

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Marcela Švecová

Mládež ohrožená sociálním vyloučením na Kroměřížsku

Olomouc 2012

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D, za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálůvých podkladů k práci.

„Mládí je krásná věc. Ne protože dovoluje dělat hlouposti, ale protože dává čas je napravit“.

Tristan Bernard

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Marcela Švecová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph. D
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Mládež ohrožená sociálním vyloučením na Kroměřížsku
Název v angličtině:	Youth at risk of social exclusion on Kromerizsko
Anotace práce:	Práce se zaměřuje na problematiku sociálně patologických projevů v chování mladistvých. Zejména se orientuje na závislostní chování mladistvých. Seznamuje s vývojem v adolescenci, s jednotlivými projevy rizikového chování, s metodami sociální práce s mládeží. Popisuje činnost odborného týmu pracovníků v rámci prevence na Kroměřížsku. Obsahuje legislativní rámec pro práci s rizikovou mládeží. Součástí práce jsou závěry z rozhovorů s kurátorem pro děti a mládež a s pracovníkem K-centra. Uvedeny jsou dvě kasuistiky.
Klíčová slova:	Adolescence, gamblerství, alkoholová závislost, nealkoholové drogy, sociálně patologické jevy, metody sociální práce, legislativa, odborný tým, prevence.

Anotace v angličtině:	The work focuses on issues of socio-pathological phenomena in the behavior of juvenile. In particular, it focuses on the behavior of juvenile dependency. It introduces the development in adolescence, with individual risk behavior, with the methods of social work with youth. Describes the activity of a specialized team of workers in the prevention Kromerizsko. Includes legislative framework for working with youth at risk. Part of the work are the findings from interviews with the curator for children and youth and with worker from K-center. Included are two case studies.
Klíčová slova v angličtině:	Adolescence, gambling, alcohol dependence, non-alcohol drug, socially pathological phenomena, Methods of Social Work, legislation, professional team, prevention.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Rozdělení drog na legální a nelegální Příloha č. 2 Rozdělení drog na měkké a tvrdé Příloha č. 3 Seznam otázek k rozhovorům Příloha č. 4 Sociální služby na Kroměřížsku pro děti a mládež ohroženou sociálním vyloučením.
Rozsah práce:	73 s.
Jazyk práce:	Český.

OBSAH

ÚVOD	8
1 OSOBNOST MLADISTVÉHO	10
1.1 Fáze adolescence	10
1.2 Fyzický vývoj	11
1.3 Psychický vývoj	12
1.4 Sociální vývoj	14
2 MLÁDEŽ OHROŽENÁ SOCIÁLNÍM VYLOUČENÍM	17
2.1 Gamblerství	17
2.2 Alkoholová závislost	19
2.3 Nealkoholové drogy	20
2.4 Další sociálně patologické jevy	25
3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE	29
3.1 Odborný tým	29
3.2 Metody	31
3.3 Legislativa	33
4 PREVENCE	38
4.1 Složky prevence	38
4.2 Prevence na Kroměřížsku	40
5 VÝZKUMNÁ ČÁST	42
5.1 Demografie Kroměřížska	42
5.2 Stanovení výzkumných cílů	46
5.3 Metodologie, organizace a cílová skupina	46
5.4 Vlastní výzkumné šetření	48
5.5 Výzkumné závěry	64
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	69
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si zvolila záměrně. Myslím si, že je mi blízké a mám o něm již nějaké znalosti. Touto problematikou jsem se zabývala už na střední škole a má maturitní práce se nesla v podobném duchu. V rámci studia na vysoké škole jsem mnohé prezentace a seminární práce orientovala právě na sociálně patologické jevy u mládeže. Proto pro mě bylo zajímavé, zaměřit se na tento problém hlouběji a prozkoumat jej na Kroměřížsku, kde jsem dříve žila. Domnívám se, že je mi blízká také cílová skupina rizikové mládeže.

Znám své vrstevníky, kteří v důsledku špatné rodinné situace či pod tlakem party spadli téměř na úplné dno. S těmito lidmi jsem se ještě na základní škole přátelila, nyní udržuji kontakt jen s jedním z nich. Jde o dívku, která to v životě neměla zrovna jednoduché. Zažila týrání od svého vlastního otce, její matka jí nikdy v ničem nepodpořila, a tak v pubertě utekla od rodičů a začala bydlet u babičky. Změna bydliště a změna školy s sebou přinesla další problémy. Ve škole se seznámila se špatnou partou, začala kouřit cigarety a marihuanu, pila alkohol, kradla v obchodech i u babičky. Několikrát jí chytli policisté, její babička byla velmi přísná a zásadová žena, ale když zjistila, že si s vnučkou neví rady, poslala jí na 3 měsíční pobyt na Psychiatrickou léčebnu v Kroměříži. Po 14 dnech z PL utekla, nikdo o ní dlouho nic nevěděl. Asi za měsíc jí našli policisté v Holešově, tam poprvé vyzkoušela pervitin se svým kamarádem z PL, za kterým utekla. Od té doby to s ní šlo doslova z kopce, pohybovala se v partě místních narkomanů, s jedním z nich začala chodit a pervitin brala pravidelně, po pár týdnech ji vyhodili ze školy. Takhle to trvalo asi dva roky. Pak ale nastal zlom, rozešla se se svým klukem. Dnes, když s ní mluvím, vždycky na to vzpomíná a říká, že jí ten rozchod vlastně zachránil život. A má pravdu, dneska už je zase taková, jako dřív, hodně spolu mluvíme, je šťastná, má nového přítele a před měsícem se jim narodila dcera. Tento příběh měl šťastný konce, mnohé z podobných však končí smutně.

Hlavním cílem bakalářské práce je charakterizovat mládež ohroženou sociálním vyloučením a prostřednictvím výzkumného šetření seznámit se systémem práce s mládeží ohroženou sociálním vyloučením na Kroměřížsku.

Pro dosažení hlavního cíle jsem stanovila pět cílů dílčích:

- Seznámit s vybranými sociálně patologickými jevy u mládeže a se systémem prevence na Kroměřížsku.

- Popsat činnost kurátora pro děti a mládež Městského úřadu v Kroměříži.
- Zmapovat odborným týmem, se kterým kurátor pro děti a mládež spolupracuje.
- Zjistit, jaké služby poskytuje K-centrum Plus v Kroměříži uživatelům drog.
- Prostřednictvím kazuistik seznámit se systémem práce s klienty terapeutické komunity.

Bakalářská práce obsahuje celkem 5 kapitol. V první kapitole seznamuji s fázemi adolescence, fyzickým, psychickým a sociálním vývojem. Následuje problematika ohrožené mládeže, kde se věnuji vybraným formám sociálně patologických projevů chování. V třetí kapitole se zabývám systémem práce s mládeží, odborným týmem, který pracuje s rizikovou mládeží. Uvádím příslušnou legislativu. Na ni navazuje čtvrtá kapitola, v které popisuji systém prevence na Kroměřížsku. V rámci výzkumné části bakalářské práce nejdříve uvádím demografické údaje okresu Kroměříž. Následuje vlastní výzkumné šetření, kdy byla použita metoda rozhovoru a studium spisové dokumentace. Cílovou skupinu tvoří kurátor pro děti a mládež na Městském úřadě v Kroměříži a vedoucí pracovník K-centra Plus v Kroměříži a dva klienti terapeutické komunity.

Zhodnocení dosavadních poznatků o tématu

Primář Pražské Psychiatrické léčebny v Bohnicích Karel NEŠPOR nabízí čtenářům současné poznatky a perspektivy léčby závislostí na návykových látkách. Přináší nové postupy primární prevence pro rodiče dětí a mládeže. Ve svých knihách se věnuje léčbě závislostí na alkoholu, drogách i gamblingu.

MATOUŠEK, KROFTOVÁ¹ se zajímají o příčiny delikvence mladistvých, ukazují nové, v České republice dosud nepoužívané postupy řešení problému a zabývají se prevencí rizikového chování mladistvých.

Slovenský odborník Vladimír LABÁTH² se zabývá zejména alternativními způsoby řešení konfliktů, jeho formy a metody práce s mládeží jsou založené na podpoře a motivaci mladistvých ke spolupráci, odmítá represii.

¹ MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.

² LABÁTH, Vladimír a kol. *Riziková mládež*. 1. vydání. Praha: Slon, 2001. ISBN 80-85850-66-4.

1 OSOBNOST MLADISTVÉHO

Dospívání patří mezi náročná vývojová období, jelikož jde o ukončení dětství a nástup dospělosti. Bývá označováno jako období hledání a překonávání. Dospívající jedinec prochází celkovou přeměnou osobnosti, která se týká složek tělesné, psychické a sociální. Tyto oblasti se vzájemně ovlivňují a podmiňují. Dospívající se chtějí rychle stát dospělými, touží po nezávislosti, svobodě a chtějí sami rozhodovat. Povinnosti a zodpovědnost často nejsou ochotni přijmout a respektovat.³

Z hlediska právního definujeme mladistvého jako osobu, která dovršila patnáctý rok a nepřekročila osmnáctý rok věku.

1.1 Fáze adolescence

Adolescence je oproti pubescenci obdobím klidnějším. Vývojové změny nejsou již tak prudké a celkový vývoj se ukončuje, adolescent získává svou konečnou podobu.

Adolescence je fází, kdy dospívající ukončuje období dětství, začíná mnoho nových změn, které předznamenávají dospělost.⁴

Z hlediska biologického vývoje je osobnost dokončena, proto se psychologie zaměřuje spíše na oblast psychickou, sociologickou a pedagogickou. Člověk se snaží splnit požadavky společnosti a internalizovat její hodnoty a normy, aby byl společností přijat. Slovo adolescence je odvozeno z latiny, ze slova *adolescere*, které znamená dorůstat, dospívat, mohutnět, jde o druhé desetiletí života, které bývá členěno do několika fází.⁵

VÁGNEROVÁ rozděluje období dospívání na ranou a pozdní fázi. Raná adolescence, nazývána též pubescence je věkově ohraničena na období od 11 do 15 let. Pozdní adolescence zahrnuje období od 15 do 20 let. K důležitým okamžikům pozdní adolescence řadí Vágnerová pohlavní dozrání, se kterým souvisí první pohlavní styk, ukončení přípravy na povolání, jehož

³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 321 – 322.

⁴ MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 287.

⁵ MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 9 – 36.

výsledkem je dosažení ekonomické nezávislosti a přijetí statutu dospělého. V období pozdní adolescence dochází k rozvoji partnerských vztahů, vlastní identity a seberealizace.⁶

LANGMEIER hovoří o období pubescence a období adolescence. Adolescenci vymezuje věkem 15 až 22 let. Jde o období dokončování tělesného růstu a dosažení plné reprodukční zralosti.⁷

MACEK uvádí členění adolescence na tři fáze. První období časná adolescence pojímá věkové období 10 až 13 let, druhé období nazývá střední adolescencí. Střední adolescence je fází úvah a hodnocení adolescenta, často přemýšlí o různých situacích. Začíná se odlišovat od svého okolí, volí si styl oblékání. Vybírá si svůj specifický životní styl, touží po vlastní jedinečnosti, nedovede v každém okamžiku kontrolovat své chování. Věkově do této kategorie řadíme adolescenty ve věku od 14 do 16 let. Poslední fází adolescence dle výše zmíněného autora je období pozdní adolescence, od 17 do 20 let. Cílem tohoto období je ukončení vzdělání, volba povolání, směřování k dospělosti, stanovení plánů do budoucna. Autor upozorňuje na markantní změny mezi časnou a pozdní adolescencí.⁸

1.2 Fyzický vývoj

Vlastní fyzické změny mohou být v adolescenci velmi intenzivně prožívány. Se změnou tělesných znaků jedince dochází i ke změně chování lidí v sociálním okolí adolescenta. Sociální reakce jsou různé a adolescenti tyto reakce přijímají individuálně. Dle názorů ostatních osob se formuje sebepojetí adolescenta. Sekundární pohlavní znaky nejsou u chlapců nápadné a viditelné na první pohled. U dívek jsou nápadnější. Adolescent se svým vzhledem často a intenzivně zabývá, srovnává své tělo s vrstevníky, vzhled je pro něj důležitou hodnotou.⁹

Tělesné změny a s tím související vývoj druhotných pohlavních znaků jsou pro dospívajícího jedince náročné hlavně z hlediska adaptace. Negativně na dospívajícího působí

⁶VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 323 – 326.

⁷ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 143 – 144.

⁸ MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 9 - 12.

⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 326 – 327.

kritika z jeho sociálního okolí, která přináší pocity nedostatečnosti a strach ze sociálního vyloučení.¹⁰

Tělesný vzhled je pro adolescenty důležitý, oblečení a účes přizpůsobují požadavkům vrstevnických skupin. Adolescent své tělo často srovnává s ostatními vrstevníky a tělesná odlišnost u něj vyvolává obranné reakce. Obranou jsou pocity zklamání, vzteku, zlosti, napětí až autoagrese. Dospívající pocítuje potřebu líbit se nejen sobě, ale i svému sociálnímu okolí. Hlavně dívky usilují o to, aby se co nejvíce přiblížily ideálu. Uniformita v chování a oblékání pro adolescenta představuje jistotu. Ke konci období si adolescenti hledají individuální styl a snaží se být originální. Prostřednictvím zevnějšku vyjadřují svou identitu, postoj, příslušnost k sociální skupině nebo vzorům, které posilují jejich identitu. Pokud představa adolescenta o svém zjevu neodpovídá skutečnosti, dochází u něj k pocitu úzkosti. Na konci tohoto období však spokojenost s fyzickým zjevem narůstá.¹¹

Jelikož dochází ke změnám tělesným, psychickým a sociálním je období mladší adolescence spojeno s množstvím specifických nejistot, rozporů a ambivalencí.¹²

1.3 Psychický vývoj

Intelligence mladistvých roste zhruba do 15 let. Jejich úsudky jsou velmi bystré, avšak nejsou podloženy životními zkušenostmi a znalostmi. Reagují dotčeně a citlivě na kritiku, často ukvapeně až vzdorovitě. Adolescent je velmi citlivý a zranitelný. Rozvíjí se introspekce, mladistvý se zajímá o svůj vnitřní svět. Objevuje se u nich tzv. denní snění, které je podporováno bujnou fantazií. Důležitou oblastí, o kterou se adolescenti více zajímají, je sexualita. Vychovatelé mají za úkol mladistvého poučit, nejdůležitější je ale osobní příklad, to jak se sami rodiče chovají, ať už k sobě navzájem, či jak o citových vztazích komunikují.¹³

VÁGNEROVÁ uvádí mezi hlavní potřeby dospívajících nutnost jistoty a bezpečí, dále zmiňuje potřebu seberealizace, kdy dospívající uvažuje o svých možnostech a o budoucnosti. Nezbytná je v tomto období potřeba otevřené budoucnosti, jelikož dospívající požaduje

¹⁰ MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 45.

¹¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Děťství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 326 – 330.

¹² MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 45.

¹³ MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 287-290.

otevřenou perspektivu a naději do života. Obvyklými vlastnostmi v kognitivní oblasti dospívajícího jsou kritičnost, radikalismus, přecitlivělost, vztahovačnost, generalismus, kdy jedinec trvá na svém názoru a nepřipouští názor jiných osob. Paměť, jejíž kapacita se zvětšuje je trénována a rozvíjena především učením. Učení adolescentů se odlišuje od mladších vývojových období tím, že dokážou logicky rozlišit, co je pro ně důležité a co ne. Vytváří si mnemotechnické pomůcky a tím si učení usnadňují. Upouští od neefektivního učení se mechanickým způsobem, učivo si spojují do souvislostí. Projevují zájem o vědomosti a také si je sami doplňují. V tomto období se zlepšuje schopnost ovládnutí pozornosti.¹⁴

Měly bychom si uvědomit, že mezi jednotlivými dospívajícími existují individuální rozdíly. Odlišnosti v kognitivní oblasti jsou dány vrozenými dispozicemi, vnějším prostředím dospívajícího, ale také minulou i současnou příležitostí k řešení problémů. Hlavním cílem v oblasti citového vývoje je dle LANGMEIERA uvolnění a emancipace od rodičů a získání vlastní nezávislosti. Dalším úkolem mladistvého je získávání a prohlubování nových vztahů k vrstevníkům obou pohlaví.¹⁵

MACEK upozorňuje, že v současné době není adolescence vnímána jako období bouří, konfliktů, vzdorů, jako tomu bylo v minulosti. V kognitivní oblasti dochází ke zvyšování sociální inteligence a kompetence. Adolescenti operují s pojmy duchovními, filosofickými a morálními. Díky nárůstu životních zkušeností se zvyšuje se kvantita informací v dlouhodobé paměti. Mladistvý člověk je rozvážnější, má tendence zvažovat rizika a důsledky svého chování, proto je schopen poradit se s autoritou o svých plánech.¹⁶

Emoční egocentrismus se vyznačuje zvýšenou pozorností adolescenta ke svým citům. Zaměřuje se na své nálady a emoce. O svých pocitech neradi hovoří, necítí potřebu projevovat city navenek ve svém sociálním okolí. Na konci této vývojové etapy dochází ke stabilizaci citového vývoje, ke kterému dosahuje v důsledku hormonálního vyrovnání.¹⁷

Adolescenti jsou schopni posuzovat problém z více hledisek, jejich myšlení je variabilní a flexibilní. Jsou schopni řešit problém jinak než doposud, hledají více alternativ. V adolescenci je rozvinuto abstraktní myšlení, které není vázáno na konkrétní realitu

¹⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Děťství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 332 – 340.

¹⁵ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 152 – 154.

¹⁶ MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 13 – 46.

¹⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Děťství a dospívání* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 340 – 343.

a hypoteticko-deduktivní myšlení, kdy se objevují úvahy o minulosti či budoucnosti. V myšlení se mohou projevit náznaky egocentrismu. Adolescenti jsou často kritičtí, preferují a ulpívají na jednom názoru. Emocionálně nejsou schopni akceptovat protikladné argumenty. Mladiství bývají radikální a často generalizují. Za svými názory si pevně stojí, neradi připouští kompromis. V průběhu pozdní adolescence dochází k diferenciaci v oblasti kognitivní. První skupina adolescentů se vyznačuje analytickým, logickým a systematickým způsobem uvažování. U druhé skupiny převažuje praktické myšlení a sociální inteligence. V adolescenci je rozvinuta tzv. metakognice, což je orientace, posouzení a uvažování o svých schopnostech a možnostech. V oblasti emočních změn dochází oproti předchozím obdobím k výrazné stabilizaci. Mizí náladovost, labilita, vztahovačnost a přecitlivělost. Zvyšuje se schopnost sebeovládání, narůstá tendence k potlačování nepříjemných emocí.¹⁸

Střední a pozdní adolescence nabízí prostor pro rozvoj vyšších citů, zejména z oblasti erotické, mravní a estetické. Objevuje se vyšší extravertnost, menší impulzivnost.¹⁹

1.4 Sociální vývoj

Od adolescenta společnost očekává chování dospělého, poté jej akceptuje. Adolescent se rozhoduje o své budoucnosti, připravuje se na profesi. Toto období je značně individuální, někteří adolescenti nastupují do prvního zaměstnání, jiní začínají studovat na vysokých školách v rámci terciárního vzdělávání. Adolescent se pohybuje v mnoha sociálních skupinách, kde plní různé sociální role. Důležitou roli hraje vrstevnická skupina, adolescent zde rozvíjí vztahy přátelské i partnerské. Vrstevnická skupina mu poskytuje emoční i sociální podporu, akceptuje ho. Adolescence se vyznačuje osamostatněním od rodiny, formováním samostatnosti, nezávislostí na rodičích, vztahy mezi adolescenty a rodiči jsou volnější. Jelikož se adolescent zaměřuje více do budoucnosti, mění se i jeho postoj ke škole, k motivaci k učení. Motivován je často k získávání poznatků, které jsou pro něj užitečné. Jednou z potřeb adolescentů je partnerský a sexuální vztah. Tyto vztahy jsou na počátku adolescence nestabilní a krátkodobé. Na konci adolescence je možné dosáhnout intimity. Komunikační způsob se v období adolescence začíná přibližovat způsobu komunikace dospělých, ubývá

¹⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 332 – 345.

¹⁹ MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 36 – 47.

hlučnosti, nápaditosti a teatrálnosti, které jsou typické pro komunikaci v pubertě. Adolescenti chápou nutnost respektovat morální pravidla, avšak ne všichni se s těmito pravidly identifikují.²⁰

Klíčovou roli v procesu socializace hrají instituce a vliv autority. Jedinec je permanentně ovlivňován prostředím, z něhož si osvojuje normy a hodnoty. Jako nejvlivnější instituce v procesu socializace můžeme zmínit například rodinu, výchovné a vzdělávací instituce, náboženské skupiny, masově sdělovací prostředky, politický a právní systém.²¹

Dospívající se ve vrstevnické skupině střetává s vrstevníky, kteří mají podobné problémy a zájmy. To posiluje jeho sebevědomí a sebejistotu. Vrstevnické skupiny mají také referenční význam, kdy si dospívající může své chování a jednání srovnávat s názory ostatních členů. Skupina si stanovuje hodnoty a normy, které musí všichni členové respektovat a dodržovat.²²

Adolescence je etapou, kdy vznikají úzkého citové vztahy, v kterých jde zejména o poskytování a přijímání citové podpory, důvěry a porozumění. Formují se pevná přátelství, která trvají i několik let. Narůstá zájem o druhé pohlaví. Objevuje se snaha o navázání kontaktu a vytvoření vztahu. Vznikají skutečné vztahy chlapců a dívek. V tomto období získávají adolescenti první zkušenosti s partnerskými vztahy. Na počátku dospělosti přichází etapa zamilovanosti, kdy je člověk plně schopen vstupovat do manželství a zakládat vlastní rodinu.²³

Při navazování partnerských vztahů může mladistvého potkat první zklamání a pocit nejistoty. Negativně na něj působí i ostatní dospívající z vrstevnické skupiny, kteří už zkušenost s osobou opačného pohlaví a s partnerským vztahem mají. Adolescent se může ocitnout pod skupinovým tlakem, který je pro něj velmi stresující.²⁴

Nejistotu s sebou přináší i další náročný úkol, kterému musí jedinec v období adolescence čelit. Tím je volba povolání, která se stává důvodem konfliktu dítěte a rodičů, pokud se volba

²⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětsví a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 346 - 435.

²¹ MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 49 – 62.

²² VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětsví a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 371 – 374.

²³ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 154 – 155.

²⁴ MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 45.

dospívajícího neshoduje s přáním rodičů. Volba povolání je o to složitější v tom, že dospívající ještě nemusí být zájmově vyhraněn.²⁵

Ke změně může docházet ve vztazích mezi sourozenci. Sourozenecké vazby se zvyšují, celkový význam vztahu k sourozenci je silnější. Méně soupeřivosti, klidnější a lepší vztahy byly zjištěny mezi sourozenci, kteří mezi sebou mají malý věkový rozdíl do 1 roku. Nejvíce negativní vzájemné sourozenecké vztahy jsou mezi sourozenci s věkovým rozdílem 2 až 3 roky.²⁶

²⁵ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 159 – 160.

²⁶ MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 49 – 61.

2 MLÁDEŽ OHROŽENÁ SOCIÁLNÍM VYLOUČENÍM

Termín riziková neboli ohrožená mládež je v odborné literatuře definován podobně, v naší práci si uvedeme definici LABÁTHA: „*Za rizikovou mládež považujeme dospívající, u kterých je, následkem spolupůsobení více faktorů, zvýšená pravděpodobnost selhání v sociální a psychické oblasti*“.²⁷

Pojem sociální vyloučení znamená „*vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace*“.²⁸

Sociální vyloučení je překážkou a komplikací v životě jednotlivce či skupiny osob, které v důsledku toho mají ztížený život ve společnosti. Problémy se mohou projevovat v oblasti ekonomické, sociální, politické apod. Naše práce se zabývá závažnými formami ohrožení mládeže, které se výrazně podílí na sociálním vyloučení jedince. Jde o sociálně patologické jevy, mezi které patří gamblerství, závislost na alkoholu a jiných nealkoholových drogách apod.

2.1 Gamblerství

Gamblerství neboli patologické hráčství je vymezeno v MKN 10: „*Porucha, která spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných*“.²⁹ Patologické hráčství není v současné době řazeno mezi závislosti, ale je považováno za psychickou poruchu, která se označuje návyková a impulzivní porucha. Takto je gamblerství označeno v mezinárodní klasifikaci nemocí.³⁰

Gamblerství je dále označováno jako porucha chování, kdy se jedinec vymyká požadavkům a očekávání společnosti.

²⁷ LABÁTH, Vladimír a kol. *Riziková mládež. Možnosti potencialnych zmien*. 1. vydání. Praha: Slon, 2001, s. 11.

²⁸ HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 126.

²⁹ *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011 [cit. 2012-11-19]. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>. ISBN 978-80-904259-0-3.

³⁰ *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011 [cit. 2012-11-19]. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>. ISBN 978-80-904259-0-3.

NEŠPOR rozděluje gamblerství na tato stadia: 1. Stádium vyhrávací, 2. Stádium prohrávací, 3. Stádium = zoufalství a ztráta kontroly. Gambleré tráví veškerý volný čas hraním, se kterým nedokážou přestat, hojně navštěvují herny. Důsledky gamblerství můžeme spatřovat v zanedbávání školní docházky, nebo pracovních povinnostech. Gamblerství může být příčinnou krádeží, lhaní, podvodů, deprese a v krajních případech může dojít k pokusům o sebevraždu.³¹

Patologické hraní není jen problémem hráče, ale vztahuje se na širší sociální skupinu. O gamblerství se v naší společnosti hovoří většinou ve vztahu k dospělé populaci. Tomu odpovídá i fakt, že dosud neexistují studie zabývající se výskytem patologického hráčství u mladistvých. Hraní je v České republice zakázáno do 18 let, mnozí provozovatelé však tento zákaz nerespektují a porušují. Hraní je v naší společnosti poměrně tolerováno a společensky akceptováno. Tomuto postoji přispívá reklama, dostupnost míst k hraní, nuda mladistvých a snaha stát se dospělým.³²

Chorobné hráčství je poruchou, která se projevuje častým a pravidelným hraním, které působí negativně na celou oblast života. URBAN a DUBSKÝ zmiňují například oblast sociálních, finančních, rodinných a pracovních závazků.³³

Gambler touží po hře, i když si uvědomuje, že jeho jednání není vhodné, nedokáže pokušení odolat. Dále se u gamblerů projevuje napětí, neklid, který neustupuje, dokud nehraje. Při hře pocítuje mladistvý gambler pocit uspokojení. Nelátkové závislosti nezpůsobují tak závažné následky jako látkové závislosti. Přesto se u gamblerů objevuje zvýšená agrese a impulzivita, zejména při řešení náročných životních situací a konfliktů, změna životního stylu, omezenost v zájmech, změna hodnot a postojů, deformace v oblasti mezilidských vztahů a komunikaci. Mezi typické projevy chování u gamblerů řadíme touhu riskovat, hledat dobrodružství, nové zážitky a vzrušení. Jelikož má gamblerství poměrně pomalý vznik jeho léčba je náročná a začíná obvykle až v okamžiku, kdy si jedinec sám uvědomí, že je závislý.³⁴

³¹ NEŠPOR, Karel. *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportpropag, 2006, s. 14 – 16.

³² PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství aneb Sázka na štěstí*. 1. vydání. Plzeň, 2008, s. 60-146.

³³ URBAN, Lukáš a Josef DUBSKÝ. *Sociální deviace*. 1. vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, s. 123-130.

³⁴ JANÍKOVÁ, Barbara a Tereza DANĚČKOVÁ. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. 1. vydání. Praha: 2007, s. 144 - 147.

2.2 Alkoholová závislost

V dnešní společnosti je alkohol tolerován a brán jako normální a běžná součást života každého člověka, je legální a volně prodejný. S alkoholem se setkává téměř každé dítě již v raném věku, jelikož je v České republice běžné pít alkohol při oslavách a významných událostech. Někteří lidé se bez alkoholu nedokážou bavit, po pár skleničkách se cítí uvolnění a stoupá jim sebevědomí. Neuvědomují si ale mnoho důsledků a rizik, která konzumace alkoholu má. Toleranci alkoholu navíc umocňuje jeho silná propagace v masmédiích a v reklamách.

Alkohol je znám již z historických civilizací, kdy byl využíván při náboženských obřadech, později jako nápoj nebo pro lékařské účely. Alkoholismus je dávným negativním jevem, ale teprve v roce 1951 začal být vnímán jako medicínský problém. Škodlivé užívání alkoholu v dospívání se může postupně rozvinout v závislost v dospělosti.³⁵

Lidé se po požití alkoholu cítí dobře, navíc má rychlý účinek a snadný způsob užití, proto je běžně a hojně využíván. Mládež pije alkohol, jelikož usnadňuje navazování společenských kontaktů, odstraňuje nudu, stres a dospívající se cítí dospěleji. Neuvědomují si, že mají nižší schopnost vyrovnat se s důsledky, které alkohol způsobuje. Kombinuje se u nich rizikové pití se ztrátou kontroly, agresivitou, rizikovým sexuálním chováním, dopravními úrazy, apod.³⁶

Tuto látku řadíme k nejzávažnějším rizikovým faktorům ve vztahu k množství problémů, přesto je stále většinovou společností tolerován. Narušuje vývoj sociálních dovedností, školní úspěšnost a výkonnost a zdravotní stav. Problémy u mládeže související s konzumací alkoholu zmiňuje NEŠPOR. Jedná se o otravy, které u mládeže nastávají rychleji než u dospělých, jelikož se u nich alkohol pomaleji odbourává. U mladých vzniká závislost rychleji a poškození nově vznikajících sítí nervových mozkových buněk snižuje intelekt.³⁷

Intoxikace alkoholem se rozděluje na následující fáze:³⁸

1. Excitační stádium = euforické, jde o lehkou opilost, která se projevuje euforií, zvýšeným sebevědomím, zhoršenou sebekritičností a kognicí, člověk nemá zábrany, hodně hovoří, má zhoršený úsudek a pozornost.

³⁵ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogová závislost I*. 1. vydání. Praha, 2003, s. 150 – 152.

³⁶ KUBÁTOVÁ, Dagmar a Jitka MACHOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 65– 72.

³⁷ NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý*. Brno: Host, 2006, s. 114 – 120.

³⁸ KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 131 – 343.

2. Hypnotické stádium, jedná se o opilost středního stupně, dochází k celkové ztrátě sebekontroly, člověk má prodlouženou dobu reakce, poruchy koordinace, rovnováhy, u některých lidí se objevují známky podrážděnosti, hádavost, labilita, zarudlý obličej a spojivky.
3. Narkotické stádium, stádium těžké opilosti s velkou poruchou koordinace, objevuje se zmatenost, problémy dechového a oběhového centra, studená kůže v důsledku poklesu teploty organismu nebo podchlazení.
4. Stádium těžké intoxikace se ztrátou vědomí, kdy dochází k bezvědomí, kómatu, smrti následkem selhání dýchání a oběhu, krev je nedostatečně okysličená, objevuje se zmodrání kůže.

KALINA v literatuře uvádí 5 typů závislosti na alkoholu:³⁹

1. Typ alfa – jedná se o problémové pití alkoholu, ke kterému se člověk uchyluje pro odbourání tenze, stresu, deprese. Pije většinou sám, nevyhledává k tomu společnost.
2. Typ beta – alkohol konzumuje příležitostně, například ve společnosti při společenských událostech.
3. Typ gama – jeho tolerance k alkoholu narůstá, objevují se první poruchy kontroly pití a výrazná psychická závislost.
4. Typ delta – tento typ člověka konzumuje alkohol denně, trvale, chronicky si udržuje určitou hladinu alkoholu v krvi, jeho opilost se navenek neprojevuje.
5. Typ epsilon – je vzácnější, výskyt tohoto typu závislosti je malý. Jedná se o delší, cyklické abstinence.

2.3 Nealkoholové drogy

Nealkoholové drogy nejsou v naší společnosti tolerovány. Jsou silně zavrhovány a lidé, kteří tyto látky užívají, mohou být ohroženi sociálním vyloučením a stigmatizací okolí. Nejvíce rizikovou skupinou jsou zejména mladistvé osoby.

Oproti alkoholismu dochází k závislosti na drogách rychleji a tolerance společnosti vůči těmto látkám je na rozdíl od alkoholu nulová.⁴⁰

³⁹ KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 343.

⁴⁰ FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 120.

V odborné literatuře se objevují podobné definice závislosti, jako vhodná pro tuto práci se jeví definice dle MKN 10, která definuje závislost jako „*syndrom fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, u kterých má užívání určité látky přednost před jiným jednáním, kterého si jedinec dříve cenil více*“. Typickou vlastností závislosti je touha brát psychoaktivní látky, tabák či alkohol.⁴¹

Pojem droga není v literatuře příliš používán, více se hovoří o psychoaktivní nebo omamné látce. Bývá definována jako látka, která působí na centrální nervový systém jedince a ovlivňuje jeho mozkové funkce. Má vliv a účinek na chování, vědomí, vnímání a náladu člověka.⁴²

Z pedagogického hlediska pohlíží na nealkoholové drogy a jejich problematiku VOTAVOVÁ, která uvádí jako jedno z možných míst, kde se mládež setkává s drogou právě školu a školní prostředí. Učitelům a dospělým doporučuje tzv. krátkou intervenci, kdy dochází mezi učitelem a studentem k potvrzení důvěry, přijetí jedince, ke stanovení jasných pravidel a nabídce řešení. Pedagog by měl vyjádřit citlivým způsobem svůj nesouhlas s chováním mladistvého. Důležitá je spolupráce s rodinou, které má být poskytována emoční podpora a odborné informace. Zpočátku se pracuje s mladistvým a s rodinou odděleně, po určité době je vhodná rodinná terapie.⁴³

Mezi nealkoholové drogy řadíme **tabák**, psychotropní složkou tabáku je nikotin.⁴⁴ Spolu s ním tvoří obsah tabákového kouře dehet, oxid uhelnatý, formaldehyd, kyanid, arzenik a další látky. Kouření je nejčastější příčinou předčasných onemocnění a úmrtí. Mladistvý kuřáci souběžně zneužívají i alkohol, proto je tabák pro mládež velmi rizikovou drogou. Nikotin se velmi rychle vstřebává do krve a do mozku, v literatuře se uvádí doba 7 sekund od vdechnutí. Pokles nikotinu v krvi vyvolává abstinenční příznaky, které nejsou tak závažné jako u jiných nealkoholových drog. Pravidelné kouření zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce a způsobuje zúžení srdečních cév, s tím souvisí i riziko vzniku srdečních chorob, zejména infarktu a cévních mozkových příhod. Součástí tabákového kouře je dehet, který se usazuje v plicích a způsobuje rakovinu plic, ale i jiných orgánů. Riziko rakoviny se zvyšuje u jedinců,

⁴¹ KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 54 – 55.

⁴² *Psychoaktivní droga* [online]. 24. 12. 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné také z: <http://cz.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivní-droga>.

⁴³ VOTAVOVÁ, Milada. *Cesta do drogové závislosti a možnosti návratu*. In: VALIŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 377 – 390.

⁴⁴ KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 364 – 366.

kteří začali s kouřením v nižším věku. Pro mládež je kouření atraktivní, pomáhá vypadat dospěle. Rozvoji závislosti pomáhá chování současné společnosti, které je vůči tabáku tolerantní. Dostupnost cigaret je snadná, dají se sehnat v automatech, které nejsou blokovány a kde nelze kontrolovat věk. Léčba je dlouhodobá a její úspěšnost je nízká.⁴⁵ MACEK nesouhlasí s názorem, že mládež kouří proto, aby se přiblížila roli dospělých. Tvrdí, že jsou adolescenti spíše motivováni vrstevnickou skupinou, proto s kouřením začínají.⁴⁶ V ČR pravidelně kouří 40 – 50 % osob mezi 15 – 18 rokem, častěji jde o dívky. Tabák je psychicky bezpečná droga, která nevede ke změnám v psychice. Účinkem nikotinu může být například změna nálady, redukce stresu, zvýšení výkonu, potlačení chuti k jídlu, nikotin působí euforicky, proto se vůči němu rychle vyvíjí tolerance, která nabízí prostor pro vznik závislosti.⁴⁷

Pod pojmy **inhalační drogy** nebo **těkavé látky** jsou uváděny další nealkoholové drogy. Jde o rozpouštědla, ředidla, lepidla a plynné látky (éter, rajský plyn). Tyto látky ovlivňují centrální nervový systém, při jejich užití přichází stav euforie doprovázen sluchovými či zrakovými halucinacemi. Stav končí útlumem a spánkem, jedinec je ohrožen zástavou dechu, srdce, hrozí mu také bezvědomí, kóma či udušení. Nejrozšířenější těkavou látkou je v současnosti toulén, je volně prodejný, legální a levný. Mezi další inhalační drogy patří trichloretylen, který byl hojně užíván především v 70. letech, benzín, aceton. Při dlouhodobém inhalování těkavých látek dochází k celkovému otupění (degradace osobnosti), poruchám chování, labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů. Poškozeny jsou játra, ledviny a dýchací cesty. Těkavé látky způsobují těžkou a silnou psychickou závislost (denní potřeba).⁴⁸ Účinek těkavých látek je přirovnáván ke stavu opilosti. U osob zneužívajících těkavé látky lze sledovat vyrážku kolem úst nebo nosu. Typický je také zápach z oblečení po chemikáliích a zarudlé oči. Těkavé látky jsou řazeny mezi tzv. iniciační drogy, přes které mládež prochází k drogám jiným.⁴⁹

K známým látkám patří **konopné drogy**, toto označení se používá pro marihuanu, hašiš a hašišový olej. Hlavní látkou v rostlině *Cannabis sativa* je tetrahydrocannabinol (THC)

⁴⁵ KUBÁTOVÁ, Dagmar a Jitka MACHOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 59 – 64.

⁴⁶ MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 112.

⁴⁷ FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 105 – 107.

⁴⁸ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogová závislost 1*. 1. vydání. Praha, 2003, s. 193 – 200.

⁴⁹ KUBÁTOVÁ, Dagmar a Jitka MACHOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 78.

v množství asi 6 – 8 %. THC způsobuje zintenzivnění obyčejných sensorických zážitků. U jedinců užívajících dlouhodobě a pravidelně konopné látky byla zjištěno zvýšené riziko vzniku rakoviny plic a respiračních onemocnění. Přestože se o těchto látkách vede mnoho diskuzí a výzkumů, názory jsou nejednotné.⁵⁰ Při užití konopných drog dochází k euforii, psychickému uvolnění, ke zpomalenému vnímání času, u někoho se může projevit zostření smyslů a zvýšená tvořivost. Při dlouhodobém užívání byly u pravidelných uživatelů zjištěny poruchy nálad a krátkodobé paměti. Efekt přichází asi po 15 – 20 minutách a trvá 2 – 6 hodin. Užívání konopných drog je dle některých studií méně nebezpečné než alkohol.⁵¹ K nejfrekventovanějším formám konopných drog patří marihuana a hašiš, jejich oblíbenost v současnosti stoupá zejména u středoškoláků. U těchto drog není prokázán vzestup tolerance ani somatická závislost. Dosud nebyl popsán případ předávkování. Riziko však může nastat u predisponovaných jedinců, u nichž se při pravidelném užívání dostavují tzv. flashbacks, paranoidní stavy, pocity úzkosti, deprese či zmatenost.⁵²

Do kategorie **stimulancia** patří kokain a pervitin. Mezi popisované účinky stimulancií řadíme: zvýšené tempo, bdělost, zrychlené myšlení, zkrácenou potřebu spánku, zvýšenou euforii, pocit síly a energie, téměř nepocitovanou chuť k jídlu, kvůli které dochází k výraznému hubnutí, nulovou únavu. Vzniká psychická závislost a jejím typickým projevem je tzv. craving (bažení po droze). Užívání stimulancií je velkou zátěží pro organismus člověka, poškozen bývá mozek i srdce. Při tzv. toxické psychóze se dostavují halucinogenní stavy. Kokain je v naší zemi málo frekventovanou drogou, po užití dochází u jedince k neklidu, hyperaktivitě, veselosti, zvýšenému výkonu, rozšíření zornic. Kokain je velmi silná droga, u závislého se mohou objevit pocity sledování, které mohou být důvodem k sebevraždám. Pervitin je v České republice nejrozšířenější drogou v této skupině. Pervitin se aplikuje ústy, šňupáním nebo nitrožilně. Po odeznění jeho účinku dochází u závislých k depresi, panice, agresi, úzkosti, nevolnosti, zvracení, typickým jevem je podrážděnost, strach a vztahovačnost.⁵³

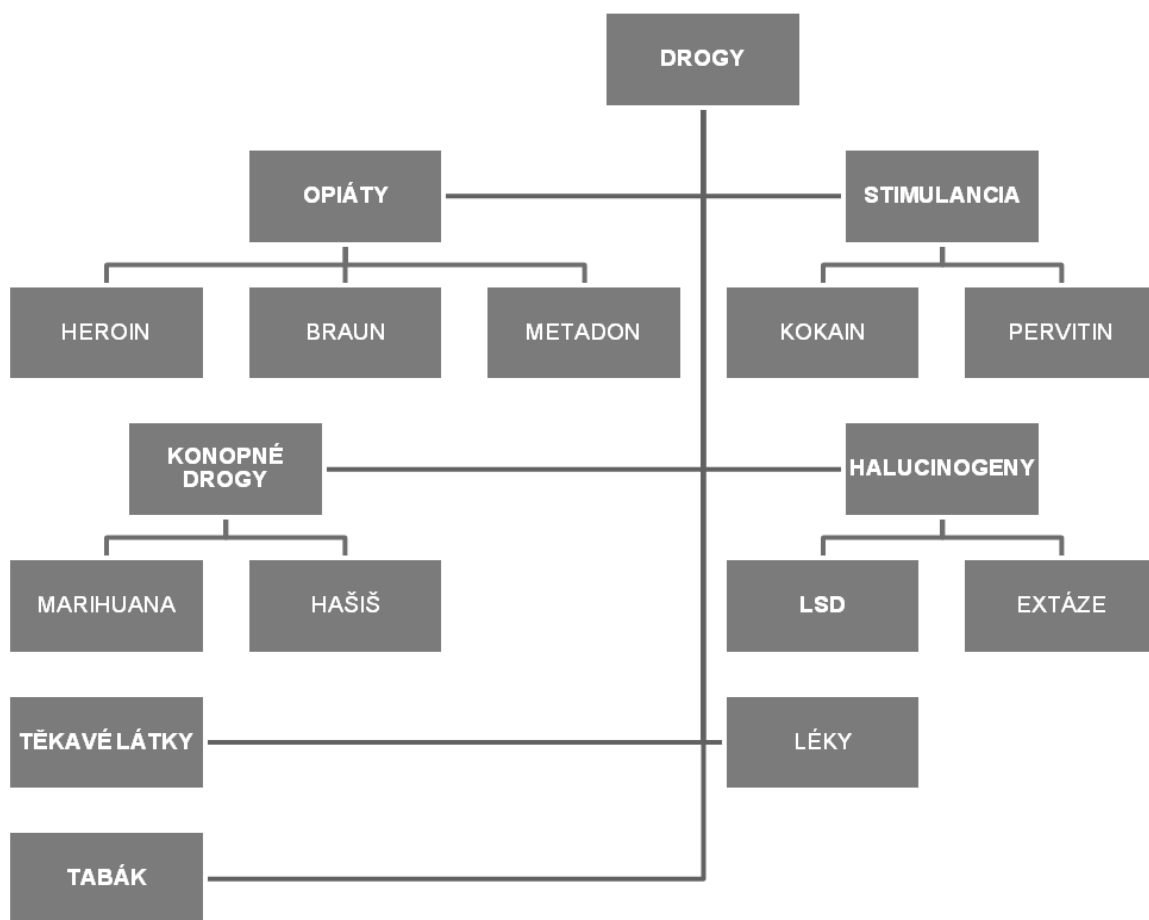
⁵⁰ KUČEROVÁ, Hana a Marek PREISS a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 160 – 164.

⁵¹ FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 110 – 111.

⁵² KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogová závislost I*. 1. vydání. Praha, 2003, s. 174 – 179.

⁵³ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogová závislost I*. 1. vydání. Praha, 2003, s. 164 – 168.

Mezi **opiáty** počítáme například braun, heroin a metadon. Po aplikování opiátů dochází k pocitům euforie, zčervenání, zrudnutí a svědění kůže. Jediněc pociťuje teplo, potí se. Objevit se může nevolnost, zvracení, zpomalení tepu až smrt. U závislých osob se při přerušení užívání objeví po 6 – 12 hodinách abstinenci příznaky.⁵⁴ Tyto látky jsou používány v lékařství jako nejsilnější léky proti bolesti. Aplikovat je lze šňupáním nebo kouřením, převažuje však nitrožilní aplikace (hrozí infekce). U opiátů je typický rychlý vznik závislosti. Jsou to nebezpečné látky a při dlouhodobém užívání dochází k sociální degradaci osobnosti (kriminalita, prostituce) a k těžkému poškození. KALINA uvádí hlavní účinky opiátů: ospalost, potlačení emocí, snížená produkce moči, zácpa, svědění kůže, škrábání po těle (i neuvědomělé), vyhublost, útlum. Pro užívání heroinu je typická potřeba stále vyšších dávek.⁵⁵



Graf č. 1 Dělení nealkoholových drog⁵⁶

⁵⁴ MACH, Jan a Jiří ŠTEFAN a kol. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 100 – 102.

⁵⁵ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogová závislost 1*. 1. vydání. Praha, 2003, s. 159 - 164.

⁵⁶ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogová závislost 1*. 1. vydání. Praha, 2003, s. 150 – 205.

2.4 Další sociálně patologické jevy

V obecné rovině lze o sociálně patologických jevech hovořit jako o nežádoucím chování, které se vyznačuje nedodržíváním, nerespektováním a porušováním všeobecně platných norem a hodnot ve společnosti. Toto nežádoucí chování je popisováno v literatuře v několika podobách a zahrnuje široký okruh problémů. Mezi sociálně patologické jevy přísluší například šikana, záškoláctví, kriminalita, delikvence, vandalismus, veškeré násilné a agresivní podoby chování, homofobie, působení sekt a náboženských skupina, sebevražedné jednání, apod. V naší práci zmíníme kvůli dodržení rozsahu jen některé vybrané sociálně patologické jevy. Zaměříme se na šikanu a kriminalitu adolescentů, pozornost budeme orientovat i na poruchy příjmu potravy, které jsou typické zejména pro adolescentní dívky.

*„Sociální patologie (řec. pathos - utrpení, vzrušení) je souhrnný název pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí společenské jevy, resp. společensky nebezpečné formy deviantního chování (=sociálně patologické jevy), případně označení pro vědní disciplínu zabývající se studiem příčin vzniku a existence těchto jevů“.*⁵⁷

Šikana

Šikana je v současné době značně diskutovanou problematikou. Vznikají publikace, články a televizní pořady o tomto rizikovém chování, což považuji za správnou cestu, jelikož je šikana otázkou všech typů a úrovní vzdělávání.

Jde o jev, který má svou psychickou i fyzickou podobu. Cílem agresora je získat moc a převahu nad slabším jedincem. Šikana je klasifikována jako asociální rizikové chování a je považována jako trestný čin. V právní praxi se o šikaně hovoří jako o „*úmyslném jednání, které je namířeno proti jinému subjektu, a které útočí na jeho důstojnost.*“ Relativně mladší podobou šikany je kyberšikana, která je prováděna prostřednictvím internetu nebo telefonu. Oběti jsou adresovány urážlivé poznámky, zesměšňování nebo výhrůžky. Problémem kyberšikany je anonymita pachatele, široké publikum a rychlé šíření.⁵⁸

⁵⁷HUBÁČKOVÁ, Jitka. *Objasnění vybraných pojmů* [online]. 4. 4. 2005 [cit. 2011- 09-14]. Dostupné také z: <http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/socialnepatologickejevyajejichprevenceobecne/12342.aspx>.

⁵⁸ *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* č. j.: 21291/2010-28 [online]. Praha: MŠMT, 2010 [cit. 2012-12-22]. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/>.

Při šikanování dochází u oběti k omezení svobody, je ponížena její důstojnost a čest. Jde o jev opakovaný a stupňovaný. Může mít podobu fyzickou, sexuální a psychickou. Hovoří se o ní jako o celosvětovém problému, kterému bohužel dnešní doba (stres, nedostatek času, tlak na výkon, násilí) nahrává. Odborníci apelují na důslednou prevenci, která by měla začít již v raném věku. Při řešení šikany je důležité zapojit školu, rodinu a odborný tým. Šikana je závažný problém, s těžkými následky fyzickými (úrazy, psychosociální onemocnění), psychickými (snížené sebehodnocení, úzkost) i sociálními (navazování kontaktů, komunikace).⁵⁹

MARTÍNKŮV názor nekoresponduje s chápáním šikany pouze jako dlouhodobého jevu, ale uvádí, že jde šikanu pojmout i jako jev krátkodobý či jednorázový, o čemž není společnost informována. Šikanu můžeme rozlišit do pěti fází:⁶⁰

1. Ostrakismus, kdy se šikanování projevuje spíše v úrovni psychické, není závažné a postižení jsou periferní členové třídního kolektivu.
2. Fyzická agrese a psychická manipulace, při čemž dochází k vyčlenění jednotlivce z kolektivu a ostatní členové na tomto jedinci ventilují svou agresi.
3. Vytvoření jádra, většinou se skládá z jednoho vůdce, který řídí svými příkazy své podřízené, a ti za něj konají. Jde o závažnější podobu šikany.
4. Vytváření norem, může dojít k tomu, že za normálních okolností hodné děti přepnou své chování a jednají pod vlivem agresora proti oběti.
5. Totalita je formou dokonalé, brutální šikany, vyznačuje se absolutní kontrolou agresorů, kteří nemají téměř žádné zábrany.

Kriminalita

Kriminální chování je definováno jako závažné a pro společnost nebezpečné. Slovo kriminalita (z lat. criminalis = zločinný, crimen = zločin) můžeme definovat jako „výskyt chování, které je v dané společnosti trestné. Jedná se o souhrn trestných činů, které se v konkrétní společnosti vyskytly a vyskytují. Jedná se o činy a chování sankcionovatelné podle trestního zákonu, a to jak zjevné, tak latentní“.⁶¹ Faktory ovlivňující kriminální chování působí multifaktoriálně a vzájemně se ovlivňují. Jde o činitele biologické, psychologické

⁵⁹ LOVASOVÁ, Lenka. *Šikana*. 1. vydání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 6 – 19.

⁶⁰ MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 109-142.

⁶¹ FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 156.

i sociální. Mezi biologické faktory řadíme například věk a pohlaví, výzkumy dokládají, že se kriminálního chování dopouštějí nejčastěji muži ve věku do 26 let. Nejdůležitějším sociálním faktorem je rodina, vliv na rizikové chování má způsob výchovy, funkčnost a celková situace rodiny, dynamika vztahů členu rodiny, úplnost rodiny, úroveň vzdělání jedince, využívání volného času, místo bydliště (venkov nebo město), apod. Kriminální chování se většinou nevyskytuje odděleně, naopak působí v součinnosti s jinými sociálně patologickými jevy. V literatuře se neobjevuje jednotný model osobnosti, pro kterou je typické kriminální chování. Objevují se pouze některé shodné vlastnosti a předpoklady, kterými jsou např. emoční nestabilita, impulzivní chování, emočně chladná osobnost, bez schopnosti empatie, bez pocitů viny, apod.⁶²

VÁGNEROVÁ upozorňuje na sníženou schopnost dalšího směřování jedince po propuštění z výkonu trestu. Osobnost člověka je ve vězení ovlivňována ostatními spoluvězni, kteří mají ve vězení vytvořenou svou vnitřní hierarchii, vyskytují se zde role vůdce i outsidera. Návrat na svobodu je obvykle komplikovaný, souvisí se ztrátou mnoha rolí (profesní, partnerské, občanské, apod.) a zhoršuje následnou adaptaci. Čím je pobyt ve vězení delší, tím je adaptace problematičtější, jedinci hrozí ztráta sociálního zázemí a nedostatek financí. Proto se bývalí vězni dopouštějí kriminálního chování opakovaně, nebo mají sklon uniknout k návykovým látkám.⁶³

Poruchy příjmu potravy

Téměř každá žena alespoň jednou držela nějakou dietu s cílem dosáhnout tzv. ideálu ženské krásy. Hlavními a také nejznámějšími poruchami příjmu potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto rizikové nemoci jsou odlišné, avšak mají své společné znaky. V naší práci vymežeme jejich základní rozdíly a charakteristiky.

Mentální anorexie se objevuje více u žen než u mužů, uváděn je nejčastěji u dívek do 30 let. Vyznačuje se patologickým strachem ze ztloustnutí, proto dívky odmítají jídlo a zaměřují veškeré své jednání a chování na své tělo. Touží výrazně zredukovat svou hmotnost, a proto kromě hladovění nadměrně sportují, pocit hladu jim přináší uspokojení. O mentální anorexii hovoříme v případě, pokud je hmotnost jedince o 15 % nižší oproti odpovídajícímu věku a výšce. Mentální bulimií trpí dle literatury nejčastěji dívky ve věku 14 – 40 let. Hlavním

⁶² FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 155-200.

⁶³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008, s. 805-828.

znakem bulimie je neschopnost kontrolovat příjem jídla, jedinec trpí „závislostí na jídle“, opakovaně se přejídá, i když nepocituje pocit hladu. Po tomto záchvatu opakovaného přejídání následuje pocit viny a nutnost zbavit se jídla (vynucené zvracení, užití projímadel, hladovění).⁶⁴

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 463 – 478.

3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE

Metody sociální práce jsou rozdělovány podle velikosti cílové skupiny na metody individuální, neboli případové, jako náročnější z hlediska náplně a organizace práce se jeví metody skupinové a komunitní. Individuální práce je často používaným způsobem, jde o řešení jednoho případu, kterému se věnuje pracovník individuálně. Práce je náročná z hlediska odbornosti pracovníka, u kterého jsou kladeny požadavky na zvládnutí komunikačních dovedností a adekvátní znalost z oblasti psychologie. Jeho přístup ke klientovi by měl být citlivý a založen na empatii. V naší práci blíže charakterizujeme metodu sociálního poradenství, vysvětlíme princip krizové intervence a objasníme smysl mediace. Jelikož je naše práce zaměřena na rizikovou mládež, vymezíme také metodu streetwork jako terénní sociální práci.

Existuje celá řada registrovaných sociálně aktivizačních služeb pro děti a mládež dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

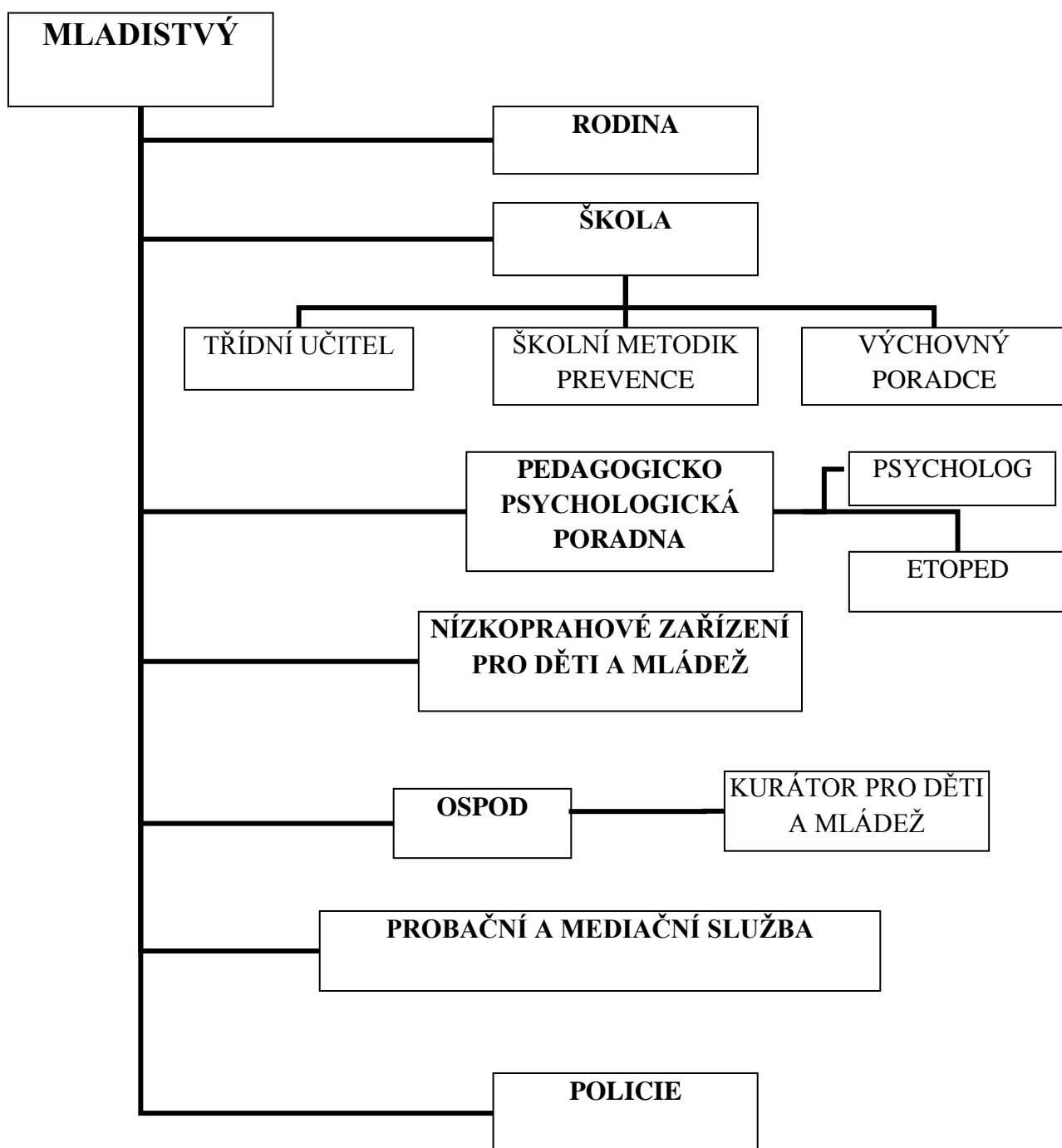
3.1 Odborný tým

Pro efektivní řešení vzniklé situace je vhodné a v některých případech i nezbytné zapojit celý tým odborníků. Tito profesionálové fungují jako komplexní tým. Významnou roli hraje především rodina mladistvého, vliv na jeho chování má převládající výchovný styl rodičů, úplnost či neúplnost rodiny, závislosti rodičů a celkové klima v rodině. Rodiče jsou zodpovědní za primární prevenci, která by měla eliminovat případný vznik rizikového chování v budoucnosti. Cílem primární prevence je, aby k projevům sociálně nežádoucímu chování u mladistvého vůbec nedošlo. Pokud však rodina nefunguje, je nutná vnější intervence.

V oblasti školy plní tento úkol pedagogický sbor, výchovný poradce a školní metodik prevence. Školy spolupracují s psychology z pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče. Jestliže dochází k závažným prohřeškům ze strany žáka či studenta opakovaně, je nutné, aby škola kontaktovala oddělení sociálně právní ochrany dětí v místě bydliště mladistvého.

Pracovníkem oddělení sociálně právní ochrany dětí je kurátor pro děti a mládež, který pracuje v součinnosti s policií a Probační a mediační službou. Vhodné je zapojit

i nízkoprahová centra pro děti a mládež, která nabízejí ohrožené mládeži vhodné způsoby využití volného času. Pro přehled uvádíme na straně 22 graf č. 2



Graf č. 2 Spolupráce⁶⁵

⁶⁵ Vlastní

3.2 Metody

Základní a nejčastěji využívanou formou komunikace v sociální práci je rozhovor. Při vedení rozhovoru musí dbát pracovník na správnou volbu otázek, jeho verbální a neverbální složka komunikace by měla být v souladu, měl by zvládat aktivní naslouchání. Důležité je, aby dokázal bezpodmínečně přijmout klienta i s jeho problémy a být k němu empatický. Způsob komunikace by měl vždy umět přizpůsobit individualitě, zdravotnímu stavu či věku osoby, s kterou jedná.

Sociální poradenství podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zahrnuje poradenství základní a poradenství odborné. Pro mládež ohroženou závislostmi má význam zejména odborné sociální poradenství, jenž nabízí člověku pomoc v obtížných životních situacích, které nedokáže zvládat vlastními silami.⁶⁶

Mladistvý člověk, uživatel drog či jeho rodina se v důsledku jeho rizikového chování může dostat do krize. Krize bývá v literatuře označována jako přechodný, krátkodobý stav, který je způsoben nějakou neočekávanou situací v životě člověka. Existuje obrovské množství událostí, které mohou být zdrojem krize (např. pocit ohrožení, smrt blízké osoby, život ohrožující zkušenost, apod.). Reakce na krizi jsou individuální u každého člověka, odlišují se vzhledem ke schopnosti obranných mechanismů jedince. Průběh krize je ovlivněn celou škálou determinant (např. věk, pohlaví, zdravotní stav, temperament, charakter, apod.).⁶⁷ Pokud dojde u jedince nebo u jiného člena rodiny ke krizi, je důležité, aby intervence byla včasná. Zásah by měl přijít dříve, než se krize rozvine. Osobě v krizi jsou zprostředkovány informace o pomoci, o službách, pracovník by měl být schopen jedince odkázat na organizace či na jiné odborníky, které mu mohou pomoci. Pracovník s uživatelem hledá vhodnou strategii, rozvíjí jeho kompetence k řešení krize a motivuje ho ke změně. Cílů dosahuje prostřednictvím poradenství, terapie a vzdělávání uživatele služby.⁶⁸ Ke krizi mají sklony zejména dlouhodobí uživatelé drog, u nichž má značný podíl na vyřešení celé situace také rodina. Jedním z úkolů rodiny je přijmout fakt, že je jejich dítě závislé a připustit si potřebu změny a léčby. **Krizovou intervencí** mohou využívat ostatní členové rodiny,

⁶⁶ ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257 – 1289.

⁶⁷ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 15 – 48.

⁶⁸ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 94-99.

partneři, u abstinujícího jedince podporuje intervence sílu odolat droze, naději a prevenci relapsu.⁶⁹

Zakladatelka **rodinné terapie** Virginie SATIROVÁ vychází ve svých teoriích z představ, že jedinci lze pomoci jen v případě, že se do procesu zapojí celá rodina.⁷⁰ Při rodinné terapii je důležité stanovení jasných pravidel, jelikož jsou mladiství nedobrovolní klienti a obvykle je s nimi složité navázat kontakt.

Mediace je jednou z novějších metod, je to způsob k řešení konfliktů prostřednictvím vzájemné dohody a smíření. Mediace je založena na principu důvěry, dobrovolnosti, kooperace, hledání shodných možností, které by vyhovovaly oběma stranám. Pracovník, který provádí mediaci se nazývá mediátor. Mediátor tvoří neutrální postoj mezi konfliktními stranami, které vede k dohodě, motivuje je k aktivnímu řešení jejich konfliktu. Jedním z požadavků na práci mediátora je výborná znalost komunikačních dovedností. Ke své práci by měl mít i osobnostní předpoklady, odborné vzdělání a znalosti z oblasti psychologie.⁷¹ V současné době se diskutuje o vhodnosti mediace v případě, kdy situace účastníků procesu souvisí se závislostí na alkoholu nebo jiných nealkoholových drogách. Někteří odborníci se přiklání k názoru, že mediace pro tyto osoby není vhodná.⁷²

Streetwork (práce na ulici), je prováděn terénními sociálními pracovníky mimo instituci. Jde o jednu z kontaktních a většinou nízkoprahově orientovaných služeb. Streetwork je vhodná metoda zejména pro nositele rizikového chování, kteří pomoc nevyhledávají sami. Terénní pracovníci přímo kontaktují potencionální klienty v jejich přirozeném prostředí, kde se tito jedinci schází a tráví zde svůj volný čas. Jednou z vlastností streetworku je anonymita uživatelů služby, to znamená, že se klienti nemusí žádným způsobem pracovníkům identifikovat. Cílovou skupinou terénních sociálních pracovníků mohou být drogově závislé osoby, významnou skupinu tvoří osoby bez přístřeší, nebo tzv. „děti ulice“, které žijí na ulici, jelikož utekly z domova kvůli špatným rodinným vztahům. Tyto děti ulice se většinou koncentrují do velkých měst a zde se živí žebráním, krádežemi či prostitucí. Cílem streetworku u uživatelů drog je prevence nitrožilního užívání drog a prevence přenosu nemocí

⁶⁹ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 426-447.

⁷⁰ SATIR, Virginia. *Společná terapie rodiny*. 1. vydání. Přeložil Matěj ČERNÝ. Praha: Portál, 2007, s. 14-20.

⁷¹ HOLÁ, Lenka. *Mediace: Způsob řešení mezilidských konfliktů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 9-96.

⁷² HOLÁ, Lenka. *Mediace v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 171.

spojených s užíváním drogy. Streetwork může probíhat jako individuální i jako skupinová či komunitní sociální práce. Jde o psychicky náročnou práci, proto by u všech terénních pracovníků měla pravidelně probíhat supervize, která umožňuje reflexi práce, popřípadě uvědomění si chyb, apod. Supervize je jedním ze způsobu prevence před syndromem vyhoření, kterým jsou pracovníci pomáhajících profesí ohroženi.⁷³

Streetwork využívá metody přímé sociální práce s klienty v terénu či v zařízení. Dále pracovníci plní nepřímou sociální práci (administrativa, apod.), a metody přesahující práce (supervize, školení pracovníků, apod.). Obecným cílem streetworku je zlepšení kvality života osob žijících rizikovým způsobem, jejich integrace a začlenění do společnosti. Předpokladem pro úspěšnou integraci je motivace uživatele k aktivní spolupráci. V současné době stále vzrůstá potřeba streetworku, proto jako terénní pracovníci působí i dobrovolníci.⁷⁴

3.3 Legislativa

Důležitou roli v práci sociálního pracovníka hraje znalost legislativy. Závazná je nezákonná právní norma Úmluva o právech dítěte. Ve věcech mládeže je podstatný zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, zákon č. 257/2000 Sb., o probační a mediační službě, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a zmíníme zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Zákon č. 104/1991 Sb., o sjednání úmluvy o právech dítěte, ve znění pozdějších právních předpisů.⁷⁵ Skládá se z 54 článků, které obsahují občanská, politická, sociální a kulturní práva dětí. Je zde uvedeno např. právo na život, právo na jméno, právo na ochranu před násilím, ponižováním a vykořisťováním, právo na ochranu zdraví a využívání zdravotnického zařízení, právo na životní úroveň nebo právo na ochranu před nebezpečnou prací. Úmluva o právech dítěte definuje povinnosti státu vzhledem k ochraně práv dětí. Za

⁷³ BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: Supervize, streetwork, financování*. 1. vydání. Brno: Doplněk, 2003, s. 7 – 72.

⁷⁴ KLENOVSKÝ, Libor. *Terénna sociálna praca*. 1. vydání. Bratislava: Občianske združenie Sociálna praca, 2006.

⁷⁵ ČESKO. Zákon č. 104 ze dne 8. dubna 1991 o sjednání úmluvy o právech dítěte. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 22, s. 502-512. ISSN 1210-0005.

výchovu dle Úmluvy o právech dítěte nesou zodpovědnost rodiče dítěte, kteří dítěti zabezpečují podmínky pro jeho zdravý rozvoj.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších právních předpisů⁷⁶. Předním hlediskem je dle tohoto zákona zájem a blaho dítěte, přičemž dítětem chápeme nezletilou osobu. Pro účely naší práce zmíníme § 6, odstavec 1 a článek c, který nám uvádí zaměření sociálně právní ochrany na děti, které vedou zahálčivý nebo nemravný život, zanedbávají školní docházku, požívají alkohol a jiné návykové látky, spáchaly trestný čin nebo se dopouštějí přestupků, které ohrožují společenské soužití. Zákon upozorňuje na povinnost každého člověka upozornit na nevhodné chování dětí jejich rodiče, popřípadě upozornit orgán sociálně právní ochrany na porušení nebo neplnění rodičovské zodpovědnosti vůči dítěti. Pokud se dítě ocitne v ohrožení, kdy je narušen jeho vývoj, je povinen okresní úřad vydat návrh na předběžné opatření. Tento návrh podává soudu. Okresní úřad také vystupuje jako poručník a opatrovník dítěte. Děťmi vyžadující zvýšenou pozornost jsou dle zákona děti, jejich rodiče zemřeli, nebo neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, nebo nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti. Cílem při poskytování sociální péče těmto dětem je začlenění do společnosti. Při poskytování pomoci působí obec, zejména se zaměřuje na děti požívající alkoholické nápoje nebo drogy. Povinností obce je mapování projevů nesnášenlivosti a násilí, zaměřuje se na děti ze sociálně slabých rodin, působí preventivně a výchovně, k čemuž využívá programy pro vhodné trávení volného času dětí, důležité je také spolupráce se školami nebo zájmovými sdruženími.

Zákon č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě, ve znění pozdějších právních předpisů⁷⁷ hovoří o Probační a mediační službě (dále jen PMS) jako o organizační složce státu, jež poskytuje odborné vedení a pomoc obviněnému, obžalovanému nebo odsouzenému⁷⁸. Dále sleduje a kontroluje jeho chování, spolupracuje s rodinným a sociálním prostředím, ve kterém obviněný pracuje a žije. Probační rozumíme organizování a vykonávání dohledu nad obviněným. Jde o kontrolu výkonu trestu bez odnětí svobody, dále se zaměřuje na sledování chování obviněného. Jejím cílem je individuální pomoc a působení k vedení

⁷⁶ ČESKO. Zákon č. 359 ze dne 9. prosince 1999 o sociálně právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111, s. 7662-7681.

⁷⁷ ČESKO. Zákon č. 257 ze dne 14. července 2000 o Probační a mediační službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74, s. 3616-3621.

řádného života a obnovení narušených právních, rodinných a společenských vztahů. Mediace je forma mimosoudního narovnání sporu mezi obviněným a poškozeným. Podmínkou k výkonu mediace je souhlas obviněného i poškozeného. Mediáci tedy chápeme jako činnost směřující k urovnání konfliktu. Zvláštní pozornost věnuje PMS péči mladistvým obviněným a obviněným ve věku blízkém mladistvých⁷⁹. PMS koordinuje sociální a terapeutické programy, zejména jde-li o uživatele omamných a psychotropních látek. Důležitou náplní práce PMS je prevence trestné činnosti. Ve věcech mladistvých postupuje PMS tak, aby byla mediace využita od počátku trestního stíhání nebo místo něj. Orgány, s kterými PMS spolupracuje, jsou například orgány sociálního zabezpečení, školy, školská zařízení, zdravotnická zařízení, církve, náboženské organizace, zájmová sdružení občanů, nadace, orgány sociálně právní ochrany dětí, orgány poskytující dávky v hmotné nouzi, Vězeňská služba ČR a justiční stráž ČR. Zaměstnanci PMS jsou úředníci a asistenti. Pozici úředníka může vykonávat osoba bezúhonná, způsobilá k právním úkonům, s vysokoškolským vzděláním v magisterském studijním programu ve společenskovědní oblasti. Musí vykonat odbornou zkoušku pro vzdělání úředníků PMS. Asistent PMS musí být osoba bezúhonná, způsobilá k právním úkonům ve věku nad 21 let. Asistent musí absolvovat specializační kurz. Všichni pracovníci PMS jsou povinni vzdělávat se a získávat další odborné poznatky.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších právních předpisů⁸⁰. Zákon stanovuje účel a působnost školských zařízení pro výkon ochranné nebo ústavní výchovy a středisek výchovné péče. V těchto zařízeních nesmí být porušena žádná práva a musí být zajištěna práva základní. Výchova je poskytována osobám nezletilým ve věku 8 – 18 let, případně zletilým do 19 let. Cílem je předcházet, zmírňovat, omezovat, odstraňovat důsledky negativních projevů v chování dítěte. Zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy jsou diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav. Dětem je zde poskytována strava, ubytování, ošacení, učební potřeby, úhrada nutných nákladů na vzdělávání (výlety, cestovné apod.), úhrada nákladů na zdravotní péči a pomůcky, kapesné, osobní dary, doprava do školy. Do zařízení

⁷⁹ Osoba do 21 let.

⁸⁰ ČESKO. Zákon č. 109 ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002, částka 48, s. 2978-2992.

jsou umístěovány i děti se znevýhodněním. Pro tyto děti zařízení zajišťuje odpovídající vzdělávací, terapeutický a rehabilitační program. V zařízeních je nepřetržitý celoroční provoz. Preventivně výchovnou péči zajišťují střediska výchovné péče. Střediska poskytují konzultace a předání odborných informací rodičům a pedagogickým pracovníkům. Střediska se také podílejí na prevenci sociálně patologických jevů a drogových závislostí.

Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže⁸¹, ve znění pozdějších právních předpisů. Zákon upravuje odpovědnost mládeže za protiprávní činy uvedené v trestním zákoně. Na rozdíl od trestního zákona zde platí pro děti a mládež zvláštní režim. Dle zákona jsou osoby rozděleny do dvou věkových skupin. Do první skupiny patří děti mladší patnáct let, které dle zákona nejsou trestně odpovědné. Protiprávní čin, který spáchaly, bývá označován jako čin jinak trestný. Druhou skupinu tvoří mladistvé osoby, které dosáhli věku patnáct let, a nepřekročily věkovou hranici osmnáct let. Mladistvý je trestně odpovědný za činy, které spáchal a vede se proti němu soudní řízení. Předním hlediskem zákona o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže je prevence dalšího protiprávního konání, nalezení společenského uplatnění, motivace mládeže k odčinění újmy, kterou svým chováním způsobily. Nutná je spolupráce orgánů, jimiž jsou policie, státní zástupci, soudci, PMS a orgán sociálně právní ochrany dětí. Řízení a následně určené opatření musí přihlížet k osobnosti dítěte nebo mladistvého. Zejména k jeho věku, zdravotnímu stavu, rozumové a mravní vyspělosti. Rozeznáváme tři skupiny opatření, do první skupiny patří výchovná opatření (dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti, výchovná omezení nebo napomenutí s výstrahou). Do druhé skupiny ochranných opatření spadá ochranná výchova⁸², ochranné léčení či zabránění věci⁸³. Poslední skupinu tvoří trestní opatření (obecně prospěšné práce, peněžité opatření, peněžité opatření s podmíněným odkladem výkonu, propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty, zákaz činnosti⁸⁴, vyhoštění⁸⁵, odnětí

⁸¹ ČESKO. Zákon č. 218 ze dne 25. června 2003 o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 79, s. 4030-4052.

⁸² Uděluje se osobám do 18 let, maximálně však do věku 21 let.

⁸³ Ochranné léčení a zabránění věci se určuje dle trestního zákona.

⁸⁴ Horní hranice nesmí přesáhnout dobu 5 let.

⁸⁵ Sazby se pohybují v době od 1 do 3 let.

svobody podmíněně odložené na zkušební dobu, odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu s dohledem a nepodmíněně odnětí svobody. Opatření může být určeno i dítěti mladšímu 15 let, vždy na základě pedagogicky – psychologického vyšetření. Konkrétními opatřeními jsou v tomto případě dohled probačního úředníka, terapeutický, psychologický nebo výchovný program ve Středisku výchovné péče nebo ochranná výchova. Ochrannou výchovou chápeme dohled probačního úředníka ve škole a v místě bydliště dítěte. Řízení proti mladistvým se odlišuje od klasického řízení proti dospělým. Platí zákaz zveřejňování podobizny mladistvého v médiích. Celé řízení je neveřejné a je dbáno na to, aby nevyšly najevo skutečnosti, které by označily osobnost mladistvého. Nesmí být uváděno jméno ani příjmení.

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník⁸⁶, *ve znění pozdějších právních předpisů*. Trestní odpovědnost mladistvých a sankce nalezneme upravené v zákoně č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže. Pokud zákon č. 218/2003 Sb. nestanoví jinak, postupuje se podle zákona č. 40/2009 Sb. To znamená, že druhy opatření jsou shodné s trestními opatřeními, která jsme uvedli v části týkající se soudnictví ve věcech mládeže. Trestní zákoník bere v úvahu osoby mladistvé a osoby blízké věku mladistvých, a proto se výše sazeb snižuje. Například se snižuje trest obecně prospěšných prací o polovinu oproti horní hranici stanovené v tomto zákoně. Dítě zákon definuje jako osobu mladší 18 let. Trestní odpovědnost vzniká od patnáctého roku věku. Tresty se vykonávají ve věznicích s dohledem, dozorem, ostrahou nebo se zvýšenou ostrahou. V případě, že pachatel spáchal trestný čin opakovaně vždy pod vlivem návykové látky a nadále látku užívá, je zajištěn pro nebezpečnost zabezpečovací detencí. Detence slouží k ochraně společnosti. U mladistvých soud jednou za šest měsíců situaci přezkoumá a zjistí, zda důvody pro zabezpečovací detenci stále trvají.

⁸⁶ ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 354-464.

4 PREVENCE

Předcházení či ochrana před sociálně patologickými jevy, tedy sociální prevence je nejčastěji rozdělena do třech částí. Primární prevence se zaměřuje na osoby, u kterých patologický jev nenastal. Jejím cílem je odstranit riziko užívání návykových látek, gamblingu atd. u potencionálních osob. Sekundární prevence je působení na osoby ohrožené a na rizikové skupiny, u nichž se problém již vyskytl. O terciární prevenci hovoříme především ve smyslu zabránění dalšího, recidivního chování, zejména u osob drogově závislých.

KRAUS rozděluje prevenci podle okruhu osob, na které působí:

1. Plošná prevence - zahrnuje celou společnost.
2. Individuální prevence - zaměřená na jednotlivce.
3. Skupinová prevence - oslovuje například skupinu mladistvých.⁸⁷

Pro to, aby byla prevence úspěšná, je nutné využívat takovou prevenci, která obsahuje více strategií. To znamená, že by měla být zaměřena na prostředí rodinné, školní (přednášky, besedy), pracovní, volný čas mládeže a mimoškolní činnost.⁸⁸

4.1 Složky prevence

*„Primární prevencí sociálně patologických jevů rozumíme koncepční, komplexní, cílený, plánovitý, flexibilní a efektivní soubor opatření, odborných činností a nabídek, zaměřený na posilování a rozvoj společensky žádoucích postojů, hodnot, zájmů, forem zdravého životního stylu, chování a jednání jednotlivců i skupin“.*⁸⁹ Úkolem primární prevence je ovlivnit, popřípadě změnit názory, postoje a chování jednotlivce prostřednictvím skupiny lidí, ve které se vyskytuje. Dílčími cíli primární prevence jsou: vyloučit mladistvým kontakt s drogou, snížit poptávku po droze, omezit experimentování s drogou. Takto úkol primární prevence

⁸⁷ KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008, s. 148.

⁸⁸ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 278.

⁸⁹ POKORNÝ, V., J. TELCOVÁ a A. TOMKO. *Prevence sociálně patologických jevů*. 3. vydání. Brno, 2003, s. 14.

vymezil KALINA, který dále hovoří o nutnosti započat prevenci již v předškolním věku, tím je v pozdějších letech efektivnější a účinnější.⁹⁰

MATOUŠEK a KROFTOVÁ výraz **sekundární prevence** pojímají jako předcházení negativnímu chování u dětí a mládeže, která se tohoto chování v minulosti již dopustila, a která k němu má větší sklon. Složku primární a sekundární prevence od sebe nemůžeme oddělit. Dobrá prevence musí předcházet všem druhům sociálního ohrožení a sociálního selhání. Sekundární prevence by měla zajistit odklonění ohrožené mládeže od negativního způsobu života.⁹¹

Terciární prevence se zaměřuje na osoby, jež jsou zasaženy negativním či rizikovým jevem. Cílem terciární prevence je zejména zabránění dalšího recidivního chování mladistvých.⁹² V rámci terciární prevence volí odborníci ústavní umístění mládeže jen v krajním případě. Jedná se o situace, kdy ostatní řešení nebyla účinná. Mladistvý může být umístěn do ústavní výchovy zpravidla v případě, kdy svým negativním chováním poškozuje nejen sebe, ale i společnost. Zmíněné řešení se nabízí, pokud rodina mladistvého nezvládá daný problém řešit vlastními silami. V některých situacích, jako je dokončení vzdělání a příprava na budoucí povolání je pro mladistvého dokonce pobyt v ústavním zařízení prospěšnější a lze předpokládat vyšší úspěšnost než v rozvráceném domácím prostředí. Úlohou pracovníka v ústavním zařízení je navázat pozitivní vztah s mladistvým a motivovat ho ke změně.⁹³

⁹⁰ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 274 – 289.

⁹¹ MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 265 - 267.

⁹² POKORNÝ, V., J. TELCOVÁ a A. TOMKO. *Prevence sociálně patologických jevů*. 3. vydání. Brno, 2003, s. 22.

⁹³ LABÁTH, Vladimír a kol. *Riziková mládež*. Praha: Slon, 2001, s. 111 – 113.

4.2 Prevence na Kroměřížsku

V okrese Kroměříž se nachází 49 základních škol, 6 základních uměleckých škol, 1 konzervatoř, 18 středních škol a 4 zařízení ústavní výchovy.⁹⁴ Ve školských zařízeních je zajišťována prevence metodikem prevence, který je zodpovědný za vedení preventivních programů a aktivit na dané škole, školní metodik prevence spolupracuje s třídními učiteli a ředitelem školy nebo školského zařízení. Společně realizují Preventivní program a diagnostikují vztahy ve třídě. Školy a školská zařízení spolupracují se zákonnými zástupci dětí, studentů a žáků. Nadřízenou osobou pro školní metodiky prevence je okresní metodička prevence Mgr. Irena GRODOVÁ, která zajišťuje koordinaci a metodickou podporu školních metodiků prevence, organizuje s nimi pravidelné porady a poskytuje jim odborné konzultace.⁹⁵ Z rozhovoru s Mgr. GRODOVOU vyplynulo, že tuto pomoc poskytuje celkem 80 metodikům prevence, záporně hodnotila především jejich nesamostatnost a některé preventivní opatření hodnotila jako neefektivní. V případě výchovných problémů je k dispozici na školách výchovný poradce.

V rámci prevence na Kroměřížsku dále působí Pedagogicko-psychologická poradna, která nabízí mládeži do 19 let diagnostické, konzultační, intervenční a poradenské služby. Pracovníci Pedagogicko-psychologické poradny nabízí školám programy obecné primární prevence, téma si volí škola. Dále poskytují speciální program zaměřený na klima třídy.

Pomoc můžeme hledat i ve Středisku výchovné péče pro děti a mládež, odborně vyškolení pracovníci jsou schopni poskytnout preventivně osvětové besedy pro základní školy. Osvětové besedy se týkají xenofobie, rasismu, šikany, bezpečného používání internetu. Dále provádějí diagnostiku i intervenci, v případě výskytu sociálně patologických jevů ve škole. Intervenční program je zaměřen na vztahy v kolektivu. Ve středisku výchovné péče se osvědčilo používání metody, která se nazývá videotrénink interakcí. Jedná se o využití videokamery za účelem posílení a zlepšení komunikačních dovedností mezi rodičem

⁹⁴ *Rejstřík škol a školských zařízení* [databáze online] 2006 [cit. 2011-08-21]. Dostupné také z: <http://rejskol.msmt.cz/>.

⁹⁵ *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* č. j.: 21291/2010-28 [online]. Praha: MŠMT, 2010 [cit. 2012-12-22]. Převzato z: <http://www.msmt.cz/>.

a dítětem. Při Středisku výchovné péče funguje telefonická krizová linka, kam se mohou anonymně obrátit osoby v krizové situaci.⁹⁶

Další významnou osobou, zejména v rámci sekundární prevence je sociální kurátor. Jde o zaměstnance Městského úřadu. Pracuje s osobami, které jsou nositeli sociálně patologického chování a nabízí jim odbornou sociálně terapeutickou a poradenskou pomoc. Hlavním cílem, o něž sociální kurátor usiluje je integrace a adaptace mladistvých zpět do společnosti, zabránění sociálnímu vyloučení, navázání vazeb se sociálním okolím, omezení přístupu mladistvého do rizikového prostředí (bary, restaurace, herny apod.) a poskytnutí informací o institucích nabízejících služby, kterých by jedinec mohl využít.⁹⁷ Poskytuje také besedy na základních a středních školách v okrese. Besedy jsou zaměřeny na výchovné problémy, vězeňství, syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte apod.

Na prevenci v okrese se svými besedami zejména pro základní školy podílí také Městská policie. Kromě Městské policie poskytuje pomoc i preventivně informační skupina Policie Zlínského kraje, preventistka na pobočce v Kroměříži organizuje každý rok preventivní besedy pro žáky základních i středních škol v okrese.

Další preventivní služby v Kroměříži nabízí dva azylové domy (pro muže i pro ženy), Kontaktní centrum PLUS, jež provozuje terénní sociální práci v dalších 4 obcích a ambulantní programy zaměřené na uživatele drog, K-centrum Plus působí v rámci terciární, ale i primární prevence, Nízkoprahové centrum Jaspis, které nabízí dětem a mládeži vhodný způsob využití volného času.

Osoby závislé, jak na alkoholu, tak na nealkoholových drogách či gambleři se mohou léčit od 18 let v Psychiatrické léčebně. Existuje zde i dětské oddělení, které nabízí pomoc dětem do 16 let. V psychiatrické léčebně jsou oddělená mužská a ženská oddělení, na každém oddělení je pacientům k dispozici lékař a zdravotnický personál, psycholog a sociální pracovník.

Přehled všech preventivních služeb na Kroměřížsku uvádíme v příloze č. 4.

⁹⁶ Údaje pro zpracování kapitoly poskytla Mgr. Irena Grodová, okresní metodik prevence z PPP Kroměříž.

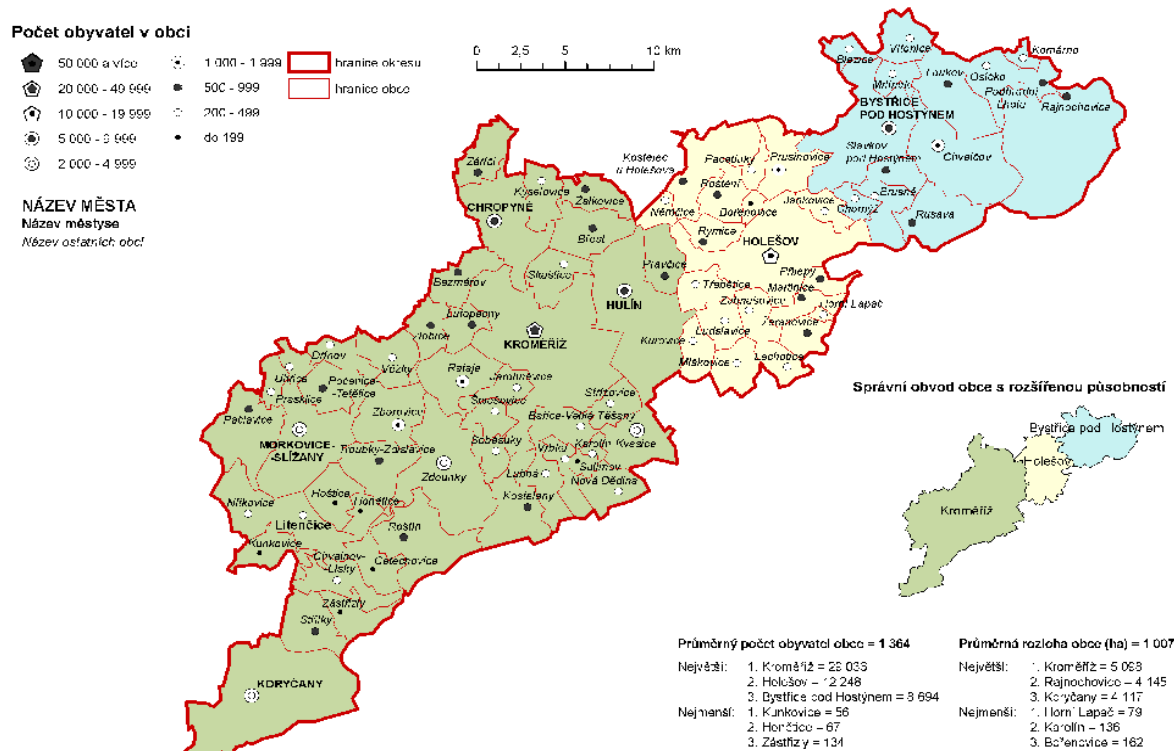
⁹⁷ *Sociální kurátor - koordinátor pro společensky nepřizpůsobené osoby* [online]. Město Kroměříž, 2012 [cit. 2012-02-14]. Dostupné také z: <http://www.mesto-kromeriz.cz/agenda.asp?agenda=27&modul=obcan&map=91>.

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné šetření je zaměřeno na oblast Kroměřížska. V předchozích kapitolách jsme se seznámili s teoretickou rovinou a ve výzkumné části provedeme rozhovory s kurátorkou pro děti a mládež a s vedoucím pracovníkem K-centra Plus a zpracujeme dvě kazuistiky drogově závislých klientů terapeutické komunity.

5.1 Demografie Kroměřížska

Historická Kroměříž, přezdívána „Hanácké Athény“ se nachází při březích řeky Moravy. Za významný mezník pro Kroměříž považuji rok 1997, kdy byla vyhlášena nejkrásnějším městem České republiky, a Arcibiskupský zámek se zahradami byl zapsán na seznam památek UNESCO. Rozloha města je 50,97 km² a počet obyvatel k 26. 2011 se uvádí 29 076.⁹⁸



Obrázek č. 1 Administrativní členění okresu Kroměříž – stav k 1. 1. 2008⁹⁹

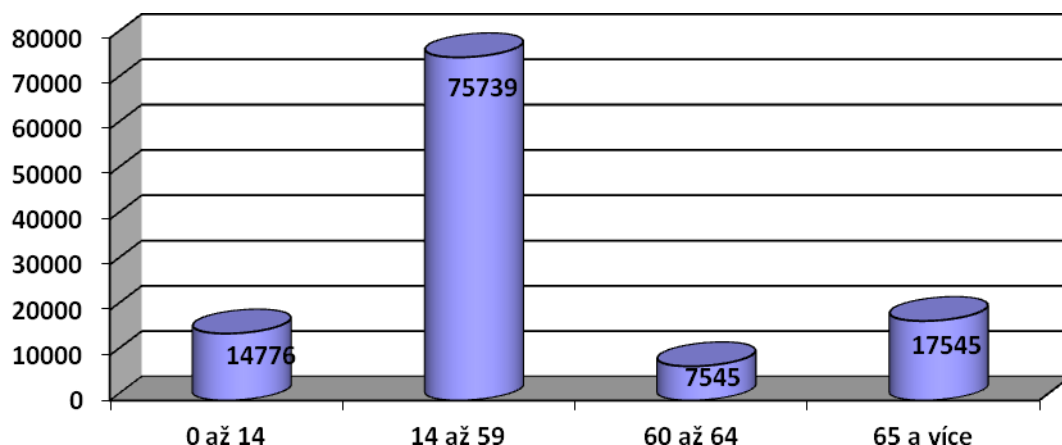
⁹⁸ Kroměříž [online]. 28. 2. 2012 [cit. 2012-02-29]. Dostupné také z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Krom%C4%9B%C5%99%C3%AD%C5%BE>.

Věk	Počet obyvatel
0	1072
1-4	4312
5-9	4773
10-14	4619
15-19	6315
20-24	7203
25-29	7580
30-34	8611
35-39	8811
40-44	7116
45-49	7284
50-54	7221
55-59	8050
60-64	7543
65-69	5547
70-74	4204
75-79	3504
80-84	2607
85-89	1353
90-94	261
95 a více	69
celkem	108 055

Tabulka č. 1 Věkové složení obyvatelstva v okrese Kroměříž v pětiletých skupinách¹⁰⁰
(k 31. 12. 2010)

⁹⁹ *Mapy a grafy* [online]. Zlín: Krajská správa ČSÚ, 21. 5. 2009 [cit 2011-08-25]. Dostupné také z: http://www.zlin.czso.cz/xz/redakce.nsf/i/mapy_a_grafy_okresy.

¹⁰⁰ *Veřejná databáze* [online databáze]. Praha: ČSÚ, 31. 12. 2010 [cit. 2011-07-21]. Dostupné také z: <http://vab.czso.cz/vdbvo/uvod.jsp>.



Graf č. 3 Věkové složení obyvatelstva v okrese Kroměříž k 31. 12. 2010¹⁰¹

Počet žen žijících v Kroměříži převažuje nad počtem mužských obyvatel. Nejsilnější generací jsou osoby od 15 do 59 let. Jelikož celá populace stárne, i v Kroměříži můžeme sledovat velkou populaci seniorů nad 60 let, která převažuje nad nejmladší generací do 14 let. „*Bilance populačního vývoje je takřka vyrovnaná, v posledních letech vykazuje mírný pokles*“. ¹⁰² Pokud srovnáme Kroměříž s ostatními okresními městy ve Zlínském kraji, je zajímavý ukazatel nezaměstnanosti, který je v porovnání s Uherským Hradištěm, Vsetínem nebo Zlínem vyšší. Přehled uvádíme v tabulce č. 2.

	Kroměříž	Uherské Hradiště	Vsetín	Zlín
Počet obcí v okrese	79	78	59	89
Rozloha (km²)	796	991	1143	1034
Počet obyvatel	108 055	144 311	145 511	192 725
Nezaměstnanost (%)	11,60	8,78	10,27	8,81

Tabulka č. 2 Srovnání Kroměříže s jinými okresy ve Zlínském kraji z roku 2010¹⁰³

¹⁰¹ *Veřejná databáze* [online databáze]. Praha: ČSÚ, 31. 12. 2010 [cit. 2011-07-21]. Dostupné také z: <http://vab.czso.cz/vdbvo/uvod.jsp>.

¹⁰² *Současnost* [online]. Město Kroměříž, 2012 [cit. 2012-02-14]. Dostupné také z: <http://www.mesto-kromeriz.cz/stranka.asp?kod=9&modul=navstevnik&map=22>.

¹⁰³ *Mapy a grafy* [online]. Zlín: Krajská správa ČSÚ, 21. 5. 2009 [cit. 2011-08-25]. Dostupné také z: http://www.zlin.czso.cz/xz/redakce.nsf/i/mapy_a_grafy_okresy.

Trestná činnost mladistvých v okrese Kroměříž od roku 2007 do roku 2011 se pohybuje v relativně stejných hodnotách, avšak poměrně značný výkyv a nárůst byl zaznamenán policií v roce 2009. Nejčastěji jsou mladistvými páčány majetkové trestné činy (krádeže). Pro orientaci uvádíme tab. č. 3.

Název skutku	2007	2008	2009	2010	2011
Vraždy	0	0	0	0	0
Násilné trestné činy	7	8	19	11	10
Mravnostní činy	0	2	0	1	0
Majetková trestná činnost	44	38	54	16	37
Ostatní kriminální činy	22	32	65	40	30
Zbývající kriminalita	18	16	14	4	3
Hospodářská trestná činnost	0	1	0	9	4
Celkem	91	97	152	81	84

Tabulka č. 3 Soustava trestných činů spáchaných mládeží v okrese Kroměříž¹⁰⁴

Druh přestupku	2007	2008	2009	2010	2011
Dopravní přestupky	12	10	9	10	10
Proti veřejnému pořádku	1	0	0	1	1
Proti občanskému soužití	3	14	5	9	4
Proti majetku	8	7	8	8	5
Alkohol a toxikomanie	0	0	1	3	4
Celkem	24	31	23	31	24

Tabulka č. 4 Struktura přestupků¹⁰⁵ spáchaných mladistvými v okrese Kroměříž¹⁰⁶

¹⁰⁴ Údaje pro zpracování poskytl nrap. Ing. Barbora Balášová, PČR.

¹⁰⁵ ČESKO. Zákon č. 200 ze dne 17. května 1990 o přestupcích. In: Sbíрка zákonů České republiky. 1990, částka 35, s. 810 – 826.

¹⁰⁶ Údaje poskytl JUDr. Milan Fritz, předseda přestupkové komise oddělení právních činností a kontroly, odbor občansko-správních agend města Kroměříž.

5.2 Stanovení výzkumných cílů

Hlavním cílem výzkumného šetření je seznámit se systémem práce s mládeží ohroženou sociálním vyloučením na Kroměřížsku. Pro dosažení výzkumného cíle jsme si zvolili cíle dílčí:

Činnost kurátora pro děti a mládež

- Popsat činnost kurátora pro děti a mládež Městského úřadu v Kroměříži.
- Zmapovat odborný tým, se kterým kurátor pro děti a mládež spolupracuje.

Poslání K-centra Plus

- Seznámit se s posláním K-centra Plus, jako jediného nízkoprahového zařízení tohoto typu v okrese Kroměříž.
- Zjistit, jaké služby K-centrum Plus poskytuje uživatelům drog.

Kazuistiky

- Nastínit systém práce s drogově závislými prostřednictvím dvou kazuistik klientů terapeutické komunity.

5.3 Metodologie, organizace výzkumu a cílová skupina

Pro dosažení výzkumného cíle jsme zvolili **metodu rozhovoru**. Jde o metodu kvalitativního výzkumu. Rozhovor považujeme za pružný postup, jelikož se dá v jeho průběhu měnit struktura či pořadí jednotlivých položek. Rozhovor je metoda přizpůsobivá, proto se jeví jako vhodná pro naši práci. Rozhovor je vhodný, jelikož hlouběji zasahuje do pocitů a postojů dotazovaného.¹⁰⁷ Otázky k rozhovoru jsem připravila předem tak, aby se jejich struktura dala přizpůsobit okolnostem. Rozhovor obsahuje celkem 17 položek.¹⁰⁸ Jednotlivé položky se zaměřují na osobnost pracovníka, poté zjišťují informace o klientech, třetí soubor otázek se orientuje na prevenci a preventivní programy a závěrečné otázky se týkají spolupráce kurátora s jinými zařízeními.

¹⁰⁷ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 110-114.

¹⁰⁸ Jednotlivé položky rozhovoru jsou uvedeny v příloze.

Kasuistika poskytuje zachycení velkého množství dat od jednoho či více jedinců. Jde zejména o zachycení složitosti případu a o jeho popis v celistvosti. Jde o podrobný výzkum osoby, bývá zaměřena do minulosti. Kasuistika má být pružná. Jako zdroj informací mohou sloužit rozhovory, studium spisové dokumentace, deníku apod.¹⁰⁹

Činnost kurátora pro děti a mládež

Dne 9. ledna 2012 jsem prostřednictvím e-mailu požádala kurátorku o rozhovor k bakalářské práci, do mailu jsem uvedla záměr rozhovoru, který má zmapovat činnost kurátora. Paní Mynářová odpověděla hned 9. ledna 2012 a s rozhovorem souhlasila a požádala mě, abych jí ještě jednou kontaktovala v průběhu února 2012, ujistila mě, že v únoru mi bude k dispozici. Druhý kontakt proběhl také prostřednictvím e-mailu 20. února 2012, kdy jsem navrhla termín pro rozhovor na 2. března 2012. Odpověď mi přišla tentýž den, kdy paní Mynářová s termínem souhlasila a požádala mě, abych se dostavila v 9. 00 hodin. Její návrh jsem ještě jednou prostřednictvím e-mailu potvrdila.

Cílovou skupinu pro zkoumání tvoří kurátorka pro děti a mládež Dagmar Mynářová, pracovnice MÚ Kroměříž.

Poslání K-centra Plus

Metoda je stejná jako v části A. Použila jsem i stejný typ rozhovoru jako v prvním případě. Otázky pro rozhovor se shodují s otázkami pro kurátorku.

Žádost o rozhovor jsem odeslala prostřednictvím e-mailu dne 9. ledna 2012 panu Bc. Klabalovi, vedoucímu pracovníkovi K-centra Plus. V e-mailu jsem uvedla téma bakalářské práce a požádala jsem o rozhovor, který je zaměřen na poslání K-centra Plus. Odpověď mi přišla 14. ledna 2012 s tím, že pan Klabal s rozhovorem souhlasil a požádal mě o konkrétní termín naší konzultace. Odpověděla jsem mu 31. ledna 2012 a nabídla jsem mu 4 termíny, které by mě vyhovovaly. Pan Klabal odpověděl 10. února 2012 a souhlasil s termínem 28. února 2012 ve 13.00 hodin odpoledne, zároveň se informoval, jak dlouho bude rozhovor dle mého odhadu trvat. Odepsala jsem tentýž den, souhlasila jsem s termínem i s časem a odpověděla jsem, že rozhovor bude trvat 30 – 40 minut.

Cílovou skupinou je Bc. Radovan Klabal, vedoucí K-centra Plus v Kroměříži.

¹⁰⁹ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s. 104 – 115.

Kazuistiky

O nahlédnutí do spisové dokumentace jsem požádala kurátorku pro děti a mládež Dagmar Mynářovou dne 2. března 2012. Nahlédnutí do spisů mi nebylo umožněno. Proto jsem zvolila jako příklad ukázky práce s drogově závislými klienty terapeutické komunity. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů není na žádost vedoucího pracovníka uvedeno místo, kde se terapeutická komunita nachází. Studium spisové dokumentace probíhalo od 5. do 11. března 2012 v terapeutické komunitě. Zvolila jsem dva případy.

5.4 Vlastní výzkumné šetření

Výzkumné šetření je rozčleněno do třech částí. Nejprve uvádíme přehled případů řešených kurátorkou pro děti a mládež Městského úřadu v Kroměříži, následuje rozhovor s kurátorkou. Další část obsahuje rozhovor s vedoucím K-centra Plus v Kroměříži a seznamuje s posláním tohoto nízkoprahového zařízení. Závěrečnou část výzkumného šetření tvoří dvě kazuistiky klientů terapeutické komunity.

Činnost kurátora pro děti a mládež

Funkci kurátora pro děti a mládež na MÚ v Kroměříži vykonává v okresním městě Kroměříž Dagmar Mynářová. Na odboru školství, sociální péče, kultury a cestovního ruchu působí již 17 let. Kurátorkou je na oddělení sociální péče v úseku sociálně právní ochrany dětí.

Povaha	Počet celkem	Z toho mladistvých
Trestné činy	30	19
Přestupky	1	1
Výchovné problémy	36	17
Dohled	6	3
Návrh na předběžné opatření	2	2
Návrh na ústavní výchovu	2	2

Tabulka č. 5 Případy řešené kurátorem pro děti a mládež za rok 2011

Po kurátorce jsem požadovala statistiky z předchozích let, ale nebyly mi poskytnuty. Nemohla jsem srovnávat situaci z roku 2011 s předchozími lety, protože jsem neměla žádné další materiály. Paní Mynářová konstatovala, že je situace každý rok vyrovnaná.

Celkem	Do 15 let	Z toho dívky	Z toho chlapci	Mladistvý	Z toho dívky	Z toho chlapci
222	103	48	55	119	40	79

Tabulka č. 6 Počty případů na OSPOD v Kroměříži rok 2011

ROZHOVOR s Dagmar Mynářovou, kurátorkou pro děti a mládež

Otázka č. 1 „Jaké je Vaše vzdělání?“

D. M.: *„Tak moje vzdělání je střední odborné, to znamená, že po gymnáziu tady v Kroměříži v té době, kdy já jsem studovala, tak byly jenom nástavbová studia, to znamená, že všechny moje kolegyně, které jsou věkově přibližně stejně staré, jako já mají absolvované střední sociální školy nebo nástavbová studia sociálně právní v Brně. Samozřejmě je nám doporučováno, abychom se stále dále vzdělávali, ale není to pro nás zatím povinnost, jelikož mám dlouhou praxi, takže se spíš účastníme seminářů. Některé kolegyně si ale dodělávají bakalářské tituly na vysokých školách, ale já tedy ne.“*

Otázka č. 2 „Co Vás motivuje na Vaší profesi?“

D. M.: *„No je to asi pomoc, hlavně těm ohroženým dětem a těm, které se dostaly do problémů a také jejich rodičům, kteří mají s těmito dětmi problémy a dostanou se až na naše oddělení.“*

Otázka č. 3 „Jak dlouho pracujete jako kurátorka pro děti a mládež?“

D. M.: *„Od roku 1995, to znamená, že už dlouho.“*

Otázka č. 4 „Co všechno obnáší Vaše profese?“

D. M.: *„Tak naše práce je rozdělena na problémy nezletilých dětí do 15 let a na mladistvé od 15 do 18 let. Řešíme jejich výchovné problémy a trestnou činnost, drogy, alkohol, závažné problémy doma, útoky z domova, nerespektování rodičů. Pak zajišťujeme následně pobyt ve*

Středisku výchovné péče nebo dobrovolný pobyt v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Mezi nejhorší, nebo nejzávažnější opatření, která děláme, je nařízení ústavní výchovy.“

Otázka č. 5 „ Co je podle Vás nejvíce náročné na Vaší profesi?“

D. M.: „Možná právě ta komunikace s mladistvým. Protože někdy je velmi těžké s ním ten kontakt vůbec navázat. Málokterý mladistvý přijde ochotně na naše oddělení. Pokud nepřijde, navštívujeme ho v rodině, někdy ta komunikace vážne, nechtějí vůbec mluvit. Nejtěžší je tedy navázat s nimi kontakt. A na druhé straně je taky někdy velmi náročná komunikace s rodiči, protože každý rodič a každá rodina je jiná, někteří sami přijdou a chtějí problém řešit, potom máme také ty, kteří to bagatelizují, nechtějí si do rodiny pustit někoho cizího a nechtějí to řešit.“

Otázka č. 6 „Jak probíhá první kontakt s klientem?“

D. M.: „Bud' provádíme šetření v rodině, anebo si je zveme sem na oddělení. To šetření v rodině probíhá na základě oznámení buďto od školy, a pokud hovoříme o mladistvých, tak tam je problém v tom, že učiliště již nejsou povinna ohlašovat nebo nám posílat neomluvenou absenci studenta. Tam je vlastně splněna povinná školní docházka, takže to oznámení od školy dostáváme většinou u nezletilých dětí. U těch mladistvých se řeší spíše výchovné problémy, nejčastěji se to řeší i s policií, jde o přestupky nebo o trestnou činnost. Po oznámení tedy zvážím, jestli si je pozvu. Pokud třeba rodina nereaguje na pozvání, nebo cítím, že je tam nějaký problém v rodině, tak jdu raději na šetření do rodiny. Potom usoudím, zda je potřeba s tím případem dále pracovat.“

Otázka č. 7 „Zažila jste někdy konflikt s klientem? Jak jste ho řešila?“

D. M.: „Verbální konflikty jsou normální. Fyzický konflikt jsem nezažila. Ted' v poslední době mám zkušenost, kdy jsem byla u jedné rodiny, kdy chlapec nechodil do školy, opakovaně nechodil a narůstaly tam neomluvený absence, tak jsem ho byla navštívit, protože maminka si s ním už nevěděla rady, ale on zároveň má takový psychický problémy. Pokud není v dobrým psychickým rozpoložení, tak s ním nikdo nic neudělá. A pokud se matce povede přinutit ho, aby šel do školy, stejně opakovaně učitelé volají, aby pro něho přišla, protože bývá agresivní, dochází často ke konfliktům, tak si ho maminka odvede. Já když jsem přišla do té rodiny, tak on zrovna ležel, bylo vidět, že se mnou nechce vůbec mluvit, zakryl se. Já jsem měla snahu

s ním navazovat kontakt, ale maminka mě řekla, že ho mám nechat v klidu, tak jsem radši odešla. Pak, když se uklidnil, bylo mu lépe, tak se tady za mnou sám zastavil na oddělení. Takže tady ty konflikty u klientů souvisí často i s jejich psychickými problémy, ty děti i navštěvují psychiatry, tak je lepší nechat je v klidu, netlačit na ně, je to tak lepší. Jednou mi sem dokonce přišel i jeden mladík, který byl pod vlivem návykové látky. Tuto schůzku jsem se snažila co nejdříve ukončit, domluvila jsem se s ním na jiný termín, protože to takhle nemělo smysl. Oni si chtějí povídat, rozvádět diskuze, ale to je o ničem a ztráta času.“

Otázka č. 8 „Ukončila jste někdy případ kvůli problému s klientem?“

D. M.: „Nemůžeme ukončit případ. Musíme to dotáhnout, i pokud přijdou rodiče sami a vidí, že není u toho mladistvého šance, tak se ukončí spolupráce po domluvě s rodiči. Pokud to teda není nějaký závažný případ. Jestli se blíží třeba už k 17 nebo 18 letem, tak stalo se, že jsem podávala návrh na zrušení ústavní výchovy, protože neplnilo to v tomto případě svou funkci. Jsou děti, které utíkají z ústavní výchovy, nebo mají strach, vědí, že jestli se nebudou připravovat na další školní docházku, přemlouvají rodiče, aby tu ústavní výchovu zrušily, nechtějí se tam vrátit, tak potom uvažujeme, zda by opravdu nebylo lepší tu ústavku zrušit. Takže jsem ji rušila, i když se ten mladistvý nechtěl dál připravovat a vzdělávat. Tohle je teda snad jediný ukončení případu.“

Otázka č. 9 „Máte dostatek času na řešení jednotlivých případů, nebo se spíše nacházíte v časové tísní?“

D. M.: „Já si myslím, že v sociální práci málokdo může říct, že má na případ čas. Těch případů je strašně moc. Kdyby byla polovina klientů, zvládali bychom to určitě líp. Ale musíme se snažit, každý týden mám nějaký pohovory, případy tady na oddělení, účasti u výslechů, účast u soudu. Takže třeba minulej týden jich bylo 12, ale každéj týden je to jinak, nedá se to nějak vyčíslit. Když třeba vyjždíme do terénu, plánujeme si šetření v rodině, za den se snažíme zvládnout tak 4 šetření, a to je někdy až nad hlavu. Z těch šetření se pak musí dělat zápis“

Otázka č. 10 „Nabízíte nějaké preventivní programy?“

D. M.: „Preventivní programy, co se týče odborných porad, tak odesíláme děti a mladistvé do Střediska výchovné péče. My tady na oddělení prevenci neprovádíme. Někdy vedeme

pohovory na školách, ale klasické preventivní program teda nemáme. Ale teď podle nového zákona, je to tam zaměřený hodně odborně, že teda budeme nuceni něco ještě dělat. “

Otázka č. 11 „Myslíte si, že prevence na Kroměřížsku funguje dobře? Jak byste zhodnotila její efektivitu?“

D. M.: „Jako já osobně o tom přehled nemám, vím, že v Káčku dělají protidrogový program, proto když zjistím, že je dítě ohroženo drogovou závislostí, tak vždycky rodiče odesílám do Káčka, tam už si to vedou ve své linii. Stejně to probíhá ve Středisku výchovné péče, kam děti posíláme a tam už pracují podle sebe. Potom nám pomáhají hodně SASky (sociálně aktivizační služby pro ohrožené děti), ale v tomto případě se nejedná o výchovné problémy, ale spíše o pomoc rodinám sociálně slabým. “

Otázka č. 12 „Jaká je podle Vašeho názoru situace na Kroměřížsku? Zlepšila se v porovnání s lety 2007 – 2011, nebo je naopak horší?“

D. M.: „Nechci říct, že zlepšila. Je to spíše takové období, kdy se zakládají nějaké party v Kroměříži, nebo v Hulíně, které dělají problémy. Potom se ty party roztrhnou a je zase klid. Situace se mění, dřív byly velké problémy se sprejery, to hodně letělo, tak před 10 lety, to byla opakovaná trestná činnost. Teď za poslední dobu tu mám jednoho za rok a dřív to bylo každý 3 měsíce, šlo o partičky, který se takto zviditelňovaly. Alkohol a návykové látky, to je pořád stejný. Teď mám teda novou zkušenost s tím, že si drogy nepíchají, ale hodně šňupou. Ptala sem se na to i v Káčku. Ale není to v té fázi, že bych měla nějakýho, kterej by na tom byl moc závislej a nedalo se s ním domluvit, to ne. Řekla bych, že tohle se trochu zlepšilo. Možná narůstá trestná činnost, hlavně krádeže. A sleduju, že se u dětí hodně snižuje věk. Mám tady i desetiletý děcka, krádeže, zapálení stromu, jsou to ojedinělé případy a neopakují se. Opakují se spíš výchovné problémy, často se nezletilé děti chytanou starších kamarádů, chtějí se jim za každou cenu vyrovnat a pak jsou problémy. Výchovných problémů je celkově víc než trestné činnosti. “

Otázka č. 13 „Myslíte si, že by se dala současná situace nějakým způsobem zlepšit? Jaké řešení byste navrhovala?“

D. M.: „Chyba je v rodině. Rodině jsou málo důslední ve výchově svých dětí. Hodně tomu přispívá i dnešní doba. Často se setkávám s rodinami, kdy oba rodiče pracují do večera,

matky pracují na směny. V některých případech nefunguje otec, nebo úplně chybí. Obecně si myslím, že rodiče nemají na děti čas. Jsou ale i výjimky, kdy rodiče fungují velmi dobře, snaží se, ale dítě se chytne party a chtějí být dospělý, myslí si, že si můžou všechno dovolit.“

Otázka č. 14 „Spolupracujete se zákonnými zástupci mladistvého?“

D. M.: „Nejde to mimo rodiče, jsme povinni s nimi spolupracovat. Když děláme šetření v rodině, nejde to bez rodičů, vždy musí být přítomni. Když si zveme mladistvého na oddělení, vždy přichází s rodiči. Pokud jsou rodiče rozvedení, dítě je svěřeno do péče jednomu z rodičů, tak první oslovujeme toho, kterému je to dítě svěřeno. Někdy se snažíme aktivizovat i toho druhého rodiče. Měla jsem teďka případ, kdy jsme to řešili nejprve s maminkou, ale výsledky nebyly žádné. Proto jsme se rozhodli zaktivizovat tatínka, který se 3 roky o dítě nezajímal, ale byl vstřícný, což jsme nečekali a spolupracoval. Nejdůležitější je spolupráci s rodiči.“

Otázka č. 15 „Spolupracujete s jinými zařízeními v okolí? S jakými?“

D. M.: „No tak spolupracujeme s Policií, s Probační a mediační službou, se Střediskem výchovné péče v Kroměříži, s Psychiatrickou léčebnou, s Káčkem, s rodiči, se sociálně aktivizační službou pro rodiče s dětmi, se školami, a podobně.“

Otázka č. 16 „Jak hodnotíte tuto spolupráci?“

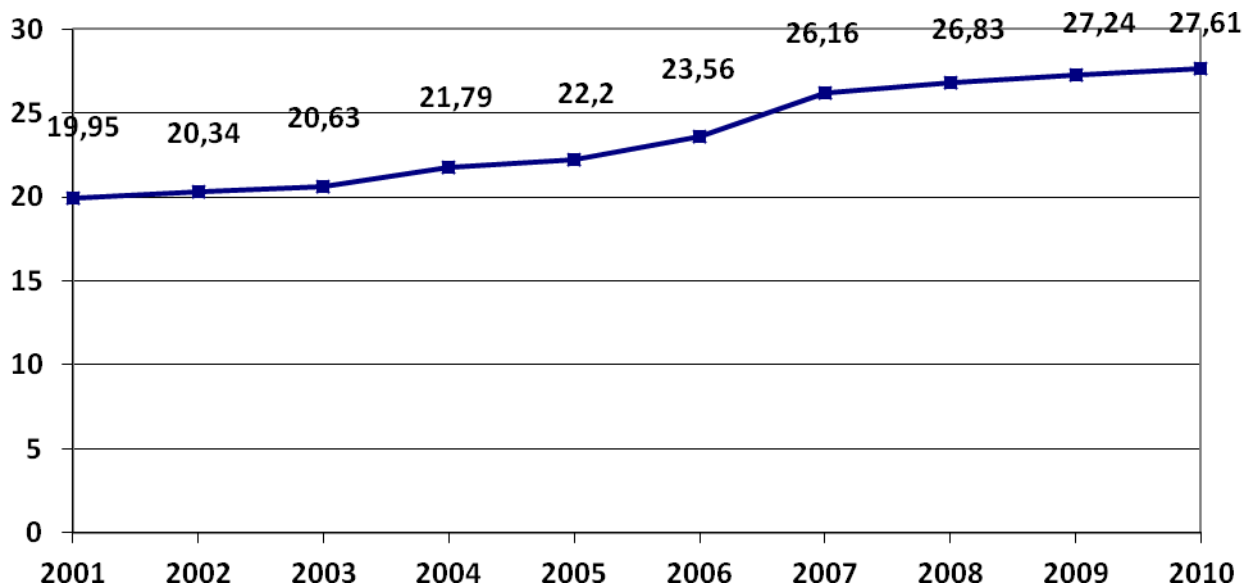
D. M.: „Já si nemůžu stěžovat, myslím si, že spolupráce v Kroměříži probíhá velmi dobře. Nikdy jsem neměla žádný problém. Vzájemně si vyměňujeme informace, takže si myslím, že je to tak, jak má být.“

Otázka č. 17 „Je pro Vás důležitá znalost drogové problematiky, nebo se spíše obracíte na odborníky?“

D. M.: „Já se na drogy moc neorientuju, většinou, když zjistím, že se u dítěte nebo u mladistvého objevují příznaky spojené s užíváním drog, kontaktuju Káčko, rodičům vždycky dávám kontakt na Káčko, tam to funguje dobře v rámci primární prevence i sekundární. Teoreticky samozřejmě účinky, typy drog znám, ale že bych to nějakým způsobem studovala a vzdělávala se v této oblasti, to ne. Absolvovala jsem odborný seminář, který se zaměřoval na drogy a drogové závislosti. Ale nijak blíž to nestuduju.“

Poslání K-centra Plus

K-centrum je nízkoprahové zařízení pro osoby ohrožené drogovou závislostí a pro drogově závislé, které působí jako jediné v okrese Kroměříž. Souběžně nabízí dva propojené projekty. Prvním je ambulantní služba Kontaktního a poradenského centra Plus, druhým je Terénní program Plus. K-centrum funguje v budově Charity Kroměříž již 12 let.

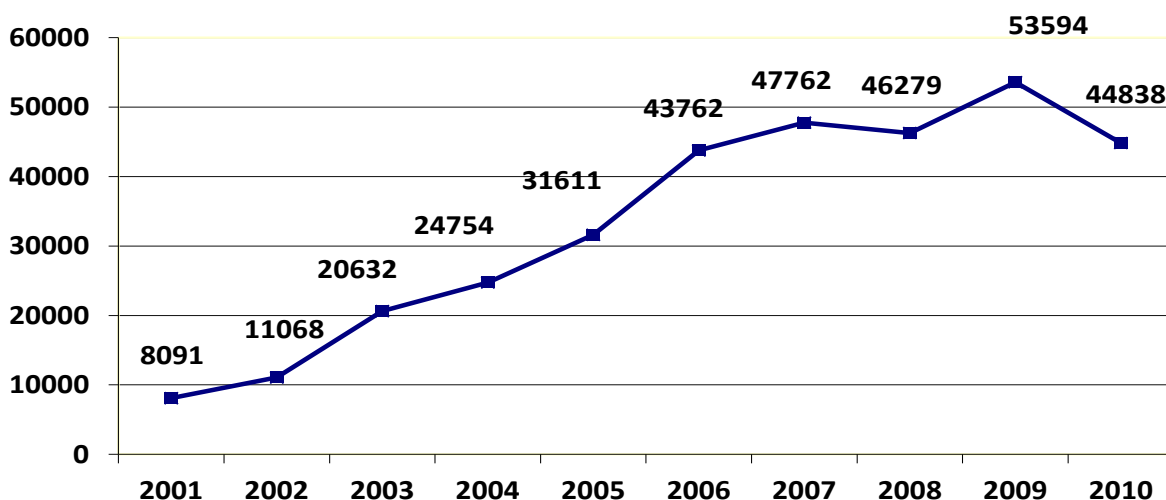


Graf č. 5 Vývoj průměrného věku klientů K-centra Plus v letech 2001 - 2010¹¹⁰

Z grafu č. 5 lze odvodit, že se průměrný věk klientů od roku 2001 do roku 2010 stále zvyšuje. Tuto hypotézu potvrdil v rozhovoru vedoucí pracovník K-centra Bc. Radovan Klabal.

Graf č. 6 ukazuje nárůst vyměněných injekčních setů drogově závislým od roku 2001 do roku 2010. Sestup můžeme sledovat v roce 2008 a v roce 2010.

¹¹⁰ Údaje poskytl Bc. Radovan Klabal.



Graf č. 6 Počty vyměněných jehel v K-centru Plus v letech 2001 – 2010¹¹¹

ROZHOVOR s Bc. Radovanem Klábalem, vedoucím K-Centra Plus

Otázka č. 1 „Co Vás motivuje na Vaší práci?“

R. K.: „*To je otázka jako pro mě pro vedoucího? No, jiný odpovědi by Vám řekli terénní pracovníci, protože já se jako vedoucí k těm klientům až tak moc nedostanu. Já bych spíš teď mluvil o tom, co mě motivuje k tomu, abych pracoval s tou cílovou skupinou. Bude to trochu složitější odpověď, protože já jsem vlastně tohle zařízení před dvanácti lety zakládal, takže já mám k tomu trochu jiný vztah, než třeba zaměstnanec, který sem nastoupil v průběhu, kdy už Káčko fungovalo. Ta moje vazba je o to silnější, protože jsem tohle zařízení v roce 1999 založil. Možná moji motivaci ještě zvyšuje i ta skutečnost, že v tom je i kus mně. Dál mě k práci motivuje i vyjádření určitýho vděku těch lidí, co sem chodí, protože oni počítají s tím, že když sem přijdou, tak my je nebudeme za to jejich chování nějakým způsobem odsuzovat, perzekuovat a jsou docela vděční, když tady můžou říct věci, ohledně těch jejich problémů, většinou ohledně brání a ví, že to můžou říct otevřeně, bez toho, že bychom je za to nějakou soudili. Pro mě je teda motivací to, že ten klient odchází a říká „děkuju“.*“

¹¹¹ Údaje poskytl Bc. Radovan Klábal.

Otázka č. 2 „**Jaké je Vaše vzdělání?**“

R. K.: *„Vysokoškolské, bakalářského typu.“*

„A mohl byste mi říct, jaký obor jste vystudoval?“

R. K.: *„Sociální pedagogika.“*

„Vy už jste říkal, že jste Káčko před 12 lety zakládal, takže tady vlastně působíte 12 let.“

R. K.: *„Jo.“*

Otázka č. 3 **“A co všechno obnáší Vaše profese?”**

R. K.: *„Já bych to řekl spíš jako obecně, co všechno nabízí Káčko, jo? Protože o moji profesi jako vedoucího, tam té práce s klienty moc není“*

M. Š.: *„Dobře.“*

R. K.: *„Taková ta základní služba, kterou klientům nabízíme, tak je vlastně výměnný program injekčních setů, injekčních stříkaček a jehel. S tím, že pro tuto službu sem klienti přichází většinou poprvé. Většinou ani až tak nestojí o ty další služby, ale v tom okamžiku jsou pro ně nejdůležitější ty jehly. Když sem vlastně přijdou poprvé, tak my je informujeme o těch dalších službách. Informujeme je taky o tom, že jsou tady nějaká pravidla. To je docela podstatný, protože nejsme žádný drogový doupe, ale protidrogové zařízení, takže tady se člověk může bavit o drogách, ale ne v tom smyslu, kde co koupil, prodal, vyrobil, nebo co budou vyrábět. Takže o drogách se mohou bavit jenom v tom smyslu, že měl třeba klient nějakou „stíhu“, nebo tak, jo. Ale ne v tom, co je trestná činnost. Takže když ty klienty seznámíme s těma službama, tak většinou mají zájem i o ty další služby, to je třeba testování na infekční nemoci, na žloutenku typu B, C a na vir HIV. To testování probíhá přímo tady v K-Centru, je to vlastně screeningové testování, takže ten klient se během nějakých 30 – 40 minut dozví, jestli ty testy zachytily protilátky na ty nemoci, což jinými slovy znamená, jestli je pozitivní nebo není. A taky se dozví, jak se tyto nemoci přenášejí, co dělat, aby se člověk nenakazil a taky co dělat když ten test vyjde, odborně bych měl říct reaktivní, ale to je takový slovíčkaření, takže spíš jestli je pozitivní nebo není. Jestli je pozitivní, tak se od nás dozví, jaké jsou další možnosti pro léčbu těchto nemocí. Ukážeme mu zařízení a jsme schopni mu domluvit lékaře,*

který tyto nemoci léčí. K těm dalším službám, tak ono se to jmenuje sociálně právní poradenství, ten člověk přijde, tak mi mu můžeme říct, na jaký sociální dávky má nárok, pokud nepracuje, řekneme mu jaká je přibližně orientační výše těch sociálních dávek, s tím že asi 40 % našich klientů pracuje, tak s těma to neřešíme. Ale můžou o tu práci kdykoliv přijít, ale zájem o tu práci je docela velký, tak jim můžeme pomoci tu práci hledat. Samozřejmě jim nemůžeme nijak zaručit, že jim tu práci najdem. Ale snažíme se, aby ten klient tu spolupráci s náma našel. Potom je to vyřizování různých dokladů, je to tak, že ten klient si to dělá a vyplňuje sám, my mu s tím jenom pomáháme. Není to tak, že bychom všechno udělali za něj, protože to by k ničemu nevedlo. No to bylo takový z té sociální oblasti a ze zdravotní oblasti, radíme jim, jak mohou začít abstinovat, kde se mohou léčit. Ve většině případů tu abstinenci sám člověk nezvládá, tak je vhodný mu doporučit nějaký léčebný zařízení, takže ho zase informujeme o tom, jaké jsou možnosti léčby a kde ty léčby probíhají. Snažíme se mu poradit, ohledně jeho typu braní, jaký typ léčby by byl podle našeho názoru pro něj vhodný, samozřejmě to rozhodnutí je na něm. Dál děláme ještě krizovou intervenci, protože je ten člověk krizi, tak mu pomáháme orientovat se v té jeho situaci a hledat s ním nějaký východiska. No a pak jsem zapomněl na hodně důležitou službu a to je, že my teda děláme s cílovou skupinou uživatelů drog, a pak je taky naše cílová skupina neuživatelé drog, což jsou příslušníci z rodiny, partneři, známý toho drogově závislýho, jde o lidi, kteří jsou v okolí toho závislýho. My máme ze statistik průměrný věk našich klientů 28 let, ale v poslední době přibývá těch starších uživatelů, kolem 40, jsou to uživatelé, kteří berou drogy řadu let, injekčně a stává se nám, že sem právě chodí jejich děti, vlastně děti těch závislých rodičů. Přichází třeba dítě, které nemá ani 20 let a má závislýho rodiče. A ta pomoc těmto lidem, kteří jsou v blízkosti těch závislých je podle mě moc důležitá, protože ta závislost se dotýká hlavně těch lidí v bezprostředním prostředí toho uživatele. Ty děti, kteří mají závislýho rodiče, kterej nechodí do práce, nedostává žádný dávky, protože na ně nemá nárok, tak je to velká zátěž pro celou rodinu. Rodiče mají mylný představy, jak se k těm dětem chovat, protože jim naopak často umožňují pohodlnější braní. Samozřejmě nechtěně.“

Otázka č. 4 „A co je pro Vás nejvíce náročné na Vaší práci?“

R. K.: „Neodnášet si ty problémy domů.“

M. Š.: „A jak to děláte?“

R. K.: „No já si myslím, že to musí mít člověk daný osobnostně, a taky za ty roky, co tu práci dělám, už umím oddělit ty svoje pracovní věci od těch rodinných, jako soukromých, protože pokud jenom myšlenkově řešíte problémy toho klienta, tak si prostě neodpočinete a může snadno vyhořet. Když zavírám dveře, tak se prostě začínám snažit přestávat myslet na práci, ono to samozřejmě někdy nejde, ale snažím se.“

Otázka č. 5 „**Jak probíhá první kontakt s klientem?**“

R. K.: „To je taky různý, v případě, že ten člověk přijde sám, díky tomu, že byl kontaktovanej terénním sociálním pracovníkem, tak už přichází a přibližně ví, co od našeho zařízení může očekávat. Zná už ta naše pravidla. Pak mu řekneme výčet služeb, který nabízíme. Je to takový rychlejší, protože takovej člověk už ví, do čeho jde. Když pak člověk přichází poprvé, třeba úplně sám, nebo s někým, kdo tady nikdy nebyl a nebyl ani kontaktovanej teréňákem v terénu, tak tam je to takový podrobnější, hlavně mu musíme vysvětlit smysl těch služeb. Protože se nám často stává, že když klienti zjistí, že je to zadarmo, tak se jim to hnedka jeví, jako podezřelý, může se jim zdát, že třeba spolupracujeme s policií nebo s někým. Tak se jim snažíme vysvětlit, že to tak není, a říkáme jim o smyslu prevence, jak se nenakazit, neporanit nikoho atd. Těmto klientům je teda potřeba věnovat se trochu víc a podrobněji vysvětlovat.“

Otázka č. 6 „**Zažil jste někdy konflikt s klientem? Jestli ano, tak jak jste ho řešil?**“

R. K.: „Součástí toho, aby to Káčko mohlo fungovat, je nastavení nějakých hranic, nějakých pravidel, to už jsem říkal na začátku. Součástí pravidel je i to, že ti lidi, kteří sem chodí, nesmí být agresivní. Nesmějí se chovat agresivně a to jak fyzicky i slovně. Jsou s tím teda seznámeni už na začátku. Díky tomu se u nás za těch 12 let nestalo, že by se někdo choval fyzicky agresivně. Se slovní agresí jsem se setkal asi třikrát. S tím že, jsem toho člověka požádal, aby odešel. A samozřejmě pak existují v pravidlech sankce, za jejich porušení. Proto ten vulgární klient dostal zákaz 14 dní chodit do Káčka. Podle mě je třeba těmto situacím předcházet, a pakliže nastanou, je lepší na ně reagovat tím zákazem. Pro ty lidi, je ten zákaz chodit do Káčka nepříjemnej, proto ty pravidla dodržují.“

Otázka č. 7 „**Nikdy se nestalo, že byste kvůli nějakému problému musel s klientem ukončit spolupráci?**“

R. K.: „*To by muselo jít snad jenom o porušení kardinálních pravidel, a tam patří třeba fyzické napadení toho pracovníka. S tím sem se setkal jenom v jiném zařízení, ne u nás. Je to jedinej případ, o kterým vím. U nás jsou ti klienti vděční za ty služby, proto se k nám chovají dobře. Já mám pocit, že tady se chovaj jinak, než ve svém prostředí, protože tady ty pravidla znají a někdy se i vzájemně hlídají.*“

Otázka č. 8 „Máte dostatek času na řešení jednotlivých případů, nebo se spíše nacházíte v časové tísní?“

R. K.: „*V nízkoprahových zařízeních to funguje tak, že když člověk ráno do práce přijde, tak v podstatě nikdy neví, kolik mu ten den těch klientů přijde, neví, co s nimi bude řešit, jak bude náročná jeho zakázka. Je to teda individuální den ode dne. Navíc neděláme jenom přímou práci s klienty, děláme i nepřímou práci s klienty, to znamená výkaznictví, a to je taky podstatná část toho dne. V podstatě si myslím, že by to bylo špatně, kdybychom čas na ty klienty neměli. My se to vždycky snažíme udělat tak, aby ten čas byl. V případě, že se stane, že jich se tu objeví víc, musíme jim říct, že je potřeba vyřešit nejdřív toho, kdo přišel první. Takže jako dostatek času máme, ale té administrativy stále přibývá, takže jsou situace, kdy si ten čas na toho klienta musíme udělat.*“

Otázka č. 9 „Jaké preventivní programy nabízíte?“

R. K.: „*V rámci našich služeb poskytujeme i primární prevenci, jsou to preventivní programy pro základní a střední školy v okrese. Ta práce je už letitá, v podstatě všude funguje, je to jednak pro žáky a studenty a taky pro pedagogy, výchovný poradce, metodiky. Taky v rámci třídních schůzek poskytujeme konzultace o této problematice rodičům žáků.*“

Otázka č. 10 „A jak hodnotíte jejich efektivitu?“

R. K.: „*Vzhledem k tomu, že si nás ti metodici prevence většinou zvou opakovaně, tak se domnívám a předpokládám, že si dělají nějakou zpětnou vazbu od těch žáků a studentů. Jsou to většinou interaktivní programy, tak se vždycky zapojí všichni studenti a žáci. Podle mě to má obrovský smysl.*“

Otázka č. 11 „Jaká je podle Vašeho názoru situace na Kroměřížsku? Zlepšila se v porovnání s lety 2007 – 2011 nebo je naopak horší?“

R. K.: *„Je stejná. Je od roku myslím si, 2002 – 2003 stejná. Ale můžu vycházet jenom z našich statistik. Pohybuje se to ročně kolem 400 klientů. Ročně se ten počet mění, jsou tam určité nějaký výkyvy, ale to je vždycky jenom tak plus minus 10%. Během 10 let se ty statistiky mění jenom málo. Já si myslím, že se ten drogový problém stabilizoval. Nedochozí tam k nějakým rapidním změnám“*

Otázka č. 12 „Myslíte si, že by se dala současná situace nějakým způsobem zlepšit? Jaké řešení navrhuje?“

R. K.: *„Já to vnímám tak, že je pořád strašně lehká dostupnost drog. Jo, vyrobit si pervitin není prostě nic moc složitýho, člověk, kterej užívá pravidelně, tak než aby za to platil, tak si to vyrobí sám, potom něco střelí známým, aby z toho něco měl, nebo i za nějakou protislužbu to dává někomu jinému, to samozásobitelství tady funguje ve velké míře. To se změnilo oproti předchozím letem. Je to daný tím, že ta výroba je jednoduchá, ale kvalita není nějaká dobrá. Ale ti lidi si to vyrobí přesto radši sami, než aby za to platili jiným. Podle mého názoru je teďka víc výrobců. A co by se s tím dalo dělat? No, když se ty léky dají koupit volně v lékárně bez předpisu, tak se s tím nedá zatím dělat asi nic. Ale zase na druhou stranu, když bylo to omezení nějakou dobu, tak si léky jezdili kupovat na Slovensko nebo do Polska, kde jsou ty léky snad ještě levnější. Takže proto, aby se to zlepšilo, by musela zaujmout jiný postoj v podstatě celá střední Evropa. Aby se to dalo nějakým způsobem nějak změnit.“*

Otázka č. 13 „Spolupracujete se zákonnými zástupci mladistvých?“

R. K.: *„No tak, máme klienty sedmnáctileté, ale vzhledem k tomu, že my ty služby poskytujeme nízkoprahově, to znamená, že se ten člověk nemusí nijak prokazovat, je to anonymní. Pokud nám klient řekne třeba jinej věk, tak to my nijak neovlivníme. My po něm nemůžeme chtít ani jeho jméno, ani bydliště, to znamená, že se to ani neohlašuje na OPOD ani rodičům. Ale to není podle mě nějaký problém. Já vidím spíš problém v tom, že ty mladý holky častokrát nechtěně otěhotní. Většinou jsou pohublý, mají nepravidelnou menstruaci, berou několik let a to že jsou těhotný, se dozví až po několika měsících. Tak to je problém. To je problém, i když doktoři říkají, že ten pervitin není až tak hroznej, pro to mimino, jak třeba heroin. Ale na druhou stranu já říkám, že ty pervitinový děcka ještě neodrostly, takže nikdo třeba neví, jestli nebudou mít zdravotní problémy v pozdějším věku, třeba ve dvaceti, třiceti letech a nikdo*

neví, jestli se nebudou dědit nějaký dispozice přes pokolení. Takže podle mě je to takový ještě hodně neprobádaný. Ale určitě to má na to dítě vliv, když třeba matka profetuje tři měsíce. Většinou ještě k tomu bere drogy i ten její partner, takže musí to na to dítě mít nějaký vliv. Takže pro nás teďka není největší problém mladistvý klient jako takový, ale spíš mladý těhotný matky, který berou drogy, nejčastěji pervitin.“

Otázka č. 14 „Spolupracujete s jinými zařízeními v okolí? S jakými?“

R. K.: „Tak hlavně v rámci Zlínského kraje spolupracujeme s ostatními kontaktními centry. Co se týká terapeutických zařízení, tak tady funguje jenom psychiatrická léčebna, protože terapeutická komunita tady v okolí není. Do psychiatrické léčebny ale klienty neodesíláme. Naše spolupráce je ještě s doktorem Konečným ze Zlína, což je psychiatr a adiktolog. A jinak ta spolupráce je spíš vzájemná výměna informací, spíš jde o předávání vzájemných zkušeností. Jinak my ještě spolupracujeme s azylovým domem pro matky. Těm pracovnícím pak říkáme, jaký jsou příznaky jednotlivých drog, na co si třeba mají dávat pozor, apod. Ještě spolupracujeme s Probační a mediační službou.“

Otázka č. 15 „S kým je ta spolupráce nejintenzivnější?“

R. K.: „Nejintenzivnější je asi s terapeutickou komunitou, ale ta není ve Zlínském kraji.“

Otázka č. 16 „Je pro Vás důležitá znalost drogové problematiky, nebo se spíše obracíte na odborníky?“

R. K.: „No já nechci, aby to vyznělo, že chválím sebe, nebo nás jako Káčko. Ale tady v regionu jsme jedinými odborníky na drogovou problematiku my. Protože tady v okrese žádný jiný odborník vlastně není. Jsme vlastně jediná, kdo přispívají na toto téma do novin, do reportáží v regionálních rádiích, kdo informuje širokou veřejnost. Takže těmi odborníky jsme v oblasti drogové problematiky my a ta znalost je nezbytná.“

KAZUISTIKY

Základní informace ke zpracování kasuistik mi poskytla pracovnice terapeutické komunity. Studium spisové dokumentace probíhalo jeden týden a byly vybrány dva případy. Jména dotyčných osob byla změněna.

KAZUISTIKA PETR

Osobní anamnéza

Petr, nar. 1994, dobrovolně se přihlásil k léčbě drogové závislosti do terapeutické komunity.

Petr žil od narození s bratrem a rodiči na vesnici. Zde obývali menší rodinný domek. Rodiče měli finanční problémy, které se stále zhoršovaly kvůli otcově závislosti na výherních automatech. Matka se snažila situaci zachránit, proto měla dvě zaměstnání a pracovala na směny. Petr dojížděl do ZŠ v blízkém městě. Ve škole měl průměrný prospěch, neměl žádné výchovné problémy. Po ZŠ se rozhodl studovat na SOU obor kadeřník. Škola ho bavila, neměl zde žádné problémy, vztahy se spolužáky byly dobré. V této době pravidelně kouřil marihuanu. Po absolvování SOU začal jako kadeřník pracovat. K pervitinu ho přivedl v 17 letech starší bratr Zdeněk, který ho už delší dobu sám užíval. Po nějaké době Petra z kadeřnictví vyhodili, jelikož do práce nechodil pravidelně. Petr se ocitl v hmotné nouzi, potřeboval peníze na drogy, proto kadeřnictví vykradl.

Rodinná anamnéza

Matka: Petra, 1965

Otec: Jiří, 1964

Sourozenci: bratr Zdeněk, 1988

Petr pochází z úplné rodiny, avšak oba rodiče tragicky zemřeli v roce 2000 při dopravní nehodě. V té době se Petr s bratrem Zdeňkem ocitli sami, rozhodli se, že spolu budou bydlet. Nezvládali však nároky spojené s bydlením, proto s nimi začali bydlet další kamarádi, všichni užívali pervitin. Obývali nájemní byt ve městě o velikosti 3 + 1. Petr nemá prarodiče a s ostatními členy širší rodiny neudrhuje žádné bližší vztahy. V současné době Petr neudrhuje vztah ani s bratrem Zdeňkem, který je stále drogově závislý. Petr se obává, že by ho zase stáhl k drogám. Petr by si přál, aby se léčil i Zdeněk.

Sociální anamnéza

Petr přišel do terapeutické komunity dobrovolně v lednu 2012. K drogám ho dovedl starší bratr Zdeněk. Od 14 let pravidelně kouří marihuanu a od 17 let užíval pervitin. Nejdříve

pervitin šňupal a po půl roce ho užíval nitrožilně. Petr se chce vyléčit, do terapeutické komunity se dostal dobrovolně, ze začátku byl nerozhodný. Poté se odhodlal, podstoupil detox v Psychiatrické léčebně, odtud se dozvěděl o terapeutické komunitě a zaslal žádost o pobyt. Nikdy nevyužil služeb K-centra, jehly mu vyměňovali spolubydlíci.

Petr v současné době řeší, jak je na tom Zdeněk, přemýšlí, jestli ho má zkontaktovat. Přál by si, aby se do terapeutické komunity dostal i jeho starší bratr. Petr je bezproblémový klient, dodržuje v komunitě všechna pravidla, podílí se na pracovních terapiích, nejsou s ním žádné problémy. Ukončil nulovou fázi, která zpravidla trvá 14 dní a nyní je v první fázi léčby.

KAZUISTIKA KATKA

Osobní anamnéza

Katka, nar. 1990, od 15 let závislost na pervitinu.

Katka je jedináček. Má ukončené základní vzdělání. Ve škole se kvůli vadě řeči potýkala s šikanou ze strany spolužáků. Výrazně zanedbávala povinnou školní docházku, od 14 let pila alkohol a kouřila cigarety. V 15 letech se dostala do party punkerů a začala kouřit pravidelně marihuanu a občas šňupala pervitin. Jelikož pochází ze sociálně slabé rodiny, neměla na dávky pervitinu finance. Pokud Katka neměla peníze na pervitin, kompenzovala ho alkoholem. Kvůli penězům na pervitin se rozhodla nabízet přes inzeráty sexuální služby mužům. Od 18 let pak pracovala v Night Clubu jako společnice. V práci byla většinou pod vlivem pervitinu. Spřátelila se s lidmi z Night Clubu, s některými z nich udržuje kontakt i v současnosti. Jeden z jejich bývalých klientů jí posílá finanční obnosy na bankovní účet. Katka se tomu přes přesvědčování ostatních klientů z komunity nebrání a peníze od muže přijímá. Nakupuje si za ně cigarety apod. V terapeutické komunitě je od listopadu 2011, tedy 5 měsíců.

Rodinná anamnéza

Matka: Markéta, nar. 1969

Otec: neznámý

Sourozenci: 0

Katka bydlí od narození s matkou. Otce nikdy nepoznala, matka Markéta se s ní o otci odmítá bavit. Proto po něm nikdy více nepátrala. Katka nemá žádné sourozence, matka Markéta nemohla mít ze zdravotních důvodů více dětí. Katka s matkou jsou v hmotné nouzi,

když byla Katka malá, hodně se stěhovaly, hledaly levné podnájemy, většinou bydlely v podnájmu v garsonkách.

V současné době je Katka s matkou v kontaktu. Jejich vzájemný vztah se výrazně zhoršil kvůli Katčině závislosti na pervitinu. Matka Markéta neunesla Katčinu závislost na drogách a také nezvládala fakt, že si Katka na drogy vydělává v místním Night Clubu jako „společnice“. Společné vazby spolu nacházejí pomocí rodinné terapie, které se dobrovolně účastní.

Sociální anamnéza

Katka se do terapeutické komunity dostala díky sociálnímu pracovníkovi z P-centra. V P-centru si byla Katka zažádat o testy na žloutenku B, C a na vir HIV. Měla kvůli své práci a z nitrožilního užívání pervitinu strach z nemocí. Testy na tyto nemoci byly vyhodnoceny jako negativní. V P-centru se Katka dozvěděla od sociálních pracovníků o možnostech léčby. Byla jí nabídnuta terapeutická komunita. Po nějaké době se Katka do P-centra vrátila a chtěla vyplnit a odeslat žádost do terapeutické komunity.

V současné době má za sebou Katka 5 měsíců léčby v terapeutické komunitě. Katka plánuje v březnu podat žádost do doléčovacího programu v P-centru. S matkou stále zlepšují své vztahy, plánují společné bydlení. Matka si našla novou práci a stálé bydlení ve městě. Katka stále nemůže sehnat práci, což je zřejmě zapříčiněno tím, že má jen základní vzdělání. Katka si našla nového přítele, jejich vztah je však nakloněn, protože její přítel zjistil, že Katce posílá na účet peníze její bývalý klient z Night Clubu.

5.5 Výzkumné závěry

Kurátorka Dagmar Mynářová konstatovala, že ve své funkci působí již řadu let a díky dlouholeté praxi má přehled o rizikové mládeži, sociálně patologických jevech a zařízeních pro pomoc těmto jedincům.

Paní Mynářová v průběhu rozhovoru hovořila o své práci, uváděla činnosti, které denně provádí. Také sdělila, v čem spatřuje úskalí své profese. Negativně hodnotila zejména neochotu klientů ke spolupráci. Uvedla, že její klienti jsou ve většině případů klienty nedobrovolnými. Hovořila o problémech v komunikaci s mladistvými klienty. Upozornila na problémové rodiny, které nechtějí spolupracovat a znemožňují tím nápravu svého dítěte nebo

adolescenta. Dále sdělila informace o nedostatku času na jednotlivé případy, kterým by se chtěla věnovat déle a důkladněji.

Kurátorka se žádným způsobem nezapojuje do preventivních opatření a programů na Kroměřížsku. To však nehodnotíme záporně, jelikož své klienty a jejich rodiny odkazuje na jiné organizace v Kroměříži, které tyto programy organizují. Jsou jimi zejména Středisko výchovné péče, které se zaměřuje na výchovné problémy, problémy spojené se školním prostředím, poruchy příjmu potravy, apod., dále je to policie ČR, jejíž preventistka organizuje preventivní programy přímo ve školách (základních i středních), odkazuje také na jediné nízkoprahové centrum v Kroměříži, které poskytuje jak primární tak sekundární prevenci drogově závislým či ohroženým. Jejich preventivní opatření považuje paní Mynářová za efektivní, i když počítá do budoucna s tím, že se bude muset jako kurátor do preventivních programů také zapojit. Celkovou spoluprací na Kroměřížsku hodnotila velmi pozitivně a posoudila ji jako bezproblémovou.

Kurátorka se zamýšlela nad otázkou, proč se mladiství dopouštějí rizikového chování, a uvedla, že problém spatřuje v zejména v rodinách, které nejsou funkční, neplní své rodičovské povinnosti, jejich výchova je nedostatečně důsledná, na děti nemají čas, předávají jim špatné vzory. To je hlavní důvod, proč mají děti a mladistvý výchovné problémy, sklony k závislostem apod. Druhým důvodem jsou vrstevnické skupiny a party.

Kurátorku jsem žádala o statistiky z let 2007 – 2011. Poskytla mi statistiku z roku 2011, proto jsem nemohla provést analýzu výskytu rizikového chování u mladistvých na Kroměřížsku, jak jsem plánovala.

Bc. Radovan Klabal uvádí, že služeb K-centra Plus v Kroměříži využívají v největším počtu osoby závislé na pervitinu. Celkový počet těchto osob se nijak rapidně nemění, objevují se pouze mírné výkyvy v jednotlivých obdobích. Pervitin je na Kroměřížsku snadno dostupnou drogou, pro závislé není obtížné si jej obstarat, na Kroměřížsku jej vyrábí mnoho amatérských vaříčů a cenově nepatří mezi nejdražší drogy.

Jako pozitivní hodnotíme, že K-centrum kromě sekundární prevence nabízí také primární prevenci. Primární prevence se orientuje zejména na děti a mládež na základních a středních školách v okrese Kroměříž. Bc. Klabal hodnotí zapojení do primární prevence efektivně, dostává kladnou zpětnou vazbu od pedagogů i od žáků a studentů.

Jelikož je K-centrum jediným zařízením na Kroměřížsku, které se cíleně orientuje na drogově závislé či ohrožené, oceňujeme, že kromě ambulantních služeb poskytuje také terénní

program. Ambulantní služby jsou poskytovány klientům přímo v budově K-centra Plus. Mezi ambulantní služby řadíme výměnu injekčních stříkaček, testování hepatitidy B, C a viru HIV, pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, asistenci při vyřizování záležitostí na úřadech, apod. Důležité je, že pracovníci K-centra poskytují pomoc i blízkým závislého. Rodinným příslušníkům poskytují rodinné poradenství a podporu v krizové situaci. Terénní program funguje v Kroměříži, Holešově, Hulíně, Bystřici pod Hostýnem, Chropyni a v obci Morkovice-Slížany. Všechny služby fungují na principu nízkoprahovosti, to znamená, že jsou anonymní a bezplatné. Poslání K-centra hodnotíme jako potřebnou službu, jelikož je v okrese Kroměříž jedinou institucí, která se zaměřuje na cílovou skupinu drogově závislých či ohrožených. K-centrum funguje úspěšně již 12 let, jeho služeb využívá stále více klientů.

ZÁVĚR

Stanovené cíle byly naplněny. Bakalářská práce jsem zaměřila na problematiku mladistvých ohrožených sociálním vyloučením na Kroměřížsku. Popsala jsem období adolescence z psychologického hlediska. Důraz jsem kladla na změny, které se u adolescentů projevují v oblasti fyzické, psychické a sociální. Práci jsem orientovala na rizikové chování mladistvých. Zaměřila jsem se na popis závislostního chování, na gambling, alkoholovou a nealkoholovou závislost. Uvedla jsem i další sociálně patologické jevy, které ohrožují mladistvé jedince. Z metod sociální práce s mládeží jsem jmenovala krizovou intervenci, sociální poradenství, mediaci jako způsob řešení mezilidských konfliktů a rodinnou terapii. Zmínila jsem odborný tým a jeho činnost, pro kterou je důležitá znalost legislativy, která souvisí se sociální prací s mladistvými. V rámci prevence předávám popis složek prevence. Zkoumala jsem, jakým způsobem funguje prevence sociálně patologického chování mladistvých na Kroměřížsku.

Ve výzkumné části jsem se zabývala činností kurátora pro děti a mládež na Městském úřadě v Kroměříži. Realizovala jsem s kurátorkou rozhovor, ze kterého vyplývá náplň činnosti kurátorky a důležitost spolupráce a zapojení odborného týmu pracovníků. Dále jsem zjišťovala poslání K-centra Plus v Kroměříži. S vedoucím pracovníkem K-centra Plus Bc. Radovanem Klábalem jsem hovořila o důležitosti K-centra v Kroměříži, protože je jediným zařízením v okrese, které poskytuje své služby drogově závislým osobám na principu nízkoprahovosti. Zpracovala jsem dvě kasuistiky osob, které se rozhodli podstoupit dobrovolně léčbu z drogové závislosti v terapeutické komunitě. Pro zpracování kazuistik jsem studovala spisovou dokumentaci klientů terapeutické komunity.

Ukázalo se, že spolupráce odborného týmu na Kroměřížsku funguje efektivně a bezproblémově na sebe navazují jednotlivá zařízení. Poslání K-centra Plus jako jediného nízkoprahového zařízení v Kroměříži orientovaného na cílovou skupinu drogově závislých se ukázalo na Kroměřížsku jako nezbytné. Hlavní i dílčí cíle bakalářské práce byly naplněny.

Riziková mládež na Kroměřížsku je stálým problematickým jevem. Zajímalo mě, zda se počet rizikových jedinců zvyšuje. Dozvěděla jsem se, že je situace stabilní, rapidně se v porovnání s minulými lety neliší. Každý rok se objevují nepatrné výkyvy v počtech rizikových mladistvých. Nedostatečně bych zhodnotila absenci spisové dokumentace jednotlivých případů u kurátorky pro děti a mládež.

Prevence na Kroměřížsku zajišťována odborným týmem pracovníků, kteří vzájemně spolupracují a dosahují pozitivních výsledků. Největší nedostatek v prevenci spatřuji v rodinách dětí a mladistvých, která by měla zajišťovat primární prevenci, ale často tak nečiní. Jde o rodiny, které neplní své funkce, rodiče jsou nedůslední a liberální ve výchově dětí, nebo na děti nemají dostatek času. Myslím si, že by se na výchově dětí měli podílet i učitelé ve škole. Setkávám se ale s názory, že učitelé upřednostňují před žáky učivo. Na znalosti a vědomosti jsou v dnešní době kladeny vysoké nároky. Pozitivně hodnotím činnost nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, která nabízí širokou nabídku volnočasových aktivit pro děti a mladistvé všech věkových kategorií.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: Supervize, streetwork, financování*. 1. vydání. Brno: Doplněk, 2003. ISBN 80-7239-148-8.

FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLÁ, Lenka. *Mediace: Způsob řešení mezilidských konfliktů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0467-6.

HOLÁ, Lenka. *Mediace v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 9780-247-3134-6.

JANÍKOVÁ, Barbara a Tereza DANĚČKOVÁ. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. 1. vydání. Praha, 2007. ISBN 978-80-254-0525-3.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vydání, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vydání, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KLENOVSKÝ, Libor. *Terénna sociálna práca*. 1. vydání. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2006. ISBN 80-89185-18-5.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

KUBÁTOVÁ, Dagmar a Jitka MACHOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

- KUČEROVÁ, Hana a Marek PREISS a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1460-4.
- LABÁTH, Vladimír a kol. *Riziková mládež*. 1. vydání. Praha: Slon, 2001. ISBN 80-85850-66-4.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LOVASOVÁ, Lenka. *Šikana*. 1. vydání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-65-2.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
- MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
- MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2310-5.
- MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období adolescence*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-15-2.
- NEŠPOR, Karel. *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportpropag, 2006.
- NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.
- POKORNÝ, V., J. TELCOVÁ a A. TOMKO. *Prevence sociálně patologických jevů*. 3. vydání. Brno, 2003. ISBN 80-86568-00-8.
- PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství aneb Sázka na štěstí*. 1. vydání. Plzeň, 2008. ISBN 978-80-7380-074-1.
- SATIR, Virginia. *Společná terapie rodiny*. 1. vydání. Přeložil Matěj ČERNÝ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-303-1.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠTEFAN, Jiří a Jan MACH. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0931-7.

URBAN, Lukáš a Josef DUBSKÝ. *Sociální deviace*. 1. vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-133-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

VOTAVOVÁ, Milada. *Cesta do drogové závislosti a možnosti návratu*. In: VALIŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1734-0.

Legislativa

ČESKO. Zákon č. 104 ze dne 8. dubna 1991 o sjednání úmluvy o právech dítěte. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 22, s. 502-512. ISSN 1210-0005.

ČESKO. Zákon č. 200 ze dne 17. května 1990 o přestupcích. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1990, částka 35, s. 810 – 826. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1990/sb035-90.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 359 ze dne 9. prosince 1999 o sociálně právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111, s. 7662-7681. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1999/sb111-99.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 257 ze dne 14. července 2000 o Probační a mediační službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74, s. 3616-3621. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb074-00.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 109 ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. In:

Sbírka zákonů České republiky. 2002, částka 48, s. 2978-2992. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2002/sb048-02.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 218 ze dne 25. června 2003 o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 79, s. 4030-4052. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2003/sb079-03.pdf>

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257 – 1289. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 354-464. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.

Jiné zdroje

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č. j.: 21291/2010-28 [online]. Praha: MŠMT, 2010 [cit. 2012-12-22]. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/>.

Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011 [cit. 2012-11-19]. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>. ISBN 978-80-904259-0-3.

HUBÁČKOVÁ, Jitka. *Objasnění vybraných pojmů* [online]. 4. 4. 2005 [cit. 2011- 09-14]. Dostupné také z: <http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/socialnepatologickejevyajejichprevenceobecne/12342.aspx>.

Sociální kurátor - koordinátor pro společensky nepřizpůsobené osoby [online]. Město Kroměříž, 2012 [cit. 2012-02-14]. Dostupné také z: <http://www.mesto-kromeriz.cz/agenda.asp?agenda=27&modul=obcan&map=91>.

Psychoaktivní droga [online]. 24. 12. 2011 [cit. 2012-01-15]. Dostupné také z: <http://cz.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivní-droga>.

Veřejná databáze [online databáze]. Praha: ČSÚ, 31. 12. 2010 [cit. 2011-07-21]. Dostupné také z: <http://vab.czso.cz/vdbvo/uvod.jsp>.

Současnost [online]. Město Kroměříž, 2012 [cit. 2012-02-14]. Dostupné také z: <http://www.mesto-kromeriz.cz/stranka.asp?kod=9&modul=navstevnik&map=22>.

Meziokresní srovnání [online]. Zlín: Krajská správa ČSÚ, 24. 1. 2011 [cit. 2012- 01- 05]. Dostupné také z: http://www.czso.cz/xz/redakce.nsf/i/meziokresni_srovnani.

Kroměříž [online]. 28. 2. 2012 [cit. 2012-02-29]. Dostupné také z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Krom%C4%9B%C5%99%C3%AD%C5%BE>.

Mapy a grafy [online]. Zlín: Krajská správa ČSÚ, 21. 5. 2009 [cit 2011-08-25]. Dostupné také z: http://www.zlin.czso.cz/xz/redakce.nsf/i/mapy_a_grafy_okresy.

Rejstřík škol a školských zařízení [online databáze] Praha: MŠMT, 2006 [cit. 2011-08-21]. Přístup z: <http://rejskol.msmt.cz/>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 **Rozdělení drog na legální a nelegální**

Příloha č. 2 **Rozdělení drog na měkké a tvrdé**

Příloha č. 3 **Seznam otázek k rozhovorům**

Příloha č. 4 **Sociální služby na Kroměřížsku pro děti a mládež ohroženou sociálním vyloučením.**

PŘÍLOHA č. 1 Rozdělení drog na legální a nelegální:¹¹²



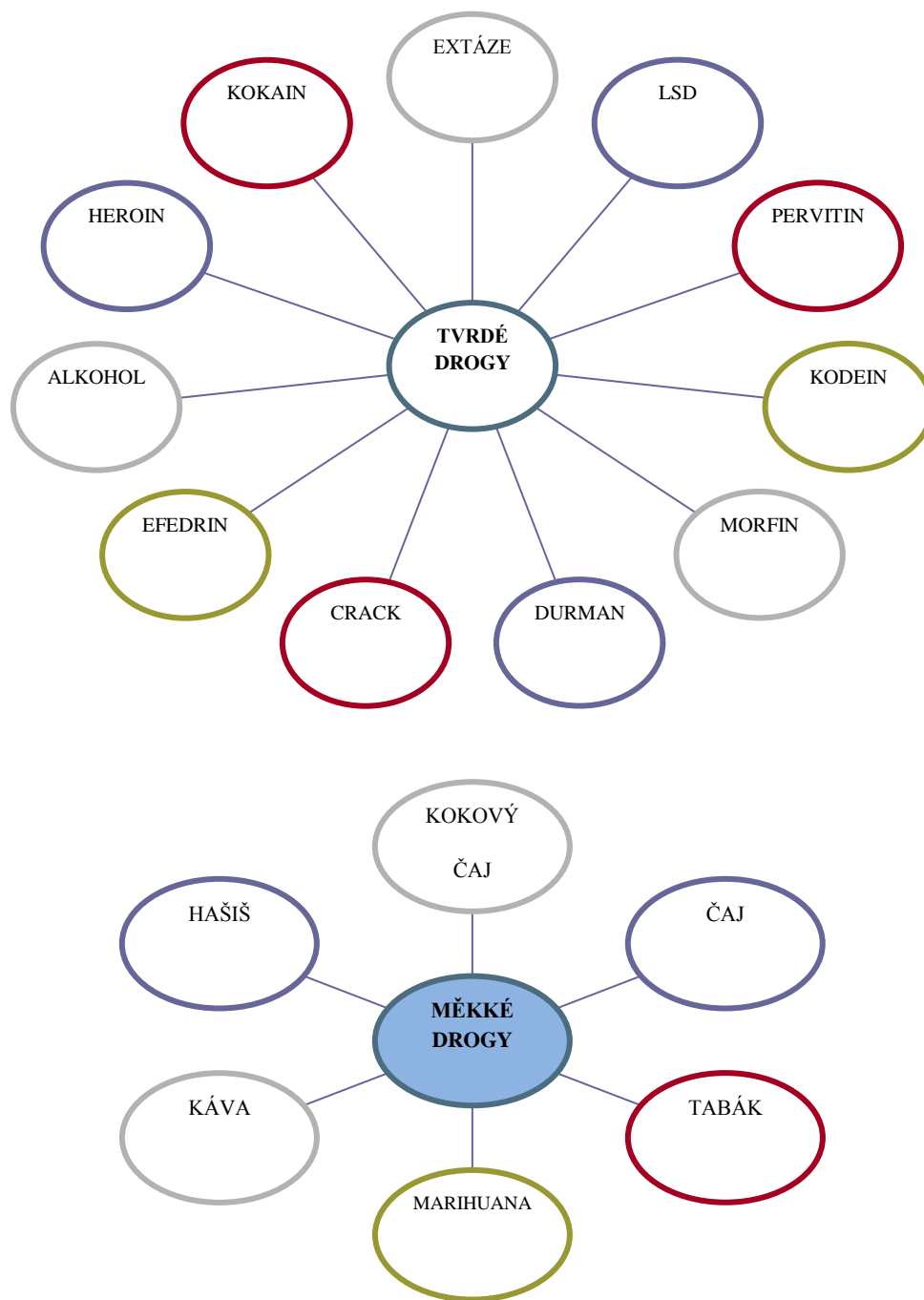
- LÉKY,
- ALKOHOL,
- TĚKAVÉ LÁTKY,
- LÉKY S TLUMIVÝM ÚČINKEM,
- KOFEIN.



- KONOPNÉ DROGY,
- HALUCINOGENY,
- STIMULANCIA,
- EXTÁZE,
- OPIÁTY.

¹¹² Vlastní.

PŘÍLOHA č. 2 Rozdělení drog na měkké a tvrdé:¹¹³



¹¹³ KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 340.

PŘÍLOHA č. 3 Seznam otázek k rozhovorům

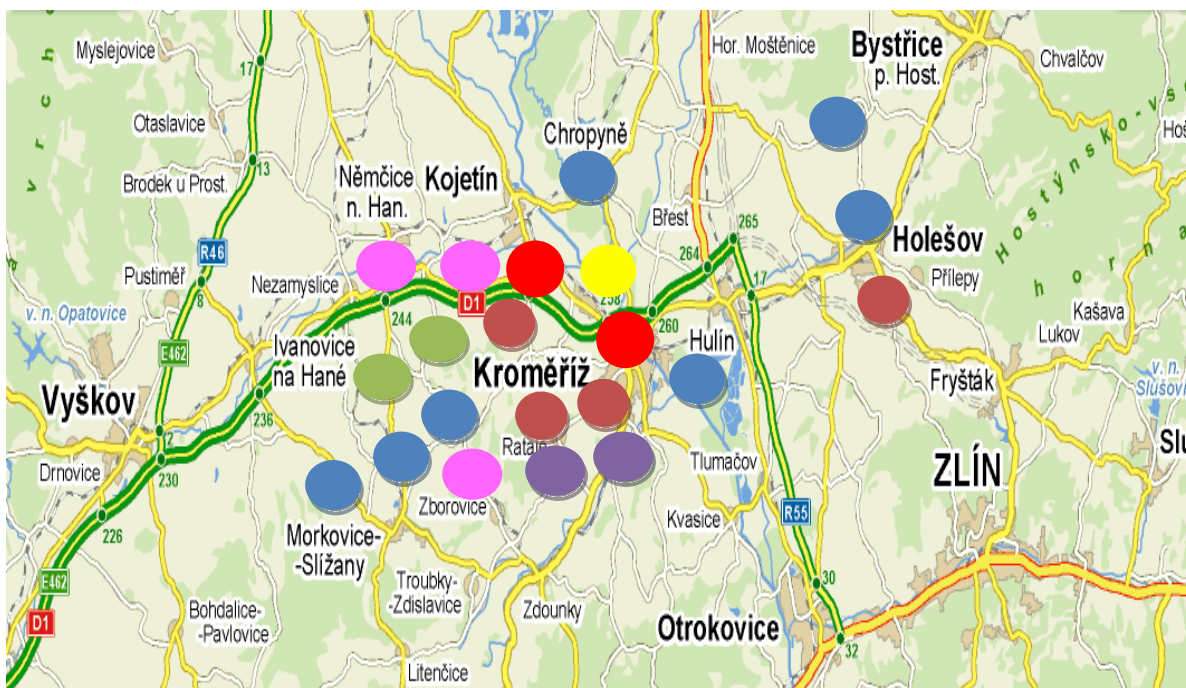
Rozhovor realizován s: Bc. Radovanem Klabalem, vedoucím Kontaktního centra Plus a s Dagmar Mynářovou, kurátorkou pro děti a mládež.

Otázky se zaměřují na:

- a) Osobnost pracovníka.
- b) Klienta.
- c) Preventivní programy.
- d) Spolupráci.

1. Co Vás motivuje na Vaší práci?
2. Jaké je Vaše vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete jako kurátorka,(vedoucí kontaktního centra, okresní metodik prevence)?
4. Co všechno obnáší Vaše profese?
5. Co je podle Vás nejvíce náročné na Vaší profesi?
6. Jak probíhá první kontakt s klientem?
7. Zažil/a jste někdy konflikt s klientem? Jak jste ho řešil/a?
8. Ukončil/a jste někdy případ kvůli problému s klientem?
9. Máte dostatek času na řešení jednotlivých případů, nebo se nacházíte v časové tísní?
10. Jaké preventivní programy nabízíte?
11. Jak hodnotíte efektivitu těchto preventivních programů?
12. Jaká je dle Vašeho názoru situace na Kroměřížsku? Zlepšila se v porovnání s lety 2007 – 2011 nebo je naopak horší?
13. Myslíte si, že by se dala současná situace nějakým způsobem zlepšit? Jaké řešení navrhuje?
14. Spolupracujete se zákonnými zástupci mladistvého?
15. Spolupracujete s jinými zařízeními v okolí? S jakými?
16. Jak hodnotíte spolupráci?
17. Je pro Vás důležitá znalost drogové problematiky, nebo se obracíte na odborníky?

PŘÍLOHA č. 4 Sociální služby na Kroměřížsku pro děti a mládež ohroženou sociálním vyloučením



Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi:

FOD, pobočka Kroměříž,
FOD, zařízení Klokánek,
Charita Holešov,
Charita Kroměříž, Charitní dům.



Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež:

JASPIS, o. s.,
Nízkoprahové denní centrum ADAM, Kroměříž.



Kontaktní centra:

Oblastní charita Kroměříž, Kontaktní centrum Plus,
Oblastní charita Kroměříž, terénní program Plus – Kroměříž, Holešov, Hulín, Bystřice pod Hostýnem, Morkovice – Slížany, Chropyně.

**Sociální rehabilitace:**

FOD – Klokánek, pobočka Kroměříž (2x).

**Telefonická krizová pomoc:**

Krizová linka Kroměříž.

**Odborné sociální poradenství:**

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy v Kroměříži,
Sociální poradna, Charita Kroměříž.

**Azylové domy a noclehárny:**

Azylový dům pro muže, Kroměříž,
Charitní dům, Azylové ubytování pro matky s dětmi a ženy v tísní v Kroměříži,
Azylový dům pro muže, Noclehárna.