expandují, a tak je třeba neusnout na vavřínech a neustále se v této problematice vzdělávat a informovat se.”*. Společně s jinými sociálními pracovníky odpovídal podobně i SP 2: *„Když máme preventivní programy týkající drogových závislostí, tak spolupracujeme s podanýma rukama, kde na jeden preventivní program přivedli bývalého usera, což si myslím, že bylo hodně dobře, tam se dozvídali nové věci.”*. SP 4 hovořil také v pozitivním slova smyslu, kdy uváděl, že *“Opět, jak kteří. Někteří klienti toho ví tolik, že jim žádná beseda už nic nového nedá. Pro ty mladší ale je to určitě obohacující, ti se dozví nové informace.“*.

Sociální pracovníci vnímají, že se klienti nové poznatky dozvídají a dále s nimi pracují. Dále z odpovědí vidíme, že pět z oslovených sociálních pracovníků má dobrou zkušenost s preventivním programem, který je prokládán návštěvu bývalého uživatele návykových látek. Z takto uvedených informací od sociálních pracovníků lze usuzovat, že je to pro klienty NZDM lákavá a pravděpodobně i přiměřeně účinná forma prevence.

V souhrnu odpovědí na otázky zahrnuté do tematického okruhu č. 2 uvádím, jak jsou klienti nízkoprahových zařízení otevřeni k diskuzím ohledně preventivních programů se sociálními pracovníky. Dále představuji názor sociálních pracovníků, zda se domnívají, že si klienti odnášejí nové informace z pořádaných preventivních akcí.

	Otázka 3 (jsou, nejsou, individuální)	Otázka 4 (ano, ne)
SP 1	jsou	ano
SP 2	individuální	ano
SP 3	nejsou	ano
SP 4	individuální	ano
SP 5	nejsou	ano
SP 6	nejsou	ano
SP 7	jsou	ano
SP 8	individuální	ano
SP 9	jsou	ano
SP 10	jsou	ano
SP 11	jsou	ano
SP 12	individuální	ano

Souhrn odpovědí 2

Z výsledků je zřejmé, že nelze hledat shodu v názoru na to, jak jsou daní klienti různých nízkoprahových zařízení otevřeni k diskuzím, neboť se jedná o velmi indiciální postoj jednotlivců. Oproti tomu se všichni sociální pracovníci shodující na faktu, že preventivní programy přinášejí klientům obohacení a nové informace a poznatky si odnášejí.

Následuje rozbor přínosu daných preventivních programů, který uvádím níže.

Tematický okruh č. 3

Přínos preventivních programů

V tomto okruhu byl položeny následující otázky:

V čem si myslíte, že tyto programy jsou pro klienty přínosné?

Máte zpětnou vazbu od svých klientů, co se týče přínosu?

Sociální pracovníci byli osloveni v souvislosti s přínosem preventivních programů. Byly jim položeny dotazy, které jsou uvedeny výše, směřující k přínosu preventivních programů. Níže uvádím jednotlivé odpovědi na uvedené dotazy.

SP 1: *„Dozvídají se rizika bezpečnou formou, To jsou téměř dokumentární snímky, ze kterých pochopí každý daná rizika.”*. O mladších klientech hovořil SP 2: *„zabrousím-li do věkové skupiny těch dětí, pro které samozřejmě taky pořádáme protidrogové programy, tak tam si myslím, že to pro ně může být odstrašující. Ten přínos může být v tom, že to nechtějí vyzkoušet”*. SP 3 uvedl, že *„Všiml jsem si, že ty osobní příběhy vyvolávají u dětí strach a vznikající pocit nebezpečí z nápravných zařízení nebo detoxu. Tak to je asi největší přínos.”* Dále uvádím odpověď SP 4: *„Přínos je určitě v tom, že se hodně mluví o rizikách braní. Když se dostanou do prvokontaktu s drogou, může je to ovlivnit, můžou říct ne. Máme zkušenost, že pokud s do klubu dostaví bývalí uživatel, děcka to víc zajímá, z toho si asi vezmou víc, než když je přednáška, která je nudí.“*. SP 5 v souvislosti s přínosem sdělil, že *„Možná v tom, aby si víc věřili a nedrželi se partiích, kteří je táhnout ke dnu.”*. Dále uvádím odpověď SP 7: *„Řeknu to stručně. Získají spoustu nových poznatků, především jakési varování a odstrašující příklady. Velký význam má konkrétní zkušenost. Teoretické přednášky jsou k ničemu.”*. Dalším oslovených sociálním pracovníkem byl SP 8, který reagoval slovy: *„Klienti se přiblíží k problematice, vcítí se do příběhu od člověka, který skutečně zažil to, o čem mluví. Někteří z nich pak dokážou zhodnotit lépe situaci a případné následky. Dochází k zamyšlení, ale u toho většinou zůstane,”*. Přínos vnímá i SP 9, který odpověděl*, „Zejména právě v těch příbězích. Setkají se s lidmi, kteří drogy užívali, mnohdy můžou mít podobné životní příběhy, získají zkušenost, mohou si vybrat cestu, kterou sami půjdou a nebudou opakovat chyby druhých. Může se jim změnit pohled na věc, zejména těm mladším klientům.*”. Reakce SP 10 je následující: *„Ztotožňují se s přednášejícím a vnímají jak následky, tak i změny fyzické a psychické. Hlavně u těch mladších, věk osm až dvanáct, tam je to znát. Jsou ochotni spolupracovat a hlavně, prostě dovolí nám to.”*. Odpověď SP 11: *„Hlavně v uvědomění si následků a možných konců závislostí.”*. Předposledním dotázaným byl SP 12, který uvedl, že *„Jak již bylo řečeno, právě kvalitou informací, které přináší. Je velmi důležité zdůraznit rizika tohoto chování, a to nejen po teoretické stránce, ale hlavně formou zkušeností přímo zasažených osob.”*. SP 6, jako jediný z oslovených sociálních pracovníků, přínos preventivních programů nevnímá. Sdělil, že *„Přínos moc ne. Jde o mládež skrytých narkomanů, schází se mimo klub a stávají se vzorem pro své sourozence i mladší spolužáky“*.

Zjistila jsem, že valná většina oslovených sociálních pracovníků vidí přínos v preventivních programech zejména v oblasti informovanosti o rizicích, možnosti rozhodnout se v kontaktu s drogou správně na základě předaných zkušeností, které si klient osvojil v průběhu preventivního programu. Sociální pracovníci opět zmiňují osvědčenou metodu preventivního programu, při kterém je přítomen bývalý uživatel návykových látek a dávají tuto zkušenost do přímé kauzální souvislosti s přínosem a efektivitou těchto programů.

Dále představuji odpovědi na druhou otázku, kterou jsem pokládala respondentům v průběhu realizace daného výzkumu.

Na tuto otázku jsem dostala následující odpovědi, začnu s odpovědí SP 1, který uvedl *„Vím, že přenáší své zážitky doma na své rodiče. Spíš se někdy nepotkáme s pochopením právě u nich. Vznikají dotazy typu, proč jim dáváme návody a tak. No, takže to že je to tak zaujalo, je pro nás zpětná vazba.”*. SP 2 sdílel zkušenost *„Když se vrátím k tomu, jak podané ruce přivedli exusera, tak jsme dostali zpětnou vazbu, že to bylo dobré. Že děcka viděli, co to s tím člověkem dělalo, nebo slyšeli, co to s ním dělalo. Kam se mohli dostat. Dostali jsme zpětnou vazbu v tom, že v tomto duchu je to pro ně přínosné.”*. SP 3 odpověděl, že *„Zpětnou vazbu můžu usoudit jenom z následných rozhovorů mezi nima samotnýma. Protože si navzájem vyjadřují pocity strach. Přímou zpětnou vazbu od nich ale nedostáváme.”*, SP 4 také sdílel následující zkušenost: *„Záleží, jakou formu programu děláme. Po setkání s bývalým uživatelem zpětné vazby máme, o to je docela i mezi děckama zájem”*. SP 5 uvedl, že zpětnou vazbu mají velmi malou. Stejnou zkušenost má i SP 6, který uvedl, že *„Ne, nemá to na ně žádný vliv, kdo už jednou začal.”*, naopak SP 7 má opačnou zkušenost, SP 7: *„Naši klienti to berou osobně, prožívají, zapojují se do diskuze. Představa, že by museli chodit krást, aby měli na drogu, vzbuzuje u nich strach. Což hodnotím jako velmi pozitivní zpětnou vazbu.”*, SP 8 na tuto otázku odpověděl pouze *„od některých ano”*. SP 9 reagoval následovně: *„Ano, ale ne hned. Někteří klienti přijdou časem s tím, že ji někdo drogu nabídl a oni to odmítli, nebo vyzkoušeli, ale jen jednou. Těžko ovlivnit zvědavost, s těmito pak pracujeme ale na individuální rovině.”*. Dalším dotázaným byl SP 10, který sdělil, že *„Zpětné vazby máme jak pozitivní, tak ale i negativní.”*. Dále mi zodpověděl otázku SP 11: *„Zpětná vazba určitě je. Většinou pozitivního charakteru. Ale samozřejmě jsou i negativní zpětné vazby. Bohužel jsou*

to většinou klienti, kteří stále nemají své problémy pod kontrolou.". Posledním dotázaným byl SP 12, který uvedl následující: *„Jedním z pilířů naší práce je zpětná vazba, protože bez ní se jen těžko dá pracovat dál a tyčit si další cíle. Pokud má mít obzvláště tato práce smysl, je zjišťování zpětné vazby jedním z naprostých základů."*.

Větší část pracovníků dostává zpětné vazby od klientů, kteří se zúčastnili preventivního programu v nízkoprahovém zařízení. Sociální pracovníci zmiňují i negativní zpětné vazby, jeden dokonce uvedl, že nemají podporu rodičů v těchto aktivitách. Ukazuje se, že děti jsou v tomto směru poměrně sdílné.

Nyní pro lepší orientaci v textu uvádím tabulku č. 3, kde je jednoduše popsáno, zda se sociální pracovníci domnívají, že preventivní programy v oblasti drogových závislostí jsou, či nejsou přínosem pro klienty. Následně jsem shrnula odpovědi na dotaz, zda pracovníci mají či nemají zpětné vazby o programech od klientů.

	Otázka 5 (jsou, nejsou)	Otázka 6 (ano, ne)
SP 1	jsou	ano
SP 2	jsou	ano
SP 3	jsou	ne
SP 4	jsou	ano
SP 5	jsou	ne
SP 6	nejsou	ne
SP 7	jsou	ano
SP 8	jsou	ano
SP 9	jsou	ano
SP 10	jsou	ano
SP 11	jsou	ano
SP 12	jsou	ano

Souhrn odpovědí 3

Stručně bych shrnula údaje vyobrazené výše: jedná se o názor sociálních pracovníků k přínosu preventivních programů na téma drogových závislostí, kdy se téměř všichni respondenti shodují na tom, že tyto programy jsou přínosné, pouze jeden

v nich přínos neshledává. Obdobný výsledek se projevil u otázky na zpětnou vazbu od klientů, kdy převážná většina respondentů se vyjádřila souhlasně.

V následující kapitole bych se ráda věnovala odpovědi na hlavní výzkumnou otázku.

6.2. Zodpovězení hlavní výzkumné otázky

Z výše zmíněných dílčích informací na mnou položené otázky vyplývá odpověď na moji hlavní výzkumnou otázku, která zní: „Jaký je přínos preventivních programů v oblasti drogových závislostí pohledem sociálních pracovníků nízkoprahových zařízení?“

Za přínos preventivních programů v oblasti drogových závislostí pořádaných v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež uvedli respondenti následující informace, které jsem shrnula do čtyř hlavních bodů:

1. Klienti NZDM lépe rozumějí rizikům plynoucích z užívání návykových látek, lépe chápou důsledky tohoto rizikového chování.
2. Jako vhodná preventivní forma aktivity se jeví program s využitím autobiografické interpretace „odstrašujících“ zkušeností. Sociální pracovníci uvádějí, že osobní setkání s bývalými uživateli návykových látek a setkání s autentickou výpovědí je pro klienty poutavé a přínosné.
3. Klienti se v průběhu preventivních programů dozvídají nové informace a poznatky.
4. Na základě preventivních programů v oblasti drogových závislostí je prohlubována a upevňována schopnost odmítnout nabízenou návykovou látku.

Dále z výzkumu vyplývá, že jsou preventivní programy přímo úměrné potřebám jednotlivých NZDM, které se zase přizpůsobují jednotlivcům, což je zřejmé na rozptylu počtu jednotlivých besed či preventivních akcí. Všichni sociální pracovníci vnímají jako velmi důležitou potřebu zařazovat protidrogové programy s určitou pravidelností a apelují na uplatňování takové klubové „dramaturgie“. Zároveň si však

uvědomují rizika spojená s eventuální přesyceností daných informací a vzbuzení „kontraproduktivní“ zvědavosti u klientů. Volí proto individuální přístup ke klientovi v NZDM, někdy i s následným doporučením k další odborné pomoci, která se jeví pro klienty taktéž významně přínosnou.

Pokud tedy tyto skutečnosti zrekapituluji, preventivní programy v oblasti drogových závislostí jsou zcela jistě přínosem pro klienty nízkoprahových zařízení. Obohacují i samotné sociální pracovníky. Z výzkumu vyplynulo, že informace ohledně rizik spojených s konzumací návykových látek se prohlubují v rámci vhodně zvolených preventivních programů, kdy je poutavější pro klienty osobní shledání s bývalými uživateli, jelikož se klientům lépe vciťuje do dané problematiky. Zapojení osob s vlastní drogovou zkušeností je hodnoceno obvykle jako významně přínosnější než tradičněji pojednané podoby prezentací na toto téma. Důležitým přínosem preventivních programů jsou nové informace a poznatky, které klientům mohou pomoci při rozhodování, zda návykovou látku vyzkoušet či nikoli. Sociální pracovníci se společně shodli na tom, že preventivní programy jsou důležité. Názory na fakt, zda jsou přínosnější pro mladší či starší klienty, kteří navštěvují NZDM, nejsou zcela jednotné. Jejich smyslem však zůstává cílit, zahrnout a především vytvářet pokud možno inovativní preventivní programy v oblasti drogových závislostí pro všechny věkové kategorie.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou části. Jako první je uvedena teoretická část, která je dále rozdělena na čtyři hlavní kapitoly, kterými jsou „Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež“, zde je popsána charakteristika daných zařízení, popsány pravidla, které se uvnitř nízkoprahových zařízení vyžadují a programy, které se zde pořádají. Druhou hlavní kapitolou jsou „Návykové látky a projevy závislostí“. V této kapitole je vymezen pojem droga a dále se zde zaobírám vymezením typologie uživatelů. Dále zde popisuji projevy fyzických a psychických závislostí. Třetí kapitola nese název „Užívání návykových látek adolescenty“. Zde hovořím o příčinách vzniku závislosti, popisuji nejčastěji užívané látky adolescenty, které jsou dále děleny na návykové látky legální a nelegální. Jsou zde vysvětleny důsledky plynoucí z konzumace návykových látek. Poslední, tedy čtvrtá kapitola, nese název „Preventivní programy a opatření v nízkoprahových zařízeních a jejich přínos“. V této kapitole je pozornost zaměřena na prevenci sociálně-patologických jevů ve společnosti. Dále zde popisuji přínos preventivních programů a opatření nízkoprahových zařízení.

Na tuto část navazuje část praktická, nejprve jsem vymezila pojem kvalitativní výzkum a jeho standardní realizaci. Dále jsem vymezila podmínky, které respondenti museli splňovat. V této části popisuji realizaci kvalitativního výzkumu, který jsem prováděla. Je zde charakterizován výběr respondentů, kdy podmínkou byl výkon činnosti v NZDM na pozici sociální pracovník a délka trvání praxe v zařízení jeden rok a déle. V další fázi charakterizuji okruhy mého výzkumu a dílčí otázky, které vedly k zodpovězení mé hlavní výzkumné otázky. Hlavním bodem praktické části je analýza těchto získaných informací. Tato část je rozdělena do dvou hlavních podkapitol. První podkapitolou je konkrétní analýza získaných odpovědí od respondentů, kde je vždy shrnuto, co z těchto odpovědí vyplývá. Následně se dostáváme k zodpovězení hlavní výzkumné otázky, což je druhá podkapitola analýzy dat. Zde popisuji přínos preventivních programů v oblasti drogových závislostí pohledem sociálních pracovníků.

Cílem mé práce byla charakteristika a vysvětlení všech bodů v části teoretické, hlavním cílem této Bakalářské práce bylo zodpovědět hlavní výzkumnou otázku „Jaký je přínos preventivních programů v oblasti drogových závislostí pohledem sociálních pracovníků“, kteří v těchto zařízeních pracují. Pro zjištění těchto názorů jsem zvolila kvalitativní výzkum.

Z výzkumu vyplynulo, že na hlavní výzkumnou otázku lze odpovědět tak, že přínosem daných preventivních programů je prohlubování znalostí rizik spojených s užíváním návykových látek a porozumění následků s tímto rizikovým chováním. Přínosem je dále silnější motivace k odmítnutí nabízených návykových látek na základě získaných informací z preventivních programů. Přínos plyne i z faktu, jak je preventivní program veden a kdo jej vytváří. Z výzkumu vyplynulo, že pro klienty NZDM je poutavější, a tedy přínosnější, návštěva konzultanta, který má osobní zkušenost s užíváním legálních či nelegální drog. Sociální pracovníci registrují lepší odezvy ze strany klientů, pakliže byl program veden tímto pozvaným bývalým uživatelem.

Nízkoprahová zařízení uplatňují preventivní programy v míře a kvalitě účelně. Sociální pracovníci vnímají rizika přesycenosti a volí mimo jiné i individuální formu komunikace na toto téma s klienty. Což hodnotím velmi kladně. Pro průkaznější potvrzení těchto výsledků získaných kvalitativní formou výzkumu, které jsou v této práci prezentovány, by bylo účelné doplnit studii výzkumem kvantitativním.

RESUMÉ

This bachelor thesis is divided into two separated parts. Theoretical part is the first one further divided into four main chapters, which are: „Low-threshold facilities for children and youth“. Facility characteristics are described as well as the rules which are required inside of the low-threshold facilities, and programs that are organized here. Second main chapter is „Addictive substances and signs of an addiction“. This chapter defines the concept of the drug and furthermore deals with the definition of user typology. Manifestations of physical and psychical addictions are also described. The third chapter is named „Using of the addictive substances by adolescents“. Here I talk about causes of addictions, describing the most frequently used drugs by adolescents, which are further divided into legal and illegal addictive substances. Here are explained the consequences of using addictive substances. The fourth and the last chapter bears the name „Prevention programs and prevention in low-threshold facilities and their benefit“. This chapter focuses on prevention of socio-pathological phenomena in society. I also describe the benefits of prevention programs and precautions of low-threshold facilities.

This part is followed by the practical part. First of all, I defined the concept of a qualitative research and its standard realization. I also outlined the conditions that respondents had to meet. Qualitative research realization I´ve done is described in this section. There is a selection of respondents for which was a condition working in low-threshold facilities for children and youth as a social worker for at least one year or longer. In the next section, I characterized the area of my research and questions that let me to responding the main research question. The most important point of practical section is an analysis of this information. This part is divided into two main subchapters. The first subchapter is a concrete analysis of the answers received from my respondents, where is always summed up what those answers are telling us. Then we come to an answer to the main research question which is the second subchapter of the data analysis. I define the benefits of all preventive programs in here in area of the drug addiction from social workers point of view.

The aim of this thesis is the characteristics and explanation of all points in theoretical part, the main aim of my bachelor thesis is answering the main research question: „What is the benefit of the prevention programs in area of drug addiction from social

workers point of view“, who work in these facilities. For finding these opinions I´ve choosed the qualitative research.

Research has shown that the main research question can be answered the way, that the benefit of concrete prevention programs is deepening knowledge of the risks associated with using addictive substances and learning the consequences of the risky behavior. The benefit is stronger motivation to decline offered addictive substances based on gained information from prevention programs. The benefit even comes out from the fact that how is the prevention program held and who is its lecturer. The research has shown that for low-threshold facilities for children and youth clients is more fascinating and for that also more beneficial the visit of a skilled consultant in using legal and illegal drugs. Social workers recognized better feedbacks from their clients if the program was held by this former user.

Low-threshold facilities use prevention programs with quality and quantity purposely, social workers know the risks of superstition and choose, among other things, another or individual form of communication on this theme with their clients. Which I evaluate very positively. For more conclusive confirmation of these results obtained by the qualitative form of research, which are represented in this thesis, it would be useful to complete the study with quantitative research.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

- Česká asociace streetwork (2010): *Kontaktní práce streetwork 2010 : antologie textů České asociace streetwork.* Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork, Praha.
- Edelfield Bruce – Moosa J. Tracey (2012): *Drug abuse (Teen mental health).* The rosen Publishing Group, Inc., New York.
- Erikson, Erik (1996): *Osm věků člověka*. Propsy, Praha.
- 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.* Úřad vlády ČR, Praha.
- Kalina, Kamil et al. (2003): *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup I.* Úřad vlády ČR, Praha.
- Kalina, Kamil et al. (2003): *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup II.* Úřad vlády ČR, Praha.
- Kalina, Kamil et al. (2008): *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing, a.s., Praha.
- Klíma, P. – Bodlák, V. (1999): *Nízkoprahovost jako fenomén a mýtus.* Sborník z konference „Kroky do rizika – „žně či úhor.“ Éthum: Bulletin pro sociální prevenci a sociální pedagogiku. Praha.
- Klíma, Petr et al. (2007): *Kontaktní práce.* ČAS a Národní vzdělávací fond, Koniasch Latin Press.
- Matoušek, O. et al. (2010): *Sociální práce v praxi*. Portál, Praha.
- Matoušek O. et al. (2013): *Encyklopedie sociální práce*. Portál, Praha.
- Matoušek, O. et al. (2013*): Metody a řízení sociální práce.* Portál, Praha.
- Mravčík, V. et al. (2017): *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (1991): *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál, Praha.
- Nešpor, K., (2000): *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál, Praha.
- Nešpor, Karel – Csémy, Ladislav (2002): *„Průchozí drogy“ Co by měli vědět rodiče a další dospělí kteří se starají o děti a dospívající.* Fortuna, Praha.

- Nešpor, Karel, Csémy, Ladislav, Pernicová, Hana (1994): *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách.* BESIP MV, Praha.
- Nožina, Miroslav (1997): *Svět drog v Čechách*. Vydavatelství KLP, Praha.
- Presl, Jiří (1994): *Drogová závislost.* Maxdorf, Praha.
- Strauss, Anselm, Corbinová, Juliet (1999): *Základy kvalitativního výzkumu.* Albert, Boskovice.
- Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.

- **Internetové zdroje**

- Česká asociace streetwork. [online]. [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=125&site=cas
- Holiš, M. *Myšlenka a praxe tematického modelu* I. [online]. [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: http://www.streetwork.cz/
- PEŠEK, Roman a Kateřina NEČESANÁ (2009): *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících* [online].[cit.2018-02-14]. Dostupné z:http://www.arkadacentrum.cz/downloads/publikace/Prevence_uzivani_drog_2009.pdf
- PhDr. Monika Nevoralová. In: *Adiktologie* [online].[cit.2018-04-11]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/4530/Rizikove-a-protektivni-faktory-v-primarni-prevenci
- RATOLEST. *Nízkoprahový klub Likusák* [online].[cit.2018-03-11]. Dostupné z: http://www.ratolest.cz/nase-prace/deti-mladez/klub-likusak

PŘÍLOHY

Seznam obrázků

Souhrn odpovědí 1 41

Souhrn odpovědí 2 45

Souhrn odpovědí 3 48