

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Prevence drogové závislosti v nízkoprahových
zařízeních pro děti a mládež**

Bakalářská práce

Autor:	Lucie Kultová
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální a charitativní práce
Vedoucí práce:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph. D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Ústav sociální práce
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Kultová**
Osobní číslo: **U12164**
Studijní program: **B6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální a charitativní práce**
Název tématu: **Prevence drogové závislosti v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež**
Zadávací katedra: **Oddělení sociální práce a sociální politiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Závěrečná práce se bude zabývat tématem prevence drogových závislostí v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Obsahem teoretické části je definice základních pojmů (závislost, návykové látky a prevence), popis forem preventivních programů a metod užívaných v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Výzkum: kvalitativní strategie, metoda: strukturovaný rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oddělení sociální práce a sociální politiky

Datum zadání bakalářské práce: **6. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2015**

JUDr. Miroslav Měřínský, CSc.

ředitel

L.S.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

vedoucí katedry

due

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

jméno autorky a podpis

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D. za vedení práce, konzultace a také pomoc a trpělivost při jejím zpracování.

Abstrakt

KULTOVÁ, Lucie. *Prevence drogové závislosti v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež*. Hradec Králové, 2015. 55 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Tato bakalářská práce pojednává o prevenci drogové závislosti v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. V první části se zaměřuji především na vymezení pojmů jako je droga, drogová závislost, představuji jednotlivé návykové látky, drogovou prevenci a charakterizují sociální službu NZDM. V části druhé charakterizují jaké konkrétní, preventivní aktivity proti drogové závislosti realizují vybrané nízkoprahové kluby.

Klíčová slova:

drogy, drogová závislost, riziková skupina, prevence, nízkoprahovost, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

Abstract

KULTOVÁ, Lucie. *Prevention of drug addiction in youth clubs*. Hradec Králové, 2015. 55 p. Bachelor Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Miroslav Kappl, Ph. D.

This bachelor thesis deals with the prevention of drug addiction in low-threshold facilities for children and youth. The first part is focused on defining terms such as, drug addiction, introduce the individual addictive substances, drug prevention and characterize social service in youth clubs. In the second part I describe what specific preventive activity against drug addiction realized selected youth clubs.

Key words:

drugs, drugs addiction, risk group, prevention, low-threshold, youth club

Obsah

Úvod.....	10
1 Drogy	12
1.1 Rozdělení drog a nejčastěji užívané drogy	12
1.1.1 Legální drogy	13
1.1.2 Nelegální drogy	16
2 Závislost	20
2.1 Faktory vzniku závislosti	20
2.2 Ohrožená riziková skupina mládeže	21
2.2.1 Důsledky a specifika užívání drog u mládeže	21
2.3 Důvody vzniku závislosti.....	22
3 Prevence závislostí na návykových látkách.....	23
3.1 Primární prevence	23
3.2 Sekundární prevence	24
3.3 Terciární prevence	25
4 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	26
4.1 Nízkoprahovost.....	26
4.2 Cíle nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.....	27
4.3 Cílová skupina NZDM.....	28
4.4 Služby poskytované NZDM	29
4.5 Průběh služby v NZDM	32
4.6 Složení týmu NZDM	34
4.7 Role prevence v NZDM.....	35
4.8 Terénní práce	36
5 Metodická část.....	37
5.1 Hlavní cíl výzkumného šetření	37
5.2 Výzkumná strategie	37
5.2.1 Kvalitativní výzkum	37
5.2.2 Metoda získávání kvalitativních dat	37
5.3 Transformace výzkumných otázek do zkoumatelné podoby.....	38
5.4 Volba výzkumného souboru a jeho charakteristika.....	39
5.5 Organizace a průběh výzkumu	40
5.6 Způsob analýzy získaných údajů	41

5.7	Reflexe etických rizik výzkumu	41
6	Výsledky výzkumného šetření	42
6.1	Cíle NZDM v rámci protidrogové prevence	42
6.2	Obsah protidrogové prevence v NZDM	45
6.3	Formy protidrogové prevence v NZDM	47
	Závěr	51
	Seznam použité literatury	54
	Přílohy	56
	Příloha 1	57
	Příloha 2	58

Úvod

Jako téma své závěrečné práce jsem si zvolila „Prevence drogové závislosti v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež“ (NZDM). Podle mého názoru se fenomén těchto nízkoprahových zařízení ještě dostatečně nedostal do povědomí veřejnosti, a proto se snažím tuto problematiku osvětlit. Případnému čtenáři by tak tato práce mohla pomoci pochopit, co vlastně jsou NZDM, co dělají a především také, jak se věnují prevenci drogové závislosti, kterou mohou být právě děti a mladiství tolik ohroženi.

Tomuto tématu jsem se rozhodla věnovat především proto, že jsem si v rámci studentských praxí mohla vyzkoušet jednak práci v NZDM, které svou činnost směřuje k dětem a mládeži a také v nízkoprahovém kontaktním centru, které se již primárně věnuje drogové problematice a drogové závislosti. Obě tyto zkušenosti a také zájem o tuto problematiku mě přiměli k volbě tohoto tématu, které obě cílové skupiny spojuje. Děti a mládež jsou riziková skupina, ohrožená drogovou závislostí, právě např. z důvodu pasivního trávení volného času. Nízkoprahové kluby se jim snaží poskytnout alternativní možnosti, jak mohou využít svůj volný čas. Pracovníci klubů jsou kvalifikovaní a mohou tak klienty doprovázet ve složitých životních situacích, pomoci jim s řešením problémů a zároveň také můžou předávat nenásilným způsobem informace týkající se prevence drogové závislosti a dalších sociálně patologických jevů.

Hlavním cílem této práce je tedy zjistit, jak je realizována protidrogová prevence ve vybraných nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Cílem teoretické části je obecně přiblížit tematiku drog a nízkoprahových zařízení. Ukázat, jak spolu oba popisované jevy souvisí a jak jsou propojeny. Cílem praktické části je podat informaci o tom, jak konkrétní, vybrané NZDM ve svém působení realizují prevenci drogové závislosti. To vlastně znamená, jaké jsou formy, aktivity a obsah této prevence.

Jako výzkumnou strategii jsem si zvolila kvalitativní výzkum, technikou sběru dat byl pak polostrukturovaný rozhovor. Tato strategie mi připadá vzhledem k cíli závěrečné práce jako nevhodnější možná a to především proto, že mi umožnila získat cenné informace od kvalifikovaných pracovníků konkrétních nízkoprahových klubů.

Nízkoprahové kluby jsou všeobecně známy jako služba sociální prevence, tato práce je však velmi úzce zaměřena právě na protidrogovou prevenci v NZDM. Její přínos tak

můžeme spatřovat právě ve zmapování preventivních protidrogových aktivit pořádaných a konaných v NZDM.

Teoretickou část jsem rozdělila do několika kapitol a podkapitol, ve kterých se věnuji vysvětlení problematiky vážící se na téma drogy, mládež a nízkoprahové kluby. Jsou zde rozebrány pojmy jako drogy – jejich definice, rozdělení a stručné popsání nejčastěji užívaných návykových látek. Dále se věnuji fenoménu závislosti a její prevenci – konkrétně prevenci primární, sekundární a terciární. Z velké části se práce také věnuje definici nízkoprahových zařízení pro děti a mládež – objasňuji, co je to nízkoprahovost, jak NZDM vymezuje zákon a jaký je vlastně cíl a poslání těchto klubů. Popisuji jejich cílovou skupinu a obsah služeb. Na tuto teoretickou část navazuje výzkum, který přináší informace poskytnuté pracovníky o realizaci prevence drogové závislosti v NZDM. V závěru práce tak poukazuji na to, jak důležitou roli zaujímají nízkoprahová zařízení na poli protidrogové prevence a jak důležité je jejich působení.

1 Drogy

Cílem první kapitoly je vyjasnit si, co to vlastně jsou drogy, s jakými návykovými látkami se můžeme nejčastěji setkat a jaké jsou jejich účinky. Když se řekne droga, co si člověk představí? Osobně se mi vybaví třeba heroin, pervitin, kokain, špinavá ulice a použité „nádobíčko“. Jenže odpovědět na otázku, co že je to vlastně droga, je daleko složitější a hlavně obsáhlejší. Odborná literatura nám nabízí nepřehledné množství definic, které jsou si samozřejmě podobné, zde uvádím definici drog v obecném a užším slova smyslu.

„Drogy v obecném slova smyslu jsou jakékoliv látky přírodní či uměle vyrobené, které, jsou-li vpraveny do organismu, mění jednu či více funkcí orgánu nebo systému“ (Riesel, 1999, s. 7).

„Drogy v užším slova smyslu jsou látky, které se užívají, lépe řečeno zneužívají, ke změně duševního stavu, tzn. nálady, prožívání stavu bdělosti či útlumu a chování. Tyto změny jsou způsobeny vlivem drog na centrální nervovou soustavu, jejíž činnost a výkonnost se projevuje kvalitou duševní činnosti“ (Riesel, 1999, s. 7).

Užívání všech návykových látek sebou vždy nese určitá společná rizika. Mezi první skupinu těchto rizik patří různé úrazy, otravy organismu a také dopravní nehody. Pokud užívá drogy těhotná žena, může nenávratně poškodit své nenarozené dítě. Dalším společným rizikem je to, že každá tato látka může vyvolat závislost, kterou člověk ztrácí svoji svobodu. Dále předávkování drogou, poté co nebyla odhadnuta její „síla“. Určitě nelze zapomenout na fakt, že pokud člověk už od nízkého věku zneužívá návykové látky, dost často nedokončí vzdělání, nevytvoří si pracovní návyky a může tedy zaostávat i v dalších sociálních dovednostech. Dalo by se říci, že ustrne v přirozeném vývoji.

1.1 Rozdělení drog a nejčastěji užívané drogy

Drogy můžeme v základu rozdělovat hned několika různými způsoby. Lze je tedy dělit například na drogy měkké a tvrdé nebo drogy legální a nelegální. Podle odborné literatury jsou drogy dále rozdělovány do několika kategorií a to v souvislosti s jejich charakteristikou a účinkem. Ve své práci jsem použila rozdělení legálních a nelegálních drog. Neznamená to však, že drogy legální nejsou pro člověka nebezpečné, spíše bychom mohli říci, že jsou společností akceptovatelnější a hlavně jsou také dostupnější.

1.1.1 Legální drogy

Nejprve bych chtěla zmínit a alespoň okrajově popsat drogy legální, protože jak je všeobecně známo, jsou často takzvanou vstupní stanicí k drogové závislosti a mládež se s nimi setkává nejčastěji. Patří mezi ně zejména alkohol a cigarety, tedy nikotin, ale také často zneužívané léky a těkavé látky neboli inhalanty. Inhalanty jako takové nejsou samozřejmě v první řadě produkovány jako omamné látky, avšak k jejich zneužívání pro tyto účely často dochází. Svým způsobem bychom do této kategorie mohli zařadit i kávu a čaj.

Alkohol

Alkohol provází člověka už od samého počátku jeho dějin, je v naší společnosti tolerován a někdy je jeho konzumace skoro až společensky nutná. I když jsme k pití alkoholu velmi otevření, a pokud není někdo opilý dennodenně, považujeme to za normální, tak je třeba si uvědomit, že i alkohol je drogou. A to drogou na světě nejrozšířenější a velmi nebezpečnou. Je příčinou mnoha dopravních nehod, úrazů, vyvolává agresivitu, která nejednou zapříčiní vyhrocené konflikty končící zraněním, alkohol se často podílí na míře zločinnosti, násilí a výtržnictví.

Řadíme ho mezi látky tlumivé, jeho účinky jsou ale velmi všestranné. Dá se říci, že žádná jiná droga uživateli nedopřeje takové spektrum účinků jako alkohol. Poskytuje jednak chuťové požitky, dodává vodu, a do jisté míry i živiny. Hlavním důvodem konzumace je však jeho působení na lidskou psychiku (Heller, Pecinová, 1996). Nebezpečí alkoholu je hlavně v tom, že je legální drogou, která je k sehnání v podstatě na každém rohu, u které však často vzniká nebezpečná, a zpočátku nenápadná závislost. Nadměrná konzumace alkoholu vede k alkoholismu. Ten je oficiálně označován za medicínský problém a světovou zdravotnickou organizací (WHO) uznán jako nemoc. Nadměrné pití alkoholu vede k poškození tělesného i duševního zdraví. Z psychických potíží je to např. deprese, panická úzkostná porucha, alkoholická demence, může způsobit také totální rozklad osobnosti člověka. K fyzickým potížím patří nejčastěji jaterní cirhóza, selhávání ledvin, srdeční choroby a mnoho dalších.

Tabák – Nikotin

Cigareta je pro spoustu dospívajících a dětí vlastně takovým prvním vstupem do světa dospělých. Často se s ní setkávají již na prvním stupni základní školy. Není sice pravidlem, že od kouření klasických tabákových cigaret se přechází ke kouření marihuany a později snad i k tvrdším drogám, určité zvýšené riziko zde ale je. A toto riziko se stupňuje s tím, čím mladší je její uživatel. Kouření bylo v minulosti mnohem běžnější, než je tomu dnes. Lidé dříve nebyli totiž tak obeznámeni s jeho škodlivostí, a proto se mohlo kouřit i na takových místech, kde by nám to dnes připadalo absurdní, třeba v nemocnici. Nejúčinnější látkou v tabáku je pak nikotin a další škodlivinou je třeba dehet nebo oxid uhelnatý

Nikotin – *„Nikotin je stimulant, jemuž trvá pouze sedm sekund, než po vdechnutí dorazí do našeho mozku (důvod, proč lidé, kteří kouří poprvé, mohou dostat závrať). Je vysoce jedovatou a návykovou látkou“* (Ganeri, 2001, s. 100).

Dehet – *„Dehet je jednou z hlavních rakovinotvorných přísad v tabáku. Je to hnědá lepivá látka, která se kuřákům hromadí v plicích a průdušnicích a často vede k jejich ucívání. Také barví zuby, jazyk a prsty do žluta“* (Ganeri, 2001, s. 101).

Tabák, pokud je užíván v běžných dávkách nevyvolává žádné extatické stavy, ale naopak, spíše uklidňuje. Kouření odvádí pozornost, což při duševní práci někdy znamená pro člověka odpočinek. Tabák obsahuje prudký jed nikotin. Akutní otrava nikotinem při kouření však nebývá většinou nebezpečná (Vágnerová, 1999). Z počátku má nikotin pro člověka stimulační účinek, tedy pouze do té doby, než se na něm stane závislý. Později už nevydrží být delší dobu bez cigarety, a pokud je k tomu nucen a nedostane se mu nikotin, může být podrážděný a nervózní. Zdravotní rizika jsou lidem většinou moc dobře známa. Vždyť už na krabičce cigaret na nás volají různá varování, jako „Kouření může zabít“, „Kuřáci umírají předčasně“ a spousta dalších. Mezi nejčastější následky kouření patří třeba kuřácký kašel, který může být dále provázen astmatem a zkrácováním dechu. Dalším závažným a obávaným onemocněním je rakovina plic, která je pak často smrtelná. Zde je třeba podotknout, že kuřáky neohrožuje jen rakovina plic, ale také hrtanu, jícnu, ústní dutiny a rtů. Častá je bronchitida, rozedma plic, a poslední vážné onemocnění, které určitě stojí za zmínku je onemocnění srdce a cév, často vyústěné infarktem či ucíváním tepen.

Léky

Závislost na lécích a jejich zneužívání je stále častějším problémem, který je však společností podceňovaný a příliš se o něm nemluví. Léky jsou předepisovány lékařem, člověk si je vyzvedne v lékárně, to znamená, že ho často ani nenapadá žádný důvod, proč by mohla vzniknout nějaká závislost. Hlavní potíží spočívá v tom, že si lidé dávkování léků začínou určovat sami, jak se jim zachce, podle toho, jaké jsou účinky, a ne podle původního doporučení lékaře. Často jsou léky také kombinovány nebo přímo zapíjeny alkoholem. Se závislostí na lécích je to obtížné, protože se k těmto lidem dostává jen těžko, většina z nich sice ví nebo tuší, že konzumuje nadměrné množství léků, ale nepovažují to za nějakou závislost nebo za problém. Zneužívají se zejména léky na spaní, bolest, ale i třeba prášky na hubnutí. Nejznámější zástupci jsou Diazepam a prášek na spaní Rohypnol.

Nejčastějším rizikem zneužívání léků je předávkování. Dále pak vyšší riziko působení s jinými léky, alkoholem a další. Vyšší riziko vzniku vedlejších účinků jako je např. poškození jater nebo ledvin, netypické a komplikované průběhy onemocnění. Zvýšené riziko, že dojde k úrazu či pádu, zejména při zneužívání tlumivých léků. Mezi sociální rizika patří pracovní a rodinné problémy.

Inhalanty

Mezi inhalanty, neboli těkavé látky patří hlavně ředidla, lepidla, benzín a další chemické látky. Můžeme říci, že existuje snad více než jeden tisíc domácích a jiných prostředků, které jsou zneužívány jako inhalanty. Lidé je vdechují z napuštěné látky (typicky třeba rukávy), igelitového pytlíku nebo přímo z lahve, proto, aby dosáhli rychlého opojení. Tím je změněné vnímání barev a zvuků, až halucinace a chvilka euforie. Těkavé látky, i když si to spousta jejich uživatelů neuvědomuje, způsobují jak fyzickou, tak psychickou závislost.

Nebezpečné jsou hlavně proto, že se jen velmi těžko dá odhadnout to „správné“ množství, a lehce tak může dojít k předávkování a následnému udušení nebo selhání srdce. Při dlouhodobém užívání se může projevit porucha paměti a také snížení inteligence a spousta dalších zdravotních problémů, jako je třeba poškození jater. Bohužel mezi uživatele těkavých látek patří typicky mladší děti, dále lidé, kteří žijí v oblastech, kde jiné drogy jsou špatně dostupné a lidé s nižším sociálním postavením. Nejčastěji užívaný, neboli čichaný je bezesporu toluen, organické rozpouštědlo.

1.1.2 Nelegální drogy

Nelegální drogy si můžeme rozdělit do několika podskupin. Patří sem drogy konopné, halucinogenní, stimulační drogy a opiáty. Existují i další nelegální drogy a je třeba říci, že se také neustále objevují drogy nové. Tyto skupiny jsou však nejznámější a také nejčastěji zneužívané, proto je alespoň okrajově představuji.

Konopné drogy (kanabinoidy)

Konopí neboli marihuana je nejrozšířenější nelegální droga na světě. Marihuana je v západních zemích užívána především mládeží a to proto, že je snadno dostupná, poměrně levná, má povzbuzující účinky, můžeme říci, že je moderní a často je spojována s volnomyšlenkářským stylem života.

Konopí je užíváno především tak, že se smíchá s tabákem a kouří, setkat se ale můžeme i s jeho přidáváním do jídla nebo nápojů. Ne každý uživatel ví, že marihuana je halucinogen. Účinnou psychoaktivní látkou je THC, neboli tetrahydrocannabinol. Obsah THC v jednotlivých dávkách marihuany pak určuje účinnost drogy, to tedy znamená, čím více THC, tím se droga stává účinnější ale i škodlivější. THC může zůstat v těle člověka až několik měsíců. „*Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy drogy: marihuana (tráva, zeli, maruška apod.) a hašiš (haš, čokoláda apod.)*“ (Mioviský in Kalina, 2003, s. 175). Hašiš je všeobecně považován za silnější, než je „klasická“ marihuana. O marihuaně se často říká, že je lehká droga, na které nevzniká závislost. Bohužel jak potvrdily nové výzkumy, opak je pravdou. Může být návyková a to jak psychicky, tak fyzicky. Opět závisí na věku uživatele, a jak často „trávu“ kouří. Měli bychom mít také na paměti že, s marihuanou se stále větší procento dětí setkává už na základní škole. A právě u těchto nejmladších uživatelů může způsobit vážné psychické poruchy jako je třeba schizofrenie, poškození paměti a celkově změnit osobnost člověka.

Halucinogenní drogy

Halucinogeny jsou látky, které u člověka vyvolávají změny ve vnímání. To vlastně znamená, že po jejich užití vše vnímáme tak nějak „zesíleně“. Při jejich užívání hraje významnou roli také aktuální duševní stav a prostředí, v němž se uživatel nachází. To vše ovlivňuje, jak na něj droga bude působit. Tyto látky nevyvolávají fyzickou ani psychickou závislost, jejich nebezpečí totiž spočívá v samotných nevyzpytatelných účincích. Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek.

Obecně můžeme halucinogeny rozdělit do tří skupin:

- 1) *přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. psilocybin, durman atd.)*
- 2) *přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufetenin)*
- 3) *semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach“)* (Miovský in Kalina, 2003, s. 169).

U nás se nejčastěji vyskytuje především LSD a psilocybin, což je látka obsažená v houbách z rodu *Lysohlávka*, které rostou po celém našem území. LSD představím podrobněji. LSD je jednou z neúčinnějších chemických látek měnících stav vědomí. Na drogovém trhu se objevuje buď jako tzv. „trip“, což jsou typicky malé papírky s různým potiskem, které jsou napuštěny LSD anebo ve formě krystalů. Jako „trip“ je také označován stav po užití drogy, obvykle trvá přibližně 12 hodin. Nepříjemné zkušenosti jsou pak nazývány jako „špatný trip“, kdy uživatel může pozorovat různé hrozné obrazy, cítí se být ohrožen, má strach apod. Což znamená, že může být nebezpečný jak sobě, tak svému okolí. Uživatelé LSD často pociťují nechuť k jídlu, potýkají se s nespavostí, suchem v ústech a třesem. Mezi časté účinky patří změny ve zrakovém vnímání, nebo extrémní změny nálad, sahající od stavů blaženosti až po intenzivní hrůzu. Nejhorším příznakem je, že uživatel LSD není schopen rozpoznat, které pocity jsou vytvářeny působením drogy a které jsou součástí reality. LSD nevyvolává závislost jako takovou, ale při jeho častém užívání může dojít k osobnostním změnám. Někteří lidé se tak už nikdy nevyhléčí z psychózy způsobené halucinogeny.

Stimulující drogy – Psychostimulancia

Stimulanty jsou látky, které mají silný budivý efekt na centrální nervovou soustavu i celý organismus. Hlavními zástupci jsou, pervitin, kokain, amfetamin a můžeme sem zařadit také extázi, která má však i psychedelické účinky. Všichni také dobře známe stimulant kofein, který obsahuje také oblíbená káva a čaj. Obecně tyto drogy dodávají energii, zbavují člověka únavy, nemá tak potřebu spát, urychlují tempo myšlení a odstraňují komunikační bariéry. Dokážou vyvolat opojný pocit fyzické i psychické síly a zahánějí chuť k jídlu. To vše jsou důvody, proč mají lidé touhu se ke stimulantům vracet. Už ne tak lákavé jsou jejich další účinky, jako je třeba úzkost, agresivita, po odeznění účinků až několikadenní spánek a obrovský hlad. Typická je také toxická psychóza, což je stav, který může způsobit jak dlouhodobé užívání stimulantů, tak jednorázová, ale příliš vysoká dávka. Projevuje se např. halucinacemi, paranoidním pocitem ohrožení, že člověku chce někdo ublížit, velmi patrné je

postižení nálady. Psychóza je sice dobře léčitelná, ale v akutním stavu může pro uživatele i jeho okolí znamenat nebezpečí ohrožení.

Nejznámějším zástupcem stimulantů je pervitin neboli metamfetamin, který je pro Čechy vlastně taková tradiční droga. Je u nás vyráběný a velmi oblíbený už několik desetiletí a v současnosti je také nejčastěji zneužívanou „tvrdou“ drogou. Stále častěji je také vyhledávaný mladými dívkami, jako rychlý prostředek ke zhubnutí, protože snižuje chuť k jídlu a způsobuje rychlý úbytek váhy. *„Pervitin patří do skupiny budivých aminů, která má stovky zástupců, vedle amfetaminu a metamfetaminu je to např. MDMA neboli extáze, a také bohatou historií jako léky proti únavě, narkolepsii, nadměrné chuti k jídlu nebo jako látky zneužívané armádou pro vyšší výkon bojových jednotek“* (Minařík in Klíma, 2003, s. 163). Pervitin má povzbuzující účinky jak na mysl, tak i na tělo. Člověk nepocítuje únavu, zvyšuje se jeho celková tělesná, ale i psychická výkonnost, má zrychlený tok myšlenek. Zvyšuje se také pozornost a soustředěnost, to může znamenat i to, že se člověk dokáže na několik hodin tzv. „zaseknout“ v jedné činnosti, ať je to třeba čištění zubů nebo žvýkání žvýkačky. Důsledky užívání pervitinu jsou mnohé, od pocitů úzkosti, napětí, podrážděnosti, dále pak nespavost, panika, nevolnosti a zvracení apod. Co se týče fyzických komplikací, může vzniknout anorexie, bolesti u srdce, bolesti kloubů, vypadávání zubů, ale třeba i plicní krvácení. Na pervitinu nevzniká fyzická závislost, ale silná a velmi rychle nastupující psychická závislost.

Opiáty

Do skupiny opiátů patří především heroin, kodein (braun), morfin nebo heroinové náhražky jako metadon a další. Tyto látky se získávají z přírodních zdrojů nebo chemicky. Právem jsou označovány (společně s inhalanty) jako ta nejnebezpečnější skupina drog vůbec. A to hlavně z důvodu rychle vznikající těžké závislosti, z které už často není úniku. Považují se také za vůbec nejdražší návykové látky, a s vysokou cenou potom souvisí následná kriminalita uživatelů, kteří potřebují prostředky na shánění drogy. Jejich další riziko spočívá ve velmi snadném předávkování, protože uživatel nikdy nemůže přesně vědět, jak čistá a tím zároveň silná je dávka, kterou se chystá aplikovat. Společnou vlastností opiátů je, že snižují a tlumí pocit bolesti. Morfin se běžně, avšak jako jediný z této skupiny používá v medicíně. *„Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí euforii a zklidnění až ospalost“* (Minařík in Kalina, 2003, s. 159).

Za bližší představení stojí určitě jeden ze zástupců opiátů a to heroin. Strašák heroin, jedna z nejobávanějších drog, byl získán chemickou úpravou morfinu. Nejprve se používal jako běžný lék proti astmatu, TBC nebo kašli, což nám dnes zní přímo bláznivě, později se však přišlo na to, že je návykovější než morfin. O heroinu platí vše to, co bylo popsáno výše, tedy jeho vysoká návykovost, cena a riziko předávkování. Závislost na něm vzniká rychle, již po krátkodobém užívání, a jedná se o závislost psychickou i fyzickou. Tělesná potřeba se projevuje tím, že si uživatel musí dát dávku několikrát denně, proto, aby se cítil „normálně“ a mohl fungovat. Psychická závislost se rozvíjí déle. S jeho užíváním souvisí řada zdravotních i sociálních rizik. Heroin může člověka donutit dělat to, o čem si dříve myslel, že toho není schopný a to např. okrádat vlastní rodinu proto, aby si tak obstaral peníze na další dávku. Mezi nejčastější abstinenční příznaky patří nevolnost, nespavost, neklid, deprese, zvracení, průjemy nebo třeba bolesti kloubů a další. Tento stav není rozhodně nic příjemného, a proto se odvykajícím uživatelům doporučuje absolvovat ho v nemocničních „detoxech“, kde je jim poskytnuta lékařská péče a potřebná medikace.

2 Závislost

Předně je potřeba říct, že člověk může být závislý nejenom na alkoholu nebo jiné droze, ale i třeba na vztahu, jídle, druhé osobě nebo nějakém nutkavém jednání. Závislost a to ať už je jakákoli, krade lidem svobodu a ovládá je. Se závislostí tak silně souvisí ztráta kontroly nebo lépe, sebekontroly. Člověk si už nedělá to, co chce, ale jeho život, chování a jednání určuje jeho „droga“ (Pita, 2000).

Důvodů, proč někteří lidé začínají zneužívat návykové látky je spousta, může to být např. nuda a stereotyp, potřeba někam patřit nebo být akceptován skupinou, v níž je droga běžně užívána, nebo to může být dočasný prostředek pro vyřešení problémů, únik z banality apod. Ač může být důvod jakýkoli, většinou končí stejně, a to závislostí. Závislost jako taková je proces, který nevzniká ze dne na den a má většinou několik fází. Od fáze experimentování, postupně až po každodenní užívání. Je ale třeba si uvědomovat, že každý člověk je individuální a proto se také u každého závislost vyvíjí a postupuje jinak. „*Drogová závislost je onemocnění. Je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přes to, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů*“ (Hajný, 2001, s. 14).

Drogovou závislost můžeme rozdělit na psychickou a fyzickou. Psychická závislost je charakteristická především pro stimulační drogy a projevuje se hlavně neovladatelnou touhou po další dávce, myšlenky člověka jsou zaměřeny jen na získání drogy, prakticky nemyslí na nic jiného, ale nemá žádné tělesné projevy, jako jsou bolesti, křeče apod. Na rozdíl od fyzické závislosti, které je typická hlavně pro opiáty. Tělo a organismus závislého jsou na drogu a její pravidelný přísun zvyklé, a proto si ji žádají. Pokud se droga nedostává, začne abstinenční syndrom, který byl popsán výše.

2.1 Faktory vzniku závislosti

Vzniku závislosti předchází nadměrné zneužívání látek a vede k ní několik výrazných faktorů, jako jsou tyto:

- *Osobnostní struktury postiženého,*
- *Prostředí a tolerantní postoje společnosti,*
- *Droga a její dostupnost,*
- *Podnět – startér*

Za přítomností těchto faktorů již působí mechanismy průběhové:

- *Vznik a opakování situací, v nichž se podařilo dosáhnout účinku a uspokojení pomocí návykové látky,*
- *Nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací s uspokojivým výsledkem (Hajný, 2001, s. 14).*

2.2 Ohrožená riziková skupina mládeže

Dospívající a mladí lidé ve věku od 12 do 24 let jsou všeobecně považováni za rizikovou skupinu, která je ohrožená drogovou závislostí. U mladých lidí se závislost na návykových látkách všeobecně vytváří podstatně rychleji. Přesto jsou však mezi nimi specifické skupiny, jež jsou touto problematikou ohroženy poněkud více. Jsou to nejčastěji mladí lidé s vazbami na některé instituce (např. děti v ústavní péči, děti, které chodí za školu nebo předčasně ukončily školní docházku, mladiství pachatelé trestné činnosti nebo děti z ohrožených rodin). K dalším ohroženým skupinám patří mladí lidé, kteří jsou bez domova či žijí v deprivovaných lokalitách a také ti, kteří pocházejí z rodin etnických menšin nebo přistěhovalců a především děti z rodin se závislým rodičem (EMCDDA, 2010).

2.2.1 Důsledky a specifika užívání drog u mládeže

Karel Nešpor uvádí několik možných dopadů užívání drog u mládeže:

- *existuje vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování,*
- *z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky,*
- *u závislých na návykových látkách nebo je masivně zneužívajících bývá patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji,*
- *i pouhé experimentování s návykovými látkami je spojeno s většími problémy v různých oblastech života,*
- *je zde častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látkám současně, což opět zvyšuje riziko otrav a komplikací,*

- *recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval původně bouřlivý průběh; důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojence léčebných snah.* (Nešpor, 2000, s. 150-155).

K tomuto výčtu můžeme ještě přidat různé poruchy pozornosti a soustředění, poškození paměti, užíváním drog může být poškozeno i myšlení a inteligence či vnímání. Toto vše má dopady na prospěch a vzdělání mladého člověka, které tak kvůli drogám zůstává často nedokončené. S tím dále souvisí jeho pozdější sociální status ve společnosti. Lidé, kteří zneužívají návykové látky od raného věku, si často nejsou schopni osvojit jakékoli pracovní návyky. Čím je člověk mladší, tím snadněji propadá drogám a závislosti, z toho důvodu by už od nízkého věku měla být věnována dostatečná pozornost prevenci.

2.3 Důvody vzniku závislosti

Jak už bylo napsáno výše, hlavní příčinou užívání drog je určitě sociální prostředí, ve kterém mladý člověk vyrůstá a žije. Pokud se jedinec vyskytuje mezi lidmi, kteří užívají drogy anebo dokonce žije se závislým rodičem či sourozencem je vysoká pravděpodobnost, že také on sám drogu alespoň zkusí (Barnardová, 2011). Dalším výrazným důvodem je už jen samotná existence drog jako takových a jejich poměrně snadná dostupnost, záleží však také na osobnosti uživatele. O tom, jestli bude mladý člověk někdy v budoucnu závislý na návykových látkách, se může rozhodovat dokonce už v předškolním věku. Děti se už od mala setkávají například s alkoholem na rodinných oslavách, ochutnávají ho. Spojí si tak pití s určitými rituály a začnou ho považovat za normální a přenášet si tento návyk do budoucnosti. Dospívající tedy začínají experimentovat s návykovými látkami z různých důvodů - „*Mládež drogu zneužívá především pro její schopnost doplnit chybějící možnost přirozené imaginace, fascinace, extáze. Droga vede k pocitu zvýšených schopností a dává možnost existence nad osobní limity; umožňuje být fascinován tóny hudby, barvami a obrazy až po úroveň halucinací*“ (Heller, Pecinovská, 1996, s. 55).

3 Prevence závislostí na návykových látkách

Prevence vlastně znamená předcházení, ochrana, konkrétně v tomto případě je to tedy předcházení užívání návykových látek a závislosti. Světová zdravotnická organizace (WHO) rozlišuje tři druhy prevence, a to prevenci primární, sekundární a terciární.

3.1 Primární prevence

Primární prevence drog a drogové závislosti se zaměřuje především na stranu poptávky na drogovém trhu. V podstatě usiluje o to, aby se potenciální spotřebitelé nestali skutečnými a pravidelnými konsumenty. „*Specifickým cílem je dosáhnout alespoň odložení kontaktu s drogou do vyššího věku, protože u dětí a velmi mladých teenagerů mají drogy na rozvoj osobnosti a sociální integraci mimořádně destruktivní vliv*“ (Bém, Kalina in Kalina, 2003, s. 276).

Znamená to vlastně, že se snaží odradit člověka od toho, aby drogu vůbec někdy zkusil. Aktivita primární prevence se zaměřují na celou populaci, nebo na specifickou skupinu, kterou jsou typicky děti a mladí lidé ve školách. Tohoto cíle dosahuje primární prevence především prostřednictvím těchto prostředků:

- *Vytváření povědomí o informovanosti o drogách a nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním*
- *Podpora protidrogových postojů a norem*
- *Posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním drog*
- *Posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů*
- *Podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog* (Orlíková, 2014).

Informace se snaží podávat nejen jako tvrdá a zastrašující fakta, ale jejich poskytování propojuje s různými aktivitami. Může sem patřit např. posilování komunitních dovedností, aktivity zaměřené na vlastní sebepoznání apod. Informace by měly být vždy pravdivé a také objektivní.

Některé významné organizace a aktivity na poli primární prevence:

- Protidrogový koordinátoři – ti působí obvykle na obecních úřadech, jsou informovaní o drogové situaci v jejich regionu, mají přehled o zařízeních pro prevenci, ale i léčbu, poradenství atd.
- Drogoví preventisté – zajišťování primární prevence na základních a středních školách
- „Peer programy“ – šíření informací o drogách a závislosti mají na starost vrstevníci dané cílové skupiny, kteří jsou odborně vyškoleni
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež - (podrobněji popsáno níže)
- Streetwork – terénní práce, poradenství a informace přímo v prostředí cílové skupiny
- Anonymní poradenství na internetu, informační brožury, masmedia

Existují samozřejmě i další organizace, které se zabývají primární prevencí. Nesmíme zapomínat především na rodinu, která by se prevenci měla adekvátním způsobem věnovat už od útlého věku dítěte a naučit se s ním o tomto tématu komunikovat. Dále školu, která pořádá různé preventivní programy, školí a vzdělává své pracovníky v drogové problematice, měla by mít také drogového preventistu apod. Potom je to prostředí, ve kterém je tráven volný čas, případně ve vyšším věku zaměstnání. Určitě zde platí fakt, že poskytování „pouhých“ zdravotních, psychických a dalších dopadů užívání drog není příliš efektivní. To samé platí pro přílišné moralizování, odstrašování apod.

3.2 Sekundární prevence

O sekundární prevenci můžeme říci, že jejím úkolem je vyhledání rizikových osob, které jsou závislostí ohroženy nebo již vzniklého problému a následná léčba, motivace ke změně. Pomáhá tedy jedincům, kteří už s drogou do styku někdy přišli nebo drogy užívají pravidelně, avšak jim ještě zcela nepropadli. Tato prevence by měla zabránit v dalším rozvoji a vzniku závislosti a dalším komplikacím, které jsou spojeny s užíváním návykových látek. Jedná se tedy především o včasnou intervenci, léčení a také poradenství. Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje sekundární prevenci takto: *„Předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ní stali závislými. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení“* (Kalina in Kalina, 2003, s. 17).

Mezi hlavní organizace, které se zabývají (mimo jiné) sekundární prevencí patří nízkoprahová Kontaktní centra, Střediska výchovné péče, dále Linky telefonické pomoci a

znovu určitě Nízkoprahové kluby pro děti a mládež, kde mohou pracovníci problém u svých klientů rozpoznat.

3.3 Terciární prevence

Cílem terciární prevence je především snižování rizik a důsledků spojených s užíváním návykových látek. Nejde zde tedy o úplné odstranění závislosti na drogách, ale spíše o cestu „menšího zla“. Světová zdravotnická organizace (WHO) pojímá terciární prevenci takto: *„Předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstijnících klientů“* (Kalina in Kalina, 2003, s. 17).

Hlavním cílem terciární prevence je tedy co největší možné zmírnění dopadů drogové závislosti a užívání drog, a také resocializace nebo sociální rehabilitace abstijnících osob. Nejdůležitější je zde program, zvaný Harm reduction. Ten můžeme definovat *„jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategii vedoucí k abstinenci. Harm reduction strategie se snaží pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné“* (Janíková in Kalina, 2008, s. 100). Pro představu jsou to výměnné programy použitého injekčního materiálu za nový, testování a prevence infekčních onemocnění jako je hepatitida nebo HIV a podobně. Všechny tyto aktivity plus také terénní práci (street work) anonymně provádí především nízkoprahová kontaktní centra.

Mezi další poskytovatele terciární prevence řadíme také detoxikační a léčebná oddělení v psychiatrických léčebnách a terapeutické komunity nebo substituční léčbu, kdy je braní drogy nahrazeno jinou méně rizikovou látkou předepsanou lékařem.

Podle textu je tedy jasné, že prevence drogové závislosti je velmi důležitá a má smysl. Nízkoprahová zařízení, která níže představuji, jsou jednou ze služeb sociální prevence.

4 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Nejdříve je potřeba si ujasnit a definovat, co to vlastně jsou nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Zákonem o sociálních službách jsou tedy definována takto: „*Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým 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*“ (zákon o sociálních službách č. 108/2006, par. 62). Služba NZDM je tak zařazována mezi služby primární prevence.

Srozumitelnější definici nabízí internetové stránky České asociace streetwork, které charakterizují NZDM takto: „*Nízkoprahové kluby, odborně nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (ve zkratce NZDM), jsou určeny dětem a mládeži, které tráví svůj volný čas touláním na ulici, v partě či jinak neorganizovaně. Navštěvovat je mohou všichni - od jedničkářů z gymnázia přes skejtáky, vyznavače alternativního způsobu života až po "průšviháře" ze zvláštní školy. Jsou v podstatě volnočasovou alternativou k různým zájmovým útvarům, kroužkům a jiným organizovaným aktivitám, navíc ale poskytují poradenství a sociální servis*“ (streetwork.cz, 2006).

Při jejich charakteristice je potřeba dodat, že tyto zařízení mají většinou podobu klubů, do kterých klienti docházejí, poskytují své služby pro zájemce zdarma, uživatel může do zařízení přijít v podstatě, kdy chce (v rámci provozní doby) a také odejít podle svých potřeb. Klienti se mohou v klubech věnovat různým volnočasovým činnostem, např. společenské hry apod., ale významná je také možnost využít nabízené sociální služby, které jsou realizovány v rámci kontaktní práce, např. poradenství.

4.1 Nízkoprahovost

Všechny nízkoprahové kluby pracují a fungují na principu nízkoprahovosti. To vlastně znamená, že se snaží být co možná nejvíce přístupné a otevřené všem zájemcům, kteří splňují stanovenou věkovou hranici. Zařízení by tedy mělo být umístěno na klientům přístupném místě (např. v blízkosti základní školy, na městských sídlištích), také otevírací doba je přizpůsobena klientům (otevřeno hlavně v odpoledních hodinách, tedy po

vyučování). Vychází také z finančních možností každého dítěte, aby jeho spoluúčast ve skupině odpovídala jeho možnostem. Důležitou charakteristikou je také to, že klient má možnost zůstat v anonymitě, např. pouze pod přezdívkou. „Realizovat službu nízkoprahově tedy znamená, snažit se odstraňovat technické, psychologické a sociální bariéry, které by bránili cílové skupině vstupu do prostoru zařízení či využití nabídky poskytovaných služeb“ (Herzog in Éthum, 2003).

4.2 Cíle nízkoprahových zařízení pro děti a mládež

NZDM si dávají hned několik úkolů a cílů, jež se snaží svým uživatelům poskytovat. Podle materiálu České asociace streetwork, Pojmosloví Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM) se snaží zabezpečit:

- *Podporu pro zvládnutí obtížných životních událostí*
- *Snížení sociálních rizik vyplývajících z konfliktních společenských situací, životního způsobu a rizikového chování*
- *Zvýšení sociálních schopností a dovedností*
- *Podporu sociálního začlenění do skupiny vrstevníků i do společnosti, včetně zapojení do dění místní komunity*
- *Nezbytnou psychickou, fyzickou, právní a sociální ochranu během pobytu v zařízení a podmínky pro realizaci osobních aktivit*
- *Zlepšovat kvalitu jejich života*
- *Předcházet nebo snížit zdravotní rizika související s jejich způsobem života*
- *Lepší orientaci v jejich sociálním prostředí*
- *Podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace* (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008, s. 6).

Kluby se také kromě výše popsaného hlavně snaží svým klientům poskytnout možnost adekvátně trávit svůj volný čas. Děje se tak prostřednictvím společenských her, kreativního vytváření nebo účasti na akcích pořádaných klubem jako jsou různé soutěže, aktivity apod.

4.3 Cílová skupina NZDM

Všechny nízkoprahové kluby si svoji cílovou skupinu definují sami, a to na základě potřeb lokality, ve které se konkrétní zařízení nachází a zaměřenosti své nabídky. Existují však charakteristiky, na kterých se většina nízkoprahových klubů shoduje. NZDM jsou tu například pro ty, kteří mají problémy ve škole a problémy s učením, komplikované vztahy v rodině, tráví svůj volný čas venku, tedy mimo domov nebo prožívají obtížné životní situace apod.

Cílovou skupinou jsou podle materiálu Pojmosloví NZDM děti a mládež, kteří:

a) zažívají nepříznivé sociální situace:

- Konfliktní společenské situace – např. záškoláctví, šikana, zneužívání návykových látek, problémové rodinné vztahy a další (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008).

- Obtížné životní události – situace, ve kterých se klienti nacházejí a neumějí je dostatečně sami řešit. Může to být např. rozvod rodičů, obtížná volba školy či budoucího povolání, zneužívání, problémy s první láskou, a další (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008).

- Omezující životní podmínky – především sociální a rodinné prostředí, v němž se člověk nachází a které je nepříznivé. Např. neschopnost jedince se adaptovat a navazovat vztahy, izolovanost a další (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008).

b) jsou ve věkových skupinách:

- od 6 do 12 let

- od 13 do 18 let

- od 19 do 26 let

Rozdělení odpovídá právě tomu, že s každou věkovou skupinou se pracuje podle odlišných metod, každá má své specifické potřeby, ale také samozřejmě proto, že jedinci stejného věku k sobě mají logicky blíže a jako prevence šikany např. mladších dětí od starších jedinců.

c) žijí nebo se pohybují v konkrétní lokalitě, kterou lze vymezit:

- sociálně – Společenství lidí, kteří žijí nebo se pohybují v jedné lokalitě.

- geograficky – Může to být třeba stejné město nebo jen jeho určitá část, jako je čtvrť nebo sídliště apod. (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008).

d) vztahují se k nim další (doplňkové charakteristiky), např. tyto:

- nemohou nebo se nechtějí zapojit do standardních volnočasových aktivit

- vyhýbají se standardním formám institucionalizované pomoci a péče

- dávají přednost neproduktivnímu a pasivnímu trávení svého volného času (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008).

Obecně můžeme tedy shrnout, že cílovou skupinu NZDM charakterizuje především to, že jedinci se nacházejí v nějaké obtížné životní situaci, kterou nejsou schopni sami řešit a potřebují s touto situací pomoci. Či jedinci, s vyhraněným, odlišným životním stylem a způsobem trávení volného času, který je pro zbytek společnosti nepřijatelný nebo nepochopitelný. Mohou to tedy být např. klienti s různých specifických subkultur či jiných národností apod.

4.4 Služby poskytované NZDM

Nízkoprahové kluby toho pro své klienty dělají opravdu mnoho a jejich nabídka služeb je tedy rozmanitá. Zde uvádím výčet poskytovaných služeb podle materiálu Pojmůsloví NZDM (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008):

Kontaktní práce – Jejím cílem je navázat kontakt s klientem a vytvořit otevřenou komunikaci založenou na důvěře, která je poté podmínkou pro další možnosti poskytování služby. Nejčastějším prostředkem je přímý rozhovor s uživatelem.

Situační intervence – Situační intervence řeší aktuálně vzniklé problémové situace, ke které došlo přímo v klubu nebo při akci pořádané klubem. Úkolem pracovníků je zasáhnout do interakcí vzniklých mezi klienty tím způsobem, že se snaží přinášet podněty k těmto situacím, reflektovat vzniklé problémy, nacházet možná řešení.

Informační servis uživatelům – Jedná se především o poskytování určitých informací pracovníkem klientovi. Předávání probíhá nejčastěji ústní formou v kontaktní místnosti klubu, může být ale doplněno předáním různých informačních letáků a brožur, které odpovídají tématu. Informace se zaměřují na aktuální potřebu nebo problém klienta, jedná se

zejména o tyto témata: škola, rodina a rodinné vztahy, partnerské vztahy, rizika návykových látek, bezpečný sex, práce a brigády, apod.

Poradenství – Pomoc klientovi v řešení jeho aktuálních problémů, a také zvyšování jeho kompetence nacházet řešení a tyto problémy samostatně řešit. Hlavním cílem je, pomoc klientovi se v dané situaci zorientovat, nabídnout několik možných návrhů řešení situace, poskytnout informace, nastínit dopady řešení atd.

Krizová intervence, pomoc v krizi – Řešení krizové situace, která vznikla v životě klienta. Pracovník klubu může pozorovat, že je klient zmatený, nekontroluje své emoce (pláče, nadává atd.), nedokáže se orientovat v situaci, do níž se dostal. Poté se tedy snaží klienta uklidnit, pokusí se o rozhovor, který by mu mohl poskytnout informace o příčinách tohoto stavu, hledání možného řešení.

Zprostředkování dalších služeb (doprovod) – Pracovník dojedná klientovi služby v zařízeních návazné péče. Pokud je potřeba může pracovník klienta osobně doprovázet a asistovat mu tak při jednání v návazných zařízeních.

Kontakt s institucemi ve prospěch uživatele – Pracovník NZDM kontaktuje instituce návazné péče nebo jiné instituce, které zasahují do klientova života a ovlivňují ho. Tento kontakt však může být uskutečněn pouze s informovaným souhlasem klienta a nejlépe v jeho přítomnosti.

Případová práce – Dlouhodobá a individuální práce s klientem, jenž se soustředí na konkrétní problém klienta. Opět se odehrává v soukromí a v klidu a má svůj určitý postup. Prvním krokem je tedy vytvoření kontraktu, dále vytvoření individuálního plánu a také stanovení podmínek dohody a času.

Skupinová práce, práce se skupinou – Cílená aktivita, která je poskytována skupině nebo skupinám klientů a to za účelem rozvoje jejich psychosociálních dovedností.

Práce s blízkými osobami – NZDM spolupracují také s blízkými osobami klienta. Může se jednat o poradenství nebo informační servis těmto osobám, nejčastěji jsou to rodiče či přátelé. Vše se děje pouze se souhlasem klienta.

Pobyt v zařízení – Uživatel může pobývat v zařízení, kde je mu poskytnuto základní zázemí (místo k odpočinku, světlo atd.), bez toho aniž by musel využívat další služby.

Volnočasové aktivity – Tyto aktivity sice vyplňují volný čas klientů, ale není tu potřeba registrace nebo pravidelná docházka. Všechny nízkoprahové kluby nabízejí většinou velmi širokou nabídku těchto aktivit. Patří sem základní aktivity, které si klient iniciuje sám, třeba poslech hudby nebo zhlédnutí filmu. Mezi složitější aktivity, které jsou však stále realizovány z vlastní vůle klienta, můžeme zařadit např. výtvarnou dílnu atd. Pořádány jsou také akce pro zpestření rutiny, patří sem třeba návštěva koncertu, účast na sportovním turnaji atp.

Preventivní, výchovné a pedagogické programy – Programy zaměřené na prevenci, s ohledem na specifické potřeby konkrétní cílové skupiny. Již výše jsem se zmínila o tom, že nízkoprahové kluby hrají důležitou roli v oblasti prevence a dále se touto oblastí budu ještě zabývat. Může se tedy jednat o spoustu preventivních aktivit, například: *„program prevence zneužívání toluenu, program prevence gamblerství, program prevence sexuálního zneužívání, preventivní programy obsahují předávání informací (ústně, nástěnky, letáčky...), besedy pro uživatele, probírání a nabízení tématu při kontaktní práci, program rozvoje schopností a dovedností důležitých pro vstup na ZŠ (pro děti starší 6 let, kterým byl odložen zápis na ZŠ.“* (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008, s. 7).

Jednorázové či příležitostné programy – Můžeme je zařadit k aktivitám zaměřeným na prevenci a jsou to především různé besedy, diskuze apod. na určité téma, které mohou vést pracovníci klubu nebo jiní externí odborníci.

Dlouhodobé programy – *„Programy především obsahují předávání specifických znalostí, nácvik specifických dovedností a chování. Mají vytvořenou samostatnou strukturu v rámci provozu NZDM (program, cíle, cílová skupina, evaluační mechanismy). Součástí je evaluace výsledků. Jejich uplatňování probíhá prostřednictvím standardních výkonů NZDM, především: kontaktní práce, situační intervence, informační servis uživatelů, poradenství, besedy, diskuse, komponované pořady. Tyto složky jsou vzájemně provázány“* (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008, s. 6).

Doučování – Jedná se o doučování školní nebo mimoškolní látky, které může probíhat buď dlouhodobě, jako třeba příprava na závěrečné či přijímací zkoušky nebo jednorázově, jako pomoc s domácím úkolem či projektem.

4.5 Průběh služby v NZDM

Poskytování služeb v NZDM má několik různých fází, které na sebe navzájem navazují. Nejdříve se musí daný klub v určité lokalitě začít propagovat a nabízet své služby, aby o něm potenciální klienti mohli získat povědomí. Další je tedy vstup klienta do služby a poté její využívání, poslední fází je ukončení služby, které může být jak ze strany klienta, tak ze strany klubu.

Základními částmi procesu poskytování služby jsou podle Pojmosloví NZDM:

- *Jednání se zájemcem o službu – první kontakt*
- *Dohoda o poskytování služby – smlouva*
- *Plánování služby – plán* (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008, s. 8).

Vstup do procesu užívání služby - Zařízení nejdříve musí aktivně vyhledávat a oslovovat potenciální klienty a to ve formě, která je odpovídající cílové skupině. Činí tak např. prostřednictvím terénních sociálních pracovníků, distribucí informačních letáčků v místech a institucích kde se cílová skupina často vyskytuje – škola, sídliště atp.

První kontakt – Odehrává se při první návštěvě budoucího klienta v klubu. V tuto chvíli mu musí pracovníci srozumitelně předat základní informace o obsahu a charakteru služby tak, aby se sám mohl rozhodnout, zda chce službu využívat. Jedná se mimo jiné, především o tyto informace:

- Možnost anonymity – může uvést jen svoji přezdívku
- Vzhled zařízení – jak vypadá, prohlídka klubu
- Provozní doba zařízení - tedy kdy může klub navštěvovat
- Cena služby – zdarma
- Práva uživatele – klient má např. právo si stěžovat
- Představení pracovního týmu klubu
- Seznámení s pravidly klubu a sankcemi za jejich porušení
- Způsob ukončení využívání služby – ze strany uživatele, ze strany zařízení (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008).

Dohoda o využívání služby – Pokud se tedy potenciální uživatel, na základě informací, které o klubu získal, rozhodl, že bude službu využívat, uzavře s ním pracovník

Dohodu o poskytování služby. Její forma může být písemná nebo ústní, ale vždy obsahuje tyto informace:

- *Označení smluvních stran,*
- *druh sociální služby,*
- *rozsah poskytování sociální služby,*
- *místo a čas poskytování sociální služby,*
- *výši úhrady za poskytování sociální služby,*
- *ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,*
- *výpovědný důvody a výpovědní lhůty,*
- *dobu platnosti smlouvy (Herzog a kol. autorů ČAS, 2008, s. 9).*

V této dohodě musí také zájemce o službu stvrdit svým informovaným souhlasem minimální adaptační cíl. Takto zájemce souhlasí s tím, že bude dodržovat pravidla klubu, že chce do klubu chodit, že souhlasí s nabídkou poradenství atd. V této fázi si také klient volí svého klíčového pracovníka, se kterým bude spolupracovat, ke kterému se bude obracet s případným problémem a který bude sledovat jeho případ a mít ho na starosti, tedy vést jeho evidenci atd.

Proces individuální ho plánování – Poté přichází na řadu proces individuálního plánování. Důležitý je kontakt a spolupráce s klientem na hledání jeho osobního cíle, protože klienti neumějí většinou sami formulovat nějakou zakázku „ihned“. Klient může být ze začátku jen spokojen se zařízením, rád ho navštěvuje, ale přesto ještě nemusí chtít pracovníkovi svěřit své osobní záležitosti či problémy. Může tak učinit až po dlouhodobějším kontaktu a sdělit s čím by mu zařízení mohlo být nápomocné. Výstupem individuálního plánování je individuální plán, který je většinou zpracován v písemné formě a to hlavně proto, že se k němu pracovník s klientem vrací a hodnotí ho. Je to vlastně taková osobní složka klienta, s jeho historií a vývojem jeho příběhu. V individuálním plánu musí být jasné, kdo je klíčový pracovník klienta, který je zároveň zodpovědný za průběh služby, jaký je cíl služby, kritéria podle kterých se bude hodnotit naplnění cíle, jaké budou kroky a prostředky k dosažení definovaného cíle a termín vyhodnocení nebo revize.

Ukončení využívání služby – K ukončení využívání služby může dojít buď vzájemnou dohodou mezi zařízením a klientem nebo také jednostranně od pracovníka či uživatele. K ukončení využívání služby dohodou dochází zpravidla, v případě když už byly

naplněny všechny požadované cíle a klient už tak nadále nepotřebuje služeb klubu využívat. Podstatné je, že klient může ukončit službu kdykoli a bez udání důvodů. Zařízení může ze své strany ukončit práci s klientem pouze ze závažných důvodů, např. pokud klient už přesáhl věk cílové skupiny, opakovaně porušuje pravidla klubu a další.

4.6 Složení týmu NZDM

Paragraf §110 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění konkrétně vymezuje základní požadavky kladené na sociální pracovníky a pracovníky zaměstnané v sociálních službách. Patří sem samozřejmě způsobilost k právním úkonům, nebo zdravotní způsobilost, ale také způsobilost odborná. Odborně způsobilí pracovníci jsou buď absolventi sociálních nebo sociálně pedagogických oborů vysokých a vyšších odborných škol, či absolventi speciálních akreditovaných kurzů v rozsahu minimálně 200 hodin, plus mají ještě praxi v povolání sociální práce. Krom tohoto obecného požadavku si pak dále podle Standardů kvality NZDM jednotlivá zařízení sama určují strukturu NZDM, počet pracovníků s jejich pracovními profily a kvalifikačními či morálními předpoklady podle potřeb a aktuálního počtu klientů. Na každou pozici v pracovním týmu jsou přesně vymezeny požadavky na vzdělání, kvalifikaci a další předpoklady. Nově příchozí pracovníci jsou odborně zaškolováni.

Největší nároky jsou kladeny na odborného vedoucího pracovníka, který by měl mít kromě vzdělání (nejlépe vysokoškolského) v sociálních službách, především také minimálně dvouletou praxi v oblasti pomáhajících profesí. Jeho další kompetencí by měla být schopnost vedení týmu, přehled o možnostech finanční podpory pro zařízení, měl by umět spolupracovat s dalšími příbuznými organizacemi a v neposlední řadě také schopnost prezentovat zařízení i s jeho výsledky. Ostatní pracovníci NZDM musí splňovat zákonem dané podmínky napsané výše a věk 21 let, přičemž by měl být kladen nárok i na jejich osobnostní vlastnosti, protože pracují v přímé péči s klienty a to velmi citlivými klienty, tedy s dětmi a mládeží. Významnou součástí týmu jsou často také dobrovolníci, i ti však musí splňovat určité podmínky. Dobrovolník musí být starý nejméně 18 let a s organizací není v pracovním právním vztahu, nedostává tedy žádnou odměnu.

Pracovníci nízkoprahových klubů by tedy obecně měli být takoví lidé, kteří dokážou tzv. držet směr s cílovou skupinou. Tím je myšleno samozřejmě jejich neustálé vzdělávání se v oblasti práce s dětmi a mládeží, ale také zájem o to, co je právě u této skupiny „módní“

o jaké aktivity mají klienti právě největší zájem apod. Pracovníci by také měli být schopni se neustále kontinuálně vzdělávat nebo absolvovat určité kurzy, které se do NZDM hodí, což je např. dramaterapie, arteterapie a další. Všichni pracovníci musí také dodržovat etický kodex sociálních pracovníků, etický kodex České asociace streetwork, řídit se Standardy kvality NZDM a účastnit se supervizí.

4.7 Role prevence v NZDM

Jak už bylo řečeno, děti a mládež jsou výrazně riziková skupina. Dospívání není pro člověka vůbec jednoduchým obdobím, o to složitější může být, pokud se ještě navíc nachází v nepříznivých sociálních podmínkách. Lidé v tomto věku řeší běžné starosti spojené např. s volbou povolání, školou, vztahy, ale třeba i první zkušenosti s alkoholem a jinými drogami. Mohou se nacházet ve složitých situacích nebo řešit problémy, se kterými si sami nedokážou poradit. A právě z tohoto důvodu jsou tu pro ně nízkoprahové kluby. *„Nízkoprahové kluby mají výrazné předpoklady pro realizaci specifické prevence. Jsou institucí, která je v kontaktu s „rizikovými skupinami“ a kterou „rizikové skupiny“ akceptují a mají k ní důvěru. Jednotlivci z cílové skupiny využívají NZDM jak k trávení svého volného času, tak při řešení svých životních obtíží. Dospívající v těchto zařízeních zažívají reálné situace a obtíže ve vrstevnických vztazích a pracovníci se do těchto situací mohou zapojit. „Preventivní“ výkony typu poskytování informací zde dlouhodobě probíhají jako běžná součást nabídky“* (Herzog in Klíma, 2009, s. 259).

Nízkoprahová zařízení si dávají za cíl snížit jednak počet jedinců, kteří se chovají rizikově a pak také snížit možné následky tohoto rizikového chování. Všechny kluby si své preventivní programy koncipují sami a to především podle specifických potřeb cílové skupiny v dané lokalitě. Pracovníci by tedy měli cílovou skupinu dobře znát, provést například rozhovory, nebo dotazníková šetření. Obecně NZDM preventivně působí v oblastech prevence sociálního selhávání ve společnosti, prevence kriminality a trestné činnosti, motivují ke vzdělání a vzdělávání. V NZDM se využívají všechny tři typy prevence, tedy primární, sekundární i terciární. Primární prevence je zastoupena nejvíce, samotným posláním klubů je poskytovat klientům takové služby, které jim umožňují smysluplně trávit svůj volný čas a předcházet tak rizikovému trávení tohoto času. Mezi témata primární prevence v klubech můžeme zařadit např. návykové látky, šikana, záškoláctví a podobně. V rámci primární prevence pořádají také různé besedy a přednášky na základních školách. Sekundární prevence se snaží včas zachytit tyto již vzniklé rizikové

jevy a zabránit jejich dalšímu prohlubování. Jedná se tedy hlavně o řešení konkrétních a přítomných problémů klienta. Terciární prevence se pak v NZDM již moc nevyskytuje.

Výhodou prevence v NZDM je, že v ideálním případě jsou klienti zvyklí na prostředí klubu, tráví zde svůj volný čas, mají tu přátele, pracovníky dobře znají, a proto je preventivní aktivity mohou více oslovovat. Pokud prevence probíhá formou zajímavých her, vědomostních soutěží, besed a podobně, a ne jako jednostranný proud množství „tvrdých“ faktů, mají klienti rozhodně větší předpoklady pro její využití a správné pochopení. O konkrétních formách prevence závislosti na návykových látkách pojednávám v empirické části, příkladem však mohou být exkurze do různých zařízení, besedy s odborníky, workshopy, promítání tematického filmu, informace může poskytnout i výzdoba klubu, nástěnky, apod.

4.8 Terénní práce

Terénní práce je jednou z metod, kterou si NZDM získávají klienty. Potencionální klienti jsou pracovníky vyhledáváni v jejich přirozeném prostředí a podmínkách. „*Terénní práce neboli streetwork se zaměřuje na lidi žijící rizikovým způsobem života nebo již vykazují znaky sociálně-patologického chování, které je pro společnost neakceptovatelné. Tito lidé se ocitají mimo dosah standardní sítě sociálních či pedagogických zařízení a vyznačují se tím, že se záměrně vyhýbají existující institucionální nabídce pomoci*“ (Bednářová, Pelech, 2003, s. 17).

Streetwork se tedy zaměřuje nejčastěji na děti a mládež, kteří pasivně tráví svůj volný čas a potloukají se po ulicích, můžou experimentovat s návykovými látkami, řeší problémy spojené s dospíváním, problémy v rodině apod. Nikdo však není nucen k tomu, aby začal zařízení navštěvovat a tak terénní pracovník může s klienty udržovat kontakt v jejich přirozeném prostředí. Pracovníci navštěvují vybrané lokality a cílové skupině se snaží přiblížit, představit různé způsoby jak alternativně trávit volný čas, předávají informace a případně i pomoc a radu, která může zmírnit jejich nepříznivou situaci. Musí si však uvědomovat určité rozdíly mezi prací na „ulici“ a prací v klubu. To znamená, že pracovníci musí klientovo prostředí respektovat a chovat se v něm jako hosté, tedy nekomentovat např. místo kde se scházejí, ihned nevytýkat konzumaci alkoholu a podobně nebo by mohla být další práce ztracena v podstatě ještě dříve, než začne (Hradecký a kol. in Janoušková, Nedělníková, 2008). Terénní sociální práce má pro nízkoprahové kluby velký význam a stála také u jejich zrodu, ale ne každý klub poskytuje i terénní práci.

5 Metodická část

5.1 Hlavní cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit jak je realizována protidrogová prevence ve vybraných nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. V návaznosti na tento hlavní cíl, byly stanoveny tyto tři výzkumné otázky:

- Jaké cíle si NZDM v rámci prevence kladou?
- Co je obsahem prevence v NZDM?
- Jaké formy prevence jsou v NZDM využívány?

5.2 Výzkumná strategie

Vzhledem k cíli a celé povaze této práce s úzce vymezeným tématem jsem si jako nejvhodnější zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Důvodem této volby je především fakt, že jsem chtěla hovořit s konkrétními pracovníky jednotlivých nízkoprahových zařízení a dát jim možnost se k otázkám plně vyjádřit a získat tak prostor pro případný další rozvoj rozhovoru. Možnosti získávání dat pomocí kvantitativních strategií mi v tomto případě přišly poněkud omezené.

5.2.1 Kvalitativní výzkum

Předností kvalitativního výzkumu je to, že se nesnaží zachytit a popsat „pouze“ fakta nebo čísla, ale jeho cílem je mimo jiné také nahlédnout na problematiku v podstatě očima druhých lidí. Kvalitativní výzkum usiluje o zachycení každodenních detailů a dává možnost nahlédnout na problematiku z jiné perspektivy. Při kvalitativním výzkumu se „výzkumník snaží získat integrovaný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která fungují v dané oblasti“ (Hendl, 2005, s. 52). Díky tomuto typu výzkumu můžeme získat podrobné informace o zkoumaných jevech takovým způsobem, jakým by to u kvantitativních strategií nebylo možné.

5.2.2 Metoda získávání kvalitativních dat

Jako metoda získávání dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Vytvořila jsem si seznam tazatelských otázek, které jsou pro mne závazné a kterých jsem se držela při všech provedených rozhovorech. Tento seznam mi pomohl specifikovat okruh otázek, na které jsem se respondentů ptala. Polostrukturovaný rozhovor ponechává dostatek možností pro případné vysvětlení, díky kterému je možné správně pochopit, jak danou věc dotazovaný přesně myslí a my tak můžeme vše konkrétněji pochopit.

Mnou provedené rozhovory probíhaly především v prostředí konkrétního klubu a jako záznam sběru kvalitativních dat jsem si zvolila doslovný přepis odpovědí. Někteří z oslovených se však rozhodli mi otázky zodpovědět emailem. Respondenti byli předem seznámeni s použitím získaných dat a souhlasili s jejich využitím.

5.3 Transformace výzkumných otázek do zkoumatelné podoby

V návaznosti na stanovené výzkumné otázky jsem si vytvořila otázky tazatelské, které jsem pak položila všem dotazovaným respondentům.

Výzkumná otázka č. 1 - Jaké cíle si NZDM v rámci prevence kladou?

Vyplývající tazatelské otázky:

- 1.) Jaké cíle si v oblasti prevence drog v rámci vašeho NZDM kladete?
- 2.) Kdo tyto cíle určil a na podkladě jakých důvodů?
- 3.) Jakým způsobem vybíráte témata, kterých se prevence týká?

Výzkumná otázka č. 2 - Co je obsahem prevence v NZDM?

Vyplývající tazatelské otázky:

- 4.) Na jaké oblasti a témata se v prevenci drog konkrétně zaměřujete?
- 5.) Jaké formy (metody a prostředky) prevence drogové závislosti jsou ve vašem klubu využívány?
- 6.) S kterými organizacemi při provádění preventivních akcí spolupracujete, v jakém rozsahu a jakým způsobem?

Výzkumná otázka č. 3 - Jaké formy prevence jsou v NZDM využívány?

Vyplývající tazatelské otázky:

- 7.) Kde v případě užívaných forem prevence u vás vidíte nějaké limity a případně nedostatky?
- 8.) Pokud zjistíte, že je klient intoxikován, jaký je postup další práce s ním?
- 9.) Jak pracujete s klientem, který je pod vlivem marihuany?

Tabulka 1: Transformační kroky výzkumu

HLAVNÍ CÍL: Zjistit, jak je realizována protidrogová prevence v NZDM.			
VÝZKUMNÉ OTÁZKY:	TAZATELSKÉ OTÁZKY:		
VO1 <i>Jaké cíle si NZDM v rámci prevence kladou?</i>	TO1: Jaké cíle si v oblasti prevence drog v rámci vašeho NZDM kladete?	TO2: Kdo tyto cíle určil a na podkladě jakých důvodů?	TO3: Jakým způsobem vybíráte témata, kterých se prevence týká?
VO2 <i>Co je obsahem prevence v NZDM?</i>	TO4: Na jaké oblasti a témata se v prevenci drog konkrétně zaměřujete?	TO5: Jaké formy (metody a prostředky) prevence drogové závislosti jsou ve vašem klubu využívány?	TO6: S kterými organizacemi při provádění preventivních akcí spolupracujete, v jakém rozsahu a jakým způsobem?
VO3 <i>Jaké formy prevence jsou v NZDM využívány?</i>	TO7: Kde v případě užívaných forem prevence u vás vidíte nějaké limity a případně nedostatky?	TO8: Pokud zjistíte, že je klient intoxikován, jaký je postup další práce s ním?	TO9: Jak pracujete s klientem, který je pod vlivem marihuany?

5.4 Volba výzkumného souboru a jeho charakteristika

Před provedením samotného výzkumu, jsem si vybrala zařízení, ve kterých jsem poté realizovala rozhovory s pracovníky. Nejdůležitějším kritériem pro mě při tomto výběru bylo především, aby se jednalo opravdu o Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, které realizuje službu sociální prevence a nejen pouze jakýsi dobrovolnický „kroužek“, který občas pořádá různé aktivity pro děti apod. Dalším důvodem pro výběr konkrétních NZDM byl fakt, že žijí v Trutnově a studuji v Hradci Králové, tudíž jsem chtěla zkoumat právě ta zařízení, která svou činnost provozují v Královéhradeckém kraji. Zaměřila jsem se také na kluby z „menších“ měst.

Zkoumanou jednotkou, tedy zdrojem získaných dat je pět kvalifikovaných pracovníků, z pěti různých nízkoprahových zařízení. Konkrétně se jedná o tyto nízkoprahové kluby:

- NZDM Klub Mandl Nové město nad Metují – jedná se o klub na české poměry s poměrně dlouhodobou tradicí, funguje již od května roku 2002. Mandl poskytuje své služby jak ambulantně tak i v terénu a je jedním z akreditovaných pracovišť Univerzity Hradec Králové pro výkon studentských praxí.
- NZDM Klub Malého Bobše Jaroměř – tento klub se zaměřuje na cílovou skupinu mladších dětí ve věku od 6 do 14 let, přesto se však také nestaví k problematice drogové prevence zády. Klub Malého Bobše, se nachází ve středisku Milíčův dům, které zřizuje nestátní nezisková organizace Diakonie Českobratrské církve evangelické.
- NZDM Shelter Trutnov – tento klub je jedním z programů sdružení ozdravoven a léčeben RIAPS Trutnov. Ve stejné budově jako NZDM se nachází mimo jiné také nízkoprahové kontaktní centrum. Shelter má již v Trutnově několikaletou zavedenou tradici.
- NZDM Střelka Dvůr Králové nad Labem – klub Střelka spadá pod Farní charitu Dvůr Králové nad Labem, která je součástí sítě charitativních služeb a je nestátní neziskovou organizací.
- NZDM PoHoDa Hořice – klub PoHoDa je církevní organizace, jejímž hlavním poskytovatelem je oblastní charita Jičín, cílovou skupinou jsou děti a mladí dospělí ve věku od 10 do 21 let.

Pro účely této práce, která je anonymní jsem se rozhodla vybraná nízkoprahová zařízení uvádět pod kódem – NZDM1, NZDM2, NZDM3, NZDM4 a NZDM5. Toto označení nesouvisí s pořadím, v jakém jsou kluby napsány výše.

5.5 Organizace a průběh výzkumu

Před realizací výzkumu jsem si nejdříve vyhledala internetové stránky nízkoprahových klubů, které jsem postupně prostudovala a získala tak z nich potřebné telefonické nebo emailové kontakty na příslušné pracovníky. Poté jsem začala s oslovováním pracovníků se žádostí, zda by mi byli ochotni poskytnout odpovědi na několik otázek, týkajících se prevence drogové závislosti v NZDM. Dotazovaným jsem sdělila přesné téma práce a počet otázek

5.6 Způsob analýzy získaných údajů

Získané odpovědi jsem si ručně zaznamenávala a posléze je přepisovala do počítače. Následovně jsem si každý takto přepsaný rozhovor vytiskla a pomocí barevných fixů podtrhávala body, ve kterých se odpovědi respondentů shodovaly, a jinou barvou jsem zvýrazňovala odpovědi, které byly odlišné. K těmto fixem označeným odpovědím jsem přiřadila kódy. Pro analýzu dat jsem tedy jako nejvhodnější techniku zvolila metodu otevřeného kódování. „významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují jednotlivé události (jevy, pocity, soudy atd.)“ (Miovský, 2006, s. 228 – 229). Dále jsem postupovala pomocí metody vytváření trsů. Jejich základní princip „je postaven na srovnávání a agregaci dat a má dimenzi určité hierarchizace, neboť v ní prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější“ (Miovský, 2006, s. 221). Metoda vytváření trsů slouží k tomu, abychom seskupily jednotlivé výroky respondentů do skupin na základě jejich podobnosti. Je tím myšlen tematický překryv, který byl společným znakem identifikovaných jednotek. Jednotlivé „trsy“ kategorizují, co mají daná zařízení společné.

5.7 Reflexe etických rizik výzkumu

Při provádění kvalitativního výzkumu se můžeme setkat s určitými etickými riziky, na které je třeba si dávat pozor. Jedná se zde především o porušení anonymity dotazovaných respondentů. Neuvádím zde proto žádná konkrétní jména a všichni oslovení pracovníci byli také předem informováni o tom, k čemu budou získaná data použita a s tímto jejich využitím souhlasili. Pokud by nebyla zajištěna tato vzájemná důvěra mezi výzkumníkem a dotazovaným respondentem mohla by být data zkreslována, čímž by byla ohrožena validita celého výzkumu. Tomuto se mi myslím podařilo předejít.

6 Výsledky výzkumného šetření

V této závěrečné části práce provádím analýzu dat získaných z rozhovorů s kvalifikovanými pracovníky NZDM a na základě jejich odpovědí zodpovídám výzkumné otázky. Provedeno bylo tedy celkově pět rozhovorů, které mi poskytly spoustu cenných informací a všem účastníkům jsem položila ty stejné otázky.

6.1 Cíle NZDM v rámci protidrogové prevence

Tento okruh otázek má za cíl odpovědět na první základní výzkumnou otázku, konkrétně, zjistit cíle, které si NZDM v rámci oblasti protidrogové prevence kladou.

- Cíle

Z analýzy první tazatelské otázky (*Jaké cíle si v oblasti prevence drog v rámci vašeho NZDM kladete?*) vyplývá, že všechny dotázané kluby se v rámci svého poslání zaměřují především na prevenci primární a sekundární. Snaží se tak předcházet rizikovému chování svých klientů a pomoci jim v obtížných životních situacích. Společným cílem všech klubů je předávat klientům informace o návykových látkách, tak aby se s jejich užíváním vůbec nesetkali, předávání obecných znalostí o konkrétních drogách a poukázání na rizika a nebezpečí, která jsou spojena s jejich užíváním. Cílem drogové prevence je také podporovat zdravý životní styl klientů a podporovat je ve zvládání krizí. Sociální pracovník jednoho z klubů (NZDM3) tak shrnuje preventivní působení: „*V první řadě je naším cílem pomoci klientům získat takové sociální dovednosti, díky kterým dokážou zvládnout situace, při kterých by snad svůj problém řešili pomocí drog. Dalším naším cílem je předání obecných informací o drogách a poukázání na rizika užívání drog*“. To kromě jiného znamená, že se snaží své klienty učit zvládat těžké situace, aniž by od jejich řešení „*utíkali*“ k drogám.

V jednom z dotázaných klubů (NZDM4) si navíc tuto prevenci rozdělili podle cílové, věkové skupiny klientů: „*v mladším klubu (6-15 let) se zaměřujeme především na primární prevenci – informace o škodlivosti drog, jak může drogová závislost dopadnout a ve starším klubu (15-26 let) je to už velmi individuální, podle konkrétního klienta, u klientů rizikových se pak zaměřujeme na to, co může způsobit dlouhodobé užívání*“. Mladším klientům jsou tedy předávány všeobecné informace o drogách, aby s nimi byli obeznámeni, znali rizika spojená s jejich užíváním, a pro starší klienty už pak připravují pracovníci konkrétnější fakta, a to především podle jejich specifických potřeb. V dalším z dotázaných klubů si kladou za cíl také klienty odradit od toho, aby se sami účastnili obchodu s drogami, tedy drogy prodávali.

- **Důvody a původce cílů**

Další co mě zajímalo, bylo, kdo tyto cíle v oblasti protidrogové prevence stanovil, (*Kdo tyto cíle určil a na podkladě jakých důvodů?*). Ani u této otázky se odpovědi dotázaných respondentů příliš nelišily. Všechny kluby se shodují v tom, že jejich preventivní cíle vycházejí už ze samotného zákona o sociálních službách, a také z poslání nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, jak uvádí jeden z respondentů (NZDM4): „*tyto preventivní cíle vyplývají již ze samotného poslání a cíle klubu, kterým je pomáhat lidem*“. Konkrétní specifické preventivní cíle si pak určují pracovníci klubu sami ve svém týmu. Vycházejí tak především z každoročního vyhodnocování kvality služby, z přání a potřeb svých klientů, z předešlých zkušeností a v určitých případech také z veřejných zakázek. Pracovník jednoho z klubů (NZDM5) k tomu uvádí: „*každoročně mapujeme, jaké cíle plníme a zda jsou v souladu se zakázkou klientů a naším veřejným závazkem. Např. v loňském roce se také intenzivněji objevovala společenská zakázka, kdy se ve městě více řešilo téma dealerování a užívání drogy*.“ Potvrzuje tak fakt, že se kluby ve svém preventivním působení zaměřují také na aktuální problémové dění a výskyt drog v jejich lokalitě. Kromě společenské zakázky si kluby určují preventivní cíle také sami. Jedním z důvodů je zde ten, že pracovníci daného klubu své klienty dobře znají a vědí tak, čím je můžou oslovit a zaujmout, jak dodává jeden z respondentů (NZDM3): „*Cíle jsme si určili sami. Poučili jsme se z preventivních programů jiných organizací, a zjistili jsme také, že např. pouhé seznámení s rozdělením drog je až zoufale nedostačující program*“.

- **Způsob výběru témat**

Poslední otázka, jejímž úkolem bylo objasnit si celkové cíle NZDM v oblasti protidrogové prevence se týkala způsobu vybírání témat, (*Jakým způsobem vybíráte témata, kterých se prevence týká?*). Z odpovědí respondentů vychází, že preventivní témata vybírají kromě základních informací o drogách především podle toho, co se momentálně děje nebo řeší v klubu, o čem klienti mezi sebou hovoří, o co se zajímají a podobně. Znamená to tedy, že se prvotně snaží poskytovat obecná fakta o návykových látkách a poté postupují podle aktuálních potřeb a přání klientů. Pracovnice jednoho z klubů k tomu říká (NZDM2): „*témata vybíráme na základě aktuální poptávky klientů, nebo když si všimneme problémů, plus preventivní témata na každý měsíc*.“ Pokud pracovníci klubů vidí, že se klienti baví kupříkladu o marihuaně nebo se doslechnou, že se s ní nějaký klient už přímo setkal, snaží se hned tuto situaci využít k „osvětě“ a dané téma se hned začne v klubu

probírat. Jeden z respondentů na to reaguje takto (NZDM3): „*Např. když se dozvíme, že kurátor řeší u některých dětí marihuanu, tak si na to uděláme program. Nebo si o něčem povídáme a někdo položí zajímavou otázku. Dohodneme se, že vedoucí o tom zjistí více a vytvoříme na to program třeba hned příští týden. Jindy prostě pozorujeme nějaký jev v klubu a zareagujeme*“. Pracovníci se tedy snaží na případný projevený zájem klientů o drogovou problematiku co nejrychleji zareagovat a využít ho k nějaké preventivní aktivitě. Kluby se také snaží preventivní působení směřovat podle toho, co se aktuálně děje na drogové scéně v celém našem státě, jejich městě nebo v místní komunitě. Tedy takové situace, které mohou znamenat ohrožení jejich klientů.

Shrnutí první výzkumné otázky - Cíle vybraných NZDM v oblasti protidrogové prevence

První výzkumná otázka zmapovala cíle, které si nízkoprahové kluby kladou v oblasti prevence. Z odpovědí respondentů tak vychází, že co se týče vytyčených cílů, hlavní je především poskytnout klientům základní informace a fakta o návykových látkách, to znamená oblast primární prevence. Všechny oslovené kluby se snaží své klienty odradit od případného užívání a seznamují je se všemi možnými riziky, které může drogová závislost nebo jen pouhé experimentování přinášet. Preventivní cíle na poli protidrogové prevence tak vycházejí v první řadě ze zakotvení NZDM jako služby sociální prevence v zákoně o sociálních službách. Dále oslovená nízkoprahová zařízení neustále sledují dění v lokalitách, kde působí a cíle přizpůsobují aktuálnímu dění i případným veřejným zakázkám. Při stanovování cílů čerpají kluby také ze svých předešlých zkušeností a zkušeností ostatních organizací. Co se týče výběru témat, kterých se prevence týká, se kluby snaží v co největší možné míře reagovat na to, o co projevují jejich klienti aktuálně zájem, nebo o to, s čím se setkávají a mají případné problémy.

6.2 Obsah protidrogové prevence v NZDM

Cílem druhého okruhu otázek je zodpovědět na další základní výzkumnou otázku, jejímž úkolem je zjistit obsah protidrogové prevence v NZDM.

- Oblasti a témata

První zjišťovanou jednotkou v této části byly oblasti a témata protidrogové prevence v NZDM, („*Na jaké oblasti a témata se v prevenci drog konkrétně zaměřujete?*“). Zjišťováno bylo, jestli se prevence týká především všeobecných informací o návykových látkách, specializuje se na konkrétní typy drog ale také zda se kluby věnují tématu zdravotních rizik spojených s užíváním drog, právnímu minimu apod. U této otázky se již odpovědi respondentů poněkud lišily. Veskrze se sice shodují na tom, že se snaží klientům předat co nejvíce informací od všech nastíněných témat, ale v každém klubu pak mají svojí vlastní prioritu. V jednom z klubů se v současné době nejvíce zaměřují na téma legálních drog a minimalizaci rizik, která jsou spojena s jejich užíváním. To znamená např. „*když už jdeš tedy pít alkohol, měl by se mít sebou někoho, kdo na tebe dohlédne apod.*“ (NZDM5). Připouští tak, že se klienti s těmito látkami mohou setkat nebo se již setkávají a snaží se o co nejlepší možné řešení těchto situací. V dalším klubu se v první řadě zaměřují hlavně na lokalitu, tedy na látky, které se v jejich okolí vyskytují nejvíce a tím ohrožují klienty. V druhé řadě se pak soustředí na to, s čím se klienti přímo nebo nepřímo setkali. To znamená třeba vlastní zkušenost klientů s alkoholem, nebo když klienti přijdou s tím, že našli u staršího sourozence „*bílý prášek*“ apod. Pracovník jiného klubu (NZDM4) uvádí „*momentálně se nejvíce zaměřujeme na marihuanu, protože je v rámci cílové skupiny poměrně hodně rozšířená. Klientům se snažíme podsouvat různé filmy s drogovou tematikou a potom o tématu navážeme debatu, mezi klienty se snažíme také šířit tematické brožury o všech známých typech drog*“. V dalším NZDM se snaží, co se týče výběru témat postupovat od všeobecných, základních informací o návykových látkách, až k informacím konkrétním, typických třeba právě pro určitou drogu a o té pak předají co největší možné množství informací. Pro všechny kluby je také důležitá aktuálnost poskytovaných informací a samozřejmě jejich pravdivost.

Metody a prostředky protidrogové prevence v NZDM

Další zjišťovanou jednotkou tohoto souboru byly formy protidrogové prevence v NZDM, („*Jaké formy (metody a prostředky) prevence drogové závislosti jsou ve vašem klubu využívány?*“). Zajímalo mě tedy, jaké konkrétní preventivní aktivity kluby vykonávají. Odpovědi všech respondentů na tuto otázku si byly velmi podobné. Dalo by se v podstatě říci,

že v každém klubu používají téměř shodné preventivní prostředky. Mezi tyto společné prvky tak patří určitě různé hry ve formě kvízů, práce ve skupinách nebo zábavných testů. Potom se také ve všech klubech používá promítání tematických filmů nebo dokumentů s drogovou tematikou, které následuje společná diskuse. Podle výpovědi jednoho z respondentů (NZDM4) jsou právě filmy u klientů velmi oblíbenou formou: „*filmy považujeme za hodně účinné, spolehlivě totiž rozvíjejí další diskusi*“. Přednášky, individuální rozhovory, diskuse i besedy s externími pracovníky jsou běžně využívány ve všech oslovených klubech. Ve vlastních prostorách zařízení jsou také většinou umístěny tematické nástěnky, informační letáky, dále plakáty o návykových látkách a letáky s kontakty na různé návazné služby. V jednom z klubů (NZDM5) sázejí i na dnešní velkou popularitu sociálních sítí: „*máme svůj profil na jedné sociální síti, kam umísťujeme informace a zajímavé články*“. Oproti těmto populárním formám však stojí slovem předávané informace: „*méně úspěšné jsou diskuze a nejméně pak jakékoli mluvené texty delší než jednu minutu*“. Pracovníci tedy stojí před opravdu nelehkým úkolem, kterým je předat důležité informace, ale zároveň také vhodným způsobem zaujmout klienty.

- **Spolupracující organizace**

Poslední otázka druhého výzkumného souboru zjišťovala organizace, se kterými NZDM v oblasti protidrogové prevence spolupracují, („*S kterými organizacemi při provádění preventivních akcí spolupracujete, v jakém rozsahu a jakým způsobem?*“). I v této oblasti byly získané odpovědi od respondentů velmi podobné, z čehož vyplývá, že oslovené kluby spolupracují v rámci prevence s víceméně stejnými organizacemi. Patří sem především nízkoprahová kontaktní centra, která poskytují specializované adiktologické služby a mají stejně jako kluby svá působišť v královehradeckém kraji. Doplňuje jeden z respondentů (NZDM4): „*Co se týče drogové problematiky, nejvíce spolupracujeme s kontaktním centrem, zde přítomní odborníci můžou pořádat besedy a odkazujeme přímo sem některé klienty*“. Dále kluby spolupracují také s orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), pedagogicko-psychologickou poradou (PPP), kurátory pro mládež, Policií ČR, Českým červeným křížem a dalšími neziskovými organizacemi podle možností a aktuálních potřeb. Tyto služby pak bývají zařízeními využívány v první řadě pro besedy s odborníky a dále pro předávání informačních letáků či brožur, ale také jako interaktivnější forma, kterou jsou třeba exkurze nízkoprahových klubů do vybraných zařízení či zážitkové programy. Avšak aktivity, které jsou pořádány externími odborníky, ne vždy sklízí u klientů úspěch, jak uvádí jeden oslovených pracovníků (NZDM3): „*Většinou narážíme na to, že více klientů přijde na*

program, který organizuje náš vedoucí (vztah, důvěra, vhodná komunikace – známe se). Jedním problémem může být to, že externí lektori jsou neznámí, ale ještě větším je, že neumí komunikovat s cílovou skupinou a používají nudné metody, jako jsou diskuze, přednášky a odborný jazyk“. Opět se zde potvrzuje fakt, že zaujmout cílovou skupinu a zároveň předat užitečné informace není vůbec jednoduché.

Shrnutí druhé výzkumné otázky - Obsah protidrogové prevence ve vybraných NZDM

Druhá výzkumná otázka ukazuje, jaký je konkrétní obsah protidrogové prevence ve vybraných nízkoprahových klubech. Ze získaných odpovědí vyplývá, že probíraná drogová témata jsou různorodá. Ve všech klubech se nejprve klientům snaží předávat obecné informace a o návykových látkách. Seznamují je s druhy a účinky těchto látek. Od těchto základních informací přecházejí jednotlivé kluby na konkrétní témata, která jsou pro ně v danou chvíli nejaktuálnější, nejdůležitější nebo můžou nejvíce ohrožovat klienty. To znamená, že někde se momentálně zaměřují na legální drogy, jinde zase třeba na marihuanu, podle potřeb. Zjištěno bylo, že formy prevence drogové závislosti jsou ve všech klubech téměř shodné. To znamená, že využívají klasických prvků, jako jsou besedy, individuální rozhovory, přednášky s interními pracovníky i externími odborníky, tematické filmy, hry, kvízy, distribuce informačního materiálu mezi klienty a podobně. Pracovníci klubů se stále snaží hledat preventivní prostředky, které by klienty co nejvíce oslovovaly. Nízkoprahové kluby však nejsou na oblast protidrogové prevence sami, ale v této činnosti spolupracují s mnoha dalšími organizacemi. Nejčastější spolupráce probíhá s nízkoprahovými kontaktními centry, ve kterých působí odborníci na drogovou problematiku.

6.3 Formy protidrogové prevence v NZDM

Cílem posledního okruhu otázek je odpovědět na třetí výzkumnou otázku, tedy zjistit jaké jsou formy drogové prevence v NZDM. Zde jsem se však zaměřila na konkrétnější situace, které mohou v klubech nastat a existenci limitů, tedy ne jen na obecné formy, které byly popsány výše.

- Limity

Další oblast prevence, která mě při mém výzkumu zajímala, byly případné limity a nedostatky, („Kde v případě užívaných forem prevence u vás vidíte nějaké limity a případné nedostatky?“). Všechny oslovené kluby, kromě jednoho z dotázaných ve svém působení

spatřují alespoň nějaké limity, tedy něco, co by se dalo ještě zlepšovat a na čem je třeba stále pracovat. Podle slov jednoho z respondentů (NZDM4), „*nedostatky jsou určité vždy a právě proto začínáme v tomto roce nově rozjíždět měsíční preventivní programy, které se budou týkat právě třeba drog, šikany a podobně*“. Tato jednotlivá, vybraná témata pak budou v klubu vždy po celý následující měsíc probírána dopodrobna.

V jednom z oslovených klubů (NZDM1) spatřují nedostatky jak na straně klientů, „*nemotivovanost klientů, zlehčování tématu ze strany klientů, dlouhodobé neudržení pozornosti z jejich strany, rozdílná mentální vyspělost klientů*“, ale také na straně své, „*nedostatek finančních prostředků, časová náročnost na přípravu s ohledem na počet pracovníků na jinou práci, kterou musí udělat*“. Z tohoto můžeme jasně vidět, že pracovníci se při plánování a konání preventivních aktivit setkávají s nelehkými úkoly. Na jedné straně je to již několikrát zmiňovaná schopnost upoutat klienty zajímavými a zábavnými programy, na které však z druhé strany často chybí finanční prostředky a čas. V dalším osloveném zařízení (NZDM5) pojali mnou položenou otázku ještě jiným způsobem, „*Tím, že jsme nízkoprahová služba, výhodu vidíme v tom, že prevenci můžeme dělat nenásilně a formou, která je atraktivní. Víme, co klienty zajímá a dokážeme to předat tak, aby neměli pocit, že jim něco tzv. tlačíme do hlavy a tudíž i informace a rady lépe přijímají. Limity jsou možná v tom samém – dobrovolnost leckdy znesnadňuje konání některých akcí, třeba besedy, kam klienti nepřijdou, protože se jim nechce*“. Opětovně zde tedy narážíme na problém zajímavosti obsahu a schopnosti zaujmout. Jak také uvádí poslední z klubů, kteří vidí ve své protidrogové preventivní působnosti nějaké limity, že jim chybí dostatek zajímavých her a aktivit.

Práce s intoxikovaným klientem

Předposlední otázka měla za cíl zjistit, jak jednotlivá zařízení pracují s klientem, který do klubu přišel pod vlivem nějaké návykové látky, („*Pokud zjistíte, že je klient intoxikován, jaký je postup další práce s ním?*“). Z provedených rozhovorů vyplývá, že práce s intoxikovaným klientem je pro všechny nízkoprahové kluby v podstatě nepřijatelná. To však neznamená, že by se vzdávali jakékoli další práce s ním, ale klient je v tu chvíli buď přímo vykázan ze zařízení, nebo může pobývat pouze v kontaktní místnosti. Nesmí však být ve společných prostorách klubu, spolu s ostatními klienty. Jak uvádí jeden z respondentů (NZDM5): „*Když zjistíme klienta pod vlivem, záleží na jeho chování a tím, za čím si vlastně do klubu přišel. Dle toho pracujeme – ohrožování ostatních, neochota komunikovat – vykázaní z klubu. Ochota mluvit, co se stalo, proč vypadá, jak vypadá – rozhovor, případně domluva*

individuálního poradenství ve dny, kdy bude již OK“. Další z oslovených pracovníků (NZDM2) se k tomu vyjadřuje takto: *„Klient pod vlivem nemůže využívat jiných služeb klubu, než rozhovoru s vedoucím v kontaktní místnosti“.* Řešení situace se liší také podle věku intoxikovaného klienta a závažnosti stavu, ve kterém se nachází. Pokud je tedy klient například silně opilý, nechce klub opustit a může ohrožovat sebe či jiné klienty neváhají pracovníci zavolat zdravotnickou záchrannou službu případně dokonce Policii ČR. Co se týče věku intoxikovaného klienta, postupují v jednom ze zařízení (NZDM1) tímto způsobem: *„U osob starších 18 let, další den, kdy do zařízení klient přijde, s ním situaci probereme. Zjišťujeme důvody, které ho k takovému chování vedly. Dále ho informujeme o nebezpečích takového chování. U osob mladších 18 let platí to samé, plus navíc informujeme Orgán sociálně-právní ochrany dětí“.* Užítí návykové látky tak neřeší jen se samotným klientem, ale obrací se i na OSPOD. V jednom z dalších klubů si naopak zakládají na anonymitě svých služeb a klientovu intoxikaci (pokud by to nebylo výslovně na jeho žádost) neohlašují ani rodičům nebo zákonným zástupcům. Pro všechny kluby však společně platí to, že se při další návštěvě klienta (tedy té, kdy už není pod vlivem žádné látky) snaží situaci důkladně probrat prostřednictvím individuálního rozhovoru a dále zjistit co ho k takovému chování vedlo a případně také předání kontaktu na návazné služby, jako je kontaktní centrum a podobně.

- Práce s klientem pod vlivem marihuany

Úplně poslední otázka se zaměřovala na postoj zařízení ke klientům, kteří jsou pod vlivem marihuany, (*„Jak pracujete s klientem, který je pod vlivem marihuany?“*). U této otázky mě téměř všichni respondenti odkázali na otázku předešlou. To tedy znamená, že jejich postup je v podstatě stejný, a to ať už se jedná o alkohol, marihuanu, či jakoukoliv jinou drogu. Jak ale uvádí jeden z oslovených pracovníků (NZDM3), s marihuanou to není tak úplně jednoduché: *„Bohužel, ne vždy to na klientovi poznáme, že je pod vlivem marihuany. Pokud ano, snažíme se s ním promluvit si stranou v poradenské místnosti. Zapišeme to do jeho individuálního plánu a monitorujeme, zda se situace nebude opakovat. Promluvit si s klientem se snažíme spíše až při jeho další návštěvě (kdy už není pod vlivem) a hledáme jádro problému, tedy proč se to stalo, zda se to opakuje atd.“.* Pracovníci se tedy i v tomto případě snaží o individuální rozhovor s klientem a situaci s ním pak dále řeší.

Shrnutí třetí výzkumné otázky - Formy protidrogové prevence ve vybraných NZDM

Poslední, třetí výzkumná otázka zjišťovala, zda a případně jaké limity vybrané NZDM spatřují v oblasti své protidrogové prevence, a ukazuje také, jakou formou kluby řeší situaci, kdy se jejich klient nachází pod vlivem nějaké omamné látky či konkrétně marihuany. Z odpovědí vyplývá, že čtyři, z pěti oslovených nízkoprahových zařízení, spatřují v oblasti prevence alespoň nějaké limity. Ty jsou pak především uváděny v nedostatečné motivovanosti klientů, nízkém množství finančních prostředků, ale také v časové náročnosti na přípravu různých preventivních aktivit s ohledem na počty pracovníků. Co se týče práce s intoxikovaným klientem, všechny dotázané kluby se shodují na tom, že v tomto stavu klient nemůže v zařízení pobývat, je z něj tedy pro tento den vykáván. Pokud by to však jeho stav alespoň trochu dovoloval, snaží se s ním pracovníci o individuální rozhovor, který je veden v kontaktní místnosti, tedy mimo od ostatních. Pokud to nelze, pokusí se o tento rozhovor v jiný den a situaci s klientem nadále řeší. V opravdu závažných situacích je na pomoc zavolána rychlá záchranná služba nebo Policie ČR. Určité kluby řeší situaci také s ohledem na věk klienta, přičemž u klientů mladších osmnácti let kontaktují OSPOD. Pro klienty pod vlivem marihuany platí v klubech stejná pravidla, bohužel však s ohledem na fakt, že ne vždy je snadné rozpoznat klientovu intoxikaci.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak je realizována protidrogová prevence ve vybraných nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Podařilo se dosáhnout vytyčeného hlavního cíle a tuto prevenci podrobně zmapovat. Mezi oslovenými respondenty jsem nenašla nějaké, příliš závratně se odlišující odpovědi na položené otázky. Všechna zařízení se prevencí drogové závislosti, domnívám se, že dostatečně věnují. Snaží se tak naplňovat preventivní poslání NZDM. Podařilo se mi zjistit také konkrétní cíle, obsah a formy protidrogové prevence v NZDM. Tento výzkum tak umožňuje nahlédnout, jak se odehrává prevence drogové závislosti v nízkoprahových klubech a co všechno tyto kluby dělají ve svém preventivním působení.

S pomocí kvalitativní výzkumné strategie jsem hledala odpověď na hlavní výzkumnou otázku a téma celé práce: „*Jak je realizována prevence drogové závislosti v NZDM?*“. Odpovědi na dílčí výzkumné otázky jsem získala prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, s pěti pracovníky, pěti různých NZDM. Tato výzkumná strategie se osvědčila a prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů mi umožnila získat zajímavé, pro tento výzkum nezbytné informace od kvalifikovaných pracovníků v NZDM.

V první, teoretické části práce byla představena základní fakta o návykových látkách, závislosti, cílové skupině nízkoprahových klubů, tedy mládeže a v poslední řadě samotné NZDM. Tyto informace jsou nezbytné proto, abychom porozuměli drogové problematice a zjistili, proč by právě v NZDM měla být věnována dostatečná pozornost její prevenci. Druhá, praktická část této práce zjišťovala, co všechno nízkoprahové kluby ve svém působení na poli prevence realizují.

Jak vyplývá z teoretické části, klienti nízkoprahových klubů, jsou považováni za rizikovou skupinu, ohroženou drogovou závislostí. Proto jsem se nejdříve zaměřila na zjišťování toho, jaké cíle si vybrané NZDM v rámci prevence kladou. Zajímala jsem se o tyto konkrétní preventivní cíle, dále kdo je jejich autorem a také jakým způsobem jsou vybírána preventivní témata. Došla jsem tak ke zjištění, že cílem NZDM v oblasti protidrogové prevence je dostatečně seznámit své klienty s drogovou problematikou. Kluby poskytují základní fakta, snaží se předcházet tomu, aby klienti experimentovali s drogami, proto je pracovníci seznamují také s možnými riziky. Cíle v oblasti prevence NZDM vycházejí přímo ze zákona o sociálních službách a poslání NZDM. Mimo tohoto si ale konkrétní NZDM přizpůsobují své cíle svým potřebám, lépe řečeno, potřebám klientů. To znamená, že si cíle

sestavují také sami. Postupují právě podle již zmiňovaných potřeb klientů nebo jejich projeveného zájmu, podle aktuálního dění v jejich domovské lokalitě nebo podle veřejných zakázek, které mohou vycházet např. od rodičů klientů, či od občanů města. Výběr preventivních témat se řídí především tím, o co mají zájem klienti klubu, s čím mají problémy, s čím se ve svém životě setkávají. Kluby se tak snaží reagovat na poptávku svých klientů. Klienti se mohou zapojovat a spolurozhodovat o tom, co se bude v zařízení probírat, sami si vyžádají, o čem se chtějí dozvědět něco navíc.

Následující sada otázek zjišťovala, co je obsahem protidrogové prevence v NZDM. Zabývala se konkrétním obsahem a tématy, na kterých NZDM s klienty pracují. Dále také jaké jsou jejich prostředky a metody – tedy co přesně dělají kluby za preventivní aktivity, jaké využívají pomůcky atd. Zajímalo mě také, jestli kluby při realizování obsahu protidrogové prevence spolupracují s nějakými dalšími organizacemi. Obsah preventivního působení v NZDM je různý. Myslím, že ve všech oslovených klubech se snaží postihnout co největší množství témat, která se týkají drogové problematiky. V první řadě seznamují klienty s obecnostmi o návykových látkách. Tedy jaké jsou nejužívanější druhy, účinky, rizika atd. Pracovníci však neustále monitorují aktuální situaci a témata dále přizpůsobují tomu, co je v danou chvíli potřebné. To znamená, co klienty momentálně nejvíce ohrožuje, s čím se již setkaly, co se děje v lokalitě apod. V samotných formách a aktivitách se v klubech téměř shodují. Používají klasické prostředky, jako jsou besedy, přednášky, hry, kvízy atd., přičemž ne všechny jsou mezi klienty stejně úspěšné. Pracovníci tak stojí opravdu před nelehkým úkolem, kterým je vymýšlet v podstatě neustále něco nového, čím by mohli zaujmout a oslovit klienty. NZDM při provádění těchto aktivit spolupracují i s dalšími odborníky a organizacemi. Nejčastěji je to určitě nízkoprahové kontaktní centrum.

Poslední soubor otázek zjišťoval formy protidrogové prevence v NZDM. Zkoumány byly možné limity a nedostatky v prevenci, ale také práce s klientem pod vlivem návykové látky. Zajímala mě tedy práce s intoxikovaným klientem a práce s klientem, který je konkrétně pod vlivem marihuany, protože právě užívání marihuany se u mládeže v dnešní době vyskytuje často. Z pěti zkoumaných zařízení, nevidí ve svém preventivním působení žádné limity pouze jedno. Ostatní si přiznávají, že určité limity jsou a stále je tak v protidrogové preventivní oblasti co zlepšovat. Jedná se zde především o nedostatečnou motivovanost ze strany klientů, časovou náročnost přípravy preventivních aktivit s ohledem na počty pracovníků nebo finanční zátěž. Práce s intoxikovaným klientem je problematickým bodem. Takovýto klient je ve většině případů kvůli svému stavu z prostor zařízení vykázan a jeho

situace se řeší až při jeho další návštěvě, kdy už je však střízlivý. V případech, kdy to klientův stav umožňuje, se s ním pracovníci snaží pohovořit rovnou, stranou od ostatních klientů, tedy v kontaktní místnosti. V extrémních situacích jsou pracovníci klubů nuceni přivolat Policii ČR nebo rychlou záchrannou službu. NZDM také klientův stav dále řeší – co ho k tomu vedlo, proč to udělal, jaký byl důvod – nedávají tak od něho ruce pryč a snaží se o to, aby se tato situace již znovu neopakovala. U klientů, kteří jsou pod vlivem marihuany, je řešení stejné. Jak však uvedli pracovníci, intoxikace marihuanou se nedá vždy dobře rozeznat, proto se může stát, že o klientově stavu nemusí stoprocentně vědět.

Tento provedený výzkum objasňuje široké preventivní působení NZDM proti drogám a drogové závislosti. Jeho výsledky potvrzují a upevňují téměř nepostradatelnou úlohu těchto nízkoprahových zařízení v oblasti prevence drogové závislosti u dětí a mládeže.

Výsledky výzkumu můžeme vztáhnout právě jen na praxi respondentů zúčastněných výzkumu. Výzkumné šetření popisuje veškeré preventivní aktivity a činnosti pořádané NZDM, nevyplývá z něj, ale jaký počet klientů má o tuto problematiku zájem. Nemůžeme také poznat, jaká je skutečná úspěšnost této prevence v reálném životě klientů.

Tématem pro další, časově náročnější výzkum může být např. zjišťování toho, jak je tato protidrogová prevence v klubech v budoucím životě klientů úspěšná. Dále by bylo určitě také přínosné zjistit, jak tuto prevenci vnímají samotní klienti NZDM. Zda ji spatřují jako užitečnou, zajímavou, ovlivňuje je nebo je tomu naopak.

Seznam použité literatury

- BEDNÁŘOVÁ, Zdena; PELECH, Lubomír. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2003. 99 s. ISBN 80-723-9148-8.
- BÉM, Pavel; KALINA, Kamil. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 274-281. ISBN 80-86734-05-61.
- BERNARDOVÁ, Marina. *Drogová závislost a rodina*. 1. vyd. Praha: Stanislav Juháněk – Triton, 2011. 202 s. ISBN 978-807-3873-868.
- EMCDDA, Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010, s. 16-18. ISBN 978-80-254-6807-4.
- GANERI, Anita. *Drogy: od extáze k agonii*. 1. vyd. Praha: Amulet, 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8
- HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.
- HELLER, Jiří; PECINOVSKÁ, Olga. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Pub., 1996. 162 s. ISBN 80-716-9277-8.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HERZOG, Aleš. Strategie specifické sociální prevence rizikového chování v rámci nízkoprahové práce s mládeží. In: Redakční tým Petr Klíma [et]. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork, 2009, s. 257-266. ISBN 978-80-254-4001-8.
- HERZOG, Aleš. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. In *Éthum*. 2003, č. 39.
- HRADECKÝ, Ilja; MALINOVÁ, Hana. Terénní sociální práce s vybranými cílovými skupinami. In: JANOUŠKOVÁ, Klára; NEDĚLNÍKOVÁ, Dana (Eds.). *Profesní dovednosti terénních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, s. 354-404. ISBN 978-80-7368-503-4.
- JANÍKOVÁ, Barbora. Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In: KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 99-108. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, Kamil. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-61.
- MINAŘÍK, Jakub. Opioidy a opiáty. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-62.

MINAŘÍK, Jakub. Stimulancia. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 164-168. ISBN 80-86734-05-62.

MIOVSKÝ, Michal. Halucinogenní drogy. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 169-173. ISBN 80-86734-05-62.

MIOVSKÝ, Michal. Konopné drogy. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 174-179. ISBN 80-86734-05-62.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-717-8432-X.

PITA, Dianne Doyle. *Nezdravá závislost: náměty pro pastorači*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. 135 s. ISBN 80-719-2377-X.

RIESEL, Petr. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-717-8214-9.

Elektronické zdroje:

HERZOG, Aleš, a kol. autorů ČAS. Pojmosloví nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM). *StreetWork* [online]. 17. 9. 2006. [cit. 20. 1. 2015]. Dostupné z: http://www.streetwork.cz/images/download/Pojmoslovi_text.pdf

ORLÍKOVÁ, Barbora. Primární prevence. In: *Drogová poradna* [online]. 2014. [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html>

STREETWORK.CZ. Co je nízkoprahový klub pro děti a mládež?. In: *Streetwork.cz* [online]. 17. 9. 2006. [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=183

Legislativa:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>

Přílohy

Příloha 1: Seznam tazatelských otázek

Příloha 2: Ukázkový rozhovor s jedním z respondentů

Příloha 1 – Seznam tazatelských otázek

TO1 - Jaké cíle si v oblasti prevence drog v rámci vašeho NZDM kladete?

TO2 - Kdo tyto cíle určil a na podkladě jakých důvodů?

TO3 - Jakým způsobem vybíráte témata, kterých se prevence týká?

TO4 - Na jaké oblasti a témata se v prevenci drog konkrétně zaměřujete?

TO5 - Jaké formy (metody a prostředky) prevence drogové závislosti jsou ve vašem klubu využívány?

TO6 - S kterými organizacemi při provádění preventivních akcí spolupracujete, v jakém rozsahu a jakým způsobem?

TO7 - Kde v případě užívaných forem prevence u vás vidíte nějaké limity a případně nedostatky?

TO8 - Pokud zjistíte, že je klient intoxikován, jaký je postup další práce s ním?

TO9 - Jak pracujete s klientem, který je pod vlivem marihuany?

Příloha 2 - Ukázkový rozhovor s jedním z respondentů

1.) Jaké cíle si v oblasti prevence drog v rámci vašeho NZDM kladete?

Klub je sám o sobě preventivní zařízení a zaměřujeme se jak na prevenci primární tak i sekundární – podle cílové skupiny.

V mladším klubu (6-15 let) se zaměřujeme především na primární prevenci. Informace o škodlivosti drog, jak může člověk dopadnout, pokud užívá drogy.

Ve starším klubu (15-26 let) – je to velmi individuální, tedy podle konkrétního klienta. U rizikových klientů se zaměřujeme ale především na informace o tom, co může způsobit dlouhodobé užívání

2.) Kdo tyto cíle určil a na podkladě jakých důvodů?

Tyto cíle vyplývají již ze samotného poslání a cíle klubu, kterým je pomáhat lidem.

3.) Jakým způsobem vybíráte témata, kterých se prevence týká?

Témata vybíráme především podle zájmu našich klientů. Pokud vidíme, že se klienti baví o nějaké problematice, ihned se na to snažíme navázat.

4.) Na jaké oblasti a témata se v prevenci drog konkrétně zaměřujete?

Nejvíce se zaměřujeme na marihuanu, protože je v rámci cílové skupiny rozšířená. Klientům se snažíme podsouvat různé filmy s drogovou tematikou a potom o tématu navážeme debatu. Máme také brožury na všechny typy drog.

5.) Jaké formy (metody a prostředky) prevence drogové závislosti jsou ve vašem klubu využívány?

Besedy, filmy (ty považujeme za hodně účinné, spolehlivě rozvíjejí diskuzi), měsíční preventivní lekce na určité téma, besedy s externisty, skupinové rozhovory

6.) S kterými organizacemi při provádění preventivních akcí spolupracujete, v jakém rozsahu a jakým způsobem?

Co se týče drogové problematiky, nejvíce spolupracujeme s kontaktním centrem, které je přítomné ve stejné budově. Zde přítomní odborníci můžou pořádat besedy, odkazujeme sem některé klienty. Jsme součástí multidisciplinárního týmu a účastníme se preventivních setkání. Dále samozřejmě spolupracujeme s OSPODy, pedagogicko-psychologickou poradnou, kurátory pro mládež atd.

7.) *Kde v případě užívaných forem prevence u vás vidíte nějaké limity a případně nedostatky?*
Nedostatky jsou určitě vždy. Právě proto začínáme v tomto roce rozjíždět měsíční preventivní programy. Budou se týkat třeba šikany, subkultur, drog atd.

8.) *Pokud zjistíte, že je klient intoxikován, jaký je postup další práce s ním?*
Když máme toto podezření, klienta se na rovinu zeptáme, zda třeba nepil nějaký alkohol apod. Snažíme se s ním promluvit, vysvětlit mu proč se to nemá a proč tu v tomto stavu nemůže být, podle potřeby ho odkážeme na kontaktní centrum.

Pracujeme jako anonymní služba a proto klientovi intoxikaci nehlásíme rodičům nebo zákonným zástupcům, to pouze se souhlasem klienta.

9.) *Jak pracujete s klientem, který je pod vlivem marihuany?*

Bohužel ne vždycky to na klientovi poznáme. Pokud ano, snažíme se s ním promluvit si stranou, v poradenské místnosti. Zapišeme to do jeho IP a monitorujeme, zda se situace nebude opakovat. Promluvit se s klientem snažíme se spíše až při další návštěvě (kdy už není pod vlivem) a hledáme jádro problému, tedy proč se to stalo, zda se to opakuje atd.