

Locus of Control a úspěšnost léčby u uživatelů návykových látek

Bc. Silvia Klučková

Diplomová práce
2015 / 2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Silvia Klučková**

Osobní číslo: **H140582**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Locus of Control a úspěšnost léčby u uživatelů návykových látek**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti locus of control, drogové problematiky a léčby závislostí.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu zaměřeného na zjišťování úrovně locus of control ve vztahu k abstinenci a úspěšnosti léčby.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CAKIRPALOGLU, Panajotis. Úvod do psychologie osobnosti. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4740-331.

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GÖHLERT, Fr.- Christoph a KÜHN, Frank. Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001. 143 s. Z pohledu lékaře. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 8086734056.

KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

15. dubna 2016

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 1.3.2016



.....

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 nahlížení 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 výpisy, 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 vzdělávacímu 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). *Odpirá-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 užit 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 jim 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 přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce pojednává o konceptu locus of control, který je dán do kontextu s úspěšností léčby u uživatelů návykových látek. Hlavním tématem teoretické části je koncept locus of control, který je vymezen pohledem nejvýznamnějších autorů. V další části práce je věnována pozornost drogové závislosti, bio-psycho-sociálně-spirituálním dopadům užívání návykových látek. Práce se zabývá také faktory, které podmiňují vznik a průběh závislosti. V posledním souboru teoretické části je popsána léčba a pomoc v závislosti. Jsou zde definovány léčebné programy dle úrovně poskytované služby (ambulantní, terénní, pobytová). Práce ponechává prostor pro samotnou osobnost závislého v léčebném programu. Uvedeny jsou také termíny spojené s úspěšností, respektive neúspěšností léčby, tj. retence, relaps, craving. Praktická část zkoumá úroveň locus of control u uživatelů návykových látek ve vztahu k úspěšnosti léčby. Tento koncept je porovnáván také s celkovou délkou užívání návykových látek, pokusy o abstinenci, pohlavím či nejvyšším dosaženým vzděláním.

Klíčová slova:

Locus of control, drogová závislost, uživatel návykové látky, léčba drogové závislosti, prevence

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the concept of Locus of control which is put into context with treatment success of drug users. Main topic of the theoretical part is the concept of the locus of control which is defined by the view of the most important authors. The next section is devoted attention to the drug addiction, bio-psycho-social consequences of addictive substances. The work also deals with the factors which determine the origin and the process of addiction. In the last section of the theoretical part is described treatment and help in addiction. Treatment programs are defined according to the level of providing service (ambulatory, landscaping, residential). The thesis leaves the space for the personality of a dependent in the therapeutic program. There are also listed terms associated with the success or failure of treatment, it means retention, relapse, craving. Practical part examines the level of locus of control of drug users in the relation to the success of treatment. This concept is also compared with the total length of drug using, attempts of abstinence, gender or the highest education.

Keywords:

Locus of control, drug addiction, user of addictive substances, treatment of drug addiction, prevntion

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

„Člověk může přijít o všechno kromě jediného - nikdo mu nemůže vzít poslední lidskou svobodu - vybrat si za jakýchkoliv okolností svůj vlastní přístup, svou vlastní cestu.“

Viktor Emanuel Frankl

Poděkování:

Ráda bych poděkovala doktoru Hladíkovi za odborné a kvalitní vedení diplomové práce, ochotu a pomoc. Děkuji všem respondentům za účast ve výzkumném šetření. Děkuji svým skvělým rodičům, kteří se mnou prožívají všechny starosti i radosti studentských let. Děkuji svému partnerovi za podporu, neustálý úsměv, trpělivost a cenné rady.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKA LOCUS OF CONTROL.....	15
1.1 UNIDIMENZIONÁLNÍ POJETÍ LOC J. B. ROTTERA	16
1.2 MULTIDIMENZIONÁLNÍ POJETÍ LOC H. LEVENSON.....	18
1.3 MĚŘENÍ KONCEPTU LOCUS OF CONTROL	20
1.4 DALŠÍ AUTOŘI VĚNUJÍCÍ SE MĚŘENÍ LOC.....	21
2 DROGOVÁ ZÁVISLOST	24
2.1 DROGOVÁ EPIDEMIOLOGIE	27
2.2 SOUČASNÁ DROGOVÁ SCÉNA.....	28
2.3 NÁVYKOVÉ PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY	30
2.4 TYPY A STUPNĚ ZÁVISLOSTI	31
2.5 FAKTORY PODMIŇUJÍCÍ VZNIK ZÁVISLOSTÍ.....	32
2.6 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ DOPADY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	37
3 LÉČBA A POMOC V ZÁVISLOSTI.....	39
3.1 LÉČEBNÉ PROGRAMY DLE TYPU POSKYTOVANÉ SLUŽBY	41
3.1.1 Ambulantní léčba	42
3.1.2 Terénní služby	44
3.1.3 Pobytové služby	46
3.2 AUTOLÉČBA A JEJÍ SPECIFIKACE.....	49
3.3 ŽIVOT PO ABSOLVOVÁNÍ LÉČBY	51
3.4 DROGOVÁ ZÁVISLOST V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY.....	53
II PRAKTICKÁ ČÁST	56
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	57
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	57
4.2 CÍLE VÝZKUMU	57
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY.....	58
4.4 PROMĚNNÉ	59
4.5 DRUH VÝZKUMU A TECHNIKY SBĚRU DAT	60
4.6 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	61
4.7 ETIKA VÝZKUMU	61
4.8 REALIZACE VÝZKUMU	63
4.9 SPECIFIKACE CÍLOVÉHO ZAŘÍZENÍ.....	64
4.10 ZPŮSOB ANALÝZY DAT	64
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	68

5.1	DESKRIPTIVNÍ ANALÝZA ÚDAJŮ	68
5.2	ANALÝZA STANOVENÝCH HYPOTÉZ	73
5.3	INTERPRETACE DAT	79
5.4	SOUHRNNÝ PŘEHLED VERIFIKACE HYPOTÉZ	82
5.5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	83
5.6	SWOT ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	85
ZÁVĚR		87
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		89
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		92
SEZNAM OBRÁZKŮ		93
SEZNAM TABULEK.....		94
SEZNAM PŘÍLOH.....		95

ÚVOD

V předkládané diplomové práci jsme se rozhodli zpracovat problematiku Locus of control, a to konkrétně u cílové skupiny uživatelů návykových látek. Vzhledem k tomu, že se Locus of control zaměřuje na internalitu a externalitu jedince, budeme se snažit hledat vzájemnou souvislost mezi úspěšností léčby a těmito koncepty.

V práci nejprve nastiňujeme poznatky samotné osobnostní charakteristiky Locus of Control, kterou se čtenáři budeme snažit přiblížit z pohledu nejvýznamnějších autorů. Konkrétně pro nás bude podstatné unidimenzionální pojetí dle Rottera, který je považován za zakladatele tohoto konceptu, a veškeré další teorie Locus of Control, které se od ní odvíjí. Druhým bodem, avšak nikterak méně důležitým, je pro tuto práci multidimenzionální

pojetí Locus of Control Hanny Levenson. V diplomové práci jsme se rozhodli pro využití dotazníku právě této autorky, proto je její výklad stěžejní. Dále bychom čtenářům rádi osvětlili jiné typy Locus of Control modelů, které spadají do různých oblastí zájmu. Zajímavé bude postavit vůči sobě Locus of Control a polaritu očekávání ve vztahu k léčbě - jaká jsou jeho očekávání, a jak tato očekávání můžeme vymezit ve vztahu k internalitě či externalitě daného člověka. Míru kontroly jsme se rozhodli položit proti úspěšnosti léčby u uživatelů návykových látek. Internalita a externalita souvisí v životě člověka s tím, jak si vysvětluje své vlastní úspěchy a neúspěchy, jak dokáže zvládat překážky, zda je vnímá spíše jako výzvu nebo jako problém. To, jak dokáže jedinec řídit svůj život, mobilizovat síly a bránit svá rozhodnutí je také jedním z faktorů, který Locus of Control může ukázat. Budeme se snažit zjistit, zda je vznik závislosti podmíněn okolím a prostředím člověka, nebo zda má toto rozhodnutí ve svých vlastních rukách.

Dále se věnujeme drogové závislosti a syndromu závislosti. Definujeme základní pojmy spojené s návykovými látkami. Vymezíme jejich dělení, vliv, účinky a rizika. Popisujeme etapy vzniku závislosti. Nedílnou součástí pak budou také dopady a důsledky užívání návykových látek, a to jak z hlediska biologického, sociálního, tak i psychického. Na závěr druhé kapitoly se budeme zabývat také faktory, které ovlivňují vznik závislostí. To znamená faktory prostředí, které pro účely práce můžeme rozdělit na makroenvironmentální – tedy společnost a společenství člověka, a mikroenvironmentální – tedy jedince a rodinu.

Třetí kapitola práce vymezuje léčbu a pomoc, kterou můžeme poskytnout v závislosti. Tato část velmi úzce souvisí s efektivností léčby, okolnosti týkající se samotné léčby zasahují do žádoucího a výsledného stavu, kterým je pro závislého klienta dokončení léčby. Věnujeme se terapeutickému procesu a působení na jedince v době léčby. Definujeme jednotlivé léčebné programy, u kterých vycházíme z formy poskytování léčby. Budeme objasňovat principy ambulantní léčby, pobytových služeb a také služeb, které poskytují pracovníci osobám závislým v rámci terénní práce. Pohovoříme o jednotlivých typech z hlediska případné úspěšnosti léčby, možného odchodu ještě před ukončením cyklu léčby. Právě předčasný odchod nebo nevhodně zvolená terapie může mít za následek vyšší procento relapsu klientů. Zaměříme se také na osobnost klienta – závislého v léčebném programu v situaci, pokud se rozhodne pro léčbu svými vlastními silami a prostředky. Objasníme tedy principy autoléčby. Zaměříme se na to, co klient prožívá, jaké jsou nejdůležitější momenty léčby pro uživatele návykových látek. Dále budeme definovat pojmy související s dalším průběhem života jedince po skončení léčby. Budeme se věnovat retenci a relapsu. Udržení jedince ve stavu abstinence a prevence následného relapsu hraje stejně tak významnou roli jako samotná léčba či terapie. Podpora v abstinenci může osobě závislé ukázat, že na situaci není sám, že stále existují lidé, kteří mu věří a snaží se mu pomoci. Nastíníme možné přístupy ze strany rodiny, přátel a nejbližších, ale uvedeme také postupy v rámci sociální práce. Budeme se věnovat také možnostem, které klient má, pokud se vrací z pobytových forem léčby. V závěru teoretické části objasníme vztah sociální pedagogiky a léčby závislosti, respektive problematiky užívání návykových látek.

Drogy se v různých formách ve společnosti objevují již od nepaměti. Byly součástí náboženských rituálů, patřily do kultury národů a kmenů a svým léčivým působením mohly zachraňovat nemocné. V různých podobách, s rozličnými účinky, ale také s odlišným primárním posláním byly objeveny či vynalezeny člověkem. Nejsou věcí jednoho kontinentu, jsou celosvětovou záležitostí. Týkají se nás všech, více či méně. Právě globální a univerzální charakter řadí užívání návykových látek do problémů, vůči kterým bychom se neměli otáčet zády, ignorovat je. Jakékoliv návykové látky jsou pro své účinky, nejen na lidskou psychiku, ale také fyziologické pochody, velmi vyhledávaným artiklem. Dlouhodobé užívání je spojeno s výraznými zdravotními riziky, ale také se sociálními a ekonomickými problémy. Právě trvalost v užívání drogy způsobuje závislost, která zásadním způsobem ovlivňuje život jedince, ale vykazuje své působení v celé společnosti. Možným řešením se může stát právě léčba závislosti. Je však nutné podotknout, že musí

být účinná a efektivní, aby vedla ke kýženému výsledku. Existuje nepřehledné množství rozličných léčebných metod, s různými postupy, taktikami, průběhem. Co je ale podstatné, a pro každý typ léčby nezbytné, je motivace. Vlastní chuť závislého pro zvládnutí problému je jedním z předpokladů pro léčbu závislosti. Pokud jedinec léčbu odmítá, pak je úlohou terapeuta, aby podpořil snahu, našel ztracenou chuť a dopomohl klientovi najít cestu k cíli.

V praktické části práce se snažíme zjistit, jaká je úroveň locus of control u uživatelů návykových látek ve vztahu k abstinenci a úspěšnosti léčby. Dalšími dílčími cíli je zjišťování rozdílů v úrovni locus of control ve vztahu k pohlaví respondentů, věku respondentů, vzdělání respondentů a počtu relapsů. Výzkum jsme realizovali pomocí dotazníkového šetření, kdy vycházíme z dotazníku H. Lavenson, který jsme doplnili o položky zjišťující informace podstatné pro náš výzkum.

Celá diplomová práce je směřována k problematice sociální pedagogiky. Věnuje se preventivnímu působení, možnostem intervence a sociálně pedagogického působení u jedné z cílových skupin této disciplíny, tedy uživatelů návykových látek. Poskytuje jim sociální poradenství, krizovou intervenci, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, pomáhá v rámci postpenitenciární péče, může zprostředkovat léčbu závislosti, působí v přirozeném prostředí uživatelů drog, provádí depistáž. Spolupracuje s dětmi a mladistvými, u kterých je zvýšené riziko vzniku závislosti. Může také zajistit působení v oblasti primární, sekundární i terciární prevence.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Osobnostní charakteristika LOCUS OF CONTROL

V následující kapitole se budeme zabývat osobnostní charakteristikou Locus of Control (LoC). Vymezíme si její základní parametry a osvětlíme, v čem spočívá a co určuje. Dále se budeme věnovat konceptualizaci a měření místa kontroly. Definujeme si základní unidimenzionální pojetí Locus of Control dle Rottera. Pro naši práci bude velice podstatná kapitola věnující se multidimenzionálnímu pojetí dle Levensonové. Zaměříme se na autorčino vnímání místa kontroly. V neposlední řadě nastíníme autory, kteří pro svá výzkumná šetření využili právě tuto metodu sledování osobnostních charakteristik.

Počátky koncepce Locus of Control můžeme spatřovat již u Skinnera, který tvrdí, že v rámci vývoje člověka dochází ke kapitulaci vlastní vůle a svobody. Dochází podle něj k omezení osobnosti jedince natolik, že jsou mu odebrány víra v sebe sama a možnost kontrolovat svůj vlastní vývoj a život. Tvrdí, že jsme naprosto ovlivněni vlivem okolního prostředí bez ohledu na míru naší snahy. Skinner však věří, že snaha vymanit se z vlivu okolí člověka výrazně posiluje a vytváří z něj lepší osobnost (Lefcourt, 2014, str. 3). Z hlediska behavioristického pohledu Skinnera pozorujeme tedy spíše externí vlivy, které ovlivňují náš život. V pozdějších teoriích autoři přidávali i další perspektivy místa kontroly.

V roce 1966 přichází se samotnou koncepcí Locus of Control Julian Rotter v rámci práce „Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.“ Hovoří zde o těžišti neboli místu kontroly. Pojmy vymezují přesvědčení jedince o tom, do jaké míry je schopen kontrolovat, korigovat a ovládat svou činnost a její výsledky. Práce má experimentální i teoretickou část, která obsahuje dva diametrálně rozdílné přístupy k životním obtížím a radostem. Locus of Control definuje, jakým způsobem se stavíme k problému, před kterým stojíme. V první části kontinua jsou lidé, kteří vycházejí ze sebe a svých vlastních schopností. Spoléhají na své dovednosti, iniciativu a chuť bojovat. Tuto skupinu osob vymezujeme jako internisty, jelikož osobní ohnisko řídí vlastní činnosti. Druhá část kontinua definuje ty, kteří vycházejí z toho, co je před nimi, a domnívají se, že se komplikace vyřeší samy. Tyto myšlenky vychází zejména z tendence spoléhat na osud, štěstí nebo nezávislou změnu okolností. Problémy a řešení nevycházejí z nich samotných, ale ze situace, ve které se nacházejí. Tuto skupinu označujeme jako externisty, jelikož řešení situace hledají mimo svou osobu (Křivohlavý, 2009, str. 70 – 71).

Označení tohoto konceptu je rozdílné dle pohledu různých autorů. Nakonečný používá termín *těžiště kontroly*, *středisko kontroly*, ale můžeme se setkat také s označením *lokalizace kontroly*, *místo regulace*, *místo kontroly*. Většina autorů se však shoduje na zachování původního anglického označení *locus of control* (Nakonečný, 2009, str. 44).

1.1 Unidimenzionální pojetí LoC J. B. Rottera

V následující podkapitole se budeme věnovat jednomu ze zakladatelů koncepce *locus of control*, a to J. B. Rotterovi. Tento autor je považován za průkopníka, a i přes pozdější kritiku jeho teorie jej můžeme vnímat jako autora, který pojetí *locus of control* vnesl do psychologie osobnosti. Budeme se věnovat základním tezím, které ve vztahu k místu kontroly uvádí, nastíníme jeho způsob měření a uvedeme přednosti a negativa Rotterova vnímání. Pro naši práci je Rotterova koncepce *Locus of control* podstatná zejména z toho důvodu, že další autoři, včetně Levensonové, z ní vychází a vnímají ji jako základ při měření místa kontroly.

Julian Rotter ve svých teoriích vychází z behaviorismu, vnitřní kognitivní procesy a subjektivní zážitky zdůrazňuje více než jiní psychologové, jako například Bandura. Rotter tvrdí, že lidské chování je ovlivněno různými druhy posílení, ale dodává, že povahu a rozsah jejich vlivu zprostředkovávají vnitřní kognitivní faktory. Mezi tyto základní faktory řadíme očekávání důsledků určitého chování a relativní hodnotu zpevnění v různých situacích. Rotter poukazuje také na značné individuální rozdíly v subjektivní hodnotě různých odměn. Všechny tyto faktory značně modifikují účinek externích okolností. Autor teorie popisuje dva typy lidí, kteří se vzájemně liší subjektivním vnímáním a přesvědčením o možnosti ovládat zdroje posílení. První skupinou jsou osoby s vnitřním místem kontroly, tedy **internal locus of control**. Tato skupina jedinců se domnívá, že odměny, které získávají, závisí na jejich vlastním snažení a chování. Zjednodušeně můžeme říci, že mají svůj život ve svých rukou a tak také jednají. Druhou skupinou jsou osoby s vnějším místem kontroly, tedy **external locus of control**. Tito lidé jsou přesvědčeni, že nemohou ovlivnit své chování, život a posílení, které očekávají, se jim nedostane. Často se v důsledku tohoto přesvědčení ani nepokoušejí svůj život změnit nebo zlepšit (Plháková, 2011, str. 190).

Rotter byl žákem Kurta Lewina a ve své teorii na něj v mnohém navazuje. Snaží se vysvětlit chování v interakci s prostředím. Impulzem pro vznik jeho teorií bylo sledování chování člověka v sociálních situacích, zejména pak uspokojování potřeb svých a jiných osob. Jak již bylo zmíněno, Rottera řadíme mezi behavioristy, ale on sám vytýkal tomuto

směru základní nedostatky. Zaprvé viděl problém v nepřipravenosti řešit problémy klinické praxe, zadruhé v přehlížení schopností člověka myslet a předvídat. Právě tato východiska jej v myšlení odlišují od klasického behaviorismu (Výrost, Slaměník, 2008, str. 55)

Klíčovým aspektem učení je v podání Rottera zpevnění a jeho hodnota, druhým je potom těžiště vlastní kontroly a chování, tedy locus of control. Tento koncept vede k získání odměny, kterou vnímáme závislé na vnějších činitelích (náhoda, zásah druhých), nebo na vlastním jednání. Výsledkem tohoto jednání je zkušenost, kdy interpretujeme příčiny úspěchu, a dochází k zobecnění očekávání subjektivní kontrolovatelnosti nebo nekontrolovatelnosti instrumentálního chování. Locus of control se tedy stává součástí konceptu **self**, jakož i motivujícím (aktivizujícím) či demotivujícím (dezaktivizujícím) činitelem. Nakonečný uvádí, že v tomto konceptu není dostatečně propracován vztah subjektu k reálným možnostem situačních podmínek jeho chování. Jako příklad uvádí objektivní překážky, které subjekt vnímá jako nepřekonatelné (Nakonečný, 2009, str. 44).

Cakirpaloglu uvádí, že stupnice I - E je specifickým typem škály nucené volby a zaměřuje se na měření subjektivního přesvědčení jedince. Toto přesvědčení se vztahuje k situaci, ve které se osoba nachází, a dále, jak si vykládá danou situaci. Může se jednat o řízení vlastními tendencemi nebo vnějšími silami. Mezi vnitřní tendence zařazujeme vlastní vůli, myšlení. Naopak mezi vnější síly patří například osud, mocné osoby, štěstí (Cakirpaloglu, 2012, str. 28).

U Rotterovy koncepce můžeme sledovat patrný význam pro salutogenezi, tj. lze zde sledovat určité salutoprotektivní účinky. Mimo místo kontroly se ve vztahu k odolnosti a salutogenezi setkáváme také s optimismem, pozitivním myšlením, neuropsychickou stabilitou, sebedůvěrou, vnímanou osobní účinností, smyslem pro humor, stylem chování, spiritualitou, typem chování či osobností (Paulík, 2010, str. 106).

Koncept Locus of control můžeme zařadit mezi formy **egovztažného učení**, kde je proces učení kontrolován, respektive determinován vztahem k **jáství – self**. Pokud bychom vycházeli z teorie Rottera, tedy locus of control, bavíme se o interní vs. externí kontrole zpevnění. Subjekt je přesvědčen, že je schopen (respektive není) kontrolovat zpevnění, zejména v nestrukturované situaci. V prvním případě dochází k zesílení potenciálu chování, aktivaci organismu. V druhém případě přichází zeslabení potenciálu, tedy dezaktivace subjektu. Holzkamp tvrdí, že jáství se zde stává zdrojem chování (Nakonečný, 2009, str. 114).

Rotter se ve svých myšlenkách věnoval také **teorii sociálního učení**. Označuje ji jako koncept zpevnění s kognitivní teorií v návaznosti na pojetí označované jako „očekávání krát hodnota“. Toto pojetí se dříve užívalo v psychologii pracovní motivace. Hlavní hodnotou je zpevnění a očekáváním je subjektivní odhad (Nakonečný, 2009, str. 127).

Teorii sociálního učení vystavěl na čtyřech základních proměnných – potencionál chování, očekávání, hodnota posílení a psychologická situace. **Potenciál chování** určuje pravděpodobnost volby určitého chování z několika různých možností ve vztahu k posílení. **Očekávání** je subjektivní pravděpodobnost, že chování jedince povede k určitému výsledku. Čím častěji v minulosti došlo k posílení, tím vyšší jsou očekávání, že stejným chováním dosáhneme stejného výsledku. **Hodnota posílení** vyjadřuje míru preference jednoho posílení před druhým v situaci, kdy pravděpodobnost jejich výskytu je přibližně rovnocenná. Jedinec volí takové chování, kterým získá posílení s nejvyšší hodnotou. **Psychologická situace** vystihuje odlišnost v interpretaci téže situace různými osobami (Výrost, Slaměník, 2008, str. 55).

1.2 Multidimenzionální pojetí LoC H. Levenson

V následující podkapitole se podrobně zaměříme na koncept Locus of Control Hanny Levenson. Přiblížíme pohled samotné autorky a poukážeme na rozdíly mezi její koncepcí a koncepcí J. B. Rottera. Dále budeme podrobně sledovat multidimenzionalitu konceptu, potažmo to, z čeho tento komplexní pohled vychází.

Hanna Levenson je americká klinická psycholožka, která byla více než 20 let ředitelkou Brief Therapy Program v San Francisku. Věnuje se jak výuce na vysokých školách, tak soukromé praxi v psychiatrii. Doktorka Levenson je mezinárodně uznávaným odborníkem v dynamické, emocionálně-zaměřené, relační psychoterapii. Je autorkou knih a článků, které se věnují psychologii osobnosti, věnuje se také etice v oblasti psychiatrie. Nedílnou součástí jejího díla je také multidimenzionální pojetí Locus of Control. Vytvořila standardizovaný dotazník, který se zaměřuje na zkoumání interního a externího místa kontroly jedince (Hanna Levenson, 2015).

Často se můžeme setkat s označením teorie Hanny Levenson jako **IPC scale** (IPC škála). Autorka staví svou koncepci locus of control na hypotéze, že je vymezen třemi zcela samostatnými složkami:

- **Internal control** (interní kontrolou),

- **Control by powerful others** (kontrolou vlivných a mocných),
- **Control by chance** (kontrolou náhody), (Halpert, Hill, 2011, str. 13).

Škála Levensonové byla vytvořena jako odpověď na potřebu rozlišovat mnohačetné dimenze uvnitř každé osobnosti. Autorka rozlišuje více rozměrů samotného externího locus of control. Rotter původně zařadil osud, štěstí, náhodu a vliv mocných lidí do jedné kategorie, což však Levensonová kritizovala. Tvrdila, že není možné, aby byla utvořena takováto homogenní skupina vlivů, pokud jsou natolik rozdílné. Spíše než hodnocení lidí jako čistě externích či nikoliv, Levensonové škála vyšetřuje, zda je tato externalita spíše přiřazena k určitému typu chaosu světa či šanci, nebo přímo k síle okolí. Tuto sílu definuje například jako politickou moc, vliv rodičů nebo blízkého okolí a zásah Boha. Multidimenzionální model tak stanovuje víru v jistý náhodný model, tedy chaos a neuspořádanost. Opakem je pak model jasný a kontrolovaný, který vyjadřuje očekávání, že vlivní lidé řídí svět (Halpert, Hill, 2011, str. 13).

Koncept LoC byl vytvořen jako obecné očekávání vnímat zesílení, resp. zpevnění vlastního chování (vnitřní LoC) nebo jako výsledek síly mimo vlastní kontrolu, kdy se jedná o šanci a příležitosti, neúspěch a moc okolního prostředí (vnější LoC). Levensonová uvádí, že Rotterova škála z roku 1966 je nástroj, který slouží k měření stupně polohy internality oproti externalitě člověka. Jejich vnímání externality (Rotter) a internality (Levensonová) se tak může zdát dost podobné, avšak Levensonová upozorňuje, že osoby, které věří v náhodu či štěstí, jsou schopny předvídat, ale jsou spoutány přesvědčením o omezování a ovlivňování vlastního života. Autorka přichází s multidimenzionálním pojetím, které odvozuje zejména z otázky validity, kterou kombinuje z několika hlavních pilířů. Mezi tyto stěžejní prvky zařazuje stejně jako Rotter externalitu jedince, dále očekávání neúspěchu, vlastní šance v životě a v neposlední řadě moc okolí, sílu instituce (Levenson, 1981, str. 15).

Zde pozorujeme komplexní pohled na věc. Levensonová neměří pouze míru internality a externality, ale snaží se o vícerozměrný pohled. Při sledování a hodnocení osobnosti vnímá jako podstatné i vlivy, které na člověka působí z okolí. V růstu a vývoje jedince se musíme zabývat vlivem rodiny, vrstevníků, společnosti. Člověk se rodí jako nepopsaná kniha, do které se postupně otiskuje vše, co pozná. Zkušenosti, které získá, formují jeho další chování. Ať už člověk vnímá své úspěchy jako vlastní zásluhu nebo je připisuje okolí, vždy mohou ovlivnit někoho dalšího. V podstatě jsme celý život ovlivňováni, více či méně

společností a okolím, záleží na tom, do jaké míry budeme tímto faktem ovládnáni. Mezi vlivy můžeme zařadit moc jiných osoby, autority, politické působení. Další oblastí je vliv rodiny, rodičů a prostředí, které je jedinci velmi blízké. Pro některé to mohou být vlivy spirituální, víra v Boha, v „něco, co podmiňuje vliv štěstí a smůly, pro některé možná účinek osudu. V neposlední řadě je pro ni podstatný vliv také vlastní osobnosti.

Multidimenzionální konceptualizace navrhuje dva různé pohledy při externí orientaci – zaprvé se jedná o víru v základní a prapůvodní neuspořádanost a náhodu. Zadruhé jde o víru v základní pořádek a uspořádání, předvídatelnost světa, které koresponduje s předpokladem očekávání moci ostatních. V pozdějších případech již můžeme mluvit o různých možnostech kontroly. Je poměrně předvídatelné, že osoba, které věří v moc ostatních (powerful others), může vnímat značnou pravidelnost a stálost v chování těchto lidí, stejně jako víru, že skrz cílevědomou práci získá zesílené sebe sama (Levenson, 1981, str. 15).

Ačkoliv je pojetí locus of control jiné u Rottera a jiné u Levensonové, je potřeba zdůraznit, že Levensonová z Rottera vychází. Původní koncept a typologie osobností je tedy podobná, mnohdy i totožná.

Levensonová tvrdí, že pohled na externalitu a internalitu je v jejím a Rotterově případě značně podobný. Mimoto osoba, která věří v pravděpodobnost kontroly, může být zcela kognitivně a behaviorálně odlišná od toho, kdo má nedostatek osobní kontroly (Levenson, 1981, str. 16).

1.3 Měření konceptu Locus of Control

V této kapitole se budeme věnovat postupu měření konceptu Locus of Control v pro nás stěžejních teoriích. Prvním konceptem je Rotterova I – E škála, která se věnuje hlavně internalitě a externalitě jedince. Druhým je pak IPC škála Levensonové, která je multidimenzionální a operuje s tříslůžkovou škálou IPC. Oba autoři se zaměřili na obecné využití měření – jde o univerzální škály pro různé cílové skupiny.

Rotterova I – E škála

Rotterova škála představuje vstupní koncepci do samotného Locus of Control. Jeho práce je založena na základech učení Alberta Bandury, který jako první přichází s teorií sociálního učení. Rotter vysvětluje, jak si lidé interpretují události v životě a jakou roli v něm vlastně hrají oni sami. Autor přichází s celkem dvaceti tří bodovou škálou, která

určuje tendenci respondenta směřovat k internalitě či externalitě. Vybírá mezi výroky, které se rozdělují do těchto dvou dimenzí. Rotterův koncept je univerzální a je možné jej použít pro různé cílové skupiny (Halpert, Hill, 2011, str. 10).

Pro lepší představivost uvádíme tvrzení z Rotterova dotazníku Locus of Control. Úkolem respondenta je vždy vybrat jeden z výroků.

- a. Děti se dostávají do potíží, protože je jejich rodiče příliš často trestají.
- b. Problémem dnešních dětí je nedostatečná pozornost jejich rodičů (Halpert, Hill, 2011, str. 10).

IPC škála Levensonové

Tato škála představuje tři základní dimenze – Internality, Powerful Others, Chance. Právě z vícesložkového pojetí vychází multidimenzionalita dotazníku. Autorka zdůrazňuje hlavní rozdíly mezi jejím konceptem a I – E škálou Rottera. Tvrdí, že díky použití Likertovy škály odpadá tzv. nucená volba odpovědi, respondent si může vybrat z šestibodové škály, čímž projeví svůj názor, jak moc jej dané tvrzení charakterizuje a souhlasí (nesouhlasí) s ním. Levensonová uvádí, že její formulace výroků je daleko přehlednější a komplexnější. Zároveň se domnívá, že je výhodné, pokud jsou konkrétní subškály podobné těm, které na ně navazují. V praxi se jedná o fakt, že položky subškály P obsahují téma, které je poté zakomponované i v subškálách I a C (Halpert, Hill, 2011, str. 13).

Konkrétní příklad položek neuvádíme, jelikož jsou součástí příloh této práce.

1.4 Další autoři věnující se měření LoC

V následující kapitole stručně nastíníme možné pojetí výzkumu v oblasti Locus of Control. Vždy vymežíme název metody, autory, případně stručnou charakteristiku. Rotterovi a Levensonové se již podrobně věnovat nebudeme, jelikož jsme jejich teorie vymezili v předchozích částech práce.

Všeobecně orientované Locus of Control škály:

Prvním z výzkumů je **Reid-Ware třífaktorová analýza interní a externí škály**, která vznikla v roce 1974 a jejími autory jsou David Reid a Edward Ware. Jedná se o čtyřiceti pěti bodovou škálu vymezující Locus of Control ve třech subdimenzích. Konkrétně se jedná o dimenze systému sociální kontroly, fatalismus a vlastní kontrolu osobnosti (Halpert, Hill, 2011, str. 17).

Další variací je **Multidimenzionální multiatributní případová škála** z roku 1981. Autorem toho konceptu je Herbert M. Lefcourt. Tato škála byla navržena tak, aby bylo možné ji použít v běžné populaci. Zaměřuje se na příslušnost a úspěch jedince. Škála se skládá z položek zaměřujících se na zkušenost s neúspěchem a úspěchem. Je rozdělena do čtyř struktur, které zvláště měří internalitu a externalitu. Lefcourt své metody užíval hlavně u studentů (Halpert, Hill, 2011, str. 21).

Škály Locus of Control zaměřené na zdravotní stav a zdraví:

Jeden z prvních výzkumů zaměřených na Locus of Control u zdravotního stavu byl **Multidimenzionální Locus of Control zdraví (MHLOC)** z roku 1978. Jeho autory byli Walliston a DeVellis. Jedná se o koncept osmnácti bodů, které se zaměřují na reflexi a zhodnocení vlastního zdraví a vlivů na něj. Škála je rozdělena do tří skupin – vnitřní důvěra, víra ve štěstí, důvěra v sílu okolí. Respondenti se setkávají s různými výroky, např. „Jsem zodpovědný za své zdraví.“ nebo „Poslechnout rady lékaře je nejlepší cestou, jak zničit své zdraví.“ (Halpert, Hill, 2011, str. 24 -25).

Zajímavým konceptem je **Škála odpovědnosti vůči alkoholu**. Tento systém Locus of Control pochází z roku 1981 a jeho autory jsou Worell a Timility. Škála se skládá z 24 bodů, které se zaměřují na relaps u alkoholově závislých a vztah vůči externímu Locus of Control (Halpert, Hill, 2011, str. 35).

Z oblasti zdravotních specifíků můžeme uvést např. Locus of Control zaměřené na diabetes, depresi, bolesti hlavy, duchovní zdraví, orální zdraví.

Škály locus of Control zaměřené na věkové kategorie:

V roce 1961 přišel Irv Bialer s koncepcí zaměřenou na děti s názvem **Bialer-Cromwell Children's Locus of Control Scale**. Celkově čítala 23 položek a respondenti definovali úspěch a neúspěch a svůj podíl na nich (Halpert, Hill, 2011, str. 52).

Virginia Crandall, Walter Katkowski a Vaughn Crandall v roce 1965 zkoumali intelekt ve vztahu k Locus of Control ve své koncepci **Crandall Intellectual Achievement Responsibility Questionnaire**. Dotazník se zaměřil na cílovou skupinu dětí a dospívajících, celkem má 34 otázek, na které probandi odpovídali v předchystaných otázkách (Halpert, Hill, 2011, str. 54).

Academic Locus of Control Scale se zaměřuje na vysokoškolské studenty. Autorem je Ashton Trice, který v roce 1985 přišel s dotazníkem 28 položek. Úkolem respondentů bylo

zamyslet se nad účastí ve škole, čase věnovanému studiu, domácí přípravě. Výsledky pak korelovaly s předpokladem budoucího chování (Halpert, Hill, 2011, str. 68).

2 Drogová závislost

V následující kapitole se zaměříme na drogy, drogovou závislost a syndrom závislosti. Budeme definovat jednotlivé psychoaktivní látky, dále jejich dopady z hlediska biologického, psychického a sociálního. Vymežíme drogovou epidemiologii, osvětlíme situaci v současné drogové scéně. V neposlední řadě se zaměříme na faktory podmiňující vznik závislosti.

Drogy se pro společnost stávají fenoménem, jsou v ní od nepaměti, ale ne vždy se užívaly stejným způsobem a plnily stejný účel. Zabývat se touto problematikou je velice důležité, jelikož se s určitým typem drogy můžeme setkat v podstatě na každém kroku. Tak jak se vyvíjí civilizace a moderní technologie, tak se vyvíjí také oblast návykových látek. Produkce se odvíjí od poptávky a vzniká mnoho různých látek, které primárně nemusely sloužit jako droga, ale jako léčivo pro nemocné pacienty. O účincích látky se časem rozšířilo povědomí v drogové společnosti, a pokud „to“ funguje, proč to nevyužít. Určitá forma demonizace návykových látek je v sociálním kontextu patrná, ale často se můžeme setkat se snahou nic nevidět. Je také rozdíl u tolerance různých druhů drog – problematikou legálních a ilegálních drog bychom se mohli zabývat do nekonečna. Vzhledem k tomu, že oblast drogové scény a produkci návykových látek můžeme považovat za neustále se rozvíjející, dynamickou a pulzující, je vhodné mít přehled o základních typech drog, jejich účincích a dopadech na osobnost i život člověka. Cílem této kapitoly je uvést stručný souhrn typů návykových látek, závislostí, drogové epidemiologie a faktorů podmiňující vznik závislosti.

Problém závislosti je multidisciplinárním problémem, který kombinuje sociální, biologické a psychologické faktory. Podstatné je, který z vlivů je v daný moment rozhodující. Mezi **farmakologické faktory** zařazujeme drogu samotnou, která představuje substanci ovlivňující psychické funkce. Psychické faktory se projevují ve struktuře osobnosti, v odolnosti, schopnosti adaptability vůči stresu a zátěži. Mezi vnější faktory pak řadíme prostředí, sociální klima, začlenění do okolí. Posledním faktorem je **precipitující faktor**, což je konkrétní problém a situace, vstupující do interakce (Mühlpacher, 2008, str. 56).

Drogy můžeme všeobecně definovat jako každou přírodní nebo syntetickou látku, která má tzv. psychotropní účinek a může vyvolat závislost. Psychotropní účinek představuje vliv na

schopnost prožívat realitu a mění psychický stav. Potenciál závislosti je u drogy přítomen vždy, jen se rozlišuje svou mírou (Presl, 1994, str. 9).

Podle Zábranského pak jako drogu označujeme veškeré „ilegální, nezákonné, státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky (OPL).“ (Zábranský, 2003, str. 14)

Pokud bychom se zaměřili na pojednání o návykových látkách v zákoně, je možné se informovat v zákoně č. **167/1998 Sb. O návykových látkách**. V legislativě jsou vymezeny základní pojmy, zacházení s návykovými látkami a přípravky, způsobilost k zacházení s návykovými látkami a přípravky, ohlašovací povinnosti a evidence. Dále zákon informuje o máku setém, konopí a ve svých přílohách jmenuje základní seznam a členění návykových látek.

V zákoně je definována návyková látka jako „každá omamná látka a psychotropní látka uvedená v příloze 1 až 7.“ (ČESKO, 1998) Výčet všech návykových látek je velmi rozsáhlý. Obsahuje celkem sedm seznamů, kde každý z nich v sobě zahrnuje specifickou skupinu návykových látek dle chemického složení a účinku.

Z historického hlediska můžeme říci, že se definice drogy značně odchýlila od svého původního významu. Dříve nebyl pojem droga zahalen tak negativním puncem, jako je tomu v dnešní době. Můžeme dokonce tvrdit, že tento termín byl spojován se značně pozitivním vlivem.

Původně označení droga představovalo sušené nebo jinak konzervované orgány rostlin, živočichů a primárně sloužily jako léčiva. Změna nastala v roce 1969, kdy WHO zveřejnila definici podloženou experty, která drogu definovala jako jakoukoliv látku, která je vpravena do organismu a následně vyvolá změnu u jedné či více funkcí daného jedince (Zábranský, 2003, str. 14).

Psychoaktivní látky jsou látky, které způsobují změnu psychického stavu, obvykle subjektivně žádoucím způsobem. Důsledkem pak může být **akutní intoxikace**, což je pouze přechodná změna fyziologických a psychických funkcí organismu, po čase může mít charakter psychické poruchy (Vágnerová, 2008, str. 548). Orel o akutní intoxikaci hovoří jako o přechodném stavu, který je podmíněn přímým účinkem návykových látek a projevuje se pestrými stavy. Tyto projevy mají vliv na psychické i fyzické funkce, jako jsou vědomí, vnímání, orientace, myšlení, emotivita, chování, psychomotorika, činnost orgánů. Z hlediska průběhu můžeme akutní intoxikaci rozdělit na prostou (nekomplikovanou) a komplikovanou. Ve druhém případě může dojít ke křečím, úrazu,

patologické intoxikaci aj. Abychom mohli provést diagnostiku tohoto stavu, je zapotřebí provést toxikologické vyšetření. Vycházíme z výsledků testů, které jsou prováděny ze slin, moči nebo žilní krve. Míra intoxikace je různá a tomu pak odpovídá např. nutnost hospitalizace (ARO, JIP) (Orel, 2012, str. 107).

Díky dlouhodobému užívání návykových látek může vzniknout tzv. **abúzus**, čili **zneužívání**. Dochází k psychickým nebo somatickým změnám a poškozením, která vznikají jako důsledek vysoké četnosti braní drog (Vágnerová, 2008, str. 548). Na rozdíl od akutní intoxikace, která může (a nemusí) být jednorázová, dochází při abúzu k opakovanému užívání látky. Mezi nejčastější negativní důsledky zařazujeme různá poškození tělesných orgánů, hlavně pak jater, ledvin, trávicího systému, periferních nervů. U psychických důsledků se setkáváme hlavně s depresi (Orel, 2012, str. 108).

Posledním možným důsledkem užívání návykových látek je **závislost**. Míra závislosti v podstatě určuje pravděpodobnost jejího zneužívání, to znamená, že závislý člověk bude danou látku zneužívat bez ohledu na to, jaký dopad na jeho zdraví má. V tomto případě představuje závislost onemocnění (Vágnerová, 2008, str. 548).

Závislost označujeme jako dynamický, aktivní proces, který odráží vzájemné vztahy různých faktorů. Vznik závislosti je postupný a chronologie je jedním ze základních rysů závislosti. Závislostní chování se jeví jako problém medicínský, sociální, sociálně pedagogický i pedagogický. Nejdůležitějším znakem a kritériem závislosti je neschopnost kontrolovat vlastní chování (Mühlbacher, 2008, str. 56).

Zmíněné důsledky užívání návykových látek jsou vždy pro člověka devastující. Rozhodným měřítkem je míra užívání (četnost), dále pak délka užívání, způsob užívání, motivace k abstinenci a vůbec snaha se svým životem něco dělat. Problém vyvstává, když se snoubí spokojenost s drogami, pocit užitku z jejich užívání a návyk na jejich účinky. Mnoho závislých se potom naučí se svou drogou žít a ona se stává jejich životem. Dostáváme se pak do situace, kdy hovoříme o vzniku syndromu, konkrétně o syndromu závislosti.

Syndrom závislosti vzniká jako důsledek opakovaného užívání návykových látek, dochází k emocionálním, kognitivním, behaviorálním a somatickým změnám. Závislost se stává životním stylem (Vágnerová, 2008, str. 548). Pro člověka představuje palčivou touhu užít psychoaktivní látku, neschopnost s braním přestat a nárůstem tolerance. Prostým důkazem závislosti je přítomnost odvykacího stavu. Syndrom závislosti se týká celého člověka,

ovlivňuje biologický, psychický, sociální i přesahový aspekt jeho života (Orel, 2012, str. 108).

Nejrizikovějšími skupinami v oblasti abúzu drog je populace dětí a mladistvých. Důležitou roli při zrání hraje rodina a rodinné prostředí, pozornost bychom měli věnovat zejména demografickým aspektům, postavení rodiny, výchovným přístupům, vzájemným vztahům adolescentů a rodičů. Dalšími skupinami, které mají výrazný vliv na vznik závislosti, jsou skupiny mládeže, kamarádi, vrstevníci. Jedinec se s nimi stýká každodenně a mohou mít nesporný vliv na to, že adolescent experimentuje s návykovými látkami (Mühlpacher, 2008, str. 81).

2.1 Drogová epidemiologie

Poměrně novým pojmem v oblasti drogové závislosti je **drogová epidemiologie**. Jedná se fenomén velmi podstatný pro protidrogovou politiku. Pro odborníky z oblasti závislostí jsou výzkumy prováděné epidemiologií klíčové a jsou také podstatné pro další pomoc a prevenci. Obecně můžeme drogovou epidemiologii definovat jako disciplínu „zabývající se rozšířením různých typů užívání drog v populaci, jeho příčinami a důsledky, vztahy mezi rozšířením užívání a zneužíváním drog a zdravotními následky a efektivitou léčebných, zákonných a dalších intervencí, podnikaných s cílem snížit rozsah (zne)užívání drog nebo souvisejících škod.“ (Zábranský, 2003, str. 13)

Hlavními indikátory pro výzkumy a šetření, která vymezujeme v rámci drogové epidemiologie, jsou následující:

- **incidence užívání drog,**

Jedná se o počet, frekvenci nových uživatelů drog. Zjišťuje se longitudinálně na malém počtu respondentů.

- **incidence požadavků o léčbu nebo službu,**

Udává počet závislých, kteří v určitém časovém úseku vyhledali léčbu nebo služby v souvislosti se zneužíváním drog (v ČR např. kontaktní centra nebo terénní programy).

- **mortalita,**

Představuje počet zjištěných úmrtí v souvislosti s drogami během určeného časového období. Do této sféry spadají úmrtí v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování,

v důsledku dlouhodobého užívání návykových látek, v důsledku sebevraždy spojené s užíváním návykových látek či smrtelné nehody, která byl ovlivněna drogami.

- **incidence infekcí,**

Souhrny hovoří o celkovém počtu uživatelů drog, kteří e v daném časovém úseku nakazili infekčním onemocněním jako je HIV, VHB, VHC.

- **celoživotní prevalence,**

Udává počet osob, které minimálně jednou v životě užily nelegální drogu.

- **prevalence drogové závislosti,**

Vymezuje počet osob, které splňují klinická kritéria závislosti.

- **prevalence problémového užívání,**

Představuje počet osob, u kterých se vyskytlo problémové užívání, což je dlouhodobé užívání intravenózně anebo pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.

- **prevalence využití služeb nebo léčby,**

Stanovuje počet osob, které využily služeb či léčby v daném období (Zábranský, 2003, str. 29 – 33).

2.2 Současná drogová scéna

V návaznosti na hlavní indikátory drogové epidemiologie můžeme uvést následující statistiky. Vycházíme z publikace Drogy a drogové závislosti od Kaliny (2003) a Výroční zprávy o stavu ve věcech drog z roku 2015. Uvádíme data z roku 2001 a z roku 2014, abychom lépe přiblížili trendy a posun v užívání drog v české populaci. V roce 2001 v České republice užilo alespoň jednou nelegální drogu cca 1 150 000 osob, což je cca 16 % populace. V roce 2014 se jednalo o cca 15,5 % populace, což je asi 1 640 000 osob. Mezi problémové uživatele drog zařazujeme v roce 2001 cca 37 500 uživatelů návykových látek, v roce 2014 pak cca 47 700 osob. V roce 2014 působilo v ČR celkem 105 nízkoprahových programů, z toho 54 kontaktních center a 51 terénních programů. V roce 2001 to bylo pouze 65 zařízení. V roce 2014 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 40 300 uživatelů drog, v roce 2001 jich bylo celkem 17 000. V rámci programů Harm reduction bylo v roce 2014 vyměněno více než 6,6 milionů kusů injekčních setů. Data

z roku 2001 nejsou bohužel k dispozici. Za drogové trestné činy bylo v roce 2014 zadrženo a stíháno 3 989 osob, v roce 2001 se jednalo o 1 952 osob (Kalina, 2003, str. 26 – 29 a Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2015, str. 5 – 9).

Z hlediska protidrogové politiky vymezujeme různá východiska, principy a cíle. Tyto koncepty jsou formulovány v Národní strategii protidrogové politiky. Mezi základní a hlavní principy zařazujeme snižování poptávky, rizik a dostupnosti návykových látek (Matoušek, 2010, str. 213).

Protidrogová politika využívá následující **přístupy a strategie**:

- snižování nabídky návykových látek a regulace nabídky hazardního hraní,
- snižování poptávky po návykových látkách a výskytu problémového hráčství,
- snižování rizik spojených s užíváním návykových látek a s hazardním hraním (Vláda, 2010, str. 11).

Z koncepce Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 vymezujeme následující **pilíře protidrogové politiky**:

- snižování dostupnosti návykových látek a snižování rizikovosti hazardních her,
- primární prevence,
- léčba a sociální začleňování,
- snižování rizik (Vláda, 2010, str. 11).

Současná situace v České republice z hlediska drogových trendů je charakteristická trvalým vzestupem v experimentálním a pravidelném užívání konopí. Pozorujeme také zvyšování dostupnosti heroinu, což někteří autoři označují za „heroinovou epidemii“. Nadále jsou hojně užívány opiáty a pervitin (Zábranský, 2003, str. 63). U injekčních uživatelů drog je pro oblast Moravy a Slezska charakteristické užívání zejména pervitinu a surového opia. Nové drogy jako jsou např. fentanylové náplasti se vyskytují zejména na území Čech, kde je charakteristické čtenější experimentování s novými typy drog.

Jak jsme již zmínili, vnímání drog a jejich škodlivosti je zcela individuální. Pro někoho představuje konopí léčivo a pomoc např. pro onkologické pacienty, pro jiné je nepřipustná jakákoliv návyková látka. Je jasné, že vzájemný konsensus v diskuzi o vhodnosti, resp. nevhodnosti a škodách drog pravděpodobně nikdy nenastane. Samozřejmě pro velkou část uživatelů návykových látek drogy zpočátku nejsou problém, ale spíše potěšení a relaxace.

Někteří z nich si časem uvědomí, že je užívání mimo jejich kontrolu, a je potřeba svou závislost řešit, jiní berou drogy jako součást svého života, který si jejich užíváním dost často zkracují.

Celosvětově se můžeme setkat s různou mírou tolerance vůči návykovým látkám, hlavně pak s odkazem na nebezpečnost ve společenském a kulturním kontextu. Prvním přístupem je **prohibice**. Jedná se o stav, kdy není dovoleno s návykovými látkami nijak nakládat, obchodovat či je vyrábět. Výjimku tvoří vědecké a lékařské účely. Tento přístup je charakteristický zejména pro USA. Druhým přístupem je **dekriminalizace**, kdy je přísný zákaz výroby, obchodu a předávání. Odlišuje se však tím, že užívání a držení samo osobě není trestné. Jde o přístup typický pro Španělsko, Portugalsko nebo Velkou Británii. Třetí možností v přístupu vůči drogám je **neprohibiční regulace**, kdy obchod s drogami není principálně zakázán, ale je podroben přísným podmínkám. Hlavním představitelem je Nizozemí. Polední možnou variantou je **legalizace**. Jde o volný přístup vůči drogám, jejichž obchod a distribuce není nijak regulován (Zábranský, 2003, str. 16,17).

2.3 Návykové psychoaktivní látky

Návykové látky můžeme rozdělit dle různých kritérií. Zábranský (2003) ve své publikaci uvádí následující rozdělení:

- **Podle vzniku návykové látky:**
 - přírodní,
 - konopné produkty, opium, psychoaktivní houby, psychoaktivní rostliny,
 - semisyntetické,
 - morfin, heroin, LSD, kokain
 - syntetické
 - amfetaminy, opioidy, ecstasy, těkavé látky, farmaceutika, PCP, aj.
- **Podle typu působení a chemického složení:**
 - tlumivé látky,
 - opiátová a opioidová skupina, anxylotika a hypnotika,
 - stimulancia,

- amfetaminy, kokain, těkavé nitráty,
- halucinogeny,
- konopné produkty, LSD, psylocibyn, Messalin, PCP, ecstasy, těkavé látky (Zábranský, 2003, str. 14 -15).

2.4 Typy a stupně závislosti

Celkové množství druhů psychoaktivních látek je více než bohaté. Jednotlivé látky se vyznačují různým složením, vnímáním a také účinky. V kontextu těchto charakteristik se také odlišuje typ závislosti, který může na návykových látkách vzniknout.

Prvním typem typu závislosti je **somatická závislost**, při níž dochází ke stavu adaptace biologických funkcí organismu na návykovou látku. Dále se u jedince může objevit snížení celkové tolerance vůči droze. Jakmile dojde k vysazení látky, vzniká abstinenci syndrom. Druhým typem je **psychická závislost**, která se vyznačuje obtížně přemožitelnou chutí vzít si svou dávku. Jedinec má pocit neustálé potřeby užít drogu, domnívá se, že pokud by si ji nevzal, bude mu špatně. Již pouhá představa tohoto stavu a situace způsobuje nevrlost, podrážděnost a úzkost (Vágnerová, 2008, str. 549).

Ve společnosti přetrvává dichotomní náhled na zneužívání drog, jako na nespojitý stav zdraví – smrti s krátkými mezistupni v sekvenci neodvratně fatálního vývoje. Toto tvrzení je však odborníky značně kritizováno, jelikož závislost je z jejich pohledu vnímána jako nemoc. Pro užívání návykových látek, stejně jako pro další nemoci, jsou charakteristická různá stadia vývoje. Jde o následující etapy:

1. Stadium experimentu a občasného užívání

Jedinec užívá drogy, pokud mu je nabídne jiná osoba, skupina osob. Dochází k objevení nových pocitů, zdraví a způsobilost není dlouhodobě narušeno (Zábranský, 2003, str. 18 – 19). Vágnerová dodává, že prvním impulzem může být například zvědavost, nuda a touha zažít něco nového a vzrušujícího. Významným spouštěčem pro experiment s drogou může být zátěžová situace nebo špatný sociální model. Často jím bývá také touha být jiný a nespoutaný normami. Které mi předkládají rodiče. Ve fázi experimentu droga vyvolává příjemné a žádoucí pocity – zejména jde o uvolnění, štěstí, euforii, sebevědomí. V této fázi již na jedince neplatí moralizování ani hrozba sankcí, jelikož je zbaven strachu, ostychu a nejistoty (Vágnerová, 2008, str. 562).

2. Stadium aktivního vyhledávání nebo stadium pravidelného užívání

Osoba se začíná sdružovat s ostatními uživateli drog, vytváří si zdroje a zásoby. Zdraví není narušeno, způsobilost k pracovním či jiným úkonům již ano (Zábranský, 2003, str. 18 – 19). Dochází k vytvoření určitého stereotypu chování, jedinec nepopírá svou činnost, ale popírá jakékoliv riziko, které by z jeho chování mohlo plynout. Objevuje se tak iluze kontroly, která je typická pro vznikající závislost (Vágnerová, 2008, str. 562).

3. Stadium zaujetí drogou neboli stadium návykového užívání

Dochází ke zvyšování spotřeby drog. Jedinec mění své postoje, utrácí nadměrné částky za drogy, střídají se u něj nálady, objevují se poruchy spánku a výživy (Zábranský, 2003, str. 18 – 19). V této etapě také vzniká lhostejnost vůči všemu a všem. Často se jedinci nesnaží svou závislost skrývat, droga už jim nepřináší euforické stavy, ale spíše je udržuje v potřebné náladě a stavu (Vágnerová, 2008, str. 563).

4. Stadium závislosti nebo terminální stadium

Závislý se pohybuje téměř pořád mezi uživateli drog, lže, krade, půjčuje si peníze za účelem nákupu drogy. Přetrvávají fyzické a duševní poruchy, pocit viny je překonán a jedinec je plně pohlcen drogou (Zábranský, 2003, str. 18 – 19). Při této poslední fázi přichází situace úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb, jedinec je nezodpovědný, nespolehlivý, bezohledný. Nutkání k získání drogy je natolik silné, že eliminuje všechny zábrany (Vágnerová, 2008, str. 563).

2.5 Faktory podmiňující vznik závislosti

Samotné příčiny a faktory způsobující či ovlivňující vznik závislosti můžeme hledat v různých sférách. Na někoho má vliv prostředí primární socializace – rodinné prostředí, vrstevnická skupina, školní prostředí. Někdo je ovlivněn náhodným setkáním s drogou v sociální interakci. Může se jednat o kombinaci více vlivů, například genetická podmíněnost a vliv prostředí. Samozřejmě je velice problematické generalizovat determinaci jedince k závislosti do určité „škatulky“ nebo skupiny, proto je podstatné zaujmout komplexní přístup a pohled na problematiku.

Kudrle ve svém bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti rozlišuje čtyři základní dispozice a vazby na vznik závislosti. Zároveň však uvádí, že je potřeba zachovat komplexní přístup a pohled. Z hlediska **biologické úrovně** Kudrle hovoří o epidemických vlnách, které nemůžeme jednoduše vztáhnout na biologické faktory, jelikož se genofond

ani další biologické dispozice nemění natolik rychle. Zmiňuje však, že biologický faktor (vrozená vyšší tolerance vůči návykovým látkám) může spolu s vyšší dostupností a sociokulturními faktory způsobovat zvýšené riziko vzniku závislostí. Rovněž výzkumy v oblasti CNS identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislostem. Jisté látky (heroin, kokain, pervitin, opiáty aj.) na tato centra mají vliv a tím také různým způsobem stimulují mozek. Vzájemná interakce psychotropních látek a mozkové aktivity posléze vedou ke vzniku závislosti, cravingu a popř. odvykacích stavů. Z hlediska **psychologické úrovně** je často zkoumán zejména vliv psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abusu a rozvoj závislostí. Zajímavé se jeví výzkumu prenatálního období, kdy se vědci zaměřují na perinatální traumata. V praxi to znamená, že pokud matka prožívá těhotenství ve stresu, přenáší jej na plod. Jako řešení může zvolit alkohol, tlumící látky či drogy. Tato zkušenost se vtiskuje do plodu, vzniká určitý impakt a kód, který se do plodu vtiskuje a čeká na pozdější období, kdy se může projevit (dospívání, dospělost). Další podstatné faktory vnímá Kudrle v úrovni postnatální péči, harmonii ve výchově a vývoji, diferenciaci a přiměřeném uspokojování potřeb, podpora, adekvátní pomoc v krizi nebo počáteční zpětná vazba jako prevence abusu a vzniku závislostí. Z hlediska **sociální úrovně** můžeme všeobecně říci, že vliv vztahů s okolím formuje zrání jedince, ať už jako zpomalení či zrychlení. Mezi ty nejpodstatnější faktory můžeme zařadit rasovou příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti, prostředí, ve kterém jedinec žije (vesnice, město), dále pak kvalita rodinných vztahů, případně absence rodiny. Co Kudrle vnímá jako zásadní je rozpad rodiny a nedostatek času vzájemně mezi členy rodiny. Dítě či dospívající vyhledává zdroj identifikace, potřebuje rituály, modely, pravidla. Pokud je nemá kde získat, strádá a nezíská návyky a dovednosti, kterou pro život ve společnosti potřebuje. Výrazně specifická situace je v situaci, kdy dítě vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Pro dítě to znamená dysfunkční vztahy, prudké změny nálad a postojů, sliby, které nejsou naplněny. Jedinec vyrůstající v blízkosti závislých je často emočně i fyzicky zneužíván. Díky tomuto vývoji vznikají tzv. kodependence, tedy závislosti na druhých, kdy se kodependent dostává k abusu, který je pro něj zdrojem snížení utrpení a pseudoadaptace. Pokud bychom nehovořili pouze o rodině, z hlediska sociálního nás musí zajímat také kolektiv vrstevníků. Vliv vrstevnické skupiny je více než zřejmý – dospívající s ní tráví většinu volného času, vzájemně na sebe působí a mohou si také předávat zkušenosti, tedy i ty s návykovými látkami. **Spirituální úroveň** je zajímavou složkou tohoto modelu. V posledních letech můžeme pozorovat určitou inflaci potřeb

spirituálního naplnění, které může vycházet z absence duchovních hodnot dnešní konzumní společnosti. Určité procento drogově závislých se soustředí na kulturní aspekty drogy – rituály, zasvěcování, kultury. S tímto jsou často spojovány taneční drogy, kterou jsou zdrojem skupinové transcendence na akcích, diskotékách apod. Namísto uspokojení duchovna však vzniká závislost (Kudrle in Kalina, 2003, str. 91-94).

Vznik drogové závislosti je ovlivněn mnoha teoriemi, odborníci se na příčiny dívají z různých pohledů. Přinášíme proto i jiné teorie vzniku závislosti.

O experimentu s drogou, samotné užívání drog a vznik závislostí můžeme vymezit v jednom ze tří okruhů, nebo ve vzájemné kombinaci tří okruhů. První oblastí je **osobnostní charakteristika**, zejména pak **dědičnost**. Presl hovoří o určité predispozici a struktuře osobnosti inklinující k problémům v souvislosti s užíváním návykových látek. Ve vztahu k biologickým faktorům můžeme sledovat možné ovlivnění ve vzniku závislosti při prenatalním poškození plodu, kdy dojde k narození celkově oslabeného jedince. Riziko může také zvyšovat příliš vysoký nebo příliš nízký věk matky. Dále může být predispozicí špatné složení stravy atd. Dle Presla je více než nutné sledovat komplexní strukturu osobnosti každého jedince, který dosud nebyl zasažen drogou. Odborníci se shodují, že nezvykle vysoké procento osob s pozdějšími drogovými problémy má již premorbidně stanovitelnou psychiatrickou diagnózu. Ve většině případů se pak jedná o poruchy emoční sféry, náchylnost k patologickému smutku, tedy deprese. Další významné faktory jsou nezdrženlivost, nestálost, zvýšená sebestřednost, sklon k požívačnosti, snížená odolnost vůči běžné denní zátěži. Predisponované osobnosti bychom mohli generalizovat ve dvou kategoriích - jednak jsou to osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné. Tito jedinci mají pocit nedostatečnosti vůči okolí, problémy s komunikací, nadměrně sledují sebe a své zdraví, jsou zraňováni ve svých vztazích k autoritám a trpí neschopností navázat partnerský vztah. Opakem je druhá skupina osob, která se vyznačuje extrovertním chováním, zvýšenou dráždivostí, sníženou schopností koncentrace, sklonům k impulzivité, dramatizování a sebestředností. Tito jedinci mají hedonistické tendence a mohou se vyznačovat agresivními sklony. První skupina osob velmi často inklinuje k drogám stimulačního charakteru, které jim poskytnou to, co u sebe nepozorují, a co jim chybí – stávají se najednou výřečnými, skvělými společníky, hýří vtipem a optimismem. Naopak druhá skupina tíhne spíše k drogám tlumivého typu, tedy k opiátům. Ty způsobují vnitřní klid a rovnováhu, navozují relaxaci a harmonii s okolím. Samozřejmě nemůžeme tyto informace vnímat jako směrodatné, ale spíše z nich můžeme vycházet. Po osobnostních

charakteristikách přichází druhá skupina, a to **vliv prostředí**. Jedná se o skupinu faktorů, které na jedince působí v největší míře. Jde o sourozence, rodinu, vrstevnické skupiny, škola, zaměstnání, veřejné mínění, hromadné sdělovací prostředky aj. Rodina představuje zdroj nejintenzivnějších vlivů, jelikož rodiče poskytují identifikační vzory. Dle odborníků je dominantním prvkem pro vznik závislosti matka, otec funguje spíše na pozadí. Problémovým prostředím jsou také tzv. dysfunkční rodiny, kde selhávají vnitřní vazby a rodina mnohdy funguje jen navenek. Odborné studie ukázaly, že prototypem pro vznik drogové závislosti je typ hyperprotektivní matky. Jde o přepečlivost, matka své dítě vnímá stále jako malé dítě, zařizuje vše, co se potomka týká, její chování není úměrné věku dítěte. Ihned po rodině přichází další podstatný prvek, a to vliv vrstevnických skupin, part, kamarádů a strukturovaných společenství. Mezi mládeží je droga často vnímána jako módní prostředek k dosažení příjemného stavu. Postupně se mohou měnit způsoby aplikace, od alternativních a „bezpečných“ přechází jedinci k rizikovým injekčním aplikacím. Braní drog ve skupině vrstevníků může představovat snahu odloučit se od primární rodiny. Poslední skupinou faktorů ovlivňující vznik drogové závislosti je **přítomnost drogy a její charakteristika**. Presl uvádí, že samotná existence návykových látek je rizikovým prvkem. Pokud by návykové látky neexistovaly, těžko by vznikl problém s jejich zneužíváním. Klíčem k minimalizaci působení drogy je přijmout zodpovědnost za vlastní chování, umět odmítnout a znát realitu a její rizika (Presl, 1994, str. 46 - 59).

Podstatný vliv rodiny na vznik závislosti sleduje Barnardová. Tvrdí, že u dětí rodičů, kteří užívají návykové látky, mohou vznikat problémy, které zakládají vulnerabilitu vůči širšímu spektru průběžně se rozvíjejících problémů. V porovnání s rodinným prostředím, kde rodiče dětí ne užívají návykové látky, se u těchto dětí vyskytuje výrazně více případů deprese, úzkosti a obav. Dále se zvyšuje míra izolovanosti od vrstevníků, diagnózy agresivity, otažitosti, nezájmu a problémů s chováním. Některé výzkumy ukazují na souvislost mezi užíváním drog matky a následnou schopností adaptace dítěte. Přibývá také případů, které určují souvislost mezi rodiči, kteří berou drogy a vznikem poruch pozornosti, hyperaktivity, ADHD. U těchto dětí také můžeme předpokládat, že budou mít kamarády se sklony k deviantnímu chování, budou mít lepší přístup k drogám a budou se podílet na trestné činnosti (Barnardová, 2011, str. 23 – 24).

Abychom mohli hovořit o závislosti a vzniku syndromu závislosti, musí se u jedince vždy objevit také nějaká forma motivace, která vede k touze užít návykové látky. Mühlbacher (Mühlbacher, 2008) vymezuje následující typy:

- **interpersonální motivace**

Snaha proniknout interpersonálními bariérami, získat uznání vrstevníků, komunikovat, vzdorovat autoritám.

- **sociální motivace**

Snaha identifikovat se s určitou subkulturou, měnit společenské vědomí vrstevníků, uplatnit se v moderní společnosti, přežít ve světě sociální frustrace, chaosu.

- **fyzická motivace**

Snaha dosáhnout fyzického uspokojení, uvolnění, odstranění fyzických obtíží, získání fyzické kondice a energie.

- **senzorická motivace**

Snaha stimulace zraku, sluchu, hmatu, chutě, potřeba sexuální stimulace.

- **emocionální motivace**

Snaha uvolnit psychickou bolest, řešit osobní komplikace, snížit úzkost, emocionálně relaxovat a uvolnit se od špatné nálady.

- **politická motivace**

Snaha identifikovat se s protestujícími proti establishmentu, nedodržovat společenská pravidla a pozměnit legislativu týkající se drog.

- **intelektuální motivace**

Snaha uniknout nudě, vymýšlet intelektuální ideje, zkoumat vědomí a podvědomí, disponovat intelektuální kuriózností.

- **kreativně estetická motivace**

Snaha zvýšit prožitek z umění, rozšířit představivost, podpořit uměleckou tvorbu.

- **filozofická motivace**

Snaha objevit nové hodnoty, hledat smysl života, prozkoumat nové pohledy na svět.

- **antifilozofická motivace**

Snaha překonat zklamání ze smyslu života a nenalezení východiska ve filosofii vyspělého světa.

- **spirituálně mystická filosofie**

Snaha vyznávat ortodoxní víru, prosazovat spirituální model, komunikovat s Bohem, získat boží a duchovní moc.

- **specifická motivace**

Jiné osobní naladění, nevyjádřené pocity, ocenění ze strany jiných osob, nevysvětlitelné pohnutky (Mühlpacher, 2008, str. 80 – 81).

2.6 Bio-psycho-sociální dopady užívání návykových látek

Návykové látky často stojí za změnami v životě, za rozpadem manželství, vztahu či rodiny. Mohou ovlivnit stabilitu zaměstnání či školní docházky. Jejich vliv na život může být nedozírný, a důsledky nenapravitelné. Právě dopady drog jsou jedním z podstatných bodů, které musí, nebo by měl, závislý řešit. Pokud chce život vrátit do normálních kolejí, musí začít jednotlivé problémy ze závislosti vyplývající řešit.

Jednou z primárně ovlivněných oblastí je **somatické zdraví**. Díky nevhodnému životnímu stylu dochází k poškození centrální nervové soustavy, zažívacího traktu, jater, ledvin, pankreatu, cévního systému. Jedinec, který užívá nitrožilně, se vystavuje nebezpečí přenosu virové hepatitidy typu C a viru HIV, vznikají flegmony, abscesy aj. Se somatickou souvisí také vzhled člověka. Zevnějšek závislého výrazně chátrá, je výrazně hubený až anorektický. Tyto osoby o sebe přestávají dbát a později se s tímto snižuje i sebevědomí. Další sférou je oblast **psychiky a prožívání**. Vzniká tzv. **organický psychosyndrom**, který se projevuje změnami na základě poškození mozku. Tento syndrom ovlivňuje člověka v oblasti emočního prožívání, jelikož jeho emoční reakce nejsou přiměřené, je afektivně labilnější, se sklonem k extrémním citovým reakcím. Dále narušuje oblast kognitivních procesů. Zhoršuje se schopnost koncentrace pozornosti, paměťové funkce a mění se způsob myšlení. V neposlední řadě dochází také ke změně motivace a hodnot, tedy je změněn žebříček hodnot, člověk je bezcílný, nemá plány do budoucna. Patrná je také změna v chování, jelikož se mění aktivační úroveň. To znamená, že jedinec potřebuje alespoň nějakou drogu, dávku, aby byl schopen nějaké činnosti. Osobnost drogově závislého postupně upadá a mění se jeho vlastnosti či různé kompetence. Nesmíme zapo-

menout také na změnu životního stylu, který je výrazně ochuzen, a stává se redukováným stereotypem (Vágnerová, 2008, str. 563 – 565).

Škoda a Fischer vymezují škodlivost návykových látek a jejich účinky ve čtyřech kategoriích. První kategorií jsou akutní a krátkodobé stavy, kdy dochází k přechodným změnám ve fyziologických, psychických a behaviorálních funkcích. Ve druhé kategorii spatřujeme chronické zdravotní obtíže, a to somatické (jaterní cirhóza, HIV, žloutenka typu C) i psychické (depresivní epizody). Třetí kategorie zahrnuje akutní sociální důsledky, kdy dochází k bezprostřednímu přerušování vztahů – rozchody, rozvody, výkon trestu odnětí svobody, zatčení aj. Poslední kategorií jsou chronické sociální důsledky, kam řadíme chronické sociální problémy, které se vztahují k rodinnému či profesnímu životu jedince (Fischer, Škoda, 2009, str. 92).

Jak uvádí Pyšný, v České republice představuje užívání návykových látek zejména zdravotní rizika. Projevují se komplikace také v oblasti sociální a psychické, v celkovém vývoji. Největší dopad mají návykové látky hlavně na děti a mládež. Bohužel drogy nepostihují pouze toho, kdo je užívá, ale mají radikální dopad i na okolí. Zasahují tak blízké, rodinu, přátele, kamarády a společenský systém. V kontextu se sociálním systémem hovoříme hlavně o nárůstu kriminality, nízké produktivitě práce, finanční náročnosti léčby závislých, vedlejších účincích, jako je zvýšení ceny léků aj. (Pyšný, 1999, str. 9).

Jak již bylo uvedeno, dlouhodobé užívání psychoaktivních látek způsobuje také závažné duševní poruchy. Vágnerová (Vágnerová, 2008, str. 569) uvádí nejčastější duševní poruchy:

- **poruchy psychotického charakteru**

Typické jsou poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, neadekvátní emoce a poruchy psychomotoriky.

- **poruchy amnestické a výskyt demence**

Projevuje se zejména zhoršením paměti a negativním (degenerativním) vývojem mozku.

3 LÉČBA A POMOC V ZÁVISLOSTI

V následující kapitole se zaměříme na léčbu závislosti a pomoc, kterou takto nemocnému jedinci můžeme poskytnout. Dále se budeme věnovat léčebným programům dle úrovní poskytovaných služeb. Jednotlivé podoby léčby rozdělíme na ambulantní, pobytové a terénní. Budeme se zajímat o osobnost závislého v léčebném programu, jak léčbu prožívá a zvládá, jaké jsou psychické dopady. Popíšeme život po absolvování léčby, metodu autoléčby. Budeme popisovat retenci v léčbě, další termíny spojené s léčebným procesem. V neposlední řadě objasníme souvislost drogové závislosti ve vztahu k sociální pedagogice.

Stav závislosti samozřejmě každý může vnímat jinak. Již v rámci primární socializace si můžeme přebírat určité modely, kterými se řídíme a vnímáme je jako normu či naopak odchylku. Z toho vyplývá, že co pro jednoho je jasná závislost, překročení hranic, to pro jiné může být jen specifický životní styl nebo norma. Návykové látky navozují příjemné pocity, zbaví člověka stresu, zapomené na problémy. Pokud mají pozitivní účinek, jedinec se k nim rád vrací. Návratnost a četnost užívání se postupně zvyšuje a od toho se odvíjí také odolnost, která stoupá. To, co bylo na počátku vnímáno, jako dostatečná dávka se později stává minimem, které je potřeba stále víc a víc zvyšovat. Kdy ale člověk pozná, že došel k maximu? Právě neschopnost určit, že už „mám dost“ je jedním z problémů uživatelů drog. Mnoho z nich pak tvrdí, že problém nemá a se svou závislostí může kdykoliv bez mrknutí oka přestat. Mám to pod kontrolou, není to problém, a kdybych chtěl, neberu. To jsou klasické výroky drogově závislých. Problém si připustí málokdo, snaha řešit závislost může být potom nízká.

Kromě léčby je důležité také preventivní působení, jehož cílem může být omezení užívání návykových látek nebo alespoň snížení negativních důsledků patologického jednání. Vše se odvíjí od typu preventivního působení. Všeobecně vymezujeme tři základní typy preventivního působení. Prvním je **primární prevence**, kdy dochází k šíření informací o škodlivosti a důsledcích užívání návykových látek. Směřujeme k tomu, abychom návykové látky nepodpořili a označili je za nebezpečné. Druhou skupinou působení je **sekundární prevence**, která spočívá ve včasném vyhledání osob závislých a směřování k léčbě. Součástí sekundární prevence je působení kontaktních center. Třetím typem je **prevence terciární**, které se věnuje snížení nepříznivých důsledků užívání drog, většinou již pracujeme přímo s uživateli drog.

Velmi specifická je také sociální práce s osobami závislými na návykových látkách. V oblasti snižování poptávky se jedná o léčbu a resocializaci, v oblasti snižování rizik jde o systém harm reduction, tedy přístup omezující vznik škod související s drogami, a to zejména u uživatelů, kteří nechtějí abstinovat, nejsou motivováni, ale chtějí alespoň zmírnit dopady.

Závislost může každý definovat jiným způsobem, je ale jasné, že pro její ujasnění je potřeba mít jasné mezníky, abychom určili její hranice. Právě těmito mezníky a ukazateli závislosti se zabývá Mezinárodní klasifikace nemocí, která pro diagnózu závislosti vymezila sadu příznaků, které by se měly u jedince v minimálně posledních dvanácti měsících objevit, s tím, že abychom hovořili o závislosti, musíme pozorovat minimálně tři prvky. **Příznaky vymezení závislosti:**

- „silná touha a nutkání užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky,
- užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků,
- průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení očekávaného stavu),
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy,
- pokračování užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater apod.).“
(Kolektiv autorů SANANIM, 2007, str. 19)

V procesu abstinence dochází k **odvykacímu stavu**. Jde o situaci, kdy dojde k odnětí dlouhodobě užívané psychoaktivní látky, na které si jedinec vybuodoval závislost. Projevuje se fyzicky i psychicky. Z hlediska psychického jde o úzkost, tenze, neklid, podrážděnost, hostilita, agresivní tendence, nespavost, poruchy orientace, halucinace, iluze, paranoidita, bludy. Somatické dopady se projevují zejména bolestí hlavy, změna krevního tlaku a srdeční frekvence, nevolnost, zvracení, pocení, třes. Prostý odvykací stav také často doprovází křeče a deliria. Délka trvání tohoto stavu je různá, od hodin až po týdny (Orel, 2012, str. 112 – 113).

Cíl léčby je potřeba stanovit vzhledem k různým okolnostem možnostem klienta, odvíjí se například od motivace závislého nebo typu užívané látky. V rámci léčby musíme definovat základní pojmy, které s léčbou úzce souvisí. Prvním termínem je **farmakologická léčba**, která je podstatná pro zvládnutí abstinčního syndromu. Slouží jako náhradní program a

podporuje klienta v procesu léčby. Dále definujeme **léčebný režim**, který je považován za součást každé léčby. V tomto režimu je klient hodnocen za dodržování pravidel a vytváří účelné vzorce chování. Náhled na situaci a porozumění mechanismu závislosti získáváme díky **psychoterapeutickým metodám**, které nám pomáhají hledat alternativní cesty za abstinencí. Důležité je také zachování podstatných mezilidských vztahů, rodinného zázemí a poskytnutí podpory, které pramení z **práce s rodinou, rodinné a manželské terapie**. Nestačí totiž léčit pouze závislého, ale celý rodinný systém. Užitečné jsou v procesu léčby závislosti také svépomocné skupiny, které nabízejí pomoc, podporu. Posledním termínem je **socioterapie**, která pomáhá při zařazení do společnosti (Vágnerová, 2008, str. 576).

3.1 Léčebné programy dle typu poskytované služby

V následujícím rozdělení je velmi důležité podotknout, že osoby závislé na návykových látkách mohou samozřejmě využít širokého spektra zdravotních, sociálních, soukromých a jiných služeb. V práci se budeme konkrétně zaměřovat pouze na služby primárně určené pro uživatele návykových látek, tedy na ty, jejichž jsou cílovou skupinou.

Základy péče o osoby závislé na návykových látkách se formovaly již od poloviny 20. století. První specializované pracoviště, které se věnovalo osobám závislým, bylo založeno 10. září 1948 Jaroslavem Skálou. Jednalo se o zdravotnické zařízení, které se postupem času vypracovalo v závislosti na potřebách klientů na zdravotnické zařízení střednědobé ústavní péče typu terapeutické komunity. Později se začala vytvářet síť ambulantních ordinací pro osoby závislé. Do této doby se jednalo o pracoviště, která se zaměřovala na cílovou skupinu osob závislých na alkoholu a nealkoholových návykových látkách. V roce 1978 bylo doktorem Rubešem založeno první specializované středisko pouze pro nealkoholové závislosti, které se později realizovalo v prvním nestátním zdravotnickém zařízení DROP-IN. Nevýhodou bylo, že systém léčby byl součástí resortu ministerstva zdravotnictví. Po roce 1989 se péče přesunuje do nestátního a neziskového sektoru. Prvními specializovanými zařízeními byly DROP-IN a SANANIM. V 90. letech byla zakládána nízkoprahová zařízení, terénní programy, doléčovací programy, terapeutické komunity. Jednalo se však o první pokusy a jejich celkový počet nebyl příliš velký. Od roku 1995, kdy byly podle WHO definovány standardy péče, se systém služeb pro osoby závislé na návykových látkách začal významně rozvíjet a profesionalizovat (Bém in Kalina a kol., 2003, str. 155).

Je těžké definovat, kterému klientovi je určen specifický typ léčby. Forem a možností léčby máme velké množství a pro každého se hodí jiný. Odborník – terapeut odkazující závislého do léčby by měl dostatečně zvážit, jaký typ intervence je nejvhodnější. Léčbu závislosti může klient podstoupit v případě občasného užívání i u rozvinuté závislosti. Čím dříve jedinec vyhledá odbornou pomoc, tím lépe pro něj. Výrazně může snížit dopady a následky plynoucí ze závislosti. V případě krátkodobé závislosti nejsou ztráty způsobené braním drog tak rozsáhlé, jako u dlouhodobé závislosti. Hranice, která je pomyslnou stopkou pro užívání a startem pro abstinenci je značně rozdílná a odvíjí se od vyladění jedince a míry závislosti (SANANIM, 2007, str. 21 – 22).

V následujících podkapitolách se budeme věnovat jednotlivým službám, jejichž cílovou skupinou jsou osoby závislé na návykových látkách. Služby jsme logicky rozdělili dle způsobu poskytování služeb. Uvedeme základní charakteristiky, systém péče a možnosti léčby závislosti. V neposlední řadě pak úhrady, resorty a návaznost na další zařízení.

3.1.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčbu mohou závislí vyhledat v širokém spektru zařízení a také v různých stupních drogové kariéry či léčby závislosti.

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou charakteristická systémem pomoci, který má charakter „nízkých dveří a prahů“. Vyznačuje se tím, že do něj klient může vstoupit ve snaze řešit svou situaci, léčbu. Jsou to zařízení určena k poskytnutí včasné krizové intervence, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou mírou motivace léčbě. Hlavní cílovou skupinou jsou osoby závislé a problémoví uživatelé tvrdých drog. Klienti těchto služeb mohou být anonymní. Kontaktní centra pracují s klienty bez stigmatizace, s otevřeností a odborností. V rámci služby dochází většinou k poskytnutí služeb jako je výměnný program, kontaktní práce, základní zdravotní péče, základní poradenství, krátkodobé intervence, strukturované poradenství, motivační trénink, sociální práce, doplňkové služby (Libra in Kalina, 2003, str. 165 – 168).

Zákon o sociálních službách přistupuje ke kontaktním centrům s následující definicí: „jsou to nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.“ (ČESKO, 2006)

Kontaktních center je v České republice poměrně hodně, uvádíme ty nejbližší umístěné:

Kontaktní a poradenské centrum Plus Kroměříž, ONYX Zlín, Charáč Uherské Hradiště, Agarta Vsetín (Zlínský kraj), Kappa Help Přerov, Kontaktní centrum Olomouc (Olomoucký kraj), Kontaktní centrum Vyškov, Kontaktní centrum Brno (Jihomoravský kraj).

Služby následné péče

V zákoně nalezneme definici služeb následné péče, která uvádí, že „služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo abstinují.“ (ČESKO, 2006)

V České republice se službám následné péče pro osoby závislé na návykových látkách věnuje Modrý kříž Česká republika a široké spektrum nestátních neziskových a charitativních organizací.

Lékařská ambulantní péče o osoby závislé

Tato forma péče o osoby se závislostí je poskytována především v ambulantních zařízeních. Jedná se o zdravotnické zařízení, v jehož čele stojí kvalifikovaný lékař. Dále se v týmu nachází sekundární lékař, klinický psycholog, alespoň dvě zdravotní sestry, sociální pracovník a dle potřeby administrativní pracovník. Klienti jsou přijímáni bez rozdílu – ať už jsou motivovaní či nikoliv, bez rozdílu věku, pohlaví. Mezi klienty můžeme zařadit i osoby, jimž byla léčba uložena soudně. Každému klientovi je při vstupu do zařízení stanovena objektivní anamnéza. Dále je klient podroben psychoterapii, socioterapii, farmakoterapii. Je možné, aby klienti pokračovali v následné péči, která trvá dle standardů minimálně dalších pět let. Klient v té době dochází na konzultaci, popřípadě individuální terapie. Ambulance by měla spolupracovat s terapeutickými komunitami, chráněnými dílnami, chráněným bydlením apod. (Hampl in Kalina, 2003, str. 172 – 176).

Z výše uvedené charakteristiky je patrné, že systém v oblasti zdravotnictví funguje v mnoha prvcích podobně jako sociální služby. Pro zařízení je velmi důležitá komplexnost péče a návaznost služby stejně jako v sociální sféře. U obou prvků vycházíme z potřebné

dokumentace klienta, ať už jde o anamnézu a zdravotní kartu klienta, nebo individuální plán a dohodu o využívání služeb.

V České republice se jedná například o tato ambulantní zařízení:

Ambulantní centrum Advaita (Liberec), Ambulantní centrum Laxus (Pardubice a Hradec Králové), Ambulantní centrum Darmoděj (Jeseník), Ambulantní centrum Olomouc (Olomouc), Terapeutické centrum Podané ruce Zlín (Zlín).

Substituční léčba a metadonové programy

Substituční léčba je jednou ze stěžejních forem léčby fyzické závislosti, se kterou se setkáváme. Jedná se o terapeutický postup, při kterém původní látku nahradíme látkou s výhodnějším bezpečnostním profilem. Principem je tedy náhrada ilegálně a draze získané látky, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné, za látku podávanou pravidelně, zdarma, bezpečně a kontrolovaně. Z hlediska časového můžeme rozdělit substituční programy na krátkodobé (tzv. detoxifikační substituce v rozmezí 1 až 2 týdnů), dále střednědobé, které jsou často součástí ústavní léčby a trvají několik týdnů až měsíců. Posledním typem jsou dlouhodobé substituce, které trvají i několik let. Nejčastěji používanou látkou v substituci je megafon nebo subutex. Jde o syntetický opioid, který účinkuje podobně jako morfin. Má silné analgetické účinky a působí 13 až 48 hodin. Důležité je pro efektivitu léčby, aby lékař nastavil adekvátní dávky substituční látky. Musí posuzovat somatický stav, sociální status, stupeň psychického poškození, motivaci aj. Klient by měl také splňovat podmínky nezbytné pro medikaci – je injekčním nebo neinjekčním uživatelem opiátů déle než 6 měsíců, opakovaně – ale neúspěšně se pokoušel abstinovat (Popov in Kalina, str. 221 – 223).

Služby substituční léčby v České republice poskytují např.:

Denní psychoterapeutické centrum Elysium – Substituční metadonový program (Brno), Substituční centrum PREVENT (České Budějovice).

3.1.2 Terénní služby

Terénní práce bývá též označována jako streetwork. Jde o specifickou formu sociální služby, která je poskytována přímo na ulici. Terénní práce stojí na počátku v systému péče o uživatele drog, jelikož terénní pracovníci jsou často prvními, se kterými se klient setkává. Cílová skupina terénních programů je velice těžko dosažitelná, dokonce bývá označována za skrytou. Terénní práce se zaměřuje na klienty, kteří se chovají rizikově, nejsou

motivování ke změně životního stylu. Hlavním cílem terénních programů je navázat kontakt s touto skupinou a motivovat je ke změně. Problémem však může být, že samotné navázání kontaktu je velice obtížné. Pro tyto služby je více než důležitá osobnost terénního pracovníka. Je kladen velký důraz na osobnostní kvality, musí umět tvořivě myslet, nekonvenčně jednat. Terénní práce je velmi fyzicky i psychicky náročná, jelikož probíhá v situacích, které mohou být potenciálně velmi nebezpečné. Práce s klientem by měla mít několik základních etap. Tou první je fáze seznamovací, kdy pracovník mapuje terén, snaží se kontaktovat klienty, působí v prostředí cílové skupiny, aby si na něj klienti zvykli. Druhou fází je fáze navazování kontaktů, která bývá považována za klíčovou. Důležitá je otevřenost, upřímnost a zároveň nabídka – s čím pracovník přichází, co může nabídnout. Další fází je vytváření vztahu doprovázeného vzájemnou důvěrou. Mělo by docházet k pravidelnému a častému kontaktu, podstatná je vzájemná akceptace. Poslední etapu označujeme jako práci na změně klientova chování. Spočívá v navrhování řešení a možnosti, jak se vypořádat s aktuální situací (Hrdina, Korčíšová in Kalina, 2003, str. 159 – 162).

Nejběžněji poskytovanými službami terénních programů jsou **služby harm reduction** (výměna injekčních setů), základní sociální a odborné poradenství, informace o závislostech, braní drog. Dále zdravotní informace, sociálně právní informace, odkazy na léčebná zařízení či jiné sociální služby. Terénní programy poskytují samozřejmě také pomoc v krizi, podporu v abstinenci nebo prevenci relapsu. Mohou nabízet také asistenční služby. Limity jsou ovlivněny terénem – služby jsou poskytovány na ulici, ve městech i mimo ně. Co je pro terénní programy důležité, je návaznost. Měly by spolupracovat s dalšími nízkoprahovými službami, jako jsou například kontaktní centra. Zde by měly odkazovat klienty, aby využili i dalších služeb, které jim v terénu z logických důvodů nemohou být poskytnuty (např. testování na infekční nemoci).

Streetwork, jak jsou terénní programy označovány, reprezentuje metodu sociální práce, která místo pasivních stacionárních modelů nabízí aktivní formu sociální intervence. Jde o doprovodnou, vyhledávací a mobilní sociální práci zaměřenou na jedince či skupiny v rizikovém prostředí (Bednářová, Pelech, 1999, str. 7).

Zákon o sociálních službách definuje terénní programy jako „terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených

komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být poskytována anonymně.“ (ČESKO, 2006)

Zajímavý projekt vznikl v Plzni pod záštitou občanského sdružení Ulice. Jedná se o tzv. „toxibyty“. Primárně je poskytována terénní práce u uživatelů návykových látek, terénní pracovníci docházejí do bytů klientů dle předem stanovené domluvy. Dochází k výměně injekčního materiálu a poskytnutí dalších služeb – poradenství, kontaktní práce, informační servis. Zcela netypické je, že pracovníci mohou provádět v terénu také testování na infekční nemoci, což by bylo v jiných případech v terénu nemožné. Terénní práce v toxibyttech je prováděna vždy minimálně ve dvou pracovnících, aby byla zajištěna jejich absolutní bezpečnost. Klienti služby musí dát samozřejmě svolení k poskytování služeb, pokud žijí i s jinými osobami, musí i ty souhlasit se vstupem terénních pracovníků. Tato forma kontaktu je velice efektivní, klienti bývají často kontaktováni i třikrát týdně (Parula in Kontaktní práce, 2010, str. 39 -40).

Terénní programy jsou poskytovány jako součást Kontaktních center. Výčet těch v nejbližším okolí jsme uvedli výše.

3.1.3 Pobytové služby

Jedná se o zařízení, která jsou určena ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, která nevyžaduje intenzivní péči v žádném jiném zařízení.

Detoxifikační pobyt

Častými důvody detoxifikace jsou nebezpečnost klienta v odvykacím stavu, diferenciální diagnostika, snížení tolerance vůči droze, sociální důvody. Nejčastěji je detoxifikace poskytována v rámci zdravotnického zařízení na speciálním oddělení nebo jako součást střednědobé a dlouhodobé léčby závislosti. Detoxifikační jednotka by měla poskytovat komplexní péči, ke které patří zejména farmakoterapie, psychoterapie, sociální práce, návazné služby (Nešpor in Kalina, 2003, str. 192 – 192).

Pro uživatele návykových látek je detoxifikační pobyt vždy nejlepším startem, jak začít s léčbou závislostí a dopracovat se k abstinenci. Z hlediska časového trvá tento pobyt v rozmezí od týdne do 14 dnů. Tato doba se odvíjí od míry závislosti, typu návykové látky či způsobu aplikace. Klientovi, který absolvuje detoxifikační pobyt by měl tým terapeutů a odborníků doporučit návaznou léčbu např. v podobě střednědobé léčby či pobytu

v terapeutické komunitě. Pokud se klient nepodrobí další péči, může se zvyšovat riziko relapsu.

Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

Dle zákona o sociálních službách „terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.“ (ČESKO, 2006)

Terapeutické komunity můžeme definovat jako specializované pobytové zařízení, které je zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Odborná péče je poskytována v rozsahu 6 až 18 měsíců. Většina klientů se potýká se středním až těžkým stupněm závislosti a pečuje o ně multidisciplinární tým. Většinou se věk respondentů pohybuje od 18 do 35 let. Komunitní léčba je založena na několika základních principech, jako jsou maximální motivovanost klienta, podmínky života v komunitě se výrazně přibližují běžnému životu, dále trénink odpovědnosti, dobrovolnost léčby, samozřejmě také skupinové terapie, přechod do běžného života musí být postupný a strukturovaný. V neposlední řadě nesmíme zapomenout na terapeutický tým, který vystupuje jako průvodce a poradce klienta, nikoliv expert na jeho život. Pro život v komunitě je charakteristický režim, který musí každý z klientů dodržovat, pokud dojde k nedodržení, přichází sankce. Každý den v komunitě má přesný časový režim a harmonogram. V průběhu týdne klienti absolvují například setkání komunity, skupinové terapie, individuální terapie, rodinné terapie, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové, sportovní a zátěžové aktivity, rehabilitační aktivity (Adámeček, Richterová, Kalina in Kalina, 2003, str. 201 – 204).

V České republice fungují například tyto terapeutické komunity:

Renarkon (Moravskoslezský kraj), Bílá voda – Fides a Fénix (Olomoucký kraj), Krok, Sejček, Salebra, Grunt (Jihomoravský kraj), Podcestný mlýn, Karlov, Němčice (Jihočeský kraj), Magdaléna, Dubí (Středočeský kraj), White Light, Teen Challenge (Ústecký kraj), Advaita (Liberecký kraj).

Pro pobyt v terapeutických komunitách je charakteristický klid a maximální odklon od rušného života ve velkých městech. Komunity jsou umístěny v lesích, na vesnicích, mimo civilizaci. Je to zejména z důvodu poskytnutí soukromí klientům. Dále se osoby v procesu léčby mohou plně soustředit pouze a jenom na sebe a abstinenci, na terapie a další posun

v léčbě. Výše zmíněná terapeutická komunita Karlov je jedinou komunitou u nás, která poskytuje své služby matkám s dětmi.

Střednědobá ústavní léčba

Jedná se o ústavní léčbu, která je vymezena v délce trvání od 3 do 6 měsíců. Právě tři měsíce jsou vnímány jako minimum pro snížení rizika relapsu. Na území ČR je poskytována zejména psychiatrickými nemocnicemi, tudíž spadá do resortu zdravotnictví. Hlavním cílem těchto zařízení je trvalá a úplná abstinence od všech návykových látek. Ačkoliv se jedná o zdravotnické zařízení, jsou zde striktně požadovány terapeutické aktivity v minimálním rozsahu 20 hodin týdně v minimálně pěti dnech. Program by měl být komplexní a splňovat výchovně edukativní nároky. Úspěšnost léčby může být podpořena režimem a jasnou strukturou, dále soubor pravidel, kvalitní léčebné prostředí, skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie, komunitní psychoterapie. V této formě léčby se setkáváme také s pracovní terapií a podílení se na chodu oddělení a zařízení. Pro klienty by měly být připraveny také volnočasové aktivity, které navozují pocit běžného a normálního života, do kterého drogy nepatří. Obvykle se v léčbě setkáváme se čtyřmi etapami. Tou první je fáze detoxifikace, kdy dochází ke stabilizaci klienta a „očistění“ od návykových látek. Tato fáze trvá cca 1 až 3 týdny. Druhou fází, která trvá asi měsíc, je adaptace na terapeutický program a zařízení. Pacient se seznamuje s režimem, léčebným společenstvím. Třetí fází, která trvá zhruba 2 až 3 měsíce, je fáze aktivní léčby. Mělo by dojít k aktivní spolupráci v psychoterapii, spolupodílení se na celém chodu zařízení. Aktivně se řeší drogová kariéra a její dopady, dále se rozvíjí motivace pro abstinenci. Klienti mají vycházky a jezdí na dovolenky. Poslední fáze trvá cca 1 měsíc. Dochází k přípravě na návrat do původního prostředí. Pacient se zaměřuje na život po léčbě, zajišťuje práci a bydlení (Dvořáček in Kalina, 2003, str. 195 – 198).

Střednědobá léčba je na území ČR poskytována převážně v rámci psychiatrických nemocnic. Ve Zlínském kraji a jeho blízkém okolí se jedná například o PN Šternberk, PN Havířov, PN Bílá voda, PN Kroměříž.

Doléčovací centra a následná péče

Jedná se o zařízení, která poskytují služby osobám závislým v poslední etapě cesty za abstinencí. Jejimi klienty jsou abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách. Vycházíme z toho, že tyto osoby absolvovaly ambulantní nebo rezidenční péči. Zjednodušeně můžeme říci, že se jedná o poslední etapu procesu změny chování a řadíme

sem intervence zaměřené na udržení tohoto stavu. Délka poskytování služeb v rámci doléčovacích center je většinou v rozsahu kolem 6 měsíců, ale pro vyšší efektivitu se doporučuje delší pobyt. Důležitým prvkem je stabilizace životního stylu závislého, mělo by k ní docházet postupně, zařízení by nemělo saturovat všechny potřeby klienta, postupně by mělo docházet k rozvolňování vazeb klienta na danou službu. Hlavními prvky programu následné péče jsou psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, rekvalifikace a chráněná pracovní místa, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky, nabídka volnočasových aktivit (Kuda in Kalina, 2003, str. 208 – 211).

U nás se můžeme setkat například s těmito následujícími doléčovacími centry:

Renarkon (Moravskoslezský kraj), P-centrum (Olomoucký kraj), Jamtana, Circle of Life (Jihomoravský kraj), Prevent (Jižní Čechy), Doléčovací centrum pro matky s dětmi a Doléčovací centrum s chráněnými byty (Praha), Magdaléna (Střední Čechy), Advaita (Liberecký kraj), DDC (Ústecký kraj).

V blízkosti Zlínského kraje fungují například tato zařízení:

Program následné péče KROK (Kyjov), LOTOS (Brno), Renarkon (Ostrava), Jamtana (Brno). Jediné zařízení tohoto typu na území Zlínského kraje bylo zrušeno v druhé polovině roku 2015 (DC Darmoděj, Kroměříž).

Domovy se zvláštním režimem

Zákon definuje tato zařízení jako služby, které „poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“ (ČESKO, 2006)

3.2 Autoléčba a její specifikace

Někteří uživatelé návykových látek se z různých důvodů rozhodnou pro vlastní léčbu, tedy autoléčbu. Nevyhledávají odbornou pomoc, neúčastní se terapií, nechtějí být součástí komunit. Rozhodnou se sami a sami chtějí také dojít k abstinenci. Důvody, proč se rozhodnou takto jsou různé. Mezi ty nejčastější můžeme zařadit např. stud před rodinou, přáteli a kamarády – závislý nechce, aby někdo o jeho situaci věděl. Dalším důvodem může být odpor a vzdor vůči odborným zařízením, klient chce vše zvládnout sám a bez pomoci. Může se také stát, že léčbu odborníky vnímá jako vlastní slabost a pochybení. Ať už jsou důvody jakékoliv, je potřeba je respektovat. Je to volba vlastní a svobodná. V této

podkapitole se zaměříme na doporučení, která odborníci pokládají za důležitá v případě, že se závislý jedinec rozhodne s užíváním psychoaktivních přestat.

Při abstinenci „na vlastní pěst“ by měl závislý počítat s nutnou konfrontací s okolím, které je spojeno s užíváním návykových látek. Měl by získat schopnost odmítnout, aby si svou snahu o abstinenci udržel. V první řadě by měl rozpoznat rizikovou situaci, od toho se bude následně odvíjet další strategie. Pokud se pak dostane do rizikové situace, kdy by dotyčnému někdo nabízel drogu, měl by se jí vyhnout. Veškeré nabídky by měly být jasně a stručně odmítnuty – ignorece, jasné ne. I při rychlém odmítnutí je možné být zdvořilý a slušný. Pokud bychom chtěli předejít dalším nabídkám, je možné odmítnout tzv. královsky – tedy už napořád. Všem, kteří by nás lákali důrazně vysvětlit, že s braním drog je u mne konec a dál už v tom nechci pokračovat. Zdůraznit bychom měli situace, kdy se snažíme hovořit s osobami, které jsou v tu chvíli pod vlivem návykových látek. Pokud se tak stane, měli bychom mluvit opatrně a pokud uvidíme nebezpečí, raději nechme vysvětlování na jindy. Odborníci doporučují nepřipomínat si příjemné prožitky související prožitky související s drogami, respektive je spíše pasivně pozorovat nebo rovnou ignorovat. Myšlenky na drogy se vracejí a chvíli trvá, než bažení po droze odezní – ale odezní, každá krize má začátek i konec. Přijetí abstinence by se mělo stát samozřejmostí a trvalým stavem – tím, co už je napořád, ne na týden nebo na měsíc. Nešpor a Müllerová ve své publikaci také uvádějí zásady pro úspěšnou abstinenci o psychoaktivních látek:

- Rozpoznat psychickou závislost v převlecích,
- Vyhybat se jakýmkoliv příjemným vzpomínkám na braní drog,
- Vůči nebezpečným myšlenkám se chovat jako zdánlivý pozorovatel,
- Najít symbol abstinence – talisman, deník,
- Sám sobě dokázat vysvětlit, proč abstinovat,
- Chtít pro sebe to nejlepší – hledat alternativy,
- Převádět myšlenky do jiných oblastí,
- Každý den si opakovat, že to, co dělám je správné a zdravé,
- Proti špatným myšlenkám provést útok těmi pozitivními,
- Definitivně přijmout abstinenci jako samozřejmost a trvalý stav,
- Prostě vydržet (Nešpor, Müllerová, 2004, str. 23 – 28).

V případě, že se závislý pokouší sám abstinovat a situaci nezvládá, neznamená vyhledání pomoci odborníka selhání. Naopak by měl podporu a pomoc brát jako další nástroj k úspěšnému završení svého snažení.

Ve vztahu k sobě samotnému bychom měli zaujmout správné postavení – měli bychom zdravě sebevědomě přijmout svůj nový životní styl. Pocit dobře zvládnuté životní role zvyšuje odolnost vůči stresu a zátěži. Měli bychom si uvědomit, kolik síly v sobě máme, pokud jsme zvládli léčbu, následný proces doléčování a nyní se vracíme zpět do života. Tolik síly a energie, co jsme vynaložili, souvisí s pocitem vlastní potřebnosti a schopnosti dotáhnout vše do úspěšného konce (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999, str. 48).

3.3 Život po absolvování léčby

V následující kapitole se zaměříme na klienty, kteří se vrací zpět do běžného života. Situace po absolvování léčby nebude jednoduchá, čeká je spousta nástrah, rizikové situace a prostředí. V podstatě neustále bojují s velmi obtížným nepřítelem – se sebou samotnými. Jejich cílem by mělo být stát se vítězem nad chutí, nad závislostí. Pokud absolvují systém léčby i v rámci doléčování, návrat do běžného světa je pro něj jistě jednodušší. V rámci doléčovacích center má klient možnost najít si práci, bydlení a zázemí. Návrat do společnosti tak pro něj může být o dost snazší.

Situace klienta po absolvování léčby je komplikovaná v různých oblastech, zejména pak v sociální oblasti. Odborníci nedoporučují udržovat kontakt s lidmi, kteří berou drogy a také je na místě vyhýbat se místům, kde se bere, nebo kde jedinec získal zážitky spojené s drogami. Rádoby silácké testování sebe sama nemusí přinést kýžený výsledek. Chutě vůči drogám provázejí člověka ještě dlouhou dobu po absolvování léčby, na což by se měl jedinec připravit již v procesu léčby. Důležité je vědět, že se jedná o normální jev, který není projevem selhání nebo slabosti. Pokud nastanou chvíle, kdy se člověk necítí dobře, zvyšuje se chuť na drogy, měl by situaci analyzovat. Ať už sám, nebo s pomocí, by měl přijít na spouštěče, které vedou k touze. Tyto prvky by měly být minimalizovány a nahrazeny pozitivními vjemy. Často je klientům doporučován režim – nastolený pořádek, který zaplňuje každý den. Jedinec by se měl věnovat koníčkům, které nesouvisí s drogami, neměl by mít příliš mnoho volného času, aby se nezačal nudit, jelikož je nuda jedním z rizikových faktorů. Neměl by také zapomínat, že všechno, co mu díky drogám uteklo, nemůže dohnat hned. Postupně by se měl vracet do života, jelikož nemůže stihnout dostudovat, najít si více zaměstnání okamžitě. Ve všem, čeho chce dosáhnout, by si měl

stanovovat reálné cíle. Kromě psychoaktivních látek by se měl vyvarovat také alkoholu a konopných drog, které často způsobují relaps a prolomení bariér (Kolektiv autorů SANANIM, 2007, str. 109 – 110).

Pro člověka, který opouští léčbu, a který se vrací zpět do života, je také velmi důležitá podpora ze strany okolí. Všichni, kteří se zapojují do reintegrace, by měli být seznámeni s nástrahami, které jsou pro abstinujícího těžko překonatelné, také by měli respektovat proces doléčování – jeho postupnost, složitost. Často dochází k hyperprotektivním tendencím, které jsou však spíše na škodu a znemožňují další postup. Rodina, přátelé a blízké okolí by se měli zaměřit hlavně informace o změnách, které se udály v životě jedince, měli by sledovat případné varovné signály, které by ukazovaly na relaps.

Odborníci doporučují nahlížet na život po léčbě realisticky – léčba řeší komplexní balík problémů, z nichž jen jeden je závislost na droze. Není to úplně tak, že pokud se jednou zbavíme závislosti, vše bude v pořádku a náš drahý bude takový, jaký byl před drogovou závislostí. Důležité je kvalitní zázemí, kde panují jasná pravidla, ale zároveň i důvěra, bez nepřetržité kontroly. Pokud se okolí dostane do situace, kdysi nebude vědět rady, je lepší vyhledat pomoc odborníků, než slepě tápat v problémech. Co je také důležité připomenout, je možnost relapsu – pokud dojde k selhání, neznamená to fatální konec, jen to nepůjde tak hladce, jak jsme očekávali (Kolektiv autorů SANANIM, 2007, str. 111).

Z hlediska prevence relapsu je ideální předvídatelné a bezpečné rodinné prostředí. Mělo by být vřelé, dostatečně strukturované, ale i omezující. Ve stručnosti by mělo být plné lásky, ale také pravidel (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999, str. 48).

Osoby, které se léčí ze závislosti, se po skončení léčby setkávají také s velkou touhou zase ochutnat drogu. Odborně tento stav označujeme jako **bažení**, neboli **craving**. Při tomto stavu dochází k aktivaci vývojově starší části mozku. Dochází také k oslabení paměti, prodloužení reakčního času, zrychlení tepu a krevního tlaku. Zvyšuje se také aktivita potních žláz a snižuje se teplota kůže. Jelikož se jedná o situaci, která ovlivňuje život člověka, je potřeba ji dobře zvládnout. Odborníci doporučují vyhýbat se situacím, které bažení vyvolaly, odvést pozornost od drogy, uvědomovat si výhody abstinence, mít dostatek spánku a odpočinku, provádět relaxační techniky nebo si zasportovat. Co může významně přispět při zvládnání cravingu, je pomoc ze strany někoho blízkého nebo odborníka. Je nesmysl se stranit okolí kvůli problémům tohoto typu (Nešpor, 2001, str. 94 -95).

Mezi subjektivní příznaky cravingu můžeme zařadit vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky, dále svírání hrudi, bušení srdce, bolest žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy, v neposlední řadě se objevuje silná úzkost, stísněnost, únava, zhoršené vnímání, neklid, podrážděnost (Stolář, Púry, Šámal, Kudrle, Kalina, 2003, str. 162).

Pokud se jedinec vrátí k užívání návykových po období abstinence, označujeme tento stav jako **relaps**. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků, kterým souhrnně říkáme syndrom porušení abstinence. Tyto příznaky často ještě více prohlubují potřebu znovu obnovit závislost a vedou většinou k dalšímu kolu drogové kariéry. Důležitá je proto **prevence relapsu**, která se zaměřuje na sebekontrolu, psychoedukační program, který kombinuje techniky kognitivních intervencí a trénink dovedností. Cílem těchto programů je zlepšit sebekontrolu, anticipovat rizikové situace a zlepšit dovednosti jejich zvládnání. V praxi prevence relapsu jsou klíčovými pojmy zvyšování sebevědomí, vyhnutí se rizikovým situacím, odmítání, aj. Prevence relapsu se uplatňuje zejména až ve fázi následné péče, ale bývá efektivní i v rámci základní péče (Stolář, Púry, Šámal, Kudrle, Kalina, 2003, str. 214, 220).

3.4 Drogová závislost v kontextu sociální pedagogiky

V následující kapitole se budeme věnovat vztahu sociální pedagogiky a drogové závislosti. Zaměříme se na ukotvení léčby a pomoci v závislosti v učení sociální pedagogiky, budeme se zabývat také preventivním působením, které je pro sociální pedagogiku více než typické. Ačkoliv jsou cílovými skupinami sociální pedagogiky rozličné kategorie, nyní se zaměříme pouze na osoby potýkající se se závislostí.

Sociální pedagogika se věnuje a zdůrazňuje otázku životní pomoci. Většina autorů vychází ze širšího pojetí disciplíny, tudíž se věnuje každodennosti života, zvládnání životních situací bez ohledu na věk, akcentuje ochranu jedince před **rizikovými vlivy** a iniciuje změny v sociálním prostředí. Všechny tyto procesy by měly být v souladu s individuálními potřebami jedince a zároveň i zájmem společnosti. Kraus uvádí, že sociální pedagogika disponuje dvěma základními funkcemi:

Preventivní (profylaktická),

Dominujícím faktorem je působení prostředí, zejména pak rodiny, vrstevnických skupin, společenských hnutí a organizací, s tím, že se mlže jednat o různé lokality. Úkolem je navrhnout pedagogické zásahy, které budou minimalizovat neutralizaci ohrožujících

činitelů. V čistě praktickém hledisku se bavíme o utváření **zdravého životního stylu** zdravé populace (primární prevence). Dalším podstatným bodem je vyhledávání cílových skupin, které jsou ohroženy potencionálním **sociálně patologickým jednáním** (sekundární prevence). Zde zařazujeme činnost **protidrogových center**, středisek prevence aj.

Terapeutická (kompenzační),

Hlavním aspektem je výchovné, respektive převýchovné působení v oblasti potřeb člověka. Dále se věnujeme uspokojování potřeb s cílem vyrovnávat nedostatky, které způsobily negativní vliv prostředí. Zejména pak mluvíme o osobách, které svým chováním výrazně ovlivňují společnost – nepřizpůsobivost, **deviantní chování**, sociální znevýhodnění. Tyto problémy můžeme řešit například v nápravných a **léčebných zařízeních**. Neměli bychom zapomenout také na kompenzační činnost, kam řadíme prvky sociální práce, etopedie, **terapeutické činnosti** (Kraus, 2008, str. 46 - 47).

Poláčková uvádí několik zásadních bodů, kterými definuje oblasti zájmu sociální pedagogiky:

- Zkoumá **bio-psycho-sociální jevy**, které ovlivňují integraci jedince,
- Zařazuje **zvládání životních situací** do výchovného procesu,
- Věnuje se **každodennímu životu jedince**, sebeuvědomění a sebevědomí,
- Zdůrazňuje **proces svépomoci a vlastního rozvoje**,
- Připravuje jedince na úspěšné reagování na **vnitřní i vnější konflikty** a řešení problémů (Řezníček, Poláčková, 2004, str. 3).

Průcha přímo zdůrazňuje problémy, které jsou pro sociální pedagogiku podstatné. Mimo jiné hovoří o **reagování na ohrožení dětí a mládeže drogami** a jinými **sociokulturními deprivacemi**, dále reagování na nárůst **delikvence**, nárůst **poruch chování**, problematiku **převýchovných postupů** (Průcha, 2000, str. 90).

Osoby drogově závislé je důležité začlenit a zařadit do společnosti, jelikož se nejedná pouze o individuální problémy, ale o sociální, jelikož se ve společnosti objevují většinou neefektivně nastavené normy. Závislost totiž není jen důsledkem **rizikového chování jedince**, ale jde o odraz **sociálních interakcí a vlivu sociálního prostředí** (Procházka, 2012, str. 147). Procházka dále zmiňuje také životní způsob a jeho utváření, tedy strukturu životního stylu, prosazování zdravého životního stylu, funkce volného času. Je jasné, že pokud nejsou naplněny tyto faktory, může vznikat prostor pro **deviační životní způsob**.

Sociální pedagogika by měla hledat způsoby, jak pomáhat a řešit krizové situace a předcházet jim (Procházka, 2012, str. 71).

Také Bakošová hovoří o zdravém životním stylu, který je dlouhodobým procesem a začíná v rodině. Ta by měla předávat vhodné návyky, které vedou k rozvoji sebe a samotného, rozvoji zdraví, respektování preventivních opatření. Životní styl je individuální způsob, jak se přizpůsobit světu (Bakošová, str. 71).

Vycházíme z toho, že se člověk přizpůsobuje světu a svět jej ovlivňuje – měli bychom tedy sociální pedagogiku vnímat jako nástroj pro maximální možnou nápravu a úzdravu společnosti, která povede ke zlepšení stavu každého z nás.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části diplomové práce se zabýváme výzkumem zjišťující úroveň locus of control u uživatelů návykových látek, a to ve vztahu k úspěšnosti abstinence a léčby jejich závislosti.

4.1 Výzkumný problém

Jedná se o kvantitativní výzkum, který je realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Primárně je zaměřen na zjištění toho, zda jsou uživatelé návykových látek spíše v modu

internality či externality, a jak tato skutečnost souvisí s abstinencí a úspěšností léčby závislostí. Je pro nás podstatné, zda je lokalizace kontroly determinantem v procesu užívání návykových látek, míry abstinence či snahy abstinovat v budoucnosti. Chceme také zjistit, zda je povaha místa kontroly prediktorem pro schopnost s užíváním návykových látek přestat, respektive započít léčbu. Díky konceptu Levensonové a její IPC škály jsme schopni říci, zda uživatelé návykových látek přisuzují příčiny svého úspěchu (neúspěchu) v životě spíše ke svým vlastním schopnostem nebo spíše vnějším vlivům. V případě, že ji vnímají jako situaci, kterou mohou výrazně ovlivnit, záměrně na ni působit, jde o internalitu. V opačném případě se domnívají, že je jejich život řízen štěstím, náhodou, Bohem či osudem – jde tedy o externalitu. Koncept Locus of Control může být porovnáván a měřen proti různým proměnným. V případě našeho výzkumu se zaměřuje na uživatele návykových látek. Právě tato cílová skupina bývá obecně často spojována s vysokou mírou neúspěchů v osobním, pracovním i společenském životě.

Výzkumný problém jsme stanovili následovně:

Jaká je úroveň locus of control u uživatelů návykových látek ve vztahu k abstinenci a úspěšnosti léčby?

4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaká je úroveň locus of control u uživatelů návykových látek a jak tato skutečnost souvisí s abstinencí a úspěšností léčby závislosti.

Díličními cíli je zjišťování rozdílů v úrovni locus of control ve vztahu k:

- Délce užívání návykových látek,

- Četnosti pokusů o abstinenci,
- Cílené abstinenci v budoucnu,
- Vnímání vlivu návykových látek na život.
- Pohlaví respondentů,
- Věku respondentů,
- Vzdělání respondentů.

4.3 Výzkumné otázky a hypotézy

Pro výzkumné šetření jsme zvolili následující výzkumné otázky a hypotézy:

VO1 Existuje souvislost mezi délkou užívání návykových látek a úrovní Locus of Control?

H10: Mezi úrovní Locus of Control a dobou užívání návykových látek neexistuje statisticky významná souvislost.

H1A: Mezi úrovní Locus of Control a dobou užívání návykových látek existuje statisticky významná souvislost.

VO2 Existuje souvislost mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci?

H20: Mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci neexistuje statisticky významná souvislost.

H2A: Mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci existuje statisticky významná souvislost.

VO3 Existuje vztah mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnu?

H30: Mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnosti neexistuje statisticky významná souvislost.

H3A: Mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnosti existuje statisticky významná souvislost.

VO4 Jaká je úroveň Locus of Control u uživatelů návykových látek?

VO 4.1 Existuje významný rozdíl v úrovni Locus of Control vzhledem k pohlaví?

H4.10: Mezi úrovní Locus of Control a muži či ženami neexistuje statisticky významný rozdíl.

H4.1A: Mezi úrovní Locus of Control a muži či ženami existuje statisticky významný rozdíl.

VO 4.2 Existuje významný rozdíl úrovní Locus of Control vzhledem k věku?

H4.20: Mezi úrovní Locus of Control a věkem respondentů neexistuje statisticky významný rozdíl.

H4.2A: Mezi úrovní Locus of Control a věkem respondentů existuje statisticky významný rozdíl.

VO 4.3 Existuje významný rozdíl v úrovni Locus of Control vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání?

H4.30: Mezi úrovní Locus of Control a dosaženém vzdělání respondentů neexistuje statisticky významný rozdíl.

H4.3A: Mezi úrovní Locus of Control a dosaženém vzdělání respondentů existuje statisticky významný rozdíl.

4.4 Proměnné

Závisle proměnná:

Základní proměnnou našeho výzkumu jsou **hodnoty Locus of Control (P1)**, které se zaměřují na interpretaci příčin úspěchu (resp. neúspěchu) daného jedince, a které jsou závislé buď na vnějších činitelích (náhoda, zásah okolí) nebo na vlastním jednání (Nakonečný, 2009, str. 4).

Nezávisle proměnné:

Další proměnnou (P2) výzkumu je **pohlaví respondentů**, získali jsme odpovědi mužů – žen závislých na návykových látkách. Tato získaná data jsou proměnné nominální.

Další proměnnou (P3) je **věk respondentů**, který je vymezen v několika věkových kategoriích, což určuje, že se jedná o ordinální data.

Další proměnnou (P4) je **nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**. Toto je rozděleno do kategorií základní – SOÚ – SŠ – VOŠ/VŠ. Vzhledem k rozdělení jde o data ordinální.

Další proměnnou (P5) je **celková doba užívání návykových látek**, kterou jsme rozřadili do kategorií 0 – 5 let, 6 – 10 let, 11 let a více. Jedná se o data ordinální.

Další proměnnou (P6) je **celková četnost pokusů o abstinenci od návykových látek**. Vyjádření respondentů jsme rozčlenili do kategorií dle celkového počtu na 0 – 5 pokusů, 6 – 10 pokusů, 11 a více pokusů. Jedná se o data ordinální.

Další proměnnou (P7) je **plánovaná abstinence v budoucnu**, kde respondenti uváděli svůj postoj vůči dalšímu užívání návykových látek. Jedná se o data nominální.

4.5 Druh výzkumu a techniky sběru dat

Celkový charakter studie a její design se odvíjí od sledovaných jevů a samotného procesu realizace. Pro účely této práce byl využit kvantitativní výzkum, jehož nástrojem bylo dotazníkové šetření. Úvodní část dotazníku je tvořena položkami, které zjišťují demografické údaje jako je pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Jedná se o otevřené položky, které budou následně vyhodnoceny dle zařazení do kategorií.

Další částí je dotazník H. Levenson (Levenson, 1981), který je zaměřen na určení místa kontroly jedince, konkrétně pak na jeho internalitu či externalitu. Dotazník je škálového typu. Celkem je škála tvořena 24 položkami, z nichž vždy 8 položek připadá na jednu ze zkoumaných dimenzí. Levensonová definovala tři základní dimenze konceptu Locus of Control – vnitřní kontrola (I), kontrola vnějších vlivů (P) a kontrola náhodou (C). Tento model je pak základem pro multidimenzionální pojetí Levensonové. Každý z 24 výroků se významově orientuje na konkrétní místo kontroly. Respondentovým úkolem je vyjádřit míru souhlasu, resp. nesouhlasu s daným tvrzením a danou míru vyznačit na škále. Respondent se vyjadřuje na šestibodové škále Likertova typu, kde následující hodnoty patří k tvrzením. Jedná se o sudou stupnici bez střední hodnoty. Pro lepší ilustraci přikládáme tabulku:

Velmi souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Velmi nesouhlasím
+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3

Tabulka 1 Likertova škála použita v dotazníku

Vyhodnocení odpovědí ze strany subjektu navazuje na sebe navzájem. Na základě vyznačených odpovědí získáváme hrubé skóre testovaných respondentů. Konečná hodnota, které může respondent dosáhnout, se pohybuje mezi 0 až 48 body.

Dále se zaměřujeme na subjektivní vnímání respondenta ve vztahu k návykovým látkám a schopnosti abstinovat či úspěšně dokončit léčbu. Pro tato zjištění byly využity čtyři výroky, kde respondent (stejně jako v části předchozí) vyjadřuje míru souhlasu, resp. nesouhlasu s daným tvrzením. Své přesvědčení poté označí na škále Likertova typu. Jedná se o vlastní konstrukci výroků, jejichž vyhodnocení je analogické jako u dotazníku H. Levenson.

Poslední částí dotazníku jsou položky mapující délku drogové kariéry a užívání návykových látek, celkový počet léceb závislosti a pokusů o abstinenci. Jedná se o otevřené položky, které budou následně vyhodnoceny v kategoriích podle četnosti.

4.6 Výběr výzkumného souboru

Výzkumným souborem této práce byli uživatelé návykových látek z oblasti Zlínského kraje. Jednalo se o klienty, kteří navštěvují zařízení sociálních služeb, konkrétně kontaktní centra, kde vyhledávají konkrétní odbornou pomoc. Výběr respondentů proběhl prostřednictvím instituce. Využili jsme záměrný výběr respondentů, konkrétně kvótní výběr. Pro naši studii jsme využili následující **kvóty výzkumného šetření**:

- Aktuální závislost na návykových látkách,
- Dřívější – léčená závislost na návykových látkách.

Celkem bylo osloveno 94 klientů, z toho 13 respondentů bylo z důvodu nesprávného vyplnění dotazníků z výzkumu vyřazeno. Celkem bylo do výzkumu zařazeno 81 vyhovujících respondentů. Kritériem pro zařazení do výzkumu byla aktuální či léčená závislost na návykových látkách. Pro výzkum nebylo rozhodující, zda se jednalo o léčbu odbornou (v rámci instituce), nebo zda se jednalo o autoléčbu, na základě vlastní iniciativy klienta bez vyhledání odborné pomoci. Věk ani pohlaví také nebyly pro výzkum rozhodujícími faktory. Všichni respondenti vstoupili do studie dobrovolně a to na základě ústního souhlasu.

4.7 Etika výzkumu

V rámci našeho empirického šetření využíváme metodu měření Locus of Control, což je jedna z metod zaměřující se na zkoumání osobnosti člověka. Ačkoliv se nejedná přímo o psychologický výzkum, věnujeme se citlivému tématu. Pro účastníky tohoto výzkumu bylo velmi důležité, abychom zohlednili specifčnost výzkumu a bezpečí respondentů

samotných. Přestože Miovský (2006) zaměřuje tato etická východiska zejména ke kvalitativnímu výzkumu, domníváme se, že je vhodné se na ně zaměřit i v našem případě. Činíme tak zejména z důvodu výrazné specifčnosti cílové skupiny respondentů. Abychom zajistili plynulý průběh výzkumu, snažili jsme se vycházet z doporučení Miovského (2006):

- **důvěryhodnost výzkumníka,**

Pro respondenty je velmi důležité, aby pro něj zadavatel výzkumu představoval důvěryhodnou osobu.

- **střet zájmů,**

Respondenti byli upozorněni, že šetření je dobrovolnou záležitostí, a v případě, že nebudou chtít pokračovat v další spolupráci, mohou ji kdykoliv ukončit. Zároveň byli klienti ujištěni, že pokud by v nich dotazník vyvolal pocity, o které by se chtěli později podělit, tížily by je, můžeme je společně rozebrat. V návaznosti na šetření jim byla tedy nabídnuta individuální konzultace.

- **empatická neutralita,**

Výzkumník by měl v průběhu šetření projevit zájem o respondenta, měl by se snažit porozumět jeho pocitům (nebo i odmítnutí v pokračování), ale zároveň by si měl zachovat neutralitu a profesionalitu v daném okamžiku.

- **souhlas s účastí ve výzkumu,**

Výzkumné šetření by mělo být vždy provedeno pouze s osobami, které s účastí na něm souhlasí. Respondenti by měli být informováni o obsahu a cílech, které jsou s šetřením spojeny.

- **ochrana soukromí a osobních údajů respondentů výzkumu,**

Respondenti by měli být informováni o tom, kdo a jakým způsobem bude mít přístup k získaným informacím. Měli by být ujištěni o anonymitě šetření a o ochraně všech osobních údajů.

- **odměna účastníků výzkumu,**

Odměna za účast ve výzkumném šetření je různá, může či nemusí být. Může být materiální či finanční. Záleží na úsudku výzkumníka, zda k tomuto přistoupí či nikoliv.

- **poškození nebo újma účastníků výzkumu,**

Pro výzkumné šetření je zcela nepřístupné, aby byl výzkumník či respondent vystaven nebezpečí či nepřiměřenému riziku. Proto je více než nutné dodržovat zásady fyzického i psychického bezpečí všech zúčastněných stran (Miovský, 2006, str. 279 - 289).

Při realizovaném výzkumném šetření jsme mimo jiné vycházeli z těchto zásad. Respondent je pro uskutečnění výzkumného šetření jednou z nejpodstatnějších propozic, proto je jeho spokojenost a bezpečí velmi důležité. Vzhledem k tomu, že s klienty pracujeme na změně, dodržujeme základní principy v přístupu ke klientům (nehodnotící a individuální přístup, respektování vlastní volby, nízkoprahovost atd.), domníváme se, že vzájemná důvěra je na místě. Každý respondent byl předem seznámen s pravidly a principy výzkumu. Respondenti znali důvody, proč se studie účastní a k jakým účelům budou výsledky použity. Byla jim zaručena absolutní anonymita, stejně jako v průběhu poskytování sociálních služeb. Respondenti se výzkumného šetření účastnili bez nároku na odměnu, na čemž jsme se předem dohodli. Detailní propracování a profesionální přístup, který výzkumnému šetření předcházela, nám zaručil poměrně vysokou návratnost a početný výzkumný vzorek vzhledem ke specifičnosti cílové skupiny.

4.8 Realizace výzkumu

Samotný sběr dat probíhal v rámci kontaktního centra na území Zlínského kraje, konkrétně se jednalo o Kontaktní centrum Plus v Kroměříži. Z hlediska výzkumného šetření mapujeme region Kroměřížska. Jedná se o specializované pracoviště, které poskytuje své služby terénní i ambulantní formou. Nabízí možnost využít základní i specializované poradenství a dalších komplexní služby uživatelům návykových látek. Jde o nízkoprahové zařízení, jehož cílovou skupinou je těžko zachytitelná a obtížně dostupná skupina respondentů. Období sběru dat představovalo zhruba půlroční časový interval. Výzkum započal v srpnu 2015 a byl ukončen na počátku února 2016. Původním záměrem bylo oslovit každého klienta, který služeb využije, aby byl zajištěn co možná nejčetnější výzkumný soubor. Posléze se však ukázalo, že cílová skupina není zcela nastavena na administraci dotazníků. Vzhledem k charakteru zařízení, kde výzkum probíhal, není možné respondenty do vyplnění dotazníku nutit, spolupráce byla založena zcela na dobrovolnosti. Respondenti, kteří se výzkumu zúčastnili, byli vždy individuálně požádáni o možnou spolupráci. Nejprve jim byla vysvětlena podstata celého šetření, které je v souladu s principy celého zařízení – tedy je anonymní, dobrovolné a veškeré výsledky šetření budou použity pouze pro účely této práce. Respondenti vyplňovali tištěný dotazník sami

nebo případně ve spolupráci s řešitelem výzkumu. Při administraci byli respondenti upozorněni, že je nutné si dotazník pečlivě přečíst a odpovědět dle pravdy a vlastního názoru. Své odpovědi respondenti značili do připravených kolonek. Respondenti neměli nad výroky dlouze přemýšlet a zaznačit pokud možno variantu, která jim v daný moment připadala jako nejvhodnější. Vyplnění dotazníku ve většině případů zabralo respondentům zhruba 15 až 20 minut.

4.9 Specifikace cílového zařízení

Výzkumné šetření proběhlo ve specializovaném zařízení pro uživatele návykových látek a jejich blízké. Jednalo se **Kontaktní a poradenské centrum Plus**. Toto zařízení sídlí v Kroměříži a je jediné svého druhu v okrese. Zřizovatelem zařízení je Oblastní Charita Kroměříž. Zařízení je sociální službou dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Je realizováno prostřednictvím dvou projektů, které poskytují ambulantní a terénní služby. Zařízení dále poskytuje základní a odborné sociální poradenství, výměnu injekčních setů, zdravotní poradenství, poradenství v oblasti závislosti a jejich řešení, zprostředkování léčby závislosti, podporu a poradenství v abstinenci, prevence relapsu, testování na infekční onemocnění (virus HIV, virovou hepatitidu typu C či B, syfilis). V neposlední řadě zařízení nabízí také motivační práci s klienty a práci na změně životního stylu směrem k abstinenci. Dále potom rodinnou mediaci, případové konference a také odkazy na jiné sociální služby a jiná zařízení. Součástí služby jsou také doplňkové – fakultativní činnosti. Zařízení poskytuje ambulantně služby každý všední den od 9 do 16 hodin. terénní služby poskytuje v různých obcích v okrese Kroměříž v odpoledních a večerních hodinách ve všední dny. **Cílovou skupinou** zařízení jsou zejména injekční uživatelé drog, uživatelé opiátů, stimulantů, těkavých látek, dále osoby, které chtějí řešit svou závislost nebo podpořit v abstinenci. Zařízení se věnuje také blízkým a rodinným příslušníkům uživatelů návykových látek. **Základními principy** poskytování sociální služby jsou nízkoprahovost, harm reduction, anonymita, sebeurčení, individuální a nehodnotící přístup.

4.10 Způsob analýzy dat

První část dotazníku zaměřující se na demografické údaje byla vyhodnocena ve třech skupinách. Respondenti udávali do otevřených položek věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání. Výsledné hodnoty jsme potom zapsali do programu Excel pomocí třídění prvního

stupně. Vzhledem k tomu, že se jednalo o položky otevřené, byly odpovědi rozděleny do kategorií následovně:

- pohlaví (muž – žena),
- věk (celkem 4 kategorie):
 - o 0 – 20 let,
 - o 21 – 30 let,
 - o 31 – 40 let,
 - o 41 a více let,
- nejvyšší dosažené vzdělání (celkem 4 kategorie):
 - o základní vzdělání,
 - o střední odborné, vyučení,
 - o střední škola s maturitou,
 - o vyšší odborná škola či vysoká škola.

Pro výzkumné účely byl v další části využit dotazník H. Levenson pro Locus of Control, který byl kombinován s dalšími položkami (více kpt. Výzkumná technika). Dotazník H. Levenson je v originálním znění (v anglickém jazyce) volně přístupný např. na internetových stránkách autorky (viz. příloha č. 1). Pro tuto studii bylo využito českého překladu. Získaná data byla rozdělena dle příslušných kritérií do kategorií. Pro zapsání a kategorizaci dat jsme využili Excel, kde jsme provedli třídění prvního stupně a tabulky četností. Samozřejmostí bylo stanovení výzkumných otázek, ze kterých vycházely alternativní a nulové hypotézy.

Co se týče vyhodnocení dotazníku Levensonové, vycházeli jsme z manuálu pro vyhodnocení a interpretaci autorky. Nejprve jsme rozdělili všech 24 otázek do příslušných kategorií dle IPC škály. K jednotlivým kategoriím jsme poté přiřadili adekvátní otázky, které k nim patří. Pro upřesnění jde o:

- **Internality subscale:**
 - o položky 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21, 23,
- **Powerful others subscale:**

- položky 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22,
- **Chance subscale:**
 - položky 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24.

Tyto kategorie jsme pro lepší orientaci rozlišili barevně a pro vzorový hodnotící dotazník příslušné barvy přiřadili. Dotazník pro samotné vyhodnocení je součástí příloh této práce (příloha č. 4). Následně jsme museli sečíst bodové skóre u jednotlivých dimenzí (IPC). To znamená, že jsme vždy sečetli všechny položky *Internality subscale*, všechny položky *Powerful others scale* a všechny položky *Chance subscale*. Z toho je pak patrné, že respondenta charakterizují celkem tři různé výsledky. K těmto výsledkům je potřeba dále přičíst ještě hodnotu 24 (kladnou), a to z toho důvodu, abychom se vyhnuli záporným hodnotám, které mohou vznikat a komplikovat pak následné výpočty. Konečná hodnota se tak může pohybovat v každé sub-škále od 0 do 48 bodů pro jednoho respondenta. Na základě získaných hodnot jsme pro každého respondenta vymezili místo kontroly, tedy Locus of Control. Hodnocení vychází z celkového počtu bodů u jednotlivých dimenzí. Respondent pak získá tříšložkové skóre, ze kterého jsme schopni definovat, o jaký typ osobnosti z hlediska Locus of Control se jedná.

Levensonová uvádí, že se jedná o následující tři složky:

- převažující dimenze *Internality subscale* (I):
 - vysoké skóre indikuje, že subjekt očekává, že nad svým životem má převážnou kontrolu on sám, je schopen kontrolovat signifikantní výsledky,
 - nízké skóre indikuje, že subjekt neočekává vysokou míru kontroly nad svým životem,
- převažující dimenze *Powerful others scale* (P):
 - vysoké skóre indikuje, že subjekt očekává silný a výrazný vliv nad kontrolou svého života ze strany společnosti,
 - nízké skóre indikuje, že subjekt neočekává silný a výrazný vliv nad kontrolou svého života ze strany společnosti,
- převažující dimenze *Chance scale* (C):
 - vysoké skóre indikuje, že subjekt očekává silný vliv štěstí, náhody nebo osudu na svůj život,

- nízké skóre indikuje, že subjekt neočekává silný vliv štěstí, náhody nebo osudu na svůj život (Levenson, 1981, str. 56).

Na základě těchto výsledků a teorie bude respondentům definována složka, která jejich osobnost z hlediska Locus of Control charakterizuje nejvíce. Škála IPC je závisle proměnnou, respondenti budou rozděleni do jedné ze tří kategorií.

Další částí dotazníku bylo vyslovení souhlasu a ztotožnění respondenta s navrženými výroky. Poslední část dotazníku je tvořena otevřenými otázkami. Odpovědi respondentů jsme kategorizovali do skupin a následně použili pro porovnání dat. Získaná data jsme zpracovávali v programu Statistica 12.

5 Výsledky výzkumného šetření

V následující kapitole se budeme věnovat analýze a interpretaci získaných dat. Analýzu výzkumných dat roztřídíme do tří částí podle zaměření výzkumných otázek a dotazníku samotného. V první části se budeme věnovat obecným demografickým údajům a popisu výzkumného vzorku. Pro objasnění použijeme deskriptivní zhodnocení dat. Ve druhé části se zaměříme na zkoumání úrovně Locus of Control. Konkrétně budeme rozčleňovat škálu IPC u jednotlivých respondentů. V další části se budeme věnovat výrokům, které škálou respondenti hodnotili dle míry svého souhlasu. V poslední části se zaměříme na hodnoty získané z oblasti otázek zaměřených na abstinenci, léčbu. Provedeme verifikaci hypotéz a diskuzi výsledků.

Celkem bylo osloveno 94 klientů. Následně byla provedena kontrola získaných dotazníků, při níž bylo vyřazeno 13 chybně vyplněných dotazníků. U těchto vyřazených respondentů došlo k nepochopení podstaty výzkumu. Celková návratnost je tedy 87 %.

5.1 Deskriptivní analýza údajů

Deskripce výzkumného vzorku podle pohlaví:

Našeho výzkumného šetření se zúčastnili muži i ženy. Z celkového počtu 81 respondentů bylo 19 žen, 23 % a 62 mužů, tj. 77 %. Poměr mezi pohlavími není jednoznačně rozdělen. Tuto skutečnost přisuzujeme faktu, že služby pro drogově závislé dlouhodobě využívají zejména muži, u žen zaznamenáváme výrazně menší návštěvnost. Vycházíme zde ze závěrečné zprávy Kontaktního centra Plus z roku 2014, kdy zařízení stejně jako v předchozích letech tvořili cca tři čtvrtiny mužů a jednu čtvrtinu ženy. Můžeme tak říci, že získaný vzorek z hlediska pohlaví respondentů zcela odráží reprezentativní soubor základní soubor, a tedy i skutečnou realitu.

Deskripce výzkumného souboru dle aktuálního věku:

Pro aktuální věk respondentů jsme zvolili celkem čtyři kategorie – respondenti ve věku do 20 let, dále od 21 do 30 let, následuje skupina od 31 do 40 let a poslední skupinou byli respondenti od 41 let výše. V celkovém počtu bylo 9 respondentů mladších 20 let, tedy 11 %. Nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku od 21 do 30 let, kterých bylo celkem 36, tj. 43,9 %. Další velmi početnou skupinou byli respondenti od 31 do 40 let, v celkovém počtu 26 osob, tj. 31,7 %. Poslední skupinou byla věková kategorie od 41 let výše. V této skupině bylo celkem 11 respondentů, tedy 13,4 %. Nejpočetnější cílovou skupinou jsou

osoby ve středním věku, naopak nejméně zastoupenou je skupina velmi mladých osob do 20 let. V porovnání s výsledky závěrečné zprávy Kontaktního centra zde můžeme opět spatřovat shodu. Respondenti výzkumu kopírují věkové kategorie klientů, kteří do zařízení docházejí v podstatě v rovnoměrném zastoupení. V zařízení je v posledních letech pozorován trend postupného stárnutí, resp. zvyšování průměrného věku klientů. U mužů je průměrný věk 32,7 let a u žen 27,6 let. Celkový věkový průměr je tak dlouhodobě nad 30 let, což se potvrzuje i v rámci výzkumného šetření naší studie. Téměř polovina všech respondentů je tvořena osobami staršími 30 let. Zvyšování věku uživatelů představuje v podstatě celorepublikový trend stárnutí mezi injekčními uživateli drog.

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 20 let	9	0,11
od 21 do 30 let	36	0,439
od 31 do 40 let	26	0,317
od 41 let	11	0,134

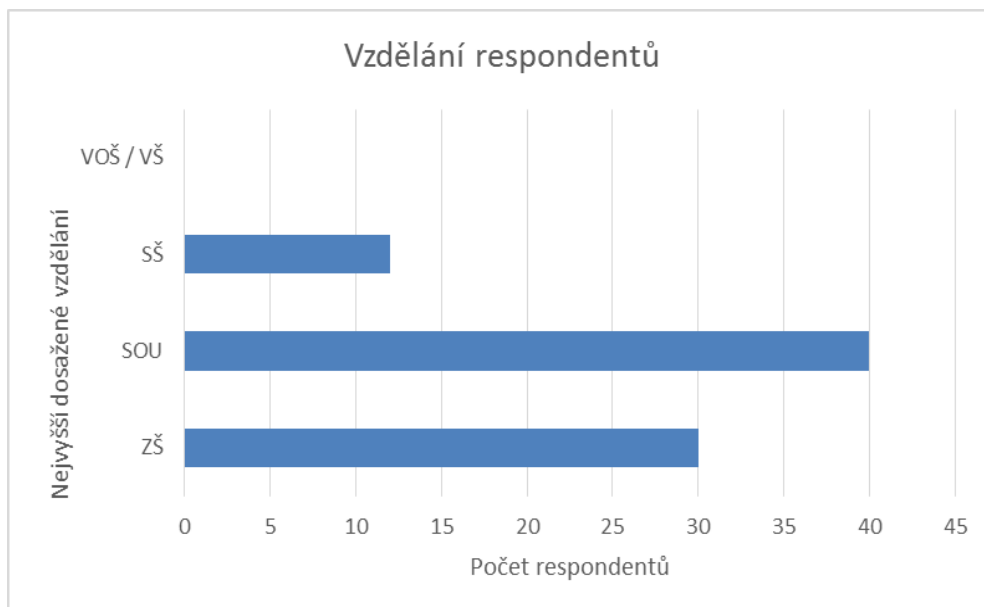
Tabulka 2 Věková skladba respondentů

Deskripce výzkumného souboru z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání:

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání byli respondenti rozděleni do čtyř skupin – základní vzdělání, střední odborné učiliště, střední škola s maturitou a vyšší odborná škola nebo vysoká škola. Respondentů se základním vzděláním bylo celkem 40, tj. 48,8 %. Střední odborné učiliště dokončilo celkem 30 osob, tedy 36,6 %. Střední školu s maturitou úspěšně dodělalo celkem 12 osob, tj. 14,6 %. V poslední kategorii, tedy vysokoškolské vzdělání či vyšší odborné vzdělání, nebyly zaznamenány žádné položky, hodnota je nulová.

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	40	0,488
Střední odborné učiliště	30	0,366
Střední škola s maturitou	12	0,146
Vyšší odborné vzdělání, vysoká škola	0	0

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Obrázek 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Deskripce výzkumného souboru dle výsledků lokalizace místa kontroly:

Lokalizace místa kontroly byla měřena za pomoci IPC škály Levensonové. V tabulce jsou uvedeny popisné charakteristiky pro její tři základní dimenze: I (interní kontrola), P (kontrola vlivnými lidmi), C (kontrola náhodou). Každá dimenze je sycena osmi položkami v dotazníku a může nabývat hodnot mezi 0 až 48 body.

Nejvyšší průměrný skór (32,8 bodů) byl u respondentů naměřen v dimenzi kontroly vlivnými lidmi. Z hlediska průměru je pak druhou nejvyšší dimenze kontroly náhodou (26,9 bodů), nejnižší je pak dimenze s místem vnitřní kontroly (25,1 bodů). Vysoké skóre u subškály indikují vysoká očekávání kontroly navržených zdrojů – náhody, vlivných osob nebo sebe sama. Nízké skóre naopak indikuje tendence nevěřit a nebrat v potaz stanovené místo kontroly.

Dimenze IPC škály	Dimenze IPC					Dolní	Horní	Součet
	Průměr	SO	Min	Max	Med	kvartil	kvartil	bodů
I	25,1	7,32	12	47	25	20	30	2032
P	32,8	7,14	15	46	34	27	37	2627
C	26,9	7,23	16	41	26	20	33	2176

Tabulka 4 Popisná statistika dimenzí lokalizace místa kontroly

Deskripce výzkumného souboru dle délky užívání návykových látek:

U položky, kdy jsme zjišťovali délku užívání návykových látek, byli respondenti rozděleni do kategorií do 5 let užívání návykových látek, od 6 do 10 let a v poslední kategorii doby užívání více než 11 let. Celkem 23 respondentů, tedy 28,4 %, užívá návykové látky maximálně 5 let. Stejný počet respondentů užívá návykové látky v kategorii od 6 do 10 let. Nejvyšší počet respondentů uvedl, že návykové látky užívá více než 11 let. Celkem se jednalo o 35 respondentů tedy 43,2 %.

Doba užívání návykových látek	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5 let	23	0,284
od 6 do 10 let	23	0,284
více než 11 let	35	0,432

Tabulka 5 Doba užívání návykových látek

Deskripce výzkumného souboru dle počtu zahájených léceb závislosti:

Z hlediska snahy řešit svou závislost a následně začít s léčbou jsme respondentům předložili otázku, kolikrát léčbu započali. Jejich odpovědi byly kategorizovány do tří základních skupin. První kategorií byla četnost do pěti pokusů, respektive začátků léčby. Druhou pak četnost pokusů mezi šesti až desíti. Třetí kategorií byla možnost jedenácti a více. Nejčastější odpovědí byla možnost první, tedy 75 všech respondentů, tedy 92,6 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo rozpětí více než jedenácti pokusů, celkem 4 osoby, tj. 4,94 %. Nejméně respondentů uvedlo rozpětí mezi šesti až desíti pokusy. Šlo o 2 osoby, tedy 2,4 %.

Počet započaté léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5 pokusů	75	0,926
od 6 do 10 pokusů	2	0,024
od 11 pokusů	4	0,049

Tabulka 6 Počet pokusů a započetí léčby

Deskripce výzkumného souboru dle úspěšného dokončení léčby závislosti:

Úkolem respondentů bylo uvést, kolikrát úspěšně dokončili léčbu závislosti. Odpovědi respondentů byly rozděleny do kategorií na základě míry četností, které uvedly. Získali jsme tak tři kategorie. Do první zařazujeme počet do pěti léčeb závislostí. V druhé kategorii se jednalo o šest až deset pokusů o léčbu. V třetí kategorii pak o více než jedenáct pokusů o léčbu. Nejvíce respondentů uvedlo, že úspěšně dokončili léčbu maximálně pětkrát. Celkem se jednalo o 77 respondentů, což je 95%. Ve druhé a třetí kategorii byly počty respondentů velice nízké. Druhou zvolil pouze jeden respondent, což je 1,3 %. Poslední pak celkem 3 respondenti, kteří tvoří 1,7 % výzkumného vzorku.

Úspěšné ukončení léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5 pokusů	77	0,95
od 6 do 10 pokusů	1	0,013
od 11 pokusů	3	0,017

Tabulka 7 Počet respondentů, kteří úspěšně ukončili léčbu

Deskripce respondentů dle četnosti pokusů o abstinenci:

Z hlediska pokusů o abstinenci byli respondenti rozděleni do tří kategorií. V první byli zařazeni respondenti, kteří se pokusili o abstinenci maximálně pětkrát. Druhou kategorii tvořili respondenti, kteří abstinovali šestkrát až desetkrát. Poslední pak ti, kteří abstinovali jedenáctkrát a více. Z celkového počtu 81 respondentů do první kategorie spadá 34 respondentů, tedy 42 %. V druhé kategorii bylo celkem 5 respondentů, tj. 6,2 %. V poslední kategorii, která čítá největší počet pokusů o abstinenci, se objevuje také nejvyšší počet respondentů. Jednalo se o 42 osob, což je 51,8 %.

Počet pokusů o abstinenci	Absolutní četnost	Relativní četnost
maximálně 5 pokusů	34	0,42
od 6 do 10 pokusů	5	0,062
Více než 11 pokusů	42	0,518

Tabulka 8 Počet pokusů o abstinenci

Deskripce respondentů dle úvah o budoucí abstinenci:

V závěru byli respondenti dotazováni, zda by chtěli v budoucnu zcela abstinovat a přestat tak s užíváním návykových látek. Vybírali ze tří možných variant položek – ano, ne a nevím. Z celkového počtu respondentů by chtělo 58 osob, tj. 71,6 %, zcela přestat s užíváním návykových látek. Dále 5 osob, tedy 6,2 % by s užíváním návykových látek přestat nechtělo. Celkem 18 osob, tj. 22,2 % není rozhodnuto, zda by abstinence byla tou správnou cestou a zvolili možnost „Nevím“.

Úplná abstinence v budoucnu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	58	0,716
Ne	5	0,062
Nevím	18	0,222

Tabulka 9 Úplná abstinence respondentů v budoucnu

5.2 Analýza stanovených hypotéz

V následující podkapitole se zaměříme na ověření předem stanovených nulových a alternativních hypotéz. U každé hypotézy jsme určili proměnné a vzájemné vztahy, kterým jsme přiřadili hodnoty (nominální, ordinální atd.). Stanovené hypotézy jsme ověřili pomocí statistického programu Statistica 12. Vždy došlo k ověření získaných dat pomocí jednofaktorové analýzy ANOVA, kde jsme využívali Leveneův test, který se používá k testování shody rozptylů. Na základě jeho výsledků jsme dále použili parametrické nebo neparametrické testy. V případě, že hodnoty p spadaly do hodnot akceptující parametrické testy, mohli jsme je tedy využít. Volili jsme vždy Post-hoc test, konkrétně **test LSD**. Toto označení vychází z anglického **least significant difference test**. Poté jsme vycházeli z hodnot, které vymezovaly vzájemné vztahy mezi kategoriemi výzkumu a úrovní Locus of Control. Jestliže jsme volili neparametrické testy, využili jsme porovnání více nezávislých vzorků pro skupiny, konkrétně **Kruskal-Wallisův test**.

Pro lepší pochopení údajů ze statistických testů definujeme hodnoty M jako průměry dosažené v hodnotách Locus of Control, od nichž se poté odvíjí vztah vůči kategorii v daném měření. Hodnotám M jsou vždy přiřazeny čísla (M_1 , M_2 , M_3) v závislosti na tom, o jakou kategorii se přesně jedná. Jednotlivé kategorie jsme pro přehlednost uvedli u každé z hypotéz. Hodnota p označuje celkovou signifikanci, která byla při posuzování

vztahů a statistické souvislosti velmi podstatná. Hypotézy jsme testovali na hladině významnosti 0,05. Tato hodnota znamená, že celková možnost omylu je 5 %.

Statistické ověření stanovených hypotéz H10, H1A:

H10: Mezi úrovní Locus of Control a dobou užívání návykových látek neexistuje statisticky významná souvislost.

H1A: Mezi úrovní Locus of Control a dobou užívání návykových látek existuje statisticky významná souvislost.

Na základě ověření hypotéz ve statistickém programu jsme získali výsledky týkající se celkové doby užívání návykových látek a úrovní Locus of Control. Tyto hodnoty jsme srovnávali nejprve v Levenově testu, poté analýzou rozptylu. Využili jsme konkrétně Post-hoc test LSD. Zaměříme-li se nejprve na celkové hodnoty ve **škále I**, pak můžeme sledovat, že ve vztahu k délce užívání jsou statisticky významné souvislosti vůči skupinám osob užívající návykové látky do pěti let a mezi osobami, které berou drogy v rozsahu mezi šesti až desíti lety ($M1 = 22,174$), ($M2 = 29,391$), ($p = 0,0006$). Dále můžeme srovnávat

skupinu střední, která zahrnuje uživatele návykových látek, jejichž drogová kariéra je v rozmezí od 6 do 10 let a skupinu osob, které užívají 11 let a více. Zde pozorujeme statisticky významné rozdíly ($M2 = 29,391$), ($M3 = 24,471$), ($p = 0,005$). V neposlední řadě můžeme proti sobě postavit skupiny osoby užívající návykové látky nejdelší a nejkratší dobu ($M1 = 22,174$), ($M3 = 24,171$), ($p = 0,279$). V tomto případě nepozorujeme statisticky významnou souvislost. Další sledovanou složkou byla úroveň **škály P**, která ve vztahu k celkové době užívání u první a druhé skupiny respondentů vykazuje statisticky významnou souvislost ($M1 = 34,087$), ($M2 = 29,957$), ($p = 0,047$). Jestliže porovnáme druhou skupinu, tedy osoby užívající návykové látky v rozmezí od 6 do 10 let, a osoby ze třetí skupiny, tedy osoby užívající návykové látky déle než 11 let, pak zjišťujeme, že mezi těmito skupinami taktéž existuje statisticky významná souvislost ($M2 = 29,957$), ($M3 = 33,971$), ($p = 0,034$). Nakonec srovnáváme respondenty z první a třetí skupiny ($M1 = 34,087$), ($M3 = 33,971$), ($p = 0,950$), kde dle získaných výsledků neexistuje statisticky významná souvislost. Poslední úrovní byla **škála C**. Pokud první skupinu srovnáme s výsledky druhé skupiny, zjistíme, že mezi výsledky existuje statisticky významná souvislost ($M1 = 25,478$), ($M2 = 30,391$), ($p = 0,019$). V případě, že výsledky druhé skupiny položíme proti výsledkům třetí skupiny, pak víme, že zde také existuje statisticky

významná souvislost ($M_2 = 30,391$), ($M_3 = 25,457$), ($p = 0,010$). Mezi první skupinou a skupinou osob, které berou návykové látky nejdéle, neexistuje statisticky významný rozdíl ($M_1 = 25,478$), ($M_3 = 25,478$), ($p = 0,991$).

Na základě těchto dat přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme hypotézu nulovou. Tvrdíme tak, že mezi úrovní Locus of Control a dobou užívání návykových látek existuje statisticky významná souvislost.

Statistické ověření stanovených hypotéz H20, H2A:

H20: Mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci neexistuje statisticky významná souvislost.

H2A: Mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci existuje statisticky významná souvislost.

Pro účely H20 a H2A jsme nejprve použili Levenův test, kde jsme pozorovali hodnotu p . Abychom mohli vyjádřit vztahy mezi škálovými prvky IPC a četností pokusů o abstinenci, využili jsme Post-hoc test LSD. Odpovědi respondentů byly rozřazeny do tří kategorií podle četnosti pokusů o abstinenci. Nejprve sledujeme závislost na **škále I**. V první skupině byli respondenti, kteří se pokusili abstinovat celkem maximálně pětkrát (M_1). Ve druhé skupině pak osoby pokoušející se o abstinenci šestkrát až desetkrát (M_2), v poslední skupině pak byly osoby abstinující jedenáctkrát a více (M_3). Ve vztahu k hodnotě I v Locus of Control jsme nejprve porovnali první a druhou skupinu osob, kde nepozorujeme statisticky významnou souvislost a tím pádem mezi těmito skupinami neexistuje významný rozdíl ($M_1 = 22,971$), ($M_2 = 27,400$), ($p = 0,201$). Hodnota p přesahuje signifikanci 0,0500. V případě, že porovnáme skupiny osob abstinující nejdelší a nejkratší dobu, získáme údaje, které potvrzují, že mezi těmito skupinami existuje ve vztahu ke škále **I** statisticky významná souvislost ($M_1 = 22,971$), ($M_3 = 26,524$), ($p = 0,0350$). Pokud bychom konfrontovali skupinu druhou a skupinu s nejčetnějšími pokusy abstinovat, vytěžíme hodnoty, které nepotvrzují statisticky významnou souvislost ($M_2 = 27,400$), ($M_3 = 26,524$), ($p = 0,797$). Jestliže se zaměříme na **škálu P**, tak mezi první a druhou skupinou existuje statisticky významný rozdíl ve vztahu k četnosti pokusů o abstinenci a hodnotou p Locus of Control ($M_1 = 34,235$), ($M_2 = 26,600$), ($p = 0,024$). Dále proti sobě můžeme položit výsledky druhých a třetích skupin, u kterých se po výpočtu neprojevuje žádná statisticky významná souvislost ($M_2 = 26,600$), ($M_3 = 32,500$), ($p = 0,076$). V neposlední řadě můžeme porovnat výsledky první a třetí skupiny, kde se také nenachází statisticky

významná souvislost ($M1 = 32,235$), ($M3 = 32,500$), ($p = 0,282$). Poslední složkou je **škála C**, kde u žádné z kombinací není statisticky významná souvislost a signifikance přesahuje hodnoty 0,0500.

Na základě těchto údajů můžeme zamítnout alternativní hypotézu a přijmout hypotézu nulovou. Vycházíme tak z toho, že mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci neexistuje statisticky významná souvislost.

Statistické ověření stanovených hypotéz H30, H3A:

H30: Mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnosti neexistuje statisticky významná souvislost.

H3A: Mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnosti existuje statisticky významná souvislost.

Stejně jako v předchozích případech ověření hypotéz jsme i zde nejprve použili Levenův test pro další pokračování s Post-hoc testy. Výsledky však ve škále C nebylo možné použít, jelikož nenaplněly podmínku pro hodnotu p . Vzhledem k tomu, že hodnoty Locus of Control jsou tříšložkové a je nutné, aby se hodnotily společně, museli jsme zvolit jinou formu verifikace. Abychom byli schopni ověřit hypotézy, rozhodli jsme se využít neparametrického testu, který se v těchto případech používá. Konkrétně jsme využili test pro porovnání více nezávislých vzorků (skupin), tedy Kruskal-Wallisův test. Tento test nepracuje s původními hodnotami, ale s pořadovými čísly, která jim byla přiřazena. Dochází k porovnání mediánů a pořadí.

Nejprve se zaměříme na hodnoty **škály I**, kde jsme na základě hodnoty p ($p = 0,4097$) nezměřili statisticky významné rozdíly. U **škály P** jsme získali hodnotu signifikance $p = 0,2691$, která taktéž vylučuje statisticky významnou souvislost. Poslední měřenou byla **škála C**, která svými hodnotami ($p = 0,100$) také neprokazuje statisticky významnou souvislost mezi zkoumanými jevy, tedy mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnu.

Na základě získaných dat můžeme říci, že zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou. Došli jsme k závěru, že mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnosti neexistuje statisticky významná souvislost.

Statistické ověření stanovených hypotéz H4.10, H4.1A:

H4.10: Mezi úrovní Locus of Control a muži či ženami neexistuje statisticky významný rozdíl.

H4.1A: Mezi úrovní Locus of Control a muži či ženami existuje statisticky významný rozdíl.

Pro účely hypotéz H4.10 a H4.1A jsme nejprve využili výpočtů Levenevova testu, kde jsme se zaměřili na hodnotu p . Abychom mohli vyjádřit vztahy mezi škálovými prvky IPC a pohlavím respondentů (muži – ženy), museli jsme využít Post-hoc testu LSD, který nám vzájemné vztahy mezi **škálami IPC** a pohlavím respondentů definoval. Na základě získaných hodnot p jsme schopni říci, že mezi pohlavím respondentů a úrovní Locus of Control neexistuje statisticky významný rozdíl. K těmto závěrům docházíme na základě zjištěných hodnot, které jsou vždy vyšší než signifikance 0,0500.

Díky testům jsme došli k závěru, že je možné přijmout nulovou hypotézu a odmítnout hypotézu alternativní. Tvrdíme tak, že mezi úrovní Locus of Control a muži či ženami neexistuje statisticky významný rozdíl.

Statistické ověření stanovených hypotéz H4.20, H4.2A:

H4.20: Mezi úrovní Locus of Control a věkem respondentů neexistuje statisticky významný rozdíl.

H4.2A: Mezi úrovní Locus of Control a věkem respondentů existuje statisticky významný rozdíl.

V rámci verifikace hypotéz *H4.20* a *H4.2A* jsme opět nejprve využili Levenevova testu pro zjištění hodnot p , abychom zjistili, zda využijeme parametrických či neparametrických testů. Zjištěné hodnoty nám umožnily využít Post-hoc test LSD. V rámci těchto hypotéz jsme respondenty rozdělili na čtyři věkové kategorie, konkrétně 0 – 20 let (M1), 21 – 30 let (M2), 31 – 40 let (M3) a 40 let a více (M4). Na úrovni **škály I** v rámci Locus of Control jsme mezi skupinami věkových kategorií nezjistili žádnou statisticky významnou souvislost. Jednotlivé hodnoty p vždy přesahovaly signifikanci 0,0500. Pro jednotlivé vztahy mezi skupinami se v tomto případě stanovily hodnoty M1 – M2 ($p = 0,0763$), M2 – M3 ($p = 0,2403$), M3 – M4 ($p = 0,6746$), M1 – M4 ($p = 0,6518$), M2 – M4 ($p = 0,2007$), M1 – M3 ($p = 0,3484$). Pro **škálu P** pozorujeme vzájemnou statistickou souvislost mezi vztahy skupin M1 a M2 (M1 = 36,556), (M2 = 30,500), ($p = 0,0203$). Z toho vyplývá, že mezi skupinami ve věkové kategorii od 0 do 20 let a od 21 do 30 let je míra statistické souvislosti. Dále je statisticky významný vztah mezi skupinami M2 a M3 (M2 = 30,500),

($M_3 = 34,731$), ($p = 0,0189$). To znamená, že mezi osobami, které spadají do věkové kategorie od 21 do 30 let a skupinou od 31 do 40 let je vzájemná souvislost ve vztahu k Locus of Control. U dalších vztahů nedošlo k naplnění podmínky o hodnotě p , která výrazně přesahovala 0,05000. V rámci poslední **škály C** stejné vymezení statisticky významných vztahů jako u předchozí škály. Opět jsou pro nás směrodatné vztahy mezi věkovými kategoriemi od 0 do 20 let a od 21 do 30 let. Dle naměřených hodnot zjišťujeme, že mezi těmito grupami existuje statisticky významná souvislost ($M_1 = 22,000$), ($M_2 = 29,139$), ($p = 0,0074$). Dále se statisticky významná souvislost jeví mezi skupinami věkových kategorií od 21 do 30 let a skupinou od 31 do 40 let ($M_2 = 29,139$), ($M_3 = 25,500$), ($p = 0,0458$). U dalších skupin nepozorujeme statisticky významnou souvislost mezi jednotlivými skupinami.

Na základě těchto výstupů můžeme říci, že přijímáme alternativní hypotézu a odmítáme hypotézu nulovou. Jde tedy o fakt, že mezi úrovní Locus of Control a věkem respondentů existuje statisticky významný rozdíl.

Statistické ověření stanovených hypotéz H4.30, H4.3A:

H4.30: Mezi úrovní Locus of Control a dosaženém vzdělání respondentů neexistuje statisticky významný rozdíl.

H4.3A: Mezi úrovní Locus of Control a dosaženém vzdělání respondentů existuje statisticky významný rozdíl.

V rámci verifikace hypotéz *H4.30* a *H4.3A* jsme nejprve využili Levenevova testu pro zjištění hodnot p , abychom zjistili, zda využijeme parametrických či neparametrických testů. Zjištěné hodnoty nám umožnily využít Post-hoc test LSD. Respondenti byli dle nejvyššího dosaženého vzdělání rozděleni do 4 skupin – základní (M_1), střední odborné vyučení (M_2), střední škola s maturitou (M_3) a vysokoškolské vzdělání. Po získání výstupů byla z výzkumné šetření vypuštěna poslední kategorie, jelikož do ní nespadal žádný z respondentů. Na základě získaných hodnot parametrických testů můžeme tvrdit, že mezi jednotlivými skupinami zahrnující nejvyšší dosažené vzdělání a úrovní Locus of Control není statisticky významný rozdíl. Jednotlivé vztahy jsou vždy výrazně vyšší než stanovená signifikance 0,0500, a to na všech úrovních IPC.

Vzhledem k získaným hodnotám z provedených testů můžeme odmítnout alternativní hypotézu a přijmout nulovou. Tvrdíme tedy, že mezi úrovní Locus of Control a dosaženém vzdělání respondentů existuje statisticky významný rozdíl.

5.3 Interpretace dat

Interpretaci dat provedeme pomocí stanovených výzkumných otázek. Při interpretaci vycházíme ze získaných dat, které jsme vyvodili z výzkumného šetření a ze statistických testů. Dále je pro nás stěžejní interpretace IPC škály dle Levensonové, která převažujícím hodnotám přiřazuje vlastnosti osobnosti a způsob orientace ve světě dle míry internality či externality.

VO1 Existuje souvislost mezi délkou užívání návykových látek a úrovní Locus of Control?

Dle naměřených hodnot můžeme říci, že mezi jednotlivými kategoriemi v období užívání návykových látek a úrovní Locus of Control existuje statisticky významný rozdíl. Toto tvrzení vychází z poměrových výsledků předchozí interpretace dat. V každé úrovni Locus of Control jsme pozorovali tři základní škály IPC, ke každé zvlášť jsme provedli analýzu dat. Z této analýzy vycházíme a tvrdíme, že došlo vždy ke vzájemné shodě mezi vztahy skupin M1 – M2 a M2 – M3, tedy u osob užívající návykové látky v rozsahu do pěti let a od šesti do deseti let. U osob užívající návykové látky déle než jedenáct let nepozorujeme statisticky významnou souvislost s úrovní Locus of Control. Třísložková úroveň Locus of Control tak vychází dle našeho výzkumu závisle na celkové délce užívání, kdy se hodnoty liší u extrémně dlouhodobých uživatelů drog a u osob, které návykové látky užívají maximálně deset let. Výsledkem tak je, že celková délka užívání návykových látek má vliv na úroveň Locus of Control.

VO2 Existuje souvislost mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci?

Další výzkumná otázka se zabývala problematikou četností pokusů o abstinenci a úrovní Locus of Control. Ze získaných a zpracovaných dat můžeme říci, že mezi uživateli návykových látek, kteří se pokoušeli o abstinenci, a to ve větší či menší míře, neexistuje statisticky významná souvislost. Z porovnávaných vztahů jsme vypožorovali souvislost pouze ve dvou případech, konkrétně ve škále I ve vztahu skupiny M1 – M3, dále pak ve škále P ve vztahu skupiny M1- M2. Při konfrontaci vztahů mezi dalšími kategoriemi respondentů a odpovědí jsme v naprosté většině nezískali data potvrzující statistickou souvislost. Můžeme tak říci, že úroveň Locus of Control neovlivňuje celkový počet pokusů o abstinenci.

VO3 Existuje vztah mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnu?

Dle získaných údajů a hodnot můžeme říci, že mezi jednotlivými kategoriemi v kontextu s cílenou abstinencí v budoucnu a úrovní Locus of Control není statisticky významný rozdíl. Dle použitého neparametrického testu můžeme usoudit, že žádná ze škál IPC Locus of Control nemá vliv na uvažování o cílené abstinenci v budoucnu. Tyto úvahy tak nemůžeme vkládat do souvislostí s internalitou či externalitou jedince závislého na návykových látkách.

VO4 Jaká je úroveň Locus of Control u uživatelů návykových látek?

Pro vymezení celkových hodnot úrovně Locus of Control se zaměříme na výsledky, které z výzkumu plynou z hlediska subškály. Výsledky na těchto úrovních značí, jaká je identifikace osobnosti z hlediska místa kontroly. Vycházíme z průměrných hodnot, které respondenti v rámci dotazníků získali. Každému respondentovi jsme přiřadili nejvyšší, střední a nejnižší hodnotu z hlediska Locus of Control, která nám tak ukáže, na jaké úrovni se respondenti pohybují.

Nejvyšší skóre bylo u respondentů naměřeno ve **střední subškále P**. Tato skutečnost odráží, že u respondentů můžeme indikovat silné očekávání vůči blízkému okolí ve smyslu kontroly nad životem. Respondenti v naprosté většině vnímají, že nad svým životem nemají kontrolu, a že jsou ovládáni ze strany jiných - mocnějších a vlivnějších osob. Nastává u nich situace, kdy se nesnaží ve svém životě nic měnit, jelikož necítí, že by bylo v jejich silách něco udělat jinak a svůj osud zvrátit. Jsou odevzdaní a jejich stav se začíná podobat naučené bezmocnosti, kdy se v podstatě odvolávají na to, že za problémy a starosti v jejich životě jsou zodpovědní všichni kolem, jenom ne oni.

V subškále C jsme naměřili druhý nejvyšší výsledek, ale vzhledem k celkovým hodnotám jde o relativně nízkou hodnotu ve škále. Nízké hodnoty v tomto spektru značí, že respondenti neočekávají vliv štěstí a pozitivní náhody ve svém životě. V podstatě pro ně neexistuje Bůh, osud, karma nebo jiné vlivy, které by zaručovaly další průběh v životě.

Zcela nejnižší skóre bylo dosaženo v **subškále I**. Tato vnitřní škála indikuje, že respondenti neočekávají vliv nad svým vlastním životem. Výrazně tak převažují osoby, které se pohybují v bilanci externistů, tedy spoléhají na vliv vnějšího světa. Respondent v sobě samotném nespátřuje potenciál ke změně svého života. Jeho snaha a odhodlání ovlivnit svůj život je nízká.

Výsledky v těchto škálách na sebe navzájem navazují a deklarují, že se mezi respondenty objevují v převážné většině **externalisté**, tedy osoby, které nevnímají sebe sama jako hnací

motor ke změně. Nepřemýšlí o své síle osobnosti a v podstatě jen odevzdaně přijímají to, co jim okolí přichystá, a co je v životě potká. Respondenti jsou přesvědčeni, že nemohou ovlivnit své chování, život a posílení, které očekávají, se jim nedostane. Často se v důsledku tohoto přesvědčení ani nepokoušejí svůj život změnit nebo zlepšit. Zůstávají strnulí v etapě života, která se může zdát konečnou nebo bezvýchodnou.

Další výzkumné otázky budeme dále blíže specifikovat, vycházíme přitom z výsledků naměřených v dotazníku Levensonové a ze základních demografických údajů, které jsme od respondentů získali. Zaměřili jsme se přitom na jednotlivé charakteristiky cílové skupiny, jako je věková kategorie, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání.

VO 4.1 Existuje významný rozdíl v úrovni Locus of Control vzhledem k pohlaví?

Vzhledem k získaným údajům můžeme potvrdit, že mezi muži či ženami, ve vztahu k Locus of Control, není statisticky významný rozdíl. Vzájemné vztahy, které jsme pozorovali ve vztahu ke škály I, P i ke škále C, nemají souvislost s pohlavím. Je tak patrné, že mezi muži – uživateli návykových látek, a ženami – uživatelkami návykových látek, neexistuje vztah vůči hodnotám internality či externality.

VO 4.2 Existuje významný rozdíl úrovni Locus of Control vzhledem k věku?

Zaměříme-li se na věkovou skladbu respondentů, můžeme říci, že aktuální věk respondenta byl rozhodující pouze ve vztahu několika skupin. Ve škále I konceptu Locus of Control nepozorujeme vztah mezi žádnými z nabízených věkových kategorií, tudíž zde neexistuje statisticky významná souvislost. V případě škály P a C můžeme říci, že docházelo ke statisticky významným shodám mezi respondenty ze skupin M1 a M2, dále pak ze skupin M2 a M3. Z toho vyplývá, že vzájemná shoda v úrovni Locus of Control byla typická pro věkové kategorie od 0 do 20 let a od 21 do 30, dále pak ve vztahu respondentů ve věku od 21 do 30 let a od 31 do 40 let. Celkově tak můžeme mezi věkem zúčastněných na výzkumu a hodnotou Locus of Control sledovat statisticky významné rozdíly.

VO 4.3 Existuje významný rozdíl v úrovni Locus of Control vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání?

Dále jsme si kladli za cíl zjistit, zda je rozdíl v úrovni Locus of Control a nejvyšším dosaženým vzděláním. Můžeme říci, že na základě statistických testů mezi vzděláním respondentů a úrovní Locus of Control nespatřujeme významný rozdíl. Vzhledem k tomu, že se výzkumu nezúčastnily žádné osoby s vysokoškolským vzděláním, můžeme hovořit

pouze o vztahu IPC škály vůči základnímu, střednímu odbornému a středoškolskému vzdělání s maturitou.

5.4 Souhrnný přehled verifikace hypotéz

Stanovená hypotéza	Verifikace Hypotézy
Mezi úrovní Locus of Control a muži či ženami neexistuje statisticky významný rozdíl.	Přijato
Mezi úrovní Locus of Control a muži či ženami existuje statisticky významný rozdíl.	Nepřijato
Mezi úrovní Locus of Control a věkem respondentů neexistuje statisticky významný rozdíl.	Nepřijato
Mezi úrovní Locus of Control a věkem respondentů existuje statisticky významný rozdíl.	Přijato
Mezi úrovní Locus of Control a dosaženém vzdělání respondentů neexistuje statisticky významný rozdíl.	Přijato
Mezi úrovní Locus of Control a dosaženém vzdělání respondentů existuje statisticky významný rozdíl.	Nepřijato
Mezi úrovní Locus of Control a dobou užívání návykových látek neexistuje významná souvislost.	Nepřijato
Mezi úrovní Locus of Control a dobou užívání návykových látek existuje významná souvislost.	Přijato
Mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci neexistuje statisticky významná souvislost.	Přijato
Mezi úrovní Locus of Control a četností pokusů o abstinenci existuje statisticky významná souvislost.	Nepřijato
Mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnosti neexistuje statisticky významná souvislost.	Přijato

Mezi úrovní Locus of Control a cílenou abstinencí v budoucnosti existuje statisticky významná souvislost.	Nepřijato
---	------------------

5.5 Doporučení pro praxi

V následující podkapitole se budeme věnovat možnostem praktického využití získaných údajů. Zaměříme se na uplatnění výsledků pro další spolupráci nejen s respondenty tohoto výzkumného šetření.

Vzhledem k výsledkům výzkumné šetření jsme se rozhodli navrhnout a zpracovat dva způsoby práce s klienty. V prvním případě by se jednalo o individuální setkání pracovníka s klientem a kontinuální individuální terapii. Pracovník by se zaměřil na sebeuvědomění klienta a jeho zodpovědnost za vlastní činy, toho, že strůjcem svého štěstí i neštěstí je v prvé řadě on sám. Pro prvotní intervenci se nabízí se citát Henryho Forda: „Ať už si myslíš, že to dokážeš, nebo že to nedokážeš, máš pravdu.“ Předpokladem pro tato setkání by měla být pravidelnost, upřímnost a aktivní spolupráce obou stran. Postupem času by mohlo být účinné spolupracovat na podpoře v abstinenci či prevenci relapsu. Jedná se o formu programu, kterou více rozpracovávat nebudeme, v tomto doporučení se zaměříme na druhý případ možného využití v praxi.

Ve druhém případě by se jednalo o ohniskovou skupinu, která se ve své podstatě podobá terapeutickým sezením v zařízeních, které poskytují pomoc při léčbě závislosti. Klienti výzkumného šetření se projevují spíše jako externisté. Z informací uvedených v teoretické části vyplývá, že tyto osoby mají tendenci hledat za svým životním zklamáním, neštěstím a vůbec průběhem vinu někoho jiného. Často se odkazují na systém, nedostatečnou pomoc, zkorumpovanou politiku, špatné školství, vyhrocené vztahy nebo nepřízeň osudu. Prostě mají smůlu, která se jich drží. Cílem skupinového setkání by se mělo stát pochopení vlastní odpovědnosti za život, který máme. Účastníky bychom rádi přivedli na cestu poznání, jelikož oni jsou ti, kteří mají ve svých rukou rozhodnutí za své činy. Samozřejmě, že je může determinovat prostředí, ze kterého pochází, ale prostřednictvím vlastního odhodlání se mohou dostat jinam.

Účast na takovémto skupinovém by byla zcela dobrovolná, anonymní a zdarma. Bylo by pouze na vůli účastníků, jak intenzivně se budou podílet a zapojovat. Pro některé by mohla být pouhá přítomnost obohacující, jiní by si mohli vzájemně předávat informace a společně

najít nový pohled na věc. Je jasné, že pouhým sezením nezměníme strukturu osobnosti, celkové vyladění člověka, které se utvářelo v průběhu let. To samozřejmě není naším cílem. Rádi bychom s klienty hledali odpovědi na otázky, orientovali je směrem samostatnosti, odpovědnosti sama za sebe a uvědomění si podstaty svého já. Vzhledem ke zkušenostem z praxe se domníváme, že o účast na podobném setkání by mohl být zájem. Předpokladem pro účast klientů je potřeba zajímavě podat nabídku, se kterou přicházíme. Důležitá je tedy vhodná propagace formou letáku. Dále je důležité klienty informovat v dostatečném předstihu a tyto informace s blížící se akcí často připomínat. Samozřejmě je důležitá také příprava pracovníků a prostor. V případě zájmu účastníků bude možné sezení opakovat a navázat komplexní dlouhodobou spolupráci. Informační a propagační leták k této akci bude vylepen v zařízení, kde akce bude probíhat. Informační materiál je součástí příloh této práce. Společné setkání bude mít následnou podobu:

Název sezení:

Tvůj život je ve tvých rukách!

Zaměření sezení:

Motivace klientů k odpovědnosti za své činy, rozhodnutí a život

Cíl sezení:

Primárním cílem tohoto projektu je pomoc klientům. Pomoc spočívá v uvědomění si sebe sama a vlastní odpovědnosti ve všem, co v životě udělám a jak se rozhodnu. Sekundárním cílem je pozitivní motivace k léčbě závislosti nebo podpora v abstinenci a prevence relapsu.

Zaměření sezení:

- Seznámení účastníků,
- Společné plánování cesty,
- Start a začátek,
- Průběh, možné problémy a překážky,
- Cíl, udržení stavu,
- Nový život.

Stěžejní body a charakteristika:

Mezi základní parametry celého setkání zařazujeme následující:

- Vzájemnou spolupráci, upřímnost,
- Respektování názoru a osobnosti všech zúčastněných,
- Žádné fyzické či psychické nátlaky,
- Dobrovolnost, bezplatnost a anonymita.

Organizační struktura sezení:

Setkání proběhne vždy první pátek v měsíci v dopoledních hodinách. Bude rozdělen do dvou vzájemně propojených bloků. Jeden úsek bude v trvání 45 minut. Mezi jednotlivými bloky bude pauza k občerstvení a odpočinku, její délka se bude odvíjet od společné domluvy. Maximální počet účastníků jednoho bloku sezení je 10 osob. V případě, že by byla naplněna okamžitá maximální kapacita, bude domluven další blok sezení v co nejbližším termínu. Pořadí a účast klientů bude stanovena podle místa v pořadníku zapsaném u pracovníka zařízení. Setkání proběhne v místnosti s dostatečným počtem židlí a prostoru.

Konkrétní výstupy:

Konkrétními výstupy bude zápis ze setkání, které provede pracovník vedoucí skupinu. Dále pak výsledky pracovní činnosti účastníků sezení (kresby, poznámky, aj.) a možné záznamy ve výroční zprávě či zprávě o činnosti zařízení.

Metody a postupy užití v rámci sezení:

- Brainstorming, brainwriting,
- Modelové situace,
- Společná diskuze,
- Pozitivní motivace účastníků.

Účast na setkání by mohla být kombinována s individuálními konzultacemi či terapií, která byla navržena jako první koncept práce s klientem a mohla by otevřít prostor pro řešení témat, která nejsou vhodná pro skupinové intervence či terapii.

5.6 SWOT analýza výzkumného šetření

V následující kapitole uvedeme SWOT analýzu výzkumného šetření. Tato metoda analýzy se zaměřuje na stanovení čtyř matic zkoumaného cíle. Prvním jsou tzv. **strengths**, tedy

silné stránky. Dále jde o slabé stránky, z anglického **weaknesses**. Třetí složkou jsou **opportunities**, tedy příležitosti a v neposlední řadě určujeme hrozby, tedy **threats**. Tato metoda slouží ke komplexní, ale zároveň jasné a stručné analýze předloženého problému, práce, firmy či záměru.

V rámci SWOT analýzy jsme se zaměřili na praktickou část práce, jelikož teoretická část by pro toto zpracování byla bezpředmětná. Mezi silné stránky praktické části patří neotřelost tématu, dále specifická a nedostupnost, respektive zmapování obtížně dostupné cílové skupiny respondentů. Toto tvrzení vychází ze získané praxe sociálního pracovníka. Spolupráce probíhala s klienty, kterým je i v běžné práci (resp. sociální práci) zaručena naprostá anonymita, proto není snadné se k této cílové skupině dostat. Považujeme za úspěch, že se výzkumu zúčastnil tak vysoký počet respondentů, zároveň jsme si však vědomi, jak uvádíme v rámci slabých stránek, že pro běžný kvantitativní výzkum je hodnota spíše nižší. Kvalitu praktické části podporuje využití standardizované výzkumné metody, konkrétně dotazníku pro určení stupně Locus of Control H. Levenson. V průběhu celého výzkumného šetření jsme důrazně, s ohledem na cílovou skupinu, kladli důraz na zachování etiky. Metoda, kterou jsme využili, se může stát inspirací pro další výzkumné postupy, jelikož je univerzální a je možné ji aplikovat na různé specifické skupiny. Mezi nevýhody patří již zmíněný nižší počet respondentů. Zároveň byla problémem návratnost dotazníků. Někteří z respondentů zadání pravděpodobně nepochopili, nebo se snažili mít administraci dotazníků co nejrychleji za sebou. V mnoha případech jsme se setkali s vyplněním pouze určitého typu odpovědi, například došlo k tomu, že respondent zaznačil na škále pouze odpovědi s číslem tři apod. Jedním z důvodů může být například duševní rozpoložení respondentů, akutní intoxikace apod.

Jako příležitost můžeme spatřovat využití dotazníků jako sebereflexi. Klienti si často uvědomovali, jak dlouhá je jejich drogová kariéra. Často počítali, že užívání návykových látek jim vzalo více než polovinu života. Díky výzkumnému šetření jsme mohli s klienty navázat intenzivnější spolupráci a prohloubit naše mezilidské vztahy. V průběhu administrace dotazníků jsme často diskutovali o jejich životě, braní a možnosti další abstinence. Domníváme se, že získané výsledky bychom mohli dobře uplatnit v praxi, jako určitou formu zpětné vazby a statistických údajů. Samozřejmě se jedná o domněnky a jejich uplatnění v praxi budeme teprve uskutečňovat dle navrhnutého konceptu.

Schéma a koncept SWOT analýzy je součástí příloh této práce (P VI.).

ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce se věnuje tématu Locus of Control u uživatelů návykových látek ve vztahu k abstinenci a léčbě závislostí. V teoretické části jsme nejprve definovali koncepci Locus of Control, představili jsme nejvýznamnější autory, kteří se problematice věnují, uvedli jsme možnosti měření těchto dimenzí. V další kapitole jsme se zabývali drogovou závislostí, objasnili jsme drogovou epidemiologii a snažili jsme se charakterizovat drogovou scénu v České republice. Stručně jsme nastínili dělení a typy psychoaktivních látek a typy a stupně závislosti. Blíže jsme se zaměřili na faktory podmiňující vznik závislosti, které s konceptem Locus of Control souvisí. Determinanty, které předurčují člověka ke specifickému způsobu chování a myšlení jsou různé. Vyladění osobnosti a místo kontroly se může odvíjet od biologických či sociálních faktorů, které dále posunují vývoj člověka. V poslední kapitole teoretické části se věnujeme léčbě a pomoci v závislosti. Určili jsme léčebné programy dle typu poskytované služby na ambulantní, terénní a pobytové. Vzhledem k cílové skupině respondentů jsme se věnovali také autoléčbě. Jedná se o specifickou formu léčby, která se vyznačuje tím, že se závislý snaží situaci zvládnout sám, na základě vlastních sil. Velké množství našich klientů volí tuto variantu úzdravy ze závislosti, jelikož nechtějí být součástí léčebné instituce. Otázkou zůstává, jaká je efektivita těchto pokusů. Velmi důležitou součástí je také část práce, kde se věnujeme drogové závislosti v kontextu sociální pedagogiky.

V praktické části práce se věnujeme koncepci Locus of Control a úspěšnosti léčby. Pro výzkum jsme zvolili standardizovaný dotazník jedné z hlavních představitelk, H. Levenson. Tento jsme pak doplnili o položky zjišťující potřebné doplňující údaje. V realizaci výzkumného šetření jsme kladli velký důraz na etiku výzkumu vzhledem ke specifické cílové skupině respondentů. Uživatelé návykových látek patří mezi obtížně dostupné probandy výzkumů, jelikož si často pečlivě střeží své soukromí a anonymitu. Velkým pozitivem je realizace výzkumu v zařízení poskytující služby osobám závislým na návykových látkách. Měli jsme možnost získat informace od osob, ke kterým by se standardně bylo obtížné dostat.

Na základě výsledků, které nám výzkumné šetření přineslo, jsme se rozhodli navrhnout také doporučení pro praktické využití. Jelikož se ukázalo, že většina respondentů se pohybuje spíše v úrovni externistů, směřovali jsme celý koncept tímto směrem. Hlavní podstatou návrhu je podpořit vlastní sebevědomí a uvědomění si svých schopností a

dovedností. Je pro nás důležité, abychom v klientech posilovali odpovědnost za své činy, rozhodnutí a hlavně za celý svůj život. Cílem navrhovaného projektu je podpora všech klientů, kteří mají zájem se dále osobnostně rozvíjet a pracovat na sobě samých.

Věříme, že tato práce bude prospěšná při další spolupráci s klienty nízkoprahových služeb a zařízení, která se zaměřují na služby sociální prevence či léčby závislosti. Domníváme se, že cenné jsou zejména informace o faktorech, které podmiňují vznik závislosti, data získaná výzkumným šetřením a prvky věnující se koncepci Locus of control. Na základě spolupráce s klienty se nám jeví jako vhodné posilovat vlastní uvědomění a motivovat klienty ke změně životního stylu. Můžeme přitom vycházet z konceptu místa kontroly a z návrhu projektu *Tvůj život je ve tvých rukou!*. Práce s externálně zaměřenými klienty je pro pracovníky a terapeuty velmi náročná, jelikož jsou klienti často přesvědčeni, že i kdyby se snažili se svým životem a závislostí něco udělat, není to možné. V rámci léčby závislosti by měly být stanoveny reálné a přiměřené cíle, které budou pro klienty zvládnutelné. V případě, že by klienti viděli pozitivní výsledky a dílčí úspěchy v průběhu léčby, mohlo by je to výrazně lépe motivovat pro další činnost. Díky těmto drobným krůčkům se zvyšuje prestiž klienta, může dojít ke zvýšení výkonové motivace. Dále se u klientů zdůrazňuje pocit úspěchu, který se odráží ve snaze a pili pracovat sám na sobě. Tím pádem se zvyšuje posun směrem k internímu Locus of Control.

K vyšší odpovědnosti za svůj život, zaměstnání, rodinu, vzdělání je potřeba, aby se s klienty pracovalo na postupné modelaci a posílení vnitřního „já“. Klienti by se měli motivovat k tomu, aby jejich příprava k práci, škole, vztah k rodině a celková snaha vedla k úspěšnosti v rámci celoživotní úrovně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici - streetwork*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2000. Co-jak-proč. ISBN 80-7239-048-1.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1.

ČR. *Národní strategie protidrogové politiky: Období 2010 - 2018*. In: Praha: Vláda České republiky, 2010. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/NSPP_revize_II.pdf.

Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 198 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

HALPERT, Rita a Russ HILL. *The Locus of Control Construct's Various Means of Measurement: A researcher's guide to some of the commonly used Locus of Control scales* [online]. 1. Will to press, 2011 [cit. 2015-12-06]. ISBN 978-0-983-3464-3-2. Dostupné z: http://teachinternalcontrol.com/uploads/LOC_Measures__1_.pdf

Hanna Levenson, PhD.: clinicalpsychologist, teacher, researcher. *Hanna Levenson* [online]. San Francisco, 2007 [cit. 2015-12-06]. Dostupné z: <http://www.hannalevenson.com/>

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork. 1. vyd. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork, 2010. ISBN 978-80-86728-42-1.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

LEFCOURT, Herbert. *Locus of Control: Current Trends in Theory & Research*. 2. Oxon, England: Psychology Press, 2014. ISBN 9781317757665.

LEVENSON, Hanna. Differentiating among internality, powerful others, and chance. *Research with the Locus of Control Construct (Vol. 1)* [online]. New York: Academic Press, 1981, (1): 15-63 [cit. 2015-12-06]. ISSN 13-12-443203-6. Dostupné z: <http://www.hannalevenson.com/locus.pdf>

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

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

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., dotisk. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0628-1.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ. *Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka*. 4., rozš. vyd. Praha: Sdružení FIT IN - Rodiče proti drogám pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. ISBN 80-260-3874-6.

NEŠPOR, Karel, Hana PERNICOVÁ a Ladislav CSÉMY. *Jak zůstat fit a předejít závislosti: [náměty pro rodiče, učitele a vychovatele, inspirace pro děti a dospívající]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8.

NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-515-6.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.

- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2011. ISBN 978-80-200-1499-3.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994, 85 s. Medica. ISBN 80-85800-18-7.
- PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3470-5.
- PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-399-4.
- PYŠNÝ, Ladislav. *Doping, zdraví, výkon*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-813-1.
- POLÁČKOVÁ, V., ŘEZNÍČEK, M. *Sociální pedagogika I.: sociální deviace a její prevence*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2004.
- SOTOLÁŘ, Alexander, František PÚRY, Pavel ŠÁMAL, Stanislav KUDRLE a Kamil KALINA. ČR. *Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení*. In: . Praha: Justiční akademie České republiky, 2003, ročník 2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika. Praha: Úřad vlády ČR, 2015, ^^^svazků. 1x ročně.
- VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.
- ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
- Závěrečná zpráva 2014: Kontaktní a poradenské centrum Plus. In: *Kontaktní centrum Plus: Služby pro uživatele drog a jejich blízké* [online]. Kroměříž, 2015 [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://kontaktni-centrum-plus.webnode.cz/zaverecne-zpravy/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

LoC	Locus of Control
JIP	Jednotka intenzivní péče
ARO	Anesteticko – resuscitační oddělení
OPL	Omamné a psychotropní látky
HIV	Human Immunodeficiency Virus
VHC	Virová hepatitida typu C
VHB	Virová hepatitida typu B
ČR	Česká republika
WHO	World Hospital Organization
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
LSD test	Least Significant Difference test

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	70
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Likertova škála použita v dotazníku	60
Tabulka 2 Věková skladba respondentů	69
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	70
Tabulka 4 Popisná statistika dimenzí lokalizace místa kontroly	71
Tabulka 5 Doba užívání návykových látek.....	71
Tabulka 6 Počet pokusů a započetí léčby	71
Tabulka 7 Počet respondentů, kteří úspěšně ukončili léčbu	72
Tabulka 8 Počet pokusů o abstinenci.....	72
Tabulka 9 Úplná abstinence respondentů v budoucnu	73

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník pro účely práce

P II: Dotazník LoC H. Levenson (AJ)

P III: Dotazník LoC H. Levenson (ČJ)

P IV: Dotazník k vyhodnocení

P V: Leták doporučení pro praxi

P VI: SWOT analýza výzkumné části

Příloha P I: DOTAZNÍK PRO ÚČELY PRÁCE

IPC škála Heleny Lavenson							
Pořadové číslo dotazníku:							
Pohlaví:							
Věk:							
Nejvyšší dosažené vzdělání:							
Číslo otázky:	Znění výroku:	Odpověď respondenta					
		Velmi souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Velmi nesouhlasím
1.	To, zda se stanu nebo nestanu vůdčí osobností, závisí většinou na mých schopnostech.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
2.	Můj život je do velké míry řízen náhodami.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
3.	Myslím si, že o událostech, které se dějí v mém životě, rozhodují většinou vlivní lidé.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
4.	To, zda se stanu účastníkem autonehody nebo ne, závisí většinou na mých vlastních řídicích schopnostech.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
5.	Pokud si dělám plány, jsem si téměř jistý/á, že je i uskutečním.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
6.	Často nemám možnost ochránit své osobní zájmy před nešťastnými náhodami.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
7.	Když získám to, co chci, je to obvykle proto, že mám štěstí.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
8.	Navzdory mým možným dobrým schopnostem mi odpovědnost za vedoucí postavení nebude svěřena bez toho, že bych se snažil/a zalíbit lidem na mocenských pozicích.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
9.	Počet mých přátel závisí na tom, jak příjemnou osobou jsem.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
10.	Mnohokrát jsem již zjistil/a, že co se má stát, stane se.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
11.	Můj život je řízen zejména vlivnými lidmi.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
12.	To, zda se stanu účastníkem nehody nebo ne, je většinou otázkou štěstí.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
13.	Lidé jako já mají velmi malou šanci ochránit své osobní zájmy, pokud jsou tyto v rozporu se zájmy silných nátlakových skupin.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
14.	Není pro mě vždy rozumné plánovat do příliš vzdálené budoucnosti, protože se spousta věcí ukáže být otázkou (ne)štěstí.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
15.	Získání toho, co chci, si	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3

	vyžaduje naklonění si lidí nade mnou.						
16.	To, zda se stanu nebo nestanu vůdčí osobností, závisí většinou na tom, zda budu mít štěstí být ve správný čas na správném místě.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
17.	Pokud by se důležité lidi rozhodli, že mne nemají rádi, pravděpodobně bych si nenašel/šla mnoho přátel.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
18.	Mohu poměrně jasně rozhodovat o tom, co se stane v mém životě.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
19.	Obvykle jsem schopný/á ochránit své osobní zájmy.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
20.	To, zda se stanu účastníkem autonehody nebo ne, závisí většinou na druhém řidiči.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
21.	Když získám to, co chci, je to obvykle proto, že jsem na tom tvrdě pracoval/a.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
22.	Aby mé plány fungovaly, ujistím se, že se shodují s tím, co chtějí lidé, kteří mají nade mnou moc.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
23.	Můj život je určován mými vlastními činy.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
24.	Je především otázkou osudu, zda mám mnoho nebo málo přátel.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3

V následující tabulce uveďte, jak moc s uvedeným tvrzením souhlasíte nebo nesouhlasíte:

(1 – nejméně; 5 – nejvíce)

25.	Závislost na návykových látkách ovlivňuje můj každodenní život.	1	2	3	4	5
26.	S užíváním návykových látek můžu kdykoliv přestat.	1	2	3	4	5
27.	Bez užití návykové látky si nedokážu představit svůj den.	1	2	3	4	5
28.	Léčbu závislosti bych mohl úspěšně dokončit.	1	2	3	4	5

Kolikrát jste absolvoval/a (započal/a) léčbu závislosti?

.....

Kolikrát jste úspěšně dokončil/a léčbu závislosti?

.....

Kolikrát jste se pokusil/a abstinovat?

.....

Příloha P I: DOTAZNÍK LOC H. LEVENSON (AJ)

Původní verze H. Levenson v anglickém jazyce.

Internality Subscale: Items 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21, 23

Powerful Others Subscale: Items 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22

Chance Subscale: Items 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24

Directions for scoring: Add up the eight responses for each scale. Add a constant of 24 to each scale (to eliminate negative sums). Each respondent receives three scores (from 0-48) indicating his/her relative standing on each of the three dimensions.

	<i>Strongly Disagree -3</i>	<i>Disagree -2</i>	<i>Slightly Disagree -1</i>	<i>Slightly Agree +1</i>	<i>Agree +2</i>	<i>Strongly Agree +3</i>
1. Whether or not I get to be a leader depends mostly on my ability.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2. To a great extent my life is controlled by accidental happenings.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3. I feel like what happens in my life is mostly determined by powerful people.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4. Whether or not I get into a car accident depends mostly on how good a driver I am.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5. When I make plans, I am almost certain to make them work.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
6. Often there is no chance of protecting my personal interests from bad luck happenings.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
7. When I get what I want, it's usually because I'm lucky.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
8. Although I might have good ability, I will not be given leadership responsibility without appealing to those in positions of power.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
9. How many friends I have depends on how nice a person I am.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
10. I have often found that what is going to happen will happen.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
11. My life is chiefly controlled by powerful others.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
12. Whether or not I get into a car accident is mostly a matter of luck.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
13. People like myself have very little chance of protecting our personal interests when they conflict with those of strong pressure groups.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
14. It's not always wise for me to plan too far ahead because many things turn out to be a matter of good or bad fortune.	-3	-2	-1	+1	+2	+3

	<i>Strongly Disagree</i> -3	<i>Disagree</i> -2	<i>Slightly Disagree</i> -1	<i>Slightly Agree</i> +1	<i>Agree</i> +2	<i>Strongly Agree</i> +3
15. Getting what I want requires pleasing those people above me.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
16. Whether or not I get to be a leader depends on whether I'm lucky enough to be in the right place at the right time.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
17. If important people were to decide they didn't like me, I probably wouldn't make many friends.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
18. I can pretty much determine what will happen in my life.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
19. I am usually able to protect my personal interests.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
20. Whether or not I get into a car accident depends mostly on the other driver.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
21. When I get what I want, it's usually because I worked hard for it.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
22. In order to have my plans work, I make sure that they fit in with the desires of people who have power over me.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
23. My life is determined by my own actions.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
24. It's chiefly a matter of fate whether or not I have a few friends or many friends.	-3	-2	-1	+1	+2	+3

Převzato z: Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1, pp. 15-63). New York: Academic Press.

Příloha P III: DOTAZNÍK LOC H. LAVENSON (ČJ)

Verze dotazníku v českém jazyce.

IPC škála Heleny Lavenson							
Pořadové číslo dotazníku:							
Pohlaví:							
Věk:							
Číslo otázky:	Znění výroku:	Odpověď respondenta					
		Velmi souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Velmi nesouhlasím
1.	To, zda se stanu nebo nestanu vůdčí osobností, závisí většinou na mých schopnostech.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
2.	Můj život je do velké míry řízen náhodami.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
3.	Myslím si, že o událostech, které se dějí v mém životě, rozhodují většinou vlivní lidé.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
4.	To, zda se stanu účastníkem autonehody nebo ne, závisí většinou na mých vlastních řídicích schopnostech.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
5.	Pokud si dělám plány, jsem si téměř jistý/á, že je i uskutečním.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
6.	Často nemám možnost ochránit své osobní zájmy před nešťastnými náhodami.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
7.	Když získám to, co chci, je to obvykle proto, že mám štěstí.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
8.	Navzdory mým možným dobrým schopnostem mi odpovědnost za vedoucí postavení nebude svěřena bez toho, že bych se snažil/a zalíbit lidem na mocenských pozicích.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
9.	Počet mých přátel závisí na tom, jak příjemnou osobou jsem.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
10.	Mnohokrát jsem již zjistil/a, že co se má stát, stane se.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
11.	Můj život je řízen zejména vlivnými lidmi.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
12.	To, zda se stanu účastníkem nehody nebo ne, je většinou otázkou štěstí.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
13.	Lidé jako já mají velmi malou šanci ochránit své osobní zájmy, pokud jsou tyto v rozporu se zájmy silných nátlakových skupin.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
14.	Není pro mě vždy rozumné plánovat do příliš vzdálené budoucnosti, protože se spousta věcí ukáže být otázkou (ne)štěstí.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
15.	Získání toho, co chci, si vyžaduje naklonění si lidí	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3

	nade mnou.						
16.	To, zda se stanu nebo nestanu vůdčí osobností, závisí většinou na tom, zda budu mít štěstí být ve správný čas na správném místě.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
17.	Pokud by se důležité lidi rozhodli, že mne nemají rádi, pravděpodobně bych si nenašel/šla mnoho přátel.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
18.	Mohu poměrně jasně rozhodovat o tom, co se stane v mém životě.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
19.	Obvykle jsem schopný/á ochránit své osobní zájmy.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
20.	To, zda se stanu účastníkem autonehody nebo ne, závisí většinou na druhém řidiči.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
21.	Když získám to, co chci, je to obvykle proto, že jsem na tom tvrdě pracoval/a.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
22.	Aby mé plány fungovaly, ujistím se, že se shodují s tím, co chtějí lidé, kteří mají nade mnou moc.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
23.	Můj život je určován mými vlastními činy.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
24.	Je především otázkou osudu, zda mám mnoho nebo málo přátel.	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3

IPC škála Heleny Lavenson							
Pořadové číslo dotazníku:							
Pohlaví:							
Věk:							
Nejvyšší dosažené vzdělání:							
Číslo otázky:	Znění výroku:	Odpověď respondenta					
		Velmi souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Velmi nesouhlasím
1.	To, zda se stanu nebo nestanu vůdčí osobností, závisí většinou na mých schopnostech.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
2.	Můj život je do velké míry řízen náhodami.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
3.	Myslím si, že o událostech, které se dějí v mém životě, rozhodují většinou vlivní lidé.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
4.	To, zda se stanu účastníkem autonehody nebo ne, závisí většinou na mých vlastních řídicích schopnostech.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
5.	Pokud si dělám plány, jsem si téměř jistý/a, že je i uskutečním.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
6.	Často nemám možnost ochránit své osobní zájmy před nešťastnými náhodami.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
7.	Když získám to, co chci, je to obvykle proto, že mám štěstí.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
8.	Navzdory mým možným dobrým schopnostem mi odpovědnost za vedoucí postavení nebude svěřena bez toho, že bych se snažil/a zalbit lidem na mocenských pozicích.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
9.	Počet mých přátel závisí na tom, jak příjemnou osobou jsem.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
10.	Mnohokrát jsem již zjistil/a, že co se má stát, stane se.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
11.	Můj život je řízen zejména vlivnými lidmi.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
12.	To, zda se stanu účastníkem nehody nebo ne, je většinou otázkou štěstí.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
13.	Lidé jako já mají velmi malou šanci ochránit své osobní zájmy, pokud jsou tyto v rozporu se zájmy silných nátlakových skupin.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
14.	Není pro mě vždy rozumné plánovat do předešlé vzdálené budoucnosti, protože se spousta věcí ukáže být otázkou (ne)štěstí.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
15.	Získání toho, co chci, si	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3

	vylučuje naklonění si lidí nade mnou.						
16.	To, zda se stanu nebo nestanu vůdčí osobností, závisí většinou na tom, zda budu mít štěstí být ve správný čas na správném místě.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
17.	Pokud by se důležití lidé rozhodli, že mne nemají rádi, pravděpodobně bych si nenašel/šla mnoho přátel.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
18.	Mohu poměrně jasně rozhodovat o tom, co se stane v mém životě.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
19.	Obvykle jsem schopný/á ochránit své osobní zájmy.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
20.	To, zda se stanu účastníkem autonehody nebo ne, závisí většinou na Druhém řidiči.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
21.	Když získám to, co chci, je to obvykle proto, že jsem na tom tvrdě pracoval/a.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
22.	Aby mé plány fungovaly, ujistím se, že se shodují s tím, co chtějí lidé, kteří mají nade mnou moc.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
23.	Můj život je určován mými vlastními činy.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3
24.	Je především otázkou osudu, zda mám mnoho nebo málo přátel.	+3	+2	+1	- 1	- 2	- 3

Internaliry Subscale: Items 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21, 23

Powerful Others Subscale: Items 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22

Chance Subscale: Items 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24

TVŮJ ŽIVOT JE VE TVÝCH RUKOU!

No ne?

Zveme tě na společné setkání s pracovníky, kde se budeme věnovat tomu, co v životě můžeme ovlivnit a jak jej můžeme udělat lepší sobě i okolí!

Setkání je dobrovolné, zdarma a anonymní!



Kde: u nás v Káčku

Kdy: každý první pátek v měsíci dopoledne

Přesný start: 10 hodin

P VI: SWOT analýza výzkumné části

