

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

**Služby kontaktního centra poskytované uživatelům  
nealkoholových drog**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**

**PhDr. Alena Plšková**

**Vypracovala:**

**Jana Wünschová, DiS.**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Služby kontaktního centra poskytované uživatelům nealkoholových drog, zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 15. 4. 2012

.....

Jana Wünschová, DiS.

## **Poděkování**

Děkuji paní PhDr. Aleně Plškové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji za podporu svým blízkým a také kolegům za jejich cenné informace.

Jana Wünschová, DiS.

# OBSAH

<b>Úvod</b>	<b>2</b>
<b>1. Drogová závislost a systém péče</b>	<b>3</b>
1.1. Drogová závislost	6
1.2. Následky drogové závislosti	6
1.3. Základní přístup Harm Reduction	9
<b>2. Kontaktní centrum</b>	<b>11</b>
2.1. Kontaktní centrum Vídeňská v síti služeb SPR	11
2.2. Cílová skupina kontaktního centra	15
2.3. Poslání a cíle kontaktního centra	17
2.4. Vstup klienta do služby, kontrakt a individuální plánování	19
<b>3. Základní služby kontaktního centra</b>	<b>22</b>
3.1. Kontaktní práce	23
3.2. Podpora minimalizace rizik	26
3.3. Základní zdravotní péče	29
3.4. Doplnkové služby	34
<b>4. Poradenské a sociální služby</b>	<b>35</b>
4.1. Základní poradenství	35
4.2. Krátkodobé intervence	37
4.3. Strukturované poradenství	38
4.4. Sociální práce	40
<b>5. Praktická část</b>	<b>43</b>
5.1. Cíle a metody výzkumu, stanovení hypotéz	43
5.2. Charakteristika respondentů	44
5.3. Vlastní výzkum	45
5.4. Analýza a prezentace získaných výsledků	62
<b>Závěr</b>	<b>65</b>
<b>Resumé</b>	<b>67</b>
<b>Anotace</b>	<b>68</b>
<b>Seznam literatury</b>	<b>69</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>73</b>

# Úvod

Užívání drog je považováno za velký společenský problém. Je příčinou sociálního vyloučení, kriminality, poškození zdraví, šíření infekčních chorob, nezaměstnanosti. Opatření sloužící k řešení drogových problémů často vedou ke kontroverzím mezi laickou veřejností a některými odborníky. Zároveň ale také bývají zdrojem dynamiky drogové debaty, kdy se dostávají do hry kritéria vhodnosti a užitečnosti různých intervencí a navazujících opatření.

Ve své bakalářské práci chci představit zařízení, které je součástí pilíře moderní protidrogové politiky. Konkrétně se jedná o Kontaktní centrum Vídeňská v Brně, které je jedním z center nestátní organizace Sdružení Podané ruce. Po dobu čtyř let jsem zde vykonávala dobrovolnickou činnost v rámci terénních programů a kontaktního centra. V současné době zde více než dva roky pracuji na pozici kontaktní pracovník a zdravotník. Téma bakalářské práce „Služby kontaktního centra poskytované uživatelům nealkoholových drog“ jsem si zvolila nejen z důvodu spojitosti s oborem sociální pedagogiky, ale také kvůli svému zájmu o drogovou a zdravotní problematiku.

Cílem této práce je seznámení odborné i laické veřejnosti s činností Kontaktního centra Vídeňská. Dále zjištění míry informovanosti klientů o zdravotních rizicích spojených s injekčním užíváním drog a to, zda získané informace mají vliv na jejich rizikové chování.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Toto členění slouží k lepší přehlednosti a účelnosti. V teoretické části se zabývám drogovou závislostí obecně, jejími následky, programem na snižování rizik- Harm Reduction. Ve druhé kapitole popisuji činnost zmíněného kontaktního centra, jeho cílovou skupinu, poslání, cíle, vstup klienta do služby, kontrakt a individuální plánování. Třetí a čtvrtá kapitola podrobněji rozebírá nabízené služby, k nimž patří kontaktní práce, podpora minimalizace rizik, základní zdravotní péče, doplňkové služby, základní poradenství, krátkodobé intervence, strukturované poradenství a sociální práce.

Praktická část je zaměřena na zjištění míry informovanosti klientů o zdravotních rizicích spojených s injekčním užíváním drog, vlivu informací na jejich chování a v neposlední řadě hledání odpovědí na mnou stanovené hypotézy.

Při zpracování bakalářské práce jsem využila poznatky, které jsem získala při studiu oboru sociální pedagogika.

# 1. Drogová závislost a systém péče

## 1.1. Drogová závislost

Člověk od pradávna hledá možné způsoby, jak se odpoutat od reality a jak uniknout před bolestí a pocitům osamění. Může se stát, že tato přirozená touha přejde v nutkavou potřebu a přispěje k rozvoji chorobných jevů- závislosti. Kudrle tak označuje dlouhodobou a postupně se zhoršující poruchu rozvíjející se díky touze po změně prožívání. Vyznačuje se též narušením až ztrátou kontroly nad svým chováním, trváním takového chování i přes jeho negativní dopady a stavem nelibosti při odepření látky, která tyto stavy navodila.<sup>1</sup>

Mezinárodní klasifikace nemocí vydaná Světovou zdravotnickou organizací vymezuje závislost na návykových látkách jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních jevů, kdy užívání určité látky je pro jedince důležitější než-li jiné, dříve více ceněné jednání. Pro stanovení této diagnózy je nutné splnění alespoň tří ze jmenovaných jevů, které se vyskytnou během jednoho roku. Jedná se o silnou touhu po užívání látky, obtížné sebeovládání při jejím užívání, tělesný odvykací stav, zvyšování tolerance k návykové látce, zanedbávání zájmů ve prospěch psychoaktivní látky a setrvání v užívání látky i přes sociální, psychické či tělesné problémy, které způsobuje.<sup>2</sup>

Uvedená kritéria jsou podobná vymezení závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM- IV). Ta ale mezi známkami závislosti neuvádí výše zmíněnou touhu, bažení (craving).<sup>3</sup> Dle Fischera a Škody by se mohl vznik závislosti na návykových látkách označit jako proces celkových změn vyskytujících se v somatické, psychické a sociální stránce člověka. Uvádějí také, že závislost na droze nevzniká náhle, ale probíhá v jednotlivých fázích. Zahrnuje stadium experimentální, stadium příležitostného užívání, pravidelného užívání a jako poslední návyk a závislost.<sup>4</sup> Odborná literatura ale ovšem nabízí celou řadu dalších definic závislosti.

---

<sup>1</sup> Kalina K. a kol., Drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 107

<sup>2</sup> Nešpor K., Provazníková H., Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, 3. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999, s. 34- 35

<sup>3</sup> Nešpor K., Návykové chování a závislost, 2. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 16

<sup>4</sup> Fischer S., Škoda J., Sociální patologie, analýza příčin a možnost ovlivňování závažných a sociálně patologických jevů, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 104

Kalina poskytuje přehled hlavních přístupů, které se uplatňují jak v teorii závislosti, tak i v samotné práci s uživateli drog.

- **Biomedicínský model-** drogová závislost je pokládána za chronické onemocnění, které je léčitelné. Uživatel drog nepřestane být nikdy závislým, ale může dosáhnout abstinence.
- **Bio- psycho- sociální model-** rozšiřuje výše zmíněný model o psychické funkce a mezilidské vztahy. Závislost vzniká během vývoje jedince v interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Kudrle navíc uvádí i vliv specifických reakcí a změnu v neurobiologii člověka.<sup>5</sup> Při léčbě se uplatňují kromě detoxifikace a farmakoterapie také psychosociální terapie.
- **Přístup ochrany veřejného zdraví (Public Health)-** vychází z epidemiologie, veřejné politiky a sociologie. Zaměřuje se na ochranu společnosti především před přenosem infekčních chorob, kdy ochrana populace je upřednostňována před zájmy jedince. Jeho vznik a vývoj je reakcí na šíření viru HIV. Má proto spojitost i s modelem Harm Reduction.
- **Přístup minimalizace poškození (Harm Reduction)-** soustředěný hlavně na individuální potřeby klienta. Blíže popisují tento model v nadcházející kapitole.
- **Přístup morální a spirituální-** aplikuje sociální a sociálně- pedagogické postupy související s křesťanskou morálkou (přesah i do svépomocných hnutí Anonymních narkomanů). Spirituální model vidí jedinou možnost zbavení se závislosti v náboženském obrácení, víře a životu v komunitě podobně smýšlejících lidí.<sup>6</sup>

Rozdílné účinky psychoaktivních látek mohou dělit závislost na biologickou (somatickou) a psychickou. Fischer a Škoda definují somatickou závislost jako stav adaptace na návykovou látku, zvýšenou toleranci při jejím užívání a abstinenci příznaky v době jejího snížení či vysazení. Vyskytuje se převážně u drog opiátového typu. Psychická závislost se vyznačuje nutkavou potřebou po požití drogy nutné k dosažení příjemných pocitů a odstranění zážitků opačných.<sup>7</sup> Rozvíjí se hlavně při užívání stimulantů, jejichž hlavním představitelem je pervitin.

---

<sup>5</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 91

<sup>6</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 78- 81

<sup>7</sup> Fischer S., Škoda J., Sociální patologie, analýza příčin a možnost ovlivňování závažných a sociálně patologických jevů, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 94

Pojem „droga“ vysvětlují celé řady definicí. Nešpor a Csémy tak kupříkladu označují každou přírodní nebo chemickou látku, která ovlivňuje myšlení, prožívání, chování a mění duševní stav člověka.<sup>8</sup> Ondrejkoovič a Poliaková uvádí, že se ve většině případů jedná o psychoaktivní látku, která mění psychický stav a duševní procesy. Drogou rozumí látku nerostného, rostlinného nebo živočišného původu, jež může po aplikaci do lidského organismu vyvolat psychickou nebo fyzickou závislost. Její škodlivost nezůstává jen ve vysoké pravděpodobnosti závislosti, ale také v devastaci až zničení některých orgánů a struktur v lidském těle.<sup>9</sup>

Matoušek od sebe odlišuje termín droga a návyková látka. Za drogu považuje obecně lék, či dostupnou psychoaktivní látku, kterou je možno sehnat bez lékařského předpisu. Ta může, ale nemusí vyvolat závislost (alkohol, kofein, tabák). Látku, která působí na psychický a somatický stav jedince s rizikem vzniku závislosti označuje jako návykovou látku (léky, drogy, alkohol atd.).<sup>10</sup> Ve své bakalářské práci však nebudu obecně užívané termíny droga, návyková látka a nealkoholová droga odlišovat.

---

<sup>8</sup> Nešpor K., Csémy L., Alkohol, drogy a vaše děti, 5. vyd. Praha: Sdružení FIT IN- Rodiče proti drogám, 2003, s.30

<sup>9</sup> Ondrejkoovič P., Poliaková E. a kol., Protidrogová výchova, 1. vyd. Bratislava: VEDA, 1999, s. 12

<sup>10</sup> Matoušek, O., Slovník sociální práce, 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 59 a 119



## 1.2. Následky drogové závislosti

Následky, které přináší životní styl s drogou, jsou velmi rozmanité a zasahují člověka, potažmo společnost napříč sociálním, věkovým a kulturním spektrem. Závislost s sebou nese spoustu problémů zdravotních a sociálních včetně např. doprovodné kriminality.

Fišer a Škoda uvádí čtyři kategorie škodlivých účinků užívání drog:

- **akutní či krátkodobé stavy**- jedná se o přechodné stavy po intoxikaci psychoaktivní látkou. Projevují se poruchami fyzické koordinace, soustředění a uvažování. V případě akutní intoxikace může také dojít k nejdůležitější komplikaci, tedy k úmrtí. Nerozhoduje míra závislosti na konkrétní droze, může se jednat i o první kontakt s ní.
- **chronická zdravotní poškození**- vznikají dlouhodobějším zneužíváním psychoaktivních látek. Jedná se např. o virové hepatitidy a AIDS zejména v případě injekčních uživatelů drog. Dochází i k jiným somatickým a psychickým onemocněním.
- **akutní sociální důsledky**- jde o bezprostřední reakci společnosti na zneužívání psychoaktivních látek jedincem. Patří mezi ně ukončení vztahu, zatčení, uvěznění, apod.
- **chronické sociální důsledky**- opět vznikají dlouhodobějším zneužíváním psychoaktivních látek a vztahují se na rodinný a profesní život jedince. Většinou jde o rozpad vztahu či rodiny, nezaměstnanost, kriminalizaci, bezdomovectví apod.<sup>11</sup>

Vágnerová uvádí, že postoj veřejnosti k uživatelům drog je odmítavější a více odsuzující, než k lidem, kteří pijí alkohol. Tato skutečnost drogově závislé stigmatizuje a sociálně izoluje. Pohrdání společností přispívá k identifikaci těchto lidí s drogovou subkulturou, k přijetí jejích hodnot a norem. Psychické změny a odlišné chování závislých na psychoaktivních látkách mají významné sociální důsledky. Přestávají respektovat příslušné normy, neplní své povinnosti, schází soustředění a motivace k jakékoliv činnosti. Dochází ke ztrátě zaměstnání či k ukončení studia. V určité fázi

---

<sup>11</sup> Fischer S., Škoda J., Sociální patologie, analýza příčin a možnost ovlivňování závažných a sociálně patologických jevů, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 92

rozvoje své závislosti už tito jedinci pouze parazitují na rodině a společnosti a postupně ztrácí většinu svých sociálních rolí, jelikož nejsou schopni plnit požadavky s nimi spojené.<sup>12</sup>

Velmi častým důsledkem drogové závislosti je trestná činnost. Vysoká míra kriminálního chování mezi drogově závislými je běžná. Nejčastějším typem trestné činnosti jsou krádeže v obchodech související s potřebou opatřit si finanční prostředky na drogy. To se pochopitelně odráží i ve vysokém počtu kontaktů uživatelů drog s trestněprávním systémem.<sup>13</sup>

Vedle sociálních důsledků drogové závislosti se často vyskytují i psychické poruchy a onemocnění. Kalina v této souvislosti hovoří o tzv. psychopatologii komplikací a vyjmenovává tyto poruchy:

- akutní intoxikaci
- odvykáací stav
- psychotickou poruchu
- amnestický syndrom
- reziduální stavy
- deprese.<sup>14</sup>

Gossop uvádí, že prevalence úzkostných a depresivních poruch je mezi uživateli drog v léčbě vyšší než v běžné populaci. Některé studie říkají, že přibližně polovina léčených uživatelů drog na opiátech nebo simulantech, měla v životě alespoň jednu epizodu deprese, přičemž asi třetina trpěla depresí při příjmu do léčby.<sup>15</sup>

Jedním z následků drogové závislosti či užití drogy je i úmrtí. K jejím příčinám můžeme zařadit předávkování, sebevraždy, násilí, nehody a různá onemocnění. K těm nejčastějším jistě patří infekční choroby a jejich důsledky. Nejdříve se zmíním o onemocnění HIV/ AIDS a následně popíši virovou hepatitidu typu C, která je mezi intravenózními uživateli drog nejčastější chorobou přenášenou krevní cestou.

Středem zájmu je stále virus HIV (Human immunodeficiency virus) způsobující onemocnění AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome). Virus se vyskytuje v krvi, spermatu a poševním sekretu. Přenáší se infikovanou krví zejména u injekčních

<sup>12</sup> Vágnerová M., Psychopatologie pro pomáhající profese, 3.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 573-574

<sup>13</sup> Gossop M, Léčba problémů spojených se zneužíváním drog, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR 2009, s. 14

<sup>14</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 67-70

<sup>15</sup> Gossop M, Léčba problémů spojených se zneužíváním drog, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2009, s. 14

uživatelů drog, nechráněným pohlavním stykem (análním a vaginálním) s infikovaným partnerem, během těhotenství a porodu z infikované matky na dítě- ve vyspělých zemích již výjimečný. Získání viru HIV se projevuje únavou, závratěmi, nočním pocením, ztrátou váhy, tvorbou modřin a krvácením. Protilátky se v těle tvoří za 3- 4 týdny ode dne nákazy- toto období se označuje jako inkubační doba. Po odeznění těchto symptomů nastává období, kdy nakažený nemusí mít měsíce až roky žádné příznaky. Po 10- 15 letech propuká HIV pozitivita v onemocnění AIDS, syndrom získané ztráty imunity. Nemocný pak může zemřít na běžnou virovou nákazu.

Toto onemocnění stále patří mezi nevyléčitelné choroby, smyslem léčby je v první řadě prodloužení života HIV pozitivního člověka. Statistické údaje Světové zdravotnické organizace uvádí, že v roce 2009 žilo na světě asi 32- 35 milionů lidí s infekcí HIV, z nich 3 miliony nakažených dětí do 15 let.<sup>16</sup>

Virová hepatitida typu C (VHC) je též označována jako žloutenka či virový zánět jater. Přenáší se stejnou cestou jako zmíněný virus HIV. Inkubační doba trvá obvykle 6 týdnů. Po tomto různě dlouhém období nastává akutní rozvoj infekce VHC. Ve většině případů má asymptomatický průběh, může se ale objevit i únava, malátnost, chřipkové příznaky, bolesti svalů a kloubů, zažívací obtíže, ikterus (žluté zbarvení kůže), nažloutnutí očního bělma, tmavá moč a světlá stolice.<sup>17</sup>

Pokud infekce není časně odhalena a adekvátně léčena, přechází VHC do chronické fáze. Ta je definována přítomností viru v těle déle než 6 měsíců. V této době mohou příznaky onemocnění vymizet a dotyčný může být měsíce až roky bez obtíží. Jaterní buňky se ale postupně přetváří ve vazivovou tkáň- ve výsledku označovanou jako jaterní cirhóza. Ta následně vede k hepatocelulárnímu karcinomu (rakovině jater) a jaternímu selhání.

Léčba VHC infekce je založena na dodržování diety, abstinenci, podávání hepatoprotektiv, ribavirinu a injekčního interferonu podávaného 1x týdně do podkoží. Terapie a její úspěšnost se tak odvíjí od stadia tohoto onemocnění a spolupráce pacienta s lékařem. Studie uvádí, že mezi injekčními uživateli drog, kteří nemají VHC déle než 10 let dochází v 70 % k úplnému uzdravení.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Adiktologie, odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti, Praha: Centrum adiktologie, PK 1. LF UK, 2011, (11) 3, s. 167- 170

<sup>17</sup> Řehák V., Virová hepatitida typu C, Manuál pro adiktology- koncept, s. 8

<sup>18</sup> Horák J., Stříteský J., Chronické hepatitidy, I. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 63 -70

### 1. 3. Základní přístup Harm Reduction

Pojem Harm Reduction byl definován v 80. letech 20 století v souvislosti s novým přístupem k uživatelům drog, který reagoval na nárůst onemocnění HIV/AIDS. Nejprve se rozšiřoval v U.S.A., Anglii, Nizozemí, Německu a Švýcarsku.

Obecně tento termín označuje snižování škod. V souvislosti s návykovými látkami je spojován s protidrogovou politikou, výměnou injekčního materiálu a s intervencí zahrnující bezpečnější užívání drog.

Kalina Harm Reduction popisuje jako souhrn praktických strategií, jež snižují negativní dopady užívání drog. Harm Reduction pracuje s klienty tam, kde se právě nachází, soustřeďuje se na podmínky a samotné užívání.<sup>19</sup>

Snižování rizik je jedním ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky. V přístupu Harm Reduction spatřuje intervence zaměřené na snížení nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků užívání návykových látek jak pro jedince, tak i společnost. Snaží se například o snížení výskytu předávkování, infekčních chorob, psychiatrických onemocnění, snížení nezaměstnanosti, omezení páchání trestné činnosti, problémů sociální interakce, snížení užívání drog a motivaci k životu bez drog.<sup>20</sup>

Model Harm Reduction neusiluje o absolutní odstranění drog a jejich užívání, které se zdá být z historického hlediska neodstranitelné. Snaží se zmírnit následky drogové závislosti. Svým působením se pokouší zlepšit péči o ty, kteří se zatím z různých důvodů nerozhodli pro abstinenci. Zaměřuje se na upevnění životního stylu klienta, zlepšení jeho kvality, tělesného a duševního stavu. Zohledňuje přitom klientovy potřeby a rozhodnutí. Jirešová a Javorková zdůrazňují, že filosofie Harm Reduction klade důraz na stanovení krátkodobých cílů (např. prevence přenosu infekčních chorob) před dlouhodobými idealistickými cíli (např. celkové omezení škod).<sup>21</sup>

Mezinárodní asociace pro Harm Reduction spatřuje těžiště tohoto přístupu v ochraně veřejného zdraví a zachování a hájení lidských práv.<sup>22</sup> Harm Reduction je zaměřen na jednotlivce a také celou společnost. Souvisí s ochranou veřejného zdraví-

<sup>19</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 100

<sup>20</sup> Národní strategie protidrogové politiky na období 2010- 2018, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2011, s. 19

<sup>21</sup> Jirešová K., Javorková S., Harm reduction v problematice injekčního užívání drog, 1. vyd. Bratislava: OZ Odyseus, 2003, s. 29- 30

<sup>22</sup> Adiktologie, odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí, Praha: Centrum adiktologie , PK 1. LF UK, 2010, (10) 3, s. 189

Public Health. Nabízené služby v tomto směru zahrnují nejen zdravotnickou pomoc, ale také podávání informací a vzdělávání se. Dobrá informovanost umožňuje uživateli přemýšlet o reálných rizicích a zhodnotit tak svoje chování. Klient kontaktního centra má proto možnost využít výměny injekčního materiálu, obdržet bezplatně prezervativy a objasnit skutečnosti týkající se bezpečného brání a sexu. Výhodu Harm Reduction spatřuji i v nízkoprahovém přístupu - tedy v nabízení služeb bez zbytečných bariér, jenž je snadno dostupný a má za cíl získat co nejvíce lidí bez nutnosti abstinence či omezení užívání drog. Výzkumy ukazují, že tento přístup může oslovit 70- 80% uživatelů drog.<sup>23</sup>

Kanadské centrum CCSA zabývající se problematikou návykových látek považuje za princip Harm Reduction:

- **Pragmatická**- Harm Reduction uznává, že látky měnící vědomí patří ke zkušenostem lidí, že přináší nejen rizika, ale i pozitivní zážitky. Pro porozumění uživatelům drog je tedy nutné brát zřetel na všechny aspekty.
- **Humanistické hodnoty**- akceptování rozhodnutí uživatele neznamená současně schvalování užívání drog, neodsuzování neznamená podporu v dalším užívání návykových látek.
- **Orientaci na poškození**- Harm Reduction upřednostňuje snížení negativních dopadů drog na samotného uživatele a dalších lidí v jeho okolí před snížením užívání drog obecně.
- **Hodnocení nákladů a přínosů**- po posouzení problémů spojených s užíváním návykových látek se provádí hodnocení intervencí, které pak mohou cíleně směřovat k poškození spojeným s užíváním.
- **Zaměření se na aktuální cíle**- cíle musí adresně odpovídat aktuálním potřebám jednotlivců, cílové skupiny a komunity.<sup>24</sup>

Kalina strategii Harm Reduction vidí jako alternativu k jednostranným modelům, které pohlíží na užívání drog a závislost z pohledu morálního, medicínského a psychologického. Za ideální stav klienta považuje abstinenci, akceptuje ale také práci s neabstijním. V neposlední řadě preferuje nízkoprahový přístup, který odbourává nereálně splnitelné požadavky kladené na klienta.<sup>25</sup> Harm Reduction je aplikován převážně v nízkoprahových zařízeních, při výměnných a substitučních programech zaměřených na uživatele nealkoholových drog.

<sup>23</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 263- 265

<sup>24</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 102

<sup>25</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 263- 265

## **2. Kontaktní centrum**

### **2.1. Kontaktní centrum Vídeňská v síti služeb SPR**

#### **Sdružení Podané ruce, o. s.**

Kontaktní centrum Vídeňská je součástí komplexní sítě služeb Sdružení Podané ruce, o. s. (dále SPR). Jedná se o nestátní neziskovou organizaci založenou v roce 1994. Jí však od roku 1984 předcházela činnost neformální skupiny, kdy část jejích členů měla zkušenost s drogou. Působení této brněnské svépomocné skupiny bylo podporováno zejména církví. V roce 1991 vznikla Nadace Podané ruce. V té době probíhala jednání se Sdružením Holandských katolických nadací týkající se podpory vznikajících aktivit.

O rok později došlo k otevření na Moravě prvního resocializačního programu pro uživatele drog. Současně se rozvíjely první terénní aktivity směřované do bytů uživatelů. Podařilo se též navázat spolupráci s Psychiatrickou léčebnou Brno- Černovice a otevřít Kontaktní centrum v Olomouci. Rok 1993 byl významný především získáním grantu od Katholieke Nooden, financováním projektu resocializačního střediska Magistrátem města Brna, zahájením výroby a prodeje ikon a zapůjčení prostor od řádu Milosrdných bratří na Vídeňské ulici v Brně. Výše zmíněný rok 1994 je spojen se založením Sdružení Podané ruce, o. s., které převzalo všechny činnosti nadace. Též vzniklo Centrum prevence v Brně. V dalších letech docházelo ke spolupráci s Diecézní charitou při vytváření a zřizování drogových služeb v Třebíči, Žďáru nad Sázavou, Břeclavi, Blansku, Hodoníně, Jihlavě a Kyjově. Terapeutická komunita Podcestný Mlýn v Kostelním Vydří u Dačic byla založena v roce 1996.

Další roky přinesly spolupráci s dalšími neziskovými organizacemi a založení Denního psychoterapeutického sanatoria Elysium v Brně, metadonové ambulance, terénních programů, psychiatrické ambulance, Drogových služeb ve vězení, Doléčovacího centra Jamtana, Institutu vzdělávání v oblasti drogových závislostí (I.E.S.), nízkoprahových klubů pro děti a mládež, programu Prevence zneužívání syntetických drog a internetových stránek [www.extc.cz](http://www.extc.cz) s on-line poradnou týkající se drog a závislostí. Otevřela se též kontaktní centra v Uherském Hradišti, Znojmě, Prostějově, Blansku a Vyškově.

SPR založilo svoji pobočku i ve Velké Británii. Jejím smyslem je vytvářet a podporovat partnerství mezi organizacemi ze západu i východoevropských zemí. Občanské sdružení je zapojeno také do různých regionálních a mezinárodních projektů.<sup>26</sup>

Z uvedeného je jasné, že výše popsaná organizace poskytuje sociální a zdravotnické služby lidem, kteří mají problém s drogami, těm, kdo jsou ohroženi sociálním vyloučením a nepříznivým sociálním vývojem.

Specializovaná pomoc uživatelům návykových látek má v České republice poměrně dlouhou tradici. V současné době je vytvořena komplexní síť drogových služeb (Příloha č. 1). Její jednotlivé složky odpovídají potřebám klientů, kteří se ocitají v různé fázi závislosti. Bém uvádí, že k dobrému fungování tohoto systému je nutné plnění celé řady kvalitativních a kvantitativních kritérií. Kvalitativní kritéria zahrnují komplexnost systému péče, jeho provázanost a efektivitu, kvantitativní zase rozsah a dostupnost péče.<sup>27</sup>

V současné době má SPR 21 certifikovaných zařízení. Nabízené služby spojují zdravotnické metody a sociální práci s klienty.<sup>28</sup>

## **Kontaktní centrum**

Kontaktní centrum je Matouškem definováno jako nízkoprahové zařízení, které je určené klientům, jimž postačí pravidelný nebo občasný ambulantní program. V České republice je takto označováno místo pro uživatele návykových látek. Jedná se o zařízení s určenými pravidly, poskytující dané služby. Ty mohou být dle přání klienta poskytovány anonymně i neanonymně.<sup>29</sup>

Bednářová a Pelech vnímá kontaktní centrum jako jeden druh nízkoprahových zařízení orientující se na první kontaktování a poskytování pomoci těm, kteří mají nízkou motivaci k léčbě. Jejich cílem je snižování zdravotních a sociálních rizik uživatelů nealkoholových drog.<sup>30</sup> Kudrle a Kalina zmiňují, že kontaktní centrum by mělo být zaměřeno na ty, kdo akceptují jen nízkoprahové terapeutické a pomocné činnosti.<sup>31</sup>

---

<sup>26</sup> www.podaneruce.cz, 10.1.2012

<sup>27</sup> Kalina K. a kol., Drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 155- 156

<sup>28</sup> Manuál pro zaměstnance, Kontaktní centrum Vídeňská, Brno 2010, s. 4

<sup>29</sup> Matoušek, O., Slovník sociální práce, 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 96

<sup>30</sup> Bednářová Z., Pelech L., Sociální práce na ulici, 1. vyd., Brno: Doplněk, 2000, s. 57

<sup>31</sup> Kalina K. a kol., Drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 165

Dle standardů sociálních služeb se nízkoprahová centra dělí na nespecifická, která mají za cíl pomoci při formování životního stylu a změně rizikového vývoje. Specifické služby jsou zaměřeny na jednotlivce a skupiny, jejichž problémy souvisí se sociálně rizikovými jevy (drogy, prostituce, AIDS, bezdomovectví, nezaměstnanost,..).<sup>32</sup>

Činnost kontaktních center podléhá zákonu č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách. „ *Upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.* <sup>33</sup> Těž určuje předpoklady sociálního pracovníka.

Inspekci poskytovaných sociálních služeb provádí Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jejím předmětem je plnění podmínek registrace a povinností poskytovatelů sociálních služeb. Neméně důležitou součástí je hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb. To se děje pomocí vytvořených Standardů kvality sociálních služeb.<sup>34</sup>

Zahrnují hodnocení oblastí týkající se cílů a způsobů poskytování sociálních služeb, ochrany práv osob, jednání se zájemcem, smlouvy o poskytování služby, individuálního plánování, dokumentace, podávání stížnosti, návaznosti na další dostupné zdroje, personálního a organizačního zajištění, profesního rozvoje pracovníků, informovanosti o poskytované službě, prostředí a podmínkách, nouzových a havarijních situací a zvyšování kvality sociální služby.<sup>35</sup>

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky zahájila v roce 2005 certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Jedná se o posouzení dané služby podle Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Při certifikaci se zjišťuje, zda služba odpovídá kritériím kvality, odbornosti a komplexnosti. Udělení certifikátu po místním šetření je nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotací protidrogové politiky ze státního rozpočtu.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 165- 166

<sup>33</sup> Zákon 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, § 1

<sup>34</sup> Zákon 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, § 97

<sup>35</sup> ÚZ 776/ sociální zabezpečení 2010, 1. vyd. Ostrava: SAGIT a.s., 2010, s. 224- 227

<sup>36</sup> www.cekas.cz, 17.1.2012



Kontaktní centrum Drug Azyl bylo od roku 1994 označení pro brněnské kontaktní centrum. V roce 2011 došlo k jeho přejmenování na **Kontaktní centrum Vídeňská**. (foto viz Příloha č. 2).

Tato službu je financována na základě dotací od:

- Úřadu vlády ČR a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
- Ministerstva zdravotnictví ČR
- Ministerstva práce a sociálních věcí ČR
- Jihomoravského kraje
- Statutárního města Brna.<sup>37</sup>

V současné době je možno využít nabídky služeb tohoto centra v kontaktních hodinách od 10.00- 16.00 každý pracovní den- mimo první středy v měsíci (sanitární den). Konzultace je možno po dohodě domluvit i v jiný čas.

Každodenní provoz zajišťují kontaktní a poradenští pracovníci specializující se na zdravotní či sociální oblast. Mezi jejich hlavní náplň práce patří kontaktní a případová práce, zajištění výměnného programu a vedení dokumentace. Dle své specializace poskytují zdravotní péči, testování, specializované sociální poradenství, individuální poradenství včetně terapie příbuzným a blízkým uživatelů drog. Vedoucí centra tvoří metodiku a koncepci služby, má na starost personální a projektový management a spolupráci s jinými službami a organizacemi.<sup>38</sup> Každý výše zmíněný pracovník se řídí Etickým kodexem sociálních pracovníků ČR.

V kontaktním centru probíhají v pravidelných intervalech provozní, tematické a intervizní porady. Umožňují hlubší zaměření na aktuálně vzniklou či dlouhodobou problematiku. Dávají prostor k řešení konkrétní situace a společné rozvaze nad dalším postupem.<sup>39</sup> Ke zkvalitnění práce a prevenci syndromu vyhoření pracovníků přispívá jedenkrát měsíčně konaná supervize. Mnoho autorů se pokouší o typologii supervize. Shodují se na tom, že hlavním cílem supervize je profesní růst, rozšiřování dovedností pracovníka a pružné reagování na měnící se potřeby klientů.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> www.podaneruce.cz, 10.1.2012

<sup>38</sup> Manuál pro zaměstnance, Kontaktní centrum Vídeňská, Brno, 2010, s. 14

<sup>39</sup> Bednářová Z., Pelech L., Sociální práce na ulici, 1. vyd., Brno: Doplněk, 2000, s. 72

<sup>40</sup> Matoušek O. a kol., Metody a řízení sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 2003, s. 134- 138

## 2.2. Cílová skupina kontaktního centra

Přesné vymezení cílové skupiny je nezbytně nutnou podmínkou pro vytvoření vhodného nastavení služby, které by splňovalo jak cíle organizace, tak i potřeby klientů.

Slovem klient označuje Matoušek subjekt, jenž využívá sociální služby. Může jít o osobu, skupinu, rodinu a komunitu.<sup>41</sup> Ve své práci takto budu označovat uživatele návykových látek.

Cílová skupina je definována znaky, které se vztahují k osobám klientů. Jedná se o věk, pohlaví, příslušnost ke skupině, subkultuře atd. Sekundární znaky týkající se problémového jevu určují možnost stát se klientem té které služby. K výše zmíněným patří komplikované životní události, konfliktní společenské situace, omezující životní podmínky a různé formy rizikového chování.<sup>42</sup>

Jako cílovou skupinu kontaktních center Libra označuje závislé a problémové injekční uživatele tvrdých drog vyznačující se nízkou osobnostní a sociální samostatností a tak i zvýšeným ohrožením patologickými jevy.<sup>43</sup>

Dle Müllerové, Matouška a Vondráškové mohou být do cílové skupiny v drogových službách zahrnuti všichni, kdo užívají drogy jakýmkoli způsobem. Kalina míru závislosti posuzuje podle frekvence, intenzity a následků. Užívání drog dělí na:

- Experimentální- droga je užívána občas a nepravidelně, nemusí mít žádné negativní dopady
- Příležitostné- pravidelné užívání, ale ne častěji než jednou týdně, souvisí se životním stylem, kdy dochází k aplikaci drogy ve volném čase, důsledkem dosud není vznik závislosti a dalších potíží
- Pravidelné- užívání vícekrát než jednou týdně, stane se životním stylem, ve kterém jsou znát škodlivé účinky drog
- Problémové- pravidelné užívání ovlivňující život člověka, je spojeno se zdravotními komplikacemi a rizikovou aplikací
- Závislé- k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek drogy, uživatel svůj život podřizuje droze, po které trvale touží (craving), splňuje diagnostická kritéria syndromu závislosti, má výrazné zdravotní, psychické a sociální problémy.<sup>44</sup>

<sup>41</sup> Matoušek, O., Slovník sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 90

<sup>42</sup> Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce, 1. vyd., 2007, s. 87- 92

<sup>43</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 166

<sup>44</sup> Matoušek O., Kodymová P., Koláčková J., Sociální práce v praxi, 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 212

Pracovníci kontaktního centra pracují převážně s těmi, u nichž může být jejich užívání označeno jako pravidelné, problémové a závislé. Ve své práci budu ale převážně používat jen obecné označení- uživatelé drog.

Manuál Kontaktního centra vymezuje cílovou skupinu takto: „ *Primární cílovou skupinou Kontaktního centra Vídeňská tvoří lidé starší 15 let, kteří se v souvislosti s užíváním nelegálních drog ocitli v obtížné životní situaci a jsou ohroženi sociálním vyloučením. Sekundární cílovou skupinou jsou příbuzní a blízcí těchto osob.*“<sup>45</sup>

Podle statistických údajů za rok 2011 využilo služeb kontaktního centra 558 uživatelů, z toho mužů 323. Ve více jak polovině případů se jednalo o nově kontaktované klienty. Denně navštívilo centrum zhruba 35- 40 klientů. Průměrný věk kódovaných klientů se pohyboval kolem 29 let. Statistika ukazuje, že nejčastěji klienti užívají pervitin injekční cestou.<sup>46</sup>

### **Každý klient kontaktního centra má právo:**

na rovný přístup ke službám bez ohledu na osobní, socioekonomické a kulturní postavení, na lidskou důstojnost a bezpečí, právo na fyzickou, psychickou, hodnotovou a majetkovou nedotknutelnost, na respektování svobodné volby a způsobu života, na zachování anonymity, získání srozumitelných informací týkající se poskytovaných služeb kontaktního centra, právo znát jména pracovníků a jejich činnosti v kontaktním centru, právo seznámit se s vedením, uchováním a zabezpečením dokumentace týkající se jeho osobních údajů, právo na informace o poradenském či terapeutickém procesu, jeho filosofii, metodách, rozsahu, trvání, podmínkách, zásadách a pravidlech do té míry, aby se mohl spolupodílet na „svém“ využívání služby.

Klient má také právo na informace a zprostředkování kontaktu ze sociální, zdravotní, právní a pracovní oblasti. Může kdykoliv ukončit užívání služeb bez udání důvodu a dalších negativních následků. Má také možnost vyslovit nespokojenost a připomínky.<sup>47</sup>

Vedle práv klientů má kontaktní centrum též zpracována svá pravidla. Jejich dodržování umožňuje přístup cílové skupiny k nabízeným službám.

---

<sup>45</sup> Manuál pro zaměstnance, Kontaktní centrum Vídeňská, Brno, 2010, s. 3

<sup>46</sup> Interní materiály Sdružení Podané ruce, o.s., Brno

<sup>47</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 149-152

### 2.3. Poslání a cíle kontaktního centra

Posláním Kontaktního centra Vídeňská je zmírňování sociální izolace dlouhodobých uživatelů nelegálních drog, kteří se ocitli v těžké životní situaci a jsou ohroženi sociálním vyloučením. Jedním z dalších úkolů je snaha pomoci v řešení tohoto stavu a zároveň snižování rizik životního stylu spojeného s užíváním drog.

Sociální vyloučení Matoušek definuje jako nedostatečný podíl jedince, skupiny nebo společenství na životě celé společnosti. Může být považováno jako nevyhovující přístup k institucím zajišťujících zdraví, vzdělání, ochranu a základní životní podmínky. Znamená život v chudobě, bez dostatečného příjmu, bydlení a účasti na trhu práce. Jedinec se vyskytuje často v izolaci nebo v malé skupině mu podobných.

Život na okraji společnosti je spojen s pocitem nepatřičnosti, nízkým sebevědomím, nedokončeným vzděláním, zhoršeným tělesným a duševním zdravím, nedostatkem sociálních dovedností, nezaměstnaností, zvýšenou kriminalitou a závislostmi různého typu.<sup>48</sup>

Cílem pracovníků kontaktního centra je tedy snaha přispívat k:

- orientaci klienta v jeho sociální situaci
- aktivnímu předcházení negativním důsledkům jeho způsobu života
- snižování rizik spojených s užíváním drog pro klienta i pro společnost
- osvětlení možností a příležitostí ke změně
- zlepšení psychické, zdravotní a sociální situace klienta
- zapojení klienta do společnosti.<sup>49</sup>

Výše uvedené cíle jsou shodné s Národní strategií protidrogové politiky na období 2010- 2018 a řídí se Zákonem č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláškou 505/ 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zmíněná Vyhláška klade důraz na:

- zajištění sociálně terapeutické činnosti vedoucí k rozvoji nebo udržení sociálních schopností a dovedností, k znovu začlenění do společnosti

<sup>48</sup> Matoušek, O., Slovník sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 216

<sup>49</sup> Manuál pro zaměstnance, Kontaktní centrum Vídeňská, Brno, 2010, s.12

- zprostředkování informací o rizicích souvisejících s užíváním drog a jejich snižování prostřednictvím přístupu Harm Reduction
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, při vyřizování běžných úkonů, při obnovení a upevnění kontaktu s rodinou, podporu v sociálním začleňování
- poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), 20.1.2012

## 2.4. Vstup klienta do služby, kontrakt a individuální plánování

Při prvním setkání se zájemcem o nabízené služby kontaktního centra, dochází ke zjištění a zhodnocení zakázky. Zájemcem přitom může být každý člověk, který do zařízení přichází a projevuje přání využít zde nějakou službu. Po úvodním představení pracovník ověřuje, zda zmíněný patří do cílové skupiny či nikoli. K tomu mu napomáhá rozhovor a jím získané informace. Jedná se o údaje týkající se jeho sociální situace a užívání nelegálních drog.<sup>51</sup>

Pracovník kontaktního centra dotyčnému vysvětlí, o jakou službu se jedná, komu je určena, jaké má cíle. Sdělované informace jsou poskytovány s ohledem na možnosti vnímání a pochopení a také jeho současnou situaci. Jejich rozsah musí být dostatečný na to, aby zájemce rozpoznal, zda služba může naplnit jeho potřeby a rozhodnout se, zda by ji chtěl využít.<sup>52</sup>

Aby mohlo dojít k přijetí zájemce, musí splňovat požadavky cílové skupiny kontaktního centra. Jak jsem již uvedla v předešlé kapitole, jedná se o lidi starší 15 let, kteří se dostali do obtížné životní situace související s užíváním nelegálních drog.<sup>53</sup>

V případě nesplnění stanovených kritérií pro vstup do služby, dochází k odmítnutí zájemce. Současně se tím ale otevírá možnost využití vhodnější služby, na kterou může být v případě zájmu delegován prostřednictvím informačních letáků.

Uzavření „Dohody o poskytování služby“- kontraktu, je dalším krokem ke vzájemné spolupráci. Z hlediska požadavků Standardů kvality sociálních služeb je pro možnost využití služby nutné uzavření ústní nebo písemné dohody. Poté dochází k formulaci osobních cílů a následně seznámení s pravidly zařízení. Klient je také informován o svých právech a povinnostech. K dohodě dojde pouze tehdy, když existuje „společný zájem“, tedy pokud se setkají osobní cíle klienta a poslání služby.<sup>54</sup>

V obecné části dohody, zpravidla písemné, je klient seznámen s podrobnějším popisem služby, s podmínkami a časem jejího poskytování, její nabídkou, se způsobem

---

<sup>51</sup> Členové pracovních skupin a zástupci poskytovatelů služeb, Seznam a definice výkonů drogových služeb, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005, s. 57

<sup>52</sup> Krutilová D., Čámský P., Sembdner J., Sociální služby- tvorba a zavádění Standardů kvality do poskytovaných sociálních služeb, 1. vyd., Abena, s. 113

<sup>53</sup> Manuál pro zaměstnance, Kontaktní centrum Vídeňská, Brno, 2010, s. 3

<sup>54</sup> Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce 2010, 1. vyd. Praha: Národní vzdělávací fond, 2010, s. 85- 104

uchování osobních údajů, možnosti podávání stížností a poskytnutí záruky rovného přístupu ke službám po stanovenou dobu. Je též obeznámen se systémem „klíčových pracovníků- garantů“. Standardy kvality sociálních služeb takto označují pracovníka, který koordinuje služby poskytované konkrétnímu uživateli služby, zajímá se o jeho potřeby a hájí jeho zájmy.<sup>55</sup>

Všeobecná část dohody mívá dlouhodobou platnost. Ta se v jednotlivých kontaktních centrech může lišit. Zpravidla se jedná o několikaletou působnost. V konkrétní části dohody dochází k častějším změnám, neboť se snaží pružně reagovat na klientovy aktuální cíle.

Každý klient je tak zapojen do procesu individuálního plánování. To zahrnuje jeho rozhodnutí o konkrétním využití služby. Z individuálního plánu má být zřejmé, o jakou nepříznivou situaci klienta se jedná a jaký bude jasně definovaný cíl, jehož by chtěl dosáhnout. Společně s klíčovým pracovníkem si ujasní, jakým způsobem bude cíle dosahováno, v jak dlouhém časovém horizontu by mělo dojít k jeho naplnění a jak se bude výsledný stav hodnotit.<sup>56</sup>

Individuální plánování zahrnuje vedení individuálních rozhovorů, týkající se potřeb a cílů uživatelů, pravidelné plánování a hodnocení a poskytování služeb dle dohodnutých plánů. Velký význam má dobře zpracovaná metodika a pravidelně prováděné záznamy.<sup>57</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že individuální plánování není pouhé hodnocení stavu klienta, popis jeho situace a plánování postupů bez jeho přítomnosti.

Podoby individuálních plánů se liší z hlediska intenzity kontaktu, charakteru a rozsahu zakázek klienta. Ve výsledku se jedná o styl zaznamenávání plánů komplexní, úkolový či styl označovaný jako „tady a teď“. Ten se hodí při realizaci „dohodoplánování.“ Při každém kontaktu dochází k nové dohodě, naplánování toho, co proběhne a vyhodnocení. Typickým příkladem může být výměna injekčního materiálu.<sup>58</sup>

Nedílnou součástí přijetí klienta do služby je jeho administrativní zaznamenání. Přestože se jedná o anonymní zařízení, je nový uživatel služby zanesen do seznamu klientů pod svým jménem nebo zvolenou přezdívkou. Z nutnosti vykazování služeb je

---

<sup>55</sup> MPSV, Standardy kvality sociálních služeb, 1. vyd. Praha: MPSV, 2002, s. 23

<sup>56</sup> Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce 2010, 1. vyd. Praha: Národní vzdělávací fond, 2010, s. 87- 88

<sup>57</sup> Krutilová D., Čámský P., Sembdner J., Sociální služby- tvorba a zavádění Standardů kvality do poskytovaných sociálních služeb, 1. vyd., Abena, s. 139

<sup>58</sup> Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce 2010, 1. vyd. Praha: Národní vzdělávací fond, 2010, s. 85- 104

s klientem vytvořen kód. Skládá se z prvních třech písmen jména matky, dne klientova narození, prvních třech písmen jeho jména a měsíce jeho narození. Pro lepší znázornění uvedu příklad: MAR21JAN01. Toto kódování je nutné především u klientů užívajících služby kontaktní místnosti a testování. Uživatelé využívající jen výměnného programu si mohou zvolit i úplnou anonymitu.

Pro lepší zmapování klientovy situace byly vytvořeny víceméně anonymní IN-COME dotazníky. Zahrnují otázky týkající se základních údajů o klientovi, jeho sociální situace, testování na infekční choroby, užívání návykových látek a rizikového chování. Všechny tyto informace jsou následně zaznamenány do příslušného systému výkaznictví. IN-COME dotazníky slouží nejen interním potřebám zařízení. Získaná data se čtvrtletně zasílají Krajské hygienické stanici pro zpracování celorepublikové statistiky.

Každý kódovaný klient má též svoji elektronickou složku, kam se v pravidelných, minimálně tříměsíčních intervalech, zaznamenává jeho individuální plán a průběh spolupráce.



### 3. Základní služby kontaktního centra

Kontaktní centrum nabízí široké spektrum služeb. K jejich hlavním zásadám patří především:

- **Anonymita**- umožnění anonymního kontaktu přispívá k odbourání stigmatizace z návštěvy zařízení, k lepšímu navázání kontaktu a budování důvěry
- **Bezplatnost**
- **Mlčenlivost**- jakékoliv informace o klientovi jsou mimo organizaci sdělovány třetím osobám pouze na základě jeho souhlasu
- **Harm Reduction**- jedná se o již zmíněné snižování (minimalizaci) škod vznikajících při užívání drog<sup>59</sup>
- **Public Health**- specifická podpora minimalizace škod, která zahrnuje ochranu veřejného zdraví před šířením škodlivých jevů vyskytujících se ve společnosti<sup>60</sup>
- **Nízkoprahovost**- služba je bez objednání snadno dostupná nejen klientovi, ale i jeho blízkým. Cílem nízkoprahového přístupu je oslovení a kontakt s co největším počtem lidí, který podporuje minimální počet bariér, jež by bránily danou službu využít
- **Dostupnost**- služba musí být dostupná z místního i časového hlediska, provozní doba se proto přizpůsobuje potřebám klientely<sup>61</sup>
- **Flexibilita a potřebnost**- služby pružně reagují na měnící se potřeby klienta a jsou poskytovány s co nejmenším časovým odstupem
- **Respektování** individuální volby životního stylu klienta, jeho názorů a postojů a z nich vyplývající individuální přístup
- **Poskytování nabízených služeb** na základě přání klienta
- **Kontakt i s neabstinujícím klientem**- v kontaktním centru není požadována abstinence, služby jsou určeny zejména aktivním uživatelům.<sup>62</sup>

---

<sup>59</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 100

<sup>60</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Úřad vlády ČR, 2003, s. 264

<sup>61</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 104- 105

<sup>62</sup> Manuál pro zaměstnance, Kontaktní centrum Vídeňská, Brno, 2010, s. 4

### 3.1. Kontaktní práce

Kontaktní práce se jako specifický přístup v pomáhajících profesích postupně rozvíjí již více než 20 let.<sup>63</sup>

Staniček popisuje kontaktní práci jako „komplex nízkoprahově organizovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro navázání kontaktu a konkrétní kontaktní práce s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřeby a účelnosti této pomoci.“<sup>64</sup>

Kalina definuje pojem kontaktní práce jako navázání kontaktu s klientem za vytvoření atmosféry vzájemné důvěry a zjištění základních problémů a potřeb. Postupné prohloubení kontaktu lze využít k vyvolání otázek o změnách rizikového chování nebo případného řešení konkrétních problémů plynoucích z problémového životního stylu.<sup>65</sup>

Z toho vyplývá, že se jedná o aktivní přístup ke klientovi, o jakoukoliv interakci mezi pracovníkem a klientem. Má za cíl budování takového vztahu, který otevře možnosti další spolupráce a zároveň vzbudí klientův zájem o svoji situaci. K výše zmíněným cílům dle Kaliny vede předávání informací ze zdravotní a sociální oblasti. Edukace o účinku drog a rizicích aplikace, informace o bezpečném sexu a seznámení s možnostmi léčby závislostí významně přispívá k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog.<sup>66</sup>

Hrdina a Korčíšová zmiňují tři fáze kontaktní práce. Jedná se o:

- 1. navazování osobního kontaktu pracovníka a klienta**

tato fáze obsahuje představení pracovníka, seznámení s nabídkou a pravidly zařízení

- 2. vytváření vztahu založeném na vzájemné důvěře**

vybudování vztahu respektující klientovu osobnost, jeho názory a myšlenky. Postupně dochází k vnímání pracovníka jako člověka, se kterým je klient ochoten sdílet běžné i závažnější problémy

---

<sup>63</sup> Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce, 1. vyd., 2007, s. 127

<sup>64</sup> Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce, 1. vyd., 2007, s. 308

<sup>65</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 373

<sup>66</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 107

### 3. práce na změně chování

zahrnuje seznámení se s klientovým problémem, zjišťování jeho příčin, hledání řešení a sociální terapii. Ta se zakládá na pozitivních vlastnostech klienta, na jeho reálných schopnostech a možné pomoci institucí, které by napomohly klientovu situaci vyřešit.<sup>67</sup>

Kontaktní práce tedy pomáhá klientovi zorientovat se a označit problémy ve zdravotních, sociálních, právních a psychologických oblastech. Navrhuje možná řešení a zajišťuje asistenci vedoucí k odborné pomoci.

### Case work

Ráda bych se též zmínila o případové práci, jinak zvané „case work“. Jde o zaměření se na případ, na jedince. Označuje přístup pracovníka, který má za cíl porozumět klientovi v celém jeho životním kontextu, pomoci mu při hledání řešení konkrétních situací, podporovat ho v aktivním jednání a rozhodování a zprostředkovávat či poskytovat mu takové služby, které pro něj budou nejvhodnější.

Základem případové práce je porozumění nejen jedinci, ale také jeho rodině, komunitě, společnosti. Při navázání vztahu mezi pracovníkem a klientem je nutná aktivita obou stran. Podmínky pro jeho rozvoj by měl ale vytvářet především pracovník. Svůj zájem o klienta projevuje při neformálních rozhovorech, tak i během předem domluvených konzultací.

Případová práce klade důraz na úctu, důstojnost, individualitu a sílu člověka. I přes stálé respektování klientova práva se ale pracovník může ke klientově situaci vyjádřit, analyzovat ji a doporučit řešení. V praxi se zaměřuje na povzbuzení k sebedůvěře a odvaze, mobilizaci sil, orientaci v dané situaci a pomoc nalézt možná řešení.

Součástí podrobně dokumentované případové práce je individuální plánování, jež je vedeno klíčovým pracovníkem. Ten musí dobře znát možnosti a nabídku jiných sociálních a zdravotnických služeb, které může klientovi zprostředkovat. Zájem o podpůrnou sociální síť klienta a komunikace s jejími členy tak napomáhá dojít ke společně dohodnutému cíli.<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce, 1. vyd., 2007, s. 263

<sup>68</sup> Matoušek O. a kol., Metody a řízení sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 67-70

## Case Management

U problémových uživatelů drog má svou nezastupitelnou roli „Case management“. Jedná se o koordinovanou péči převážně u dlouhodobých a těžce závislých klientů, kdy je vedle péče léčebné a zdravotní nutné zajistit i péči sociální a v některých případech i rehabilitační.

Case management se uplatňuje především u klientů, kteří nedokážou své starosti zvládnout vlastními silami a jsou tak ohroženi sociální exkluzí. Často se jedná o klienty s duální diagnózou, kdy je k užívání návykových látek přidruženo duševní onemocnění, o klienty se sníženou úrovní sociálních dovedností, s malou motivací a se zhoršenou schopností navazování a udržení vztahů.

Na počátku spolupráce je klient informován o tom, jak bude součinnost vypadat. Je též seznámen se situacemi, kdy bude pracovník postupovat v zájmu klienta odlišně, než jak by si klient přál. Děje se tak při zhoršení stavu klienta, kdy on sám nevyhledá pomoc. Pro klíčového pracovníka je proto velmi důležité znát skutečnou situaci klienta. Po osvětlení pravidel Case managementu se klient sám rozhodne, zda má o zmíněnou formu péče zájem.

Hošková rozlišuje tři základní úkoly case managementu:

- posouzení stavu klienta a podmínek, v nichž se klient nachází.  
( Case manager má mít přehled nejen o klientových potřebách a schopnostech, ale také o možnostech dalších osob, s nimiž klient spolupracuje)
- sjednocení nabízených služeb s potřebami klienta a ujasnění cíle spolupráce  
( k tomu slouží sestavení individuálního plánu)
- realizace individuálního plánu s klientem, zaznamenání učiněných kroků a hodnocení jejich dopadu.

Cílem case managementu je vybudování vztahu založeného na důvěře a aktivní účasti klienta. V jeho návaznosti také zajištění péče, která obsahuje sociální i léčebné přístupy, které umožní lepší podmínky pro klientův vstup do společnosti.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> www.adiktologie.cz, 27.12.2011

## 3.2. Podpora minimalizace rizik

Výměna injekčního materiálu a distribuce dalších prostředků k aplikaci drogy vychází z již dříve zmíněného programu „Harm Reduction“. Podoba výměnného programu se přizpůsobuje potřebám klientů a novým poznatkům z drogové scény.

Tato služba nezahrnuje jen vlastní výměnu kontaminovaného injekčního materiálu za sterilní a nepoužitý. Důležitou součástí je i poskytnutí informací o bezpečnějším užívání drog, bezpečném sexu (používání kondomu) a o nabídce testování na infekční choroby.

Na základě zjištění způsobu užívání návykových látek a používaných pomůcek se otevírají další témata k diskusi vedoucí k osvětě nejen klienta samotného, ale jeho prostřednictvím i dalších uživatelů, kteří nejsou v kontaktu se žádnými drogovými službami- tzv. sekundárními uživateli drog.

Aby mohla být prevence dobře cílená, probíhají v kontaktním centru v pravidelných časových intervalech tematické diskuze s klienty. Zde se probírají aktuální novinky v trendech injekčního užívání drog. Přístup Harm Reduction je zaměřen na klienty, kteří nejsou dostatečně motivováni k tomu, aby zanechali injekčního užívání drog. Z tohoto důvodu je důležité, aby rizika hrozící při tomto způsobu aplikace drog byla v maximální míře redukována.

Vlastní proces výměny probíhá v kontaktním centru dle stanovených pravidel. Po odevzdání použitých injekčních stříkaček, mohou klienti dostat stejné množství stříkaček sterilních nebo maximálně o dvě navíc. Pokud u sebe klient žádné k výměně nemá, může dostat také dvě. Též bezplatné poskytnutí parafernálií k bezpečnější aplikaci je součástí tohoto programu.

K výše uvedeným doplňkům patří:

- Dezinfekční tampony- slouží k dezinfekční očištění kůže před vpichem, kdy se místo vpichu jedenkrát otře a nechá zaschnout
- Sterilní voda (Aqua pro injectione)- balena v plastových 10 ml ampulích
- Kyselina askorbová- čistý vitamin C užívaný k rozpouštění heroinu k nitrožilní aplikaci
- Filtry- speciálně upravené smotky bavlny používané při přefiltrování rozpuštěné drogy ze lžičky do stříkačky, pomáhají zbavení nečistot a pevných částic, které by mohly vést ke zhoršené průchodnosti žíly a embolii

- Suché tampony- „čtverečky“- užívají se na ošetření místa po vpichu
- Náplasti- k ošetření místa po vpichu

V rámci výměnného programu se též poskytuje:

- Speciální kontejner na použité stříkačky- kontaminované pomůcky k aplikaci drogy jsou umísťovány do plastových kontejnerů a následně odborně likvidovány jako ostatní nemocniční infekční odpad
- Informační letáky- pomocí nich dostávají klienti informace zdravotní, sociální, právní a též odkazy na další služby
- Prezervativ- k zabránění šíření infekčních a pohlavních chorob<sup>70</sup>
- Želatinové kapsle- k perorální či rektální aplikaci drogy, kapsle se distribuují včetně poučení o jejich výhodách a negativech.

Z dostupných statistik vyplývá, že tento způsobu prevence přispívá k zamezení šíření infekčních chorob (hlavně HIV/ AIDS, hepatitidy B, C) a venerologických onemocnění.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky uvádí relativně příznivou situaci ve výskytu infekcí u injekčních uživatelů drog, snižuje se počet nakažených virovou hepatitidou typu B a C. Promořenost této populace virem HIV je stále pod 1 %. Hlášení uvádí 7 nově zjištěných případů v roce 2010 z celkového počtu 180. Vzestupnou tendenci má ovšem pohlavně přenosná choroba syfilis.<sup>71</sup>

Domnívám se také, že jedním z důležitých faktorů výměnného programu je ten, že omezuje výskyt použitého injekčního materiálu na veřejnosti a napomáhá tak k její ochraně. Podle statistických dat Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky se v roce 2010 v 96 výměnných programech v České republice uskutečnila výměna bezmála čtyř milionů devět set padesát stříkaček a jehel.<sup>72</sup>

<sup>70</sup> Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce, 1. vyd., 2007, s. 235- 236

<sup>71</sup> Úřad vlády ČR, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Rendlová H., Hlavní aktuální trendy drogové situace a opatření protidrogové politiky v České republice, 2011

<sup>72</sup> Úřad vlády ČR, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Rendlová H., Hlavní aktuální trendy drogové situace a opatření protidrogové politiky v České republice, 2011

Výměnu injekčního materiálu za roky 2006-2011 v Kontaktním centru Vídeňská popisuje následující tabulka. IN označuje počet přijatých, OUT počet vydaných injekčních stříkaček.

Tabulka č. 1

Výměna injekčního materiálu 2006- 2009

<b>Výměna</b>	<b>IN</b>	<b>OUT</b>
2006	53 840	56 102
2007	52 024	51 225
2008	58 150	57 913
2009	59 730	61 261
2010	70 964	70 909
2011	86 533	89 413

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti uvádí významný přínos dostupnosti sterilního injekčního materiálu při boji proti nákaze virem HIV. Podotýká, že tyto programy doplňuje i nabídka výdejních automatů injekčního materiálu a lékáren. Je si však vědoma toho, že jednotlivé intervence nestačí k omezení výskytu HIV. K této problematice je třeba přistupovat komplexněji pomocí dalších zásahů z oblasti Harm Reduction.

Monitorovací středisko vyzvedá též nákladovou efektivnost tohoto programu a další pozitiva. Ty spatřuje v možném zvýšení počtu uživatelů drog, kteří se rozhodnou k léčbě a následné abstinenci. Zmiňuje, že po dlouhodobém výzkumu nebyly zjištěny žádné důsledky, které by negativním směrem ovlivnili užívání nelegálních drog.<sup>73</sup>

<sup>73</sup> WHO, Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/ AIDS mezi injekčními uživateli drog, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, s. 47- 48

### 3.3. Základní zdravotní péče

Zdravotní servis, který je v kontaktním centru poskytován, má úzkou spojitost s programem Harm Reduction. Je zaměřen zvláště na prevenci možných rizik, spojených s užíváním nelegálních návykových látek. V praktické části poskytuje zdravotní servis pomoc tam, kde je vyhodnocena jako potřebná či akutní. Zdravotní stav uživatelů drog, ovlivňuje mnoho faktorů:

- typ, četnost a způsob aplikace drogy
- změna životního stylu (změna hygienických a stravovacích návyků)
- sociální exkluze (bezdomovectví, ztráta „přátel“)
- promiskuita
- rizikové chování (nitrožilní aplikace, sdílení injekčních jehel a náčiní, předávkování, nechráněný sex)
- duševní zdraví

Poskytovaná zdravotní péče se řídí Standardy odborné způsobilosti.<sup>74</sup> Přestože se nejedná o zdravotnické zařízení, pracuje zde školený zdravotnický personál, který je schopen na místě posoudit klientův zdravotní stav a navrhnout účinnou pomoc. Mimo nutné poskytnutí první pomoci, či reference do zdravotnického zařízení, je v kontaktním centru prováděno ve většině případů ošetření drobných poranění a případných zdravotních problémů vzniklých při injekčním užívání drog- nejčastěji abscesů. Jedná se o infekcí způsobené zanícení dutin. Léčba je závislá především na rozsahu a jejich lokalizaci.<sup>75</sup>

Součástí nabídky služby je i osobní asistence k různým odborníkům. Kontaktní centrum spolupracuje se specialisty převážně z dermatovenerologického a infekčního oboru.

Provedené výkony jsou zapisovány do „Knihy zdravotního ošetření“ a výkaznictví. Zdravotní služba zahrnuje též distribuci těhotenských testů a případné zprostředkování následné péče v případě gravidity. V neposlední řadě sem můžeme zahrnout tolik důležité testování na infekční choroby.

<sup>74</sup> Dolanská P., Korčišová, B., Mravčík, V., Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004, s. 7

<sup>75</sup> Vokurka M., Hugo J. a kol., Velký lékařský slovník, 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, s. 4



Nezbytnou součástí nabídky je poskytování informací zabývajících se zdravotnickou tematikou. Děje se tak prostřednictvím rozhovoru, ale také pomocí tištěných publikací a letáků.

Ze své praxe vím, že ne každý uživatel pohlíží na své zdraví zodpovědně. Podceňuje svůj závažný stav nebo onemocnění. Důraz se proto klade na motivaci k řešení jeho zdravotního stavu, prevenci a změně rizikového chování.

## **Testování na infekční choroby**

Užívání drog vede k širokému spektru negativních důsledků. Zahrnuje jak důsledky socioekonomické, tak i zdravotní. Výzkum Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) upozorňuje na značný počet úmrtí uživatelů drog v posledních dvaceti letech. Jsou způsobena především předávkováním, nemocí AIDS a sebevraždami. Hlavním tématem evropské protidrogové politiky je proto prevence infekčních onemocnění v oblasti veřejného zdraví, snižování nemocnosti a úmrtnosti spojené s užíváním drog.

I přes tyto alarmující závěry udávají země Evropské unie v roce 2008 nízký stav hlášených infekcí HIV. Významnou měrou k tomu přispívá dostupnost prevence, léčby, substituce opiátů a v neposlední řadě výměnné programy. Počet nově nakažených nadále klesá ve srovnání s epidemií v Estonsku, Lotyšsku a Litvě v letech 2001 - 2002, kdy infekce dosáhla vrcholu.

Obecně vysoký je počet uživatelů infikovaných virem hepatitidy C. Studie z let 2007- 2008 udávají, že mnoho nitrožilních uživatelů se nakazilo již na počátku injekčního užívání. Na zahájení preventivních opatření byl tedy krátký čas. Výskyt virové hepatitidy C se v různých zemích liší. Promořenost tímto onemocněním mezi injekčními uživateli se v Evropě v roce 2008 pohybovala mezi 12 - 85 %, Česká republika udávala 25%.<sup>76</sup>

Z hlediska šíření infekčních chorob, jsou injekční uživatelé díky svému životnímu stylu spojeného často s prostitucí a promiskuitou, velmi ohroženou skupinou obyvatel. Kontaktním centrem bývá mnohdy první odbornou institucí, se kterou přichází uživatel do styku. Ve spojitosti s infekčními chorobami jsou zde klientovi k dispozici aktuální informace, poradenství a bezplatné testování.

---

<sup>76</sup> Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2010, 1. vyd, Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010, s. 80- 83

Standardy odborné způsobilosti kladou nízkoprahovým zařízením určité podmínky a zásady provádění testů. Shrnutí bych je do několika bodů:

- zařízení má zpracovaný manuál- vnitřní směrnici k testování, provedení dekontaminace odběrového materiálu a dezinfekce
- pracovníci jsou s pravidly seznámeni
- testování a poradenství probíhá ve vhodně upravených prostorách
- v případě reaktivních výsledků má zařízení zajištěnou návaznou péči ve zdravotnických zařízeních, kde se provede potvrzující (konfirmační) test z žilní krve.
- o testování se vede záznam ve složce klienta
- hlášení o provedených testech na HIV podává zařízení v pravidelných měsíčních intervalech Národní referenční laboratoři
- všichni pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí
- pokud nemá zařízení status zdravotnického zařízení, mohou se tu provádět testy pouze ze slin a kapilární krve
- kvalifikovaný personál je řádně proškolen ve způsobu provedení testů, odečtení a sdělení výsledků, v před testováním a po testováním poradenství.

V Kontaktním centru Vídeňská jsou bezplatně prováděny testy na HIV, žloutenku typu B, C a syfilis prostřednictvím rychlotestů z kapilární krve. Mají tu výhodu, že se nehodnotí v laboratoři a jejich výsledek je znám již po několika minutách. Testy jsou anonymní, klient udává jen svůj kód. V případě testování na syfilis musí však poskytnout své osobní údaje, protože toto onemocnění podléhá v případě reaktivity testu hlášení Krajské hygienické stanici.

Vzhledem k charakteru odběru krve není nutné, aby test prováděl pouze zdravotnický personál. Pracovníci musí být však dobře proškoleni v jednotlivých krocích testování a mít dostatek poznatků o výše zmíněných nemocích. Tyto informace se pak snaží testovaným předat v před a po testováním poradenství.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Dolanská P., Korčíšová, B., Mravčík, V., Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004, s. 7- 11

## Před testové a po testové poradenství

Testové poradenství a samotné testování na infekční choroby je prováděno v soukromí, bez přítomnosti další osoby, která klienta může doprovázet. Ukazuje se, že testovaný je pak více otevřenější a sdílnější. Poradenství je vedeno formou dialogu. Osobně si myslím, že přirozenost rozhovoru dokáže navodit příjemnější atmosféru a zamezuje poučování a možným vnímání nadřazenosti pracovníka.

Základní cíle před testového poradenství spatřuje Dolanská P. a kol. v:

- získání informací o klientovi
- poskytnutí informací o infekčních chorobách
- objasnění principu testování
- zaměření se na prevenci a změnu rizikového chování.

Rozhovor směřuje tedy ke zjištění osobní anamnézy klienta, k jeho motivaci se nechat testovat a k ujasnění poznatků o infekčních chorobách. Klient je také dotazován, co by pro něj případně znamenal reaktivní výsledek, jak by se zachoval. Nakonec nelze opomenout i seznámení s postupem vlastního testování.

Samotné testování probíhá dle „Manuálu testování infekčních onemocnění“. Po provedeném testu, kdy je kapilární krev vkápnuta na testovací kazetu, dochází do pěti minut k reakci a možnosti odečtení výsledku.

Do cílů po testového poradenství Dolanská P. a kol. zahrnuje:

- seznámení s výsledky testů
- poskytnutí podpory a informování o dalším postupu
- motivaci k přetestování
- výzvu k méně rizikovému způsobu chování
- případné předání klienta do odborné péče.<sup>78</sup>

Jelikož se jedná o orientační testy, výsledky testování jsou klientovi předány v písemné formě jen na jeho vyžádání. Přesný rozbor krve se provádí ve zdravotnických zařízeních.

---

<sup>78</sup> Dolanská P., Korčíšová, B., Mravčík, V., Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních, 1. vyd. Praha, Úřad vlády ČR, 2004, s. 11- 15

V kontaktním centru se záznamy o testování zapisují do knihy „Testování“, elektronické složky seznamu testovaných, do osobní složky klienta a do výkaznictví.

Klient má často strach z výsledků testování. K němu velkou měrou přispívá uvědomění si rizikového chování, díky němuž se mohl nakazit. Dolanská P. a kol. zmiňuje nepřímou úměru skutečnosti, kdy větší pravděpodobnost infekce klienta často snižuje jeho snahu se nechat testovat.

Úkolem pracovníků je tedy pomoci rozptýlit obavy. K nim mohou přispět i mýty týkající se uvedených chorob a způsobu jejich přenosu. Díky podávání srozumitelných informací a ujištění o podpoře a pomoci i v případě reaktivního výsledku se dá dospět ke změně postoje klienta. Ke zvýšení zájmu o testy přispívá též představení testování jako běžné součásti služeb.<sup>79</sup>

S měsíční pravidelností jsou počty testovaných na HIV zasílány do Národní referenční laboratoře sídlící v Praze. Krajská hygienická stanice Jihomoravského kraje je informována vždy jednou za tři měsíce o incidenci a prevalenci infekčních chorob. Incidence značí počet nově vzniklých případů určitého onemocnění k počtu obyvatel. Prevalence udává poměr počtu nemocných k celkovému počtu obyvatel.<sup>80</sup>

---

<sup>79</sup> Dolanská P., Korčíšová, B., Mravčík, V., Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004, s. 11- 15

<sup>80</sup> Matoušek, O., Slovník sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 122

### 3.4. Doplnkové služby

Závislost na návykových látkách je často spojena i se ztrátou sociálního zázemí. V kontaktním centru je umožněno klientům využívat nabídku služeb, které přispívají k jejich sociální stabilizaci a uspokojení základních potřeb. V kontaktní místnosti jsou nabízeny tyto základní doplňkové služby:

- hygienický servis a praní
- potravinový a vitamínový servis

Pobyt v kontaktní místnosti má svá pravidla. Každý klient je s nimi seznámen v průběhu kontraktování a to v tom případě, že hodlá kontaktní místnosti využívat. Kontaktní místnost je otevřena v pracovní dny od 10.00 do 16.00. Čas pobytu v kontaktní místnosti je z kapacitních důvodů omezen na jednu hodinu. V rámci této doby může klient využít nabízených doplňkových služeb. Klient zde může posedět, v určených hodinách využít potravinového servisu, který zahrnuje poskytnutí vitamínu, polévky a čaje. K udržení hygienických návyků je tu možnost využití sprchy. Služba praní a sušení prádla je poskytována dvakrát denně předem objednaným klientům.

V kontaktní místnosti jsou klientům k dispozici deskové hry, denní tisk a časopisy. V rámci sociální podpory je klientům v kontaktní místnosti k dispozici pc s připojením k internetu, kde mohou komunikovat s blízkými prostřednictvím sociálních sítí.

Doplňkové služby jsou nabízeny paralelně s ostatními službami kontaktního centra a jsou zaznamenávány do výkaznictví služby.

## **4. Poradenské a sociální služby**

### **4.1. Základní poradenství**

Základní poradenství můžeme chápat jako uvedení klienta do poradenského procesu. Je nabízeno jako možnost, kterou může klient svobodně přijmout. Spočívá v informování o možných způsobech intervence, které dokáží řešit nebo zmírnit jeho situaci. Vede k dosažení žádoucí změny ve způsobu chování, či efektivní pomoci klientovi. Jde tedy o předání základních informací, které pomohou klientovi zorientovat se v problému a povedou ho případně k dlouhodobější a strukturovanější motivační práci s pracovníkem kontaktního centra.

#### **Základní poradenství zahrnuje tyto oblasti:**

##### **1. praktické životní poradenství**

V kontaktním centru je klientovi nabízena pomoc při řešení sociálních problémů souvisejících s užíváním drog. Účinná intervence je spatřována ve zorientování se v klientově sociální situaci a pomoci při hledání možného východiska. Jde nejčastěji o otázky týkající se bydlení, zaměstnání a sociálního fungování. Patří sem i zprostředkovávání kontaktů a případná asistence do jiných institucí a organizací. V praxi jde zejména o kontakty se sociálními kurátory, pracovními a sociálními úřady, probační a mediační službou, policií a dalšími návaznými sociálními službami.

##### **2. zdravotní poradenství**

Uživatel nealkoholových drog se často potýká s různými zdravotními problémy. Základní zdravotní poradenství na tuto skutečnost reaguje pomocí informačních a edukačních materiálů, které slouží jako vhodný doplněk k osvětě a prevenci prováděné pracovníkem kontaktního centra. Poradenství je směřováno k méně rizikovému užívání drog, bezpečnému sexu, předcházení infekčním chorobám a metodám léčby drogové závislosti.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 78

### **3. právní poradenství**

Drogová trestná činnost není v životě uživatele nelegálních drog nic výjimečného. Základní právní poradenství je nabízeno klientům, kteří se dostali do konfliktu se zákonem, nebo řeší jiné právní otázky, vzniklé v souvislosti s užíváním drog. Jde o celou řadu problémů, zejména v oblasti trestné majetkové činnosti. Pracovníci kontaktního centra proto zprostředkovávají kontakt na bezplatnou právní poradnu.

### **4. psychologické poradenství**

Základní psychologické poradenství nabízí klientovi „orientaci“ v systému strukturovaného poradenství. Kontaktní pracovník v rozhovoru s klientem hledá vhodné nástroje, které by mohly klientovi pomoci dosáhnout spokojenějšího života. Léčení závislostí zahrnuje veškeré faktory bio-psycho-sociálního modelu. Tomu odpovídají léčebné postupy, souhrnně nazývané psychosociální terapie. Jedná se o individuální, skupinové či rodinné psychoterapie.<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 78

## 4.2. Krátkodobé intervence

Každý člověk se může během svého života dostat do situace, kterou vnímá jako velmi nepříznivou a zátěžovou. Přichází většinou velmi nečekaně a náhle. Pojem „krize“ označuje stavy nerovnováhy a vyhocení situací. Značí vrchol určitého děje, který vede k nějaké změně.

Krizová intervence v kontaktním centru je k dispozici jak klientům, tak i jejich rodinným příslušníkům. Zaměstnanci kontaktního centra jsou vyškoleni v technikách krizové intervence, jsou schopni vyhodnotit situaci, zvolit správný postup a navrhnout případnou následnou péči. Výhodou je také nízký práh služby, tedy její dostupnost.

Krizová intervence je zaměřena na řešení aktuálního problému, má za cíl zklidnit a stabilizovat klientův stav. Jde o zásah v době krize, kdy jde o minimalizaci ohrožení klienta. Měla by být posílena jeho schopnost vyrovnat se se zátěží a předejít tak možnému destruktivnímu řešení situace.<sup>83</sup>

Nejdůležitější cíle krizové intervence bychom mohli shrnout do následujících bodů:

- dopomoci klientovi ke správnému odhadu problému a jeho účelnému řešení
- získání sebedůvěry
- pomoci klientovi při vyjadřování emocí
- zmapování možností podpory v okolí klienta.<sup>84</sup>

Krizová intervence často vede k dlouhodobější spolupráci s klientem, jako následek změny. Nepředpokládáme, že samotná intervence vyřeší klientovi problémy, ale pomůže mu ve schopnosti hledat řešení na takové úrovni, kdy je schopen logicky myslet a uvažovat, tedy „nahlížet“ na svoji situaci. Ráda bych zde zmínila některé případy krizové intervence typické pro uživatele drog:

- sebevražedná jednání
- onemocnění infekční chorobou
- krize ve vztazích
- odsouzení za trestnou činnost
- úmrtí partnera, kamaráda z důvodu předávkování
- oběť násilí.<sup>85</sup>

<sup>83</sup> Matoušek O. a kol., Metody a řízení sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s.130

<sup>84</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 277

<sup>85</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 279



### 4.3. Strukturované poradenství

Strukturované poradenství v kontaktním centru označuje proces, kdy se pracovník a klient pravidelně setkávají a pracují dle dohodnutého a flexibilního plánu. Na začátku je vždy uzavřen kontrakt, který je průběžně vyhodnocován. Tomu vždy předchází získání vzájemné důvěry a ochota klienta spolupracovat. Kontaktní pracovník musí vždy respektovat klientovu osobnost. Cíle intervence vychází z potřeb klienta.

Aby mohl být poradenský proces efektivní a vedl k stanovenému cíli, je kladen důraz na schopnosti poradenského pracovníka. Měl by kromě vlastního poznání a schopnosti sebereflexe také dobře zvládat problematiku, ve které se pohybuje, mít dobré komunikační schopnosti, musí umět udržet hranice vztahu a strukturovat rozhovor tak, aby napomohl klientovi vytvořit si představu svého očekávání a tím jej motivovat k vlastní aktivitě.<sup>86</sup>

Cílem strukturovaného poradenství není vždy úplná abstinence klienta, ale jeho vedení k přebrání zodpovědnosti za svá rozhodnutí a posilování motivace ke změně.

Jedním z univerzálních přístupů sociální práce s uživateli drog, jsou motivační rozhovory, tzv. motivační trénink. *„Motivační rozhovor je speciální metoda, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat. Je zvláště účinná v případě lidí, kteří se změnou váhají nebo jsou velmi nerozhodní. Je zaměřena na to, aby pomohla překonat ambivalenci a pomohla člověku postoupit na cestě ke změně.“*<sup>87</sup>

Cílem motivačního tréninku je dosahování změn ve smyslu bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu, ať již při omezení užívání drog anebo při cílené trvalé abstinenci.<sup>88</sup>

Součástí kontraktu mezi pracovníkem a klientem jsou vždy cíle motivačního tréninku. Důležité je, aby byly dosažitelné, klient s nimi souhlasil a zároveň splňovaly daná kritéria (konkrétní, jasný, měřitelný, dosažitelný, reálný a časově omezený cíl).<sup>89</sup>

Ve strukturovaném poradenském procesu se také uplatňují principy vycházející z behaviorální teorie. Tyto přístupy odpovídají současným pohledům na užívání drog a v léčbě drogových závislostí patří mezi dominantní. Na rozdíl od jiných teorií

---

<sup>86</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s.115

<sup>87</sup> Miller W. R., Rollnick Stephen, Motivační rozhovory, 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004, s. 46

<sup>88</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 283- 287

<sup>89</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 284

nepokládají abstinenci jako nezbytný předpoklad ke vstupu do léčby. Součástí behaviorálního přístupu je také práce na zvyšování motivace ke změně (propojení s přístupem motivačních rozhovorů) a důkladné posouzení a analýza aktuálního stavu klienta.<sup>90</sup>

Při uplatňování motivačního rozhovoru je zásadní správně diagnostikovat fázi změny, v níž se klient aktuálně nachází. Každá fáze má své specifické úkoly a intervence. DiClemente popisuje model pěti stadií změny:

**1. Prekontemplace:**

v této fázi klienti užívání drog nevnímají jako problém, který by měli řešit, jakoukoli změnu vnímají jako zbytečnou a příliš obtížnou.

**2. Kontemplace- analýza risků a zisků:**

je typické svojí ambivalencí vůči užívání drog, klient je již schopen uvědomovat si problémy, které z toho plynou, uvažuje o změně, ale poměr zisků a ztrát vidí spíš vyrovnaný. V tomto stadiu je vhodné nevolit konfrontační styl, ale s klientem prozkoumávat jeho závislé chování z obou stran.

**3. Rozhodnutí- od závazku k akci:**

ztráty začínají převyšovat zisky, klient je schopen reálně uvažovat o změně, zpravidla ale nevidí ve svém okolí příliš podpory. V této fázi klienti spolupracují, jsou ochotni přistoupit na léčbu. Úloha sociálního pracovníka (poradce, terapeuta) je v této fázi velmi potřebná, může posílit klientovu motivaci např. tím, že mu pomůže určit nejlepší postup činnosti.

**4. Akce- uvedení plánu v život:**

v tomto stadiu klient začíná realizovat své plány.<sup>91</sup>

**5. Udržování:**

návrat do běžného života, zvládnání problémů s tím spojených, prevence relapsu.<sup>92</sup>

Po celou dobu poradenského procesu podporuje pracovník v klientovi vlastní zdroje, a ne jeho případnou nekompetentnost. V souladu s přístupem motivačních rozhovorů podporuje klientovo rozhodnutí ke změně, počítá s případnou ambivalencí a pracuje s ní. Po celou dobu vyjadřuje klientovi podporu, potvrzuje jeho rozhodnutí a oceňuje každý úspěšný krok směřující k uskutečnění jeho plánu.<sup>93</sup>

---

<sup>90</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 71

<sup>91</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 284

<sup>92</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 284

<sup>93</sup> Miller W. R., Rollnick Stephen, Motivační rozhovory, 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004, s. 49- 54

## 4.4. Sociální práce

Sociální práce je cílená pomoc potřebným, nabízená zejména v sociálních službách a jejich prostřednictvím. Je to společensko-vědní disciplína opírající se o rámec solidarity, pomáhající dosáhnout potřebným jedincům či skupinám způsobilosti k sociálnímu uplatnění a důstojnějšímu způsobu života.<sup>94</sup>

Rozvoj zažila sociální práce ve 20. století (viz „malá paradigmat“a) a i dnes její role v rámci sociální politiky stále roste.

Moderní pojetí sociální práce spočívá v důrazu na sociální fungování klienta. To dle Navrátila „...klade důraz na schopnost člověka zvládat obtížné životní situace, které vznikají jako důsledek jeho nerovnovážné interakce se sociálním prostředím.“<sup>95</sup>

Úkolem sociálního pracovníka je tedy pomoci klientovi nalézt rovnovážný vztah mezi jeho očekáváním a očekáváním sociálního prostředí. V konečném důsledku to dle mého názoru znamená zapojení klienta do běžného života a znovuoobnovení vyrovnaného vztahu k sobě a ke svému okolí.

Od sociálního pracovníka se vyžaduje schopnost porozumět základům psychologie, sociologie, práva a sociální politiky. Měl by umět diagnostikovat individuální potřeby konkrétního klienta a navrhnout řešení.<sup>96</sup>

Schopnosti a dovednosti sociálního pracovníka zohledňují standardy vzdělávání v sociální práci užívané v České republice. Ty zahrnují:

- rozvoj a účinnost komunikace
- orientaci a plánování
- podporu soběstačnosti a pomoc k jejímu dosažení
- aktivní účast na chodu organizace
- další vzdělávání v oboru.<sup>97</sup>

Sociální pracovník kontaktního centra aplikuje své poznatky z oblasti sociální práce s celou cílovou skupinou kontaktního centra. Při své práci se řídí standardy MPSV a etickým kodexem sociálních pracovníků ČR.

---

<sup>94</sup> Matoušek O. a kol., Metody a řízení sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 11

<sup>95</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 70

<sup>96</sup> Matoušek O. a kol., Základy sociální práce, 2. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 180

<sup>97</sup> Matoušek O. a kol., Metody a řízení sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 16

## **Paradigmata sociální práce**

V sociální práci existují tři základní přístupy. Odlišují se důležitostí faktorů sociálního fungování. Payne je nazývá tzv. „malými paradigmaty“.

**1. Sociální práce jako terapeutická pomoc-** klade se zde důraz na duševní zdraví a pohodu člověka. Sociální práce je zde chápána jako terapeutická intervence - individuální nebo skupinová. Opírá se o Rogersovu humanistickou koncepci, kde přístup sociálního pracovníka má být nedirektivní, nehodnotící a jeho součástí je aktivní naslouchání. Zmiňuje osobnost člověka jako vyvíjející se a nikdy ne zcela ukončený proces. Terapie neřeší materiální problémy klienta. Sociální pracovník by měl disponovat psychologickými znalostmi a terapeutickým výcvikem. V sociální práci s konzumenty drog přináší pomoc tam, kde je možné reagovat na možné problémy intrapsychieho rázu. Nezabývá se tedy širšími sociálními okolnostmi. Předností tohoto přístupu je práce s člověkem jako individualitou.

**2. Sociální práce jako reforma společenského prostředí-** sociální fungování je v tomto paradigmatu chápáno v kontextu sociální rovnosti v různých vrstvách společenského života. Hledá a odstraňuje společenské příčiny nerovnosti, které mohou vést k diskriminaci. Vychází z toho, že sociální prostředí je primární příčinou problémů. Sociální pracovník usiluje o jeho změnu, která má vést k dosažení vyváženého vztahu prostředí a jedince. Za překážku sociálního fungování jsou považovány předsudky vůči užívání drog ve společnosti. Cílem této strukturalistické koncepce je dosažení akceptujícího prostředí pro uživatele drog.

**3. Sociální práce jako sociálně-právní pomoc-** sociálního fungování je podmíněno schopností vypořádat se s problémy a na dostupnosti služeb a informací. Sociální práce je orientována jak na individuální potřeby klienta, tak i na samotné fungování sociálních služeb se snahou o jejich zkvalitnění. Primárně jde o formu pomoci díky poskytování informací, poradenství a zprostředkování relevantních služeb. Zahrnuje i snahu o adaptaci společnosti a příslušných institucí potřebám klientů. Přístup se orientuje spíše na malé individuální změny. Má společné rysy s úkolově orientovaným přístupem jehož základním mottem je myšlenka, že malý úspěch klienta posiluje jeho sebedůvěru a působí na větší angažovanost při plnění úkolů, které si sám zvolí. Tento přístup posiluje silné stránky klienta, předpokládá jeho aktivitu a

autoritu při řešení problémů. Takto prováděná sociální práce vytváří prostor pro řešení klientových problémů tak, jak je vnímá on sám a ne sociální pracovník.<sup>98</sup>

Osobně si myslím, že každá z výše uvedených teorií může přispět k osvětlení definice sociálního fungování. Díky svému působení v drogových službách bych chtěla vyzvednout pojetí sociální práce jako sociálně právní pomoci, které se nejvíce přibližuje sociální práci prováděné v kontaktním centru.

Shoduji se s Navrátilem, který při sociální práci klade důraz na:

1. znalosti různých forem závislostí
2. porozumění teorií vysvětlujících chování člověka ve společnosti
3. osobní rozvoj, sebepoznání
4. akceptaci člověka bez předsudků
5. přizpůsobení technik sociální práce aktuálním podmínkám
6. vnímání klientovy sociální situace ve všech souvislostech
7. intervenci, která musí být zaměřena jak na klienta a jeho schopnosti, tak i na prostředí.<sup>99</sup>

Cíle realizované sociální práce v kontaktním centru bych shrnula do tří důležitých oblastí. Z mého pohledu se jedná především o uspokojování sociálních potřeb klienta, o podporu schopnosti řešit problém a motivaci ke změně chování.

K těmto cílům vede široké spektrum nabízených služeb kontaktního centra. Jedná se o pomoc při hledání zaměstnání a ubytování, využití telefonu a pc, umožnění zaslání pošty na adresu kontaktního centra, asistenci při kontaktu s úřady, policií, soudy, právníkem, rodinou a jiné. Nezbytnou součástí sociální práce je také zprostředkování kontaktu a spolupráce s dalšími sociálními službami.

---

<sup>98</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 70-74

<sup>99</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 74

## **5. Praktická část**

### **5.1. Cíle a metody výzkumu, stanovení hypotéz**

#### **Cíle výzkumu**

Cílem výzkumu je zjištění míry informovanosti klientů o zdravotních rizicích spojených s injekčním užíváním drog, dále zda získané informace mají vliv na jejich rizikové chování a zodpovězení mnou stanovených hypotéz.

#### **Metody výzkumu**

K dosažení cíle a ověření mnou stanovených hypotéz jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníku, který je znázorněn v příloze č. 3.

Přednost dotazníkového šetření spatřuji ve snadném oslovení větší skupiny respondentů, kteří odpovídají stanoveným kritériím, a také získání dat během krátkého časového úseku. Jeho nevýhoda se může objevit v podobě zkreslených údajů.

Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Šetření probíhalo odděleně od ostatních klientů a pracovníků kontaktního centra. Respondenti byli na začátku seznámeni se základními informacemi a účelem šetření. Po dobu vyplňování dotazníku se mohli zeptat na případné nejasnosti.

Uzavřené, polootevřené a škálové otázky v dotazníku jsem se snažila zvolit tak, aby byly srozumitelné všem osloveným respondentům. Dotazník obsahuje otázky identifikační zjišťující věk, pohlaví a vzdělání, dále uzavřené otázky směřující k možnosti výběru z nabízených odpovědí, otázky polootevřené umožňující výběr z nabízených variant či svých vlastních odpovědí a otázky škálové, kdy respondent uvádí svoji odpověď na hodnotící stupnici. Délka dotazníku a jeho časová dotace (max. 5 min.) byly vybrány s ohledem na specifičnost oslovené klientely.

## **Stanovení hypotéz**

Na základě poznatků čerpaných v teoretické části jsem stanovila následující hypotézy:

### **Hypotéza 1:**

Domnívám se, že každý injekční uživatel má objektivní informace o infekčních chorobách spojených s užíváním drog.

### **Hypotéza 2:**

Myslím si, že většina injekčních uživatelů se při pohlavním styku nijak nechrání před infekčními chorobami.

### **Hypotéza 3:**

Domnívám se, že více než polovina injekčních uživatelů nikdy nesdílela injekční materiál s nikým jiným.

## **5.2. Charakteristika respondentů**

Výzkumné šetření probíhalo mezi klienty Kontaktního centra Vídeňská v Brně. Vzorek respondentů byl vybrán záměrně kvůli orientaci mé bakalářské práce.

Bylo osloveno celkem 78 klientů, z nich 62 klientů vyplnilo dotazník o 17 otázkách. 2 dotazníky musely být z šetření vyřazeny kvůli chybějícím údajům.

Dotazníkové šetření probíhalo jeden měsíc. Všichni respondenti byli pravidelnými klienty kontaktního centra užívající pervitin injekčně.

### 5.3. Vlastní výzkum

#### Otázka č. 1

Uveďte, jakého jste pohlaví?

Tabulka č. 2

POHLAVÍ	
MUŽI	ŽENY
39	21

Graf č. 1



Zobrazená tabulka a graf poukazují na vzorek respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 60 respondentů, 39 mužů a 21 žen. Všichni respondenti navštěvují Kontaktní centrum Vídeňská v Brně. Poměr dotazovaných zhruba odpovídá poměru zastoupení mužské a ženské populace využívající služby kontaktního centra. Zastoupení mužů- 2/3, zastoupení žen-1/3 klientely.



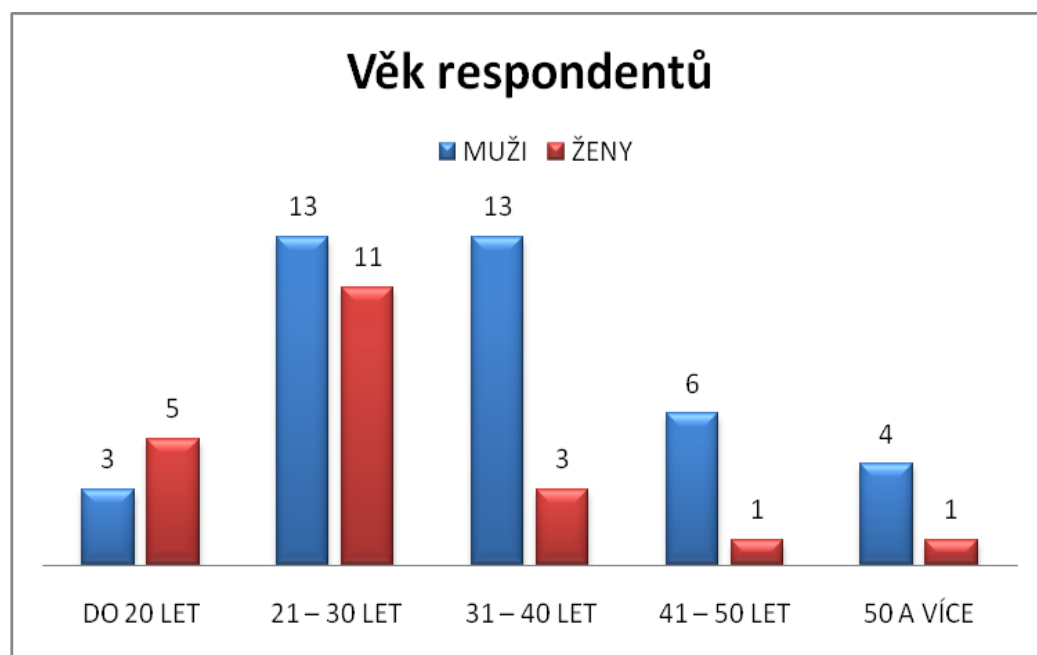
## Otázka č. 2

Jste ve věkové kategorii:

Tabulka č. 3

VĚK	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
DO 20 LET	3	5
21 – 30 LET	13	11
31 – 40 LET	13	3
41 – 50 LET	6	1
50 A VÍCE	4	1
<b>CELKEM</b>	<b>39</b>	<b>21</b>

Graf č. 2



Ve výzkumném vzorku byla u obou pohlaví nejvíce zastoupena skupina respondentů ve věkovém rozpětí 21 až 30 let. Nejnižší zastoupení je ve věkové skupině 50 let a více.

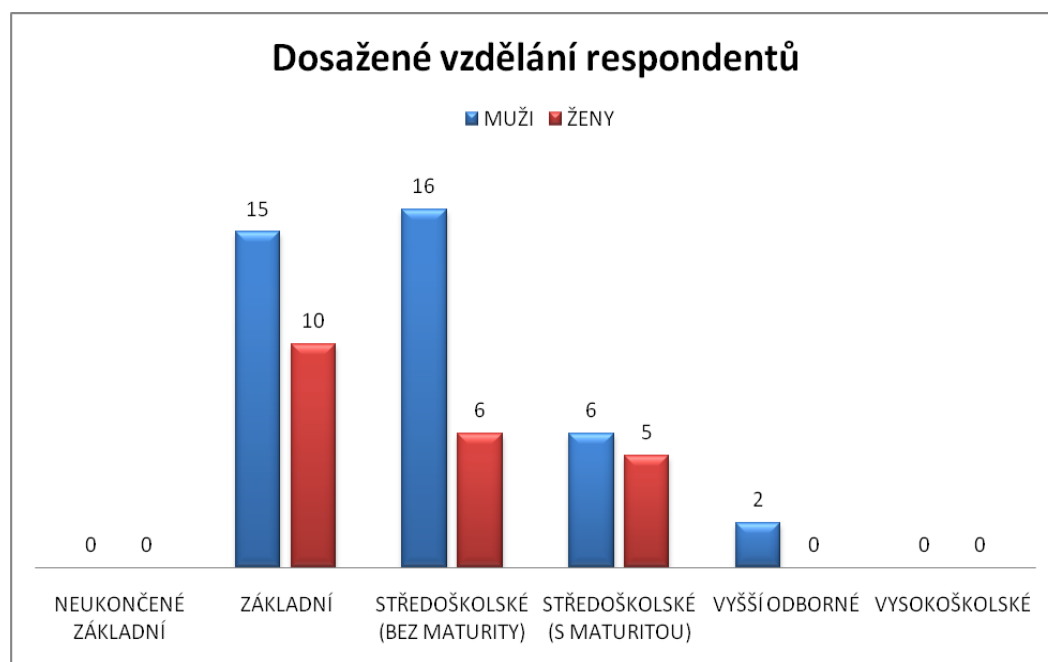
### Otázka č. 3

Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4

VZDĚLÁNÍ	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
NEUKONČENÉ ZÁKLADNÍ	0	0
ZÁKLADNÍ	15	10
STŘEDOŠKOLSKÉ (BEZ MATURITY)	16	6
STŘEDOŠKOLSKÉ (S MATURITOU)	6	5
VYŠŠÍ ODBORNÉ	2	0
VYSOKOŠKOLSKÉ	0	0

Graf č. 3



Většina respondentů má ukončené základní či středoškolské vzdělání bez maturity. 11 respondentů ukončilo studium maturitou. Několik respondentů navíc v dotazníku uvedlo, že zatím ještě studují.

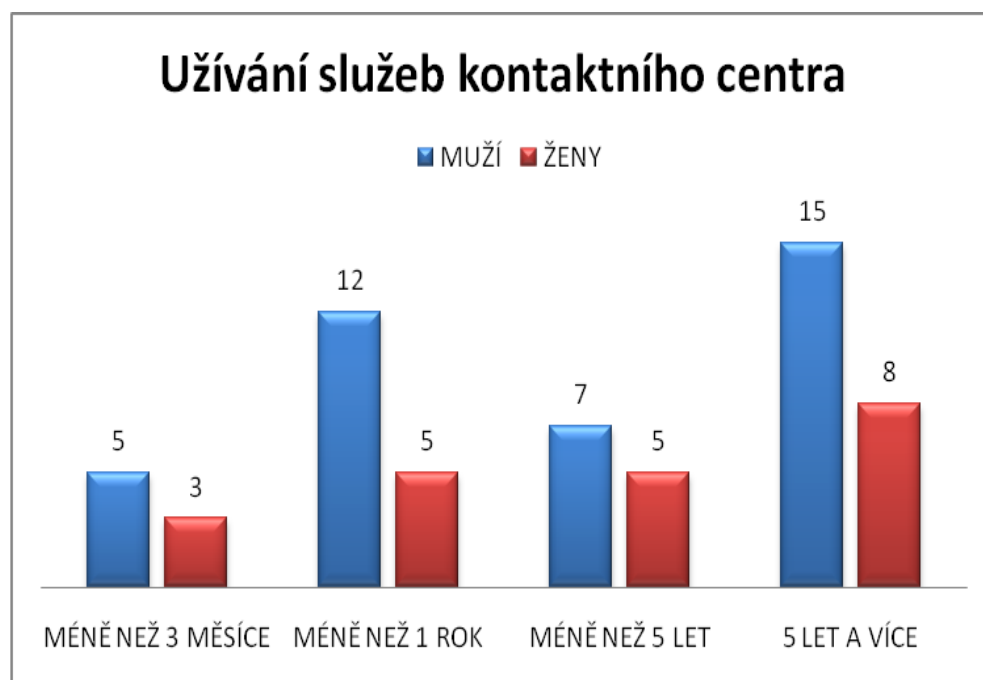
#### Otázka č. 4

#### Jak dlouho navštěvujete kontaktní centrum?

Tabulka č. 5

DÉLKA UŽÍVÁNÍ SLUŽEB	MUŽI	ŽENY
MÉNĚ NEŽ 3 MĚSÍCE	5	3
MÉNĚ NEŽ 1 ROK	12	5
MÉNĚ NEŽ 5 LET	7	5
5 LET A VÍCE	15	8

Graf č. 4



Z výzkumného vzorku vyplývá, že kontaktní centrum navštěvuje a využívá jeho služeb více než 1/3 respondentů déle než 5 let. Jedná se tedy o dlouhodobější uživatele drog.

### Otázka č. 5

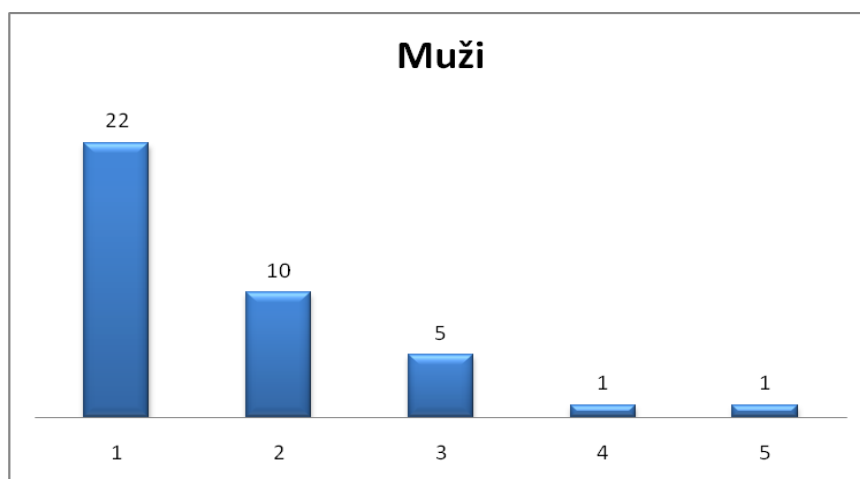
**Jak byste v současné době zhodnotil/a bezpečnost Vašeho chování v souvislosti s přenosem infekčních chorob (žloutenka, HIV/ AIDS)?**

**Oznámkujte se jak ve škole (zakroužkujte).**

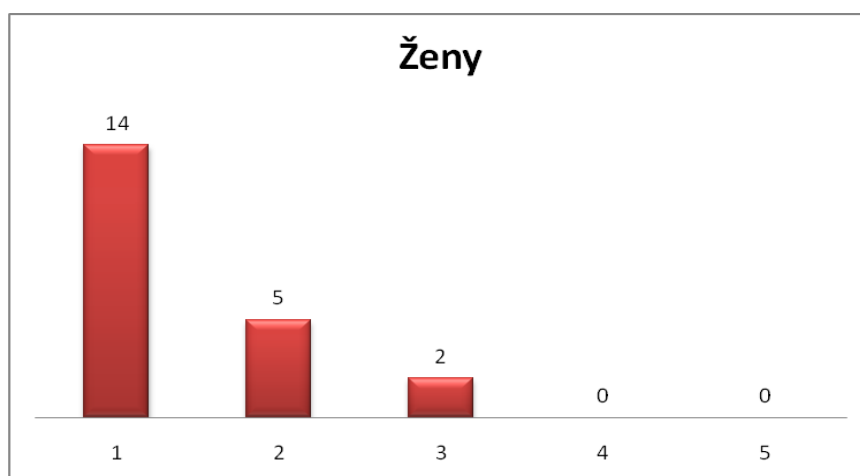
Tabulka č. 6

POHLAVÍ	BEZPEČNOST CHOVÁNÍ				
	1	2	3	4	5
MUŽI	22	10	5	1	1
ŽENY	14	5	2	0	0

Graf č. 5



Graf č. 6



Většina respondentů hodnotí bezpečnost svého chování velmi kladně. Lze se proto domnívat, že se z hlediska přenosu infekčních chorob chovají zodpovědně.

### Otázka č. 6

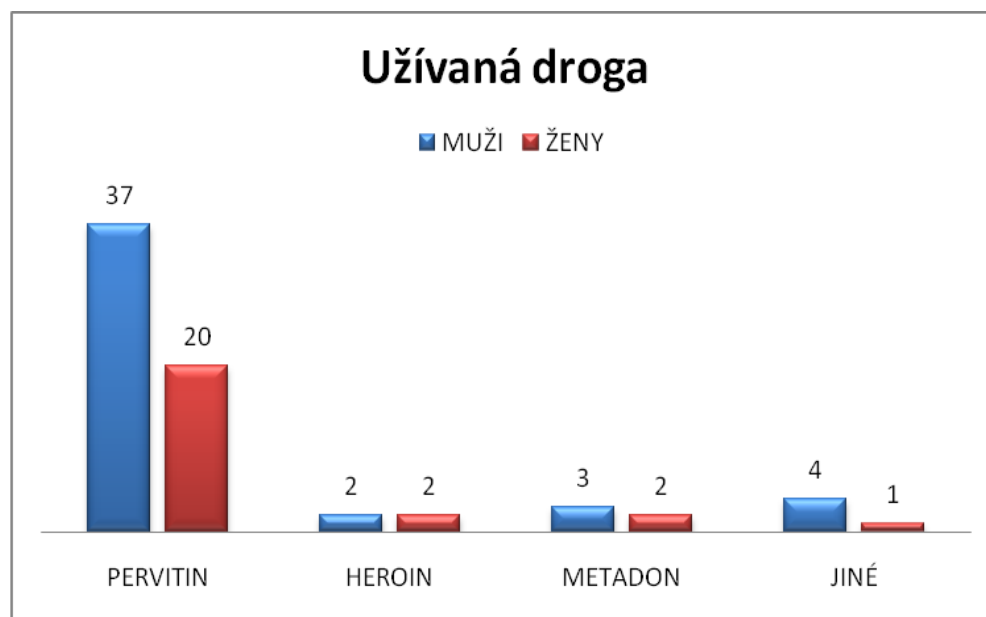
V současnosti je Vámi užívaná droga:

(možno zatrhnout i více variant)

Tabulka č. 7

UŽÍVANÁ DROGA	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
PERVITIN	37	20
HEROIN	2	2
METADON	3	2
JINÉ	4	1

Graf č. 7



Převážná většina respondentů uvádí pervitin jako nejčastěji užívanou nelegální drogu. Minimum klientů uvedlo opiáty typu heroin a metadon. Jako další užívané drogy zmiňují respondenti LSD a léky, které blíže nespecifikují. Marihuana byla z dotazníku vyřazena záměrně.

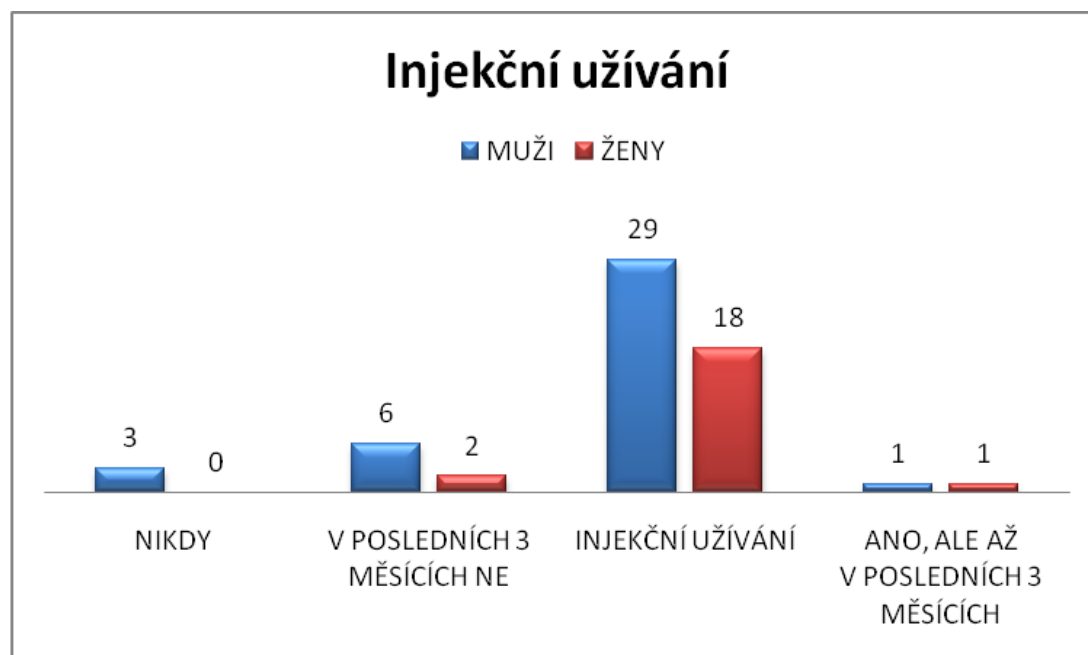
### Otázka č. 7

#### Aplikujete drogy injekčně?

Tabulka č. 8

INJEKČNÍ APLIKACE DROG	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
NIKDY	3	0
V POSLEDNÍCH 3 MĚSÍCÍCH NE INJEKČNÍ UŽÍVÁNÍ	6	2
ANO, ALE AŽ V POSLEDNÍCH 3 MĚSÍCÍCH	29	18
	1	1

Graf č. 8



Z vybraného vzorku 60 respondentů užívá drogy injekčně 47 respondentů, nikdy neaplikovali drogy injekčně 3 muži, v posledních 3 měsících abstinovalo či užilo drogy jiným způsobem 8 respondentů. 2 respondenti začali injekčně užívat až v posledních 3 měsících.

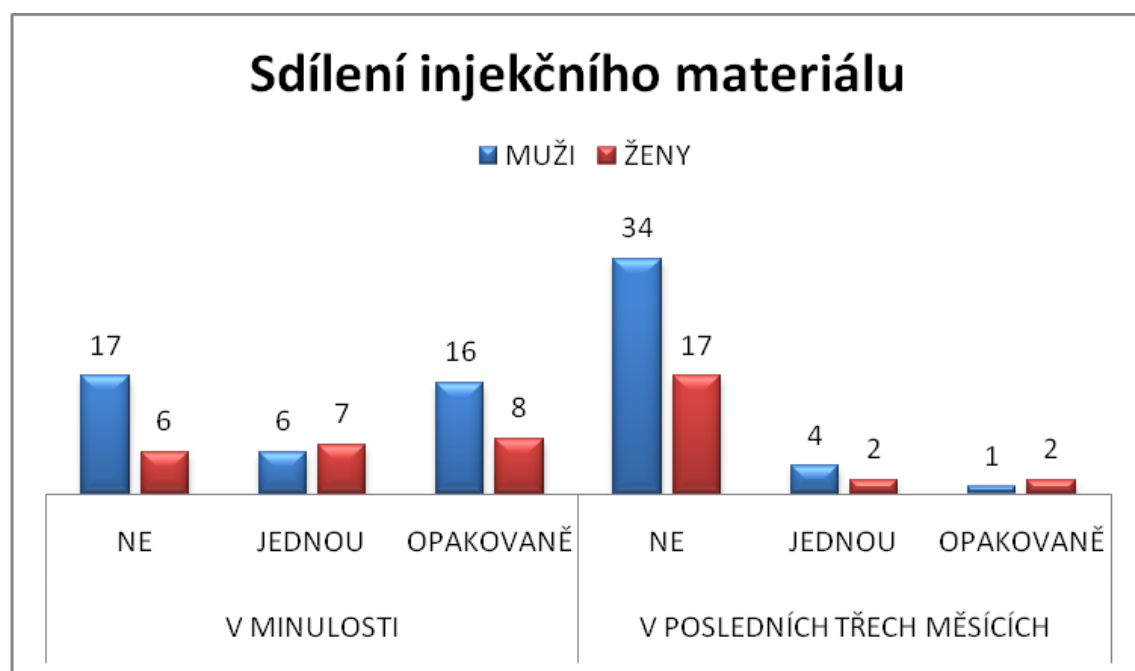
### Otázka č. 8

**Sdílel/a jste s někým injekční materiál?**

Tabulka č. 9

POHLAVÍ	V MINULOSTI			V POSLEDNÍCH TŘECH MĚSÍCÍCH		
	NE	JEDNOU	OPAKOVANĚ	NE	JEDNOU	OPAKOVANĚ
MUŽI	17	6	16	34	4	1
ŽENY	6	7	8	17	2	2

Graf č. 9



Následující tabulka a graf ukazují rizikové chování- sdílení injekčního materiálu při aplikaci drog. Srovnávají aplikaci použitým injekčním materiálem v minulosti (po celou dobu drogové kariery mimo poslední tři měsíce) a v posledních třech měsících.

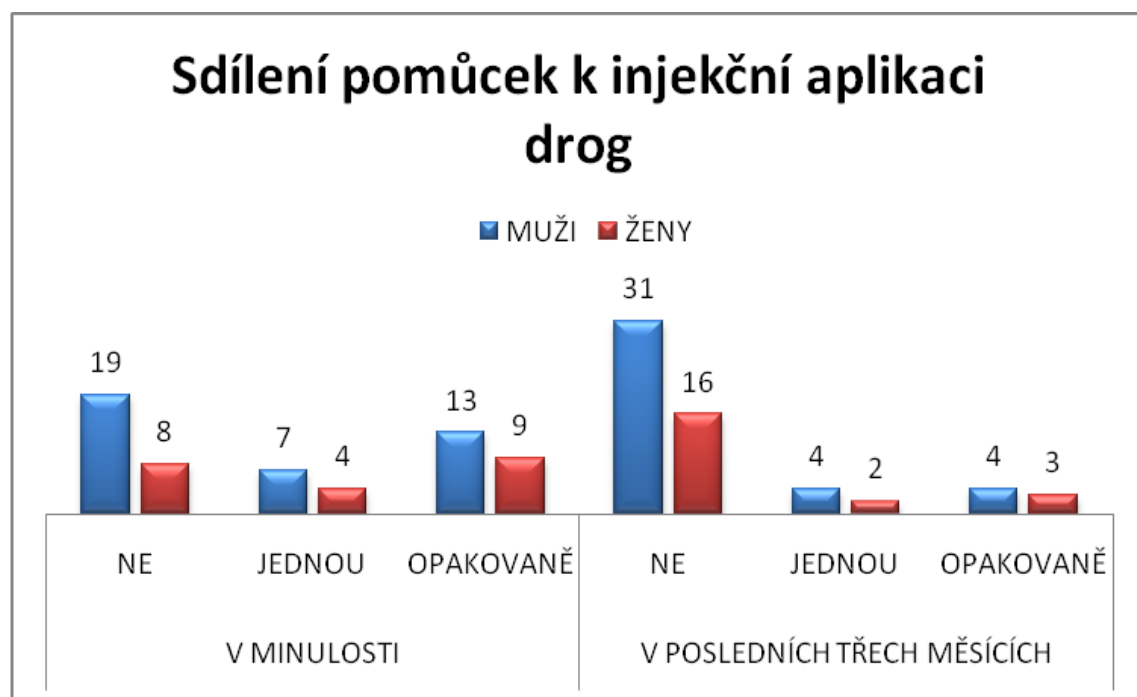
### Otázka č. 9

**Sdílela jste s někým pomůcky k injekční aplikaci drog?**

Tabulka č. 10

POHLAVÍ	V MINULOSTI			V POSLEDNÍCH TŘECH MĚSÍCÍCH		
	NE	JEDNOU	OPAKOVANĚ	NE	JEDNOU	OPAKOVANĚ
MUŽI	19	7	13	31	4	4
ŽENY	8	4	9	16	2	3

Graf č. 10



Sdílení pomůcek k injekční aplikaci (voda, filtry, pánvička) ukazuje tabulka č. 9 a graf č. 10. Opět je zde odlišeno chování respondentů v minulosti a v posledních třech měsících.



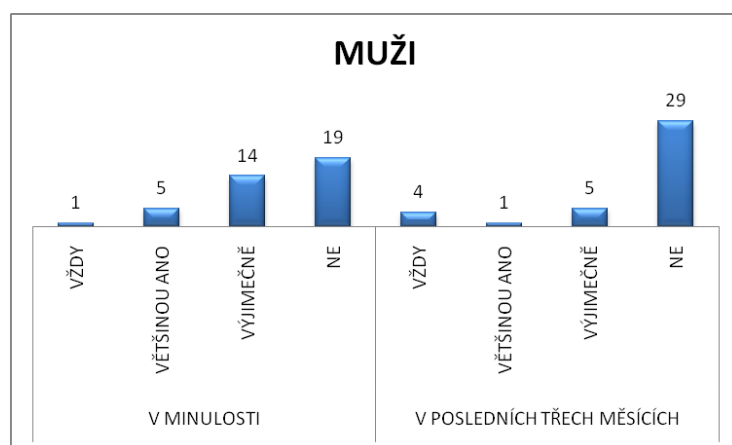
## Otázka č. 10

### Používal/a jste při sexu kondom?

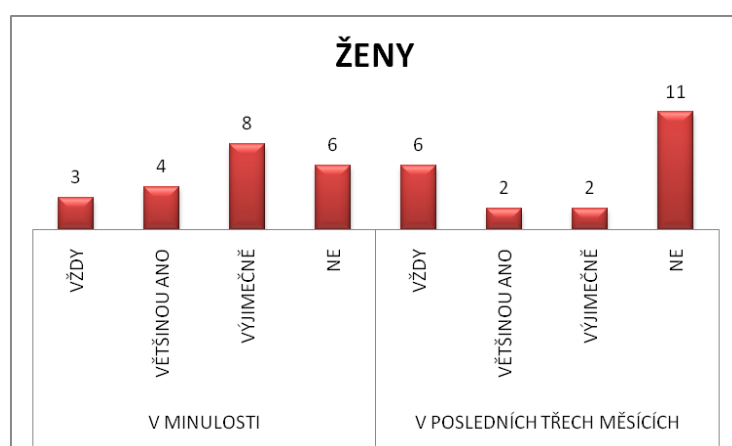
Tabulka č. 11

POHLAVÍ	V MINULOSTI				V POSLEDNÍCH TŘECH MĚSÍCÍCH			
	VŽDY	VĚTŠINOU ANO	VÝJIMEČNĚ	NE	VŽDY	VĚTŠINO U ANO	VÝJIMEČNĚ	NE
<b>MUŽI</b>	1	5	14	19	4	1	5	29
<b>ŽENY</b>	3	4	8	6	6	2	2	11

Graf č. 11



Graf č. 12



Z dotazníku vyplývá, že 2/3 respondentů se v současnosti při sexu kondomech nechrání. Z nich někteří navíc uvedli, že mají stálého partnera, nebo sexuálním životem v posledních třech měsících nežili.

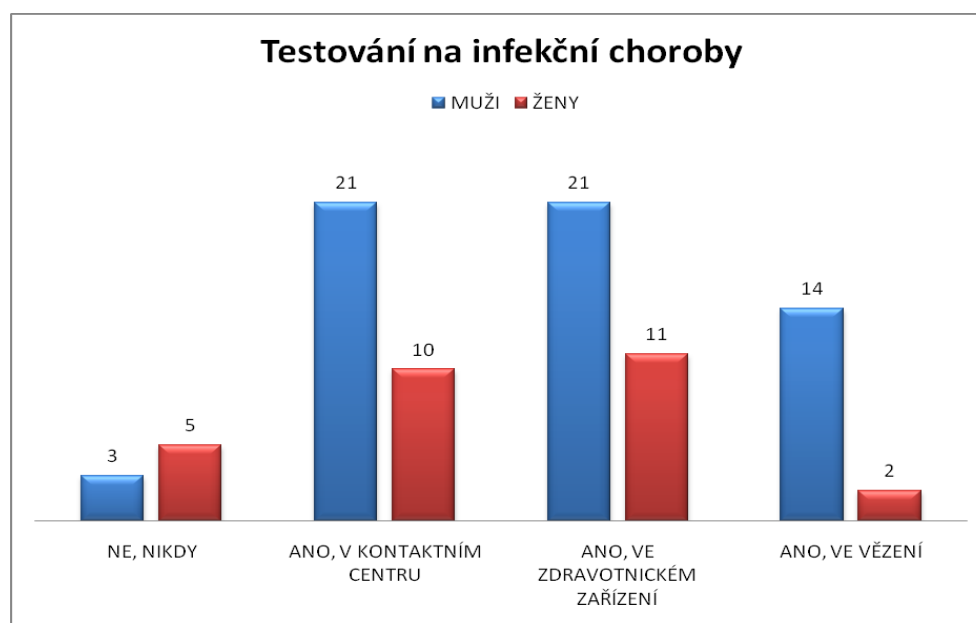
### Otázka č. 11

**Byl/a jste někdy testován/a na infekční choroby (žloutenka, HIV/AIDS)?  
(možno zatrhnout více odpovědí)**

Tabulka č. 12

TESTOVÁNÍ NA INFEKČNÍ CHOROBY	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
NE, NIKDY	3	5
ANO, V KONTAKTNÍM CENTRU	21	10
ANO, VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	21	11
ANO, VE VĚZENÍ	14	2

Graf č. 13



Z odpovědí respondentů je patrné, že muži i ženy mají z hlediska infekčních chorob zájem znát svůj zdravotní stav. Z 60 respondentů nebylo nikdy testováno na infekční choroby celkem 8 respondentů- 5 žen a 3 muži. Z výzkumu vyplývá, že dotázaní využili možnosti testování na různých místech. Nejčastěji respondenti uváděli kontaktní centrum a zdravotnické zařízení. Při nástupu do výkonu trestu bylo testováno celkem 16 dotazovaných.

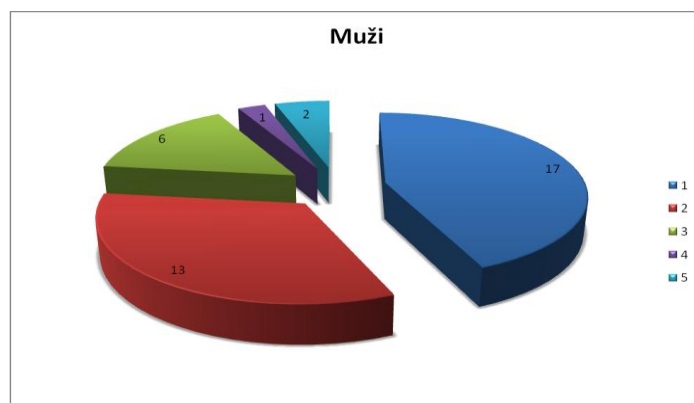
### Otázka č. 12

Jak byste zhodnotil/a úroveň Vašich znalostí o přenosu infekčních chorob (žloutenky, HIV, AIDS). Označte se jako ve škole (zakroužkujte).

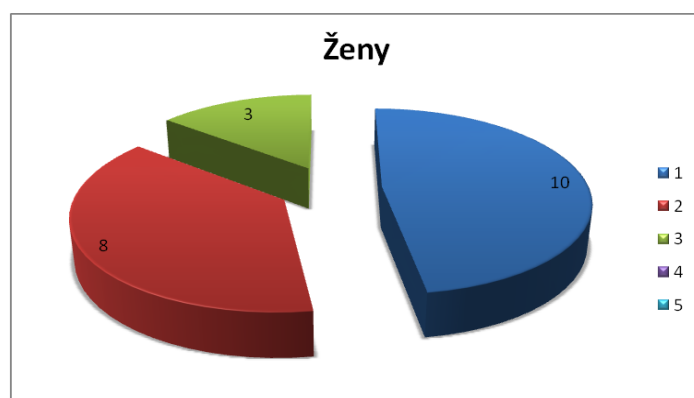
Tabulka č. 13

POHLAVÍ	ZNALOST PŘENOSU INFEKČNÍCH CHOROB				
	1	2	3	4	5
MUŽI	17	13	6	1	2
ŽENY	10	8	3	0	0

Graf č. 14



Graf č. 15



Z dotazníků vyplývá, že většina respondentů je přesvědčena, že má dostatek znalostí týkající se přenosu výše uvedených infekčních chorob. Celkem 27 respondentů hodnotí své znalosti jako výborné, 21 respondentů by se ohodnotilo stupněm 2. Jisté nedostatky vidí celkem 9 respondentů, kteří by se ohodnotili známkou 3. Minimální počet respondentů označuje svoji informovanost za nedostačující.

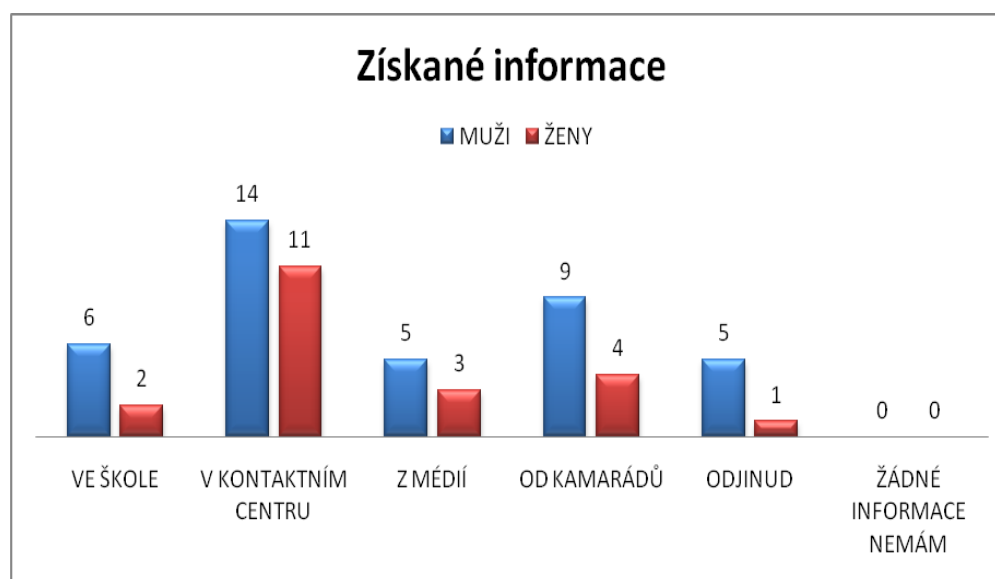
### Otázka č. 13

Nejvíce informací o žloutenkách a HIV/ AIDS jsem se dozvěděl/a:  
(pouze jedna odpověď).

Tabulka č. 14

ZÍSKANÉ INFORMACE	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
VE ŠKOLE	6	2
V KONTAKTNÍM CENTRU	14	11
Z MÉDIÍ	5	3
OD KAMARÁDŮ	9	4
ODJINUD	5	1
ŽÁDNÉ INFORMACE NEMÁM	0	0

Graf č. 16



Z celkového počtu 60 dotazovaných žádný respondent neuvedl, že nemá žádné informace o virových hepatitidách- žloutenkách a HIV/ AIDS. Zdrojem informací bylo ve 25 případech kontaktní centrum, 13 respondentů dostalo nejvíce informací od kamarádů, 8 respondentů se nejvíce dozvědělo ve škole, dalších 8 z médií. Možnost „odjinud“ dávala prostor k vyjádření konkrétnímu. Všechny 6 respondentů uvádí jako zdroj informací lékaře.

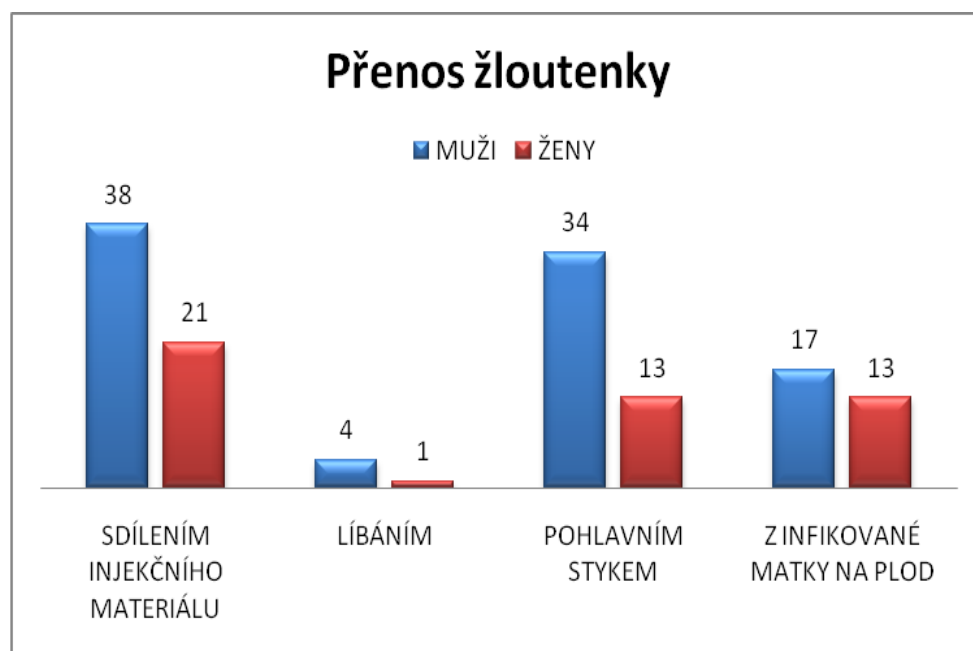
#### Otázka č. 14

**Žloutenka typu C se přenáší: (možno zatrhnout i více variant)**

Tabulka č. 15

PŘENOS ŽLOUTENKY	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
SDÍLENÍM INJEKČNÍHO MATERIÁLU	38	21
LÍBÁNÍM	4	1
POHLAVNÍM STYKEM	34	13
Z INFIKOVANÉ MATKY NA PLOD	17	13

Graf č. 17



V otázce č. 14 bylo možné zatrhnout více variant. Správnou odpovědí na dotaz přenosu žloutenky typu C je sdílení injekčního materiálu, pohlavní styk a přenos z infikované matky na plod. 59 respondentů uvedlo správně přenos injekčním materiálem, 47 respondentů navíc uvedlo i přenos pohlavním stykem a polovina z dotazovaných ví, že se toto onemocnění může přenést i z infikované matky na plod. 5 respondentů chybně uvádí, že se virus žloutenky přenáší líbáním.

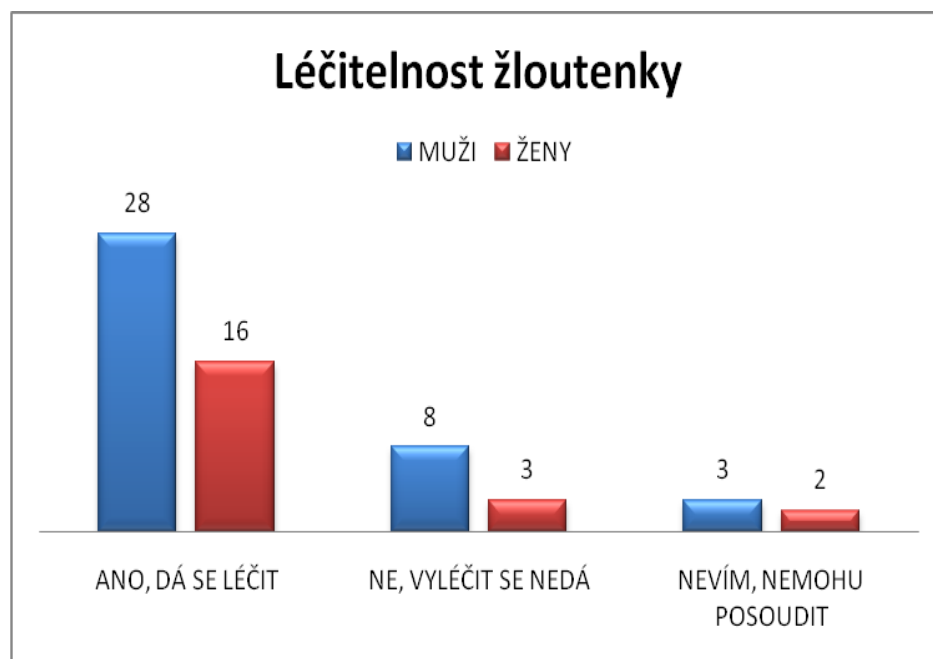
### Otázka č. 15

Je podle Vás žloutenka typu C léčitelné onemocnění?

### Otázka č. 16

LÉČITELNOST ŽLOUTENKY TYPU C	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
ANO, DÁ SE LÉČIT	28	16
NE, VYLÉČIT SE NEDÁ	8	3
NEVÍM, NEMOHU POSOUDIT	3	2

### Graf č. 18



Žloutenka typu C je léčitelné onemocnění. Z vybraného vzorku respondentů uvedlo správnou odpověď 28 mužů a 16 žen. Celkem 11 respondentů si myslí, že se tohle onemocnění léčit nedá, 5 dotazovaných napsalo, že neví.

### Otázka č. 16

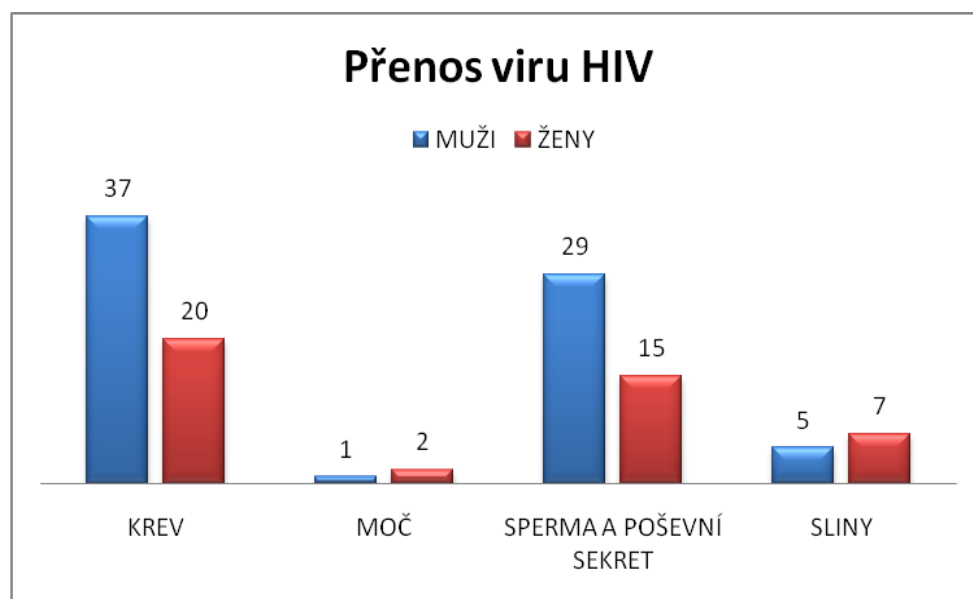
Virus HIV se přenáší přímým kontaktem s infikovanými tělními tekutinami. Jedná se o:

(možno zatrhnout i více variant).

Tabulka č. 17

PŘENOS VIRU HIV	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
KREV	37	20
MOČ	1	2
SPERMA A POŠEVNÍ SEKRET	29	15
SLINY	5	7

Graf č. 19



K otázce č. 16 mohli respondenti vybrat více správných odpovědí. Patří k nim přenos viru HIV prostřednictvím krve, spermatu a poševního sekretu. 57 respondentů uvedlo dobře přenos krví, přenos spermatem a poševním sekretem označilo 44 respondentů. Minimální počet dotazovaných je přesvědčeno, že HIV se přenáší také močí. Transfer slinami pak zmiňuje 5 mužů a 7 žen.

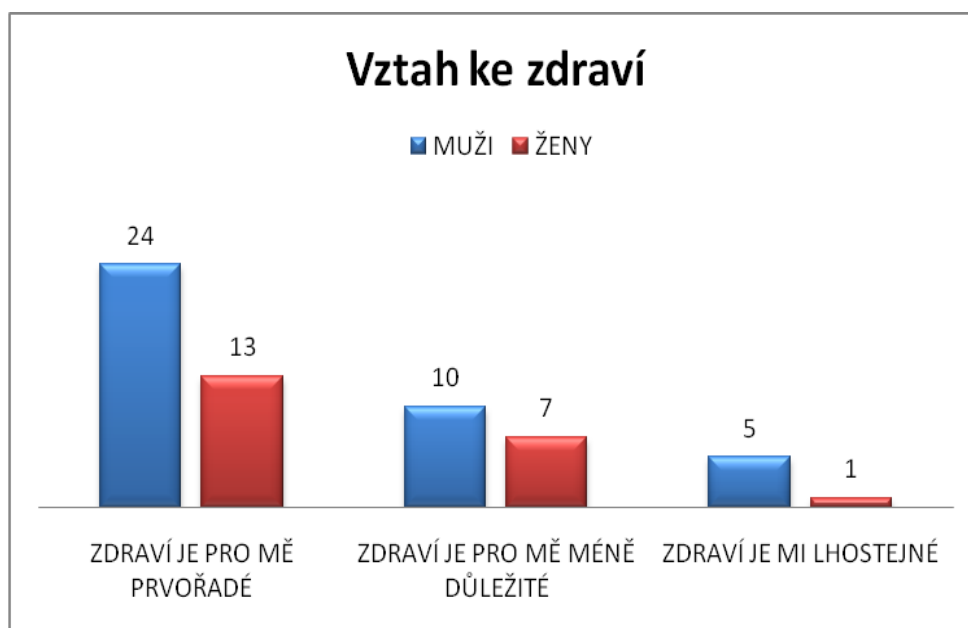
### Otázka č. 17

Zamyslete se, prosím, nad pojmem zdraví. Jak byste definoval/a Váš vztah k němu?

Tabulka č. 18

ZDRAVÍ A VZTAH K NĚMU	POHLAVÍ	
	MUŽI	ŽENY
ZDRAVÍ JE PRO MĚ PRVOŘADÉ	24	13
ZDRAVÍ JE PRO MĚ MÉNĚ DŮLEŽITÉ	10	7
ZDRAVÍ JE MI LHOŠTEJNÉ	5	1

Graf č. 20



Z celkového počtu 60 respondentů je zdraví prvořadé pro 37 dotazovaných. 17 dotazovaných mu nepřikládá takovou váhu a 6 respondentům je zdraví lhostejné.



## 5.4. Analýza a prezentace získaných výsledků

Výzkumného šetření se zúčastnilo 60 respondentů navštěvující Kontaktní centrum Vídeňská. Zastoupené pohlaví odpovídá realitě: 2/3 mužů a 1/3 žen ve výzkumném vzorku. Nejčastější věkové zastoupení respondentů v šetření bylo 21 – 30 let. 43 % respondentů mělo pouze základní vzdělání, 35 % respondentů středoškolské vzdělání bez maturity, 18 % maturitu, 4 % VOŠ. Z hlediska délky návštěvnosti je zajímavý fakt, že 1/3 respondentů využívá služby kontaktního centra 5 let a více. Nejčastější užívanou drogou respondentů je pervitin aplikovaný v 78 % injekčně. 8 respondentů aktuálně uvádělo, že abstinují, či užívají drogu jiným způsobem.

Otázky v dotazníku směřovaly k ověření mnou stanovených hypotéz, ke zjištění míry informovanosti klientů o zdravotních rizicích spojených s injekčním užíváním drog a vlivu informací na jejich rizikové chování.

Z výzkumu plyne, že 85 % respondentů považuje své chování v souvislosti s přenosem infekčních chorob za bezpečné (hodnocení 1, 2). Chování dotazovaných však dle mého názoru neodpovídá jejich kladnému hodnocení. Soudím tak ze samotné injekční aplikace, z počtu respondentů sdílejících injekční materiál, pomůcek k aplikaci drog a užívání prezervativu při sexu.

Zajímavé je srovnání odpovědí respondentů týkající se minulosti a posledních třech měsíců. Sdílení injekčního materiálu v minulosti uvedlo 60 % respondentů, v posledních 3 měsících 15 % respondentů. Pomůcky k aplikaci drog v minulosti sdílelo 55 %, v posledních 3 měsících 21% respondentů. Zde je vidět značný posun k bezpečnějšímu chování. Kondom nepoužívalo v minulosti 42 % respondentů, v posledních 3 měsících 67 % respondentů. Několik dotazovaných uvedlo, že kondom nepoužívají, protože mají stálého partnera. Přesto se domnívám, že v souvislosti s životním stylem je používání ochrany na místě.

Pozitivně hodnotím zájem respondentů o testování na infekční choroby. V kontaktním centru bylo otestováno 52 % respondentů, ve zdravotnickém zařízení 53 %, ve vězení 27 % dotazovaných. 13 % respondentů nebylo testováno nikdy.

Znalosti týkající se přenosu infekčních nemocí ohodnotilo na výbornou 45 % (27 dotazovaných). Ovšem pouze 10 respondentů uvádí kompletní informace, zbylí nemají kompletní přehled o možnostech přenosu infekčních chorob. 7 respondentů dokonce uvedlo přenos viru HIV slinami. Zaujala mě skutečnost, že až na jednoho

respondenta, byli všichni testováni na infekční choroby a měli by mít tedy informace z před testového poradenství. Dva respondenti se domnívali, že se HIV přenáší pouze pohlavním stykem, ne krví. Kladu si tedy otázku, zda si dotyční myslí, že je HIV/ AIDS „ pouze“ pohlavní chorobou. Opačný extrém ukázal respondent, který se ohodnotil stupněm pět a měl informace na výbornou.

37 respondentů uvedlo, že je pro ně zdraví prvořadé, méně důležité je pro 17 respondentů a 6 uvedlo, že je jim lhostejné. Zaměřila jsem se záměrně na skupinu nejpočetnější, která by se měla chovat dle vztahu ke svému zdraví co nejbezpečněji. Výzkum ukazuje, že z uvedených 37 respondentů aktuálně injekčně aplikuje 30, ze zbylých 7 respondentů 3 neaplikovali do žíly nikdy a 4 aktuálně abstinují. Sdílení injekčního materiálu v posledních třech měsících uvedli pouze 2 dotazovaní. Méně pozitivní je výsledek v případě bezpečného sexu. Kondom v poslední době použilo 16 dotazovaných, 21 se nechrání vůbec.

Získaná data výzkumu sloužila k ověření mnou stanovených hypotéz.

#### **Hypotéza 1:**

**Domnívám se, že každý injekční uživatel má objektivní informace o infekčních chorobách spojených s užíváním drog.**

Výzkum ukazuje, že všichni respondenti neznají způsob přenosu vybraných infekčních chorob ani léčitelnost žloutenky typu C. Většina dotazovaných je ale informována o přenosu těchto chorob krví. Přenos pohlavním stykem uvádí 3/ 4 respondentů. Jen 1/ 2 je seznámena s možností přenosu žloutenky typu C z infikované matky na plod. V dotazníku jsou respondenty uváděny možnosti přenosu HIV a žloutenky typu C prostřednictvím slin a moči. O léčitelnosti žloutenky typu C ví 44 dotazovaných, tedy necelé 3/ 4. K ověření hypotézy 1 směřovala otázka č. 14, 15,16.

Hypotéza se **nepotvrdila**.

#### **Hypotéza 2:**

**Myslím si, že většina injekčních uživatelů se při pohlavním styku nijak nechrání před infekčními chorobami.**

Z dotazníkového šetření vyplývá, že se většina respondentů při pohlavním styku nijak nechrání. Z 39 mužů uvedlo pouze 6, že se v posledních třech měsících vždy, či většinou chránili při sexu kondomem. Z 21 žen to samé uvedlo pouze 8 žen. Ve srovnání jejich chování s minulostí, došlo dokonce u 10 mužů a 7 žen ke zhoršení v minulosti občas kondom při sexu použili, v současnosti již ne. K ověření hypotézy 2 směřovala otázka č. 10.

Hypotéza se **potvrdila**.

### **Hypotéza 3:**

**Domnívám se, že více než polovina injekčních uživatelů nikdy nesdílela injekční materiál s nikým jiným.**

38 respondentů uvedlo, že v minulosti sdíleli jednou či opakovaně injekční materiál s někým jiným. K ověření hypotézy 3 směřovala otázka č. 8.

Hypotéza se **nepotvrdila**.

## Závěr

Ve své bakalářské práci s názvem „Služby kontaktního centra poskytované uživatelům nealkoholových drog“ jsem představila zařízení, které je součástí systému péče o uživatele drog v ČR. Konkrétně se jedná o Kontaktní centrum Vídeňská v Brně patřící k nestátní organizaci Sdružení Podané ruce, o. s.

K výběru výše zmíněného tématu přispěl můj zájem o drogovou, sociální a zdravotní problematiku. Při zpracování práce jsem využila poznatky získané při studiu oboru sociální pedagogika zabývající se výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny lidí. Výchovné a motivující intervence aplikované v tomto zařízení jistě patří do rámce sociálně pedagogické činnosti pracovníků.

V teoretické části jsem se snažila přiblížit laické i odborné veřejnosti činnost kontaktního centra, shrnout hojně diskutované téma drogové závislosti s jejími následky, popsat program Harm Reduction. Dále jsem se zaměřila na konkrétní kontaktní centrum, jeho poslání, cíle, klientelu, nabízené služby a další jeho činnosti. Věřím, že se mi podařilo stručně popsat a vystihnout filosofii a smysl působení onoho centra. Bakalářská práce by proto mohla přispět k základní orientaci pracovníků ze sociálních a zdravotních služeb. Informace zde mohou nalézt jednotlivci (např. stážisté), instituce a organizace, zajímající se o tuto oblast (Charita, Armáda spásy, A- kluby, sociální kurátoři, protidrogoví koordinátoři a další).

Praktická část bakalářské práce byla orientována na míru informovanosti klientů týkající se zdravotních rizik spojených s injekčním užíváním drog. Dále jsem se pokusila zjistit, zda získané informace působí na rizikovost chování klientů.

Pomocí dotazníkového šetření jsem si ověřila mnou stanovené hypotézy výzkumu. Získaná data ukazují na nepřesnost znalostí respondentů o přenosu infekčních chorob. Za pozornost jistě stojí fakt, že se v současnosti zmínění respondenti ve 2/3 případech nechraní pomocí prezervativu před pohlavními chorobami. V tak rizikové skupině, kterou uživatelé drog zajisté jsou, se z mého pohledu jedná o velmi znepokojující skutečnost. Sdílení injekčního materiálu patří k nejčastějšímu přenosu infekčních chorob mezi nitrožilními uživateli drog. Z výzkumu vyplývá, že i přes rizikovost dřívějšího chování došlo mezi uživateli ke značnému posunu. Osobně si myslím, že k tomu přispívá nabídka, dostupnost a anonymita programů zaměřených na snižování rizik a současná osvěta.

Jsem si vědoma skutečnosti, že dotazníkové šetření je jen orientační z důvodu menšího počtu respondentů. Mezi takto specifickou skupinou však dle mého názoru dostačující ke zmapování situace. Myslím si, že získaná data mohou být do jisté míry považována za zpětnou vazbu. Z mého pohledu dostávají klienti kontaktního centra dostatek informací prostřednictvím pracovníků, diskuzí, naučných filmů a testového poradenství. Otázkou však je, do jaké míry jsou pro uživatele tato poučení důležitá a praktikovaná.

Na zjištěné skutečnosti by bylo zajímavé navázat během magisterského studia. Pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů by se daly snáze zjistit souvislosti znázorňující vliv informovanosti na rizikové chování jednotlivců, popř. najít situace a okolnosti, které k takovému chování vedou.

## Resumé

Bakalářská práce je zaměřena na služby kontaktního centra, které jsou poskytovány uživatelům nealkoholových drog. Je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly.

Seznamuje se sociálně patologickým jevem- drogovou závislostí, jejími následky a programem na snižování rizik- Harm Reduction.

Ve druhé kapitole popisuje činnost Kontaktního centra Vídeňská, jeho cílovou skupinu, poslání, cíle, vstup klienta do služby, kontrakt a individuální plánování.

Bližší popis nabízených základních služeb, k nimž patří kontaktní práce, podpora minimalizace rizik, základní zdravotní péče, doplňkové služby, je uveden ve třetí kapitole.

Čtvrtá kapitola s názvem poradenské a sociální služby se věnuje základnímu poradenství, krátkodobé intervenci, strukturovanému poradenství a sociální práci.

Praktická část je založena na dotazníkové metodě empirického výzkumu. Zahrnuje cíle a metodu výzkumu, stanovuje hypotézy, charakterizuje vzorek respondentů, kteří se daného výzkumu zúčastnili. Prezentuje informace získané v prostředí kontaktního centra a následně verifikuje vymezené hypotézy.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá nabízenými službami kontaktního centra, které je součástí systému péče o uživatele nealkoholových drog v ČR. Teoretická část popisuje drogovou závislost, její následky, program Harm Reduction. Přibližuje činnost kontaktního centra včetně jeho poslání a cílové skupiny. Blíže charakterizuje jeho základní, poradenské a sociální služby. Praktická část zkoumá míru informovanosti klientů o zdravotních rizicích spojených s injekčním užíváním drog a to, zda získané informace mají vliv na jejich rizikové chování.

## **Klíčová slova**

Kontaktní centrum, uživatel drog, nabídka služeb, drogová závislost, Harm Reduction, informovanost, poradenství, infekční choroby, rizikové chování.

## **Annotation**

The bachelor thesis deals with the services offered by contact centre which is a part of the system taking care of non-alcohol drug users in the Czech Republic. The theoretical part describes the drug addiction, its consequences and Harm Reduction Programme. It introduces the activities of the contact centre, including its mission and target groups. This part also specifies the basic, counselling and social services of the contact centre. The practical part analyses the health risk awareness in connection to intravenous drug use, i.e. if the information obtained influences users' risk behavior.

## **Key words**

Contact centre, drug user, services offered, drug addiction, Harm Reduction, awareness, counselling, infectious diseases, risk behaviour.

# Seznam literatury

## Zákony

1. ÚZ 776/ sociální zabezpečení 2010, 1. vyd. Ostrava: SAGIT a.s., 2010, 288 s., ISBN 978-80-7208-794-5
2. Zákon 108/ 2006 Sb., o sociálních službách

## Literatura

3. Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce, 1. vyd. , 2007, 359 s., ISBN není uvedeno
4. Antologie textů České asociace streetwork, Kontaktní práce 2010, 1. vyd. Praha: Národní vzdělávací fond, 2010, 143 s., ISBN 978-80-86728-42-1
5. Bednářová Z., Pelech L., Sociální práce na ulici, 1. vyd. Brno: Doplněk, 2000, 102 s., ISBN 80-7239-048-1
6. Dolanská P., Korčíšová, B., Mravčík, V., Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004, 25 s., ISBN 80-86734-16-1
7. Fischer S., Škoda J., Sociální patologie, analýza příčin a možnost ovlivňování závažných a sociálně patologických jevů, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 218 s., ISBN 978-80-247-2781-3
8. Gossop M., Léčba problémů spojených se zneužíváním drog, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2009, 104 s., ISBN 978-80-87041-81-9
9. Horák J., Stříteský J., Chronické hepatitidy, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 173 s., ISBN 80-7169-775-3
10. Jirešová K., Javorková S., Harm reduction v problematice injekčního užívání drog, 1. vyd. Bratislava: OZ Odyseus, 2003, 113 s., ISBN 80-968576-6-5



11. Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, 319 s., ISBN- 80-86734-05-6
12. Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, 343 s., ISBN 80-86734-05-6
13. Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 392 s., ISBN 978-80-247-1411-0
14. Krutilová D., Čámský P., Sembdner J., Sociální služby- tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb, 1. vyd., Abena, 223 s., ISBN 978-80-254-3427-7
15. Matoušek O. a kol., Metody a řízení sociální práce, 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 380 s., ISBN 80-7178-548-2
16. Matoušek, O., Slovník sociální práce, 1. vyd., Praha: Portál, 2003, 287 s., ISBN 80-7179-549-0
17. Matoušek O., Kodymová P., Kolářková J., Sociální práce v praxi, 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 352 s., ISBN 80-7367-002-X
18. Matoušek O. a kol., Základy sociální práce, 2. vyd. Praha: Portál, 2001, 309 s., ISBN 978-80-7367-331-4
19. Miller W. R., Rollnick S., Motivační rozhovory, 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004, 311 s., ISBN 80-86620-09-3
20. Nešpor K., Návykové chování a závislost, 2. vyd. Praha: Portál, 2000, 151 s., ISBN 80-7178-831-7
21. Nešpor K., Provazníková H., Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, 3. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999, 54 s., ISBN 80-7071-123-X
22. Ondrejkovič P., Poliaková E. a kol., Protidrogová výchova, 1. vyd. Bratislava: VEDA, 1999, 356 s., ISBN 80-224-0553-1

23. Vágnerová M., Psychopatologie pro pomáhající profese, 4.vyd. Praha: Portál 2008, 872 s., ISBN 978-80-736-7414-4
24. Vokurka M., Hugo J. a kol., Velký lékařský slovník, 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1159 s., ISBN 978-80-7345-202-5

### **Odborné časopisy a jiné zdroje**

25. Adiktologie, odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí, Praha: Centrum adiktologie , PK 1. LF UK, 2010, (10) 3, s. 137- 200, ISSN 1213-3841
26. Adiktologie, odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí, Praha: Centrum adiktologie , PK 1. LF UK, 2011, (11) 3, s. 125- 192, ISSN 1213-3841
27. Členové pracovních skupin a zástupci poskytovatelů služeb, Seznam a definice výkonů drogových služeb, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005, 88 s., ISBN 80-86734-81-1
28. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2010, 1. vyd. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010, 102 s., ISBN 978-92-9168-427-4
29. MPSV, Standardy kvality sociálních služeb, 1. vyd. Praha: MPSV, 2002, 24 s., ISBN 80-86552-23-3
30. Národní strategie protidrogové politiky na období 2010- 2018, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2011, 56 s., ISBN 978-80-7440-045-2
31. Nešpor K., Csémy L., Alkohol, drogy a vaše děti, 5. vyd. Praha: Sdružení FIT IN- Rodiče proti drogám, 2003, 102 s., ISBN není uvedeno
32. Manuál pro zaměstnance, Kontaktní centrum Vídeňská, Brno, 2010, 38 s.
33. Řehák V., Virová hepatitida typu C, Manuál pro adiktology- koncept, 20 s., ISBN není uvedeno
34. Interní materiály Sdružení Podané ruce, o.s., Brno

35. WHO, Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/ AIDS mezi injekčními uživateli drog, 1. vyd. (v jazyce českém) Praha: Úřad vlády ČR, 84 s., ISBN 80-86734-74-9
36. Úřad vlády ČR, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Rendlová H., Hlavní aktuální trendy drogové situace a opatření protidrogové politiky v České republice, zápis z pracovního setkání pracovníků pověřených obecních úřadů zabezpečujících agendu protidrogové prevence na území Jihomoravského kraje, Magistrátu města Brna a pracovníků nestátních neziskových organizací ze dne 15.12.2011

### **Internetové zdroje**

37. <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/635/Case-management-v-kontextu-nizkoprahovych-sluzeb-pro-uzivatele-drog>, 27.12.2011
38. <http://www.cekas.cz/content/certifikacni-agentura-rady-vlady-pro-koordinaci-pro-tidrogove-politiky>, 17.1.2012
39. <http://www.drogy-info.cz/index.php/map/>, 5.1.2012
40. [http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska\\_505\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska_505_2006.pdf), 20.1.2012
41. <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/kontakti-centra/kontakti-centrum-videnska-brno/>, 10.1.2012

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1- Systém péče o uživatele nealkoholových drog v ČR

Příloha č. 2- Kontaktní centrum Vídeňská

Příloha č. 3- Dotazník

## **Systém péče o uživatele nealkoholových drog v ČR**

- **Terénní programy-** (streetwork), tyto služby stojí na pomyslném začátku systému péče o uživatele drog, jsou ve většině případů první službou, se kterou se uživatel setkává. Jsou realizovány tam, kde se klienti pohybují - tedy na ulici, v klubech, na veřejných akcích, v bytech uživatelů. Zaměřují se především na experimentátory, „děti ulice“, pravidelné a problémové uživatele a všechny ty, kteří nejsou motivováni ke změně svého rizikového životního stylu. Pracovníci vycházejí z přístupu Public Health a Harm Reduction, který zahrnuje nízkoprahový přístup. K jejich hlavním činnostem patří výměna injekčního materiálu, poskytování informací o rizicích spojených s užíváním drog, zdravotní a sociální poradenství, krizová intervence, testování na infekční choroby a zprostředkování kontaktu se zdravotnickými a sociálními službami. Cílem terénní práce je minimalizace negativních důsledků užívání drog, motivace klientů ke změně a mapování drogové scény.<sup>100</sup>
- **Nízkoprahová kontaktní centra-** stejně jako terénní programy vychází z přístupu Harm Reduction a Public Health. Cílovou skupinu kontaktního centra tvoří uživatelé návykových s různým stupněm závislosti, stadia užívání a odlišnou motivací ke změně. Sekundárně je pomoc zaměřena i na osoby příbuzné a blízké. Nabízené služby blíže popisují v bakalářské práci.
- **Substituční léčba-** je formou péče o uživatele drog opiátového typu. Substituce může být poskytována v rámci substitučního programu nebo prostřednictvím odborného lékaře. Principem léčby je náhrada ilegální, drahé a rizikově aplikované drogy za jinou látku podobného účinku. Klientům je podávána legálně, pravidelně, zdarma a nerizikovým způsobem. Nejčastěji se jedná o metadon a buprenorfin (subutex a suboxon). Léčba je zaměřena na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci klienta, omezení užívání drog, ukončení injekční aplikace, resocializaci a prevenci kriminálního chování uživatelů.<sup>101</sup>

<sup>100</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 370

<sup>101</sup> Matoušek O., Kodymová P., Koláčková J., Sociální práce v praxi, 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 216

- **Detoxifikační jednotky-** jsou dle Nešpora určeny ke zvládnutí intoxikací a odvykacích stavů způsobených návykovou látkou. Detoxifikace se většinou uskutečňuje v rámci psychiatrické kliniky či psychiatrické léčebny, v domácím prostředí není u nás příliš rozšířená. Kromě indikované farmakoterapie se zde uplatňuje též psychoterapie a sociální práce. Dle akreditačních standardů by měly být součástí i strukturované aktivity vedoucí ke změně postoje, změně životního stylu klienta a zvýšení motivace k léčbě.

Zásadní význam pro další směřování klienta k abstinenci má zajištění návazné péče např. v psychiatrických léčebnách a komunitách. Samotná detoxifikace u těžších forem závislostí totiž není dostatečná. Absolvování detoxifikačního programu je nutnou podmínkou následné léčby.

Délka pobytu na „detoxu“ se liší podle druhu užívané látky a závažnosti klientova stavu. Zpravidla trvá asi 10 dní. Při závislosti na opiátech vymizí nejzávažnější projevy abstinčního syndromu většinou do týdne, stavy po stimulantních odeznívají i rychleji.<sup>102</sup>

- **Ambulantní léčba-** je zabezpečována v zařízeních zdravotnického i nezdravotnického charakteru. Zajišťují ji AT ordinace, psychiatrické ambulance, psychologické poradny, kontaktní centra a jiné nízkoprahové agentury. Sem klient dochází v pravidelných intervalech na předem dohodnutá sezení. Výhodou ambulantní léčby je setrvání ve známém sociálním prostředí. Cílovou skupinou jsou nejen k léčbě motivovaní klienti, ale též experimentátoři, klienti s nařízenou léčbou, rodiče, partneři a další blízké osoby uživatelů.<sup>103</sup>

- **Stacionární programy-** denní stacionáře zahrnují programy na pomezí ambulantní léčby a ústavní péče. Jedná se o intenzivní nelůžkovou ambulantní péči poskytovanou zpravidla v pracovních dnech. Standardy označují za cílovou populaci osoby s mírně pokročilou až střední závislostí na návykových látkách se silnou motivací k léčbě.

Podstatou této péče jsou strukturované programy s jasně danými pravidly a délkou léčby v rozsahu 3-6 měsíců. Zahrnují skupinové terapeutické aktivity, sportovní, kulturní a pracovní činnosti, individuální terapii, sociální práci

<sup>102</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogové závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 190- 192

<sup>103</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 378

a poradenství. Výše jmenované by mělo přispět k sociální stabilizaci nutné k léčbě a následné abstinenci.<sup>104</sup>

- **Střednědobá ústavní léčba-** tento druh služby je zajišťován ve většině případů psychiatrickými léčebnami či psychiatrickým oddělením nemocnic. Doba terapie se pohybuje v rozsahu 3-6 měsíců. Léčba využívá tzv. Skálův (apolinářský) model. Základem je strukturovaná léčba a režim. Mezi základní aktivity patří komunitní sezení a psychoterapeutické skupiny. Současně zde probíhají programy prevence relapsu, volnočasových aktivit a pracovní terapie.<sup>105</sup>
- **Terapeutické komunity-** umožňují střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu v délce 6-18 měsíců. Cílovou skupinu vytváří osoby se středním až těžkým stupněm závislosti, těžším psychosociálním a somatickým poškozením a kriminální minulostí.

Tato strukturovaná a intenzivní léčba si klade za cíl změnu životního stylu, sebepojetí, prožívání a chování. Život v komunitě se snaží co nejvíce přiblížit běžnému reálnému životu. Má svá pravidla a režim. Pobyt klienta je rozdělen do tří fází, které se od sebe odlišují právy a povinnostmi. Součástí programu je individuální a skupinová terapie, rodinná, pracovní terapie, volnočasové aktivity, sociální práce a vzdělávání.<sup>106</sup> V současné době se v České republice nachází 16 terapeutických komunit pro drogově závislé.<sup>107</sup>

- **Doléčovací programy-** jedná se o ambulantní zařízení, která se zaměřují na udržení změn chování a životního stylu klienta, které získal během léčby. Programy se nacházejí na pomyslném konci systému péče o uživatele drog. Navazují na ambulantní či rezidenční léčbu absolvovanou v léčebnách či komunitách. Za cíl si kladou dokončení léčebného procesu a podporu při integraci do běžného života. Doléčovací programy převážně využívají aktuálně abstinující závislí. Dále cílovou skupinu tvoří motivovaní klienti, kteří začali abstinovat sami a potřebují pomoci v jejím udržení. Program je také zaměřen na příbuzné a blízké, kteří vyžadují terapeutickou podporu.

---

<sup>104</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogově závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 179- 182

<sup>105</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 381- 382

<sup>106</sup> Kalina K. a kol., Drogy a drogově závislosti 2, 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 201- 206

<sup>107</sup> www.drogy- info.cz, 5.1.2012

Hlavní složky programu zahrnují individuální i skupinovou psychoterapii, prevenci relapsu, sociální práci, lékařskou péči, volnočasové aktivity, práci s rodinou, chráněná pracovní místa a chráněné bydlení poskytnuté na omezenou dobu za účelem sociální stabilizace.

- **Ostatní zařízení a služby**- systém služeb dotváří další služby reagující na potřeby specifických skupin uživatelů. Sem můžeme zařadit mladistvé, matky s dětmi, příslušníky menšin, uživatele ve vazbách, věznicích a po výkonu trestu.<sup>108</sup> Systém péče je proto doplněn kupříkladu drogovými službami ve vězení a právní poradnou.

---

<sup>108</sup> Kalina K. a kol., Základy klinické adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 382- 384



Příloha č. 2

## Kontaktní centrum Vídeňská



( zdroj: foto autorky, 2012)



( zdroj: foto autorky, 2012)

## **Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Jana Wünschová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Služby kontaktního centra poskytované uživatelům nealkoholových drog“. Součástí mé bakalářské práce je výzkum. Touto cestou bych Vás ráda poprosila o vyplnění krátkého anonymního dotazníku. Zatrhněte pouze jednu variantu, pokud není uvedeno jinak.

### **1. Uveďte, jakého jste pohlaví:**

- Muž
- Žena

### **2. Jste ve věkové kategorii:**

- do 20 let
- 21- 30 let
- 31- 40 let
- 41- 50 let
- 50 a více let

### **3. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- Neukončené
- Základní
- Středoškolské (bez maturity)
- Středoškolské (s maturitou)
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

### **4. Jak dlouho navštěvujete kontaktní centrum?**

- Méně než 3 měsíce
- Méně než 1 rok
- Méně než 5 let
- 5 let a více

**5. Jak byste v současné době zhodnotil/a bezpečnost Vašeho chování v souvislosti s přenosem infekčních chorob (žloutenky, HIV/ AIDS)?**

Oznámkujte se jako ve škole (zakroužkujte).

1                      2                      3                      4                      5

**6. V současnosti je Vámi nejčastěji užívaná droga:** (možno zatrhnout i více variant)

- Pervitin
- Heroin
- Metadon
- Jiná- uveďte  
(prosím neuvádějte marihuanu)

**7. Aplikujete drogy injekčně?**

- Ne, nikdy
- V posledních 3 měsících
- Ano, užívám injekčně
- Ano, ale až v posledních třech měsících

**8. Sdílel/a jste s někým injekční materiál?**

**v minulosti:**

- Ne
- Jedenkrát
- Opakovaně

**v posledních třech měsících:**

- Ne
- Jedenkrát
- Opakovaně

**9. Sdílel/a jste s někým pomůcky k injekční aplikaci drog? (voda, filtry,..)**

**v minulosti:**

- Ne
- Jedenkrát
- Opakovaně

**v posledních třech měsících:**

- Ne
- Jedenkrát
- Opakovaně

**10. Používal/a jste při sexu kondom?**

**v minulosti:**

- Vždy
- Většinou ano
- Výjimečně
- Ne

**v posledních třech měsících:**

- Vždy
- Většinou ano
- Výjimečně
- Ne

**11. Byl/a jste někdy testován/a na infekční choroby (žloutenky, HIV/ AIDS)?**

(možno zatrhnout i více variant)

- Ne, nikdy
- Ano, v kontaktním centru
- Ano, ve zdravotnickém zařízení
- Ano, ve vězení

**12. Jak byste zhodnotil/a úroveň Vašich znalostí o přenosu infekčních chorob (žloutenky, HIV/ AIDS). Oznámkujte se jako ve škole (zakroužkujte).**

**1            2            3            4            5**

**13. Nejvíce informací o žloutenkách a HIV/ AIDS jsem se dozvěděl/a:**

(pouze 1 odpověď)

- Ve škole
- V kontaktním centru
- Z médií
- Od kamarádů
- Odjinud ....
- Žádné informace nemám

**14. Žloutenka typu C se přenáší: (možno zatrhnout i více variant)**

- Sdílením injekčního materiálu
- Líbáním
- Pohlavním stykem
- Z infikované matky na plod

**15. Je podle Vás žloutenka typu C léčitelné onemocnění?**

- Ano, dá se vyléčit
- Ne, vyléčit se nedá
- Nevím, nemohu posoudit

**16. Virus HIV se přenáší přímým kontaktem s infikovanými tělními tekutinami.**

**Jedná se o:** (možno zatrhnout i více variant)

- Krev
- Moč
- Sperma a poševní sekret
- Sliny

**17. Zamyslete se, prosím, nad pojmem zdraví. Jak byste definoval/a Váš vztah k němu?**

- Zdraví je pro mě prvořadé.
- Zdraví je pro mě méně důležité.
- Zdraví je mi lhostejné.

Děkuji za Vaši ochotu a vyplnění dotazníku.

Jana Wünschová

