

Prevence sociálně patologických jevů v nízkoprahových zařízení pro děti a mládež

Zuzana Krátká, DiS.

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana KRÁTKÁ, DiS.**
Osobní číslo: **H118058**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Prevence sociálně patologických jevů
v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže
- na popis poslání a činností NZDM
- na možnosti prevence v nízkoprahových zařízeních.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum zaměřený na průběh prevence v jednotlivých nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HENDL, J. Kvalitativní výzkum – základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2008.

KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008.

ŠANDOR, J. Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež. Bratislava: Nadácia mládeže Slovenska, 2005.

MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2008.

MATOUŠEK, O. MATOUŠKOVÁ, A. Mládež a delikvence. Praha: Portál, 2011.

POKORNÝ, V. TELCOVÁ, J. TOMKO, A. Prevence sociálně patologických jevů. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Petr Sýkora, Ph.D.

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013

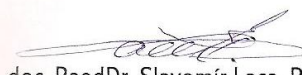
Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Luzaňa Kvařtla'
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně *30. 3. 2014*
.....

KL
.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíáde k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se věnuji prevenci sociálně patologických jevů v NZDM. Snažila jsem se přiblížit pojmy jako je závislost, prostituce, kriminalita, šikana či poruchy příjmu potravy. Zaměřila jsem se na možné metody prevence, které se aplikují v praxi jak ve škole, tak v sociálních zařízeních. Dále jsem se snažila přiblížit aktivitu nízkoprahových zařízení, možnosti těchto zařízení a rozsah jejich působení v jihomoravském kraji.

Klíčová slova:

Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, sociálně patologické jevy, prevence, kriminalita, závislost, prostituce, šikana, závislost na hracích automatech.

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce:

In my thesis is devoted to the prevention of socio-pathological phenomena in NZDM. I tried to approach concepts such as addiction, prostitution, crime, bullying and eating disorders. I focused on possible prevention methods that are applied in practice both at school and in social institutions. Furthermore, I tried to approach the activity of low-potential of such devices and the extent of their influence in South Moravia.

Keywords:

Low-threshold facilities for children and youth, socially pathological phenomena, prevention, criminality, addiction, prostitution, bullying, gambling.

Ráda bych poděkovala vedoucímu mojí práce, Mgr. Petru Sýkorovi. Ph.D., za odborné vedení, dobré rady a lidský přístup.

Také bych ráda poděkovala pracovnícím z NZDM Lavina, za jejich vstřícnost a pomoc a kolegyni Mgr. Heleně Kotové, která mi poskytla studijní materiály.

***„Lhostejnost k druhým a
lhostejnost k osudu celku
je přesně tím, co otevírá dveře zlu.
(Václav Havel)***

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY	11
1.1 ŠIKANA.....	11
1.2 VANDALIZMUS.....	12
1.3 KRIMINALITA.....	13
1.3.1 Kriminalita mladistvých.....	14
1.4 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH.....	15
1.4.1 Kategorizace drog.....	15
1.5 NELÁTKOVÉ ZÁVISLOSTI	17
1.6 PROSTITUCE.....	19
1.7 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	21
2 PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ	22
2.1 FORMY PREVENCE	22
2.2 METODY PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	24
2.2.1 Besedy na školách	24
2.2.2 Prožitkové lekce	24
2.2.3 Prevence sociálně patologických jevů ve školním zařízení.....	25
2.2.4 Prevence v rodině	25
2.2.5 Peer programy	26
2.3 MOŽNOSTI PREVENCE.....	26
2.3.1 Sociální služby	26
2.3.2 Zdravotnická zařízení	27
3 NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ	28
3.1 NÍZKOPRAHOVOST	29
3.2 CÍLOVÁ SKUPINA NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ.....	30
3.3 INTERVENCE NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ	32
3.4 DOSTUPNOST NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ V JIHOMORAVSKÉM KRAJI.....	33
3.5 PREVENCE V NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 ANALÝZA PREVENTIVNÍCH AKTIVIT NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ	37
4.1 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA	37
4.2 ANALÝZA ROZHOVORŮ S KLIENTY NZDM.....	38
4.3 ANALÝZA ROZHOVORŮ S PRACOVNICEMI NZDM.....	42
4.4 ANALÝZA INTERNÍCH DOKUMENTŮ	45
4.5 VYHODNOCENÍ A DISKUSE	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	53

ÚVOD

Ve svém zaměstnání se věnuji terciární prevenci. Klienti, kteří využívají naši službu, jsou aktivními uživateli návykových látek, kteří mají zájem o výměnu injekčního materiálu, sociální a právní poradenství nebo testování na infekční onemocnění. Jsou to lidé, které odborná literatura definuje jako problémoví uživatelé drog. Když jsem si vybírala téma pro mojí bakalářskou práci, přemýšlela jsem ne nad prevencí terciární, ale nad prevencí primární a to z toho důvodu, že z rozhovorů s našimi klienty jsem zjistila, že při jejich první zkušenosti s drogou nevěděli o jejích účincích a možných rizicích. Často slýchávám, že od kamarádů, kteří mu látku nabízeli, měli pouhou informaci „Je to fajn“.

Dnešní sociální politika tak musí řešit nastalé problémy – zřizují se služby, které pomáhají lidem s nastalými dluhovými situacemi, právní služby, řešící nastalou trestnou činnost, organizace, které jsou zaměřeny na léčbu nebo pomoc pro jedince závislé na alkoholu, hracích automatech a návykových látkách. Otázka je, jestli by bylo tolik služeb potřeba, kdyby byla dostatečná prevence.

Každý z nás projde prevencí a to prevencí v rodině. Je však otázka v jaké míře je prevence ve výchově aplikována. Pokud dítě vyrůstá v dobrých výchovných podmínkách v emocionálně vyvážené rodině, riziko sociálně patologických jevů klesá. Má-li dítě v rodičích špatný vzor, vidí-li doma násilí nebo závislosti, je pro něj jednodušší tento vzor napodobovat a nejeví se mu, že by na jeho chování bylo něco špatného.

Právě pro tyto děti, které vyrůstají v disfunkčních rodinách, zřizuje stát sociální i výchovné služby. Může se jednat o pedagogicko psychologickou poradnu, která spolupracuje se školami a řeší s dětmi jak špatné výsledky, tak docházku do školy, OSPOD, který se zabývá právy dítěte v rodině, aktivizační služby, které aktivně pomáhají rodinám s výchovou dětí v jejich přirozeném prostředí a také nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, která se snaží vyplnit volný čas dětí. Vzhledem k tomu, že se jedná o službu, která má mému zaměření nejbližší, vybrala jsem si právě NZDM a prevenci, která v nich probíhá už tím, že tam děti dochází a aktivně se podílejí na programech, které jsou pro ně atraktivní.

Pro děti ze sociálně slabších rodin mají NZDM tu výhodu, že nemají finanční spoluúčast klientů a jsou dobrovolné. Z počátku tato zařízení měla funkci klubovny, kam se děti chodili bavit a nemuseli za to platit, postupem času se z toho staly registrované sociální služby, které finančně podporuje stát. Vzhledem k tomu, že se ale jedná, o registrovanou

sociální službu vytvářely se metodiky, co vše by měl klub zahrnovat. Nejednalo se však o vytváření pracovních postupů jen tak, aby pracovníci měli co vykazovat, ale vycházelo se z potřeb klientů navštěvujících službu. A tak vznikly intervence jako doučování, individuální plánování a krom jiného i preventivní programy či jiné metodiky a cíle služeb, které měly předcházet sociálně patologickým jevům.

A právě na způsob prevence v NZDM se zaměřuji ve své praktické části. Každé zařízení prevenci dělá podle svého uvážení, existují taková, která nemají písemnou strukturu, jak v jejich zařízení prevence probíhá, ale preventivní intervence probíhají individuálně. A jsou taková zařízení, která prevenci považují za svoji hlavní náplň a preventivním tématům se věnují s velikou pečlivostí. V praktické části jsem zvolila kvalitativní výzkum. V této části zjišťuji názory a postupy jak pracovníků zařízení, tak těch na které je prevence cílena, čili klientů zařízení a srovnávám to s metodikami, či cíli služby.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole se věnuji sociálně patologickým jevům, vysvětlení pojmů a obeznámení se s jevy, které jsou mezi mládeží nejčastější. Druhá kapitola je zaměřena na téma prevence, její rozdělení a její možnosti. V poslední kapitole popisuji nízkoprahová zařízení, jejich funkci omezení a možnosti pro cílovou skupinu, a protože jsem z jihomoravského kraje, tak jsem v této části monitorovala, ve kterých městech JMK se nízkoprahová zařízení nacházejí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY

Každá společnost se řídí určitými normami. V první řadě se jedná o normy právní, které jsou závazné a platí pro celou společnost. Jedná se o zákony, vyhlášky a jiné právní předpisy. V řadě druhé jsou to normy vlastní, které se odvozují od norem právních. Mohou to být normy v rodině skupině, zájmových sdružení nebo jiných sociálních skupinách.

Skupiny, které mají normy odlišné od těch základních, nazýváme deviantní nebo sociálně patologické skupiny. Tyto skupiny základní normy neuznávají a to buď celek nebo jen jejich část. Jedná se o gangy, extremistické hnutí, teroristické skupiny i fanatické náboženské hnutí.

Sociálně patologickými jevy se rozumí chování jedince, charakteristické nezdravým životním stylem, nedodržíváním nebo porušováním sociálních norem, zákonů, předpisů a etických hodnot, které vede k poškozování zdraví jedince, prostředí ve kterém se nachází a v důsledku pak k individuálním, skupinovým či celospolečenským poruchám.

Sochůrek (2009) používá místo pojmu „sociálně patologické jevy“ pojem sociální deviace, který má v sociologii 3 základní teorie:

1. Teorie „kids of people“ – předpokladem existence typů lidí, jejichž chování vybočuje z norem, nebo k tomuto vybočování mají tendence.
2. Situační teorie – vychází z předpokladu, že existují situace, ve kterých se většina lidí sociálně deviantně zachová, např.: extrémní zátěžová situace, příležitost apod.
3. Konjunktivní teorie - určitý druh lidí se za určité situace chová určitým způsobem.

Do sociálně patologických jevů můžeme zařadit šikanu, vandalizmus, kriminalitu, závislost na návykových látkách, nelátkovou závislost, agresivní chování, prostituci, poruchy příjmu potravy a jiné jevy, které se vymykají „normám“ dané společnosti.

1.1 Šikana

Šikana je, dle Říčana (2010), ubližování někomu, kdo se nemůže nebo nedovede bránit. O šikaně u mládeže se často mluví v kruzích školy a jedná se o ubližování mezi vrstevníky čili mezi spolužáky, ve sportovním kroužku apod. Jednoznačně určit, kdy se jedná o šikanu, a kdy o pouhou „klukovinu“ není vůbec jednoduché, často to vyžaduje už odborný pohled (Kolář, 1997). Šikanu dělíme na dvě odvětví a to na přímou a nepřímou.

Přímá šikana spočívá v násilí všeho druhu (bití, kopání, pálení aj.), ponižující tělesné manipulaci (obnažování, nucení ke konzumaci něčeho odporného), poškozování či brání osobních věcí (oblečení, jídla, u dívek se může jednat o brání hygienických potřeb a následného zesměšňování, aj.). Dále se do přímé šikany řadí slovní napadání, posměch, nadávání a urážení oběti a jeho blízkých a zotročování, kdy je výhrůzkami či fyzickým napadáním oběť donucena ke konání něčeho ponižujícího.

Nepřímou šikanu spatřujeme ve vyčleňování jedince z daného kolektivu, spolužáci s ním nemluví a vylučují ho ze svých aktivit. Tato forma je nejčastěji využívána dívkami (Říčan, Janošová 2010, str. 22).

Vrstevníky k šikaně vedou různé důvody, může se jednat o zábavu, kterou chtějí agresori zprostředkovat společnosti, u chlapců se může jednat o předvádění se před dívkami. Často se ale v šikaně druhých objevuje sadistické uspokojení agresorů a pocity moci a nadřazenosti, což může být důsledkem vlastním pocitem méněcennosti.

Novou formou šikany, která se v poslední době stále častěji objevuje je kyberšikana. Jedná se o zveřejňování choulostivých informací, pomluv a fotek na veřejných internetových sítích jako je například facebook. Úmyslný útok na člověka, který se může jen těžce bránit.

1.2 Vandalismus

Dle Sochůrka (2009) se jedná o zvláštní formu agresivního chování, které se ale řadí do nižšího stupně. Agresor uspokojuje svoji potřebu vybití si zloby na nějaký objekt. Ten bývá buď vybrán záměrně, nebo se stane objektem ničení cokoliv, co agresorovi přijde do cesty. Mezi objekty, které jsou záměrně vybrány, se mohou řadit fotbalové stadiony, školní zařízení, sochy, billboardy a jiné předměty, které jedinec vybírá z důvodu negativního vnímání osob nebo zkušeností spojených s tímto objektem.

Tento jev, jak popisuje Sochůrek (2009), se objevuje zejména u chlapců v adolescentním věku. Z velké části, se jedná o skupiny těchto mladíků, kteří cizí majetek ničí pro zábavu a jen zřídkakdy jsou podnětem vandalismu náboženské či fanatické úmysly (rozbíjení soch světců, malování po vzácných obrazech, aj.).

Rozdělení vandalizmu dle Zimbarda (1983), kterého cituje Sochůrek (2009):

- hrabivý – rozbíjení automatů (telefonních, hracích, na jídlo...) kvůli získání vhozených mincí
- taktický – ničení věcí kvůli upoutání pozornosti – sem se řadí například ekologičtí aktivisté
- ideologický – jedinci chtějí také upoutat pozornost na své postoje, cílem jejich agresivity se stávají nejčastěji hřbitovy
- mstivý – jedná se o odplatu skutečné nebo domnělé křivdy
- hravý – sázky v partách, soutěže, kdo obrátí nejvíc popelnic nebo propíchne nejvíce pneumatik
- zlostný – projev zloby nebo závisti

Jako specifický druh vandalizmu zmiňuje Sochůrek (2009) sprejerství. Výtvoři sprejerů se mohou rozdělit na dvě skupiny – a to grafity, kdy jsou pomalovávány například zdi a vagóny vlaků kresbami nebo zdobeným písmem. Tyto výtvoři jsou částí populace považovány za umění. Do druhé skupiny se řadí tagy – jsou to podpisy sprejerů, jimiž „zdobí“ jakékoliv objekty (náhrobky, sochy, dopravní značení aj.) jen aby se zviditelnili.

1.3 Kriminalita

Novotný (2004) popisuje kriminalitu jako jev, který narušuje harmonický vývoj společnosti. Jedná se o nechtěný společenský jev, který je pro společnost škodlivý. Všeobecně se kriminalitou nazývá páchaní přestupků a trestních činů, které jsou specifikovány v zákonech České republiky. Členěny jsou většinou podle prostoru, času, rozsahu, struktury a pohybu. Jako synonymum se používá trestní čin a zločinnost (Matoušek, Kroftová 1998).

Kriminalitu můžeme rozdělit podle věku jedinců, na:

1. Kriminalitu dětí – věk do 15 - ti let. Dítě páchající kriminalitu v tomto věku si neuvědomuje následky svých činů. Jejich příprava je na malé úrovni – většinou se jedná o skupinový čin páchaný spontánně. Do dětské kriminality se řadí nejvíce ničení cizího majetku a krádeže malého rozsahu.

2. Kriminalitu mladistvých – 15 – 18 let. Často se jedná o kriminalitu skupinovou a nepromyšlenou o čemž vypovídají i náhodně vybraná místa činu (Novotný, Zapletal).
3. Kriminalitu dospělých – starší 18 let. Motivací pro kriminalitu je uspokojení svých potřeb. Činy jsou předem promyšlené. Méně často se jedná o skupinovou kriminalitu.

Mühlpachr (2001) uvádí, že se kriminalita stala masovým sociálním jevem – toto označení se týká hlavně kriminality majetkové, která se na počtu kriminálních činů podílí z 80%. Dvojnásobně se, dle autora, zvýšil počet trestních činů u mladistvých. Když se však podíváme na statistické údaje policie ČR, zjistíme, že od roku 2010 do roku 2013 má kriminalita mládeže spíše klesající tendenci. V roce 2010 bylo spácháno mladistvými 5339 trestných činů, v roce 2013 tento počet klesl na 3845. Jedná se, však o statistiky trestných činů což u majetkové kriminality znamená, že hodnota ukradeného zboží nepřesáhla 5000 Kč.

1.3.1 Kriminalita mladistvých

Mladí lidé, kteří páchají trestnou činnost se často nechají svést právě nastalou situací, při které neřeší, jaký následek bude jejich čin mít. Novotný, Zapletal (2004) ve své publikaci uvádějí, motivaci trestního činu jako touhu po dobrodružství, snahu ověřit si své dovednosti, prosadit se, přinutit někoho, aby jej poslouchal a také získat prestiž ve skupině. Mladí delikventi se vyznačují svým neadekvátním chováním, chtějí dosáhnout svých cílů co nejrychleji, a tak používají společensky nepřijatelné jednání a mají sklon k radikalismu a nekompromisnosti. Tudíž je pro ně problémem se ke svým cílům dostat pomalou, ale legální cestou, odložení či vzdání se svých potřeb je pro mladé delikventy nemyslitelné. Jejich činy bývají často brutálního charakteru. Dle Mühlpachra (2001) za trestnou činnost mládeže nese určitou zodpovědnost alkohol a omamné látky. Pachatelé často odcizují předměty, které aktuálně potřebují a pokud se jejich trestná činnost opakuje, nese velmi podobné znaky jako předchozí činy. Svými činy se mladí pachatelé chtějí často zviditelnit, a proto jejich odhalení nebývá náročné. Důvodem snadného odhalení pachatele je i ten

fakt, že se jedná o trestný čin, kterému chybí složka plánování a jeho příprava je nedokonalá.

1.4 Závislost na návykových látkách

Jedná se o zneužití návykové látky z důvodu prožitku či útěku od starostí. Na začátku užívání se nejedná o závislost, jde o zkoušku a experiment jak to na jedince působí. Až po této fázi si lze vybudovat závislost – délka této fáze je odvozena od druhu užívané látky a od intenzity zneužívání. Světová zdravotnická organizace stanovila 6 znaků, které se musí u jedince objevit, aby se mohl diagnostikovat jako závislý. Tyto znaky jsou (MKN – 10):

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku
2. Potíže v sebeovládání při užívání látky a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky
3. Tělesný odvykací stav – látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění stavu se někdy užívá látka s obdobnými účinky.
4. Průkaz tolerance k účinku látky jako je vyžadování vyšší dávky, aby se dosáhlo účinku, který se dostavoval při dřívějším užitím dané látky.
5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času na její získání, užívání nebo zotavování se z jejího účinku.
6. Pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků – poškozování jater nadměrným pitím alkoholu, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání nebo toxické poškození myšlení.

1.4.1 Kategorizace drog

Slovo droga má v českém jazyce dva významy. Na jedné straně se jedná o drogy jako o usušené nebo jinak konzervované byliny a živočichy, jež mají léčivý účinek a na straně druhé jsou to psychoaktivní látky, které jsou z větší části chemicky upravované. Tyto látky si pod slovem droga společnost vybaví nejčastěji. Na drogy lze pohlížet z mnoha směrů, z hlediska zákona, vlivu na psychiku, dle postupu výroby, způsobu užívání apod.

Všeobecně drogy, užívané v České republice, můžeme rozdělit do těchto kategorií:

1. Konopné látky – do této kategorie patří konopí, ze kterého se užívají usušené listy, pryskyřice nebo olej. Aktivní látkou v této rostlině je THC. Konopí je v dnešní době zneužíváno hlavně mládeží. Závislost na něm je pouze psychická a to ve středním stupni.
2. Opiáty – v České republice se nejčastěji užívají tyto látky: braun, opium, morfin a Kodein (v tomto případě se jedná o zneužívání léků na předpis). Nejznámějším opiátem je heroin, na který rychle vzniká závislost jak fyzická, tak psychická. Dalšími opiáty, které se podávají jako substituce, jsou Metadon a Subutex, jsou to legální látky, které se podávají pod lékařským dohledem pacientům, kteří si již vypěstovali závislost na opiátech.
3. MDMA a taneční drogy – látka, která nezpůsobuje závislost, ale je nebezpečná v účincích, kdy jedinec nepocituje únavu a žízeň a při tom ze sebe vydá velké množství energie. Jedná se tedy o riziko přehřátí a dehydratace. Užívání těchto drog je spojováno s taneční scénou.
4. Stimulanty - Nejvíce užívané drogy, které se řadí do této skupiny, jsou kokain, crack a pervitin. Stimulanty se užívají pro rychlý nástup euforie, potlačují chuť k jídlu a únavu a způsobují zrychlení psychických procesů. Pervitin se u nás začal vyrábět v 70. letech, od té doby počet závislých na této látce stoupá a to i díky jednoduché výrobě. Na simulantech vzniká vysoká psychická závislost.
5. Halucinogeny - Do této kategorie řadíme Psylocibin a LSD. Známkou intoxikace je neovladatelnost pohybů, zvýšená citlivost pro prostorové vnímání, pocity mírného chvění. Závislost na této látce je však málo pravděpodobná.
6. Těkavé látky – Látky, které jsou velmi nebezpečné a při tom snadno dostupné. Jedná se o přípravky, které se běžně dostanou v obchodech s barvami. Jsou označovány jako inhalační drogy, kdy se škodlivé látky vypařují již při pokojové teplotě a jsou vdechovány ústy či nosem. Jedná se o toluen, Chemopren, aceton, benzin a rajský plyn. Tyto látky vyvolávají celkový útlum, který je doprovázen barevným viděním, euforií, změněným stavem vědomí a vzrušením.
7. Tabák - Jedná se o legální drogu, která se do Evropy dostala v 16. století. Ačkoliv je prodej tabáku v ČR limitován osmnáctým rokem, cigarety patří mezi společensky tolerované drogy již před dovršením zletilosti. Dle výsledků Evropské

školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2011, bylo mezi chlapci 27% denních kuřáků cigaret. U dívek je procento nižší a to 24% pravidelných uživatelů. Tato studie byla prováděna u šestnáctiletých dětí. Cigarety obsahují mnoho škodlivých látek, které mohou mít nežádoucí účinky jako například zvýšenou sekreci slin, žaludečních šťáv a potu, překrvení v oblasti vnitřních orgánů, pokles prokrvení krevních periférií, zkrácení doby srážení krve, dráždění dýchacích cest a jiné nežádoucí účinky (Kalina, 2008).

8. Alkohol - Alkohol patří mezi nejzneužívanější drogy, je rozšířen po celé planetě. Pití alkoholu je tolerováno, pokud je užíván v „rozumné“ míře. Je legální, a proto je lehce dostupný pro mládež, která s alkoholem začíná v brzkém věku. Jeho účinky jsou zpočátku stimulační, větší konzumace potom působí na jedince tlumivě. Ačkoliv se u mládeže neobjevuje tak často závislost na alkoholu, nese sebou i nárazové pití rizika. Při nadměrném požití se ztrácí sebekontrola, zpomalí se reakční čas, nastane porucha rovnováhy a zvracení (tento jev je nebezpečný, pokud je intoxikovaný bez dozoru – hrozí udušení zvratky). Odvykací stav se objevuje po dlouhodobém a intenzivním užívání.

1.5 Nelátkové závislosti

Tyto závislosti jsou většinou spojeny s vymoženostmi moderní doby. Sám jedinec si tuto závislost někdy ani nemusí uvědomovat, až do té doby, kdy kvůli dané závislosti nezačne omezovat své aktivity, které v minulosti dělal se samozřejmostí a rád. MUDr. Benkovič popsal v článku pro „Psychiatre pro praxi“ (2007) tyto charakteristické známky závislosti:

1. Silná touha po příjemných zážitcích a zaujatost těmito činnostmi
2. Problémy s kontrolou v jednotlivých činnostech
3. Preference těchto činností před jinými činnostmi
4. Pokračování v činnosti i přes prokazatelné negativní důsledky

Jako nejznámější, a pro člověka asi nejvíce sociálně ohrožující závislost, je gambling. Gambleři, jak zmiňuje Sekot (2010), vidí ve hře jediný účinný zdroj peněz, jsou to ti, kteří hře naprosto podleli, mají nutkání neustále hrát a tato jejich vášeň nelze nijak kontrolovat. Tato závislost je velmi podobná závislosti na tvrdých drogách, a je s nimi i velmi úzce

propojena. S patologickým hráčstvím souvisí velká škála rizik jako například: dluhy, lichva, rozpad rodiny, ztráta zaměstnání, finanční krach, ztráta bydlení, narušenost vztahů, kriminalita, ztráta hodnot a jiné, život ohrožující, jevy. Příčiny vzniku závislosti na hracích automatech dělí Sekot (2010) na příčiny vnitřní a vnější. Mezi vnitřní se řadí touha lidí po adrenalinových zážitcích, sklon k riskování a také docílení pocitu libosti, který lze získat i třeba sportem, sexem a jinými, tomuto podobnými, aktivitami. Příčinou vnější je legislativní tolerance hracích automatů v naší zemi. Herny se objevují na každém rohu, jsou označeny blikajícími nápisy o možnosti vysoké výhry, které vybízejí jedince, aby se pokusil zmiňovaný obnos získat. To jak jsou herny rozmístěny a jaké typy výherních automatů se v herně nachází, ovlivňuje město svými vyhláškami. Jsou města, ve kterých jsou herní automaty úplně zakázány (např. město Blansko), omezeny na určité zóny a místa (město Znojmo, Brno...) nebo úplně povoleny. Do vnějších příčin můžeme také řadit kamarády, kteří opěvují hru a bagatelizují negativní stránky.

Marhounová a Nešpor (1995) rozdělili průběh patologického hráčství do 3 fází:

1. Fáze výher – jedinec hraje občas a sám, objevují se časté výhry a má tendenci zvyšovat sázku.
2. Fáze prohrávání – myšlenky jedince se upínají ke hře, i přes stálé prohry nemůže s hraním přestat, lže a hru skrývá, půjčuje si peníze a posouvá termíny splátek, zanedbává rodinu i přátele, stává se neklidným, přestává pečovat o svůj zevnějšek, o své zdraví a jiné aktivity.
3. Fáze zoufalství – závislý se zabývá hrou na automatu podstatnou část dne, suma půjčených, prohraných peněz roste. Spolu s ní roste i panika a výčitky svědomí, ale hrát nepřestává, protože se objevují abstinенční příznaky. Kvůli touze po hře a dluhům narůstá kriminální činnost, přidává se konzumace návykových látek, vztahy s rodinou mizí a hrozí sebevražedné chování.

U mládeže se můžeme nejčastěji setkat se závislostí, kterou přináší „nová“ doba a technické vymoženosti. Tou nejznámější je netománie. Jedná se o závislost na internetu všeobecně. Na internetu najdeme všechno – zábavu, učení, práci i kamarády. Je snazší se připojit do sítě a povídat si s někým přes internet, než s ním jít ven a povídat si osobně „face to face“. Oblíbenou aktivitou na internetu jsou také hry, ve kterých hraje více hráčů z jakéhokoliv koutu světa najednou a hry, při kterých je možnost sázení, a tudíž i výhra,

reálných peněz. Tím, že jsou peníze pouze napsány na displeji, jedinec ztrácí pojem o jejich hodnotě, a tak je jednodušší je prohrát.

Vondráčková (2013) ve svém článku zmiňuje dvě teorie vzniku závislosti na internetu. První teorie je kognitivně behaviorální model. Tento model závislosti popsal jako první R. A. Davis, ten vnímá dva typy problémového užívání internetu:

1. Specifické problémové užívání internetu – jedná se o zneužívání specifického programu na internetu, jako jsou třeba stránky s pornografií, či on-line hry na internetu. Autor uvádí, že lidé s tímto typem užívání internetu, by podobné závislostní chování vykazovali i bez připojení k síti. Skrze internet je přístup pouze snadnější.
2. Obecné problémové užívání internetu – užívání internetu nad rámec normality. Závislý nemá specifické téma, které na internetu vyhledává, nachází se u něj pouze potřeba sociálního kontaktu, který internet poskytuje.

Druhá teorie, kterou ve svém článku Vondráčková (2003) zmiňuje, je teorie deficitu sociálních dovedností. Autorem této teorie je S. E. Caplan. Uvádí, že lidé s psychosociálními problémy více inklinují k anonymní a bezpečné komunikaci na internetu, která je pro ně jednodušší a zábavnější, než komunikace osobní.

Rizika pro dítě, které stráví velkou část dne u internetu, nejsou pouze zdravotního rázu, jako je bolest hlavy, očí a zad, ale také riziko anonymního chatování a sdělování svých osobních informací či zasílání fotografií, neznámým lidem, kteří je mohou zneužít.

1.6 Prostituce

Tato profese bývá často zmiňována jako nejstarší řemeslo na světě. O ženách, které si nechaly platit za sexuální služby, se dočteme ve velkém množství historických knih. Byly doby, kdy byla prostituce legalizována, ba dokonce vyvyšována, ale i doby, kdy za ni padaly tresty smrti.

V současné době je prostituce považována za jakýsi morální úpadek.

Prostitutivní chování má tři základní charakteristiky (Sochůrek, 2009, s. 75)

1. propůjčování se k sexuálnímu styku za úplatu
2. střídání partnerů (i několika za den)
3. absence citové vazby

Prostituce je dělena podle místa poskytování sexuálních služeb. Matoušek (2013) uvádí jako nejstarší u nás hotelovou a barovou prostituci, kdy se mladé ženy vztahovaly do barů a hotelů za cizinci a nabízely jim své služby. V současnosti jsou nejrozšířenějším místem pro prostituci sexkluby a noční podniky. Dívky pracující v těchto klubech často musí odvádět velkou část svého výdělku majiteli podniku. Třetím druhem nabídky sexuálních služeb jsou priváty – jedná se soukromé byty či pokoje, které jsou dobře utajované. Nabídka těchto privátů se objevuje v inzertních novinách, kde je zveřejněn pouze telefonní kontakt. Velmi rozšířenou službou je pouliční prostituce, kdy dívky postávají na frekventovaných ulicích, silnicích a parcích a samotnou službu „sexuální pracovnice“ provádějí s klientem buď v jeho autě nebo v blízkém zákoutí.

Důvodem, proč ženy pracují v sexbyznisu jsou v častém případě peníze.

Matoušek (2013, s. 342) rozděluje sexuální pracovnice do tří skupin:

1. ženy, zacílené na vlastní prospěch
 1. jejich cílem je dostudovat školu
 2. mají za cíl zajistit se do budoucnosti
2. ženy, které nemohou sehnat práci
 1. ženy nacházející se ve středních letech s nízkou nebo žádnou kvalifikací
 2. ženy, které bydlí v lokalitě s nízkou zaměstnaností
3. ženy, které jsou zatíženy dluhy
 1. prostituce je pro ně možnost, jak si co nejrychleji vydělat velké množství peněz na splacení dluhů
 2. prostituce jako možnost se dluhům vyhnout

Prostituce není záležitostí pouze žen, poskytují ji i muži, kteří ale z velké části nabízí své sexuální služby dalším mužům. Bohužel, narazit můžeme i na dětskou prostituci, která je provozována velmi skrytě. Jak uvádí Sochůrek (2009) „můžeme ji chápat jako specifickou součást syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN)“ (Sochůrek 2009, s. 79). Dle něj pracuje v sexuálním byznysu pouze v Evropě asi 150 000 dětí a mladých lidí. V tomto případě se většinou jedná o nucenou prostituci, kdy jsou děti zneužívány svými rodiči nebo různými pasáckými gangy.

1.7 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou nejčastějším jevem u dívek v dospívajícím věku. Z plakátů a fotek v časopisech se na mladé dívky dívají ženy hubené a „dokonalé“. Modelky pro tyto fotografie jsou podvyživené, a pokud nemají správné míry, jejich zevnějšek je upravován fotomontáží. Na toto ovšem mladé dívky nedbají a snaží se svojí postavou a vizáží přiblížit těmto zkresleným obrázkům. Poruchu příjmu potravy u dívek má na svědomí i jejich sociální okolí. Nejedná se jenom o jejich kamarády ve škole, ale také rodiče, kteří chtějí mít své děti dokonalé nejen, co se týká výsledků ve škole, ale také jejich vzhledu. I jen malé popíchnutí od otce, že má dcera větší pozadí nebo od matky nastavený „zdravý jídelníček“, může být pro dívku stimulem k přesvědčení, že její tělo není dokonalé, a že by měla shodit nějaké kilo. Začnou tak omezovat přísun potravin na minimum. Jejich žaludek se postupem času smršťuje. Tělu ubývají jak tuky, tak svalová hmota a je náchylnější k různým nemocem. Tato nemoc se nazývá mentální anorexie a je nebezpečná nejen nepřirozeným úbytkem tělesné váhy, ale i zpožděním celkového vývoje těla, vynecháváním menstruace a oslabením imunity, což má za následek menší obranyschopnost vůči různým nemocem.

Druhá forma poruchy příjmu potravy má název mentální bulimie. Jedná se o záchvatovité přejídání s následným zvracením. Díky nedostatku živin v těle se objevují veliké chutě, a tak jsou dívky schopny sníst velké množství potravin najednou. Kritéria pro určení této nemoci jsou: Neustálé se zabývání jídlem, přejídání se, snaha zbavit se zkonsumovaného jídla vyvoláním zvracení, zneužívání projímadel a jiných látek, které ovlivňují zpracování potravy v těle a hladovkou. Psychopatologie spočívá především ze strachu z tloušťky, dívka si stanovuje svoji ideální váhu nižší, než je možné.

2 PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ

Dle Pokorného (2001) se jedná o komplexní multidisciplinární přístup, postavený na rovnováze opatření primární prevence a represe. Prevencí rozumíme komplexní, koncepční, cílený, plánovitý, flexibilní a efektivní soubor opatření, odborných činností a nabídek, které jsou zaměřeny na udržování a rozvíjení hodnot, postojů, zájmů, chování a forem zdravého životního stylu společensky žádoucího. Zaměřuje se jak na jednotlivce, tak na skupiny dětí, a to ve školách i při mimoškolních aktivitách jako je kultura, sport a zábava. Kdyby se společnost zabývala pouze represí, jako výchovou k žádoucímu chování, vedlo by to k větší agresivitě a horšímu jednání jedinců s policejními úřady a jinými represivními orgány.

Označení prevence zahrnuje všeobecné působení na jedince, skrze jeho nejbližší okolí jako je rodina, kamarádi, škola, mimoškolní aktivity apod. Jedná se o soubor opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání, které ohrožují základní hodnoty společnosti (Matoušek, 2008, s. 154)

Nešpor (1999) nepovažuje prevenci jako pouhé poskytování informací o návykových látkách, ale zdůrazňuje, že jejím cílem je předcházet zneužívání těchto látek nebo alespoň první zkušenosti posunout do pozdějšího věku.

2.1 Formy prevence

Primární prevence

Je zaměřena na populaci jako na celek, i když cílem je ovlivnit chování jednotlivců. Preventivní aktivity jsou směřovány na děti školního věku, kdy se rozvíjí jejich osobnost a nejsou tolik dotknuti sociálně patologickými jevy. Lze ji rozdělit na prevenci specifickou a nespecifickou. Nespecifická primární prevence je aplikována na celou populaci, neobsahuje kritérium věku, národnosti nebo jiných odlišností. Její formou mohou být třeba reklamy v televizi či rádiu, billboardy nebo jiné informační prostředky. Naproti tomu prevence specifická svoji cílovou skupinu zužuje a zaměřuje se na lidi dle věku, sociálního původu, pracovního zaměření a jiných ukazatelů. Formou specifické prevence jsou programy a aktivity přizpůsobené skupině lidí, na které by měla působit.

Sekundární prevence

Dle Kachlíka (2011) je tato forma určena pro osoby, u nichž se vyskytuje nějaký faktor, který by mohl vést k závislosti nebo jinému patologickému chování. V případě návykových látek, se jedná o ty jedince, u kterých se začínají objevovat známky užívání návykových látek jako je například zhoršená pozornost ve výuce, ztráta zájmů, odmítání autority, zanedbávání aktivit, které v minulosti opomíjeny nebyly a krom jiných i změny nálad a podrážděnost. Kalina (2008) sekundární prevenci vidí spíše jako práci s těmi, kdo drogu užívají, či jsou na droze již závislí. Jedná se, podle něj, o souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.

Sekundární prevenci můžeme rozdělit na tři typy léčby:

1. Léčba vedoucí k abstinenci – různá detoxifikační zařízení a následný pobyt na psychiatrické léčebně či v terapeutické komunitě.
2. Léčba vedoucí ke kontrolovanému užívání – tato léčba je využívána minimálně.
3. Léčba s udržovací substitucí – pacientovi je podávána substituční látka jako například Metadon, Subuxone a Subutex.

Terciární prevence

Kalina (2008) označuje terciární prevenci jako předcházení trvalým zdravotním a sociálním problémům u jedinců, u kterých vypukla závislost na návykových látkách. Programy terciární prevence nepracují s problémem závislosti jako takovým, ale řeší problémy, které jsou k tomu přidružené. U závislosti na návykových látkách se může jednat o ztrátu zaměstnání, rodiny, bydlení a o celkový sociální propad osobnosti. Službami, které poskytují terciární prevenci, jsou kontaktní centra pro uživatele drog a terénní programy. Hlavní složkou práce těchto služeb, které pracují s aktivními uživateli drog je výměna použitých injekčních jehel za nové, sterilní jehly a jiný zdravotnický materiál, jejímž používáním mohou šetrněji aplikovat návykové látky. Dle Kaliny a kol. (2008) terciární prevence využívá z největší části přístup sociální. Pracovníci pomáhají svým klientům s hledáním zaměstnání, sestavují spolu s nimi životopisy, poskytují asistenci při vyřizování na úřadech, pomáhají při hledání bydlení a nabízejí pomoc v kontaktu se zdravotními zařízeními.

Pokud zmiňují terciární prevenci nelze vynechat pojem Harm reduction – tento pojem vznikl v osmdesátých letech a znamená minimalizaci rizik spojených s užíváním

návykových látek. Hrdina (2003) v publikaci *Drogy a drogové závislosti*, popisuje HR přístup takto: „Základní charakteristikou tohoto pohledu na drogovou závislost je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší.“ (Hrdina, *Drogy a drogové závislosti*, 2003, s. 263). Působí na klienty tak, aby stabilizovali svůj životní styl, a při tom vychází z potřeb samotného klienta.

2.2 Metody primární prevence

2.2.1 Besedy na školách

Besedy jsou založeny na rozhovoru lektora s posluchači. Ačkoliv původní téma je dáno, díky dotazům či rozhovorům, je možné je přizpůsobit na dle aktuální potřeby a zájmu. Jedná se o jednorázovou akci, která je, dle Skalíka (*Drogy a drogové závislosti*, 2003) nejméně efektivní právě proto, že nemá žádné pokračování a je koncipována pro velké množství posluchačů, kteří se nemusí nijak aktivně podílet na programu.

2.2.2 Prožitkové lekce

Jedná se o aktivity ve školním zařízení, které provádějí odborníci z center prevence. Většinou se jedná o neziskové organizace, které pro své působení musí být certifikovány Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Lekce jsou založeny na prožitku dítěte, uvědomění si své osobnosti, vztahu k okolnímu světu a prožití si hry „tady a teď“. Tyto lekce jsou objednávány školními pedagogy a měly by být „šity na míru“, dle jejich pozorovacích schopností. Čím lépe zná pedagog svoji třídu, tím lépe může vybrat vhodný preventivní program. Prožitkové lekce se mohou dotýkat nejen prevence závislostí, ale i vztahů ve třídě, uvědomění si svých postojů a přání a toho, čeho by chtěl člověk v životě dosáhnout. Tyto preventivní programy bývají také součástí nízkoprahových zařízení. Vytváří je metodici prevence v daném zařízení a snaží se je aplikovat přímo na danou skupinu klientů. Výhodou nízkoprahových zařízení je dobrovolnost účastníků prevence, nevýhodou ale je, že klienti klub nevyužívají pravidelně a je těžší je preventivním programem oslovit.

2.2.3 Prevence sociálně patologických jevů ve školním zařízení

Ve školním zařízení dochází k socializaci dítěte a utváření si nových vztahů. Dítě se zde setkává se svými vrstevníky ve stejném nebo podobném vývojovém stupni. Skrze tyto sociální kontakty dochází k vytváření osobnosti a postoje dítěte.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy proto vydalo metodický pokyn k prevenci sociálně patologických jevů, který je závazný pro školní zařízení v České republice a je kontrolován Českou školní inspekcí. Prevence je ve školách aplikována přímo v učební látce (etika, právní předpisy, výchova ke zdravému životnímu stylu...), uplatňováním různých forem a metod působení na jednotlivce a skupiny zaměřené na rozvoj osobnosti, vytvářením vhodných podnětů pro smysluplné využití volného času a také spoluprací s rodiči. (Zeman, 2006). Základem preventivního působení ve školním zařízení je průběžné sledování konkrétních podmínek a situace z hlediska výskytu sociálně patologických jevů a následná aplikace různých metod, které umožní včasné zachycení ohrožených dětí a mládeže.

2.2.4 Prevence v rodině

Ačkoliv se může zdát, že by prevence měla probíhat dle metodik a daných postupů v institucích jako je škola, zájmové kroužky, či jiná aktivita dětí a mládeže, základní prevence by měla probíhat v rodině. Děti si velmi rychle osvojují návyky svých rodičů a sourozenců, zkoušejí možnosti a hranice svého chování v rodině a velmi silně vnímají nesoulady v partnerských vztazích. Preventivní funkce rodiny je považována jako jedna z nejdůležitějších. Nachází se však rodiny, které výchovu nezvládají a zodpovědnost za činy dětí přenechávají na jiných institucích. V současnosti, se rozvíjí sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Funkce této služby spočívá ve vedení rodičů, kteří mají problémy s výchovou potomků, aby se dokázali dobře postarat o své děti. Pracovníci, kteří navštěvují rodiny přímo v místě bydliště, tak rodiče učí, jak se správně učit s dítětem, jak vést domácnost, finanční gramotnost a jiné potřebné věci ke spokojenému rodinnému životu.

2.2.5 Peer programy

Peer programy jsou založeny na vrstevnickém vztahu. Už se zde nejedná o vztah učitel/lektor x žák/dospívající, ale prevence probíhá na úrovni žák/ dospívající x žák/ dospívající. Dle Skácelové (Drogy a drogové závislosti 2, 2003) je principem peer programů aktivní zapojení předem připravených vrstevníků, kteří mají možnost účinně ovlivnit rizikové chování. Peer programy jsou nejsložitější metodou prevence a to z těchto důvodů:

1. Výběr peera – kritéria pro výběr by měla být věk, osobnostní předpoklady, přirozená vůdčí osobnost, dobrá komunikační dovednost, pozitivní vzor zdravého životního stylu (Skácelová, 2003, s. 310).
2. Výcvik peera – dobrovolník musí projít složitým výcvikem, měl by znát účinky drog a umět mluvit se svými vrstevníky o nich. Měl by dokázat podat srozumitelné informace o nebezpečích sociálně patologických jevů.
3. Intenzivní kontakt peera s metodikem – jedná se o neustálé vyhodnocování práce peera a určování si dalších postupů

2.3 Možnosti prevence

Jak je zmíněno výše, prevence se netýká pouze předcházení vzniku sociálně patologických jevů, ale zabývá se jejich řešením a opatřením, aby negativní následky byly co nejmírnější. Mluvíme-li o prevenci užívání návykových látek, ať už legálních nebo nelegálních, zabývají se prevencí obzvláště dva sektory a to sociální služby a lékařské obory psychologie a psychiatrie.

2.3.1 Sociální služby

Sociální služby zasahují do všech forem prevence. V každém větším městě mají zázemí služby primární prevence, jejichž pracovníci dělají besedy a prožitkové lekce na školách. Ve městě Brně programy primární prevence nabízí například Centrum primární prevence pod Společností Podané ruce. Prožitkové lekce primární prevence jsou zasazeny i do metodik NZDM. U NZDM se nejedná pouze o nárazové lekce, výchova k dobrému životnímu stylu je provázána veškerými aktivitami jednotlivých klubů.

V sekundární prevenci jsou zřizovány doléčovací služby, které pracují s bývalými uživateli, po ukončení léčby v psychiatrické léčebně či terapeutické komunitě. Tato zařízení poskytují přechodné ubytování a motivují klienta k hledání si zázemí. Jako další služba je substituční léčba. Jedná se o poskytnutí substituce u závislosti na opiátech. V případě potřeby závislosti na návykových látkách sociální služby zaštiťují i terapeutické komunity. Komunity mají svůj přísný režim, skrze který se klienti učí jak zvládat normální život, který na droze neznali.

Do poslední formy prevence se řadí služby jako je kontaktní centrum nebo terénní programy. Jedná se o služby, které klient primárně navštěvuje kvůli výměně injekčního materiálu. Kontaktní centra, na rozdíl od terénních programů, poskytují hygienický a potravinový servis, klienti se zde mohou otestovat na infekční onemocnění, které je spojeno s injekčním užíváním drog nebo promiskuitním způsobem života. Klientům je nabízeno sociální a právní poradenství, možnost využití počítačů k hledání zaměstnání i informační servis ohledně užívání návykových látek. Terénní programy jsou poskytovány přímo na ulici. Pracovníci kontaktují klienty v jejich přirozeném prostředí a nabízejí jim tomu odpovídající služby. Nejčastěji se jedná o výměnu injekčního materiálu, sociální a zdravotní poradenství, asistenci na úřadech a jiný informační servis.

2.3.2 Zdravotnická zařízení

Závislostními problémy se zbývají hlavně dva obory. Jedná se o psychologii a psychiatrii. Klinická psychologie nabízí terapii nejen při látkových či nelátkových závislostech, ale zabývá se celkovými sociálně patologickými jevy.

Pokud mluvíme o závislostech na návykových látkách, sekundární prevenci poskytuje psychiatrie ve dvou fázích. První fází je detoxifikace. Detoxifikační oddělení nabízí klientům detoxifikaci od škodlivých látek v těle. Tato léčba trvá asi 10 dní. Aby se však klienti zbavili závislosti, je potřeba následná péče. Tato fáze léčby je nabízena přímo na oddělení toxikomanickém. Zde léčba trvá asi tři měsíce. Alternativou pro tuto léčbu je již zmíněná terapeutická komunita.

3 NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

Nízkoprahové zařízení všeobecně je služba, dostupná klientům bez nutnosti se objednávat, případně i bez nutnosti udávat vlastní totožnost. V České republice mají služby tohoto druhu podobu komunitních center pro děti a mládež, matky s dětmi, seniory, uživatele návykových látek, osoby bez přístřeší aj. (Matoušek, 2008, s. 118)

Zákon č. 108/2006 § 62 upřesňuje činnosti nízkoprahového zařízení takto:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- c) sociálně terapeutické činnosti
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež je sociální služba, jejímž posláním je usilovat o sociální začlenění a pozitivní změnu v životním způsobu dětí a mládeže, které se ocitli v nepříznivé sociální situaci, poskytovat informace, odbornou pomoc a podporu a předcházet tak jejich sociálnímu vyloučení (ČAS 2008).

Nízkoprahové kluby by měli zajišťovat pro svoji cílovou skupinu smysluplné trávení volného času, skrze který působí preventivně na nežádoucí jevy. Jejich umístění je směřováno do vyloučených lokalit větších měst, kde se nachází sociálně slabé rodiny a dětem je věnována minimální pozornost.

Děti a mládež si hůře uvědomují svoje problémy. Doma nebo u sebe dítě vnímá problém, který jej tíží nebo nějak frustruje, ale nedokáže ho zpracovat takovým způsobem, aby se na něj zaměřil a ještě s ním šel k odborníkovi ho řešit. Zatímco dospělý, pokud má problémy, má snahu řešit je skrze své sociální okolí nebo návštěvou odborníka, dítě se s problémem uzavírá do sebe nebo jej vypuzuje skrze činnost, která mu pomáhá na něj zapomenout. Takto se snadněji dostává do problémů s návykovými látkami, začíná kontaktovat party lidi, kteří mají zkušenosti s drogami, krádežemi a jinými společensky nežádoucími jevy. Vyhledání odborné pomoci se tak oddaluje a díky kratším kontaktům doma, je rodiče hůře odhalí.

V NZDM jde o vyhledání a udržení kontaktu, poskytnutí pomoci, podání informací, odbornou pomoc, pomoc při pozitivní změně způsobu života a vytváření podmínek pro sociální začlenění.

3.1 Nízkoprahovost

Nízkoprahovost služby znamená, že její dostupnost je co nejvíce přizpůsobena cílové skupině klientů, nachází se například ve vyloučené lokalitě a časově je dostupná v takovém rozsahu, aby umožnila kontakt co nejvyššímu počtu klientů. Dalšími znaky nízkoprahovosti jsou bezplatnost a možnost anonymního vystupování. V případě zapisování do dokumentace, což je pro sociální službu důležité, musí klient dát souhlas k vedení této dokumentace a má možnost do ní kdykoliv nahlédnout. Podmínka pro využívání služby však není žádná registrace nebo jiná forma členství. Tyto možnosti ale také znamenají, že klient, dítě, nemusí plnit žádnou docházku, službu může kdykoliv opustit a může ukončit kontakt bez udání důvodu. Klienti v NZDM nejsou nijak omezováni, musí se však podřídit vnitřním pravidlům služby, které má každé zařízení nastavené tak, aby vyhovovala jak klientům, tak pracovníkům a aby služba mohla být efektivní.

Šandor (2005) upřesňuje základní principy nízkoprahovosti takto:

1. Nízkoprahové nastavení pracovníků – pracovníci, by dle něj měli být „maximálně dostupní“ což znamená, že by neměli klienty odsuzovat, mít velké očekávání od změny jejich chování, přijímat klienty takové, jací jsou a nesnažit se je za každou cenu změnit ke své představě.
2. Volný vstup a pobyt v zařízení – pobyt klientů je neomezený, jejich příchod i odchod ze zařízení si určují sami v době, kdy je zařízení otevřeno. V tomto mají některá zařízení výjimky, pobyt klienta je většinou vázán pravidly a tak je možné při jejich porušení pohyb klienta na klubu omezit nebo zakázat.
3. Bezpečí – NZDM by mělo nabídnout svým klientům bezpečné prostory, chránit je před škodlivými vlivy ulice a dle Šandora (2005) by to mělo mít i opačný efekt a to chránit ulici před klientem. Pocit bezpečí by mělo vytvářet nejen zařízení samotné, ale hlavně jeho zaměstnanci.

4. Pasivita je přípustná – klient NZDM nemá povinnost se účastnit organizovaného programu, rozhodnutí o aktivním zapojení je jen na něm.
5. Pravidelná docházka není podmínkou – neprobíhá žádná registrace a není předem dána pravidelná účast. I z tohoto důvodu není v NZDM tvořen strukturovaný program.
6. Pravidla – jsou nastavená tak, aby klientům vyhovovala a předcházelo se problémovým situacím na klubu.
7. Poplatky a služby – pobyt v zařízení není podmíněn poplatky. Tento princip je velmi důležitý. Zpoplatnění služby by mohla být překážka, pro velký počet klientů, k jejímu využívání.
8. Zaručená anonymita – klienti, pokud chtějí, jsou vedeni pod přezdívkou. Informace o jejich osobě nejsou nikomu sdělovány. Pokud jsou pracovníci nuceni nakládat s jejich osobními údaji (podmínka od OSPODu, školy...), je nutný souhlas klienta.
9. Participace klientů – klienti mají právo mluvit do tvorby programu či vybavení centra. Je to důležitý prvek pro jejich aktivizaci a zároveň učení se zodpovědnosti za své chování.

3.2 Cílová skupina nízkoprahových zařízení

Cílovou skupinu NZDM lze, dle Stanička a Syrového (2007), velmi obtížně určit. Tato služba se nezabývá jedním sociálním problémem, jako je například práce s uživateli návykových látek nebo s osobami závislými na hracích automatech. Jedná se práci s adolescenty, u nichž se mohou objevovat různé sociálně patologické problémy. Cílová skupina služby musí být však předem jasně dána, aby se z nízkoprahového klubu nestal pouze klub volného času.

Česká asociace streetwork vydala Pojmosloví Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (2008), kde uvádí cílovou skupinu takto:

1. Klienti nízkoprahových služeb se ocitají v nepříznivé sociální situaci. Konkrétně se jedná o:
 - a. konfliktní společenské situace
 - b. obtížné životní události
 - c. omezující životní podmínky
2. Řadí se do věkových skupin
 - a. 6 – 12 let
 - b. 13 – 18 let
 - c. 19 – 26 let
3. Nacházejí se v lokalitě, která jde vymezit
 - a. geograficky
 - b. sociálně
4. Objevují se u nich jiné charakteristiky
 - a. nechtějí nebo nemohou se účastnit standardních volnočasových aktivit
 - b. vyhýbají se jakýmkoliv formám institucionalizované pomoci a péče
 - c. dávají přednost činnostem společensky nepřijatelným
 - d. díky jejich životnímu stylu se často dostávají do konfliktů ohrožujících jak jejich osobu, tak jejich okolí
 - e. nedokáží jasně definovat svoji zakázku, což po nich vyžaduje většina služeb

3.3 Intervence nízkoprahových zařízení

Každá sociální služba musí mít definované intervence s klienty a tak je tomu i v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Dle ČASu (2008) se jedná o:

- Kontaktní práce – takto se nazývá intervence, kdy pracovníci přijdou do kontaktu s klientem. Podle publikace „Seznam a definice výkonů drogových služeb“ se jedná o „vytvoření základního pracovního rámce potřebného pro realizaci konkrétní služby, který vychází z aktuální situace klienta a jeho potřeb“ (Seznam a definice výkonů drogových služeb, 2006, s. 33).
- Situační intervence – jedná se o aktivitu v prostoru zařízení, kdy pracovník centra vstupuje do jednání mezi uživateli služby, vnáší podněty, reflektuje situaci a používá pedagogické výchovné techniky.
- Informační servis – pracovníci poskytují informace klientům specifického rázu. Může se jednat o předání informací ústně nebo také formou písemnou což jsou různé letáky či vytištěné údaje.
- Poradenství – jedná se o individuální kontakt pracovníka a klienta. Zaměřuje se na řešení nastalé situace a zvýšení kompetence klienta tuto situaci řešit. Může se jednat o záležitosti vztahů, návykových látek, sexu, rodiny volného času, školy a jiných okruhů důležitých pro klienta.
- Krizová intervence a pomoc v krizi – řešení nastalé situace, kterou pracovník vyhodnotí jako krizovou. Je to aktuální psychický stav klienta, kdy musí pracovník rozpoznat, zdali je jeho kvalifikace taková, aby ji s klientem zvládl nebo je v takovém stádiu, kdy je potřeba zajistit odborníka.
- Zprostředkování dalších služeb – klient za pracovníkem často dochází se zakázkou, která není v kompetenci NZDM. Tudiž je na pracovníkovi, aby odkázal na danou službu a v případě potřeby klienta doprovodil.
- Případová práce – jedná se o dlouhodobou individuální spolupráci, která má jasně vydefinovaný cíl a plán společného kontaktu.
- Práce se skupinou – spočívá v cílené práci se skupinou, která je časově omezená a směřuje k lepšímu psychosociálnímu vývoji dětí.

- Práce s blízkými osobami – jedná se o poradenství pro rodiny a přátele klientů, o informování v dané problematice aj. Vzhledem k anonymitě programu však není možné sdílet informace o klientovi, bez jeho souhlasu.
- Volnočasové aktivity – jsou to aktivity, které vyplňují volný čas v NZDM. Mohou to být aktivity, které si klient vyhledá sám (fotbálek, internet apod.), aktivity které si klienti organizují a ve kterých pracovníci pouze podpoří organizační schopnosti klientů nebo se také jedná o aktivity, které nejsou součástí rutiny klubu. Mezi tyto aktivity jsou zahrnuta různá vystoupení, koncerty a výstavy klientů NZDM.
- Preventivní, výchovné a pedagogické programy – jsou to programy vytvořené dle specifických potřeb klientů dané lokality. Jedná se zde o specifickou prevenci zaměřující se na jednotlivá témata.
- Doučování – může se jednat o doučování školní nebo mimoškolní látky. U nejmladších klientů toto doučování může být zaměřené na rozvoj hygienických a společenských návyků nebo motorických dovedností (ČAS, 2008).

3.4 Dostupnost nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v Jihomoravském kraji

Každá sociální služba musí být zapsána v registru ministerstva práce a sociálních věcí. Z tohoto zdroje jsem čerpala i svůj přehled o organizacích, které poskytují nízkoprahové zařízení pro děti a mládež.

Město, kde se soustřeďuje nejvíce služeb zaměřených na mládež je samozřejmě metropole Jihomoravského kraje Brno. Nachází se zde 13 NZDM přičemž dvě nízkoprahová zařízení jsou poskytována na území Brno venkov a to v Tišnově a Židlochovicích.

Cílová skupina těchto zařízení se neodlišuje od všeobecně dané cílové slupiny, výjimku tvoří pouze zařízení, která spadají pod Občanské sdružení IQ Roma servis a romské středisko DROM. Tato NZDM jsou primárně zaměřena na romskou menšinu v Brně. Cílová skupina ostatních zařízení je dána lokalitou, ve které se nachází. Velká část NZDM je soustředěna do středu Brna, kde se nachází sociálně slabší rodiny. Jsou to: Komunitní centrum Dživipen, pod Armádou spásy, NZDM Pavlač pod sdružením Ratolest, NZDM Pestrá klubovna, kterou zaštiťuje Sdružení pěstounských rodin, Nízkoprahové zařízení pro

mládež a mladé dospělé, které zřizuje město Brno a Dětské centrum Teen Challenge International ČR. Ostatní NZDM se nachází například v Králově poli, což je NZDM Lavina, kterou zřizuje Armáda spásy pod tu také spadá NZDM Jonáš v Bystřici. V Zábřovicích je zřízeno NZDM Fara spadající pod občanské sdružení Petrov a v městské části Líšeň je Nízkoprahový klub Likusák jehož zřizovatelem je občanské sdružení Ratolest.

Ne každé větší město nabízí dětem a mládeži nízkoprahové zařízení, krom jiného může být absence takovéto služby i z toho důvodu, že se v daném městě neobjevuje problémová mládež. V Jihomoravském kraji se nachází tato NZDM:

- Adamov – NZDM Zlatá zastávka Adamov pod Diecézní charitou Brno
- Blansko - Nízkoprahový klub pro děti a mládež PVC Blansko, pod Společností Podané ruce o.p.s.
- Hodonín - Nízkoprahový klub Pohoda Hodonín, pod Diecézní charitou Brno
- Kyjov - Nízkoprahový klub Wu-Wej, pod poskytovatelem Charity Kyjov
- Znojmo - Klub Coolna, pod Diecézní charitou Brno

3.5 Prevence v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež

Nízkoprahové kluby pro děti a mládež se v České republice se z větší části řídí Standardy kvality sociálních služeb NZDM, které jsou vydány Českou asociací streetwork (ČAS). Jedná se o všeobecné standardy, které pomáhají pracovníkům zlepšit kvalitu dané služby. V těchto standardech se však nenachází přímý pokyn k tomu, aby byla v NZDM realizována určitá metoda prevence. Je v nich pouze poznámka, že by NZDM mělo na své klienty působit preventivně. A tak záleží na každém centru, jaký typ prevence pro své klienty zvolí. Často se jedná o prevenci individuální, kdy jsou s klienty/děťmi probírána témata prevence jednotlivě, nejsou organizovány programy, se zaměřením na určitý patologický jev. A jsou zařízení, která mají svoji prevenci rozloženou do celého roku – každý měsíc se věnují jednotlivým tématům a zvou si odborníky, kteří by podali, pro klienty vhodnou formou, specifika daného jevu.

Ačkoliv by se mohlo zdát, že se v některých zařízeních prevence omezila na individuální pohovory s klienty, jejich preventivní působení, dle mého názoru, je už to, že jsou tyto

kluby zřizovány. Jsou to místa, kde děti a mládež mohou trávit smysluplně svůj volný čas, mají zde svůj prostor pro seberealizaci.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 ANALÝZA PREVENTIVNÍCH AKTIVIT NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ

V mém výzkumu se zaměřuji na nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, na to, jaké metody prevence používá a jak ji vnímají jednotliví účastníci. Prevence je specifická tím, že nemůže být zjištěna její účinnost. Nemůžeme říct o jedinci, že nekradl, protože prošel nějakým programem prevence, byl doma veden k tomu, aby nekradl nebo se jedná pouze o jeho přesvědčení, že krást je špatné.

Jako externista pracuji v Centru speciální prevence pod společností Podané ruce o.p.s. a náplní mojí práce je vést preventivní programy na školách. A i když můžu hodnotit aktivitu kolektivu nebo zpětnou vazbu žáků, nemohu zjistit, jestli se jich dané téma natolik dotknulo, že informace dané během programu zužitkují. Proto v mojí praktické části je zaměření pouze na analýzu rozhovorů s klienty a pracovníky ve srovnání s psanými metodikami nebo cíli služby.

Rozhovory byly provedeny v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež LAVINA v Brně spadající pod Armádu spásy, která byla v srpnu 2013 registrovaná jako církev.

4.1 Metodologická východiska

Každý člověk má odlišné vnímání určité věci od ostatních a preventivní programy, ačkoliv jsou vytvářeny pro jednotlivé skupiny speciálně, jsou téma, které působí na každého rozdílně. Pohledů, ze kterých bychom mohli srovnávat je nespočetně. Mohl by to být věk dětí, jejich národnost, škola, kterou navštěvují nebo sociální status ve kterém vyrostli. Protože by výzkum z tolika pohledů byl náročný, zvolila jsem si porovnání pouze věkové. Moje obecná výzkumná otázka zní: „Jaký je rozdíl mezi vnímáním prevence pracovníky a klienty a jak hodnotí její účinnost?“. Dále jsem hledala odpověď na vedlejší otázky, které zní: „Jaké metody prevence se v NZDM používají v praxi?“ a „Co uživatelům služby chybí v oblasti prevence?“.

Výběr výzkumného vzorku

Respondenty pro moji bakalářskou práci jsem si vybrala pouze z jednoho zařízení. Hledala jsem NZDM, které se nezaměřuje primárně na romskou menšinu a nenachází se v úplném středu města Brna. Vybrala jsem si NZDM Lavina a to i z toho důvodu, že jsem před psaním mé práce o tomto klubu vůbec neslyšela. NZDM Lavina se nachází na ulici Staňkova a jejich cílová skupina jsou děti a mladiství od 6 do 26 let. Aby se dětem mohli

plně věnovat, mají tuto skupinu rozdělenou na děti (6-12) a mládež (12-26). Ačkoliv se prevence aplikuje na jakoukoliv věkovou skupinu, zvolila jsem si pro svoji analýzu respondenty od 12 do 26 let a sociální pracovníce v klubu. Rozhovory byly vedeny se šesti klienty a třemi pracovníci. Z důvodu zachování anonymity jsem jména klientů nahradila jmény jinými a pracovníce označila P1, P2 a P3. Ostatní informace jsou však uvedeny zcela správně.

Růžena – 19 let, romské národnosti, do NZDM dochází 8 let

Kamil – 17 let, romské národnosti, do NZDM dochází 4 roky

Marcel – 16 let, romské národnosti, do NZDM dochází 3 roky

Gábina – 19 let, romské národnosti, do NZDM dochází 5 let

Klára – 19 let, české národnosti, do NZDM dochází 0,5 roku

Patrik – 20 let, romské národnosti, do NZDM dochází 5 let

Dále mými respondentkami byly pracovníce NZDM. Které jsem označila P1, P2 a P3.

Účastníkům rozhovoru bylo předem sděleno, k čemu bude rozhovor použit a jakou formou je zajištěna anonymita. Rozhovory probíhaly v prostorách nízkoprahového zařízení, které jsou určeny krom jiného i pro individuální plánování. Probíhaly mezi čtyřma očima a zaznamenány byly na nahrávací zařízení – jednak proto, abych mohla sledovat jejich neverbální komunikaci a také aby rozhovor nevypadal jako výsledek se zapisováním do notesu.

Rozhovory probíhaly bez komplikací, účastníci se na nich aktivně podíleli, byli otevření a neměli problém sdělovat své názory a zkušenosti.

4.2 Analýza rozhovorů s klienty NZDM

Proč navštěvuješ NZDM Lavina?

Motivace aktivní účasti klientů v nízkoprahovém zařízení byla různá, lišila se i dle věku. Nejmladší Marcel řekl: „*Rodiče nemají moc peněz, aby mi zaplatili jiné kroužky, ale mě to nevdá, tady je vše co potřebuji – klavír, počítače, fotbálek i pinec. Baví mě to tady.*“. Zábava je to, co v NZDM hledali i ostatní „*Je tu zábava, mám tu hodně kamarádů a holky*

(Pracovnice) jsou v pohodě.“ uvedl Kamil, který NZDM navštěvuje 4 roky. Růžena, která je v pokročilém stádiu těhotenství řekla: „*Chodím sem, protože sem chodili už moji rodiče, využívali tady bydlení a chodili na bohoslužby. Já jsem tady vyrůstala a teď sem chodím pravidelně i proto, že se nudím. Jsou tu dobré aktivity a teď, když čekám dítě, tu sbírám i dost informací.*“ Dvacetiletý Patrik, nejstarší z dotazovaných, uvedl: „*Už sem nechodím tak často, pracuji, a tak to tolik nestihám, ale rád sem zajdu, zjistím co je nového a pobavím se s přáteli.*“.

Říká ti něco slovo prevence?

U této otázky se všichni respondenti nechápavě dívali a odpověď zněla od každého stejně – NE. Až jsem jim vysvětlila, čeho se týká a jaká může být, teprve pochopili, co tím myslím a už se začali orientovat. Kamil se chytil spíše na téma prevence ve škole „*Jo u nás byli nějakí lidé ve škole a dělali preventivní program, byla to pohoda a řekli hodně informací. Týkalo se to šikany – no, já byl zrovna ten, co šikanoval a asi kvůli mně je učitel pozval... Ale teď už nešikanoji, bylo to dětinské.*“ . Když jsem se ho zeptala, jestli za to může i ten program řekl: „*Asi jo, byla to zábava a mluvili o tom, jak je to hrozné pro ty, kdo jsou šikanovali, a tak jsem nad tím i přemýšlel.*“ . Gábina, která už chodí do NZDM dlouho řekla, že prevenci zaznamenala i na klubu: „*Měli jsme tu nějaké lidi, co nám říkali co je v pohodě a co už ne. Myslím to byli policajti. Spíš jen říkali informace, žádné hry jsme nehráli.*“ . Během této otázky jsem jim musela i vysvětlit, jak může prevence vypadat, že to není pouze program „a teď vám něco řeknu a vy poslouchejte a nic jiného nebudete dělat“, ale že je to i rozhovor s pracovníci, řekla mi Klára „*Jo s holkami se často bavíme o takových věcech jako je sex a takové věci, dost se toho od nich dozvíme.*“ . Růžena řekla: „*Holky nám dávaly taky různé testy, aby zjistily, co o tom víme a pak jsme si o tom vykládali.*“ .

Jaká témata prevence nejčastěji rozebíráte?

Vzhledem k tomu, že NZDM nemá předem dané programy, je na sociálně patologické jevy reagováno dle aktuální potřeby. Preventivní intervence mezi pracovníci a klienty směřují často ke kouření. Patrik mi odpověděl „*Dost se bavíme o kouření a o tom, jak je to škodlivé, asi proto, že jsme s klukama kouřili před klubem a holkám (pozn. pracovnícím) se to nelíbilo. Ale bavíme se taky o drogách.*“ . Gábina, které se také za nedlouho narodí

syn, řekla: „*No, poslední dobou s pracovníci rozebírám spíše finanční situaci, práci a jak se starat o sebe a dítě. Ale než jsem čekala malé, tak jsme rozebíraly i různé pohlavní nemoci a tak.*“. Kamil viděl jako nejčastější téma drogy „*Když se něco řeší a tak, tak je to asi navíc o drogách. Jako romové na Cejlu v tom jedou dost, ale mezi mými známými toho moc není.*“

Myslíš, že je tato prevence účinná?

Během rozhovorů a pozorování jsem si všimla velmi dobrého vztahu pracovníků a návštěvníků klubu a tak mě nepřekvapovalo, když mě dotazovaní klienti odpovídali pozitivně na tuto otázku. Marcel: „*Já myslím, že jo. Za holkama můžu dojít s čímkoliv a kdykoliv a vždy mně pomůžou nebo si o tom alespoň vykládáme.*“. Kamil se přidal: „*Jako myslím, že jo, nebavilo by mně poslouchat někoho, jak nám tu jen něco vykládá, to by byla nuda. Takto můžu řešit, co já chci.*“. Růžena má vyhraněný postoj jak k drogám, tak k šikaně: „*Já třeba nehulím a nesnáším ty lidi, kteří někoho bijou nebo jsou zlí na okolí. Nevím, ale je to možná i tím, že ty drogy a tak probíráme tady. Ale doma to taky nikdo nemá rád.*“. Klára: „*Nevím, jako je super, že si s námi holky povídají, ale měli jsme nějaký program i ve škole a tam jsme u toho hráli i hry a zkoušeli jsme si třeba jak odmítnout drogu a tak. To bych možná tady brala taky.*“

Chybí ti na klubu nějaký preventivní program?

Ačkoliv klienti s preventivním působením na jejich osobu byli spokojeni, často jsem od nich slyšela, že by potřeboval něco někdo jiný. Patrik: „*Já si myslím, že by tu měli být nějaké přednášky nebo něco kolem drog. Já nefetuju, ale jsou tu kluci, kteří to zkoušejí, tak by někdo měl přijít a říct jim, že je to hnus.*“ Na tuto odpověď jsem reagovala otázkou, jestli by se on sám takového programu účastnil. Patrik: „*Já to nepotřebuji, já jsem to někdy zkusil, ale teď spíš když si chci užít tak si dám pivo nebo tak.*“. I Růžena to viděla podobně: „*Jako myslím, že by tady mohlo být něco na šikanu. Kluci se tu furt dohadují a někdy se bojí, že se tu pobijou.*“. Kamil: „*No mohlo by tu být něco, třeba nějakí bývalí narkomani. Ať někteří vidí, kam se takový feťák může dostat.*“. Gábina všeobecně uznala, že je prevence důležitá, ale že by ji to asi nebavilo: „*Myslím, že to může být dobré, už jsme tady měli nějakou paní, která nám vykládala o nějakých věcech, ale už nevím co. Já bych teď*

brala, kdybychom tu měli někoho, kdo by nám poradil ohledně dávek a toho kde sehnat práci.“

Kdyby ti holky pracovnice zadaly úkol, abys vymyslel/a nějaký program, jak bys to provedl/a a na jaký problém by ses zaměřil/a?

Připadalo mi, že téma drog je velmi lákavé až ohrané, ačkoliv většina dotazovaných řekla, že nic moc nezkoušeli. Klára: „*Já bych to zaměřila na drogy. Je toho hodně kolem. Možná bych to udělala nějakými hrami. Nevím.*“. Kamil: „*Já bych udělal nějakou prezentaci. Stáhl bych si info na internetu a řekl, jak jsou drogy škodlivé.*“ Ačkoliv Marcel přemýšlel taky nad programem s prevencí drog, viděl v tom i něco jiného: „*Já bych se zaměřil na drogy, protože je toho s nimi hodně spojeného. Hlavně krádeže a vloupačky. To je všechno jen kvůli drogám. Oni na to nemají prachy, tak je musí někde udělat. A taky prostitute, ty holky, které šlapou tak to dělají proto, aby měly peníze na fet. No a asi bych to udělal tak, že bych jim dal informace, co to dělá a jak jsou škodlivé drogy. Možná bychom si aj něco zahráli.*“ Patrik: „*Já bych asi nedělal žádnou přednášku. Já myslím, že už jen to, že sem děcka chodí a nenudí se někde na ulici a nedělají blbosti je dost preventivní. Já jsem rád, že tu můžu být a je tu pro mě hodně věcí co můžu dělat, a když chci tak si pokecám holkama (pracovnicemi).*“

Často se tady mluví o drogách, zkoušel jsi nějaké?

V mém zaměstnání pracuji i s uživateli návykových látek a jejich zkušenosti sahají do velmi brzkého věku. Proto mě zaujaly odpovědi od všech respondentů. Růžena: „*Já si někdy zakouřím cigarety, ale není to tak, že bych na tom byla závislá, já to nepotřebuju. A jednou jsem měla i trávu, ale potom mi bylo hrozně blbě a tak jsem to už dál nepokoušela.*“ Patrik: „*Trávu, to je tak jediné co jsem měl, ale nemám ji pravidelně. Moji kamarádi nehulí a mě to ani nestojí za to. Večer se zhulit a ráno bych musel fungovat v práci. To by nešlo dohromady. Pracuji už od doby, kdy jsem vyšel ze školy, a tak nebyla ani doba, kdy bych se nudil a vymýšlel takové kraviny jako drogy. Teď si akorát dám po práci pivo a to je tak všechno.*“ Kamil řekl, že už mu něco bylo nabízeno, ale že to ustál: „*Už mi chtěli dát i pervitin, a kdybych šel na Cejl tak vím za kým a kam. Kolem mě hodně lidí bere, ale u nás doma by to asi neprošlo a mě se ani nechce to zkoušet. Já si raději budu hrát na klávesy. Kdybych hulil tak bych na ně jen koukal a byl bych vedle.*“. Gábina řekla: „*K tomu, abych*

se smála, nepotřebuju žádné drogy, žádnou marihuanu. Já se směju furt a schválně ostatní aj rozesmávám. Ale že bych si dala drogy abych se smála? To ne. Na to se mám moc ráda. Ale už mě to dávali a já jsem odmítla.“

4.3 Analýza rozhovorů s pracovníci NZDM

Jakou tady máte skladbu klientů?

Nížkoprah se nachází v blízkosti Lužáneckého parku a tak jsem předpokládala, že se v tomto klubu bude nacházet česká majorita. P3: *„Klub máme rozdělený podle věku a to děti od 6 let do 11 let a od 12 do 26 let. Většinou se jedná o romské děti. Když sem přijde někdo jiný je to tím, že je přivedený svým spolužákem nebo kamarádem, a nebo v případě, že chce využít doučování, které tady taky nabízíme.“* P2: *„Máme tu romy i díky tomu, že tady je komunitní centrum, je to místo, kde se slaví bohoslužby, modlí se a zpívá. Rodiče na modlitby vodí i své děti a tak se děti naučili chodit i sem.“* P1: *„Ale je to různé, ke všemu tu totiž máme ještě azylové bydlení a tak služeb NZDM využívají i ti, co jsou tu ubytovaní. Vzhledem k tomu, že ubytování je na dobu přechodnou, určitá skupina dětí se tu neustále obměňuje a je složitější pro ně vymýšlet program, který by nemusel na nic navazovat.“* P2: *„Aby se o nás víc vědělo i mezi „bílymi“, tak se chodíme představovat i do škol základních i středních, ale najdou se takoví, kteří po první návštěvě, kdy zjistí, že jsou tu spíše romové, řeknou, že sem chodit nebudou.“*

Jak probíhá prevence ve vašem NZDM?

Jak bylo již výše zmíněno, nemají strukturované programy, ale prevence je téma, které často v tomto NZDM řeší. P1: *„Nemáme tu žádné specifické programy, vše řešíme na místě. V cílech na rok 2013 jsme měli uvedeno, že budeme zvat pracovníky z různých institucí, kteří nám budou přednášet o problematice, kterou se zabývají. První jsme tady měli pracovníky policie ČR a ti nám vykládali o drogách, kriminalitě to celkem šlo, vypadalo to, že se děti baví dokonce jim ukázali pouta a to je vyloženě nadchnulo. Ale když to trvalo dlouho, byli nervózní a už se tomu tolik nevěnovali.“* P2 poukázala i na problematiku dobrovolnosti přednášejících: *„Co se týká zvaní pracovníků z jiných institucí, je to vždycky problém, nedostanou za to zapláceno, je to jen jejich dobrovolná aktivita a některým se do toho ani nechce. Měli jsme pozvanou ještě jednu pracovníci z úřadu práce,*

vše bylo předem domluvené a několikrát jsme si upřesňovali termín a pak to z její strany nějak vyšumělo a už se jí nechtělo nic obnovovat.“ P3: „Prevence u nás tedy probíhá formou aktivních rozhovorů s uživateli služby. Máme s nimi otevřený vztah a oni vědí, že s námi mohou mluvit o svých problémech. Ačkoliv je fakt, že jsme si řekly, že v tomto roce se na prevenci zkusíme více zaměřit. Dohodly jsme se, že určení témat necháme na klientech, nebudeme vymýšlet něco jen tak, co se nám líbí. Klienti si budou moct vybrat, čeho se bude program týkat.“ P1 doplňuje: „Toto se ale bude týkat pouze mládeže. U dětí mladších se zaměříme spíše na základní věci jako rozvoj základních dovedností, hygieny a zdraví.“ Pro lidi v pubescentním stádiu vývoje je problém podřizovat se autoritám, někoho poslouchat nebo vůbec spolupracovat. Toto potvrzuje i P3: „Zkoušíme klienty motivovat k akčnosti, motivovat, aby se zajímali o tom co se děje na klubu a tak. Vytváříme pro ně různé kvízy. Děti mladšího věku do všeho jdou s nadšením, ale ti starší mají problém vůbec do něčeho jít. A když jo, jejich první otázka je, co za to bude.“

Jak řešíte s dětmi sociálně patologické jevy?

U téhle otázky byla vidět praxe pracovníků. Nebylo pro ně žádné tabu si s dětmi povídat o problémech nebo nějakých nežádoucích jevech. P2: „My se jich hodně ptáme, jak se daří, co dělají mimo školu a tak. Navíc, sem většinou chodí party dětí a oni to na sebe velmi rádi řeknou, jako že ten kouří a ten byl někde hulit a tak. Tak si s nimi o tom vykládáme co je na tom špatného a jak to škodí.“ P3: „Je to velmi spontánní a neřešíme to jen na individuálním poradenství, často je to tak, že si k nim sedneme nebo s nimi třeba hrajeme fotbálek a ptáme se jich. Chceme, aby to nebylo nucené a abychom pro ně nebyly ty, které jim jen něco přednáší a zakazují. To jim stačí doma.“ P1: „Musely jsme tu řešit ale třeba i problém, že si tady stěžovali lidé z okolí, že tu naši uživatelé kouří před dveřmi, vzhledem k tomu, že se tady nachází i komunitní centrum Armády spásy, tak jsme na to museli reagovat zákazem kouření. Ale i tak jsme předem dětem řekli důvod, že to není zrovna dobré navíc, když tu máme i azylový dům, kde jsou mladší děti. U těch starších s něčím jako je prevence kouření nepochodíme. Chodí sem totiž klienti, kterým je kolem 18-ti a ti dobře ví, že můžou kouřit legálně.“

Máte prevenci nějak specifikovanou v metodikách?

Bohužel se mi zdá, že jsou metodiky sepisovány jen proto, aby kontrola nemohla nic vytknout. Vymýšlejí se uměle, protože úředníci věří napsanému slovu, než tomu, jak vypadá praxe. P2: „*Jsem členem ČASu a to znamená, že podléháme také jejich hodnocení kvality, je ale fakt, že v jejich standardech není uvedeno, že musí NZDM dělat specifickou nebo jinou metodu prevence. Ve standardech není zmínka o tom, jak má prevence vypadat.*“ P3 dodala: „*Pokud přijde kontrola od některého z donátorů, dívá se, jak máme popsané naše činnosti, co v nich je to už je jim jedno. Metodiku ale budeme měnit. Chceme ji vypracovat dle praktických zkušeností a také se chceme zaměřit na prevenci a více aktivit pro naše klienty.*“ P1: „*Metodiku máme psanou zatím jen podle standardů.*“

Myslíte si, že by byla potřeba nějak prevenci specifikovat?

Rozhovor s pracovníky jsem dělala dohromady a tak jsem počítala s tím, že se budou pouze doplňovat. Názory na provádění prevence se však lišily. P2: „*Dle mého bychom měly domluvit předem, jak bychom chtěli prevenci dělat, jestli bychom se zaměřily na zvaní pracovníků z institucí anebo bychom se v daném tématu spoléhaly na své vědomosti. Určitě bych ji ale specifikovala, aby to nebylo jen nárazové, a aby klienti byli srozuměni s riziky, která je mohou potkat v určitých situacích.*“ P1: „*Ono je to těžké zaměřit se s nimi jen na jedno téma, ale taky bych se přikláněla k tomu, že bychom dělaly pravidelné programy, které by se týkaly určitého problému. Je ale potřeba dát jim pravidelnost. Sice si s klienty o jejich problémech dost vykládáme, ale je fakt, že ne se všemi a jen o pár tématech. Jsou témata, na která se neptají a i tak jsou důležitá. Jako například kriminalita, nebo vandalismus – o tom se jim moc vykládat nechce.*“ P3: „*Já bych to moc neměnila. Klienti za námi mohou s čímkoliv přijít a svěřit se nám, tento vztah je pro nás důležitý, mohlo by to potom vyznít tak, že je chceme něco učít a na to mají školu, kterou moc nemusí. Sem se dojdou prostě odreagovat a sama prevence je už to, že nedělají rutyku někde jinde a ani ji nemají potřebu dělat, když tu mají aktivity, které je baví.*“

Jaký problém tady asi nejvíc vidíte? Na co byste se měli zaměřit?

V předchozí otázce si pracovnice stěžovaly na kouření před klubem, ale rozhodně tento problém neviděly jako zásadní. P1: „*Je fakt, že s nimi musíme řešit kouření, ale je to*

hlavně kvůli tomu, že kouří před klubem a lidi si stěžují. Tím, že děti máme rozdělené dle věku, tak bych u mladších viděla asi právě to kouření a alkohol, protože skrze jejich rodiny to mají blízko.“ P3: „Já třeba u těch starších vidím velký problém, co se týká internetu. Tady mají internet k dispozici a ze začátku jsme si všimly, že kluci hrají hry o peníze. Když jsme se o tom pak bavili, tak jsme si (pracovnice) zjistily, že tam posílají svoje peníze a už tolik nevnímají jejich hodnotu.“ P1: „U holek je to potom sdílení fotek na facebooku. Máme klubový facebook, kde je máme v přátelích a tak vidíme fotky, které tam dávají. Některé jsou tam velmi vyzývavě a tak to potom taky spolu řešíme.“ P2: „Ale jsou tu i jiné problémy. Byli tu klienti, kteří jsou teď zavřeni za loupež, víme o některých, že hulí, ale s tím už se moc nesvěřují. Asi z tohoto důvodu bych i zavedla přímo programy. Se vším za námi nepřijdou.“

4.4 Analýza interních dokumentů

Vzhledem k tomu, že nízkoprahový klub Lavina v Brně nemá metodiku, která by popisovala průběh prevence na klubu, daly mi pracovnice nahlédnout do jejich cílů na tento rok.

Jako hlavní cíl, co se týká prevence mají „Informovanost uživatelů ve finanční gramotnosti“ a níže popsány kroky, jak má prevence vypadat. K tomuto tématu jsem dostala od pracovnic informaci, že mají zkušenosti s tím, že děti, ani mládež, neumí vycházet s penězi. Jakmile mají u sebe hotovost, utratí ji za zbytečnosti. A tak se objevují v dílčích cílech pojmy jako „ Jak hospodařit s penězi“, „Rozpočet domácnosti“, „Denní rozpočet“ nebo „Platební karty, půjčky a lichva“.

Další cíl je popsán jako „Informovanost uživatelů v počítačové gramotnosti“. Jedná se tu hlavně o to, aby děti naučili používat počítač jinak, než na hry na internetu a na sociální síť. V plánu mají uveden program specifické prevence na zneužívání internetu a také program na počítačovou gramotnost.

Třetí cíl se týká vzdělávání – lepší informovanosti pro uživatele, k čemu vzdělání potřebují a jak klienti služby skrze vzdělání mohou změnit svoji životní situaci. Kroky v dané oblasti uvádějí program specifické prevence a hlavně individuální rozhovory s uživateli služby. V krocích, jak dosáhnout větší informovanosti klientů mají také uvedenu návštěvu odborného pracovníka v dané oblasti.

Poslední cíl je zaměřen na prevenci závislostních problémů a také společensky nežádoucích jevů jako je kriminalita, prostituce a šikana. Kroky této prevence jsou následující – přednáška pracovníka prevence Policie ČR, individuální poradenství a rozhovory o společensky nežádoucích jevech a také kontakt s pracovníky jiných sociálních služeb, které tuto problematiku řeší.

Metodika prevence v NZDM Lavina se mi zdála velmi málo popsána oproti tomu, co mi sdělovaly pracovníce. Řekly mi ale, že toto téma je momentálně v řešení. Metodiku mají v plánu předělávat více k obrazu tomu, co se v NZDM děje a také ji lépe strukturovat, co se týká programů. Je v ní sice popsáno, co s klienty dělají, jaké služby nabízejí apod., ale je to popsáno pouze všeobecně, není vymezen čas, kdy je prostor pro programy specifické prevence a všeobecně to vyznívá, že se dělá všechno a nic.

4.5 Vyhodnocení a diskuse

Jak už jsem uvedla výše, je problém hodnotit účinnost prevence. Tudíž nelze říct, co na danou skupinu uživatelů nejvíce působí. I tak si ale myslím, že je dobré zkoušet více metod prevence, ne jen skrze rozhovory s uživateli, ale také programy specifické prevence a informovaností.

Když jsem dělala rozhovory s klienty, měla jsem z nich dojem, že je jim jedno co se vlastně na nízkoprahu děje. Hlavně, že mají místo, které je určeno pouze pro ně a mohou využívat prostory a vybavení, které je pořizováno podle toho, co mají rádi. U jednoho z dotazovaných rozhovor probíhal u elektrických kláves, bez kterých se mnou nechtěl mluvit.

Kontaktní hodiny tohoto nízkoprahu se mi zdají krátké, mládež (12-26) zde má prostor pouze dvakrát do týdne a to na dvě hodiny. Tato skutečnost mně lépe objasňuje metodu prevence, kterou tady aplikují. Na tak krátkou dobu je obtížné vymýšlet programy a při tom uspokojit potřeby klientů, kteří si do klubu chodí hrát na nástroje a hrát hry, které doma nemají. I tak se mi líbí aktivita pracovníků, které se zapojují do her a během kterých si s klienty vykládají na kamarádské úrovni. Také oceňuji jejich nabídku aktivit, která je přizpůsobena aktuální poptávce klientů. S klienty tak vyrábějí různé předměty, mají pro holky laky na nehty, vymýšlí pro ně jednoduché recepty a jiné aktivity, které klienty baví.

Kdybych srovnávala cíle nízkoprahu Lavina, které jsou na papíru a tím jak je to v praxi, musím říct, že skutečnost se celkem liší. Kroky, které jsou v nich popsány, jsou podle pracovníků hůře dosažitelné nejen kvůli aktivitě klientů, ale také přístupu pracovníků oslovených institucí. Z rozhovoru o tomto tématu jsem měla pocit, že když se několikrát spálily, tak nemají motivaci pouštět se do dalších akcí a oslovování. Je fakt, že se pracovníci v první řadě řídí metodikou ČAS, ale také je fakt, že metodika by měla být psána podle toho, co v klubu probíhá a měla by reagovat na aktuální potřeby služby. Jedna z nevýhod, které jsem postřehla je ta, že koordinátorka, která by měla zaštiťovat metodiku NZDM, že není v aktivním kontaktu s klienty a se službou.

Každé nízkoprahové zařízení je jiné a je to tím, že mají jinou klientelu a nachází se v jiné lokalitě. Tato realita se jasně musí odrazit na fungování klubu. Klienti, kteří navštěvují NZDM lavina jsou celkem dobře finančně zabezpečeni, někteří mají i učňovské vzdělání a jejich rodinné zázemí se zdá v celku dostačující. Tento fakt jsem poznala z rozhovorů s uživateli služby i s pracovníky. Mezi klienty se nachází i ti, kteří pracují, dodělávají si střední školu a jejich ambice jsou dost vysoké. A i proto je pro ně nízkoprah místo, kde se sejdou s ostatními, uleví si od práce a sdílí novinky, které se u nich staly. Sami to pokládají za lepší místo, než aby se potkávali v hospodě u piva a vymýšleli si zábavu skrze návykové látky nebo podobné problematické jevy.

ZÁVĚR

Sociálně patologické jevy... Toto spojení mi připadá velmi vznešené a odborné. Když si ale uvědomíme, co se pod tímto spojení tří slov schovává, vyjde nám realita, kterou kolem sebe vidíme každý den. Působit ale preventivně na všechny oblasti lidského života je velmi obtížné. A tak se společnost snaží orientovat alespoň na malou část z nich. Zřízením nízkoprahových zařízení pro děti a mládež udělaly služby v oblasti prevence velký krok kupředu. Klienti, kteří tyto služby navštěvují jsou tak alespoň v kontaktu s nějakou institucí a mají možnost se obrátit na pracovníky se svými problémy. Zním velké množství pracovníků v nízkoprahách a myslím, že tito pracovníci mají svoji práci rádi a jsou aktivní ve vymýšlení nových aktivit pro své klienty. Jsou to empatické osobnosti, ke kterým mají klienti důvěru a bez obav se na ně obrátí se svými problémy.

Během výzkumu jsem hledala odpověď na moji hlavní otázku a to „Jaký je rozdíl mezi vnímáním prevence pracovníky a klienty“. Myslím, že klienti metodu prevence, která se používá v NZDM Lavina přijímají velmi kladně. To, že probíhá pouze rozhovory, a že pro to nemusí vlastně nic dělat se jim líbí. Pokud je někdo zve k účasti na nějakém programu, musí k tomu být dobře motivováni. Dobrovolnost je pro ně důležitá a účast na aktivitě záleží dle atraktivitu tématu. Na rozdíl od klientů pracovníci z větší části vnímají, že by měla být prevence nějak strukturována a lépe popsána. A že by se mělo na klienty působit i trochu jinak než to je dosud. Když jsem pracovnícím řekla, že dělám s uživateli návykových látek, tak je, i skrze téma mé práce, napadlo, že bych mohla přijít na nějaký program, kde bych klienty informovala o rizicích zneužívání návykových látek. Pracovnice však vnímají i nechuť klientů, cokoliv dělat nebo poslouchat, a tak se snaží je motivovat sladkostmi, výlety či vybavením NZDM, aby se účastnili programů, které jsou pro ně prospěšné.

Metody prevence, které jsem popsala v teoretické části se liší podle toho, kde se NZDM nachází a jak se k prevenci staví pracovníci a klienti. Ačkoliv nízkoprahové zařízení Lavina bylo založeno v roce 2007 zdá se mi, že prevence i metodika jsou ve vývinu, a že mají před sebou ještě dlouhý kus cesty. Tento nízkoprah nepoužívá žádnou z metod prevence, kterou jsem popsala v teoretické části. Jejich metodou je hlavně rozhovor, který se dle pracovníc, zdá funkční. Pracovnice mají snahu preventivně působit na klienty, nemají však pevně danou strukturu, jak by měla vypadat a čeho by se měla týkat. Nemohu

ale říct, že není účinná, zvláště v tom případě, že podle rozhovorů s klienty, je pro ně přijatelná a pochopitelná.

Poslední otázkou, na kterou jsem hledala odpověď v analýze rozhovorů, byla: „Co uživatelům služby chybí v oblasti prevence“. Klienti na první pohled nevnímají preventivní působení od pracovníků, nevnímají strukturu informací, které jsou jim podávány. Ale když jsem se s nimi bavila o tom, co by je zajímalo a co by v této oblasti chtěli, odpovědi byly rychlé. Některým chyběl i kontakt s pracovníkem, který s problematikou, kterou oni zrovna řeší, pracuje, jiní spíše vnímali, že se na klubu neřeší témata, která by je zajímala, ale nechtějí je rozebírat s pracovníky. Jednalo se o problematiku kriminality a také informovanost o návykových látkách.

Řešení prevence „face to face“ je jednodušší na přípravu a je možné, že se klienti pracovníkům sami lépe otevřou. Jsou však témata, se kterými klienti za pracovníky NZDM až tak nechodí a přesto by rádi znali odpověď na své otázky. Proto si myslím, že by v NZDM měly probíhat prevence i skrze prožitkové lekce, které by klientům problém přiblížili aniž by se museli vyptávat pracovníky.

Nízkoprahová zařízení jsou asi nejvhodnější služby pro preventivní působení. Ačkoliv se na děti má působit z oblastí, jako je rodina škola apod., NZDM svojí dobrovolností a právě nízkoprahovostí má ke svým klientům nejbližší. A jakmile je dítě dobře motivováno, je menší riziko, že spadne do problémů s drogami, alkoholem, kriminalitou a jinými jevy, které jsou společností považovány za sociálně patologické.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
2. Kalina, K., a kolektiv, *Základy klinické adiktologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
3. KALINA, K., a kolektiv, *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6.
4. KALINA, K. a kolektiv, *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
5. KLÍMA, P., *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork, 2009, 359 s. ISBN 978-80-254-4001-8.
6. KOLÁŘ, M., *Skrytý svět šikanování ve školách: příčiny, diagnostika a praktická pomoc*. vyd. 1. Praha: Portál, 1997, 127 s. ISBN 80-7178-123-1.
7. Kolektiv autorů, *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-077-3.
8. KRAUS, B., *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
9. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K., *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1. vyd., Praha: Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-9011618-9-8.
10. MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A., *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998. 335 s. ISBN 80-7178-226-2.
11. MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A., *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
12. MÚHLPACHER, P., *Sociopatologie*. 1. vyd., Brno: Masarykova univerzita, 2008. 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
13. NEŠPOR, K., a kol., *Jak překonat hazard*. Praha: Portál, 2011. 159 s. ISBN 978-80-262-0009-3.
14. NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*, 4. vyd. Praha: Portál, 2011,. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

15. NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J., *Kriminologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2004. 451 s. ISBN 80-7357-026-2.
16. POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J. a TOMKO, A., *Prevence sociálně patologických jevů: manuál praxe*. 1. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2001. 115 s. ISBN 80-86568-00-8.
17. PRUNNER, P., *Psychologie gamblerství, aneb, sázka na štěstí*. Plzeň: Aleš Čeněk s.r.o., 2008. 273 s., ISBN 978-80-7380-074-1.
18. ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P., *Jak na šikanu.*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2991-6.
19. SEKOT, A., *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 193 s. ISBN 978-80-210-5261-1.
20. SOCHŮREK, J., *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 186 s. ISBN 978-80-7372-448-1.
21. ŠANDOR, J., *Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež*. Bratislava: Nadácia mládeže Slovenska, 2005. s. 130, ISBN 80-969348-0-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. Kriminalita. Wikipedie.org [online]. 2014 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kriminalita>.
2. Kriminalita: Statistické přehledy. Policie: ČR [online]. [cit. 2014-04-1]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/statistiky-kriminalita.aspx>.
3. Standardy kvality sociálních služeb pro NZDM. Streetwork.cz [online]. 2006 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=195.

OSTATNÍ ZDROJE

1. 14514/2000 - 51. Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, 2000.
2. BENKOVIČ, J., Novodobé nelátkové závislosti. *Psychiatrie pro prax*, 6/2007, s. 263 – 266, ISSN 1339-4258
3. Kolektiv autorů. Evropská školní studie o drogách a jiných drogách (ESPAD). Zaostřeno na drogy 1. Úřad vlády České republiky. 2012, roč. 10. ISSN 1214-1089.
4. *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*. 1. vyd. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork, 2010, 143 s. ISBN 978-80-86728-42-1.
5. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 88 s. ISBN 80-86734-81-1.
6. THEINER, P., Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro prax*. 2/2007, s. 85 – 87, ISSN-803-5272.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

NZDM Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

ČAS Česká asociace streetwork

HR Harm reduction – snižování škod

OSPOD Orgán sociálně – právní ochrany dětí

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí