

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Kamil Jaroš

3. ročník – kombinované studium

Obor: speciálně pedagogická andragogika

KVALITA ŽIVOTA U OSOB OHROŽENÝCH SOCIÁLNÍ EXKLUZÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

OLOMOUC 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedených pramenů a literatury.

V Uničově dne 30. 3. 2012

.....
Kamil Jaroš

Poděkování

Chtěl bych poděkovat doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za trpělivé vedení, ochotu při poskytování cenných rad a podnětů a za čas, který mi během psaní bakalářské práce věnovala.

Děkuji rovněž uživatelům služby Nízkoprahového denního centra, že mi dovolili nahlédnout do jejich soukromí.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 5 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 7 |
| 1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY JAKO PŘÍČINA SOCIÁLNÍ EXKLUZE..... | 7 |
| 1.1 Vymezení pojmu, rozdělení | 7 |
| 1.1.1 Alkoholismus | 8 |
| 1.1.2 Drogová závislost | 9 |
| 1.1.3 Jiné..... | 15 |
| 2 OSOBY OHROŽENÉ SOCIÁLNÍ EXKLUZÍ | 17 |
| 2.1 Vymezení pojmu | 17 |
| 2.2 Příčiny | 18 |
| 2.3 Reakce rodiny..... | 18 |
| 2.4 Reakce společnosti | 19 |
| 3 POMOC PROSTŘEDNICTVÍM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB | 20 |
| 3.1 Nízkoprahové denní centrum | 20 |
| 3.2 Azylové domy | 20 |
| 3.3 Kontaktní centra | 22 |
| 3.4 Terénní služby | 23 |
| | |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 24 |
| 4 VLIV SLUŽBY NDC NA KVALITU ŽIVOTA OSOB OHROŽENÝCH SOCIÁLNÍ EXKLUZÍ | 24 |
| | |
| ZÁVĚR | 41 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 42 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 45 |
| ANOTACE | |

ÚVOD

Nedávno jsem měl možnost jako zaměstnanec společnosti, která se mimo jiné zabývala údržbou městských komunikací a veřejné zeleně, hovořit s několika osobami bez přístřeší, které různě pobývaly v parcích, na lavičkách, nebo prosily o drobné mince před nákupními středisky. Neodmyslitelnou a všude přítomnou rekvizitou se u většiny z nich stala plastová láhev, nebo krabička s levným vínem. Jelikož jsem některé z těchto lidí znal již z dřívější doby, kdy ještě pracovali a bydleli v bytech, nebo rodinných domech v blízkém okolí, začalo mne zajímat, co bylo příčinou poklesu jejich životní úrovně a zda existuje zařízení, které jim může v této nepříznivé situaci pomoci. Toto téma se také stalo hlavním kritériem při tvorbě mé bakalářské práce.

V úvodu teoretické části bych chtěl poukázat na společensky nežádoucí jevy, které se největší mírou podílejí na vyloučení některých jedinců nebo i skupin obyvatelstva na okraj společnosti, a to především z trhu práce. Alkohol a drogy, mezi které patří i marihuana, jsou nejčastější a nejvíce užívané návykové látky. I pro nemajetné a bezdomovce je stále snadné se k těmto látkám bez větších problémů dostat, což má mnohdy za následek prohlubování jejich už tak svízelné životní situace

Druhá část je zaměřena na osoby ohrožené sociálním vyloučením a příčiny, které nejčastěji způsobují ztrátu sociálního statusu, včetně reakcí nejbližší rodiny a postoje společnosti k této problematice. Stále častěji se ve svém nejbližším okolí setkáváme s fenoménem lidí bez domova. Ne vždy na nás působí tito jedinci jako někdo, komu bychom měli věnovat třeba tu nejmenší pozornost.

Pomoc vybraných služeb sociální prevence při řešení složité životní situace u osob na pokraji sociálního vyloučení je hlavním obsahem třetí části této bakalářské práce. Myslím si, že je velmi důležitá osvěta a informovanost nejen u rizikových skupin, ale také u nejširší veřejnosti. Problematikou bezdomovectví a zmírňováním následků sociálního vyloučení se zabývá několik služeb sociální prevence, které jsou přesně vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona. K nejvíce využívaným službám v této oblasti patří Nízkoprahové denní centrum, které poskytuje nebo zajišťuje jak svým klientům, tak i jejich rodinným příslušníkům nejkompexnějších pomoc.

Praktická část je zaměřena na zjištění hlavních etiologických příčin sociální exkluze klientů Nízkoprahového denního centra a způsob, jakým tato služba napomáhá při odstranění,

nebo alespoň zmírnění následků jejich neutěšené životní situace. Dalším cílem bylo zjistit, které z poskytovaných služeb vykazují nejvyšší frekvenci.

1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY JAKO PŘÍČINA SOCIÁLNÍ EXKLUZE

V této kapitole bych se chtěl zabývat problémem nežádoucích jevů, které jsou v současné společnosti stále více aktuální. Dotýkají se jak jednotlivců, rodin, tak i celé společnosti.

1.1 Vymezení pojmu, rozdělení

Sociální patologií lze podle Vykopalové (2001) označit všechny nenormální, či nežádoucí společenské jevy. Patří sem všechny sankcionované formy a podoby deviantního chování a také studium příčin jejich vzniku. Stanovení, co je patologické, se odvíjí od pojetí normality, kterou akceptuje daná společnost.

„Sociálně patologické jevy jsou společensky nežádoucí jevy (např. nezaměstnanost, chudoba, vysoká rozvodovost, extrémně zvýšená nemocnost) a především společensky nebezpečné jevy (např. násilí, vandalismus, terorismus, šikana, kriminalita, rasismus, drogové závislosti, alkoholismus, prostituce, pornografie, gamblerství).“

(<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialne-patologicke-jevy>)

„Pojem sociální exkluze je definován jako vyloučení některých jedinců nebo i skupin obyvatelstva na okraj společnosti, a to především z trhu práce.“

(<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialni-exkluze>)

Mareš (2000) uvádí, že se sociální exkluzí v různých formách se setkáváme ve všech historických společnostech. Jako jednu ze základních forem sociální exkluze v současné době Mareš (2000) považuje marginalizaci na trhu práce, jako například nezaměstnanost, vytlačení na sekundární trh práce či strádání placeného zaměstnání a nezaměstnanost. Placená práce je dnes zdrojem živobytí, ale i určitým statusem, identitou a sebevědomím člověka. Z postavení člověka na trhu práce je odvozeno mnoho základních práv a oprávnění. Se sociální exkluzí úzce souvisí i chudoba – vyloučení ze standardu života, životních šancí, zdravotní péče, vzdělání, konzumních aspirací.

Mareš (2008) se zmiňuje o tom, že sociální exkluze má i prostorový aspekt, protože lidé i sociální skupiny nejsou vyloučeni jen v sociálním ale i fyzickém prostoru, kdy jsou soustředěny do určitých míst nebo lokalit.

„K sociální exkluzi paradoxně mnohdy přispívá i sociální politika svou tendencí koncentrovat chudé (sociální bydlení, rekvalifikační kursy pro nezaměstnané ap.) a vytvářet tak homogenní

prostředí, v němž absentují lidé schopní být příkladem životních strategií čelících vyloučení.“
Mareš (2000, s. 292)

1.1.1 Alkoholismus

Alkohol je v dnešní době nejčastější a nejdostupnější návykovou látkou u nás.

Mühlpachr (2002, str. 19): „Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je chápán syndrom závislosti na alkoholu jako skupina jevů fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se duševního života, zejména poznávání), v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je touha (často silná, někdy přemáhající) přijímat alkohol. Pití alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje.“

Podle Fischera a Škody (2009) se alkoholové závislosti poddává více mužů než žen. I přes negativní následky na zdraví jednotlivců a rozvracení rodin stále zůstává tradičně užívanou látkou při různých neformálních, formálních a náboženských příležitostech.

Hlavní psychoaktivní složkou alkoholických nápojů je etanol, na který reaguje každý jedinec individuálně. Reakce jsou závislé na tělesné hmotnosti, pohlaví, hladině alkoholu obsažené v krvi a tak době od poslední konzumace.

Fáze závislosti na alkoholu

Mühlpachr (2002, str. 19-20) uvádí: „Vývojová stádia závislosti vypracoval kanadský psychiatr Jellinek (1960), jehož klasifikace je obecně přijímána našimi i zahraničními odborníky.

1. stádium: iniciální, počáteční

Pacient se neliší od svého okolí, pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu. V intoxikaci překonává stresové a neřešitelné situace. Zvyšuje konzumaci, jeho tolerance roste.

2. stádium: prodromální, varovné

Rostoucí tolerance způsobuje stále vyšší hladinu alkoholu v krvi. Postižený preferuje tajné pití, pití s předstihem a konzumuje alkohol rychleji, než okolí. Je citlivý na verbální i nonverbální komunikaci s tematikou alkoholu. Objevují se palimpsesty-

nepamatuje si průběh intoxikace. Prohlubuje se jeho pocit viny, zvyšuje se snaha ovládnout účinky alkoholu.

Druhé stádium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením původních problémů.

1. a 2. stádium se řadí do předchorobí.

3. stadium: krucální, rozhodné

Stále roste tolerance. Dochází ke změně kontroly pití. Alkohol se stal součástí metabolických dějů. Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede k narůstání konfliktů s okolím. Postižený buduje racionalizační systém – systém zdůvodnění, jimž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. Jellinek hovoří o alkoholocentrickém chování, upadají jeho zájmy, koníčky a povinnosti. Tlak okolí může donutit i k dlouhodobé abstinenci. Uvolněním tlaku končí i období abstinence. V tomto stadiu se objevují zdravotní poruchy.

4. stadium: terminální, konečné

Charakteristickým znakem je nepříjemný stav po vystřízlivění, nastupují tzv. ranní doušky, které přechází k několikadenní konzumaci – vzniká tah. Klient konzumuje vedle alkoholických nápojů i technické prostředky. Nastupuje degradace osobnosti, celkový úpadek.

Ve 3. a 4. stádiu může kdykoliv dojít k chronifikaci choroby, kdy se následky abúzu stanou trvalými, neodstranitelnými, vzniká chronické stádium závislosti na alkoholu.“

1.1.2 Drogy a drogová závislost

Opioidy a opiáty

Minařík (In Kalina, 2003, s. 159) uvádí, že „opioidy se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika-anodyna), nebo jako léky proti kašli (antitusika), protože tlumí kašlací reflex. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou morfinu.“

Somatické účinky

CNS – povšechně tlumivý účinek, potlačení percepční, lokalizační, psychické i emocionální složky bolesti, způsobení euforie, zklidnění až ospalosti, útlum dýchacího centra (až k zástavě dechu), mióza (stažení zornice), snížení tělesné teploty.

Krevní oběh – rozšíření cév, zpomalení srdeční činnosti, pokles krevního tlaku, obrna vegetativní center v mozku řídících srdeční akci až zástava krevního oběhu.

Dýchání – zpomalení dechové frekvence, snížení dechového objemu, změlčení dechu, zúžení průdušek.

Trávící trakt – těžká zácpa

Urogenitální systém – snížená produkce a retence moči pro vzestup napětí močového měchýře, u žen může dojít až ke sterilitě.

Kůže - svědění

Projevy při užívání a závislosti

Intoxikace – zklidnění a příjemná euforie, nevolnost, zvracení, neschopnosti koncentrace.

Akutní intoxikace – nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění, povrchní dýchání, zúžení zornic přechází v rozšíření zornic, zvýšení somatických reflexů

Chronický abus – etická degradace individua. Lenost, ztráta potence, deprese, děsivé hypnagogické pseudohalucinace, nespavost, únava, podrážděnost i apatie. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu, extrémní vyhublosti, oslabení imunitního systému a tím k náchylnostem k infekcím.

Závislost somatického typu – již po několika týdnech, ztráta kontroly nad užíváním a neovladatelné dychtění po droze, vzestup tolerance a tím i potřeby vyšších dávek.

Mezi příznaky odvykacího stavu Minařík (In Kalina, 2003) zařazuje bolest břicha, průjmy, neklid, nespavost u lehčích případech. Při těžších případech je reakce bouřlivá a to zejména pocení, zvýšení teploty, slzení, mydriáza (rozšíření zornic), pokles krevního tlaku, úporná nespavost, poruchy řeči, třesy, nechutenství, dehydrace a může dojít až ke kolapsu a úmrtí.

Heroin

Byl po léta považován za účinný lék pro závislost na morfinu a od roku 1994 jeho užívání mnohonásobně vzrostlo. Zdrojovou látkou pro výrobu bývá morfin nebo přímo opium.

Jak uvádí Minařík (In Kalina, 2003) je nejčastějším a nejrizikovějším způsobem aplikace nitrožilní podání, dále je to méně rizikové šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie. Uživatelé takto aplikovaného heroínu však později přecházejí na nitrožilní aplikaci. Závislost vzniká pravidelně a poměrně rychle, již po několika týdnech, těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci včetně kriminality apod.

„Braun“

Specificky česká droga, vyráběná z léčiv obsahujících kodein. Aplikuje se nitrožilně, nižší riziko pro závislost než heroin.

Metadon

Jde o syntetický opioid s nižším potenciálem závislosti než heroin. Má pomalý nástup účinku s minimálním pocitem euforie. Aplikuje se nejčastěji ústy. Vyrábí se pouze legálně pro medicínské účely, avšak na nelegálním trhu je vyhledáván jako náhradní či doplňující droga.

Stimulancia

Minařík (In Kalina, 2003) charakterizuje psychostimulancia jako látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS. Zvyšují psychomotorické tempo a bdělost urychlením myšlení a výbavností paměti, zkracují spánek, zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly a energie, snižují chuť k jídlu, vyvolávají úzkost, způsobují vzestup krevního tlaku, tepové frekvence, celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů.

Dlouhodobým užíváním vzniká psychická závislost vyznačující se carvingem (dychtěním po látce) a může vést k toxické psychóze projevující se paranoidními domněnkami, že klientovi chce někdo ublížit, zřetelným postižením nálady.

Kokain

Kokain se u nás užívá nejčastěji ve formě šňupání. Jeho účinky trvají poměrně krátce, projevují se vzestupem krevního tlaku, zrychlením pulsu, rozšířením zornic, pocením, bledostí a nevolností. Časté jsou pocity euforie, hyperaktivity, přebytku energie, mizení zábran apod. Kokain je silné anorektikum, takže uživatelé jsou nezdravě hubení, podvýživní. Dlouhodobé šňupání vede k poškození sliznice nosu až k nekrotickým vředům v oblasti nosu, vyskytují se kardiovaskulární problémy.

Pervitin - metamfetamin

U nás nejrozšířenější synteticky vyráběná droga aplikovaná ústy, šňupáním nebo nitrožilně. Nitrožilní aplikace je u nás nejčastějším způsobem užívání „péčka“. Ovlivňuje motorické i psychické funkce, užívání snižuje únavu, navozuje stereotypní chování, způsobuje motorický neklid, působí nechutenství, zvyšuje krevní tlak, tep, rozšiřuje zorničky. Pervitin urychluje tok myšlenek, zvyšuje pozornost a soustředěnost, odstraňuje zábrany, snižuje potřebu spánku, po odeznění nastupuje deprese s pocity vyčerpání a celkovou skleslostí. Uživatel mívá sebevražedné tendence, halucinace, strach, stavy zmatenosti, chorobné žárlivosti, objevují se poruchy paměti, neschopnosti koncentrace. Při dlouhodobém užívání se projevují stavy podrážděnosti, napětí, nevolnost, sucho v ústech, bolesti u srdce, bolesti kloubů, třes, krvácení v plicích, játrech a slezině. Při nitrožilním podávání dochází k dalším zdravotním rizikům.

Halucinogenní drogy

Miovský (In Kalina, 2003) uvádí dělení halucinogenů do třech základních skupin - přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub, dále přírodní halucinogenní drogy živočišného původu a semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy.

Účinky LSD i psilocybinu jsou si navzájem podobné, závislé na množství podané látky, její čistoty a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. „Nástup bývá doprovázen pocity mírného brnění, neschopnosti ovládat pohyby, někdy pocity závratě či nevolnosti. Jen velmi výjimečně dochází k výraznější nevolnosti až pocitům zvracení. Po krátké chvíli však dochází k odeznění těchto příznaků. U lysohlávek bývají tělesné příznaky výraznější, často spojené s mírným třesem a neklidem, doprovázeným zvýšeným tlakem krve a tepu. Výjimečně stav může přejít do výrazně neklidného až agresivního jednání. Vysoké dávky mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti.

LSD ani psilocybin u člověka nevyvolávají závislost tak, jak ji známe u jiných drog. Dosud nebyl u LSD popsán případ předávkování s následkem smrti. Vysoké dávky však u lysohlávek mohou způsobit vážná a nevratná poškození jater nebo ledvin.“ (Miovský, In Kalina, 2003, s. 170-171)

LSD

LSD patří mezi syntetické drogy. „LSD se na našem současném trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem zobrazujícím různé symboly. Ve druhém případě pak jde o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy, připomínající umělé hnojivo. Oba přípravky se užívají perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem.“ (In Kalina, 2003, s. 169) Mezi mládeží je podle Miovského (In Kalina, 2003) je užívání této drogy převážně vázané na subkulturní prostředí se specifickou hudbou, oblékáním a v rámci tzv. taneční scény patří k poměrně oblíbeným a rozšířeným drogám.

Psilocybin

Jak uvádí Miovský (In Kalina, 2003) jde o psychicky velmi aktivní látku obsaženou v houbách rodu *Lysohlávek*, u nás se běžně vyskytujících. Droga patří k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám u nás. Na trhu se objevují ve formě sušených kloboučků hub. Užívá se perorálně a lze ji označit jako sezonní doplňkovou drogu.

Ostatní halucinogeny

Z této skupiny Miovský (In Kalina, 2003) zmiňuje např. bufotenin (ropuší jed), muscarin (jed obsažený v muchomůrce červené). Jejich rozšíření je pro špatnou dostupnost, složitost přípravy i nebezpečnost velmi malé.

Konopné drogy

Jak Miovský (In Kalina, 2003) uvádí, psychicky aktivními látkami obsaženými v konopí jsou cannabinoidy. „Kanabinoidy mají kromě psychotropního efektu i další zajímavé a potenciálně využitelné vlastnosti. Analgetický vliv spolu s efektivním potlačením nevolnosti a zvracení je již od roku 1991 využíván i terapeuticky při zvládání těchto potíží u AIDS a chemoterapii nádorových onemocnění. Jedná se o preparát Marinol cps., který např. v Kanadě mohou proskribovat i praktičtí lékaři. Tentýž lék je v klinickém zkoušení i u terapie Alzheimerovy choroby, kde mj. příznivým vlivem působí na afektivitu nemocných. Perspektivní se jeví užití v neurologii (roztroušená sklerosa, migréna či Parkinsonova choroba), ve vnitřním lékařství (THC je účinný bronchodilatans s rychlým nástupem účinku) a v očním lékařství (terapie glaukomu, kdy THC snižuje nitrooční tlak). Další oblastí je léčba chronické bolesti a rovněž léčba afektivních poruch.“ (Miovský, In Kalina, 2003, s. 175)

Jak uvádí Miovský (In Kalina, 2003), jsou drogy užívány především kouřením, v menším měřítku pak perorálně jako součást pokrmů nebo nápojů. Po vykouření, nastupuje účinek drogy během několika desítek sekund až minut a celková doba účinku je 3-6 hodin. K účinkům drogy patří sucho v ústech, jemný pocit chladu, hlad, deformace k vnímání času, prostoru, sluchové, hmatové a zrakové iluze, stavy lehké euforie.

Marihuana

Marihuana je název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí, mívá tmavě zelenou barvu. Obsah aktivních látek je v rozmezí 2-8%, u šlechtěné odrůdy rostliny až 20%.

Hašiš

Hašiš je konopná pryskyřice, obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot, má tmavě zelenou barvu přecházející do tmavě hnědé. Obsah aktivních látek může být až 40%.

Těžké látky

Hampl (In Kalina, 2003) mezi těžké látky řadí ředidla a lepidla, některá rozpustila, plynné látky (éter, rajský plyn). Jejich společným znakem je ovlivnění CNS po požití, což se projevuje euforií, halucinacemi.

V největší míře se jedná o toluen (rozpouštědlo, ředidlo), dále trichloretylen (rozpouštědlo, součást přípravku Čikuli) a v menší míře pak aceton (rozpouštědlo), éter, benzin a rajský plyn.

Toluen

Toluen se může inhalovat přímo z lahve, nebo vdechovat výpary z napuštěné tkaniny. Účinek se objevuje během několika minut a je krátkodobý. Rizikové je přetažení plastového pytlíku, pod nímž inhalují přes hlavu, protože může dojít i k úmrtí. Při inhalaci se objevuje pocit euforie, poruchy vnímání spojené s halucinacemi, dochází k útlumu, spánku, poruchám vědomí. Při delším užívání dochází k celkovému otupění, poruchám emotivity a chování, agresivitě, ztrátě zájmů, toxickému poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest. Toluen vyvolává psychickou závislost.

1.1.3 Jiné

Patologické hráčství, gamblerství

Jak uvádí Vykopalová (2002), došlo v poslední době k velkému nárůstu tohoto sociálně patologického jevu. Podle mezinárodní klasifikace nemocí patří k návykovým chorobám a je považováno za duševní poruchu.

„Pro patologické hráčství jsou charakteristické tři znaky: impulzivnost, návykovost a neodolatelnost. Za patologické hráčství je považováno chování, které vykazuje určité signifikantní znaky chování při hraní: hráčské epizody se opakují dvakrát a vícekrát v průběhu jednoho roku, které pro hráče neznamují žádný zisk, ale naopak pokračují i přes utržené ztráty a narušené sociální vazby v rodině, hráč není schopen svou vlastní vůlí hráčství zastavit ani ovlivnit četnost hráčských epizod, objevuje se nekontrolované puzení ke hře a hráč je zcela zaujat myšlenkami na hru nebo představami o okolnostech, atmosféře hraní aj. Pro patologické hráčství jsou tedy charakteristické časté, opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení.

V průběhu hraní dochází k výskytu některých původních typických znaků hráčského chování: podrážděnost a neklid při pokusu přestat nebo přerušit hraní, permanentní snaha o získání stále vyšších částek peněz na hraní, zaujetí hráčstvím projevující se znovuprožíváním situací hry a plánování dalších způsobů hraní a obstarávání peněz na hru, páchaní trestné činnosti (padělání, vydírání, krádeže, podvody, zpronevěry) za účelem získání peněz na hru, lhaní členům rodiny z důvodu zastírání potřeby peněz na hraní, spoléhání na ostatní v případě nápravy špatné reputace, ohrožení nebo ztráta zaměstnání, příležitosti ke vzdělání nebo kariéře.“ (Vykopalová, s. 88)

Ke společensky tolerovaným hazardním hrám dle Vykopalové (2002) patří karetní hry, sázkové hry, ruleta, loterie a tomboly, hry v kostky aj.

„Hazardní hráče lze rozdělit do tří skupin:

1. sociálně adaptovaní, kteří hrají pro zábavu ze hry, mají hraní pod kontrolou a doufají ve výhru, která jim pomůže vyřešit finanční tísní.
2. profesionálové – falešní hráči, kteří si hrou vydělávají na životní potřeby.
3. chorobní hráči.

Podle soudně psychiatrické praxe existují dva základní typy chorobných hráčů:

- a) lidé, kteří hráčství propadli po předchozí neúspěšné životní kariéře, po sestupu na společenském žebříčku. Jsou to lidé i nadprůměrně inteligentní, dobře profesionálně orientovaní, pěstující hazardní hru jako svůj životní styl. V poslední době se však v této skupině objevují i recidivisté, nezaměstnaní a příjemci sociálních podpor.
- b) Lidé, kteří propadli hraní na automatech. Jsou to většinou mladiství, s problémy v chování v rodině i ve škole, nezaměstnaní, mající zkušenosti s drogami a pácháním trestné činnosti. Lidé hrající z touhy po zážitcích, senzaci, pro napětí ze hry, pro možnost bezpracného zisku i pro snahu vyhrát zpět prohrané peníze. Jsou to hráči, pro něž se herna stala druhým domovem.

Kromě těchto dvou skupin existují i hráči příležitostní, kteří mohou na určitou dobu hraní propadnout, ale rovněž jsou schopni sami své hráčské vášně zanechat.“
(Vykopalová, s. 89-91)

Vykopalová (2002) uvádí stádia této poruchy - kariéru patologického hráče:

1. fáze výher - začíná nenápadně, hra je příležitostná, hráč častěji vyhrává a propadá neúměrnému optimismu včetně vzrušení ze hry, zvyšuje se frekvence hraní a výše sázek.
2. fáze ztrát – již se jedná o vznik patologického hráčství. Hráč je zcela zaujat hrou a ta se dostává na první místo v jeho životě. Ve snaze získat prohrané peníze rozprodává věci z domácnosti, půjčuje si, páchá trestnou činnost. Současně zanedbává rodinu, zaměstnání, zdraví a není ochopen tyto problémy řešit.
3. fáze zoufalství – hráč je stále více pohlcován hrou, zvyšuje sázky, je ochoten opatřovat si peníze za jakoukoliv cenu. Dochází ke snížení životní úrovně rodiny, odcizení od rodiny, ztrátě přátel, osamělosti. Hráč zanedbává výživu a spánek, trpí depresemi. V této fázi se objevují suicidální tendence a je schopen spáchat i závažné trestné činy.

2 OSOBY OHROŽENÉ SOCIÁLNÍ EXKLUZÍ

Sociální vyloučení je vzhledem k probíhající ekonomické krizi stále více zmiňovaným a diskutovaným tématem. Je patrné, že snižování životní úrovně a s tím související prohlubování rozdílů mezi příjmovými vrstvami obyvatelstva má za následek nárůst počtu jednotlivců a celých skupin, které se dostali na hranici, nebo do stavu úplné chudoby.

Sociální vyloučení můžeme také chápat jako „proces, kterým jsou jednotlivci i celé skupiny osob zbavovány přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti jako celku. Proces sociálního vyloučení je primárně důsledkem chudoby a nízkých příjmů, přispívají k němu však také další faktory, jako je diskriminace, nízké vzdělání či špatné životní podmínky. Sociálně vyloučení jsou odříznuti od institucí a služeb, sociálních sítí a vzdělávacích příležitostí. Projevem sociálního vyloučení je tedy například dlouhodobá nezaměstnanost, závislost na sociálních dávkách, život v prostorově vyloučených částech obcí, nízká kvalifikace, špatný zdravotní stav, rozpad rodin či ztráta sebeúcty. Jako adaptace na podmínky sociálního vyloučení se často vytváří specifické hodnoty a normy, mezi něž patří například důraz na přítomnost, neschopnost plánovat do budoucna, pocity beznaděje a bezmocnosti či přesvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci.“

(www.epolis.cz, slovníček pojmů – sociální exkluze (vyloučení))

2.1 Vymezení pojmu

Problematikou vymezení jednotlivců a skupin, kteří jsou z hlediska sociálního vyloučení vystaveni většímu riziku se rozsáhleji zabývá Mareš (2008). „Existuje celá řada snah vymezit vyloučené buď výčtem jejich charakteristik (vyloučení pak představují relativně heterogenní soubor) nebo prostě taxativním způsobem, tedy vyjmenováním relativně homogenních kategorií osob nebo různých typů kolektivit (stanovených na etnickém, kulturním, náboženském etc. principu), zahrnujících i komunity či obyvatele určitého území. Mezi osoby ohrožené sociálním vyloučením jsou zařazovány nedostatečně vzdělané osoby, dlouhodobě nebo opakovaně nezaměstnaní, lidé s mentálním či fyzickým handicapem, osoby trpící nějakým druhem závislosti, osaměle žijící senioři, imigranti, příslušníci různě (etnicky, nábožensky, sexuální orientací aj.) definovaných menšin či lidé, kteří se ocitli v těžké životní situaci, z níž si sami nedokážou pomoci [Gabal 2006], ale i bezdomovci, osamělí rodiče (především ženy-matky) s dětmi či týrané děti. Podobné seznamy bývají dlouhé a jeho položky se mění v závislosti na mnoha okolnostech. Mingione [2004] rozeznává 4 základní typy skupin ohrožených v Evropě sociální exkluzí:

1. migranty, minority a žadatele o azyl vystavené rasismu a diskriminaci,
2. izolované jedince, zejména nekvalifikované osoby (jmenovitě mladé), dlouhodobě nezaměstnané a nezaměstnatelné,
3. osamělé matky či otce se závislými dětmi a
4. rodiny se závislými členy, bez výtěžku nebo s nízkým příjmem.“

2.2 Příčiny

„Příčiny, které sociální vyloučení způsobují, jsou různorodé. Obecně je můžeme rozlišit na příčiny vnější a příčiny vnitřní. Vnější příčiny (vlivy) sociálního vyloučení jsou takové jevy, které jsou mimo dosah a kontrolu vyloučených osob. Takové vlivy nemohou sociálně vyloučení lidé ovlivnit vlastním jednáním, či tak mohou činit jen obtížně. Vnější příčiny jsou dány širšími společenskými podmínkami nebo vyplývají z jednání lidí, kteří se nacházejí vně sociálního vyloučení, tj. jsou to příčiny strukturální. Mezi takové příčiny patří především: trh práce a jeho charakter; bytová politika; sociální politika; praxe samospráv ve vztahu k sociální oblasti; rasismus a diskriminace na základě rasy, etnicity, národnosti, konfese atd.

Oproti tomu vnitřní vlivy jsou jevy, které jsou důsledkem jednání konkrétních lidí, jichž se sociální vyloučení týká. Ti mohou svým jednáním vlastní situaci sociálního vyloučení přímo způsobovat anebo posilovat jeho stávající existenci, tj. jsou to příčiny individuální. Třebaže se jedná o příčiny individuální, jsou povětšinou konsekvencí příčin vnějších. Mezi tyto mj. patří: ztráta pracovních návyků při dlouhodobé nezaměstnanosti; dlouhodobá neschopnost hospodařit s penězi a dostát svým finančním závazkům; orientace na okamžité uspokojení potřeb vyplývající z dlouhodobé frustrace; apatie a nízká motivace k řešení vlastních problémů atd.“

(<http://antropologie.zcu.cz/socialni-vyloucení-a-prostorova-segregace>)

2.3 Reakce rodiny

„Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. V rodině dochází k uspokojování jeho fyzických, psychických a sociálních potřeb. Rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí. Každá rodina je zdrojem specifického systému hodnot a jejich preference a ty ovlivňují chování členů rodiny v interakci se společenským okolím. Rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje, je významným nositelem jeho budoucích společenských rolí a identity obecně.

V některých případech se rodina může stát sama o sobě zátěží. Může se tak stát i zdrojem vzniku a rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů. Může dojít k vážnému narušení psychosociálního vývoje a fungování všech jejích členů, zejména ale dětí.“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 140)

2.4 Reakce společnosti

Hladílek (2004, str.4) uvádí, že „život společnosti a všech jejích členů je řízen, regulován a ovlivňován společenskými normami a hodnotami. Vztahy uvnitř společnosti závazné pro všechny její členy jsou vymezeny oficiálními právními a zákonnými normami chování, jejichž překračování nebo nedodržování je trestně postihováno státními institucemi – soudy a nápravnými zařízeními. Chování členů společnosti však ovlivňuje také morálka prostřednictvím morálních norem. Ty však na rozdíl od norem právních nemají jednoznačně celospolečenský charakter. Některé jsou uznávány v rámci celé společnosti, jiné jsou vytvořeny sociálními skupinami a jsou odrazem specifického postavení těchto skupin uvnitř společnosti. Nedodržování morálních norem je sankcionováno veřejným míněním. Jeho účinnost může být až tak silná, že může dosáhnout vyloučení jedince ze společenské skupiny. Také jedince si může vytvářet svou vlastní morálku, která bývá většinou identická s morálkou té či oné sociální skupiny. Společnost tak vytváří tlak na jedince a usměrňuje jeho mravní jednání. Život společnosti však ovlivňují také hodnoty, které jsou zdrojem snažení a hlavní motivací činnosti jednotlivých členů společnosti i celých sociálních skupin. Hodnotová orientace členů společnosti i sociálních skupin však nemusí být vždy v souladu se zájmy společnosti.“

3 POMOC PROSTŘEDNICTVÍM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

V České republice je poměrně dobře propracovaná a fungující síť sociálních služeb, zaměřených na zmírnění, předcházení a odstraňování negativních jevů, spojených se sociálním vyloučením jednotlivých specifických skupin obyvatel. Všechny služby, které se zabývají sociální péčí a prevencí jsou vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnost 1. 1. 2007 a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona.

3.1 Nízkoprahová denní centra

Hlavním posláním nízkoprahového denního centra je poskytovat pomoc osobám bez přístřeší v nepříznivé sociální situaci. Tato služba je poskytována ambulantně v zařízeních sociálních služeb, nebo terénní formou v přirozeném prostředí ohrožených jedinců, nebo skupin. Vytváří podmínky pro uspokojení základních lidských potřeb, nabízí individuální podporu a pomoc při řešení nepříznivé sociální situace a usiluje o sociální začlenění a pozitivní změnu v životě osob bez přístřeší.

Základní činností Nízkoprahového denního centra dle zákona č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách:

„(1) Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.“

3.2 Azylové domy

„Azylový dům je zařízení, které slouží pro práci s lidmi bez přístřeší a lidem v nouzi a nabízí jim potřebnou pomoc. Klienty azylových domů jsou lidé, který z různých důvodů ztratili nebo opustili svůj domov, byt, ubytování, neumějí vyřešit komplikované problémy s tím spojené a hledají nebo přijímají pomoc azylového domu.

Azylové domy představují komplex služeb poskytujících individuální, důstojnou, nepřetržitou a koncepční pomoc osobám, které se ocitnou v krizové situaci. Plní funkci reintegračního zařízení, které zachycuje, ubytovává a za pomoci širší spolupráce pomáhá hledat další

uplatnění či zakotvení pro lidi bez přístřeší a pro lidi v nouzi. Toto zařízení je určeno pro muže, ženy a matky s dětmi, převážně pro ty, kteří mají občanství ČR. Dále pomáhá, dle svých možností všem, kteří se na azylový dům obrátí.

Nejedná se ovšem o běžnou ubytovnu, ani o noclehárnu. Azylový dům rovněž nesupluje funkci jiných ústavů (záchytná stanice, psychiatrická léčebna, dětský domov, domov důchodců, zdravotnické zařízení apod.)“

(<http://old.charita.cz/article.asp?nArticleID=304&nDepartmentID=177&nLanguageID=1>)

Zákon 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách v § 57 uvádí :

„(1) Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,

b) poskytnutí ubytování,

c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v § 22 uvádí:

„(1) Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v azylových domech se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu nebo pomoc s přípravou stravy,

2. zajištění nebo poskytnutí stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu 1 úkonu,

b) poskytnutí ubytování:

1. ubytování po dobu zpravidla nepřevyšující 1 rok,

2. umožnění celkové hygieny těla,

3. vytvoření podmínek pro zajištění úklidu, praní a žehlení osobního prádla, výměny ložního prádla,

c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí vyplývajících z individuálních plánů,

2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších

aktivitách podporujících sociální začleňování osob, včetně uplatňování zákonných nároků a pohledávek.“

„Bližší specifikace

Cílem poskytování sociálních služeb pro uvedenou cílovou skupinu je zajištění bydlení a možnost vyřešení sociální situace spojené s jeho ztrátou pro osamělé matky či otce s dětmi a rodiče s dětmi. Rodiče bez přístřeší jsou motivováni ke změně, dostává se jim podpory v rozvíjení kompetencí v péči o dítě. Služba bude zaměřena na stabilizaci sociální situace uživatele, např. pomoc při uspokojování základních životních potřeb, podpora v obnovování přirozených rodinných vztahů, motivace k samostatnosti a nezávislosti na sociálních službách.

Forma poskytování sociální služby - pobytové

Cílovou skupinou jsou osoby bez přístřeší, osoby v krizi, rodiny s dětmi.“

(<http://www.esfcr.cz/zakazky/zajisteni-dostupnosti-vybranych-socialnich-sluzeb-v-18?highlightWords=azylov>)

3.3 Kontaktní centra

Zákon č.108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách v § 59 uvádí:

„Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.“

Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v § 24 uvádí:

„Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v kontaktních centrech se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) sociálně terapeutické činnosti:

1. socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
2. poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod,

b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny,
2. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla.“

3.4 Terénní služby

V souvislosti se stále se zvyšujícím rizikem sociálního vyloučení, přenosu infekčních chorob a dalších nežádoucích jevů spojených s užíváním návykových látek, můžeme Terénní službu označit za velice důležitou a ve všech směrech potřebnou službu sociální prevence.

V zákoně č.108/2006 Sb.,o sociálních službách se uvádí:

„Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Praktická část

4 VLIV SLUŽBY NÍZKOPRAHOVÉHO DENNÍHO CENTRA NA KVALITU ŽIVOTA OSOB OHROŽENÝCH SOCIÁLNÍ EXKLUZÍ

Cíle výzkumu

Cílem mojí bakalářské práce bylo zjistit příčiny tíživé životní situace klientů Nízkoprahového denního centra (NDC) a vliv poskytovaných služeb na zlepšení kvality života osob ohrožených sociální exkluzí.

Problémové otázky

1. Co je největším etiologickým momentem hrozby sociální exkluze?
2. Jaké služby poskytované ve vybraných zařízeních NDC vykazují nejvyšší frekvenci?

Charakteristika cílové skupiny

Hlavní cílovou skupinou tvořily osoby bez přístřeší, dále drogově závislí, dlouhodobě nezaměstnaní a ostatní klienti využívající služeb NDC. Výběr respondentů byl proveden náhodně, na otázky odpovídalo 30 klientů ze dvou zařízení NDC nacházejících se na území Olomouckého kraje.

Metodologie

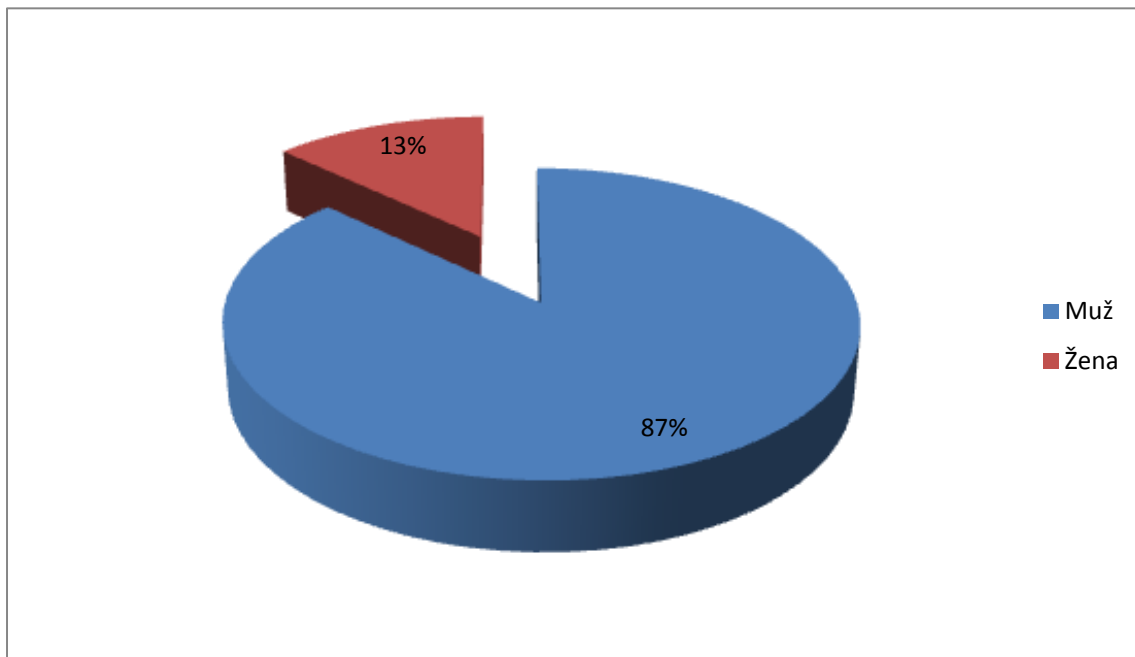
Při sběru dat bylo použito dotazníku, jako formy řízeného rozhovoru. Při této metodě zůstává zachována anonymita dotazovaných. Dotazník obsahuje celkem 15 otázek. Sběr dat byl zpracován statisticky do tabulek a grafů.

Průběh šetření

Výzkumné šetření probíhalo v zařízeních NDC, která se nacházejí na území Olomouckého kraje v období září až prosinec 2011.

Otázka č. 1 – Pohlaví:

Graf č. 1



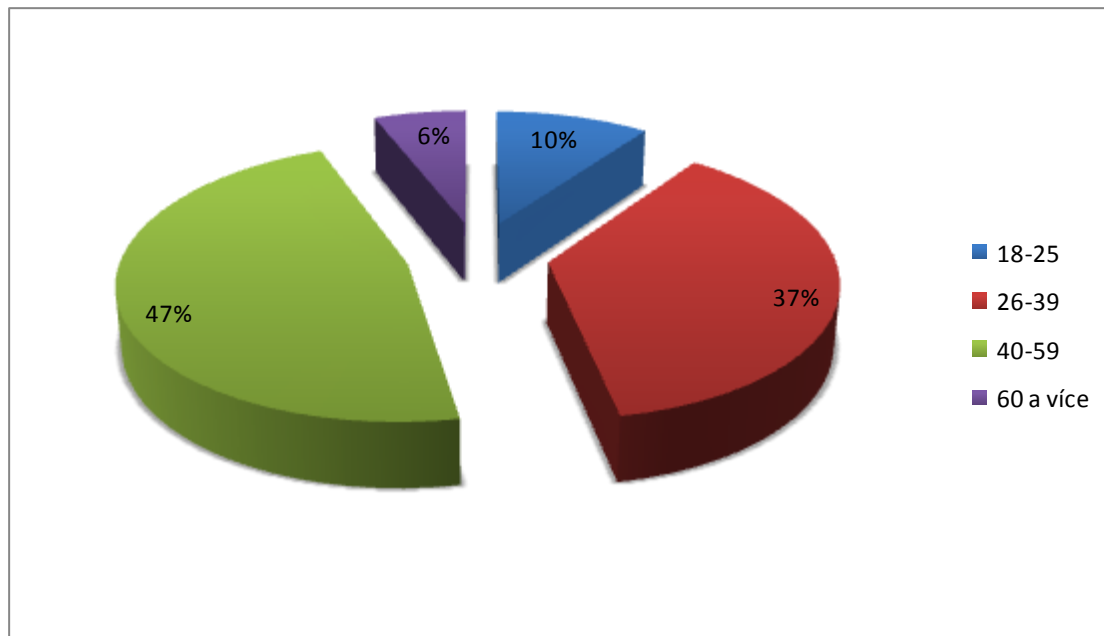
Tabulka č. 1

| <i>Pohlaví:</i> | |
|-----------------|------|
| muž | žena |
| 26 | 4 |

Na otázku odpovědělo 30 (100%) respondentů, 87% dotazovaných byli muži, 13% respondentů byly ženy. Můžeme tedy usuzovat, že služby NDC využívají převážně muži.

Otázka č. 2 – Patříte do věkové skupiny:

Graf č. 2



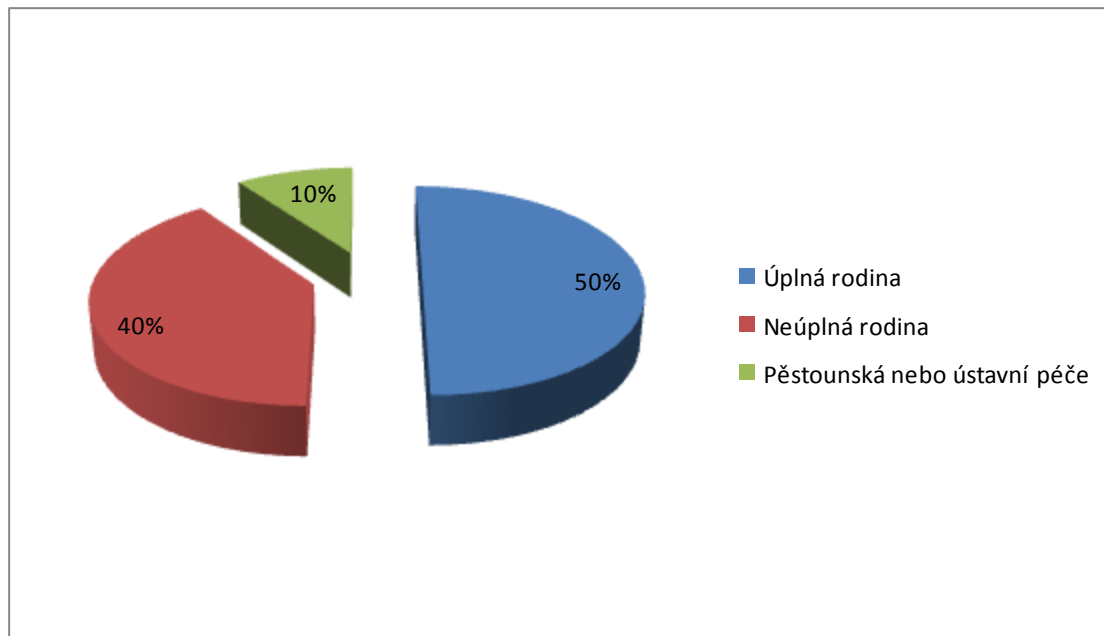
Tabulka č. 2

| <i>Patříte do věkové skupiny:</i> | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|-----------|
| 18-25 | 26-39 | 40-59 | 60 A VÍCE |
| 3 | 11 | 14 | 2 |

Z celkového počtu dotazovaných bylo 10% ve věku 18-25 let, 37% ve věku 26-29 let, 47% ve věku 40-59 let a 6% starších 60ti let. Za nejpočetnější věkovou skupinu můžeme označit starší dospělé, kteří tvoří nejohroženější část populace.

Otázka č. 3 - Z jakého rodinného prostředí pocházíte:

Graf č. 3



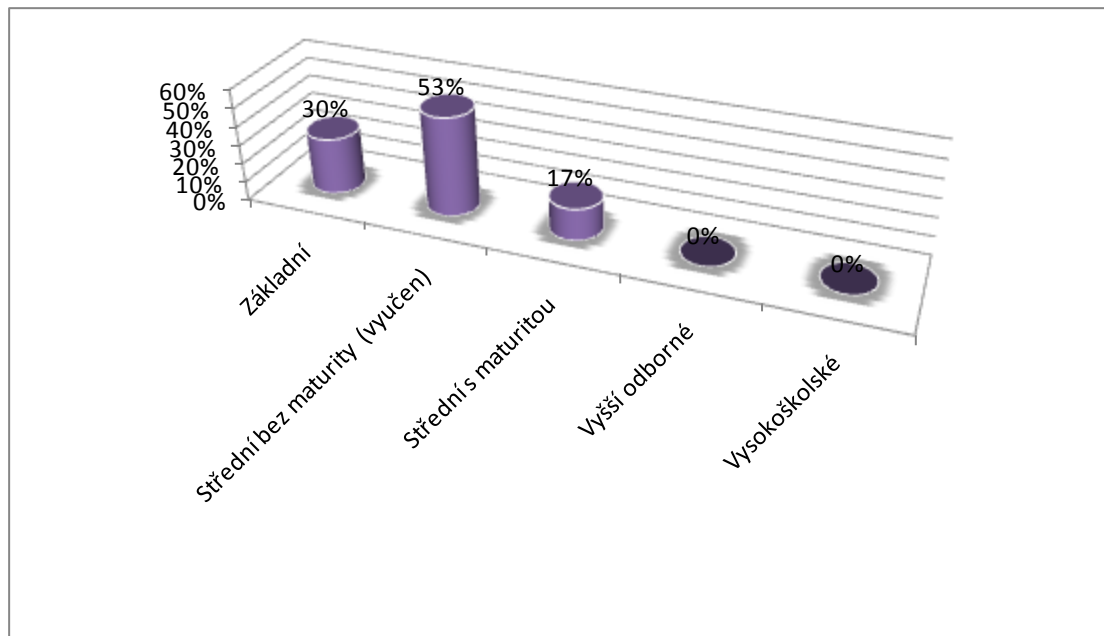
Tabulka č. 3

| <i>Z jakého rodinného prostředí pocházíte:</i> | | |
|--|----------------|------------------------------|
| úplná rodina | neúplná rodina | pěstounská nebo ústavní péče |
| 15 | 12 | 3 |

Polovina dotazovaných pocházela z úplného rodinného prostředí, z neúplné rodiny pak 40% dotazovaných a z prostředí pěstounské nebo ústavní péče 10% respondentů. Z tohoto lze usoudit, že neúplná rodina nemusí být považována za jednu z hlavních příčin sociální exkluze u dotazovaných klientů.

Otázka č. 4 – Vaše vzdělání:

Graf č. 4



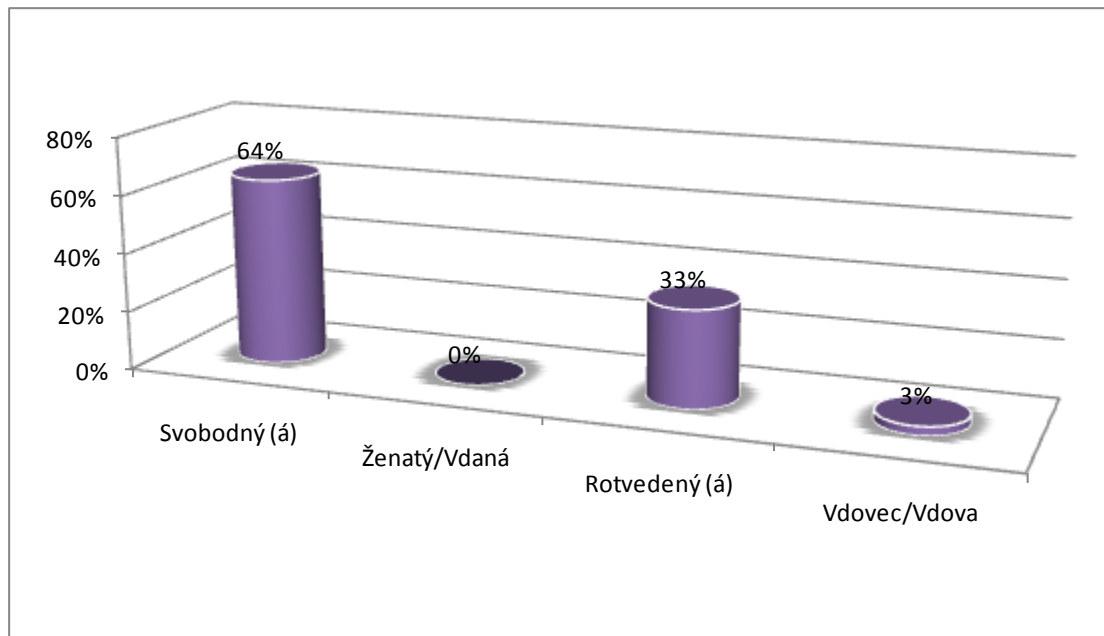
Tabulka č. 4

| <i>Vaše vzdělání:</i> | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------|---------------|---------------|
| základní | střední bez maturity (vyučen) | střední s maturitou | vyšší odborné | vysokoškolské |
| 9 | 16 | 5 | 0 | 0 |

Základní vzdělání mělo 30%, střední vzdělání bez maturity 53% a střední vzdělání s maturitou 17% z celkového počtu dotázaných. Zbylé dvě možnosti se v odpovědích nevyskytly. V tomto případě můžeme konstatovat, že nejvíce ohroženou skupinou jsou osoby se středním a nižším vzděláním.

Otázka č. 5 – Váš rodinný stav:

Graf č. 5



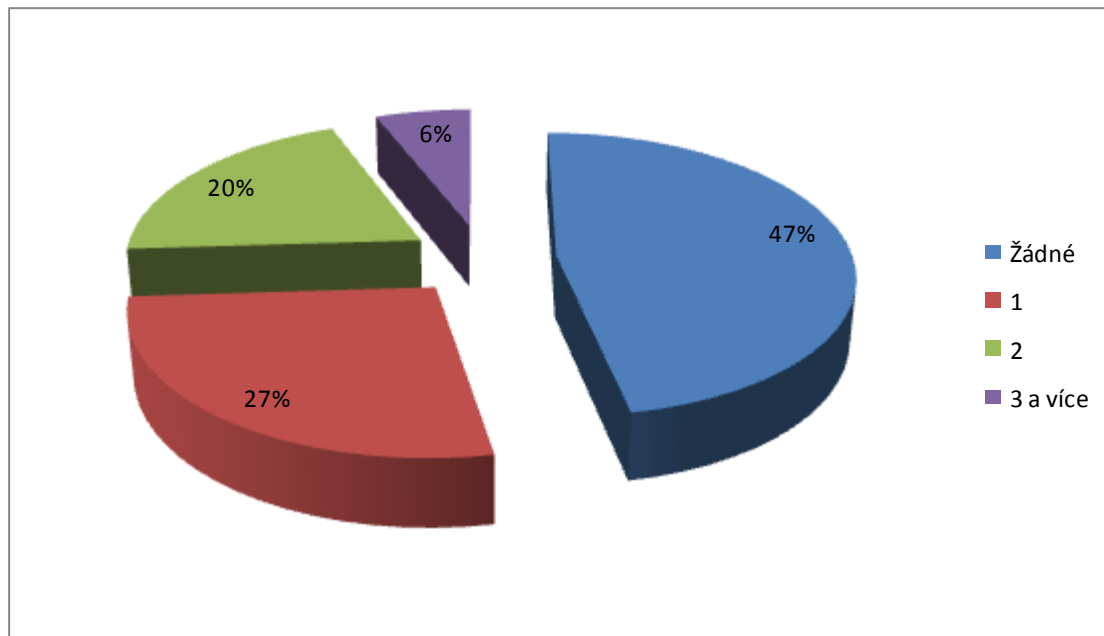
Tabulka č. 5

| <i>Váš rodinný stav:</i> | | | |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| svobodný(á) | ženatý/vdaná | rozvedený(á) | vdovec/vdova |
| 19 | 0 | 10 | 1 |

Mezi dotázanými nebyl žádný ženatý nebo vdaná, svobodných bylo 64%, rozvedených 33% a 3% tvořili vdovci nebo vdovy. Jak vyplývá z tohoto grafu, manželství může být jedním z prvků, který dokáže zabránit sociálnímu vyloučení.

Otázka č. 6 – Počet Vašich dětí:

Graf č. 6



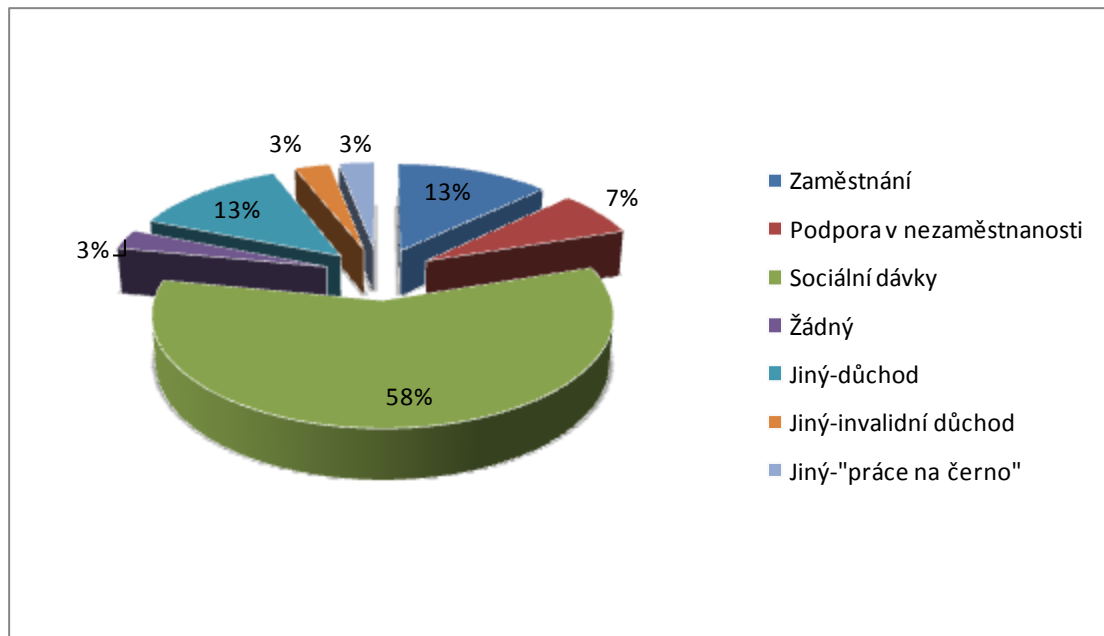
Tabulka č. 6

| <i>Počet Vašich dětí:</i> | | | |
|---------------------------|--------|--------|---------------|
| žádné | 1 dítě | 2 děti | 3 a více dětí |
| 14 | 8 | 6 | 2 |

Na tuto otázku byla nejčastější odpověď bezdětní a to 47%, jedno dítě pak mělo 27%, dvě děti 20% a 3 a více dětí 6% respondentů. Je tedy patrné, že do skupiny ohrožených osob patří jak bezdětní, tak klienti s jedním a více dětmi.

Otázka č. 7 - Jaký je v současnosti Váš zdroj příjmů:

Graf č. 7



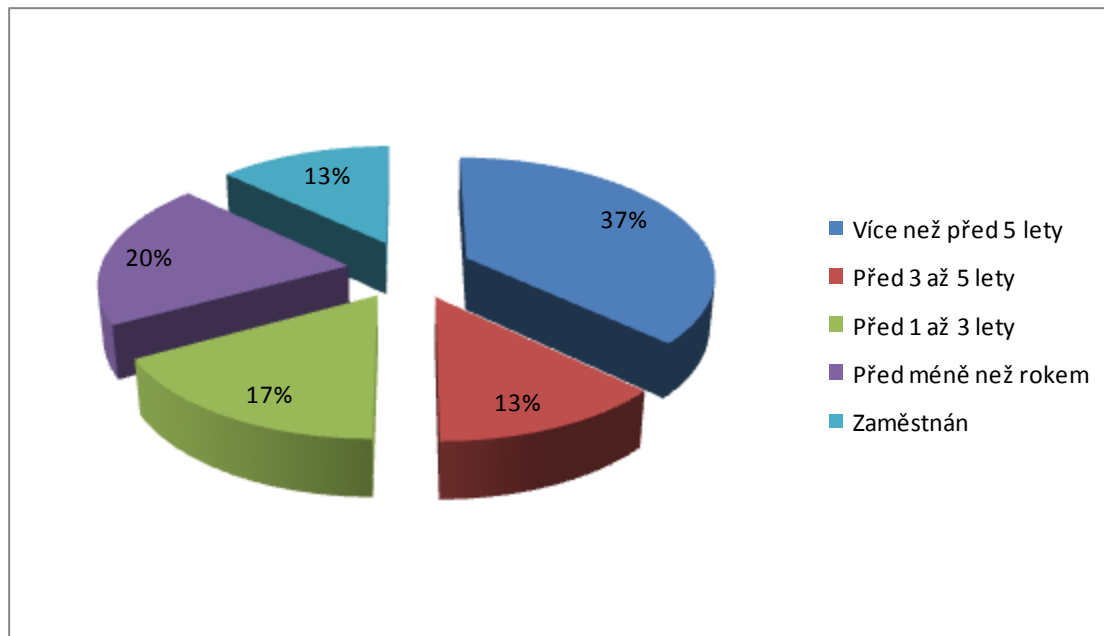
Tabulka č. 7

| <i>Jaký je v současnosti Váš zdroj příjmů:</i> | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|-------|-------------|-----------------------|-------------------------|
| zaměstnání | podpora v nezaměst. | sociální dávky | žádný | jiný-důchod | jiný-invalidní důchod | jiný – „práce na černo“ |
| 4 | 2 | 17 | 1 | 4 | 1 | 1 |

Na tuto otázku mohli respondenti vybírat z více možností odpovědí. Nejčastějším zdrojem příjmů byly uváděny sociální dávky. Tuto možnost zvolilo 58% dotazovaných, 13% volilo zaměstnání nebo možnost jiného zdroje - důchodu, 7% podporu v nezaměstnanosti a po 3% žádný zdroj, jiný zdroj – invalidní důchod a také „práci na černo“. Z tohoto grafu vyplývá, že osoby ohrožené sociální exkluzí jsou nejvíce závislé na sociálních dávkách.

Otázka č. 8 – Naposledy jste byl(a) zaměstnán(a):

Graf č. 8



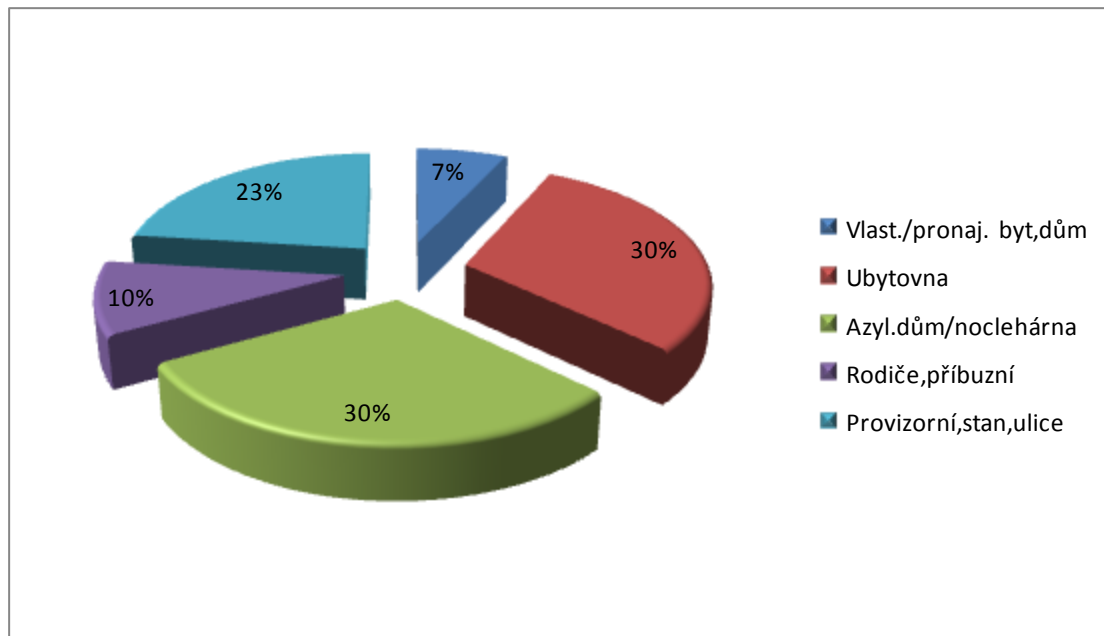
Tabulka č. 8

| <i>Naposledy jste byl(a) zaměstnán(a):</i> | | | | |
|--|------------------|------------------|-----------------------|-----------|
| více než před 5 lety | před 3 až 5 lety | před 1 až 3 lety | před méně než 1 rokem | zaměstnán |
| 11 | 4 | 5 | 6 | 4 |

Na možnost zaměstnání více než před pěti lety odpovědělo 37% dotazovaných, před třemi až pěti lety 13%, před jedním až třemi lety 17%, méně než před jedním rokem 20% a v současné době je zaměstnáno 13% dotazovaných. Nezaměstnanost je podle tohoto grafu jednou z hlavních příčin sociálního vyloučení u dotazovaných klientů.

Otázka č. 9 – V současné době bydlíte:

Graf č. 9



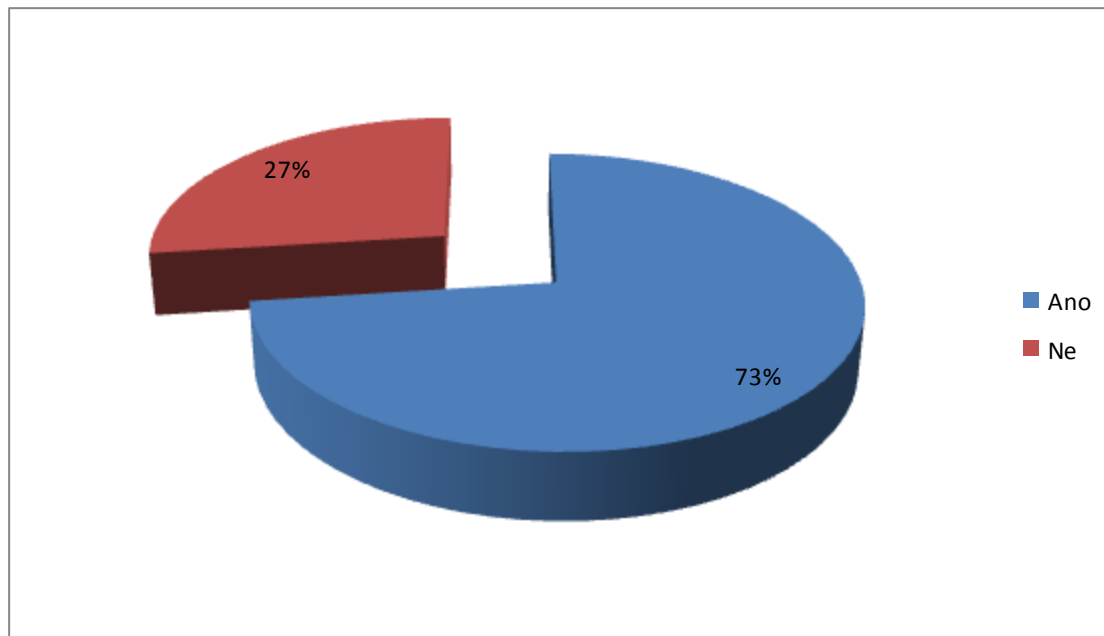
Tabulka č. 9

| <i>V současné době bydlíte:</i> | | | | |
|---------------------------------|----------|--------------------------|------------------|----------------------------|
| vlastní/pronajatý byt, dům | ubytovna | azyl. dům/ noclehárna | rodiče, příbuzní | provizorní, stan, ulice |
| 2 | 9 | 9 | 3 | 7 |

Možnost bydlení ve vlastním domě nebo pronajatém bytě vybralo 7% respondentů, 30% shodně možnost ubytovny a azylového domu či noclehárny, 10% možnost bydlení u rodičů, příbuzných nebo známých a 23% provizorní přístřeší, stan, ulici apod. Podle výsledků tohoto grafu je zřejmé, že způsob bydlení je u většiny respondentů ovlivněn jejich tíživou životní situací.

Otázka č. 10 – Jste více či méně pravidelným uživatelem alkoholu, drog a jiných opiátů:

Graf č. 10



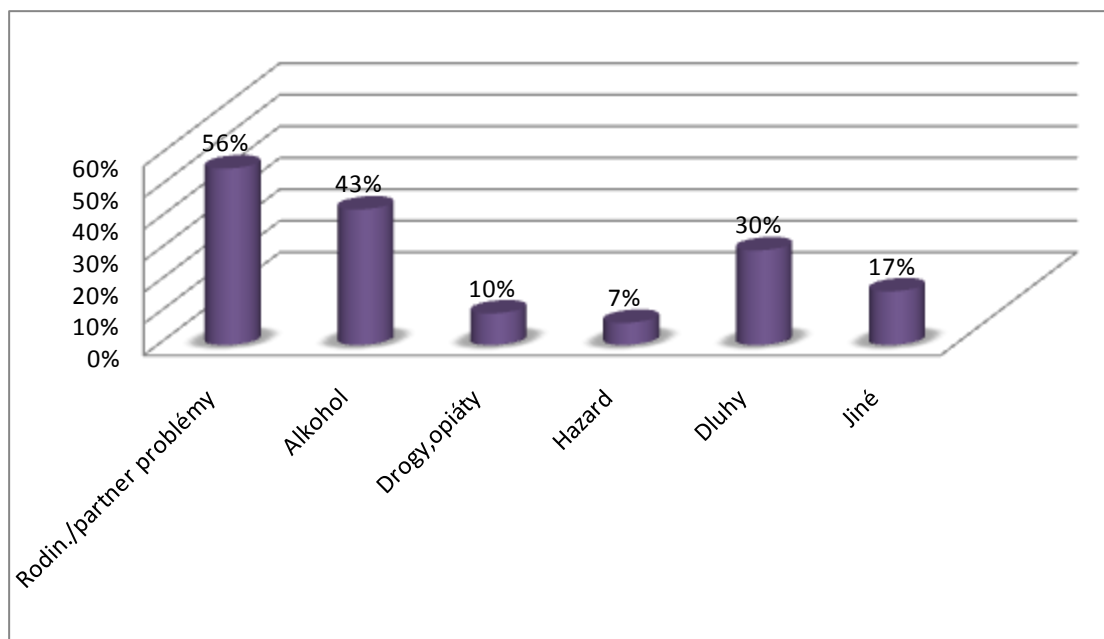
Tabulka č. 10

| <i>Jste více či méně pravidelným uživatelem alkoholu, drog a jiných opiátů:</i> | |
|---|----|
| ano | ne |
| 22 | 8 |

Možnost ano volilo 73% a možnost ne 27% respondentů. Z tohoto zjištění můžeme usoudit, že většina dotázaných je více či méně závislá na alkoholu, drogách či opiátech. Tento jev velkou mírou přispívá k sociálnímu vyloučení.

Otázka č. 11 – Za hlavní příčinu Vaší současné tíživé situace považujete:

Graf č. 11



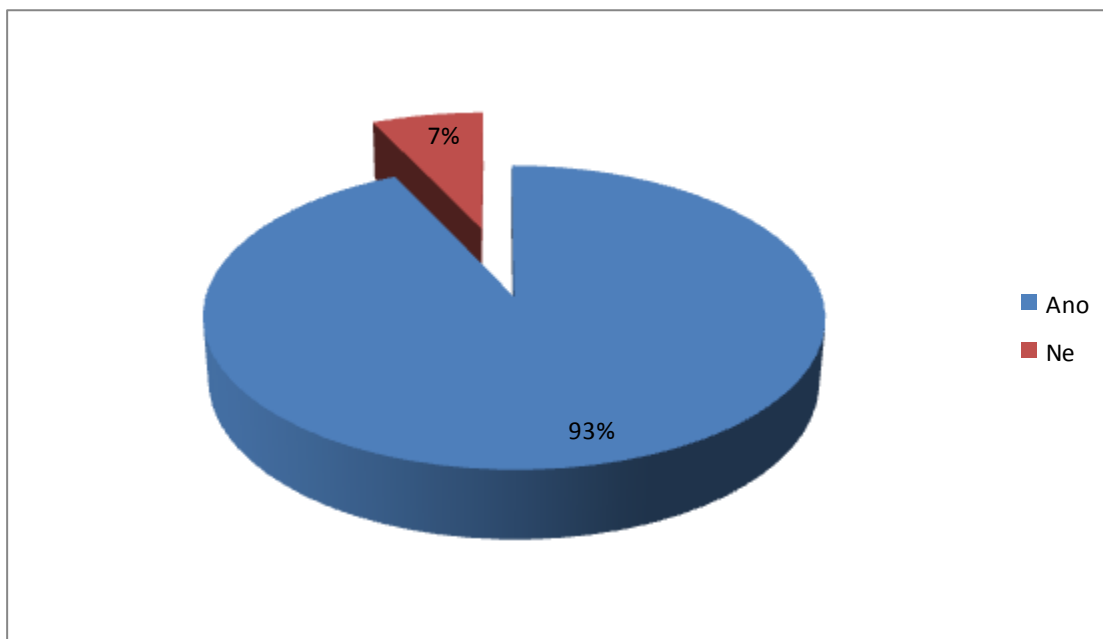
Tabulka č. 11

| <i>Za hlavní příčinu Vaší současné tíživé situace považujete:</i> | | | | | | |
|---|------------------------------------|---------|------------------|--------|-------|------|
| ztráta zaměstnání | rodinné/ partnerské problémy | alkohol | drogy, opiáty | hazard | dluhy | jiné |
| 13 | 17 | 13 | 3 | 2 | 9 | 5 |

V odpovědích na tuto otázku respondenti zvolit více možností odpovědí. Ztrátu zaměstnání uvedlo 43%, rodinné nebo partnerské problémy 56%, alkohol 43%, drogy a opiáty 10%, hazard 7%, dluhy 30% a jiné příčiny 17% dotazovaných. Z odpovědí vyplývá, že sami respondenti považují za hlavní příčiny své tíživé životní situace rodinné a partnerské problémy spolu s alkoholismem a ztrátou zaměstnání.

Otázka č. 12 - Využíváte služeb Nízkoprahového denního centra (NDC) pravidelně:

Graf č. 12



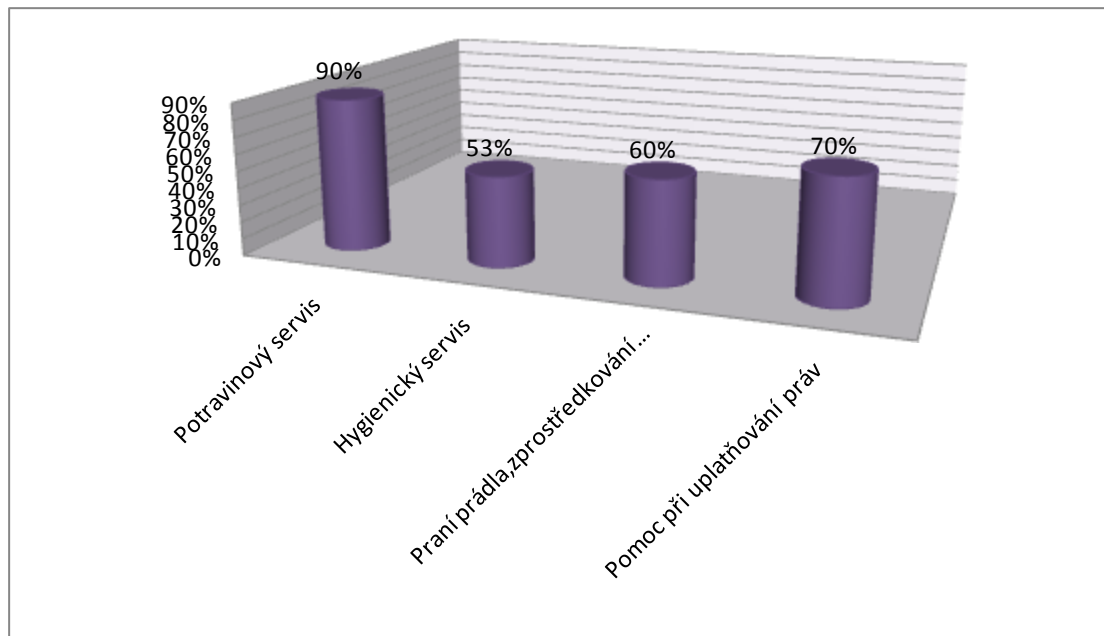
Tabulka č. 12

| <i>Využíváte služeb Nízkoprahového denního centra (NDC) pravidelně:</i> | |
|---|----|
| ano | ne |
| 28 | 2 |

Z celkového počtu 30 respondentů 93% využívá služby NDC pravidelně, 7% nepravidelně. Jak je patrné z tohoto grafu, je pro osoby ohrožené sociálním vyloučením služba sociální prevence NDC velice důležitá a potřebná.

Otázka č. 13 – Kterou z uvedených služeb NDC využíváte nejčastěji:

Graf č. 13



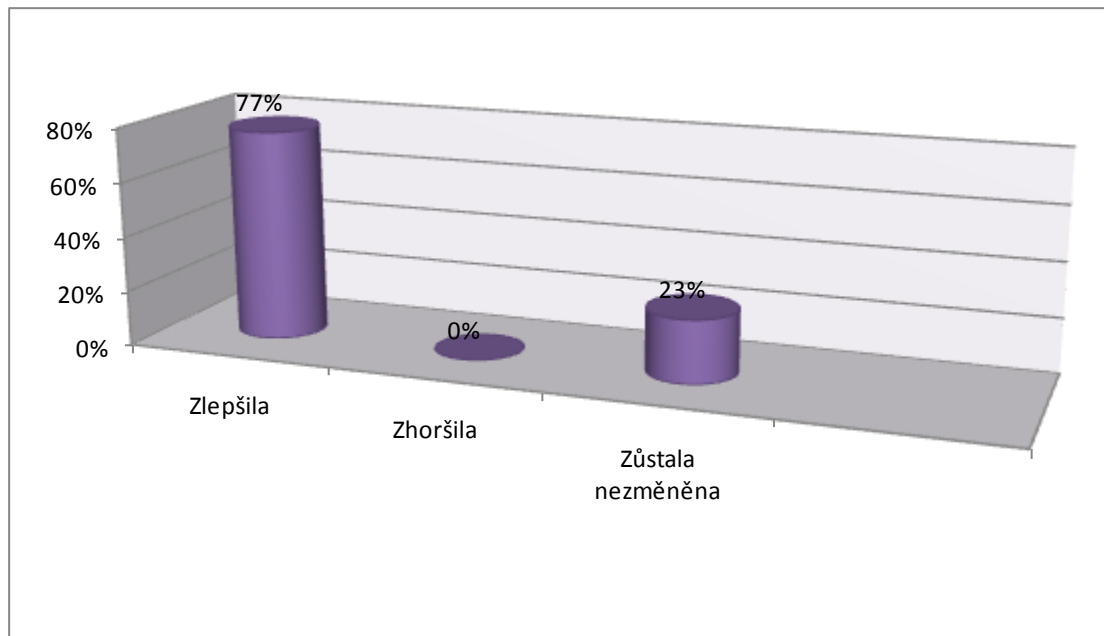
Tabulka č. 13

| <i>Kterou z uvedených služeb NDC využíváte nejčastěji:</i> | | | |
|---|-------------------|--|-------------------------------|
| potravinový servis | hygienický servis | praní prádla, zprostředkování oblečení | pomoc při uplatňování práv |
| 27 | 16 | 18 | 21 |

V odpovědi na tuto otázku mohli respondenti uvést více možností. Potravinový servis a pomoc s přípravou jídla využívá 90%, hygienický servis 53%, praní prádla a zprostředkování oblečení 60% a pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a osobních záležitostí využívá 70% respondentů. Z těchto odpovědí můžeme usoudit, že všechny uvedené služby jsou klienty ve velké míře využívány a pomáhají alespoň částečně při řešení jejich nepříznivé životní situace.

Otázka č. 14 – Po dobu využívání služeb NDC se Vaše životní situace:

Graf č. 14



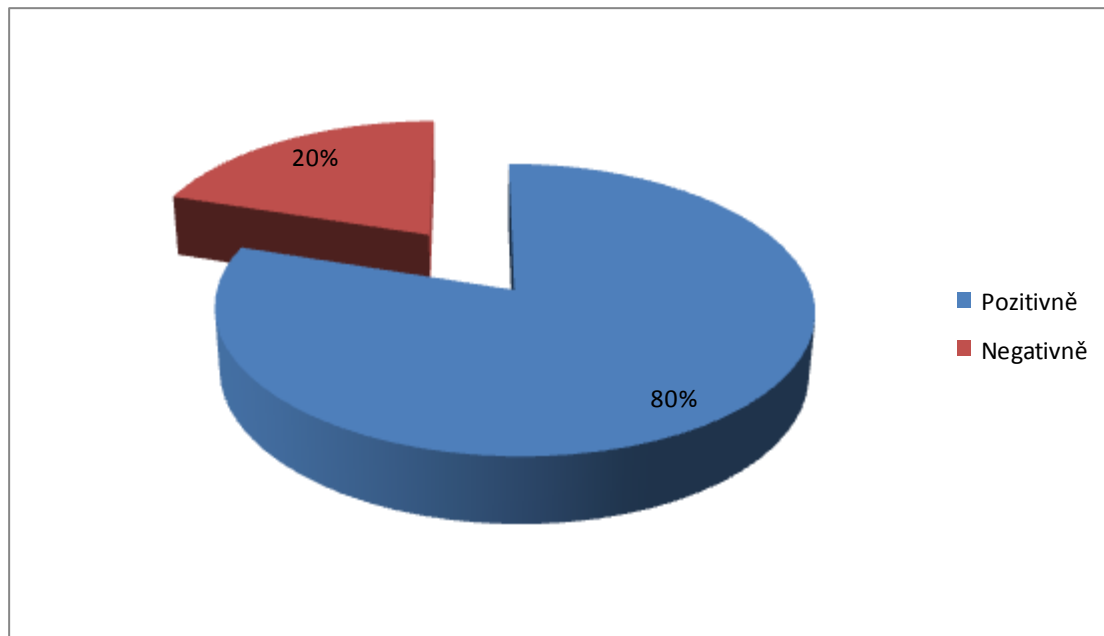
Tabulka č. 14

| <i>Po dobu využívání služeb NDC se Vaše životní situace:</i> | | |
|--|----------|-------------------|
| zlepšila | zhoršila | zůstala nezměněna |
| 23 | 0 | 7 |

Zlepšení životní situace uvedlo 77% a nezměněnou situaci 23% dotazovaných. Zhoršení životní situace nevedl žádný z dotazovaných. Odpovědi na tuto otázku dávají zřetelně najevo, že služba NDC má pozitivní vliv na zlepšení životní situace u většiny dotazovaných.

Otázka č. 15 – Myslíte si, že služba NDC je veřejností ve Vašem okolí přijímána spíše:

Graf č. 15



Tabulka č. 15

| <i>Myslíte si, že služba NDC je veřejností ve Vašem okolí přijímána spíše:</i> | |
|--|-----------|
| pozitivně | negativně |
| 24 | 6 |

Na tuto otázku volilo možnost pozitivně 80% a negativně 20% respondentů. Z odpovědí na poslední otázku můžeme konstatovat, že i klienti vnímají reakce širší veřejnosti na službu NDC ve většině případů pozitivně.

Verifikace otázek

Jak vyplívá z šetření, mezi nejzávažnější etiologické příčiny sociální exkluze v současné době patří nezaměstnanost, užívání alkoholu, drog a jiných opiátů, nižší vzdělání a rodinné či partnerské problémy.

Mezi služby poskytované ve vybraných zařízeních NDC, vykazující nejvyšší frekvenci, můžeme podle zjištěných odpovědí zařadit potravinový servis a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a osobních záležitostí. Další velmi důležitou a využívanou službou je hygienický servis a také praní prádla, spolu se zprostředkováním oblečení.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo objasnit příčiny vzniku sociální exkluze a zjistit, jaký vliv má jedna ze služeb sociální prevence, konkrétně Nízkoprahové denní centrum (NDC), na kvalitu života jeho uživatelů. Z výsledků rozhovoru je patrné že mezi skupinu osob nejvíce ohroženou sociálním vyloučením patří starší dospělí (40-59let) svobodní muži se středním a nižším vzděláním. Většina respondentů a zároveň klientů NDC pochází z úplných rodin a je bezdětná. Dále je patrné, že velká část z dotázaných je dlouhodobě nezaměstnána, bydlí na ubytovně, nebo v Azylovém domě a hlavním zdrojem jejich příjmů jsou sociální dávky. Velká část dotázaných užívá alkohol, drogy a jiné opiáty což spolu s rodinnými problémy a dluhy uvádějí jako hlavní příčinu své současné tíživé životní situace.

Oslovení uživatelé NDC navštěvují službu pravidelně a jejich životní situace se díky tomu zlepšila. Mezi poskytovanými službami je největší zájem klientů o potravinový servis a pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a osobních záležitostí. Také postoj veřejnosti k této službě je dotázanými vnímán spíše pozitivně.

Velmi mile jsem byl překvapen, jak ochotně a bez zábran respondenti hovořili o svých strastech a problémech. Služba NDC se pro ně v nastalé nepříznivé životní situaci stala takřka nepostradatelnou.

Na závěr je důležité si uvědomit, že služba NDC pomáhá při řešení nejtíživějších životních situací, do kterých se může dostat každý z nás.

SEZNAM LITERATURY:

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 224 s.

ISBN 978-80-247-2781-3.

HAMPL, K. Těkavé látky. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. dotisk 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 193-198.

ISBN 80-86734-05-6.

HLADÍLEK, M. *Sociálně patologické jevy a výchova*. Praha : VŠ J. A. Komenského, 2004.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1- mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 320 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. dotisk 1. vyd.

Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 15-23. ISBN 80-86734-05-6.

MAREŠ, P. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis*, 2000, roč. 36, č. 3, s. 285-297.

MAREŠ, P., HORÁKOVÁ, M., RÁKOCZYOVÁ, M. *Sociální exkluze na lokální úrovni*. 1. vyd. Praha : VÚPSV, 2008. 77 s. ISBN 978-80-7416-014-1.

MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. dotisk 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159-163.

ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, J. Stimulancia . In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. dotisk 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 164-168.

ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. dotisk 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 169-172. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. – mezioborový přístup*. dotisk 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 174-178. ISBN 80-86734-05-6.

MÜHLPACHR, P. Sociální patologie. 2. dotisk 1.vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.

VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2001. 154 s. ISBN 80-244-0337-4.

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení o sociálních službách.
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

INTERNETOVÉ ZDROJE:

ABZ slovník cizích slov. (online). (cit. 2012-02-11). Dostupné na WWW : <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialne-patologicke-jevy>>.

Evropský sociální fond v ČR. Zajištění dostupnosti vybraných sociálních služeb v Olomouckém kraji - azylové domy pro osamělé rodiče s dětmi. (online).

(cit. 2012-02-11). Dostupné na WWW:

<<http://www.esfcr.cz/zakazky/zajisteni-dostupnosti-vybranych-socialnich-sluzeb-v-18?highlightWords=azylov>>

Charita Česká republika, Azylové domy. (online). (cit. 2012-02-11). Dostupné na WWW : <<http://old.charita.cz/article.asp?nArticleID=304&nDepartmentID=177&nLanguageID=1>>.

Podpora sociálně – integračních politik a služeb. Sociální exkluze (vyloučení). (online). (cit. 2012-02-11). Dostupné na WWW :

<<http://www.epolis.cz/page.php?location=&menu=first&id=28&idNotion=9>>.

Sociální vyloučení a prostorová segregace. (online). (cit. 2012-02-11).

Dostupné na WWW : <<http://antropologie.zcu.cz/socialni-vyloucení-a-prostorova-segregace>>.

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 1- Dotazník

Dotazník

Vážený respondente,
jmenuji se Kamil Jaroš a studuji na PdF UP Olomouc. Předkládaný dotazník je součástí mojí bakalářské práce, která se zaměřuje na kvalitu života u osob ohrožených sociální exkluzí (vyloučením).

Cílem dotazníku je zjistit příčiny tíživé životní situace a vliv Nízkoprahového denního centra (NDC) na kvalitu života jeho uživatelů. Dotazník je anonymní a jeho výsledky poslouží k přiblížení a lepšímu pochopení smyslu a stylu života lidí v nouzi.

Prosím, odpovídejte na otázky pravdivě, aby bylo možné získané údaje zpracovat co nejobjektivněji.

1. Jste:

- muž
- žena

2. Patříte do věkové skupiny:

- 18-25
- 26-39
- 40-59
- 60 a více

3. Z jakého rodinného prostředí pocházíte:

- úplná rodina
- neúplná rodina
- pěstounská nebo ústavní výchova

4. Vaše vzdělání:

- základní
- střední bez maturity/vyučen
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

5. Váš rodinný stav:

- svobodný(á)
- ženatý/vdaná
- rozvedený(á)
- vdovec/vdova

6. Počet Vašich dětí:

- žádné
- 1
- 2
- 3 a více

7. Jaký je v současnosti Váš zdroj příjmů:

- ze zaměstnání
- podpora v nezaměstnanosti
- sociální dávky
- žádný
- jiný: _____

8. Naposledy jste byl(a) zaměstnán(a):

- před více jak pěti lety
- před třemi až pěti lety
- před jedním až třemi lety
- před méně než jedním rokem
- v současnosti jsem zaměstnán(a)

9. V současné době bydlíte:

- ve vlastním nebo pronajatém bytě, domě
- na ubytovně
- v azylovém domě, noclehárně
- u rodičů, příbuzných, nebo známých
- v provizorním přístřeší, ve stanu, na ulici apod.

10. Jste více či méně pravidelným uživatelem alkoholu, drog a jiných opiátů:

- ano
- ne

11. Za hlavní příčinu Vaší současné tíživé životní situace považujete:

- ztrátu zaměstnání
- rodinné nebo partnerské problémy
- alkohol
- drogy, opiáty
- hazard (gamblerství, sázení apod.)
- dluhy
- jiné: _____

12. Využíváte služeb Nízkoprahového denního centra (NDC) pravidelně:

- ano
- ne

13. Kterou z uvedených služeb NDC využíváte nejčastěji:

- potravinový servis a pomoc s přípravou jídla
- hygienický servis (sprcha, holení apod.)
- praní prádla a zprostředkování oblečení
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a osobních záležitostí (dluhové poradenství, pomoc při hledání zaměstnání, bydlení apod.)

14. Po dobu využívání služeb NDC se Vaše životní situace:

- zlepšila
- zhoršila
- zůstala nezměněna

15. Myslíte si, že služba NDC je veřejností ve Vašem okolí přijímána spíše:

- pozitivně
- negativně

Děkuji za Váš čas, který jste věnoval(a) vyplnění tohoto dotazníku.

Kamil Jaroš

ANOTACE

| | |
|--------------------------|---|
| Jméno a příjmení: | Kamil Jaroš |
| Katedra: | Ústav speciálněpedagogických studií |
| Vedoucí práce: | Doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2012 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Název práce: | Kvalita života u osob ohrožených sociální exkluzí |
| Název v angličtině: | Quality of life for people at risk of social exclusion |
| Anotace práce: | Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u osob ohrožených sociálním vyloučením. Obecně vymezuje a charakterizuje vybrané sociálně patologické jevy. U rizikových skupin odhaluje problémy v rodinách i ve společnosti. Představuje některé služby sociální prevence, jako důležitou složku pomoci v překonávání a zvládnání tíživé životní situace. |
| Klíčová slova: | Sociálně patologické jevy, sociální exkluze, sociální služby, alkohol, drogy, Nízkoprahové denní centrum. |
| Anotace v angličtině: | This Bachelor thesis treats the quality of life of people threatened by social exclusion. Selected social-pathological phenomena are defined and characterized from the general point of view. The problems of vulnerable groups in the household and society are unfolded. Some social prevention services are presented as an important part of help aimed at managing and overcoming burdensome life situations. |
| Klíčová slova v angličtině: | Socially pathological phenomena, social exclusion, social services, Alcohol, Drugs, Low-threshold day center |
| Přílohy vázané v práci: | Příloha č. 1 - Dotazník |
| Rozsah práce: | 45 stran |
| Jazyk práce: | český |